

2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日



承保證明：

您作為 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 會員所享有的 Medicare 健康給付、服務和處方藥承保

本文件詳細記載自 2024 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日止，您在 Medicare 的健康照護和處方藥承保內容。這是一份重要的法律文件。請妥善保管。

若對於本文件有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-800-431-9007。(TTY 使用者請撥打 711)。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。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。此為免付費電話。

本計劃，Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 由 Health Net Community Solutions, Inc. 提供。(本承保證明中稱「我們」或「我們的」時均指 Health Net Community Solutions, Inc.；稱「計劃」或「我們的計劃」時均指 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP))。

本文件也有西班牙文、中文、越南文、菲律賓他加祿語和俄文版本供您免費索取。我們必須以適合您的方式提供資訊 (音訊、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)。如果您需要其他格式的計劃資訊，請致電會員服務部。

給付及/或共付額/共同保險金可能於 2025 年 1 月 1 日變更。

處方集、藥房網絡和/或服務提供者網絡可能隨時變更。必要時您會收到通知。我們將提前至少 30 天通知受影響的會員與變更相關的內容。

本文件說明您的給付與權利。使用此文件可瞭解：

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

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

CA4CNCEOC35808C_0001

H3561_001_2024_CA_EOC_DSNP_126982C_C

H3561001000

根據照護模式審查，Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 已獲得 National Committee for Quality Assurance (NCQA) 核准，作為 Special Needs Plan (SNP) 運作直到 2024 年。

反歧視聲明

歧視是違法的。Wellcare By Health Net 遵循州與聯邦民權法。Wellcare By Health Net 不會因生理性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、病況、基因資訊、婚姻狀態、心理性別、性別認同或性取向等原因而非法歧視、排斥他人或區別對待。

Wellcare By Health Net 提供：

- 為殘疾人士提供免費的幫助和服務，以協助他們更好地溝通，如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的文字資料 (大型輸出、音訊、易於取用的電子格式、其他格式)
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 以其他語言撰寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 **1-800-431-9007** 聯絡 Wellcare By Health Net。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，您可以致電我們的時間為一週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以致電我們的時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。非服務時間、週末和聯邦假日會由留言系統接聽。若您的聽力或言語能力有障礙，請致電 **TTY 711**。視您的要求而定，本文件可以點字版、大型輸出、錄音帶或電子形式提供。若要以下列其中一種替代格式取得副本，請致電或寫信至：

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

如何提出申訴

如果您認為 Wellcare By Health Net 基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、病況、基因資訊、婚姻狀態、心理性別、性別認同或性取向等原因而未能提供這些服務或以其他方式非法歧視，您可以向保戶服務部提出申訴。您可以透過電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- **透過電話：**致電 **1-866-458-2208** 聯絡 Wellcare By Health Net 民權協調員。早上 8 點至下午 5 點之間，週一至週五。或者，若您的聽力或言語能力有障礙，請致電 TTY 711。
- **書面：**填寫投訴表格，或寫信並寄送至：
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **親自：**造訪您醫生的辦公室或 Wellcare By Health Net，並表示您想提出申訴。
- **電子方式：**造訪 Wellcare By Health Net 網站 **[wellcare.com/healthnetCA](https://www.wellcare.com/healthnetCA)**。

民權辦公室 – California 衛生保健服務部

您也可以透過電話、書面或電子方式，向 California 衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **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 **TTY 711 (電信中繼服務)**。
- **書面：**填寫投訴表格或寄信至：
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
投訴表格可於此網站 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得。
- **電子方式：**傳送電子郵件至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

如果您認為您因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或生理性別而受到歧視，您也可以透過電話、書面或電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴：

- **透過電話：**請致電 **1-800-368-1019**。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- **書面：**填寫投訴表格或寄信至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。
- **電子方式：**造訪 Office for Civil Rights Complaint Portal，網址是：
<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.

Arabic (العربية): 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.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរធុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意: 如果您需要语言支持, 请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外, 还为残疾人提供辅助和相关服务, 如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意: 如果您需要以您母語提供的協助, 請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務, 例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت, نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): 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.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntiv lawm.

Japanese (日本語): 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。

Korean (한국어): 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.

Laotian (ພາສາລາວ): ສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): 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, hnangv 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.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY:**711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **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** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): 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): ATENSYON: 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 serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): 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.

Vietnamese (Tiếng Việt): 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 bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

2024 年承保證明
目錄

第 1 章：	會員入門指南	13
第 1 節	引言	13
第 2 節	要成為計劃會員必須符合哪些條件？	14
第 3 節	您將會收到的重要會員資料	16
第 4 節	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的每月費用	18
第 5 節	更多有關於您每月保費的資訊	20
第 6 節	更新您的計劃會員資格記錄	21
第 7 節	本項計劃與其他保險的合作方式	21
第 2 章：	重要電話號碼及資源	24
第 1 節	本計劃聯絡資訊 (如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部).....	24
第 2 節	Medicare (如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助與資訊)	29
第 3 節	州健康保險協助計劃 (針對您有關 Medicare 的問題提供免費幫助、 資訊和答覆).....	30
第 4 節	品質改善組織	31
第 5 節	Social Security	32
第 6 節	Medicaid	33
第 7 節	幫助人們支付處方藥計劃的相關資訊	35
第 8 節	如何與鐵路退休委員會聯絡	38
第 9 節	您享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險嗎？	39
第 3 章：	使用計劃獲得醫療和其他承保服務	41
第 1 節	作為本項計劃的會員如何獲得您的醫療護理及其他服務須知	41
第 2 節	透過本項計劃網絡內服務提供者獲得您的醫療護理及其他服務	42
第 3 節	當您出現緊急情況或緊急護理需求或在重大災難期間，如何獲得 服務	47
第 4 節	如果要求您直接支付服務的全部費用，該怎麼辦？	49

第 5 節	如果您參加臨床試驗研究，如何獲得醫療服務承保？	50
第 6 節	接受宗教性非醫療保健組織的護理必須遵守的規定	51
第 7 節	有關耐用醫療設備所有權的規定	52
第 4 章：	醫療給付表 (承保範圍)	55
第 1 節	理解承保服務	55
第 2 節	利用醫療給付表來瞭解承保服務	55
第 3 節	哪些承保服務是在計劃以外？	106
第 4 節	本項計劃不承保哪些服務？	106
第 5 章：	使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥	111
第 1 節	引言	111
第 2 節	在網絡內藥房或透過本項計劃的郵購服務配取處方藥	112
第 3 節	您的藥物必須在本項計劃的「藥物清單」上	116
第 4 節	有些藥物有承保限制	117
第 5 節	如果您的某種藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？	119
第 6 節	如果您的一種藥物承保範圍發生變更，該怎麼辦？	121
第 7 節	本項計劃不承保哪些類型的藥物？	123
第 8 節	配取處方藥	124
第 9 節	特殊情形下的 Part D 藥物承保	124
第 10 節	藥物安全性與藥物管理計劃	126
第 11 節	我們會給您寄報告，解釋您的藥物付款和您所處的付款階段	128
第 6 章：	您為 Part D 處方藥物支付的費用	131
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	133
第 1 節	您應請求我們為您承保服務或藥物付費的情況	133
第 2 節	如何請求我們向您償還費用或支付您收到的帳單	135
第 3 節	我們將考慮您的付款請求，然後核准或拒絕您的請求	136

第 8 章：	您的權利與責任	139
第 1 節	我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏銳度	139
第 2 節	作為計劃會員，您需要承擔一些責任	148
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	151
第 1 節	引言	151
第 2 節	從何處獲得更多資訊和個人化幫助	151
第 3 節	為了處理您的問題，您應當使用哪種程序？	153
第 4 節	處理您的 Medicare 給付問題	153
第 5 節	承保決定和上訴基本知識指南	154
第 6 節	您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	157
第 7 節	您的 Part D 處方藥：如何要求承保決定或提出上訴	164
第 8 節	如果您認為自己過早出院，如何請求我們承保更長的住院停留時間	172
第 9 節	如果您認為您的承保終止過早，如何請求我們繼續承保某些醫療服務	178
第 10 節	將您的上訴升級至 3 級及更高級別	184
第 11 節	如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴	186
第 12 節	處理您的 Medicaid 給付問題	190
第 10 章：	終止您於計劃中的會員資格	192
第 1 節	說明如何終止您在本項計劃中的會員資格	192
第 2 節	您何時可以終止在我們的計劃的會員資格？	192
第 3 節	您如何終止在本項計劃的會員資格？	195
第 4 節	在您終止會員資格之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得您的醫療物品、服務和藥物	196
第 5 節	在某些情況下，我們必須終止您在本項計劃的會員資格	197
第 11 章：	法律通知	200
第 1 節	管轄法律聲明	200

第 2 節	關於不歧視的通知	200
第 3 節	關於 Medicare 第二付款方的代位權聲明	200
第 4 節	在您的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 計劃中由本項計劃所 支付之給付的追回	200
第 5 節	會員卡	202
第 6 節	獨立簽約者	203
第 7 節	健康護理計劃詐欺	203
第 8 節	不在計劃控制範圍之狀況	203
第 12 章 :	重要詞彙定義	205

第 1 章：

會員入門指南

第 1 章 會員入門指南**第 1 節 引言****第 1.1 節 您已加入 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)，這是一項特殊的 Medicare Advantage Plan (Special Needs Plan)**

您由 Medicare 和 Medicaid 承保：

- **Medicare** 是向年滿 65 歲或以上的人、一些年齡在 65 歲以下但有某些殘障的人，以及患末期腎臟疾病 (腎衰竭) 的人提供的聯邦健康保險計劃。
- **Medicaid** 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。Medicaid 承保因不同的州和您享有的不同類型的 Medicaid 而異。一些享有 Medicaid 的人獲得支付 Medicare 保費和其他費用的幫助。另一些人獲得 Medicare 不承保的附加服務和藥物承保。

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

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 是一項特殊的 Medicare Advantage Plan (也就是 Medicare Special Needs Plan)，這意味著其給付是為有特殊健康護理需求的人而設計。本計劃是為有 Medicare 和有權接受 California Medi-Cal (Medicaid) 資助的人而設計。

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

本項計劃由私人公司執行。與所有的 Medicare Advantage Plan 一樣，本項 Medicare Special Needs Plan 已獲得 Medicare 批准。本項計劃還與 California Medicaid 計劃簽約，協調您的 California Medi-Cal (Medicaid) 給付。我們非常高興向您提供您的 Medicare 健康護理承保，包括您的處方藥承保。

本項計劃的承保符合合格健康承保 (QHC) 的資格，並滿足患者保護與可負擔護理法案 (ACA) 個人分擔責任要求。請瀏覽 Internal Revenue Service (IRS) 網站：

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解更多資訊。

第 1 章 會員入門指南

第 1.2 節 本承保證明文件有哪些內容？

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

承保和承保服務指您作為 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 會員可獲得的醫療護理、服務和處方藥。

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

如果您感到困惑、有疑慮，或有任何問題，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 承保證明的法律資訊

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

本合約在 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期間，您加入本項計劃的月份內有效。

Medicare 允許我們可在每一曆年對我們提供的計劃做出變更。這意味著，我們可以在 2024 年 12 月 31 日以後對 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的費用與給付做出變更。我們也可在 2024 年 12 月 31 日以後選擇在您的服務區域停止提供計劃，或在不同的服務區域提供。

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

第 2 節 要成為計劃會員必須符合哪些條件？

第 2.1 節 您的資格要求

只要您符合下列條件，您就可以成為本項計劃會員：

- 同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B
- -- 並且 -- 您住在我們的服務區域內 (下面第 2.3 節有我們的服務區域說明)。被監禁的個人即使實際位於服務區域內，仍不被視為居住在服務區域內。
- -- 並且 -- 您是美國公民或合法生活在美國境內

第 1 章 會員入門指南

- --並且-- 您符合以下描述的特殊資格要求。

本項計劃特殊資格要求

本項計劃是為了滿足接受某些 Medicaid 給付的人的需求而設計的。(Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。) 如需符合本項計劃的要求，您必須有資格根據 Medicaid 享有 Medicare 和 Medicaid 全額給付分攤費用協助。

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 4 章第 2.1 節，會告訴您有關準續期資格期間的承保範圍和分攤費用)。

第 2.2 節 什麼是 Medicaid ?

Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。每個州決定哪些收入計入收入和資源、誰符合資格、哪些服務可享有承保和服務費用。只要符合聯邦政府的準則，州政府可以決定其計劃的運作方式。

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

- **合資格 Medicare 保險受益人 Plus (QMB+)**：幫助支付 Medicare Part A 與 Part B 保費及其他分攤費用 (如自付額、共同保險金和共付額等費用)。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 給付。
- **特定低收入 Medicare 保險受益人 Plus (SLMB+)**：幫助支付 Part B 保費。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 給付。
- **完整福利雙重資格 (FBDE)**：幫助支付 Medicare Part A 與 Part B 保費及其他分攤費用 (如自付額、共同保險金和共付額等費用)。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 給付。

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

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

我們的服務區域包括 California 州的以下郡：Amador、Imperial、Kern、Placer、San Francisco、San Joaquin 和 Stanislaus。

第 1 章 會員入門指南

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

如果您遷離或更改郵寄地址，致電 Social Security 也很重要。您可在第 2 章第 5 節中找到 Social Security 的電話號碼及聯絡資訊。

第 2.4 節 美國公民或合法居留

Medicare 保健計劃的會員必須是美國公民或可在美國合法居住者。若您不具有保留會員的此基本資格，Medicare (美國醫療服務中心) 將通知 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。若您不符合此要求，則 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 必須讓您退保。

第 3 節 您將會收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

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

[Health Plan Logo] [Wellcare By Health Plan Name] [Plan_Contract_PBP] CMS#: [XXXX-XXX-XXX] Effective Date: [MM/DD/YYYY]		[www.wellcare.com/HP URL]	
MEMBER INFORMATION Name: [First MI Last Name] Member ID#: [XXXXXXXX-XXX] Issuer ID: [(80840)] [9151014609]		PHARMACY INFORMATION MedicareRx Prescription Drug Coverage	
PROVIDER INFORMATION [[PPG Name:]] [[Provider Group Name]] [[PPG Phone:]] [[X-XXX-XXX-XXXX]] [PCP Name:] [Last, First Name] [PCP Phone:] [X-XXX-XXX-XXXX] [[PCP Office Visit:]] [[X]]		Rx Claims Processor: [Express Scripts®] RXBIN: [XXXXXX] RXPCN: [XXXXXX] RXGRP: [XXXXXX]	
FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER)		FOR MEMBERS [Member Services] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX) [[Mental Health Benefits] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Nurse Advice Line] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Transportation] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Enroll Dental (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] [[Enroll Vision (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)] FOR PROVIDERS [For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: X-XXX-XXX-XXXX] [[Medical Claims:]] [Wellcare By Health Plan Name] [Attn: Claims] [Payor ID: 68069] [P.O. Box XXXX Farmington, MO 63640-9030] [[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 Plan Name] [Attn: Member Reimbursement Dept] [P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577]	

