

老年保健产品

本章将讨论老年健康产品，包括政府资助的医疗保险和 Medi-Cal 计划。您还将了解健康保险咨询和宣传计划 (HICAP)、其运作方式和服务对象。在本章结束时，您应该能够解释老年健康产品之间的区别，包括资格要求、基本福利和提供的服务。本章内容详尽。为了记住本章的所有信息，您可以想象不同的情景，并自测每种保单的承保范围。

TERMS TO KNOW

Benefit period - 根据保单支付保险金的期间

Cost-sharing - 投保人和保险公司通过免赔额、共付额和共同保险分摊费用

Enrollee - 参加医疗保险计划的人、被保险人（不包括被保险人的家属）

HMO - 健康维护组织：一种预付费医疗服务计划，其中指定的医疗服务提供者与健康维护组织签订合同，并侧重于预防性保健

Network provider - 与其他医疗服务提供者签订合同安排向网络用户提供医疗服务的医疗服务提供者

Outline of coverage - 所有健康保险保单中都要求提供的文件，该文件向申请人提供全面的承保信息

A. 医疗保险

Educational Objective:

III.D.1.关于医疗保险，能够

- 说明原始医疗保险和医疗补助优势
- 确定哪些人有资格获得保险

1. Nature, Financing, and Administration

医疗保险由美国卫生与公众服务部下属的医疗保险与医疗补助服务中心（CMS）管理。医疗保险分为 4 个部分：

- Part A (Hospital Insurance)** 其资金来源是工资税（FICA）的一部分；
Part B (Medical Insurance)

2. 其资金来源是投保人每月缴纳的保费和联邦政府的一般收入；

3. Part C (Medicare Advantage)允许人们通过现有的提供者组织获得所有的医疗保健服务以及
Part D (Prescription Drugs)

4. 是处方药保险。

但请注意，Original Medicare 仅指 A 部分--医院保险和 B 部分--医疗保险。它涵盖接受联邦医疗保险病人的任何医生、医疗服务提供者、医院或机构提供的医疗服务。它通常不包括处方药。原始聯邦醫療保險不要求病人選擇主治醫生，也不要求轉介專科醫生，只要專科醫生已加入聯邦醫療保險即可。

Know This! A 部分是医院保险；B 部分是医疗保险。

2. Eligibility

医疗保险（Medicare）是一项联邦医疗费用保险计划，适用于**age 65** 及以上的人群，即使个人仍在工作。任何人都可以享受医疗保险福利，**regardless of age**，但必须已享受社会保障残疾收入福利满 2 年或患有永久性肾衰竭（终末期肾病 - ESRD）。

年龄在 65 岁或以上的新绿卡持有者（永久居民）或从未在美国工作过的美国新移民可能无法立即享受医疗保险。如果他们不符合享受免费医疗保险的条件，只要满足以下资格要求，仍然可以购买医疗保险：

- 65 岁或以上；
- 最近通过入籍成为美国公民，但尚未工作足够的季度以享受社会保险；以及
- 合法入境的外国人（绿卡持有者），他们在美国长期居住 **for 5 years** 或更长时间，但没有资格享受社会保障福利。

虽然个人在年满 65 岁时才有资格享受医疗保险，但联邦法律将雇主计划中的主要承保福利延伸至在职的老年雇员，无论其年龄如何。换句话说，雇主计划通常仍然是**primary** 保险，而医疗保险是**secondary** 保险。

Medicare is not part of the Health Insurance Marketplace该市场是《平价医疗法案》的重要组成部分，允许符合条件的个人、家庭和小企业员工获得医疗保险。当一个人被认为符合联邦医疗保险 A 部分的条件时，他将没有资格获得市场税收抵免以帮助支付保费或减少费用分摊。投保人可以在联邦医疗保险开始后保留市场计划；但是，通过市场计划获得的任何保费税收抵免和费用分摊减免都将停止。

3. Enrollment Periods

Initial enrollment period (IEP)是指个人可以加入医疗保险 B 部分计划的 7 个月期间，通常从个人年满 65 岁的月份前 3 个月开始，到生日月份后 3 个月结束。

如果某人在初始投保期结束后投保医疗保险，则可能需要支付逾期投保罚金。

General Enrollment period从每年的 1 月 1 日到 3 月 31 日。在首次符合资格时未加入联邦医疗保险 B 部分的个人可在此注册期内加入。但是，在个人本可参加 Medicare B 部分但未参加的每 12 个月期间，Medicare B 部分的费用将上涨 10%。只要参保人拥有 B 部分，每次支付保费时都必须支付该罚金（终身罚金）。此外，个人未参加 B 部分保险的时间越长，罚款金额越高。

任何符合联邦医疗保险资格的人也可以购买联邦医疗保险补充保险，并为这些额外福利支付必要的保费。根据 OBRA，Medicare 补充保险不得因申请人的健康状况、理赔经历、接受保健服务的情况或医疗条件而在定价方面实行歧视或予以拒绝。**open enrollment** 期是一个 **6-month period**，它保证申请人在首次签署联邦医疗保险 B 部分后有权购买 Medigap。实质上，要购买 Medigap 保单，申请人一般必须同时拥有联邦医疗保险 A 部分和 B 部分。

聯邦醫療保險補充保單不能用於支付聯邦醫療保險優良計劃（C 部分）的共付額、自付額或保費。此外，保險公司不得向任何已加入醫療補助計劃的人員出售醫療保險補充保險。

Special enrollment period (SEP) 适用于根据年龄有资格加入联邦医疗保险 B 部分，但因其本人或配偶的雇主有团体医疗保险而未加入的个人。这些人可以在团体健康计划仍然承保的情况下随时注册 B 部分，也可以在团体计划终止或就业终止后的 8 个月内（以先到者为准）注册。

4. Part A - Hospital Insurance

Educational Objective:

III.D.1.c.关于医疗保险 A 部分，能够识别：

- i. 住院保险（不包括内科医生或外科医生费用）
- ii. 津贴期
- iii. 住院免赔额
- iv. 住院 61 天至 90 天以及 60 天终生备用天数的共付额
- v. 住院后的家庭护理和临终关怀可能会得到赔付
- vi. 精神疾病住院终生限额

Medicare Part A帮助支付住院护理、专业护理机构的住院护理、家庭医疗护理和临

终关怀护理的费用。

Individual Eligibility Requirements

符合以下条件之一的个人有资格获得医疗保险 A 部分的医院承保：

- 美国公民或合法居民，年龄在 65 岁或以上，有资格享受社会保险或铁路退休福利；
- 年满 65 岁或以上，有权根据配偶的工作记录领取每月社会保障福利金，且配偶至少年满 62 岁；
- 年龄小于 65 岁，但有资格领取社会保障残疾津贴达 24 个月 - 残疾；
- 患有终末期肾病（ESRD）--永久性肾衰竭，需要透析或移植；和/或
- 患有 ALS（肌萎缩侧索硬化症或卢伽雷氏症）- 在开始领取残疾津贴的当月自动获得 A 部分的资格。

