承保证明

您作为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员拥有的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保险福利和服务

2025 年 1 月 1 日 – 2025 年 12 月 31 日

H5991_204007CY25_C

EmblemHealth®
安保健康保险

2025 年 1 月 1 日 – 2025 年 12 月 31 日

承保证明：

您身为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) (HMO D-SNP) 会员拥有的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健康好处和服务以及处方药物承保

本手册为您提供有关 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）医疗保健及处方药物承保的详情。**这是一份重要的法律文件，请妥善保存。**

如有关于本文件的问题，请致电 1-877-344-7364 联系客户服务部。（TTY 用户应致电 711）。营业时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.。此通话是免费的。

本计划——安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)——是由大纽约健康保险 (HIP)/安保健康保险提供。本*承保证明*中所称之“我们”或“我们的”意指大纽约健康保险 (HIP)/安保健康保险。本文中所称之“计划”或“我们的计划”意指安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)。

本文内容亦免费提供西班牙文和中文版本。本信息亦提供大字体和盲文等其他替代格式。如需更多信息，请致电前述之号码联系客户服务部。

保险福利、保费、自付额和/或共付额/共同保险金可能会在 2026 年 1 月 1 日变更。

药物名册、药房网络及/或医疗服务提供方网络可能会随时变更。您将会在必要时收到通知。我们将至少提前 30 天通知受影响的投保人有关变更。

本文件解释了您的保险福利和权利。请使用本文档了解：

- 您的计划保费和分摊费用；
- 您的医疗和处方药物保险福利；
- 如果您对服务或治疗不满意，如何提出投诉；
- 如果您需要进一步帮助，如何联系我们；以及，
- 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）法律要求的其他保护。

H5991_204007CY25_C

OMB 批准 0938-1051（有效期至：2026 年 8 月 31 日）

2025 年承保证明

目录

第 1 章：*会员入门指南*..... 4

第 1 节 简介.....5

第 2 节 如何符合计划会员的资格？.....7

第 3 节 您将收到的重要会员材料.....8

第 4 节 您的安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 每月保费.....10

第 5 节 更多有关每月保费的信息.....13

第 6 节 请确保您的计划会籍记录是最新的.....13

第 7 节 其他保险如何与我们的计划搭配.....14

第 2 章：*重要电话号码与资源*..... 16

第 1 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 联系方式 （如何联系我们，包括如何联系客户服务部门）.....17

第 2 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（如何直接从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）方案取得协助和信息）.....21

第 3 节 州医保协助计划.....23

第 4 节 质量促进组织.....23

第 5 节 社会安全局.....24

第 6 节 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）.....25

第 7 节 可协助支付处方药物费用之方案的相关信息.....27

第 8 节 如何联系铁路退休委员会 (RRB).....31

第 9 节 您有团体保险或雇主提供的其他健康保险吗？.....32

第 10 节 您可以从安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 获取协助.....32

第 3 章：*使用计划取得医疗服务和其他承保服务范围*..... 33

第 1 节 了解如何以计划会员身份取得承保的医疗护理和其他服务.....34

第 2 节 使用计划网络内的医疗服务提供方来取得您的医疗护理和其他服务.....35

第 3 节 有急症或急需医疗服务需求时，或是在灾害期间，如何取得服务.....38

第 4 节 如果您直接收到服务的全额帐单，该怎么做？.....40

第 5 节 您参加“临床试验研究”时，医疗服务会如何获得承保？.....40

第 6 节 在“宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构”取得护理的规则.....42

第 7 节 耐用医疗设备所有权规则 42

第 4 章：*医疗福利表（承保内容）* 44

第 1 节 了解您的承保服务范围自付费用 45

第 2 节 使用*医疗福利表*了解承保内容 45

第 3 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 之外承保的服务 84

第 4 节 计划不承保那些服务？ 92

第 5 章：*针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容* 97

第 1 节 简介 98

第 2 节 在网络药房或经由计划的邮购服务获得处方配药 98

第 3 节 您的药物必须列在计划的药物清单上 101

第 4 节 某些药物承保内容有限制 103

第 5 节 若您的药物不以您所希望的方式承保，该怎么办？ 104

第 6 节 若您其中一种药物的承保内容有改变，该怎么办？ 105

第 7 节 计划*不*承保哪类药物？ 107

第 8 节 配处方药 108

第 9 节 特殊情况的 D 部分药物承保内容 108

第 10 节 药物安全与管理药物治疗的计划 110

第 6 章：*您为 D 部分处方药物支付的费用* 112

第 1 节 简介 113

第 2 节 我们会寄报告给您，说明您需负担的药费以及您在哪一个付款阶段 115

第 3 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 没有自付额 116

第 4 节 初始承保阶段期间，计划为您的药物费用支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用 116

第 5 节 在巨灾承保阶段期间，您不用为您的 D 部分药物支付任何费用 118

第 6 节 D 部分疫苗。您支付的费用取决于您获得它们的方式和地点 119

第 7 章：*要求我们分摊支付您收到的承保医疗服务或药物帐单* 121

第 1 节 您应该要求我们支付您的承保服务范围或药物之费用的各种情况 122

第 2 节 如何要求我们退款或是支付您收到的帐单 123

第 3 节 我们会考虑您的付款申请然后表示同意或不同意 124

第 8 章：*您的权利与责任* **125**
第 1 节 我们的计划应尊重您身为该计划会员的权利和文化敏感性 126
第 2 节 身为计划会员您有一些责任 131

第 9 章：*若您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）* **133**
第 1 节 简介 134
第 2 节 如何取得更多信息和个人协助 134
第 3 节 了解我们计划中的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）投诉和上诉 135
第 4 节 承保裁定与上诉 135
第 5 节 承保裁定与上诉基本知识指南 136
第 6 节 您的医疗护理：如何要求承保裁定或对承保裁定提出上诉 138
第 7 节 您的 D 部分处方药物：如何要求承保裁定或提出上诉 146
第 8 节 若您认为出院过早，应如何要求我们承保时间较长的住院期 153
第 9 节 如果您认为您的承保太快结束，请求我们继续承保特定医疗服务的方式 157
第 10 节 上诉进入第 3 级以上 160
第 11 节 医疗质量、等候时间、客户服务部和其他疑虑等投诉 162

第 10 章：*结束您在计划中的会籍* **166**
第 1 部分 结束计划会籍简介 167
第 2 节 您何时可以结束您的计划会籍？ 167
第 3 节 如何结束您的计划会籍？ 170
第 4 节 直到您的会籍结束，您必须持续通过我们的计划取得您的医疗物品、服务和药物 171
第 5 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 在某些情况下必须终止您的计划会籍 172

第 11 章：*法律声明* **174**
第 1 节 管辖法声明 175
第 2 条 无差别待遇声明 175
第 3 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）次要付款人代位求偿权声明 175

第 12 章：*重要术语的定义* **176**

第 1 章：

会员入门指南

第 1 节 简介

第 1.1 节 您投保了安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)，这是一个专门的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）（特殊需要计划）

您同时享有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保：

- **联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**是联邦健康保险方案，适用于年满 65 岁人士、某些残疾的未满 65 岁人士，以及患有晚期肾病（肾衰竭）的人士。
- **医疗补助计划（Medicaid，即白卡）**是联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保范围因州和您拥有的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）类型而异。一些享受医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的人士能得到帮助，支付他们的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费和其他费用。其他人士也会得到联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保的额外服务和药物的承保。

您已选择通过我们计划——安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)——取得您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）医疗保健和处方药物。我们需要承保所有 A 部分和 B 部分服务。但是，本计划中的分摊费用和医疗服务提供方访问权限与原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）不同。

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 是一个专门的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）特殊需要计划），这意味着它的保险福利是为有特殊医疗保健需求的人而设计。安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 是为那些有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）并且也有资格从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）中获得补助的人而设计。

因为您从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）中获得联邦医疗保险 A 部分和 B 部分的分摊费用（自付额、共付额和共同保险金）的补助，因此您可能不需要为您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）医护服务支付任何费用。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）也可能通过承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）通常不承保的医护服务和处方药物来为您提供其他保险福利。您还将从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）接受“额外补助”，以支付您联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的处方药物的费用。安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 将帮助您管理所有这些保险福利，使您得到您有权得到的医护服务和支付补助。

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 由一家私人公司运营。和所有的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）一样，这个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）特殊需要计划获得了联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准。该计划还与纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）签订了合同，以协调您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利。我们很高兴为您提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）健康承保，包括处方药物承保。

此计划下的承保符合“符合资格医疗保险承保”(QHC) 之资格，而且也满足《患者保护与平价

医疗法案》(ACA) 个人分担责任的条件。如需更多信息，请访问美国国税局 (IRS) 网站 (www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

第 1.2 节 *承保证明*文件的内容是关于什么？

本*承保证明*文件向您说明如何获取您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）医疗护理和处方药物。它解释了您的权利和责任、承保范围、您作为计划会员支付的费用，以及如果您对决定或治疗不满意，如何提出投诉。

*承保*和*承保服务范围*是指您身为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员可获得的医疗护理和服务及处方药物。

请务必了解计划的规则为何，以及您可以使用哪些服务。我们鼓励您拨出一些时间浏览本*承保证明*文件。

如果您感到困惑、担心或只是有疑问，请联系客户服务部。

第 1.3 节 有关*承保证明*的法律信息

这份*承保证明*属于我们与您就安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 如何承保您的护理而签订的合同。本合约的其他部分包括您的投保表格、*承保药物清单（药物名册）*，以及您从我们收到有关您承保内容或会影响承保内容之条件变更的任何通知。这些通知有时候称为*附加保险计划*或*修正*。

合约有效期间为您在 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日之间投保我们的安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的月份。

每个历年，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）都允许我们变更所提供的计划。这意味着我们可以在 2025 年 12 月 31 日之后变更安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的费用与保险福利。我们也可以在 2025 年 12 月 31 日之后选择停止在您的服务区域提供计划，或是在不同服务区域提供计划。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心）和纽约州卫生署 (New York State Department of Health)（医疗补助计划（Medicaid，即白卡））必须每年审批安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)。只要我们选择每年继续提供计划，且联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 更新计划的许可，您就可以继续以我们计划会员的身份获得联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 承保。

第 2 节 如何符合计划会员的资格？

第 2.1 节 您的资格要求

只要符合以下条件，您就符合计划会籍的资格：

- 您同时有联邦医疗保险 A 部分和联邦医疗保险 B 部分
- -- *以及* -- 您居住在我们的服务地理区域内（下方的第 2.3 节将说明我们的服务区域）。被监禁的个人不被视为居住在地理服务区域，即使他们实际位于这些区域也是如此。
- -- *以及* -- 您是美国公民或合法居住美国
- -- *以及* -- 您符合下列特别资格要求。

我们计划的特别资格要求

我们的计划旨在满足那些领取某些医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利的人士的需求。（医疗补助计划（Medicaid，即白卡）是联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用。） 要符合我们的计划资格，您必须同时符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）及医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利的资格。此外，要符合安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) (HMO D- SNP) 的资格，您必须通过安保健康保险投保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）管理式医疗或健康和恢复计划 (HARP)，并且在投保时不需要长期护理服务和支持。

请注意：如果您失去了资格，但可以合理地预期在三 (3) 个月内重新获得资格，那么您仍然有资格成为我们计划的会员（第 4 章第 2.1 节告诉您关于被视为持续符合资格期间的承保范围和分摊费用分摊）。

第 2.2 节 什么是医疗补助计划（Medicaid，即白卡）？

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）是联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用。每个州将决定什么算作收入和资源、谁有资格、承保什么服务以及服务的费用。各州也可以决定如何运行他们的方案，只要他们遵循联邦指南即可。

此外，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）也提供一些方案来协助拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人士支付其联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费用，例如联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费。这些“联邦医疗保险储蓄方案”可帮助收入和资源有限的人士每年节省开支：

- **符合资格的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人 (QMB+)：**协助支付联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费，以及其他分摊费用（例如自付额、共同保险金和共付额）。有资格获得医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利。
- **完整福利双重资格 (FBDE)：**可以协助支付联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费，以及其他分摊费用（例如自付额、共同保险金和共付额）。有资格获得医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利。

第 2.3 节 以下是安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的计划服务区域

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 仅提供给居住在我们计划服务地区的人士。为了继续成为我们计划的会员，您必须继续居住在计划服务地区。服务地区如下所述。

我们的服务地区包括纽约州的下列县 / 郡：

布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纳苏县 (Nassau)、纽约 (New York)、皇后区 (Queens)、里士满县 (Richmond)、苏福克县 (Suffolk)、威斯特徹斯特县 (Westchester)

若您计划搬家到服务地区以外，您无法保留本计划会员的身份。请联系客户服务部，了解我们在您的新区域是否有计划。若您搬家，您将拥有特殊投保期 (Special Enrollment Period)，可让您转换至原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或投保加入新地点提供的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健康或药物计划。

若您搬家或变更邮寄地址，也请务必致电社会安全局。您可以在第 2 章第 5 节找到社会安全局的电话号码与联系信息。

第 2.4 节 美国公民或合法居留

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划的会员必须是美国公民或于美国合法居留。若在此基准下，您不符合继续拥有会员的资格，则联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心）将通知安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)。如果您未符合此要求，安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 必须将您退保。

第 3 节 您将收到的重要会员材料

第 3.1 节 您的计划的会员卡

您是我们计划的会员时，每当您获得本计划承保的服务以及您在网络内药房取得处方药物时，就必须使用会员卡。您也必须向医疗服务提供方出示您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）卡。以下是会员卡示例，为您介绍您的会员卡外观：

当您是这个计划的会员时，请勿使用您的红、白、蓝色联邦医疗保险卡 (Medicare，即红蓝卡) 来享受承保的医疗服务。若使用联邦医疗保险卡（Medicare，即红蓝卡），而非使用您的安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员卡，您可能必须自行支付医疗服务的全额费用。将联邦医疗保险卡 (Medicare，即红蓝卡) 放在一个安全的地方。如果您需要住院服务、临终病室服务或参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的临床研究（也被称为临床试验），您可能会被要求出示它。

若您的计划会员卡损坏、遗失或遭窃，请立即致电客户服务部，我们会寄新的会员卡给您。

第 3.2 节 医疗服务提供方名录

*医疗服务提供方目录*会列出我们当前的网络医疗服务提供方和耐用医疗设备供应商。**网络医疗服务提供方**是指与我们签订协议并且可全额接受我们的付款及任何计划分摊费用的医生和其他专业医护人员、医疗组织、医疗设备供应商、医院和其他医疗保健机构。

您必须使用网络医疗服务提供方来获得您的医疗护理和服务。如果您在未获恰当授权的情况下到其他地方就诊，您必须全额付款。仅有的例外情况包括紧急状况、无法使用网络时急需的医疗服务（即在不合理或无法获得网内服务的情况下）、区域外透析服务，以及安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 授权使用网外医疗服务提供方时。

了解您的医疗服务提供方中哪些也接受医疗补助计划（Medicaid，即白卡）很重要，因为只有参与网络的医疗服务提供方才能为您可能有的任何分摊费用向医疗补助计划（Medicaid，即白卡）出具账单。

若您没有*医疗服务提供方目录*的副本，您可以向客户服务部索取一份（电子或硬拷贝形式）。请求的*医疗服务提供方目录*硬拷贝将在三个工作日内邮寄给您。

第 3.3 节 药房名录

药房名录 **emblemhealth.com/medicare** 列出了我们的网络药房。**网内药房**是指同意为我们计划会员的承保处方药配药的所有药房。您可以使用*药房名录*寻找想要使用的网络药房。请参阅第 5 章第 2.5 节，了解何时可以使用不在计划网络中的药房。

若您没有*药房名录*的副本，您可以向客户服务部索取一份。您也可以访问我们的网站 **emblemhealth.com/medicare** 以取得这份最新信息。

第 3.4 节 计划的承保药物清单*（药物名册）*

计划有*承保药物清单（药物名册）*。我们将它简称为“药物清单”，它将说明安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 中包含的 D 部分保险福利将承保哪些 D 部分处方药物。本清单中的药物，是由本计划在医生与药剂师团队协助下所选出。清单必须符联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）所设定的要求。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）已批准安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的药物清单。

药物清单也会说明是否有任何限制药物承保内容的规则。

我们将为您提供一份药物清单副本。若要取得有关哪些药物获得承保的最完整和最新信息，您可以访问计划的网站：**emblemhealth.com/medicare**，或致电客户服务部。

第 4 节 您的安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 每月保费

您的费用可能包括：
- 计划保费（第 4.1 节）
- 每月联邦医疗保险 B 部分保费（第 4.2 节）
- D 部分延迟投保罚款（第 4.3 节）
- 根据收入而调整的月费 (IRMAA)（第 4.4 节）
- 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划金额（第 4.5 节）

第 4.1 节 计划保费

您无需为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 支付一笔额外的每月保费，因为您的计划保费是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”替您支付。

第 4.2 节 每月联邦医疗保险 B 部分保费

许多会员都必须支付其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费

一些会员必须支付其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费。如上方第 2 节所述，若要符合我们计划的资格，您必须同时拥有联邦医疗保险 A 部分和联邦医疗保险 B 部分。对于大多数安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）支付您的 A 部分保费（如果您没有自动获得资格）和 B 部分保费。

如果医疗补助计划（Medicaid，即白卡）没有为您支付联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费，则您必须继续支付您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费，以保持您的计划会籍。这包括您对 B 部分的保费。它还可能包括 A 部分的保费，这会影响不符合 A 部分免费保费资格的会员。

第 4.3 节 D 部分延迟投保罚款

由于您符合双重资格，因此只要您保持双重资格状态，LEP 就不适用于您，但如果您失去双重资格，则可能会产生 LEP。若您在初始投保期结束后的任何时间，有连续 63 天或更久的时间没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保，那么 D 部分延迟投保罚款是必须为 D 部分承保支付的额外保费。可计入的处方药物承保是指符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）最低标准的承保内容，因为这是预计用来支付平均至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保相同的金额。延迟投保罚款的费用取决于您有多久没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保。只要您有 D 部分承保，就必须支付此罚款。

如果出现以下情况，您**无**需支付：

- 您从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）接受“额外补助”，以支付您的处方药物。
- 您不到连续 63 天没有可计入的保险。
- 您通过其他来源获得了可靠的药物承保，例如前雇主、工会、美军卫生保健计划或退伍军人健康管理局 (VA)。您的保险公司或人力资源部门每年都会告诉您，您的药物承保是否为可计入的承保。此信息可能会通过信件或附在计划通讯中寄送给您。请保存此信息，因为若您之后加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划，就可能需要此信息。
    - **注意：** 任何通知都必须说明您有可计入的处方药物承保，且预计支付与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物计划相同的金额。
    - **注意：** 以下*并非*可计入的处方药物承保：处方药物折扣卡、免费诊所和药物折扣网站。

罚款金额由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）决定。以下是处理方式：

- 首先计算您在符合投保资格后，在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划中延迟投保的完整月数。若承保中断超过 63 天或更久，也可以计算您没有可记入之处方药物承保的完整月数。您没有可计入承保的每个月罚款是 1%。例如，若您有 14 个月没有承保，则罚款将是 14%。
- 接着，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将裁定前一年全国联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划的平均每月保费金额。2025 年的平均保费金额是 $36.78。
- 若要计算您的每月罚款，请将罚款百分比与平均每月保费相乘，然后四舍五入为最接近的 10 美分。在此示例中，罚款即是 $36.78 的 14%，等于 $5.149。四舍五入为 $5.10。此金额会加**到有 D 部分延迟投保罚款者的每月保费中**。

关于这个每月 D 部分延迟投保罚款，有三个重要的注意事项：

- 首先，**罚款可能会每年变更**，因为平均每月保费可能会每年变化。
- 其次，只要您投保具备联邦医疗保险 D 部分药物保险福利的计划，就必须每月**继续支付罚款**，即使您变更计划。
- 第三，若您未满 65 岁且目前正在接受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保险福利，D 部分延迟投保罚款将在您年满 65 岁时重设。65 岁以后，您的 D 部分延迟投保罚款只会依据您在参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）初始投保期之后没有承保的月数而定。

若您不同意您的 D 部分延迟投保罚款，您或您的代表可以要求审查。一般来说，您必须在收到说明您必须支付延迟投保罚款之第一封信的 **60 天内**要求此类审查。但是，若您在加入计划之前正在支付罚款，您可能没有其他机会要求审查该笔延迟投保罚款。

重要须知：您在等待审查有关延迟投保罚款的裁定时，请不要停止支付 D 部分延迟投保罚款。若您停止支付，就可能会因为未支付计划保费而遭到退保。

第 4.4 节 根据收入而调整的月费 (IRMAA)

有些会员可能需要支付额外费用，称为 D 部分根据收入而调整的月费 (IRMAA)，也称为 IRMAA。额外费用是使用两年前国税局税务申报表报告的调整后总收入计算出来的。如果该金额高于一定金额，您将支付标准保费金额和额外的根据收入而调整的月费 (IRMAA)。有关根据您的收入可能需要支付的额外金额的更多信息，请访问 https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans。

若您必须支付额外的金额，社会安全局（而非联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划）将寄送一封信给您，告知您额外金额为何。无论您通常是以何种方式支付计划保费，额外金额都将从您的社会安全局、铁路退休委员会 (RRB) 或个人管理办公室保险福利支票中扣除，除非您的每月保险福利不足以支付应缴的额外金额。若您的保险福利支票不足以支付额外金额，就会收到联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的帐单。**您必须向政府支付额外金额，不能以每月保费支付。若您不支付额外金额，就会被从计划中退保，并失去处方药物承保。**

若您不同意支付额外金额，您可以要求社会安全局审查裁定。若要了解更多有关如何提出审查要求的信息，请联系社会安全局，电话是 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778）。

第 4.5 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划金额

如果您正在参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划，您将每月支付您的计划保费（如果您有），并且您将从您的健康或药物计划中获得处方药物的账单（而不是支付药房费用）。您的每月账单基于您为获得的任何处方药所欠的款项，加上上个月的余额，除以当年剩余的月数。

第 2 章第 7 节详细介绍了联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划。如果您不同意作为此付款选项一部分的账单金额，您可以按照第 9 章中的步骤提出投诉或上诉。

第 5 节 更多有关每月保费的信息

第 5.1 节 我们可以在年度当中变更您的每月保费吗？

不可以。我们不得在年度当中变更对计划每月保费所收取的费用。如果次年的每月保费有所变更，我们会在 9 月通知您，而且该变更将在 1 月 1 日生效。

但是，在某些情况下，您可以停止支付延迟投保罚款（如果亏欠），或者需要开始支付一笔延迟投保罚款。如果您在年度当中符合“额外补助”方案的资格，或是您失去“额外补助”方案的资格，可能就会发生这种情况。

- 如果您目前支付 D 部分延迟投保罚款，并且在这一年里，您有资格获得“额外补助”，您就可以停止支付罚款。
- 如果您失去了“额外补助”，那么如果您连续 63 天或更长时间没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保，则您将需要支付延迟投保罚款。您可以在第 2 章第 7 节了解更多有关“额外补助”方案的信息。

第 6 节 请确保您的计划会籍记录是最新的

您的会籍记录含有来自您投保表格的资料，包括您的地址和电话号码。其内容会显示您的特定计划承保内容，包括您的初级保健医生。

计划网络中的医生、医院、药剂师及其他医疗服务提供方必须拥有您的正确资料。**这些网络医疗服务提供方会使用您的会籍记录来了解承保的服务与药物有哪些，以及您的分摊费用金额。**因此，您务必帮助我们将资料内容保持为最新。

医疗服务提供方如果有以下变更，请通知我们：

- 您的姓名、地址或电话号码变更
- 您拥有的任何其他健康保险承保（例如您的雇主、配偶或同居伴侣的雇主、工伤赔偿或医疗补助计划（Medicaid，即白卡））变更
- 如果您有任何责任险理赔，例如汽车意外理赔
- 如果您入住疗养院

- 如果您接受区域外或网外医院或急诊室的治疗
- 如果您指定的责任方（例如家庭看护人员）有所变更
- 如果您正在参加一项临床研究（**注：**您不需要告知您的计划您打算参加的临床研究，但我们鼓励您这样做。）

如果以上任何信息有所变更，请致电客户服务部告诉我们。

如果您搬家或变更邮寄地址，也请务必联系社会安全局。您可以在第 2 章第 5 节找到社会安全局的电话号码与联系信息。

第 7 节 其他保险如何与我们的计划搭配

其他保险

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）要求我们收集有关您拥有的其他医疗或药物保险承保的信息。这是因为我们必须将您拥有的任何其他承保内容与我们计划的保险福利进行协调。这被称为**保险福利协调**。

我们会每年寄送一次信件给您，其中列出我们已知的任何其他医疗或药物保险承保。请仔细阅读此信息。如果内容正确，您无需采取任何行动。如果信息不正确，或是您有其他未列出的承保，请致电客户服务部。您可能需要将计划会员身份号提供给您的其他保险公司（一旦您确认其身份之后），以便您的帐单能够正确且准时支付。

您有其他保险时（例如雇主团体医疗承保），联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）制定了一些规则来裁定要由我们的计划或您的其他保险先支付。首先支付的保险称为“主要付款人”，支付的金额最高至承保限额。次要支付者称为次要付款人，只会支付主要承保未承保的剩余费用。次要付款人可能不会支付所有未承保的费用。如果您有其他保险，请告诉您的医生、医院和药房。

以下规则适用于雇主或工会团体健保计划承保：

- 如果您有退休人员承保，将由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）优先支付。
- 如果您的团体健保计划承保是以您或家人会员目前的工作为依据，则首先支付者取决于您的年龄、您雇主雇用的人数，以及您是否因为年龄、残疾或晚期肾病 (ESRD) 而拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）：
  - 如果您未满 65 岁、有残疾，且您或您的家人会员仍然在工作，而该雇主有 100 位或以上员工，或是多个雇主健保计划中至少有一位雇主有 100 位或以上员工时，您的团体健保计划就会首先支付。
  - 如果您年满 65 岁，且您或是您的配偶或同居伴侣仍然在职，而该雇主有 20 位或以上员工，或是多个雇主健保计划中至少有一位雇主有 20 位或以上员工时，您的团体健保计划就会首先支付。
- 如果您因为晚期肾病而拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），则您的团体健保计划会先支付您符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格之后，头 30 个月的费用。

以下类型的承保内容通常会首先为各类型的服务支付费用：

- 无过失保险（包括汽车险）

- 责任险（包括汽车保险）
- 尘肺症保险福利
- 工伤赔偿

对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的承保服务范围服务，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）和美军卫生保健计划绝对不会首先支付其费用。只会在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和/或雇主团体健保计划之后支付。

第 2 章：

重要电话号码与资源

第 1 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 联系方式

（如何联系我们，包括如何联系客户服务部门）

如何联系我们计划的客户服务部

关于理赔、开具帐单或会员卡问题，请致电或致函安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 客户服务部。我们很乐意协助您。

方式	客户服务部 - 联系信息
致电	**1-877-344-7364** 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m. 客户服务部还可为非英语人士提供免费语言翻译服务。
TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
传真	1-212-510-5373
写信	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Customer Service 55 Water Street New York, NY 10041-8190
网站	**emblemhealth.com/medicare**

当您请求承保裁定或者为您的医疗护理进行上诉时，如何联系我们

承保裁定是我们对于您的保险福利和承保或是我们会为您的医疗服务或 D 部分处方药物支付的金额所做的裁定。 上诉是通过正式渠道要求我们审查并改变所做的承保裁定。如需更多有关寻求承保裁定，或者就您的医疗护理或 D 部分处方药物提出上诉的信息，请参阅第 9 章（*如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）*）。

方式	医疗护理承保裁定 - 联系信息
致电	**1-877-344-7364** 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
传真	1-866-215-2928
写信	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Utilization Management 55 Water Street New York, NY 10041
网站	**emblemhealth.com/medicare**

方式	D 部分处方药物的承保裁定 - 联系信息
致电	**1-877-920-1470** 此电话号码为免费。 服务时间：每周 7 天、每天 24 小时
TTY	**1-800-716-3231** 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间：每周 7 天、每天 24 小时
传真	1-877-251-5896
写信	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
网站	**www.express-scripts.com**

方式	医疗护理或 D 部分处方药物的上诉 - 联系信息
致电	**1-877-344-7364** 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
传真	1-866-854-2763 加速上诉：1-866-350-2168
写信	EmblemHealth Medicare HMO Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
网站	**emblemhealth.com/medicare**

您想提出有关医疗护理的投诉时，该如何联系我们

您可以提出有关我们网内医疗服务提供方或药房的投诉，包括有关医疗护理质量的投诉。此类型的投诉与承保内容或付款争议无关。如需更多有关提出医疗护理相关投诉的信息，请参阅第 9 章（*如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）*）。

方式	医疗护理或 D 部分处方药物的投诉 - 联系信息
致电	**1-877-344-7364** 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
传真	1-866-854-2763
写信	EmblemHealth Medicare HMO Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）网站	您可以将有关安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的投诉直接提交给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。若要向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提交在线投诉，请前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

何处可向我们申请支付您获得的医疗护理或药物分摊的费用

如果您已收到您认为我们应该支付的服务的账单或已支付费用（例如医疗服务提供方账单），您可能需要要求我们报销或支付医疗服务提供方账单。请参阅第 7 章*（要求我们分摊支付您收到的承保医疗服务或药物帐单）*。

请注意： 如果您将付款申请寄给我们，但我们拒绝您申请的任何部分，您可以对该裁定提出上诉。请见第 9 章*（如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉））*以了解更多信息。

方式	付款请求 - 联系信息	
写信	医疗 EmblemHealth Claims Attn: Medicare Payment Requests P.O. Box 2845 New York, NY 10116-2845	药房 Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O.Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
网站	**emblemhealth.com/medicare**	**express-scripts.com**

第 2 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（如何直接从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）方案取得协助和信息）

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）是联邦健康保险方案，适用于年满 65 岁人士、某些残疾的未满 65 岁人士，以及患有晚期肾病（需要透析或肾脏移植之永久肾衰竭）的人士。

负责联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的联邦代理为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services)，有时候称为“CMS”。此代理与联邦医疗保险优惠计划组织签有合约，我们也在其中。

方式	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）– 联系信息
致电	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 此电话号码为免费。 服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。
TTY	1-877-486-2048 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。

方式	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）– 联系信息
网站	www.Medicare.gov 这是联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的政府官方网站，可为您提供有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和目前联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）议题的最新信息。它也提供有关医院、疗养院、医生、家庭健康护理机构和透析设施的信息。网站提供文件，可让您直接从电脑打印。您也可以找到您所在的州的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）联系信息。 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站也通过以下工具，提供有关您联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格及投保选项的详细信息： ● **联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格工具 (Medicare Eligibility Tool)：**提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格状态信息。 ● **联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划搜寻器 (Medicare Plan Finder)：**提供有关您所在地区可用的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划、联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划和联邦医疗保险补充保险（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）附加保险）单等个人信息。这些工具会提供您在不同的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）中，可能的自付费用的*预估值*。 您也可以使用网站通知联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）您对安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的任何投诉： ● **向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提出您的投诉：** 您可以将有关安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的投诉直接提交给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。若要向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提交投诉，请前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）严正看待您的投诉，并且会使用此信息来协助改善联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）方案的质量。 如果您没有电脑，您的当地图书馆或长者中心可能可以协助您使用其电脑浏览此网站。或者，您也可以致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），并告知他们您要寻找何种信息。他们会在网站上找到信息，并与您一起查看信息。（您可以致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户，应致电 1-877-486-2048。）

第 3 节 州医保协助计划

（免费帮助、信息和解答您关于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的问题）

州医保协助计划 (SHIP) 是一项政府方案，在各州均提供训练有素的顾问。在纽约 (New York) 州，SHIP 称为健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP)。

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 是一项由联邦政府提供资金的独立的（与任何保险公司或健保计划无关）州计划，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会员在当地提供免费健保咨询。

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 顾问可协助您了解您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）权利、协助您针对医疗护理或治疗提出投诉，以及协助您解决有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）帐单的问题。健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 顾问也可协助您解决有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的疑问或问题，并帮助您了解您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划选择，并回答有关更换计划的问题。

访问 SHIP 和其他资源的方法：

- 访问 https://www.shiphelp.org（点击页面中间的 SHIP LOCATOR）
- 从列表中选择您的州。这将带您进入一个包含您所在州的电话号码和资源的页面。

方式	健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) (New York's SHIP) - 联系信息
致电	1-800-701-0501 服务时间：周一至周五，9 a.m. 至 4 p.m.
TTY	711（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251 电子邮箱：NYSOFA@aging.ny.gov
网站	www.aging.ny.gov

第 4 节 质量促进组织

每个州都有指定的质量促进组织，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人提供服务。纽约州的质量促进组织称为 Livanta。

Livanta 有一群医生和其他专业医护人员，他们由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）支付费用，负责检查和帮助改善有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人的医疗质量。Livanta 是独立的组织。与我们的计划并无关联。

发生以下任一情况时，您应联系 Livanta：

- 您对于所获得的医疗质量有所投诉。
- 您认为您的住院期间承保太快结束。
- 您认为您的家健护理、专业护理院服务或综合性门诊康复设施 (CORF) 服务等承保太快结束。

方式	**Livanta（纽约州质量促进组织）- 联系信息**
致电	1-866-815-5440 服务时间：周一至周五，9 a.m. 至 5 p.m. 10:00 a.m. - 4:00 p.m.，周六、周日和节假日提供 24 小时语音信箱服务
TTY	711。 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
传真	1-855-236-2423
写信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
网站	https://www.livantaqio.cms.gov/en

第 5 节 社会安全局

社会安全局负责为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）判定资格和处理投保事宜。年满 65 岁的美国公民和合法永久居民，或是患有残疾或晚期肾病且符合特定条件者，即符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的资格。如果您已经在收取社会安全局支票，就会自动投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。如果您没有收取社会安全局支票，就必须投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。若要申请联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），您可以致电社会安全局或前往您当地的社会安全局办公室。

社会安全局也负责判定哪些人因为有较高的收入而必须针对 D 部分药物承保支付额外的金额。如果您收到社会安全局通知您必须支付额外金额的信件，而且对于该金额有疑问，或是因为生活变化而导致您的收入减少，您可以致电社会安全局请求重新考虑。

如果您搬家或变更邮寄地址，也请务必联系社会安全局告知他们。

方式	社会安全局 - 联系信息
致电	1-800-772-1213 此电话号码为免费。 服务时间为周一至周五，8:00 a.m. 至 7:00 p.m.。 您可以在每天 24 小时内随时使用社会安全局的自动电话服务来取得记录的信息并执行业务。
TTY	1-800-325-0778 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间为周一至周五，8:00 a.m. 至 7:00 p.m.。
网站	www.ssa.gov

第 6 节 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）是联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用。

此外，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）也提供一些方案来协助拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人士支付其联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费用，例如联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费。这些“联邦医疗保险储蓄方案”可帮助收入和资源有限的人士每年节省开支：

- **符合资格的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人 (QMB+)：**协助支付联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费，以及其他分摊费用（例如自付额、共同保险金和共付额）。有资格获得医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利。
- **完整福利双重资格 (FBDE)：**可以协助支付联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费，以及其他分摊费用（例如自付额、共同保险金和共付额）。有资格获得医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利。

如果您对您从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获得的补助有任何疑问，请联系纽约州卫生署 (New York State Department of Health)。

方式	纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）方案 – 联系信息
致电	1-800-541-2831 周一至周五 8:00 a.m.- 8:00 p.m.，周六 9:00 a.m. - 1:00 p.m.
TTY	711（纽约州转接服务）
写信	New York State Department of Health Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237 您可以写信给当地社会服务部 (LDSS)。 在 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm 上查找您的 LDSS 地址
网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

社区健康顾问和独立消费者倡导网络帮助投保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的人解决服务或账单问题。他们可以帮助您对我们的计划提出上诉。

方式	社区健康顾问 (CHA)– 联系信息
致电	1-888-614-5400 周一至周五 9:00 a.m. - 4:00 p.m.
TTY	711。
写信	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
电子邮箱	cha@cssny.org
网站	https://communityhealthadvocates.org/

方式	**独立消费者宣传网络 (ICAN) – 联系信息** 该监察员可以帮助参加我们的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）健康和恢复计划 (HARP) 的参保人；或参加我们的 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）管理式医疗 (MMC) 并获得长期服务和支持的参保人。
致电	1-844-614-8800 周一至周五 9:00 a.m. - 4:00 p.m.
TTY	711。
写信	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
电子邮箱	ican@cssny.org
网站	https://icannys.org/

纽约州长期护理监察员方案帮助人们获得有关疗养院的信息，并解决疗养院与居民或其家人之间的问题。

方式	纽约州长期护理监察员计划 - 联系信息
致电	1-855-582-6769
TTY	711（纽约州转接服务）
写信	New York State Long Term Ombudsman Program 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
电子邮箱	ombudsman@aging.ny.gov
网站	https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

第 7 节 可协助支付处方药物费用之方案的相关信息

Medicare.gov 网站 (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供了有关如何降低处方药物费用的信息。对于收入有限的人，还有其他方案可以提供帮助，如下所述。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”方案

因为您有资格获得医疗补助计划（Medicaid，即白卡），因此您有资格获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”来支付您的处方药物计划费用。您不需要做任何其他

事情来获得这个“额外补助”。”

如果您有关于“额外补助”的疑问，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户应致电 1-877-486-2048，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时；
- 社会安全局办公室，电话号码为 1-800-772-1213，服务时间为周一至周五，8 a.m. 至 7 p.m.。TTY 用户应致电 1-800-325-0778；或者
- 您所在州的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）办公室（请参阅本章第 6 节以取得联系信息）。

如果您认为您在药房取得处方药时所支付的分摊费用金额有误，我们的计划有一套流程，供您申请协助以取得适当共付额等级的证明；如果您已经有证明，则此流程可让您提供该证明给我们。

致电我们计划的客户服务部，并告诉我们您已备妥证明。您也可以将证明邮寄给我们，地址如下：

EmblemHealth
Attention: Medicare Enrollment
P.O. Box 2859
New York, NY 10117-7894

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）可接受的作为证据的文件类型有：

- 您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）卡复印件，上面有您的名字和在上个日历年 6 月份之后的某个月内的资格日期；
- 一份州文件，确认您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的活动医疗补助计划（Medicaid，即白卡）身份；
- 一份来自州电子投保文件的打印件，显示您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）身份；
- 其他由州提供的文件，显示您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）身份；
- 如果您被认为符合条件，则提供一份提交的申请表，确认您“……自动有资格获得额外补助……”；
- 如您不符合申请资格，但提出申请并被认定符合 LIS 资格，则提供一份社会安全局 (SSA) 授予信；
- 如果您正在接受基于家庭和社区服务 (HCBS)，则应提供一份州发布的行动通知、决定通知或投保通知的副本，其中包括您的姓名和 HCBS 资格日期（在上个日历年 6 月份之后的某个月内）；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一笔来自设施的汇款，显示上个日历年 6 月份之后的某个月内的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）付款情况；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份州文件，确认在上个日历年 6 月份之后的某个完整日历月内，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）代表您想设施支付的款项；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份来自州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）系统的屏幕打印件，显示在上个日历年 6 月份之后的某个历月内，出于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）付款目的，您基于至少已整个日历月的住院的机构身份；
- 如果您正在获得 HCBS，则应提供一份经州批准的 HCBS 服务计划，其中应包括您的

姓名和生效日期，该生效日期始于上个日历年 6 月份之后的某个月；

- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份州签发的 HCBS 事先授权批准函，其中应包括您的姓名和生效日期，该生效日期始于上个日历年 6 月份之后的某个月；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供其他由州提供的文件，显示您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的 HCBS 资格；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份由州签发的文件，例如确认 HCBS 付款的汇款通知，包括您的姓名和 HCBS 的日期；
- 我们收到显示您共付额等级的证明后，就会更新系统，以便您下次到药房取得处方药时支付正确的共付额。如果您支付了过多的共付额，我们会为您报销。我们会将您额外支付金额的支票寄给您，或是在之后的共付额中抵销。如果药房未向您收取共付额，而是将您的共付额视为您应缴的费用，我们就会直接向药房支付该费用。如果是由州政府代替您支付，我们会直接向州政府支付该费用。如有疑问，请联系客户服务部。

如果您有额外补助和州药物援助计划 (SPAP) 的承保，该怎么做？

许多州和美属维尔京群岛都为支付处方药、药物计划保费和/或其他药物费用提供帮助。如果您参加了州药物援助计划 (SPAP)，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的的额外补助将首先支付。

长者配药保险补助计划 (EPIC)（纽约州药物援助计划）

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018
1-800-332-3742
服务时间：周一至周五，8:30 a.m. 至 5:00 p.m.
TTY 1-800-290-9138

如果您有额外补助和艾滋病药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 的承保，该怎么做？ 什么是艾滋病药物援助计划 (ADAP)？

艾滋病药物援助计划 (ADAP) 可帮助符合 ADAP 资格的艾滋病毒 (HIV) 携带者/艾滋病患者获得能拯救生命的艾滋病毒药物治疗。同时在 ADAP 药物名册上的联邦医疗保险 D 部分处方药物符合资格，可通过纽约州艾滋病毒 (HIV) 无保险护理方案获得处方药分摊费用协助。

