

2018 年 參加註冊指南



熟悉您的聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃。

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

H4514-001

服務地區：下列地方特定郡區 Texas

計劃生效日期：2018 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日



您值得的 不只是好的福利



更多選擇和更大的控制權

關於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，沒有一項計劃能一體適用。因為這樣，我們提供廣泛多樣的聯邦醫療保險計劃，您可以選擇專門針對您健康護理需要而設計的產品，我們也會透過面對面、網路或電話，幫助您尋找適合的計劃。

以您優先的客戶服務

我們親切熱忱的客戶服務代表是您個人健康護理團隊的重要成員。除了回答您的疑問，服務代表還能為您預約看診時間，協助您取得為了讓您更輕鬆管理自我健康而專門設計的方案。

您可以依靠的健康保險公司

您認識的人當中，可能至少有一人是我們的會員。這是因為在聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 受益人當中，每 5 人就有 1 人信任聯合健康保險 (UnitedHealthcare) 來取得其承保。¹ 我們為與您的需要類似的民眾提供健康護理服務，40 年的經驗累積值得您放心，您有需要的時候我們都會在這裡幫助您。

¹ 2017 年 CMS 資料，以及 2017 年聯合健康保險內部資料。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

目錄

從聯邦醫療保險 (Medicare，紅藍卡) 基本資訊開始 資格和實用資源	4
--	---

計劃資訊

福利摘要	8
利用您的額外福利	10
例行牙科護理福利	12
福利概覽	14
計劃評等	31
必要資訊	33

藥物清單

2018 藥物清單	38
替代承保藥物	49

準備參加註冊

參加註冊的方式	52
會談範圍確認表	53
註冊申請表	57
計劃要點重述	85
參加註冊收據	89
下一步	99

有疑問？我們可以幫助您。



詳情請瀏覽
www.UHCCommunityPlan.com



免付費電話 **1-888-834-3721**，聽力語
言殘障服務專線 **711**
每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8
時




從聯邦醫療保險 (Medicare, 紅藍卡) 基本資訊開始


閱讀基本資訊，確定本計劃適合您。

您參加註冊傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，下一步呢？

傳統聯邦醫療保險由政府提供，支付部份住院護理 (A 部份) 和醫生診所門診 (B 部份) 的費用，但不會支付所有服務的費用。您無法取得處方配藥或例行視覺、牙科或聽覺護理的承保。視您的需要而定，您可能想增加更多承保。關於額外承保，您有多種選擇。

傳統聯邦醫療保險
由聯邦政府提供。

A 部份  幫助支付住院期和住院護理費用

B 部份  幫助支付醫生診所門診和門診護理費用

您的更多承保選項：

選項 1

或

選項 2

新增以下一項或兩項至傳統聯邦醫療保險：

聯邦醫療保險輔助保險計劃
由私營公司提供



幫助支付傳統聯邦醫療保險的部份自付費用

聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) D 部份
由私營公司提供



幫助支付處方配藥費用

選擇聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃：

聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃
由私營公司提供



將 A 部份 (醫院保險) 和 B 部份 (醫療保險) 結合成一個計劃



通常包括處方配藥承保



可能提供傳統聯邦醫療保險不提供的額外福利

Medicare Made Clear™ (清楚瞭解聯邦醫療保險) 由 UnitedHealthcare® 聯合健康保險贊助提供



從聯邦醫療保險 (Medicare, 紅藍卡) 基本資訊開始

這是一種聯邦醫療保險 Medicare Advantage C 部份管理式醫療保險機構 (HMO) 計劃。

您的計劃是一種管理式醫療保險機構 (HMO) 計劃。這是指您必須透過當地醫生和醫院網絡取得醫療護理服務。

您的 HMO 計劃運作方式如下。



您需要選擇主治醫生 (PCP)。

本健保計劃規定，您必須從網絡選擇一位主治醫生。主治醫生將會監督和幫助管理您的護理事宜。



不需要轉介就能向專科醫生求診。

您不需要轉介就可以向網絡專科醫生求診。如果您向網絡外專科醫生求診，大多數情況下您必須支付服務的全額費用。



每個計劃年度都有自付費用上限。

一旦您達到該上限，本計劃就會支付承保服務 100% 的費用。

使用網絡內的服務。

下表顯示使用網絡和網絡外資源時費用會有何變動。

	網絡	網絡外
醫生或醫院是否會接受我的計劃？	是	否
急診或緊急護理是否屬於承保範圍？	是	是
我要為承保服務支付哪些費用？	您要支付計劃定額手續費或共同保險。*	大多數情況下，您必須支付服務的全額費用。

*如果您享有聯邦醫療保險和醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」)，您的服務費用會由聯邦醫療保險先支付，然後才由醫療補助支付。您的醫療補助承保取決於您的所得、資源和其他因素。有些人可取得完全的醫療補助福利。有關哪些類別的人可以參加註冊的說明，請參閱福利概覽的醫療補助部份。因為您是會員，您會收到一份醫療護理提供者名冊，裡面會列出您計劃內的所有網絡醫療護理提供者和設施。您也可以我們在我們網站找到完整的清單。



從聯邦醫療保險 (Medicare, 紅藍卡) 基本資訊開始

您是否符合本計劃資格？

如果您參加註冊傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) A 部份和 B 部份並取得州政府醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」) 福利, 您便符合雙重特殊需要計劃 (DSNP) 的資格。您的州政府醫療補助福利會因您的醫療補助資格級別而不同。DSNP 參加註冊不限特定時間; 您全年都可參加註冊。根據您的需求, 您可能也符合低收入補助 (LIS) 的資格。

大多數州有哪些資格級別？

- 限定型符合資格聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 受益人 (限定型 QMB)
- 外加型符合資格聯邦醫療保險受益人 (外加型 QMB)
- 限定型特定低收入聯邦醫療保險受益人 (限定型 SLMB)
- 外加型特定低收入聯邦醫療保險受益人 (外加型 SLMB)
- 符合資格個人 (QI)
- 符合資格殘疾和工作個人 (QDWI)
- 完全福利雙重資格 (FBDE)

各資格級別有哪些收入規定？

	聯邦貧窮收入級別	社會安全收入級別
限定型 QMB	等於或低於	不超過兩倍的資源
外加型 QMB	等於或低於	不超過兩倍的資源
限定型 SLMB	介於 100% 和 120% 之間	不超過兩倍的資源
外加型 SLMB	介於 100% 和 120% 之間	不超過兩倍的資源
QI	介於 120% 和 135% 之間	不超過兩倍的資源
QDWI	低於 200%	不超過兩倍的資源
FBDE	依據為醫療需要狀態、機構收入級別、家庭 / 社區基礎豁免規定	

各資格級別分別承保哪些福利？

資格級別	A 部份 保費	B 部份 保費	D 部份 保費 ¹	聯邦醫療保險自付扣除金、 定額手續費、共同保險	完全的醫療補 助福利
限定型 QMB	是	是	否 ²	是	否
外加型 QMB	是	是	否 ²	是	是
限定型 SLMB	否	是	否 ²	否	否
外加型 SLMB	否	是	否 ²	因州而異	是
QI	否	是	否 ²	否	否
QDWI	是	否	否	否	否
FBDE	否	因州而異	否	因州而異	是

¹也許可提供低收入補助協助支付 D 部份保費。

²QMB、SLMB 和 QI 會自動參加註冊低收入補助方案以支付 D 部份保費, 且不會有 D 部份保費支出。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險, 上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。



計劃 資訊

福利摘要

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

本資訊為 2018 計劃福利的簡要說明。顯示金額係依據政府承保 A 和 B 部分聯邦醫療保險共同分攤費用時的範圍。有關完整資訊和政府不承保 A 和 B 部分聯邦醫療保險共同分攤費用時的金額，請參閱您的福利概覽或承保證明。將可能適用限制項目、不予承保和限制規定。

計劃費用

若您具有完整的醫療補助福利或為合格的聯邦醫療保險受益人，您將無須支付聯邦醫療保險承保服務的費用。您可能需要為 D 部分處方藥支付些許定額手續費。您可能需要為 D 部分處方藥支付些許定額手續費。

	您的費用
計劃月費	\$0

醫療福利

	您的費用
醫生診所門診	主治醫生：定額手續費 \$0 專科醫生：定額手續費 \$0（不需轉介）
預防護理服務	定額手續費 \$0
住院護理	定額手續費 \$0，或 自第 1 至 60 天自付扣除金 \$1,316 [†] ； 自第 61 至 90 天每天定額手續費 \$329 [†] ； 自第 91 至 150 天每天定額手續費 \$658 [†] （終身儲備日）。
專業護理設施 (SNF)	定額手續費 \$0，或 每天定額手續費 \$0：第 1-20 天 每天定額手續費 \$164.50 [†] ：第 21-100 天
門診外科手術	定額手續費 \$0
糖尿病監測用品	承保品牌定額手續費 \$0
家庭健康護理	定額手續費 \$0
診斷放射服務 (例如核磁共振成像 (MRI)、數控斷層掃描 (CT))	定額手續費 \$0
診斷測試和程序 (非放射性)	定額手續費 \$0
化驗服務	定額手續費 \$0
門診 X 光	定額手續費 \$0
救護	定額手續費 \$0 或定額手續費 \$50
急診護理	定額手續費 \$0 或定額手續費 \$80 (全球承保定額手續費 \$0)
緊急護理服務	定額手續費 \$0 (全球)
每年自付費用上限*	\$0 或 \$2,500

*您一年當中對本計劃所承保醫療護理所付費用的上限。

[†]這些為 2017 年的費用，可能於 2018 年改變。

傳統聯邦醫療保險以外的福利與服務

	您的費用
視覺 - 例行眼睛檢查	定額手續費 \$0；每 2 年 1 次
視覺 - 配鏡	定額手續費 \$0，每 2 年 1 次；鏡片 / 鏡框和隱形眼鏡最多承保 \$200
牙科 - 預防性	承保服務定額手續費 \$0（檢查、洗牙、X 光）
牙科 - 綜合性	承保服務定額手續費 \$0
牙科 - 福利限制	所有承保牙科服務上限 \$2,500
足部護理 - 例行	定額手續費 \$0；每年 4 次門診
聽覺 - 例行檢查	定額手續費 \$0；每年 1 次
助聽器	每 2 年津貼 \$2,000
交通	定額手續費 \$0；每年單程最多 24 趟往 / 返核准地點
脊椎護理與針灸	定額手續費 \$0；每年合併 10 次脊椎與針灸門診
健康產品福利卡	每季資助額 \$225，用來購買經核准的健康產品
護士專線 NurseLine SM	每週 7 天，每天 24 小時均可諮詢註冊護士 (RN)

處方配藥

如果您不符合低收入補助 (LIS) 資格，您須支付承保證書所述的聯邦醫療保險 D 部份分攤費用。如果您符合低收入補助 (LIS) 資格，您須支付：

年度處方配藥自付扣除金 \$0 或 \$83，視您取得的「額外補助」級別而定

在零售網絡藥房購買 30 天藥量

副廠藥（包括當作副廠藥的原廠藥）	定額手續費 \$0、\$1.25、\$3.35，或共同保險的 15%
所有其他藥物	定額手續費 \$0、\$3.70、\$8.35，或共同保險的 15%

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。本計劃的提供對象是任何同時享有州政府醫療補助及聯邦醫療保險者。福利、保費和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能在每年 1 月 1 日變更。保費、定額手續費、共同保險和自付扣除金可能因您可以取得的額外補助 (Extra Help) 級別而有差異。更多詳情請與本計劃聯絡。本資訊並非完整的福利說明。請聯絡本計劃查詢詳情。您必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份的保費，除非該保費透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或由第三方支付。將可能適用限制項目、定額手續費和限制規定。

OptumRx 是聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 的關聯機構。您不一定要使用 OptumRx 遞送到府服務也能取得維持型藥物 90 天藥量。



利用您的 額外福利

享有傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的所有福利 - 及更多。

參加本計劃時，您可以取得專為幫助您過更健康生活而設計的額外福利和服務。更多福利表示更有價值，也表示您能更安心自在，因為您可以獲得專門為您的健康和保健而設計的各项服務。以下簡單說明 2018 年計劃的一些額外福利和服務。可能適用限制項目、不予承保項目和限制規定。如需更多詳細資訊，請參閱福利概覽。



到府服務的健康和保健方案

使用 UnitedHealthcare® 聯合健康保險 HouseCalls 方案時，我們的持照進階執業臨床醫生每年都會到您家裡探視一次，不收取額外費用。HouseCalls 探視的目的是給予支持，不是要取代您的醫生平常提供的護理。

HouseCalls 探視詳情：

- 進階執業臨床醫生會審閱您的健康紀錄和藥物、為您做健康篩檢、找出健康風險，並提供健康教育。
- 您可以談談您的健康疑慮並提出問題。
- 您會收到一份「Ask Your Doctor」資料表，下次就診時可帶去請教您的醫生。

我們可能會打電話與您討論 HouseCalls 方案。或者，您可以撥打免付費電話 **1-866-686-2504**，聽力語言殘障服務專線 **711**，週一至週六，中部時間上午 8:00 至晚上 8:00。



健康產品福利卡

這項福利提供您每季資助額，以預付現金卡在當地 Walgreens 訂購或透過 FirstLine Medical® 目錄郵購非處方 (OTC) 產品。我們的產品組合提供各種 OTC 項目，例如：

- 咳嗽藥、止痛藥、維他命和營養補充品
- 溫度計、血壓計，還有許多其他產品

如需完整的項目清單和下訂單，請瀏覽網站 www.healthproductsbenefit.com。



利用您的 額外福利



牙科護理承保

預防和綜合。

建議的例行牙科檢查屬於承保範圍。此外，您可能需要的其他程序每年享有一筆固定金額的承保。您的牙科護理承保可包括：

- 一般檢查和洗牙
- 牙科 X 光
- 其他綜合服務

可能適用定額手續費和網絡限制規定。



交通

乘車往返計劃核准的地點，如醫生診所。請參閱福利概覽，查詢本計劃內含單程或往返乘車的特定次數。



視覺護理承保

透過例行眼睛檢查，幫助保護您的視力和健康。您的視覺護理承保可包括：

- 每 2 年一次例行眼睛檢查
- 隱形眼鏡或眼鏡資助額

可能適用定額手續費和網絡限制規定。



聽覺護理承保

別讓聽力減退影響您的生活。您的計劃包括以下聽覺護理承保：

- 每年一次例行聽覺檢查
- Epic 所提供助聽器的資助額

可能適用定額手續費和網絡限制規定。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

Y0066_170630_103905A_FINAL_H4514001CT

CSTX18HM4095109_001



例行牙科護理 福利基本資訊

可能讓您露齒而笑的額外承保。

UnitedHealthcare 聯合健康保險有些計劃包含特定牙科護理服務。以下是您選定的計劃內含的例行牙科護理服務。

使用例行牙科護理時¹，您享有：

- ✓ 無自付扣除金
- ✓ 100% 承保預防護理和診斷服務，例如口腔檢查、X 光和例行洗牙²
- ✓ 定額手續費 \$0
- ✓ 自由選擇向任何網絡內牙醫求診
- ✓ 以下所列其他綜合牙科護理服務
- ✓ 本計劃最多每年為牙科護理承保服務支付 \$2,500

