



2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

《2026 年承保證明》：

您做為 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 會員所享有的 Medicare 健康福利和服務以及藥物承保

本文件詳細記載自 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日止，您在 Medicare 和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)的健康和藥物承保內容。**此為重要的法律文件。請妥善保管。**

本文件說明您的福利與權利。請使用本文件瞭解：

- 我們的計劃保費和分攤費用
- 我們的醫療和藥物福利
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如何聯絡我們
- Medicare 法律要求的其他保護措施

若對於本文件有任何疑問，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262。（TTY 使用者請致電 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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。此為免付費專線。

本計劃，Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)，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「本計劃」時均指 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)。）

本文件免費提供中文、韓文、苗族文、他加祿文、寮國文、柬埔寨/高棉文、越南文、夏威夷文、日文、克倫文、薩摩亞文、泰文、土耳其文、烏茲別克文、伊洛卡諾文和緬甸文版本。我們必須透過適合您的方式提供資訊（提供英文以外的語言版本、點字版、音訊、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 2027 年 1 月 1 日變更。

我們的處方藥目錄、藥房網路和／或提供者網路可能隨時變更。您將在至少30天前收到任何可

OMB Approval 0938-1051

(Expires: August 31, 2026)

4676809_HI6ZSPEOCCHI_M_0001

H9916001000

能影響您的變更通知。

‘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 Align (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2028年。

目錄

目錄

第1章：會員入門指南.....	5
第1節 您是Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)的會員	5
第2節 計劃資格要求.....	6
第3節 重要會員資格資料.....	8
第4節 2026年重要費用摘要	10
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.....	13
第7節 本計劃與其他保險的搭配.....	14
第2章：重要電話號碼及資源.....	16
第1節 本計劃聯絡人.....	16
第2節 獲得Medicare的協助.....	21
第3節 州健康保險輔助計劃 (SHIP).....	22
第4節 品質改善機構 (QIO).....	23
第5節 社會安全局.....	24
第6節 Medicaid.....	24
第7節 幫助支付處方藥的計劃.....	26
第8節 鐵路退休委員會 (RRB).....	28
第9節 您是否擁有雇主提供的團體保險或其他健康保險	29
第3章：使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務	30
第1節 身為本計劃的會員如何獲得您的醫療照護.....	30
第2節 透過本計劃的網絡內服務提供者獲得您的醫療照護和其他服務.....	31
第3節 當您遭遇緊急情況、災難或緊急需要照護時如何獲得服務.....	35
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？	37
第5節 臨床研究試驗中的醫療服務.....	38

目錄

第6節	在宗教性非醫療保健機構接受照護的規定	39
第7節	有關耐用醫療設備所有權的規定	40
第4章：醫療福利表（承保內容）		42
第1節	瞭解承保服務	42
第2節	醫療福利表列出您的醫療福利和費用	43
第3節	本計劃外承保的服務	89
第4節	本計劃不承保的服務（排除項目）	89
第5章：使用D部分藥物的計劃承保		93
第1節	本計劃D部分承保的基本規定	93
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	94
第3節	您的藥物必須在本計劃的藥物清單上	98
第4節	有承保限制的藥物	99
第5節	如果您的一種藥物未按照您想要的方式承保，您可以怎麼做	100
第6節	我們的藥物清單可能在年度中變更	102
第7節	我們不承保的藥物類型	103
第8節	如何配取處方藥	104
第9節	特殊情形下的D部分藥物承保	105
第10節	藥物安全性與藥物管理計劃	106
第11節	您的D部分《福利說明》說明您所處的付款階段	108
第6章：您為D部分藥物支付的費用		110
第7章：要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付費用		111
第1節	您應要求我們為承保服務或藥物支付分攤費用的情況	111
第2節	如何要求我們退款給您或支付您收到的帳單	113
第3節	我們將考慮您的付款要求，然後核准或拒絕您的要求	114
第8章：您的權利與責任		116

目錄

第1節	本計劃必須尊重您的權利和文化敏感度	116
第2節	作為本計劃會員您需要承擔的責任	136
第9章：如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）		138
第1節	如果您有問題或疑慮該怎么做	138
第2節	從何處獲得更多資訊和個人化協助	138
第3節	瞭解Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的投訴和上訴	139
第4節	您的問題應使用哪個程序	140
第5節	承保決定與上訴的指南	140
第6節	醫療照護：如何要求做出承保決定或提出上訴	143
第7節	D部分藥物：如何要求做出承保決定或提出上訴	150
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、4和5級	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	168
第10章：終止本計劃的會員資格		172
第1節	終止您在本計劃的會員資格	172
第2節	您何時可以終止在本計劃的會員資格？	172
第3節	您如何終止您在本計劃的會員資格	175
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	176
第5節	在某些情況下，Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)必須終止您在本計劃的會員資格	177
第11章：法律通知		179
第1節	關於準據法的聲明	179
第2節	關於反歧視的聲明	179

目錄

第3節	關於Medicare第二付款方的代位權通知.....	179
第4節	追回您在Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 計劃中由本計劃所支付的福利.....	180
第5節	會員卡.....	181
第6節	獨立簽約者.....	182
第7節	健康護理計劃詐欺.....	182
第8節	不在計劃控制範圍之狀況.....	182
第12章：	定義.....	183

第1章： 會員入門指南

第1節 您是Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)的會員

第1.1節 您已加入Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)，這是一項 Medicare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歲的人士、部分年齡未滿65歲但有特定身心障礙的人士，以及患末期腎臟疾病（腎衰竭）的人士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，幫助特定收入和資源有限的人士支付醫療費用。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。其餘人士也獲得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 Align (HMO-POS D-SNP) 獲得自己的Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 健康照護和藥物承保。本計劃承保所有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 Align (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。Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)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，Medicare Part A和Part B分攤費用（自付額、共付額和共同保險），您可能不會為您的Medicare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，提供其他福利。您也將獲得Medicare的額外補助 (Extra Help) 支付您的Medicare藥物費用。本計劃將幫助您管理所有此類福利，以便您獲得您有權享有的健康照護服務和付款協助。

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 核准。本計劃還與 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 和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 承保，包括藥物承保。

第1章 會員入門指南

第1.2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2026年1月1日至2026年12月31日期間，您加入本計劃的月份內有效。

Medicare允許我們可在每一日曆年對我們提供的計劃做出變更。這表示我們可以在2026年12月31日以後對本計劃的費用與福利做出變更。我們還可以在2026年12月31日以後選擇在您的服務區域停止提供本計劃。

Medicare（Medicare和Medicaid服務中心）和 Hawaii Med-QUEST部門計劃(Medicaid)必須核准本計劃。只要我們選擇繼續提供本計劃，並且Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃(Medicaid)繼續核准本計劃，您每年就可以作為本計劃會員繼續獲得Medicare承保。

第2節 計劃資格要求

第2.1節 資格要求

只要您符合以下所有條件，您便符合本計劃的會員資格：

- 您同時擁有Medicare Part A和Medicare Part B。
- 您居住在我們的地理服務區域（如第2.3節所述）。被監禁者即使實際位於地理服務區域內，仍不視為居住在地理服務區域內。
- 您是美國公民或合法居住在美國。
- 您符合以下描述的特殊資格要求。

本計劃的特殊資格要求

本計劃專為符合獲得特定 Medicaid 福利之人士的需求設計。（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。此外，您必須透過 'Ohana Health Plan 投保 Quest Integration 計劃。

備註：如果您喪失資格，但可合理預期 6 個月內可重新獲得資格，則您仍符合會員資格。第 4 章第 2 節告訴您在視為繼續符合資格期間的承保範圍和分攤費用。

第1章 會員入門指南

第2.2節 Medicaid

Medicaid是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助特定收入和資源有限的人士支付醫療費用。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營運自己的計劃。

此外，Medicaid提供計劃幫助大眾支付他們的Medicare費用，例如他們的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)**：Medicaid可能會支付您的Medicare Part A和Part B保費及其他分攤費用（例如保費、自付額、共同保險和共付額）。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 Align (HMO-POS D-SNP) 的計劃服務區域

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 僅向居住在我們的計劃服務區域的人士提供。您必須一直住在本計劃的服務區域內，才能繼續成為本計劃會員。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。

如果您打算搬遷到一個新州，請與您所在州的Medicaid辦事處聯絡，並詢問您的搬遷會對您的Medicaid給付產生哪些影響。Medicaid電話號碼請參閱本文件第2章第6節。

如果您搬到本計劃的服務區域外，您就無法繼續成為本計劃會員。請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），以瞭解我們在新的區域是否有計劃。當您遷離時，您會有特殊投保期讓您轉換到新地區的 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。致電社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213（TTY 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第2.4節 美國公民或合法居留

您必須是美國公民或合法居住在美國境內才能成為 Medicare 保健計劃的會員。若您不具有保留本計劃會員的此基本資格，Medicare（Medicare 和 Medicaid 服務中心）將通知 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)。若您不符合此要求，則 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-

第1章 會員入門指南

SNP) 必須讓您退保。

第3節 重要會員資格資料

第3.1節 本計劃的會員卡

在獲得本計劃承保的服務，以及從網絡內藥房配取處方藥時，請使用您的會員卡。會員卡範本：

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 		MEMBER ID#: 1234567890123 PLAN#: H9916-001-000 ISSUER#: (80840) 9151014609	
Member Name: Member Full Name Care Coordinator Phone: 1-888-846-4262 (TTY: 711) PCP: Physician Name PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PCP / Specialist Office Visit: \$0 Co-pays: \$0 Third Party Liability: Y/N		Member Services 1-888-846-4262 (TTY: 711) Nurse Advice Line 1-800-581-9952 (TTY: 711) Vision: Premier Eye Care 1-855-879-1448 (TTY: 711) Dental: HDS 1-844-379-4325 (TTY: 711) Provider Services / Pharmacy Prior Auth 1-888-505-1201 (TTY: 711) Pharmacist Only 1-833-750-0408 (TTY: 711)	
Medicare Rx: RXBIN: 610014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA Medicaid Rx: RXBIN: XXXXXX RXPCN: XXX RXGRP: XXXXX Effective Date / Prescription Drug Active Date: MM/DD/YYYY		Send Claims To: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 31372 Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163 Part D Claims: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Dept. P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room Website: go.wellcare.com/OhanaHI Member Portal: go.wellcare.com/member	

您成為本計劃會員後，「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 Align (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 核准的臨床研究試驗（亦稱「臨床試驗」），可能會請您出示 Medicare 卡。

如果本計劃的會員卡損毀、遺失或失竊，請立刻致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），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》go.wellcare.com/2026providerdirectories 列出我們目前的網絡內服務提供者、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師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作為全額付款。

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（包括初級照護醫師 (PCP) 和專科醫師）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 Align (HMO-

第1章 會員入門指南

POS D-SNP) 授權使用網絡外服務提供者的狀況。您的健康服務和福利大部分會由Medicare承保，且由於您有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)，您可從我們的計劃取得一些額外的服務。這些服務必須是醫療必需，在某些情況下，您可能需要由初級照護醫師轉診。您必須從我們的計劃內的服務提供者獲得這些服務。如果您在我們的計劃中找不到能提供您所需照護的服務提供者，我們會尋求我們的計劃之外的服務提供者來提供您所需的照護。在這些情況下，您的初級照護醫師 (PCP) 可以致電會員服務部，申請讓您至網絡外服務提供者就診的核准。

請在我們的網站go.wellcare.com/2026providerdirectories查閱最新的服務提供者和供應商名單。如果您沒有《醫療服務提供者與藥房名錄》，您可以向會員服務部索取副本（電子或紙本形式），電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。索取的紙本《醫療服務提供者與藥房名錄》將在 3 個工作日內郵寄給您。

《醫療服務提供者與藥房名錄》go.wellcare.com/2026providerdirectories列出我們的網絡內藥房。網絡內藥房是同意為本計劃會員配取處方藥的藥房。請利用《醫療服務提供者與藥房名錄》查詢您想使用的網絡內藥房。請參閱第5章第2.4節，瞭解您何時可以使用計劃網絡外藥房的相關資訊。

《醫療服務提供者與藥房名錄》也將為您說明哪些網絡內藥房具有首選分攤費用，其可能比其他網絡內藥房針對某些藥物提供的標準分攤費用更低。

如果您沒有《醫療服務提供者與藥房名錄》，您可以向會員服務部索取一份副本，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。您還可以造訪我們的網站go.wellcare.com/2026providerdirectories查詢資訊。

第3.3節 藥物清單（處方集）

本計劃有一份《承保藥物清單》（也稱為藥物清單或處方集）。該清單列出Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 的D部分福利承保哪些處方藥。該清單中的藥物是由本計劃在醫師和藥房的幫助下選擇。該清單必須符合Medicare的要求。除非已按照第5章第6節的說明移除和更換，根據Medicare藥物價格協商計劃協商價格的藥物將納入您的藥物清單中。Medicare已經核准Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 的藥物清單。

藥物清單同時告知是否有任何規定限制藥物的承保。

我們將提供您一份藥物清單。如需獲得有關哪些藥物獲得承保的最完整和最新資訊，請造訪go.wellcare.com/druglist-6716或致電會員服務部 1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。

第1章 會員入門指南

第4節 2026年重要費用摘要

	您在 2026 年的費用
每月計劃保費* *您的保費可能會高於此金額。如需詳細資訊，請參閱第 4.1 節。	\$0
最高自付額 這是您為 A 部分和 B 部分承保服務支付的自付費用上限金額。 （如需詳細資訊，請參閱第 4 章第 1 節。）	\$9,250 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。
初級照護診所就診	每次就診共付額\$0
專科醫生診所就診	每次就診共付額\$0
住院停留	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。
D部分藥物承保自付額 （如需詳細資訊，請參閱第 6 章。）	\$0
D部分藥物承保 （如需詳細資訊，請參閱第 6 章。）	\$0 共付額

第1章 會員入門指南

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。

如果您已透過其中一項計劃獲得幫助，本《承保證明》中與保費有關的資訊可能不適合您。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。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部索取 LIS 附加條款，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

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 Align (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，才能繼續成為本計劃的會員。這包括您的 B 部分保費。如果您不符合免除 A 部分保費資格，您也可能支付 A 部分保費。

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部分或其他可信的藥物承保，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 的標準藥物承保。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。

如果符合下列情況，您不需要支付D部分延遲投保費用：

- 您獲得 Medicare 的額外補助協助支付藥物費用。
- 您已經連續少於 63 天沒有任何可信承保。

第1章 會員入門指南

- 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)）。您的保險公司或人力資源部每年會告訴您，您的藥物承保是否是可信承保。您可能會在該計劃的信函或通訊中獲取此資訊。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：**任何信函或通知必須載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標準藥物計劃所支付的金額。
 - **備註：**處方藥折扣卡、免費診間和藥物折扣網站不是可信的處方藥承保。

Medicare會決定D部分延遲投保費用的金額。 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藥物承保。在您沒有可信承保期間，每個月的罰款費用為 1%。舉例來說，假設您有 14 個月沒有承保，費用百分比將是 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計劃保費（國家基本受益人保費）。2026 年，該平均保費金額為\$38.99。
- 要計算您的每月費用，請用費用百分比乘以國家基本受益人保費，並將結果四捨五入保留至 10 美分。在本例中，費用應為\$38.99 乘以 14%，等於\$5.46。然後四捨五入得出 \$5.50。該金額會增加到 D 部分延遲投保費用者的每月計劃保費中。

每月 D 部分延遲投保費用的三個重要注意事項：

- 由於國家基本受益人保費可能每年變更，**因此費用可能每年變更。**
- 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。
- 如果您未滿 65 歲並投保 Medicare，當您年滿 65 歲時，D 部分延遲投保費用將會重新起計。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。 一般而言，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**申請審核申請。然而，如果您在加入本計劃之前已在支付費用，您可能沒有其他機會就該延遲投保費用申請審核。

第4.4節 收入相關每月調整金額

如果您因為收入變更而喪失本計劃的資格，部分會員可能必須支付 Medicare 計劃的額外費用，稱為 D 部分收入相關每月調整金額 (IRMAA)。額外費用係使用您 2 年前的 IRS 納稅申報單列出的修改後調整總收入計算。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。如需瞭解有關您可能需要根據收入支付之額外金額的更多資訊，請造訪 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果您必須支付額外 IRMAA，社會安全局，而非您的 Medicare 計劃，會給您寄一封信函，告

第1章 會員入門指南

知您額外金額是多少。不管您通常如何支付本計劃的保費，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金額，Medicare 會給您寄帳單。**您必須把額外 IRMAA 支付給政府。其不得與您的計劃每月計劃保費一起支付。如果您未支付額外 IRMAA，您將自本計劃退保並喪失處方藥承保。**

如果您不同意支付額外 IRMAA，您可以向社會安全局申請審核這項決定。要瞭解如何提出申請，請致電社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213 (TTY 使用者請致電 1-800-325-0778)。

第5節 關於您的每月保費的更多資訊

第5.1節 我們的每月計劃保費不會在一年之中變更

我們不能在一年之中變更我們的計劃月保費金額。如果下一年度的每月計劃保費變更，我們會在9月通知您，新保費將於1月1日生效。

然而，在某些情況下，如果您積欠或可能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。在年中的時候，如果您有資格額外補助或者如果您喪失了額外補助的資格時，就可能發生這種情況。

- 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部分或其他可信的藥物承保，則可能需支付D部分延遲投保費用。

您可在第 2 章第 7 節中找到有關額外補助的詳細資訊。

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師／獨立開業協會 (IPA)。IPA是醫師（包括PCP和專科醫師）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。

本計劃的網絡內醫師、醫院、藥劑師及其他服務提供者**使用您的會員資格記錄瞭解承保服務和藥物以及您的分攤費用金額**。正因如此，請務必協助我們提供您的最新資訊。**如果您有任何下列變更，請告知我們：**

- 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（例如由您的雇主、您配偶或同居伴侶的雇主、勞工賠償，或Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 提供）有所變動
- 任何責任理賠，例如汽車意外事故的理賠

第1章 會員入門指南

- 若您入住療養院
- 如果您在區域外或網路外醫院或急診室接受照護
- 如果您指定的負責人（例如照顧者）變更
- 如果您參與臨床研究試驗（**備註：**您不需要將您想參與的臨床研究試驗告知本計劃，但我們鼓勵您這麼做）。

如果您的資訊有任何變更，請致電會員服務部通知我們，電話號碼是1-888-846-4262（TTY 使用者請致電711）。

如果您搬家或變更郵寄地址，也請務必聯絡社會安全局。致電社會安全局，電話號碼是1-800-772-1213（TTY 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第7節 本計劃與其他保險的搭配

Medicare要求我們收集有關您擁有之任何其他醫療或藥物承保的資訊，以便我們將任何其他承保與您在本計劃的福利進行協調。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承保。請仔細閱讀此資訊。如果資訊正確無誤，您不必採取任何行動。如果資訊不正確，或者您有未列出的其他承保，請致電會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。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）提供本計劃的會員ID號碼，以便準時正確支付您的帳單。

當您有其他保險計劃時（如雇主團體健保），Medicare的規定決定本計劃或您的其他保險計劃先付款。先付款的保險（「主要付款方」）最高可支付其承保上限。第二付款的保險「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，請告訴您的醫師、醫院和藥房。

這些規定適用於雇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：
 - 如果您是未滿65歲的身障人士，且您（或您的家人）仍在工作，若雇主雇有100名或以上員工，或多雇主計劃中至少有一名雇主雇有100名以上員工，則您的團體健保計劃應先付款。
 - 如果您年滿65歲，且您（或您的配偶或同居伴侶）仍在工作，若雇主雇有20名或以上員工，或者多雇主計劃中至少有一名雇主雇有20名以上員工，則您的團體健保計劃應先付款。

第1章 會員入門指南

- 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：

- 無過失保險（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 重要電話號碼及資源

第2章：
重要電話號碼及資源

第1節 本計劃聯絡人

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 Align (HMO-POS D-SNP) 會員服務部。我們很樂意幫助您。

會員服務部 - 聯絡資訊	
致電	1-888-846-4262 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7:45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7:45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。如果您留言，請提供您的姓名和電話號碼，團隊成員將在一 (1) 個工作日內回電。 會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711），也為非英語使用者提供免費語言口譯服務。
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7:45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7:45至晚上8點。
寫信	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
網站	go.wellcare.com/OhanaHI

如何對您的醫療照護申請承保決定或上訴

承保決定是我們對您的福利和承保或我們對您的醫療服務或 D 部分藥物支付的金額作出的決

第2章 重要電話號碼及資源

定。上訴是要求我們審核並改變承保決定的正式方式。如需更多有關如何對您的醫療照護或 D 部分藥物申請承保決定或上訴的資訊，請參閱第 9 章。

醫療護理的承保決定 - 聯絡資訊

致電	1-888-846-4262 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 7:45 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 7:45 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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
寫信	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

D 部分藥物的承保決定－聯絡資訊

致電	1-888-846-4262 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 7:45 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 7:45 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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
傳真	1-866-388-1767
寫信	Wellcare

第2章 重要電話號碼及資源

D 部分藥物的承保決定－聯絡資訊

	Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
網站	go.wellcare.com/coveragedetermination

關於醫療護理的上訴 - 聯絡資訊

致電	1-888-846-4262 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 7:45 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 7:45 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 7:45 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 7:45 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

關於 D 部分藥物的上訴－聯絡資訊

致電	1-888-846-4262 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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
----	---

第2章 重要電話號碼及資源

關於 D 部分藥物的上訴－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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
傳真	1-866-388-1766
寫信	Attn: Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
網站	go.wellcare.com/OhanaHI

如何對您的醫療照護提出投訴

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。如需更多有關如何對您的醫療照護提出投訴的資訊，請參閱第 9 章。

關於醫療護理的投訴 - 聯絡資訊

致電	1-888-846-4262 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 7:45 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 7:45 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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
傳真	1-877-297-3112
寫信	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31395 Tampa, FL 33631-3395

第2章 重要電話號碼及資源

關於醫療護理的投訴 - 聯絡資訊

Medicare 網站	如需直接向 Medicare 提交對 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 的投訴，請造訪 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。
-------------	--

關於 D 部分藥物的投訴－聯絡資訊

致電	1-888-846-4262 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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
TTY	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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
寫信	P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
Medicare 網站	如需直接向 Medicare 提交對 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 的投訴，請造訪 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。

如何要求我們為您獲得的醫療照護或藥物支付費用

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 章以瞭解更多資訊。

如果您向我們寄送付款申請，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。請參閱第 9 章以瞭解更多資訊。

第2章 重要電話號碼及資源

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	go.wellcare.com/OhanaHI

第2節 獲得Medicare的協助

Medicare 是聯邦健康保險計劃，適用於年滿 65 歲的人士、部分年齡未滿 65 歲的身心障礙者，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。

主管 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS)。該機構與包括本計劃在內的 Medicare Advantage 機構簽約。

Medicare - 聯絡資訊

致電	1-800-MEDICARE (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。
即時聊天	在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 即時聊天。
寫信	寫信至 Medicare，地址是 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	www.Medicare.gov 獲得您所在地區的 Medicare 健康和藥物計劃相關資訊，包括其費用

第2章 重要電話號碼及資源

Medicare - 聯絡資訊

和提供的服務。

- 尋找 Medicare 簽約醫師或其他健康照護服務提供者和供應商。
- 瞭解 Medicare 承保的項目，包括預防性服務（例如篩檢、注射或疫苗，以及年度「保健」門診）。
- 獲得 Medicare 上訴資訊和表格。
- 獲得由計劃、療養院、醫院、醫師、居家健康機構、透析機構、安寧照護中心、住院復健機構和長期照護醫院提供的照護品質資訊。
- 查閱實用的網站和電話號碼。

您也可以造訪 www.Medicare.gov 告知 Medicare 您對本計劃的所有投訴：

如需向 Medicare 提交投訴，請造訪 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。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。

第3節 州健康保險輔助計劃 (SHIP)

州健康保險輔助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過訓練的顧問，提供免費協助、資訊，並回答您的 Medicare 問題。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州計劃（與任何保險公司或健康計劃無關），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。

Hawaii 州健康保險輔助計劃 (SHIP) - 聯絡資訊

致電

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。

第2章 重要電話號碼及資源

Hawaii 州健康保險輔助計劃 (SHIP) - 聯絡資訊

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 品質改善機構 (QIO)

指定的品質改善機構 (QIO) 為各州享有Medicare的人士提供服務。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師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。其與本計劃沒有關聯。

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

- 您需要對您接受的照護品質提出投訴。照護品質疑慮的範例包括獲得錯誤的藥物、不必要的檢測或程序，或誤診。
- 您認為對您住院的承保終止過早。
- 您認為對您的居家健康照護、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。

Livanta - Hawaii 的品質改善組織 - 聯絡資訊

致電	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 PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
網站	https://www.livantaqio.cms.gov/en

第2章 重要電話號碼及資源

第5節 社會安全局

社會安全局負責判定Medicare的資格和處理Medicare投保事宜。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金額。如果您收到社會安全局的來信，告訴您必須支付額外的金額，您對該金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，要求重新考慮。

如果您搬家或變更郵寄地址，請聯絡社會安全局予以通知。

社會安全局－聯絡資訊

致電	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。 每天 24 小時皆可利用社會安全局的自動電話語音服務獲得語音資訊，並處理若干業務。
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是聯邦和州政府聯合推出的一項幫助低收入與資源有限的人士支付醫療費用的計畫。

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。

第2章 重要電話號碼及資源

- **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)**：Medicaid可能會支付您的Medicare Part A和Part B保費及其他分攤費用（例如保費、自付額、共同保險和共付額）。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)。

Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) - 聯絡資訊	
致電	1-800-316-8005 1-808-524-3370 週一至週五，夏威夷時間 (HT) 上午 7:45 到下午 4:30
TTY	711
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。

Hawaii 州監督辦公室 - 聯絡資訊	
致電	1-808-587-0770 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

第2章 重要電話號碼及資源

Hawaii 州監督辦公室 - 聯絡資訊

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。

Hawaii 長期照護申訴專員計劃 - 聯絡資訊

致電	1-808-586-7268 當地時間週一至週五，上午 7:45 到下午 4:30
TTY	711
寫信	Executive Office on Aging 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813
網站	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

第7節 幫助支付處方藥的計劃

Medicare 網站 (<https://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) 提供有關降低處方藥物費用方法的資訊。以下計劃可以幫助收入有限的人士。

Medicare 提供的額外補助

因為您有資格參加 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)，您有資格和正在獲得 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，即可獲得此額外補助。

如果您對「額外補助」有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048；
- 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 使用者請致電 1-800-325-0778；或
- 您所在州的 Medicaid 辦公室，電話號碼是 1-800-316-8005，TTY 使用者請致電 711。