注意： 若要符合于您所在州营运之 ADAP 的资格，您必须符合一定的标准，包括州居住证明和艾滋病毒 (HIV) 状态、州政府所定义的低收入，以及无保险/不足额保险状态。如果您更改计划，请通知您当地的 ADAP 投保工作人员，以便您可以继续获得帮助。如需有关合格标准、承保药物或如何投保方案的信息，请致电 1-800-542-2437（适用于纽约州居民）或 1-518-459-1641（适用于非纽约州居民）联系纽约州纽约州艾滋病毒 (HIV) 无保险护理方案。TTY 用户请致电 1-518-459-0121，或访问 www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap。

州药物援助计划

许多州均设有州药物援助计划，可根据财务需求、年龄、病症或残疾，协助部分人士支付处方药物费用。每个州为会员提供药物承保的规则各有不同。

在纽约州，州药物援助计划属于长者配药保险补助计划 (EPIC)。

方式	长者配药保险补助计划 (EPIC)（纽约州药物援助计划）– 联系信息
致电	1-800-332-3742 服务时间：周一至周五，8:30 a.m. 至 5:00 p.m.
TTY	1-800-290-9138 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
网站	www.health.ny.gov/health_care/epic/

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划是一种新的支付选项，适用于您当前的药物承保范围，它可以帮助您管理您的药物费用，方法是将它们分散在**全年**（1 月至 12 月）**各异的每月支付**中。**此支付选项可以帮助您管理费用，但它不会为您节省资金或降低药物成本。**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提供的“额外补助”，以及您 SPAP 和 ADAP 为符合资格的人士提供的帮助，比参与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划更有利。无论收入水平如何，所有会员都有资格参加此支付方案，所有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划和具有药物承保范围的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划都必须提供此支付选项。联系我们或访问 Medicare.gov，了解此付款选项是否适合您。

方式	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药付款计划– 联系信息
致电	**1-866-845-1803** 此电话号码为免费。通话服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。客户服务部还可为非英语人士提供免费语言翻译服务。
TTY	**1-800-716-3231** 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。此电话号码为免费。我们的服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。
写信	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166 此地址仅用于一般查询。将为纸质选择表格和付款流程提供其他地址。
网站	https://www.express-scripts.com/mppp

第 8 节 如何联系铁路退休委员会 (RRB)

铁路退休委员会 (RRB)是独立的联邦机构，负责管理美国铁路职工及其家属的整体保险福利方案。如果您是通过铁路退休委员会 (RRB) 获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），请务必在搬家或变更邮寄地址时告知他们。如果您对于从铁路退休委员会 (RRB) 获得之保险福利有疑问，请联系该机构。

方式	铁路退休委员会 (RRB)– 联系信息
致电	1-877-772-5772 此电话号码为免费。 如果您按“0”键，您可以在周一、周二、周四和周五 9:00 a.m. 至 3:30 p.m.，周三 9:00 a.m. 至 12:00 p.m. 与铁路退休委员会 (RRB) 代表通话。 如果您按“1”键，您可以 24 小时访问自动铁路退休委员会 (RRB) 帮助热线并记录信息，包括在周末和节假日。
TTY	1-312-751-4701 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。此号码为*付费*电话号码。
网站	rrb.gov/

第 9 节 您有团体保险或雇主提供的其他健康保险吗？

如果您（或您的配偶或同居伴侣）在此计划中是通过您（或您配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得保险福利，您可以在有问题时致电该雇主/工会保险福利管理员或客户服务部。您可以询问您（或您配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员健康好处、保费或投保期等问题。（客户服务部的电话号码印于本文件的封底。） 您有本计划的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保相关问题时，也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；TTY: 1-877-486-2048）。

如果您通过您（或您配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得其他处方药物承保，请联系**该团体的保险福利管理员。**保险福利管理人可协助您判断您目前的处方药物承保如何搭配我们的计划。

第 10 节 您可以从安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 获取协助

您可以从 CENTAURI 得到协助

Centauri 与大纽约健康保险 (HIP)/安保健康保险签订合同，在不收取任何额外费用的情况下为我们的计划会员提供以下协助：

- 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）储蓄优惠 (MSA) - 提供外联和投保协助，将支付个人的联邦医疗保险A 部分和 B 部分保费和他们的健保计划的共付额（如果符合资格）。
- 重新认证管理 - 提供服务，以帮助个人保留来自他们目前投保的计划的保险福利。
- D 部分协助 - 帮助会员投保 D 部分的“额外补助”或低收入补贴。

您可以通过以下号码联系 Centauri：

- **标准服务**
  1-877-236-4471
- **未被视为/损失的低收入补贴（10 月至 1 月）**
  1-866-297-2243

第 3 章：

使用计划取得医疗服务和其他承保服务范围

第 1 节 了解如何以计划会员身份取得承保的医疗护理和其他服务

本章说明您使用本计划取得承保之医疗护理和其他服务时的须知。提供用词的定义，并说明取得医学治疗、服务、设备、处方药物和其他本计划承保之医疗护理时必须遵守的规则。

关于我们的计划所承保的医疗护理和其他服务的详情，请使用下一章——第 4 章*（医疗福利表，承保内容）*中的福利表。

第 1.1 节 什么是网络医疗服务提供方和承保服务范围？

- **医疗服务提供方**是指州政府颁发执照可提供医疗服务与护理的医生和其他专业医护人员。医疗服务提供方也包括医院和其他医疗保健机构。
- **网络医疗服务提供方**是指与我们签订协议并且可全额接受我们的付款的医生和其他专业医护人员、医疗组织、医院和其他的医疗保健机构。我们已为这些医疗服务提供方做好安排，为我们计划会员提供承保服务范围。为您提供医疗护理服务后，我们网内的医疗服务提供方会直接向我们收取费用。当您看到网络内医疗服务提供方时，您无需为承保服务范围支付任何费用。
- **承保服务范围**包括所有我们计划承保的医疗护理、医护服务、用品设备和处方药物。您的医疗护理的承保服务范围列于第 4 章的保险福利表中。您的处方药物承保服务范围将在第 5 章中讨论。

第 1.2 节 取得本计划承保之医疗护理和其他服务的基本规则

作为一项联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）健保计划，安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 必须承保原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的所有服务，并可提供除原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的服务之外的其他服务（更多信息见第 4 章第 2 节的医疗福利表）。

只要是以下情况，安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 通常都会承保您的医疗护理：

- **您获得的医疗护理包含在本计划的医疗福利表内**（此表位于本文件的第 4 章）。
- **您获得的医疗护理被视为医疗上所需。**医疗上所需是指需要该服务、用品、设备或药物来预防、诊断或治疗您的病症，且符合公认的医疗执业标准。
- **您必须从网络医疗服务提供方取得医疗护理**（如需更多相关信息，请参阅本章第 2 节）。在大多数情况下，您从网外医疗服务提供方（不属于我们计划网络中的医疗服务提供方）获得的医疗护理不会获得承保。这意味着您必须向医疗服务提供方全额支付所提供服务的费用。*以下是三个例外情况：*
    - 计划承保您从网外医疗服务提供方取得的急症护理或急需的医疗服务。如需更多相关信息，并了解什么是“急症医疗服务或急需的医疗服务，请参阅本章第 3 节。
    - 如果您需要联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或医疗补助计划（Medicaid，即白卡）要求我们的计划承保的医疗护理，但我们的网内没有专科医生提供这

种护理，您可以用与网内通常支付的费用相同的分摊费用从网外医疗服务提供方那里获得这种护理。我们需要在您接受护理之前审核护理申请。这个流程被称为“事先授权”。在这种情况下，我们将承保这些服务，就像您从网络内医疗服务提供方那里得到了护理一样。如需更多有关取得批准以前往网外医生诊所就诊的信息，请参阅本章第 2.3 节。

- 本计划承保您临时离开计划服务区时，或者当您的医疗服务提供方暂时无法使用或无法访问时，计划承保您在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的透析机构获得肾透析服务。您为透析计划支付的分摊费用永远不会超过原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）的分摊费用。如果您在本计划的服务区域之外，并且从本计划网外的医疗服务提供方处获得透析，则您的分摊费用不得超过您在网内支付的分摊费用。但是，如果您通常的网内透析医疗服务提供方暂时不可用，并且您选择在服务区域内从计划网络外的医疗服务提供方处获得服务，则透析的分摊费用可能更高。

第 2 节 使用计划网络内的医疗服务提供方来取得您的医疗护理和其他服务

第 2.1 节 您必须选择初级保健医生 (PCP) 以提供和监管您的护理

什么是初级保健医生 (PCP)，以及他们能为您做什么？

PCP 指初级保健医生。您的初级保健医生 (PCP) 可能是一名医生，或其他符合州要求，并接受培训为您提供基本医疗护理的专业医护人员。初级保健医生 (PCP) 的执业聚焦于初级保健服务。初级护理包括健康促进、疾病预防、健康维护、咨询、患者教育以及急慢性疾病的诊断和治疗。

哪些类型的医疗服务提供方可以担任初级保健医生 (PCP)？

您的初级保健医生 (PCP) 可以是家庭医生或内科医生、护士医师、老年医学专家，或其他符合州政府规定且已经过培训可为您提供基本医疗护理的专业医护人员。

初级保健医生 (PCP) 担任什么角色？

您的初级保健医生 (PCP) 将提供您的大部分护理，并将帮助您安排和协调您作为我们计划的会员所获得的其他承保服务范围。包括：

- X 光检查
- 化验室测试
- 治疗
- 来自专科医生的服务
- 住院，以及
- 后续治疗

初级保健医生 (PCP) 在协调承保服务范围中扮演什么角色？

初级保健医生 (PCP) 协调各项服务，以改善护理和管理费用。协调您的服务包括检查或咨询其他计划医疗服务提供方关于您的护理的信息。如果您需要某些类型的承保服务范围或用品，您可能需要事先获得批准。在某些情况下，您的初级保健医生 (PCP) 需要向我们征求事先授权（预先批准）。

在使用情况下，初级保健医生 (PCP) 在作出关于授权的裁定或取得事先授权时，担当什么角色？

初级保健医生 (PCP) 为您提供支持，并协调您对整个卫生保健系统的使用（包括在需要时的事先授权）。初级保健医生 (PCP) 经常与其他卫生专业人员合作，为您提供适当的治疗和持续护理。

如何选择初级保健医生 (PCP)？

您可以使用我们最新版的*医疗服务提供方目录*（或访问我们的网站 **emblemhealth.com/medicare**）来选择初级保健医生 (PCP)，并致电客户服务部，确认医生仍继续作为初级保健医生参与计划。如果您正在更改初级保健医生 (PCP)，请打电话给新的医疗服务提供方，确认他们正在接受新的患者。

在您的投保表上有一个部分，您可以填写以选择初级保健医生 (PCP)。如果您在投保时没有选择初级保健医生 (PCP)，我们可以为您分配一个。您可以随时变更您的初级保健医生 (PCP)。

变更您的初级保健医生 (PCP)

您可以随时登录您的会员平台，以更改您的初级保健医生 (PCP)。此外，也有可能是您的初级保健医生 (PCP) 退出我们计划的医疗服务提供方网络，因此您必须寻找新的初级保健医生。

您也可以联系客户服务部，我们将帮助您进行更改。更改可能需要 24 小时才能出现在系统中，但是您可以立即开始到您的初级保健医生 (PCP) 处就诊。

第 2.2 节 如何从专科医生和其他网络医疗服务提供方取得医疗护理

专科医生是指针对特定疾病或身体部位提供医护服务的医生。专科医生有许多类型。以下是部份示例：

- 癌症医生为患有癌症的患者提供医疗护理
- 心脏科医生为患有心脏疾病的患者提供医疗护理
- 骨科医生为患有特定骨骼、关节或肌肉疾病的患者提供医疗护理
- 作为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的会员，您不需要通过转诊就可以获得专科医生提供的服务福利。虽然不需要转诊，但使用您的初级保健医生 (PCP) 来协调您的专科治疗仍然是一个好主意。对于某些类型的服务，您的初级保健医生 (PCP) 可能需要事先获得安保健康保险的批准（这称为获得“事先授权”）。

- “事先授权”是指事先获得安保健康保险的批准，以获得一定的非紧急服务，以便将这些服务或供应在安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 下获得承保。这个裁定是根据医疗必要性做出的。要求事先授权并不保证您的服务将获得承保。对于某些网内和网外保险福利，需要来自安保健康保险的事先授权。如果您正在查看网络医疗服务提供方，则医疗服务提供方要负责获得事先授权。如果您没有看到网络医疗服务提供方，那么您有责任获得事先授权。有关哪些网内服务需要事先授权的信息，请参阅第 4 章第 2.1 节。
- 如果您在事先授权被拒绝之后接受服务或供应，则安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 将不承保任何保险福利。如果您收到福利说明 (EOB)，表示索赔被拒绝，而计划医疗服务提供方有责任要求适用的事先授权，则请联系客户服务部门，从而我们可以帮助您解决这个问题。

如果专科医生或其他网络医疗服务提供方退出我们的计划，该怎么办？

在投保年度期间，我们可能会变更您计划中的医院、医生和专科医生（医疗服务提供方）。如果您的医生或专科医生离开您的计划，您享有以下某些权利和保护：

- 虽然我们的医疗服务提供方网络在一整年期间可能会有所变更，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）要求我们持续提供您合格的医生和专科医生。
- 您的医疗服务提供方即将退出我们的计划时，我们将通知您，以便您有时间选择新的医疗服务提供方。
    - 如果您的初级保健或行为健康医疗服务提供方退出我们的计划，如果您在过去三年内看过该医疗服务提供方，那么我们将通知您。
    - 如果您的其他任何医疗服务提供方退出我们的计划，如果您被分配到该医疗服务提供方，目前从他们那里获得护理，或在过去三个月内去找他们看过诊，那么我们将通知您。

- 我们将协助您选择新的合格的网内医疗服务提供方，您可以访问该医疗服务提供方接受持续治疗。
- 如果您目前正在接受由当前医疗服务提供方提供的治疗或疗法，您有权利提出要求（而我们也将配合您），以确保您接受的医疗上必要的治疗或疗法将继续进行。
- 我们将向您提供有关您可用的不同投保期的信息，以及您可能有的更改计划的选项。
- 当网络内医疗服务提供方或福利不可用或不足以满足您的医疗需求时，我们将在我们的医疗服务提供方网络之外安排任何医疗上必要的承保的保险福利，但将适用网内分摊费用。只有在您获得事先授权的情况下，我们才会支付您在网外的护理费用。
- 如果您发现您的医生或专科医生即将退出您的计划，请联系我们，以便我们协助您寻找新的医疗服务提供方来为您的医疗护理把关。
- 如果您认为我们未提供给您合格的医疗服务提供方来取代先前的医疗服务提供方，或您的医疗护理没有得到适当的管理，您有权向 QIO 提交医疗质量投诉，或向计划提交医疗质量申诉，或两者同时提交。请参阅第 9 章。

第 2.3 节 如何从网外医疗服务提供方取得医疗护理

在某些情况下，您可能需要接受网外医疗服务提供方的护理。例如：

- 网内没有某项专科服务的医疗服务提供方
- 在计划服务区域之外旅行时，由网外医疗服务提供方进行透析
- 急症及紧急护理

您的参与医疗服务提供方有责任向安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 咨询获得授权。您的医疗服务提供方需要联系我们并提供临床信息以供审查。您应该等待我们的决定，然后才能去找网外医疗服务提供方看诊。我们将通知您和您的医疗服务提供方我们的决定。

如需获取最新版本的医疗服务提供方目录以查找网内医疗服务提供方，请访问我们的网站 **emblemhealth.com/medicare**。如果您需要专科医疗护理，但我们没有网内医疗服务提供方可提供，请联系客户服务部，电话 **1-877-344-7364** (TTY: **711**) 告知我们，服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.。

第 3 节 有急症或急需医疗服务需求时，或是在灾害期间，如何取得服务

第 3.1 节 有急症时取得医疗护理

什么是急症，以及发生急症时该怎么做？

急症是指您或任何其他具有一般健康和医学知识的谨慎的非专业人士认为您有需要接受立即医疗照护的医疗症状，以防止您的生命损失（如果您是孕妇，还包括胎儿的损失）、肢体或肢体功能的丧失，或身体机能丧失或严重损害。病症可能是疾病、受伤、严重疼痛或迅速恶化的病症。

如果您有急症：

- **请尽快取得协助。**拨打 911 以取得协助，或前往最近的急诊室或医院。如果有需要，请呼叫救护车。您*不*需要先取得初级保健医生 (PCP) 的批准或转诊。您不需要使用网内医生。无论您何时需要，在美国或其领土内外的任何地方，您都可以获得承保的紧急医疗护理，它可以由任何拥有适当州许可证的医疗服务提供方提供，即使他们不是我们网络的一部分（请参阅第 4 章了解更多信息）。

您有急症时，承保的内容为何？

如果以任何其他方式前往急诊室可能会危及您的健康，我们的计划会承保救护车服务。我们还在紧急情况下承保医疗服务。

为您提供急症护理的医生将裁定您的状况稳定且急症结束的时机。

急症结束后，您有权获得后续治疗，以确保您的症状持续稳定。您的医生将继续对您进行治疗，直到您的医生联系我们并制定额外护理计划。您的后续治疗将由我们的计划承保。如果

您的急症护理是由网外医疗服务提供方提供，则在您的病症和条件允许时，我们会尽快尝试安排网络医疗服务提供方来接手您的医疗护理。

如果不是急症，会怎么样？

有时候难以了解您是否有急症。例如，您可能会因为您认为您的健康有重大危险而进行急症护理，但是医生终究可能会表示这并非急症。如果后来并非急症，则只要您合理认为您的健康有重大危险，我们将承保您的医疗护理。

但是，医生表示*并非*急症之后，我们*只会*在您通过以下两种方法之一取得额外医疗护理时加以承保：

- 您前往网络医疗服务提供方取得额外医疗护理。
- *– 或 –* 您取得的额外医疗护理被视为“急需医疗服务”，而且您遵守取得此紧急护理（如需更多相关信息，请参阅下方的第 3.2 节）。

第 3.2 节 在急需服务时取得医疗护理

什么是急需的医疗服务？

如果您暂时不在本计划的服务范围之内，或者考虑到您的时间、地点和情况，从与本计划签订合同的网络医疗服务提供方那里获得这项服务是不合理的，则需要立即就医的、非紧急的、由计划承保的服务就是紧急需要的服务。紧急需要的服务的示例包括不可预见的医疗疾病和伤害，或现有疾病的意外突发。但是，即使您不在计划的服务区域或计划网络暂时不可用，医学上必要的常规医疗服务提供方就诊（如年度体检）也不被认为是紧急需要的。

若想获得急需的医疗服务，请使用我们网站上的“查找医生”来查找紧急护理中心，网址是 **emblemhealth.com/medicare**。或者，您可以致电客户服务部。

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 承保美国及其领土以外的全球范围内的急症和紧急护理服务和地面救护车，减去任何适用的分摊费用。（有关适用的分摊费用，请参阅第 4 章的医疗福利图表）。

第 3.3 节 在灾害期间取得医疗护理

如果您所在州政府、美国卫生及公共服务部部长 (Secretary of Health and Human Services) 或美国总统宣布您所在地理区内进入灾害或紧急状态，您仍然有权取得计划的医疗护理。

请访问以下网站：emblemhealth.com/plans/medicare-advantage/medicare-disaster- policy，了解有关如何在灾害期间取得所需医疗护理的信息。

如果您在灾害期间无法使用网络医疗服务提供方，您的计划将允许您以网内分摊费用向网外医疗服务提供方取得医疗护理。如果您在灾害期间无法使用网络药房，您可能可以在网外药房为处方药物配药。请参阅第 5 章第 2.5 节了解更多信息。

第 4 节 如果您直接收到服务的全额帐单，该怎么做？

第 4.1 节 您可以要求我们支付我们的承保服务范围分摊费用

如果您支付的费用超过您对承保服务范围的计划分摊费用，或是如果您收到承保医疗服务的全额费用帐单，请前往第 7 章（*要求我们分摊支付您收到的承保医疗服务或药物帐单*）以了解该采取哪些行动的信息。

第 4.2 节 如果我们的计划不承保服务应该怎样做？

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 承保本文件第 4 章医疗福利表中列出的所有医疗必要服务。如果您获得我们计划不承保的服务，或在网外取得服务且未获授权，您有责任支付全额费用。

在您支付您的那部分费用之前，确保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）不承保这些服务。如果医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保这些服务，您必须向医疗补助计划（Medicaid，即白卡）医疗服务提供方寻求医疗补助计划（Medicaid，即白卡）保险福利。

对于有保险福利限制的承保服务，在您用完该类型承保服务的保险福利之后，您还必须支付您获得的任何服务的全额费用。一旦达到福利限额，您支付的费用将不计入自付最高金额。

第 5 节 您参加“临床试验研究”时，医疗服务会如何获得承保？

第 5.1 节 什么是临床试验研究？

临床试验研究（又称为*临床试验*）是医生和科学家测试新型医疗护理的方式，例如新的癌症药物效果如何。某些临床研究已获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的批准。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的临床研究通常要求志愿者参加研究。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准研究，而您表达了兴趣后，进行研究的人员将联系您以详细说明该研究，并了解您是否符合执行该研究的科学家所设定的要求。只要您符合研究的要求，*而且*已完全了解和接受参加该研究的相关内容，就可以参加研究。

如果您参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的研究，则原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会支付您在研究中接受之承保服务的多数费用。如果您告诉我们您正在参加一项合格的临床试验，则您仅负责该试验中服务的网内分摊费用。如果您多支付了费用，例如，如果您已经支付了原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）分摊费用，那么我们将报销您支付的费用与网内分摊费用之间的差额。但是，您需要提供文件以向我们显示您支付了多少费用。您参加临床试验研究时，可以继续投保我们的计划，并继续通过我们的计划取得其他（与研究不相关的）医疗护理。

如果您希望参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的任何临床试验研究，*不*需要告

诉我们或取得我们或初级保健医生 (PCP) 的批准。在临床试验研究中为您提供医疗护理的医疗服务提供方*不*需要加入我们计划的医疗服务提供方网络。请注意，这不包括我们的计划负责的保险福利，包括作为组成部分的临床试验或注册研究，以评估保险福利。这些福利包括要求有证据发展的承保范围的国家承保决定 (NCDs-CED) 和试验用器械豁免 (IDE) 研究中规定的某些保险福利，并可能受事先授权和其他计划规则的约束。

虽然您不需要获得我们计划的许可即可参加由原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）为联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）投保人承保的临床研究，但我们鼓励您在选择参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）合格的临床试验时提前通知我们。

如果您参与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*未*批准的研究，*您将负责支付参与该研究的所有费用*。

第 5.2 节 您参加临床试验研究时，费用的支付如何分配？

您参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的临床试验研究后，原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）将承保您在研究中接受的常规项目和服务，包括：

- 住院食宿（即使您未参加研究，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）也会支付）
- 研究中的手术或其他医疗程序
- 治疗新医疗护理的副作用和并发症

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）为这些服务支付其分摊费用后，我们的计划将支付剩余部分。就像所有承保服务范围一样，您无需为您在临床研究中获得的承保服务范围支付任何费用。

您参加临床试验研究时，**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或我们的计划都不会支付以下任何项目的费用：**

- 一般来说，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*不会*支付研究正在测试的新项目或服务，除非即使您*未*参加研究，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）也会承保该项目或服务。
- 仅用来收集资料而非用于您直接医疗护理的项目或服务。举例来说，如果您的病症通常只需要一次 CT 扫描，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）就不会支付研究中进行的每月 CT 扫描费用。
- 研究申办方通常为试验的任何参加者免费提供的物品和服务。

想了解更多信息吗？

您可以访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站阅读或下载*联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）与临床试验研究*出版物，深入了解有关加入临床试验研究的信息。（该出版物的发布网址：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）
您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。
TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 6 节 在“宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构”取得护理的规则

第 6.1 节 何谓宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构？

宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构是指为通常在医院或专业护理院治疗之病症，提供医疗护理的机构。如果在医院或专业护理院接受医疗护理违反会员的宗教信仰，我们会改为承保在宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构中进行的医疗护理。此保险福利仅针对 A 部分住院服务项目（非医疗性质的医护服务）提供。

第 6.2 节 接受来自宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构的护理

若要取得宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构的医疗护理，您必须签署一份法律文件，表明您坚决反对接受**非特例**的治疗。

- **非特例**医疗护理或治疗是指*自愿*
  且并非任何联邦、州或当地法律*规定的*任何医疗护理或治疗。
- **特例**治疗是指您接受的*非自愿*或*联邦*、*州或当地法律规定*的医疗护理或治疗。

若要获得我们计划的承保，您从宗教性非医疗性质的健康医疗护理机构取得的医疗护理必须符合以下条件：

- 提供医疗护理的机构必须经过联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证。
- 您在我们计划中接受之服务的承保内容仅限于*非宗教*性层面的医疗护理。
- 如果您从这个机构获得在某个设施提供的服务，则适用以下条件：
  - 您的病症必须可允许您接受住院治疗或专业护理院服务的受承保服务范围。
  - – *且* – 在入住该机构之前，您必须事先向我们计划取得批准，否则您将不会受到承保。

适用承保限额。请参阅本文件第 4 章医疗福利表中的住院保险福利说明。

第 7 节 耐用医疗设备所有权规则

第 7.1 节 依照我们计划支付特定数额的费用之后，您是否会拥有耐用医疗设备？

耐用医疗设备 (DME) 包括的项目有：氧气设备和用品、轮椅、助走器、电动床垫系统、拐杖、糖尿病用品、人工语音装置、静脉输注泵、喷雾器以及医疗服务提供方所订购在家使用的医院病床。会员一律拥有特定项目，例如义肢。在此节中，我们会讨论其他您必须租用的耐用医疗设备类型。

在原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）中，租用特定类型耐用医疗设备的人士，在为该项目支付 13 个月的共付额之后，就可拥有该设备。但是，作为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的会员，无论您在作为我们计划的会员期间为租用的耐用

医疗设备支付多少共付额，您通常都不会获得该物件的所有权，即使您在加入我们的计划之前根据原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）为该耐用医疗设备连续支付了 12 次。

如果您更换为原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡），您为耐用医疗设备支付的费用会有什么变化？

如果您在计划期间未获得耐用医疗设备项目的所有权，则您在更换为原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）后，必须重新连续支付 13 次费用，才能拥有该项目。投保您的计划时支付的款项不计入。

示例 1：您在原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）中连续支付了 12 笔或更少的款项，然后加入了我们的计划。您在原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）中支付的款项不计算在内。

示例 2：您在原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）中连续支付了 12 笔或更少的款项，然后加入了我们的计划。您曾在我们的计划中，但在我们的计划中时没有获得所有权。然后，您返回原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）。您再次加入原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）后，必须新连续支付 13 次费用，才能拥有该物品。所有先前的付款（无论是支付给我们的计划还是原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡））均不计算在内。

第 7.2 节 氧气设备、用品和维护规则

您有权享有哪些氧气保险福利？

如果您有资格享受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）氧气设备承保，那么安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 将承保：

- 氧气设备租赁
- 氧气和含氧量的输送
- 用于输送氧气和含氧量的管线和相关的氧气附件
- 氧气设备的维护和修理

如果您离开安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 或医疗上不再需要氧气设备，那么必须归还氧气设备。

如果您离开计划并重返原始联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡)，会怎样？

原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）要求氧气供应商为您提供五年的服务。在最初的 36 个月里，您租用该设备。其余 24 个月，供应商提供设备和维护（您仍需负责氧气的共付额）。五年后，您可以选择留在同一公司或去另一家公司。此时，即使您仍然在同一家公司，五年周期也重新开始，要求您在前 36 个月支付共付额。如果您加入或退出我们的计划，五年周期将重新开始。

第 4 章：

医疗福利表（承保内容）

第 1 节 了解您的承保服务范围自付费用

本章包括一个医疗福利表，其中列出您作为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员而获得的承保服务范围。您可以在本章稍后找到有关不承保之医疗服务的信息，其中也会说明特定服务的限额。

第 1.1 节 您不需要为您的承保服务范围支付任何费用

因为您从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）中获得资助，因此只要您遵循计划的规则获得护理，您就不用为您的承保服务范围支付任何费用。（请参阅第 3 章，以获得关于获得护理的计划规则的更多信息。）

第 1.2 节 对于联邦医疗保险 A 部分和 B 部分承保的医疗服务，您将支付的最大费用为何？

注意： 因为我们的会员也从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获得帮助，因此很少有会员能达到这个自付最高金额。您不负责为承保的 A 部分和 B 部分服务支付计入自付费用上限的任何自付费用。

因为您已投保联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡），因此您每年必须为联邦医疗保险 A 部分和 B 部分承保的医疗服务支付的自付费用金额有一个限额。此限额称为医疗服务自付费用最高金额 (MOOP)。对于 2025 日历年，这个金额是 **$9,350**。

您为承保服务范围所支付或其他人为您支付（如纽约医疗补助计划（Medicaid，即白卡）方案）的自付额、共付额和共同保险金会计入这个自付费用上限。您为计划保费和 D 部分处方药物支付的金额或其他人（纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡））为您支付的金额不计入您的最大自付费用金额。此外，您为部分服务支付的金额也不会计入您的年度自付费用上限。这些服务在医疗福利表中标有星号。如果您达到年度自付费用上限 **$9,350**，则该年度剩余时间就不需要再为网络内承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何自付费用。但是，您必须继续支付联邦医疗保险 B 部分保费（除非您的 B 部分保费是由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）或其他第三方为您支付）。

第 2 节 使用*医疗福利表*了解承保内容

第 2.1 节 您作为计划会员的医疗福利

随后几页上的医疗福利表列出了安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 承保的服务。D 部分处方药物承保范围见第 5 章。只有在符合以下承保要求时，医疗福利表中列出的服务才会获得承保：

- 您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围必须依照联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）建立之承保准则来提供。

- 您的服务（包括医疗护理、服务、用品、设备和 B 部分处方药物）*必须*为医疗上所需。医疗上所需是指需要该服务、用品或药物来预防、诊断或治疗您的病症，且符合公认的医疗执业标准。
- 对于新参保人，您的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）协调护理计划必须提供至少 90 天的过渡期，在此期间，新的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）可能不需要任何有效疗程的事先授权，即使疗程是针对从网外医疗服务提供方开始的服务。
- 您会从网络医疗服务提供方取得医疗护理。在大多数情况下，您从网外医疗服务提供方那里获得的护理将不被承保，除非该护理是紧急或急需的护理，又或者您的计划或网内医疗服务提供方已为您提供转诊。这意味着您必须向医疗服务提供方全额支付所提供服务的费用。
- 您有初级保健医生 (PCP) 为您提供和监管您的医疗护理。
- 有一些医疗福利表中列出的部分服务，必须先向您的医生或其他网络医疗服务提供方事先取得批准（有时候称为事先授权），*才会*获得承保。医疗福利表中需要事先授权的承保服务范围标有脚注。
- 如果我们批准一个疗程的事先授权请求，该批准将在医学上合理且必要的时间内有效，以避免根据适用的承保标准、您的病史和治疗医疗服务提供方的建议中断护理。

其他有关我们承保内容的重要须知：

- 您同时获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保医疗保健和处方药物。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）服务的分摊费用，包括医院的自付额、专科医生就诊和流动手术共同保险金。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）还承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保的服务，如非紧急交通、长期护理、非处方药 (OTC)、家庭和社区服务，以及其他只有医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的服务范围。只有您到参与医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的医疗服务提供方就诊时，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）才会支付您的分摊费用。这些医疗服务提供方将在我们的目录中列出。
- 与所有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划一样，我们承保原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）承保的所有范围。（如果您希望深入了解原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）的承保内容和费用，请参阅 *2025 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)*》手册。您可到 www.medicare.gov 线上浏览或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。）
- 对于原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）免费承保的所有预防性服务，我们也免费为您承保该服务。**但是，如果您在接受预防性服务时的就诊期间也因为现有的病症接受治疗或监控，共付额将适用于针对现有病症所接受的医疗护理。**
- 如果联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）在 2025 年针对任何新服务新增承保内容，则将由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或我们的计划来承保这些服务。安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的一些会员也可以投保参加安保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）（医疗补助计划（Medicaid，即白卡）管理式医疗）或安保增强护理优越计划（健康和恢复计划 (HARP)）。如果您投保了其中一项计划，安保健康保险还将承保本章第 3.1 节中列出的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）保险福利。有关安保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）或安保增强护理优越计划在您同时投保安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 时所承保保险福利的更多信息，请参阅安保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）或安保增强护理

优越计划会员手册。

- 如果您在我们的计划的 3 个月持续合格期内，我们将继续提供所有联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）承保的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）福利。然而，在此期间，如果您没有失去医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的资格，您将负责支付原本由州负责承担的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的保费或分摊费用。在此期间，您为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保服务支付的金额可能会增加。

只要您符合上面描述的承保要求，您就不需要为福利表中列出的服务支付任何费用。

您会在保险福利表的预防性服务旁边看到这颗苹果。

您应知道的关于下列医疗福利表中所列服务的信息
安保健康保险将只支付联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的服务，或在您的计划文件中特别注明的被承保的服务。
根据您的补助水平，如果您没有去尊享健选网络 (VIP Bold) 中医疗补助计划（Medicaid，即白卡）批准的医疗服务提供方处就诊，您可能要负责支付分摊费用。
为了让医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保服务范围的分摊费用，您必须到尊享健选网络 (VIP Bold) 中的一个也参加医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的医疗服务提供方处就诊。在医疗服务提供方目录中，参加医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的医疗服务提供方被标记为“●”
在您为一项服务付费之前，记得联系医疗补助计划（Medicaid，即白卡），看看这项服务是否由您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）或安保联邦医疗补助健康和恢复计划承保。

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 医疗福利表

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
腹主动脉瘤筛查 有风险人士的一次性超声筛查。只有在您有特定风险因素，且您因此从医生、医师助理、护士医师、或诊所临床医疗护理专科医生取得转诊时，计划才会承保此筛查。	对于有资格享受这项预防性筛查的会员，不存在共同保险金、共付额或自付额。
针灸治疗慢性低背痛 承保服务范围包括：心脏康复服务 在下列情况下，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人可在 90 天内进行最多 12 次就诊： 就该保险福利而言，慢性低背痛被定义为： • 持续 12 周或更长时间； • 非特异性，即它没有可识别的系统性原因（即与转移性、炎性、传染病等疾病无关）； • 与外科手术无关；以及 • 与怀孕无关。 对于那些表现出改善的病人，将承保额外的 8 个疗程。每年进行的针灸治疗不得超过 20 次。 如果患者病情没有好转或出现倒退，就必须停止治疗。 医疗服务提供方要求： 医师（定义见《社会安全法案》（法案）第 1861(r)(1) 条）可以根据适用的州内要求提供针灸服务。 医师助理 (PA)、护士医师 (NP)/诊所临床医疗护理专科医生 (CNS)（如法案 1861(aa)(5) 所述）以及辅助人员如果符合所有适用的州内要求且具备以下条件，则可提供针灸服务： • 在针灸和东方医学认证委员会 (ACAOM) 认可的学校获得针灸或东方医学硕士或博士学位；以及， **在就诊 12 次后需要事先授权** （下一页继续）	每次联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的针灸服务支付 **$0** 共付额。* 每日历年最多 10 次承保的补充针灸就诊（不包括治疗慢性腰背疼痛的针灸），支付 **$0** 共付额。*

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
针灸治疗慢性低背痛（续） • 具有一份现行的、完整的、有效的、不受限制的许可，能够在美国的州、地区或联邦（即波多黎各）或者哥伦比亚特区从事针灸工作。 提供针灸服务的辅助人员必须在我们的 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 规定所要求的医生、医师助理 (PA)、护士医师 (NP)/诊所临床医疗护理专科医生 (CNS) 的适当监督下进行。 **在就诊 12 次后需要事先授权** *服务不计入您的最高自付费用金额。	
救护车服务 • 承保的救护车服务（无论是用于紧急情况还是非紧急情况）包括飞机、直升机和地面救护车服务，前往可提供医疗护理的最近适当机构，前提是只有当为此病症程度的会员提供其他方式的运输可能会危害其健康，或是计划授权时。如果承保的救护车服务不是用于紧急情况，则应证明该会员的状况是其他交通工具可能危及其健康的情况，并且在医疗上需要救护车运输。 *全球地面救护车。（在美国及其领土之外不承保空中救护车。） *服务不计入您的最高自付费用金额。 **联邦医疗保险（MEDICARE，即红蓝卡）承保的非紧急救护车服务需要事先授权**	每次乘坐联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的地面救护车单程支付 **$0** 共付额。 每次乘坐联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的空中救护车单程支付 **$0** 共付额。 每次乘坐全球承保的地面救护车单程支付 **$0** 共付额。* 年度限额为 **$50,000**，加上全球急症护理和全球紧急护理。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
年度体检 每个日历年承保一次。年度体检可能包括更新您的病史、测量生命体征、身高、体重、身体质量指数、血压、视力筛查和其他常规测量。 这项保险福利可能不承保您的医生或其他医疗服务提供方希望您享受的一些服务。这些测试包括化验室测试和诊断或治疗疾病的测试。您可能需要为这些测试付费，即使是在您年度体检过程中进行测试。在这个医疗福利表中描述了您的测试分摊费用。 **必须由初级保健医生 (PCP) 提供**	为承保的年度体检支付 **$0** 共付额。
年度身心健康门诊 如果您投保 B 部分超过 12 个月，就可以获得一次年度身心健康门诊，以根据您的目前健康及风险因子来制定或更新个人化的预防计划。此门诊每 12 个月承保一次。 **注意：** 您的第一次年度身心健康门诊无法在您的*“欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）”(Welcome to Medicare)* 预防性门诊的 12 个月内进行。但是，您投保 B 部分 12 个月之后，无需完成“欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）”预防性门诊即可获得年度身心健康门诊的承保。	对于年度身心健康门诊，不存在共同保险金、共付额或自付额。
骨量测量 对于符合资格的人士（通常指可能有骨质流失风险或骨质疏松症风险的人士），如果为医疗上必需，以下服务承保的频率为每 24 个月或以下：识别骨量的程序、检测骨质损失或判断骨质，包括医生对结果的解释。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的骨量测量，不存在共同保险金、共付额或自付额。
乳腺癌检查（乳房 x 光检查） 承保服务范围包括： • 35 至 39 岁之间一次基线乳房 x光检查 • 年满 40 岁女性每 12 个月一次乳房 x光检查筛查 • 每 24 个月一次临床乳腺检查	对于承保的乳房 x光检查筛查，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
心脏康复服务 对于医嘱表示符合特定病症的会员，我们承保综合性心脏康复服务方案（包括运动、教育和咨询）。计划也承保重症心脏康复方案， 其通常比心脏康复方案更严谨或更强化。 **您可以选择通过面对面就诊或通过提供远程医疗服务的网络医疗服务提供方的远程医疗来获取心脏康复服务。**	为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的心脏康复服务支付 **$0** 共付额。 为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的强化心脏康复服务支付 **$0** 共付额。
心血管疾病风险降低门诊（心血管疾病治疗） 我们承保您每年与您的初级保健医生一次门诊，以协助降低您的心血管疾病风险。在此门诊期间，您的医生可能会讨论阿司匹林的使用（如果适用）、检查您的血压，以及提供您秘诀以确保您的饮食健康。	对于行为疗法心血管疾病预防福利，不存在共同保险金、共付额或自付额。
心血管疾病测试 每 5 年（60 个月）一次检测心血管疾病的血液测试（或与心血管疾病风险提高相关的异常）。	对于每 5 年承保一次的心血管疾病测试，不存在共同保险金、共付额或自付额。
子宫颈癌及阴道癌筛查 承保服务范围包括： • 所有女性：每 24 个月承保一次子宫颈抹片检查和盆腔检查 • 如果您为子宫颈癌或阴道癌的高风险人士，或是您为生育年龄且在过去 3 年内做过的子宫颈抹片检查异常：则每 12 个月做一次子宫颈抹片检查	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的预防性子宫颈抹片检查和盆腔检查，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
脊科治疗服务 承保服务范围包括： • 我们仅承保针对脊柱不全脱位的徒手治疗	为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的脊科治疗服务支付 **$0** 共付额。
结直肠癌筛查 承保以下筛查测试： • 结肠镜检查没有最低或最高年龄限制，对于非高危患者，每 120 个月（10 年）承保一次；对于非结直肠癌高危患者，在先前的可弯曲乙状结肠镜检查后 48 个月承保一次；对于先前的筛查性结肠镜检查或钡灌肠后的高风险患者，每 24 个月承保一次。 • 45 岁及以上患者的可弯曲乙状结肠镜检查。对于接受筛查结肠镜检查后无高风险的患者，每 120 个月承保一次。高风险患者从最后一次可弯曲乙状结肠镜检查或钡灌肠开始每 48 个月承保一次。 • 45 岁及以上患者的筛查大便潜血测试。每 12 个月一次。 • 45 至 85 岁且不符合高风险标准的患者的多靶点粪便 DNA。每 3 年一次。 • 45 至 85 岁且不符合高风险标准的患者的血液生物标志物检测。每 3 年一次。 • 钡剂灌肠作为高风险患者结肠镜检查的替代方法，且距上次筛查钡灌肠或上次筛查结肠镜检查 24 个月。 • 钡剂灌肠作为可弯曲乙状结肠镜检查的替代方法，适用于无高风险且 45 岁或以上的患者。在最后一次筛查钡剂灌肠或可弯曲乙状结肠镜检查至少 48 个月之后一次。 • 结直肠癌筛查测试包括联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的非侵入性粪便结直肠癌筛查检查返回阳性结果后的后续筛查结肠镜检查。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的结直肠癌筛查检查，不存在共同保险金、共付额或自付额。如果你的医生在结肠镜检查或可弯曲乙状结肠镜检查中发现并切除了息肉或其他组织，筛查检查就变成了诊断检查，您无需支付共同保险、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
牙科服务 一般来说，原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保预防性牙医服务（如清洗、常规牙科检查和牙科 x 光检查）。但是，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）目前在有限的情况下支付牙科服务费用，特别是当该服务是受益人主要病症的特定治疗的一个组成部分时。一些例子包括骨折或损伤后颌骨重建、为涉及颌骨的癌症的放射治疗做准备而进行的拔牙，或肾移植前的口腔检查。此外，我们还根据 Healthplex Limited 综合和基本服务参考手册（www.yourdentalplan.com/Healthplex）中所述的保险福利限制和临床标准，在医疗必要时提供以下服务。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的牙科服务，支付 **$0** 共付额
预防性及诊断牙科服务 • 口腔检查 - 每 6 个月一次。 • 预防疗法（清洗） - 每 6 个月一次。 • 咬翼片 X 光检查 - 每 6 个月一次。 • 氟化物治疗 - 每 6 个月一次。 • 全系列（单抗）X光检查 - 每 36 个月一次。	为承保的预防性和诊断性牙科服务，支付 **$0** 共付额。*
综合牙科服务基本修复 • 补牙 - 每颗牙齿每 24 个月一次	为承保的基本修复性牙科服务，支付 **$0** 共付额。*
主要修复 • 钛/瓷熔合金属牙冠 - 每 60 个月每颗牙一次 • 再粘固剂牙冠 - 6 个月后承保 • 除牙冠外桩核 - 每 60 个月一次 • 嵌体/镶体和单根冠修复 - 每 60 个月一次 牙根管治疗 • 根管 - 每颗恒牙终身 1 根 • 治疗性髓切开术 - 终身一次 • 每象限牙龈切除术/牙龈成形术 - 每 36 个月一次。	为承保的主要修复性牙科服务，支付 **$0** 共付额。*
*服务不计入您的最高自付费用金额。 **某些服务需事先授权** （下一页继续）	