没有领取这些类型福利的个人需要注册 A 部分，即使他们有资格享受免保费的 A 部分。

此外，如果受益人不属于社会保障 "fullyinsured"，即没有获得40 quarters 的保险（相当于工作 10 年），因此有权领取社会保障退休、免保费的医疗保险 A 部分和遗属津贴，则需要每月缴纳 A 部分保费。如果受益人缴纳的医疗保险税少于 30 个季度，则标准 A 部分保费为 506 美元。如果缴纳的医疗保险税为 30-39 个季度，则标准 A 部分保费为 278 美元。

Enrollment

想加入联邦医疗保险 A 部分的人有以下三种选择：

- **Initial enrollment period:**个人首次获得医疗保险资格的时间（从 65 岁前 3 个月开始，到 65 岁生日后 3 个月结束）；
- **General enrollment period:**每年 1 月 1 日至 3 月 31 日；
- **Special enrollment period:**如果个人或其配偶仍受雇于集体医疗保险计划，则可在年度内的任何时间进行报销。

没有资格享受免保费 A 部分的人可以每月缴纳保费购买保险。如果个人未能在首次符合条件时注册 A 部分，每月保费可能会上涨 10%，除非该人符合特别注册期的条件。

Coverages and Cost-sharing Amounts

Inpatient Hospital Care

- 住院保险在任何给付期内为参保医院支付最多 90 天的费用，但有免赔额。在满足免赔额后，前 60 天按核准费用的 100%赔付。接下来的 30 天可以获得赔付，但需要支付每日共付额。每位 A 部分被保险人都 有 60 天的终生医院护理储备金。终生储备天数的共付额是第 61 天至第 90 天的两倍，且不可延期。承保服务包括半私家病房、膳食、常规护理服务、手术

和恢复室费用、麻醉、重症监护和冠状动脉护理的住院费用、药物、化验、x光、医疗用品、用具、康复服务以及与肾移植手术相关的准备服务。血液也在承保范围内，但头3品脱除外。

在住院期间，A 部分不包括私人护理、病房内的电视或电话。除非医疗必需，否则也不包括单人病房。此外，精神病院的住院精神健康护理在一生中不得超过 190 天。

六十（60）天未使用住院津贴将开始一个新的津贴期和新的免赔额。

Skilled Nursing Facility Care - 在因相关疾病住院 3 天后，A 部分将在每个福利期内为参与计划的专业护理机构支付最多 100 天的费用。要获得此类护理，被保险人的医生必须证明日常专业护理是必要的。承保费用包括半私人病房、膳食、常规护理和康复服务以及其他用品。

Home Health Care - 对于只能呆在家中并符合某些其他条件的个人，医院保险可支付参与计划的家庭医疗机构提供的家庭医疗服务的全部核定费用。承保的出诊次数不受限制。承保服务包括非全时专业护理、物理治疗和语言治疗。医院保险还承保家庭健康助理的非全时服务、职业治疗、医疗社会服务以及医疗用品和设备。

Hospice Care - 在某些情况下，如果临终关怀护理是由联邦医疗保险认证的临终关怀机构提供，医院保险可帮助支付身患绝症的参保人的临终关怀护理费用。承保服务包括医生服务、护理服务、医疗器械、用品（包括门诊止痛药物）、家庭健康助理、家政服务、治疗、医疗社会服务、短期住院护理（包括临时护理）和咨询。

Know This!聯邦醫療保險 A 部分不承保門診住院護理。这由联邦医疗保险 B 部分承保。

benefit period 自被保险人作为住院病人入住医院或专业护理机构时开始。当被保险人连续 60 天未接受任何住院治疗时，保障期结束。如果被保险人在一个保障期结束后前往医院或专业护理机构，则新的保障期开始。保险金给付期的次 deductible applies to each benefit period.

Medicare Part A: Hospital Insurance Covered Service Reference Chart

数不受限制；但是，住院治疗

BENEFITS MEDICARE PAYS YOU PAY

HOSPITALIZATION:

前 60 天除免赔额外的所有费用免赔额 第 61-90

天除每日免赔额外的所有费用每日免赔额

第 90 天后（最多 60 天）*除每日免赔额外的所有费用每日免赔额

终身储备日之后无所有费用

SKILLED NURSING FACILITY CARE:

前 20 天 批准金额的 100%无 第 21-100 天 除每日

免赔额外的所有费用 每日免赔额 超过 100 天后无

所有费用

HOME HEALTH CARE:

只要您符合以下条件 批准金额的 100%；无服务费； 20
医疗保险对家庭保健福利 耐用医疗设备批准金额 耐用医疗设备核准金
的要求。 的 80 额的百分比

HOSPICE CARE:

只要医生证明 门诊药物和住院临时护理的 门诊药物和住院临时护理的
需要 所有费用，但费用有限 有限费用分担

BLOOD:

如有医疗需要，不受 每个日历年除头 3 品脱外的所 前 3 品脱
限制 有品脱 **

* 60 个终身储备日。对于每个终身储备日，医疗保险支付除每日共同保险之外的所有承保费用。

** 在日历年内，医疗保险的一个部分支付或更换了三品脱血液。无需在另一部分项下支付或更换。

5. Part B - Medical Insurance

Educational Objective:

III.D.1.d.关于医疗保险 B 部分，能够识别：

- i. B 部分的注册情况
- ii. 所有受益人每月缴纳保费
- iii. 年度免赔额
- iv. 共同保险（一般为 80-20）
- v. 益处

Medicare Part B永久性肾衰竭患者的医疗费用由医疗保险支付。永久性肾衰竭患者所需的大多数服务只能由医疗保险支付。

Individual Eligibility Requirements

B 部分的资金来自每月保费和联邦政府的一般收入。大多数参加医疗保险 B 部分的人都要支付。**standard monthly premium**

但是，如果投保人在国税局报税表中报告的修改后调整后总收入超过一定数额，则可能需要支付更高的保费。

Enrollment

当您有资格加入 A 部分时，您会被告知，除非您拒绝加入，否则您将加入并必须支付 B 部分。如果您在最初拒绝后又决定要参加 B 部分，您必须等到下一个普通参保期（1 月 1 日至 3 月 31 日）再参保。

要知道，如果个人在 65 岁（如果患有 ESRD，则为 65 岁以下）、或其配偶、或残疾受抚养人的父母积极就业，而雇主保险是主要保险，则加入联邦医疗保险 B 部分可能是 **rejected or delayed**。

Coverages and Cost-sharing Amounts

在满足年度医疗保险免赔额后，医疗保险通常会支付该年度剩余时间内核准承保费用的 80%。B 部分费用的 20% 共同保险没有最高自付限额。

Doctor Services — B 部分承保医生服务，无论在美国何处就医。承保的医生服务包括手术服务、作为治疗一部分的诊断检测和 X 光检查、医生办公室提供的医疗用品以及办公室护士的服务。

Outpatient Hospital Services - B 部分承保因诊断和治疗而接受的医院门诊服务，如急诊室、门诊诊所或医院的护理。

Home Health Visits - 只要这些服务是由投保人的医生推荐的，并且投保人符合条件，医疗保险就会支付居家医疗服务的费用。

不过，这些服务是非全时提供的，每天的小时数和每周的天数都有限制。医疗保险 "不完全承保的服务将由 "医疗补助 "承保。

Other Medical and Health Services - 在某些条件或限制下，医疗保险承保其他医疗服务和用品。例如：救护车运送；家庭透析设备、用品、定期支持服务、独立实验室检测、口腔手术、门诊理疗、语言病理服务以及 X 光和放射治疗。