如果您認為您在藥房支付不正確的處方藥費用，本計劃有一套程序，可協助您獲得正確的共付額金額的證據。如果您已經有正確金額的證據，我們可以協助您與我們分享此證據。

第2章 重要電話號碼及資源

- 致電會員服務部，告訴代表您認為您符合額外幫助的資格。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，其中包含受益人的姓名和上一個日曆年6月後某一個月的符合資格日期
 - 確認上一個日曆年6月後某一個月的現有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 狀態的州政府文件副本
 - 顯示上一個日曆年6月後某一個月Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 狀態的一份州政府電子投保檔案列印文件
 - 顯示上一個日曆年下半年6月後某一個月Medicaid狀態的州政府Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 系統電腦螢幕擷取畫面
 - 顯示上一個日曆年下半年6月後某一個月Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 狀態之其他州政府提供文件
 - 顯示個人接受補充社會安全收入 (SSI) 的社會安全局 (SSA) 信函
 - 經認定符合資格者的申請，確認受益人為「...自動符合額外補助的資格...」（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幫助。您可能需要提供下列其中一種文件類型：

- 機構的匯款單據，顯示 Medicaid 在上一個日曆年 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 6 月後某一個月為您向機構支付一個完整日曆月的費用；或者
- 州政府 Medicaid 系統的電腦螢幕擷取畫面，顯示在上一個日曆年 6 月後某一個月您就 Medicaid 付費目的在機構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，代表將為您提供協助。
- 當我們收到顯示正確共付額級距的證據時，我們將更新我們的系統，以便您在下次領取處方藥時支付正確的共付額金額。如果您超額支付您的共付額，我們將透過支票或未來的共付額抵免額將費用退還給您。如果藥房尚未收取您的共付額，而您有欠款，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，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

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？

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 幫助HIV或愛滋病患者獲取挽救生命的HIV藥物。同時列於ADAP處方集的Medicare Part D藥物有資格透過Hawaii愛滋病藥物協助計劃 (HDAP) 獲得處方藥分攤費

第2章 重要電話號碼及資源

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。

Hawaii HIV 藥物協助計劃 (HDAP) – 聯絡資訊

致電	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：如需符合您所在州運作的 ADAP 資格，必須符合特定標準，包括居住證明和 HIV 狀態、低收入（由州定義）以及無保險／保險不足狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 投保人員，以便您繼續獲得協助。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 鐵路退休委員會 (RRB)

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給付計劃。如果您透過鐵路退休委員會獲得 Medicare，請在您搬家或變更郵寄地址時通知該委員會。如對從您鐵路退休委員會獲得的福利有相關問題，請與該機構聯絡。

鐵路退休委員會 (RRB) – 聯絡資訊

致電	1-877-772-5772 此為免付費電話。 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點按「0」，您即可與RRB代表通話。 全天 24 小時（包括週末和假日）按「1」即可進入自動 RRB 服務專線並獲得語音資訊。
----	---

第2章 重要電話號碼及資源

鐵路退休委員會 (RRB) — 聯絡資訊

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。 致電此號碼並非免費。
網站	https://RRB.gov

第9節 您是否擁有雇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）作為本計劃的一部分從您（或您配偶或同居伴侶的）雇主或退休人員團體獲得福利，如果您有任何疑問，請致電雇主／工會福利管理員或會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。您可以詢問有關您的（或您的配偶或同居伴侶的）雇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）詢問有關您在本計劃下的Medicare承保問題。

TTY使用者請致電1-877-486-2048。

如果您透過您的（或您配偶或同居伴侶的）雇主或退休人員團體獲得其他藥物承保，請聯絡該團體的福利管理員。福利管理員可以幫助您瞭解您目前的藥物承保如何與本計劃合併使用。

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

第3章： 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

第1節 身為本計劃的會員如何獲得您的醫療照護

本章講述關於如何使用本計劃獲得您的承保醫療照護及其他服務的須知事項。有關本計劃承保哪些醫療照護和其他服務的詳細資訊，請參閱第 4 章的醫療福利表。

第1.1節 網絡內服務提供者和承保服務

- **服務提供者**是由州政府核發執照提供醫療服務和照護的醫師和其他健康照護專業人員。「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照護、健康護理服務、用品、設備和處方藥。您的醫療照護承保服務列在第 4 章的醫療福利表中。第 5 章討論您的處方藥承保服務。

第1.2節 您的醫療照護和其他服務獲得本計劃承保的基本規定

作為一項 Medicare 和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 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。本計劃承保的服務請參閱第 4 章。

只要符合下列規定，本項計劃通常會承保您的醫療護理：

- 您獲得的照護包含在第 4 章的本計劃的醫療福利表中。
- 您獲得的照護經認定為**醫療上必需**。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**網絡內初級照護醫師 (PCP)** 提供和監督您的照護。作為本計劃會員，您必須選擇一位網絡內 PCP（如需更多資訊，請參閱第 2.1 節）。
 - 請事先與 PCP 討論您的治療計劃，協調您的照護，再到計劃網絡中搜尋其他服務提供者，例如專科醫師、醫院、特護機構或居家健康照護機構。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 2 節的醫療福利表。

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

- **您必須從網絡內服務提供者獲得照護**（請參閱第 2 節）。在大部分情況下，您從網絡外服務提供者（不在本計劃網絡內的服務提供者）獲得的照護不會獲得承保，以下所述的情況除外。這表示您必須為您獲得的服務支付服務提供者全額費用。有 3 種例外處理：
 - 本計劃承保您從網絡外服務提供者獲得的急診照護或緊急需求服務。如需更多資訊，以及瞭解什麼是緊急情況或緊急需求服務，請參閱第 3 節。
 - 如果您需要接受 Medicare 或 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)要求本計劃承保的醫療照護，但是我們的網絡內沒有專科醫生無法提供此類照護，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照護（需要預先授權）。在這種情況下，我們將為這些服務提供承保，如同您從網絡內服務提供者接受照護。如需獲得核准向網絡外醫師就診的資訊，請參閱第 2.4 節。
 - 當您暫時離開本計劃的服務區域，或此服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時，從 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務可獲得本計劃承保。您支付本計劃的透析分攤費用絕不會高於 Original Medicare 的分攤費用。如果您在本計劃的服務區域之外，並從本計劃網絡外的提供者獲得透析，您的分攤費用不會高於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本計劃網絡以外的服務提供者獲得服務，則您該透析支付的分攤費用可能較高。
- **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 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。

在獲得網絡外服務提供者的這些照護服務時，您無須轉診。然而，在獲得這些服務之前，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 透過本計劃的網絡內服務提供者獲得您的醫療照護和其他服務

第2.1節 您必須選擇一位初級照護醫師 (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

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

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 光檢查、
- 化驗室測試、
- 物理、職能及／或語言治療、
- 專科醫師照護、
- 住院，以及
- 追蹤照護

「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 的診間。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 或您去看的專科醫師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，請致電醫師的診間，您將轉接給您的醫師，或是指示何處可取得服務的答錄機，或者另一位提供承保的醫師。如果您遇到緊急情況，請立即致電 911。

如何選擇 PCP

若要選擇您的 PCP，請前往我們的網站 go.wellcare.com/2026providerdirectories，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師或醫院，請先檢查確定專科醫師和／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。

如何變更您的 PCP

您可以隨時因任何原因更換您的 PCP。您的 PCP 也可能會離開本計劃的服務提供者網絡，您必須選擇一位新的 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

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

護理服務。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師，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 可能會決定您可能會使用的專科醫師和醫院。如果您要使用特定的專科醫師或醫院，請瞭解您的計劃 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。

會員服務部可幫助您選擇新的 PCP。如果您在當月 10 日當天或之前申請變更，則該變更追溯至當月 1 日生效。如果您在 10 日後致電或申請，變更可能在下一個月的 1 日生效。範例：在 1 月 10 日之前提出的 PCP 申請將於 1 月 1 日起生效。在 1 月 11 日當天或之後提出的請求將於 2 月 1 日生效。在變更生效之前，請繼續使用您目前的 PCP 進行所有承保服務。致電會員服務部時，請提及任何需要您當前 PCP 核准的專科醫師或服務（例如居家健康或 DME）。

第2.2節 無需PCP轉診您即可獲得的醫療照護和其他服務

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，只要從網絡內服務提供者處獲得這些服務
- 流感疫苗、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
- 緊急需要的計劃承保服務是指您暫時離開本計劃的服務區域，或者考慮到您的時間、地點和情況從網絡內提供者獲得此服務不合理，而需要立即就醫（但非急診）的服務。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。醫療上必要的例行服務提供者就診（例如年度檢查），即使您不在本計劃的服務區域或本計劃網絡暫時無法使用，也不會視為緊急需求。
- 當您暫時離開本計劃的服務區域時，從 Medicare 認證的透析機構獲得腎透析服務。如可能，請在您離開服務區域之前致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），以便我們幫助安排您在服務區域外接受維持性透析服務。

第2.3節 如何獲得專科醫師和其他網絡內醫療服務提供者的護理

專科醫師是為某種特定疾病或身體部位提供醫療護理服務的醫師。專科醫師有很多種。例如：

- 癌症患者的腫瘤科醫師照護
- 心臟病患者的心臟科醫師照護
- 特定骨骼、關節或肌肉病症患者的骨科醫師照護

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

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師。看專科醫師不需要轉介。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。如需哪些服務需要預先授權的相關資訊，請參閱第 4 章第 2 節。

若專科醫師或另一位網絡內服務提供者退出本計劃

我們可能會在一年中變更本計劃的醫院、醫師和專科醫師（服務提供者）。如果您的醫師或專科醫師退出本計劃，您享有下列權利和保障：

- 即使我們的服務提供者網絡可能在一年中變更，Medicare 要求您獲得不間斷的合格醫師和專科醫師服務。
- 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 3 年內曾向該服務提供者就診，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、目前接受他們的照護，或在過去 3 個月內曾向他們就診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內服務提供者，以持續照護。
- 如果您目前正在接受現有服務提供者的醫療或療法，您有權要求繼續接受醫療上必需的醫療或療法。我們將與您合作，以便您繼續獲得照護。
- 我們將向您提供有關可用投保期以及您可能擁有之計劃變更選項的資訊。
- 若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，我們將以網絡內分攤費用在服務提供者網絡外安排任何醫療上必需的承保福利。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。您有權接受由網絡外服務提供者的急診或緊急需求服務。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。
- 如果您發現您的醫師或專科醫師將離開本計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您選擇新的服務提供者管理您的照護。
- 如果您認為我們未向您提供合格的服務提供者代替先前的服務提供者，或未適當管理您的照護，您有權向 QIO 提出照護品質投訴，或對計劃提出照護品質申訴，或兩者均提出（請參閱第 9 章）。

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

第2.4節 如何獲得網絡外醫療服務提供者的護理

您有權接受由網絡外服務提供者的急診或緊急需求服務。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。然而，在獲得這些服務之前，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。我們將向您的醫師支付我們的帳單分攤費用，並且您的醫師可能向您收取您應支付的金額（如有）。

第3節 當您遭遇緊急情況、災難或緊急需要照護時如何獲得服務

第3.1節 出現緊急醫療情況時如何獲得照護

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傷。醫學症狀可包括快速惡化的疾病、傷害、劇痛或醫療狀況。

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，可打電話叫救護車。您無需事先獲得您的 PCP 的核准或轉診。您不需要使用網絡內醫師。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照護。Wellcare 'Ohana Dual Align (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。

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

緊急醫療情況下有哪些承保服務

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師會決定您的狀況是否穩定，緊急醫療情況是否已經終止。

緊急情況終止後，您有權獲得追蹤照護，以確保您的狀況持續穩定。請務必在接受急診照護後 5 至 7 天內遵循初級照護醫師的後續追蹤囑咐。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。您的醫師將繼續治療您，直到您的醫師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。如果您的急診照護由網絡外服務提供者提供，我們會在您的醫療狀況與情況允許時，立即嘗試安排由網絡內服務提供者接手您的照護。

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，而接受急診照護，但醫師可能認為這並不是緊急醫療情況。如果結果並不是緊急情況，但只要您合理認為您的健康面臨極大的危險，我們就會為您的照護提供承保。

然而，在醫師已經表示這不是緊急情況之後，通常只有在您用以下 2 種方式之一獲得額外照護時，我們才會承保額外照護：

- 您向網絡內服務提供者就診以獲得額外照護。
- 您所接受的額外照護視為緊急需求照護且您遵照下列獲得此緊急照護的規定。

第3.2節 當您緊急需要服務時如何獲得照護

需要立即就醫（但非急診）的服務是指您暫時離開本計劃的服務區域，或者考慮到您的時間、地點和情況從網絡內提供者獲得此服務不合理時的緊急需求服務。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。然而，醫療上必需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 的診間，診間每天 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 go.wellcare.com/2026providerdirectories 查閱網絡內緊急照護中心清單。如果在您的醫師診間接受緊急護理服務，您將支付診間門診共付額；然而，如果您在網絡內緊急照護中心或無需預約診間接受緊急照護服務，您將支付緊急照護中心共付額，其金額可能不同。請參閱第 4 章，瞭解適用於醫師診間或網絡內緊急照護中心或無需預約診間提供之服務的共付額。

您也可以隨時聯絡護理師諮商專線。護理專業人士每週 7 天，每天 24 小時為您解答問題。如需更多有關護理師諮商專線的資訊，請參閱第 4 章中的健康與保健教育計劃福利類別，或致電

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

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 災難期間獲得照護

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部部長 的部長、或美國總統宣佈您所在的地區處於災難或緊急情況，您仍然有資格從本計劃獲得照護。

如需瞭解如何在災難期間獲得所需照護，請造訪 go.wellcare.com/OhanaHI。

如果您在災難期間無法使用網絡內服務提供者，本計劃允許您以網絡內分攤費用獲得網絡外服務提供者的照護。如果在災難期間您無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取處方藥。請參閱第 5 章第 2.4 節。

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？

如果您已為承保服務付費，或您收到承保醫療服務的帳單，請參閱第 7 章瞭解應如何處理的資訊。

第4.1節 如果本計劃不承保服務

我們的計劃承保第 4 章醫療福利表中所列的所有醫療上必要的服務。如果您接受本計劃不承保的服務，或者您從網絡外獲得服務且未經授權，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額費用。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3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

第5節 臨床研究試驗中的醫療服務

第5.1節 什麼是臨床研究試驗

臨床研究試驗（亦稱臨床試驗）是醫師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。某些臨床研究試驗已獲得 Medicare 的核准。Medicare 核准的臨床研究試驗通常會要求自願者參與試驗。參加臨床研究試驗期間，您仍然可以繼續投保本計劃，繼續透過本計劃接受其餘照護（與試驗無關的照護）。

如果您參加一項 Medicare 核准的試驗，Original Medicare 會支付您在試驗中接受之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。您需要提供文件，向我們證明您的支付金額。

如果您希望參加任何 Medicare 核准的臨床研究試驗，您不需告知我們，或取得我們或您 PCP 的核准。作為臨床研究試驗一部分為您提供照護的服務提供者不必是本計劃的網絡內服務提供者。（其不適用於需要臨床試驗或登錄評估福利的承保福利，包括需要承保證據開發 (NCDs-CED) 和試驗性裝置豁免 (IDE) 試驗的特定承保福利。這些福利也可能受預先授權和其他計劃規定約束。）

儘管您不需要獲得本計劃同意即可參與臨床研究試驗，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 尚未核准的試驗，您將負責自行支付參加該試驗的所有費用。

第5.2節 臨床研究試驗服務的費用支付方

您參加 Medicare 核准的臨床研究試驗後，Original Medicare 會承保您在試驗中接受的例行項目和服務，其中包括：

- 即使您未參加試驗 Medicare 也會承保的住院膳宿費用。
- 作為研究試驗一部分的手術或其他醫療程序。
- 新照護造成之副作用和併發症的治療。

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，您無需為在臨床研究試驗中接受的承保服務支付任何費用。

在您參加臨床研究試驗期間，Medicare 以及本計劃均不會支付任何下列費用：

- Medicare 通常不會支付試驗正在測試之新項目或新服務的費用，除非 Medicare 承保該

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

項目或服務，那麼即使您未參與試驗亦不在此限。

- 僅為了收集資料而提供（並非直接用於您的健康照護）的項目或服務。例如，如果您的醫療狀況通常只需要做一次CT掃描，Medicare不會為您在試驗中每月接受一次的CT掃描支付費用。
- 由研究試驗委託者免費提供提供給參與試驗者的項目和服務。

獲得更多有關參加臨床試驗的資訊

在Medicare刊物*Medicare*和臨床研究試驗中獲得更多有關參加臨床研究試驗的資訊，請參閱 www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf。您也可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。

第6節 在宗教性非醫療保健機構接受照護的規定

第6.1節 宗教性非健康照護機構？

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，則我們會承保在宗教性非健康照護機構的照護。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 如何獲得宗教性非健康照護機構的照護

如需接受宗教性非健康照護機構提供的照護，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**非強制性醫療**。

- **非強制性醫療**照護或治療是指**自願性**且聯邦、州或地方法律並未要求提供的任何醫療照護或治療。
- **強制性醫療**是指您**非自願性**或依據聯邦、州或地方法律要求獲得的醫療照護或治療。

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：

- 提供照護的機構必須獲得 Medicare 認證。
- 本計劃僅承保**非宗教**方面的照護。
- 如果您從此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：
 - 您的醫療狀況必須讓您能夠取得住院照護或特護機構照護的承保服務。
 - 一**並且**一在住進該機構之前您必須事先獲得本計劃核准，否則您的住院將不承保。

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3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

第7節 有關耐用醫療設備所有權的規定

第7.1節 您在本計劃中支付一定金額款項後不會擁有部分耐用醫療設備

耐用醫療設備 (DME) 包括由服務提供者訂購供會員居家使用的物品，例如氧氣設備和用品、輪椅、助行器、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。會員一向擁有部分 DME 用品，例如義肢。其他類型 DME 則必須租用。

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。作為本項計劃的會員，在為某些類型的 DME 支付特定月數之後，您將擁有該物品。當您享有 Original Medicare 時，您先前針對一件 DME 物品支付的款項，並不會計入您在作為本計劃會員時所支付的金額。如果您在作為本項計劃的會員期間取得一件 DME 項目的所有權，而該設備需要維護，服務提供者可就維修成本向您收取計劃費用。也有某些類型的 DME，無論您在本項計劃會員的期間為該項目支付多少金額都無法取得所有權。請致電會員服務部，查詢關於 DME 租借或所有權之規定，以及您需要提供的文件。

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？

如果您在本計劃中沒有獲得 DME 物品的所有權，則在您轉換到 Original Medicare 後，您必須重新連續支付 13 期的費用，才能擁有 DME 物品。您在投保本計劃期間支付的款項不計入這 13 次付款。

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 中支付的款項不計入。您必須先支付 13 筆費用至本計劃，才能擁有該物品。

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。您在參與本計劃期間不會獲得該物品的所有權。然後您回到 Original Medicare。您再次加入 Original Medicare 後，必須連續支付 13 次新款項，才能擁有該物品。您已支付的任何款項（無論是對本計劃或 Original Medicare）均不計入。

第7.2節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

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

- 氧氣設備租借
- 氧氣和氧氣內容物輸送
- 管件及輸送氧氣和氧氣內容物所需之相關氧氣配件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您離開 Wellcare 'Ohana Dual Align (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。

第3章 使用本計劃保障您的醫療及其他承保服務

如果您退出本計劃並返回 Original Medicare 會發生什麼事？

Original Medicare 要求氧氣供應商提供您 5 年的服務。前 36 個月期間您租用設備。其餘 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）。5 年後，您可以選擇繼續使用同一家公司，或轉至另一家公司。此時，即使您繼續使用同一家公司，5 年週期仍會重新開始，您必須再次支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出本計劃，5 年週期將重新開始。

第4章 醫療福利表（承保內容）

第4章： 醫療福利表 （承保內容）

第1節 瞭解承保服務

醫療福利表列出您身為本計劃會員享有的承保服務。本節也提供不承保的醫療服務相關資訊，並說明特定服務的限制。

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：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。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。

Medicare Advantage計劃對於您每年必須為Medicare Part A和Part B承保的醫療服務支付的總分攤費用有限額。該限額稱為醫療服務的最高分攤費用 (MOOP) 金額。**在2026日曆年，MOOP金額為 \$9,250。**

您為承保服務支付的共付額和共同保險計入該最高自付額。您為 D 部分藥物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\$9,250 最高分攤費用，您在該年度的其餘時間無需為 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4章 醫療福利表（承保內容）

第2節 醫療福利表列出您的醫療福利和費用

以下各頁的醫療福利表列出本計劃的承保服務（第5章說明D部分藥物承保）。醫療福利表中列出的服務僅在符合下列要求的情況下才會承保：

- 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)承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療照護、服務、用品、設備和B部分藥物）必須是醫療上必需。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協調照護計劃必須提供至少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。
- 您有一位初級照護醫師 (PCP) 提供和監督您的照護。
- 醫療福利表中列出的部分服務僅在您的醫師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。
- 如果您的協調照護計劃核准某療程的預先授權申請，則該核准的有效期限必須是醫療上合理且必需，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照護。

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。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。
- 如同所有Medicare保健計劃，我們承保Original Medicare承保的全部服務。（如需進一步瞭解Original Medicare的承保和費用，請參閱您的2026年《Medicare與您》手冊。在www.Medicare.gov 線上查看，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份（TTY使用者請致電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2026年期間為任何新服務增加承保範圍，則Medicare或本計劃均會承保這些服務。
- 根據我們的計劃，我們會提供一些Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利的承保，如同我們的計劃與您的州Medicaid機構的協議中所要求。第4章醫療福利表說明本計劃承保的福利項目。醫療福利表也會說明任何適用的福利限制或授權。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-

第4章 醫療福利表（承保內容）

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計劃不負責任何可能列於Medicaid州計劃中的任何Hawaii Med-QUEST部門計劃(Medicaid)承保福利。

只要您符合上述承保要求，您不需要為列入醫療福利表中的的服務支付任何費用。

慢性病投保人的重要福利資訊

- 如果您被診斷具有以下定義的慢性病並且符合特定條件，您可能有資格獲得針對性慢性疾病的特殊補充福利。
 - 自體免疫疾病（包括類風濕性關節炎）
 - 癌症
 - 心血管疾病（包括高血壓）
 - 慢性酒精使用障礙症或其他物質使用障礙症 (SUD)
 - 慢性心臟衰竭
 - 慢性肺部疾病
 - 慢性及失能性精神健康狀況
 - 慢性胃腸道疾病（包括慢性胃腸道失調）
 - 慢性腎病 (CKD)
 - 伴隨功能障礙的病症（包括末期腎病 (ESRD)、末期肝病、骨質疏鬆症（骨骼疾病）、骨關節炎）
 - 需要持續治療服務以維持或保留身體功能的病症（包括肌肉失養症）
 - 與認知障礙相關的病症（包括唐氏症）
 - 失智症
 - 糖尿病
 - 子宮內膜異位症
 - HIV/愛滋病
 - 神經疾病
 - 超重、肥胖和代謝症候群（包括高脂血症/血脂異常）
 - 器官移植後
 - 嚴重血液疾病
 - 中風

第4章 醫療福利表（承保內容）

- 您的計劃包含慢性疾病的特殊補充福利 (SSBCI)。這些補充福利僅提供給符合額外資格條件的高風險慢性疾病會員。
- 會員必須符合並維持以下全部三項資格條件，才符合資格：
 1. 會員必須需要**密集**的照護管理。
 2. 會員必須具有**高臨時住院風險**。
 3. 會員必須具有符合資格之慢性病症的病歷記載有效診斷。慢性病症必須**威脅性命或嚴重限制會員的整體健康或功能**。
- 如果符合資格，Wellcare將通知您，且您將收到一封信函，說明如何獲得福利。
- 如果您的服務提供者證明您符合條件，則新會員可能符合SSBCI福利的資格。
- 共付額或計劃未承保的其他費用可能適用。
- 在接受這些福利之前，必須確認已符合所有條件。
- 所有福利將於2026年12月31日終止，會員都必須在每個計劃年度重新取得資格。
- 如需更多相關詳細資訊，請參閱下方醫療福利表中的 *慢性疾病的特殊補充福利* 列。
- 請與我們聯絡，以瞭解您有資格獲得哪些福利。



此蘋果在醫療福利表中代表預防性服務。

醫療福利表

承保服務

您支付的金額

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 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。您的 Medicaid 承保服務分攤費用（若有的話）是根據您的 Medicaid 資格等級而定。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。如果您有特定風險因子且獲得您的醫師、醫師助理、執業護理師或臨床專科護理師轉診，本計劃僅為此篩檢提供承保。

對於有資格接受此項預防性篩檢的會員，無共同保險、共付額或自付額。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
慢性下背疼痛針灸治療 承保服務包括： 在以下情況，承保 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，無法辨識的全身性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）； • 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 8 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。 提供者要求： 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。 醫師助理 (PA)、專科護理師 (NP)／臨床護理專科醫師 (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、主動且不受限制執行針灸的執照。 提供針灸療法的輔助人員必須在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 所規定的醫師、PA 或 NP／CNS 適當的監督程度下進行。 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：	在 PCP 診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為\$0。 在專科醫師診間接受 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> 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>

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
慢性下背疼痛針灸治療—續 • 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。	
救護服務 無論是緊急情況或非緊急情況，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，載送至能夠提供照護的最近適當機構，在會員的醫療狀況使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，應以載明會員的狀況如使用其他交通工具可能危及其健康，且救護車運輸為醫療上必需。	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。以下是檢查期間可能執行或醫囑進行的服務範例： • 進行例行測量（身高、體重、血壓） • 評估可預防疾病的風險因素 • 檢查反射和生命徵象 • 實驗室檢驗（尿液和血液檢體）	年度例行體檢的共付額為\$0。*

