



1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2026

หลักฐานแสดงความคุ้มครองสำหรับปี 2026:

ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์และบริการด้านสุขภาพและยา Medicare ในฐานะสมาชิกของ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

เอกสารนี้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความคุ้มครองสุขภาพและยา Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2026 เอกสารนี้เป็นเอกสารทางกฎหมายที่สำคัญ โปรดเก็บไว้ในที่ปลอดภัย

เอกสารนี้อธิบายถึงสิทธิประโยชน์และสิทธิของคุณ โปรดใช้เอกสารนี้เพื่อทำความเข้าใจ:

- เบี้ยประกันแผนและการแบ่งค่าใช้จ่ายของเรา
- สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และยาของเรา
- วิธีการยื่นคำร้องเรียนหากคุณไม่พอใจในบริการหรือการรักษา
- วิธีการติดต่อเรา
- ความคุ้มครองอื่นๆ ที่กฎหมาย Medicare กำหนด

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับเอกสารนี้ โปรดโทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เวลาให้บริการคือ: ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึงวันที่ 31 มีนาคม ตัวแทนสามารถให้บริการตั้งแต่วันจันทร์-วันอาทิตย์ เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. ส่วนตั้งแต่วันที่ 1 เมษายนถึงวันที่ 30 กันยายน ตัวแทนสามารถให้บริการตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. การโทรจะไม่เสียค่าบริการ

แผน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) แผนนี้เสนอโดย Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan) (เมื่อหลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้กล่าวถึง “เรา” “พวกเรา” หรือ “ของเรา” จะหมายถึง Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan) เมื่อกล่าวถึง “แผน” หรือ “แผนของเรา” จะหมายถึง Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP))

เอกสารนี้มีให้บริการฟรีเป็นภาษาจีน, เกาหลี, บัง, ตากาล็อก, ลาว, กัมพูชา/เขมร, เวียดนาม, ฮาวาย, ญีปุ่น, กะเหรี่ยง, ซามัว, ไทย, ตุรกี, อุซเบก, ฮิโกลาโน และพม่า เรามีหน้าที่ให้ข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณ (ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ อักษรเบรลล์ เสียง การพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ ฯลฯ) โปรดติดต่อบริการของสมาชิกหากคุณต้องการข้อมูลแผนในรูปแบบอื่น

สิทธิประโยชน์และ/หรือการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล/การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์อาจเปลี่ยนแปลงในวันที่ 1 มกราคม 2027

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4676811_HI6ZSPEOCTHA_M_0001
H9916001000

รายชื่อยาในความคุ้มครอง ร้านขายยาในเครือข่าย และ/หรือเครือข่ายผู้ให้บริการของเราอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา คุณจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

'Ohana Health Plan เป็นแผนที่มีให้โดย WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

จากการทบทวนโมเดลของการดูแลสุขภาพ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการประกันคุณภาพแห่งชาติ (NCQA) ให้ดำเนินการแผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ (SNP) ตลอดทั้งปี 2028

สารบัญ

สารบัญ

บทที่ 1: เริ่มต้นเป็นสมาชิก.....	5
ส่วนที่ 1	คุณเป็นสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 5
ส่วนที่ 2	ข้อกำหนดด้านคุณสมบัติในการสมัครแผน 6
ส่วนที่ 3	เอกสารสำคัญเกี่ยวกับการเป็นสมาชิก 8
ส่วนที่ 4	สรุปค่าใช้จ่ายที่สำคัญประจำปี 2026 10
ส่วนที่ 5	ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือนของคุณ 13
ส่วนที่ 6	อัปเดตข้อมูลประวัติสมาชิกแผนของเราให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ..... 14
ส่วนที่ 7	ประกันอื่นๆ ทำงานร่วมกับแผนของเราอย่างไร 14
บทที่ 2: หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล	16
ส่วนที่ 1	การติดต่อแผนของเรา 16
ส่วนที่ 2	ขอความช่วยเหลือจาก Medicare..... 21
ส่วนที่ 3	โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP) 22
ส่วนที่ 4	องค์การปรับปรุงคุณภาพ (QIO) 23
ส่วนที่ 5	ประกันสังคม..... 24
ส่วนที่ 6	Medicaid..... 25
ส่วนที่ 7	โครงการที่ช่วยชำระค่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ 26
ส่วนที่ 8	คณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ (RRB)..... 29
ส่วนที่ 9	หากคุณมีประกันกลุ่มหรือประกันสุขภาพอื่นๆ จากนายจ้าง..... 29
บทที่ 3: การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ	30
ส่วนที่ 1	วิธีการขอรับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ในฐานะสมาชิกแผนของเรา 30
ส่วนที่ 2	ใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายของแผนเราเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ 32
ส่วนที่ 3	วิธีการรับบริการในเหตุฉุกเฉิน ภัยพิบัติ หรือความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการดูแล 36
ส่วนที่ 4	จะเกิดอะไรขึ้นถ้าคุณถูกเรียกเก็บเงินโดยตรงสำหรับค่าใช้จ่ายเต็มรูปแบบ ของบริการที่ครอบคลุม 38
ส่วนที่ 5	บริการทางการแพทย์ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก 39

สารบัญ

ส่วนที่ 6	กฎว่าด้วยการรับการดูแลในสถาบันดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์.....	40
ส่วนที่ 7	กฎว่าด้วยการเป็นเจ้าของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์	41
บทที่ 4: ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)		43
ส่วนที่ 1	การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริการที่ครอบคลุม	43
ส่วนที่ 2	ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์แสดงถึงสิทธิประโยชน์และ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของคุณ	44
ส่วนที่ 3	บริการในความคุ้มครองนอกแผน	102
ส่วนที่ 4	บริการที่ไม่ครอบคลุมในแผนของเรา (ข้อยกเว้น)	102
บทที่ 5: การใช้แผนความคุ้มครองสำหรับยาส่วน D		105
ส่วนที่ 1	หลักเกณฑ์พื้นฐานสำหรับแผนการคุ้มครองยาส่วน D ของเรา	105
ส่วนที่ 2	รับยาของคุณที่ร้านขายยาในเครือข่ายหรือผ่านบริการสั่งซื้อทาง ไปรษณีย์ในแผนของเรา	106
ส่วนที่ 3	ยาของคุณต้องอยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนของเรา.....	110
ส่วนที่ 4	ยาที่มีข้อจำกัดความคุ้มครอง	112
ส่วนที่ 5	สิ่งที่คุณสามารถทำได้หากยาตัวใดตัวหนึ่งของคุณไม่ได้รับความ คุ้มครองตามที่คุณต้องการ.....	113
ส่วนที่ 6	รายชื่อยาในความคุ้มครองของเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดปี	114
ส่วนที่ 7	ประเภทของยาที่เราไม่คุ้มครอง.....	116
ส่วนที่ 8	วิธีรับยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณ	117
ส่วนที่ 9	ความคุ้มครองยาส่วน D ในสถานการณ์พิเศษ	118
ส่วนที่ 10	โครงการเกี่ยวกับความปลอดภัยของยาและการจัดการยา	119
ส่วนที่ 11	คำอธิบายสิทธิประโยชน์สำหรับส่วน D ของคุณจะอธิบายว่าคุณอยู่ใน ระยะการชำระเงินแบบใด	121
บทที่ 6: สิ่งที่คุณต้องจ่ายสำหรับยาส่วน D.....		123
บทที่ 7: การขอให้เราจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์หรือยาในความคุ้มครอง		124
ส่วนที่ 1	สถานการณ์ที่คุณควรขอให้เราจ่ายส่วนของเราสำหรับบริการหรือยาใน ความคุ้มครอง	124
ส่วนที่ 2	วิธีแจ้งให้เราจ่ายเงินคืนหรือชำระใบเรียกเก็บเงินที่คุณได้รับ	127

สารบัญ

ส่วนที่ 3	เราจะพิจารณาคำขอชำระเงินของคุณและระบุว่าอนุมัติหรือไม่	128
บทที่ 8: สิทธิ์และความรับผิดชอบของคุณ		129
ส่วนที่ 1	แผนของเราต้องเคารพสิทธิและความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมของคุณ	129
ส่วนที่ 2	ความรับผิดชอบของคุณในฐานะสมาชิกแผนของเรา	150
บทที่ 9: หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)		151
ส่วนที่ 1	สิ่งที่ต้องทำหากคุณมีปัญหาหรือข้อกังวล	151
ส่วนที่ 2	สถานที่รับข้อมูลเพิ่มเติมและความช่วยเหลือส่วนบุคคล	151
ส่วนที่ 3	การทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำร้องเรียนและคำร้องของ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)	152
ส่วนที่ 4	กระบวนการที่จะใช้สำหรับปัญหาของคุณ	153
ส่วนที่ 5	แนวทางการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้อง	153
ส่วนที่ 6	การรักษาพยาบาล: วิธีขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง	156
ส่วนที่ 7	ยาส่วน D: วิธีขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง	165
ส่วนที่ 8	วิธีการขอให้เราคุ้มครองการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในนานขึ้น หากคุณคิดว่าคุณกำลังจะออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป	173
ส่วนที่ 9	วิธีที่ขอให้เราให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์บางอย่าง หากคุณคิดว่าความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดลงเร็วเกินไป	177
ส่วนที่ 10	การยื่นคำร้องของคุณขั้นที่ 3, 4 และ 5	181
ส่วนที่ 11	วิธีการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล เวลา รอ การบริการลูกค้า หรือข้อกังวลอื่นๆ	184
บทที่ 10: การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา		188
ส่วนที่ 1	การสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา	188
ส่วนที่ 2	คุณสามารถยุติการเป็นสมาชิกในแผนของเราได้เมื่อใด	188
ส่วนที่ 3	วิธีสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา	191
ส่วนที่ 4	จนกว่าการเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุดลง คุณจะต้องนำรายการทางการแพทย์ บริการ และยาของคุณมาใช้ตามแผนของเราต่อไป	193
ส่วนที่ 5	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ต้องยุติการเป็นสมาชิกแผนของเราในบางสถานการณ์	193

สารบัญ

บทที่ 11: ประกาศทางกฎหมาย	195
ส่วนที่ 1 หนังสือแจ้งเกี่ยวกับกฎหมายที่กำกับดูแล	195
ส่วนที่ 2 หนังสือแจ้งเกี่ยวกับการไม่เลือกปฏิบัติ	195
ส่วนที่ 3 หนังสือแจ้งเกี่ยวกับสิทธิการรับช่วงสิทธิ์ของ ผู้จ่ายรอง Medicare.....	195
ส่วนที่ 4 การเรียกเงินสิทธิประโยชน์ที่จ่ายโดยแผนของเราภายใต้แผน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ของคุณ	196
ส่วนที่ 5 บัตรสมาชิก	198
ส่วนที่ 6 ผู้รับจ้างอิสระ.....	198
ส่วนที่ 7 การฉ้อโกงแผนสุขภาพ.....	198
ส่วนที่ 8 สถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของแผนสุขภาพ.....	198
บทที่ 12: คำจำกัดความ.....	200

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

บทที่ 1: เริ่มต้นเป็นสมาชิก

ส่วนที่ 1 คุณเป็นสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

ส่วนที่ 1.1 คุณลงทะเบียนใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ซึ่งเป็นแผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ Medicare แล้ว

คุณได้รับความคุ้มครองจากทั้ง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid):

- **Medicare** เป็นโปรแกรมประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางสำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี บางรายที่มีความพิการบางประการ และผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ไตวาย)
- **Medicaid** เป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลของรัฐบาลกลางและของรัฐ ซึ่งให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดบางราย ความคุ้มครองของ Medicaid จะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับรัฐและประเภท Medicaid ของคุณ ผู้ที่มี Medicaid บางรายจะได้รับความช่วยเหลือในการจ่ายค่าเบี้ยประกัน Medicare และค่าใช้จ่ายอื่นๆ บุคคลอื่นๆ จะได้รับความคุ้มครองในส่วนของการบริการเพิ่มเติมและยาที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจาก Medicare เช่นกัน

คุณได้เลือกรับการดูแลสุขภาพ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) และความคุ้มครองยาของคุณผ่านแผน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ของเราแล้ว แผนของเราให้ความคุ้มครองบริการส่วน A และส่วน B ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การแบ่งค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงผู้ให้บริการในแผนของเราจะแตกต่างจาก Original Medicare

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) เป็นแผน Medicare Advantage พิเศษ (แผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ Medicare) ซึ่งหมายความว่าสิทธิประโยชน์ได้รับการออกแบบมาสำหรับผู้ที่มีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ได้รับการออกแบบมาสำหรับผู้ที่มี Medicare และมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

เนื่องจากคุณได้รับความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่มีการแบ่งค่าใช้จ่าย Medicare Part A และ B (ความรับผิดชอบส่วนแรก การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์) คุณอาจไม่ต้องจ่ายเงินค่าบริการ Medicare ของคุณ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ยังอาจให้สิทธิประโยชน์อื่นๆ โดยให้ความคุ้มครองบริการดูแลสุขภาพที่มักจะไม่คุ้มครองภายใต้ Medicare นอกจากนี้ คุณยังจะได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare เพื่อจ่ายค่ายา Medicare ของคุณ แผนของเราจะช่วยให้คุณจัดการสิทธิประโยชน์เหล่านี้ทั้งหมด เพื่อให้คุณได้รับบริการด้านสุขภาพและความช่วยเหลือด้านการชำระเงินตามสิทธิของคุณ

แผนของเราดำเนินการโดยบริษัทเอกชน แผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษนี้ได้รับการอนุมัติจาก Medicare เช่นเดียวกับแผน Medicare Advantage ทั้งหมด แผนของเรายังมีสัญญากับโครงการ Hawaii Medicaid เพื่อให้สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณ เรายินดีที่จะให้ความคุ้มครอง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณ รวมถึงความคุ้มครองยา

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลทางกฎหมายเกี่ยวกับหลักฐานแสดงความคุ้มครอง

หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้เป็นส่วนหนึ่งในสัญญาของเราเกี่ยวกับว่าคุณจะแผนสุขภาพของเราคุ้มครองการดูแลคุณอย่างไร ส่วนอื่นๆ ของสัญญานี้รวมถึงแบบฟอร์มการลงทะเบียนของคุณ รายชื่อยาในความคุ้มครอง และประกาศใดๆ ที่คุณได้รับจากเราเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองหรือเงื่อนไขที่มีผลต่อความคุ้มครองของคุณ ประกาศเหล่านี้บางครั้งเรียกว่าสัญญาเพิ่มเติมหรือการแก้ไขเพิ่มเติม

สัญญานี้มีผลบังคับใช้ในช่วงเดือนที่คุณลงทะเบียนในแผนของเราะหว่างวันที่ 1 มกราคม 2026 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2026

Medicare อนุญาตให้เราทำการเปลี่ยนแปลงแผนที่เรานำเสนอในแต่ละปีปฏิทิน ซึ่งหมายความว่าเราสามารถเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ของแผนเราได้หลังจากวันที่ 31 ธันวาคม 2026 และเรายังเลือกหยุดนำเสนอแผนของเราในพื้นที่ให้บริการของคุณหลังจากวันที่ 31 ธันวาคม 2026 ได้อีกด้วย

Medicare (ศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid) และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ต้องอนุมัติแผนของเรา ในแต่ละปี คุณสามารถรับความคุ้มครองของ Medicare ในฐานะสมาชิกของแผนของเราได้ต่อไป ตราบใดที่เราเลือกนำเสนอแผนของเราต่อไปและ Medicare กับ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ต่ออายุการอนุมัติแผนของเรา

ส่วนที่ 2 ข้อกำหนดด้านคุณสมบัติในการสมัครแผน

ส่วนที่ 2.1 ข้อกำหนดด้านคุณสมบัติ

คุณมีสิทธิ์เป็นสมาชิกในแผนของเราตราบใดที่คุณมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขเหล่านี้อย่างครบถ้วน:

- คุณมีทั้ง Medicare Part A และ Medicare Part B
- คุณอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการทางภูมิศาสตร์ของเรา (อธิบายไว้ในส่วนที่ 2.3) ผู้ที่ถูกจำคุกไม่ถือว่าเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการทางภูมิศาสตร์ แม้ว่าพวกเขาจะอยู่ในพื้นที่นั้นจริงก็ตาม
- คุณเป็นพลเมืองของสหรัฐอเมริกาหรืออยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย
- คุณมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดพิเศษที่อธิบายไว้ด้านล่าง

ข้อกำหนดคุณสมบัติพิเศษสำหรับแผนของเรา

แผนของเราได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความจำเป็นของผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์บางอย่างจาก Medicaid (Medicaid เป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลของรัฐบาลกลางและของรัฐ ซึ่งให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้มีรายได้และทรัพยากรจำกัดบางราย) การที่จะมีสิทธิ์สมัครแผนของเรานั้น คุณต้องมีสิทธิ์สมัคร Medicare และรับความช่วยเหลือด้านการแบ่งค่าใช้จ่ายสิทธิประโยชน์ของ Medicaid อย่างเต็มรูปแบบภายใต้โครงการ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) นอกจากนี้คุณต้องลงทะเบียนในโครงการ QUEST Integration ผ่าน 'Ohana Health Plan

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

หมายเหตุ: หากคุณสูญเสียสิทธิ์แต่คาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะได้รับสิทธิ์กลับคืนมาภายใน 6 เดือน คุณจะมีสิทธิ์เป็นสมาชิก บทที่ 4 ส่วนที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองและการแบ่งค่าใช้จ่ายในระหว่างระยะเวลาที่ถือว่าสิทธิ์เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2.2 Medicaid

Medicaid เป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลของรัฐบาลกลางและของรัฐ ซึ่งให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดบางราย แต่ละรัฐจะเป็นผู้กำหนดว่าสิ่งใดนับเป็นรายได้น้อยและทรัพยากร ใครเป็นผู้มีสิทธิ์ บริการใดบ้างที่คุ้มครอง และค่าใช้จ่ายในการให้บริการ รัฐต่างๆ ยังสามารถตัดสินใจได้ว่าจะดำเนินโครงการของตนอย่างไร トラาใดที่รัฐปฏิบัติตามแนวทางของรัฐบาลกลาง

นอกจากนี้ Medicaid ยังเสนอโปรแกรมเพื่อช่วยชำระค่าใช้จ่ายของ Medicare เช่น เบี้ยประกัน Medicare โครงการประหยัดค่าใช้จ่ายของ Medicare เหล่านี้ช่วยให้ผู้มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดประหยัดเงินได้ในแต่ละปี:

- **ผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่มีคุณสมบัติพลัส (QMB+):** ช่วยจ่ายเบี้ยประกัน Medicare Part A และ Part B และการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่นๆ (เช่น ความรับผิดชอบส่วนแรก การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ และการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล) ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์จะได้รับสิทธิ์ประโยชน์ Medicaid เพิ่มรูปแบบอีกด้วย
- **ผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่มีรายได้น้อยที่ระบุพลัส (SLMB+):** ช่วยชำระเบี้ยประกันส่วน B ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์จะได้รับสิทธิ์ประโยชน์ Medicaid เพิ่มรูปแบบอีกด้วย
- **มีสิทธิ์ประโยชน์ในทั้งสองแผนอย่างครบครัน (FBDE):** Medicaid อาจจ่ายเบี้ยประกัน Medicare Part A และ Part B ของคุณและการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่นๆ (เช่น ความรับผิดชอบส่วนแรก การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ และการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล) ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์จะได้รับสิทธิ์ประโยชน์ Medicaid เพิ่มรูปแบบอีกด้วย

ส่วนที่ 2.3 พื้นที่ให้บริการในแผนสำหรับ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) มีให้เฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการแผนของเราเท่านั้น หากต้องการเป็นสมาชิกในแผนของเราต่อ คุณต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการแผนของเราต่อไป พื้นที่ให้บริการมีอธิบายไว้ด้านล่างนี้

พื้นที่ให้บริการของเราได้แก่เขตเทศบาลเหล่านี้ในรัฐ Hawaii: Hawaii, Honolulu, Kauai และ Maui

หากคุณวางแผนโยกย้ายไปยังรัฐใหม่ คุณควรติดต่อสำนักงาน Medicaid ของรัฐเดิมและสอบถามว่าการย้ายนี้จะส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ประโยชน์ Medicaid ของคุณอย่างไร หมายเลขโทรศัพท์ของ Medicaid อยู่ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6 ของเอกสารนี้

หากคุณย้ายออกจากพื้นที่ให้บริการของแผนเรา คุณจะไม่สามารถเป็นสมาชิกของแผนนี้ต่อไปได้ ติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เพื่อดูว่าเรามีแผนในพื้นที่ใหม่ของคุณหรือไม่ เมื่อคุณโยกย้าย คุณจะมียุทธศาสตร์เปลี่ยนพิเศษเพื่อเปลี่ยนเป็น Original Medicare หรือลงทะเบียนในแผนสุขภาพ Medicare หรือแผนยาในสถานที่ใหม่

หากคุณย้ายหรือเปลี่ยนที่อยู่ทางไปรษณีย์ คุณจำเป็นต้องโทรติดต่อประกันสังคม ติดต่อประกันสังคมที่หมายเลข 1-800-772-1213 (ผู้ใช้ TTY โทร 1-800-325-0778)

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก**ส่วนที่ 2.4 พลเมืองสหรัฐหรือการอาศัยอยู่โดยชอบด้วยกฎหมาย**

คุณต้องเป็นพลเมืองของสหรัฐอเมริกาหรืออยู่อาศัยในสหรัฐอเมริกาอย่างถูกต้องตามกฎหมายจึงจะสามารถเป็นสมาชิกของแผนสุขภาพ Medicare โดย Medicare (ศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid) จะแจ้งให้ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ทราบหากคุณไม่มีสิทธิ์ที่จะเป็นสมาชิกของแผนของเราตามหลักพื้นฐานนี้ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) จะต้องยกเลิกสมาชิกของคุณหากคุณไม่ตรงตามข้อกำหนดนี้

ส่วนที่ 3 เอกสารสำคัญเกี่ยวกับการเป็นสมาชิก**ส่วนที่ 3.1 บัตรสมาชิกแผนของเรา**

ใช้บัตรสมาชิกของคุณเมื่อเข้ารับบริการที่คุ้มครองตามแผนของเราและยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ซึ่งคุณรับได้ที่ร้านขายยาในเครือข่าย ตัวอย่างบัตรสมาชิก:



อย่าใช้บัตร Medicare สีแดงขาว ฟ้ายของคุณกับบริการทางการแพทย์ในความคุ้มครองระหว่างที่คุณเป็นสมาชิกของแผนนี้ หากคุณใช้บัตร Medicare แทนบัตรสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) คุณอาจต้องชำระค่าบริการทางการแพทย์เต็มจำนวนด้วยตัวเอง เก็บบัตร Medicare ของคุณไว้ในที่ปลอดภัย คุณอาจได้รับการร้องขอให้แสดงบัตรหากคุณต้องการรับบริการจากโรงพยาบาล บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ Medicare อนุมัติ (หรือที่เรียกว่าการทดลองรักษาในคน)

หากบัตรสมาชิกแผนของเราเสียหาย สูญหาย หรือถูกขโมย โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ทันที และเราจะส่งบัตรใหม่ให้คุณ

ส่วนที่ 3.2 รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา

รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา go.wellcare.com/2026providerdirectories แสดงรายชื่อผู้ให้บริการในเครือข่ายปัจจุบันและชัพพลายเออร์อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ **ผู้ให้บริการในเครือข่าย** คือแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ กลุ่มแพทย์ ชัพพลายเออร์อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ โรงพยาบาล และสถานดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่ทำข้อตกลงยอมรับการชำระเงินของเราและการแบ่งค่าใช้จ่ายแผนใดๆ เป็นการชำระเงินเต็มจำนวน

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

กลุ่มแพทย์ คือ สมาคมแพทย์ รวมถึงผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาล ซึ่งทำสัญญากับแผนสุขภาพเพื่อให้บริการแก่ผู้ลงทะเบียน

คุณต้องใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายในการรับการดูแลและบริการทางการแพทย์ หากคุณไปที่อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง คุณจะต้องชำระเงินเต็มจำนวน ชียกเว้นเพียงอย่างเดียวคือกรณีฉุกเฉิน บริการที่จำเป็นเร่งด่วนเมื่อเครือข่ายไม่พร้อมให้บริการ (หมายถึงสถานการณ์ที่ไม่สมเหตุสมผลหรือไม่สามารถรับบริการในเครือข่าย) บริการฟอกไตนอกพื้นที่ และกรณีที่ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) อนุญาตให้ใช้ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย บริการด้านสุขภาพและสิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่ของคุณได้รับความคุ้มครองจาก Medicare และเนื่องจากคุณมี Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) คุณจะได้รับการพิเศษจากแผนของเรา บริการเหล่านี้ต้องมีความจำเป็นทางการแพทย์ และในบางกรณีคุณอาจจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อจากผู้ให้บริการปฐมภูมิของคุณ คุณต้องเข้ารับบริการเหล่านี้จากผู้ให้บริการที่อยู่ในแผนของเรา หาก你不พบผู้ให้บริการในแผนของเราที่สามารถให้การดูแลที่คุณต้องการ เราจะสรรหาการดูแลที่คุณต้องการจากผู้ให้บริการนอกแผนของเรา ในกรณีดังกล่าว ผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ของคุณสามารถโทรติดต่อบริการของสมาชิกเพื่อขออนุมัติให้คุณเข้าพบผู้ให้บริการนอกเครือข่ายได้

รายชื่อผู้ให้บริการและซัพพลายเออร์ล่าสุดมีอยู่บนเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories

หากคุณไม่มีรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา คุณสามารถขอสำเนา (แบบอิเล็กทรอนิกส์หรือแบบกระดาษ) จากบริการของสมาชิกได้ที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาที่ร้องขอในรูปเอกสารกระดาษจะถูกส่งถึงคุณภายใน 3 วันทำการ

รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา go.wellcare.com/2026providerdirectories จะแสดงรายชื่อร้านขายยาในเครือข่ายของเรา **ร้านขายยาในเครือข่าย** คือร้านขายยาที่ตกลงจะจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองสำหรับสมาชิกแผนสุขภาพของเรา ใช้รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาเพื่อค้นหาร้านขายยาในเครือข่ายที่คุณต้องการใช้ ดูข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่คุณสามารถใช้ร้านขายยาที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายแผนสุขภาพของเราได้ในบทที่ 5 ส่วนที่ 2.4

รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา แสดงให้เห็นว่าร้านขายยาใดในเครือข่ายของเรามีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษ ซึ่งอาจต่ำกว่าการแบ่งค่าใช้จ่ายมาตรฐานที่เสนอโดยร้านขายยาในเครือข่ายในส่วนของคุณบางชนิด

หากคุณไม่มีรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา คุณสามารถขอสำเนาจากบริการของสมาชิกได้ที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) คุณยังสามารถพบข้อมูลนี้ได้ในเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories

ส่วนที่ 3.3 รายชื่อยาในความคุ้มครอง

แผนของเรามีรายชื่อยาในความคุ้มครอง ซึ่งให้ข้อมูลว่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ยาที่ได้รับ ความคุ้มครองภายใต้สิทธิประโยชน์ส่วน D ใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ยาในรายชื่อนี้ได้รับการคัดเลือกจากแผนของเราด้วยความช่วยเหลือของแพทย์และเภสัชกร รายชื่อยาในความคุ้มครองต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของ Medicare ยาที่มีราคาต่อรองภายใต้โครงการต่อรองราคาของ Medicare จะรวมอยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของคุณ เว้นแต่ถูกลบออกและถูกแทนที่ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 5 ส่วนที่ 6 Medicare ได้อนุมัติรายชื่อยาในความคุ้มครอง Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

รายชื่อยาในความคุ้มครองยังให้ข้อมูลกฎใดๆ ที่จำกัดความคุ้มครองยาด้วยเช่นกัน

เราจะมอบสำเนารายชื่อยาในความคุ้มครองให้แก่คุณ หากต้องการรับข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันที่สุดเกี่ยวกับยาที่ได้รับการคุ้มครอง โปรดไปที่ go.wellcare.com/druglist-6716 หรือติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

ส่วนที่ 4 สรุปค่าใช้จ่ายที่สำคัญประจำปี 2026

	ค่าใช้จ่ายของคุณในปี 2026
เบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือน* *เบี้ยประกันของคุณอาจมากกว่าจำนวนนี้ ดูรายละเอียดในส่วนที่ 4.1	\$0
ค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง เป็นจำนวนเงินสูงสุดที่คุณจะจ่ายเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่ได้รับความคุ้มครอง (ดูรายละเอียดในบทที่ 4 ส่วนที่ 1)	\$9,250 คุณไม่ต้องรับผิดชอบในการออกค่าใช้จ่ายเองเพื่อนำไปนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่คุ้มครอง
การพบแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ	จ่ายร่วม \$0 ต่อครั้ง
การพบผู้เชี่ยวชาญ	จ่ายร่วม \$0 ต่อครั้ง
การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน	สำหรับการเข้ารับการรักษาที่ Medicare คุ้มครอง ต่อการเข้ารักษาแต่ละครั้ง: จ่ายร่วม \$0 ต่อการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนวันสำรองตลอดชีพ จ่ายร่วม \$0 ต่อวัน จำนวนวันสำรองตลอดชีพคือจำนวนวันเพิ่มเติมที่แผนจะชำระเงินให้เมื่อสมาชิกเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาเกินกว่าจำนวนวันที่คุ้มครองในแผน สมาชิกมีจำนวนวันสำรองทั้งหมด 60 วัน ซึ่งสามารถใช้ได้ตลอดชีพ
ความรับผิดชอบส่วนแรกของความคุ้มครองยาส่วน D (ดูรายละเอียดในบทที่ 6)	\$0
ความคุ้มครองยาส่วน D (ดูรายละเอียดในบทที่ 6)	จ่ายร่วม \$0

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

ค่าใช้จ่ายของคุณอาจรวมถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้:

- เบี้ยประกันแผน (ส่วนที่ 4.1)
- เบี้ยประกัน Medicare Part B รายเดือน (ส่วนที่ 4.2)
- ค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D (ส่วนที่ 4.3)
- จำนวนเงินที่ต้องจ่ายหากมีรายได้ต่อเดือนเกินเกณฑ์กำหนด (ส่วนที่ 4.4)

ส่วนที่ 4.1 เบี้ยประกันของแผน

เนื่องจากโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะชำระเบี้ยประกันในนามของคุณ คุณจึงไม่ต้องชำระเบี้ยประกันรายเดือนของแผนแยกต่างหากสำหรับแผนของเรา

หากคุณได้รับความช่วยเหลือจากโครงการใดโครงการหนึ่งในจำนวนนี้ **อยู่แล้ว ข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันในหลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้อาจไม่มีผลกับคุณ** เราได้ส่งเอกสารแยกที่เรียกว่า **หลักฐานแสดงความคุ้มครองเพิ่มเติมสำหรับผู้ได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์** (หรือที่เรียกว่า **โครงการเงินอุดหนุนผู้มีรายได้น้อยเพิ่มเติมหรือ สัญญาเพิ่มเติม LIS**) ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านยา หากคุณไม่มีใบแทรกนี้ ให้ติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) และขอ **สัญญาเพิ่มเติม LIS**

ส่วนที่ 4.2 เบี้ยประกัน Medicare Part B รายเดือน

สมาชิกจำนวนมากจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน Medicare อื่นๆ

สมาชิกบางรายจะต้องจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ Medicare อื่นๆ การที่จะมีสิทธิ์สมัครแผนของเราตามที่อธิบายไว้ในส่วนที่ 2 ข้างต้น คุณต้องรักษาสถานะของคุณสำหรับ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) และมีทั้ง Medicare Part A และ Medicare Part B ทั้งนี้ สำหรับสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ส่วนใหญ่แล้ว โครงการ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะจ่ายเบี้ยประกันส่วน A ให้คุณ (หากคุณไม่มีสิทธิ์โดยอัตโนมัติ) และเบี้ยประกันส่วน B

หาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ไม่ได้จ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้คุณ คุณต้องจ่ายเบี้ยประกัน Medicare เพื่อคงความเป็นสมาชิกในแผนของเราต่อไป ซึ่งรวมถึงเบี้ยประกันสำหรับส่วน B และคุณยังอาจจ่ายเบี้ยประกันสำหรับส่วน A หากคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับส่วน A แบบไร้เบี้ยประกัน

ส่วนที่ 4.3 ค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D

เนื่องจากคุณมีสิทธิ์ทั้งสองทาง จึงไม่มีการเรียกเก็บ LEP ตราบใดที่คุณยังคงมีสถานะมีสิทธิ์ทั้งสองทาง แต่หากคุณสูญเสียสถานะที่มีสิทธิ์ทั้งสองทาง คุณอาจต้องเสียค่า LEP ค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D คือ เบี้ยประกันเพิ่มเติมที่ต้องจ่ายสำหรับความคุ้มครองส่วน D หากหลังจากระยะเวลาที่มีสิทธิ์ลงทะเบียนขึ้นแรกของ คุณสิ้นสุดลง แล้วมีช่วงเวลาที่ว่าคุณไม่มีความคุ้มครองส่วน D หรือความคุ้มครองยาที่ตรงตามเกณฑ์อื่นๆ ต่อเนื่องกัน 63 วันขึ้นไป ยาทาตามใบสั่งแพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์ในความคุ้มครอง คือ ความคุ้มครองที่เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำของ Medicare เนื่องจากต้องเป็นผู้จ่ายโดยเฉลี่ยอย่างน้อยที่สุดเท่ากับค่าความคุ้มครองยาตามมาตรฐานของ Medicare ค่าใช้จ่ายในส่วนของคุณค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่คุณไม่มีส่วน D หรือยาตามใบสั่ง

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

แพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์ในความคุ้มครองอื่นๆ คุณจะต้องจ่ายค่าปรับนี้ตราบเท่าที่คุณมีความคุ้มครองส่วน D คุณไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D ในกรณีต่อไปนี้

- คุณจะได้เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare เพื่อช่วยชำระค่ายาของคุณ
- คุณไม่มีความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์น้อยกว่า 63 วันติดต่อกัน
- คุณมีความคุ้มครองยาที่เชื่อถือได้ผ่านแหล่งอื่น (เช่น อดีตนายจ้าง, สภากา, TRICARE หรือสำนักบริการสุขภาพทหารผ่านศึก (VA)) ในแต่ละปีผู้รับประกันหรือฝ่ายกรรพการบุคคลของคุณจะแจ้งให้คุณทราบว่าความคุ้มครองยาของคุณเป็นความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์หรือไม่ คุณอาจได้รับข้อมูลนี้จากจดหมายหรือจดหมายข่าวจากแผนนั้น เก็บข้อมูลนี้ไว้เนื่องจากคุณอาจต้องใช้ข้อมูลนี้หากคุณเข้าร่วมแผนยา Medicare ในภายหลัง
 - **หมายเหตุ:** จดหมายหรือประกาศใดๆ ต้องระบุว่ามีความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์ซึ่งคาดว่าจะจ่ายเท่ากับแผนยามาตรฐานของ Medicare
 - **หมายเหตุ:** บัตรส่วนลดยาตามใบสั่งแพทย์ คลินิกฟรี และเว็บไซต์ส่วนลดยา ไม่ใช่ความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์

Medicare กำหนดจำนวนค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D วิธีการพิจารณาเป็นดังนี้:

- ขึ้นแรก นับจำนวนเต็มเดือนที่คุณลงทะเบียลในแผนยา Medicare ล่าช้าหลังจากที่มีสิทธิลงทะเบียล หรือ นับจำนวนเต็มเดือนที่คุณไม่มีความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์หากขาดความคุ้มครองเป็นเวลา 63 วันขึ้นไป ค่าปรับคือ 1% ต่อเดือนที่คุณไม่มีความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์ ตัวอย่างเช่น หากคุณไม่มีความคุ้มครอง 14 เดือน เปอร์เซนต์ค่าปรับจะเป็น 14%
- จากนั้น Medicare จะกำหนดจำนวนเบี้ยประกันของแผนรายเดือนโดยเฉลี่ยสำหรับแผนยา Medicare ในประเทศจากปีที่ผ่านมา (เบี้ยประกันผู้รับผลประโยชน์พื้นฐาน) สำหรับปี 2026 มูลค่าเบี้ยประกันโดยเฉลี่ยอยู่ที่ \$38.99
- ในการคำนวณค่าปรับรายเดือนของคุณให้นำเปอร์เซนต์ค่าปรับมาคูณกับเบี้ยประกันผู้รับผลประโยชน์พื้นฐานระดับชาติและปิดเศษเป็น 10 เซนต์ที่ใกล้ที่สุด ในตัวอย่างนี้คือนำ 14% มาคูณกับ \$38.99 เท่ากับ \$5.46 ปิดเศษแล้วเป็น \$5.50 จำนวนเงินนี้จะถูกเพิ่มเข้าไปในเบี้ยประกันของแผนรายเดือนสำหรับผู้ที่มีค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D

สามสิ่งสำคัญที่ต้องทราบเกี่ยวกับค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D ได้แก่:

- **ค่าปรับอาจมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี** เนื่องจากเบี้ยประกันผู้รับผลประโยชน์พื้นฐานสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละปี
- **คุณจะต้องจ่ายค่าปรับต่อไปทุกเดือน** ตราบเท่าที่คุณลงทะเบียลในแผนสุขภาพที่มีสิทธิประโยชน์ด้านยา Medicare Part D แม้ว่า คุณจะเปลี่ยนแผนก็ตาม
- หากคุณอายุต่ำกว่า 65 ปีและลงทะเบียลใน Medicare ค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D จะถูกรีเซ็ตเมื่อคุณอายุครบ 65 ปี หลังจากอายุ 65 ปี ค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D ของคุณจะขึ้นอยู่กับจำนวนเดือนที่คุณขาดความคุ้มครองหลังจากระยะเวลาที่มีสิทธิลงทะเบียลขึ้นแรกใน Medicare สำหรับอายุที่เพิ่มขึ้น

หากคุณไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าสำหรับส่วน D คุณหรือตัวแทนของคุณสามารถขอให้มีการทบทวนได้ โดยทั่วไปคุณต้องขอให้มีการทบทวนภายใน 60 วัน นับจากวันที่ในจดหมายฉบับแรกที่คุณได้รับแจ้งว่าคุณต้องจ่ายค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้า อย่างไรก็ตาม หากคุณจ่ายค่าปรับก่อนที่จะเข้าร่วมแผนของเรา คุณอาจไม่มีโอกาสขอตรวจสอบค่าปรับการลงทะเบียลล่าช้าอีก

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก**ส่วนที่ 4.4 จำนวนเงินที่ต้องจ่ายหากมีรายได้ต่อเดือนเกินเกณฑ์กำหนด**

หากคุณสูญเสียสิทธิ์สำหรับแผนนี้เนื่องจากรายได้เปลี่ยนแปลงไป สมาชิกบางรายอาจต้องชำระค่าเรียกเก็บเพิ่มเติมสำหรับแผน Medicare ของตน หรือที่เรียกว่าจำนวนเงินที่ต้องจ่ายหากมีรายได้ต่อเดือนเกินเกณฑ์กำหนด ส่วน D (IRMAA) ค่าเรียกเก็บเพิ่มเติมจะคำนวณโดยใช้รายได้รวมที่ปรับแล้วตามรายงานการคืนภาษี IRS ของคุณ เมื่อ 2 ปีที่แล้ว หากจำนวนเงินดังกล่าวสูงกว่าจำนวนที่กำหนด คุณจะต้องจ่ายเบี้ยประกันมาตรฐานและ IRMAA เพิ่มเติม หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นซึ่งอาจต้องจ่ายตามรายได้ของคุณ โปรดไปที่ www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs

หากคุณต้องจ่ายค่า IRMAA เพิ่ม ประกันสังคมจะเป็นผู้ส่งจดหมายแจ้งให้คุณทราบว่าจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นจะเป็นเท่าใด ไม่ใช่แผน Medicare ของคุณ จำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นนี้จะถูกหักออกจากเช็คส่งจ่ายเงินสิทธิประโยชน์ประกันสังคม คณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ หรือสำนักงานบริหารงานบุคคล ไม่ว่าปกติแล้วคุณจะจ่ายเบี้ยประกันตามแผนของเราอย่างไร เว้นแต่สิทธิประโยชน์รายเดือนของคุณจะไม่เพียงพอคุ้มครองจำนวนเงินเพิ่มเติมที่ค้างชำระ หากการเช็คสิทธิประโยชน์ของคุณไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมจำนวนเงินเพิ่มนี้ คุณจะได้รับใบเรียกเก็บเงินจาก Medicare **คุณต้องจ่ายค่า IRMAA เพิ่มให้รัฐบาล ซึ่งไม่สามารถชำระด้วยเบี้ยประกันรายเดือนของคุณได้ หาก你不จ่ายเงินเพิ่ม IRMAA คุณจะถูกลบออกจากแผนของเราและสูญเสียความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์**

หาก你不เห็นด้วยเกี่ยวกับการจ่ายค่า IRMAA เพิ่ม คุณสามารถขอให้ประกันสังคมตรวจสอบการตัดสินใจได้ หากต้องการทราบวิธีการดำเนินการดังกล่าว โปรดติดต่อประกันสังคมที่หมายเลข 1-800-772-1213 (ผู้ใช้ TTY โทร 1-800-325-0778)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเบี้ยประกันสำหรับแผนรายเดือนของคุณ**ส่วนที่ 5.1 เบี้ยประกันรายเดือนของเราจะไม่เปลี่ยนแปลงในระหว่างปี**

เราไม่ได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนจำนวนเงินเบี้ยประกันรายเดือนของแผนเราในระหว่างปี หากเบี้ยประกันรายเดือนของแผนมีการเปลี่ยนแปลงสำหรับปีหน้า เราจะแจ้งให้คุณทราบในเดือนกันยายน และเบี้ยประกันใหม่จะมีผลในวันที่ 1 มกราคม

อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี คุณอาจสามารถหยุดจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าได้หากคุณมีค่าปรับ หรือคุณอาจต้องเริ่มจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้า กรณีนี้อาจเกิดขึ้นได้หากคุณมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมหรือสูญเสียสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในระหว่างปี

- หากปัจจุบันคุณชำระค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D และมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในระหว่างปี คุณสามารถหยุดจ่ายค่าปรับได้
- หากคุณสูญเสียความช่วยเหลือเพิ่มเติม คุณอาจต้องเสียค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D หาก你不มีความคุ้มครองส่วน D หรือความคุ้มครองยาที่ตรงตามเกณฑ์อื่นๆ ติดต่อกัน 63 วันขึ้นไป

ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในบทที่ 2 ส่วนที่ 7

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก**ส่วนที่ 6 อัปเดตข้อมูลประวัติสมาชิกแผนของเราให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ**

ข้อมูลประวัติสมาชิกของคุณมีข้อมูลจากแบบฟอร์มการลงทะเบียน รวมถึงที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของคุณ ซึ่งจะแสดงความคุ้มครองของแผนเฉพาะ รวมถึงผู้ให้บริการปฐมภูมิ/สมาคมผู้ปฏิบัติอิสระ (IPA) ของคุณ IPA คือ สมาคมแพทย์ รวมถึง PCP ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาล ซึ่งทำสัญญากับแผนสุขภาพเพื่อให้บริการแก่สมาชิก

แพทย์ โรงพยาบาล เกษชกร และผู้ให้บริการอื่นๆ ในเครือข่ายแผนของเรา**ใช้ข้อมูลประวัติสมาชิกของคุณเพื่อให้ทราบว่าการบริการและยาใดบ้างที่ได้รับความคุ้มครอง และจำนวนการแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณเป็นเท่าใด** ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นเรื่องสำคัญมากที่คุณต้องช่วยอัปเดตข้อมูลของคุณให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

โปรดแจ้งให้เราทราบหากคุณมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เหล่านี้:

- การเปลี่ยนแปลงชื่อ ที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ของคุณ
- การเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองสุขภาพอื่นๆ ที่คุณมีอยู่ (เช่น จากนายจ้าง คู่สมรส หรือนายจ้างของผู้ใช้ชีวิตร่วมกันกับคุณ ค่าชดเชยแรงงาน หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid))
- คำร้องคำสินโหมกทดแทนใดๆ เช่น คำร้องจากอุบัติเหตุทางรถยนต์
- หากคุณเข้ารับการรักษาในบ้านพักผู้ป่วย
- หากคุณได้รับการดูแลในโรงพยาบาลนอกพื้นที่หรือนอกเครือข่ายหรือห้องฉุกเฉิน
- หากฝ่ายที่คุณกำหนดให้เป็นผู้รับผิดชอบ (เช่น ผู้ดูแล) เปลี่ยนแปลงไป
- หากคุณเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทางคลินิก (**หมายเหตุ:** คุณไม่จำเป็นต้องแจ้งให้แผนของเราทราบเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่คุณตั้งใจเข้าร่วม แต่เราขอแนะนำให้แจ้ง)

หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลใดๆ โปรดแจ้งให้เราทราบโดยติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

นอกจากนี้ คุณยังควรติดต่อประกันสังคมหากย้ายหรือเปลี่ยนที่อยู่ทางไปรษณีย์ ติดต่อประกันสังคมที่หมายเลข 1-800-772-1213 (ผู้ใช้ TTY โทร 1-800-325-0778)

ส่วนที่ 7 ประกันอื่นๆ ทำงานร่วมกับแผนของเราอย่างไร

Medicare กำหนดให้เราเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองทางการแพทย์หรือความคุ้มครองด้านยาอื่นๆ ที่คุณมี เพื่อให้เราสามารถประสานงานความคุ้มครองอื่นๆ กับสิทธิประโยชน์ของคุณภายใต้แผนสุขภาพของเรา ซึ่งเรียกว่า**การรวมสิทธิประโยชน์**

เราจะส่งจดหมายระบุความคุ้มครองทางการแพทย์หรือยาอื่นๆ ที่เราทราบให้คุณปีละครั้ง โปรดอ่านข้อมูลนี้อย่างละเอียด หากถูกต้องแล้ว คุณไม่จำเป็นต้องดำเนินการใดๆ ทั้งสิ้น หากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือหากคุณมีความคุ้มครองอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรายการ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) คุณอาจต้องแจ้งหมายเลข ID สมาชิกแผนของเรากับผู้รับประกันรายอื่นของคุณ (เมื่อคุณได้ยืนยันตัวตนของผู้รับประกันนั้น) เพื่อให้ใบเรียกเก็บเงินของคุณได้รับการชำระอย่างถูกต้องและตรงเวลา

บทที่ 1 เริ่มต้นเป็นสมาชิก

เมื่อคุณมีการประกันอื่น (เช่น ความคุ้มครองสุขภาพแบบกลุ่มจากนายจ้าง) กฎของ Medicare จะตัดสินว่าแผนของเราหรือประกันอื่นๆ ของคุณจะเป็นผู้ชำระเงินก่อน ประกันที่จ่ายเป็นลำดับแรก (“ผู้ชำระเงินหลัก”) จะจ่ายถึงขีดจำกัดของความคุ้มครองที่มี ประกันที่จ่ายเป็นลำดับที่สอง (“ผู้ชำระเงินรอง”) จะจ่ายเฉพาะในกรณีที่ยังเหลือค่าใช้จ่ายซึ่งความคุ้มครองหลักไม่ได้คุ้มครอง ผู้ชำระเงินรองอาจไม่ได้ชำระค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มครองครบทั้งหมด หากคุณมีประกันอื่นๆ โปรดแจ้งให้แพทย์ โรงพยาบาล และร้านขายยาของคุณทราบ

กฎที่ใช้กับความคุ้มครองแผนสุขภาพของนายจ้างหรือกลุ่มสหภาพมีดังนี้:

- หากคุณมีความคุ้มครองผู้เกษียณอายุ Medicare จะจ่ายเป็นลำดับแรก
- หากความคุ้มครองแผนสุขภาพแบบกลุ่มของคุณขึ้นอยู่กับการทำงานปัจจุบันของคุณหรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่จ่ายเป็นอันดับแรกจะขึ้นอยู่กับอายุของคุณ จำนวนพนักงานที่นายจ้างของคุณว่าจ้าง และการที่คุณมี Medicare หรือไม่ โดยขึ้นอยู่กับอายุ ความพิการ หรือโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD):
 - หากคุณมีอายุต่ำกว่า 65 ปี พิจารณา และคุณ (หรือสมาชิกครอบครัวของคุณ) ยังคงทำงานอยู่ แผนสุขภาพแบบกลุ่มของคุณจะเป็นผู้ชำระเงินก่อนหากนายจ้างมีพนักงาน 100 คนขึ้นไป หรือนายจ้างอย่างน้อยหนึ่งรายที่อยู่ในแผนนายจ้างหลายรายมีพนักงานมากกว่า 100 คน
 - หากคุณมีอายุมากกว่า 65 ปีและคุณ (หรือคู่สมรสหรือผู้ใช้ชีวิตร่วมกันกับคุณ) ยังคงทำงานอยู่ แผนสุขภาพแบบกลุ่มของคุณจะเป็นผู้ชำระเงินก่อนหากนายจ้างมีพนักงาน 20 คนขึ้นไป หรือนายจ้างอย่างน้อยหนึ่งรายที่อยู่ในแผนนายจ้างหลายรายมีพนักงานมากกว่า 20 คน
- หากคุณมี Medicare เนื่องจาก ESRD แผนประกันสุขภาพแบบกลุ่มของคุณจะเป็นผู้ชำระเงินก่อนเป็นเวลา 30 เดือนแรกหลังจากที่คุณมีสิทธิ์ใช้ Medicare

ความคุ้มครองประเภทนี้มักจะเป็นผู้ชำระเงินก่อนสำหรับบริการที่เกี่ยวข้องกับแต่ละประเภท:

- การประกันความเสียหายระบบไม่มีความผิด (รวมถึงการประกันรถยนต์)
- ความรับผิด (รวมถึงการประกันรถยนต์)
- สิทธิประโยชน์โรคปอดดำ
- ค่าชดเชยแรงงาน

Medicaid และ TRICARE จะไม่ใช่ผู้ชำระเงินค่าบริการที่คุ้มครองโดย Medicare เป็นลำดับแรก แต่จะชำระเงินหลังจากที่ Medicare และ/หรือแผนสุขภาพแบบกลุ่มของนายจ้างได้ชำระเงินแล้วเท่านั้น

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**บทที่ 2****หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล****ส่วนที่ 1 การติดต่อแผนของเรา**

หากต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อสงสัยในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การเรียกเก็บเงิน หรือบัตรสมาชิก โปรดโทรติดต่อหรือเขียนจดหมายถึงบริการของสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) เรายินดีที่จะช่วยเหลือคุณ

บริการของสมาชิก – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. โปรดทราบว่านอกเวลาดังกล่าว ในช่วงสุดสัปดาห์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ระบบตอบรับโทรศัพท์อัตโนมัติอาจรับสายหากคุณโทรเข้ามา หากคุณฝากข้อความเสียงไว้ โปรดระบุชื่อของคุณและหมายเลขโทรศัพท์ จากนั้นสมาชิกในทีมจะโทรกลับภายใน 1 วันทำการ บริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ให้บริการล่ามแปลภาษาฟรีสำหรับผู้ที่ไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ
TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
เขียนจดหมายไปที่	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
เว็บไซต์	go.wellcare.com/OhanaHI

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**วิธีการขอให้ทำการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือการยื่นคำร้องเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ของคุณ**

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองคือการที่เราตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองของคุณหรือเกี่ยวกับจำนวนเงินที่เราจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์หรือยาส่วน D ของคุณ คำร้องเป็นวิธีขอให้เรากบทวนและเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจด้านความคุ้มครองอย่างเป็นทางการ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการขอให้มีการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือการยื่นคำร้องเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์หรือยาส่วน D ของคุณ โปรดดูบทที่ 9

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองสำหรับการดูแลทางการแพทย์ – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
เขียนจดหมายไปที่	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองสำหรับยาส่วน D – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
โทรสาร	1-866-388-1767

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**การตัดสินใจด้านความคุ้มครองสำหรับยาส่วน D – ข้อมูลการติดต่อ**

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

คำร้องว่าด้วยการดูแลทางการแพทย์ – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วัน อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วัน อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
โทรสาร	1-866-201-0657
เขียนจดหมายไปที่	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

คำร้องว่าด้วยยาส่วน D – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วัน อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
------------------	--

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**คำร้องว่าด้วยยาส่วน D – ข้อมูลการติดต่อ**

TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วัน อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
โทรสาร	1-866-388-1766
เขียนจดหมายไปที่	Attn: Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
เว็บไซต์	go.wellcare.com/OhanaHI

วิธีการร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ของคุณ

คุณสามารถร้องเรียนเกี่ยวกับเราหรือผู้ให้บริการหรือร้านขายยาในเครือข่ายของเรา รวมถึงการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่คุณได้รับ การร้องเรียนประเภทนี้ไม่เกี่ยวข้องกับความคุ้มครองหรือข้อพิพาทในการชำระเงิน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ของคุณ โปรดดูบทที่ 9

คำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วัน อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วัน อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
โทรสาร	1-877-297-3112
เขียนจดหมายไปที่	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31395 Tampa, FL 33631-3395

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**คำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ – ข้อมูลการติดต่อ**

เว็บไซต์ Medicare	หากต้องการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยตรงไปที่ Medicare ไปที่ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint
--------------------------	---

คำร้องเรียนเกี่ยวกับยาส่วน D – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
TTY	หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์–วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
เขียนจดหมายไปที่	P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
เว็บไซต์ Medicare	หากต้องการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยตรงไปที่ Medicare ไปที่ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint

วิธีการขอให้เราชำระค่าใช้จ่ายในการดูแลทางการแพทย์หรือยาที่คุณได้รับ

หากคุณได้รับใบเรียกเก็บเงินหรือได้ชำระค่าบริการแล้ว (เช่น ใบเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการ) และคุณคิดว่าเราควรเป็นผู้ชำระเงินนั้น คุณอาจต้องขอให้เราชำระเงินคืนหรือจ่ายใบเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการ ดูข้อมูลเพิ่มเติมในบทที่ 7

หากคุณส่งคำขอชำระเงินให้เรา และเราปฏิเสธคำขอของคุณ คุณสามารถยื่นคำร้องคัดค้านการตัดสินใจของเรา ดูข้อมูลเพิ่มเติมในบทที่ 9

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**คำขอชำระเงิน – ข้อมูลการติดต่อ**

เขียนจดหมายไปที่	คำขอชำระเงินทางการแพทย์: Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 คำขอชำระเงินส่วน D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
เว็บไซต์	go.wellcare.com/OhanaHI

ส่วนที่ 2 ขอบความช่วยเหลือจาก Medicare

Medicare คือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางสำหรับคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คนที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีบางคนที่มีความพิการ และคนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ผู้ที่มีภาวะไตล้มเหลวถาวร ซึ่งต้องทำการฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต)

หน่วยงานรัฐบาลกลางที่ดูแล Medicare คือ ศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS) หน่วยงานนี้ทำสัญญากับองค์กร Medicare Advantage รวมถึงแผนของเรา

Medicare – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์
TTY	1-877-486-2048 หมายเลขนี้ต้องใช้อุปกรณ์โทรศัพท์พิเศษและใช้สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการได้ยินหรือการพูดเท่านั้น หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี
พูดคุยสด	พูดคุยสดได้ที่ www.Medicare.gov/talk-to-someone
เขียนจดหมายไปที่	เขียนถึง Medicare ได้ที่ PO Box 1270 Lawrence, KS 66044

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**Medicare – ข้อมูลการติดต่อ****เว็บไซต์**www.Medicare.gov

- รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนสุขภาพและยาของ Medicare ในพื้นที่ของคุณรวมถึงค่าใช้จ่ายและบริการที่มี
- ค้นหาแพทย์หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและซัพพลายเออร์รายอื่นๆ ที่เข้าร่วมใน Medicare
- ค้นหาสิ่งที่ Medicare คุ้มครอง รวมถึงบริการป้องกันต่างๆ (เช่น การคัดกรอง การฉีดยาหรือวัคซีน และการตรวจ “การดูแลสุขภาพ” ประจำปี)
- รับข้อมูลและแบบฟอร์มคำร้อง Medicare
- รับข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลที่ให้บริการโดยแผน บ้านพักผู้ป่วย โรงพยาบาล แพทย์ หน่วยงานผู้ดูแลสุขภาพในเคสสถาน ศูนย์ฟอกไต ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน และโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว
- ค้นหาเว็บไซต์และหมายเลขโทรศัพท์ที่เป็นประโยชน์

นอกจากนี้ คุณยังสามารถไปที่ www.Medicare.gov เพื่อแจ้งให้ Medicare ทราบเกี่ยวกับคำร้องเรียนใดๆ ที่คุณมีเกี่ยวกับแผนของเรา

หากต้องการส่งคำร้องเรียนถึง Medicare ให้ไปที่

www.Medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare ให้ความสำคัญกับคำร้องเรียนของคุณอย่างจริงจังและจะใช้ข้อมูลนี้เพื่อช่วยปรับปรุงคุณภาพของโครงการ Medicare

ส่วนที่ 3 โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP)

โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP) เป็นโครงการของรัฐบาลที่มีที่ปรึกษาผู้ผ่านการฝึกอบรมประจำทุกรัฐ ซึ่งจะให้ความช่วยเหลือ ข้อมูล และตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับ Medicare ฟรี ใน Hawaii นั้น SHIP จะเรียกว่าโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP)

โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) เป็นโครงการอิสระของรัฐ (ไม่เชื่อมโยงกับบริษัทประกันหรือแผนสุขภาพใดๆ) ที่ได้รับเงินจากรัฐบาลกลางเพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในท้องถิ่นฟรีแก่ผู้ที่มี Medicare

ที่ปรึกษาของโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP) ของ Hawaii สามารถช่วยให้คุณเข้าใจสิทธิ์ Medicare ช่วยคุณร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาทางการแพทย์ และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย Medicare ของคุณ ที่ปรึกษาโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) ยังสามารถช่วยตอบข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับ Medicare ช่วยให้คุณเข้าใจตัวเลือกแผน Medicare และตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแผน

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) - ข้อมูลการติดต่อ**

โทรติดต่อ	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 หมายเลขนี้ต้องใช้อุปกรณ์โทรศัพท์พิเศษและใช้สำหรับผู้ที่มีความยากลำบากในการได้ยินหรือการพูดเท่านั้น
เขียนจดหมายไปที่	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
เว็บไซต์	http://www.hawaiiiship.org/

ส่วนที่ 4 องค์การปรับปรุงคุณภาพ (QIO)

องค์การปรับปรุงคุณภาพ (QIO) ที่ได้รับการแต่งตั้งจะให้บริการแก่ผู้ที่มี Medicare ในแต่ละรัฐ สำหรับ Hawaii องค์การปรับปรุงคุณภาพเรียกว่า Livanta ซึ่งก็คือองค์การปรับปรุงคุณภาพของ Hawaii

Livanta - องค์การปรับปรุงคุณภาพของ Hawaii มีกลุ่มแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่ได้รับการว่าจ้างจาก Medicare เพื่อให้ตรวจสอบและช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ที่มี Medicare โดย Livanta - องค์การปรับปรุงคุณภาพของ Hawaii เป็นองค์กรอิสระ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับแผนของเรา

ติดต่อ Livanta - องค์การปรับปรุงคุณภาพของ Hawaii ในสถานการณ์เหล่านี้:

- คุณมีคำร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่ได้รับ ตัวอย่างของข้อกังวลด้านคุณภาพการดูแล ได้แก่ การรับยาผิด การตรวจหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็น หรือการวินิจฉัยผิด
- คุณคิดว่าความคุ้มครองการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของคุณสิ้นสุดเร็วเกินไป
- คุณคิดว่าความคุ้มครองสำหรับบริการดูแลสุขภาพในเคหสถาน การดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำหรือบริการของสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก (CORF) ที่คุ้มครองนั้นสิ้นสุดเร็วเกินไป

Livanta - องค์การปรับปรุงคุณภาพของ Hawaii - ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-877-588-1123 วันจันทร์ - วันศุกร์ 9.00 น. - 17.00 น. ตามเวลาท้องถิ่น, วันเสาร์ - วันอาทิตย์ 10.00 น. - 16.00 น. ตามเวลาท้องถิ่น
TTY	711

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**Livanta - องค์การปรับปรุงคุณภาพของ Hawaii - ข้อมูลการติดต่อ**

เขียนจดหมายไปที่	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
เว็บไซต์	https://www.livantaqio.cms.gov/en

ส่วนที่ 5 ประกันสังคม

ประกันสังคมจะเป็นผู้กำหนดสิทธิ์ของ Medicare และจัดการด้านการลงทะเบียนของ Medicare ประกันสังคมมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดผู้ที่ต้องจ่ายเงินจำนวนเพิ่มขึ้นสำหรับความคุ้มครองยาส่วน D เนื่องจากมีรายได้สูงขึ้น หากคุณได้รับจดหมายจากประกันสังคมที่แจ้งว่าคุณต้องจ่ายเงินเพิ่มและคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับจำนวนเงินนั้น หรือหากรายได้ของคุณลดลงเนื่องจากเหตุการณ์เปลี่ยนชีวิต คุณสามารถโทรติดต่อประกันสังคมเพื่อร้องขอให้พิจารณาใหม่

หากคุณย้ายหรือเปลี่ยนที่อยู่ทางไปรษณีย์ โปรดติดต่อประกันสังคมเพื่อแจ้งให้ทราบ

ประกันสังคม— ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-800-772-1213 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี เปิดให้บริการตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 19.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ใช้บริการโทรศัพท์อัตโนมัติของประกันสังคมเพื่อขอข้อมูลที่บันทึกไว้และทำธุรกรรมได้ตลอด 24 ชั่วโมง
TTY	1-800-325-0778 หมายเลขนี้ต้องใช้อุปกรณ์โทรศัพท์พิเศษและใช้สำหรับผู้ที่มีความยากลำบากในการได้ยินหรือการพูดเท่านั้น หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี เปิดให้บริการตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 19.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์
เว็บไซต์	www.SSA.gov

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**ส่วนที่ 6 Medicaid**

ในฐานะสมาชิกของแผนเรา คุณมีสิทธิ์ได้รับทั้ง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) Medicaid เป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลของรัฐบาลกลางและของรัฐ ซึ่งให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดบางราย

นอกจากนี้ยังมีโครงการที่นำเสนอผ่าน Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่ช่วยผู้ที่มี Medicare ชำระค่าใช้จ่าย Medicare ต่างๆ เช่น เบี้ยประกัน Medicare โครงการประหยัดค่าใช้จ่ายของ Medicare เหล่านี้ช่วยให้ผู้ที่มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดประหยัดเงินได้ในแต่ละปี:

- **ผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่มีคุณสมบัติพลัส (QMB+):** ช่วยจ่ายเบี้ยประกัน Medicare Part A และ Part B และการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่นๆ (เช่น ความรับผิดชอบส่วนแรก การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ และการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล) ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์จะได้รับสิทธิประโยชน์ Medicaid เต็มรูปแบบอีกด้วย
- **ผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่มีรายได้น้อยที่ระบุพลัส (SLMB+):** ช่วยชำระเบี้ยประกันส่วน B ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์จะได้รับสิทธิประโยชน์ Medicaid เต็มรูปแบบอีกด้วย
- **มีสิทธิประโยชน์ในทั้งสองแผนอย่างครบครัน (FBDE):** Medicaid อาจจ่ายเบี้ยประกัน Medicare Part A และ Part B ของคุณและการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่นๆ (เช่น ความรับผิดชอบส่วนแรก การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ และการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล) ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์จะได้รับสิทธิประโยชน์ Medicaid เต็มรูปแบบอีกด้วย

หากต้องการเป็นสมาชิกของแผนนี้ คุณควรลงทะเบียนทั้งใน Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) และมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดสิทธิ์อื่นๆ ทั้งหมดของแผน ณ เวลาที่ลงทะเบียน หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับจาก Medicaid โปรดติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-800-316-8005 1-808-524-3370 7.45 น. - 16.30 น. ตามเวลา HT วันจันทร์ - วันศุกร์
TTY	711
เขียนจดหมายไปที่	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
เว็บไซต์	https://medquest.hawaii.gov/en.html

สำนักงานผู้ตรวจการรัฐ Hawaii จะให้ความช่วยเหลือผู้ที่ลงทะเบียนใน Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่ประสบปัญหาด้านการบริการหรือการเรียกเก็บเงิน ซึ่งสามารถช่วยคุณยื่นคำร้องทุกข์หรือคำร้องต่อแผนของเรา

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล**สำนักงานตรวจการแผ่นดินรัฐ Hawaii – ข้อมูลการติดต่อ**

โทรติดต่อ	1-808-587-0770 7.45 น. - 16.30 น. ตามเวลาท้องถิ่น วันจันทร์ - วันศุกร์
TTY	1-808-587-0774 หมายเลขนี้ต้องใช้อุปกรณ์โทรศัพท์พิเศษและใช้สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการได้ยินหรือการพูดเท่านั้น
เขียนจดหมายไปที่	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
เว็บไซต์	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

โครงการออมบัตส์แมนเพื่อการดูแลระยะยาวของรัฐ Hawaii ช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบ้านพักผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาระหว่างบ้านพักผู้ป่วยกับผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วย

โครงการออมบัตส์แมนเพื่อการดูแลระยะยาวของรัฐ Hawaii – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-808-586-7268 7.45 น. - 16.30 น. ตามเวลาท้องถิ่น วันจันทร์ - วันศุกร์
TTY	711
เขียนจดหมายไปที่	Executive Office on Aging 250 South Hotel Street , Suite 406 Honolulu, HI 96813
เว็บไซต์	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

ส่วนที่ 7 โครงการที่ช่วยชำระค่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์

เว็บไซต์ Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) มีข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการลดค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ โครงการด้านล่างนี้สามารถช่วยเหลือผู้ที่มียาได้จำกัด

โครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare

เนื่องจากคุณมีสิทธิ์เข้าร่วม Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) คุณจึงมีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare เพื่อชำระค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ตามแผนของคุณ คุณไม่จำเป็นต้องทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนี้

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล

หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม โปรดโทร:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048
- สำนักงานประกันสังคมที่หมายเลข 1-800-772-1213 ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 19.00 น. ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ผู้ใช้ TTY โทร 1-800-325-0778 หรือ
- สำนักงาน Medicaid ประจำรัฐของคุณที่หมายเลข 1-800-316-8005, ผู้ใช้ TTY โทร 711

หากคุณคิดว่าจำนวนเงินที่คุณจ่ายไปตามใบสั่งยาที่ร้านขายยาไม่ถูกต้อง แผนของเรามีกระบวนการที่จะช่วยให้คุณได้รับหลักฐานจำนวนเงินร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับคุณ หากคุณมีหลักฐานจำนวนเงินที่ต้องแล้ว เราสามารถช่วยคุณแบ่งปันหลักฐานนี้กับเราได้

- โทรติดต่อบริการของสมาชิกและแจ้งตัวแทนว่าคุณคิดว่าคุณมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม คุณอาจต้องจัดเตรียมเอกสารประเภทใดประเภทหนึ่งต่อไปนี้ (หลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มี):
 - สำเนาบัตร Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของผู้รับประโยชน์ที่ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์และวันที่มีสิทธิ์ในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า
 - สำเนาเอกสารของรัฐที่ยืนยันสถานะของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่ใช้งานอยู่ในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า
 - เอกสารพิมพ์จากไฟล์ลงทะเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของรัฐที่แสดงสถานะของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า
 - หน้าจอที่พิมพ์จากระบบ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของรัฐที่แสดงสถานะ Medicaid ในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า
 - เอกสารอื่นๆ ที่จัดทำโดยรัฐที่แสดงสถานะของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า
 - จดหมายจากสำนักงานประกันสังคม (SSA) ที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นๆ ได้รับรายได้ประกันสังคมเสริม (SSI)
 - คำขอยืนยันโดยถือว่ามีสิทธิ์ ซึ่งยืนยันว่าผู้รับผลประโยชน์ "...มีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม..." (เอกสารเผยแพร่ SSA HI 03094.605)

หากคุณเข้าพักในสถาบันใดๆ และเชื่อว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับการแบ่งค่าใช้จ่ายเป็นศูนย์ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกและแจ้งตัวแทนว่าคุณคิดว่าคุณมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม คุณอาจต้องจัดเตรียมเอกสารประเภทใดประเภทหนึ่งต่อไปนี้:

- สิ่งที่ส่งจากสถานพยาบาลซึ่งแสดงการชำระเงินของ Medicaid ในนามของคุณสำหรับหนึ่งเดือนปฏิทินเต็มในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า
- สำเนาเอกสารของรัฐที่ยืนยันการชำระเงินของ Medicaid ให้แก่สถานพยาบาลในนามของคุณสำหรับหนึ่งเดือนปฏิทินเต็มหลังจากเดือนมิถุนายนของปีปฏิทินก่อนหน้า หรือ

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล

- ภาพหน้าจอที่พิมพ์จากระบบ Medicaid ของรัฐ ซึ่งแสดงสถานะการเข้าพักรักษาต่อเนื่องของคุณตามการเข้าพักรักษาอย่างน้อยหนึ่งเดือนปฏิทินเต็ม เพื่อวัตถุประสงค์ในการชำระเงิน Medicaid ในช่วงหนึ่งเดือนหลังจากเดือนมีนาคมของปีปฏิทินก่อนหน้า
- หากคุณไม่สามารถมอบเอกสารที่อธิบายไว้ข้างต้นและคุณเชื่อว่าคุณอาจมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม โปรดโทรติดต่อบริการของสมาชิกและตัวแทนจะช่วยเหลือคุณ
- เมื่อเราได้รับหลักฐานที่แสดงระดับการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมแล้ว เราจะอัปเดตระบบเพื่อให้คุณสามารถจ่ายจำนวนเงินร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อคุณได้รับใบสั่งยาครั้งต่อไป หากคุณจ่ายเงินร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากเกินไป เราจะจ่ายคืนให้คุณด้วยเช็คหรือเครดิตการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอนาคต หากร้านขายยาของคุณไม่ได้เก็บเงินของคุณและคุณมีหนี้ที่ต้องชำระให้แก่ร้าน เราสามารถชำระหนี้ให้แก่ร้านขายยาได้โดยตรง หากรัฐได้ชำระเงินในนามของคุณแล้ว เราอาจชำระหนี้ให้กับรัฐโดยตรง โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หากคุณมีข้อสงสัย

หากคุณได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมและความคุ้มครองจากโครงการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเอชไอวีที่มีรายได้ต่ำ (ADAP) แล้วจะเป็นอย่างไร

ADAP ช่วยให้ผู้ที่ป่วย HIV/AIDS เรือรังมีสิทธิ์เข้าถึงยาโรค HIV ยา Medicare Part D ที่อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครอง ADAP ก็มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือสำหรับการแบ่งค่าใช้จ่ายยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ผ่านโครงการให้ความช่วยเหลือด้านยา HIV ของ Hawaii (HDAP)

โครงการช่วยเหลือด้านยาโรค HIV (HDAP) ของ Hawaii เป็น ADAP ของรัฐของคุณ

โครงการช่วยเหลือด้านยา HIV (HDAP) ของ Hawaii ในรัฐของคุณมีรายชื่อตามด้านล่างนี้

โครงการให้ความช่วยเหลือด้านยา HIV ของ Hawaii (HDAP) - ข้อมูลการติดต่อ	
โทรติดต่อ	1-808-733-9360 8.00 น. - 17.00 น. ตามเวลาท้องถิ่น วันจันทร์ - วันศุกร์
TTY	711
เขียนจดหมายไปที่	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
เว็บไซต์	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

หมายเหตุ: เพื่อให้เข้าเกณฑ์สำหรับ ADAP ในรัฐของคุณ บุคคลต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงหลักฐานการอยู่อาศัยของรัฐและสถานะ HIV, รายได้ต่ำ (ตามที่กำหนดโดยรัฐ) และสถานะไม่มีประกัน/ประกันไม่คุ้มครองเพียงพอ หากคุณเปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ลงทะเบียน ADAP ในพื้นที่ของคุณเพื่อให้คุณสามารถรับ

บทที่ 2 หมายเลขโทรศัพท์และแหล่งข้อมูล

ความช่วยเหลือต่อไป หากต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์คุณสมบัติ ยาในความคุ้มครอง หรือวิธีการลงทะเบียนในโครงการ โปรดโทรไปที่โครงการช่วยเหลือด้านยา HIV (HDAP) ของ Hawaii

ส่วนที่ 8 คณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ (RRB)

คณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐบาลกลางที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมสำหรับคนงานรถไฟและครอบครัวในประเทศ หากคุณได้รับ Medicare ผ่านคณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ โปรดแจ้งให้พวกเขาทราบหากคุณย้ายที่อยู่หรือเปลี่ยนที่อยู่ทางไปรษณีย์ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์จากคณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ โปรดติดต่อหน่วยงานดังกล่าว

คณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ (RRB) – ข้อมูลการติดต่อ

โทรติดต่อ	1-877-772-5772 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี กด "0" เพื่อพูดคุยกับตัวแทน RRB ตั้งแต่เวลา 9.00 น. ถึง 15.30 น. ในวันจันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี และศุกร์ และตั้งแต่เวลา 9.00 น. ถึง 12.00 น. ในวันพุธ กด "1" เพื่อเข้าใช้งานสายด่วนอัตโนมัติ RRB HelpLine และรับฟังข้อมูลที่บันทึกไว้ ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงวันหยุดสุดสัปดาห์และวันหยุดนักขัตฤกษ์
TTY	1-312-751-4701 หมายเลขนี้ต้องใช้อุปกรณ์โทรศัพท์พิเศษและใช้สำหรับผู้ที่มีความยากลำบากในการได้ยินหรือ การพูดเท่านั้น หมายเลขเหล่านี้คิดค่าบริการโทรศัพท์
เว็บไซต์	https://RRB.gov

ส่วนที่ 9 หากคุณมีประกันกลุ่มหรือประกันสุขภาพอื่นๆ จากนายจ้าง

หากคุณ (หรือคู่สมรสหรือคู่อาศัยของคุณ) ได้รับสิทธิประโยชน์จากนายจ้างหรือกลุ่มผู้เกษียณอายุของคุณ (หรือของคู่สมรสหรือผู้ร่วมอาศัยของคุณ) โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนนี้ ให้โทรติดต่อผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ของนายจ้าง/สหภาพหรือบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หากมีข้อสงสัยใดๆ คุณสามารถสอบถามเกี่ยวกับนายจ้างของคุณ (หรือของคู่สมรสหรือผู้ใช้ชีวิตร่วมกันกับคุณ) หรือสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้เกษียณอายุ เบี้ยประกัน หรือระยะเวลาการลงทะเบียน (หมายเลขโทรศัพท์สำหรับบริการของสมาชิกพิมพ์อยู่ที่ปกหลังของเอกสารนี้) คุณสามารถโทรติดต่อหมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความคุ้มครอง Medicare ของคุณภายใต้แผนนี้ ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048

หากคุณมีความคุ้มครองยาอื่นๆ ผ่านนายจ้างหรือกลุ่มผู้เกษียณอายุของคุณ (หรือของคู่สมรสหรือคู่ครองของคุณ) ให้โทรติดต่อผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ของกลุ่มนั้น ผู้ดูแลสิทธิประโยชน์สามารถช่วยให้คุณเข้าใจว่าความคุ้มครองยาปัจจุบันของคุณจะใช้ร่วมกับแผนของเราอย่างไร

บทที่ 3:

การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

ส่วนที่ 1 วิธีการขอรับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ในฐานะสมาชิกแผนของเรา

บทนี้จะอธิบายถึงสิ่งที่คุณต้องทราบเกี่ยวกับการใช้แผนของเราเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ในความคุ้มครอง สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ที่แผนของเราคุ้มครอง ให้ไปที่ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4