Prescription Drugs (limited coverage) - 只有在特定情况下在医院门诊部给药的药

物，如在医生办公室注射的药物、某些口服抗癌药物或需要持久治疗的药物。

医疗设备（如雾化器或输液泵）也在承保范围内。除上述例子外，B 部分的投保人需为大多数处方药支付 100% 的费用，除非 D 部分承保。

Outpatient Treatment of Mental Illness - 聯邦醫療保險承保在醫生診所、其他醫療服務提供者診所或醫院門診部接受核准病症（如抑鬱或焦慮）的門診治療。一般情况下，参保者需支付联邦医疗保险认可金额的 20%（共同保险）；B 部分自付额也适用。请注意，住院精神健康护理由 A 部分承保。

Yearly "wellness" visit —除了头 12 个月的 "欢迎加入联邦医疗保险" 预防性门诊外，联邦医疗保险 B 部分还包括年度 "健康" 门诊，在此期间，被保险人和医疗服务提供者可以制定或更新个性化的疾病预防计划。如果医生或其他合格的医疗服务提供者接受指派，则被保险人无需支付这些就诊费用。如果医生或医疗服务提供者在同一次就诊中进行了不在此预防福利范围内的额外检查或服务，则被保险人可能需要支付共同保险费，B 部分的免赔额也可能适用。

Exclusions

医疗保险 B 部分的医疗保险 **does not cover**：

- 私人护理；
- 每个给付期超过 100 天的专业护理院护理费用；
- 中级护理院护理；
- 医生收费超过医疗保险批准的金额；
- 大部分门诊处方药；
- 在美国境外接受的护理；
- 在家中接受的监护护理；
- 牙科护理（仅因意外造成的牙科费用除外）、整容手术、眼镜、助听器、矫形鞋、针灸费用；或
- 因战争或战争行为而产生的费用。

Claims Terminology and Other Key Terms

以下是适用于医疗保险的报销术语和其他关键术语：

- **Actual Charge** - 医生或供应商为某项服务或用品实际收取的费用。
- **Ambulatory Surgical Services** - 门诊中心提供的护理。这些是在中心进行的手术服务，与住院手术不同，不需要住院。
- **Approved Amount** - 聯邦醫療保險 B 部分承保服務的合理金額。
- **Assignment** — 医生或医疗供应商同意接受联邦医疗保险批准的金额作为承保 Carriers 的全额付款。
- **Coordination of Benefits** - 处理医生和供应商根据医疗保险提交的报销申请的组织。

Coinsurance

- - 医疗保险批准金额中由受益人负责支付的部分。
- Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility Services - 从参与医疗保险的综合门诊康复机构获得的门诊服务。

- **Deductible** - 在医疗保险开始支付承保服务费用之前，受益人必须首先承担 **Durable Medical Equipment**
- - 医疗设备，如氧气设备、轮椅以及医生开具的在家中使用的其他医疗必需设备。
- **Excess Charge** - 医疗保险批准的服务或用品金额与实际收费之间的差额
- **Intermediaries** - 处理医院、专业护理机构、家庭医疗机构、临终关怀机构和某些其他医疗服务提供者对个人的住院和门诊索赔的组织。
- **Limiting Charge** - 如果医生不接受指派，可向医疗保险受益人收取的承保服务 **Nonparticipating**。
- - 医生或供应商可选择是否接受每项索赔的转让。
- **Outpatient Physical and Occupational Therapy and Speech Pathology Services** - 由医生或治疗师处方的医疗必需的门诊物理和职业治疗或语言病理服务。
- **Pap Smear Screening** - 提供子宫颈抹片检查以筛查宫颈癌每两年一次。
- **Partial Hospitalization for Mental Health Treatment** - 门诊治疗计划
- **Participating Doctor or Suppliers** - 签署协议的医生和供应商成为 Medicare 会员。例如，他们事先同意接受所有医疗保险报销申请的转让。
- **Peer Review Organizations** - 由执业医师和其他医疗保健专业人员组成的团体，他们由政府支付报酬，负责审查为医疗保险病人提供的医疗服务。

Medicare Part B: Medical Insurance Covered Services Reference Chart

BENEFITS MEDICARE PAYS YOU PAY

MEDICAL EXPENSES:

医疗保险支付 医疗服务的费用	批准的 80	免赔额*，另加核准金额的 20%。
医院的	免赔额	数额和超出核定数额的有限收费

CLINICAL LABORATORY SERVICES:

如有医疗需要，不	一般为批准金额的 100	无服务费
----------	--------------	------

家庭保健福利 HEALTH CARE:

只要你满足 医疗保险要求	批准金额的 100%； 核准金额的 80	无服务费；20
家庭保健福利	耐用医疗设备	耐用医疗设备

OUTPATIENT HOSPITAL TREATMENT:

如有医疗需要，不	医疗保险根据医院成本向医 院支付费用	免赔额后账单金额的 20
----------	-----------------------	--------------

BLOOD:

如有医疗 需要，不 受限制	自付额之后，核定金额的 80%，从第 4 品脱开始计算	首 3 品脱加免赔额后额外品脱核 定金额的 20%**
---------------------	--------------------------------	--------------------------------

* 一旦您的承保服务费用达到指定金额，B 部分自付额将不适用于您在该年度剩余时间内接受的任何其他承保服务。

** 在該日曆年度內，三品脫血液中的任何一品脫血液已根據聯邦醫療保險的一部分支付或更換。无需在另一部分項下支付或更換。

Educational Objective:

III.D.1.f.对于联邦医疗保险 C 部分（联邦医疗保险优势计划），能够描述医疗机构提供的管理式医疗保险的相关内容：

- i. HMO 和 PPO 模式
- ii. 私人收费服务计划（PFFS）
- iii. 特殊需求计划（SNP）
- iv. 了解加入独立处方药计划 (PDP) 将自动终止加入联邦医疗保险优势计划
- v. 覆盖范围

2003 年《聯邦醫療保險現代化法案》將**Part C** 的名稱從 Medicare+Choice 改為 **Medicare Advantage**。聯邦醫療保險優良計劃必須承保原始聯邦醫療保險承保的所有服務，但安寧療護和符合資格的臨床研究中的某些護理除外。但是，c 部分计划的自付费用可能低于原始联邦医疗保险。它们还可能提供额外的承保范围，如视力、听力、牙科及其他健康和保健计划。

要**eligible** 投保聯邦醫療保險紅藍白卡特殊需求計劃，受益人必須同時投保聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分。聯邦醫療保險紅藍白卡特殊需求計劃是由核准的健康維護組織或優先提供者組織提供的聯邦醫療保險。许多 HMO 或 PPO 不收取超出 Medicare 支付范围的保费。HMO 或 PPO 对联邦医疗保险受保人的好处可能是不需要填写索赔表，几乎所有的医疗问题都有固定的费用承保，因此可以对医疗费用进行预算，而且 HMO 或 PPO 可以支付通常不在联邦医疗保险或联邦医疗保险补充保险承保范围内的服务，如处方、眼科检查、助听器或牙科护理。

大多数联邦医疗保险 HMO 要求通过该计划接受医疗服务，紧急情况除外。少数计划通过服务点计划提供更大的选择自由。

聯邦醫療保險**Private Fee-for-Service Plan** 是由私人保險公司提供的聯邦醫療保險優良計劃。联邦医疗保险每月向私营保险公司支付一定数额的费用，以提供医疗保险。保险公司决定参保者为所获得的服务支付多少费用。