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

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

第 1 章 會員入門指南

第 3.2 節 服務提供者與藥房名錄

服務提供者與藥房名錄列出了目前網絡內服務提供者和網絡內藥房。**網絡內服務提供者**是與我們簽有協議的醫師以及其他醫療保健專業人士、醫療群體、醫院以及其他健康照護設施，他們與我們簽約，將我們的付款和計劃的任何分攤費用作為全額付款接受。

醫療群體，是由與本項計劃簽約以向投保人提供服務之醫師 (包括主治醫生 (PCP) 和專科醫師) 和其他健康護理服務提供者 (包括醫院) 所組成的協會。

您必須使用網絡內服務提供者以獲得醫療照護和服務。

您也必須採用在您的主治醫生 (PCP) 醫療群體/IPA 內的服務提供者。如果想去就診的單位非屬 PCP 醫療服務範圍內的服務提供者群體/IPA，您可能必須更換 PCP。此外，您的服務提供者可能受限於您的主治醫生 (PCP) 和/或醫療群體的網絡。這表示您所選擇的 PCP 和/或醫療群體可能會決定您可以使用的專科醫師和醫院。IPA 是指與計劃簽約提供服務給會員的醫生協會 (包括 PCP 和專科醫生)，及其他健康照護服務提供者 (包括醫院)。如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方，就必須自付全額。例外處理僅限在急診、緊急需求服務時無法使用網絡 (亦即，無法合理取得或無法取得網絡內服務的狀況)、區域外透析服務，以及 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 授權使用網絡外服務提供者的狀況。

請在我們的網站：www.wellcare.com/healthnetCA 查閱最新的服務提供者名單。

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

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

如果您沒有服務提供者與藥房名錄，您可以從會員服務部取得副本。您還可以在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 查詢資訊。

第 3.3 節 本項計劃的承保藥物清單 (處方集)

本項計劃有一份承保藥物清單 (處方集)。我們簡稱為「藥物清單」。該清單列出 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 包括的 Part D 給付承保哪些 Part D 處方藥。該清單上的藥物是由醫師和藥劑師團隊協助本計劃挑選。該清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已經核准 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的「藥物清單」。

第 1 章 會員入門指南

「藥物清單」同時告訴您是否有任何規定限制您的藥物承保。

我們將提供您一份「藥物清單」。想要知道承保藥物最新最完整的資訊，請造訪計劃網站 (www.wellcare.com/healthnetCA) 或致電會員服務部。

第 4 節 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的每月費用

您的費用可能包括下列：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- 每月 Medicare Part B 保費 (第 4.2 節)
- Part D 延遲投保罰款 (第 4.3 節)
- 與收入相關的每月調整金額 (第 4.4 節)

第 4.1 節 計劃保費

您不需要為本項計劃另外支付每月計劃保費。

第 4.2 節 每月 Medicare Part B 保費

許多會員必須支付其他 Medicare 保費

一些會員必須支付其他 Medicare 保費。如上方第 2 節所述，為了符合本項計劃資格，您必須維持您的 California Medi-Cal (Medicaid) 資格，並加入 Medicare Part A 和 Medicare Part B。針對大部分的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 保戶，California Medi-Cal (Medicaid) 會為您支付您的 Part A 保費 (如果您不符合自動享有的資格) 以及 Part B 保費。

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

第 4.3 節 Part D 延遲投保罰款

由於您符合雙重資格，只要您持續符合雙重資格，就不適用延遲投保罰款 (LEP)，但如果您失去雙重資格，即可能產生延遲投保罰款 (LEP)。如果在最初投保期終止後的任何時間，您連續 63 天或更長時間沒有 Part D 或其他可信的處方藥承保，必須為 Part D 承保支付 Part D 延遲投保罰款這筆額外保費。可信的處方藥承保是符合 Medicare 最低標準的承保，其付款預期通常至少不得低於 Medicare 的標準處方藥承保。延遲投保罰款的費用取決於您有多久時間缺少 Part D 或其他可信的處方藥承保。只要您參加 Part D 承保，就必須支付罰款。

第 1 章 會員入門指南

在下列狀況下，您將**無需**支付：

- 您獲得 Medicare 的「Extra Help」用以支付您的處方藥物費用。
- 您已經連續不到 63 天沒有任何可信承保。
- 您已透過其他來源獲得可信的藥物承保，例如前任雇主、工會、TRICARE，或退役軍人事務部。您的保險公司或您的人力資源部每年會告訴您，您的藥物承保是否是可信承保。該資訊可能用書信寄給您或者隨附在計劃會員通訊中。請保存該資訊，因為如果您以後參加 Medicare 藥物計劃，您可能需要該資訊。
 - **注意：**任何通知必須明言您有可信的處方藥承保，即承保預期支付的金額至少相當於 Medicare 標準處方藥承保。
 - **注意：**以下承保不是可信的處方藥承保：處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站。

Medicare 會決定罰款金額。以下是計算方法：

- 首先，計算您有資格投保後，您延遲了多少個完整的月份才投保 Medicare 藥物計劃。或者如果承保間斷時間達到 63 天或更長，則計算您有多少個完整的月份沒有可信的處方藥承保。在您沒有可信承保期間，每個月的罰款為 1%。舉例來說，假設您有 14 個月沒有承保，罰款將是 14%。
- 然後，Medicare 會根據前一年的資料決定全國 Medicare 藥物計劃的平均每月保費。2023 年，該平均保費金額為 \$32.74。該金額在 2024 年可能變更。
- 要計算您的每月罰款，您可用罰款百分比乘以平均每月保費，然後將結果四捨五入保留至 10 美分。在本例中，應該是 14% 乘以 \$32.74，等於 \$4.58。然後四捨五入得出 \$4.60。該金額會增加到 **Part D 延遲投保罰款者的每月保費中**。

關於該每月 Part D 延遲投保罰款，有三個重要的注意事項：

- 第一，**每年的罰款可能變更**，因為每年的平均每月保費可能變更。
- 第二，只要您投保有 Medicare Part D 藥物給付的計劃，**您將每月繼續支付罰款**，即使您更換計劃。
- 第三，如果您年齡在 65 歲以下且目前享有 Medicare 給付，當您年滿 65 歲時，Part D 延遲投保罰款將重新設定。65 歲以後，您的 Part D 延遲投保罰款將僅基於您年紀符合參加 Medicare 計劃時的最初投保期過後沒有承保的月份數來計算。

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

第 1 章 會員入門指南

第 4.4 節 收入相關每月調整金額

有些會員可能需要支付額外的費用，亦即 Part D 收入相關每月調整金額，也稱為 IRMAA。額外費用是根據您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入來決定。如果此金額高於特定金額，您必須支付標準保費以及額外的 IRMAA。有關您可能需要根據收入支付的額外金額的更多資訊，請造訪 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外金額，Social Security，而非您的 Medicare 計劃，會給您寄一封信函，告知您額外金額是多少。不管您通常如何支付您的計劃保費，額外費用都將從您的 Social Security、鐵路退休委員會或 Office of Personnel Management 給付支票中扣除，除非您的每月給付不足以支付所欠的額外費用。如果您的給付支票不足以支付額外費用，Medicare 會給您寄帳單。您必須向政府支付額外的費用。不能與您的計劃每月保費一起支付。如果您未支付額外費用，您將被退出計劃並喪失處方藥承保服務。

如果您不同意支付額外的費用，您可以請求 Social Security 審查這項決定。要瞭解這方面的詳情，請致電 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)，聯絡 Social Security。

第 5 節 更多有關於您每月保費的資訊

第 5.1 節 我們是否可以在一年之中變更您的每月計劃保費？

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

然而，在某些情況下，如果有積欠，您有可能可以停止支付延遲投保罰款。或需要開始支付延遲投保罰款。如果您符合「Extra Help」計劃的資格，或您在年中喪失「Extra Help」計劃的資格，可能會出現此種情況：

- 如果您目前支付 Part D 延遲投保罰款，並在當年度符合「Extra Help」的資格，您可以停止繳納罰款。
- 如果您失去「Extra Help」，然後連續超過 63 天 (含) 以上沒有 Part D 或其他可信的處方藥承保，則可能需支付延遲投保罰款。

您可在第 2 章第 7 節中找到有關「Extra Help」計劃的詳細資訊。

第 1 章 會員入門指南

第 6 節 更新您的計劃會員資格記錄

您的會員資格記錄包含您申請書上的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃承保，包括您的主治醫生/醫療群體/獨立開業協會 (IPA)。IPA 是醫師 (包括 PCP 和專科醫師) 及其他健康護理服務提供者 (包括醫院) 協會，該協會與本計劃簽約，為會員提供服務。

計劃網絡內醫生、醫院、藥劑師及其他服務提供者都需要有您的正確資訊。**這些網絡內服務提供者使用您的保戶資格記錄瞭解您的承保服務和藥物以及分攤費用金額。**因此，您幫助我們更新您的資訊非常重要。

告訴我們以下變更：

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

如果您的任何資訊有變更，請致電會員服務部通知我們。

如果您搬家或更改郵寄地址，聯絡 Social Security 也很重要。您可在第 2 章第 5 節中找到 Social Security 的電話號碼及聯絡資訊。

第 7 節 本項計劃與其他保險的合作方式

其他保險

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

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

第 1 章 會員入門指南

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

這些規定適用於僱主或工會團體保健計劃承保：

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

這些承保類型通常為以下每一種相關的服務先付款：

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

Medicaid 與 TRICARE 從不為 Medicare 承保服務先付款。他們只會在 Medicare 及/或僱主團體保健計劃已經付款後再付款。

第 2 章：

重要電話號碼及資源

第 2 章 重要電話號碼及資源

第 1 節 本計劃聯絡資訊 (如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部)

如何與本項計劃的會員服務部聯絡

如有關理賠、帳單或保戶卡等方面的問題，請致電或寫信至 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 會員服務部。我們將很樂意幫助您。

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。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，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。 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。
TTY	711 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
網站	www.wellcare.com/healthnetCA

第 2 章 重要電話號碼及資源**當您請求作出醫療護理承保決定或上訴時如何與我們聯絡**

承保決定是我們對您的給付和承保或我們為您的醫療服務或 Part D 處方藥支付的金額作出的決定。上訴是透過正式方式要求我們審查並變更我們作出的承保決定。有關請求作出您的醫療服務或 Part D 處方藥承保決定的更多資訊，請查閱第 9 章 (如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦)。

方法	醫療護理的承保決定 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

方法	有關 Part D 處方藥的承保決定 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-866-226-1093

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	有關 Part D 處方藥的承保決定 - 聯絡資訊
寫信	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
網站	www.wellcare.com/healthnetCA

方法	醫療護理上訴 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

方法	Part D 處方藥物上訴 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	Part D 處方藥物上訴 - 聯絡資訊
傳真	1-866-388-1766
寫信	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
網站	www.wellcare.com/healthnetCA

當對您的醫療護理提出投訴時，如何與我們聯絡

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

方法	醫療照護投訴 – 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提交對 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交線上投訴，請造訪： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	Part D 處方藥物投訴 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。 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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提交對 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交線上投訴，請造訪： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

如要請求我們支付您收到的醫療護理或藥物費用，應將請求遞交何處

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

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

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	付款要求 - 聯絡資訊
寫信	Medical Payment Requests: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 Part D Payment Requests: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
網站	www.wellcare.com/healthnetCA

第 2 節 Medicare

(如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助與資訊)

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

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

方法	Medicare - 聯絡資訊
致電	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 此為免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時服務。
TTY	1-877-486-2048 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者使用。 此為免付費電話。

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	Medicare - 聯絡資訊
網站	www.Medicare.gov 這是 Medicare 的政府官方網站。它向您提供有關 Medicare 和目前 Medicare 問題的最新資訊。它也提供有關醫院、護理院、醫師、家庭健康代理機構以及腎透析設施的資訊。網站上有文件可以讓您直接在電腦上列印出來。您還可以找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。 Medicare 網站也提供以下工具，讓您獲得有關您的 Medicare 資格以及投保選項的詳細資訊： • Medicare 資格工具：提供有關 Medicare 資格狀況的資訊。 • Medicare 計劃尋找器：提供在您所在地區有關可用的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃以及 Medigap (Medicare 補充保險) 保單的個人化資訊。這些工具提供不同 Medicare 計劃中您的自付費用估算額。 您還可使用該網站告訴 Medicare 您對本項計劃的任何投訴： • 向 Medicare 投訴：您可以直接向 Medicare 提交對本項計劃的投訴。如需向 Medicare 提交投訴，請造訪 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會認真對待您的投訴，並將利用這些資訊來幫助提高 Medicare 計劃的品質。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心可以幫助您使用其電腦瀏覽本網站。或者您也可以致電 Medicare，告訴他們您需要的資訊。他們會在網站上找到資訊，並與您一起檢閱資訊。(您還可致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。)

第 3 節

州健康保險協助計劃

(針對您有關 Medicare 的問題提供免費幫助、資訊和答覆)

州健康保險協助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都配有培訓有素的顧問。在 California，SHIP 稱為 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。

第 2 章 重要電話號碼及資源

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 是一項從聯邦政府獲得經費的獨立 (與任何保險公司或健康計劃均無關聯) 州立計劃，用於向當地擁有 Medicare 的人提供免費健康保險諮詢服務。

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 顧問能夠幫助您瞭解您的 Medicare 權利，幫助您針對您的醫療護理或治療提出投訴，並且幫助您解決您的 Medicare 帳單問題。California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 的顧問還能幫助您瞭解您的 Medicare 問題，幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇，並且回答您關於轉換計劃的問題。

取用 SHIP 和其他資源的方法：

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

方法	California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) – 聯絡資訊
致電	1-800-434-0222
TTY	711
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	https://www.aging.ca.gov/hicap/

第 4 節 品質改善組織

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

Livanta - California 的品質改善組織擁有一群醫生和其他醫療保健專業人員，他們由 Medicare 付費，負責檢查和幫助改善 Medicare 會員的護理品質。Livanta - California 品質改善組織是一個獨立機構。與我們的計劃沒有關聯。

