

# Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP), 您的 Medicare Medi-Cal 計劃 《會員手冊》

2023 年 1 月 1 日 - 2023 年 12 月 31 日

## 您的 Wellcare by Health Net 醫療和藥物承保

### 會員手冊介紹

本《會員手冊》，也稱為《承保證明》，說明到 2023 年 12 月 31 日為止，我們的計劃為您提供的承保範圍。本手冊將會為您說明醫療保健服務、行為健康服務 (精神健康與物質使用失調)、處方藥承保範圍，以及長期服務與支援。長期服務與支援將可協助您居家照護，而無需前往療養院或醫院。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

此為重要的法律文件。請妥善保管。

本《會員手冊》中的「我們」，「我們的」或「我們的計劃」是指 Wellcare by Health Net，也就是您的 Medicare Medi-Cal 計劃。

注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語和越南語。請致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (一) 個工作天內回電給您。此為免付費電話。

CA2CNCEOC07901C\_R000

H0562\_129

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



Arabic-

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.

Armenian -

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոզ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Չանգն անվճար է:

Cambodian -

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Chinese -

請注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY: 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。

Farsi -

توجه: اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 1-800-431-9007 (TTY 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## Korean -

주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007 (聽障專線 : 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

## Russian -

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.

## Spanish -

ATENCIÓN: Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711) . Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

## Tagalog -

ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) . Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes – Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



Vietnamese –

**LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

您可以免費獲得本文件的其他格式，例如大字版、點字版和/或語音版。請致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (一) 個工作天內回電給您。此為免付費電話。

**Wellcare by Health Net** 想確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。

如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電聯絡 **Wellcare by Health Net** 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，4 月 1 日至 9 月 30 日的週末及假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (一) 個工作天內回電給您。

---

如果您有任何疑問，請致電 **Wellcare by Health Net**，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**2023 年 Wellcare by Health Net 會員手冊****目錄**

第 1 章：會員入門指南.....	7
第 2 章：重要電話號碼及資源.....	18
第 3 章：利用計劃的承保取得醫療保健服務及其他承保服務.....	40
第 4 章：給付表.....	61
第 5 章：領取門診處方藥.....	120
第 6 章：您需為 Medicare 與 Medi-Cal 處方藥支付的費用.....	137
第 7 章：請求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付費用.....	142
第 8 章：您的權利與責任.....	147
第 9 章：如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦.....	171
第 10 章：終止您於本計劃的會員資格.....	217
第 11 章：法律聲明.....	225
第 12 章：重要詞彙定義.....	229

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 免責聲明

- ❖ Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，是與 Medicare 簽訂合約的 HMO、PPO、PFFS、PDP 計劃，也是經批准的 Part D 贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽有合約。投保我們的計劃取決於續約情況。
- ❖ 網絡外/非合約服務提供者無義務治療我們的會員，除非緊急情況。請致電會員服務部或查看《會員手冊》瞭解更多資訊，包括適用網絡外服務的分攤費用。
- ❖ Medicare 所核准的 Wellcare 是以價值型保險設計方案的一部分提供這些福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。
- ❖ 上述福利可能是慢性病的特殊補充給付中的一部分，並非所有會員都符合資格。
- ❖ Wellcare by Health Net 保險符合稱為「最低基本承保」的健康承保範圍。本計劃符合《病人保護與平價照護法案》(ACA) 的個人分攤責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) 取得更多有關個人分攤責任規定的資訊。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 1 章：會員入門指南

---

### 簡介

本章包含 Wellcare by Health Net 的相關資訊，此健保計劃涵蓋您所有的 Medicare 服務，並協調您所有的 Medi-Cal 服務。本章也告知您可預計的事項，以及從本計劃中您可取得的其他相關資訊。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 歡迎您加入本計劃 .....	9
B. 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊.....	9
B1. Medicare .....	9
B2. Medi-Cal .....	10
C. 本計劃的優勢 .....	10
D. 本計劃的服務區域 .....	11
E. 成為計劃會員的資格.....	11
F. 初次加入本健保計劃時的程序 .....	12
G. 您的照護團隊及照護計劃 .....	13
G1. 照護團隊： .....	13
G2. 照護計劃： .....	13
H. 月計劃保費.....	13
I. 您的《會員手冊》 .....	14
J. 您從本計劃獲得的其他重要資訊 .....	14
J1. 您的計劃 ID 卡 .....	14
J2. 醫療服務提供者與藥房名錄.....	15
J3. 承保藥品清單.....	16
J4. 福利說明.....	16

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



K. 更新您的會籍記錄資訊.....	16
K1. 個人健康資訊的隱私權 (PHI).....	17

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## A. 歡迎您加入本計劃

本計劃為同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 計劃資格的個人提供服務。本計劃包括醫師、醫院、藥房、長期服務與支援的服務提供者、行為健康服務提供者，及其他醫療服務提供者。我們還有照護協調員與照護團隊，可協助您管理您的醫療服務提供者和服務。他們會共同合作為您提供您所需的照護。

### 值得您信賴的豐富經驗

您已投保一項您能信賴的健保計劃。

Wellcare by Health Net 協助超過一百萬名投保 Medicare 與 Medi-Cal 的人士取得其所需的服務。我們使用的方法包括為您提供更輕鬆的管道讓您能夠取得 Medicare 與 Medi-Cal 的福利與服務，以及其他許多方式：

- 我們以提供絕佳的客戶服務而驕傲；我們達到這一目標的方式是為我們的會員您提供集中、正面、個性化的照護。我們訓練有素的會員服務部雇員不會讓您久等，並且可透過口譯員即可提供多種語言的服務。我們將為您提供「禮賓」等級的服務，助您瞭解您的福利，就像我們對待自己的家人一樣。這樣將讓您迅速得到您需要的答案，以取得照護。
- 約 25 年來，我們致力於建立高品質的醫師網絡。我們 Wellcare by Health Net 網絡內的醫師和專科醫師在醫療團體內合作，保證您在需要的時候取得您所需的照護。
- 我們與您同在 – 我們是一家位於南 California 的公司，因此我們的員工均與您住在同一地區。我們為當地社區提供下列支援：
  - 在當地的保健活動期間與社區中心提供健康篩檢
  - 免費的健康教育課程

---

## B. 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

### B1. Medicare

Medicare 是適用於下列人士的聯邦健康保險方案：

- 年滿 65 歲以上的人士；
- 部分未滿 65 歲且有特定殘障的人士；以及
- 患有末期腎臟病 (腎衰竭) 的人士。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加利福尼亞州 Medicaid 方案的名稱。Medi-Cal 是由州政府所管理，並獲得州政府和聯邦政府的資助。Medi-Cal 可協助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援 (LTSS) 的費用以及醫療費用。Medi-Cal 還承保了不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務與藥品。

各州決議：

- 收入和資源的定義、
- 符合資格對象、
- 服務之承保範圍和
- 服務的費用。

只要符合聯邦政府的規定，州政府可以決定其計劃的運作方式。

Medicare 和加州政府批准了本計劃。只要下列情況成立，您即可透過我們的計劃取得 Medicare 與 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供本計劃；且
- Medicare 和加利福尼亞州允許我們繼續提供本計劃。

即使本計劃在未來停止營運，您取得 Medicare 與 Medi-Cal 服務的資格也不會受到影響。

---

## C. 本計劃的優勢

現在您將可從本計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務，包括處方藥。而且，您無需為加入本健保計劃支付額外費用。

我們將會協助您讓您的 Medicare 與 Medi-Cal 福利更有效地運作，並讓您更容易使用。本計劃的好處還包括：

- 您可以與我們合作，滿足您**所有**的健康照護需求。
- 您擁有一個由您協助組成的照護團隊。您的照護團隊成員可包括您本人、您的照護提供者、醫師、護士、諮詢人員或其他健康專業人員。
- 您可使用照護協調員提供的服務。照護協調員將會與您、本計劃，以及您的照護團隊合作，以協助擬訂照護計劃。
- 您可主導您自己的照護，並獲得來自照護團隊和照護協調員的協助。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 您的照護團隊與照護協調員會與您合作，以擬訂一份針對您的健康需求而量身打造的照護計劃。照護團隊會幫您協調您所需的服務。例如，這表示您的照護團隊會確保：
  - 您的醫師瞭解您服用過的所有藥物，以便醫師能夠確認您服用的是適當的藥物，並減少您因藥物可能產生的任何副作用。
  - 您的檢測結果會視情況與您的所有醫生和其他服務提供者分享。

**Wellcare by Health Net 的新會員：**在大多數情況下，在您要求投保 Wellcare by Health Net 後，Wellcare by Health Net 將在下個月的第一天為您投保以提供 Medicare 福利。您可能還會從上一個 Medi-Cal 健保計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後您將透過 Wellcare by Health Net 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現缺口階段。請致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)，如果您有任何疑問。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

## D. 本計劃的服務區域

我們的服務區域包括 California 的以下郡：Los Angeles、Riverside、San Bernadino 和 San Diego。

只有居住在我們服務區域的人士才可加入本計劃。

如果您搬離我們的服務區域，就無法繼續參與我們的計劃。詳情請參閱《會員手冊》的第 8 章，以瞭解更多關於搬離我們的服務區域的影響。

---

## E. 成為計劃會員的資格

您只要符合以下條件即具備加入本計劃的資格：

- 居住在我們的服務區域內 (被監禁的個人即使實際位於服務區域內，仍不被視為居住在服務區域內。)，以及
- 在投保時已年滿 21 歲；且
- 同時擁有 Medicare Part A 和 Part B；且
- 目前符合 Medi-Cal 的資格且享有 Medi-Cal 的所有福利，包括：
  - 符合分攤費用規定的人士

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 居住於護理機構並有支付分攤費用的人士，以及
- 是美國公民或美國合法居民。

請致電與會員服務部聯絡以索取更多資訊。

請注意：如果您失去您的資格，但可合理預期在 6 個月內重新取得這項資格，則您在本計劃中仍然具有會員資格 (請參閱第 251 頁的第 10 章第 E 節，會告訴您有關名為「準續期資格」期間的承保範圍和分攤費用)。

---

## F. 初次加入本健保計劃時的程序

當您第一次加入本計劃時，您會在投保生效日期的前後 90 天內，獲得健康風險評估 (HRA)。

我們必須為您完成 HRA。我們將會根據 HRA 來研擬您的照護計劃。HRA 會包含各種問題，以確認您的醫療需求、LTSS 需求，以及行為健康和生活機能需求。

我們會與您聯絡以完成 HRA。我們會透過電話、郵件或我們的網站來完成 HRA。

我們將會寄給您更多有關 HRA 的資訊。

**如果我們的計劃是您的新計劃**，而且您的醫生不在我們的網絡內，則您可以繼續到您現在看的醫生那裡就診一段時間。我們稱此為持續照護。如果他們不在我們的網絡內，並符合下列所有條件，則在您投保屆滿 12 個月時，您將可保留您目前的醫療服務提供者和服務授權：

- 您、您的代表，或您的服務提供者要求我們讓您繼續使用您目前的服務提供者。
- 我們會證實您和某位主治醫療服務提供者或專科照護服務提供者的既有關係，但有一些例外。當我們提及「現有關係」時，指的是您在我們計劃最初投保日期前的 12 個月期間，曾經為了非緊急病況而至少前往網絡外醫療服務提供者處就診一次。
  - 我們將會審查您可用的健康資訊，或您提供給我們的資訊，以判定您與服務提供者之間的既有關係。
  - 我們有 30 天的時間可以回覆您的申請。您可以要求我們在較短時間內作決定，那麼我們將必須在 15 天內回覆您。
  - 當您提出申請時，您或您的醫療服務提供者必須出示文件證明你們的既有關係，並且同意遵守特定條款。

**注意：**您只能提出耐用醫療設備 (DME)、交通，或本計劃未包含的其他輔助服務的請求。您不能對 DME 服務提供者、交通或其他輔助服務提供者提出此要求。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



在持續照護期屆滿後，您需要到 Wellcare by Health Net 網絡內且隸屬於您的主治醫師醫療團隊的醫師和其他醫療服務提供者就診，除非我們與您的網絡外醫師簽訂合約。網絡醫療服務提供者是指與本健保計劃合作的醫療服務提供者。當您投保本計劃時，您將從 Wellcare by Health Net 網絡中選擇一家參與的醫療群體。您也可以從這個參與的醫療群體中選擇 PCP。若要選擇您的 PCP，請前往我們 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)，並從我們的計劃網絡中選擇 PCP。保戶服務部也可以協助您選擇 PCP。一旦您已經選擇 PCP，請依您的選擇致電保戶服務部。您的 PCP 必須在我們的網絡中。請參閱《會員手冊》第 3 章，第 D 節，第 49 頁，以瞭解關於取得照護的更多資訊。

---

## G. 您的照護團隊及照護計劃

### G1. 照護團隊：

照護團隊可以幫助您持續獲得所需的照護。照護團隊可能包括您的醫師、照護協調員或其他您選擇的保健人士。

照護協調員是經過訓練，能協助您管理您所需照護的人士。當您投保本計劃時，您會獲得一位照護協調員。此人也將您轉介至本計劃可能不提供的其他社區資源，並將與您的照護團隊合作，協助協調您的照護事宜。請撥打本頁面底部的號碼與我們聯絡，以取得有關您的照護協調員和照護團隊的更多資訊。

### G2. 照護計劃：

您的照護團隊會與您合作，擬訂照護計劃。照護計劃可告知您和您的醫師您需要何種服務，以及如何取得這些服務。其中包括您的醫療、行為健康以及 LTSS 需求。

您的照護計劃包括：

- 您的健康照護目標。
- 取得您所需服務的時間表。

在您的健康風險評估完成之後，您的照護團隊與您會面。他們會與您討論您所需的服務。他們還會使您瞭解您可以考慮接受的服務。照護計劃會以您的需求為依據。照護團隊會與您合作，每年至少更新一次您的照護計劃。

---

## H. 月計劃保費

我們的計劃沒有月計劃保費。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## I. 您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是我們與您簽訂的合約之一部分。這表示，我們必須遵守本文件中的所有規定。如果您認為我們的某些行為未遵守規定，您可以針對我們的決定提出上訴。如需有關如何提出上訴的資訊，請參閱《會員手冊》第 197 頁的第 9 章第 D 節，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥打本頁面底部的號碼致電會員服務部，以索取《會員手冊》。您也可以參考我們網站上的《會員手冊》，網址在本頁面底部，或是下載手冊。

本合約在 2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日期間，您加入本項計劃的月份內有效。

## J. 您從本計劃獲得的其他重要資訊

我們提供給您的其他重要資訊包括：會員 ID 卡、關於如何取得《醫療服務提供者與藥房名錄》及《承保藥品清單》的資訊。

### J1. 您的計劃 ID 卡

根據本計劃規定，您在接受本計劃承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務時會使用同一張會員卡，這些服務包括長期服務與支援、特定行為健康服務以及處方藥。您在接受任何服務或領取 Part D 處方時，請出示此會員卡。以下是會員 ID 卡範例：

		[Wellcare By Health Net] [Plan_Contract_PBP] CMS#: [XXXX-XXX] Effective Date: [MM/DD/YYYY]		[www.wellcare.com/HP URL]	
<b>MEMBER INFORMATION</b> Name: [First MI Last Name] Member ID#: [XXXXXXXX-XXXX] Care Coordinator Phone: [X-XXX-XXX-XXXX]		<b>PHARMACY INFORMATION</b> 		<b>FOR MEMBERS</b> [[Member Services: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Mental Health Benefits: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Nurse Advice Line: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Transportation: X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]] [[Enroll Vision (For Members and Members): X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]]	
<b>PROVIDER INFORMATION</b> [[PPG Name:]] [[Provider Group Name]] [[PPG Phone:]] [[X-XXX-XXX-XXXX]] PCP Name: [Last, First Name] PCP Phone: [X-XXX-XXX-XXXX] <b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b> PCP/Specialist Office Visit: [\$X]		<b>Rx Claims Processor:</b> [CVS Caremark®] RxBIN: [XXXXXXXX] RxPCN: [XXXXXXXX] RxGRP: [XXXXXXXX] RxDI: [XXXXXXXXXXXX]		<b>FOR PROVIDERS</b> [[For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: X-XXX-XXX-XXXX]] [[Medical Claims:]] [Wellcare By Health Net] [Attn: Claims] [Payor ID: 68069] [P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030]	
<b>FOR EMERGENCIES</b> Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).				[[Pharmacy prior auth: X-XXX-XXX-XXXX]] [[For help: (PHARMACY USE ONLY) X-XXX-XXX-XXXX]] Submit Part D Drug Claims to: [Wellcare By Health Net] [Attn: Member Reimbursement Dept] [P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577]	

如果您的會員 ID 卡損壞、遺失或遭竊，請立即撥打本頁面底部的號碼致電會員服務部。我們會寄給您一張新卡。

只要您是本計劃的會員，您無需使用您的紅、白、和藍 Medicare 卡。請將此卡片存放在安全的地方，以免您日後還需要用到這張卡。如果您出示 Medicare 卡，而非會員 ID 卡，醫療服務提供者會向 Medicare 而非本計劃收費，並且您會收到帳單。請參閱《會員手冊》第 162 頁的第 7 章第 A 節，以瞭解若您從醫療服務提供者處收到帳單時該怎麼做。

請記住，您需要 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC) 才能獲得下列服務：

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 居家支援服務 (IHSS)
- 郡特殊心理健康及物質使用障礙症 (SUD) 服務
- 多元化老人服務方案 (MSSP) 服務
- Medi-Cal 承保 Rx 服務或服務提供者「Medi-Cal Rx」
- Medi-Cal 牙科服務「Denti-Cal」計劃
- 居家和社區的豁免服務 (HCBS)

## J2. 醫療服務提供者與藥房名錄

醫療服務提供者與藥房名錄列出了我們計劃網絡內的醫療服務提供者與藥房。只要您還是本計劃的會員，您就必須使用網絡內醫療服務提供者取得承保服務。

您可以撥打本頁面底部的電話號碼，向會員服務部索取《醫療服務提供者與藥房名錄》。您也可以前往本頁面底部的網址，參閱《醫療服務提供者與藥房名錄》。

我們的會員服務部和網站均能為您提供網絡醫療服務提供者和藥房變更的最新資訊。本《醫療服務提供者與藥房名錄》列出了您身為 Wellcare by Health Net 會員可以使用的醫療保健專業人士 (例如：醫師、職業護理師及心理醫師)、機構 (例如：醫院或診所) 和支援服務提供者 (例如：成人日間保健和居家照護服務提供者)。我們也列出您可領取處方藥的藥房。列於醫療服務提供者與藥房名錄中的藥局涵蓋零售商、郵購、居家輸液及長期照護 (LTC)。

### 網絡醫療服務提供者的定義

- 本計劃的網絡醫療服務提供者包括：
  - 本計劃會員可以前往看診的醫師、護士及其他醫療保健專業人士；
  - 診所、醫院、護理機構，以及提供本計劃健康服務的其他場所；以及
  - LTSS、行為健康服務、居家照護機構、耐用醫療器材供應商，以及提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 取得之用品和服務的其他機構。

網絡內醫療服務提供者同意接受本計劃針對承保服務所提供的給付作為全額給付。

### 網絡藥局的定義

- 網絡內藥房是同意為本計劃會員發配處方藥的藥房。請利用醫療服務提供者與藥房名錄查詢您想使用的網絡藥局。
- 除非發生緊急情況，否則如果您希望本計劃為您支付處方藥費，您將必須在本計劃的網絡藥房配領處方。

請撥打本頁底部列出的會員服務部電話號碼，以取得更多資訊。我們的會員服務部和網站均能為您提供有關網絡內藥房和醫療服務提供者變更的最新資訊。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



### J3. 承保藥品清單

本計劃有一份**承保藥品清單**。我們簡稱它為「藥品清單」。它告訴您，我們的計劃承保哪些處方藥。

「藥品清單」同時也會告知您，您用的藥品的限制和規定，如您所能得到的總額限制。詳情請參閱《會員手冊》第 146 頁的**第 5 章第 C 節**。

每年，我們會寄給您關於如何取得藥品清單的資訊，但在該年度期間清單可能會有所變更。若要取得有關哪些藥物獲得承保的最新資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站 (請參閱本頁面底部的資訊)。

### J4. 福利說明

當您使用 **Part D** 處方藥福利時，我們會寄一份摘要給您，幫助您瞭解並追蹤您 **Part D** 處方藥的付款情況。這份摘要報告稱為《福利說明》(EOB)。

EOB 會告訴您在該月份當中，您或其他人代您支付的 **Part D** 處方藥總金額，以及我們就您的各項 **Part D** 處方藥所給付的總金額。EOB 會針對您所服用的藥物提供更多資訊，例如價格上漲以及其他可能擁有較低共同負擔費用的藥物。您可以和開立您處方的醫師討論這些較低費用的選項。《會員手冊》第 157 頁的**第 6 章第 A 節**提供更多有關 EOB 的資訊，以及它如何能幫助您追蹤您的藥物承保範圍。

您也可索取一份 EOB。若要取得副本，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。

---

## K. 更新您的會籍記錄資訊

您可在您的資訊發生變更時通知我們，以使您的會籍記錄隨時保持在最新狀態。

我們需要這些資訊，以確保我們的記錄擁有您的正確資訊。我們的網絡內醫療服務提供者與藥房也需要有關您的正確資訊。他們透過您的會籍記錄來瞭解您獲得了哪些服務和藥品，以及它們的費用。

如發生下列情況，請立即告知我們：

- 姓名、地址或電話號碼的變更。
- 其他健康保險承保範圍的任何變更，例如您的雇主、您配偶的雇主、您同居伴侶的雇主或勞工賠償獲得的保險。
- 任何責任理賠，例如汽車意外事故的理賠。
- 您入住療養院或醫院。
- 自醫院或急診室接受的照護。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 您的照護提供者 (或任何負責照顧您的人) 之變更。
- 您參加一項臨床試驗研究。(備註：您不需要告訴我們您所參與的臨床試驗研究，但我們鼓勵您這麼做。)

如果有任何資訊變更，請致電會員服務部。

### **K1. 個人健康資訊的隱私權 (PHI)**

您的會籍紀錄資訊中可能包括您的個人健康資訊 (PHI)。聯邦和州法律規定我們應對您的 PHI 保密。我們保護您的 PHI。如需我們如何保護您的 PHI 的詳細資訊，請參閱《會員手冊》第 184 頁的**第 8 章第 C1 節**。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 2 章：重要電話號碼與資源

---

### 簡介

本章將提供您重要資源的聯絡資訊，以回答您對本計劃和您的醫療保健福利的相關疑問。您也可運用本章來瞭解如何聯絡您的照護協調員和能為您辯護的其他人士。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 會員服務部 .....	19
B. 您的照護協調員 .....	22
C. 護士諮詢電話專線.....	24
D. 行為健康危機處理專線.....	26
E. 健康保險諮詢及促進方案 (HICAP).....	27
F. 品質改善組織 (QIO).....	27
G. Medicare .....	29
H. Medi-Cal.....	30
I. The Office of the Ombudsman (申訴專員辦公室).....	31
J. 郡政府的社會服務部 .....	32
K. County Specialty Mental Health Plan (郡政府的精神健康專科計劃).....	35
L. California Department of Managed Health Care .....	37
M. 其他資源.....	38
N. 區域性老人服務機構.....	38
O. Department of Health Care Services (DHCS).....	38
P. 社會安全局 .....	39

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## A. 會員服務部

電話	<p>1-800-431-9007 此為免付費電話。</p> <p>在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (一) 個工作天內回電給您。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (此為免付費電話)。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (一) 個工作天內回電給您。</p>
寫信	<p>Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
網站	<p><a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p>

請聯絡會員服務部 以取得以下方面的協助：

- 與計劃有關的問題
- 有關索賠或帳單的問題
- 與您健康照護有關的承保決定
  - 與您的醫療保健服務有關的承保決定是指與下列事項有關的決定：
    - 您的福利和承保服務，或
    - 我們針對您的保健服務給付的金額。
  - 如果您對與您健康照護有關的承保決定有疑問，請致電與我們聯絡。
  - 若要進一步瞭解承保決定，請參閱《會員手冊》的**第 9 章第 E 節** (第 198 頁)。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 與您健康照護有關的上訴
  - 上訴是指透過正式方式要求我們審查我們所作的承保決定，且若您認為我們的決定有誤或不同意該決定，因而要求我們變更我們的決定。
  - 若要進一步瞭解如何提出上訴，請參閱《會員手冊》的**第 9 章第 E 節** (第 198 頁)。
- 與您健康照護有關的投訴
  - 您可以針對我們或針對任何醫療服務提供者 (包括非網絡或網絡醫療服務提供者) 提出投訴。網絡內醫療服務提供者，是指與本計劃合作的醫療服務提供者。您也可以向我們或向品質改善組織提出有關照護品質的投訴 (請參閱**第 F 節** (第 29 頁))。
  - 您可以致電我們，說明您的投訴，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
  - 如果您的投訴是與您醫療保健服務的承保決定有關，您可以提出上訴 (請參閱上述章節)。
  - 您可以向 Medicare 提交與本計劃有關的投訴。您可以使用線上表格，網址為 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 您可以向 Ombuds Program (監察方案) 提出有關本計劃的投訴，電話：1-855-501-3077 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點。
  - 如欲瞭解有關提出健康照護相關投訴的詳情，請參閱健康照護《會員手冊》的**第 9 章第 K 節** (第 239 頁)。
- 關於您 Medicare 承保藥物的承保決定
  - 關於您的 Medicare 藥物的承保決定，是指與下列事項有關的決定：
    - 您的福利和 Medicare 承保藥物，或
    - 我們針對您的 Medicare 藥物所給付的金額。
  - 非 Medicare 承保的藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和某些維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))，以取得更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如欲瞭解有關 Medicare 處方藥的承保決定詳細資訊，請參閱《會員手冊》的**第 9 章第 G 節** (第 215 頁)。
- 關於您藥品的上訴
  - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。
  - 如欲瞭解提出與您 Medicare 處方藥相關的上訴之詳細資訊，請參閱您的《會員手冊》的**第 9 章第 G 節** (第 215 頁)。
- 關於您的 Medicare 藥物的投訴
  - 您可以針對我們或針對任何藥房提出投訴。其中包括與您的 Medicare 處方藥有關的投訴。
  - 如果您的投訴是與您的 Medicare 處方藥承保決定有關，您可以提出上訴。(請參閱上述章節。)
  - 您可以向 Medicare 提交與本計劃有關的投訴。您可以使用線上表格，網址為 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (聽障專線：1-877-486-2048) 尋求協助。
  - 如欲瞭解更多有關提出您 Medicare 處方藥投訴的詳情，請參閱《會員手冊》的**第 9 章第 K 節** (第 239 頁)。
- 針對您已付費的健康照護或 Medicare 藥物所提供的給付
  - 如欲進一步瞭解如何要求本計劃償還您所支付的費用，或如何要求本計劃支付您所收到的帳單，請參閱《會員手冊》的**第 7 章第 A 節** (第 162 頁)。
  - 如果您要求我們支付某份帳單，而我們拒絕您任一部分的要求，您可以針對我們的決定提出上訴。請參閱您《會員手冊》的**第 9 章第 E 節** (第 198 頁)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## B. 您的照護協調員

照護協調員是一個主要是與您本人、健康計劃和您的醫生及其他醫療服務提供者共事的人，以確保您取得您所需之醫療保健。

會員服務部也可告知您如何與照護協調員聯絡。照護協調員：

- 會協助您整合醫療保健服務，以滿足您的醫療保健需求。
- 會與您合作一起擬訂照護計劃。
- 會協助您決定照護團隊的成員。
- 會為您提供管理醫療保健服務所需的資訊。

若您需要協助聯絡照護協調員，您可致電與會員服務部聯絡。如果您想更換照護協調員或有任何其他疑問，請致電下列電話號碼與我們聯絡。您也可在照護協調員聯絡您之前先致電照護協調員。致電下列電話號碼並要求與您的照護協調員通話。

電話	<p>1-800-431-9007 此為免付費電話。</p> <p>在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 (1) 個工作天內回電給您。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (此為免付費電話)。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 (1) 個工作天內回電給您。</p>
寫信	<p>Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
網站	<p><a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



聯絡您的照護協調員，尋求以下方面的協助：

- 與您醫療保健有關的問題
- 與取得行為健康 (精神健康與藥物濫用障礙) 服務有關的問題
- 與交通運輸服務有關的問題
- 與長期服務與支援 (LTSS) 相關的問題

長期服務與支援 (LTSS) 包括成人社區服務 (CBAS) 和護理機構 (NF)。

有時您可以取得日常醫療保健服務以及生活上所需的協助。

您可能可取得下列服務：

- 成人社區服務 (CBAS)；
- 特護療養；
- 物理治療；
- 職能治療；
- 言語治療；
- 醫療社會服務；及
- 居家醫療保健。

### 成人社區服務 (CBAS)：

凡在年滿 18 歲以後發生生理、精神或社交障礙，且可能可藉由成人社區服務 (CBAS) 受益的 Medi-Cal 會員均可能符合資格。

符合資格的會員還必須滿足下列其中一項條件：

- 足以滿足護理設施照護等級 A (NF-A) 的重要需求，例如需要專業護理服務、專業護理觀察、藥物管理、身體限制和/或心理限制協助，或以上提及項目
- 中度到重度的認知障礙，包括中度到重度的阿茲海默症或其他癡呆症
- 發育障礙
- 輕度到中度的認知障礙，包括阿茲海默症或癡呆症，且在從事下述任兩項活動時需要旁人的協助或監督：

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 沐浴
- 更衣
- 自我進食
- 如廁
- 步行
- 移動
- 藥物管理
- 衛生
- 有慢性精神疾病或腦部傷害，且在從事下述任兩項活動時需要旁人的協助或監督：
  - 沐浴
  - 更衣
  - 自我進食
  - 如廁
  - 步行
  - 移動
- 藥物管理，或在從事上述任一活動及下述任一活動時需要旁人的協助或監督：
  - 衛生
  - 金錢管理
  - 取得資源
  - 膳食準備
  - 交通運輸服務
- 可以合理預期預防服務將可維持或改善目前的身體機能 (如因創傷或感染引起的腦部傷害)
- 如果沒有接受 CBAS，情況極可能會進一步惡化並可能需要住院 (如腦部腫瘤或與 HIV 相關的癡呆症)

### 護理機構 (NF)：

會員必須取得由醫師開立的 24 小時短期或長期醫療保健服務，才有資格被安置於長期照護 (LTC) 或特護療養機構 (SNF)。

---

## C. 護士諮詢電話專線

Wellcare by Health Net 護士諮詢專線是由受過訓練的臨床醫護人員提供免付費電話輔導和護士諮詢的服務，該服務時間為每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天。護士諮詢專線提供即時的醫療

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



保健評估，以協助會員判定其在當時所需的照護等級。護士將會提供一對一的諮詢、回答健康問題並提供症狀管理支援，以讓會員能夠在有自信的情況下作出有關其照護和治療的適當決定。會員可致電其會員 ID 卡背面所列的 Wellcare by Health Net 會員服務部電話號碼，以使用護士諮詢專線。如果您對您的健康或醫療保健有疑問，可以撥打護士諮詢電話專線。

<b>電話</b>	<p>1-800-893-5597 此為免付費電話。</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時服務。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
<b>聽障專線</b>	<p>711 (此為免付費電話)。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時服務。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## D. 行為健康危機處理專線

Managed Health Network (MHN) 提供每週 7 天，每天 24 小時的行為健康危機處理專線，為需要此協助的會員提供此服務。在通話期間的任何時候，會員可要求與持照臨床醫護人員交談，他們可以幫助會員獲得所需的服務。會員可以利用此危機處理專線，號碼如下。

電話	<p>1-855-464-3571 此為免付費電話。</p> <p>持照行為健康臨床醫護人員每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均提供服務。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)。上述電話為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>持照行為健康臨床醫護人員每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均提供服務。</p>

請電話撥打行為健康危機處理專線，尋求以下方面的協助：

- 與行為健康和藥物濫用服務有關的問題
- Wellcare by Health Net 全天候均可為您提供醫療資訊與建議。當您致電時，我們的行為健康專科醫師將會回答您提出的保健相關問題。若您有緊急的健康需求，但又不到急診的程度，您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均可致電我們的行為健康危機處理專線，以諮詢行為健康方面的臨床問題。

如對您所在郡縣提供的精神健康專科服務有疑問，請參閱第 K 節。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## E. 健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 為投保 Medicare 的人士提供免費的健康保險諮詢。HICAP 諮詢人員可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。

HICAP 與任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。

電話	1-800-434-0222 服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點。
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點。
寫信	HICAP 請造訪 <a href="https://cahealthadvocates.org/hicap/">https://cahealthadvocates.org/hicap/</a> ，以瞭解郡辦公室地點
網站	<a href="https://cahealthadvocates.org/hicap/">https://cahealthadvocates.org/hicap/</a>

如需以下方面的協助，請聯絡 HICAP：

- 有關本計劃或 Medicare 的問題
- HICAP 諮詢人員可回答您有關轉換至新計劃的問題，並協助您：
  - 瞭解您的權利、
  - 瞭解您的計劃選擇、
  - 針對您的醫療保健或治療提出投訴，以及
  - 協助您解決帳單問題。

## F. 品質改善組織 (QIO)

加利福尼亞州有一個名為 Livanta 的組織。這是一個由醫師和其他醫療保健專業人員所組成的團體，旨在協助為投保 Medicare 的人士改善照護品質。Livanta 與本計劃並沒有關聯。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



電話	1-877-588-1123
聽障專線	1-855-887-6668 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

如需以下方面的協助，請聯絡 Livanta：

- 與您醫療保健權利有關的問題
- 如果您發生以下情況，您可以針對您所接受的照護提出投訴：
  - 您有關於照護品質的問題、
  - 您認為您的住院時間太短，或
  - 您認為您的居家醫療保健、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## G. Medicare

Medicare 是專為年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的殘疾人士以及末期腎臟病 (需要洗腎或腎臟移植的永久性腎功能衰竭) 患者所提供的聯邦健康保險方案。

主管 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)。

電話	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>此為免付費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p>
聽障專線	<p>1-877-486-2048 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p>
網站	<p><u><a href="http://medicare.gov">medicare.gov</a></u></p> <p>此為 Medicare 的官方網站。網站提供有關 Medicare 的最新資訊。其亦提供醫院、療養院、醫生、居家健康機構、透析設施、住院復健機構、安寧照護等相關資訊。</p> <p>其中包括實用的網站和電話號碼。該網站也有您可以從電腦直接列印的文件。</p> <p>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心或許能協助您使用其電腦瀏覽此網站。或者，您可透過上列電話號碼致電 Medicare，告訴他們您要尋找的資訊。他們會在網站上找到資訊，並與您一起檢閱資訊。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## H. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 方案名稱。這是一項公共衛生保險方案，為低收入的個人提供所需的醫療保健服務，包括有兒童的家庭、年長者、殘障人士、寄養、孕婦、和患有肺結核、乳癌或 HIV/AIDS 等特定疾病者。Medi-Cal 是由州政府和聯邦政府所出資。

電話	1-844-580-7272 服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 6 點。
聽障專線	1-800-430-7077 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。
寫信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O.Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## I. The Office of the Ombudsman (申訴專員辦公室)

The Office of the Ombudsman 可作為代表您的辯護者。如果您有問題或想投訴，他們能回答問題並協助您瞭解該怎麼做。The Office of the Ombudsman 也可協助您處理服務或請款上的問題。The Office of the Ombudsman 在投訴過程中不主動偏袒任何一方。他們會以公正客觀的方式考量所有面向。他們的工作是針對醫療保健取得的問題，協助制定公平的解決方案。其服務均為免費。

電話	1-888-452-8609 上述電話為免付費電話。服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。
聽障專線	711 上述電話為免付費電話。
寫信	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
網站	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medial/Pages/MMCDOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medial/Pages/MMCDOmbudsman.aspx</a>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## J. 郡政府的社會服務部

如果您需要郡政府的社會服務部的相關協助，例如適用的福利，請與您所在郡的社會服務部聯絡。請參閱以下各郡特定資訊。

Los Angeles 郡	
電話	<p>1-866-613-3777 (此為免付費電話)。</p> <p>假日除外：</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 7 點半至晚上 7 點半。</p> <p>週六上午 8 點至下午 4 點半。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 7 點半至晚上 7 點半。</p> <p>週六上午 8 點至下午 4 點半。</p>
寫信	<p>請參閱 <a href="http://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html">dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html</a> 或您電話簿上 COUNTY GOVERNMENT (郡縣政府) 之下的白頁，查詢最鄰近的社會服務部辦公室</p>
網站	<p><a href="http://dpss.lacounty.gov">dpss.lacounty.gov</a></p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



<b>Riverside 郡</b>	
<b>電話</b>	<p>行政服務— (951) 358-3000</p> <p>非緊急兒童服務—(951) 358-5650</p> <p>收養團隊—(951) 358-3555</p> <p>成人保護服務—(800) 491-7123 此為免付費電話。</p> <p>自給自足專線 - (877) 410-8827</p> <p>居家支援服務/公共當局—1-888-960-4477 此為免付費電話。</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。</p>
<b>聽障專線</b>	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。</p>
<b>寫信</b>	<p>請參閱 <a href="https://rivcodpss.org/office-locations">https://rivcodpss.org/office-locations</a> 或您電話簿上 COUNTY GOVERNMENT (郡縣政府) 之下的白頁，以查詢最鄰近的社會服務部辦公室及服務時間</p>
<b>網站</b>	<p><a href="https://rivcodpss.org/">https://rivcodpss.org/</a></p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



<b>San Bernadino 郡</b>	
電話	1-909-891-3900 此為免付費電話。 服務時間為週一至週五，早上 8 點 30 分至下午 5 點。
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 8 點 30 分至下午 5 點。
寫信	請參閱 <a href="http://hss.sbcounty.gov/daas/Contact_Us.aspx">http://hss.sbcounty.gov/daas/Contact_Us.aspx</a> 或您電話簿上 COUNTY GOVERNMENT (郡縣政府) 之下的白頁，以查詢最鄰近的社會服務部辦公室
網站	<a href="http://hss.sbcounty.gov/daas/">http://hss.sbcounty.gov/daas/</a>

<b>San Diego 郡</b>	
電話	1-800-339-4661。上述電話為免付費電話。 服務時間為週一至週五，早上 8 點 30 分至下午 5 點。
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 8 點 30 分至下午 5 點。
寫信	請參閱 <a href="https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html">https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html</a> 或您電話簿上 COUNTY GOVERNMENT (郡縣政府) 之下的白頁，以查詢最鄰近的社會服務部辦公室
網站	<a href="https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html">https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html</a>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## K. County Specialty Mental Health Plan (郡政府的精神健康專科計劃)

如果您符合醫療必要性的條件，您將可透過縣政府的精神健康健保計劃 (MHP) 取得 Medi-Cal 的精神健康專科服務。

電話	<p><b>Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 專線：</b>            緊急聯絡電話：聯絡中心專線 1-800-854-7771 此為免付費電話。            日常電話：800-854-7771            物質使用障礙症 (SUD)：物質濫用服務專線 (SASH) 844-804-7500</p> <p><b>Riverside 郡精神健康部門</b>            緊急聯絡電話：CARES 專線：800-499-3008 或 (951)-509-2499 此為免付費電話。            物質使用障礙症 (SUD)：物質使用 CARES 專線：            800-499-3008 分機 6</p> <p><b>San Bernardino 郡行為健康部門</b>            緊急聯絡電話：24/7 聯絡與轉診服務專線 888-743-1478 或 909-386-8256 此為免付費電話。            物質使用障礙症 (SUD)：篩選評估和轉診中心 (SARC)            909-421-4601；SUD：800-968-2636</p> <p><b>San Diego 郡</b>            聯絡與危機處理，轉診專線：888-724-7240 此為免付費電話。            物質使用障礙症 (SUD)：888-724-7240            每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天            我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。            此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。            每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如需下列事項的協助，請聯絡郡政府的精神健康專科計劃：

- 與郡縣提供之行為健康服務有關的問題
- 您可隨時致電 **Los Angeles Department of Mental Health** 專線，以取得免費且保密的心理健康資訊、醫療服務提供者的服務轉介以及危機處理諮詢。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## L. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) 負責管理健保計劃。DMHC 協助中心可協助您提出與 Medi-Cal 服務有關的上訴與投訴。

電話	1-888-466-2219 DMHC 的代表可於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 為您提供服務。
語障專線 (TDD)	1-877-688-9891 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。
寫信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## M. 其他資源

Health Consumer Alliance Ombuds Program (HCA) (Health Consumer Alliance 監察方案) 提供免費協助，以幫助辛苦取得或維持健康保險的人們，並解決他們遇到的健保計劃問題。

如果您有遇到下列方面的問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康計劃
- 獲得醫療服務
- 上訴遭拒絕的服務、藥物、耐用醫療設備 (DME)、精神健康服務等。
- 醫療帳單
- IHSS (居家支援服務)

Health Consumer Alliance 協助您處理投訴、上訴和聽證會方面的事宜。Health Consumer Alliance 的電話號碼是 1-888-804-3536。

## N. 區域性老人服務機構

您當地的區域性老人服務機構可為您提供資訊，並幫助老年人協調其可利用的服務。

電話	1-800-510-2020 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外
網站	<a href="https://aging.ca.gov/">https://aging.ca.gov/</a>

## O. Department of Health Care Services (DHCS)

身為本計劃的會員，您有資格同時加入 Medicare 與 Medi-Cal (Medicaid)。Medi-Cal (Medicaid) 是一個聯邦和州政府聯合方案協助部分收入，旨在協助部分資源有限的人支付醫療費用。如果您

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



對 Medi-Cal (Medicaid) 為您提供的協助有疑問，請與健康照護服務部 (DHCS) 聯絡。

電話	1-888-452-8609 此為免付費電話 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外
網站	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/individuals">www.dhcs.ca.gov/individuals</a>

## P. 社會安全局

社會安全局負責判定 Medicare 的資格並處理投保事宜。凡年滿 65 歲以上，或是有殘疾或末期腎臟病且符合特定條件的美國公民，均符合 Medicare 的資格。如果您已開始領取社會安全局的福利支票，則會自動入保 Medicare。如果您尚未領取社會安全局的福利支票，則須投保 Medicare。社會安全局處理 Medicare 的投保流程。若想申請 Medicare，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局還負責判定收入較高的人士是否應為 Part D 處方藥支付額外的金額。如果您接獲社會安全局的信函，通知您必須支付額外費用而您對應付費用有疑問，或者如果您因生活發生變故而導致收入減少，您可以致電社會安全局要求其重新審查。