聯邦醫療保險優良計劃（c 部分）的另一部分，**Special Needs Plans**，為特定人群提供更具針對性的專門醫療護理。这包括同时享有 "医疗保险 "和 "医疗补

助 "的人员、住在疗养院的人员或患有某些慢性疾病的人员。

Know This!医疗保险 C 部分通过私人医疗保险计划扩大了原始医疗保险福利。

7. Part D - Prescription Drug Benefit

Educational Objective:

III.D.1.g.对于医疗保险 D 部分，能够识别：

- i. 可选择注册
- ii. 保险费、免赔额和共付额
- iii. 入学时间
- iv. PDP 可以作为独立计划购买，也可以嵌入 Medicare Advantage 计划 (MAPD) 中购买
- v. 如果受益人参加了 A 部分和/或 B 部分，可以参加 PDP
- vi. 覆盖期
- vii. 保险公司必须制定并每年提交一份处方集

"(《Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) 于 2003 年 11 月通过。该法案实施了一项增加 **Part D** -处方药福利与标准的联邦医疗保险承保范围相同。 **optional coverage** 通过与联邦医疗保险签约的私人处方药计划 (PDP) 提供。要获得所提供的福利，受益人必须与所在地区提供该保险的计划签约，并且必须加入医疗保险 A 部分或 A 部分和 B 部分。医疗补助计划的受益人将自动加入该计划。

如果医疗保险受益人在首次符合条件时没有参保，他们必须为每一个月的延迟参保支付 1%的罚款。

医疗保险受益人可以选择 **stand-alone plans** 以收费服务方式提供保险的计划，或 **integrated plans** 综合保险，包括 PPO 和 HMO（称为 Medicare Advantage）。

私营公司提供的计划受到医疗保险规定的一些标准的限制，但仍可自由制定个性化计划。供应商必须承保某些类别的药物，但不必承保每个类别中的每种药物。

注册标准处方药福利计划的人将需要缴纳月保费和自付额。月保费因计划而异。支付自付额后，该计划将提供处方药费用保险，直至达到福利限额。根据标准药物福利，一旦受益人及其计划的药物费用合计达到 4,660 美元（包括免赔额），受益人一般将支付不超过 25% 的处方药费用，直到其自付费用达到 7,400 美元（2023 年）为止。

一旦受益人的自付费用达到限额，**catastrophic coverage**。重大疾病保险将支付

95% 的处方药费用。在大多数情况下，受益人在全年剩余时间内支付的承保药物费用不超过 5%。

低收入者可获得额外援助。这些受益人不会出现保险缺口。

Know This!达到初始赔付限额后，处方药福利计划将支付所有非专利药和品牌药费用的 75%。

所谓 "**可抵扣保险**"是指个人过去拥有的医疗保险，在申请新保险时可享有某些权利。

includes, 但不限于以下任何一项：

- 由任何医疗服务计划、保险公司或实体签发或管理的任何个人或团体保单或证书提供的承保；
- 医疗保险 A 部分或 B 部分以及医疗补助计划的承保范围；
- 州健康福利风险池的承保范围；或
- 联邦雇员医疗福利计划下的医疗计划。

贷记保险 does not include:

- 仅承保意外或伤残收入保险；
- 作为责任保险的补充承保；
- 工人赔偿；
- 纯信用保险；或
- 其他类似保险，其中医疗保险金是次要的或附带的。

作为单独保单提供的联邦医疗保险补充医疗保险不被视为可抵扣的保险。

可抵扣处方药保险是指预期支付的费用至少与联邦医疗保险的标准处方药保险相同的保险。符合聯邦醫療保險資格時擁有可抵扣處方藥保險的個人，如果日後決定投保聯邦醫療保險 D 部分，通常可以保留該保險而無需支付罰金。

如果个人有以下行为，则无需支付罚金：

- 在首次符合条件时加入联邦医疗保险 D 部分；
- 没有医疗保险药物计划或其他可抵扣保险的时间不超过 63 天；或
- 如果您有其他可抵扣的保险，请告知医疗保险计划。

Formularies

按照聯邦醫療保險的定義，**a formulary** 是處方藥計劃承保的處方藥清單，也稱為**藥物清單**。每个计划都有自己的处方集，必须每年提交。无论计划何时更改处方集，都必须通知被保险人。联邦医疗保险药物计划将药物分为不同等级，每个等级的费用不同。低層級藥物的費用會低於高層級藥物。處方藥一覽表必須包括每個治療類別中至少兩種藥物，但無需包括所有藥物。

Know This!处方集 = 药物清单；每个治疗类别必须至少有 2 种药物

8. Medicare Claims Payments

Educational Objective:

III.D.1.h.能够识别原始医疗保险付费服务计划中如何处理医疗保险报销付款：

- i. 医疗服务提供者和经批准的医疗设备供应商如何向医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）提交医疗保险申请
- ii. 医疗保险分配与非分配
- iii. 医疗保险简要通知中提供哪些信息
- iv. 常见的承保范围和除外责任
- v. 受益人何时有权上诉以及如何处理上诉

How Medicare Claims are Submitted

如果被保险人的医疗服务提供者接受医疗保险任务，则由被保险人支付其部分费用（共同保险、自付额）。医疗服务提供者将提交医疗保险申请。然后，联邦医疗保险将其部分账单直接支付给医疗服务提供者。

如果医疗服务提供者不接受联邦医疗保险任务，被保险人可能需要在提供服务时支付大部分或全部费用。医疗服务提供者仍需代表被保险人提交医疗保险申请。然后，医疗保险将向被保险人支付其应承担的费用。

如果医疗服务提供者不代表被保险人提出索赔，被保险人可以采取以下措施：

- 直接致电医疗服务提供者，要求提出索赔；
- 如果医疗服务提供者在与被保险人沟通后仍未提交医疗保险申请，被保险人可致电当地的医疗保险承保人。联邦医疗保险承保人将与医疗服务提供者联系，使其了解提出索赔的责任。
- 被保险人只有在极少数情况下才需要提出医疗保险索赔。要提出医疗保险索赔，投保人应致电当地的医疗保险承保人，索取医疗保险受益人提出索赔的适当表格。

Explanation of Medical Benefits

当医疗保险处理索赔时，会向索赔人邮寄一份《医疗保险福利说明》，其中概述了承保的具体服务和每项服务的核准金额，并包括以下信息：

- 发送解释的日期；
- 有问题时应与谁联系；
- 索赔人的医疗保险卡号；
- 索赔人的姓名和地址；
- B 部分医疗保险--指定索赔；
- 索赔编号

；

•提供方名称和地址；•服务日

期；

•收费金额；

•医疗保险核准金额；•医疗

保险付费提供方；以及

• 医疗服务提供者可能向索赔人收取的费用。

Medicare Assignment and Non-assignment Providers

如果聯邦醫療保險受保人使用不接受聯邦醫療保險付款的醫療服務提供者，可能會被要求簽署一份私人合約。**private contract** 是聯邦醫療保險受保人與決定不參加聯邦醫療保險計劃的醫療服務提供者之間的書面協議。私人合同仅适用于被保险人从该医疗服务提供者处获得的服务。在紧急情况下或被保险人获得急需护理时，不能要求被保险人签署私人合同。