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 年度保健門診 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、共付額或自付額。
 骨質密度測量 對於符合資格的人士（通常指有骨質流失或患骨質疏鬆症風險者），以下服務每 24 個月承保一次，或者如果為醫療上必需則可更頻繁承保：確定骨質、檢測骨質流失或判定骨骼品質，包括醫師判讀檢查結果。	Medicare 承保的骨質密度測量無共同保險、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攝影 • 年滿 40 歲女性每 12 個月一次乳房攝影篩檢 • 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、共付額或自付額。
心臟復健服務 為有醫師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。 本計劃也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，共付額為\$0。 Medicare 承保密集型心臟復健服務，共付額為\$0。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 降低心血管疾病風險的門診（心血管疾病治療） 我們每年承保一次門診，由您的初級照護醫師幫助您降低患心血管疾病的風險。在此次就診期間，您的醫師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、共付額或自付額。
 心血管疾病篩檢檢測 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、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年齡，且在過去 3 年之內曾有一次子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月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、共付額或自付額。
整脊服務 承保服務包括： 徒手推拿脊柱以矯正半脫位 本計劃也承保每年總計最多 12 次補充性（非 Medicare 承保）整脊門診。 背部、頸部或手臂和腿部關節的補充性（非 Medicare 承保的）脊骨推拿療法服務受醫療必要性之限制。 脊骨推拿療法承保服務包括：	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> 每次補充性（非 Medicare 承保的）整脊療法門診的共付額為\$0。* <i>可能需要預先授權。</i>

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
整脊服務—續 - 初次檢驗（新病患檢驗，或對既有病患進行新的健康問題或新疾病發作的首次評估檢驗。） - 重新檢驗（既有病患的檢驗，在必要時評估進展或修正治療）、脊椎或關節推拿及／或其他服務（這些服務可能作為檢查在同一次就診中提供） - 由簽約脊椎矯正師提供或轉診的 X 光和化驗服務。對新病患或既有病患的門診之外所進行的 X 光與化驗服務，會評估個人共付額。 如需協助尋找網絡內服務提供者，您可以致電會員服務部。 備註：例行脊椎矯正服務的承保是本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。	
慢性疼痛管理和治療服務 為慢性疼痛患者（持續或重複疼痛超過 3 個月）提供的每月承保服務。 服務可能包括疼痛評估、藥物管理，以及照護協調和規劃。	此服務的分攤費用將因治療過程中提供的個別服務而異。 請參閱本表後面的「醫師/執業人員服務，包括醫師診間就診」，以瞭解 Medicare 承保的初級照護或專科醫生診間就診的任何適用分攤費用金額。
 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後每 24 個月承保一次。 - 對於年滿 45 歲的非結直腸癌高風險患者，進行最後一次篩檢的電腦斷層掃描結腸鏡檢查當月後已經過至少 59 個月，或進行最後一次軟式乙狀結腸鏡檢查篩檢或結腸鏡檢查篩檢當月後已經過 47 個月時，即予以承保。對於結腸直腸癌高風險患者，進行最後一次電腦斷層掃描結腸鏡檢	Medicare 承保結直腸癌篩檢，無共同保險金、共付額或自付額。如果您的醫師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，您在本次醫師服務所需支付的共付額為 \$0。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 結直腸癌篩檢－續 查篩檢或最後一次結腸鏡檢查篩檢當月後經過至少 23 個月後進行的電腦斷層掃描結腸鏡檢查篩檢，可支付款項。 • 年滿 45 歲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，或電腦斷層掃描結腸鏡檢查結果為高風險的患者，每 48 個月一次。 • 年滿 45 歲患者的糞便潛血檢測篩檢。每 12 個月一次。 • 45 至 85 歲且不符合高風險標準患者的多目標糞便 DNA 檢查。每 3 年一次。 • 45 至 85 歲且不符合高風險標準患者的血液生物標記檢測。每 3 年一次。 • 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。 • 結腸直腸癌篩檢檢測包括預定的軟式乙狀結腸鏡檢查篩檢或結腸鏡檢查篩檢，其涉及組織或其他物質的移除，或與篩檢檢測有關、由篩檢檢測導致且在同一臨床診療中提供的其他程序。	
牙科服務 一般而言，預防性牙科服務（例如洗牙、例行牙科檢查和牙科 X 光）未享有 Original Medicare 承保。然而，Medicare 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狀況的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，或在器官移植前的口腔檢查。此外我們也承保： 補充（即例行）牙科服務 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。*	每次 Medicare 承保牙科服務，\$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）

承保服務	您支付的金額
牙科服務－續 • 診斷及預防性牙科照護（承保服務包括下列項目。） ◦ 其他診斷性牙科服務－每天至 1 個計劃年度 1 次，視服務類型而定 ◦ 其他預防性牙科服務 - 每天 1 次至 1 年，視服務類型而定 • 綜合性牙科照護（承保服務包括下列項目。） ◦ 修復性服務－每 1 到 7 個計劃年度 1 次，視服務類型而定 • 牙髓病－	網絡內 每次其他診斷性牙科服務就診共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 網絡外 ■ 其他診斷性牙科服務每次就診的共同保險為25%。* 可能需要預先授權。 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。 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。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
牙科服務—續 ◦ 牙周病— ◦ 口腔／頤面外科手術 - 終生 1 次 ◦ 義齒補綴（固定式）— ◦ 義齒補綴（活動式）— 每 6 個月至 5 個計劃年度 1 次，視服務類型而定	網絡外 ■ 每次根管治療服務共同保險為 25%。* 可能需要預先授權。 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 每次口腔頤面手術服務為\$0共付額。* 可能需要預先授權。 網絡外 ■ 每項口腔頤面服務共同保險為 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為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。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
牙科服務－續 ○ 輔助性一般服務－每年不限次數 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。 您可以在我們的牙科福利詳細資訊中找到其他牙科承保資訊，包括承保程序的詳細清單，網址：go.wellcare.com/dentalbenefits-hi 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補充牙科服務的二次承保。在接受牙科服務之前，請向服務提供者詢問他們是否能向 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 寄送帳單，將他們視為第二付款人。請務必向服務提供者出示您的 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 身份卡。	網絡外 ■ 每次活動式義齒補綴服務共同保險為25%。* 可能需要預先授權。 網絡內 每次輔助性一般服務，共付額為\$0。* 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。 ■ 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。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 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、共付額或自付額。
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因子，我們承保此篩檢（包括禁食血糖測試）：高血壓、膽固醇和三酸甘油酯濃度異常病史（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 2 次糖尿病篩檢測試。	Medicare 承保的糖尿病篩檢無共同保險、共付額或自付額。
 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，以及用於檢查檢驗試紙與監測器準確度的血糖對照溶液。 • 若為患有嚴重糖尿病型足部疾病的糖尿病患者：每個日曆年承保一雙訂製的治療鞋（含此類鞋款隨附的鞋墊）及 2 雙額外的鞋墊，或者一雙高幫鞋及 3 雙鞋墊（不含此類鞋款隨附之非訂製可拆式鞋墊）。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。	Medicare承保糖尿病監測用品，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> 然而，您仍然可能為 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid) 不予承保的產品支付最多 20%的費用。 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，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> 然而，您仍然可能為 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid) 不予承保的產品支付最多 20%的費用。 Medicare 承保的糖尿病自我管理培訓，共付額為\$0。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品一續 Accu-Chek™ Guide 和 True Metrix™ 是我們的首選糖尿病測試用品（血糖監測儀和試紙）品牌。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。	然而，您仍然可能為 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid) 不予承保的產品支付最多 20% 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，請參閱第12章和第3章） 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、由服務提供者訂購供居家使用的醫院病床、IV輸液泵、語音合成裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。 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未提供某個特定品牌或製造商的用品，您可以請他們為您特別訂購。 請在我們的網站go.wellcare.com/2026providerdirectories查閱最新的服務提供者和供應商名單。	Medicare承保的耐用醫療設備，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的醫療用品共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> 您的Medicare氧氣設備承保的分攤費用為每36個月共付額為\$0。投保36個月後，您的分攤費用將不會變更。 若加入本計劃前，您已支付氧氣設備承保的36個月租借費用，則您在本計劃的分攤費用共付額為\$0。
急診照護 急診照護指以下服務： • 由具備提供緊急服務資格的服務提供者提供，以及 • 評估或穩定緊急醫療病況所必需	Medicare 承保急診室就診，共付額為\$0。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
急診照護—續 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。醫學症狀可包括快速惡化的疾病、傷害、劇痛或醫療狀況。 您由網絡外服務提供者獲得之必要緊急服務的分攤費用與由網絡內服務提供者獲得者相同。 美國以外地區的緊急服務則在承保範圍內。	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，則您必須轉到網絡內醫院，以讓您的照護繼續獲得承保，或者您必須在獲取本計劃核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\$115。* 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。
 健康與保健教育方案 • 護理師諮詢專線 由受過訓練且領有執照之註冊護士提供的免付費電話護士建議。護理師諮詢專線每週 7 天，每天 24 小時提供服務，可協助處理健康相關問題。您若要聯絡護理師諮詢專線，可以致電會員服務部，將電話轉到護理師諮詢專線。 • 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。	護理師諮詢專線的共付額為\$0。 *

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 健康與保健教育計劃－續 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。會員資格包括使用標準健身俱樂部或健身房服務，以及提供的團體健身課程。您可以前往健身網絡中的一個或多個健身房。 ○ 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 生活型態指導計劃 ○ 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、影片和直播課程和活動 如需關於健身福利的更多資訊，請致電會員服務部。	健身福利共付額為\$0。*
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，在您從醫師、聽力學家或其他合格服務提供者獲得的情況下，可作為門診照護承保。 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。	每次 Medicare 承保聽力檢查，\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每年 1 次例行聽力檢查，共付額為\$0。* <i>可能需要預先授權。</i> 每年 1 次助聽器調試與評估，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）

承保服務	您支付的金額
聽力服務—續 1 個非植入式助聽器，每年每耳最高\$500。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。	每年 2 副助聽器，共付額為 \$0。* <i>可能需要預先授權。</i>
 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。 如果您懷孕，我們承保： - 孕期最多 3 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、共付額或自付額。
居家健康機構照護 在您接受居家健康服務前，醫師必須證明您需要居家健康服務，並要求由居家健康機構提供居家健康服務。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（如需獲得居家護理助理員福利的承保，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 - 醫療設備和用品	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>

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
居家輸注治療 居家輸注治療涉及在家中對個人靜脈或皮下施用藥物或生物製品。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： • 依本照護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 • 由合格居家輸注治療提供者所提供之居家輸注治療和居家輸注藥物的監測服務	初級照護醫師 (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。 專科醫師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> 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 如果您的醫師和安寧照護醫療主管向您發出末期疾病預後診斷，證明您患有末期疾病，如果您的疾病按照正常情況發展您有 6 個月或更短的壽命，您有資格享有安寧照護福利。您可透過任何 Medicare 認證安寧照護計劃取得照護。本計劃有義務幫助您在計劃的服務區域中找到 Medicare 認證安寧照護計劃，包括我們擁有、控制或有財務利益的計劃。您的安寧醫師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	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）

承保服務	您支付的金額
安寧照護—續 • 短期喘息照護 • 居家照護 當您入住安寧照護機構時，您有權繼續留在本計劃中；如果您選擇繼續留在本計劃中，您必須繼續支付計劃保費。 安寧照護服務以及與您末期預後相關的 Medicare Part A 或 Part B 承保服務：Original Medicare（而不是本項計劃）會向您的安寧照護服務提供者支付您的安寧照護服務以及與您的終期疾病預後相關的任何 A 部分與 B 部分服務費用。當您在安寧照護計劃中時，您的安寧照護服務提供者會向 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。 由 Medicare Part A 或 Part B 承保且與您的末期疾病預後無關的服務：如果您需要 Medicare Part A 或 Part B 承保的非急診、非緊急需求服務，其與您的末期疾病預後無關，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獲得承保服務，並遵照計劃規定獲得服務，您只需為網絡內服務支付本計劃的分攤費用 • 如果您從網絡外服務提供者獲得承保服務，您必須支付 Original Medicare 的分攤費用 對於本計劃承保但非 Medicare Part A 或 B 承保的服務：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本計劃的分攤費用金額。 對於可能由我們計劃的 D 部分福利承保的藥物：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照護病症相關，您支付 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。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節。	

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
安寧照護—續 備註：如果您需要非安寧照護（與您的末期疾病預後無關的照護），請聯絡我們以便安排服務。 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）。	
 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，如果為醫療上必需，可額外接受流感注射（或疫苗） - B 型肝炎疫苗，如果您是 B 型肝炎中高風險群 - COVID-19 疫苗 - 其他疫苗，如果您是有風險的族群，且符合 Medicare Part B 承保規定 我們的 D 部分藥物福利也承保大多數其他成人疫苗。 本計劃為針對年滿 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、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（若是醫療上必需，則私家病房亦可）	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

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
住院照護—續 • 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照護病房） • 各類藥物 • 實驗室檢測 • 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 • 物理、職能和語言治療 • 物質濫用住院服務 • 在特定條件下，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。如果您需要移植，我們會安排 Medicare 核准的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—包括儲存和輸血。全血及紅血球濃厚液僅從您所需的第一品脫開始承保。血液的所有其他成分從第一品脫開始承保。 • 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，請詢問醫院工作人員。 在 Medicare 概覽表 <i>Medicare 醫院福利</i> 中獲取更多資訊。這份概覽表可在 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。	院的分攤費用。 可能需要預先授權。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
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。在投保本計劃之前，如果您已用掉部分的 190 天 Medicare 終生福利，則您只會獲得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。 <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。
住院照護：在末承保的住院期間在醫院或 SNF 獲得的承保服務 如果您已經用盡您的住院福利或者住院不合理和不必要，我們不會承保您的住院。在某些情況下，我們會承保您在醫院或特護機構 (SNF) 入住期間獲得的特定服務。承保服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷測試（例如實驗室檢測） • 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器材 • 義肢和矯正器材（牙科除外），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，包括此類器材的更換或修理	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。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
住院照護：在末承保的住院期間在醫院或 SNF 獲得的承保服務一續 - 腿部、臀部、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	
 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師開立處方者。 您在 Medicare（包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）第一年獲得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獲得更長時間的治療。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、共付額或自付額。
 Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP) 所有 Medicare 保健計劃皆為符合資格的 Medicare 受益人承保 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生活方式。	MDPP 福利並無共同保險、共付額或自付額。
Medicare Part B 藥物 這些藥物由 Original Medicare 的 B 部分承保。本計劃的會員透過本計劃獲得這些藥物承保。承保藥物包括： - 通常非患者自行注射，而是在您獲得醫師、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸注的藥物 - 透過耐用醫療設備（如醫療上必需的胰島素幫浦）提供的胰島素 - 您使用本計劃授權的耐用醫療設備（如噴霧器）服用的其他藥物	某些藥物可能會受限於循序用藥。 藥房可能需要向我們的計劃和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 提交理賠申請，以便您以下列所示的分攤費用獲得 B 部分藥物。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
Medicare Part B 處方藥－續 - Alzheimer' s 藥物 Leqembi®（學名侖卡奈單抗 (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。如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，則由 Medicare Part D 藥物承保來承保 - 注射用骨質疏鬆症藥物，前提是您行動不便，有骨折，且醫師認定骨折與絕經後骨質疏鬆症相關，無法自行給藥 - 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 - Medicare Part B 承保的特定口服末期腎臟疾病 (ESRD) 藥物 - ESRD 付款系統下的擬鈣劑和磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv®和口服藥物 Sensipar® - 特定用於居家透析的藥物，包括肝素、醫療上必需的肝素解毒劑及局部麻醉劑	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，胰島素分攤費用為 25%或共付額上限 \$35（以較低者為準）。<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 Medicaid 資格類別而定。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare Part B化學治療／放射治療藥物 Medicare承保的B部分化療藥物，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）

承保服務	您支付的金額
Medicare Part B 處方藥－續 - 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相關的貧血（例如 Epogen[®]、Procrit[®]、Retacrit[®]、Epoetin Alfa, Aranesp[®]、Darbepoetin Alfa、Mircera[®]或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta），Medicare 承保紅血球生成素注射 - 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的靜脈免疫球蛋白 - 靜脈和腸內營養（靜脈和管灌飲食） 此連結內含 B 部分藥物的清單，可能受循序用藥限制： go.wellcare.com/HISStepTherapy。 我們的 B 部分也承保某些疫苗，D 部分福利則承保大多數成人疫苗。 第 5 章說明我們的 D 部分藥物福利，包括為了使處方藥獲得承保您必須遵守的規定。您透過本計劃為 D 部分藥物支付的費用見第 6 章的說明。	
 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師診間處接受服務，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師或醫療執業人員，瞭解更多資訊。 有鴉片成癮 (OUD) 的本計劃會員，可以透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得承保服務治療 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） - 物質使用諮詢 - 個人和團體治療 - 毒物檢測 - 攝取活動 - 定期評估	預防性肥胖症篩檢和療法，無共同保險、共付額或自付額。 Medicare 承保的鴉片類藥物治療服務，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）

承保服務	您支付的金額
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（鐳和同位素）療法，包括技術人員所用材料和用品 • 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器材 • 實驗室測試 • 血液－包括儲存和輸血。本項計劃僅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 • 非實驗室診斷檢測（如 CT 掃描、MRI、EKG 及 PET 掃描），如由您的醫師或其他健康照護服務提供者開立以治療醫療問題。 • 其他門診診斷測試	Medicare承保的X光檢查，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保治療性放射服務，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的醫療用品，包括石膏和夾板，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> \$0 共付額 Medicare承保化驗服務。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare 承保的血液服務，共付額為\$0。 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> Medicare承保之診斷性程序與測試的共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i>

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
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 標準並經認定為合理且必要。只有根據醫師或州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，才承保觀察服務。 備註：除非服務提供者已開立入院醫囑讓您住院，否則您視為門診患者且需支付醫院門診服務的分攤費用金額。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是否為門診患者，請詢問醫院工作人員。 在 Medicare 概覽表 <i>Medicare 醫院福利</i> 中獲取更多資訊。這份概覽表可在 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。	每次 Medicare 承保的觀察服務的共付額為\$0。
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 • 由醫院請款的實驗室和診斷測試 • 精神健康照護，包括在日間住院計劃中的照護，如果醫師證明不提供此類照護則需要住院治療 • 由醫院請款的 X 光和其他放射服務 • 醫療用品，如夾板和石膏模 • 您無法自行給藥的特定藥物和生物製劑 備註：除非服務提供者已開立入院醫囑讓您住院，否則您視為門診患者且需支付醫院門診服務的分攤費用金額。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是否為門診患者，請詢問醫院工作人員。	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。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
門診心理醫療保健 承保服務包括： 由持有州頒發執照的精神科醫師或醫師、臨床心理學家、臨床社工、臨床專科護理師、持照專業諮商師 (LPC)、持照婚姻家庭治療師 (LMFT)、執業護理師 (NP)、醫師助理 (PA) 或 Medicare 核准的其他精神健康專業人員按照適用州法律提供的精神健康服務。 - 由心理治療師提供服務 - 由其他精神健康照護服務提供者提供的服務	每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的個人治療就診，共付額為\$0。 每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的團體治療就診，共付額為\$0。 <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，共付額為\$0。 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 承保服務包括物理治療、職能治療和語言治療。 門診復健服務在不同的門診環境內提供，例如醫院門診部、獨立治療師診間和綜合門診病患復健機構 (CORF)。 由物理治療師提供的服務	每次 Medicare 承保的物理治療就診，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）

承保服務	您支付的金額
門診復健服務－續 - 由職能治療師提供的服務 - 由語言治療師提供服務	每次Medicare承保職能治療就診，共付額為\$0。 可能需要預先授權。 每次Medicare承保的語言治療就診，共付額為\$0。 可能需要預先授權。
物質使用障礙症門診服務 承保服務包括： 由醫師、臨床心理學家、臨床社工、臨床專科護理師、執業護理師、醫師助理或其他 Medicare 核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，例如個人及團體療程。	每次 Medicare 承保的個人治療就診，\$0 共付額。 每次 Medicare 承保的團體治療就診，共付額為\$0。 可能需要預先授權。
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：如果您在醫院接受手術，您應向服務提供者確認您算是住院病患或門診患者。除非服務提供者開立入院醫囑讓您住院，否則您視為門診患者且需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。 - 醫院門診提供的服務 - 在門診手術中心提供的服務	在醫院門診設施進行之Medicare承保的門診，\$0共付額。 可能需要預先授權。 每次Medicare承保的門診手術中心就診，共付額為\$0。 可能需要預先授權。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
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提供的積極精神治療結構化計劃，比在醫師、治療師、持照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或持照專業顧問診間接受的照護更密集，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間提供的積極行為（精神）健康治療結構化計劃，其密集度比在醫師、治療師、持照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或持照專業顧問診間接受的照護更高，但低於日間住院。	每項 Medicare 承保的日間住院服務，每天\$0 共付額。 <i>可能需要預先授權。</i> 每次 Medicare 承保密集門診服務，每天共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i>
醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診 承保服務包括： - 您在醫生診間、認證門診手術中心、醫院門診部或其他地點獲得之醫療上必需醫療照護或手術服務 - 專科醫師提供的諮詢、診斷和治療 - 其他健康照護專業人士 - 由您的 PCP 或專科醫師進行的基本聽力和平衡能力檢查，如果您的醫師開立以確定您是否需要接受醫療	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間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，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare 承保的聽力服務，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）

承保服務	您支付的金額
醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診－續 • 特定遠距醫療服務，包括：緊急需求服務、家庭健康服務、初級照護醫師、職能治療、專科醫師、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。 ○ 虛擬問診（亦稱為遠距健康或遠距照護）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師對談。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。 ○ 本計劃提供每週 7 天，每天 24 小時可透過網絡內虛擬問診服務提供者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。如需更多資訊，或要尋找網絡內虛擬問診醫療服務提供者，請致電會員服務部。 • 部分遠距醫療服務包括由 Medicare 核准的醫師或醫療執業人員專為某個鄉村地區或其他地方的患者提供的諮商、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 • 在下列情況下，針對精神健康疾病之診斷、評估和治療提供的遠距醫療服務： ○ 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	透過您計劃的虛擬問診服務提供者提供的虛擬問診服務\$0 共付額。 請注意：以上\$0 共付額，僅適用於接受您計劃的虛擬問診服務提供者的服務。如果您接受的是網絡內服務提供者而非虛擬問診服務提供者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）。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診－續 ○ 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務 ○ 在特定情況下，可對上述情況進行例外處理 • 由農村健康診間和聯邦合格健康中心提供之精神健康門診的遠距醫療服務 • 如果符合以下條件，與您的醫師進行 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 天的診間就診無關；且 ○ 此檢查不會導致患者需要在 24 小時內或最近的預約時間前進行診間就診 • 如果符合以下條件，您傳送給醫師的影片和／或影像的評估，以及醫師在 24 小時內的判讀和追蹤： ○ 您不是新患者；且 ○ 此評估與過去 7 天的診間就診無關；且 ○ 此評估不會導致患者需要在 24 小時內或最近的預約時間前進行診間就診 • 可透過電話、網際網路或電子健康記錄，諮詢您的醫師與其他醫師 • 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）。 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）。 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

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
醫師／醫療執業人員服務，包括醫師診間就診－續	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，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 - 為患有影響下肢之特定醫療狀況的會員提供的例行足部照護	Medicare 承保的足部治療服務，共付額為\$0。 可能需要預先授權。
 預防 HIV 的暴露前預防 (PrEP) 如果您沒有 HIV，但您的醫師或其他健康照護執業人員判定您感染 HIV 的風險較高，我們將承保暴露前預防 (PrEP) 藥物及相關服務。 如果您符合資格，承保服務包括： - FDA 核准的口服或注射型 PrEP 藥物。如果您正在接受注射型藥物，我們也承保注射藥物的費用。 - 每 12 個月最多 8 次個人諮詢（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和藥物遵從性）。 - 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢。 一次性 B 型肝炎病毒篩檢。	PrEP 福利無共同保險、共付額或自付額。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 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、共付額或自付額。
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形器裝置的測試、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部分承保項目－請參閱本表後段的視力照護瞭解更多詳細資訊。	Medicare 承保的義體和矯正設備，共付額為\$0。 <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，共付額為\$0。 <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師開具的肺康復處方。	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師診間內接受 4 次由合格初級照護醫師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、共付額或自付額。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 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，沒有肺癌徵兆或症狀，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 標準並由醫師或合格的非醫師執業人員提供。 <i>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，可在醫師或合格的非醫師執業人員的任何適當門診期間提供。如果醫師或合格的非生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、共付額或自付額。
 C 型肝炎病毒感染篩檢 如果您的初級照護醫師或其他合格的健康照護提供者開立醫囑，且您符合下列其中一項條件，我們將承保一次 C 型肝炎篩檢： • 您因為使用或曾經使用非法注射藥物而有高風險。 • 您曾在 1992 年之前接受輸血。 • 您出生於 1945-1965 年間。 如果您出生於 1945-1965 年間，且不被視為高風險，我們支付一次篩檢費用。如果您有高風險（例如，自從您先前的 C 型肝炎篩檢檢測結果為陰性以來，您一直繼續使用非法注射藥物），我們會承保年度篩檢。	Medicare 承保的 C 型肝炎篩檢無共同保險、共付額或自付額。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 性病 (STI) 篩檢和預防 STI 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師要求參加檢驗後，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師在初級照護醫師診間內（如醫師診間）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、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照護指導，並幫助會員對自己的照護做出明智的決定。對患有 IV 期慢性腎病的會員由會員的醫師轉診時，我們最多承保一生 6 期腎病教育課程 • 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） • 住院洗腎治療（如果您是以住院病人身分住院接受特殊照護） • 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） • 居家透析設備和用品	Medicare 承保的腎病教育服務，共付額為\$0。 Medicare 承保的門診洗腎治療，共付額為\$0。 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，共付額為\$0。 Medicare承保居家透析設備，共付額為\$0。 可能需要預先授權。 Medicare承保的透析用品，共付額為\$0。 可能需要預先授權。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
腎病治療服務－續 某些居家支持服務（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） Part B 承保特定透析藥物。有關 B 部分藥物承保的資訊，請參閱本表中的 Medicare Part B 藥物。	Medicare 承保的家庭支援服務，共付額為\$0。
特護療養機構(SNF)照護 （有關特護機構照護的定義，請參閱本文件第 12 章。特護機構有時簡稱 SNF。） 在 SNF 或其他環境中每個給付週期限制最多 100 天的監護及專業護理服務屬於承保服務，只要此類服務符合計劃和 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： - 半私人病房（若為醫療上必需，則私人病房亦可） - 包括特殊飲食在內的膳食 - 特護服務 - 物理治療、職能治療和語言治療 - 作為本照護計劃的一部分對您施用的藥物（包括體內自然存在的物質，如凝血因子）。 - 血液－包括儲存和輸血。本計劃僅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 提供的實驗室檢測 - 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	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。 <i>可能需要預先授權。</i> 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）

