



2025年1月1日至12月31日

《承保證明》：

您做為Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員所享有的Medicare 健康福利和服務以及處方藥承保

本文件詳細記載自2025年1月1日–12月31日止，您在Medicare的健康照護和處方藥承保內容。此為重要的法律文件。請妥善保管。

若對於本文件有任何疑問，請聯絡會員服務部，電話：1-877-457-7621。（TTY使用者請撥打711）。服務時間：在10月1日至3月31日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午8點至晚上8點。此為免付費專線。

本計劃，Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)，是由WellCare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan) 提供。（本《承保證明》中稱「我們」、「我們的」，或「本項」時均指WellCare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan)；稱「計劃」或「我們的計劃」時均指Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。）

本文件免費提供中文、韓文、越南文、他加祿文、伊洛卡諾文、薩摩亞文、夏威夷文、柬埔寨文、苗族文、日文、寮國文和泰文版本 我們必須以適合您的方式提供資訊（音訊、點字版、大字印刷或其他替代格式等）。如果您需要其他格式的計劃資訊，請聯絡會員服務部。

福利及／或共付額／共同保險金可能於2026年1月1日變更。

處方藥目錄、藥房網路和／或提供者網路可能隨時變更。您將在必要時收到通知。我們將提前至少30天通知受影響的會員與變更相關的內容。

本文件說明您的福利與權利。使用此文件可瞭解：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何與我們聯絡；以及，
- Medicare法律要求的其他保護措施。

‘Ohana Health Plan是由WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.提供的計劃。

根據照護模式審查，Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 已獲得國家品質保證委員會 (NCQA) 核准，作為特殊需求計劃 (SNP) 運作直到2026年。

《2025年承保證明》目錄

第1章：	會員入門指南.....	7
第1節	引言.....	7
第2節	要成為計劃會員需要哪些資格？.....	8
第3節	您將收到的重要會員資料.....	10
第4節	您的Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 每月費用.....	11
第5節	關於您的每月保費的更多資訊.....	13
第6節	持續更新您的計劃會員記錄.....	14
第7節	本計劃與其他保險的搭配.....	15
第2章：	重要電話號碼與資源.....	17
第1節	本計劃的聯絡資訊（如何與我們聯絡，包括如何與會員服務部聯絡）.....	17
第2節	Medicare（如何直接從聯邦Medicare計劃獲得協助與資訊）.....	22
第3節	州健康保險輔助計劃（針對您有關Medicare的問題提供免費幫助、資訊和解答）.....	23
第4節	品質改善組織.....	24
第5節	社會安全局.....	24
第6節	Medicaid.....	25
第7節	幫助人們支付處方藥計劃的相關資訊.....	27
第8節	如何聯絡鐵路退休委員會.....	29
第9節	您是否擁有僱主提供的團體保險或其他健康保險？.....	30
第3章：	使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務.....	32
第1節	做為本計劃的會員關於獲得您的醫療護理及其他服務的須知事項.....	32
第2節	透過本計劃網絡內的醫療服務提供者取得您的醫療護理和其他服務.....	33
第3節	當您出現緊急情況或緊急護理需求或在重大災難期間如何獲得服務.....	37
第4節	如果要求您直接支付承保服務的全額費用，該怎麼辦？.....	40
第5節	如果您參加臨床試驗研究，如何獲得醫療服務承保？.....	40
第6節	在宗教性非醫療保健機構接受護理的規定.....	42
第7節	有關耐用醫療設備所有權的規定.....	42

目錄

第4章：	醫療福利表（承保內容）	45
第1節	瞭解承保服務	45
第2節	利用醫療福利表來瞭解承保內容	45
第3節	哪些承保服務超出計劃範圍？	92
第4節	本計劃不承保哪些服務？	93
第5章：	使用計劃承保D部分處方藥	97
第1節	引言	97
第2節	在網絡內藥房或透過本計劃的郵購服務配取處方藥	98
第3節	您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上	101
第4節	有些藥物有承保限制	103
第5節	如果您的其中一項藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？	104
第6節	如果您其中一種藥物的承保範圍發生變更，該怎麼辦？	105
第7節	本計劃不承保哪些類型的藥物？	107
第8節	領取處方藥	108
第9節	特殊情形下的D部分藥物承保	109
第10節	藥物安全性與藥物管理計劃	110
第11節	我們會把報告寄送給您，解釋您的藥物付款和您所處的付款階段	112
第6章：	您為D部分處方藥支付的費用	115
第7章：	請求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付費用	117
第1節	您應要求我們為您的承保服務或藥物付費的情況	117
第2節	如何要求我們償付您支付的費用或為您支付所收到的帳單	119
第3節	我們將考慮您的付款請求，然後批准或拒絕您的請求	120
第8章：	您的權利與責任	122
第1節	本計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感度	122
第2節	做為計劃會員您需要承擔一些責任	138
第9章：	如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴），該怎麼辦	140
第1節	引言	140
第2節	從何處獲得更多資訊和個人化協助	140

目錄

第3節	為了處理您的問題，您應該使用哪項程序？	141
第4節	處理您的Medicare福利相關問題	142
第5節	承保決定和上訴的基礎指南	142
第6節	您的醫療護理：如何要求做出承保決定或針對承保決定提出上訴	145
第7節	您的D部分處方藥：如何要求做出承保決定或提出上訴	151
第8節	如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院時間	158
第9節	如果您認為您的承保太早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務	162
第10節	將您的上訴升級至3級及以上	165
第11節	如何對護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題提出投訴	167
第12節	處理您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利問題	171
第10章：	終止您在本計劃的會員資格	173
第1節	說明如何終止您在本計劃的會員資格	173
第2節	您何時可以終止在本計劃的會員資格？	173
第3節	您如何終止在本計劃的會員資格？	176
第4節	在您終止會員資格之前，您必須繼續透過本計劃獲得醫療物品、服務和藥物	177
第5節	在某些情況下，我們必須終止您在本計劃的會員資格	177
第11章：	法律通知	180
第1節	關於準據法的聲明	180
第2節	關於反歧視的聲明	180
第3節	關於Medicare第二付款方的代位權通知	180
第4節	追回您在Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 計劃中由本計劃所支付之福利	180
第5節	會員卡	182
第6節	獨立簽約者	182
第7節	健康護理計劃詐欺	183
第8節	不在計劃控制範圍之狀況	183
第12章：	重要詞彙定義	185

第1章： 會員入門指南

第1節 引言

第1.1節 您已加入Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)，這是一項專門Medicare Advantage計劃端點服務（特殊需求計劃）

您同時由Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保：

- **Medicare**是向年滿65歲或以上的人、一些年齡在65歲以下但有某些身心障礙的人，以及患末期腎臟疾病（腎衰竭）的人提供的聯邦健康保險計劃。
- **Medicaid**是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。Medicaid承保範圍視您所在州和所擁有Medicaid的類型而有所不同。某些擁有Medicaid的人士可在支付Medicare保費和其他費用時獲得幫助。另一些人獲得Medicare不承保的附加服務和藥物承保。

您選擇了透過我們的計劃Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 獲得自己的Medicare健康護理和處方藥承保。我們必須承保所有A部分和B部分服務。然而，本計劃涉及的分攤費用和提供者與Original Medicare不同。

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 是一項特殊的Medicare Advantage計劃（也就是Medicare特殊需求計劃），這意味著其福利是為有特殊醫療保健需求的人而設計。本計劃是為有Medicare和有權接受Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 協助的人而設計。

由於您可獲得Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 補助，您的Medicare Part A和Part B分攤費用（自付額、共付額和共同保險金），您可能不會為您的Medicare健康護理服務支付任何費用。Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 還可能透過為Medicare通常不承保的健康護理服務提供承保，向您提供其他福利。您還可以從Medicare接受「額外補助」(Extra Help)，支付您的Medicare處方藥費用。本項計劃將幫助管理您的所有此類福利，以便您獲得您有權享有的健康護理服務和付款協助。

本項計劃由私人公司執行。與所有的Medicare Advantage計劃一樣，本項Medicare特殊需求計劃已獲得Medicare批准。本項計劃還與Hawaii Medicaid計劃簽約，協調您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利。我們非常高興向您提供您的Medicare健康護理承保，包括您的處方藥承保。

本項計劃的承保符合合格健保 (QHC) 的資格，並滿足患者保護與可負擔護理法案 (ACA) 個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families以取得更多資訊。

第1.2節 《承保證明》文件有哪些內容？

本《承保證明》文件說明獲得您的Medicare醫療護理和處方藥的方法。其中說明您的權利與責任、承保範圍、您作為計劃會員所支付的費用，以及如果您對決定或治療不滿意該如何提出投訴。

承保和承保服務指您作為Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員可獲得的醫療護理、

服務和處方藥。

瞭解計劃的規定以及您可獲得的服務對您非常重要。我們鼓勵您撥出一些時間閱讀這本《承保證明》文件。

如果您感到困惑、有疑慮，或有任何問題，請聯絡會員服務部。

第1.3節 《承保證明》的法律資訊

本《承保證明》是我們與您的合約的一部分，它是關於本項計劃如何承保您的健康護理。本合約的其他部分包括您的投保表格、《承保藥物清單》（處方集）以及我們寄給您的任何可能會影響您的承保範圍的承保或情況變更通知。這些通知有時也稱為附加條款或修訂條款。

本合約在2025年1月1日至2025年12月31日期間，您加入本項計劃的月份內有效。

Medicare允許我們可在每一曆年對我們提供的計劃做出變更。這意味著，我們可以在2025年12月31日以後對Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的費用與福利做出變更。我們也可選擇在2025年12月31日以後在您的服務區域停止提供計劃，或在不同的服務區域提供。

Medicare（Medicare和Medicaid服務中心）必須每年核准Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。只要我們選擇繼續提供本項計劃，並且Medicare展延核准本項計劃，您就可以作為本項計劃會員每年繼續獲得Medicare承保。

第2節 要成為計劃會員需要哪些資格？

第2.1節 您的資格要求

只要您符合下列條件，您就可以成為我們的計劃會員：

- 同時擁有Medicare Part A和Medicare Part B
- --並且-- 您住在我們的服務區域內（下面第2.3節有我們的服務區域說明）。被監禁的個人即使實際位於服務區域內，仍不被視為居住在服務區域內。
- --並且-- 您是美國公民或合法居住在美國境內
- --並且-- 您符合以下描述的特殊資格要求。

本計劃的特殊資格要求

本項計劃是為了滿足接受某些Medicaid福利的人的需求而設計的。（Medicaid是聯邦和州政府聯合實施的一項計劃，旨在幫助某些收入和資源有限者支付醫療費用。）要符合參加本計劃的資格，根據Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 您必須有資格享有Medicare和完整Medicaid福利分攤費用協助。

請注意：如果您失去資格，但可以合理預期在6個月內重新獲得這項資格，則您在本計劃中仍然符合會員資格（請參閱第4章第2.1節，說明在認定資格持續期間的承保範圍和分攤費用）。

第2.2節 什麼是Medicaid？

Medicaid是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。每個州決定哪些收入計入收入和資源、誰符合資格、哪些服務可享有承保和服務費用。只要各州遵守聯邦指南，還由各州自行決定如何運營自己的計劃。

此外，有些透過Medicaid提供的計劃可幫助享有Medicare的人士支付他們的Medicare費用，例如幫助他們支付Medicare保費。這些「Medicare節省計劃」每年幫助收入與資源有限的人士節省資金：

- **符合Medicare資格受益人增益計劃 (QMB+)：**幫助支付Medicare Part A與Part B保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險金和共付額等費用）。符合資格的受益人也可以享有全部Medicaid福利。
- **指定低收入Medicare受益人增益計劃 (SLMB+)：**幫助支付B部分保費。符合資格的受益人也可以享有全部Medicaid福利。
- **全額福利雙重資格計劃 (FBDE)：**幫助支付Medicare Part A與Part B保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險金和共付額）。符合資格的受益人也可以享有全部Medicaid福利。

第2.3節 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的計劃服務區域

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 僅向居住在我們的計劃服務區域的個人提供。您必須一直住在計劃服務區域，才能繼續成為本項計劃會員。服務區域說明如下。

我們的服務區域包括Hawaii的以下郡：Hawaii、Honolulu、Kauai和Maui。

如果您打算移出服務區域，您就不能繼續保有本計劃的會員身份。請聯絡會員服務部，以瞭解我們在新的地區是否有提供計劃。當您遷離時，您會有特殊投保期讓您轉換到新地區提供的Original Medicare或者投保一項Medicare保健或藥物計劃。

如果您搬家或更改郵寄地址，致電社會安全局也很重要。您可在第2章第5節中找到社會安全局的電話號碼及聯絡資訊。

第2.4節 美國公民或合法居留

Medicare保健計劃的會員必須是美國公民或合法居住在美國境內。若您不具有保留會員的此基本資格，Medicare（Medicare和Medicaid服務中心）將通知Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)。若您不符合此要求，則Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 必須讓您退保。

第3節 您將收到的重要會員資料

第3.1節 您的計劃會員卡

您成為我們的計劃會員後，在獲得我們的計劃承保的服務，以及從網絡內藥房配取處方藥時必須使用您的會員卡。您也應向服務提供者出示您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 卡。這裡附上一份會員卡樣本，您的會員卡如下圖所示：

[Plan Logo] [Plan Name] (HMO D-SNP) MEMBER ID #: 123456789012 PLAN #: HXXXX-XXX-XXX ISSUER #: (80840) 9151014609 SAMPLE A SAMPLE															
2025  Member portal	You can see any PCP in our Network PCP Name: Sally Smith PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PCP Office Visit: \$X	<table border="1"> <tr> <td>Member Services / PCP Change</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Vision: [Provider]</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Dental: [Provider]</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Transportation: [Provider]</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Pharmacy Prior Auth (Providers Only)</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Pharmacist Only</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> </table>		Member Services / PCP Change	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Vision: [Provider]	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Dental: [Provider]	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Transportation: [Provider]	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Pharmacy Prior Auth (Providers Only)	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Pharmacist Only	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)
Member Services / PCP Change	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Vision: [Provider]	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Dental: [Provider]	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Transportation: [Provider]	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Pharmacy Prior Auth (Providers Only)	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Pharmacist Only	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)														
Card Issued: XX/XX/XXXX 		Medical Claims: [Plan Name] Attn: Claims Department PO Box 31372 Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163 Part D Claims: [Plan Name] Attn: Medicare Part D Member Reimbursement P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER) member.wellcare.com													
RXBIN: XXXXXX RXPCN: XXXXXX RXGRP: XXXXXX															

您成為本項計劃會員後，「請勿」針對承保的醫療服務使用紅、白、藍Medicare卡。如果您使用Medicare卡而非Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員卡，您可能需自行支付醫療服務的全額費用。請將您的Medicare卡保存在安全的地方。如果您需要醫院服務、安寧照護服務，或參加Medicare批准的臨床試驗研究（亦稱「臨床試驗」），可能會請您出示Medicare卡。

如果您的計劃會員卡損毀、遺失或失竊，請立刻致電會員服務部，我們會寄給您新的會員卡。

第3.2節 醫療服務提供者與藥房名錄

《醫療服務提供者與藥房名錄》列出了目前網絡內服務提供者、耐用醫療設備供應商和網絡內藥房。網絡內服務提供者是與我們簽有協議的醫生以及其他健康護理專業人士、醫療群體、耐用醫療設備供應商、醫院以及其他健康護理設施，他們與我們簽約，接受我們的付款和任何計劃的分攤費用做為全額付款。

醫療群體，是由與本項計劃簽約以向投保人提供服務之醫師（包括初級照護醫生 (PCP) 和專科醫生）和其他醫療保健服務提供者（包括的醫院）所組成的協會。

您必須使用網絡內提供者以獲得醫療照護和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方，您必須全額支付。例外處理僅限在急診、緊急需求服務時無法使用網絡（亦即，無法合理取得或無法取得網絡內服務的狀況）、區域外透析服務，以及Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 授權使用網絡外服務提供者的狀況。

請在我們的網站：www.2025wellcaredirectories.com查閱最新的服務提供者和供應商名單。

第1章 會員入門指南

如果您沒有《醫療服務提供者與藥房名錄》副本，您可以向會員服務部索取一份副本（電子或紙本格式均可）。若是索取紙本版的《醫療服務提供者與藥房名錄》，將在三個工作日內寄給您。您可以向會員服務部索取更多關於我們網絡內服務提供者的資訊，包括其資格、就讀的醫學院校、住院醫生實習完成證明和專業領域證書。會員服務部和該網站均能向您提供有關我們網絡內服務提供者的變更最新資訊。

《醫療服務提供者與藥房名錄》列出了我們的網絡內藥房，網址為：
www.2025wellcaredirectories.com。網絡內藥房是所有同意為本項計劃會員承保的處方藥配藥的藥房。您可以使用《醫療服務提供者與藥房名錄》，查找您想使用的網絡內藥房。請參閱第5章第2.5節，瞭解您何時可以使用計劃網絡外的藥房之相關資訊。

如果您沒有《醫療服務提供者與藥房名錄》，您可以從會員服務部取得副本。您還可以前往我們的網站www.2025wellcaredirectories.com查詢資訊。

第3.3節 計劃的《承保藥物清單》（處方集）

本項計劃有一份《承保藥物清單》（處方集）。我們簡稱為「藥物清單」。該清單列出Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 包括的D部分福利承保哪些D部分處方藥。該清單上的藥物是由本項計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下選擇的。該清單必須滿足Medicare規定的要求。Medicare已經核准Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的藥物清單。

「藥物清單」同時告訴您是否有任何規定限制您的藥物承保。

我們將提供您一份「藥物清單」。如需有關我們承保藥物的最完整和最新資訊，您可以造訪本項計劃的網站 (www.wellcare.com/ohana)，或致電會員服務部。

第4節 您的Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 每月費用

您的費用可能包括下列：

- 計劃保費（第4.1節）
- 每月Medicare Part B保費（第4.2節）
- D部分延遲投保費用（第4.3節）
- 收入相關每月調整金額（第4.4節）

第4.1節 計劃保費

由於「額外補助」計劃代表您支付保費，因此您無需為本計劃另行支付每月保費。

第4.2節 每月Medicare Part B保費

許多會員須支付其他Medicare保費

一些會員必須支付其他Medicare保費。如以上第2節所述，若要符合我們計劃的資格，您必須保持Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的資格，同時擁有Medicare Part A和Medicare Part B的資格。對於大多數Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員，Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 支付您的A部分保費（如果您不是自動符合資格）和B部分保費。

如果Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 不為您支付Medicare保費，您必須繼續支付您的Medicare保費，才能繼續成為本項計劃的會員。這包括您的B部分保費。也可能包括A部分保費，這會影響不符合免除A部分保費資格的會員。

第4.3節 D部分延遲投保費用

由於您符合雙重資格，只要您持續符合雙重資格，就不適用延遲投保費用 (LEP)，但如果您失去雙重資格，即可能產生延遲投保費用 (LEP)。如果在初始投保期終止後的任何時間，您連續63天或更長時間沒有D部分或其他可信的處方藥承保，則必須支付D部分延遲投保費用，做為D部分保險的額外保費。可信的處方藥承保是符合Medicare最低標準的承保，其付款預期通常至少不得低於Medicare的標準處方藥承保。延遲投保費用取決於您有多久時間缺少D部分或其他可信的處方藥承保。只要您擁有D部分承保，就必須支付這項費用。

在下列狀況下，您將無需支付：

- 您獲得Medicare的「額外補助」用以支付您的處方藥物費用。
- 您已經連續不到63天沒有任何可信承保。
- 您已透過其他來源獲得可信藥物承保，例如前任雇主、工會、TRICARE，或退役軍人健康管理局 (VA)。您的保險公司或您的人力資源部每年會告訴您，您的藥物承保是否是可信承保。該資訊可能用書信寄給您或者隨附在計劃會員通訊中。請保存該資訊，因為如果您以後參加Medicare藥物計劃，您可能需要該資訊。
 - **備註：**任何通知必須表明您有可信的處方藥承保，且預期該承保支付的金額相當於Medicare標準處方藥計劃所支付的金額。
 - **備註：**以下承保不是可信的處方藥承保：處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站。

Medicare會決定費用金額。以下是計算方法：

- 首先，計算您有資格投保後，您延遲了多少個完整的月份才投保Medicare藥物計劃。或者如果承保間斷時間達到63天或更長，則計算您有多少個完整的月份沒有可信的處方藥承保。在您沒有可信承保期間，每個月的費用為1%。舉例來說，假設您有14個月沒有可信的承保服務，費用將是14%。
- 然後，Medicare會根據前一年的資料決定全國Medicare藥物計劃的每月平均保費。2025年，該平均保費金額為\$36.78。

第1章 會員入門指南

- 要計算您的每月費用，您可用費用百分比乘以每月平均保費，然後將結果四捨五入保留至10美分。在本例中，費用應為\$36.78乘以14%，等於\$5.15。然後四捨五入得出\$5.20。該金額會增加到**D部分延遲投保費用**者的每月保費中。

關於該每月D部分延遲投保費用，有三個重要的注意事項：

- 第一，**每年的費用可能變更**，因為每年的每月平均保費可能變更。
- 第二，只要您投保有**Medicare Part D藥物福利**的計劃，**您將每月繼續支付費用**，即使您更換計劃。
- 第三，如果您年齡在**65歲以下**且目前享有**Medicare福利**，當您年滿65歲時，D部分延遲投保費用將重新設定。65歲以後，僅會依據您在初始投保期間過後沒有保險的月份來收取D部分延遲投保費用，以便您在到達年齡時加入Medicare。

如果您不同意您的**D部分延遲投保費用**，您或您的代表可以要求我們審查。通常，您必須在收到告知您必須支付延遲投保費用的第一封書面通知後**60天內**提出審核申請。但是，如果您在加入我們的計劃之前已支付費用，您可能沒有其他機會要求審查該延遲投保費用。

第4.4節 收入相關每月調整金額

有些會員可能需要支付額外的費用，亦即**D部分收入相關每月調整金額**，也稱為**IRMAA**。額外費用是根據您兩年前的**IRS納稅申報單**顯示的修改後調整總收入來決定。如果此金額高於特定金額，您必須支付標準保費以及額外的**IRMAA**。有關根據您的收入可能需要支付的額外金額的詳細資訊，請造訪<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外金額，社會安全局，而非您的**Medicare計劃**，會給您寄一封信函，告知您額外金額是多少。不管您通常如何支付您的計劃保費，額外費用都將從您的社會安全局、鐵路退休委員會或人事管理局福利支票中扣除，除非您的每月福利不足以支付所欠的額外費用。如果您的福利支票不足以支付額外費用，Medicare會給您寄帳單。**您必須把額外的費用支付給政府。不能與您的計劃每月保費一起支付。**如果您未支付額外費用，您將被退出計劃並喪失處方藥承保。

如果您不同意支付額外的費用，您可以請求社會安全局審查這項決定。要瞭解這方面的詳情，請撥打1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)，聯絡社會安全局。

第5節 關於您的每月保費的更多資訊**第5.1節 我們是否可以在一年之中變更您的每月計劃保費？**

否。我們不能在一年之中更改我們收取的每月計劃保費的金額。如果下一年度的每月計劃保費變更，我們會在九月份通知您，變更將於一月1日生效。

然而，在某些情況下，如果您積欠或需要開始支付延遲投保費用。您可能可以停止支付延遲投保

費用。如果您符合「額外補助」計劃的資格，或您在年中喪失「額外補助」計劃的資格，可能會出現此種情況：

- 如果您目前支付D部分延遲投保費用，並在當年度符合「額外補助」的資格，您可以停止繳納費用。
- 如果您失去「額外補助」，然後連續超過63天（含）以上沒有D部分或其他可信的處方藥承保，則可能需支付延遲投保費用。

您可在第2章第7節中找到有關「額外補助」計劃的詳細資訊。

第6節 持續更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄有從您的投保表中獲得的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃承保，包括您的初級照護醫生／獨立開業協會 (IPA)。IPA是醫生（包括PCP和專科醫生）及其他健康護理服務提供者（包括醫院）協會，該協會與本計劃簽約，為會員提供服務。

計劃網絡內醫生、醫院、藥劑師及其他服務提供者都需要有您的正確資訊。**這些網絡內服務提供者使用您的會員資格記錄瞭解您的承保服務和藥物以及分攤費用金額。**正因如此，請務必確保我們擁有您的最新資訊。

告訴我們以下變更：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 當您享有的任何其他健康保險承保（例如由您的僱主、您配偶或同居伴侶的僱主、勞工賠償，或Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 提供）有所變動
- 如果您有任何責任理賠，例如汽車事故理賠
- 如果您已經獲准住進護理院
- 如果您接收服務區域外或網絡外醫院或急診室的護理服務
- 如果您指定的負責人（例如照顧者）變更
- 如果您正在參與臨床試驗研究（**注意：**您不需要將您想參與的臨床試驗研究告知本計劃，但我們鼓勵您這麼做）

如果您的任何資訊有變更，請致電會員服務部通知我們。

如果您搬家或更改郵寄地址，聯絡社會安全局也很重要。您可在第2章第5節中找到社會安全局的電話號碼及聯絡資訊。

第7節 本計劃與其他保險的搭配

其他保險

Medicare要求我們向您收集您享有的任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。這是因為我們必須將您享有的任何其他承保與您在本項計劃中享有的福利進行協調。這稱為**福利協調**。

每年一次，我們會寄一封信給您，列出我們所知您享有的任何其他醫療或藥物保險。請仔細閱讀這份資訊。如果資訊正確無誤，您不必採取任何行動。如果資訊不正確，或您有其他未列出的承保，請致電會員服務部。您可能需要向您的其他保險公司（一旦您確認了他們的身份）提供您的計劃會員ID號碼，以便準時正確地支付您的帳單。

當您有其他保險計劃時（如僱主團體健保），Medicare設定了一些規定來決定本項計劃先付款還是您的其他保險計劃先付款。先付款的保險計劃稱為主要付款方，並最高可支付其承保上限。第二付款的保險計劃稱為第二付款方，僅支付主要承保方沒有承保的費用。第二付款方可能不會支付所有未承保的費用。如果您享有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

這些規定適用於僱主或工會團體健保計劃承保：

- 如果您享有退休保險承保，Medicare會先支付。
- 如果您的團體健保計劃承保服務是基於您或家人目前的就業保險，誰先支付將根據您的年齡、雇主聘用的雇員人數，以及您是否基於年齡、身心障礙或患有末期腎臟疾病 (ESRD) 而享有 Medicare：
 - 若您是未滿65歲的身心障礙者，且您或您的家人仍在工作，若僱主僱有100名或以上雇員，或多僱主計劃中至少有一名僱主僱有100名以上雇員，則您的團體健保計劃應先支付。
 - 若您年滿65歲，且您或您的配偶或同居伴侶仍在工作，若僱主僱有20名或以上雇員，或多僱主計劃中至少有一名僱主僱有20名以上雇員，則您的團體健保計劃應先付款。
- 如果您因為ESRD而享有Medicare，您的團體健保計劃將在您有Medicare資格後，先支付頭30個月的費用。

這些承保類型通常為以下每一種相關的服務先付款：

- 無過錯保險（包括汽車保險）
- 責任保險（包括汽車保險）
- 黑肺福利
- 勞工賠償

Medicaid與TRICARE從不為Medicare承保服務先付款。他們只會在Medicare及／或團體健保計劃已經付款後再付款。

第2章： 重要的電話號碼及資源

第1節 本計劃的聯絡資訊 (如何與我們聯絡，包括如何與會員服務部聯絡)

如何與本計劃的會員服務部聯絡

如有關理賠、帳單或會員卡等方面的問題，請致電或寫信至Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員服務部。我們樂意幫助您。

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。 請注意，4月1日至9月30日的週末及假日期間，您的來電可能會進入我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在1(1)個工作天內回電給您。 會員服務部還向母語為非英語者提供免費口譯員服務。
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
寫信	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
網站	www.wellcare.com/ohana

當您要求針對您的醫療護理做出承保決定或上訴時如何與我們聯絡

「承保決定」是我們對您的福利和承保或我們為您的醫療服務或D部分處方藥支付的金額作出的決定。上訴是透過正式方式要求我們審查並改變我們作出的承保決定。有關請求作出您的醫療服務或D部分處方藥承保決定或上訴的更多資訊，請查閱第9章（如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴），該怎麼辦）。

方法	醫療護理的承保決定 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
寫信	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

方法	D部分處方藥的承保決定 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
傳真	1-866-388-1767
寫信	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
網站	www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request

第2章 重要的電話號碼及資源

方法	關於醫療護理的上訴 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
傳真	1-866-201-0657
寫信	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

方法	關於D部分處方藥的上訴-聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
傳真	1-866-388-1766
寫信	Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
網站	www.wellcare.com/ohana

第2章 重要的電話號碼及資源**要對您的醫療護理提出投訴時如何與我們聯絡**

您可以對我們或者我們的任何網絡內服務提供者或藥房提出投訴，包括有關對您的護理品質的投訴。此類投訴不涉及承保或付款爭議。有關請求對您的醫療護理提出投訴的更多資訊，請查閱第9章（如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴），該怎麼辦）。

方法	關於醫療護理的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
傳真	1-866-388-1769
寫信	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
MEDICARE網站	您可以直接向Medicare提交對Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的投訴。如需向Medicare提交線上投訴，請造訪： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

方法	關於D部分處方藥的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。

第2章 重要的電話號碼及資源

方法	關於D部分處方藥的投訴 - 聯絡資訊
TTY	711 此為免付費電話。 在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
傳真	1-866-388-1769
寫信	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
MEDICARE網站	您可以直接向Medicare提交對Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的投訴。如需向Medicare提交線上投訴，請造訪： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

若要求我們支付您收到的醫療護理或藥物之費用，應將請求提交至何處

如果您收到您認為我們應該支付的服務帳單或支付的費用（例如服務提供者帳單），您可能需要要求我們償還費用或支付服務提供者帳單。請參閱第7章（請求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付費用）。

請注意：如果您向我們發送付款申請，而我們拒絕您任何部分的申請，您都可以就我們的決定提出上訴。如需更多資訊，請查閱第9章（如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴），該怎麼辦）。

方法	付款要求-聯絡資訊
寫信	醫療付款要求： Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 D部分付款要求： Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
網站	www.wellcare.com/ohana

第2節

Medicare

（如何直接從聯邦Medicare計劃獲得協助與資訊）

Medicare是聯邦健康保險計劃，適用於年滿65歲及以上的人士，或某些年齡在65歲以下的身心障礙者，以及患有末期腎臟疾病（需要腎透析或腎臟移植的永久腎衰竭）的人士。

負責管理Medicare的聯邦代理機構是Medicare和Medicaid服務中心（有時也稱為CMS）。該代理機構與包括我們在內的Medicare Advantage機構簽約。

方法	Medicare - 聯絡資訊
電話	1-800-MEDICARE，或1-800-633-4227 此為免付費電話。 每週7天，每天24小時。
TTY	1-877-486-2048 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。 此為免付費電話。
網站	www.Medicare.gov 這是Medicare的政府官方網站。它向您提供有關Medicare和目前Medicare問題的最新資訊。它也提供有關醫院、護理院、醫生、家庭健康代理機構以及腎透析設施的資訊。網站上有文件可以讓您直接在電腦上列印出來。您還可以找到您所在州的Medicare聯絡資訊。 Medicare網站也提供以下工具，讓您獲得有關您的Medicare資格以及投保選項的詳細資訊： • Medicare資格認證工具：提供有關Medicare資格狀況的資訊。 • Medicare計劃尋找器：提供在您所在地區有關Medicare處方藥計劃、Medicare保健計劃以及Medigap（Medicare補充保險）保單的個人化資訊。這些工具提供不同Medicare計劃中您的分攤費用估算額。 您還可使用該網站告訴Medicare您對本項計劃的任何投訴： • 向Medicare投訴：您可以直接向Medicare提交對本項計劃的投訴。如需向Medicare提交投訴，請造訪： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare會認真對待您的投訴，並將利用這些資訊來幫助提高Medicare計劃的品質。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心可以幫助您使用其電腦瀏覽本網站。或，您也可以致電Medicare，告訴他們您需要的資訊。他們會在

第2章 重要的電話號碼及資源

方法	Medicare - 聯絡資訊
	網站上找到資訊，並與您一起檢閱資訊。（您可致電Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週7天，每天24小時提供服務。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。）

第3節 州健康保險輔助計劃 (針對您有關Medicare的問題提供免費幫助、資訊和解答)

州健康保險輔助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都配有培訓有素的顧問。在Hawaii，SHIP稱為Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP)。

Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) 是由聯邦政府撥款的一項獨立（與任何保險公司或健康計劃無關）州計劃，為Medicare會員提供免費的當地健康保險諮詢。

Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) 顧問可以幫助您瞭解您的Medicare權利、對醫療照護或治療方法提出投訴、解決Medicare帳單的問題。Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) 顧問也可以幫助您排除Medicare的相關疑問或問題，協助您瞭解Medicare計劃選擇，並解答更換計劃的問題。

取用SHIP和其他資源的方法：

- 造訪<https://www.shiphelp.org>（按一下頁面中間的SHIP LOCATOR）
- 從清單中選擇您的州。這樣會將您導向一個頁面，內有專屬您所在州的電話號碼和資源。

方法	Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) - 聯絡資訊
電話	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
寫信	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
網站	http://www.hawaiiiship.org/

第4節 品質改善組織

每個州都有一個指定為Medicare受益人服務的品質改善組織。在Hawaii，品質改善組織稱為Livanta - Hawaii的品質改善組織。

Livanta - Hawaii的品質改進組織擁有一群醫生和其他醫療保健專業人員，他們由Medicare付費，負責檢查和幫助改善Medicare會員的護理品質。Livanta - Hawaii的品質改善組織是獨立的組織。與我們的計劃沒有關聯。

如有下列任何情況，都請您聯絡聯絡Livanta - Hawaii的品質改善組織：

- 您需要對您接受的醫療護理品質提出投訴。
- 您認為對您住院的承保終止過早。
- 您認為對您的家庭健康護理、特護機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務的承保終止過早。

方法	Livanta - Hawaii的品質改善組織 - 聯絡資訊
電話	1-877-588-1123 週一至週五，當地時間上午9點至下午5點；週六至週日，當地時間上午10點至下午4點
TTY	711
寫信	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	https://www.livantaqio.cms.gov/en

第5節 社會安全局

社會安全局負責決定Medicare的承保資格和處理投保事宜。任何美國公民以及和合法永久居民年齡在65歲及以上者，或身心障礙者，或末期腎臟疾病患者，並且符合某些特定條件，均符合投保Medicare的資格。如果您現在已經在領取社會安全局支票，則會自動投保Medicare。如果您沒有領取社會安全局支票，您必須投保Medicare。如欲申請Medicare，您可以致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局還負責決定哪些人因為有較高的收入而必須為D部分藥物承保支付額外的數額。如果您收到社會安全局的來信，告訴您必須支付額外的數額，您對該數額有疑問或者您的收入因為生活變化事件而減少，您可以致電社會安全局，請求重新考慮。

第2章 重要的電話號碼及資源

如果您搬家或更改郵寄地址，一定要聯絡和通知社會安全局。

方法	社會安全局-聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 此為免付費電話。 服務時間為週一至週五上午8點至晚上7點。 您可以利用社會安全局的自動電話語音服務，獲得語音資訊，並利用這項每天24小時服務處理您的事務。
TTY	1-800-325-0778 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。 此為免付費電話。 服務時間為週一至週五上午8點至晚上7點。
網站	www.ssa.gov

第6節 Medicaid

身為本計劃的會員，您有資格同時加入Medicare與Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)。
Medicaid是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。

此外，有些透過Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 提供的計劃可幫助享有Medicare的人士支付他們的Medicare費用，例如Medicare保費。這些「Medicare節省計劃」每年幫助收入與資源有限的人士節省資金：

- **符合Medicare資格受益人增益計劃 (QMB+)：**幫助支付Medicare Part A與Part B保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險金和共付額等費用）。符合資格的受益人也可以享有全部Medicaid福利。
- **指定低收入Medicare受益人增益計劃 (SLMB+)：**幫助支付B部分保費。符合資格的受益人也可以享有全部Medicaid福利。
- **全額福利雙重資格計劃 (FBDE)：**幫助支付Medicare Part A與Part B保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險金和共付額）。符合資格的受益人也可以享有全部Medicaid福利。

如需成為本項計劃的會員，您應當同時投保Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，並在投保時符合所有其他計劃資格要求。如果您對Medicaid藥品協助有疑問，請聯絡Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)。

方法	Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) - 聯絡資訊
電話	1-800-316-8005 夏威夷時間週一至週五，上午7:45至下午4:30
TTY	711 1-800-603-1201 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
寫信	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
網站	https://medquest.hawaii.gov/en.html

Hawaii州監察員公室協助有投保Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)的人士處理有關服務或帳單的問題。他／她們可以協助您申訴或上訴我們的計劃。

方法	Hawaii州監督辦公室 - 聯絡資訊
電話	1-808-587-0770 Kauai：808-274-3141分機7-0770 Molokai／Lanai：1-800-468-4644分機7-0770 當地時間週一至週五，上午7:45到下午4:30
TTY	1-808-587-0774 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
寫信	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
網站	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

Hawaii長期照護監察員計劃幫助人們獲得有關護理院的資訊，並幫助解決在護理院與入住者或其家人之間的問題。

方法	Hawaii長期照護申訴專員計劃-聯絡資訊
電話	1-808-586-7268 當地時間週一至週五，上午7:45到下午4:30
TTY	711

方法	Hawaii長期照護申訴專員計劃-聯絡資訊
寫信	Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health 250 South Hotel Street , Suite 406 Honolulu, HI 96813
網站	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

第7節 幫助人們支付處方藥計劃的相關資訊

Medicare.gov網站 (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) 提供有關如何降低處方藥物費用的資訊。對於收入有限的人士，也有其他可協助的計劃，如下所述。

Medicare的「額外補助」計劃

因為您有資格參加Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，您有資格和正在接受Medicare提供的「額外補助」，支付您的處方藥計劃費用。您無需採取任何進一步行動，即可獲得該「額外補助」。

如果您對「額外補助」有任何疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請撥打1-877-486-2048，一週7天，全天24小時；
- 社會安全局辦公室電話1-800-772-1213，服務時間為週一至週五上午8點至晚上7點。TTY使用者請撥打1-800-325-0778；或是
- 您所在州的Medicaid辦公室（請查閱本章第6節的聯絡資訊）。

如果您認為您去藥房領取處方藥時所繳付的分攤費用金額不正確，您可以利用我們的程序，請求協助您取得適當共付額等級證明，或如果您已經有此項證明，請向我們提供這項證明。

- 致電會員服務部，告訴代表您認為您有資格獲得「額外補助」。您可能需要提供下列其中一種文件類型（最佳可用證明）：
 - 受益人的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 卡副本，包括受益人的姓名和上一個日曆年下半年6月後某一個月的合格日期
 - 上一個日曆年下半年6月後某一個月的、確認現有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 狀態的州政府文件副本
 - 上一個日曆年下半年6月後某一個月的、顯示Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)

第2章 重要的電話號碼及資源

狀態的一份州政府電子投保列印文件

- 上一個日曆年下半年6月後某一個月的、顯示您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 狀態的您所在州Medicaid系統電腦螢幕列印文件
- 上一個日曆年下半年6月後某一個月的、顯示Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 狀態的您所在州提供的其他文件
- 社會安全局 (SSA) 的來函可證明您個人收到補充社會安全收入 (SSI)
- 經認定符合資格的申請，確認受益人為「...自動符合取得「額外補助」的資格...」 (SSA出版品HI 03094.605)