如果投保人与医疗服务提供者签订了私人合同，则适用以下条件：

- 被保险人必须支付医疗服务提供者收取的任何服务费用。
不适用医疗保险限制收费；
- 不得向医疗保险提交索赔，如果提交索赔，医疗保险将不予支付；
- 投保人的医疗保险补充保单（如有）将不支付此项服务的任何费用；
- 医疗保险保健计划不会为该医疗服务提供者提供的服务支付任何费用；
- 医疗服务提供者必须告知投保人，如果该服务由参与医疗保险的其他医疗服务提供者提供，医疗保险是否会支付该服务的费用；以及
- 医疗服务提供者必须告知投保人是否已选择退出或被排除在医疗保险计划之外。

参加医疗保险的个人在签署私人合同之前，应先与州健康保险援助计划的相关人员商谈。

Medicare Summary Notice

Medicare Summary Notice (MSN)是一份月报表，其中列出了被保险人的医疗保险报销信息、承保的具体服务以及每项服务的核定金额。

Insured's Right to Appeal

被保险人有权对有关其医疗保险服务的任何决定提出上诉。如果医疗保险不支付被保险人获得的项目或服务的费用，被保险人可对该决定提出上诉。如果投保人认为自己应该得到的项目或服务没有得到，也可以提出上诉。

Exclusions

以下费用不在医疗保险报销范围内：

- 针灸；
- 医疗服务的免赔额、共同保险或共付额；
- 牙科护理和假牙（大多数情况下）；
- 大多数脊骨神经科服务；
- 美容外科；

- 看护（帮助洗澡、穿衣、上厕所、进食），除非同时在家中或疗养院提供专业护理；
- 在美国境外接受的医疗服务（加拿大和墨西哥的承保范围有限）；
- 助听器和检查

- 矫形鞋
- 大多数处方药；
- 常规足部护理（少数例外）；
- 常规眼科护理和大多数眼镜（白内障手术后除外）；
- 免疫接种（流感疫苗和肺炎疫苗除外）；
- 私人护理；以及
- 在一个日历年内收到的前 3 品脱血液。

B. 医疗保险补充政策

Educational Objective:

III.D.1.e.关于医疗保险补充保险，能够识别：

- 联邦标准医疗保险补充保险及其旨在填补的医疗保险缺口：
 - 1). A 计划的基本（或 "核心"）福利适用于所有计划
 - 2). B 计划、C 计划、D 计划、F 计划中的额外福利（包括高额医疗保险金）。
- 免赔额和创新选择）、G、K、L、M 和 N
- ii. CIC 对每份标准计划（CIC 10192.8）和 Medicare SELECT 计划（CIC 10192.10）所需福利的要求

联邦医疗保险补充计划（简称**Medigap**，）是由私营保险公司发行的保单，旨在填补联邦医疗保险的部分缺口。

这些计划旨在填补因联邦医疗保险的自付额、共付额要求和福利期而造成的保险**缺口**。这些计划不像医疗保险那样由联邦社会保障计划管理，而是由私人保险公司和 HMO 销售和提供服务。这些保单必须符合某些要求，并且必须获得州保险部门的批准。联邦医疗保险补充保险支付联邦医疗保险的部分或全部自付额和共付额。

根据《1990 年综合预算协调法》（**OBRA**），国会通过了一项法律，授权 NAIC 为医疗保险补充保险制定一个标准化模式。该模式要求 Medigap 计划在参与者资格和提供的福利方面满足某些要求。这项法律的目的是消除有问题的营销行为，为消费者提供一定程度的保护，并使保护标准化。提供。

Know This!医疗保险补充计划是通过私营保险公司而非联邦医疗保险计划销售的。

1. Standard Medicare Supplement Plans

Educational Objective:

III.D.1.i.能够识别标准化的联邦医疗保险补充保单，以及这些保单是如何设计的，以填补联邦医疗保险的缺口

覆盖范围。

为了使医疗保险补充保险的承保范围标准化，NAIC 制定了标准的医疗保险补充保险福利计划，用字母 A 至 N 表示。 **The core benefits found in Plan A must be offered in all the plans**其他计划则有各种附加福利。任何销售 Medigap 计划的保险公司都必须提供计划 A，而其他计划则是可选的。

一旦某人符合聯邦醫療保險補充計劃的投保資格，在開放投保期內，保險公司會在保證發行的基礎上提供承保。在这种情况下，保险公司必须做到以下几点：

- 向病人推销医疗保险补充保险；
- 承保自承保生效之日起 6 个月内发生的所有既存病症；以及
- 不因过去或现在的健康问题而对补充保单收取更多费用。

加州保险法》（10194.2-.3）规定，医疗保险补充计划 A-N 的福利如下。

Know that insurers offering Medicare Supplement policies must offer Medicare Supplement Plan A, and either Plan C or F.

2. Plan A - Core Package of Benefits

医疗保险补充计划 A 仅提供**core benefits**。核心福利也称为基本福利，包括以下内容：

- A 部分共同保险/分担额 *（不是A 部分自付额）* ；
- 在用完医疗保险福利后，A 部分住院费用最多可额外报销 365 天；
- A 部分临终关怀共同保险/共同支付； • B 部分共同保险/共同支付； 以及
- 前 3 品脱血液（A 部分和 B 部分的 "血液免赔额"）。

3. Plans B - N

除了只提供核心福利的 A 计划之外，大多数保险公司还提供部分或全部附加计划。保险公司不得更改这些补充计划提供的福利，也不得更改任何计划的名称。

Plan B – 核心福利加医疗保险 A 部分自付额。

Plan D – 核心福利、医疗保险 A 部分自付额、专业护理机构共同保险以及国外旅行福利。

Plan G – 核心福利、聯邦醫療保險 A 部分自付額、專業護理設施共同保險、聯邦醫療保險 B 部分 100%自付額以及國外旅行福利。该计划必须支付医疗保险不承保的日常生活活动 (ADL) 服务费用。

计划 C、E、F、H、I 和 J 已不再提供。这些计划对于在计划有效期内购买的被保险人仍然有效。

联邦医疗保险补充 Plans K and L 是保费较低但自付费用较高的计划。这两种计划的核心福利也不同：

- 在任何医疗保险给付期内，第 61 天至第 90 天的共付额的核定医院费用。
- 终身保留天数 91 天至 150 天共付额的核定医院费用。
- 在使用所有医疗保险福利后，额外批准的 365 天住院费用。
- K 计划前 3 品脱血液收费的 50%，L 计划前 3 品脱血液收费的 75%。
- K 计划 B 部分共同保险金额的 50%，L 计划 B 部分共同保险金额的 75%。
- K 计划 A 部分安宁疗护费用分担和临时护理费用的 50%，L 计划 A 部分安宁疗护费用分担和临时护理费用的 75%。

Plan K 包括联邦医疗保险 A 部分自付额的 50% 和专业护理机构共同保险的 50%。

Plan L 包括联邦医疗保险 A 部分自付额的 75% 和专业护理机构共同保险的 75%。

Plans M and N 提供与计划 D 类似的福利，但共付额和自付额可能不同。

本表概述了每种 Medigap 计划提供的福利。

	Basic Benefit	Skilled Nursing Coin.	Part A Deduct.	Part B Excess (100%)	Foreign Travel Emer.
A					
B					
D					
G					
K		50%	50%		
L		75%	75%		
M			50%		
N					