承保服務	您支付的金額
特護療養機構(SNF)照護—續 一般而言，您從網絡內機構接受 SNF 照護。在下列特定情況中，如果非網絡內服務提供者機構接受本計劃支付的金額，您或許能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	
 戒菸和煙草使用戒除（戒菸或戒煙草諮詢） 符合以下標準的門診和住院患者，戒菸諮詢予以承保： • 使用菸草，無論其是否表現出菸草相關疾病的徵象或症狀 • 在諮詢期間有能力並保持警覺 • 合格的醫師或其他 Medicare 認可的醫療執業人員提供諮詢 我們每年承保 2 次戒菸嘗試（每次嘗試最多可能包括 4 次中級或密集療程，患者每年最多接受 8 次療程。）	Medicare 承保戒菸和煙草使用戒除預防性福利，無共同保險、共付額或自付額。
社會支持平台 本計劃提供線上社會支持平台，協助支持您的整體健康。該平台提供社區參與、治療活動和計劃贊助的資源，以幫助管理壓力和焦慮。該平台讓您可以輕鬆參與並持續參與，以協助您管理您的行為健康需求。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。 社會支持平台包括： • 量身訂做的保健計劃：獲取自訂 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。 • 同儕和專家協助：在適度的空間裡與線上社群保持聯繫，您可以在這裡與同儕和合格的健康專家互動。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。	社會支持平台的共付額為\$0。*

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
社會支持平台－續 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 go.wellcare.com/member 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。	
針對慢性疾病的特殊補充給付 如果您符合慢性疾病特殊補充福利 (SSBCI) 的資格，本計劃提供額外的福利。您必須符合特定條件，包括具有一種或多種合格病症的記錄和活動性診斷。該病症必須威脅性命或嚴重限制您的整體健康或功能。此外，您必須需要密集型照護管理，且具有高臨時住院風險。符合資格的慢性病包括： 自體免疫疾病（包括類風濕性關節炎）；癌症；心血管疾病（包括高血壓）；慢性酒精使用疾患和其他物質使用疾患 (SUD)；慢性心臟衰竭；慢性肺部疾病；慢性和失能的心理健康狀況；慢性胃腸道疾病（包括慢性胃腸道疾病）；慢性腎病 (CKD)；有功能挑戰的狀況（包括末期腎臟疾病 (ESRD)、末期肝病、骨質疏鬆症（骨骼疾病）、骨關節炎；需要持續治療服務以維持或維持身體功能的病症（包括肌肉失養症）；與認知障礙（包括唐氏症）相關的病症；失智症；糖尿病；HIV/愛滋病；子宮內膜異位；神經疾病；嚴重血液疾病；超重、肥胖、和代謝症候群（包括高血脂症/血脂異常）；器官移植後；中風 如需資格標準的更多資訊，請參閱第4章第2節。下方福利的資格在您投保本計劃後決定。 如果符合資格，您可以選擇將您的Wellcare Spendables®津貼用於下列額外福利。確定符合資格後，這些擴展福利將在7-10個工作日內提供。未使用的津貼若於計劃年底未使用且到期，即會結轉至下一個月。如需更多資訊，請參閱本表中的Wellcare Spendables®福利部分。	慢性病患者特殊補充福利無共同保險、共付額或自付額。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
慢性疾病的特殊補充福利—續 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機，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購買健康食品和農產品。 可能提供合格雜貨物品的寄送選項。可透過線上入口網站訂購準備好的餐點和農產品盒。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，或參閱本目錄。 居家協助與安全用品 您可以使用卡片協助支付居家協助和安全用品的費用，包括合格產品的安裝服務。登入您的會員入口網站，或聯絡我們以購買接受的物品並檢視符合資格的服務。核准的物品和服務包括： - 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 - 害蟲和昆蟲防治用品和居家處理方式 租金協助 您可以使用您的卡片協助支付房屋的租金費用。登入您的租金/抵押貸款提供者入口網站進行支付，或直接向	

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
慢性疾病的特殊補充福利－續 您的租金提供者付款，接受卡片支付。您的卡片最多只能使用至可用的津貼金額。卡片無法用來設定自動定期付款。 • 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。直接登入您的公用事業服務提供者入口網站，並使用卡片付款。卡片無法用來設定自動定期付款。您的卡片最多只能使用至可用的津貼金額。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	
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 • 在醫院門診或醫師診間進行 • 必須由合格輔助人員提供，以確保益處大於傷害，且其已接受 PAD 運動療法訓練 • 由醫師、醫師助理或執業護理師／臨床專科護理師直接監督，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，共付額為\$0。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
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，從網絡內服務提供者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。本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。醫療上必要的例行服務提供者就診（例如年度檢查），即使您不在本計劃的服務區域或本計劃網絡暫時無法使用，也不會視為緊急需求。 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\$115。* 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。
 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/隱形眼鏡的例行視力檢查（屈光度）。 - 對於青光眼風險較高的族群，我們承保每年一次的青光眼篩檢。青光眼高危險族群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人。 - 對於糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次	用來診斷和治療眼睛疾病的所有其他眼睛檢查，共付額為\$0。 <i>可能需要預先授權。</i> Medicare承保的青光眼篩檢共付額為\$0。 Medicare承保的提供給糖尿病會員的視網膜檢查或糖尿病眼科檢查，\$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）

承保服務	您支付的金額
視力護理－續 - 每次接受植入眼內水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 2 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 2 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。 - 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、鍍膜的鏡片選擇）的零售價格。您負責任何超出福利上限的補充性（即例行）眼鏡費用。* 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。	Medicare 承保的眼鏡共付額為 \$0。 每年 1 次例行眼睛檢查，共付額為\$0。* 可能需要預先授權。 眼鏡共付額為\$0。* 可能需要預先授權。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
 「歡迎加入 Medicare」預防門診 本計劃涵蓋一次性歡迎加入 Medicare 預防門診。該門診包括對您健康的評估、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）以及其他護理轉診（如需要）。 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，請告知您的醫師診間您想要安排歡迎加入 Medicare 預防性門診的時間。 在歡迎加入 Medicare 預防服務之後的 Medicare 承保 EKG。	歡迎加入 Medicare 預防門診無共同保險、共付額或自付額。 Medicare承保，在歡迎加入 Medicare預防服務之後進行的每一次EKG，共付額為\$0。
Wellcare Spendables® 您每月將獲得\$120，該費用已預先儲值在您的Wellcare Spendables®卡上，供您支付OTC用品、牙科、視力和聽力服務。 - 您的每月津貼若未使用完畢，將累計至次月並在計劃年度結束時到期。 <u>您的卡片補貼可用於下列：</u> 非處方用品 (OTC)： 您可在參與的零售地點使用您的卡片，透過行動應用程式使用，或登入您的會員入口網站下單寄送到府。 承保項目包括： - 原廠和學名非處方品項 - 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品項，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。 牙科、視力和聽力	Wellcare Spendables®卡無共同保險、共付額，或自付額。 店內購物無低消要求。

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
Wellcare Spendables® — 續 您可以使用您的卡片協助減少牙科、視力和聽力服務的自付額。此卡片可用於直接支付您的牙科、視力或聽力服務提供者。 • 所有購買和交易都必須在服務提供者辦公室或服務提供者地點進行。 • 津貼不能用於美容或醫美服務、一氧化二氮、靜脈鎮靜、牙齒美白或漂白。 您的卡片可用於以下用途：牙科 此津貼並非取代您的例行牙科福利。在使用Spendables津貼之前，您應使用我們計劃的福利。 • 其他診斷性牙科服務 • 其他預防性牙科服務 • 修復服務 • 根管治療 • 牙周病 • 假牙修復 (可拆式) • 固定式假牙 • 口腔和頤面外科手術 • 輔助性一般服務 視力 此津貼並非取代您的例行視力福利。在使用Spendables津貼之前，您應使用我們計劃的福利。 • 例行性眼部檢查 • 隱形眼鏡 • 眼鏡（鏡片和鏡框） • 眼鏡鏡片 • 眼鏡鏡框 • 升級	

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
Wellcare Spendables® — 續 聽力 此補貼並非取代您的例行聽力福利。在使用Spendables津貼之前，您應使用我們計劃的福利。 • 例行性聽力檢查 • 助聽器選配/評估 • 處方助聽器（所有類型） <u>下述福利是SSBCI的一部分。並非所有會員均符合資格。您必須符合以下計劃福利的資格標準。</u> <u>如果您符合資格，您的卡片津貼也可用於：</u> • 加油站付款 • 健康食品 • 居家協助與安全用品 • 蟲害防治服務和用品 • 租金協助 • 公用事業協助 有關這些福利的詳細資訊，請參閱本表中的慢性病患者特別補充 (SSBCI) 福利。 <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 Wellcare Spendables®行動應用程式。 3. 選擇您已獲核准的項目／服務。 4. 在商店中，請前往零售商的結帳程序，並使用您的Wellcare Spendables®卡付款。對於線上或行動應用程式訂單，請登入以存取和使用您的福利。 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，請輸入您在啟用卡片時建立的PIN。 您應該知道的其他資訊： • 在您用完花費津貼後，您必須負責您購買內容的剩餘費用。 • 在店內購買的品項可按照經銷商退貨與換貨政策退回。	

第4章 醫療福利表（承保內容）

承保服務	您支付的金額
Wellcare Spendables®—續 - 如果您的卡片無法正常運作，或發生技術問題，請致電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。 - 如果付款不成功，部分租金和公用事業服務可能有資格獲得報銷。請聯絡我們或透過會員入口網站提交償付申請以供審核。報銷必須在交易之日起120天內提交，並且必須在同一個計劃年度內。 - 可能適用限度和限制，僅承保經核准的品項。 - 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： 1-888-846-4262，TTY使用者請致電：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7:45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7:45至晚上8點。 您也可以線上瀏覽：go.wellcare.com/member。	

第3節 本計劃外承保的服務

以下為Hawaii Med-QUEST部門計劃(Medicaid)按服務收費承保的服務：

- Hawaii 州器官和組織移植計劃
- 為智能與發展障礙人士提供的服務
- 牙科服務
- 故意終止懷孕(ITOP)

第4節 本計劃不承保的服務（排除項目）

本節告訴您哪些服務被排除在外。

第4章 醫療福利表（承保內容）

下表列出在任何情況下本計劃都不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。即使您在急診機構獲得不保服務，不保服務仍然不屬於承保範圍，本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，請參閱本手冊第9章第6.3節。）

Medicare 不承保的服務	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畸形身體部位之功能所需，則予以給付 乳房切除手術後，以及為了達到外觀對稱效果而對未受影響的乳房進行的所有乳房重建階段，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照護，例如幫助您從事日常生活活動的照護，如洗澡或穿衣	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、一般不被醫療社群接受的程序和物品	可能在 Medicare 核准的臨床研究試驗由 Original Medicare 承保或由本計劃承保 （請參閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床研究試驗的詳細資訊）
由您的直系親屬或家庭成員收取的照護費	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

第4章 醫療福利表（承保內容）

Medicare 不承保的服務	僅限在特定條件下承保
居家送餐	如需更多資訊，請參閱醫療福利表 SSBCI 一節中的「健康食品」福利
家政服務包括基本家庭協助，包括輕度家務或簡單的飯菜準備。	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
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
醫院或特戶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
醫院中的私人病房	僅限在必要的醫療時才能承保
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
例行牙科護理，例如： • 洗牙(預防性) • 氟化處理 • 牙科矯正服務 • 植牙服務 • 頰面修復	在任何情況下均不承保 請參閱醫療福利表中的牙科照護服務福利，以瞭解您的計劃作為福利組合一部分承保的例行牙科照護
例行足部照護（足科）	依據 Medicare 指南提供的部分有限承保（例如，如果您患有糖尿病）
根據 Original Medicare 標準，服務視為不合理且不必要	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	僅限在特定條件下承保
視力照護：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
視力照護：例行眼科檢查、眼鏡	請參閱醫療福利表中的視力照護福利，以瞭解您的計劃在福利組合中承保的例行視力服務。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

第5章： 使用D部分藥物的計劃承保

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，稱為獲得額外補助支付處方藥物費用者《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。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部索取LIS附加條款，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。（會員服務部電話號碼印在本文件的封底。）

第1節 本計劃D部分承保的基本規定

請參閱第4章的醫療福利表，瞭解Medicare Part B藥物福利和安寧照護藥物福利。

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。（Hawaii Med-QUEST部門計劃(Medicaid)的電話號碼和聯繫資訊見第2章第6節。）

只要您遵守以下基本規定，本計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須有服務提供者（醫師、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（請參閱第 2 節，或者您可以透過本計劃的郵寄服務配取處方藥。）
- 您的藥物必須列在本計劃的藥物清單上（請參閱第 3 節）。
- 您的藥物必須用於醫學上所接受的適應症。「醫學上所接受的適應症」是指藥物的用途經 FDA 核准或者得到特定參考資料的支持。（請參閱第 3 節，瞭解醫學上所接受的適應症的更多資訊。）
- 在我們同意承保您的藥物之前，您的藥物可能需要根據特定標準取得本計劃的核准。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

（如需更多資訊，請參閱第 4 節）

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

在大多數情況下，只有在您從本計劃網絡內藥房配藥時，您的處方藥才能得到承保。（請參閱第 2.4 節，瞭解我們何時承保在網絡外藥房配取處方藥的資訊。）

網絡內藥房是與本計劃簽約、為您提供承保藥物的藥房。「承保藥物」指本計劃藥物清單上的所有 D 部分藥物。

第2.1節 網絡內藥房

找到您所在地區的網絡內藥房

如需尋找網絡內藥房，請參閱您的《醫療服務提供者與藥房名錄》、造訪我們的網站（go.wellcare.com/2026providerdirectories）和/或致電會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。

您可以去我們的任何一家網絡內藥房。我們的部分網絡內藥房提供首選分攤費用，可能比提供標準分攤費用之藥房的分攤費用更低。《醫療服務提供者與藥房名錄》會告訴您我們的哪些網絡內藥房提供首選分攤費用。請與我們聯絡，進一步瞭解有關您的不同藥物會有不同的分攤費用。

如果您的藥房退出網絡

如果您使用的藥房退出本計劃的網絡，您必須尋找新的網絡內藥房。如果您使用的藥房仍在網絡內，但不再提供首選分攤費用，若可行，您可能想要轉換至不同的網絡內或首選藥房。如需尋找您區域內的另一家藥房，請從會員服務部獲得幫助，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），或使用《醫療服務提供者與藥房名錄》。您還可以造訪我們的網站 go.wellcare.com/2026providerdirectories 查詢資訊。

專科藥房

某些處方藥必須在專業藥房配取。專業性藥房包括：

- 為居家輸液療法供藥的藥房。
- 為住在長期照護 (LTC) 機構的會員供藥的藥房。通常，LTC 設施（如護理院）有自己的藥房。如果您在 LTC 機構取得 D 部分藥物有困難，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。
- 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。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

- 分發由 FDA 限制在特定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。如需尋找專科藥房，請參閱您的《醫療服務提供者與藥房名錄》go.wellcare.com/2026providerdirectories，或致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

第2.2節 本計劃的郵購服務

特定藥物類型可使用本計劃網絡的郵購服務。一般而言，透過郵購服務提供的藥物是您定期服用以治療慢性或長期醫療狀況的藥物。無法透過本計劃的郵購服務提供的藥物在我們的藥物清單中標記為「NM」。

本計劃的郵購服務允許您訂購至少35天的供藥量，但不超過100天的供藥量。

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Express Scripts® Pharmacy，電話號碼是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，可要求您的醫師開兩份處方：一份是 30 天份供藥量，可在參與的零售藥房配取，另一份是長期（35 至 100 天）供藥量，可透過郵寄配取。您的郵購處方藥延遲時，若您在參加計劃的零售藥房配取 30 天的供藥量時遇到任何問題，請您的零售藥房致電我們的服務提供者服務中心，電話號碼是 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) 尋求協助，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。會員可以致電 Express Scripts® Pharmacy，電話號碼是 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。

藥房直接從您的醫師診間獲得的新處方。

藥房將自動調劑和遞送從健康照護服務提供者所獲得的新處方，而不先向您確認，如果：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 您登記了自動遞送直接從健康照護服務提供者所接收的所有新處方。您可以隨時致電 Express Scripts® Pharmacy 要求自動遞送所有新的處方，電話號碼是 1-833-750-0201 (TTY: 711)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。或者，登入 express-scripts.com/rx。

如果您獲得的自動郵寄處方不是您想要的，並且在配送之前沒有與您聯絡確認，您可能符合退款資格。

如果您過去曾使用郵購，且不再想要藥房自動配取和寄送新處方，請致電 Express Scripts® Pharmacy 聯絡我們，電話號碼是 1-833-750-0201 (TTY: 711)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。或者，登入 express-scripts.com/rx。

如果您從未使用我們的郵購遞送和/或決定停止自動配取新處方，藥房會在每次從健康照護服務提供者獲得新處方時聯絡您，以確認您是否希望立即配取並配送。每次藥房聯絡您時，請務必回覆，這一點很重要，讓他們知道是否要配送、延遲或取消新處方。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

如需退出自動遞送直接從您的健康照護服務提供者診間接收的新處方，請致電 Express Scripts® Pharmacy 聯絡我們，電話號碼是 1-833-750-0201 (TTY: 711)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。或者，登入 express-scripts.com/rx。

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。在此方案中，如果我們的紀錄顯示您的藥物即將用完，我們會自動開始處理您的下一次續配程序。藥房會在配送每份續配藥物前聯絡您，確定您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或您的藥物已變更，您可以取消排定的續配。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，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。

如需退出自動準備郵購續配的計劃，請致電郵購藥房與我們聯絡：

- Express Scripts® Pharmacy：1-833-750-0201（TTY 使用者可以致電 711）。

如果您收到不想要的自動郵寄續配藥物，您可能符合退款資格。

第2.3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 2 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狀況。）

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供藥量。您的《醫療服務提供者與藥房名錄》go.wellcare.com/2026providerdirectories 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，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）以取得更多資訊。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持性藥物。如需更多資訊，請參閱第 2.2 節。

第 2.4 節 使用不在本計劃網絡內的藥房

一般而言，只有當您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保在網絡外藥房配取的藥物。我們也有位於服務區域外的網絡內藥房，身為本計劃的會員，您可從這些網絡內藥房配取您的處方藥。請先致電會員服務部確認，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），以瞭解附近是否有網絡內藥房。

我們僅在以下情況承保於網絡外藥房配取的處方藥：

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。

- 如果您定期服用處方藥，並計劃去旅行，請在出發前務必檢查您的供藥量。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、遺失或用完您的處方藥，我們會承保在網絡

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

外藥房配取的處方藥。在這種情況下，在配取處方藥時，您必須支付全額費用（而不只是支付您的共付額或共同保險）。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。如需瞭解如何提交償付申請，請參閱第 7 章第 2 節。

- 您也可以致電會員服務部，瞭解您的旅行目的地是否有網絡內藥房。
- 我們無法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？

- 如果處方藥與緊急醫療情況或緊急照護有關，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，您必須支付全額費用（而不只是支付您的共付額或共同保險）。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。如需瞭解如何提交償付申請，請參閱第 7 章第 2 節。

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。

- 如果至少符合以下其中一種情況，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，且在您的醫師診間現場施打的疫苗。
 - 如果您在門診手術診間或其他門診環境中，從機構藥房獲得承保的處方藥。
- 在上述所有情況下，您可得到最多 30 天供藥量的處方藥。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。（請參閱第 7 章第 2 節，瞭解如何要求本計劃償還費用的資訊。）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額。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

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，我們將它稱為藥物清單。

該清單中的藥物是由本計劃在醫師和藥房的幫助下選擇。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，部分處方藥可透過您的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。（Hawaii Med-QUEST部門計劃(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，且藥物使用是醫學上所接受的適應症，我們通常會承保本計劃藥物清單上的藥物。醫學上所接受的適應症意指符合以下任一種情形的藥物用途：

- 經 FDA 核准用於開立處方的診斷或病症，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、學名藥和生物製劑（可能包括生物相似性藥）。

原廠藥是一種處方藥，以製藥商擁有的商標名稱出售處方藥。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。

學名藥指活性成分與原廠藥相同的處方藥。生物製劑有替代品，稱為生物相似性藥。一般而言，學名藥與生物相似性藥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。許多原廠藥都有學名藥可替代使用，有些原廠生物相似性藥也有類似的生物製劑替代品。有些生物相似性藥是可互換的生物相似性藥，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，就像學名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。

不在藥品清單上的藥物

本計劃並不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保特定類型的藥物。（如需更多資訊，請參閱第 7 節。）
- 在其他情況下，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，您可能可以獲得不在我們藥物清單上的藥物。（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-

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

QUEST 部門計劃 (Medicaid) 聯繫，以確定您可享受的藥物承保。（Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節。）

第3.2節 如何瞭解某種特定藥物是否在藥物清單上

如需瞭解某種藥物是否在我們的藥物清單上，您有以下選項：

- 查閱我們以電子方式提供的最新藥物清單。
- 造訪本計劃的網站（go.wellcare.com/OhanaHI）。網站上的藥物清單總是最新清單。
- 致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），瞭解某種特定藥物是否在本計劃的藥物清單上，或索取一份藥物清單。
- 使用本計劃的「即時福利工具」（go.wellcare.com/OhanaHI）搜尋藥物清單上的藥物，以估算您將支付的費用，以及瞭解藥物清單上是否有替代藥物可以治療相同的病症。您也可以致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）以取得更多資訊。

第4節 有承保限制的藥物

第4.1節 為什麼有些藥物有限制

特別規定對本計劃如何和何時承保特定處方藥有限制。由醫師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，有時某藥物可能會在我們的藥物清單上出現不只一次。這是因為相同的藥物可能會因您的健康照護服務提供者開立的處方藥的強度、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 2 劑；錠劑相對於液劑）。

第4.2節 限制類型

如果您的藥物受到限制，通常表示您或您的服務提供者需要採取額外步驟我們才能承保此藥物。請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），瞭解您或您的服務提供者可如何獲得藥物承保。如果您想要我們為您豁免限制，您需要使用承保決定程序，要求我們做出例外處理。我們可能同意、也可能不同意為您豁免限制。（請參閱第 9 章。）

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

事先取得計劃核准

對於特定藥物，您或您的服務提供者需要先基於特定標準獲得本計劃的核准，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。如果您沒有獲得此核准，您的藥物可能不會獲得本計劃承保。您可以致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）或造訪我們的網站 go.wellcare.com/pa-select，以取得本計劃的預先授權標準。

先嘗試不同的藥品

此要求鼓勵您在本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狀況，且藥物 A 更便宜，本計劃可能要求您先嘗試藥物 A。如果 A 藥物對您無效，本計劃接著會承保 B 藥物。這項先試用不同藥物的規定稱作**循序用藥**。您可以致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）或造訪我們的網站 go.wellcare.com/st-select，以取得本計劃的循序用藥標準。

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，如果通常認為特定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 如果您的一種藥物未按照您想要的方式承保，您可以怎麼做

在某些情況下，您服用的處方藥或您和您的服務提供者認為您應服用但不在藥物清單上的處方藥或有所限制。例如：

- 該藥物可能根本不承保。或者該藥物的學名藥承保，但您想要使用的原廠藥不承保。
- 該藥物承保，但承保有額外的規定或限制。

如果您的藥物不在藥物清單上或有限制，以下是解決方法選項：

- 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。
- 您可以申請**例外處理**，要求本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

在特定情況下，本計劃必須為您正在服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。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

要符合臨時性供藥的資格，您服用的藥物必需不再列入本計劃的藥物清單，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前 90 天期間，為您的藥物承保臨時性供藥。
- **如果您去年參與本計劃**，我們會在日曆年的前 90 天期間，為您的藥物承保臨時性供藥。
- 此臨時性供藥在零售藥房最多為 30 天供藥量，或在長期照護藥房最多為 31 天供藥量。如果您的處方天數較少，我們允許在零售藥房多次配取 30 天的供藥量，或是在長期照護藥房多次配取 31 天藥物的供藥量。處方藥必須在網絡內藥房配取。（請注意，長期照護藥房可能一次提供少量藥物以避免浪費。）
- **已投保本計劃超過 90 天，且目前居住在長期照護機構並有立即供藥需求的會員：**
我們承保一次特定藥物的 31 天緊急供藥量，或您的處方開立的較少天數供藥量。上述臨時性供藥不在此列。
- **因照護層級改變（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，或您的處方開立的較少天數藥量（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，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

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 2 個選項：

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，屬於本計劃的承保範圍且療效相同。請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），索取一份治療相同醫療狀況的承保藥物清單。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。

選項 2。您可以請求例外處理

您和您的服務提供者可以要求本計劃做出例外處理，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，可以要求我們做出例外處理，您的服務提供者可幫助您申請例外處理。例如，您可以要求本計劃承保不在本計劃藥物清單上的某種藥物。或者，您可以要求本計劃做出例外處理，無限制承保您的藥物。

如果您和您的服務提供者想申請例外處理，請參閱第 9 章第 7.4 節瞭解該怎麼做。該章節說明 Medicare 制定的程序與截止日期，以確定您的申請及時公平的處理。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

第6節 我們的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）。然而，本計劃可能在年中對藥物清單進行某些變更。例如，本計劃可能：

- 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。
- 用學名藥取代原廠藥。
- 用可互換的生物相似性製劑取代原始生物製劑。

我們必須遵循 Medicare 規定才能變更本計劃的藥物清單。

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。如果對您服用的藥物做出變更，有時您會直接收到通知。

本計劃年度對您造成影響的藥物承保變更

- 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。
 - 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學名藥版本，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特定新版本時，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服用同類藥物，我們將告知您我們所做的任何具體變更。
- 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學名藥版本，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特定新版本時，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，並承保您正在服用的藥物版本的 30 天配藥量。
- 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D部分藥物的計劃承保

- 有時藥物可能經認定為不安全，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服用的藥物，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，並承保您服用的藥物的 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）的更多資訊，請參閱第 9 章。

本計劃年度對您無影響的藥物清單變更

我們可能會對上方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施加新限制。
- 我們從藥物清單上移除您的藥物。

如果您服用的藥物發生上述任何一種變更（例外是市場下架、學名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。您將需要核對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），以瞭解您服用的藥物是否有任何變更，將在下一個計劃年度對您造成影響。

第7節 我們不承保的藥物類型

某些類型的處方藥不在承保範圍內。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

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

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。

以下是 Medicare 藥物計劃不透過 D 部分承保的藥物的 3 條通用規定：

- 本計劃的 D 部分藥物承保無法承保 Medicare Part A 或 Part B 承保的藥物。
- 本計劃無法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、經 FDA 核准用途之外的其他用途。

此外，Medicare 或 Medicaid 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。(Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節。)

- 非處方藥（亦稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容或促進毛髮生長的藥物
- 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僅可從該製造商處購買