第 2 章 重要電話號碼及資源

遇到以下任何情況，您都應該聯繫 Livanta - California 的品質改善組織：

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

方法	Livanta - California 的品質改善組織 - 聯絡資訊
致電	1-877-588-1123 上午 9 點至下午 5 點當地時間，週一至週五上午 11 點至下午 3 點 當地時間，週六至週日
TTY	1-855-887-6668 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者 使用。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	https://www.livantaqio.com

第 5 節 Social Security

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

Social Security 還負責決定哪些人因為有較高的收入而必須為 Part D 藥物承保支付額外的金額。如果您收到 Social Security 的來信，告訴您必須支付額外的金額，您對該金額有疑問或者您的收入因為生活變化事件而減少，您可以致電 Social Security，請求重新考慮。

如果您搬家，或更改郵寄地址，請務必聯絡和通知社會安全局。

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	Social Security - 聯絡資訊
致電	1-800-772-1213 此為免付費電話。 服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。 您可以利用 Social Security 的自動電話語音服務，獲得語音資訊，並利用這項每天 24 小時服務處理您的事務。
TTY	1-800-325-0778 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者使用。 此為免付費電話。 服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 Medicaid

身為本項計劃的會員，您符合 Medicare 和 Medicaid 的資格。Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。此外，有些透過 California Medi-Cal (Medicaid) 提供的計劃可幫助享有 Medicare 的人士支付其 Medicare 費用，例如幫助支付 Medicare 保費。這些 Medicare Savings Program 每年幫助收入與資源有限的人士節省資金：

- **合資格 Medicare 保險受益人 Plus (QMB+)**：幫助支付 Medicare Part A 與 Part B 保費及其他分攤費用 (如自付額、共同保險金和共付額等費用)。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 給付。
- **特定低收入 Medicare 保險受益人 Plus (SLMB+)**：幫助支付 Part B 保費。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 給付。
- **完整福利雙重資格 (FBDE)**：幫助支付 Medicare Part A 與 Part B 保費及其他分攤費用 (如自付額、共同保險金和共付額等費用)。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 給付。

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

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	California Medi-Cal (Medicaid) - 聯絡資訊
致電	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 上午 8 點至下午 5 點PT，週一至週五
TTY	1-800-430-7077 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者使用。
寫信	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

California Long Term Care Ombudsman Program 協助有投保 Medicaid 的人士處理有關服務或帳單的問題。他/她們可以協助您申訴或上訴我們的計劃。

方法	California Long-Term Care Ombudsman Program – 聯絡資訊
致電	1-916-419-7510 1-800-510-2020 上午 8 點至下午 5 點當地時間，週一至週五
TTY	1-800-735-2929 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者使用。
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	https://www.aging.ca.gov/

長期護理申訴專員幫助人們獲得有關護理院的資訊，並幫助解決在療養院與入住者或其家人之間的問題。

方法	長期護理申訴專員 – 聯絡資訊
致電	1-800-510-2020 1-916-419-7510 上午 8 點至下午 4 點當地時間，週一至週五

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	長期護理申訴專員 – 聯絡資訊
TTY	711
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	https://www.aging.ca.gov/programs/lcop/

第 7 節 幫助人們支付處方藥計劃的相關資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供如何降低處方藥物費用的相關資訊。對於收入有限的人士，也有其他可協助的計劃，如下所述。

Medicare 的「Extra Help」計劃

因為您有資格參加 Medicaid，您有資格和正在接受 Medicare 提供的「Extra Help」，支付您的處方藥計劃費用。您無需採取任何進一步行動，即可獲得該「Extra Help」。

如果您對「Extra Help」有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048 (申請專用)，一週 7 天，全天 24 小時；
- Social Security Office 專線 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 7 點。TTY 使用者請致電 1-800-325-0778；或
- 您所在州的 Medicaid 辦公室 (申請) (請查閱本章第 6 節的聯絡資訊)。

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

- 致電會員服務部，告訴代表您認為您有資格獲得「Extra Help」。您可能需要提供下列其中一種文件類型 (最佳可用證明)：
 - 受益人的 California Medi-Cal (Medicaid) 卡副本，包括受益人的姓名和上一個日曆年下半年六月後某一個月的合格日期

第 2 章 重要電話號碼及資源

- 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、確認現有 California Medi-Cal (Medicaid) 狀態的州政府文件副本
- 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、顯示 California Medi-Cal (Medicaid) 狀態的一份州政府電子投保列印文件
- 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、顯示 Medicaid 狀態的所在州 California Medi-Cal (Medicaid) 系統電腦螢幕列印文件
- 由州政府在上一個日曆年下半年六月後某一個月提供的、顯示 California Medi-Cal (Medicaid) 狀態的其他文件
- 社會安全局 (SSA) 的來函可證明您個人收到補充社會安全收入 (SSI)
- 經認定符合資格的申請，確認受益人是「...自動符合 Extra Help 的資格...」(SSA publication HI 03094.605)

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

- 設施的匯款單據，顯示 Medicaid 在上一個日曆年下半年六月後某一個月為您支付了一整個日曆月的費用；
- 州政府文件副本，確認 Medicaid 在上一個日曆年下半年六月後某一個月為您向設施支付一個完整日曆月的費用；或是
- 州政府 Medicaid 系統的電腦螢幕擷取畫面，顯示在上一個日曆年下半年六月後某一個月您在 Medicaid 付費的設施入住至少一整個日曆月的入住狀態。
- 如果您無法提供上述文件，但仍認為您可能符合「Extra Help」的資格，請致電會員服務部，我們將為您提供協助。
- 當我們收到顯示您的共付額層級的證明時，我們會更新我們的系統，以便您下次去藥房領取處方藥時能夠繳付正確的共付額金額。如果您多付了共付額，我們會退還給您。退款方式是將您多付的數額以支票方式退還給您，或用於抵消日後的共付額。如果藥房尚未收取您的共付額，而是將您的共付額作為欠款記錄，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府已替您付款，我們可能會直接付款給州政府。如果您有疑問，請與會員服務部聯絡。

如果您享有州政府藥物補助計劃 (SPAP) 的承保會怎樣？

許多州和 U.S. Virgin Islands 提供幫助，以支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您投保州政府藥物補助計劃 (SPAP)，或者任何其他為 Part D 藥物提供承保的計劃（「Extra Help」除外），您仍然能獲得承保下的原廠藥的 70% 折扣。此外，本項計劃在承保缺口階段支付原廠藥費用的 5%。該 70% 的折扣以及由本項計劃支付的 5% 費用均在任何 SPAP 或其他承保之前計入藥物價。

第 2 章 重要電話號碼及資源

您享有愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的承保會怎樣？

什麼是愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)？

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

California AIDS 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 是您所在州的 ADAP。

您所在州別的 California AIDS 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 列舉如下。

方法	California 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) - 聯絡資訊
致電	1-916-558-1784 1-844-421-7050 上午 8 點至下午 5 點當地時間，週一至週五
TTY	711
寫信	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
網站	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

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

州政府藥物補助計劃

許多州設有根據財務需求、年齡、醫療病症或殘障，幫助人們支付處方藥物費用的州政府藥物補助計劃。各州對於向會員提供藥物承保有不同的規定。

California 的州政府藥物補助計劃是 MediCal Rx Customer Service Center。

第 2 章 重要電話號碼及資源

方法	California MediCal Rx Customer Service Center – 聯絡資訊
致電	1-800-977-2273 1-916-518-3100 711 每週 7 天，每天 24 小時服務，包括假日
TTY	711
寫信	MediCal Rx Customer Service Center P.O. Box 730 Rancho Cordova, CA 95741
網站	www.medi-calrx.dhcs.ca.gov

第 8 節 如何與鐵路退休委員會聯絡

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

方法	鐵路退休委員會 - 聯絡資訊
致電	1-877-772-5772 此為免付費電話。 如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9:00 - 下午 3:30，以及週三上午 9:00 - 中午 12:00 與 RRB 代表聯繫。 如果按「1」，您可以 24 小時 (包括週末和假日) 進入自動 RRB 服務專線並記錄資訊。
TTY	1-312-751-4701 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者使用。 這不是免費電話。
網站	rrb.gov/

第 2 章 重要電話號碼及資源

第 9 節 您享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險嗎？

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

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

第 3 章：

使用計劃獲得
醫療和其他承保服務

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

第 1 節 作為本項計劃的會員如何獲得您的醫療護理及其他服務須知

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

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

第 1.1 節 什麼是網絡內服務提供者和承保服務？

- **服務提供者**是州核發執照可以提供醫療服務和照護的醫師和其他健康照護專業人員。服務提供者一詞也包括醫院及其他健康護理設施。
- **網絡內服務提供者**是與我們簽署協議的醫生和其他健康護理專業人士、醫療群體、醫院以及其他健康護理設施，他們接受我們的付款作為全額付款。我們已安排由這些服務提供者向本項計劃會員提供承保服務。我們的網絡內服務提供者通常直接向我們收取他們向您提供的護理費用。當您去看網絡內服務提供者時，通常您無需為承保服務支付任何費用。
- **承保服務**包括我們的計劃承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、設備，和處方藥。您的醫療照護承保服務列在第 4 章的醫療給付表中。第 5 章討論您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 獲得計劃承保的醫療護理與其他服務的基本規定

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

只要符合下列規定，本項計劃通常會承保您的醫療護理：

- 您獲得的護理包括在計劃的醫療給付表內 (該表見本文件第 4 章)。
- 您獲得的護理被認為是必要的醫療。必要的醫療是指服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

- **您有一位網絡內主治醫生 (PCP)，提供和監督您的護理服務。**作為本項計劃會員，您必須選擇一位網絡內 PCP (有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 2.1 節)。
 - 在大部分情況下，您的網絡內 PCP 必須事先核准，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫師、醫院、專業護理機構或家庭健康護理代理機構。這稱為替您轉診。有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 2.3 節。
 - 急診照護或緊急需求服務不需要經過您的 PCP 轉診。還有其他幾種照護也不需要事先獲得您的 PCP 的同意 (有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 2.2 節)。
- **您必須從網絡內服務提供者處獲得照護** (有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 2 節)。在大部分情況下，您從網絡外服務提供者 (不在本項計劃網絡內服務提供者) 處獲得的護理不會獲得承保。這表示您必須為提供者提供的服務支付全部費用。有三種例外處理：
 - 計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的急診照護或緊急需求服務。有關這方面的更多資訊以及瞭解什麼是急診或緊急需求服務，請查閱本章第 3 節。
 - 如果您需要接受 Medicare 要求本項計劃承保的醫療護理，但是我們的網絡內沒有專科醫師無法提供此類護理，您可以使用通常在網絡內支付的分攤費用，從網絡外服務提供者獲得此項護理 (需要事先授權)。在接受照護之前，請打電話給我們，瞭解您可能需要遵守的相關授權規定。在這種情況下，我們將如同您從網絡內服務提供者處接受護理一樣，為這些服務提供承保。有關獲得在網絡外醫生處門診核准的資訊，請查閱本章第 2.4 節。
 - 當您暫時離開本項計劃的服務區域，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時，從 Medicare 認證的透析設施獲得的腎透析服務可獲得本項計劃的承保。您支付本項透析計劃的分攤費用絕不會超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外，並從計劃網絡外的提供者取得透析，您的分攤費用不得超過您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您的一般網絡內服務提供者暫時無法提供透析服務，而且您選擇在服務區域內從計劃網絡以外的服務提供者獲得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。

第 2 節 透過本項計劃網絡內服務提供者獲得您的醫療護理及其他服務

第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫生 (PCP) 提供和監督您的護理

什麼是 PCP？PCP 能為您做什麼？

當您成為本計劃會員時，您必須選擇一位計劃服務提供者來擔任您的 PCP。PCP 是您健康方面的夥伴，提供或協調您的照護。您的 PCP 是符合州政府要求、接受過為您提供基

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

本醫療照護培訓的健康照護專業人員。這些包括專精於家庭醫療、綜合醫療及內科的醫師。

您將透過您的 PCP 取得大部分的例行或基本照護。您的 PCP 還會協助您安排或協調作為我們計劃會員的其他承保服務。這包括：

- 行為健康、
- X 光、
- 化驗、
- 治療、
- 專科醫師的照護、
- 住院，以及
- 後續照護。

「協調」您的承保服務包括與其他計劃服務提供者確認，或諮詢您的照護內容及照護情況。對於特定類型的服務或用品，您的 PCP 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 就必須取得本計劃的授權。由於您的 PCP 將為您提供和協調您的醫療照護，您應當將您過去的所有醫療記錄都送到您的 PCP 的診所。針對您大多數的例行健康照護需求，您通常會先請您的 PCP 為您看診。我們建議您讓 PCP 協調您的所有照護。如需詳細資訊，請參閱本章的第 2.3 節。

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

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

您如何選擇 PCP？

當您投保本公司計劃時，您將從 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 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，請前往我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA，並從我們的計劃網絡中選擇 PCP。會員服務部也可以協助您選擇 PCP。一旦您已經選擇 PCP，請依您的選擇致電會員服務部。您的 PCP 必須在我們的網絡中。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

每個醫療群體和 PCP 都可能轉介給特定計劃的專科醫生，並在他們的網絡中使用特定醫院。如果您想要使用特定計劃的專科醫生或醫院，請先檢查以確定該專科醫生和/或醫院是在醫療群體和 PCP 的網絡內。

如果您沒有選擇醫療群體或 PCP，或是您選擇的是本計劃無法使用的醫療群體或 PCP，我們會自動將您指派給醫療群體和 PCP。

更換您的 PCP

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

如果您想要變更您的醫療群體或 PCP，請致電會員服務部。每個計劃的醫療群體和 PCP 都可能轉介給特定計劃的專科醫生，並在他們的網絡中使用特定醫院。這表示您所選擇計劃的醫療群體和 PCP 可能會決定您可以使用的專科醫師和醫院。如果您想要使用特定的專科醫師或醫院，請瞭解您計劃的醫療群體和 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。

要更換您的 PCP，請致電會員服務部。變更將於接續月份的第一日開始實施。請注意：如果您使用的 PCP 不是指派給您的 PCP，可能會產生較高的分攤費用，或者您的申請可能遭拒。