ส่วนที่ 1.1 ผู้ให้บริการในเครือข่ายและบริการในความคุ้มครอง

- **ผู้ให้บริการ** คือแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่มีใบอนุญาตจากรัฐในการให้บริการและการดูแลทางการแพทย์ คำว่า “ผู้ให้บริการ” ยังรวมถึงโรงพยาบาลและสถานพยาบาลอื่นๆ
- **ผู้ให้บริการในเครือข่าย** คือแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ กลุ่มแพทย์ โรงพยาบาล และสถานดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่ทำข้อตกลงยอมรับการชำระเงินของเราเป็นการชำระเงินเต็มจำนวน เราได้จัดเตรียมให้ผู้ให้บริการเหล่านี้ส่งมอบบริการในความคุ้มครองให้กับสมาชิกในแผนของเรา ผู้ให้บริการในเครือข่ายของเราจะเรียกเก็บเงินค่าบริการดูแลที่ได้มอบให้แก่คุณจากเราโดยตรง เมื่อคุณพบผู้ให้บริการในเครือข่าย คุณไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับบริการในความคุ้มครอง
- **บริการในความคุ้มครอง** ได้แก่การดูแลทางการแพทย์ บริการด้านการดูแลสุขภาพ วัสดุ อุปกรณ์ และยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ทั้งหมดที่คุ้มครองในแผนของเรา บริการในความคุ้มครองสำหรับการดูแลทางการแพทย์ของคุณจะแสดงอยู่ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 บริการในความคุ้มครองสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์จะกล่าวถึงในบทที่ 5

ส่วนที่ 1.2 กฎพื้นฐานสำหรับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ของคุณที่คุ้มครองในแผนของเรา

ในฐานะแผนสุขภาพ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) แผนของเราจะต้องคุ้มครองบริการทั้งหมดในความคุ้มครองของ Original Medicare และอาจนำเสนอบริการอื่นๆ นอกเหนือจากที่คุ้มครองภายใต้ Original Medicare โปรดดูข้อมูลบริการในความคุ้มครองภายใต้แผนนี้ในบทที่ 4

โดยทั่วไป แผนของเราจะคุ้มครองการดูแลทางการแพทย์ของคุณตามเท่าที่:

- การดูแลที่คุณได้รับนั้นรวมอยู่ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของแผนเราในบทที่ 4

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

- **การดูแลที่คุณได้รับถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นทางการแพทย์** ความจำเป็นทางการแพทย์ หมายถึงบริการ เสบียง อุปกรณ์ หรือยา จำเป็นสำหรับการป้องกัน การวินิจฉัย หรือการรักษาภาวะทางการแพทย์ของคุณ และเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
- **คุณมีผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ในเครือข่ายที่ให้บริการและควบคุมการดูแลของคุณ** ในฐานะสมาชิก ของแผนเรา คุณต้องเลือก PCP ในเครือข่าย (ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ส่วนที่ 2.1)
 - พุดคุยปรึกษาเรื่องแผนการรักษาของคุณกับ PCP ล่วงหน้าเพื่อทำการประสานงานการดูแลให้คุณ ก่อนที่คุณจะใช้ผู้ให้บริการรายอื่นในเครือข่ายของแผน เช่น ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาล สถานพยาบาล วิชาชีพประจำ หรือหน่วยงานดูแลสุขภาพในเคสสถาน บริการบางประเภทต้องขออนุญาตล่วงหน้า หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการเหล่านี้ โปรดดูตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ใน บทที่ 4 ส่วนที่ 2
- **คุณต้องขอรับการดูแลจากผู้ให้บริการในเครือข่าย** (ไปส่วนที่ 2) ในกรณีส่วนใหญ่ การดูแลที่คุณได้รับ จากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย (ผู้ให้บริการที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งในเครือข่ายแผนของเรา) จะไม่อยู่ในความ คุ้มครอง ยกเว้นตามที่ระบุไว้ด้านล่าง ซึ่งหมายความว่า คุณต้องจ่ายค่าบริการที่คุณได้รับอย่างเต็มจำนวน แก่ผู้ให้บริการ ข้อยกเว้นมี 3 ข้อ ดังนี้:
 - แผนของเราให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วนที่คุณได้รับจากผู้ให้บริการนอก เครือข่าย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและดูว่าบริการฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วนคืออะไร ไปที่ ส่วนที่ 3
 - หากคุณต้องการบริการดูแลทางการแพทย์ที่ Medicare หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) กำหนดให้แผนของเราคุ้มครองการดูแลดังกล่าว แต่เราไม่มีผู้เชี่ยวชาญใน เครือข่ายที่ให้การดูแลนี้ คุณสามารถรับการดูแลนี้จากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายโดยมีการแบ่ง ค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกับที่คุณจ่ายในผู้ให้บริการในเครือข่ายตามปกติ (ต้องขออนุญาตล่วงหน้า) ใน สถานการณ์นี้ เราจะให้ความคุ้มครองบริการเหล่านี้เสมือนคุณได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการในเครือ ข่าย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการขออนุมัติเพื่อพบแพทย์นอกเครือข่าย ไปที่ส่วนที่ 2.4
 - แผนของเราให้ความคุ้มครองบริการฟอกไตที่คุณได้รับจากศูนย์ฟอกไตที่ Medicare รับรองเมื่อ คุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเราชั่วคราว หรือเมื่อผู้ให้บริการนี้แก่คุณไม่สามารถให้บริการ หรือไม่ สามารถเข้าถึงได้ชั่วคราว การแบ่งค่าใช้จ่ายค่าฟอกไตที่คุณจ่ายตามแผนของเราจะไม่สูงเกินกว่าการ แบ่งค่าใช้จ่ายใน Original Medicare หากคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการตามแผนของเราและได้รับการ ฟอกไตจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายของแผนเรา การแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณจะต้องไม่สูงเกินกว่าการ แบ่งค่าใช้จ่ายที่คุณจ่ายในเครือข่าย อย่างไรก็ตาม หากผู้ให้บริการฟอกไตในเครือข่ายตามปกติของ คุณไม่สามารถให้บริการได้ชั่วคราว และคุณเลือกรับบริการภายในพื้นที่ให้บริการแต่ผู้ให้บริการอยู่นอก เครือข่ายแผนของเรา การแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับการฟอกไตของคุณอาจสูงขึ้น
- **สิทธิประโยชน์ที่จุดบริการ (POS) ช่วยให้คุณสามารถเข้าถึงบริการบางอย่างจากผู้ให้บริการที่ไม่อยู่ ในเครือข่ายได้** บริการบางอย่างภายใต้ตัวเลือกจุดบริการ (POS) ของคุณอาจไม่คุ้มครองนอกเครือข่าย สำหรับบริการในความคุ้มครองนอกเครือข่าย โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตารางแสดงสิทธิประโยชน์ ทางทางการแพทย์ในบทที่ 4 ส่วนที่ 2 คุณจะต้องจ่ายเงินเพิ่มเพื่อเข้ารับบริการเหล่านี้เมื่อคุณใช้สิทธิประโยชน์ ด้านจุดบริการ (POS) ของคุณ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูส่วนที่ 2.4 ของบทนี้

คุณไม่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเมื่อได้รับการดูแลด้วยบริการดังกล่าวจากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ก่อนรับบริการ คุณอาจต้องการยืนยันว่าเราให้ความคุ้มครองบริการดังกล่าว หากเรา พิจารณาในภายหลังว่าบริการดังกล่าวไม่อยู่ในความคุ้มครอง เราอาจปฏิเสธความคุ้มครองและคุณจะต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว บริการบางประเภทอาจต้องขออนุญาตล่วงหน้า

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ**ส่วนที่ 2 ใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายของแผนเราเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ****ส่วนที่ 2.1 คุณต้องเลือกผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ที่ให้บริการและควบคุมการดูแลของคุณ****PCP คืออะไรและ PCP ทำอะไรให้คุณบ้าง**

เมื่อคุณเป็นสมาชิกของแผนเรา ก่อนอื่น คุณต้องเลือกผู้ให้บริการแผนที่จะเป็น PCP ของคุณ PCP ของคุณคือพันธมิตรด้านสุขภาพ ซึ่งจะให้การดูแลหรือประสานงานให้คุณ PCP ของคุณเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ที่ตรงตามข้อกำหนดของรัฐและผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแลทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานแก่คุณ ได้แก่ แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรศาสตร์ และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านสอบรับรองมาตรฐาน มีใบอนุญาตของรัฐ และผ่านการฝึกอบรมพิเศษ ซึ่งจะให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือผู้ช่วยแพทย์ (PA) ที่ผ่านการรับรองให้เป็น PCP ซึ่งจะให้บริการภายในสถานพยาบาลปฐมภูมิ สามารถทำหน้าที่เป็น PCP ของคุณได้เช่นกัน

คุณจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลเป็นประจำหรือการดูแลขั้นพื้นฐานจาก PCP ของคุณ อีกทั้ง PCP ของคุณจะช่วยคุณจัดการหรือประสานงานบริการในความคุ้มครองอื่นๆ ที่เหลือที่คุณได้รับในฐานะสมาชิกของแผนเรา ได้แก่:

- การเอ็กซเรย์
- การทดสอบในห้องปฏิบัติการ
- ภาพถ่ายบำบัด กิจกรรมบำบัด และ/หรือการบำบัดด้วยคำพูด
- การดูแลจากแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ
- การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และ
- การดูแลติดตามผล

“การประสานงาน” บริการในความคุ้มครองของคุณ ได้แก่ การตรวจสอบหรือให้คำปรึกษากับผู้ให้บริการแผนอื่นๆ เกี่ยวกับการดูแลของคุณและความคืบหน้า สำหรับบริการหรือวัสดุบางประเภท PCP ของคุณจะต้องขออนุญาตล่วงหน้า (การอนุมัติล่วงหน้า) หากบริการที่คุณต้องการจำเป็นต้องขออนุญาตล่วงหน้า PCP ของคุณจะทำการขออนุญาตจากแผนของเรา เนื่องจาก PCP ของคุณจะเป็นผู้ให้และประสานงานการดูแลทางการแพทย์แก่คุณ คุณจึงควรส่งประวัติเวชระเบียนทั้งหมดของตนเองไปยังสำนักงาน PCP นั้นๆ คุณมักพบ PCP ของคุณเป็นอันดับแรก เมื่อคุณต้องการการดูแลสุขภาพเป็นประจำโดยส่วนใหญ่ เราขอแนะนำให้ PCP ของคุณทำหน้าที่ประสานงานการดูแลทั้งหมดที่คุณต้องการ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูส่วนที่ 2.2 ในบทนี้

ในบางกรณี PCP ของคุณหรือผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้บริการอื่นๆ ที่คุณเข้าพบ จำเป็นต้องขออนุญาตล่วงหน้า (การอนุมัติล่วงหน้า) จากเราในส่วนของการบริการและรายการในความคุ้มครองบางประเภท โปรดดูบริการและรายการที่จำเป็นต้องขออนุญาตล่วงหน้าในบทที่ 4 ของเอกสารนี้

หากคุณต้องการพูดคุยกับแพทย์ภายหลังเวลาทำการปกติ ให้โทรติดต่อสำนักงานของแพทย์ดังกล่าว และคุณจะได้รับบริการต่อสายไปยังแพทย์ของคุณ เครื่องตอบรับโทรศัพท์ที่มีคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ขอรับบริการ หรือแพทย์รายอื่นที่ให้ความคุ้มครอง หากคุณประสบเหตุฉุกเฉิน ให้โทรติดต่อ 911 ทันที

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

วิธีการเลือก PCP

หากต้องการเลือก PCP ของคุณ ให้ไปที่เว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories และเลือก PCP จากเครือข่ายแผนของเรา บริการของสมาชิกยังสามารถช่วยคุณเลือก PCP ได้อีกด้วย เมื่อคุณเลือก PCP แล้ว ให้โทรติดต่อบริการของสมาชิกเพื่อแจ้งตัวเลือกของคุณ PCP ของคุณต้องอยู่ในเครือข่ายของเรา

หากมีผู้เชี่ยวชาญประจำแผนหรือโรงพยาบาลที่คุณเจาะจงต้องการใช้บริการ ให้ตรวจสอบก่อนเพื่อให้แน่ใจว่าผู้เชี่ยวชาญและ/หรือโรงพยาบาลนั้นๆ อยู่ในเครือข่ายของ PCP

หากคุณไม่ได้เลือก PCP หรือหากคุณเลือก PCP ที่ไม่พร้อมใช้งานกับแผนนี้ เราจะกำหนด PCP ให้คุณโดยอัตโนมัติ

วิธีเปลี่ยน PCP ของคุณ

คุณสามารถเปลี่ยน PCP ของคุณได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด นอกจากนี้ PCP ของคุณอาจออกจากเครือข่ายผู้ให้บริการในแผนของเราและคุณต้องเลือก PCP ใหม่ ในบางสถานการณ์ ผู้ให้บริการของเรามีข้อผูกมัดที่ต้องให้ความดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากเครือข่ายของเรา โปรดติดต่อบริการของสมาชิกเพื่อขอรายละเอียดเฉพาะ

หากคุณต้องการเปลี่ยน PCP โปรดโทรติดต่อบริการของสมาชิก PCP แต่ละแผนอาจทำการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญประจำแผนบางรายและใช้โรงพยาบาลบางแห่งในเครือข่ายของคุณ ซึ่งหมายความว่า PCP ประจำแผนที่คุณเลือกอาจเป็นผู้ตัดสินใจเลือกผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลที่คุณใช้บริการ หากมีผู้เชี่ยวชาญหรือโรงพยาบาลที่คุณเจาะจงต้องการใช้บริการ ให้ดูว่า PCP ประจำแผนของคุณใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือโรงพยาบาลเหล่านี้หรือไม่

บริการของสมาชิกสามารถช่วยคุณเลือก PCP ใหม่ได้ หากคุณร้องขอเปลี่ยนแปลงในวันที่ 10 ของเดือนหรือก่อนหน้านั้น จะมีผลย้อนหลังไปถึงวันที่ 1 ของเดือนนั้นๆ หากคุณโทรติดต่อหรือยื่นคำร้องหลังจากวันที่ 10 การเปลี่ยนแปลงจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป ตัวอย่าง: คำขอ PCP ที่ทำขึ้นภายในวันที่ 10 มกราคมจะมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม คำขอที่ทำขึ้นในวันที่ 11 มกราคมหรือหลังจากนั้นจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ โปรดใช้ PCP ปัจจุบันของคุณกับทุกบริการในความคุ้มครองต่อไปจนกว่าการเปลี่ยนแปลงจะมีผลบังคับใช้ เมื่อโทรติดต่อบริการของสมาชิก ให้กล่าวถึงผู้เชี่ยวชาญหรือบริการใดๆ (เช่น การดูแลสุขภาพในเคสสถานหรือ DME) ที่จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจาก PCP ปัจจุบันของคุณ

ส่วนที่ 2.2 การดูแลทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ที่คุณจะได้รับโดยไม่ต้องส่งต่อ PCP

คุณสามารถรับบริการที่ระบุไว้ด้านล่างนี้โดยไม่ต้องขออนุมัติล่วงหน้าจาก PCP ของคุณ

- การดูแลสุขภาพสตรีเป็นประจำ รวมถึงการตรวจเต้านม การตรวจคัดกรองแมมโมแกรม (การเอ็กซเรย์เต้านม) การตรวจแปปสเมียร์ และการตรวจภายใน トラバใดที่คุณได้รับบริการดังกล่าวจากผู้ให้บริการในเครือข่าย
- การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การฉีดวัคซีน COVID-19 และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ トラバใดที่คุณได้รับวัคซีนจากผู้ให้บริการในเครือข่าย
- บริการฉุกเฉินจากผู้ให้บริการในเครือข่ายหรือจากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย
- บริการที่จำเป็นเร่งด่วนในความคุ้มครอง คือบริการที่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ทันที (แต่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน) หากคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของแผนเราชั่วคราว หรือไม่สมเหตุผลที่จะรับบริการนี้จากผู้ให้บริการในเครือข่ายเมื่อพิจารณาจากเวลา สถานที่ และสถานการณ์ของคุณ ตัวอย่างบริการที่จำเป็นเร่ง

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

ด่วน ได้แก่ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บทางการแพทย์ที่ไม่อาจคาดหมายได้หรือการกำเริบของอาการที่มีอยู่อย่างไม่คาดคิด การเข้าพบผู้ให้บริการตามปกติโดยมีความจำเป็นทางการแพทย์ (เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี) จะไม่ถือว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนแม้ว่าคุณจะอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเราหรือเครือข่ายแผนของเราไม่สามารถให้บริการได้ชั่วคราว

- บริการฟอกไตที่คุณได้รับจากหน่วยงานฟอกไตที่ได้รับการรับรองจาก Medicare เมื่อคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของแผนชั่วคราว หากเป็นไปได้ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ก่อนออกจากพื้นที่ให้บริการ เพื่อให้เราสามารถช่วยเตรียมการให้คุณได้ล่วงหน้าแบบต่อเนื่อง ในขณะที่คุณไม่อยู่

ส่วนที่ 2.3 วิธีการรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการอื่นๆ ในเครือข่าย

ผู้เชี่ยวชาญ คือ แพทย์ที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับโรคเฉพาะทางหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีผู้เชี่ยวชาญหลายประเภท ตัวอย่างเช่น:

- นักวิทยาเนื้ออกที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- แพทย์โรคหัวใจที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ
- แพทย์รักษาโรคกระดูกที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูก ข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อบางอย่าง

พูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพกับ PCP ของคุณเพื่อขอคำแนะนำเข้าพบผู้เชี่ยวชาญที่รองรับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของคุณ โดยไม่จำเป็นต้องทำการส่งต่อเพื่อเข้าพบผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี คุณ ตัวแทน หรือ PCP/ผู้ให้บริการของคุณอาจจำเป็นต้องขออนุญาตจากแผนล่วงหน้า โปรดดูข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ต้องขออนุญาตล่วงหน้าในบทที่ 4 ส่วนที่ 2

เมื่อผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้บริการในเครือข่ายรายอื่นออกจากแผนของเรา

เราสามารถทำการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาล แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ (ผู้ให้บริการ) ในเครือข่ายของแผนของเราได้ในช่วงปี หากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญของคุณออกจากแผนของเรา คุณจะมีสิทธิ์และความคุ้มครองดังนี้:

- แม้ว่าเครือข่ายผู้ให้บริการของเราอาจมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงปี แต่ Medicare ต้องการให้คุณสามารถเข้าถึงแพทย์และผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมาะสมได้อย่างไม่สะดุด
- เราจะแจ้งให้คุณทราบว่าผู้ให้บริการของคุณกำลังจะออกจากแผนของเรา เพื่อให้คุณมีเวลาเลือกผู้ให้บริการรายใหม่
 - หากผู้ให้บริการปฐมภูมิหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพเชิงพฤติกรรมของคุณออกจากแผนของเรา เรา จะแจ้งให้คุณทราบหากคุณเข้าพบผู้ให้บริการดังกล่าวภายในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา
 - หากผู้ให้บริการรายอื่นของคุณออกจากแผนของเรา เราจะแจ้งให้คุณทราบหากคุณถูกกำหนดให้ใช้ผู้ให้บริการดังกล่าว ได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการดังกล่าวอยู่ในปัจจุบัน หรือเข้าพบผู้ให้บริการดังกล่าวภายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- เราจะช่วยคุณเลือกผู้ให้บริการในเครือข่ายรายใหม่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

- หากคุณกำลังเข้ารับการรักษารักษาหรือการบำบัดทางการแพทย์จากผู้ให้บริการปัจจุบัน คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับการรักษาหรือการบำบัดที่จำเป็นทางการแพทย์ต่อไป เราจะทำงานกับคุณเพื่อที่คุณจะได้รับบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- เราจะแจ้งข้อมูลให้คุณทราบเกี่ยวกับระยะเวลาการลงทะเบียนและตัวเลือกที่คุณอาจมีสำหรับการเปลี่ยนแปลงแผนบริการ
- เมื่อผู้ให้บริการหรือสิทธิประโยชน์ในเครือข่ายไม่พร้อมให้บริการหรือไม่เพียงพอต่อความต้องการทางการแพทย์ของคุณ เราจะจัดเตรียมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่จำเป็นใดๆ ที่ครอบคลุมนอกเครือข่ายผู้ให้บริการของเรา โดยเป็นการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในเครือข่าย แผนบริการของเราต้องยืนยันว่าไม่มีผู้ให้บริการในเครือข่าย และผู้ให้บริการนอกเครือข่ายต้องติดต่อแผนบริการเพื่อขออนุญาตให้คุณเข้ารับบริการ หากได้รับการอนุมัติ ผู้ให้บริการนอกเครือข่ายจะได้รับอนุญาตให้ให้บริการ คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายสำหรับเหตุฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วน นอกจากนี้ แผนของเราจะต้องครอบคลุมบริการล้างไตสำหรับสมาชิกที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่ให้บริการของแผนและไม่สามารถเข้าถึงผู้ให้บริการในเครือข่าย ต้องได้รับบริการ ESRD ที่สถานพยาบาลล้างไตที่ได้รับการรับรองจาก Medicare
- หากคุณพบว่าแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญของคุณกำลังจะออกจากแผนของเรา โปรดติดต่อเราเพื่อให้เราสามารถช่วยคุณเลือกผู้ให้บริการรายใหม่เพื่อจัดการการดูแลคุณ
- หากคุณเชื่อว่าเราไม่ได้จัดหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้คุณเพื่อแทนผู้ให้บริการรายเดิมของคุณ หรือไม่มีการจัดการการดูแลคุณอย่างเหมาะสม คุณมีสิทธิ์ยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลต่อ QIO หรือยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลต่อแผนของเรา หรือทั้งสองอย่าง (ไปที่บทที่ 9)

ข้อ 2.4 วิธีการรับการดูแลจากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย

คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายสำหรับเหตุฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วน นอกจากนี้ แผนของเราจะต้องครอบคลุมบริการล้างไตสำหรับสมาชิกที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่ให้บริการของแผนและไม่สามารถเข้าถึงผู้ให้บริการในเครือข่าย ต้องได้รับบริการ ESRD ที่สถานพยาบาลล้างไตที่ได้รับการรับรองจาก Medicare

นอกจากนี้ หากคุณต้องการการดูแลทางการแพทย์ของ Medicare และผู้ให้บริการในเครือข่ายไม่สามารถให้การดูแลนี้ได้ คุณอาจขอรับการดูแลจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายได้ แผนบริการของเราต้องยืนยันว่าไม่มีผู้ให้บริการในเครือข่าย และผู้ให้บริการนอกเครือข่ายต้องติดต่อแผนบริการเพื่อขออนุญาตให้คุณเข้ารับบริการ หากได้รับการอนุมัติ ผู้ให้บริการนอกเครือข่ายจะได้รับอนุญาตให้ให้บริการ

ด้วยสิทธิประโยชน์ด้านจุดบริการ (POS) คุณสามารถใช้บริการจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายเพื่อรับบริการบางอย่างได้ สำหรับบริการในความคุ้มครองนอกเครือข่าย โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 ส่วนที่ 2 คุณจะต้องจ่ายเงินเพิ่มเพื่อเข้ารับบริการเหล่านี้เมื่อคุณใช้สิทธิประโยชน์ด้านจุดบริการ (POS) ของคุณ ค่าใช้จ่ายที่คุณจ่ายเองอาจสูงขึ้นเมื่อคุณใช้บริการนอกเครือข่ายผ่านสิทธิประโยชน์ด้านจุดบริการ (POS) คุณไม่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเมื่อใช้บริการนอกเครือข่ายสำหรับบริการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ก่อนรับบริการ คุณอาจต้องยืนยันกับเราว่าบริการดังกล่าวได้รับความคุ้มครอง หากเราพิจารณาในภายหลังว่าบริการดังกล่าวไม่อยู่ในความคุ้มครอง เราอาจปฏิเสธความคุ้มครองและคุณจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว บริการบางประเภทอาจต้องขออนุญาตล่วงหน้า

หากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายส่งใบเรียกเก็บเงินที่คุณคิดว่าเราควรชำระ โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกหรือส่งใบเรียกเก็บเงินมาให้เราเพื่อชำระ เราจะทำส่วนเฉลี่ยค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการของคุณ และผู้ให้บริการของคุณอาจเรียกเก็บเงินจากคุณตามจำนวนที่คุณค้างชำระ ถ้ามี

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ**ส่วนที่ 3 วิธีการรับบริการในเหตุฉุกเฉิน ภัยพิบัติ หรือความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการดูแล****ข้อ 3.1 รับการดูแลหากคุณมีเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์**

เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ คือเมื่อคุณหรือบุคคลทั่วไปที่มีความรอบคอบและมีความรู้ด้านสุขภาพและการแพทย์ โดยทั่วไป เชื่อว่าคุณมีอาการทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์โดยทันทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของคุณ (และการสูญเสียการกในกรณีที่คุณเป็นหญิงตั้งครรภ์) การสูญเสียแขนขาหรือการทำงานของแขนขา หรือการสูญเสียหรือความบกพร่องอย่างร้ายแรงต่อการทำงานของร่างกาย ภาวะทางการแพทย์อาจเป็นความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การปวดอย่างรุนแรง หรือภาวะทางการแพทย์ที่แยลงอย่างรวดเร็ว

หากคุณมีเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์:

- **รับความช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด** โทร 911 เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือไปที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โทรเรียกรถพยาบาลหากคุณต้องการ คุณไม่จำเป็นต้องได้รับอนุมัติหรือการส่งต่อจาก PCP ของคุณก่อน คุณไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์เครือข่าย คุณสามารถรับการดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกเมื่อที่คุณต้องการ ไม่ว่าที่ใดก็ตามในสหรัฐอเมริกาหรืออาณาเขตของสหรัฐอเมริกา และจากผู้ให้บริการใดๆ ที่มีใบอนุญาตของรัฐที่เหมาะสม แม้ว่าจะไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายของเรา Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) รวมถึงความคุ้มครองฉุกเฉินทั่วโลก/เร่งด่วน
- **ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการแจ้งแผนของเราเกี่ยวกับเหตุฉุกเฉินของคุณโดยเร็วที่สุด** เราต้องติดตามการดูแลในภาวะฉุกเฉินของคุณ คุณหรือบุคคลอื่นควรโทรมาเพื่อแจ้งให้เราทราบเกี่ยวกับการดูแลในภาวะฉุกเฉินของคุณ โดยปกติแล้วควรแจ้งภายใน 48 ชั่วโมง คุณสามารถโทรติดต่อบริการของสมาชิกได้ตามหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตรสมาชิกของคุณ

บริการที่ครอบคลุมในเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์

แผนของเราครอบคลุมบริการรถพยาบาลในสถานการณ์ที่การไปยังห้องฉุกเฉินด้วยวิธีอื่นใดอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของคุณ เรายังครอบคลุมบริการทางการแพทย์ระหว่างเหตุฉุกเฉินด้วย

แพทย์ที่ให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินจะกำหนดว่าอาการของคุณจะคงที่เมื่อใด และเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

หลังจากเหตุฉุกเฉินสิ้นสุดลง คุณมีสิทธิ์ได้รับการดูแลติดตามผล เพื่อให้แน่ใจว่าอาการของคุณยังคงคงที่ สิ่งสำคัญคือคุณต้องติดตามผลกับผู้ให้บริการปฐมภูมิของคุณภายใน 5 ถึง 7 วันหลังจากคุณได้รับการดูแลในภาวะฉุกเฉิน คุณจะได้รับการติดต่อจากทีมดูแลของเราเพื่อช่วยคุณนัดหมายติดตามผลที่จำเป็นและรับสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟู แพทย์ของคุณจะยังคงรักษาคุณต่อไปจนกว่าแพทย์ของคุณจะติดต่อเราและวางแผนเพื่อการดูแลเพิ่มเติม การดูแลติดตามผลของคุณจะอยู่ในความคุ้มครองของแผนเรา หากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายเป็นผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินของคุณ เราจะพยายามจัดการให้ผู้ให้บริการในเครือข่ายเข้ามาดูแลคุณโดยเร็วที่สุดเท่าที่ภาวะทางการแพทย์ของคุณและสถานการณ์จะเอื้ออำนวย

จะเกิดอะไรขึ้นหากเหตุการณ์นั้นไม่ใช่เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์

บางครั้งก็เป็นเรื่องยากที่จะรู้ว่าคุณจะมีเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์หรือไม่ ตัวอย่างเช่น คุณอาจเข้ารับการดูแลในภาวะฉุกเฉินโดยคิดว่าสุขภาพของคุณอยู่ในอันตราย แต่แพทย์อาจไม่เห็นด้วยและไม่พิจารณาว่าเป็นเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ หากพบว่าไม่ใช่เรื่องฉุกเฉิน แต่ทราบได้ว่าคุณคิดว่าสุขภาพของคุณอยู่ในอันตรายร้ายแรง เราจะดูแลคุณ

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

อย่างไรก็ตามหลังจากที่แพทย์บอกว่าไม่ใช่เรื่องฉุกเฉิน เราจะครอบคลุมการดูแลเพิ่มเติมเฉพาะในกรณีที่คุณได้รับการดูแลเพิ่มเติมใน 2 วิธีต่อไปนี้:

- คุณไปที่ผู้ให้บริการในเครือข่ายเพื่อรับการดูแลเพิ่มเติม
- การดูแลเพิ่มเติมที่คุณได้รับถือว่าเป็นบริการที่จำเป็นเร่งด่วนและคุณต้องปฏิบัติตามกฎด้านล่างสำหรับการดูแลเร่งด่วนนี้

ส่วนที่ 3.2 รับการดูแลเมื่อคุณมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรับบริการ

บริการที่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ทันที (แต่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน) เป็นบริการที่จำเป็นเร่งด่วนหากคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเราชั่วคราวหรือหากไม่สมเหตุสมผลเมื่อพิจารณาเวลา สถานที่ และสถานการณ์ของคุณเพื่อรับบริการนี้จากผู้ให้บริการในเครือข่าย ตัวอย่างของบริการที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่ไม่คาดคิดหรือการกำเริบที่ไม่คาดคิดของโรคที่มีอยู่ อย่างไรก็ตาม การเข้าพบผู้ให้บริการตามปกติที่จำเป็นทางการแพทย์ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีไม่ถือว่าเป็นเร่งด่วนแม้ว่าคุณจะอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเรา หรือเครือข่ายแผนของเราไม่พร้อมใช้งานชั่วคราว

โปรดติดต่อสำนักงานของ PCP ของคุณตลอด 24 ชั่วโมงหากคุณต้องการการดูแลเร่งด่วน คุณอาจได้รับคำแนะนำให้รับการดูแลเร่งด่วนที่ศูนย์ดูแลเครือข่ายเร่งด่วน สามารถดูรายชื่อศูนย์บริการเร่งด่วนของเครือข่ายได้ใน [รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories) หรือในเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories หากได้รับการดูแลเร่งด่วนในสำนักงานแพทย์ของคุณ คุณจะต้องจ่ายค่าเข้าพบ อย่างไรก็ตาม หากได้รับการดูแลเร่งด่วนที่ศูนย์ดูแลเร่งด่วนหรือคลินิกแบบวอล์กอิน คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมตามอัตราศูนย์ดูแลเร่งด่วน ซึ่งอาจแตกต่างกัน โปรดดูบทที่ 4 สำหรับการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการที่มีให้ในคลินิกแพทย์หรือศูนย์ดูแลเร่งด่วนหรือคลินิกที่ไม่ได้ันดหมายล่วงหน้า

นอกจากนี้ คุณยังสามารถติดต่อสายด่วนคำปรึกษาจากพยาบาลได้ตลอดเวลา มีพยาบาลวิชาชีพคอยให้คำตอบสำหรับคำถามของคุณ 24 ชั่วโมงต่อวัน เจ็ดวันต่อสัปดาห์ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสายด่วนคำปรึกษาจากพยาบาล โปรดดูที่หมวดหมู่สิทธิประโยชน์ของโปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในบทที่ 4 หรือโทรหาบริการสมาชิก

แผนของเราครอบคลุมบริการฉุกเฉินและการดูแลเร่งด่วนทั่วโลกนอกสหรัฐอเมริกาภายใต้สถานการณ์ต่อไปนี้ อย่างไรก็ตาม Medicare ไม่ครอบคลุมการดูแลในภาวะฉุกเฉินนอกสหรัฐอเมริกา

- คุณจะได้รับความคุ้มครองสูงสุด \$50,000 เมื่อเดินทางออกนอกสหรัฐอเมริกาภายใต้ความคุ้มครองฉุกเฉินและการดูแลเร่งด่วนทั่วโลกของคุณ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจำนวนนี้จะ *ไม่* ได้รับการคุ้มครอง
- การเดินทางกลับไปยังสหรัฐอเมริกาจากประเทศอื่นและยาที่ซื้อในขณะที่อยู่นอกสหรัฐอเมริกาคือ *ไม่* ได้รับการคุ้มครอง นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายส่วนที่คุณต้องรับผิดชอบสำหรับห้องฉุกเฉินจะ *ไม่* ได้รับการยกเว้นแม้คุณเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- โปรดติดต่อเราภายใน 48 ชั่วโมงหากเป็นไปได้ เพื่อแจ้งให้เราทราบถึงการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของคุณ

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูที่ “การดูแลในภาวะฉุกเฉิน” และ “บริการที่จำเป็นเร่งด่วน” ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 ของเอกสารนี้หรือติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

ส่วนที่ 3.3 ดูแลในระหว่างเกิดภัยพิบัติ

หากผู้ว่าการรัฐของคุณ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษยของสหรัฐอเมริกา หรือประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกา ประกาศสถานะภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉินในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของคุณ คุณยังคงมีสิทธิ์ได้รับการดูแลจากแผนของเรา

โปรดไปที่ go.wellcare.com/OhanaHI เพื่อดูข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรับการดูแลรักษาที่จำเป็นในระหว่างเกิดภัยพิบัติ

หากคุณไม่สามารถใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายในระหว่างเกิดภัยพิบัติ แผนของเราจะช่วยให้คุณได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายในการแบ่งค่าใช้จ่ายในเครือข่าย หาก你不能ใช้ร้านขายยาเครือข่ายในระหว่างเกิดภัยพิบัติ คุณอาจสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านขายยานอกเครือข่าย ไปยังบทที่ 5, ส่วนที่ 2.4

ส่วนที่ 4 จะเกิดอะไรขึ้นถ้าคุณถูกเรียกเก็บเงินโดยตรงสำหรับค่าใช้จ่ายเต็มรูปแบบของบริการที่ครอบคลุม

หากคุณชำระค่าบริการในความคุ้มครองแล้ว หรือหากคุณได้รับใบเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ในความคุ้มครอง ไปที่บทที่ 7 เพื่อดูข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำ

ส่วนที่ 4.1 หากแผนของเราไม่ครอบคลุมบริการ

แผนของเราครอบคลุมบริการที่เป็นทางการแพทย์ทั้งหมดตามที่ระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 หากคุณได้รับบริการที่ไม่ครอบคลุมในแผนของเรา หรือคุณได้รับบริการนอกเครือข่ายโดยไม่ได้รับอนุญาต คุณต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดของบริการ ก่อนที่จะจ่ายค่าบริการ คุณควรตรวจสอบเพื่อดูว่าบริการนี้ได้รับความคุ้มครองโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) หรือไม่

สำหรับบริการที่ครอบคลุมที่มีข้อจำกัดด้านผลประโยชน์ คุณยังต้องจ่ายค่าบริการเต็มจำนวนที่คุณได้รับหลังจากที่คุณใช้สิทธิประโยชน์ของคุณสำหรับบริการที่ครอบคลุมประเภทนั้น จำนวนเงินที่คุณจ่ายสำหรับค่าใช้จ่ายเมื่อถึงขีดจำกัดสิทธิประโยชน์แล้วจะไม่ถูกนับรวมในการคำนวณยอดสูงสุดที่คุณต้องจ่ายเอง ตัวอย่างเช่น คุณอาจต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนสำหรับการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำที่คุณได้รับหลังจากการชำระเงินตามแผนของเราถึงขีดจำกัดผลประโยชน์ เมื่อคุณใช้วงเงินถึงขีดจำกัดผลประโยชน์แล้ว การชำระเงินเพิ่มเติมสำหรับบริการจะไม่ถูกนับรวมกับยอดสูงสุดที่คุณต้องจ่ายเองรายปี

ส่วนที่ 5 บริการทางการแพทย์ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก

ส่วนที่ 5.1 การศึกษาวิจัยทางคลินิกคืออะไร

การศึกษาวิจัยทางคลินิก (หรือที่เรียกว่าการวิจัยทางคลินิก) เป็นวิธีที่แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ทดสอบการดูแลทางการแพทย์ประเภทใหม่ เช่น การทำงานของยามะเร็งชนิดใหม่ดีเพียงใด การศึกษาวิจัยทางคลินิกบางอย่างได้รับการอนุมัติโดย Medicare การศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ได้รับการอนุมัติโดย Medicare โดยทั่วไปจะขออาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษา เมื่อคุณอยู่ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก คุณสามารถลงทะเบียนในแผนของเราและรับการดูแลที่เหลือ (การดูแลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษา) ผ่านแผนของเรา

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

หากคุณเข้าร่วมในการศึกษาที่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare, Original Medicare จะจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่สำหรับบริการที่ครอบคลุมที่คุณได้รับในฐานะส่วนหนึ่งของการศึกษา หากคุณบอกเราว่าคุณอยู่ในการวิจัยทางคลินิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสม คุณจะรับผิดชอบเฉพาะการแบ่งค่าใช้จ่ายในเครือข่ายสำหรับบริการในการวิจัยนั้น หากคุณชำระเงินมากขึ้น ตัวอย่างเช่น หากคุณได้ชำระเงินตามจำนวนเงินที่ใช้ร่วมกันของค่าใช้จ่าย Original Medicare แล้วเราจะคืนเงินส่วนต่างระหว่างจำนวนเงินที่คุณจ่ายกับค่าใช้จ่ายร่วมในเครือข่ายให้คุณ คุณจะต้องให้เอกสารเพื่อแสดงให้เราเห็นว่าคุณจ่ายเงินเท่าใด

หากคุณต้องการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare คุณไม่จำเป็นต้องแจ้งให้เราทราบหรือได้รับการอนุมัติจากเราหรือ PCP ของคุณ ผู้ให้บริการที่ให้การดูแลของคุณซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยทางคลินิกไม่จำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายแผนของเรา (ไม่ครอบคลุมถึงสิทธิประโยชน์ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองซึ่งจำเป็นต้องมีการทดลองทางคลินิกหรือการลงทะเบียนเพื่อประเมินประโยชน์ของการรักษา รวมถึงผลประโยชน์บางอย่างที่จำเป็นต้องมีการคุ้มครองโดยอิงจากการพัฒนาหลักฐาน (NCD-CED) และการศึกษาอุปกรณ์ทดลองที่ได้รับการยกเว้น (IDE) สิทธิประโยชน์เหล่านี้อาจอยู่ภายใต้การอนุมัติล่วงหน้าและกฎแผนอื่นๆ)

ในขณะที่คุณไม่จำเป็นต้องได้รับอนุญาตจากแผนของเราที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทางคลินิก เราขอแนะนำให้คุณแจ้งให้เราทราบล่วงหน้าเมื่อคุณเลือกที่จะมีส่วนร่วมในการทดลองทางคลินิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสมของ Medicare

หากท่านเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยที่ไม่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare ท่านจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยของท่าน

ส่วนที่ 5.2 ผู้จ่ายค่าบริการในการศึกษาวิจัยทางคลินิก

เมื่อคุณเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare, Original Medicare จะครอบคลุมรายการและบริการที่คุณได้รับเป็นประจำเนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา รวมถึง:

- ค่าห้องและค่าอาหารระหว่างการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ Medicare จะจ่ายเงินให้ แม้ว่า您将ไม่ได้เข้าร่วมการศึกษา
- การดำเนินการหรือขั้นตอนทางการแพทย์อื่นๆ หากเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย
- การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการดูแลใหม่

หลังจาก Medicare ได้จ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้ แผนของเราจะจ่ายส่วนที่เหลือ เช่นเดียวกับบริการที่ครอบคลุมทั้งหมด คุณจะไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับบริการที่ครอบคลุมที่คุณได้รับในการศึกษาวิจัยทางคลินิก

เมื่อคุณเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทางคลินิก **ทั้ง Medicare และแผนของเราจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ต่อไปนี้:**

- โดยทั่วไป Medicare จะไม่จ่ายสำหรับรายการหรือบริการใหม่ที่ทำการศึกษา เว้นแต่ Medicare จะครอบคลุมรายการหรือบริการแม้ว่าคุณจะไม่ได้ใช้ในการศึกษา
- รายการหรือบริการที่มีให้เพื่อรวบรวมข้อมูลเท่านั้นและไม่ได้ใช้ในการดูแลสุขภาพโดยตรงของคุณ ตัวอย่างเช่น Medicare จะไม่จ่ายเงินสำหรับการสแกน CT รายเดือนที่ทำเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หากโดยปกติแล้วสภาพทางการแพทย์ของคุณต้องการสแกน CT เพียงครั้งเดียวเท่านั้น
- รายการและบริการที่จัดทำโดยผู้สนับสนุนการวิจัยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่อยู่ในช่วงทดลองใช้

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ**รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทางคลินิก**

รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทางคลินิกได้ในเอกสารสิ่งพิมพ์ Medicare *Medicare และการศึกษาวิจัยทางคลินิก* ที่ www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf นอกจากนี้ ท่านยังสามารถโทรติดต่อได้ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048

ส่วนที่ 6 กฎว่าด้วยการรับการดูแลในสถานดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

ส่วนที่ 6.1 สถานบันดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

สถานบันการดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เป็นสถานที่ที่ให้การดูแลภาวะที่โดยปกติแล้วจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ หากการรับการดูแลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำนั้นขัดต่อความเชื่อทางศาสนาของสมาชิก เราจะให้ความคุ้มครองการดูแลในสถานบันการดูแลสุขภาพที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ทางศาสนาแทน สิทธิประโยชน์นี้มีให้เฉพาะในส่วน A ที่เป็นบริการผู้ป่วยใน (บริการที่ไม่ใช่บริการดูแลสุขภาพทางการแพทย์)

ส่วนที่ 6.2 วิธีขอรับการดูแลจากสถานบันดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

ในการรับการดูแลจากสถานบันดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ คุณต้องลงนามในเอกสารทางกฎหมายที่ระบุว่าคุณไม่เห็นด้วยกับการรักษาทางการแพทย์ที่ **ไม่ยกเว้น**

- การดูแลหรือการรักษาทางการแพทย์ที่**ไม่ได้รับการยกเว้น** คือ การดูแลหรือการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่เป็นไปตามความสมัครใจและไม่จำเป็นตามกฎหมายของรัฐบาลกลาง รัฐ หรือท้องถิ่น
- การรักษาทางการแพทย์ที่**ได้รับการยกเว้น** คือการดูแลทางการแพทย์หรือการรักษาที่คุณได้รับโดยไม่สมัครใจหรือเป็นสิ่งจำเป็นภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง รัฐ หรือท้องถิ่น

เพื่อให้ครอบคลุมตามแผนของเรา การดูแลที่คุณได้รับจากสถานบันดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้:

- อาคารสถานที่ที่ให้การดูแลต้องได้รับการรับรองจาก Medicare
- แผนของเราคุ้มครองเฉพาะด้านที่**ไม่เกี่ยวข้อง**กับศาสนาเท่านั้น
- หากคุณได้รับบริการจากสถานบันนี้ที่จัดหาให้คุณในสถานพยาบาล จะมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้:
 - คุณต้องมีอาการทางการแพทย์ที่ทำให้คุณมีสิทธิได้รับบริการที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครอง สำหรับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ
 - –และ–คุณต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าจากแผนของเราก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล มิเช่นนั้นการเข้ารับบริการของคุณจะ**ไม่**ได้รับการคุ้มครอง

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

การเข้ารับบริการของคุณในสถาบันด้านการดูแลสุขภาพทางศาสนาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์จะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองตามแผนของเราเว้นแต่คุณจะได้รับอนุญาต (อนุมัติ) ล่วงหน้าจากแผนของเรา และจะอยู่ภายใต้ข้อจำกัดความคุ้มครองเช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในหรือการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำที่คุณจะได้รับ โปรดดูตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 สำหรับกฎความคุ้มครองและข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแบ่งต้นทุนและข้อจำกัดสำหรับโรงพยาบาลผู้ป่วยในและความคุ้มครองจากพยาบาลวิชาชีพประจำ

ส่วนที่ 7 กฎว่าด้วยการเป็นเจ้าของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์

ส่วนที่ 7.1 คุณจะไม่ได้เป็นเจ้าของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์บางรายการ แม้ว่าจะได้ชำระเงินตามจำนวนงวดที่กำหนดภายใต้แผนของเราแล้วก็ตาม

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ (DME) รวมถึงอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ออกซิเจนและอุปกรณ์เสริม, รถเข็น, วอล์คเกอร์, ระบบที่นอนขับเคลื่อน, ไม้ค้ำยัน, อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, อุปกรณ์สร้างเสียงพูด, ปัสสาวะลายทางหลอดเลือดดำ (IV), เครื่องฟันยาและเตียงในโรงพยาบาลที่ซึ่งแพทย์เป็นผู้สั่งให้สมาชิกใช้ที่บ้าน สมาชิกเป็นเจ้าของสินค้า DME บางอย่างเสมอ เช่น ขาเทียม ประเภทอื่นๆ ของ DME ที่คุณต้องเช่า

ใน Original Medicare ผู้ที่เช่า DME บางประเภทจะเป็นเจ้าของอุปกรณ์หลังจากจ่ายเงินสำหรับอุปกรณ์เป็นเวลา 13 เดือน ในฐานะที่เป็นสมาชิกแผนของเรา ยังมี DME บางประเภทที่คุณจะเป็นเจ้าของหลังจากร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับอุปกรณ์ตามจำนวนเดือนที่ระบุ การชำระเงินก่อนหน้านี้สำหรับอุปกรณ์ DME เมื่อคุณมี Original Medicare จะไม่นับรวมกับการชำระเงินที่คุณทำในขณะที่เป็นสมาชิกของแผนของเรา หากคุณเป็นเจ้าของอุปกรณ์ DME ในขณะที่คุณเป็นสมาชิกของแผนของเราและอุปกรณ์ต้องได้รับการบำรุงรักษา ผู้ให้บริการจะได้รับอนุญาตให้เรียกเก็บค่าบริการตามแผนสำหรับค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซม นอกจากนี้ยังมี DME บางประเภทที่คุณจะไม่ได้เป็นเจ้าของไม่ว่าคุณจะชำระเงินกี่ครั้งสำหรับอุปกรณ์ในขณะที่เป็นสมาชิกของแผนของเรา ติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกเพื่อสอบถามเกี่ยวกับข้อกำหนดในการเช่าหรือการเป็นเจ้าของ DME และเอกสารที่คุณจำเป็นต้องให้

จะเกิดอะไรขึ้นกับการจ่ายเงินสำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์หากคุณเปลี่ยนเป็น Original Medicare

หากคุณไม่ได้เป็นเจ้าของอุปกรณ์ DME ในขณะที่อยู่ในแผนของเรา คุณจะต้องชำระเงิน 13 ครั้งติดต่อกันหลังจากที่คุณเปลี่ยนไปใช้ Original Medicare เพื่อเป็นเจ้าของอุปกรณ์ DME การชำระเงินที่คุณทำในขณะที่ลงทะเบียนในแผนของเราจะไม่ถูกนับรวมใน 13 งวดการชำระเงินนี้

ตัวอย่างที่ 1: คุณชำระเงิน 12 ครั้งหรือน้อยกว่าติดต่อกันสำหรับอุปกรณ์ใน Original Medicare แล้วเข้าร่วมแผนของเรา การชำระเงินของคุณใน Original Medicare จะไม่นับรวมด้วย คุณจะต้องชำระเงิน 13 ครั้งให้กับแผนของเราก่อนที่จะเป็นเจ้าของอุปกรณ์

ตัวอย่างที่ 2: คุณชำระเงิน 12 ครั้งหรือน้อยกว่าติดต่อกันสำหรับอุปกรณ์ใน Original Medicare แล้วเข้าร่วมแผนของเรา คุณไม่ได้รับสิทธิความเป็นเจ้าของอุปกรณ์ในขณะที่อยู่ในแผนของเรา จากนั้นคุณก็กลับไปเป็น Original Medicare คุณจะต้องชำระเงินใหม่ 13 ครั้งติดต่อกันเพื่อเป็นเจ้าของอุปกรณ์เมื่อคุณเข้าร่วม Original Medicare อีกครั้ง การชำระเงินใดๆ ที่คุณได้ทำไว้แล้ว (ไม่ว่าจะเป็นแผนของเราหรือ Original Medicare) ไม่นับ

ส่วนที่ 7.2 หลักเกณฑ์เกี่ยวกับอุปกรณ์ออกซิเจน เวชภัณฑ์และการบำรุงรักษา

หากคุณมีสิทธิได้รับความคุ้มครองอุปกรณ์ออกซิเจน Medicare, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) จะครอบคลุม:

บทที่ 3 การใช้แผนสุขภาพของเราสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการในความคุ้มครองอื่นๆ

- การเข้าอุปกรณ์ออกซิเจน
- การส่งมอบออกซิเจนและปริมาณออกซิเจน
- ท่อและอุปกรณ์เสริมออกซิเจนที่เกี่ยวข้องสำหรับการส่งมอบออกซิเจนและปริมาณออกซิเจน
- การบำรุงรักษาและซ่อมแซมอุปกรณ์ออกซิเจน

หากคุณออกจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) หรือไม่ต้องใช้อุปกรณ์ออกซิเจนในทางการแพทย์อีกต่อไป จะต้องส่งคืนอุปกรณ์ออกซิเจน

จะเกิดอะไรขึ้นถ้าคุณออกจากแผนของเราและกลับไปใช้ Original Medicare

Original Medicare ต้องมีซัพพลายเออร์ออกซิเจนเพื่อให้บริการคุณเป็นเวลา 5 ปี ในช่วง 36 เดือนแรก คุณจะเข้าอุปกรณ์ สำหรับ 24 เดือนที่เหลือ ซัพพลายเออร์จะจัดหาอุปกรณ์และการบำรุงรักษา (คุณยังคงต้องรับผิดชอบค่าร่วมจ่ายสำหรับออกซิเจน) หลังจาก 5 ปีคุณสามารถเลือกที่จะใช้บริการบริษัทเดิมหรือย้ายไปที่บริษัทอื่น ณ จุดนี้ วงรอบ 5 ปีเริ่มต้นอีกครั้งแม้ว่าคุณจะใช้บริการกับบริษัทเดิม และคุณจะต้องจ่ายค่าร่วมจ่ายอีกครั้งในช่วง 36 เดือนแรก หากคุณเข้าร่วมหรือออกจากแผนของเรา วงรอบ 5 ปีจะเริ่มต้นใหม่

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)**บทที่ 4:****ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์
(ครอบคลุมอะไรบ้าง)****ส่วนที่ 1 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริการที่ครอบคลุม**

ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จะแสดงรายการบริการในความคุ้มครองของคุณในฐานะสมาชิกของแผนของเรา ส่วนนี้ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่ไม่ครอบคลุม และอธิบายถึงข้อจำกัดของบริการบางอย่าง:

ส่วนที่ 1.1 คุณไม่ต้องจ่ายค่าบริการที่ครอบคลุม

เนื่องจากคุณได้รับความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) คุณจึงไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับบริการที่ครอบคลุมของคุณตราบใดที่คุณทำตามกฎของแผนของเราเพื่อรับการดูแล (ไปบทที่ 3 เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกฎของแผนประกันในการรับการดูแลรักษา)

ส่วนที่ 1.2 สิ่งที่คุณจะจ่ายมากที่สุดสำหรับ Medicare Part A และ Part B ครอบคลุมบริการทางการแพทย์

หมายเหตุ: เนื่องจากสมาชิกของเรายังได้รับความช่วยเหลือจาก Medicaid จึงมีสมาชิกเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่มีค่าใช้จ่ายถึงจำนวนสูงสุดนี้ คุณไม่ต้องรับผิดชอบในการออกค่าใช้จ่ายเองใดๆ เพื่อนำไปนับรวมเป็นยอดสูงสุดของค่าใช้จ่ายส่วนตัวสำหรับบริการส่วน A และส่วน B ที่คุ้มครอง

แผนประกันสุขภาพ Medicare Advantage มีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนเงินที่คุณต้องจ่ายในแต่ละปีสำหรับบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมภายใต้ Medicare Part A และ Part B ข้อจำกัดนี้เรียกว่าจำนวนเงินสูงสุดที่ต้องจ่ายเอง (MOOP) สำหรับบริการทางการแพทย์ **สำหรับปีปฏิทิน 2026 จำนวน MOOP คือ \$9,250**

จำนวนเงินที่คุณจ่ายสำหรับค่าร่วมจ่ายและค่าแบ่งจ่ายร่วมสำหรับบริการที่ครอบคลุมจะนับเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองนี้ ค่าใช้จ่ายสำหรับยาส่วน D จะไม่นับรวมในค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองของคุณ นอกจากนี้จำนวนเงินที่คุณจ่ายสำหรับบริการบางอย่างจะไม่ถูกนับรวมกับค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองของคุณ บริการเหล่านี้จะมีเครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับอยู่ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ หากคุณใช้จ่ายถึงค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเองจำนวน \$9,250 คุณจะไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายใดๆ ด้วยตัวเองสำหรับส่วนที่เหลือของปีสำหรับบริการที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองส่วน A และส่วน B อย่างไรก็ตาม คุณจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน Medicare Part B ต่อไป (เว้นแต่ว่าเบี้ยประกันส่วน B ของคุณจะจ่ายให้โดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) หรือบุคคลที่สามอื่น)

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)**ส่วนที่ 2 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์แสดงถึงสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของคุณ**

ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในหน้าถัดไปแสดงรายการบริการที่แผนของเราครอบคลุม (ความคุ้มครองค่ายาส่วน D อยู่ในบทที่ 5) บริการที่ระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จะครอบคลุมเฉพาะเมื่อเป็นไปตามข้อกำหนดเหล่านี้เท่านั้น:

- บริการในความคุ้มครองของ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณจะต้องได้รับการจัดหาตามแนวทางความคุ้มครอง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)
- บริการของคุณ (รวมถึงการดูแลทางการแพทย์ บริการ วัสดุ อุปกรณ์ และยาในส่วน B) จะต้องมีความจำเป็นทางการแพทย์ มีความจำเป็นทางการแพทย์หมายความว่าบริการ อุปกรณ์ หรือยาต้องมีความจำเป็นต่อการป้องกัน การวินิจฉัย หรือการรักษาภาวะทางการแพทย์ของคุณและเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
- สำหรับผู้ลงทะเบียนใหม่ แผนการดูแลที่สอดคล้องกับ MA ของคุณจะต้องให้ระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านอย่างน้อย 90 วัน ในช่วงเวลานั้นแผน MA ใหม่อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าสำหรับการรักษาที่ใช้งานอยู่ แม้ว่าการรักษาจะเป็นบริการที่เริ่มจากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย
- คุณมีผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ที่ให้การดูแลและควบคุมการรักษาของคุณ
- บริการบางอย่างที่ระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จะได้รับความคุ้มครองเฉพาะในกรณีที่คุณหรือผู้ให้บริการในเครือข่ายรายอื่นของคุณได้รับการอนุมัติจากเราล่วงหน้า (บางครั้งเรียกว่าการอนุญาตล่วงหน้า) บริการที่ครอบคลุมที่ต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าจะถูกระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์เป็นตัวเอียง
- หากแผนดูแลสุขภาพแบบประสานงานของคุณให้การอนุมัติคำขออนุมัติล่วงหน้าสำหรับการรักษา การอนุมัติจะต้องมีผลตรงเท่าที่มีเหตุผลทางการแพทย์และความจำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการหยุดชะงักในการดูแลตามเกณฑ์ความคุ้มครอง ประวัติทางการแพทย์ของคุณ และคำแนะนำของผู้ให้การรักษา

สิ่งสำคัญอื่นๆ ที่ควรทราบเกี่ยวกับความคุ้มครองของเรา:

- คุณได้รับความคุ้มครองจากทั้ง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) Medicare ครอบคลุมการดูแลสุขภาพและยาตามใบสั่งแพทย์ โครงการ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนที่คุณต้องร่วมจ่ายสำหรับบริการ Medicare รวมถึงการหักลดหย่อน Medicare และค่าร่วมจ่ายหรือค่าประกันร่วมสำหรับบริการของโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและการเข้าพบแพทย์ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ยังคุ้มครองบริการที่ Medicare ไม่คุ้มครอง เช่น การดูแลระยะยาว ยาที่ซื้อตามร้านขายยาบางชนิด และบริการตามบ้านและชุมชน
- เราให้ความคุ้มครองตาม Original Medicare ทุกประการ เช่นเดียวกับแผนสุขภาพ Medicare ทุกแผน (หากต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองและค่าใช้จ่ายของ Original Medicare ไปที่คู่มือ Medicare และคุณ 2026 ดูออนไลน์ได้ที่ www.Medicare.gov หรือขอสำเนาโดยโทร 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048)

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

- สำหรับบริการเชิงป้องกันที่ครอบคลุมโดยไม่มีค่าใช้จ่ายภายใต้ Original Medicare เรายังครอบคลุมบริการเหล่านั้นโดยไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ
- หาก Medicare เพิ่มความคุ้มครองสำหรับบริการใหม่ๆ ในช่วงปี 2026 Medicare หรือแผนของเราจะครอบคลุมบริการเหล่านั้น
- ภายใต้แผนของเรา เราจะให้ความคุ้มครองสำหรับสิทธิประโยชน์บางส่วนของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ตามที่ระบุไว้ในข้อตกลงระหว่างแผนของเรากับหน่วยงาน State Medicaid Agency ของคุณ ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 ระบุถึงผลประโยชน์ที่ครอบคลุมภายใต้แผน ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จะระบุข้อจำกัดหรือการอนุมัติผลประโยชน์ใดๆ ที่มีผลบังคับใช้ สำหรับบริการที่ครอบคลุมโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) โปรดดูสรุปสิทธิประโยชน์สำหรับรายการสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่ครอบคลุมโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) หากคุณไม่ได้รับสรุปสิทธิประโยชน์ โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกและขอให้ส่งสำเนาให้คุณ การแบ่งจ่ายของคุณสำหรับบริการที่ครอบคลุมของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) หากมี จะขึ้นอยู่กับระดับสิทธิ์ของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณ
- หากคุณอยู่ภายในระยะเวลา 6 เดือนตามแผนของเราในการพิจารณาสิทธิ์อย่างต่อเนื่อง เรายังคงให้สิทธิประโยชน์ตามแผน Medicare Advantage ที่ครอบคลุมทั้งหมดต่อไป อย่างไรก็ตาม ในช่วงช่วงเวลานี้แผน Medicare Advantage ไม่รับผิดชอบต่อความคุ้มครองของสิทธิประโยชน์ใดๆ ของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่อาจรวมอยู่ในแผน Medicaid ของรัฐของคุณ

คุณไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ ตามที่ระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ トラバใดที่คุณมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดความคุ้มครองที่อธิบายไว้ข้างต้น

ข้อมูลผลประโยชน์ที่สำคัญสำหรับผู้ลงทะเบียนที่มีสภาวะเรื้อรัง

- หากคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังต่อไปนี้ตามที่ระบุไว้ด้านล่างและตรงตามเกณฑ์บางประการ คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน (รวมถึงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์)
 - มะเร็ง
 - ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด (รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง)
 - โรคพิษสุราเรื้อรังและโรคจากการใช้สารเสพติดอื่นๆ (SUD)
 - ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - ความผิดปกติของปอดเรื้อรัง
 - ภาวะสุขภาพจิตเรื้อรังและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน
 - โรคระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง (รวมถึงความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง)
 - โรคไตเรื้อรัง (CKD)
 - ภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานของร่างกาย (รวมถึงโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD), โรคตับระยะสุดท้าย, โรคกระดูกพรุน (โรคกระดูก), โรคข้อเข่าเสื่อม)
 - ภาวะที่ต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพร่างกาย หรือดำเนินชีวิตต่อไปได้ (รวมถึงโรคกล้ามเนื้อเสื่อม)

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

- ภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญา (รวมถึงโรคดาวน์ซินโดรม)
- ภาวะสมองเสื่อม
- โรคเบาหวาน
- โรคเชื้อบุพรองมดลูกเจริญผิดที่
- HIV/AIDS
- ความผิดปกติของระบบประสาท
- ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และกลุ่มอาการเมตาบอลิซึม (รวมถึงภาวะไขมันในเลือดสูง/ไขมันในเลือดผิดปกติ)
- ภาวะหลังการปลูกถ่ายอวัยวะ
- ความผิดปกติทางโลหิตวิทยาอย่างรุนแรง
- สโตรก
- แผนของคุณประกอบด้วยสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (SSBCI) สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเหล่านี้จะมอบให้เฉพาะสมาชิกที่มีความเสี่ยงสูงและเจ็บป่วยเรื้อรังที่กำหนด ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เพิ่มเติมในการได้รับสิทธิ์
- **สมาชิกจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามและรักษาเกณฑ์คุณสมบัติทั้งสามข้อด้านล่างนี้ไว้ เพื่อให้มีสิทธิ์เข้าเกณฑ์:**
 1. สมาชิกต้องได้รับการจัดการดูแล **อย่างเข้มข้น**
 2. สมาชิกต้องมีความเสี่ยงสูงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่ไม่คาดคิด
 3. สมาชิกจะต้องได้รับการวินิจฉัยเป็นเอกสารและยังมีผลใช้งานสำหรับภาวะเรื้อรังที่เข้าข่าย ภาวะเรื้อรังดังกล่าวต้องเป็น**อันตรายถึงชีวิตหรือจำกัดสุขภาพโดยรวมหรือการทำงานของร่างกายของสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญ**
- Wellcare จะแจ้งให้ทราบหากคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และคุณจะได้รับจดหมายพร้อมขั้นตอนการรับสิทธิประโยชน์
- สมาชิกใหม่อาจมีสิทธิ์ได้รับสิทธิประโยชน์ SSBCI หากผู้ให้บริการของคุณรับรองว่าคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์
- อาจมีค่าใช้จ่ายร่วมหรือค่าอื่นๆ ที่ไม่ครอบคลุมในแผนของคุณ
- ต้องมีการยืนยันว่าตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดก่อนที่จะได้รับสิทธิประโยชน์เหล่านี้
- สิทธิประโยชน์ทั้งหมดจะสิ้นสุดในวันที่ 12/31/2026 และสมาชิกจะต้องผ่านการพิจารณาคุณสมบัติใหม่ในแต่ละปีของแผน
- สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม ให้ไปที่ช่อง**สิทธิประโยชน์เสริมพิเศษสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง**ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ด้านล่าง
- ติดต่อเราเพื่อค้นหาสิทธิประโยชน์ที่คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)



สัญลักษณ์รูปแอปเปิ้ลนี้แสดงถึงบริการป้องกันโรคในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์

ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
สำหรับบริการที่ครอบคลุมโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) โปรดดูสรุปสิทธิประโยชน์สำหรับรายการสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่ครอบคลุมโดย Medicaid หากคุณไม่ได้รับสรุปสิทธิประโยชน์ โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกและขอให้ส่งสำเนาให้คุณ การแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณสำหรับบริการในความคุ้มครองของ Medicaid จะขึ้นอยู่กับระดับสิทธิ์ Medicaid ของคุณ โปรดติดต่อหน่วยงาน Medicaid ของรัฐของคุณเพื่อกำหนดระดับการแบ่งจ่ายของคุณ	
 การตรวจคัดกรองหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้อง อัลตราซาวด์ตรวจคัดกรองครั้งเดียวสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยง แผนของเราครอบคลุมเฉพาะการคัดกรองนี้หากคุณมีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างและหากคุณสามารถรับการส่งตัวจากแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลทางคลินิก	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสมาชิกที่มีสิทธิ์ในการคัดกรองเชิงป้องกันนี้
การฝังเข็มสำหรับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง บริการที่ครอบคลุมได้แก่: การเข้ารับการรักษาสองครั้งใน 90 วันจะได้รับความคุ้มครองภายใต้สถานการณ์ต่อไปนี้: เพื่อวัตถุประสงค์ของสิทธิประโยชน์นี้ อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังถูกนิยามไว้ดังนี้: • เป็นนาน 12 สัปดาห์หรือนานกว่า • ไม่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากไม่มีสาเหตุจากโรกระบบใดๆ ที่สามารถระบุได้ (เช่น ไม่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจาย การอักเสบ โรคติดเชื้อฯ) • ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและ • ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ จะมีการครอบคลุมเซสชันเพิ่มเติมอีก 8 ครั้งสำหรับผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น การรักษาด้วยการฝังเข็มไม่มากกว่า 20 ครั้งต่อปี ต้องยกเลิกการรักษาหากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการแย่ลง ข้อกำหนดของผู้ให้บริการ: แพทย์ (ตามที่กำหนดไว้ใน 1861 (r)(1) ของพระราชบัญญัติประกันสังคม (พระราชบัญญัติ)) อาจให้การฝังเข็มตามความต้องการของรัฐที่ใช้บังคับ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการฝังเข็มที่ Medicare คุ้มครองที่ได้รับในสำนักงานแพทย์ปฐมภูมิ หรือ PCP จ่ายร่วม \$0 สำหรับการฝังเข็มที่ Medicare คุ้มครองที่ได้รับในสำนักงานผู้เชี่ยวชาญ อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับการฝังเข็มที่ Medicare คุ้มครองที่ได้รับในคลินิกหมอจัดกระดูก อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การฝังเข็มสำหรับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง - ต่อ ผู้ช่วยแพทย์ (PA), ผู้ให้บริการพยาบาล (NP)/พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (CNS) (ตามที่ระบุไว้ใน 1861 (aa) (5) ของพระราชบัญญัติ) และบุคลากรเสริมอาจให้การฝังเข็มหากพวกเขาตรงตามข้อกำหนดของรัฐที่บังคับใช้ทั้งหมดและมี: - วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกด้านการฝังเข็มหรือการแพทย์ตะวันออกจากโรงเรียนที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการรับรองการฝังเข็มและการแพทย์ตะวันออก (ACAOM) และ - ใบอนุญาตปัจจุบัน เต็มรูปแบบ ใช้งานได้ และไม่จำกัดเพื่อทำการฝังเข็มในรัฐ เขตปกครอง หรือเครือจักรภพ (เช่น Puerto Rico) ของสหรัฐอเมริกาหรือ District of Columbia บุคลากรผู้ช่วยที่ให้บริการฝังเข็มจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลในระดับที่เหมาะสมโดยแพทย์, PA หรือ NP/CNS ที่กำหนดโดยข้อบังคับของเราที่ 42 CFR §§ 410.26 และ 410.27 การฝังเข็มสำหรับเงื่อนไขอื่นๆ แผนของเรายังครอบคลุมถึงบริการฝังเข็มเสริม (ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare) สูงสุดถึง 24 ครั้งต่อปี ในกรณีส่วนใหญ่ คุณต้องใช้ผู้ให้บริการที่ทำสัญญาเพื่อรับบริการที่ครอบคลุม โปรดติดต่อแผนของเราหากคุณมีคำถามเกี่ยวกับวิธีการใช้สิทธิประโยชน์นี้ บริการฝังเข็มที่ครอบคลุมได้แก่: - การตรวจผู้ป่วยใหม่หรือการตรวจผู้ป่วยเดิมที่มีปัญหาสุขภาพใหม่หรืออาการกำเริบครั้งใหม่ - การตรวจสำหรับผู้ป่วยเดิม (ภายใน 3 ปีนับจากการตรวจใหม่ครั้งล่าสุด) - การเข้าพบแพทย์เพื่อติดตามอาการอาจเกี่ยวข้องกับบริการฝังเข็มหรือการตรวจซ้ำ - ความเห็นที่สองจากผู้ให้บริการรายอื่นในเครือข่าย - บริการเร่งด่วนและฉุกเฉิน หากต้องการความช่วยเหลือในการค้นหาผู้ให้บริการในเครือข่าย คุณสามารถติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกได้	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการนัดฝังเข็มเสริมแต่ละครั้ง (ที่ไม่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ Medicare)* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการรถพยาบาล บริการรถพยาบาลที่ครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินหรือไม่ฉุกเฉิน รวมถึงเครื่องบินปีกตรึงและปีกหมุน และบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภาคพื้นดินไปยังสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดที่สามารถให้การดูแลได้ หากบริการเหล่านี้จัดให้กับสมาชิกที่มีภาวะทางการแพทย์ซึ่งการเดินทางด้วยวิธีอื่นอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือหากได้รับการอนุมัติจากแผนประกันของเรา หากบริการรถพยาบาลที่ครอบคลุมไม่ได้มีไว้สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ควรมีการบันทึกไว้ว่าอาการของสมาชิกอยู่ในสภาพที่การเดินทางด้วยวิธีอื่นอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและการเดินทางโดยรถพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นทางการแพทย์	จ่ายร่วม \$0 ต่อการเดินทางเที่ยวเดียวสำหรับบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภาคพื้นดินที่ Medicare คุ้มครอง อาจต้องได้รับอนุญาตล่วงหน้าสำหรับเครื่องบินปีกตรึงและการเดินทางที่ไม่ฉุกเฉิน จ่ายร่วม \$0 ต่อการเดินทางเที่ยวเดียวสำหรับบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศที่ Medicare คุ้มครอง อาจต้องได้รับอนุญาตล่วงหน้าสำหรับเครื่องบินปีกตรึงและการเดินทางที่ไม่ฉุกเฉิน จะไม่มีภาระยกเว้นการแบ่งค่าใช้จ่ายหากคุณเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล
การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจร่างกายประจำปีจะรวมถึงการตรวจหัวใจ ปอด ระบบช่องท้องและระบบประสาท รวมถึงการตรวจร่างกาย (เช่น ศีรษะ คอ และแขนขา) และประวัติทางการแพทย์/ครอบครัวโดยละเอียดนอกเหนือจากบริการที่รวมอยู่ในการตรวจสุขภาพประจำปี ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างบริการที่อาจให้บริการหรือสิ่งในระหว่างการตรวจร่างกายของคุณ: • ทำการตรวจวัดเป็นประจำ (ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต) • ประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคที่สามารถป้องกันได้ • ตรวจสอบปฏิกิริยาตอบสนองและสัญญาณชีพ • การทดสอบในห้องปฏิบัติการ (ตัวอย่างปัสสาวะและเลือด)	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี*

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การตรวจดูแลสุขภาพประจำปี หากคุณมีประกันส่วน B มานานกว่า 12 เดือน คุณสามารถเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อวางแผนการป้องกันสุขภาพเฉพาะบุคคลตามสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในปัจจุบันของคุณ แผนของเราจะครอบคลุมการตรวจดูแลสุขภาพประจำปีหนึ่งครั้งในแต่ละปีปฏิทิน หมายเหตุ: การตรวจสุขภาพประจำปีครั้งแรกของคุณไม่สามารถเกิดขึ้นภายใน 12 เดือนนับจากวันที่คุณเข้ารับการตรวจเพื่อป้องกันของ <i>ยินดี</i> ต้อนรับสู่ Medicare อย่างไรก็ตาม คุณไม่จำเป็นต้องเข้ารับการนัดตรวจของ <i>ยินดี</i> ต้อนรับสู่ Medicare เพื่อรับความคุ้มครองสำหรับการตรวจดูแลสุขภาพประจำปีหลังจากที่คุณมีส่วน B เป็นเวลา 12 เดือน	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการตรวจสุขภาพประจำปี
 การตรวจวัดมวลกระดูก สำหรับผู้ที่มีความเหมาะสม (โดยทั่วไปแล้วหมายถึงผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียมวลกระดูกหรือมีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน) บริการต่อไปนี้จะครอบคลุมทุก 24 เดือนหรือบ่อยกว่าหากมีความจำเป็นทางการแพทย์: ขั้นตอนในการระบุมวลกระดูกตรวจหาการสูญเสียกระดูกหรือตรวจสอบคุณภาพกระดูก รวมถึงการตีความผลของแพทย์	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการตรวจวัดมวลกระดูกที่คุ้มครองโดย Medicare
 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (แมมโมแกรม) บริการที่ครอบคลุมได้แก่: - การตรวจแมมโมแกรมพื้นฐาน 1 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 35 ถึง 39 ปี - ตรวจแมมโมแกรมทุก 12 เดือนสำหรับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป - การตรวจเต้านมทางคลินิกทุก 24 เดือน	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการตรวจคัดกรองแมมโมแกรมที่ครอบคลุม

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โปรแกรมที่ครอบคลุมของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่รวมถึงการออกกำลังกาย การศึกษาและการให้คำปรึกษาจะครอบคลุมสำหรับสมาชิกที่ตรงตามเงื่อนไขบางอย่างกับคำสั่งของแพทย์ แผนของเราจะครอบคลุมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างเข้มข้นซึ่งโดยปกติจะเข้มงวดหรือเข้มข้นกว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ครอบคลุมโดย Medicare จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระดับวิกฤตที่คุ้มครองโดย Medicare
 การนัดตรวจเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด) เราให้ความคุ้มครองการพบแพทย์ปฐมภูมิหนึ่งครั้งต่อปีเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของคุณ ในระหว่างการนัดตรวจนี้แพทย์ของคุณอาจพูดคุยเกี่ยวกับการใช้แอสไพริน (หากเหมาะสม) ตรวจสอบความดันโลหิตของคุณ และให้เคล็ดลับเพื่อให้แน่ใจว่าคุณกำลังรับประทานอาหารที่มีสุขภาพดี	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสิทธิประโยชน์ในการบำบัดพฤติกรรมเชิงลึกเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
 การตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจเลือดเพื่อตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือด (หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจและหลอดเลือด) ทุก 5 ปี (60 เดือน)	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการทดสอบโรคหลอดเลือดหัวใจที่ครอบคลุมทุก 5 ปี
 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและช่องคลอด บริการที่ครอบคลุมได้แก่: • สำหรับผู้หญิงทุกคน: การตรวจแปปการตรวจอุ้งเชิงกรานจะครอบคลุมทุก 24 เดือน • หากคุณมีความเสี่ยงสูงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกหรือช่องคลอด หรือคุณมีอายุครรภ์และมีการตรวจแปปผิดปกติภายใน 3 ปีที่ผ่านมา: ตรวจแปปสเมียร์ 1 ครั้ง ทุก 12 เดือน	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายค่าชดเชย หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการตรวจแปปป้องกันและอุ้งเชิงกรานที่ครอบคลุมโดย Medicare