如果您獲得額外補助支付您的處方藥費用，額外補助將不會為通常不承保的藥物支付費用。如果擁有Medicaid藥物承保，則您所在州的Medicaid計劃可能承保部分Medicare藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的Medicaid計劃，以確定您可獲得哪種藥物承保。(Medicaid的電話號碼和聯絡資訊請參閱第2章第6節。)

第8節 如何配取處方藥

如需配取處方藥，請在您選擇的網絡內藥房提供本計劃的會員資訊（這些資訊可在您的會員卡上找到）。網絡內藥房將自動就您的藥物向本計劃收費。

如果您未攜帶本計劃的會員資訊，您或藥房可致電本計劃獲得資訊，或您可以要求藥房查詢您的計劃投保資訊。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時便可能需要支付其全額費用。隨後您可以請求我們向您償付費用。如需如何請求本計劃償付費用的資訊，請參閱第 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 在醫院或特護療養機構中本計劃承保的住院

如果您在醫院或特護機構住院，且住院由本計劃承保，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。您出院或離開特護機構後，只要您的藥物符合我們本章說明的所有承保規定，本計劃會承保您的處方藥。

第9.2節 身為長期照護 (LTC) 機構的住民

通常，長期照護 (LTC) 機構（如療養院）有自己的藥房或使用為其全部住民提供藥物的藥房。如果您是 LTC 機構的住民，您可能透過機構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》go.wellcare.com/2026providerdirectories，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幫助，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。如果您住在 LTC 機構內，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。

如果您是 LTC 機構的住民，且需要的藥物不在我們的藥物清單上或受到某些限制，請參閱第 5 節，瞭解有關取得臨時或緊急供藥的資訊。

第9.3節 如果您也從雇主或退休人員團體計劃獲得藥物承保

如果您透過您的（或您配偶或同居伴侶的）雇主或退休人員團體獲得其他藥物承保，請聯絡該團體的福利管理員。他們可幫助您瞭解您目前的處方藥承保如何與本計劃合併使用。

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。這表示您的團體承保會首先支付費用。

關於可信承保的特別說明：

您的雇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，意即本計劃藥物承保的預期支付費用平均至少不會低於 Medicare 的標準藥物承保。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

保留任何關於可信的承保的通知，因為您可能稍後需要用這些通知證明您維持可信的承保。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 如果您正在接受Medicare認證的安寧照護

安寧照護和本計劃並不同時承保相同的藥物。如果您有投保 Medicare 安寧照護，並需要安寧照護不承保的特定藥物（例如抗噁心藥、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥），因為這些藥與您的末期疾病和相關病症無關，本計劃必須收到處方開立者或您的安寧照護服務提供者的通知，說明該藥物與您的末期疾病和相關病症無關，然後才能承保該藥物。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，要求您的安寧照護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

我們進行藥物使用審核，幫助確保我們的會員獲得安全和適當的照護。

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。在審核期間，我們尋找潛在的問題，例如：

- 可能發生的藥物錯誤
- 因您服用另一種類似藥物治療相同病症，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特定藥物組合
- 處方藥含有您過敏的成分
- 您服用的藥量（劑量）可能錯誤
- 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修正。

第10.1節 藥物管理計劃 (DMP) 幫助會員安全使用鴉片類藥物

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

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

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任何其他重要資訊。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，我們會寄另一封信函給您確認此限制。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，我們會審核您的個案將並做出新決定。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關申請的任何部分，我們會自動將您的個案送至我們計劃外的獨立審核組織。如需如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您有特定醫療狀況，例如癌症相關疼痛或鐮刀型貧血，或者您正在接受安寧照護、緩和醫療或臨終照護，或者住在長期照護機構，您將不會加入我們的 DMP 中。

第10.2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。本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。藥劑師和醫師組成的團隊為我們制定了這項計劃，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。

部分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 計劃中的會員將獲得有關安全棄置處理管制物質類處方藥物的資訊。

建議您與您的醫師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師、藥劑師和其他健康護理服務提供者討論時攜帶您的摘要。請隨身攜帶您最新的藥物清單（例如，與您的 ID 放在一起），以便您前往醫院或急診室時使用。

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。如對本計劃有任何疑問，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

第11節 您的D部分《福利說明》說明您所處的付款階段

本計劃會記錄您的處方藥費用和在藥房領取處方藥時支付的款項。這樣當您從一個藥物付款階段進入另一個階段時，我們就能告訴您。我們會追蹤 2 種類型的費用：

- **分攤費用：**這是您支付的金額。這包括您獲得承保D部分藥物時所支付的款項、您的家人或朋友為您的藥物支付的任何款項，以及Medicare的額外幫助、雇主或工會保健計劃、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 (SPAP) 為您的藥物支付的任何款項。
- **總藥費：**這是指D部分承保藥物的所有付款總額。其中包括本計劃支付的費用、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。**此報告會提供您上個月配取的處方藥的詳細付款資料。其會列出總藥費、本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日以來的年度費用總額。**這列出從年初開始藥物的總藥費以及您支付的總藥費。
- **藥物價格資訊。**這列出總藥物價格，以及自第一次配取處方藥後每次相同份量的處方藥理賠價格變動的相關資訊。
- **可用的較低成本替代處方藥。**這列出其他可用藥物的相關資訊，與各處方藥理賠的較低分攤費用，如適用

第11.1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。**這有助於確保我們知道您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。**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之藥物的共付額時。
 - 任何時候在網絡外藥房購買藥物，或者在特殊情況下您支付承保藥物的全額費用。

第5章 使用D部分藥物的計劃承保

- 如果被您收取承保藥物的費用，您可以要求本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。
- **請將其他人代您付款的資訊寄給我們。** 由其他特定人士和組織所支付的款項也可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。
- **查閱我們寄給您的書面報告。** 當您獲得*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，或者有任何疑問，請致電會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。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部分藥物支付的費用

您無需為本計劃承保的 D 部分藥物支付任何費用。

第7章： 要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付費用

第1節 您應要求我們為承保服務或藥物支付分攤費用的情況

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。如果您收到已經獲得之醫療照護或藥物的費用帳單，請將帳單寄給我們，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。如果我們決定應予以承保，我們會直接向服務提供者付款。

如果您已經支付本計劃承保Medicare服務或物品的費用，您可要求本計劃向您退款（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。請參閱本章第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獲得承保。如果我們決定服務或藥物應當獲得承保，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，要求您支付所獲醫療照護的全額費用，或可能超過您的分攤費用。首先，嘗試與服務提供者解決帳單問題。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承保。如果我們決定應予以承保，我們會直接向服務提供者付款。如果我們決定不支付費用，我們將通知服務提供者。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。

幾個您可能需要要求本計劃退款或支付您收到之帳單的範例：

1. 當您從非本計劃網絡內的服務提供者接受緊急情況或緊急需求醫療照護時

- 您可以從任何服務提供者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。
- 如果您在獲得照護時支付全額費用，請要求我們退還該費用。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。
 - 如果您已經支付了服務費用，我們會將費用償還您。

第7章 要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付費用

2. 當網絡內服務提供者向您寄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。要求我們把您已支付的承保服務費用退還給您。

3. 如果您以回溯方式投保本計劃

有時，投保本計劃具有回溯性。（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額費用。

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 2.4 節更深入瞭解這些情況。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，我們可能不會退款給您。

5. 當您沒有隨身攜帶本計劃的會員卡而需要支付處方藥的全額費用時

如果您沒有隨身攜帶本計劃的會員 ID 卡，您可以要求藥房致電本計劃，或查詢本計劃的投保資訊。如果藥房無法立刻取得所需的投保資訊，您可能需要先支付處方藥的全額費用。

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承保，您可能支付該處方藥的全額費用。

- 例如，這種藥物可能不在本計劃的藥物清單上，或者這種藥物可能有您不知道的要求或限制或您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。

第7章 要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付費用

- 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師索取更多資訊，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。

- 當您要求我們向您退款時，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。有關如何提出上訴的資訊，請查閱本文件第 9 章。

當您向我們提出付款申請時，我們會審核您的申請，並決定服務或藥物是否應承保。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，請參閱第 9 章。

第2節 如何要求我們退款給您或支付您收到的帳單

您可用寄送書面申請給我們，以要求我們退款給您。如果您以書面方式寄送要求，請將您支付之任何款項的帳單和文件寄出。最好自行留存帳單和收據副本作為記錄。**您必須在取得服務、物品或藥物之日後 365 天內（若為醫療理賠）以及三年內（若為藥物理賠）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格，但是使用該表格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、適用時的現有程序術語表 (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

第7章 要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付費用

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（go.wellcare.com/OhanaHI）下載表格或致電會員服務部索取，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

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要求，然後核准或拒絕您的要求

當我們收到您的付款要求時，我們會告訴您是否需要提供任何其他資訊。否則，我們會考慮您的要求，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，我們會將退款寄給您。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，我們會將款項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3.1節 如果我們通知您我們不會支付醫療照護或藥物的費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款要求或我們支付的金額不正確，您可提出上訴。如果您提出上

第7章 要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付費用

訴，則表示您要求我們改變拒絕您的付款要求的決定。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，請參閱第 9 章。

第8章： 您的權利與責任

第1節 本計劃必須尊重您的權利和文化敏感度

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

Our 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 our plan can meet these accessibility requirements include but aren't 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 can also give you materials in languages other than English including Spanish, Chinese, Korean, Tagalog, Arabic, Russian, Creole, Albanian, Polish, Italian, French, Urdu, Bengali, Greek, Yiddish and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-247-1447 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can 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 我們必須以適合於您，而且符合您文化敏銳度的方式提供資訊 (用英語以外的其他語言、以語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)

第 8 章 您的權利與責任

我們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。我們的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。

本項計劃有免費譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。如果您需要，我們也可以為用英語以外的其他語言，包括 中文、韓文、苗文、塔加洛文、柬埔寨文/高棉文、越南文、夏威夷文、日文、薩摩亞文、泰文、伊洛果文、緬甸文、土耳其文、烏茲別克文及 語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式向您免費提供的材料。我們需要以可取得和適合您的格式向您提供有關計劃福利的資訊。若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 1-888-846-4262 (TTY 使用者請致電 711)。

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生聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果我們計劃網絡內的專科醫生無法提供服務，我們的計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫生。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現我們計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫生，請致電我們的計劃，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可取得且適合您使用的格式之資訊，以接觸女性專科醫生或找到網絡內專科醫生，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 Office for Civil Rights，電話是 1 800 368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다 (영어 외의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 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 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 중국어, 몽어, 타갈로그어, 라오스어, 캄보디아어/크메르어, 베트남어, 하와이어, 일본어, 사모아어, 태국어, 일로카노어, 페르시아어, 카렌어, 터키어, 우즈베크어를 포함한 영어 이외의 언어를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-888-846-4262 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

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

第 8 章 您的權利與責任

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv hauv ib txoj hauv kev uas haum rau koj (hauv hom lus uas tsis yog Lus Askiv, ua ntawv Su, suab lus, luam ntawv loj, los sis lwm hom ntawv, thiab lwm yam.)

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum xyuas kom paub tseeb tias tag nrho cov kev pab cuam, fab kev kho mob thiab tsis cuam tshuam txog fab kev kho mob tib si, tau muab hauv tus yam ntxwv uas haum raws li fab kab lij kev cai thiab nkag cuag tau rau tag nrho cov neeg tso npe nkag, suav nrog cov neeg uas paub Lus Askiv tsis tshua zoo, nyeem ntawv tau tsis tshua zoo, tsis muaj peev xwm hnov lus, los sis cov neeg uas muaj keeb kwm fab kab lis kev cai thiab haiv neeg ntau yam. Cov qauv piv txwv ntawm qhov seb peb txoj phiaj xwm puas tuaj yeem ua tau raws li cov cai kev nkag cuag no li cas ntawd yuav muaj tab sis tsis tas rau ntawm, kev muab cov kev pab cuam txhais ntawv, cov kev pab cuam txhais lus, lub tshuab ntaus ntawv, los sis kev sib txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv).

Peb txoj phiaj xwm muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug los ntawm cov tswv cuab uas tsis hais Lus Askiv. Peb kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Suav, Lus Kaus Lim, Lus Hmoob, Lus Tagalog, Lus Nplog, Lus Kas Pus Cias/Khmer, Lus Nyab Laj, Lus Hawaii, Lus Nyij Pooj, Lus Samoan, Lus Thaib, Lus Phab Mab, Lus Karen, Lus Turkish, Lus Uzbek thiab ua suab lus, ntawv su, ntawv luam loj, los sis lwm cov hom ntawv yam tsis tau them nqi yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv qhia paub rau koj hais txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig kev pab uas yuav nkag siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb hauv ib txoj hauv kev uas siv tau rau koj, hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab ntawm 1-888-846-4262 (Cov neeg siv TTY hu rau 711).

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum tau muab ib txoj kev xaiv txog kev nkag cuag ncaj qha rau cov poj niam tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv nyob hauv pab pawg koom tes rau cov neeg tso npe uas yog poj niam nyob hauv pab pawg koom tes rau cov poj niam cov kev pab cuam saib xyuas kev noj qab haus huv li txhua zaum thiab rau fab kev tiv thaiv kab mob.

Yog tias koj cov kws muab kev pab cuam hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes rau kev kho mob tshwj xeeb tsis muaj siv, nws yog peb txoj phiaj xwm lub luag hauj lwm yuav nrhiav cov kws muab kev pab cuam kho mob tshwj xeeb uas nyob sab nraud ntawm pab pawg koom tes uas yuav muab kev saib xyuas kho mob uas tsim nyog tau rau koj. Hauv qhov teeb meem no, koj tsuas yuav them kev sib faib tus nqi nyob hauv pab pawg koom tes xwb. Yog tias koj pom tias koj tus kheej nyob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob paub tshwj xeeb hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes uas duav roos qhov kev pab cuam uas koj xav tau ntawd

第 8 章 您的權利與責任

lawm, hu rau peb txoj phiaj xwm kom tau cov ntaub ntawv qhia paub txog qhov yuav mus nrhiav kom tau txais qhov kev pab cuam no ntawm kev sib faib tus nqi hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem dab tsi txog kev muab ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm hauv ib hom ntawv uas nkag cuag tau thiab tsim nyog rau koj, mus ntsib tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv ntawm poj niam los sis kev nrhiav tus kws kho mob paub tshwj xeeb hauv pab pawg koom tes, ces hu tuaj sau ntawv hais txog kev tsis txaus siab nrog Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab. Koj kuj tuaj yeem foob lus kev tsis txaus siab tau nrog Medicare los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis ncaj qha mus rau Office for Civil Rights 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming 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 aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, 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. Puwede ka rin naming bigyan ng mga materyales sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Tsino, Koreano, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Hapon, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-888-846-4262 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

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 mga kababaihan.

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

第 8 章 您的權利與責任

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para 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 Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

ພາກທີ 1.1

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີການທີ່ເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ສຽງ, ຕົວອັກສອນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆ, ແລະອື່ນໆ)

ຖ້າບັນເລື່ອງຈຳເປັນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງທາງດ້ານຄວິດ, ແລະບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄວິດ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມທາງວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ, ທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ, ຫຼືຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳແລະຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ.

ຕົວຢ່າງຂອງວິທີການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສາມາດຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ການສະຫນອງການບໍລິການແປພາສາ, ບໍລິການວ່າມາແປພາສາ, ເຄື່ອງພິມດິດໂທລະເລກ, ຫຼື TTY (ໂທລະສັບຂໍ້ຄວາມຫຼື ໂທລະສັບພິມດິດໂທລະເລກ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມາແປພາສາພຣີສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສະເວົ້າພາສາອັງກິດ.

ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນຕ່າງໆເປັນ ເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ ລວມມີ ຈີນ, ເກົາຫຼີ, ມົງ, ຕາກາລັອດຟາ, ລາວ, ກຳປູເຈຍ/ຂະເມນ, ຫວຽດນາມ, ຮາວາຍ, ຍີ່ປຸ່ນ, ຊາມົວ, ໄທ, ອິໂລກາໃນ, ມຽນມາ, ຄາເລັນ, ເຕີກກີ, ອູເບກສະຖານ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສະດວກສໍາລັບທ່ານ, ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ

ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ລົງທະບຽນດ້ານສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະໜອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບບໍລິການສະເພາະທາງ, ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພິເສດຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ຈະສະຫນອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍສະເພາະຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຢູ່ໃນສະຖານະການ

ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ລົງທະບຽນໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້ໃນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ລົງທະບຽນດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ຫຼື ຄົນຫາຜູ້ລົງທະບຽນໃນເຄືອຂ່າຍ, ໂທເພື່ອອີ້ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດອີ້ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ Medicare

第 8 章 您的權利與責任

ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼືໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

ផ្នែកទី 1.1 ເພິ່ນត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន និងតាមលក្ខណៈសមស្របຂាងវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេង អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ពុម្ពអក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតជាដើម)

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានទាមទារឱ្យធានាថា សេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ ហើយអាចផ្តល់លទ្ធភាពប្រើប្រាស់ដល់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ ឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងអាចបំពេញតាមតម្រូវការនៃលទ្ធភាពចូលប្រើប្រាស់ទាំងនេះរួមមាន ជាអាទិ៍ដូចជា ការផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារ សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ អ្នកសរសេរទូរលេខ ឬការភ្ជាប់ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទជាទូរលេខ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយនឹងសំណួរពីសមាជិកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ចិន, កូរ៉េ, ម៉ុង, តាកាឡុក, ឡាវ, កម្ពុជា/ខ្មែរ, វៀតណាម, ហាវ៉ៃ, ជប៉ុន, សាម៉ូ, ថៃ, អាមេរិក, កាវ៉ែន, ទួរគី, អ៊ីសបេក និង អូឌីយ៉ូ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជាពុម្ពអក្សរធំ ឬជាទ្រង់ទ្រាយជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្ត្រីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅជួបអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយផ្ទាល់នៅក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាសុខភាពជាប្រចាំ និងការថែទាំបង្ការជំងឺរបស់ស្ត្រី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ឯកទេសមួយមិនមានទេ វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅក្រៅបណ្តាញ ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់នោះ។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងចំណាយតែលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពដែលមិនមានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅទទួលបានសេវាកម្មនេះដោយមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក ក្នុងការជួបអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពស្ត្រី ឬការស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញ សូមទូរសព្ទទៅដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬដោយផ្ទាល់ជាមួយការិយាល័យ Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những

第 8 章 您的權利與責任

ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu 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 chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo 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 có thể cung cấp tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Hmong, tiếng Tagalog, tiếng Lào, tiếng Campuchia/Khmer, tiếng Việt, tiếng Hawaii, tiếng Nhật, tiếng Samoa, tiếng Thái, tiếng Ilocano, tiếng Miến Điện, tiếng Karen, tiếng Thổ Nhĩ Kỳ, tiếng Uzbek và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp 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, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp bác sĩ chuyên khoa 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 của chúng tôi 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 chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình 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 khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận 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 đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Māhele 1.1 Pono mākou e hā'awi i ka 'ike ma ke 'ano e hana ai no 'oe a kūlike me kāu mau mana'o mo'omeheu (ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma mua o ka Pelekania, ke kani, ka braille, ka pa'i nui, a i 'ole nā format 'ē a'e, a pēlā aku.)

O kā mākou ho'olālā e hō'oi'a'i'o 'ia nā lawelawe a pau, he lapa'au a 'a'ole lapa'au paha, e hā'awi 'ia ma ke 'ano he ho'omaika'i mo'omeheu a loa'a i nā mea kau inoa a pau, me nā mea e pili ana i ka 'ole o ka 'ike Pelekania, ka hiki 'ole i ka heluhelu 'ana, hiki 'ole i ka lohe, a i 'ole nā mea i loa'a nā mo'omeheu a me nā kumu ha'awina. O nā la'ana o ke 'ano e hiki ai i kā mākou ho'olālā ke

第 8 章 您的權利與責任

ho'okō i kēia mau koi hiki ke komo akā 'a'ole i kaupalena 'ia, ka ho'olako 'ana i nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, teletypewriters, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona a kelepona a i 'ole kelepona kākau kelepona).

Loa'a nā lawelawe unuhi manuahi kā mākou ho'olālā e pane i nā nīnau mai nā lālā 'a'ole 'ōlelo Pelekania. Hiki iā mākou ke hā'awi iā 'oe i nā mea i loko nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania komo Pākē, Kolea, Mona, Laokia, Cambodian/Khmer, Vietnamese, 'Ōlelo Hawai'i, Kepanī, Sāmoa, Kailani, 'Ilocano, Pulumī, Karen, Tureke, 'Uzbek a leo, braille, pa'i nui, a i 'ole nā 'ano 'ē a'e me ka uku 'ole inā pono 'oe. Pono mākou e hā'awi iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pomaikai o mākou ho'olālā i kahi 'ano e kūpono a kūpono ho'i no 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai iā mākou ma ke 'ano kūpono iā 'oe, e kelepona iā Nā lawelawe Lālā ma 1-888-846-4262 (Kāhea nā mea ho'ohana TTY 711).

Pono ka ho'olālā e hā'awi i nā wāhine i kau inoa i ke koho pololei i ka mea 'ike ola wahine i loko o ka pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine ma'amau a me nā lawelawe mālama olakino pale.

Inā 'a'ole i loa'a nā mea ho'olako i ka pūnaeweale o kā mākou ho'olālā no kahi kūikawā, 'o kā mākou kuleana 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. Ma kēia hihia, e uku wale 'oe i ka ka'ana like koina o ka pūnaeweale. Inā 'ike 'oe iā 'oe iho i kahi kūlana 'a'ohe mea loea i kā mākou pūnaeweale ho'olālā e uhi ana i kahi lawelawe āu e pono ai, e kelepona i kā mākou ho'olālā no ka 'ike ma kahi e hele ai e ki'i i kēia lawelawe ma ka 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 i hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe, ke 'ike 'ana i kahi loea olakino wahine a i 'ole ka 'imi 'ana i kahi loea pūnaeweale, kelepona e waiho i ka hoopii me ka Nā lawelawe Lālā. Hiki iā 'oe ke ho'opi'i pololei me Medicare ma ka kelepona 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole pololei me ka Office for Civil Rights 1-800-368-1019 i 'ole TTY 1-800-537-7697.

セクション 1.1 弊社は、お客様の文化的感受性（英語以外の言語、音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式など）に一致する情報を提供する必要があります。

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の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。

弊社プランでは、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。また、資料を英語以外の次の言語: 中国語, 韓国語, モン語, タガログ語, ラオ語, カンボジア語/クメール語, ベトナム語, ハワイ語, 日本語, サモア語, タイ語, イロカノ語, ビルマ語, カレン語, トルコ語, ウズベク語 の音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式で必要に応じて無償で提供します。弊社は、お客様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に

第 8 章 您的權利與責任

関する情報を提供する必要があります。お客様に適した方法で弊社から情報を入手するには、会員サービス (1-888-846-4262) にお電話ください (TTY をご利用の場合は 711)。

弊社のプランでは、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、ネットワーク内の女性医療専門家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。

弊社のプランから、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や、女性医療専門家と面談できない場合、またはネットワークの専門家を見つけることができない場合は、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、Medicare にご意見をお寄せいただくこともできます。

တၢ်နီၤဖး 1.1 ပကဘၣ်ဟ့ၣ်ထီၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢကျိၤကျဲလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနီၤဒီး အယူလိာ်ဖိးလိာ်သးဒီး နတၢ်ဆဲးတၢ်လၢ လၢကဘၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ပလီၤပဒိသး (လၢကျိၣ်တၢ်ကတိၤလၢ တမ့ၢ်ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်, ဒီးလၢတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပှၤမၢ်တထီၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖၣ်, ဒီးဒ်န့ၣ်အသိးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.)

တၢ်ကူစၢၤယါဘျါ ခံမၤလိာ်, န့ၣ်ဘၣ်တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ်အီၤလၢ လုၢ်လၢလၢအလၢပွဲၤဒီးတၢ်ဆဲးတၢ်လၢအကီၢ်အစီအပူၤဒီး ပှၤဆဲးလီၤမံၤခဲလၢာ် ဒီးန့ၢ်အီၤကသု, ပၣ်ဃုာ်ဒီး ပှၤတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, ဖးလံာ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, တၢ်န့ၢ်ဟူတၢ်ဂီၢ်ဘါစၢ်, မ့တမ့ၢ် ပှၤတဖၣ်လၢအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးတၢ်လၢလၢ အလီၤဆီလိာ်သးဒီး ကလုာ်ဒုၣ်တၢ်စီၤစီၤဂီၢ်ထံး တလီၤကံလိာ်သးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပတၢ်တိာ်ကျဲၤအံၤ ထီၣ်ဘးဝဲဒၣ် တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ကသုဝဲဒ်လဲၣ် အတၢ်အဒိအတၢ်အပူၤ ပၣ်ဃုာ်ဒီး တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ် ပှၤကွဲးကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, ပှၤတဲကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၤဖိခိၣ်, မ့တမ့ၢ် TTY (တၢ်ကွဲးဆှၢတၢ်ကစီၣ်လၢလီၤတဲစီၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၤဖိခိၣ်) တၢ်ဘျးစဲတဖၣ် သန့က့ တမ့ၢ်ဒၣ်ထဲ

ပတၢ်တိာ်ကျဲၤန့ၣ် အိၣ်ဒီးပှၤတဲကျိၣ်တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့လၢဘျးလဲကလီၤ ဒ်သိးကစံးဆၢတၢ်သံကွၢ်တဖၣ်လၢ ပှၤကရူၤဖိတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့တဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပဟ့ၣ်န့ၤ လံာ်လိာ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ကွဲးယါတဖၣ်သ့ ခီဖျိ

第 8 章 您的權利與責任

ကျိုက်တံကတိတဖန်လၢ တမ့ၢ်ဘၣ်အဲကလံးကျိၣ် ပၣ်ဃုာ်ဒီး တရူးကျိၣ် ခိၣ်ရံယါကျိၣ် ထဲးကလံးကျိၣ် လၢအိၣ်ကျိၣ် ဘုကၢ်လိၣ်ကျိၣ် ခၢ်ဘီဒိယါ/ခမၢ်ကျိၣ် ဘၣ်ယဲးန့ၣ်ကျိၣ် ဟၢ်ဝၣ်ယံၣ်ကျိၣ် ယပၣ်ကျိၣ် ဆမိအၢ်ကျိၣ် ယံၤကျိၣ် အံၣ်လိၣ်ခါနီၣ်ကျိၣ် ပယီၤကျိၣ် ကညီကျိၣ် တူၣ်ရကံၣ်ကျိၣ် အူစဘဲးကျိၣ် ဒီးတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမၢ်တထံၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အကွၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖန် လၢတလၢ်ဘၣ်န့ၣ်စ့ ဖဲန့ၣ်လိၣ်ဘၣ်အိၣ်အခါန့ၣ်လီၤ. ပဘၣ်တၢ်မၤလိာ်ပုၤလၢ ကဟ့ၣ်န့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်ဘၣ်ဃးဒီး ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ အတၢ်န့ၢ်ဘျးတဖန်အဂ့ၢ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အိၣ်သ့ဒီးညီဒီး အကၢၤအဘၣ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. လၢကဒီးန့ၢ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်လၢပအိၣ် လၢကျိၣ်ကျဲၤလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးဘၣ် တၢ်တိာ်စၢၤမၤစၢၤ ဖဲ 1-888-846-4262(ပုၤစူးကါ TTY တဖန် ကိးဘၣ် 711)တက့ၢ်.