第 2.2 節	在沒有獲得您的 PCP 轉診的情況下，您可以獲得何種醫療護理和其他服務？
----------------	---

未經您的 PCP 事先核准，您也可獲取下列服務。

- 女性例行健康護理，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢 (乳房 X 光檢查)、子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗接種和肺炎疫苗接種，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務。
- 從網絡或網絡外服務提供者處獲得的緊急情況服務。
- 緊急需求服務是指當網絡內服務提供者暫時無法提供或無法取得，或投保者離開服務區域時，未提供緊急服務的承保服務。例如，您在週末需要立即照護。必須立即需要服務，而且有醫療上的必要。
- 當您暫時離開本項計劃的服務區域時，從 Medicare 認證的透析設施獲得腎透析服務。如可能，請在您離開服務區域之前致電會員服務部，以便我們能夠幫助安排您在服務區域外接受維持性透析服務。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

第 2.3 節 如何獲得專科醫師和網絡內其他服務提供者的護理

專科醫師是為某種特定疾病或身體部位提供醫療護理服務的醫生。專科醫師有多種類型。以下是幾個例子：

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

您如果要去看專科醫師，通常需要先取得 PCP 核准。此稱為取得到專科醫師的「轉診」。在您給計劃專科醫師或某些其他服務提供者看診前，請務必與您的 PCP 討論轉診的需要。有一些例外處理，包括女性例行健康護理，如第 2.2 節所述。在大多數情況下，如果您沒有獲得轉診，就先取得專科醫師的服務，您將可能需要自行支付這些服務的費用。

如果專科醫師希望您返回接受額外就診，先確認您從您的 PCP 得到的轉診承保範圍能夠承保額外至專科醫師或特定其他服務者的就診。在某些情況下，您、您的代表或您的 PCP/服務提供者會需要獲得本計劃的事先授權。關於哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章第 2.1 節。

每個醫療群體和 PCP 都可能轉介給特定計劃的專科醫生，並在他們的網絡中使用特定醫院。這表示您所選擇的醫療群體和 PCP 可能會決定您可能使用的專科醫師和醫院。如果您想要使用特定的專科醫師或醫院，請瞭解您的醫療群體或 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。如果當前的 PCP 不能幫您轉診您想看的計劃專科醫師或醫院，您通常能隨時更換您的 PCP。在第 2.1 節「更改 PCP」，我們將告訴您如何更換您的 PCP。

註：如果專科醫師或其他服務提供者與您的 PCP 同屬一家獨立開業協會 (IPA)，那麼您可能不總是需要轉診。IPA 是醫師 (包括 PCP 和專科醫師) 及其他健康護理服務提供者 (包括醫院) 協會，該協會與本計劃簽約，為會員提供服務。詢問您的 PCP 是否屬於一家 IPA 並且您是否需要轉診到相同 IPA 內的專科醫師或其他服務提供者。

如果專科醫師或其他網絡內服務提供者離開本項計劃，怎麼辦？

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

- 即使我們的服務提供者網絡可能在一年中變更，Medicare 規定我們仍要向您提供不間斷的合格醫生和專科醫師服務。
- 我們將通知您，您的服務提供者將離開本計劃，以便您有時間選擇新的服務提供者。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

- 如果您的主治醫師或行為健康服務提供者退出本計劃，如果您在過去三年內看過該服務提供者，我們將通知您。
- 如果您的任何其他服務提供者退出本計劃，如果您被指派給該服務提供者且目前接受他們的照護，或在過去三個月內曾請他們看診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網路內提供者，方便您繼續獲得照護。
- 如果您目前正在接受既有提供者的醫療或治療，您有權請求且我們將予以配合，確保您正在接受的必要醫療或治療得以繼續。
- 我們將為您提供不同投保期的相關資訊，以及您可能擁有的計劃變更選項。
- 如果網路內提供者或給付無法提供或不足以滿足您的醫療需求，我們將安排任何醫療上必要的承保給付，只是須採用網路內分攤費用。本計劃必須確認沒有適用的網路內服務提供者，且該網路外服務提供者必須聯絡本計劃要求授權，您才能取得服務。如果獲得核准，將核發網路外服務提供者的授權以提供服務。您有權接收由網路外服務提供者所提供的急診，或區域外緊急需求服務。
- 如果您發現您的醫生或專科醫師將離開您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找到新的服務提供者來管理您的護理。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的服務提供者來代替以前的服務提供者，或未能適當管理您的護理，您有權向 QIO 提出護理品質的投訴，或對計劃提出護理品質的申訴，或兩者。請見第 9 章。

第 2.4 節 如何獲得網路外服務提供者的護理

如果您需要 Medicare 承保的醫療護理，但網路內服務提供者無法提供這項護理，您可能可以向網路外服務提供者尋求護理。本計劃必須確認沒有適用的網路內服務提供者，且該網路外服務提供者必須聯絡本計劃要求授權，您才能取得服務。如果獲得核准，將核發網路外服務提供者的授權以提供服務。

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

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

第 3 節 當您出現緊急情況或緊急護理需求或在重大災難期間，如何獲得服務

第 3.1 節 出現緊急醫療情況時如何獲得護理

什麼是緊急醫療情況且如果您有醫療緊急情況應該怎麼做？

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

如果您出現緊急醫療情況：

- **請儘快尋求幫助。**致電 911 求助，或到離您最近的急診室或醫院。如果需要，可打電話叫救護車。您無需事先獲得您的 PCP 的批准或轉診。您不需要使用網絡內醫生。在您需要的時候，在美國或其領土的任何地方，從任何具有適當州執照的服務提供者 (即使他們不在我們的網絡內)，您都可以獲得承保的緊急醫療護理。Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 包含全球緊急情況的承保。
- **請務必儘早把您的緊急情況告訴本項計劃。**我們需要追蹤您的急診照護情況。您或其他人通常應在 48 小時內打電話將您的急診照護情況告訴我們。您可以致電會員服務部或您會員卡背面的電話號碼。

您出現緊急醫療情況時哪些服務可獲得承保？

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

向您提供急診照護的醫生會決定您的病症是否穩定，緊急醫療情況是否已經終止。

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

如果並非緊急醫療情況，怎麼辦？

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

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

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

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

第 3.2 節 當您急需接受服務時如何獲得護理

什麼是緊急需求服務？

緊急需求服務是指需要立即醫療護理的非急診情況，但在您的情況下，從網絡內服務提供者獲得這些服務是不可能或不合理的。本計劃必須承保由網絡外提供的緊急需求服務。緊急需求服務的一些範例為：i) 在週末發生嚴重喉嚨痛，或 ii) 在您暫時離開服務區域時，發生無法預料的已知病症意外發作。

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

您也可以隨時聯絡護理師諮商專線。照護專業人士每週 7 天，全天候 24 小時為您解答問題。如需有關更多有關護士諮詢專線的資訊，請參閱第 4 章 (醫療給付表 (承保範圍)) 中的健康與保健教育計劃給付類別，或請致電會員服務部。

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

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

如需更多資訊，請參閱本文件第 4 章的醫療給付表中的「急診照護」與「緊急需求服務」，或致電會員服務部。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

第 3.3 節 重大災難期間獲得護理

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

欲瞭解如何在重大災難期間獲得所需護理，請造訪以下網站：

www.wellcare.com/healthnetCA。

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

第 4 節 如果您要求您直接支付服務的全部費用，該怎麼辦？

第 4.1 節 您可以要求我們支付您的承保服務費用

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

第 4.2 節 如果服務不在我們的計劃承保範圍內，怎麼辦？

我們的計劃承保本文件第 4 章醫療給付表中所列的所有醫療上必要的服務。如果您接受不在我們的計劃承保範圍內的服務，或從網絡外獲得服務而且未經授權，您必須負責支付服務的全額費用。您在支付服務費用之前，應先查看該服務是否屬於 California Medi-Cal (Medicaid) 承保範圍。

對於有給付限制的承保服務，在您用完您的該類承保服務的給付後，您也需支付任何服務的全部費用。一旦達到給付上限，您支付的金額將不會計入自付費用上限中。例如，在本項計劃付款達到給付上限後，您所獲得的任何專業護理機構照護，可能必須全額支付費用。當您用完給付限額後，您為該服務所支付的額外費用將不會列入您的年度自付額上限中。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

第 5 節 如果您參加臨床試驗研究，如何獲得醫療服務承保？

第 5.1 節 什麼是臨床試驗研究？

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

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

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

如果您希望參加任何 Medicare 批准的臨床試驗研究，您不需告知我們，或取得我們或您 PCP 的批准。作為臨床試驗研究一部分為您提供護理的服務提供者無需是本項計劃網絡內服務提供者。請注意，其中不包括我們計劃所負責的給付項目，也就是評估給付的臨床試驗或登錄部分。這些包括在國家承保裁定 (NCD) 和研究裝置試驗 (IDE) 下指定的某些福利，可能受事先授權和其他計劃規定的約束。

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

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

第 5.2 節 當您參加臨床試驗研究時，由誰支付哪些服務？

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

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

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

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

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

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

您是否希望瞭解更多資訊？

您可以取得更多關於參加臨床試驗研究的資訊，透過造訪 Medicare 網站，閱讀或下載刊物 *Medicare 和臨床試驗研究*。(本刊物可於以下網址取得：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 6 節 接受宗教性非醫療保健組織的護理必須遵守的規定

第 6.1 節 什麼是宗教性非醫療保健組織？

宗教性非醫療保健組織是對通常會在醫院或專業護理機構接受治療的病症提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構獲得護理有違會員的宗教信仰，我們會承保在宗教性非醫療保健組織獲得的護理。此項給付僅為 Part A 住院服務 (非醫療健康護理服務) 提供。

第 6.2 節 接受宗教性非醫療保健組織提供的護理服務

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

- **非強制性**醫療護理或治療是指**自願性**且非聯邦、州或地方法律要求提供的任何醫療護理或治療。
- **強制性**治療是指您依據聯邦、州或地方法律非自願性或要求接受的醫療護理或治療。

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

如欲取得本計劃的承保，您從宗教性非醫療保健組織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。
- 本項計劃承保的服務僅限於非宗教方面的護理。
- 如果您從該組織接受的服務是在一家機構為您提供，則適用於下列條件：
 - 您的醫療病症必須允許您接受住院照護或專業護理機構照護的承保服務。
 - 一 並且 一 在住進該設施之前您必須事先獲得本項計劃的核准，否則您的住院將不予承保。

除非您獲得本項計劃的事先授權 (核准)，否則您在宗教性非醫療保健組織的住院將不予承保，並受到與您原本作為住院患者在醫院或專業護理機構接受的護理相同的承保限制。請查閱第 4 章醫療給付表中的承保規則以及有關住院和專業護理機構分攤費用和限制的其他資訊。

第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定

第 7.1 節	根據我們的計劃支付一定金額的付款後，您是否將可擁有耐用醫療設備？
----------------	---

耐用醫療設備 (DME) 包括服務提供者訂購在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、步行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音合成裝置、IV 輸液幫浦、噴霧器和醫院病床等物品。會員對特定物品有所有權，如義肢。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型的 DME。

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

第 3 章 使用計劃獲得醫療和其他承保服務

如果您轉到 Original Medicare，您為耐用醫療設備支付的款項會怎樣？

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

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

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

第 7.2 節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

您有權享有哪些氧氣設備給付？

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保的資格，Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 將承保：

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

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

如果您離開計劃，回到 Original Medicare，會怎樣？

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

第 4 章：

醫療給付表 (承保範圍)

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

第 1 節 理解承保服務

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

第 1.1 節 您無需為承保服務支付任何費用

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

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

注意：因為我們的會員也從 Medicaid 取得協助，所以極少會員曾達到最高自付額。對於承保的 Part A 和 Part B 服務，您無需支付超出最高自付費用的任何自付費用。

因為您投保了 Medicare Advantage Plan，您每年必須為 Medicare Part A 和 Part B 承保的網絡內醫療服務支付的自付額有限額。該限額稱為醫療服務最高自付 (MOOP) 額。對於 2024 年的日曆年，此金額為 \$8,850。

您為承保服務支付的共付額和共同保險金計入該最高自付額。您為 Part D 處方藥支付的金額不計入您的最高自付額。此外，您為某些服務支付的金額不計入您的最高自付額。這些服務在醫療給付表中用星號 (*) 標出。如果您達到 \$8,850 的最高自付費用，您在該年度的剩餘時間內無需為承保 Part A 和 Part B 服務支付任何費用。然而，您必須繼續支付 Medicare Part B 保費 (除非您的 Part B 保費由 California Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方為您支付)。

第 2 節 利用醫療給付表來瞭解承保服務

第 2.1 節 您作為本項計劃會員享有的醫療給付

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

- 您的 Medicare 承保服務必須依照 Medicare 確立的承保指南提供。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

- 您的服務 (包括醫療護理、服務、用品、設備和 Part B 處方藥) 必須是必要的醫療。必要的醫療是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- 您從網絡內服務提供者處接受護理。在大多數情況下，除非是緊急情況或緊急護理，或您的計劃或網絡內服務提供者已提供轉診，否則由網絡外服務提供者所提供的照護無法獲得承保。這表示您必須為提供者提供的服務支付全部費用。
- 您的主治醫生 (PCP) 提供和監督您的護理。在大部分情況下，您要看診本項計劃網絡內的其他服務提供者，必須獲得您的 PCP 事先核准。這稱為替您轉診。
- 醫療給付表中列出的一些服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者事先獲得我們核准 (有時稱作事先授權) 的情況下才會獲得承保。需事先核准的承保服務在醫療給付表中用斜體標出。

瞭解我們承保範圍的其他重要事項：

- 您同時由 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid) 承保。Medicare 承保健康護理和處方藥的費用。Medicaid 承保您在 Medicare 服務上的分攤費用，包括 Medicare 自付額、住院病患與門診醫院服務和醫師門診的共付額或共同保險金。California Medi-Cal (Medicaid) 也承保 Medicare 未承保的服務，如長期護理、某些非處方藥，以及家庭和社區型服務。
- 與所有 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的全部服務。(如需瞭解有關 Original Medicare 的承保範圍和費用的更多資訊，請參閱《2024 年 Medicare 與您》手冊。您可於 www.medicare.gov 線上查閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。)
- 對於所有 Original Medicare 承保的免費預防服務，我們也免費為您承保這些服務。
- 如果 Medicare 在 2024 年期間為任何新服務增加承保範圍，則 Medicare 或我們的計劃都會承保這些服務。
- 有關 Medicaid 承保服務，請參閱本項計劃的給付摘要，以取得 Medicaid 承保給付的完整清單。如果您沒有收到給付摘要，請致電會員服務部，請他們寄一份副本給您。您的 Medicaid 承保服務分攤費用 (若有的話) 是根據您的 Medicaid 資格等級而定。
- 如果您處於我們計劃的 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 給付。然而，在這段期間，Medicare Advantage 計劃不負責任何列於 Medicaid State Plan 中的任何 California Medi-Cal (Medicaid) 承保給付。在此期間，依據 Medicare 和補充給付的 Medicare 分攤費用額不變。您支付的金額取決於您的 Medicaid 給付層級。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