如果您搬家或您的郵寄地址有所變更，請務必聯絡告知社會安全局。

電話	1-800-772-1213 (此為免付費電話)。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可利用社會安全局每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天的自動電話服務，以聽取錄音資訊和處理部分業務。
聽障專線	1-800-325-0778 (此為免付費電話)。 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障的人士使用。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可利用社會安全局每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天的自動電話服務，以聽取錄音資訊和處理部分業務。
網站	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 3 章：利用計劃的承保取得醫療保健服務及其他承保服務

---

### 簡介

本章含有您透過本計劃獲得醫療保健和其他承保服務時，應瞭解的特定條款和規定。本章也提供以下內容：有關於照護協調員的資訊；如何從不同醫療服務提供者處獲得護理；如何在某些特殊情況下 (包括從網絡外醫療服務提供者或藥局) 獲得護理；如果您直接收到本計劃承保服務的帳單，該怎麼辦；以及耐用醫療器材 (DME) 所有權的規定。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 服務和醫療服務提供者的相關資訊.....	42
B. 獲得本計劃承保服務的規定.....	42
C. 您的照護協調員 .....	44
C1. 什麼是照護協調員 .....	44
C2. 您如何與您的照護協調員聯絡.....	44
C3. 如何更換您的照護協調員.....	44
D. 透過醫療服務提供者取得照護 .....	44
D1. 透過主治醫師得到照護 .....	44
D2. 透過專科醫師和其他網絡醫療服務提供者得到照護.....	47
D3. 如果醫療服務提供者退出本計劃 .....	48
D4. 網絡外醫療服務提供者 .....	48
E. 行為健康 (精神健康與物質使用障礙症) 服務.....	49
E1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務.....	49
F. 交通運輸服務.....	52
F1. 非緊急醫療情況下的交通運輸服務.....	52
F2. 非醫療交通運輸服務 .....	53

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



G. 在急診狀況下、在緊急需求時、或在災難期間所提供的承保服務 .....	54
G1. 急診狀況下的照護 .....	54
G2. 緊急需求照護 .....	55
G3. 在災難期間取得照護 .....	56
H. 如果您直接收到本計畫承保服務下的帳單，該怎麼做 .....	57
H1. 如果本計畫不承保服務，該怎麼做 .....	57
I. 參與臨床研究時，您的醫療保健服務如何獲得承保 .....	57
I1. 臨床研究的定義 .....	57
I2. 當您參與臨床研究時，您的醫療服務費用 .....	58
I3. 有關臨床試驗研究的更多資訊 .....	58
J. 您在宗教性非醫療保健機構接受的醫療保健服務，如何獲得承保 .....	58
J1. 宗教性非醫療保健機構的定義 .....	58
J2. 宗教性非醫療保健機構提供的照護 .....	59
K. 耐用醫療器材 (DME) .....	59
K1. 作為本計畫一分子的 DME .....	59
K2. 如果您轉換至 Original Medicare，則 DME 所有權的取得方式 .....	60
K3. 本計畫會員的氧氣設備福利 .....	60
K4. 當您轉換到 Original Medicare 時的氧氣設備 .....	60

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## A. 服務和醫療服務提供者的相關資訊

**服務** 包括健康照護 (例如醫生看診和醫療治療)、長期服務和支援 (LTSS)、用品、行為健康服務 (包括精神健康和保健)、處方和非處方藥物、設備和其他服務。**承保服務** 是指任何可獲得本計劃給付的服務。承保的健康照護服務、行為健康服務，以及長期服務與支援 (LTSS) 列於您《會員手冊》的**第 4 章第 F 節** (第 133 頁)。承保的處方藥和非處方藥在列於您《會員手冊》的**第 5 章第 B 節** (第 142 頁)。

**醫療服務提供者** 是指為您提供服務和照護的醫師、護士及其他人士。醫療服務提供者還包括了為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療器材和部分長期服務與支援 (LTSS) 的醫院、居家健康機構、診所及其他場所。

**網絡內醫療服務提供者** 是指與本計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的給付作為全額給付。網絡醫療服務提供者會針對其為您提供的照護直接向我們請款。當您使用網絡內醫療服務提供者時，您通常無需為承保服務支付任何費用。

---

## B. 獲得本計劃承保服務的規定

本計劃承保 Medicare 服務，並承保或協調所有的 Medi-Cal 服務。這包括了行為健康服務、長期服務與支援 (LTSS)。

本計劃將協調您在遵守我們規定時所獲得的醫療照護服務、行為健康服務和 LTSS。如欲獲得承保：

- 您所接受的照護必須是**計劃福利**，這表示我們將其納入您《會員手冊》**第 4 章第 D 節** (第 75 頁) 的福利表中。
- 該照護必須為**醫療上必要**。基於醫療上必要，我們指的是合理且能保護生命的重要服務。醫療上必要的照護需求是透過治療疾病或傷害，來預防個人罹患重大疾病或變成殘疾，以及減少重度疼痛。
- 在接受醫療服務時，您必須要有為您開立照護醫囑的**網絡內主治醫生 (PCP)**，或網絡內主治醫生告知您需要使用其他醫療服務提供者。身為計劃會員，您必須選擇一位網絡醫療服務提供者擔任您的 PCP。
  - 在大部分情況下，您必須取得網絡內 PCP 的核准，才能接受其他非您的 PCP 或本計劃網絡內其他醫療服務提供者的看診。這稱為**轉介**。如果未取得轉介，則我們可能不承保該服務。您無需轉介即可找某些專科醫師看診，例如女性健康專科醫師。
  - 本計劃的 PCP 隸屬於各醫療團體。當您選擇 PCP 時，您也選擇了其所隸屬的醫療團體。這代表您的 PCP 也會為您轉介隸屬於其醫療團體的專科醫師和服

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



務。醫療團體是由一同合作並與我們計劃簽約合作之 PCP、專科醫師及其他醫療保健服務提供者所組成的團體。

- 您無需取得您 PCP 的轉介，即可獲得急診照護或緊急需求照護，也可於婦女健康醫療服務提供者處就診。在沒有您 PCP 轉介的情況下，您還可以接受其他類型的照護。(如需瞭解更多關於此資訊，請參閱第 49 頁本章的第 D1 節)。
- 您必須從與您 PCP 的醫療團體相關的網絡醫療服務提供者取得照護。一般而言，我們將不會承保由未與本健保計劃以及您 PCP 的醫療團體合作之醫療服務提供者所提供的照護。這表示您必須為從網路外醫療服務提供者所提供的服務，支付全額費用。下列是不適用於本規定的一些情況：
  - 我們承保網路外醫療服務提供者所提供的急診或緊急需求護理 (詳情請參閱本第 63 頁本章的第 H 節)。
  - 如果您需要屬於本計劃承保範圍的照護，但本計劃的網絡內醫療服務提供者無法為您提供該照護，則您可透過網路外醫療服務提供者取得該照護。如果您需要請網路外醫療服務提供者為您看診，您必須取得事先授權 (PA)。一旦授權獲得核准之後，提出申請的醫療服務提供者以及同意為會員看診的醫療服務提供者均會接獲核准通知。在此情況下，我們會為您承保該照護，您無需支付任何費用。
  - 當您在本計劃的服務區域外停留一小段時間，或當您的醫療服務提供者暫時無法為您提供服務或暫時無法取得聯絡時，我們會為您承保腎臟透析服務。您可在獲得 Medicare 認證的洗腎機構接受這些服務。
  - 當您初次加入本計劃時，您可向我們提出申請，以繼續請您目前的醫療服務提供者為您看診。如果您能夠出示證明，證實您與該醫療服務提供者的既有關係，則按規定我們必須核准您的申請，但有一些例外。請參閱您《會員手冊》第 1 章第 12 頁的第 F 節。如果您的申請獲得核准，您將可繼續請該醫療服務提供者為您看診，期限最長為 12 個月。在此期間，照護協調員將會與您聯絡，協助您尋找本計劃網絡內且隸屬於您 PCP 醫療團體的醫療服務提供者。在這 12 個月的期限過後，如果您繼續請不隸屬於您 PCP 醫療團體的網路外醫療服務提供者為您看診，我們將不再承保您的照護。

**Wellcare by Health Net 的新會員：**在大多數情況下，在您要求投保 Wellcare by Health Net 後，Wellcare by Health Net 將在下個月的第一天為您投保以提供 Medicare 福利。您可能還會從上一個 Medi-Cal 健保計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Wellcare by Health Net 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現缺口階段。請致電我們，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)，如果您有任何疑問。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## C. 您的照護協調員

### C1. 什麼是照護協調員

照護協調員是一個主要是對您本人、健康計劃和您的照護提供者共事的人，以確保您取得您所需之健康醫療。照護協調員將會協助您整合醫療保健服務，以滿足您的醫療保健需求。照護協調員會與您合作一起擬訂照護計劃。他們可以協助您決定照護團隊的成員。照護協調員會為您提供管理醫療保健服務所需的資訊。這些資訊也將協助您作出適合自己的決定。(如需瞭解與此相關的詳細資訊，請參閱第 1 章第 10 頁的第 C 節和第 13 頁的第 G1 節。)

### C2. 您如何與您的照護協調員聯絡

當您成為計劃的會員後，我們將會指派一名照護協調員給您。投保本計劃時，您的照護協調員將會聯絡您。會員服務部也可告知您如何與照護協調員聯絡。若您需要協助聯絡照護協調員，您可致電與會員服務部聯絡。

### C3. 如何更換您的照護協調員

如果您想更換照護協調員，請致電與會員服務部聯絡。

若您需要協助，請致電會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

## D. 透過醫療服務提供者取得照護

### D1. 透過主治醫師得到照護

您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 為您提供並管理您的照護。本計劃的 PCP 隸屬於各醫療團體。當您選擇 PCP 時，您也選擇了其所隸屬的醫療團體。

#### PCP 的定義，以及 PCP 能為您做什麼

當您成為本計劃會員時，您必須選擇一位 Wellcare by Health Net 的網絡內醫療服務提供者擔任您的 PCP。PCP 是指符合州政府規定且受過訓練能為您提供基本醫療保健的醫師。其中包括提供一般和/或家庭醫療照護的醫師、提供內科醫療照護的內科醫師，以及為婦女提供照護的婦產科醫師 (OB/GYN)。

您將透過您的 PCP 取得大部分的例行或基本照護。作為本計劃的會員，您的 PCP 還會協助您管理其他受保服務。其中包括：

- X 光、

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 化驗、
- 治療、
- 專科醫師的照護、
- 住院，以及
- 追蹤照護。

「協調」您的承保服務包括與其他計劃醫療服務提供者確認或諮詢您的照護內容及照護情況。如果您需要某些類型的承保服務或用品，必須事先取得您 PCP 的核准 (例如為您轉介專科醫師看診)。針對特定服務，您的 PCP 將需要取得事先授權 (事先核准)。如果您需要事先授權的服務，您的 PCP 就必須取得本計劃或您醫療團體的授權。由於 PCP 會提供並協調您的醫療保健，您必須將過去所有的病歷寄給您 PCP 的診所。

如上述說明，針對您大多數的例行醫療保健需求，您通常會先請您的 PCP 為您看診。當 PCP 認為您需要接受專科治療時，其將必須為您提供轉介 (事先核准)，以讓計劃的專科醫師或其他特定醫療服務提供者為您看診。只有一些類型的承保服務您不需先取得 PCP 核准就可自行就醫，說明如下。

每位會員都會有一名 PCP。PCP 甚至也可以是一間診所。婦女可以選擇 OB/GYN (產科/婦科) 或家庭計劃診所作為其 PCP。

您可以選擇一名非醫師的醫療執業人員作為您的 PCP。非醫師執業人員包括：經認證的護士助產士、經認證的執業護理師及醫師助理。我們將會分配一位督導 PCP 給您，但您將持續透過您所選擇的非醫師執業人員接受服務。您可以透過更換督導 PCP 來更換您所選擇的執業人員。您的會員卡上印有督導 PCP 的姓名。您可能可以請專科醫師擔任您的 PCP。專科醫師必須願意且有能力為您提供您所需的照護。

### 選擇聯邦合格健康中心 (FQHC) 或鄉村健康診所 (RHC) 作為您的 PCP

FQHC 或 RHC 均是診所，且其可以作為您的 PCP。FQHC 和 RHC 是提供初級照護服務的健康中心。請致電會員服務部，或瀏覽《醫療服務提供者與藥房名錄》，以查詢與 Wellcare by Health Net 合作的 FQHC 和 RHC 的名稱與地址。

### 您的 PCP 之選擇

當您投保本計劃時，您會從我們的網絡選擇一個特約醫療團體。醫療團體是由一同合作並與我們計劃簽約合作之 PCP、專科醫師及其他醫療保健服務提供者所組成的團體。您還必須從此特約醫療團體中選擇一位 PCP。主治醫師的診所應方便您前往。您可以要求 PCP 與您住家或工作地點間的距離在 10 英里或 30 分鐘的路程範圍內。您可透過《醫療服務提供者與藥房名錄》，或造訪我們的網站：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)，找到醫療團體 (以及隸屬於這些醫療團體的 PCP 與醫院)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如欲確認某醫療服務提供者是否提供服務，或要詢問某特定 PCP 的資訊，請致電 1-800-431-9007 與會員服務部聯絡 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

每個醫療團體和 PCP 都會將病人轉介至特定的計劃專科醫師處，並會使用其網絡內的特定醫院。如果您想使用特定的計劃專科醫師或醫院，請先確認該專科醫師和醫院是否屬於您醫療團體和 PCP 的網絡。您的會員卡上印有您 PCP 的姓名與診所電話號碼。

如果您未選擇一個醫療團體或 PCP，或如果您選擇的醫療團體或 PCP 不屬於本計劃，我們將自動為您在家附近指定一個醫療團體和 PCP。

如需瞭解如何更換 PCP 的資訊，請參閱以下的「更換 PCP 之選擇」部分。

### 更換 PCP 之選擇

您可以基於任何理由、在任何時候更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會退出本計劃的網絡。如果您的 PCP 退出我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡內找到新的 PCP。

您的申請將於本計劃收到您申請當日的次日 1 號生效。如欲更換您的 PCP，請致電 1-800-431-9007 與會員服務部聯絡 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點，或造訪我們的網站：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)，以提出您的要求。

當您聯絡我們時，請務必告訴我們您是否需由專科醫師看診或取得需要您 PCP 核准的其他承保服務 (例如居家健康服務及耐用醫療器材)。會員服務部會告知您在更換 PCP 時如何繼續取得您正在接受的專科照護及其他服務。他們還會確認您要更換的 PCP 是否有接受新病人。會員服務部會變更您的會籍記錄以顯示新的 PCP 姓名 (名稱)，並告訴您此項新的 PCP 變更何時生效。

他們也會寄給您新的會員卡，上面列示新 PCP 的姓名及電話號碼。

本計劃的 PCP 隸屬於各醫療團體。如果您更換您的 PCP，您的醫療團體也可能會隨之變更。當您申請變更時，請告訴會員服務部您是否接受專科醫師的看診，或是否接受必須有 PCP 核准的其他承保服務。會員服務部會協助您在更換 PCP 時，仍可繼續取得專科照護及其他服務。

### 無需取得您 PCP 的核准即可接受的服務

在大多數情況下，您必須先取得您 PCP 的核准，才能請其他醫療服務提供者為您看診。這項核准程序稱為轉介。您無需事先取得您 PCP 的核准即可接受的服務如下所列：

- 網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供的急診服務。
- 網絡醫療服務提供者提供的緊急需求照護。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 在您無法取得網絡內醫療服務提供者提供的服務時 (例如，當您在本計劃的服務區域外時、或在週末時)，網絡外醫療服務提供者提供的緊急需求照護。

**註：**緊急需求照護必須為立即需要且醫療上必要的。

- 當您在本計劃的服務區域外時，在經 Medicare 認證的洗腎機構所接受的洗腎服務。請在離開服務區域之前致電會員服務部。我們可協助您讓您在離開服務區域時接受洗腎服務。
- 流感疫苗注射、新冠病毒 COVID-19 疫苗接種、B 型肝炎疫苗接種及肺炎疫苗接種，條件是您必須透過網絡醫療服務提供者取得。
- 例行婦女醫療保健與家庭計劃服務。其中包括乳房檢查、乳房 X 光攝影篩檢 (乳房 X 光)、子宮頸抹片檢查及骨盆檢查，條件是您必須透過網絡醫療服務提供者取得。
- 此外，若您符合接受印第安健康醫療服務提供者所提供服務的資格，您無需取得轉介，即可請這些醫療服務提供者為您看診。
- 網絡醫療服務提供者和網絡外醫療服務提供者提供的家庭計劃服務。
- 基本產前照護、性傳染疾病服務及 HIV 檢測。

請參閱第 4 章第 D 節 (第 75 頁)，詳細瞭解哪些承保服務可能需要事先核准，如 PCP 的轉介或事先授權。

## D2. 透過專科醫師和其他網絡醫療服務提供者得到照護

專科醫師是指針對特定疾病或特定身體部位提供醫療保健服務的醫師。有許多科別的專科醫師，例如：

- 腫瘤科醫師，照護癌症病人。
- 心臟科醫師，照顧有心臟問題的病患。
- 骨科醫師照顧有骨頭、關節或肌肉問題的病患。

您通常需要先取得 PCP 的核准才能看專科醫師 (這稱為取得專科醫師「轉介」)。在接受計劃專科醫師或其他某些醫療服務提供者的看診之前，請務必取得您 PCP 的轉介 (事先核准) (少數情況除外，其中包括例行婦女健康照護)。如果沒有取得轉介 (事先核准) 就先接受專科醫師的服務，您可能需要自行負擔這些服務的費用。

如果專科醫師要您回診接受進一步照護，請先確認您 PCP 提供的初診轉介 (事先核准) 適用於專科醫師多次看診。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



每個醫療團體和 PCP 都會將病人轉介至特定的計劃專科醫師處，並會使用其網絡內的特定醫院。這意味著您選擇的醫療團體和 PCP 可決定您可以使用哪些專科醫師和醫院。如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請查明您的醫療團體或 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。如果您目前的 PCP 不能為您轉介至您想看的計劃專科醫師或醫院，通常您可以隨時更換 PCP。本章的「更換 PCP 之選擇」部分會告訴您如何更換 PCP。

某些類型的服務可能必須事先取得本計劃或您醫療團體的核准（這稱為取得「事先授權」）。事先授權是指在接受特定服務之前取得核准的一個程序。如果您需要的服務必須要有事先授權，您的 PCP 或其他網絡內醫療服務提供者必須取得本計劃或您醫療團體的事先授權。申請必須接受審查，並將決定（組織裁定）告知您和您的醫療服務提供者。請參閱本手冊第 4 章第 D 節（第 74 頁）的福利表，以瞭解需要事先授權的特定服務。

### D3. 如果醫療服務提供者退出本計劃

您使用的網絡內醫療服務提供者有可能會退出本計劃。如果您任何一個醫療服務提供者退出本計劃，您將享有特定權利和保障，內容概述如下：

- 雖然本計劃的醫療服務提供者網絡在一年當中會有所變更，但我們必須為您提供不間斷的管道，讓您可以使用合格的醫療服務提供者。
- 我們會盡量提前至少 30 天通知您，以便您有時間可以選擇新的醫療服務提供者。
- 我們將會協助您選擇合格的新醫療服務提供者以繼續為您管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受醫療治療，則您有權提出申請，我們會與您合作，確保您正在接受的必要醫療治療不會中斷。
- 如果我們無法為您找到合格的網絡內專科醫生，我們必須安排網絡外專科醫生為您提供照護。
- 如果您認為我們沒有將您先前的醫療服務提供者更換為合格的醫療服務提供者，或我們沒有妥善管理您的照護，您有權向 QIO 提出照護品質投訴、或提出照護品質申訴、或同時提出兩者。（請參閱第 9 章，以取得更多資訊。）

如果您發現您的其中一個醫療服務提供者即將退出我們的計劃，請聯絡我們。我們可以協助您尋找新的醫療服務提供者以及管理您的照護。若需協助，請致電會員服務部，電話是 1-800-431-9007（聽障專線：711）。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

### D4. 網絡外醫療服務提供者

網絡外醫療服務提供者即未與我們的計劃簽約的服務提供者。除了急診照護之外，如果您需要特定類型的服務，但本計劃網絡未提供該項服務，則需要先取得事先授權（事先核准）。您的 PCP 會向本計劃或您的醫療團體提出事先授權申請。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007（聽障專線：711）。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



在您請網絡外醫療服務提供者為您看診或在您接受網絡外服務之前，請務必取得事先核准（急診照護、緊急需求照護、家庭計劃服務以及當您暫時在本計劃的服務區域外時，在經 Medicare 認證之洗腎機構所接受的洗腎服務除外）。如果您沒有取得事先核准，則您可能要自行支付服務費用。

如需網絡外急診照護與緊急需求照護的承保範圍資訊，請參閱第 63 頁本章的 H 部分。

---

## E. 行為健康 (精神健康與物質使用障礙症) 服務

您可使用屬於 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍並為醫療上必要的行為健康服務。我們會為您提供屬於 Medicare 承保範圍的行為健康服務。我們的計劃不提供 Medi-Cal 承保的行為健康服務，但這些服務可透過您當地郡縣的行為健康機構獲得。

### E1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

如果您符合獲得精神健康專科服務的條件，您將可透過郡政府的精神健康計劃 (MHP) 取得 Medi-Cal 的精神健康專科服務。由您郡縣的精神健康計畫 (MHP) 提供的 Medi-Cal 特殊精神健康服務包括：

- 精神健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健服務
- 危機介入
- 緊急情況穩定服務
- 成人住宿治療服務
- 緊急住宿治療服務
- 精神健康機構服務
- 精神科住院服務
- 目標個案管理

如果您符合獲得這些服務的條件，則您可透過 Medi-Cal 按服務收費 (FFS) 提供者取得 Medi-Cal 或 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務。Drug Medi-Cal 服務提供者：

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



郡縣	機構
Los Angeles	物質濫用預防與管制單位 (SAPC) Los Angeles 郡健康機構
Riverside	Riverside University Health System - 行為健康
San Bernardino	San Bernardino 郡行為健康部門
San Diego	San Diego 郡衛生與公共服務部 行為健康服務

#### Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 住宿治療服務
- 門診藥品戒除服務
- 戒毒治療服務
- 適用於鴉片類藥物依賴患者的納曲酮 (Naltrexone) 藥物治療服務

#### Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務包括：

- 門診和密集門診服務
- 成癮治療用藥 (也稱為藥物輔助治療)
- 住宿/住院
- 戒斷管理
- 戒毒治療服務
- 復原服務
- 照護協調

除了上述所列的服務之外，如果您符合自願性住院解毒服務條件，您還可以獲得該服務。

您也可以取得屬於 Medicare 承保範圍並透過 Wellcare by Health Net 精神健康網絡提供醫療上必要的行為健康服務。行為健康服務包括但不限於：

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 門診服務：門診危機介入、短期評估與治療、長期專科治療，及任何與物質使用障礙症相關的復健性照護。
- 住院服務與用品：雙人病房或多人病房膳宿，包括特殊治療病房、用品及通常由機構提供的輔助服務。
- 住院照護和其他住院替代照護：由 Medicare 認可機構提供的部分住院與密集門診服務。
- 解毒：急性中毒的住院解毒服務，以及與物質使用障礙症相關的急性醫療病症的治療。
- 急診服務：為判定是否有緊急精神醫療病況存在，以及判定是否需要提供照護與治療以舒緩或解除此病況而提供的篩檢、檢查及評估。

如需醫療服務提供者資訊，請參閱醫療服務提供者與藥房名錄。您也可以致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點，或造訪我們的網站：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。

### 行為健康服務排除與限制項目

如欲取得行為健康服務排除與限制項目清單，請參閱第 133 頁的第 4 章第 F 節：本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利。

### 用於判定行為健康服務醫療必要性的程序

部分行為健康服務與用品必須要有本計劃的授權才可獲得承保。如欲詳細瞭解可能需要事先授權的服務，請參閱第 4 章，第 D 節，第 75 頁。若要取得這些服務的事先授權，您必須致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話：1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。本計劃會將您轉介至鄰近的特約精神健康專家，由該專家評估您的狀況，以判斷是否需要更多治療。如果您需要治療，簽約的精神健康專業人士會擬定一套治療計劃，並將該計劃交由 Wellcare by Health Net 審查。在計劃提供授權之後，包含在治療計劃中的服務即可獲得承保。如果計劃未核准治療計劃，則針對該病況所提供的進一步服務或用品將不再屬於該承保範圍。不過，計劃可能會介紹您前往縣政府的心理健康部門，以協助您取得您所需的照護。

**Wellcare by Health Net 與 Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 和 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC)、Riverside County Department of Mental Health、San Bernadino Department of Behavioral Health 和 San Diego County Behavioral Health Services 之間的轉介程序：**

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



Wellcare by Health Net 行為健康服務的轉介可由許多人士提供，包括：郡政府的行為健康服務提供者、郡政府個案經理、PCP、會員本人及其家屬。上述欲提供轉介的人士可致電您的會員 ID 卡上所列的電話號碼與 Wellcare by Health Net 聯絡。Wellcare by Health Net 會確認資格並在適當情況下為服務提供授權。

Wellcare by Health Net 會與郡縣共同合作，為您提供適當轉介和照護協調。

縣政府的心理健康專科服務和 (或) 酒精與藥品濫用服務可直接由您本人自行轉介。

照護協調服務包括按適當情況針對 PCP、縣政府行為健康服務提供者、縣政府個案經理、您本人以及您家屬或照護提供者所提供的服務進行協調。

### 如果您有行為健康服務方面的問題，或想投訴行為健康服務該怎麼辦

本部分所述的福利同其他所有福利，均需遵守相同的上訴流程。請參閱第 9 章第 K 節 (第 239 頁)，以瞭解投訴的相關資訊。

### 適用於目前正在接受行為健康服務之會員的持續照護

如果您目前正在接受行為健康服務，您可提出申請以繼續請您的醫療服務提供者為您看診。要我們核准您的申請，您需要出示您與您的醫療服務提供者在投保前 12 個月內的既有關係證明。如果您的申請獲得核准，您將可繼續請該醫療服務提供者為您看診，期限最長為 12 個月。在前 12 個月的期限過後，如果您繼續請網絡外醫療服務提供者為您看診，我們將不再承保您的照護。如需協助提出申請，請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

## F. 交通運輸服務

### F1. 非緊急醫療情況下的交通運輸服務

如果您的身體情況具有無法讓您使用汽車、巴士或計程車前往約診的醫療需求，則您有權享有非緊急醫療交通運輸服務。本計劃可為醫療、牙科、精神健康、物質使用和藥房預約等承保服務，提供非緊急醫療交通運輸服務。如果您需要非緊急醫療交通運輸服務，您可以和您的 PCP 或其他醫療服務提供者討論並申請此服務。您的 PCP 或其他醫療服務提供者將決定最符合您需求的交通工具類型。如果您需要非緊急醫療交通運輸服務，您需要填寫表格並將其提交給 Wellcare by Health Net，以取得核准，他們才能開立該項服務。視您的醫療需求而定，核准效期為一年。您的 PCP 或其他醫療服務提供者將重新評估您的非緊急醫療交通運輸需求，每 12 個月重新批准一次。

非緊急醫療交通運輸工具是指救護車、簡易醫療車、附輪椅升降機的休旅車或空中交通工具。Wellcare by Health Net 可在您需要搭車前往約診時，為您的醫療需求提供最低成本的承保交通運輸模式以及最合適您的非緊急醫療交通運輸服務。例如，如果您的身體或醫療狀況可由附輪椅升

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



降機的休旅車接送，Wellcare by Health Net 將不會給付救護車費用。只有在您的醫療病症無法以任何形式的地面交通工具載送時，您才有權搭乘空中交通工具。

在下列情況下，必須使用非緊急醫療運輸服務：

- 您的 PCP 或其他醫療服務提供者會以書面授權方式，來決定您在身體情況或醫療上需要此運輸服務，因為您無法搭乘巴士、計程車、汽車或休旅車前往約診。
- 您因為身體或精神殘疾，需要司機協助您往返您的住家、車輛，或治療地點。

如需要您的醫生為非緊急情況的**例行約診**開立醫療交通運輸服務，請致電 Wellcare by Health Net：1-800-431-9007 (聽障專線：711) 至少約診前 72 小時 (週一至週五)。如需**緊急約診**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員 ID 卡。您也可以撥打此電話號碼，索取更多資訊。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。

### 醫療交通運輸限制

Wellcare by Health Net 承保最低成本的醫療交通工具，可滿足您從家中至可約診之最近醫療服務提供者的醫療需求。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保該項服務，則本計劃將不提供醫療交通運輸服務。如果 Medi-Cal 承保該約診類型，但不是透過健保計劃，則 Wellcare by Health Net 將幫助您安排交通運輸服務。關於承保的服務清單，請參閱本手冊第 75 頁的第 4 章第 D 節。除非事先獲得授權，否則在 Wellcare by Health Net 的網絡或服務區域之外不承保交通運輸服務。

## F2. 非醫療交通運輸服務

非醫療交通運輸福利，包括往返您的醫療服務提供者所授權之服務的約診。在以下情況，您可以免費獲得乘車服務：

- 往返您的醫療服務提供者所授權之服務的約診，或
- 領取處方藥和醫療用品。

Wellcare by Health Net 允許您使用汽車、計程車、巴士或其他公共/私人方式，前往您的醫療服務提供者授權之服務的非醫療約診。Wellcare by Health Net 使用 Access2Care 來安排 Medicare 承保的交通運輸服務，並使用 ModivCare 來安排 Medi-Cal 承保的交通運輸服務。我們承保符合您需求的最低成本、非醫療交通工具類型。

有時候，您可以安排私人交通工具來報銷乘車費用。在您搭乘之前，Wellcare by Health Net 必須先核准這項費用，您必須告知我們您為何無法搭乘其他方式的交通工具，例如搭乘公車。您可以致電或發送電子郵件，或親自到訪通知我們。**您不能自行開車報銷費用。**

申請里程報銷補助，需要下列所有文件證明：

- 駕駛人的駕駛執照

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 駕駛人的行車執照
- 駕駛人的汽車保險證明

若需為已獲得授權的服務申請搭乘，請致電 Wellcare by Health Net：

**1-800-431-9007 (聽障專線：711)** 至少約診前 72 小時 (週一至週五)。如需**緊急約診**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員 ID 卡。您也可以撥打此電話號碼，索取更多資訊。

**註：**美國印第安人可與當地印第安健康診所聯絡，請求非醫療交通運輸服務。

### 非醫療交通運輸服務的限制

Wellcare by Health Net 提供最低成本的非醫療交通運輸服務，滿足您從家中至可約診之最近醫療服務提供者的需求。**您不能自行開車或直接申請報銷。**

非醫療交通運輸服務不適用於以下情況：

- 需要救護車、簡易醫療車、附輪椅升降機的休旅車，或其他形式的非緊急醫療交通運輸工具，才能前往約診服務。
- 您因為身體或醫療狀況，需要司機協助您往返住家、車輛，或治療地點。
- 您坐在輪椅上，沒有司機的協助，就無法進出車輛。
- 該服務不在 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍內。

---

## G. 在急診狀況下、在緊急需求時、或在災難期間所提供的承保服務

### G1. 急診狀況下的照護

急診狀況是指伴隨劇痛或嚴重傷勢等症狀的醫療狀況。該狀況相當嚴重以致於您本人或任何具備一般健康及醫學常識的人均可預期，若是未即時醫治，將會：

- 可能會對您或腹中胎兒的健康造成威脅；**或**
- 嚴重損害身體機能；**或**
- 造成任何身體器官或身體部位的嚴重失能；**或**
- 造成孕婦臨產，臨產是指在下列任一情況下進行分娩：
  - 沒有足夠時間在您分娩前將您安全轉送至其他醫院。
  - 轉院可能會對您或腹中胎兒的健康或安全造成威脅。

如果您有急診狀況時：

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- **請盡快取得協助。**致電 911 或前往最近的急診室或醫院。如有需要可致電要求救護車。您無需事先獲得您的 PCP 的批准或轉診。您不需要使用網路內醫療服務提供者。只要您有需要，您可隨時在美國或其屬地或全球任何地方，透過任何有適當州政府核發的執照之醫療服務提供者取得急診醫療照護。
- **請盡快告知本計劃您的緊急情況。**我們將會追蹤您的急診照護情況。通常您或其他人應在 48 小時內致電告知我們您的急診照護情況。但如果您延遲告知我們，您將不會因此而必須為急診服務付費。請致電會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

### 急診狀況下有哪些承保服務

如果您在前往急診室時需要使用救護車，本計劃也會為您承保救護車服務。如需進一步了解，請參閱您的《會員手冊》第 75 頁的第 4 章第 D 節「福利表」。

您在美國境外也可以取得承保的急診醫療照護。此項福利每年限 \$50,000。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章「福利表」中的「全球急診/緊急承保」部分，或聯絡會員服務部，請致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

向您提供急診照護的醫療服務提供者會決定您的病症是否穩定，緊急醫療情況是否已經終止。他們將繼續為您治療，並且如果您需要後續照護以便更快康復，則他們會聯絡我們以制定照護計劃。

我們的計劃承保您的後續照護。如果您透過網絡外醫療服務提供者取得急診照護，我們將會試圖讓網絡醫療服務提供者盡快接手您的照護。

### 在非緊急情況時取得急診照護

有時很難判斷您是急診狀況或是行為健康緊急情況。您可能前往醫院接受急診照護，但醫師卻表示您的情況並非緊急情況。只要您合理認為您的健康受到嚴重威脅，我們即會承保您所接受的照護。

若醫師表示您的情況非緊急情況，我們僅會在下列情況下才承保您接受的進一步照護：

- 您前往網絡內醫療服務提供者處就診；或
- 您所接受的進一步照護是屬於「緊急需求照護」，且您在接受該照護時有遵守相關規定 (請參閱第 H2 節)。

## G2. 緊急需求照護

緊急需求照護是指您在非緊急但需要立即照護的情況下所獲得的照護。例如，您可能在週末發生既有病症發作或嚴重的喉嚨痛，並且需要治療。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



### 在本計劃的服務區域內的緊急需求照護

在多數情況下，我們僅會在您符合下列條件時，才會承保緊急需求照護：

- 您透過網絡內醫療服務提供者取得此照護；且
- 您遵守本章所述的相關規定。

如果要到達網絡內醫療服務提供者處就診是不可行或不合理的，我們將會承保您透過網絡外醫療服務提供者所取得的緊急需求照護。

遭遇嚴重緊急情況：請撥「911」或前往最近的醫院。

如果您的情況不是那麼嚴重：致電您的 PCP 或醫療團體，或者如果您無法給他們致電或如果您立即需要醫療保健，請前往最近的醫療中心、緊急醫療中心或醫院。

如果您不確定是否存在緊急醫療病況，您可以致電您的醫療團體或 PCP 尋求幫助。

您的醫療團體每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天皆提供服務，若您認為有必要立即獲得醫療照護，可隨時致電詢問。他們會評估您的狀況，並指示您該到什麼地方接受您所需的照護。

如果您不確定自己的情況是否為緊急情況或是否需要緊急照護，我們的護士諮詢專線隨時為您提供服務。您可以致電 1-800-893-5597 與護士諮詢專線聯繫 (聽障專線：711)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。身為 Wellcare by Health Net 的會員，您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均可獲得檢傷分類或篩檢服務。您也可以致電會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711) 若您在尋找醫療服務提供者時需要協助，在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。會員服務部也能為您轉接至護士諮詢專線。

### 在本計劃服務區域以外的緊急需求照護

當您在本計劃的服務區域外時，您可能無法透過網絡內醫療服務提供者取得照護。在此情況下，本計劃會承保您透過任何醫療服務提供者所取得的緊急需求照護。

本計劃不承保您在美國境外取得的緊急需求照護或任何其他照護。

在美國境外接受的緊急需求服務可按全球急診/緊急承保範圍福利規定納入急診範圍。如需更多資訊，請參閱本手冊第 75 頁的第 4 章第 D 節「給付表」中的「急診照護」部分。

### G3. 在災難期間取得照護

如果您所在州的州長、U.S. Secretary of Health and Human Services 的部長、或美國總統宣佈您所在的地區處於重大災難或緊急情況，您仍然有資格從本計劃獲得護理服務。

請造訪我們的網站，瞭解在宣告災難期間如何獲得您所需的照護：

[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡內醫療服務提供者，您可以透過網絡外醫療服務提供者取得免費照護。在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取處方藥。詳情請參閱您的《會員手冊》第 141 頁的第 5 章第 A8 節。

---

## H. 如果您直接收到本計畫承保服務下的帳單，該怎麼做

如果醫療服務提供者將帳單寄給您而不是寄給本計畫，您應要求我們就該帳單支付費用。

**您不應自行支付帳單。如果您自行支付帳單，我們有可能無法償還您所支付的費用。**

如果您為承保的服務支付了費用，或者如果您收到承保醫療服務的帳單，請參閱您的《會員手冊》第 162 頁的第 7 章第 A 節以瞭解該怎麼做。

### H1. 如果本計畫不承保服務，該怎麼做

本計畫承保下列所有服務：

- 獲判定為醫療所必需；且
- 列於本計畫的「給付表」中 (請參閱您的《會員手冊》的第 75 頁的第 4 章第 D 節)；且
- 您在接受服務時有遵守計劃規定。

如果您接受本計畫不承保的服務，**您需要自行支付全額費用。**

如果您想知道我們是否會給付任何醫療服務或照護，您有權詢問我們。您也有權透過書面方式索取此資訊。如果我們表示我們將不會給付您的服務，您有權針對我們的決定提出上訴。

您的《會員手冊》第 198 頁的第 9 章第 E 節將為您說明，如果您希望我們承保一項醫療服務或用品時，該怎麼做。該章節還會告訴您該如何針對我們的承保範圍決定提出上訴。請致電會員服務部，以進一步瞭解您的上訴權利。

我們會在一定的限制內給付部分服務。如果您使用超過該限制，您在進一步接受該類型的服務時，需要支付全額費用。請致電會員服務部，以瞭解何謂福利限制，以及您已經使用了多少福利。

---

## I. 參與臨床研究時，您的醫療保健服務如何獲得承保

### I1. 臨床研究的定義

臨床研究 (又稱為臨床試驗) 是醫師測試新型醫療保健服務或藥品的一種方式。一項由 Medicare 核准的臨床試驗研究，通常請求自願者參與研究。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



一旦 Medicare 核准了您想要參與的研究之後，該研究的工作人員會與您聯絡。與您聯絡的工作人員會告知您研究的相關資訊，並確認您是否符合參與該研究的資格。只要您符合規定的條件，您即可參與研究。您必須瞭解並接受您在該研究中應盡的義務。

在您參與研究期間，您可能必須持續投保本計劃。如此一來，本計劃會繼續為您承保與研究無關的服務和照護。

如果您想要參與經 Medicare 核准的臨床試驗研究，您不需要經過本計劃或您主治醫師的核准。在研究中為您提供照護的醫療服務提供者不一定要是網絡內醫療服務提供者。

不過在您參與臨床試驗研究之前，我們鼓勵您事先告知我們。

如果您計劃要參與臨床試驗研究，您或您的照護協調員應聯絡會員服務部，告知我們您將參與一項臨床試驗。

## 12. 當您參與臨床研究時，您的醫療服務費用

如果您自願參與由 Medicare 核准的臨床試驗研究，您無需為該研究承保的服務支付任何費用。Medicare 會給付研究範圍內承保的服務以及與您的照護相關的例行費用。一旦您加入經 Medicare 核准的臨床試驗研究，您在研究中取得的大多數服務和用品都將屬於承保範圍。其中包括：

- 住院期間的食宿 (就算您並非因為研究，Medicare 也會給付的住院服務)。
- 因研究而進行的手術或其他醫療程序。
- 新照護的任何副作用和併發症治療。

如果您參與了某項未經 Medicare 核准的研究，您需要自行支付參與該研究的所有費用。

## 13. 有關臨床試驗研究的更多資訊

您可參閱 Medicare 網站上的「Medicare & Clinical Research Studies (Medicare 與臨床研究)」一文 ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf))，以瞭解有關加入臨床研究的詳情。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

---

## J. 您在宗教性非醫療保健機構接受的醫療保健服務，如何獲得承保

### J1. 宗教性非醫療保健機構的定義

宗教性非醫療保健機構是提供照護的場所，而這些照護是您一般在醫院或專業護理機構可取得的照護。如果在醫院或特護療養機構接受照護違反您的宗教信仰，我們會承保在宗教性非醫療保健機構所提供的照護。此項福利僅限 Medicare Part A 的住院服務 (非醫療保健服務)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## J2. 宗教性非醫療保健機構提供的照護

若要透過宗教性非醫療保健機構取得照護，您必須簽署一份法律文件，表示您反對接受「非強制性」的醫療服務。

- 「非強制性」醫療服務是指任何**您自願**，且聯邦、州或地方法律**並未規定**您必須接受的照護。
- 「強制性」醫療服務是指任何**並非您自願**，而是聯邦、州或地方法律**規定**您必須接受的照護。

如欲取得本計劃的承保，您從宗教性非醫療保健機構取得的照護必須符合以下條件：

- 提供照護的機構必須經由 **Medicare** 認證。
- 本計劃的服務承保範圍僅限於非宗教性質的照護。
- 若您在該機構的院所中接受服務，則以下條件適用：
  - 您的醫療狀況必須讓您能夠取得住院照護或特護療養機構照護的承保服務。
  - 您必須在入住機構前取得我們的核准，否則您的住院將**無法**獲得承保。

只要您符合上述規定，住院照護的承保範圍將沒有限制。

---

## K. 耐用醫療器材 (DME)

### K1. 作為本計劃一分子的 DME

DME 包括由醫療服務提供者所開立的特定醫療上必要之用品，例如輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、病床等由醫療服務提供者所開立醫囑的用品以供居家使用，靜脈 (IV) 輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。

就某些用品而言，您始終擁有其所有權，例如義肢。

我們將在此節討論您租借的 DME。在 **Original Medicare** 中，租借某些特定類型的 DME 的人在為租借的設備支付 13 個月的共付額後，就可以擁有該設備。身為本計畫的會員，只要 DME 為醫療所必需，且您需長期使用該器材，您便可獲得該器材的所有權。此外，該用品必須獲得您 **PCP**、醫療團體和/或 **Wellcare by Health Net** 的授權，並由其進行安排和協調。請致電 **Wellcare by Health Net** 會員服務部，電話：1-800-431-9007 (聽障專線：711)，以瞭解耐用醫療器材的租借或所有權之規定，以及您需要提供的相關文件。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

在某些有限的情況下，我們會將 DME 器材的所有權轉移給您。請致電會員服務部，查詢您必須滿足的要求，以及您需要提供的相關文件。

---

如果您有任何疑問，請致電 **Wellcare by Health Net**，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果您在具備本計劃會員身分期間獲得某項耐用醫療器材的所有權而該項器材需要維修，該醫療服務提供者可針對維修費用向本計劃請款。