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการจัดกระดูก บริการที่ครอบคลุมได้แก่: - การจัดการกระดูกสันหลังด้วยมือเพื่อแก้ไขการนอนกอดฟัน แผนของเรายังครอบคลุมถึงบริการจัดกระดูกเพิ่มเติม (ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare) สูงสุดทั้งหมดถึง 12 ครั้งต่อปี บริการจัดกระดูกเพิ่มเติม (ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare) เพื่อรองรับหลัง คอ หรือข้อต่อของแขนและขาจะถูกจำกัดโดยความจำเป็นทางการแพทย์ บริการจัดกระดูกที่ครอบคลุมได้แก่: - การตรวจเบื้องต้น (การตรวจผู้ป่วยใหม่หรือการตรวจผู้ป่วยเดิมที่มีปัญหาสุขภาพใหม่หรืออาการกำเริบครั้งใหม่) - การตรวจซ้ำ (การตรวจผู้ป่วยเดิมเมื่อจำเป็นต้องประเมินความคืบหน้าหรือปรับเปลี่ยนการรักษา) การจัดการกระดูกสันหลังหรือข้อต่อและ/หรือบริการอื่นๆ (บริการเหล่านี้อาจมีให้ในการนัดหมายเดียวกับการตรวจ) - บริการเอ็กซเรย์และห้องปฏิบัติการเมื่อให้บริการโดยหรือมีการส่งตัวโดยแพทย์จัดกระดูกตามสัญญา บริการเอ็กซเรย์และห้องปฏิบัติการที่ดำเนินการนอกเหนือจากการตรวจผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยเดิมจะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแยกต่างหากเป็นรายบริการ หากต้องการความช่วยเหลือในการค้นหาผู้ให้บริการในเครือข่าย คุณสามารถติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกได้ หมายเหตุ: ความคุ้มครองของบริการจัดกระดูกเป็นประจำเป็นสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่นำเสนอโดยแผน โครงการ Medicare หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะไม่จ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการจัดกระดูกที่ Medicare คุ้มครอง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับบริการจัดกระดูกเพิ่มเติมแต่ละครั้ง (ที่ไม่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ Medicare)* <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การจัดการอาการปวดเรื้อรังและบริการรักษา บริการรายเดือนที่ครอบคลุมสำหรับผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง (อาการปวดเรื้อรังหรือเกิดซ้ำนานกว่า 3 เดือน) บริการอาจรวมถึงการประเมินอาการปวด การจัดการยา และการประสานงานและการวางแผนการดูแล	การแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนี้จะแตกต่างกันไปโดยขึ้นอยู่กับบริการแต่ละรายการที่ได้รับในระหว่างการรักษา ดู “บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์ที่คลินิก” ในแผนภูมินี้ หากต้องการทราบตัวเลขการแบ่งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องสำหรับบริการปฐมภูมิหรือการพบผู้เชี่ยวชาญที่ Medicare คุ้มครองในสถานที่ให้บริการเหล่านี้
 การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ครอบคลุมการทดสอบคัดกรองต่อไปนี้: - การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ไม่มีข้อจำกัดอายุต่ำสุดหรือสูงสุด และคุ้มครองทุก 120 เดือน (10 ปี) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงสูง หรือ 48 เดือนหลังจากการตรวจด้วยการส่องกล้องแบบงอได้ก่อนหน้านี้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทุก 24 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหลังจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ก่อนหน้านี้ - การถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สำหรับผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไปที่ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับความคุ้มครองเมื่อผ่านไปอย่างน้อย 59 เดือนหลังจากเดือนที่มีการทำการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุดด้วยการถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ 47 เดือนผ่านไปหลังจากเดือนที่มีการส่องกล้องแบบงอได้ล่าสุดหรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจมีการจ่ายเงินสำหรับการตรวจคัดกรองลำไส้ใหญ่ด้วยคอมพิวเตอร์หลังจากผ่านไปอย่างน้อย 23 เดือนนับจากเดือนที่มีการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุดด้วยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุด - การตรวจด้วยการส่องกล้องแบบงอได้สำหรับผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไป ทุก 120 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงสูงหลังจากที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ ความรับผิดชอบแรกสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่คุ้มครองโดย Medicare หากแพทย์ของคุณพบและกำจัดติ่งเนื้อหรือเนื้อเยื่ออื่นออกระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือการส่องกล้องแบบงอได้ การตรวจคัดกรองจะกลายเป็นการตรวจวินิจฉัยและอยู่ภายใต้ขอบเขตการจ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการของแพทย์ของคุณ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - ต่อ ทุก 48 เดือนสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการส่องกล้องแบบงอได้หรือการตรวจเอ็กซเรย์ลำไส้ใหญ่ด้วยคอมพิวเตอร์ - การตรวจคัดกรองเลือดแฝงในอุจจาระสำหรับผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป หนึ่งครั้งทุก 12 เดือน - การตรวจ DNA ในอุจจาระแบบหลายเป้าหมายสำหรับผู้มีอายุ 45 ถึง 85 ปีและไม่ตรงตามเกณฑ์ความเสี่ยงสูง ทุกๆ 3 ปี - การทดสอบตัวบ่งชี้ทางชีวภาพจากเลือดสำหรับผู้มีอายุ 45 ถึง 85 ปีและไม่เป็นไปตามเกณฑ์ความเสี่ยงสูง ทุกๆ 3 ปี - การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะรวมถึงการตรวจคัดกรองลำไส้ใหญ่หลังจากที่การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้ตัวอย่างอุจจาระแบบไม่รุกราน ซึ่งได้รับความคุ้มครองโดย Medicare ให้ผลบวก - การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะรวมถึงการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ด้วยกล้องแบบงอได้ตามที่วางแผนไว้ หรือการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อตรวจคัดกรองซึ่งเกี่ยวข้องกับการนำเนื้อเยื่อหรือสิ่งอื่นๆ ออก หรือขั้นตอนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นโดยเกี่ยวข้อง กับ หรือเป็นผลจาก และในระหว่างการพบแพทย์ทางคลินิก เดียวกันกับการตรวจคัดกรอง	
บริการทันตกรรม โดยทั่วไปแล้ว บริการทันตกรรมเชิงป้องกัน (เช่น การทำความสะอาด การตรวจสุขภาพฟันตามปกติ และการเอ็กซเรย์ฟัน) จะไม่ได้รับการคุ้มครองโดย Original Medicare อย่างไรก็ตาม Medicare จ่ายค่าบริการทันตกรรมในจำนวนที่จำกัดของสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบริการนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาเฉพาะของภาวะทางการแพทย์หลักของบุคคล ตัวอย่างเช่น การสร้างขากรรไกรใหม่หลังจากการแตกหักหรือการบาดเจ็บ การถอนฟันเพื่อเตรียมการรักษาด้วยรังสีสำหรับมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกรหรือการตรวจทางปากก่อนการปลูกถ่ายอวัยวะ นอกจากนี้เรายังครอบคลุมถึง: <u>บริการเสริมด้านทันตกรรม (เช่น ตรวจประจำปี)</u> มีวงเงินสิทธิประโยชน์ตามแผนจำนวน \$3,000 ทุกปีสำหรับบริการทันตกรรมแบบครอบคลุมที่อยู่ในเครือข่ายและนอกเครือข่ายที่อยู่ในการคุ้มครอง	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทันตกรรมที่ Medicare คุ้มครองแต่ละบริการ <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการทันตกรรม - ต่อ คุณมีหน้าที่รับผิดชอบในจำนวนเงินที่เกินกว่าวงเงินสิทธิประโยชน์* การดูแลทันตกรรมเชิงวินิจฉัยและป้องกัน (บริการในความคุ้มครองมีดังต่อไปนี้) - บริการทันตกรรมวินิจฉัยอื่นๆ - ให้ได้ตั้งแต่วันละ 1 ครั้งจนถึงปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการ - บริการทันตกรรมป้องกันอื่นๆ - ให้ได้ตั้งแต่วันละ 1 ครั้งจนถึงปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการ การดูแลทันตกรรมแบบครบวงจร (บริการที่ครอบคลุมมีดังต่อไปนี้) - บริการทันตกรรมบูรณะ - 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 1 ถึง 7 ปี ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการ	ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทันตกรรมเชิงวินิจฉัยอื่นๆ ต่อการเข้ารับบริการ* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน นอกเครือข่าย^a ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการตรวจสุขภาพฟันอื่นๆ ต่อครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทันตกรรมป้องกันอื่นๆ ต่อการเข้ารับบริการ* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน นอกเครือข่าย^a ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการทันตกรรมป้องกันอื่นๆ ต่อการเข้ารับบริการ* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทันตกรรมบูรณะแต่ละครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการทันตกรรม - ต่อ ○ บริการรักษารากฟัน - ○ บริการทันตกรรมโรคเหงือก - ○ ศัลยกรรมช่องปาก/ใบหน้าขากรรไกร - 1 ครั้งต่ออายุการใช้งาน	นอกเครือข่าย* ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการทันตกรรมบูรณะ แต่ละครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการรักษารากฟันแต่ละครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน นอกเครือข่าย* ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับการรักษารากฟันแต่ละ ครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการโรค ปริทันต์อักเสบแต่ละครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน นอกเครือข่าย* ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการปริทันต์แต่ละครั้ง* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการ ศัลยกรรมช่องปาก/ใบหน้าขา กรรไกรแต่ละครั้ง *อาจต้องมีการ อนุญาตก่อน นอกเครือข่าย* ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการดูแลผิวหน้าช่องปาก สูงสุด* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการทันตกรรม - ต่อ - บริการทันตกรรมฟันปลอมแบบติดแน่น - - ทันตกรรมประดิษฐ์แบบถอดได้ - 1 ครั้ง ทุก 6 เดือนถึง 5 ปี ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการ - บริการทั่วไปเสริมทางทันตกรรม - ไม่จำกัดทุกปี ก่อนที่จะได้รับบริการ สมาชิกจะได้รับการแนะนำให้พูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือกการรักษากับผู้ให้บริการทันตกรรมประจำที่เข้าร่วม การรักษาจะต้องเริ่มต้นและเสร็จสิ้นในขณะที่แผนประกันให้ความคุ้มครองในระหว่างปีแผนประกัน	ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์ชนิดติดแน่นแต่ละครั้ง* <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> นอกเครือข่าย" ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์ชนิดติดแน่นแต่ละครั้ง* <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์แบบถอดได้แต่ละครั้ง * <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> นอกเครือข่าย" ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์แบบถอดได้แต่ละครั้ง* <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> ในเครือข่าย จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทั่วไปเสริมทางทันตกรรมแต่ละครั้ง * <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> นอกเครือข่าย" ร่วมจ่ายประกันสุขภาพ 25% สำหรับบริการทั่วไปเสริมทางทันตกรรมแต่ละครั้ง* <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> "หากคุณเลือกที่จะพบทันตแพทย์นอกเครือข่าย คุณอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ผู้ให้บริการทันตกรรมนอกเครือข่ายไม่ได้ทำสัญญาที่จะรับการชำระเงินตามแผนเป็นการชำระเงินเต็มจำนวน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการทันตกรรม - ต่อ ค่าใช้จ่ายของบริการทันตกรรมที่ไม่ครอบคลุมในแผนคือความรับผิดชอบของสมาชิก สำหรับคำถามเกี่ยวกับวิธีการค้นหาผู้ให้บริการ ยื่นเคลม หรือสำหรับข้อมูลเพิ่มเติม ให้ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก คุณสามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองทางทันตกรรม รวมถึงรายการรายละเอียดของขั้นตอนที่ครอบคลุมในรายละเอียดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของเราที่: go.wellcare.com/dentalbenefits-hi หมายเหตุ: ความคุ้มครองของบริการทันตกรรมเป็นประจำเป็นสิทธิประโยชน์เสริมที่นำเสนอโดยแผน โครงการ Medicare หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะไม่จ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้ สมาชิกที่ลงทะเบียนในฮาวาย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) อาจมีสิทธิได้รับความคุ้มครองรองจากบริการเสริมทางทันตกรรมโดยรัฐ ก่อนที่จะเข้ารับบริการทันตกรรม ให้สอบถามผู้ให้บริการว่าสามารถเรียกเก็บเงิน Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เป็นผู้จ่ายเงินรองได้หรือไม่ อย่าลืมแสดงบัตรประจำตัวของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ให้ผู้ให้บริการทราบ	หากคุณถูกเรียกเก็บเงินมากกว่าที่แผนจ่าย คุณจะต้องรับผิดชอบต่อส่วนต่าง แม้แต่บริการที่มีการจ่ายร่วม \$0 ก็ตาม
 การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า เราครอบคลุมการคัดกรองหนึ่งครั้งสำหรับภาวะซึมเศร้าต่อปี การคัดกรองจะต้องดำเนินการในสถานพยาบาลบริการปฐมภูมิที่สามารถให้การรักษาต่อเนื่องและ/หรือส่งต่อผู้ป่วยได้	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าประจำปี
 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน เราครอบคลุมการคัดกรองนี้ (รวมถึงการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบอดอาหาร) หากคุณมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้: ความดันโลหิตสูง (โรคความดันโลหิต), ประวัติของคอเลสเตอรอลที่ผิดปกติและระดับไตรกลีเซอไรด์ (Dyslipidemia) โรคอ้วนหรือประวัติของน้ำตาลในเลือดสูง (น้ำตาลกลูโคส) การทดสอบอาจครอบคลุมหากคุณมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดอื่นๆ เช่น น้ำหนักเกินและมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานที่คุณคุ้มครองโดย Medicare

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน - ต่อ คุณอาจมีสิทธิได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานสูงสุด 2 ครั้งทุก 12 เดือน หลังจากวันที่ทำการทดสอบคัดกรองโรคเบาหวานครั้งล่าสุดของคุณ	
 การฝึกอบรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง บริการโรคเบาหวาน และอุปกรณ์ สำหรับทุกคนที่เป็นโรคเบาหวาน (ผู้ใช้อินซูลินและไม่ใช้อินซูลิน) บริการที่ครอบคลุมได้แก่: - อุปกรณ์สำหรับตรวจสอบน้ำตาลในเลือดของคุณ: เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด แถบทดสอบน้ำตาลในเลือด อุปกรณ์เจาะเลือด และเข็มเจาะเลือด รวมถึงสารละลายควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อใช้ตรวจสอบความถูกต้องของแถบทดสอบและเครื่องวัด - สำหรับผู้ที่เบาหวานและมีโรคเท้าเบาหวานขั้นรุนแรง: รองเท้าทางการแพทย์แบบขึ้นรูปเฉพาะหนึ่งคู่ต่อปีปฏิทิน (รวมถึงแผ่นรองที่มาพร้อมกับรองเท้าดังกล่าว) และแผ่นรองเพิ่มเติมอีกสองคู่ หรือรองเท้าอีกหนึ่งคู่และแผ่นรองสามคู่ (ไม่รวมแผ่นรองถอดได้ที่ไม่ได้ขึ้นรูปเฉพาะที่มาพร้อมกับรองเท้าดังกล่าว) ความคุ้มครองรวมถึงการปรับแต่งให้พอดี - การฝึกอบรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองจะครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขบางประการ ผลิตภัณฑ์ Accu-Chek Guide™ และ True Metrix™ โดย Lifescan เป็นอุปกรณ์ทดสอบเบาหวานที่เราเลือก (เครื่องติดตามและแถบทดสอบระดับน้ำตาลในเลือด) หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่อยู่ในรายการอุปกรณ์การทดสอบโรคเบาหวานที่แนะนำ โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก	จ่ายร่วม \$0 สำหรับอุปกรณ์ตรวจสอบโรคเบาหวานที่ครอบคลุมโดย Medicare <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> อย่างไรก็ตาม คุณยังอาจต้องชำระเงินสูงสุด 20% ของยอดค่าใช้จ่ายสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ไม่คุ้มครอง จ่ายร่วม \$0 สำหรับรองเท้าทางการแพทย์หรือแผ่นรองที่ได้รับ ความคุ้มครองจาก Medicare สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคเท้าเบาหวานขั้นรุนแรง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> อย่างไรก็ตาม คุณยังอาจต้องชำระเงินสูงสุด 20% ของยอดค่าใช้จ่ายสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ไม่คุ้มครอง จ่ายร่วม \$0 สำหรับการฝึกอบรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่ Medicare ครอบคลุม อย่างไรก็ตาม คุณยังอาจต้องชำระเงินสูงสุด 20% ของยอดค่าใช้จ่ายสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ไม่คุ้มครอง

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การฝึกอบรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง บริการโรคเบาหวาน และอุปกรณ์ - ต่อ หากคุณใช้อุปกรณ์การทดสอบโรคเบาหวานที่แผนประกันไม่ได้แนะนำ ให้พูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณเพื่อรับใบสั่งยาใหม่หรือขออนุญาตล่วงหน้าสำหรับเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดและแผ่นทดสอบน้ำตาลที่ไม่ได้แนะนำ	
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ (DME) และวัสดุที่เกี่ยวข้อง (สำหรับคำจำกัดความของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ ให้ไปที่ บทที่ 12 และบทที่ 3) อุปกรณ์ที่คุ้มครอง รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะรถเข็นคนไข้, ไม่คำ, ระบบกั้นนอนไฟฟ้า, อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, เตียงโรงพยาบาลที่แพทย์สั่งใช้ที่บ้าน, ป้อนสารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV), อุปกรณ์สื่อสารสำหรับผู้ที่มีปัญหาการพูด, อุปกรณ์ออกซิเจน, เครื่องฟันยา, และวอล์คเกอร์ เราครอบคลุมถึง DME ที่จำเป็นทางการแพทย์ทั้งหมดที่ Original Medicare ครอบคลุม หากซัพพลายเออร์ของเราในพื้นที่ของคุณไม่มีแบรนด์หรือผู้ผลิตเฉพาะ คุณสามารถถามพวกเขาว่าสามารถสั่งซื้อเป็นพิเศษสำหรับคุณได้หรือไม่ รายชื่อซัพพลายเออร์ล่าสุดมีอยู่บนเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories	จ่ายร่วม \$0 สำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ที่ Medicare ครอบคลุม อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับเวชภัณฑ์ที่คุ้มครองโดย Medicare อาจต้องมีการอนุญาตก่อน การแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณสำหรับความคุ้มครองอุปกรณ์ออกซิเจนของ Medicare คือ จ่ายร่วม \$0 ทุก 36 เดือน การแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณจะไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากลงทะเบียนเป็นเวลา 36 เดือน หากคุณได้ชำระเงินค่าเช่า 36 เดือนสำหรับความคุ้มครองอุปกรณ์ออกซิเจนแล้วก่อนที่จะลงทะเบียนในแผนของเรา การแบ่งค่าใช้จ่ายในแผนของเราคือคุณจ่ายร่วม \$0
การดูแลในภาวะฉุกเฉิน การดูแลในภาวะฉุกเฉินหมายถึงบริการที่: - จัดหาจากผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการให้บริการฉุกเฉิน และ - จำเป็นต้องทำการประเมินหรือยกระดับสภาพทางการแพทย์ฉุกเฉินให้อยู่ในภาวะคงที่	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการรับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่ครอบคลุมโดย Medicare หากคุณได้รับการดูแลในภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลนอกเครือข่ายและต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยในหลังจากที่ภาวะฉุกเฉินของคุณมีความเสถียร คุณต้องย้ายไปที่โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้การดูแลของคุณยังคง

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การดูแลในภาวะฉุกเฉิน - ต่อ เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ หมายถึง เมื่อคุณหรือบุคคลทั่วไปที่มีความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์เชื่อว่าคุณมีอาการทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต (และหากคุณเป็นหญิงตั้งครรภ์ หมายถึงการสูญเสียเด็กที่ยังไม่เกิด) การสูญเสียแขนขา หรือการสูญเสียการทำงานของแขนขา ภาวะทางการแพทย์อาจเป็นความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การปวดอย่างรุนแรง หรือภาวะทางการแพทย์ที่แย่ลงอย่างรวดเร็ว การแบ่งจ่ายค่ารักษาสำหรับบริการฉุกเฉินที่จำเป็นเมื่อคุณได้รับบริการนอกเครือข่ายจะเป็นในอัตราเดียวกับการได้รับบริการเครือข่ายในเครือข่ายเช่นกัน บริการฉุกเฉินนอกสหรัฐอเมริกาได้รับความคุ้มครอง	ได้รับความคุ้มครอง หรือคุณต้องให้แผนประกันของเราอนุมัติการดูแลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลนอกเครือข่ายนั้น และค่าใช้จ่ายของคุณคือการแบ่งจ่ายค่ารักษาที่คุณจะจ่ายให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย จ่ายร่วม \$115 สำหรับบริการฉุกเฉินนอกสหรัฐอเมริกา* คุณจ่ายเงินจำนวนนี้แม้ว่าคุณจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับเงื่อนไขเดียวกัน คุณจะได้รับความคุ้มครองสูงสุด \$50,000 ทุกปีสำหรับกรณีฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วนนอกสหรัฐอเมริกา
 โปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สายด่วนคำปรึกษาจากพยาบาล คำปรึกษาจากพยาบาลทางโทรศัพท์โดยไม่มีค่าบริการจากพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมและมีใบอนุญาต สายด่วนคำปรึกษาจากพยาบาลพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์สำหรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คุณสามารถติดต่อสายด่วนคำปรึกษาจากพยาบาลได้โดยการโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกเพื่อโอนไปยังสายให้คำแนะนำของพยาบาล	จ่ายร่วม \$0 สำหรับสายด่วนคำปรึกษาจากพยาบาล*

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 โปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี - ต่อ สิทธิประโยชน์ด้านฟิตเนส แผนของเรา มีโปรแกรมออกกำลังกายที่ให้การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนให้มีชีวิตที่กระฉับกระเฉงและแข็งแรง คุณสามารถใช้คุณสมบัติดังต่อไปนี้ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย: - การเป็นสมาชิกฟิตเนสเซ็นเตอร์: เลือกจากฟิตเนสเซ็นเตอร์แบบตัวต่อตัวที่เข้าร่วมในเครือข่ายฟิตเนส การเป็นสมาชิกนี้รวมสิทธิ์เข้าใช้บริการฟิตเนสคลับหรือสตูดิโอออกกำลังกายมาตรฐาน รวมถึงคลาสออกกำลังกายแบบกลุ่ม คุณสามารถเข้าใช้ฟิตเนสภายในเครือข่ายฟิตเนสได้ตั้งแต่หนึ่งแห่งขึ้นไป - ชุดออกกำลังกายที่บ้าน: คุณสามารถเลือกจากชุดออกกำลังกายที่บ้านอันหลากหลาย รวมถึงเครื่องติดตามการออกกำลังกายที่สวมใส่ได้ คุณสามารถรับได้สูงสุด 1 ชุดต่อปี - โครงการความสมบูรณ์แข็งแรงทางดิจิทัล: สามารถเลือกจากวิดีโอออกกำลังกายตามต้องการนับพันรายการผ่านห้องสมุดดิจิทัล - โปรแกรมการฝึกสอนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตแบบตัวต่อตัว - คลับความเป็นอยู่ที่ดีค้นพบแหล่งข้อมูลที่เหมาะกับ ความสนใจและเป้าหมายของคุณ รวมถึงบทความวิดีโอและชั้นเรียนและกิจกรรมสตรัมมิ่งสด สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านฟิตเนส โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก	จ่ายร่วม \$0 สำหรับสิทธิประโยชน์ด้านฟิตเนส*
บริการการไต่สวน: การประเมินการไต่สวนและความสมดุลเพื่อการวินิจฉัยที่ดำเนินการโดยผู้ให้บริการของคุณ เพื่อตรวจสอบว่าคุณต้องรับการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ จะได้รับการคุ้มครองเป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอกเมื่อคุณได้รับการประเมินจากแพทย์ นักสัตววิทยา หรือผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอื่นๆ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการทดสอบการไต่สวนที่ Medicare คุ้มครองแต่ละครั้ง อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการการได้ยิน - ต่อ แผนของเรายังครอบคลุมถึงบริการการได้ยินเสริมต่อไป (เช่น การตรวจประจำ) ด้วย: - การทดสอบการได้ยินเป็นประจำ 1 ครั้งต่อปี - การปรับและประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง 1 ครั้งต่อปี - เครื่องช่วยฟังแบบไม่ฝัง 1 เครื่อง สูงสุด \$500 ต่อข้าง ทุกปี จำกัด เครื่องช่วยฟังแบบไม่ฝัง 2 เครื่องต่อปี การรับประกัน 3 ปี ซึ่งครอบคลุมกรณีสูญหายและความเสียหาย พร้อมจัดหาแบตเตอรี่ 1 ปี ค่าใช้จ่ายเครื่องช่วยฟังที่เกินวงเงินสิทธิประโยชน์สูงสุดข้างต้นเป็นความรับผิดชอบของคุณ ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องช่วยฟังเพิ่มเติม ต้องเข้ารับบริการการได้ยินเป็นประจำจากผู้ให้บริการที่เข้าร่วมภายในเครือข่ายผู้ขายเพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ในการได้ยินอย่างเต็มที่ตามแผน สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านการได้ยินของคุณ โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก หมายเหตุ: ความคุ้มครองของบริการการได้ยินเป็นประจำเป็นสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่นำเสนอโดยแผน โครงการ Medicare หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะไม่จ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการทดสอบการได้ยินเป็นประจำ 1 ครั้งต่อปี* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับการปรับและประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง 1 ครั้งต่อปี* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับเครื่องช่วยฟัง 2 เครื่องทุกปี* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน
 การตรวจ HIV สำหรับผู้ที่ต้องการตรวจคัดกรองเชื้อ HIV หรือมีความเสี่ยงการติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้น เราจะให้ความคุ้มครอง: การตรวจคัดกรองหนึ่งครั้งทุก 12 เดือน	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายแบบคงที่ หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสมาชิกที่มีสิทธิ์ได้รับการตรวจคัดกรอง HIV เชิงป้องกันที่คุ้มครองโดย Medicare

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การตรวจ HIV - ต่อ หากคุณกำลังตั้งครรภ์ เราจะครอบคลุม: • การตรวจคัดกรองสูงสุด 3 ครั้งในระหว่างตั้งครรภ์	
หน่วยงานดูแลสุขภาพในเคสสถาน ก่อนที่คุณจะได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แพทย์ต้องรับรองว่าคุณจำเป็นต้องรับบริการด้านสุขภาพที่บ้านและจะสั่งให้มีการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยหน่วยงานด้านสุขภาพที่บ้าน คุณต้องอยู่บ้าน ซึ่งหมายความว่า การออกจากบ้านต้องใช้ความพยายามอย่างมาก บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: • บริการพยาบาลที่มีทักษะและผู้ดูแลสุขภาพในเคสสถานแบบพาร์กโทมหรือไม่ต่อเนื่อง (เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองภายใต้สิทธิประโยชน์การดูแลสุขภาพที่บ้าน บริการพยาบาลที่มีทักษะจะช่วยเหลือดูแลสุขภาพที่บ้านของคุณรวมกันต้องไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) • กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และการบำบัดด้วยคำพูด • บริการทางการแพทย์และสังคม • อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการหน่วยงานดูแลสุขภาพในเคสสถานที่คุ้มครองโดย Medicare ทุกครั้ง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>
การให้ยาทางหลอดเลือดที่บ้าน การให้ยาทางหลอดเลือดที่บ้านเกี่ยวข้องกับการให้ยาหรือชีวเคมีทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนังแก่บุคคลที่บ้าน ส่วนประกอบที่จำเป็นในการให้ยาแบบฉีดที่บ้าน ได้แก่ ยา (เช่น ยาต้านไวรัส, กลุ่มภูมิคุ้มกัน) อุปกรณ์ (เช่น เครื่องปั๊ม) และวัสดุสิ้นเปลือง (เช่น ท่อและสายสวน) บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: • บริการทางวิชาชีพ รวมถึงบริการพยาบาล ที่จัดให้ตามแผนการดูแลของเรา • การฝึกอบรมและการให้ความรู้ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้สิทธิประโยชน์ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทางวิชาชีพจากผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) รวมถึงบริการพยาบาล การฝึกอบรมและการให้ความรู้ บริการติดตามระยะไกลและบริการติดตาม จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการทางวิชาชีพจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงบริการพยาบาล การฝึกอบรมและการให้ความรู้

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การให้ยาทางหลอดเลือดที่บ้าน - ต่อ - การเฝ้าติดตามระยะไกล - บริการเฝ้าติดตามสำหรับการให้ยาทางหลอดเลือดที่บ้านและยาฉีดที่บ้าน ซึ่งจัดโดยผู้ให้บริการยาแบบฉีดที่บ้านที่มีคุณสมบัติเหมาะสม	บริการติดตามระยะไกลและ บริการติดตาม <i>อาจต้องมีการอนุญาต ก่อน</i> อุปกรณ์และวัสดุที่ใช้สำหรับการ ให้ยาทางสายยาที่บ้านจะอยู่ภาย ใต้สิทธิประโยชน์ของคุณในหมวด อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดย แพทย์ (DME) โปรดดูที่ส่วน “อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ (DME) และ วัสดุที่เกี่ยวข้อง” สำหรับข้อมูลการ แบ่งจ่ายค่ารักษาที่ใช้สำหรับ การให้ยาทางสายยาที่บ้านจะได้รับ ความคุ้มครองภายใต้ สิทธิประโยชน์ยาตามใบสั่งแพทย์ ใน Medicare Part B โปรดดูส่วน “ยาตามใบสั่งแพทย์ใน Medicare Part B” สำหรับข้อมูลการแบ่งจ่าย ค่ารักษา
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อแพทย์ ของคุณและผู้อำนวยความสะดวกทางการแพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ให้การพยากรณ์โรครยะสุดท้ายแก่คุณเพื่อรับรองว่าคุณป่วยระยะสุดท้าย และมีเวลา 6 เดือนหรือน้อยกว่าที่จะมีชีวิตอยู่หากความเจ็บป่วยของคุณ เป็นไปตามปกติ คุณสามารถรับการดูแลได้จากโปรแกรมสถานพยาบาลเพื่อ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรับรองจาก Medicare แผนของเรามีหน้าที่ ช่วยคุณค้นหาโปรแกรมสถานพยาบาลเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการ รับรองจาก Medicare ในพื้นที่ให้บริการของแผนของเรา รวมถึงโปรแกรม ที่เราเป็นเจ้าของ ควบคุม หรือมีผลประโยชน์ทางการเงิน แพทย์ผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณอาจเป็นผู้ให้บริการในเครือข่ายหรือผู้ให้บริการ นอกเครือข่าย บริการที่ครอบคลุมได้แก่: ยาสำหรับการควบคุมอาการและบรรเทาอาการปวด	เมื่อคุณลงทะเบียนในโปรแกรม สถานพยาบาลเพื่อผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่ได้รับการรับรองจาก Medicare บริการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของคุณและบริการส่วน A และ ส่วน B ที่เกี่ยวข้องกับการ พยากรณ์โรครยะสุดท้ายของคุณ จะได้รับการชำระเงินโดย Original Medicare ไม่ใช่แผนของเรา อาจมีการแบ่งจ่ายค่าบริการแพทย์ ร่วมกันสำหรับบริการให้คำปรึกษา ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โปรดดูส่วน “บริการแพทย์/ผู้ ประกอบวิชาชีพ” ของตารางนี้ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการแบ่งจ่าย ค่าบริการ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ต่อ • การดูแลชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน • การดูแลที่บ้าน เมื่อคุณเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง คุณมีสิทธิที่จะยังคงอยู่ในแผนประกันของเรา หากคุณเลือกที่จะอยู่ในแผนนี้ต่อ คุณจะต้องชำระเบี้ยประกันตามปกติต่อไป สำหรับบริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและบริการที่คุ้มครองโดย Medicare Part A หรือ B ที่เกี่ยวข้องกับการพยายากรรมโรค: Original Medicare (แทนที่จะเป็นแผนของเรา) จะจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับบริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณและบริการส่วน A และส่วน B ที่เกี่ยวข้องกับการพยายากรรมโรคว่าคุณเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขณะที่คุณอยู่ในโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณจะเรียกเก็บค่าบริการ Original Medicare สำหรับบริการที่ Original Medicare จ่ายให้ คุณจะถูกรายชื่อเรียกเก็บเงินจากการแบ่งค่าใช้จ่ายของ Original Medicare สำหรับบริการที่คุ้มครองโดย Medicare Part A หรือ B ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยายากรรมโรคระยะสุดท้ายของคุณ: หากคุณต้องการบริการที่ไม่ถูกเงินและไม่จำเป็นเร่งด่วนที่คุ้มครองภายใต้ Medicare Part A หรือ B ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยายากรรมโรคระยะสุดท้ายของคุณ ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับว่าคุณใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายแผนของเราและปฏิบัติตามกฎของแผนหรือไม่ (เช่น หากมีข้อกำหนดให้ต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้า) • หากคุณได้รับบริการที่ครอบคลุมจากผู้ให้บริการในเครือข่ายและปฏิบัติตามกฎของแผนประกันในการรับบริการ คุณจะต้องจ่ายเฉพาะค่าบริการที่ใช้ร่วมกันตามแผนของเราสำหรับบริการในเครือข่ายเท่านั้น • หากคุณได้รับบริการที่ครอบคลุมจากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันภายใต้โครงการ Original Medicare สำหรับบริการที่คุ้มครองโดยแผนของเราแต่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare Part A หรือ B: แผนของเราจะยังคงคุ้มครองบริการที่แผนครอบคลุมซึ่งไม่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ Medicare ส่วน A หรือ B ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวกับการพยายากรรมโรคระยะสุดท้ายของคุณหรือไม่ก็ตาม คุณจ่ายค่าบริการร่วมกันตามแผนของเราสำหรับบริการเหล่านี้ สำหรับยาที่อาจได้รับความคุ้มครองจากสิทธิประโยชน์ส่วน D ตามแผนของเรา: หากยาเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับการพยายากรรมโรคระยะสุดท้ายที่คุณแบ่งจ่ายค่ารักษาร่วมกัน หากมีความเกี่ยวข้องกับอาการโรคระยะสุดท้ายของ	

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ต่อ คุณ จะต้องจ่ายเงินตามการแบ่งค่าใช้จ่ายของ Original Medicare คุณจะได้รับความคุ้มครองจากทั้งบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ แผนประกันของเราพร้อมกันในเวลาเดียวกัน สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม ให้ไปที่ บทที่ 5 ส่วนที่ 9.4 หมายเหตุ: หากคุณต้องการการดูแลที่ไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (การดูแลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรครยะสุดท้ายของคุณ) โปรด ติดต่อเราเพื่อจัดเตรียมบริการ แผนประกันของเราครอบคลุมบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบ ประคับประคอง (ครั้งเดียวเท่านั้น) สำหรับผู้ป่วยเป็นระยะที่ยังไม่ได้เลือก ใช้สิทธิประโยชน์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง	
 การฉีดวัคซีน บริการ Medicare Part B ที่ครอบคลุมได้แก่: • วัคซีนโรคปอดบวม • การฉีดป้องกันไข้หวัดใหญ่ (หรือวัคซีน) ปีละ 1 ครั้งในช่วงฤดูใบไม้ร่วงและฤดูหนาว โดยสามารถฉีดป้องกันไข้หวัดใหญ่ (หรือวัคซีน) เพิ่มเติมได้หากมีความจำเป็นทางการแพทย์ • วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี หากคุณมีความเสี่ยงสูงหรือเสี่ยง ในระดับกลางในการรับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี • วัคซีน COVID-19 • วัคซีนอื่นๆ หากคุณมีความเสี่ยงและวัคซีนเหล่านี้ตรงตามกฎ ความคุ้มครองของ Medicare Part B นอกจากนี้ เรายังครอบคลุมวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ภายใต้ สิทธิประโยชน์ด้านยาส่วน D ของเรา แผนของเราครอบคลุมวัคซีนส่วน D สำหรับผู้ใหญ่ส่วนใหญ่โดยไม่มี ค่าใช้จ่ายสำหรับสมาชิกที่มีอายุ 19 ปีขึ้นไป	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับวัคซีน ป้องกันโรคปอดบวม ไข้หวัดใหญ่ ไวรัสตับอักเสบบี และ COVID-19 สำหรับวัคซีนที่คุ้มครองโดย Medicare อื่นๆ (หากคุณมีความเสี่ยงและวัคซีนเหล่านี้เป็นไปตาม กฎความคุ้มครองของ Medicare Part B) โปรดดูส่วนยาที่ต้องมี ใบสั่งยา Medicare Part B ขอ ตารางนี้สำหรับการแบ่งค่ารักษาที่ เกี่ยวข้อง <i>ยาส่วน B บางชนิดจำเป็นต้องได้ รับอนุญาตก่อนจึงจะครอบคลุมได้</i>
การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยในเฉียบพลัน การฟื้นฟูผู้ป่วยใน การดูแลระยะยาวใน โรงพยาบาล และบริการโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยใน การดูแล ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจะเริ่มจากวันที่โรงพยาบาลรับตัวคุณเข้ารักษาตัว เป็นผู้ป่วยในอย่างเป็นทางการตามคำสั่งของแพทย์	สำหรับการเข้ารับการรักษาที่ Medicare คุ้มครอง ต่อการเข้า รักษาแต่ละครั้ง: จ่ายร่วม \$0 ต่อการเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลแต่ละครั้ง จำนวนวันสำรองตลอดชีพ จ่าย ร่วม \$0 ต่อวัน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน - ต่อ วันก่อนที่คุณจะออกจากโรงพยาบาลถือเป็นวันสุดท้ายของการเป็นผู้ป่วยใน คุณจะได้รับความคุ้มครองเป็นเวลา 90 วันสำหรับการเข้ารักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่ Medicare ให้ความคุ้มครอง บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: • ห้องกึ่งส่วนตัว (หรือห้องส่วนตัวหากมีความจำเป็นทางการแพทย์) • อาหารรวมถึงอาหารพิเศษ • บริการพยาบาลตามปกติ • ค่าใช้จ่ายของหอผู้ป่วยเฉพาะทาง (เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยโรคหัวใจ) • ยาและเวชภัณฑ์ • การทดสอบในห้องปฏิบัติการ • บริการรังสีเอกซ์และรังสีวิทยาอื่นๆ • อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ผ่าตัดที่จำเป็น • การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น รถเข็น • ค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น • การทำกายภาพบำบัด การบำบัดอาชีวบำบัด และการบำบัดด้านการพูดและภาษา • บริการบำบัดการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน • ภายใต้งบประมาณบางอย่าง ประเภทของการปลูกถ่ายต่อไปนี้จะถูกปกคลุม: กระจกตา, ไต, ไต-ตับอ่อน, หัวใจ, ตับ, ปอด, หัวใจ/ปอด, ไชกระดูก, เซลล์ต้นกำเนิด และลำไส้/หลายอวัยวะภายในช่องท้อง หากคุณต้องการการปลูกถ่ายอวัยวะ เราจะจัดให้มีการตรวจสอบกรณีของคุณโดยศูนย์การปลูกถ่ายที่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare ซึ่งจะเป็นผู้ตัดสินว่าคุณเหมาะสมที่จะได้รับการปลูกถ่ายหรือไม่ ผู้ให้บริการการปลูกถ่ายอวัยวะอาจอยู่ในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ให้บริการ หากบริการปลูกถ่ายอวัยวะในเครือข่ายของเราอยู่นอกแนวทางการดูแลชุมชน คุณสามารถเลือกไปรับบริการในพื้นที่ท้องถิ่นได้ トラバドที่ผู้ให้บริการปลูกถ่ายอวัยวะในพื้นที่นั้นยินยติรับอัตราค่าบริการตาม Original Medicare หากแผนของเราให้บริการปลูกถ่ายอวัยวะในสถานที่ที่อยู่นอกแนวทางการดูแลสำหรับการปลูกถ่ายในชุมชนของคุณ และคุณเลือกที่จะได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะในสถานที่ห่างไกลนี้ เราจะจัดหรือจ่ายค่าที่พักและค่าเดินทางที่เหมาะสมสำหรับคุณและผู้ติดตาม	จำนวนวันสำรองตลอดชีพคือจำนวนวันเพิ่มเติมที่แผนจะชำระเงินให้เมื่อสมาชิกเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเกินกว่าจำนวนวันที่คุ้มครองในแผน สมาชิกมีจำนวนวันสำรองทั้งหมด 60 วัน ซึ่งสามารถใช้ได้ตลอดชีพ หากคุณได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่ได้รับอนุญาตที่โรงพยาบาลนอกเครือข่ายหลังจากที่ภาวะฉุกเฉินของคุณมีความเสถียร ค่าใช้จ่ายของคุณคือการแบ่งจ่ายค่ารักษาที่คุณจะจ่ายให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน - ต่อ - เลือด - รวมถึงการเก็บรักษาและการให้เลือด ความคุ้มครองสำหรับเลือดทั้งหมดและเซลล์เม็ดเลือดแดงเข้มข้นจะเริ่มขึ้นเฉพาะตั้งแต่ปริมาณเลือดที่ต้องการครั้งแรกเป็นต้นไป ส่วนประกอบอื่นๆ ของเลือดทั้งหมดจะได้รับความคุ้มครองตั้งแต่ช่วงแรกเป็นต้นไป - บริการแพทย์ หมายเหตุ: ในการเป็นผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการของคุณต้องเขียนคำสั่งเพื่อยอมรับว่าคุณเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ แม้ว่า คุณจะพักค้างคืนในโรงพยาบาล แต่คุณก็อาจยังถือว่าเป็นผู้ป่วยนอกอยู่ หาก คุณไม่แน่ใจว่าคุณเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ให้สอบถามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ดูข้อมูลเพิ่มเติมในเอกสารสรุปข้อมูลของ Medicare ในส่วนสิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาล Medicare เอกสารสรุปข้อมูลนี้มีอยู่ที่ www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf หรือโทร 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048	
การบริการแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจิตเวช บริการที่ครอบคลุมรวมถึงบริการดูแลสุขภาพจิตที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านจะได้รับความคุ้มครองสำหรับการเข้าพักรักษา 90 วันต่อการเข้าพักรักษาที่คุ้มครองโดย Medicare มีการจำกัดอายุการใช้งาน 190 วันสำหรับบริการด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยในที่ได้รับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช การจำกัด 190 วันไม่สามารถใช้ได้กับบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยในที่ได้รับบริการในหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป หากเคยใช้สิทธิประโยชน์ตลอดชีพ 190 วันของ Medicare ไปบางส่วนก่อนสมัครแผนของเรา คุณจะมีสิทธิได้รับเฉพาะวันที่เหลืออยู่จากสิทธิประโยชน์ตลอดชีพเท่านั้น	สำหรับการเข้ารับการรักษาที่ Medicare คุ้มครอง ต่อการเข้ารักษาแต่ละครั้ง: จ่ายร่วม \$0 สำหรับการดูแลสุขภาพจิตแต่ละครั้ง จำนวนวันสำรองตลอดชีพ จ่ายร่วม \$0 ต่อวัน จำนวนวันสำรองตลอดชีพคือจำนวนวันเพิ่มเติมที่แผนจะชำระเงินให้เมื่อสมาชิกเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเกินกว่าจำนวนวันที่คุ้มครองในแผน สมาชิกมีจำนวนวันสำรองทั้งหมด 60 วัน ซึ่งสามารถใช้ได้ตลอดชีพ <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การบริการแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจิตเวช - ต่อ	หากคุณได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่ได้รับอนุญาตที่โรงพยาบาลนอกเครือข่ายหลังจากที่ภาวะฉุกเฉินของคุณมีความเสถียร ค่าใช้จ่ายของคุณคือการแบ่งจ่ายค่ารักษาที่คุณจะจ่ายให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย
การเข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยใน: บริการที่ครอบคลุมที่คุณได้รับในโรงพยาบาลหรือ SNF ในระหว่างการเข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยในที่ไม่ครอบคลุม หากคุณสามารถใช้สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในหรือหากการเข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยในไม่สมเหตุสมผลและจำเป็น เราจะไม่คุ้มครองการเข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยในของคุณ ในบางกรณี เราจะครอบคลุมบริการบางอย่างที่คุณได้รับในขณะที่คุณอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ (SNF) บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: • บริการแพทย์ • การตรวจวินิจฉัย (เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ) • การรักษาด้วยรังสีเอกซ์ เรเดียม และไอโซโทป รวมถึงวัสดุและบริการช่างเทคนิค • วัสดุปิดแผลหลังการผ่าตัด • ฝือกอ่อน ฝือกแข็ง และอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในการลดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อน • อวัยวะเทียมและกายอุปกรณ์เสริม (ไม่รวมทางทันตกรรม) ที่แทนที่อวัยวะภายในทั้งหมดหรือบางส่วน (รวมถึงเนื้อเยื่อที่ติดกัน) หรือใช้ทดแทนการทำงานบางส่วนหรือทั้งหมดของอวัยวะภายในที่ไม่สามารถทำงานได้ถาวรหรือทำงานผิดปกติ รวมถึงการเปลี่ยนหรือซ่อมแซมอุปกรณ์ดังกล่าวด้วย • อุปกรณ์พยุงขา แขน หลัง และคอ อุปกรณ์พยุงอวัยวะภายใน และอวัยวะเทียม เช่น ขาเทียม แขนเทียม และตาเทียม รวมถึงการปรับแต่ง ซ่อมแซม หรือเปลี่ยนใหม่ที่เป็นเนื่องจากการชำรุด สึกหรอ สูญหาย หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายผู้ป่วย • กายภาพบำบัด การบำบัดด้วยคำพูด และกิจกรรมบำบัด	บริการที่ระบุไว้จะยังคงได้รับความคุ้มครองตามจำนวนเงินที่แบ่งค่ารักษาที่แสดงไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์สำหรับบริการเฉพาะนั้นๆ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การรักษาด้วยโภชนาการทางการแพทย์ สิทธิประโยชน์นี้สำหรับผู้ที่เป็โรคเบาหวาน โรคไต (ไต) (แต่ไม่ได้ใช้ในการฟอกไต) หรือหลังจากการปลูกถ่ายไตเมื่อได้รับคำสั่งจากแพทย์ของคุณ เราให้บริการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวตลอด 3 ชั่วโมงในช่วงปีแรกที่คุณเข้ารับบริการด้านโภชนาการทางการแพทย์ภายใต้ Medicare (ซึ่งรวมถึงแผนของเรา แผน Medicare Advantage อื่นๆ หรือ Original Medicare) และ 2 ชั่วโมงในแต่ละปีหลังจากนั้น หากอาการ การรักษา หรือการวินิจฉัยของคุณเปลี่ยนแปลงไป คุณอาจได้รับชั่วโมงการรักษาเพิ่มเติมตามคำสั่งของแพทย์ แพทย์จะต้องส่งจ่ายบริการเหล่านี้และต่ออายุการสั่งซื้อของพวกเขาทุกปีหากการรักษาของคุณเป็นสิ่งจำเป็นในปีปฏิทินถัดไป	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่าย หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสมาชิกที่มีสิทธิ์รับบริการด้านโภชนาการทางการแพทย์ที่คุ้มครองโดย Medicare
 โครงการป้องกันโรคเบาหวาน Medicare (MDPP) บริการ MDPP ครอบคลุมสำหรับผู้ที่มีสิทธิ์ภายใต้แผนสุขภาพของ Medicare ทั้งหมด MDPP เป็นการแทรกแซงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มีโครงสร้างซึ่งให้การฝึกอบรมในทางปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงอาหารในระยะยาว กิจกรรมทางกายภาพที่เพิ่มขึ้นและกลยุทธ์การแก้ปัญหาสำหรับการเอาชนะความท้าทายในการรักษาการลดน้ำหนักและวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินสดเซย หรือความรับผิดชอบส่วนแรกเพื่อผลประโยชน์ของ MDPP
ยา Medicare Part B ยาเหล่านี้ได้รับการคุ้มครองภายใต้ส่วน B ของ Original Medicare สมาชิกของแผนของเราได้รับความคุ้มครองสำหรับยาเหล่านี้ผ่านแผนของเรา ยาในความคุ้มครองได้แก่: - ยาที่ผู้ป่วยมักไม่ได้ใช้เองและจะถูกฉีดหรือให้ทางสายน้ำเกลือในขณะที่ได้รับบริการจากแพทย์ โรงพยาบาลผู้ป่วยนอกหรือสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก - อินซูลินได้จ่ายผ่านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทนทาน (เช่น ปืนอินซูลินที่จำเป็นทางการแพทย์) - ยาอื่น ๆ ที่คุณใช้ผ่านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ (เช่น เครื่องพ่นยา) ที่ได้รับอนุญาตโดยแผนของเรา - ยา Alzheimer, Leqembi® (ชื่อสามัญ lecanemab) ซึ่งได้รับการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ นอกจากค่ายาแล้วคุณอาจต้องมี	ยาบางชนิดอาจต้องได้รับการรักษาแบบเป็นขั้นตอน ร้านขายยาอาจจำเป็นต้องส่งใบเอาประกันถึงต่อแผนของเราและ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เพื่อให้คุณได้รับยาส่วน B ตามการแบ่งค่าใช้จ่ายดังที่แสดงด้านล่าง ยาอินซูลิน Medicare Part B จ่ายร่วม \$0 สำหรับยาอินซูลินส่วน B ส่วนที่ครอบคลุมโดย Medicare การแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับยาอินซูลินอาจต้องจ่ายจำนวนเงินที่น้อยกว่าระหว่าง 25% หรือค่าใช้จ่ายร่วมสูงสุด \$35 ต่ออินซูลินหนึ่งเดือน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
ยา Medicare Part B - ต่อ การสแกนและทดสอบเพิ่มเติมก่อนและ/หรือระหว่างการรักษาที่อาจเพิ่มค่าใช้จ่ายโดยรวมของคุณ พูดคุยกับแพทย์ของคุณเกี่ยวกับการสแกนและการทดสอบที่คุณอาจต้องใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาของคุณ • ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดที่คุณให้ตัวเองโดยการฉีดถ้าคุณมีฮีโมฟีเลีย • ยาการปลูกถ่าย/ภูมิคุ้มกัน: Medicare ครอบคลุมการบำบัดด้วยยาปลูกถ่ายหาก Medicare จ่ายให้กับการปลูกถ่ายอวัยวะของคุณ คุณต้องมีส่วน A ในช่วงเวลาของการปลูกถ่ายที่ครอบคลุมและคุณต้องมีส่วน B ในขณะที่คุณได้รับยาภูมิคุ้มกัน ยา Medicare Part D ครอบคลุมถึงยาภูมิคุ้มกันหากส่วน B ไม่ครอบคลุม • ยากระดูกพรุนที่ฉีดได้ หากคุณอยู่ในบ้าน กระดูกหักที่แพทย์รับรองว่าเกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุนหลังวัยหมดประจำเดือนและไม่สามารถจัดการยาได้ด้วยตนเอง • แอนติเจนบางชนิด: Medicare ครอบคลุมแอนติเจนที่แพทย์เตรียมและบุคคลที่ได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้อง (ซึ่งอาจเป็นคุณที่เป็นผู้ป่วย) ให้แอนติเจนภายใต้การดูแลที่เหมาะสม • ยาต้านมะเร็งในช่องปากบางชนิด: Medicare ครอบคลุมยามะเร็งในช่องปากบางชนิดที่คุณรับประทานทางปากหากยาตัวเดียวกันมีอยู่ในรูปแบบฉีด หรือยาเป็น prodrug (ยารูปแบบรับประทานที่เมื่อรับประทานเข้าไปสลายตัวเป็นสารออกฤทธิ์เดียวกันกับที่พบในยาที่ฉีดได้) ของยาที่ฉีดได้ เมื่อมียารับประทานสำหรับรักษามะเร็งชนิดใหม่ออกมา ส่วน B อาจครอบคลุมได้ ถ้าส่วน B ไม่ครอบคลุมส่วน D ครอบคลุม • ยารับประทานป้องกันอาการคลื่นไส้: Medicare ครอบคลุมยารับประทานป้องกันอาการคลื่นไส้ที่คุณใช้เป็นส่วนหนึ่งของสูตรยาเคมีบำบัดป้องกันมะเร็ง หากได้รับยาก่อน ระหว่าง หรือภายใน 48 ชั่วโมงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือใช้เป็นยาทดแทนเพื่อการรักษาอย่างเต็มรูปแบบสำหรับยาป้องกันอาการคลื่นไส้ทางหลอดเลือดดำ • ยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ภายใต้ Medicare Part B	อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ยา Medicare Part B อื่นๆ จ่ายร่วม \$0 สำหรับยาอื่นๆ ที่ครอบคลุมโดย Medicare ส่วน B อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ยาเคมีบำบัด Medicare Part B/ ยารังสี จ่ายร่วม \$0 สำหรับยาเคมีบำบัด ส่วน B ที่คุ้มครองโดย Medicare อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
ยา Medicare Part B - ต่อ - ยาแคลซิมีเมติกและยาจับฟอสเฟตภายใต้ระบบการชำระเงินของ ESRD รวมถึงยา Parsabiv® ทางหลอดเลือดดำและยา รับประทาน Sensipar® - ยาบางชนิดสำหรับการฟอกไตที่บ้าน รวมถึงเฮปาริน ยาแก้พิษ สำหรับเฮปารินเมื่อจำเป็นทางการแพทย์และยาเฉพาะที่ - ยากกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง: Medicare ครอบคลุม อีริโทรโพอิตินโดยการฉีดถ้าคุณมีโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) หรือคุณต้องการยานี้ในการรักษาโรคโลหิตจางที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขอื่นๆ บางอย่าง (เช่น Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® หรือ Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) - อิมมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือดดำสำหรับการรักษาที่บ้านของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ - โภชนาการทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหาร (การให้อาหารทางหลอดเลือดดำและหลอดเลือด) ลิงก์นี้จะนำคุณไปยังรายการยาส่วน B ซึ่งอาจอยู่ภายใต้การรักษาแบบเป็นขั้นตอน: go.wellcare.com/HIStepTherapy นอกจากนี้เรายังครอบคลุมวัคซีนบางชนิดภายใต้ส่วน B และวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ภายใต้ผลประโยชน์ด้านยาส่วน D ของเรา บทที่ 5 อธิบายถึงประโยชน์ของยาส่วน D ของเรารวมถึงกฎที่คุณต้องปฏิบัติตามเพื่อให้ครอบคลุมถึงใบสั่งยา สิ่งที่คุณต้องจ่ายสำหรับยาส่วน D ผ่านแผนของเราจะอธิบายไว้ในบทที่ 6	
 ตรวจคัดกรองโรคอ้วนและบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดน้ำหนักอย่างยั่งยืน หากคุณมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นไป เราจะให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้น เพื่อช่วยให้คุณลดน้ำหนัก การให้คำปรึกษานี้จะได้รับความคุ้มครองหาก คุณได้รับการดูแลเป็นหลักซึ่งสามารถประสานงานกับแผนการป้องกันที่ครอบคลุมของคุณได้ พูดคุยกับแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลหลักของคุณเพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติม	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่าย หรือความรับผิดชอบแรกสำหรับการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคอ้วนเชิงป้องกัน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการโครงการการรักษาด้วยฝิ่น สมาชิกของแผนของเราที่มีความผิดปกติจากการใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (OUD) สามารถได้รับความคุ้มครองของบริการในการรักษา OUD ผ่านโครงการการรักษาด้วยฝิ่น (OTP) ซึ่งรวมถึงบริการต่อไปนี้: - ยาที่ใช้ในการรักษาด้วยยาช่วย (MAT) ที่มีตัวกระตุ้น Opioid และตัวต้าน Opioid ที่ได้รับการอนุมัติจาก U.S. Food and Drug Administration (FDA) - การจ่ายยาและการให้ยา MAT (หากมี) - การให้คำปรึกษาการใช้สาร - การบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม - การทดสอบพิษวิทยา - กิจกรรมการรับเข้าระบบ - การประเมินตามกำหนดเวลา	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการการรักษาด้วยฝิ่นที่ Medicare คุ้มครองแต่ละบริการ <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>
การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยนอกและบริการและเวชภัณฑ์การรักษา บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: - รังสีเอกซ์ - การรักษาด้วยรังสี (เรเดียมและไอโซโทป) รวมถึงวัสดุและอุปกรณ์ทางเทคนิค - อุปกรณ์ผ่าตัด เช่น ผ้าปิดแผล - เฟือกอ่อน เฟือกแข็ง และอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในการสวดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อน	จ่ายร่วม \$0 สำหรับรังสีเอกซ์ที่ Medicare คุ้มครอง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการรังสีรักษาที่ครอบคลุมโดย Medicare <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมโดย Medicare รวมถึงเฟือกและแผ่นดาม <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยนอกและบริการและเวชภัณฑ์การรักษา - ต่อ - การทดสอบในห้องปฏิบัติการ - เลือด - รวมถึงการเก็บรักษาและการให้เลือด ความคุ้มครองสำหรับโลหิตครบส่วนและเม็ดเลือดแดงอัดแน่นจะเริ่มขึ้นด้วยเลือดปริมาณแรกที่คุณต้องการ ส่วนประกอบอื่นๆ ทั้งหมดของเลือดจะได้รับการครอบคลุมโดยเริ่มต้นจากโหนดแรกที่ใช้ - การตรวจวินิจฉัยที่ไม่ได้ใช้ในห้องปฏิบัติการ เช่น การสแกน CT การตรวจ MRI การตรวจ EKG และการตรวจ PET เมื่อแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ สั่งให้แพทย์รักษาปัญหาทางการแพทย์ - การทดสอบวินิจฉัยผู้ป่วยนอกอื่นๆ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ Medicare คุ้มครอง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการเลือดที่ Medicare คุ้มครองแต่ละบริการ จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาของ Medicare <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับขั้นตอนและการทดสอบการวินิจฉัยที่ครอบคลุมโดย Medicare <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>
การสังเกตการณ์ของโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก บริการสังเกตอาการคือบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ให้ไว้เพื่อพิจารณาว่าคุณจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในหรือสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ สำหรับบริการสังเกตอาการของโรงพยาบาลผู้ป่วยนอกที่จะได้รับความคุ้มครอง จะต้องมีความสัมพันธ์ตรงตามเกณฑ์ของ Medicare และได้รับการพิจารณาว่าสมเหตุสมผลและจำเป็น บริการสังเกตอาการจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะเมื่อได้รับคำสั่งจากแพทย์หรือบุคคลอื่นที่ได้รับอนุญาตจากกฎหมายผู้รับใบอนุญาตของรัฐและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการยอมรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลหรือสั่งการทดสอบผู้ป่วยนอก	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการสังเกตอาการที่ Medicare คุ้มครองแต่ละบริการ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การสังเกตการณ์ของโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก - ต่อ หมายเหตุ: คุณจะถือเป็นผู้ป่วยนอกและจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันสำหรับบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก เว้นแต่ผู้ให้บริการได้เขียนคำสั่งที่จะยอมรับคุณในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แม้ว่า คุณจะพักค้างคืนในโรงพยาบาล แต่คุณก็อาจยังถือว่าเป็นผู้ป่วยนอกอยู่ หากคุณไม่แน่ใจว่าคุณเป็นผู้ป่วยนอกหรือไม่ ให้สอบถามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ดูข้อมูลเพิ่มเติมในเอกสารสรุปข้อมูลของ Medicare ในส่วน <i>สิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาล Medicare</i> เอกสารสรุปข้อมูลนี้มีอยู่ที่ www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf หรือโทร 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048	
บริการทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เราครอบคลุมบริการที่จำเป็นทางการแพทย์ที่คุณได้รับในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสำหรับการวินิจฉัยหรือการรักษาโรคหรือการบาดเจ็บ บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: • บริการในแผนกฉุกเฉินหรือคลินิกผู้ป่วยนอก เช่น บริการสังเกตอาการหรือการผ่าตัดผู้ป่วยนอก • การทดสอบทางห้องปฏิบัติการและการวินิจฉัยที่เรียกเก็บโดยโรงพยาบาล • การดูแลสุขภาพจิตรวมถึงการดูแลในโปรแกรมการรักษาบางส่วนในโรงพยาบาลหากแพทย์รับรองว่าจะต้องมีการรักษาผู้ป่วยในโดยไม่ต้องใช้ • บริการรังสีเอกซ์และรังสีวิทยาอื่นๆ ที่เรียกเก็บเงินโดยโรงพยาบาล • อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แผ่นตามและฝือก • ยาและชีวเคมีบางอย่างที่คุณไม่สามารถให้ตัวเองได้ หมายเหตุ: คุณจะถือเป็นผู้ป่วยนอกและจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันสำหรับบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก เว้นแต่ผู้ให้บริการได้เขียนคำสั่งที่จะยอมรับคุณในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แม้ว่า คุณจะพักค้างคืนในโรงพยาบาล แต่คุณก็อาจยังถือว่าเป็นผู้ป่วยนอกอยู่ หากคุณไม่แน่ใจว่าคุณเป็นผู้ป่วยนอกหรือไม่ ให้สอบถามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	คุณต้องชำระค่าร่วมจ่ายตามจำนวนที่ระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์นี้สำหรับบริการที่ระบุ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยนอก บริการที่ครอบคลุมได้แก่: บริการด้านสุขภาพจิตที่จัดทำโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตจากรัฐ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์คลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลคลินิก ที่ปรึกษาอาชีพที่ได้รับอนุญาต (LPC) นักบำบัดด้านการสมรสและครอบครัวที่มีใบประกอบวิชาชีพ (LMFT) พยาบาลฝึกหัด (NP) ผู้ช่วยแพทย์ (PA) หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านการรับรองจาก Medicare อื่นๆ ตามที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐที่บังคับใช้ • บริการจากจิตแพทย์ • บริการที่ให้บริการโดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตอื่นๆ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับบำบัดแบบตัวต่อตัว แต่ละครั้งกับจิตแพทย์ที่ได้รับ ความคุ้มครองจาก Medicare จ่ายร่วม \$0 สำหรับการไปพบ แพทย์กลุ่มที่ได้รับความคุ้มครอง จาก Medicare กับจิตแพทย์ <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับบำบัดแบบตัวต่อตัวที่ได้ รับความคุ้มครองจาก Medicare แต่ละครั้งกับผู้ให้บริการด้าน สุขภาพจิตอื่นๆ จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับ บำบัดแบบกลุ่มแต่ละครั้งที่ Medicare ครอบคลุมกับผู้ให้ บริการด้านสุขภาพจิตอื่นๆ <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอก บริการที่ครอบคลุมรวมถึงกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และการบำบัดคำพูด บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกมีให้บริการในสถานที่ที่ผู้ป่วยนอกต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สำนักงานบำบัดโรคอิสระและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกแบบครบวงจร (CORF) • บริการจากนักกายภาพบำบัด • บริการจากนักกิจกรรมบำบัด • ให้บริการโดยนักบำบัดภาษาการพูด	จ่ายร่วม \$0 สำหรับกายภาพบำบัดที่ครอบคลุมโดย Medicare อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับบริการกิจกรรมบำบัดที่ Medicare ครอบคลุมในแต่ละครั้ง อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับบริการบำบัดภาษาการพูดของ Medicare แต่ละครั้ง อาจต้องมีการอนุญาตก่อน
บริการสำหรับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก บริการที่ครอบคลุมได้แก่: บริการด้านความผิดปกติของการใช้สาร เช่น การบำบัดแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มโดยแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาล พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหรือโปรแกรมดูแลสุขภาพจิตอื่นๆ ที่ได้รับการรับรองจาก Medicare ตามที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐที่บังคับใช้	จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับบำบัดแบบตัวต่อตัวแต่ละครั้งที่ได้รับ ความคุ้มครองจาก Medicare จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับบำบัดแบบกลุ่มแต่ละครั้งที่ได้รับ ความคุ้มครองจาก Medicare

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการสำหรับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก - ต่อ	อาจต้องมีการอนุญาตก่อน
การผ่าตัดผู้ป่วยนอก รวมถึงการให้บริการที่โรงพยาบาลผู้ป่วยนอก และสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก หมายเหตุ: หากคุณกำลังทำการผ่าตัดในโรงพยาบาล คุณควรตรวจสอบกับผู้ให้บริการของคุณว่าคุณจะเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก คุณจะถือเป็นผู้ป่วยนอกและจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันสำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยนอก เว้นแต่ผู้ให้บริการจะเขียนคำสั่งให้ยอมรับว่าคุณเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล แม้ว่า คุณจะพักค้างคืนในโรงพยาบาล แต่คุณก็อาจยังถือว่าเป็นผู้ป่วยนอกอยู่ • บริการที่โรงพยาบาลผู้ป่วยนอก • ให้บริการที่สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก	จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับบริการแต่ละครั้งที่ โรงพยาบาลผู้ป่วยนอกของ Medicare อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับบริการแต่ละครั้งที่ สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกที่ Medicare คุ้มครอง อาจต้องมีการอนุญาตก่อน
บริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เต็มรูปแบบและบริการผู้ป่วยนอกแบบเร่งรัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เต็มรูปแบบเป็นโครงการที่มีโครงสร้างของการรักษาทางจิตเวชต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือโดยศูนย์สุขภาพจิตชุมชนที่เข้มข้นกว่าการดูแลที่คุณได้รับโดยแพทย์ นักบำบัด นักบำบัดด้านการสมรสและครอบครัวที่มีใบประกอบวิชาชีพ (LMFT) หรือที่สำนักงานที่ปรึกษามืออาชีพที่ได้รับอนุญาต และเป็นทางเลือกในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยใน	จ่ายร่วม \$0 ต่อวันสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เต็มรูปแบบที่คุณคุ้มครองโดย Medicare ในแต่ละครั้ง อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เต็มรูปแบบและบริการผู้ป่วยนอกแบบเร่งรัด - ต่อ บริการผู้ป่วยนอกแบบเร่งรัด เป็นโครงการที่มีโครงสร้างของการรักษาสุขภาพเชิงพฤติกรรม (จิตใจ) ที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดยรัฐ หรือคลินิกสุขภาพชนบทที่เข้มข้นกว่าการดูแลที่คุณได้รับโดยแพทย์ นักบำบัดโรค นักบำบัดด้านการสมรสและครอบครัวที่มีใบประกอบวิชาชีพ (LMFT) หรือที่สำนักงานที่ปรึกษามืออาชีพที่ได้รับอนุญาต แต่เข้มข้นน้อยกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เต็มรูปแบบ	จ่ายร่วม \$0 ต่อวันสำหรับบริการผู้ป่วยนอกแบบเร่งรัดที่คุณคุ้มครองโดย Medicare ในแต่ละครั้ง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>
บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์ที่คลินิก บริการที่ครอบคลุมได้แก่: • บริการทางการแพทย์หรือการผ่าตัดที่จำเป็นที่คุณจะได้รับในสำนักงานของแพทย์ สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ ที่ได้รับการรับรอง • การให้คำปรึกษา การวินิจฉัย และการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ • ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การพบแพทย์ PCP ที่คุ้มครองโดย Medicare แต่ละครั้ง โปรดดูที่ “การผ่าตัดผู้ป่วยนอก” ก่อนหน้านี้ในตารางนี้สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องสำหรับการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกหรือในสถานพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้าพบผู้เชี่ยวชาญที่ Medicare คุ้มครองแต่ละครั้ง <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับบริการในแต่ละครั้งกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์ที่คลินิก - ต่อ • การตรวจการได้ยินและความสมดุลขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดย PCP หรือผู้เชี่ยวชาญของคุณหากแพทย์ของคุณสั่งให้ตรวจเพื่อดูว่าคุณต้องการการรักษาทางการแพทย์หรือไม่ • บริการสาธารณสุขทางไกลบางอย่างรวมถึง: บริการที่จำเป็นเร่งด่วน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แพทย์ปฐมภูมิ กิจกรรมบำบัด ผู้เชี่ยวชาญ เซสชันรายบุคคลและกลุ่มสำหรับสุขภาพจิต บริการรักษาโรคเท้า ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ เซสชันรายบุคคลและกลุ่มสำหรับจิตเวช บริการกายภาพบำบัดและการแก้ไขการพูด เซสชันบุคคลและกลุ่มสำหรับการบำบัดการใช้สารเสพติดในรูปแบบผู้ป่วยนอก และการฝึกอบรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ○ คุณมีตัวเลือกในการรับบริการเหล่านี้ผ่านการเข้าพบด้วยตนเองหรือโดยการแพทย์ทางไกล หากคุณเลือกที่จะรับบริการเหล่านี้โดยการแพทย์ทางไกล คุณต้องใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายที่ให้บริการโดยการแพทย์ทางไกล ○ การพบแพทย์แบบออนไลน์ (หรือที่เรียกว่าการปรึกษาด้านสุขภาพทางไกลหรือการแพทย์ทางไกล) คือการพบแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตโดยใช้สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ การพบแพทย์บางประเภทอาจต้องใช้อินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ที่สามารถใช้งานคล่องได้ ○ แผนของเรามีบริการพบแพทย์แบบออนไลน์ 24 ชั่วโมงต่อวัน, 7 วันต่อสัปดาห์ กับคณะกรรมการแพทย์ที่ได้รับการรับรองผ่านผู้ให้บริการการเข้าพบแพทย์ออนไลน์ในเครือข่าย เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาคำถามเกี่ยวกับสุขภาพที่หลากหลาย บริการที่ครอบคลุมได้แก่การแพทย์ทั่วไป สุขภาพตามพฤติกรรม ผิวหนังและอื่นๆ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือค้นหาผู้ให้บริการการเข้าพบแพทย์ออนไลน์ในเครือข่าย โปรดติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิก	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการการตรวจการได้ยินที่ Medicare คุ้มครองแต่ละบริการ อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการเข้าพบแพทย์ออนไลน์ที่ดำเนินการผ่านผู้ให้บริการการเข้าพบแพทย์ออนไลน์ตามแผนของคุณ โปรดทราบว่า: การจ่ายร่วม \$0 ข้างต้นจะมีผลเฉพาะเมื่อได้รับบริการจากผู้ให้บริการการเข้าพบแพทย์ออนไลน์ตามแผนของคุณเท่านั้น หากคุณได้รับบริการทางการแพทย์ด้วยตนเองหรือการแพทย์ทางไกลจากผู้ให้บริการในเครือข่ายและไม่ใช่อุปกรณ์การเข้าพบแพทย์ออนไลน์ คุณจะต้องจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายที่ระบุไว้สำหรับผู้ให้บริการเหล่านั้นตามที่ระบุไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์นี้ (เช่น หากคุณสามารถรับบริการสาธารณสุขทางไกลจาก PCP ของคุณ คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมของ PCP)

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์ที่คลินิก - ต่อ • บริการทางการแพทย์ทางไกลบางอย่างรวมถึงการให้คำปรึกษา การวินิจฉัย และการรักษาโดยแพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทบางแห่งหรือสถานที่อื่นๆ ที่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare • บริการทางการแพทย์ทางไกลสำหรับการพบแพทย์รายเดือนที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสำหรับผู้สมาชิกที่ฟอกไตที่บ้านในศูนย์ฟอกไตในโรงพยาบาลหรือศูนย์ฟอกไตในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่เข้าถึงยาก ศูนย์ฟอกไตทั่วไป หรือที่บ้านของสมาชิก • บริการทางการแพทย์ทางไกลเพื่อวินิจฉัย ประเมินหรือรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าคุณอยู่ที่ใดก็ตาม • บริการทางการแพทย์ทางไกลสำหรับสมาชิกที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด หรือความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นร่วมกันโดยไม่คำนึงถึงสถานที่ • บริการทางการแพทย์ทางไกลเพื่อวินิจฉัย ประเมินและรักษาความผิดปกติทางจิต หาก: ○ คุณมีการเข้าพบด้วยตนเองภายใน 6 เดือนก่อนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ทางไกลครั้งแรกของคุณ ○ คุณมีการเข้าพบแบบตัวต่อตัวทุกๆ 12 เดือนในขณะที่ได้รับบริการทางการแพทย์ทางไกลเหล่านี้ ○ ข้อยกเว้นสามารถกระทำได้ตามที่กล่าวไว้ข้างต้นในบางสถานการณ์ • บริการแพทย์ทางไกลสำหรับการตรวจสอบสุขภาพทางจิตโดยคลินิกสุขภาพชนบทและศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดยรัฐ • การตรวจสอบสุขภาพเสมือน (เช่น ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอแชท) กับแพทย์ของคุณเป็นเวลา 5-10 นาที หาก: ○ คุณไม่ใช่ผู้ป่วยใหม่ และ ○ การเช็กอินไม่เกี่ยวข้องกับการพบแพทย์ที่คลินิกในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และ ○ การเช็กอินไม่ได้นำไปสู่การพบแพทย์ที่คลินิกภายใน 24 ชั่วโมงหรือการนัดหมายที่เร็วที่สุด	คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันที่ใช้กับผู้ให้บริการ (ตามที่อธิบายไว้ใน “บริการของแพทย์/ผู้ให้บริการด้านการแพทย์, รวมถึงการพบแพทย์ที่สำนักงานแพทย์” ข้างต้น)

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์ที่คลินิก - ต่อ - การประเมินผลวิดีโอและ/หรือภาพที่คุณส่งให้แพทย์ของคุณ และการตีความและการติดตามผลโดยแพทย์ของคุณภายใน 24 ชั่วโมง หาก: - คุณไม่ใช่ผู้ป่วยใหม่ และ - การประเมินผลไม่เกี่ยวข้องกับการพบแพทย์ที่สำนักงานแพทย์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และ - การประเมินผลไม่ได้นำไปสู่การพบแพทย์ที่คลินิกภายใน 24 ชั่วโมงหรือการนัดหมายที่เร็วที่สุด - การปรึกษาที่แพทย์ของคุณคุยกับแพทย์คนอื่นๆ ทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ - ความเห็นที่สองของผู้ให้บริการในเครือข่ายรายอื่นก่อนการผ่าตัด	คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันที่ใช้กับผู้ให้บริการ (ตามที่อธิบายไว้ใน “บริการของแพทย์/ผู้ให้บริการด้านการแพทย์, รวมถึงการพบแพทย์ที่สำนักงานแพทย์” ข้างต้น) คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันที่ใช้กับผู้ให้บริการ (ตามที่อธิบายไว้ใน “บริการของแพทย์/ผู้ให้บริการด้านการแพทย์, รวมถึงการพบแพทย์ที่สำนักงานแพทย์” ข้างต้น) คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมกันที่ใช้กับผู้ให้บริการ (ตามที่อธิบายไว้ใน “บริการของแพทย์/ผู้ให้บริการด้านการแพทย์, รวมถึงการพบแพทย์ที่สำนักงานแพทย์” ข้างต้น) นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายข้างต้น จะมี copay และ/หรือการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์สำหรับบริการที่ครอบคลุมทางการแพทย์ที่จำเป็นและอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ Medicare สำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทนทาน และอุปกรณ์ทางการแพทย์อุปกรณ์เทียม และอุปกรณ์การทดสอบวินิจฉัยผู้ป่วยนอก และบริการรักษา แขนงตา และคอนแทกเลนส์หลังการผ่าตัด ต้อกระจก ยาตามใบสั่งแพทย์ ส่วน D และยาตามใบสั่งแพทย์ Medicare Part B ตามที่อธิบายไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์นี้

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการรักษาโรคเท้า บริการที่ครอบคลุมได้แก่: - การวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์หรือการผ่าตัดของการบาดเจ็บและโรคของเท้า (เช่น นิ้วเท้างอผิดรูปหรือกระดูกงอกที่ส้นเท้า) - การดูแลเท้าเป็นประจำสำหรับผู้ที่มีภาวะทางการแพทย์บางอย่างที่ส่งผลต่อขาส่วนล่าง	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการรักษาโรคเท้าที่ Medicare ครอบคลุม <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>
 ยาที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ HIV ในผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ (PrEP) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV หากคุณไม่มีเชื้อ HIV แต่แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพคนอื่น ๆ ของคุณพิจารณาว่าคุณมีความเสี่ยงต่อเชื้อ HIV มากขึ้น เราจะครอบคลุมยาที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ HIV ในผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ (ยา PrEP) และบริการที่เกี่ยวข้อง หากคุณมีคุณสมบัติ บริการที่ครอบคลุมจะประกอบด้วย: - ยา PrEP แบบรับประทานหรือแบบฉีดที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA หากคุณได้รับยาที่ฉีดได้ เรายังครอบคลุมค่าธรรมเนียมในการฉีดยา - การให้คำปรึกษารายบุคคลสูงสุด 8 ครั้ง (รวมถึงการประเมินความเสี่ยง HIV, การลดความเสี่ยง HIV, และความร่วมมือในการใช้ยา) ทุก 12 เดือน - ตรวจคัดกรอง HIV ได้สูงสุด 8 ครั้งทุก 12 เดือน การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีครั้งเดียว	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินสดเชย หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสิทธิประโยชน์การใช้ยา PrEP