例行牙科護理承保服務³

承保服務 ⁴	網絡內您支付
預防護理和診斷牙科服務	
定期口腔檢查 每 6 個月一次	\$0
預防性潔牙 (洗牙) 每 6 個月一次	\$0
咬翼片 X 光 如果該年度沒有其他 X 光，最多每 6 個月一次	\$0
全口 X 光片組 如果該年度沒有其他 X 光，最多每 6 個月一次	\$0
環口 X 光 如果該年度沒有其他 X 光，最多每 36 個月一次	\$0



例行牙科護理 福利基本資訊

承保服務 ⁴	網絡內您支付
基本牙科護理服務 (小修復)	
汞齊修復 (充填)	\$0
複合樹脂修復 (充填)	\$0
主要牙科護理服務 (牙髓病、牙周病和口腔外科手術)	
拔牙	\$0
牙冠	\$0
牙周結石刮除和牙根整平	\$0
牙周維護	\$0
口腔 / 顎面外科手術	\$0
緩和治療 (緩解疼痛)	\$0

如欲尋找您所在地區的網絡牙醫，請前往 www.UHC Medicare Dentist Search.com，選擇全國聯合健康保險雙重網絡 (National United Healthcare Dual Network)。

如需更多資訊或尋找網絡牙醫，請撥打會員卡背面的電話號碼。

聯合健康保險聯邦政府長者計劃 (UnitedHealthcare® Medicare Solution)

- ¹ 典型承保是本項福利包含在內的項目。治療計劃可能會有差異。請向您的牙醫查詢具體詳情。
- ² 您的健康狀況可能影響您是否能在同一天取得某些服務。例如，如果您出現口腔感染，可能要等到不再有感染後才洗牙。
- ³ 可能適用特定限制和不予承保規定。如需更多資訊，請聯絡客戶服務部。
- ⁴ 某些服務可能必須取得事前授權。請向您的牙醫查詢。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。本資訊並非完整的福利說明。請聯絡本計劃查詢詳情。可能適用限制項目、定額手續費和限制規定。福利、保費和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能在每年 1 月 1 日變更。您必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份的保費，除非該保費透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或由第三方支付。醫療護理提供者網絡可能隨時變更。您會在必要時收到通知。網絡外 / 非合約醫療護理提供者沒有義務治療計劃 / D 部份贊助商會員，但緊急狀況除外。如需我們決定是否承保網絡外服務，建議您或您的醫療護理提供者在您取得服務前先向我們要求服務前機構裁決。請撥打我們的客戶服務部電話或參閱承保證書查詢詳情，包括網絡外服務適用的分攤費用。

Y0066_170720_155722CT

UHEX18HM4108041_000

2018 福利概覽



您的計劃總覽

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

H4514-001

請參閱有關計畫提供之健康服務和藥物承保的內容。
有關計畫的其他資訊，請致電會員服務部洽詢或上網查閱。



免付費電話 1-888-834-3721，聽力語言殘障服務專線 711
每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時



www.UHCCommunityPlan.com



我們的服務範圍包括下列這些郡別：

Texas : Bastrop、Brazoria、Burnet、Caldwell、Fort Bend、Galveston、Harris、Hays、Henderson、Jefferson、Liberty、Montgomery、Polk、Smith、Travis、Van Zandt、Waller、Williamson、Wood。

福利概覽

2018 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日

本福利資訊將彙整我們的承保項目和您的支付部分。其並未列出我們承保的每項服務，或列出所有限制或不予承保規定。承保證書 (EOC) 提供我們承保服務的完整列表。您可瀏覽網站 www.UHCCommunityPlan.com 查閱，或可致電客戶服務部門詢問您的問題。您在參加註冊本計劃時會得到承保證書 (EOC)。

關於本計劃。

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) 是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約之 Medicare Advantage HMO 計劃。

如欲加入本計劃，您必須符合資格享有聯邦醫療保險 A 部份、已參加註冊聯邦醫療保險 B 部份、住在封面所列的服務地區內，而且是美國公民或合法居留美國。

本計劃是一項 Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)，適用於已同時加入聯邦醫療保險和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 者。您的醫療補助承保金額取決於您的所得、資源和其他因素。有些人可取得完全的醫療補助福利。有些人僅可獲得協助支付特定聯邦醫療保險費用，包括保費、自付扣除金、共同保險、或定額手續費。)

若您已加入下列其中一種醫療補助類別，便可參加註冊本計劃：

- **附加型符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB+)**：您取得聯邦醫療保險分攤費用的醫療補助承保，也符合完全醫療補助福利的資格。醫療補助支付您的 A 部份和 B 部份保費、自付扣除金、共同保險和定額手續費金額。
- **符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB)**：您取得聯邦醫療保險分攤費用的醫療補助承保，但不符合完全醫療補助福利的資格。醫療補助只支付您的 A 部份和 B 部份保費、自付扣除金、共同保險和定額手續費金額。
- **符合資格的身心障礙者和勞工 (QDWI)**：醫療補助僅支付您的 A 部分保費。
- **符合資格者 (QI)**：醫療補助僅支付您的 B 部分保費。
- **附加型特定低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB+)**：您可獲得全額醫療補助福利，醫療補助支付您的 B 部分保費。
- **特定低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB)**：醫療補助僅支付您的 B 部分保費。
- **雙重資格全額福利 (FBDE)**：醫療補助可對於聯邦醫療保險分攤費用提供有限協助。醫療補助也提供完整的醫療補助福利。

如果您是 QMB 或 QMB+ 受益人：您無須付費，僅需要支付 D 部分處方藥之定額手續費。

如果您屬於 SLMB+ 或 FBDE 類別：您有資格享有完整的醫療補助福利。有時候，您可能也有資格接受 Texas Medicaid Health and Human Services Commission 為您支付聯邦醫療保險分攤費用的有限協助。一般而言，當聯邦醫療保險和醫療補助均承保服務時，您的分攤費用為 0%。有時候，當醫療補助不承保某項服務或福利時，您可能必須支付分攤費用。

如果您屬於 SLMB 或 QDWI 類別：Texas Medicaid Health 和 Human Services Commission 不會支付您的共同分攤費用。您必須支付上表所列的分攤費用。一些服務可能無須支付會員分攤費用。

如果您的醫療補助資格類別變動，您的分攤費用也可能增加或減少。您必須重新確認您的醫療補助參加註冊，才能繼續取得聯邦醫療保險承保。

每個資格級別有哪些承保福利？

資格級別	A 部分 保費	B 部分 保費	D 部分 保費 ¹	聯邦醫療保險 自付扣除金， 定額手續費， 共同保險	完整醫療 補助福利
僅適用於 QMB	是	是	否 ²	是	否
QMB Plus	是	是	否 ²	是	是
SLMB Plus	否	是	否 ²	各州不同	是
僅適用於 SLMB	否	是	否 ²	否	否
QI	否	是	否 ²	否	否
QDWI	是	否	否 ²	否	否
FBDE	否	各州不同	否	各州不同	是

¹可能提供低收入補助 (Low Income Subsidy) 協助支付 D 部分保費。

²QMBs、SLMBs 和 QIs 會自動被參加註冊低收入補助計畫，以承保 D 部分保費，且無須支付 D 部分保費費用。

使用網絡醫療護理提供者和藥房。

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) 具有由醫生、醫院、藥房、和其他醫療服務提供者所組成的網絡。若您使用非本網絡的醫療服務提供者或藥房，本計劃可能無法支付這些服務或藥物，或者您會支付高於網絡內藥房的金額。

您可以在網站搜尋網絡醫療護理提供者和藥房名冊，網址 www.UHCCommunityPlan.com。您也可參閱計畫處方一覽表（藥物清單），以了解哪些藥物在承保範圍內，以及是否有任何限制。

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

保費和福利	網絡內
計劃月費	\$20.40
年度醫療自付扣除金	本計劃沒有自付扣除金。
最高自付費用金額 (不包括處方配藥)	<p>您自網絡內醫療照護提供者接受聯邦醫療保險承保服務時，定額手續費 \$0 或每年為 \$2,500。</p> <p>若您達到自付費用金額上限，您將繼續接受承保的醫院和醫療服務，我們也將支付該年其餘的全部費用。</p> <p>請注意，您仍將需要支付每月保費和 D 部分處方藥的分攤費用。</p>

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

福利

網絡內

住院		<p>定額手續費 \$0 或您將支付聯邦醫療保險於 2017 年秋季決定的 2018 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 分攤費用金額。</p> <p>2017 年的分攤費用為：</p> <p>自付扣除金 \$1,316: 第 1-60 天;</p> <p>每天定額手續費 \$329: 第 61-90 天;</p> <p>每天定額手續費 \$658: 第 91-150 天 (終身儲備日)</p> <p>本計劃承保住院護理 90 天。</p>
門診醫院，包括觀察		定額手續費 \$0
醫生診所門診	主治醫生	定額手續費 \$0
	專科醫生	定額手續費 \$0
預防護理	聯邦醫療保險承保的	<p>定額手續費 \$0</p> <p>腹部主動脈瘤篩檢</p> <p>酗酒諮詢</p> <p>年度「健康」檢查</p> <p>骨質測量</p> <p>乳癌篩檢 (乳房攝影)</p> <p>心血管疾病 (行為治療)</p> <p>心血管篩檢</p> <p>子宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>結腸直腸癌篩檢 (結腸鏡、糞便潛血檢測、軟式乙狀結腸鏡)</p> <p>憂鬱症篩檢</p> <p>糖尿病篩檢和監測</p> <p>C 型肝炎篩檢</p> <p>HIV 篩檢</p> <p>低劑量電腦斷層掃描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 肺癌篩檢</p> <p>醫療營養療法服務</p> <p>聯邦醫療保險糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>肥胖篩檢和諮詢</p> <p>前列腺癌篩檢 (PSA)</p> <p>性傳染疾病篩檢和諮詢</p>

福利**網絡內**

		<p>戒菸諮詢（適用無吸菸相關疾病徵兆的民眾諮詢）</p> <p>疫苗，包括注射流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗</p> <p>「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防檢查（一次）</p> <p>將承保聯邦醫療保險在簽約年度中核准的任何其他預防性服務。</p> <p>當您使用網絡內醫療護理提供者時，本計劃將全額承保預防性照護篩檢和年度體檢。</p>
急診護理		<p>定額手續費 \$0 或 \$80 每次看診（全球承保定額手續費 \$0）</p> <p>如果您在 24 小時內入住醫院，您須支付住院定額手續費而不是急診定額手續費。請參閱本手冊「住院護理」一節查詢其他費用。</p>
緊急護理服務		定額手續費 \$0
診斷測試、化驗和放射服務，以及 X 光	診斷放射服務 (例如 MRI)	每次服務定額手續費 \$0
	化驗服務	定額手續費 \$0
	診斷測試和程序	每次服務定額手續費 \$0
	治療放射	每次服務定額手續費 \$0
	門診 X 光	每次服務定額手續費 \$0
聽覺護理服務	聽覺和平衡問題的診斷和治療檢查	定額手續費 \$0
	例行聽覺檢查	定額手續費 \$0；每年 1 次
	助聽器	每 2 年補貼 \$2,000

福利		網絡內
例行牙科服務	預防性	承保服務定額手續費 \$0 (檢查、洗牙、X 光)
	完整性	承保服務定額手續費 \$0
	福利限制	所有承保牙科服務上限 \$2,500
視覺護理服務	眼睛疾病和病況的診斷和治療檢查	定額手續費 \$0
	白內障外科手術後配鏡	定額手續費 \$0
	例行眼睛檢查	定額手續費 \$0 每 2 年最多 1 次
	配鏡	定額手續費 \$0，每 2 年 1 次；鏡片 / 鏡框和隱形眼鏡最多承保 \$200
精神健康	住院看診	定額手續費 \$0 或 您將支付聯邦醫療保險於 2017 年秋季決定的 2018 傳統聯邦醫療保險分攤費用金額。2017 年的分攤費用為： 自付扣除金 \$1,316； 每天定額手續費 \$329：第 61-90 天； 每天定額手續費 \$658：第 91-150 天（終身儲備日） 本計劃承保住院護理 90 天。
	門診團體治療看診	定額手續費 \$0
	門診單獨治療看診	定額手續費 \$0
專業護理設施 (SNF) (入住必須符合聯邦醫療保險承保標準)		定額手續費 \$0 或 您將支付聯邦醫療保險於 2017 年秋季決定的 2018 傳統聯邦醫療保險分攤費用金額。2017 年的分攤費用為： 每天定額手續費 \$0： 第 1-20 天每天定額手續費 \$164.50：第 21-100 天 本計劃最多承保 SNF 住院 100 天。

福利**網絡內**

物理治療和語言治療門診		定額手續費 \$0
救護		定額手續費 \$0 或 \$50
例行運輸		定額手續費 \$0；每年單程最多 24 趟往 / 返核准地點*
聯邦醫療保險 B 部份藥物	化療藥物	定額手續費 \$0 或共保費用的 20%
	其他 B 部份藥物	定額手續費 \$0 或共保費用的 20%

處方配藥

如果您不符合低收入補助 (LIS) 資格，您須支付承保證書所述的聯邦醫療保險 D 部份分攤費用。
如果您符合低收入補助 (LIS) 資格，您須支付：

年度處方配藥自付扣除金	您的自付扣除金金額可能是 \$0 或 \$83，視您取得的「額外補助」級別而定。
在零售網絡藥房購買 30 天或 90 天藥量	
副廠藥 (包括當作副廠藥的原廠藥)	定額手續費 \$0、\$1.25、\$3.35，或總費用的 15%
所有其他藥物	定額手續費 \$0、\$3.70、\$8.35，或總費用的 15%

額外福利

網絡內

脊椎護理與針灸		定額手續費 \$0 每年合併 10 次脊椎與針灸門診
脊椎護理	脊椎推拿以矯正半脫位	定額手續費 \$0
糖尿病管理	糖尿病監測用品	定額手續費 \$0 我們只承保下列品牌的血糖監測器和試紙： OneTouch Ultra®2、OneTouch UltraMini®、 OneTouch Verio®、OneTouch Verio® IQ、 OneTouch Verio® Flex、ACCU-CHEK® Nano SmartView、ACCU-CHEK® Aviva Plus、ACCU- CHEK® Guide 和 ACCU-CHEK® Aviva Connect。
	糖尿病自我管理訓練	定額手續費 \$0
	治療用鞋或鞋墊	定額手續費 \$0 或共保費用的 20%
耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) 和相關用品	耐用醫療器材 (例如輪椅、氧氣)	定額手續費 \$0 或共保費用的 20%
	義具 (例如支架、義肢)	定額手續費 \$0 或共保費用的 20%
足部護理 (足部護理服務)	足部檢查和治療	定額手續費 \$0
	例行足部護理	定額手續費 \$0；每項就診每年最多 4 次
家庭健康護理		定額手續費 \$0
善終護理		您從經聯邦醫療保險核准的善終護理機構取得善終護理時無須支付任何費用。您可能必須支付藥物和暫托護理的部份費用。善終護理是由傳統聯邦醫療保險承保，不屬於本計劃的承保範圍。
護士專線 NurseLineSM		每週 7 天，每天 24 小時均可諮詢註冊護士 (Registered Nurse, RN)

額外福利		網絡內
職能治療門診		定額手續費 \$0
門診濫用藥物看診	門診團體治療看診	定額手續費 \$0
	門診單獨治療看診	定額手續費 \$0
門診外科手術		定額手續費 \$0
健康產品福利卡		每季資助額 \$225，用來購買經核准的健康產品
洗腎		定額手續費 \$0 或共保費用的 20%