Know This!所有联邦医疗保险补充计划必须提供 A 计划中的核心福利

。

4. Medigap Requirements

Other Requirements - 保险公司必须使用相同的格式、语言和定义来描述每种 Medigap 计划提供的福利。他们必须使用标准的图表和大纲来概述保险福利。

虽然保险公司不得改变这些计划中提供的标准福利，但他们可以提供新的、创新的福利，这些福利可以被证明具有成本效益，而且是目前市场上没有的。

所有 Medigap 保单均为**guaranteed renewable**。保险公司不能取消或不续保，除非未支付保费或在申请表上有重大虚假陈述。此外，虽然这些计划提供的福利在各家公司都是一样的，但保费却相差很大。根据保险公司确定保费收费的方式，他们通常可以在保单周年日增加保费。

Medigap 保单还必须包括**30-day free-look** 条款，允许

被保险人在 30 天内将保单退还给保险公司，保险公司将全额退还已付保费。

Medigap 保单不能包含限制已有病症承保超过 6 个月的条款。此外，如果受保人已投保 Medigap 保单至少 6 个月，并决定更换另一份保单，则新保单不能对旧保单中包含的相同承保内容设置既存病症等待期。如果更换的保单包括旧保单中没有的附加保险，则可以适用 6 个月的等待期，但仅限于与附加保险相关的情况。

5. Replacement Coverage

每家保险公司的医疗保险补充保险申请表都必须包含一个问题，以确定申请人是否有另一份医疗保险补充保险，或该保险是否将取代任何其他意外和健康保险。申请表还必须询问申请人是否有资格获得医疗补助，并告知申请人可以获得咨询服务。发行人、经纪人和代理人有责任确保 Medicare 补充保单不会被不必要地替换。

如果涉及更换，保险公司或其代理人必须在签发或交付保单之前向申请人提供 "Notice Regarding Replacement"。保险公司必须保留一份由申请人和代理人签字的副本。关于更换的通知 "必须告知申请人保单中的 **30-day free-look** 条款。

如果聯邦醫療保險補充保單取代另一份保單，則取代保單的保險公司必須免除新聯邦醫療保險補充保單中有關投保前已存在的情況、等待期、剔除期和試用期的任何時限要求，前提是被取代保單已滿足這些時限要求。如果一份聯邦醫療保險補充保單取代另一份已生效 **6 months** 或更長時間的保單，則取代的保單不得有任何與原保單中類似的已有病症、等待期、剔除期或試用期福利的時間要求。

为了避免滥用，在加利福尼亚州（CIC 10197）签发的医疗保险补充保单必须符合以下有关替换和招标的规定：

- 任何保险公司、经纪人、代理人或其他人员都不得在不必要的情况下让投保人更换医疗保险补充保单，否则将导致保险金减少和保费增加；
- 联邦医疗保险补充保险申请表中必须包括询问申请人是否有另一份有效的联邦医疗保险补充保险的问题，或拟议的补充保险是否旨在取代任何其他残疾保险的问题；
- 每位代理人必须列出该代理人或其代理机构向申请人出售的任何其他残疾保单，包括仍然有效的保单和过去 5 年内出售但不再有效的保单；以及
- 当销售确实涉及更换时，保险人（直接回复保险人除外）必须向申请人发出

关于更换伤残保险的通知。该通知必须在替换保单签发或交付之前发出。必须向申请人提供一份由申请人和代理人签名的通知副本。保险人必须保留一份额外的副本。直接

尽管如此，没有销售代理的响应保险公司必须在保单签发时发出类似的更换通知。

6. Medicare SELECT

聯邦醫療保險 SELECT 保險是一種聯邦醫療保險補充保險，其中包含限制性網絡條款--該條款規定支付全部或部分給付的條件是使用**network providers**。SELECT 計劃與由醫生、醫院和專科醫生組成的醫療服務提供者網絡協商，以收取較低的醫療服務費率。其基本运作方式类似于 HMO。这些较低的费率降低了 SELECT 计划提供者的成本，而计划成员支付的保费也较低。

每份聯邦醫療保險 SELECT 保單都必須經州保險部門主管批准。目前，发行人不得向主要居住地位于发行人服务区以外的个人销售新的 Medicare SELECT 保单。

每份医疗保险 SELECT 保单都必须做到以下几点：

- 对于网络医疗服务提供者无法提供的承保服务，根据保单提供全额赔付；
- 如果非网络医疗服务提供者提供的承保服务是针对需要紧急护理的症状，且通过网络医疗服务提供者获得此类服务并不合理，则不限制支付此类服务的费用；
- 以书面形式向每位申请人全面、公平地披露 Medicare SELECT 政策的规定、限制和约束；
- 應要求提供購買由發行人提供的 Medicare 補充保單的機會，該保單的福利與 Medicare SELECT 保單相似，且不含網絡限制條款。如果 Medicare SELECT 保單已生效 6 个月，则必须提供这些保单而无需提供可保性证明；以及
- 规定在因医疗保险 SELECT 计划失败而终止医疗保险 SELECT 保单的情况下继续承保。

7. Medicare Disclosure Requirements

Educational Objective:

III.D.1.e.iii.能够识别医疗保险的披露要求：

- a. 覆盖范围概要 (CIC 10192.17(l)(3)(G))
- b. 申请 (CIC 10192.18(a)(6))
- c. 更换 (CIC 10192.18(e))
- d. 专员年度费率指南 (CIC 10192.20(e)(4))

Outline of Coverage

聯邦醫療保險補充保單提供的**outline of coverage** 必須採用《加州保險法》規

定的語言和格式，字體至少為 12 點，並包括以下披露內容：

- 该保险可能无法完全承担您的所有医疗费用。
- 本公司及其任何代理均与医疗保险无关。
- 本承保大纲并未提供医疗保险承保的所有详细信息。

请联系您当地的社会保障办事处或查阅《医疗保险手册》了解更多详情。

- 有关保单福利的其他信息，请联系健康保险咨询和宣传计划 (HICAP) 或您的代理（必须提供电话号码）。

Application

聯邦醫療保險補充保單的申請表必須包含一些問題，以蒐集申請人在申請當日是否已投保聯邦醫療保險補充保單、聯邦醫療保險優惠保單、加州醫療保險或其他有效的健康保險，或聯邦醫療保險補充保單是否打算取代任何其他有效的傷殘保單。

Replacement

关于替换的通知必须提供给在替换交易中提供医疗保险补充保单的被保险人。通知必须采用专员指定的格式，使用全美保险专员协会 (NAIC) 编制的通知范本，并且必须以不少于 12 点的字体印刷，格式大致如下：

关于更换医疗保险补充保险或医疗保险优势的申请人通知

SAVE THIS NOTICE! IT MAY BE IMPORTANT IN THE FUTURE.