## **K2. 如果您轉換至 Original Medicare，則 DME 所有權的取得方式**

如果您在本計劃中沒有獲得 DME 器材的所有權，則在您轉換到 Original Medicare 後，您必須重新支付連續 13 期的費用，才能擁有該器材。您在本計劃時支付的款項，不計入這些新的連續 13 期支付的款項中。

如果您在加入本計劃之前，根據 Original Medicare 的規定為 DME 器材支付了少於 13 期的費用，這些之前已支付的費用也不會計入新的連續 13 期支付的款項中。在您轉回 Original Medicare 後，您必須重新支付連續 13 期的費用，才能擁有該器材。當您回到 Original Medicare 時，此項規定依然適用。

## **K3. 本計劃會員的氧氣設備福利**

若您有資格獲得 Medicare 承保的氧氣設備，且您是本計劃的會員，我們承保下列事項：

- 租用氧氣設備
- 提供氧氣和氧氣內容物
- 提供氧氣和氧氣內容物的管件和相關配件
- 維護和維修氧氣設備

若這對您不再具有醫療必要性或您離開本計劃，則必須將氧氣設備歸還給擁有者。

## **K4. 當您轉換到 Original Medicare 時的氧氣設備**

若氧氣設備具有醫療上必要性，且您離開本計劃並轉換至 Original Medicare，則您需要向供應商租用 36 個月。您的每月租金涵蓋氧氣設備以及上述用品和服務。

若氧氣設備在您租用 36 個月後仍具有醫療必要性，則您的供應商必須為您提供下列事項：

- 另外 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若具有醫療必要性，您的供應商必須提供最多 5 年的氧氣設備與用品。

若氧氣設備在 5 年期限終止後仍具有醫療必要性：

- 您的供應商不再需要提供這些設備用品，您可以選擇向任何供應商取得替代設備。
- 重新開始計算 5 年期限。
- 您向供應商租用 36 個月。
- 接著，您的供應商再額外提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備具有醫療必要性，每 5 年就會重新開始計算新的週期。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 4 章：給付表

---

### 簡介

本章將為您說明有關本計劃承保的服務，以及這些服務的任何限制規定或上限。本章也告知您關於本計劃不承保的福利。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

**Wellcare by Health Net 的新會員：**在大多數情況下，在您要求投保 Wellcare by Health Net 後，Wellcare by Health Net 將在下個月的第一天為您投保以提供 Medicare 福利。您可能還會從上一個 Medi-Cal 健保計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Wellcare by Health Net 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現缺口階段。請致電我們，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)，如果您有任何疑問。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

### 目錄

A. 您的承保服務.....	62
A1. 公共衛生緊急情況期間 .....	62
B. 針對醫療服務提供者向您收取服務費用的規定 .....	62
C. 有關本計劃的給付表 .....	62
D. 本計劃的給付表 .....	67
E. 承保本計劃以外的福利.....	116
E1. 加州社區過渡 (CCT).....	116
E2. Medi-Cal 牙科方案 .....	116
E3. 安寧照護 .....	117
F. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利 .....	117

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## A. 您的承保服務

本章將為您說明本計劃承保的服務。您也可以瞭解哪些服務不屬於承保範圍。與藥品福利有關的資訊位於第 138 頁的**第 5 章第 A 節**。本章也將說明部分服務的限制。

由於您透過 Medi-Cal 取得協助，因此只要您遵守本計劃規定，您便無需為承保服務支付任何費用。如需有關本計劃規定的詳細資訊，請參閱《會員手冊》第 46 頁的**第 3 章第 B 節**。

如果您需要協助瞭解哪些服務屬於承保範圍，請致電您的照護協調員和/或會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

### A1. 公共衛生緊急情況期間

Wellcare by Health Net 會遵循所有與公共衛生緊急情況 (PHE) 相關的各州和/或聯邦指引。在 PHE 期間，本計劃將為會員提供所有必要承保。承保範圍可能因接受的服務及 PHE 持續的期間而異。請造訪我們的網站，以瞭解如何在進入 PHE 期間取得所需照護的資訊：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)，或致電會員服務部。您可以致電會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

## B. 針對醫療服務提供者向您收取服務費用的規定

本計劃不允許網絡內醫療服務提供者針對承保服務向您收費。我們會直接給付本計劃的醫療服務提供者，且我們會保護您讓您無需支付任何費用。即使我們給付給醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者針對某服務所收取的費用，您也無需支付任何費用。

您不應收到醫療服務提供者寄給您的承保服務帳單。若發生該情形，請參閱《會員手冊》第 162 頁的**第 7 章第 A 節**，或致電會員服務部。

---

## C. 有關本計劃的給付表

本給付表將為您說明本計劃給付的服務項目。該給付表會按字母順序列出承保的服務，並解釋這些服務。

我們僅有在您符合下述規定時，才會給付給付表中所列的服務。只要您符合下述承保規定，您便無需為「給付表」中所列的服務支付任何費用。

- 我們必須根據 Medicare 與 Medi-Cal 設立的規定為您提供 Medicare 與 Medi-Cal 承保的服務。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 服務 (包括醫療保健、行為健康及物質濫用服務、長期服務與支援、用品、器材及藥品) 必須為「醫療所必需」。醫療所必需是用於形容您為了預防、診斷或治療某醫療病症或為了維持您目前健康狀況所需的服務、用品或藥品。這包括了讓您免於住院或免於入住療養院所需的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品或藥品。當為了保護生命、預防重大疾病或嚴重殘疾，或減輕劇痛等目的，所需的某項合理且必要的服務即為醫療所必需。
- 您會透過網絡醫療服務提供者取得照護。網絡醫療服務提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，我們將**不會**給付您透過網絡外醫療服務提供者取得的照護。*您的《會員手冊》第 3 章第 D 節 (第 48 頁) 有更多關於網絡內醫療服務提供者及網絡外醫療服務提供者看診的資訊。*
- 您有主治醫師 (PCP) 或照護團隊為您提供和管理照護。在大部分情況下，您必須取得 PCP 的核准，才能接受其他非 PCP 或本計劃網絡內其他醫療服務提供者的看診。這稱為轉介。*您的《會員手冊》第 3 章第 D 節 (第 48 頁) 有更多關於取得轉介的資訊並說明不需要轉介的情況。*
- 您必須從與您 PCP 的醫療團體相關的網絡醫療服務提供者取得照護。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章第 D 節 (第 48 頁)。
- 部分列於給付表中的服務，只有在您的醫師或其他網絡內醫療服務提供者取得本計劃的事先核准時，才獲得承保。這些服務稱為「事先授權」。我們在給付表中，以斜體字標示需要事先授權的承保服務。
- 如果您處於本計劃的 6 個月準續期資格階段，我們將持續提供所有 Medicare Advantage 計劃承保的 Medicare 福利。但是，在此期間，我們的 Medicare Advantage 計劃也負責繼續承保 Medi-Cal 福利，即在本計劃與您的州 Medicaid 機構之協議中載明的福利項目。在此期間，Medicare 基本的和補充的福利之 Medicare 分攤費用金額不變。您支付的金額取決於您的 Medicaid 福利層級。

#### 所有參與健康與醫療保健計劃 (WHP) 服務會員的重要福利資訊

- 由於我們的計劃參與價值型保險設計方案，您將有資格獲得下列 WHP 服務，包括預先照護計劃 (ACP) 服務：
  - 如果您日後無法為您的健康照護做出決定，醫療專業人員可確保您的期望獲得遵循。預先照護計劃表示就您日後想要獲得的照護進行對話和決策。
  - 在您無法自行做決定時，我們將協助您填寫必要表格，以賦予某人為您做出醫療決定的法律授權。
- 您可以隨時與我們的計劃聯絡，獲得事先照護計劃的協助。
- WHP 和 ACP 係屬於自願性質，您可以自由拒絕這些服務

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



符合「額外協助」資格會員的重要福利資訊：

- 如果您獲得「額外協助」以支付您的 Medicare 處方藥方案費用，例如保費、自付額和共保額，您可能符合其他針對性補充給付福利和/或針對性降低分攤費用的資格。
- 如需更多詳細資訊，請參閱第 4 章第 D 節 (第 75 頁) 的醫療給付表。
- 符合扣除 Part D 藥物分攤費用資格的會員。請參閱第 6 章以瞭解詳情。

Medicare 所核准的 Wellcare by Health Net 以價值型保險設計方案的一部分提供這些福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。

- **患有特定慢性病的會員之重要福利資訊。**  
如果您患有以下慢性病症並符合特定醫療標準，您可能符合獲得額外福利的資格：
  - **自體免疫性疾病，限於：**
    - 結節性多動脈炎 (也就是 PAN，動脈發炎和弱化)
    - 風濕性多發性肌痛症 (也就是 PMR，指肩膀和臀部發炎/疼痛/僵硬)
    - 多發性肌炎 (也就是發炎性肌肉病變，肌肉無力)
    - 類風濕性關節炎 (也就是 RA，關節疼痛/僵硬)
    - 全身性紅斑狼瘡 (也就是 Lupus)
  - **癌症 (排除癌前症狀或原位 (階段 0) 狀態)**
  - **心血管疾病，限於：**
    - 心律不整 (也就是心跳異常)
    - 慢性靜脈栓塞性疾病 (也就是腿部中有血液凝塊)
    - 冠狀動脈疾病 (也就是胸痛病史、心臟病發作或心臟動脈硬化)
    - 週邊血管疾病 (也就是腿部動脈硬化)
  - **慢性酒精或其他物質使用障礙症**
  - **慢性心臟衰竭**
  - **慢性肺部疾病，限於：**
    - 氣喘
    - 慢性支氣管炎
    - 肺氣腫
    - 肺纖維化 (也就是肺部組織的疤痕)
    - 肺高壓 (也就是肺部的高血壓)
  - **慢性及精神失能健康狀況，限於：**
    - 躁鬱症
    - 重度抑鬱症

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 妄想性疾病
  - 思覺失調症
  - 精神分裂感情型障礙
  - 失智症
  - 糖尿病 (又稱為第一型或第二型糖尿病)
  - HIV/AIDS
  - 末期肝臟疾病
  - 需要洗腎的末期腎臟疾病 (ESRD)
  - 神經系統疾病，限於：
    - 肌萎縮側索硬化症 (ALS)
    - 癲癇
    - 廣義的癱瘓 (即偏癱、四肢癱瘓、截癱、單癱)
    - 亨丁頓舞蹈症
    - 多發性硬化症 (MS)
    - 帕金森氏症
    - 多發性神經病變
    - 脊椎狹窄
    - 腦中風相關的神經性缺乏
  - 嚴重血液疾病，限於：
    - 再生不良性貧血
    - 慢性靜脈栓塞性疾病
    - 血友病
    - 免疫性血小板低下紫斑症
    - 骨髓增生不良症候群
    - 鐮刀型紅血球疾病 (鐮刀型貧血除外)
  - 中風
- 您的計劃包含慢性疾病的特殊補充福利 (SSBCI)。這些補充福利僅提供給符合額外資格條件的高風險慢性疾病會員。
  - 會員必須符合並維持以下全部三項資格條件，才符合資格：
    1. 會員必須需要**密集的**照護管理。
      - 根據醫師評估，患者在過去 60 天內住院 2 次以上，或在過去 60 天內接受 3 次以上的急診室就診服務。
    2. 會員必須具有高住院風險。
      - 根據醫師評估，患者在未來 60 天內具有臨時高住院風險。
    3. 會員必須具有一或多項符合合併症和醫療複雜病症的書面且主動的診斷。該病症必須威脅性命或嚴重限制會員的整體健康或功能。
      - 在必要的門診就診後，醫師應提交顯示符合資格條件之診斷代碼的索賠。
  - 資格由您的計劃透過審查索賠記錄、風險分類和其他資訊的流程自行決定。無法自動符合資格的會員必須與醫師約診，以確保有足夠的文件 (例如索賠、符合資格評估) 可驗證資格。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



1. 在獲得這些福利之前，確認會員已符合所有條件。
  2. 所有福利將於 2023 年 12 月 31 日終止，會員都必須在每個計劃年度重新取得資格。
- 如需更多資訊，請撥打您 ID 卡背面的電話號碼，聯絡會員服務部。
  - 如需更多資訊，請參閱「給付表」中的「特定慢性病症協助」一行。
  - 所有預防服務皆為免費。您在給付表中的預防服務項目旁，會看到此蘋果 🍏 標示。
  - **社區支援：**可根據您的個人照護計劃提供社區支援。社區支援是醫療上適當且符合成本效益的替代服務或設定。會員可選擇使用這些服務。如果您符合資格，這些服務可以幫助您更獨立生活。這些服務無法取代您在 Medi-Cal 已獲得的福利。我們提供的社區支援範例，包括醫療上支援的食物和餐點、或醫療上量身規劃的餐點、為您或您的照護者提供協助、或是在淋浴時使用的扶手欄和坡道。如果您需要協助或想要瞭解您可能可以使用的社區支援，請致電會員服務部 1-800-431-9007 (聽障專線：711)，聯絡您的照護協調員，或致電您的健康照護服務提供者。會員服務部服務時間為：在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## D. 本計劃的給付表

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>腹主動脈瘤篩檢</b></p> <p>本計劃會為風險族群給付一次性超音波篩檢。僅有在您有特定風險因子且您透過醫師、醫師助理、執業護理師或臨床專科護士取得轉介的情況下，本計劃才會承保此項篩檢。</p>	\$0
<p><b>針灸</b></p> <p>本計劃在任一曆月內最多給付兩次門診針灸服務，或者若為醫療所必需，給付次數可更為頻繁。</p> <p>若您有慢性腰部疼痛，我們也會在 90 天內給付最多 12 次的針灸看診，慢性腰部疼痛的定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 持續 12 週或更長時間；</li> <li>• 非特定 (找不到系統性的原因，例如與轉移性、發炎性或感染性疾病無關)；</li> <li>• 與手術無關；以及</li> <li>• 與懷孕無關。</li> </ul> <p>此外，若您的狀況有所改善，我們將會為慢性腰部疼痛給付額外 8 次針灸療程。對於慢性腰部疼痛，您不可取得超過 20 次針灸治療。</p> <p>若您沒有好轉或若您情況惡化，則必須停止對於慢性腰部疼痛的針灸治療。</p> <p>我們的計劃也承保每年總計最多 24 次補充性 (非 Medicare 承保) 針灸服務門診。</p> <p>在大多數情況下，您必須使用本計劃簽約的服務提供者來獲得承保服務。如果您對於如何使用此項福利有任何疑問，請與我們的計劃聯絡。</p> <p style="text-align: right;"><b>此項福利內容延續至下頁</b></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>針灸 (續)</b></p> <p>承保的針灸服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 新病患檢查或既有病患的檢查，用於首次評估出現新健康問題或舊疾突發的病患</li> <li>• 既有病患的檢查 (在新病患檢查後的 3 年內)</li> <li>• 後續診間複診 - 可能需要針灸服務或再次檢查</li> <li>• 由網絡內其他醫療服務提供者給予的第二意見</li> <li>• 緊急情況與急診服務。</li> </ul> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p><b>酒精誤用篩檢及諮詢</b></p> <p>本計劃將為誤用酒精但非依賴酒精成癮的成人給付一次酒精誤用篩檢 (SABIRT)。這包括孕婦在內。</p> <p>如果您的酒精誤用篩檢結果呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格主治醫師或執業人員在主要照護環境下所提供的短時間面對面諮詢會談 (條件是您必須有能力接受諮詢並在過程中保持神智清醒)。</p>	\$0
<p><b>救護服務</b></p> <p>承保的救護車服務包括使用定翼機、旋翼機 (直升機) 及地面救護交通工具所提供的服務。救護服務會將您送至最近並能為您提供照護的地點。</p> <p>但您的病況必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往照護地點可能會使您的健康或生命受到威脅。針對其他情況所提供的救護服務必須獲得本計劃的核准。</p> <p>針對非緊急的情況，我們有可能會給付救護服務的費用。但您的病況必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往照護地點可能會使您的生命或健康受到威脅。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務		您必須支付的項目
	<p><b>年度例行體檢</b></p> <p>年度體檢包括心臟、肺部、腹部和神經系統檢查，以及實際的身體檢查 (例如頭部、頸部和四肢) 和詳細的醫療/家族病史查看，加上包含在年度保健門診中的服務。</p>	\$0
	<p><b>年度保健看診</b></p> <p>您每年可接受一次健康檢查。此健康檢查的目的在於根據您目前的風險因子來擬訂或更新預防計劃。本計劃將每 12 個月給付一次。</p>	\$0
	<p><b>氣喘預防性服務</b></p> <p>對於氣喘控制不佳的人，您可以接受氣喘教育和居家環境評估，以找出居家環境中常見的誘發因子</p>	\$0
	<p><b>骨質密度測量</b></p> <p>本計劃將為符合資格的會員 (通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險的人) 給付特定程序。這些程序包括測定骨質密度、診查骨質流失或確認骨質狀況。</p> <p>本計劃將每 24 個月給付一次此類服務，或者若為醫療所必需，給付次數可更為頻繁。本計劃亦會給付醫師檢查與說明檢查結果的費用。</p>	\$0
	<p><b>乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 年齡介於 35 歲至 39 歲者，一次基本乳房 X 光攝影</li> <li>• 年滿 40 歲以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢</li> <li>• 每 24 個月一次臨床乳房檢查</li> </ul>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>心臟復健功能服務</b></p> <p>本計劃會給付心臟功能復健服務，例如運動、教育及諮詢。會員必須符合特定條件並取得醫師的轉介。</p> <p>本計劃亦承保密集心臟功能復健方案，此方案的服務比心臟功能復健方案的服務次數更密集。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p>	\$0
<p> <b>減少心血管 (心臟) 疾病風險門診 (心臟疾病治療)</b></p> <p>為幫助您降低罹患心臟疾病的風險，本計劃每年給付一次 (如有醫療必要性，可給付多次) 在主治醫師處接受的看診。您的醫師可能會在看診期間：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 與您討論阿斯匹林的使用，</li> <li>• 檢查您的血壓，和/或</li> <li>• 給您一些建議以確保您的飲食健康。</li> </ul>	\$0
<p> <b>心血管 (心臟) 疾病檢測</b></p> <p>本計劃每五年 (60 個月) 給付一次用於檢查心血管疾病的血液檢測。這些血液檢測也會檢查因心臟病高風險而可能導致的缺陷。</p>	\$0
<p> <b>子宮頸癌及陰道癌篩檢</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 適用所有婦女：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查及骨盆檢查</li> <li>• 適用子宮頸癌或陰道癌高風險婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查</li> <li>• 針對過去 3 年內曾發生子宮頸抹片檢查結果異常且正值生育年齡的婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查</li> <li>• 針對 30-65 歲的女性：每 5 年一次人類乳突病毒 (HPV) 檢測或子宮頸抹片檢查加上 HPV 檢測</li> </ul>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>脊椎推拿治療服務</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 矯正脊椎移位的脊椎調整</li> </ul> <p>本計劃還承保每年最多 24 次門診的補充 (非 Medicare 承保) 脊椎推拿治療服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p> <b>結腸直腸癌篩檢</b></p> <p>針對年滿 50 歲以上的人士，本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 軟式乙狀結腸鏡檢查 (或銀劑灌腸篩檢)，每 48 個月一次</li> <li>• 糞便潛血檢測，每 12 個月一次</li> <li>• 傳統化學法糞便潛血檢測或糞便免疫化學檢測，每 12 個月一次</li> <li>• DNA 結腸直腸癌篩檢，每 3 年一次</li> <li>• 結腸鏡檢查，每十年一次 (但不能在乙狀結腸鏡篩檢後的 48 個月之內)</li> <li>• 針對結腸直腸癌的高風險人群，每 24 個月一次結腸鏡檢查 (或銀劑灌腸篩檢)。</li> </ul>	\$0
<p><b>成人社區服務 (CBAS)</b></p> <p>CBAS 是一項門診機構服務方案，參與方案的人士係按照時間表前往機構。此方案提供特護療養、社會服務、各種治療 (包括職能、物理及言語治療)、個人照護、家屬/照護提供者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務。如果您符合資格條件，本計劃會給付 CBAS。</p> <p><b>註：</b>若沒有 CBAS 機構可供使用，本計劃可透過其他方式另行提供上述服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>戒煙諮詢</b></p> <p>如果您有抽煙，但沒有抽煙相關疾病的病徵或症狀，且您想要或需要戒煙：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本計劃在每 12 個月期間，以預防性服務的形式，給付兩次戒煙諮詢。您無需為本服務付費。每次戒煙諮詢均包括最多四次的面對面看診。</li> </ul> <p>如果您有抽煙並經診斷患有抽煙相關疾病，或者您正在服用可能會受到煙草影響的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本計劃在每 12 個月期間給付兩次戒煙諮詢。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。</li> </ul> <p>如果您懷孕了，您可接受不限次數的戒煙諮詢，但需事先授權。</p>	\$0
<p><b>牙科服務</b></p> <p>部分牙科服務 (包括但不限於洗牙、補牙和假牙) 均透過 Medi-Cal 牙科方案或 FFS Medi-Cal 提供。</p> <p><b>額外服務：</b></p> <p>除了您的 Medi-Cal 承保的牙科福利之外，我們的 Medicare 計劃也承保其他牙科服務和程序。這些服務可能包括但不限於下列項目：</p> <p>牙冠 - 貴金屬 - 每顆牙齒每 5 個日曆年一次</p> <p>假牙修復 (假牙) - 每個牙弓每 2 個日曆年一次</p> <p>牙橋 - 每顆牙齒每 5 個日曆年一次</p> <p>適用排除與限制項目。</p> <p>您可以在 <a href="https://smilecalifornia.org">https://smilecalifornia.org</a> 找到您的 Medi-Cal 牙科福利的詳細資料</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>憂鬱症篩檢</b></p> <p>本計劃每年給付一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在主要照護環境下進行，以便提供追蹤治療和轉介。</p>	\$0
 <p><b>糖尿病篩檢</b></p> <p>如果您具備以下任何一項風險因子，本計劃會給付此項篩檢 (包括空腹血糖測試)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高血壓</li> <li>• 膽固醇和三酸甘油酯指數異常 (血脂異常) 病史</li> <li>• 肥胖症</li> <li>• 高血糖 (葡萄糖) 病史</li> </ul> <p>在其他某些情況下，檢測也有可能獲得承保，如您體重過重且有糖尿病家族病史。</p> <p>視檢測結果而定，您可能符合獲得每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的資格。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>糖尿病自我管理訓練、服務與用品</b></p> <p>本計劃為所有糖尿病病人 (不論其是否有使用胰島素) 給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 用於監測血糖的用品，包括下列項目： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 血糖監測器</li> <li>○ 血糖試紙</li> <li>○ 採血針裝置和採血針</li> <li>○ 用於檢查試紙和監測器準確度的血糖控制解決方案</li> </ul> </li> <li>● 針對患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，本計劃會給付下述項目： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 每曆年一雙訂製的治療鞋 (包括鞋墊和試穿)，以及額外兩付鞋墊；<b>或</b></li> <li>○ 每年一雙鞋身加深的鞋子和三付鞋墊 (包括試穿，但不包括此類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊)</li> </ul> </li> <li>● 在某些情況下，我們會給付協助您管理糖尿病所需的訓練費用。如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。</li> <li>● 在某些情況下，本計劃將會給付協助您管理糖尿病所需的訓練費用。如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。</li> </ul> <p>在藥房取得糖尿病血糖儀和用品時，限用 <b>OneTouch</b>。其他品牌不屬於承保範圍，除非獲得事先授權。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p><b>助產士服務</b></p> <p>對於懷孕的人，我們會在產前和產後期間支付 9 次助產士提供看診的費用，並在分娩和生產期間提供支援。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>耐用醫療器材 (DME) 與相關用品</b></p> <p>請參閱《會員手冊》最後一章，以瞭解「耐用醫療器材 (DME)」的定義。</p> <p>我們涵蓋下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 輪椅，包括電動輪椅</li> <li>• 拐杖</li> <li>• 動力床墊</li> <li>• 固態氣墊床</li> <li>• 糖尿病用品</li> <li>• 由醫療服務提供者開立醫囑以供您在家使用的病床</li> <li>• 靜脈 (IV) 輸液幫浦和支架</li> <li>• 腸道幫浦與用品</li> <li>• 語音溝通裝置</li> <li>• 氧氣設備與用品</li> <li>• 噴霧器</li> <li>• 助行器</li> <li>• 標準曲柄拐杖或四腳助行架和替換用品</li> <li>• 頸部牽引裝置 (掛在門上)</li> <li>• 骨生長刺激器</li> <li>• 洗腎護理器材</li> </ul> <p>其他用品亦有可能獲得承保。</p> <p>本計劃將會給付 Medicare 與 Medi-Cal 通常會給付且為醫療所必需的 DME。如果本計劃的供應商未在您所在地區提供特定品牌或廠商的用品，您可以詢問他們是否可為您特別訂購。</p> <p style="text-align: right;"><b>此項福利內容延續至下頁</b></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>耐用醫療器材 (DME) 與相關用品 (續)</b></p> <p>若需要協助您尋找可提供特定用品的其他供應商，請與會員服務部聯絡。</p> <p>非 Medicare 承保且非居家使用的耐用醫療器材亦可獲得承保。 <i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p><b>急診照護</b></p> <p>急診照護是指符合以下條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 由受過訓練得以提供急診服務的醫療服務提供者提供；且</li> <li>● 是治療急診狀況所需。</li> </ul> <p>急診狀況是指伴隨劇痛或嚴重傷勢的醫療狀況。該病況相當嚴重以致於任何具備一般健康及醫學常識的人均可預期，若是未即時醫治，將會：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 可能會對您或腹中胎兒的健康造成威脅；或</li> <li>● 嚴重損害身體機能；或</li> <li>● 造成任何身體器官或身體部位的嚴重失能；或</li> <li>● 造成孕婦臨產，臨產是指在下列任一情況下進行分娩： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 沒有足夠時間在您分娩前將您安全轉送至其他醫院。</li> <li>○ 轉院可能會對您或腹中胎兒的健康或安全造成威脅。</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>此項福利內容延續至下頁</b></p>	<p><b>\$0</b></p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診照護並在緊急情況穩定之後需要住院照護，您必須返回網絡醫院接受照護才能繼續獲得給付。僅有在本計劃核准您在網絡外醫院住院的情況下，您才可在網絡外醫院接受住院照護。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>急診照護 (續)</b></p> <p>全球急診/緊急承保範圍。</p> <p>指在美國境外接受的緊急、突發和穩定後照護。<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 僅限屬於急診、緊急需求照護或穩定後照護範圍內且在美國<sup>1</sup>境內提供的服務。</li> <li>• 在使用任何其他方式前往急診室均有可能會危及您健康的狀況下，救護服務將可獲得承保。</li> <li>• 外地稅款和費用 (包括但不限於匯率換算或交易手續費) 不屬承保範圍。</li> </ul> <p>全球急診/緊急承保範圍的年度上限為 \$50,000。</p> <p>美國泛指 50 州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Islands 與 American Samoa。</p>	<p><b>\$95</b></p> <p>如果您住院接受住院護理，則不會免除全球急診室/緊急需求服務門診分攤費用。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>家庭計劃服務</b></p> <p>在接受特定家庭計劃服務時，法律允許您選擇任何醫療服務提供者。這包括任何醫師、診所、醫院、藥房或家庭計劃診所。</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家庭計劃檢查與醫療服務</li> <li>• 家庭計劃化驗與診斷檢測</li> <li>• 家庭計劃避孕方式 (IUC/IUD、植入式避孕裝置、避孕針、避孕藥、避孕貼片或避孕環)</li> <li>• 家庭計劃處方用品 (保險套、避孕海綿、泡沫避孕劑、避孕薄膜、子宮隔膜、子宮頸帽)</li> <li>• 不孕症的諮詢與診斷以及相關服務</li> <li>• 性傳染疾病 (STI) 的諮詢、檢測及治療</li> <li>• HIV 和 AIDS 及其他 HIV 相關病況的諮詢與檢測</li> <li>• 永久性節育 (您必須年滿 21 歲以上才能選擇此項家庭計劃避孕方式。您必須在手術日期的至少 30 天前簽署一份聯邦絕育同意書，但不得超過 180 天。)</li> <li>• 遺傳諮詢</li> </ul> <p>本計劃亦會給付部分其他的家庭計劃服務。不過，在接受下述服務時，您必須請本計劃網絡內的醫療服務提供者看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不孕症相關醫療狀況治療 (本服務不包括人工授孕)。</li> <li>• AIDS 及其他 HIV 相關病況治療</li> <li>• 遺傳檢測</li> </ul>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p> <b>健康與保健教育方案</b></p> <p>本計劃提供許多著重於特定健康狀況的方案。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康教育課程；</li> <li>• 營養教育課程；</li> <li>• 戒菸和煙草使用戒除；</li> <li>• 護理專線</li> <li>• 健身福利</li> </ul> <p>本計劃提供一項彈性健身方案的會員資格，每月可獲得積分，用於各種大型健身房或當地健身教室。</p> <p>您每月可使用 <b>32</b> 個積分。積分可用來承保每月不限次數的健身房會員資格和/或健身教室課程、居家健身盒及健身影片。每月分配的任何未用完積分並不會累積至下一月份。</p> <p>如需有關更多健身中心會員資格的資訊，請致電客戶服務部，或造訪我們的網站：<a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>個人緊急情況響應系統 (PERS)：</b></li> </ul> <p>終身承保一台個人緊急醫療情況響應裝置和月費。個人緊急醫療情況響應裝置讓您安心，並可針對緊急和非緊急需求提供全天候，每週 7 天，每天 24 小時的應變回應。</p> <p>會員可以選擇經由陸上線路連接的傳統式「硬接線」<b>PERS</b> 系統，或是選擇無線系統。對於硬接線系統，需要現有的固定線路電話。</p> <p>如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>健康食品卡</b></p> <p>由於本計劃參與價值型保險設計方案，因此符合資格的會員將獲得健康食品卡福利，以協助維持健康飲食。健康食品卡福利為每月 <b>\$50.00</b> 津貼，用於在參與的零售商店購買健康營養食品及農產品。您會收到預先載入的簽帳卡，每月津貼將於每個月初提供。任何未使用的額度不可挪到下個月使用。</p> <p>如需更多有關承保及參與之零售商店的食品雜貨項目資訊，以及瞭解您是否符合資格，請致電會員服務部或造訪我們的網站：<a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>。</p>	\$0
<p><b>聽力服務</b></p> <p>本計劃將會給付由您醫療服務提供者所進行的聽力與平衡感檢測。這些檢測將會告訴您，您是否需要接受醫療服務。當您透過醫師、聽力學家或其他合格醫療服務提供者取得這些服務時，這些服務將比照門診照護的承保方式。</p> <p>如果您懷孕或是特護療養機構的住院者，本計劃亦會給付助聽器，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 耳模、用品及耳塞</li> <li>• 費用超過 \$25 的修復服務 (每次)</li> <li>• 首組電池</li> <li>• 六次就診，以供您在取得助聽器之後，接受同一供應商所提供的訓練、調整及配驗</li> <li>• 助聽器租借試用期</li> </ul> <p>本計劃亦承保以下補充 (即例行) 聽力服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年 1 次例行聽力檢查。</li> <li>• 每年 1 次助聽器調試與評估。</li> <li>• 每年每耳 1 個最多 \$1000 的非植入式助聽器。每年限用 2 個非植入式助聽器。福利包括 1 年標準保修和 1 套電池。</li> </ul> <p>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</p> <p>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>特定慢性疾病協助</b></p> <p><b>針對慢性疾病的特殊補充給付</b></p> <p>我們的計劃可為特定會員提供額外福利，而且完全免費。若要符合這些福利的資格，您必須符合特定標準，包括針對一或多項符合合併症和醫療複雜病症的主動診斷。該病症必須威脅性命或嚴重限制會員的整體健康或功能。此外，會員必須需要密集的照護管理，且具有高住院風險。如需病症和詳細資格條件的完整清單，請參閱第 69 頁的第 4 章第 C 節。</p> <p>如果您認為您符合標準，並且想要進一步瞭解以下福利，包括獲取方式，請致電會員服務部。</p> <p>如符合資格，您可能會獲得以下福利：</p> <p><b>Utility Flex Card</b></p> <p>如符合資格，本計劃將提供每個月以 \$75 為限的 Visa 預付簽帳金融卡，協助支付您住家的公用事業費用。此項給付僅供您使用，不得出售或轉讓，且不可兌換現金。任何未使用的 <b>Utility Flex Card</b> 給付金額將於每個月月底到期。此給付核准的公用事業服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 電費、瓦斯費、清潔費和水費</li> <li>● 固定有線電話和行動電話的服務</li> <li>● 有線電視服務</li> <li>● 特定石油費用，例如家用燃料油</li> </ul> <p>如果您尚未收到預付的 <b>Visa Flex Card</b>，請致電會員服務部。</p> <p>如果卡片失效，或使用於符合資格但不接受 <b>Visa</b> 的公用事業業者，您將可獲得償付。為獲得償付，您必須將索賠表格連同醫療服務提供者所在地的原始列印分項發票一起提交。索賠必須在發票上的購買日 90 天內提交。</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>HIV 篩檢</b></p> <p>針對下列人士，本計劃將每 12 個月給付一次 HIV 篩檢檢查：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 要求進行 HIV 篩檢檢測者；或</li> <li>• HIV 感染風險較高者。</li> </ul> <p>針對懷孕婦女，本計劃將在其懷孕期間給付最多三次的 HIV 篩檢檢測。</p> <p>如果您的醫療服務提供者建議的話，我們也會支付額外的 HIV 篩檢費用。</p>	\$0
<p><b>居家健康機構照護</b></p> <p>在您可以開始接受居家醫療保健服務之前，您的醫師必須告知本計劃您需要接受居家醫療保健服務，且這些服務必須由居家照護機構提供。</p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 兼職性或間歇性的專業護理和居家健康助理服務 (您的專業護理和居家健康助理服務時間合計每天必須少於 8 小時，且每週必須少於 35 小時，才可納入居家醫療保健福利的承保範圍。)</li> <li>• 物理治療、職能治療與言語治療</li> <li>• 醫療及社會服務</li> <li>• 醫療器材與用品</li> </ul> <p>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</p> <p>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>居家輸液治療</b></p> <p>本計劃將給付居家輸液治療，此定義為於靜脈施打或用於皮下並且在家中提供的藥品或生物製劑。進行居家輸液時需要下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 藥品或生物物質，例如抗病毒劑或免疫球蛋白；</li> <li>• 器材，例如幫浦；以及</li> <li>• 用品，例如輸液管或導管。</li> </ul> <p>本計劃不承保居家輸液服務，包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 根據您的照護計劃提供的專業服務，包括護理服務；</li> <li>• 會員訓練和教育尚未包括在 DME 福利內；</li> <li>• 遠端監測；以及</li> <li>• 監測服務，適用於由合格居家輸液治療提供者所提供的居家輸液治療和居家輸液藥品。</li> </ul> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>安寧照護</b></p> <p>如果您的醫療服務提供者和安寧照護醫療主任判定您有末期預後，則您有權選擇安寧照護。這表示，您患有末期疾病且您的預期壽命只剩下六個月或不到六個月。您可透過任何經 <b>Medicare</b> 認證的安寧照護方案取得照護。本計劃必須幫助您找到 <b>Medicare</b> 認證的安寧療護方案。您的安寧照護醫師可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。</p> <p>本計劃將會在您接受安寧照護服務期間給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 治療症狀和疼痛的藥品</li> <li>• 短期喘息照護</li> <li>• 居家照護</li> </ul> <p><b>安寧照護服務以及屬於 Medicare Part A 或 Part B 承保範圍的服務將由 Medicare 付費。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如需詳細資訊，請參閱本章第 133 頁的<b>第 F 節</b>。</li> </ul> <p><b>對於本計劃承保但非 Medicare Part A 或 B 承保的服務：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本計劃會承保 Medicare Part A 或 Part B 未承保的服務。不論我們承保的服務是否與您的末期預後有關，本計劃均會承保這些服務。您無需為這些服務支付任何費用。</li> </ul> <p><b>可能由本計劃的 Medicare Part D 福利承保的藥物：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不論在何種情況下，安寧照護及本計劃不會同時承保藥品。如需詳細資訊，請參閱您《會員手冊》第 151 頁的<b>第 5 章第 F3 節</b>。</li> </ul> <p><b>註：</b>如果您需要非安寧照護的照護服務，您應致電您的照護協調員以安排服務。非安寧照護的照護服務是指與您末期預後無關的照護。</p> <p>本計劃為尚未選擇安寧照護福利的末期疾病會員，承保安寧照護諮詢服務 (僅限一次)。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>免疫接種</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 肺炎疫苗</li> <li>• 流感疫苗注射，每個流感季節 (秋季和冬季) 一次；若為醫療所必需，則可給付額外的流感疫苗注射</li> <li>• B 型肝炎疫苗 (如果您是 B 型肝炎中高風險族群)</li> <li>• 新冠病毒 COVID-19 疫苗</li> <li>• 其他疫苗 (如果您有罹病風險且該疫苗符合 Medicare Part B 的承保規定)</li> </ul> <p>本計劃會給付其他符合 Medicare Part D 承保規定的疫苗。詳情請參閱您《會員手冊》第 160 頁的<b>第 6 章第 D 節</b>。</p> <p>我們也會按照免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 的建議為成人給付所有疫苗。</p> <p><i>部分 Part B 藥物需要獲得事先授權才可承保。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>居家支援服務</b></p> <p>如果您符合特定臨床條件，我們會提供居家支援服務，包括打掃、家務和餐食準備，以及在日常生活活動方面提供協助。</p> <p>服務必須由持照計劃臨床醫生或持照計劃服務提供者建議或要求。您可以參加照護管理或由照護經理來評估。</p> <p>服務需要提供下列其中一項證明文件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 阿茲海默症/其他失智症診斷</li> <li>● 關節置換手術</li> <li>● 跌倒康復</li> <li>● 截肢</li> <li>● 白內障/視網膜/其他眼科手術</li> <li>● 晚期心肺疾病</li> <li>● 中風</li> <li>● 行走攜帶輔助裝置</li> <li>● 視力受損</li> <li>● 頻繁住院</li> <li>● 頻繁的急診 (ER) 就診</li> <li>● 患有慢性病的手術後患者，包括下列其中一項疾病：糖尿病、COPD、鬱血性心臟衰竭 (CHF)、泌尿道感染 (UTI)、腎臟疾病、癌症或行為健康診斷。</li> </ul> <p>服務將以 4 小時為單位增量提供，每年最多 12 次的居家支援服務。如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>住院照護</b></p> <p>本計劃將給付下述服務和其他醫療所必需但未列於此的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 雙人病房 (若是醫療所必需，則單人病房亦可)</li> <li>• 膳食，包括特殊飲食</li> <li>• 例行護理服務</li> <li>• 特殊照護病房 (例如加護病房或冠心病照護病房) 的費用</li> <li>• 藥品和藥物</li> <li>• 化驗</li> <li>• X 光和其他放射線服務</li> <li>• 必要的外科手術用品和醫療用品</li> </ul> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>在您的緊急情況獲得控制之後，您必須取得本計劃的核准，才可繼續在網絡外醫院接受住院照護。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>住院照護 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用具 (例如輪椅)</li> <li>• 手術和恢復室服務</li> <li>• 物理、職能及言語治療</li> <li>• 物質濫用住院服務</li> <li>• 在某些情況下，下述類型的移植：眼角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞，以及小腸/多重器官。</li> </ul> <p>如果您需要移植，經 <b>Medicare</b> 核准的移植中心將會審查您的案件，以決定您是否適合接受移植。移植醫療服務提供者可能在當地或在服務區外。如果當地的移植醫療服務提供者願意接受 <b>Medicare</b> 的費率，則您可以選擇在當地或在社區照護範圍外的地點獲取移植服務。如果本計劃提供移植服務的地點是在我們的社區照護範圍外，而您選擇在該地點接受移植，則我們將會為您及另外一位陪同人士安排適當的住宿和交通運輸服務或為您支付相關費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 血液 (包括儲存和輸血)</li> <li>• 醫師服務</li> </ul> <p>在您的緊急情況獲得控制之後，您必須取得本計劃的核准，才可繼續在網絡外醫院接受住院照護。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>精神科醫院的住院服務</b></p> <p>本計劃將會給付需要住院的精神健康照護服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 如果您需要在獨立的精神科醫院接受住院服務，我們會給付前 190 天的住院。之後，當地郡縣的精神健康機構會支付醫療所必需的住院精神科服務。本計劃將會與您所在郡縣的精神健康機構協調，以取得您住院超過 190 天後所需的照護授權。 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 此 190 天的限制並不適用於一般醫院精神科病房所提供的精神健康住院服務。</li> </ul> </li> <li>● 如果您已年滿 65 歲以上，本計劃將會給付您在精神疾病機構 (IMD) 所接受的服務。</li> </ul> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>住院照護：在醫院或是特護療養機構 (SNF) 接受的非承保住院期間的承保服務</b></p> <p>如果住院照護並不合理且非醫療上必要，則我們不會給付該項費用。</p> <p>然而，在某些不承保住院照護的情況下，本計劃可能仍會給付您待在醫院或護理機構期間所接受的服務。如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。</p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫師服務</li> <li>• 診斷檢測 (例如化驗)</li> <li>• X 光、鐳放射治療以及同位素治療，包括技師準備的材料和提供的服務</li> <li>• 外科敷料</li> <li>• 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置</li> <li>• 義體和矯正裝置 (牙科用除外)，包括此類裝置的置換或修復。這些是取代全部或部分機能的裝置： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 體內器官 (包括周邊組織)，或</li> <li>○ 取代失能或失常之體內器官的機能。</li> </ul> </li> <li>• 腿部、手臂、背部和頸部用支架，疝帶以及腿部義肢、手臂義肢和義眼。承保範圍包括因斷裂、磨損、遺失或您病況改變所需的調整、修復和置換</li> <li>• 物理治療、言語治療及職能治療</li> </ul>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>腎臟病服務與用品</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 教導腎臟照護並協助您針對您的照護作出適當決定的腎臟病教育服務。您必須患有第 IV 階段的慢性腎臟病，且您的醫師必須為您提供轉介。本計劃承保最多六堂腎臟病教育服務課程。</li> <li>• 門診洗腎治療，包括暫時離開服務區域時所接受的洗腎治療 (如《會員手冊》第 53 頁上第 3 章第 D4 節的說明)，或當您的提供者暫時無法提供或無法取得此服務時。</li> <li>• 住院洗腎治療 (如果您是以住院病人身分住院接受特殊照護)</li> <li>• 自行洗腎訓練 (包括針對您和任何協助您進行居家洗腎治療之人士而提供的訓練)</li> <li>• 居家洗腎器材和用品</li> <li>• 部分居家支援服務 (例如，在必要的時候，由受過訓練的洗腎工作人員至您家查看您的居家洗腎情況、協助處理緊急情況，並檢查您的洗腎器材和供水)。</li> </ul> <p>您的 Medicare Part B 藥品福利給付部分洗腎用藥品。如需更多資訊，請參閱本表的「Medicare Part B 處方藥」部分。</p> <p>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</p>	\$0
<p> <b>肺癌篩檢</b></p> <p>如果您符合以下條件，本計劃將每 12 個月給付一次肺癌篩檢：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 年齡介於 50-77 歲之間；且</li> <li>• 接受醫師或其他合格醫療服務提供者的諮詢與共同決策看診，且</li> <li>• 曾每天至少抽 1 包煙並持續達 20 年之久，且沒有肺癌的病徵或症狀，或是目前有在抽煙或已在最近 15 年內戒煙。</li> </ul> <p>在首次篩檢之後，本計劃每年會在您的醫師或其他合格醫療服務提供者開立書面醫囑的情況下，給付其他篩檢服務。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>膳食福利</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 急性後期膳食： <p>對於從住院機構 (醫院、專業護理機構或住院復健機構) 出院的會員，本計劃將提供每天最多 3 餐，為期 14 天，總共 42 餐，您無需支付額外費用。您可以選擇收到新鮮冷凍餐食、耐貯存餐點或一箱營養奶昔。您可以選擇在總給付上限內收到餐食和奶昔的組合，每次最多一箱奶昔。</p> </li> <li>● 慢性疾病膳食： <p>患有特定慢性疾病的會員在接受照護管理時，可能有資格獲得健康餐食來作為監督計劃的一部份，藉此過渡並調整生活方式。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 符合條件的慢性病包括愛滋病、氣喘、慢性阻塞性肺病 (COPD)、鬱血性心臟衰竭、冠狀動脈疾病、糖尿病和高血壓。</li> <li>○ 您每天最多收到 3 餐，為期最多 28 天，每個月最多 84 餐。本項福利每年最多可使用 3 個月。</li> <li>○ 視供應情況而定，您可以選擇接收新鮮冷凍餐食，耐貯存餐點及/或一箱營養奶昔。您可以在每月的限額內選擇接受餐點和奶昔的組合，每個月最多一箱奶昔。</li> </ul> <p>請聯絡會員服務部安排膳食遞送事宜。電話號碼位於本頁下方。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> </li> </ul>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>醫療營養治療</b></p> <p>此福利適用於罹患糖尿病或罹患腎臟病但無需洗腎的人士。此福利亦適用於已接受腎臟移植的人士，需有醫師的醫囑。</p> <p>在您接受 Medicare 所提供之醫療營養治療服務的第一年期間，本計劃會給付三小時的一對一諮詢服務。若為醫療所必需，我們可能會核准其他服務。</p> <p>在其之後，本計劃每年會給付兩小時的一對一諮詢服務。如果您的病況、治療或診斷結果有所改變，在醫師的醫囑下，您接受治療的時數可能可以增加。如果您的治療需要持續至下一個曆年，則醫師必須每年均為這些服務開立一次處方，並更新其醫囑內容。若為醫療所必需，我們可能會核准其他服務。</p>	\$0
 <p><b>Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP)</b></p> <p>本計劃會支付 MDPP 服務的費用。MDPP 是為幫助您增加健康行為而設計的。MDPP 提供實際訓練於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期飲食改變，和</li> <li>• 增加身體活動量，和</li> <li>• 制定策略以達成持續減肥和健康生活模式。</li> </ul>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>Medicare Part B 處方藥</b></p> <p>這些藥品屬於 Medicare Part B 的承保範圍。某些藥品可能要配合循序用藥來使用，這表示您必須先嘗試不同的藥品，看看是否對您有效。本計劃給付下列藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 通常不是由您自行注射，而是在接受醫師、醫院門診或門診外科手術中心服務時，所注射或輸注的藥品</li> <li>• 您使用本計劃所授權的耐用醫療器材 (例如噴霧器) 給藥的藥品</li> <li>• 血友病患者自行注射的凝血因子</li> <li>• 免疫抑制藥品 (如果在您接受器官移植時已投保 Medicare Part A)</li> <li>• 骨質疏鬆注射藥品。如果您行動不便，且醫師證明您的骨折與停經後的骨質疏鬆有關，同時您無法自行注射藥品，則這類藥品可獲得給付</li> <li>• 抗原</li> <li>• 某些口服抗癌藥品和抗嘔心藥品</li> </ul> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>Medicare Part B 處方藥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>部分居家洗腎藥品，包括肝素、肝素解毒劑 (醫療所必需時)、局部麻醉劑、紅血球生成刺激劑 (例如 <b>Epogen®</b>、<b>Procrit®</b>、<b>Epoetin Alfa</b>、<b>Aranesp®</b> 或 <b>Darbepoetin Alfa</b>)</li> <li>免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏疾病病人居家治療使用</li> </ul> <p>以下連結為 <b>Part B 藥物清單</b>，可能受循序用藥限制：  <a href="https://wellcare.healthnetcalifornia.com/step-therapy-part-b-drugs.html">https://wellcare.healthnetcalifornia.com/step-therapy-part-b-drugs.html</a>。</p> <p>我們也根據 <b>Medicare Part B</b> 和 <b>Part D</b> 處方藥福利承保某些疫苗。</p> <p>您《會員手冊》第 138 頁的<b>第 5 章第 A 節</b>會說明本計劃的門診處方藥福利。此章節將會說明您必須遵守的處方承保規定。</p> <p>您《會員手冊》第 159 頁的<b>第 6 章第 C2 節</b>會說明您透過本計劃為門診處方藥支付的費用。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>護理機構照護</b></p> <p>護理機構 (NF) 是為無法在家接受照護卻又不需要住院的人士提供照護的場所。</p> <p>本計劃的給付服務，包括但不限於以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 雙人病房 (若是醫療所必需，則單人病房亦可)</li> <li>● 膳食，包括特殊飲食</li> <li>● 護理服務</li> <li>● 物理治療、職能治療與言語治療</li> <li>● 呼吸治療</li> <li>● 根據您的照護計劃提供給您的藥品。(這些藥品包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子。)</li> <li>● 血液 (包括儲存和輸血)</li> <li>● 通常由護理機構提供的醫療與外科手術用品</li> <li>● 通常由護理機構提供的化驗</li> <li>● 通常由護理機構提供的 X 光與其他放射線服務</li> <li>● 通常由護理機構提供的用具 (例如輪椅)</li> <li>● 醫師/執業人員服務</li> <li>● 耐用醫療器材</li> <li>● 牙科服務 (包括假牙)</li> <li>● 視力福利</li> </ul> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>護理機構照護 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 聽力檢查</li> <li>• 脊椎推拿治療</li> <li>• 足科服務</li> </ul> <p>通常您會從網絡內機構取得照護。但是，您可能也可以透過網絡外的機構取得照護。如果下述場所同意接受本計劃的給付金額，您將可透過下述場所取得照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您在前往醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區 (只要其有提供護理機構照護)。</li> <li>• 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的護理機構。</li> </ul> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p> <b>肥胖症篩檢與減重治療</b></p> <p>如果您的身體質量指數為 30 或以上，本計劃將會給付協助您減重的諮詢服務。您必須在主要照護環境下接受諮詢服務。這樣醫師才能配合您完整的預防計劃處理您的減重治療。請與您的主治醫師討論瞭解詳情。</p>	\$0
<p><b>鴉片類藥物 (OTP) 治療計劃服務</b></p> <p>本計劃將給付下述服務，以治療鴉片類藥品使用疾患 (OUD)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 服用情況</li> <li>• 定期評估</li> <li>• 由 Food and Drug Administration (FDA) 核准的藥物；若適用，由 FDA 管理和提供您這些藥物</li> <li>• 藥物使用諮詢</li> <li>• 個人和團體治療</li> <li>• 體內藥品或化學物質檢測 (毒性檢測)</li> </ul> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>門診診斷檢測及治療服務與用品</b></p> <p>本計劃將給付下述服務和其他醫療所必需但未列於此的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光</li> <li>• 放射線 (鐳和同位素) 治療，包括技師準備的材料和用品</li> <li>• 外科手術用品，例如敷料</li> <li>• 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置</li> <li>• 化驗</li> <li>• 血液 (包括儲存和輸血)</li> <li>• 其他門診診斷檢測 (包括如 CT、MRI、MRA、SPECT 等的複雜檢測)</li> </ul> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>醫院門診服務</b></p> <p>本計劃將會給付您為了診斷或治療疾病或傷害而在醫院門診部門所接受的醫療所必需之服務，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 急診部門或門診診所之服務，例如門診手術或觀察服務 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 觀察服務可協助您的醫師瞭解是否需要您以「住院」身分入院。</li> <li>○ 有時候，您可以在醫院過夜，但仍然屬於「門診患者」。</li> <li>○ 您可以在此資料表中取得更多關於住院或門診的資訊：<a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></li> </ul> </li> <li>● 由醫院請款的化驗與診斷測試</li> <li>● 心理健康照護，包括由部分住院方案所提供的照護，只要醫師證明不接受該照護就必須住院治療</li> <li>● 由醫院請款的 X 光和其他放射線服務</li> <li>● 醫療用品，例如夾板和固定用石膏</li> <li>● 列於給付表中的預防性篩檢與服務</li> <li>● 部分您無法自行施用的藥品</li> </ul> <p>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>門診心理醫療保健</b></p> <p>本計劃將給付由下列人士提供的精神健康服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 持有州政府執照的精神科醫師或醫師</li> <li>● 臨床心理醫師</li> <li>● 臨床社工</li> <li>● 臨床專科護士</li> <li>● 執業護士</li> <li>● 醫師助理</li> <li>● 其他任何在適用州法律許可範圍內的合格 Medicare 心理醫療保健專業人士</li> </ul> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 臨床服務</li> <li>● 日間治療</li> <li>● 心理社會復健服務</li> <li>● 部分住院/密集門診方案</li> <li>● 個人及團體心理健康評估與治療</li> <li>● 根據臨床顯示係評估心理健康狀況所需的心理測驗</li> <li>● 以監測藥品治療為目的的門診服務</li> <li>● 門診化驗、藥品、用品與補充品</li> <li>● 精神科諮詢</li> </ul> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>
<p><b>門診復健服務</b></p> <p>本計劃將會給付物理治療、職能治療及言語治療。</p> <p>您可透過醫院門診部、治療師執業的獨立診所、綜合門診復健機構 (CORF) 和其他機構取得門診復健服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>門診藥物濫用服務</b></p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 酒精誤用篩檢及諮詢</li> <li>• 藥物濫用治療</li> <li>• 由合格臨床醫師進行的團體或個人諮詢</li> <li>• 由住院戒癮方案提供的亞急性解毒服務</li> <li>• 在密集門診治療中心進行的酒精和/或藥品濫用服務</li> <li>• 長效納曲酮 (vivitrol) 藥物治療</li> </ul> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p><b>門診外科手術</b></p> <p>本計劃會給付在醫院門診機構及門診外科手術中心進行的門診外科手術與服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>非處方 (OTC) 項目</b></p> <p>我們的計劃每三個月提供 \$260 給付，用來透過 CVS 購買計劃批准的非處方藥。</p> <p>您可以透過手機、上網或在參與活動的 CVS 零售地點使用計劃的保戶 ID 卡，從目錄中購買符合資格的 OTC 藥。您可以在 <a href="http://www.cvs.com/otchs/healthnet">www.cvs.com/otchs/healthnet</a> 網站上查看目錄並下單，或撥打 1-866-528-4679 (聽障專線：711)，我們將您的物品宅配到府，不收取額外費用。</p> <p>請注意，OTC 目錄可能會每年變更。請務必查看目前的目錄，看看哪些用品是新推出的，並確定去年對用品的任何變更。每季限以 3 筆郵購訂單。店內購買無訂單限制，最高可達參與地點的津貼限制。在目錄中註明的特定項目數量，每季可能有額外的限制。</p> <p>註：在某些情況中，診斷用設備 (例如診斷血壓、膽固醇、糖尿病、結直腸篩檢和 HIV 的設備) 和協助戒菸產品屬於本計劃醫療福利的承保範圍。如需獲得上述所列的這些物品和設備，您應當 (在可能時) 使用本計劃的其他福利，而不是花費您的 OTC 補貼費用。</p>	\$0
<p><b>部分住院服務</b></p> <p>部分住院是一項結構化的積極精神科治療方案。該方案是醫院門診服務或在社區心理健康中心提供。部分住院治療比您在醫師或治療師的診所接受的照護更為密集。該方案可協助您免於住院。</p> <p>註：由於本計劃網絡內沒有社區精神健康中心，因此本計劃僅會承保在醫院門診服務所提供的部分住院服務。</p> <p>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在諸如下列地點所提供之醫療所必需的醫療保健或外科手術服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 醫師診間</li> <li>○ 經認證的門診外科手術中心</li> <li>○ 醫院門診部</li> </ul> </li> <li>● 專科醫師的諮詢、診斷和治療</li> <li>● 由您主治醫師提供的基礎聽力與平衡感檢查，前提是您的醫師是為了確認您是否需要治療而安排此檢查</li> </ul> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