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก สำหรับผู้ชายอายุ 50 ปีขึ้นไป บริการที่ครอบคลุมจะรวมถึงต่อไปนี้ทุก 12 เดือน: - การตรวจทางทวารหนักแบบดิจิทัล - การทดสอบ Prostate Specific Antigen (PSA)	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการตรวจทางทวารหนักดิจิทัลที่ Medicare คุ้มครองทุกครั้ง ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการทดสอบ PSA ประจำปี
อุปกรณ์เทียมและกายอุปกรณ์เสริม และเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์ (นอกเหนือจากทันตกรรม) ที่ทดแทนทั้งหมดหรือบางส่วนของอวัยวะร่างกายหรือหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการทดสอบ การสวมใส่ หรือการฝึกอบรมในการใช้อุปกรณ์เทียมและกายอุปกรณ์เสริม เช่นเดียวกับถุงเก็บอสุจิสั่งและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลลำไส้ใหญ่, เครื่องกระตุ้นหัวใจ, เครื่องดาม, รองเท้าเทียม, แขนขาเทียม, และเต้านมเทียม (รวมถึงชุดชั้นในหลังการผ่าตัดเต้านมออก) รวมถึงอุปกรณ์บางอย่างที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เทียมและกายอุปกรณ์เสริม และการซ่อมแซมและ/หรือการเปลี่ยนอุปกรณ์เทียมและกายอุปกรณ์เสริม นอกจากนี้ยังมีความคุ้มครองบางอย่างหลังจากการผ่าตัดต่อกระดูกออกหรือผ่าตัดต่อกระดูก ไปที่หัวข้อกระดูกและสายตาหลังจากตารางนี้เพื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติม	จ่ายร่วม \$0 สำหรับอุปกรณ์เทียมหรือกายอุปกรณ์เสริมที่ Medicare ครอบคลุม <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เทียมที่ Medicare ครอบคลุม <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i>
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โปรแกรมที่ครอบคลุมของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะครอบคลุมสำหรับสมาชิกที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปานกลางถึงรุนแรงมากและคำสั่งสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจากแพทย์ที่รักษาโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ Medicare แต่ละครั้ง

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 คัดกรองและให้คำปรึกษาเพื่อลดการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด เราครอบคลุมการตรวจคัดกรองการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด จำนวน 1 ครั้ง สำหรับผู้ใหญ่ (รวมถึงหญิงตั้งครรภ์) ที่ใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดแต่ยังไม่ถึงขั้นติดแอลกอฮอล์ หากคุณคัดกรองการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด คุณสามารถรับการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวได้ถึง 4 ครั้งต่อปี (หากคุณสามารถและตื่นตัวในระหว่างการให้คำปรึกษา) โดยแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในสถานที่ดูแลหลัก	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินสดหรือความรับผิดชอบแรกสำหรับการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาที่ครอบคลุม Medicare เพื่อลดผลประโยชน์ในการป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิด
 การตรวจคัดกรองมะเร็งปอดที่มีการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบใช้ปริมาณรังสีต่ำ (LDCT) สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม จะครอบคลุม LDCT ทุก 12 เดือน สมาชิกที่มีสิทธิ์คือ ผู้ที่มีอายุ 50 – 77 ปีที่ไม่มีสัญญาณหรืออาการของโรคมะเร็งปอด แต่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 20 แพ็ค-ปีและผู้ที่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ภายใน 15 ปีที่ผ่านมา ผู้ที่ได้รับคำสั่งสำหรับ LDCT ในระหว่างการให้คำปรึกษาคัดกรองมะเร็งปอดและการนัดหมายเพื่อตัดสินใจร่วมกันที่ตรงตามเกณฑ์ของ Medicare สำหรับการนัดหมายดังกล่าว และให้บริการโดยแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งไม่ใช่แพทย์ <i>สำหรับการคัดกรองมะเร็งปอด LDCT หลังจากการคัดกรอง LDCT ครั้งแรก:</i> สมาชิกจะต้องได้รับคำสั่งตรวจคัดกรองมะเร็งปอด LDCT ซึ่งสามารถออกคำสั่งได้ในระหว่างการเข้าพบแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งไม่ใช่แพทย์ ในโอกาสที่เหมาะสม หากแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งไม่ใช่แพทย์เลือกที่จะให้คำปรึกษาคัดกรองมะเร็งปอดและการนัดหมายเพื่อตัดสินใจร่วมกันสำหรับการคัดกรองมะเร็งปอดในภายหลังด้วย LDCT การนัดหมายจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ Medicare สำหรับการนัดหมายดังกล่าว	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินสดหรือความรับผิดชอบแรกสำหรับการให้คำปรึกษาและการเข้าพบเพื่อตัดสินใจร่วมกันหรือสำหรับ LDCT ที่ Medicare ครอบคลุม

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เราครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบบีหนึ่งครั้งหากแพทย์ผู้ดูแลหลักหรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่มีคุณสมบัติอื่นๆ ของคุณมีคำสั่งและคุณมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขเหล่านี้: • คุณมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากคุณใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่ผิดกฎหมาย • คุณได้รับการถ่ายเลือดก่อนปี 1992 • คุณเกิดระหว่าง 1945 - 1965 หากคุณเกิดระหว่างปี 1945-1965 และไม่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูง เราจะจ่ายเงินสำหรับการคัดกรองหนึ่งครั้ง หากคุณมีความเสี่ยงสูง (ตัวอย่างเช่น คุณยังคงใช้ยาฉีดผิดกฎหมายตั้งแต่ผลตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีเป็นลบก่อนหน้านี้) เราจะครอบคลุมการคัดกรองรายปี	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินสดเซย หรือความรับผิดชอบแรกสำหรับการคัดกรองที่ครอบคลุมโดย Medicare สำหรับไวรัสตับอักเสบบี
การคัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เราครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) สำหรับโรคหนองในเทียม, หนองในแท้, ซิฟิลิสและตับอักเสบบี การคัดกรองเหล่านี้ครอบคลุมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสำหรับบางคนที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นสำหรับ STI เมื่อมีคำสั่งให้ทดสอบโดยผู้ให้บริการปฐมภูมิ เราครอบคลุมการตรวจเหล่านี้ทุก 12 เดือนหรือบางครั้งในระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้เรายังครอบคลุมการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมแบบเข้มข้นแบบตัวต่อตัวรายบุคคลครั้งละ 20 ถึง 30 นาที สูงสุดสองครั้งต่อปีสำหรับผู้ใหญ่ที่มีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เราจะคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการให้คำปรึกษาเหล่านี้ในฐานะบริการป้องกันเท่านั้น หากได้รับจากผู้ให้บริการปฐมภูมิและดำเนินการในสถานที่ดูแลหลัก เช่น สำนักงานแพทย์	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินสดเซยหรือความรับผิดชอบแรกสำหรับการตรวจคัดกรอง STI และการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกัน STI ที่ได้รับความคุ้มครองโดย Medicare

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการรักษาโรคไต บริการที่ครอบคลุมได้แก่: • บริการให้ความรู้ด้านโรคไตเพื่อสอนการดูแลไตและช่วยให้สมาชิกตัดสินใจอย่างรอบคอบเกี่ยวกับการดูแล สำหรับสมาชิกที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เมื่อแพทย์แนะนำ เราจะให้บริการให้ความรู้ด้านโรคไตถึง 6 ครั้งต่ออายุการใช้งาน • การฟอกไตผู้ป่วยนอก (รวมถึงการฟอกไตเมื่ออยู่นอกพื้นที่ให้บริการชั่วคราวตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 3 หรือเมื่อผู้ให้บริการของคุณไม่สามารถให้บริการนี้ได้ชั่วคราวหรือไม่สามารถเข้าถึงได้) • การรักษาด้วยการฟอกไตแบบผู้ป่วยใน (หากคุณได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเพื่อรับการดูแลเป็นพิเศษ) • การฝึกอบรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีล้างไตด้วยตนเอง (รวมถึงการฝึกอบรมสำหรับคุณและทุกคนที่ช่วยคุณในการรักษาด้วยการฟอกไตที่บ้าน) • อุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการล้างไตที่บ้าน • บริการช่วยเหลือด้านการฟอกไตที่บ้านบางประเภท (เช่น เมื่อจำเป็น ให้ไปพบพนักงานฟอกไตที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อตรวจสอบการฟอกไตที่บ้านของคุณเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินและตรวจสอบอุปกรณ์ฟอกไตและน้ำประปา) ยานาชนิดสำหรับการฟอกไตได้รับการคุ้มครองภายใต้ Medicare Part B	จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการให้ความรู้ด้านโรคไตที่ครอบคลุมโดย Medicare จ่ายร่วม \$0 สำหรับการรักษาด้วยการฟอกไตแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare ดู “การดูแลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล” สำหรับการแบ่งจ่ายค่ารักษาที่ใช้กับการรักษาด้วยการฟอกไตแบบผู้ป่วยใน จ่ายร่วม \$0 สำหรับการฝึกอบรมล้างไตด้วยตนเองที่ได้รับการคุ้มครองโดย Medicare จ่ายร่วม \$0 สำหรับอุปกรณ์ฟอกไตที่บ้านที่ได้รับการคุ้มครองโดย Medicare อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการล้างไตที่ได้รับการคุ้มครองโดย Medicare อาจต้องมีการอนุญาตก่อน จ่ายร่วม \$0 สำหรับบริการสนับสนุนที่บ้านที่ได้รับการคุ้มครองโดย Medicare

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บริการในการรักษาโรคไต - ต่อ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองยาส่วน B ให้ไปที่ ยา Medicare Part B ในตารางนี้	
การดูแลในสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ (SNF) (สำหรับคำจำกัดความของการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ ให้ไปที่ บทที่ 12 สถานพยาบาลวิชาชีพประจำบางครั้งเรียกว่า SNF) ระยะเวลารับสิทธิประโยชน์และบริการดูแลผู้ป่วยที่มีทักษะใน SNF หรือสถานที่อื่นจะครอบคลุมสูงสุด 100 วัน เมื่อบริการดังกล่าวเป็นไปตามแนวทางความคุ้มครองของแผนและ Medicare ไม่จำเป็นต้องเข้าพักที่โรงพยาบาลก่อน ระยะเวลารับสิทธิประโยชน์ 100 วันรวมถึงวัน SNF ที่ได้รับผ่านแผน, Original Medicare หรือองค์กร Medicare Advantage อื่นๆ ในระหว่างระยะเวลาสิทธิประโยชน์ บริการในความคุ้มครองรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ: • ห้องพักรักษาผู้ป่วยแบบกึ่งส่วนตัว (หรือห้องส่วนตัวถ้าจำเป็นทางการแพทย์) • อาหาร รวมถึงอาหารพิเศษ • บริการพยาบาลวิชาชีพประจำ • กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และการบำบัดด้วยคำพูด • ยาที่ให้กับคุณเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลของเรา (ซึ่งรวมถึงสารที่มีอยู่ตามธรรมชาติในร่างกาย เช่น สารช่วยในการแข็งตัวของเลือด) • เลือด - รวมถึงการเก็บรักษาและการให้เลือด ความคุ้มครองสำหรับโลหิตครบส่วนและเม็ดเลือดแดงอัดแน่นจะเริ่มต้นด้วยเลือดปริมาณแรกที่คุณต้องการ ส่วนประกอบอื่นๆ ทั้งหมดของเลือดจะได้รับการครอบคลุมโดยเริ่มต้นจากโหนดแรกที่ใช้ • เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และศัลยกรรมที่โดยปกติแล้วจัดหาโดย SNF • การทดสอบทางห้องปฏิบัติการโดยปกติจะดำเนินการโดย SNF • บริการรังสีเอกซ์และรังสีวิทยาอื่นๆ โดยปกติแล้วจะให้บริการโดย SNF • การใช้เครื่องช่วยต่างๆ เช่น เก้าอี้รถเข็นที่จัดให้โดย SNF	สำหรับการเข้ารับการรักษาที่ Medicare คุ้มครองต่อระยะเวลารับสิทธิประโยชน์: จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การพักรักษาตัวในสถานพยาบาลวิชาชีพประจำที่ Medicare คุ้มครอง คุณจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับแต่ละวันหลังจากวันที่ 100 อาจต้องมีการอนุญาตก่อน ระยะเวลารับสิทธิประโยชน์เริ่มตั้งแต่วันที่แรกที่คุณเข้ารับบริการในสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ ระยะเวลารับสิทธิประโยชน์จะสิ้นสุดลงเมื่อคุณไม่ได้รับการดูแลอย่างมีทักษะใน SNF เป็นเวลา 60 วันติดต่อกัน หากคุณเข้าสู่สถานพยาบาลวิชาชีพประจำหลังจากสิ้นสุดระยะเวลารับสิทธิประโยชน์หนึ่งระยะเวลา ระยะเวลาผลประโยชน์ใหม่จะเริ่มต้นขึ้น ไม่มีการจำกัดจำนวนระยะเวลารับสิทธิประโยชน์

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การดูแลในสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ (SNF) - ต่อ - บริการแพทย์/ผู้ประกอบวิชาชีพ โดยทั่วไปแล้วคุณจะได้รับ การดูแลโดย SNF ที่อยู่ในเครือข่าย ภายใต้เงื่อนไขบางประการที่ระบุไว้ด้านล่าง คุณอาจสามารถชำระค่าใช้จ่ายในเครือข่ายสำหรับสถานที่ที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการในเครือข่าย หากสถานที่ยอมรับจำนวนเงินตามแผนของเราสำหรับการชำระเงิน - บ้านพักคนชราหรือชุมชนการเกษียณอายุอย่างต่อเนื่องที่คุณอาศัยอยู่ก่อนที่คุณจะไปโรงพยาบาล (ทราบได้จากการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ) - SNF ที่คู่สมหรือคู่นอนของคุณอาศัยอยู่ในขณะที่คุณออกจากโรงพยาบาล	
 การเลิกสูบบุหรี่และการใช้ยาสูบ (ให้คำปรึกษาเพื่อหยุดการสูบบุหรี่หรือการใช้ยาสูบ) การให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่และการใช้ยาสูบครอบคลุมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เหล่านี้: - ใช้ยาสูบ ไม่ว่าจะมีการหรืออาการแสดงของโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบหรือไม่ก็ตาม - มีความสามารถและตื่นตัวในระหว่างการให้คำปรึกษา - แพทย์ที่คุณสมบัติเหมาะสมหรือแพทย์ที่ได้รับการยอมรับจาก Medicare อื่นๆ ให้คำปรึกษา เราครอบคลุมความพยายามเลิกใช้ยาสูบ 2 ครั้งต่อปี (ความพยายามแต่ละครั้งอาจรวมถึงการให้คำปรึกษาระดับกลางหรือเข้มข้นสูงสุด 4 ครั้งโดยที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้สูงสุด 8 ครั้งต่อปี)	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์, การชำระเงินหรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสิทธิประโยชน์ในการป้องกันโรคสำหรับการเลิกสูบบุหรี่และการใช้ยาสูบ ที่ได้รับความคุ้มครองโดย Medicare
แพลตฟอร์มสนับสนุนทางสังคม แผนของเรามีแพลตฟอร์มสนับสนุนทางสังคมออนไลน์เพื่อช่วยสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของคุณ แพลตฟอร์มนี้ทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนกิจกรรมการบำบัด และทรัพยากรที่แผนสนับสนุนได้ เพื่อช่วยจัดการความเครียดและความวิตกกังวล คุณสามารถเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในแพลตฟอร์มนี้ได้อย่างง่ายดายเพื่อช่วยจัดการความต้องการด้านสุขภาพตามพฤติกรรมของคุณ โดยพร้อมให้บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นคุณจึงสามารถใช้งานได้ทุกเมื่อที่ต้องการ	จ่ายร่วม \$0 สำหรับแพลตฟอร์มสนับสนุนทางสังคม*

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
แพลตฟอร์มสนับสนุนทางสังคม - ต่อ แพลตฟอร์มสนับสนุนทางสังคมนี้ประกอบด้วย: - โครงการความเป็นอยู่ที่ดีที่ปรับให้เข้ากับแต่ละบุคคล: เข้าถึงโครงการการบำบัดด้วยตนเอง 4 สัปดาห์ที่กำหนดเองที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกายและอารมณ์ รวมถึงข้อมูลเชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญด้านการมีสุขภาพดีในวัยสูงอายุ เพื่อให้การสนับสนุนแก่สมาชิกโดยเฉพาะ ติดตามโปรแกรมตามจังหวะของคุณเองและติดตามความคืบหน้าของคุณเพื่อติดตามการปรับปรุงสุขภาพของคุณ - ความช่วยเหลือจากเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ: เชื่อมต่อกับชุมชนออนไลน์ในพื้นที่ที่มีการควบคุม ซึ่งคุณสามารถโต้ตอบกับเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสม รับสิทธิ์เข้าถึงบทความที่ได้รับการตรวจสอบทางคลินิกและรับคำแนะนำส่วนบุคคลสำหรับบริการ Wellcare เพิ่มเติมตามการมีปฏิสัมพันธ์ของคุณและความต้องการที่ระบุไว้ - เครื่องมือสุขภาพดิจิทัลส่วนบุคคล: มีส่วนร่วมในกิจกรรมโต้ตอบการทำสมาธิ และเกมที่มีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การมีสติและจิตวิทยาเชิงบวก เครื่องมือเหล่านี้จะกล่าวถึงหัวข้อต่างๆ เช่น การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี การจัดการกับความเหงา การดูแลความเครียด การค้นหาวัตถุประสงค์ในการแก่ชรา และอื่นๆ สมาชิกสามารถเข้าถึงแพลตฟอร์มได้โดยการเข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกที่ go.wellcare.com/member หรือโทรติดต่อบริการของสมาชิก หลังจากที่คุณลงทะเบียนแล้วคุณสามารถเข้าถึงแพลตฟอร์มได้โดยตรงจากคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนได้ตลอดเวลา	
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากคุณมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (SSBCI) แผนของเราจะมอบสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์บางอย่างรวมถึงมีการวินิจฉัยที่เป็นเอกสารและยังมีผลใช้งานอยู่สำหรับเงื่อนไขที่กำหนดอย่างน้อยหนึ่งเงื่อนไข เงื่อนไขนั้นต้องเป็นโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือจำกัดสุขภาพหรือหน้าที่โดยรวมของคุณอย่างมาก นอกจากนี้ คุณต้องมีการจัดการการดูแลอย่างเข้มงวดและมีความเสี่ยงสูงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ได้วางแผนไว้ เงื่อนไขโรคเรื้อรังที่ผ่านคุณสมบัติได้แก่:	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับสิทธิประโยชน์เสริมพิเศษสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ต่อ ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน (รวมถึงโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์), มะเร็ง, ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด (รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง), โรคพิษสุราเรื้อรังและโรคจากการใช้สารเสพติดอื่นๆ (SUD), ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง, ความผิดปกติของปอดเรื้อรัง, ภาวะสุขภาพจิตเรื้อรังและที่ทำให้พิการ, โรคระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง (รวมถึงความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง), โรคไตเรื้อรัง (CKD), ภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านการทำงานของร่างกาย (รวมถึงโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD), โรคตับระยะสุดท้าย, โรคกระดูกพรุน (โรคกระดูก), โรคข้อเข่าเสื่อม), ภาวะที่ต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพร่างกายหรือดำเนินชีวิตต่อไปได้ (รวมถึงโรคกล้ามเนื้อเสื่อม), ภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญา (รวมถึงโรคดาว์นซินโดรม), ภาวะสมองเสื่อม, โรคเบาหวาน; HIV/AIDS, เชื้อบรูเซลลา, ภาวะติดเชื้อ, ความผิดปกติของระบบประสาท, ความผิดปกติของโลหิตวิทยาอย่างรุนแรง, ภาวะน้ำหนักเกินโรคอ้วน และกลุ่มอาการเมตาบอลิซึม (รวมถึงภาวะไขมันในเลือดสูง/ไขมันในเลือดผิดปกติ), ภาวะหลังการปลูกถ่ายอวัยวะ, สโตรก โปรดดูบทที่ 4 ส่วนที่ 2 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเกณฑ์การได้รับสิทธิการมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ด้านล่างนี้จะถูกกำหนดหลังจากที่คุณลงคะแนนในแผนของเรา หากมีสิทธิ คุณสามารถใช้เงิน Wellcare Spendables® ของคุณเพื่อรับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ระบุไว้ด้านล่าง เมื่อพิจารณาแล้วว่ามีสิทธิสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้จะพร้อมใช้งานภายใน 7-10 วันทำการ เบี้ยเลี้ยงจะถูกส่งต่อไปยังเดือนถัดไปหากไม่ได้ใช้งานและหมดอายุเมื่อสิ้นสุดปีแผน โปรดดูสิทธิประโยชน์ Wellcare Spendables® ในแผนภูมินี้สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม น้ำมันแบบชำระเงินที่หัวจ่าย คุณสามารถใช้บัตรของคุณชำระค่าน้ำมันโดยตรงที่ปั๊มน้ำมันในสถานที่ที่ร่วมรายการ บัตรใบนี้ไม่สามารถใช้ชำระเงินด้วยตนเองที่เครื่องคิดเงิน บัตรของคุณสามารถใช้ที่ปั๊มน้ำมันสูงสุดตามมูลค่าเงินช่วยเหลือที่มีอยู่เท่านั้น อาหารเพื่อสุขภาพ คุณสามารถใช้บัตรของคุณซื้ออาหารเพื่อสุขภาพและผลิตภัณฑ์ที่ร้านค้าปลีกที่ร่วมรายการ	

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ต่อ อาจมีตัวเลือกการจัดส่งสำหรับรายการของชำที่เข้าเกณฑ์ คุณ สามารถสั่งอาหารที่เตรียมไว้แล้วและกล่องผักผลไม้ผ่านทาง พอร์ทัลออนไลน์ บัตรใบนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการชื้อยาสูบหรือ แอลกอฮอล์ รายการที่อนุมัติ ได้แก่ ○ เนื้อและสัตว์ปีก ○ ผลไม้และผัก ○ เครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ใช้เครื่องสแกนบาร์โค้ดในแอปของคุณเพื่อค้นหารายการที่ได้รับ อนุมัติที่ร้านค้าปลีกหรือเข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกของคุณหรือดู แคตตาล็อกของคุณ • อุปกรณ์งานบ้านและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย คุณสามารถใช้บัตรของคุณช่วยในเรื่องค่าอุปกรณ์งานบ้าน และอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย รวมทั้งบริการติดตั้งสำหรับ ผลิตภัณฑ์ที่มีสิทธิ์ เข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกของคุณหรือติดต่อ เราเพื่อซื้อสินค้าที่ได้รับการยอมรับและดูบริการที่มีสิทธิ์ รายการ และบริการที่ได้รับอนุมัติประกอบด้วย: ○ บาร์จับหรือลูกบิดประตูและวัสดุปูพื้นกันลื่น ○ เก้าอี้นิรภัยและอุปกรณ์ช่วยในการดัดแปลงห้องน้ำ ○ เครื่องปรับอากาศแบบพกพาและผลิตภัณฑ์คุณภาพอากาศ ○ อุปกรณ์กำจัดแมลงและสัตว์รบกวนและการรักษาภายในบ้าน • ความช่วยเหลือด้านการเช่าบ้าน คุณสามารถใช้บัตรช่วยในเรื่องค่าเช่าบ้านของคุณ เข้าสู่ระบบ พอร์ทัลผู้ให้บริการเช่า/จำนองของคุณเพื่อชำระเงินหรือจ่ายเงินให้ ผู้ให้บริการเช่าของคุณโดยตรงในส่วนที่รับชำระเงินผ่านบัตร บัตร ของคุณสามารถใช้ได้ตามมูลค่าเงินช่วยเหลือที่มีอยู่เท่านั้น บัตรใบนี้ไม่สามารถใช้ตั้งค่าการชำระเงินซ้ำอัตโนมัติได้	

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ต่อ • ความช่วยเหลือด้านสาธารณูปโภค คุณสามารถใช้บัตรช่วยในเรื่องค่าสาธารณูปโภคสำหรับบ้านของคุณ เข้าสู่ระบบโดยตรงไปยังพอร์ทัลผู้ให้บริการสาธารณูปโภคของคุณและใช้บัตรของคุณชำระเงิน บัตรใบนี้ไม่สามารถใช้ตั้งค่าการชำระเงินซ้ำอัตโนมัติได้ บัตรของคุณสามารถใช้ได้ตามมูลค่าเงินช่วยเหลือที่มีอยู่เท่านั้น ค่าใช้จ่ายที่ได้รับอนุมัติสำหรับสิทธิประโยชน์นี้ได้แก่: ○ บริการสาธารณูปโภคด้านไฟฟ้า ก๊าซ สุขอนามัย/ขยะ และประปา ○ บริการโทรศัพท์บ้านและโทรศัพท์มือถือ ○ บริการอินเทอร์เน็ต ○ บริการโทรทัศน์ผ่านสายเคเบิล (ไม่รวมบริการสตรีมมิง) ○ ค่าใช้จ่ายด้านปิโตรเลียมบางประเภท เช่น น้ำมันสำหรับทำความร้อนในบ้าน	
การบำบัดด้วยการออกกำลังกายที่มีผู้ดูแล (SET) SET ครอบคลุมสำหรับสมาชิกที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่มีอาการ (PAD) จะครอบคลุมถึง 36 เซสชันในช่วง 12 สัปดาห์หากเป็นไปตามข้อกำหนดของโปรแกรม SET โปรแกรม SET ต้อง: • ประกอบด้วยเซสชันระยะเวลา 30-60 นาที ประกอบด้วยโปรแกรมการฝึกอบรมการออกกำลังกายเพื่อการรักษาสำหรับ PAD ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดขาเวลาเดิน • ดำเนินการในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกหรือสำนักงานแพทย์ • ได้รับการส่งมอบโดยบุคลากรเสริมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าผลประโยชน์ที่ได้รับมากกว่าความเสี่ยงและผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในการออกกำลังกายบำบัดสำหรับ PAD	จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การเข้ารับการบำบัดด้วยการ ออกกำลังกายที่มีผู้ดูแลที่ Medicare ครอบคลุมในแต่ละครั้ง

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การบำบัดด้วยการออกกำลังที่มีผู้ดูแล (SET) - ต่อ • อยู่ภายใต้การดูแลโดยตรงของแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ หรือพยาบาล ฝึกหัด/พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ต้องได้รับการฝึกอบรม ทั้งในเทคนิคการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูง SET อาจครอบคลุมเกินกว่า 36 ครั้งในช่วง 12 สัปดาห์สำหรับเซสชันเพิ่มเติม 36 ครั้งในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หากผู้ให้บริการด้านสุขภาพเห็นว่าเป็นทางทางการแพทย์	
บริการที่จำเป็นเร่งด่วน บริการที่ครอบคลุมตามแผนที่กำหนดให้ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ ในทันทีซึ่งไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน เป็นบริการที่จำเป็นเร่งด่วนหากคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของแผนของเราชั่วคราว หรือแม้ว่าคุณจะอยู่ในพื้นที่ให้บริการของแผนของเรา แต่ก็ไม่มีความปลอดภัยหรือสถานการณ์ที่อันตราย และสถานการณ์ของคุณ ที่คุณจะได้รับบริการนี้จากผู้ให้บริการในเครือข่าย แผนของเราจะต้องครอบคลุมบริการที่จำเป็นเร่งด่วนและจะเรียกเก็บเฉพาะการแบ่งค่าใช้จ่ายภายในเครือข่ายเท่านั้น ตัวอย่างของบริการที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่ไม่คาดคิดหรือการกำเริบที่ไม่คาดคิดของโรคที่มีอยู่ การเข้าพบผู้ให้บริการตามปกติโดยมีความจำเป็นทางการแพทย์ (เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี) จะไม่ถือว่าเป็นความจำเป็นเร่งด่วนแม้ว่าคุณจะอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเราหรือเครือข่ายแผนของเราไม่สามารถให้บริการได้ชั่วคราว ครอบคลุมบริการที่จำเป็นเร่งด่วนนอกสหรัฐอเมริกา	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการเข้ารับบริการที่จำเป็นเร่งด่วนซึ่ง Medicare ครอบคลุม จ่ายร่วม \$115 สำหรับบริการที่จำเป็นเร่งด่วนนอกสหรัฐอเมริกา* คุณจ่ายเงินจำนวนนี้แม้ว่าคุณจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับเงื่อนไขเดียวกัน คุณจะได้รับความคุ้มครองสูงสุด \$50,000 ทุกปีสำหรับกรณีฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วนนอกสหรัฐอเมริกา

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 การดูแลสายตา บริการที่ครอบคลุมได้แก่: - บริการแพทย์ผู้ป่วยนอกสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรค และการบาดเจ็บของดวงตา รวมถึงการรักษาความเสื่อมสภาพที่เกี่ยวข้องกับอายุ Original Medicare ไม่ครอบคลุมการตรวจตาตามปกติ (การหักเหของแสงของดวงตา) สำหรับแว่นตา/คอนแทคเลนส์ - สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคต้อหิน เราครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคต้อหินหนึ่งครั้งในแต่ละปี คนที่มีความเสี่ยงสูงของโรคต้อหินรวมถึงคนที่มีประวัติครอบครัวของโรคต้อหิน, คนที่มีโรคเบาหวาน, ชาวอเมริกันแอฟริกันที่มีอายุ 50 และสูงกว่า และชาวอเมริกันเชื้อสายสเปนที่มีอายุ 65 หรือสูงกว่า - สำหรับผู้ที่เบาหวาน การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจะครอบคลุมปีละครั้ง - แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์หนึ่งคู่หลังการผ่าตัดต้อกระจกแต่ละครั้งซึ่งรวมถึงการใส่เลนส์ภายในตา หากคุณมีการผ่าตัดต้อกระจกแยกกัน 2 ครั้ง คุณจะไม่สามารถขอรับสิทธิประโยชน์ได้หลังจากการผ่าตัดครั้งแรกและซื้อแว่นตา 2 อันหลังจากการผ่าตัดครั้งที่สอง	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการตรวจตาอื่นๆ ทั้งหมดเพื่อวินิจฉัยและรักษาโรคของตา <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับ การตรวจคัดกรองโรคต้อหินที่คุ้มครองโดย Medicare จ่ายร่วม \$0 สำหรับการตรวจจอตาที่ได้รับความคุ้มครองโดย Medicare สำหรับสมาชิกที่เป็นโรคเบาหวานหรือการตรวจตาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน <i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับแว่นตาที่ Medicare คุ้มครอง
นอกจากนี้แผนของเรายังครอบคลุมบริการสายตาเสริมดังต่อไปนี้ (เช่น ตรวจตามปกติ): การตรวจตาเป็นประจำทุกปี 1 ครั้ง การตรวจตาตามปกติรวมถึงการทดสอบโรคต้อหินสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคต้อหินและการตรวจม่านตาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	จ่ายร่วม \$0 สำหรับการตรวจตาเป็นประจำ 1 ครั้งทุกปี*

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
การดูแลสายตา - ต่อ • ไม่จำกัดคู่ของแว่นตาตามใบสั่งแพทย์ทุกปี โดยมีผลประโยชน์สูงสุด \$100 ทุกปี แว่นตาที่ได้รับความคุ้มครองประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้: ○ แว่นตา (กรอบและเลนส์) หรือ ○ เลนส์แว่นตาเท่านั้น หรือ ○ กรอบแว่นตาเท่านั้น หรือ ○ คอนแทคเลนส์แทนแว่นตา หรือ ○ การอัปเดตอุปกรณ์สายตา หมายเหตุ: ค่าปรับแต่งคอนแทคเลนส์จะอยู่ในความคุ้มครองของแผนนี้ แผนคุ้มครองผลประโยชน์สูงสุดจำนวน \$100 ทุกปีใช้ได้กับราคาปลีกของกรอบและ/หรือเลนส์ (รวมถึงตัวเลือกเลนส์ เช่น การย้อมสีและการเคลือบ) คุณมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่สูงกว่าผลประโยชน์สูงสุดสำหรับแว่นตาเสริม (เช่น กิจวัตร)* ไม่รวมแว่นตาที่คุ้มครองโดย Medicare ในสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม (เช่น การตรวจตาประจำ) สูงสุด สมาชิกไม่สามารถใช้สิทธิประโยชน์ด้านแว่นตาเสริมเพื่อเพิ่มความคุ้มครองสำหรับแว่นตาที่ Medicare ครอบคลุมอยู่แล้วได้ หมายเหตุ: ความคุ้มครองของบริการตรวจสายตาเป็นประจำเป็นสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่นำเสนอโดยแผน โครงการ Medicare หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) จะไม่จ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้ ต้องขอรับบริการตรวจสายตาผ่านเครือข่ายการตรวจสายตาของแผน สำหรับคำถามเกี่ยวกับวิธีการค้นหาผู้ให้บริการหรือข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก	<i>อาจต้องมีการอนุญาตก่อน</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับแว่นตา* อาจต้องมีการอนุญาตก่อน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
 ยินดีต้อนรับสู่การนัดตรวจเชิงป้องกันของ Medicare แผนของเราครอบคลุมการเข้ารับการนัดตรวจเชิงป้องกันของ <i>ยินดีต้อนรับสู่ Medicare</i> แบบครั้งเดียว การเข้ารับบริการจะรวมถึงการตรวจสอบสุขภาพของคุณรวมถึงการศึกษาและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับบริการป้องกันที่คุณต้องการ (รวมถึงการคัดกรองและวัคซีนบางชนิด) และการแนะนำผลิตภัณฑ์สำหรับการดูแลสุขภาพอื่นๆ หากจำเป็น สำคัญ: เราครอบคลุมการเข้ารับการนัดตรวจเชิงป้องกันของ <i>ยินดีต้อนรับสู่ Medicare</i> เฉพาะภายใน 12 เดือนแรกที่คุณมี Medicare Part B เมื่อคุณทำการนัดหมายของคุณ โปรดแจ้งให้สำนักงานแพทย์ของคุณว่าคุณต้องการกำหนดเวลาเข้ารับการนัดตรวจเชิงป้องกันของ <i>ยินดีต้อนรับสู่ Medicare</i> EKG ที่ได้รับความคุ้มครองโดย Medicare ภายหลังจากการนัดตรวจเชิงป้องกันของ <i>ยินดีต้อนรับสู่ Medicare</i>	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับการเข้ารับการตรวจเชิงป้องกันของ <i>ยินดีต้อนรับสู่ Medicare</i> จ่ายร่วม \$0 สำหรับ EKG ที่ได้รับความคุ้มครองโดย Medicare แต่ละครั้ง หลังจากการนัดตรวจเชิงป้องกันของ <i>ยินดีต้อนรับสู่ Medicare</i>
Wellcare Spendables® คุณจะได้รับ งบรายเดือน \$120 ไว้ล่วงหน้าบนบัตร Wellcare Spendables® ของคุณเพื่อใช้จ่ายกับสินค้า OTC, บริการทันตกรรม, การมองเห็น และการได้ยิน - เบี้ยเลี้ยงรายเดือนของคุณจะถูกโอนไปยังเดือนถัดไปหากไม่ได้ใช้งานและหมดอายุเมื่อสิ้นสุดปีแผน <u>บัตรที่อนุญาตของคุณสามารถใช้ไปทาง:</u> สินค้าที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ (OTC) คุณสามารถใช้บัตรของคุณได้ที่ร้านค้าปลีกที่เข้าร่วมผ่านแอปมือถือ หรือโดยการเข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกเพื่อสั่งซื้อสินค้าส่งถึงบ้าน รายการที่ร่วม ได้แก่: - ชื่อแบรนด์และสินค้าที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ - วิตามิน ยาแก้ปวด ผลิตภัณฑ์สำหรับใช้หวัดและภูมิแพ้ และอุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน - ใช้เครื่องสแกนบาร์โค้ดในแอปของคุณเพื่อค้นหารายการที่ได้รับอนุมัติที่ร้านค้าปลีกหรือเข้าสู่ระบบพอร์ทัลสมาชิกของคุณหรือดูแคตตาล็อกของคุณ	ไม่มีการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ การจ่ายเงินชดเชย หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับบัตร Wellcare Spendables® ไม่มีข้อกำหนดขั้นต่ำสำหรับการซื้อภายในร้าน

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บัตร Wellcare Spendables® - ต่อ หมายเหตุ: ในบางสถานการณ์ อุปกรณ์การวินิจฉัยและอุปกรณ์ช่วยการเลือกหูฟังหรือจะได้รับความคุ้มครองภายใต้สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของแผน คุณควร (หากเป็นไปได้) ใช้สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของแผนเราก่อนที่จะใช้วงเงินค่าใช้จ่าย OTC ของคุณสำหรับรายการเหล่านี้ ก้นตกรรรม การมองเห็น และการได้ยิน คุณสามารถใช้บัตรของคุณเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ออกเองสำหรับบริการด้านก้นตกรรรม การมองเห็น และการได้ยิน คุณสามารถใช้บัตรนี้ในการชำระเงินให้แก่ผู้ให้บริการด้านก้นตกรรรม การมองเห็น หรือการได้ยินของคุณได้โดยตรง • การซื้อและการทำธุรกรรมทั้งหมดต้องเกิดขึ้นภายในสำนักงานของผู้ให้บริการหรือสถานที่ของผู้ให้บริการ • วงเงินนี้ไม่สามารถใช้ชำระค่าบริการเสริมสวยหรือความงามในตริสออกไซด์ การให้ยาระดับประสาททางหลอดเลือดดำ การฟอกฟันขาวหรือฟอกสี บัตรของคุณสามารถใช้กับสิ่งต่อไปนี้: ก้นตกรรรม วงเงินนี้ไม่ใช่การทดแทนสิทธิประโยชน์ทางก้นตกรรรมตามปกติของคุณ คุณควรใช้สิทธิประโยชน์ตามแผนของเราก่อนใช้วงเงิน Spendables ของคุณ • บริการก้นตกรรรมวินิจฉัยอื่นๆ • บริการก้นตกรรรมป้องกันอื่นๆ • บริการก้นตกรรรมบูรณะ • บริการรักษารากฟัน • บริการก้นตกรรรมโรคเหงือก • บริการก้นตกรรรมฟันปลอมแบบถอดได้ • บริการก้นตกรรรมฟันปลอมแบบติดแน่น • บริการผ่าตัดช่องปากและใบหน้าขากรรไกร • บริการทั่วไปเสริม การมองเห็น วงเงินนี้ไม่ใช่การทดแทนสิทธิประโยชน์ทางการมองเห็นตามปกติของคุณ คุณควรใช้สิทธิประโยชน์ตามแผนของเราก่อนใช้วงเงิน Spendables ของคุณ • การตรวจตาเป็นประจำ	

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บัตร Wellcare Spendables® - ต่อ • คอนแทคเลนส์ • แว่นตา (เลนส์และกรอบ) • เลนส์แว่นตา • กรอบแว่น • การปรับปรุง การได้ยิน วงเงินนี้ไม่ใช่การทดแทนสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ตามปกติของคุณ คุณควรใช้สิทธิประโยชน์ตามแผนของเราก่อนใช้วงเงิน Spendables ของคุณ • การทดสอบการได้ยินเป็นประจำ • การติดตั้ง/การประเมินความต้องการเครื่องช่วยฟัง • เครื่องช่วยฟังตามใบสั่งแพทย์ (ทุกประเภท) <u>สิทธิประโยชน์ที่กล่าวถึงด้านล่างเป็นส่วนหนึ่งของ SSBCI สมาชิกบางคนอาจไม่มีสิทธิ์ คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของสิทธิประโยชน์ตามแผนดังนี้</u> <u>หากคุณมีสิทธิ์ คุณสามารถใช้เงินช่วยเหลือรายเดือนในบัตรของคุณไปกับ:</u> • น้ำมันแบบชำระเงินที่หัวจ่าย • อาหารเพื่อสุขภาพ • อุปกรณ์งานบ้านและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย • บริการและสินค้ากำจัดแมลงและสัตว์รบกวน • ความช่วยเหลือด้านการเช่าบ้าน • ความช่วยเหลือด้านสาธารณูปโภค ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์เหล่านี้ได้ที่สิทธิประโยชน์เสริมพิเศษสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (SSBCI) ในตารางนี้ <u>วิธีการใช้บัตรของคุณ:</u> 1. เปิดใช้งานบัตรของคุณก่อนใช้งาน 2. ไปที่ร้านค้าปลีกที่เข้าร่วม ล็อกอินเข้าสู่ลิงก์พอร์ทัลที่แสดงด้านล่างหรือดาวน์โหลดแอปมือถือ Wellcare Spendables® 3. เลือกรายการ/บริการที่ได้รับอนุมัติของคุณ	

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ครอบคลุม	จำนวนที่คุณจ่ายไป
บัตร Wellcare Spendables® - ต่อ 4. ในร้านค้า ให้ดำเนินการชำระเงินของร้านค้าและชำระเงินด้วยบัตร Wellcare Spendables® ของคุณ สำหรับการสั่งซื้อทางออนไลน์หรือแอปมือถือ ให้เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าถึงและใช้สิทธิประโยชน์ของคุณ 5. บัตรของคุณไม่ใช่บัตรเครดิต แต่อาจถูกระบุว่าเป็นบัตร 'เครดิต' เพื่อทำการชำระเงิน หากมีข้อความแจ้ง ให้ป้อน PIN ที่คุณสร้างขึ้นเมื่อเปิดใช้งานบัตร ข้อมูลเพิ่มเติมที่คุณควรทราบ: • เมื่อคุณใช้วงเงินค่าใช้จ่ายหมดแล้ว คุณจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เหลือของคำสั่งซื้อของคุณ • สินค้าที่ซื้อในร้านค้าอาจถูกส่งคืนตามนโยบายการคืนสินค้าและการเปลี่ยนสินค้าของร้าน • หากบัตรของคุณทำงานไม่ถูกต้องหรือในกรณีที่เกิดปัญหาทางเทคนิค โปรดติดต่อเราตามหมายเลขด้านล่าง • Wellcare ไม่รับผิดชอบต่อบัตรสูญหายหรือถูกขโมย • บัตร Wellcare Spendables® ใช้สำหรับการใช้งานส่วนบุคคลของคุณเท่านั้น ไม่สามารถขายหรือโอนได้และไม่มีมูลค่าเงินสด • บริการเช่าและสาธารณูปโภคบางรายการอาจมีสิทธิ์เบิกจ่ายหากการชำระเงินไม่สำเร็จ โปรดติดต่อเราหรือส่งคำขอเบิกจ่ายผ่านพอร์ทัลสมาชิกเพื่อตรวจสอบ ทั้งนี้ต้องทำการเบิกจ่ายภายใน 120 วันนับจากวันที่ทำรายการและต้องอยู่ภายในปีแผนเดียวกัน • อาจมีข้อจำกัดและเงื่อนไข เฉพาะรายการที่ได้รับอนุมัติเท่านั้นที่ครอบคลุม • นี่ไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบัตร Wellcare Spendables® หรือขอแคตตาล็อก โปรดโทรหมายเลข: 1-888-846-4262, ผู้ใช้ TTY โทร: 711 เวลาให้บริการคือตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. คุณยังสามารถเยี่ยมชมออนไลน์ได้ที่: go.wellcare.com/member	

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)**ส่วนที่ 3 บริการในความคุ้มครองนอกแผน**

บริการต่อไปนี้ได้รับการคุ้มครองโดยค่าธรรมเนียมสำหรับบริการของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid):

- โครงการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อของรัฐ Hawaii
- บริการสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและการพัฒนา
- บริการทันตกรรม
- การยุติการตั้งครรภ์โดยเจตนา (ITOP)

ส่วนที่ 4 บริการที่ไม่ครอบคลุมในแผนของเรา (ข้อยกเว้น)

ส่วนนี้จะบอกคุณว่าบริการใดบ้างที่ไม่รวมด้วย

ตารางด้านล่างแสดงรายการบริการและรายการที่ไม่ครอบคลุมในแผนของเราภายใต้เงื่อนไขใดๆ หรือครอบคลุมโดยแผนของเราภายใต้เงื่อนไขเฉพาะเท่านั้น

หากคุณได้รับบริการที่ไม่รวม (ไม่ครอบคลุม) คุณต้องชำระค่าบริการด้วยตนเอง ยกเว้นภายใต้เงื่อนไขเฉพาะที่ระบุไว้ด้านล่าง แม้ว่า你会ได้รับบริการที่ไม่รวมจากสถานพยาบาลฉุกเฉิน แต่บริการที่ไม่รวมนี้จะถือว่าไม่ครอบคลุมและแผนของเราจะไม่จ่ายเงินให้ ข้อยกเว้นเพียงอย่างเดียวคือ หากมีการยื่นอุทธรณ์เกี่ยวกับบริการนั้น และมีการตัดสิน: เมื่ออุทธรณ์แล้วว่าเป็นบริการทางการแพทย์ที่เราควรชำระเงินหรือครอบคลุมเนื่องจากสถานการณ์เฉพาะของคุณ (สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการอุทธรณ์คำตัดสินที่เราได้ตัดสินว่าไม่ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ ให้ไปที่บทที่ 9 ส่วนที่ 6.3)

บริการที่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare	ครอบคลุมเฉพาะภายใต้เงื่อนไขเฉพาะเจาะจงเท่านั้น
ศัลยกรรมตกแต่งหรือหัตถการเพื่อความงาม	ครอบคลุมในกรณีที่เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเพื่อปรับปรุงการทำงานของอวัยวะที่ผิดปกติ ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการสร้างหน้าอกขึ้นใหม่หลังจากการผ่าตัดเต้านม รวมถึงสำหรับเต้านมอีกข้างที่ไม่ได้รับผลกระทบเพื่อให้มีลักษณะที่สมดุลกัน
การดูแลทั่วไป การดูแลทั่วไปคือการดูแลส่วนบุคคลที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรช่วยทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม เช่น การดูแลที่ช่วยให้คุณมีกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำหรือการแต่งกาย	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare	ครอบคลุมเฉพาะภายใต้เงื่อนไขเฉพาะเจาะจงเท่านั้น
ขั้นตอนการทดลองทางการแพทย์และการผ่าตัด อุปกรณ์ และยา หัตถการและรายการที่ถือเป็นการทดลองคือรายการและหัตถการที่กำหนดโดย Original Medicare ที่จะไม่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปโดยชุมชนทางการแพทย์	อาจได้รับความคุ้มครองจาก Original Medicare ภายใต้การศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ได้รับการอนุมัติจาก Medicare หรือโดยแผนของเรา (ไปที่บทที่ 3 ส่วนที่ 5 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยทางคลินิก)
ค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บจากญาติใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวของคุณ	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
การดูแลพยาบาลแบบเต็มเวลาในบ้านของคุณ	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
อาหารส่งถึงบ้าน	ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สิทธิประโยชน์ของ 'อาหารเพื่อสุขภาพ' ในส่วน SSBCI ของตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์
บริการแม่บ้านรวมถึงความช่วยเหลือพื้นฐานในครัวเรือน รวมถึงการทำความสะอาดแบบเบาๆ หรือการเตรียมอาหารแบบเบาๆ	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
บริการธรรมชาติบำบัด (ใช้การรักษาตามธรรมชาติหรือทางเลือก)	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
รองเท้าสำหรับผู้ที่มีปัญหากระดูกหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเท้า	รองเท้าที่เป็นส่วนหนึ่งของเฟอร์นิเจอร์และรวมอยู่ในค่าใช้จ่ายของเฟอร์นิเจอร์ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเท้าหรือช่วยบรรเทาอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
ของใช้ส่วนตัวในห้องของคุณที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ เช่น โทรศัพท์หรือโทรทัศน์	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
ห้องส่วนตัวในโรงพยาบาล	คุ้มครองเฉพาะเมื่อจำเป็นทางการแพทย์เท่านั้น
การกลับขั้นตอนการทำหมันหญิงและ/หรือยาคุมกำเนิดที่ไม่ต้องมีใบสั่งยา	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ

บทที่ 4 ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (ครอบคลุมอะไรบ้าง)

บริการที่ไม่ครอบคลุมโดย Medicare	ครอบคลุมเฉพาะภายใต้เงื่อนไขเฉพาะเจาะจงเท่านั้น
การดูแลทันตกรรมเป็นประจำ เช่น: • การทำความสะอาด (การป้องกันโรค) • การเคลือบฟลูออไรด์ • บริการจัดฟัน • บริการปลูกรากฟันเทียม • อุปกรณ์เทียมสำหรับใบหน้าและขากระดูก	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ ดูสิทธิประโยชน์ของบริการทันตกรรมในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์สำหรับการดูแลทันตกรรมเป็นประจำที่แผนของคุณคุ้มครองตามแพ็คเกจสิทธิประโยชน์ของคุณ
การดูแลเท้าตามปกติ (การรักษาโรคเท้า)	ความคุ้มครองบางอย่างที่มีให้ตามแนวทางของ Medicare (เช่น หากคุณเป็นโรคเบาหวาน)
บริการที่พิจารณาว่าไม่สมเหตุผลผลและจำเป็นตามมาตรฐาน Original Medicare	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
การดูแลสายตา: การผ่าตัดกระจกตาแบบแนวรัศมี, การผ่าตัด LASIK และการช่วยเหลือผู้มีปัญหาการมองเห็นอื่นๆ	ไม่ครอบคลุมภายใต้เงื่อนไขใดๆ
การดูแลสายตา: การตรวจตาเป็นประจำ, แว่นตา	ดูสิทธิประโยชน์ของการดูแลสายตาในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์สำหรับบริการดูแลสายตาเป็นประจำที่แผนของคุณคุ้มครองตามแพ็คเกจสิทธิประโยชน์ของคุณ

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

บทที่ 5

การใช้แผนความคุ้มครองสำหรับยาส่วน D

คุณหาข้อมูลเกี่ยวกับค่ายาของคุณได้อย่างไร

เนื่องจากคุณมีสิทธิ์เข้าร่วม Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) คุณจึงมีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมโครงการและกำลังได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare เพื่อชำระค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ตามแผนของคุณ เนื่องจากคุณอยู่ในโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม **ข้อมูลบางอย่างใน หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องมีใบสั่งยาส่วน D จึงอาจไม่มีผลกับคุณ** เราได้ส่งเอกสารแทรกที่เรียกว่า **หลักฐานแสดงความคุ้มครองเพิ่มเติมสำหรับผู้ได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการจ่ายค่ายาที่สั่งโดยแพทย์** (หรือที่เรียกว่า **โครงการเงินอุดหนุนผู้มีรายได้น้อย หรือสัญญาเพิ่มเติม LIS**) ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านยา หากคุณไม่มีใบแทรกนี้ ให้ติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) และขอสัญญาเพิ่มเติม LIS (หมายเลขโทรศัพท์สำหรับบริการของสมาชิกพิมพ์อยู่ที่ปกหลังของเอกสารนี้)

ส่วนที่ 1 หลักเกณฑ์พื้นฐานสำหรับแผนการคุ้มครองยาส่วน D ของเรา

ไปที่ตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 สำหรับสิทธิประโยชน์ของยา Medicare Part B และสิทธิประโยชน์ของยาเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากยาในความคุ้มครองโดย Medicare แล้ว ยาตามใบสั่งแพทย์บางชนิดยังได้รับความคุ้มครองภายใต้สิทธิประโยชน์ของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณ

หากต้องการทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองยาของ Medicaid โปรดติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เพื่อตรวจสอบความคุ้มครองของยาที่คุณอาจได้รับ (คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลติดต่อของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6)

แผนของเราโดยทั่วไปจะครอบคลุมยาของคุณตราใบที่คุณปฏิบัติตามกฎหมายเหล่านี้:

- คุณต้องมีผู้ให้บริการ (แพทย์ กทันตแพทย์ หรือผู้สั่งยาอื่นๆ) เขียนใบสั่งยาที่ถูกต้องตามกฎหมายของรัฐที่บังคับใช้
- ผู้สั่งยาของคุณต้องไม่อยู่ในรายการชื่อยาเกินหรือรายการชื่อยาเกินของ Medicare
- โดยทั่วไปคุณต้องใช้ร้านขายยาในเครือข่ายเพื่อรับยาของคุณ (ไปที่ส่วน 2) **หรือคุณสามารถรับยาของคุณผ่านบริการส่งซื้อทางไปรษณีย์ในแผนของเรา**
- ยาของคุณต้องอยู่ในรายการยาของแผนของเรา (ไปที่ส่วนที่ 3)

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

- ยาของคุณจะต้องใช้เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคที่เป็นที่ยอมรับ “การใช้ยาที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์” คือการใช้ยาที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA หรือได้รับการสนับสนุนจากแหล่งข้อมูลอ้างอิงบางประเภท (ดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับป้องกันหรือรักษาโรคที่เป็นที่ยอมรับในส่วนที่ 3)
- ยาของคุณอาจต้องได้รับการอนุมัติจากแผนของเราตามเกณฑ์บางอย่างก่อนที่จะครอบคลุม (ไปส่วนที่ 4 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 2 รับยาของคุณที่ร้านขายยาในเครือข่ายหรือผ่านบริการส่งซื้อทางไปรษณีย์ในแผนของเรา

ในกรณีส่วนใหญ่ ยาของคุณจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะในกรณีที่ได้รับยา ณ ร้านขายยาในเครือข่ายของเราแห่งใดแห่งหนึ่ง (ไปที่ส่วนที่ 2.4 เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกรณีที่เรารับประกันค่ายาสำหรับใบสั่งยาที่จัดจ่ายจากร้านขายยา นอกเครือข่าย)

ร้านขายยาเครือข่ายเป็นร้านขายยาที่มีสัญญากับแผนของเราเพื่อจัดจ่ายยาที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของคุณ คำว่า “ยาในความคุ้มครอง” หมายถึงยาส่วน D ทั้งหมดในรายการยาแผนของเรา

ส่วนที่ 2.1 ร้านขายยาเครือข่าย

ค้นหาร้านขายยาเครือข่ายในพื้นที่ของคุณ

หากต้องการค้นหาร้านขายยาในเครือข่าย โปรดไปที่รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา เยี่ยมชมเว็บไซต์ของเรา (go.wellcare.com/2026providerdirectories) และ/หรือโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

คุณสามารถไปที่ร้านขายยาเครือข่ายใดก็ได้ของเรา ร้านขายยาเครือข่ายบางแห่งมีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษ ซึ่งอาจต่ำกว่าการแบ่งค่าใช้จ่ายแบบมาตรฐาน รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาจะบอกคุณว่าร้านขายยาในเครือข่ายร้านใดบ้างที่มีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษติดต่อเราเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมว่าค่าใช้จ่ายที่คุณต้องจ่ายเองอาจแตกต่างกันอย่างไรสำหรับยาแต่ละชนิด

หากร้านขายยาของคุณออกจากเครือข่าย

หากร้านขายยาที่คุณใช้ออกจากเครือข่ายแผนของเรา คุณจะต้องหาร้านขายยาใหม่ในเครือข่าย หากร้านขายยาที่คุณใช้อยู่ในเครือข่ายของเราแต่ไม่มีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษอีกต่อไป คุณอาจต้องการเปลี่ยนไปใช้เครือข่ายอื่นหรือร้านขายยาที่ต้องการ หากมี หากต้องการค้นหาร้านขายยาอื่นในพื้นที่ของคุณ โปรดขอความช่วยเหลือจากบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) หรือใช้ รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา คุณยังสามารถพบข้อมูลนี้ได้ในเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories

ร้านขายยาเฉพาะทาง

ใบสั่งยาบางรายการต้องรับยาที่ร้านขายยาเฉพาะ ร้านขายยาเฉพาะทางได้แก่:

- ร้านขายยาที่จัดหาสำหรับการให้ยาทางหลอดเลือดที่บ้าน
- ร้านขายยาที่จัดหาสำหรับผู้อยู่อาศัยในสถานพยาบาลดูแลระยะยาว (LTC) โดยปกติแล้วสถานพยาบาล

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

LTC (เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ) จะมีร้านขายยาของตนเอง หากคุณประสบปัญหาในการนำยาส่วน D ของคุณไปใช้ในสถานพยาบาล LTC ให้ติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร หมายเลข 711)

- ร้านขายยาที่ให้บริการสุขภาพของชาวอินเดียนแดง/ร้านขายยาชนเผ่า/ร้านขายยาโครงการสุขภาพชาวอินเดียนแดงย่านเมือง (ไม่มีให้บริการใน Puerto Rico) ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน เฉพาะชนพื้นเมืองอเมริกันหรือชนพื้นเมือง Alaska เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงร้านขายยาเหล่านี้ในเครือข่ายของเราได้
- ร้านขายยาที่จำหน่ายยาที่จำกัดโดย FDA ไปยังบางสถานที่หรือต้องมีการจัดการพิเศษ การประสานงานของผู้ให้บริการ หรือการศึกษาเกี่ยวกับการใช้งาน หากต้องการค้นหาร้านขายยาเฉพาะทาง โปรดไปที่ [รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาของคุณ go.wellcare.com/2026providerdirectories](https://go.wellcare.com/2026providerdirectories) หรือโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

ส่วนที่ 2.2 บริการสั่งซื้อทางไปรษณีย์ของเรา

สำหรับยาบางชนิดคุณสามารถใช้บริการสั่งซื้อทางไปรษณีย์ตามแผนบริการของเราได้ โดยทั่วไปยาที่ให้บริการสั่งซื้อทางไปรษณีย์เป็นยาที่คุณใช้เป็นประจำสำหรับอาการทางการแพทย์เรื้อรังหรือระยะยาว ยาที่ไม่สามารถสั่งซื้อทางไปรษณีย์ตามแผนของเราได้จะถูกทำเครื่องหมายเป็น “NM” ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา

บริการสั่งซื้อทางไปรษณีย์ของแผนของเราช่วยให้คุณสั่งซื้อยาได้ในปริมาณสำหรับใช้อย่างน้อย 35 วันและไม่เกิน 100 วัน

หากต้องการรับแบบฟอร์มการสั่งซื้อและข้อมูลเกี่ยวกับการรับยาของคุณทางไปรษณีย์ โปรดติดต่อ Express Scripts® Pharmacy ที่หมายเลข 1-833-750-0201 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือเข้าสู่ระบบไปที่ express-scripts.com/rx หากคุณใช้ร้านขายยาสั่งซื้อทางไปรษณีย์ที่ไม่อยู่ในเครือข่ายของแผน ใบสั่งยาของคุณจะไม่ได้รับการคุ้มครอง

โดยปกติแล้วคำสั่งซื้อทางร้านขายยาทางไปรษณีย์จะถูกจัดส่งให้คุณภายในไม่เกิน 14 วัน อย่างไรก็ตาม บางครั้งใบสั่งซื้อทางไปรษณีย์ของคุณอาจล่าช้า สำหรับยาระยะยาวที่คุณต้องการได้ทันที ให้ขอใบสั่งยาสองใบจากแพทย์ของคุณ: หนึ่งใบสำหรับยา 30 วันเพื่อรับยาที่ร้านขายยาค้าปลีกที่เข้าร่วม และอีกหนึ่งใบสำหรับยาระยะยาว (35 ถึง 100 วัน) เพื่อรับยาทางไปรษณีย์ หากคุณมีปัญหาในการได้รับยา 30 วันของคุณที่ร้านขายยารายย่อยที่เข้าร่วม เมื่อใบสั่งยาทางไปรษณีย์ของคุณล่าช้า โปรดให้ร้านขายยาปลีกของคุณโทรหาศูนย์บริการผู้ให้บริการของเราที่ 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์เพื่อขอความช่วยเหลือ สมาชิกสามารถโทรติดต่อ Express Scripts® Pharmacy ได้ที่หมายเลข 1-833-750-0201 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือเข้าสู่ระบบไปที่ express-scripts.com/rx

ใบสั่งยาใหม่ที่ร้านขายยาได้รับโดยตรงจากสำนักงานแพทย์ของคุณ

ร้านขายยาจะจัดยาและส่งยาตามใบสั่งยาใหม่ที่ได้รับจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพโดยอัตโนมัติ โดยไม่ตรวจสอบกับคุณก่อน หาก:

- คุณใช้บริการสั่งซื้อทางไปรษณีย์กับแผนนี้ในอดีต หรือ
- คุณลงทะเบียนสำหรับการจัดส่งใบสั่งยาใหม่ทั้งหมดที่ได้รับโดยตรงจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยอัตโนมัติ คุณสามารถสอบถามการจัดส่งใบสั่งยาใหม่ทั้งหมดโดยอัตโนมัติได้ตลอดเวลาโดยโทรติดต่อ Express Scripts® Pharmacy ที่หมายเลข 1-833-750-0201 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือเข้าสู่ระบบไปที่ express-scripts.com/rx

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

หากคุณได้รับใบสั่งยาโดยอัตโนมัติทางไปรษณีย์ที่คุณไม่ต้องการและคุณไม่ได้รับการติดต่อเพื่อดูว่าคุณต้องการก่อนที่จะจัดส่ง คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับเงินคืน

หากคุณเคยใช้คำสั่งซื้อทางไปรษณีย์ในอดีตและไม่ต้องการให้ร้านขายยาจัดยาและจัดส่งตามใบสั่งยาใหม่โดยอัตโนมัติ โปรดติดต่อเราโดยโทรไปที่ Express Scripts® Pharmacy ที่หมายเลข 1-833-750-0201 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือเข้าสู่ระบบไปที่ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)

หากคุณไม่เคยใช้การจัดส่งทางไปรษณีย์และ/หรือตัดสินใจหยุดการรับยาใหม่โดยอัตโนมัติ ร้านขายยาจะติดต่อคุณทุกครั้งที่ได้รับใบสั่งยาใหม่จากผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเพื่อดูว่าคุณต้องการรับยาและจัดส่งทันทีหรือไม่ เป็นสิ่งสำคัญที่คุณต้องตอบกลับทุกครั้งที่คุณได้รับการติดต่อจากร้านขายยา เพื่อแจ้งให้พวกเขาทราบว่าจัดส่ง ลำช้า หรือยกเลิกใบสั่งยาใหม่

หากต้องการยกเลิกการจัดส่งใบสั่งยาใหม่โดยอัตโนมัติที่ได้รับโดยตรงจากสำนักงานของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของคุณ โปรดติดต่อเราโดยการโทรติดต่อ Express Scripts® Pharmacy ที่หมายเลข 1-833-750-0201 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือเข้าสู่ระบบไปที่ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)

เติมยาตามใบสั่งซื้อทางไปรษณีย์ สำหรับการเติมยาของคุณ คุณสามารถเลือกลงทะเบียนเพื่อรับโครงการเติมยาอัตโนมัติได้ ภายใต้โครงการนี้ เราจะเริ่มดำเนินการเติมยารั้งถัดไปของคุณโดยอัตโนมัติ เมื่อบันทึกของเราแสดงให้เห็นว่ายาของคุณน่าจะใกล้หมดแล้ว ร้านขายยาจะติดต่อคุณก่อนจัดส่งการเติมแต่ละครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าคุณต้องการยาเพิ่มเติมและคุณสามารถยกเลิกการเติมยาตามกำหนดได้หากคุณมียาเพียงพอหรือยาของคุณมีการเปลี่ยนแปลง

หากคุณเลือกที่จะไม่ใช้โปรแกรมเติมยาอัตโนมัติของเราแต่ยังคงต้องการร้านขายยาสั่งซื้อทางไปรษณีย์เพื่อส่งใบสั่งยาของคุณ ให้ติดต่อร้านขายยาของคุณ 21 วันก่อนที่ใบสั่งยาปัจจุบันของคุณจะหมด ซึ่งจะช่วยให้คุณมั่นใจได้ว่าการสั่งซื้อของคุณจะได้รับการจัดส่งถึงคุณทันเวลา

หากต้องการยกเลิกโปรแกรมของเราที่เตรียมการเติมยาตามคำสั่งซื้อทางไปรษณีย์โดยอัตโนมัติ โปรดติดต่อเราโดยโทรไปที่ร้านขายยาตามคำสั่งซื้อทางไปรษณีย์ของคุณ:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201, (ผู้ใช้ TTY สามารถโทร 711 ได้)**

หากคุณได้รับการเติมยาโดยอัตโนมัติทางไปรษณีย์ที่คุณไม่ต้องการ คุณอาจมีสิทธิ์ขอคืนเงินได้

ส่วนที่ 2.3 วิธีการรับยาในระยะยาว

แผนของเรามี 2 วิธีในการรับยาระยะยาว (เรียกอีกอย่างว่าการจัดหาแบบต่อเนื่อง) สำหรับการรักษาต่อเนื่องที่อยู่ในการยาของแผนเรา (ยารักษาต่อเนื่องคือยาที่คุณใช้เป็นประจำสำหรับอาการทางการแพทย์เรื้อรังหรือระยะยาว)

1. ร้านขายยาบางแห่งในเครือข่ายของเราช่วยให้คุณได้รับยารักษาต่อเนื่องในระยะยาว รายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยาของคุณ go.wellcare.com/2026providerdirectories จะบอกว่าร้านขายยาใดบ้างในเครือข่ายของเราสามารถจัดหาการรักษาให้คุณได้ในระยะยาว คุณยังสามารถติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
2. นอกจากนี้คุณยังสามารถรับยารักษาระยะยาวผ่านโปรแกรมสั่งซื้อทางไปรษณีย์ของเรา ไปที่ส่วนที่ 2.2 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

ส่วนที่ 2.4 การใช้ร้านขายยาที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายแผนของเรา

โดยทั่วไป เราจะคุ้มครองยาที่รับจากร้านขายยานอกเครือข่ายเฉพาะในกรณีที่คุณไม่สามารถใช้ร้านขายยาในเครือข่ายได้ นอกจากนี้เรายังมีร้านขายยาเครือข่ายนอกพื้นที่ให้บริการของเราซึ่งคุณสามารถไปรับยาตามใบสั่งยาได้ในฐานะสมาชิกของแผนของเรา **โปรดตรวจสอบกับฝ่ายบริการของสมาชิกก่อนที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)** เพื่อดูว่ามีร้านขายยาในเครือข่ายที่อยู่ใกล้เคียงหรือไม่

เราครอบคลุมค่ายาที่รับจากร้านขายยานอกเครือข่ายเฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้เท่านั้น:

การเดินทาง: รับความคุ้มครองเมื่อคุณเดินทางหรืออยู่ห่างจากพื้นที่ให้บริการของแผน

- หากคุณใช้ยาตามใบสั่งแพทย์เป็นประจำและคุณกำลังเดินทางโปรดตรวจสอบปริมาณยาก่อนออกเดินทาง หากเป็นไปได้ให้นำยาทั้งหมดที่คุณต้องการไปด้วย คุณอาจสามารถสั่งซื้อยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณได้ล่วงหน้าผ่านทางร้านขายยาทางไปรษณีย์
- หากคุณเดินทางภายในสหรัฐอเมริกาและเขตปกครองและเจ็บป่วย หรือทำหาย หรือยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณหมด เราจะให้ความคุ้มครองค่ายาสำหรับใบสั่งยาที่จัดจ่ายจากร้านขายยานอกเครือข่าย ในสถานการณ์นี้คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็ม (แทนที่จะจ่ายเพียงค่าชดเชยหรือค่าประกัน) เมื่อคุณรับยาของคุณ คุณสามารถขอให้เราชดเชยส่วนของค่าใช้จ่ายที่เป็นความรับผิดชอบของเราได้ โดยการส่งแบบฟอร์มขอคืนเงิน หากคุณไปที่ร้านขายยานอกเครือข่าย คุณอาจต้องรับผิดชอบในการจ่ายส่วนต่างระหว่างจำนวนเงินที่เราเคยจ่ายสำหรับใบสั่งยาที่รับจากร้านขายยาในเครือข่าย กับจำนวนเงินที่ร้านขายยานอกเครือข่ายเรียกเก็บสำหรับใบสั่งยาของคุณ หากต้องการเรียนรู้วิธีการส่งแบบฟอร์มขอคืนเงิน โปรดดูบทที่ 7 ส่วนที่ 2
- นอกจากนี้คุณยังสามารถติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกเพื่อสอบถามว่ามีร้านขายยาเครือข่ายในพื้นที่ที่คุณกำลังเดินทางหรือไม่
- เราไม่สามารถจ่ายค่ายาใดๆ ที่จัดจ่ายโดยร้านขายยาที่อยู่นอกสหรัฐอเมริกาและเขตปกครองแม้ว่าจะเป็นเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ก็ตาม

เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์: จะทำอย่างไรหากฉันต้องการยาตามใบสั่งแพทย์เนื่องจากเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์หรือเนื่องจากฉันต้องการการดูแลเร่งด่วน

- เราจะให้ความคุ้มครองค่ายาสำหรับใบสั่งยาที่จัดจ่ายจากร้านขายยานอกเครือข่าย หากใบสั่งยาเกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์หรือการดูแลเร่งด่วน ในสถานการณ์นี้คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็ม (แทนที่จะจ่ายเพียงค่าชดเชยหรือค่าประกัน) เมื่อคุณรับยาของคุณ คุณสามารถขอให้เราชดเชยส่วนของค่าใช้จ่ายที่เป็นความรับผิดชอบของเราได้ โดยการส่งแบบฟอร์มขอคืนเงิน หากคุณไปที่ร้านขายยานอกเครือข่าย คุณอาจต้องรับผิดชอบในการจ่ายส่วนต่างระหว่างจำนวนเงินที่เราเคยจ่ายสำหรับใบสั่งยาที่รับจากร้านขายยาในเครือข่าย กับจำนวนเงินที่ร้านขายยานอกเครือข่ายเรียกเก็บสำหรับใบสั่งยาของคุณ หากต้องการเรียนรู้วิธีการส่งแบบฟอร์มขอคืนเงิน โปรดดูบทที่ 7 ส่วนที่ 2

สถานการณ์เพิ่มเติม: ในบางกรณี คุณสามารถได้รับความคุ้มครองค่ายาสำหรับใบสั่งยาหากไปร้านขายยานอกเครือข่าย

- เราจะให้ความคุ้มครองค่ายาสำหรับใบสั่งยาของคุณที่ร้านขายยานอกเครือข่ายหากมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

- หาก你不能รับยาที่ได้รับความคุ้มครองในเวลาที่เหมาะสมภายในพื้นที่ให้บริการของเรา เนื่องจากไม่มีร้านขายยาเครือข่ายภายในระยะทางที่เหมาะสมในการขับรถที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
- หากคุณพยายามที่จะรับยาตามใบสั่งแพทย์ที่ไม่ได้เก็บไว้เป็นประจำที่ร้านยาค้าปลีกเครือข่ายที่สามารถเข้าถึงได้หรือร้านขายยาส่งซื้อทางไปรษณีย์ (รวมถึงยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและยาเฉพาะทาง)
- หากคุณจะรับวัคซีนที่จำเป็นทางการแพทย์แต่ไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองของ Medicare Part B และทำการฉีดที่คลินิกของแพทย์
- หากคุณได้รับยาตามใบสั่งยาที่ได้รับความคุ้มครองจากร้านขายยาที่ตั้งอยู่ในสถานพยาบาลขณะเป็นผู้ป่วยในคลินิกผ่าตัดผู้ป่วยนอก หรือในสถานพยาบาลผู้ป่วยนอกอื่นๆ
- สำหรับทุกสถานการณ์ที่ระบุไว้ข้างต้น คุณอาจได้รับยาตามใบสั่งแพทย์สูงสุด 30 วัน นอกจากนี้คุณมีแนวโน้มที่จะต้องจ่ายร้านขายยานอกเครือข่ายสำหรับยาและส่งเอกสารเพื่อรับเงินคืนจากแผนของเรา โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้อธิบายถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องถึงเหตุผลที่คุณใช้ร้านขายยานอกเครือข่ายของเรา ซึ่งจะช่วยให้ดำเนินการตามคำขอรับเงินคืนของคุณ

หากคุณต้องใช้ร้านขายยานอกเครือข่าย โดยทั่วไปคุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็มในเวลาที่คุณรับยา คุณสามารถขอให้เราคืนเงินให้คุณได้ (ไปที่บทที่ 7 ส่วนที่ 2 เพื่อดูข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการขอให้แผนของเราคืนเงินให้คุณ) คุณอาจต้องจ่ายส่วนต่างระหว่างจำนวนเงินที่คุณจ่ายสำหรับยาที่ร้านขายยานอกเครือข่าย กับจำนวนเงินที่เราจะครอบคลุมสำหรับยาที่ร้านขายยาในเครือข่าย

ส่วนที่ 3 ยากของคุณต้องอยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนของเรา

ส่วนที่ 3.1 รายการยาจะบอกว่ายาส่วน D ไດบ้างที่ได้รับการคุ้มครอง

แผนของเรามีรายชื่อยาในความคุ้มครองในหลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้ เราเรียกว่ารายชื่อยาในความคุ้มครอง

ยาในรายการนี้ได้รับการคัดเลือกโดยแผนของเราด้วยความช่วยเหลือของแพทย์และเภสัชกร รายการตรงตามข้อกำหนดของ Medicare และได้รับการอนุมัติจาก Medicare

รายการยาจะแสดงเฉพาะยาในความคุ้มครองภายใต้ Medicare Part D นอกเหนือจากยาในความคุ้มครองโดย Medicare ยาตามใบสั่งแพทย์บางชนิดจะได้รับความคุ้มครองภายใต้ผลประโยชน์ของ Medicaid ของคุณ หากต้องการทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองยาของ Medicaid โปรดติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เพื่อตรวจสอบความคุ้มครองของยาที่คุณอาจได้รับ (คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลติดต่อของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6)

โดยทั่วไปเราให้ความคุ้มครองยาที่อยู่ในรายการยาของแผนเรา トラバแต่ที่คุณปฏิบัติตามกฎความคุ้มครองอื่นๆ ที่อธิบายไว้ในบทนี้ และใช้นั้นตามวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ การใช้ยาที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์ คือการใช้ยาที่เป็นไปตามเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้:

- ได้รับการอนุมัติจาก FDA สำหรับการวินิจฉัยหรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ หรือ
- ได้รับการสนับสนุนโดยแหล่งข้อมูลบางแหล่ง เช่น ข้อมูลจาก American Hospital Formulary Service และระบบข้อมูล Micromedex DRUGDEX

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

รายการยาประกอบด้วยยาที่มีชื่อแบรนด์ ยาสามัญ และผลิตภัณฑ์ชีวภาพ (ซึ่งอาจรวมถึง ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุ คล้ายคลึง)

ยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อเป็นยาตามใบสั่งแพทย์ที่ขายภายใต้ชื่อเครื่องหมายการค้าที่เป็นเจ้าของโดยผู้ผลิตยา ผลิตภัณฑ์ชีวภาพคือยาที่มีความซับซ้อนมากกว่ายาทั่วไป ในรายชื่อยาในความคุ้มครอง เมื่อเราอ้างถึงยา อาจหมายถึงยาหรือ ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ

ยาสามัญคือยาตามใบสั่งยาที่มีสารออกฤทธิ์เหมือนกับยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ ผลิตภัณฑ์ชีวภาพมีอีกชื่อที่เรียกว่า ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึง โดยทั่วไปแล้ว ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงจะมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับ ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมและอาจมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า มีสารทดแทนยาสามัญสำหรับยาที่มีชื่อแบรนด์จำนวนมาก และทางเลือกผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงสำหรับผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมบางชนิด ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงบางชนิดเป็นผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงที่สามารถใช้แทนกันได้ และขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละรัฐ อาจใช้แทน ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมที่ร้านขายยาได้โดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาใหม่ เช่นเดียวกับที่ยาสามัญสามารถใช้แทนยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อได้

ไปที่บทที่ 12 สำหรับคำจำกัดความของประเภทของยาที่อาจอยู่ในรายการยา

ยาที่ไม่ได้อยู่ในรายการยา

แผนของเราไม่ครอบคลุมยาตามใบสั่งแพทย์ทั้งหมด

- ในบางกรณีกฎหมายไม่อนุญาตให้แผน Medicare ใดๆ ครอบคลุมยาบางประเภท (สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมให้ไปที่ส่วนที่ 7)
- ในกรณีอื่นๆ เราตัดสินใจไม่ใส่ยาบางตัวไว้ในรายการยา
- ในบางกรณี คุณอาจจะได้รับยาที่ไม่ได้อยู่ในรายการยาของเรา (สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมให้ไปที่บทที่ 9)
- ยาตามใบสั่งแพทย์ที่ครอบคลุมโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ไม่ได้อยู่ในรายการยา โปรดติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เพื่อตรวจสอบความคุ้มครองของยาที่คุณอาจได้รับ (คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลติดต่อของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6)