"如果您打算取消或終止現有的聯邦醫療保險補充保險或聯邦醫療保險優良計劃保險，並用 [公司名稱] 簽發的保險取代，請仔細審閱新保險，只有在新保險能實質改善您的狀況時，方可取代現有保險。在收到新保单并确认以下事项之前，请勿取消现有保险

确定要保留它。如果您决定购买新的保险，您可以在收到保单后 30 天内以任何理由将保单退还给保险公司，并获得退款"。

Commissioner's Annual Rate Guide

在秋季医疗年度开放注册日期或之前，保险专员会编制一份医疗保险补充保险和医疗保险补充合同的年度消费者费率指南。该指南对不同保险公司销售的保单进行比较。该指南必须通过健康保险咨询和宣传计划 (HICAP) 办事处、该部门的消费者免费电话号码以及该部门的互联网网站提供。

c. 加州医疗保险

Educational Objective:

III.D.1.f.iii.能够识别什么是 Medi-Cal，谁有资格，包括那些需要分担费用的人。

随着年龄的增长，人们对与老龄化相关的医疗保健或其他服务的需求也越来越大。据统计，一个人的大部分医疗费用将发生在生命的最后五年。对大多数人来说，这意味着在晚年。在过去的 20 年里，在很大程度上由于技术和药物的巨大进步，美国的医疗费用，尤其是晚年医疗费用大幅上涨。

2002 年，有 4 000 多万人没有任何医疗保险，一项研究断言，在这一年中，约有 7 000 万人至少有一天没有医疗保险。对于这些人中的许多人来说，联邦资助的医疗补助计划可以满足他们的部分需求。医疗补助计划是一项联邦与州合作计划，联邦政府支付大部分医疗费用，而各州则负责本州的行政开支。各州可在联邦指导原则范围内灵活决定承保范围，从而使该计划对本州居民最有利。

在加利福尼亚州，该计划被称为**Medi-Cal**，但其大部分资金仍来自联邦报销。加州医疗保险是为收入和资源有限的成人和儿童提供的免费或低费用保险。

1. Eligibility

加州居民在各种情况下都可能有资格获得加州医疗保险的福利；但是，从以下计划中获得现金援助的个人会自动获得加州医疗保险的资格：

- SSI/SSP（补充保障收入/州补充计划）；
- CalWORKS（加州儿童工作机会与责任）；
- 难民援助；和/或
- 寄养或收养援助计划。

符合 Medi-Cal 资格的其他个人类别如下：

- 65 岁以上老人；
- 任何年龄的盲人和其他残疾人；
- 26 岁以下寄养儿童；和/或
- 孕妇或确诊患有乳腺癌或宫颈癌的妇女。

对于大多数人来说，加州医疗保险以 HMO 的形式运作，或与 HMO 签订合同，为投保人提供服务和护理。

为了符合 Medi-Cal 规定的长期护理福利，必须每月达到特定的 **asset spend-down test**，才有资格享受福利。该金额每年重新调整一次，目前需

要长期护理cannot的countable 资产大约超过 3,000 美元。如果该人已婚，在其配偶的可计算资产低于约 90,000 美元之前，他/她仍没有资格享受加州医疗保险福利。制定这些规定是为了防止个人使用国家资源而不是使用自己的资产。支出减少可能导致未亡配偶生活濒临贫困，因为

为使其配偶获得加州医疗保险福利，他/她必须处置自己的大部分资产。

如果个人收入超过 Medi-Cal 对其家庭人数的限制，该个人必须在发生医疗费用的当月支付一定的金额，称为**share of cost (SOC)**。一旦达到 SOC，Medi-Cal 将支付当月承保医疗费用的其余部分。

我们需要了解 Medi-Cal 提供的福利，特别是长期护理作为 "无息 "贷款时。當一個人死亡時，州政府可以行使其權利，從加州醫療保險受保人的遺產中追討 **asset recovery**，追討金額最高可達州政府支付的福利的全部價值。这可能导致在某人死亡后，没收其不属于其 "可计算资产 "的房屋或商业财产，以偿还州政府的支出。即使这些财产本来是打算转让给子女或其他继承人的，但国家可能拥有优先于所有其他人的权利要求。

2014 年，加州医疗保险的资格已被 **expanded to include the nondisabled, nonelderly, childless adults up to 138% FPL**. 家庭收入根据家庭所得税申报表和调整后的调整后总收入 (MAGI) 计算。对 MAGI 家庭不进行资产测试。

此外，根据 **Adult Expansion Medi-Cal program**，个人要获得 Medi-Cal 保险资格：

- 年龄必须在 19 岁至 64 岁之间；
- 不得怀孕；
- 不享受医疗保险；以及
- 已享受 Medi-Cal 但未分担费用。

如果 19 岁以下儿童的家庭收入不超过 FPL 的 250%，则可享受 Medi-Cal 保险。

D. 医疗保险和 Medi-Cal

双重资格受益人是指同时有资格享受医疗保险和加州医疗保险福利的人。根据从 Medi-Cal 获得的福利水平，符合双重资格的参保者可分为以下几类：

- **Full benefit enrollees** 获得本州提供的全部 Medi-Cal 福利的人员；或获得 Medi-
- **Partial benefit enrollees** Cal 援助以支付医疗保险的人员
保险费和/或其他费用分摊义务。

聯邦醫療保險優良計劃雙重資格特殊需求計劃為居住在計劃服務區域內的 65 歲及以上全額福利投保人提供聯邦醫療保險／美國加州醫療保險綜合選擇。

每个标准化计划必须满足以下计划福利要求：

- 对于自承保生效之日起 6 个月以上因既存病症造成的损失，计划不得排除或限制赔付。
- 疾病造成的损失必须与意外事故造成的损失一样得到赔偿。
- 如果适用的联邦医疗保险自付额和共付额百分比系数发生变化，联邦医疗保险的费用分担额福利也将随之自动更改。
- 配偶的保险不能仅仅因为终止被保险人保险的事件而终止（未支付保费除外）。
- 医疗保险补充保单必须保证可续保或不可取消。

Open Enrollment

关于医疗保险补充计划的开放注册期有几项规定：

- 参加医疗保险的残疾人士必须在参保日期后或在收到符合以下条件的通知后 6 months 才有权参加开放式参保
医疗保险
- 参加联邦医疗保险 B 部分的个人在发生以下事件时也可享受开放注册：
6 months
 - 收到雇主资助的医疗计划终止通知；
 - 收到因配偶离婚或死亡而失去或无资格享受雇主资助的医疗保险计划的通知；
 - 因军事基地关闭或医疗服务覆盖范围终止而终止军人退休人员的医疗服务。
- 医疗保险优势计划承保范围被终止的个人有权获得 additional 60-day open enrollment period 30 days
- 每年的开放注册期为 30 days 或以上（从个人生日开始），在此期间，个人可以购买任何医疗保险补充保单，其保险金额等于或低于之前的保险金额。
- 加入聯邦醫療保險 B 部分的個人，一旦被通知因收入或資產增加而不再符合 Medi-Cal 計劃的福利資格，即有權享有公開投保期。(CIC 10192.11)

Guaranteed Issue Periods

一般情况下，保证签发期从退保生效日开始，到退保生效日后 63 天结束。在某些涉及自愿退保的情况下，保险将在退保生效日期前 60 天开始，并在 退保生效日期后持续 63 天。

Permitted Commissions

只要第一年的佣金不超过第二年销售或服务保单佣金的 200%，参与销售医疗保险补充保单的代理或其他代表就可以获得佣金。以后续保年度的佣金必须与第二年的佣金相同，且续保年度不得少于 5 年。佣金一词指任何货币或非货币补