<p><b>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定 Telehealth 服務，包括緊急需求服務、家庭健康服務、主治醫生、職能治療、專科醫師、精神健康的個人療程、足部治療服務、其他健康護理專業人士、精神科的個人療程、物理治療與言語 - 語言病理學服務、藥物濫用門診的個人療程以及糖尿病自我管理培訓。 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您可以選擇透過親自看診或透過 Telehealth 取得這些服務。若您選擇透過 Telehealth，以取得其中一項服務，則您必須請能透過 Telehealth 提供服務的網絡醫療服務提供者為您看診。</li> </ul> </li> <li>● 我們的計劃提供每週 7 天，每天 24 小時可透過 Teladoc 與當局認證醫師群進行的虛擬問診，以協助解決各種不同的健康疑慮 / 問題。承保服務包括了普通醫療、行為健康和皮膚科等。 <p>虛擬問診 (亦稱為 Telehealth 諮詢) 指透過電話或網際網路使用智慧型手機、平板電腦或電腦與醫師對談。某些類型的問診可能需要有網際網路和具備相機功能的裝置。</p> <p>如需詳細資訊，或要安排約診，請致電 Teladoc，電話：1-800-835-2362 (聽障專線：711)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務，</p> </li> <li>● 有些 Telehealth 服務包括由 Medicare 許可的醫師或醫療執業人員專為某個鄉村地區或其他地方的病人提供的諮詢、診斷與治療服務</li> <li>● 與末期腎臟病 (ESRD) 相關的每月 Telehealth 服務，適合在醫院或在偏遠地區醫院洗腎中心、洗腎機構或在家中的居家洗腎會員</li> <li>● Telehealth 服務可診斷、評估或治療中風症狀</li> <li>● 為藥物使用失調會員或同時存在精神健康障礙會員提供的 Telehealth 服務</li> <li>● 在下列情況下，針對精神健康疾病的診斷、評估和治療提供 Telehealth 服務：</li> </ul> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p> <p><b>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診 (續)</b></p>	\$0
--	-----

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您在進行第一次 Telehealth 就診前的 6 個月內，您曾親自就診</li> <li>○ 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些 Telehealth 服務</li> <li>○ 在某些情況下，本計劃可以對上述情況進行例外處理</li> <li>● 由鄉村健康診所和聯邦合格健康中心所提供的精神健康門診之 Telehealth 服務。</li> <li>● 如果符合以下條件，您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查 (例如透過電話或視訊聊天) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新患者；且</li> <li>○ 此檢查與過去 7 天的診間就診無關；且</li> <li>○ 此檢查不會導致病患需要在 24 小時內或最快可約診時間內，前往診間就診</li> </ul> </li> <li>● 如果符合以下條件，由您傳送影片和/或影像給醫生的評估，而由醫生在 24 小時內解釋和追蹤 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新患者；且</li> <li>○ 此評估與過去 7 天的門診無關；且</li> <li>○ 此評估不會導致病患需要在 24 小時內或最快可約診時間內，前往診間就診</li> </ul> </li> <li>● 如果您不是新病人，可透過電話、網路或電子健康記錄與其他醫師進行您醫師為您提供的諮詢服務</li> <li>● 在進行某項醫療程序前，由其他網絡醫療服務提供者提供的第二意見</li> </ul> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p>	

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 非例行牙齒照護。承保服務僅限下述服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 下顎或下顎相關部位的外科手術</li> <li>○ 下顎或顏面骨骨折固位</li> <li>○ 在接受腫瘤癌症的放射線治療前所進行的拔牙</li> <li>○ 在由醫師提供時即屬承保範圍的服務</li> </ul> </li> </ul> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p><b>足科服務</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 足部傷害與足部疾病 (例如槌狀趾或足跟骨刺) 的診斷、醫療或外科手術治療</li> <li>● 針對罹患會影響腿部之病況 (例如糖尿病) 的會員所提供的例行足部照護</li> </ul> <p>其他例行足部照護每年最多 12 次就診</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p> <b>前列腺癌篩檢檢查</b></p> <p>針對年滿 50 歲以上的男性，本計劃會每 12 個月一次給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 直腸指診</li> <li>● 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測</li> </ul>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>義體裝置和相關用品</b></p> <p>義體裝置可取代所有或部分身體部位或身體機能。本計劃會給付下述義體裝置 (可能還有其他裝置未列於此)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 與結腸造口術照護相關的結腸造口袋與用品</li> <li>• 腸道和靜脈營養，包括輸液配套用品、輸液幫浦、輸液管和連接裝置、溶液和自行注射用品</li> <li>• 起搏器</li> <li>• 支架</li> <li>• 義肢鞋</li> <li>• 人工手臂與人工腿</li> <li>• 義乳 (包括用於乳房切除術後的外科手術胸罩)</li> <li>• 用來更換因疾病、受傷或先天缺陷而除去或損傷之所有臉部部分的假體</li> <li>• 失禁用乳膏和尿布</li> </ul> <p>本計劃亦給付與義肢裝置相關的部分用品。本計劃亦給付義肢裝置的修復或置換。</p> <p>本計劃針對白內障移除或白內障手術後的用品提供部分承保。請參閱本表後面的「視力照護」部分以瞭解詳情。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p><b>肺部復健服務</b></p> <p>本計劃會為罹患中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員給付肺部復健方案。您必須獲得由治療 COPD 之醫師或醫療服務提供者所提供的肺部復健轉介。</p> <p>本計劃會為需要依賴呼吸器的病人，給付呼吸照護服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>性傳染疾病 (STI) 篩檢與諮詢</b></p> <p>本計劃會給付衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎的篩檢。針對孕婦和部分罹患 STI 風險較高的人士，這些篩檢可獲得承保。這些檢測必須由主治醫師為您安排。這些檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間均屬承保範圍。</p> <p>針對有性生活且罹患 STI 風險較高的成人，本計劃亦將給付每年最多兩次的高密集式面對面行為輔導。每次輔導的時間可能為 20 分鐘至 30 分鐘。僅有在輔導是由主治醫師所提供的情況下，本計劃才會比照預防性服務給付這些輔導。這些輔導必須在主要照護環境下進行，例如醫師診所。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>特護療養機構 (SNF) 照護</b></p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 雙人病房，或者，若是醫療所必需，則為單人病房</li> <li>● 膳食，包括特殊飲食</li> <li>● 護理服務</li> <li>● 物理治療、職能治療與言語治療</li> <li>● 您根據照護計劃所取得的藥品 (包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子)</li> <li>● 血液 (包括儲存和輸血)</li> <li>● 由護理機構提供的醫療與外科手術用品</li> <li>● 由護理機構提供的化驗</li> <li>● 由護理機構提供的 X 光及其他放射線服務</li> <li>● 由護理機構提供的用具 (例如輪椅)</li> <li>● 醫師/醫療服務提供者服務</li> </ul> <p>通常您會從網絡內機構取得照護。但是，您可能也可以透過網絡外的機構取得照護。如果下述場所同意接受本計劃的給付金額，您將可透過下述場所取得照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您在前往醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區 (只要其有提供護理機構照護)</li> <li>● 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的護理機構 <i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></li> </ul>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>受監督的運動治療 (SET)</b></p> <p>本計劃會為負責治療 PAD 的醫師所轉介之罹患有症狀的周邊動脈疾病 (PAD) 會員，給付 SET。</p> <p>本計劃給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果達到了 SET 方案的要求，承保最高可在 12 個星期內提供 36 次療程</li> <li>• 如果醫療保健醫療服務提供者認為有其醫療必要性，則可在一段時間內再增加 36 次療程</li> </ul> <p>SET 方案必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 對於因血流不暢而導致腿部痙攣 (跛行) 的會員，提供 30 至 60 分鐘的運動訓練方案療程</li> <li>• 在醫院門診環境或在醫師診所中進行</li> <li>• 由合格的輔導人員提供，以確保益處要大過害處，且這些人員受過 PAD 運動治療的教育訓練</li> <li>• 由醫師、醫師助理或執業護士/臨床專科護士直接監督，且這些人員均需受過基本和進階的續命技術訓練</li> </ul> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p>	\$0
<p><b>交通接送服務：非緊急醫療交通運輸服務</b></p> <p>此項 Medi-Cal 福利可讓您使用最符合成本效且最容易取得的交通接送服務。其中可能包括：救護車、簡易醫療車、由附輪椅升降機的休旅車所提供的醫療交通運輸服務，以及與輔助大眾運輸協調。</p> <p>當發生下述情況時，上述類型的交通運輸服務即可獲得授權：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的醫療狀況和/或身體狀況使您無法搭乘公車、客車、計程車，或其他大眾或私人交通工具；且</li> </ul> <p><i>視服務項目而定，可能需要事先授權。</i></p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>交通服務 (額外例行程序)</b></p> <p>Medicare 計劃也承保在我們服務區域內非緊急情況的 48 次單程地面接送服務。這項福利可協助您獲得必要的醫療照護與服務。</p> <p>行程限制為：除非事先經過本計劃批准，否則限於 75 英里單程交通接送服務。請至少提前 72 小時致電安排例行行程，緊急行程則不限時間。某些地點可能除外。如需關於計劃核准地點的更多資訊，請致電會員服務。</p> <p>請注意：為使本計劃承保醫療上所必需的交通接送服務，該服務必須由網絡內醫療服務提供者來提供。車輛可能會同時載運多名門診患者，在旅途中也可能停在會員目的地以外的地點。在安排您的乘車時間時，請務必提及任何特殊需求或偏好。</p> <p>此項福利可讓您使用由客車、計程車或其他大眾/私人交通工具所提供的交通運輸服務，前往接受醫療服務。</p> <p>為獲得所需醫療照護而需要交通接送服務，包括前往牙科約診和領取處方藥。</p> <p>此項福利不會縮減您的非緊急醫療交通運輸福利。</p> <p>關於如何取得非緊急醫療交通運輸的詳細資訊，請參閱第 59 頁的第 3 章第 F2 節。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>緊急照護</b></p> <p>緊急照護是指為了治療下述情況所提供的照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 需要立即接受醫療保健的非緊急情況；或</li> <li>• 突發的醫療疾病；或</li> <li>• 受傷；或</li> <li>• 需要立即接受照護的病況。</li> </ul> <p>如果您需要接受緊急照護，您應先試著透過網絡醫療服務提供者取得。在您無法取得網絡內醫療服務提供者所提供的服務時(例如當您在本計劃的服務區域外時或在假日期間)，您可以接受網絡外醫療服務提供者的看診服務。</p> <p>在美國境外接受的緊急需求照護，可能按照全球急診/緊急承保福利之規定納入急診範圍。請參閱急診照護福利。</p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p> <b>視力照護</b></p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年一次例行眼科檢查</li> <li>• 眼鏡 (鏡框和鏡片) 每兩年最多 \$100，隱形眼鏡每兩年最多 \$100。</li> </ul> <p>本計劃會給付用於診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫師服務。例如，這包括適用於罹患糖尿病視網膜病變之糖尿病患者的年度眼科檢查以及老年性黃斑部病變治療。</p> <p>針對青光眼高風險群，本計劃將每年給付一次青光眼篩檢。青光眼的高風險群包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有青光眼家族病史的人士</li> <li>• 糖尿病患者</li> <li>• 年滿 50 歲以上的非裔美籍人士</li> <li>• 年滿 65 歲以上的西班牙裔美籍人士</li> </ul> <p>每次當醫師透過白內障手術置入人工水晶體後，本計劃會給付一副眼鏡或隱形眼鏡。</p> <p>如果您分別接受兩次白內障手術，您必須在每次手術後取得一副眼鏡。即使您在第一次手術後未取得眼鏡，您亦不得在第二次手術後取得兩付眼鏡</p> <p>此外，本項計劃還承保以下補充 (即例行) 視力服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年 1 次例行眼睛檢查。例行眼睛檢查，包括青光眼危險族群的青光眼篩檢、和糖尿病患者的視網膜檢查。</li> <li>• 每年不限次數購買處方眼鏡，每年可享有最多 \$400 的福利。承保的眼鏡包括下列任一項： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 眼鏡 (鏡框和鏡片)，或</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>此項福利內容延續至下頁</b></p>	<p>\$0</p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p><b>視力保健(續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 僅限鏡片，或</li> <li>○ 僅限鏡框，或</li> <li>○ 用隱形眼鏡取代普通眼鏡，或</li> <li>○ 升級視力配件</li> </ul> <p><b>注意：</b>隱形眼鏡調試費用獲本項計劃承保。</p> <p>每年計劃給付承保最高金額為 <b>\$400</b>，適用於鏡框和/或鏡片 (包括任何諸如色彩、鍍膜的鏡片選擇) 的零售價格。您負責任何超出福利上限的補充性 (即例行) 眼鏡費用。</p> <p><b>Medicare</b> 承保的眼鏡，不包括在補充 (即例行) 福利上限內。會員無法使用其補充眼鏡給付來增加其 <b>Medicare</b> 承保眼鏡上的承保範圍</p> <p><b>注意：</b>例行視力服務是本項計劃提供的補充給付。<b>Medicare</b> 和 <b>Medicaid</b> 均不為此類服務支付分攤費用。</p> <p>視力服務必須透過計劃的視力服務網絡取得。如對尋找提供者或更多資訊有相關疑問，請致電會員服務部或造訪我們的網站：<a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p><b>「歡迎加入 Medicare」的預防門診</b></p> <p>本計劃承保此一次性的「歡迎加入 Medicare」預防門診。此次門診包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 檢視您的健康狀況，</li> <li>• 提供您所需的預防服務教育與諮詢 (包括篩檢和預防針注射)；及</li> <li>• 提供您所需的其他照護轉介。</li> </ul> <p><b>註：</b> 本計劃僅在您投保 Medicare Part B 的前 12 個月為您承保「歡迎加入 Medicare」預防門診。當您預約看診時，請告知您醫師的診所您想要預約「歡迎加入 Medicare」預防門診。</p>	\$0

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## E. 承保本計劃以外的福利

我們不承保下列服務，但可透過 Original Medicare 或 Medi-Cal 按服務收費，來取得服務。

### E1. 加州社區過渡 (CCT)

加州社區過渡 (CCT) 方案利用當地仲介組織來協助已住院或入住機構居住至少連續 90 天，且希望返回社區持續居住的合格 Medi-Cal 受益人。CCT 方案在受益人回到社區前期間以及回到社區後的 365 天期間資助過渡協調服務，以協助受益人搬回社區。

您可透過任何為您居住郡縣提供服務的 CCT 仲介組織，取得過渡協調服務。您可在 Department of Health Care Services 的網站上，找到 CCT 仲介組織及其服務郡縣的清單：

[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)。

#### 針對 CCT 過渡協調服務

Medi-Cal 給付過渡協調服務。您無需為這些服務支付任何費用。

#### 針對與您 CCT 過渡無關的服務

醫療服務提供者會針對其為您提供的服務，向本計劃請款。我們的計劃會在您搬回社區後，給付所提供的服務。您無需為這些服務支付任何費用。

當您獲得 CCT 過渡協調服務時，我們會支付列於第 D 節給付表中的服務。

#### 藥品承保福利無變更

CCT 方案不承保藥品。您持續透過我們的計劃獲得普通藥品福利。如需詳細資訊，請參閱您《會員手冊》第 150 頁的第 5 章第 F 節。

**註：**如果您需要非 CCT 過渡照護，您應致電您的照護協調員以安排服務。非 CCT 過渡照護是指，與您從機構或設施遷出無關的照護。

### E2. Medi-Cal 牙科方案

特定牙科服務透過 Medi-Cal 牙科方案提供；包括但不限於下列服務，例如：

- 首次檢查、X 光片、洗牙和塗氟治療
- 修復和牙冠
- 根管治療
- 假牙、調整、修補和換底墊

Medi-Cal 按服務收費牙科方案提供牙科福利。如需更多資訊，或需要協助尋找接受 Medi-Cal 牙科方案的牙醫，請致電客戶服務專線 1-800-322-6384 (聽障專線使用者請致電

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



1-800-735-2922)。此為免付費電話。Medi-Cal 牙科方案代表服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。您也可以瀏覽網站 [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/) 以取得更多資訊。

除了 Medi-Cal 按服務收費牙科方案之外，您還可透過牙科管理式照護計劃取得牙科福利。牙科管理式照護計劃在 Los Angeles County 提供。如果您需要更多有關牙科計劃的資訊、需要協助尋找牙科計劃或想更換牙科計劃，請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263 (聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077) 與醫療保健方案處聯絡 (此為免付費電話)。

**註：**我們的計劃提供額外的牙科服務。請參閱第 D 節的給付表，以瞭解詳細資訊。

### E3. 安寧照護

如果您的醫療服務提供者和安寧照護醫療主任判定您有末期預後，則您有權選擇安寧照護。這表示，您患有末期疾病且您的預期壽命只剩下六個月或不到六個月。您可透過任何經 Medicare 認證的安寧照護方案取得照護。本計劃必須幫助您找到 Medicare 認證的安寧療護方案。您的安寧照護醫師可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。

請參閱第 D 節的給付表，以瞭解您在接受安寧照護服務時，本計劃給付項目的更多資訊。

**針對安寧照護服務以及與您末期預後有關的 Medicare Part A 或 Part B 承保服務：**

- 安寧照護醫療服務提供者，將會針對其為您提供的服務，向 Medicare 請款。Medicare 會給付與您的末期預後有關的安寧照護服務。您無需為這些服務支付任何費用。

**針對與您末期預後無關的 Medicare Part A 或 Part B 承保服務 (急診照護或緊急需求照護除外)**

- 醫療服務提供者將會針對其為您提供的服務向 Medicare 請款。Medicare 將會給付 Medicare Part A 或 Part B 的承保服務。您將無需為這些服務支付任何費用。

**對於可能由本計劃的 Medicare Part D 福利承保的藥物：**

- 不論在何種情況下，安寧照護及本計劃不會同時承保藥品。如需詳細資訊，請參閱您《會員手冊》第 153 頁的第 5 章第 F3 節。

**註：**如果您需要非安寧照護的照護服務，您應致電您的照護協調員以安排服務。非安寧照護的照護服務是指與您末期預後無關的照護。

---

## F. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

本節說明本計劃排除的福利。「排除」項目是指本計劃不給付的福利項目。Medicare 與 Medi-Cal 亦不會給付這些福利。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



下列清單將為您說明本計劃在任何情況下均不承保，以及本計劃在某些情況下排除承保的部分服務與用品。

本計劃將不給付本節 (或本《會員手冊》其他地方) 所列的排除醫療福利，除非是具體明列的病況。即使您在急診機構接受服務，本計劃也不會支付服務費用。如果您認為本計劃應給付某項不承保的服務，您可以提出上訴。如需關於上訴的詳細資訊，請參閱您《會員手冊》第 198 頁的**第 9 章第 E 節**。

除了給付表所述的排除情況或限制之外，本計劃不承保以下用品和服務：

- **Medicare** 和 **Medi-Cal** 標準認定非「合理且醫療上必要」的服務，除非我們將這些服務列為承保的服務。
- 實驗性的醫療與外科手術治療、用品及藥品，除非其是屬於 **Medicare**、**Medicare** 所核准之臨床試驗研究或屬於本計劃的承保範圍。請參閱您《會員手冊》第 64 頁的**第 3 章第 I 節**，以瞭解關於臨床研究的詳細資訊。實驗性治療與用品是指未獲得醫學界普遍接納的治療與用品。
- 病態性肥胖症的外科手術治療，但醫療所必需且可獲得 **Medicare** 給付者不在此限。
- 醫院的單人病房，但醫療所必需者不在此限。
- 私人看護。
- 您在醫院或護理機構病房的個人用品，如電話或電視。
- 您居家的全職護理照護。
- 由您直系親屬或家人所收取的費用。
- 選擇性或自願性的加強程序或服務 (包括減重、頭髮生長、性能力、運動能力、美容、抗老化和心智能力)，但醫療所必需者不在此限。
- 整容外科手術或其他整容程序，除非是因意外傷害或為改善身體畸形部位所需。不過，本計劃將會給付乳房切除術後以及為了治療另一側乳房以達到對稱外觀所需的乳房重建。
- 矯正鞋，除非鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架的費用裡，或者鞋子是供糖尿病足部疾病患者使用。
- 足部支撐裝置，但供糖尿病足部疾病病人使用的矯正鞋或治療鞋不在此限。
- 放射狀角膜切開術、**LASIK** 手術和其他低視力助視器。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 絕育復原程序和非處方節育用品。
- 自然療法服務 (使用自然或替代療法)。
- 在退伍軍人事務部 (VA) 所屬機構提供給退伍軍人的服務。但是，若退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務，且 VA 的分攤費用超過本計劃規定的分攤費用，我們會為退伍軍人提供差額補償。您仍需負擔您的分攤費用額。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 5 章：領取您的門診處方藥

---

### 簡介

本章將為您說明領取門診處方藥的規定。這些藥品是您醫療服務提供者為您所開立，而您透過藥房或郵購取得的藥品。這些藥品包括 Medicare Part D 和 Medi-Cal 承保的藥品。主要用語及其定義按照字母順序顯示在《會員手冊》最後一章。

我們亦承保下述藥品，不過將不在本章多作說明：

- 由 **Medicare Part A** 承保的藥品。這通常包括您在醫院或護理機構期間提供給您的藥品。
- 由 **Medicare Part B** 承保的藥品。這包括部分化療藥品、在醫師或其他醫療服務提供者的門診期間提供給您的部分注射藥品，以及在洗腎診所提供給您的藥品。如欲瞭解有關 Medicare Part B 承保藥品的詳情，請參閱《會員手冊》第 75 頁之第 4 章第 D 節的「給付表」。

### 本計劃的門診藥品承保規定

只要您遵守本部分所述的規定，本計劃通常會承保您的藥品。

1. 您必須請醫生或其他醫療服務提供者為您開立處方，且該處方在適用的州法律下必須有效。此為您開立處方的人士通常是您的主治醫師 (PCP)。如果您的主治醫師為您轉介照護，為您開立處方的人士亦可能是其他的醫療服務提供者。
2. 您的開立處方者不得列於 Medicare 排除或預先排除清單，或任何類似的 Medicaid 清單、州 Medicaid 排除清單和州制裁或任何類似的州 Medicaid 清單。
3. 您通常必須使用網絡藥房領取處方。
4. 您的處方藥必須列於本計劃的承保藥品清單中。我們簡稱它為「藥品清單」。
  - 若該藥品不在「藥品清單」中，我們可能可透過例外處理為您承保該藥品。
  - 如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱第 9 章。
  - 另外請注意，Medicare 和 Medi-Cal 標準都將評估承保您處方藥的要求。
5. 您的藥品必須是用於醫療認可的適應症。這表示該藥品的使用已獲得 Food and Drug Administration (美國食品與藥品管理局) 的核准或有特定醫療參考資料的佐證。您的醫師可能可以幫助您識別醫療參考資料，以支援要求使用處方藥物。就 Medi-Cal 的承保

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



藥品而言，這是指透過對疾病或傷害的診斷或治療，來達到保護生命、預防重大疾病或嚴重殘疾，或減輕劇痛等目的而需使用的合理藥品。

## 目錄

A. 領取您的處方藥 .....	123
A1. 在網絡藥房領取您的處方藥 .....	123
A2. 領取處方藥時使用您的計劃 ID 卡 .....	123
A3. 如果您想更換到不同的網絡內藥房該怎麼辦.....	123
A4. 如果您的藥房退出網絡該怎麼辦 .....	123
A5. 使用專科藥房 .....	123
A6. 使用郵購服務取得您的藥品 .....	124
A7. 領取藥品的長期藥量.....	125
A8. 使用本計劃網絡外的藥房.....	126
A9. 償還您為處方藥所支付的費用.....	126
B. 本計劃的藥品清單.....	126
B1. 藥品清單中的藥品 .....	127
B2. 如何在藥品清單上找到藥品 .....	127
B3. 不在我們藥品清單上的藥物 .....	127
C. 部分藥品的限制 .....	128
D. 為什麼您的藥品可能無法獲得承保 .....	129
D1. 領取暫時藥量 .....	130
E. 您的藥品承保變更.....	132
F. 特殊個案的藥品承保範圍 .....	134
F1. 在本計劃承保的醫院或特護療養機構住院 .....	134
F2. 在長期照護機構 .....	134

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



F3. 參加經認證 Medicare 的安寧照護方案 .....	134
G. 藥品安全和藥品管理方案 .....	134
G1. 協助會員安全使用藥品的方案 .....	134
G2. 協助您管理藥品的方案 .....	135
G3. 安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP).....	136

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## A. 領取您的處方藥

### A1. 在網絡藥房領取您的處方藥

在大多數情況下，我們僅會給付您在本計劃任何網絡內藥房所領取的處方藥。網絡內藥房是指同意為本計劃會員發配處方藥的藥房。您可以選擇本計劃的任何一家網絡藥房。

如欲尋找網絡內藥房，您可查詢《醫療服務提供者與藥房名錄》，瀏覽我們的網站或與會員服務部聯絡。

### A2. 領取處方藥時使用您的計劃 ID 卡

如欲領取處方藥，請在網絡內藥房出示您的計劃 ID 卡。網絡內藥房會將您的承保處方藥帳單寄給我們。

請記住，您需要使用 Medi-Cal 卡或福利身分識別卡 (BIC) 才能取得 Medi-Cal Rx 承保的藥物。

如果您在領取處方藥時未攜帶您的計劃 ID 卡或 BIC，請要求藥房致電本計劃取得所需資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時便可能需要支付其全額費用。你可要求我們償還您所支付的費用。如果您無法支付藥物費用，州法律和聯邦法律允許藥房在緊急情況下，至少在 72 小時內提出您所需的處方申請。立即聯絡會員服務中心。本計劃將會盡我們所能協助您。

- 如欲要求我們償還您費用，請參閱《會員手冊》第 162 頁的**第 7 章第 A 節**。
- 如在領取處方藥時需要協助，可與會員服務部聯絡。

### A3. 如果您想更換到不同的網絡內藥房該怎麼辦

如果您更換了藥房並需要續配處方藥，您可請醫療服務提供者為您開立一份新處方，或請您的藥房將處方轉至新藥房 (若有任何剩餘的續配藥量)。

如需協助更換網絡內藥房，可與會員服務部聯絡。

### A4. 如果您的藥房退出網絡該怎麼辦

如果您使用的藥房退出計劃網絡，您將必須尋找新的網絡內藥房。

如欲尋找新的網絡內藥房，您可查詢《醫療服務提供者與藥房名錄》，瀏覽我們的網站或與會員服務部聯絡。

### A5. 使用專科藥房

有時處方藥必須在專科藥房領取。專科藥房包括：

- 供應居家輸液療法藥品的藥房。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 為長期照護機構 (例如療養院) 的住院者供應藥品的藥房。
  - 通常，長期照護機構有其各自的藥房。如果您住在長期照護機構，我們必須確保您能在機構的藥房取得所需的藥品。
  - 如果您長期照護機構的藥房不在本計劃網絡內，或如果您在長期照護機構取得您的藥品福利有任何困難，請與會員服務部聯絡。
- 為印地安健康服務/部落/城市印第安健康方案提供服務的藥房。除了在緊急情況之外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用這類藥房。
- 分發由 FDA 限制在某些地點配取或需要特別處理、服務提供者對藥物使用進行協調或教育的藥物的藥房。(備註：這種情形很少發生。)

如欲尋找專科藥房，您可查詢《醫療服務提供者與藥房名錄》、瀏覽本計劃的網站或與會員服務部聯絡。

## A6. 使用郵購服務取得您的藥品

特定藥物類型可使用本計劃網絡的郵購服務。一般而言，透過郵購提供的藥品是您因慢性或長期醫療狀況而需定期服用的藥品。在我們的藥物清單中，**無法**領取您的門診處方藥的郵購服務取得之藥物會標示為「NM」。

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 90 天份的藥量。90 天藥量與一個月藥量的共付額相同。

### 透過郵購領取處方藥

如欲取得郵購服務表及透過郵購領取處方藥的資訊，請瀏覽我們的網站：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)，或致電會員服務部 (電話號碼位於本頁頁尾) 尋求協助。

一般來說，您可在 10-14 天內收到郵購的處方藥。如果郵購寄達時間延遲，請致電會員服務部尋求協助 (電話號碼位於本頁頁尾)。

### 郵購流程

郵購服務針對您收到的新處方，直接透過您醫療服務提供者診所收到的新處方以及續配郵購處方藥都有不同的處理程序：

#### 1. 藥房透過您所收到的新處方

針對透過您所收到的新處方，藥房將會自動進行配藥和遞送。

#### 2. 藥房直接從您的醫療服務提供者診所取得新處方

藥房將自動配藥和遞送從醫療保健服務提供者所接收的新處方，不須先與您核對，如果：

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 您過去使用了本計劃的郵購服務，或
- 您登記自動遞送所有您直接從醫療保健服務提供者接收的新處方。您現在或隨時可以聯繫 **CVS Caremark**，要求自動遞送所有新處方，電話是 **1-866-808-7471** (聽障專線：711)。

如果您過去使用了郵購，且不希望藥房自動調劑和寄送每個新處方，請撥打 **CVS Caremark** 與我們聯絡，電話是 **1-866-808-7471** (聽障專線：711)。