如果您獲得住院收治並認為您符合零分攤費用的資格，請致電會員服務部，並告知代表您認為您有資格獲得「額外補助」。您可能需要提供下列其中一種文件類型：

- 設施的匯款單據，顯示Medicaid在上一個日曆年下半年6月後某一個月為您支付了一整個日曆月的費用；
 - 州政府文件副本，確認Medicaid在上一個日曆年下半年6月後某一個月為您向設施支付一個完整日曆月的費用；或是
 - 州政府Medicaid系統的電腦螢幕擷取畫面，顯示在上一個日曆年下半年6月後某一個月您在Medicaid付費的設施入住至少一整個日曆月的入住狀態。
- 如果您無法提供上述文件，但仍認為您可能符合「額外補助」的資格，請致電會員服務部，我們將為您提供協助。
 - 當我們收到顯示您的共付額層級的證明時，我們會更新我們的系統，以便您下次去藥房領取處方藥時能夠繳付正確的共付額金額。如果您多付了共付額，我們會退還給您。退款方式是將您多付的數額以支票方式退還給您，或用於抵消日後的共付額。如果藥房尚未收取您的共付額，而是將您的共付額作為欠款記錄，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府已替您付款，我們可能會直接付款給州政府。如果您有疑問，請與會員服務部聯絡。

如果您同時擁有「額外補助」及愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的承保該怎麼辦？什麼是愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)？

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 旨在幫助符合ADAP資格的HIV／AIDS個人患者獲得拯救生命的HIV藥物。同時屬於ADAP處方集的Medicare Part D處方藥有資格透過Hawaii HIV藥物協助計劃 (ADAP) 獲得處方藥分攤費用協助。

Hawaii HIV藥物協助計劃 (HDAP) 是您所在州的ADAP。
您所在州的Hawaii HIV藥物協助計劃 (HDAP) 列舉如下。

第2章 重要的電話號碼及資源

方法	Hawaii HIV藥物協助計劃 (HDAP) –聯絡資訊
電話	1-808-733-9360 週一至週五，當地時間上午8點到下午5點
TTY	711
寫信	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
網站	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services

備註：如要符合您所在州運作的ADAP條件，個人必須符合特定標準，包括您居住州的證明和HIV狀況、由該州界定為低收入以及無保險／保險不足的情況。如果您變更計劃，請通知您當地的ADAP投保人員，以便您能夠繼續獲得協助。如需資格標準、承保藥物或註冊方案的相關資訊，請致電Hawaii HIV藥物協助計劃 (HDAP)。

第8節 如何聯絡鐵路退休委員會

鐵路退休委員會是獨立的聯邦代理機構，負責管理全國鐵路工人及其家人的綜合福利計劃。如果您透過鐵路退休委員會獲得Medicare福利，在您搬家或更改郵寄地址時通知該委員會很重要。如果您對從鐵路退休委員會獲得的福利有問題，請與該機構聯絡。

方法	鐵路退休委員會–聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 此為免付費電話。 如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午9點至下午3:30，以及週三上午9點至中午12點與RRB代表聯繫。 如果按「1」，您可以24小時（包括週末和假日）進入自動RRB服務專線並記錄資訊。
TTY	1-312-751-4701 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。 這不是免費電話。
網站	rrb.gov/

第9節 您是否擁有僱主提供的團體保險或其他健康保險？

如果您（或您的配偶或同居伴侶）作為本項計劃的一部分從您（或您配偶或同居伴侶的）僱主或退休人員團體獲得福利，如果您有任何疑問，請致電僱主／工會福利管理員或會員服務部。您可以詢問有關您的（或您的配偶或同居伴侶的）僱主或退休人員保健福利、保費或投保階段的問題。（會員服務部電話號碼印在本文件的封底。）您也可致電1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048）詢問有關您在本計劃下的Medicare承保問題。

如果您透過您的（或您配偶或同居伴侶的）僱主或退休人員團體獲得其他處方藥承保，請聯絡該團體的福利管理員。福利管理員可以幫助您確定您目前的處方藥承保如何與本項計劃合併使用。

第3章：

用計劃承保保障您的 醫療及其他承保服務

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

第1節 做為本計劃的會員關於獲得您的醫療護理及其他服務的須知事項

本章講述關於如何使用本項計劃獲得您的承保醫療護理及其他服務的須知事項。本章提供了術語定義，並解釋您需要遵守哪些規定，以獲得本項計劃承保的治療、服務、設備、處方藥，和其他醫療護理。

有關本項計劃承保哪些醫療護理和其他服務的詳情，請查閱下一章 - 第4章（醫療福利表（承保範圍））中的福利表。

第1.1節 什麼是網絡內醫療服務提供者和承保服務？

- **醫療服務提供者**是由州政府核發執照並可提供醫療服務和護理的醫生和其他醫療專業人員。服務提供者一詞也包括醫院及其他健康護理設施。
- **網絡內服務提供者**是與我們簽署協議並接受我們的付款做為全額付款的醫生和其他醫療專業人士、醫療團體、醫院以及其他健康護理機構。我們已安排由這些服務提供者向本項計劃會員提供承保服務。我們的網絡內服務提供者通常直接向我們收取他們向您提供的護理費用。當您去看網絡內服務提供者時，通常您無需為承保服務支付任何費用。
- **承保服務**包括本計劃承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、設備和處方藥。您的醫療護理承保服務在第4章的福利表中列出。第5章討論您的處方藥承保服務。

第1.2節 獲得計劃承保的醫療護理和其他服務的基本規定

作為一項Medicare保健計劃，本項計劃必須承保Original Medicare承保的所有服務，並且除了Original Medicare承保的服務，還可能提供其他服務。請參閱第4章醫療福利表（承保項目）以瞭解計劃承保的服務。

只要符合下列規定，本項計劃通常會承保您的醫療護理：

- 您獲得的護理包括在計劃的醫療福利表內（該表見本文件第4章）。
- 您獲得的護理被認為是必要的醫療。必要的醫療是指服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- 您有一位網絡內初級照護醫生 (PCP)，提供和監督您的護理服務。作為本項計劃會員，您必須選擇一位網絡內PCP（有關這方面的更多資訊，請查閱本章第2.1節）。
 - 請事先與PCP討論您的治療計劃，協調您的護理服務，再到計劃網絡中搜尋其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、特護機構或家庭健康護理代理機構。某些服務需要取得預先授權。如需進一步了解這些服務，請參閱第4章

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

第2.1節的醫療給付表。

- 您必須從網絡內服務提供者處獲得護理（有關這方面的更多資訊，請查閱本章第2節）。在大部分情況下，您從網絡外服務提供者（不在本項計劃網絡內的服務提供者）處獲得的護理不會獲得承保，以下所述的情況除外。這表示您必須為提供者提供的服務支付全部費用。有三種例外處理：
 - 計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的急診照護或緊急需求服務。有關這方面的更多資訊以及瞭解什麼是緊急情況或緊急需求服務，請查閱本章第3節。
 - 如果您需要接受Medicare要求本項計劃承保的醫療護理，但是我們的網絡內沒有專科醫生無法提供此類護理，您可以使用通常在網絡內支付的分攤費用，從網絡外提供者獲得此項護理（需要預先授權）。在接受護理之前，請打電話給我們，瞭解您可能需要遵守的相關授權規定。在這種情況下，我們將如同您從網絡內服務提供者處接受護理一樣，為這些服務提供承保。有關獲得在網絡外醫師處門診核准的資訊，請查閱本章第2.4節。
 - 當您暫時離開本項計劃的服務區域，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時，從Medicare認證的透析設施獲得的腎透析服務可獲得本項計劃的承保。您支付本項透析計劃的分攤費用絕不會超過Original Medicare的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外，並從計劃網絡外的提供者取得透析，您的分攤費用不得超過您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您的一般網絡內提供者暫時無法提供透析服務，而且您選擇在服務區域內從計劃網絡以外的服務提供者獲得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。
- 端點服務 (POS) 福利可令您獲得非網絡內服務提供者的特定服務。在您的端點服務 (POS) 選項下，並非所有服務都在網絡外承保範圍。如需網絡外承保服務，請參閱第4章第2.1節的醫療福利表以取得更多資訊。當您使用自己的POS福利時，將需要支付更多金額來獲得這些服務。如需更多資訊，請參閱本章第2.4節。

在獲取網絡外服務提供者的這些照護服務時，您無須轉診。但是，在獲得服務之前，您可能想要確認這些服務是否屬於我們的承保範圍。如果我們在之後確定服務不在承保範圍內，我們可能會拒絕承保並且您將需要負責該費用。某些服務可能需要取得預先授權。

第2節 透過本計劃網絡內的醫療服務提供者取得您的醫療護理和其他服務

第2.1節	您必須選擇一位初級照護醫生 (PCP) 為您提供護理並監督您的護理情況
-------	-------------------------------------

什麼是PCP？PCP能為您做什麼？

當您成為本項計劃會員時，您必須先選擇一位計劃服務提供者作為您的PCP。PCP是您健康方面的夥伴，提供或協調您的護理。您的PCP是符合州政府要求、接受過為您提供基本醫療護理培訓的健康

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

護理專業人士。這些包括專精於家庭醫療、綜合醫療、內科和老年病學的醫師。專科護理師 (NP)，受過特殊訓練且持有州政府執照的護理師，提供基本水準的健康護理，或有資格作為PCP的醫師助理 (PA)，提供在初級照護體系內的服務，也可以當作您的PCP。

您可以從PCP獲得大多數的例行或基本護理。您的PCP還會協助您安排或協調作為我們計劃會員的其他承保服務。這包括：

- X光、
- 化驗室測試、
- 物理、職能及／或語言治療、
- 專科醫生照護、
- 住院，以及
- 後續護理

「協調」您的承保服務包括檢查或向其他計劃服務提供者諮詢您的護理及其進展狀況。對於特定類型的服務或用品，您的PCP需要取得預先授權（事先核准）。如果您需要的服務需要預先授權，PCP會向本項計劃要求授權。由於您的PCP將提供和協調您的醫療護理，您應當將過去的所有醫療記錄都送到PCP的診所。對於您大部分的例行健康護理需求，您通常會先去看您的PCP。我們建議您讓PCP協調您的所有護理。如需詳細資訊，請參閱本章的第2.2節。

在某些情況下，您的PCP或您去看的專科醫生或其他服務提供者會需要向我們取得某些類型承保服務和項目的預先授權（事先核准）。請參閱本文件第4章，瞭解需要預先授權的服務和項目。

如果您在正常上班時間後需要與醫師交談，請致電醫師的辦公室，您將被引導至您的醫師，或是指示何處可取得服務的答錄機，或是另一位提供承保範圍的醫師。如果您遇到緊急情況，請立即撥打911。

您如何選擇PCP？

若要選擇您的PCP，請前往我們的網站www.2025wellcaredirectories.com並從我們的計劃網絡中選擇PCP。會員服務部也可以協助您選擇PCP。一旦您已經選擇PCP，請依您的選擇致電會員服務部。您的PCP必須在我們的網絡中。

若有您想要使用的特定計劃專科醫生或醫院，請先檢查確定專科醫生和／或醫院位在PCP的網絡內。

如果您沒有選擇PCP，或者您選擇了一位無法配合此計劃的PCP，我們會自動為您指派PCP。

更換您的PCP

您可以隨時因任何原因更換您的PCP。此外，您的PCP可能會離開本項計劃的服務提供者網絡，您必須找一位新的PCP。在某些情況下，我們的服務提供者離開我們的網絡後，有義務繼續維持護理服

第3章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

務。如需特定的詳細資料，請聯絡會員服務部。

如果您想要更換PCP，請致電會員服務部。每個計劃的PCP都可能會轉診給特定的計劃專科醫生，並使用他們的網絡中的特定醫院。這表示您所選擇的計劃PCP可能會決定您可能使用的專科醫生和醫院。如果您要使用特定的專科醫生或醫院，請瞭解您的計劃PCP是否使用這些專科醫生或醫院。

會員服務部可以協助您選擇新的PCP。您應該允許充足的時間來更改PCP選擇，使其生效。如果您在當月10日當天或之前申請更換PCP，則變更將於您來電月份的第一天生效（具有追溯性）。如果您在當月10日之後致電，您的PCP更換將於次月1日生效。

例如：假設您在1月10日當天或之前申請更換PCP，這項變更可於1月1日生效。假設您在1月11日或之後提出申請，該項變更將於2月1日生效。為使承保服務在我們計劃的範圍內，您必須繼續獲得由您目前的PCP提供、訂購或安排的承保服務，直到更改生效為止。選擇新的PCP時，請務必洽詢會員服務部。致電時，如果您正在接受專科醫生看診或獲取其他需要PCP批准的承保服務（例如居家健康服務或耐用醫療設備等），請告知會員服務部。

第2.2節 若未獲得您的PCP轉診，您可以獲得何種醫療護理和其他服務？

未經您的PCP事先核准，您也可獲取下列服務。

- 女性例行健康照護，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢（乳房X光檢查）、子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務
- 流感注射（或疫苗）、COVID-19疫苗接種和肺炎疫苗接種，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務
- 從網絡內或網絡外服務提供者處獲得的緊急服務
- 計劃承保之緊急需求服務即非急診但需要立即就醫的服務，前提是您暫時不在計劃服務區域內，或根據您的時間、地點和情況，從與計劃特約的網絡醫療服務提供者處獲得此項服務並不合理。緊急需求服務的範例包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病情的意外發作。但是，醫療上必要的例行服務提供者就診，例如年度檢查，即使您不在計劃的服務區域或計劃網絡暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。
- 當您暫時離開本項計劃的服務區域時，從Medicare認證的透析設施獲得腎透析服務。如可能，請在您離開服務區域之前致電會員服務部，以便我們能夠幫助安排您在服務區域外接受維持性透析服務。

第2.3節 如何獲得專科醫生和其他網絡內醫療服務提供者的護理

專科醫生是為某種特定疾病或身體部位提供醫療護理服務的醫生。專科醫生有很多種。以下是幾個

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

範例：

- 腫瘤科醫師，醫治癌症患者
- 心臟科醫師，醫治心臟病患者
- 骨科醫師，醫治患者某些骨骼、關節或肌肉病症

與您的PCP討論您的健康照護需求並取得建議，尋找能支援您照護需求的專科醫生。看專科醫生不需要轉介。然而在某些情況下，您、您的代表或您的PCP／服務提供者，可能會需要獲得本計劃的預先授權。關於哪些服務需要預先授權，請參閱第4章第2.1節。

如果專科醫生或另一位網絡內醫療服務提供者退出本計劃怎麼辦？

我們可能會在一年中更換您的計劃內醫院、醫生和專科醫生（服務提供者）。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您將享有特定權利和保障，內容概述如下：

- 即使我們的服務提供者網絡可能在一年中變更，**Medicare**規定我們仍要向您提供不間斷的合格醫生和專科醫生服務。
- 我們將通知您，您的服務提供者將離開本計劃，以便您有時間選擇新的服務提供者。
 - 如果您的初級照護或行為健康服務提供者退出本計劃，如果您在過去三年內曾由該服務提供者看診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他服務提供者退出本計劃，如果您被指派給該服務提供者且目前接受他們的照護，或在過去三個月內曾請他們看診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內提供者，方便您繼續獲得照護。
- 如果您目前正在接受既有提供者的醫療或治療，您有權請求且我們將予以配合，確保您正在接受的必要醫療或治療得以繼續。
- 我們將為您提供不同投保期的相關資訊，以及您可能擁有的計劃變更選項。
- 如果網絡內提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求，我們將安排任何提供者網絡外的醫療上必要的承保福利，只是須採用網絡內分攤費用。我們的計劃必須確認沒有適用的網絡內服務提供者，且該網絡外服務提供者必須聯絡本項計劃要求授權，您才能取得服務。如果獲得核准，將核發網絡外服務提供者的授權以提供服務。您有權接收由網絡外服務提供者所提供的急診或區域外緊急需求服務。此外，對於已在計劃服務區域外旅行且無法存取網絡內服務提供者的末期腎臟疾病 (ESRD) 會員，我們的計劃必須承保腎透析服務。ESRD服務必須由**Medicare**認證的透析機構提供。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生將離開您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找到新的服

第3章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

務提供者來管理您的護理。

- 如果您認為我們未能向您提供合格的服務提供者來代替以前的服務提供者，或未能適當管理您的護理，您有權向QIO提出護理品質的投訴，或對計劃提出護理品質的申訴，或兩者。請查閱第9章。

第2.4節 如何獲得網絡外醫療服務提供者的護理

您有權接收由網絡外服務提供者所提供的急診或區域外緊急需求服務。此外，對於已在計劃服務區域外旅行且無法存取網絡內服務提供者的末期腎臟疾病 (ESRD) 會員，我們的計劃必須承保腎透析服務。ESRD服務必須由Medicare認證的透析機構提供。

此外，如果您需要Medicare承保的醫療照護，但網絡內服務提供者無法提供這項照護，您可能可以向網絡外服務提供者尋求照護。我們的計劃必須確認沒有適用的網絡內服務提供者，且該網絡外服務提供者必須聯絡本項計劃要求授權，您才能取得服務。如果獲得核准，將核發網絡外服務提供者的授權以提供服務。

透過定點服務 (POS) 福利，您可以使用網絡外服務提供者取得特定服務。如需網絡外承保服務，請參閱第4章第2.1節的醫療福利表以取得更多資訊。當您使用自己的POS福利時，將需要支付更多金額來獲得這些服務。當您透過您的POS福利使用網絡外牙醫時，您的分攤費用可能會更高。當您在網絡外接受這些服務時，您無需取得轉診。但是，在獲得服務之前，您可能希望與我們確認這些服務是否在承保範圍內。如果我們在之後確定服務不在承保範圍內，我們可能會拒絕承保並且您將需要負責該費用。某些服務可能需要取得預先授權。

如果您認為網絡外服務提供者向您發送的帳單應該由我們支付，請聯絡會員服務部或將支票發送給我們支付。我們將向您的醫生支付我們的帳單分攤費用，並且您的醫生可能向您收取您應支付的金額（如有）。

第3節 當您出現緊急情況或緊急護理需求或在重大災難期間如何獲得服務

第3.1節 出現緊急醫療情況時如何獲得護理

什麼是緊急醫療情況以及如果您有緊急醫療情況應該怎麼做？

緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與藥物常識的謹慎外行人認為您具有需要立刻就診的醫療症狀，以阻止您喪失生命（若您是孕婦，則是喪失尚未出生的嬰兒）、喪失肢體或肢體功能，或喪失身體功能或遭受嚴重損害。醫療病症可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。

如果您有緊急醫療情況：

- 請儘快尋求幫助。致電911求助，或到離您最近的急診室或醫院。如果需要，可打電話叫救護

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

車。您無需事先獲得您的PCP的批准或轉診。您不需要使用網絡內醫生。在您需要的時候，在美國或其領土的任何地方，從任何具有適當州執照的服務提供者（即使他們不在我們的網絡內），您都可以獲得承保的緊急醫療護理。Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 包含全球緊急／緊急情況的承保。

- **盡快確保本計劃了解您的緊急情況。**我們需要追蹤您的急診照護情況。您或其他人應致電我們，報告您的急診護理情況，通常需在48小時內。您可以致電會員服務部或您會員卡背面的電話號碼。

您出現緊急醫療情況時哪些服務可獲得承保？

在採取任何其他方式到達急診室可能危及您的健康的情況下，本項計劃為救護車服務提供承保。我們也承保緊急情況下的醫療服務。

向您提供急診照護的醫生會決定您的病症是否穩定，緊急醫療情況是否已經終止。

緊急情況終止後，您有權獲得追蹤護理，以確保您的病症持續穩定。請務必在接受急診照護後5至7天內遵循初級照護醫生的後續追蹤囑咐。您會接到我們照護團隊的電話，協助您安排所需的後續約診，並安排其他對身體恢復有所幫助的福利。您的醫生將繼續治療您，直到您的醫生與我們聯絡並擬訂額外護理的計劃。您的追蹤護理將由本項計劃承保。如果您的急診照護是由網絡外服務提供者提供，我們會在您的醫療病症與情況允許時，立即嘗試安排由網絡內服務提供者接手負責您的照護。

如果並非緊急醫療情況，怎麼辦？

有時很難判斷您的情況究竟是不是緊急醫療情況。例如，您可能認為自己的健康面臨極大的危險而接受急診護理，但醫生可能認為這並非緊急醫療情況。如果結果並不是緊急情況，但只要您合理地認為您的健康面臨極大的危險，我們就會為您的護理提供承保。

但是，在醫生已經表示這**不是**緊急情況之後，通常**只有**在您用以下兩種方式之一獲得額外護理時，我們才會承保額外的護理：

- 您到網絡內服務提供者處接受額外護理。
- 一或—您接受的額外護理被視為「緊急需求服務」，並且您遵守獲得這些緊急護理的規定（如需瞭解這方面的更多資訊，請查閱下面的第3.2節）。

第3.2節 當您緊急需要接受服務時如何獲得護理

什麼是緊急需要的服務？

如果您暫時離開本計劃服務區域，或依據您的時間、地點和情況，從計劃特約網絡內服務提供者處獲得此服務並不合理，則需要立即醫療照護但不屬於急診的計劃承保服務即為緊急需求服務。緊急

第3章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

需求服務的範例包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病情的意外發作。但是，醫療上必要的例行服務提供者就診，例如年度檢查，即使您不在計劃的服務區域或計劃網絡暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。

如果您需要接受緊急護理，請聯絡您的PCP的診所，診所每天24小時提供服務。您可能會獲得前往網絡內緊急護理中心接受緊急護理服務的指示。您可在《醫療服務提供者與藥房名錄》或在我們的網站www.2025wellcaredirectories.com上，查閱網絡內緊急照護中心清單。如果在您的醫生診所接受緊急護理服務，您需要為診所門診支付共付額；但如果您在網絡內緊急護理中心或無需預約診所接受緊急護理服務，您將向緊急護理中心支付共付額，金額可能不同。請參閱第4章醫療福利表（承保範圍），瞭解適用於醫生診所或網絡內緊急護理中心或無需預約診所提供的服務共付額。

您也可以隨時聯絡護士諮商專線。護理專業人士每週七天，全天候24小時為您解答問題。如需有關更多有關護士諮詢專線的資訊，請參閱第4章（醫療福利表（承保範圍））中的健康與保健教育計劃福利類別，或請致電會員服務部。

在以下情況下，本項計劃承保美國境外的全球緊急情況和緊急護理服務。然而，Medicare並不承保美國境外的急診照護。

- 當您在美國境外旅行時，在全球緊急情況和緊急護理承保下，最多為您承保的金額可達\$50,000。超過此金額的費用將不在承保範圍內。
- 從其他國家運送回美國，以及在美國境外購買的藥品皆不在承保範圍內。此外，如果您住院接受住院護理，則不會免除急診室分攤費用。
- 如果可能，請在48小時內聯絡我們，以告知我們您急診治療情況。

如需更多資訊，請參閱本文件第4章的醫療福利表中的「急診護理」與「緊急需要的服務」，或致電會員服務部。

第3.3節 重大災難期間獲得護理

如果您所在州、美國衛生及公共服務部或美國總統宣佈您所在的地區處於重大災難或緊急情況，您仍然有資格從本項計劃獲得護理服務。

欲瞭解如何在重大災難期間獲得所需護理的相關資訊，請造訪以下網站：www.wellcare.com/ohana。

如果您在重大災難期間無法使用網絡內服務提供者，您的計劃允許您按照網絡內分攤費用獲得網絡外服務提供者的護理。如果在重大災難期間您無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房配藥。更多資訊請查閱第5章第2.5節。

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務**第4節 如果要求您直接支付承保服務的全額費用，該怎麼辦？****第4.1節 您可以要求我們支付承保服務的費用**

如果您已經支付您的承保服務費用或者您收到承保醫療服務帳單，請查閱第7章（*請求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付費用*），瞭解如何處理此類情況的資訊。

第4.2節 如果本計劃未承保相關服務，您該怎麼辦？

我們的計劃承保本文件第4章醫療福利表中所列的所有醫療上必要的服務。如果您接受不在我們的計劃承保範圍內的服務，或從網絡外獲得服務而且未經授權，您必須負責支付服務的全額費用。您在支付服務費用之前，應當查看服務是否屬於Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保範圍。

對於有福利限制的承保服務，在您用完您的該類承保服務的福利後，您也需支付任何服務的全部費用。一旦達到福利上限，您支付的金額將不會計入分攤費用上限中。例如，在本項計劃付款達到福利上限後，您所獲得的任何特護機構照護，可能必須全額支付費用。當您用完福利限額後，您為該服務所支付的額外費用將不會列入您的年度分攤費用上限中。

第5節 如果您參加臨床試驗研究，如何獲得醫療服務承保？**第5.1節 什麼是臨床試驗研究？**

臨床試驗研究（亦稱臨床試驗）是醫生和科學家檢驗新型醫療照護的一種方式，如檢驗新型抗癌藥物的療效。某些臨床試驗研究已獲得Medicare的核准。Medicare核准的臨床試驗研究通常會要求自願者參與研究。

一旦Medicare核准研究，而且您表示感興趣，研究工作人員會與您聯絡，對研究做出詳細說明，並查看您是否符合開展該項研究的科學家設定的要求。只要您符合研究要求，並完全理解和接受參加研究所涉及的事項，您就可以參加研究。

如果您參加一項Medicare核准的研究，Original Medicare會支付您在研究中接受的承保服務的大部分費用。如果您告訴我們您正在接受合格的臨床試驗，那麼您只需要負責該試驗中服務的網絡內分攤費用。如果您支付較多，例如，如果您已支付Original Medicare的分攤費用金額，我們會補償您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。然而，您需要提供文件，向我們顯示您的支付金額。參加臨床試驗研究期間，您仍然可以繼續留在本項計劃中，繼續透過本項計劃接受其餘的護理（與研究無關的護理）。

如果您希望參加任何Medicare批准的臨床試驗研究，您不需告知我們，或取得我們或您PCP的批准。作為臨床試驗研究一部分為您提供護理的服務提供者無需是本項計劃網絡內服務提供者。請注意，其中不包括我們計劃所負責的福利項目，也就是評估福利的臨床試驗或登錄部分。這些包括在要求

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

承保證明研擬的國家承保裁定 (NCD-CED) 和研究裝置豁免 (IDE) 研究下指定的某些福利，可能受預先授權和其他計劃規定的約束。

雖然您不需要獲得我們的計劃同意，也可以參與由Original Medicare為Medicare Advantage投保人承保的臨床試驗研究，但我們鼓勵您在選擇參與Medicare合格臨床試驗時，事先通知我們。

如果您參加一項Medicare尚未批准的研究，您將負責支付自己參加該項研究的所有費用。

第5.2節 當您參加臨床試驗研究時，由誰支付費用？

一旦您參加Medicare核准的臨床試驗研究，Original Medicare會承保您作為研究的一部分而接受的例行項目和服務，其中包括：

- 即使您不參加研究Medicare也會承保的住院膳宿費用
- 作為試驗研究組成部分的手術或其他醫療程序
- 治療新護理造成的副作用和併發症

在Medicare支付這些服務的分攤費用後，本項計劃將支付其餘的費用。與所有的承保服務一樣，您無需為在臨床試驗研究中接受的承保服務支付任何費用。

在您參加臨床試驗研究期間，**Medicare**以及本項計劃均不會支付任何下列費用：

- Medicare通常不會支付研究正在測試的新項目或新服務的費用，除非Medicare承保該項目或服務，那麼即使您未參與研究亦不在此限。
- 僅為了收集資料而提供（並非直接用於您的健康護理）的項目或服務。例如，如果您的醫療病症通常只需要做一次CT掃描，Medicare不會為您作為試驗研究的一部分每月接受一次的CT掃描支付費用。
- 提供給任何參與試驗者的項目和服務，通常由研究贊助者免費提供。

您是否希望瞭解更多資訊？

您可以造訪Medicare網站，進一步瞭解加入臨床試驗研究的相關資訊，請參閱或下載刊物*Medicare 和臨床研究*。（欲取得本刊物請至：

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您還可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天、每天24小時均提供服務。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

第6節 在宗教性非醫療保健機構接受護理的規定

第6.1節 什麼是宗教性非醫療保健機構？

宗教性非醫療保健組織是對通常會在醫院或特護機構接受治療的病症提供護理的設施。如果在醫院或特護機構獲得照護有違會員的宗教信仰，我們會承保在宗教性非醫療保健組織獲得的照護。此項福利僅為A部分住院服務（非醫療健康護理服務）提供。

第6.2節 接受宗教性非醫療保健機構提供的護理服務

如要接受宗教性非醫療保健組織提供的護理服務，您必須簽署一份法律文件，說明您是在意識清醒的狀態下反對接受**非強制性**治療。

- 「**非強制性**」醫療護理或治療是指**自願性**且聯邦、州或地方法律**並未要求**提供的任何醫療護理或治療。
- **強制性**治療是指您依據聯邦、州或地方法律**非自願性**或**要求**接受的醫療護理或治療。

如要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須獲得Medicare的認證。
- 您接受的本項計劃承保的服務僅限於**非宗教**方面的護理。
- 如果您從該組織接受的服務是在一家機構為您提供，則適用於下列條件：
 - 您的醫療病症必須允許您接受住院護理或特護機構照護的承保服務。
 - **—並且—**在住進該機構之前您必須事先獲得我們的計劃的核准，否則您的住院將不予承保。

除非您獲得本項計劃的預先授權（核准），否則您在宗教性非醫療保健組織的住院將不予承保，並受到與您原本作為住院患者在醫院或特護機構照護接受的護理相同的承保限制。請查閱第4章醫療福利表中的承保規則以及有關住院和特護機構分攤費用和限制的其他資訊。

第7節 有關耐用醫療設備所有權的規定

第7.1節 您在本計劃之下支付一定金額的付款後，是否將會擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備 (DME) 包括由服務期供者訂購居家使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行架、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音產生裝置、IV輸注幫浦、噴霧器和醫院病床等物品。會員對特定物品有所有權，如義體。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型的DME。

在Original Medicare中，租借某些特定類型的DME的人在為租借的設備支付13個月的共付額後就可以擁有該設備。但是，作為我們計劃的會員，無論您為租借的DME支付了多少共付額，您通常都不會

第 3 章 使用計劃承保保障您的醫療及其他承保服務

擁有該設備。在某些有限的特定情況下，我們將把DME項目的所有權轉讓給您。請致電會員服務部，查詢您必須滿足的要求，以及您需要提供的相關文件。

如果您轉換到**Original Medicare**，則您為耐用醫療設備支付的款項會如何？

如果您在計劃中沒有獲得DME項目的所有權，則在轉換到**Original Medicare**後，您必須重新連續支付13次費用，以擁有該物品。加入您的計劃時所支付的費用不計入。

範例1：您在**Original Medicare**中為該項目連續支付12次或以下的款項，之後加入本計劃。您在**Original Medicare**中支付的款項不會計入。您必須先支付13筆費用至我們的計劃，然後才可擁有該項目。

範例2：您在**Original Medicare**中為該項目連續支付12次或以下的款項，之後加入本計劃。您在我們的計劃中，但在我們的計劃中沒有取得所有權。然後您回到**Original Medicare**。您再次加入**Original Medicare**後，必須連續支付13次新的費用以擁有該項目。所有先前的付款（無論對於我們的計劃還是對於**Original Medicare**）不計入。

第7.2節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

您有權享有哪些氧氣設備福利？

如果您符合Medicare氧氣設備承保，Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 將承保：

- 租借氧氣設備
- 配送氧氣和含氧內容物
- 導管及配送氧氣和含氧內容物所需之相關氧氣配件
- 維護和維修氧氣設備

如果您離開Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 或醫療上不再需要氧氣設備，則氧氣設備必須退還。

如果您退出您的計劃而回到**Original Medicare**，會怎樣？

Original Medicare要求氧氣供應商提供您五年的服務。前36個月期間您租用設備。剩餘24個月供應商提供設備和維護（您仍需負責支付氧氣的共付額）。五年後，您可以選擇留在同一家公司，或去另一家公司。此時，即使您繼續留在同一家公司，五年週期仍會再次開始，您必須支付前36個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，五年週期將重新開始。

第4章： 醫療福利表 (承保內容)

第1節 瞭解承保服務

本章提供醫療福利表，列出您作為本項計劃會員享有的承保服務。在本章接下來章節中，您可以找到有關不予承保的醫療服務資訊。同時向您解釋某些服務的限制。

第1.1節 您無需支付承保服務的任何費用

因為您接受Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 協助，只要您遵守本項計劃的規定獲取護理服務，您無需為您的承保服務支付任何費用。（請查閱第3章有關本項計劃獲取護理服務規定的詳細資訊。）

第1.2節 您為Medicare Part A和Part B承保的醫療服務最多支付多少費用？

備註：由於我們的會員也從Medicaid取得協助，所以極少會員曾達到此最高自付額。對於承保的A部分和B部分服務，您無需支付超出最高自付額的任何分攤費用。

因為您投保Medicare Advantage計劃，您每年必須為Medicare Part A和Part B承保的醫療服務支付的分攤費用有限額。該限額稱為醫療服務的最高分攤費用 (MOOP) 金額。對於2025年的日曆年，此金額為\$9,350。

您為承保服務支付的共付額和共同保險金計入該最高自付額。您為D部分處方藥支付的金額不計入您的最高分攤費用。此外，您為某些服務支付的金額不計入您的最高分攤費用。這些服務在醫療福利表中用星號(*)標出。如果您達到\$9,350的分攤費用最高限額，則您在該年度的剩餘時間內，將無需再為A部分和B部分承保服務支付任何分攤費用。但是，您必須繼續支付Medicare Part B保費（除非您的B部分保費由Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 或其他第三方為您支付）。

第2節 利用醫療福利表來瞭解承保內容

第2.1節 您做為計劃會員享有的醫療福利

以下各頁的醫療福利表列出了本項計劃承保的服務。第5章說明D部分處方藥承保。醫療福利表中列出的服務僅在符合下列承保要求的情況下才會獲得承保：

- 您的Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保服務必須根據Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 制定的承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和B部分處方藥）必須是必要的醫療。必要的醫療是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- 對於新投保人，您的MA協調護理必須提供至少90天的過渡期，在此期間，新MA計劃不得要求對任何正在進行的療程進行預先授權，即使該療程是由網絡外服務提供者開始提供的服務。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

- 您的初級照護醫生 (PCP) 提供和監督您的護理。
- 醫療福利表中列出的一些服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者事先獲得我們核准（有時稱作預先授權）的情況下才會獲得承保。需事先核准的承保服務在醫療福利表中用斜體標出。
- 如果您的協調護理計劃許可某療程的預先授權申請，則該許可的有效期限必須是醫療上合理且必要的，以避免根據承保標準、您的病史及服務提供者的建議而中斷護理。

瞭解我們承保範圍的其他重要事項：

- 您同時由Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保。Medicare承保醫療保健和處方藥。Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保您在Medicare服務上的分攤費用，包括Medicare自付額、住院病患與門診醫院服務和醫師門診的共付額或共同保險金。Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 也承保Medicare未承保服務，如長期照護、某些非處方藥，以及居家與社區型服務。
- 與所有Medicare保健計劃一樣，我們承保Original Medicare承保的全部服務。（如果您想進一步瞭解Original Medicare的承保和費用，請查閱您的《2025年Medicare與您》手冊。在www.medicare.gov線上查看，或撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。）
- 對於所有Original Medicare承保的免費預防服務，我們也免費為您承保這些服務。
- 如果Medicare在2025年期間為任何新服務增加承保範圍，則Medicare或我們的計劃都會承保這些服務。
- 有關Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保服務，請參閱本計劃的福利摘要，以取得Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保福利的完整清單。如果您沒有收到福利摘要，請致電會員服務部，請他們寄送一份給您。如果有，您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保服務分攤費用，取決於您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)資格等級。
- 如果您處於本計劃的6個月準續期資格階段，我們將持續提供所有Medicare Advantage計劃承保的Medicare福利。然而，在這段期間，Medicare Advantage計劃不負責任何列於Medicaid州計劃中的任何Hawaii Med-QUEST Division (Medicaid) 承保福利。

只要您符合上述承保要求，您不需要為列入福利表中的服務支付任何費用。

符合「額外補助」資格投保人的重要福利資訊：

- 如果您獲得「額外補助」以支付您的Medicare處方藥方案費用，例如保費、自付額和共同保險，您可能符合其他針對性補充福利福利和／或針對性降低分攤費用的資格。
- 如需更多詳細資訊，請至下方醫療福利表中的以價值為基礎的保險設計 (VBID) 列。
- 符合扣除D部分藥物分攤費用資格的會員。若需更多資訊，請參閱第6章。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

Medicare所核准的WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.作為以價值為基礎的保險設計方案的一部分提供這些福利。透過這項方案，Medicare可以嘗試新方法來改善Medicare Advantage計劃。



在福利表中的預防服務旁，您會看到這個蘋果圖示。

醫療福利表

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
有關Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保服務，請參閱本計劃的福利摘要，以取得Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保福利的完整清單。如果您沒有收到福利摘要，請致電會員服務部，請他們寄送一份給您。如果有，您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保服務分攤費用，取決於您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 資格等級。請聯絡您所在州的Medicaid機構，以確定您的分攤費用等級。	
 腹主動脈瘤篩檢 向存在患病風險的會員提供一次性超音波篩檢。如果您有某些風險因素並且您獲得您的醫師、醫師助理、執業護士或臨床護理專科醫生的轉診，本項計劃僅為這項篩檢提供承保。	對於有資格接受此項預防性篩檢的會員，無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
慢性下背疼痛針灸治療 承保服務包括： 在以下情況，承保Medicare受益人90天內最多12次門診： 針對此福利，慢性下背部疼痛的定義為： • 持續12週或更長時間； • 非特異性，無法辨識的系統性原因（即與轉移性疾病、發炎性疾病、傳染病、疾病無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 針對有所改善的患者，將承保額外八次療程。每年不可施用超過20次針灸治療。 若患者並未改善或反而惡化，則必須中止治療。 提供者需求： 醫師（如《社會安全法案》（該法案）中的1861(r)(1) 所定義）可能依據適用的州的需求提供針灸療法。 醫生助理 (PA)、專科護理師 (NP)／臨床護理專科醫生 (CNS)（如該法案的1861(aa) (5) 所述），而且如果輔助人員符合所有適用州規定且具有下列條件，則可能提供針灸療法： • 由針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 所認可的一所學校中取得之碩士或博士學位；以及 • 在美國的州、領地或聯邦（即Puerto Rico）或District of Columbia，得以即時、全面、主動且不受限制地執行針灸的證照。 提供針灸療法的輔助人員必須在42 CFR §§ 410.26和410.27 所規定的醫生、PA或NP／CNS適當的監督程度下進行。	在PCP診間接受Medicare承保針灸的共付額為\$0。 在專科醫生診間接受Medicare承保針灸的共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> 在脊骨矯正診間接受Medicare承保針灸的共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
其他病症的針灸治療 本計劃也承保每年總計最多24次補充性（非Medicare承保）針灸服務。 在大多數情況下，您必須使用本計劃簽約的服務提供者來獲得承保服務。如果您對於如何使用此項福利有任何疑問，請與我們的計劃聯絡。 承保的針灸服務包括： • 新病患檢查或既有病患的檢查，用於首次評估出現新健康問題或舊疾突發的病患 • 既有病患的檢查（在新病患檢查後的3年內） • 後續診間複診 - 可能需要針灸服務或再次檢查 • 由網絡內其他醫療服務提供者給予的第二意見 • 緊急情況與緊急服務 如需協助尋找網絡內服務提供者，您可以致電會員服務部。	每次補充（非Medicare承保）針灸門診的共付額為\$0。* <i>可能需要預先授權。</i>
救護服務 無論是緊急情況還是非緊急情況，承保的救護車服務包括固定翼飛機、旋轉翼救援飛機和地面救護車，載送至能夠提供護理的最近適當機構，只有在會員的醫療病症狀況使得其他交通手段可能危及患者健康的情況下或在本計劃的授權之下提供。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，應以證明文件表明會員的病況如使用其他交通工具可能危及患者的健康，並且救護車運輸是醫療上必須的。	Medicare承保的地面救護車服務每趟單程的共付額為\$0。 <i>固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要預先授權。</i> Medicare承保的救護直升機每趟單程的共付額為\$0。 <i>固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要預先授權。</i> 如果您住院接受住院護理，則不會免除分攤費用。
年度例行體檢 年度體檢包括心臟、肺部、腹部和神經系統檢查，以及實際的身體檢查（例如頭部、頸部和四肢）和詳細的醫療／家族病史查看，加上包含在年度保健門診中的服務。	年度例行體檢的共付額為\$0。*