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
牙科服务（续） 牙周病 • 牙周保养 - 在过去 36 个月完成主动牙周治疗后，每 3 个月进行一次 • 每象限骨外科 - 每 60 个月一次 • 根尖切除/神经根周服务 - 终身一次 • 刮治和根面平整 - 每象限每 36 个月一次 假牙 • 全口/部分假牙 - 每个牙弓每 60 个月一次 • 假牙全部维修 - 每个牙弓每 12 个月一次 • 假牙重定基底/重新划线 - 每 36 个月一次 • 固定部分假牙体、固位体、嵌体 - 每 60 个月一次 口腔手术 • 简单/外科拔牙 - 每颗牙终身一次 • 手术切除/切口 • 拔除阻生牙（软组织）- 终身一次 • 其他修复程序（系带切除）- 每个牙弓终身一次 • 除骨阻生牙 - 终身一次 紧急牙科护理 • 牙科疼痛的舒减治疗（轻微程序） 深度镇静/全身麻醉 • 最多一小时；只有当在牙科诊所由持适当牌照的牙医进行，并与拔牙同时进行时才承保 静脉麻醉 • 静脉中度（有意识）镇静/麻醉（限制在 1 小时内）；只有当在牙科诊所由持适当牌照的牙医与拔牙同时进行时才承保 *服务不计入您的最高自付费用金额。 **某些服务需事先授权**	
抑郁症筛查 我们承保每年一次抑郁症筛查。筛检必须在可提供后续治疗和/或转诊的初级保健机构进行。	对于年度抑郁症筛查就诊，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
糖尿病筛查 若您有任何以下风险因子，我们承保该筛查（包括空腹血糖测试）：血压过高（高血压）、异常胆固醇及甘油三酯水平（血脂异常）病史、肥胖症，或高血糖（葡萄糖）病史。若您符合其他要求，像是过重或有糖尿病家族病史，测试也可能受承保。 您可能有资格在最近一次糖尿病筛查测试日期后每 12 个月接受最多两次糖尿病筛查。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保糖尿病筛查测试，不存在共同保险金、共付额或自付额。
糖尿病自我管理培训、糖尿病服务与用品 所有糖尿病患者（胰岛素使用者与非胰岛素使用者）。承保服务范围包括： • 监控您血糖的用品：血糖仪、血糖测试条、刺血针仪器与刺血针，以及用于检查测试条与血糖仪准确性的血糖对照溶液。 • 数量限制适用于刺血针和测试条（胰岛素服用者每天 5 个刺血针，非胰岛素服用者每天 4 个刺血针） • 承保糖尿病用品仅限于 Abbott 糖尿病护理产品。（FreeStyle Libre®、FreeStyle Lite®）和 LifeScan 产品（One Touch Ultra®）。糖尿病用品必须从参与计划的零售药店或邮购配药服务购买。 • 患有严重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每日历年一双治疗型量身定制鞋（包括与该鞋提供的鞋垫）以及额外两双鞋垫，或一双深型鞋加上三双鞋垫（不包括与该鞋提供的非定制可活动式鞋垫）。承保内容包括量制试穿。 • 特定情况下承保糖尿病自我管理训练。 **糖尿病用品必须从网络药房购买**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的糖尿病自我管理培训和糖尿病用品和服务，支付 **$0** 共付额。 请参阅外部胰岛素泵的耐用医疗设备和相关用品。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
耐用医疗设备 (DME) 与相关用品 （有关“耐用医疗设备”的定义，请参阅第 12 章和第 3 章，本文件第 7 节。） 承保项目包括但不限于：轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由医疗服务提供方所订购在家使用的医院病床、静脉输注泵、人工语音装置、氧气设备、喷雾器与助走器。 我们承保所有原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）承保的医疗上所需的耐用医疗设备。若我们在您所在地区的供应商无法提供特定品牌或制造商，您可以询问他们是否可为您特别订购。最新的供应商名单可上网 **emblemhealth.com/medicare** 查询。 **某些设备和用品需要事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的耐用医疗设备 (DME) 及相关用品，支付 **$0** 共付额。您每月的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）氧气设备分摊费用为 $0 共付额。您的分摊费用在投保 36 个月后不会改变。
急症护理 急症护理是指以下服务： • 由符合提供急症服务资格的医疗服务提供方所提供，且 • 为评估或稳定急症所需。 急症是指您或任何其他具有一般健康和医学知识的谨慎的非专业人士认为您有医学症状需要立即就医，以避免失去生命、四肢或丧失四肢功能。病症可能是疾病、受伤、严重疼痛或迅速恶化的病症。 网外提供的必要紧急服务分摊费用与网内提供的服务相同。 全球紧急医疗承保内容包括在美国境外及为稳定急症而需送往最近医院的紧急地面交通运输。 *服务不计入您的最高自付费用金额。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次急症护理就诊，支付 **$0** 共付额。 若您在网外医院接受急症护理且在紧急情况稳定后需要住院医疗护理，为了让您的护理继续获得承保，您必须返回到一家网内医院，或者您必须在保险计划所授权的网外医院接受该医疗护理，而您的费用是您在网内医院所需支付的分摊费用。 对于全球承保的每次急症护理就诊，支付 **$0** 共付额。* 年度限额为 **$50,000**，加上全球紧急护理和全球地面救护车。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
健康与身心健康教育计划 **健康教育 -** 提供给患有糖尿病、充血性心力衰竭 (CHF)、冠状动脉疾病 (CAD)、哮喘或慢性阻塞性肺病 (COPD) 以及抑郁症和高血压（作为共病症）会员的教育，以改善预后。提供给具有特定疾病状况的目标投保人群。包括与合格的健康教育人员或其他合格健康专业人员的互动。提供一对一说明或电话培训。	对于健康教育，支付 **$0** 共付额。*
健身保险福利 - SilverSneakers® SilverSneakers 可以通过健身和社交，帮助您过上更健康、更积极的生活。您可以通过参加活动地点的 SilverSneakers 获取健身保险福利[1]，在这些地点，您可以参加课程[2]、使用锻炼设备和其他设施，而无需支付额外费用。在任何时间，在您喜欢的任何地点投保。您也可以通过 SilverSneakers LIVE 参加专门设计的在线团体健身课程教练的课程。此外，SilverSneakers Community 还提供了在娱乐中心、购物中心的传统健身房和公园等地点之外保持活动的选项。SilverSneakers 还通过 SilverSneakers 点播视频和 SilverSneakers GO 移动应用程序将您连接到支持网络和在线资源。您还可以访问 Burnalong®，该社区拥有数千个支持性的虚拟社区，可满足所有兴趣和能力。在 SilverSneakers.com 激活您的免费在线帐户，查看您的 SilverSneakers 会员身份号，探索 SilverSneakers 提供的一切。如有其他问题，请访问 SilverSneakers.com，或在美国东部时间周一至周五 8 a.m. 至 8 p.m. 致电 1-888-423-4632 (TTY:711）。 **开始锻炼方案前一定要和您的医生谈谈。** 1. 参与地点 (“PL”) 不属于 Tivity Health, Inc. 或其关联公司所有或经营。使用参与地点设施和便利设施要受到参与地点基本会员的条款和条件的限制。设施和便利设施因参与地点而异。 2. 会籍中包括 SilverSneakers 教练指导的团体健身课程。某些地点为会员提供额外的课程。课程因地点而异。 Burnalong 是 Burnalong, Inc.的注册商标。SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 的注册商标。©2024 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。 *服务不计入您的最高自付费用金额。	对于 **SilverSneakers®** 健身保险福利，支付 **$0** 共付额。*

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
听力服务 医生、听力学家或其他合格的医疗服务提供方，为判定您是否需要医疗治疗而执行诊断性听力与平衡感评估，将以门诊医疗护理承保。 • 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的诊断听力评估 • 常规听力检查 — 每个日历年一次 • 助听器安装和评估 - 每个日历年一次 • 助听器 – 每 3 年限两个设备 – 每只耳朵一个设备。* *服务不计入您的最高自付费用金额。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保诊断听力评估，支付 **$0** 共付额。 对于每个日历年一次的承保的常规听力检查，支付 **$0** 共付额。 对于一次承保的助听器的评估和安装，支付 **$0** 共付额。 助听器每三年最高计划保险福利限额 **$300**。*
艾滋病毒 (HIV) 筛查 对要求艾滋病毒筛查测试或具较高艾滋病毒感染风险者，我们承保： • 每 12 个月一次筛查检查 对怀孕女性，我们承保： • 在一次怀孕期间最多三次筛查检查。	对于有资格享受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的预防性艾滋病毒 (HIV) 筛查的会员，不存在共同保险金、共付额或自付额。
家庭健康护理机构护理 在接受家健服务前，医生必须证实您需要家健服务且指示由家庭健康护理机构提供家健服务。您必须无法离家，亦即离开家很困难。 承保服务范围服务包括但不限于： • 兼职或间歇性的专业医疗护理与家健助理服务（在家健护理福利下承保，您的专业医疗护理与家健助理服务总时数必须每天少于 8 小时且每周少于 35 小时） • 物理治疗、职业治疗及语言治疗 • 医疗与社交服务 • 医疗设备与用品 **需事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次就诊，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
家庭输液疗法 家庭输液疗法涉及到在家中给个人静脉或皮下注射药物或生物制剂。进行家庭输注所需的组件包括药物（例如，抗病毒药物、免疫球蛋白）、设备（例如，泵）、用品（例如，导线和导管）。 承保服务范围服务包括但不限于： • 根据护理计划提供专业服务，包括护理服务 • 患者培训和教育不在耐用医疗设备保险福利下承保 • 远程监控 • 针对由合格家庭输液疗法供应商提供的家庭输液疗法和家庭输液药物的监控服务 **某些服务需事先授权**	为联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 承保的家庭输注治疗服务支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的 B 部分药物，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的耐用医疗设备及相关用品，支付 **$0** 共付额。
临终病室护理 若您的医生和临终病室医疗主管已确认您处于生命末期，确认您患绝症且若疾病正常发展您将只有 6 个月或少于 6 个月的寿命，则您将符合临终病室的福利。您可在任何联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的临终病室医疗护理计划取得医疗护理。您的计划有义务帮助您在计划的服务领域找到联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的临终关怀计划，包括 MA 组织拥有、控制或拥有经济利益的计划。您的临终病室医生可以为网内医疗服务提供方或网外医疗服务提供方。 承保服务范围包括： • 控制症状与止痛药物 • 短期临时护理 • 家庭护理 <u>对于临终病室服务以及与您的临终状态相关的联邦医疗保险 A 部分及 B 部分承保的服务：</u>原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（而非本计划）将向您的临终病室服务提供方支付与您的临终状态相关的临终病室服务。当您参加临终病室计划，您的临终病室医疗服务提供方将向原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）开具由原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）付费的服务发票。将向您收取原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）分摊费用。 （下一页继续）	当您投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的临终病室计划时，您的临终病室服务以及与您的临终状态相关的 A 部分及 B 部分服务，将由原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）付费，而非安保尊享联邦医疗保险双重资格计划 (VIP Dual)。 对于仅限一次的承保的临终病室咨询服务，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
临终病室护理（续） 对于联邦医疗保险 A 部分或 B 部分承保的与您的临终状态无关的服务：若您需要联邦医疗保险 A 部分或 B 部分承保，且与您的临终状态无关之非紧急、非急迫所需的治疗，您需为这些服务负担的费用，将视您是否使用我们计划网内医疗服务提供方，并遵守计划规则（例如是否要求获得事先授权）而定。 • 若您从网络医疗服务提供方取得承保服务范围，并遵循计划规则来获取服务，您将仅需为网内服务负担计划分摊费用 • 若您从网外医疗服务提供方取得承保服务范围，您将负担收费式联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡））中的分摊费用 对于由安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 承保，但联邦医疗保险 A 部分或 B 部分不承保的服务：安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 将继续承保由计划承保但联邦医疗保险 A 部分或 B 部分不承保的服务，无论这些服务是否与您的临终状态相关。您将为这些服务负担计划分摊费用。 对于计划 D 部分保险福利可能承保的药物：如果这些药物与您的临终关怀条件无关，则您支付分摊费用。如果它们与您的临终关怀状况有关，则您支付原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）分摊费用。药物永远不会同时受临终病室服务和我们的计划承保。更多信息请参阅第 5 章第 9.4 节 *（若您接受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*认证的临终病室服务会如何）。 **注意：** 若您需要非临终病室护理（与您的临终状态无关的医疗护理），您应联系我们安排这些服务。 我们的计划承保未选择临终关怀福利的绝症患者的临终关怀咨询服务（仅限一次）。	

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
免疫接种 由联邦医疗保险 B 部分承保的服务包括： • 肺炎疫苗 • 流感/流行性感冒预防针（或疫苗），秋季与冬季每个流感/流行性感冒季各一次，若医疗需要则可承保额外流感/流行性感冒预防针（或疫苗） • 乙型肝炎疫苗，若您具高度或中度乙型肝炎感染风险 • 新冠肺炎疫苗 • 其他疫苗，若您具风险且符合联邦医疗保险 B 部分的承保内容规定 我们也承保我们 D 部分处方药物保险福利下的大部分其他成人疫苗。更多信息请参阅第 6 章第 8 节	对于肺炎、流感/流行性感冒、乙型肝炎疫苗和新冠肺炎疫苗，不存在共同保险金、共付额或自付额。
住院治疗 包括急性住院、住院康复治疗、长期护理医院及其他类型的住院服务项目。住院治疗从医生下医嘱让您正式入院治疗的那一天为开始。我们每个保险福利期承保 90 天和 60 天额外终身保留日。一旦您用完了终身保留日，您的住院医院承保将限制在 90 天。出院的前一天即为住院的最后一天。 承保服务范围包括但不限于： • 半私人性病房（或有医疗需要时的私人病房） • 餐饮包括特殊饮食 • 定期医疗护理服务 • 特护病房费用（例如重症监护室或冠心病重症监护室） • 药物治疗 • 化验室测试 • X 光检查与其他放射科服务 • 必要手术与医疗用品 • 设备使用，例如轮椅 • 手术与恢复室费用 • 物理、职能和语言疗法 • 住院药物使用失调服务 **需事先授权** （下一页继续）	对于每次联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的住院，支付 **$0** 共付额。保险福利期从您进入医院或专业护理院的那一天开始。保险福利期将在您连续超过 60 天未在专业护理院接受任何住院治疗或专业护理时结束。如果您于一个保险福利期结束后进入医院或专业护理院，则另一个新的保险福利期开始。您可享有的保险福利期无次数限制。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
住院治疗（续） • 在特定情况下，下列类型的移植受承保：角膜、肾、肾脏-胰脏、心脏、肝脏、肺脏、心脏/肺脏、骨髓、干细胞，以及小肠/多器官。若您需要移植，我们将安排联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）核准的移植中心审查您的案件，并裁定您是否适合移植。移植医疗服务提供方可能位于当地或在服务地区之外。若我们的网内移植服务不在社区医疗护理模式内，您可选择当地服务，只要当地移植医疗服务提供方愿意接受原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费率。若安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 在您社区移植治疗护理模式之外的地方提供移植服务，而您选择在这个较远的地方进行移植手术，我们将为您和您的一名陪伴者安排或负担住宿和交通费用。 • 血液 - 包括储存和给药。全血和红细胞的承保范围仅从您需要的第四品脱血液开始——您必须要么支付您在日历年获得的前三品脱血液的费用，要么让您或其他人捐献血液。所有其他成分的血液的承保始于使用的第一品脱。 • 医生服务 **注意：** 您的医疗服务提供方必须提出书面医嘱，您才可以正式入院成为住院患者。即使您在医院过夜，您可能仍被视为“门诊患者”。若您不确定您为住院或门诊患者，您应询问医院工作人员。 您也可以在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的*您是医院门诊患者还是住院患者？ 若您有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）— 问一问！*本情况说明书可在网站 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY 用户，请致电 1-877-486-2048。您每周 7 天，每天 24 小时均可免费拨打这些电话。 **需事先授权**	若您获得授权在您的急症稳定后于网外医院接受住院医疗护理，您的费用为您在网络医院所应支付的分摊费用。 门诊观察分摊费用见本福利表的门诊医院观察部分。 保险福利期从您住院的那一天开始，到您连续 60 天没有接受任何住院患者护理（或专业护理院中的熟练护理）为止。如果您于一个保险福利期结束后进入医院或专业护理院，则会开始一个新的保险福利期。您可享有的保险福利期无次数限制。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
精神病院的住院服务项目 承保服务范围包括需要住院治疗的精神医护服务。精神病院的住院服务项目有 190 天的终身限制。190 天限制不适用于全科医院精神科所提供的精神健康服务。 **需从安保行为健康服务部 (EMBLEM BEHAVIORAL HEALTH SERVICES) 取得事先授权（1-888-447-2526 TTY: 711）**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每个保险福利期，支付 **$0** 共付额。 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保险福利期不适用。（参见“重要术语的定义”一章中对保险福利期的定义。）
住院治疗：非承保住院治疗期间在医院或专业护理院 (SNF) 所接受的承保服务范围 若您已用尽您的住院福利或住院治疗非合理或必须，我们将无法承保您的住院治疗。然而，在某些情况下我们将承保您在医院或专业护理院 (SNF) 所接受的特定服务。承保服务范围包括但不限于： • 医生服务 • 诊断测试（例如化验室测试） • X 光检查、镭以及同位素疗法，包括技师材料与服务 • 手术敷料 • 夹板、石膏固定以及其他用于纠正骨折和错位的装置 **某些服务需事先授权** （下一页继续）	对于每次联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的来自初级保健医生 (PCP) 的就诊，支付 **$0** 共付额。 对于每次联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的专科医生就诊，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的在任何地点完成的诊断程序和测试，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的在任何地点完成的化验室服务，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的 X 光检查，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的诊断放射，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
住院治疗：非承保住院治疗期间在医院或专业护理院 (SNF) 所接受的承保服务范围（续） • 用于替代全部或部分体内器官（包括连结组织），或全部或部分永久失能或发生障碍的体内器官的义肢与矫形装置（牙科装置除外），包括这类装置的更换及修复 • 腿部、手臂、背部与颈部支承器具；疝带、义腿、义臂以及义眼，包括因破损、磨损、遗失，或患者生理状况改变所需的调整、修复及更换 • 物理治疗、语言治疗与职业治疗	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的治疗放射，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的义肢、矫形器、耐用医疗设备和用品（外科敷料、夹板、石膏等），支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的物理治疗、语言治疗和职业治疗，支付 **$0** 共付额
医疗营养治疗服务 本保险福利适用于有医生医嘱的糖尿病、肾脏疾病（非接受透析）患者，或完成肾脏移植的患者。 我们为您根据联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（包括我们的计划、其他联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）或原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡））获得的医疗营养治疗服务，第一年内承保 3 小时一对一咨询服务以及往后每年 2 小时服务。若您的状况、治疗或诊断改变，您可能在具有医嘱的情况下获得更多时数的治疗。若您的治疗需要在新的日历年进行，医生必须每年开立这些服务的处方并更新其医嘱。	对于有资格享受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的医疗营养治疗服务的会员，不存在共同保险金、共付额或自付额。
联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）糖尿病预防方案 (MDPP) MDPP 服务将承保所有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划下符合资格的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人。 MDPP 是一种结构化的健康行为改变干预措施，提供长期的饮食改变、增加体育活动和解决问题策略的实践培训，以克服维持减重和健康生活方式的挑战。	对于 MDPP 保险福利，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
联邦医疗保险 B 部分处方药物 这些药物由原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）B 部分承保。我们计划的会员经由我们的计划获得这些药物的承保内容。承保的药物包括： • 通常并非由患者自行用药，而是在您接受医生看诊、医院门诊，或（无需住院的）门诊手术中心服务时注射或输注的药物 • 通过耐用医疗设备（如医疗上必要的胰岛素泵）提供的胰岛素 • 您使用计划批准的耐用医疗设备（如喷雾器）服用的其他药物 • 阿尔茨海默病药物 Leqembi®（非品牌药物名称 lecanemab）通过静脉给药。除药物费用外，您可能需要在治疗前和/或治疗期间进行额外的扫描和测试，这可能会增加您的总费用。与您的医生讨论作为治疗的一部分您可能需要进行哪些扫描和测试 • 您自行注射给药的凝血因子（若您患有血友病） • 移植/免疫抑制药物：如果联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）为您的器官移植支付费用，则联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将承保移植药物治疗。在承保移植时，您必须有 A 部分，并且在您接受免疫抑制药物时，您必须有 B 部分。请记住，如果 B 部分不承保免疫抑制药物，则联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物承保范围（D 部分）承保它们 • 注射用骨质疏松症药物（若您无法离家却患有医生已证明且与更年期后骨质疏松症相关的骨折，且无法自行给药） • 部分抗原：如果医生准备抗原，并且有适当指示的人（可能是您，患者）在适当的监督下给予抗原，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将承保抗原 • 某些口服抗癌药物：如果相同的药物有以注射形式提供，或者该药物是注射用药物的前药（一种口服形式的药物，摄入后分解成在注射用药物中相同的活性成分），则联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保您口服的某些口服癌症药物，。随着新的口服癌症药物的上市，B 部分可能会承保这些药物。如果 B 部分未承保它们，D 部分会承保 • 口服止恶心药：联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保您作为抗癌化疗方案一部分使用的口服止恶心药，前提是这些药物在化疗前、化疗时或化疗后 48 小时内给药，或用作静脉注射抗恶心药物的完全治疗替代物 **某些药物需事先授权** （下一页继续）	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的 B 部分处方药物，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
联邦医疗保险 B 部分处方药物（续） • 如果药物有注射形式，且 B 部分 ESRD 保险福利承保它，则某些口服晚期肾病 (ESRD) • ESRD 支付系统下的计算药物，包括静脉注射药物 Parsabiv® 和口服药物 Sensipar® • 特定居家透析药物，包括肝素、医疗需要时的肝素解毒剂、局部麻醉 • 红细胞生成刺激剂：如果您患有晚期肾病 (ESRD) 或您需要这种药物来治疗与某些其他疾病相关的贫血（如 Epogen®、Procrit® 和 Aranesp®），联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会承保注射用促红细胞生成素 • 原发性免疫缺陷疾病居家治疗用的经静脉免疫球蛋白 • 肠外和肠内营养（静脉和管饲） 以下链接将带您进入可能需要遵守阶段式治疗的 B 部分药物列表： https://www.emblemhealth.com/resources/pharmacy/medicare-drugs-covered 我们也在 B 部分下承保某些疫苗，在我们的 D 部分处方药物保险福利下承保大多数成人疫苗。 第 5 章说明 D 部分处方药物保险福利，包括您必须遵守以取得处方承保的规则。第 6 章说明您经由我们的计划为 D 部分处方药物所支付的费用。 **某些药物可能有阶段式治疗要求** **某些药物需事先授权**	

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
促进维持减重的肥胖症筛查与治疗 若您的身体质量指数为 30 或 30 以上，我们承保强化辅导以帮助您减重。若您经由常规治疗方式取得这类辅导，而此辅导能和您的全面性预防计划协调，则能获得承保。与您的初级保健医生或执业医生讨论详情。	对于预防性肥胖症筛查和治疗，不存在共同保险金、共付额或自付额。
阿片类药物治疗计划服务 我们计划中患有阿片类药物使用障碍 (OUD) 的会员可以获得针对通过阿片类药物治疗计划 (OTP) 治疗 OUD 的服务的承保范围，该计划包括以下服务： • 美国食品和药物管理局 (FDA) 批准的阿片类激动剂和拮抗剂药物辅助治疗 (MAT) 药物。 • MAT 药物的分发和给药（如适用） • 物质使用障碍咨询 • 个人及团体治疗 • 毒理学测试 • 摄入活动 • 定期评估	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的阿片类药物治疗项目就诊，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
门诊诊断测试及治疗服务和用品 承保服务范围服务包括但不限于： • X 光检查 • 放射（镭与同位素）治疗，包括技师材料与用品 • 手术用品，例如敷料 • 夹板、石膏固定以及其他用于纠正骨折和错位的装置 • 化验室测试 • 血液 - 包括储存和给药。全血和红细胞的承保范围仅从您需要的第四品脱血液开始——您必须要么支付您在日历年获得的前三品脱血液的费用，要么让您或其他人捐献血液。所有其他成分的血液的承保始于使用的第一品脱。 **对于承保的基因测试，您需要：** • 安保健康保险的书面事先授权；**以及** • 由一名有资格的医疗专业人员提供遗传咨询，以制定建议并解释结果。 **不承保**的基因测试包括： • 分子基因测试服务和面板和/或荧光素原位杂交 (FISH) 未获得美国妇产科医师大会 (ACOG)、美国医学遗传学和基因组学学院 (ACMG)、美国综合癌症网络 (NCCN) 或美国临床肿瘤学会 (ASCO) 认可。 • 分子基因检测试剂盒可直接提供给消费者或通过医生处方提供。 • 仅为其他家庭员工提供的保险福利中涵盖的分子基因测试。 • 全基因组或全外显子组基因测试。 • 根据联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS) 全国承保裁决 (NCD) 或本地承保裁决 (LCD)，不承保的分子基因测试服务和面板。 **需事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次 X 光检查，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次治疗放射，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次诊断放射，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的外科手术用品、夹板、石膏和其他用于减少骨折和脱位的设备，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的在**任何设施**完成的化验室服务，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的血液服务，支付 **$0** 共付额。全血和红细胞的承保范围仅从您在日历年内获得的第四品脱血液开始。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的**在任何设施**完成的每次诊断测试，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次门诊医院就诊，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
门诊医院观察 观察服务是医院的门诊服务，用来裁定您是需要住院还是可以出院。 门诊医院观察服务如果想获得承保，其必须符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准，并且被认为是合理和必要的。仅在根据医生或获得州许可法律和医院工作人员细则授权的其他个人的指令来提供观察服务，以接收患者入院或订立门诊测试时，才承保这些观察服务。 **注意：** 除非医疗服务提供方已提出书面医嘱让您入院成为住院患者，否则您将以门诊患者的身份支付门诊医院服务的分摊费用。即使您在医院过夜，您可能仍被视为“门诊患者”。若您不确定您是否为门诊患者，您应询问医院工作人员。 您也可以在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的*您是医院门诊患者还是住院患者？ 若您有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）— 问一问！*本情况说明书可在网站 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY 用户，请致电 1-877-486-2048。您每周 7 天，每天 24 小时均可免费拨打这些电话。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的观察护理，支付 **$0** 共付额。
门诊医院服务 我们承保您在医院门诊部门为疾病或受伤诊断或治疗所需的医疗必需性服务。 承保服务范围服务包括但不限于： • 急诊科或门诊的服务，如观察服务或门诊手术 • 由医院收取费用的化验室与诊断测试 • 精神健康治疗，包括若医生证实需接受半住院治疗计划（否则须住院）的医疗护理 • 由医院收取费用的 X 光检查与其他放射科服务 • 医疗用品例如夹板与石膏固定 • 您无法自行取得的特定药物与生物制剂 **某些服务需事先授权** （下一页继续）	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的门诊医院服务，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
门诊医院服务（续） **要进行基因检测，您需要：** • 安保健康保险的书面事先授权；**以及** • 由一名有资格的医疗专业人员提供遗传咨询，以制定建议并解释结果。 **不承保**的基因测试包括： • 分子基因测试服务和面板和/或荧光素原位杂交 (FISH) 未获得美国妇产科医师大会 (ACOG)、美国医学遗传学和基因组学学院 (ACMG)、美国综合癌症网络 (NCCN) 或美国临床肿瘤学会 (ASCO) 认可。 • 分子基因检测试剂盒可直接提供给消费者或通过医生处方提供。 • 仅为其他家庭员工提供的保险福利中涵盖的分子基因测试。 • 全基因组或全外显子组基因测试。 • 根据联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS) 全国承保裁决 (NCD) 或本地承保裁决 (LCD)，不承保的分子基因测试服务和面板。 **注意：** 除非医疗服务提供方已提出书面医嘱让您入院成为住院患者，否则您将以门诊患者的身份支付门诊医院服务的分摊费用。即使您在医院过夜，您可能仍被视为“门诊患者”。若您不确定您是否为门诊患者，您应询问医院工作人员。 您也可以在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的*您是医院门诊患者还是住院患者？ 若您有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）— 问一问！*本情况说明书可在网站 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY 用户，请致电 1-877-486-2048。您每周 7 天，每天 24 小时均可免费拨打这些电话。 **某些服务需事先授权**	

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
门诊精神健康护理 承保服务范围包括： 由州政府授予执照的精神病医生或医生、临床心理医生、临床社工、临床医疗护理专科医生、持牌专业咨询师 (LPC)、持牌婚姻和家庭治疗师 (LMFT)、护士医师 (NP)、医师助理 (PA) 或其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的精神健康专业医护人员（适用州法律许可下）所提供的精神健康服务。 **您可以选择通过面对面就诊或与通过远程医疗提供服务的网络医疗服务提供方进行远程医疗来获取某些服务。** **某些服务需从安保行为健康服务部 (EMBLEM BEHAVIORAL HEALTH SERVICES) (1-888-447-2526) (TTY: 711)取得事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次个人或团体就诊，支付 **$0** 共付额。 对于每次通过远程医疗进行的联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 承保的个人精神健康治疗就诊，支付 **$0** 共付额。 对于每次通过远程医疗进行的联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 承保的个人精神护理就诊，支付 **$0** 共付额。
门诊康复服务 承保服务范围包括：物理治疗、职业治疗及语言治疗。 门诊康复服务以不同的门诊方式提供，例如医院门诊部门、独立治疗师办公室，以及综合性门诊康复设施 (CORF)。	为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的门诊康复服务支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
门诊药物使用失调服务 由州政府授予执照的精神病医生或医生、临床心理医生、临床社工、临床医疗护理专科医生、护士医师、医师助理，或其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的专业医护人员（适用州法律许可下）所提供的药物使用失调服务。 **您可以选择通过面对面就诊或与通过远程医疗提供服务的网络医疗服务提供方进行远程医疗来获取某些服务。** **某些服务需事先授权从安保行为健康服务部 (EMBLEM BEHAVIORAL HEALTH SERVICES)（1-888-447-2526 TTY: 711）**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次个人或团体就诊，支付 **$0** 共付额。 对于每次通过远程医疗进行的联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 承保的个人药物滥用门诊治疗就诊，支付 **$0** 共付额。
门诊手术，包括医院门诊机构及（无需住院的）门诊手术中心提供的服务 对手术程序而言，您的医疗服务提供方可以为专业服务另行索取共付额。 **注意：** 若您在医院机构接受外科手术，您应与您的医疗服务提供方确认您属于住院患者还是门诊患者。除非医疗服务提供方提出书面医嘱让您入院成为住院患者，否则您将以门诊患者的身份支付门诊手术的分摊费用。即使您在医院过夜，您可能仍被视为“门诊患者”。 **需事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次（无需住院的）门诊手术中心就诊，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次门诊医院机构就诊，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
非处方药 (OTC) 药物和健康相关物品 作为指定县的安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员，您将获得每月最高限额，用于在参与医疗服务提供方（零售地点和邮购）购买计划批准的非处方药和健康相关物品，供您个人使用。可在我们的网站上找到批准物品的清单。如果您不把每个月的限额都花光，余额不会结转到下个月。 您可以在网内药房和商店使用非处方药 (OTC) 卡。您可以用卡购买一些药品和保健用品：降酸剂、止痛药、咳嗽感冒药、急救用品、失禁用品、压缩袜、增湿器等。 在您购买一些“双重用途”的物品之前，如维生素、矿物质、补品、营养补充品、减重物品和诊断工具（例如血压监测仪），您需要和您的医疗服务提供方谈谈，确保您需要这些东西。 OTC 卡不是借记卡或信用卡，不能兑换成现金，也不能用于购买 B 部分或 D 部分承保的处方药物。这是一个承保的附加福利。 您可以使用 OTC 卡： • 访问 mybenefitscenter.com 查找参与的药房和商店，查看您的余额，并研究承保的项目。 • 如需通过邮购免费送到您的家中，请于 8 a.m.至 11 p.m. 致电 ConveyBenefits，电话是 855-858-5940 (TTY: 711) 或访问 conveybenefits.com/emblemhealth。 *服务不计入您的最高自付费用金额。	您的非处方药 (OTC) 卡每月的福利金额取决于您的居住地。 **如果您居住在纳苏县 (Nassau)、里士满县 (Richmond)、苏福克县 (Suffolk)、威斯特徹斯特县 (Westchester)：**您的限额是每月 **$60**。* **如果您住在布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纽约 (New York)、皇后区 (Queens)：**您的限额是每月 **$20**。* **这个金额不会逐月结转，并且将在每个月底到期。**

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
半住院治疗服务和强化门诊服务 半住院治疗是一种结构化的积极精神病治疗方案，由医院门诊服务或社区精神健康中心提供，相比于在您的医生、治疗师、持适当牌照的婚姻和家庭治疗师 (LMFT) 或持适当牌照的专业咨询师办公室提供的治疗，该方式提供更强化的治疗，是住院治疗的替代方案。 *强化门诊服务*是在医院门诊部、社区精神健康中心、联邦合格的健康中心或乡郊健康诊所提供的一种结构化的积极行为（精神）健康治疗方案，这种治疗的强度高于在您的医生、治疗师、有执照的婚姻和家庭治疗师 (LMFT) 或有执照的专业咨询师办公室接受的治疗，但低于半住院治疗。 **需从安保行为健康服务部 (EMBLEM BEHAVIORAL HEALTH SERVICES) 取得事先授权（1-888-447-2526 (TTY: 711））**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的半住院治疗服务，每天支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的强化门诊服务，支付 **$0** 共付额。

医生/执业医生服务，包括医生诊所就诊
 	
承保服务范围包括：
• 医生诊所、认证流动手术中心、医院门诊部门或任何其他地点所提供的医疗所需医疗护理或外科手术服务
• 专科医生会诊、诊断与治疗
• 由您的专科医生所进行的基础听力与平衡检查（若您的医生下医嘱进行检查以确定您是否需要医疗治疗）
• 某些远程医疗服务，包括初级保健医生 (PCP) 就诊、专科医生就诊、个人精神健康就诊、个人精神科就诊、心脏康复和个人药物滥用就诊。
  ○ 您可以选择通过面对面就诊或远程医疗来获取这些服务。如果选择通过远程医疗获取其中一项服务，则必须使用通过远程医疗提供该服务的网络医疗服务提供方。
  ○ 您的医疗服务提供方 / 医护人员必须使用交互式音频和视频电信系统，使您与您的医疗服务提供方 / 医护人员之间实现实时通信。您的医疗服务提供方 / 医护人员可能会要求您注册并使用他们的安全患者平台以获得承保的远程医疗服务。
 	
（下一页继续）
	对于每次联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的初级保健医生 (PCP) 的就诊，支付 **$0** 共付额。
	
	对于每次联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的专科医生就诊，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
医生/执业医生服务，包括医生诊所就诊（续） • 某些远程医疗服务，包括由医生或执业人员为某些乡郊地区或联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准的其他地方的患者提供会诊、诊断和治疗 • 在医院或关键接入点的医院肾透析中心、肾透析设施或会员家中，为家庭透析会员提供的针对每月晚期肾脏疾病相关就诊的远程医疗服务 • 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务，无论您位于何处 • 为患有物质使用障碍或同时存在精神健康障碍的会员提供远程医疗服务，无论其位于何处 • 在以下情况中，用于精神健康疾病的诊断、评估和治疗的远程医疗服务： ○ 您在首次远程医疗就诊前 6 个月内进行过面对面就诊 ○ 在接受这些远程医疗服务期间，您每 12 个月进行一次面对面就诊 ○ 某些情况下，可以对上述情况进行例外处理 • 由乡郊卫生诊所和联邦合格健康中心提供的心理健康就诊远程医疗服务 • 在以下情况中，与医生进行 5-10 分钟虚拟沟通（例如，通过电话或视频聊天）： ○ 您不是新患者，**并且** ○ 签到与过去 7 天内的一次诊所就诊无关，**并且** ○ 签到不会导致 24 小时内或最快预约的诊所就诊 • **在以下情况中**，对您发送给您的医生的视频和/或图像进行评估，并在 24 小时内由您的医生进行解释和随访： ○ 您不是新患者，**并且** ○ 评估不会导致 24 小时内或最快预约的诊所就诊 • 您的医生通过电话、网络或电子健康记录向其他医生寻求咨询 • 外科手术前来自其他网络医疗服务提供方提供的第二意见 • 非常规牙科护理（承保服务范围限于下颚或相关结构外科手术、固定下颚或脸部骨骼骨折、拔牙或为肿瘤癌症疾病治疗所做下颚放射性治疗的准备，或由医生提供时将受承保的服务）	