ส่วนที่ 3.2 วิธีการค้นหาว่ายาเฉพาะเจาะจงอยู่ในรายการยาหรือไม่

หากต้องการทราบว่ายาอยู่ในรายการยาของเราหรือไม่ คุณมีตัวเลือกเหล่านี้:

- ตรวจสอบรายการยาล่าสุดที่เราได้จัดส่งให้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- เยี่ยมชมเว็บไซต์ของเรา (go.wellcare.com/OhanaHI) รายการยาในเว็บไซต์เป็นรายการล่าสุดเสมอ
- โทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เพื่อค้นหาว่ายาชนิดใดชนิดหนึ่งอยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนเราหรือไม่ หรือขอสำเนารายชื่อดังกล่าว
- ใช้ “เครื่องมือสิทธิประโยชน์แบบเรียลไทม์” ในแผนของเรา (go.wellcare.com/OhanaHI) เพื่อค้นหาว่ายาในรายการยาเพื่อรับการประเมินสิ่งที่คุณจะจ่ายและดูว่ายาตัวอื่นในรายการยาที่สามารถรักษาอาการเดียวกันได้หรือไม่ คุณยังสามารถติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D**ส่วนที่ 4 ยาที่มีข้อจำกัดความคุ้มครอง****ส่วนที่ 4.1 ทำไมยาบางชนิดจึงมีข้อจำกัด**

สำหรับยาตามใบสั่งแพทย์บางชนิด จะมีข้อกำหนดพิเศษที่จำกัดวิธีและเวลาที่แผนของเราจะให้ความคุ้มครอง ทีมแพทย์และเภสัชกรพัฒนามาตรฐานเหล่านี้เพื่อส่งเสริมให้คุณและผู้ให้บริการของคุณใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด หากต้องการทราบว่าข้อจำกัดเหล่านี้มีผลบังคับใช้กับยาที่คุณใช้หรือต้องการใช้หรือไม่ ให้ตรวจสอบรายการยา

หากมียาที่ปลอดภัยและมีราคาถูกกว่าสามารถให้ผลการแพทย์ได้ดีพอๆ กับยาที่มีราคาแพงกว่า กฎของแผนของเราได้รับการออกแบบมาเพื่อกระตุ้นให้คุณและผู้ให้บริการของคุณใช้ตัวเลือกที่มีต้นทุนต่ำ

โปรดทราบว่าบางครั้งยาอาจปรากฏมากกว่าหนึ่งครั้งในรายการยาของเรา เนื่องจากยามีลักษณะต่างกันอาจแตกต่างกันไปตามความแข็งแรง ปริมาณ หรือรูปแบบของยาที่กำหนดโดยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของคุณ และข้อจำกัดหรือการแบ่งจ่ายค่าใช้จ่ายอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละรูปแบบของยา (ขนาด 10 mg เทียบกับ 100 mg, วันละ 1 เม็ดเทียบกับวันละ 2 เม็ด, แบบเม็ดเทียบกับแบบน้ำ)

ส่วนที่ 4.2 ประเภทของข้อจำกัด

หากมีข้อจำกัดสำหรับยาของคุณ มักจะหมายความว่า คุณหรือผู้ให้บริการต้องทำตามขั้นตอนเพิ่มเติมเพื่อให้เราคุ้มครองยาดังกล่าว โทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เพื่อเรียนรู้ว่าคุณหรือผู้ให้บริการสามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองสำหรับยาดังกล่าว **หากคุณต้องการให้เรายกเว้นข้อจำกัดสำหรับคุณ คุณต้องใช้กระบวนการการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและขอให้เรายกเว้น** เราอาจตกลงหรือไม่ยินยอมที่จะยกเว้นข้อจำกัดให้กับคุณ (ไปยังบทที่ 9)

การขออนุมัติแผนล่วงหน้า

สำหรับยาบางชนิด คุณหรือผู้ให้บริการต้องได้รับการอนุมัติจากแผนของเราตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนที่จะเราจะตกลงคุ้มครองยาให้กับคุณ กระบวนการนี้เรียกว่า **การขออนุญาตล่วงหน้า** ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อช่วยรับรองความปลอดภัยของยาและช่วยแนะนำการใช้ยาบางชนิดอย่างเหมาะสม หากคุณไม่ได้รับการอนุมัตินี้ ยาของคุณอาจไม่ได้รับการคุ้มครองตามแผนของเรา คุณสามารถขอรับเกณฑ์การขออนุญาตล่วงหน้าสำหรับแผนของเราได้ด้วยการโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือที่เว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/pa-select

ลองใช้ยาตัวอื่นก่อน

ข้อกำหนดนี้ส่งเสริมให้คุณลองใช้ยาที่มีราคาถูกกว่าแต่ที่มีประสิทธิภาพเทียบเคียงกันก่อนที่จะแผนของเราจะคุ้มครองยาอีกตัว ตัวอย่างเช่น หากยา A และยา B รักษาภาวะทางการแพทย์ชนิดเดียวกัน และยา A มีราคาถูกกว่า แผนของเราอาจกำหนดให้คุณลองใช้ยา A ก่อน หากยา A ใช้ไม่ได้ผลกับคุณ แผนของเราจะคุ้มครองยา B ข้อกำหนดให้ลองใช้ยาตัวอื่นก่อนนี้เรียกว่า **การรักษาแบบเป็นขั้นตอน** คุณสามารถขอรับเกณฑ์การรักษาแบบเป็นขั้นตอนของแผนเราได้โดยโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือที่เว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/st-select

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D**จำกัดปริมาณ**

สำหรับยาบางชนิด เรามีการจำกัดปริมาณยาที่คุณจะได้รับในแต่ละครั้งที่คุณรับยาตามใบสั่งแพทย์ ตัวอย่างเช่น หากยาบางตัวปลอดภัยที่จะรับประทานเพียงวันละ 1 เม็ด เราอาจจำกัดความคุ้มครองสำหรับใบสั่งยาของคุณไว้ไม่เกิน 1 เม็ดต่อวัน

ส่วนที่ 5 สิ่งที่คุณสามารถทำได้หากยาตัวใดตัวหนึ่งของคุณไม่ได้รับความคุ้มครองตามที่คุณต้องการ

ในบางกรณี ยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ที่คุณใช้ หรือยาที่คุณและผู้ให้บริการคิดว่าคุณควรใช้นั้นไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราหรือมีข้อจำกัด ตัวอย่างเช่น:

- ยาดังกล่าวอาจไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิ้นเชิง หรือยาสามัญอาจได้รับความคุ้มครอง แต่ยาที่มีชื่อยี่ห้อที่คุณต้องการใช้ไม่ได้รับความคุ้มครอง
- ยาได้รับการคุ้มครอง แต่จะมีกฎหรือข้อจำกัดในการคุ้มครองเพิ่มเติม

หากยาของคุณไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองหรือถูกจำกัด ตัวเลือกสำหรับสิ่งที่คุณสามารถทำได้จะมีดังนี้:

- คุณอาจได้รับการจัดหายาชั่วคราว
- คุณสามารถเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นได้
- คุณสามารถขอรับการยกเว้นและขอให้แผนของเราคุ้มครองหรือยกเลิกการจำกัดยาดังกล่าว

คุณอาจได้รับการจัดหายาชั่วคราว

ในบางสถานการณ์ แผนของเราต้องบริการจัดหายาชั่วคราวที่คุณใช้อยู่แล้ว การจัดหายาชั่วคราวนี้ช่วยให้คุณมีเวลาพูดคุยกับผู้ให้บริการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง

เพื่อให้มีสิทธิ์ได้รับการจัดหายาชั่วคราว ยาที่คุณใช้จะต้องไม่อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนของเราอีกต่อไป หรือถูกจำกัดไม่ว่าด้วยเหตุผลใดอยู่ในขณะนี้

- **หากคุณเป็นสมาชิกใหม่** เราจะคุ้มครองการจัดหายาชั่วคราวแก่คุณในช่วง **90 วัน** แรกของการเป็นสมาชิกในแผนของเรา
- **หากคุณสมัครแผนของเราเมื่อปีที่แล้ว** เราจะคุ้มครองการจัดหายาชั่วคราวของคุณในช่วง **90 วัน** แรกของปีปฏิทินดังกล่าว
- การจัดหายาชั่วคราวนี้จะให้ยาแก่คุณในปริมาณสูงสุด 30 วันที่ร้านขายยาปลีก หรือยาปริมาณสำหรับ 31 วันที่ร้านขายยาแบบให้บริการดูแลระยะยาว หากใบสั่งยาของคุณเขียนปริมาณยาสำหรับระยะเวลาที่สั้นกว่านั้น เราจะอนุญาตให้รับยาได้หลายครั้งเพื่อให้ได้ปริมาณสูงสุดสำหรับ 30 วันที่ร้านขายยาปลีก หรือยาปริมาณสำหรับ 31 วันที่ร้านขายยาแบบให้บริการดูแลระยะยาว ต้องรับยาตามใบสั่งแพทย์ที่ร้านขายยาในเครือข่าย (โปรดทราบว่าร้านขายยาแบบให้บริการดูแลระยะยาวอาจให้ยาในปริมาณที่น้อยลงในแต่ละครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสียเปล่า)

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

- **สำหรับสมาชิกที่อยู่ในแผนของเราเป็นเวลานานกว่า 90 วัน และอาศัยอยู่ในสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว และจำเป็นต้องใช้ยาทันที:**

เราจะคุ้มครองการจัดหายาฉุกเฉินปริมาณสำหรับ 31 วัน หนึ่งครั้งหรือน้อยกว่านั้น หากใบสั่งยาของคุณระบุเวลาที่สั้นกว่า นี่เป็นข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับการจัดหาชั่วคราวข้างต้น

- **สำหรับสมาชิกที่มีการเปลี่ยนแปลงการดูแล (เช่น การย้ายไปที่หรือย้ายมาจากสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาวหรือโรงพยาบาล) ในระดับหนึ่งและต้องการยาในทันที:**

เราจะคุ้มครองปริมาณยาสำหรับ 30 วันหนึ่งครั้ง หรือปริมาณยาน้อยกว่านั้นหากใบสั่งยาของคุณเขียนปริมาณยาสำหรับระยะเวลาที่สั้นกว่า (ซึ่งในกรณีนี้เราจะอนุญาตให้รับยาได้หลายครั้งเพื่อให้ได้ปริมาณยารวมสำหรับ 30 วัน)

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการจัดหาชั่วคราว โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

ในช่วงเวลาที่คุณกำลังใช้บริการจัดหาชั่วคราว คุณควรพูดคุยกับผู้ให้บริการเพื่อตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรเมื่อบริการจัดหาชั่วคราวของคุณหมดลง คุณมี 2 ตัวเลือดังนี้:

ตัวเลือกที่ 1 คุณสามารถเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นได้

พูดคุยกับผู้ให้บริการว่ายาตัวอื่นที่คุ้มครองในแผนของเราอาจใช้ได้ผลดีกับคุณหรือไม่ โทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เพื่อขอรายชื่อยาในความคุ้มครองที่ใช้รักษาภาวะทางการแพทย์เดียวกัน รายชื่อนี้สามารถช่วยผู้ให้บริการในการค้นหาในความคุ้มครองซึ่งอาจใช้ได้ผลกับคุณ

ตัวเลือกที่ 2 คุณสามารถขอรับการยกเว้นได้

คุณและผู้ให้บริการสามารถขอให้แผนของเรายกเว้นและคุ้มครองยาในแบบที่คุณต้องการได้ หากผู้ให้บริการระบุว่าคุณมีเหตุผลทางการแพทย์ที่สมควรขอรับการยกเว้นจากเรา ผู้ให้บริการสามารถช่วยคุณขอรับการยกเว้นได้ ตัวอย่างเช่น คุณสามารถขอให้แผนของเราคุ้มครองยาตัวหนึ่งได้ แม้ว่าจะไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนเรากก็ตาม หรือคุณสามารถขอให้แผนของเรายกเว้นและคุ้มครองยาโดยไม่มีข้อจำกัดได้

หากคุณและผู้ให้บริการของคุณต้องการขอการยกเว้น โปรดดูบทที่ 9 ส่วนที่ 7.4 เพื่อเรียนรู้ว่าต้องทำอย่างไร ส่วนนี้อธิบายกระบวนการและกำหนดเวลาที่ Medicare กำหนดไว้ เพื่อให้แน่ใจว่าคำขอของคุณจะได้รับการดำเนินการอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม

ส่วนที่ 6 รายชื่อยาในความคุ้มครองของเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดปี

การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับความคุ้มครองยาจะเกิดขึ้นในช่วงต้นปีของแต่ละปี (1 มกราคม) อย่างไรก็ตาม แผนของเราสามารถเปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครองได้ตลอดปี ตัวอย่างเช่น แผนของเราอาจ:

- **เพิ่มหรือลบยาออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครอง**
- **เพิ่มหรือลบข้อจำกัดเกี่ยวกับความคุ้มครองสำหรับยา**
- **เปลี่ยนยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อเป็นยาสามัญ**
- **แทนที่ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมด้วยผลิตภัณฑ์ชีวภาพรุ่นที่เป็นยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ทดแทนกันได้**

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

เราต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของ Medicare ก่อนที่เราจะเปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนของเรา

ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองยา

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครอง เราจะโพสต์ข้อมูลบนเว็บไซต์ของเราเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น นอกจากนี้ เรายังอัปเดตรายชื่อยาในความคุ้มครองทางออนไลน์ของเราเป็นประจำ บางครั้งคุณจะได้รับแจ้งโดยตรงหากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับยาที่คุณใช้

การเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองยาที่มีผลกับคุณในระหว่างปีสำหรับแผนนี้

- **การเพิ่มยาใหม่ลงในรายชื่อยาในความคุ้มครอง และการลบหรือเปลี่ยนแปลงยาที่คล้ายกันในรายชื่อยาในความคุ้มครองในทันที**
 - เราอาจลบยาที่คล้ายกันออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครองในทันที ย้ายยาที่คล้ายกันไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่างจากเดิม เพิ่มข้อจำกัดใหม่ หรือทั้งสองอย่าง ยารุ่นใหม่จะมีข้อจำกัดเหมือนกันหรือน้อยกว่า
 - เราจะทำการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทันทีเฉพาะในกรณีที่เราเพิ่มข้อยี่ห้อทั่วไปใหม่หรือเพิ่มยาชีววัตถุ คล้ายคลึงใหม่บางรุ่นของผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมที่มีอยู่แล้วในรายชื่อยาในความคุ้มครอง
 - เราอาจทำการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทันทีและแจ้งให้คุณทราบในภายหลัง แม้ว่า你会ใช้ยาที่เราลบออก หรือเปลี่ยนแปลง หากคุณใช้ยาที่คล้ายกันในเวลาที่เรทำการเปลี่ยนแปลง เราจะแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เราดำเนินการอย่างเจาะจง
- **การเพิ่มยาลงในรายชื่อยาในความคุ้มครอง และการลบหรือเปลี่ยนแปลงยาที่คล้ายกันในรายชื่อยาในความคุ้มครอง**
 - เมื่อเพิ่มยารุ่นอื่นลงในรายชื่อยาในความคุ้มครอง เราอาจลบยาที่คล้ายกันออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครอง ย้ายไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่างจากเดิม เพิ่มข้อจำกัดใหม่ หรือทั้งสองอย่าง ยารุ่นที่เราเพิ่มเข้ามาจะมีข้อจำกัดเหมือนกันหรือน้อยกว่า
 - เราจะทำการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เฉพาะในกรณีที่เราเพิ่มยาที่ใช้ข้อยี่ห้อทั่วไปใหม่หรือเพิ่มยาชีววัตถุ คล้ายคลึงใหม่บางรุ่นของผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมที่มีอยู่แล้วในรายชื่อยาในความคุ้มครอง
 - เราจะแจ้งให้คุณทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนที่เราจะทำการเปลี่ยนแปลง หรือแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและคุ้มครองการรับยาที่คุณใช้ในปริมาณสำหรับ 30 วัน
- **การลบยาที่ไม่ปลอดภัยและยาอื่นๆ ในรายชื่อยาในความคุ้มครองที่ถูกถอนออกจากตลาด**
 - บางครั้งยาอาจถูกพิจารณาว่าไม่ปลอดภัยหรือถูกนำออกจากตลาดเนื่องจากเหตุผลอื่น ในกรณีนี้ เราอาจลบยาออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครองทันที หากคุณกำลังใช้ยาดังกล่าว เราจะแจ้งให้คุณทราบหลังจากที่เราทำการเปลี่ยนแปลง
- **การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ สำหรับยาในรายชื่อยาในความคุ้มครอง**
 - เราอาจทำการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ในช่วงต้นปีของปีที่มีผลกับยาที่คุณใช้ ตัวอย่างเช่น เราติดตามคำแนะนำของ FDA หรือแนวทางด้านคลินิกใหม่ที่ Medicare ยอมรับ

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

- เราจะแจ้งให้คุณทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนที่เราจะทำการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ หรือแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและคุ้มครองการรับยาที่คุณใช้ในปริมาณสำหรับ 30 วันเพิ่มเติม

หากเราทำการเปลี่ยนแปลงใดๆ เหล่านี้กับยาที่คุณใช้ โปรดพูดคุยกับผู้สั่งจ่ายยาของคุณเกี่ยวกับตัวเลือกที่ดีที่สุดสำหรับคุณ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นเพื่อรักษาอาการป่วยของคุณ หรือขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองเพื่อให้เป็นไปตามข้อจำกัดใหม่ๆ เกี่ยวกับยาที่คุณใช้ คุณหรือผู้สั่งจ่ายยาของคุณสามารถขอการยกเว้นจากเราเพื่อคุ้มครองยาหรือยารุ่นที่คุณใช้ต่อไป สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง รวมถึงการยกเว้น ให้ไปยังบทที่ 9

การเปลี่ยนแปลงรายชื่อยาในความคุ้มครองที่ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณในระหว่างปีของแผนนี้

เราอาจทำการเปลี่ยนแปลงบางอย่างกับรายชื่อยาในความคุ้มครองซึ่งไม่ได้อธิบายไว้ข้างต้น ในกรณีเหล่านี้ การเปลี่ยนแปลงจะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณหากคุณใช้ยาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้ว อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมของแผนสำหรับปีถัดไปหากคุณยังคงอยู่ในแผนเดิม

โดยทั่วไป การเปลี่ยนแปลงที่จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณในระหว่างปีสำหรับแผนปัจจุบันคือ:

- เรามีข้อจำกัดใหม่ในการใช้ยาของคุณ
- เราลบยาของคุณออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครอง

หากมีการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นกับยาที่คุณใช้ (ยกเว้นการเพิกถอนยาในตลาด ยาสามัญจะมาแทนที่ยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ หรือการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่ระบุไว้ในส่วนข้างต้น) การเปลี่ยนแปลงจะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาหรือการแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณไปจนถึงวันที่ 1 มกราคมของปีถัดไป

เราจะไม่แจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงประเภทเหล่านี้โดยตรงในระหว่างปีของแผนปัจจุบัน คุณจะต้องตรวจสอบรายชื่อยาในความคุ้มครองสำหรับแผนของปีถัดไป (เมื่อรายชื่อพร้อมให้ดูได้ในช่วงระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน) เพื่อดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงใดๆ กับยาที่คุณใช้ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณในช่วงปีถัดไปของแผนหรือไม่

ส่วนที่ 7 ประเภทของยาที่เราไม่คุ้มครอง

มีการยกเว้นยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์บางชนิด ซึ่งหมายความว่า Medicare จะไม่จ่ายเงินสำหรับยาเหล่านี้

หากคุณยื่นคำร้องและพบว่ายาที่ร้องขอไม่ได้รับการยกเว้นภายใต้ส่วน D เราจะจ่ายเงินหรือให้ความคุ้มครองยานั้น (สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการยื่นคำร้องสำหรับคำตัดสิน ให้ไปยังบทที่ 9) หากยาที่ยกเว้นในแผนของเราถูกยกเว้นโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) คุณจะต้องจ่ายเงินค่ายาเอง

นี่คือกฎทั่วไป 3 ข้อเกี่ยวกับยาที่แผนยา Medicare จะไม่คุ้มครองภายใต้ส่วน D:

- ความคุ้มครองยาส่วน D ในแผนของเราไม่สามารถคุ้มครองยาที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้ Medicare Part A หรือ Part B ได้
- แผนของเราไม่สามารถคุ้มครองยาที่ซื้อนอกสหรัฐอเมริกาหรือนอกดินแดนของสหรัฐอเมริกาได้

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

- แผนของเราไม่สามารถคุ้มครองการใช้ยาในแบบที่ *ไม่ได้ระบุไว้บนฉลาก* หากการใช้ยานั้นไม่ได้รับการรับรองจากข้อมูลอ้างอิงบางประการ เช่น ข้อมูลยาของ American Hospital Formulary Service และระบบข้อมูลของ Micromedex DRUGDEX การใช้ยาในแบบที่ *ไม่ได้ระบุไว้บนฉลาก* คือการใช้ยานอกเหนือจากที่ระบุไว้บนฉลากยาตามที่ได้รับอนุญาตจาก FDA

และตามกฎหมายแล้ว หมวดหมู่ยาที่ระบุไว้ด้านล่างนี้จะไม่ได้รับความคุ้มครองจาก Medicare หรือ Medicaid อย่างไรก็ตาม ยาบางชนิดเหล่านี้อาจได้รับความคุ้มครองภายใต้ความคุ้มครองยา Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณ โปรดติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เพื่อตรวจสอบความคุ้มครองของยาที่คุณอาจได้รับ (คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลติดต่อของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6)

- ยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ (เรียกอีกอย่างว่ายาที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์)
- ยาที่ใช้เพื่อส่งเสริมภาวะเจริญพันธุ์
- ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการไอหรือไข้หวัด
- ยาที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านความงามหรือเพื่อส่งเสริมการงอกของเส้นผม
- วิตามินและผลิตภัณฑ์แร่ธาตุที่ต้องสั่งโดยแพทย์ ยกเว้นวิตามินสำหรับทานก่อนคลอดและการเตรียมเคลือบฟลูออไรด์
- ยาที่ใช้ในการรักษาความผิดปกติทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศ
- ยาที่ใช้รักษาอาการเบื่ออาหาร ลดน้ำหนัก หรือเพิ่มน้ำหนัก
- ยาสำหรับผู้ป่วยนอกที่ผู้ผลิตกำหนดให้ต้องมีการทดสอบหรือบริการเฝ้าติดตามที่เกี่ยวข้องจะต้องซื้อจากผู้ผลิตเท่านั้นตามเงื่อนไขการขาย

หากคุณเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการชำระเงินตามใบสั่งยาของคุณ โครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะไม่จ่ายค่ายาที่ปกติไม่ได้รับความคุ้มครอง หากคุณมีความคุ้มครองยาผ่านทาง Medicaid โครงการ Medicaid ของรัฐของคุณอาจคุ้มครองยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์บางชนิดที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามปกติในแผนยา Medicare ติดต่อโครงการ Medicaid ของรัฐของคุณเพื่อพิจารณาว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองยาใดบ้าง (ค้นหาหมายเลขโทรศัพท์และข้อมูลติดต่อของ Medicaid ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6)

ส่วนที่ 8 วิธีรับยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณ

เมื่อกรอกใบสั่งยา โปรดให้ข้อมูลการเป็นสมาชิกแผนของเรา (ซึ่งสามารถดูได้จากบัตรสมาชิกของคุณ) ที่ร้านขายยาในเครือข่ายที่คุณเลือก ร้านขายยาในเครือข่ายจะเรียกเก็บเงินจากแผนของเราโดยอัตโนมัติ

หากคุณไม่มีข้อมูลการเป็นสมาชิกในแผนของเราอยู่กับตัว คุณหรือร้านขายยาสามารถโทรหาแผนของเราเพื่อขอข้อมูล หรือคุณสามารถขอให้ร้านขายยาค้นหาข้อมูลการลงทะเบียนแผนของเราได้

หากร้านขายยาไม่มีข้อมูลที่จำเป็น **คุณอาจต้องจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์เต็มจำนวนเมื่อคุณไปรับยา** จากนั้นคุณสามารถขอให้เราคืนเงินให้คุณได้ ไปยังบทที่ 7 ส่วนที่ 2 เพื่อดูข้อมูลเกี่ยวกับวิธีขอเงินคืนจากแผนของเรา

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D**ส่วนที่ 9 ความคุ้มครองยาส่วน D ในสถานการณ์พิเศษ****ส่วนที่ 9.1 ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำสำหรับการพักรักษาตัวที่คุ้มครองตามแผนของเรา**

หากคุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำสำหรับการพักรักษาตัวที่คุ้มครองตามแผนของเรา เราจะคุ้มครองค่าใช้จ่ายของยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณในระหว่างการพักรักษาตัว เมื่อคุณออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ แผนของเราจะคุ้มครองยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของคุณที่ร้านเภสัชภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามกฎทั้งหมดของเราสำหรับความคุ้มครองที่อธิบายไว้ในบทนี้

ส่วนที่ 9.2 ในฐานะผู้พักอาศัยในสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว (LTC)

โดยปกติแล้ว สถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว (LTC) (เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ) จะมีร้านขายยาของตัวเองหรือใช้ร้านขายยาที่จำหน่ายให้กับผู้พักอาศัยทุกคน หากคุณพักอาศัยอยู่ในสถานพยาบาล LTC คุณอาจต้องรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของคุณผ่านร้านขายยาของสถานพยาบาลหรือร้านที่สถานพยาบาลใช้ トラバใดที่ร้านนั้นอยู่ในเครือข่ายของเรา

ตรวจสอบรายชื่อผู้ให้บริการและร้านขายยา go.wellcare.com/2026providerdirectories เพื่อดูว่าร้านขายยาของสถานพยาบาล LTC หรือร้านขายยาที่สถานพยาบาลใช้อยู่ในเครือข่ายของเราหรือไม่ หากไม่อยู่ในเครือข่ายหรือหากคุณต้องการข้อมูลหรือความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หากคุณอยู่ในสถานพยาบาล LTC เราต้องมั่นใจว่าคุณจะได้รับสิทธิประโยชน์ส่วน D เป็นประจำผ่านเครือข่ายร้านขายยา LTC ของเรา

หากคุณพักอาศัยอยู่ในสถานพยาบาล LTC และต้องการยาที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา หรือยาที่ถูกจำกัดการใช้งานไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โปรดดูส่วนที่ 5 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดหาชั่วคราวหรือการจัดหาในกรณีฉุกเฉิน

ส่วนที่ 9.3 หากคุณได้รับความคุ้มครองจากนายจ้างหรือแผนสำหรับกลุ่มผู้เกษียณอายุ

หากคุณมีความคุ้มครองยาอื่นๆ ผ่านนายจ้างหรือกลุ่มผู้เกษียณอายุของคุณ (หรือของคู่สมรสหรือคู่ครองของคุณ) ให้โทรติดต่อ**ผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ของกลุ่มนั้น** นายจ้างหรือแผนดังกล่าวสามารถช่วยให้คุณเข้าใจว่าความคุ้มครองยาปัจจุบันของคุณจะใช้ร่วมกับแผนของเราอย่างไร

โดยทั่วไป หากคุณมีความคุ้มครองแบบกลุ่มสำหรับพนักงานหรือผู้เกษียณอายุ ความคุ้มครองยาที่คุณได้รับจากเราจะเป็นรองจากความคุ้มครองสำหรับกลุ่มของคุณ ซึ่งหมายความว่า ความคุ้มครองสำหรับกลุ่มของคุณจะจ่ายเงินให้เป็นลำดับแรก

หมายเหตุพิเศษเกี่ยวกับความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์:

ในแต่ละปี นายจ้างหรือกลุ่มผู้เกษียณอายุของคุณควรส่งหนังสือแจ้งให้คุณทราบว่าความคุ้มครองยาของคุณสำหรับปีปฏิทินถัดไปนั้นตรงตามเกณฑ์หรือไม่

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

หากความคุ้มครองจากแผนสำหรับกลุ่มตรงตามเกณฑ์ แสดงว่าแผนของเรามีความคุ้มครองยาที่คาดว่าจะจ่ายเงิน โดยเฉลี่ยอย่างน้อยเท่ากับความคุ้มครองยาตามมาตรฐานของ Medicare

โปรดเก็บหนังสือแจ้งใดๆ เกี่ยวกับความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์ไว้ เนื่องจากคุณอาจต้องใช้หนังสือแจ้งเหล่านี้ในภายหลังเพื่อแสดงว่าคุณรักษาคุณสมบัติความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์ หากคุณไม่ได้รับหนังสือแจ้งความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์ ให้ขอสำเนาจากนายจ้างหรือผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ของแผนเกษียณอายุ หรือจากนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน

ส่วนที่ 9.4 หากคุณอยู่ในสถานบริบาลเพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรับรองจาก Medicare

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแผนของเราไม่คุ้มครองยาตัวเดียวกันพร้อมกัน หากคุณลงทะเบียนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Medicare และจำเป็นต้องใช้ยาบางชนิด (เช่น ยาแก้คลื่นไส้ ยาระบาย ยาแก้ปวด หรือยาลดความวิตกกังวล) ที่ไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณ เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับโรคภัยแรงหรืออาการที่เกี่ยวข้อง ผู้ส่งจ่ายยาหรือผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณต้องทำให้แผนของเราทราบว่ายาดังกล่าวไม่เกี่ยวข้อง ก่อนที่แผนของเราจะสามารถคุ้มครองยาได้ เพื่อป้องกันความล่าช้าในการรับยาเหล่านี้ที่ควรจะได้รับตามความคุ้มครองของแผนของเรา โปรดขอให้ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ส่งยาแจ้งให้ทราบก่อนที่จะมีการรับยาตามใบสั่งแพทย์

ในกรณีที่คุณเพิกถอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือถูกปล่อยออกจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แผนของเราจะคุ้มครองยาของคุณตามที่อธิบายไว้ในเอกสารนี้ เพื่อป้องกันความล่าช้าที่ร้านขายยาเมื่อสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Medicare สิ้นสุดลงให้นำเอกสารไปยังร้านขายยาเพื่อยืนยันการเพิกถอนหรือการออกจากสถานพยาบาลของคุณ

ส่วนที่ 10 โครงการเกี่ยวกับความปลอดภัยของยาและการจัดการยา

เราดำเนินการตรวจสอบการใช้ยาเพื่อช่วยให้คุณและสมาชิกของเราได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและเหมาะสม

โดยเราจะทำการตรวจสอบทุกครั้งที่คุณไปรับยาตามใบสั่งแพทย์ นอกจากนี้เรายังตรวจสอบบันทึกของเราเป็นประจำด้วยเช่นกัน ในระหว่างที่ตรวจสอบ เราจะมองหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น:

- ข้อผิดพลาดที่เป็นไปได้เกี่ยวกับยา
- ยาที่อาจไม่จำเป็นเนื่องจากคุณใช้ยาที่คล้ายกันเพื่อรักษาอาการป่วยเดียวกัน
- ยาที่อาจไม่ปลอดภัยหรือไม่เหมาะสมกับอายุหรือเพศของคุณ
- ยาบางชุดที่อาจเป็นอันตรายถ้าคุณใช้ร่วมกัน
- ใบสั่งยาสำหรับยาที่มีส่วนผสมที่คุณแพ้
- ข้อผิดพลาดที่เป็นไปได้เกี่ยวกับปริมาณ (โดส) ของยาที่คุณใช้
- ปริมาณที่ไม่ปลอดภัยสำหรับยาแก้ปวดจากโอปิออยด์

หากเราพบปัญหาที่เป็นไปได้ในการใช้ยาของคุณ เราจะแก้ไขปัญหานั้นร่วมกับผู้ให้บริการของคุณ

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D**ส่วนที่ 10.1 โครงการจัดการยา (DMP) เพื่อช่วยให้สมาชิกใช้ยาโอปิออยด์อย่างปลอดภัย**

เรามีโครงการที่ช่วยตรวจสอบว่าสมาชิกใช้ยาโอปิออยด์ที่ต้องสั่งโดยแพทย์และยาอื่นๆ ที่มีถูกใช้ในทางที่ผิดได้อย่างปลอดภัย โครงการนี้เรียกว่าโครงการจัดการยา (DMP) หากคุณใช้ยาโอปิออยด์ที่ได้รับมาจากผู้ส่งจ่ายยาหลายรายหรือร้านขายยาหลายแห่ง หรือหากคุณเพิ่งได้รับยาโอปิออยด์เกินขนาด เราอาจพูดคุยกับผู้ส่งจ่ายยาของคุณเพื่อให้แน่ใจว่าการใช้ยาโอปิออยด์ของคุณนั้นเหมาะสมและมีความจำเป็นในทางการแพทย์ หากเราพิจารณาแล้วว่า การใช้ยา opioid หรือยา benzodiazepine ตามใบสั่งแพทย์ของคุณอาจไม่ปลอดภัย เราอาจจำกัดวิธีการรับยาเหล่านั้น หากเรากำหนดให้คุณอยู่ใน DMP ข้อจำกัดอาจมีดังนี้:

- กำหนดให้คุณต้องไปรับใบสั่งยา opioid หรือยา benzodiazepine ทั้งหมดจากร้านขายยาบางแห่ง
- กำหนดให้คุณต้องไปรับใบสั่งยา opioid หรือยา benzodiazepine ทั้งหมดจากผู้ส่งจ่ายยาบางราย
- การจำกัดปริมาณยา opioid หรือยา benzodiazepine ที่เราจะให้ความคุ้มครองแก่คุณ

หากเรามีแผนที่จะจำกัดวิธีการรับยาหรือปริมาณของยาเหล่านี้ เราจะส่งจดหมายแจ้งล่วงหน้า โดยจดหมายจะแจ้งให้คุณทราบว่าเราจำกัดความคุ้มครองของยาเหล่านี้สำหรับคุณหรือไม่ หรือคุณจะต้องรับใบสั่งยาสำหรับยาเหล่านี้จากผู้ส่งจ่ายยาหรือร้านขายยาเฉพาะรายเท่านั้น คุณจะมีโอกาสแจ้งเราว่าต้องการรับใบสั่งยาจากผู้ส่งจ่ายยารายใดหรือใช้บริการร้านขายยาใด และแจ้งข้อมูลอื่นๆ ที่คุณคิดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เราควรรู้ หลังจากที่ได้ให้โอกาสคุณตอบกลับ หากเราตัดสินใจที่จะจำกัดความคุ้มครองสำหรับยาเหล่านี้ เราจะส่งจดหมายอีกฉบับเพื่อยืนยันการจำกัดดังกล่าว หากคุณคิดว่าเราตัดสินใจผิดพลาด หรือคุณไม่เห็นด้วยกับคำตัดสินของเราหรือข้อจำกัดที่เกิดขึ้น คุณและผู้ส่งจ่ายยามีสิทธิ์ยื่นคำร้องได้ หากคุณยื่นคำร้อง เราจะตรวจสอบกรณีของคุณและออกคำตัดสินใหม่ให้แก่คุณ หากเรายืนยันที่จะปฏิเสธส่วนใดส่วนหนึ่งของคำขอของคุณที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดที่บังคับใช้กับการเข้าถึงยา เราจะส่งกรณีของคุณไปยังหน่วยงานตรวจสอบอิสระนอกแผนของเราโดยอัตโนมัติ ไปยังบทที่ 9 เพื่อดูข้อมูลเกี่ยวกับวิธียื่นคำร้อง

คุณจะไม่ได้รับพิจารณาให้เข้าร่วม DMP ของเราหากคุณมีภาวะทางการแพทย์บางประการ เช่น อาการปวดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งหรือโรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว คุณกำลังเข้ารับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือรับการดูแลในช่วงบั้นปลายชีวิต หรือพักอาศัยอยู่ในสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว

ส่วนที่ 10.2 โครงการการจัดการบำบัดด้วยยา (MTM) เพื่อช่วยสมาชิกในการจัดการยา

เรามีโครงการที่สามารถช่วยตอบโจทยสมาชิกที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อน โครงการของเราชื่อว่าโครงการการจัดการบำบัดด้วยยา (MTM) โครงการนี้เป็นแบบตามความสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่าย ทีมเภสัชกรและแพทย์ได้พัฒนาโครงการนี้เพื่อช่วยให้เรามั่นใจว่าสมาชิกจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากยาที่ตนใช้

สมาชิกบางคนที่มีโรคเรื้อรังบางชนิดและต้องรับประทานยาที่เกินราคาที่กำหนด หรืออยู่ในโครงการ DMP ที่ช่วยให้ใช้ยาโอปิออยด์ได้อย่างปลอดภัย อาจสามารถรับบริการผ่านโครงการ MTM ได้ หากคุณมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับโครงการนี้ เภสัชกรหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพรายอื่นๆ จะตรวจสอบยาที่คุณใช้ทั้งหมดอย่างละเอียด ในระหว่างการตรวจสอบ คุณสามารถพูดคุยเกี่ยวกับยา ค่าใช้จ่าย และปัญหาหรือคำถามที่คุณมีเกี่ยวกับใบสั่งยาและยาที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ คุณจะได้รับสรุปเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งมีรายการสิ่งที่ต้องทำที่แนะนำ ซึ่งรวมถึงขั้นตอนที่คุณควรใช้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดจากยาของคุณ และคุณยังจะได้รับรายชื่อยาที่ประกอบด้วยยาทั้งหมดที่คุณกำลังใช้ ปริมาณที่คุณใช้ รวมถึงเวลาในการใช้ยาและเหตุผลในการใช้ นอกจากนี้ สมาชิกในโครงการ MTM จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกำจัดยาตามใบสั่งแพทย์ที่เป็นสารควบคุมอย่างปลอดภัยอีกด้วย

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

คุณควรพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับรายการสิ่งที่จะต้องทำที่แนะนำและรายชื่อยา นำสรุปผลไปด้วยเมื่อคุณมาพบแพทย์ หรือทุกครั้งที่คุณพูดคุยกับแพทย์ เภสัชกร และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพรายอื่นๆ หมั่นตรวจสอบรายชื่อยาของคุณให้เป็นปัจจุบันและפקติดตัวไว้ (เช่น เก็บไว้กับ ID ของคุณ) ในกรณีที่คุณต้องไปโรงพยาบาลหรือเข้าห้องฉุกเฉิน

หากเรามีโครงการที่เหมาะสมกับความต้องการของคุณ เราจะลงทะเบียนคุณในโครงการดังกล่าวโดยอัตโนมัติและส่งข้อมูลให้คุณ โปรดแจ้งให้เราทราบหากคุณตัดสินใจที่จะไม่เข้าร่วม ทางเราจะถอนคุณจากโครงการ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการนี้ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

ส่วนที่ 11 คำอธิบายสิทธิประโยชน์สำหรับส่วน D ของคุณจะอธิบายว่าคุณอยู่ในระยะการชำระเงินแบบใด

แผนของเราจะติดตามค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของคุณและการชำระเงินที่คุณจ่ายเมื่อคุณได้รับใบสั่งยาที่ร้านขายยา วิธีนี้ทำให้เราสามารถแจ้งให้คุณทราบได้เมื่อคุณเปลี่ยนจากระยะการชำระเงินค่ายาหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่ง เราติดตามค่าใช้จ่าย 2 ประเภทดังนี้:

- **ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเอง:** คือจำนวนเงินที่คุณจ่ายไป ซึ่งรวมถึงสิ่งที่คุณจ่ายเมื่อคุณได้รับยาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครอง การชำระเงินค่ายาใดๆ ที่จ่ายโดยครอบครัวหรือเพื่อน และการชำระเงินค่ายาใดๆ โดยโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare แผนสุขภาพของนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน บริการสุขภาพของอินเดีย โครงการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเอชไอวีที่มีรายได้น้อย องค์กรการกุศล และโครงการความช่วยเหลือด้านเภสัชกรรมของรัฐ (SPAP) ส่วนใหญ่
- **ค่ายาทั้งหมด:** คือยอดรวมของการชำระเงินทั้งหมดสำหรับยาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครอง ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายที่แผนของเราชำระ ค่าใช้จ่ายที่คุณชำระ และค่าใช้จ่ายที่โครงการหรือองค์กรอื่นชำระสำหรับยาส่วน D ที่อยู่ในการคุ้มครอง

หากคุณรับยาตามใบสั่งอย่างน้อยหนึ่งใบผ่านแผนของเราในช่วงเดือนที่ผ่านมา เราจะส่ง *EOB สำหรับส่วน D* ให้คุณ *EOB สำหรับส่วน D* ประกอบด้วย:

- **ข้อมูลของเดือนนั้น** รายงานนี้จะให้รายละเอียดการชำระเงินเกี่ยวกับใบสั่งยาที่คุณนำไปรับยาในช่วงเดือนก่อนหน้า โดยจะแสดงค่ายาทั้งหมด ค่าใช้จ่ายที่แผนของเราชำระ และค่าใช้จ่ายที่คุณและคนอื่นชำระในนามของคุณ
- **ค่าใช้จ่ายรวมของปีนั้นนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม** ข้อมูลนี้แสดงค่ายาทั้งหมดและยอดชำระเงินค่ายารวมตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม
- **ข้อมูลราคา** แสดงราคาทั้งหมดและข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงราคานับตั้งแต่การรับยาครั้งแรกสำหรับการอ้างสิทธิ์รับยาตามใบสั่งยาแต่ละครั้งที่มียาปริมาณเท่ากัน
- **ใบสั่งยาทางเลือกที่ราคาถูกกว่าที่สามารถใช้ได้** แสดงข้อมูลเกี่ยวกับยาอื่นๆ ที่มีจำหน่ายซึ่งมีการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ถูกลงสำหรับการอ้างสิทธิ์รับยาตามใบสั่งยาแต่ละครั้ง หากมี

บทที่ 5 การใช้ความคุ้มครองของแผนสุขภาพสำหรับยาส่วน D

ส่วนที่ 11.1 ช่วยให้เราอัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเงินค่ายาของคุณให้เป็นปัจจุบัน

เราใช้บันทึกที่ได้รับจากร้านขายยาเพื่อติดตามค่ายาและการชำระเงินค่ายาของคุณ คุณสามารถช่วยให้เราดูแลข้อมูลของคุณให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันได้ดังนี้:

- **แสดงบัตรสมาชิกของคุณทุกครั้งที่คุณไปรับยาตามใบสั่ง** วิธีช่วยให้แน่ใจว่าเราทราบเกี่ยวกับใบสั่งยาที่คุณนำไปรับยาและค่าใช้จ่ายที่คุณชำระ
- **ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเรามีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน** บางครั้งคุณอาจจ่ายเงินค่ายาที่ต้องสั่งโดยแพทย์เองทั้งหมด ในกรณีเหล่านี้ เราจะไม่ได้รับข้อมูลที่เราต้องการโดยอัตโนมัติเพื่อติดตามค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของคุณ เพื่อช่วยให้เราติดตามค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของคุณได้ โปรดส่งสำเนาใบเสร็จของคุณมาให้เรา **ตัวอย่างกรณีที่ควรส่งสำเนาใบเสร็จรับยาให้เรา:**
 - เมื่อคุณซื้อยาในความคุ้มครองที่ร้านขายยาในเครือข่ายในราคาพิเศษ หรือใช้บัตรส่วนลดที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ตามแผนของเรา
 - เมื่อคุณร่วมจ่ายค่ายาที่ระบุไว้ภายใต้โครงการช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ผลิตยา
 - ทุกครั้งที่คุณซื้อยาในความคุ้มครองจากร้านขายยานอกเครือข่าย หรือชำระค่ายาในความคุ้มครองเต็มจำนวนภายใต้สถานการณ์พิเศษ
 - กรณีที่คุณถูกเรียกเก็บเงินค่ายาในความคุ้มครอง คุณสามารถขอให้แผนของเราชำระส่วนที่เราต้องจ่ายได้ สำหรับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดำเนินการนี้ ให้ไปยังบทที่ 7 ส่วนที่ 2
- **ส่งข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเงินที่ผู้อื่นดำเนินการจ่ายให้คุณมาให้เรา** การชำระเงินที่ดำเนินการโดยบุคคลหรือองค์กรอื่นบางรายสามารถนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของคุณได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น การชำระเงินโดยโครงการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเอชไอวีที่มีรายได้น้อย (ADAP) บริการสุขภาพของอินเดีย และองค์กรการกุศล จะนับรวมเป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของคุณ เก็บบันทึกการชำระเงินเหล่านี้และส่งให้เราเพื่อให้สามารถติดตามค่าใช้จ่ายของคุณได้
- **ตรวจสอบรายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เราส่งให้คุณ** เมื่อคุณได้รับ *EOB สำหรับส่วน D* ให้ตรวจสอบว่าข้อมูลนั้นครบถ้วนและถูกต้อง หาก你认为มีบางสิ่งขาดหายไปหรือมีข้อสงสัย โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) **ขณะนี้คุณมีทางเลือกที่จะรับคำอธิบายสิทธิประโยชน์สำหรับส่วน D (EOB สำหรับส่วน D) ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์แทนที่จะรับ EOB สำหรับส่วน D แบบกระดาษทางไปรษณีย์ได้** คุณอาจส่งคำขอได้โดยไปที่ <https://www.express-scripts.com/> หากคุณเลือกรับ คุณจะได้รับอีเมลเมื่อ *eEOB สำหรับส่วน D* ของคุณพร้อมให้ดู พิมพ์ หรือดาวน์โหลด *EOB สำหรับส่วน D* แบบอิเล็กทรอนิกส์สามารถเรียกอีกอย่างว่า *EOB สำหรับส่วน D* แบบไร้กระดาษ *EOB สำหรับส่วน D* แบบไร้กระดาษเป็นสำเนาฉบับเหมือน (รูปภาพ) ของ *EOB สำหรับส่วน D* ฉบับพิมพ์ โปรดเก็บรายงานเหล่านี้ไว้

บทที่ 6 สิ่งที่คุณต้องจ่ายสำหรับยาส่วน D

บทที่ 6: สิ่งที่คุณต้องจ่ายสำหรับยาส่วน D

คุณไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับยาส่วน D ที่คุ้มครองโดยแผนของเรา

บทที่ 7: การขอให้เราจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์หรือยา ในความคุ้มครอง

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ที่คุณควรขอให้เราจ่ายส่วนของเราสำหรับบริการหรือยาใน ความคุ้มครอง

ผู้ให้บริการในเครือข่ายเรียกเก็บเงินจากแผนของเราโดยตรงสำหรับบริการและยาในความคุ้มครองของคุณ - คุณไม่ควรได้รับใบเรียกเก็บเงินสำหรับบริการหรือยาในความคุ้มครอง หากคุณถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายา โปรดส่งใบเรียกเก็บเงินฉบับนี้มาให้เราเพื่อที่เราจะได้ชำระให้ เมื่อคุณส่งใบเรียกเก็บเงินมาให้เรา เราจะตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินและตัดสินใจว่าบริการและยาดังกล่าวควรได้รับความคุ้มครองหรือไม่ หากเราตัดสินใจว่าควรได้รับความคุ้มครอง เราจะจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการโดยตรง

หากคุณได้ชำระค่าบริการหรือรายการ Medicare ที่คุ้มครองโดยแผนของเราไปแล้ว คุณสามารถขอให้แผนของเราจ่ายเงินคืนให้คุณได้ (การจ่ายเงินคืนมักเรียกว่า**การชำระคืน**ให้คุณ) คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินคืนจากแผนของเราเมื่อใดก็ตามที่คุณได้จ่ายเงินสำหรับบริการทางการแพทย์หรือยาที่คุ้มครองโดยแผนของเรา อาจมีกำหนดเวลาที่คุณต้องปฏิบัติตามเพื่อรับเงินคืน ไปยังส่วนที่ 2 ของบทนี้ เมื่อคุณส่งใบเรียกเก็บเงินที่จ่ายไปให้กับเรา เราจะตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินและตัดสินใจว่าบริการหรือยาดังกล่าวควรได้รับความคุ้มครองหรือไม่ หากเราตัดสินใจว่าควรได้รับความคุ้มครอง เราจะจ่ายเงินค่าบริการหรือยาคืนให้คุณ

อาจมีบางครั้งที่คุณได้รับใบเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนหรือเกินไปจากการแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณจากผู้ให้บริการ ขั้นแรก ให้ลองแก้ไขใบเรียกเก็บเงินกับผู้ให้บริการ หากไม่ได้ผล ให้ส่งใบเรียกเก็บเงินมาให้เราแทนการจ่ายเงิน เราจะตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินและตัดสินใจว่าบริการดังกล่าวควรได้รับความคุ้มครองหรือไม่ หากเราตัดสินใจว่าควรได้รับความคุ้มครอง เราจะจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการโดยตรง หากเราตัดสินใจที่จะไม่จ่ายเงิน เราจะไม่จ่ายให้ผู้ให้บริการทราบ คุณไม่ควรต้องจ่ายมากกว่าการแบ่งค่าใช้จ่ายที่อนุญาตตามแผน หากผู้ให้บริการรายนี้ได้ทำสัญญาไว้ คุณยังคงมีสิทธิ์ที่จะได้รับการรักษา

ตัวอย่างสถานการณ์ที่คุณอาจต้องขอให้แผนของเราจ่ายเงินคืนให้คุณหรือชำระใบเรียกเก็บเงินที่คุณได้รับ:

1. เมื่อคุณมีเหตุฉุกเฉินหรือต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นเร่งด่วนจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายแผนของเรา

- คุณสามารถขอรับบริการฉุกเฉินหรือบริการที่จำเป็นเร่งด่วนจากผู้ให้บริการรายใดก็ได้ โดยไม่คำนึงว่าผู้ให้บริการจะอยู่ในเครือข่ายของเราหรือไม่ ในกรณีเหล่านี้ โปรดขอให้ผู้ให้บริการเรียกเก็บเงินมายังแผนของเรา
- หากคุณจ่ายเงินทั้งหมดเองในเวลาที่คุณได้รับการดูแล โปรดแจ้งให้เราจ่ายเงินคืนให้คุณ โดยส่งใบเรียกเก็บเงินพร้อมกับเอกสารการชำระเงินที่คุณจ่ายมาให้เรา

บทที่ 7 การขอให้เราจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์หรือยาในความคุ้มครอง

- คุณอาจได้รับใบเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการซึ่งคุณคิดว่าคุณไม่ต้องชำระ โปรดส่งใบเรียกเก็บเงินนี้พร้อมกับเอกสารการชำระเงินที่คุณจ่ายมาให้เรา
 - หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่ต้องจ่ายให้กับผู้ให้บริการ เราจะจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการโดยตรง
 - หากคุณชำระเงินค่าบริการไปแล้ว เราจะจ่ายคืนให้คุณ

2. เมื่อผู้ให้บริการในเครือข่ายส่งใบเรียกเก็บเงินให้คุณซึ่งคุณคิดว่าไม่ควรจ่าย

ผู้ให้บริการในเครือข่ายควรเรียกเก็บเงินจากแผนของเราโดยตรงเสมอ แต่บางครั้งผู้ให้บริการก็ทำผิดพลาดและขอให้คุณจ่ายค่าบริการ

- เมื่อใดก็ตามที่คุณได้รับใบเรียกเก็บเงินจากผู้ให้บริการในเครือข่าย ให้ส่งใบเรียกเก็บเงินนั้นมาให้เรา เราจะติดต่อผู้ให้บริการโดยตรงและแก้ไขปัญหาการเรียกเก็บเงินให้เอง
- หากคุณได้ชำระเงินให้กับผู้ให้บริการในเครือข่ายไปแล้ว โปรดส่งใบเรียกเก็บเงินพร้อมกับเอกสารการชำระเงินที่คุณจ่ายมาให้เรา แจ้งให้เราจ่ายเงินคืนสำหรับบริการในความคุ้มครองของคุณ

3. ในกรณีคุณลงทะเบียนแผนของเราย้อนหลัง

บางครั้งการลงทะเบียนของบุคคลในแผนของเรามีผลย้อนหลัง (ซึ่งหมายความว่าวันแรกของการลงทะเบียนได้เลยไปแล้ว วันที่ลงทะเบียนอาจจะเป็นปีที่แล้วก็ได้)

หากคุณลงทะเบียนย้อนหลังในแผนของเราและคุณจ่ายค่าบริการหรือยาในความคุ้มครองเองหลังจากวันที่ลงทะเบียน คุณสามารถขอให้เราจ่ายเงินคืนให้คุณได้ โดยคุณต้องส่งเอกสาร เช่น ใบเสร็จรับเงินและใบเรียกเก็บเงินเพื่อให้เราจัดการชำระเงินคืนให้

4. เมื่อคุณรับยาจากร้านขายยานอกเครือข่าย

หากคุณไปที่ร้านขายยานอกเครือข่าย ร้านขายยาอาจไม่สามารถส่งคำขอรับยามาให้ได้โดยตรง ในกรณีนี้คุณต้องจ่ายค่ายาเต็มจำนวน

โปรดบันทึกใบเสร็จรับเงินของคุณและส่งสำเนามาให้เราเมื่อคุณขอให้เราคืนเงิน โปรดจำไว้ว่าเรารับประกันร้านขายยานอกเครือข่ายในบางสถานการณ์เท่านั้น ไปยังบทที่ 5 ส่วนที่ 2.4 เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์เหล่านี้ เราอาจไม่คืนเงินส่วนต่างระหว่างค่ายาที่คุณจ่ายที่ร้านขายยานอกเครือข่ายและจำนวนเงินที่เราจ่ายให้ที่ร้านขายยาในเครือข่าย

5. เมื่อคุณชำระค่ายาเต็มจำนวนเนื่องจากคุณไม่มีบัตรสมาชิกสำหรับแผนของเราติดตัวไปด้วย

กรณีที่ไม่มีบัตรสมาชิกสำหรับแผนของเรา คุณสามารถขอให้ร้านขายยาติดต่อแผนของเราหรือค้นหาข้อมูลการลงทะเบียนแผนของเราได้ กรณีที่ร้านขายยาไม่ได้รับข้อมูลการลงทะเบียนที่ต้องการในทันที คุณอาจต้องชำระค่ายาเต็มจำนวนด้วยตนเอง

โปรดบันทึกใบเสร็จรับเงินของคุณและส่งสำเนามาให้เราเมื่อคุณขอให้เราคืนเงิน เราอาจไม่คืนเงินเต็มจำนวนที่คุณจ่ายไป หากราคาเงินสดที่คุณจ่ายสูงกว่าราคาค่ายาที่เราเจรจาไว้

บทที่ 7 การขอให้เราจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์หรือยาในความคุ้มครอง**6. คุณจะจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์เต็มจำนวนในกรณีอื่นใดบ้าง**

คุณอาจชำระค่ายาเต็มจำนวนเนื่องจากคุณพบว่ายาไม่ได้รับความคุ้มครองด้วยเหตุผลบางประการ

- ตัวอย่างเช่น ยาอาจไม่อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนของเรา หรืออาจมีข้อจำกัดหรือข้อจำกัดที่คุณไม่ทราบ หรือคิดว่าไม่ควรมีผลใช้กับคุณ หากคุณตัดสินใจรับยาทันที คุณอาจต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็มจำนวน
- โปรดบันทึกใบเสร็จรับเงินของคุณและส่งสำเนามาให้เราเมื่อคุณขอให้เราคืนเงิน ในบางกรณี เราอาจจำเป็นต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ของคุณเพื่อจ่ายค่าบริการคืนให้คุณ เราอาจไม่คืนเงินเต็มจำนวนที่คุณจ่ายไป หากราคาส่งที่คุณจ่ายสูงกว่าราคายาที่เราเจรจากันไว้

7. หากคุณลงทะเบียนย้อนหลังในแผนของเราเนื่องจากคุณมีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการ Hawaii Med-QUEST Division (Medicaid)

Medicaid เป็นโครงการร่วมระหว่างรัฐบาลของรัฐบาลกลางและของรัฐ ซึ่งให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดบางราย บางคนที่อยู่ในโครงการ Medicaid จะลงทะเบียนในแผนของเราโดยอัตโนมัติเพื่อรับความคุ้มครองสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ บางครั้งการลงทะเบียนของคุณในแผนจะมีผลย้อนหลัง (ซึ่งมีผลย้อนหลังหมายความว่าวันแรกของการลงทะเบียนได้เลยไปแล้ว วันที่ลงทะเบียนอาจจะเป็นปีที่แล้วก็ได้)

หากคุณลงทะเบียนย้อนหลังในแผนของเราและคุณจ่ายค่ายาเองหลังจากวันที่ลงทะเบียน คุณสามารถขอให้เราจ่ายเงินคืนให้คุณได้ โดยคุณจะต้องส่งเอกสาร เช่น ใบเสร็จรับเงินและใบเรียกเก็บเงินเพื่อให้เราจัดการชำระคืนให้คุณ

- โปรดส่งสำเนาใบเสร็จรับเงินมาให้เราเมื่อคุณขอให้เราคืนเงิน
- คุณควรขอชำระเงินเงินสำหรับค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของคุณ (ไม่ใช่สำหรับค่าใช้จ่ายที่จ่ายโดยประกันรายอื่น)
 - แผนนี้อาจไม่จ่ายค่ายาที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา ตัวอย่างด้านบนทั้งหมดเป็นการตัดสินใจด้านความคุ้มครองประเภทต่างๆ ซึ่งหมายความว่าหากเราปฏิเสธคำขอชำระเงินของคุณ คุณสามารถยื่นคำร้องสำหรับคำตัดสินของเราได้ บทที่ 9 ของเอกสารนี้มีข้อมูลเกี่ยวกับวิธียื่นคำร้อง

เมื่อคุณส่งคำขอชำระเงินมาแล้ว เราจะตรวจสอบคำขอของคุณและตัดสินใจว่าบริการหรือยาดังกล่าวควรได้รับความคุ้มครองหรือไม่ ขั้นตอนนี้เรียกว่า**การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง** หากเราตัดสินใจว่าควรได้รับความคุ้มครอง เราจะจ่ายเงินค่าบริการหรือยานั้นๆ หากเราปฏิเสธคำขอชำระเงินของคุณ คุณสามารถยื่นคำร้องสำหรับคำตัดสินของเราได้ บทที่ 9 มีข้อมูลเกี่ยวกับวิธียื่นคำร้อง

บทที่ 7 การขอให้เราจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์หรือยาในความคุ้มครอง**ส่วนที่ 2 วิธีแจ้งให้เราจ่ายเงินคืนหรือชำระใบเรียกเก็บเงินที่คุณได้รับ**

คุณสามารถขอให้เราคืนเงินให้คุณได้โดยส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร หากคุณส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษร โปรดส่งใบเรียกเก็บเงินและเอกสารประกอบการชำระเงินใดๆ ที่คุณได้ชำระไปแล้วมาด้วย และขอแนะนำให้ทำสำเนาใบเรียกเก็บเงินและใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน **คุณต้องยื่นคำร้องให้เราภายใน 365 วัน (สำหรับการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล) และภายในสามปี (สำหรับการเรียกร้องค่ายา)** นับจากวันที่คุณได้รับบริการ รายการ หรือยา

เพื่อให้แน่ใจว่าคุณได้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นต่อการให้คำตัดสิน คุณสามารถกรอกแบบฟอร์มคำร้องของเราเพื่อยื่นคำร้องขอรับเงินได้

- คุณไม่จำเป็นต้องใช้แบบฟอร์มนี้ แต่จะการใช้แบบฟอร์มจะช่วยให้เราประมวลผลข้อมูลได้เร็วขึ้น สำหรับการชำระเงินคืนสมาชิก เรามีแบบฟอร์มคำร้องให้บริการผ่านทางเว็บพอร์ทัล แม้เราจะแนะนำให้สมาชิกใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อให้แน่ใจว่าได้ส่งเอกสารทั้งหมดครบถ้วน แต่คุณจะใช้หรือไม่ใช้แบบฟอร์มก็ได้ สมาชิกสามารถส่งสำเนาใบเรียกเก็บเงินได้โดยไม่ต้องใช้แบบฟอร์ม ไม่ว่าจะด้วยวิธีใด สมาชิกควรระบุข้อมูลผู้ให้บริการ, วันที่รับบริการ, รหัสศัลยกรรมหรือการบำบัด (CPT) ถ้ามี, รหัสการวินิจฉัยหรือคำอธิบาย และจำนวนเงินที่เรียกเก็บ พร้อมบันทึกทางการแพทย์ที่มี และควรมีคำอธิบายสั้นๆ ว่าเหตุใดจึงต้องการการดูแลดังกล่าวตามความเหมาะสม สมาชิกควรส่งหลักฐานการชำระเงินในเวลาเดียวกับที่ยื่นคำร้อง หลักฐานการชำระเงินที่ใช้ได้คือใบแจ้งยอดธนาคารหรือบัตรเครดิต หรือสำเนาเช็คที่ถูกยกเลิก
- ดาวน์โหลดสำเนาแบบฟอร์มจากเว็บไซต์ของเรา (go.wellcare.com/OhanaHI) หรือโทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) และขอแบบฟอร์ม

สำหรับบริการทางการแพทย์ โปรดส่งคำขอชำระเงินพร้อมใบเรียกเก็บเงินหรือใบเสร็จรับเงินมายังที่อยู่นี้:

ที่อยู่สำหรับส่งคำขอรับเงิน

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

สำหรับยาส่วน D ที่ต้องสั่งโดยแพทย์ โปรดส่งคำขอชำระเงินพร้อมใบเรียกเก็บเงินหรือใบเสร็จรับเงินมายังที่อยู่นี้:

ที่อยู่สำหรับส่งคำขอรับเงินส่วน D

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

บทที่ 7 การขอให้เราจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์หรือยาในความคุ้มครอง**ส่วนที่ 3 เราจะพิจารณาคำขอชำระเงินของคุณและระบุว่าอนุมัติหรือไม่**

เมื่อเราได้รับคำขอชำระเงินของคุณ เราจะแจ้งให้คุณทราบหากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติม มีฉะนั้น เราจะพิจารณาคำขอของคุณและทำการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง

- หากเราตัดสินใจว่าการรักษาพยาบาลหรือยาได้รับความคุ้มครอง และคุณปฏิบัติตามกฎทั้งหมด เราจะจ่ายค่าบริการหรือยาให้คุณ หากคุณชำระค่าบริการหรือยาไปแล้ว เราจะคืนเงินให้คุณทางไปรษณีย์ หากคุณชำระค่ายาเต็มจำนวน คุณอาจไม่ได้รับเงินคืนเต็มจำนวนเท่าที่จ่ายไป (ตัวอย่างเช่น หากคุณซื้อยาจากร้านขายยานอกเครือข่าย หรือหากราคาเงินสดที่คุณจ่ายสำหรับค่ายาสูงกว่าราคาที่เราเจรจาแล้ว) หากคุณยังไม่ได้ชำระค่าบริการหรือค่ายา เราจะชำระแก่ผู้ให้บริการโดยตรงทางไปรษณีย์
- หากเราตัดสินใจว่าไม่คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายา หรือคุณไม่ได้ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทั้งหมด เราจะไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายาให้ เราจะส่งจดหมายอธิบายเหตุผลที่เราไม่ชำระเงิน และอธิบายสิทธิของคุณในการยื่นคำร้องสำหรับคำตัดสิน

ส่วนที่ 3.1 หากเราแจ้งว่าเราจะไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายา คุณสามารถยื่นคำร้องได้

หากคุณคิดว่าเราดำเนินการผิดพลาดในการปฏิเสธคำขอชำระเงินหรือจำนวนเงินที่เราจ่าย คุณสามารถยื่นคำร้องได้ หากคุณยื่นคำร้อง หมายความว่า คุณกำลังขอให้เราเปลี่ยนแปลงคำตัดสินที่เราได้ดำเนินการไป ณ เวลาที่ปฏิเสธคำขอชำระเงินของคุณ กระบวนการยื่นคำร้องเป็นกระบวนการที่เป็นทางการ ซึ่งมีขั้นตอนโดยละเอียดและมีกำหนดเวลาที่สำคัญ สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับวิธียื่นคำร้องนี้ โปรดไปยังบทที่ 9

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

บทที่ 8: สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

ส่วนที่ 1 แผนของเราต้องเคารพสิทธิและความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมของคุณ

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 Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Karen, Samoan, Thai, Turkish, Uzbek, Ilocano, Burmese 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 1-888-846-4262 (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.

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ**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)**

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。我們需要以可得取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, 우즈베크어 를 포함한 영어 이외의 언어 를 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.

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

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

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

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 ncaw 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.

ບົດທີ 8 ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

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

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີການທີ່ເໝາະສົມສຳລັບທ່ານແລະສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ສຽງ, ຕົວອັກສອນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆ, ແລະອື່ນໆ)

ຖືບັນເລື່ອງຈຳເປັນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງທາງດ້ານຄລີນິກ ແລະບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄລີນິກ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມທາງວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ, ທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ, ຫຼືຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳແລະຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ.

ຕົວຢ່າງຂອງວິທີການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສາມາດຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ການສະຫນອງການບໍລິການແປພາສາ, ບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ເຄື່ອງພິມດິດໂທລະເລກ, ຫຼື TTY (ໂທລະສັບຂໍ້ຄວາມຫຼື ໂທລະສັບພິມດິດໂທລະເລກ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາຟຣີສຳລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສະເວົ້າພາສາອັງກິດ.

ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນຕ່າງໆເປັນ ເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ ລວມມີ ຈີນ, ເກົາຫຼີ, ມົ້ງ, ຕາກາລ່ອດຟາ, ລາວ, ກຳປູເຈຍ/ຂະເມນ, ຫວຽດນາມ, ຮາວາຍ, ອິນຊີ, ຊາມິວ, ໄທ, ອິໂລກາໂນ, ມຽນມາ, ຄາເລັນ, ເຕີກກີ, ອູເບກສະຖານ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

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

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ

ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບສຳລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະໜອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສຳລັບບໍລິການສະເພາະທາງ, ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພິເສດຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ຈະສະຫນອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍສະເພາະຄ່າແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຢູ່ໃນສະຖານະການ

ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້

ໃນການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະເໝາະສົມສຳລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ຫຼື ຄົນຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍ, ໂທເພື່ອອື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດອື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ Medicare

បញ្ជី 8 សិទ្ធិនិងការទទួលបានរបស់អ្នក

តាមរយៈការហៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬតាមរយៈការទំនាក់ទំនងជាមួយ Office for Civil Rights តាមលេខ 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697.

ផ្នែកទី 1.1 យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន និងតាមលក្ខណៈសមស្របខាងវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេង អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ពុម្ពអក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតជាដើម។)

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

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយនឹងសំណួរពីសមាជិកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ចិន, កូរ៉េ, ម៉ុង, តាកាឡុក, ឡាវ, កម្ពុជា/ខ្មែរ, វៀតណាម, ហាវ៉ៃ, ជប៉ុន, សាម៉ូ, ថៃ, អាមេរិក, កាណាដា, ឡាតីន, 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

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ**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

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

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, Kōlea, 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

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

に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 အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢန့ၢ်ဒီး အယူလိာ်ဖိးလိာ်သးဒီး နတၢ်ဆဲးတၢ်လၢ လၢကဘၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ပလီၤပဒိသး (လၢကျိၣ်တၢ်ကတိၤလၢ တမ့ၢ်ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်, ဒီးလၢတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမၢ်တထီၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖၣ်, ဒီးဒံန့ၣ်အသိးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.)

တၢ်ကူစါယါဘျါ ခံမံၤလိာ်, န့ၣ်ဘၣ်တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ်အီၤလၢ လုၢ်လံာ်လၢအလၢပုၤဒီးတၢ်ဆဲးတၢ်လၢအကီၢ်အစီအပူၤဒီး ပုၤဆဲးလီၤမံၤခဲလၢာ် ဒီးန့ၢ်အီၤကသ့, ပၣ်ဃုာ်ဒီး ပုၤတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, ဖးလံာ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, တၢ်န့ၢ်ဟူတၢ်ဂီၢ်ဘါစၢ်, မ့တမ့ၢ် ပုၤတဖၣ်လၢအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးတၢ်လၢလၢ အလီၤဆီလိာ်သးဒီး ကလုာ်ဒုၣ်တၢ်စီၤစီၤဂီၢ်ထံး တလီၤကံလိာ်သးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပတၢ်တီၢ်ကျဲၤအံၤ ထီၣ်ဘးဝဲဒၣ် တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ကသ့ဝဲဒၣ်လဲၣ် အတၢ်အဒိအတၢ်အပူၤ ပၣ်ဃုာ်ဒီး တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ် ပုၤကွဲးကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, ပုၤတဲကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, တၢ်ကွဲးဆုၤလံာ်လၢလီၤတဲစီၤစီၤခိၣ်, မ့တမ့ၢ် TTY (တၢ်ကွဲးဆုၤတၢ်ကစီၣ်လၢလီၤတဲစီၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးဆုၤလံာ်လၢလီၤတဲစီၤစီၤခိၣ်) တၢ်ဘျးစဲတဖၣ် သန့က့ တမ့ၢ်ဒၣ်ထဲ

ပတၢ်တီၢ်ကျဲၤန့ၣ် အိၣ်ဒီးပုၤတဲကျိၣ်တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့လၢဘျးလဲကလီၤ ဒ်သိးကစံးဆၢတၢ်သံကွၢ်တဖၣ်လၢ ပုၤကရူၢ်ဖိတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့တဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပဟ့ၣ်န့ၢ် လံာ်လိာ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ကွဲးယါတဖၣ်သ့ ခိဖျိ

နမ့်အိၣ်ဒီး တၢ်ကီၢ်တၢ်ခဲတမံၤမံၤလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢပတၢ်တီၢ်ကျဲၤအအိၣ် လၢတၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ဒီး အကၢၤၤအဘၣ်လၢနဂီၢ်, လၢကထံၣ်လိာ်ဒုးန့ၣ်သးဒီး ပိာ်မုၢ်ပိာ်မၤအဆူၣ်ချု ပၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤတဂၤ မ့တမ့ၢ် ဃုထံၣ်န့ၢ် ပၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီလၢ ပၤဘျးစဲအပူၤတဂၤန့ၣ်, ကိးလီၤတဲစိလၢ ကဆၢထီၣ် တၢ်ဆိးထီၣ်တၢ်သးတမံၤဆူ တၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤ ပၤကရူၢ်ဖိ အတၢ်မၤန့ၣ်တက့ၢ်. နဆၢထီၣ် တၢ်သးတမံၤအဂီၢ်ဆူ Medicare ခီဖျိ နကိး 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) မ့တမ့ၢ် ဆူ ဝဲၤဒၢးလၢ ထံဖိကီၢ်ဖိခွဲးယာ်တဖၣ်အဂီၢ် (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 မ့တမ့ၢ် TTY 1-800-537-7697 သ့စ့ၢ်ကိးန့ၣ်လီၤ.

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

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 tomiai 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 faaagaina 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 tomiai 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 tomiai 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.

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ**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 ม้ง 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)

แผนของเรากำหนดให้ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงสามารถเลือกที่จะเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้หญิงในเครือข่ายได้โดยตรงสำหรับบริการดูแลสุขภาพเป็นประจำและในเชิงป้องกันของผู้หญิง

หากผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผนของเราไม่พร้อมให้บริการ จะถือเป็นความรับผิดชอบของแผนของเราในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายผู้ที่จะให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ

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

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

karşılatabileceğine ilişkin örnekler arasında, çevirmen hizmetleri, tercüman hizmetleri, teleksler veya TTY (yazı çıktıları 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, İlocano 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, Kambodja tili/Xmer, Vyetnam tili, Hawayilik, Yaponcha, Samoan, Taycha, Ilokan, Birmancha, Karen, Turkcha, O'zbekcha materiallarni, audio, Brayl alifbosidagi, katta shriftidagi yoki boshqa muqobil shakldagi materiallarni taqdim etishimiz mumkin. Biz sizga rejamizning foydalari haqida siz uchun kerakli va qulay usulda ma'lumot

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

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 kabaelanda 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. Mabalinmi 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).