ပတၢ်တိာ်ကျဲၤန့ၣ် ဘၣ်တၢ်မၤလိာ်အိၣ်လၢ ပုၤဆဲးလီၤမံၤလၢအမ့ၢ်ဟံၣ်မုၢ်တဖန်လၢ တၢ်ဃုထၢဘၣ်ဃးဒီး တၢ်ဒီးန့ၢ်ဘၣ် ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤတဖန် အဆူၣ်ချု ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလၢ ပုၤဘျးစဲလၢ ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤတဖန် အညီၣ်ဆူၣ်ချုတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တိာ်စၢၤမၤစၢၤဒီး တၢ်မၤကွၢ်ဆူၣ်ချုဒီးတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတၢ်ဆါအပူၤ လိၤလိၤအဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

ကသံၣ်သရၣ်တဖန်လၢ လၢတၢ်သ့တၢ်ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီတမံၤအဂီၢ်န့ၣ် တၢ်ဒီးန့ၢ်အိၣ်မ့ၢ်တသ့ဘၣ်အယံ, တၢ်အိၣ်မ့ၢ်ပတၢ်တိာ်ကျဲၤအမူအဒါလၢ ကယုထံၣ်သ့ၣ်ညါ ကသံၣ်သရၣ်ကူစါလီၤဆီတၢ်လၢ ပုၤဘျးစဲအချု လၢကဟ့ၣ်လီၤန့ၣ် တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအလိၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤအသးဒိသိးအံၤအပူၤ, နကဘၣ်ဟ့ၣ်ဒ်ထဲ ပုၤဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤ ဘူးလဲန့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်ထံၣ်သ့ၣ်ညါလီၤကွၢ်နသးလၢ နဘၣ်ကွၢ်ဆၢၣ်မၢ်တၢ်အိၣ်သးတမံၤ ဖဲလၢပတၢ်တိာ်ကျဲၤအပုၤဘျးစဲအပူၤ ကသံၣ်သရၣ်ကူစါလီၤဆီတၢ်လၢ အကျါၤဘၢဟ့ၣ် တၢ်တိာ်စၢၤမၤစၢၤတမံၤလၢန့ၣ်လိၣ်ဘၣ်အိၣ်တမံၤတအိၣ်ဝဲဘၣ်အခါ, ကိးဘၣ် ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ လၢတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်ဘၣ်ဃးဒီး နကဘၣ်လဲၤဃုဒီးန့ၢ်တၢ်တိာ်စၢၤမၤစၢၤအံၤဖဲလဲၣ်လၢ ပုၤဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤဘူးလဲအဂီၢ်န့ၣ်လဲၣ်တက့ၢ်.

နမ့ၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတမံၤမံၤလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်လၢပတၢ်တိာ်ကျဲၤအအိၣ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အိၣ်သ့ဒီးညီ ဒီး အကၢၤအဘၣ်လၢနဂီၢ်, လၢကထံၣ်လိာ်ဒုးန့ၣ်သးဒီး ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤအဆူၣ်ချု ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤတဂၤ မ့တမ့ၢ် ဃုထံၣ်န့ၢ် ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီလၢ ပုၤဘျးစဲအပူၤတဂၤန့ၣ်, ကိးလီၤတဲစိလၢ ကဆၢထီၣ် တၢ်ဆိုးထီၣ်တၢ်သးတမံၤဆူ တၢ်တိာ်စၢၤမၤစၢၤ ပုၤကရူၢ်ဖိ အတၢ်မၤန့ၣ်တက့ၢ်. နဆၢထီၣ် တၢ်သးတမံၤအဂ့ၢ်ဆူ Medicare ခီဖျိ နကိး 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) မ့တမ့ၢ် ဆူ ဝဲဒါးလၢ ထံဖိကီဖိခွဲးယာ်တဖန်အဂီၢ် (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 မ့တမ့ၢ် TTY 1-800-537-7697 သ့စ့ၢ်ကိးန့ၣ်လီၤ.

第 8 章 您的權利與責任

Vaega 1.1 E tatau ona matou tu'uina atu fa'amatalaga i se auala e aoga mo oe ma ia ogatasi ma ou uiga fa'ale-aganu'u (i gagana e ese mai le Igilisi, fa'alogo, mata'itusi tetele, lomiga tetele, po'o isi faatulagaga fa'apitoa, ma isi.)

O la matou fuafuaga e mana'omia ina ia mautinoa o auaunaga uma, e le gata i falema'i ma e le o ni falema'i, o lo'o tu'uina atu i se tulaga fa'ale-aganu'u ma e mafai ona maua e tagata uma o lo'o lesitala, e aofia ai i latou e utiuti le tomai fa'aPeretania, fa'atapula'aina le faitau tusi, fa'alogo le fa'alogo, po'o i latou e eseese aganu'u ma aganu'u. O fa'ata'ita'iga o le auala e mafai ai e la matou fuafuaga ona ausia nei mana'oga avanoa e aofia ai ae le gata i, tu'uina atu o au'aunaga faaliliu, auaunaga fa'aliliu upu, teletypewriters, po'o le TTY (telefoni po'o le telefoni tusitusi telefoni) feso'ota'iga.

E maua i le matou fuafuaga tagata ma auaunaga mo le faaliliu upu maua fua e taliina atu fesili mai tagata e iai manaoga faapitoa ma tagata e le faaaogaina le Gagana Peretania. E mafai fo'i ona matou avatu ia te oe meafaitino i totonu gagana e ese mai le Igilisi e aofia ai Saina, Kolea, Hmong, Tagalog, Laos, Cambodia/Kemea, Vitenami, Havaii, Iapani, Samoa, Thai, Ilokano, Pemesi, Kalene, Tuki, Usipeka ma leo, braille, lolomi tetele, po'o isi fa'asologa e leai se totogi pe a e mana'omia. Matou te mana'omia e tu'uina atu ia te oe fa'amatalaga e uiga i fa'amanuiaga o la matou penefiti fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia i matou i se auala e aoga mo oe, valaau le Auaunaga a Sui Usufono i 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

E mana'omia i la matou fuafuaga le tu'uina atu i tama'ita'i o lo'o lesitalaina le filifiliga o le tu'uina sa'o atu i se foma'i fa'apitoa i le soifua maloloina o tama'ita'i i totonu o le feso'ota'iga mo tama'ita'i masani ma puipuiga o le soifua maloloina.

Afai e le o avanoa tagata o lo'o tu'uina atu i totonu o la matou fuafuaga feso'ota'iga mo se tomai fa'apitoa, o le matafaioi a la matou fuafuaga le su'eina o tagata e tu'uina atu fa'apitoa i fafo atu o le feso'ota'iga latou te tu'uina atu ia te oe le tausiga talafeagai. I le tulaga lea, e na'o le fa'asoaina o tau ile feso'ota'iga. Afai e te maua oe i se tulaga e leai ni tagata tomai faapitoa i la matou fuafuaga o feso'ota'iga e aofia ai se au'aunaga e te mana'omia, vala'au la matou fuafuaga mo fa'amatalaga po'o fea e te alu i ai e maua ai lenei auaunaga ile fefa'asoa'i tau feso'ota'iga.

Afai e iai sau fa'afitauli i le mauaina o fa'amatalaga mai la matou fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe, va'ai se foma'i fa'apitoa mo le soifua maloloina o tama'ita'i po'o le su'eina o se foma'i fa'apitoa i feso'ota'iga, valaau e tuuina atu se faasea i le Auaunaga mo Sui Resitala. E mafai fo'i ona fai sau faasea ile Medicare ile vala'au ile 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pe tuusa'o ile Office for Civil Rights 1-800-368-1019 po'o le TTY 1-800-537-7697.

第 8 章 您的權利與責任

ส่วนที่ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมของคุณ (เป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เป็นเสียง เป็นอักษรเบรลล์ เป็นสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือเป็นรูปแบบอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของเรากำหนดให้บริการทั้งหมด ทั้งบริการทางคลินิกและที่ไม่ใช่ทางคลินิก

ต้องให้บริการในลักษณะที่มีความรู้และความสามารถทางวัฒนธรรม และผู้ลงทะเบียนทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษที่จำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด ขาดความสามารถในการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ที่หลากหลาย

ตัวอย่างวิธีการที่แผนของเราสามารถตอบสนองความต้องการด้านการช่วยเหลือการเข้าถึงเหล่านี้จะรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การจัดหาบริการแปลภาษา บริการล่าม การพิมพ์ทางไกล หรือการเชื่อมต่อ TTY (โทรศัพท์แบบข้อความ หรือเครื่องโทรพิมพ์)

แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ เราสามารถมอบเนื้อหาให้แก่คุณเป็น

ภาษาอื่นนอกเหนือจากอังกฤษ ได้แก่ จีน เกาหลี มัง ตากาล็อก ลาว เขมร เวียดนาม ฮาวาย ญี่ปุ่น ซามัว ไทย อีโลกาโน พม่า กะเหรี่ยง ตุรกี อุซเบก และ เสียง อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ

โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากคุณต้องการ

เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผนของเราในรูปแบบที่คุณสามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการข้อมูลจากเราในรูปแบบที่คุณใช้งานได้ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่ custserv1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY ให้โทรไปที่ 711)

แผนของเรากำหนดให้ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงสามารถเลือกที่จะเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของหญิงในเครือข่ายได้โดยตรงสำหรับบริการดูแลสุขภาพเป็นประจำและในเชิงป้องกันของผู้หญิง

หากผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผนของเราไม่พร้อมให้บริการ จะถือเป็นความรับผิดชอบของแผนของเราในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายผู้ที่ให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ

ในกรณีนี้คุณจะจ่ายเฉพาะการแบ่งค่าใช้จ่ายในเครือข่ายเท่านั้น หากคุณพบว่าไม่มีผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายของแผนของเราที่ให้บริการที่คุณต้องการ ให้โทรติดต่อแผนของเราเพื่อสอบถามข้อมูลว่าจะขอรับบริการนี้ได้จากที่ใดในรายการแบ่งค่าใช้จ่ายในเครือข่าย

หากคุณพบปัญหาในการรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ

การค้นหาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้หญิง หรือการค้นหาผู้เชี่ยวชาญในเครือข่าย

โปรดโทรติดต่อเพื่อยื่นคำร้องทุกข์กับฝ่ายบริการของสมาชิก นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นคำร้องเรียนต่อ Medicare ได้ด้วยการโทรติดต่อหมายเลข 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227) หรือสายตรง Office for Civil Rights 1 800 368 1019 หรือ TTY 1 800 537 7697

Bölüm 1.1 Bilgileri, sizin için uygun olan ve kültürel hassasiyetlerinizle tutarlı bir biçimde sunmaktayız (İngilizce dışındaki dillerde, sesli olarak, Braille alfabesiyle, büyük baskıyla veya diğer alternatif biçimlerde vb.)

Hem klinik hem de klinik dışı tüm hizmetlerin, kültürel açıdan yetkin bir şekilde sunulmasını ve İngilizce yeterliliği sınırlı olanlar, okuma becerileri sınırlı olanlar, işitme güçlüğü olanlar ya da kültürel ve etnik kökenleri farklı olanlar dahil olmak üzere, tüm kayıtlı kişiler intrin erişilebilir olmasının sağlanması amacıyla planımız gereklidir. Planımızın bu erişilebilirlik gerekliliklerini nasıl

第 8 章 您的權利與責任

karşılatabileceğine ilişkin örnekler arasında, çevirmen hizmetleri, tercüman hizmetleri, teleksler veya TTY (yazı çıktı cihaz veya teleks telefonu) yer almakla birlikte, örnekler bunlarla sınırlı değildir.

Planımızda, İngilizce konuşmayan üyelerden gelen soruları yanıtlamak için ücretsiz tercüman hizmetleri vardır. İhtiyacınız varsa Çince, Korece, Hmong dili, Tagalogca, Laosça, Kamboçça/Kmerce, Vietnamca, Hawaii Dili, Japonca, Samoaca, Tayca, Ilocano Dili, Birmanca, Karence, Türkçe, Özbekçe dahil olmak üzere İngilizce dışındaki dillerde ve sesli, Braille alfabesinde, büyük baskılı veya diğer alternatif biçimlerde materyalleri de ücretsiz olarak sunabiliriz. Planımızda kapsanan haklar hakkında erişilebilir ve sizin için uygun olan bir biçimde size bilgi verme yükümlülüğümüz vardır. Sizin için uygun olan şekilde bilgi almak için 1-888-846-4262 (TTY kullanıcıları için 711) numarasını kullanarak Üye Hizmetlerini arayın.

Kadınların rutin ve önleyici sağlık hizmetleri için ağ içindeki bir kadın sağlık uzmanına doğrudan erişim seçeneğinin kadın kayıtlılara sunulması planımızda zorunludur.

Planımızın uzmanlık ağındaki sağlayıcılar kullanılamıyorsa gerekli bakımı sağlayacak olan, ağ dışında uzman sağlayıcılar bulmak planımızın sorumluluğundadır. Bu durumda, yalnızca ağ içi masraf paylaşımı için ödeme yaparsınız. Planımızın ağında, ihtiyacınız olan bir hizmeti kapsayan uzmanın bulunmadığı bir durumla karşılaşırsanız bu hizmeti ağ içi masraf paylaşımında nereden edinebileceğinizi öğrenmek amacıyla planımızı arayın.

Planımızdan, erişilebilir ve size uygun olan bir biçimde bilgi almakta, kadın sağlığı uzmanına görünmekte veya ağda bir uzman bulmakta sorun yaşıyorsanız bir şikayet bildiriminde bulunmak için lütfen Üye Hizmetlerini arayın. Ayrıca, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) numaralı telefonu arayarak Medicare üzerinden veya doğrudan 1-800-368-1019 ya da TTY 1 800-537-7697 numaraları ile Office for Civil Rights üzerinden bir şikayette bulunabilirsiniz.

1.1-bo'lim. Biz sizga ma'lumotlarni qulay qilib va sizning madaniyatingizga (Ingliz tilidan boshqa tillarda, audioda, Brayl alifbosida, katta shriftda yoki alternativ formatlarda va h.k.) muvofiq holda yetkazib beramiz

Bizning rejamiz barcha xizmatlar – klinik va klinik bo'lmagan xizmatlar – madaniy jihatdan muvofiq ravishda va barcha ishtirokchilarga, shu jumladan, Ingliz tilisi cheklangan shaxslarga, o'qish qobiliyatida cheklov bo'lganlarga, eshita olmaydigan shaxslarga yoki boshqa madaniyat va irq vakillariga ochiq holatda taqdim etilishini kafolatlashni maqsad qiladi. Bu talablarga javob beruvchi usullar sifatida biz tarjimon xizmatlari bilan ta'minlanishni, yozma xabar operatorlarini, TTY (teleprinter) aloqasini misol qilishimiz mumkin.

Rejamiz ingliz tilida muloqot qilmaydigan a'zolar tomonidan beriladigan savollarga javob bera oladigan bepul tarjimonga ega. Shuningdek, biz sizga hech qanday to'lovsiz Inglizcha bo'lmagan ya'ni Xitoy, Koreyscha, Xmong, Tagalog, Laoscha, Kamboj tili/Xmer, Vyetnam tili, Hawayilik, Yaponcha, Samoan, Taycha, Ilokan, Birmancha, Karen, Turkcha, O'zbekcha materiallarni, audio, Brayl alifbosidagi, katta shriftdagi yoki boshqa muqobil shakldagi materiallarni taqdim etishimiz mumkin. Biz sizga rejamizning foydalari haqida siz uchun kerakli va qulay usulda ma'lumot

第 8 章 您的權利與責任

berishimiz shart. Bizdan o'zingiz uchun qulay usulda ma'lumot olish uchun 1-888-846-4262 dagi A'zolarga Xizmat ko'rsatish markaziga qo'ng'iroq qiling (TTY 711 raqamiga qo'ng'iroq qiladilar).

Biz Ayollar turmushi va salomatlikni preventiv saqlash xizmatlari tarmog'ida ayol ishtirokchilarga ayollar salomatligi mutaxassisiga bevosita murojaat qilish imkonini bermoqchimiz.

Agar rejamiz tarmog'ida muayyan yo'nalishdagi tibbiy xizmatlar ta'minotchisi bo'lmasa, sizga g'amxo'rlik qiladigan muayyan tibbiy ta'minot mutaxassislarini tarmoq tashqarisida topib joylashtirish bizning majburiyatimizga kiradi. Bu vaziyatda siz faqatgina tarmoq ichidagi xarajatnigina to'lab berasiz. Agar sizga kerakli xizmatni taqdim eta oladigan mutaxassislar rejamiz tarmog'ida bo'lmasa, tarmoq ichidagi xarajat evaziga bu xizmatni ko'rsata oladigan manzil bo'yicha ma'lumot olish uchun bizning reja markazimizga qo'ng'iroq qiling.

Agar o'zingizga kerakli va qulay shaklda ma'lumot olishda biror muammoga uchrasangiz, ayollar salomatligi mutaxassisi bilan uchrashish yoki tarmoq mutaxassisini topish, shikoyat qoldirish uchun ishtirokchilarni qo'llab-quvvatlash markaziga qo'ng'iroq qiling. Shuningdek, siz Medicare'ga shikoyat qilish uchun 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ga qo'ng'iroq qilishingiz yoki bevosita 1-800-368-1019 yoki TTY 1-800-537-7697 raqamlari orqali Fuqarolar huquqlari boshqarmasi (Office for Civil Rights)ga murojaat qilishingiz mumkin.

Seksion 1.1 Nasken nga ipaaymi ti impormasion iti wagas a maawatam ken maitunos iti kulturayo (kadagiti lengguahe a saan la nga Ingles, iti audio, iti braille, iti dadakkel nga imprenta wenno sabali pay a kasukat a pormat, ken dadduma pay)

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

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. Mabalini pay nga ited kadakayo dagiti material iti pagsasao malaksid iti Ingles a pakairamanan ti Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek ken audio, braille, iti dadakkel nga imprenta, wenno dadduma pay a kasukat a pormat nga awan ti magastos no kasapulam dayta. Makalikagumkami a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas nga agtrabaho para kenka, tawagan ti Serbisio dagiti Miembro iti 1-888-846-4262 (TTY users ti tawagan 711).

第 8 章 您的權利與責任

Maikalikagum iti planomi a mangted kadagiti babbai a nagpalista iti pagpilian iti direkta nga access iti 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 ti network ti planomi para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti planomi nga agbirok kadagiti tagaipaay ti espesialidad iti ruar ti planomi a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, bayadam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu addaka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti planomi a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti planomi para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost-sharing iti uneg ti network.

No marigrigatanka a mangala ti impormasion manipud ti planomi iti pormat a maakess ken naiparbeng para kenka, pannakipagkita kadagiti espesialista ti salun-at dagiti babbai wenno panagbirok ti espesialista ti network, maidawat a tumawag tapno mangidatag ti asug iti Serbisio dagiti Miembro. Mabalinka pay a mangidatag iti reklamo iti Medicare babaen ti panangtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Office for Civil Rights iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

အပိုင်း 1.1 သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသော ယဉ်ကျေးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ အကဲဆတ်မှုများကို အလေးဂရုပြုသည့် ပုံစံ (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများ၊ အသံ၊ မျက်မမငြိ လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကဲဖြင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများ) အား အသုံးပြုရန် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့က ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာနှင့် ပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ မပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ယဉ်ကျေးမှုအရ အဆင့်အတန်းပြည့်မီသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်စေရန်နှင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကျွမ်းကျင်မှု နိမ့်ပါးသူများ၊ စာဖတ်စွမ်းရည် နိမ့်ပါးသူများ၊ အကဲဖြတ်ချိန်တွင်သူများနှင့် ကွဲပြားစွဲလင့်သော ယဉ်ကျေးမှုနှင့် လူမျိုးရေးနောက်ခံများကို ပိုင်ဆိုင်ထားသူများအပါအဝင် စာရင်းသွင်းသူအားလုံးအတွက် လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က စီမံပေးရပါမည်။ ထိုသို့သော လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်ရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖညှိဆည်းပေးနိုင်မည့် နည်းလမ်းများမှာ ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဖုန်းထဲမှပြောစကားကို စာသားဖြင့်ပြောင်းသော စက်များနှင့် TTY (စာသားဖြင့်ဆက်သွယ်သော တယ်လီဖုန်း သို့မဟုတ် TTY ဖုန်း) ဖြင့် ချိတ်ဆက်မှုများအား စီစဉ်ပေးခြင်း စသည်တို့ဖြစ်ပါသည်။

第 8 章 您的權利與責任

အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားကို ပြောဆိုသည့် မန်ဘာဝင်များ၏ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးရန်အတွက်လည်း ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် အခမဲ့ စကားပန်နီဆောင်မှုများ ရယူနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းများကို

ဤသည်တို့အပါအဝင် အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများဖြင့် ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ တရုတ် ကိုရီးယား မှ တဂါးလေ့ဂ်အို ကမ္ဘာ့ဒီးယားခမာ ဟာဝိုင်ယီ ဂျပန် ဆာမိုအာ ထိုင်း အီလိုကာနို မန်မာ ကရင် တူရကီ ဥဇဘက် နှင့် သင်လိုအပ်ပါက အသံ၊ မျက်မမြင် လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကဲဖြင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများဖြင့်လည်း အခမဲ့ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်သော အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင့်အတွက် လွယ်လင့်တကူ လက်လှမ်းမီနိုင်ပြီးသင့်လျော်သည့် ပုံစံတစ်မျိုးဖြင့် ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ အချက်အလက်များရယူရန် အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် 1-888-846-4262 (TTY အသုံးပြုသူများ ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် 711) သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်အနေဖြင့် အမျိုးသမီး စာရင်းသွင်းသူများကို အမျိုးသမီးကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပုံမှန်နှင့် ကိုက်ညီကာကွယ်ရေး စောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကွန်ရက်တွင်းရှိ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ခွင့် ပေးအပ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

အထူးပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမရှိပါက သင့်ကို လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်ကုသမှု ပေးအပ်နိုင်မည့် ကွန်ရက်ပဋိပက္ခ အထူးပုဂ္ဂိုလ်ဆောင်မှုပေးသူများကို ရှာဖွေပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ထိုအနေအထားတွင် ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ သင် ပေးချရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း သင်လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်နိုင်သည့် အထူးကုဆရာဝန် မရှိသောအခြေအနေကို ကံကြွေးရပါက ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ ပေးချလျက် ထိုဝန်ဆောင်မှုများကို မည်သည့်နေရာ၌ ရယူနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်သို့ ဆက်သွယ်မေးမြန်းပါ။

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်ထံမှ သင့်အတွက် လွယ်လင့်တကူ လက်လှမ်းမီနိုင်ပြီးသင့်လျော်သည့် ပုံစံဖြင့် အချက်အလက်များ ရယူရာတွင်ဖြစ်စေ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူနှင့် ပြောရန် သို့မဟုတ် ကွန်ရက်တွင်းအထူးကုဆရာဝန် ရှာဖွေရန်ဖြစ်စေ အခက်အခဲတစ်စုံတစ်ရာကံကြွေးရပါက အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနထံ မကျေနပ်ချက်ကို တိုင်တန်းရန်အတွက် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခင်းဖြင့် Medicare ထံ တိုင်ကြားချက်တင်သွင်းခင်း သို့မဟုတ် Office for

第 8 章 您的權利與責任

Civil Rights ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019 သို့မဟုတ် TTY 1-800-537-7697 သို့ တိုက်ရိုက်ခေါ်ဆို
တိုင်ကြားခြင်းကိုလည်း ပုဂ္ဂိုလ်နိုင်ပါသည်။

第1.2節 我們必須確保您及時獲得承保的服務和藥物

您有權在本計劃網絡內選擇初級照護醫師 (PCP)，提供和安排您的承保服務。我們不會要求您經過轉診再向網絡內服務提供者就診。

您有權在合理的時間範圍內從本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師處獲得及時的服務。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照護或 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。
 - 因為您透過 Medicare 成為本計劃的會員，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 基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。

第 8 章 您的權利與責任

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

您有權查閱本計劃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，我們將與您的健康照護服務提供者合作，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，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

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

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一種資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）：

- **有關本計劃的資訊。**例如，這包括關於本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、住院醫師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。您還可以造訪我們的網站 go.wellcare.com/2026providerdirectories 查詢資訊。
- **您的承保以及在使用您的承保時必須遵守之規定的相關資訊。**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 部分藥物承保的相關資訊。
 - **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。
- **有關某些項目不承保的原因以及該如何處理的資訊。**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 您有權知道您的治療選項，也有權參與有關您的健康照護的決定

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。

第 8 章 您的權利與責任

您還有權全面參與有關您的健康護理的決定。為了幫助您與醫師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。** 您有權獲知根據您的情況建議適用的所有治療選項，無論這些治療費用是多少，或其是否在本計劃的承保範圍內。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，即使您的醫師建議您不要離開，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。如果您拒絕治療或停止服藥，您要對您的身體因此而受到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。如果您處於這種情況，您有權說明您希望如何處理。這表示**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**。
- **向您的醫師提供書面指示**，告訴他們如果您無法自己做決定，該如何處理您的醫療照護。

在發生這些情況之前用於預先提供指示的法律文件稱為**預立醫療指示**。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。

如何擬定預立醫療指示以提供指示：

- **取得表格。** 您可取得預立醫療指示表格，請向您的律師、社工或從部分辦公用品店索取。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。** 無論您從何處取得此表格，此表格都是一份法律文件。請考慮由律師幫您準備這份文件。
- **將表格副本交給適當的人。** 把表格副本交給您的醫師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。