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
足科服务 承保服务范围包括： • 足部受伤或疾病的诊断与医疗或手术治疗（像是锤状趾或脚跟骨刺） • 因特定病症而影响下肢的会员的常规足部护理 **承保的补充服务包括：** 常规足科保险福利包括去除老茧、鸡眼和指甲修剪。每年限四次门诊。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的足科服务，支付 **$0** 共付额。 对于每次补充常规足科就诊（每个日历年最多 4 次常规就诊），支付 **$0** 共付额。
前列腺癌筛查 对 50 岁以上的男性而言，承保服务范围包括以下（每 12 个月一次）： • 直肠指检 • 前列腺特异性抗原 (PSA) 测试	对于年度前列腺特异性抗原 (PSA) 测试，不存在共同保险金、共付额或自付额。
义肢和矫形装置与相关用品 替代全部或部分肢体的部分或功能的装置（牙科装置除外）。这包括但不限于使用假肢和矫形器的测试、装配或培训；以及：与直肠造口术治疗直接相关的直肠造口袋与用品、心脏起博器、支承器具、义肢鞋具、人工肢体、人工乳房（包括乳房切除术后的手术内衣）。包括与义肢和矫形装置相关的特定用品，以及义肢和矫形装置的修复和/或更换。也包括白内障清除或白内障手术后的某些承保内容 - 更多详情请参阅本章节稍后的**眼科治疗**章节。 **某些用品/设备需要事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的义肢装置和相关用品，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
肺部康复服务 为患有中度至极重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 且获治疗慢性呼吸疾病医生的医嘱需肺部康复的会员承保肺部康复的全面计划。 **需事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的肺康复服务，支付 **$0** 共付额。
远程访问技术 **医疗护理热线** – 每周7 天、每天 24 小时全年无休服务。会员可随时与注册护士保密地进行一对一交谈。护士受过电话分诊训练且能为日常健康困扰与问题提供临床支持。电话号码是 1-877-444-7988，TTY: 711。 ***Teladoc® 在线门诊** - 使用您的手机、电脑或移动设备来获得医生对流感、支气管炎、过敏、关节炎等非紧急病症的护理。每周 7 天，每天 24 小时提供该服务。 您将收到来自 Teladoc® 在线门诊的附加信息和注册说明。您也可以通过拨打 1-800-835-2362 (1-800-TELADOC) (TTY: 1-855-636-1578）或访问 www.teladoc.com/emblemhealth 来获取信息 *服务不计入您的最高自付费用金额。	对于承保的护理热线服务，支付 **$0** 共付额。* 对于承保的每个 Teladoc 在线门诊服务，支付 **$0** 共付额。*
降低酒精滥用的筛查与辅导 我们为投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）且有酒精滥用（但无酒精依赖性）的成人承保一次酒精滥用筛查。 若您酒精滥用的筛检结果为阳性，您可获得每年最多 4 次，由合格初级保健医生或执业医生在常规治疗方式下提供的面对面简要辅导（若您在辅导约诊时有能力且清醒）。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的旨在减少酒精滥用的筛查和会诊预防性保险福利，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
使用低剂量电脑断层扫描 (LDCT) 筛查肺癌 为符合资格者每 12 个月承保一次 LDCT。 **符合资格的会员为：**年龄 50 至 77 岁且无肺癌征兆或症状，但至少有每年 20 包的吸烟史以及目前正吸烟或在过去 15 年内戒烟者，需在肺癌筛查会诊及共同决策门诊时取得 LDCT 医嘱，同时符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）对该类门诊所订之标准，且门诊需由医生或合格的非医生执业人员提供。 *对初始 LDCT 筛查后的 LDCT 肺癌筛查而言:* 会员必须在任何适当的医生或合格非医生执业人员门诊取得 LDCT 肺癌筛的医嘱。若医生或合格的非医生执业人员选择为 LDCT 的后续肺癌筛查，提供肺癌筛查会诊与共同决策门诊，该门诊必须符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）对该类门诊所订之条件。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的会诊和共同决策就诊或对于 LDCT，不存在共同保险金、共付额或自付额。
性传播感染 (STI) 筛查与预防 STI 辅导 我们承保衣原体感染、淋病、梅毒及乙型肝炎等性传播感染 (STI) 筛查。初级保健医生下医嘱进行测试时，我们为怀孕女性及具较高 STI 风险的特定人士承保这些筛查。我们每 12 个月承保这类测试一次，或在孕期的特定时间承保。 我们每年也为具较高 STI 风险且有性行为的成人承保最多 2 次的个人 20 至 30 分钟的面对面高强度行为辅导。仅在这类辅导是由初级保健医生提供，且以常规治疗方式进行（例如在医生诊所）并作为预防性服务时，我们才提供承保。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的 STI 筛查和 STI 预防保险福利会诊，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
治疗肾脏疾病的服务 承保服务范围包括： • 肾脏疾病教育服务，以指导肾脏护理并帮助会员对其医疗护理进行知情决定。对患有第 IV 期慢性肾脏疾病且经由医生转诊的会员，我们承保终身最多 6 次肾脏疾病教育服务 • 门诊透析治疗（包括暂时在服务地区外进行的透析治疗，请见第 3 章说明，或者当您针对该服务的医疗服务提供方暂时无法使用或无法访问时） • 住院透析治疗（若您以住院患者身份住院接受专科治疗） • 自助式透析训练（包括对您或任何帮助您进行居家透析治疗的人士所做的训练） • 居家透析器材与用品 • 特定居家支持服务（例如需要时由受训透析工作人员访视以确定您居家透析的情况、紧急协助，以及检察您的透析器材与供水） 您的联邦医疗保险 B 部分药物保险福利承保透析所需的特定药物。有关 B 部分药物的承保内容，请参阅**联邦医疗保险 B 部分处方药物**一节。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每项肾脏疾病教育服务，支付 **$0** 共付额。 对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每个透析治疗、设备、用品和家庭支持服务，支付 **$0** 共付额。
专业护理院 (SNF) 护理 （专业护理院服务的定义请参阅本文件第 12 章。专业护理院有时称“SNF”。） 在每个保险福利期内，将承保您在专业护理院享受最多 100 天的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的住院服务项目。不需要先前住院记录。 承保服务范围包括但不限于： • 半私人病房（或有医疗需要时的私人病房） • 餐饮，包括特殊饮食 • 专业医疗护理服务 • 物理治疗、职业治疗及语言治疗 • 作为您医疗护理计划一部分的给药（这包括在体内天然存在的物质，像是凝血因子。） **需事先授权** （下一页继续）	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的 1-100 天的住院，每天支付 **$0** 共付额。 保险福利期自您以住院患者身份入住专业护理院当天起算。保险福利期将在您连续超过 60 天未在专业护理院接受任何住院治疗或专业护理时结束。如果您于一个保险福利期结束后进入医院或专业护理院，则另一个新的保险福利期开始。您可享有的保险福利期无次数限制。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
专业护理院 (SNF) 护理（续） • 血液 - 包括储存和给药。全血和红细胞的承保范围仅从您需要的第四品脱血液开始——您必须要么支付您在日历年获得的前三品脱血液的费用，要么让您或其他人捐献血液。所有其他成分的血液的承保始于使用的第一品脱。 • 通常由专业护理院提供的医疗与手术用品 • 通常由专业护理院提供的化验室测试 • 通常由 SNF 提供的 X 光检查与其他放射科服务 • 通常由专业护理院提供的器材使用，例如轮椅 • 医生/执业人员服务 一般而言，您将经由网络机构获得 SNF 医疗护理。然而，在下列某些情况下，您可使用非网络医疗服务提供方的设施获取您的护理（若该设施接受我们计划的付款金额）。 • 您在您入院前所居住的疗养院或持续治疗退休社区（只要其提供专业护理院服务） • 您配偶或同居伴侣在您离开医院时所居住的 SNF **需事先授权**	
终止吸烟和烟草使用（香烟和烟草停止使用咨询） 若您使用烟草，但没有烟草相关疾病的征兆或症状：我们承保 12 月期间内两次戒烟意愿的辅导，作为您的免费预防服务。每项咨询包括最多四次会面治疗。 若您使用烟草且已被诊断患有烟草相关疾病，或正服用可能受烟草影响的药物：我们承保戒烟辅导服务。我们承保 12 个月期间内两次戒烟意愿的辅导，但您将支付适用的分摊费用。每项咨询包括最多四次会面治疗。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的吸烟和戒烟预防保险福利，不存在共同保险金、共付额或自付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
受监督的运动治疗 (SET) 为有症状性外周动脉疾病 (PAD) 会员且有负责 PAD 治疗的医生转诊的会员承保 SET。 若符合 SET 计划需求，在 12 周期间承保最多 36 节课程。 SET 计划必须： • 包含长达 30-60 分钟的训练课程，由对跛足患者的 PAD 治疗性运动训练计划组成 • 以医院门诊方式或在医生诊所进行 • 由受过 PAD 运动治疗训练的合格辅导人员提供，以确保利益大于伤害 • 在由医生、医师助理，或接受过基础与进阶生命支持技术训练的护士医师/临床医疗护理专家直接监督下进行 若医疗服务提供方认为有医疗必要，SET 可在 12 周内 36 节课程以后延长承保额外 36 节课程。 **需事先授权**	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每个受监督的运动治疗 (SET) 疗程，支付 **$0** 共付额。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
急需医疗服务 如果您暂时不在本计划的服务范围之内，或者考虑到您的时间、地点和情况，从与本计划签订合同的网络医疗服务提供方那里获得这项服务是不合理的，那么需要立即就医的、非紧急的、由计划承保的服务就是紧急需要的服务。您的计划必须承保紧急需要的服务，并且仅向您收取网内分摊费用。紧急需要的服务的示例包括不可预见的医疗疾病和伤害，或现有疾病的意外突发。但是，即使您不在计划的服务区域或计划网络暂时不可用，医学上必要的常规医疗服务提供方就诊（如年度体检）也不被认为是紧急需要的。 在全球为您承保急需医疗服务。 *服务不计入您的最高自付费用金额。	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的急需医疗服务，支付 **$0** 共付额。 对于美国及其领土以外的在全球的急需医疗服务，支付 **$0** 共付额。* 年度限额为 **$50,000**，加上全球急症护理和全球地面救护车。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用

眼科治疗
 	
承保服务范围包括：
 	
• 为诊断与治疗眼睛疾病与受伤的门诊医生服务，包括年龄相关黄斑部退化的治疗。原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保为眼镜/隐形眼镜所进行的常规眼科检查（眼睛折射检查）
• 具青光眼高风险者，我们每年将承保一次青光眼筛检。具青光眼高风险者包括有青光眼家族病史者、糖尿病患者、年龄超过 50 岁的非裔美国人，以及年龄超过 65 岁的西班牙裔美国人
• 为糖尿病患者者承保每年一次的糖尿病性视网膜病筛查
• 在每次白内障手术后的一副眼镜或隐形眼镜，包括植入人工水晶体。（若您接受两次不同的白内障手术，您无法在第一次受术后保留福利而在第二次手术后购卖两副眼镜。）
• 承保的补充服务包括：
  ○ *每年进行一次针对眼镜/隐形眼镜的常规眼科检查（眼验光）。
  ○ 每 2 年眼镜或隐形眼镜。
 	
• ***限额适用于：**
  ○ 眼镜（镜框和镜片）；或
  ○ 只有眼镜片；或
  ○ 只有眼镜框；或
  ○ 隐形眼镜而不是眼镜
 	
仅承保由联邦医疗保险（即红蓝卡）承保的基本镜框和镜片。
常规眼科检查和常规眼镜必须由 EyeMed® 参与医疗服务提供方提供。如需参加您的计划的验光师、配镜师和眼镜医疗服务提供方的完整名单，请致电 EyeMed®，电话是 1-844-790-3878；TTY 711，或访问 **emblemhealth.com/medicare**
 	
*服务不计入您的最高自付费用金额
	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的保险福利，包括诊断和治疗眼部疾病和病症（包括糖尿病性视网膜病），支付 **$0** 共付额
	
	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的青光眼筛查，每年支付 **$0** 共付额。
	
	对于每次常规视力检查（每个日历年一次），支付 **$0** 共付额。*
	
	对于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的白内障手术后的眼镜，支付 **$0** 共付额。眼镜必须在白内障手术后 12 个月内获得。
	
	我们的计划承保每两年最多 **$300** 的常规眼镜限额*。

为您承保的服务	您接受这些服务时必须支付的费用
欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）(Welcome to Medicare) 预防性门诊 计划承保*欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*的一次性预防性门诊。该门诊包括检查您的健康状况，以及有关您所需预防治疗服务的教育与辅导（包括特定筛查与预防针（或疫苗）），以及在需要时转诊至其他医疗护理服务。 **重要须知：**我们在您投保联邦医疗保险 B 部分头 12 个月内承保一次“*欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*”预防性门诊。您预约时，请让您的医生诊所知道您希望预约“*欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*”预防性门诊。	对于“*欢迎加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）*”预防性门诊，不存在共同保险金、共付额或自付额。

第 3 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 之外承保的服务

第 3.1 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) *不*承保的服务

符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）条件的会员被称为“双重资格者”。作为双重资格者会员，您有资格享受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的福利。您作为本计划的一员而获得的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和附加福利列于第 2.1 节。

您获得的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）额外福利可能会根据您的收入和资源而有所不同。由于有了医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的补助，一些“双重资格者”无须支付某些联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费用。我们的计划提供的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利类别和类型如下：

- 完整福利双重资格 (FBDE)：支付您的联邦医疗保险 B 部分保费、在某些情况下的联邦医疗保险 A 部分保费以及医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利。
- QMB-Plus：支付您的联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费、自付额、分摊费用（不包括 D 部分共付额）和医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利。

作为 QMB-Plus，除了 D 部分处方药物的共付额外，您只需为联邦医疗保险（Medicare，即红

蓝卡）承保服务范围支付 $0。然而，如果您不是 QMB-Plus，但有资格享受医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利，则您可能需要根据您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利，支付一些共付额、共同保险金和自付额。

下面的图表列出了在医疗补助计划（Medicaid，即白卡）下为那些有资格享受医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利的人提供的服务。务必要了解，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利可能会根据您的收入水平和其他标准而变化。另外，您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利全年都可能改变。根据您目前的状况，您可能没有资格享受所有的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利。

然而，作为我们计划的一员，无论您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）状况如何，您都可以获得计划福利。纽约市居民应致电 1-877-472-8411，联系纽约市人力资源管理局，获取有关您的资格和福利的最新的和准确的信息。居住在纽约市以外的人应与当地的社会服务部门联系，以获得这方面的信息。如需其他帮助，您也可以致电 **1-877-344-7364** (TTY: **711**)联系客户服务部以获取更多信息，工作时间是 10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.。

额外的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保福利	您接受这些服务时**必须支付的费用**
救护车服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和安保联邦医疗补助健康和恢复计划承保救护车服务共同保险金，所以您支付 $0。
危机驻留服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保住宅危机住宅、密集危机住宅。
牙科服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保颌面修复、种植体服务和正畸，因此您支付 $0。
透析（肾）	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保肾透析共同保险金，所以您支付 $0。
耐用医疗设备与相关用品	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保耐用医疗设备与相关用品共同保险金，所以您支付 $0。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保耐用医疗设备，包括医疗/外科用品、肠内配方和具有以下特征的义肢或矫形器具以外的设备和设备；能长期重复使用；主要及通常用作医疗用途；在没有疾病或受伤的情况下，通常对人没有用处，以及我们通常为特定的个人使用而设计或制作。必须由医生提供医嘱。
急症护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保每次急诊室就诊共同保险金，所以您支付 $0。

额外的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保福利	您接受这些服务时**必须支付的费用**
听力服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划在医疗需要时承保听力服务和产品，以减轻听力损失或损害造成的残疾。服务包括助听器的选择、安装和分配；助听器分配、合格评定和维修后的检查；听力治疗服务，包括检查和测试、助听器评估和助听器处方；以及助听器产品，包括助听器、耳模、特殊配件和放置部件。
居家送餐	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保为从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）长期家健护理方案（LTHHCP）过渡而不能为自己准备或获得营养充足的膳食，或当提供这些膳食将减少对提供更昂贵的膳食准备支持的需求时，提供单独设计的服务。
家健机构护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保医疗上必需的家健服务，还包括附加的、非联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的家健服务（例如，物理治疗师监督那些已经达到最大恢复潜力的患者的维护方案，或者护士为患有糖尿病的残疾人预充式注射器）。
住院治疗 - 急性	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保的额外天数，以及住院治疗服务的共同保险，因此您支付 $0。
住院精神健康护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保所有住院精神健康服务，包括联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）190 天终身限额之外的医疗上必要的自愿或非自愿住院以接受精神健康服务，因此您支付 $0。
医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围	如果您参加了安保尊享联邦医疗保险双重资格计划 (VIP Dual) 和安保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）或增强护理优越计划，安保健康保险将承保安保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的服务。有关安保健康保险承保的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务的更多信息，请参阅您的会员手册。
医疗社会服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保医疗社会服务，包括评估患者的需要、安排和提供协助，以解决与患者居家护理有关的社会问题，其中这些服务由合资格的社工提供，并按为从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）长期家健护理方案 (LTHHCP)过渡的个人制定的护理计划提供。

额外的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保福利	您接受这些服务时**必须支付的费用**
门诊诊断测试及治疗型放射和用品	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保 X 光检查、诊断和治疗放射、医疗和外科用品共同保险金，所以您支付 $0。
门诊精神健康护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次个人或团体理疗门诊的共同保险金，所以您支付 $0。
门诊康复服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保门诊康复服务共同保险金，所以您支付 $0。
药物滥用门诊服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的每次个人或团体理疗门诊的共同保险金，所以您支付 $0。
门诊手术	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保流动手术中心和门诊医院就诊的共同保险金，所以您支付 $0。
义肢装置、医疗用品和外科手术用品、肠内配方和肠外配方	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保义肢装置和相关用品的共同保险金，所以您支付 $0。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保义肢、矫形术和矫形鞋。这些物品通常被认为是一次性使用的消耗性物品，通常在付费医疗补助计划（Medicaid，即白卡）中的耐用医疗设备类别下进行支付。肠内配方和营养补充品的承保范围仅限于鼻胃、空肠造口或胃造口管喂养。肠内配方和营养补充品的承保范围仅限于无法通过任何其他方式获得营养的个人，以及以下三种情况：1) 不能咀嚼或吞咽食物，必须通过试管配方获取营养的个体；2)患有罕见的先天性代谢障碍的个体，需要特定的药物配方来提供其他途径无法获得的必需营养素；以及 3) 因生长发育减缓因素需要使用配方药品的儿童。氨基酸和有机酸代谢的某些遗传性疾病的承保范围应包括低蛋白质或含有改性蛋白质的改性固体食品。作为双重资格者，您可以享受额外的由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的义肢、矫形器具和骨科鞋类。 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的处方鞋仅限于治疗糖尿病患者，或当鞋子是腿部支架(矫形器)的一部分，或当 21 岁以下的儿童有足部并发症。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）把压缩袜和护腿长袜的承保范围仅限于怀孕或治疗静脉郁积溃疡。

额外的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保福利	您接受这些服务时必须支付的费用
常规交通	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保投保者为了获得本计划下或医疗补助计划收费服务下的必要医疗护理与服务而必须搭乘的交通。包括残障人士专用救护车 (ambulette)、非紧急用途救护车 (invalid coach)、出租车、租赁用车 (livery)、公共交通或其它适合投保会员的病症的交通方式，以及在必要时陪同投保会员的交通照护者。
专业护理院 (SNF) 护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保专业护理院共付额，所以您支付 $0。专业护理院 (SNF) 护理 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）在医疗必要时，承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）规定的 100 天之外的额外天数。
紧急医疗服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保紧急医疗服务的共同保险金，所以您支付 $0。

以下服务不由安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 承保，但可通过医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获得，也可能可透过由安保健康保险增强型护理或安保健康保险增强护理优越计划承保：

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围	更多详情
成人日间健康护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保在寄宿式护理院或在医生的医疗指导下经批准的扩展场所提供的成人日间医护服务。成人日间护理包括以下服务：医疗、护理、食物和营养、社会服务、康复治疗、休闲活动（计划中的各种有意义的活动）、牙科、药物和其他辅助服务。
艾滋病成人日间健康护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保成人日间医疗保健计划 (ADHCP)，这项护理旨在帮助艾滋病毒 (HIV) 患者在社区中更独立地生活，或消除对居家医护服务的需求。
辅助生活计划	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保个人护理、家政、监督、家健助理、个人应急服务、护理、物理治疗、职业治疗、语言治疗、医疗用品和设备、一系列家健服务和注册专业护士的个案管理服务。在成人之家或浓缩的住宅环境中提供的服务。

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围	更多详情
行为健康家庭和社区服务 (BHHCBS)	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）和增强护理优越计划承保以下服务：康复服务 • 短期救济 • 强化救济 • 教育支持服务 • 职业前服务 • 过渡性就业服务 • 强化支持就业服务 • 持续支持的就业服务 • 非医疗交通。
行为健康家庭和社区服务 (BH HCBS)	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）和增强护理优越计划承保以下服务：心理社会康复 (PSR)， • 社区精神支持与治疗 (CPST)，赋权服务 – 同伴支持， • 家庭支持与培训 (FST)
某些精神健康服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划以下心理健康服务：• 强化精神康复治疗方案 • 日间治疗 • 日间持续治疗 • 重症和持续性精神疾病的个案管理（由州或地方精神健康单位赞助）• 半住院治疗 • 坚定的社区治疗 (ACT) • 个性化康复导向服务 (PROS)
综合性医疗补助（Medicaid，即白卡）个案管理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保综合性医疗补助（Medicaid，即白卡）个案管理 (CMCM)，它为目标人群提供“社工服务”个案管理转诊服务。CMCM 个案经理将根据书面个案管理计划中列出的目标，协助客户访问必要的服务。
危机干预服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保由消费者指定的私人助理在医疗补助计划会员或其指定代表的指导、监督和指导下提供的家健助理或熟练护理服务。
牙科	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保预防、预防性和其他牙科护理、服务、用品、常规检查、预防疗法、口腔手术（当联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保时），以及缓解严重健康状况（包括影响就业能力）所需的牙齿修复和矫形器。
结核 (TB) 病的直接观察治疗	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保结核病直接观察治疗 (TB/DOT)，这是对口服结核病药物的直接观察，以确保患者遵守医生的处方药物治疗方案。

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围	更多详情
医疗补助计划（Medicaid，即白卡）配药保险福利	“医疗补助计划（Medicaid，即白卡）配药保险福利”由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）药房计划 NYRx 承保。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保被排除在联邦医疗保险 D 部分保险福利之外的选定的药物类别。关于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）可报销药物的完整清单，请访问 www.emedny.org/info/formfile.aspx
美沙酮维持治疗计划 (MMTP)	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保 MMTP，包括戒毒、药物依赖咨询和康复服务，其中包括美沙酮的化学治疗。
营养学	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保对营养需求和食物模式的评估，或为个人的身体、医疗需求和环境条件提供适当的食物和饮料，或为满足正常和治疗需求而提供营养教育和咨询的计划。此外，这些服务可能包括评估营养状况和食物偏好、计划在患者的家庭环境和文化考虑范围内提供适当的饮食摄入、将营养教育作为治疗环境的一部分、制定营养治疗计划、定期评估和修订营养计划、为卫生机构工作人员提供在职教育，以及就患者的具体饮食问题进行咨询，并向患者和家属传授营养知识。这些服务必须由一位合格的营养专家提供。
发育性残疾人士办公室 (OPWDD) 服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保以下 OPWDD 服务：• 通过第 16-Clinic 治疗设施或第 28 条提供的长期治疗服务 • 日间治疗 • 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务协调 (MSC) • 通过家中治疗方案 (OPWDD) 提供的服务。
个人护理服务 (PCS)	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保个人护理服务 (PCS)，包括在个人卫生、穿衣和饮食、营养和环境支持（做饭和家务）方面提供部分或全部援助。个人护理服务必须是医学上必需的，由医生提供医嘱，并由有资格的人根据护理计划提供。

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围	更多详情
个人应急响应服务 (PERS)	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保那些使某些高危患者能够在发生身体、情感或环境紧急情况时获得帮助的电子设备。现在有各种各样的电子警报系统，它们使用不同的信号装置。这些系统通常与患者的电话相连，一旦“帮助”按钮被激活，就会向响应中心发出信号。在紧急情况下，响应中心接收信号并采取适当的行动。
私人护理	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保根据医生、注册医师助理或认证护士医师的书面治疗计划提供的医疗上必需的私人护理服务。
为 OMH 持牌社区住宅 (CR) 和居家治疗计划的居民提供的康复服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保为精神健康(心理健康)办公室持牌社区住宅 (CR) 和居家治疗计划的居民提供的康复服务。
寄宿式护理院（疗养院）服务 (RHCF)	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理承保医疗上必要的住院疗养院服务，包括医疗监督、每天二十四 (24) 小时护理、协助日常生活活动、物理治疗、职业治疗、言语/语言病理学服务以及纽约州住宅医疗保健设施和 AIDS 护理设施健康法律和法规中规定的其他服务
呼吸治疗	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保执行与预防、维修和修复呼吸道有关的技术和程序，包括应用医疗气体、湿度、气溶胶、间歇正压、持续人工通气、通过吸入给药及相关气道管理、患者护理、患者指导及向其他卫生人员提供咨询。
常规交通	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保医疗上必需的非紧急运输。
药物使用失调服务	住院和门诊物质使用障碍（酒精和药物）治疗；住院戒毒服务；阿片类药物，包括美沙酮维持治疗；住院药物使用失调治疗；门诊酗酒和药物治疗服务；解毒服务。

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保服务范围	更多详情
眼科服务	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和增强护理优越计划承保验光师、眼科医生和眼镜配镜师的服务，包括眼镜、医疗上必需的隐形眼镜和聚碳酸酯镜片、人造眼睛（普通或订制）、低视力助视器和低视力眼科服务。承保范围还包括修理或更换零件。承保范围还包括诊断和治疗视力缺陷和/或眼部疾病。屈光检查限于每两 (2) 年进行一次，除非另有医学上的需要。除非有医疗需要，或者眼镜丢失、损坏或毁坏，否则眼镜更换频率不需要超过每两 (2) 年一次。

第 4 节 计划不承保那些服务？

第 4.1 节 计划*不*承保的服务（除外责任）

本节将告诉您哪些服务被排除。

下表描述了本计划在任何情况下皆不承保，或仅在特殊情况下承保的一些服务与项目。

若您接受遭排除（不承保）的服务，您必须自行付费，除非在下面列出的特定条件下。即使您在紧急机构接受遭排除的服务，该排除服务仍不受承保且我们的计划将不会为其付费。唯一的例外是，如果服务被上诉并被裁定：若经上诉我们发现该服务为我们应为您的特殊情况付费或承保的医疗服务，我们将为下表所列的服务付费。（有关对我们不承保某项医疗服务裁定进行上诉的信息，请参阅本文件第 9 章第 6.3 节。）

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保的服务	任何情况下皆不承保	仅在特殊情况下承保
针灸		• 在某些情况下，我们为慢性腰痛以外的病症承保有限的针灸。
美容手术或程序		• 在意外受伤或为改善肢体异常的会员之功能的情况下承保。 • 为乳房切除术后乳房的任何阶段重建承保，也为健康的乳房承保以达对称外观。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保的服务	任何情况下皆不承保	仅在特殊情况下承保
监护护理 监护护理是无需受训的医疗人员或医疗辅助人员持续关照的个人护理服务，例如帮助您日常生活活动（如沐浴或着衣）的照护。		监护护理由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和安保联邦医疗补助健康和恢复计划承保
实验性医疗与手术程序、器材与药物。 原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）判定为医疗团体一般不接受的实验性程序与项目。		• 可能由原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）核准的临床试验研究中承保或由我们的计划承保。 （请参阅第 3 章第 5 节有关临床试验研究的更多信息。）
由您血亲或家人所要求支付的医疗护理费用。	任何情况下皆不承保	
在您家中的全职医疗护理。		• 可能由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）、增强型护理和安保联邦医疗补助健康和恢复计划。
居家送餐		• 家庭送餐可能由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）和增强型护理承保。
包括基础居家协助的管家服务，例如少量家管或少量备餐。	任何情况下皆不承保	
自然疗法治疗师服务（使用天然或替代治疗）。	任何情况下皆不承保	
非常规牙科护理		• 可能承保为治疗疾病或受伤所需的住院或门诊牙科护理。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保的服务	任何情况下皆不承保	仅在特殊情况下承保
您在医院或专业护理院病房内的私人物品，例如电话或电视。	任何情况下皆不承保	
医院的私人病房。		• 仅在有医疗需要时承保。
绝育手术后复通术和/或非处方避孕用品。	任何情况下皆不承保	
常规脊椎治疗		• 承保矫正脊柱不全脱位的徒手治疗。
常规眼科检查、眼镜、放射状角膜切开术、LASIK 外科手术等低视力辅助手术。		• 承保白内障手术后的眼科检查以及一副眼镜（或隐形眼镜）。
常规足部护理		• 根据联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）准则提供某些有限承保（例如若您患有糖尿病，请参阅第 4 章“脚科服务”下的医疗福利表）。
常规听力检查、助听器或配戴助听器的检查。		• 一些常规的听力护理也在承保范围内。（请参阅第 4 章“听力服务”下的医疗福利表）
根据原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准，认作不合理与非必要的服务	任何情况下皆不承保	

牙科服务除外责任和限制

1. 不承保本计划确定的实验或调查程序、技术和服务。
2. 不承保用于改变垂直尺寸（基于下颌静止位置的咬合高度）的程序，包括但不限于咬合（咬合）护套和任何改变垂直尺寸的程序，例如牙周夹板装置（用于夹板或将多颗牙齿粘在一起的装置），以及修复体（充填材料、牙冠、齿桥等）。

3. 不承保与任何复制或替换假体或器械有关的服务或用品。
4. 不承保在本质上主要是美容性的修复，包括但不限于贴面。
5. 不承保因磨蚀或磨损而丧失的牙齿结构的修复。
6. 不承保牙齿增白。
7. 不承保骨移植物。
8. 不承保个性化或精密附着假牙或齿桥，或特殊技术，包括使用固定齿桥，其中传统卡环设计的可摘部分假牙将恢复牙弓。
9. 除深度镇静或静脉中度镇静外，不承保麻醉。不承保吸入氧化亚氮和非静脉清醒镇静（包括但不限于口服和 IM 镇静）。
10. 不承保重复费用。
11. 不承保在承保范围生效日期之前发生的服务。
12. 不承保在取消或终止承保范围后产生的服务。
13. 不承保根据公认的牙科实践标准，在牙科上不需要的服务或用品。
14. 不承保不完整或未提供给患者的服务。
15. 不承保通常在医疗-外科承保范围内提供的创伤等服务，或由于机动车辆事故或财产责任事故而必须提供的服务。
16. 不承保存在更便宜的和临床等效程序的服务。然而，本计划中应支付的保险福利将仅按费用最低的、通常进行的疗程的适用百分比进行支付，而治疗费用的余额由合格会员支付。此除外责任不适用于牙冠、假牙和固定部分假牙。
17. 不承保每六 (6) 个月进行一次以上的临床口腔评估。
18. 不承保每六 (6) 个月进行一次以上的预防疗法（清洁）或牙周维持程序。不允许在相同的六个月时期内进行牙周维持程序和预防疗法。在没有综合牙周治疗理赔支付史的情况下，不承保牙周维护程序。
19. 不承保每三十六 (36) 个月一次以上的全口 X 光检查。
20. 不承保每六 (6) 个月一次以上的咬翼片 X 光检查。
21. 不承保每六 (6) 个月一次以上的氟化物治疗。
22. 在安装义齿后的六 (6) 个月内进行的假牙调整或修复包括在服务中。
23. 不承保每十二 (12) 个月每个牙弓进行一次以上的假牙修复。
24. 不承保与牙周夹板（把多颗牙齿粘在一起）有关的服务或用品。
25. 不承保用于更换可修复或调整的现有假牙的费用。
26. 临时或暂时假牙或其他临时或暂时服务（如充填材料、牙冠等）的额外费用可能被视为包含在其他承保程序中，或不予承保。

27. 不承保自原保险福利之日起六十 (60) 个月内更换义齿（如假牙、牙冠、嵌体/镶体或齿桥）的费用。
28. 不承保牙斑控制或口腔卫生培训，或者饮食指导。
29. 不承保填写理赔表的费用。
30. 不承保错过的预约的费用。
31. 不承保非治疗所需的服务或用品，或未获主治牙医建议及批准的服务或用品。该计划将根据主治牙医提交的文件来确定医疗必要性。
32. 不承保每六十 (60) 个月每象限超过一次的骨和其他牙周手术程序。
33. 不承保每三十六 (36) 个月每象限超过一次的牙周洁治和牙根整平术（清洗牙龈线以下的表面）。
34. 不承保针对工伤赔偿法、无过错法或任何其他类似法律所涵盖的任何疾病的服务。
35. 不承保在服务日期之后超过 365 天提交的理赔。
36. 不承保在承保范围生效日期前，为矫正或治疗先天性或发育性牙齿畸形（先天性缺牙、多牙、牙釉质和牙齿发育不良等）而提供的服务。
37. 不承保与未承保服务一起、为了准备未承保服务或因未承保服务而提供的任何服务或用品。
38. 不承保任何治疗颌关节（颞下颌关节；TMJ；TMD）肌筋膜疼痛或疾病的服务。
39. 不承保 21 岁以上会员的牙齿矫正服务。

第 5 章：

针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

您如何获取您的药物费用信息？

因为您有资格获得医疗补助计划（Medicaid，即白卡），因此您有资格获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”来支付您的处方药物计划费用。由于您参加“额外补助”计划，**因此本*承保证明*中有关 D 部分处方药物的费用信息可能不适用于您。**我们寄送给您的单独插页，名称是*适用于获得“额外补助”支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划*（亦称为“*低收入补贴附加保险计划*”或“*LIS 附加保险计划*”），为您说明您的药物承保内容。若您没有此插页，请致电客户服务部并索取“*LIS 附加保险计划*”。（客户服务部的电话号码印于本文件的封底。）

第 1 节 简介

本章节**说明使用您的 D 部分药物承保内容的规则**。请参阅第 4 章了解联邦医疗保险 B 部分药物保险福利和临终关怀药物保险福利。

除了联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的药物外，一些处方药物也在您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利承保范围内。有关您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）药物承保的更多信息，请联系纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划。（您可以在第 2 章第 6 节找到纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划的电话号码和联系信息）。

第 1.1 节 本计划 D 部分药物承保内容的基本规则

只要您遵守这些基本规则，本计划通常会承保您的药物：

- 您必须由医疗服务提供方（医生、牙医或其他处方药开具者）为您开处方药，该处方在适用的州法律下必须是有效的。
- 您的处方医生不得在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的排除或阻止名单上。
- 您通常需要使用网络药房来获得处方配药。（请参阅本章第 2 节。) *或者，您可以通过本计划的邮购服务配处方药。*）
- 您的药物必须列在计划的*承保药物清单（药物名册）*中（我们简称为药物清单）。（请参阅本章第 3 节。）
- 您的药物必须用于医疗上接受的适应症。“医疗上公认的适应症”是由美国食品和药物管理局 (FDA) 批准或特定参考文献支持的药物使用。（有关医疗上公认的适应症，请参阅本章第 3 节的更多信息。）
- 在承保之前，您的药物可能需要获得批准。（有关承保限制的更多信息，请参阅本章第 4 节。）

第 2 节 在网络药房或经由计划的邮购服务获得处方配药

第 2.1 节 使用网内药房

大部分的情况下，*只有*前往计划的网络药房为您的处方药物配药，才会获得承保。（请参阅第 2.5 节有关什么情况下我们会承保网外药房处方药配药的信息。）

网络药房是与计划签约提供您受承保处方药物的药房。承保药物一词代表所有在计划药物清单上的 D 部分处方药物。

第 2.2 节 网内药房

您如何寻找您所在地区内的网络药房？

欲寻找网络药房，您可以查看您的*药房名录*，浏览我们的网站 (**emblemhealth.com/medicare**) 和/或致电客户服务部。

您可以去我们的任何一家网络药房。

若您正在使用的药房离开网络，该怎么做？

若您正使用的药房离开计划网络，您将需要找寻一间在网内的新药房。欲寻找您所在地区内的另一间网络药房，您可经由客户服务部获得协助或使用*药房名录*。您亦可访问我们的网站获得信息 **emblemhealth.com/medicare**。

若您需要专门药房，该怎么办？

有些处方必须在专门药房配药。专门药房包括：

- 提供居家输液疗法药物的药房。
- 为长期护理 (LTC) 机构居住者提供药物的药房。通常长期护理机构（例如疗养院）都有自己的药房。若您在长期护理机构中取得您的 D 部分保险福利遇到任何困难，请联系客户服务部。
- 提供印第安人健康服务/部落/都市印第安人健康计划的药房（不包括波多黎哥）。除非在紧急情况下，仅有印第安人或阿拉斯加原住民能使用我们网内的这些药房。
- 发放 FDA 限制特定地点或需特殊处理、医疗服务提供方协调、或需要进行使用方法培训的药物的药房。欲找寻专门药房，请查询您的*药房名录* **emblemhealth.com/medicare**，或致电客户服务部。

第 2.3 章 使用计划的邮购服务

您可使用计划的网络邮购服务订购某些药物。通常由邮购提供的药物是您针对慢性或长期病症定期使用的药物。这些药物在我们的药物清单中标记为 **MO（邮购）药物**。

我们计划的邮购服务：能让您订购***至少* 30 天量且*不超过* 90 天量的药物**。

要获取订购单和关于通过邮寄来配制处方药的信息，请联系客户服务部。

邮购配药服务会在 14 天内送达。为确保您有足量的药物，您可以要求您的医生开具一个月量且可在零售药房立即配药的处方，以及第二份最长 90 天量，让您可和邮购订购表一同寄出的处方。

药房从您医生诊所直接收到的新处方。
于以下情况下，药房从医疗服务提供方收到新处方后，将自动配药并寄给您而不会先与您确认：

- 您在过去使用本计划的邮购服务，或
- 您登记使用自动配送直接来自医疗服务提供方开立的新处方。您可以随时要求自动配送所有新处方，请致电快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。

若您收到自动邮寄的不想要的处方药，且在寄出前未联系您查看您是否需要，您可能可获得退费。

若您过去曾使用邮购但不希望药房自动配药并寄送每个新处方，请与我们联系，致电快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。

若您未曾使用我们的邮购服务和/或决定停止新处方自动配药，药房会在每次自医疗服务提供方收到新处方时与您联系，看看您是否希望立即配药并寄送给您。请您务必在药房每一次联系您时回应，以让他们知道是否要发货、延迟或取消新处方药。

如果您选择不要再从您的医疗服务提供方办公室直接收到新处方药物的自动送药，请致电快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828。

邮购续配药物处方。对于药物续配药，您可以选择注册自动续配药方案，被称为*快捷药方公司送药上门服务方案*。根据该方案，当我们的记录显示您应该快用完药物时，我们将开始自动处理您的下一次续配药。药房将在运输每次续配药之前联系您，以确保您需要更多药物，如果您有足够的药物或您的药物已改变，您可以取消预定的续配药。

如果您选择不使用我们的自动续配药方案，但仍希望邮购配药服务向您发送处方药，请在您当前的处方用完前 30 天联系您的药房。这将确保您的订单及时给您发货。

要选择退出我们自动准备邮购续配药的快捷药方公司送药上门服务方案，请致电快捷药方公司客户服务部，电话是 1-877-866-5828，服务时间是每周 7 天、每天 24 小时。

如果您通过邮寄方式自动收到您不希望的续配药，您可能有资格获得退款。

第 2.4 节 您如何获得长期药物供应？

计划提供两种获得我们计划药物清单上维持性药物长期药物供应的方式（亦称为“延长供应”）。（维持性药物是您针对慢性或长期病症定期使用的药物。）

- 我们网内的**某些零售药房**让您可获得维持性药物的长期供应。您的*药房名录* **emblemhealth.com/medicare** 告诉您我们网内的哪间药房能供您维持性药物的长期供应。您也可以致电客户服务部了解更多信息
- 您也可以通过我们的邮购方案获得维持性药物。请参阅第 2.3 节，以获取更多信息。

第 2.5 节 您什么时候可以使用计划网外的药房？

您的处方药物可能在某些情况下受承保

一般而言，我们*仅在*您不能使用网络药房的情况下，才会承保网外药房为处方所配的药物。为了协助您，我们在我们的服务地区外有网络药房，以使您能以我们计划会员的身份获得处方药配药。**请先与客户服务部确认**了解附近是否有网络药房。可能要求您为药物支付在网外药房及网内药房付费时的差额。

以下为我们能承保的网外药房为处方配药的情况：

- 若您旅游至本计划服务地区外且您用完或遗失您受承保的 D 部分药物，且您无法找到网络药房（请参阅本文件第 1 章第 2.3 节有关本计划服务地区的信息）；
- 若您旅游至计划服务地区外且您患病而需要受承保的 D 部分药物，且您无法找到网络药房（请参阅本文件第 1 章第 2.3 节有关本计划服务地区的信息）；
- 若您需要及时获得受承保 D 部分药物处方的配药，且该特定承保 D 部分处方药物（例如通常直接由药厂或特殊供应商运送的专科药物）通常不在可用的网络零售或邮购配药服务有存货；
- 若您身为急诊部门、医疗服务提供方诊所、门诊手术或其他门诊情况的患者，因而无法在网络药房取得您的药物时，获得由机构网外药房提供的受承保的 D 部分药物；
- 若因联邦灾区宣布或其他公共健康紧急声明，您需要疏散或离开居住地，且您无法合理预期在网络药房取得受承保 D 部分药物；此外，在无法获得正常分销渠道的情况下，该计划将自由地应用网外保单，以促进药物获取。
- 若您接受医疗所必须但联邦医疗保险 B 部分不承保的疫苗，或某些在您医生诊所给药的承保药物。

您该如何向计划要求报销？

若您必须使用网外药房，您通常需要在获得处方药配药时支付全额（而非您正常的分摊费用）。您可以要求我们报销我们应负担的金额。（第 7 章第 2 节说明如何要求计划退费。）

第 3 节 您的药物必须列在计划的药物清单上

第 3.1 节 药物清单告诉您哪些 D 部分药物获得承保

计划有*承保药物清单（药物名册）*。在本*承保证明*中，**我们简称其为药物清单。**

本清单中的药物，是由本计划在医生与药剂师团队协助下所选出。该清单符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的要求，并已获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的批准。

药物清单包括联邦医疗保险 D 部分承保的药物。除了联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的药物外，一些处方药物也在您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利承保范围内。有关您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）药物承保的更多信息，请联系纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划。（您可以在第 2 章第 6 节找到纽约州医疗补助计划

（Medicaid，即白卡）计划的电话号码和联系信息）。

只要您遵守其他本章所述的承保内容规则，且药物是用于医疗上公认的适应症，我们通常会承保本计划药物清单上的药物。医疗上公认的适应症是指药物使用：

- 美国食品和药物管理局 (FDA) 批准用于开具处方的诊断或病症，或者
- 由参考文献提供支持，例如美国医院处方服务药物信息和 Micromedex DRUGDEX 信息系统。