如果您未曾使用過我們的郵購遞送和/或決定停止新處方自動配藥，藥房將在每次從醫療保健服務提供者收到新處方時與您聯絡，以了解您是否想要立即配藥和寄送。

- 這將使您有機會確保藥房向您遞送正確的藥物 (包括強度、數量和劑型) 以及，必要時在向您寄送藥物之前允許您取消或延遲訂單。
- 每當藥房與您聯絡時，請務必作出回應，以讓藥房知道該如何處理新處方，同時避免任何耽誤寄送的情況發生。

如需退出自動遞送直接從您的健康照護提供者辦公室所接收的新處方，請撥打 **CVS Caremark** 與我們聯絡，電話是 **1-866-808-7471** (聽障專線：711)。

### 3. 續配郵購處方藥

若要續配您的藥品，您可以選擇註冊自動續配方案。在此方案中，如果我們的紀錄顯示您的藥物即將用完，我們會自動開始處理您的下一次續配程序。

- 藥房會在寄送每次續配處方前聯絡您，確保您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或您的藥物已變更，您可以取消排定的續配處方。
- 如果您選擇不要使用自動續配方案，請在您認為目前處方藥即將用完的 **21** 天前與您的藥房聯絡，以確保您訂購的下一批藥品可以準時送達。

若選擇退出自動準備郵購續配的方案，請致電會員服務部與我們聯絡，或致電您的郵購藥房：**CVS Caremark**，電話是 **1-866-808-7471** (聽障專線：711)。

讓藥房知道與您聯絡的最佳方式，以便他們在寄送前聯絡您以確認您的訂單。每次訂購藥品時、註冊自動續配處方方案時或您的聯絡資訊有變更時，您都應該確認您的聯絡資訊。

### A7. 領取藥品的長期藥量

您可以領取本計劃藥品清單上維持型藥品的長期藥量。維持型藥品是您因慢性或長期醫療狀況定期服用的藥品。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



部分網絡藥房允許您領取維持型藥品的長期藥量。90 天藥量與一個月藥量的共付額相同。《醫療服務提供者與藥房名錄》會說明哪些藥房可為您提供維持型藥品的長期藥量。您也可以致電會員服務部索取更多資訊。

針對某些類型的藥品，您可使用計劃網絡的郵購服務取得維持型藥品的長期藥量。請參閱 **A6 部分** 以瞭解郵購服務相關資訊。

### **A8. 使用本計劃網絡外的藥房**

一般而言，只有當您無法使用網絡內藥房時，我們才會給付您在網絡外藥房領取的藥品。我們有位於服務區域外的網絡藥房，身為本計劃的會員，您可從這些網絡藥房領取您的處方藥。

本計劃會在下列情況下給付您在網絡外藥房領取的處方藥：

- 您在本計劃的服務區域外旅行，無法在附近的網絡藥房取得您需要的藥物。
- 您必須緊急使用藥物，而附近沒有營業中的網絡藥房。
- 因聯邦災害或其他公共衛生緊急情況，您必須撤離您的住家。

一般而言，在這些情況下，我們將會為您承保在網絡外藥房領取一次最多 30 天份的藥量。

在上述情況下，請先與會員服務部確認您附近是否有網絡內藥房。

### **A9. 償還您為處方藥所支付的費用**

如果您必須使用網絡外藥房，當您領取處方藥時，通常必須支付全額費用。您可要求我們償還您所支付的費用。

如果您支付的處方藥全額費用是由 Medi-Cal Rx 所承保，Medi-Cal Rx 一旦支付處方藥費用，則您可能可以獲得藥房的補助。或者，您可以要求 Medi-Cal Rx 提交「Medi-Cal 自付費用償付 (Conlan)」申請以償還您所支付的費用。如需更多資訊，請參閱 Medi-Cal Rx 網站：[medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)。

若要瞭解更多資訊，請參閱《會員手冊》第 162 頁的**第 7 章第 A 節**。

---

## **B. 本計劃的藥品清單**

本計劃有一份*承保藥品清單*。我們簡稱它為「藥品清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的協助下選擇藥品清單上的藥品。藥品清單亦會告訴您，您在領取藥品時是否有任何必須遵守的規定。

只要您遵守本章所述的規定，本計劃通常會承保計劃藥品清單上的藥品。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## B1. 藥品清單中的藥品

我們的藥品清單包括 Medicare 承保的藥品。

本計劃承保您從藥房領取的大部分處方藥。其他藥品，例如非處方 (OTC) 藥品和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) 以取得更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身分識別卡 (BIC)。

我們的藥品清單包括原廠藥，副廠藥和生物相似性藥品。

原廠藥是一種處方藥，以製藥商擁有的商標名稱來出售處方藥。比典型藥物更為複雜的原廠藥 (例如以蛋白質為基礎的藥物) 稱為生物製品。在我們的藥品清單上，當我們稱為「藥品」時，這可能意味著藥物或生物製品。

普通藥品含有與品牌藥品相同的有效成分。由於生物製品比典型藥物更為複雜，而非具有副廠藥形式，他們是稱為生物相似藥的替代藥品。一般而言，副廠藥和生物相似藥的作用與原廠藥或生物製品相同，且通常成本較低廉。許多原廠藥品和部分生物相似藥品都有副廠藥或生物相似性藥等替代藥物可供使用。如果您對於副廠藥品或原廠藥品是否符合您的需求有任何疑問，請與您的醫療服務提供者討論。

## B2. 如何在藥品清單上找到藥品

如欲查詢您服用的藥品是否在藥品清單中，您可以：

- 查看我們寄給您的郵件中的最近藥品清單。
- 造訪我們計劃的網站：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。網站上的藥品清單隨時保持最新狀態。
- 致電會員服務部查詢特定藥品是否在本計劃的藥品清單中，或索取一份藥品清單。
- Part D 未承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) 以取得更多資訊

## B3. 不在我們藥品清單上的藥物

本計劃未承保所有處方藥。某些藥品不在藥品清單上是由於法律不允許本計劃承保此類藥品。在另外一些情況下，則是我們自己決定不將某藥品納入藥品清單中。如果某種處方藥物不在我們的藥品清單上，您的處方藥需求將一律根據本計劃承保政策以及 Medicare 承保規定進行評估。

本計劃不給付本節中列出的藥物費用。這些藥品稱為**排除藥品**。如果您領取了屬於排除藥品的處方藥，您可能必須自行支付該藥品的費用。如果您認為本計劃應就您的個案給付某項排除藥品，您可以提出上訴。關於上訴的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 220 頁的**第 9 章第 G5 節**。對於 Medi-Cal Rx 所定義的可承保 Part D 排除藥品，您可以持續要求 14 天份的藥量，直到可審核並

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



核准您的事先授權為止。如需更多資訊，請聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 1-800-977-2273。

下列為三項有關排除藥品的一般規定：

1. 本計劃的門診藥品承保 (包括 Part D) 不能給付 Medicare Part A 或 Part B 已經承保的藥物。我們的計劃免費承保 Medicare Part A 或 Part B 承保的藥物，但這些藥物不被視為門診處方藥福利的一部分。
2. 本計劃不能承保在美國與其領土以外地區購買的藥品。
3. 該藥品的使用必須獲得 Food and Drug Administration (FDA) 核准，或有特定醫療參考資料的佐証支持該藥品可治療您的病況。您的醫師可能會開立特定藥品治療您的病況，即使該藥品尚未獲得核准用於治療該病況。此稱為「標示外使用」。針對因標示外使用而開立的藥品，本計劃通常不予承保。

此外，根據法律，Medicare 或 Medi-Cal 不承保下列藥物類型。

- 用於促進生育的藥品
- 為了美容或促進毛髮生長而使用的藥品
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥品，例如 Viagra®、Cialis®、Levitra® 和 Caverject®
- 生產這些門診藥品的製藥公司表示您僅能接受他們進行的測試或提供的服務

---

## C. 部分藥品的限制

某些處方藥有特殊規定，限制本計劃的承保方式和承保時機。一般而言，我們的規定鼓勵您取得適用於您醫療狀況且安全有效的藥品。當安全且費用較低的藥品與費用較高的藥品功效相當時，本計劃希望您的醫療服務提供者開立費用較低的藥品。

如果您的藥品有特殊規定，這通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取其他步驟，本計劃才會承保該藥品。例如，您的醫療服務提供者可能必須先告知我們您的診斷結果或向我們提供驗血結果。如果您或您的醫療服務提供者認為我們的規定不應適用於您的情況，您可以要求我們進行例外處理。本計劃可同意也可不同意讓您在沒有採取其他步驟的情況下使用該藥品。

如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱《會員手冊》第 218 頁的**第 9 章第 G4 節**。

### 1. 當有同等普通牌藥品可供使用時，限制使用品牌藥品

一般而言，普通牌藥品的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。在大多數情況下，如果原廠藥品有同等副廠藥品可供使用，本計劃的網絡藥房將會提供您副廠藥品。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 當原廠藥品有同等副廠藥品可供使用時，本計劃通常不會給付原廠藥品。
- 但是，若您的服務提供者告訴我們副廠藥或其他治療相同病症的承保藥物對您無效的醫學理由，我們會承保原廠藥。

## 2. 事先取得計劃核准

針對部分藥品，您或您的醫師必須先取得本計劃的核准，您才可以領取您的處方藥。如果您未取得核准，本計劃可能無法承保該藥品。

## 3. 先嘗試不同的藥品

一般而言，在本計劃承保費用較高的藥品之前，我們希望您先嘗試費用較低的藥品。例如，如果 A 藥品及 B 藥品皆可治療同一種醫療狀況，且 A 藥品的費用比 B 藥品的費用低，本計劃可能會要求您先嘗試 A 藥品。

如果 A 藥品對您無效，本計劃將會承保 B 藥品。這稱為循序用藥。

## 4. 數量限制

針對某些藥品，本計劃會限制您可以領取的藥量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您每次領取處方藥時可以領取的藥量。

如欲瞭解是否有任何上述規定適用於您目前正在服用或想要服用的藥品，請查閱「藥品清單」。如欲取得最新資訊，請致電會員服務部或查看我們的網站：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。如果您不同意我們的承保或例外要求決定，您可以提出上訴。如需瞭解更多資訊，請參閱第 198 頁的第 9 章第 E 節。

---

## D. 為什麼您的藥品可能無法獲得承保

我們努力讓您的藥品承保適用於您，但有時某項藥品可能無法按照您希望的方式獲得承保。例如：

- 我們的計劃不承保您想使用的藥物。該藥品可能不在藥品清單中。本計劃承保了該藥物的副廠藥，但您想要使用的原廠藥不在承保範圍內。某項藥品可能為新藥品，因此我們尚未檢視其安全性與有效性。
- 本計劃承保該藥品，但關於該藥品的承保有特殊規定或限制。如上述一節所說明，本計劃承保的部分藥品有使用上的限制規定。在某些情況下，您或您的處方開立者可能希望要求我們進行例外處理。

如果我們沒有以您希望我們承保的方式承保藥物，您可以採取一些行動。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## D1. 領取暫時藥量

在某些情況下，如果您的藥品不在藥品清單上或存在某些限制，我們可為您暫時提供該藥品。這讓您有時間可與您的醫療服務提供者討論更換其他藥品的事宜，或者讓您有時間可要求我們承保該藥品。

如欲領取某藥品的暫時藥量，您必須符合下述兩項規定：

1. 您持續服用的藥品必須：

- 不再列於本計劃的藥品清單中，或
- 未曾列於本計劃的藥品清單中，或
- 現在受到一些限制。

2. 您必須發生下列其中一項情況：

- 您去年是本計劃的會員。
  - 我們會在該曆年的最初 90 天期間，為您承保一次您藥品的臨時藥量。
  - 此暫時藥量在零售藥房以最多 30 天份為限，在長期照護藥房則以 31 天份的藥量為限。
  - 如果您的處方天數較短，我們允許您續配處方多次，但仍有藥量上限。零售藥房以 30 天藥量為限，在長期照護藥房以 31 天藥量為限。您必須在網絡藥房領取處方藥。
  - 長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的處方藥。
- 您身為本計劃的新會員。
  - 我們會在您成為本計劃會員的頭 90 天期間，為您承保您藥品的暫時藥量。
  - 此暫時藥量在零售藥房以最多 30 天份為限，在長期照護藥房則以 31 天份的藥量為限。
  - 如果您的處方天數較短，我們允許您續配處方多次，但仍有藥量上限。零售藥房以 30 天藥量為限，在長期照護藥房以 31 天藥量為限。您必須在網絡藥房領取處方藥。
  - 長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的處方藥。
- 如果您已成為本計劃會員超過 90 天以上，且您目前居住在長期照護機構並有立即供藥需求：

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 我們將會為您承保一次 31 天份的藥量，或者如果您的處方天數較短則藥量更少；這是上述臨時性供藥狀況的補充。
- 如果您的照護層級變更，我們將會為您承保您藥品的臨時藥量。照護層級會在您出院後變更。當您入住或遷離長期照護機構時，您的照護層級亦會發生變更。
- 如果您自長期照護機構或醫院返家並需要臨時藥量，我們將會為您承保 30 天的藥量。如果您的處方天數較短，則我們將會允許您續配，直到我們為您提供的總藥量達到 30 天為止。
- 如果您從自家中或醫院遷入長期照護機構並需要臨時藥量，我們將會為您承保 31 日份的藥量。如果您的處方天數較短，我們將會允許您續配，直到我們為您提供的總藥量達到 31 天份為止。
- 如欲領取某藥品的暫時藥量，請致電會員服務部。

在您領取藥品暫時藥量的期間，您應與您的醫療服務提供者儘快討論，以決定當您暫時藥量用完之後該怎麼辦。以下為您的選擇：

- 變更為其他藥物。

我們的計劃可能承保對您有效的不同藥物。您可致電向會員服務部索取一份本計劃承保的治療相同醫療病症之藥品清單。此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能適用於您的承保藥品。

#### 或者

- 詢問是否有例外處理。

您和您的醫療服務提供者可要求我們進行例外處理。例如，您可以要求我們承保不在我們藥品清單上的藥物，或要求我們承保無限制的藥物。若您的醫療服務提供者表示您有正當醫療理由可要求例外處理，其可協助您提出要求。

若您正在服用的藥品，將在明年的藥品清單移除或以某種方式受到限制，我們將會允許您在明年前要求進行例外處理。

- 我們會告知您的藥品在明年的任何承保變更。要求我們例外處理，並以您想要的方式承保明年的藥物。
- 我們將會在收到您要求後 (或您的處方開立者的佐證聲明) 的 72 小時內，回覆您的例外處理申請。

如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱《會員手冊》第 218 頁的**第 9 章第 G4 節**。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



如果您需要協助要求例外處理，您可與會員服務部聯絡。如果您不同意我們的承保或例外要求決定，您可以提出上訴 (詳情請參閱第 198 頁的第 9 章的第 E 節)。

---

## E. 您的藥品承保變更

多數藥品承保的變更均發生在 1 月 1 日。不過，我們也可能會在該年期間增加或刪減藥品清單內的品項。我們也可能會改變有關藥品的規定。例如，我們可能會：

- 決定是否需要事先核准一項藥品 (獲得我們的許可後才能取得藥品)。
- 增加或變更您可領取的藥量 (稱為藥量限制)。
- 新增或變更藥物的循序用藥限制 (在我們承保一種藥物之前，您必須嘗試另一種藥物)。

如需這些藥品規定的詳細資訊，請參閱第 C 節。

如果您正在服用年初時承保的藥品，我們通常不會在一年中的其他時間移除或變更該藥品的承保，除非：

- 市場上出現一種新的、更便宜的藥品，且和目前藥品清單上的藥品一樣有效，或
- 我們發現藥品不安全，或
- 藥品從市場上撤出。

如欲瞭解更多有關藥品清單變更情況的資訊，您隨時可以：

線上查看我們目前的藥品清單：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)，或

- 您也可以撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部，瞭解目前的藥品清單。

一些藥品清單的變更會立即發生。例如：

- **開始提供新的普通牌藥品。**有時候，市場上出現一種新的副廠藥品，且和目前藥品清單上的原廠藥品一樣有效。出現這種情況時，我們可能會刪除原廠藥品，並新增新的副廠藥品，但是新藥品的成本會保持不變。

當我們加入新的普通牌藥品時，我們也可決定將品牌藥品保留在藥品清單中，但變更其承保規定或限制。

- 在我們進行此變更之前可能不會告訴您，但一旦發生變更後，我們會通知您有關我們所做的具體變更。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 對於這些變更，您或您的醫療服務提供者可要求「例外處理」。我們會向您發送通知，告知您要求例外處理的流程。如需更多有關例外處理的資訊，請參閱《會員手冊》第 218 頁的**第 9 章 G4** 部分。
- 一種藥品從市場上撤下。如果 Food and Drug Administration (FDA) 告知您服用的藥品不安全，或藥品製造商將藥品從市場上撤出，我們將在藥品清單中刪除該藥品。如果您正在服用該藥品，我們會讓您知道這項變更。請與醫師討論其他藥品的選項。

我們將對會影響到您正在服用的藥品做出其他變更。我們會事先通知您藥品清單的其他變更。在以下情況下可能會發生這些變更：

- FDA 提供了新的指導或有關藥品的新臨床準則。
- 我們加入一種並非新上市的普通牌藥品，且
  - 取代目前在藥品清單上的原廠藥品，或
  - 變更品牌藥品承保範圍規定或限制。

出現上述變更時，我們會：

- 變更藥品清單前至少 30 天通知您，或
- 在您要求續配後讓您知悉該變更，並提供您 30 天藥量。

這將讓您有足夠的時間與您的醫師或其他開立處方者討論。他們可以協助您決定：

- 藥品清單中是否有類似藥品可以代替，或
- 是否需針對這些變更要求例外處理。如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱《會員手冊》第 218 頁的**第 9 章第 G4** 節。

我們可能會對您服用的藥品做出變更，但目前不會影響您。對於這類變更，如果您正在服用年初時承保的藥品，我們通常不會在該年剩餘時間移除或變更該藥品的承保範圍。

例如，如果我們移除您正在服用或限制其使用的藥物，該變更在該年剩餘時間不會影響您使用藥物的情況。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



---

## F. 特殊個案的藥品承保範圍

### F1. 在本計劃承保的醫院或特護療養機構住院

如果您在本計劃承保之醫院或特護療養機構住院，本計劃通常會承保您在住院期間的處方藥費用。您將無需支付共付額。在您離開醫院或特護療養機構之後，只要您的藥品符合本計劃的所有承保規定，本計劃便會承保該藥品。

### F2. 在長期照護機構

長期照護機構 (例如療養院) 通常有自己的藥房或有為其所有住院者供應藥品的藥房。如果您住在長期照護機構，您可透過該機構的藥房領取處方藥，不過該藥房必須屬於本計劃的網絡成員。

請查閱您的 *醫療服務提供者與藥房名錄*，以瞭解您長期照護機構的藥房是否屬於本計劃網絡的成員。如果不是，或是如果您需要更多資訊，請與會員服務部聯絡。

### F3. 參加經認證 Medicare 的安寧照護方案

不論在何種情況下，安寧照護及本計劃不會同時承保藥品。

- 您可能已投保 Medicare 的安寧照護，需要獲得安寧照護承保的止痛藥、抗噁心藥品、軟便藥或抗焦慮藥品，但這些藥品因與您末期預後及相關病況無關而無法提供。在這種情況下，本計劃必須在收到由開立處方者或安寧照護服務提供者提供的通知，瞭解該藥品與您的末期預後無關後，才會承保該藥品。
- 為了避免您在取得任何與您末期預後無關但應為本計劃承保的藥品時發生延誤的情形，在您向藥房領取處方藥之前，您可請您的安寧照護服務提供者或開立處方者向我們確認我們已收到通知，瞭解該藥品與您的末期預後無關。

如果您退出了安寧照護，本計劃會承保您的所有藥品。為了避免您在 Medicare 的安寧照護福利終止後在藥房領取藥品時發生延誤的情形，您應攜帶文件前去藥房，以證明您已退出安寧照護。

請參閱本章稍早部分，瞭解本計劃承保藥物。如需瞭解有關安寧照護福利的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 130 頁的 **第 4 章第 D 節**。

---

## G. 藥品安全和藥品管理方案

### G1. 協助會員安全使用藥品的方案

每次您領取處方藥時，我們均會檢視可能的問題，例如藥品品項錯誤或以下藥品：

- 由於您正在服用其他效用相同的藥品而可能不需服用的藥品
- 就您的年齡或性別而言可能不安全的藥品

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 若您同時服用可能會對您有害的藥品
- 含有讓您過敏或可能會讓您過敏的成分
- 鴉片類止痛藥物的用量不安全

如果我們發現您使用的處方藥可能有問題，我們將會與您的醫療服務提供者一起修正該問題。

## G2. 協助您管理藥品的方案

您可能因不同醫療病症使用藥物和/或參加了藥物管理方案，以協助您安全地使用鴉片類藥物。在此類情況下，您可能有資格免費透過藥物治療管理 (MTM) 方案取得服務。此方案將可協助您及醫療服務提供者確保您的藥物能有效改善您的健康。藥劑師或其他健康專業人員將針對您的所有藥物進行全面評估，並與您討論下列事項：

- 如何藉由您所服用的藥品獲得更多益處
- 您所持有的任何疑慮，如藥物費用及藥品反應
- 服用藥物的最佳方式
- 您處方藥及非處方藥物所持有的任何疑問或問題

然後，他們會給您：

- 一份討論內容的書面摘要。此摘要包含了一份藥物行動計劃，計劃中列有各項建議，告訴您該如何做才能讓您的藥物發揮最大效用。
- 您還會獲得一份個人藥物清單，列出您正在服用的所有藥物以及您服用的原因。
- 此外，您將取得關於安全處置屬於列管藥物的處方藥資訊。

我們建議您在接受年度「保健」看診之前預約進行用藥評估，以便您可以與您的醫師討論有關行動計劃和藥物清單的事宜。

- 在您前去就診或每次與醫師、藥劑師及其他醫療保健服務提供者洽談時，請攜帶您的行動計劃及藥物清單。
- 此外，如果您要前往醫院或急診室，也請攜帶您的藥物清單。

藥物治療管理方案係屬於自願性質，符合資格的會員皆可免費參加。如果我們有適合您需求的方案，我們會為您報名並寄相關資訊給您。如果您不想參加該方案，請告知我們，我們將會讓您退出該方案。

如果您對這些方案有任何疑問，請與會員服務部聯絡。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



### G3. 安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP)

本計劃有一個方案可以確保其會員安全地使用他們的處方鴉片類藥物以及其他經常被誤用的藥物。此方案稱為藥品管理方案 (DMP)。

如果您使用的鴉片類藥物是您從好幾個醫師或藥房取得，或者若您最近過量服用鴉片類藥物，我們會與您的醫師討論，以確保您的鴉片類藥物使用是適當的，而且具有醫療必要性。與您的醫師合作後，如果我們判定您對處方鴉片類藥物或苯二氮平類藥物的使用方式不安全，我們會限制您取得這些藥物的來源。限制項目可能包括：

- 要求您從特定藥房和/或從特定醫師取得所有這些藥物的處方
- 限制這類藥品的承保數量

如果我們認為其中一個或多個限制適用於您，我們會事前發送信函通知您。信件上說明我們認為應該適用的限制。

您將有機會告訴我們您希望選擇哪個醫師或哪間藥房，以及您認為我們應知道的任何重要資訊。如果我們在您有機會回應後，決定對您設下這些藥物承保的限制，我們會再傳送另一封信件，以確認這些限制。

如果您認為我們有疏失，您不同意自己有處方藥濫用風險，或不同意您受到限制，您和您的開立處方者均可提出上訴。若您提出上訴，本計劃將會審查您的個案並告知您我們的決定。對於您因遭限制取用這些藥物而提出相關上訴，若我們繼續拒絕您上訴的其中任何一部分，我們會自動將您的個案送交至獨立審核機構 (IRE)。要了解更多關於上訴和獨立審核組織的資訊，請參閱《會員手冊》第 222 頁的**第 9 章 G6** 部分。)

在下列狀況下，DMP 可能不適用於您：

- 有特定醫療狀況，例如癌症或鐮刀型紅血球疾病、
- 取得安寧照護、緩和照護或臨終照護，或
- 住在長期照護機構。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## 第 6 章：您需為 Medicare 與 Medi-Cal 處方藥支付的費用

### 簡介

本章將為您說明您需為門診處方藥支付的費用。本章所提及的「藥品」是指：

- Medicare Part D 處方藥，及
- 屬於 Medi-Cal Rx 承保的藥品和用品，及
- 屬於本計劃附加福利承保範圍的藥品和用品。

由於您符合 Medi-Cal 的資格，因此您可以取得 Medicare 的「額外協助」以幫您支付 Medicare Part D 的處方藥費用。我們另外寄給您一份單獨的插頁，稱為「獲得支付處方藥物費用額外協助者的承保證明附加條款」(又稱為「Low Income Subsidy Rider (低收入津貼附加條款)」或「LIS Rider (LIS 附加條款)」)，說明您的藥品承保。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取「LIS Rider (LIS 附加條款)」。

**額外協助**是一種 Medicare 方案，幫助收入和資源有限的人士減少 Medicare Part D 處方藥費用，例如保費、自付額和共付額。額外協助又稱為「低收入補助」或「LIS」。

其他主要用語及其定義會按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

如欲瞭解有關處方藥的詳情，您可查閱下述文件：

- 本計劃的**承保藥品清單**。
  - 我們稱它為「藥品清單」。此「藥品清單」將會告訴您：
    - 本計劃將給付哪些藥品
    - 藥品是否有任何限制
  - 如果您需要一份藥品清單，請致電會員服務部。您也可以我們的網站上找到我們藥物清單的最新副本：[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。
  - 您從藥房獲得的大部分處方藥都由本計劃承保。其他藥品，例如非處方 (OTC) 藥品和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))，以取得更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身分識別卡 (BIC)。

- 《會員手冊》第 138 頁的**第 5 章第 A 節**。
  - 第 5 章將會告訴您，如何透過本計劃領取您的門診處方藥。
  - 其中包括您必須遵守的規定。本章還會說明本計劃不承保哪些類型的處方藥。
- 本計劃的**醫療服務提供者與藥房名錄**。
  - 在大多數情況下，您必須使用網絡藥房領取承保藥品。網絡內藥房是指同意與本計劃合作的藥房。
  - 《醫療服務提供者與藥房名錄》列出了我們的網絡內藥房。請參閱《會員手冊》第 138 頁的**第 5 章第 A 節**，以瞭解有關網絡內藥房的更多資訊。

## 目錄

A. 福利說明 (EOB).....	139
B. 記錄您的藥品費用.....	139
C. 您無需支付一個月或長期藥量的藥品費用 .....	140
C1. 領取藥品的長期藥量.....	140
C2. 您支付的金額.....	140
D. 疫苗接種.....	141
D1. 在您接受疫苗接種之前的須知.....	141

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## A. 福利說明 (EOB)

本計劃會針對您的處方藥作記錄。我們會追蹤：

- 您的**藥品總費用**。這是您本人或代您付款的其他人為您處方藥所支付的費用，外加本計劃所給付的費用。

當您透過本計劃領取處方藥時，我們會寄給您一份摘要，稱為《**Part D 福利說明**》。您在前一個月期間透過計劃領取一或多個處方藥後，我們便會提供此摘要報告。我們簡稱它為 **Part D EOB**。**Part D EOB** 提供有關您所服用藥物的更多資訊。**Part D EOB** 包括：

- **當月資訊**。該摘要會說明您領取了哪些處方藥。它會顯示藥品的總費用、本計劃給付的費用，以及您本人和代您付款的其他人所支付的費用。
- 「**本年度迄今**」的資訊。這是您自 1 月 1 日起的總藥費以及費用總額資訊。
- **藥品價格資訊**。此為藥品的總價格，以及初次領取後藥品價格的百分比變化。
- **更低費用的替代方案**。如有的話，這些資料會顯示在您目前藥品下的摘要中。您可以和開立您處方的醫師討論，以瞭解更多資訊。

本計劃承保不屬於 Medicare 承保範圍的藥品。

- 您為這些藥品支付的費用將不會計入您的總自費額。
- 您從藥房獲得的大部分處方藥都由本計劃承保。其他藥品，例如非處方 (OTC) 藥品和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))，以取得詳細資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身分識別卡 (BIC)。
- 如欲瞭解本計劃承保哪些藥品，請參閱我們的藥品清單。

---

## B. 記錄您的藥品費用

為了記錄您的藥品費用以及您所支付的款項，本計劃使用您和您藥房所提供給我們的紀錄。以下是您可以協助我們的事項：

### 1. 使用您的計劃 ID 卡。

每次領取處方藥時，請出示您的 Wellcare by Health Net ID 卡。這將有助於我們瞭解您領取了哪些處方藥以及您支付了哪些費用。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 2. 確保我們已有所需的資訊。

請將您已付費的藥品收據副本提供給我們。您可要求我們將您的藥費退還給您。

以下為您應將收據副本提供給我們的一些情況：

- 您以特惠價格或您使用不屬於本計劃福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥品
- 您為透過製藥公司的病人協助方案所取得的藥品支付了共付額
- 您在網絡外藥房購買承保藥品
- 您為承保藥品支付了全額費用

關於要求我們將藥費退還給您的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 162 頁的**第 7 章第 A 節**。

## 3. 請將其他人代您付款的資訊寄給我們。

由其他特定人士和組織所支付的款項也可計入您的自費額中。例如，由 AIDS 藥品補助方案、印第安健康服務和大多數慈善機構所支付的款項也可計入您的自費額中。

## 4. 請查收本計劃寄給您的 EOB。

當您收到 Part D EOB 郵件時，請確認其中的資訊均完整且正確無誤。如果您認為資訊有誤或有疏漏，或者您有任何疑問，請致電會員服務部。請保留這些 Part D EOB。這些報告是您藥品費用的重要記錄。

---

## C. 您無需支付一個月或長期藥量的藥品費用

只要您遵守我們的規定，您就無需為本計劃承保的藥物支付任何費用。

### C1. 領取藥品的長期藥量

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期藥量（也稱為「延長供給」）。長期藥量最多可達 90 天的藥量。您不需要為長期藥量支付任何費用。

如欲瞭解有關領取藥品長期藥量的地點和方式的詳情，請參閱《會員手冊》第 141 頁的**第 5 章第 A7 節**或《醫療服務提供者與藥房名錄》。

### C2. 您支付的金額

您從藥房獲得的大部分處方藥都由本計劃承保。其他藥品，例如非處方 (OTC) 藥品和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))，以取得更

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身分識別卡 (BIC)。

當您透過下列管道取得一個月或長期藥量的承保處方藥時，您應分攤的費用如下：

	網絡藥房	本計劃的郵購服務	網絡長期照護藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 90 天份的藥量	一個月或最多 90 天份的藥量	最多 31 天份的藥量	最多 30 天份的藥量。僅在特定情況提供承保範圍。詳細資訊請參閱《會員手冊》第 143 頁的第 5 章 A8 部分。
<b>費用分攤層級 1</b> (所有 Part D 藥物)	\$0	\$0	\$0	\$0

如欲瞭解哪些藥局可提供您長期藥量的資訊，請參閱本計劃的《醫療服務提供者與藥房名錄》。

## D. 疫苗接種

**關於您為疫苗支付什麼費用的重要訊息：**我們的計劃承保大多數的 Medicare Part D 疫苗，您無須承擔任何費用。

本計劃針對 Medicare Part D 疫苗接種所提供的承保分為兩部分：

1. 承保範圍的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗屬於處方藥。
2. 承保的第二個部分是**為您接種疫苗**的費用。例如，有時候，醫師會為您注射預防針以接種疫苗。

### D1. 在您接受疫苗接種之前的須知

如果您計劃接受疫苗接種，我們建議您致電會員服務部。

- 我們可以告訴您本計劃如何承保您的疫苗接種。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 7 章：請求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付費用

---

### 簡介

本章將告知您如何及何時向我們發送要求給付的帳單。本章也會告知您若不同意我們的承保決定該如何提出上訴。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 要求本計劃給付您的服務或藥品 .....	143
B. 向我們提出給付申請 .....	145
C. 承保範圍決定.....	146
D. 上訴.....	146

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## A. 要求本計劃給付您的服務或藥品

您不應收到網絡內服務或藥物的帳單。本計劃的網絡內醫療服務提供者必須針對您已取得的承保服務和藥品，向本健保計劃請款。網絡醫療服務提供者與本健保計劃合作。**如果您收到醫療保健服務或藥物帳單，請勿自行支付帳單並將帳單寄給我們。** 如要將帳單寄給我們，請參閱第 B 節。

- 如果我們承保這些服務或藥物，我們會直接支付費用給醫療服務提供者。
- 如果我們承保這些服務或藥物，而您已經支付帳單，您有權要求我們償還費用。
- 如果我們不承保這些服務或藥物，我們會通知您。

如果您有任何疑問，請與會員服務部聯絡。如果您收到帳單但不知道如何處理，我們可以提供您協助。如果您想針對您已寄出的給付申請提供更多資訊，您也可以致電給我們。

下列為您可能必須要求本計劃將費用償還給您或要求本計劃為您支付帳單費用的部分情況：

### 1. 當您透過網絡外醫療服務提供者取得急診或緊急需求健康照護。請參閱第 54 頁的第 3 章第 D4 節。

要求醫療服務提供者向我們請款。

- 如果您在接受照護時支付了全額費用，請要求我們償還您。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
  - 如有任何應付款項應支付給醫療服務提供者，我們將會直接給付給該醫療服務提供者。
  - 如果您已經支付了服務費用，我們會將費用償還您。
- 請參閱您《會員手冊》第 141 頁的第 5 章第 A8 節，進一步瞭解網絡外藥房。

### 2. 當網絡醫療服務提供者向您寄送帳單時

不論在何種情況下，網絡醫療服務提供者皆必須向我們請款。當您接受服務或領取處方藥時，請出示您的計劃 ID 卡。當醫療服務提供者 (如醫師或醫院) 針對服務向您收取高於本計劃分攤費用額的費用，即為不合宜/不當收費。**如果您收到任何帳單，請致電會員服務部。請勿支付帳單。**

- 由於本計劃會為您承保的服務給付全額費用，因此您無需支付任何費用。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的費用。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 當您收到網絡醫療服務提供者的帳單時，請將帳單寄給我們。我們將會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該問題。
- 如果您已支付了從醫療服務提供者收到的帳單，請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。本計畫將會償還您為承保服務所支付的費用。

### 3. 當您使用網絡外藥房領取處方藥時

如果您使用網絡外藥房，您需要支付處方藥的全額費用。

- 只有在少數情況下，本計畫才會承保您在網絡外藥房領取的處方藥。當您要求本計畫償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱您《會員手冊》第 141 頁的**第 5 章第 A8 節**，進一步瞭解網絡外藥房。

### 4. 當您沒有隨身攜帶您的計畫 ID 卡，而需要支付處方藥的全額費用時

如果您沒有隨身攜帶您的計畫 ID 卡，您可以要求藥房致電與本計畫聯絡，或查詢您的計畫投保資訊。

- 如果藥房無法立即取得資訊，您可能必須自行支付處方藥全額費用，或拿著您的計畫 ID 卡返回藥房。
- 當您要求本計畫償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。

### 5. 當您為不在承保範圍內的處方藥支付了全額費用時

您可能因為處方藥不在承保範圍內，而為其支付了全額費用。

- 該藥品可能不在本網站的**承保藥品清單**(藥品清單)上，或者該藥品有您不知道或是您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定取得該藥品，您可能需要支付其全額費用。
  - 如果您並未支付該藥品的費用，且認為本計畫應承保該藥品，您可以要求本計畫作出承保決定(請參閱您《會員手冊》第 218 頁的**第 9 章第 G4 節**)。
  - 如果您和您的醫師或其他開立處方者認為您需要立即取得該藥品，您可以要求本計畫作出快速承保決定(請參閱您的《會員手冊》第 218 頁的**第 9 章第 G4 節**)。
- 當您要求本計畫償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生或開立處方者索取更多資訊，才能將您的藥費退還給您。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



當您向我們提出給付申請時，我們會針對您的申請進行審查，並決定該服務或藥品是否應獲得承保。這稱為「承保範圍決定」。如果我們決定該項服務或藥物應獲得承保，我們將支付該項服務或藥物。

如果我們拒絕您的給付申請，您可以針對我們的決定提出上訴。若要瞭解如何提出上訴，請參閱《會員手冊》第 220 頁的**第 9 章第 G5 節**。

---

## B. 向我們提出給付申請

請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。付款證明可以是您開的支票複本或是醫療服務提供者的收據複本。**最好自行留存帳單和收據副本作為記錄**。您可向您的照護協調員尋求協助。

為了確保您有將我們作決定所需的所有資訊提供給我們，您可以填寫我們的索賠表格來提出給付申請。

- 您不一定要使用該表格，但是使用該表格能幫助我們加快資訊處理程序。
- 您可以在我們的網站 ([www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)) 上取得表格，也可致電會員服務部索取。

請將您的給付申請連同所有帳單或收據一併寄至此地址。請提供經核准的付款證明，可以是已取消的支票副本、信用卡或簽帳金融卡對帳單，或是電匯收據：

醫療理賠地址：

**Wellcare by Health Net**  
Attn: Member Reimbursement Dept  
P.O.Box 9030  
Farmington, MO 63640

您必須在取得服務或用品當日起的一個曆年內，向我們提出您的索賠申請。

藥房理賠地址：

**Wellcare by Health Net**  
Attn: Member Reimbursement Dept  
P.O.Box 31577  
Tampa, FL 33631-3577

您必須在取得藥品當日算起的三年內，向我們提出您的理賠申請。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## C. 承保範圍決定

當本計劃收到您的給付申請時，我們將會作出承保決定。這表示我們決定我們的計劃是否承保您的服務、用品或藥物。我們也會決定您必須支付的金額 (如果有的話)。

- 如果我們需要您提供更多資訊，我們將會告知您。
- 如果我們決定本計劃承保的服務、物品或藥物，而且您遵守了取得該服務、物品或藥物的所有規定，我們會支付費用。如果您已支付了該服務或藥品的費用，我們將會寄一張支票給您，償還您所支付的費用。如果您尚未付款，我們會直接支付費用給醫療服務提供者。

您《會員手冊》第 46 頁的**第 3 章第 B 節**將說明取得承保服務的規定。《會員手冊》第 138 頁的**第 5 章第 A 節**將說明取得 Medicare Part D 承保處方藥的規定。

- 如果我們決定不支付該項服務或藥物費用，我們會寄一封信給您，說明原因。信函中亦會說明您提出上訴的權利。
- 若要進一步了解承保決定，請參閱第 198 頁的**第 9 章第 E 節**。

---

## D. 上訴

如果您認為我們不當拒絕您的給付申請，您可要求我們更改我們的決定。這稱為「提出上訴」。如果您不同意我們給付的金額，您也可以提出上訴。

正式上訴程序有詳細的程序和期限。若要進一步瞭解上訴，請參閱第 198 頁的**第 9 章第 E2 節**。《會員手冊》的其中一本：

- 若要針對醫療保健服務的償還費用提出上訴，請參閱第 198 頁的**第 9 章第 E2 節**。
- 若要針對藥品的償還費用提出上訴，請參閱第 220 頁的**第 9 章第 E5 節**。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 8 章：您的權利和責任

---

### 簡介

在本章，您將可瞭解有關您身為本計劃會員的權利和責任。我們必須讓您行使您的權利。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊.....	148
B. 您適時取得承保服務和藥品是我們的責任 .....	162
C. 保護您的個人健康資訊是我們的責任 (PHI) .....	163
C1. 我們如何保護您的 PHI .....	164
C2. 您有權檢閱您的病歷.....	164
D. 我們有責任提供資訊給您 .....	164
E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您請款 .....	166
F. 您有權退出本計劃.....	166
G. 您有權決定您自己的醫療保健服務.....	166
G1. 您有權瞭解您的治療選項並作出決定.....	166
G2. 您有權表明個人意願 .....	167
G3. 如果您的指示未獲得遵循該怎麼辦 .....	168
H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所作的決定.....	168
H1. 如何處理不公平待遇或取得更多有關您權利的資訊.....	168
I. 您身為計劃會員的責任.....	169

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保，**所有服務**都是以符合您的文化習慣且容易取得的方式，提供給您。我們必須以您能夠瞭解的方式，告知您有關本計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯員服務，可回答講其他語言的會員所提出的問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要以其中一種替代格式取得資料，請致電會員服務部，電話是 **1-800-431-9007** (聽障專線：711)，或寫信至：

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 想確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要協助來瞭解自己的計劃材料，請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 **1-800-431-9007** (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因此想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。
- 請致電聯絡 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生與公共服務部) 的民權辦公室，電話是 **1-800-368-1019**。聽障專線使用者請致電 **1-800-537-7697**。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 **1-800-431-9007** (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是：916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 711。

### لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نضمن تقديم كل الخدمات لك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. ويتوجب علينا أيضًا إخبارك عن مزايا الخطة التي نقدمها وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711) أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. الرجاء الاتصال بنا في حالة:

- كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.
- كنت تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare by Health Net على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 أبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370 . ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

## Ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու Ձեր իրավունքն այնպես, որ բավարարի Ձեր կարիքները

Մենք պետք է համոզվենք, որ բոլոր ծառայությունները Ձեզ մատուցվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում : Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է Ձեզ նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, բրայլյան կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY: 711) կամ գրել՝

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզվել, որ Դուք տեղեկացված եք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի վերաբերյալ մանրամասների մասին: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

- Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
- Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net-ի Անդամների ծառայությունների

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)





Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោង  
សុខភាពរបស់អ្នក។

យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត  
បើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។  
យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង  
បើសិន៖

- អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គិក វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង។  
អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីឯកសាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក  
សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ  
1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា  
អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។  
ចន្លោះពីថ្ងៃទី  
1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង  
8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។

**ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួល  
បានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព  
ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់៖**

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅ  
ទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY  
គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈ  
លេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ  
1-800-537-7697 ។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់  
TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

---

您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。  
在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月  
1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專  
線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



我們必須確保**所有**服務均以文化適合且可以取得的方式提供給您。我們也必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關我們計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯服務，能以不同語言回答問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要取得以上替代格式的材料，請致電會員服務部：1-800-431-9007 (TTY: 711) 或寫信至：

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語(高棉語)、中文(繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因而想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是：916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 711。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه‌ی فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوئیم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
- تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعداز ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعداز ظهر در دسترس هستند.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## 귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

모든 서비스가 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 귀하에게 제공될 수 있도록 해야 합니다. 당사는 또한 당사 플랜의 혜택, 귀하의 권리를 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공자에 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 구하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 문의하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도와드립니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청” 이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 있어 도움이 필요하시면 Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일-일요일 오전 8 시-오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일-금요일 오전 8 시-오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## 당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면

- Medicare 에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주 7 일 24 시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 문의하시면 됩니다.
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019 번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 문의해 주십시오.
- Medi-Cal 인권 사무국(Office of Civil Rights)에 916-440-7370 번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711 번으로 문의해 주십시오.