只要您符合上述承保要求，您不需要為列入給付表中的服務支付任何費用。

所有參與健康與醫療健保計劃 (WHP) 服務投保人的重要福利資訊

- 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。
- 您可以隨時與本計劃聯絡，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

符合「Extra Help」資格會員的重要給付資訊：

- 如果您獲得「Extra Help」以支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，例如保費、自付額和共同保險金，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 Health Net Community Solutions, Inc. 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。



在給付表中的預防服務旁，您會看到這個蘋果圖標。

醫療給付表

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
有關 Medicaid 承保服務，請參閱本項計劃的給付摘要，以取得 Medicaid 承保給付的完整清單。如果您沒有收到給付摘要，請致電會員服務部，請他們寄一份副本給您。您的 Medicaid 承保服務分攤費用 (若有的話) 是根據您的 Medicaid 資格等級而定。請聯絡您所在州的 Medicaid 機構，以確定您的分攤費用等級。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 為風險族群提供一次性超音波篩檢。本計劃僅在您擁有某些風險因子，並且獲得醫師、醫師助理、專科護理師，或臨床專科護理師的轉診時，為篩檢提供承保。	對於有資格接受此項預防性篩檢的會員，無共同保險金、共付額或自付額。
慢性下背疼痛針灸治療 承保服務包括： 在以下情況，承保 Medicare 受益人 90 天內最多 12 次門診： 針對此給付，慢性下背部疼痛的定義為： • 持續 12 週，或更長時間； • 非特異性，無法辨識的系統性原因 (即與轉移性疾病、發炎性疾病、傳染病、疾病無關)； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 針對有所改善的患者，將承保額外八次療程。每年不可施用超過 20 次針灸治療。 若患者並未改善或反而惡化，則必須中止治療。 提供者需求： 醫師 (如《社會安全法案》(該法案) 中的 1861 (r)(1) 所定義) 可能依據適用的州的需求提供針灸療法。 醫師助理 (PA)、專科護理師 (NP)/臨床護理專家 (CNS) (如該法案的 1861 (aa)(5) 所述)，而且如果輔助人員符合所有適用州規定且具有下列條件，則可能提供針灸療法： • 由針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 所認可的一所學校中取得之碩士或博士學位；以及	在 PCP 診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。 在專科醫師診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。 <i>可能需要事先授權。</i> 在脊骨矯正診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。 <i>可能需要事先授權。</i>

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 在美國的州、領地或聯邦 (即 Puerto Rico) 或 Columbia 特區得以即時、全面、主動且不受限制地執行針灸的證照。 提供針灸療法的輔助人員必須在 42 CFR § § 410.26 和 410.27 所規定的醫生、PA 或 NP/CNS 適當的監督程度下進行。 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。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給付有任何疑問，請與本計劃聯絡。 承保的針灸服務包括： - 新患者檢查或既有患者的檢查，用於首次評估出現新健康問題，或舊疾突發的患者 - 既有患者的檢查 (在新患者檢查後的 3 年內) - 後續診間複診 - 可能需要針灸服務或再次檢查 - 由網絡內其他服務提供者給予的第二意見 - 緊急情況與急診服務 若您需要協助以取得理賠表、詳細資訊或尋找網絡內服務提供者，請致電會員服務部或造訪我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA。	每次補充 (非 Medicare 承保) 針灸門診的共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
救護車服務 無論是緊急情況還是非緊急情況，承保的救護車服務包括固定翼飛機、旋轉翼救援飛機和地面救護車，載送至能夠提供護理的最近適當機構，只有在會員的醫療病症狀況使得其他交通手段可能危及患者健康的情況下或在本計劃的授權之下提供。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，應以證明文件表明會員的病況如使用其他交通工具可能危及患者的健康，並且救護車運輸是醫療上必須的。	Medicare 承保的地面救護車服務每趟單程的共付額為 \$0。 <i>固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要事先授權。</i> Medicare 承保的救護直升機每趟單程的共付額為 \$0。 <i>固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要事先授權。</i> 如果您住院接受住院照護，則不會免除分攤費用。
年度例行體檢 年度體檢包括心臟、肺部、腹部和神經系統檢查，以及實際的身體檢查 (例如頭部、頸部和四肢) 和詳細的醫療/家族病史查看，加上包含在年度保健門診中的服務。	年度例行體檢的共付額為 \$0。*
 年度保健門診 如果您投保 Part B 12 個月以上，您可接受一次年度保健門診，以便根據您目前的健康狀況和危險因素制定或更新個人的預防性計劃。此為每 12 個月承保一次。 注意：您的第一次年度保健門診不能在您的歡迎加入 Medicare 預防門診後 12 個月內接受。但是，您投保 Part B 的 12 個月後，則不需要接受歡迎加入 Medicare 預防性就診即可獲得年度保健看診承保服務。	年度保健門診無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 骨質密度測量 對於符合條件的患者 (通常指有骨質流失或患骨質疏鬆症風險的人)，以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者如果必要的醫療則可以更加頻繁地獲得承保：確定骨量、檢測骨量流失或確定骨質的程序，包括醫生對結果的解釋。	Medicare 承保的骨質測定無共同保險金、共付額或自付額。
 乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) 承保服務包括： • 年齡介於 35 歲至 39 歲者，一次基本 乳房 X 光攝影 • 年滿 40 歲以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查 • 醫療上必要的一次診斷性乳房攝影	承保乳房攝影篩檢無共同保險金、共付額或自付額。 醫療上必要的一次診斷性乳房攝影的共付額為 \$0。 可能需要事先授權。
心臟復健服務 為有醫生處方且符合某些條件的會員承保的心臟復健服務綜合計劃，包括運動、教育和諮詢。 本項計劃還承保通常比心臟復健計劃強度更大或更密集的密集型心臟復健計劃。	每次 Medicare 承保的心臟復健服務共付額為 \$0。 Medicare 承保密集型心臟復健服務的共付額為 \$0。
 降低心血管疾病風險的看診 (心血管疾病治療) 我們每年承保一次門診，由您的主治醫生幫助您降低患心血管疾病的風險。在此次看診期間，您的醫生可能會討論服用阿司匹林 (如適用) 和檢查血壓的問題，並向您提出建議以確保您的飲食健康。	對於強化行為治療以預防心血管疾病的給付，無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 心血管疾病測試 每 5 年 (60 個月) 一次檢驗心血管疾病 (或與罹患心血管疾病風險增高相關的異常) 的驗血。	承保的每 5 年一次心血管疾病測試無共同保險金、共付額或自付額。
 子宮頸癌及陰道癌篩檢 承保服務包括： - 對於所有婦女：承保每 24 個月一次子宮頸抹片測試和骨盆檢查 - 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高風險人士或您處於生育的年齡，或在過去 3 年之內曾有一次子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月享有一次子宮頸抹片檢查	Medicare 承保的預防性子宮頸抹片和骨盆檢查無共同保險金、共付額或自付額。
整脊服務 承保服務包括： 徒手治療脊骨以矯正半脫位	Medicare 承保的整脊服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
我們的計劃也承保每年總計最多 24 次補充性 (非 Medicare 承保) 整脊門診。 背部、頸部或手臂和腿部關節的補充性 (非 Medicare 承保的) 整脊服務受醫療必要性之限制。 承保的整脊服務包括： • 初次檢驗 (新病患檢驗，或對既有病患進行新的健康問題或新疾病發作的首次評估檢驗。) • 重新檢驗 (既有病患的檢驗，在必要時評估進展或修正治療)、脊椎或關節推拿及/或其他服務 (這些服務可能作為檢查在同一次回診中提供) • 由簽約脊椎矯正師提供或轉診的 X 光和化驗服務。對新病患或既有病患的門診之外所進行的 X 光與化驗服務，會評估個人共付額。 若您需要協助以取得理賠表、詳細資訊或尋找網絡內服務提供者，請致電會員服務部或造訪我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA。 注意：例行脊椎矯正服務是本項計劃提供的補充給付。Medicare 和 Medicaid 均不為此類服務支付分攤費用。	每次補充性 (非 Medicare 承保的) 脊骨推拿療法門診的共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。
 結腸直腸癌篩檢 下列篩檢測試享有承保： • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，非高風險患者每 120 個月 (10 年) 承保一次，非結直腸癌高風險患者在上次軟式乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次，而高風險患者在上次結腸鏡篩檢或鉭灌腸後每 24 個月承保一次。 • 針對 45 歲以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。患者接受結腸鏡篩檢後，對沒有高風險的患者每 120 個月一次。對上一次軟式乙狀結腸鏡檢查，或鉭灌腸篩檢結果為高風險的患者，每 48 個月一次。	Medicare 承保的結直腸癌篩檢檢查，無共同保險金、共付額或自付額，不包括適用共同保險金的鉭灌腸。如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並清除了息肉或其他組織，這項篩檢檢查就會變成診斷檢查，您在本次醫生服務所需支付的共付額為 \$0。您在醫院門診環境中，也需支付給醫院的共付額 \$0。不適用 Part B 自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 針對 45 歲以上的患者篩檢糞便潛血檢測。每 12 個月一次。 - 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行多目標糞便 DNA 檢查。每 3 年一次。 - 用於 45 至 85 歲患者且不符合高風險標準的血液型生物標記檢測。每 3 年一次。 - 高風險患者，以及自上次銀灌腸篩檢或最後一次結腸鏡篩檢後 24 個月，可施做銀灌腸作為替代方法。 45 歲以上非高風險患者，可施做銀灌腸作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方法。最後一次銀灌腸篩檢，或軟式乙狀結腸鏡篩檢後 48 個月至少一次。 - 在 Medicare 承保的非侵入性糞便式結腸直腸癌篩檢測試結果為陽性後，結腸直腸癌篩檢測試包含一次後續結腸鏡篩檢。	Medicare 承保的大腸銀灌腸造影服務的共付額為 \$0。
牙科服務 通常預防性牙科服務 (例如洗牙、例行牙科檢查和牙科 X 光) 不享有 Original Medicare 承保。不過 Medicare 目前對於限定條件的牙科服務會支付費用，特別是受益人主要醫療病症特定治療所屬的服務。例如在骨折或受傷後的齒顎重建、為了齒顎相關癌症放射治療準備所完成的拔牙，或在腎臟移植前的口腔檢查。此外我們也承保： 額外服務 綜合性牙科護理 (承保服務包括下列項目。 - 修復服務 - 牙冠是每五個日曆年一次對同顆牙齒的承保給付。	每次 Medicare 承保的牙科服務共付額為 \$0。可能需要事先授權。 額外服務 綜合性牙科護理 每次修復服務共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
○ 牙科補綴- 承保服務包括每兩個日曆年每個牙弓一次的假牙換基底。橋體是每五個日曆年一次對同顆牙齒的承保給付。 適用限制條件和排除條款。建議會員在獲得服務前與參加計劃的例行牙科服務提供者討論治療選擇。治療必須在計劃年度內計劃承保期間開始和完成。本項計劃不承保的牙科服務費用由會員自行承擔。 如需獲得本項計劃的承保，補充性 (即非 Medicare 承保的例行) 牙科服務必須從參與計劃的服務提供者處獲得。如有尋找提供者、要求賠償或需要更多資訊的相關問題，請致電會員服務部。其他牙科承保資訊，包括承保程序的詳細清單、排除條款和限制條件，也可以在我們的網站上取得。 請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA，點選網頁頂端的「Shop for Plans」(選購計劃)，然後選擇「Plan Benefit Materials」(計劃給付資料)。選擇「Evidence of Coverage (EOC)」(承保證明 (EOC))。在清單上找到 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 以查找本計劃的牙科給付詳細資料。 注意：例行牙科服務是本項計劃提供的補充付。Medicare 和 Medicaid 均不為此類服務支付分攤費用。 同時投保了 Medicaid 的會員可能有資格獲得州政府對這些補充牙科服務的二次承保。在獲得這些牙科服務之前，請先詢問醫療服務提供者能否將 Medicaid 列為第二付款人。請務必向服務提供者出示您的 Medicaid 身份卡。	每次牙科補綴服務共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。
 憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。該篩檢必須在可提供後續治療及/或轉診服務的主治醫生診間中進行。	年度憂鬱症篩檢看診無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們承保這項篩檢 (包括禁食血糖測試)：高血壓、膽固醇異常史和甘油三酯水平史 (血脂異常)、肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果您符合其他要求，如超重和有糖尿病家族史，測試也可能獲得承保。根據這些檢驗結果，您可能符合資格每 12 個月最多接受兩次糖尿病篩檢。	Medicare 承保的糖尿病篩檢無共同保險金、共付額或自付額。
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品 適用於所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)。承保服務包括： • 血糖監測用品：血糖監測器、血糖檢驗試紙、採血針器具與採血針和用來檢查檢驗試紙與監測器精確度的血糖控制解決方案。 • 若為患有嚴重糖尿病型足部疾病的糖尿病患者：每曆年承保一雙訂製的治療鞋 (含此類鞋款隨附的鞋墊) 及兩雙額外的鞋墊，或者一雙高幫鞋及三雙鞋墊 (不含此類鞋款隨附之非訂製可拆式鞋墊)。承保範圍包括調試。 • 在特定情況下糖尿病自我管理培訓可享有承保。 Lifescan 的 OneTouch™ 產品是我們的首選糖尿病檢測用品 (葡萄糖監測器與試紙)。如需獲得更多關於首選糖尿病檢測用品清單中的項目資訊，請聯絡會員服務部。 如果您使用不屬於本計劃首選的糖尿病檢測用品，請諮詢您的服務提供者以獲得新處方，或者申請事先授權以獲得非首選血糖監測儀和試紙。	Medicare 承保的糖尿病監測用品共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 對於 Medicare 承保的治療用鞋或鞋墊，供有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者使用，其共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保糖尿病自我管理培訓的共付額為 \$0。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 (有關耐用醫療設備的定義，請參見本文件第 12 章和第 3 章第 7 節。) 承保物品包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由服務提供者訂購居家使用的醫院病床、IV 輸液泵、語音合成裝置、氧氣設備、噴霧器和步行器。 我們承保所有 Original Medicare 承保的必要的醫療的 DME。如果我們在您所在地區的供應商不能提供某個特定品牌或製造商的用品，您可以請求他們為您特別訂購。 請在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 查閱最新供應商名單。	Medicare 承保的耐用醫療設備共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的醫療用品共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 您的 Medicare 氧氣設備承保的分攤費用為每 36 個月共付額 \$0。 投保 36 個月後，您的分攤費用將不會變更。 若加入我們的計劃前，您已支付氧氣設備承保的 36 個月租借費用，則您在我們的計劃的分攤費用為 \$0 共付額。
急診照護 急診照護指以下服務： - 由合格服務提供者提供的緊急情況服務，以及 - 需要評估或穩定急診醫療病症的護理。 緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與藥物常識的謹慎外行人看來認為您具有需要立刻就診的醫療症狀，以阻止喪失生命 (若您是孕婦，則是喪失尚未出生的嬰兒)、喪失肢體或肢體功能。醫療症狀可能是快速惡化的疾病、受傷、劇痛，或醫療病症。 由網絡外服務提供者所進行緊急情況需求服務的分攤費用與由網絡內服務提供者所進行的相同。	Medicare 承保的急診室就診共付額為 \$0。 如果您是在網絡外醫院獲取急診照護，且在您的緊急情況穩定後需要住院照護，則您必須回到網絡內醫院，以讓您的照護繼續獲得承保，或者您必須在獲取本計劃批准的網絡外醫院取得住院照護，且您的費用將是您在網絡內醫院支付的分攤費用金額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
美國以外地區的緊急服務則在承保範圍內。	美國以外地區的急診共付額為 \$100。* 即使是在 24 小時之內因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況或緊急需求服務，您獲承保的金額可達 \$50,000。
 健康與保健教育計劃 護士諮詢專線 由受過訓練的臨床工作者提供免費電話語音指導和護士諮詢。護士諮詢專線每天 24 小時每週 7 天全年無休，可協助處理健康相關問題。您可以透過會員 ID 卡上的電話號碼撥打護士諮詢專線，或是致電會員服務部，將電話轉到護士諮詢專線。 健身給付 本計劃為彈性的健身計劃提供會員資格，以每月的積分，用於各種大型健身房，或當地健身教室。 您每月可使用 32 個積分。積分可用來支付每月不限次數的健身房會員資格和/或當地健身教室、居家健身盒，和健身影片。從每月分配的任何未用完積分並不會累積至下一月份。 如需有關更多健身中心會員資格的資訊，請致電會員服務部，或造訪我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA。	護士諮詢專線的共付額為 \$0。* 健身給付的共付額為 \$0。*