ပုဒ်မ ၈ စိန်ခေါ်စာနာလိမ္မော်လိမ္မော်လိမ္မော်

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 အလေးဂရုပြု၍ ပုံစံ (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများ၊ အသံ၊ မျက်မမြင် လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကျိုးနှင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများ) အား အသုံးပြုလျက် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့က ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

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

ပုဒ်မ ၈ စီမံခန့်ခွဲမှုနှင့်အသုံးပြုမှုစည်းကမ်းချက်များ

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

ဤသည်တို့အပါအဝင် အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများဖြင့် ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ တရုတ် ကိုရီးယား မှ တဂါးလော့ဂ်အို ကမ္ဘာတစ်လွှားသုံးစွဲသော ဟာဝိုင်းယီ ဂျပန် ဆာမိုအာ ထိုင်း အီလိုကာနို မြန်မာ ကရင် တူရကီ ဥဇဘက် နှင့် သင်္သကရိုက် 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 ကိုက်ညီသောကုသရေး စောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကွန်ရက်တွင်းရှိ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ခွင့် ပေးအပ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

အထူးပြုပြန်ပယ်တစ်ခုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမရှိပါက သင့်ကို လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်ကုသမှု ပေးအပ်နိုင်မည့် ကွန်ရက်ပြင်ပမှ အထူးပြုပြန်ဆောင်ရွက်ပေးသူများကို ရှာဖွေပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ထိုအနေအထားတွင် ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ သင် ပေးချရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း သင်လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်နိုင်သည့် အထူးကုဆရာဝန် မရှိသောအခြေအနေကို ကြုံတွေ့ရပါက ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ ပေးချလျက် ထိုဝန်ဆောင်မှုများကို မည်သည့်နေရာ၌ ရယူနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်သို့ ဆက်သွယ်မေးမြန်းပါ။

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

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

Civil Rights โทรศัพท์ 1-800-368-1019 วัสดุพิมพ์ TTY 1-800-537-7697 วัสดุพิมพ์ 1-800-368-1019
 วัสดุพิมพ์ 1-800-368-1019 วัสดุพิมพ์ 1-800-537-7697 วัสดุพิมพ์ 1-800-368-1019

ส่วนที่ 1.2 เราต้องสร้างความมั่นใจว่าคุณจะสามารถเข้าถึงบริการและยาในความคุ้มครองในเวลาที่เหมาะสม

คุณมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ในเครือข่ายของแผนของเราเพื่อให้บริการและทำการนัดหมายสำหรับบริการในความคุ้มครองของคุณ เราไม่ได้กำหนดว่าคุณจะต้องได้รับการส่งต่อจึงจะสามารถไปยังผู้ให้บริการในเครือข่ายได้

คุณมีสิทธิได้รับการนัดหมายและบริการในความคุ้มครองจากเครือข่ายผู้ให้บริการของแผนของเราภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงสิทธิในการได้รับการนัดหมายในเวลาที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อคุณต้องการการดูแลดังกล่าว คุณยังมีสิทธิรับยาตามคำสั่งแพทย์หรือเติมยาดังกล่าวก่อนที่ร้านขายยาในเครือข่ายของเราโดยไม่มีค่าเช่าเป็นระยะเวลานาน

หากคุณคิดว่าคุณไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือยาส่วน D ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม บทที่ 9 มีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่คุณสามารถทำได้

ส่วนที่ 1.3 เราต้องคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคลของคุณ

กฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของเวชระเบียนและข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคลของคุณ เราคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคลของคุณตามที่กฎหมายเหล่านี้กำหนดไว้

- ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของคุณรวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณให้เราเมื่อคุณลงทะเบียนในแผนนี้ รวมถึงเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพอื่นๆ
- คุณมีสิทธิที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลของคุณและควบคุมวิธีการใช้ข้อมูลสุขภาพของคุณ เราจะแจ้งผ่านเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร เรียกว่าประกาศเกี่ยวกับหลักปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวซึ่งระบุถึงสิทธิเหล่านี้และอธิบายวิธีที่เราปกป้องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลด้านสุขภาพของคุณ

เราจะปกป้องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพของคุณอย่างไร

- เราจะสร้างความมั่นใจว่าบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตจะไม่เห็นหรือเปลี่ยนแปลงประวัติของคุณ
- ยกเว้นกรณีที่เราจำเป็นต้องใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของคุณแก่บุคคลใดก็ตามที่ไม่ได้ให้การดูแลหรือเป็นผู้จ่ายค่ารักษาให้คุณ เราจำเป็นต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณหรือบุคคลที่คุณมอบอำนาจตามกฎหมายให้ตัดสินใจแทนคุณก่อน
- มีข้อยกเว้นบางอย่างที่ไม่จำเป็นต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากคุณก่อน ข้อยกเว้นเหล่านี้ได้
 - เราจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพแก่หน่วยงานของรัฐที่กำลังตรวจสอบคุณภาพของการดูแล
 - เนื่องจากคุณเป็นสมาชิกของแผนของเราผ่านทาง Medicare เราจึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลสุขภาพของคุณแก่ Medicare รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาส่วน D ที่ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ของคุณ หาก Medicare

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

เผยแพร่ข้อมูลของคุณสำหรับการวิจัยหรือการใช้งานอื่นๆ ขึ้นตอนนี้จะดำเนินการตามกฎหมายและข้อบังคับของรัฐบาลกลาง ซึ่งโดยปกติแล้วจะกำหนดให้ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวตนของคุณโดยเฉพาะ

คุณสามารถดูข้อมูลในประวัติของคุณและทราบว่าข้อมูลดังกล่าวได้รับการแชร์กับผู้อื่นอย่างไร

คุณมีสิทธิ์ที่จะดูเวชระเบียนของคุณที่เก็บไว้ในแผนของเรา และรับสำเนาของบันทึกของคุณ เราได้รับอนุญาตให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากการทำสำเนา นอกจากนี้ คุณยังมีสิทธิ์ที่จะขอให้เราเพิ่มหรือแก้ไขเวชระเบียนของคุณ หากคุณขอให้เราทำเช่นนี้ เราจะทำงานร่วมกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของคุณเพื่อตัดสินใจว่าควรทำการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

คุณมีสิทธิ์ที่จะทราบว่าข้อมูลสุขภาพของคุณได้รับการแบ่งปันกับผู้อื่นเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ที่ไม่ได้เป็นกิจวัตร

หากคุณมีข้อสงสัยหรือข้อกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของคุณ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711)

ส่วนที่ 1.4 เราต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนของเรา เครือข่ายผู้ให้บริการของเรา และบริการในความคุ้มครองของคุณ

ในฐานะสมาชิกของแผนของเรา คุณมีสิทธิ์ได้รับข้อมูลหลายประเภทจากเรา

หากคุณต้องการข้อมูลประเภทใดๆ ต่อไปนี้ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711):

- **ข้อมูลเกี่ยวกับแผนของเรา** ซึ่งรวมถึง ข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขทางการเงินของแผนของเรา เป็นต้น
- **ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการในเครือข่ายและร้านขายยาของเรา** คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ให้บริการและร้านขายยาในเครือข่ายของเรา และวิธีที่เราจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการในเครือข่ายของเรา
 - คุณสามารถสอบถามบริการของสมาชิกเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ให้บริการในเครือข่ายของเรา รวมถึงคุณสมบัติของผู้ให้บริการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ที่เข้าศึกษา การสำเร็จหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน และวุฒิบัตรหรือใบประกาศนียบัตรเฉพาะทาง ทั้งบริการของสมาชิกและเว็บไซต์สามารถให้ข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการในเครือข่ายของเราแก่คุณได้ ข้อมูลนี้สามารถพบได้ในเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/2026providerdirectories
- **ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองของคุณและกฎที่คุณต้องปฏิบัติตามเมื่อใช้ความคุ้มครองของคุณ** บทที่ 3 และ 4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ บทที่ 5 และ 6 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองยาส่วน D
 - **หมายเหตุ:** แผนของเราไม่ให้รางวัลแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้ให้บริการ หรือพนักงานที่ดำเนินการตรวจสอบการใช้ประโยชน์ รวมถึงการตรวจสอบของหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการการใช้ประโยชน์ (UM) จะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการดูแลและบริการ และการมีอยู่ของความคุ้มครองเท่านั้น นอกจากนี้ แผนดังกล่าวไม่ได้ให้รางวัลแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือบุคคลอื่น โดยเฉพาะสำหรับการออกการปฏิเสธความคุ้มครอง แรงจูงใจทางการเงินสำหรับผู้มีอำนาจตัดสินใจด้าน UM ไม่ส่งเสริมการตัดสินใจที่ส่งผลให้เกิดการใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

- ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่บางสิ่งบางอย่างไม่ได้รับการคุ้มครอง และสิ่งที่คุณสามารถทำได้เกี่ยวกับเรื่องนี้ บทที่ 9 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขอคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษรว่าเหตุใดบริการทางการแพทย์หรือยาส่วน D จึงไม่อยู่ในความคุ้มครอง หรือความคุ้มครองของคุณถูกจำกัดหรือไม่ บทที่ 9 ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขอให้เราเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ หรือเรียกอีกอย่างว่าการยื่นคำร้อง

ส่วนที่ 1.5 คุณมีสิทธิที่จะทราบเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาของคุณและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของคุณ

คุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลทั้งหมดจากแพทย์และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ของคุณ ผู้ให้บริการของคุณจะต้องอธิบายภาวะทางการแพทย์และทางเลือกการรักษาของคุณในลักษณะที่คุณสามารถเข้าใจได้

คุณยังมีสิทธิที่จะเข้าร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคุณ เพื่อช่วยคุณในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ของคุณเกี่ยวกับการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับคุณ สิทธิของคุณมีดังนี้:

- **การทราบเกี่ยวกับทางเลือกทั้งหมดของคุณ** คุณมีสิทธิที่จะได้รับแจ้งเกี่ยวกับตัวเลือกการรักษาทั้งหมดที่แนะนำสำหรับสภาวะของคุณ ไม่ว่าจะมีความจำเป็นหรือไม่หรือคุ้มครองอยู่ในแผนของเราหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมถึงการได้รับแจ้งเกี่ยวกับโปรแกรมที่แผนของเราเสนอ เพื่อช่วยให้คุณสมาชิกจัดการยาและใช้ยาอย่างปลอดภัย
- **การทราบเกี่ยวกับความเสี่ยง** คุณมีสิทธิที่จะได้รับแจ้งเกี่ยวกับความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลของคุณ คุณจะต้องได้รับการแจ้งล่วงหน้าหากการดูแลหรือการรักษาทางการแพทย์ใดๆ ที่เสนอเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองเพื่อการวิจัย คุณมีทางเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาแบบทดลองใดๆ เสมอ
- **สิทธิในการ “ปฏิเสธ”** คุณมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาที่แนะนำใดๆ ซึ่งรวมถึงสิทธิในการออกจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ แม้ว่าแพทย์ของคุณจะแนะนำว่าคุณไม่ควรออกจากโรงพยาบาลก็ตาม คุณยังมีสิทธิที่จะหยุดการใช้ยาของคุณ หากคุณปฏิเสธการรักษาหรือหยุดการใช้ยา คุณจะต้องรับผิดชอบอย่างเต็มที่ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายของคุณอันเป็นผลจากการตัดสินใจนี้

คุณมีสิทธิที่จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำหาก你不能自行做出医疗决定

บางครั้งผู้คนที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้เนื่องจากอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วยร้ายแรง คุณมีสิทธิที่จะพูดว่าคุณต้องการให้เกิดอะไรขึ้นหากคุณอยู่ในสถานการณ์เช่นนี้ ซึ่งหมายความว่าหากคุณต้องการ คุณสามารถ:

- กรอกแบบฟอร์มเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อมอบอำนาจทางกฎหมายแก่บุคคลอื่นในการตัดสินใจทางการแพทย์ให้คุณ หาก你不能自行做出医疗决定
- เขียนคำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษรแก่แพทย์ว่าคุณต้องการให้แพทย์ดูแลการรักษาของคุณอย่างไร หาก你不能自行做出医疗决定

เอกสารทางกฎหมายที่คุณสามารถใช้เพื่อให้คำแนะนำล่วงหน้าในสถานการณ์เหล่านี้เรียกว่า **หนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้า** เอกสาร เช่น **หนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษา** และ **หนังสือมอบอำนาจเพื่อการรักษาพยาบาล** คือตัวอย่างของหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้า

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

วิธีการจัดเตรียมหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าเพื่อให้คำแนะนำ:

- **รับแบบฟอร์ม** คุณสามารถขอรับแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าได้จากทนายความ นักสังคมสงเคราะห์ หรือร้านขายอุปกรณ์สำนักงานบางแห่ง บางครั้งคุณอาจได้รับหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าจากองค์กรที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Medicare แก่สาธารณชน
- **กรอกแบบฟอร์มและเซ็นชื่อ** ไม่ว่าคุณจะได้รับแบบฟอร์มนี้จากแหล่งใด เอกสารนี้เป็นเอกสารทางกฎหมาย ควรพิจารณาให้ทนายความช่วยคุณเตรียมเอกสาร
- **มอบสำเนาแบบฟอร์มแก่บุคคลที่เหมาะสม** มอบสำเนาแบบฟอร์มแก่แพทย์และบุคคลที่คุณระบุชื่อไว้ในแบบฟอร์มซึ่งสามารถตัดสินใจแทนคุณได้หากคุณไม่สามารถทำได้ คุณอาจต้องการมอบสำเนาให้เพื่อนสนิทหรือสมาชิกในครอบครัว เก็บสำเนาไว้ที่บ้านหนึ่งฉบับ

หากคุณทราบล่วงหน้าว่าคุณกำลังจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและคุณได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้า **ให้นำสำเนาทิดตัวคุณไปที่โรงพยาบาล**

- โรงพยาบาลจะถามว่าคุณได้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าหรือไม่ และคุณมีเอกสารนั้นติดตัวมาด้วยหรือไม่
- หากคุณไม่ได้ลงชื่อในแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้า โรงพยาบาลมีแบบฟอร์มที่พร้อมใช้งานและจะถามว่าคุณต้องการเซ็นชื่อหรือไม่

การเขียนหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าเป็นสิ่งที่คุณเลือกได้ (รวมถึงว่าคุณต้องการเซ็นชื่อหรือไม่หากคุณอยู่ในโรงพยาบาล) ตามกฎหมาย ไม่มีใครสามารถปฏิเสธที่จะมอบการดูแลให้กับคุณหรือเลือกปฏิบัติต่อคุณได้ โดยขึ้นอยู่กับว่าคุณได้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าหรือไม่

หากคำแนะนำของคุณไม่ได้รับการปฏิบัติตาม

หากคุณเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าและคุณเชื่อว่าแพทย์หรือโรงพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในเอกสาร คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนต่อ Hawaii Executive Office on Aging

ส่วนที่ 1.6 คุณมีสิทธิ์ยื่นร้องเรียนและขอให้เราพิจารณาการตัดสินใจของเราอีกครั้ง

หากคุณมีปัญหา ข้อกังวล หรือคำร้องเรียนใดๆ และต้องการขอความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง บทที่ 9 ของเอกสารนี้จะบอกสิ่งที่คุณสามารถทำได้ ไม่ว่าคุณจะสามารถทำอะไรก็ตาม ตั้งแต่การขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง ยื่นคำร้อง หรือยื่นคำร้องเรียน **เราต้องปฏิบัติต่อคุณอย่างเป็นธรรม**

ส่วนที่ 1.7 คุณมีสิทธิ์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับนโยบายสิทธิและความรับผิดชอบของสมาชิกของเรา

หากคุณมีคำถามหรือข้อกังวลใดๆ เกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบ หรือหากคุณมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายสิทธิของสมาชิกของเรา โปรดแบ่งปันความคิดเห็นของคุณกับเราโดยติดต่อบริการของสมาชิก

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ**ส่วนที่ 1.8 การประเมินเทคโนโลยีใหม่**

เทคโนโลยีใหม่ ได้แก่ ขึ้นตอน ยา ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ หรืออุปกรณ์ที่ได้รับการพัฒนาใหม่ล่าสุดสำหรับการรักษาโรค หรืออาการเฉพาะ หรือเป็นการประยุกต์ใช้ขึ้นตอน ยา ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ และอุปกรณ์ที่มีอยู่แล้ว แผนของเราเป็นไปตามการพิจารณาความคุ้มครองระดับชาติและระดับท้องถิ่นของ Medicare ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ไม่มีพิจารณาความคุ้มครองของ Medicare แผนของเราจะประเมินเทคโนโลยีใหม่หรือการใช้งานแบบใหม่ของเทคโนโลยีที่มีอยู่เพื่อรวมไว้ในแผนสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แน่ใจว่าสมาชิกสามารถเข้าถึงการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยทำการตีความเชิงวิเคราะห์กับเอกสารทางการแพทย์ที่ตีพิมพ์ในปัจจุบันจากสิ่งพิมพ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการทบทวนอย่างเป็นระบบ การทดลองที่มีการควบคุมแบบสุ่ม การศึกษากลุ่มตัวอย่าง การศึกษาแบบควบคุมกรณี การศึกษาการทดสอบการวินิจฉัยที่มีผลลัพธ์ที่สำคัญเชิงสถิติ ที่แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยและประสิทธิผล และการทบทวนแนวปฏิบัติที่เน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พัฒนาโดยองค์กรระดับชาติและหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับ แผนของเราจะพิจารณาความคิดเห็น คำแนะนำ และการประเมินโดยแพทย์เวชปฏิบัติ สมาคมการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับระดับประเทศ ซึ่งรวมถึงสมาคมแพทย์เฉพาะทาง คณะฉันทามติ หรือองค์การการประเมินผลการวิจัยหรือเทคโนโลยีที่ได้รับการยอมรับระดับประเทศ รายงานและสิ่งพิมพ์ของหน่วยงานรัฐ (เช่น องค์การอาหารและยา (FDA) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ (CDC) และสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (NIH))

ส่วนที่ 1.9 หากคุณเชื่อว่าคุณถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม หรือสิทธิของคุณไม่ได้รับการเคารพ

หากคุณเชื่อว่าคุณถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม หรือสิทธิของคุณไม่ได้รับการเคารพเนื่องจากเชื้อชาติ ความพิการ ศาสนา เพศ สุขภาพ ชาติพันธุ์ ความเชื่อ อายุ หรือชาติกำเนิด โปรดติดต่อ **Office for Civil Rights** ของกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ ที่หมายเลข 1-800-368-1019 (ผู้ใช้ TTY โทร 1-800-537-7697) หรือติดต่อสำนักงานสิทธิพลเมืองในท้องถิ่นของคุณ คุณมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพและการยอมรับในศักดิ์ศรีของคุณ

หากคุณเชื่อว่าคุณถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม หรือสิทธิของคุณไม่ได้รับการเคารพ *และไม่ใช้* เรื่องการเลือกปฏิบัติ คุณสามารถขอความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาที่คุณเผชิญได้จากช่องทางเหล่านี้:

- โทรติดต่อบริการของสมาชิกสำหรับแผนของเราที่หมายเลข **1-888-846-4262** (ผู้ใช้ TTY โทร หมายเลข 711)
- ติดต่อ SHIP ในท้องถิ่นของคุณที่หมายเลข 1-888-875-9229
- ติดต่อ Medicare ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048)

ส่วนที่ 1.10 วิธีการรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของคุณ

รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของคุณจากสถานที่เหล่านี้:

- โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข **1-888-846-4262** (ผู้ใช้ TTY โทร 711)
- ติดต่อ SHIP ในท้องถิ่นของคุณที่หมายเลข 1-888-875-9229
- ติดต่อ Medicare
 - ไปที่ www.Medicare.gov เพื่ออ่านเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับสิทธิและการคุ้มครองของ Medicare (ดูได้ที่ www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - โทรติดต่อ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048)

บทที่ 8 สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ**ส่วนที่ 2 ความรับผิดชอบของคุณในฐานะสมาชิกแผนของเรา**

สิ่งที่คุณต้องทำในฐานะสมาชิกแผนของเรามีดังต่อไปนี้ หากมีข้อสงสัย โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711)

- **ทำความเข้าใจกับบริการในความคุ้มครองและกฎที่คุณต้องปฏิบัติตามเพื่อรับบริการในความคุ้มครองเหล่านี้** ใช้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้เพื่อเรียนรู้สิ่งที่คุ้มครองและกฎที่คุณต้องปฏิบัติตามเพื่อรับบริการในความคุ้มครอง
 - บทที่ 3 และ 4 ให้รายละเอียดเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์
 - บทที่ 5 และ 6 ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความคุ้มครองยาส่วน D
- **หากคุณมีความคุ้มครองสุขภาพหรือความคุ้มครองยาอื่นๆ นอกเหนือจากแผนของเรา คุณจำเป็นต้องแจ้งให้เราทราบ** บทที่ 1 จะบอกคุณเกี่ยวกับการประสานงานสิทธิประโยชน์เหล่านี้
- **แจ้งแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพรายอื่นๆ ทราบว่า คุณลงทะเบียนในแผนของเราแล้ว** แสดงบัตรสมาชิกแผนของเราและบัตร Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ของคุณเมื่อใดก็ตามที่คุณได้รับการรักษาพยาบาลหรือยาส่วน D
- **ช่วยให้แพทย์และผู้ให้บริการรายอื่นของคุณสามารถให้ความช่วยเหลือคุณโดยการให้ข้อมูลแก่พวกเขา** ถามคำถาม และติดตามผลการรักษาของคุณ
 - เพื่อช่วยให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด โปรดแจ้งแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคุณ ปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่คุณและแพทย์ของคุณตกลงกัน
 - ตรวจสอบให้แน่ใจว่าแพทย์ของคุณทราบถึงยาทั้งหมดที่คุณกำลังใช้ รวมถึงยาที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ วิตามิน และอาหารเสริม
 - หาก你有คำถาม โปรดถามและรับคำตอบที่คุณสามารถเข้าใจได้ คุณมีหน้าที่รับผิดชอบในการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพของคุณและช่วยกำหนดเป้าหมายการรักษาที่คุณและแพทย์ของคุณตกลงกัน
- **พิจารณาอย่างรอบคอบ** เราคาดหวังให้สมาชิกของเราเคารพสิทธิของผู้ป่วยรายอื่น นอกจากนี้เรายังคาดหวังให้คุณดำเนินการในลักษณะที่ช่วยให้สำนักงานของแพทย์ของคุณ โรงพยาบาล และสำนักงานอื่นๆ ดำเนินงานได้อย่างราบรื่น
- **จ่ายค่าที่คุณติดค้างไว้** ในฐานะสมาชิกแผน คุณมีหน้าที่รับผิดชอบในการชำระเงินเหล่านี้:
 - คุณต้องจ่ายเบี้ยประกัน Medicare ของคุณเพื่อเป็นสมาชิกในแผนของเราต่อไป
- **หากคุณย้ายที่อยู่ภายในพื้นที่ให้บริการของแผนเรา เราจำเป็นต้องทราบ** เพื่อให้เราสามารถอัปเดตข้อมูลการเป็นสมาชิกของคุณและทราบวิธีติดต่อคุณ
- **หากคุณย้ายอยู่นอกพื้นที่ให้บริการในแผนของเรา คุณจะไม่สามารถเป็นสมาชิกของแผนของเราต่อไปได้**
- **หากคุณย้ายที่อยู่ โปรดแจ้งประกันสังคม (หรือคณะกรรมการผู้เกษียณอายุจากการรถไฟ)**

บทที่ 9:

หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ส่วนที่ 1 สิ่งที่ต้องทำหากคุณมีปัญหาหรือข้อกังวล

บทนี้จะอธิบายกระบวนการในการจัดการกับปัญหาและข้อกังวล กระบวนการที่คุณใช้ในการจัดการกับปัญหาของคุณขึ้นอยู่กับประเภทของปัญหาที่คุณมี:

- สำหรับปัญหาบางอย่าง คุณต้องใช้**กระบวนการสำหรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและการยื่นคำร้อง**
- สำหรับปัญหาอื่นๆ คุณต้องใช้**กระบวนการร้องเรียน** (หรือที่เรียกว่าการร้องทุกข์)

แต่ละกระบวนการจะมีชุดของกฎระเบียบ ขั้นตอน และกำหนดเวลาที่เราและคุณต้องปฏิบัติตาม

ส่วนที่ 3 จะช่วยให้คุณระบุกระบวนการที่เหมาะสมที่จะใช้และสิ่งที่คุณควรทำ

ส่วนที่ 1.1 คำศัพท์ทางกฎหมาย

คำศัพท์ทางกฎหมายสำหรับกฎ ขั้นตอน และประเภทของกำหนดเวลาที่มีคำอธิบายอยู่ในบทนี้ คำศัพท์เหล่านี้จำนวนมากไม่เป็นที่คุ้นเคยสำหรับคนส่วนใหญ่ เพื่อให้สิ่งต่างๆ ง่ายขึ้น บทนี้จะใช้คำศัพท์ที่เป็นที่คุ้นเคยมากขึ้นแทนคำศัพท์ทางกฎหมายบางคำ

อย่างไรก็ตาม บางครั้งก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทราบคำศัพท์ทางกฎหมายที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้คุณทราบว่าควรใช้คำศัพท์ใดเพื่อขอรับความช่วยเหลือหรือข้อมูลที่ต้องการ เราได้รวมคำศัพท์ทางกฎหมายเหล่านี้ไว้เมื่อเราให้รายละเอียดในการจัดการกับสถานการณ์เฉพาะ

ส่วนที่ 2 สถานที่รับข้อมูลเพิ่มเติมและความช่วยเหลือส่วนบุคคล

เราพร้อมให้ความช่วยเหลือแก่คุณเสมอ แม้ว่าคุณจะมีคำร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อคุณของเรา เรามีหน้าที่รับผิดชอบต่อสิทธิของคุณในคำร้องเรียน คุณควรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เพื่อขอความช่วยเหลือทุกครั้ง ในบางสถานการณ์ คุณอาจต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรา องค์กรสองแห่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้แก่:

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP)

แต่ละรัฐมีโครงการของรัฐบาลที่มีที่ปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรม พวกเขาไม่ได้เชื่อมโยงกับเราหรือกับบริษัทประกัน หรือแผนสุขภาพใดๆ ผู้ให้คำปรึกษาในโปรแกรมนี้สามารถช่วยให้คุณเข้าใจว่าคุณควรใช้กระบวนการใดในการจัดการกับปัญหาที่คุณมี พวกเขายังสามารถตอบคำถาม ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำอีกด้วย

บริการของที่ปรึกษาของ SHIP นั้นไม่มีค่าใช้จ่าย ข้อมูลการติดต่อ SHIP สามารถดูได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 3

Medicare

คุณยังสามารถติดต่อ Medicare เพื่อขอความช่วยเหลือ:

- ติดต่อ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048
- ไปที่ www.Medicare.gov

คุณสามารถรับความช่วยเหลือและข้อมูลจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมและความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหา คุณยังสามารถติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) นี้คือสองวิธีในการรับข้อมูลโดยตรงจาก Medicaid:

- คุณสามารถโทรติดต่อ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่หมายเลข 1-800-316-8005 ผู้ใช้ TTY ควรโทรหมายเลข 711 เวลาทำการคือ 7.45 น. - 16.30 น. HT วันจันทร์ - วันศุกร์
- คุณสามารถเข้าชมเว็บไซต์ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>)

ส่วนที่ 3 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำร้องเรียนและคำร้องของ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

คุณมี Medicare และรับความช่วยเหลือจาก Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ข้อมูลในบทนี้มีผลใช้กับสิทธิประโยชน์ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) **ทั้งหมด**ของคุณ ซึ่งเรียกว่ากระบวนการแบบบูรณาการ เนื่องจากเป็นการรวมหรือบูรณาการกระบวนการของ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ไว้ด้วยกัน

บางครั้งกระบวนการของ Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ก็ไม่ได้รวมไว้ด้วยกัน ในสถานการณ์เหล่านั้น ให้ใช้กระบวนการ Medicare สำหรับสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองโดย Medicare และกระบวนการของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) สำหรับสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) สถานการณ์เหล่านี้มีคำอธิบายใน**ส่วนที่ 6.4**

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 4 กระบวนการที่จะใช้สำหรับปัญหาของคุณ**

หากคุณมีปัญหาหรือข้อกังวล โปรดอ่านส่วนต่างๆ ของบทนี้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของคุณ ข้อมูลด้านล่างจะช่วยให้คุณพบส่วนที่ถูกต้องของบทนี้สำหรับปัญหาหรือคำร้องเรียนเกี่ยวกับ**สิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองโดย Medicare หรือ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)**

ปัญหาหรือข้อกังวลของคุณเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์หรือความคุ้มครองของคุณหรือไม่

ซึ่งรวมถึงปัญหาเกี่ยวกับข้อสงสัยว่าการรักษาพยาบาล (รายการทางการแพทย์ บริการ และ/หรือยาส่วน B) ได้รับการคุ้มครองหรือไม่ วิธีการที่สิ่งเหล่านี้ได้รับความคุ้มครอง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการชำระเงินสำหรับการรักษาพยาบาล

ได้

ไปที่**ส่วนที่ 5 แนวทางการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้อง**

ไม่

ไปที่**ส่วนที่ 11 วิธีการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการรักษา เวลา รอ การบริการลูกค้า หรือข้อกังวลอื่นๆ**

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้อง**ส่วนที่ 5 แนวทางการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้อง**

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้องจะจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองของคุณสำหรับการรักษาพยาบาล (บริการ รายการ และยา ส่วน B รวมถึงการชำระเงิน) เพื่อให้สิ่งต่างๆ ง่ายขึ้น โดยทั่วไปเราจะอ้างอิงถึงรายการทางการแพทย์ บริการ และยา Medicare Part B ด้วยคำว่า**การรักษาพยาบาล** คุณใช้กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับความคุ้มครองและคำร้องสำหรับปัญหาต่างๆ เช่น บางสิ่งอยู่ภายใต้ความคุ้มครองหรือไม่และวิธีการที่บางสิ่งได้รับความคุ้มครอง

การขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองก่อนที่คุณจะรับบริการ

หากคุณต้องการทราบว่าเราจะคุ้มครองการรักษาพยาบาลหรือไม่ก่อนที่คุณจะได้รับบริการนั้น คุณสามารถขอให้เราทำการตัดสินใจด้านความคุ้มครองให้กับคุณได้ การตัดสินใจด้านความคุ้มครองคือการที่เราตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองของคุณหรือเกี่ยวกับจำนวนเงินที่เราจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของคุณ ตัวอย่างเช่น หากแพทย์ในเครือข่ายแผนของเราส่งต่อการรักษาของคุณไปยังผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย การส่งต่อนี้จะถือว่าเป็นการตัดสินใจด้านความคุ้มครองที่เป็นประโยชน์ เว้นแต่คุณหรือแพทย์ในเครือข่ายของคุณจะสามารถแสดงให้เห็นว่าคุณได้รับการแจ้งการปฏิเสธมาตรฐานสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์รายนี้ หรือ**หลักฐานแสดงความคุ้มครอง**แสดงให้เห็นชัดเจนว่าบริการที่ส่งต่อจะไม่ได้รับความคุ้มครองไม่ว่าภายใต้เงื่อนไขใดๆ คุณหรือแพทย์ของคุณยังสามารถติดต่อเราเพื่อขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง หากแพทย์ของคุณไม่แน่ใจว่าเราจะคุ้มครองบริการทางการแพทย์บางอย่างหรือปฏิเสธที่จะให้การรักษาพยาบาลที่คุณคิดว่าคุณต้องการหรือไม่

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ในบางกรณี คำขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองจะถูกยกเลิก ซึ่งหมายความว่าเราจะไม่ตรวจสอบคำขอนั้น ตัวอย่างของกรณีที่คำขอจะถูกเพิกเฉยได้แก่ หากคำขอนั้นไม่สมบูรณ์ หากมีบุคคลยื่นคำขอในนามของคุณแต่ไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้ทำเช่นนั้น หรือหากคุณขอเพิกถอนคำขอของคุณ หากเราเพิกเฉยคำขอสำหรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง เราจะส่งการแจ้งเตือนเพื่ออธิบายว่าเหตุใดคำขอจึงถูกเพิกเฉย และวิธีการขอให้มีการทบทวนการเพิกเฉยดังกล่าว

เราจะทำการตัดสินใจด้านความคุ้มครองเมื่อใดก็ตามที่เราตัดสินใจว่าสิ่งใดที่ได้รับการคุ้มครองสำหรับคุณ และเราจะจ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด ในบางกรณี เราอาจตัดสินใจว่าการรักษาพยาบาลนั้นไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองหรือไม่อยู่ในความคุ้มครองสำหรับคุณอีกต่อไป หาก你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองนี้ คุณสามารถยื่นคำร้องได้

การยื่นคำร้อง

หากเราทำการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง ไม่ว่าจะก่อนหรือหลังจากที่คุณได้รับสิทธิประโยชน์และคุณไม่ได้รับความพึงพอใจ คุณสามารถ**ยื่นคำร้อง**ต่อการตัดสินใจนั้นได้ คำร้องเป็นวิธีขอให้เราทบทวนและเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจด้านความคุ้มครองที่เราทำอย่างเป็นทางการ ในบางสถานการณ์ คุณสามารถขอ**การอุทธรณ์แบบเร็ว**หรือแบบเร่งด่วนเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้องของคุณได้รับการจัดการโดยผู้ตรวจสอบที่แตกต่างกันจากผู้ทำการตัดสินใจครั้งแรก

เมื่อคุณยื่นคำร้องสำหรับการตัดสินใจเป็นครั้งแรก สิ่งนี้เรียกว่าคำร้องขั้นที่ 1 ในคำร้องนี้ เราจะทบทวนการตัดสินใจด้านความคุ้มครองที่เราได้ทำไปเพื่อตรวจสอบว่าเราปฏิบัติตามกฎอย่างถูกต้องหรือไม่ เมื่อเราทำการตรวจสอบเสร็จสมบูรณ์ เราจะแจ้งการตัดสินใจของเราแก่คุณ

ในบางสถานการณ์ คำร้องขั้นที่ 1 จะถูกเพิกเฉยซึ่งหมายความว่าเราจะไม่ตรวจสอบคำขอนั้น ตัวอย่างของกรณีที่คำขอจะถูกเพิกเฉยได้แก่ หากคำขอนั้นไม่สมบูรณ์ หากมีบุคคลยื่นคำขอในนามของคุณแต่ไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายให้ทำเช่นนั้น หรือหากคุณขอเพิกถอนคำขอของคุณ หากเราเพิกเฉยคำคำร้องขั้นที่ 1 เราจะส่งการแจ้งเตือนเพื่ออธิบายว่าเหตุใดคำขอจึงถูกเพิกเฉย และวิธีการขอให้มีการทบทวนการเพิกเฉยดังกล่าว

หากเราปฏิเสธคำร้องขั้นที่ 1 สำหรับการรักษาพยาบาลทั้งหมดหรือบางส่วนของคุณ คำร้องของคุณจะไปยังคำร้องขั้นที่ 2 ที่ดำเนินการโดยองค์กรตรวจสอบอิสระที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับเราโดยอัตโนมัติ

- คุณไม่จำเป็นต้องทำสิ่งใดเพื่อเริ่มคำร้องขั้นที่ 2 กฎของ Medicare กำหนดให้เราส่งคำร้องของคุณสำหรับการรักษาพยาบาลไปยังระดับ 2 โดยอัตโนมัติหากเราไม่เห็นด้วยโดยสมบูรณ์กับคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ
- ไปที่**ส่วนที่ 6.4** ของบทนี้สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำร้องขั้นที่ 2 สำหรับการรักษาพยาบาล
- คำร้องเกี่ยวกับยาส่วน D จะกล่าวถึงในส่วนที่ 7 ของบทนี้

หาก你不พอใจกับการตัดสินใจในคำร้องขั้นที่ 2 คุณสามารถดำเนินการยื่นคำร้องเพิ่มเติมในระดับอื่นๆ ได้ (บทนี้อธิบายถึงกระบวนการยื่นคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5)

ส่วนที่ 5.1 ขอความช่วยเหลือในการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือการยื่นคำร้อง

นี่คือแหล่งข้อมูลหากคุณตัดสินใจที่จะขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้องต่อการตัดสินใจ:

- **โทรติดต่อบริการของสมาชิก**ที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711)

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- **รับความช่วยเหลือฟรี**จากโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ
- **แพทย์ของคุณหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ สามารถส่งคำขอในนามของคุณได้** หากแพทย์ของคุณช่วยในคำร้องขั้นที่ 2 ที่ผ่านมา พวกเขาจะต้องได้รับการแต่งตั้งเป็นตัวแทนของคุณ โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) และขอรับแบบฟอร์มการแต่งตั้งตัวแทน (นอกจากนี้ยังสามารถดูแบบฟอร์มได้ที่ www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf หรือที่เว็บไซต์ของเรา go.wellcare.com/OhanaHI)
 - สำหรับการรักษาพยาบาล แพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ สามารถขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ในนามของคุณได้ หากคำร้องของคุณถูกปฏิเสธที่ขั้นที่ 1 จะถูกส่งต่อไปยังขั้นที่ 2 โดยอัตโนมัติ
 - หากแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ของคุณขอให้บริการหรือรายการที่คุณกำลังได้รับดำเนินต่อไปในระหว่างการยื่นคำร้อง คุณอาจต้องระบุชื่อแพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ เป็นตัวแทนของคุณเพื่อทำหน้าที่ในนามของคุณ
 - สำหรับยาส่วน D แพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ สามารถขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ในนามของคุณได้ หากคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณถูกปฏิเสธ แพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาของคุณสามารถขอยื่นคำร้องขั้นที่ 2 ได้
- **คุณสามารถขอให้บุคคลอื่นทำหน้าที่ในนามของคุณได้** คุณสามารถระบุชื่อบุคคลอื่นให้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของคุณเพื่อขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้องได้

หากคุณต้องการให้เพื่อน ญาติ หรือบุคคลอื่นเป็นตัวแทนของคุณ ให้โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) และขอรับแบบฟอร์มการแต่งตั้งตัวแทน (นอกจากนี้ยังสามารถดูแบบฟอร์มได้ที่ www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf หรือที่เว็บไซต์ของเรา go.wellcare.com/OhanaHI) แบบฟอร์มนี้ให้สิทธิ์บุคคลนั้นในการดำเนินการในนามของคุณ คุณและบุคคลที่คุณต้องการดำเนินการในนามของคุณจะต้องเซ็นชื่อ คุณต้องให้สำเนาของแบบฟอร์มที่ลงนามแล้วกับเรา

เราสามารถยอมรับคำขอยื่นคำร้องจากตัวแทนโดยไม่มีแบบฟอร์มได้ แต่เราไม่สามารถเริ่มต้นหรือทำการตรวจสอบของเราให้เสร็จสมบูรณ์ได้จนกว่าเราจะได้รับแบบฟอร์ม หากเราไม่ได้รับแบบฟอร์มก่อนกำหนดเวลาของเราสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับคำร้องของคุณ คำขอยื่นคำร้องของคุณจะถูกเพิกเฉย หากเกิดกรณีนี้ขึ้น เราจะส่งการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่ออธิบายสิทธิ์ของคุณในการขอให้องค์กรตรวจสอบอิสระทบทวนการตัดสินใจของเราที่จะเพิกเฉยคำร้องของคุณ

- **คุณยังมีสิทธิ์ที่จะว่าจ้างทนายอีกด้วย** คุณสามารถติดต่อทนายความของคุณเองหรือขอรับชื่อทนายความจากเนติบัณฑิตยสภาในท้องถิ่นของคุณหรือบริการแนะนำอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มที่จะให้บริการทางกฎหมายฟรีหากคุณมีคุณสมบัติเหมาะสม อย่างไรก็ตาม **คุณไม่จำเป็นต้องว่าจ้างทนายความ** เพื่อขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้องต่อการตัดสินใจใดๆ

ส่วนที่ 5.2 กฎและกำหนดเวลาสำหรับสถานการณ์ต่างๆ

มี 4 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้อง แต่ละสถานการณ์มีกฎและกำหนดเวลาที่แตกต่างกัน เราให้รายละเอียดสำหรับแต่ละสถานการณ์เหล่านี้:

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- **ส่วนที่ 6:** “การรักษาพยาบาล: วิธีขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง”
- **ส่วนที่ 7:** “ยาส่วน D: วิธีขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง”
- **ส่วนที่ 8:** “วิธีการขอให้เราคู่มือการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในนานขึ้น หากคุณคิดว่า คุณกำลังจะออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป”
- **ส่วนที่ 9:** “วิธีขอให้เรให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์บางอย่าง หากคุณคิดว่าความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดลงเร็วเกินไป” (มีผลกับบริการเหล่านี้เท่านั้น: การรักษาพยาบาลในเคสสถาน การดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ และสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก (CORF))

หาก你不แน่ใจว่าข้อมูลใดเกี่ยวข้องกับคุณ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) คุณยังสามารถขอความช่วยเหลือหรือข้อมูลจาก SHIP ของคุณได้

ส่วนที่ 6 การรักษาพยาบาล: วิธีขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง

ส่วนที่ 6.1 สิ่งที่ต้องทำหากคุณมีปัญหาในการรับความคุ้มครองสำหรับการรักษาพยาบาลหรือต้องการให้เราจ่ายเงินคืนสำหรับการรักษาของคุณ

สิทธิประโยชน์ของคุณสำหรับการรักษาพยาบาลมีการอธิบายไว้ในบทที่ 4 ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ ในบางกรณี กฎที่แตกต่างกันจะมีผลกับการส่งคำขอยาส่วน B ในกรณีดังกล่าว เราจะอธิบายว่ากฎสำหรับ

ยาส่วน B แตกต่างจากกฎสำหรับรายการทางการแพทย์และบริการอย่างไร

ส่วนนี้บอกสิ่งที่คุณสามารถทำได้หากคุณอยู่ในสถานการณ์ใดๆ จาก 5 ข้อดังต่อไปนี้:

1. คุณไม่ได้รับการรักษาพยาบาลบางอย่างที่คุณต้องการ และคุณเชื่อว่าแผนของเราคุ้มครองการรักษา **ขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง ส่วนที่ 6.2**
2. แผนของเราจะไม่อนุมัติการรักษาพยาบาลที่แพทย์ของคุณหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ต้องการให้แก่คุณ และคุณเชื่อว่าแผนของเราคุ้มครองการดูแลนี้ **ขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง ส่วนที่ 6.2**
3. คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่คุณเชื่อว่าแผนของเราควรคุ้มครอง แต่เราแจ้งว่าเราจะไม่จ่ายเงินสำหรับการรักษา **ยื่นคำร้อง ส่วนที่ 6.3**
4. คุณได้รับและจ่ายเงินสำหรับการรักษาพยาบาลที่คุณเชื่อว่าแผนของเราควรคุ้มครอง และคุณต้องการขอให้แผนของเราคืนเงินให้คุณสำหรับการรักษา **ส่งใบแจ้งหนี้ถึงเรา ส่วนที่ 6.5**
5. คุณได้รับแจ้งว่าความคุ้มครองสำหรับการรักษาพยาบาลบางอย่างที่คุณได้รับ (ที่เราอนุมัติก่อนหน้านี้) จะลดลงหรือสิ้นสุด และคุณเชื่อว่าการลดลงหรือสิ้นสุดการรักษานี้อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของคุณ **ยื่นคำร้อง ส่วนที่ 6.3**

หมายเหตุ: หากความคุ้มครองที่จะสิ้นสุดลงคือบริการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพในเคสสถาน การดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ หรือสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก (CORF) ให้ไปที่ส่วนที่ 8 และ 9 กฎพิเศษจะมีผลกับการดูแลประเภทเหล่านี้

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 6.2 วิธีขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง****คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของคุณเรียกว่า **การพิจารณาโดยองค์กร**
การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เรียกว่าการพิจารณาเร่งด่วน

ขั้นตอนที่ 1: ตัดสินใจว่าคุณต้องการการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานหรือการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานมักดำเนินการภายใน 7 วันตามปฏิทินเมื่อรายการหรือบริการทางการแพทย์อยู่ภายใต้กฎการอนุญาตล่วงหน้าของเรา, 14 วันตามปฏิทินสำหรับรายการและบริการทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งหมด หรือ 72 ชั่วโมงสำหรับยาส่วน B การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วโดยทั่วไปจะดำเนินการภายใน 72 ชั่วโมงสำหรับการบริการทางการแพทย์ และ 24 ชั่วโมงสำหรับยาส่วน B

- คุณจะได้รับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วเฉพาะในกรณีที่การใช้กำหนดเวลามาตรฐานอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของคุณหรือส่งผลเสียต่อการทำงานของร่างกายของคุณ
- หากแพทย์ของคุณแจ้งให้เราทราบว่าสุขภาพของคุณจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราจะตกลงให้การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วแก่คุณโดยอัตโนมัติ
- หากคุณต้องการการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วด้วยตัวคุณเองโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ของคุณ เราจะตัดสินใจว่าสุขภาพของคุณจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วจากเราหรือไม่ หากเราไม่อนุมัติการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราจะส่งจดหมายเพื่อ:
 - อธิบายว่าเราจะใช้กำหนดเวลามาตรฐาน
 - อธิบายว่าหากแพทย์ของคุณขอรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราจะให้การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วแก่คุณโดยอัตโนมัติ
 - อธิบายว่าคุณสามารถยื่นคำร้องเรียนแบบเร่งด่วนเกี่ยวกับการตัดสินใจของเราที่จะมอบการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานให้กับคุณแทนการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วตามที่คุณขอ

ขั้นตอนที่ 2: ขอให้แผนของเราดำเนินการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว

- เริ่มต้นด้วยการโทรติดต่อ เขียนจดหมาย หรือส่งแฟกซ์ถึงแผนของเรา เพื่อขอให้เราอนุญาตหรือให้ความคุ้มครองสำหรับการรักษาทางการแพทย์ที่คุณต้องการ คุณ แพทย์ของคุณ หรือตัวแทนของคุณสามารถทำสิ่งนี้ได้ บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ

ขั้นตอนที่ 3: เราพิจารณาคำขอรับความคุ้มครองการรักษาพยาบาลของคุณและให้คำตอบของเรา

สำหรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐาน เราใช้กำหนดเวลามาตรฐาน

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ซึ่งหมายความว่าเราจะให้คำตอบแก่คุณภายใน **7 วันปฏิทิน** หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณสำหรับรายการหรือบริการทางการแพทย์ที่อยู่ภายใต้กฎการอนุญาตล่วงหน้าของเรา หากรายการหรือบริการทางการแพทย์ที่คุณร้องขอไม่อยู่ภายใต้กฎการอนุญาตล่วงหน้าของเรา เราจะให้คำตอบแก่คุณภายใน **14 วันปฏิทิน** หลังจากได้รับคำขอของคุณ หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B เราจะให้คำตอบภายใน **72 ชั่วโมง** หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ

- **อย่างไรก็ตาม** หากคุณขอเวลาเพิ่มเติมหรือหากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจเป็นประโยชน์ต่อคุณ **เราอาจใช้เวลาเพิ่มเติมถึง 14 วันปฏิทิน** หากคำขอของคุณเป็นรายการหรือบริการทางการแพทย์ หากเราใช้เวลาเพิ่ม เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เราไม่สามารถใช้เวลาเพิ่มเติมในการตัดสินใจหากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B
- หากคุณเชื่อว่าเรา**ไม่ควร**ใช้เวลาเพิ่มเติม คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนแบบรวดเร็วได้ เราจะให้คำตอบสำหรับคำร้องเรียนของคุณทันทีที่เราตัดสินใจ (กระบวนการในการยื่นคำร้องเรียนจะแตกต่างจากกระบวนการในการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้องเรียน ไปที่ส่วนที่ 11 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับคำร้องเรียน)

สำหรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราใช้กรอบเวลาแบบเร่งด่วน

การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วหมายความว่า เราจะตอบกลับภายใน **72 ชั่วโมง** หากคำขอของคุณเป็นรายการหรือบริการทางการแพทย์ หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B เราจะตอบกลับภายใน **24 ชั่วโมง**

- **อย่างไรก็ตาม** หากคุณขอเวลาเพิ่มเติมหรือหากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจเป็นประโยชน์ต่อคุณ **เราอาจใช้เวลาเพิ่มเติมถึง 14 วันปฏิทิน** หากเราใช้เวลาเพิ่ม เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เราไม่สามารถใช้เวลาเพิ่มเติมในการตัดสินใจหากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B
- หากคุณเชื่อว่าเรา**ไม่ควร**ใช้เวลาเพิ่มเติม คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนแบบรวดเร็วได้ (ไปที่ส่วนที่ 11 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับคำร้องเรียน) เราจะโทรหาคุณทันทีที่เราทำการตัดสินใจ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ

ขั้นตอนที่ 4: หากเราปฏิเสธคำขอความคุ้มครองของคุณสำหรับการรักษาพยาบาล คุณสามารถยื่นคำร้องได้

- ถ้าเราปฏิเสธ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้เราพิจารณาการตัดสินใจนี้อีกครั้งด้วยการยื่นคำร้อง ซึ่งหมายถึงการขอความคุ้มครองสำหรับการรักษาพยาบาลที่คุณต้องการอีกครั้ง หากคุณยื่นคำร้อง หมายความว่า คุณกำลังไปที่ขั้นที่ 1 ของกระบวนการคำร้อง

ส่วนที่ 6.3 วิธียื่นคำร้องขั้นที่ 1**คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

คำร้องต่อแผนของเราเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองการรักษาพยาบาลเรียกว่า **พิจารณาแผนใหม่**
การอุทธรณ์แบบเร็วเรียกว่า**การพิจารณาใหม่แบบเร่งด่วน**

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ขั้นตอนที่ 1: ตัดสินใจว่าคุณต้องการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานหรือยื่นอุทธรณ์แบบเร็ว**

การขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานมักจะดำเนินการภายใน 30 วันปฏิทินหรือ 7 วันปฏิทินสำหรับยาส่วน B โดยทั่วไป การอุทธรณ์แบบเร็วจะดำเนินการภายใน 72 ชั่วโมง

- หากคุณกำลังอุทธรณ์การตัดสินใจที่เราทำเกี่ยวกับความคุ้มครองการรักษาพยาบาล คุณและ/หรือแพทย์ของคุณจะต้องตัดสินใจว่าคุณต้องการอุทธรณ์แบบเร็วหรือไม่ หากแพทย์ของคุณแจ้งให้เราทราบว่าสุขภาพของคุณจำเป็นต้องได้รับการการอุทธรณ์แบบเร็ว เราจะให้การอุทธรณ์แบบเร็วแก่คุณ
- ข้อกำหนดสำหรับการอุทธรณ์แบบเร็วเหมือนกับข้อกำหนดสำหรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วในส่วนที่ 6.2

ขั้นตอนที่ 2: ถามแผนของเราเพื่อขอยื่นคำร้องหรือการอุทธรณ์แบบเร็ว

- **หากคุณกำลังขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน** ให้ส่งคำร้องมาตรฐานของคุณเป็นลายลักษณ์อักษร คุณยังสามารถขอยื่นคำร้องโดยการโทรหาเราได้อีกด้วย บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ
- **หากคุณกำลังขอรับการอุทธรณ์แบบเร็ว** ให้ส่งคำร้องของคุณเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรหาเรา บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ
- **คุณต้องยื่นคำร้องขออุทธรณ์ภายใน 65 วันปฏิทิน**นับจากวันในการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่เราส่งไปเพื่อแจ้งคำตอบของเราเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง หากคุณพลาดกำหนดเวลานี้และมีเหตุผลที่สมควร ให้อธิบายเหตุผลที่คำร้องของคุณล่าช้าเมื่อคุณยื่นคำร้อง เราอาจใช้เวลาคุณมากขึ้นในการยื่นคำร้อง ตัวอย่างของสาเหตุที่อาจรวมถึง การเจ็บป่วยร้ายแรงที่ขัดขวางไม่ให้คุณติดต่อเรา หรือหากเราให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์เกี่ยวกับกำหนดเวลาในการขอยื่นคำร้อง
- **คุณสามารถขอสำเนาข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์ของคุณได้ฟรี** คุณและแพทย์ของคุณอาจเพิ่มข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนคำร้องของคุณ

หากเราแจ้งคุณว่าเราจะหยุดหรือลดบริการหรือรายการที่คุณได้รับอยู่แล้ว คุณสามารถรับบริการหรือรายการเหล่านั้นต่อไปในระหว่างการยื่นคำร้องของคุณได้

- หากเราตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงหรือหยุดความคุ้มครองสำหรับบริการหรือรายการที่คุณได้รับในปัจจุบัน เราจะส่งการแจ้งเตือนให้คุณทราบก่อนที่จะดำเนินการตามที่เสนอ
- หาก你不เห็นด้วยกับการดำเนินการนี้ คุณสามารถยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ได้ เราจะคุ้มครองบริการหรือรายการดังกล่าวต่อไปหากคุณยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ภายใน 10 วันปฏิทินนับจากวันที่ประทับตราไปรษณีย์ในจดหมายของเรา หรือตามวันที่มีผลบังคับใช้ที่ตั้งใจไว้ แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นในภายหลัง
- หากคุณสามารถทำตามกำหนดเวลานี้ คุณสามารถรับบริการหรือรายการนั้นต่อไปได้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในขณะที่คำร้องขั้นที่ 1 ของคุณกำลังรอดำเนินการ นอกจากนี้ คุณยังจะได้รับบริการหรือรายการอื่นๆ ทั้งหมด (ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้คำร้องของคุณ) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 3: เราพิจารณาคำร้องของคุณและให้คำตอบของเรา

- เมื่อเราตรวจสอบคำร้องของคุณ เราจะพิจารณาข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด เราจะตรวจสอบว่าเราได้ทำตามกฎทั้งหมดหรือไม่เมื่อเราปฏิเสธคำขอของคุณ
- เราจะรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็นและอาจติดต่อคุณหรือแพทย์ของคุณ

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

กำหนดเวลาสำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว

- สำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว เราต้องให้คำตอบของเราแก่คุณ **ภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ**
เราจะให้คำตอบแก่คุณเร็วขึ้นหากสุขภาพของคุณมีความจำเป็น
 - หากคุณขอเวลาเพิ่มเติมหรือหากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจเป็นประโยชน์ต่อคุณ **เราอาจใช้เวลาเพิ่มเติมถึง 14 วันปฏิทิน** หากคำขอของคุณเป็นรายการหรือบริการทางการแพทย์ หากเราใช้เวลาเพิ่ม เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เราไม่สามารถใช้เวลาเพิ่มเติมหากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B
 - หากเราไม่ให้คำตอบแก่คุณภายใน 72 ชั่วโมง (หรือเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาเพิ่มเติมหากเราใช้จำนวนวันเพิ่มเติม) เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรตรวจสอบอิสระ ส่วนที่ 6.4 อธิบายกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราต้องอนุญาตหรือให้ความคุ้มครองที่เราตกลงกันภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ
- **หากคำตอบของเราคือไม่สำหรับส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของสิ่งที่คุณขอ** เราจะส่งการตัดสินใจของเราเป็นลายลักษณ์อักษรให้กับคุณและส่งต่อคำร้องของคุณไปยังองค์กรตรวจสอบอิสระสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 โดยอัตโนมัติ องค์กรตรวจสอบอิสระจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อได้รับคำร้องของคุณ

กำหนดเวลาสำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน

- สำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน เราต้องให้คำตอบของเรา**ภายใน 30 วันปฏิทิน**หลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B ที่คุณยังไม่ได้รับ เราจะให้คำตอบของเรา**ภายใน 7 วันปฏิทิน**หลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ เราจะแจ้งการตัดสินใจของเราแก่คุณเร็วขึ้นหากสุขภาพของคุณมีความจำเป็น
 - อย่างไรก็ตาม หากคุณขอเวลาเพิ่มเติมหรือหากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจเป็นประโยชน์ต่อคุณ **เราอาจใช้เวลาเพิ่มเติมถึง 14 วันปฏิทิน**หากคำขอของคุณเป็นรายการหรือบริการทางการแพทย์ หากเราใช้เวลาเพิ่ม เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เราไม่สามารถใช้เวลาเพิ่มเติมในการตัดสินใจหากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B
 - หากคุณเชื่อว่าเรา**ไม่ควร**ใช้เวลาเพิ่มเติม คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนแบบรวดเร็วได้ เมื่อคุณยื่นคำร้องเรียนแบบรวดเร็ว เราจะให้คำตอบสำหรับคำร้องเรียนของคุณภายใน 24 ชั่วโมง (สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการยื่นคำร้องเรียน รวมถึงคำร้องเรียนแบบรวดเร็ว โปรดไปที่**ส่วนที่ 11**)
 - หากเราไม่ให้คำตอบแก่คุณภายในกำหนดเวลา (หรือเมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาที่ขยายออกไป) เราจะส่งคำขอของคุณไปยังคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งองค์กรตรวจสอบอิสระจะตรวจสอบคำร้อง ส่วนที่ 6.4 อธิบายกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราต้องอนุญาตหรือให้ความคุ้มครองภายใน **30 วันปฏิทิน**หรือ**ภายใน 7 วันปฏิทิน** หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B
- **หากแผนของเราปฏิเสธส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของคำร้องของคุณ** คุณมีสิทธิยื่นคำร้องเพิ่มเติม

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- หากเราปฏิเสธบางส่วนหรือทั้งหมดของสิ่งที่คุณขอ เราจะส่งจดหมายถึงคุณ
 - หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับความคุ้มครองของบริการหรือรายการ Medicare จดหมายจะแจ้งให้คุณทราบว่าเราได้ส่งกรณีของคุณไปยังองค์การตรวจสอบอิสระเพื่อยื่นคำร้องขั้นที่ 2
 - หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับความคุ้มครองของบริการหรือรายการ Medicaid จดหมายจะแจ้งคุณถึงวิธีการยื่นคำร้องขั้นที่ 2 ด้วยตัวคุณเอง

ส่วนที่ 6.4 กระบวนการยื่นคำร้องขั้นที่ 2**คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

ชื่ออย่างเป็นทางการขององค์การตรวจสอบอิสระคือ **หน่วยงานตรวจสอบอิสระ** บางครั้งเรียกว่า **IRE**

องค์การตรวจสอบอิสระคือองค์กรอิสระที่ว่าจ้างโดย Medicare ซึ่งไม่ได้มีความเชื่อมโยงกับเราและไม่ได้เป็นหน่วยงานของรัฐบาล องค์กรนี้จะตัดสินใจว่าการตัดสินใจของเราถูกต้องหรือควรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ Medicare กำกับดูแลงานของคุณ

- หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับบริการหรือรายการที่โดยปกติแล้ว**คุ้มครองโดย Medicare** เราจะส่งกรณีของคุณไปยังขั้นที่ 2 ของกระบวนการยื่นคำร้องอัตโนมัติทันทีที่คำร้องขั้นที่ 1 เสร็จสมบูรณ์
- หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับบริการหรือรายการที่โดยปกติแล้ว**คุ้มครองโดย Medicaid** คุณสามารถยื่นคำร้องขั้นที่ 2 ด้วยตัวคุณเอง จดหมายจะบอกคุณว่าต้องทำอะไรบ้าง ข้อมูลยังอยู่ด้านล่างอีกด้วย
- หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับบริการหรือรายการที่อาจ**คุ้มครองโดยทั้ง Medicare และ Medicaid** คุณสามารถยื่นคำร้องขั้นที่ 2 โดยอัตโนมัติกับองค์การตรวจสอบอิสระ คุณยังสามารถขอดำเนินการ Fair Hearing กับทางรัฐได้อีกด้วย

หากคุณมีคุณสมบัติที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ต่อไปเมื่อคุณยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ไปแล้ว สิทธิประโยชน์ของคุณสำหรับบริการ รายการ หรือยาที่อยู่ภายใต้คำร้องอาจยังคงเกิดขึ้นในระหว่างคำร้องขั้นที่ 2 ด้วย ไปที่หน้า 161 เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับสิทธิประโยชน์ของคุณต่อไปในระหว่างคำร้องขั้นที่ 1

- หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับบริการที่โดยปกติจะคุ้มครองโดย Medicare เท่านั้น สิทธิประโยชน์ของคุณสำหรับบริการนั้นจะไม่ดำเนินต่อไปในระหว่างกระบวนการยื่นคำร้องขั้นที่ 2 กับองค์การตรวจสอบอิสระ
- หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับบริการที่โดยปกติแล้วจะคุ้มครองโดย Medicaid สิทธิประโยชน์ของคุณสำหรับบริการนั้นจะยังคงดำเนินต่อไปหากคุณส่งคำร้องขั้นที่ 2 ภายใน 10 วันปฏิทินหลังจากได้รับจดหมายแจ้งการตัดสินใจของแผนของเรา

หากปัญหาของคุณเกี่ยวกับบริการหรือรายการที่ Medicare มักจะคุ้มครอง:

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ขั้นตอนที่ 1: องค์กรตรวจสอบอิสระจะพิจารณาคำร้องของคุณ

- เราจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับคำร้องของคุณไปยังองค์กรนี้ ข้อมูลนี้เรียกว่า**แฟ้มกรณีของคุณ** **คุณมีสิทธิ์ที่จะขอสำเนาแฟ้มกรณีของคุณฟรี**
- คุณมีสิทธิ์ที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่องค์กรตรวจสอบอิสระเพื่อสนับสนุนคำร้องของคุณ
- ผู้ตรวจสอบที่องค์กรตรวจสอบอิสระจะพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับคำร้องของคุณอย่างถี่ถ้วน

หากคุณมีการอุทธรณ์แบบเร็วที่ขั้นที่ 1 คุณจะได้รับการอุทธรณ์แบบเร็วขั้นที่ 2

- สำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว องค์กรตรวจสอบอิสระต้องให้คำตอบสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณภายใน **72 ชั่วโมง**หลังจาก ได้รับคำร้องของคุณ
- หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับรายการหรือบริการทางการแพทย์ และองค์กรตรวจสอบอิสระจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจเป็นประโยชน์ต่อคุณ **อาจใช้เวลาเพิ่มเติมถึง 14 วันปฏิทิน** องค์กรตรวจสอบอิสระไม่สามารถใช้เวลาเพิ่มเติมในการตัดสินใจหากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B

หากคุณมีการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานที่ขั้นที่ 1 คุณจะได้รับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานขั้นที่ 2 ด้วย

- สำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับรายการหรือบริการทางการแพทย์ องค์กรตรวจสอบอิสระต้องให้คำตอบสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณภายใน **30 วันปฏิทิน** หลังจากได้รับคำร้องของคุณ หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B องค์กรตรวจสอบอิสระจะต้องให้คำตอบสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณภายใน **7 วันปฏิทิน**หลังจากได้รับคำร้องของคุณ
- หากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับรายการหรือบริการทางการแพทย์ และองค์กรตรวจสอบอิสระจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจเป็นประโยชน์ต่อคุณ **อาจใช้เวลาเพิ่มเติมถึง 14 วันปฏิทิน** องค์กรตรวจสอบอิสระไม่สามารถใช้เวลาเพิ่มเติมในการตัดสินใจหากคำขอของคุณเป็นคำขอสำหรับยาส่วน B

ขั้นตอนที่ 2: องค์กรตรวจสอบอิสระให้คำตอบแก่คุณ

องค์กรตรวจสอบอิสระจะแจ้งการตัดสินใจของทางองค์กรเป็นลายลักษณ์อักษรแก่คุณและอธิบายเหตุผล

- **หากองค์กรตรวจสอบอิสระอนุมัติคำขอบางส่วนหรือทั้งหมดสำหรับรายการหรือบริการทางการแพทย์** เราต้องอนุญาตความคุ้มครองการรักษาพยาบาลภายใน **72 ชั่วโมง** หรือให้บริการภายใน 14 วันปฏิทินหลังจากที่เราได้รับการตัดสินใจจากองค์กรตรวจสอบอิสระสำหรับ**คำขอมาตรฐาน** สำหรับ**คำขอเร่งด่วน** เรามีเวลา **72 ชั่วโมง**หลังจากได้รับการตัดสินใจจากองค์กรตรวจสอบอิสระ
- **หากองค์กรตรวจสอบอิสระอนุมัติคำขอบางส่วนหรือทั้งหมดสำหรับยาส่วน B** เราต้องอนุญาตหรือให้ยาส่วน B ภายใน **72 ชั่วโมง**หลังจากที่เราได้รับการตัดสินใจจากองค์กรตรวจสอบอิสระสำหรับ**คำขอมาตรฐาน** สำหรับ**คำขอเร่งด่วน** เรามีเวลา **24 ชั่วโมง**หลังจากได้รับการตัดสินใจจากองค์กรตรวจสอบอิสระ
- **หากองค์กรตรวจสอบอิสระปฏิเสธคำร้องบางส่วนหรือทั้งหมดของคุณ** หมายความว่าพวกเขาเห็นด้วยกับแผนของเราว่า คำขอของคุณ (หรือส่วนหนึ่งของคำขอของคุณ) สำหรับความคุ้มครองการรักษาพยาบาลไม่ควรได้รับการอนุมัติ (กรณีนี้เรียกว่า**การตัดสินใจสนับสนุนหรือการปฏิเสธคำร้องของคุณ**) ในกรณีนี้ องค์กรตรวจสอบอิสระจะส่งจดหมายถึงคุณซึ่ง:

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- อธิบายการตัดสินใจ
- แจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณสำหรับคำร้องขั้นที่ 3 หากมูลค่าเป็นดอลลาร์ของความคุ้มครองการรักษาทางการแพทย์ที่คุณกำลังขอตรงตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนด การแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับจากองค์กรตรวจสอบอิสระจะบอกจำนวนเงินเป็นดอลลาร์ที่คุณต้องจ่ายให้ครบเพื่อดำเนินการกระบวนการคำร้องต่อ
- บอกวิธียื่นคำร้องขั้นที่ 3
- หากคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณถูกปฏิเสธและคุณมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดในการดำเนินการตามขั้นตอนคำร้องต่อไป คุณต้องตัดสินใจว่าคุณต้องการไปที่ระดับ 3 และยื่นคำร้องครั้งที่สามหรือไม่ รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการนี้อยู่ในการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับหลังจากคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณ
- คำร้องขั้นที่ 3 จะได้รับการจัดการโดยผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการ **ส่วนที่ 10** ในบทนี้จะอธิบายถึงกระบวนการคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5

หากปัญหาของคุณเกี่ยวข้องกับบริการหรือรายการที่โดยปกติแล้ว Medicaid จะคุ้มครอง:**ขั้นตอนที่ 1: ขอดำเนินการ Fair Hearing กับทางรัฐ**

- ระดับ 2 ของกระบวนการคำร้องสำหรับบริการที่โดยปกติจะคุ้มครองโดย Medicaid คือกระบวนการ Fair Hearing กับทางรัฐ คุณต้องขอดำเนินการ Fair Hearing เป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางโทรศัพท์ภายใน **120 วันปฏิทิน** นับจากวันที่เราส่งจดหมายการตัดสินใจเกี่ยวกับคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ จดหมายที่คุณได้รับจากเราจะบอกคุณว่าจะส่งคำขอการพิจารณาของคุณที่ไหน

ขั้นตอนที่ 2: สำนักงาน Fair Hearing ให้คำตอบแก่คุณ

สำนักงาน Fair Hearing จะแจ้งคุณถึงการตัดสินใจเป็นลายลักษณ์อักษรและอธิบายเหตุผล

- **หากสำนักงาน Fair Hearing ตอบว่าใช่สำหรับบางส่วนหรือทั้งหมดของคำขอรายการหรือบริการทางการแพทย์** เราต้องอนุญาตหรือให้บริการหรือรายการภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับการตัดสินใจจากสำนักงาน Fair Hearing
- **หากสำนักงาน Fair Hearing ปฏิเสธบางส่วนหรือทั้งหมดของคำร้องของคุณ** พวกเขาเห็นด้วยกับแผนของเราว่าคำขอของคุณ (หรือส่วนหนึ่งของคำขอของคุณ) สำหรับความคุ้มครองการรักษาพยาบาลไม่ควรได้รับการอนุมัติ (กรณีนี้เรียกว่าการตัดสินใจสนับสนุนหรือการปฏิเสธคำร้องของคุณ)

หากการตัดสินใจคือไม่สำหรับทั้งหมดหรือบางส่วนของสิ่งที่คุณขอ คุณสามารถยื่นคำร้องอีกครั้งได้

หากการตัดสินใจขององค์กรตรวจสอบอิสระหรือสำนักงาน Fair Hearing คือไม่สำหรับทั้งหมดหรือบางส่วนของคุณ คุณมีสิทธิ์ยื่นคำร้องเพิ่มเติม

จดหมายที่คุณได้รับจากสำนักงาน Fair Hearing จะอธิบายถึงตัวเลือกคำร้องถัดไปนี้ ไปที่**ส่วนที่ 10** สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิ์ยื่นคำร้องของคุณหลังจากขั้นที่ 2

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 6.5 หากคุณขอให้เราจ่ายเงินคืนสำหรับใบเรียกเก็บเงินที่คุณได้รับสำหรับการรักษาพยาบาล**

หากคุณสามารถชำระค่าบริการหรือรายการ Medicaid ที่คุ้มครองโดยแผนของเราไปแล้ว โปรดขอให้แผนของเราจ่ายเงินคืนให้คุณ (การชำระคืนให้คุณ) คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินคืนจากแผนของเราเมื่อใดก็ตามที่คุณได้จ่ายเงินสำหรับบริการทางการแพทย์หรือยาที่คุ้มครองโดยแผนของเรา เมื่อคุณส่งใบเรียกเก็บเงินที่จ่ายไปให้กับเรา เราจะตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินและตัดสินใจว่าบริการหรือยาควรดังกล่าวได้รับความคุ้มครองหรือไม่ หากเราตัดสินใจว่าควรได้รับความคุ้มครอง เราจะจ่ายค่าบริการหรือยาคืนให้คุณ

การขอเบิกจ่ายเงินคืนคือการขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองจากเรา

หากคุณส่งเอกสารมาให้เราเพื่อขอเงินคืน คุณกำลังขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง ในการตัดสินใจนี้ เราจะตรวจสอบเพื่อดูว่าการรักษาพยาบาลที่คุณจ่ายไปนั้นได้รับการคุ้มครองหรือไม่ นอกจากนี้เราจะตรวจสอบว่าคุณปฏิบัติตามกฎในการใช้ความคุ้มครองของคุณสำหรับการรักษาพยาบาลหรือไม่

หากคุณต้องการให้เราคืนเงินให้คุณสำหรับบริการหรือรายการ **Medicare** หรือคุณกำลังขอให้เราจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพสำหรับบริการหรือรายการ Medicaid ที่คุณจ่ายไป โปรดขอให้เราทำการตัดสินใจด้านความคุ้มครองนี้ เราจะตรวจสอบเพื่อดูว่าการรักษาพยาบาลที่คุณจ่ายไปนั้นเป็นบริการในความคุ้มครองหรือไม่ นอกจากนี้เราจะตรวจสอบว่าคุณปฏิบัติตามกฎทั้งหมดสำหรับการใช้ความคุ้มครองของคุณสำหรับการรักษาพยาบาลหรือไม่

- **หากเราตอบใช่สำหรับคำขอของคุณ:** หากการรักษาพยาบาลได้รับความคุ้มครองและคุณปฏิบัติตามกฎ เราจะส่งการชำระเงินให้คุณสำหรับค่าใช้จ่าย ซึ่งโดยทั่วไปจะดำเนินการภายใน 30 วันปฏิทินแต่ไม่เกิน 60 วันปฏิทินหลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณ:** หากการรักษาพยาบาลไม่ได้รับการคุ้มครอง หรือคุณไม่ปฏิบัติตามกฎทั้งหมด เราจะไม่ส่งการชำระเงิน แทนที่จะทำเช่นนั้น เราจะส่งจดหมายที่แจ้งว่าเราจะไม่จ่ายเงินสำหรับการรักษาพยาบาลและเหตุผล

หาก你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจของเราที่จะปฏิเสธคุณ **คุณสามารถยื่นคำร้องได้** หากคุณยื่นคำร้องหมายความว่า คุณกำลังขอให้เราเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจด้านความคุ้มครองที่เราได้ดำเนินการไปเมื่อเราปฏิเสธคำขอชำระเงินของคุณ

ในการยื่นคำร้องนี้ ให้ปฏิบัติตามกระบวนการยื่นคำร้องในส่วนที่ 6.3 สำหรับคำร้องเกี่ยวกับการเบิกจ่าย โปรดทราบว่า:

- เราต้องให้คำตอบของเราแก่คุณภายใน 30 วันปฏิทินหลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ
- หากองค์กรตรวจสอบอิสระตัดสินใจว่าเราควรจ่ายเงิน เราต้องส่งการชำระเงินให้คุณหรือผู้ให้บริการภายใน 30 วันปฏิทิน หากคำตอบสำหรับคำร้องของคุณคือใช้ในขั้นตอนใดๆ ของกระบวนการยื่นคำร้องหลังจากคำร้องขึ้นที่ 2 เราต้องส่งการชำระเงินที่คุณขอให้คุณหรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพภายใน 60 วันปฏิทิน

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 7 ยาส่วน D: วิธีขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง****ส่วนที่ 7.1 ส่วนนี้จะบอกให้คุณทราบถึงสิ่งที่ควรทำ หากคุณมีปัญหาในการรับยาส่วน D หรือคุณต้องการให้เราจ่ายเงินคืนให้คุณสำหรับยาส่วน D**

สิทธิประโยชน์ของคุณรวมถึงความคุ้มครองสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์จำนวนมาก เพื่อให้ได้รับความคุ้มครอง ยาจะต้องใช้สำหรับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับ (โปรดดูบทที่ 5 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์) สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับยาส่วน D กฎ ข้อจำกัด และค่าใช้จ่าย โปรดไปที่บทที่ 5 และ 6 **ส่วนนี้เกี่ยวข้องกับยาส่วน D ของคุณเท่านั้น** เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยทั่วไปเราจะใช้คำว่ายาในส่วนที่เหลือของส่วนนี้ แทนที่จะใช้คำว่ายาตามใบสั่งแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกในความคุ้มครองหรือยาส่วน D ทุกครั้ง เรายังใช้คำว่ารายชื่อยา แทนคำว่ารายชื่อยาในความคุ้มครอง

- หาก你不ทราบว่ายาได้รับการคุ้มครองหรือไม่ หรือหาก你不ปฏิบัติตามกฎ คุณสามารถสอบถามเราได้ ยาบางชนิดกำหนดให้คุณต้องรับการอนุมัติจากเราก่อนที่เราจะคุ้มครอง
- หากร้านขายยาของคุณแจ้งคุณว่าใบสั่งยาของคุณไม่สามารถกรอกได้ตามที่เขียนไว้ ร้านขายยาจะส่งการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณเพื่ออธิบายวิธีการติดต่อเราเพื่อขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้องสำหรับยาส่วน D**คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองเบื้องต้นเกี่ยวกับยาส่วน D ของคุณเรียกว่า**การพิจารณาความคุ้มครอง**

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองคือการที่เราตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองของคุณหรือเกี่ยวกับจำนวนเงินที่เราจ่ายเป็นค่ายาของคุณ ส่วนนี้จะบอกสิ่งที่คุณสามารถทำได้หาก你不อยู่ในสถานการณ์ใดๆ ต่อไปนี้:

- ขอให้เรารับประกันยาส่วน D ที่ไม่อยู่ในรายชื่อยาในแผนของเรา **ขอช้อยกเว้น ส่วนที่ 7.2**
- การขอให้ยกเว้นข้อจำกัดสำหรับความคุ้มครองยาของแผนของเรา (เช่น ข้อจำกัดเกี่ยวกับปริมาณยาที่คุณสามารถได้รับ เกณฑ์การอนุญาตล่วงหน้า หรือข้อกำหนดในการลองใช้ยาอื่นก่อน) **ขอช้อยกเว้น ส่วนที่ 7.2**
- การขออนุมัติล่วงหน้าสำหรับยา **ขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง ส่วนที่ 7.4**
- จ่ายเงินสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ที่คุณซื้อไปแล้ว **ขอให้เราจ่ายเงินคืนให้คุณ ส่วนที่ 7.4**

หาก你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองที่เราทำ คุณสามารถยื่นคำร้องการตัดสินใจของเราได้

ในส่วนนี้จะอธิบายถึงวิธีการขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและวิธีการขอยื่นคำร้อง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 7.2 การขอขอยกเว้น****คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

การขอความคุ้มครองของยาที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองคือ**รายชื่อยาในความคุ้มครองที่มีการยกเว้น**

การขอยกเลิกข้อจำกัดในความคุ้มครองยาคือ**รายชื่อยาในความคุ้มครองที่มีการยกเว้น**

การขอจ่ายเงินในราคาที่ต่ำกว่าสำหรับยาที่ไม่ได้ให้สิทธิพิเศษคือ**ขอยกเว้นทางการจัดระดับ**

หากยาไม่ได้คุ้มครองในลักษณะที่คุณต้องการให้คุ้มครอง คุณสามารถขอให้เรากำหนด**ขอยกเว้น**ได้ ขอยกเว้นคือประเภทหนึ่งของการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง

เพื่อให้เราพิจารณาคำขอยกเว้นของคุณ แพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ ของคุณจะต้องอธิบายเหตุผลทางการแพทย์ว่าทำไมคุณจึงจำเป็นต้องได้รับการอนุมัติขอยกเว้น นี่คือ 2 ตัวอย่างของขอยกเว้นที่คุณหรือแพทย์ของคุณหรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ สามารถขอให้เราได้:

1. **การคุ้มครองยาส่วน D ที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา** คุณไม่สามารถขอการยกเว้นสำหรับจำนวนเงินตามการแบ่งค่าใช้จ่ายที่เรากำหนดให้คุณจ่ายสำหรับยาได้
2. **การยกเลิกข้อจำกัดสำหรับยาในความคุ้มครอง** บทที่ 5 อธิบายถึงกฎหรือข้อจำกัดเพิ่มเติมที่ใช้กับยาบางชนิดในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา หากเราตกลงที่จะยกเว้นและยกเลิกข้อจำกัดสำหรับคุณ คุณสามารถขอขอยกเว้นสำหรับการร่วมกันจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ที่เราต้องการให้คุณจ่ายสำหรับยา

ส่วนที่ 7.3 สิ่งสำคัญที่ควรทราบเกี่ยวกับการส่งคำขอขอยกเว้น**แพทย์ของคุณต้องแจ้งเหตุผลทางการแพทย์แก่เรา**

แพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ ของคุณต้องระบุข้อความที่อธิบายถึงเหตุผลทางการแพทย์ที่คุณขอยกเว้น เพื่อการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วยิ่งขึ้น ให้ระบุข้อมูลทางการแพทย์นี้ซึ่งได้รับจากแพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ เมื่อคุณขอขอยกเว้น

โดยทั่วไป รายชื่อยาในความคุ้มครองของเราจะมีมากกว่าหนึ่งตัวสำหรับการรักษาภาวะอาการเฉพาะ ตัวเลือกที่เป็นไปได้ต่างๆ เหล่านี้เรียกว่ายา**ทางเลือก** หากยาทางเลือกน่าจะมีประสิทธิภาพเท่ากับยาที่คุณกำลังขอและจะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มเติมหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ โดยทั่วไปเราจะไม่อนุมัติคำขอของคุณสำหรับขอยกเว้น

เราสามารถตอบตกลงหรือปฏิเสธคำขอของคุณได้

- หากเราอนุมัติคำขอของคุณสำหรับขอยกเว้น โดยปกติแล้วการอนุมัติของเราจะมีผลจนถึงสิ้นปีสำหรับแผนของเรา เชื่อนไขนี้เป็นจริงตราบใดที่แพทย์ของคุณยังคงสั่งจ่ายยาให้กับคุณ และยานั้นยังคงปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะอาการของคุณต่อไป
- หากเราปฏิเสธคำขอของคุณ คุณสามารถส่งคำขอการตรวจสอบอื่นได้โดยการยื่นคำร้อง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 7.4 วิธีขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง รวมถึงข้อยกเว้น****คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เรียกว่าการตัดสินใจด้านความคุ้มครองแบบเร่งด่วน

ขั้นตอนที่ 1: ตัดสินใจว่าคุณต้องการการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานหรือการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว

การตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานจะดำเนินการภายใน **72 ชั่วโมง**หลังจากที่เราได้รับใบแสดงความเห็นจากแพทย์ของคุณ **การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว**จะดำเนินการภายใน **24 ชั่วโมง**หลังจากที่เราได้รับใบแสดงความเห็นจากแพทย์ของคุณ

หากมีความจำเป็นเนื่องจากสุขภาพของคุณ โปรดขอให้เราดำเนินการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เพื่อรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว คุณต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 ข้อ:

- คุณต้องขอยาที่คุณไม่เคยได้รับ (คุณไม่สามารถขอรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วเพื่อรับเงินคืนสำหรับยาที่คุณซื้อไปแล้ว)
- การใช้กำหนดเวลามาตรฐานอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของคุณหรือส่งผลเสียต่อการทำงานของร่างกายของคุณ
- หากแพทย์หรือผู้สั่งจ่ายยาอื่นแจ้งให้เราทราบว่าสุขภาพของคุณจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราจะให้การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วแก่คุณโดยอัตโนมัติ
- หากคุณต้องการการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วด้วยตัวคุณเองโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากแพทย์หรือผู้สั่งจ่ายยา เราจะตัดสินใจว่าสุขภาพของคุณจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วจากเราหรือไม่ หากเราไม่อนุมัติการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราจะส่งจดหมายเพื่อแจ้งคุณว่า:
 - อธิบายว่าเราจะใช้กำหนดเวลามาตรฐาน
 - อธิบายว่าหากแพทย์หรือผู้สั่งจ่ายยาอื่นขอรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว เราจะให้การพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วแก่คุณโดยอัตโนมัติ
 - บอกวิธีที่คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนแบบเร่งด่วนเกี่ยวกับการตัดสินใจของเราที่จะมอบการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานให้กับคุณแทนการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วตามที่คุณขอ เราจะทำตามคำร้องเรียนของคุณภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับ

ขั้นตอนที่ 2: ขอรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานหรือการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว

เริ่มต้นด้วยการโทรติดต่อ เขียนจดหมาย หรือส่งแฟกซ์ถึงแผนของเรา เพื่อขอให้เราอนุญาตหรือให้ความคุ้มครองสำหรับการรักษาทางการแพทย์ที่คุณต้องการ คุณยังสามารถเข้าถึงกระบวนการตัดสินใจด้านความคุ้มครองได้ผ่านทางเว็บไซต์ของเราอีกด้วย เราจะต้องรับคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรทั้งหมด รวมถึงคำขอที่ส่งผ่านแบบฟอร์มขอการพิจารณาความคุ้มครองตามแบบจำลอง CMS ซึ่งมีอยู่ในเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/coverage-determination บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ เพื่อช่วยเราในการดำเนินการตามคำขอของคุณ ให้ใส่ชื่อ ข้อมูลติดต่อ และข้อมูลที่แสดงว่าคำร้องที่ถูกปฏิเสธใดที่กำลังยื่นคำร้อง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

คุณ แพทย์ของคุณ (หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ) หรือตัวแทนของคุณสามารถทำสิ่งนี้ได้ คุณยังสามารถให้ทนายความดำเนินการในนามของคุณได้อีกด้วย ส่วนที่ 4 ของบทนี้จะบอกวิธีที่คุณสามารถให้สิทธิ์เป็นลายลักษณ์อักษรแก่บุคคลอื่นเพื่อดำเนินการในนามตัวแทนของคุณ

- **หากคุณกำลังขอการยกเว้น โปรดยื่นใบแสดงความเห็นสนับสนุน** ซึ่งอธิบายเหตุผลทางการแพทย์สำหรับการยกเว้น แพทย์ของคุณหรือผู้ส่งจ่ายยารายอื่นสามารถแฟกซ์หรือส่งใบแสดงความเห็นสนับสนุนให้เราทางจดหมายได้ หรือแพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยารายอื่นของคุณสามารถแจ้งให้เราทราบทางโทรศัพท์ และติดตามผลโดยการส่งแฟกซ์หรือส่งเอกสารแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้เราทางจดหมายหากจำเป็น

ขั้นตอนที่ 3: เราพิจารณาคำขอของคุณและให้คำตอบของเรา**กำหนดเวลาสำหรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็ว**

- โดยทั่วไป เราต้องให้คำตอบแก่คุณภายใน **24 ชั่วโมง** หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ
 - สำหรับข้อยกเว้น เราจะให้คำตอบของเราภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับใบแสดงความเห็นสนับสนุนจากแพทย์ของคุณ เราจะให้คำตอบแก่คุณเร็วขึ้นหากสุขภาพของคุณมีความจำเป็น
 - หากเราไม่ทันตามกำหนดเวลานี้ เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรตรวจสอบอิสระ
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราต้องให้ความคุ้มครองที่เราตกลงกันภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณหรือใบแสดงความเห็นสนับสนุนคำขอของคุณ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ และแจ้งวิธียื่นคำร้องให้คุณทราบด้วย

กำหนดเวลาสำหรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานเกี่ยวกับยาที่คุณยังไม่ได้รับ

- เราต้องให้คำตอบของเราแก่คุณภายใน **72 ชั่วโมง** หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ
 - สำหรับข้อยกเว้นเราจะให้คำตอบของเราภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับใบแสดงความเห็นสนับสนุนจากแพทย์ของคุณ เราจะให้คำตอบแก่คุณเร็วขึ้นหากสุขภาพของคุณมีความจำเป็น
 - หากเราไม่ทันตามกำหนดเวลานี้เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรตรวจสอบอิสระ
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราต้องให้ความคุ้มครองที่เราตกลงกันภายใน **72 ชั่วโมง** หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณหรือใบแสดงความเห็นสนับสนุนคำขอของคุณจากแพทย์
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ และแจ้งวิธียื่นคำร้องให้คุณทราบด้วย

กำหนดเวลาสำหรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองมาตรฐานเกี่ยวกับการชำระเงินสำหรับยาที่คุณซื้อไปแล้ว

- เราต้องให้คำตอบของเราแก่คุณ ภายใน **14 วันปฏิทิน** หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

หากเราไม่ทันตามกำหนดเวลานี้เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์การตรวจสอบอิสระ

- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เรายังต้องชำระเงินให้คุณภายใน 14 วันปฏิทินหลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ และแจ้งวิธียื่นคำร้องให้คุณทราบด้วย

ขั้นตอนที่ 4: หากเราปฏิเสธคำขอความคุ้มครองของคุณ คุณสามารถอุทธรณ์ได้

- ถ้าเราปฏิเสธ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอให้เราพิจารณาการตัดสินใจนี้อีกครั้งด้วยการยื่นคำร้อง ซึ่งหมายถึงการขอความคุ้มครองยาที่คุณต้องการอีกครั้ง หากคุณยื่นอุทธรณ์ หมายความว่า คุณกำลังไปที่ขั้นที่ 1 ของกระบวนการคำร้อง

ส่วนที่ 7.5 วิธีการคำร้องขั้นที่ 1**คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

คำร้องต่อแผนของเราเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองยาส่วน D เรียกว่า **การลงความเห็นใหม่**

การอุทธรณ์แบบเร็วเรียกว่า **การลงความเห็นใหม่แบบเร่งด่วน**

ขั้นตอนที่ 1: ตัดสินใจว่าคุณต้องการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานหรือยื่นอุทธรณ์แบบเร็ว

การขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานมักจะทำภายใน 7 วันปฏิทิน โดยทั่วไป การอุทธรณ์แบบเร็วจะดำเนินการภายใน 72 ชั่วโมง หากจำเป็นต้องสุขภาพของคุณ ให้ทำการอุทธรณ์แบบเร็ว

- หากคุณกำลังอุทธรณ์การตัดสินใจที่เราทำเกี่ยวกับยาที่คุณยังไม่ได้รับ คุณและแพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ ของคุณจะต้องตัดสินใจว่าคุณต้องการการอุทธรณ์แบบเร็วหรือไม่
- ข้อกำหนดสำหรับการอุทธรณ์แบบเร็วเหมือนกับข้อกำหนดสำหรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วในส่วนที่ 7.4

ขั้นตอนที่ 2: คุณ ตัวแทน แพทย์ หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ ต้องติดต่อเราและยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ หากจำเป็นต้องตอบสนองต่อสุขภาพของคุณอย่างรวดเร็ว คุณต้องทำการอุทธรณ์แบบเร็ว

- **สำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน** ให้ส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรติดต่อเรา บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ
- **สำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว** ให้ส่งคำร้องของคุณเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรหาเราที่ **1-888-846-4262 (TTY: 711)** บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ
- **เราต้องยอมรับคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรใดๆ** รวมถึงคำขอที่ส่งผ่านแบบฟอร์มขอการลงความเห็นใหม่ตามแบบจำลอง CMS ซึ่งมีอยู่ในเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/redetermination ระบุชื่อ ข้อมูลติดต่อ และข้อมูลเกี่ยวกับการเรียกร้องของคุณเพื่อช่วยเราดำเนินการตามคำขอของคุณ

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- คุณสามารถส่งคำร้องของคุณทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านเว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/OhanaHI
- **คุณต้องยื่นคำร้องขออุทธรณ์ภายใน 65 วันปฏิทิน**นับจากวันในการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่เราส่งไปเพื่อแจ้งคำตอบของเราเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครอง หากคุณพลาดกำหนดเวลานี้และมีเหตุผลที่สมควร ให้อธิบายเหตุผลที่คำร้องของคุณล่าช้าเมื่อคุณยื่นคำร้อง เราอาจใช้เวลาคุณมากขึ้นในการยื่นคำร้อง ตัวอย่างของสาเหตุที่อาจรวมถึง การเจ็บป่วยร้ายแรงที่ขัดขวางไม่ให้คุณติดต่อเรา หรือหากเราให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์เกี่ยวกับกำหนดเวลาในการขอยื่นคำร้อง
- **คุณสามารถขอสำเนาข้อมูลในคำร้องของคุณและเพิ่มข้อมูลเพิ่มเติมได้** คุณและแพทย์ของคุณอาจเพิ่มข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนคำร้องของคุณ

ขั้นตอนที่ 3: เราพิจารณาคำร้องของคุณและให้คำตอบของเรา

- เมื่อเราตรวจสอบคำร้องของคุณ เราจะพิจารณาข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับคำขอความคุ้มครองของคุณอย่างละเอียดอีกครั้ง เราจะตรวจสอบว่าเราได้ทำตามกฎทั้งหมดหรือไม่เมื่อเราปฏิเสธคำขอของคุณ
- เราอาจติดต่อคุณหรือแพทย์ของคุณหรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ เพื่อรับข้อมูลเพิ่มเติม

กำหนดเวลาสำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว

- สำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว เราต้องให้คำตอบของเราแก่คุณ **ภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ** เราจะให้คำตอบแก่คุณเร็วขึ้นหากสุขภาพของคุณมีความจำเป็น
 - หากเราไม่ให้คำตอบแก่คุณภายใน 72 ชั่วโมง เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรตรวจสอบอิสระ **ส่วนที่ 7.6** อธิบายกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราต้องให้ความคุ้มครองที่เราตกลงกันภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ และแจ้งวิธียื่นคำร้องให้คุณทราบด้วย

กำหนดเวลาสำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานสำหรับยาที่คุณยังไม่ได้รับ

- สำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน เราต้องให้คำตอบของเราภายใน **7 วันปฏิทิน**หลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ เราจะให้การตัดสินใจของเราเร็วขึ้น หากคุณยังไม่ได้รับยาและสุขภาพของคุณต้องการให้เราทำเช่นนั้น
 - หากเราไม่ได้ให้การตัดสินใจแก่คุณภายใน 7 วันปฏิทิน เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรตรวจสอบอิสระ **ส่วนที่ 7.6** อธิบายกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราต้องให้ความคุ้มครองโดยเร็วที่สุดเท่าที่สุขภาพของคุณต้องการ แต่ไม่เกิน **7 วันปฏิทิน** หลังจากที่เราได้รับคำร้องของคุณ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ และแจ้งวิธียื่นคำร้องให้คุณทราบด้วย

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**กำหนดเวลาสำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐานเกี่ยวกับการชำระเงินสำหรับยาที่คุณซื้อแล้ว**

- เราต้องให้คำตอบของเราแก่คุณ ภายใน **14 วันปฏิทิน** หลังจากที่เรารับคำขอของคุณ
 - หากเราไม่ทันตามกำหนดเวลานี้เราจำเป็นต้องส่งคำขอของคุณไปยังกระบวนการคำร้องขั้นที่ 2 ซึ่งจะได้รับการตรวจสอบโดยองค์กรตรวจสอบอิสระ
- **หากเราตอบรับคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เรายังต้องชำระเงินให้คุณภายใน 30 วันปฏิทินหลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณ
- **หากเราปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด** เราจะส่งคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรถึงคุณ พร้อมอธิบายเหตุผลที่เราปฏิเสธ และแจ้งวิธียื่นคำร้องให้คุณทราบด้วย

ขั้นตอนที่ 4: หากเราปฏิเสธคำร้องของคุณ คุณต้องตัดสินใจว่าคุณต้องการยื่นคำร้องต่อหรือไม่ และยื่นคำร้องอีกครั้ง

- หากคุณตัดสินใจที่จะยื่นคำร้องอีกครั้ง หมายความว่าคำร้องของคุณจะไปขึ้นที่ 2 ของกระบวนการคำร้อง

ส่วนที่ 7.6 วิธียื่นคำร้องขั้นที่ 2**คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

ชื่ออย่างเป็นทางการขององค์กรตรวจสอบอิสระคือ **หน่วยงานตรวจสอบอิสระ** บางครั้งเรียกว่า **IRE**

องค์กรตรวจสอบอิสระคือองค์กรอิสระที่วางโดย Medicare ซึ่งไม่ได้มีความเชื่อมโยงกับเราและไม่ได้เป็นหน่วยงานของรัฐบาล องค์กรนี้จะตัดสินใจว่าการตัดสินใจของเราถูกต้องหรือควรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ Medicare กำกับดูแลงานของตน

ขั้นตอนที่ 1: คุณ (หรือตัวแทนของคุณหรือแพทย์หรือผู้ส่งจ่ายยาอื่นๆ) ต้องติดต่อองค์กรตรวจสอบอิสระและขอตรวจสอบกรณีของคุณ

- หากเราปฏิเสธคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ หนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่เราส่งให้คุณจะมี**คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการยื่นคำร้องขั้นที่ 2** กับองค์กรตรวจสอบอิสระ คำแนะนำเหล่านี้จะบอกว่าใครสามารถยื่นคำร้องขั้นที่ 2 นี้ได้ กำหนดเวลาใดที่คุณต้องปฏิบัติตามและวิธีการติดต่อองค์กรตรวจสอบอิสระ
- **คุณต้องยื่นคำร้องขออุทธรณ์ภายใน 65 วันปฏิทิน**นับจากวันที่ในหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร
- หากเราไม่สามารถตรวจสอบให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือทำการตัดสินใจที่ไม่เป็นผลดีเกี่ยวกับการพิจารณาว่า**มีความเสี่ยง**ภายใต้โครงการจัดการยาของเรา เราจะส่งต่อคำร้องของคุณไปยัง IRE โดยอัตโนมัติ
- เราจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับคำร้องของคุณไปยังองค์กรนี้ ข้อมูลนี้เรียกว่า**แฟ้มกรณีของคุณ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอสำเนาแฟ้มกรณีของคุณ**
- คุณมีสิทธิ์ที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่องค์กรตรวจสอบอิสระเพื่อสนับสนุนคำร้องของคุณ

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ขั้นตอนที่ 2: องค์กรตรวจสอบอิสระจะพิจารณาคำร้องของคุณ

ผู้ตรวจสอบที่องค์กรตรวจสอบอิสระจะพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับคำร้องของคุณอย่างถี่ถ้วน

กำหนดเวลาสำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว

- หากจำเป็นต่อสุขภาพของคุณ ให้สอบถามองค์กรตรวจสอบอิสระเพื่อการอุทธรณ์แบบเร็ว
- หากองค์กรตรวจสอบอิสระยินยอมที่จะทำการอุทธรณ์แบบเร็ว องค์กรตรวจสอบอิสระจะต้องให้คำตอบสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณภายใน **72 ชั่วโมง** หลังจากได้รับคำขออุทธรณ์ของคุณ

กำหนดเวลาสำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน

- สำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน องค์กรตรวจสอบอิสระจะต้องให้คำตอบสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณภายใน **7 วันปฏิทิน** หลังจากที่ได้รับคำร้องของคุณ หากเป็นยาที่คุณยังไม่ได้รับ หากคุณขอให้เราจ่ายเงินคืนสำหรับยาที่คุณซื้อไปแล้ว องค์กรตรวจสอบอิสระจะต้องให้คำตอบสำหรับคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณภายใน **14 วันปฏิทิน** หลังจากได้รับคำขอของคุณ

ขั้นตอนที่ 3: องค์กรตรวจสอบอิสระให้คำตอบแก่คุณ

สำหรับการอุทธรณ์แบบเร็ว:

- หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบว่าใช่ในบางส่วนหรือทั้งหมดที่คุณขอ เราต้องให้ความคุ้มครองยาที่ได้รับอนุมัติจากองค์กรตรวจสอบอิสระภายใน **24 ชั่วโมง** หลังจากที่เราได้คำตัดสินจากองค์กรตรวจสอบอิสระ

สำหรับการขอรับการพิจารณาแบบมาตรฐาน:

- หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบรับคำขอความคุ้มครองของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด เราจะต้องมอบความคุ้มครองยาที่องค์กรตรวจสอบอิสระอนุมัติภายใน **72 ชั่วโมง** หลังจากที่เราได้คำตัดสินจากองค์กรตรวจสอบอิสระ
- หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบรับคำขอให้จ่ายเงินคืนของคุณบางส่วนหรือทั้งหมดสำหรับยาที่คุณซื้อไปแล้ว เราจะต้องส่งเงินให้คุณภายใน **30 วันปฏิทิน** หลังจากที่เราได้คำตัดสินจากองค์กรตรวจสอบอิสระ

จะเกิดอะไรขึ้นถ้าองค์กรตรวจสอบอิสระปฏิเสธคำร้องของคุณ

หากองค์กรตรวจสอบอิสระปฏิเสธคำขอของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด หมายความว่าพวกเขาเห็นด้วยกับการตัดสินใจของเราที่จะไม่อนุมัติคำขอของคุณ (หรือบางส่วนของคำขอของคุณ) (กรณีนี้เรียกว่าการตัดสินใจสนับสนุนหรือการปฏิเสธคำร้องของคุณ) ในกรณีนี้ องค์กรตรวจสอบอิสระจะส่งจดหมายถึงคุณซึ่ง:

- อธิบายการตัดสินใจ
- ช่วยให้คุณทราบเกี่ยวกับสิทธิของคุณสำหรับคำร้องขั้นที่ 3 หากมูลค่าเงินของความคุ้มครองยาที่คุณกำลังขอตรงตามขั้นต่ำที่กำหนด หากมูลค่าเงินของความคุ้มครองยาที่คุณขอต่ำเกินไป คุณไม่สามารถยื่นคำร้องได้อีกและการตัดสินใจขั้นที่ 2 ถือเป็นที่สุด
- บอกมูลค่าเงินที่ต้องโต้แย้ง เพื่อดำเนินการต่อกับกระบวนการยื่นคำร้อง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ขั้นตอนที่ 4: หากกรณีของคุณตรงตามข้อกำหนด คุณสามารถเลือกได้ว่าต้องการยื่นคำร้องต่อหรือไม่**

- มีอีก 3 ขั้นตอนในกระบวนการคำร้องหลังจากขั้นที่ 2 (สำหรับคำร้องทั้งหมด 5 ขั้นตอน)
 - หากคุณต้องการไปที่คำร้องขั้นที่ 3 รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการนี้อยู่ในหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับหลังจากการตัดสินใจคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณ
 - คำร้องขั้นที่ 3 จะได้รับการจัดการโดยผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการ
- ส่วนที่ 10** จะอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5

ส่วนที่ 8 วิธีการขอให้เราคู่มือการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในนานขึ้น หากคุณคิดว่าคุณกำลังจะออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป

เมื่อคุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการโรงพยาบาลที่คุ้มครองทั้งหมดที่จำเป็นในการวินิจฉัยและรักษาอาการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของคุณ

ในระหว่างการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้รับความคุ้มครอง แพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะทำงานร่วมกับคุณเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับวันที่คุณออกจากโรงพยาบาล พวกเขาจะช่วยจัดให้มีการดูแลที่คุณอาจต้องการหลังจากที่คุณออก

- วันที่คุณออกจากโรงพยาบาลเรียกว่า **วันที่ออกจากโรงพยาบาล**
- เมื่อมีการกำหนดวันที่ออกจากโรงพยาบาล แพทย์ของคุณหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะแจ้งให้คุณทราบ
- หากคุณคิดว่าคุณกำลังถูกขอให้ออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป คุณสามารถขอเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอีกต่อไปและคำขอของคุณจะได้รับการพิจารณา

ส่วนที่ 8.1 ในระหว่างการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน คุณจะได้รับหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรจาก Medicare ซึ่งจะบอกคุณเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณ

ภายใน 2 วันปฏิทินของการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล คุณจะได้รับหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่เรียกว่า *ข้อความสำคัญจาก Medicare เกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณ* ทุกคนที่มี Medicare จะได้รับสำเนาของหนังสือแจ้งนี้ หาก你不ได้รับหนังสือแจ้งจากคนที่โรงพยาบาล (ตัวอย่างเช่น นักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาล) ให้ขอพนักงานโรงพยาบาลคนใดก็ได้ให้นำมาให้ หากคุณต้องการความช่วยเหลือให้โทรหาบริการของสมาชิกที่ 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048)

1. อ่านหนังสือแจ้งนี้อย่างละเอียดและถามคำถาม หาก你不เข้าใจ บอกคุณว่า:

- สิทธิ์ของคุณในการรับบริการที่คุ้มครองโดย Medicare ในระหว่างและหลังการเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งรวมถึงสิทธิ์ในการทราบว่าบริการเหล่านี้คืออะไรใครจะเป็นผู้จ่ายเงินให้พวกเขา และคุณจะได้จากที่ใด

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- สิทธิของคุณในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใดๆ เกี่ยวกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของคุณ
 - คุณสามารถรายงานข้อกังวลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลโรงพยาบาลของคุณได้ที่ใด
 - สิทธิของคุณในการ**ขอกบทวนกัน**ของการตัดสินใจที่จะปล่อยตัวคุณ หาก你认为ว่าคุณกำลังจะออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป นี่เป็นวิธีที่เป็นทางการและถูกกฎหมายในการขอให้วันที่ออกจากโรงพยาบาลของคุณช้าลง เพื่อให้เราคุ้มครองการดูแลโรงพยาบาลของคุณเป็นเวลานานขึ้น
- 2. คุณจะถูกลงนามในหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงว่าคุณได้รับและเข้าใจสิทธิของคุณ**
- คุณหรือบุคคลที่ลงนามในนามของคุณจะถูกลงนามในหนังสือแจ้ง
 - การลงนามในหนังสือแจ้งจะบ่งชี้ว่าคุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของคุณ *เท่านั้น* หนังสือแจ้งไม่ได้ลงวันที่ให้คุณออกจากโรงพยาบาล การลงนามในหนังสือแจ้ง **ไม่ได้หมายความว่า** คุณกำลังตกลงในวันที่ออกจากโรงพยาบาล
- 3. เก็บสำเนาหนังสือแจ้งของคุณไว้ เพื่อให้คุณมีข้อมูลเกี่ยวกับคำร้อง (หรือรายงานข้อกังวลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแล) หากคุณต้องการ**
- หากคุณลงนามในหนังสือแจ้งมากกว่า 2 วันปฏิทินก่อนวันที่ออก คุณจะได้รับสำเนาอื่นก่อนที่คุณจะถูกกำหนดให้ออกจากโรงพยาบาล
 - หากต้องการดูสำเนาของหนังสือแจ้งนี้ล่วงหน้าโปรดติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่ 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048 นอกจากนี้คุณยังสามารถรับการแจ้งเตือนทางออนไลน์ได้ที่ www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

ส่วนที่ 8.2 วิธีการคำร้องขั้นที่ 1 เพื่อเปลี่ยนวันที่ออกจากโรงพยาบาลของคุณ

หากต้องการขอให้เราให้ความคุ้มครองการดูแลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้น ให้ใช้กระบวนการคำร้องเพื่อส่งคำร้องนี้ ก่อนที่คุณจะเริ่ม ให้ทำความเข้าใจในสิ่งที่คุณต้องทำและกำหนดเวลา

- **ทำตามกระบวนการ**
- **ทำให้เสร็จตามกำหนดเวลา**
- **ขอความช่วยเหลือหากคุณต้องการ** หาก你有คำถามหรือต้องการความช่วยเหลือโปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่ 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือติดต่อโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP) เพื่อขอความช่วยเหลือส่วนบุคคล ข้อมูลการติดต่อ SHIP สามารถดูได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 3 ข้อมูลการติดต่อ SHIP สามารถดูได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 3

ในระหว่างคำร้องขั้นที่ 1 องค์การปรับปรุงคุณภาพจะทบทวนคำร้องของคุณ โดยจะตรวจสอบว่าวันที่ออกจากโรงพยาบาลตามแผนของคุณ มีความเหมาะสมทางการแพทย์กับคุณหรือไม่ **องค์การปรับปรุงคุณภาพ** เป็นกลุ่มของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่จ่ายโดยรัฐบาลกลางเพื่อตรวจสอบและช่วยปรับปรุงคุณภาพของการดูแลคนที่มี Medicare ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบวันที่ออกจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่มี Medicare ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแผนของเรา

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ขั้นตอนที่ 1: ติดต่อองค์การปรับปรุงคุณภาพสำหรับรัฐของคุณ และขอให้ตรวจสอบการวันที่ออกจากโรงพยาบาลของคุณทันทีที่คุณต้องรับลงมือ****คุณจะต้องดำเนินการนี้ได้อย่างไร**

- หนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับ (ข้อความสำคัญจาก Medicare เกี่ยวกับสิทธิของคุณ) จะบอกวิธีติดต่อองค์การนี้ หรือค้นหาชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ขององค์การปรับปรุงคุณภาพสำหรับรัฐของคุณในบทที่ 2

ดำเนินการอย่างรวดเร็ว:

- ในคำร้องของคุณ คุณต้องติดต่อองค์การปรับปรุงคุณภาพ ก่อนที่คุณจะออกจากโรงพยาบาลและ**ไม่เกินเที่ยงคืนของวันที่คุณออกจากโรงพยาบาล**
 - **หากคุณสามารถทำตามกำหนดเวลานี้** คุณสามารถอยู่ในโรงพยาบาลหลังจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล โดยไม่ต้องจ่ายเงินในขณะที่คุณได้รับการตัดสินใจจากองค์การปรับปรุงคุณภาพ
 - **หากคุณไม่ทันตามกำหนดเวลานี้ โปรดติดต่อเรา** หากคุณตัดสินใจที่จะอยู่ในโรงพยาบาล หลังจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลที่วางแผนไว้ คุณอาจต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลที่คุณได้รับ หลังจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลที่วางแผนไว้

เมื่อคุณขอตรวจสอบการออกจากโรงพยาบาลของคุณทันที องค์การปรับปรุงคุณภาพจะติดต่อเรา ในตอนเที่ยงของวัน หลังจากที่เราได้รับการติดต่อ เราจะให้**รายละเอียดเกี่ยวกับการออกจากโรงพยาบาล** หนังสือแจ้งนี้จะระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาลที่วางแผนไว้ของคุณและอธิบายโดยละเอียดถึงเหตุผลที่แพทย์ของคุณ โรงพยาบาล และเราคิดว่าถูกต้อง (เหมาะสมทางการแพทย์) เพื่อให้คุณออกจากโรงพยาบาลในวันนั้น

คุณสามารถรับตัวอย่าง**หนังสือแจ้งการออกจากโรงพยาบาลโดยละเอียด**ได้ที่บริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048) คุณสามารถรับ

ตัวอย่างหนังสือแจ้งออนไลน์ได้ที่ www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

ขั้นตอนที่ 2: องค์การปรับปรุงคุณภาพดำเนินการตรวจสอบกรณีของคุณอย่างอิสระ

- ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่องค์การปรับปรุงคุณภาพ (ผู้ตรวจสอบ) จะถามคุณ (หรือตัวแทนของคุณ) ว่าเหตุใดคุณจึงเชื่อว่าความคุ้มครองสำหรับบริการควรดำเนินต่อไป คุณไม่จำเป็นต้องเตรียมอะไรในการเขียน แต่คุณสามารถทำได้ถ้าคุณต้องการ
- ผู้ตรวจสอบจะดูข้อมูลทางการแพทย์ของคุณ พูดคุยกับแพทย์ของคุณและตรวจสอบข้อมูลที่เราและโรงพยาบาลให้ไว้
- ตอนเที่ยงของวันหลังจากที่ผู้ตรวจสอบบอกเราถึงคำร้องของคุณ คุณจะได้รับหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรจากเราให้วันที่ออกจากโรงพยาบาลตามแผนของคุณ หนังสือแจ้งนี้จะอธิบายโดยละเอียดถึงเหตุผลที่แพทย์ของคุณ โรงพยาบาล และเราคิดว่าถูกต้อง (เหมาะสมทางการแพทย์) เพื่อให้คุณออกจากโรงพยาบาลในวันนั้น

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ขั้นตอนที่ 3: ภายในหนึ่งวันเต็มหลังจากที่มีข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดแล้ว องค์การปรับปรุงคุณภาพจะให้คำตอบแก่คุณในคำร้องของคุณ

จะเกิดอะไรขึ้นถ้าคำตอบคือใช่

- หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบว่าใช่ เราต้องให้บริการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่อยู่ในความคุ้มครองของคุณต่อไป トラบเก่าที่บริการเหล่านี้มีความจำเป็นทางการแพทย์
- คุณจะต้องจ่ายส่วนแบ่งของค่าใช้จ่าย (เช่น ความรับผิดชอบส่วนแรกหรือการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หากมี) นอกจากนี้อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลในความคุ้มครอง

จะเกิดอะไรขึ้นถ้าคำตอบคือไม่

- หากองค์กรตรวจสอบอิสระกล่าวว่าไม่ พวกเขากำลังบอกว่าวันที่ออกจากโรงพยาบาลตามแผนของคุณมีความเหมาะสมทางการแพทย์ หากเกิดกรณีนี้ขึ้น **ความคุ้มครองของเราสำหรับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของคุณจะสิ้นสุดในตอนเที่ยงของวัน หลังจากที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพให้คำตอบแก่คุณในคำร้องของคุณ**
- หากองค์กรตรวจสอบอิสระปฏิเสธคำร้องของคุณ และคุณตัดสินใจที่จะอยู่ในโรงพยาบาล **คุณอาจต้องจ่ายค่าดูแลโรงพยาบาลเต็มจำนวนที่คุณได้รับหลังเที่ยงของวัน** หลังจากต้องการปรับปรุงคุณภาพให้คำตอบแก่คำร้องของคุณ

ขั้นตอนที่ 4: หากคำตอบสำหรับการคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณเป็นไม่ คุณตัดสินใจว่าคุณต้องการอุทธรณ์อีกหรือไม่

- หากต้องการปรับปรุงคุณภาพปฏิเสธคำร้องของคุณ และคุณอยู่ในโรงพยาบาลหลังจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลที่วางแผนไว้ คุณสามารถยื่นคำร้องอีกครั้งได้ การยื่นคำร้องอีกครั้งหมายความว่า คุณกำลังจะไป **ขั้นที่ 2** ของกระบวนการคำร้อง

ส่วนที่ 8.3 ที่ละขั้นตอน: วิธีการคำร้องขั้นที่ 2 เพื่อเปลี่ยนวันที่ออกจากโรงพยาบาลของคุณ

ในระหว่างคำร้องขั้นที่ 2 คุณขอให้้องการปรับปรุงคุณภาพพิจารณาการตัดสินใจของพวกเขาเกี่ยวกับคำร้องครั้งแรกของคุณอีกครั้ง ถ้า้องการปรับปรุงคุณภาพปฏิเสธคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณ คุณอาจต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนสำหรับการเข้ารักษาตัวของคุณหลังจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลตามแผน

ขั้นตอนที่ 1: ติดต่อ้องการปรับปรุงคุณภาพอีกครั้งและขอการตรวจสอบอีกครั้ง

- คุณต้องขอการตรวจสอบนี้ภายใน **60 วันปฏิทิน** หลังจากวันที่้องการปรับปรุงคุณภาพปฏิเสธการคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ คุณสามารถขอการตรวจสอบนี้ได้เฉพาะเมื่อคุณอยู่ในโรงพยาบาล หลังจากวันที่การคุ้มครองของคุณสำหรับการดูแลสิ้นสุดลงเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 2: ้องการปรับปรุงคุณภาพจะทำการตรวจสอบสถานการณ์ของคุณเป็นครั้งที่สอง

- ผู้ตรวจสอบที่้องการปรับปรุงคุณภาพจะพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับคำร้องของคุณอย่างถี่ถ้วนอีกครั้ง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ขั้นตอนที่ 3: ภายใน 14 วันปฏิทินหลังจากได้รับคำร้องขั้นที่ 2 ผู้ตรวจสอบจะตัดสินใจเกี่ยวกับคำร้องของคุณ และบอกคุณเกี่ยวกับการตัดสินใจ

หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบว่าใช่:

- เราต้องคืนเงินให้คุณสำหรับส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายในการดูแลในโรงพยาบาลที่คุณได้รับตั้งแต่เที่ยงของวัน หลังจากวันที่คำร้องครั้งแรกของคุณถูกปฏิเสธโดยองค์การปรับปรุงคุณภาพ เราต้องให้ความคุ้มครองการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของคุณต่อไปตามเท่าที่มีความจำเป็นทางการแพทย์
- คุณต้องจ่ายส่วนแบ่งของคุณต่อไปสำหรับค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดความคุ้มครองที่อาจมีผลบังคับใช้

หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบว่าไม่:

- ซึ่งหมายความว่าพวกเขาเห็นด้วยกับการตัดสินใจที่พวกเขาทำในคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ
- หนังสือแจ้งที่คุณได้รับจะบอกคุณเป็นลายลักษณ์อักษรว่าคุณสามารถทำอะไรได้บ้าง ถ้าคุณต้องการดำเนินการกระบวนการตรวจสอบต่อ

ขั้นตอนที่ 4: หากคำตอบคือไม่ คุณจะต้องตัดสินใจว่าคุณต้องการที่จะยื่นคำร้องขั้นที่ 3 ต่อหรือไม่

- มีอีก 3 ชั้นในกระบวนการคำร้องหลังจากขั้นที่ 2 (สำหรับคำร้องทั้งหมด 5 ชั้น) หากคุณต้องการไปที่คำร้องขั้นที่ 3 รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการนี้อยู่ในหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับหลังจากการตัดสินใจคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณ
- คำร้องขั้นที่ 3 จะได้รับการจัดการโดยผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการ ส่วนที่ 10 อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการกระบวนการคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5

ส่วนที่ 9 วิธีที่ขอให้เราให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์บางอย่าง หากคุณคิดว่าความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดลงเร็วเกินไป

เมื่อคุณได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลรักษาพยาบาลที่ใช้ทักษะ หรือการดูแลพักฟื้น (สถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก) คุณมีสิทธิ์ที่จะรับบริการของคุณสำหรับการดูแลประเภทนั้นต่อไป ตามเท่าที่จำเป็นต้องดูแลเพื่อวินิจฉัยและรักษาอาการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของคุณ

เมื่อเราตัดสินใจว่าถึงเวลาที่จะหยุดการดูแลคุณ 3 ประเภท เราจำเป็นต้องแจ้งให้คุณทราบล่วงหน้า เมื่อความคุ้มครองของคุณสำหรับการดูแลนั้นสิ้นสุดลง เราจะหยุดจ่ายเงินสำหรับการดูแลของคุณ

หากคุณคิดว่าเรากำลังสิ้นสุดความคุ้มครองของการดูแลของคุณเร็วเกินไป คุณสามารถยื่นคำร้องการตัดสินใจของเรา ส่วนนี้จะบอกวิธียื่นคำร้อง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 9.1 เราจะแจ้งให้คุณทราบล่วงหน้า เมื่อความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดลง****คำศัพท์ทางกฎหมาย:**

หนังสือแจ้งการไม่คุ้มครองโดย Medicare ซึ่งบอกว่าคุณจะยื่น**คำร้องที่เร่งด่วนได้อย่างไร** การยื่นคำร้องที่เร่งด่วน เป็นวิธีที่เป็นทางการและถูกกฎหมายในการขอเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจด้านความคุ้มครองของเราเกี่ยวกับเวลาที่จะหยุดการดูแลของคุณ

- 1. คุณจะได้รับหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างน้อย 2 วันปฏิทินก่อนที่แผนของเราจะหยุดคุ้มครองการดูแลของคุณ** หนังสือแจ้งจะแจ้งให้คุณทราบว่า:
 - วันที่เราจะหยุดคุ้มครองการดูแลคุณ
 - วิธีการยื่นคำร้องที่เร่งด่วน เพื่อขอให้เราให้คุ้มครองการดูแลของคุณเป็นระยะเวลานานขึ้น
- 2. คุณหรือบุคคลที่ลงนามในนามของคุณจะถูกขอให้ลงนามในหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงว่าคุณได้รับแล้ว** การลงนามในหนังสือแจ้งจะแสดงเฉพาะว่าคุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ความคุ้มครองของคุณจะหยุดลง **การลงนามไม่ได้หมายความว่าความเห็นด้วยกับแผนของเราในการหยุดการดูแล**

ส่วนที่ 9.2 วิธีการคำร้องขั้นที่ 1 เพื่อให้แผนของเราคุ้มครองการดูแลของคุณเป็นเวลานานขึ้น

หากคุณต้องการขอให้เราคุ้มครองการดูแลของคุณเป็นเวลานานขึ้น คุณจะต้องใช้กระบวนการคำร้องเพื่อทำการร้องขอนี้ ก่อนที่คุณจะเริ่ม ให้ทำความเข้าใจในสิ่งที่你必须ทำและกำหนดเวลา

- **ทำตามกระบวนการ**
- **ทำให้เสร็จตามกำหนดเวลา**
- **ขอความช่วยเหลือหากคุณต้องการ** หาก你有คำถามหรือต้องการความช่วยเหลือโปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่ 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หรือติดต่อโครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ (SHIP) เพื่อขอความช่วยเหลือส่วนบุคคล: โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) ที่หมายเลข 1-888-875-9229 (ผู้ใช้ TTY โทร 1-866-810-4379) 8.00 น. - 17.00 น. ตามเวลาท้องถิ่น วันจันทร์ - วันศุกร์ ข้อมูลการติดต่อ SHIP สามารถดูได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 3

ในระหว่างคำร้องขั้นที่ 1 องค์การปรับปรุงคุณภาพจะทบทวนคำร้องของคุณ ซึ่งจะเป็นการตัดสินใจว่าวันที่สิ้นสุดของการดูแลของคุณมีความเหมาะสมทางการแพทย์หรือไม่ **องค์การปรับปรุงคุณภาพ** เป็นกลุ่มของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่จ่ายโดยรัฐบาลกลางเพื่อตรวจสอบและช่วยปรับปรุงคุณภาพของการดูแลคนที่มี Medicare ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบแผนการตัดสินใจเกี่ยวกับเวลาที่จะหยุดคุ้มครองการดูแลทางการแพทย์บางประเภท ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแผนของเรา

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

ขั้นตอนที่ 1: ยื่นคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ: ติดต่อกับการปรับปรุงคุณภาพและขอ คำร้องที่เร่งด่วน คุณต้องรับลงมือ

คุณจะติดต่อกับใครได้อย่างไร

- หนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับ (*หนังสือแจ้งการไม่คุ้มครองโดย Medicare*) จะบอกวิธีการติดต่อกับใคร หรือค้นหาชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ขององค์การปรับปรุงคุณภาพสำหรับรัฐของคุณในบทที่ 2

ดำเนินการอย่างรวดเร็ว:

- คุณต้องติดต่อกับการปรับปรุงคุณภาพเพื่อเริ่มการยื่นคำร้องของคุณ **ภายในเที่ยงวันของวันก่อนวันที่มีผลบังคับใช้** ในหนังสือแจ้งการไม่คุ้มครองโดย Medicare
- หากคุณพลาดกำหนดเวลา และคุณต้องการยื่นคำร้อง คุณยังคงมีสิทธิ์ในคำร้อง ติดต่อกับการปรับปรุงคุณภาพของคุณ

ขั้นตอนที่ 2: องค์การปรับปรุงคุณภาพดำเนินการตรวจสอบกรณีของคุณอย่างอิสระ

คำศัพท์ทางกฎหมาย:

คำอธิบายโดยละเอียดของการไม่คุ้มครอง โปรดสังเกตว่าจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลในการสิ้นสุดความคุ้มครอง

จะเกิดอะไรขึ้นระหว่างการตรวจสอบนี้

- ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่องค์การปรับปรุงคุณภาพ (ผู้ตรวจสอบ) จะถามคุณหรือตัวแทนของคุณว่าเหตุใดคุณจึงเชื่อว่าความคุ้มครองสำหรับบริการควรดำเนินต่อไป คุณไม่จำเป็นต้องเตรียมอะไรในการเขียน แต่คุณสามารถทำได้ถ้าคุณต้องการ
- องค์กรตรวจสอบอิสระจะดูข้อมูลทางการแพทย์ของคุณ พูดคุยกับแพทย์ของคุณ และตรวจสอบข้อมูลที่แผนของเรามอบให้ด้วย
- ในตอนท้ายของวันที่ผู้ตรวจสอบบอกเราถึงคำร้องของคุณ คุณจะได้รับ **คำอธิบายโดยละเอียดเกี่ยวกับการไม่คุ้มครอง** จากเราที่อธิบายรายละเอียดเหตุผลของเราในการสิ้นสุดความคุ้มครองของเราสำหรับบริการของคุณ

ขั้นตอนที่ 3: ภายในหนึ่งวันเต็มหลังจากที่พวกเขามีข้อมูลทั้งหมดที่พวกเขาต้องการ ผู้ตรวจสอบจะบอกการตัดสินใจแก่คุณ

จะเกิดอะไรขึ้นถ้าผู้ตรวจสอบตอบว่าใช่

- หากผู้ตรวจสอบตอบว่าใช่สำหรับคำร้องของคุณ **เราจะต้องให้บริการในความคุ้มครองของคุณ** トラบเท่าที่มีความจำเป็นทางการแพทย์

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- คุณจะต้องจ่ายส่วนแบ่งของค่าใช้จ่าย (เช่น ความรับผิดชอบส่วนแรกหรือการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล หากมี) อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับบริการในความคุ้มครองของคุณ

จะเกิดอะไรขึ้นถ้าผู้ตรวจสอบตอบว่าไม่

- หากผู้ตรวจสอบตอบว่าไม่ **ความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดในวันที่ที่เราบอกคุณ**
- หากคุณตัดสินใจที่จะได้รับการดูแลสุขภาพในเคสสถานหรือการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ หรือสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก (CORF) **หลังจากวันนี้** เมื่อความคุ้มครองของคุณสิ้นสุดลง **คุณจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการดูแลนี้ด้วยตัวคุณเอง**

ขั้นตอนที่ 4: หากคำตอบสำหรับการคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณเป็นไม่ คุณตัดสินใจว่าคุณต้องการอุทธรณ์อีกหรือไม่

- หากผู้ตรวจสอบตอบว่าไม่สำหรับคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ - และ คุณเลือกที่จะดูแลต่อไปหลังจากความคุ้มครองของคุณสำหรับการดูแลสิ้นสุดลงแล้ว คุณสามารถยื่นคำร้องขั้นที่ 2 ได้

ส่วนที่ 9.3 วิธีการคำร้องขั้นที่ 2 เพื่อให้แผนของเราคุ้มครองการดูแลของคุณเป็นเวลานานขึ้น

ในระหว่างคำร้องขั้นที่ 2 คุณขอให้้องค์การปรับปรุงคุณภาพพิจารณาการตัดสินใจของพวกเขาเกี่ยวกับคำร้องครั้งแรกของคุณอีกครั้ง หากองค์การปรับปรุงคุณภาพปฏิเสธคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณ คุณอาจต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนสำหรับการดูแลสุขภาพในเคสสถานหรือการดูแลของสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ หรือสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก (CORF) **หลังจากวันนี้** เมื่อเราบอกว่าความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดลง

ขั้นตอนที่ 1: ติดต่อกับองค์การปรับปรุงคุณภาพอีกครั้งและขอการตรวจสอบอีกครั้ง

- คุณต้องขอการตรวจสอบนี้ภายใน **60 วันปฏิทิน** หลังจากวันที่องค์การปรับปรุงคุณภาพปฏิเสธคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ คุณสามารถขอการตรวจสอบนี้ได้เฉพาะเมื่อคุณอยู่ได้รับการดูแลต่อ หลังจากวันที่การคุ้มครองของคุณสำหรับการดูแลสิ้นสุดลงเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 2: องค์การปรับปรุงคุณภาพจะทำการตรวจสอบสถานการณ์ของคุณเป็นครั้งที่สอง

- ผู้ตรวจสอบที่้องค์การปรับปรุงคุณภาพจะพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับคำร้องของคุณอย่างถี่ถ้วนอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3: ภายใน 14 วันปฏิทินหลังจากได้รับคำร้อง ผู้ตรวจสอบจะตัดสินใจเกี่ยวกับคำร้องของคุณและบอกคุณเกี่ยวกับการตัดสินใจ**จะเกิดอะไรขึ้น หากองค์การตรวจสอบอิสระตอบว่าใช่**

- **เราต้องคืนเงินให้คุณ** สำหรับส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายในการดูแลที่คุณได้รับตั้งแต่วันที่เราแจ้งว่าความคุ้มครองของคุณจะสิ้นสุดลง **เราต้องให้ความคุ้มครองต่อไป** สำหรับการดูแล トラบเท่าที่มีความจำเป็นทางการแพทย์
- คุณต้องจ่ายส่วนแบ่งของคุณต่อไปสำหรับค่าใช้จ่าย และจะมีข้อจำกัดความคุ้มครองที่อาจมีผลบังคับใช้

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**จะเกิดอะไรขึ้น หากองค์กรตรวจสอบอิสระตอบว่าไม่**

- ซึ่งหมายความว่าพวกเขาเห็นด้วยกับการตัดสินใจที่พวกเขาทำในคำร้องขั้นที่ 1 ของคุณ
- หนังสือแจ้งที่คุณได้รับจะบอกคุณเป็นลายลักษณ์อักษรว่าคุณสามารถทำอะไรได้บ้าง ถ้าคุณต้องการดำเนินการกระบวนการตรวจสอบต่อ ซึ่งจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการไปยังขั้นต่อไปของคำร้อง ซึ่งจะได้การจัดการโดยผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการ

ขั้นตอนที่ 4: หากคำตอบคือไม่ คุณจะตัดสินใจว่าคุณต้องการที่จะยื่นคำร้องต่อหรือไม่

- มีอีก 3 ขั้นในคำร้องหลังจากขั้นที่ 2 (สำหรับคำร้องทั้งหมด 5 ขั้น) หากคุณต้องการไปที่คำร้องขั้นที่ 3 รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการนี้อยู่ในหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับหลังจากการตัดสินใจคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณ
- คำร้องขั้นที่ 3 จะได้รับการจัดการโดยผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการ ส่วนที่ 10 ของบทนี้จะอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5

ส่วนที่ 10 การยื่นคำร้องของคุณขั้นที่ 3, 4 และ 5**ส่วนที่ 10.1 การยื่นคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5 สำหรับคำขอบริการทางการแพทย์**

ส่วนนี้อาจเหมาะสำหรับคุณ หากคุณยื่นคำร้องขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 และคำร้องทั้งสองของคุณถูกปฏิเสธ

หากมูลค่าของสินค้าหรือบริการทางการแพทย์ที่คุณยื่นคำร้องตรงตามระดับขั้นต่ำที่กำหนด คุณอาจสามารถไปยังระดับคำร้องเพิ่มเติมได้ หากมูลค่าน้อยกว่าระดับขั้นต่ำ คุณจะไม่สามารถยื่นคำร้องได้อีก การตอบกลับเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับในคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณจะอธิบายวิธีการยื่นคำร้องขั้นที่ 3

สำหรับสถานการณ์ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับคำร้อง คำร้องขั้นที่ 3 สุดท้ายมีลักษณะเดียวกับ 2 ขั้นแรก นี่คือผู้ที่จัดการตรวจสอบคำร้องของคุณในแต่ละขั้นเหล่านี้

คำร้องขั้นที่ 3

ผู้พิพากษาคดีปกครอง หรือนายความผู้ตัดสินคดีที่ทำงานให้กับรัฐบาลกลางจะตรวจสอบคำร้องของคุณและให้คำตอบแก่คุณ

- **หากผู้พิพากษาคดีปกครองหรือนายความผู้ตัดสินคดีตอบรับคำร้องของคุณ กระบวนการยื่นคำร้องอาจหรืออาจไม่ยุติก็ได้** ซึ่งแตกต่างจากการตัดสินใจในคำร้องขั้นที่ 2 เรามีสิทธิ์ที่จะอุทธรณ์คำร้องขั้นที่ 3 ที่เป็นประโยชน์แก่คุณ ถ้าเราตัดสินใจอุทธรณ์ จะไปยังคำร้องขั้นที่ 4
 - หากเราตัดสินใจ **ไม่**อุทธรณ์ เราต้องอนุญาตหรือให้คุณมีการดูแลทางการแพทย์ภายใน 60 วันปฏิทิน หลังจากที่เรได้รับการตัดสินใจจากผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการ
 - หากเราตัดสินใจที่จะอุทธรณ์การตัดสินใจ เราจะส่งสำเนาคำร้องขั้นที่ 4 พร้อมเอกสารประกอบ เราอาจรอการตัดสินใจคำร้องขั้นที่ 4 ก่อนที่จะอนุมัติหรือให้การดูแลทางการแพทย์ในข้อพิพาท

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- **หากผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการกล่าวหาว่าไม่ สำหรับคำร้องของคุณ กระบวนการคำร้องอาจหรืออาจไม่สิ้นสุด**
 - หากคุณตัดสินใจที่จะยอมรับการตัดสินใจที่ปฏิเสธคำร้องของคุณ กระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง
 - หากคุณไม่ต้องการยอมรับการตัดสินใจ คุณสามารถดำเนินการต่อไปยังขั้นตอนการตรวจสอบในระดับถัดไป หนังสือแจ้งที่คุณได้รับจะบอกคุณว่าต้องทำอะไรสำหรับคำร้องขั้นที่ 4

คำร้องขั้นที่ 4

คณะพิจารณาคำร้อง Medicare (คณะพิจารณา) จะตรวจสอบคำร้องของคุณและให้คำตอบแก่คุณ คณะเป็นส่วนหนึ่งของรัฐบาลกลาง

- **หากตอบรับ หรือคณะพิจารณาปฏิเสธคำขอของเราให้ตรวจสอบคำตัดสินใจคำร้องขั้นที่ 3 ที่เป็นผลดี กระบวนการยื่นคำร้องอาจหรืออาจไม่ยุติก็ได้** ซึ่งแตกต่างจากการตัดสินใจในคำร้องขั้นที่ 2 เรามีสิทธิ์ที่จะอุทธรณ์คำร้องขั้นที่ 4 ที่เป็นประโยชน์แก่คุณ เราจะตัดสินใจว่าจะอุทธรณ์การตัดสินใจนี้ไปยังขั้นที่ 5 หรือไม่
 - หากเราตัดสินใจที่จะไม่อุทธรณ์การตัดสินใจ เราต้องอนุญาตหรือให้การดูแลทางการแพทย์แก่คุณ ภายใน 60 วันปฏิทินหลังจากได้รับการตัดสินใจของคุณ
 - หากเราตัดสินใจที่จะอุทธรณ์การตัดสินใจ เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
- **หากปฏิเสธหรือคณะพิจารณาปฏิเสธคำขอให้ตรวจสอบ กระบวนการยื่นคำร้องอาจหรืออาจไม่ยุติก็ได้**
 - หากคุณตัดสินใจที่จะยอมรับการตัดสินใจนี้ที่ปฏิเสธการอุทธรณ์ของคุณ กระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง
 - หากคุณไม่ต้องการยอมรับการตัดสินใจ คุณอาจสามารถดำเนินการต่อไปยังขั้นตอนการตรวจสอบในระดับถัดไป หากคณะปฏิเสธคำอุทธรณ์ของคุณ หนังสือแจ้งที่คุณได้รับจะบอกคุณว่าอนุญาตให้คุณยื่นคำร้องขั้นที่ 5 หรือไม่ และวิธียื่นคำร้องขั้นที่ 5 ต่อไป

คำร้องขั้นที่ 5

ผู้พิพากษาที่ศาลแขวงแห่งรัฐบาลกลางจะพิจารณาคำร้องของคุณ

- ผู้พิพากษาจะตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและตัดสินใจว่า *ตอบรับหรือปฏิเสธ* คำขอของคุณ นี่เป็นคำตอบสุดท้าย ไม่มีขั้นตอนการอุทธรณ์อีกต่อไปหลังจากศาลแขวงรัฐบาลกลาง

ส่วนที่ 10.2 คำร้องเพิ่มเติมของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

นอกจากนี้ คุณยังมีสิทธิ์ยื่นคำร้องอื่นๆ หากคำร้องของคุณเกี่ยวกับบริการหรือรายการที่ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ส่วนใหญ่คุ้มครอง จดหมายที่คุณได้รับจากสำนักงาน Fair Hearing จะบอกคุณว่าต้องทำอะไร หากคุณต้องการดำเนินการตามกระบวนการยื่นคำร้อง

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ส่วนที่ 10.3 การยื่นคำร้องขั้นที่ 3, 4 และ 5 สำหรับคำขอยาส่วน D**

ส่วนนี้อาจเหมาะสำหรับคุณ หากคุณยื่นคำร้องขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 และคำร้องทั้งสองของคุณถูกปฏิเสธ

หากมูลค่าของยาที่คุณยื่นคำร้องตรงกับจำนวนเงินที่แน่นอน คุณอาจสามารถไปที่ยื่นคำร้องเพิ่มเติมได้ หากจำนวนเงินน้อยกว่า คุณจะไม่สามารถยื่นคำร้องได้อีกต่อไป การตอบกลับเป็นลายลักษณ์อักษรที่คุณได้รับในคำร้องขั้นที่ 2 ของคุณจะอธิบายว่าควรติดต่อใครและควรทำอย่างไรเพื่อยื่นคำร้องขั้นที่ 3

สำหรับสถานการณ์ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับคำร้อง คำร้องขั้นที่ 3 สุดท้ายมีลักษณะเดียวกับ 2 ขั้นแรก นี่คือการจัดการตรวจสอบคำร้องของคุณในแต่ละขั้นเหล่านี้

คำร้องขั้นที่ 3

ผู้พิพากษาคดีปกครองหรือทนายความผู้ตัดสินใจที่ทำงานให้กับรัฐบาลกลางจะตรวจสอบคำร้องของคุณและให้คำตอบแก่คุณ

- **หากคำตอบคือใช่ กระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง** เราต้องอนุญาตหรือให้ความคุ้มครองยาที่ได้รับการอนุมัติโดยผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการภายใน **72 ชั่วโมง (24 ชั่วโมงสำหรับการขอรับการพิจารณาแบบเร่งด่วน) หรือชำระเงินไม่เกิน 30 วันปฏิทิน** หลังจากที่เราได้รับการตัดสินใจ
- **หากผู้พิพากษาคดีปกครองหรืออัยการกล่าวว่ามี ไม่ สำหรับคำร้องของคุณ กระบวนการคำร้องอาจหรืออาจไม่สิ้นสุด**
 - หากคุณตัดสินใจที่จะยอมรับการตัดสินใจนี้ที่ปฏิเสธการอุทธรณ์ของคุณ กระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง
 - หากคุณไม่ต้องการยอมรับการตัดสินใจ คุณสามารถดำเนินการต่อไปยังขั้นตอนการตรวจสอบในระดับถัดไป หนังสือแจ้งที่คุณได้รับจะบอกคุณว่าต้องทำอย่างไรสำหรับคำร้องขั้นที่ 4

คำร้องขั้นที่ 4

คณะพิจารณาคำร้อง Medicare (คณะพิจารณา) จะตรวจสอบคำร้องของคุณและให้คำตอบแก่คุณ คณะเป็นส่วนหนึ่งของรัฐบาลกลาง

- **หากคำตอบคือใช่ กระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง** เราต้องอนุญาตหรือให้ความคุ้มครองยาที่ได้รับการอนุมัติโดยคณะภายใน **72 ชั่วโมง (24 ชั่วโมงสำหรับการขอรับการพิจารณาแบบเร่งด่วน) หรือชำระเงินไม่เกิน 30 วันปฏิทิน** หลังจากที่เราได้รับการตัดสินใจ
- **หากปฏิเสธหรือคณะพิจารณาปฏิเสธคำขอให้ตรวจสอบ กระบวนการยื่นคำร้องอาจหรืออาจไม่ยุติก็ได้**
 - หากคุณตัดสินใจที่จะยอมรับการตัดสินใจที่ปฏิเสธคำร้องของคุณ กระบวนการอุทธรณ์จะสิ้นสุดลง
 - หากคุณไม่ต้องการยอมรับการตัดสินใจ คุณอาจสามารถดำเนินการต่อไปยังขั้นตอนการตรวจสอบในระดับถัดไป หากคณะปฏิเสธคำอุทธรณ์ของคุณ หนังสือแจ้งที่คุณได้รับจะบอกคุณว่ากฎอนุญาตให้คุณยื่นคำร้องขั้นที่ 5 หรือไม่ และวิธียื่นคำร้องขั้นที่ 5 ต่อไป

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**คำร้องขั้นที่ 5**

ผู้พิพากษาที่ศาลแขวงแห่งรัฐบาลกลางจะพิจารณาคำร้องของคุณ

- ผู้พิพากษาจะตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและตัดสินใจว่า *ตอบรับ* หรือ *ปฏิเสธ* คำขอของคุณ นี่เป็นคำตอบสุดท้าย ไม่มีขั้นตอนการอุทธรณ์อีกต่อไปหลังจากศาลแขวงรัฐบาลกลาง

การร้องเรียน**ส่วนที่ 11 วิธีการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล เวลารอ การบริการลูกค้า หรือข้อกังวลอื่นๆ****ส่วนที่ 11.1 กระบวนการร้องเรียนจะจัดการกับปัญหาประเภทใด**

กระบวนการร้องเรียนจะใช้กับปัญหาบางประเภทเท่านั้น ซึ่งรวมถึงปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล เวลาที่ต้องรอ และบริการลูกค้า ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของปัญหาที่กระบวนการร้องเรียนจัดการ

การร้องเรียน	ตัวอย่าง
คุณภาพของการดูแลทางการแพทย์ของคุณ	คุณไม่พอใจกับคุณภาพของการดูแลที่คุณได้รับ (รวมถึงการดูแลในโรงพยาบาล) หรือไม่
เคารพความเป็นส่วนตัวของคุณ	มีใครบางคนที่ไม่เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของคุณหรือแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับหรือไม่
ไม่เคารพ การบริการลูกค้าที่ไม่ดี หรือพฤติกรรมเชิงลบอื่นๆ	- มีคนหยาบคายหรือไม่ให้เกียรติคุณหรือไม่ - คุณไม่พอใจกับบริการของสมาชิกของเราหรือไม่ - คุณรู้สึกว่าคุณได้รับการสนับสนุนให้ออกจากแผนของเราหรือไม่
เวลารอ	- คุณมีปัญหาในการนัดหมายหรือรอนานเกินไปหรือไม่ - คุณรอคอยแพทย์ เภสัชกร หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่นๆ นานเกินไปหรือไม่ หรือโดยบริการของสมาชิกของเราหรือพนักงานคนอื่นๆ ที่แผนของเรา - ตัวอย่างเช่น การรอโทรศัพท์นานเกินไป ในห้องรอหรือห้องตรวจ หรือรับใบสั่งยา

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

การร้องเรียน	ตัวอย่าง
ความสะอาด	คุณไม่พอใจกับความสะอาดหรือสภาพของคลินิก โรงพยาบาล หรือสำนักงานแพทย์หรือไม่
ข้อมูลที่คุณได้รับจากเรา	- เราไม่ได้แจ้งให้คุณทราบล่วงหน้าหรือไม่ - ข้อมูลที่เขียนของเราเข้าใจได้ยากหรือไม่
ความตรงต่อเวลา (การร้องเรียนประเภทนี้เกี่ยวกับความตรงต่อเวลาของการกระทำของเราที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองและคำร้อง)	หากคุณขอการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือยื่นคำร้อง และคุณคิดว่าเราไม่ตอบสนองอย่างรวดเร็วพอ คุณสามารถร้องเรียนเกี่ยวกับความล่าช้าของเราได้ ต่อไปนี้คือตัวอย่าง: - คุณขอให้เราทำการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วหรือการอุทธรณ์แบบเร็วและเราปฏิเสธ คุณสามารถร้องเรียนได้ - คุณเชื่อว่าเราไม่ทันกำหนดเวลาสำหรับการตัดสินใจด้านความคุ้มครองหรือคำร้อง คุณสามารถร้องเรียนได้ - คุณเชื่อว่าเราไม่สามารถทำตามกำหนดเวลาสำหรับการคุ้มครองหรือคืนเงินให้คุณสำหรับรายการทางการแพทย์ หรือบริการหรือยาบางอย่างที่ได้รับการอนุมัติ คุณสามารถร้องเรียนได้ - คุณเชื่อว่าเราไม่สามารถทำตามกำหนดเวลาที่กำหนดไว้สำหรับการส่งต่อกรณีของคุณไปยังองค์กรตรวจสอบอิสระ คุณสามารถร้องเรียนได้

ส่วนที่ 11.2 วิธีการร้องเรียน**คำศัพท์ทางกฎหมาย:****คำร้องเรียน**ยังเรียกอีกอย่างว่า**คำร้องทุกข์****การยื่นคำร้องเรียน**เรียกว่า**การยื่นคำร้องทุกข์****การใช้กระบวนการในการร้องเรียน** เรียกว่า**การใช้กระบวนการในการยื่นคำร้องทุกข์****การร้องเรียนแบบเร่งด่วน**เรียกว่า**การร้องทุกข์แบบเร่งด่วน****ขั้นตอนที่ 1: ติดต่อเราทันที ทั้งทางโทรศัพท์หรือเป็นลายลักษณ์อักษร**

- โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) เป็นขั้นตอนแรก หากมีสิ่งอื่นใดที่คุณต้องทำ บริการของสมาชิกจะแจ้งให้คุณทราบ

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาหรือคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)

- **หากคุณไม่ต้องการโทร (หรือคุณโทรหาและไม่พอใจ) คุณสามารถเขียนคำร้องเรียนของคุณเป็นลายลักษณ์อักษรและส่งให้เราได้** หากคุณเขียนคำร้องเรียนของคุณเป็นลายลักษณ์อักษร เราจะตอบกลับคำร้องเรียนของคุณเป็นลายลักษณ์อักษร
- **หากเราไม่สามารถแก้ไขคำร้องเรียนของคุณทางโทรศัพท์ได้ เรามีขั้นตอนอย่างเป็นทางการในการตรวจสอบคำร้องเรียนของคุณ เราเรียกสิ่งนี้ว่ากระบวนการร้องทุกข์** หากต้องการร้องเรียนหรือหากคุณมีคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนนี้ โปรดติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิก หรือคุณอาจส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังที่อยู่ที่เราไว้ในคำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์หรือคำร้องเรียนเกี่ยวกับยาตามใบสั่งแพทย์ส่วน D ในบทที่ 2 ของเอกสารนี้
 - หากคุณขอคำตอบเป็นลายลักษณ์อักษร หากคุณยื่นคำร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร หรือหากคำร้องเรียนของคุณเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษา เราจะตอบกลับคุณเป็นลายลักษณ์อักษร
 - คุณต้องยื่นคำร้องเรียนภายใน 60 วันปฏิทินหลังจากเหตุการณ์ คุณสามารถส่งคำร้องเรียนของคุณอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรตามที่อยู่ที่ระบุไว้ภายใต้คำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์หรือคำร้องเรียนเกี่ยวกับยาตามใบสั่งแพทย์ส่วน D ในบทที่ 2 ของเอกสารนี้
 - เราต้องแจ้งให้คุณทราบถึงการตัดสินใจของเราเกี่ยวกับคำร้องเรียนของคุณโดยเร็วที่สุด เนื่องจากความต้องการกรณีเป็นไปตามสถานะสุขภาพของคุณแต่ไม่เกิน 30 วันปฏิทินหลังจากได้รับคำร้องเรียนของคุณ เราอาจขยายกรอบเวลาได้ถึง 14 วันปฏิทิน หากคุณขอให้ขยายเวลาหรือหากเราปรับความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและความล่าช้าเป็นประโยชน์แก่คุณ
 - ในบางกรณี คุณมีสิทธิ์ที่จะขอตรวจสอบการร้องเรียนแบบเร่งด่วนของคุณ ซึ่งเรียกว่ากระบวนการการร้องทุกข์แบบเร่งด่วน คุณมีสิทธิ์ตรวจสอบคำร้องเรียนของคุณอย่างรวดเร็ว หากคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของเราในสถานการณ์ต่อไปนี้:
 - เราปฏิเสธคำขอของคุณสำหรับการตรวจสอบแบบเร่งด่วนของคำขอสำหรับการดูแลทางการแพทย์หรือยาส่วน D
 - เราปฏิเสธคำขอของคุณสำหรับการตรวจสอบอย่างรวดเร็วของคำร้องขอของบริการหรือยาส่วน D ที่ถูกปฏิเสธ
 - เราตัดสินใจว่าจะต้องใช้เวลาเพิ่มเติมในการตรวจสอบคำขอการดูแลทางการแพทย์ของคุณ
 - เราตัดสินใจว่าจะต้องใช้เวลาเพิ่มเติมในการตรวจสอบคำขอของคุณเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ที่ถูกปฏิเสธ
- คุณสามารถส่งคำร้องเรียนประเภทนี้ทางโทรศัพท์ได้โดยการโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิก นอกจากนี้ คุณยังสามารถส่งคำร้องเรียนมาให้เราเป็นลายลักษณ์อักษรตามที่อยู่ที่ระบุไว้ภายใต้คำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์หรือคำร้องเรียนเกี่ยวกับยาตามใบสั่งแพทย์ส่วน D ในบทที่ 2 ของเอกสารนี้ เมื่อเราได้รับการร้องทุกข์แบบเร่งด่วน แพทย์จะตรวจสอบกรณีเพื่อระบุเหตุผลในการปฏิเสธคำขอของคุณสำหรับการตรวจสอบแบบรวดเร็วหรือหากการขยายเวลาของกรณีนั้นเหมาะสม เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงการตัดสินใจของกรณีเร่งด่วนด้วยวาจาและเป็น ลายลักษณ์อักษรภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับคำร้องเรียนของคุณ
- **ไม่ว่าคุณจะโทรหรือเขียนจดหมายมา คุณควรโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) ทันที** คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนได้ตลอดเวลาหลังจากประสบปัญหาที่คุณต้องการร้องเรียน

บทที่ 9 หากคุณมีปัญหาคำร้องเรียน (การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง คำร้อง คำร้องเรียน)**ขั้นตอนที่ 2: เราพิจารณาคำร้องเรียนของคุณและให้คำตอบของเรา**

- **หากเป็นไปได้เราจะตอบคุณทันที** หากคุณโทรหาเราด้วยการร้องเรียน เราอาจสามารถให้คำตอบกับคุณทางโทรศัพท์สายเดียวกันได้
- **คำร้องเรียนส่วนใหญ่จะได้รับคำตอบภายใน 30 วันปฏิทิน** หากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและความล่าช้าของเป็นประโยชน์แก่คุณหรือหากคุณขอเวลาเพิ่มเติม เราอาจใช้เวลาเพิ่มเติมสูงสุด 14 วันปฏิทิน (รวม 44 วันปฏิทิน) ในการตอบคำร้องเรียนของคุณ หากเราตัดสินใจที่จะใช้เวลาเพิ่ม เราจะบอกคุณเป็นลายลักษณ์อักษร
- **หากคุณจะยื่นคำร้องเรียนเพราะเราปฏิเสธคำขอของคุณสำหรับการพิจารณาความคุ้มครองแบบรวดเร็วหรือการอุทธรณ์แบบเร็ว** เราจะให้คุณร้องเรียนแบบเร่งด่วนโดยอัตโนมัติ หากคุณร้องเรียนแบบเร็ว หมายความว่าเราจะให้คำตอบแก่คุณภายใน **24 ชั่วโมง**
- **หากเราไม่เห็นด้วยกับคำร้องเรียนของคุณบางส่วนหรือทั้งหมด หรือไม่รับผิดชอบต่อปัญหาที่คุณร้องเรียน** เราจะระบุเหตุผลของเราไว้ในคำตอบกลับถึงคุณ

ส่วนที่ 11.3 คุณยังสามารถร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลต่อองค์การปรับปรุงคุณภาพได้อีกด้วย

เมื่อร้องเรียนของคุณเกี่ยวกับ *คุณภาพของการดูแล* คุณยังมี 2 ตัวเลือกพิเศษ:

- **คุณสามารถร้องเรียนไปยังองค์การปรับปรุงคุณภาพได้โดยตรง** องค์การปรับปรุงคุณภาพคือกลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ซึ่งได้รับการว่าจ้างจากรัฐบาลกลางเพื่อให้ตรวจสอบและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย Medicare บทที่ 2 จะมีข้อมูลติดต่อ

หรือ

- **คุณสามารถร้องเรียนไปยังองค์การปรับปรุงคุณภาพและเราได้ในเวลาเดียวกัน**

ส่วนที่ 11.4 คุณยังสามารถบอก Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) เกี่ยวกับคำร้องเรียนของคุณได้

คุณสามารถส่งคำร้องเรียนเกี่ยวกับแผนของเราไปยัง Medicare ได้โดยตรง หากต้องการส่งคำร้องเรียนถึง Medicare ให้ไปที่ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx นอกจากนี้ ท่านยังสามารถโทรติดต่อได้ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY/TDD สามารถติดต่อหมายเลข 1-877-486-2048

สำหรับคำร้องเรียนเกี่ยวกับบริการในความคุ้มครองของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) โปรดติดต่อสำนักงาน Medicaid ในรัฐของคุณ สามารถดูข้อมูลการติดต่อได้ในบทที่ 2 ส่วนที่ 6

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา**บทที่ 10:****การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา****ส่วนที่ 1 การสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา**

การสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณใน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) อาจเป็นไปโดยสมัครใจ (คุณเลือกเอง) หรือโดยไม่สมัครใจ (คุณไม่ได้เลือกเอง):

- คุณอาจออกจากแผนของเราเพราะคุณตัดสินใจว่าคุณต้องการออก ส่วนที่ 2 และ 3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณโดยสมัครใจ
- นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์ที่จำกัดที่เราจำเป็นต้องยุติการเป็นสมาชิกของคุณ ส่วนที่ 5 จะบอกคุณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เราต้องยุติการเป็นสมาชิกของคุณ

หากคุณกำลังออกจากแผนของเรา แผนของเราจะต้องให้การดูแลทางการแพทย์และยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณต่อไปและคุณ仍将คงจ่ายส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายของคุณ จนกว่าการเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุดลง

ส่วนที่ 2 คุณสามารถยุติการเป็นสมาชิกในแผนของเราได้เมื่อใด**ส่วนที่ 2.1 คุณอาจสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณได้ เนื่องจากคุณมี Medicare และ Medicaid**

คนส่วนใหญ่ที่มี Medicare สามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกได้เฉพาะในช่วงเวลาหนึ่งของปีเท่านั้น เนื่องจากคุณมี Medicaid คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกในแผนของเราได้โดยเลือกทางเลือก Medicare ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ในเดือนใดก็ได้ของปี:

- Original Medicare พร้อมแผนยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของ Medicare แยกต่างหาก
- Original Medicare โดยไม่มีแผนยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของ Medicare แยกต่างหาก (หากคุณเลือกทางเลือกนี้และรับ โครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม Medicare อาจลงทะเบียนให้คุณในแผนยา เว้นแต่คุณได้เลือกไม่เข้าร่วมการลงทะเบียนอัตโนมัติ) หรือ
- หากมีสิทธิ์ จะมี D-SNP แบบผสมผสานที่มอบสิทธิประโยชน์และบริการของ Medicare และส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของ Medicaid ในแผนเดียว

หมายเหตุ: หากคุณยกเลิกความคุ้มครองยา Medicare ไม่รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอีกต่อไป และไปโดยไม่มี ความคุ้มครองยาที่ตรงตามเกณฑ์เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 63 วันหรือมากกว่า คุณอาจต้องจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D หากคุณเข้าร่วมแผนยา Medicare ในภายหลัง

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา

- โทรไปที่สำนักงาน Medicaid ประจำรัฐของคุณที่หมายเลข 1-800-316-8005, ผู้ใช้ TTY โทร 711 เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับตัวเลือกแผน Medicaid ของคุณ
- ตัวเลือกแผนสุขภาพ Medicare อื่นๆ จะพร้อมลงทะเบียนในระหว่าง**ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน** ส่วนที่ 2.2 จะบอกคุณเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน
- **โดยปกติแล้วการเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุดในวันแรกของเดือน หลังจากที่เราได้รับคำขอของคุณในการเปลี่ยนแผนของคุณ** การลงทะเบียนในแผนใหม่ของคุณจะเริ่มขึ้นในวันนี้ด้วย

ส่วนที่ 2.2 คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณได้ในระหว่างระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน

คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกได้ในระหว่าง**ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน**แต่ละปี ในช่วงเวลานี้ ให้ตรวจสอบความคุ้มครองด้านสุขภาพและยาของคุณและตัดสินใจเกี่ยวกับความคุ้มครองสำหรับปีที่จะมาถึง

- **ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียนคือตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคมถึง 7 ธันวาคม**
- **เลือกที่จะรักษาความคุ้มครองปัจจุบันของคุณหรือเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองของคุณสำหรับปีที่กำลังจะมาถึง** หากคุณตัดสินใจที่จะเปลี่ยนเป็นแผนใหม่ คุณสามารถเลือกแผนชนิดใดชนิดหนึ่งต่อไปนี้ได้
 - แผนสุขภาพ Medicare อื่นที่มีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา
 - Original Medicare *ที่มี* แผนยา Medicare แยกต่างหาก
 - Original Medicare *ที่ไม่มี* แผนยา Medicare แยกต่างหาก
 - หากมีสิทธิ์ จะมี D-SNP แบบผสมผสานที่มอบสิทธิประโยชน์และบริการของ Medicare และส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของ Medicaid ในแผนเดียว

คุณจะได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมจาก Medicare เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของคุณ: หากคุณเปลี่ยนไปใช้ Original Medicare และไม่ได้ลงทะเบียนในแผนยาจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของ Medicare แยกต่างหาก Medicare อาจลงทะเบียนคุณในแผนยา เว้นแต่คุณจะเลือกไม่ลงทะเบียนโดยอัตโนมัติ

หมายเหตุ: หากคุณยกเลิกความคุ้มครองยา Medicare ไม่รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอีกต่อไป และไปโดยไม่มียาตามใบสั่งแพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์ในความคุ้มครองเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 63 วันติดต่อกันหรือมากกว่า คุณอาจต้องจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D หากคุณเข้าร่วมแผนยา Medicare ในภายหลัง

- **การเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเราจะสิ้นสุดลงเมื่อความคุ้มครองแผนใหม่ของคุณเริ่มต้นในวันที่ 1 มกราคม**