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 年度保健看診 如果您投保B部分12個月以上，您可接受一次年度保健門診，以便根據您目前的健康狀況和危險因素制定或更新個人的預防性計劃。我們的計劃將承保每個日曆年一次的年度保健就診。 備註： 您不能在歡迎加入Medicare預防性門診後12個月內進行第一次年度保健門診。但是，您投保B部分的12個月後，則不需要接受歡迎加入Medicare門診即可獲得年度保健就診承保服務。	年度保健門診無共同保險金、共付額或自付額。
 骨質密度測量 對於符合條件的患者（通常指有骨質流失或患骨質疏鬆症風險的人），以下服務每24個月可獲得一次承保，或者如果必要的醫療則可以更加頻繁地獲得承保：確定骨質、檢測骨質流失或確認骨骼品質，包括醫師解譯檢查結果。	Medicare承保的骨質測定無共同保險金、共付額或自付額。
 乳癌篩檢（乳房X光攝影） 承保服務包括： • 35至39歲女性一次基線乳房X光檢查 • 40歲及以上女性每12個月一次乳房攝影 • 每24個月一次臨床乳房檢查	承保乳房攝影篩檢無共同保險金、共付額或自付額。
心臟復健服務 為有醫生處方且符合某些條件的會員承保的心臟復健服務綜合計劃，包括運動、教育和諮詢。 本項計劃還承保通常比心臟復健計劃強度更大或更密集的密集型心臟復健計劃。	每次Medicare承保心臟復健服務，\$0共付額。 Medicare承保密集型心臟復健服務的共付額為\$0。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 降低心血管疾病風險的看診（心血管疾病治療） 我們每年承保一次門診，由您的初級照護醫生幫助您降低患心血管疾病的風險。在此次就診期間，您的醫生可能會討論服用阿司匹林（如適用）和檢查血壓的問題，並向您提出建議以確保您的飲食健康。	對於強化行為治療以預防心血管疾病的福利，無共同保險金、共付額或自付額。
 心血管疾病測試 每5年（60個月）享有一次檢驗心血管疾病（或與罹患心血管疾病風險增高相關的異常）的驗血服務。	承保的每5年一次心血管疾病測試無共同保險金、共付額或自付額。
 子宮頸癌及陰道癌篩檢 承保服務包括： - 對於所有婦女：承保每24個月一次子宮頸抹片測試和骨盆檢查 - 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高風險人士或您處於生育的年齡，或在過去3年之內曾有一次子宮頸抹片檢查異常，並且處於育齡期：每12個月享有一次子宮頸抹片檢查	Medicare承保預防性子宮頸抹片和骨盆檢查，無共同保險金、共付額或自付額。
整脊服務 承保服務包括： 我們僅承保徒手推拿脊柱以矯正半脫位	Medicare承保的脊骨推拿療法服務共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 結腸直腸癌篩檢 下列篩檢測試享有承保： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，非高風險患者每120個月（10年）承保一次，非結直腸癌高風險患者在上次軟式乙狀結腸鏡檢查後每48個月承保一次，而高風險患者在上次結腸鏡篩檢或鉍劑灌腸後每24個月承保一次。 - 針對45歲以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。患者接受結腸鏡篩檢後，對沒有高風險的患者每120個月一次。對上一次軟式乙狀結腸鏡檢查，或鉍灌腸篩檢結果為高風險的患者，每48個月一次。 - 針對45歲以上的患者篩檢糞便潛血檢測。每12個月一次。 - 針對45至85歲且不符合高風險標準的患者進行多目標糞便DNA檢查。每3年一次。 - 用於45至85歲患者且不符合高風險標準的血液型生物標記檢測。每3年一次。 - 高風險患者，以及自上次鉍灌腸篩檢或最後一次結腸鏡篩檢後24個月，可施做鉍灌腸作為替代方法。 45歲以上非高風險患者，可施做鉍灌腸作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方法。最後一次鉍灌腸篩檢，或軟式乙狀結腸鏡篩檢後48個月至少一次。 在Medicare承保的非侵入性糞便式結腸直腸癌篩檢測試結果為陽性後，結腸直腸癌篩檢測試包含一次後續結腸鏡篩檢。	Medicare承保的結直腸癌篩檢檢查，無共同保險金、共付額或自付額，不包括適用共同保險的鉍灌腸。如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並清除了息肉或其他組織，這項篩檢檢查就會變成診斷檢查，您在本次醫生服務所需支付的共付額為\$0。 對於Medicare承保的診斷性結腸鏡檢查，也請參閱本表稍後的「門診手術」，了解非住院性手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。 Medicare承保的大腸鉍劑灌腸造影服務共付額為\$0。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
牙科服務 通常預防性牙科服務（例如洗牙、例行牙科檢查和牙科X光）不享受Original Medicare承保。不過Medicare目前對於限定條件的牙科服務會支付費用，特別是受益人主要醫療病症特定治療所屬的服務。例如在骨折或受傷後的齒顎重建、為了齒顎相關癌症放射治療準備所完成的拔牙，或在腎臟移植前的口腔檢查。此外我們也承保： <u>補充（即例行）牙科服務</u> 當您使用網絡外牙醫時，您的分攤費用可能會更高。網絡外牙科服務提供者未簽約接受計劃付款作為全額付款。如果他們向您收取的費用超過本計劃支付的金額，您需負責支付差額，對於共付額為\$0的服務也是如此。 您的計劃每年最多可為所有網絡內和網絡外承保的綜合性牙科服務提供\$3,000的福利津貼。您必須支付超過福利限制的金額。* • 診斷及預防性牙科護理（承保服務包括下列項目。） ◦ 其他診斷性牙科服務 - 每天1次至1年視服務類型而定	每次Medicare承保牙科服務，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> <u>補充（即例行）牙科</u> 診斷及預防性牙科 網絡內 每次其他診斷性牙科服務就診共付額為\$0。* <i>可能需要預先授權。</i> 網絡外 其他診斷性牙科服務每次就診的共同保險為25%。* <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
○ 其他預防性牙科服務 - 每天1次至1年，視服務類型而定 • 綜合性牙科護理（承保服務包括下列項目。） ○ 補牙服務 - 每12到84個月1次，視服務類型而定 ○ 牙髓病- 每顆牙齒1次	網絡內 其他預防性牙科服務共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 其他預防性牙科服務每次就診的共同保險為25%。* 可能需要預先授權。 綜合性牙科 網絡內 每次修復性服務共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 每項修復性服務共同保險金為25%。* 可能需要預先授權。 網絡內 每項牙髓病服務共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 每次根管治療服務共同保險金為25%。* 可能需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
◦ 牙周病—每6到36個月1次，視服務類型而定 ◦ 義齒補綴 - 活動式 - 每6個月至5年1次，視服務類型而定 ◦ 義齒補綴 - 固定式 - 每7年1次	網絡內 每項牙周病服務共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 每次牙周病服務為共同保險的25%。* 可能需要預先授權。 網絡內 每次活動式義齒補綴服務共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 每次活動式義齒補綴服務共同保險金為25%。* 可能需要預先授權。 網絡內 每次固定式義齒補綴服務共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 每次固定式義齒補綴服務共同保險金為25%。* 可能需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
○ 口腔／頤面外科手術 - 終生1次 ○ 輔助性一般服務 - 每年不限次數	網絡內 每項口腔／頤面手術服務的共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 每項口腔頤面服務共同保險金為25%。* 可能需要預先授權。 網絡內 每次輔助性一般服務，\$0共付額。* 可能需要預先授權。 網絡外 每次輔助性一般服務共同保險為25%。* 可能需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
建議會員在獲得服務前與參加計劃的例行牙科服務提供者討論治療選擇。治療必須在計劃年度內計劃承保期間開始和完成。本項計劃不承保的牙科服務費用由會員自行承擔。 如有尋找提供者、要求賠償的相關問題，或需要更多資訊，請致電會員服務部。如需其他牙科承保資訊，包括承保程序的詳細清單，亦可參閱我們的網站。 請造訪www.wellcare.com/ohana，擴展網頁頂端的「Members」（會員）選單，並在「Medicare」類別下選擇「Find My Plan」（找到我的計劃）。選擇Medicare計劃，輸入您的郵遞區號，然後點擊搜尋。在清單上找到Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)，然後按一下前往我的計劃詳細資訊。在計劃特定文件章節下查找本計劃的牙科福利詳細資料。 備註：例行牙科服務的承保是本計劃提供的一個補充福利。Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 均不為此類服務支付分攤費用。 同時投保了Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的會員可能有資格獲得州政府對這些補充牙科服務的二次承保。在獲得這些牙科服務之前，請先詢問醫療服務提供者能否將Medicaid列為第二付款人。請務必向服務提供者出示您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 身份卡。	
 憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。該篩檢必須在可提供後續治療及／或轉診服務的初級照護環境中進行。	年度憂鬱症篩檢就診無共同保險金、共付額或自付額。
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們承保這項篩檢（包括禁食血糖測試）：高血壓、膽固醇異常史和甘油三酯水平史（血脂異常）、肥胖症或高血糖（葡萄糖）病史。如果您符合其他要求，如超重和有糖尿病家族史，測試也可能獲得承保。 您可能符合資格在最近一次糖尿病篩檢測試日期後，每12個月接受最多兩次糖尿病篩檢測試。	Medicare承保的糖尿病篩檢無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品 適用於所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括： • 血糖監測用品：血糖監測器、血糖檢驗試紙、採血針器具與採血針和用來檢查檢驗試紙與監測器精確度的血糖控制解決方案。 • 若為患有嚴重糖尿病型足部疾病的糖尿病患者：每個治療日曆年一副訂製的治療鞋（含此類鞋款隨附的鞋墊）及兩雙額外的鞋墊，或者一雙高幫鞋及三雙鞋墊（不含這類鞋子隨附的非自訂可拆式鞋墊）。承保範圍包括調試。 • 在特定情況下糖尿病自我管理培訓可享有承保。 Lifescan的OneTouch®產品是我們首選的糖尿病檢測用品（葡萄糖監測儀和試紙）。如需獲得更多關於首選糖尿病檢測用品清單中的物品資訊，請與會員服務部聯絡。 如果您使用不屬於本項計劃首選的糖尿病檢測用品，請諮詢您的服務提供者以獲得新處方，或者申請預先授權以獲得非首選血糖監測儀和試紙。	Medicare承保糖尿病監測用品，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 對於Medicare承保的治療用鞋或鞋墊，供有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者使用，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的糖尿病自我管理培訓為\$0共付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
耐用醫療器材 (DME) 與相關用品 (有關耐用醫療設備的定義，請參見本文件第12章和第3章第7節)。 承保物品包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由服務提供者訂購居家使用的醫院病床、IV輸液泵、語音合成裝置、氧氣設備、噴霧器和步行器。 我們承保所有Original Medicare承保的必要的醫療的DME。如果我們在您所在地區的供應商不能提供某個特定品牌或製造商的用品，您可以請求他們為您特別訂購。 請在我們的網站：www.2025wellcaredirectories.com查閱最新的供應商名單。	<i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的耐用醫療設備為\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的醫療用品為\$0共付額。 您的Medicare氧氣設備承保分攤費用為共付額\$0，每36個月。投保36個月後，您的分攤費用將不會變更。 若加入我們的計劃前，您已支付氧氣設備承保的36個月租借費用，則您在我們的計劃的分攤費用為\$0共付額。
急診照護 急診照護指以下服務： - 由合格服務提供者提供的緊急服務，以及 - 需要評估或穩定緊急醫療病況。 緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與藥物常識的謹慎外行人看來認為您具有需要立刻就診的醫療症狀，以阻止喪失生命（若您是孕婦，則是喪失尚未出生的嬰兒）、喪失肢體或肢體功能。醫療病症可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。 由網絡外服務提供者所進行必要緊急服務的分攤費用與由網絡內服務提供者所進行的相同。 美國以外地區的緊急服務則在承保範圍內。	Medicare承保急診室就診，\$0共付額。 如果您是在網絡外醫院獲取急診照護，且在您的緊急情況穩定後需要住院照護，則您必須回到網絡內醫院，以讓您的照護繼續獲得承保，或者您必須在獲取本計劃批准的網絡外醫院取得住院照護，且您的費用將是您在網絡內醫院支付的分攤費用金額。 美國以外地區的緊急服務共付額為\$110。* 即使是在24小時之內因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況服務或是緊急需求服務，您被承保的金額可達\$50,000。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 健康與保健教育方案 • 護士諮詢專線 由受過訓練的臨床工作者提供免費電話語音指導和護士諮詢。護士諮詢專線一週7天，每天24小時提供服務，可協助處理健康相關問題。您若要聯絡護士諮詢專線，可以致電會員服務部，將電話轉到護士諮詢專線。 • 健身福利 本計劃提供的健身計劃，讓您可前往全國各地的健身地點。 為了幫助支持積極健康的生活方式，您可以免費獲得以下功能： ○ 健身中心會員資格：可從多個參與健身網絡的個人健身中心中選擇 ○ 家用健身套件：您可以選擇各種居家健身套件，包括穿戴式健身追蹤器。每個福利年度最多可獲得1組用具 ○ 數位健身計劃：透過數位檔案庫，從數以千計的隨選健身影片中選擇 ○ 1:1保健輔導計劃 ○ 保健俱樂部：探索根據您的興趣和目標量身打造的資源，包括文章、影片和直播課程和即時串流課程和活動 如需關於健身福利的更多資訊，請致電會員服務部。	護士諮詢專線的共付額為\$0。* 健身福利的共付額為\$0。*

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
聽力服務 您的服務提供者為確定您是否需要醫療而進行的診斷性聽力與平衡評估，在經醫生、聽力學家或其他合格服務提供者提供的情況下，可作為門診護理予以承保。 本計劃亦承保以下補充性（即例行）聽力服務： • 每年1次例行聽力檢查。 • 每年1次助聽器調試與評估。 • 1個非植入式助聽器，每年每耳最高\$500美元。每年限用2個非植入式助聽器。福利包括3年保固，包括遺失、損壞及1年電池供應。 任何超出上述福利上限的助聽器費用，皆由您自行承擔。不承保其他助聽器。 要獲得本計劃承保的完整聽力福利，必須接受由服務廠商網絡內參加計劃的醫療服務提供者提供的例行聽力服務。 如欲瞭解更多有關您的聽力服務廠商、聯絡資訊和福利的資訊，請致電會員服務部。 備註：例行聽力服務是本項計劃提供的補充福利。Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 均不為此類服務支付分攤費用。	每次Medicare承保聽力檢查，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 補充性（即例行）聽力： 每年1次例行聽力檢查，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每年1次助聽器調試與評估，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每年2副助聽器，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 HIV篩檢 對於要求接受HIV篩檢測試者或HIV感染風險增加者，我們承保： - 每12個月一次篩檢檢查 對於孕婦，我們承保： - 孕期最多三次篩檢檢查	Medicare承保預防性HIV篩檢，合格會員無需支付共同保險金、共付額或自付額。
居家健康機構照護 在接受家庭健康機構服務前，必須獲得醫生證明您需要家庭健康服務，並要求由家庭健康代理機構提供家庭健康服務。您必須無法離家，也就是說離開家對您來說有困難。 承保服務包括但不限於： - 兼職或間歇性專業護理和居家護理助理員服務（如需獲得居家護理福利的承保，專業護理和居家護理助理員服務的時間加起來每天須少於8小時，每週須少於35小時） - 物理治療、職能治療和語言治療 - 醫療和社會服務 - 醫療裝置和用品	每次Medicare承保的家庭保健代理機構照護服務共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i>
居家輸注治療 家庭輸注治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。執行家庭輸注需要的要素包括藥物（例如抗病毒藥和免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）和用品（例如配管和導管）。 承保服務包括但不限於： - 依護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 - 耐用醫療設備福利未承保的患者培訓與教育 - 遠距監測 - 由合格家庭輸注治療提供者所提供家庭輸注治療和家庭輸注藥物的監測服務	初級照護醫生 (PCP) 提供的專業服務共付額為\$0，包括護理服務、訓練與教育、遠距監護和監護服務。 專科醫生提供的專業服務共付額為\$0，包括護理服務、訓練與教育、遠距監護和監護服務。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
	您的耐用醫療設備 (DME) 福利承保家庭輸注設備和用品。請參閱「耐用醫療設備 (DME) 及相關用品」一節，瞭解分攤費用的資訊。 家庭輸注藥物由您的 Medicare Part B 處方藥福利承保。請參閱「Medicare Part B 處方藥」一節，瞭解分攤費用的資訊。
安寧照護 如果您的醫生和安寧醫療主管向您發出終期疾病預後診斷，證明您患終期疾病，如果您的疾病按照正常情況發展您有6個月或更短的生命期，您有資格享有安寧福利。您可以從任何 Medicare 認證的安寧計劃獲得護理。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務區域中找到 Medicare 認證的安寧計劃，包括 MA 組織擁有、控制或有財務利益的計劃。您的安寧醫生可以是網絡內服務提供者或網絡外服務提供者。 承保服務包括： • 症狀控制藥物和止痛藥 • 短期喘息照顧 • 家庭護理 <u>對於安寧照護服務及 Medicare Part A 或 Part B 所承保之與您的終期疾病預後相關的服務：</u>Original Medicare（不是本計劃）會支付您的安寧照護服務提供者以及與您的終期疾病預後相關的費用。當您在安寧計劃中時，您的安寧服務提供者會向 Original Medicare 寄送帳單，收取 Original Medicare 支付的服務費用。您將會被收取 Original Medicare 的分攤費用。	在您投保 Medicare 認證的安寧計劃時，您的安寧照護服務以及與您的終期疾病預後相關的 A 部分和 B 部分服務由 Original Medicare 支付，不是由本項計劃支付。 醫師服務分攤費用可能適用於安寧諮詢服務。請參閱本表的「醫師／醫療執業人員服務」一節，瞭解分攤費用的相關資訊。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
<u>由Medicare Part A或Part B承保的服務以及與您的終期疾病預後無關的服務</u>：如您需要Medicare Part A或B所承保的非急診、非緊急需求服務且與您的終期疾病預後無關的服務，您應支付的服務費用取決於您所使用的服務提供者是否處於本計劃的網絡內，並遵照計劃規定（例如，如果需要取得預先授權）。 - 如果您從網絡內服務提供者處獲得承保服務，並遵照計劃規定以取得服務，您只需為網絡內服務支付計劃的分攤費用 - 如果您從網絡外服務提供者處獲得承保服務，您必須支付按服務付費Medicare (Original Medicare) 的分攤費用 <u>對於本計劃承保但非Medicare Part A或Part B承保的服務</u>：我們的計劃將繼續承保A部分或B部分不予承保的計劃承保服務，不論這些服務是否與您的終期疾病預後有關。您需為這些服務支付您的計劃分攤費用金額。 <u>對於可能由本計劃的D部分福利承保的藥物</u>：如果這些藥物與您的臨終安寧病症無關，您支付分攤費用。如果它們與您的末期安寧療護病症相關，您將支付Original Medicare的分攤費用。藥物永遠不會同時既享受安寧護理設施承保又享受本項計劃承保。如需瞭解更多資訊，請查閱第5章第9.4節（如果您住在Medicare認證的安寧機構，該怎麼辦？） 備註：如您需要非安寧護理（與您的終期疾病預後無關的照護），您應該聯繫我們以便為您安排相關服務。 本項計劃對未選擇安寧福利的末期疾病患者承保安寧諮詢服務（僅限一次）。	

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 免疫接種 Medicare Part B承保的服務包括： - 肺炎疫苗 - 流感注射（或疫苗）於每年秋冬季流感季節提供一次，如果為必要的醫療，可額外接受流感注射（或疫苗） - 針對B型肝炎中高風險群的B型肝炎疫苗 - 新冠病毒COVID-19疫苗 - 其他疫苗，只要您屬於有風險的族群，且符合 Medicare Part B承保規定 我們的D部分處方藥福利也承保大多數其他成人疫苗。 我們的計劃為針對年滿19歲的會員承保多數D部分成人疫苗，無需支付任何費用。	肺炎、流感、B型肝炎和 COVID-19疫苗無共同保險金、共付額或自付額。 有關其他Medicare承保的疫苗（如果您有風險且符合 Medicare Part B承保規定），請參閱本表中的Medicare Part B處方藥一節，了解適用的分攤費用。 <i>部分B部分藥物需要獲得預先授權才可承保。</i>
住院照護 包括急性疾病住院、復健住院、長期照護住院及其他類型住院的醫院服務。住院照護從您遵照醫囑正式住院之日起開始。出院前的一天即是您的最後住院日。 您享有90天的Medicare承保的病患住院時間。 承保服務包括但不限於： - 半私家病房（若是醫療所必需，則私家病房亦可） - 包括特殊飲食在內的膳食 - 常規護理服務 - 特護病房費用（如加護病房或冠心病監護室） - 各類藥物 - 實驗室檢查 - X光和其他放射服務 - 必要的手術和醫療用品 - 裝置使用，如輪椅 - 手術室和恢復室費用	針對Medicare承保的住院，每次住院： 每次住院共付額為\$0。終身保留天數每天共付額為\$0。 終身保留天數是當會員在醫院住院天數超過本項計劃承保天數時計劃會支付費用的額外天數。會員在一生中總共有60天的保留天數。 如果在您的緊急狀況穩定後，在網絡外醫院接受經授權住院照護，您支付的費用為在網絡內醫院的分攤費用。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 物理、職業和語言療法 • 物質使用障礙症住院服務 • 在某些條件下，承保以下各類器官移植：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟／肺、骨髓、幹細胞和腸道／多器官聯合移植。如果您需要器官移植，我們會安排Medicare核准的器官移植中心審核您的病例，判定您是否符合移植條件。移植服務提供者可在本地或在服務區域外。如果我們的網絡內移植服務不在社區護理模式之下，那麼只要當地移植服務提供者願意接受Original Medicare費率，您便可以選擇在當地進行移植。如果我們的計劃在您所在社區的移植護理模式之外的位置提供移植服務，並且您選擇在這個較遠的地點獲得移植，我們將為您和一名同伴安排或支付適當的住宿和交通費用。 • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 醫師服務 備註：要成為住院病人，您的服務提供者需開立醫囑，讓您正式入院。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是住院患者還是門診患者，您應該向醫院工作人員詢問。 您亦可在Medicare概覽表裡的「您是住院患者還是門診患者？如果您已有Medicare - 請詢問！」中找到更多資訊。本資料表可在網站https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf上取得，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。此為免費電話，每週7天每天24小時提供服務。	

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
精神科醫院的住院服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 對於Medicare承保的留院，每次住院承保90天。 精神病院提供的精神健康住院服務終身上限為190天。此190天的限制並不適用於一般醫院精神科病房所提供的精神健康住院服務。在投保我們的計劃之前，如果您已用掉部分的190天Medicare終生福利，則您只會收到終生天數的剩餘部分。	針對Medicare承保的住院，每次住院： 每次精神健康護理住院共付額\$0。 終身保留天數每天共付額為\$0。終身保留天數是當會員在醫院住院天數超過本項計劃承保天數時計劃會支付費用的額外天數。會員在一生中總共有60天的保留天數。 <i>可能需要預先授權。</i> 如果在您的緊急狀況穩定後，在網絡外醫院接受經授權住院照護，您支付的費用為在網絡內醫院的分攤費用。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
住院照護：在末承保的住院期間在醫院或SNF接受的承保服務 如果您已經用盡您的住院福利或者住院不合理和不必要，我們不會為您的住院提供承保。但是，在某些情況下，我們會承保您在醫院或特護機構 (SNF) 入住期間接受的某些服務。承保服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷測試（例如化驗） • X光、放射線和同位素治療，包括技術人員所用材料和服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏模和其他用於減少骨折和脫臼的裝置 • 義體和矯正設備（牙科裝置除外），用於取代全部或部分體內器官（包括鄰接組織），或取代全部或部分體內永久失能或退化器官功能，包括此類裝置的更換或修理 • 腿部、手臂、背部及頸部固定支架、桁架與假腿、義臂及假眼，包括因破損、磨損、遺失或患者身體狀況的改變而導致的調試、維修與更換 • 物理治療、語言治療和職能治療	所列服務將繼續為特定服務承保福利表中所示的分攤費用金額。
 醫療營養治療 此項福利適用於糖尿病患者、腎（腎臟）病患者（但沒有接受透析）或接受腎臟移植後由您的醫生開立處方者。 您在Medicare（包括本項計劃、任何其他Medicare Advantage計劃或Original Medicare）第一年接受醫療營養治療服務期間，我們承保3小時一對一諮詢服務以及之後每年2小時一對一諮詢服務。如果您的病症、治療或診斷發生變化，您可能能夠根據醫師的醫囑接受更長時間的治療。如果您的治療需要進入另一個日曆年，醫師必須開具這些服務，並每年展延。	對於有資格接受Medicare承保醫療營養治療的會員，無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP) 根據所有 Medicare 保健計劃，合資格的 Medicare 保險受益人享有 MDPP 服務。 MDPP 是一項結構式健康行為變化干預措施，為長期的飲食習慣變化、增加身體活動量和問題解決策略提供確實的培訓，以克服挑戰來維持減重效果和健康的的生活方式。	MDPP 福利並無共同保險金、共付額或自付額。
Medicare Part B 處方藥 這些藥物由 Original Medicare 的 B 部分承保。本項計劃的會員透過本項計劃獲得這些藥物承保。承保藥物包括： • 通常非病患自行注射，而是在接受醫師、醫院門診或非住院性手術中心服務時注射的藥物 • 由耐用醫療設備（如必要的醫療胰島素幫浦）提供的胰島素 • 您使用本項計劃授權的耐用醫療設備（如噴霧器）給藥的其他藥物 • 阿茲海默症藥物 Leqembi®（學名倫卡奈單抗 (lecanemab)）以靜脈輸注方式給藥。除了藥物費用外，您可能需要在治療前和／或治療期間進行額外的掃描和檢測，這可能會增加您的整體費用。請與您的醫師討論您在治療過程中可能需要接受哪些掃描和檢測 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植／免疫抑制藥物：如果 Medicare 支付您的器官移植費用，則 Medicare 也會承保移植藥物治療。您必須在接受承保移植時擁有 A 部分承保，且必須在接受免疫抑制藥物時擁有 B 部分承保。請記住，如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，則將由 Medicare 藥物承保（D 部分）承保這些藥物 • 注射用骨質疏鬆症藥物，前提是您行動不便，有骨折，且醫生認定骨折與絕經後骨質疏鬆症相關，無法自行給藥	某些藥物可能會受限於循序用藥。 Medicare Part B 胰島素藥物 Medicare 承保的 B 部分胰島素藥物共付額為 \$0。對於一個月的胰島素藥量，胰島素分攤費用的共付額上限為 \$35。 <i>可能需要預先授權。</i> 其他 Medicare Part B 藥物 其他支付 \$0 共付額 視您的 Medicare 資格類別而定。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 某些抗原：如果由醫師準備抗原，且由經適當的指示人員（可能是患者您本人）在適當監督下提供抗原，則 Medicare 將承保這些抗原 • 特定口服抗癌藥物：Medicare 承保一些您口服的口服癌症藥物，前提相同的藥物有注射形式可供選擇，或者該藥物是注射藥物的前藥（即口服後會分解成與注射藥物相同的活性成分）。當新的口腔癌藥物上市時，B 部分可能會予以承保。如果 B 部分不承保，則由 D 部分承保 • 口服止嘔藥：Medicare 承保您作為抗癌化療方案一部分而使用的口服止嘔藥，前提是此類藥物是在化學治療前、中、後 48 小時內使用，或用作靜脈注射止嘔藥的完全治療替代藥物 • 某些口服末期腎臟疾病 (ESRD) 藥物，前提是同一種藥物有注射劑型，且 B 部分 ESRD 福利承保該藥物 • ESRD 付款系統下的計算藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar® • 某些用於居家透析的藥物，包括肝素、具醫療必要性時的肝素解毒劑、以及局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟疾病 (ESRD)，或您需要此藥治療與特定其他病症（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa, Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta）相關的貧血，Medicare 將承保透過注射提供紅血球生成素 • 用於原發性免疫缺陷病家庭治療的靜脈免疫球蛋白 • 靜脈和腸內營養（靜脈和管灌飲食） 以下連結為 B 部分藥物清單，可能受循序用藥限制： www.wellcare.com/PartBStepTherapy25。 我們的 B 部分也承保某些疫苗，D 部分處方藥福利則承保大多數成人疫苗。 • 第 5 章解釋了 D 部分處方藥福利，包括為了使處方藥獲得承保您必須遵守的規定。您透過本項計劃為您的 D 部分處方藥支付的費用見第 6 章的說明。	Medicare Part B 化學治療／放射治療藥物 Medicare 承保的 B 部分化療藥物，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 肥胖症篩檢與促進持久減重療法 如果您的身體質量指數大於或等於30，我們承保密集諮詢服務，幫助您減重。只要您從初級照護醫生診間處接受服務，此項諮詢服務就會獲得承保，該諮詢服務可與您的全面預防計劃協調。請諮詢您的初級照護醫生或醫療執業人員，瞭解更多資訊。	預防性肥胖症篩檢和療法，無共同保險金、共付額或自付額。
鴉片類藥物治療計劃服務 有鴉片成癮 (OUD) 的計劃會員，可以透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得承保服務來治療OUD，其中包括下列服務： • 美國食品和藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片類致效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 • MAT藥物的調劑和給藥（如適用） • 物質使用疾患諮詢 • 個人和團體治療 • 毒物檢測 • 攝取活動 • 定期評估	Medicare承保的鴉片類藥物治療服務的共付額為\$0元。 <i>可能需要預先授權。</i>
門診診斷檢測及治療服務與用品 承保服務包括但不限於： • X光檢查 • 放射線（鐳和同位素）療法，包括技術人員所用材料和服務	Medicare承保的X光檢查，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保治療性放射服務，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 外科用品，如敷料 • 夾板、石膏模和其他用於減少骨折和脫臼的裝置 • 化驗室測試 • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 其他門診診斷測試 - 非放射性診斷服務（例如，過敏測試或EKG） • 其他門診診斷測試（包括複雜的測試，如CT、MRI、MRA、SPECT）- 放射診斷性服務，不包括平膜式X光 • 診斷性結腸鏡檢查	Medicare承保的醫療用品，包括石膏和夾板，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次Medicare承保的化驗服務共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的血液服務，\$0共付額。 Medicare承保的診斷性程序和測試（例如，過敏測試或EKG），\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的診斷放射服務共付額為\$0。<i>可能需要預先授權。</i> 對於Medicare承保的診斷性結腸鏡檢查，請參閱本表稍後的「門診手術」，了解非住院性手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。 如果您在同一天從同一服務類別收到多項服務，您僅需負責支付該服務類別的最大共付額。 但是，如果一項服務的福利為共付額（固定美元金額），另一項服務的福利為共同保險金（容許費用的百分比），您可能被要求既支付共付額又支付共同保險金。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
醫院門診觀察 觀察服務是醫院門診服務，用於確定您是否需要住院或可以出院。 對於要承保的醫院門診觀察服務，它們必須符合Medicare標準並被認為是合理和必要的。只有根據醫師或州立執照法律授權的其他人員和依法醫院工作人員的醫囑，允許患者住院或進行門診檢測的情況下，才能提供觀察服務。 備註：除非服務提供者有開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是不是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。 您亦可在Medicare概覽表裡的「您是住院患者還是門診患者？如果您已有Medicare - 請詢問！」中找到更多資訊。本資料表可在網站https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf上取得，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。此為免費電話，每週7天每天24小時提供服務。	每次Medicare承保的觀察服務的共付額為\$0。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
醫院門診服務 我們承保您因某種疾病或受傷診斷或治療從醫院門診部接受的必要的醫療之服務。 承保服務包括但不限於： • 急診部或門診診間提供的服務，例如觀察服務或門診手術 • 由醫院開帳單的化驗和診斷性測試 • 精神健康護理，包括在日間住院計劃中的護理，如果醫生證明不提供此類護理則需要住院治療 • 由醫院開帳單的X光和其他放射服務 • 醫療用品，如夾板和石膏模 • 您不能自行給藥的某些藥物和生物製劑 備註：除非服務提供者有開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是不是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。 您亦可在Medicare概覽表裡的「您是住院患者還是門診患者？如果您已有Medicare - 請詢問！」中找到更多資訊。本資料表可在網站https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf上取得，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。此為免費電話，每週7天每天24小時提供服務。	您需支付本醫療福利表中對於特定服務所顯示的適用分攤費用金額。 如果您在同一天從同一服務類別收到多項服務，您僅需負責支付該服務類別的最大共付額。 但是，如果一項服務的福利為共付額（固定美元金額），另一項服務的福利為共同保險金（容許費用的百分比），您可能被要求既支付共付額又支付共同保險金。
門診心理醫療保健 承保服務包括： 由持有州立執照的精神病醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專科醫生、專業執照諮商師 (LPC)、婚姻家庭執照治療師 (LMFT)、開業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或 Medicare批准的其他精神健康專業人員按照適用的州法律提供的精神健康服務。	