药物清单包括品牌药物、非品牌药物和生物制品（可能包括生物仿制药）。

品牌药物是以药品制造商拥有的商标名称销售的处方药。生物制品是比典型药物更复杂的药物。在药物清单上，当我们提到药物时，这可能意味着药物或生物制品。

非品牌药物是与品牌药物有相同活性成分的处方药物。生物制品有被称为生物仿制药的替代品。非品牌药物和生物仿制药通常与品牌药物或原始生物产品作用相当但较便宜。许多品牌药物都有非品牌药物替代品，一些原始生物制品有生物仿制药替代品。一些生物仿制药是可互换的生物仿制药，而且根据州法律，它们可以在药房用原始生物制品代替，而不需要新的处方，就像非品牌药物可以代替品牌药物一样。

请参阅第 12 章，了解“药物清单”中可能列出的药物类型定义。

哪些药物*不*在药物清单上？

有关您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）药物承保的更多信息，请联系纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划。（您可以在第 2 章第 6 节找到纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划的电话号码和联系信息）。

本计划不承保所有的处方药物。

- 在某些情况下，法律不允许任何联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划承保某些种类的药物。（如需更多相关信息，请参阅本章第 7.1 节。）
- 在其他情况下，我们决定不将特定药物纳入药物清单。在某些情况下，您也许能够获得不在药物清单中的药物。（请参阅第 9 章了解更多信息。）

第 3.2 节 药物清单上的药物有一个分摊费用分级

您为药物支付的费用取决于哪些药物是非品牌药或品牌药。您的额外补助级别将决定您支付的分摊费用。

您为各分摊费用层级药物所支付的费用金额请见第 6 章（*您为D 部分处方药物支付的费用*）。

第 3.3 节 您如何知道某种药物是否在药物清单上？

您有 4 种方式知道：

1. 查看我们提供的电子版最新药物清单。（请注意：我们为您提供的药物列表包括我们会员最常使用的承保药物的信息。但是，我们承保所提供的药物列表中未包含的其他药物。如果您的一种药物未列入药物列表，您应访问我们的网站或联系客户服务部，以了解我们是否承保。）

2. 访问计划网站 (**emblemhealth.com/medicare**)。网站上的药物清单永远是最新的。

3. 致电客户服务部了解某种药物是否在计划的药物清单上，或索取一份药物清单副本。

4. 使用本计划的“实时保险福利工具”（**emblemhealth.com/medicare** 或致电客户服务部）。使用此工具，您可以在药物清单上搜索药物，以查看您将支付的费用估算，以及药物清单上是否有可以治疗相同病症的替代药物。

第 4 节 某些药物承保内容有限制

第 4.1 节 为何有些药物有限制？

对某些处方药物，特殊规则限制计划如何及何时承保。医生与药剂师团队制定这些规则来鼓励您和您的医疗服务提供方以最有效的方式使用这些药物。欲了解这些限制是否适用您正在或想要使用的药物，请查阅药物清单。

如果一种安全、低价的药物在医学上能和高价药物有同样效能，计划的规定设计鼓励您和您的医疗服务提供方使用低价的选项。

请注意，有时药物可能在我们的药物清单上出现超过一次。这是因为相同的药物可能会根据您的医疗服务提供方开出的药物的规格、数量，或药物剂型而有所不同，而且不同版本的药物可能适用不同的限制或分摊费用（例如 10 毫克相较于100 毫克；每天一次相较于每天两次；药片相较于药水）。

第 4.2 节 什么样的限制？

以下的章节告诉您有关我们对特定药物所使用之限制种类的更多信息。

若您的药物有限制，通常代表您或您的医疗服务提供方必须采取额外的步骤来让我们承保该药物。联系客户服务部，了解您或您的医疗服务提供方需要做些什么才能获得药物承保。**若您希望我们为您免除限制，您必须使用承保内容裁定流程并要求我们做出例外处理。**我们可能同意或不同意为您免除限制。（参见第 9 章。）

事先获得计划批准

对某些药物而言，您或您的医疗服务提供方需要在我们同意为您承保药物前取得计划的批准。这称为**事先授权**。这样做是为了确保药物安全，并帮助指导某些药物的适当使用。若您未取得此批准，计划可能不会承保您的药物。

先试用另一种药物

这项要求鼓励您在计划承保另一种药物前，试用较便宜但通常同样有效的药物。例如，若 A 药物和 B 药物治疗同样的病症，并且 A 药物的费用更低，则计划可能要求您先试用 A 药物。若 A 药物对您无效，则计划将承保 B 药物。这项先试用另一种药物的限制称为**阶段式治疗**。

数量限制

对某些药物而言，我们将限制您每次配药时获得的药量。例如，若一般认为某种药物一天只服用一颗才安全，我们可能限制承保您的处方为每天不超过一颗。

第 5 节 若您的药物不以您所希望的方式承保，该怎么办？

第 5.1 节 若您的药物不以您所希望的方式承保，您可以采取某些行动

在有些情况下，您使用的，或您和您的医疗服务提供方认为您该使用的处方药物有可能不在我们的药物名册上，或在我们的药物名册上有限制。例如：

- 该药物可能不受承保。或可能该药物的非品牌药物受承保，但您希望使用的品牌药物不受承保。
- 如第 4 节所述，该药物受承保，但药物的承保内容有额外规则或限制。
- 若您的药物不以您所希望的方式承保，您可以采取某些行动。**若您的药物不在药物清单上，或您的药物受限制，请参阅第 5.2 节了解您可以怎么做。**

第 5.2 节 若您的药物不在药物清单上或受某种限制，您可以怎么做？

若您的药物不在药物清单上或受限制，您可以有以下选项：

- 您可能可以获得暂时的药物供应。
- 您可以换成另一种药物。
- 您可以要求**例外处理**并要求计划承保药物，或移除对药物的限制。

您可能可以获得暂时的供应

在某些情况下，该计划必须提供您已经服用的药物的临时供药。这种临时供药让您有时间与您的医疗服务提供方讨论承保内容变更。

要获得临时供药资格，您一直在服用的药物**不得再出现在本计划的药物清单中**，或者现在**受到某种限制**。

- **如果您是新会员**，我们将在您加入计划后的头 **90 天**承保暂时供应给您的药物。
- **如果您去年参加了计划**，我们将在日历年的头 **90 天**内承保暂时供应您的药物。

- 临时供药最长 30 天。若您的处方天数较短，我们允许多次配药以提供最长 30 天的药物供应。处方必须在网络药房配药。（请注意长期护理药房可能每次提供少量药物以避免浪费。）
- **对于成为本计划会员已超过 90 天且居住在长期护理院并且需要立即供药的会员而言：**

  我们将对特定药物承保一次 31 天的紧急供应（或较少，若您的处方天数较短）。这是上述临时供药的补充。

- 如果您经历了护理水平的变化，并且处于过渡窗口之外，则药剂师必须在配药前确认您的护理水平的变化。

有关临时供药的问题，请致电客户服务部。

在使用临时供药的期间，您应与您的医疗服务提供方讨论，决定临时供药用完时该怎么办。您有 2 个选项：

1) 您可以换成另一种药物

与您的医疗服务提供方讨论该计划是否承保了可能对您同样有效的其他药物。您可致电客户服务部要求获得治疗相同病症的承保药物清单。此清单可帮助医疗服务提供方找到可能对您产生疗效的承保药物。

2) 您可以要求例外处理

您和您的医疗服务提供方能要求计划进行例外处理，并以您所希望的方式承保药物。若您的医疗服务提供方能提出说明证明您有要求我们进行例外处理的医学原因，您的医疗服务提供方能帮助您要求例外处理。例如，您可以要求计划承保一种不在计划药物清单上的药物。或您可以要求计划进行例外处理，在无限制的情况下承保该药物。

若您和您的医疗服务提供方希望要求例外处理，第 9 章第 7.4 节会告诉您该怎么做。该节将说明联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）设下的程序和时限，以确定您的请求能受到迅速公平的处理。

第 6 节 若您其中一种药物的承保内容有改变，该怎么办？

第 6.1 节 药物清单可能在年间改变

大多数的药物承保内容改变发生在每年年初（1 月 1 日）。但是计划可能在该年内对药物清单做一些修改。例如，计划可能：

- **在药物清单上新增或移除药物。**
- **添加或删除药物承保限制。**
- **以非品牌药物取代品牌版本药物。**
- 用生物制品的可互换生物仿制药替代原生物制品。

在改变计划药物清单前我们必须遵守联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的要求。

本章讨论的药物类型定义见第 12 章。

第 6.2 节 若您正在服用的药物的承保内容有改变，该怎么做？

药物承保内容改变的信息

当药物清单发生变化时，我们会在网站上公布这些变更的信息。我们还定期更新我们的在线药物清单。本节描述了我们可能对药物清单进行的变更类型，以及如果您正在服用的药物发生变更，您何时将直接收到通知。

我们在本计划年度内做出的会对您产生影响的药物清单变更

- **将药物添加到药物清单中，以及删除或更改药物清单中的类似药物**
  - 在向药物清单中添加其他版本的药物时，我们可能会从药物清单中删除类似药物、添加新限制，或两者兼而有之。我们添加的药物版本将具有相同或更少的限制。
  - 只有当我们添加品牌药物的新非品牌药版本或添加药物清单中已有的原始生物制品的某些新生物仿制药版本时，我们才会进行这些更改。
  - 我们将在做出更改前至少 30 天告诉您，或告知您更改情况，并承保您正在服用的药物版本 30 天的续配药。
- **删除不安全的药物和其他从市面上下架的药物清单上药物。**
  - 有时，药物可能被认为不安全或由于其他原因而被撤出市场。若发生这样的情形，我们会立即从药物清单上移除该药物。如果您正在服用该药物，我们将在做出更改后告诉您。
- **对药物清单上药物做其他变更。**
  - 我们可能在新年度做出其他变更而影响您正服用的药物。例如，我们根据美国食品和药物管理局 (FDA) 的黑框警告或联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认可新的临床指南。
  - 我们将在做出这些变更前至少 30 天告诉您，或告知您变更情况，并承保您正在服用的药物的额外 30 天的续配药。

如果我们对您正在服用的任何药物做出任何这些变更，请与您的处方医生讨论最适合您的选项，包括改为使用其他药物来治疗您的疾病，或请求承保决定以满足您对您正在服用的药物的任何新限制。您或您的处方者可以要求我们例外处理，以继续承保您正在服用的药物或药物版本。有关如何请求承保决定（包括例外）的更多信息，请参阅第 9 章。

在当前计划年度内不会影响您的药物清单变更

我们可能会对上述药物清单进行某些更改。在这些情况下，如果您在进行更改时正在服用药物，则更改将不适用于您；但是，如果您保持相同的计划，这些更改可能会从下一个计划年的 1 月 1 日开始影响您。

一般而言，在当前计划年度内不会影响您的变更包括：

- 我们对您药物的使用增加一项新限制。
- 我们将您的药物从药物清单上移除。

若您正服用的药物发生这类变更（除了市场下架、非品牌药物取代品牌药物或其他上述变更），则该变更不会在隔年 1 月 1 日前影响您的用药或您支付的分摊费用。

我们不会在当前计划年度内直接告诉您这些类型的变更。您将需要检查下一计划年度的药物清单（当列表在开放投保期内可用时），以查看您在下一计划年度服用的药物是否有任何变化会影响您。

第 7 节 计划*不*承保哪类药物？

第 7.1 节 计划不承保的药物类型

本章节告诉您那些处方药物遭到**排除**。这意味着联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）都不为这些药物支付费用。

如果您提出上诉，并且根据 D 部分发现请求的药物未被排除，我们将支付或承保该药物。（有关上诉决定的信息，请参阅第 9 章。） 如果本计划排除的药物也被医疗补助计划（Medicaid，即白卡）排除在外，则您必须自己支付其费用。

有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划在 D 部分中不承保的药物，有三项通则：

- 我们的计划 D 部分药物承保内容无法承保会在联邦医疗保险 A 部分或 B 部分受承保的药物。
- 我们的计划无法承保在美国或其领土境外购买的药物。
- 我们的计划不承保没有某些参考文献支持的*非适应症*用药，如美国医院处方服务药物信息和 Micromedex DRUGDEX 信息系统。*非适应症*用药是任何药物标签所示美国食品和药物管理局 (FDA) 批准使用方式外的使用。

此外，根据法律规定，以下这些药物类别将不受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保：然而，这些药物中的一些可能在您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）药物承保范围内为您承保。请联系客户服务部，以获得更多关于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）中承保哪些药物的信息（电话号码在第 2 章第 6 节）。

- 非处方药物（也称成药）
- 用于促进生殖力的药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物
- 美容用途或促进头发生长的药物
- 处方维生素和矿物质产品（除孕期维生素和氟化物外）
- 用于治疗性功能或阳痿的药物
- 用于治疗厌食症、减重或增重的药物
- 厂商要求在用药同时须购买同厂商独家测试或监测服务作为销售条件的门诊药物

如果您正在接受“额外补助”来支付您的处方药费用，则“额外补助”方案将不会支付通常不承保的药物费用。但是，如果您通过医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获得药物承保，您的州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）可能会承保医疗补助计划（Medicaid，即白卡）药物计划通常不承保的某些处方药物。请联系您的州立医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划，以判定您可能获得哪些药物承保内容。（您可以在第 2 章第 6 节找到医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划的电话号码和联系信息。）

第 8 节 配处方药

第 8.1 节 提供您的会员信息

要配您的处方药，请在您选择的网络药房提供您的计划会员信息，这些信息可以在您的会员卡上找到。网络药房将自动向您的计划收取我们分担的药物费用。您将需要在领取药物时支付药房*您的*分摊费用。

如果您的处方不在本计划的承保范围内，您可以医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利下获得承保。请向药房提供您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）卡来配联邦医疗保险 D 部分处方药福利中**不承保**的处方药物。

第 8.2 节 若您忘了带您的会员信息该怎么办？

若您在领取处方配药时忘了带您的计划会员信息，您或药房可以致电计划以取得必要信息，或者您可以要求药房查找您的计划投保信息。

若药房无法取得必要信息，**您可能需要在领取处方药物时付全额**。（接着您可以**要求我们报销**我们的分摊费用。请参阅第 7 章第 2 节有关如何向计划要求报销的信息。）

第 9 节 特殊情况的 D 部分药物承保内容

第 9.1 节 若您在医院或专业护理院受承保住院，该怎么做？

若您在医院或专业护理院是受计划承保的住院，我们通常将会承保您住院期间的处方药物费用。一旦您离开医院或专业护理院，只要您符合本章所述的我们所有的承保内容规则，计划就将承保您的处方药物。

第 9.2 节 若您居住在长期护理 (LTC) 机构，该怎么做？

通常长期护理 (LTC) 机构（例如疗养院）都有自己的药房，或使用一个为其所有居住者提供药物的药房。若您居住在长期护理院，您可能可经由机构的药房或它使用的药房（只要该药

房在网内）取得您的处方药物。

查阅您的*药房名录* **emblemhealth.com/medicare** 以了解您的长期护理院药房或它使用的药房是否在我们的网络内。如果不是，或者您需要更多信息或帮助，请联系客户服务部。若您居住在长期护理机构中，您必须确保您能定期从我们网络内的长期护理药房取得您的 D 部分福利。

如果您是长期护理 (LTC) 机构的居民，并且需要不在药物清单上的或受到某种限制的药物，该怎么办？

有关临时或紧急供应，请参阅第 5.2 节。

第 9.3 节 若您也从雇主或退休人员团体保险获得药物承保，该怎么做？

如果您目前通过您（或您配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得其他处方药物承保，请联系**该团体的保险福利管理员**。他们可以帮助您决定您目前的处方药物承保内容在我们的计划下将如何运作。

一般而言，若您有员工或退休人员团体承保范围，我们提供您的处方药物承保内容会*次于*您的团体承保范围。这代表您的团体承保内容将优先付费。

有关可计入的承保的特别注意事项：

每年您的雇主或退休人员团体应寄发通知告诉您下一日历年度您的处方药物承保内容是否为“可计入”。

若该团体保险提供的承保内容为可计入，这代表该计划提供的平均预计支付至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保内容相当的药物承保。

请保存这份有关可计入承保的通知，因为您之后可能需要它们。若您投保包含 D 部分药物承保内容的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划，您可能需要这些通知来显示您已维持可计入的承保。若您未获得可计入承保的通知，您可以从雇主或退休人员计划的保险福利管理员或雇主或公会取得一份副本。

第 9.4 节 若您在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的临终病室服务中，该怎么做？

临终关怀和我们的计划不会同时承保相同的药物。若您投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）临终病室服务，且需要的某些药物因为与您的绝症及相关情况无关而不受您临终病室服务承保，例如止恶心药、泻药、止痛药物或抗焦虑药物，那么我们的计划在能够承保药物前，必须取得处方药开具者或您临终病室医疗服务提供方的通知。为防止延迟接受本计划应承保的这些药物，请让您的临终关怀医疗服务提供方或处方医生在配处方药前提供通知。

若您撤销您的临终病室服务或从临终病室服务出院，我们的计划应承保您的药物，如本文件所述。为了避免您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）临终病室福利结束前，发生任何药房延误，请携带文件至药房证明您已撤销服务或出院。

第 10 节 药物安全与管理药物治疗的计划

第 10.1 节 帮助会员安全用药的计划

我们为我们的会员进行药物使用者审查，以帮助确保他们获得安全且适当的医疗护理。

我们在您每次获得处方配药时进行审查。我们也定期审查我们的纪录。在这些审查过程中，我们寻找如下的潜在问题：

- 可能的药物错误
- 某些药物可能因为您正服用另一种类似药物治疗相同病症而变为非必要
- 因为您的年龄或性别而可能不安全或不适当的药物
- 可能在您同时服用时对您造成伤害的特定药物组合
- 您对其成分过敏的药物处方
- 您正服用药物药量（剂量）的可能错误
- 不安全剂量的阿片类止痛药

若我们发现您使用药物治疗的可能错误，我们会与您的医疗服务提供方合作更正该错误。

第 10.2 节 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)

我们设有计划能帮助确保会员能安全使用阿片类药物治疗和其他常被滥用的药物。这项计划称为药物管理计划 (DMP)。若您使用从多个处方者或药房取得的阿片类药物治疗，或者如果您最近过量服用阿片类药物，我们可能与您的处方者讨论确定您使用阿片类药物是否适当且医疗上必需的。在与您的处方者合作下，若我们裁定您使用处方阿片类药物或苯二氮卓药物治疗可能是不安全的，我们可能限制您获得这些药物的方式。如果我们将您纳入我们的 DMP，限制可能是：

- 要求您从某一间药房取得所有阿片类药物或苯二氮卓药物治疗
- 要求您从某一位处方者取得所有阿片类药物和苯二氮卓类药物的处方
- 限制我们会为您承保的阿片类药物和苯二氮卓类药物治疗数量

如果我们计划限制您获得这些药物的方式或您可以获得多少药物，我们将提前给您发送一封信。这封信将告诉您，我们是否会限制您的这些药物的承保范围，或者您是否需要仅从特定的处方者或药房获得这些药物的处方。您将有机会告诉我们您更愿意使用哪个处方者或药房，以及您认为需要我们了解的任何其他重要信息。在您有机会回复之后，如果我们决定限制您对这些药物的承保范围，我们会再给您发一封用于确认承保范围的信。如果您认为我们犯了错误，或者您不同意我们的决定或限制，您和开处方者有权提出上诉。如果您上诉，我们将审查您的案件并给您一个新决定。如果我们继续拒绝您的任何与药物使用限制相关的请求，我们将自动将您的案例提交给我们计划之外的独立审查员。请参阅第 9 章有关如何要求上诉的信息。

若您有特定病症（例如癌症相关疼痛或镰状细胞病）或您接受临终病室护理、姑息治疗或临终护理，或居住在长期护理院，则您将不会被放在我们的 DMP 中。

第 10.3 节 帮助会员管理其药物治疗的药物治疗管理 (MTM) 方案和其他方案

我们有可以协助我们的会员解决复杂健康需求的方案。我们的计划称为药物治疗管理 (Medication Therapy Management) (MTM) 计划。可自愿加入这些免费方案。由药剂师和医生组成的团队为我们开发了这些方案，以帮助确保我们的会员从他们服用的药物中获得最大的利益。

有些患有某些慢性疾病的会员，服用的药物超过了一定的药物费用，或者在 DMP 中来帮助会员安全使用阿片类药物的会员，可能能够从 MTM 方案取得服务。如果你有资格参加这个方案，将由一位药剂师或其他健康专业人士为您提供您所有药物治疗的全面审查。在审查期间，您可以讨论您的药物、您的费用，以及您对您的处方与非处方药物有的任何问题或疑问。您将获得一份书面摘要，其中包含推荐的待办事项列表，其中包括您应该采取的步骤，以从您的药物中获得最佳结果。您也将获得一份个人药物清单，这将包括所有您正使用的药物、您服用多少，以及您何时和为什么服用它们。此外，MTM 计划的会员将收到关于如何安全地处置属于受管制药物的处方药的信息。

与您的医生讨论您的建议待办事项清单和药物清单是个好主意。在您就诊时或任何与您医生、药剂师和其他医疗服务提供方讨论时，请携带您的摘要。同时，让您的药物清单保持最新并随身携带（例如与您的身份证放在一起）以免您需要到医院或急诊室。

若我们有符合您需要的计划，我们将自动让您投保计划并寄信息给您。若您决定不参加，请通知我们，我们将让您退出。如果您对这些方案有疑问，请联系客户服务部。

第 6 章：

您为 D 部分处方药物支付的费用

您如何获取您的药物费用信息？

因为您有资格获得医疗补助计划（Medicaid，即白卡），因此您有资格获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”来支付您的处方药物计划费用。由于您参加“额外补助”计划，**因此本*承保证明*中有关 D 部分处方**药物的费用信息**可能不适用于您。**我们寄送给您的单独插页，名称是*适用于获得“额外补助”支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划*（亦称为“*低收入补贴附加保险计划*”或“*LIS 附加保险计划*”），为您说明您的药物承保内容。若您没有此插页，请致电客户服务部并索取“*LIS 附加保险计划*”。

第 1 节 简介

第 1.1 节 将本章节与其他说明您药物承保内容的资料一同阅读

本章节的重点在您为 D 部分处方药物负担多少费用。为了简化，我们在本章中以**药物**代表 D 部分处方药物。如同第 5 章所述，并非所有药物都是 D 部分药物 - 某些药物被依法从 D 部分承保范围中排除。被排除在 D 部分承保范围之外的一些药物在联邦医疗保险 A 部分或 B 部分或在医疗补助计划（Medicaid，即白卡）中承保。

欲了解付款信息，您需要知道哪些药物受承保、在何处取得您的处方配药，以及您取得承保药物时该遵守那些规则。第 5 章第 1 节至第 4 节解释了这些规则。当您使用本计划的“实时保险福利工具”查找药物承保范围时（参见第 5 章第 3.3 节），所显示的费用以“实时”方式提供，这意味着您在工具中看到的成本反映了一个时刻，以提供您预期支付的自付费用的估计。您还可以致电客户服务部，获取“实时保险福利工具”提供的信息。

第 1.2 节 您需为承保药物负担的自付费用种类

D 部分药物有不同类型的自付费用。您为某种药物支付的费用称为**分摊费用**，且有三种可能会要求您付费的方式。

- **共付额**是您每次取得处方配药时支付的固定金额。

第 1.3 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）如何计算您的自付费用

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）已订立自付费用的计算规则，指定哪些会纳入和*不*纳入计算。以下是我们必须遵循的规则，以跟踪您的自付费用。

您的自付费用包含这些费用

您的自付费用包括下列支付费用（只要这些费用是 D 部分承保药物的费用而且您遵守本手册第 5 章所说明的药物承保规则）：

- 您在下列药物支付阶段所支付的药物费用：
  - 初始承保阶段

- 在您加入我们的计划之前，您在本日历年身为另一个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划会员所支付的任何费用。

由谁支付很重要：

- 若**您自己**支付这些费用，则这些金额会计入您的自付费用。
- 如果是由**其他特定的个人或组织**代表您支付的话，这些费用*也会纳入*您的自付费用中。这包含您朋友或亲戚、多数慈善组织、艾滋病药物援助计划、符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格的州药物援助计划、雇主或工会健保计划，或印第安健康服务为您药物支付的费用。由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）“额外补助”计划支付的费用也纳入计算。

进入巨灾承保阶段：

当您（或是代表您支付的人）在日历年内已经支付总共 **$2,000** 的自付费用，您便会从初始承保阶段进入巨灾承保阶段。

这些费用不计入您的自付费用

您的自付费用**不包括**以下任何类型的付款：

- 您在美国及其领土境外购买的药物
- 我们的计划不承保的药物
- 您在网外药房取得但是不符合本计划之网外承保要求的药物
- 非 D 部分药物，包括 A 部分或 B 部分承保的处方药物以及其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围以外的其他药物
- 退伍军人健康管理局 (VA) 为您的药物支付的款项
- 由有法律义务支付处方费用的第三方（例如工伤赔偿）为您支付的药物费用
- 药品制造商根据制造商折扣计划支付的款项
- 由美军卫生保健计划为您支付的药物费用

*提醒：*若任何其他组织，如上述所列，支付您的药物的部分或全部自付费用，您必须通过致电客户服务部来告知我们的计划。

您要如何追踪自己的自付费用总额？

- **我们会协助您。**您收到的 *D 部分福利说明* (EOB) 报告包括您当前的自付费用金额。当这个金额达到 **$2,000**，这份报告会通知您，您已离开初始承保阶段，进入巨灾承保阶段。
- **确保我们持有我们所需的信息。**第 3.2 节叙述您有哪些方法可以确保我们持有您已支付哪些费用的最新且完整的记录。

第 2 节 我们会寄报告给您，说明您需负担的药费以及您在哪一个付款阶段

第 2.1 节 我们会按月寄给您称为*“D 部分福利说明 (EOB)”*的总结报告（*“D 部分 EOB”*）

我们的计划追踪您处方药物的费用以及您在药房取得处方配药或续配药物时的付款金额。这样一来，我们能在您从某药物付款阶段移往下一阶段时通知您。我们特别追踪两种费用：

- 我们追踪您已付了多少费用。这称为您的**自付费用**。
  这包括您在获得承保的 D 部分药物时支付的费用、家人或朋友为您的药物支付的任何款项，以及由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提供的额外补助、雇主或工会健保计划、印第安人卫生服务、艾滋病药物援助计划、慈善机构和大多数州药物援助计划 (SPAP) 为您的药物支付的任何款项。
- 我们追踪您的**总药费**。这是您的承保 D 部分药物的所有付款总额。它包括计划支付的费用、您支付的费用，以及其他计划或组织为您的承保 D 部分药物支付的费用。

如果您在上个月通过该计划配了一个或多个处方药，我们将向您发送 *D 部分福利说明 (EOB)*。*D 部分福利说明 (EOB)* 包括：

- **该月的信息。**这份报告提供您在过去一个月中取得的处方配药付款详情。显示总药费、计划付款金额，以及您和您的代表人付款的金额。
- **自 1 月 1 日起整年度的总额。** 这称为年度至今信息。这显示自今年起的总药费以及您为药物支付的总费用。
- **药物价格信息。**此信息将显示总药物价格，以及关于从第一次配药开始相同数量的每次处方药索赔的价格提高信息。
- **提供费用更低的替代处方药。**这将包括关于每个处方药理赔的分摊费用更低的其他可用药物的信息（如适用）

第 2.2 节 帮助我们取得您药物付款的最新信息

为了追踪您的药物费用及您所支付的药物付款，我们使用来自药房的纪录。以下是您可以帮助我们取得您药物付款最新信息的方法：

- **每次在您取得处方配药时出示您的会员卡。**这有助于我们确保我们知道您正在配药的处方以及您支付的费用。
- **确保我们持有我们所需的信息。**有时您可能会支付处方药物的全部费用。在这些情况下，我们不会自动获得跟踪您的自付费用所需的信息。为了帮助我们追踪您的自付费用，请向我们提供您的收据的副本。**以下是您应该何时向我们提供您的药物收据副本的示例：**
  - 当您在网络药房以特惠价格，或使用非我们计划福利的折价卡购买受承保药物时
  - 当您支付共付额购买在药厂患者协助计划下所提供的药物时
  - 任何时候您在网外药房购买承保药物或您在特殊情况下为承保药物付全额时
  - 如果您被收取承保药物的费用，您可以要求我们的计划支付我们的分摊费用。

有关如何执行此操作的说明，请参阅第 7 章第 2 节。

- **寄给我们他人帮您付费的信息。**他人或其他机构所支付的费用也计入您的自付费用内。例如，由州药物援助计划、艾滋病药物援助计划 (ADAP)、印第安人健康服务，以及慈善机构所支付的款项都计入您的自付费用。保存这类付款的纪录并寄给我们，使我们能追踪您的费用。
- **请检查我们寄给您的书面报告。**当您收到邮寄的 *D 部分 EOB* 时，请仔细检阅以确保所有信息皆完整且正确。如果您认为遗漏了什么或您有任何疑问，请致电客户服务部。请务必保存这些报告。

第 3 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 没有自付额

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 不设自付额。当您该年首次按处方配药，便从初始承保阶段开始。请参阅第 5 节了解您在初始承保阶段的承保信息。您在处方药物费用上得到了“额外补助”，所以您并不适用自付额阶段。

第 4 节 初始承保阶段期间，计划为您的药物费用支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用

第 4.1 节 您为药物支付的费用视该药物及您在哪里取得处方配药而定

初始承保阶段期间，计划为您的承保处方药物支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用（您的共付额金额）。您分摊的费用视药物及您在哪里取得处方配药而定。

计划有一个分摊费用分级

您为药物支付的费用取决于哪些药物是非品牌药或品牌药。您的额外补助级别将决定您支付的分摊费用。

您的药房选择

您为药物负担多少费用视您在哪里取得药物而定：

- 网络零售药店
- 不在计划网内的药房。我们仅在有限情况下承保在网外药房所配的处方药。请参阅第 5 章第 2.5 节，了解什么情况下我们会承保在网外药房配药处方药。
- 计划的邮购配药服务。

有关这些药房选择以及取得处方配药的信息，请参阅第 5 章及计划的*药房名录* **emblemhealth.com/medicare**。

第 4.2 节 显示您一个月药物供应费用的表格

在初始承保阶段，您的承保药物分摊费用将会是共付额或共同保险金。

如下表所示，共付额的金额视分摊费用层级而定。有时药物的费用低于您的共付额。在这些情况下，您支付的药物价格较低，而不是共付额。

当您获得承保的 D 部分处方药物的 *一个月*供应量时的分摊费用：

等级	标准零售分摊费用（网络内）（最多 30 天供应量）	标准邮购配药分摊费用（最多 30 天供应量）	长期护理 (LTC) 分摊费用（最多 31 天供应量）	网外分摊费用（保险范围限于某些情况；详见第 5 章。）（最多 30 天供应量）
分摊费用第 1 级（所有药物名册药物）	您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$1.60** 或 **$4.90**。 您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$4.80** 或 **$12.15**。	您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$1.60** 或 **$4.90**。 您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$4.80** 或 **$12.15**。	您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$1.60** 或 **$4.90**。 您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$4.80** 或 **$12.15**。	您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$1.60** 或 **$4.90**。 您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$4.80** 或 **$12.15**。

您支付的金额取决于处方和您的“额外补助”水平。

有关 D 部分疫苗的分摊费用的更多信息，请参阅本章第 8 节。

第 4.3 节 若您的医生为您开立少于一整个月供药的处方，您可能不需要为整个月的供药付款

一般而言，您所支付的处方药物费用，足以涵盖一整个月的供应量。有时候您或您的医生可能会想让您开具药量少于一个月的处方（例如当您首次服用某种药物时）。为了方便您规划不同处方的续配药日期，在您的医生开具处方时以及您的药剂师发给药物时，您可以要求不足一个月的一种或多种药量。

如果您收到某种药物的供应量少于一整月，您就不必支付整月的供应量。

- 若您负责支付药物的共同保险金，您会支付该药物总费用的某个*百分比*。
  由于共同保险基于药物的总费用，因此您的费用将更低，因为药物的总费用将更低。
- 若您必须支付药物的共付额，您将仅支付您取得药物的天数，而不是一整月。我们将计算您须支付的每日药物费用（每日分摊费用率）并乘以您取得药物的天数。

第 4.4 节 表格显示最多 90 天*长期*供药所需费用

有些药物可以要求长期供药（亦称为延长供药)。长期供药是指最多 90 天的药量。

下表显示取得长期药量须支付的费用。

当您获得承保的 D 部分处方药物的*长期*供应量时的分摊费用：

等级	标准零售分摊费用（网络内）（最多 90 天供应量）	标准邮购配药分摊费用（最多 90 天供应量）
分摊费用第 1 级（所有药物名册药物）	您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$1.60** 或 **$4.90**。 您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$4.80** 或 **$12.15**。	您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$1.60** 或 **$4.90**。 您每个非品牌药物处方支付 **$0** 或 **$4.80** 或 **$12.15**。

您支付的金额取决于处方和您的“额外补助”水平。

第 4.5 节 直到您该年药物总的自付费用达到 $2,000 前，您都停留在初始承保阶段

在您支付自付费用达到 **$2,000** 前，您处于初始承保阶段。您然后进入巨灾承保阶段。

您收到的 *D 部分 EOB* 将能协助您追踪由您、计划以及任何第三方在这一年代表您花费了多少钱。并非所有会员每年都会达到 **$2,000** 的限额。

我们将让您知道您是否达到了这个金额。当您到达这个金额时，您会从初始承保阶段进入巨灾承保阶段。请参阅第 1.3 节，了解联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）如何计算您的自付费用。

第 5 节 在巨灾承保阶段期间，您不用为您的 D 部分药物支付任何费用

当该日历年的您的自付费用到达 **$2,000** 限额，您便进入巨灾承保阶段。您只要进入巨灾承保阶段，您会留在这个阶段直至这个日历年结束。

- 在此付款阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。

第 6 节 D 部分疫苗。您支付的费用取决于您获得它们的方式和地点

关于您为疫苗支付的费用的重要消息 – 某些疫苗被视为医疗福利，并在 B 部分中承保。其他疫苗被视为 D 部分药物。本计划的药物清单中列出了这些疫苗。我们的计划免费承保大多数成人用 D 部分疫苗。请参阅您计划的药物清单或联系客户服务部，了解特定疫苗的承保范围和分摊费用详情。

D 部分接种疫苗的承保分为两个部分：

- 承保的第一部分是**疫苗本身的费用**。
- 承保的第二部分是**您接种疫苗**的费用。（有时会称为施打疫苗。）

您为 D 部分疫苗支付的费用取决于三件事：

1. **疫苗是否被一个叫做免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的组织推荐给成人。**
   - 大多数成人 D 部分疫苗接种由免疫实践咨询委员会 (ACIP) 推荐，无需您支付任何费用。
2. **您在哪里接种疫苗。**
   - 疫苗本身可以由药房分发或由医生诊所提供。
3. **谁为您接种疫苗。**
   - 药剂师或者其他医疗服务提供方可能会在药房接种疫苗。或者，医疗服务提供方可能在医生诊所接种疫苗。

您接受 D 部分疫苗接种时所支付的费用可能因情况和您所处的**药物付款阶段**而异。

- 有时，当您接种疫苗时，您必须支付疫苗本身的全部费用以及医疗服务提供方为您提供疫苗的费用。您可以要求本计划把分摊的费用退还给您。对于大多数成人 D 部分疫苗，这意味着您将获得您支付的全部费用的报销。
- 其他时候，当您接种疫苗时，您将仅支付 D 部分保险福利项下的分摊费用。对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。

以下是您接种 D 部分疫苗的三个示例。

情况 1： 您在网络药房接种 D 部分疫苗。（您是否有这个选择，取决于您居住的地方。有些州属不允许药房接种某些疫苗。）

- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。
- 对于其他 D 部分疫苗，您将向药房支付疫苗本身的共付额，其中包括给您接种疫苗的费用。
- 我们的计划将支付其余的费用。

情况 2： 您在医生诊所接种 D 部分疫苗。

- 当您接种疫苗时，您可能必须支付疫苗本身的全部费用以及医疗服务提供方为您提供疫苗的费用。
- 接着，您可以利用第 7 章描述的程序，要求我们的计划支付分摊费用。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您将获得全额报销。对于其他 D 部分疫苗，您支付的金额扣除疫苗（包括接种）的任何共付额，减去医生收取的费用和我们通常支付的费用之间的差额，便是您的退款金额。（如果您得到“额外补助”，我们会补偿您的差额。）

情况 3： 您在网络药房购买 D 部分疫苗，然后把疫苗带到医生诊所并由他们为您接种。

- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需为疫苗本身支付任何费用。
- 对于其他 D 部分疫苗，您将向药房支付疫苗本身的共付额。
- 当您的医生为您接种疫苗，您可能需要支付这项服务的所有费用。接着，您可以利用第 7 章描述的程序，要求我们的计划支付分摊费用。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您将获得全额报销。对于其他 D 部分疫苗，您支付的金额扣除疫苗接种的任何共付额，减去医生收取的费用和我们通常支付的费用之间的差额，便是您的退款金额。（如果您得到“额外补助”，我们会补偿您的差额。）

第 7 章：

要求我们分摊支付您收到的承保医疗服务或药物帐单

第 1 节 您应该要求我们支付您的承保服务范围或药物之费用的各种情况

我们的网络医疗服务提供方直接为您的承保服务范围和药物开出账单——您不应该收到承保服务范围或药物的账单。如果您收到了医疗护理或药物的全部费用账单，您应该把账单寄给我们，以便我们支付。当您把帐单寄给我们时，我们会查看该帐单并决定相关服务和药物是否应当被承保。若我们决定应该承保，我们会直接支付给医疗服务提供方。

如果您已经支付了本计划承保的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）服务或商品，您可以要求我们的计划偿还您（偿还您通常被称为给您**报销**）。使用我们的计划承保的医疗服务或药物时，只要您支付的费用高于您的分摊费用，我们的计划必须退款给您，这是您的权利。您可能必须满足一些截止期限才能得到回报。请参阅本章第 2 节。当您寄给我们一份您已经付过的账单时，我们会查看账单并决定是否承保服务或药物。如果我们决定为他们提供承保，我们会向您您偿还服务或药物的费用。

有时候，您也可能收到医疗服务提供方的帐单，要求您支付所接受的医疗护理的全额费用，或者可能超过本文件中所讨论的您的分摊费用份额。首先，尝试与医疗服务提供方一起解决账单。如果这不起作用，请将账单发送给我们，而不是支付它。我们会查看该帐单并决定相关服务是否承保。若我们决定应该承保，我们会直接支付给医疗服务提供方。如果我们决定不支付，我们将通知医疗服务提供方。您永远不应该支付超过计划允许的分摊费用的金额。如果该医疗服务提供方签约，您仍然有权接受治疗。

以下是一些示例，在这种情况下您可能得要求我们的计划把钱还给您或是支付您收到的帐单：

1. 当您接受某个医疗服务提供方的急诊或急需的医疗护理，但是该提供方不在我们的计划网内

您可以接受任何医疗服务提供方的紧急或急需的服务，无论该提供方是否在我们的网络内。在这些情况下，要求医疗服务提供方为计划收费。

- 若您在接受医疗护理时自行支付全额，请要求我们把我们该分摊费用退还给您。把帐单连同您已支付的任何付款文件寄送给我们。
- 医疗服务提供方可能会给您送来一张帐单，要求您支付费用，您却认为自己没有欠费。把帐单连同您已支付的任何付款文件寄送给我们。
  - 若医疗服务提供方有费用未收，我们会直接支付给提供方。
  - 若您所支付的费用超过您对该服务的分摊费用，我们会把我们分摊的费用退还给您。

2. 当网络的医疗服务提供方寄送帐单给您但您觉得自己不应支付

网络内医疗服务提供方应该始终直接向本计划出具账单。但有时候他们会犯错，要求您支付的金额大于您为服务分摊的费用。

- 每当您收到网络的医疗服务提供方寄发的帐单时，请把帐单寄送给我们。我们会直接联系医疗服务提供方并解决帐单的问题。
- 如果您已经向网络内医疗服务提供方支付了账单，请将账单连同您的任何付款文档一起发送给我们。您应要求我们为您报销我们分摊的承保服务费用。

3. 若您以追溯加保的方式投保我们的计划

有时候，一个人在计划中的投保可以追溯。（这表示投保计划的第一天已经过去。投保日期甚至可能是去年。）

若您以追溯加保方式参加我们的计划，而且在投保日之后您自行支付任何承保服务或药物的自付费用，您可以要求我们把分摊的费用退还给您。您必须提交书面文件，如收据和账单，我们才能处理退款事宜。

4. 当您使用网外药房进行处方药配药时

若您到网外药房，药房可能无法直接向我们申请理赔。发生那样的情况时，您必须支付处方药的全额费用。

请保存您的收据，并在您要求我们把分摊费用退还给您时把副本寄送给我们。请记住，我们只在有限的情况下承保网外药房。有关这些情况的讨论，请参阅第 5 章第 2.5 节。我们可能不会偿还您在网外药房支付的药费与我们在网内药房支付的药费之间的差额。