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
個人緊急響應系統 (PERS) 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。 會員可以選擇經由陸上線路連接的傳統式「硬接線」PERS 系統，或是選擇無線系統。對於硬接線系統，需要現有的有線電話。 如欲瞭解詳情，請致電會員服務部。	個人緊急情況響應系統 (PERS) – 醫療警報系統的共付額為 \$0。*
聽力服務 由醫生、聽力學家或其他合格服務提供者提供，由您的服務提供者進行的、確定您是否需要接受治療的診斷性聽力與平衡評估可作為門診護理獲得承保。 本計劃還承保以下補充 (即例行) 聽力服務： • 每年 1 次例行聽力檢查。 • 每年 1 次助聽器調試與評估。	每次 Medicare 承保的聽力檢查共付額為 \$0。可能需事先授權。 補充性 (即例行) 聽力服務： 每年 1 次例行聽力檢查共付額為 \$0。* 可能需事先授權。 每年 1 次助聽器調試與評估共付額為 \$0。* 可能需事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 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。給付包括 1 年標準保修和 1 套電池。 任何超出上述給付上限的助聽器費用，皆由您自行承擔。不承保其他助聽器。 要獲得本項計劃的承保，例行聽力服務必須從參加計劃的服務提供者處接受。 如欲瞭解更多有關您的聽力廠商、聯絡資訊和福利的資訊，請致電會員服務部，或造訪我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 注意：例行聽力服務是本項計劃提供的補充給。Medicare 和 Medicaid 均不為此類服務支付分攤費用。	每年 2 副助聽器共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。
 HIV 篩檢 對於要求接受 HIV 篩檢測試者或 HIV 感染風險增加者，我們承保： • 每 12 個月一次篩檢檢查 對於孕婦，我們承保： • 孕期最多三次篩檢檢查	Medicare 承保預防性 HIV 篩檢，合格會員無需支付共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
居家健康機構照護 在接受家庭健康機構服務前，必須獲得醫生證明您需要家庭健康服務，並要求由家庭健康代理機構提供家庭健康服務。您必須無法離家，也就是說離開家對您來說有困難。承保服務包括但不限於： - 兼職或間歇性專業護理和居家護理助理員服務 (如需獲得居家健康照護給付的承保，專業護理和居家護理助理員服務的時間加起來每天須少於 8 小時，每週須少於 35 小時) - 物理治療、職能治療和語言治療 - 醫療和社會服務 - 醫療裝置和用品	每次 Medicare 承保的居家健康機構照護服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。
家庭輸注治療 (HIT) 家庭輸注治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。執行家庭輸注需要的要素包括藥物 (例如，抗病毒藥、免疫球蛋白)、設備 (例如幫浦) 和用品 (例如配管及導管)。 承保服務包括但不限於： - 依護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 - 耐用醫療設備給付未承保的患者培訓與教育 - 遠距監測 - 由合格家庭輸注治療提供者所提供家庭輸注治療和家庭輸注藥物的監測服務	主治醫生 (PCP) 提供的專業服務共付額為 \$0，包括護理服務、訓練與教育、遠距監護和監護服務。 專科醫師提供的專業服務共付額為 \$0，包括護理服務、訓練與教育、遠距監護和監護服務。 可能需要事先授權。 您的耐用醫療設備 (DME) 給付承保家庭輸注設備和用品。請參閱「耐用醫療設備 (DME) 及相關用品」一節，瞭解分攤費用的資訊。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

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

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

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

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 免疫接種 Medicare Part B 承保的服務包括： - 肺炎疫苗 - 流感疫苗，在秋季和冬季的每個流感季節提供一次，如果為必要的醫療，還會有額外的流感疫苗 - 針對 B 型肝炎中高風險群的 B 型肝炎疫苗 - 新冠病毒 COVID-19 疫苗 - 其他疫苗 (如果您有罹病風險且該疫苗符合 Medicare Part B 的承保規定) 我們也根據 Medicare Part D 部分處方藥福利承保某些疫苗。我們的計劃為針對年滿 19 歲的會員承保多數 Part D 成人疫苗，無需支付任何費用。	肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗無共同保險金、共付額或自付額。 有關其他 Medicare 承保的疫苗 (如果您有風險且符合 Medicare Part B 承保規定)，請參閱本表中的 Medicare Part B 處方藥一節，瞭解適用的分攤費用。 部分 Part B 藥物需要獲得事先授權才可承保。
居家支持服務 如果您符合某些臨床條件，我們會提供居家支持服務，包括打掃、家務和餐食準備以及在日常生活活動方面提供幫助。服務必須由持照計劃臨床醫師，或持照計劃服務提供者建議或要求。您可以參加照護管理，或由照護經理進行評估。 服務需要提供下列其中一項證明文件： - 阿茲海默症/其他失智症診斷 - 關節置換手術 - 跌倒康復 - 截肢 - 白內障/視網膜/其他眼科手術 - 晚期心肺疾病 - 中風 - 行走攜帶輔助裝置 - 視力受損	每次居家支持服務看診的共付額為 \$0。*

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 頻繁住院 • 頻繁的急診就診 • 手術後患有慢性病，包括以下疾病之一：糖尿病、COPD、鬱血性心臟衰竭 (CHF)、尿路感染 (UTI)、腎病、癌症，或行為健康診斷。 服務將以 4 小時為單位增量提供，每年最多總共 12 次看診。如欲瞭解詳情，請致電會員服務部。	
住院照護 包括急性住院、住院復健、長期照護醫院，以及其他類型的住院服務。住院照護從您遵照醫囑正式住院之日起開始。出院的前一天即是您的最後住院日。 您享有 90 天的 Medicare 承保的病患住院時間。 承保服務包括但不限於： • 半私家病房 (或單人病房，前提是必要的醫療) • 膳食，包括特殊飲食 • 常規護理服務 • 特殊照護病房 (例如加護病房或冠心病照護病房) 的費用 • 各類藥物與藥品 • 化驗 • X 光和其他放射線服務 • 必要的手術和醫療用品 • 裝置使用，如輪椅 • 手術室和恢復室費用 • 物理、職業和語言-言語治療 • 藥物濫用住院服務	對於 Medicare 承保的住院，每次住院： 每次住院共付額為 \$0。 終身保留天數每天共付額為 \$0。 終身保留天數是當會員在醫院住院天數超過本項計劃承保天數的額外天數。會員在一生中總共有 60 天的保留天數。 如果緊急情況穩定後，您在網絡外醫院接受經授權住院護理，您要支付的費用為在網絡內醫院的分攤費用。 可能需要事先授權。 分攤費用從住院第一天開始計算，不包括出院日期。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 在某些條件下，承保以下各類器官移植：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官聯合移植。如果您需要器官移植，我們會安排 Medicare 核准的器官移植中心審核您的病例，決定您是否符合移植條件。移植服務提供者可在本地或在服務區域外。如果我們的網絡內移植服務不在社區護理模式之下，那麼只要當地移植服務提供者願意接受 Original Medicare 費率，您便可以選擇在當地進行移植。如果我們的計劃在您所在社區的移植護理模式之外的位置提供移植服務，並且您選擇在這個較遠的地點獲得移植，我們將為您和一名同伴安排或支付適當的住宿和交通費用。 - 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 - 醫師服務 注意：若要成為住院患者，您的服務提供者需開立醫囑，讓您正式入院。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是住院患者還是門診患者，您應該向醫院工作人員詢問。 您亦可在 Medicare 概覽表裡的「您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare - 請予詢問！」獲得更多資訊。這份概覽表可在以下網站上查閱：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以一週 7 天，全天 24 小時隨時撥打這些免費電話。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

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

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
住院期間：在非承保下的住院期間，從醫院或 SNF 收到的承保服務 如果您已經用盡您的住院給付或者住院不合理和不必要，我們不會為您的住院提供承保。但是，在某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 入住期間接受的某些服務。承保服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷檢測 (例如化驗) • 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 • 外科敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他防止骨折和脫臼的裝置 • 義肢和矯正設備 (牙科裝置除外)，用於取代全部或部分體內器官 (包括鄰接組織)，或取代全部或部分體內永久失能或退化器官功能，包括此類裝置的更換或修理 • 腿部、手臂、背部及頸部固定支架、桁架與假腿、義臂及假眼，包括因破損、磨損、遺失或患者身體狀況的改變而導致的調整、維修與更換 • 物理治療、語言治療和職能治療	所列服務將繼續為特定服務承保給付表中所示的分攤費用金額。
膳食 急性後期膳食 • 對於從住院機構 (醫院、專業照護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點、耐貯存食物，或一盒營養奶昔。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。	本計劃承保每次必要的醫療急性後餐食或奶昔的共付額為 \$0。* 可能需要轉診。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 醫療營養療法 此項給付適用於糖尿病患者、腎 (腎臟) 病患者 (但沒有接受透析) 或接受腎臟移植後由您的醫生開立處方者。 您在 Medicare (包括本項計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare) 第一年接受醫療營養療法服務期間，我們承保 3 小時一對一諮詢服務以及之後每年 2 小時一對一諮詢服務。如果您的病症、治療或診斷發生變化，您可能能夠根據醫囑接受更長時間的治療。如果您的治療需要持續至下一個年度，醫師必須每年為這些服務開立一次處方並展延一次。	對於有資格接受 Medicare 承保醫療營養療法的會員，無共同保險金、共付額或自付額。
 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 根據所有 Medicare 保健計劃，合資格的 Medicare 保險受益人享有 MDPP 服務。 MDPP 是一項結構性健康行為變化干預措施，其為長期飲食變化、增加身體活動提供了可行的訓練，以及旨在克服挑戰以保持減肥並培養健康生活方式的解決策略。	MDPP 給付並無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
Medicare Part B 處方藥 這些藥物由 Original Medicare Part B 承保。本項計劃的會員透過本項計劃獲得這些藥物承保。承保藥物包括： • 通常非病患自行注射，而是在接受醫師、醫院門診或門診手術中心服務時注射的藥物 • 由耐用醫療設備 (如必要的醫療胰島素幫浦) 提供的胰島素 • 您使用本項計劃授權的耐用醫療設備 (如噴霧器) 給藥的其他藥物 • 血友患者者自行注射的凝血因子 • 免疫抑制藥物，前提是器官移植時您已投保 Medicare Part A • 注射用骨質疏鬆症藥物，前提是您行動不便，有骨折，且醫生認定骨折與絕經後骨質疏鬆症相關，無法自行給藥 • 抗原	某些藥物可能會受限於循序用藥。 Medicare Part B 胰島素藥物共付額為 \$0。 其他 Medicare Part B 承保藥物的共付額為 \$0。可能需要事先授權。 對於一個月胰島素藥量，胰島分攤費用的共付額上限為 \$35。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 某些口服抗癌藥和抗噁心藥 - 部分居家洗腎藥品，包括肝素、肝素解毒劑 (必要的醫療)、局部麻醉劑、紅血球生成刺激劑 (例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa) - 用於原發性免疫缺陷病家庭治療的靜脈免疫球蛋白 以下連結為 Part B 藥物清單，可能受循序用藥限制：https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html。 我們也根據 Part B 和 Part D 處方藥福利承保某些疫苗。 第 5 章解釋了 Part D 處方藥給付，包括為了使處方藥獲得承保您必須遵守的規定。您透過本項計劃為您的 Part D 處方藥支付的費用見第 6 章的說明。	Medicare 承保的 Part B 治療藥物共付額為 \$0。可能需要事先授權。
營養/飲食諮詢給付 我們承保諮詢課程，由註冊營養師或營養專業人員依醫師指示來因應您行為的變化，改善您的醫療病症。營養諮詢是一種支持性的過程，可以幫助您設定優先事項、訂定目標，並打造量身訂做的行動計劃，藉此認知並培養自我照顧的責任。 您可能使用我們計劃的虛擬問診服務提供者 Teladoc，透過電話和線上使用這些額外的服務。如需更多資訊，或要安排約診，請致電聯絡 Teladoc：1-800-835-2362 (TTY：711)，每週 7 天，每天 24 小時。	每次個人營養/飲食諮詢就診的共付額為 \$0。*