醫療補助福利

適用享有聯邦醫療保險和醫療補助者的資訊。您的服務將先由聯邦醫療保險支付，再由醫療補助支付。

以下所述福利屬於醫療補助的承保範圍。您可了解 Texas Medicaid Health and Human Services Commission 的承保範圍和本計劃的承保範圍。如果某項福利已用完或不屬於聯邦醫療保險的承保範圍，則醫療補助可能會提供承保。視您的醫療補助承保類型而定。

以下福利承保範圍係依據您的醫療補助資格級別而定。不論您的醫療補助資格級別為何，UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) 都將支付福利概覽中承保醫療和醫院福利一節所述的福利。若您對於自己的醫療補助資格和享有的福利有疑問，請致電 Texas Medicaid Health and Human Services Commission，電話：1-512-424-6500。

視您的醫療補助資格級別而定，醫療補助可能會支付您的聯邦醫療保險分攤費用金額。若聯邦醫療保險未支付某項服務或某項福利已用完，醫療補助可提供協助，但您可能必須支付分攤費用。有關分攤費用和其他承保福利的詳細資料，請參閱您的醫療補助會員手冊。

福利	醫療補助	UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)
額外牙科護理服務	不屬於承保範圍	屬於承保範圍
額外聽覺護理服務	不屬於承保範圍	屬於承保範圍
額外視覺護理服務	不屬於承保範圍	屬於承保範圍
救護	屬於承保範圍	屬於承保範圍
脊椎護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
牙科護理服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
糖尿病用品和服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
診斷測試、化驗和放射服務，以及 X 光	屬於承保範圍	屬於承保範圍
醫生診所門診	屬於承保範圍	屬於承保範圍
長期使用的醫療器材	屬於承保範圍	屬於承保範圍
急診護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
足部護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
聽覺護理服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
居家和社區服務 (Home and Community-Based Services, HCBS)	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
家庭健康護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
善終護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍

福利	醫療補助	UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)
住院護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
住院精神健康護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
精神健康護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
門診醫院服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
非處方藥物	不屬於承保範圍	屬於承保範圍
處方配藥福利	屬於承保範圍	屬於承保範圍
預防護理	屬於承保範圍	屬於承保範圍
義具裝置	屬於承保範圍	屬於承保範圍
洗腎	屬於承保範圍	屬於承保範圍
專業護理設施 (SNF)	屬於承保範圍	屬於承保範圍
交通 (例行)	屬於承保範圍	屬於承保範圍
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) 社區生活輔助與支援服務 (Community Living Assistance and Support Services, CLASS) 豁免計劃	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) 綜合服務豁免計劃 (Consolidated Waiver Program, CWP)—僅限 Bexar County/San Antonio	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) 失聰失明多重殘障人士豁免計劃 (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DB-MD)	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) 醫療依賴兒童計劃 (Medically Dependent Children Program, MDCP)	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) STAR + PLUS 豁免計劃	屬於承保範圍	不屬於承保範圍

福利	醫療補助	UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) 遠距醫療服務	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
僅適用於 TX 醫療補助 (僅適用於完整醫療補助會員) 德州居家生活豁免計劃 (Texas Home Living Waiver, TxHmL)	屬於承保範圍	不屬於承保範圍
緊急護理服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍
視覺護理服務	屬於承保範圍	屬於承保範圍

必要資訊

本資訊並非完整的福利說明。請聯絡本計劃查詢詳情。將可能適用限制項目、定額手續費和限制規定。

處方藥一覽表、藥房網絡和 / 或醫療護理提供者網絡將可能隨時變更。您會在必要時收到通知。

福利、保費和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能在每年 1 月 1 日變更。

保費、定額手續費、共同保險和自付扣除金可能因您可以取得的額外補助 (Extra Help) 級別而有差異。更多詳情請與本計劃聯絡。

您必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份的保費，除非該保費透過醫療補助或由第三方支付。

OptumRx 是聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 的關聯機構。您不一定要使用 OptumRx 遞送到府服務也能取得維持型藥物 90 天藥量。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險簽有合約並與州政府醫療補助方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。本計劃的提供對象是任何同時享有州政府醫療補助及聯邦醫療保險者。參加註冊本計劃視與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

如果您想進一步瞭解傳統聯邦醫療保險的承保範圍和費用，請查閱最新的「**聯邦醫療保險與您 (Medicare & You)**」手冊。請造訪網站 <https://www.medicare.gov> 參閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，電話服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。

廠商資訊

在連絡任何下列醫療服務提供者之前，您必須完整參加註冊 UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)。

福利類型	廠商名稱	聯絡資訊
聽覺檢查	EPIC Hearing Health Care	1-866-956-5400，聽力語言殘障服務專線 711 週一至週五，太平洋時間早上 6 時至下午 6 時 www.epichearing.com
助聽器	EPIC Hearing Health Care	1-866-956-5400，聽力語言殘障服務專線 711 週一至週五，太平洋時間早上 6 時至下午 6 時 www.epichearing.com
視覺護理	UnitedHealthcare Vision®	1-866-944-4983，聽力語言殘障服務專線 711 每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時 www.UHCCommunityPlan.com
牙科護理服務	UnitedHealthcare Dental	1-866-944-4983，聽力語言殘障服務專線 711 每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時 www.UHCCommunityPlan.com
例行針灸和脊椎服務	OptumHealth™ Physical Health	1-866-785-1654，聽力語言殘障服務專線 1-888-877-5378 週一至週五，美國東部時間早上 8 時至晚上 8 時 https://www.myoptumhealthphysicalhealth.com/providerLocator.asp
護士專線 NurseLine	護士專線 NurseLine SM	1-877-365-7949，聽力語言殘障服務專線 711 每週 7 天，每天 24 小時
例行交通 (僅限陸路交通)	LogistiCare®	1-866-418-9812，聽力語言殘障服務專線 1-866-288-3133 週一至週五，當地時間上午 8 時至下午 5 時 www.logisticare.com
健康產品福利	FirstLine Medical®	1-844-368-7171，聽力語言殘障服務專線 711 週一至週五，美國中部時間早上 7 時至晚上 7 時；週六，美國中部時間早上 7 時至下午 4 時 www.HealthProductsBenefit.com

UHTX18HM4099295_000

聯合健康保險 (UnitedHealthcare) - H4514

2018 年聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 星等*

聯邦醫療保險計劃每年都根據一項計劃的品質和表現來對所有醫療和處方配藥計劃進行評等。聯邦醫療保險星等能幫助您瞭解我們的計劃表現如何。您可以使用這些星等來比較我們的計劃相對於其他計劃的表現。星等有兩種主要類型，分別是：

1. 整體星等，是我們的計劃全部分數的加總。
2. 摘要星等，主要著重於我們的醫療服務或處方配藥服務。

聯邦醫療保險評等的審查範圍包括：

- 我們的會員給予我們計劃的服務和護理怎樣的評等；
- 我們的醫生發現疾病並且幫助會員保持健康的成效如何；
- 我們的計劃幫助會員使用我們推薦的和安全的處方配藥之成效如何

對於 2018 年，聯邦醫療保險給予聯合健康保險以下的整體星等：

★★★★

3.5 顆星

聯合健康保險的健保 / 配藥計劃服務獲得以下的摘要星等：

★★★★

3.5 顆星

健保計劃服務：

★★★★

3.5 顆星

配藥計劃服務：

星星的數目代表我們的計劃表現的優劣程度。

- | | |
|-------|-----------|
| ★★★★★ | 5 顆星 - 極佳 |
| ★★★★ | 4 顆星 - 中上 |
| ★★★ | 3 顆星 - 普通 |
| ★★ | 2 顆星 - 中下 |
| ★ | 1 顆星 - 不良 |

請瀏覽網站 www.medicare.gov，進一步瞭解我們的計劃，以及我們與其他計劃有何不同。

您也可以致電 888-834-3721 (免付費電話) 或 711 (聽力語言殘障服務專線) 與我們聯絡，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

現有會員請撥 866-944-4983 (免付費電話) 或 711 (聽力語言殘障服務專線)。

*星等的滿分是 5 顆星。每年都會進行星等評估，各年度的結果可能不盡相同。

聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。

Y0066_H4514_A_PR2018CT

CSTX18HM4145046_000



計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。本計劃提供給同時擁有州政府醫療補助和聯邦醫療保險的民眾。

本資訊並非完整的福利說明。請聯絡本計劃查詢詳情。將可能適用限制項目、定額手續費和限制規定。

福利、保費和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能在每年 1 月 1 日變更。

處方藥一覽表、藥房網絡和 / 或醫療護理提供者網絡將可能隨時變更。您會在必要時收到通知。

您必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份的保費，除非該保費透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或由第三方支付。

保費、定額手續費、共同保險和自付扣除金可能因您可以取得的額外補助 (Extra Help) 級別而有差異。更多詳情請與本計劃聯絡。

您不一定要使用 OptumRx 遞送到府服務也能取得維持型藥物 90 天藥量。如果您還沒用過 OptumRx 遞送到府服務，您必須先核准醫生第一次直接傳送給 OptumRx 的處方箋，然後才能購買該處方配藥。新的處方配藥應該會在 OptumRx 收到完整訂單起十個工作日內寄達，補充訂單則應該在約七個工作日內寄達。請隨時聯絡 OptumRx，電話 1-877-266-4832，聽力語言殘障服務專線 711。OptumRx 是聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 的關聯機構。

網絡外 / 非合約醫療護理提供者沒有義務治療聯合健康保險會員，但緊急狀況除外。如需我們決定是否承保網絡外服務，建議您或您的醫療護理提供者在您取得服務前先向我們要求服務前機構裁決。請撥打我們的客戶服務部電話或參閱承保證書查詢詳情，包括網絡外服務適用的分攤費用。

聯邦醫療保險使用 5 星評等系統來評估各個計劃。每年會進行星等評鑑，每年結果可能不盡相同。

本資訊也有其他語言的免費版本。請利用本手冊第一頁的號碼致電我們的客戶服務部。

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.



您的計劃可能包含以下一項或多項服務：

Fitbit®

使用任何 Fitbit 裝置屬於自願性質。開始任何運動計劃前，應諮詢健康護理專業人員。是否提供 Fitbit 福利將因計劃 / 市場而異。詳情請參閱您的承保證書。Fitbit 是 Fitbit, Inc. 的註冊商標。©2017 Fitbit, Inc.。保留所有權利。

護士專線 NurseLineSM

本服務不應該用於緊急狀況或緊急護理需要。如有緊急狀況，請撥打 911 或前往最近的急診室。透過本服務提供的資訊僅供參考之用。護士不具備診斷問題或提供治療建議的資格，其服務也不能替代醫生的護理。您的健康資訊會按法律規定保密。使用本服務需遵守使用條款。

SilverSneakers® 健身計劃

開始任何運動計劃前，應諮詢健康護理專業人員。是否提供 SilverSneakers 健身計劃將因計劃 / 市場而異。詳情請參閱您的承保證書。Tivity Health 和 SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 和 / 或其子公司和 / 或關聯機構在美國和 / 或其他國家的註冊商標或商標。

© 2017 Tivity Health, Inc.。保留所有權利。

本公司不會因為性別、年齡、種族、膚色、殘疾或國籍而給會員不同待遇。

如果您認為自己因性別、年齡、種族、膚色、殘疾或國籍而遭到不公平的待遇，請將投訴寄給民權協調員。

網上： UHC_Civil_Rights@uhc.com

郵寄： Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance, P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

您必須在發現相關情況起 60 天內寄出書面投訴。我們會在 30 天內寄決定函給您。如果您不同意該決定，可以有 15 天的時間可要求我們重新審查。

如果您需要協助投訴，請撥打本手冊封面所列的免付費會員電話。

您也可以向美國聯邦健康及人類服務部提出投訴。

網上： <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

電話： 免付費電話 1-800-368-1019，800-537-7697 (聽力語言殘障服務專線)

郵寄： U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

我們提供免費服務幫助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字體信函。或者，您可要求口譯員。如欲要求協助，請撥打本手冊封面所列的免付費會員電話。

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en la portada de esta guía.

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本手冊封面所列的免付費會員電話號碼。

XIN LUU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Xin vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên trên trang bìa của tập sách này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이 책자 앞 페이지에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nakalista sa harapan ng booklet na ito.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на лицевой стороне данной брошюры.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يرجى الاتصال على رقم الهاتف المجاني للعضو الموجود في مقدمة هذا الكتيب.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo telefòn gratis pou manm yo ki sou kouvèti ti liv sa a.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone sans frais pour les affiliés figurant au début de ce guide.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny członkowski numer telefonu podany na okładce tej broszury.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número do membro encontrado na frente deste folheto.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di chiamare il numero verde per i membri indicato all'inizio di questo libretto.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer für Mitglieder auf der Vorderseite dieser Broschüre an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本冊子の表紙に記載されているメンバー用フリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان اعضا که بر روی جلد این کتابچه قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेबाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया इस पुस्तिका के सामने के पृष्ठ पर सूचीबद्ध सदस्य टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu tus tswv cuab xov tooj hu dawb teev nyob ntawm sab xub ntiag ntawm phau ntawv no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (**Khmer**) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខសមាជិកឥតចេញថ្លៃ បានកត់នៅខាងមុខនៃកូនសៀវភៅនេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Pakitawagan iti miyembro toll-free nga number nga nakasurat iti sango ti libro.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqodí díí naaltsos bidáahgi t'áá jiik'eh naaltsos báha'dít'éhígíí béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodílnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka xubinta ee telefonka bilaashka ah ee ku qoran xagga hore ee buugyaraha.