5. 当您因为未携带计划会员卡而支付处方之全额费用时

若您未携带计划会员卡，您可以要求药房与本计划联系或是查找您的计划投保信息。不过，若是药房无法马上找到所需的投保信息，您可能需要自行支付处方的全额费用。请保存您的收据，并在您要求我们把分摊费用退还给您时把副本寄送给我们。如果您支付的现金价格高于我们协商的处方药价格，我们可能不会向您退还您支付的全部费用。

6. 当您基于其他情况而支付处方药的全额费用时

您可能因为发现该药物因某些原因未获承保而必须支付处方的全额费用。

- 比如，该药物未列入本计划的药物清单；或者它有一项您不清楚或觉得本身不适用的要求或限制。若您决定要立即取得药物，您可能要支付全额费用。
- 保存您的收据并在要求我们退款时把副本寄送给我们。在某些情况下，我们需要您的医生提供更多信息，才能把我们的药物分摊费用退还给您。如果您支付的现金价格高于我们协商的处方药价格，我们可能不会向您退还您支付的全部费用。

当您向我们发送付款请求时，我们将审查您的请求，并决定是否应承保服务或药物。这称为做出**承保裁定**。如果我们决定它应该被承保，我们将支付我们的服务或药品的分摊费用。

若我们拒绝您的支付要求，您可以对我们的裁定提出上诉。本文件第 9 章提供了关于如何提出上诉的信息。

第 2 节 如何要求我们退款或是支付您收到的帐单

您可以向我们发送书面请求，要求我们向您偿还。如果您以书面形式发送请求，请将您支付的任何款项的账单和文件发送给您。您应该保存帐单和收据及其副本作为记录。您必须在收

到服务、物品或药物后 **120 天内向我们提出理赔**。

为了确保您提供所有必要信息以便我们裁定，您可以填写我们的理赔表单来提出付款申请。

- 您并不一定要使用这个表单，但是它将协助我们加速处理信息。
- 从我们的网站 (**emblemhealth.com/medicare**) 下载表单或是致电客户服务部索取表单。

把您的付款请求连同任何帐单或支付的收件，寄送到以下地址：

医疗	药房
EmblemHealth Claims Attn: Medicare Payment Requests PO Box 2845 New York, NY 10116-2845	Express Scripts Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718

第 3 节 我们会考虑您的付款申请然后表示同意或不同意

第 3.1 节 我们检查是否应承保该服务或药物以及我们的应付费用

当我们收到您的付款申请，我们会让您知道是否需要提供更多信息。否则，我们会考虑您的申请并作出承保裁定。

- 若我们决定承保该医疗护理或药物而且您遵照了所有规则，我们会支付我们为服务或药物分摊的费用。若您已经支付该服务或药物的费用，我们会把分摊费用以邮寄方式退还给您。如果您支付了药物的全部费用，您可能不会获得全额报销（例如，如果您在网外药房获得药物，或者您为药物支付的现金价格高于我们的协议价格）。若您尚未支付该服务或药物的费用，我们会直接把款项邮寄给医疗服务提供方。
- 若我们裁定该医疗护理或药物*不承保*，或是您*并未*遵守所有规则，我们不会支付护理或药物的分摊费用。我们会寄发一封信给您，解释我们为何未发送付款以及您享有对此裁定提出上诉的权利。

第 3.2 节 若我们通知您，表示我们不会全额或部分支付医疗护理或药物的费用，您可以提出上诉

若您认为我们拒绝您的付款申请是错误的决定，或我们支付的金额是错误的，您可以提出上诉。若您提出上诉，表示您要求我们改变拒绝您的付款申请的裁定。上诉程序是正式的程序，包含详细的步骤与重要的截止日期。有关如何提出上诉的详情，请参阅本文件第 9 章。

第 8 章：

您的权利与责任

第 1 节 我们的计划应尊重您身为该计划会员的权利和文化敏感性

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Information is available for free in other languages. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.1 节 我们必须使用适合您并符合您的文化敏感性的方式提供信息（使用英语以外的语言、盲文、大字体印刷或其他替代格式等。）

您的计划需要确保所有临床和非临床服务均以具有文化能力的方式提供，并且所有投保人都可以获得服务，包括英语能力有限、阅读技能有限、听力丧失或具有不同文化和种族背景的人。计划如何满足这些可及性要求的示例包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划备有免费的翻译服务，回答不说英语会员的问题。免费提供其他语言版本的信息。如果您需要，我们也可以用盲文、大字体印刷或其他替代格式提供信息给您，这些完全免费。我们必须为您提供关于计划福利的信息，用方便您取得且适合您的格式提供给您。如需我们以适合您的方式提供信息，请联系客户服务部。

我们的计划需要为女性投保人提供选项，使其能直接访问网内的女性健康专科医生，以获得女性的常规和预防性医护服务。

如果本计划内针对某个专科的医疗服务提供方不可用，则本计划有责任在网络之外找到专科医疗服务提供方，而他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只支付网内分摊费用。如果您发现自己处于计划网络中没有专家能提供您需要的服务的情况，请致电该计划，了解关于在哪里按照网内分摊费用获得该服务的信息。

若您无法方便取得我们的计划信息且格式也不适合您使用，请联系客户服务部提出申诉。您可以致电 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接联系民权办公室向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提出投诉。1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

第1节 我们的计划应尊重您身为该计划会员的权利和文化敏感性

第1.1节 我们必须使用适合您并符合您的文化敏感性的方式提供信息（使用英语以外的语言、盲文、大字体印刷或其他替代格式等。）

您的计划需要确保所有临床和非临床服务均以具有文化能力的方式提供，并且所有投保人都可以获得服务，包括英语能力有限、阅读技能有限、听力丧失或具有不同文化和种族背景的人。计划如何满足这些可及性要求的示例包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划备有免费的翻译服务，回答不说英语会员的问题。免费提供其他语言版本的信息如果您需要，我们也可以用盲文、大字体印刷或其他替代格式提供信息给您，这些完全免费我们必须为您提供关于计划福利的信息，用方便您取得且适合您的格式提供给您。如需我们以适合您的方式提供信息，请联系客户服务部。

我们的计划需要为女性投保人提供选项，使其能直接访问网内的女性健康专科医生，以获得女性的常规和预防性医护服务。

如果本计划内针对某个专科的医疗服务提供方不可用，则本计划有责任在网络之外找到专科医疗服务提供方，而他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只支付网内外摊费用。如果您发现自己处于计划网络中没有专家能提供您需要的服务的情况，请致电该计划，了解关于在哪里按照网内分摊费用获得该服务的信息。

若您无法方便取得我们的计划信息且格式也不适合您使用，请联系客户服务部提出申诉。您可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）或直接联系民权办公室向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提出投诉。1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

第 1.2 节 我们必须确保您及时获得承保服务范围和药物

您有权在本计划的网络中选择初级保健医生 (PCP) 来提供和安排您的承保服务范围。我们不要求您获得转诊。

在合理的时限内，您有权向计划的网络医疗服务提供方预约门诊和获得承保服务范围。其中包括您在需要相关医疗护理时及时获得专科医生服务的权利。您也享有权利，可在任何网络

药房完成处方配药或续配药且不会有太多耽搁。

若您认为您并未在合理的时间内获得医疗护理或 D 部分药物，第 9 章会告诉您该怎么做。

第 1.3 节 我们应保护您的个人健康信息之隐私权

联邦与州法令会保护您的医疗记录及个人健康信息的隐私权。我们会依照这些法律规定保护您的个人健康信息。

- 您的个人健康信息包括您在投保本计划时提供给我们的**个人信息**以及您的医疗记录和其他医疗和健康信息。
- 您拥有与您的信息和控制您的健康信息如何被使用相关的权利。我们提供您一份称作*隐私政策通告*的书面通知，说明这些权利并解释我们如何保护您的健康信息之隐私。

我们如何保护您的健康信息的隐私权？

- 我们保证未经授权的人士看不到也无法变更您的记录。
- 除以下所述情况外，如果我们计划将您的健康信息提供给没有为您提供医疗服务或支付医疗费用的任何人，*我们必须首先获得您或您授予其法律权力为您做决定的人的书面许可*。
- 在特定的例外情况下，我们不需要事先取得您的书面许可。这些例外情况是法律所允许或要求的。
    - 我们必须把健康信息交给政府机关以便检查医疗质量。
    - 因为您通过联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）成为我们的计划成员，我们必须把您的健康信息交给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），包括关于您的 D 部分处方药物的信息。若联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）基于研究或其他用途披露您的信息，一定会遵守联邦法规和条例执行；通常，这要求不共享唯一识别您身份的信息。

您可以查看您的记录信息并知道这些信息与他人分享的情况

您有权查看计划所持有的您的医疗记录，并取得您的记录副本。我们可向您收取制作副本的费用。您也有权利要求我们增订或更正您的医疗记录。若您要求我们这么做，我们会与您的医疗服务提供方合作，以判断是否应该进行相关变更。

您有权知道您的健康信息如何因非常规目的与他人分享。

若您对于个人健康信息的隐私权有疑问或疑虑，请致电客户服务部。

第 1.4 节 我们必须提供给您关于本计划、其网络医疗服务提供方和您的承保服务范围之信息

作为安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 的会员，您有权从我们这里得到一些种类的信息。

若您想要下列任何一种信息，请联系客户服务部：

- **关于我们计划的信息。**包括，例如，本计划财务状况的信息。
- **关于我们网内医疗服务提供方和药房的信息。**您有权向索取关于医疗服务提供方和网络药房的资格，以及我们如何支付给网络医疗服务提供方的相关信息。
- **关于您的承保以及使用您的承保时必须遵守的规则之信息。**第 3 章和第 4 章提供了有关医疗服务的信息。第 5 章和第 6 章提供了关于 D 部分处方药物承保范围的信息。
- **关于为何不承保某些内容以及您要怎么做的信息。**第 9 章提供了有关要求书面解释为什么不承保医疗服务或 D 部分药物，或您的承保是否受到限制的信息。第 9 章还提供了要求我们改变决定的信息，也称为上诉。

第 1.5 节 我们应支持您对自己的医疗护理之决定权

您有权知道您有哪些治疗选项并参与您的医疗护理相关裁定

您有权向医生及其他医疗服务提供方索取完整的信息。您的医疗服务提供方必须*用您能理解的方式*向您解释您的病症及治疗选项。

您也有权全程参与您的医疗决策过程。为了协助您与医生决定哪种治疗最适合您，您的权利包括：

- **知道您的所有选择。**您有权被告知针对您的病情建议采取的所有治疗选项，无论其费用高低或我们的计划是否承保。您也有权被告知我们的计划提供哪些方案协助会员管理他们的药物治疗及安全用药。
- **知道相关风险。**您有权被告知与医疗护理相关的风险。若所提议的任何医疗护理或治疗是研究实验的一部分，您必须事先被告知。您始终可以选择拒绝参加任何实验性治疗。
- **说“不”的权利。**您有权拒绝任何治疗建议。其中包括离开医院或其他医疗场所的权利，即使您的医生劝告您不要离开。您也有权利停止药物治疗。当然，若您拒绝治疗或停止服药，对您的身体所造成的结果，您须承担全部责任。

若您无法为自己做出医疗裁定，您有权指示应该如何完成

有时候，人们因为意外受伤或重病而无法为自己做出医疗裁定。若这种状况发生在您身上，您有权决定怎么做。这表示，*按照您的意愿*，您可以：

- 填写书面表格**授予某人法律权力**，在您无法自行做出决定时，代您做出医疗决定。
- **用书面方式给医生指示，**说明在您无法自行做出决定时，您要求他们如何处理您的医疗护理。

在这些情况下您可以用来提前指示处理方法的法律文件称为**医疗护理事前指示**。医疗护理事前指示有不同的类型和不同的名称。称为**遗嘱**和**医疗授权委托书**的文件均为医疗护理事前指示的范例。

若您想要使用医疗护理事前指示来提出指示，以下是相关做法：

- **取得表格。**您可以从律师、社工或是某些办公用品商店获取一份医疗护理事前指示表

格。有的时候您可以向那些为民众提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）相关信息的组织索取医疗护理事前指示表格。您也可以联系客户服务部索取表格。
- **填写表格并署名。**无论您在哪里索取这份表格，请谨记这是一份法律文件。您应该考虑让律师帮助您准备文件。
- **把副本交给适当的人。**您应把表格副本交给您的医生，以及您在表格上注明当您无法自行决定时代表您做决定的那个人。您可能会想把副本交给密友或家人。把一份副本留在家中。

若您提早知道自己会住院，而且已签署医疗护理事前指示，**在前往医院时请携带一份副本**。

- 医院会问您是否已签署医疗护理事前指示表格以及您是否随身携带。
- 若您未签署医疗护理事前指示表格，医院会提供表格并询问您是否要签署。

请记得，是否要填写医疗护理事前指示是您的个人选择（包括您在医院时是否要签署）。根据法律，没有人可以因为您是否签署了医疗护理事前指示而拒绝向您提供医疗护理或有所歧视。

若您的指示不受遵从，该怎么做？

若您签署了医疗护理事前指示，而您认为医生或医院并未遵照其中指示，您可以向纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 提出投诉。若您要对一家医院提出投诉，您应致电 1-800-804-5447。若您想要对医生提出投诉，您应致电 1-800-663-6114。

第 1.6 节 您有权提出投诉并要求我们复议已经做出的裁定

如果您有任何问题、疑虑或投诉，并且需要请求承保或提出上诉，本文件第 9 章将告诉您可以做什么。无论您做什么——要求承保裁定、提出上诉或是提出投诉——**我们都必须公平对待您**。

第 1.7 节 若您认为自己受到不公平待遇或是您的权利未被尊重时，该怎么做？

若是发生歧视，请联系民权办公室

若您认为自己因为种族、身障、宗教、性别、健康、族裔、教义（信仰）、年龄、性取向或原国籍而受到不公平待遇或您的权利未被尊重时，您应联系美国卫生及公共服务部之下的**民权办公室**，电话是 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，或联系您当地的民权办公室。

是其他情况吗？

若您认为自己*虽然未*受到歧视，但受到不公平待遇或您的权利未被尊重，您可以寻求协助来解决问题：

- 您可以**致电客户服务部**。
- 您可以**联系 SHIP**。有关详细信息，请参阅第 2 章第 3 节。
- 或者，**您可以致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 1-877-486-2048），服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。

第 1.8 节 如何取得关于您的权利之详细信息

您有若干方式可以取得与您的权利相关的信息：

- 您可以**致电客户服务部**。
- 您可以**联系 SHIP**。有关详细信息，请参阅第 2 章第 3 节。
- 您可以联系**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**。
  - 您可以访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站，阅读或下载出版物*《联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）权利与保护》(Medicare Rights & Protections)*。（取得出版物请至：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
  - 或者，您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 1-877-486-2048），服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。
  - 您还有权就组织的会员权利和责任政策提出建议。

第 2 节 身为计划会员您有一些责任

作为计划会员，您必须做的事列示如下。如果您有任何疑问，请致电客户服务部。

- **深入了解您的承保服务范围以及得到这些承保服务范围必须遵守哪些规则。**使用这份*承保证明*来了解您享有哪些承保内容，以及您取得承保服务范围必须遵守的规则。
  第 3 章和第 4 章提供了有关您医疗服务的详细信息。
  第 5 和 6 章详细说明您的 D 部分处方药物承保。
- **若除了我们的计划以外，您还有任何其他健康保险承保或处方药物承保，您必须告知我们。**第 1 章介绍了如何协调这些保险福利。
- **告诉您的医生和其他医疗服务提供方您投保我们的计划。**每当您取得您的医疗护理或 D 部分处方药物时，请出示您的计划会员卡和您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）卡。
- **提供相关信息、提问以及跟进您的医护情况，协助您的医生和其他医疗服务提供方为您服务。**
  - 为了帮助获得最佳护理，请告诉您的医生和其他医疗服务提供方您的健康问题。遵照您和医生均同意的治疗计划和医嘱。
  - 确保您的医生知道您所服用的所有药物，包括非处方药、维生素和营养补充品。
  - 如果您有任何问题，请务必询问并得到一个您能理解的答案。
- **请体谅。**我们希望所有会员都尊重其他患者的权利。我们也希望您能帮忙，让医生诊所、医院和其他办公室可以顺利执行业务。
- **支付您的应付费用。**身为计划会员，您有责任支付下列费用：
  - 您必须继续支付您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费才能继续成为本计划的会员。
  - 对于本计划承保的大部份药物，当您取得药物时，必须支付您的分摊费用。
  - 若您因为有更高的收入（根据您去年的报税单）而必须支付 D 部分额外费用，您必须继续向政府直接支付额外费用，才能保留计划会员的身份。
- **若您搬家到我们的服务地区*之内*，则必须告知**我们，以更新您的会员记录并确认您的联系方法。
- **若您搬家到本计划的服务地区*以外*，您无法保留计划会员的身份。**

- 若您搬家，也务必要告知社会安全局（或是铁路退休委员会 (RRB)）。

第 9 章：

若您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）

第 1 节 简介

第 1.1 节 您有问题或疑虑时该怎么做

本章解释处理问题和疑虑的流程。您用来处理问题的流程取决于您遇到的问题类型：

- 对于有些问题，您必须使用**承保裁定与上诉的流程**。
- 对于其他问题，您必须使用**投诉流程**，也被称为申诉。

每个流程都有一系列规则、程序和截止期限，我们和您必须遵守这些规则、程序和截止期限。

第 3 节会协助您确认适合使用的流程以及应该做什么。

第 1.2 节 关于法律条款

本章所叙述的规则、程序和截止期限类型中，有些必须遵守的法律条款。人们大多不熟悉这类条款，而且这些条款可能艰涩难懂。为了让事情变得更简单，本章：

- 使用更简单的词语代替某些法律术语。例如，本章叙述时一般使用“提出投诉”而不是“申诉”，使用“承保裁定”而不是“组织裁决”或“承保内容确认”或“风险裁决”，以及使用“独立审查组织”而不是“独立审查实体”。
- 文内也尽量避免使用缩写。

不过，了解正确法律条款不但实用，有时候也很重要。知道要使用哪些条款，有助于更精准表达您的意思，并针对您的状况取得适当的协助或信息。为了协助您了解可以使用哪些条款，我们在提供处理特定类型状况的详细信息时会包含法律条款。

第 2 节 如何取得更多信息和个人协助

我们随时伸出援手。即使您对我们对待您的方式有投诉，我们有义务尊重您投诉的权利。因此，您应始终联系客户服务部寻求帮助。但在某些情况下，您也可能想要向与我们无关的人寻求协助或指引。下面是两个可以为您提供帮助的实体。

州医保协助计划 (SHIP)

每一州均有一个政府方案，配有训练有素的顾问。该计划与我们或是任何保险公司或健保计划均无关联。这个计划的顾问可以协助您了解您需要解决的问题应该使用哪个流程。他们也可以回答您的问题，提供更多信息及指引您如何应对。

SHIP 顾问提供免费服务。本文件的第 2 章、第 3 节载有电话号码和网址。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）

您也可以联系联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）寻求帮助。要联系联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）：

- 您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。
- 您也可以访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (www.medicare.gov)。

您可向医疗补助计划（Medicaid，即白卡）寻求帮助及索取信息

- 您可以拨打 1-800-701-0501
- 您也可以访问 https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and- assistance

要从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获取信息，您可以拨打纽约州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划电话 1-800-541-2831，服务时间为：周一至周五 8:00 a.m. 至 8:00 p.m.，周六 9:00 a.m. 至 1:00 p.m.。TTY 用户应拨打 711（纽约州中继服务）。您也可以写信给纽约州卫生署 (New York State Department of Health)，地址为 Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237，或写信给您当地的社会服务部 (LDSS)。在 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm 上查找您的 LDSS 地址。您也可以访问 www.health.ny.gov/health_care/medicaid。

第 3 节 了解我们计划中的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）投诉和上诉

您有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），并从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获得补助。本章中的信息适用于您的**所有**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）保险福利。这有时被称为“集成流程”，因为它结合了或集成了联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）流程。

有时，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）流程不会合并。在这些情况下，您将联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）程用于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的保险福利，而医疗补助计划（Medicaid，即白卡）流程用于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的保险福利。本章**第 6.4 节**“*详细步骤：如何进行第 2 级上诉*”将解释这些情况。

关于您的保险福利的问题

第 4 节 承保裁定与上诉

若您有问题或疑虑，您仅需阅读本章中与您的状况相符的部分内容。下面的信息将帮助您找到本章关于**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的保险福利**的问题或投诉的正确部分。

您的问题或疑虑与保险福利或承保内容有关？

这包括医疗护理（医疗物品、服务和/或 B 部分处方药物）是否获得承保、以什么方式承保，以及医疗护理付款相关问题。

是。

请至本章的下一小节，**第 5 节“承保裁定与上诉基本知识指南”**。

否。

直接跳到本章末尾的**第 11 节，“如何就医疗质量、等候时间、客户服务或其他疑虑提出投诉”**。

第 5 节 承保裁定与上诉基本知识指南

第 5.1 节 要求承保裁定与提出上诉：概论

承保裁定与上诉会处理与您的医疗护理（服务、物品和 B 部分处方药物，包括付款）相关的问题。为了简单起见，我们通常将医疗物品、服务以及联邦医疗保险 B 部分处方药物称为**医疗护理**。对于哪些项目是否有承保以及用何种方式承保这一类问题，您应该使用承保裁定和上诉流程。

在接受保险福利之前要求做出承保裁定

承保裁定是我们对于您的福利和承保或是我们会为您的医疗护理或药物支付的金额所做的裁定。例如，如果您的计划网络医生将您转诊至不在网络内的医疗专家，除非您的网络医生可以证明您收到了该医疗专家的标准拒绝通知，或者*承保证明*明确表明，所转诊的服务在任何条件下都不会得到承保，否则该转诊被视为有利的承保裁定。若您的医生不确定我们是否承保特定的医疗服务或拒绝提供您认为自己需要的医疗护理，您或您的医生也可以联系我们并要求承保裁定。换言之，若您在得到医疗护理之前，想知道我们是否会承保该项医疗服务，您可以要求我们对您做出承保裁定。在某些情况下，承保裁定申请将被驳回，这意味着我们不会审查该申请。申请将被驳回的示例包括：如果申请不完整、如果有人代表您提出申请但未获得合法授权，或者如果您要求撤回申请。如果我们驳回了承保裁定申请，我们将发送一份通知，说明该申请被驳回的原因以及如何要求审查该驳回。

每当我们裁定为您承保哪些项目及支付多少金额时，便是在为您做出承保裁定。在某些情况下，我们可能会裁定医疗护理不在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围内，或者联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不再为您承保。若您不同意此承保裁定，您可以提出上诉。

提出上诉

如果我们在收到服务之前或之后做出承保裁定，而您不满意，您可以对该裁定**上诉**。上诉是通过正式渠道要求我们审查并改变所做的承保裁定。在特定情况下，您可以要求加速或“快速上诉”或是承保裁定**快速上诉**，我们会在稍后说明这些内容。您的上诉会由不同的审查者处

理，而不是当初作出裁定的人。

在您首次提出裁定上诉时，这个行为称为第 1 级上诉。在此上诉中，我们审查所做的承保裁定，检查我们是否正确遵守所有规则。完成审查之后我们会将裁定告诉您。

在某些情况下，第 1 级上诉申请将被驳回，这意味着我们不会审查该申请。申请将被驳回的示例包括：如果申请不完整、如果有人代表您提出申请但未获得合法授权，或者如果您要求撤回申请。如果我们驳回了第 1 级上诉申请，我们将发送一份通知，说明该申请被驳回的原因以及如何要求审查该驳回。

如果我们拒绝您的全部或部分医疗护理第 1 级上诉，您的上诉将自动继续进行由与我们无关的独立审查组织进行的第 2 级上诉。

- 您无需采取任何行动即可开始第 2 级上诉。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）规则要求，如果我们不完全同意您的第 1 级上诉，我们会自动将您的医疗护理上诉发送至第 2 级。
- 关于针对医疗护理的第 2 级上诉的更多信息，请见本章**第 6.4 节**。
- 本章第 7 节将进一步讨论 D 部分上诉。

如果您对第 2 级上诉的裁定不满意，您可以继续其他级别的上诉（本章第 10 节解释了第 3 级、4 级和 5 级上诉程序）。

第 5.2 节 当您要求承保裁定或提出上诉时如何寻求协助

若您决定要求任何类型的承保裁定或对裁定提出上诉，以下是一些资源：

- 您可以**致电客户服务部联系我们**。
- 您可以从您的州医保协助计划**获得免费帮助**。
- **您的医生或其他医疗服务提供方可以向您提出请求。**如果您的医生在超过第 2 级后帮助提出上诉，他们需要被任命为您的代表。请致电客户服务部并索取*指定代表*表格。（亦可访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或者我们的网站 **emblemhealth.com/medicare** 下载该表格。）
    - 在医疗护理方面，您的医生或其他医疗服务提供方可以代表您申请承保裁定或是第 1 级上诉。若您的上诉在第 1 级被否决，它会自动转送到第 2 级。
    - 如果您的医生或其他医疗服务提供方要求您在上诉期间继续使用已经获得的服务或物品，您**可能**需要指定您的医生或其他开具处方者作为代表您行事。
    - 至于 D 部分处方药物，您的医生或其他开立处方者可以代表您申请承保裁定或提出第 1 级上诉。如果您的第 1 级上诉被拒绝，您的医生或处方医生可以请求第 2 级上诉。
- **您可以要求某个人代表您行事。**若您愿意，您可以指定另一个人为“代表”，代您要求承保裁定或提出上诉。
    - 若您想要让一位朋友、亲戚或其他人成为您的代表，请联系客户服务部并索取*指定代表*表格。（下载表格可至联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的网站：

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/ cms1696.pdf，或到我们的网站 **emblemhealth.com/medicare**）填写表格将授权该人代表您行事。您本人以及您指定为代表的人均须署名。您必须提供一份已署名的表格副本给我们。
  - 虽然我们可以接受没有此表格的上诉申请，但是我们一定要收到表格才能开始或完成审查。如果我们在对您的上诉作出裁定的截止期限之前没有收到表格，您的上诉申请将被撤除。若发生这种情况，我们会发送书面通知给您，说明您有权要求独立审查组织来审查我们撤除您的上诉之裁定。

- **您也有权聘雇律师。**您可以联系自己的律师，或从本地律师协会或转介服务机构指定一位律师。若您符合条件，也会有团体为您提供免费法律服务。不过，**您无需聘雇律师**才能提出任何类型承保裁定或对裁定提出上诉。

第 5.3 节 本章哪个小节会提供您的状况之详细信息？

有四种状况牵涉到承保裁定和上诉。由于每种状况有不同的规则和截止期限，我们用不同的章节分别详细说明每种状况：

- 本章**第 6 节**，“您的医疗护理：如何要求承保裁定或提出上诉
- 本章**第 7 节**，“您的 D 部分处方药物：如何要求承保裁定或提出上诉
- 本章**第 8 节**，“若您认为医生太早让您出院应如何要求我们承保时间较长的住院期”
- 本章**第 9 节**，若您认为承保太早结束，如何要求我们继续承保特定医疗服务（*仅适用于下列服务：*家健护理、专业护理院服务以及综合性门诊康复设施 (CORF) 服务）

若您不确定要参阅哪个章节，请联系客户服务部。您也可以从诸如您的 SHIP 等政府机构获得帮助或信息。

第 6 节 您的医疗护理：如何要求承保裁定或对承保裁定提出上诉

第 6.1 节 本小节会说明面对医疗护理的承保问题或要求我们把医疗护理的分摊费用退还给您时该怎么做

本章节说明您在医疗护理方面的保险福利。本文件第 4 章叙述这些保险福利：*医疗福利表（承保内容以及您支付的费用）*。在某些情况下，不同的规则适用于 B 部分处方药物的申请。在这些情况下，我们将解释 B 部分处方药物的规则与医疗物品和服务的规则有何不同。

本小节说明您在面临下列五种情况之一时该如何做：

1. 您无法取得所需的特定医疗护理，而您认为我们的计划有承保此类医护服务。**要求做出承保裁定。第 6.2 节**

2. 我们的计划不批准您的医生或其他医疗服务提供方想要提供给您的医疗护理，而您认为我们的计划承保这个医护服务。**要求做出承保裁定。第 6.2 节**

3. 您已接受您认为我们的计划应该承保的医疗护理，但是我们已表示不会支付此笔

医护费用。**提出上诉。第 6.3 节**

4. 您已经接受您认为我们的计划应承保的医疗护理并支付费用，而您要求我们报销此笔医护费用。**把账单寄给我们。第 6.5 节**

5. 您被告知，对于您一直获得的特定医疗护理承保，尽管我们之前已批准但是现在将减额或停止承保，而您认为对此医护服务减额或停止承保将对您的健康造成伤害。**提出上诉。第 6.3 节**

注意：若是即将停止的承保是用于住院护理、家健护理、专业护理院服务，或综合性门诊康复设施 (CORF) 服务，您需要阅读本章第 8 节和第 9 节。特殊规则适用于这些类型的护理。

第 6.2 节	详细步骤：如何寻求承保裁定

法律条款
当一项承保裁定牵涉您的医疗护理时，它称为**组织裁决**。 快速承保裁定称为**加速裁决**。

第 1 步：决定是需要标准承保裁定还是快速承保裁定。

对于 B 部分药物，“标准承保裁定”通常在 14 个历日或 72 小时内做出。对于承保裁定，快速承保裁定一般在 72 小时内做出，对于 B 部分药物，在 24 小时内做出。为了获得快速承保裁定，您必须满足两个条件：

- 您*只能要求*承保医疗物品和/或服务（不得要求支付已经收到的物品和/或服务）。
- *只有*在采用标准截止期限可能*严重损害您的健康或影响您的身体机能*时，方可采用快速承保裁定。
- **若您的医生通知我们，您的健康状况需要做出快速承保裁定，我们将自动同意为您做出快速承保裁定。**
- **若您是自己申请“快速承保裁定”但未获得医生支持，我们会判定您的健康状况是否需要我们做出快速承保裁定。**如果我们不批准快速承保裁定，我们将向您发送一封信，信内容如下：
  - 说明我们将使用标准截止日期。
  - 解释如果您的医生要求我们做出快速承保裁定，我们会自动为您作出快速承保裁定。
  - 解释对于我们给您做出标准承保裁定而不是您要求的快速承保裁定之决定，您可如何提交快速投诉。

第 2 步：要求我们的计划做出承保裁定或快速承保裁定。

- 先致电、写信或传真给我们的计划提出申请，要求我们授权或提供您想要的医疗护理承保。您、您的医生或您的代表可以做这件事。第 2 章包含联系信息。

第 3 步：我们考虑您申请医疗护理承保的要求并给予答复。

***对于标准承保裁定，我们使用标准截止期限。*这表示我们将在收到您的医疗物品或服务申请之后 14 个历日内给您回复。**如果您申请的是**联邦医疗保险 B 部分处方药物**，我们将在收到申请后 **72 个小时内**给您回复。

- **不过，**如果您的申请是针对医疗物品或服务，若您要求延长时限，或者我们需要更多有利于您的信息，**我们可以延长最多 14 个历日**。如果我们需要更多时间，我们会以书面方式通知您。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，我们不会花额外的时间做出裁定。
- 若您认为我们*不*应该多花额外时间，您可以提交快速投诉。一旦我们做出裁定，我们将尽快答复您的投诉。（提出投诉的流程与承保裁定和上诉的流程不同。请见本章第 11 节，获取更多信息。）

对于快速承保裁定，我们使用加急时间表

快速承保裁定意味着，如果您的申请是针对医疗物品或服务，则我们将在 72 小时内给您回复。如果您的申请是针对联邦医疗保险 B 部分处方药物，则我们将在 24 小时内给您回覆。

- **不过，**若您要求延长时限，或者我们需要更多可能有利于您的信息，**我们可以延长最多 14 个历日**。如果我们需要更多时间，我们会以书面方式通知您。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，我们不会花额外的时间做出裁定。
- 若您认为我们*不*应该多花额外时间，您可以提交快速投诉。（请见本章第 11 节，获取更多信息。）我们会在做出决定后尽快给您打电话。
- **若我们拒绝您的部分或全部申请**，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。

第 4 步：若我们拒绝您的医疗护理承保申请，您可提出上诉。

- 若我们拒绝，您有权提出上诉，要求我们复议这个裁定。这意味着再次要求获得您想要的医疗护理承保范围。如果您提出上诉，这意味着您将进入上诉流程的“第 1 级”。

第 6.3 节 详细步骤：如何提出第 1 级上诉

法律条款
对于计划的医疗护理承保裁定提出上诉，称为计划**复议**。 快速上诉亦称为**加速复议**。

第 1 步：确定是需要标准上诉还是快速上诉。

B 部分药物的标准上诉通常在 30 个历日或 7 个历日内提出。快速上诉一般在 72 小时内提出。

- 关于我们针对您尚未得到的医疗之承保内容所做的裁定，您若提出上诉，您和/或您的医生必须判断您是否需要“快速上诉”。若您的医生告诉我们，您的健康情况必须进行快速上诉，我们会为您进行快速上诉。
- 进行快速上诉的要求与本章第 6.2 节进行快速承保裁定的要求一样。

第 2 步：要求我们的计划提出上诉或快速上诉

- **若您要求标准上诉，请以书面方式提交标准上诉。**您也可以通过致电我们提出上诉。第 2 章包含联系信息。
- **如果您要求进行快速上诉，请以书面形式提出上诉或致电我们。**第 2 章包含联系信息。
- 我们送出书面通知给您告知我们对于承保裁定的答复当天起，**您必须在 65 个历日内提出上诉申请。**如果您错过了截止日期，并且有充分的错过理由，那么在提出上诉时请解释为什么您的上诉被延迟。我们可能会给您更多的时间来提出上诉。合理理由可能包括，患有重病以致无法与我们联系，或者我们提供给您关于申请上诉截止期限的信息错误或不全。
- **您可以索取与您的医疗裁定相关的信息免费副本。您和您的医生可以添加更多信息来支持您的上诉。**

如果我们告诉您我们将停止或减少您已经获得的服务或物品，您可以在上诉期间保留这些服务或物品。

- 如果我们决定更改或停止您当前获得的服务或物品的承保范围，我们将在采取拟议行动之前向您发送通知。
- 如果您不同意该行动，您可以提出第 1 级上诉。如果您在我们信函上的邮戳日期后 10 个日历日内或行动的预期生效日期之前提出 1 级上诉，我们将继续承保服务或物品，以较晚者为准。
- 如果您满足此截止日期，您可以在第 1 级上诉未决期间继续获得服务或物品，而不会有任何更改。您还将继续获得所有其他服务或物品（即不属于您的上诉主题），没有任何变化。

第 3 步：我们会斟酌您的上诉然后给您答复。

- 当我们的计划在审查您的上诉时，我们会再次仔细查看所有信息。我们会检查驳回您的申请当时是否遵守所有规则。
- 如果需要，我们可能会联系您或您的医生，以收集更多信息。

快速上诉的截止期限

- 对于快速上诉，我们必须**在收到您的上诉后 72 小时内**给您答复。若您的健康情况有需求，我们会提早给您答复。
  - **不过**，如果您的申请是针对医疗物品或服务，若您要求延长时限，或者我们需要更多有利于您的信息，**我们可以延长最多 14 个历日**。如果我们需要更多时间，我们会以书面方式通知您。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，我们不会花额外的时间。
  - 如果我们在 72 小时以内（或是若延长期限的话在延长期结束前）无法给您答复，我们必须自动把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织进行审查。第 6.4 节解释了 2 级上诉程序。

- **如果我们对您的部分或全部申请予以批准，**我们必须在收到上诉后 72 小时之内就我们同意提供的承保内容进行授权或予以承保。
- **如果我们驳回您的部分或全部申请，**我们将把我们的决定以书面形式发送给您，并自动把您的上诉送到独立审查组织进行第 2 级上诉。独立审查组织在收到您的上诉时将以书面形式通知您。

标准上诉的截止期限

- 对于标准上诉，我们必须在收到您的上诉后 **30 个历日**内给您答复。如果您的申请是针对您还未收到的联邦医疗保险 B 部分处方药物，那么我们将在收到您的上诉之后的 **7 个历日内**给您决定。若您的健康情况有需要，我们会提早作出裁定。
  - **不过**，如果您的申请是针对医疗物品或服务，若您要求延长时限，或者我们需要更多有利于您的信息，**我们可以延长最多 14 个历日**。如果我们需要更多时间，我们会以书面方式通知您。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，我们不会花额外的时间做出裁定。
  - 若您认为我们不应该多花额外时间，您可以提交快速投诉。当您提出快速投诉时，我们将在 24 小时内答复您的投诉。（关于提出投诉的流程之详细信息，包括快速投诉，请参阅本章第 11 节。）
  - 如果我们未在截止期限内（或者在延长期结束前）给您答复，我们将把您的申请送入第 2 级上诉，其中独立独立审查组织进行审查上诉。第 6.4 节解释了 2 级上诉程序。

- **若我们对您的部分或全部申请予以批准**，我们必须在收到上诉后 **30 个历日内**或者 **7 个历日内**（如果您的申请是针对联邦医疗保险 B 部分处方药物）就承保进行授权或予以承保。
- **如果我们的计划拒绝您的部分或全部上诉，则您拥有额外的上诉权利。**
- 如果我们拒绝您的部分或全部要求，我们将向您发送一封信。
  - 如果您的问题是关于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）服务或物品的承保范围，信函将告诉您，我们将您的案例发送给独立审查组织进行第 2 级上诉。
  - 如果您的问题是关于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务或物品的承保范围，这封信将告诉您如何自行提出第 2 级上诉。

第 6.4 节 详细步骤：如何进行第 2 级上诉

法律术语
独立审查组织的正式名称是**独立审查实体 (Independent Review Entity)**。有时被称为 **IRE**。

独立审查组织是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）雇用的独立组织。它与我们无关，且并非政府机构。此组织会判定我们的所做的裁定是否正确，以及它应否变更。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会监督它的工作。

- 如果您的问题涉及通常**由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保**的服务或物品，我们将在完成 1 级上诉后，立即将您的案件自动发送至上诉流程的第 2 级。
- 如果您的问题涉及通常**由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保**的服务或物品，您可以自行提出第 2 级上诉。这封信会告诉您如何做到这一点。信息也在下面。
- 如果您的问题涉及**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）均可能承保**的服务或物品，您将自动获得独立审查组织的 2 级上诉。您也可以要求与州进行公平听证会。

如果您的问题涉及**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）均可能承保**的服务或物品，您将自动获得独立审查组织的 2 级上诉。您也可以要求与州进行公平听证会。

如果您在提出 1 级上诉时有资格继续享受保险福利，则您在 2 级上诉期间也可以继续享受服务、物品或药物的福利。转至第 43 页，了解有关在第 1 级上诉期间继续享受保险福利的信息。

- 如果您的问题是关于通常仅由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的服务，那么您在独立审查组织的第 2 级上诉过程中不会继续享受该服务的保险福利。
- 如果您的问题是关于通常由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的服务，那么如果您在收到计划决定书后 10 个日历日内提交第 2 级上诉，则您对该服务的保险福利将继续有效。

如果您的问题与一项服务或物品有关，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）通常承保：

第 1 步：独立审查组织会审查您的上诉。

- 我们会把您的上诉信息寄送到这个组织。此信息称为您的**个案档案**。**您也有权要求我们提供您的个案档案一份免费副本**。
- 您有权提供额外的信息给独立审查组织来支持您的上诉。
- 独立审查组织的审查人会仔细审阅与您的上诉相关的所有信息。

若您在第 1 级进行快速上诉，您在第 2 级也同样是快速上诉。

- 对于快速上诉，审查组织必须在收到您的上诉之后 **72 小时内**对您的第 2 级上诉给予答复。
- 若您的申请是针对医疗物品或服务，并且独立审查组织需要收集更多有利于您的信息，**它可以额外延长最多 14 个历日**。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，独立审查组织不会花额外的时间做出裁定。

若您在第 1 级进行标准上诉，您在第 2 级也会进行标准上诉。

- 对于标准上诉，如果您申请的是医疗物品或服务，审查组织必须在收到您的第 2 级上诉后 **30 个历日内**给您答复。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，审查组织必须在收到您的第 2 级上诉后 **7 个历日内**给您答复。
- 不过，若您申请的是医疗物品或服务，并且独立审查组织必须收集更多有利于您的信息，**它可以额外延长最多 14 个历日**。如果您申请的是联邦医疗保险 B 部分处方药物，独立审查组织不会花额外的时间做出裁定。

第 2 步：独立审查组织会给您答复。

独立审查组织将用书面形式告诉您其裁定并解释其中原因。

- **若审查组织批准您的部分或全部医疗物品或服务申请**，我们必须在 **72 小时内**授权医疗护理承保，或者在**标准申请**的情况下，于收到独立审查组织的裁定之后 **14 个历日内**提供服务，或在**加速申请**的情况下，于我们收到独立审查组织的裁定的那天算起 **72 小时内**提供服务。
- **若审查组织批准您的部分或全部联邦医疗保险 B 部分处方药物申请**，我们必须收到审查组织的裁决后的 **72 小时**内（针对**标准申请**）或者在我们收到审查组织的裁定之后 **24 小时**内（针对**快速申请**）授权或提供联邦医疗保险 B 部分处方药物。