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 由心理治療師提供服務 - 由其他精神健康護理提供者提供的服務	每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的個人治療就診，\$0 共付額。 每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的團體治療就診，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次與其他精神健康護理提供者一起進行 Medicare 承保的個人治療就診，\$0 共付額。 每次與其他精神健康護理提供者一起進行 Medicare 承保的團體治療就診，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>
門診復健服務 承保服務包括：物理療法、職能療法和語言療法。 門診復健服務在不同的門診環境內提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合門診病患復健機構 (CORF)。 - 由物理治療師提供服務 - 由職能治療師提供服務 - 由語言治療師提供服務	每次 Medicare 承保的物理治療就診，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次 Medicare 承保職能治療就診，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次 Medicare 承保的語言治療就診，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
物質使用障礙症門診服務 承保服務包括： 由醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專科醫生、專科護理師、醫生助理或其他Medicare批准的精神健康專業人員或計劃，在適用的州法律允許下提供的物質濫用障礙症服務，例如個人及團體治療課程。	每次Medicare承保的個人治療就診，\$0共付額。 每次Medicare承保團體治療就診，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>
門診手術，包括醫院門診機構和非住院手術中心提供的服務 備註：如果您是在醫院接受手術，請向服務提供者確認您算是住院病患或門診患者。除非服務提供者為您開立住院的書面醫囑，否則您為門診患者，並支付門診手術的分攤費用金額。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。 - 門診醫院提供的服務 - 非住院性手術中心提供服務	每次Medicare承保的醫院門診部就診，包括Medicare承保的診斷性結腸鏡檢查，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次Medicare承保的門診手術中心就診，包括Medicare承保的診斷性結腸鏡檢查，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
日間住院服務與密集門診服務 <i>日間住院</i>是一種以醫院門診服務或社區精神健康中心所提供的積極精神治療結構化計劃，比在醫生、治療師、執照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或執照專業顧問診所接受的護理更密集，是住院治療的一種替代選擇。 <i>密集門診服務</i>是由醫院門診部、社區精神健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療結構化計劃，其密集度比在醫生、治療師、執照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或執照專業顧問診所接受的護理更高，但低於日間住院。	Medicare承保的日間住院或密集門診服務，每天共付額為\$0元。 <i>可能需要預先授權。</i>
醫師／醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 承保服務包括： • 必要的醫療照護或手術服務，由初級照護醫生於醫生診所提供 • 在認可的非住院性手術中心、醫院門診部或其他地點進行之有醫療必要性的醫療護理或手術服務 • 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 • 其他健康護理專業人士 • 由您的PCP或專科醫生提供的基本聽力和平衡能力檢查，旨在確定您是否需要接受醫學治療	每次Medicare承保的PCP診間門診共付額為\$0。 請參閱本表稍早的「門診手術」，了解非住院性手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。 每次Medicare承保的專科醫生就診，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次由其他健康照護專業人員就診，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的聽力服務，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 特定遠距醫療服務，包括：緊急需求服務、家庭健康服務、初級照護醫生、職能治療、專科醫生、精神健康的團體療程、足部治療服務、其他健康護理專業人士、精神病學的團體療程、物理治療與言語－語言病理學服務、藥物濫用門診的團體療程以及糖尿病自我管理培訓。 ○ 您可以選擇親自就診或透過遠距醫療獲得這些服務。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距醫療提供服務的網絡內服務提供者。 ○ 我們的計劃提供每週7天，每天24小時可透過Teladoc與當局認證醫師群進行的虛擬問診，以協助解決各種不同的健康疑慮／問題。承保服務包括了普通醫療、行為健康和皮膚科等。 虛擬問診（亦稱為遠距健康諮詢）指透過電話或網際網路使用智慧型手機、平板電腦或電腦與醫生對談。某些類型的問診可能需要有網際網路和具備相機功能的裝置。 如需更多資訊或想預約看約，請致電： ○ Teladoc，電話號碼1-800-835-2362 (TTY: 711)，每週7天，每天24小時提供服務。 • 有些遠距醫療服務包括由Medicare許可的醫師或醫療執業人員專為某個鄉村地區或其他地方的病人提供的諮商、診斷與治療服務 • 針對以醫院為基礎或重症醫院為基礎的腎臟透析中心、腎臟透析機構或居家進行透析的會員，每月末期腎臟疾病相關就診的遠距醫療服務 • 無論您的所在地點，皆可診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務 • 針對患有物質使用疾患或併發精神健康疾患的會員，無論其所在地點的遠距醫療服務	透過Teladoc執行的虛擬問診服務，\$0共付額。 請注意：上述的\$0共付額僅適用於從Teladoc接受服務時。如果您接受的是網絡內服務提供者而非由遠距醫療供應商提供的親自就診或遠距醫療服務，您會要支付本福利表中針對這些服務提供者列出的分攤費用（例如，如果您接受來自您的PCP的遠距醫療服務，您要支付此PCP分攤費用）。 <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 在下列情況下，針對精神健康疾病的診斷、評估和治療提供遠距醫療服務： - 您在進行第一次遠距醫療就診前的6個月內，您曾親自就診 - 您每12個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務 - 在某些情況下，本計劃可以對上述情況進行例外處理 - 由農村健康診所和聯邦合格健康中心提供的精神健康門診之遠距醫療服務 如果符合以下條件，與您的醫生進行5-10分鐘的虛擬檢查（例如透過電話或視訊聊天）： - 您不是新患者；且 - 此檢查與過去7天的門診無關；且 - 此檢查不會導致病患需要在24小時內或最快可約診時間內，前往診間就診	您將支付適用於服務提供者的分攤費用（如上文「醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診」所述）。
如果符合以下條件，您傳送給醫生的影片和／或影像的評估，以及醫生在24小時內的解釋和追蹤： - 您不是新患者；且 - 此評估不會導致病患需要在24小時內或最快可約診時間內，前往診間就診 - 可透過電話、網際網路或電子健康記錄，諮詢您的醫生與其他醫生 - 手術前另一位網絡內服務提供者提供的第二意見	您將支付適用於服務提供者的分攤費用（如上文「醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診」所述）。 您將支付適用於服務提供者的分攤費用（如上文「醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診」所述）。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
非常規性牙科護理（承保服務限於下顎或相關結構手術、下顎或面骨斷裂整治、拔牙以便為下顎作好腫瘤性癌症放射線治療準備或醫師提供的其他承保服務）	每次Medicare承保牙科服務，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 除了上述分攤費用，還將有為耐用醫療設備和用品、義體裝置和用品，門診診斷測試和治療服務、白內障手術後的眼鏡和隱形眼鏡、D部分處方藥和 Medicare Part B處方藥提供必要的醫療 Medicare承保服務之共付額及／或共同保險金，如本福利表所述。
足科服務 承保服務包括： - 足部受傷及疾病（例如鎚狀趾或足跟骨刺）診斷與醫療或手術治療 - 為患有影響下肢的特定醫療病症的會員提供的例行足部護理	Medicare承保的足部治療服務，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>
 前列腺癌篩檢檢查 50歲及以上的男性，承保服務包括以下各項 - 每12個月一次： - 直腸指檢 - 前列腺特異抗原 (PSA) 測試	Medicare承保的一年一次直腸指檢共付額為\$0。 年度PSA測試無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
義體裝置和相關用品 用於取代人體全部或部分部位或功能的裝置（牙科除外）。包括但不限於義體和矯正設備的測試、配戴或使用訓練；以及：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、心臟起搏器、支架、整形外科鞋、義體和義乳（包括乳房切除術後整形乳罩）。 包括與義體和矯正設備相關的某些用品、以及義體和矯正設備修理及／或更換。還包括白內障摘除或白內障手術後的一些承保項目，請參閱本節下文的視力護理瞭解更多詳細資訊。	Medicare承保的義體和矯正設備為\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保、與義體裝置相關的醫療用品為\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i>
肺部復健服務 為患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員提供承保的肺康復綜合性計劃，須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生開具的肺康復處方。	每次Medicare承保肺部復健服務就診，共付額為\$0。
 減少酒精濫用的篩檢和諮商服務 我們為濫用酒精但不倚賴酒精的Medicare成人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。 如果酒精濫用篩檢呈陽性，您每年最多可在初級照護醫生診間內接受4次由合格初級照護醫生或醫療執業人員提供的一對一簡短諮詢（如果在諮詢過程中您有能力且保持清醒）。	Medicare承保減少酒精濫用的篩檢與諮詢預防性福利，無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 低輻射劑量電腦斷層肺癌篩檢 (LDCT) 對於合格的人士，每12個月進行一次低輻射劑量電腦斷層 (LDCT)。 符合條件的會員為： 年齡在50歲至77歲之間，沒有肺癌症狀或病徵，但至少累積了一天一包菸的20年菸齡，目前仍在吸菸或過去15年內已戒菸者，在肺癌篩檢諮詢和共同決策門診期間收到LDCT醫囑，且該門診符合Medicare標準並由醫生或合格的非醫生型執業人員提供。 <i>針對初次LDCT篩檢後的LDCT肺癌篩檢：</i> 會員必須收到LDCT肺癌篩檢的醫囑，可在與醫生或合格的非醫生型執業人員的任何適當的門診期間提供。如果醫師或合格的非醫師型執業人員選擇就後續LDCT肺癌篩檢，提供肺癌篩檢諮詢和共同決策門診，則該門診必須符合Medicare為該類門診制定的條件。	Medicare承保的諮詢和共同決策制定就診或LDCT，無共同保險金、共付額或自付額。
 性病 (STIs) 篩檢和預防STIs的諮詢服務 我們承保衣原體、淋病、梅毒等性病 (STI) 篩檢和B型肝炎。此等篩檢的承保對象為孕婦以及在初級照護醫生要求參加檢驗後，被證明有較高風險罹患STI的某些人士。我們每12個月承保一次此類測試，在懷孕期的某些時間點承保此類測試。 我們還為某些性生活活躍、具有較高STI風險的成人，每年承保最多兩次、每次20至30分鐘的面對面密集型行為諮商療程。如果這些諮詢服務由初級照護醫生在初級照護醫生診間內（如醫生診間）提供，我們僅將其作為預防服務承保。	Medicare承保STI篩檢和STI的預防性福利諮詢，無共同保險金、共付額或自付額。
腎病治療服務 承保服務包括： 腎病教育服務提供腎臟護理指導，並幫助會員對自己的護理做出明智的決定。對患有IV期慢性腎病的會員由他們的醫生轉診時，我們最多承保一生六期腎病教育課程。	Medicare承保的腎病教育服務為\$0共付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 門診洗腎治療（包括暫時在服務區域外期間接受的透析治療，請查閱第3章中的解釋，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時） - 住院透析治療（如果您被接納住院接受特殊護理） - 自我透析培訓（包括為您和幫助您在家中進行透析治療的人提供培訓） - 家庭透析設備和用品 - 某些家庭支援服務（例如，必要時接受過培訓的透析工作人員上門檢查您在家中做透析的情況，緊急情況時提供幫助，並檢查您的透析設備和供水狀況） 某些透析藥物由您的Medicare Part B藥物福利承保。有關B部分藥物承保的資訊，請前往參閱Medicare Part B處方藥一節。	Medicare承保的門診洗腎治療為\$0共付額。 有關適用於住院透析治療的分攤費用，請參閱「住院護理」。 Medicare承保的自我透析訓練為\$0共付額。 Medicare承保居家透析設備，\$0共付額。 可能需要預先授權。 Medicare承保的透析用品為\$0共付額。 可能需要預先授權。 Medicare承保的家庭支援服務為\$0共付額。
特護療養機構 (SNF) 照護 （有關特護機構照護的定義，請查閱本文件第12章的解釋。特護機構有時簡稱SNF。）	根據福利週期，Medicare承保的住院： 每次Medicare承保特護機構住院，共付額為\$0。 您必須支付100天之後每一天的所有費用。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
在SNF或其它環境中每個福利週期限制最多100天的監護及專業照護服務屬於承保服務，只要該類服務符合計劃和Medicare承保指南。不要求以前住過院。每個100天的福利週期包括在福利週期內透過計劃、Original Medicare或任何其他Medicare Advantage機構收到的SNF天數。 承保服務包括但不限於： • 雙人病房（若是醫療所必需，則單人病房亦可） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 作為護理計劃的一部分為您開的藥物（包括體內自然存在的物質，如凝血因子） • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 通常由SNF提供的醫療和外科用品 • 通常由SNF提供的化驗 • 通常由SNF提供的X光和其他放射服務 • 通常由SNF提供的裝置使用，如輪椅 • 醫師／醫療執業人員服務 通常您將從網絡內機構接受SNF護理。但是，在以下特定情況下，如果非網絡內服務提供者機構設施接受本項計劃支付的金額，您或許能夠向該機構支付網絡內分攤費用。 • 您住院前居住的護理院或持續護理退休人社區（前提是提供特護機構照護） • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的SNF	可能需要預先授權。 福利週期從您進入特護機構的第一天開始。當您在SNF連續60天沒有接受任何專業護理時，該福利週期終止。如果您在一個福利週期終止後進入特護機構，便開始一個新的福利週期。福利週期的數量沒有限制。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 戒菸和煙草使用戒除（戒菸或戒煙草諮詢） 若您使用菸草，但並無菸草相關疾病病徵或症狀：<u>我們承保12個月內兩次戒菸嘗試服務作為預防保健服務，您不須支付費用。每次諮詢嘗試服務包括最多四次面對面就診。</u> <u>如果您使用煙草並被診斷患有與煙草相關的疾病，或正在服用可能受煙草影響的藥物：</u>我們承保戒菸諮詢服務。我們承保12個月內兩次戒菸嘗試服務；但是您將支付適用的分攤費用。每次諮詢嘗試服務包括最多四次面對面就診。	Medicare承保戒菸和煙草使用戒除預防性福利，無共同保險金、共付額或自付額。
社會支援平台 我們的計劃提供線上社會支援平台，為您的整體健康提供支援。您可以獲得社區、治療活動和計劃贊助的資源，以協助管理壓力和焦慮。該平台讓您可以輕鬆加入並持續參與，以維持良好的行為健康之旅。該服務每週7天，每天24小時線上提供，因此您可以隨時使用。 Twill平台包括： • 量身訂做的保健計劃：獲取Twill Therapeutics的自訂4週自我指導計劃，旨在改善身體和情緒健康，結合專門為會員提供的健康老齡化專家見解。按照您自己的步調遵循計劃，並追蹤您的進度，以監測您的健康狀況改善情況。 • 同儕和專家支援：在舒適的社區空間與Twill Care聯繫，與同儕和醫療專家互動。獲得經臨床審查的文章，並根據您的互動和確定的需求獲得針對額外Wellcare服務的個人化建議。 • 個人化數位健康工具：參與以認知行為療法、正念和積極心理學為基礎的互動活動、冥想和遊戲。這些工具涉及一些重要主題，例如健康老齡化、獨居管理、照護、悲傷和在老齡化中尋找目標等。 會員可以透過登入其會員入口網站member.wellcare.com或致電會員服務部訪問平台。註冊後，您可以隨時透過電腦、平板電腦或智慧型手機直接訪問平台。	社會支持平台的共付額為\$0。*

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
受監督的運動訓練 (SET) 為患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員提供SET承保。 如果符合SET計劃要求，則在12週的時間內最多可以包含36次療程。 SET計劃必須： • 包括持續30-60分鐘的療程，包含針對跛行患者的PAD治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診或醫生診所進行 • 必須由合格輔助人員提供，以確保福利大於傷害，且其已接受PAD運動療法訓練 • 由醫師、醫師助理或執業護士／臨床護理專科醫生直接監督，其必須接受基本和高階生命支持技術方面的培訓 如果健康護理服務提供者認為是必要的醫療，則SET可承保在超過12週36次療程後，延伸時間內的額外36次療程。	每次Medicare承保的監督運動療法，\$0共付額。
緊急需求服務 如果您暫時離開本計劃服務區域，或即使您在本計劃服務區域內，但依據您的時間、地點和情況，從計劃特約網絡內服務提供者處獲得此服務並不合理，則需要立即醫療照護但不屬於急診的計劃承保服務即為緊急需求服務。您的計劃必須承保緊急需求服務，且僅向您收取網絡內分攤費用。緊急需求服務的範例包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病情的意外發作。但是，醫療上必要的例行服務提供者就診，例如年度檢查，即使您不在計劃的服務區域或計劃網絡暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。 美國境外的緊急需求服務亦獲承保。	Medicare承保的緊急需求服務就診，共付額為\$0。 美國境外的緊急需求服務共付額為\$110。* 即使是在24小時之內因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況服務或是緊急需求服務，您被承保的金額可達\$50,000。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式 由於您的計劃參與以價值為基礎的保險設計計劃，因此您的 Wellcare Spendables™ 補貼也適用於以下任何一項福利。您必須繼續投保本計劃，且符合 LIS 資格，才能獲得 VBID 福利。此補貼與您的非處方 (OTC) 福利合併。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 福利部分。 • 加油站付款 您可以在參與地點使用卡片直接在油槍上支付汽油費用。這張卡片無法用在收銀機前當面付款。您的卡片僅可用於加油，最高限額為可用額度。 • 健康食品 您可以使用卡片在參與活動的零售商內取得健康食品和製作。可透過線上入口網站訂購的餐點。卡片不得用於購買菸草或酒精。核准的品項包括： ○ 肉類和家禽肉 ○ 水果和蔬菜 ○ 營養飲品 使用您的應用程式內條碼掃描器，在零售地點尋找已核准的用品，登入您的會員入口網站，或參閱您的目錄。 • 居家裝修和安全用品 您可以使用卡片幫助支付居家改善和安全用品的費用。登入您的會員入口網站購買接受的物品。核准的品項包括： ○ 把手或門把和防滑地板 ○ 安全座椅和浴室改造輔助工具 ○ 可攜式空調和空氣品質產品 ○ 害蟲和昆蟲控制用品	

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 租金協助 您可以使用您的卡片協助支付房屋的租金費用。登入您的會員入口網站，支付服務提供者費用，或直接付款給接受付款的服務提供者。 • 公用事業協助 您可以使用卡片協助支付您住家的公用事業費用。登入您的會員入口網站，或直接付款給接受付款的公用事業提供者。卡片無法用來設定自動定期付款。此福利的核准費用包括： ◦ 電力、瓦斯、公共衛生／垃圾和水公用服務 ◦ 有線電話和手機服務 ◦ 網際網路服務 ◦ 有線電視服務（串流服務除外） ◦ 特定石油費用，例如家用燃料油	
 視力護理 承保服務包括： • 為眼睛疾病和眼部受傷進行診斷和治療的門診醫師服務，包括與年齡相關的黃斑退化病治療。Original Medicare不承保眼鏡／隱形眼鏡的例行眼睛檢查（屈光度） • 對於青光眼風險較高的人群，我們提供每年一次的青光眼篩檢承保服務。青光眼高危險族群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、年齡在50歲及以上的非裔美國人以及65歲或以上的西班牙裔美國人	用來診斷和治療眼睛疾病的所有其他眼睛檢查，\$0共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的青光眼篩檢，\$0共付額。

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 對於糖尿病患，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次 - 每次接受植入眼內晶體的白內障手術後，可配一副眼鏡或隱形眼鏡。（如果您分別接受了兩次白內障手術，您不能在第一次手術後保留福利，然後在第二次手術後購買兩副眼鏡。） 此外，本計劃承保以下補充性（即例行）視力服務： - 每年1次例行眼睛檢查。例行眼睛檢查，包括青光眼危險族群的青光眼篩檢、和糖尿病患者的視網膜檢查。	Medicare承保的提供給糖尿病會員的視網膜檢查，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的眼鏡共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> 補充性（即例行）視力： 每年1次例行眼睛檢查，\$0共付額。* <i>可能需要預先授權。</i>

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 每年無限副的處方眼鏡，每年可享有最多\$100的福利。承保的眼鏡包括下列任一項目： ◦ 眼鏡（鏡框和鏡片），或 ◦ 僅限鏡片，或 ◦ 僅限鏡框，或 ◦ 用隱形眼鏡取代普通眼鏡，或 ◦ 升級視力配件 備註：隱形眼鏡調試費用獲本項計劃承保。 每年計劃福利承保最高金額為\$100，適用於鏡框和／或鏡片（包括任何諸如色彩、鍍膜鏡片選擇）的零售價格。您需負責支付任何超出補充性（即例行）眼鏡福利上限的費用。* Medicare承保的眼鏡，不包括在補充（即例行）福利上限內。會員不能使用他們的補充眼鏡福利來增加他們在Medicare承保眼鏡上的承保範圍。 備註：例行視力服務是本項計劃提供的補充福利。Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 均不為此類服務支付分攤費用。 視力服務必須透過計劃的視力服務網絡取得。如有尋找提供者或需要更多資訊，請致電會員服務部。	眼鏡共付額為\$0。* 可能需要預先授權。
 「歡迎加入Medicare」預防門診 本項計劃涵蓋一次歡迎加入Medicare預防門診。該門診包括對您健康狀況的評估、與您需要的預防服務相關的教育和諮詢（包括某些篩檢和預防針（或疫苗）），並視需要提供其他護理轉介。 重要事項：我們只在您擁有Medicare Part B的前12個月內為歡迎加入Medicare預防性門診承保。您在約診時，請告知您的醫生診所您想要安排歡迎加入Medicare預防性門診的時間。	歡迎加入Medicare預防門診無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保內容)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
Medicare承保的EKG在歡迎加入Medicare預防服務之後進行。	Medicare承保的EKG在歡迎加入Medicare預防服務之後進行，共付額為\$0。
Wellcare Spendables™ 您的Wellcare Spendables™卡上會收到每月\$59的預先加值。 - 每月沒有使用的津貼若於計劃年底到期，即會滾存至下一個月。 <u>您的卡片補貼可用於下列：</u> 非處方用品 (OTC)： 您的卡片可在參與活動的零售地點使用，透過行動應用程式，或登入您的會員入口網站下單寄送到府。 承保項目包括： - 原廠和副廠非處方項目 - 維他命、止痛藥、感冒和過敏用品、糖尿病用品 - 使用您的應用程式內條碼掃描器，尋找零售地點的核准項目，或者登入您的會員入口網站或參閱自己的目錄。 備註：在某些情況下，本計劃的醫療福利承保診斷設備和戒菸輔助。在將您的OTC津貼用於這些項目之前，您應（可能的話）使用我們計劃的醫療福利。 <u>由於您的計劃參與以價值為基礎的保險設計計劃，因此您也可以將卡片用於下列任一福利：</u> - 加油站付款 - 健康食品 - 居家裝修和安全用品 - 租金協助 - 公用事業協助 請參閱本章中的以價值為基礎的保險設計 (VBID) 模式，以瞭解有關這些福利的更多資訊。	Wellcare Spendables™卡無共同保險金、共付額，或自付額。 某些訂單可能適用至少滿\$35免運費。店內購物無低消要求。

第4章 醫療福利表（承保內容）

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
<u>如何使用您的卡片：</u> 1. 請在使用先啟用您的卡片。 2. 請造訪參與活動的零售商，登入下列入口網站連結，或下載行動應用程式。 3. 選擇您已獲核准的項目／服務。 4. 請前往零售商的結帳程序，並使用您的Wellcare Spendables™卡付款。若為線上或行動應用程式訂單，請在結帳時輸入您的卡號。 5. 您的卡片不是信用卡，但在結帳時可以輸入為「信用卡」。如果出現提示，您的PIN就是您卡號的最後4碼。 備註： • 在您使用完花費津貼後，您必須負責您購買內容的剩餘費用。 • 在店內購買的項目可在遵守經銷商退貨與換貨政策下退回。 • 如果您的卡片無法正常運作，或發生技術問題，請撥打以下號碼與我們聯絡。 • Wellcare對於卡片遺失或遭竊概不負責。 • Wellcare Spendables™卡僅供個人使用，不得販售或移轉，且無現金價值。 • 可能適用限度和限制，僅承保經核准的物品。 • 這不是Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利。 如需有關Wellcare Spendables™卡的更多資訊，或要索取目錄，請致電：1-855-744-8550，TTY：711。 服務時間：在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。 您也可以線上瀏覽：member.wellcare.com。	

第3節 哪些承保服務超出計劃範圍？

第3.1節 本計劃不承保的服務

雖然有服務未獲Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 承保，但可透過Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 獲得服務。如對您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利有任何疑問，

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

請於夏威夷時間週一至週五上午7:45至下午4:30致電1-800-316-8005（TTY使用者請致電711）與 Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 聯絡。

第4節 本計劃不承保哪些服務？

第4.1節 本計劃不承保的服務（除外事項）

本節告訴您哪些服務被排除在外。

下表列出了在任何情況下本項計劃都不予承保或僅在特定條件下承保的一些服務和項目。

除非在下列特定條件下，否則如果您獲得排除在外（不承保）的服務，就必須自付費用。即使您在急診機構接受不保服務，不保服務仍然不屬於承保範圍，本項計劃不會為此類服務付費。唯一的例外處理是如果服務經上訴後認定，由於您的特殊情況，上訴後認定，某項醫療服務應該是由我們支付或承保。（有關對我們不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請查閱本文件第9章第6.3節）。

Medicare不承保的服務	在任何情況下均不承保	僅限在特定條件下承保
美容手術或程序		- 若手術是因為意外受傷或為改善身體某一殘障部分的功能所需則予以福利。 - 乳房切除手術後進行的所有階段乳房重建手術，以及為了達到對稱效果對未受影響的一側進行手術重建的所有階段均獲得承保。
監護照護 監護照護是不需要接受過培訓的醫療或輔助醫療人員持續關注的個人護理，例如幫助您從事日常生活活動的護理，如洗澡或穿衣。	在任何情況下均不承保	

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

Medicare不承保的服務	在任何情況下均不承保	僅限在特定條件下承保
牙科照護，例如： - 牙科矯正服務 - 植牙服務 - 頰面修復	在任何情況下均不承保	
實驗性醫療和手術程序、設備和藥物。 實驗性程序和物品是由Original Medicare決定、一般不被醫療社區接受的程序和物品。		可能在Medicare批准的臨床試驗研究或是我們的計劃中由Original Medicare提供承保。 （請查閱第3章第5節，瞭解有關臨床試驗研究的詳細資訊。）
由您的直系親屬或家庭成員收取的護理費。	在任何情況下均不承保	
在您家中提供的全職護理。	在任何情況下均不承保	
居家送餐		如需更多資訊，請參閱醫療福利表VBID一節中的「健康食品」福利。
家事服務包括基礎的家庭幫助，包括輕量的內務或便餐準備。	在任何情況下均不承保	
自然療法服務（使用自然或替代治療）。	在任何情況下均不承保	

第 4 章 醫療福利表（承保內容）

Medicare不承保的服務	在任何情況下均不承保	僅限在特定條件下承保
矯形鞋或足部支撐設備		屬於腿部矯形架的一部分的鞋子，並包含在腿部矯形架的收費之內。供糖尿病足病患者使用的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或特護機構病房內的個人物品，例如電話或電視。	在任何情況下均不承保	
醫院中的單人病房。		僅限在必要的醫療時才能承保。
放射狀角膜切開術、LASIK手術和其他低視力助視器。	在任何情況下均不承保	
絕育逆轉手術及／或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保	
例行脊骨推拿療法護理		承保手工操控脊骨糾正半脫位。
常規足部照護		依據Medicare指南提供的一些有限承保（例如您患有糖尿病）。
根據Original Medicare標準，服務被認為不合理且不必要	在任何情況下均不承保	

第5章： 使用計劃承保D部分處方藥

您要如何取得您的藥物費用相關資訊？

因為您有資格參加Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，您有資格和正在接受Medicare提供的「額外補助」，支付您的處方藥計劃費用。因為您參加「額外補助」計劃，本《承保證明》中有關D部分處方藥物費用的部分資訊可能對您不適用。我們另外寄送了一份單獨插頁，稱為獲得支付處方藥物費用額外補助者《承保證明》附加條款（也稱為低收入津貼附加條款或LIS附加條款），說明您的藥物承保。如您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取LIS附加條款。（會員服務部電話號碼印在本文件的封底。）

第1節 引言

本章說明利用您的D部分藥物承保的規定。請參閱第4章以瞭解Medicare Part B藥物福利和安寧藥物福利。

除Medicare承保的藥物外，一些處方藥物可透過您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利獲得承保。如需瞭解有關Medicaid藥物承保的更多資訊，請聯絡Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，以確定您可以獲得哪些藥物承保。（Medicaid的電話號碼和聯繫資訊見第2章第6節。）

第1.1節 本計劃D部分藥物承保的基本規定

只要您遵守以下基本規定，本項計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須有服務提供者（醫生、牙醫或其他處方開立者）為您開立處方，且該處方根據適用的州法律必須為有效。
- 您的處方開立者不得在Medicare的Exclusion（排除）或Preclusion（排除）清單上。
- 您通常必須使用網絡內藥房配取處方藥。（請參閱本章第2節。）或者，您可以透過計劃的郵購服務配取處方藥。
- 您的藥物必須在本計劃的《承保藥物清單》（處方集）（我們簡稱為「藥物清單」）中。（請參閱本章第3節。）
- 您的藥物必須用於醫學上所接受的引證。「醫學上所接受的引證」是指藥物的用途經食品和藥物管理局核准或者得到特定參考資料的支持。（有關醫學上所接受的引證的更多資訊，請參閱本章第3節。）
- 在我們承保您的藥物之前，您的藥物可能需要獲得核准。（請參閱本章第4節，瞭解有關您的承保限制的更多資訊。）

第2節 在網絡內藥房或透過本計劃的郵購服務配取處方藥

第2.1節 使用網絡內藥房

在大多數情況下，只有在您從本項計劃網絡內藥房配藥時，您的處方藥才能得到承保。（請查閱第 2.5 節有關我們何時承保在網絡外藥房配取處方藥的資訊。）

網絡內藥房是與本項計劃簽約、為您提供承保處方藥的藥房。承保藥物指本計劃「藥物清單」上的所有 D 部分處方藥。

第2.2節 網絡內藥房

如何在您所在地區找到網絡內藥房？

如欲尋找網絡藥房，您可查詢《醫療服務提供者與藥房名錄》、瀏覽我們的網站 (www.2025wellcaredirectories.com)，及／或致電會員服務部。

您可以去我們的任何一家網絡內藥房。

如果您一直在使用的藥房退出網絡，該怎麼辦？

如果您一直在使用的藥房退出本項計劃的網絡，您必須尋找一家新的網絡內藥房。若要尋找您區域內的另一家藥房，您可以從會員服務部獲得幫助，或使用《醫療服務提供者與藥房名錄》。您還可以前往我們的網站www.2025wellcaredirectories.com查詢資訊。

如果您需要特種藥品藥房，該怎麼辦？

某些處方藥必須在專業藥房配取。專業性藥房包括：

- 為家庭輸液療法供藥的藥房。
- 為住在長期照護 (LTC) 設施的會員供藥的藥房。通常，LTC 設施（如護理院）有自己的藥房。如果您在 LTC 設施獲取 D 部分福利遇到任何困難，請聯絡會員服務部。
- 為印第安人健康服務部／部落／都市印第安人保健計劃（不在 Puerto Rico 提供）服務的藥房。除急診外，僅美國原住民或 Alaska 原住民可使用我們網絡內的此類藥房。
- 分發由 FDA 限制在某些地點配取或需要特別處理、服務提供者對藥物使用進行協調或教育的藥物的藥房。若要尋找專業藥房，請查閱您的《醫療服務提供者與藥房名錄》：www.2025wellcaredirectories.com，或致電會員服務部。

第2.3節 使用本計劃的郵購服務

特定藥物類型可使用本項計劃網絡內郵購服務。通常，透過郵寄服務提供的藥物是您定期服用以治療慢性或長期醫療病症的藥物。無法透過本項計劃的郵購服務提供的藥物在我們的「藥物清單」中被標記為「NM」藥物。

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

本項計劃的郵購服務允許您訂購**最多100天的供藥**。

如需索取有關用郵寄方式領取處方藥之訂購單和資訊，請致電我們的郵購服務會員服務部，電話 1-833-750-0201 (TTY: 711)，每週7天，每天24小時提供服務。或者，登入express-scripts.com/rx。如果您使用不在本項計劃網絡內的郵購服務藥房，您的處方藥將不能獲得承保。

通常向郵購服務藥房訂購的藥物14天內即可寄到。但是，有時您的郵購服務處方藥會被拖延。對於您立即需要的長期藥物，可要求您的醫生開兩份處方：一份是30天份供藥，可在參與的零售藥房配藥，另一份是長期供藥，可透過郵寄供藥。若您因郵購服務處方藥被拖延，您在參加計劃的零售藥房配取30天的藥量遇到任何問題，請讓您的零售藥房致電我們的服務提供者服務中心電話 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) 以獲得幫助，每週7天，每天24小時提供服務。會員可以致電郵購會員服務部，電話號碼：1-833-750-0201 (TTY: 711)，一週7天，每天24小時提供服務。或者，登入express-scripts.com/rx。

藥房直接從您的醫生診所收到的新處方。

藥房將自動調劑和遞送從健康照護提供者所接收的新處方，不須先向您檢查，如果：

- 您過去使用了本項計劃的郵購服務，或
- 您登記了自動遞送直接從健康照護提供者所接收的所有新處方。您可以在任何時候聯繫郵購會員服務部，要求自動寄送所有新的處方。電話號碼：1-833-750-0201 (TTY: 711)，一週7天，每天24小時提供服務。或者，登入express-scripts.com/rx。

如果您收到的自動配送處方不是個您想要的，並且在配送您之前沒有與您聯絡，您可以進行退款。

如果您過去使用郵購，而不再想要藥房自動配藥和寄送新處方，請聯絡郵購會員服務部，電話：1-833-750-0201 (TTY: 711)，每週7天，每天24小時提供服務。或者，登入express-scripts.com/rx。

如果您未曾使用過我們的郵購寄送和／或決定停止自動調劑新處方，藥房將在每次從健康照護提供者收到新處方時聯絡您，以了解您是否想要立即調劑藥物和寄送。每次藥房聯絡您時，請務必回覆，這一點很重要，讓他們知道是否要出貨、延遲或取消新處方。

續配郵購處方藥。對於續配藥，您可以選擇參加自動續配藥計劃。根據此項計劃，我們將在記錄顯示您的藥物快要用完時自動處理您的下一份續配藥訂單。藥房會在每次郵寄續配藥之前與您聯繫，以便核實您需要更多的藥物，如果您有足夠的藥物或者您的藥物已經改變，您可以取消預先安排的續配藥。

如果您選擇不使用我們的自動續配藥計劃，但仍希望郵購藥房寄送您的處方藥，請在您目前的處方藥用完之前21天聯絡您的藥房。這可確保您的訂單能及時寄送給您。

如需退出我們的自動預備郵購服務續配藥物計劃，請與我們聯絡，致電郵購會員服務部：

- **Express Scripts® Pharmacy**：1-833-750-0201（TTY使用者可以撥打711）。

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

如果您收到不想要的自動郵寄續配藥，您可能符合退款資格。

第2.4節 如何獲得長期藥物供應？

針對如何獲得本計劃「藥物清單」上維持性藥物的長期藥物供應（也稱為延長藥物供應），本計劃提供兩種方式。（維持性藥物指您定期服用的藥物，以治療慢性或長期醫療病症。）

1. 我們網絡內部分零售藥房可允許您獲得維持性藥物的長期藥量。您的《醫療服務提供者與藥房名錄》www.2025wellcaredirectories.com說明我們網絡內哪些藥房可向您供應維持性藥物的長期藥量。您也可以致電會員服務部索取更多資訊。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持性藥物。請參閱第2.3節以瞭解更多資訊。

第2.5節 您何時可以使用不在本計劃網絡內的藥房？**您的處方藥在某些情況下可能獲得承保**

通常我們僅在您無法使用網絡內藥房時，才承保在網絡外藥房配取的藥物。為了向您提供幫助，我們在服務區域外有網絡內藥房，您作為本項計劃的會員，可以在這些藥房配取處方藥。請先詢問會員服務部，查看附近是否有網絡內藥房。您可能需要支付網絡外藥房收取的處方藥費與網絡內藥房配藥時我們承保的費用之間的差價。

在以下情況下，我們會承保在網絡外藥房配藥的處方：

交通費：您前往非本計劃服務區域旅行或不在本計劃的服務區時也能獲得承保。

- 如果您定期使用處方藥，並計劃去旅行，請在出發前務必檢查您的藥量。如果可能，帶上您將需要的所有藥物。您或許可以透過郵寄藥房服務提前訂購您的處方藥。
- 如果您在美國境內和美國領地旅行時生病、丟失或用完您的處方藥，我們會承保在網絡外藥房配藥的處方。在這種情況下，在配取處方藥時，您必須支付全部費用（而不只是支付您的共付額或共同保險金）。您可提交索賠表，請求我們向您償付我們的分攤費用。如果您到網絡外藥房配藥，您可能需要支付網絡內藥房配藥時我們支付的費用與網絡外藥房收取的處方藥費之間的差價。若要瞭解如何提交報銷申請，請參閱第7章第2節如何請求我們向您償還費用或支付您收到的帳單。
- 您還可以致電會員服務部，查找您旅行所在地是否有網絡內藥房。
- 我們不能為在美國境外和美國領地以外的藥房配取的處方藥支付任何費用，即使是緊急醫療情況也不例外。

緊急醫療情況：如果我因緊急醫療情況或需要緊急護理而要使用處方藥怎麼辦？

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

- 如果處方藥與緊急醫療情況或緊急護理有關，我們會承保您在網絡外藥房配取的處方藥。在這種情況下，在配取處方藥時，您必須支付全部費用（而不只是支付您的共付額或共同保險金）。您可提交索賠表，請求我們向您償付我們的分攤費用。如果您到網絡外藥房配藥，您可能需要支付網絡內藥房配藥時我們支付的費用與網絡外藥房收取的處方藥費之間的差價。若要瞭解如何提交報銷申請，請參閱第7章第2節 *如何請求我們向您償還費用或支付您收到的帳單*。

其他情況：您可在其他情況下前往網路外藥局得到處方福利。

- 如果至少適合以下一種情況，我們會承保您在網絡外藥房配取的處方藥：
 - 如果因為在合理的駕車行程內沒有24小時營業的網絡內藥房，使您無法在我們的服務區域內及時獲得承保藥物。
 - 如果您嘗試配取的處方藥在您能夠前往的網絡內零售或郵購藥房中通常沒有庫存（包括高成本和特殊藥物）。
 - 如果您正在接種醫療上必需，但Medicare Part B不承保的疫苗，以及正在接受一些在您的醫師診間現場給藥的承保藥物。
- 在上述所有情況下，您可得到最多30日份的處方藥。此外，您很可能必須先支付網絡外藥房收取的藥費，然後將文件寄給本項計劃獲得償付。請務必附上您為甚麼使用網絡外藥房的情形說明。這將有助於處理您的償付申請。

如何向本計劃申請償付？

如果您必須使用網絡外藥房，那麼在配取處方藥時，通常您必須支付全部費用。您可以請求我們向您償付費用。（第7章第2節說明如何請求本項計劃退款給您）。

第3節 您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上

第3.1節 「藥物清單」說明哪些D部分藥物獲得承保

本項計劃有一份《承保藥物清單》（處方集）。在本《承保證明》中，我們將它簡稱為「藥物清單」。

該清單上的藥物是由本項計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下選擇的。此清單符合Medicare的規定，並已獲得Medicare核准。

「藥物清單」包含Medicare Part D承保的藥物。除Medicare承保藥物外，一些處方藥可透過您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利獲得承保。如需瞭解有關Medicaid藥物承保的更多資訊，請聯絡Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，以確定您可以獲得哪些藥物承保。（Medicaid的電話號碼和聯繫資訊見第2章第6節。）

只要您遵守本章所述其他承保規定，且藥物是用於醫療上接受的適應症，則我們通常會承保本計劃

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

「藥物清單」上的藥物。醫學上所接受的引證意指符合以下任一種情形的藥物使用：

- 食品藥物管理局已經核准用於診斷或開立處方所針對的病症，或
- 由特定參考資料佐證，例如美國醫院處方服務藥物資訊和Micromedex DRUGDEX資訊系統。

「藥物清單」包括原廠藥、副廠藥和生物製劑（可能包括生物相似性藥品）。

原廠藥是一種處方藥，以製藥商擁有的商標名稱來出售處方藥。生物製劑是比一般藥物更複雜的藥物。我們在「藥物清單」中所提到的藥物，可能是指藥物或生物製劑。

副廠藥指活性成分與原廠藥相同的處方藥。生物製劑也有替代品，稱為生物相似性藥品。一般而言，副廠藥與生物相似性藥品和原廠藥或原廠生物製劑的效用一樣好，而且通常費用較為低廉。許多原廠藥都有副廠藥可替代使用，有些原廠生物相似性藥品也有類似的生物製劑替代品。有些生物相似性藥品是可互換的生物相似性藥品，根據各州法律，可以在藥房取代原廠生物製劑，而不需要新的處方，就像副廠藥可以替代原廠藥一樣。

請參閱第12章，瞭解可能列於「藥物清單」上的藥物類型定義。

哪些藥物不在「藥物清單」上？

本項計劃並不承保所有的處方藥。

- 在有些情形下，法律不允許任何Medicare計劃承保某些類型的藥物。（若需更多相關資訊，請參閱本章第7.1節。）
- 在其他情形下，我們決定不把某種特定藥物列入我們的「藥物清單」。在某些情況下，您可能可以取得不在「藥物清單」單上的藥物。（如需更多資訊，請參閱第9章。）
- Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保的處方藥不在「藥物清單」中。請與Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 聯繫，以確定您可享受的藥物承保。（Medicaid的電話號碼和聯繫資訊見第2章第6節。）

第3.2節 如何知道特定藥物是否在藥物清單上？

您有四種查找方式：

1. 查閱我們以電子方式提供的最新「藥物清單」。
2. 造訪本項計劃的網站 (www.wellcare.com/ohana)。網站上的「藥物清單」總是最新清單。
3. 致電會員服務部，瞭解某種特定藥物是否在本項計劃的「藥物清單」上，或索取一份「藥物清單」。
4. 請使用我們的「即時福利工具」（www.wellcare.com/ohana或致電會員服務部）。使用這項工具可搜尋藥物清單上的藥物，查看您將支付的預計費用，以及「藥物清單」上是否有可治療相同

病症的替代藥物。

第4節 有些藥物有承保限制

第4.1節 為什麼有些藥物有限制？

特別規定對本項計劃如何和何時承保某些處方藥有限制。由醫生和藥劑師組成的團隊制定了這些規定，以幫助您和您的提供者最有效地使用藥物。如需查找是否任何此類限制適用於您在服用或想要服用的藥物，請查閱「藥物清單」。

如果某種安全且費用較低的藥物與其他費用較高的藥物具有同等藥效，本項計劃規定鼓勵您和您的服務提供者選擇費用較低的藥物。

請注意，有時藥物可能會不止一次出現在我們的「藥物清單」上。這是因為相同的藥物可能會因您的健康護理服務提供者開具的處方藥的強度、數量或劑型而有所差異，而且不同的限制或分攤費用可能適用於不同版本的藥物（例如，10 mg 相對於 100 mg；每天一劑相對於每天二劑；錠劑相對於液體）。

第4.2節 有哪些類型的限制？

下面的章節會詳細告訴您我們針對某些藥物採用的限制類型。

如果您的藥物受到限制，這通常意味著您或您的醫療服務提供者需要採取額外步驟才能讓我們承保該藥物。請聯絡會員服務部，以瞭解您或您的服務提供者需要怎樣做才能獲得該藥物的承保。如果您想要我們為您豁免限制，您需要使用承保決定程序，請求我們作出例外處理。我們可能同意、也可能不同意為您豁免限制。（請查閱第9章）

事先取得計劃核准

對於某些藥物，您或您的服務提供者需要先獲得本項計劃的批准，然後我們才會同意承保。這稱為**預先授權**。這是為了確保藥物安全，並協助引導適當使用特定藥物。如果您沒有獲得該批准，您的藥物可能不會獲得本項計劃的承保。

先嘗試不同的藥品

此項要求鼓勵您在本項計劃承保另一種藥物之前，先嘗試更便宜但通常同樣有效的藥物。例如，若藥物A和藥物B均可治療同一種醫療病症，且藥物A更便宜，本項計劃可能要求您先嘗試藥物A。如果A藥物對您無效，計劃接著會承保B藥物。這項先試用不同藥物的規定稱作「**循序用藥**」。

數量限制

對於某些藥物，我們會限制您每次領取處方藥時可以領取的藥量。例如，如果通常認為某一藥物每天僅服用一粒是安全的，我們會把您的處方藥承保限制在每天不超過一粒。

第5節 如果您的其中一項藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？

第5.1節 如果您的藥物承保方式與您希望的不一樣，您可以採取這些做法

在某些情況下，您正在服用的處方藥，或您和您的提供者認為您應服用的藥物，不在我們的處方集，或是在處方集內的受限藥物。例如：

- 該藥物可能根本不屬於承保範圍。或者該藥物的副廠藥屬於承保範圍，但您想要服用的原廠藥不屬於承保範圍。
- 該藥物屬於承保範圍，但該藥物的承保有額外的規定或限制，如第4節所述。
- 如果您的藥物承保方式與您希望的不一樣，有解決的辦法。如果您的藥物不在藥物清單上，或您的藥物受到限制，請查閱第5.2節，瞭解解決方法。