藥物 清單



2018 藥物清單

以下是按照字母順序排序的計劃承保處方配藥部份清單。此清單並非我們承保藥物的完整清單。如需最新清單，請致電或瀏覽我們網站。我們的聯絡資訊請參閱本手冊的第 3 頁。

- **原廠藥**以粗體字顯示。副廠藥以一般字體顯示
- 您的計劃可能有處方配藥年度自付扣除金
- 如需這些藥物的費用說明，請參閱本手冊中的福利概覽
- 有些藥物可能需要遵守事前授權、循序療法或其他承保規定

PA 事前授權	本計劃規定您或醫生要為某些藥物取得事前授權。這是指計劃需要您的醫生提供更多資訊，確定藥物正確使用於聯邦醫療保險承保的醫療病況。如果您沒有得到核准，本計劃可能不會承保該藥物。
QL 數量限制	1 份定額手續費或一段特定天數期間，本計劃只會承保該藥物一定的數額。會有這些限制是為了確保用藥安全和效果。如果您醫生開立的處方高於該數額，或認為您的情況不應有限制，您或醫生可要求本計劃承保額外的數量。
ST 循序用藥	可能有些費用較低且有效的藥物，和本藥物一樣可用來治療相同的醫療病況。您可能必須先試過 1 種或多種這類其他藥物，之後本計劃才會承保您的藥物。如果您已經試過其他藥物，或您的醫生認為這些藥物不適合您，您或醫生可要求本計劃承保該藥物。
B/D 聯邦醫療保險 B 部份或 D 部份	該藥物視使用方式而屬於聯邦醫療保險 B 部份 (醫生和門診健康護理) 或聯邦醫療保險 D 部份 (處方配藥) 的承保範圍。您的醫生可能需提供本計劃有關該藥物將如何使用的詳細資訊，才能確保該藥物取得正確的聯邦醫療保險承保。
LA 限制取得	如果 FDA 表示藥物僅能由某些設施或醫生提供，即視為「限制取得」藥物。這類藥物可能需要額外處理、醫療護理提供者協調或病患教育，但無法在網絡藥房進行。

MED 嗎啡等效劑量	<p>所有治療疼痛用的鴉片類藥物可能都有額外的數量限制。這種額外編修稱為累計嗎啡等效劑量 (MED)。MED 是根據一段期間內為您開立處方的鴉片類藥物數量來計算。此累計上限規定適用所有計劃，目的是要監測可能使用 1 種以上鴉片類藥物管理疼痛的個人，其鴉片類用藥劑量的安全性。如果您醫生開立的處方高於該數額，或認為您的情況不應有限制，您或醫生可要求本計劃承保額外的數量。</p>
-----------------------------	--

A

Acamprosate Calcium DR (延緩釋放型錠劑)
 Acetaminophen/Codeine (錠劑) - QL、MED
 Acetazolamide (速釋錠劑)
 Acetazolamide ER (12 小時持續釋放型膠囊劑)
 Acyclovir (錠劑)
Adacel (注射劑)
Adcirca (錠劑) - PA、QL
Advair Diskus、Advair HFA (噴霧劑) - QL
Albenza (錠劑) - QL
 Alcohol Prep Pads
 Alendronate Sodium (錠劑) - QL
 Alfuzosin HCl ER (24 小時持續釋放型錠劑)
 Allopurinol (錠劑)
 Alprazolam (速釋錠劑) - QL
 Amantadine HCl (100 毫克膠囊劑、100 毫克錠劑)
 Amantadine HCl (50 毫克 / 5 毫升糖漿劑)
 Amiodarone HCl (200 毫克錠劑)
Amitiza (膠囊劑) - QL
 Amitriptyline HCl (錠劑)
 Amlodipine Besylate (錠劑)
 Amlodipine Besylate/Benazepril HCl (膠囊劑) - QL
 Ammonium Lactate (12% 乳膏劑、12% 洗劑)
 Amoxicillin (膠囊劑、錠劑)
 Amphetamine/Dextroamphetamine (持續釋放型膠囊劑) - QL
 Amphetamine/Dextroamphetamine (速釋錠劑) - QL

Anagrelide HCl (膠囊劑)
 Anastrozole (錠劑)
AndroGel (1.62% 小包、1.62% 幫浦)
Androderm (24 小時貼劑) - QL
Anoro Ellipta (噴霧散劑) - QL
Apriso (24 小時持續釋放型膠囊劑) - QL
Aranesp Albumin Free (100 微克 / 0.5 毫升注射劑、100 微克 / 毫升注射劑、150 微克 / 0.3 毫升注射劑、200 微克 / 0.4 毫升注射劑、200 微克 / 毫升注射劑、300 微克 / 0.6 毫升注射劑、300 微克 / 毫升注射劑、500 微克 / 毫升注射劑、60 微克 / 0.3 毫升注射劑、60 微克 / 毫升注射劑), - PA
Aranesp Albumin Free (10 微克 / 0.4 毫升注射劑、25 微克 / 0.42 毫升注射劑、25 微克 / 毫升注射劑、40 微克 / 0.4 毫升注射劑、40 微克 / 毫升注射劑) - PA
Argatroban (125 毫克 / 125 毫升-0.9% 注射劑) - B/D、PA
 Argatroban (250 毫克 / 2.5 毫升注射劑), - B/D、PA
Arnuity Ellipta (噴霧散劑) - QL
 Atenolol (錠劑)
 Atomoxetine (膠囊劑) - QL、ST
 Atorvastatin Calcium (錠劑) - QL
 Atovaquone/Proguanil HCl (錠劑) (Malarone 副廠藥)
Atripla (錠劑) - QL
Atrovent HFA (噴霧液劑)
Aubagio (錠劑) - QL
Auryxia (錠劑)

粗體 = 原廠藥

一般字體 = 副廠藥

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Avastin (注射劑) - PA

Avonex (注射劑)

Azathioprine (錠劑) - B/D、PA

Azelastine HCl (0.05% 眼藥水)

Azelastine HCl (0.1% 鼻用液劑) - QL

Azelastine HCl (0.15% 鼻用液劑)

Azithromycin (內服懸液劑、速釋錠劑)

Azopt (懸液劑)

B

BRIVIACT (錠劑) - QL

Baclofen (錠劑)

Balsalazide Disodium (膠囊劑)

Belsomra (錠劑) - QL

Benazepril HCl (錠劑) - QL

Benazepril HCl/Hydrochlorothiazide (錠劑), - QL

Benlysta (注射劑) - PA

Benzotropine Mesylate (錠劑)

Betaseron (注射劑)

Bethanechol Chloride (錠劑)

Bevespi Aerosphere (噴霧劑) - QL

Bicalutamide (錠劑)

Bisoprolol Fumarate (錠劑)

Bisoprolol Fumarate/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL

Breo Ellipta (噴霧散劑) - QL

Brilinta (錠劑) - QL

Brimonidine Tartrate (0.15% 眼藥水)

Brimonidine Tartrate (0.2% 眼藥水)

Budesonide (延緩釋放型膠囊劑)

Bumetanide (錠劑)

Buprenorphine HCl (舌下錠劑) - QL

Bupropion HCl、Bupropion HCl SR、Bupropion HCl XL (錠劑)

Buspiron HCl (錠劑)

Bydureon Injection (注射筆、小瓶) - QL

Byetta (注射劑) - QL

Bystolic (錠劑) - QL

C

Cabergoline (錠劑)

Calcitriol (膠囊劑) - B/D、PA

Calcium Acetate (膠囊劑)

Captopril (錠劑) - QL

Carafate (1 公克 / 10 毫升懸液劑)

Carbaglu (錠劑) - LA

Carbamazepine (100 毫克嚼錠劑、100 毫克/5 毫升懸液劑、200 毫克速釋錠劑)

Carbidopa/Levodopa ODT (可溶錠劑)

Carbidopa/Levodopa、Carbidopa/Levodopa ER (錠劑)

Carbidopa/Levodopa/Entacapone (錠劑)

Carboplatin (注射劑)

Carvedilol (錠劑)

Cayston (吸入液劑) - PA、LA

Cefuroxime Axetil (錠劑)

Celecoxib (膠囊劑) - QL

Cephalexin (膠囊劑、內服懸液劑)

Chantix (錠劑)

Chlorhexidine Gluconate (溶液劑)

Chlorthalidone (錠劑)

Cilostazol (錠劑)

Cimetidine (錠劑、內服液劑)

Cinryze (注射劑) - PA、LA

Ciprodex (耳用懸液劑)

Ciprofloxacin HCl (速釋錠劑)

Citalopram HBr (錠劑)

Clarithromycin (錠劑)

Climara Pro (週貼劑)

Clonazepam (速釋錠劑) - QL

Clonazepam ODT (可溶錠劑) - QL

Clonidine HCl (速釋錠劑)

Clopidogrel (75 毫克錠劑) - QL

Clozapine (速釋錠劑)

Clozapine ODT (100 毫克可溶錠劑、25 毫克可溶錠劑) - QL

Clozapine ODT (12.5 毫克可溶錠劑、150 毫克可溶錠劑) - QL

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Colchicine (錠劑、膠囊劑) - QL
Combigan (眼藥水)
Combivent Respimat (噴霧液劑)
Copaxone (注射劑)
Cosentyx (注射劑) - PA
Cosentyx Sensoready Pen (注射劑) - PA
Creon (延緩釋放型膠囊劑)
Crixivan (膠囊劑) - QL
Cyclophosphamide (膠囊劑) - B/D、PA

D

Daliresp (錠劑) - PA、QL
Dapsone (錠劑)
Desmopressin Acetate (錠劑)
Dexilant (延緩釋放型膠囊劑) - QL
Dextrose 5%/NaCl (注射劑)
Diazepam (1 毫克 / 毫升內服液劑)
Diazepam (錠劑、Intensol 5 毫克 / 毫升濃縮劑) - QL
Diclofenac Tablet、Diclofenac DR Tablet、Diclofenac ER Tablet
Dicyclomine HCl (10 毫克膠囊劑、20 毫克錠劑)
Digoxin (錠劑)
Dihydroergotamine Mesylate (1 毫克 / 毫升注射劑)
Diltiazem CD (24 小時持續釋放型膠囊劑)
Diltiazem HCl (速釋錠劑)
Diltiazem HCl ER (持續釋放型膠囊劑)
Diphenoxylate/Atropine (錠劑)
Disulfiram (錠劑)
Divalproex Capsule、Divalproex DR Tablet、Divalproex ER Tablet
Donepezil HCl (速釋錠劑) - QL
Donepezil HCl ODT (可溶錠劑) - QL
Dorzolamide HCl/Timolol Maleate (眼藥水)
Doxazosin Mesylate (錠劑)
Doxycycline Hyclate (膠囊劑)
Dronabinol (膠囊劑) - PA、QL

Duloxetine HCl (20 毫克延緩釋放型膠囊劑、30 毫克延緩釋放型膠囊劑、60 毫克延緩釋放型膠囊劑) - QL
Durezol (乳化劑)
Dymista (懸液劑)

E

Edarbi (錠劑) - QL
Edarbyclor (錠劑) - QL
Eliquis (錠劑) - QL
Elmiron (膠囊劑)
Embeda (持續釋放型膠囊劑) - QL、MED
Enalapril Maleate (錠劑) - QL
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL
Enbrel (注射劑) - PA
Entacapone (錠劑)
Entecavir (錠劑)
Epclusa (錠劑) - PA、QL
Eplerenone (錠劑)
Epzicom (錠劑) - QL
Escitalopram Oxalate (錠劑)
Estradiol (錠劑) (Estrace 副廠藥)
Ethosuximide (250 毫克膠囊劑、250 毫克 / 5 毫升內服液劑)
Etoposide (注射劑)
Exjade (水溶性錠劑) - PA

F

Famotidine (錠劑)
Fareston (錠劑)
Fenofibrate (145 毫克錠劑、48 毫克錠劑)
Fenofibrate (160 毫克錠劑、54 毫克錠劑)
Fentanyl (100 微克 / 小時的 72 小時貼劑、12 微克 / 小時的 72 小時貼劑、25 微克 / 小時的 72 小時貼劑、50 微克 / 小時的 72 小時貼劑、75 微克 / 小時的 72 小時貼劑), - QL、MED
Finasteride (5 毫克錠劑) (Proscar 副廠藥)
Firazyr (注射劑) - PA、QL
Flovent Diskus、Flovent HFA (噴霧劑) - QL
Fluconazole (錠劑)

粗體 = 原廠藥

一般字體 = 副廠藥

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Fluocinolone Acetonide (耳用油劑)

Fluphenazine HCl (錠劑)

Fluticasone Propionate (懸液劑)

Fosrenol (小包、嚼錠劑)

Furosemide (錠劑)

Fuzeon (注射劑) - QL

Fycompa (錠劑)

G

Gabapentin (膠囊劑、錠劑)

Gammagard Liquid (注射劑) - PA

Gemfibrozil (錠劑)

Genotropin (12 毫克注射劑、5 毫克注射劑) - PA

Genotropin Miniquick (0.2 毫克注射劑), - PA

Genotropin Miniquick (0.4 毫克注射劑、0.6 毫克注射劑、0.8 毫克注射劑、1.2 毫克注射劑、1.4 毫克注射劑、1.6 毫克注射劑、1.8 毫克注射劑、1 毫克注射劑、2 毫克注射劑) - PA

Gentamicin Sulfate (0.1% 乳膏劑、0.1% 軟膏劑、0.3% 眼藥膏、0.3% 眼藥水)

Gilenya (膠囊劑) - QL

Glimepiride (錠劑) - QL

Glipizide、Glipizide ER (錠劑) - QL

GlucaGen HypoKit (注射劑)

Glucagon Emergency Kit (注射劑)

Guanidine HCl (錠劑)

H

Haloperidol (錠劑)

Harvoni (錠劑) - PA、QL

Humalog (注射劑)

Humalog Mix (注射劑)

Humira (注射劑) - PA

Humulin 70/30 (注射劑)

Humulin N (注射劑)

Humulin R (注射劑)

Hydralazine HCl (錠劑)

Hydrochlorothiazide (膠囊劑、錠劑)

Hydrocodone/Acetaminophen (10 毫克-325 毫克錠劑、2.5 毫克-325 毫克錠劑、5 毫克-325 毫克錠劑、7.5 毫克-325 毫克錠劑), - QL、MED

Hydromorphone HCl (速釋錠劑) - QL、MED

Hydroxychloroquine Sulfate (錠劑)

Hydroxyurea (膠囊劑)

Hydroxyzine HCl (糖漿劑)

Hysingla ER (24 小時持續釋放型防止濫用錠劑) - QL、MED

I

Ibandronate Sodium (錠劑) - QL

Ibuprofen (錠劑、100 毫克 / 5 毫升懸液劑)

Ilevro (懸液劑)

Imatinib Mesylate (錠劑) - PA、QL

Imiquimod (乳膏劑)

Incruse Ellipta (噴霧散劑) - QL

Insulin Syringes, Needles, T3

Intelence (100 毫克錠劑、200 毫克錠劑), - QL

Intron A (注射劑) - PA

Invanz (注射劑)

Invokamet、Invokamet XR (錠劑) - QL

Invokana (錠劑) - QL

Ipratropium Bromide (0.02% 吸入液劑), - B/D、PA

Ipratropium Bromide (0.03% 鼻用液劑、0.06% 鼻用液劑)

Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate (吸入液劑) - B/D、PA

Irbesartan (錠劑) - QL

Irbesartan/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL

Isentress (400 毫克錠劑) - QL

Isoniazid (錠劑)

Isosorbide Dinitrate、Isosorbide Dinitrate ER (錠劑)

Isosorbide Mononitrate、Isosorbide Mononitrate ER (錠劑)

Ivermectin (錠劑)

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

J

Janumet、Janumet XR (錠劑) - QL
Januvia (錠劑) - QL
Jardiance (錠劑) - QL
Jentadueto、Jentadueto XR (錠劑) - QL

K

Kalydeco (小包) - PA、QL
Ketoconazole (乳膏劑、洗髮劑、錠劑)
Ketorolac Tromethamine (眼藥水)
Klor-Con 10、Klor-Con 8 (錠劑)
Klor-Con M20 (持續釋放型錠劑)
Kombiglyze XR (24 小時持續釋放型錠劑), - QL
Korlym (錠劑) - PA、QL

L

Lactulose (內服液劑)
Lamivudine (錠劑)
Lamotrigine (速釋錠劑)
Lantus Injection (SoloStar、小瓶)
Lastacraft (眼藥水)
Latanoprost (眼藥水)
Latuda (錠劑) - QL
Leflunomide (錠劑)
Letairis (錠劑) - PA、QL、LA
Letrozole (錠劑)
Leucovorin Calcium (錠劑)
Leukeran (錠劑)
Levemir Injection (FlexTouch、小瓶)
Levetiracetam (速釋錠劑)
Levocarnitine (錠劑)
Levocetirizine Dihydrochloride (5 毫克錠劑) - QL
Levofloxacin (錠劑)
Levothyroxine Sodium (錠劑)
Lialda (延緩釋放型錠劑) - QL
Lidocaine (軟膏劑)
Lidocaine HCl (凝膠劑)
Lidocaine Viscous (溶液劑)
Lidocaine/Prilocaine (乳膏劑)