---

### Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) либо напишите по адресу:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- Вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) . С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

**Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:**

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.
- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.

---

### **Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades**

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

**Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:**

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



---

### **Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo**

Dapat naming tiyakin na an **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop at naa-access ayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) o sumulat sa:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Gustong matiyak ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo sa mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) ◦ Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes – Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

**Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang:**

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

---

### Quý vị có quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận các tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) hoặc viết thư cho:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin trong chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

- Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 貴位 muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711)。 Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

**Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:**

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.
- Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

## B. 您適時取得承保服務和藥品是我們的責任

如果您無法及時取得約診以接受承保服務，且您的醫師認為您無法再等待門診，您可致電 Wellcare by Health Net 的會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點可為您提供協助。如果您無法在合理的時間範圍內取得服務，我們將必須給付網絡外照護。

您有權成為本計劃的會員。

- 您有權選擇本計劃網絡內的主治醫師 (PCP)。網絡醫療服務提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。有關哪些類型的醫療服務提供者可作為 PCP 提供服務，以及如何選擇 PCP 的詳細資訊，請參閱您《會員手冊》第 48 的第 3 章第 D 節。
  - 請致電會員服務部或查閱醫療服務提供者與藥房名錄，以進一步瞭解網絡醫療服務提供者，以及接受新病人的醫師。
- 女性會員有權在無轉介的情況下就診婦女健康專科醫師。轉介是指得到您 PCP 的核准讓您給不是您 PCP 的其他醫療服務提供者看診。
- 您有權在合理的時間範圍內透過網絡醫療服務提供者取得承保服務。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 這包括您透過專科醫師即時取得服務的權利。
- 如果您無法在合理的時間範圍內取得服務，我們將必須給付網絡外照護。
- 您有權在未獲得事先核准的情況下接受有緊急需求的急診服務或急診照護。
- 您有權在本計劃的任何網絡藥局領取處方藥而不受嚴重耽擱。
- 您有權瞭解您何時可使用網絡外醫療服務提供者。若要瞭解網絡外醫療服務提供者，請參閱您《會員手冊》第 53 頁的**第 3 章第 D4 節**。
- 當您初次加入本計劃時，您有權保留您目前的醫療服務提供者和服務授權，期限最長為 12 個月，前提是您必須符合特定條件。如欲進一步瞭解如何保留您的醫療服務提供者和服務授權，請參閱您《會員手冊》第 12 頁的**第 1 章第 F 節**。
- 您有權在您照護團隊和照護協調員的協助下，決定您自己的醫療保健服務。

您《會員手冊》第 198 頁的**第 9 章第 E 節**將會告訴您，如果您認為自己未在合理的時間範圍內取得服務或藥品，您可以怎麼做。第 9 章亦會告訴您，如果我們拒絕承保您的服務或藥品，而您不同意我們的決定，您可以怎麼做。

---

## C. 保護您的個人健康資訊是我們的責任 (PHI)

我們根據聯邦法律和州法律的規定保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的個人健康資訊 (PHI)，包括您在投保本計劃時，提供給我們的資訊。您的個人健康資訊亦包括您的病歷及其他醫療和健康資訊。

您有權取得這些資訊並控制您 PHI 的使用方式。我們會提供一份書面通知給您，告訴您這些權利並說明我們如何保護您 PHI 的隱私。該通知稱為「隱私權行使聲明」。

可能同意接受敏感服務的會員，不需要取得任何其他會員授權，即可獲得敏感服務或提交敏感服務的索賠。會員可以透過書面或電子傳送方式向健保計劃提出機密通訊要求。健康保險公司應於收到電子傳送或電話要求後的 7 個日曆日內，或在收到第一級郵件後的 14 個日曆日內，執行機密通訊要求。Wellcare by Health Net 將有關敏感服務的訊息直接發送到會員的替代指定的郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，或在沒有指定的情況下，將訊息發送到以會員名字登記在檔案中的地址或電話號碼。未經會員接受照護的書面授權，Wellcare by Health Net 將不會向任何其他會員揭露與敏感服務相關的醫療資訊。WellCare by Health Net 可配合以所要求的形式和格式進行機密通訊的要求，前提是該機密通訊可立即以所要求的形式和格式、或在替代的地點製作。會員提出與敏感服務相關的機密通訊要求時將立即生效，直到會員撤銷該要求、或提交新的機密通訊要求為止。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## C1. 我們如何保護您的 PHI

我們確保未經授權的人不會看到或不會更改您的記錄。

除了以下提到的情況外，我們不會將您的 PHI 提供給任何未提供您照護或未給付您照護的人。如果我們這麼做，我們將需要事先取得您的書面許可。您或合法授權可為您作決定的人士，可提供書面許可。

有時我們不需要先取得您的書面許可。這些例外情況為法律所允許或規定。

- 我們必須向檢查本計劃照護品質的政府機關公開 PHI。
- 我們必須應法院命令公開 PHI。
- 我們必須將您的 PHI 提供給 Medicare。如果 Medicare 因研究或其他用途公開您的 PHI，他們是依照聯邦法律行事。如果我們與 Medi-Cal 分享您的資訊，我們亦會依聯邦法律和州法律行事。

## C2. 您有權檢閱您的病歷

- 您有權查閱您的病歷並取得您病歷的複本。
- 您有權要求我們更新或更正您的病歷。如果您對我們提出此要求，我們會與您的醫療保健服務提供者一起決定是否應進行此變更。
- 您有權瞭解我們是否有與他人分享您的 PHI，以及我們透過何種方式與他人分享您的資訊。

如果您對您的 PHI 隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

---

## D. 我們有責任提供資訊給您

身為本計劃的會員，您有權向我們索取關於本計劃、我們的網絡內醫療服務提供者和您的承保服務等資訊。

如果您不會說英文，我們有口譯員服務可為您解答您對本計劃的任何疑問。如需口譯員服務，請致電我們，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費服務。我們也可以為您提供大字版、點字版或語音版的資訊。您也可以免費獲得本手冊的下列語言版本：

- 阿拉伯文
- 亞美尼亞文

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 柬埔寨文
- 中文
- Farsi
- 韓語
- 俄文
- 西班牙文
- 菲律賓語
- 越南語

如果您希望取得下列任何資訊，請致電會員服務部：

- 如何選擇或更換計劃
- 我們的計劃，其中包括：
  - 財務資訊
  - 本計劃會員對本計劃的評分方式
  - 會員提出上訴的次數
  - 退出本計劃的方式
- 本計劃之網絡醫療服務提供者與網絡藥房，包括：
  - 選擇或更換主治醫師的方式
  - 本計劃網絡內醫療服務提供者與藥房的資格
  - 本計劃給付網絡內醫療服務提供者的方式
- 承保服務與藥品以及您必須遵守之規定的相關資訊，其中包括：
  - 本計劃承保的服務 (請參閱《會員手冊》第 3 章和第 4 章) 和藥品 (請參閱《會員手冊》第 5 章和第 6 章)
  - 您的承保與藥品限制
  - 您在取得承保服務與藥品時，必須遵守的規定

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 某些項目不承保的原因，以及您可以怎麼做 (請參閱《會員手冊》第 197 頁的**第 9 章第 D 節**)，包括要求我們：
  - 以書面方式說明某些項目不承保的原因
  - 變更我們所作的決定
  - 給付您所收到的帳單

---

## E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您請款

本計劃網絡內的醫師、醫院及其他醫療服務提供者不得要求您為承保服務付費。即使我們的給付金額低於醫療服務提供者的收費金額，他們也不得向您收費或收取差額負擔費用。如欲瞭解當網絡醫療服務提供者企圖針對承保服務向您收費時該怎麼做，請參閱您《會員手冊》第 162 頁**第 7 章**的第 A 節。

---

## F. 您有權退出本計劃

沒有人可以違反您的意願強迫您留在本計劃。

- 您有權透過 **Original Medicare** 或其他 **Medicare Advantage** 計劃，取得您大多數的醫療保健服務。
- 您可透過處方藥計劃或 **Medicare Advantage** 計劃，取得您的 **Medicare Part D** 處方藥福利。
- 請參閱您《會員手冊》第 247 頁的**第 10 章第 C 節**：
  - 瞭解更多關於您何時可加入新的 **Medicare Advantage** 或處方藥福利計劃的資訊。
  - 瞭解更多關於如果您退出本計劃，您如何獲得您 **Medi-Cal** 福利的資訊。

---

## G. 您有權決定您自己的醫療保健服務

您有權請求您的醫生和其他醫療保健服務提供者，提供完整的資訊，幫助您決定自己的醫療保健服務。

### G1. 您有權瞭解您的治療選項並作出決定

您的醫療服務提供者必須以您能夠瞭解的方式向您說明您的病況以及治療的選項。您有權：

- **瞭解您的選擇**。您有權得知不同的治療方案。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- **瞭解風險。** 您有權得知任何相關的風險。如果有任何服務或治療是屬於研究試驗的一部分，我們一定要事先告知您。您有權拒絕接受試驗性治療。
- **取得第二意見。** 您有權在決定進行治療前，請其他醫師為您看診。
- **勇敢說不。** 您有權拒絕接受任何治療。其中包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫師建議您不要離院。您也有權停止服用處方藥。如果您拒絕接受治療或停止服用處方藥，我們不會將您從本計劃中退保。然而，如果您拒絕接受治療或停止服用某藥品，您應對其後果全權負責。
- **您可要求本計劃向您說明為何醫療服務提供者拒絕提供照護。** 如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應接受的照護，您有權要求本計劃向您說明。
- **要求本計劃承保某項我們拒絕承保或通常不承保的服務或藥品。** 這稱為承保決定。您《會員手冊》第 198 頁的**第 9 章第 E 節** 會說明如何要求我們作出承保決定。

## G2. 您有權表明個人意願

有時候人們會無法為自己作醫療保健決定。在此情況發生在您身上之前，您可以：

- 填寫一份書面表格以**授權他人代您作出醫療保健決定**。
- **為您的醫師提供一份書面指示**，說明當您無法自己作決定時，該如何處理您的醫療保健決定，包括您不想接受的照護。

您可以使用稱為「預立醫療指示」的法律文件提供指示。預前指示有不同的類型，其名稱也各不相同。例如，「生前遺囑」和「醫療保健委託授權書」。

您不需要預立醫療指示，但您可以這麼做。在此說明如果您要使用預立醫療指示，該怎麼做：

- **取得表格。** 您可向您的醫師、律師、法律服務機構或社工索取表格。藥房和醫療服務提供者辦公室通常都有表格。您可以在線上找到免費的表單並下載。
- **填寫表格並簽名。** 該表格屬於法律文件。您應考慮聘請一名律師或其他您信任的人，例如家人或您的 PCP，協助您完成該表格。
- **將該表格的副本提供給需要知道此事宜的人士。** 您應將該份表格的複本交給您的醫師。您也應將該表格的副本交給您指名代您作決定的人士。您可能也應將該表格的副本交給親密朋友或家人。在家中保留一份副本。
- 如果您正要住院，且您有簽署預立醫療指示，**請攜帶一份副本前往醫院**。
  - 醫院將會詢問您是否有簽署預立醫療指示表格，以及您是否有攜帶該表格。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 如果您尚未簽署預立醫療指示表，醫院可提供表格並會詢問您是否要簽署。

您有權：

- 將您的預立醫療指示置於您的病歷中。
- 隨時變更或取消您的預立醫療指示。
- 瞭解預立醫療指示法的變更。Wellcare by Health Net 將於州法律變更後 90 天內，告知您此變更。

您可以自行選擇是否要設立預立醫療指示。請致電與會員服務部聯絡以索取更多資訊。

### **G3. 如果您的指示未獲得遵循該怎麼辦**

如果您已簽署預立醫療指示，而您認為醫師或醫院並未遵循其中的指示，您可向您當地的民權辦公室提出投訴。

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

您可以致電 Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

---

## **H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所作的決定**

您《會員手冊》第 197 頁的**第 9 章第 D 節**將為您說明，如果您對您的承保服務或照護有任何疑問或顧慮，您可以怎麼做。例如，您可要求本計劃作出承保決定、提出上訴以變更某項承保決定，或提出投訴。

您有權取得其他計劃會員對本計劃提出上訴和投訴的資訊。請致電會員服務部，以取得此資訊。

### **H1. 如何處理不公平待遇或取得更多有關您權利的資訊**

如果您認為我們不公平地對待您 – 而且不是因為《會員手冊》**第 11 章**所列的原因而遭受歧視 – 或者您想更多瞭解關於您權利的資訊，您可以致電：

- 請致電會員服務部 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 的電話是 1-213-383-4519 (聽障專線：711)。如欲瞭解有關 HICAP 的詳情，請參閱第 2 章的第 E 節 (第 29 頁)。
- 監察方案，電話是 1-888-452-8609。如欲瞭解本方案的詳情，請參閱您《會員手冊》第 33 頁的第 2 章第 I 節。
- Medicare 電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。(您也可以前往 Medicare 網站 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) 閱覽或下載「Medicare 權利與保障」。) )

---

## I. 您身為計劃會員的責任

身為本計劃的會員，您有責任遵循下列事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **請閱讀《會員手冊》**，以瞭解本計劃的承保項目，以及瞭解取得承保服務與藥品所需遵守的規定。欲知更多詳情關於您的：
  - 承保服務，請參閱您的《會員手冊》**第 3 章和第 4 章**。這些章節將為您說明承保項目、非承保項目、您需遵守的規定以及您需支付的費用。
  - 承保藥物，請參閱您的《會員手冊》**第 5 章和第 6 章**。
- **告知我們**您持有的任何其他健康承保或處方藥承保範圍。我們必須確認，您在接受醫療保健服務時，有使用您所有的承保方案。如果您有其他承保，請致電會員服務部。
- **告知您的醫師和其他醫療保健服務提供者**，您是本計劃的會員。在您接受服務或領取藥品時，請出示您的計劃 ID 卡。
- **協助您的醫師和其他醫療保健服務提供者**為您提供最優質的照護。
  - 向他們提供與您和您的健康有關的資訊。盡可能瞭解您自己的健康問題。遵循您和您醫療服務提供者皆同意的治療計劃和指示。
  - 確保您的醫師和其他醫療服務提供者知道您服用的所有藥品。其中包括處方藥、非處方藥、維他命和補充品。
  - 提出您的任何問題。您的醫師和其他醫療服務提供者必須以您能夠理解的方式為您說明事項。如果您提了一個問題，但不瞭解得到的回答，請再次提問。
- **與您的照護協調員合作**，包括完成年度健康風險評估。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- **請為他人著想。**我們期望所有計劃會員都能尊重他人的權利。我們也期盼您在醫師診所、醫院和其他醫療服務提供者的診所時，都能以尊重的態度對待他人。
- **請告知我們您在本計劃之外所接受的任何服務。**
- **支付您應付的費用。**身為計劃會員，您應負責支付下列款項：
  - Medicare Part A 與 Medicare Part B 保費。對大部分的計劃會員而言，Medi-Cal 會為您支付 Part A 與 Part B 的保費。
  - **如果您搬家，請通知我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。請致電會員服務部。
  - **如果您搬離了我們的服務區域，您將無法續保本計劃。**只有居住在我們服務區域的人士，才可成為本計劃的會員。您《會員手冊》第 11 頁的**第 1 章第 D 節**說明了我們的服務區域之相關資訊。
  - 我們可以協助您瞭解，您是否遷離我們的服務區域。在特殊投保期期間，您可以轉換至 Original Medicare 或投保您所在新地區的 Medicare 健保計劃或處方藥計劃。我們可告知您，我們在您新遷入的地區是否提供計劃。
  - 在您搬家時，請告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。關於 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱您《會員手冊》第 31 頁的**第 2 章第 G 節**。
  - **如果您搬家了，但仍在我們的服務區域內，我們依然需要知道您的搬家資訊。**我們必須將您的會籍記錄保持在最新狀態，並瞭解該如何與您聯絡。
- **請告訴我們您是否有新的電話號碼，或更理想的聯絡方式。**
- 若您有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部尋求協助。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需詳細資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## 第 9 章如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦

### 簡介

本章有與您權利相關的資訊。如果您有以下情況，請閱讀本章以瞭解該怎麼做：

- 您對您的計劃有問題或想提出投訴。
- 您需要您的計劃表示其不給付的某項服務、用品或藥物。
- 您不同意您計劃針對您的照護作出的決定。
- 您認為您的承保服務太快終止。
- 您對您的長期服務與支援 (包括成人社區服務 (CBAS) 以及療養機構 (NF) 服務) 有問題或想要提出投訴。

本章細分為幾個不同部分，以協助輕鬆找到您所需的資訊。**如果您有問題或顧慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。**

您應取得您的醫師及其他醫療服務提供者按照您的照護計劃為您提供照護時，他們所判定的必要醫療保健服務、藥品以及長期服務與支援。**如果您有照護方面的問題，可致電 1-888-452-8609 與監察方案聯絡以尋求協助。**本章將針對不同的問題與投訴分別說明您有哪些不同的選項，但您可隨時致電監察方案，讓其協助指引您解決問題。如需其他資源以解決您的疑慮和取得聯絡方式，請參閱您《會員手冊》第 33 頁的**第 2 章第 1 節**。

### 目錄

A. 如果您有問題或疑慮，該怎麼辦 .....	174
A1. 關於法律術語 .....	174
B. 哪裡可以取得協助.....	174
B1. 取得更多資訊與協助.....	174
C. 瞭解本項計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴.....	176
D. 福利相關問題.....	176
E. 承保決定和上訴 .....	176

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



E1. 承保範圍決定 .....	177
E2. 上訴.....	177
E3. 取得承保決定和上訴相關協助.....	178
E4. 本章的哪一小節會對您有所幫助 .....	178
F. 醫療照護.....	179
F1. 運用本節內容.....	179
F2. 提出承保範圍決定要求 .....	180
F3. 提出 1 級上訴 .....	182
F4. 提出 2 級上訴 .....	184
F5. 給付問題.....	189
G. Medicare Part D 處方藥.....	191
G1. Part D 藥物承保決定和上訴 .....	191
G2. Part D 的例外處理.....	192
G3. 要求例外處理的重要須知 .....	193
G4. 如何要求承保決定，包括例外處理 .....	193
G5. 提出 1 級上訴.....	195
G6. 提出 2 級上訴.....	198
H. 要求我們承保更長的住院時間 .....	199
H1. 瞭解您的 Medicare 權利.....	199
H2. 提出 1 級上訴.....	200
H3. 提出 2 級上訴.....	202
H4. 提出 1 級替代上訴.....	203
H5. 提出 2 級替代上訴.....	204
I. 要求我們繼續承保特定醫療服務 .....	204

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



I1. 在您的承保終止前事先通知.....	205
I2. 提出 1 級上訴 .....	205
I3. 提出 2 級上訴 .....	207
I4. 提出 1 級替代上訴 .....	207
I5. 提出 2 級替代上訴 .....	208
J. 層級 2 以外的上訴方式 .....	209
J1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟 .....	209
J2. 其他 Medi-Cal 上訴 .....	210
J3. Part D 藥物的 3 級、4 級和 5 級上訴請求 .....	210
K. 如何提出投訴.....	211
K1. 何種類型的問題屬於投訴範圍.....	211
K2. 內部投訴 .....	213
K3. 外部投訴 .....	214

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



---

## A. 如果您有問題或疑慮，該怎麼辦

本章說明如何處理您的問題和疑慮。您需要使用的程序，取決於您所遇到的問題類型。使用一個**承保決定和上訴**的程序，以及另一個**提出投訴**程序；也稱為申訴。

為確保公平性和立即性，每個流程都有一組我們和您必須遵守的規則、程序和期限。

### A1. 關於法律術語

本章中有些規定和期限會使用到法律術語。由於許多這些術語可能不易理解，因此我們盡可能使用較簡單易懂的詞彙來替代某些法律術語。我們也盡量少用縮寫。

例如，我們會說：

- 「提出投訴」而非「呈遞申訴」
- 「承保決定」而非「組織裁定」、「福利判定」、「有風險的判定」或「承保裁定」
- 「快速承保決定」而非「加急裁定」
- 「獨立審核組織」而非「獨立審核實體」

瞭解正確的法律術語可協助您進行更明確的溝通，因此我們也會為您提供這些法律術語。

---

## B. 哪裡可以取得協助

### B1. 取得更多資訊與協助

有時，您可能會對於該如何開始或遵循處理問題的程序感到困惑。特別是當您感到身體不適或精力有限時，就可能發生這種情形。有時，您可能不知道接下來該怎麼做。

#### 取得 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 的協助

您也可致電 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (健康保險諮詢及促進方案，HICAP)。HICAP 諮詢人員可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題。HICAP 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。

#### 取得 Health Consumer Alliance 的協助

您可以致電 Health Consumer Alliance (醫療消費者聯盟)，並就您的健康承保問題與辯護人進行討論。他們提供免費的法律協助。Health Consumer Alliance 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均無關聯。其電話號碼為 1-888-804-3536，網站為 [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 取得 Medicare 的協助與資訊

如需更多資訊與協助，您可以聯絡 Medicare。以下為透過 Medicare 尋求協助的兩種方式：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，其每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- 瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

## 取得 Medi-Cal 的協助與資訊

State Medi-Cal Managed Care 的「Ombudsman Office」可協助您解決任何問題。您可以致電該辦公室，電話：1-888-452-8609 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五 PST 上午 8 點至下午 5 點；假日除外。您也可以從您的醫生處獲得協助，或致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。

Ombuds Program (監察方案) 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均無關聯。他們可協助您瞭解應使用何種程序。這些服務均為免費。

## 取得 California Department of Health Care Services 的協助

California Department of Health Care Services (DHCS) 的 Medi-Cal Managed Care Ombudsman 可以提供協助。如果您對於加入、變更或退出健保計劃有任何問題，他們可以提供協助。如果您已搬家且無法將 Medi-Cal 移轉至新郡，他們也會提供協助。您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 Ombudsman，電話是 1-888-452-8609。

## 取得 California Department of Managed Health Care 的協助

如需免費協助，請聯絡 California Department of Managed Health Care。DMHC 負責管理健保計劃。DMHC 可協助相關人士處理 Medi-Cal 服務的上訴或請款問題。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人士可使用免付費聽障專線 1-877-688-9891。

## Department of Managed Health Care (管理式健康照護部)

California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計劃。(Wellcare by Health Net 是一項健康照護服務計劃。)

如果您想對 Wellcare by Health Net 提出申訴，您首先應致電聯絡 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)，請先使用申訴流程，再與該部門聯絡。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能可獲得的補償。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果您需要協助處理與急診事件有關的申訴，或 Wellcare by Health Net 未就您的申訴提出令您滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未獲得解決，您可致電該部門尋求協助。

您可能還符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 程序將會針對健保計劃就後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：所提服務或治療是否具有醫療必要性、對實驗或研究性質的治療作承保與否的決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。該部門還提供免付費電話 (1-888-466-2219)，以及供聽語障人士使用的聽障專線 (1-877-688-9891)。該部門的網站 <http://www.dmhc.ca.gov> 有線上投訴表、IMR 申請表及相關說明。

### C. 瞭解本項計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴

您有 Medicare 和 Medi-Cal。本章資訊適用於您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 福利。這有時稱為「整合式程序」，因為它結合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 的程序。

有時 Medicare 和 Medi-Cal 程序無法合併。在這些情況下，您使用一個 Medicare 福利程序，以及另一個 Medi-Cal 福利的程序。第 207 頁的**第 F4 節**說明這些情況。

### D. 福利相關問題

如果您有問題或顧慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。下表可幫助您找到本章中有關您問題或申訴的適當章節。

<p><b>您的問題或顧慮是否與您的福利或承保有關？</b></p> <p>這部分包括特定醫療照護或處方藥是否能獲得承保、它們的承保方式以及與醫療照護或處方藥相關的付款問題。</p>	
<p><b>是。</b> 我的問題與福利或承保有關。</p> <p>請參閱第 198 頁的<b>第 E 節</b>「承保決定和上訴」。</p>	<p><b>否。</b> 我的問題與福利或承保無關。</p> <p>請參閱第 239 頁的<b>第 K 節</b>「如何提出投訴」。</p>

### E. 承保決定和上訴

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



提出承保決定要求和提出上訴的程序處理與您的福利以及承保有關的問題。其中也包括了與給付有關的問題。

## E1. 承保範圍決定

承保決定是我們對您的福利和承保或我們對您的醫療服務或藥物支付的金額作出的決定。只要我們決定您能獲得哪些承保項目以及我們應給付的金額，就是我們在作出承保決定。例如，每當您接受您網絡內醫生的醫療照護，或是您的網絡內醫生將您轉診到專科醫師處，您的網絡內醫生就是在為您作出有利的承保決定。

您或您的醫生也可以聯絡我們，提出承保決定的要求。您或您的醫生可能不確定我們是否承保特定的醫療服務，或者我們可能拒絕提供您認為需要的醫療照護。**在獲得某項醫療服務前，如果您想知道我們是否承保該項服務，您可以請求我們為您作出承保決定。**

在某些情況下，我們可能會決定某項服務或某種藥物 Medicare 或 Medi-Cal 不承保或不再為您承保。如果您不同意此承保決定，可以提出上訴。

## E2. 上訴

如果我們作出承保決定，但是您對作出的決定感到不滿，您可以對該項決定提出「上訴」。上訴是透過正式方式要求我們審查並改變我們作出的承保決定。

當您首次對某項決定提出上訴時，稱為 1 級上訴。在此上訴中，我們審查我們作出的承保決定，查看我們是否妥善地遵守所有規定。您的上訴是由不同於原先作出不利決定的審查人員處理。

在大多數情況下，您必須從第 1 級開始上訴。如果您不想針對 Medi-Cal 服務向本計劃提出第一級上訴、您的健康問題十分緊急或會對您的健康造成立即且嚴重的威脅，或者您有劇痛並需要立即決定，您可以前往 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 向 Department of Managed Health Care 申請獨立醫療審查。請參閱第 199 頁取得更多資訊。

當我們完成審查時，會告訴您我們的決定。在某些情況下 (本章第 202 頁後面會說明)，您可以請求對承保決定提出特急或「快速承保決定」，或提出快速上訴。

如果我們完全或部分**拒絕**您的 1 級上訴，您可繼續 2 級上訴。與我們無關聯的獨立審核組織會進行 2 級上訴。

- 在某些情況下，您的案件會被**自動送到**獨立審核組織進行 2 級上訴。如果發生這種情況，我們會告訴您。
- 在其他情況下，您**需要請求**進行 2 級上訴。
- 如需有關 2 級上訴的詳細資訊，請參閱第 207 頁**F4 節**。

如果您對 2 級上訴決定感到不滿，可以繼續其他層級的上訴。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



### E3. 取得承保決定和上訴相關協助

您可以透過以下任一方式尋求協助：

- 請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡**會員服務部**。
- 致電 **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)**，電話號碼為 1-800-434-0222。
- 致電 **Department of Managed Health Care (DMHC) 協助中心**尋求免費協助。DMHC 負責管理健保計劃。DMHC 可協助相關人士處理 Medi-Cal 服務的上訴或請款問題。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人士可使用免付費聽障專線 1-877-688-9891。
- **您的醫師或其他醫療服務提供者**。您的醫師或其他醫療服務提供者可代您提出承保決定要求或代您提出上訴。
- **朋友或家人**。您可以指名其他人士擔任您的「代表」，以代您提出承保決定要求或代您提出上訴。
- **律師**。您有權向律師諮詢，但**您不一定要聘請律師**，才能提出承保決定要求或提出上訴。
  - 請致電給您自己的律師，或透過當地的律師協會或其他轉介服務取得律師名單。如果您符合資格，部分法律團體將可為您提供免費的法律服務。
  - 請致電 1-888-804-3536，向 Health Consumer Alliance (醫療消費者聯盟) 請求提供法律援助的律師。

如果您需要律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表委任書表格。這份表格可授權他人代您行事。

請撥打本頁面底部的電話號碼，聯絡會員服務部，索取「代表委任書」表格。您也可以造訪 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或在我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> 上取得表格。您必須給我們一份已簽名表格的副本。

### E4. 本章的哪一小節會對您有所幫助

涉及承保決定和上訴的情況有四種類型。每種情況都有不同的規定和期限。我們會在本章的不同章節中提供每種情況的詳細說明。請參閱適用的章節：

- **第 F 節**，「醫療照護」

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- **第 G 節**，「Medicare Part D 處方藥」
- **第 H 節**，「要求我們承保更長的住院時間」
- **第 I 節**，「要求我們繼續承保特定的醫療服務 (本節僅適用於以下服務：居家健康照護、專業護理機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務。)」

如果您不確定要使用哪一部分，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。

---

## F. 醫療照護

本節說明，如果您在獲得醫療照護承保時遇到問題，或想要我們退還您的照護費用，該怎麼辦。

本節涉及在《會員手冊》第 75 頁的第 4 章第 D 節中所述之醫療照護和服務的福利。在本節其餘部分，我們通常會說「醫療照護承保」或「醫療照護」。「醫療照護」一詞包括醫療服務和項目，以及通常由您的醫師或醫療照護專業人員投與的 Medicare Part B 處方藥。Part B 處方藥可能適用不同的規定。當它們出現時，我們會解釋 Part B 處方藥的規定與醫療服務和項目的規定有何不同。

### F1. 運用本節內容

本節說明，如果您發生下列任一情況，您可以怎麼做：

1. 您認為我們承保您有需要、但未獲得的醫療照護。

**您可以怎麼做：**您可要求我們為您作承保範圍決定。請參閱第 202 頁的**第 F2 節**。

2. 我們並未核准您的醫生或其他醫療服務提供者希望您獲得的醫療照護，而您認為我們應該要這麼做。

**您可以怎麼做：**您可以針對我們的決定，來提出上訴。請參閱第 204 頁的**第 F3 節**。

3. 您取得了您認為本計劃承保的醫療照護，但計劃卻不給付。

**您可以怎麼做：**您可針對本計劃不給付的決定提出上訴。請參閱第 213 頁的**第 F5 節**。

4. 您取得了您認為本計劃承保的醫療照護且支付了費用，而您希望我們償還您所支付的費用。

**您可以怎麼做：**您可要求我們償還您所支付的費用。請參閱第 213 頁的**第 F5 節**。

5. 我們已縮減或終止您特定醫療照護的承保，而您認為我們的決定可能會損害您的健康。

6. 您的照護服務發生延遲，或者您找不到醫生。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**您可以怎麼做：**您可針對本計劃縮減或終止醫療照護的決定提出上訴。請參閱第 207 頁的**第 F4 節**。

- 如果是針對醫院照護、居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的承保，將適用特殊規定。請參閱第 224 頁的**第 H 節**或第 231 頁的**第 I 節**以瞭解詳情。
- 有關縮減或終止特定醫療照護承保的所有其他情況，請參閱本節 (**第 F 節**) 以瞭解相關指示。

## F2. 提出承保範圍決定要求

當承保決定涉及您的醫療照護時，即稱為「**整合式組織裁定**」。

您、您的醫生或您的代表可以透過以下方式要求我們作出承保決定：

- 致電：1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- 傳真：1-844-273-2671。
- 寫信：Wellcare by Health Net  
4191 E. Commerce Way  
Sacramento, CA 95834.

### 標準承保決定

當我們告訴您我們的決定時，除非我們已同意使用「快速」期限，否則我們將使用「標準」期限。標準承保決定是指，我們針對這些項目作出的回覆：

- Wellcare by Health Net 將在 Wellcare by Health Net 取得決策所需資訊後 5 個工作天內決定例行的事先批准，且不得晚於 Wellcare by Health Net 收到要求後的 14 個日曆日。
- Medicare Part B 處方藥，在我們收到您的要求後 72 小時內回覆。

對於**醫療用品或服務的需求**，若您請求更多時間，或者我們需要更多也許對您有利的資訊 (例如來自網絡外服務提供者提供的醫療記錄)，**我們最多可能需要延長 14 個日曆日**。如果我們需要延長時間來作決定，我們會以書面方式通知您。**如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，我們不會需要額外天數來做決定。**

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。提出投訴的程序，與承保決定和上訴的程序不同。如需關於提出投訴的詳細資訊，包括快速投訴，請參閱第 239 頁第 K 節。

## 快速承保決定

「快速承保決定」的法律術語是「加急裁定」。

當您要求我們就您的醫療照護作出承保決定，且您的健康狀況需要我們快速回覆時，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定是指我們針對這些項目作出的回覆：

- 醫療服務或項目，在我們收到您要求後的 72 小時內回覆。
- Medicare Part B 處方藥，在我們收到您的要求後 24 小時內回覆。

對於醫療物品或服務的請求，如果我們發現缺少可能對您有利的資訊 (例如來自網絡外服務提供者的醫療記錄)，或者您需要時間提供資訊供我們審核，我們最多可能需要延長 14 個日曆日。如果我們需要延長時間來作決定，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，我們不會需要額外的時間來做決定。

如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以針對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。如需關於提出投訴的詳細資訊，包括快速投訴，請參閱第 239 頁第 K 節。做出決定後，我們會盡快打電話通知您。

若要作出快速承保決定，您一定要達到兩項要求：

- 您針對尚未獲得的醫療照護提出承保要求。您不能針對已獲得的醫療照護給付提出快速承保決定要求。
- 使用標準期限可能會嚴重危害您的健康或傷害您的身體機能。

如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫師佐證的情況下提出快速承保決定要求，我們會判定您是否應取得快速承保決定。

如果我們決定您的健康狀況不需要快速承保決定，我們會寄送信函通知您並改用標準期限。信函會告知您：

- 如果您的醫生提出要求，我們會自動為您提供快速承保決定。
- 如果我們為您提供的是標準承保決定而非快速承保範圍決定，您如何針對我們的決定提出「快速投訴」。如需關於提出投訴的詳細資訊，包括快速投訴，請參閱第 239 頁第 K 節。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會寄送信函給您，說明原因。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果我們**拒絕**您的請求，您有權利要求上訴。如果您認為我們有疏失，提出上訴就是要求我們審查我們的決定，並且改變該決定的一種正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將會進入第 1 級上訴程序 (請參閱第 204 頁第 F3 節)。

在特定情況下，我們可能會解除您的承保決定要求，也就是說，我們將不會重新審查該要求。關於請求何時會遭到駁回的例子，包括：

- 請求內容不完整，
- 有人代您提出請求，但未獲得合法授權，或是
- 您要求撤銷請求時。

如果我們駁回承保決定的請求，我們會寄送通知說明為何該請求遭到駁回，以及如何要求審查該駁回結果。這項審查稱為上訴。將在下一節提供對上訴的說明。

### F3. 提出 1 級上訴

若要開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須與我們聯絡。請致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

可以書面方式或致電我們**要求標準上訴或快速上訴**，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

- 如果您的醫師或其他開立處方者在您的上訴過程中要求您繼續接受目前已取得的某項服務或項目，您可能需要指名您的醫師或其他開立處方者作為您的代表，以代表您行事。
- 如果醫生以外的人為您提出上訴，請附上「代表委任書」表格，授權該名人士代表您。您可以造訪 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或在我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> 取得表格。
- 雖然我們可以在無表單的情況下接受上訴請求，但在尚未收到表單前，我們無法開始或完成審核程序。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個日曆日內沒有收到表單：
  - 我們會拒絕您的請求，而且
  - 我們會寄送書面通知給您，說明您有權要求獨立審核組織審查我們駁回上訴的決定。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



您必須在我們寄信通知您我們決定的當日起 **60 個曆日內**提出上訴。

如果您錯過這個期限，但有正當理由，我們可給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括，您患有重大疾病，或是我們提供給您的期限資訊有誤。在提出上訴時說明您延遲上訴的原因。

您有權向我們免費索取一份與您上訴有關的資料副本。您和您的醫師也可以向我們提供更多資訊，為您的上訴提供佐證。

如果您因健康狀況需要，請求「快速上訴」。

「快速上訴」的法律術語是「特急重新審查」。

- 如果您的上訴內容是關於我們針對您尚未獲得之照護所做的承保決定，您和/或您的醫生將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 快速上訴的程序與快速承保決定相同。若想請求快速上訴，請遵照第 202 頁第 **F2 節**中請求快速承保決定的指示進行。
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速上訴，我們就會核准快速上訴。

如果我們告知您，我們將終止或縮減您已取得的服務或用品，您或許能夠在上訴期間保留這些服務或用品。

- 如果我們決定變更或終止您目前取得的服務或用品承保，我們會在採取行動之前寄送通知給您。
- 若您不同意該決定，可以提出 1 級上訴。
- 若您在收到我們信函郵戳日期的 **10 個日曆日內**或在行動預計生效日期前 (以時間較晚者為準) 提出 1 級上訴的請求，我們將繼續承保服務或用品。
  - 若您符合此期限，則在您的 1 級上訴未決時，您仍將繼續獲得服務或用品，不會有變更。
  - 您也會繼續獲得所有其他服務或用品 (並非您上訴的內容)，不會有變更。
  - 如果您在這些日期之前沒有提出上訴，在您等待上訴決定時，將不會繼續保留您的服務或藥物。

我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們審核您的上訴時，我們會再仔細查閱有關您的醫療照護承保要求的所有資訊。
- 我們會查看以確認我們在拒絕您的要求時，是否有遵守所有規定。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果必要，我們會搜集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生，以獲得更多資訊。

#### 快速上訴有期限。

- 使用快速期限時，我們必須在收到您的上訴請求後 **72 小時內** 答覆您。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。

如果我們未能在 **72 小時內** 給您答覆，我們會將您的請求交由 **2 級上訴程序** 處理。接著會由獨立審核組織對您的請求進行審查。在本章第 **207 頁** 第 **F4 節** 接下來章節中，我們會介紹該組織，並說明第 **2 級上訴程序**。

- 如果我們同意您的部分或所有請求，我們一定要在收到您的上訴後 **72 小時內** 授權或提供我們同意的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會將您的上訴送交獨立審核組織進行 **2 級上訴**。

#### 標準上訴有期限。

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您尚未獲得承保服務的上訴後 **30 個日曆日內** 對您作出答覆。
- 如果您的請求是針對您尚未獲得的 **Medicare Part B 處方藥**，我們將會在接獲您上訴的 **7 個日曆日內** 向您提出答覆。

如果我們未能在期限內向您提出答覆，我們會將您的請求交由 **2 級上訴程序** 處理。接著會由獨立審核組織對您的請求進行審查。在本章第 **208 頁** 第 **F4 節** 接下來章節中，我們會介紹該組織，並說明第 **2 級上訴程序**。

如果我們同意您的部分或全部請求，我們一定要在收到您的請求後 **30 個日曆日內** 授權或提供我們同意的承保，或者如果您的請求是針對 **Medicare Part B 處方藥**，我們一定要在收到您的上訴後 **7 個日曆日內** 授權或提供我們同意的承保。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，您會有額外上訴的權利：

如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄送信函給您。

- 如果您的問題與 **Medicare 服務或項目的承保** 有關，該信函也會告訴您，我們已將您的案件交由獨立審核組織進行 **2 級上訴**。
- 如果您的問題是與 **Medi-Cal 服務或項目的承保** 有關，信函中將會告訴您如何自行提出 **2 級上訴**。

## F4. 提出 2 級上訴

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果我們**拒絕**您 1 級上訴的部分或全部請求，我們將會寄信通知您。信函中向您說明 Medicare、Medi-Cal 或這兩項方案是否通常承保該服務或用品。

- 如果您的問題與通常由 **Medicare** 承保的服務或用品有關，我們將會在 1 級上訴完成後，自動將您的案件送交 2 級上訴程序處理。
- 如果您的問題與通常由 **Medi-Cal** 承保的服務或用品有關，您可以自行提出 2 級上訴。信函中會告訴您該如何進行。我們也會在本章第 208 頁接下來的章節中提供詳細資訊。我們不會自動為您提出 **Medi-Cal** 服務或用品的 2 級上訴。
- 如果您的問題與 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 皆承保的服務或項目有關，您將自動取得獨立審核組織的 2 級上訴。您也可以向州內的公平聽證會提出請求。

若您提出 1 級上訴時仍符合繼續享有給付資格，您在第 2 級上訴期間也可能繼續享有上訴中的服務、用品或藥物的福利。請參閱第 207 頁第 F4 節，瞭解在第 1 級上訴期間繼續享有給付資格的資訊。

- 如果您的問題與通常僅由 **Medicare** 承保的服務有關，那麼在與獨立審核組織進行 2 級上訴程序期間，您將無法繼續享有該項服務的福利。
- 如果您的問題與通常僅由 **Medi-Cal** 承保的服務有關，若您在收到我們的決定信函後 10 個日曆日內提交 2 級上訴，您將繼續享有該項服務的福利。

當您的問題與通常由 **Medicare** 所承保的服務或用品有關：

獨立審核組織審核您的上訴。這個機構是由 Medicare 雇用的獨立組織。

「獨立審核組織」的正式名稱為「**獨立審核實體**」，有時稱為「**IRE**」。

- 該機構與我們無關，並且不是政府機構。**Medicare** 選擇該公司作為獨立審核組織，並由 **Medicare** 監督其工作。
- 我們會將有關您的上訴 (您的「案件檔案」) 資訊送交該組織。您有權向我們索取一份免費的個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，支持您的上訴。
- 獨立審核組織的審查人員會仔細審閱所有與您上訴有關的資料。

如果您在 1 級上訴時採用快速上訴，您在 2 級上訴時也會採用快速上訴。

- 如果您在 1 級上訴時對我們提出快速上訴，您在 2 級上訴時會自動以快速上訴的方式進行。獨立審核組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 回覆您的 2 級上訴。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果您在 1 級上訴時採用標準上訴，您在 2 級上訴時也會採用標準上訴。

- 如果您在 1 級上訴時對我們提出標準上訴，您在 2 級上訴時會自動獲得標準上訴。
- 如果您的請求是針對醫療用品或服務，獨立審核組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**回覆您的 2 級上訴。
- 如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，獨立審核組織必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**回覆您的 2 級上訴。

獨立審核組織將以書面方式給您答覆，並解釋原因。

- 如果該獨立審核組織同意部分或所有醫療用品或服務請求，我們就必須立即執行該項裁決：
  - 在 **72 小時內**授權該醫療照護承保，或者
  - 我們會在收到獨立審核組織對標準請求的裁決後 **14 個日曆日內**提供服務，或
  - 從我們收到獨立審核組織對加速請求的裁決當日起 **72 小時內**提供服務。
- 如果獨立審核組織同意部分或所有 Medicare Part B 處方藥請求，我們必須授權或提供有爭議的 Medicare Part B 處方藥：
  - 我們會在收到獨立審核組織對標準請求的裁決後 **72 小時內**提供服務，或
  - 從我們收到獨立審核組織對加速請求的裁決當日起 **24 小時內**完成。
- 如果獨立審核組織拒絕您的部分或全部上訴，表示其同意本項計劃不應核准您的醫療照護承保請求 (或您的部分請求)。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