- **若此组织驳回您的部分或全部上诉，**表示他们与我们的计划持相同意见，认为您所申请（或部分申请）的医疗护理承保不应批准。（这种情况称为**维持原判**，亦称为**驳回上诉**。） 在这种情况下，独立审查组织会向您发送一封信：
  - 解释其裁定内容。
  - 如果您请求的医疗护理承保的美元价值达到一定的最低要求，则通知您有权进行第 3 级上诉。独立审查组织给您的书面通知将说明您必须满足的金额，以便继续上诉流程。
  - 告诉您如何提出 3 级上诉。

- 若您的第 2 级上诉被驳回而且您符合继续上诉流程的要求，您必须决定是否要进行第 3 级并提出第三次上诉。您进行第 2 级上诉之后所收到的书面通知含有如何再提出上诉的详细信息。
  - 第 3 级上诉由行政法官或律师审判员处理。**本章第 10 节**解释了第 3、4 和 5 级上诉流程。

如果您的问题与医疗补助计划（Medicaid，即白卡）通常承保的服务或物品有关：

第 1 步：您也可以要求与州进行公平听证会。

- 通常由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保的服务的上诉程序的第 2 级是与州举行公平听证会。您必须在我们发送关于您的 1 级上诉的决定函之日起 **120 个日历日内**以书面形式或通过电话要求公平听证会。您收到的来自我们的信函将告诉您在哪里提交您的听证请求。
- 您有权在提出第 1 级上诉**后**，要求州就该裁定进行公平听证，**并**：
  - 您会收到一封上诉决定书。自上诉决定书之日起，您有 120 天的时间要求举行公平听证会；**或者**
  - 我们决定您的第 1 级上诉的时间框架已过，包括任何延期。**如果您没有收到对您的第 1 级上诉的回复，或者我们没有及时做出决定，您可以要求举行公平听证会。**

- 如果您的计划说该服务是：1) 没有医疗必要，2) 实验性或试验性的，3) 与您在计划网内获得的护理没有区别，或 4) 可从网内专业医护人员或设施获得，他们拥有正确的培训和经验来满足您的需求。

对于这些类型的决策，您可能有资格获得外部上诉。外部上诉是由不为您的计划或州工作的卫生专业人员对您的案件进行审查。您可能需要医生的帮助来填写外部上诉申请。

在您请求外部上诉之前：

- 您必须提出计划上诉并获得计划的最终不利裁决；或
- 如果您要求快速通道计划上诉，您也可以同时要求快速通道外部上诉；或
- 您和本计划可能同意跳过本计划的上诉程序，直接进入外部上诉。

从您收到本计划的最终不利裁决时起，或从您同意跳过本计划上诉程序时起，您有 4 个月的时间申请外部上诉。

要获取外部上诉申请和说明：

- 致电 EmblemHealth，电话：855-283-2146；或
- 请致电 800-400-8882 联系金融服务部。

- 上线：www.dfs.ny.gov

您的外部上诉将在 30 天内决定。快速决策在 72 小时内做出。该决定将以书面形式发送给您。如果您要求外部上诉和公平听证会，公平听证会决定将是您福利的最终决定。

如需申请公平听证会，请致电 1-800-342-3334 (TTY: 711) 或在线填写表格，网址为 http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp。

免预约 – 纽约市：
临时和残疾援助办公室
行政听证办公室
5 Beaver Street
New York, New York 10004

奥尔巴尼 (Albany)：
临时和残疾援助办公室
行政听证办公室
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

第 2 步：公平听证会办公室给您答复。

公平听证会办公室会用书面方式通知您其裁定结果并说明原因。

- **如果公平听证会办公室批准部分或全部医疗物品或服务请求，**则我们必须在收到公平听证办公室的决定后 72 小时内授权或提供服务或物品。
- **若此公平听证会办公室驳回您的部分或全部上诉，**表示他们与我们的计划持相同意见，认为您所申请（或部分申请）的医疗护理承保不应批准。（这种情况称为**维持原判**，亦称为**驳回上诉**。）

如果决定不是我要求的全部或部分，我是否可以再提出上诉？

如果独立审查组织或公平听证会办公室裁定不适用于您要求的全部或部分内容，则您拥有**额外的上诉权利**。

您从公平听证会办公室收到的信函将描述下一个上诉选项。

关于您在第 2 级之后的上诉权利的更多信息，请见本章**第 10 节**。

第 6.5 节 如果您要求我们偿还您已收到的医疗护理的分摊费用？

若您想要求我们支付医疗护理的费用，请先阅读本文件第 7 章：要求我们分摊支付您收到的承保医疗服务或药物帐单。第 7 章描述您可能要求我们退款或支付某个医疗服务提供方给您的帐单之各种情况。它也说明如何寄送要求我们付款的书面资料。

我们无法直接报销您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务或物品。如果您收到的账单超过了*医疗补助计划（Medicaid，即白卡）*承保的服务和物品的共付额，请将账单发送给我

们。**您不应该自己支付账单。**我们会直接联系医疗服务提供方并解决问题。但是，如果您确实支付了账单，如果您遵守了获得服务或物品的规则，则可以从该医疗服务提供方那里获得退款。

要求偿还您已支付的款项：

如果您向我们发送要求报销的文书，则您要求做出承保裁定。我们无法直接报销您的**医疗补助计划（Medicaid，即白卡）**服务或物品。如果您收到的账单超过了*医疗补助计划（Medicaid，即白卡）*承保的服务和物品的共付额，请将账单发送给我们。**您不应该自己支付账单。**我们会直接联系医疗服务提供方并解决问题。但是，如果您确实支付了账单，如果您遵守了获得服务或物品的规则，则可以从该医疗服务提供方那里获得退款。

如果您希望我们为您报销**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**服务或物品，或者您要求我们为您支付的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务或物品向医疗服务提供方付款，您将要求我们做出此承保裁定。我们将确认您支付的医疗护理是否为承保服务范围。我们还将检查您是否遵守了关于使用您的医疗护理承保范围的所有规则。

- 若联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）医疗护理被承保，我们会在收到您的申请后 60 个历日内把我们所分摊的费用寄送给您。
  - 如果您向医疗服务提供方支付的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）护理被承保，并且您认为我们应该向医疗服务提供方付款，我们将在收到您的请求后 60 个日历日内向您的医疗服务提供方支付我们分担的费用。
  - 然后，您需要联系您的医疗服务提供方，让他们给您退款。若您尚未支付医疗护理费用，我们会直接付款给医疗服务提供方。

- **如果我们拒绝您的申请：**若是*不*承保医疗护理，或是您*未*遵守所有规则，我们不会寄还付款。相反，我们会寄一封信给您，表示我们不会支付该医疗护理费用并说明原因。

若您不同意我们驳回申请的裁定，**您可以提出上诉**。若您提出上诉，表示您要求我们变更之前做的那个驳回您申请付款的承保裁定。

如需提出此上诉，您按照第 6.3 节所述的上诉流程。有关报销的上诉，请注意：

- 我们必须在收到您的上诉之后 30 个日历日内给您答复。若您要求我们退还您已经接受且支付的医疗护理费用，您不能要求快速上诉。
- 若独立审查组织裁定我们应该支付，则我们必须在 30 个历日内把付款寄还给您或医疗服务提供方。若是您的上诉在第 2 级之后的上诉流程中任一阶段获得同意的裁定，我们必须在 60 个历日内把您申请的付款寄还给您或支付给医疗服务提供方。

第 7 节 您的 D 部分处方药物：如何要求承保裁定或提出上诉

第 7.1 节 本小节说明您在取得 D 部分药物或要求我们退还 D 部分药物的付款时遇到问题该怎么做

您的保险福利包括许多处方药物承保。药物必须用于医疗上接受的适应症才有承保。（请见第 5 章，了解更多有关医疗上公认的适应症信息。） 有关 D 部分药物、规则、限制和

费用的详细信息，请参阅第 5 章和第 6 章。**此小节仅说明 D 部分药物。**为了简化，我们一般在本节内使用*药物*一词，而不是一再重复*承保门诊处方药*或 *D 部分*药物。我们还使用药物清单一词，而不是*承保药物清单*或*药物名册*。

- 如果您不知道某种药物是否被承保，或者您是否符合规则，您可以询问我们。有些药物要求您在我们承保之前获得我们的批准。
- 若您的药房告诉您，无法按照给您开立的处方配药，药房将会给您一份书面通知，说明如何联系我们要求承保裁定。

D 部分承保裁定与上诉

法律术语
D 部分药物的初始承保裁定称为**承保内容确认。**

承保裁定是我们对于您的福利和承保或是我们会为您的药物支付的金额所做的裁定。本小节说明您在面临下列情况之一时该如何做：

- 要求承保一项 D 部分药物，但该药物未列入本计划的*承保药物清单*。**寻求例外。第 7.2 节。**
- 要求免除本计划之药物承保内容的某项限制（比如对您可以获得的药物数量的限制、事先授权，或者先尝试另一种药物的要求）。**寻求例外。第 7.2 节。**
- 要求获得药物的预先批准。**要求做出承保裁定。第 7.4 节**
- 支付您已经购买的处方药物。**要求我们退款给您。第 7.4 节**

若您不同意我们做出的承保裁定，您可以对裁定提出上诉。

本章节将叙述如何要求承保裁定以及如何申请上诉。

第 7.2 节 什么是例外处理？

法律条款
要求承保未列在药物清单上的某项药物，有时称为要求**药物名册例外处理**。 要求取消某项药物的承保限制有时候称为要求**药物名册例外处理。** 要求针对一项有承保的非首选药物支付较低的价格，有时称为要求**分级例外处理。**

若是一项药物无法用您想要的方式承保，您可以要求我们**例外**处理。例外处理是一种承保裁定。

为了让我们考虑您的例外请求，您的医生或其他开立处方者必须用医学原因解释为什么您的情况需要例外批准。以下是您和您的医生或其他开立处方者可以要求我们例外处理的两个示例：

1. **为您承保某项不在承保药物清单上的 D 部分药物。**如果我们同意承保未列在药物清单

上的某项药物，您必须支付适用于我们所有药物的分摊费用。我们要求您支付的药物分摊费用，您不得要求我们例外处理。

2. **取消我们对某项承保药物的限制**。第 5 章描述了适用于我们药物清单上某些药物的额外规则或限制。若我们同意例外处理并为您免除某项限制，您可以针对我们要求您就药物支付的共付额或共同保险金进行例外处理。

第 7.3 节 关于要求例外处理的重要事项

您的医生必须告诉我们医学原因

您的医生或其他开具处方者必须给我们一份声明，解释申请例外处理的医学原因。若要加速裁定，在要求例外处理时请附上您的医生或其他开具处方者提供的这份医学信息。

一般而言，我们的药物清单包含一种以上可以治疗特定病情的药物。这些不同的可能药物称为**替代性**药物。若是一项替代性药物的效用与您所申请的药物相同而且不会造成更多副作用或其他健康问题，我们通常**不会**批准您所申请的例外处理。

我们可以同意或驳回您的申请

- 若我们批准您申请的例外处理，我们批准的时效通常是直至计划年度结束为止。只要您的医生持续为您开立处方笺，而且该药物对于治疗您的病情一直是安全且有效的，这个情况便继续如此执行。
- 若我们驳回您的申请，您可以提出上诉，要求再次进行审查。

第 7.4 节 详细步骤：如何要求承保裁定，包括例外处理

法律术语
快速承保裁定称为**加速承保决定**。

第 1 步：决定是需要标准承保裁定还是快速承保裁定。

标准承保裁定在我们收到医生声明后 **72 小时内**做出。**快速承保裁定**在我们收到医生声明后 **24 小时内**做出。

***若您的健康有此必要，可要求我们进行快速承保裁定。*若要获得快速承保裁定，您必须满足两个条件：**

- 您必须要求使用*您尚未收到的药物*。（对于已经购买的药物，您不能申请获得赔付该药的快速承保裁定。）
- 采用标准截止期限可能*严重损害您的健康或影响您的身体机能*。
- **如果您的医生或其他开立处方者通知我们，出于您的健康情况，需要我们做出快速承保裁定，此时我们会自动为您做出快速承保裁定。**
- **若您是自己申请获得“快速承保裁定”但未获得医生或开处方者的支持，我们会判定您的健康状况是否需要我们做出快速承保裁定。**如果我们不批准快速承保裁定，我们将向您发送一封信，信内容如下：
    - 说明我们将使用标准截止日期。

- 解释如果您的医生或其他开立处方者要求我们做出快速承保裁定，我们会自动为您作出快速承保裁定。
- 告诉您，对于我们决定为您提供标准承保裁定，而不是您申请的“快速承保裁定”，您可以如何提交快速投诉。我们将在收到您的投诉后 24 小时内予以答复。

第 2 步：申请标准承保裁定或快速承保裁定。

先致电、写信或传真给我们的计划提出申请，要求我们授权或提供您想要的医疗护理承保。您也可以通过我们的网站获得有关承保裁定流程的信息。我们必须接受任何书面申请，包括使用我们网站 **emblemhealth.com/medicare** 上的*联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心模式承保内容确认申请*表或我们的计划表格来提交的申请。第 2 章包含联系信息。为协助我们处理您的请求，请务必提供您的姓名、联系信息以及用于识别要上诉的遭到拒绝的索赔的信息。

您、您的医生（或其他开立处方者）或您的代表可以提出申请。您也可以聘请律师代表您。本章第 4 节说明您如何通过书面许可指定某个人成为您的代表。

- **若您申请按照例外情况处理，请提供证明文件**，即例外情况的医疗原因。您的医生或其他开立处方者可以传真或邮寄账单给我们。或您的医生或其他开立处方者可以用电话通知我们，若有必要可后续传真或邮件一份书面声明。

第 3 步：我们会考虑您的申请并给予答复。

快速承保裁定的截止期限

- 我们通常必须在收到您的申请之后 **24 小时内**给您答复。
  - 对于例外情况，在我们收到支持您申请的医生声明之后 24 小时内会给您答复。若您的健康情况有需求，我们会提早给您答复。
  - 若我们无法在截止期限前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。
- **如果我们对您的部分或全部申请予以批准**，我们必须在收到您的申请或是支持您的申请的医生声明之后 24 小时之内提供我们同意提供的承保。
- **若我们拒绝您的部分或全部申请**，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您可以如何进行上诉。

关于您尚未得到的药物之标准承保裁定截止期限

- 我们必须在收到您的申请之后 **72 小时内**给您答复。
  - 对于例外情况，在我们收到支持您申请的医生声明之后 72 小时内会给您答复。若您的健康情况有需求，我们会提早给您答复。
  - 若我们无法在截止期限前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。
- **如果我们对您的部分或全部申请予以批准**，我们必须在收到您的申请或是支持您的申请的医生声明之后 **72 小时之内提供**我们同意提供的**承保**。
- **若我们拒绝您的部分或全部申请**，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我

们也会告诉您可以如何进行上诉。

关于您已购买的药物费用的标准承保裁定截止期限

- 我们必须在收到您的申请之后 **14 个历日内**给您答复。
    - 若我们无法在截止期限前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。
- **若我们同意您的部分或全部申请**，我们也必须在收到您的申请后 14 个历日内付款给您。
- **若我们拒绝您的部分或全部申请**，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您可以如何进行上诉。

第 4 步：若我们驳回您的承保申请，您可以提出上诉。

- 若我们拒绝，您有权提出上诉，要求我们复议这个裁定。这意味着再次要求获得您希望获得的药物承保范围。如果您提出上诉，这意味着您将进入上诉流程的“第 1 级”。

第 7.5 节	详细步骤：如何提出第 1 级上诉

法律术语
针对计划的 D 部分承保裁定提出上诉，称为计划**再裁决**。 快速上诉亦称为**加速再裁决**。

第 1 步：确定是需要标准上诉还是快速上诉。

标准上诉通常在 7 个历日内提出。快速上诉一般在 72 小时内提出。若您的健康情况有需要，请要求快速上诉。

- 若针对我们就您尚未得到的药物所做之裁定提出上诉，您和您的医生或其他开立处方者必须判定您是否需要“快速上诉”。
- 进行快速上诉的要求与本章第 6.2 节进行快速承保裁定的要求一样。

第 2 步：您、您的代表、医生或其他开具处方者必须与我们联系，并提出您的 1 级上诉。若您的健康情况需要快速回应，您必须要求快速上诉。

- **对于标准上诉，请提交书面请求**，或致电我们。第 2 章包含联系信息。
- **如需快速上诉，请以书面形式提交您的上诉，或致电** *877-344-73*24 (TTY: 711)联系我们。第 2 章包含联系信息。
- **我们必须接受任何书面申请**，包括使用我们网站 **emblemhealth.com/ medicare** 上的*联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心模式重新裁定申请表*来提交的申请。请务必提供您的姓名、联系信息和有关您索赔的信息，以帮助我们处理您的请求。
- 我们送出书面通知给您告知我们对于承保裁定的答复当天起，**您必须在 65 个历日内**

提出上诉申请。如果您错过了截止日期，并且有充分的错过理由，那么在提出上诉时请解释为什么您的上诉被延迟。我们可能会给您更多的时间来提出上诉。合理理由可能包括，患有重病以致无法与我们联系，或者我们提供给您关于申请上诉截止期限的信息错误或不全。

- **您可要求我们提供上诉相关信息之副本，也可以增加更多信息。**
  您和您的医生可以添加更多信息来支持您的上诉。

第 3 步：我们会斟酌您的上诉然后给您答复。

- 当我们审查您的上诉时，我们会再次仔细审阅您的承保申请相关信息。我们会检查驳回您的申请当时是否遵守所有规则。我们可能联系您或您的医生或其他处方药开立者取得更多信息。

快速上诉的截止期限

- 对于快速上诉，我们必须**在收到您的上诉后 72 小时内**给您答复。若您的健康情况有需求，我们会提早给您答复。
  - 若我们未能在 72 小时内给您答复，我们必须把您的申请送至第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。**第 7.6 节**解释了 2 级上诉程序。
- **如果我们对您的部分或全部申请予以批准，**我们必须在收到上诉后 72 小时内提供我们同意提供的承保。
- **如果我们驳回您的部分或全部申请，**我们会发送一份书面声明给您，解释驳回的原因以及您可以如何针对裁定提出上诉。

针对您尚未得到的药物的标准上诉的截止期限

- 对于标准上诉，我们必须在收到您的上诉后 **7 个历日**内给您答复。如果您尚未得到药物而且您的健康情况有要求，我们会提早作出裁定。
  - 若我们无法在 7 个历日内对您作出裁定，我们必须把您的申请送到第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。**第 7.6 节**解释了 2 级上诉程序。
- **如果我们全部或部分同意您的申请，**那么我们必须根据您的健康要求尽快提供承保范围，但不得迟于我们收到您的上诉后 **7 个日历日**。
- **如果我们驳回您的部分或全部申请，**我们会发送一份书面声明给您，解释驳回的原因以及您可以如何针对裁定提出上诉。

关于您已购买的药物费用的标准上诉截止期限

- 我们必须在收到您的申请之后 **14 个历日内**给您答复。
  - 若我们无法在截止期限前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。
- **若我们同意您的部分或全部申请，**我们也必须在收到您的申请后 30 个历日内付款给您。

- **若我们拒绝您的部分或全部申请**，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您可以如何进行上诉。

第 4 步：若我们驳回您的上诉，您可以决定是否要继续进行上诉流程并再提出另一次上诉。

- 若您决定提出另一次上诉，则表示您的上诉将送入第 2 级上诉流程。

第 7.6 节	详细步骤：如何提出第 2 级上诉

法律术语
独立审查组织的正式名称是**独立审查实体 (Independent Review Entity)**。有时被称为 **IRE**。

独立审查组织是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）雇用的独立组织。它与我们无关，且并非政府机构。此组织会判定我们的所做的裁定是否正确，以及它应否变更。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会监督它的工作。

第 1 步：您（或您的代表、您的医生或其他开具处方者）必须联系独立审查组织并要求审查您的个案。

- 若我们驳回您的第 1 级上诉，我们发送给您的书面通知内含**如何向独立审查组织提出第 2 级上诉**的指示。这些指示将说明谁可以提出第 2 级上诉，您必须遵守哪些截止期限，以及如何联系审查组织。但是，如果我们在适用的时间范围内没有完成我们的审查，或者根据我们的药物管理计划做出对**风险**确定不利的决定，我们将自动将您的索赔转发给 IRE。

- 我们会把您的上诉信息寄送到这个组织。此信息称为您的**个案档案**。**您也有权要求我们提供您的个案档案副本**。

- 您有权提供额外的信息给独立审查组织来支持您的上诉。

第 2 步：独立审查组织会审查您的上诉。

独立审查组织的审查人会仔细审阅与您的上诉相关的所有信息。

快速上诉的截止期限

- 若您的健康有需要，请要求独立审查组织进行快速上诉。

- 若该组织同意让您进行快速上诉，该组织必须在收到您的上诉申请后 **72 小时内**对您第 2 级上诉作出答复。

标准上诉的截止期限

- 对于标准上诉，如果您是就尚未得到的药物提出上诉，审查组织必须在收到您的上诉后 **7 个历日内**给予第 2 级上诉的答复。若您申请让我们退还您已购买药物的费用，审查组织必须在收到您的申请后 **14 个历日内**答复您的第 2 级上诉。

第 3 步：独立审查组织会给您答复。

对于快速上诉：

- **若独立审查组织同意您的部分或全部申请，**我们必须在收到审查组织的裁定之后 **24 小时内**提供由审查组织批准的药物承保。

对于标准上诉：

- **若独立审查组织同意您的部分或全部申请，**我们必须在收到审查组织的裁定之后 **72 小时内提供**由审查组织批准的药物**承保**。
- **若独立审查组织批准您的申请，同意退还您已购买药物的部分费用，**我们必须在收到审查组织的裁定之后 **30 个历日内把款项退还给您**。

如果审查组织驳回您的上诉？

若此组织驳回您的部分或全部上诉，表示他们与我们的计划持相同意见，认为不应批准您的申请（或部分申请）。（这称为**维持原裁定**或**拒绝您的上诉**。） 在这种情况下，独立审查组织会向您发送一封信：

- 解释其裁定内容。
- 如果您请求的药物承保的美元价值达到一定的最低要求，则通知您有权进行第 3 级上诉。若您所申请的药物承保金额太低，则不能再提上诉，第 2 级的裁定即是最终裁定。
- 告诉您要继续上诉程序争议内容必须具有的美元价值。

第 4 步：若您的个案符合要求，您可以选择是否要进一步上诉。

- 在第 2 级之后，上诉流程尚有另外 3 级（共有 5 级上诉）。
- 如果您想继续第 3 级上诉，您的第 2 级上诉裁定之后所收到的书面通知含有如何再提出上诉的详细信息。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师审判员处理。本章**第 10 节**详细说明第 3、4 和 5 级上诉流程。

第 8 节 若您认为出院过早，应如何要求我们承保时间较长的住院期

若您住院，您有权取得诊断和治疗您的疾病或伤势所必须的所有承保住院服务。

您在承保的住院期间，您的医生和医院职员将会与您合作，做好出院的准备。他们会协助安排您出院之后可能需要的医疗护理。

- 您离开医院的日子称为**出院日**。
- 当对您的出院日期作出决定时，您的医生或医院职员会告知您。
- 若您认为自己太早出院，可以要求延长住院期，我们会考虑您的申请。

第 8.1 节 您在住院期间，会收到联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）发出的书面通知，上面说明您的权利

入院后两个历日内，您将收到一封名为*联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡) 关于您的权利的重要信息*的书面通知。每个拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人都会收到本通知的副本。

如果您没有收到医院工作人员（例如，社工或护士）的通知，请向任何医院员工索取。如果您需要帮助，请每周 7 天、每天 24 小时随时致电客户服务部或 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227)，(TTY: 1-877-486-2048）。

1. **仔细阅读这份通知，若有不明白的地方请提问。** 其中告诉您：
   - 您在住院期间和出院之后，依您的医生之医嘱，有权得到由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的服务。其中权利包括知道有哪些承保服务、谁会支付服务费用以及在哪里取得服务。
   - 您有权参与住院相关的任何决定。
   - 关于住院护理质量的任何疑虑要到哪里上报。
   - 若您认为您太早出院，您有权要求立即审查您的出院决定。这是一种要求延迟出院日期的正式、合法的方法，这样我们才能为您承保更长时间的住院护理。

2. **您将被要求签署书面通知表示您已收到通知而且了解您的权利。**
   - 您或某个代表您行事的人需要在通知上署名。
   - 签署通知*仅*表示您收到与您的权利相关的信息。该通知没有提供您的出院日期。签署通知*不代表*您同意出院日期。

3. **请在身边保存通知副本**，方便保留有关提出上诉（或上报关于医疗质量问题的疑虑）的相关信息，以备必要时使用。

   - 若您在出院日期两个历日以前签署通知，则在您按计划出院日期之前会获得另一份副本。
   - 如需预先查看本通知副本，您可以每周 7 天、每天 24 小时随时联系客户服务部或致电 1-800 MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 用户应该拨打 1-877-486-2048。您也可以在线查看通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare- General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices。

第 8.2 节 详细步骤：如何提出第 1 级上诉改变您的出院日期

若您要求我们延长住院服务项目的承保时间，您必须利用上诉流程来提出申请。在您开始以前，先了解要怎么做以及其截止期限。

- **按照流程进行。**
- **遵守截止期限。**
- **必要时请寻求协助**。如果您在任何时候有疑问或需要帮助，请致电客户服务部。或是致电您所在州的州医保协助计划，这是一个提供个人化协助的政府组织。

在第 1 级上诉期间，质量促进组织会审查您的上诉。该组织会确认您的计划出院日期在医疗上是否适合您。

质量促进组织为执业医生和其他医保专业人员组成的团队，旨在确认并改善提供给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）患者的医疗质量，该组织由联邦政府出资组建。这包括为投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人员审查出院日期。这些专家不属于我们的计划网络。

第 1 步：联系您所在州的质量促进组织，要求立即审查您的出院情况。您必须尽快行动。

如何联系质量促进组织？

- 您收到的书面通知（*联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）关于您的权利的重要信息*）会告诉您如何联系质量促进组织。或是在本手册第 2 章中，寻找您的州质量促进组织的名称、地址和电话号码。

尽快行动：

- 为了进行上诉，您必须在离开医院*之前*联系质量促进组织，且**不可晚于您出院当天的午夜。**
  - **如果您符合此截止期限**，您可在您的出院日期*之后*继续待在医院，**不需为此支付费用**，等待质量促进组织裁定您的上诉。
  - **如果您*没有*满足截止期限，**请联系我们。如果您决定在您的计划出院日期后继续待在医院，对于在您计划出院日期后所受到的住院护理，*您可能必须支付所有费用*。

如果您要求立即审查您的出院情况，质量促进组织会与我们联系。在该组织联系我们后的第二天中午之前，我们会向您提供详细的**出院通知**。该通知会告知您的计划出院日期，详细解释为何您的医生、医院以及我们认为该日（在医疗上适当）应为您出院日期。

您可以每周 7 天、每天 24 小时随时通过致电客户服务部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取**详细的出院通知**样本。（TTY 用户应致电 1-877-486-2048。） 您也可以在线查看示例通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare- General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices。

第 2 步：质量促进组织会对您的案件执行独立审查。

- 质量促进组织的健康专业人员（审查人员）会询问您（或您的代表）为什么您认为服务承保应继续。您无需准备任何书面资料，但如果您愿意，也可以做出准备。
- 审查人员也会察看您的医疗信息、与您的医生讨论，并审查医院和我们给他们的信息。
- 在审查人员告诉我们您提出的上诉的第二天中午之前，您会收到我们的书面通知，告知您计划的出院日期。该通知还将详细解释为何您的医生、医院以及我们认为该日（在医疗上适当）应为您出院日期。

第 3 步：在取得所有所需信息后的一个完整天内，质量促进组织将针对您的上诉给予回复。

获得批准后后发生什么？

- 如果质量促进组织同意，**我们必须继续提供承保的住院服务项目，直到在医学上不再需要这些服务。**
- 您必须继续支付您的分摊费用（如自付额或共付额，如果适用）。此外，您得到承保的住院服务可能有限制。

拒绝批准后后发生什么？

- 如果质量促进组织拒绝批准，即表示您的计划出院日期在医疗上是适当的。如果发生此状况，**我们对您的住院服务项目承保便会终止**，日期就在质量促进组织回复您的上诉**后**的次日中午。
- 如果质量促进组织否决您的上诉，而您决定继续留在医院，那么**您可能必须支付**质量促进组织对您的上诉作出答复的当天中午之后，您所接受的所有住院治疗费用。

第 4 步：如果您的第 1 级上诉回复为否决，您可裁定是否想要进行其他上诉。

- 如果质量促进组织*拒绝*您的上诉，*而*您在您的计划出院日期后继续待在医院，那么您可以进行其他上诉。进行其他上诉代表您将进入上诉流程的**第 2 级**。

第 8.3 节 详细步骤：如何提出第 2 级上诉改变您的出院日期

在第 2 级上诉期间，您请求质量促进组织再次查看针对您第一次上诉所做出的裁定。如果质量促进组织拒绝您的第 2 级上诉，您可能必须支付您计划出院日期后的所有住院费用。

第 1 步：您再次联系质量促进组织并请求重新审查。

- 您必须在质量促进组织*否决*您的第 1 级上诉后 **60 个历日内**请求审查。您只有在承保治疗结束后仍待在医院，才可以请求本审查。

第 2 步：质量促进组织针对您的状况进行第二次审查。

- 质量促进组织的审查人员会再次仔细查看所有有关您上诉的信息。

第 3 步：在收到您针对第 2 级上诉的请求后 14 天内，审查人员会裁定您的上诉，并告知您他们的裁定。

如果审查组织同意：

- **我们必须报销**您在质量促进组织拒绝您第一次上诉后次日中午起，您所接受的住院护理的分摊费用。**只要相关服务在医疗上有需要，我们就必须继续为您的住院治疗提供承保。**
- 您必须继续支付您的分摊费用，而且承保限额可能适用。

如果审查组织否决：

- 这代表他们同意针对您第 1 级上诉的裁定。
- 您收到的通知将以书面的形式告知您，如果您希望继续审查流程，应该怎样做。

第 4 步：如果回复为否决，您需要决定是否想要更进一步上诉到第 3 级。

- 在第 2 级之后，上诉流程尚有另外 3 级（共有 5 级上诉）。如果您想继续第 3 级上诉，您的第 2 级上诉裁定之后所收到的书面通知含有如何再提出上诉的详细信息。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师审判员处理。本章**第 10 节**详细说明第 3、4 和 5 级上诉流程。

第 9 节 如果您认为您的承保太快结束，请求我们继续承保特定医疗服务的方式

第 9.1 节 *本节仅有关三种服务：* 家健护理、专业护理院服务和综合性门诊康复设施 (CORF) 服务

当您正在接受承保的**家健服务、专业护理服务或康复治疗（综合门诊康复机构）**时，只要诊断和治疗您的疾病或损伤需要相关的护理服务，您就有权针对此类护理继续获得服务。

当我们决定停止承保您这三种类型的任何医疗护理时，我们必须事先告知您。当您有关该医疗护理的承保终止，**我们会停止支付我们*对您的医疗护理提供的分摊费用*。**

如果您认为我们太快结束您医疗护理的承保，**您可以上诉我们的裁定**。本节会告诉您如何请求上诉。

第 9.2 节 当您的承保即将终止，我们将事先告知您

法律术语
联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保通知。其中会告诉您如何申请**快速上诉。**请求快速通道上诉是正式、合法的方式，请求变更我们对何时停止承保您的医疗护理的裁定。

1. 我们的计划要停止承保您的医疗护理至少两个历日前，**您将会收到一份书面通知**。该通知会告诉您：
   - 我们停止承保您的医疗护理的日期。
   - 如何通过申请快速上诉来要求我们在更长时间内继续承保您的护理服务。
2. **您或某个代表您行事的人将被要求在通知上署名，以表明您已收到通知。**签署通知*仅*表示您收到有关您的承保何时停止的信息。**签署本身不代表您同意**终止护理的决定。

第 9.3 节 详细步骤：如何进行第 1 级上诉，使我们的计划承保您的医疗护理更长一段时间

如果您想要请求我们承保您的医疗护理更长一段时间，您将需要使用上诉流程来进行该请求。在您开始以前，先了解要怎么做以及其截止期限。

- **按照流程进行。**
- **遵守截止期限。**
- **必要时请寻求协助**。如果您在任何时候有疑问或需要帮助，请致电客户服务部。或是致电您所在州的州医保协助计划，这是一个提供个人化协助的政府组织。

在第 1 级上诉期间，质量促进组织会审查您的上诉。它决定了您的护理结束日期在医学上是否合适。

质量促进组织为执业医生和其他专业医护人员组成的团队，旨在确认并改善提供给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）患者的医疗质量，该组织由联邦政府出资组建。这包括审查计划有关何时停止承保某些类型的医疗护理的决定。这些专家不属于我们的计划网络。

第 1 步：进行您的第 1 级上诉：联系您所在州的质量促进组织，并请求*快速上诉*。您必须尽快行动。

如何联系质量促进组织？

- 您收到的书面通知（*联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保通知*）告诉您如何联系该组织。或是在本手册第 2 章中，寻找您的州质量促进组织的名称、地址和电话号码。

尽快行动：

- 您必须联系质量改进组织，在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不承保通知生效日期的前一天中午开始您的上诉。
- 如果您错过联系质量促进组织的截止期限，您可能仍然有上诉的权利。联系质量改进组织。

第 2 步：质量促进组织会对您的案件执行独立审查。

法律术语
非承保详情说明。提供有关终止承保原因的详情的通知。

质量促进组织审查期间会发生什么？

- 质量促进组织的健康专业人员（审查人员）将会询问您（或您的代表）为什么您认为服务承保应继续。您无需准备任何书面资料，但如果您愿意，也可以做出准备。
- 该审查组织也会察看您的医疗信息、与您的医生讨论，并审查我们计划给他们的信息。
- 在审查人员通知我们您的上诉当日结束前，您也会收到我们的**非承保详情说明**，详细解释我们终止承保您的服务的原因。

第 3 步：在他们收到所有所需信息后的一个完整日内，审查人员会向您告知他们的裁定。

如果审查人员同意？

- 如果审查人员同意您的上诉，则**我们必须持续提供您承保的服务，只要这些服务有医疗需要。**
- 您必须继续支付您的分摊费用（如自付额或共付额，如果适用）。您的承保服务范围可能有限制。

如果审查人员否决？

- 如果审查人员否决，那么**您的承保会在我们已通知您的该日期当日终止。**

- 如果您决定在您的承保终止的该日期**之后**，持续取得家健护理、专业护理院服务或综合性门诊康复设施 (CORF) 服务，那么**您将必须自己支付该治疗的所有费用**。

第 4 步：如果您的第 1 级上诉回复为否决，您可裁定是否想要进行其他上诉。

- 如果审查人员否决您的第 1 级上诉 – 而您选择在该服务承保终止后继续取得治疗 – 那么您可以进行第 2 级上诉。

第 9.4 节 详细步骤：如何进行第 2 级上诉，使我们的计划承保您的医疗护理更长一段时间

在第 2 级上诉期间，您请求质量促进组织再次查看针对您第一次上诉所做出的裁定。如果质量促进组织拒绝您的第 2 级上诉，您可能必须支付我们告知您承保终止日期*之后*的所有家健护理、专业护理院服务或综合性门诊康复设施 (CORF) 服务费用。

第 1 步：您再次联系质量促进组织并请求重新审查。

- 您必须在质量促进组织*否决*您的第 1 级上诉后 **60 个历日内**请求审查。您只有在承保治疗结束后仍继续取得治疗，才可以请求本审查。

第 2 步：质量促进组织针对您的状况进行第二次审查。

- 质量促进组织的审查人员会再次仔细查看所有有关您上诉的信息。

第 3 步：在收到您请求上诉的 14 个历日内，审查人员将裁定您的上诉，并告知您他们的裁定。

如果审查组织同意？

- **我们必须向您**报销从我们表明您的承保终止当日起您所接受治疗的分摊费用。**我们必须继续为您的治疗提供承保**，只要这些治疗有医疗需要。
- 您必须继续支付您的分摊费用，而且可能有适用的承保限额。

如果审查组织否决？

- 这代表他们同意针对您第 1 级上诉的裁定。
- 您收到的通知将以书面的形式告知您，如果您希望继续审查流程，应该怎样做。该通知会告诉您进入下一级上诉的细节，该级上诉由行政法官或律师审判员负责。

第 4 步：如果回复为否决，您将需要裁定是否想要进一步上诉。

- 在第 2 级之后，上诉尚有另外 3 级，共有 5 级上诉。
  如果您想继续第 3 级上诉，您的第 2 级上诉裁定之后所收到的书面通知含有如何再提出上诉的详细信息。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师审判员处理。本章第 10 节详细说明第 3、4 和 5 级上诉流程。

第 10 节 上诉进入第 3 级以上

第 10.1 节 针对医疗服务请求的第 3、4 和 5 级上诉

如果您已经提出第 1 级上诉和第 2 级上诉，而且该两项上诉皆已遭拒绝时，本节或许适用于您。

如果您已上诉的项目或医疗服务之承保价值达到特定最低标准，您可能可以进入上诉的其他层级。如果承保价值低于最低标准，您无法进一步上诉。您收到的第 2 级上诉的书面回复将说明如何提出第 3 级上诉。

对于涉及上诉的大多情况，上诉工作的最后三级多为相同方式。以下是三级中各部分处理您的上诉审查人员。

第 3 级上诉	**在联邦政府工作的法官（称为行政法官）或律师审判员**将审查您的上诉并给予您回覆。

- **如果行政法官或律师审判员同意您的上诉，上诉流程可能会或可能不会结束**。与第 2 级上诉中的裁定不同，我们有权上诉有利于您的第 3 级裁定。如果我们决定上诉，则会进入第 4 级上诉。
  - 如果我们决定*不*上诉，我们必须在收到行政法官或律师审判员裁定的 60 个历日内，向您授权或提供医疗护理。
  - 如果我们决定上诉该裁定，我们将寄送第 4 级上诉请求的副本给您，附上任何随附文件。我们得在授权或提供该争议医疗护理前等待第 4 级上诉裁定。

- **如果行政法官或律师审判员否决您的上诉，上诉流程*可能会*或*可能不会*结束**。
  - 如果您决定接受该裁定拒绝您的上诉，那么上诉流程即结束。
  - 如果您不愿意接受该裁定，您可以继续到审查流程的下一级。您收到的通知会告诉您如何进行第 4 级上诉。

第 4 级上诉	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**上诉委员会**（委员会）将审查您的上诉并给予您回复。委员会属于联邦政府的一部份。

- **如果答案为核准，或委员会拒绝我们审查有利于您的第 3 级上诉裁定之请求，上诉流程*可能会*或*可能不会*结束** 。与第 2 级上诉中的裁定不同，我们有权上诉有利于您的第 4 级裁定。我们会决定是否将此决定上诉到第 5 级。
  - 如果我们决定*不要*上诉该裁定，我们必须在收到委员会裁定的 60 个历日内，授权或提供您医疗护理。
  - 如果我们决定上诉该裁定，将以书面让您知悉。

- **如果答案为否决，或委员会拒绝审查请求，上诉流程*可能会*或*可能不会*结束**。
  - 如果您决定接受该裁定拒绝您的上诉，那么上诉流程即结束。
  - 如果您不愿意接受该裁定，您可能可以继续到审查流程的下一级。如果委员会否决您的上诉，您得到的通知将会告诉您规则是否允许您进入第 5 级上诉，以

及如何继续第 5 级上诉。

第 5 级上诉	**联邦地区法院**的法官将审查您的上诉。

- 法官会审查所有信息，并决定*同意*或*否决*您的请求。这是最终裁定。在联邦地方法院之后没有更多的上诉级别。

第 10.2 节 额外的医疗上诉

如果您的上诉涉及医疗补助计划（Medicaid，即白卡）通常承保的服务或项目，您也有其他上诉权利。您从公平听证办公室收到的信将告诉您，如果您希望继续上诉程序，该怎么办。

第 10.3 节 针对D 部分药物请求的第 3、4 和 5 级上诉

如果您已经提出第 1 级上诉和第 2 级上诉，而且该两项上诉皆已遭拒绝时，本节或许适用于您。

如果您已经上诉的药物价值达到特定承保金额，您可能可以进入上诉的其他级。如果少于该金额，您无法进一步上诉。您收到的第 2 级上诉的书面回复将说明应与何人联系以及如何请求第 3 级上诉。

对于涉及上诉的大多情况，上诉工作的最后三级多为相同方式。以下是三级中各部分处理您的上诉审查人员。

第 3 级上诉	**在联邦政府工作的法官（称为行政法官）或律师审判员**将审查您的上诉并给予您回覆。

- **如果回复为同意，上诉流程即结束**。我们必须**在 72 小时内（加速上诉则为 24 小时内），授权或提供药物承保**，该药物承保为行政法官或律师审判员所核准，或是**在收到该裁定后不晚于 30 个历日**支付金额。
- **如果回复为否决，上诉流程*可能会*或*可能不会*结束**。
  - 如果您决定接受该裁定拒绝您的上诉，那么上诉流程即结束。
  - 如果您不愿意接受该裁定，您可以继续到审查流程的下一级。您收到的通知会告诉您如何进行第 4 级上诉。

第 4 级上诉	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**上诉委员会**（委员会）将审查您的上诉并给予您回复。委员会属于联邦政府的一部份。

- **如果回复为同意，上诉流程即结束**。我们必须**在 72 小时内（加速上诉则为 24 小时内），授权或提供药物承保**，该药物承保为委员会所核准，或是**在收到该裁定后不晚于 30 个历日支付金额**。
- **如果回复为否决，上诉流程可能会或可能不会结束**。
  - 如果您决定接受该裁定拒绝您的上诉，那么上诉流程即结束。
  - 如果您不愿意接受该裁定，您可能可以继续到审查流程的下一级。如果委员会

否决您的上诉或拒绝审查上诉的请求，该通知将会告诉您，相关规则是否允许您进入第 5 级上诉。其中还会告诉您该联系谁，以及如果您选择继续上诉，下一步该怎么做。

第 5 级上诉	联邦地区法院的法官将审查您的上诉。

- 法官会审查所有信息，并决定同意或否决您的请求。这是最终裁定。在联邦地方法院之后没有更多的上诉级别。

第 11 节 医疗质量、等候时间、客户服务部和其他疑虑等投诉

第 11.1 节 投诉流程处理什么样的问题？

投诉流程*仅*用于特定问题。包含有关医疗质量、等候时间与客户服务的问题。以下是投诉流程处理的问题种类示例。

投诉	示例
您的医疗护理质量	• 您满意您接受治疗的质量吗（包含住院治疗）？
尊重您的隐私权	• 是否有人不尊重您的隐私权，或分享机密信息？
不尊重、差劲的客户服务部或其他负面行为	• 有人对您无理或不尊重吗？ • 您是否不满意我们客户服务部？ • 您觉得有不满意的地方使您想离开计划吗？
等候时间	• 您在预约时遇到问题，或是等候预约的时间过长吗？ • 医生、药剂师或其他医疗专业人员曾经让您等待多时吗？ 或是我们的客户服务部或计划的其他人员的表现呢？ ○ 示例包含在电话、候诊室或检查室、取得处方药等待过长。
清洁	• 您不满意诊所、医院或医生诊所的清洁或状况吗？
从我们得知的信息	• 我们是否没有给您提供必要的通知？ • 我们的书面信息是否很难理解？

投诉	示例
时效性 （此类型投诉有关我们关于承保裁定和上诉行动的*时效性*）	如果您向我们请求承保裁定或进行上诉，而您认为我们回复的不够快速，您可以投诉我们的速度过慢。以下是部份示例： • 您已经请求我们提供“快速承保裁定”或“快速上诉”，而我们已经拒绝的话，您可以提出投诉。 • 您认为我们没有赶上给予您承保裁定或上诉的截止期限，您可以提出投诉。 • 您认为我们没有满足为您承保或报销某些获批准的医疗物品或服务或药物的截止期限；您可以提出投诉。 • 您认为我们未能满足将您的案例转发给独立审查组织所要求的截止期限；您可以提出投诉。

第 11.2 节 如何提出投诉

法律条款
• **投诉**也称为**申诉**。 • **提出投诉**也称为**提出申诉**。 • **使用投诉流程**也被称为**使用提出申诉流程**。 • **快速投诉**也称为**加速申诉**。

第 11.3 节 详细步骤：投诉

第 1 步：立即联系我们 - 电话或书面皆可。

- **一般来说，首先会致电客户服务部。**如果需要您进行任何其他行动，客户服务部会通知您。
- **如果您不希望致电（或您致电后觉得不满意），您可以用书面投诉寄给我们。**如果您用书面投诉，我们将会以书面回复您的投诉。
- 会员申诉（投诉）必须在申诉起源事件发生后 60 天之内提出，写信至：

  EmblemHealth Medicare HMO
  Attn: Grievance & Appeals
  P.O. Box 2807
  New York, NY 10116-2807

  或致电客户服务部：
  请致电 **1-877-344-7364** TTY: **711**
  营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周

一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.