第5.2節 如果您的藥物不在「藥物清單」上或受到某些限制，該怎麼辦？

如果您的藥物不在「藥物清單」上或有限制，以下是選項：

- 您可能可以獲得您的藥物的臨時性供藥。
- 您可以換用另一種藥物。
- 您可以請求作為**例外處理**，請求本項計劃承保該藥物或取消該藥物的限制。

您可能可以獲得臨時性供藥

在某些情況下，計劃必須為您正在使用的藥物提供臨時性供藥。這項臨時性供藥會讓您有時間與您的服務提供者討論變更問題。

要獲得臨時性供藥，您一直使用的藥物不能再列入計劃的「藥物清單」，或目前有某些限制。

- **如果您是新會員**，我們會在您成為本計劃會員的頭**90天**期間，為您承保您藥物的臨時性供藥。
- **如果您去年參與計劃**，我們會在日曆年的頭**90天**期間，為您承保您藥物的臨時性供藥。
- 此臨時性供藥在零售藥房最多為**30天**供藥，或在長期照護藥房最多為**31天**供藥。如果您的處方天數較少，我們允許在零售藥房最多配取**30天**藥物的供藥，或是在長期照護藥房最多配取**31天**藥物的供藥。處方藥必須在網絡內藥房配取。（請注意，長期照護醫護藥房可能一次提供少量藥物以避免浪費。）
- **對於已參加本項計劃超過90天、住在長期照護設施並立即需要藥物的會員：**
我們承保特定藥物的一次性**31天**緊急供藥，或您的處方開具的較少天數藥量。上述

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

臨時性供藥不在此列。

- 適用於因護理等級改變（例如搬進或搬離長期照護機構或醫院）而需要立即供藥的會員：

我們承保一次性30天供藥，或您的處方開具的較少天數藥量（在此情況下，我們允許最多配取共30天藥物的供藥）。

如有關於臨時性供藥的問題，請致電會員服務部。

在您使用臨時性供藥期間，您應該與您的服務提供者討論，以決定臨時性供藥用完後該怎麼辦。您有兩個選項：

1) 您可以換用另一種藥物

請與您的服務提供者討論，是否有不同的藥物，屬於本項計劃的承保範圍且療效相同。您可以致電會員服務部，索取一份治療同一醫療病症的《承保藥物清單》。這份清單可幫助您的服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

2) 您可以請求例外處理

您和您的服務提供者可以請求本項計劃作出例外處理，以您希望的方式承保該藥物。如果您的服務提供者認為您的醫療理由充分，可以請求我們作為例外處理，您的服務提供者可幫助您請求作為例外處理。例如，您可以請求本項計劃承保不在本項計劃「藥物清單」上的某種藥物。您也可以請求本項計劃作為例外處理，無限制地承保您的藥物。

若您目前是會員且正在使用的一種藥物下一年度將從處方集上刪除或受到某種限制，我們將告知您在新年度之前的任何變更。您可在下一年度之前請求作為例外處理，我們將在收到您的請求（或您的處方開立者的支持聲明）後72小時內向您作出答覆。如果我們批准您的請求，我們將在變更生效之前授權承保。

如果您和您的服務提供者想請求作為例外處理，請查閱第9章第7.4節有關您如何請求的資訊。該章節對Medicare為確保您的要求能夠得到及時而公平的處理而設定的程序與截止日期作出說明。

第6節 如果您其中一種藥物的承保範圍發生變更，該怎麼辦？

第6.1節 藥物清單可能在年度中變更

大多數藥物承保變更發生在每年年初（1月1日）。但是，本項計劃可能在年中對「藥物清單」做某些變更。例如，本項計劃可能：

- 增加或刪除「藥物清單」上的藥物。
- 新增或移除對於某藥物的承保限制。

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

- 用副廠藥取代原廠藥。
- 用可互換的生物相似性製劑取代原始生物製劑。

在我們更改計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵循Medicare規定。

有關本章所討論藥物類型的定義，請參閱第12章。

第6.2節 如果您正在服用的藥物的承保變更，該怎麼辦？**變更藥物承保的相關資訊**

「藥物清單」發生變更時，我們會在我們的網站上發布有關這些變更的資訊。我們也會定期更新我們的線上「藥物清單」。本節說明我們可能對「藥物清單」所做的變更類型，以及如果您正在使用的藥物有所變更，您會在何時收到直接通知。

在本計劃年度內，我們可能會對「藥物清單」做出的變更，及對您造成的影響

- 在「藥物清單」中新增新藥物，並立即刪除或變更「藥物清單」中的類似藥物。
 - 將新版本的藥物新增至「藥物清單」時，我們可能會立即從「藥物清單」中移除類似藥物、將類似藥物移至不同的分攤費用層級、新增新限制，或兩者兼有。新版本藥物的限制相同或較少。
 - 只有當我們新增原廠藥的新副廠藥版本，或新增原本藥品清單上已有的原始生物製劑的生物相似藥的某些新版本時，我們才會立即做出這些變更。
 - 即使您正在服用我們將移除或變更的藥物，我們也可能會立即進行這些變更，並稍後才通知您。如果您在我們進行變更時正在使用同類藥物，我們將告知您我們所做的任何特定變更。
- 在預先通知的情況下，在「藥物清單」中新增新藥物，並刪除或變更「藥物清單」中的類似藥物。
 - 將另一版本的藥物新增至「藥物清單」時，我們可能會從「藥物清單」中移除類似藥物、將其移至不同的分攤費用層級、新增新限制，或兩者兼有。我們增加的藥物版本的限制相同或較少。
 - 只有當我們新增原廠藥的新副廠藥版本，或新增原本「藥物清單」上已有的原始生物製劑的生物相似藥的某些新版本時，我們才會做出這些變更。
 - 我們將在進行這些變更前至少30天告知您，或告知您變更事宜，並額外承保您正在服用的藥物版本的30天額外配藥量。
- 移除「藥物清單」上的不安全藥物和已從市場下架的其他藥物。

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

- 有時藥物可能被視為不安全，或是因為其他原因而從市場下架。如果出現這種情形，我們可能立即從「藥物清單」上刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會在做出變更後告知您。
- 對「藥物清單」上的藥物進行其他變更。
 - 一旦當年度已開始影響您正在使用的藥物，我們可能會做出其他變更。例如，我們可能根據FDA盒裝警告或Medicare認可的新臨床指南進行更改。
 - 我們將在進行這些變更前至少30天告知您，或告知您變更事宜，並額外承保您正在服用的藥物的30天額外配藥量。

如果我們對您正在服用的任何藥物做出上述任何變更，請與您的處方開立者討論最適合您的方案，包括改用不同藥物以治療您的病症，或要求承保決定，以滿足您正在服用的藥物的任何新限制。您或您的處方開立者可以要求我們進行例外處理，以繼續承保您一直在服用的藥物或藥物版本。針對如何申請承保決定、包括例外處理的更多相關資訊，請參閱第9章。

在本計劃年度對您不造成影響的《承保藥物清單》變更

我們可能會對上述未說明的「藥物清單」進行特定變更。在這些情況下，如果您在變更時服用藥物，變更將不適用於您；然而，如果您繼續使用相同的計劃，這些變更可能會在下一個計劃年度的1月1日開始影響您。

一般而言，不會影響您目前計劃年度的變更包括：

- 我們對您的藥物使用作出新限制。
- 我們從「藥物清單」上刪除您的藥物。

如果您正在使用的藥物發生上述任何一種變更（例外是市場下架、副廠藥取代原廠藥或上一節所提到的其他變更），在下一年度1月1日之前，這些變更不會影響您的藥物使用或您支付的分攤費用。

我們不會在目前的計劃年度中直接告訴您這些類型的變更。您將需要檢查下一個計劃年度的「藥物清單」（當開放投保期內有這份清單時），以瞭解您所使用的藥物是否有任何變更，而這些變更將在下一個計劃年度對您造成影響。

第7節 本計劃不承保哪些類型的藥物？

第7.1節 我們不承保的藥物類型

本節向您介紹哪些處方藥不在承保範圍。這代表Medicare不會為這些藥物支付費用。

如果您提出上訴，而且D部分未排除所要求的藥物，我們將支付或承保該藥物。（請參閱第9章以瞭解對決定提出上訴的相關資訊。）如果被本項計劃排除在外的藥物也被Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 排除在外，您必須自行付費。

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

以下是Medicare藥物計劃不透過D部分承保的藥物的三條通用規定：

- 本項計劃的D部分藥物承保不能承保Medicare Part A或Part B承保的藥物。
- 本項計劃不能承保在美國境外或其領地之外購買的藥物。
- 本計劃無法承保未由特定參考資料佐證的適應症外藥品使用，例如美國醫院處方服務藥物資訊和Micromedex DRUGDEX資訊系統。適應症外使用指藥物標籤上標示的、經食品與藥物管理局核准用途之外的其他用途。

此外，Medicare依法不承保下列各類藥物。但是，其中一些藥物可能透過您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 藥物承保獲得承保。請與Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 聯繫，以確定您可享受的藥物承保。（Medicaid的電話號碼和聯繫資訊見第2章第6節。）

- 非處方藥（亦稱為櫃檯購買藥物）
- 用於促進生育的藥品
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 為了美容或促進毛髮生長而使用的藥品
- 處方維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食、減重或增重的藥物
- 門診藥物，作為銷售條件，該藥物的製造商要求相關測試或監測服務專門從該製造商處購買

如果您正在接受「額外補助」來支付您的處方藥物費用，那麼「額外補助」計劃將不會支付通常不被承保的藥物。然而，如果擁有Medicaid藥物承保，則您所在州的Medicaid計劃可承保某些Medicare藥物計劃通常不承保的處方藥。

請與您所在州的Medicaid計劃聯繫，以確定您可享受的藥物承保。（Medicaid的電話號碼和聯繫資訊見第2章第6節。）

第8節 領取處方藥

第8.1節 提供您的會籍資訊

若要配取處方藥，請在您選擇的網絡內藥房，提供您的計劃會員資訊，這些資訊可在您的會員卡上找到。網絡內藥房將自動向您的藥物計劃收費。

第8.2節 若您手上沒有會籍資訊，該怎麼辦？

如果在配取處方藥時，您沒有您的會員資訊，您或藥房可致電本項計劃，獲得必要的資訊，或您可

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

以要求藥房查詢您的計劃投保資訊。

如果藥房無法獲得必要的資訊，您在取藥時可能必須支付處方藥的全部費用。（然後您可以請我們為您償付費用。有關如何請求本項計劃償付費用的資訊，請查閱第7章第2節）。

第9節 特殊情形下的D部分藥物承保**第9.1節 如果您在本計劃承保的醫院或專業護理施設住院，該怎麼辦？**

如果您在醫院或特護機構住院，且住院屬於本項計劃的承保範圍，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。您一旦出院或離開特護機構，只要您的藥物符合我們本章說明的所有承保規定，本項計劃會承保您的處方藥。

第9.2節 如果您在長期照護 (LTC) 設施住院，該怎麼辦？

通常，長期照護 (LTC) 設施（如護理院）有自己的藥房或使用為其全部入住者提供藥物的藥房。如果您是居住在LTC設施內的住民，您或可透過設施的藥房或其使用的藥房獲取您的處方藥，只要它是我們網絡的一部分。

請查閱您的《醫療服務提供者與藥房名錄》www.2025wellcaredirectories.com，以瞭解您LTC機構的藥房，或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。如果不是，或者如果您需要更多資訊或協助，請與會員服務部聯絡。如果您住在LTC設施內，我們必須確保您能夠透過我們的LTC藥房網絡例行獲取您的D部分福利。

如果您住在長期照護 (LTC) 機構，需要我們「藥物清單」上沒有或有某些限制的藥物，該怎麼辦？

請參閱第5.2節，以瞭解臨時或緊急供應。

第9.3節 如果您也從僱主或退休人員團體計劃獲得藥物承保，該怎麼辦？

如果您目前透過您的（或您配偶的）僱主或退休人員團體獲得其他處方藥承保，請聯絡該團體的福利管理員。他們可幫助您確定您目前的處方藥承保如何與本項計劃合併使用。

一般來說，如果您有員工或退休人員團體承保，您從我們獲得的藥物保險將次於您的團體承保。這意味著您的團體承保會首先支付費用。

關於可信承保的特別說明：

您的僱主或退休人員團體應每年寄給您一份通知，告訴您下一年度您的處方藥承保是否是可信的。

如果團體計劃提供的承保是可信的承保，意即該項計劃應承保的金額通常至少不會低於Medicare的

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

標準處方藥承保。

請妥善保管好有關可信承保的通知，因為您以後可能需要該通知。如果您投保的Medicare計劃包括D部分藥物承保，您可能需要用該通知來證明您有可信承保。如果您沒有收到可信的承保通知，請向您的雇主或退休計劃福利管理員、雇主或工會索取副本。

第9.4節 如果您住在Medicare認證的安寧機構，該怎麼辦？

安寧療護和我們的計劃並不同時承保相同的藥物。如果您有投保Medicare安寧計劃，並需要安寧計劃不承保的某些藥物（例如抗噁心藥、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥），因為這些藥與您的終期疾病和相關病症無關，本項計劃必須收到處方開立者或您的安寧護理服務提供者的通知，說明該藥物與您的終期疾病和相關病症無關，然後才能為這些藥物提供承保。為避免延遲收到本計劃應承保的這些藥物，請在配取處方藥之前，要求您的安寧護理服務提供者或處方開立者提供通知。

如果您撤銷安寧選擇或者從安寧機構出院，本項計劃應承保您的藥物，如本文件所述。為了防止在您的Medicare安寧福利終止時出現藥房配藥延遲，請攜帶相關證明文件到藥房，確認您已撤銷安寧計劃或已從安寧機構出院。

第10節 藥物安全性與藥物管理計劃

第10.1節 幫助會員安全用藥計劃

我們對會員進行藥物使用審查，幫助確保會員獲得安全和適當的護理。

我們在您每次配取處方藥時進行審查。我們還會定期審查我們的記錄。在審查期間，我們查找潛在的問題，例如：

- 可能發生的藥物錯誤
- 因您使用另一種類似藥物治療同一病症，而可能不需要的藥物
- 因您的年齡或性別可能不安全或不適當的藥物
- 同時服用時可能對您造成傷害的某些藥物組合
- 處方藥含有您過敏的成分
- 您正在服用的藥量（劑量）可能存在的錯誤
- 不安全藥量的鴉片類止痛藥物

如果我們發現您的藥物使用方面的問題，我們會與您的服務提供者一起糾正。

第10.2節 藥物管理計劃 (DMP) 幫助會員安全使用他們的鴉片類藥物

我們有計劃協助確保會員安全使用處方鴉片類藥物，和其他經常濫用的藥物。本計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從幾位處方開立者或藥房獲得的鴉片類藥物，或是您最近鴉片類藥物的使用過量，我們可能會與您的處方開立者討論，以確保您對鴉片類藥物的使用是合適的，且是必要的醫療。與您的處方開立者合作後，如果我們認為您對處方鴉片類藥物或苯二氮平類藥物藥物的使用方式可能不安全，我們可能會限制您取用這些藥物的方式。如果我們將您加入DMP，限制可能是：

- 要求您從特定藥房取得所有鴉片類處方藥或苯二氮平類藥物
- 要求您從特定處方開立者處取得所有鴉片類處方藥或苯二氮平類藥物
- 限制我們將為您承保的鴉片類或苯二氮平類藥物用量

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式，或您可以獲得的藥量，我們會事先寄送信件給您。該信會告訴您，我們是否會限制為您承保這些藥物，或者您是否需要從特定處方開立者或藥房取得這些藥物的處方。您可以藉此機會告訴我們您首選的處方開立者或藥房，以及您認為我們必須知道的其他任何重要資訊。在您有回應的機會後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們會發出另一封信函給您，以確認此限制。如果您認為我們犯了錯誤，或您不同意我們的決定，或您不同意限制，您和您的處方開立者有權提出上訴。如果您提出上訴，我們會審閱您的個案將並作出新決定。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關請求的任何部分，我們會自動將您的個案送至我們計劃外的獨立審核組織。有關如何上訴的資訊，請參閱第9章。

如果您患有某些醫療病症，例如癌症相關疼痛或鐮刀型貧血，或者您正在接受安寧、緩和或臨終護理或住在長期照護設施，您將不會加入我們的DMP中。

第10.3節 幫助會員管理藥物的藥物療法管理 (MTM) 計劃

我們有一項可幫助我們的會員應對複雜的健康需求的計劃。我們的計劃稱為藥物療法管理 (MTM) 計劃。本項計劃是自願性的，而且免費。藥劑師和醫生組成的團隊為我們開發了這項計劃，幫助確保我們的會員能夠從他們服用的藥物中獲得最大的效益。

某些患有特定慢性疾病且藥物費用超過特定金額，或參加DMP以接受安全使用鴉片類藥物協助的會員，可能有資格透過MTM計劃獲得服務。如果您有資格參加該計劃，藥劑師或其他保健專業人員將綜合評估您服用的所有藥物。在審閱時，您可以討論您的藥物、您的費用、您遇到的任何問題或您對處方藥和非處方藥的任何問題。您會取得一份內含建議待辦事項清單的書面摘要，其中包含您應採取的步驟，以期從您的藥物獲得最佳結果。您還將收到一份藥物清單，包括您正在使用的所有藥物、藥量，以及使用的原因。此外，MTM計劃中的會員會收到有關安全回收處理管制類處方藥物的資訊。

建議您與您的醫生討論您的建議待辦事項清單和藥物清單。請在門診或與您的醫生、藥劑師和其他健康護理服務提供者討論時攜帶您的摘要。另外，請隨身攜帶您最新的藥物清單（例如，與您的ID放在一起），以防您前往醫院或急診室時使用。

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

如果我們有一項符合您的需求的計劃，我們會自動讓您加入該項計劃，並將相關資訊寄給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出。如果您對本計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部。

第11節 我們會把報告寄送給您，解釋您的藥物付款和您所處的付款階段**第11.1節 我們會每月寄給您一份摘要，稱為D部分福利說明（D部分EOB）**

本項計劃會記錄您的處方藥費用和在藥房領取或續取處方藥時支付的數額。這樣我們就能告訴您，您已經從一個藥物付款階段進入另一個階段。我們特別會記錄兩種類型的費用：

- 我們會追蹤您已經支付的數額。這稱為您的**分攤費用**。這包括您獲得承保D部分藥物時所支付的費用、您的家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，以及Medicare「額外補助」、僱主或工會保健計劃、TRICARE、印第安健康服務、愛滋病藥物協助計劃、慈善機構和大多數州藥物協助計劃 (SPAPs) 為您的藥物支付的任何費用。
- 我們會追蹤您的**總藥費**。這是指D部分承保藥物的所有付款總額。其中包括計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或組織為您的D部分承保藥物支付的費用。

如果您在上個月透過本計劃配取了一份或多份處方藥，我們將向您寄送D部分EOB。D部分EOB包括：

- **當月資訊**。這份報告會提供您上個月配取的處方藥的詳細付款資料。會顯示總藥費、本項計劃支付的費用以及您與代表您的人支付的費用。
- **自1月1日以後的年度費用總額**。這稱為年度至今資訊。顯示從年初開始藥物的總藥費以及您支付的總藥費。
- **藥品價格資訊**。此資訊會顯示總藥物價格，以及自第一次配取處方藥後每一次相同份量的處方要求的價格增加相關資訊。
- **可用的較低成本替代處方**。這將包括其他可用藥物的相關資訊，與各處方理賠的較低分攤費用，如適用。

第11.2節 幫助我們保持有關您的藥物付款的最新資訊

我們會追蹤您的藥費和您支付的藥費，我們也會使用藥房提供的記錄。以下是您如何幫助我們保持正確和最新資訊的方法：

- 您每次領取處方藥時，請出示會員卡。這有助於我們確保我們知道您正在配取的處方藥以及您支付的費用。
- 確保我們有所需的資訊。有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會

第 5 章 使用計劃承保 D 部分處方藥

自動取得所需資訊，以追蹤您的分攤費用。為了幫助我們追蹤您的分攤費用，請提供您的收據副本。以下是您應將藥物收據副本提供給我們的一些範例：

- 您在網絡內藥房以特惠價購買承保藥物或使用並非本項計劃福利的折扣卡購買承保藥物時
 - 當您支付透過製藥廠患者協助計劃提供藥物的共付額時
 - 任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或者在特殊情況下您支付承保藥物的全額費用
 - 如果藥房向您收取承保藥物的費用，您可以請求本項計劃支付我們的藥物分攤費用。有關如何提出此項要求的說明，請查閱第7章第2節。
- **把其他人代您支付的款項資訊寄給我們。**由其他特定個人和組織所支付的款項也計入您的分攤費用中。例如，愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)、印第安健康服務及慈善機構付款，均可計入您的分攤費用。請保留這些付款記錄，並寄給我們，這樣我們才能追蹤您的費用。
 - **查看我們寄給您的書面報告。**當您收到D部分EOB時，請詳細閱讀，確保其中的資訊完整無誤。如果您認為資訊有遺漏，或者您有任何疑問，請致電會員服務部告知我們。您現在可以選擇收到電子版本的*D部分福利說明 (D部分EOB)*，而非透過郵寄方式收到紙本的D部分EOB。您可以造訪<https://www.express-scripts.com/>提出申請。若您選擇電子版本，當您的D部分eEOB已預備好可供檢視、列印或下載時，您將會收到電子郵件。電子版本的D部分EOB即無紙化D部分EOB。無紙化D部分EOB是紙本D部分EOB的確切複本（影像）。請務必保留這些報告。

第6章： 您為D部分處方藥 支付的費用



您要如何取得您的藥物費用相關資訊？

因為您有資格參加Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，您有資格和正在接受Medicare提供的「額外補助」，支付您的處方藥計劃費用。因為您參加「額外補助」計劃，本《承保證明》中有關**D部分處方藥物費用**的部分資訊可能對您不適用。我們另外寄送了一份單獨插頁，稱為獲得支付處方藥物費用「額外補助」者《承保證明》附加條款（也稱為低收入津貼附加條款或LIS附加條款），說明您的藥物承保。如您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取LIS附加條款。

第7章：
要求我們為您收到的承保醫療
服務或藥物帳單
支付費用

第1節 您應要求我們為您的承保服務或藥物付費的情況

我們的網絡內服務提供者為您的承保服務和藥物向本項計劃支付付款—您不應當收到承保服務或藥物的帳單。如果您收到已經接受的醫療護理或藥物帳單，您應當將帳單送交給我們，以便我們付款。當您將帳單寄給我們時，我們會檢查帳單，並決定服務及藥物是否應獲得承保。如果我們決定是承保服務，我們會直接向服務提供者付款。

如果您已經支付本項計劃承保Medicare服務或物品的費用，您可請求本項計劃向您退款（退款通常稱為向您償付）。每當您為我們的計劃承保的醫療服務或藥物付費，您就有權獲得本項計劃的退款。您可能必須在期限內獲得退款。請查閱本章第2節。當您將您已經付款的帳單寄給我們時，我們將檢查帳單，並決定服務或藥物是否應當享有承保。如果我們決定服務或藥物應當享有承保，我們會將服務或藥物費用退還給您。

有時您可能會收到服務提供者的帳單，要求您支付所接受醫療照護的全額費用，或可能超過您的分攤費用，如本文件所述。首先嘗試向提供者解決帳單。如果沒有效果，請將帳單寄給我們，而非支付帳單。我們會查看帳單並決定服務是否應被承保。如果我們決定是承保服務，我們會直接向服務提供者付款。如果我們決定不支付費用，我們將通知提供者。您絕不應支付超過計劃允許的分攤費用。如果此服務提供者有合約，您仍有治療的權利。

以下是幾個您可能需要請求本項計劃退款或支付您收到的帳單的範例：

1. 當您從非本計劃網絡內的醫療服務提供者處接受緊急情況或緊急需要的醫療護理時

您可以從任何服務提供者處接受急診或緊急需求服務，無論服務提供者是否在我們的網絡內。在這些情況下，請服務提供者開立帳單給本計劃。

- 如果您在接受照護時支付全額費用，請要求我們償還該費用。把帳單和您支付的任何款項的文件寄給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。把帳單和您已經支付的任何款項的文件寄給我們。
 - 如果欠付服務提供者任何費用，我們會直接向該服務提供者付款。
 - 如果您已經支付服務費用，我們會將費用退還給您。

2. 當網絡內服務提供者向您發送一張您認為不應付款的帳單

網絡內服務提供者應該始終直接向本項計劃收費。但有時他們會弄錯，要求您支付您的服務費用。

- 無論何時您從網絡內服務提供者處收到帳單，請把帳單寄給我們。我們會直接與該服務提供者聯絡，解決帳單問題。
- 如果您已經向網絡內服務提供者付款，請把帳單和您已支付的任何款項的文件寄給我們。

請求我們把您已支付的承保服務費用退還給您。

3. 若您是以回溯方式加入本計劃

有時，投保本項計劃具有回溯性。（回溯是指投保的第一天已經過去，而投保日期甚至可能發生在去年。）

如果您回溯性地投保本項計劃，並在投保日期後支付承保服務或藥物的分攤費用，您可請求我們向您退回費用。您需要向我們提交文件，例如收據和帳單，以便我們處理償付。

4. 當您使用網絡外藥房領取處方藥時

如果您到網絡外藥房，藥房可能無法把理賠直接送交給我們。發生這種情況時，您必須支付處方藥的全部費用。

請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。請參閱第5章第2.5節以瞭解這些情況的討論。針對您向網絡外藥房支付的藥費，與網絡內藥房配藥時本計劃支付費用之間的價差，我們可能不會退還給您。

5. 當您沒有隨身攜帶計劃會員卡而需要支付處方藥的全額費用時

如果您沒有攜帶您的計劃會員卡，可以請求藥房打電話給本項計劃，或查詢您的計劃投保資訊。但是，如果藥房無法立刻取得投保資訊，您可能需要自己先支付處方藥的全部費用。請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。如果您支付的現金價格高於我們針對處方所協議的價格，我們可能不會退還您支付的全額費用。

6. 當您遇到其他情況需要支付處方藥的全額費用時

因為您發現因某種原因藥物不享受承保，您需要支付該處方藥的全部費用。

- 例如，這種藥物可能不在本項計劃的「藥物清單」上；或者這種藥物可能有您不知道的要求或限制或認為這些限制對您不適用。如果您決定立即配取該藥物，您可能需要先支付全部費用。
- 請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生索取更多資訊，才能將您的藥費退還給您。如果您支付的現金價格高於我們針對處方所協議的價格，我們可能不會退還您支付的全額費用。

7. 如果您因為有資格獲得Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 而以回溯方式投保本計劃。

Medicaid是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助一些收入和資源有限的人支付醫療費用。一些擁有Medicaid的人士會主動投保我們的計劃，以獲得他們的處方藥承保。有時，投保本項計劃具有回溯性。（回溯性指投保的第一天已經過去，而投保日期甚至可能發生在去年）。

如果您是追溯投保本項計劃且在投保日後您自付了任何承保服務，您可要求本計劃償付該費用。您需要向我們提交文件，例如收據和帳單，以便我們處理償付。

- 當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。
- 您應該要求支付您的分攤費用（不包括其他保險支付的任何費用）。
 - 本計劃可能不會支付不在我們藥物清單上的藥物。以上所有舉例是承保決定的類型。這意味著如果我們否決了您的付款請求，您可以對我們的決定提出上訴。本文件第9章（如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴），該怎麼辦）有如何提出上訴的資訊。

當您向我們提出付款請求時，我們會審查您的請求，並決定服務或藥物是否應當享有承保。這稱為作出**承保決定**。如果我們決定服務或藥物應當享有承保，我們會為服務或藥物付款。如果我們拒絕您的付款請求，您可以對我們的決定提出上訴。有關如何提出上訴的資訊，請查閱本文件第9章。

第2節 如何要求我們償付您支付的費用或為您支付所收到的帳單

您可用書面方式寄送要求給我們，以要求我們償還您。如果您以書面方式寄送要求，請將您支付的任何款項之帳單和文件寄出。最好自行留存帳單和收據副本作為記錄。您必須在接受服務、物品或藥物之日後**365天內（有關醫療理賠）**以及**三年內（有關藥物理賠）**向我們提交您的理賠申請。

為了確保您向我們提供做決定所需的完整資訊，您可以填寫我們的理賠表，提出付款請求。

- 您不一定要使用該表，但是使用該表能幫助我們加快資訊處理程序。對於會員保險補助，我們確實有透過入口網站提供理賠表格。雖然我們強烈建議會員使用表格，確保能提交所有文件，但並非必要。他們也可以在沒有表格的情況下提交帳單副本。無論是何種方式，均應包括服務提供者資訊、服務日期、適用時的現行程序術語表 (CPT) 代碼、診斷代碼或說明、帳單金額，以及任何可用的醫療記錄，並在必要時簡短說明他們需要照護的原因。會員提交理賠時，也應同時提交付款證明。有效的付款證明是銀行或信用卡帳單，或已取消支票的副本。
- 您可以在我們的網站 (www.wellcare.com/ohana) 下載理賠表，或致電會員服務部，索取此表。

有關醫療服務，請把您的付款請求和所有的帳單或已付款的收據一起寄到以下地址：

付款要求地址

Wellcare
Medical Reimbursement Department
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

有關D部分處方藥物，請把您的付款請求和所有的帳單或已付款的收據一起寄到以下地址：

D部分付款要求地址

Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

第3節 我們將考慮您的付款請求，然後批准或拒絕您的請求

第3.1節 我們會檢查我們是否應該承保該服務或藥物

當我們收到您的付款請求時，我們會告訴您是否需要提供任何其他資訊。否則，我們會考慮您的請求，並作出承保決定。

- 如果我們決定醫療護理或藥物可以獲得承保，且您遵守所有規定，則我們將福利該服務或藥物。如果您已經支付這些服務或藥物的費用，我們會將費用寄給您。如果您已支付藥物的全額費用，您可能無法獲得您支付的全部費用退款（例如，如果您取得藥物的藥房為網絡外，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的協議價格）。如果您尚未支付這些服務或藥物的費用，我們會將付款直接寄給服務提供者。
- 如果我們決定醫療護理或藥物不屬於承保範圍或者您沒有遵守所有的規定，我們不會支付護理或藥物費用。我們會寄一封信給您，解釋我們沒有寄出款項的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

第3.2節 如果我們通知您我們不會支付醫療護理或藥物的費用，您可以提出上訴

如您認為我們拒絕您的付款申請或我們支付的款額不正確，您可提出上訴。如果您提出上訴，則表示您請求我們改變拒絕您的付款請求的決定。上訴程序是一種法律程序，包括詳細的程序和重要的截止日期。如需有關如何上訴的詳細資料，請參閱本文件第9章。

第8章： 您的權利與責任

第1節 本計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感度

第1.1節 我們必須以適合您而且符合您的文化敏感度的方式提供資訊（用英文以外的其他語言、用語音、點字版、大字印刷或其他替代格式等）

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

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

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

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

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

第 1.1 節 我們必須以適合您且符合您文化敏感度的方式（英語以外的語言、語音版、盲文版、大字版或其他替代格式等）提供資訊。

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。如果需要，我們也可以免費為您提供語音版本、點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách hiệu quả cho quý vị và phù hợp với các khía cạnh văn hóa nhạy cảm của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải Tiếng Anh, dưới dạng âm thanh, bằng chữ nổi braille, bằng bản in chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác v.v.)

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiệu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà

quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat magbigay kami ng impormasyon sa paraan na angkop sa iyo at alinsunod sa iyong mga cultural sensitivity (nasa mga wika maliban sa Ingles, nasa audio, nasa braille, nasa malaking print, o ibang alternatibong mga format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng inyong plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, mga teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Mayroon din kaming mga materyal na magagamit sa mga wika bukod sa Ingles na sinasalita sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Makakapagbigay rin kami sa inyo ng impormasyon sa audio, sa pamamagitan ng braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format na libre kung kailangan ninyo. Hinihingi sa amin na bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na madaling gamitin at naaangkop para sa iyo. Para humingi ng impormasyon mula sa amin sa paraang epektibo para sa inyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng kababaihan.

Kung walang available na provider sa network ng plano para sa isang specialty, responsibilidad ng plano na maghanap ng mga specialty provider sa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahaginan sa gastos na nasa network lang (in-network cost sharing) ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahaginan sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag

sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Seksion 1.1 Kasapulan a mangipaaykami iti impormasion iti pamay-an a makatulong kenka ken maitunos kadagiti kultural a sensibilidadmo (kadagiti lengguahe malaksid iti Ingles, iti audio, iti braille, kadagiti dadakkel a letra, wenno dadduma pay a kasukat a pormat, kdpv.)

Kasapulan ti planom tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup ti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsao da iti Ingles, nabeddengan ti kabaelan da iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeg, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagwadan no kasano a masabat ti maysa a plano dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti, ngem saan a nabeddengan ti panangipaay kadagiti serbisio ti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenno koneksion iti (text a telepono wenno teletypewriter a telepono) TTY.

Ti planomi ket addaan kadagiti tattao ken kadagiti libre a serbisio ti tagaipatarus a sidadaan a sumungbat kadagiti saludsod manipud kadagiti baldado ken miembro a saan nga Ingles ti pagsasaona. Addaankami met kadagiti materiales a sidadaan a mausar kadagiti pagsasao a saan nga Ingles a maus-usar iti lugar a serserbisioan ti plano. Mabalindaka met nga ipaayan iti impormasion iti uni, braille, iti dadakkel a letra, wenno kadagiti dadduma nga alternatibo a pormat a libre nu masapulmo daytoy. Kasapulanmi a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti plano iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas a nanam-ay para kenka, maidawat a tawagan ti Dagiti Serbisio iti Miembro.

Maikasapulan iti planomi a mangiyawat kadagiti babbai a nagpalista ti pagpilian iti tarus nga akses ti espesialista iti salun-at dagiti babbai iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babbai.

Nu dagiti tagaipaay iti network ti plano para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti plano nga agbirok kadagiti tagaipaay iti espesialidad iti ruar ti plano a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, badayam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu adda ka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti plano a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti plano para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost sharing iti uneg ti network.

Nu adda pakarikutam iti panangala iti impormasion manipud iti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka, maidawat a tumawagka tapno makaidatagka iti reklamo iti Dagiti Serbisio iti Miembro (dagiti numero ti telepono ket nakayimrenta iti akin-likod ti kalub daytoy a bassit a libro). Mabalina met a mangidatagka iti reklamo iti Medicare babaen ti panagtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Opisina para kadagiti Karbengan a Sibil iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

Vaega 1.1 E tatau ona matou tapenaina fa'amatalaga i se auala e talafeagai lelei ma oe ma ogatasi ma lou tulaga ma'ale'ale fa'aleaganuu (i gagana e ese mai le Igilisi, i leo, gagana patupatu, i lomiga tetele, poo isi suiga o fa'atulagana, ma isi.)

O lau fuafuaga e mana'omia e faamautinoa ai o auaunaga uma, o tausiga faafoma'i ma isi lava auaunaga, e ofoina atu i se auala maua luga faaleaganuu ma e avanoa uma mo ē e lesitala, e aofia ai latou e vaivai le faa-Igilisi, tau lē iloa faitau, lē lelei le faalogo, poo i latou e eseese o latou talaaga faaleaganuu. O faata'ita'iga pe faapefea ona ausia e se fuafuaga ia nei mana'oga e aofia ai ae lē gata ai le ofoina atu o auaunaga faaliliu upu, auaunaga faamatala upu, teletypewriters (laau lomitusi faapitoa mo ē e lē lelei le faalogo pe e faigatā ona tautatala) poo le fesoota'iga tau TTY (text telephone or teletypewriter phone) (masini faapitoa mo auaunaga faapitoa tau fe'au tusitusia ma faamatala upu e ala i telefoni ma telefoni feavea'i).

O le matou fuafuaga e iai tagata ma auaunaga faamatala upu e lē totogia, e tali atu i fesili a tagata auai e lē tautatala i le faa-Igilisi. O loo iai foi lomiga o loo maua i isi gagana e ese mai ai le faa-Igilisi o loo tautalagia i totonu o le vaega o le fuafuaga o auaunaga. E mafai ona matou tuuina atu faamatalaga i le pueina o leo ia mafai ona e faalogo iai, i gagana a le 'au tauaso (braille), lomiga i mata'itusi lapopo'a, poo isi ituaiga o lomiga e leai se totoi pe afai e te manaomia. Ua tūpā i matou e avatu faamatalaga ia te oe e uiga i penefiti o le fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia matou e fetui ia oe, faamolemole vili i le Auaunaga a Tagata Auai.

O le matou fuafuaga e tūpā e tuu atu ai i tama'ita'i lesitala le filifiliga i avanoa tuusa'o i foma'i faapitoa o le soifua maloloina i totonu o faalapotopotoga (network) a tama'ita'i ma auaunaga o le puipuiga ma le tausia o le soifua maloloina.

Afai o i latou e ofoina auaunaga faapitoa i se fuafuaga i totonu o le faalapotopotoga e lē avanoa, o le tiute a le fuafuaga le su'eina o se isi e saunia tausiga faapitoa i fafo atu e ofoina atu ia oe ia le tausiga talafeagai. I lea tulaga, o le a e totogiina ai na o le tau masani ona totogia tagata auai i totonu o le faalapotopotoga. IAfai e te iai i se tulaga e leai ni tagata faapitoa i le fuafuaga a le faalapotopotoga e kavaina se auaunaga o e mana'omia, vili le fuafuaga mo faamatalaga poo fea e maua ai lea auaunaga e alu i le tau masani ona totogia tagata auai a le faalapotopotoga.

Afai e iai se faafitauli i lou mauaina o faamatalaga mai le matou fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe, faamolemole vala'au ane ina ia tuuina atu se faaseā i le Auaunaga a Tagata Auai. E mafai foi ona tuuina atu se faaseā i le Medicare e ala i le vala'au le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), pe tuusa'o i le Ofisa o Aia Tatau (Office of Civil Rights) i le 1-800-368-1019 poo le TTY 1-800-537-7697.

Mahele 1.1 He pono ke ka'a pono 'ana o ka 'ikepili a e kū ana i kou 'ike ho'omaopopo (i nā 'ōlelo ma kahi o Pelekānia, i ka waihona leo kani, i ka 'ōlelo braille, i ke kinona hua nui, i nā 'ano like 'ole, apwa.)

Pono 'oe e hō'ōia i kēlā mau lawelawe āpau, 'o ka lā'au lapa'au a me ka non-clinical. Hā'awi 'ia lākou ma ke 'ano mo'omeheu. Loa'a ia mau mea i ka po'e i loko o ka papa inoa, me ka po'e me ka 'ike li'ili'i ma ka 'ōlelo Pelekania, ka hiki ke heluhelu li'ili'i, a i 'ole ka lohe maika'i 'ole. Loa'a lākou i nā po'e me nā 'ano mo'omeheu like 'ole. 'O kēia nā la'ana o ka ho'okō 'ana o kahi ho'olālā i kēia mau koi āpau. Loa'a iā lākou nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, nā mea kākau kelepona, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona kikokikona a i 'ole kelepona kākau kelepona) a 'oi aku.

Hā'awi mākou i nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau mai nā lālā 'ōlelo Pelekania 'ole. Loa'a iā mākou nā mea i loa'a ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania i hā'awi 'ia ma ka papahana o ka lawelawe hana. Mākou iā mākou ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma ka leo, ma ka braille, ma ka pa'i nui, a i 'ole nā palapala 'ē a'e no ka manuahi inā makemake 'oe. E hā'awi mākou iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pōmaika'i o ka 'plan' ma kahi 'ano hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai e kōkua, e kōkua iā Nā lawelawe lawelawe (Member Services).

'O kā mākou papahana e hā'awi i ke komo i nā wahine i helu 'ia i kahi loea olakino wahine mai kā mākou pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine.

Inā 'a'ole loa'a nā mea ho'olako kūikawā i kekahi manawa, 'o ka 'plan' ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaeweale nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. I kēia hihia, pono 'oe e uku wale no ke kumukū'ai o ke ka'ana pūnaeweale. Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o kahi loea ma ka pūnaeweale o ka papahana no ka lawelawe āu e pono ai, e ha'i mai iā mākou. Hiki iā 'Plan' ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma kahi e loa'a ai kēia lawelawe kūikawā mai waho mai me ka ho'ohana 'ana i ke ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaeweale.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano āu e makemake ai, e 'olu'olu e kelepona a waiho i kahi ho'opī'i me kā mākou Member Services. Hiki paha iā 'oe ke waiho i kahi ho'opī'i me Medicare ma ke kelepona 'ana iā 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole me ke Keena no na Kuleana Kivila (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 a i 'ole TTY 1-800-537-7697.