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 肥胖症篩檢與促進持久減重療法 如果您的身體質量指數大於或等於 30，我們承保密集諮詢服務，幫助您減重。只要您從主治醫生診間處接受服務，此項諮詢服務就會獲得承保，該諮詢服務可在主治醫生診間處與您的全面預防計劃協調。請諮詢您的主治醫生或醫療執業人員，瞭解更多資訊。	預防性肥胖症篩檢和療法，無共同保險金、共付額或自付額。
鴉片類藥物治療計劃服務 我們的計劃會員若患有鴉片類藥物使用障礙 (OUD)，可透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得承保服務，其中包括以下服務： • 美國食品和藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片類致效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 • MAT 藥物的調劑和給藥 (如適用) • 藥物使用諮詢 • 個人與團體治療 • 毒物檢測 • 攝取活動 • 定期評估	Medicare 承保的每次鴉片類藥物治療服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。
門診診斷測試和治療服務與用品 承保服務包括但不限於： • X 光 • 放射線 (鐳和同位素) 治療，包括技師準備的材料和用品	Medicare 承保的 X 光檢查共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的治療性放射服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
- 外科用品，如敷料 - 夾板、固定用石膏，以及其他防止骨折和脫臼的裝置 - 化驗 - 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 - 其他門診診斷測試 - 非放射性診斷服務 (例如，過敏測試或 EKG) - 其他門診診斷測試 (包括複雜的測試，如 CT、MRI、MRA、SPECT) – 放射線診斷性服務，不包括平膜式 X 光	Medicare 承保的醫療用品，包括石膏和夾板共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 每次 Medicare 承保的化驗服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的血液服務共付額為 \$0。 Medicare 承保的診斷性程序和測試 (例如，過敏測試或 EKG) 共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的診斷性放射服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 如果您在同一天從同一機構的同一服務類別獲得多項服務，則需為於該地點的該服務類別支付最高共付額。 但是，如果一項服務的給付為共付額 (固定美元金額)，另一項服務的給付為共同保險金 (容許費用的百分比)，您可能被要求既支付共付額又支付共同保險金。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
門診醫院觀察 觀察服務是醫院門診服務，用於確定您是否需要住院或可以出院。 對於要承保的醫院門診觀察服務，它們必須符合 Medicare 標準並被認為是合理和必要的。只有根據醫師，或州立執照法律授權的其他人員和依法醫院工作人員的醫囑，允許患者住院或進行門診檢測的情況下，才能提供觀察服務。 注意：除非服務提供者開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是不是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。 您亦可在 Medicare 概覽表裡的「您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare - 請予詢問！」獲得更多資訊。這份概覽表可在以下網站上查閱：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以一週 7 天，全天 24 小時隨時撥打這些免費電話。	每次 Medicare 承保的觀察服務就診，共付額為 \$0。 將針對 Medicare Part B 處方藥收取額外費用。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
醫院門診服務 我們承保您因某種疾病或受傷診斷或治療從醫院門診部接受的必要的醫療之服務。 承保服務包括但不限於： • 急診部或門診診間提供的服務，例如觀察服務或門診手術 • 由醫院開帳單的化驗和診斷性測試 • 精神健康護理，包括在日間住院計劃中的護理，如果醫生證明不提供此類護理則需要住院治療 • 由醫院請款的 X 光和其他放射線服務 • 醫療用品，例如夾板和固定用石膏 • 您不能自行給藥的某些藥物和生物製劑 注意：除非服務提供者開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定您是不是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。 您亦可在 Medicare 概覽表裡的「您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare - 請予詢問！」獲得更多資訊。這份概覽表可在以下網站上查閱：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以一週 7 天，全天 24 小時隨時撥打這些免費電話。	您需支付本醫療給付表中對於特定服務所顯示的適用分攤費用金額。 如果您在同一天從同一機構的同一服務類別獲得多項服務，則需為該地點的該服務類別支付最高共付額。 但是，如果一項服務的給付為共付額 (固定美元金額)，另一項服務的給付為共同保險金 (容許費用的百分比)，您可能被要求既支付共付額又支付共同保險金。
門診精神健康照護服務 承保服務包括： 由持有州立執照的精神病醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、專業執照諮商師 (LPC)、婚姻家庭執照治療師 (LMFT)、開業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或 Medicare 批准的其他精神健康專業人員按照適用的州法律提供的精神健康服務。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

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

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
由語言治療師提供服務	每次 Medicare 承保的語言治療就診共付額為 \$0。 可能需要事先授權。
藥物濫用門診服務 承保服務包括： 由醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、專科護理師、醫生助理或其他 Medicare 批准的精神健康專業人員或計劃，在適用的州法律允許下提供的物質濫用障礙症服務，例如個人及團體治療課程。	每次 Medicare 承保的個人治療就診共付額為 \$0。 每次 Medicare 承保的團體治療就診共付額為 \$0。 可能需要事先授權。
門診外科手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 注意： 如果您是在醫院接受手術，請向提供者確認您算是住院病患或門診病患。除非服務提供者書面確認您是住院患者，否則您是門診患者，需要支付門診手術的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。 - 門診醫院提供的服務 - 門診手術中心提供服務	在醫院門診設施進行之 Medicare 承保的門診共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的門診手術中心每次門診的共付額為 \$0。 可能需要事先授權。
非處方 (OTC) 項目 如需非處方藥 (OTC) 給付的更多資訊，請參閱本表的 Wellcare Spendables™ 一節。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
日間住院服務與密集門診服務 日間住院是一種以醫院門診服務或社區精神健康中心所提供的積極精神治療結構化計劃，比在醫生或治療師診所接受的護理更密集，是住院治療的一種替代選擇。 密集門診服務是由醫院門診部、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為 (精神) 健康治療結構化計劃，其密集程度比在醫生或治療師診所接受的護理更高，但低於日間住院。	Medicare 承保的日間住院或密集門診服務，每天共付額為 \$0 元。 可能需要事先授權。
醫師/執業人員服務，包括醫生診間就診 承保服務包括： - 必要的醫療照護或手術服務，由主治醫生於醫師診所提供 - 在認可的門診手術中心、醫院門診部或其他地點進行之有醫療必要性的醫療護理或手術服務 - 專科醫師提供的諮詢、診斷和治療	每次 Medicare 承保的 PCP 診間門診共付額為 \$0。 請參閱本表稍早的「門診手術」，了解門診手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。 每次 Medicare 承保的專科醫師就診共付額為 \$0。 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 其他健康護理專業人士 • 由您的 PCP 或專科醫師提供的基本聽力和平衡能力檢查，旨在確定您是否需要接受醫學治療 • 特定遠距醫療服務，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、其他健康照護專業人士、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。 ○ 您可以選擇親自就診或透過遠距照護獲得這些服務。如果您選擇透過遠距照護獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距照護提供服務的網絡內服務提供者。 • 本計劃提供每週 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。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。 虛擬問診 (亦稱為遠距健康諮詢) 指透過電話或網際網路使用智慧型手機、平板電腦或電腦與醫師對談。某些類型的看診可能需有網際網路和具備相機功能的裝置。 如需更多資訊，或要安排約診，請致電聯絡 Teladoc：1-800-835-2362 (TTY：711)，每週 7 天，每天 24 小時。 • 有些遠距醫療服務包括由 Medicare 許可的醫師或醫療執業人員專為某個鄉村地區或其他地方的病人提供的諮商、診斷與治療服務	每次由其他健康照護專業人員看診共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的聽力服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 透過 Teladoc 執行的虛擬問診服務共付額為 \$0。 請注意：上述的 \$0 共付額僅適用於從 Teladoc 接受服務時。如果您接受的是網絡內服務提供者而非由遠距醫療供應商提供的親自就診或遠距醫療服務，您會要支付本給付表中針對這些服務提供者列出的分攤費用 (例如，如果您接受來自您的 PCP 的遠距醫療服務，您要支付此 PCP 分攤費用)。 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 針對以醫院為基礎或重症醫院為基礎的腎臟透析中心、腎臟透析機構或居家進行透析的會員，每月末期腎臟疾病相關就診的遠距照護服務 • 無論您的所在地點，皆可診斷、評估或治療中風症狀的遠距照護服務 • 針對患有物質使用疾患或併發心理健康疾患的會員，無論其所在地點的遠距照護服務 • 在下列情況下，針對心理健康疾病的診斷、評估和治療提供遠距醫療服務： ○ 您在第一次遠距照護就診之前的 6 個月內親自就診 ○ 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務 ○ 在某些情況下，上述情況可能會有例外 • 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遠距醫療服務 • 如果符合以下條件，與您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查 (例如透過電話或視訊聊天)： ○ 您不是新患者；且 ○ 此檢查與過去 7 天的門診無關；且 ○ 此檢查不會導致患者需要在 24 小時內，或最近的預約時間前進行門診	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫師/執業人員服務，包括醫師診間就診」所述)。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
• 如果符合以下條件，您傳送給醫生的影片和/或影像的評估，以及醫生在 24 小時內的解釋和追蹤： ○ 您不是新患者；且 ○ 此評估與過去 7 天的門診無關；且 ○ 此評估不會導致病患需要在 24 小時內或最近的預約時間前進行門診 • 可透過電話、網際網路或電子健康記錄，諮詢您的醫生與其他醫生 • 手術前另一位網絡內服務提供者提供的第二意見 • 非例行牙科護理 (承保服務限於下顎或相關結構手術、下顎或面骨斷裂整治、拔牙以便為下顎作好腫瘤性癌症放射線治療準備或醫師提供的其他承保服務)	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫師/執業人員服務，包括醫師診間就診」所述)。 您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫師/執業人員服務，包括醫師診間就診」所述)。 您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫師/執業人員服務，包括醫師診間就診」所述)。 每次 Medicare 承保的牙科服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 除了上述分攤費用，還將有為耐用醫療設備和用品、義肢裝置和用品，門診診斷測試和治療服務、白內障手術後的眼鏡和隱形眼鏡、Part D 處方藥和 Medicare Part B 處方藥提供必要的醫療 Medicare 承保服務之共付額及/或共同保險金，如本給付表所述。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
足部治療服務 承保服務包括： - 足部受傷及疾病 (例如鎚狀趾或足跟骨刺) 診斷與醫療或手術治療 - 為患有影響下肢的特定醫療病症的會員提供的例行足部護理 額外承保服務包括： - 補充性 (非 Medicare 承保的) 足部護理，每個日曆年僅限總共 12 次門診。 注意：承保補充性 (非 Medicare 承保) 足部治療服務，是本計劃提供的一種補充給付。Medicare 和 Medicaid 均不為此類服務支付分攤費用。	Medicare 承保的足部治療服務共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 每次補充性 (非 Medicare 承保的) 足部治療門診的共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。
 前列腺癌篩檢檢查 50 歲及以上的男性，承保服務包括以下各項 - 每 12 個月一次： - 直腸指檢 - 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測	Medicare 承保的一年一次直腸指檢共付額為 \$0。 年度 PSA 檢測無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
義肢裝置和相關用品 用於取代人體全部或部分部位或功能的裝置 (牙科除外)。包括但不限於：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、心臟起搏器、支架、整形外科鞋、義肢和假乳房 (包括乳房切除術後整形乳罩)。包括與義肢裝置相關的某些用品以及義肢裝置修理及/或更換。還包括白內障摘除或白內障手術後的一些承保項目，請參閱本節下文的「視力護理」瞭解更多詳細資訊。	Medicare 承保的義肢和矯正設備共付額為 \$0。 <i>可能需要事先授權。</i> Medicare 承保、與義肢裝置相關的醫療用品共付額為 \$0。 <i>可能需要事先授權。</i>
肺部復健服務 為患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員提供承保的肺康復綜合性計劃，須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生開具的肺康復處方。	Medicare 承保的每一次肺部復健服務回診共付額為 \$0。
 減少酒精濫用的篩檢和諮商服務 我們為濫用酒精但不倚賴酒精的 Medicare 成人 (包括孕婦) 承保一次酒精濫用篩檢。 如果酒精濫用篩檢呈陽性，您每年最多可在主治醫生診間內接受 4 次由合格主治醫生或醫療執業人員提供的一對一簡短諮詢 (如果在諮詢過程中您有能力且保持清醒)。	Medicare 承保的減少酒精濫用的篩檢與諮詢預防性給付無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢 對於合格的人士，每 12 個月進行一次低劑量電腦斷層 (LDCT)。 符合條件的會員為：年齡在 50 歲至 77 歲之間，沒有肺癌症狀或體徵，但一天要吸一包菸至少維持 20 年，或仍在吸菸，或過去 15 年內有吸菸史者，在肺癌篩查諮詢和共同決策門診期間獲得 LDCT 的書面指示單，該門診不僅符合 Medicare 為該類門診制定的條件，且由醫師或合格的非醫師型執業人員所提供。 針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須收到 LDCT 肺癌篩查的書面指示單，可在與醫師或合格的非醫師型執業人員的任何適當的門診期間提供。如果醫師或合格的非醫師型執業人員選擇就後續 LDCT 肺癌篩查，提供肺癌篩查諮詢和共同決策門診，則該門診必須符合 Medicare 為該類門診制定的條件。	Medicare 承保的諮詢和共同決策制定就診或 LDCT，無共同保險金、共付額或自付額。
 性病 (STI) 篩檢和預防 STI 的諮詢服務 我們承保的性病 (STI) 篩檢有披衣菌、淋病、梅毒以及 B 型肝炎。這些篩檢的承保對象為孕婦，以及在主治醫生指示下進行檢驗後，顯示具有較高 STI 風險的特定人士。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。 我們還為某些性生活活躍、具有較高 STI 風險的成人每年承保最多兩次、每次 20 至 30 分鐘的面對面密集型行為諮詢療程。如果這些諮詢服務由主治醫生在主治醫生診間內 (如醫師診間) 提供，我們僅將其作為預防服務承保。	Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 的預防性給付諮詢無共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
治療腎臟疾病的服務 承保服務包括： - 腎病教育服務提供腎臟護理指導，並幫助會員對自己的護理做出明智的決定。對患有 IV 期慢性腎病的會員由他們的醫生轉診時，我們最多承保一生六期腎病教育課程。 - 門診洗腎治療 (包括暫時在服務區域外期間接受的透析治療，請查閱第 3 章中的解釋，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時) - 住院透析治療 (如果您被接納住院接受特殊護理) - 自我透析培訓 (包括為您和幫助您在家中進行透析治療的人提供培訓) - 居家透析設備和用品 - 某些家庭支援服務 (例如，必要時接受過培訓的透析工作人員上門檢查您在家中做透析的情況，緊急情況時提供幫助，並檢查您的透析設備和供水狀況) 某些透析藥物由您的 Medicare Part B 藥物給付承保。有關 Part B 藥物承保的資訊，請前往參閱 Medicare Part B 處方藥 一節。	Medicare 承保的腎病教育服務共付額為 \$0。 Medicare 承保的門診洗腎治療共付額為 \$0。 有關適用於住院透析治療的分攤費用，請參閱「住院照護」。 Medicare 承保的自我透析訓練共付額為 \$0。 Medicare 承保的居家透析設備共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的透析用品共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的家庭支援服務共付額為 \$0。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
專業護理機構 (SNF) 照護 (有關專業護理機構照護的定義，請查閱本文件第 12 章的解釋。專業護理機構有時也稱為 SNF。) 每次住院/留院承保 100 天。不要求以前住過院。 承保服務包括但不限於： • 半私家病房 (或單人病房，前提是必要的醫療) • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 作為護理計劃的一部分為您開的藥物 (包括體內自然存在的物質，如凝血因子) • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 通常由 SNF 提供的醫療和外科用品 • 通常由 SNF 提供的化驗 • 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射服務 • 通常由 SNF 提供的裝置使用，如輪椅 • 醫師/執業人員服務 通常您將從網絡內機構接受 SNF 護理。但是，在以下特定情況下，如果非網絡內服務提供者機構設施接受我們的計劃支付的金額，您可能能夠從該機構獲得您的護理。 • 您住院前居住的護理院或持續護理退休人社區 (前提是提供專業護理機構照護) • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的 SNF	對於 Medicare 承保的住院，每次住院： 每次 Medicare 承保專業護理機構住院共付額為 \$0。 您必須支付 100 天之後每一天的所有費用。 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 戒菸和煙草使用戒除 (戒菸或戒煙草諮詢) 若您使用煙草，但並無煙草相關疾病病徵或症狀：<u>我們承保 12 個月內兩次戒菸嘗試服務作為預防保健服務</u>，您不須支付費用。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。 如果您使用煙草並被診斷患有與煙草相關的疾病或正在服用可能受煙草影響的藥物：<u>我們承保戒菸諮詢服務</u>。我們承保 12 個月內兩次戒菸嘗試服務；但是您將支付適用的分攤費用。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。 額外的戒菸服務： 本計劃也承保最多 5 次額外的線上和電話戒菸諮詢看診。看診是由受過訓練的臨床醫師提供，看診內容包括有關於改變的步驟、計劃、諮詢和教育的指導。此項給付只能透過我們的虛擬問診提供者 Teladoc 獲得。如需更多資訊，或要安排約診，請致電聯絡 Teladoc：1-800-835-2362 (TTY：711)，每週 7 天，每天 24 小時。您可以致電會員服務部，或造訪我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA。	Medicare 承保的戒菸和煙草使用戒除預防性給付無共同保險金、共付額或自付額。 額外的戒菸服務共付額為 \$0。*