ส่วนที่ 2.3 คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณได้ในระหว่างระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน Medicare Advantage

คุณสามารถเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองสุขภาพของคุณได้**หนึ่งครั้ง**ในระหว่าง**ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน Medicare Advantage** ในแต่ละปี

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา

- **ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน Medicare Advantage** คือตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึง 31 มีนาคม และสำหรับ ผู้รับประโยชน์ Medicare ใหม่ที่ลงทะเบียนในแผน MA คือตั้งแต่วันที่ 1 มีสิทธิ์ในส่วน A และส่วน B จนถึง วันที่ท้ายของเดือนที่ 3 ที่มีสิทธิ์
- **ในระหว่างระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน Medicare Advantage** คุณสามารถ:
 - เปลี่ยนไปใช้แผน Medicare Advantage อื่นที่มีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา
 - ยกเลิกการลงทะเบียนจากแผนของเราและรับความคุ้มครองผ่าน Original Medicare หากคุณเปลี่ยน เป็น Original Medicare ในช่วงเวลานี้คุณยังสามารถเข้าร่วมแผนยาของ Medicare แยกต่างหากได้ ในเวลาเดียวกัน
- **การเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุด** ในวันแรกของเดือน หลังจากที่คุณลงทะเบียนในแผน Medicare Advantage อื่นหรือเราได้รับคำขอของคุณให้เปลี่ยนไปใช้ Original Medicare หากคุณเลือกที่จะ ลงทะเบียนในแผนยา Medicare การเป็นสมาชิกของคุณในแผนยาจะเริ่มวันแรกของเดือน หลังจากแผน ยาได้รับคำขอลงทะเบียนของคุณ

ส่วนที่ 2.4 ในบางสถานการณ์ คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณได้ในระหว่าง ระยะเวลาลงทะเบียนพิเศษ

ในบางสถานการณ์ คุณอาจมีสิทธิ์สิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในช่วงเวลาอื่นของปี ซึ่งเรียกว่า **ระยะเวลา ลงทะเบียนพิเศษ**

คุณอาจมีสิทธิ์สิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในระยะเวลาลงทะเบียนพิเศษ หากมีสถานการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้น กับคุณ นี่เป็นเพียงตัวอย่าง สำหรับรายการทั้งหมดคุณสามารถติดต่อแผนของเรา โทรติดต่อ Medicare หรือไปที่ www.Medicare.gov

- โดยปกติแล้วเมื่อคุณย้าย
- ถ้าคุณมี Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)
- หากคุณมีสิทธิ์ได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่จ่ายสำหรับความคุ้มครองยา Medicare ของ คุณ
- หากเราจะเกิดสัญญาของเรา contigo
- หากคุณได้รับการดูแลในสถาบัน เช่น บ้านพักผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลดูแลระยะยาว (LTC)
- **หมายเหตุ:** หากคุณอยู่ในโครงการจัดการยา คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับระยะเวลาลงทะเบียนพิเศษบางช่วง เท่านั้น บทที่ 5 ส่วนที่ 10 จะบอกคุณเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการจัดการยา
- **หมายเหตุ:** ส่วนที่ 2.1 จะบอกคุณเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาลงทะเบียนพิเศษสำหรับผู้ที่มี Medicaid

ช่วงเวลาการลงทะเบียนจะแตกต่างกันไป ตามสถานการณ์ของคุณ

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา

หากต้องการทราบว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับระยะเวลาลงทะเบียนพิเศษหรือไม่ โปรดติดต่อ Medicare ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048 หากคุณมีสิทธิ์ที่จะยุติการเป็นสมาชิกของคุณ เนื่องจากสถานการณ์พิเศษ คุณสามารถเลือกที่จะเปลี่ยนทั้งความคุ้มครองสุขภาพ Medicare และความคุ้มครองยา คุณสามารถเลือก:

- แผนสุขภาพ Medicare อื่นที่มีหรือไม่มี ความคุ้มครองยา
- Original Medicare *ที่มี* แผนยา Medicare แยกต่างหาก
- Original Medicare *ที่ไม่มี* แผนยา Medicare แยกต่างหาก
- หากมีสิทธิ์ จะมี D-SNP แบบผสมผสานที่มอบสิทธิประโยชน์และบริการของ Medicare และส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของ Medicaid ในแผนเดียว

หมายเหตุ: หากคุณยกเลิกความคุ้มครองยา Medicare ไม่รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอีกต่อไป และไปโดยไม่มียาที่ตรงตามเกณฑ์ในความคุ้มครองเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 63 วันติดต่อกันหรือมากกว่า คุณอาจต้องจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D หากคุณเข้าร่วมแผนยา Medicare ในภายหลัง

หากคุณได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก Medicare เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับยาของคุณ: หากคุณเปลี่ยนไปใช้ Original Medicare และไม่ได้ลงทะเบียนในแผนยาค่าใช้จ่ายสำหรับยาของ Medicare แยกต่างหาก Medicare อาจลงทะเบียนคุณในแผนยา เว้นแต่คุณจะเลือกไม่ลงทะเบียนโดยอัตโนมัติ

โดยปกติแล้วการเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุดในวันแรกของเดือนหลังจากที่คุณร้องขอให้เปลี่ยนแผนของเรา

หมายเหตุ: ส่วนที่ 2.1 และ 2.2 จะบอกคุณเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาลงทะเบียนพิเศษสำหรับผู้ที่มี Medicaid และโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2.5 รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเวลาที่คุณสามารถสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณได้

หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับการสิ้นสุดการเป็นสมาชิก คุณสามารถ:

- โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข **1-888-846-4262** (ผู้ใช้ TTY โทร **711**)
- ค้นหาข้อมูลในคู่มือ **Medicare และคุณ 2026**
- ติดต่อ **Medicare** ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048)

ส่วนที่ 3 วิธีสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา

ตารางด้านล่างนี้จะอธิบายวิธีที่คุณสามารถยุติการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา**ในการเปลี่ยนจากแผนของเรา นี่คือสิ่งที่ต้องทำ:**
เป็น:

แผนสุขภาพ Medicare อื่น	• ลงทะเบียนในแผนสุขภาพ Medicare ใหม่ • คุณจะถูกยกเลิกจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยอัตโนมัติเมื่อแผนใหม่ของคุณเริ่มคุ้มครอง
Original Medicare ที่มีแผนยา Medicare แยกต่างหาก	• ลงทะเบียนในแผนยา Medicare ใหม่ • คุณจะถูกยกเลิกจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) โดยอัตโนมัติเมื่อแผนใหม่ของคุณเริ่มคุ้มครอง
Original Medicare ที่ไม่มีแผนยา Medicare แยกต่างหาก	• โปรดส่งคำขอยกเลิกการลงทะเบียนเป็นลายลักษณ์อักษร หรือไปที่เว็บไซต์ของเราเพื่อยกเลิกทางออนไลน์ โทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีดำเนินการดังกล่าว • หรือโทรติดต่อ Medicare ที่หมายเลข 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) และขอยกเลิก ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048 • คุณจะถูกยกเลิกจาก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) เมื่อความคุ้มครองของคุณใน Original Medicare เริ่มต้น

หมายเหตุ: หากคุณยกเลิกความคุ้มครองยา Medicare ไม่รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอีกต่อไป และไปโดยไม่ยามีที่ตรงตามเกณฑ์ในความคุ้มครองเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 63 วันติดต่อกันหรือมากกว่า คุณอาจต้องจ่ายค่าปรับการลงทะเบียนล่าช้าสำหรับส่วน D หากคุณเข้าร่วมแผนยา Medicare ในภายหลัง

หากมีคำถามเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) โปรดติดต่อหมายเลข 1-800-316-8005, TTY 711 เวลา 7.45 น. - 16.30 น. HT วันจันทร์ - วันศุกร์ ถามว่าการเข้าร่วมแผนอื่นหรือการกลับสู่ Original Medicare ส่งผลต่อการได้รับความคุ้มครองโดย Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) อย่างไร

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา**ส่วนที่ 4 จงกว่าการเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุดลง คุณจะต้องนำรายการทางการแพทย์ บริการ และยาของคุณมาใช้ตามแผนของเราต่อไป**

จงกว่าการเป็นสมาชิกของคุณจะสิ้นสุดลงและความคุ้มครอง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ใหม่ของคุณจะเริ่มขึ้น คุณต้องรับรายการทางการแพทย์ บริการ และยาตามใบสั่งแพทย์ของคุณผ่านแผนของเราต่อไป

- ใช้ผู้ให้บริการในเครือข่ายของเราต่อไปเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์
- ใช้ร้านขายยาในเครือข่ายของเราหรือสั่งซื้อทางไปรษณีย์เพื่อรับยาตามใบสั่งยาของคุณ
- หากคุณเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลในวันที่การเป็นสมาชิกสิ้นสุดลง การเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลของคุณจะได้รับความคุ้มครองตามแผนของเราจนกว่าคุณจะออกจากโรงพยาบาล (แม้ว่าคุณจะออกจากโรงพยาบาลหลังจากที่ความคุ้มครองสุขภาพใหม่ของคุณเริ่มต้นขึ้น)

ส่วนที่ 5 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ต้องยุติการเป็นสมาชิกแผนของเราในบางสถานการณ์

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ต้องยุติการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเราหากมีสิ่งใดต่อไปนี้เกิดขึ้น:

- หากคุณไม่มี Medicare Part A และ Part B อีกต่อไป
- หากคุณไม่มีสิทธิ์เข้าร่วม Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) อีกต่อไป ตามที่ระบุไว้ในบทที่ 1 ส่วนที่ 2.1 แผนของเราสำหรับผู้ที่มิสิทธิ์ทั้ง Medicare และ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) หากคุณไม่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดพิเศษของแผนของเราอีกต่อไป การเป็นสมาชิกของคุณในแผนนี้จะสิ้นสุดลงหลังจาก 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ในระหว่างช่วงเวลานี้แผน Medicare Advantage ไม่รับผิดชอบต่อความคุ้มครองของสิทธิประโยชน์ใดๆ ของ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ที่อาจรวมอยู่ในแผนประกันสุขภาพ แผน Medicaid ของรัฐของคุณ คุณจะได้รับหนังสือแจ้งจากเราเพื่อแจ้งให้คุณทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นสมาชิกและตัวเลือกของคุณ หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณ โปรดติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิก
 - ระยะเวลาของแผนที่ถือว่ามิสิทธิ์ต่อเนื่องคือ 6 เดือน ระยะเวลาของการมิสิทธิ์ต่อเนื่องจะเริ่มนับในเดือนแรกหลังจากเดือนที่คุณสูญเสียสถานะสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ
- หากคุณย้ายออกจากพื้นที่ให้บริการของเรา
- หากคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเรามากกว่า 6 เดือน
 - หากคุณย้ายหรือใช้เวลาเดินทางนานโทรติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711) เพื่อดูว่าสถานที่ที่คุณย้ายหรือเดินทางไปอยู่ในพื้นที่แผนของเราหรือไม่
- หากคุณต้องจำคุก (เข้าเรือนจำ)
- หากคุณไม่ได้เป็นพลเมืองของสหรัฐอเมริกาหรืออยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างถูกต้องตามกฎหมายอีกต่อไป

บทที่ 10 การสิ้นสุดความเป็นสมาชิกในแผนสุขภาพของเรา

- หากคุณโกหกหรือปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับการประกันอื่นๆ ที่คุณมีซึ่งมอบความคุ้มครองด้านยา
- หากคุณตั้งใจให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องแก่เรา เมื่อคุณลงทะเบียนในแผนของเราและข้อมูลนั้นส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ของคุณสำหรับแผนของเรา (เราไม่สามารถทำให้คุณออกจากแผนของเราด้วยเหตุผลนี้ได้ เว้นแต่เราจะได้รับอนุญาตจาก Medicare ก่อน)
- หากคุณประพฤติตนอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่ก่อความเสียหายและทำให้เรายากที่จะให้การดูแลทางการแพทย์แก่คุณและสมาชิกคนอื่นๆ ของแผนของเรา (เราไม่สามารถทำให้คุณออกจากแผนของเราด้วยเหตุผลนี้ได้ เว้นแต่เราจะได้รับอนุญาตจาก Medicare ก่อน)
- หากคุณอนุญาตให้บุคคลอื่นใช้บัตรสมาชิกของคุณเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ (เราไม่สามารถทำให้คุณออกจากแผนของเราด้วยเหตุผลนี้ได้ เว้นแต่เราจะได้รับอนุญาตจาก Medicare ก่อน)
 - หากเรายุติการเป็นสมาชิกของคุณ เนื่องจากเหตุผลนี้ Medicare อาจทำการตรวจสอบกรณีของคุณโดยผู้ตรวจการทั่วไป

หากคุณมีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเวลาที่เราสามารถยุติการเป็นสมาชิกของคุณได้ โปรดติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทรหมายเลข 711)

ส่วนที่ 5.1 เรา ไม่สามารถขอให้คุณออกจากแผนของเราด้วยเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใดๆ

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ไม่ได้รับอนุญาตให้ขอให้คุณออกจากแผนของเราด้วยเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใดๆ

คุณควรทำอย่างไร หากเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น

หากคุณรู้สึกว่าถูกข่มขู่ให้ออกจากแผนของเรา เนื่องจากเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโปรดโทรหา Medicare ที่ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY โทร 1-877-486-2048

ส่วนที่ 5.2 คุณมีสิทธิ์ที่จะร้องเรียน หากเราสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา

หากเราสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา เราต้องแจ้งเหตุผลของเราเป็นลายลักษณ์อักษรในการสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณ นอกจากนี้เรายังต้องอธิบายวิธีที่คุณสามารถยื่นคำร้องทุกข์หรือร้องเรียนเกี่ยวกับการตัดสินใจของเราที่จะสิ้นสุดการเป็นสมาชิกของคุณ

บทที่ 11 ประกาศทางกฎหมาย**บทที่ 11:****ประกาศทางกฎหมาย****ส่วนที่ 1 หนังสือแจ้งเกี่ยวกับกฎหมายที่กำกับดูแล**

กฎหมายหลักที่มีผลบังคับใช้กับหลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้คือมาตรา XVIII ของพระราชบัญญัติประกันสังคม และข้อบังคับภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคมโดยศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS) นอกจากนี้กฎหมายของรัฐบาลกลางอื่นๆ อาจมีผลบังคับใช้และกฎหมายของรัฐที่คุณอาศัยอยู่ภายใต้สถานการณ์บางอย่าง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสิทธิและความรับผิดชอบของคุณแม้ว่ากฎหมายจะไม่ได้รวมหรืออธิบายไว้ในเอกสารนี้

ส่วนที่ 2 หนังสือแจ้งเกี่ยวกับการไม่เลือกปฏิบัติ

แผนสุขภาพของเราสอดคล้องกับกฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลาง **เราไม่เลือกปฏิบัติ** ตามเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ชาติกำเนิด สีผิว ศาสนา เพศ อายุ ความพิการทางจิตใจหรือร่างกาย สุขภาวะ ประวัติการเอาประกัน ประวัติการรักษา ข้อมูลทางพันธุกรรม หลักฐานการเอาประกันได้ หรือที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ภายในพื้นที่ให้บริการ องค์กรทั้งหมดที่มีแผน Medicare Advantage เช่นแผนของเรา จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลกลางต่อการเลือกปฏิบัติรวมถึงมาตรา VI ของรัฐบัญญัติสิทธิพลเมืองปี 1964, รัฐบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปี 1973, รัฐบัญญัติการเลือกปฏิบัติต่ออายุปี 1975, รัฐบัญญัติสิทธิของผู้พิการของสหรัฐอเมริกา, มาตรา 1557 ของรัฐบัญญัติคุ้มครองผู้ป่วยและการบริหารที่เสียได้, กฎหมายอื่นๆ ทั้งหมดที่บังคับใช้กับองค์กรที่ได้รับเงินทุนของรัฐบาลกลาง รวมถึงกฎหมายและกฎอื่นๆ ที่บังคับใช้สำหรับเหตุผลอื่นๆ

หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีข้อกังวลเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติหรือการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม โปรดติดต่อ **Office for Civil Rights** กระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ ที่หมายเลข 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) หรือสำนักงานสิทธิพลเมืองในท้องถิ่นของคุณ นอกจากนี้ คุณยังสามารถตรวจสอบข้อมูลจากกรมสาธารณสุขและบริการมนุษย์, Office for Civil Rights ได้ที่ www.HHS.gov/ocr/index.html

หากคุณเป็นผู้พิการและต้องการความช่วยเหลือในการเข้าถึงการดูแล โทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) หากคุณมีคำร้องเรียน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงรถเข็น บริการของสมาชิกสามารถช่วยได้

ส่วนที่ 3 หนังสือแจ้งเกี่ยวกับสิทธิการรับช่วงสิทธิของผู้จ่ายรอง Medicare

เรามีสิทธิและความรับผิดชอบในการรวบรวมบริการที่ Medicare คุ้มครอง ซึ่ง Medicare ไม่ใช่ผู้จ่ายเงินหลัก ตามข้อบังคับของ CMS ที่ 42 CFR มาตรา 422.108 และ 423.462 นั้น **แผนของเรา** ในฐานะองค์กร Medicare Advantage จะใช้สิทธิในการกู้คืนเช่นเดียวกับเลขานุการภายใต้ข้อบังคับของ CMS ในส่วนย่อย B ถึง D ของส่วน 411 ของ 42 CFR และกฎที่กำหนดในส่วนนี้จะแทนที่กฎหมายของรัฐใดๆ

บทที่ 11 ประกาศทางกฎหมาย**ส่วนที่ 4 การเรียกเงินสิทธิประโยชน์ที่จ่ายโดยแผนของเราภายใต้แผน Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ของคุณ****เมื่อคุณได้รับบาดเจ็บ**

หากเคยได้รับบาดเจ็บ มีการเจ็บป่วย หรือเกิดสภาวะผ่านการกระทำของบุคคล บริษัท หรือตัวคุณเอง (“ฝ่ายที่รับผิดชอบ”) แผนของเราจะให้สิทธิประโยชน์สำหรับบริการในความคุ้มครองที่คุณได้รับ อย่างไรก็ตามหาก คุณได้รับเงินหรือมีสิทธิได้รับเงิน เนื่องจากการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเงื่อนไขของคุณไม่ว่าจะผ่านข้อยุติ การตัดสิน หรือการชำระเงินอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บการเจ็บป่วยหรือสภาวะของคุณ แผนของเราและ/หรือผู้ให้บริการรักษาจะรักษาสิทธิในการเรียกเงินตามมูลค่าของบริการใดๆ ที่ให้กับคุณผ่านแผนนี้ตามกฎหมายของรัฐที่บังคับใช้

ตามที่ใช้ตลอดข้อกำหนดนี้คำว่า “ฝ่ายที่รับผิดชอบ” หมายถึงบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ รับผิดชอบจริงหรืออาจรับผิดชอบต่อการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย หรือสภาวะของคุณ ฝ่ายที่รับผิดชอบตามข้อกำหนด รวมถึงความรับผิดชอบหรือผู้รับประกันอื่นๆ ของบุคคลหรือนิติบุคคลที่รับผิดชอบ

ตัวอย่างบางส่วนของวิธีที่คุณอาจได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วยหรือเกิดสภาวะผ่านการกระทำของฝ่ายที่รับผิดชอบ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง:

- คุณประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์
- คุณลื่นล้มในบ้าน หรือ
- คุณสัมผัสกับสารเคมีอันตรายในที่ทำงาน

สิทธิในการเรียกเงินแผนของเราใช้กับจำนวนเงินใดๆ และทั้งหมดที่คุณได้รับจากบุคคลที่รับผิดชอบ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง:

- การชำระเงินโดยบุคคลที่สามหรือบริษัทประกันใดๆ ในนามของบุคคลที่สาม
- ความคุ้มครองผู้ขับขี่ที่ไม่มีประกันหรือมีวงเงินคุ้มครองน้อยกว่ามูลค่าความเสียหายจริง
- การป้องกันการบาดเจ็บส่วนบุคคล ไม่มีความผิด หรือความคุ้มครองของบุคคลที่หนึ่งอื่นๆ
- รางวัลหรือการชำระเงินค่าชดเชยหรือคุณภาพของพนักงาน
- ความคุ้มครองการชำระเงินทางการแพทย์ภายใต้กรมธรรม์ประกันรถยนต์ สถานที่ หรือความคุ้มครองของเจ้าของบ้านหรือประกันส่วนเกินแบบครอบคลุม
- ข้อยุติหรือการตัดสินใดๆ ที่ได้รับจากคดีความหรือการดำเนินการทางกฎหมายอื่นๆ หรือ
- การชำระเงินอื่นๆ จากแหล่งอื่นใดที่ได้รับเป็นค่าตอบแทนสำหรับการกระทำหรือการละเว้นของบุคคลที่รับผิดชอบ

การยอมรับสิทธิประโยชน์ภายใต้แผนนี้ หมายความว่า คุณยอมรับว่าแผนของเรามีสิทธิในการรับช่วงสิทธิ์และการชำระเงินคืนเป็นลำดับแรกที่เหมาะสมเมื่อแผนนี้ได้รับสิทธิประโยชน์สำหรับบริการในความคุ้มครองที่คุณได้รับ เนื่องจากการกระทำหรือการละเว้นของฝ่ายที่รับผิดชอบ และคุณหรือตัวแทนของคุณเรียกเงิน หรือมีสิทธิเรียกจำนวนเงินใดๆ จากฝ่ายที่รับผิดชอบ

โดยการยอมรับสิทธิประโยชน์ภายใต้แผนนี้ หมายความว่า คุณยัง (i) กำหนดสิทธิ์ของคุณในการเรียกคืนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากความคุ้มครองใดๆ ที่มีให้งดถึงค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมรูปแบบของบริการในความคุ้มครองทั้งหมดที่มีให้

บทที่ 11 ประกาศทางกฎหมาย

โดยแผนที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือสภาวะของคุณและ (ii) คุณตกลงที่จะสั่งให้ฝ่ายที่รับผิดชอบชดใช้แก่แผนในนามของคุณโดยตรง

การรับสิทธิประโยชน์ภายใต้แผนนี้จะทำให้คุณให้ความสำคัญกับแผนของเราเป็นอันดับแรก ในการเรียกเงิน ข้อยูติ หรือการตัดสินใจ หรือแหล่งคำตอบแทนอื่นๆ และการชำระเงินคืนทั้งหมดสำหรับค่าใช้จ่ายเต็มรูปแบบของสิทธิประโยชน์สำหรับบริการในความคุ้มครองที่จ่ายภายใต้แผนที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือสภาวะของคุณเนื่องจากการกระทำหรือการละเว้นของฝ่ายที่รับผิดชอบ ลำดับความสำคัญนี้มีผลบังคับใช้ไม่ว่าจำนวนเงินจะถูกระบุว่าเป็นการเรียกเงินสำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์หรือไม่ และไม่ว่าคุณจะได้รับการชดเชยทั้งหมดหรือทั้งหมดสำหรับการสูญเสียของคุณ แผนของเราอาจเรียกคืนค่าใช้จ่ายเต็มรูปแบบของสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่ได้รับจากแผนนี้โดยไม่คำนึงถึงการเรียกร้องความผิดใดๆ ในส่วนของคุณไม่ว่าจะไม่ว่าจะโดยความประมาทเลินเล่อ โดยเปรียบเทียบ หรืออย่างอื่นก็ตาม ไม่มีการหักค่าธรรมเนียมทนายความจากการเรียกคืนของแผนของเรา และแผนของเราไม่จำเป็นต้องจ่ายหรือมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าเสียหายของศาลหรือค่าทนายความสำหรับทนายความที่จ้างให้ดำเนินการเรียกร้องหรือฟ้องร้องต่อบุคคลที่รับผิดชอบใดๆ

ขั้นตอนที่คุณต้องทำ

หากคุณได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเกิดสภาวะเนื่องจากฝ่ายที่รับผิดชอบ คุณต้องร่วมมือกับแผนของเราและ/หรือความพยายามของผู้ให้บริการรักษาในการเรียกคืนค่าใช้จ่ายรวมถึง:

- การบอกแผนของเราหรือผู้ให้บริการรักษาตามความเหมาะสม ชื่อและที่อยู่ของบุคคลที่รับผิดชอบและ/หรือทนายความของเขาหรือเธอ หากคุณทราบ ชื่อและที่อยู่ของทนายความของคุณ หากคุณใช้ทนายความ ชื่อและที่อยู่ของบริษัทประกันที่เกี่ยวข้อง และคำอธิบายว่าเกิดการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือสภาวะดังกล่าวอย่างไร
- การกรอกเอกสารใดๆ ที่แผนหรือผู้ให้บริการการรักษาอาจจำเป็นต้องใช้เพื่อช่วยในการบังคับใช้สิทธิจำนองหรือสิทธิในการเรียกเงิน
- การตอบข้อซักถามจากแผนของเราหรือผู้ให้บริการรักษาเกี่ยวกับสถานะของกรณี หรือการเรียกร้องและการหารือเกี่ยวกับการระงับข้อพิพาทใดๆ โดยทันที
- แจ้งแผนของเราทันที เมื่อคุณหรือทนายความของคุณได้รับเงินใดๆ จากบุคคลที่รับผิดชอบหรือแหล่งอื่นๆ
- การจ่ายเงินค่ารักษาหรือวางแผนการเรียกเงินจากการเรียกเงิน ข้อยูติ หรือการตัดสินใจหรือแหล่งอื่นๆ ของการชดเชย รวมถึงการชำระเงินคืนทั้งหมด เนื่องจากแผนของเราสำหรับค่าใช้จ่ายเต็มรูปแบบของสิทธิประโยชน์ที่จ่ายภายใต้แผนที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือสภาวะของคุณเนื่องจากฝ่ายที่รับผิดชอบ ไม่ว่าจะระบุว่าเป็นการเรียกเงินค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และไม่ว่าคุณจะได้รับการชดเชยทั้งหมดหรือทั้งหมดสำหรับการสูญเสียของคุณ
- ไม่ทำอะไรที่จะกระทบสิทธิของแผนของเราตามที่กำหนดไว้ข้างต้น ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงการปฏิเสธความพยายามในการลดหรือแยกออกจากข้อยูติหรือการเรียกเงินค่าใช้จ่ายเต็มรูปแบบของสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่จ่ายโดยแผนหรือความพยายามใดๆ ที่จะปฏิเสธสิทธิในการเรียกเงินหรือจำนองเป็นอันดับแรกของแผนเรา
- การถือครองเงินที่คุณหรือทนายความของคุณได้รับจากฝ่ายที่รับผิดชอบหรือจากแหล่งอื่นใดที่เชื่อถือได้ และการชดเชยเงินตามแผนหรือผู้ให้บริการรักษาของเราตามความเหมาะสมสำหรับจำนวนเงินที่ได้รับคืนตามแผนทันทีที่คุณได้รับเงินและก่อนที่จะชำระเงินของผู้ถือสิทธิ์รายอื่นๆ หรือบุคคลที่สามที่อาจอ้างสิทธิในการเรียกเงิน
- คุณจะต้องให้ความร่วมมือกับเราในการแสวงหาการกู้คืนดังกล่าวหรือการชำระเงินเกิน

บทที่ 11 ประกาศทางกฎหมาย**ส่วนที่ 5 บัตรสมาชิก**

บัตรสมาชิกที่ออกตามแผนสุขภาพของเราภายใต้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการระบุตัวตนเท่านั้น การครอบครองบัตรสมาชิกไม่ได้ให้สิทธิในการรับบริการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดภายใต้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้ ในการมีสิทธิรับบริการหรือสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้ ผู้ถือบัตรจะต้องมีสิทธิได้รับความคุ้มครองและลงทะเบียนเป็นสมาชิกภายใต้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้ บุคคลใดก็ตามที่ได้รับบริการที่บุคคลนั้นไม่มีสิทธิภายใต้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้จะต้องรับผิดชอบในการชำระค่าบริการเหล่านั้น สมาชิกต้องแสดงบัตรสมาชิกของแผน ไม่ใช่บัตร Medicare ในขณะที่รับบริการ โปรดติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่หมายเลข 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร: 711) หากคุณต้องการเปลี่ยนบัตรสมาชิก

หมายเหตุ: สมาชิกที่เจตนาละเมิดหรือใช้บัตรสมาชิกในทางที่ผิดอาจถูกยกเลิกด้วยเหตุนี้ แผนสุขภาพของเราจำเป็นต้องรายงานการยกเลิกอันเป็นผลมาจากการละเมิดหรือการใช้บัตรสมาชิกในทางที่ผิด ต่อสำนักงานผู้ตรวจราชการ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการดำเนินคดีทางอาญา

ส่วนที่ 6 ผู้รับจ้างอิสระ

ความสัมพันธ์ระหว่างแผนสุขภาพของเรากับผู้ให้บริการที่เข้าร่วมแต่ละรายเป็นความสัมพันธ์แบบผู้รับจ้างอิสระ ผู้ให้บริการที่เข้าร่วมไม่ใช่พนักงานหรือตัวแทนของแผนสุขภาพของเรา และแผนสุขภาพของเราหรือพนักงานในแผนสุขภาพของเราไม่ใช่พนักงานหรือตัวแทนของผู้ให้บริการที่เข้าร่วม ไม่ว่าในกรณีใด แผนสุขภาพของเราจะไม่รับผิดชอบต่อความประมาท การกระทำที่ผิด หรือการละเว้นของผู้ให้บริการที่เข้าร่วมหรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ แพทย์ที่เข้าร่วมคือผู้ที่มีความสัมพันธ์แบบแพทย์และผู้ป่วยกับสมาชิก ไม่ใช่แผนสุขภาพของเรา แผนสุขภาพของเราไม่ใช่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 7 การฉ้อโกงแผนสุขภาพ

การฉ้อโกงแผนสุขภาพหมายถึงการหลอกลวงหรือการบิดเบือนแผนสุขภาพโดยผู้ให้บริการ สมาชิก นายจ้าง หรือผู้ใดก็ตามที่ทำหน้าที่ในนามของบุคคลนั้น ถือเป็นความผิดทางอาญาที่สามารถดำเนินคดีได้ บุคคลใดก็ตามที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตั้งใจจะฉ้อโกงแผนสุขภาพ เช่น โดยการยื่นข้อเรียกร้องที่มีข้อความเท็จหรือหลอกลวงอาจมีความผิดฐานฉ้อโกงแผนสุขภาพ

หากคุณมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใดๆ ที่ปรากฏในใบเรียกเก็บเงินหรือแบบฟอร์มคำอธิบายสิทธิประโยชน์ หรือหากคุณทราบหรือสงสัยว่ามีการกระทำที่ผิดกฎหมายใดๆ โปรดติดต่อสายด่วนป้องกันการฉ้อโกงแบบโทรฟรีของแผนเราที่หมายเลข 1-866-685-8664 (ผู้ใช้ TTY ติดต่อกับ 711) สายด่วนการฉ้อโกงให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ทุกสายจะถูกเก็บเป็นความลับ

ส่วนที่ 8 สถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของแผนสุขภาพ

ในขอบเขตที่ภัยพิบัติทางธรรมชาติ สงคราม การจลาจล การก่อกบฏ การเกิดโรคระบาด การทำลายสถานที่ต่างๆ อย่างสมบูรณ์หรือบางส่วน การเกิดระเบิดปรมาณูหรือการปล่อยพลังงานนิวเคลียร์อื่นๆ การหมดความสามารถของบุคลากรในกลุ่มแพทย์ที่สำคัญ สถานการณ์ฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ที่คล้ายกันอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของแผนสุขภาพของเรา ส่งผลให้สถานที่ให้บริการหรือบุคลากรในแผนสุขภาพของเราไม่สามารถจัดหาหรือจัดเตรียมบริการหรือสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักฐานแสดงความคุ้มครองนี้ ภาระผูกพันของแผนสุขภาพในการให้

บทที่ 11 ประกาศทางกฎหมาย

บริการหรือสิทธิประโยชน์ดังกล่าวจะจำกัดอยู่ที่ข้อกำหนดว่าแผนสุขภาพของเราจะพยายามโดยสุจริตในการจัดหาหรือจัดเตรียมการให้บริการหรือสิทธิประโยชน์ดังกล่าวภายในสภาพความพร้อมของสถานที่ให้บริการหรือบุคลากรในปัจจุบัน

บทที่ 12 คำจำกัดความ

บทที่ 12: คำจำกัดความ

สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก - คือหน่วยงานที่ดำเนินการเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยนอกแก่ผู้ป่วยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและคาดว่าจะอยู่ในสถานพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง

คำร้อง - หมายถึงสิ่งที่คุณทำถ้าคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของเราที่ปฏิเสธคำขอความคุ้มครองสำหรับบริการดูแลสุขภาพหรือยาตามใบสั่งแพทย์ หรือการชำระเงินสำหรับบริการหรือยาที่คุณได้รับแล้ว นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นคำร้องหากไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของเราที่หยุดการให้บริการที่คุณได้รับ

ระยะเวลาสิทธิประโยชน์ - หมายถึงวิธีการที่ทั้งแผนสุขภาพของเราและ Original Medicare วัดการใช้บริการสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ (SNF) ของคุณ ระยะเวลาสิทธิประโยชน์เริ่มตั้งแต่วันที่คุณเข้ารับบริการในสถานพยาบาลวิชาชีพประจำประจำ ระยะเวลาสิทธิประโยชน์จะสิ้นสุดลงเมื่อคุณไม่ได้รับการดูแลอย่างมีทักษะใน SNF เป็นเวลา 60 วันติดต่อกัน หากคุณเข้าสู่สถานพยาบาลวิชาชีพประจำหลังจากสิ้นสุดระยะเวลาสิทธิประโยชน์หนึ่งระยะเวลา ระยะเวลาผลประโยชน์ใหม่จะเริ่มต้นขึ้น ไม่มีการจำกัดจำนวนระยะเวลาสิทธิประโยชน์

ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ - หมายถึงยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งผลิตจากแหล่งธรรมชาติและสิ่งมีชีวิต เช่น เซลล์สัตว์ เซลล์พืช แบคทีเรีย หรือยีสต์ ผลิตภัณฑ์ชีวภาพมีความซับซ้อนมากกว่ายาอื่นๆ และไม่สามารถผลิตซ้ำได้อย่างแน่นอน ดังนั้นรูปแบบทางเลือกจึงเรียกว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึง (ไปที่ “**ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิม**” และ “**ยาชีววัตถุคล้ายคลึง**”)

ยาชีววัตถุคล้ายคลึง - หมายถึงผลิตภัณฑ์ชีวภาพที่คล้ายกับผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมมาก แต่ไม่เหมือนกันเสียทีเดียว ยาชีววัตถุคล้ายคลึงมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิม ยาชีววัตถุคล้ายคลึงบางอย่างอาจถูกนำมาแทนที่ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมที่ร้านขายยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาใหม่ (ไปที่ “**ยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ทดแทนกันได้**”)

ยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ - หมายถึงยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งผลิตและจำหน่ายโดยบริษัทยาที่เป็นผู้ตั้งต้นวิจัยและพัฒนายานั้น ยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ มีสูตรสารออกฤทธิ์เหมือนกับรุ่นทั่วไปของยานั้น แต่ยาสามัญนั้นผลิตและจำหน่ายโดยผู้ผลิตยารายอื่น และโดยทั่วไปจะไม่สามารถจำหน่ายได้จนกว่าสิทธิบัตรของยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อจะหมดอายุแล้ว

ระยะความคุ้มครองขั้นสุดท้าย - ระยะในสิทธิประโยชน์ของยาส่วน D ที่เริ่มต้นเมื่อคุณ (หรือบุคคลที่มีคุณสมบัติอื่นๆ ในนามของคุณ) ได้ใช้จ่าย \$2,100 สำหรับยาส่วน D ในความคุ้มครองระหว่างช่วงปีที่คุ้มครอง ในระหว่างการชำระเงินนี้ คุณไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายใดๆ สำหรับยาส่วน D ที่อยู่ในความคุ้มครอง

ศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS) - หน่วยงานของรัฐบาลกลางที่ดูแล Medicare

การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ - หมายถึงจำนวนเงินที่คุณอาจต้องจ่ายซึ่งแสดงเป็นเปอร์เซ็นต์ (ตัวอย่างเช่น 20%) ซึ่งเป็นส่วนค่าใช้จ่ายของคุณในการรับบริการหรือรับยาตามใบสั่งแพทย์

คำร้องเรียน - การยื่นคำร้องเรียนเรียกอย่างเป็นทางการว่า**การยื่นคำร้องทุกข์** กระบวนการร้องเรียนใช้สำหรับปัญหาบางประเภทเท่านั้น ซึ่งรวมถึงปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล เวลาที่ต้องรอ และบริการลูกค้าที่คุณได้รับ นอกจากนี้ยังรวมถึงคำร้องเรียนหากแผนสุขภาพของเราไม่เป็นไปตามช่วงเวลาในกระบวนการยื่นคำร้อง

บทที่ 12 คำจำกัดความ

สถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยนอก (CORF) - หมายถึงสถานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ รวมถึงการกายภาพบำบัด บริการทางสังคมหรือจิตวิทยา การบำบัดระบบทางเดินหายใจ กิจกรรมบำบัด บริการพยาธิวิทยาด้านการพูดและภาษา และบริการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน

การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล (หรือการจ่ายร่วม) - หมายถึงจำนวนเงินที่คุณอาจต้องจ่ายในส่วนของคุณสำหรับค่าบริการหรือค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การพบแพทย์ การพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล หรือค่ายาตามใบสั่งแพทย์ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะเป็นจำนวนเงินตายตัว (ตัวอย่างเช่น \$10) ไม่ใช่เป็นเปอร์เซ็นต์

การแบ่งค่าใช้จ่าย - หมายถึงจำนวนเงินที่สมาชิกต้องจ่ายเมื่อได้รับบริการหรือยา การแบ่งค่าใช้จ่ายประกอบด้วยผลการผสมรวมการชำระเงิน 3 ประเภทต่อไปนี้ (1) ค่าความรับผิดชอบส่วนแรกที่แผนสุขภาพอาจกำหนดก่อนที่จะครอบคลุมค่าบริการหรือค่ายา (2) การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในจำนวนตายตัวที่แผนสุขภาพกำหนดเมื่อได้รับสิ่งใดโดยเฉพาะ หรือ (3) การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์จากจำนวนเงินทั้งหมดที่ต้องจ่ายเมื่อได้รับสิ่งใดโดยเฉพาะ ตามที่แผนสุขภาพกำหนด

การพิจารณาความคุ้มครอง - การตัดสินใจว่ายาที่สั่งจ่ายสำหรับคุณจะได้รับ ความคุ้มครองตามแผนของเราหรือไม่ รวมถึงจำนวนเงินกรณีต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์ โดยทั่วไป ถ้าคุณนำใบสั่งยาของคุณไปที่ร้านขายยา แล้วร้านขายยาบอกคุณว่ายาที่สั่งจ่ายไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้แผนสุขภาพของเรา นั่นไม่ใช่การพิจารณาความคุ้มครอง คุณต้องโทรหรือเขียนจดหมายส่งมายังแผนสุขภาพของเราเพื่อขอให้มีการตัดสินใจอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับความคุ้มครอง การตัดสินใจด้านความคุ้มครองเรียกว่า **การตัดสินใจด้านความคุ้มครอง** ในเอกสารนี้

ยาในความคุ้มครอง - คือคำที่เราใช้หมายถึงยาทั้งหมดที่อยู่ในความคุ้มครองตามแผนสุขภาพของเรา

บริการในความคุ้มครอง - คือคำที่เราใช้หมายถึงบริการและอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพทั้งหมดที่อยู่ในความคุ้มครองตามแผนสุขภาพของเรา

ยาตามใบสั่งแพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์ในความคุ้มครอง - ความคุ้มครองสำหรับยาตามใบสั่งแพทย์ (เช่น จากนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน) ที่คาดว่าจะจ่ายโดยเฉลี่ยอย่างน้อยที่สุดเท่ากับความคุ้มครองสำหรับยาตามใบสั่งแพทย์ตามมาตรฐานของ Medicare ผู้ที่มีความคุ้มครองประเภทนี้เมื่อมีสิทธิได้รับ Medicare โดยทั่วไปแล้วสามารถรักษาความคุ้มครองนั้นไว้โดยไม่ต้องจ่ายค่าปรับ หากตัดสินใจที่จะลงทะเบียนในความคุ้มครองสำหรับยาตามใบสั่งแพทย์ตาม Medicare ในภายหลัง

การดูแลทั่วไป - คือการดูแลส่วนบุคคลที่จัดให้ในบ้านพักผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือสถานที่อื่นๆ เมื่อคุณไม่ต้องการรับการดูแลทางการแพทย์แบบวิชาชีพหรือการดูแลทางพยาบาลแบบวิชาชีพ การดูแลทั่วไปที่ให้บริการโดยผู้ที่ไม่ใช่วิชาชีพหรือไม่ผ่านการฝึกอบรมระดับมืออาชีพครอบคลุมความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การขึ้นหรือลงจากเตียงหรือเก้าอี้ การเคลื่อนไหวไปรอบๆ และการใช้ห้องน้ำ นอกจากนี้ยังอาจรวมถึงการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพที่คนส่วนใหญ่ทำด้วยตัวเอง เช่น การใช้ยาหยอดตา Medicare ไม่ได้จ่ายเงินให้สำหรับการดูแลทั่วไป

อัตราการแบ่งค่าใช้จ่ายรายวัน - อัตราการแบ่งค่าใช้จ่ายรายวันอาจมีผลเมื่อแพทย์ของคุณสั่งจ่ายยาบางชนิดให้คุณน้อยกว่าจำนวนสำหรับหนึ่งเดือนเต็มและคุณต้องร่วมจ่ายค่ายาดังกล่าว อัตราการแบ่งค่าใช้จ่ายรายวันคือการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลหารด้วยจำนวนวันของการจ่ายยาในหนึ่งเดือน ตัวอย่างเช่น หากการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคุณสำหรับการจ่ายยาหนึ่งเดือนคือ \$30 และการจ่ายยาหนึ่งเดือนในแผนสุขภาพของเราคือ 30 วัน อัตราการแบ่งค่าใช้จ่ายรายวันของคุณคือ \$1 ต่อวัน

ค่าความรับผิดชอบส่วนแรก - คือจำนวนเงินที่คุณต้องจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพหรือใบสั่งยาก่อนที่แผนสุขภาพของเราจะจ่ายให้

บทที่ 12 คำจำกัดความ

ยกเลิกหรือการยกเลิก - กระบวนการยุติการเป็นสมาชิกของคุณในแผนของเรา

ค่าธรรมเนียมการจ่ายยา - ค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บในแต่ละครั้งที่มีการจ่ายยาในความคุ้มครอง เพื่อชำระค่าใช้จ่ายในการจัดยาตามใบสั่ง เช่น เวลาของเภสัชกรในการเตรียมและบรรจุยาตามใบสั่ง

แผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษซึ่งได้สิทธิ์คู่ (D-SNP) - DSNP จะลงทะเบียนคนที่มีสิทธิ์ได้รับทั้ง Medicare (ลักษณะที่ XVIII ของพระราชบัญญัติประกันสังคม) และความช่วยเหลือทางการเงินจากแผนสุขภาพของรัฐภายใต้ Medicaid (ลักษณะที่ XIX) รัฐจะคุ้มครองค่าใช้จ่ายบางส่วนหรือทั้งหมดของ Medicare ขึ้นอยู่กับรัฐและสิทธิ์ของบุคคลนั้น

ผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองในทั้งสองแผน - ผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองจาก Medicare และ Medicaid

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สั่งโดยแพทย์ (DME) - คืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างที่แพทย์ของคุณสั่งให้ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ เช่น วอล์กเกอร์ รถเข็น เบาะ ระบบที่นอนไฟฟ้า อุปกรณ์เบาหวาน ปืนสารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV) อุปกรณ์สร้างเสียงพูด อุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องฟันยา หรือเตียงแบบโรงพยาบาลที่ผู้ให้บริการสั่งให้นำไปใช้ในบ้าน

ฉุกเฉิน - เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์คือเมื่อคุณหรือบุคคลธรรมดาที่รอบคอบอื่นๆ ที่มีความรู้ด้านสุขภาพและยาโดยเฉลี่ยเชื่อว่าคุณมีอาการสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต (รวมถึงการสูญเสียเด็กที่ยังไม่เกิดถ้าคุณเป็นหญิงตั้งครรภ์) การสูญเสียแขนขาหรือการสูญเสียการทำงานของแขนขาหรือการสูญเสียหรือเกิดความบกพร่องอย่างรุนแรงต่อการทำงานของร่างกาย ภาวะทางการแพทย์อาจเป็นความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การปวดอย่างรุนแรง หรือภาวะทางการแพทย์ที่แย่ลงอย่างรวดเร็ว

การดูแลในภาวะฉุกเฉิน - คือบริการในความคุ้มครองซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) ให้บริการโดยผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการให้บริการฉุกเฉิน และ 2) จำเป็นต้องทำเพื่อรักษา ประเมิน หรือรักษาเสถียรภาพของสภาพทางการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักฐานแสดงความคุ้มครอง (EOC) และข้อมูลที่เปิดเผย - หมายถึงเอกสารนี้ รวมถึงแบบฟอร์มการลงทะเบียนของคุณและเอกสารแนบอื่นๆ สัญญาเพิ่มเติม หรือความคุ้มครองเพิ่มเติมอื่นๆ ที่เลือกไว้ ซึ่งอธิบายความคุ้มครองของคุณ สิ่งที่เราต้องทำ สิทธิ์ของคุณ และสิ่งที่คุณต้องทำในฐานะสมาชิกแผนสุขภาพของเรา

ข้อยกเว้น - คือการตัดสินใจด้านความคุ้มครองประเภทหนึ่ง ซึ่งถ้าได้รับอนุมัติจะช่วยให้คุณได้รับยาที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา (รายชื่อยาในความคุ้มครองที่มีการยกเว้น) หรือได้รับยาที่ไม่ได้ให้สิทธิ์พิเศษในระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า (ข้อยกเว้นทางการจัดระดับ) นอกจากนี้คุณอาจขอข้อยกเว้นหากแผนสุขภาพของเรากำหนดให้คุณลองใช้ยาอื่นก่อนที่จะได้รับยาที่คุณขอ หากแผนสุขภาพของเรากำหนดการอนุญาตล่วงหน้าสำหรับยา และคุณต้องการให้เรายกเว้นข้อจำกัดของเกณฑ์ หรือหากแผนสุขภาพของเราจำกัดปริมาณหรือขนาดของยาที่คุณขอ (รายชื่อยาในความคุ้มครองที่มีการยกเว้น)

โครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม - โครงการ Medicare เพื่อช่วยให้ผู้มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัดสามารถชำระค่าใช้จ่ายในโครงการยาตามใบสั่งแพทย์ของ Medicare เช่น เบี้ยประกัน ค่าความรับผิดชอบส่วนแรก และการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์

ยาสามัญ - ยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติจาก FDA ว่ามีสารออกฤทธิ์เหมือนกับยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ โดยทั่วไปแล้ว ยาสามัญทำงานเหมือนกับยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ และมักจะมียาใช้จ่ายน้อยกว่า

บทที่ 12 คำจำกัดความ

ผู้ดูแลสุขภาพในเคสสถาน - คือผู้ให้บริการที่ไม่ต้องใช้ทักษะแบบพยาบาลหรือนักบำบัดที่ได้รับอนุญาต เช่น ความช่วยเหลือในการดูแลส่วนบุคคล (เช่น การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การแต่งกาย หรือการออกกำลังกายตามที่แพทย์สั่ง)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - คือสิทธิประโยชน์ที่ให้การดูแลสุขภาพแบบพิเศษสำหรับสมาชิกที่ได้รับการรับรองทางการแพทย์ว่าเป็นโรคระยะสุดท้าย ซึ่งคาดว่าจะมีชีวิตต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน แผนสุขภาพของเราจะต้องให้รายชื่อสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของคุณ หากคุณเลือกใช้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและจ่ายเบี้ยประกันต่อไป คุณจะยังคงเป็นสมาชิกแผนสุขภาพของเรา คุณยังสามารถรับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทั้งหมด รวมถึงสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่เรานำเสนอ

การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน - คือการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อคุณได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการให้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์แบบวิชาชีพ แม้ว่า คุณจะพักค้างคืนในโรงพยาบาล แต่คุณก็อาจยังถือว่าเป็นผู้ป่วยนอกอยู่

จำนวนเงินที่ต้องจ่ายหากมีรายได้ต่อเดือนเกินเกณฑ์กำหนด (IRMAA) - หากรายได้รวมที่ปรับแล้วตามรายงานการคืนภาษี IRS ของคุณจากเมื่อ 2 ปีที่แล้วสูงกว่าจำนวนที่กำหนด คุณจะต้องจ่ายเบี้ยประกันมาตรฐานและจำนวนเงินที่ต้องจ่ายหากมีรายได้ต่อเดือนเกินเกณฑ์กำหนด หรือที่เรียกว่า IRMAA โดย IRMAA คือค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมในเบี้ยประกันของคุณ ผู้ที่มี Medicare ได้รับผลกระทบดังกล่าวน้อยกว่า 5% ดังนั้นคนส่วนใหญ่จึงไม่จ่ายเบี้ยประกันที่สูงขึ้น

สมาคมผู้ปฏิบัติอิสระ (IPA) - คือสมาคมแพทย์ รวมถึง PCP ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาล ซึ่งทำสัญญากับแผนสุขภาพเพื่อให้บริการแก่สมาชิก ดูบทที่ 1, ส่วนที่ 6

ระยะความคุ้มครองขั้นแรก - นี่คือระยะก่อนที่ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของคุณสำหรับปีนั้นจะถึงจำนวนสูงสุดในการออกค่าใช้จ่ายเอง

ระยะเวลาที่มีสิทธิลงทะเบียนขั้นแรก - เมื่อคุณมีสิทธิได้รับ Medicare เป็นครั้งแรก หรือระยะเวลาที่คุณสามารถลงทะเบียนสำหรับ Medicare Part A และ Part B ได้ หากคุณมีสิทธิรับ Medicare เมื่อคุณอายุครบ 65 ปี ระยะเวลาที่มีสิทธิลงทะเบียนขั้นแรกของคุณคือระยะเวลา 7 เดือนที่เริ่มต้น 3 เดือนก่อนเดือนที่คุณอายุครบ 65 ปี รวมถึงเดือนที่คุณอายุครบ 65 ปี และสิ้นสุด 3 เดือนหลังจากเดือนที่คุณอายุครบ 65 ปี

D-SNP แบบผสมผสาน - คือ D-SNP ที่ครอบคลุม Medicare และบริการ Medicaid ส่วนใหญ่หรือทั้งหมดภายใต้แผนสุขภาพเดียวสำหรับกลุ่มบุคคลบางกลุ่มที่มีสิทธิได้รับทั้ง Medicare และ Medicaid บุคคลเหล่านี้เรียกว่าผู้ที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองในทั้งสองแผนด้วยสิทธิประโยชน์เต็มรูปแบบ

คำร้องทุกข์แบบบูรณาการ - คือการร้องเรียนประเภทหนึ่งที่คุณทำเกี่ยวกับเราหรือร้านขายยา รวมถึงการร้องเรียนเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่คุณได้รับ การร้องเรียนประเภทนี้ไม่เกี่ยวข้องกับความคุ้มครองหรือข้อพิพาทในการชำระเงิน

การพิจารณาโดยองค์กรแบบบูรณาการ - แผน Medicare Advantage ได้ทำการพิจารณาโดยองค์กรเมื่อมีการตัดสินใจว่าจะคุ้มครองรายการหรือบริการหนึ่งๆ หรือไม่ หรือคุณต้องจ่ายเงินเท่าใดสำหรับรายการหรือบริการที่คุ้มครอง การพิจารณาโดยองค์กรเรียกว่าการตัดสินใจด้านความคุ้มครองในเอกสารนี้ บทที่ 9 อธิบายถึงวิธีการขอให้เราตัดสินใจด้านความคุ้มครอง

ยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ทดแทนกันได้ - คือยาชีววัตถุคล้ายคลึงซึ่งอาจใช้แทนผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงเดิมที่ร้านขายยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาใหม่ เพราะตรงตามข้อกำหนดเพิ่มเติมเกี่ยวกับศักยภาพในการทดแทนอัตโนมัติ การทดแทนอัตโนมัติที่ร้านขายยาอยู่ภายใต้กฎหมายของรัฐ

บทที่ 12 คำจำกัดความ

รายชื่อยาในความคุ้มครอง - รายชื่อยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามแผนสุขภาพของเรา

โครงการเงินอุดหนุนผู้มีรายได้น้อย (LIS) - ดูกีโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

โปรแกรมส่วนลดของผู้ผลิต - โครงการที่ผู้ผลิตยาจ่ายส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายเต็มของแผนสำหรับยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อ และยาชีวภาพของส่วน D ในความคุ้มครอง ส่วนลดจะขึ้นอยู่กับข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกลางกับผู้ผลิตยา

ราคายุติธรรมสูงสุด - คือราคาที่ Medicare ต่อรองสำหรับยาที่เลือก

ค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง - คือค่าใช้จ่ายสูงสุดที่คุณต้องจ่ายเองในช่วงปีปฏิทินสำหรับบริการในความคุ้มครองส่วน A และส่วน B จำนวนเงินที่คุณจ่ายสำหรับเบี้ยประกัน Medicare Part A และ Part B และยาตามใบสั่งแพทย์ไม่นับรวมในค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง (หมายเหตุ: เนื่องจากสมาชิกของเราได้รับความช่วยเหลือจาก Medicaid ด้วย จึงมีสมาชิกเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่เคยต้องจ่ายถึงค่าใช้จ่ายสูงสุดในส่วนที่ออกเอง)

Medicaid (หรือความช่วยเหลือทางการแพทย์) - โครงการร่วมของรัฐบาลกลางกับรัฐที่ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับบางคนที่มีรายได้น้อยและมีทรัพยากรที่จำกัด โครงการ Medicaid ของรัฐจะแตกต่างกันไป แต่ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่จะได้รับการคุ้มครองหากคุณเข้าเกณฑ์สำหรับทั้ง Medicare และ Medicaid

กลุ่มแพทย์ - คือสมาคมแพทย์ รวมถึง PCP ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ รวมถึงโรงพยาบาล ซึ่งทำสัญญากับแผนสุขภาพเพื่อให้บริการแก่ผู้ลงทะเบียน ดูบทที่ 1, ส่วนที่ 3.2

การใช้จ่ายที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์ - คือการใช้จ่ายที่ได้รับอนุมัติจาก FDA หรือได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอ้างอิงบางอย่าง เช่น ข้อมูลยาบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลอเมริกัน และระบบข้อมูล Micromedex DRUGDEX

ความจำเป็นทางการแพทย์ - หมายถึงบริการ อุปกรณ์ หรือยาที่จำเป็นสำหรับการป้องกัน การวินิจฉัย หรือการรักษาภาวะทางการแพทย์ของคุณ และเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ

Medicare - โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางสำหรับคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คนที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีบางคนที่มีความพิการบางอย่าง และคนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (โดยทั่วไปคือผู้ที่มีภาวะไตล้มเหลวถาวร ซึ่งต้องทำการฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต)

ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน Medicare Advantage - คือระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึง 31 มีนาคมเมื่อสมาชิกในแผน Medicare Advantage สามารถยกเลิกการลงทะเบียนเดิมและเปลี่ยนไปใช้แผน Medicare Advantage แบบอื่นหรือรับความคุ้มครองผ่าน Original Medicare หากคุณเลือกที่จะเปลี่ยนเป็น Original Medicare ในช่วงเวลานี้คุณยังสามารถเข้าร่วมแผนยาตามใบสั่งแพทย์ของ Medicare แยกต่างหากได้ในเวลานั้น นอกจากนี้ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน Medicare Advantage ยังเปิดเป็นเวลา 3 เดือนหลังจากที่บุคคลมีสิทธิ์ได้รับ Medicare เป็นครั้งแรก

แผน Medicare Advantage (MA) - บางครั้งเรียกว่า Medicare Part C คือแผนสุขภาพที่นำเสนอโดยบริษัทเอกชนที่ทำสัญญากับ Medicare เพื่อให้คุณได้รับสิทธิประโยชน์ของ Medicare Part A และ Part B ทั้งหมด แผน Medicare Advantage อาจเป็น i) HMO, ii) PPO, iii) แผนค่าธรรมเนียมบริการแบบส่วนตัว (PFFS) หรือ iv) แผนบัญชีออมทรัพย์ Medicare บัญชีออมทรัพย์ทางการแพทย์ (MSA) นอกเหนือจากการเลือกแผนเหล่านี้แล้ว แผน HMO หรือ PPO ใน Medicare Advantage ยังสามารถเป็นแผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ (SNP) ได้อีกด้วย ในกรณีส่วนใหญ่ แผน Medicare Advantage ยังนำเสนอ Medicare Part D (ความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์) อีกด้วย แผนเหล่านี้เรียกว่า **แผน Medicare Advantage พร้อมความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์**

บทที่ 12 คำจำกัดความ

บริการที่คุ้มครองโดย Medicare - คือบริการในความคุ้มครองของ Medicare Part A และ Part B แผนสุขภาพของ Medicare ทั้งหมดต้องครอบคลุมบริการทุกอย่างที่คุ้มครองโดย Medicare Part A และ B คำว่าบริการที่คุ้มครองโดย Medicare นั้นไม่รวมถึงสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม เช่น การดูแลสายตา ทันตกรรม หรือการดูแลการได้ยิน ซึ่งแผน Medicare Advantage อาจนำเสนอ

แผนสุขภาพ Medicare - แผนสุขภาพ Medicare ที่นำเสนอโดยบริษัทเอกชนที่ทำสัญญากับ Medicare เพื่อให้สิทธิประโยชน์ส่วน A และส่วน B กับผู้ที่มี Medicare ที่ลงทะเบียนในแผนสุขภาพของเรา คำนี้ครอบคลุมแผน Medicare Advantage, แผน Medicare ในราคาที่สามารถเข้าถึงได้, แผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ, โครงการสาธิต/นำร่อง และโครงการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร (PACE) ทั้งหมด

ความคุ้มครองยา Medicare (Medicare Part D) - ประกันเพื่อช่วยจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก ค่าวัคซีน ค่าผลิตภัณฑ์ชีวภาพ และค่าวัสดุบางอย่างที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของ Medicare Part A หรือ Part B

โครงการจัดการบำบัดด้วยยา (MTM) - โครงการ Medicare Part D สำหรับความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนที่มอบแก่ผู้มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดบางอย่างหรืออยู่ในโครงการจัดการยา บริการ MTM มักรวมถึงการพูดคุยกับเภสัชกรหรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเพื่อทบทวนการให้ยา

นโยบาย Medigap (ประกันเสริม Medicare) - คือประกันเสริม Medicare ที่จำหน่ายโดยบริษัทประกันเอกชนเพื่อเติมเต็ม “ช่องว่าง” ใน Original Medicare นโยบาย Medigap ใช้ได้กับ Original Medicare เท่านั้น (แผน Medicare Advantage ไม่ใช่ นโยบาย Medigap)

สมาชิก (สมาชิกแผนสุขภาพของเรา) - บุคคลที่มี Medicare และมีสิทธิได้รับบริการคุ้มครอง ซึ่งได้ลงทะเบียนในแผนของเราและได้รับการยืนยันการลงทะเบียนโดยศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS)

บริการของสมาชิก - แผนกหนึ่งภายในแผนสุขภาพของเรา ซึ่งรับผิดชอบในการตอบคำถามเกี่ยวกับการเป็นสมาชิก สิทธิประโยชน์ การร้องทุกข์ และคำร้องของคุณ

ร้านขายยาในเครือข่าย - คือร้านขายยาที่ทำสัญญากับแผนสุขภาพของเรา เพื่อให้สมาชิกแผนสุขภาพของเราได้รับสิทธิประโยชน์จากยาตามใบสั่งแพทย์ ในกรณีส่วนใหญ่ ยาของคุณจะได้รับความคุ้มครองเฉพาะในกรณีที่ได้รับยาร้านขายยาในเครือข่ายของเราแห่งใดแห่งหนึ่ง

ผู้ให้บริการในเครือข่าย - คำว่าผู้ให้บริการเป็นคำทั่วไปที่ใช้เรียกแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ โรงพยาบาล และสถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตหรือได้รับการรับรองจาก Medicare และจากรัฐ เพื่อให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ให้บริการในเครือข่าย มีข้อตกลงกับแผนสุขภาพของเราในการยอมรับการชำระเงินของเราเป็นการชำระเงินเต็มจำนวน และในบางกรณีคือการประสานงานรวมถึงให้บริการในความคุ้มครองแก่สมาชิกแผนสุขภาพของเรา ผู้ให้บริการในเครือข่ายเรียกอีกอย่างว่าผู้ให้บริการในแผนสุขภาพ

ระยะเวลาที่เปิดลงทะเบียน - ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม ถึง 7 ธันวาคม ของแต่ละปี ซึ่งสมาชิกสามารถเปลี่ยนแผนสุขภาพหรือแผนยาของตน หรือเปลี่ยนเป็น Original Medicare ได้

ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิม - ผลิตภัณฑ์ชีวภาพที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA และทำหน้าที่เป็นตัวเปรียบเทียบสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ทำยาชีววัตถุคล้ายคลึง เรียกอีกอย่างว่าผลิตภัณฑ์อ้างอิง

Original Medicare (Medicare ดั้งเดิม หรือ Medicare แบบมีค่าบริการ) - คือ Original Medicare ที่นำเสนอโดยรัฐบาลและไม่ใช้แผนสุขภาพส่วนตัวเหมือนแผน Medicare Advantage และแผนยาตามใบสั่งแพทย์ Original Medicare จะครอบคลุมบริการ Medicare โดยการจ่ายเงินให้แพทย์ โรงพยาบาล และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ ตามจำนวนเงินที่สภาออกเรสกำหนด คุณสามารถพบแพทย์ ไปโรงพยาบาล หรือพบผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่ยอมรับ Medicare ได้ คุณต้องจ่ายค่าความรับผิดชอบส่วนแรก Medicare จะจ่ายส่วนของจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ

บทที่ 12 คำจำกัดความ

จาก Medicare และคุณจ่ายส่วนของคุณ Original Medicare มี 2 ส่วนคือ ส่วน A (ประกันโรงพยาบาล) และส่วน B (ประกันสุขภาพ) และใช้ได้ทุกที่ในสหรัฐอเมริกา

ร้านขายยานอกเครือข่าย - ร้านขายยาที่ไม่มีสัญญากับแผนสุขภาพของเราในการประสานงานหรือจ่ายยาในความคุ้มครองแก่สมาชิกแผนสุขภาพของเรา ยาส่วนใหญ่ที่คุณได้รับจากร้านขายยานอกเครือข่ายจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองจากแผนสุขภาพของเรา เว้นแต่จะมีเงื่อนไขบางอย่าง

ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย หรือสถานที่ให้บริการนอกเครือข่าย - คือผู้ให้บริการหรือสถานที่ให้บริการที่ไม่มีสัญญากับแผนสุขภาพของเราในการประสานงานหรือให้บริการในความคุ้มครองแก่สมาชิกแผนสุขภาพของเราผู้ให้บริการนอกเครือข่ายคือผู้ให้บริการที่แผนสุขภาพของเราไม่ได้ว่าจ้าง เป็นเจ้าของ หรือดำเนินการ

ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเอง - ดูคำจำกัดความของการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ด้านบน ข้อกำหนดการแบ่งค่าใช้จ่ายของสมาชิกในการชำระค่าบริการหรือค่ายาที่ได้รับบางส่วนเรียกอีกอย่างว่าข้อกำหนดค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองของสมาชิก

ระดับสูงสุดในการออกค่าใช้จ่ายเอง - จำนวนเงินสูงสุดที่คุณจ่ายเองสำหรับยาส่วน D

ส่วน C - ไปที่แผน Medicare Advantage (MA)

ส่วน D - โครงการสิทธิประโยชน์ยาตามใบสั่งแพทย์ของ Medicare ตามความสมัครใจ

ยาส่วน D - ยาที่สามารถคุ้มครองภายใต้ส่วน D เราอาจคุ้มครองยาส่วน D ทั้งหมดหรือไม่ก็ได้ ยาบางประเภทได้รับการยกเว้นจากความคุ้มครองส่วน D โดยสภาคองเกรส ยาบางประเภทของส่วน D จะต้องได้รับความคุ้มครองในทุกแผน

ค่าปรับการลงทะเบีย้นล่าช้าสำหรับส่วน D - คือจำนวนเงินที่เพิ่มเข้าไปในเบี้ยประกันรายเดือนของแผนสุขภาพสำหรับความคุ้มครองยา Medicare ถ้าคุณไม่มีความคุ้มครองที่ตรงตามเกณฑ์ (ความคุ้มครองที่คาดว่าจะจ่ายโดยเฉลี่ยอย่างน้อยเท่ากับความคุ้มครองยา Medicare มาตรฐาน) เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 63 วันขึ้นไปหลังจากที่คุณมีสิทธิเข้าร่วมแผนส่วน D เป็นครั้งแรก หากคุณสูญเสียโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม คุณอาจต้องเสียค่าปรับการลงทะเบีย้นล่าช้าหากคุณไม่มีความคุ้มครองส่วน D หรือความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์ที่ตรงตามเกณฑ์อื่นๆ เป็นเวลาติดต่อกัน 63 วันขึ้นไป

จุดบริการ - HMO ที่มีตัวเล็อกจุดบริการ (POS) เป็นสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทางการแพทย์บางอย่างที่คุณอาจได้รับจากผู้ให้บริการนอกเครือข่ายที่ยอมรับ Medicare เมื่อคุณใช้ POS (นอกเครือข่าย) คุณจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลมากขึ้น โปรดพูดคุยกับผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) ของคุณก่อนที่จะขอรับการดูแลจากผู้ให้บริการนอกเครือข่าย PCP ของคุณจะแจ้งให้เราทราบโดยการขออนุมัติจากแผนสุขภาพ (การอนุญาตล่วงหน้า) (ดูบทที่ 1 ส่วนที่ 1.1)

การแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษ - การแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษหมายถึงการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าสำหรับยาส่วน D ในความคุ้มครองบางชนิดที่ร้านขายยาในเครือข่ายบางแห่ง

เบี้ยประกัน - การจ่ายเงินเป็นระยะให้กับ Medicare บริษัทประกัน หรือแผนการดูแลสุขภาพ เพื่อความคุ้มครองด้านสุขภาพหรือยาตามใบสั่งแพทย์

บริการป้องกัน - คือการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือตรวจพบการเจ็บป่วยในระยะแรกๆ เมื่อการรักษา มีแนวโน้มที่จะได้ผลดีที่สุด (บริการป้องกันต่างๆ เช่น การตรวจแป๊ป การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และการตรวจคัดกรองมะเร็ง)

ผู้ให้บริการปฐมภูมิ (PCP) - คือแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่นๆ ที่คุณพบเป็นอันดับแรกสำหรับปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในแผนสุขภาพ Medicare หลายแผน คุณต้องพบผู้ให้บริการปฐมภูมิก่อนที่จะไปพบผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ

บทที่ 12 คำจำกัดความ

การอนุญาตล่วงหน้า - การอนุมัติล่วงหน้าเพื่อให้ได้รับบริการหรือยาบางชนิดตามเกณฑ์ที่เฉพาะเจาะจง บริการในความคุ้มครองที่จำเป็นต้องมีการอนุญาตล่วงหน้าจะถูกทำเครื่องหมายไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ในบทที่ 4 ยาในความคุ้มครองที่จำเป็นต้องมีการอนุญาตล่วงหน้าจะถูกระบุไว้ในรายชื่อยาในความคุ้มครองและจะมีการโพสต์เกณฑ์ของเราไว้ในเว็บไซต์ของเรา

อวัยวะเทียมและกายอุปกรณ์เสริม - คืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงแต่จำกัดเฉพาะ แขน หลัง และอุปกรณ์พยุงคอ แขนขาเทียม ตาเทียม และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทดแทนอวัยวะหรือการทำงานภายในร่างกาย รวมถึงอุปกรณ์ทวารเทียม และการให้สารอาหารทางสายยางและทางหลอดเลือดดำ

องค์การปรับปรุงคุณภาพ (QIO) - กลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ซึ่งได้รับการว่าจ้างจากรัฐบาลกลางเพื่อให้ตรวจสอบและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย Medicare

การจำกัดปริมาณ - คือเครื่องมือการจัดการที่ออกแบบมาเพื่อจำกัดการใช้ยาเพื่อคุณภาพ ความปลอดภัย หรือเหตุผลในการใช้ประโยชน์ การจำกัดอาจอยู่ในรูปปริมาณของยาที่เราคุ้มครองต่อใบสั่งยา หรือในช่วงเวลาที่กำหนด

“เครื่องมือสิทธิประโยชน์แบบเรียลไทม์” - พอร์ทัลหรือแอปพลิเคชันคอมพิวเตอร์ที่ผู้ลงทะเบียนสามารถค้นหารายชื่อยาในความคุ้มครองและข้อมูลสิทธิประโยชน์เฉพาะของผู้ลงทะเบียนได้อย่างสมบูรณ์ ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงจำนวนการแบ่งค่าใช้จ่าย รายชื่อยาในความคุ้มครองทางเลือกที่อาจใช้สำหรับสภาวะสุขภาพเดียวกันกับยาที่กำหนด และข้อจำกัดความคุ้มครอง (การอนุญาตล่วงหน้า, การรักษาแบบเป็นขั้นตอน, การจำกัดปริมาณ) ที่ใช้กับยาทางเลือก

การส่งต่อ - คือคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรจากแพทย์ปฐมภูมิของคุณเพื่อให้คุณไปพบผู้เชี่ยวชาญหรือรับบริการทางการแพทย์บางอย่าง หากไม่มีการส่งต่อ แผนสุขภาพของเราอาจไม่จ่ายค่าบริการในการพบผู้เชี่ยวชาญ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - บริการเหล่านี้ครอบคลุมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยใน การกายภาพบำบัด (ผู้ป่วยนอก) การบำบัดด้านการพูดและภาษา และกิจกรรมบำบัด

ยาที่เลือก - ยาที่มีความคุ้มครองภายใต้ส่วน D ซึ่ง Medicare เปรียบเทียบว่ามีราคาสูงสุดแล้ว

พื้นที่ให้บริการ - คือพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่คุณต้องอาศัยอยู่เพื่อเข้าร่วมแผนสุขภาพหนึ่งๆ สำหรับแผนสุขภาพที่จำกัดแพทย์และโรงพยาบาลที่คุณสามารถใช้บริการ พื้นที่ให้บริการมักจะเป็นพื้นที่ที่คุณสามารถรับบริการตามปกติ (ไม่ฉุกเฉิน) อีกด้วย แผนสุขภาพของเราต้องยกเลิกคุณ หากคุณย้ายออกจากพื้นที่ให้บริการของแผนอย่างถาวร

สถานพยาบาลวิชาชีพประจำ (SNF) - คือบริการพยาบาลวิชาชีพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้บริการอย่างต่อเนื่องทุกวันในสถานพยาบาลวิชาชีพประจำ ตัวอย่างของการดูแลแบบวิชาชีพได้แก่ การกายภาพบำบัดหรือการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำที่สามารถทำได้โดยพยาบาลหรือแพทย์ที่จดทะเบียนเท่านั้น

แผนสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษ - คือแผน Medicare Advantage แบบพิเศษที่ให้การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นมากขึ้นสำหรับกลุ่มคนเฉพาะ เช่น ผู้ที่มีทั้ง Medicare และ Medicaid, ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้ป่วย หรือผู้ที่มีภาวะทางการแพทย์เรื้อรังบางอย่าง

การแบ่งค่าใช้จ่ายมาตรฐาน - การแบ่งค่าใช้จ่ายมาตรฐานคือการแบ่งค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ให้สิทธิพิเศษที่ร้านขายยาในเครือข่าย

การรักษาแบบเป็นขั้นตอน - เครื่องมือการใช้ประโยชน์ที่กำหนดให้คุณต้องลองยาอื่นเพื่อรักษาภาวะทางการแพทย์ของคุณก่อนที่จะคุ้มครองยาที่แพทย์ของคุณสั่งจ่ายให้ในตอนแรก

รายได้ประกันสังคมเสริม (SSI) - สิทธิประโยชน์รายเดือนที่ประกันสังคมจ่ายให้แก่ผู้มีรายได้และทรัพยากรจำกัดซึ่งมีความทุพพลภาพ ตาบอด หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป สิทธิประโยชน์ SSI ไม่เหมือนกับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม

บทที่ 12 คำจำกัดความ

บริการที่จำเป็นเร่งด่วน - คือบริการในความคุ้มครองของแผนสุขภาพซึ่งไม่ใช่กรณีฉุกเฉินแต่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ทันทีจะถือเป็นบริการที่จำเป็นเร่งด่วนหากคุณอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของแผนสุขภาพของเราชั่วคราวหรือไม่สมเหตุผลผลที่จะได้รับบริการนี้จากผู้ให้บริการในเครือข่ายเมื่อพิจารณาจากเวลา สถานที่ และสถานการณ์ของคุณ ตัวอย่างของบริการที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่ไม่คาดคิดหรือการกำเริบที่ไม่คาดคิดของโรคที่มีอยู่ การเข้าพบผู้ให้บริการตามปกติโดยมีความจำเป็นทางการแพทย์ (เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี) จะไม่ถือว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนแม้ว่าคุณจะอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของเราหรือเครือข่ายแผนของเราไม่สามารถให้บริการได้ชั่วคราว

บัตร Wellcare Spendables® - คือบัตรเดบิตที่แผนสุขภาพโหลดไว้ล่วงหน้า ซึ่งอาจใช้เพื่อช่วยในการชำระเงินสำหรับรายการตามที่อธิบายไว้ในตารางแสดงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์

หน้า

ฝ่ายบริการสมาชิก Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

วิธีการ	บริการของสมาชิก – ข้อมูลการติดต่อ
โทรติดต่อ	1-888-846-4262 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม ตัวแทนจะพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน ตัวแทนจะพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. โปรดทราบว่าระบบตอบรับโทรศัพท์อัตโนมัติอาจรับสายของคุณหลังจากเวลาทำการ ระหว่างวันหยุดสุดสัปดาห์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน หากคุณฝากข้อความเสียงไว้ โปรดระบุชื่อของคุณและหมายเลขโทรศัพท์ จากนั้นสมาชิกในทีมจะโทรกลับภายใน 1 วันทำการ ฝ่ายบริการสมาชิก 1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY โทร 711) มีบริการล่ามแปลภาษาฟรีสำหรับผู้ที่ไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ
TTY	711 หมายเลขเหล่านี้โทรฟรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน ตัวแทนของเราพร้อมให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7.45 น. ถึง 20.00 น.
เขียนจดหมายไป	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
เว็บไซต์	go.wellcare.com/OhanaHI

โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP)

โครงการช่วยเหลือการประกันสุขภาพของรัฐ Hawaii (SHIP) เป็นโครงการของรัฐที่ได้รับเงินจากรัฐบาลกลางเพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในท้องถิ่นฟรีแก่ผู้ที่มี Medicare

วิธีการ	ข้อมูลการติดต่อ
โทรติดต่อ	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 หมายเลขนี้ต้องใช้อุปกรณ์โทรศัพท์พิเศษและใช้สำหรับผู้ที่มีความยากลำบากในการได้ยินหรือการพูดเท่านั้น
เขียนจดหมายไปที่	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
เว็บไซต์	http://www.hawaiiiship.org/

ประกาศการเปิดเผยข้อมูลของ PRA ตามพระราชบัญญัติการลดการใช้เอกสารปี 1995 จะไม่มีบุคคลใดจำเป็นต้องตอบกลับการเก็บรวบรวมข้อมูล เว้นแต่จะแสดงหมายเลขควบคุม OMB ที่ถูกต้อง หมายเลขควบคุม OMB ที่ถูกต้องสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้คือ 0938-1051 หากคุณมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแบบฟอร์มนี้ โปรดส่งจดหมายถึง: CMS, 7500, Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850