如果您请其他人代为提出申诉，您的申诉必须包含“指定代表表格”(Appointment of Representative Form)，授权该人代表您。如需取得该表格，请致电至客户服务部（电话号码列于上方），并询问“指定代表表格”。亦可访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或者我们的网站 **emblemhealth.com/medicare**下载。虽然我们可以不需表格即接受申诉，但我们必须收到该表格才能完成我们的审查。如果我们没有在收到您申诉请求后的 44 天内（我们回复您的申诉的截止期限）收到该表格，您的申诉请求将会终止。

书面确认将会在安保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）收到申诉的日期后 15 天内寄送给您。该书面确认将包含解决申诉的任何其他信息请求，并确认被指定回复的部门之姓名、地址和电话号码。

我们将调查您的申诉，并根据您的健康状态，依照您的案件所要求尽快向您通知我们的裁定，不晚于收到您申诉后的 30 个历日。如果您请求延长，或我们有理由相信需要更多信息，以及推迟对您有利，我们可能会延长时限，最高为 14 个历日。如果需要延长，我们会通知您。

如果您请求加速组织裁决、加速承保裁决、加速复议或加速裁决，我们可能会裁定您的请求不符合加速的标准，所以使用标准请求的时限来处理您的请求。如果我们决定不加速您的请求，或决定依据您的请求延长，您得请求加速申诉。安保健康保险必须在该请求的 24 小时内回复您的加速申诉。提出投诉的**截止期限**是自您遇到想要投诉的问题之日起 60 个日历日。

- **无论您是致电或书面，您应该立即联系客户服务部。** 遇到您想投诉的问题后，您可以随时提出投诉。

第 2 步：我们会察看您的投诉并给予您回复。

- **如果可以，我们会立即回复您。**如果您因投诉致电给我们，我们可能可以在该通电话给予您回复。
- **大部分的投诉会在 30 个历日内回复。**如果我们需要更多信息，而且推迟对您有利，或如果您请求更多时间，我们最多可多 14 个历日（总共为 44 个历日）来回复您的投诉。如果我们确定需要更多时间，我们会以书面方式通知您。
- **如果您因为我们拒绝您快速承保裁定或快速上诉的请求而投诉，我们将自动给予您快速投诉。**如果您有“快速投诉”，即代表我们会在 **24 小时内给予您回复**。
- **如果我们不同意**您的部分或所有投诉，或不对您投诉的问题负责，我们会在回复中包含我们的理由。

第 11.4 节 您也可以针对医疗质量向质量促进组织投诉

当您投诉有关*医疗质量*，您还有其他两个选项：

- **您可以直接向质量促进组织投诉。**质量促进组织为执业医生和其他医疗保健专家组成的团队，用来确认并促进给予联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）患者的治疗，由

联邦政府支付费用。第 2 章包含联系信息。

或者

- **您可以同时向质量促进组织和我们提出投诉。**

第 11.5 节 您也可以告诉联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）有关您的投诉

您可以将有关*安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)* 的投诉直接提交给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。若要向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提交投诉，请前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 专线用户可以致电 1-877-486-2048。

有关医疗补助计划（Medicaid，即白卡）管理式医疗的问题，请发送电子邮件至 managedcarecomplaint@health.ny.gov 或致电 1-800-206-8125，联系纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 消费者服务局提出投诉。

第 10 章：

结束您在计划中的会籍

第 1 部分 结束计划会籍简介

结束您在安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 中的会籍可能是**自愿的**（您自己选择）或**非自愿的**（不是由您自己选择）：

- *您可能退出我们的计划因为您已经决定您想要退出。*第 2 节和第 3 节提供有关自愿终止会籍的信息。
- 也有限定情况是您未选择退出，但我们必须终止您的会籍。第 5 节会告诉您我们必须终止您的会籍的情况。

如果您退出我们的计划，在您的会籍结束前，我们的计划必须继续为您提供医疗护理和处方药物，并且您需要继续支付分摊费用。

第 2 节 您何时可以结束您的计划会籍？

第 2.1 节 您可以终止您的会籍，因为您有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）

- 大多数有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人只能在一年中的某些时候终止他们的会籍。由于您拥有医疗补助计划（Medicaid，即白卡），因此您可以在一年中的任何一个月终止您的计划会员资格。您还可以选择在任何一个月投保另一项 Medicare 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划，包括：
  - *有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），
  - *没有*投保某项独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare， 即红蓝卡）（如果您选择这个选项，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会帮您投保某项药物计划，除非您事先选择不参加自动投保），或者
  - 如果符合资格，一个整合的 D-SNP，在一个计划中提供您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和您的大部分或全部医疗补助计划（Medicaid，即白卡）保险福利和服务。

  注意： 如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。
  联系您所在州的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）办公室，了解您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）选项（电话号码在本文件第 2 章第 6 节）。

- **年度投保期**内，还可选择其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划选项。第 2.2 节告诉您更多关于年度投保期的信息。
- **您的会籍何时结束？** 您的会籍一般而言会在我们收到您请求变更您的计划后，在该月的第一天结束。您在新计划中的投保也将从这一天开始。

第 2.2 节 您可以在年度投保期期间结束您的会籍

您可以在**年度投保期**（也称为年度开放投保期）结束您的会籍。在此期间，请查看您的健康和药物承保范围，并决定来年的承保范围。

- **年度投保期为 10 月 15 日至 12 月 7 日。**
- **选择保留您目前的承保，或是为下一年变更您的承保。**如果您决定变更至新计划，您可以选择以下任一计划类型：
  - 另一个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划，包含或不包含处方药物承保范围。
  - *有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）

    或者

  - *没有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。
- 在您新计划的承保于 1 月 1 日开始时，**您在我们计划中的会籍即会结束**。

如果您从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）接受"额外补助"，以支付您的处方药物：如果您转为投保原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）且没有投保某项独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会帮您登记参加某项药物计划，除非您事先选择不参加自动参保。

注意： 如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。

第 2.3 节 您可以在联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）开放投保期期间结束您的会籍

您在**联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）开放投保期**期间有机会对您的医疗保险变更*一次*。

- **年度联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）开放投保期**为 1 月 1 日至 3 月 31 日，对于投保 MA 计划的新联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人，从享有 A 部分和 B 部分的权利的当月开始，直至享有权利的第 3 个月的最后一天。
- **在年度联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）开放投保期期间，**您可以：
  - 转换到另一个包含或不包含处方药物承保范围的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）。
  - 退保我们的计划，并通过原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）取得承保。如果您在这期间选择更换至原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），

您到时也可以加入独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划。

- 在您投保不同联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）后，或我们得到您的请求更换至原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），**您的会籍将在该月的第一天结束**。如果您也选择登记某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，在该药物计划取得您的投保请求后，您药物计划的会籍将会在该月的第一天开始。

第 2.4 节 在特定情况中，您可以在特殊投保期结束您的会籍

在特定情况下，您可能有资格在一年的其他时间结束您的会籍。这称为**特殊投保期**。

如果下列任一情况适用于您，**您则有资格在特殊投保期期间结束您的会籍**。这些只是示例，您可以联系本计划、致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或浏览联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (www.medicare.gov) 参阅完整清单：

- 一般来说，当您已搬家。
- 如果您已经有医疗补助计划（Medicaid，即白卡）。
- 如果您有资格使用“额外补助”支付您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物。
- 如果我们违反与您的合约。
- 如果您正在某机构取得治疗，例如疗养院或长期护理 (LTC) 医院。
- 如果您投保老年人全面护理方案 (PACE)。
- **注意：** 如果您目前正加入药物管理计划，则不得更换计划。
  第 5 章第 10 节提供关于药物管理计划的更多信息。
- **注意：** 第 2.1 节告诉您更多关于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的特殊投保期的信息。

该**投保期**依据您的状况**有所变动**。

为了找出您是否符合特殊投保期的资格，请致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。TTY 用户，请致电 1-877-486-2048。如果您因为特殊情况有资格结束您的会籍，您可以选择变更您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保和处方药物承保。您可以选择：

- 另一个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划，包含或不包含处方药物承保范围，
- *有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），
- *– 或 – 没有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。

  注意： 如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。

如果您从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）接受“额外补助”，以支付您的处方药物：如果您转为投保原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）且没有投保某项独立的联邦医疗保

险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会帮您登记参加某项药物计划，除非您事先选择不参加自动参保。

您的会籍一般而言会在收到您请求变更您的计划后，在该月的第一天结束。

注意： 第 2.1 节和第 2.2 节将告诉您更多关于医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的特殊投保期和“额外补助”的信息。

第 2.5 节 您可以在哪里取得更多有关您何时可以结束您的会籍的信息？

如果您对终止会籍有任何疑问，可以：

- **致电客户服务部门。**
- 您可以在 ***2025 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)*** 手册找到信息。
- 您可以致电**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。(TTY: 1-877-486-2048）。

第 3 节 如何结束您的计划会籍？

下方表格解释您应该如何结束您的会籍。

如果您想从我们的计划更换至：	这是您应该做的：
• 其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划	• 投保新的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划。您的新承保范围将在下个月的第一天开始。 • 当您的新计划承保开始时，您将自动从安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 退保。
• *有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）	• 投保新的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划。您的新承保范围将在下个月的第一天开始。 • 当您的新计划承保开始时，您将自动从安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 退保。

如果您想从我们的计划更换至：	这是您应该做的：
• *没有*独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡） ○ 如果您转为投保原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）且没有投保某项独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会帮您登记参加某项药物计划，除非您事先选择不参加自动参保。 ○ 如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免的处方药物承保，那么如果您之后加入某个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付延迟投保罚款。	• **寄送退保的书面申请给我们** • 如果您需要更多关于如何这样做的信息，请联系客户服务部。 • 您也可以致电**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**要求退保，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。 • 当您在原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的承保开始时，您将从安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 退保。

注意： 如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。

有关纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 保险福利的问题，请致电 1-800-541-2831，TTY 711。您也可以联系纽约州长期护理监察员计划，电话：1-855-582-6769，TTY 711。询问加入另一项计划或回到原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），将如何影响您获得纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 承保。

第 4 节 直到您的会籍结束，您必须持续通过我们的计划取得您的医疗物品、服务和药物

在您的会籍安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 结束、新联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）承保范围开始之前，您必须继续通过我们的计划获得您的医疗物品、服务和处方药物。

- **继续使用我们的网内医疗服务提供方来接受医疗护理。**
- **继续使用我们的网内药店或邮购来进行处方配药。**
- **如果您在会籍终止的当天入院，我们的计划将支付您该次住院直到出院为止的住院费用**（即使您在您的新医疗保险开始后出院）。

第 5 节 安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 在某些情况下必须终止您的计划会籍

第 5.1 节 我们何时必须结束您的计划会籍？

如果出现以下任何情况，安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 必须终止您在计划中的会籍：

- 如果您不再有联邦医疗保险 A 部分或 B 部分计划。
- 如果您不再符合医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的资格。正如第 1 章第 2.1 节所述，我们的计划是针对那些同时符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）资格的人。如果我们的记录显示您已经失去了医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的资格，我们会写信通知您。您将有三 (3) 个月的宽限期来重新获得资格。如果您在此期间没有重新获得资格，那么我们必须让您从安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 退保。
- 如果您搬离我们的服务地区。
- 如果您离开我们的服务地区超过 6 个月。
  - 如果您搬家或长期旅行，请致电客户服务部，了解您正要搬去或旅行的地方是否在本计划地区。
- 如果您被监禁（坐牢）。
- 如果您不再是美国公民或非法居住在美国。
- 如果您对任何提供处方药物承保的其他保险说谎或隐匿信息。
- 如果您在登记我们的计划时意图给予我们不正确的信息，且该信息影响您参与我们的计划的资格。（我们无法因为此原因让您退出我们的计划，除非我们先取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的准许。）
- 如果您持续以干扰的方式行事，并使我们难以为您和我们计划的其他成员提供医疗护理。（我们无法因为此原因让您退出我们的计划，除非我们先取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的准许。）
- 如果您让其他人使用您的会籍卡取得医疗护理。（我们无法因为此原因让您退出我们的计划，除非我们先取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的准许。）
  - 如果我们因为此原因结束您的会籍，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）可能请监察长调查您的案件。
- 如果您因为收入被要求支付额外的 D 部分金额，而您没有支付的话，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）<u>将会</u>把您从我们的计划退保。

您可以在哪里取得更多信息？

如果您有问题，或想要更多有关我们何时可以结束您的会籍的信息：请致电客户服务部。

第 5.2 节 我们<u>不能</u>要求您因为任何健康相关的原因而退出我们的计划

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 不被允许因为与您的健康相关的任何原因而要求您退出我们的计划。

如果这情况发生了，您该怎么办？

如果您觉得您因为健康相关原因被要求退出我们的计划，请每周 7 天、每天 24 小时拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227） (TTY: 1-877-486-2048），致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。

第 5.3 节 如果我们结束您的计划会籍，您有权投诉

如果我们结束您的计划会即，我们必须以书面告知结束会籍的原因。我们也必须解释您可以如何提出申诉，或针对我们结束您会籍的裁定进行投诉。

第 11 章：

法律声明

第 1 节 管辖法声明

适用于本*承保证明*文件的主要法律为社会保障法案第 XVIII 条，以及联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 在社会保障法案下制定的法规。此外，其他联邦法律和特定情况下您居住的州的法律可能适用。这可能影响您的权利和责任，即使该法律未包含在本文件内或于此解释。

第 2 条 无差别待遇声明

我们不会因为种族、族裔、原国籍、宗教、性别、年龄、性取向、心理或生理障碍、健康状态、理赔经验、病史、基因信息、可保险证据或服务区域内的地理位置而有所歧视。所有提供联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）的组织，例如我们的计划，必须遵守联邦法律反对歧视，包含1964 年《民权法案》第VI 条、1973 年《康复法案》、1975 年《就业年龄歧视法案》、《美国身心障碍法案》、《平价医疗法案》第 1557 节、适用于取得联邦资金组织的所有其他法律，以及适用于任何其他原因的任何其他法律与法规。

若您需要详细信息或对于歧视或不公待遇有疑虑，请联系美国卫生及公共服务部的**民权办公室**，电话是 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)，或联系您当地的民权办公室。您也可以在 https://www.hhs.gov/ocr/index.html 上查看来自卫生与公众服务部民权办公室的信息。

若您患有残疾且需要协助取得医疗护理服务，请致电我们的客户服务部。若您有投诉，例如无法使用轮椅一类问题，请寻求客户服务部协助。

第 3 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）次要付款人代位求偿权声明

我们有权与责任收取联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）非主要付款人的承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）服务之费用。根据联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS) 法规 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 节，安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 作为联邦医疗保险优惠计划组织，将行使部长级依据 42 CFR 第 411 部分子部分 B 至 D 中的 CMS 法规所行使的相同追讨权，而且本节设立的法规取代任何州法。

第 12 章：

重要术语的定义

（无需住院的）门诊手术中心 –（无需住院的）门诊手术中心为一实体，专门提供门诊手术服务给无需住院，且待在该中心时间不超过 24 小时的病人。

上诉 – 您不同意我们拒绝医护服务或处方药物的承保请求，或支付您已经收到的服务或药物之裁定时，所采取的行动。如果您不同意我们停止您正在接受的服务之裁定，您也可以进行上诉。

差额收费 – 当医疗服务提供方（如医生或医院）向患者收取的费用超出计划允许的分摊费用金额。安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 会员，当您取得我们计划承保的服务，您仅需要支付我们计划的分摊费用金额。我们不允许医疗服务提供方**开具差额帐单**，或向您收取超过您计划表示您必须支付的分摊费用金额。

保险福利期 – 我们的计划和原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计算您使用专业护理院 (SNF) 服务的方式。保险福利期从您进入医院或专业护理院的那一天开始。保险福利期将在您连续超过 60 天未接受任何住院治疗（或未在专业护理院接受专业护理）时结束。如果您于一个保险福利期结束后进入医院或专业护理院，则另一个新的保险福利期开始。您可享有的保险福利期无次数限制。

生物制品 – 由动物细胞、植物细胞、细菌或酵母等天然和活体来源制成的一种处方药物。生物制品比其他药物更复杂，无法准确复制，因此其替代形式被称为生物仿制药。（另见“**原始生物制品**”和“**生物仿制药**”）。

生物仿制药 – 一种与原始生物制品非常相似但不完全相同的生物产品。生物仿制药与原始生物制品一样安全有效。有些生物仿制药可在药房用原生物制品代替，无需新处方（参见“**可互换生物仿制药**”）。

品牌药物 – 由原始研究并开发该药物的制药公司所生产与贩售的处方药物。品牌药物与该药物的普通版有相同活性成分的配方。不过，非品牌药物由其他药物制造商生产与贩售，到品牌药物的专利权逾期前，无法广泛取得。

巨灾承保阶段 – D 部分处方药物福利的一个阶段，此时您或其他符合资格代表您的当事人在承保年度内所支付的承保药物已达 **$2,000**，您无需支付药物共付额或共同保险金。在此付款阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS) – 管理联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的联邦机构。

慢性护理特殊需要计划 – C-SNP 是将投保限制在具有 42 CFR 422.2 中定义的一种或多种严重或致残性慢性疾病的医疗协助 (MA) 合格个体的 SNP，包括基于 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中规定的多种常见共病和临床相关疾病分组限制投保。

共同保险金 – 您可能需要支付相关服务或处方药物的分摊费用，它以百分比表示（例如 20%）。

投诉 – 进行投诉的正式名称为**提出申诉**。投诉流程*仅*用于特定问题。问题包含有关您获得的医疗质量、等候时间与客户服务部。如果您的计划不遵循上诉流程中的时间段，则还包括投

诉。

综合性门诊康复设施 (CORF) – 主要在疾病或受伤后提供康复服务的设施，包含物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗和语言病理学服务以及居家环境评估服务。

共付额（或"copay"）– 您能被要求支付医疗服务或用品的分摊费用，例如医生门诊、医院门诊治疗或处方药物。共付额是一种固定金额（例如 $10），而不是百分比。

分摊费用 – 分摊费用是指会员接受服务或药物时必须支付的费用。分摊费用包含下列三种费用的任意组合：(1) 在服务或药物承保前，计划可能收取的自付额；(2) 收到特定服务或药物时，计划要求的任何固定"共付额"；或(3) 收到特定服务或药物时，计划要求的任何"共同保险金"，为支付服务或药物总金额的一部份比例。

承保内容确认 – 裁定开立给您的药物是否由计划承保，以及您被要求支付该处方药物的金额。一般而言，如果您携带您的处方单至药房，而药房告知您该处方药物未受您的计划承保，那并非承保内容确认。您需要致电或致函至您的计划，询问关于该承保的正式裁定。承保内容确认在本文件中被称为承保裁定。

承保药物 – 我们使用这字词来代表我们计划所承保的所有处方药物。

承保服务范围 – 我们使用这个术语来代表我们计划所承保的所有医护服务和用品。

可计入处方药物承保 –（例如从雇主或工会取得的）处方药物承保，平均而言预期支付至少和联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保一样高的金额。拥有此类承保的人当他们有资格取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）时，如果他们之后裁定投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，一般来说可以保留该承保，而不需支付罚款。

监护护理 – 监护护理是当您不需要专业医疗护理或专业护理服务时，由疗养院、临终病室或其他机构提供的个人护理。由无专业技术或训练的人所提供的监护护理包括协助日常居家活动，如洗澡、穿衣、吃饭、起卧床椅、移动和使用厕所。该护理也包含大多人自己进行的健康相关护理，如滴眼药水。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不支付监护护理。

客户服务部 – 我们计划中负责回复您关于会籍、福利、申诉和上诉相关问题的部门。请见第 2 章了解如何联系客户服务部。

每日分摊费用率 – 当您的医生开立处方药物少于一个完整月的特定药物用品，而您必须支付共付额时，可能适用"每日分摊费用率"。每日分摊费用率是用每月供应天数平分的共付额。以下是示例：如果您一个月的药物供应共付额是 $30，而您的计划一个月的供应是 30 天，那们您的"每日分摊费用率"为每天 $1。

自付额 – 在我们的计划支付前，您必须为医疗保健或处方药物支付的金额。

退保 – 结束您的会籍的流程。

配药费 – 每次配承保药物时收取的费用，用来支付配处方药物的花费，例如药剂师准备和包装处方的时间。

双重合格特殊需要计划 (D-SNP) – 这类计划为有权获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（《社会安全法案》第十八条）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）下的州计划提供的医疗协助 (MA)（第十九条）的个人投保。各州承保一些或所有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费用，具体取决于各州和个人资格。

双重资格者 – 有资格享受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的人。

耐用医疗设备 (DME) – 您的医生因为医疗原因订购的特定医疗设备。示例包含助行器、轮椅、拐杖、动力式治疗床系统、糖尿病用品、静脉输液泵、人工语音装置、氧气设备、喷雾器或由医疗服务提供方所订购在家使用的医院病床。

急症 – 急症是指您或任何其他具有一般健康和医学知识的谨慎的非专业人士认为您有医学症状需要立即就医，认为您有需要接受立即医疗照护的医疗症状，以避免失去生命（如果您是孕妇，则会失去未出生的孩子）、四肢或丧失四肢功能，或身体机能丧失或严重损害。病症可能是疾病、受伤、严重疼痛或迅速恶化的病症。

急症护理 – 1) 具有提供急症服务资格的医疗服务提供方执行的；和 2) 为了治疗、评估或稳定紧急病症而需要的承保服务范围。

承保证明 (EOC) 与披露信息 – 本文件及您的投保表格和任何其他附件、附约或其他已选的可选承保，解释您的承保、您必须做的事、您的权利和您作为我们计划的会员必须做的事。

例外承保 – 是一种承保裁定，若经核准，允许您取得不在我们的药物名册上的药物（药物名册例外)。如果我们的计划要求您在取得您申请的药物前，先尝试其他药物，如果我们的计划要求针对药物的事先授权，而您想让我们放弃标准限制，或是该计划限制您申请的药物数量或剂量（药物名册例外），则您可能也可请求例外承保。

额外补助 – 一种联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划，协助低收入者支付联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划费用，例如保费、自付额、共同保险金。

非品牌药物 – 一种美国食品和药物管理局 (FDA) 批准的处方药物，拥有与品牌药物相同活性成分。一般而言，非品牌药物与品牌药物作用相当且通常较便宜。

申诉 – 您提出关于我们的计划、医疗服务提供方或药房的一种投诉类型，包含关于您的医疗质量的投诉。这与承保内容或付款争议无关。

家健助理 – 一个提供不需要执业护士或治疗专家专业技术的服务的人，例如协助个人照护（例如洗澡、使用厕所、穿衣或进行规定的运动）。

临终关怀 – 为经过医学认证患有绝症（意味着预期寿命为 6 个月或更短）的会员提供特殊治疗的保险福利，做为您的计划，我们必须在您的地理区域提供您临终病室的清单。如果您选择临终病室，并继续支付保费，您仍是我们计划的会员。您仍可以选择所有医疗上需要的服务和我们提供的附加福利。

住院天数 – 住院天数是指当您为了专业医疗服务正式入院。即使您在医院过夜，您可能仍被

视为“门诊患者”。

根据收入而调整的月费 (IRMAA) – 如果您在 2 年前的 IRS 纳税申报单上报告的调整后的总收入超过一定数额，您将支付标准保费金额和根据收入而调整的月费 (IRMAA)。根据收入而调整的月费 (IRMAA) 是附加在保费上的额外费用。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人少于 5% 会受影响，所以大部分的人不会支付更高的保费。

初始承保阶段 – 这是您当年自付费用达到自付阈值金额之前的阶段。

初始投保期 – 当您第一次符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格，在您可以参加联邦医疗保险 A 部分和 B 部分的期间。当您 65 岁符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格的话，您的初始投保期为 7 个月，开始于您成为 65 岁该月的前 3 个月，包含您成为 65 岁该月，并在您成为 65 岁该月后的 3 个月结束。

综合 D-SNP – 一种D-SNP，承保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和大部分或全部医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务，为符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）资格的特定群体提供单一健保计划。这些个人也被称为全保险福利双重资格个人。

机构特殊需要计划 (SNP) – 该计划让持续居住或预期持续居住在长期护理 (LTC) 机构达 90 天或以上的符合资格个人投保。这些 LTC 机构可能包含专业护理院 (SNF)、医疗护理院 (NF)、(SNF/NF)、智障人士中级护理机构 (ICF/IID) 和/或入住的精神病机构，和/或联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助（Medicaid，即白卡）服务中心批准的提供联邦医疗保险 A 部分、联邦医疗保险 B 部分或医疗补助计划（Medicaid，即白卡）下承保的类似长期医疗保健服务的设施；其居民的需求和健康状况与其他指定的设施类型相似。特殊需要计划必须与特定长期护理机构签订合同安排（或持有并经营该机构）。

机构同等特殊需要计划 (SNP) – 该计划让居住于社区但依据州评估需要机构层级护理的符合资格个人投保。该评估必须使用等同各州层级护理评估工具来执行，并由实体而非提供该计划的组织管理。这类型的特殊需要计划如果有需要确保提供特别护理的一致性，可能限于居住在签约的辅助生活机构 (ALF) 个人投保。

可互换生物仿制药 – 一种生物仿制药，可在药房用作原始生物仿制药产品的替代品，无需新处方，因为它符合与自动替代可能性相关的其他要求。在药房的自动替代受州法律约束。

承保药物清单（药物名册或药物清单） – 计划承保的处方药物清单。

低收入补贴 (LIS) – 请见“额外补助”。

制造商折扣计划 – 药品制造商为承保的 D 部分品牌药物和生物制剂支付计划全部费用的一部分的计划。折扣是根据联邦政府和药物制造商的协议订立。

最高自费费用金额 – 您在日历年期间为了承保的 A 部分和 B 部分服务所自付的最高费用。您支付联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费，还有处方药物的费用不计入您的最高自付费用金额。（**注意：**因为我们的会员也从医疗补助计划（Medicaid，即白卡）获得帮助，因此很少有会员能达到这个自付最高金额。）

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）（或医疗协助 (MA)）– 为联邦和州的联合计划，帮助低收入且资源有限人士支付医疗费用。州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）各有不同，但如果您符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡），大部分的医疗保健费用都有承保。

医学上可接受的适应症 – 使用经美国食品和药物管理局 (FDA) 批准或由某些参考支持的药物，如美国医院处方集服务药物信息和 Micromedex DRUGDEX 信息系统。

医疗上需要 – 预防、诊断或治疗您的病症所需的服务、用品或药物，并符合公认的医疗执业标准。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）– 65 岁或 65 岁以上的人、部分不满 65 岁且有特定残疾的人，以及晚期肾病患者（需进行透析或者肾移植的永久性肾衰竭）的联邦健康保险计划。

联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）开放投保期 – 联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）会员在 1 月 1 日到 3 月 31 日期间可以取消他们的计划投保，并更换至其他联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡），或通过原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）获取承保。如果您在这期间选择更换至原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），您到时也可以加入独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划。联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage，即红蓝卡）的开放投保期在个人第一次有资格参加联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 后的 3 个月内有效。

联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）(MA) – 有时候称为联邦医疗保险 C 部分。由与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）有合约关系的私人企业提供的计划，提供您联邦医疗保险 A 部分和 B 部分所有保险福利。联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人付费服务 (Private Fee-for-Service, PFFS) 计划，或 iv) 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）医疗储蓄帐户 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 计划。除了选择这些类型的计划外，联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）HMO 或 PPO 计划也可以是特殊需要计划。在大多情况下，联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）也提供联邦医疗保险 D 部分（处方药物承保）。这些计划称为**有处方药物承保的联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）**。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保服务范围 – 联邦医疗保险 A 部分和 B 部分承保的服务。所有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划都必须承保所有联邦医疗保险 A 部分和 B 部分承保的服务。术语“联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保服务范围”不包括联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）可能提供的额外保险福利，如视力、牙科或听力。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划 – 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划由与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）有合约关系的私人企业提供，提供 A 部分和 B 部分福利给有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）且投保该计划的人。这条款包含所有联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）、特殊需要计划、联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）Cost 计划、示范/试验计划，以及老年人全面护理方案 (PACE)。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保（联邦医疗保险 D 部分）– 该保险协助

支付门诊处方药物、疫苗、生物制品及联邦医疗保险 A 部分或 B 部分不承保的用品。

联邦医疗保险补充保险（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）附加保险）单 – 私人保险公司贩售的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）附加保险，用来填补原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“非承保期”。联邦医疗保险补充保险保单仅与原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）一起使用。（联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）并非联邦医疗保险补充保险。）

会员（我们计划的会员，或计划会员） – 有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）且符合取得承保服务范围的资格，并且已投保我们计划，投保也已获联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS) 确认的人士。

网络药房 – 一种我们计划的会员可以从中取得他们处方药物保险福利的与我们的计划签约的药房。大部分的情况下，只有前往我们的其中一间网内为您的处方药配药，才会获得承保。

网络医疗服务提供方 – **医疗服务提供方**这个通用术语指涉经由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和州政府许可且认证，提供医护服务的医生、其他专业医护人员、医院及其他医疗保健机构。**网络医疗服务提供方**与我们的计划有协议，接受我们的费用做为全额支付，并在某些情况下合作，提供承保服务范围给我们计划的会员。网络医疗服务提供方也被称为“计划医疗服务提供方”。

组织裁决 – 我们的计划做出的关于项目或服务是否承保，或您必须为承保项目或服务支付多少金额的一个裁定。组织裁定在本文件中被称为承保裁定。

原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（传统联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或按服务收费联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）） – 原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）由政府提供，并非像联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）和处方药物计划等私人健保计划。在原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）下，通过支付国会设立的费用金额给医生、医院和其他医疗服务提供方，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）服务即获承保。您可以寻求接受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的医生、医院或其他医疗服务提供方的协助。您必须支付自付额。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）支付联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）核准金额的分摊费用，您则支付您的分摊费用。原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）有两个部分：A 部分（住院保险）与 B 部分（医疗保险）可在美国各地取得。

原生生物制品 – 经美国食品和药物管理局 (FDA) 批准并作为生产生物仿制药版本的制造商的比较的生物制品。它也被称为参考产品。

网外药房 – 跟我们计划无合约关系以合作或提供承保药物给我们计划会员的药房。您从网外药房取得的大多数药物都没有受到我们计划的承保，除非特定状况适用。

网外医疗服务提供方或网外机构 – 指未跟我们计划签约来协调或提供承保服务范围给我们计划会员的医疗服务提供方或机构。网外医疗服务提供方是未被我们的计划聘雇、拥有或经营的医疗服务提供方。

自付费用 – 请见上述分摊费用的定义。成员对于支付部分服务或收到的药物的分摊费用申请，也指涉成员的自付费用申请。

自付费用阈值 – 您自付的 D 部分药物的最高金额。

老年人全面护理方案 (PACE) 计划 – 老年人全面护理方案 (PACE) 计划为体弱的人结合医疗、社会和长期服务和支持 (LTSS)，协助人们尽可能独立病生活在他们的社区（而非搬入疗养院）。投保老年人全面护理方案 (PACE) 计划的人通过该计划接受他们的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）福利。

C 部分 – 请见“联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）(MA) 计划”。

D 部分 – 自愿的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物保险福利方案。

D 部分药物 – 可依据 D 部分承保的药物。我们可能会或可能不会提供所有 D 部分药物。特定类型的药物已由国会作为 D 部分承保药物而被排除之外。某些类别的 D 部分药物必须由每个计划承保。

D 部分延迟投保罚款 – 如果您在第一次有资格加入 D 部分计划后连续 63 天或更长时间未参加可计入承保（一般而言，预期支付至少和标准联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保金额一样高的承保），则该罚款附加于您月保费的金额。如果您失去了“额外补助”，那么如果您连续 63 天或更长时间没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保，则您将需要支付延迟投保罚款。

首选医疗服务提供方组织 (PPO) 计划 – 首选医疗服务提供方组织 (Preferred Provider Organization) 计划是联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）有合约关系的医疗服务提供方网络，并同意以指定支付金额治疗计划会员。PPO 计划必须承保所有计划保险福利，无论它们是从网络或网外医疗服务提供方处获得。当计划福利从网外医疗服务提供者所收到，会员分摊费用一般会比较高。PPO 计划在您从网络（首选）医疗服务提供者接收服务时，有自付费用的年度限额，并在您从网络（首选）医疗服务提供者和网外（非首选）医疗服务提供者接收服务时，有更高的总和自付费用限制。

保费 – 付给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）、保险公司，或健康或处方药物承保之医疗保健计划的定期费用。

初级保健医生 (PCP) – 指您为多数健康问题寻求其协助的医生或其他医疗服务提供方。在许多联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划中，您必须先向您的初级保健医生寻求协助后，才能向任何其他医疗服务提供方寻求协助。

事先授权 – 必须事前批准才可获得的服务或某些药物。需要事先授权的承保服务范围标记在第 4 章的医疗福利表格。需要事先授权的承保药物在药物名册上标记，我们的标准发布在我们的网站上。

义肢和矫形设备 – 医疗器械，包含但不限于、手臂、背部和颈部支承器具；义肢；人造眼；和需要取代内部身体器官或功能的装置，包含造口用品和肠内及肠外营养治疗。

质量促进组织 (QIO) – 联邦政府支付费用的执业医生和其他医疗保健专家所组成，确认并促进给予联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）患者的医疗质量。

数量限制 – 为了质量、安全或使用原因，设计于限制所选药物使用的管理工具。可能限制我们承保药物每次处方药的数量或限制规定的时间期限。

“实时保险福利工具” – 一个平台或计算机应用程序，投保人可以在其中查找完整、准确、及时、临床上合适的特定药物名册和保险福利信息。这包括分摊费用金额、可用于与给定药物相同健康状况的替代药物名册药物，以及适用于替代药物的承保限制（事先授权、步骤治疗、数量限制）。

康复服务 – 这些服务包含物理治疗、语言治疗与职业治疗。

服务区域 – 加入特定的健保计划要求您必须居住的某个地理区域。针对限制您可以使用的医生和医院之计划，一般来说也是您可以取得常规（非急症）服务的地区。如果您永久搬离计划的服务地区，该计划可能会将您退保。

专业护理院 (SNF) 护理 – 专业护理院每日持续提供的专业护理服务和康复服务。示例包含仅能由注册护士或医生提供的物理治疗或静脉注射。

特殊需要计划 – 联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage, 即红蓝卡）的特殊类型，为像是同时拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的人、居住于疗养院，或拥有特定慢性病症等特定人群，提供更多专注的医疗保健。

阶段式治疗 – 一种使用工具，要求您在您的医生原来可能已先行开具处方药前，必须先试用另外一种药治疗您的病症。

社会安全生活补助金 (SSI) – 社会安全局支付给失能、眼盲或 65 岁以上收入及资源有限人士的每月福利。SSI 保险权益与社会安全福利不同。

紧急需要的服务 – 如果您暂时不在本计划的服务范围之内，或者考虑到您的时间、地点和情况，从与本计划签订合同的网络医疗服务提供方那里获得这项服务是不合理的，那么需要立即就医的、非紧急的、由计划承保的服务就是紧急需要的服务。紧急需要的服务的示例包括不可预见的医疗疾病和伤害，或现有疾病的意外突发。但是，即使您不在计划的服务区域或计划网络暂时不可用，医学上必要的常规医疗服务提供方就诊（如年度体检）也不被认为是紧急需要的。

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced) 客户服务

方式	客户服务部 - 联系信息
致电	**1-877-344-7364** 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.。拨打这个号码是免费的。客户服务部还可为非英语人士提供免费语言翻译服务。
TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
传真	1-212-510-5373
写信	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Customer Service 55 Water Street New York, NY 10041-8190
网站	**emblemhealth.com/medicare**

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) (New York's SHIP)

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 是一项由联邦政府提供资金的州方案，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会员在当地提供免费健保咨询。

方式	联系信息
致电	1-800-701-0501
TTY	711（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
网站	http://www.aging.ny.gov

PRA 披露声明*根据 1995 年的《减少文书工作法案》，没有人必须对收集信息请求作出答复，除非其显示有效的 OMB 控制号码。此信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1051。如果您对本表格有任何改进意见或建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

55 Water Street, New York, New York 10041-8190 | emblemhealth.com

安保尊享联邦医疗保险双重资格补助计划 (VIP Dual Enhanced)

客户服务部 – 联系信息

致电	**877-344-7364** 此电话号码为免费。 营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m. 客户服务部还可为非英语人士提供免费语言翻译服务。
TDD/TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日每周七天 8 a.m. 至 8 p.m.，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.
传真	**212-510-5373**
写信	**EmblemHealth Medicare HMO** ATTN: Customer Service, 55 Water Street, New York, NY 10041-8190
网站	**emblemhealth.com/medicare**

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) (New York's SHIP) 是一项由联邦政府提供资金的州方案，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会员提供免费地方健保咨询服务。

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) - 联系信息

致电	**800-701-0501**
TDD/TTY	**711**（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	**New York State Office for the Aging** 2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223-1251
网站	**http://www.aging.ny.gov**

PRA 披露声明根据 1995 年的《减少文书工作法案》，没有人必须对收集信息申请作出答复，除非其显示有效的 OMB 控制号码。此信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1051。如果您对本表格有任何改进意见或建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.