填寫預立醫療指示是您的選擇（包括如果您住院是否在醫院簽署表格）。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照護或歧視您。

第 8 章 您的權利與責任

如果您的指示未獲遵守

如果您簽署預立醫療指示，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，而且需要要求承保或提出上訴，本文件第 9 章說明您可以怎麼做。無論您決定怎麼做—要求做出承保決定、上訴或提出投訴—我們都必須公平對待您。

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，透過對同儕審核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、診斷測試試驗，可顯示安全性和效果。本項計劃也會參考執業醫師、國家認可的醫療組織（包括醫師專業學會、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

如果您認為您因您的種族、殘疾、宗教、性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡或原國籍受到不公平對待或您的權利未受到尊重，請致電美國衛生及公共服務部 **Office for Civil Rights**（民權辦公室），電話號碼是 1-800-368-1019（TTY 使用者請致電 1-800-537-7697），或致電您當地的民權辦公室。您有權受到尊重並擁有尊嚴。

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，您可從下列地點獲得幫助，解決您的問題：

第 8 章 您的權利與責任

- 致電本計劃的會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）
- 致電您當地的 SHIP，電話號碼是 1-888-875-9229。
- 致電 Medicare，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第1.10節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

從下列地點獲得有關您權利的更多資訊：

- 致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）
- 致電您當地的 SHIP，電話號碼是 1-888-875-9229。
- 聯絡 Medicare
 - 請造訪 www.Medicare.gov 閱讀刊物《Medicare 權利和保護》(Medicare Rights & Protections)（可在以下網址取得：www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf）
 - 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第2節 作為本計劃會員您需要承擔的責任

作為本計劃的會員，您需要完成下列事項。如有疑問，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

- 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 章詳細說明醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細說明您的 D 部分藥物承保。
- 除了本計劃外，如果您還有任何其他健保或藥物承保，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健康照護服務提供者您已投保本計劃。

每當獲得醫療照護或 D 部分藥物時，請出示本計劃的會員卡和您的 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 卡。
- 為您的醫師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，請向您的醫師和其他健康服務提供者告知您的健康問題。遵守您與您的醫師協議的治療計劃和指示。
 - 確保您的醫師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。

第 8 章 您的權利與責任

- 如果您有疑問，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。** 我們期待所有我們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師診問、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：
 - 您必須繼續支付 Medicare 計劃保費以維持本計劃的會員身份。
- **如果您搬到本計劃服務區域內，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。**
- **如果您搬到本計劃服務區域外，您就無法繼續成為本計劃的會員。**
- **如果您搬家，請通知社會安全局（或鐵路退休委員會）。**

第9章： 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

第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。您需要使用來處理您問題的程序，取決於您所遇到的問題類型：

- 對於部分問題，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）。

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節可幫助您找到應當使用的適當程序，以及您應做什麼。

第1.1節 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。為了讓事情更容易，本章使用更熟悉的詞彙取代一些法律術語。

然而，有時瞭解正確的法律術語很重要。為了幫助您瞭解應使用哪個術語取得正確的協助或資訊，當我們提供如何處理特定類型情況的詳細資訊時，也會列出這些法律術語。

第2節 從何處獲得更多資訊和個人化協助

我們隨時提供您協助。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。請務必致電會員服務部尋求協助，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。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。兩個可以幫助您的組織是：

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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。該計劃與本計劃或任何保險公司或保健計劃均無關聯。此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，以及指導該怎麼做。

SHIP 顧問提供的服務是免費服務。SHIP 聯絡資訊請參閱第 2 章第 3 節。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求協助：

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請造訪 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 瞭解Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的投訴和上訴

您享有Medicare，並從Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 獲得協助。本章中的資訊適用於您全部的Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 福利內容。這稱為「整合式程序」，因為它結合或整合了Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 的程序。

有時 Medicare 和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)流程不會合併。在這種情況下，在 Medicare 承保的福利上使用 Medicare 的程序，並在 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 承保的福利上使用 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 的程序。這些情況在**第 6.4 節**說明。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

第4節 您的問題應使用哪個程序

如果您有問題或顧慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。下列資訊可幫助您查找本章中有關 Medicare 或 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 承保福利問題或投訴的適當章節。

您的問題或顧慮是否與您的福利或承保有關？

這包括醫療照護（醫療用品、服務和／或B部分藥物）是否能獲得承保、它們的承保方式，以及與醫療照護相關的付款問題。

是。

請參閱第5節，承保決定與上訴的指南

否。

請參閱第11節，如何對照護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮提出投訴。

承保決定和上訴

第5節 承保決定與上訴的指南

承保決定與上訴是為處理與您的醫療照護（服務、用品與 B 部分藥物，包括付款）福利及承保相關的問題。為了簡單起見，我們一般將醫療物品、服務和 Medicare Part B 藥物稱為**醫療照護**。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。

在您接受服務之前要求做出承保決定

在獲得某項醫療照護前，如果您想知道我們是否承保該照護，您可以要求我們為您做出承保決定。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支付之金額所做的決定。例如，如果本計劃的網絡內醫師將您轉診給非網絡內醫療專科醫師，該轉診是一項有利的承保決定，除非您或您的網絡內醫師證明您已收到這位醫療專科醫師的標準拒絕通知，或者《承保證明》清楚表示所轉診的服務一概不承保。如果您的醫師不確定我們是否會承保特定醫療服務或者拒絕提供您認為您需要的醫療照護，您或者您的醫師也可以聯絡我們，並要求做出承保決定。

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要求，我們會寄送通知說明為什麼該要求遭到駁回，以及如何要求審核該駁回結果。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

只要我們決定您能獲得哪些承保項目以及我們應支付的金額，就是我們在做出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定醫療照護不予承保或不再為您承保。如果您不同意該承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

如果我們在接受福利之前或之後做出承保決定，但是您不滿意，您可以對決定提出上訴。上訴是透過正式方式要求我們審核並改變我們做出的承保決定。在某些情況下，您可以要求對承保決定做出加急或快速上訴。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。在此上訴中，我們審核我們做出的承保決定，以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 級上訴的申請，我們會寄送通知說明為什麼該申請遭到駁回，以及如何要求審核該駁回結果。

如果我們全部或部分不同意您的 1 級醫療照護上訴，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。

- 您無需採取任何行動即可開始 2 級上訴。如果我們不完全同意您的 1 級上訴，Medicare 規定要求我們將您的醫療照護上訴自動送至 2 級。
- 請參閱本章第 6.4 節，以瞭解更多醫療照護 2 級上訴的相關資訊。
- D 部分上訴將於本章第 7 節討論。

如果您對 2 級上訴決定不滿意，您也許能夠繼續進入更高等級的上訴程序（本章說明 3 級、4 級和 5 級上訴程序）。

第5.1節 要求做出承保決定或提出上訴時取得協助

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：

- 致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）
- 從您的州健康保險輔助計劃獲得免費幫助。
- 您的醫生或其他健康照護服務提供者可為您提出要求。如果您的醫師幫助您進行超過 2 級的上訴，需要指定他們擔任您的代表。請致電會員服務部索取代表委任書表，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。（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 go.wellcare.com/OhanaHI 上取得。）
 - 對於醫療照護，您的醫師或其他健康照護提供者可代表您要求承保決定或提出 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。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您的醫師或其他健康照護服務提供者要求您在上訴期間繼續接受某項服務或項目，您**可能**需要指名您的醫師或其他處方開立者作為您的代表，以代表您行事。
- 對於 D 部分藥物，您的醫師或其他處方開立者可代表您要求做出承保決定，或提出 1 級上訴。如果您的 1 級上訴遭拒絕，您的醫師或處方開立者可以提出 2 級上訴。
- **您可請其他人代您行事。**您可以指定其他人士擔任您的「代表」，以代您要求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**，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）。（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 go.wellcare.com/OhanaHI上取得。）此表格賦予該人士代表您行事的許可。其一定要由您以及即將擔任您代表的人簽名。您必須交給我們一份簽名的表格副本。

儘管我們可以在無表格的情況下接受上訴申請，但在尚未收到表格前，我們無法開始或完成審查程序。如果我們在對您的上訴做出承保決定的截止日期內未收到此表格，您的上訴申請將撤銷。如果發生這種情況，我們會向您寄送書面通知，說明您要求獨立審核組織審核我們決定駁回上訴的權利。

- **您也有權聘請律師。**您可以聯絡自己的律師，或者向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。然而，要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴，**您不一定要聘請律師。**

第5.2節 不同情況的規定和截止日期

涉及承保決定和上訴的不同情況有 4 種。每種情況都有不同的規定和截止日期，所以我們提供每種情況的詳細資訊：

- **第6節：**「醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴」
- **第7節：**「D部分藥品：如何要求承保決定或提出上訴」
- **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」
- **第9節：**「如果您認為您的承保過早終止，如何請求本項計畫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*）

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。您也可以從您的 SHIP 取得協助或資訊。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

第6節 醫療照護：如何要求做出承保決定或提出上訴

第6.1節 如果您無法取得醫療照護的承保，或想要我們退還您的照護費用，該怎麼做

您的醫療照護福利請參閱第4章的醫療福利表。在某些情況下，對B部分藥物的申請適用不同的規定。在這些情況下，我們將解釋B部分藥物的規定與醫療物品和服務的規定有何不同。本節告訴您，如果您發生下列5種情況的其中一種，您可以怎麼做：

1. 您沒有獲得您想要的某些醫療照護，但是您認為本計劃承保此照護。**要求做出承保決定。第6.2節。**
2. 我們的計劃不核准您的醫生或其他健康照護服務提供者想向您提供的醫療照護，但您認為該項護理應在本計劃承保範圍內。**要求做出承保決定。第6.2節。**
3. 您獲得了您認為本計劃應承保的醫療照護，但是我們已經表示不支付此照護的費用。**提出上訴。第6.3節。**
4. 您獲得了您認為本計劃應承保的醫療照護並已付費，您想請求本計劃向您償付此照護的費用。**請將帳單寄給我們。第6.5節。**
5. 您獲知您一直在獲得之特定（以前獲得我們核准）的醫療照護承保將減少或停止，但您認為減少或停止此照護會損害您的健康。**提出上訴。第6.3節。**

備註：如果即將終止的承保用於住院照護、居家健康照護、特護機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務，請參閱第8和第9節。特殊規定適用於這些照護類型。

第6.2節 如何要求承保決定

法律術語：

當承保決定涉及您的醫療照護時，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。

標準承保決定通常在7個日曆日內做出，即醫療物品或服務受我們的預先授權規定約束，所有其他醫療物品和服務為14個日曆日內，B部分藥物為72小時。針對醫療服務，通常在72小時內作出「快速承保決定」，針對B部分藥物，通常在24小時內作出。

• 僅使用標準截止日期會對您的健康造成嚴重傷害或讓您的功能無法運作時，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

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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，其中：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫師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要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、寫信或傳真至本計劃提出申請，要求我們授權或提供您希望的醫療照護承保。您、您的醫師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。

這表示我們會在收到您的醫療物品或服務申請後7個日曆日內答覆您，該申請受我們的預先授權規定約束。如果您申請的醫療物品或服務不受我們的預先授權規定約束，我們將在收到您的申請後14個日曆日內給您答覆。如果您申請的是**B部分藥物**，我們將會在收到您的申請後**72小時**內答覆您。

- 然而，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，如果您的申請的是醫療物品或服務，**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。如果您申請的是 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間做決定。
- 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，如果您申請的是醫療物品或服務，我們將在 72 小時內答覆。如果申請的是 B 部分藥物，我們將會在 24 小時內答覆您。

- 然而，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，**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。如果您申請的是 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間做決定。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您認為我們不應花費更多天數，您可以提出快速投訴。（請參閱第 11 節以瞭解關於投訴的資訊。）做出決定後，我們會盡快致電通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄給您書面聲明，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，這表示您將進入 1 級上訴程序。

第6.3節 如何提出1級上訴

法律術語：

就醫療照護承保決定對本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。

- 如果您對我們做出之照護承保決定提出上訴，您及/或您的醫師將需要決定您是否需要快速上訴。如果您的醫師告訴我們，您的健康狀況需要快速上訴，我們會提供快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與第 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，請以書面方式或致電我們提出您的上訴。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。
- 您可以索取與您醫療決定相關之資訊的免費副本。您和您的醫師可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果我們告知您我們將停止或減少您已有的服務或項目，您或許能夠在上訴期間保留這些服務或項目。

- 如果我們決定變更或停止您目前有的服務或項目承保範圍，我們會在採取建議動作之前寄送通知給您。
- 若您不同意該動作，可以提出 1 級上訴。若您在收到我們信函郵戳日期的 10 個日曆天內或在預定生效日期前（以時間較晚者為準）提出 1 級上訴的請求，則我們將繼續承保服務或項目。
- 若您符合此期限，則在您的 1 級上訴未決時，您仍可繼續獲得服務或項目，不會有變更。您也會繼續獲得所有其他服務或項目（並非您上訴的內容），不會有變更。

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們正在審核您的上訴時，我們會仔細審核所有資訊。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，可能聯絡您或您的醫師。

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 小時內向您做出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您做出答覆。
 - 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，如果您申請的是醫療物品或服務，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。如果申請的是 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間做決定。
 - 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）未向您做出答覆，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申請進行審核。第 6.4 節解釋 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們將必須在收到您上訴後的 72 小時內授權或提供承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會將書面決定寄送給您，並自動將您的上訴轉交獨立審核組織進行 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 個日曆日內向您做出答覆。如果申請的是您尚未獲得的 B 部分藥物，我們將在收到上訴的 7 個日曆日內答覆您。如果您的健康狀況需要我們更快告知我們的決定，我們將如此為之。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 然而，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，如果您的申請的是醫療物品或服務，**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。如果您申請的是 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間做決定。
- 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 小時內對您的投訴做出答覆。（如需瞭解提出投訴的程序（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第 11 節**。）
- 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要求，我們必須在 **30 個日曆日**內授權或提供承保，或若您申請的是 B 部分藥物，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，則您有額外的上訴權利。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄送信函給您。
 - 如果您的問題是與 Medicare 服務或項目的承保範圍有關，則該信函會告訴您我們已將您的案例寄給獨立審核組織進行 2 級上訴。
 - 如果您的問題是與 Medicaid 服務或項目的承保範圍有關，則該信函會告訴您如何提出 2 級上訴。

第6.4節 2級上訴程序

法律術語：

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。其有時稱為 **IRE**。

獨立審核組織是Medicare聘請的一個獨立組織。此組織與我們無關，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。

- 如果您的問題是與通常由**Medicare所承保**服務或項目有關，則我們將會在1級上訴完成後，即刻自動將您的案例送至2級上訴程序。
- 如果您的問題是與通常由**Medicaid所承保**服務或項目有關，您可以自行提出2級上訴。這封信函會告訴您如何進行。以下亦提供相關資訊。
- 如果您的問題是與可能由**Medicare和Medicaid皆會承保**服務或項目有關，您將自動得到獨立審核組織的2級上訴。您也可以向州內的公平聽證會提出請求。

若您提出1級上訴時仍符合繼續享有福利資格，您在2級上訴期間也可能繼續享有服務、項目或

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

上訴中藥物的福利。請前往第161頁，瞭解在1級上訴期間持續享有您的給付之資訊。

- 如果您的問題是與通常僅由Medicare所承保服務有關，那麼在與獨立審核組織進行2級上訴程序期間，該項服務的福利將不會繼續。
- 如果您的問題是與通常由Medicaid所承保服務有關，且您在收到本計劃決定的信件後的10個日曆日內提交了2級上訴，則您的服務承保將繼續。

如果您的問題是與通常為 Medicare 承保的一項服務或項目有關：

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訊送交給此組織。此類資訊稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份免費的個案檔案副本。
- 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 級上訴時也會採用快速上訴。

- 對於快速上訴，獨立審核組織必須在接獲您的 2 級上訴後 **72 小時內** 向您做出回覆。
- 如果您申請的是醫療物品或服務，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**。如果您申請的是 B 部分藥物，獨立審核組織不會花費額外的時間做決定。

如果您在 1 級上訴時採用標準上訴，您在 2 級上訴時也會採用標準上訴。

- 對於標準上訴，如果您申請的是醫療物品或服務，獨立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。如果您申請的是 B 部分藥物，獨立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。
- 如果您申請的是醫療物品或服務，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**。如果您申請的是 B 部分藥物，獨立審核組織不會花費額外的時間做決定。

步驟 2：獨立審核組織會給您答覆。

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申請，我們必須在 **72 小時內** 授權醫療照護承保，或者在我們獲得獨立審核組織對**標準申請**的裁決後 **14 個日曆日內** 提供服務。對於**快速申請**，我們在獲得獨立審核組織決定之日起有 **72 小時**。
- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部的 B 部分藥物的申請，我們必須在我們獲得獨立審核組織對**標準申請**的決定後 **72 小時內**，授權或提供 B 部分藥物。對於**快速申請**，我們在獲得獨立審核組織決定之日起有 **24 小時**。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果獨立審核組織否決您的部分或全部上訴，這代表他們同意本計劃不應核准您的醫療照護承保的申請（或您的部分申請）。（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：
 - 說明決定。
 - 如果醫療照護承保的金錢價值達到一定的最低限度，則讓您知道您有權提出 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。
- 如果您的 2 級上訴被否決，但您符合繼續上訴的要求，您需要決定您是否要進入 3 級上訴，提出第三次上訴。詳細進行方式請參閱您在 2 級上訴後收到的書面通知。
 - 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 級上訴的程序。

如果您的問題與通常由Medicaid所承保的服務或項目有關：

步驟1：向州內的公平聽證會提出要求。

- 通常由 Medicaid 所承保之服務的 2 級上訴程序為州內的公平聽證會。您必須在我們寄給您 1 級上訴決策書的日期起 120 個日曆日內，以書面或電話提出公平聽證會之請求。我們寄給您的信函將告訴您要在哪裡提出聽證會請求。

步驟2：公平聽證會將給您答覆。

公平聽證會將以書面方式告訴您他們的決定，並解釋原因。

- 如果公平聽證會同意部分或全部醫療項目或服務的請求，我們必須在收到公平聽證會辦公室決策後 72 小時內授權或提供服務或品項。
- 如果公平聽證會辦公室否決您的部分或全部上訴，這表示他們同意我們的計劃不核准您的醫療照護承保的請求（或您的部分請求）。（這稱為維持決定或駁回上訴）。

如果上訴決定是拒絕本人全部或部分的請求，您可以提出進一步上訴。

如果獨立審核組織或公平聽證會辦公室的決策為否決您全部或部分要求，您將擁有額外上訴的權利。

您從公平聽證會辦公室收到的信函將說明此下一個上訴選項。

請參閱第 10 節瞭解更多關於您在 2 級之後的上訴權利資訊。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

第6.5節 如果您欲要求我們為您收到的醫療照護帳單退款

如果您已經支付本計劃承保的 Medicaid 服務或物品的費用，請要求本計劃向您退款（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獲得承保。如果我們決定服務或藥物應當獲得承保，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要求償付，您就在要求承保決定。為做出此決定，我們將查核您已付款的醫療照護是否受到承保。我們也將查核您是否遵守使用醫療照護承保的所有規定。

如果您要我們償付一項Medicare服務或項目，或是要請求我們為您已支付的Medicaid服務或項目支付健康照護提供者，請要求我們作出這項承保決定。我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保服務。我們也將查核您是否遵守使用醫療照護承保的所有規定。

- **如果我們同意您的申請：**如果醫療照護獲得承保，並且您已遵守規定，則我們一般會在收到您的申請後 30 個日曆日內將費用寄給您，但不會超過 60 個日曆日。
- **如果我們拒絕您的申請：**如果醫療照護未獲承保或若您沒有遵守所有規定，我們就不會寄出款項。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照護費用，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，則表示您要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，請遵照第 6.3 節的上訴程序。關於償付的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您上訴後的 30 個曆日內給您答覆。
- 如果獨立審核組織決定我們應支付費用，我們必須在 30 個日曆日內將款項寄給您或服務提供者。如果您的上訴在層級 2 之後的任何上訴程序階段得到同意的答覆，我們將必須在 60 個曆日內將您要求給付的款項寄給您或健康照護服務提供者。

第7節 D部分藥物：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可接受的適應症。（如需醫學上可接受的適應症的更多資訊請參閱第 5 章。）如需 D 部分藥物、規定、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 章和第 6 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

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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，我們才能予以承保。
- 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支付之金額做出的決定。本節告訴您，如果您發生下列情況的其中一種，您可以怎麼做：

- 要求承保不在本計劃藥物清單中的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 7.2 節。**
- 要求豁免本計劃對某種藥物的承保限制（例如某種藥物的數量限制、預先授權標準，或是要求首先試用其他藥物）。**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。**

如果您不同意我們已經作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節告訴您如何要求承保決定以及如何提出上訴。

第7.2節 要求例外處理

法律術語：

要求承保某種不在藥物清單中的藥物是一種**處方集例外處理**。

要求取消對承保藥物的限制是一種**處方集例外處理**。

要求對某種承保的非首選藥物支付較低的價格是一種**層級例外處理**。

如果某種藥物的承保方式不符合您的期望，您可以要求我們進行**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，您的醫師或其他處方開立者需要解釋您需要作為例外處理的醫療

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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 2 個範例：

1. **承保不在本計劃藥物清單中的 D 部分藥物。** 您不能要求對我們要求您為藥物支付的分攤費用金額進行例外處理。
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。如果我們同意作為例外處理，並為您免除限制，您可請求我們對您需要付款藥物的共付額或共同保險作為例外處理。

第7.3節 要求例外處理時需要瞭解的重要事項

您的醫師必須告訴我們醫學原因

您的醫師或其他處方開立者必須向我們提供聲明，解釋您要求進行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，請包括您的醫師或其他開處方開立者提供的醫療資料。

我們的藥物清單通常對於治療特定病症會列出一種以上藥物。這些不同的藥物稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您要求的藥物效力相當且不會造成較多的副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理要求。

我們可以同意或拒絕您的請求

- 如果我們核准您的例外處理申請，我們的核准有效期通常是到本計劃年度的年底。只要您的醫師繼續為您開處方、而且這種藥物對於治療您的病症持續安全有效，核准就會繼續有效。
- 如果我們拒絕您的申請，您可以提出上訴，要求另一次審核。

第7.4節 如何要求承保決定，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師聲明後**72小時**內做出。**快速承保決定**會在我們會在收到您的醫師聲明後**24小時**內做出。

如果出於您的健康需要，請要求我們做出快速承保決定。如需獲得快速承保決定，您必需符合

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

2 項要求：

- 您必須要求您尚未取得的藥物。（您不能要求快速承保決定，以為您已經購買的藥物退款。）
- 使用標準截止日期可能會對您的健康造成嚴重傷害或讓您的功能無法運作。
- 如果您的醫師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。
- 如果您自行要求快速承保決定，但沒有您的醫師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，其中：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫師或其他處方開立者要求快速承保決定，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 針對我們為您做出標準承保決定而非您所要求之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、寫信或傳真至本計劃提出申請，要求我們授權或提供您希望獲取的醫療照護承保。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 go.wellcare.com/coveragedetermination。第 2 章有聯絡資訊。為了協助我們處理您的申請，請附上您的姓名、聯絡資訊，以及用於識別遭拒絕的理賠已提出上訴的資訊。

您、您的醫師（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 4 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。您的醫師或其他處方者可以發傳真或寄證明給我們。或者讓您的醫師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** 向您做出答覆。
 - 關於例外處理，我們會在收到支持您醫師的支持聲明後 24 小時內向您做出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您做出答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的申請送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審核。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的申請或支持您的申請之醫師聲明後 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要求，我們將寄給您書面聲明，解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

與您尚未獲得之藥物有關的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您的請求後 72 個小時內向您做出答覆。
 - 關於例外處理，我們會在收到支持您醫師的支持聲明後 72 小時內向您做出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您做出答覆。
 - 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，由獨立審核組織審核。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的申請或支持您的申請之醫師聲明後 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要求，我們將寄給您書面聲明，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申請後 14 個日曆日內給您答覆。

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要求，我們必須在收到您的申請後 14 個日曆日內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄給您書面聲明，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，這表示您將進入 1 級上訴程序。

第7.5節 如何提出1級上訴

法律術語：

就 D 部分藥物之承保決定向本計劃提出上訴稱為計劃重新裁決。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

快速上訴稱為**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 個日曆日內提出。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。

- 如果您就尚未獲得之藥物對我們做出的承保決定提出上訴，您和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、醫師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，請提交書面申請，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：1-888-846-4262 (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 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 go.wellcare.com/redetermination 下載。請附上您的姓名、聯絡資訊及理賠相關資訊，以協助我們處理您的申請。
- 您可以透過我們的網站，以電子方式提出您的上訴 go.wellcare.com/OhanaHI。
- 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。
- 您可以索取一份您的上訴資料副本，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申請的所有資訊。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師或其他處方開立者以取得更多資訊。

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**向您做出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您做出答覆。
 - 如果我們在 72 小時內未向您做出答覆，我們必須自動將您的申請送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的申請進行審核。**第 7.6 節解釋 2 級上訴程序。**
- 如果我們同意您部分或全部要求，我們將必須在收到您上訴後的 72 小時內提供承保。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因，以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

您尚未獲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** 向您做出答覆。如果您尚未獲得藥物，但是您的健康狀況需要我們更快答覆，我們會更快做出決定。
 - 如果我們沒有在 7 個日曆日內向您做出答覆，我們必須將您的申請送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的申請進行審查。**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要求，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要求，我們將寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因，以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

您購買藥物之付款的標準上訴期限

- 我們必須在收到您的申請後 **14 個日曆日內** 給您答覆。
 - 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，由獨立審核組織審核。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的申請後 **30 個日曆日內** 付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄給您書面聲明，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 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**。其有時稱為 **IRE**。

獨立審核組織是 Medicare 聘請的一個獨立組織。此組織與我們無關，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。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

步驟 1：您（或您的代表、您的醫師或其他處方開立者）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獨立審核組織。
- 您必須在接到決定通知日期起 65 個日曆日內提出申訴要求。
- 如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或就我們的藥物管理計劃的風險裁定做出不利的決定，我們會自動將您的理賠轉交 IRE。
- 我們會把有關您的上訴的資訊送交給此組織。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，請要求獨立審核組織進行快速上訴。
- 如果獨立審核組織同意進行快速上訴，則獨立審核組織必須在收到您的 2 級上訴申請後的 72 小時內向您做出答覆。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，針對您尚未獲得的藥物，獨立審核組織必須在收到您的上訴後 7 個日曆日內對您的 2 級上訴做出答覆。如果您要求我們為您已經購買的藥物退款，獨立審核組織必須在收到您的申請後 14 個日曆日內對您的 2 級上訴做出答覆。