在 2 級之後，上訴程序還有另外三級，總共有五級上訴。

如果您的 2 級上訴被否決，但您符合繼續上訴程序的要求，您需要決定是否要進入 3 級上訴，提出第三次上訴。有關如何進行 3 級上訴的詳細資訊，請參見您在 2 級上訴後收到的書面通知。

由行政法官或律師裁決處理 3 級上訴。請參閱第 236 頁第 J 節，以瞭解關於第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的詳細資訊。

**如果您的問題與通常由 Medi-Cal 承保的服務或項目有關**

針對 Medi-Cal 服務及項目提出層級 2 上訴的方式有兩種：(1) 提交投訴或獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## (1) 獨立醫療審查

您可向 California Department of Managed Health Care (DMHC) 的協助中心提交投訴或申請獨立醫療審查 (IMR)。提交投訴後，DMHC 將會審查我們的決定並做出判決。IMR 適用於任何屬於醫療性質的 Medi-Cal 承保服務或項目。IMR 是由不屬於本計劃或不屬於 DMHC 的醫師針對您個案所進行的審查。如果 IMR 作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務或項目。您無需為 IMR 付費。

如果本計劃有下列舉動，您將可提交投訴或申請 IMR：

- 由於本計劃判定 Medi-Cal 服務或治療並非醫療所必需，因而拒絕、變更或延遲該服務或治療。
- 不承保嚴重醫療狀況所需的實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 不給付您已接受的 Medi-Cal 急診服務或緊急服務。
- 未在 30 個曆日內解決您針對 Medi-Cal 服務所提出的層級 1 標準上訴，或未在 72 小時內解決您針對 Medi-Cal 服務所提出的層級 1 快速上訴。

**註：**若您的醫療服務提供者為您提出上訴，但我們沒有取得您的「代表委任書」表格，您需要先向我們重新提出上訴，才能向 DMHC 提交層級 2 IMR。

針對同一問題，您有權利同時申請 IMR 又申請州聽證會，但如果您已舉行了州聽證會，您將不能再申請 IMR。

在大多數情況下，在申請 IMR 之前，您必須先向我們提出上訴。請參閱第 208 頁，以瞭解有關本計畫層級 1 上訴程序的資訊。如果您不同意我們的決定，您可向 DMHC 提交投訴或向 DMHC 協助中心申請 IMR。

如果您的治療因屬於實驗性或研究性而遭到拒絕，您無需使用本計劃的上訴程序即可申請 IMR。

如果您的問題十分緊急且會對您健康造成即時且嚴重的威脅，或者如果您有劇痛，您可立即請 DMHC 處理，不必先進行上訴程序。

您必須在我們寄給您書面上訴決定後的 6 個月內申請 IMR。若您的理由充分，DMHC 可能會在 6 個月後接受您的申請，例如您的醫療狀況使您無法在 6 個月內要求 IMR，或者您沒有得到我們針對 IMR 程序的充分通知。

欲申請 IMR：

- 請填妥獨立醫療審查申請表/投訴表，您可在 [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) 取得該申請表，或致電 1-888-466-2219 向 DMHC 協助中心索取。聽障專線使用者請致電 1-877-688-9891。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果您有與遭拒之服務或項目有關的信函或其他文件，請將其副本隨附提出。這樣可以加速 IMR 的處理時間。請寄文件的複本，而不要寄正本。協助中心將不會退還任何文件。
- 如果有人協助您申請 IMR，請填寫授權代理人委任表。您可在下列網站取得該表格：  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) 或致電 1-888-466-2219 與該部門的協助中心聯絡。聽障專線使用者請致電 1-877-688-9891。
- 請將申請表及所有附件郵寄或傳真至：

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
傳真：916-255-5241

如果您符合 IMR 的資格，DMHC 協助中心將在 7 個日曆日內寄送信函，通知您是否符合 IMR 的資格。在收到您的申請表和佐證文件之後，IMR 將會在 30 個日曆日內作出 IMR 決定。您應在提交完整申請後的 45 個日曆日內收到 IMR 決定。

如果您的情況屬於緊急且您符合 IMR 的資格，DMHC 將審查您的個案，並在 2 個日曆日內寄送信函，通知您是否符合 IMR 的資格。在收到您的申請表和佐證文件之後，IMR 將會在 3 個日曆日內作出 IMR 決定。您應在提交完整申請後的 7 個日曆日內收到 IMR 決定。如果您對 IMR 的結果感到不滿，您仍可申請州政府聽證會。

若 DMHC 沒有從您或提供治療的醫師收到所有需要的病歷，則 IMR 可能需要較長的時間。若您目前的看診醫師不屬於您健保計劃的網絡，則您應向該名醫師取得您的病歷並寄給我們，這十分重要。您的健保計劃需要向網絡內醫師取得病歷副本。

如果 DMHC 判定您的個案不符合 IMR 的資格，DMHC 將會透過其一般的消費者投訴程序審查您的個案。應在提交完整申請後的 30 個日曆日內解決您的投訴。若您的投訴十分緊急，個案的解決時間將會更快。

## (2) 州聽證會

您可隨時針對 Medi-Cal 承保服務及項目申請州聽證會。如果您的醫師或其他醫療服務提供者申請了我們將不會核准的服務或項目，或我們將不再繼續給付您已接受的服務或已取得的項目，且拒絕您的層級 1 上訴，則您有權申請州聽證會。

在大多數情況下，在我們寄「您的聽證權力」通知給您後，您將有 120 天的時間可以申請州聽證會。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**註：**如果我們告知您有關您目前取得的服務即將變更或終止，而您因此申請州政府聽證會，且您希望在州政府聽證會待審期間仍繼續取得該服務，則**您可以提出申請的時間較短**。請參閱第 207 頁的「在層級 2 上訴期間，我的福利是否可以持續」，以取得更多資訊。

申請州政府聽證會的方式有兩種：

1. 您可填妥行動通知背面的「州聽證會申請表」。您應提供所有必要資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取不利行動的計劃或郡縣名稱、相關的輔助計劃，以及您希望舉行聽證會的詳細原因。然後您可透過下列其中一種方式提交您的申請：
  - 寄至通知上所列的縣立福利部地址。
  - 寄至加利福尼亞州社會服務部：
 

State Hearings Division  
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430
  - 傳真至州政府聽證處，傳真號碼為 916-651-5210 或 916-651-2789。
2. 您可致電 1-800-952-5253 與 California 社會服務部聯絡。聽障專線使用者請致電 1-800-952-8349。如果您決定透過電話申請州聽證會，您應瞭解該電話線路可能非常忙碌。

公平聽證會辦公室將以書面方式告知您他們的決定，並解釋原因。

- 如果公平聽證會辦公室**同意**部分或全部醫療用品或服務的請求，我們必須在收到公平聽證會辦公室決策後 **72 小時內**授權或提供服務或用品。
- 如果公平聽證會辦公室**否決**您的部分或全部上訴，表示其同意本項計劃不應核准您的醫療照護承保請求 (或您的部分請求)。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果獨立審核組織或公平聽證會辦公室的決定是**否決**您的全部或部分請求，您會有額外上訴的權利。

若您的 2 級上訴進入**獨立審核組織**，只有在您希望的服務或項目之金額達到一定的最低額度時，才可再次上訴。由行政法官或律師裁決處理 3 級上訴。**您從獨立審核組織收到的信函將說明您可能擁有的其他上訴權利。**

您從公平聽證會辦公室收到的信函將說明下一個上訴選項。

請參閱第 236 頁**J 節**，以瞭解更多關於第 2 級之後的上訴權利資訊。

## F5. 給付問題

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



本計劃不允許我們的網絡醫療服務提供者針對承保服務和用品向您收費。即使我們給付給醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者針對承保服務或項目所收取的費用，您也無需支付任何費用。不論在何種情況下，您都無需支付任何帳單的餘額。

如果您收到承保服務和用品的帳單，請將帳單寄給我們。您不應自行支付帳單。我們將會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該問題。但如果您已經支付帳單，且您遵守取得服務或用品的規定，就可以取得退款。

如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 7 章。本章將為您說明在何種情況下，您可能需要要求本計劃償還您所支付的費用，或要求本計劃支付您所收到的醫療服務提供者帳單。該章也會說明您該如何將要求本計劃給付的書面文件寄給我們。

如果您欲要求本計劃償還您所支付的費用，您需要提出承保決定要求。我們將會確認您已付費的服務或項目是否為獲得承保的服務或用品，且我們會查看您是否遵守使用承保的所有規定。

- 如果您已付費的服務或用品已獲得承保，且您遵守所有規定，我們將在收到您請求後的 60 個日曆日內，將您服務或項目應給付的款項寄給您的醫療服務提供者。您的醫療服務提供者隨後會將款項寄給您。
- 如果您尚未支付該服務或項目的費用，我們將會把費用款項直接寄給該醫療服務提供者。我們若寄出該費用款項，即表示我們同意您的承保決定要求。
- 如果該服務或用品未獲得承保，或者您未遵守所有規定，我們將會寄信告知您，我們不給付該服務或用品，並向您說明原因。

如果您不同意我們的決定，您可以提出上訴。請遵守第 204 頁第 F3 節所述的上訴程序。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您要求我們償還您所支付的費用而向我們提出上訴，我們必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內給您答覆。
- 如果您要求我們就您已經接受且自行付款的醫療照護向您償還費用，您就不得提出快速上訴要求。

如果我們拒絕您的上訴請求，且 Medicare 通常承保該服務或用品，我們會將您的案件送交獨立審核組織。如果發生這種情況，我們將會寄信通知您。

- 如果獨立審核組織推翻本計劃的決定並表示我們應支付您費用，我們必須在 30 個日曆日內將款項寄給您或醫療服務提供者。如果您的上訴是在 2 級之後上訴程序的任何階段核准，我們必須在 60 個日曆日內將款項寄給您或醫療保健服務提供者。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果獨立審核組織**拒絕**您的上訴，表示其同意我們不應核准您的要求。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。您將收到信函向您說明您可能享有其他上訴權利。請參閱第 236 頁**第 J 節**，以瞭解更多有關其他層級上訴的資訊。

如果我們**拒絕**您的上訴請求，且 **Medi-Cal** 通常承保該服務或用品，您可以自行提出 2 級上訴。我們不會自動為您提出 2 級上訴。請參閱第 207 頁**第 F4 節**，以取得更多資訊。

---

## G. Medicare Part D 處方藥

身為本計劃的會員，您的福利包括許多處方藥的承保。其中大部分藥品均是 Medicare Part D 藥物。雖然有少數幾項 Medicare Part D 藥物不承保，但卻可能獲得 Medi-Cal 的承保。本部分內容**僅適用於 Part D 藥品的上訴**。在本節其餘部分，我們會說「藥品」，而不是每次都說「Part D 藥物」。

要獲得承保，藥物必須用於醫學上所接受的引證。這表示該藥品已獲得 Food and Drug Administration (FDA) 的核准或得到特定醫學參考資料的佐證。請參閱您《會員手冊》第 143 頁的**第 5 章第 B3 節**，以瞭解更多有關醫療認可之適應症的相關資訊。

### G1. Part D 藥物承保決定和上訴

以下範例是您請求我們對您的 Part D 藥物作出承保決定：

- 您請求我們為您作出例外處理，包括要求我們：
  - 承保不在本計劃藥品清單中的 Part D 藥物。
  - 免除本計劃對某項藥品的承保限制 (例如您能夠領取的藥量限制)
- 您可要求我們是否為您承保某項藥品 (例如，當您的藥品在本計劃的藥品清單中，但必須先經過我們核准後，才會承保該藥品)。

**註：**如果您的藥房告知您，您的處方無法依照處方箋內容進行配藥，您將會收到藥房的書面通知，說明如何聯絡我們以要求承保決定。

有關您的 Part D 藥物的最初承保決定稱為「**承保裁定**」。

- 您可要求我們給付您已經購買的藥品。這是針對給付所提出的承保範圍決定要求。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果您不同意我們已經作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。本節告訴您如何提出承保決定要求以及如何提出上訴。請利用下表來協助您。

您遇到下列何種情況？			
您需要的藥品未被納入我們的藥品清單，或需要我們免除某項承保藥品的相關規定或限制？	如果您希望我們為您承保我們藥品清單中的某種藥品，並且您認為您符合所需藥品的計劃規定或限制(例如事先取得核准)。	您想要求我們就您已取得並已付費的藥品償還您費用。	我們已經告知您，我們不會按照您希望的方式承保某種藥物或支付這種藥物的費用。
您可要求我們進行例外處理。(這是一種承保決定。)	您可要求我們作承保決定。	您可要求我們償還您所支付的費用。(這是一種承保決定。)	您可以提出上訴。(也就是說，您可以要求我們重新考慮。)
從第 216 頁第 G2 節開始，然後參閱第 217 頁第 G3 節和第 218 頁第 G4 節。	請參閱第 218 頁第 G4 節。	請參閱第 218 頁第 G4 節。	請參閱第 220 頁第 G5 節。

## G2. Part D 的例外處理

如果我們不會按照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們進行「例外處理」。如果我們拒絕您的例外處理請求，您可以針對我們的決定提出上訴。

當您要求例外處理時，您的醫師或其他開立處方者需要解釋您需要例外處理的醫療原因。

要求承保不在我們藥品清單上的某種藥物或移除某項藥品的限制，有時稱為請求「處方集例外處理」。

以下是您或您的醫生或其他開立處方者可以請求我們作出例外處理的一些範例：

1. 承保不在我們藥品清單上的藥品
  - 您無法獲得藥品所需共付額的例外處理。
2. 免除我們對承保藥物的限制

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 我們藥品清單上的特定藥品適用額外的規定或限制 (請參閱您《會員手冊》第 144 頁的**第 5 章第 C 節**，以瞭解更多資訊)。
- 適用於特定藥品的額外規定與限制包括：
  - 必須使用副廠藥品取代原廠藥品。
  - 在我們同意承保您的藥品之前，需事先獲得我們的批准。這有時稱為「事先授權」。
  - 在我們同意承保您請求的藥物之前，須先嘗試一種不同的藥物。這有時稱為「循序用藥」。
  - 數量限制。對於一些藥物，您可配取的藥量有限制。

### G3. 要求例外處理的重要須知

您的醫師或其他開立處方者必須告知我們醫療原因。

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

我們的藥品清單通常會對於治療某種病症列出一種以上藥品。這些藥品稱為「替代」藥品。如果替代藥品與您要求的藥品效力相當，且不會造成較多的副作用或其他健康問題，我們通常**不會**核准您的例外處理請求。

我們會同意或拒絕您的請求。

- 如果我們**同意**您的例外處理請求，該例外處理通常至該曆年結束為止均有效。只要您的醫師持續開立該藥品處方給您，且該藥品能安全有效地治療您的病況，就適用上述說明。
- 如果我們**拒絕**您的例外處理請求，您可以提出上訴。如果我們**拒絕**，請參閱第 220 頁**第 G5 節**，以瞭解提出上訴的相關資訊。

下一節為您說明如何要求作出承保範圍決定，包括例外處理。

### G4. 如何要求承保決定，包括例外處理

- 致電 1-800-431-9007 (聽障專線：711)、寫信或傳真要求您想要的承保決定類型。您、您的代表或您的醫師 (或其他開立處方者) 皆可以提出該要求。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 您本人或您的醫師 (或其他開立處方者) 或其他代表您的人士，皆可提出承保決定要求。您也可以請律師代表您。
- 請參閱第 199 頁第 E3 節，以瞭解如何委託他人擔任您的代表。
- 您不需要向您的醫生或其他開立處方者提供書面許可，以代表您提出承保決定要求。
- 如果您想要求我們償還您藥品費用，請參閱您《會員手冊》第 162 頁第 7 章第 A 節。
- 如果您要求例外處理，請提供我們一份「支持聲明」。支持聲明包括您的醫生或其他開立處方者，提出例外處理要求的醫療原因。
- 您的醫師或其他開立處方者可以傳真或郵寄該支持聲明給我們。他們也可以透過電話與我們聯絡，然後傳真或郵寄該支持聲明。

如果您因健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」。

除非我們同意採用「快速期限」，否則我們會採用「標準期限」。

- **標準承保決定**代表我們將在收到您醫師聲明後的 72 小時內給您答覆。
- **快速承保決定**代表我們將會在收到您醫師聲明後的 24 小時內給予答覆。

「快速承保決定」稱為「加急承保裁定」。

如果發生以下情況，您可以獲得快速承保決定：

- 針對您未收到的藥物。(如果您要求我們償還您已經購買的藥品費用，您將無法取得快速承保決定。)
- 如果我們採用標準期限，可能會嚴重危害您的健康或身體機能。

如果您的醫生或其他開立處方者告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會同意為您作出快速承保決定。我們會寄送信函通知您。

- 如果您在沒有醫師或其他開立處方者佐證的情況下提出快速承保決定要求，我們將會判定您是否應取得快速承保決定。
- 如果我們判定您的醫療狀況不符合快速承保決定的規定，我們會改用標準期限。

我們會寄送信函通知您。該信函也會告訴您如何對我們的決定提出投訴。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



您可以提出快速投訴並在 24 小時內獲得回覆。如需更多關於提出投訴的資訊，包括快速投訴，請參閱第 239 頁第 K 節。

### 快速承保決定的期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您要求後的 24 小時內給您答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後 24 小時內向您作出答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的請求交由 2 級上訴程序處理，由獨立審核組織審查。如需關於第 2 級上訴的更多資訊，請參閱第 222 頁第 G6 節。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您醫生的佐證聲明後 24 小時內為您提供承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會寄送信函給您，附上原因。該信函也會告訴您如何提出上訴。

### 與您未領取之藥品有關的標準承保決定期限

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您要求後的 72 小時內給您答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後 72 小時內向您作出答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的請求交由 2 級上訴程序處理，由獨立審核組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或收到您醫師針對例外處理提供佐證聲明後的 72 小時內為您提供承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會寄送信函給您，附上原因。該信函也會告訴您如何提出上訴。

### 與您已購藥品有關的標準承保決定期限

- 我們將必須在收到您要求後的 14 個曆日內給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的請求交由 2 級上訴程序處理，由獨立審核組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們會在 14 個日曆日內償還您費用。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會寄送信函給您，附上原因。該信函也會告訴您如何提出上訴。

## G5. 提出 1 級上訴

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



就 Part D 藥物之承保決定向本項計劃提出上訴稱為計劃「重新裁決」。

- 要開始為您進行**標準**或**快速上訴**，可致電 1-800-431-9007 (聽障專線：要求您想要的承保決定類型。您、您的代表或您的醫師 (或其他開立處方者) 皆可以提出該要求。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。
- 您必須在我們寄信通知您我們決定的當日起 **60 個曆日內**提出上訴。
- 如果您錯過這個期限，但有正當理由，我們可給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括，您患有重大疾病，或是我們提供給您的期限資訊有誤。在提出上訴時說明您延遲上訴的原因。
- 您有權向我們免費索取一份與您上訴有關的資料副本。您和您的醫師也可以向我們提供更多資訊，為您的上訴提供佐證。

如果您因健康狀況需要，請求「快速上訴」。

快速上訴又稱為「**加速重新裁決**」。

- 如果您就尚未領取之藥物對我們作出的承保決定提出上訴，您和您的醫生或其他開立處方者需要決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得快速承保決定的要求相同。請參閱第 218 頁**第 G4 節**，以取得更多資訊。

我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們審核您的上訴時，我們會再仔細查閱有關您承保請求的所有資訊。
- 我們會查看以確認我們在**拒絕**您的要求時，是否有遵守所有規定。
- 我們可能會與您或您的醫師或其他開立處方者聯絡以取得更多資訊。

### 1 級快速上訴的期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內**給您答覆。
- 如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。

如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們會將您的請求交由 2 級上訴程序處理。接著會由獨立審核組織進行審查。請參閱第 222 頁**第 G6 節**，以瞭解審核組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 **72** 小時內提供我們同意的承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寄信給您說明原因，並告訴您該如何提出上訴。

### 1 級標準上訴的期限

- 如果我們使用標準期限，我們必須在收到您針對尚未領取之藥物的上訴後 **7 個日曆日**內給您答覆。
- 如果您尚未收到藥物，但是您的健康狀況需要我們更快答覆，我們會更快作出決定。如果您認為因您健康情況需要，就可提出快速上訴。

如果我們未能在 **7 個日曆日**內做出決定，我們會將您的申請交由 **2 級**上訴程序處理。接著會由獨立審核組織進行審查。請參閱第 **222 頁第 G6 節**，以瞭解審核組織與第 **2 級**上訴程序的相關資訊。

如果我們**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須按照您的健康情況所需，盡快**提供我們同意提供的承保**，但必須在我們收到您的上訴後的 **7 個日曆日**內。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日**內，將您購買藥物的**費用寄給您**。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求：

- 我們會寄信給您說明原因，並告訴您該如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後 **14 個日曆日**內，就支付您購買藥物的費用向您作出答覆。

如果我們未能在 **14 個日曆日**內做出決定，我們會將您的申請交由 **2 級**上訴程序處理。接著會由獨立審核組織進行審查。請參閱第 **222 頁第 G6 節**，以瞭解審核組織與第 **2 級**上訴程序的相關資訊。

- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們必須在收到您的請求後 **30 個日曆日**內支付您的費用。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寄信給您說明原因，並告訴您該如何提出上訴。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## G6. 提出 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，您可以接受我們的決定或提出另一次上訴。如果您決定提出另一次上訴，您將採取 2 級上訴程序。當我們**拒絕**您的初次上訴時，**獨立審核組織**會審查我們的決定。這個組織決定我們是否需要更改決定。

「獨立審核組織」的正式名稱為「**獨立審核實體**」，有時稱為「**IRE**」。

要提出 2 級上訴，您、您的代表、您的醫生或其他開立處方者，必須以**書面方式**聯絡獨立審核組織，並請求審核您的案件。

- 如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，我們寄給您的信函會包括如何向獨立審核組織**提出 2 級上訴的指示**。這些指示會說明誰可以提出 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何聯絡審核組織。
- 當您向獨立審核組織提出上訴時，我們會將您的上訴資料送交給該機構。此類資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們索取一份免費的個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，支持您的上訴。

獨立審核組織審查您的 Part D 2 級上訴，並以書面方式答覆您。請參閱第 207 頁第 F4 節，以瞭解更多關於獨立審核組織的資訊。

### 2 級快速上訴的期限

如果您的健康狀況需要作出快速決定，您可以請求獨立審核組織進行「快速上訴」。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**答覆您。
- 如果他們**同意**對您的部分或全部請求，我們必須在收到獨立審核組織的決定後 **24 小時內**提供核准的藥品承保。

### 2 級標準上訴的期限

如果您在 2 級時採用標準上訴，獨立審核組織必須給您答覆：

- 在他們收到您尚未領取之藥物的上訴後 **7 個日曆日內**。
- 在收到您已購藥品付還費用的上訴後 **14 個日曆日內**。

如果獨立審核組織**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須在收到獨立審核組織的決定後 **72 小時內**提供核准的藥品承保。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 在我們收到獨立審核組織的承保決定後 30 個日曆日內，我們必須償還您購買的藥物。

如果獨立審核組織**拒絕**了您的上訴，這表示其同意我們不核准您申請的決定。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果獨立審核組織**拒絕**您的 2 級上訴，您有權在所要求的藥品承保現金價值達到最低金額時提出 3 級上訴。如果您所要求的藥品承保現金價值低於規定的最低金額，您就不能再次提出上訴。在此情況下，2 級上訴的決定是最終裁決。獨立審核組織寄信給您，告知您繼續進行 3 級上訴所需的最低金額。

如果您請求的金額價值符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 2 級之後，上訴程序還有另外三級。
- 如果獨立審核組織**拒絕**您的 2 級上訴，且您符合繼續進行上訴程序的要求，您可以：
  - 決定是否要提出 3 級上訴。
  - 請參閱 2 級上訴後獨立審核組織寄給您的信函，以瞭解如何提出 3 級上訴。

由行政法官或律師仲裁人處理 3 級上訴。請參閱第 236 頁第 J 節，以瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的相關資訊。

---

## H. 要求我們承保更長的住院時間

當您住院時，您有權取得診斷和治療您疾病或損傷時所需的所有醫院承保服務。如需更多有關本計劃醫院承保的資訊，請參閱您《會員手冊》第 75 頁的第 4 章第 D 節。

在您的承保住院期間，您的醫師和醫院工作人員會與您合作，為您出院做準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的日子稱為您的「出院日期」。
- 您的醫師或醫院工作人員將會告知您您的出院日期。

如果您認為自己太快被要求出院，或您擔心出院後的照護，您可以要求延長住院時間。本部分將為您說明如何提出要求。

### H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您住院後的兩天內，護士或社福調查員將會提供一份名為「**Medicare 權益重要訊息**」的書面通知給您。每一位 Medicare 會員每次入院都會收到這份通知。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果您沒有收到這份通知，請向任何一位醫院工作人員索取。如果您需要協助，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。您亦可致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天，全天候 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

- 請仔細**閱讀這份通知**，若有不清楚之處，歡迎提問。此通知會為您說明您身為醫院病人的權利，其中包括：
  - 您在住院期間及出院之後取得 **Medicare** 承保服務的權利。您有權瞭解您可取得哪些服務、誰將給付這些服務以及您可透過何處取得這些服務。
  - 您參與任何與您住院時間相關決策的權利。
  - 瞭解應向何處舉報您對醫院照護品質所持有的任何顧慮。
  - 在您認為自己太快被要求出院時提出上訴。
- **在通知上簽名**表示您已收到該通知，並瞭解自己的權利。
  - 您或您的代表皆可在通知上簽名。
  - 在通知上簽名**僅**代表您已收到關於您權利的資訊。簽名**並不**表示您同意您醫生或醫院工作人員可能已告知您的出院日期。
- 請**保留該簽名的通知副本**以備不時之需。

如果您是在出院日兩天以前在通知上簽名，您需要在出院之前再簽署一份通知。

如需事先查看這份通知副本，您可以：

- 撥打本頁面底下的電話號碼聯絡會員服務部。
- 致電 **Medicare**，電話為 **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週七天，全天候 24 小時均可致電。聽障專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。
- 造訪 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。

## H2. 提出 1 級上訴

如果您希望我們延長您住院服務的承保時間，您必須提出上訴申請。品質改善組織將會進行 1 級上訴審查，以確認您預定的出院日期對您而言是否具有醫療適當性。

品質改善組織是由醫生和其他醫療保健專業人員所組成，受雇於聯邦政府。這些專家負責為 **Medicare** 投保人檢查並協助改善其品質。這些專家不隸屬於本計劃。

---

如果您有任何疑問，請致電 **Wellcare by Health Net**，電話是 **1-800-431-9007** (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



在 California，品質改善組織就是 Livanta。請致電 1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。您也可以在此「Medicare 權益重要訊息」通知中以及本手冊第 29 頁的**第 2 章第 F 節**找到聯絡資訊。

請在您出院之前致電品質改善組織，最遲不得超過您的預定出院日期。

- 如果您在出院之前致電，您在預定出院日期後仍可繼續住院，無需支付費用，同時等待品質改善組織對您的上訴做出決定。
- 如果您未致電提出上訴，且您決定在預定出院日期後繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期後接受之醫院照護的全額費用。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織提出上訴的期限，您可以直接向本計劃提出上訴。請參閱第 218 頁**第 G4 節**，以瞭解向我們提出上訴的相關資訊。
- 因為住院由 Medicare 和 Medi-Cal 承保，所以如果品質改善組織不接受您想要繼續住院的請求，或者，您認為您的情況十分緊急、對您的健康造成立即且嚴重的威脅或您有劇痛，則您可能可以提交投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 207 頁 F4 部分，以瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

如有需要請尋求協助。如果您有任何問題或需要協助：

- 請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。
- 也可致電 1-800-434-0222 聯絡 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。

要求進行快速審查。快速行動並聯絡品質改善組織，要求快速審查您的出院情況。

「快速審查」的法律術語是「即刻審查」或「特急審查」。

快速審查的流程為何

- 品質改善組織的審查人員將會詢問您本人或您的代表為何您認為本計劃應在預定出院日期後繼續提供承保。您不需要提出書面聲明，但也可提供。
- 審查人員也會查看您的病歷，與您的醫生討論，並審核醫院和本計劃向他們提供的資料。
- 審查人員將您的上訴告知本計劃後的次日中午，您將收到另一則通知，說明您的醫生、醫院和本計劃認為您在該日期出院適當且具有醫療正當性。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



此書面說明的法律術語是「**詳細出院通知**」。您可以撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取通知樣本，每週七天，全天候 24 小時均可致電。(聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。)您也可以**在線上查看通知樣本**，網址是 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。

品質改善組織會在獲得所有必要資訊後的一天之內，對您的上訴作出答覆。

如果品質改善組織**同意**您的上訴：

- 只要住院服務是必要的醫療，我們將會為您提供承保住院服務。

如果品質改善組織**拒絕**您的上訴：

- 他們認為您的預定出院日期具有醫療正當性。
- 本計劃為您提供的住院服務承保將於品質改善組織回覆您上訴後的次日中午終止。
- 在品質改善組織回覆您上訴後的次日中午，您可能必須支付在該日期後所接受之醫院照護的全額費用。
- 如果品質改善組織拒絕了您的 1 級上訴，**而且**您在預定出院日期之後仍繼續住院，您可以提出 2 級上訴。

### H3. 提出 2 級上訴

在 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審視他們在您的 1 級上訴中的決定。請致電 1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。

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

品質改善組織審查人員將：

- 再次仔細審閱所有與您的上訴有關的資訊。
- 在收到您的第二級審查要求後 **14 個日曆日內**，告知您他們對您的 2 級上訴作出的決定。

如果品質改善組織**同意**您的上訴：

- 我們必須自品質改善組織拒絕您的 1 級上訴的次日中午起，償還您本計劃應分攤的醫院照護費用。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們將會為您提供承保住院服務。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如果品質審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意對您 1 級上訴作出的決定，且不會更改該決定。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您可能還可以提交投訴或要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 200 頁的第 E4 節，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

由行政法官或律師仲裁人處理 3 級上訴。請參閱第 236 頁第 J 節，以瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的相關資訊。

#### H4. 提出 1 級替代上訴

聯絡品質改善組織進行 1 級上訴的期限為 60 天以內或不晚於您的預定出院日期。如果您錯過 1 級上訴的期限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，並要求我們針對您的出院日期進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「**特急上訴**」。

- 我們會查看所有與您住院有關的資訊。
- 我們會確認第一次決定公平且有遵守規定。
- 我們使用快速時限而非標準時限，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您在出院日期後仍需要繼續住院。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們將會為您提供承保住院服務。
- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。

如果我們**拒絕**您的快速上訴：

- 我們認為您的預定出院日期具有醫療正當性。
- 本計劃為您提供的住院服務承保將在我們所告知您的日期終止。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 我們在該日期後不會支付任何分攤費用。
- 如果您仍繼續住院，您可能必須支付在預計出院日期後所接受之醫院照護的全額費用。
- 我們會將您的上訴送交獨立審核組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的案件會自動進入 2 級上訴程序。

## H5. 提出 2 級替代上訴

我們會在**拒絕**您的 1 級上訴後 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊送交獨立審核組織。我們會自動寄送資訊。您不必採取任何行動。

如果您認為我們並未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。請參閱第 239 頁第 K 節，以瞭解提出投訴的相關資訊。

獨立審核組織會快速審查您的上訴。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果獨立審核組織**同意**您的上訴：

- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們將會為您提供承保住院服務。

如果獨立審核組織**拒絕**您的 2 級上訴：

- 他們認為您的預定出院日期具有醫療正當性。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。

由行政法官或律師仲裁人處理 3 級上訴。請參閱第 236 頁第 J 節，以瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的相關資訊。

您可能還可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 207 頁的第 F4 節，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可同時申請獨立醫療審查和第 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代第 3 級上訴。

## I. 要求我們繼續承保特定醫療服務

本節僅包含您可能獲得的三種服務類型：

- 居家醫療保健服務
- 在專業護理機構提供的專業護理照護

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 您在 Medicare 核准的綜合門診病患復健機構 (CORF)，以門診病患的身分所取得的復健照護。這通常表示您正在接受疾病或意外的治療，或您正處於重大手術後的恢復期間。

針對上述這三種類型的任何一項服務，只要您的醫師認為您需要，即有權取得這些承保服務。

當我們決定停止承保上述任何一項服務時，我們必須在您的服務終止之前告知您。在您該項服務的承保終止後，我們會停止給付該項服務。

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本部分將會為您說明該如何提出上訴。

## 11. 在您的承保終止前事先通知

在我們停止給付您的照護前，我們至少會提前兩天寄送書面通知給您。此通知稱為「Medicare 終止承保通知」。本通知會告訴您，我們將停止承保您照護的日期，以及如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在該通知上簽名，以表示您有收到通知。在通知上簽名只會顯示您已取得該資訊。簽名不表示您同意我們的決定。

## 12. 提出 1 級上訴

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本部分將為您說明 1 級上訴程序以及應採取的行動。

- **遵守期限。** 期限非常重要。瞭解並遵守您必須履行之義務的適用期限。本計劃也必須遵守期限。如果您認為我們未遵守期限規定，您可以提出投訴。如需有關投訴的詳細資訊，請參閱第 239 頁第 K 節。
- 如有需要請尋求協助。如果您有任何問題或需要協助：
  - 請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。
  - 也可致電 1-800-434-0222 聯絡 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。
- **聯絡品質改善組織。**
  - 請參閱本章第 226 頁第 H2 節，或是您《會員手冊》第 29 頁第 2 章第 F 節，以瞭解關於 QIO 的更多資訊，以及如何與他們聯絡。
  - 請他們審查您的上訴，並決定是否變更本計劃所作的決定。
- **快速行動並要求進行「快速上訴」。** 請詢問品質改善組織，以判定我們終止您的醫療服務承保是否具有醫療適當性。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 聯絡該組織的期限

- 您必須在「**Medicare 終止承保通知**」生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織，才能開始為您進行上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以直接向我們提出您的上訴。請參閱第 234 頁第 14 節，以瞭解如何提出上訴。
- 如果品質改善組織不接受您想要延續醫療保健服務承保範圍的請求，或者，您認為您的情況十分緊急、對您的健康造成立即且嚴重的威脅或您有劇痛，則您可能可以提交投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 207 頁的 F4 部分，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

此書面通知的法律術語是「**Medicare 終止承保通知**」。如要獲得一份樣本副本，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，或致電 Medicare，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週七天，全天候 24 小時均可致電。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。或者在線上取得一份副本，網址是 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices)。

## 快速上訴的流程為何

- 品質改善組織的審查人員會詢問您本人或您的代表為何您認為本計劃應繼續提供承保。您不需要提出書面聲明，但也可提供。
- 審查人員也會查看您的病歷、與您的醫師討論，並審閱本計劃向他們提供的資料。
- 我們的計劃也會寄送書面通知給您，說明我們終止承保服務的原因。審查人員將您的上訴結果通知我們的當天，您也會收到通知。

通知解釋的法律術語是「**終止承保詳細說明**」。

- 審查人員在取得所需的全部資訊後，會在一天內告知您他們的決定。

如果獨立審核組織**同意**您的上訴：

- 我們將繼續為您提供醫療所必需的承保服務。

如果獨立審核組織**拒絕**您的上訴：

- 您的承保將於我們告知您的日期終止。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 我們會停止給付通知中所列之照護的分攤費用。
- 如果您決定在承保終止後繼續接受居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務，您需要自行支付照護的全額費用
- 您決定是否要繼續這些服務並提出 2 級上訴。

### 13. 提出 2 級上訴

在 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審視他們在您的 1 級上訴中的決定。請致電 1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。

您必須在品質改善組織**拒絕**您的 1 級上訴後 **60 個日曆日**內請求審查。只有當您在照護承保終止後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

品質改善組織審查人員將：

- 再次仔細審閱所有與您的上訴有關的資訊。
- 在收到您的第二級審查要求後 **14 個日曆日**內，告知您他們對您的 2 級上訴作出的決定。

如果獨立審核組織**同意**您的上訴：

- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。
- 我們將繼續為您提供醫療所必需的照護承保。

如果獨立審核組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您照護的決定，且不會更改該決定。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續獲得醫療保健服務的承保範圍。請參閱第 207 頁的 F4 部分，以瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可提交投訴並向 DMHC 同時申請獨立醫療審查和層級 3 上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代層級 3 上訴。

由行政法官或律師仲裁人處理 3 級上訴。請參閱第 236 頁第 J 節，以瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的相關資訊。

### 14. 提出 1 級替代上訴

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



如第 231 頁第 12 節所述，您必須迅速採取行動並聯絡品質改善組織，才能開始進行您的第 1 級上訴。如果您錯過期限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，並要求我們進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「特急上訴」。

- 我們會查看您案件的所有相關資訊。
- 我們會確認第一次決定公平，並在我們安排終止您承保服務的日期時遵守規定。
- 我們使用快速時限而非標準時限，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要更長時間的服務。
- 我們將繼續為您提供醫療所必需的承保服務。
- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們同意對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。

如果我們**拒絕**您的快速上訴：

- 我們對這些服務的承保，將於我們告知您的日期終止。
- 我們在該日期後不會支付任何分攤費用。
- 如果您在我們告知您承保終止日期後仍繼續接受服務，您需要支付這些服務的全額費用。
- 我們會將您的上訴送交獨立審核組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的案件會自動進入 2 級上訴程序。

## 15. 提出 2 級替代上訴

在 2 級上訴期間，

我們會在拒絕您的 1 級上訴後 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊送交獨立審核組織。我們會自動寄送資訊。您不必採取任何行動。

如果您認為我們並未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。請參閱第 239 頁第 K 節，以瞭解提出投訴的相關資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



獨立審核組織會快速審查您的上訴。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果獨立審核組織**同意**您的上訴：

- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們將會為您提供承保住院服務。

如果獨立審核組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您照護的決定，且不會更改該決定。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。

您也可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續獲得醫療保健服務的承保範圍。請參閱第 207 頁的 F4 部分，以瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可提交投訴並同時申請獨立醫療審查和第 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代第 3 級上訴。

由行政法官或律師仲裁人處理 3 級上訴。請參閱第 236 頁第 J 節，以瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的相關資訊。

---

## J. 層級 2 以外的上訴方式

### J1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟

如果您已針對 Medicare 的服務或用品提出 1 級和 2 級上訴，但兩次上訴都遭到駁回，您可能有权提出更高層級的上訴。

如果您已上訴之 Medicare 服務或用品的現金價值未達到一定的最低金額標準，您就無法再繼續上訴。如果金額夠高，您就可以繼續上訴程序。獨立審核組織寄給您的 2 級上訴信函會解釋要求 3 級上訴該與誰聯絡和該做什麼。

#### 3 級上訴

層級 3 上訴程序是由行政法官 (ALJ) 所進行的聽證。做決定的人士是受雇於聯邦政府的 ALJ 或律師仲裁人。

如果 ALJ 或律師仲裁人**同意**您的上訴，我們有權就有利於您的 3 級決定提出上訴。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們會向您發出 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可能會先等待 4 級上訴的決定，然後再授權或提供爭議的服務。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果我們決定**不對**該決定**提出上訴**，我們必須在收到 ALJ 或律師仲裁人決定後 60 個日曆日內授權或提供您服務。

如果 ALJ 或律師仲裁人**拒絕**您的上訴，上訴程序可能不會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知，將告訴您如何處理 4 級上訴。

#### 4 級上訴

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

如果委員會**同意**您的 4 級上訴或否決了我們對有利於您的 3 級上訴判決提出的審查請求，我們有權提出上訴至 5 級。

- 如果我們決定就該決定**提出上訴**，我們會以書面方式通知您。
- 如果我們決定**不對**該決定**提出上訴**，在收到上訴委員會的決定後 60 個日曆日內，我們必須授權或提供您服務。

如果委員會**拒絕**或否決我們的審查要求，上訴程序可能不會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可能可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行 5 級上訴，以及該怎麼做。

#### 5 級上訴

「聯邦地方法院」的法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**不同意**上訴。這會是最終裁決。聯邦地方法院以外，沒有其他更高級別的上訴。

### J2. 其他 Medi-Cal 上訴

若您的上訴是關於 Medi-Cal 通常會承保的服務或項目，您也具有其他上訴的權利。公平聽證會辦公室寄給您的信函將會告訴您，如果您想繼續進行上訴程序該怎麼做。

### J3. Part D 藥物的 3 級、4 級和 5 級上訴請求

如果您已提出 1 級和 2 級上訴，而且兩次上訴都遭到駁回，本部分內容可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到一定金額，您可能可以繼續進入更高級別的上訴。您收到的 2 級上訴書面答覆，會解釋請求 3 級上訴該與誰聯絡和該做什麼。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



### 3 級上訴

3 級上訴程序是由行政法官 (ALJ) 所進行的聽證。做決定的人士是受雇於聯邦政府的 ALJ 或律師仲裁人。

如果 ALJ 或律師仲裁人**同意**您的上訴：

- 上訴程序就會終止。
- 我們必須在收到決定後 72 小時內 (或針對特急上訴為 24 小時內) 授權或提供核准的藥品承保，或者在不晚於 30 個日曆日付款。

如果 ALJ 或律師仲裁人**拒絕**您的上訴，上訴程序可能不會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知，將告訴您如何處理 4 級上訴。

### 4 級上訴

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

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴程序就會終止。
- 我們必須在收到決定後 72 小時內 (或針對特急上訴為 24 小時內) 授權或提供核准的藥品承保，或者在不晚於 30 個日曆日付款。

如果委員會**拒絕**您的上訴，上訴程序可能會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可能可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行 5 級上訴，以及該怎麼做。

### 5 級上訴

「聯邦地方法院」的法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**不同意**上訴。這會是最終裁決。聯邦地方法院以外，沒有其他更高級別的上訴。