偿，包括奖金、礼物、奖品、奖励和中介费。 *(CIC 10192.16)*

Appropriate Sales and Replacement

為遵守《加州保險法》有關銷售和更換聯邦醫療保險補充保單的規定 (CIC 10192.20)，保險人必須符合以下各項要求：

- 制定营销程序，以便其代理人对保单进行公平、准确的比较，并防止过度销售保险；
- 在保单首页醒目位置张贴买方须知，说明保单可能不承保买方的所有医疗费用；
- 尽一切合理努力确定潜在申请人是否已经拥有医疗保险；以及
- 制定可审计的程序，以核实《准则》规定的遵守情况。

保险公司不得参与任何不公平贸易行为，如扭曲、高压手段或冷线索广告（向客户隐瞒营销目的是推销保险）。

任何銷售聯邦醫療保險附加保險的代理都必須做出合理的努力，以確定建議購買或更換是否合適。聯邦醫療保險附加保險的申請書必須包含一份由代理簽署的聲明，內容如下：*"我已审查了申请人当前的健康保险覆盖范围，发现申请的额外保险类型和金额适合申请人的需求"*。

one such policy is prohibited.

任何销售医疗保险补充保单的行为都会使投保人 more than

聯邦醫療保險優良計劃是not 聯邦醫療保險補充計劃，與聯邦醫療保險補充計劃 notcoordinate。

Prohibitions on Discrimination

加州法律明令禁止在保单销售或定价中不公平地对待任何人或群体的行为，或区别对待任何风险类别与其他风险类别的行为（CIC 10194.8）。

E. 健康保险与咨询倡导计划（HICAP）

Educational Objective:

III.D.2.对于 HICAP，能够确定 HICAP 是一项由联邦授权、州和联邦资助的计划，为联邦医疗保险受益人及其家庭提供有关联邦医疗保险、联邦医疗保险优势计划、联邦医疗保险补充保险、处方药计划、Medi-Cal 和长期护理保险的免费援助：

- i. 提供的教育服务、消费者权益维护和法律援助
- ii. 该计划由老龄化和老年人部管理。

由老龄地区机构在当地运营

iii. 通过电话或亲临现场提供帮助，以及提供法律援助

1. Who the Program Serves

州老龄部负责监督 **Health Insurance**

Counseling and Advocacy Program (HICAP) - HICAP 是一项由联邦政府授权、州政府和联邦政府资助的计划。HICAP 与加利福尼亚州各县的当地老龄问题地区机构合作，为已经领取或即将领取医疗保险或社会保险的老年人提供免费援助。保障福利。HICAP 提供与购买医疗保险、长期护理保险、联邦医疗保险、联邦医疗保险优势计划、联邦医疗保险补充计划或 Medi-Cal 保险有关的消费者咨询。

2. Cost of Program to Persons Served

HICAP 的资金由州和地方政府提供，主要来自州和地方收入，其次是联邦资金，所有服务均免费提供给客户。HICAP 机构不销售、推荐或以任何其他方式进行保险交易。

3. Function of Program

HICAP 履行以下职能

- **Free assistance:**该计划提供有关医疗保险和其他医疗保健问题的免费个人咨询。加利福尼亚州的每个县都提供咨询。大多数 HICAP 咨询师都是经过培训和 **Education:** 志愿者。
- 为医疗保险受益人、其家人和医疗服务提供者团体提供免费
- **Consumer advocacy:**
- 该计划负责处理有关代理人或保险公司滥用职权的投诉，并在适当的时候将这些投诉转交给州或地方执法机构，以便对扭曲、虚 **和防诈骗等犯罪行为进行调查。**
- **Legal assistance:** HICAP 顾问就医疗保险申请、上诉、拒绝或延误服务或治疗提供帮助。他们的职责还包括就联邦医疗保险优势计划、补充保险和长期护理等问题向客户提供公正的建议。

4. How to Locate a Program

加利福尼亚州各县的地方 HICAP 名单可通过 www.calmedicare.org 获取，该网站是由该部批准的 **Medicare information website**，提供有关加利福尼亚州居民医疗保险福利的准确而公正的信息。当地 HICAP 机构的联系信息也可在

<http://www.aging.ca.gov/hicap/countyList.aspx> 上找到。该网站还提供 **statewide toll-free phone number**，供任何就医疗保险或其他医疗保健问题寻求帮助或免费咨询的人使用（800- 434-0222）。

F. 章节回顾

本章解释了老年人和有特殊需要的个人可获得的医疗保险：医疗保险、医疗保险补充计划和医疗补助计划。让我们回顾一下其中的一些要点：

MEDICARE

Basics

- 联邦医疗费用保险计划为那些
 - 年龄在 65 岁或以上
 - 有资格领取社会保障伤残收入福利满 2 年
 - 患有永久性肾衰竭（ESRD） 4 部分：
- - A 部分，*医院保险*，由工资税（FICA）资助
 - B 部分，*医疗保险*，由参保人和一般收入供资
 - C 部分 "*医疗保险优势*" 允许通过现有的医疗服务提供者组织接受医疗服务
 - D 部分，*处方药保险*

Part A

- 注册：
 - *初始参保期* - 个人首次获得医疗保险资格时（从 65 岁前 3 个月开始，到 65 岁生日后 3 个月结束）。
 - *一般注册期* - 每年 1 月 1 日至 3 月 31 日之间
 - *特别注册期* - 如果个人或其配偶仍受雇于集体医疗保险计划，可在年内任何时间注册
- 覆盖范围
 - 住院治疗
 - 专业护理机构护理
 - 家庭医疗护理
 - 临终关怀

Part B

- 可选；提供给所有加入 A 部分的人
- 覆盖范围
 - 医生服务
 - 医院门诊服务
 - 家庭医疗访问
 - 其他医疗卫生服务
 - 处方药（有限承保）
 - 精神疾病门诊治疗
 - 年度健康检查

Part C

- 医疗保险优势计划：要求加入 A 部分和 B 部分
- 由经批准的健康维护组织或首选提供商组织

提供

Part D

- 处方药福利
- 通过与医疗保险签约的私人处方计划提供的
可选保险

Primary, Secondary Payor 对于符合医疗保险承保资格并继续工作的个人，雇主的医疗计划将是主要承保，而医疗保险将是次要承保

MEDICARE SUPPLEMENT POLICIES

- Basics
- 称为 Medigap
 - 私营保险公司为填补医疗保险缺口而发行的保险
 - 开放注册期为 6 个月
- Coverage
- 计划 A：核心福利，如共同保险/共付额；额外的 A 部分住院费用；临终关怀共同保险/共付额；B 部分共同保险/共付额；A 部分和 B 部分下的 3 品脱血液
 - 计划 B - N：核心福利 + 各种额外福利

OTHER OPTIONS FOR INDIVIDUALS WITH MEDICARE

- Medi-Cal
- 为收入和资源不足者提供医疗服务 联邦和州资助
 - 通过资产支出测试确定资格
 - 全额福利参保--协助支付医疗保险保费/费用分担义务
 - 不是医疗保险补充计划

- Health Insurance and Counseling Advocacy Program (HICAP)
- 为接受社会保障或医疗保险的人提供消费者咨询
 - 联邦和州资助
 - 不销售、推荐或交易保险