步驟 3：獨立審核組織會給您答覆。

針對快速上訴：

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部承保要求，我們必須在收到獨立審核組織的決定後 24 小時內提供獨立審核組織核准的藥物承保。

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，我們必須在收到獨立審核組織的決定後 72 小時內提供獨立審核組織核准的藥物承保。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部的已購買藥物退款申請，我們必須在收到獨立審核組織決定後 30 個日曆日內向您寄出款項。

如果獨立審核組織拒絕您的上訴，怎麼辦？

如果獨立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。（這稱為維持決定或駁回上訴）。在這種情況下，獨立審核組織會寄信給您：

- 解釋決定。
- 如果您要求的藥物承保的金錢價值達到一定的最低限度，則讓您知道您有權提出 3 級上訴。如果您要求的藥物承保金錢價值太低，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決定。
- 告訴您必須有爭議的金錢價值才能繼續上訴程序。

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 3 級（總共有 5 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。**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

當您住院時，您有權獲得診斷和治療您的疾病或損傷必需的所有承保醫院服務。

在您的承保住院期間，您的醫師和醫院工作人員將與您合作，一同為您出院的日子做準備。他們會幫忙安排您出院後可能需要的照護。

- 您出院的當天稱為您的**出院日期**。
- 決定您的出院日期後，您的醫師或醫院工作人員將通知您。
- 如果您認為您被要求過早出院，您可以要求延長住院時間，我們會考慮您的要求。

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

在住院的前 2 個日曆日內，您會獲得一份書面通知，稱為 *Medicare 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，社工或護理師），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，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（TTY 使用

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

者請致電 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的醫囑，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。
 - 如果您對您的醫院照護品質有疑慮，應在何處通報。
 - 如果您認為過早出院，您有權**要求立即審核**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。
 - 在通知上簽名**僅**代表您已收到關於您權利的資訊。此通知不會列出您的出院日期。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（或通報對照護品質的疑慮）時擁有相關資訊。
 - 如果您是在出院日期 2 個日曆日以前在通知中簽名，您會在出院之前收到另一份副本。
 - 如需事先查看本通知的副本，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），或者 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。您也可以在此 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上取得通知。

第8.2節 如何提出1級上訴以變更您的出院日期

如要求我們承保更長時間的住院服務，您必須透過上訴程序提出此申請。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。**如果您有疑問或需要協助，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。或者致電您的州健康保險輔助計劃 (SHIP)。SHIP 聯絡資訊請參閱第 2 章第 3 節。SHIP 聯絡資訊請參閱第 2 章第 3 節。

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師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

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

幫助改善 Medicare 會員的照護品質。包括對 Medicare 會員的出院日期的審查。這些專家不是本計劃的一部分。

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*）告訴您如何與此組織聯絡。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：

- 如需提出上訴，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。
 - 如果您符合此期限，在等待品質改善組織對您的上訴做出決定時，您可以在出院日期之後繼續住院，*無需付費*。
 - 如果您未符合此期限，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之住院照護的*全部費用*。

您要求立即審查您的出院情況後，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，並詳細說明您的醫師，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，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），或者 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，獲得**詳細出院通知**的範本。（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。）或者，您也可以在此www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im 線上取得通知範本。

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（*審核員*）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。您不需要準備書面資料，但如果您願意，您可以準備。
- 審核員還會檢查您的醫療資訊，與您的醫師討論，並審核我們和醫院向他們提供的資訊。
- 在審核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書面通知，告知您的預定出院日期。本通知會詳細說明您的醫師，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？

- 如果獨立審核組織*同意*，我們必須繼續向您提供承保住院服務，只要這些服務為醫療上必需。
- 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

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

院服務可能會有限制。

如果答覆是否定的，會怎樣？

- 如果獨立審核組織不同意，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。
- 如果獨立審核組織駁回您的上訴，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做出答覆的隔天中午之後您所接受之照護的全額費用。

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，您可以提出另一次上訴。繼續上訴代表您將轉入 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 個日曆日內要求審核。只有在您的照護承保終止日期之後您還繼續住院的情況下，才能要求此審核。

步驟 2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審核員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資訊。

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，並且會告訴您其決定。

如果獨立審核組織同意：

- 我們必須把品質改善組織拒絕您的第一次上訴隔天中午以後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。

如果獨立審核組織不同意：

- 這表示他們同意對您的 1 級上訴做出的決定。
- 您收到的通知將以書面方式告訴您，如果您想要繼續審核程序，您可以怎麼做。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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 3 級（總共有 5 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。**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

當您在接受承保的居家健康服務、特護照護，或復健照護（綜合門診復健機構）服務時，您有權繼續獲得此類照護的服務，只要需要這種照護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 3 類照護時，我們必須事先通知您。該照護承保終止後，我們會停止支付您的照護。

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本節告訴您如何提出上訴。

第9.1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。其說明您可以如何提出快速上訴。提出快速上訴是透過一種正式法律途徑，要求改變我們關於何時停止您的照護承保之決定。

1. 您至少會在本計劃將停止承保您的照護前 2 個日曆日收到書面通知。該通知會告知您：
 - 我們將停止為您承保照護的日期。
 - 如何要求快速上訴，要求我們繼續延長承保您的照護。
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。在通知中簽名僅代表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計劃停止照護的決定。

第9.2節 如何提出1級上訴，要求本計劃延長承保您的照護

如果您希望我們延長承保您的照護，需採用上訴程序提出申請。開始之前，先瞭解您需要做什

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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。**如果您有疑問或需要協助，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。或者致電您的州健康保險輔助計劃(SHIP)尋求個人化協助：Hawaii 州健康保險輔助計劃(SHIP)，電話號碼是 1-888-875-9229（TTY 使用者請致電 1-866-810-4379），服務時間為週一至週五，當地時間上午 8 點至下午 5 點。SHIP 聯絡資訊請參閱第 2 章第 3 節。

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。品質改善組織擁有一群醫師和其他醫療保健專家，他們由聯邦政府付費，負責檢查和幫助改善 Medicare 會員的照護品質。這包括審查計劃決定何時停止承保特定種類的醫療照護。這些專家不是本計劃的一部分。

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）告訴您如何與此組織聯絡。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：

- 您必須在不晚於 *Medicare* 不承保通知的生效日期前一天中午，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您錯過截止日期，而您想要提出上訴，您仍然享有上訴權利。聯絡您的品質改善組織。

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：

不承保詳細說明。提供終止承保詳細原因的通知。

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（*審核員*）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。您不需要準備書面資料，但如果您願意，您可以準備。
- 獨立審核組織會檢查您的醫療資訊，與您的醫師討論，並審核本計劃向他們提供的資訊。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 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，那麼只要是醫療上必需的服務，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？

- 如果審核員不同意，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，您必須自己支付此照護的全額費用。

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9.3節 如何提出2級上訴，要求本計劃延長承保您的照護

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**內要求此審核。只有在您的照護承保終止後您還繼續接受照護的情況下，您才可以要求此審查。

步驟 2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審核員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資訊。

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，並告訴您其決定。

如果獨立審核組織同意，將會怎樣？

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 我們必須償付下列費用給您：自我們告訴您承保將終止的當天起，就您接受的照護將我們的分攤費用退還給您。只要是醫療上必需，我們就必須繼續提供該照護的承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，您的承保可能有限制。

如果獨立審核組織不同意，將會怎樣？

- 這表示他們同意對您的 1 級上訴做出的決定。
- 您收到的通知將以書面方式告訴您，如果您想要繼續審核程序，您可以怎麼做。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 3 級上訴，總共有 5 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10節 將您的上訴升級至3、4和5級

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特定最低金額價值，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 3 級上訴的運作方式和前 2 級基本相同。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做出答覆。

- 行政法官或律師仲裁人如果同意您的上訴，上訴程序不一定會終止。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 級上訴申請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。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序**不一定**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決定，您可以繼續進入下一級審核程序。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。

- 如果您的上訴獲得核准或委員會否決了我們對有利於您的 3 級上訴判決提出的審查申請，上訴程序**不一定**會終止。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申請，上訴程序**不一定**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決定，您可能可以繼續進入下一級審核程序。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定是否允許您進入 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**您的申請。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 額外的Hawaii Med-QUEST部門計劃(Medicaid)上訴

若您的上訴是關於 Hawaii Med-QUEST 部門計劃 (Medicaid) 通常會承保的服務或項目，您也具有其他上訴的權利。公平聽證會辦公室寄給您的信函將會告訴您，如果您想繼續進行上訴程序該怎么做。

第10.3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。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果您上訴的藥物價值達到一定金額，您可能可以繼續進入更高層級的上訴。如果低於該規定的金額，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要球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3級上訴的運作方式和前2級基本相同。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做出答覆。

- 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核准後 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。
- 如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序不一定會終止。
 - 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決定，您可以繼續進入下一級審核程序。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。我們必須在委員會核准後 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。
- 如果您的上訴被拒絕或委員會否決了審核申請，上訴程序不一定會終止。
 - 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決定，您可能可以繼續進入下一級審核程序。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定是否允許您進入 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申請。這是最終的答案。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

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。這包括有關照護品質、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	您對您獲得的照護品質感到不滿嗎（包括醫院內的照護）？
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計劃嗎？
等候時間	- 您與醫師約診有困難嗎？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、醫院或醫師診間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？

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

投訴	範例
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）	如果您已經要求承保決定或已提出上訴，而且您認為我們的回覆不夠快，您可以對我們的延遲提出投訴。下面舉一些例子說明： • 如果您請求我們做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。

提出投訴稱為提出申訴。

採用投訴程序稱為採用提出申訴的程序。

快速投訴稱為加速申訴。

步驟 1：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 致電會員服務部通常是第一步，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。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。如果您寄送書面投訴，我們會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。

第9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 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申請（醫療照護或 D 部分藥物）。
 - 我們拒絕您的快速審核申請（遭拒服務或 D 部分藥物之上訴）。
 - 我們決定需要額外時間審核您的要求（醫療照護）。
 - 我們決定需要額外時間審核您的上訴（遭拒醫療照護）。
- 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申請受到拒絕，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。
- 無論您是致電或寫信，您都應立即致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。若您有想要投訴的問題，可以隨時投訴。

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申請而提出投訴，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9章 如果您有問題或要提出投訴（承保決定、上訴、投訴）

第11.3節 您也可以向品質改善組織提出有關照護品質的投訴

當您的投訴涉及*照護品質*時，您還有另外 2 種選擇：

- 您可以直接向品質改善組織提出投訴。品質改善組織是由執業醫師及其他醫療保健專家所組成，由聯邦政府所聘僱，負責檢查並改善提供給 Medicare 病人的照護。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11.4節 您也可以將您的投訴告訴Medicare和Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)

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Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid) 承保服務的上訴，請聯繫州Medicaid辦公室。聯繫資訊在第2章第6節。

第10章 終止本計劃的會員資格

第10章： 終止本計劃的會員資格

第1節 終止您在本計劃的會員資格

終止您在 Wellcare 'Ohana Dual Align (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資格的資訊。
- 也有些我們必須終止您的會員資格的有限情形。第 5 節告訴您在哪些情形下我們必須終止您的會員資格。

如果您要退出本計劃，在您的會員資格終止前，本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。由於您享有Medicaid，因此您可以在一年中的任何一個月選擇下列其中一個Medicare計劃，藉此終止您在本計劃的會員資格：

- 含有獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare，
- 不含獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare（如果您選擇此選項並接受額外補助，除非您退出自動投保，否則Medicare可能為您投保一項藥物計劃），或
- 如果符合資格，在一項計劃中為您提供Medicare和大部分或全部Medicaid福利和服務的一種整合式D-SNP。

備註：如果您從 Medicare 藥物承保退保、不再接受額外補助，且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 藥物計劃時可能必須支付 D 部分延遲投保費用。

- 請致電1-800-316-8005聯絡您所在州的Medicaid辦公室（TTY使用者請致電711），以瞭解您的Medicaid計劃選項。

第10章 終止本計劃的會員資格

- 在**開放投保期**有其他Medicare保健計劃方案。第2.2節告訴您有關開放投保期的更多資訊。
- 在我們收到您變更計劃的申請後，您的會員資格通常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 您可以在開放投保期終止您的會員資格

您可以在每年的**開放投保期**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。

- **開放投保期**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：
 - 另一項有或無藥物承保的Medicare保健計劃。
 - 含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare
 - 無獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare。
 - 如果符合資格，您可投保綜合D-SNP，這將在一個計劃中提供您的Medicare和您的大多數或所有Medicaid福利和服務。

您獲得Medicare的額外補助支付您的處方藥物費用：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藥物承保退保、不再接受額外補助，且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。

- 當您的新計畫承保於1月1日開始時，您在本計劃的會員資格將終止。

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**，您可以對您的健保做出一次變更。

- **Medicare Advantage (MA) 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。

第10章 終止本計劃的會員資格

- 在 Medicare Advantage 開放投保期，您可以：
 - 轉換至其他有或無藥物承保的Medicare Advantage計劃。
 - 從本計劃退保並透過Original Medicare獲得承保。如果在此期間，您轉換到Original Medicare，您也可以在那時參加獨立的Medicare藥物計劃。
- 您的會員資格將終止於您投保另一項 Medicare Advantage 計劃後或是我們收到您提出轉換到 Original Medicare 的請求之後下一個月的第一天。如果您還選擇投保一項 Medicare 藥物計劃，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**。這些只是範例。如需完整清單，您可以聯絡本計劃、致電Medicare或造訪（www.Medicare.gov）：

- 通常，當您搬家時
- 如果您有Hawaii Med-QUEST部門計劃 (Medicaid)
- 如果您有資格獲得支付您的Medicare藥物承保的額外補助
- 如果我們違反我們與您的合約
- 如果您正在從一個機構（如療養院或長期照護 (LTC) 醫院）獲得照護
- **備註：**如果您參加藥物管理計劃，您可能僅符合特定特殊投保期的資格。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。

投保期因您的情況而異。

如需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)。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健保和藥物承保。您可以選擇：

- 另一項有或無藥物承保的Medicare保健計劃、
- 含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare，
- 無獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare。
- 如果符合資格，在一項計劃中為您提供Medicare和大部分或全部Medicaid福利和服務的一種整合式D-SNP。

第10章 終止本計劃的會員資格

備註：如果您從Medicare藥物承保退保、不再接受額外補助，且沒有可信的藥物承保連續超過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。

如果您從Medicare獲得額外幫助支付藥物承保的藥物：如果您轉換到Original Medicare，但沒有投保獨立的Medicare藥物計劃，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您申請變更計劃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 獲得關於何時您可以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：

- 致電會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711）
- 在2026年《Medicare與您》手冊中找到相關資訊。
- 致電Medicare，電話號碼是1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY使用者請致電1-877-486-2048）

第3節您 如何終止您在本計劃的會員資格

下表解釋您可以如何在本計劃中終止您的會員資格。

若要從本計劃轉換至：		以下是需採取的行動：
另一項 Medicare 保健計劃		• 投保新的 Medicare 保健計劃。 • 當您的新藥物計劃承保生效時，您會自動退保 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)。
含獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare		• 投保新的 Medicare 藥物計劃。 • 當您的新藥物計劃承保生效時，您會自動退保 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)。

第10章 終止本計劃的會員資格

若要從本計劃轉換至：	以下是需採取的行動：
無獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare	• 寄送書面退保申請給我們，或造訪我們的網站在線上退保。如果您需要更多有關如何進行的資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。 • 您也可以致電 Medicare 要求退保，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。 • 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動退保 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)。

備註：如果您從Medicare藥物承保退保、不再接受額外補助，且沒有可信的藥物承保連續超過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)。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

在您的會員身份終止，而您新的 Medicare 和 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(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照護。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購配取您的處方藥。
- 如果您在會員資格終止當天住院，您將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10章 終止本計劃的會員資格

第5節 在某些情況下，Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 必須終止您在本計劃的會員資格

如果發生以下任何情況，Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)必須終止您在本計劃的會員資格：

- 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。然而，在這段期間，Medicare Advantage 計劃不負責任何可能列於 Medicaid 州計劃中的任何 Hawaii Med-QUEST 部門計劃(Medicaid)承保福利。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
- 您離開我們的服務區域超過 6 個月。
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，電話號碼是1-888-846-4262（TTY使用者請致電711），以便確定您的新家所在地或旅遊地點是否在本計劃區域內。
- 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藥物承保之其他保險的資訊
- 如果您在投保本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計劃的資格。（我們不能因這個原因要求您離開本計劃，除非我們首先獲得Medicare的核准。）
- 如果您持續破壞的行為方式，讓我們很難為您和本計劃的其他會員提供醫療照護。（我們不能因這個原因要求您離開本計劃，除非我們首先獲得Medicare的核准。）
- 如果您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療照護。（我們不能因這個原因要求您離開本計劃，除非我們首先獲得Medicare的核准。）
 - 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。

如果您有疑問或想要更多有關我們何時可終止您會員資格的資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。

第10章 終止本計劃的會員資格

第5.1節 我們不能因任何健康相關理由而要求您退出本計劃

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)不能因與您健康相關的任何理由而要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您應該怎麼做？

如果您認為我們因與健康相關的理由要求您退出本計劃，請致電 Medicare，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第5.2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保戶資格的決定提出申訴。

第 11 章 法律通知

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 (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，在特定情況下，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、年齡、精神或身體殘疾、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疑慮，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**（民權辦公室），或致電您的當地的民權辦公室。您也可以在此 www.HHS.gov/ocr/index.html 上檢閱美國衛生及公共服務部民權辦公室的資訊。

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，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711）。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 11 章 法律通知

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

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，本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，本計劃和／或治療提供者皆保留權利，透過本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或和解；
- 任何汽車保險、營業場所或屋主的保險承保範圍或總括保險承保範圍內的醫療款項承保；
- 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。

當您接受本計劃之福利時，您也 (i) 將您追回醫療費用之權利指派給本計劃（來自任何可用承保範圍、由本計劃所提供、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。

當您接受本計劃之福利時，您同時也給予本計劃任何追回、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。本計劃可能會追回本計劃提供的所有福利

第 11 章 法律通知

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。本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，本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，您必須配合本計劃和／或治療提供者的努力以追回其費用，包括：

- 請告知本計劃或治療提供者（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、疾病或狀況的說明。
- 完成本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。
- 立即回應來自本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，包括本計劃支付之所有償付，如本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金額。

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 1-888-846-4262 (TTY 使用者請致電: 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。本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 11 章 法律通知

第6節 獨立簽約者

本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。本計劃決不會對任何參與我們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、雇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，請致電我們的免付費詐欺熱線：1-866-685-8664 (TTY: 711)。詐欺熱線每週 7 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 定義

第12章： 定義

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照護服務或處方藥承保申請，或支付您已獲取之服務或藥物費用的決定存有異議時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在獲得之服務的決定，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（請參閱「**原廠生物製劑**」和「**生物相似性藥**」）。

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

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。原廠藥與學名藥具有相同的有效成分配方。但是，學名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\$2,100 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 - 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。這包括有關您獲得之照護品質、等候時間和客戶服務的問題。如果本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，例如醫師

第12章 定義

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—分攤費用指當會員獲得服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下 3 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時支付的任何金額之共同保險（藥物總費用的百分比）。

承保裁定—有關您的處方藥是否獲得本計劃承保，以及您需支付的處方費用（如有）的決定。一般而言，如果您攜帶處方到藥房，而藥房告訴您該處方藥不在本計劃承保範圍內，這不是承保裁定。您需要致電或寫信給本計劃，要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—用於表示我們計劃承保之所有藥物的術語。

承保服務—用於表示本計劃承保之所有健康照護服務和用品的術語。

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，雇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照護或專業醫療服務時在療養院、安寧照護機構或其他機構中提供的個人照護。監護照護是由沒有專業技能或未經培訓的人提供的個人照護，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—當您的醫師開立的特定藥物少於一整個月的供藥量時，每日分攤費用費率可能適用，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，本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—在本計劃付費之前，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)—投保 DSNP 的人士有權獲得 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，取決於各州以及該人士的資格。

符合雙重資格的個人—符合享有 Medicare 和 Medicaid 承保資格的人士。

耐用醫療設備 (DME)—您的醫師因醫療原因開立的特定醫療設備。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

第12章 定義

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學症狀，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。醫學症狀可包括快速惡化的疾病、傷害、劇痛或醫療狀況。

急診照護— 承保的服務包括：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) 和揭露資訊— 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本計劃的會員必須做什麼。

例外處理— 為一種承保決定，如果獲得核准，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）。若本計劃要求您在獲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，而您希望我們豁免標準限制，或本計劃限制您申請的藥物數量或劑量時，您也可以要求例外處理（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。

學名藥— 由 FDA 核准、與原廠藥有相同有效成分的處方藥。一般而言，學名藥的功效相當於原廠藥且通常費用較低。

居家護理助理員— 某人士提供的服務無需持照護理師或治療師的技能，例如在個人照護方面提供幫助（如洗澡、用洗手間、穿衣或進行醫師要求的運動）。

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。本計劃必須向您提供您所在地理區域的安寧照護機構名單。如果您選擇安寧照護機構，並繼續支付保費，您仍是本計劃的會員。您仍可獲得所有醫療上必需服務，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)— 醫師（包括 PCP 和專科醫師）及其他健康護理提供者（包括醫院）之協會，該協會與本項計劃簽約，為會員提供服務。請查閱第 1 章第 6 節。

第12章 定義

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。

合併申訴 - 針對我們或我們網絡內藥房提出的一種投訴形式，包括與您的照護品質有關的投訴。此類投訴不涉及承保或付款爭議。

合併組織裁定 - 當 Medicare Advantage 計劃決定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時作出的組織裁定。在本手冊中，組織裁定稱為「承保決定」。第 9 章解釋如何請求我們作出承保決定。

可互換生物相似性藥—一種生物相似性藥，可在藥房用於替代原廠生物相似性藥而不需要新的處方，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，支付本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協議。

最高公平價格—Medicare 為所選藥物議定的價格。

最高分攤費用 - 您在日曆年度為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自費費用。您為我們的 Medicare Part A 和 Part B 保費以及處方藥物支付的金額不會計入最高分攤費用。（備註：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，幫助部分低收入和資源有限的人士支付醫療費用。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 和專科醫師在內的醫師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。

醫學上所接受的適應症—經 FDA 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。

第12章 定義

Medicare - 聯邦健康保險計劃，適用對象為年滿 65 歲 (含) 或以上的人士，或年齡在 65 歲以下的某些身障人士，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的計劃，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**含處方藥承保的 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 並投保本計劃的人士提供所有 Medicare Part A 和 Part B 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 藥物承保(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。

藥物治療管理 (MTM) 計劃— 為符合特定要求或參與藥物管理計劃的人士提供，滿足複雜健康需求的 Medicare Part D 計劃。MTM 服務通常包括與藥劑師或健康照護服務提供者討論，以審核藥物。

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、已投保本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師、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

第12章 定義

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**。

開放投保期—每年 10 月 15 日到 12 月 7 日，會員可改變自己的健康或藥物計劃或轉到 Original Medicare 的期間。

原廠生物製劑—為一種已獲 FDA 核准的生物製劑，可作為製造商生產生物相似性藥時的比較對照。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，透過向醫師、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 的任何醫師、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 核准金額的分攤費用，您支付自己的分攤費用。Original Medicare 分為 2 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—未與本項計劃簽約、無法為我們的計劃保戶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—未與本計劃簽約的服務提供者或機構，無法為本計劃會員協調或提供承保服務。網絡外服務提供者是本計劃未雇用、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，如果您沒有可信的承保（預期平均與標準 Medicare 藥物承保至少一樣多的承保）連續超過 63 天或更長時間，除 Medicare 藥物承保的每月計劃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師 (PCP) 討論。您的 PCP 會通知我們，申請計劃核准（預先授權）。（請參閱第 1 章第 1.1 節）

首選分攤費用—首選分攤費用指某些網絡內郵購服務藥房對某些 D 部分藥物提供的較低分攤費用。

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。

第12章 定義

預防性服務—用於預防疾病或在治療效果最佳的早期階段發現疾病的醫療照護服務 (例如，預防性服務包括子宮頸抹片檢查、流感疫苗和篩檢乳房攝影)。

初級照護醫師 (PCP) – 您因大多數健康問題首先去看的醫師或其他服務提供者。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師。

預先授權—要獲得服務或特定藥物需要根據特定標準事先獲得的核准。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。

義肢和矯正設備—醫療裝置包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、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、由從業醫師和其他健康照護專家組成的團體，負責檢查和改善向 Medicare 患者提供的照護。

供藥量限制—一種管理工具，旨在就品質、安全或使用等原因限制藥物使用。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）。

轉診—初級照護醫師為了讓您向專科醫師就診或獲得特定醫療服務而提供的書面醫囑。如果沒有轉診，本計劃可能不會支付專科醫師的服務。

復健服務—這些服務包括住院復健照護、物理治療（門診）、語言和言語治療以及職能治療。

所選藥物—由 D 部分承保的藥物，Medicare 議定最高公平價格。

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。如果您永久搬離本計劃的服務區域，本計劃必須讓您退保。

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理師或醫師進行的物理治療或靜脈注射。

特殊需求計劃—一種為特定族群（例如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士、住在療養院的人士或患有特定慢性醫療狀況的人士）提供更集中之健康照護的特殊 Medicare Advantage 計劃類型。

標準分攤費用—標準分攤費用是網絡內郵購服務藥房提供的除首選分攤費用外的分攤費用。

循序用藥—一種服務利用工具，在我們承保您的醫師最初為您開的藥物之前，要求您首先嘗試

第12章 定義

另一種藥物治療您的醫療狀況。

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 福利與社會安全福利並不相同。

緊急需求服務 — 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，從網絡內服務提供者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。醫療上必要的例行服務提供者就診（例如年度檢查），即使您不在本計劃的服務區域或本計劃網絡暫時無法使用，也不會視為緊急需求。

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。

本頁特意留白。

本頁特意留白。

本頁特意留白。

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	1-888-846-4262 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7:45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7:45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。如果您留言，請提供您的姓名和電話號碼，團隊成員將在一 (1) 個工作日內回電。 會員服務部，電話號碼是 1-888-846-4262（TTY 使用者請致電 711），也為非英語使用者提供免費語言口譯服務。
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 7:45 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 7:45 至晚上 8 點。
寫信	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
網站	go.wellcare.com/OhanaHI

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
致電	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。如果您有任何意見或建議可供改善此表格，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.