---

## K. 如何提出投訴

### K1. 何種類型的問題屬於投訴範圍

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



投訴程序僅適用於特定類型的問題，例如與照護品質、等候時間、照護協調、以及客戶服務相關的問題。以下範例為幾個投訴流程處理的問題種類。

投訴	例如
您的醫療照護品質	<ul style="list-style-type: none"> <li>您對照護品質不滿意，例如您在醫院接受的照護。</li> </ul>
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為有人未尊重您的隱私權，或與他人分享與您有關的機密資訊。</li> </ul>
不尊重、較差的客戶服務或其他負面行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>醫療服務提供者或工作人員態度無禮或對您不尊重。</li> <li>我們的員工對您的態度不佳。</li> <li>您認為自己遭計劃排擠。</li> </ul>
無障礙設施和語言協助	<ul style="list-style-type: none"> <li>您因肢體障礙而無法取得醫療保健服務和無法使用醫師或醫療服務提供者診所的設施。</li> <li>您的醫生或醫療服務提供者並未提供您習慣說的非英語語言之口譯員（例如「美國手語」或「西班牙語」）。</li> <li>您的醫療服務提供者並未提供您所需和要求的其他合理便利設施。</li> </ul>
等候時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>您在約診時遇到困難，或約診等候時間過長。</li> <li>醫生、藥劑師或是其他健康專業人士、會員服務部或其他計劃工作人員讓您等候過長的時間。</li> </ul>
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為診所、醫院或醫師診所不乾淨。</li> </ul>
您從我們這裡所獲得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為我們沒有提供您應取得的通知或信函。</li> <li>您認為我們寄給您的書面資料太難理解。</li> </ul>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



投訴	例如
與承保決定或上訴相關的時效性	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 您認為我們沒有遵守承保決定或上訴回覆的期限。</li> <li>• 您認為在取得對您有利的承保或上訴決定後，我們沒有在期限內核准或提供您服務，或在期限內償還您特定的醫療服務費用。</li> <li>• 您認為我們沒有將您的案件即時交由獨立審核組織處理。</li> </ul>

**不同的投訴方式。**您可以提出內部投訴和 (或) 外部投訴。內部投訴是向本計劃提出並由本計劃進行審查。外部投訴是向不隸屬於本計劃的組織提出投訴並由該組織進行審查。如果您需要協助提出內部和/或外部投訴，您可以致電會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

「投訴」的法律術語是「申訴」。

「提出投訴」的法律術語是「呈遞申訴」。

## K2. 內部投訴

如欲提出內部投訴，請致電與會員服務部聯絡，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。除非事關 Part D 藥品，否則您可隨時提出投訴。如果您的投訴是與 Part D 藥品有關，則您必須在欲投訴之問題發生後 60 個日曆日內提出投訴。

- 如果有任何其他您需要採取的行動，會員服務部將會告知您。
- 您也可以寫信告訴我們您的投訴內容。如果您提出的是書面投訴，我們就會以書面方式回覆您的投訴。

我們必須根據您的健康狀況按照您照護的需求儘快對您的投訴作出決定，但不會遲於接到您投訴後的 30 個日曆日內作出決定。如果我們需要更多資訊，因而未能在 30 天內作出決定，我們將會透過書面方式通知您投訴的最新狀態，並告知您取得答覆的預計時間。例如，我們將會通知您以讓你知道 Medicare 相關申訴最多僅能延長 14 個日曆日。在某些情況下，您有權要求對您的投訴進行快速審查。這稱為「快速投訴」程序。若有下列情形，當您不同意我們的決定時，您有權要求針對您的投訴進行快速審查：

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 我們拒絕您針對醫療保健或 Medicare Part D 藥品所提出的快速審查申請。
- 我們拒絕您針對遭拒的服務或 Medicare Part D 藥品所提出的快速上訴審查申請。
- 我們決定需要額外時間審查您的醫療保健要求。
- 我們決定需要額外時間審查您針對醫療保健遭拒提出的上訴。
- 如果您的問題十分緊急且會對您健康造成立即且嚴重的威脅
- 與 Medicare Part D 有關的投訴必須於您希望投訴之問題發生後的 60 個曆日內提出。其他所有類型的投訴則必須在令您感到不滿的事件或行動發生後向我們或向醫療服務提供者提出。
- 如果我們無法在下一個工作日內解決您的投訴，我們將會在收到您投訴後的 5 個曆日內寄信告知您我們已收到您的投訴。

如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將會自動提供您「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。如果您的問題十分緊急且會對您健康造成立即且嚴重的威脅，您可申請「快速投訴」，而我們將會在 72 小時內回覆您。

「快速投訴」的法律術語是「特急申訴」。

如有可能，我們會立刻答覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能可以在同一通電話中給您答覆。如果您的健康情況有必要我們快速答覆，我們會盡速答覆您。

- 我們會在 30 個曆日內對大多數投訴作出答覆。如果我們因為需要更多資訊，而未能在 30 個日曆日內作出決定，我們會透過書面方式通知您。我們亦會提供更新狀態，並告知您預計收到答覆的時間。
- 如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們會自動為您進行「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果您因為我們花費額外時間才作出承保決定或上訴決定而提出投訴，我們會自動為您進行「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。

如果我們不同意您部分或全部的投訴，我們將會告知您並向您說明原因。無論我們是否同意您的投訴，我們均會作出回應。

### K3. 外部投訴

#### Medicare

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



您可以向 Medicare 提出投訴，或將您的投訴寄送至 Medicare。您可在下列網址取得 Medicare 的投訴表：[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。

在向 Medicare 提出投訴之前，您不需要向 Wellcare by Health Net 提出投訴。

Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 方案的品質。

如果您有其他任何意見或顧慮，或認為本計劃未能解決您的問題，也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。

### Medi-Cal

您可以向 California Department of Health Care Services (DHCS) 的 Medi-Cal Managed Care Ombudsman 提出投訴，請致電 1-888-452-8609。聽障專線使用者請撥打 711。請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電。

您可以向 California Department of Managed Health Care (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責管理健保計劃。您可致電 DMHC 協助中心，尋求提出 Medi-Cal 服務相關投訴的協助。如果您需要協助處理涉及緊急問題的投訴、或涉及對您的健康造成直接和嚴重威脅的投訴、如果您有劇痛、如果您不同意本計劃對您投訴所作的決定，或者如果本計劃在 30 個曆日後仍未解決您的投訴，您可與 DMHC 聯絡。

以下為透過協助中心尋求協助的兩種方式：

- 致電 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人士，可使用免付費聽障專線 1-877-688-9891。此為免付費電話。
- 瀏覽 Department of Managed Health Care 的網站 ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))。

### Office for Civil Rights

如果您認為自己遭受不公平待遇，您可向 Department of Health and Human Services (美國衛生與公共服務部) 的民權辦公室提出投訴。例如，您可以針對殘疾設施或語言協助提出投訴。民權辦公室的電話號碼是 1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。您也可以瀏覽 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)，以取得更多資訊。

您還可以透過下列地址與您當地的 Office for Civil Rights 聯絡：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



電話號碼：1-800-368-1019
聽障專線：1-800-537-7697
傳真：1-202-619-3818

您可能還享有《美國殘疾人士法案》和《民權法案》所賦予您的權利。您可以聯絡 Ombuds Program (監察方案) 尋求協助。電話號碼是 1-888-452-8609 (聽障專線：711)，週一至週五 PST 上午 8 點至下午 5 點太平洋標準時間 (PST)；假日除外。

### 品質改善組織

當您的投訴是與照護品質有關時，您有兩種選擇：

- 您可以直接向品質改善組織提出關於照護品質的投訴。
- 您可以向品質改善組織和本計劃提出投訴。如果您向品質改善組織提出投訴，我們會與他們合作解決您的投訴。

品質改善組織是由執業醫師及其他醫療保健專家所組成，由聯邦政府所聘僱，負責檢查並改善提供給 Medicare 病人的照護。若要進一步瞭解品質改善組織，請參閱第 226 頁第 H2 節，或參閱您的《會員手冊》第 2 章。

在 California，品質改善組織稱為 Livanta。電話號碼是 1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 10 章：終止您於本計劃的會員資格

---

### 簡介

本章將為您說明您終止本計劃會員資格的方式，以及您退出本計劃之後的健康承保方案。如果您退出本計畫，只要您符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 計劃的會員。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 您何時可終止您於本計劃的會員資格 .....	218
B. 如何終止在本計劃中的會員資格 .....	219
C. 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務.....	219
C1. 您的 Medicare 服務.....	219
C2. 您的 Medi-Cal 服務 .....	222
D. 在您於本計劃的會員身份終止前，如何取得您的醫療服務和藥品 .....	222
E. 終止本計劃會員身份時的其他情況.....	223
F. 防止因任何健康相關理由而要求您離開本計劃的規定.....	224
G. 如果我們終止您的本計劃會籍，您有權提出投訴.....	224

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## A. 您何時可終止您於本計劃的會員資格

大多數有 Medicare 的人能在一年中的某些時間終止保戶資格。由於您擁有 Medi-Cal，您或許能夠終止您在本計劃中的會員資格，或在以下各**特殊投保期**換到不同的計劃一次：

- 1 月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在每年以下期間終止您在本計劃的會員資格：

- **年度投保期**從 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的計劃保戶資格將於 12 月 31 日終止，而您加入新計劃的保戶資格將於 1 月 1 日起生效。
- **Medicare Advantage 開放投保期**，從 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃保戶資格將於下個月的第一天開始生效。

在其他情況下，您可能會有資格變更您的投保。例如，當：

- 您搬出我們的服務區域。
- 您的 Medi-Cal 或額外協助資格已變更，**或**
- 如果您最近搬進、目前正在接受照護，或剛搬出護理之家或長期照護醫院。

您的會員資格會在我們收到您變更計劃申請的當月最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的申請，您在本計劃的承保於 1 月 31 日終止。您的新承保於次月的第一天開始生效 (此範例中為 2 月 1 日)。

如果您退出我們的計劃，您可以獲得有關您的：

- 第 248 頁第 **C1 節**表格中的 Medicare 選項。
- 第 250 頁第 **C2 節**的 Medi-Cal 服務。

欲知更多您可終止會籍方式相關的資訊，請致電：

- 本頁頁尾列出會員服務部的電話號碼。
- Medicare 電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)。
- 醫療保健選項部門的服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。
- Medi-Cal 管理型照護申訴專員電話：1-888-452-8609，週一至週五，上午 8 點至下午 5 點，或電子郵件：[MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)。

**註：**如果您參加了藥品管理方案，則您可能無法變更計劃。請參閱《會員手冊》第 153 頁的**第 5 章第 G3 節**，以瞭解藥品管理方案的相關資訊。

---

## B. 如何終止在本計劃中的會員資格

如果您想離開本計劃，您有以下選項：

- 請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者 (具有聽力或言語障礙者) 請致電 1-877-486-2048。當您致電 1-800-MEDICARE 時，您也可以投保其他的 Medicare 健保計劃或藥品計劃。第 248 頁的表格有更多有關您退出本計畫時取得 Medicare 服務的資訊。
- 請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電醫療保健選項部門，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。
- 下面的第 C 節包括您可以投保不同計劃的步驟，這也將會終止您在本計劃中的會員資格。

---

## C. 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您選擇退出本計劃，您會有幾個取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務的選擇方案。

### C1. 您的 Medicare 服務

在取得 Medicare 服務時，您享有下列三個方案。如果您選擇這些選項中的其中一個，您在本計劃的會籍會自動終止。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



<p><b>1.您可更換為：</b></p> <p>另一項 <b>Medicare</b> 健保計劃，包括結合您的 Medicare 和 Medi-Cal 承保的計劃</p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話為 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 <b>1-877-486-2048</b>。</p> <p>針對 <b>PACE</b> 的問題，請致電 <b>1-855-921-PACE (7223)</b>。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 <b>California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)</b>，電話是 <b>1-800-434-0222</b>。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li></ul> <p><b>或者</b></p> <p>投保新的 Medicare 計劃。</p> <p>當您新計劃的承保開始時，您將自動從我們的 Medicare 計劃退保。您的 Medi-Cal 計劃可能有所變更。</p>
---	---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



<p><b>2.您可更換為：</b></p> <p><b>含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</b></p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p><b>或者</b></p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將不會變更。</p>
--	---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



<p><b>3. 您可更換為：</b></p> <p><b>不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</b></p> <p><b>註：</b>如果您轉換至 Original Medicare，而且您未投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保藥品計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。</p> <p>僅有當您可透過雇主或工會等其他來源取得藥品承保範圍的情況下，您才應放棄處方藥承保範圍。如果您對自己是否需要藥品承保有疑問，請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</p>	<p><b>以下是您需採取的行動：</b></p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將不會變更。</p>
--	--

## C2. 您的 Medi-Cal 服務

如果對於如何在您離開我們的計劃後取得 Medi-Cal 服務有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 Health Care Options，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。詢問如何加入其他計劃或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 Medi-Cal 承保。

## D. 在您於本計劃的會員身份終止前，如何取得您的醫療服務和藥品

如果您退出了本計劃，可能需要經過一段時間您的會員身份才會終止，且您的新 Medicare 與 Medi-Cal 保險才會開始生效。在這段期間，您持續透過本計劃取得處方藥和健康照護，直到您的新計劃開始為止。

- 使用我們的網路內藥房，包括透過我們的郵購藥房服務，以領取您的處方藥。
- 如果您在您的 <Wellcare by Health Net> 中的會員身份終止的那一天住院，則本計劃將承保您的住院，直到您出院為止。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## E. 終止本計劃會員身份時的其他情況

以下是我們必須終止您的計劃會員身份的情況：

- 如果您的 Medicare Part A 與 Part B 承保範圍有間斷。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 的資格。本計劃僅專為同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 資格的人士而提供的。California 州政府或 Medicare 將會讓您自 Wellcare by Health Net 計劃退保，而您將轉回 Original Medicare。如果您取得為您支付 Medicare Part D 處方藥費用的額外協助，CMS 將會自動為您投保 Medicare 處方藥計劃。如果之後您重新取得 Medi-Cal 資格並希望重新投保 Wellcare by Health Net，您將需要於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-431-9007。聽障專線使用者請致電 711。請告知他們，您想要重新加入 Wellcare by Health Net。
- 如果您搬離我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
  - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，以便確定您的新家所在地或旅遊地點是否在本計劃的服務區域內。
- 如果您因刑事犯罪而入獄或服刑。
- 如果您沒有據實以報或隱瞞有關您所擁有的其他處方藥保險資訊。
- 如果您不是美國公民或不是美國合法居民。
  - 您必須是美國公民或美國合法居民才能夠成為本計劃會員。
  - 如果您基於此原因而不符合會員資格，Medicare 與 Medicaid 服務中心會通知我們。
  - 如果您不符合此項規定，我們將必須請您退保。

計劃的資格準續期為六個月。資格準續期會從您失去特殊需求狀態之月份的下一個月開始。

僅有在我們事先取得 Medicare 與 Medi-Cal 許可的情況下，我們才可根據下列理由要求您退出本計劃：

- 如果您在投保本計劃時蓄意提供我們不正確的資訊，而該資訊會影響您投保本計劃的資格。
- 如果您持續進行破壞性的行為，而且這些行為讓我們難以提供您或本計劃的其他會員醫療保健。

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 如果您讓他人使用您的計劃 ID 卡取得醫療照護。(如果我們基於此原因終止您的會員身份，Medicare 可能會要求監察長調查您的個案。)

---

## F. 防止因任何健康相關理由而要求您離開本計劃的規定

我們不能因與您的健康相關的任何理由要求您離開本計劃。如果您認為我們因健康相關理由而要求您退出本計劃，您可致電 Medicare，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。

---

## G. 如果我們終止您的本計劃會籍，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，必須以書面形式告訴您終止您的會員資格的理由。我們也必須說明您如何針對我們終止您會員的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱《會員手冊》第 239 頁的**第 9 章第 K 節**，以瞭解有關如何提出投訴的資訊。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 11 章：法律通知

---

### 簡介

本章包含適用於您在本計劃中的會員身份之法律通知。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 法律通知.....	226
B. 反歧視相關聲明.....	226
C. 與 Medicare 第二給付順位以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的通知.....	227
D. 獨立承包商.....	227
E. 健康照護計劃詐欺.....	228
F. Wellcare by Health Net 無法控制的情況.....	228

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## A. 法律通知

許多法律皆適用於本《會員手冊》。即使《會員手冊》未將這些法律條文納入，也未對其詳加說明，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用於本《會員手冊》的主要法律是與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃有關的聯邦和州法律。其他聯邦法律和州法律也可能適用。

## B. 反歧視相關聲明

所有與 Medicare 和 Medi-Cal 合作的公司或機構皆必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因為年齡、理賠記錄、膚色、族裔、可保證明、性別、遺傳資訊、服務所在地區、健康狀況、病史、身心殘疾、原國籍、種族、宗教、性或性取向，而對您有差別待遇。此外，我們不會因為血統、族群認同、性別認同，婚姻狀況或醫療狀況而非法歧視、排擠他人，或以不同方式對待他們。

若您需要更多資訊，或者如果您有關於歧視或不公平待遇方面的顧慮：

- 請致電 Department of Health and Human Services 的民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。您也可以瀏覽 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 以取得更多資訊。
- 請致電 Department of Health Care Services (健康照護服務部) 的民權辦公室，電話是 1-916-440-7370。聽障專線使用者請致電 711 (電信中繼服務)。
- 傳送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。
- 填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O.Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
投訴表可於下列網站取得：

[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

如果您認為自己受到歧視而想提出歧視申訴，請聯絡會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一 (1) 個工作天內回電給您。您也可以以書面方式與我們聯絡：

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



Wellcare by Health Net  
 Appeals & Grievances  
 Medicare Operations  
 P.O. Box 10450  
 Van Nuys, CA 91410-0450  
[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

如果您的申訴與 Medi-Cal 計劃的歧視有關，您也可以透過電話、書面或電子方式，向 Department of Health Care Services (美國衛生保健服務部) 的民權辦公室提出投訴：

- 透過電話：請致電 1-916-440-7370。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 711 (電信中繼服務)。
- 透過書面方式：填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights  
 Department of Health Care Services  
 Office of Civil Rights  
 P.O.Box 997413, MS 0009  
 Sacramento, CA 95899-7413

投訴表可在 [dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) 取得。

- 電子方式：傳送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

如果您是殘障人士並需要協助取得健康照護服務或醫療服務提供者的服務，請致電會員服務部。如果您想投訴，例如無法取得輪椅，會員服務部可提供協助。

---

## C. 與 Medicare 第二給付順位以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的通知

針對我們為您提供的服務，有時其他人將必須優先給付。例如，如果您發生車禍或者您在工作時受傷，保險公司或勞工賠償將必須優先給付。

我們有權利也有責任針對 Medicare 給付順位並非第一的 Medicare 承保服務追償費用。

我們遵循與提供會員醫療保健服務之第三方法律責任有關的聯邦和州法律和法規。我們會採取所有合理的措施，以確保 Medi-Cal 的給付順位位於最後。

---

## D. 獨立承包商

Wellcare by Health Net 與各簽約醫療服務提供者的關係是獨立承包商關係。簽約醫療服務提供者並非 Wellcare by Health Net 的員工或代理人，而 Wellcare by Health Net 或其員工也不是簽約醫療服務提供者的員工或代理人。不論在任何情形下，Wellcare by Health Net 都無需為任何簽約

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



醫療服務提供者或其他醫療保健服務提供者的過失、不當行為或疏失負責。簽約醫師 (而非 Wellcare by Health Net) 與會員保持醫病關係。Wellcare by Health Net 不是醫療保健服務提供者。

---

## E. 健康照護計劃詐欺

醫療保健計劃詐欺的定義是由醫療服務提供者、會員、雇主或任何代表前述各方的人士所從事的欺騙行為或所作的虛假陳述。醫療保健計劃詐欺行為係屬重罪，可能會遭檢方起訴。任何人在蓄意或已知情況下，例如為了詐騙醫療保健計劃而提出載有錯誤或欺騙陳述的理賠申請時，即犯下健康照護計劃詐欺罪。

若您對帳單或福利說明表上記載的任何費用有疑慮，或您知悉或懷疑有任何非法活動，請致電本計劃的免付費詐欺舉報專線：1-800-977-3565 (聽障專線：711)。詐欺舉報專線每天 24 小時，每週 7 天，全年 365 天均提供服務。所有通話內容皆會嚴加保密。

---

## F. Wellcare by Health Net 無法控制的情況

若因本計劃無法控制的天災、戰爭、暴動、社會動亂、流行病、機構完全或部分毀壞、原子爆炸或其他核能釋放、重要醫療團體人員殘疾、緊急狀態或其他類似狀況，以致 Wellcare by Health Net 的機構或工作人員無法依本《會員手冊》的規定提供或安排服務或福利，則 Wellcare by Health Net 提供此類服務或福利的義務將僅限於：Wellcare by Health Net 應善盡誠意，努力利用目前可用的機構或工作人員來提供或安排此類服務或福利。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## 第 12 章：重要用語的定義

---

### 簡介

本章包含《會員手冊》中使用的主要用語和其定義。用語按字母順序列出。如果您找不到您想找的用語，或如果您需要定義涵蓋內容以外的更多資訊，請聯絡會員服務部。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**日常生活活動 (ADL)：**人們在平日會從事的活動，例如進食、如廁、更衣、沐浴或刷牙。

**門診外科手術中心：**為不需要醫院照護以及預計所需照護時間不超過 24 小時的病人提供門診外科手術服務的機構。

**上訴：**在您認為我們的決定有誤時對我們的行動提出異議的一種方式。您可藉由提出上訴要求我們變更承保範圍決定。您《會員手冊》第 198 頁的**第 9 章第 E 節**將會為您說明上訴事宜，包括如何提出上訴。

**行為健康：**泛指精神健康與物質使用失調的詞彙。

**品牌藥品：**由原製藥公司製作和販售的處方藥。品牌藥品和該藥品的普通牌藥品版本含有相同的成分。普通牌藥品是由其他製藥公司製作和販售。

**照護協調員：**與您本人、健保計劃及您的照護醫療服務提供者合作，以確保您取得您所需之照護的主要人士。

**照護計劃：**請參閱「個人照護計劃」。

**照護計劃選擇性服務 (CPO 服務)：**隨附於您個人照護計劃 (ICP) 下的額外選擇性服務。這些服務旨在不在取代您已獲得授權可透過 Medi-Cal 取得的長期服務與支援。

**照護團隊：**請參閱「跨科照護團隊」。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)：**負責管理 Medicare 的聯邦機構。《會員手冊》第 31 頁的**第 2 章第 G 節**說明如何聯絡 CMS。

**成人社區服務 (CBAS)：**為符合適用資格條件的合格會員提供特護療養、社會服務、職能與語言治療、個人照護、家屬/照護提供者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務的門診機構服務方案。

**投訴：**一份表示您對承保服務或照護有問題或有顧慮的書面或口頭聲明。其中包括與服務品質、照護品質、本計劃網絡醫療服務提供者或本計劃網絡藥房有關的任何顧慮。「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

**綜合門診復健機構 (CORF)：**以提供疾病、意外或重大手術後之復健服務為主的機構。該機構提供各種服務，其中包括物理治療、社會或心理服務、呼吸療法、職能治療、言語治療以及居家環境評估服務。

**承保範圍決定：**與本計劃的承保福利項目有關的決定。這包括與承保藥品和承保服務或是我們針對您健康服務的給付金額有關的決定。您《會員手冊》第 198 頁的**第 9 章第 E 節**說明如何向我們要求作出承保決定。

**承保藥品：**我們用此用語來代表所有屬於本計畫承保範圍的處方藥和非處方藥品 (OTC)。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**承保服務：**我們用此詞彙來統稱所有屬於本計劃承保範圍的醫療保健服務、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥、器材及其他服務。

**文化能力培訓：**為我們的醫療保健提供者提供額外指導的培訓，幫助他們更好地了解您的背景、價值觀和信仰，來調整服務以滿足您的社會、文化和語言需求。

**健康照護服務部 (DHCS)：**負責管理 Medicaid 計劃 (又稱為 Medi-Cal) 的 California 州政府部門。

**管理式健康照護部 (DMHC)：**負責管理健保計劃的 California 州政府部門。DMHC 協助人們處理與 Medi-Cal 服務有關的上訴和投訴。DMHC 也會進行獨立醫療審查 (IMR)。

**退保：**終止您在本計劃之會員的程序。退保可能是自願性 (您自行選擇) 或非自願性 (非您自行選擇)。

**Dual eligible special needs plan (D-SNP) (雙重資格特殊需求計劃)：**健保計劃為同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人士提供服務。本計劃是一項 D-SNP。

**耐用醫療器材 (DME)：**您醫師開立醫囑以供您在家中使用的特定用品。這些用品的範例是輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、病床等由醫療服務提供者所訂購居家使用的物品，靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。

**急診：**急診狀況是指當您或任何其他具備一般健康及醫學常識的人士認為，您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免死亡、身體部位喪失、身體機能喪失或遭受嚴重損害 (若您是孕婦，則是喪失尚未出生的嬰兒)。醫療症狀可能包括重傷或劇痛。

**急診照護：**由受過訓練得以提供急診服務的醫療服務提供者所提供，且是治療急診狀況或行為健康緊急情況所需的承保服務。

**例外處理：**使一般不屬於承保範圍的藥品得以獲得承保，或使會員得以在沒有特定規定和限制的情況下使用藥品的許可。

**額外協助：**幫助收入和資源有限的人士減少 Medicare Part D 的處方藥方案費用 (例如保費、自付額和共付額) 的一種 Medicare 方案。額外協助又稱為「低收入補助」或「LIS」。

**普通牌藥品：**經聯邦政府核准，可用於取代原廠藥的處方藥。普通牌藥品含有與品牌藥品相同的成分。其通常費用較低且功效與原廠藥相當。

**申訴：**您對本計劃或是本計劃任一網絡醫療服務提供者或藥房所提出的投訴。其中包括與健保計劃提供之照護或服務品質有關的投訴。

**健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)：**以客觀立場免費提供 Medicare 相關資訊與諮詢服務的方案。《會員手冊》第 29 頁的**第 2 章第 E 節**說明如何聯絡 HICAP。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**健保計劃：**由醫師、醫院、藥房、長期服務醫療服務提供者及其他醫療服務提供者所組成的組織。健保計劃也有照護協調員，可協助您管理您所有的醫療服務提供者和服務。他們會共同合作為您提供您所需的照護。

**健康風險評估：**針對您的病史和目前的病況所進行的檢查。健康風險評估的目的在於瞭解您的健康狀況以及日後可能發生的改變。

**居家健康助理：**提供不需要持執照護士或治療師專業技術之服務的人士，例如協助個人照護 (如沐浴、如廁、更衣，或從事醫師囑咐的運動)。居家健康助理沒有護士執照，也不提供治療。

**安寧照護：**為有末期預後的病人所提供的照護及支援方案，目的在協助其獲得舒適的生活。末期預後是指該病人患有末期疾病且預期壽命只剩下六個月或不到六個月。

- 有末期預後的計劃參加者均有權選擇接受安寧照護。
- 由受過特別訓練的專業人士及照護提供者所組成的團隊將會為患者提供全面的照護，包括生理、情緒、社會及心靈層面的需求。
- 我們必須為您提供一份您所在地區的安寧照護服務提供者清單。

**不當帳單：**醫療服務提供者 (如醫師或醫院) 針對服務向您收取高於我們的分攤費用金額之費用的情況。如果您收到任何您不清楚的帳單，請致電會員服務部。

由於我們會為您的服務給付全額費用，因此您不會積欠任何分攤費用。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的費用。

**獨立醫療審查 (IMR)：**如果我們拒絕您的醫療服務或治療申請，您可提出上訴。如果您不同意我們的決定且您的問題是與 Medi-Cal 服務 (包括 DME 用品和藥品) 有關，您可向 California Department of Managed Health Care 申請 IMR。IMR 是由不屬於本計劃的醫師針對您個案所進行的審查。如果 IMR 作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務或治療。您無需為 IMR 付費。

**個人照護計劃 (簡稱為 ICP 或「照護計劃」)：**一項有關您可取得之服務項目以及服務取得方式的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支援。

**住院：**此詞彙是用於描述您正式被醫院收容接受專業醫療服務的情況。如果您未被醫院正式收容，即使您在醫院過夜，您仍有可能會被視為是門診病人而非住院病人。

**跨科照護團隊 (簡稱為 ICT 或「照護團隊」)：**照護團隊中可能包括協助您取得您所需之照護的醫師、護士、諮詢人員或其他健康專業人士。您的照護團隊還會協助您擬訂照護計劃。

**承保藥品清單 (簡稱為「藥品清單」)：**我們承保的處方藥和非處方 (OTC) 藥品清單。本清單上的藥品是由醫師和藥劑師協助我們挑選。「藥品清單」將會告訴您，在領取藥品時是否有任何您必須遵守的規定。「藥品清單」有時也稱為「處方集」。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**長期服務與支援 (LTSS)：**長期服務與支援用於協助改善長期醫療病症。大多數此類服務可協助您留在家中而無需入住療養院或醫院。長期服務與支援 (LTSS) 包括成人社區服務 (CBAS) 和護理機構 (NF)。

**低收入補助 (LIS)：**請參閱「額外協助」。

**Mail Order Program (郵購方案)：**某些計劃可能提供郵購方案，允許將承保處方藥直接寄至您的家中，以 3 個月藥量為限。這可能是符合成本效益而且便利的方式，可讓您定期配取處方藥。

**Medi-Cal：**Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 方案的名稱。Medi-Cal 是由州政府所管理，並獲得州政府和聯邦政府的資助。

- Medi-Cal 可幫助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援費用以及醫療費用。
- 承保不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務與藥品。
- Medicaid 方案因州而異，但您若符合 Medicare 及 Medicaid 的資格，您大部分的醫療保健費用都屬承保範圍。
- 請參閱《會員手冊》第 32 頁的**第 2 章**第 H 節，以瞭解如何聯絡 Medi-Cal。

**Medi-Cal 計劃：**僅承保 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務與支援、醫療器材及交通運輸服務。Medicare 福利另行提供。

**醫療必要性：**本詞是用於形容您為了預防、診斷或治療某醫療狀況或為了維持您目前健康狀況所需的服務、用品或藥品。這包括了讓您免於住院或免於入住療養院所需的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品或藥品。醫療必要性是指，為了透過對疾病或傷害的診斷或治療來達到保護生命、預防重大疾病或殘疾、或減輕劇痛等目的而需提供的所有合理承保服務。

**Medicare：**適用於年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的特定殘疾人士以及末期腎臟病 (通常是需洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭) 病人的聯邦健康保險方案。Medicare 的投保人可以透過 Original Medicare 或管理式照護計劃 (請參閱「健保計劃」一詞) 取得 Medicare 健康承保。

**Medicare Advantage：**一項 Medicare 計劃，也稱為「Medicare Part C」或「MA」，由私營公司提供 MA 計劃。Medicare 支付這些公司以承保您的 Medicare 福利。

**Medicare 承保服務：**屬於 Medicare Part A 和 Part B 承保範圍的服務。所有的 Medicare 健保計畫 (包括本計畫在內) 皆必須承保屬於 Medicare Part A 和 Part B 承保範圍的所有服務。

**Medicare-Medi-Cal 投保者：**符合 Medicare 與 Medi-Cal 保險資格的人士。Medicare-Medi-Cal 投保人又稱為「符合雙重資格的個人」。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**Medicare Part A：**承保大部分醫療所必需之醫院照護、特護療養機構照護、居家健康照護和安寧照護的 Medicare 方案。

**Medicare Part B：**承保以治療疾病或病況為目的且為醫療所必需之服務 (如化驗、手術及醫師看診) 與用品 (如輪椅和助行器) 的 Medicare 方案。Medicare Part B 也承保許多預防及篩檢服務。

**Medicare Part C：**讓私人健康保險公司透過 Medicare Advantage 計劃提供 Medicare 福利的 Medicare 方案 (也稱為「Medicare Advantage」或「MA」)。

**Medicare Part D：**Medicare 處方藥福利方案。(我們簡稱此方案為「Part D」)。**Part D** 承保門診處方藥、疫苗以及部分不屬於 Medicare Part A 或 Part B 也不屬於 Medi-Cal 承保範圍的用品。本計劃包含 Medicare Part D。

**Medicare Part D 藥品：**Medicare Part D 承保的藥物。國會特別將某些類別的藥物排除在 Part D 藥物承保範圍以外。Medi-Cal 可能承保其中一些藥物。

**藥物治療管理：**由醫療保健提供者 (包括藥劑師) 所提供的一組獨特的服務、或一組服務，以確保為病患提供最佳的治療成效。請參閱您《會員手冊》第 152 頁的第 5 章第 G2 節以取得更多資訊。

**會員 (又稱為本計劃的會員或計劃會員)：**享有 Medicare 與 Medi-Cal 且具備取得承保服務的資格，同時已投保本計劃且投保申請已獲得 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 及州政府批准的人士。

**《會員手冊》與披露資訊：**即本文件，連同您的投保登記表以及任何其他附件或附約，這些文件說明了您的承保範圍、我們的責任、您的權利以及您身為本計劃會員應盡的義務。

**會員服務部：**本計劃的部門之一，負責為您解答您對會員身份、福利、申訴與上訴的疑問。請參閱您《會員手冊》第 20 頁的第 2 章第 A 節，以瞭解關於會員服務部的更多資訊。

**網絡藥房：**同意為本計劃會員發配處方藥的藥房 (藥店)。由於他們同意與本計劃合作，因此我們稱其為「網絡內藥房」。在大多數情況下，我們僅會給付您在本計劃網絡內藥房之一所配取的處方藥。

**網絡醫療服務提供者：**我們用「醫療服務提供者」一詞來統稱為您提供服務與照護的醫師、護士及其他人員。「醫療服務提供者」一詞也包括醫院、居家健康機構、診所及其他為您提供醫療保健服務、醫療器材及長期服務與支援的場所。

- 上述人士與機構均持有由 Medicare 和州政府所核發的執照或獲得其認證得以提供醫療保健服務。
- 如果上述人士與機構同意與本健保計劃合作，並接受我們的給付而不向我們的會員額外收費，我們便將其稱為「網絡內醫療服務提供者」。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



- 只要您還是本計劃的會員，您就必須使用網絡內醫療服務提供者取得承保服務。網絡醫療服務提供者又稱為「計劃醫療服務提供者」。

**療養院或護理機構：**為無法在家接受照護但又無需住院的人士提供照護的場所。

**監察人員：**位於您所在的州且代表您作為辯護者的辦事處。若您有疑問或投訴時，他們可回答您的疑問，且可讓您瞭解該怎麼做。監察人員提供的服務均為免費。您可以在《會員手冊》第 33 頁的**第 2 章**第 I 節，和第 197 頁的**第 9 章**第 D 節找到更多資訊。

**組織判定：**當我們 (或我們的任一醫療服務提供者) 針對某項服務是否屬於承保範圍、或針對您要為該承保服務支付多少費用等事宜作決定時，該決定即稱為組織判定。組織判定又稱為「承保決定」。您《會員手冊》第 198 頁的**第 9 章**第 E 節說明承保決定。

**Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務收費 Medicare)：**政府提供 Original Medicare。在 Original Medicare 中，透過向醫生、醫院及其他醫療保健服務提供者支付由國會制定的金額，而為服務提供承保。

- 您可以選擇任何接受 Medicare 的醫師、醫院或其他醫療保健服務提供者。Original Medicare 包含兩部分：**Part A** (醫院保險) 及 **Part B** (醫療保險)。
- Original Medicare 在全美各地皆有提供。
- 如果您不想投保本計劃，您可以選擇 Original Medicare。

**網絡外藥房：**未同意與本計劃合作以為本計劃會員協調或提供承保藥品的藥房。除非有特定情況，否則本計劃不會承保您從網絡外藥房取得的大多數藥物。 --

**網絡外醫療服務提供者或網絡外機構：**非由本計劃聘僱、擁有或管理，且未與本計劃簽有合約為本計劃會員提供承保服務的醫療服務提供者或機構。您《會員手冊》第 54 頁的**第 3 章**第 D4 節說明網絡外醫療服務提供者或機構。

**非處方藥品 (OTC)：**非處方藥品是一個人可以在沒有醫療保健專業人員處方的情況下購買的藥品或藥物。

**Part A：**請參閱「Medicare Part A」。

**Part B：**請參閱「Medicare Part B」。

**Part C：**請參閱「Medicare Part C」。

**Part D：**請參閱「Medicare Part D」。

**Part D 藥品：**請參閱「Medicare Part D 藥品」。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**個人健康資訊 (也稱受保護健康資訊) (PHI)：**有關您和您的健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫師看診和病史。更多有關我們如何保護、使用和披露您的 PHI，以及您對 PHI 之權利的資訊，請參閱我們的隱私權行使聲明。

**主治醫師 (PCP)：**您在遇到大多數健康問題時，首先會去求助的醫師或其他醫療服務提供者。他們會確保您獲得保持健康所需的照護。

- 他們還會與其他醫師及其他醫療保健服務提供者商談您的照護，並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健保計劃中，您必須先請主治醫師為您看診才能再請任何其他醫療保健服務提供者為您看診。
- 請參閱您《會員手冊》第 49 頁的**第 3 章 D** 部分，以瞭解有關透過主治醫師取得照護的資訊。

**事先授權：**事先授權是您必須先取得我們的核准，才能獲得特定服務或藥品或使用網絡外醫療服務提供者。如果您未先取得核准，則本計劃可能不會承保該項服務或藥物。

僅在您的醫生或其他網絡內醫療服務提供者從我們這裡獲得事先授權，本計劃才會承保某些網絡內醫療服務。

- 需要本計劃事先授權的承保服務，在《會員手冊》第 74 頁的**第 4 章 D** 部分中有加以標示。

只有您獲得我們的事先授權，我們的計劃才會承保某些藥物。

- 需要本計劃事先授權的承保藥品在**承保藥物清單**中有加以標示。

**Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (老人全方位照護方案)：**為年滿 55 歲以上且需要較高層級之照護才能居住在家中的人士同時提供 Medicare 與 Medi-Cal 承保福利的方案。

**義體和矯具：**您的醫生或其他醫療保健服務提供者所開立醫囑的醫療裝置，包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼及取代內部身體部位或機能所需的裝置，包括造口術用品以及腸道和靜脈營養治療。

**品質改善組織 (QIO)：**由醫師和其他醫療保健專家所組成的團體，協助為 Medicare 投保人改善照護品質。聯邦政府支付 QIO 以檢查並改善提供給患者的照護。請參閱您的《會員手冊》第 29 頁的**第 2 章 F** 部分，以瞭解 QIO 的相關資訊。

**藥量限制：**針對您可領取的藥量所設定的限制。我們可能限制每份處方中我們所承保的藥量。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



**轉介：**轉介是取得您主治醫生 (PCP) 的核准，才能使用您的 PCP 以外的醫療服務提供者。如果您未先取得核准，我們可能無法承保該服務。您無需轉介即可找某些專科醫師看診，例如女性健康專科醫師。您可以在《會員手冊》第 45 頁的**第 3 章 B 部分**，和第 75 頁的**第 4 章 D 部分**找到更多轉介相關資訊。

**復健服務：**協助您從疾病、意外或重大手術恢復的治療。請參閱《會員手冊》第 75 頁的**第 4 章 D 部分**，進一步瞭解復健服務。

**敏感服務：**與下列項目相關的服務：心理或行為健康、性與生殖健康、家庭計劃、性傳染疾病 (STI)、HIV/AIDS、性侵害與流產、物質使用障礙症、性別安定照護及親密伴侶暴力。

**服務區域：**招收會員的地理區域，而此區域不受會員因居住地限制的健保計劃所限。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，通常是您能獲得常規 (非緊急情況) 服務的區域。只有居住在我們服務區域的人士才可加入本計劃。

**分攤費用：**在您的福利生效之前，您每個月可能必須為您的醫療保健服務所支付的部分費用。您需分攤的費用金額視您的收入和資源而定。

**特護療養機構 (SNF)：**備有人員及設備可以提供特護療養的護理機構；在大多數情況下，其提供的是專業復健服務和其他相關健康服務。

**特護療養機構 (SNF) 照護：**在特護療養機構所提供的持續性日常特護療養與復健服務。特護療養機構照護的例子包括由註冊護士或醫師所提供的物理治療或靜脈 (IV) 注射。

**專科醫師：**針對特定疾病或特定身體部位提供健康照護服務的醫師。

**專科藥房：**請參閱《會員手冊》第 139 頁的**第 5 章 A5 部分**，進一步瞭解專科藥房。

**州政府聽證會：**如果您的醫師或其他醫療服務提供者申請了我們將不會核准的 Medi-Cal 服務，或我們將不再繼續給付您已接受的 Medi-Cal 服務，您有權申請州聽證會。如果州政府聽證會作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務。

**階段治療：**在我們為您承保您所申請的藥品之前，您必須先嘗試其他藥品的承保規定。

**社會安全補助金 (SSI)：**社會安全局每月為收入與資源有限的殘疾人士、失明人士或年滿 65 歲以上者提供給付的福利。SSI 與社會安全局福利不同。SSI 會自動提供 Medi-Cal 承保範圍。

**緊急照護：**您因突發的疾病、傷害或病況所接受的照護，且該疾病、傷害或病況雖不屬於緊急情況，但需要接受即時照護。當網絡醫療服務提供者無法為您提供服務或您無法前往網絡醫療服務提供者處就診時，您可透過網絡外醫療服務提供者取得緊急需求照護。

---

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。



## **Nondiscrimination Notice**

Discrimination is against the law. Wellcare by Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare by Health Net does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Wellcare by Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Wellcare by Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Wellcare by Health Net  
21281 Burbank Blvd.  
Woodland Hills, CA 91367  
**1-800-431-9007**  
**TTY: 711**

## **How to File a Grievance**

If you believe that Wellcare by Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Member Services. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare by Health Net's Civil Rights Coordinator by calling **1-866-458-2208**. Between 8 a.m. and 5 p.m., Monday through Friday. Or, if you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
Wellcare Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare by Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare by Health Net's website at **[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)**.

## Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Complaint forms are available at [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- **Electronically:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**العربية (Arabic):** انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն (Armenian):** Ուշադրություն. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլային և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**ភាសាខ្មែរ (Cambodian):** ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**中文 (Chinese):** 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人士提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

**فارسی (Farsi):** توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بزرگ و چاپ درشت. با شماره **1-800-431-9007** (TTY **711**) این خدمات رایگان است.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

**Lus Hmoob (Hmong):** TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語 (Japanese):** 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

**한국어(Korean):** 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Laotian):** ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

**Mienh (Mien):** Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਗੜਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog (Tagalog):** PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyo ito.

**ภาษาไทย (Thai):** หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-800-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Українська (Ukrainian):** УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

**Wellcare by Health Net 會員服務部**

<b>電話</b>	<p><b>1-800-431-9007</b></p> <p>此為免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，4 月 1 日至 9 月 30 日的週末及假期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 <b>(1)</b> 個工作天內回電給您。</p> <p>會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。</p>
<b>聽障專線</b>	<p><b>711</b></p> <p>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障的人士使用。</p> <p>此為免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，4 月 1 日至 9 月 30 日的週末及假期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 <b>(1)</b> 個工作天內回電給您。</p>
<b>寫信</b>	<p>Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>
<b>網站</b>	<p><a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p>

如果您有任何疑問，請致電 Wellcare by Health Net，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)。