Lindane (洗髮劑)
Linzess (膠囊劑) - QL
Liothyronine Sodium (錠劑)
Lisinopril (錠劑) - QL
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL
Lithium Carbonate (膠囊劑、錠劑)、Lithium Carbonate ER (錠劑)
Loperamide HCl (膠囊劑)
Lorazepam (錠劑) - QL
Lorazepam Intensol (2 毫克 / 毫升濃縮劑), - QL
Losartan Potassium (錠劑) - QL
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL
Lotemax (0.5% 凝膠劑、0.5% 軟膏劑、0.5% 懸液劑)
Lovastatin (速釋錠劑) - QL
Lumigan (眼藥水)
Lupron Depot、Lupron Depot-PED (注射劑) - PA
Lyrica (膠囊劑) - QL
Lysodren (錠劑)

M

Meclizine HCl (錠劑)
Medroxyprogesterone Acetate (錠劑)
Meloxicam (錠劑)
Memantine HCl (錠劑) - PA、QL
Mercaptopurine (錠劑)
Meropenem (注射劑)
Metformin HCl (速釋錠劑) - QL
Metformin HCl ER (500 毫克 24 小時持續釋放型錠劑、750 毫克 24 小時持續釋放型錠劑) (Glucophage XR 副廠藥) - QL
Methadone HCl (錠劑、內服液劑), - QL、MED
Methazolamide (錠劑)
Methimazole (錠劑)
Methotrexate (錠劑)
Methscopolamine Bromide (錠劑)

粗體 = 原廠藥

一般字體 = 副廠藥

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Methyldopa (錠劑)
Methylphenidate HCl (速釋錠劑)
(Ritalin 副廠藥) - QL
Metoclopramide HCl (錠劑)
Metoprolol Succinate ER
(24 小時持續釋放型錠劑)
Metoprolol Tartrate (100 毫克速釋錠劑、
25 毫克速釋錠劑、50 毫克速釋錠劑)
Metronidazole (錠劑)
Migergot (栓劑)
Minocycline HCl (膠囊劑)
Minoxidil (錠劑)
Mirtazapine、Mirtazapine ODT (錠劑)
Misoprostol (錠劑)
Modafinil (錠劑) - PA、QL
Montelukast Sodium (10 毫克錠劑) - QL
Montelukast Sodium (嚼錠劑、小包) - QL
Morphine Sulfate ER (持續釋放型錠劑)
(MS Contin 副廠藥) - QL、MED
Multaq (錠劑) - QL
Myrbetriq (24 小時持續釋放型錠劑)

N

Nadolol (錠劑)
Naltrexone HCl (錠劑)
**Namenda XR (24 小時持續釋放型
膠囊劑), - PA、QL**
Naproxen (速釋錠劑)
Nevanac (懸液劑)
Niacin ER (持續釋放型錠劑)
Nicotrol Inhaler
Nitrofurantoin Macrocrystals (100 毫克膠囊
劑、50 毫克膠囊劑)
Nitrofurantoin Monohydrate (100 毫克膠囊劑)
Nitrostat (舌下錠劑)
Norethindrone Acetate (5 毫克錠劑)
Nortriptyline HCl (膠囊劑、內服液劑)
**Norvir (100 毫克膠囊劑、100 毫克錠劑、
80 毫克 / 毫升內服液劑) - QL**

**Nucynta ER (12 小時持續釋放型錠劑), -
QL、MED**
Nuedexta (膠囊劑) - PA
Nutropin AQ (注射劑) - PA
Nystatin (乳膏劑、軟膏劑、散劑、懸液劑、
錠劑)

O

Olanzapine (速釋錠劑) - QL
Omega-3-Acid Ethyl Esters (膠囊劑)
(Lovaza 副廠藥) - QL
Omeprazole (10 毫克延緩釋放型膠囊劑、40 毫
克延緩釋放型膠囊劑) - QL
Omeprazole (20 毫克延緩釋放型膠囊劑)
Ondansetron HCl、Ondansetron ODT (錠劑), -
B/D、PA
Onglyza (錠劑) - QL
Opsumit (錠劑) - PA、LA
**Orenitram (0.125 毫克持續釋放型
錠劑), - PA、QL**
**Orenitram (0.25 毫克持續釋放型錠劑、1 毫克
持續釋放型錠劑) - PA、QL**
Orenitram (2.5 毫克持續釋放型錠劑) - PA
Oxcarbazepine (錠劑)
Oxybutynin Chloride ER (24 小時持續釋放型錠
劑) - QL
Oxycodone HCl (速釋錠劑) - QL、MED
Oxycodone/Acetaminophen (10 毫克-325 毫
克錠劑、2.5 毫克-325 毫克錠劑、5 毫
克-325 毫克錠劑、7.5 毫克-325 毫克錠劑), -
QL、MED

P

Pantoprazole Sodium (延緩釋放型錠劑) - QL
Pazeo (眼藥水)
Pegasys (注射劑) - PA
Penicillin V Potassium (錠劑)
Perforomist (霧化器吸入液劑), - B/D、PA、QL
Permethrin (乳膏劑)
Phenytoin Sodium Extended (膠囊劑)
Phoslyra (內服液劑)

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Pilocarpine HCl (錠劑)
Pioglitazone HCl (錠劑) - QL
Polyethylene Glycol 3350 Powder
(MiraLAX 副廠藥)
Pomalyst (膠囊劑) - PA、QL
Potassium Chloride ER (持續釋放型膠囊劑)
Potassium Chloride ER (持續釋放型膠錠劑)
Potassium Citrate ER (持續釋放型錠劑)
Pradaxa (膠囊劑) - QL
Pramipexole Dihydrochloride (速釋錠劑)
Pravastatin Sodium (錠劑) - QL
Prazosin HCl (膠囊劑)
Prednisolone Acetate (眼用懸液劑)
Prednisone (5 毫克 / 5 毫升內服液劑)
Prednisone (錠劑)
Premarin (陰道乳膏劑)
Prezista (100 毫克 / 毫升懸液劑、150 毫克錠劑、600 毫克錠劑、800 毫克錠劑) - QL
ProAir HFA、ProAir RespiClick (噴霧劑)
Procrit (10000 單位 / 毫升注射劑、2000 單位 / 毫升注射劑、3000 單位 / 毫升注射劑、4000 單位 / 毫升注射劑) - PA
Procrit (20000 單位 / 毫升注射劑、40000 單位 / 毫升注射劑) - PA
Proctosol HC (乳膏劑)
Progesterone (膠囊劑)
Prolensa (眼藥水)
Promethazine HCl (錠劑)
Propranolol HCl (速釋錠劑)
Propranolol HCl ER (24 小時持續釋放型膠囊劑)
Propylthiouracil (錠劑)
Pyridostigmine Bromide (錠劑)

Q

Quetiapine Fumarate (速釋錠劑) - QL

Quinapril HCl (錠劑) - QL
Quinapril/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL

R

Raloxifene HCl (錠劑) - QL
Ramipril (膠囊劑) - QL
Ranexa (12 小時持續釋放型錠劑) - QL
Ranitidine HCl (錠劑)
Rapaflo (膠囊劑) - QL
Rasagiline Mesylate (錠劑)
Rebif (注射劑)
Renagel (錠劑) - ST
Renvela (錠劑、小包)
Restasis (乳化劑) - QL
Revlimid (膠囊劑) - PA、QL、LA
Reyataz (150 毫克膠囊劑、200 毫克膠囊劑、300 毫克膠囊劑、50 毫克小包) - QL
Rifabutin (膠囊劑)
Rifampin (膠囊劑)
Riluzole (錠劑)
Rimantadine HCl (錠劑)
Risperidone (速釋錠劑)
Rituxan (注射劑) - PA
Rivastigmine Tartrate (膠囊劑) - QL
Rizatriptan、Rizatriptan ODT (錠劑) - QL
Ropinirole HCl (速釋錠劑)
Rosuvastatin Calcium (錠劑) - QL
Rozerem (錠劑) - QL

S

Santyl (軟膏劑)
Saphris (舌下錠劑) - QL
Savella (錠劑)
Selegiline HCl (5 毫克膠囊劑、5 毫克錠劑)
Selzentry (150 毫克錠劑、300 毫克錠劑、75 毫克錠劑) - QL
Sensipar (30 毫克錠劑) - QL
Sensipar (60 毫克錠劑、90 毫克錠劑) - QL
Serevent Diskus (噴霧散劑) - QL
Sertraline HCl (錠劑)

粗體 = 原廠藥

一般字體 = 副廠藥

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Sildenafil (20 毫克錠劑) - PA、QL
Silver Sulfadiazine (乳膏劑)
Simbrinza (懸液劑)
Simvastatin (錠劑) - QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (懸液劑)
Sotalol HCl、Sotalol HCl AF (錠劑)
**Spiriva HandiHaler Capsule、Spiriva
Respimat Solution - QL**
Spironolactone (錠劑)
Sprycel (錠劑) - PA、QL
Stiolto Respimat (噴霧液劑) - QL
Suboxone (膜劑) - QL
Sucralfate (錠劑)
Sulfamethoxazole/Trimethoprim DS (錠劑)
Sulfasalazine (500 毫克延緩釋放型錠劑、
500 毫克速釋錠劑)
Sumatriptan Succinate (錠劑) - QL
Suprax (100 毫克嚼錠劑、200 毫克嚼錠劑)
**Suprax (400 毫克膠囊劑、500 毫克 /
5 毫升懸液劑)**
Symbicort (噴霧劑) - QL
SymlinPen (注射劑) - PA
Synjardy、Synjardy XR (錠劑) - QL
Synthroid (錠劑)

T

Tamiflu (6 毫克 / 毫升懸液劑) - QL
Tamoxifen Citrate (錠劑)
Tamsulosin HCl (膠囊劑)
Targretin (1% 凝膠劑) - PA
Tasigna (膠囊劑) - PA、QL
Tecfidera (延緩釋放型膠囊劑) - QL
Telmisartan (錠劑) - QL
Telmisartan/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL
Temazepam (15 毫克膠囊劑、30 毫克
膠囊劑) - QL
Terazosin HCl (膠囊劑)
Testosterone Cypionate (注射劑)
Theophylline (內服液劑)
Theophylline CR、Theophylline ER (錠劑)

Thymoglobulin (注射劑)
**Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming
(溶液劑)**
Tivicay (25 毫克錠劑、50 毫克錠劑) - QL
Tizanidine HCl (錠劑)
Tobramycin Sulfate (眼藥水)
Tobramycin/Dexamethasone (眼用懸液劑)
Topiramate (速釋錠劑)
Topotecan HCl (注射劑)
Toujeo SoloStar (注射劑)
Tradjenta (錠劑) - QL
Tramadol HCl (速釋錠劑) - QL、MED
Tramadol HCl/Acetaminophen (錠劑), -
QL、MED
Tranexamic Acid (1000 毫克 /
10 毫升注射劑)
Tranexamic Acid (650 毫克錠劑)
Transderm-Scop (72 小時貼劑)
Travatan Z (眼藥水)
Trazodone HCl (錠劑)
Tretinoin (膠囊劑)
Triamcinolone Acetonide (乳膏劑、軟膏劑)
Triamterene/Hydrochlorothiazide (膠囊劑、
錠劑)
Trihexyphenidyl HCl (酞劑)
Trintellix (錠劑) - QL
Trulicity (注射劑) - QL
Truvada (錠劑) - QL

U

Uloric (錠劑) - ST
Ursodiol (250 毫克錠劑、500 毫克錠劑)
Ursodiol (300 毫克膠囊劑)

V

Valacyclovir HCl (錠劑) - QL
Valganciclovir (錠劑) - QL
Valproic Acid (250 毫克膠囊劑、250 毫克 /
5 毫升內服液劑)
Valsartan (錠劑) - QL
Valsartan/Hydrochlorothiazide (錠劑) - QL

以下是按照字母順序排序的部份清單。此清單並非我們承保的處方配藥完整清單。

Vascepa (膠囊劑)

Velphoro (嚼錠劑)

Verapamil HCl (速釋錠劑)

Verapamil HCl ER (持續釋放型錠劑)

Versacloz (懸液劑)

Vesicare (錠劑) - QL

Victoza (注射劑) - QL

Viiibryd (錠劑) - QL

Vimpat (錠劑) - QL

Viread (散劑、錠劑) - QL

Vyvanse (膠囊劑)

W

Warfarin Sodium (錠劑)

Welchol (3.75 公克小包、625 毫克錠劑)

X

Xarelto (錠劑) - QL

Xolair (注射劑) - PA

Z

Zafirlukast (錠劑) - QL

Zenpep (延緩釋放型膠囊劑)

Zepatier (錠劑) - PA、QL

Zirgan (凝膠劑)

Zolpidem Tartrate (速釋錠劑) - QL

Zonisamide (膠囊劑)

Zostavax (注射劑) - PA

Zytiga (錠劑) - PA、QL

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

UHEX18HM4105544_000

本頁刻意留空。



替代 承保藥物

您的計劃承保很多藥物，但並不包括所有藥物。您的計劃不承保的藥物通常可以改用其他替代藥物。本清單併排列出一部份您的計劃**不**承保的藥物以及**會**承保的替代藥物。

請向醫生或藥劑師詢問，確認本清單列出的替代藥物是否適合您。

本計劃不承保的藥物	替代承保藥物 - 層次
Amiodarone HCL 100 毫克和 400 毫克錠劑	Amiodarone 200 毫克錠劑 - 1
Armodafinil	Modafinil - 4 (需要事前授權 (PA))
Butalbital/ Acetaminophen/Caffeine 膠囊劑	Butalbital/Acetaminophen/Caffeine 錠劑 - 3 Butalbital/Aspirin/Caffeine 膠囊劑 - 3
Carisoprodol	Cyclobenzaprine 5 毫克和 10 毫克 - 2 Tizanidine 錠劑 - 2
Dutasteride	Finasteride - 1
Eszopiclone	Zolpidem Immediate Release - 2 Zaleplon - 3 Belsomra - 3 Trazodone - 1
Farxiga	Invokana - 3 Jardiance - 3
Fluoxetine HCL 錠劑	Fluoxetine HCL 膠囊劑 - 2
Glyburide	Glimepiride - 1 Glipizide - 1
Horizant	Gabapentin 膠囊劑、錠劑 - 2 Lyrica - 3
Metformin HCL Extended Release (滲透性)	Metformin Extended Release (Glucophage XR 副廠藥) - 1
Methocarbamol	Cyclobenzaprine 5 毫克和 10 毫克 - 2 Tizanidine 錠劑 - 2
Movantik	Lactulose - 2 Amitiza - 3
Novolin	Humulin - 3
Novolog	Humalog - 3
Proventil HFA	Proair HFA - 3
Qvar	Arnuity - 3 Flovent - 3

本計劃不承保的藥物	替代承保藥物 - 層次
Rabeprazole Sodium	Pantoprazole 錠劑 - 1 Omeprazole - 2 Nexium 膠囊劑 - 3 Dexilant - 4
Tirosint	Levothyroxine 錠劑 - 1
Tolterodine Tartrate Extended Release	Myrbetriq - 3 Oxybutynin Extended Release - 3 Vesicare - 3
Toviaz	Myrbetriq - 3 Oxybutynin Extended Release - 3 Vesicare - 3
Tresiba	Lantus -3 Levemir - 3 Toujeo -3
Veltassa	Sodium Polystyrene Sulfonate - 3
Venlafaxine HCL Extended Release 錠劑	Venlafaxine Extended Release 膠囊劑 - 2
Ventolin HFA	Proair HFA - 3
Xopenex HFA	Proair HFA - 3
Zolpidem Tartrate Extended Release	Zolpidem Immediate Release - 2 Zaleplon - 3 Belsomra - 3 Trazodone - 1