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv mus rau txoj hau kev uas siv tau hauj lwm rau koj thiab haum rau koj cov kab lis kev cai (ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv, kaw ua suab lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv, thiab lwm yam)

Koj daim phiaj xwm yuav tsum tau ua kom ntseeg tau tias txhua yam kev pab cuam, tag nrho hauv chaw kho mob thiab tsis yog hauv chaw kho mob tib si, yog muab kom haum raws li kab lis kev cai thiab tuaj yeem nkag mus tau rau txhua tus neeg sau npe nkag, suav nrog cov neeg tsis paub Lus Askiv zoo, nyeem tsis tau ntawv zoo, tsis hnov lus, los sis cov neeg uas muaj ntau yam kab lis kev cai thiab yog haiv neeg tsawg. Cov piv txwv txog txoj hauv kev uas daim phiaj xwm yuav tuaj yeem ua kom tau raws li cov cai hais txog kev nkag mus siv tau yog suav nrog, tab sis tsis txwv rau kev muab kev pab cuam tus kws txhais ntaub ntawv, kev pab cuam tus kws txhais lus, kws ntaus ntawv xov tooj cua, los sis kev txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv xov tooj cua).

Peb daim phiaj xwm muaj kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug tuaj ntawm cov tswv cuab uas hais tsis laib Lus Askiv tuaj. Peb kuj tseem puav leej muaj cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas

tsis yog Lus Askiv uas siv hais nyob rau hauv daim phiaj xwm cheeb tsam muab kev pab cuam tib si thiab. Tsis tas li xwb, peb kuj tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua suab kaw lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv yam tsis tau them nqi dab tsi li yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv hais txog daim phiaj xwm cov txiaj ntsig ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb mus rau txoj hauv kev uas siv tau hauv lwm rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab.

Peb daim phiaj xwm yuav tsum tau muab txoj kev xaiv rau cov poj niam uas teev npe nkag txog kev nkag ncaj qha mus rau tus kws kho mob tshwj xeeb rau cov poj niam uas nyob hauv pab pawg koom tes rau cov kev pab cuam saib xyuas mob nkeeg li ib txwm thiab ua kev tiv thaiv rau cov poj niam.

Yog tias tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes, ces nws yog daim phiaj xwm txoj kev thaj tsob los nrhiav cov kws kho mob tshwj xeeb uas nyob rau pab pawg koom tes sab nrauv uas yuav muab kev saib xyuas mob nkeeg tsim nyog rau koj. Nyob rau qhov xwm txheej no, koj tsuas yuav tau them tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes nkaus xwb. Yog tias koj pom tau tias koj tus kheej poob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes uas muab qhov kev pab cuam uas koj xav tau, ces hu rau daim phiaj xwm kom paub txog qhov chaw uas yuav mus txais cov kev pab cuam no nyob rau tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev thov cov ntaub ntawv los ntawm peb daim phiaj xwm ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab txhawm rau ua daim ntawv hais kev tsis zoo siab. Tsis tas li xwb, koj kuj tseem yuav tuaj yeem ua daim ntawv hais kev tsis txaus siab mus rau Medicare tau tib si thiab los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis hu ncaj qha mus rau Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

セクション1.1 当社は、文化的背景を考慮し、お客様に合った方法（英語以外の言語、音声、点字、大活字、その他の代替フォーマットなど）で情報を提供しなければなりません

皆様にご加入のプランでは、臨床と非臨床の両方のサービスが、すべて文化的能力のある方法で提供され、英語の能力や読解力に制限のある方や聴覚障がいのある方、あるいはさまざまな文化的小および民族的背景を持つ方など、すべての登録者がアクセスできるようにする必要があります。プランがこのようなアクセシビリティ要件を満たす例には、翻訳サービス、通訳サービス、テレタイプライター、または TTY（テキスト電話またはテレタイプライター電話）接続などがありますが、これらに限定されません。

当プランでは、英語を話さない方からの質問に回答するための無料の通訳サービスが用意されています。、プランのサービス対象地域で話されている英語以外の言語の資料も用意されています。また、必要に応じて音声、点字、大判プリントなどの代替形式により、無料で情報を提供することもできます。私たちは、皆様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に関する情報

を提供する必要があります。皆様に適した方法で情報を入手するには、会員サービスまでお電話ください。

私たちのプランでは、女性の皆様に日常のおよび予防的な医療サービスを提供するために、ネットワーク内の医療専門家の女性に直接連絡を取れる選択肢を提供する必要があります。

プランの専門分野ネットワークに属する医療従事者が利用できない場合、プランの責任において、必要なケアを提供する医療従事者をネットワーク外で見つける必要があります。この場合、皆様はネットワーク内の費用共同負担分のみを支払うことになります。必要なサービスに対応する専門家がプランのネットワークにいない場合は、このサービスをネットワーク内の費用共同負担で受けるための方法についてプランまでお問い合わせください。

当社のプランから、アクセス可能かつ適切な形式で情報を入手できない場合は、会員サービスまでご意見をお寄せください。また、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) にお電話いただくか、あるいは Office for Civil Rights 1-800-368-1019 または TTY 1-800-537-7697 に直接お電話いただき、メディケアにご意見をお寄せいただくこともできます。

1.1항 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 한글 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY (문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없을 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 납부하게 됩니다. 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

ផ្នែក 1.1 យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចប្រើបាន និងស្របតាមតម្រូវការរបៀបរូបធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាប អក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត ។ល។)

គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិកត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលក្ខណៈសមនឹងវប្បធម៌ និងមានភាពងាយស្រួលក្នុងការចូលដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកចេះភាសាអង់គ្លេសតិចតួច មានជំនាញអានតិចតួច អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានវប្បធម៌និងប្រវត្តិជនជាតិផ្សេងៗ។ ឧទាហរណ៍នៃរបៀបដែលគម្រោងសុខភាពអាចបំពេញតម្រូវការចូលប្រើបានទាំងនេះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់តែចំពោះការផ្តល់សេវាកម្មបកប្រែ សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឧបករណ៍ទូរអង្គុយលើខ្សែប្រាស្រ័យ ឬ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទទូរអង្គុយលើខ្សែប្រាស្រ័យ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មបកប្រែគតិកថាដែលផ្តល់ជូនដើម្បីឆ្លើយសំណួរពីសមាជិកដែលកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏មានសម្ភារៈផងដែរ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសដែលត្រូវបាននិយាយនៅក្នុងតំបន់ដែលគម្រោងផ្តល់សេវាកម្ម។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាសម្លេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាប បោះពុម្ព ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងក្នុងទម្រង់មួយដែលលោកអ្នកអាចចូលប្រើបាននិងសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលសមស្របនឹងតម្រូវការរបស់អ្នកសូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

គម្រោងយើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្រ្តីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅទទួលសេវាសុខភាពស្រ្តីដោយផ្ទាល់ពីអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាថែទាំនិងសេវាបង្ការសុខភាពស្រ្តី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងមិនមានទេ វាក៏ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងដើម្បីរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅខាងក្រៅបណ្តាញដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំបាច់។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ចែករំលែកការចំណាយលើសេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកក្នុងស្ថានភាពដែលគ្មានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដែលវាបរងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការទេ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលបានសេវានេះដោយការចែករំលែកការចំណាយសម្រាប់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមរម្យសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ Medicare តាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬ ទៅកាន់ Office for Civil Rights ផ្ទាល់តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

ข้อ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมของคุณ (ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือในรูปแบบทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของคุณจะต้องรับรองว่าได้มีการจัดหาบริการทั้งหมด ทั้งทางคลินิกและไม่ใช่วินิจฉัยทางคลินิก ในลักษณะที่เหมาะสมในแง่ของวัฒนธรรมและผู้ลงทะเบียนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษอย่างจำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและทางชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ตัวอย่างที่แสดงว่าแผนอาจตรงตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงเหล่านี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การให้บริการแปล บริการล่าม เครื่องโทรพิมพ์ หรือการเชื่อมต่อ TTY (การติดต่อสื่อสารด้วยข้อความผ่านสายโทรศัพท์หรือโทรศัพท์โดยใช้เครื่องโทรพิมพ์)

แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ เรายังมีเอกสารเป็นภาษาอื่นๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นภาษาที่ใช้ในพื้นที่ให้บริการของแผนด้วย นอกจากนี้ เรายังสามารถให้ข้อมูลในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณต้องการ เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผน ในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการขอรับข้อมูลจากเราในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก

แผนของเราจะต้องเสนอทางเลือกแก่ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสตรี ภายในเครือข่ายโดยตรง เพื่อเข้ารับบริการดูแลสุขภาพตามรอบปกติและการดูแลเชิงป้องกันสำหรับผู้หญิง

หากไม่มีผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผน ถือเป็นความรับผิดชอบของแผนในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายที่จะให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ ในกรณีนี้ คุณจะชำระเฉพาะส่วนร่วมจ่ายในเครือข่ายเท่านั้น หากคุณอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายของแผนที่ครอบคลุมบริการที่คุณต้องการ โปรดโทรติดต่อแผนเพื่อสอบถามข้อมูลว่าจะไปรับบริการนี้ได้จากที่ใด โดยมีส่วนร่วมจ่ายในเครือข่าย

หากคุณประสบปัญหาในการขอรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อเพื่อร้องทุกข์กับฝ่ายบริการสมาชิก นอกจากนี้ คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนต่อ Medicare ได้โดยโทรไปที่หมายเลข 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) หรือติดต่อ Office for Civil Rights โดยตรงที่หมายเลข 1-800-368-1019 หรือ TTY 1-800-537-7697

ຂໍ້ທີ 1.1 ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໄປໃນວິທີທາງທີ່ເໝາະສໍາລັບທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ເປັນສຽງບັນທຶກ, ຕົວອັກສອນນູນ, ເພີມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ແລະ ອື່ນໆ)

ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບປະກັນໃຫ້ການບໍລິການທັງໝົດ, ທັງທາງດ້ານຄລີນິກ ແລະ ບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄລີນິກ ແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນລັກສະນະທີ່ເຂົ້າກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນໝົດທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້ຈຳກັດ, ມີທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ມີຄວາມພິການດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບວິທີທີ່ແຜນປະກັນອາດຈະບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ ການໃຫ້ບໍລິການນັກແປເອກະສານ, ການບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ນັກໂທລະພິມ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບຮັບສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ໂທລະສັບນັກໂທລະພິມ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີການບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ມາຈາກບັນດາສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາກໍຍັງມີເອກະສານຕ່າງໆເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອໄປຈາກພາສາອັງກິດ ທີ່ໄດ້ໃຊ້ເວົ້າຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນປະກັນອີກດ້ວຍ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານເປັນສຽງບັນທຶກ, ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ເພີມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆອີກດ້ວຍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ ໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະສຳລັບທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໄປໃນທາງທີ່ເໝາະສຳລັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ ໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຕົວເລືອກແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງໂດຍກົງກັບຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຕາມປົກກະຕິ ແລະ ເພື່ອເປັນການປ້ອງກັນຂອງແມ່ຍິງ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍຊານສະເພາະດ້ານ, ແຜນປະກັນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະເພາະດ້ານຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ທີ່ຈະໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃນກໍລະນີນີ້, ທ່ານຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍຊານສະເພາະດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນທີ່ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປເຂົ້າຮັບການບໍລິການນີ້ ດ້ວຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃດໆໃນການຂໍຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະສຳລັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອອີ່ນຄຳຮ້ອງທຸກ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດອີ່ນຄຳຮ້ອງຮຽນຕໍ່ Medicare ໄດ້ອີກດ້ວຍ ໂດຍການໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼື ໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

第1.2節 我們必須確保您及時獲得所承保的服務和藥物

您有權在本項計劃網絡內選擇初級照護醫生 (PCP)，提供和安排您的承保服務。我們不會要求您經過轉診再至網絡內服務提供者求醫。

您有權在合理的時間範圍內從本項計劃的服務提供者網絡約診和獲得承保服務。這包括在您需要護理時有權從專科醫生處獲得及時的服務。您還有權在我們的任何一家網絡內藥房配取或續配您的處方藥，並且沒有長時間的延遲。

如果您認為您沒有在合理的時間範圍內獲得您的醫療護理或D部分藥物，第9章會告訴您怎麼做。

第1.3節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

聯邦和州政府法律會保護您的醫療記錄和個人健康資訊的隱私。我們會依照這些法律規定保護您的個人健康資訊。

- 您的**個人健康資訊**包括當您投保本項計劃時提供給我們的個人資訊以及您的醫療記錄和其他醫療和健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並控制您的健康資訊的使用方式。我們會給您一份名為《**隱私權保護方法通知**》的書面通知，告訴您有關這些權利的資訊，並解釋我們如何保護您的健康資訊的隱私。

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權的人不會看到或更改您的記錄。
- 除了下述情況外，如果我們打算將您的健康資訊提供給任何不為您提供護理或不為您的護理付款的人士，我們必須先取得您或您授予法律權力的某人之書面許可，才能為您做出決定。
- 在一些例外的情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外處理是法律允許或要求的情況。
 - 我們必須把健康資訊披露給檢查護理品質的政府機構。
 - 因為您是透過Medicare成為本項計劃會員，所以我們必須把您的健康資訊提供給Medicare，包括有關您的D部分處方藥的資訊。如果Medicare出於研究或其他用途而公開您的資訊，則將根據聯邦法令和法規執行，通常這要求唯一能識別您的資訊不會被分享。

您可以看到您的記錄中的資訊，並能夠知道您的資訊如何與其他人分享

您有權查閱在本項計劃中保存的您的醫療記錄，並可以獲得您的記錄副本。我們可以在複印副本時向您收取費用。您也有權請求我們在您的醫療記錄中新增資訊或做修改。如果您請求我們這樣做，我們將與您的健康護理服務提供者合作，決定是否做出變更。

您有權知道您的健康資訊因任何非例行目的與其他人分享。

如果您對您的個人健康資訊隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

第1.4節 我們必須為您提供有關本計劃、其醫療服務提供者網絡以及您的承保服務的資料

作為本項計劃的會員，您有權向我們索取幾種資訊。

如果您想要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：

- **有關本計劃的資訊。**例如，這包括關於計劃財務狀況的資訊。
- **我們的網絡內醫療服務提供者與藥房的相關資訊。**您有權取得有關網絡內服務提供者和藥房資格，以及我們如何向網絡內服務提供者付款的資訊。
- **您的承保以及在使用您的承保時必須遵守的規定之相關資訊。**第3章和第4章提供醫療服務的相關資訊。第5章和第6章提供D部分處方藥承保的相關資訊。
 - **備註：**本計劃不會獎勵執行使用評估的執業人員、醫療服務提供者或員工，包括那些被授權的實體。醫療資源管理 (UM) 決策只考慮護理與服務的適當性及是否受到承保。此外，本項計劃不會特別獎勵執業者或其他個人拒絕承保的作為。針對UM決策者的財務激勵措施，並不會鼓勵其做出造成資源未充分利用的決策。
- **有關不承保某些項目的原因以及您可以怎麼做的資訊。**第9章提供要求書面解釋為何不承保醫療服務或D部分藥物，或您的承保受到限制的相關資訊。第9章也提供有關要求我們改變決定，也稱為上訴的資訊。

第1.5節 我們必須支持您對本身護理做出決定的權利

您有權知道您的治療選擇，也有權參與有關您的健康護理的決定

您有權獲得由您醫師及其他醫療保健服務提供者所提供的完整資訊。您的服務提供者必須以您能夠理解的方式解釋您的醫療病症和治療選擇。

您還有權全面參與有關您的健康護理的決定。為了幫助您與醫生一起作出最適合您的治療決定，您的權利包括以下各項：

- **瞭解您的所有選擇。**您有權被告知根據您的情況建議適用的所有治療選擇，無論這些治療費用是多少，也不管這些治療是否在本項計劃的承保範圍內。這也包括向您告知本項計劃提供哪些計劃幫助會員管理他們的藥物和安全用藥。
- **瞭解風險。**您有權被告知您的護理是否涉及任何風險。如果有任何提議的醫療護理或治療方法是研究實驗的一部分，一定要事先告知您。您始終可以選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。**您有權拒絕接受任何推薦的治療。這包括，即使您的醫生建議您不要離開，您也有權出院或離開其他醫療機構。您還有權停止使用您的藥物。當然，如果您拒絕治療或停止使用藥物，您對由此對您的身體造成的影響承擔全部責任。

您有權針對自己無法做出醫療決定的情況指示處理方式

有時，因為事故或嚴重疾病，有人會無法自己作出健康護理決定。如果您出現這種情況，您有權說明您希望發生的情況。這意味著，如果您希望，您可以：

- 在您無法自行做決定時，填寫書面表格以賦予某人為您做醫療決定的法律授權。
- 向您的醫生提供書面指示，告訴他們如果您無法自己做決定，該如何處理您的醫療護理。

在發生這些情況之前用來預先提供指示的法律文件稱為**預立醫療指示**。預立醫療指示有幾種不同的類型和名稱。像是稱為**生前預囑**和**健康照護委託書**的文件即為預立醫療指示的範例。

如果您要使用預立醫療指示提供您的指示，做法如下：

- **索取表格。**您可取得預立醫療指示表格，請向您的律師、社工或從一些辦公用品店索取。有時，您也可以向提供Medicare資訊的機構索取預立醫療指示表格。
- **填寫表格並簽名。**無論您是從哪裡索取表格，請記住這是一份法律文件。您應該考慮請律師幫您準備這份文件。
- **把副本交給適當的人。**您應該把表格副本交給您的醫生以及表格上指定在您無法做決定時可為您做決定的人。您可能也應將該表格的副本交給親密朋友或家人。在家中保留一份副本。

如果您已經事先知道您將要住院，並且已經在預立醫療指示上簽名，**請攜帶一份副本到醫院。**

- 醫院將會詢問您是否有簽署預立醫療指示表格，以及您是否有攜帶該表格。
- 如果您尚未在預立醫療指示表格上簽名，醫院有表格，他們會詢問您是否要在表格上簽名。

請記住，是否填寫預立醫療指示完全由您自己決定（包括如果您住院是否在醫院簽署表格也是由您自己決定）。根據法律規定，沒有任何人可以根據您是否有簽署預立醫療指示而拒絕為您提供護理或歧視您。

如果您的指示未被遵守怎麼辦？

如果您已經簽署了預立醫療指示，但是您認為醫師或醫院沒有遵守您的指示，您可以向Hawaii Executive Office on Aging提出投訴。

第1.6節 您有權提出投訴和要求我們重新考慮已做出的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，而且需要請求承保或提出上訴，本文件第9章說明您可以怎麼做。無論您決定怎麼做—申請作出承保決定、上訴或提出投訴—我們都必須公平地對待您。

第1.7節 您有權對我們的會員權利和責任政策提出建議

如果您對權利和責任有任何問題或疑慮，或您有針對改善會員權利政策的建議，請聯絡會員服務部，與我們分享您的想法。

第1.8節 評估新技術

新科技包括近期為治療特定疾病，或病症而開發的程序、藥物、生物製劑或裝置，或是現有程序、

藥物、生物製劑和裝置的新應用方法。當適用時，本項計劃會遵循Medicare之國家和當地承保裁定。在沒有Medicare承保裁定的情況下，本項計劃會評估新科技或現有科技的新應用可否納入適用的福利計劃中，透過對同儕審查出版之最新發表的醫學文獻進行嚴格的文獻評讀，以及回顧由國家組織與經認可的機構所發展的實證指引，確保會員能獲得安全且有效的護理。醫學文獻包括符合統計上顯著結果的系統性文獻回顧、隨機對照試驗、世代研究、病例對照研究、診斷型試驗研究，可顯示安全性和效果。本項計劃也會參考執業醫生、國家認可的醫療組織（包括醫生專業學會、共識小組或是其他國家認可的研究或科技評估組織）、政府機構（如：美國食品藥物管理局 (FDA)、美國疾病管制與預防中心 (CDC) 和美國國家衛生院 (NIH)）的報告和出版物所發表的意見、建議和評估結果。

第1.9節 如果您認為自己受到不公平待遇或您的權利未受到尊重，該怎麼辦？

如果與歧視有關，請聯絡民權辦公室

如果您認為您因您的種族、身心障礙、宗教、生理性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡、性取向或原國籍受到不公平對待或您的權利未受到尊重，您應致電1-800-368-1019或TTY 1-800-537-7697，聯絡美國衛生及公共服務部的民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。您有權受到尊重並擁有尊嚴。

是有關其他方面的問題嗎？

如果您認為您受到不公平對待或您的權利未受到尊重，而這與歧視無關，您可以獲得幫助，解決您的問題：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電SHIP。詳情請參閱第2章第3節。
- 或者，您可致電Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天每天24小時提供服務 (TTY 1-877-486-2048)。

第1.10節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

有幾個地點可獲得有關您的權利的更多資訊：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電SHIP。詳情請參閱第2章第3節。
- 您可以聯絡Medicare。
 - 您可以造訪Medicare網站，閱讀或下載Medicare權利和保護刊物。（欲取得本刊物請至：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，您可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天每天24小時提供服務 (TTY 1-877-486-2048)。

第2節 做為計劃會員您需要承擔一些責任

作為計劃會員，您有下列責任。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **熟悉您享有的承保服務以及獲得這些承保服務須遵守的規定。**使用本《承保證明》，瞭解您享有哪些承保服務以及必須遵守哪些規定才能獲得承保服務。
 - 第3章和第4章詳細說明您的醫療服務。
 - 第5章和第6章提供有關您的D部分處方藥承保的詳細資料。
- **除了本計劃外，如果您還有任何其他健康保險或處方藥承保，您必須告訴我們。**第1章向您說明有關這些福利的協調事項。
- **告訴您的醫師和其他醫療保健服務提供者您已投保本計劃。**
每當您獲得醫療護理或D部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡和您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 卡。
- **為您的醫生和其他醫療服務提供者提供資訊、提出問題和遵守護理指示，協助他們為您提供幫助。**
 - 為幫助獲得最佳照護，請向您的醫生和其他健康服務提供者告知您的健康問題。遵守您與您的醫生同意的治療計劃和指示。
 - 請確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和營養補充劑。
 - 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。您有責任理解您的健康問題，並幫助制定您和您醫師同意的治療目標。
- **體諒他人。**我們期待所有的會員都能尊重其他患者的權利。我們也期待您的行為能幫助您的醫生診所、醫院和其他辦公室正常運作。
- **支付您的欠款。**作為計劃會員，您有以下付款責任：
 - 如果您因為您的較高的收入（按照您的最後一份稅表中報告的數額）需要支付D部分額外費用，您必須繼續向政府直接支付該額外費用，才能持續成為本項計劃的會員。
- **如果您搬到我們的計劃服務區域內，我們需要知道您的搬家資訊，以便我們更新您的會員資格記錄，並且知道如何與您聯絡。**
- **如果您搬到我們的計劃服務區域外，您就無法繼續成為我們的計劃會員。**
- **如果您搬家，一定要通知社會安全局（或鐵路退休委員會）。**

第9章：
遇到問題或想投訴
(承保決定、上訴、投訴)
該如何處理

第1節 引言

第1.1節 如果您有問題或疑慮該怎麼做

本章說明處理問題和疑慮的程序。您用於處理您的問題的程序取決於兩個因素：

1. 您的問題是有關**Medicare**還是**Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)**承保的福利。如果您在決定是要使用**Medicare**程序或**Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)** 程序時需要協助，請聯絡會員服務部。
2. 您的問題類型：
 - 對於某些問題，您需要使用**承保決定和上訴程序**。
 - 對於其他問題，您需要使用**提出投訴的程序**，也稱為申訴。

這些都是經過**Medicare**批准的程序。每項程序均有一套您和我們皆必須遵守的規定、流程和期限。

第3節中的指南可幫助您找到應當使用的適當程序，以及您應做什麼。

第1.2節 關於法律術語？

本章解釋與一些規定、程序和截止日期類型有關的法律術語。大部分人對這些術語不熟悉，有些術語很難理解。為了讓事情更簡單，本章：

- 使用較簡單的文字來取代特定的法律條款。例如，本章通常說提出投訴而不是提出申訴；承保決定而不是組織裁定或承保裁定或有風險裁定；獨立審核組織而不是獨立審核實體。
- 我們還會儘量少用縮略語。

不過對您來說，您了解正確的法律術語可能有所幫助，有時也可能是很重要的。瞭解要使用的術語有助於更準確溝通，以針對您的情況取得正確的協助或資訊。為了幫助您瞭解應該使用的術語，當我們提供如何處理特定類型情況的詳細資料時，也會提供法律術語。

第2節 從何處獲得更多資訊和個人化協助

我們會很樂意幫助您。即使您對我們的對待方式有投訴，我們仍有義務保障您的投訴權利。因此，您應隨時聯絡客戶服務以尋求協助。但在一些情況下，您可能也想要從其他與我們沒有關聯的人那裡獲得幫助或指引。以下是兩個可以協助您的實體。

州健康保險輔助計劃 (SHIP)。

每個州都有一項政府計劃，其中有受過訓練的顧問。該項計劃與本項計劃或任何保險公司或保健計劃都沒有關聯。該項計劃的顧問可幫助您瞭解應該使用哪項程序處理您的問題。他們也可以回答您

的問題、向您提供更多資訊以及提供具體措施方面的指南。

SHIP顧問提供的服務是免費服務。您可以在本文件第2章第3節中找到電話號碼和網站URL。

Medicare

您也可以聯絡Medicare以獲得幫助。若要聯絡Medicare：

- 您可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週7天，全天24小時。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。
- 您也可以造訪Medicare網站 (www.medicare.gov)。

您可以從Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 獲得幫助和資訊

若需更多如何處理問題的資訊和幫助，您也可以聯絡Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)。以下是兩種直接從Medicaid獲得資訊的方法：

- 您可以致電Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，電話是1-800-316-8005。TTY使用者應致電711，服務時間為夏威夷時間週一至週五上午7:45至下午4:30。
- 您可以造訪Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 網站 (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>)。

第3節 為了處理您的問題，您應該使用哪項程序？

因為您享有Medicare，並從Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 接受協助，您在處理您的問題或投訴時可使用不同的程序。您使用哪一種程序取決於問題是有關Medicare福利還是Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利。如果您的問題是有關Medicare承保的福利，您應當使用Medicare程序。如果您的問題有關Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保的福利，您應當使用Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 程序。如果您在決定是要使用Medicare程序或Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 程序時需要協助，請聯絡會員服務部。

Medicare程序和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 程序在本章不同的部分描述。如需瞭解您應當閱讀哪一個章節，請使用下表。

您的問題有關Medicare福利或Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利？

如果您希望有人幫助您決定是使用Medicare福利還是使用Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利，請洽會員服務部。

我的問題是關於**Medicare**福利。

請查閱本章的下一節，**第4節處理您的Medicare福利相關問題**。

我的問題是關於**Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)**承保。

請跳到本章第12節：「處理您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利問題」。

關於**MEDICARE**福利問題

第4節 處理您的**Medicare**福利相關問題

第4.1節 您是否應該使用承保決定與上訴的程序？還是應該使用提出投訴程序？

如果您有問題或者疑慮，您只需要閱讀本章中適合您的情況的部分。下表可幫助您查找本章中有關**Medicare**承保福利問題或申訴的適當章節。

若需瞭解本章哪個部分對於您的有關**Medicare**福利的問題或疑慮有幫助，請使用本表：

您的問題或顧慮是否與您的福利或承保有關？

這部分包括醫療護理（醫療用品、服務和／或B部分處方藥）是否能獲得承保、它們的承保方式，以及與醫療護理或處方藥相關的付款問題。

是。

請查閱本章的下一節，第5節，承保決定和上訴的基礎指南。

否。

請跳到本章末尾第11節：如何針對護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題提出投訴。

第5節 承保決定和上訴的基礎指南

第5.1節 要求做出承保決定和提出上訴：概況

承保決定與上訴是為處理與您的醫療護理（服務、用品與B部分處方藥，包括付款）福利及承保有關的問題。為了簡單起見，我們一般將醫療物品、服務和Medicare Part B處方藥視為**醫療護理**。如遇某個項目是否能獲得承保以及承保方式之類的問題時，可以使用承保決定和上訴程序。

在接受福利之前，要求做出承保決定

承保決定是我們對您的福利和承保或我們將為您的醫療照護所支付的金額所做的決定。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉診給醫療專科醫生，該轉診是一項有利的承保決定，除非您的網絡內醫生證明您已收到這位醫療專科醫生的標準拒絕通知，或者其《承保證明》清楚表示所轉診的服務一

概不承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某項醫療服務或者拒絕提供您認為您需要的醫療護理，您或者您的醫生也可以聯絡我們，請求我們作出承保決定。換句話來說，獲得某項醫療護理前，如果您想知道我們是否承保該項服務，您可以請求我們為您作出承保決定。在特定情況下，要求我們作出承保決定的請求會被駁回，亦即我們不會審核該請求。關於請求何時會遭駁回的例子，包括：請求內容不完整、有人代您提出請求但未獲得合法授權，或是您要求撤銷請求時。如果我們駁回承保決定的請求，我們會寄送通知說明為什麼該請求遭到駁回，以及如何要求審查該駁回結果。

只要我們決定您能獲得哪些承保項目以及我們該支付多少費用，就表示我們在為您作出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定醫療護理不屬於承保範圍或不再屬於Medicare為您提供的承保範圍。如果您不同意該承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

如果我們作出承保決定，但是您對作出的決定感到不滿，無論是在收到福利之前還是之後，您都可以對決定提出上訴。上訴是透過正式方式要求我們審查並改變我們作出的承保決定。在某些情況下（下文會討論），您可以要求對承保決定作出加急或**快速上訴**。您的上訴是由不同於作出原先決定的審查員處理。

當您首次對某項決定提出上訴時，稱為**1級上訴**。在此級上訴中，我們審查我們作出的承保決定，檢查我們是否適當遵守規定。當我們完成審查時，會告訴您我們的決定。

在有限的情況下，**1級上訴**的要求會被駁回，亦即我們不會審查該請求。關於請求何時會遭駁回的例子，包括：請求內容不完整、有人代您提出請求但未獲得合法授權，或是您要求撤銷請求時。如果我們駁回**1級上訴**的要求，我們會寄送通知說明為什麼該請求遭到駁回，以及如何要求審查該駁回結果。

如果我們全部或部分不同意您的**1級上訴**，您的上訴會自動進行**2級上訴**，並由與我們無關的獨立審核組織處理。

- 您無需做任何動作就能開始**2級上訴**。如果我們不完全同意您的**1級上訴**，Medicare規定要求我們將您對醫療護理的上訴自動送至**2級**。
- 請參閱本章**第6.4節**，以瞭解更多醫療護理**2級上訴**的相關資訊。
- **D部分上訴**將於本章**第7節**進一步討論。

如果您對**2級上訴**決定不滿意，您可以繼續進入更高級別的上訴程序（本章**第10節**說明**3級**、**4級**和**5級上訴**程序）。

第5.2節 要求做出承保決定或提出上訴時如何取得協助

如果您決定請求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴，以下是資源：

- 您可以致電會員服務部與我們聯絡。

- 您可以從州健康保險輔助計劃**獲得免費幫助**。
- **您的醫生可為您提出申請**。如果您的醫生幫助您進行超過2級的上訴，將需要指定他們擔任您的代表。請致電會員服務部，並要求**代表委任書**表格。（此表格也可在Medicare網站www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf或我們的網站www.wellcare.com/ohana上取得。）
 - 對於醫療護理，您的醫生可代表您請求作出承保決定或提出1級上訴。如果您的上訴在1級被拒，則會自動轉到2級上訴。
 - 對於D部分處方藥，您的醫生或其他處方開立者可代表您請求作出承保決定，或提出1級上訴。如果您的1級上訴被拒絕，您的醫生或處方開立者可以提出2級上訴。
- **您可請其他人代您行事**。如果您願意，您也可以讓其他人擔任您的**代表**，要求做出承保決定或提出上訴。
 - 如果您想請朋友、親戚或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取**代表委任書**表格。（此表格也可在Medicare網站www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf或我們的網站www.wellcare.com/ohana上取得。）該表賦予該人士代表您行事的許可。該表一定要由您以及將要擔任您的代表的人簽名。您一定要把一份簽名表格副本交給我們。
 - 儘管我們會接受沒有表格的上訴請求，但在收到該表之前我們不能開始或完成審核程序。如果我們在對您的上訴作出承保決定的截止日期內未收到該表，您的上訴請求將被撤銷。如果發生這種情況，我們會向您發送書面通知，說明您請求獨立審核組織審查我們決定駁回上訴的權利。
- **您也有權聘請律師**。您可以聯絡您自己的律師，或者向您當地的律師協會或其他轉診服務索取律師名單。若您符合資格，還有一些團體可向您提供免費法律服務。但是，請求任何類型的承保決定或提出上訴**並不要求您必須聘請律師**。

第5.3節**本章哪一節提供您的情況之詳細資訊？**

涉及承保決定和上訴的不同情況有四種。因為每種情況都有不同的規定和截止日期，所以我們分別在不同的章節提供每種情況的詳細資訊：

- 本章**第6節**：您的醫療護理：如何要求做出承保決定或提出上訴
- 本章**第7節**：您的D部分處方藥：如何要求做出承保決定或提出上訴
- 本章**第8節**：如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們延長住院承保
- 本章**第9節**：如果您認為您的承保太早終止，如何要求本計劃繼續承保特定的醫療服務（*僅適用於以下服務：居家健康護理、特護機構照護和綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務*）

如果您不確定您應使用哪一節，請致電會員服務部。您也可以從政府組織，例如您的州健康保險輔助計劃，取得協助或資訊。

第6節 您的醫療護理：如何要求做出承保決定或針對承保決定提出上訴

第6.1節 本節說明如果您無法取得醫療護理的承保，或想要我們償付對您的護理費用所應分攤的部分，該怎麼做

本節描述您在醫療護理方面的福利。本文件第4章描述這些福利：**醫療福利表（承保內容）**。在某些情況下，對B部分處方藥的請求適用不同的規定。在這些情況下，我們將解釋B部分處方藥的規定與醫療物品和服務的規定有何不同。

本節說明，如果您屬於以下五種情況之一，該怎麼做：

1. 您沒有獲得您想要的某些醫療護理，但是您認為該項護理應該在本項計劃承保範圍內。**要求做出承保決定。第6.2節。**
2. 本項計劃不核准您的醫生或其他服務提供者想要向您提供的醫療護理，但您認為該項護理應該在本項計劃承保範圍內。**要求做出承保決定。第6.2節。**
3. 您接受了您認為應該在本項計劃承保範圍內的醫療護理，但是我們已經表示不支付該項護理的費用。**提出上訴。第6.3節。**
4. 您接受了您認為應該在本項計劃承保範圍內的醫療護理並已付費，您想請求本項計劃向您償付該項護理的費用。**請將帳單寄給我們。第6.5節。**
5. 您被告知，您一直在接受的某項以前獲得我們核准的醫療護理承保將減少或停止，但是您認為減少或停止該項護理會損害您的健康。**提出上訴。第6.3節。**

備註：如果即將終止的承保是用於醫院護理、居家健康護理、特護機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務，您需閱讀本章的第8和第9節。特殊規定適用於這些照護類型。

第6.2節 步驟說明：如何要求做出承保決定

法律術語

當承保決定涉及您的醫療護理時，即稱為**組織裁定**。

快速承保決定稱為**加急裁定**。

步驟1：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

標準承保決定通常針對B部分藥物在14天或72小時內做出決定。快速承保決定通常針對醫療服務在

72小時內做出決定；或是針對B部分藥物在24小時內做出決定。要獲得快速承保決定，您一定要滿足兩項要求：

- 您*只能*要求承保醫療物品和／或服務（不能要求支付已經接受的物品和／或服務）。
- *只有*使用標準截止日期會對您的健康造成嚴重傷害或損害您的機能時，您才能獲得快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會自動同意為您做出快速承保決定。
- 如果您自行要求做出快速承保決定，但沒有您的醫生予以支持，我們將決定您的健康狀況是否需要我們做出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，告知：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫生提出快速承保決定的請求，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 針對我們為您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，說明您如何提出快速投訴。

步驟2：要求本計劃做出承保決定或快速承保決定。

- 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們核准或提供您希望獲取的醫療護理承保。您、您的醫生或您的代表可以提出此項要求。第2章有聯絡資訊。

步驟3：我們將考慮您的醫療護理承保請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準期限。

這代表我們會在收到您要求提供醫療物品或服務的請求後**14個日曆日**內答覆您。如果您提出**Medicare Part B處方藥**請求，我們將會在收到您的請求後**72小時**內答覆您。

- **但是**，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，**我們最多會再需要14個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對**Medicare Part B處方藥**，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們**不應**花費更多天數，您可以提出快速投訴。我們會在做出決定後，盡快回覆您的投訴。（提出投訴的程序，與要求承保決定和上訴的程序不同。請參閱本章第11節瞭解投訴相關資訊。）

對於快速承保決定，我們使用加速時限。

快速承保決定表示，如果您請求提供醫療物品或服務，我們將會在**72小時**內答覆。如果您提出**Medicare Part B處方藥**請求，我們將會在**24小時**內答覆您。

- 但是，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，我們最多會再需要**14個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對Medicare Part B處方藥，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們不應花費更多天數，您可以提出快速投訴。（請參閱本章第11節以瞭解關於投訴的資訊）。做出決定後，我們會盡快打電話通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。

步驟4：如果我們拒絕您的醫療護理承保申請，您可以提出上訴。

- 如果我們的答覆是「拒絕」，您有權提出上訴以要求我們重新考慮此決定。這表示再次要求獲得您想要的醫療照護承保。如果您提出上訴，這意味著您將進入1級上訴程序。

第6.3節

步驟說明：如何提出1級上訴

法律術語

就醫療護理承保決定對本項計劃提出上訴稱為計劃**重新裁決**。

快速上訴也稱為**加速重新裁決**。

步驟1：決定您需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常針對B部分藥物在**30個日曆日**或**7個日曆日**內提出。快速上訴通常在**72小時**內提出。

- 如果您的上訴內容是關於我們針對您尚未接受之護理所做的承保決定，您及／或您的醫生將需要決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速上訴，我們會核准快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與本章第6.2節中獲得快速承保決定的要求相同。

步驟2：要求本計劃處理上訴或快速上訴。

- 如果您提出標準上訴，請以書面形式提出標準上訴。您也可以致電我們來提出上訴。第2章有聯絡資訊。
- 如果您要提出快速上訴，請透過書面方式提出您的上訴，或與我們電話聯絡。第2章有聯絡資訊。
- 您必須在我們的承保決定書面通知寄出日期後**65個日曆日**內提出上訴申請。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。

- 您可以索取與您的醫療決定相關資訊之副本。您和您的醫師可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。

步驟3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們審核您的上訴時，會再次仔細審核所有資訊。我們會檢查以確定當時拒絕您的請求時，我們是否遵守所有的規定。
- 我們會視需要收集更多資訊，如有需要，可能會聯絡您或您的醫師。