備註：替代選擇只是建議，適合與否視欲治療的特定疾病而定。資訊為截至 2017 年 8 月 1 日正確的資訊，可能會有所變更。請參閱處方藥一覽表的資料，查詢藥物承保的詳情。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。



準備參加
註冊

參加註冊 的方式

您可以透過電話、郵寄或傳真參加註冊。只要選擇對您最簡單的方式，然後按照以下指示採取行動即可。



電話

聯絡我們的持照營業代表，免付費電話 **1-888-834-3721**，**聽力語言殘障服務專線 711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，透過電話參加註冊或與您所在地區的持照營業代表預約會面時間。



郵寄

填寫註冊申請表後郵寄到：

UnitedHealthcare Medicare Enrollment Attn Conduent
3315 Central AVE
Hot Springs, AR 71913



傳真

填寫註冊申請表後傳真到：

傳真：1-501-262-7070

別忘了選擇主治醫生 (PCP)。



請務必在申請表填上您主治醫生的姓名、電話號碼和醫療護理提供者 / 主治醫生編號。您可以在網站找到此資訊，網址 www.UHCCommunityPlan.com。如果您沒有主治醫生，持照營業代表可幫助您選擇一位。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

會談範圍確認表

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定，在與聯邦醫療保險受益人 (或其授權代表) 會面之前，持照營業代表必須使用本表格，確保會談時只專注於您有興趣瞭解的計劃類型和產品。**請勾選您想要與持照營業代表討論的內容。**

- 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃 (C 部份) 和費用計劃
 牙科-視覺-聽覺護理產品
 獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃 (D 部份)
 住院補償保險產品
 聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)

您簽署本表格即表示您同意和持照營業代表會面，討論上方勾選的產品。持照營業代表是由聯邦醫療保險計劃所僱用或簽約的人員，可能會因您參加註冊計劃而獲得報酬。此類人員不是直接為聯邦政府工作。

從這裡
新開

簽署本表格不會影響您目前或未來的聯邦醫療保險計劃參加註冊、不會使您參加註冊聯邦醫療保險計劃，也不表示您有義務參加註冊聯邦醫療保險計劃。在本表格提供的所有資訊都是保密資訊。

受益人或授權代表簽名和簽名日期：

簽名	簽名日期 MM / DD / YYYY
----	------------------------

如果您是授權代表，請於上方簽名並在下面以正楷清楚填寫您的姓名：

姓名 (名字、姓氏)	與受益人的關係
------------	---------

由持照營業代表填寫 (請以正楷清楚填寫)

持照營業代表姓名 (名字、姓氏)	持照營業代表電話 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■	持照營業代表識別號碼
受益人姓名 (名字、姓氏)	受益人電話 (非必填) ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■	會談預計完成日期 MM / DD / YYYY

受益人地址 (非必填)

初步聯絡方法	持照營業代表將於會面中代理的計劃
--------	------------------

持照營業代表簽名

會談範圍 (SOA) 必須遵守聯邦醫療保險紀錄保留規定。

從這裡
新開

傳真：1-866-994-9659

獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃 (D 部份)

聯邦醫療保險處方配藥計劃 (PDP) — 獨立配藥計劃的一種，可在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)、部份聯邦醫療保險費用節約計劃、部份聯邦醫療保險私營按服務收費計劃以及聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶計劃加入處方配藥承保。

聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃 (C 部份) 和費用節約計劃

聯邦醫療保險管理式醫療保險機構 (HMO) — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份醫療承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。多數 HMO 只允許您接受計劃網絡醫生或醫院的護理 (急診除外)。

聯邦醫療保險管理式醫療保險機構定點服務 (HMO-POS) 計劃 — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份醫療承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。HMO-POS 計劃可允許您在網絡外取得部份服務，但需支付較高的定額手續費或共同保險。

聯邦醫療保險優先醫療機構計劃 (PPO) — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份醫療承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。PPO 有網絡醫生、醫療護理提供者和醫院，您亦可使用網絡外醫療護理提供者，但通常費用較高。

聯邦醫療保險私營按服務收費 (PFFS) 計劃 — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可去任何經聯邦醫療保險核准的醫生、醫院和醫療護理提供者處就診，但他們必須接受計劃的付款、條款與條件，而且同意 (並非所有醫療護理提供者都會同意) 為您治療。如果您加入有網絡的 PFFS 計劃，便可以去看任何已同意無論如何都會治療計劃會員的網絡醫療護理提供者。您向網絡外醫療護理提供者求診時通常必須支付較多費用。

聯邦醫療保險特殊需要計劃 (SNP) — 計劃的一種，提供專為有特殊醫療護理需要的民眾而規劃的福利組合。所服務的特定族群包括同時享有聯邦醫療保險和醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」)、在療養院住院，以及患有某些慢性病的民眾。

聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃 — MSA 計劃是高自付扣除金健保計劃和銀行帳戶的結合。計劃會將聯邦醫療保險的款項存入帳戶。在達到自付扣除金規定前，您都可以使用該筆款項來支付您的醫療費用。

聯邦醫療保險費用節約計劃 — 聯邦醫療保險費用節約計劃允許您可使用網絡內和網絡外的醫療護理提供者。如果您取得計劃網絡外之服務，將按傳統聯邦醫療保險規定支付聯邦醫療保險承保服務的費用，您則須負責支付聯邦醫療保險共同保險和自付扣除金。

其他相關產品

牙科 / 視覺 / 聽覺護理產品 — 為想要牙科、視覺或聽覺護理承保的消費者提供額外福利的計劃。這些計劃並未與聯邦醫療保險關聯或相關。

住院補償保險產品 — 提供額外福利的計劃；根據消費者的醫療使用情況付款；有時會用來支付定額手續費 / 共同保險。這些計劃並未與聯邦醫療保險關聯或相關。

聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap) 產品 — 幫助支付傳統聯邦醫療保險 (A 部份和 B 部份) 不支付的部份自付費用的保險計劃，例如聯邦醫療保險所核准服務的自付扣除金和共同保險金額。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

Y0066_170828_083749CT

UHEX18MP4100777_001

會談範圍確認表

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定，在與聯邦醫療保險受益人 (或其授權代表) 會面之前，持照營業代表必須使用本表格，確保會談時只專注於您有興趣瞭解的計劃類型和產品。**請勾選您想要與持照營業代表討論的內容。**

- 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃 (C 部份) 和費用計劃
 牙科-視覺-聽覺護理產品
 獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃 (D 部份)
 住院補償保險產品
 聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)

您簽署本表格即表示您同意和持照營業代表會面，討論上方勾選的產品。持照營業代表是由聯邦醫療保險計劃所僱用或簽約的人員，可能會因您參加註冊計劃而獲得報酬。此類人員不是直接為聯邦政府工作。

從這裡
新開

簽署本表格不會影響您目前或未來的聯邦醫療保險計劃參加註冊、不會使您參加註冊聯邦醫療保險計劃，也不表示您有義務參加註冊聯邦醫療保險計劃。在本表格提供的所有資訊都是保密資訊。

受益人或授權代表簽名和簽名日期：

簽名	簽名日期 MM / DD / YYYY
----	------------------------

如果您是授權代表，請於上方簽名並在下面以正楷清楚填寫您的姓名：

姓名 (名字、姓氏)	與受益人的關係
------------	---------

由持照營業代表填寫 (請以正楷清楚填寫)

持照營業代表姓名 (名字、姓氏)	持照營業代表電話 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■	持照營業代表識別號碼
受益人姓名 (名字、姓氏)	受益人電話 (非必填) ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■	會談預計完成日期 MM / DD / YYYY

受益人地址 (非必填)

初步聯絡方法	持照營業代表將於會面中代理的計劃
--------	------------------

持照營業代表簽名

會談範圍 (SOA) 必須遵守聯邦醫療保險紀錄保留規定。

從這裡
新開

傳真：1-866-994-9659

獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃 (D 部份)

聯邦醫療保險處方配藥計劃 (PDP) — 獨立配藥計劃的一種，可在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)、部份聯邦醫療保險費用節約計劃、部份聯邦醫療保險私營按服務收費計劃以及聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶計劃加入處方配藥承保。

聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃 (C 部份) 和費用節約計劃

聯邦醫療保險管理式醫療保險機構 (HMO) — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份醫療承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。多數 HMO 只允許您接受計劃網絡醫生或醫院的護理 (急診除外)。

聯邦醫療保險管理式醫療保險機構定點服務 (HMO-POS) 計劃 — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份醫療承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。HMO-POS 計劃可允許您在網絡外取得部份服務，但需支付較高的定額手續費或共同保險。

聯邦醫療保險優先醫療機構計劃 (PPO) — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份醫療承保，有時亦涵蓋 D 部份處方配藥承保。PPO 有網絡醫生、醫療護理提供者和醫院，您亦可使用網絡外醫療護理提供者，但通常費用較高。

聯邦醫療保險私營按服務收費 (PFFS) 計劃 — 聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃的一種，可去任何經聯邦醫療保險核准的醫生、醫院和醫療護理提供者處就診，但他們必須接受計劃的付款、條款與條件，而且同意 (並非所有醫療護理提供者都會同意) 為您治療。如果您加入有網絡的 PFFS 計劃，便可以去看任何已同意無論如何都會治療計劃會員的網絡醫療護理提供者。您向網絡外醫療護理提供者求診時通常必須支付較多費用。

聯邦醫療保險特殊需要計劃 (SNP) — 計劃的一種，提供專為有特殊醫療護理需要的民眾而規劃的福利組合。所服務的特定族群包括同時享有聯邦醫療保險和醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」)、在療養院住院，以及患有某些慢性病的民眾。

聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃 — MSA 計劃是高自付扣除金健保計劃和銀行帳戶的結合。計劃會將聯邦醫療保險的款項存入帳戶。在達到自付扣除金規定前，您都可以使用該筆款項來支付您的醫療費用。

聯邦醫療保險費用節約計劃 — 聯邦醫療保險費用節約計劃允許您可使用網絡內和網絡外的醫療護理提供者。如果您取得計劃網絡外之服務，將按傳統聯邦醫療保險規定支付聯邦醫療保險承保服務的費用，您則須負責支付聯邦醫療保險共同保險和自付扣除金。

其他相關產品

牙科 / 視覺 / 聽覺護理產品 — 為想要牙科、視覺或聽覺護理承保的消費者提供額外福利的計劃。這些計劃並未與聯邦醫療保險關聯或相關。

住院補償保險產品 — 提供額外福利的計劃；根據消費者的醫療使用情況付款；有時會用來支付定額手續費 / 共同保險。這些計劃並未與聯邦醫療保險關聯或相關。

聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap) 產品 — 幫助支付傳統聯邦醫療保險 (A 部份和 B 部份) 不支付的部份自付費用的保險計劃，例如聯邦醫療保險所核准服務的自付扣除金和共同保險金額。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare, 俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

Y0066_170828_083749CT

UHEX18MP4100777_001

2018 註冊申請表

如果您需要此資訊其他語言或形式 (盲人點字) 的版本，請聯絡本計劃。

聯合健康保險 (UnitedHealthcare) Dual Complete (HMO SNP) H4514-001 - UDC

本計劃是專為同時擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的民眾設計。我們可能需要與您聯絡，要求您提供資格證明。

這是一種管理式醫療保險機構 (HMO) 計劃。這種計劃設有一個醫生、專科醫生、醫院和其他醫療護理提供者網絡，您必須使用該網絡。

您的相關資訊。

請打字或用黑色或藍色墨水筆以正楷填寫。

<input type="checkbox"/> 先生	姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 太太			
<input type="checkbox"/> 女士			

出生日期 MM/DD/YYYY	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
-----------------	--

主要電話號碼 () -	其他電話號碼 () -
--------------	--------------

社會安全號碼
(參加註冊 D-SNP 計劃的民眾必填) : ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■

永久居住地址
(請勿填寫郵政信箱)

城市	郡	州	郵遞區號
----	---	---	------

郵寄地址
(與以上地址不同時才需要填寫。
您可以提供郵政信箱。)

城市	郡	州	郵遞區號
----	---	---	------

電子郵件地址

計劃參加者姓名 _____
營業代表姓名 / 識別號碼 _____

本頁刻意留空。

您的聯邦醫療保險相關資訊。

請拿出您的紅、白、藍聯邦醫療保險卡來填寫這個部份。

- 請填寫與您聯邦醫療保險卡上所列相同的 姓名 (同聯邦醫療保險會員卡上所列) 資訊。

-或-

- 附上您的聯邦醫療保險卡或社會安全局或鐵路退休委員會來函的影本。

聯邦醫療保險編號：_____

符合資格取得 _____ 生效日期

醫院 (A 部份) _____

醫療 (B 部份) _____

您必須享有聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份，才能加入聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃。

如果您的計劃有保費，您想用甚麼方式支付？

如果您必須支付計劃月費 (包括任何您可能需要支付的延遲參加註冊罰款)，您可以透過郵寄方式支付，或透過電子轉帳 (EFT) 從您的銀行帳戶支付。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路退休委員會福利支票自動扣款方式支付保費。

如果您須支付延遲參加註冊罰款 (LEP)，請選擇您想要的付款方式。

如果您沒有選擇任何方式，我們每個月都會寄帳單到您的通訊地址。

 本人想從銀行帳戶直接付款。

- 請附一張您想用的帳戶開立的空白支票。在正面寫上「VOID」(作廢)。請勿寄送存款單或匯票。
- 請閱讀下方聲明。

本人的銀行可能會向聯合健康保險公司 (紐約居民則是聯合健康保險紐約公司 (UnitedHealthcare Insurance Company of New York, UHIC)) 支付本人的計劃保費。本人的銀行每個月都會在 5 號左右從本人的支票帳戶或儲蓄帳戶支付款項。收費可能包括最多 \$200 的目前追溯收費，再加月費金額。如果本人選擇停止直接從帳戶付款，本人會同時通知 UHIC 和銀行。本人會給他們合理的時間變更本人的付款方法。

帳戶類型 支票 儲蓄

帳戶持有人姓名 _____

銀行代碼

銀行帳號

簽名 _____ 日期 _____

 本人想從本人的社會安全或鐵路退休委員會 (RRB) 支票付款。

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 1

本頁刻意留空。

本人每個月從以下來源取得福利： 社會安全局 RRB

我們會進行設定。可能需要幾個月的時間才能開始支付，因此第一次付款可能包括不只一次保費。大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受您的自動扣款要求，第一次從您的社會安全或 RRB 福利支票扣除的款項會包括：從您參加註冊生效日期開始一直到開始扣款為止應繳的全部保費。如果社會安全局或 RRB 不核准您的自動扣款要求或設定有所延遲，我們便會把月費的帳單寄給您。

本人想用郵寄方式付款。

我們每個月都會寄帳單到您的通訊地址，或如果您登記透過電子方式遞送，您將會收到電子郵件通知。

與您費用相關的幾個注意事項。

如果您必須支付 D 部份收入相關月調整金額 (D 部份 IRMAA)

社會安全局 (SS) 辦公室會寄信問您要如何付款：

- 您可以從您的 SS 支票支付
- 聯邦醫療保險可以寄帳單給您
- 鐵路退休委員會 (RRB) 可以寄帳單給您

現在請不要向本計劃支付 D 部份 IRMAA。

需要幫助您支付處方配藥費用？

如果您的收入有限，您也許能取得處方配藥費用的額外補助 (Extra Help)。

如果您符合資格，聯邦醫療保險可以為您支付 75% 或更多的費用，包括處方配藥月費、年度自付扣除金和共同保險。此外，您不會有承保缺口或延遲參加註冊罰款。很多人都符合資格可以節省這些費用，但卻不曉得。

如果您符合資格可取得聯邦醫療保險處方配藥承保費用的額外補助，聯邦醫療保險會為您支付全部或部份計劃保費。如果聯邦醫療保險只為您支付一部份保費，我們便會把聯邦醫療保險不承保金額的帳單寄給您。

如需更多有關此額外補助的資訊，請聯絡您當地的社會安全局辦公室，或請致電社會安全局，電話 1-800-772-1213。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-800-325-0778。您也可以在网上申請額外補助，網址是 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。

幫助我們管理您的計劃的幾個問題。

1. 您是否偏好其他語言或形式版本的計劃資訊？

是 否

請勾選您想要的選項： 西班牙文 其他_____

如果您看不到您想要的語言或形式版本，請撥打我們的免付費電話 1-888-834-3721，聽力語言殘障服務專線 711，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。或前往 www.UHCCommunityPlan.com，在网上尋求協助。

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 1

本頁刻意留空。

2. 您是否有末期腎病？ 是 否

如果您已成功移植腎臟和 / 或不再需要定期洗腎，請附醫生提供的紀錄或病歷，證明您已成功移植腎臟或不需要洗腎，否則，我們可能需要與您聯絡取得其他資訊。

如果答「是」，您目前是否為醫療保險公司的會員？

 是 否

公司名稱 _____

會員卡號碼 _____

3. 您是否有參加註冊州政府醫療補助方案？ 是 否

如果答「是」，請提供您的醫療補助號碼：_____

4. 您是否住在療養院或長期護理設施？ 是 否

如果答「是」，請提供該長期護理設施的資訊：

名稱 _____

地址 _____

城市 _____

州 _____

郵遞區號 _____

電話號碼 () - _____

您遷入的日期 **MM/DD/YYYY**

5. 您現在是否有僱主或工會的醫療保險？ 是 否

如果答「是」，您加入本計劃可能會喪失該保險。請洽詢您的僱主或工會。詢問加入本計劃對您目前的計劃可能有何影響。建議您也查詢僱主或工會網站，或閱讀任何已寄給您的資訊。如果都沒有任何聯絡人的資訊，您的公司醫療福利主管或回答您有關承保問題的辦公室可以協助您。

6. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

您或您的配偶是否有其他可承保醫療服務的醫療保險？

(例如：其他僱主團體承保、LTD 承保、工傷賠償、汽車險或退伍軍人福利)

如果答「是」，請填寫下列資訊：

 是 否

醫療保險公司的名稱 _____

投保人姓名 _____

團體編號 _____

會員卡號碼 _____

生效日期 (如適用)

MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 1

本頁刻意留空。

7. 您是否有其他可承保處方配藥的保險？ 是 否

(例如：其他私營保險、軍人醫療保險計劃 (TRICARE)、聯邦員工承保、退伍軍人管理局 (VA) 福利或州政府方案。)

如果答「是」，是哪種保險？

其他保險的名稱

會員卡號碼

團體編號

計劃開始日期

MM/DD/YYYY

8. 請提供您的主治醫生 (PCP) 姓名、診所或健康中心名稱。

計劃網站或最新的醫療護理提供者名冊找到名單。

醫療護理提供者或主治醫生全名

電話號碼 () -

醫療護理提供者 / 主治醫生編號：

(請填寫與網站或最新的醫療護理提供者名冊所列完全相同的編號。此編號有 10 至 12 位數，請勿包括破折號。)

您現在是否在看此醫生或最近是否看過此醫生？

是 否

請閱讀並簽名。

本人填寫此表格即代表同意下列內容：

- 這是聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃。此計劃與聯邦政府簽有合約。這不是聯邦醫療保險輔助保險計劃。
- 本人必須維持聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份。本人必須繼續支付 B 部份保費 (若有)，除非醫療補助或其他人支付該保費。
- 本人一次只能參加一項聯邦醫療保險健保計劃或處方配藥計劃。如果本人是其他聯邦醫療保險健保計劃或處方配藥計劃的會員，加入本計劃時，本人將會喪失該其他計劃。
- 如果本人現在有處方配藥承保，或之後從其他地方取得，本人會通知計劃。
- 本人可能必須支付延遲參加註冊罰款 (LEP)。只有本人剛符合聯邦醫療保險資格時沒有登記並維持可替代處方配藥承保時，才必須支付此罰款。
「可替代」是指承保和聯邦醫療保險處方配藥計劃一樣好。如果本人需要支付 LEP，計劃會通知本人。
- 本人瞭解，加入計劃的時間是一整個日曆年度。如果本人想要變更計劃，必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日聯邦醫療保險 Medicare Advantage 以及聯邦醫療保險處方配藥承保的開放註冊期做變更。可能有特殊情況可讓本人在其他時間退出計劃。

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 1

本頁刻意留空。

- 本計劃在特定地區提供承保。如果本人打算搬離本地區，就會致電本人的計劃以轉換到新遷入地區的計劃。本人在國外時，聯邦醫療保險可能不會提供承保。不過，本人在美國邊境附近可取得部份有限承保。
- 本人會收到承保證書 (EOC)。(承保證書也稱為會員合約或投保人協議。)承保證書會列出計劃承保的服務，以及計劃的條款與條件。計劃會承保其核准的服務，以及承保證書列出的服務。如果服務沒有列在承保證書中或未經計劃核准，聯邦醫療保險和計劃都不會付款。如果本人不同意計劃承保護理的方式，本人有權提出上訴。
- 本人瞭解，本人必須向計劃網絡內的醫生或醫療護理提供者取得醫療保險承保。如需急診或緊急護理服務或地區外洗腎服務，本人可向任何醫生或醫院求診。
- 如果本人目前擁有聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)，本人將以書面方式取消。本人 (而不是營業代表) 必須取消。本人將在新計劃通知已接受本人後進行取消。
- 如因治療、付款和醫療護理作業所需，本人的計劃會向聯邦醫療保險提供本人的資訊。這可包括本人的處方配藥資訊。聯邦醫療保險使用這些資訊瞭解本人護理獲得處理或帳單收費的方式。其他計劃可能需要本人的資訊才能幫助本人支付護理費用。聯邦醫療保險也可能提供本人的資訊供研究和其他目的之用。會遵循所有保護本人隱私的聯邦法律和規則。
- 如果本人從營業代表、經紀人或與計劃簽有合約的其他人得到協助，計劃可能因相關協助向該人士付款。
- 盡本人所知，本表格上的資訊正確無誤。本人瞭解，如果在本表格填寫本人已知並非真實的資訊，本人將會喪失計劃。

本人於下簽名即表示已閱讀並瞭解本表格上的資訊。

如果本人以授權代表身份簽名，表示按州法律規定，本人有合法權利可簽名。如果聯邦醫療保險要求，本人可提供此權利的書面證明。

申請人 / 會員 / 授權代表簽名

今天日期 MM/DD/YYYY

如果您是授權代表，請於上方簽名並填寫下列資訊。

姓氏	名字	
地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼 () -	和申請人的關係	

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

本頁刻意留空。

僅限持照營業代表 / 代理機構使用。

- 新會員
 計劃變更

僱主團體名稱

僱主團體編號

分公司編號

持照營業代表 / 識別編號

最初收件日期

MM/DD/YYYY

持照營業代表 / 代理人姓名

建議生效日期

MM/DD/YYYY

持照營業代表電話號碼 () -

本申請案件最初是來自？

- 全國零售 / 購物中心計劃 當地活動外展服務 當地企業對企業外展服務 其他
 會員會議 社區會議 Walmart 方案

本申請以何種方式繳交？ 當面 其他 郵寄**營業代表必須填寫**

- AEP SEP (慢性病) IEP (符合第二個 IEP 資格的 MA-PD 計劃參加者)
 OEPI IEP (MA-PD 計劃參加者) SEP (部份雙重資格)
 ICEP (MA 計劃參加者) SEP (完全雙重資格)
 SEP (SEP 原因) _____

 SEP 資格日期 MM/DD/YYYY**持照營業代表簽名 (必填)**

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare® Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 1

本頁刻意留空。

2018 註冊申請表

如果您需要此資訊其他語言或形式 (盲人點字) 的版本，請聯絡本計劃。

聯合健康保險 (UnitedHealthcare) Dual Complete (HMO SNP) H4514-001 - UDC

從這裡新聞

本計劃是專為同時擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的民眾設計。我們可能需要與您聯絡，要求您提供資格證明。

這是一種管理式醫療保險機構 (HMO) 計劃。這種計劃設有一個醫生、專科醫生、醫院和其他醫療護理提供者網絡，您必須使用該網絡。

您的相關資訊。

請打字或用黑色或藍色墨水筆以正楷填寫。

<input type="checkbox"/> 先生	姓氏	名字	中間名首字母
<input type="checkbox"/> 太太			
<input type="checkbox"/> 女士			

出生日期 MM/DD/YYYY	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
-----------------	--

主要電話號碼 () -	其他電話號碼 () -
--------------	--------------

社會安全號碼 (參加註冊 D-SNP 計劃的民眾必填) : - -

永久居住地址 (請勿填寫郵政信箱)

城市	郡	州	郵遞區號
----	---	---	------

郵寄地址 (與以上地址不同時才需要填寫。您可以提供郵政信箱。)

城市	郡	州	郵遞區號
----	---	---	------

電子郵件地址

計劃參加者姓名 _____
 營業代表姓名 / 識別號碼 _____

從這裡新聞

本頁刻意留空。

您的聯邦醫療保險相關資訊。

請拿出您的紅、白、藍聯邦醫療保險卡來填寫這個部份。

- 請填寫與您聯邦醫療保險卡上所列相同的 姓名 (同聯邦醫療保險會員卡上所列) 資訊。

-或-

- 附上您的聯邦醫療保險卡或社會安全局或鐵路退休委員會來函的影本。

聯邦醫療保險編號：_____

符合資格取得 _____ 生效日期 _____

醫院 (A 部份) _____

醫療 (B 部份) _____

您必須享有聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份，才能加入聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃。

如果您的計劃有保費，您想用甚麼方式支付？

如果您必須支付計劃月費 (包括任何您可能需要支付的延遲參加註冊罰款)，您可以透過郵寄方式支付，或透過電子轉帳 (EFT) 從您的銀行帳戶支付。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路退休委員會福利支票自動扣款方式支付保費。

如果您須支付延遲參加註冊罰款 (LEP)，請選擇您想要的付款方式。

如果您沒有選擇任何方式，我們每個月都會寄帳單到您的通訊地址。

 本人想從銀行帳戶直接付款。

- 請附一張您想用的帳戶開立的空白支票。在正面寫上「VOID」(作廢)。請勿寄送存款單或匯票。
- 請閱讀下方聲明。

本人的銀行可能會向聯合健康保險公司 (紐約居民則是聯合健康保險紐約公司 (UnitedHealthcare Insurance Company of New York, UHIC)) 支付本人的計劃保費。本人的銀行每個月都會在 5 號左右從本人的支票帳戶或儲蓄帳戶支付款項。收費可能包括最多 \$200 的目前追溯收費，再加月費金額。如果本人選擇停止直接從帳戶付款，本人會同時通知 UHIC 和銀行。本人會給他們合理的時間變更本人的付款方法。

帳戶類型 支票 儲蓄

帳戶持有人姓名 _____

銀行代碼

銀行帳號

簽名 _____ 日期 _____

 本人想從本人的社會安全或鐵路退休委員會 (RRB) 支票付款。

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 2

本頁刻意留空。

本人每個月從以下來源取得福利： 社會安全局 RRB

我們會進行設定。可能需要幾個月的時間才能開始支付，因此第一次付款可能包括不只一次保費。大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受您的自動扣款要求，第一次從您的社會安全或 RRB 福利支票扣除的款項會包括：從您參加註冊生效日期開始一直到開始扣款為止應繳的全部保費。如果社會安全局或 RRB 不核准您的自動扣款要求或設定有所延遲，我們便會把月費的帳單寄給您。

本人想用郵寄方式付款。

我們每個月都會寄帳單到您的通訊地址，或如果您登記透過電子方式遞送，您將會收到電子郵件通知。

與您費用相關的幾個注意事項。

如果您必須支付 D 部份收入相關月調整金額 (D 部份 IRMAA)

社會安全局 (SS) 辦公室會寄信問您要如何付款：

- 您可以從您的 SS 支票支付
- 聯邦醫療保險可以寄帳單給您
- 鐵路退休委員會 (RRB) 可以寄帳單給您

現在請不要向本計劃支付 D 部份 IRMAA。

需要幫助您支付處方配藥費用？

如果您的收入有限，您也許能取得處方配藥費用的額外補助 (Extra Help)。

如果您符合資格，聯邦醫療保險可以為您支付 75% 或更多的費用，包括處方配藥月費、年度自付扣除金和共同保險。此外，您不會有承保缺口或延遲參加註冊罰款。很多人都符合資格可以節省這些費用，但卻不曉得。

如果您符合資格可取得聯邦醫療保險處方配藥承保費用的額外補助，聯邦醫療保險會為您支付全部或部份計劃保費。如果聯邦醫療保險只為您支付一部份保費，我們便會把聯邦醫療保險不承保金額的帳單寄給您。

如需更多有關此額外補助的資訊，請聯絡您當地的社會安全局辦公室，或請致電社會安全局，電話 1-800-772-1213。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-800-325-0778。您也可以在网上申請額外補助，網址是 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。

幫助我們管理您的計劃的幾個問題。

1. 您是否偏好其他語言或形式版本的計劃資訊？

是 否

請勾選您想要的選項： 西班牙文 其他_____

如果您看不到您想要的語言或形式版本，請撥打我們的免付費電話 1-888-834-3721，聽力語言殘障服務專線 711，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。或前往 www.UHCCommunityPlan.com，在网上尋求協助。

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

複本 2

本頁刻意留空。

2. 您是否有末期腎病？ 是 否

如果您已成功移植腎臟和 / 或不再需要定期洗腎，請附醫生提供的紀錄或病歷，證明您已成功移植腎臟或不需要洗腎，否則，我們可能需要與您聯絡取得其他資訊。

如果答「是」，您目前是否為醫療保險公司的會員？

 是 否

公司名稱 _____

會員卡號碼 _____

3. 您是否有參加註冊州政府醫療補助方案？ 是 否

如果答「是」，請提供您的醫療補助號碼：_____

4. 您是否住在療養院或長期護理設施？ 是 否

如果答「是」，請提供該長期護理設施的資訊：

名稱 _____

地址 _____

城市 _____

州 _____

郵遞區號 _____

電話號碼 () - _____

您遷入的日期 MM/DD/YYYY

5. 您現在是否有僱主或工會的醫療保險？ 是 否

如果答「是」，您加入本計劃可能會喪失該保險。請洽詢您的僱主或工會。詢問加入本計劃對您目前的計劃可能有何影響。建議您也查詢僱主或工會網站，或閱讀任何已寄給您的資訊。如果都沒有任何聯絡人的資訊，您的公司醫療福利主管或回答您有關承保問題的辦公室可以協助您。

6. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

您或您的配偶是否有其他可承保醫療服務的醫療保險？

(例如：其他僱主團體承保、LTD 承保、工傷賠償、汽車險或退伍軍人福利)