快速上訴的期限

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後72小時內**向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，我們**最多會再需要14個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對**Medicare Part B**處方藥，我們不會需要額外的時間作出決定。
 - 如果我們在72小時內（或者如果我們需要更多時間，在延長時間期終止前）未向您作出答覆，我們必須自動將您的請求送到2級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。第6.4節解釋2級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或所有請求，我們一定要在收到您的上訴後72小時內授權或提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會將書面決定寄送給您，並自動將您的上訴轉送到獨立審核組織進行2級上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後**30個日曆日內**向您作出答覆。如果您的請求是針對您尚未接受的**Medicare Part B**處方藥，我們將會收到上訴的**7個日曆日內**答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆您，我們將會加快答覆。
 - **但是**，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，我們**最多會再需要14個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對**Medicare Part B**處方藥，我們不會花費額外的時間來做決定。
 - 如果您認為我們不應花費更多天數，您可以提出快速投訴。當您提出快速投訴時，我們會在24小時內對您的投訴作出答覆。（請參閱本章第11節以瞭解關於投訴的資訊）。

- 如果我們沒有在時限內（或延長時間截止時）答覆您，則我們會將您的要求送至2級上訴，由獨立審核組織審核上訴。第6.4節解釋2級上訴程序。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或所有請求，則若您的請求是針對醫療物品或服務，我們必須在30個日曆日內授權或提供承保，或若您的請求是針對Medicare Part B處方藥，則必須在7個日曆日內授權或提供承保。

如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴，我們會自動將您的上訴送到獨立審核組織進行2級上訴。

第6.4節 步驟說明：如何完成2級上訴

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為**IRE**。

獨立審核組織是**Medicare**聘請的一個獨立組織。該組織與我們無關，而且不是政府機構。該組織會裁決我們所做的決定是否正確，或是否需要變更。**Medicare**負責監督其工作。

步驟1：獨立審核組織審核您的上訴。

- 我們會把有關您的上訴的資料送交給該機構。此類資訊稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，以支持您的上訴。
- 獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

如果您在1級上訴時採用快速上訴，您在2級上訴時也將採用快速上訴。

- 至於快速上訴，審核組織必須在接獲您的2級上訴後**72小時內**向您提出答覆。
- 如果您的請求是針對醫療物品或服務，而獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，最多會再需要14個日曆日。如果您的請求是針對Medicare Part B處方藥，獨立審核組織不會花費額外的時間來做決定。

如果您在1級時採用標準上訴，您在2級時也將採用標準上訴。

- 對於標準上訴，如果您的請求是關於醫療物品或服務，審核組織必須在收到您的上訴後30個日曆日內回覆您的2級上訴。
- 如果您的請求是針對Medicare Part B處方藥，審核組織必須在收到您的上訴後**7個日曆日**內回覆您的2級上訴。
- 如果您的請求是針對醫療物品或服務，而獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，最多會再需要14個日曆日。如果您的請求是針對Medicare Part B處方藥，獨立審核組織不

會花費額外的時間來做決定。

步驟2：獨立審核組織給您答覆。

獨立審核組織會將以書面方式告訴您他們的決定，並解釋原因。

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部的醫療物品或服務的請求，則我們必須在**72小時**內授權醫療護理承保，或者在我們獲得獨立審核組織對**標準請求**的決定後**14個日曆日**內或此項計劃獲得獨立審核組織對**加急請求**的決定之日起**72小時**內提供服務。
- 如果獨立審核組織同意您對於**Medicare Part B**處方藥的部分或全部請求，則我們必須在獲得獨立審核組織裁決為**標準請求**後**72小時**內，或者在獲得獨立審核組織裁決為**快速請求**後**24小時**內授權或提供Medicare Part B處方藥。
- 如果該組織否決您的部分或全部上訴，這意味著他們同意我們的計劃不批准您的醫療護理承保的請求（或您的部分請求）。（這稱為**維持決定**或**駁回上訴**）。在這種情況下，獨立審核組織會寄信給您：
 - 解釋其決定。
 - 如果您所要求的醫療照護承保金錢價值達到特定的最低值，通知您有權提出3級上訴。您收到來自獨立審核組織的書面通知會告訴您繼續上訴程序必須符合的金錢價值。
 - 告訴您如何提出3級上訴。

步驟3：如果您的個案符合要求，請選擇是否要進一步上訴。

- 上訴程序中在2級之後還有另外三級（總共有五級上訴）。如果您要提出3級上訴，請查閱您在2次上訴後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第10節說明3級、4級和5級上訴程序。

第6.5節

如果您請求我們把您已經接受的醫療護理之帳單費用償付給您，該怎麼辦？

如果您已經支付本項計劃承保的**Hawaii Med-QUEST**部門計劃 (**Medicaid**) 服務或物品的費用，您可請求本項計劃向您退款（退款通常稱為向您償付）。每當您為我們的計劃承保的醫療服務或藥物付費，您就有權獲得本項計劃的退款。當您將您已經付款的帳單寄給我們時，我們將檢查帳單，並決定服務或藥物是否應當享有承保。如果我們決定服務或藥物應當享有承保，我們會將服務或藥物費用退還給您。

要求償付就是要求我們做出承保決定

如果您寄文件給我們請求償付，您就在要求承保決定。為作出此決定，我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保的服務。我們也將檢查您是否遵守使用醫療照護承保的所有規定。

- **如果我們同意您的要求：**如果醫療護理在承保範圍內，並且您已遵守所有規則，則我們通常會在收到您的要求後30個日曆日內，但不遲於60個日曆日，將款項寄送給您。如果您尚未支付這些醫療護理的費用，我們會將付款直接寄給服務提供者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果醫療護理未獲承保或若您沒有遵守所有規定，我們就不會寄出付款。相反的，我們會寄給您一封信，告訴您我們不會支付這些醫療護理費用，並說明原因。

如果您不同意我們的拒絕決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，則表示您請求我們改變當初拒絕您的付款請求的承保決定。

如需提出上訴，請遵照我們在第6.3節描述的上訴程序。關於償付的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後60個日曆日內向您作出答覆。如果您請求我們對您已經接受和付款的醫療護理償還費用，您不能請求快速上訴。
- 如果獨立審核組織決定我們應該支付費用，我們必須在30個日曆日內將款項寄給您或服務提供者。如果您的上訴核准是在2級之後上訴程序的任何階段，我們必須在60個日曆日內將您請求的款項寄給您或服務提供者。

第7節 您的D部分處方藥：如何要求做出承保決定或提出上訴

第7.1節 本節告訴您，如果您在獲得D部分藥物時遇到問題或想要我們償付您支付的D部分藥物費用，該怎麼辦

您的福利包括承保許多處方藥。要獲得承保，藥物必須用於醫學上所接受的引證。（有關醫學上可接受的適應症的更多資訊請參閱第5章。）有關D部分藥物、規定、限制和費用的詳細資訊，請參閱第5章。**本節僅與您的D部分藥物相關。**為了簡單起見，在本節的其餘部分，我們通常使用**藥物**，而不是每次都重複**門診承保處方藥**或**D部分藥物**。我們也使用**藥物清單**一詞，而非**承保藥物清單**或**處方集**。

- 如果您不知道藥物是否獲得承保，或您是否符合規定，您可以詢問我們。有些藥物需要您獲得我們的核准，我們才能承保它。
- 如果您的藥房告知您，您的處方無法依照處方箋內容進行配藥，您將會收到藥房的書面通知，說明如何聯絡我們以要求承保決定。

D部分藥物承保決定和上訴

法律術語

有關您的D部分藥物的最初承保決定稱為**承保裁定**。

承保決定是我們對您的福利和承保，以及我們為您的藥物所支付的金額作出的決定。本部分將會告

訴您，如果您發生下列任一情況，您可以怎麼做：

- 要求承保不在本計劃《承保藥物清單》上的D部分藥物。**要求例外處理。第7.2節**
- 請求免除本項計劃對某種藥物的承保限制（例如某種藥物的數量限制）。**要求例外處理。第7.2節**
- 要求取得藥物的事先核准。**要求做出承保決定。第7.4節**
- 支付您已經購買的處方藥費用。**要求我們償付您支付的款項。第7.4節**

如果您不同意我們作出的承保決定，您可以提出上訴。

本節告訴您如何請求作出承保決定和如何提出上訴。

第7.2節 什麼是例外處理？

法律術語

請求承保某種不在「藥物清單」中的藥物有時稱為請求作為**處方集例外處理**。

請求取消對承保藥物的限制有時稱為請求**處方集例外處理**。

請求對某種承保的非首選藥物支付較低的價格有時稱為請求**層級例外處理**。

如果某種藥物的承保方式不符合您的期望，您可以請求我們作為**例外處理**。例外處理是一種承保決定。

我們考慮您的例外處理要求，您的醫生或其他處方開立者需要解釋您需要作為例外處理的醫療原因。以下是您、您的醫生或其他處方開立者可以要求我們例外處理的兩項範例：

1. 為您承保未列入我們的「藥物清單」的D部分藥物。您不能請求我們要求您為藥物支付的分攤費用金額作為例外處理。
2. 移除對某種承保藥物的限制。第5章說明適用於我們「藥物清單」上特定藥物的額外規定或限制。

第7.3節 要求例外處理時需要瞭解的重要事項

您的醫生必須告訴我們醫學原因

您的醫生或其他處方者必須向我們提供書面證明，解釋請求作為例外處理的醫療原因。想要作出更快的決定，當您請求作為例外處理時，請包括您的醫生或其他開處方開立者提供的醫療資料。

通常，我們的「藥物清單」對於治療一種病症會列出一種以上藥物。這些不同的藥物稱為**替代藥物**。

如果一種替代藥物與您請求的藥物同樣有效、而且不會引起更多的副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您作為例外處理的請求。

我們可以同意或拒絕您的請求

- 如果我們批准您的例外處理請求，我們的批准有效期通常是到計劃年度的年底。只要您的醫生繼續為您開處方、而且這種藥物對於治療您的病症持續安全有效，批准就會繼續有效。
- 如果我們拒絕您的請求，您可以提出上訴，請求對我們的決定進行另一次審查。

第7.4節 步驟說明：如何要求做出承保決定，包括例外處理

法律術語

快速承保決定稱為**加急承保裁定**。

步驟1：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

標準承保決定會在我們會在收到您的醫生聲明後**72小時**內決定。快速承保決定會在我們會在收到您的醫生聲明後**24小時**內決定。

如果出於您的健康需要，請要求我們做出快速承保決定。若要獲得快速承保決定，您一定要滿足兩項要求：

- 您必須要求**您尚未收到的藥物**。（您不能請求快速承保決定，以償還您已經購買的藥物。）
- 使用標準截止日期可能會對您的健康造成嚴重傷害或損害您的機能。
- 如果您的醫生或其他處方開立者告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會自動為您做出快速承保決定。
- 如果您自行要求取得快速承保決定，但沒有您的醫生或其他處方開立者的支持，我們將決定您的健康狀況是否需要做出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，告知：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫生或其他處方開立者提出快速承保決定的請求，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 針對我們為您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，向您說明如何提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後**24小時**內回覆。

步驟2：要求標準承保決定或快速承保決定。

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們核准或提供您希望獲取的醫療護理承保。

您也可以從我們的網站瞭解承保決定程序。我們必須接受任何書面申請，包括以CMS承保裁定示範申請表呈送的申請；該申請表可以從我們的網站上下載，網址為

www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request。第2章有聯絡資訊。為了協助我們處理您的要求，請務必附上您的姓名、聯絡資訊，以及用於識別被拒絕的理賠已提出上訴申的資訊。

您、您的醫生（或其他處方開立者）或代表都可以提出此要求。您也可以請一位律師代表您。本章第5節說明您可以如何提供書面授權，指定其他人擔任您的代表。

- 如果您要求例外處理，請提供支持聲明，這是例外處理的醫療原因。您的醫生或其他處方者可以發傳真或寄證明給我們。或者讓您的醫生或其他處方者打電話給我們，並在必要時將簽名證明傳真或寄給我們。

步驟3：我們會考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保決定的期限

- 我們通常必須在收到您的請求後**24個小時內**向您作出答覆。
 - 關於例外處理，我們會在收到支持您醫生的支持聲明後**24小時內**向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到2級上訴程序，由獨立審核組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求或支持您的請求的醫生聲明後**24小時內**提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

有關您尚未收到的藥物之標準承保決定的期限

- 我們通常必須在收到您的請求後**72小時內**給予答覆。
 - 關於例外處理，我們會在收到您醫生的證明後**72小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到2級上訴程序，由獨立審核組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求或醫生的證明後**72小時內**提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

有關您購買藥物之付款的標準承保決定的期限

- 我們必須在收到您的請求後**14個日曆日**內向您作出答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到2級上訴程序，由獨立審核組織審查。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後**14個日曆日**內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

步驟4：如果我們拒絕您的承保請求，您可以提出上訴。

- 如果我們的答覆是「拒絕」，您有權提出上訴以要求我們重新考慮此決定。這表示再次要求以獲得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，這意味著您將進入1級上訴程序。

第7.5節 步驟說明：如何提出1級上訴**法律術語**

就D部分藥物承保決定對計劃提出上訴稱為計劃**重新裁定**。

快速上訴也稱為**加速重新裁決**。

步驟1：決定您需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常在7日曆日內提出。快速上訴通常在72小時內提出。如果您因健康狀況需要，要求快速上訴。

- 如果您對我們作出的關於您尚未收到的藥物的承保決定提出上訴，您及您的醫生或其他處方開立者需要決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與本章第7.4節中獲得快速承保決定的要求相同。

步驟2：您、您的代表、醫生或其他處方開立者必須聯絡我們並為您提出1級上訴。如果您的健康狀況需要快速回應，您必須請求快速上訴。

- 對於標準上訴，請提交書面要求，或致電我們。第2章有聯絡資訊。
- 對於快速上訴，請以書面方式提出上訴或用電話聯絡我們：**1-877-457-7621 (TTY: 711)**。第2章有聯絡資訊。
- 我們必須接受任何書面申請，包括以CMS重新裁定申請表範本表呈送的申請；該申請表可以從我們的網站上下載，網址為www.wellcare.com/drug-coverage-determination-appeal。請務必附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。

- 您可以透過我們的網站，以電子方式提出您的上訴www.wellcare.com/ohana。
- 您必須在我們的承保決定書面通知寄出日期後65個日曆日內提出上訴申請。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。
- 您可以索取自己的上訴資料副本，並補充更多資訊。您和您的醫師可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。

步驟3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們審核您的上訴時，我們會再仔細查閱有關您的承保噴氣的所有資訊。我們會檢查以確定當時拒絕您的請求時，我們是否遵守所有的規定。我們可能會聯絡您的醫生或其他處方者以取得更多資訊。

快速上訴的期限

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後72小時內向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
 - 如果我們在72小時內未向您作出答覆，我們必須自動將您的請求送到2級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。第7.6節解釋2級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後72小時內提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因，以及您如何針對我們的決定提出上訴。

有關您尚未取得之藥物的標準上訴時限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後7個日曆日內給您答覆。如果您尚未收到藥物，但是您的健康狀況要求我們這樣做，我們會更快作出決定。
 - 如果我們沒有在7個日曆日內向您作出答覆，我們必須將您的請求送到2級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。第7.6節解釋2級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後7個日曆日內，按照您的健康需求，快速提供承保。如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因，以及您如何針對我們的決定提出上訴。

有關您購買藥物之付款的標準上訴期限

- 我們必須在收到您的請求後14個日曆日內向您作出答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到2級上訴程序，由獨

立審核組織審查。

- 如果我們核准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後30個日曆日內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

步驟4：如果我們拒絕您的上訴，您決定是否希望繼續上訴程序，並再次提出上訴。

- 如果您決定提出另一次上訴，則表示您的上訴進入2級上訴程序。

第7.6節 步驟說明：如何提出2級上訴

法律術語

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為**IRE**。

獨立審核組織是**Medicare**聘請的一個獨立組織。該組織與我們無關，而且不是政府機構。該組織會裁決我們所做的決定是否正確，或是否需要變更。**Medicare**負責監督其工作。

步驟1：您（或您的代表、您的醫生或其他處方開立者）必須聯絡獨立審核組織，並要求審查您的個案。

- 如果我們拒絕您的1級上訴，我們寄給您的書面通知會包括如何向獨立審核組織**提出2級上訴的指示**。這些指示會說明誰可以提出2級上訴、您必須遵守的截止日期和如何聯絡審核組織。然而，如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們的藥物管理計劃的**風險**裁定做出不利的決定，我們會自動將您的索賠轉送給**IRE**。
- 我們會把有關您的上訴的資料送交給該機構。此類資訊稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，以支持您的上訴。

步驟2：獨立審核組織審核您的上訴。

獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

快速上訴的期限

- 如果您的健康狀況需要作出快速決定，您可以請求獨立審核組織進行快速上訴。
- 如果組織同意作出快速上訴，則必須在收到您的2級上訴請求後的**72小時內**向您作出答覆。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，針對您尚未收到的藥物，審核組織必須在收到您的上訴後的**7個日曆日內**

對您的2級上訴作出答覆。如果您要求我們退還給您已經購買的藥物費用，審核組織必須在收到您的請求後的14個日曆日內對您的2級上訴作出答覆。

步驟3：獨立審核組織給您答覆。

- **針對快速上訴：**
 - 如果獨立審核組織同意您的部分或全部要求，我們必須在收到審核組織決定後**24小時**內提供審核組織批准的藥物承保。
- **針對標準上訴：**
 - 如果獨立審核組織同意您的部分或全部承保要求，我們必須在收到審核組織的決定後**72小時**內提供審核組織批准的藥物承保。
 - 如果獨立審核組織同意您的部分或全部的已購買藥物償還請求，我們必須在收到審核組織決定後的**30個日曆日**內向您寄出款項。

如果審核組織駁回您的上訴，怎麼辦？

如果該組織拒絕您的部分或全部上訴，表示他們同意我們不核准您的要求（或您的部分要求）的決定。（這稱為**維持決定**，也稱為**駁回上訴**。）在這種情況下，獨立審核組織會寄信給您：

- 解釋其決定。
- 如果您所要求的藥物承保金錢價值達到特定的最低值，通知您有權提出3級上訴。如果您請求的藥物承保金額太低，您就不能再提出另一次上訴，也就是說2級上訴的決定是最終裁決。
- 告訴您如何查找繼續上訴程序所需的金額價值。

步驟4：如果您的個案符合要求，請選擇是否要進一步上訴。

- 上訴程序中在2級之後還有另外三級（總共有五級上訴）。
- 如果您要繼續提出3級上訴，請查閱您在2級上訴後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第10節告訴您更多有關3級、4級和5級上訴程序的資訊。

第8節

如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院時間

當您被接納住院時，您有權獲得所有診斷和治療您的疾病或受傷需要的承保醫院服務。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員會與您合作，為您出院做準備。他們會幫忙安排您

出院後可能需要的護理。

- 您出院的當天稱為您的**出院日期**。
- 決定您的出院日期後，您的醫生或醫院工作人員會通知您。
- 如果您認為您被要求過早出院，您可以請求延長住院時間，會考慮您的請求。

第8.1節**在住院護理期間，您會收到一份Medicare發出的書面通知，告知您的相關權利**

住院的頭兩個日曆日內，您會獲得一份書面通知，稱為**Medicare發出的關於您的權利的重要資訊**。Medicare的每個人都會收到此通知的副本。如果您沒有從醫院中的某人獲得本通知（例如：社工或護士），請詢問任何一位醫院員工。如果您需要幫助，請致電會員服務部，或1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天每天24小時提供服務。(TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀該通知，如果您不理解通知內容，請詢問。其將會告訴您：

- 在您住院期間以及出院後，您有權根據您的醫師之醫囑，獲得Medicare承保服務。這包括有權知道包括哪些服務、誰為這些服務付費以及您可以從何處獲得這些服務。
- 您有權參與任何有關您住院治療的決定。
- 如果您對您的醫院護理品質有疑慮，應在何處提出報告。
- 如果您認為過早出院，您有權**要求立即審查**要讓您出院的決定。這是以正式、合法的方式要求延遲出院時間，以使我們承保更長時間的醫院醫療護理。

2. 會要求您在書面通知簽名，表示您已經收到通知並理解您的權利

- 會要求您或您的代表在通知上簽名。
- 在通知中簽名**僅**代表您已收到關於您的權利的資訊。通知不會提供您的出院日期。在通知中簽名**不代表**您同意出院日期。

3. 保留您的通知副本，以便您在日後需要提出上訴（或報告對護理品質的關切）時擁有相關資訊。

- 如果您是在出院日期兩個日曆日以前在通知中簽名，您需要在您出院之前再簽署一份通知。
- 如需事先查看這份通知，請致電會員服務部，或1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時提供服務。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。您也可以**在線上查看通知**：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第8.2節**步驟說明：如何提出1級上訴來更改您的出院日期**

如果您想請求本項計劃為您承保更長時間的住院服務，您必須透過上訴程序提出此項請求。開始之前，先瞭解您需要做什麼和有哪些截止日期。

- 遵守程序。
- 遵守截止日期。
- 如有需要請尋求協助。如果您有疑問或是隨時需要協助，請致電會員服務部。或者打電話給州健康保險輔助計劃，這是提供個人化協助的政府機構。

在1級上訴中，品質改善組織會審查您的上訴。他們會檢查您的計劃出院日期是否在醫療上適當。

品質改善組織擁有一群醫生和其他醫療保健專業人員，他們由聯邦政府付費，負責檢查和幫助改善Medicare會員的護理品質。包括對Medicare會員的出院日期的審查。這些專家不是本項計劃的一部分。

步驟1：聯絡您所在州的品質改善組織，要求立即審查您的出院日期。您必須快速行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您收到的書面通知（*Medicare關於您的權利的重要資訊*）告訴您如何與該組織聯絡。您也可在第2章中查閱您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

快速行動：

- 若要提出上訴，您必須在出院之前且不能晚於您出院日的午夜，與品質改善組織聯絡。
 - 如果您趕上此截止日期，在等待品質改善組織對您的上訴作出決定時，您可以在出院日期之後繼續住院，而無需付費。
 - 如果您未遵守此期限，請聯絡我們。如果您決定在計劃出院日期之後繼續住院，您可能需要支付在您的計劃出院日期之後您所接受的住院護理的全部費用。

一旦您要求立即審查您的出院情況，品質改善組織將與我們聯絡。在聯絡我們之後的次日中午之前，我們將為您提供**詳細出院通知**。本通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生，醫院和我們認為您在該日期出院是正確（醫療上適當）的原因。

您可以致電會員服務部，或1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時提供服務，獲得詳細出院通知的範本。（TTY使用者請撥打1-877-486-2048）或者您可以在線上查看通知樣本：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

步驟2：品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改善組織的健康照護專業人員（審查員）將詢問您（或您的代表）為什麼您認為我們應當繼續承保服務。您不需要準備書面材料，但如果您願意，您可以準備。

- 審查員還會檢查您的醫療資料，與您的醫生討論，並審核醫院和我們向他們提供的資料。
- 在審查人員告知我們您上訴的次日中午之前，您將會收到我們寄出的一封通知您預定出院日期的書面通知。本通知會詳細說明您的醫生，醫院和我們認為您在該日期出院是正確（醫療上適當）的原因。

步驟3：品質改善組織會在獲得所有必要資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果答覆是同意，會怎樣？

- 如果審核組織*同意*，只要這些是必要的醫療服務，我們必須繼續向您提供承保住院服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用（例如自付額或共付額（如適用））。此外，您的承保醫院服務可能會有限制。

如果答覆是否定的，會怎樣？

- 如果審核組織*不同意*，則表示他們認為您的計劃出院日期是醫療上適當。如果出現這種情況，則我們對您的住院服務的承保將在品質改善組織對您的上訴作出答覆後第二天中午終止。
- 如果審核組織*否決*您的上訴，而您決定繼續住院，那麼您可能需要支付從品質改善組織對您的上訴作出答覆的隔天中午之後您所接受的全部醫療護理費。

步驟4：如果您的1級上訴遭到駁回，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果品質改善組織*駁回*您的上訴，*而且*您決定在您的預定出院日期之後繼續住院，您可以再提出另一次上訴。繼續上訴意味著您將轉入2級上訴程序。

第8.3節

步驟說明：如何提出2級上訴來更改您的出院日期

在2級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查他們在您的第一次上訴中的決定。如果品質改善組織拒絕您的2級上訴，您可能必須支付您的計劃出院日期之後的全部住院費用。

步驟1：再次聯絡品質改善組織，要求再次審核。

- 您必須在品質改善組織*拒絕*您的1級上訴後**60個日曆日**內申請審查。只有在您的照護承保終止，但您還繼續住院的情況下，才能請求該項審核。

步驟2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

步驟3：在收到您2級上訴要求後**14個日曆日**內，審查員會對您的上訴做出決定，並且會告訴您他們的決定。

如果審核組織同意：

- 我們必須在品質改善組織拒絕您的第一次上訴隔天中午以後，將您接受的醫院護理費用中我們的分攤費用償付給您。只要這是必要的醫療，我們就必須繼續提供您的住院照護承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，而且您的承保可能會有限制。

如果審核組織不同意：

- 這意味著他們同意對您的1級上訴作出的決定。
- 該通知以書面方式告訴您，如果您想要繼續上訴程序，您該怎麼做。

步驟4：如遭到駁回，您需要決定是否希望繼續進行3級上訴。

- 上訴程序中在2級之後還有另外三級（總共有五級上訴）。如果您要提出3級上訴，請查閱您在2次上訴決定後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第10節告訴您更多有關3級、4級和5級上訴程序的資訊。

第9節 如果您認為您的承保太早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

第9.1節 本節僅說明三項服務： 居家健康照護、特護機構照護和綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務

當您在接受承保的居家護理服務、專業護理照護，或復健護理（綜合門診病患復健機構）服務時，您有權利繼續獲得此類護理的服務，只要需要這種護理診斷和治療您的疾病或受傷。

當我們決定應停止承保向您提供的任何這三類護理時，我們必須事先通知您。該照護承保終止後，我們會停止給付您的照護。

如果您認為我們過早地終止您的護理承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節告訴您如何提出上訴。

第9.2節 我們將提前告訴您承保將於何時終止

法律術語

Medicare不承保通知。說明如何提出快速上訴。提出快速跟蹤上訴是透過一種正式法律途徑，請求改變我們關於何時停止您的照護承保之決定。

1. 您至少在我們的計劃將停止承保您的照護前兩個日曆日會收到書面通知。該通知會告知您：
 - 我們將停止為您承保照護的日期。
 - 如何要求快速跟蹤上訴，以要求我們繼續承保您的護理更長時間。
2. 會要求您或代表您行事的人士在書面通知上簽名，表示您已經收到通知。在通知中簽名僅意味著您已收到關於您的承保何時停止的資訊。在這份通知中簽名並不表示您同意本項計劃停止照護的決定。

第9.3節

步驟說明：如何提出1級上訴，要求本計劃延長承保您的護理

如果您希望我們延長承保您的照護，需採用上訴程序提出請求。開始之前，先瞭解您需要做什麼和有哪些截止日期。

- 遵守程序。
- 遵守截止日期。
- 如有需要請尋求協助。如果您有疑問或是隨時需要協助，請致電會員服務部。或者打電話給州健康保險輔助計劃，這是提供個人化協助的政府機構。

在1級上訴中，品質改善組織會審查您的上訴。這會決定您的照護結束日期是否在醫療上適當。

步驟1：提出您的1級上訴：聯絡品質改善組織，要求快速上訴。您必須快速行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您收到的書面通知（*Medicare* 不承保通知）告訴您如何與該組織聯絡。（您也可在第2章中查閱您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。）

快速行動：

- 您必須在*Medicare* 不承保通知的生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的截止日期，還是有上訴的權利。聯絡品質改善組織。

步驟2：品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

法律術語

不予承保詳細說明。提供終止承保的詳細原因通知書。

此審核過程是什麼情況？

- 品質改善組織的健康照護專業人員（審查員）將詢問您或您的代表為什麼您認為我們應當繼續承保服務。您不需要準備書面材料，但如果您願意，您可以準備。

- 審核組織會檢查您的醫療資料，與您的醫生討論，並審核本項計劃向他們提供的資料。
- 在審查員將您的上訴通知我們的當天結束前，您也會收到一份我們寄出的不承保詳細說明，其中詳細解釋我們將要停止對您的服務承保的原因。

步驟3：審查員會在獲得所有必要資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審查人員同意，將會發生什麼情況？

- 如果審查員同意您的上訴，那麼只要是必要的醫療服務，我們必須繼續提供您的承保服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用（例如自付額或共付額（如適用））。您的承保服務可能會有限制。

如果審查人員駁回，將會發生什麼情況？

- 如果審查員不同意，那麼您的承保會在我們告訴您的當天終止。
- 如果您決定在您的承保終止日期後仍要繼續接受居家健康照護或特護機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務，您需要自己支付該項護理的所有費用。

步驟4：如果您的1級上訴遭到駁回，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果審查員不同意您的1級上訴 - 而且您選擇在您的醫療承保終止時繼續接受護理，您可以提出2級上訴。

第9.4節

步驟說明：如何提出2級上訴，要求本計劃延長承保您的護理

在2級上訴期間，您要求品質改善組織再次審視在您的第一次上訴中的決定。如果品質改善組織拒絕您的2級上訴，您必須支付在我們告訴您承保將終止的日期後接受的居家護理、特護機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務的全部費用。

步驟1：再次聯絡品質改善組織，要求再次審核。

- 您必須在品質改善組織拒絕您的1級上訴後60個日曆日內申請審查。只有在您的護理承保終止後您還繼續接受護理的情況下，您才可以請求該項審核。

步驟2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

步驟3：在收到您的上訴申請後14個日曆日內，審查員會對您的上訴做出決定，並告訴您他們的決定。

如果審核組織同意，將會怎樣？

- 我們必須將您自我們告訴您承保會終止的當天起接受的護理所產生的費用中，就我們的分攤費用退還給您。只要是必要的醫療，我們就必須繼續提供您的護理承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，您的承保可能有限制。

如果審核組織駁回，將會怎樣？

- 這意味著他們同意對您的1級上訴作出的決定。
- 該通知以書面方式告訴您，如果您想要繼續上訴程序，您該怎麼做。該通知會告訴您如何進入下一級上訴的細節，該級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。

步驟4：如遭到駁回，您需要決定是否繼續進一步上訴。

- 上訴程序中在2級之後還有另外三級上訴，總共有五級上訴。如果您要繼續提出3級上訴，請查閱您在2次上訴決定後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第10節告訴您更多有關3級、4級和5級上訴程序的資訊。

第10節 將您的上訴升級至3級及以上

第10.1節 提供3級、4級和5級醫療服務上訴請求

如果您已提出1級上訴和2級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

如果您上訴的物品或醫療服務達到某一最低金額價值，您就可以繼續進入下一級上訴。如果金額低於最低水準，您就不能再提出進一步上訴。您收到的2級上訴書面回覆將說明如何提出3級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況，最後三級上訴的運作方式基本相同。以下是關於每一級由誰審理您的上訴。

3級上訴 行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴並向您作出答覆。

- 行政法官或律師仲裁人如果同意您的上訴，上訴程序 **可能終止或尚未終止**。與2級上訴決定不同，我們有權就有利於您的3級決定提出上訴。如果我們決定上訴，將進入4級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，在收到行政法官或律師仲裁人決定後60個日曆日內，我們必須授權或提供您的醫療照護。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將寄給您4級上訴請求副本及任何隨附文件。我們可能會先等待4級上訴的決定，然後再授權或提供爭議的醫療護理。

- 如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序 *可能* 終止，但也有 *可能* 沒有終止。
 - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審查程序。您收到的通知將告訴您如何處理4級上訴。

4級上訴

Medicare上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。「委員會」隸屬於聯邦政府。

- 如果您的上訴獲得同意，或委員會否決我們對有利於您的3級上訴判決提出的審核申請，則上訴流程 *可能* 結束，也 *可能* 不會結束。與2級決定不同，我們有權就有利於您的4級決定提出上訴。我們將決定是否對此決定上訴至5級。
 - 如果我們決定不對決定提出上訴，在收到上訴委員會決定後60個日曆日內，我們必須授權或提供您的醫療照護。
 - 如果我們決定對決定提出上訴，我們會向您發出書面通知。
- 如果您的上訴被拒絕或委員會否決了審核請求，上訴程序 *可能* 終止，但也 *可能* 沒有終止。
 - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可能可以繼續進入下一級審查程序。如果委員會對您的上訴表示否定，您所獲得的通知將告訴您這些規則是否允許您進入5級上訴，以及如何繼續進行5級上訴。

5級上訴

聯邦地方法院法官會審查您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並決定 *同意* 或 *駁回* 您的請求。這是最終的答案。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第10.2節**提出3級、4級和5級D部分藥物上訴請求**

如果您已提出1級上訴和2級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到某一數額，您可能可以繼續進入更高級別的上訴。如果低於該規定的數額，您就不能再進一步上訴。您收到的2級上訴書面答覆將解釋請求3級上訴與誰聯絡和該做什麼。

對於大部分涉及上訴的情況，最後三級上訴的運作方式基本相同。以下是關於每一級由誰審理您的上訴。

3級上訴

行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審核您的上訴並向您作出答覆。

- 如果答案是同意，上訴程序便終止。我們必須在行政法官或律師仲裁人批准後**72小時內**（加速上訴則為**24小時**）授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後的不晚於**30個日曆日內**付款。
- 如果答案是不同意，上訴程序**可能終止**，但也**可能不會終止**。
 - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審查程序。您收到的通知將告訴您如何處理4級上訴。

4級上訴

Medicare上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。「委員會」隸屬於聯邦政府。

- 如果答案是同意，上訴程序便終止。我們必須在委員會批准後**72小時內**（加速上訴則為**24小時**）授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後**30個日曆日內**付款。
- 如果答案是不同意，上訴程序**可能終止**，但也**可能不會終止**。
 - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可能可以繼續進入下一級審查程序。如果委員會拒絕您的上訴或否決您要求審核上訴的請求，通知將說明相關規定是否允許您進入5級上訴。它也會告訴您，如果您選擇繼續上訴，您該與誰聯絡和該做什麼。

5級上訴

聯邦地方法院法官會審查您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並決定**同意**或**駁回**您的請求。這是最終的答案。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第11節**如何對護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題提出投訴****第11.1節****投訴程序處理哪些類型的問題？**

投訴程序僅適用於特定類型的問題。包括有關護理品質、等候時間和客戶服務的問題。以下是投訴程序處理的問題種類舉例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	• 您對您獲得的護理品質感到不滿嗎（包括醫院內的護理）？

投訴	範例
尊重您的隱私	有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊嗎？
不尊重、較差的客戶服務或其他負面行為	- 有人對您態度粗魯或不禮貌嗎？ - 您對我們的會員服務部不滿意嗎？ - 您認為有人想說服您離開本項計劃嗎？
等候時間	- 您與醫生約診有困難嗎？或需要等候很長時間才能約診嗎？ - 醫師、藥劑師或其他健康照護專業人員是否讓您等候太久？或是會員服務部或本項計劃的工作人員？ - 像是在電話上、在候診室、診療室，或取得處方等候太久。
清潔度	門診部、醫院或醫生診所的清潔程度或條件是否讓您感到不滿？
您從我們這裡所獲得的資訊	- 我們是否未給予您必要的通知？ - 我們的書面資訊是否難以理解？
時效性 (這些種類的投訴都與我們的承保決定和上訴行動的時效性有關)	如果您已經請求承保決定或已提出上訴，而且您認為我們的回應不夠快，您可以對我們的延遲提出投訴。下面舉一些例子說明： - 如果您請求我們作出快速承保決定或快速上訴，而我們已經拒絕，您可以提出投訴。 - 您認為我們沒有遵守承保決定或上訴的截止日期：您可以提出投訴。 - 您認為我們沒有遵守為您承保或償付已核准之特定醫療物品或服務或藥物的截止日期：您可以提出投訴。 - 您認為我們沒有遵守將您的個案轉交至獨立審核組織的規定截止日期：您可以提出投訴。

第11.2節 如何提出投訴

法律術語

- 投訴也稱為申訴。
- 提出投訴也稱為提出申訴。
- 採用投訴程序也稱為採用提出申訴的程序。
- 快速投訴也稱為加速申訴。

第11.3節 步驟說明：提出投訴

步驟1：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 通常，第一步應先打電話給會員服務部。如果還有其他您需要做的事，會員服務部會通知您。
- 如果您不想打電話（或者您試過打電話，但不滿意），您可以將書面投訴寄給我們。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回覆您的投訴。
- 如果我們無法透過電話解決您的投訴，我們有正式的程序來審核您的投訴。我們稱之為申訴程序。若要進行投訴，或是您對此程序有任何疑問，請致電會員服務部。或者您可以將書面申請郵寄給我們，地址列在本文件第2章醫療護理投訴或是D部分處方藥物投訴之下。
 - 如果您要求書面回應、提出書面投訴（申訴），或是若您的投訴與照護品質有關，我們將以書面方式回覆您。
 - 您必須在事件發生後的60個日曆天內提出投訴。您也可以向我們提出正式書面投訴，地址列在本文件第2章醫療照護投訴或D部分處方藥物投訴之下。
 - 根據您的健康狀況而定，我們必須盡快通知您有關投訴的決定，但不得晚於收到您投訴後的30個日曆日內。若您要求延期，我們可將時程最多延長14個日曆日，或是如果我們有需要額外資訊的充分理由，且該延遲符合您的最佳利益。
 - 在某些情況下，您有權要求快速審核您的投訴。這就是所謂的「加速申訴程序」。如果您不同意我們在下列情況下的決定，您有權要求快速審核您的投訴：
 - 我們拒絕您的快速審核請求（醫療護理或D部分藥物）。
 - 我們拒絕您的快速審核請求（受拒服務或D部分藥物之上訴）。
 - 我們決定需要額外時間來審核您的請求（醫療護理）。

■ 我們決定需要額外時間來審核您的上訴（受拒醫療護理）。

- 您可以致電會員服務部，提交此類型的投訴。您也可以向我們提出書面投訴，地址列在本文件第2章醫療照護投訴或D部分處方藥物投訴之下。在我們收到加速申訴後，臨床醫師會審核案例，判斷為何您的快速審核請求受到拒絕，或是案例延遲是否適當。我們會以口頭方式通知您快速案例的決定，並在收到您投訴後的24小時內以書面通知您。
- 提出投訴的**截止日期**是自您遇到想投訴問題後的60個日曆日。

步驟2：我們將調查您的投訴，並給予答覆。

- 如果可能，我們會立即給您答覆。如果您打電話提出投訴，我們可能在打電話時就給您答覆。
- 大部分投訴會在30個日曆日內獲得答覆。如果我們需要更多資料，並且延遲符合您的最佳利益，或者您請求更多時間，我們最多可能會再需要14個（含）以上日曆日（總共44個日曆日）答覆您的投訴。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。
- 如果您因為我們否決您的快速承保決定或快速上訴請求而提出投訴，我們將自動為您提供快速投訴。如果您提出快速投訴，我們會在24小時內給您答覆。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或者對於您投訴的問題不承擔責任，我們在給您的答覆中會說明原因。

第11.4節 您也可以向品質改善組織提出有關護理品質的投訴

當您的投訴涉及護理品質時，您還有另外兩種選擇：

- 您可以直接向品質改善組織提出投訴。該品質改善組織是一個聯邦政府資助由執業醫師和其他健康照護專家組成的團隊，負責檢查和改善向Medicare患者提供的照護。第2章有聯絡資訊。

或

- 您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。

第11.5節 您也可以將您的申訴告訴Medicare

您可以直接向Medicare提交對本項計劃的投訴。如需向Medicare提交投訴，請造訪：
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY／TDD使用者請致電1-877-486-2048。

有關您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)福利問題**第12節 處理您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利問題**

若您認為您遭不當拒絕Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保的服務或為承保服務的付款，您有權對我們的決定向Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 提出上訴。如欲針對Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 服務提出申訴（投訴）或上訴，請聯絡您的州Medicaid辦公室。聯繫資訊在第2章第6節。