如果答「是」，請填寫下列資訊：

 是 否

醫療保險公司的名稱 _____

投保人姓名 _____

團體編號 _____

會員卡號碼 _____

生效日期 (如適用)

MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

本頁刻意留空。

從這裡撕開

7. 您是否有其他可承保處方配藥的保險？

□ 是 □ 否

(例如：其他私營保險、軍人醫療保險計劃 (TRICARE)、聯邦員工承保、退伍軍人管理局 (VA) 福利或州政府方案。)


如果答「是」，是哪種保險？

其他保險的名稱 _____

會員卡號碼	團體編號	計劃開始日期 MM/DD/YYYY
-------	------	----------------------

8. 請提供您的主治醫生 (PCP) 姓名、診所或健康中心名稱。

計劃網站或最新的醫療護理提供者名冊找到名單。

醫療護理提供者或主治醫生全名	電話號碼 () -
醫療護理提供者 / 主治醫生編號： 	(請填寫與網站或最新的醫療護理提供者名冊所列完全相同的編號。此編號有 10 至 12 位數，請勿包括破折號。)
您現在是否在看此醫生或最近是否看過此醫生？ □ 是 □ 否	

請閱讀並簽名。

本人填寫此表格即代表同意下列內容：

- 這是聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃。此計劃與聯邦政府簽有合約。這不是聯邦醫療保險輔助保險計劃。
- 本人必須維持聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份。本人必須繼續支付 B 部份保費 (若有)，除非醫療補助或其他人支付該保費。
- 本人一次只能參加一項聯邦醫療保險健保計劃或處方配藥計劃。如果本人是其他聯邦醫療保險健保計劃或處方配藥計劃的會員，加入本計劃時，本人將會喪失該其他計劃。
- 如果本人現在有處方配藥承保，或之後從其他地方取得，本人會通知計劃。
- 本人可能必須支付延遲參加註冊罰款 (LEP)。只有本人剛符合聯邦醫療保險資格時沒有登記並維持可替代處方配藥承保時，才必須支付此罰款。
「可替代」是指承保和聯邦醫療保險處方配藥計劃一樣好。如果本人需要支付 LEP，計劃會通知本人。
- 本人瞭解，加入計劃的時間是一整個日曆年度。如果本人想要變更計劃，必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日聯邦醫療保險 Medicare Advantage 以及聯邦醫療保險處方配藥承保的開放註冊期做變更。可能有特殊情況可讓本人在其他時間退出計劃。

從這裡撕開

計劃參加者姓名 _____
 Y0066_170518_150157CT CSTX18HM4091817_000

複本 2

本頁刻意留空。

- 本計劃在特定地區提供承保。如果本人打算搬離本地區，就會致電本人的計劃以轉換到新遷入地區的計劃。本人在國外時，聯邦醫療保險可能不會提供承保。不過，本人在美國邊境附近可取得部份有限承保。
- 本人會收到承保證書 (EOC)。(承保證書也稱為會員合約或投保人協議。)承保證書會列出計劃承保的服務，以及計劃的條款與條件。計劃會承保其核准的服務，以及承保證書列出的服務。如果服務沒有列在承保證書中或未經計劃核准，聯邦醫療保險和計劃都不會付款。如果本人不同意計劃承保護理的方式，本人有權提出上訴。
- 本人瞭解，本人必須向計劃網絡內的醫生或醫療護理提供者取得醫療保險承保。如需急診或緊急護理服務或地區外洗腎服務，本人可向任何醫生或醫院求診。
- 如果本人目前擁有聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)，本人將以書面方式取消。本人(而不是營業代表)必須取消。本人將在新計劃通知已接受本人後進行取消。
- 如因治療、付款和醫療護理作業所需，本人的計劃會向聯邦醫療保險提供本人的資訊。這可包括本人的處方配藥資訊。聯邦醫療保險使用這些資訊瞭解本人護理獲得處理或帳單收費的方式。其他計劃可能需要本人的資訊才能幫助本人支付護理費用。聯邦醫療保險也可能提供本人的資訊供研究和其他目的之用。會遵循所有保護本人隱私的聯邦法律和規則。
- 如果本人從營業代表、經紀人或與計劃簽有合約的其他人得到協助，計劃可能因相關協助向該人士付款。
- 盡本人所知，本表格上的資訊正確無誤。本人瞭解，如果在本表格填寫本人已知並非真實的資訊，本人將會喪失計劃。

本人於下簽名即表示已閱讀並瞭解本表格上的資訊。

如果本人以授權代表身份簽名，表示按州法律規定，本人有合法權利可簽名。如果聯邦醫療保險要求，本人可提供此權利的書面證明。

申請人 / 會員 / 授權代表簽名

今天日期 MM/DD/YYYY

如果您是授權代表，請於上方簽名並填寫下列資訊。

姓氏	名字	
地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼 () -	和申請人的關係	

計劃參加者姓名 _____

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

本頁刻意留空。

僅限持照營業代表 / 代理機構使用。

- 新會員
 計劃變更

僱主團體名稱

僱主團體編號

分公司編號

持照營業代表 / 識別編號

最初收件日期

MM/DD/YYYY

持照營業代表 / 代理人姓名

建議生效日期

MM/DD/YYYY

持照營業代表電話號碼 () -

本申請案件最初是來自？

- 全國零售 / 購物中心計劃 當地活動外展服務 當地企業對企業外展服務 其他
 會員會議 社區會議 Walmart 方案

本申請以何種方式繳交？ 當面 其他 郵寄**營業代表必須填寫**

- AEP SEP (慢性病) IEP (符合第二個 IEP 資格的 MA-PD 計劃參加者)
 OEPI IEP (MA-PD 計劃參加者) SEP (部份雙重資格)
 ICEP (MA 計劃參加者) SEP (完全雙重資格)
 SEP (SEP 原因) _____

 SEP 資格日期 MM/DD/YYYY**持照營業代表簽名 (必填)**

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare® Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。

Y0066_170518_150157CT

CSTX18HM4091817_000

從這裡撕開

從這裡撕開

本頁刻意留空。



2018 計劃要點重述

從這裡撕開

我們想確定您曉得您選定的新計劃相關內容。



請與您的持照營業代表 (若適用) 一起填寫這份計劃要點重述。本文件會逐步向您說明部份計劃詳情，幫助您更瞭解新的計劃。



計劃資訊 以下是與您新計劃有關的部份詳情。

本人的新計劃是 (圈選一項)：

聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) D 部份計劃
聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)

本人的新計劃名稱是： _____

本人的計劃類型是 (請圈選)： HMO HMO-POS LPPO RPPO PFFS

本人的計劃類型： 需要轉介 不需要轉介

本人的計劃將提供：

所有本人的聯邦醫療保險醫療承保 所有本人的聯邦醫療保險處方配藥承保

本人已購買本計劃附約： 是 否 不適用

本人的計劃承保始於 (生效日期)： _____

本人可在本承保開始前致電客戶服務部，電話 _____，即可取消參加註冊本計劃。本人承保開始後，除非符合資格可取得特別註冊期，否則可能必須等到開放註冊期才能進行計劃變更。

本人必須住在計劃的服務地區內，也就是： _____。

如果本人搬到計劃的服務地區外連續超過 6 個月，本人必須重新選擇計劃。

圈選正確的答案：

本人**應該 / 不應該**同時擁有聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃和獨立的聯邦醫療保險 D 部份計劃。(有一個例外情況：不含處方配藥承保的聯邦醫療保險 Medicare Advantage 私營按服務收費計劃。)



保費資訊 您必須曉得的計劃月費付款資訊。

本人的計劃月費是 \$ _____，必須支付此金額才能繼續留在本計劃。此外，本人必須持續參加註冊聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份，且必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份保費，除非州政府或其他第三方為本人支付。

如果本人應支付延遲參加註冊罰款 (LEP)，這不包括在保費中。本人必須將此罰款加到每個月的保費中。

從這裡撕開

複本 1



網絡資訊 瞭解您的網絡很重要。

醫療護理提供者姓名	醫療護理提供者 類型 (主治醫生 / 專科 醫生)	網絡 (是 / 否)	轉介 (是 / 否)

圈選正確的答案：本人必須從網絡 / 網絡外醫療護理提供者取得護理和服務。本人可能必須要為網絡 / 網絡外醫療護理提供者提供的任何護理支付全額費用。但如果本人需要急診護理、緊急護理或地區外洗腎，無論在哪裡，只要本人有需要都屬於承保範圍。



處方配藥承保 曉得哪些項目屬於您處方配藥計劃的承保範圍。

藥物	藥物層次 ¹	有限制 ² (是 / 否)	自付扣除金 (是 / 否)

¹ 本人的實際自付費用可能因本人所處的藥物付款階段、本人的藥物層次級別和使用的藥房 (零售 / 郵購) 而有不同。

² 如果藥物有限制，本人可能必須先聯絡本計劃，然後才能購買處方配藥。



聯絡您的持照營業代表。

如果本人對計劃有任何疑問，可撥打持照營業代表電話 _____
或計劃客戶服務部電話 _____。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

Y0066_170615_090734CT

UHEX18HM4095620_000



2018 計劃要點重述

從這裡撕開

我們想確定您曉得您選定的新計劃相關內容。



請與您的持照營業代表 (若適用) 一起填寫這份計劃要點重述。本文件會逐步向您說明部份計劃詳情，幫助您更瞭解新的計劃。



計劃資訊 以下是與您新計劃有關的部份詳情。

本人的新計劃是 (圈選一項)：

聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) D 部份計劃
聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)

本人的新計劃名稱是： _____

本人的計劃類型是 (請圈選)： HMO HMO-POS LPPO RPPO PFFS

本人的計劃類型： 需要轉介 不需要轉介

本人的計劃將提供：

所有本人的聯邦醫療保險醫療承保 所有本人的聯邦醫療保險處方配藥承保

本人已購買本計劃附約： 是 否 不適用

本人的計劃承保始於 (生效日期)： _____

本人可在本承保開始前致電客戶服務部，電話 _____，即可取消參加註冊本計劃。本人承保開始後，除非符合資格可取得特別註冊期，否則可能必須等到開放註冊期才能進行計劃變更。

本人必須住在計劃的服務地區內，也就是： _____。

如果本人搬到計劃的服務地區外連續超過 6 個月，本人必須重新選擇計劃。

圈選正確的答案：

本人**應該 / 不應該**同時擁有聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃和獨立的聯邦醫療保險 D 部份計劃。(有一個例外情況：不含處方配藥承保的聯邦醫療保險 Medicare Advantage 私營按服務收費計劃。)



保費資訊 您必須曉得的計劃月費付款資訊。

本人的計劃月費是 \$ _____，必須支付此金額才能繼續留在本計劃。此外，本人必須持續參加註冊聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份，且必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份保費，除非州政府或其他第三方為本人支付。

如果本人應支付延遲參加註冊罰款 (LEP)，這不包括在保費中。本人必須將此罰款加到每個月的保費中。

從這裡撕開

複本 2



網絡資訊 瞭解您的網絡很重要。

醫療護理提供者姓名	醫療護理提供者 類型 (主治醫生 / 專科 醫生)	網絡 (是 / 否)	轉介 (是 / 否)

圈選正確的答案：本人必須從網絡 / 網絡外醫療護理提供者取得護理和服務。本人可能必須要為網絡 / 網絡外醫療護理提供者提供的任何護理支付全額費用。但如果本人需要急診護理、緊急護理或地區外洗腎，無論在哪裡，只要本人有需要都屬於承保範圍。



處方配藥承保 曉得哪些項目屬於您處方配藥計劃的承保範圍。

藥物	藥物層次 ¹	有限制 ² (是 / 否)	自付扣除金 (是 / 否)

¹ 本人的實際自付費用可能因本人所處的藥物付款階段、本人的藥物層次級別和使用的藥房 (零售 / 郵購) 而有不同。

² 如果藥物有限制，本人可能必須先聯絡本計劃，然後才能購買處方配藥。



聯絡您的持照營業代表。

如果本人對計劃有任何疑問，可撥打持照營業代表電話 _____
或計劃客戶服務部電話 _____。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

Y0066_170615_090734CT

UHEX18HM4095620_000

2018 年參加註冊收據

透過持照營業代表參加註冊時應填寫。

請使用本收據作為您的臨時承保證明，直到聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 確認您已參加註冊，而且您收到您的會員卡。本收據不是參加註冊的保證。

該複本僅供您留存之用，請勿重複送件參加註冊。

從這裡撕開

申請人 1：	申請人 2 (如適用)：
姓名	姓名
申請日期 MM / DD / YYYY	申請日期 MM / DD / YYYY
建議生效日期 MM / DD / YYYY	建議生效日期 MM / DD / YYYY
計劃名稱	計劃名稱
計劃類型	計劃類型
健保計劃 / PBP 編號	健保計劃 / PBP 編號
參加註冊追蹤號碼 (如適用)	參加註冊追蹤號碼 (如適用)

如果您有任何疑問，請致電聯絡您的持照營業代表：

持照營業代表姓名和識別號碼

持照營業代表電話號碼

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

RxBIN: 610097
 Rx PCN: 9999
 RxGRP: MPDCSP

從這裡撕開

我們始終在此協助您。如果您有任何疑問，您可以撥打客戶服務部免付費電話 **1-888-834-3721**，聽力語言殘障服務專線 **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

重要提醒 - 您有聯邦醫療保險 Medicare Advantage 計劃時就不需要聯邦醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)。如果您目前有聯邦醫療保險輔助保險計劃，您可以聯絡保險公司取消該計劃。

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare® Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

Y0066_170619_131935CT

CSTX18HM4093908_001

準備參加註冊

備註

備註

備註

這是接下來 幾個步驟

保健是一種歷程，每個人都能運用資源來達成目的。
因此，我們會在過程中隨時給予協助。



從這裡展開

您在這裡



提交註冊
申請表



確認函
我們收到您的
申請。



歡迎函和會員卡
好消息 - 您的
申請已經獲准。



入門指引手冊和
計劃詳情
瞭解如何充分
利用您的計劃。



您的計劃
承保開始
您可以開始
使用計劃。

為充分利用您的計劃做好準備

以下幾件事會在您的計劃承保開始後進行。我們會與您聯絡，幫助您開始進行下列事項：



預約年度身體檢查和健康檢查。預防護理是過更健康的生活很重要的一個步驟。請在您的計劃承保開始後打電話預約檢查時間。



完成您的健康評估。在您的承保開始後，透過電話或郵件回答幾個簡短的問題，幫助我們為您提供方案和服務。



利用每年一次的 UnitedHealthcare® 聯合健康保險 HouseCalls 探視。進一步瞭解這項由進階執業臨床醫生提供的家庭臨床探視，作為您主治醫生護理的輔助，請瀏覽 UHHouseCalls.com。



瞭解並註冊處方配藥遞送到府。在您的承保開始後，註冊將您的藥物 90 天藥量郵寄到家裡，不僅便利，還能省下更多費用。

感謝您選擇 UnitedHealthcare® 聯合健康保險。

收到郵寄給您的會員卡時，如有任何疑問請撥打背面的電話號碼。

從這裡展開

有疑問？我們在此協助您。



如需額外資訊，請聯絡本計劃或您的持照營業代表。



1-888-834-3721，聽力語言殘障服務專線 **711**
每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時



詳情請瀏覽
www.UHCCommunityPlan.com

計劃透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的 Medicare Advantage 組織，且是聯邦醫療保險核准之 D 部份贊助商。參加註冊這些計劃視計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。