第10章： 終止您在本計劃的會員資格

第1節 說明如何終止您在本計劃的會員資格

終止您在Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 的會員資格可以是**自願的**（您自己的選擇）或**非自願的**（不是您自己的選擇）：

- 您離開本項計劃可能因為您決定**您想要離開**。第2節和第3節提供有關自願終止您會員身份的資訊。
- 還有一些您沒有選擇離開計劃、但我們必須終止您的會員資格的有限的情況。第5節告訴您在哪些情形下我們必須終止您的會員資格。

如果您要退出我們的計劃，在您的會員身份終止前，我們的計劃必須繼續提供您的醫療照護和處方藥，您將繼續支付分攤費用。

第2節 您何時可以終止在本計劃的會員資格？

第2.1節 因為您擁有Medicare和Medicaid，您可能可以終止您的會員資格

- 大多數的Medicare會員只能在每年的特定時間終止會員資格。由於您擁有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，因此您可以在一年中的任何一個月終止您在本項計劃的會員資格。您也可以在任何一個月中選擇投保另一項Medicare計劃，包括：
 - 帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare
 - 不帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare（如果您選擇這項計劃，Medicare可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保），或是
 - 如果符合資格，在一項計劃中為您提供Medicare和大部分或全部Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利和服務的一種整合式D-SNP。

備註：如果您從Medicare處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續長達63天（含）以上，以後加入Medicare藥物計劃時可能需要支付一筆D部分延遲投保費用。

請與您所在州Medicaid辦事處聯絡，瞭解有關Medicaid計劃選擇（電話號碼印在本文件第2章第6節）。

- 在**年度投保期**有其他Medicare保健計劃方案。第2.2節告訴您有關年度投保期的更多資訊。
- **您的會員資格何時終止？**通常在我們收到您的更換計劃請求時，您的會員資格將於下個月的第一天終止。您投保的新計劃也將在這一天開始。

第2.2節 您可以在年度投保期終止您的會員資格

您可在**年度投保期**（同時被稱為年度開放投保期）期間終止您的會員資格。在此期間，審查您的健

康和藥物承保，並決定來年的承保範圍。

- 年度投保期從10月15日至12月7日。
- 選擇維持您目前的承保，或變更來年的承保內容。如果您選擇換到一項新計劃，您可以選擇以下任何類型的計劃：
 - 另一項有或無處方藥承保的Medicare保健計劃。
 - 帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare
- 或
- 不帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare。
- 當您的新計劃承保於1月1日開始時，您的會員資格將在我們的計劃中終止。

如果您獲得Medicare的「額外補助」來支付您的處方藥費用：如果您轉換到Original Medicare，但沒有投保獨立的Medicare處方藥計劃，Medicare可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。

備註：如果您從Medicare處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過63天（含）以上，在以後加入Medicare藥物計劃時可能需要支付D部分延遲投保費用。

第2.3節 您可以在Medicare Advantage開放投保期終止您的會員資格

在Medicare Advantage開放投保期，您有機會對您的健保做出一次變更。

- **Medicare Advantage (MA) 年度開放投保期**自1月1日起至3月31日止，對於投保MA計劃的Medicare新受益人而言，則為自享有A部分和B部分權利的當月起，直到享有第3個月權利的最後一天為止。
- 在年度Medicare Advantage開放投保期，您可以：
 - 轉換至其他有或無處方藥承保的Medicare Advantage計劃。
 - 從我們的計劃退保並透過Original Medicare獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到Original Medicare，您也可以在那時參加另外的Medicare處方藥計劃。
- 您的會員資格終止時間是您投保另一項Medicare Advantage計劃之後，或是我們收到您提出轉換到Original Medicare的請求之後的下個月一號。如果您還選擇投保一項Medicare處方藥計劃，您在該藥物計劃中的會員資格從該藥物計劃收到您的投保申請後月份的第一天開始。

第2.4節 在某些情況下，您可以在特殊投保期終止您的會員資格

在某些情形下，您有資格在一年內其他時間終止您的會員資格。這段時間稱為**特殊投保期**。

如果您符合以下任何一種情況，您可能**有資格在特殊投保期終止您的會員身份**。以下只是一些例子，

第10章 終止您在本計劃的會員資格

如需查看完整的清單，請聯絡本項計劃，致電Medicare，或瀏覽Medicare網站 (www.medicare.gov)：

- 通常，當您搬家時。
- 如果您有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)
- 如果您有資格享有為您Medicare處方藥付費的「額外補助」。
- 如果我們違反我們與您的合同。
- 如果您正在從一個機構，如護理院或長期照護 (LTC) 醫院，獲得護理。
- **備註：**如果您正在參加藥物管理計劃，您可能無法改變計劃。您可在第5章第10節查閱有關藥物管理計劃的更多資訊。
- **備註：**第2.1節告訴您擁有Medicaid者適用的特殊投保期相關資訊。

投保期因各自情形不同而異。

要查詢您是否符合特殊投保期的資格，請致電Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY使用者請致電1-877-486-2048。如果您有特殊情況而有資格終止會員資格，您可以選擇改變您的Medicare健保和處方藥承保。您可以選擇：

- 另一項有或無處方藥承保的Medicare保健計劃、
- 帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare，
- 一或一不帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare。

備註：如果您從Medicare處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過63天（含）以上，在以後加入Medicare藥物計劃時可能需要支付D部分延遲投保費用。

如果您獲得Medicare的「額外補助」來支付您的處方藥費用：如果您轉換到Original Medicare，但沒有投保獨立的Medicare處方藥計劃，Medicare可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。

您的會員資格通常將於我們收到您提出更改計劃的請求之後下一個月的第一天終止。

備註：第2.1和2.2節告訴您更多針對Medicaid和「額外補助」擁有者的特殊投保期相關資訊。

第2.5節	您可以在哪裡獲得關於何時您能終止會員資格的更多資訊？
--------------	-----------------------------------

如果您對於終止會員身份有任何疑問，您可以：

- 請致電會員服務部。
- 您可以在《2025年Medicare與您》手冊中找到相關資訊。
- 您可以每週7天、每天24小時隨時撥1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致電Medicare。(TTY 1-877-486-2048)。

第3節 您如何終止在本計劃的會員資格？

下表解釋您如何在本項計劃中終止您的會員資格。

如果您想從本計劃轉換至：	您應該這樣做：
另一項Medicare保健計劃	- 投保新的Medicare保健計劃。您的新承保將從下個月的第一天開始。 - 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保Wellcare 'Ohana Dual Liberty(HMO-POS D-SNP)。
帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare	- 投保新的Medicare處方藥計劃。您的新承保將從下個月的第一天開始。 - 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保Wellcare 'Ohana Dual Liberty(HMO-POS D-SNP)。
- 不帶有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare - 如果您轉換到Original Medicare，但沒有投保獨立的Medicare處方藥計劃，Medicare可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。 - 如果您從Medicare處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過63天（含）以上，在以後加入Medicare藥物計劃時可能需要支付延遲投保費用。	- 向我們提出退保的書面請求。如需獲取如何處理的更多資訊，請聯絡會員服務部。 - 您也可以聯絡Medicare要求退保，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時均可致電。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。 - 當您的Original Medicare承保開始時，您將從Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 退保。

備註：如果您從Medicare處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過63天（含）以上，在以後加入Medicare藥物計劃時可能需要支付D部分延遲投保費用。

如對您的Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利有任何疑問，請於週一至週五夏威夷時間上午7:45至下午4:30致電1-800-316-8005 (TTY 711) 與Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 聯絡。詢問加入其他計劃或轉回Original Medicare將如何影響您獲取Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保。

第4節 在您終止會員資格之前，您必須繼續透過本計劃獲得醫療物品、服務和藥物

在您的Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員身份終止，而您的新Medicare與Medicaid承保開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療物品、服務和處方藥。

- 繼續透過我們的網絡內醫療服務提供者獲得醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購以配取您的處方藥。
- 如果您在會員資格終止當天住院，您能獲得本計劃的承保直至您出院（即使您在新健保開始之後出院）。

第5節 在某些情況下，我們必須終止您在本計劃的會員資格

第5.1節我們何時必須終止您在本計劃的會員資格？

如果發生以下任何情況，我們必須終止您的計劃會員資格：

- 如果您不再擁有Medicare Part A和Part B。
- 如果您不再符合Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的資格。如同第1章第2.1節所述，本項計劃是針對有資格參加Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)的人。如果您不再符合我們計劃的特殊資格要求，您在本項計劃的會員資格將於6個月後結束。我們會通知您會員資格和您選項的結束。如果您對您的資格有任何疑問，請聯絡會員服務部。
 - 本計劃的資格準續期是6個月。資格準續期會從您失去特殊需求狀態之月份的下一個月開始。
- 如果您搬出我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，以便確定您的新家所在地或旅遊地點是否在本項計劃區域內。
- 如果您被監禁（入獄）。
- 如果您不再是美國公民或不能在美國合法居住。
- 如果您謊報或隱瞞有關您享有提供處方藥承保之其他保險的資訊
- 如果您在投保本項計劃時故意提供不正確的資訊，並且該資訊會影響您加入本項計劃的資格。（我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得Medicare的批准。）
- 如果您持續破壞的行為方式，讓我們很難為您和本項計劃的其他會員提供醫療護理。（我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得Medicare的批准。）

第10章 終止您在本計劃的會員資格

- 如果您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得Medicare的批准。）
 - 如果我們因這個原因終止您的會員資格，Medicare可能會讓督察長對您的個案進行調查。
- 如果您因收入需要支付D部分的額外費用，但您沒有支付，Medicare將讓您從本項計劃退保。

您要如何取得更多資訊？

如果您有疑問或需要更多有關我們何時可終止您會籍的資訊，請致電會員服務部。

第5.2節 我們不能因為任何健康相關原因而要求您退出本計劃

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 不能因與您健康相關的任何理由而要求您離開本項計劃。

如果發生這種情況，您應該怎麼做？

如果您認為我們因為健康相關原因要求您退出本項計劃，請致電Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時（TTY：1-877-486-2048）。

第5.3節 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，必須以書面形式告訴您終止您的會員資格的理由。我們還必須說明您可以就我們終止您的會員資格的決定提出申訴。

第11章： 法律通知

第1節 關於準據法的聲明

適用於本《承保證明》文件的主要法律是《社會安全法案》第XVIII篇，以及由Medicare和Medicaid服務中心（簡稱CMS）按照《社會安全法案》制定的規定。此外，其他聯邦法律也可能適用，在某些情況下，您所在州的法律也可能適用。這可能會影響您的權利與責任，即使這些法律沒有包括在本文件中或在本文件中未加以說明。

第2節 關於反歧視的聲明

我們的健保計劃符合聯邦民權法的規定。我們不會因下列因素歧視：種族、民族、國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性取向、身心障礙、健康狀況、理賠經歷、病史、遺傳資訊、可保性證據或服務區域內的地理位置。提供Medicare Advantage計劃的所有機構，即如本項計劃，均須遵守聯邦反歧視法，包括《1964年民權法》第VI篇、《1973年康復法》、《1975年反年齡歧視法》、《美國殘疾人法案》、《病人保護與平價照護法案ACA》第1557節、適用於接受聯邦資金的機構的所有其他法律，以及因任何其他原因適用的任何其他法律與法規。

如果您需要更多資訊，或對歧視或不公平對待有擔憂，請致電1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，聯絡美國衛生及公共服務部的民權辦公室，或致電您的當地的民權辦公室。您也可以至美國衛生及公共服務部的民權辦公室檢閱資訊，網址：<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您是身心障礙者並需要協助以取得照護，請致電會員服務部告知我們。如果您要提出投訴，例如無法使用輪椅出入的問題，會員服務部可以幫助您。

第3節 關於Medicare第二付款方的代位權通知

對於Medicare不是主要付款方的Medicare承保服務，我們有收帳的權利和責任。根據CMS在42 CFR第422.108節和423.462節的規定，作為Medicare Advantage機構，本項計劃享有與42 CFR第411章B至D部分規定的與州務卿根據CMS法規行事的相同的追債權，並且本節中的規定取代任何州法律。

第4節 追回您在Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 計劃中由本計劃所支付之福利

當您受傷時

如果您因他人、公司或您自己（「責任方」）的動作而受傷、生病或發展出健康狀況，我們的計劃將為您所獲得的承保服務提供福利。

然而，如果您因受傷、疾病或健康狀況而獲得金錢或有權獲得金錢，無論是透過和解、判決或是與您的受傷、疾病或健康狀況相關之任何其他款項，根據適用州法律，我們的計劃和／或治療提供者皆保留權利，透過本項計劃追回任何提供給您之服務的價值。

如同本規定中所使用，「責任方」一詞意指任何實際或可能為您的傷害、疾病或健康狀況負責的個人或實體。責任方一詞包括負責人員或實體的責任或其他保險公司。

您如何透過責任方動作受傷、生病或發展出健康狀況的一些例子包括但不限於：

- 您發生車禍；
- 您在商店內滑倒或跌倒；或
- 您在工作時接觸到危險化學品。

本項計劃的追回權適用於您從責任方收到的任何及所有金額，包括但不限於：

- 由第三方或代表第三方的任何保險公司所支付的款項；
- 無保險或不足額保險駕車人承保；
- 個人傷害防護、無過錯或任何其他第一方的承保；
- 勞工賠償或身心障礙理賠；
- 任何汽車保險、營業場所或屋主的保險涵蓋範圍或總括保險承保範圍內的承保醫療福利；
- 從訴訟或其他法律行動所收到的任何和解或判決；或者
- 因責任方的行動或疏失，接受來自任何其他來源作為賠償的任何其他款項。

當您接受本項計劃之福利時，即表示您同意當本項計劃支付您因責任方的動作或疏失所接受本計劃支付的承保服務福利、且您或您的代表自責任方追回或有權追回任何金額時，本項計劃擁有第一優先的代位和償付權。

當您接受本項計劃之福利時，您也 (i) 將您追回醫療費用之權利指派給我們的計劃（來自任何可用承保範圍、由本項計劃所提供、與您受傷、疾病或健康狀況相關的所有承保服務，最高可達全部費用）(ii) 同意明確指示責任方直接代您償付本計劃。

當您接受本項計劃之福利時，您同時也給予我們的計劃任何追回、和解或判決之優先權，或其他補償來源及所有償付（計劃中所支付、與您因責任方動作或疏失造成的受傷、疾病或健康狀況相關的承保服務福利之全額費用）的優先權。無論金額是否具體指名為醫療費用之追回，且無論您的損失是否全部或完全得到補償，此優先權皆適用。我們的計劃可能會追回本計劃提供的所有福利之全額費用，且無須考慮您的任何過失理賠，無論該過失理賠為比較過失或其他原因皆然。我們的計劃追回不會扣除律師費用，並且當向責任方提出理賠或訴訟時，我們的計劃不需要支付或負擔法院費用或雇用律師的律師費用。

您必須採取的步驟

如果您因為責任方而受傷、生病或發展出健康狀況，您必須配合我們的計劃和／或治療提供者的努力以追回其費用，包括：

- 請告知我們的計劃或治療提供者（若適用）責任方和／或其律師的姓名和地址（若您知道的

話）、您律師的姓名和地址（若您有雇用律師）、任何涉入保險公司之姓名和地址，以及如何造成受傷、疾病或健康狀況的說明。

- 完成我們的計劃或治療提供者可能合理要求的任何文書作業，以協助強制執行追回的權利。
- 立即回應來自我們的計劃或治療提供者有關案件或理賠的狀態，以及任何和解討論的詢問。
- 在您或您的律師收到任何來自責任方或任何其他來源的金錢時，請立即通知本項計劃。
- 透過任何追回、和解或判決或其他補償來源支付醫療照護留置權或計劃追回金額，包括本項計劃支付之所有償付（本項計劃中支付由責任方造成之您的受傷、疾病或健康狀況相關的福利之全額費用），而不論是否具體指明為醫療費用追回，且不論您的損失是否已獲得全額或全部賠償；
- 切勿損害上述本項計劃之權利。其中包括但不限於：不得試圖以任何方式縮減或排除和解，或追回本項計劃所支付所有福利的全額費用，或任何試圖拒絕本項計劃追回的第一優先權和權利。
- 以信託方式保管您或您的律師從責任方或任何其他來源收到的任何款項，並儘快向本項計劃或治療提供者（若適用）償付本計劃的追回金額，且應在向任何其他可能的留置權持有者或要求追回權的第三方支付款之前償付。
- 您必須與我們合作，獲得此類追償或超額付款的數額。

第5節 會員卡

在此《承保證明》中由本計劃所核發的會員卡僅供識別之用。持有會員卡並未賦予任何服務之權利，或此《承保證明》下其他福利之權利。若要獲得此《承保證明》下的服務或福利，卡片持有人必須符合承保資格並在此《承保證明》下投保成為會員。任何接受服務卻未獲得此《承保證明》授權者，將需負責支付該等服務的費用。在服務期間，會員必須出示計劃的會員卡，而不是Medicare卡。如果您需要更換會員卡，請致電會員服務部1-877-457-7621 (TTY: 711)。

備註：任何會員在知情的情況下容許濫用或不當使用會員卡，可能會因此取消資格。我們的計劃必須向監察長辦公室通報因濫用或不當使用會員卡而退保的情形，其可能會導致刑事起訴。

第6節 獨立簽約者

我們的計劃與每個參與提供者之間的關係是獨立簽約者關係。參與計劃的服務提供者並非我們計劃的僱員或代理人。我們的計劃決不會對任何參與計劃的服務提供者或其他健康照護提供者的疏忽、不當行為或失職負責。參與的醫師會與會員維持醫病關係，此非本項計劃之責任。本項計劃並非健康照護提供者。

第7節 健康護理計劃詐欺

健康護理計劃詐欺的定義是醫療服務提供者、會員、僱主或任何代表其行事的人士對計劃進行欺騙或不實陳述。醫療保健計劃詐欺行為係屬重罪，可能會遭檢方起訴。任何人若蓄意且知情參與旨在欺騙健康護理計劃的活動，例如提出包含虛假陳述或欺騙陳述的索賠，即可能犯下健康護理計劃詐欺的罪行。

如果您對帳單上出現的任何費用或福利說明表單有所疑慮，或是您知道或懷疑有任何非法活動，請撥打我們的免付費詐欺熱線：1-866-685-8664 (TTY: 711)。詐欺熱線每週七天、每天24小時均提供服務。所有通話皆嚴格保密。

第8節 不在計劃控制範圍之狀況

若自然災害、戰爭、暴動、內亂、流行病爆發、設施全部，或部分毀損、原子爆炸，或其他核能外洩狀況、重要醫療群體人員身心障礙、緊急狀態，或其他非本計劃控制範圍內之類似事件，造成我們計劃的設施，或人員無法提供，或安排此《承保證明》下的服務或福利，本計劃提供此類服務，或福利之義務得限於其設施，或人員目前的可用範圍內，並依善意之努力提供，或安排該等服務或福利。

第12章： 重要詞彙定義

允許的金額 - 承保健康護理服務付款依據的最高金額。這可能被稱為「最高允許金額」、「付款津貼」或「協商費率」。如果您的服務提供者收取的費用超過允許的金額，您可能必須支付差額（請參閱「差額負擔」）。網絡內服務提供者不能收取超過服務允許的金額。

門診手術中心 - 門診手術中心是專門向不需要住院和在中心停留不超過24小時的患者提供門診手術服務的實體。

上訴 - 上訴指您在對我們拒絕您的健康護理服務或處方藥福利申請，或支付您已獲取的服務或藥物費用的決定存有異議時所採取的措施。如果您不同意我們停止您正在接受的服務的決定，您也可以提出上訴。

福利週期 - 我們的計劃和Original Medicare衡量您的特護機構 (SNF) 服務使用量的方法。福利週期從您進入特護機構的當天開始。當您在SNF連續60天沒有接受任何專業護理時，該福利週期終止。如果您在一個福利週期終止後進入特護機構，便開始一個新的福利週期。福利週期的數量沒有限制。

生物製劑 - 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌等自然與活體來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更為複雜，因此無法完全複製，所以替代形式的藥物便稱為生物相似藥。（另請參閱「**原廠生物製劑**」和「**生物相似性藥品**」）。

生物相似性藥品 - 為一種與原廠生物製劑極為相似，但不完全相同的處方藥。生物相似性藥品與原廠生物製劑一樣安全有效。有些生物相似性藥品可在藥房取代原廠生物製劑，而不需要新的處方（參看「**可互換的生物相似性藥品**」）。

原廠藥 - 由最初研究和開發藥物的製藥公司製造和銷售的處方藥。原廠藥與副廠藥具有相同的有效成分配方。但是，副廠藥通常要等到原廠藥專利失效後才能由其他製藥商製造和銷售。

重大傷病承保階段 - 在一個承保年度內，當您（或其他有資格代表您的其他方）為D部分藥物支付金額達到\$2,000時，就進入了D部分藥物福利階段。在此付款階段，您無需為承保的D部分藥物支付任何費用。

Medicare和Medicaid服務中心 (CMS) - 管理Medicare的聯邦機構。

共同保險金 - 作為您的服務或處方藥的分攤費用，您可能必須支付的金額，以百分比表示（例如，20%）。

投訴 - 提出申訴是提出投訴的正式名稱。投訴程序僅適用於某些特定種類的問題。包括有關您接受的護理品質、等候時間和客戶服務的問題。如果您的計劃沒有遵守上訴程序中的時限，則也包括投訴。

綜合門診病患復健機構 (CORF) - 主要提供疾病或傷害後復健服務的機構，包括物理療法、社會或心理服務、呼吸療法、職能治療以及語言病理服務和家庭環境評估服務。

共付額（或定額手續費） - 作為醫療服務或用品的分攤費用您可能必須支付的金額，例如醫生門診、醫院門診就診或處方藥。共付額通常是固定的金額（例如，\$10），而不是百分比。

分攤費用 - 分攤費用指當會員接受服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下三種付款類型

的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的任何自付額；(2) 計劃要求在獲取特定服務或藥物時支付的任何固定金額之共付額；或 (3) 計劃要求在獲取特定服務或藥物時支付的任何金額之共同保險金（服務或藥物總費用的百分比）。

承保裁定 — 有關您的處方藥是否獲取計劃承保，以及您需支付的處方費用（如有）的決定。通常，如果您攜帶處方到藥房，而藥房告訴您該處方藥不在您的計劃承保範圍內，這不是承保裁定。您需要致電或寫信給您的計劃，請求關於承保的正式決定。在本文件中，承保裁定稱為承保決定。

承保藥物 — 用來表示我們計劃承保的所有處方藥的術語。

承保服務 - 用來表示我們的計劃承保的所有健康護理服務和用品的術語。

可信的處方藥承保 — 預期支付的金額通常至少平均不會低於Medicare的標準處方藥承保金額的處方藥承保（例如，僱主或工會提供的承保）。擁有該保險的人士在滿足Medicare資格後，如果後期決定投保Medicare處方藥承保，通常可以維持該保險而無需繳納費用。

監護照護 - 監護照護是一種當您不需要專業醫療護理或專業醫療服務時在護理院、安寧機構或其他機構中提供的個人護理。監護照護是由沒有專業技能或未經培訓的人提供的個人護理，包括在日常生活活動方面提供幫助，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床或坐到椅子上或從椅子上起身、四處走動和上洗手間。監護照護也可能包括大多數人自己進行的與健康相關的護理，如使用眼藥水。Medicare不為監護照護付費。

每日分攤費用費率 — 當您的醫生開具的某些特定藥物的供藥少於一整個月的供藥時，每日分攤費用費率可能適用，這是您需要支付的共付額。每日分攤費用率是共付額除以一個月藥量的天數。下面舉例說明：如果您一個月供藥量的共付額為\$30，您計劃中一個月供藥天數為30天，則您的「每日分攤費用率」為每天\$1。

自付額 — 在我們的計劃付費之前，您必須先支付的健康護理或處方藥物費用。

退保 — 終止您在我們計劃會員資格的程序。

配藥費 — 每次提供承保藥物以支付配取處方藥物費用時所收取的費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥所花費的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) — 為一種計劃類型，投保D-SNP的個人有權獲得Medicare（《社會安全法案》第XVIII篇）和Medicaid（第XIX篇）提供的州計劃醫療協助。各州承保某些或全部Medicare費用，取決於各州以及個人資格。

符合雙重資格的個人 — 符合享有Medicare和Medicaid承保資格的人。

耐用醫療設備 (DME) - 您的醫生因醫療原因開具的特定醫療設備。例如：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病患者用品、IV輸注幫浦、語音合成裝置、氧氣呼吸器、噴霧器或由供應商訂購用於家居的病床。

緊急情況 — 緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與藥物常識的謹慎外行人認為您需要立刻就診的醫療症狀，以阻止喪失生命（若您是孕婦，則是喪失尚未出生的嬰兒）、喪失肢體

或肢體功能，或喪失身體功能或遭受嚴重損害。醫療病症可包括快速惡化的疾病、受傷、劇痛或醫療病症。

急診照護 – 承保服務包括：(1) 由具備提供緊急服務資格的服務提供者提供；及 (2) 屬治療、評估或穩定緊急醫療病況需要。

《承保證明》(EOC) 和披露資訊 – 本文件以及您的投保表及任何其他附件、附加條款或其他供選用承保文件，說明您的承保範圍、我們必須做什麼、您的權利以及您作為我們的計劃的會員必須做什麼。

例外處理 – 為一種承保決定，如果獲得批准，會允許您取用不在我們的處方集上的藥物（處方集例外處理），或以較低的分攤費用層級獲得非首選藥物（層級例外處理）。若本計劃要求您在取得您申請的藥物之前嘗試另一種藥物、若本計劃要求藥物的預先授權，而您希望我們免除標準限制，或本計劃限制您申請的藥物數量或劑量時，您也可以申請作為例外處理（處方集例外處理）。

「額外補助」 – 幫助收入和資源有限的人支付Medicare處方藥計劃費用的Medicare計劃，例如保費、自付額和共同保險金。

副廠藥 – 由食品與藥物管理局 (FDA) 核准、與原廠藥有相同有效成分的處方藥。一般而言，副廠藥的功效相當於原廠藥且通常費用較低。

申訴 – 針對我們的計劃、服務提供者，網絡內藥房提出的一種投訴形式，包括與您的護理品質有關的投訴。這不涉及承保或付款爭議。

居家護理助理員 – 某人士提供的服務無需持證護士或治療師的技能，例如在個人護理方面提供幫助（如洗澡、用洗手間、穿衣或進行醫生要求的運動）。

安寧照護 – 針對經醫療認證為患有末期疾病的會員提供特殊治療的福利，這表示預期壽命為6個月或更短。我們（您的計劃）必須向您提供您所在地理區域的安寧機構名單。如果您選擇安寧機構，並繼續支付保費，您仍是本項計劃的會員。您仍可獲得所有必要的醫療服務，以及我們提供的補充福利。

住院停留 – 住院指當您獲得正式許可住院接受專業醫療服務。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。

與收入相關的每月調整金額 (IRMAA) – 如果您2年前的IRS納稅申報單顯示的修改後調整總收入高於一定金額，您將支付標準保費以及與收入相關的每月調整金額（也稱為IRMAA）。IRMAA是在您的保費之外收取的額外費用。此金額所涉的Medicare會員不到5%，因此大多數人無須支付較高的保費。

獨立開業協會 (IPA) – 與本項計劃簽約為會員提供服務的協會，協會成員為包括PCP和專科醫生在內的醫生以及包括醫院在內的其他健康護理提供者。請查閱第1章第6節。

初始承保階段 – 這是您當年度的分攤費用達到自費限額之前的階段。

初始投保期 – 當您首次符合Medicare資格時，您可以投保Medicare Part A和Part B的階段。如果您

在年滿65歲時符合投保Medicare的資格，您的初始投保期是從您年滿65歲之前3個月開始，包含您年滿65歲的當月，並在您年滿65歲3個月後終止的7個月期間。

整合式D-SNP — 為一種D-SNP計劃類型。其在單一健保計劃下，為某些同時符合Medicare和Medicaid資格的個人群體，承保Medicare和大部分或全部的Medicaid服務。這些個人也稱為完整福利雙重資格者。

可互換生物相似性藥品 — 為一種生物相似性藥品，可在藥房用來替代原廠生物相似性藥品而不需要新的處方，因為它符合與自動替代的可能性相關的額外要求。在藥房進行自動替代受州法律約束。

《承保藥物清單》（處方集或藥物清單） — 由本計劃承保的處方藥物支付清單。

低收入津貼 (LIS) — 請參閱「額外補助」。

製造商折扣計劃 — 根據此計劃，藥物製造商為承保的D部分原廠藥及生物製劑，支付計劃全額費用的一部分。折扣基於聯邦政府與製藥商之間簽訂的合約。

最高分攤費用 — 您在日曆年度為承保的網絡內A部分和B部分服務支付的最高分攤費用。您為Medicare Part A和Part B保費和處方藥支付的費用不計入最高分攤費用。（注意：因為我們的會員也從Medicaid取得協助，所以極少會員曾達到最高分攤費用）。

Medicaid（或醫療協助） - 聯邦與州聯合計劃，幫助低收入和資源有限的一些人支付醫療費用。州Medicaid計劃各個不同，但是，如果您同時符合參加Medicare和Medicaid的資格，則會承保大部分健康護理費用。

醫療群體 — 與本項計劃簽約為會員提供服務的協會，協會成員為包括PCP和專科醫生在內的醫生以及包括醫院在內的其他健康護理提供者。請查閱第1章第3.2節。

醫療認可適應症 — 經食品藥物管理局核准或有特定參考資料佐證的藥物用途，例如美國醫院處方服務藥物資訊和Micromedex DRUGDEX資訊系統。

必要的醫療 — 指為了預防、診斷或治療您的醫療病症和滿足可接受的醫療實踐標準所需的服務、用品或藥物。

Medicare — 聯邦健康保險計劃，適用對象為年滿65歲以上的人士，或年齡在65歲以下的某些身心障礙者，以及患有末期腎臟疾病的人士（一般是需要透析或腎臟移植的永久腎衰竭患者）。

Medicare Advantage開放投保期 — 從1月1日到3月31日期間，允許Medicare Advantage計劃會員取消其計劃投保，並轉到其他Medicare Advantage計劃或透過Original Medicare獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到Original Medicare，您也可以在那時參加另外的Medicare處方藥計劃。Medicare Advantage開放投保期也可以是個人首次符合Medicare資格後的3個月期間。

Medicare Advantage (MA) 計劃 — 有時稱為Medicare Part C。由一間與Medicare簽約的私營公司提供，為您提供所有Medicare Part A和Part B福利。Medicare Advantage計劃可以是一種i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃，或iv) Medicare醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了選擇上述類型計劃以外，Medicare Advantage HMO或PPO計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情

況下，Medicare Advantage計劃也提供Medicare Part D（處方藥承保）。這些計劃稱為**帶有處方藥承保的Medicare Advantage計劃**。

Medicare承保服務 – Medicare Part A和Part B承保的服務。所有Medicare保健計劃必須承保Medicare Part A和Part B承保的所有服務。Medicare承保服務一詞不包括Medicare Advantage計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

Medicare保健計劃 – 由與Medicare簽約的私人公司向享有Medicare並投保本項計劃的人士提供所有A部分和B部分福利的Medicare保健計劃。此術語包括所有的Medicare Advantage計劃、Medicare支出計劃、特殊需求計劃、示範／前導計劃，和老人全方位照護計劃 (PACE)。

Medicare處方藥承保 (Medicare Part D) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和不在Medicare Part A或Part B承保範圍內的某些用品的保險。

Medigap（Medicare補充保險）保單 – 由私營保險公司銷售、用於填補Original Medicare承保「缺口」的Medicare補充保險。Medigap保單僅與Original Medicare配合使用。（Medicare Advantage計劃不是Medigap保單）

會員（本項計劃的會員或計劃會員） – 參加Medicare有資格獲得承保服務、已投保我們的計劃且其投保已獲得Medicare和Medicaid服務中心 (CMS) 確證的人士。

會員服務部 – 本項計劃中負責回答有關會員資格、福利、申訴和上訴問題的部門。

網絡內藥房 – 此藥房與我們的計劃簽訂合約，是我們的計劃會員可以獲得處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方只有在我們的網絡內藥房配藥才能獲得承保。

網絡內服務提供者 – 服務提供者是指持有Medicare和本州頒發的提供健康護理服務的執照或認證的醫生、其他健康護理專業人士、醫院和其他健康護理設施的總稱。**網絡內服務提供者**與本項計劃達成協議，接受我們的付款作為全額付款，在某些情況下協調並為本項計劃的會員提供承保服務。網絡醫療服務提供者又稱為「計劃醫療服務提供者」。

組織裁定 - 我們的計劃對於項目或服務是否承保，或您應當為承保項目或服務支付多少金額所作出的決定。在本文件中，組織裁定稱為承保決定。

原廠生物製劑 – 為一種已獲美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的生物製劑，可作為製造商生產生物相似性藥品時的比較對照。那也稱為參考產品。

Original Medicare（傳統Medicare或按服務付費Medicare） – Original Medicare由政府提供，不像Medicare Advantage計劃和處方藥計劃之類的私人健保計劃。在Original Medicare中，透過向醫生、醫院及其他健康護理服務提供者支付由國會制定的費用數額為Medicare服務提供承保。您可以請求接受Medicare的任何醫生、醫院或其他健康護理服務提供者提供服務。您必須支付免賠額。

Medicare支付Medicare批准金額的分攤費用，您支付自己的分攤費用。Original Medicare分為兩部分：A部分（住院保險）和B部分（醫療保險），在全美均有提供。

網絡外藥房 – 沒有與本項計劃簽約，無法為我們的計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非特

定條件適用，否則大部分透過網絡外藥房取得的藥品均不屬於本計劃的承保範圍。

網絡外服務提供者或網絡外機構 – 沒有與本項計劃簽約的服務提供者或機構，無法為我們的計劃會員協調或提供承保服務。網絡外服務提供者是我們的計劃沒有僱用、擁有或營運的服務提供者。

分攤費用 — 請參閱上文分攤費用。會員需要為接受的服務或藥物支付一部分費用的分攤費用要求也稱為會員的分攤費用要求。

分攤費用門檻 — 您為D部分藥物支付的分攤費用上限。

C部分 — 請參閱Medicare Advantage (MA) 計劃。

D部分 — 自願參加Medicare處方藥福利計劃。

D部分藥物 — D部分承保的藥物。我們可能會或不會提供所有D部分藥物。國會將特定種類藥物排除在D部分承保藥物之外。每個計劃都必須承保特定類別的D部分藥物。

D部分延遲投保費用 — 在您一開始有資格加入D部分計劃後，如果您沒有可信承保（預期平均與標準Medicare處方藥承保至少一樣多的承保）連續超過63天或更長時間，除Medicare藥物承保的每月保費之外另外加上的金額。如果您失去「額外補助」，然後連續超過63天（含）以上沒有D部分或其他可信的處方藥承保，則可能需支付延遲投保費用。

端點服務 — 附有端點服務 (POS) 選項的HMO方案是一項額外福利，承保您可能從接受Medicare的網絡外服務提供者處，所獲得的某些醫療必要服務。當您使用您的POS（網絡外）福利時，您就有責付出更多護理費用。在從網絡外服務提供者處獲得護理之前，請始終與您的初級照護醫生 (PCP) 討論。您的PCP會通知我們，申請計劃批准（預先授權）。（請參閱第1章第1.1節）

保費 — 向Medicare、保險公司或提供健康或處方藥承保的保健計劃支付的定期付款。

初級照護醫生 (PCP) — 您因大多數健康問題首先去看的醫生或其他服務提供者。在大多數Medicare保健計劃中，您在看任何其他健康照護服務提供者之前必須先看您的初級照護醫生。

預先授權 - 要獲得某些服務或藥物需要事先獲得授權。需要預先授權的承保服務在第4章醫療福利表中標出。需要預先授權的承保藥物會標示在處方集中，而我們的標準則會公布在我們的網站上。

義體和矯正設備 — 醫療裝置包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義體、義眼和用於取代身體內部器官或功能的設備，包括造口用品和腸內和非腸道營養療法。

品質改善組織 (QIO) — 是聯邦政府資助、由從業醫生和其他健康護理專家組成的團體，負責檢查和改善向Medicare患者提供的護理。

供藥量限制 — 一種管理工具，旨在因品質、安全或使用的原因限制選擇的藥物使用。我們可能對我們承保的藥物設定每張處方的藥量限制或限制一定時段內的藥量。

「即時福利工具」 — 一個入口網站或電腦應用程式，讓投保人可以查詢完整、準確、及時、適合臨床、投保人特定的處方集和福利資訊。其中包括分攤費用金額、可用於指定藥物相同健康狀況的替代處方集藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（預先授權、循序用藥、供藥量限制）。

復健服務 – 這些服務包括物理治療、語言-言語治療和職能治療。

服務區域 – 您必須居住的地理區域，才能加入特定的健康計劃。有關對於您可使用之醫師與醫院做出限制的計劃，一般也指您可接受例行性

（非緊急）服務的區域。如果您永久搬離本項計劃的服務區域，本項計劃必須讓您退保。

特護機構 (SNF) 照護 – 在特護機構提供的連續日常所需的專業護理和復健服務。護理的例子包括僅由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射。

特殊需求計劃 – 一種為特定人群（例如同時擁有Medicare和Medicaid的人、住在護理院的人或患有某種慢性醫療病症的人）提供更集中的健康護理的特殊Medicare Advantage計劃類型。

循序用藥 – 一種服務利用工具，在我們承保您的醫生最初為您開的藥物之前，要求您首先嘗試另一種藥物治療您的醫療病症。

補充社會安全收入 (SSI) – 由社會安全局支付給收入與資源有限人士的每月福利，這些是身心障礙者、盲人以及年齡在65歲或以上的人士。SSI與社會安全福利兩者的福利項目並不相同。

緊急需求服務 – 如果您暫時離開計劃服務區域，或依據您的時間、地點和情況，從計劃特約網絡內服務提供者處獲得此服務並不合理，則需要立即醫療照護但不屬於急診的計劃承保服務即為緊急需求服務。緊急需求服務的範例包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病情的意外發作。但是，醫療上必要的例行服務提供者就診，例如年度檢查，即使您不在計劃的服務區域或計劃網絡暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。

Wellcare Spendables™卡 – 一張由本計劃預先儲值的簽帳卡，可用於支付醫療福利表中所述項目的費用。

本頁故意留白。

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-877-374-4056 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-877-374-4056 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-877-374-4056 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-374-4056 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-374-4056 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-877-374-4056（TTY：711）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loa'a iā mākou nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au paha. No ka loa'a 'ana o ka unuhi 'ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i ke kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-877-374-4056 (TTY: 711). Mabalin nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaa. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le 1-877-374-4056 (TTY: 711). E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄົ້ນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	1-877-457-7621 此為免付費電話。在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午8點至晚上8點。請注意，在4月1日至9月30日的下班時間、週末和聯邦假期期間，可能會由我們的自動電話系統來接聽您的來電。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一個工作天內回電給您。 會員服務部還向母語為非英語者提供免費口譯員服務。
TTY	711 此為免付費電話。在10月1日至3月31日期間，代表的服務時間為週一至週日上午8點至晚上8點。在4月1日至9月30日期間，代表的服務時間為週一至週五上午8點至晚上8點。
寫信	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
網站	www.wellcare.com/ohana

Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP)

Hawaii州健康保險輔助計劃 (SHIP) 是州政府設立的項目，從聯邦政府獲得資金，向Medicare會員提供有關在當地獲得醫療保險的免費諮詢。

方法	聯絡資訊
電話	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
寫信	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
網站	http://www.hawaiiiship.org/

PRA披露聲明根據1995年文書削減法案，除出示有效OMB控制編號外，任何人均非要對資訊收集為目的的系統作出回應。本資訊收集系統的有效OMB控制編號為0938-1051。如任何意見或建議可供改善本表單，請寄至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.