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
監督運動療法 (SET) 為患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員提供 SET 承保。如果符合 SET 計劃要求，則在 12 週的時間內最多可以包含 36 次療程。 SET 計劃必須： • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包含針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診環境或醫師診間進行 • 必須由合格輔助人員提供，以確保給付大於傷害，且其已接受 PAD 運動療法訓練 • 由醫師、醫師助理或執業護士/臨床護理師直接監督，其必須接受基本和高階生命支持技術方面的培訓 如果健康照護服務提供者認為是必要的醫療，則 SET 可承保在超過 12 週 36 次療程後，延伸時間內的額外 36 次療程。	每次 Medicare 承保的監督運動療法共付額為 \$0。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
交通服務 (額外例行程序) 我們計劃也承保在我們服務區域內非緊急情況的 24 次單程地面接送服務。這項福利可幫助您獲得所需的照護和服務。您可以獲得乘車服務前往您的醫生、專科醫生和牙醫等健康照護地點。 除非事先經過本計劃核准，否則旅程 (也稱為「行程」) 僅限單程 75 英哩，且每天最多四次單程行程。 若要預約您的乘車服務，請撥打會員 ID 卡背面的交通電話號碼。對於例行照護，可最早於 1 個月前到至少 3 天前事先致電。同天的行程視供應情況而定。 乘車服務包含計程車、客車，附輪椅升降機的休旅車和共乘服務 (如 Uber 或 Lyft)，以滿足您的健康需求。 若要獲得本計劃承保，您必須使用該福利前往健康照護地點。旅程中可能會同時有多位會員，在旅程中也可能停在您目的地以外的地點。請確保在預約時提及任何額外需求，例如使用輪椅或偏好，例如需要更多時間才能搭乘。	每趟共付額為 \$0。* 一趟行程係指單程交通接送，包括乘坐廂型車、共乘服務或透過計程車前往健康照護相關地點。 可能需要事先授權。
緊急需求服務 緊急需求服務是治療非急診、不可預見、需要立即接受醫療護理的醫療疾病、受傷或病症提供的護理；但在您的情況下，從網絡內服務提供者獲得這些服務是不可能或不合理的。如果在您的情況下，要立即從網絡內服務提供者獲得醫療照護為不合理，則您的計劃將承保網絡外服務提供者提供的緊急需求服務。必須立即需要服務，而且有醫療上的必要。本計劃必須承保的網絡外緊急需求服務為以下範例情況：您臨時身處本計劃的服務區域之外，但是需要必要醫療的立即服務來治療不可預見的病症，可是那不屬於緊急醫療情況；或者，以您的情況而言，立即向網絡內提供者請求醫療照護是不合理的。由網絡外服務提供者進行的必要緊急需求服務，其分攤費用與由網絡內服務提供者進行者相同。	Medicare 承保的緊急需求服務看診共付額為 \$0。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
美國境外的緊急需求服務亦獲承保。	美國境外的緊急需求服務共付額為 \$100。* 即使是在 24 小時之內因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況或緊急需求服務，您獲承保的金額可達 \$50,000。
 視力照護 承保服務包括： - 為眼睛疾病和眼部受傷進行診斷和治療的門診醫師服務，包括與年齡相關的黃斑退化病治療。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的例行眼睛檢查 (屈光度) - 對於青光眼風險較高的人群，我們提供每年一次的青光眼篩查承保服務。青光眼高危險族群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、年齡在 50 歲 (含) 及以上的非裔美國人以及 65 歲或以上的西班牙裔美國人 - 對於糖尿病患，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次 - 每次白內障手術後的一副眼鏡或隱形眼鏡，包括植入眼內晶體 (如果您進行兩次單獨的白內障手術，您不能在第一次手術後保留給付，並在第二次手術後購買兩副眼鏡。)	診斷和治療眼睛疾病的所有其他眼睛檢查，共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的青光眼篩檢共付額為 \$0。 Medicare 所承保提供給糖尿病會員的視網膜檢查共付額為 \$0。 可能需要事先授權。 Medicare 承保的眼鏡共付額為 \$0。 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
此外，本計劃還承保以下補充 (即例行) 視力服務： • 每年 1 次例行眼睛檢查。例行眼睛檢查包括青光眼危險人群的青光眼篩檢和糖尿病患者視網膜檢查。 • 每年無限副的處方眼鏡，達到每年 \$300 的給付上限為止。承保的眼鏡包括下列任一項目： ○ 眼鏡 (鏡框和鏡片)，或 ○ 僅限鏡片，或 ○ 僅限鏡框，或 ○ 用隱形眼鏡取代普通眼鏡，或 ○ 升級視力配件 注意：隱形眼鏡配件費用獲本計劃承保。 每年計劃給付承保最高金額為 \$300，適用於鏡框和/或鏡片 (包括任何諸如色彩、鍍膜鏡片選擇) 的零售價格。您需負責支付任何超出補充性 (即例行) 眼鏡給付上限的費用。* Medicare 承保下的眼鏡不包括在補充 (即例行) 給付上限中。會員不能使用他們的補充眼鏡給付來增加他們在 Medicare 承保眼鏡上的承保範圍。 注意：例行視力服務是本項計劃提供的補充給付。Medicare 和 Medicaid 均不為此類服務支付分攤費用。 視力服務必須透過計劃的視力服務網絡取得。如有尋找提供者或需要更多資訊的相關問題，請致電會員服務部或造訪我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA。	補充 (即例行) 視力服務： 每年 1 次例行眼睛檢查共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。 眼鏡共付額為 \$0。* 可能需要事先授權。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
 歡迎加入 Medicare 預防門診 本項計劃涵蓋一次歡迎加入 Medicare 預防門診。該門診包括對您健康的評估、與您需要的預防服務相關的教育和諮詢 (包括某些篩檢和預防針) 以及其他護理轉診 (如需要)。 重要：我們僅在您擁有 Medicare Part B 的頭 12 個月內承保歡迎加入 Medicare 預防門診。當您在約診時，請讓您的醫師診所知道您希望安排歡迎加入 Medicare 預防門診。 Medicare 承保的心電圖檢查 (EKG) 在歡迎加入 Medicare 預防服務之後進行。	歡迎加入 Medicare 預防門診無共同保險金、共付額或自付額。 在歡迎加入 Medicare 預防服務之後所進行的每一次 Medicare 承保 EKG 共付額為 \$0。
Wellcare Spendables™ 您的 Wellcare Spendables™ 卡上會收到每月 \$75 的預先加值。福利上限為每年 \$900。 每月沒有使用的津貼若於計劃年底到期，即會滾存至下一個月。	Wellcare Spendables™ 卡無共同保險金、共付額，或自付額。 津貼金額適用以下給付： - 非處方項目 (OTC) - 健康食品 - 自助加油費用 - 水電費補助 - 租金補助 最低消費 \$35 即可免運費。店內購物無低消要求。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
<u>您的卡片津貼可用於下列：</u> 非處方項目 (OTC) 您的卡片可在參與活動的零售地點使用，透過行動應用程式，或登入您的會員入口網站下單寄送到府。 承保項目包括： • 原廠和副廠非處方項目 • 維他命、止痛藥、感冒和過敏用品、糖尿病用品 • 使用您的應用程式內條碼掃描器，尋找零售地點的核准項目，或者登入您的會員入口網站或參閱自己的目錄。 注意：在某些情況下，本計劃的醫療給付承保診斷設備和戒菸輔助。在將您的 OTC 津貼用於這些項目之前，您應(可能的話)使用我們計劃的醫療給付。 <u>由於您的計畫參與價值型保險設計方案，因此您的 Wellcare Spendables™ 津貼也適用於以下任何一項給付：</u> 健康食品 您可以使用卡片在參與活動的零售商內取得健康食品和製作。可透過線上入口網站訂購的餐點。卡片不得用於購買菸草或酒精。核准的項目包括： • 肉品及家禽肉 • 水果和蔬菜 • 營養飲品 • 使用您的應用程式內條碼掃描器，在零售地點尋找已核准的用品，登入您的會員入口網站，或參閱您的目錄。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
自助加油費用 您可以使用卡片直接在油槍上支付汽油費用。這張卡片無法用於親自到收銀機付款。卡片內的自助加油津貼設有上限金額。 公用事業協助 您可以使用卡片協助支付您住家的公用事業費用。登入您的會員入口網站，或直接付款給接受付款的公用事業提供者。卡片無法用來設定自動定期付款。 此福利的核准費用包括： • 電力、瓦斯、公共衛生/垃圾和水公用服務 • 有線電話和手機服務 • 網絡服務 • 有線電視 (串流服務除外) • 特定石油費用，例如家用燃料油 租賃協助 您可以使用您的卡片協助支付房屋的租金費用。登入您的會員入口網站，支付服務提供者費用，或直接付款給接受付款的服務提供者。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

為您承保的服務	接受這些服務時，您必須支付的費用
<u>如何使用您的卡片：</u> 1. 使用前請先開卡。指示列在卡片隨附的信件上。 2. 造訪參與的零售商，登入以下入口網站連結，或下載行動應用程式。 3. 選擇適合您的核准項目/服務 4. 請前往零售商的結帳程序，並使用您的 Wellcare Spendables™ 卡付款。若為線上或行動應用程式訂單，請在結帳時輸入您的卡號。 5. 您的卡片不是信用卡，但在結帳時可以輸入為「信用卡」。如果出現提示，您的 PIN 就是您卡號的最後 4 碼。 注意： • 在您使用完花費津貼後，您必須負責您購買內容的剩餘費用。 • 在店內購買的項目可在遵守經銷商退貨與換貨政策下退回。 • 如果您的卡片無法正常運作，或發生技術問題，請撥打以下號碼與我們聯絡。 • Wellcare 對於卡片遺失或遭竊概不負責。 • Wellcare Spendables™ 僅供個人使用，不得販售或移轉，且無現金價值。 • 可能存在限制和約束條件。 • 這不是 Medicaid 福利。 如需有關 Wellcare Spendables™ 卡的更多資訊，或需要目錄，請致電：1-855-744-8550，TTY：711。 服務時間：在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 您也可以線上瀏覽： member.membersecurelogin.com。	

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)**第 3 節 哪些承保服務是在計劃以外？****第 3.1 節 本項計劃不承保的服務**

雖然有服務未獲 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 承保，但可透過 California Medi-Cal (Medicaid) 獲得服務。如果您對 California Medi-Cal (Medicaid) 藥品協助有疑問，請聯絡 California Medi-Cal (Medicaid)，電話為 1-800-541-5555，TTY 使用者請致電 1-800-430-7077，服務時間為早上 8 點至下午 5 點PT，週一至週五。

Medi-Cal Dental Program

特定牙科服務透過 Medi-Cal Dental Program 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
- 局部和完整假牙，調整、修補和換底墊

Medi-Cal 按服務收費牙科計劃提供牙科給付。如需更多資訊，或需要協助尋找接受 Medi-Cal 的牙醫，請致電客戶服務專線 1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922)。此為免付費電話。Medi-Cal 牙科服務計劃代表服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。您也可以造訪網站 www.dental.dhcs.ca.gov 以取得更多資訊。

除了 Medi-Cal Dental 按服務收費計劃之外，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 Sacramento 和 Los Angeles County 均有提供。如果您需要更多有關牙科計劃的資訊，或想更換牙科計劃，請於週一至週五，上午 8 點至下午 6 點致電 Health Care Options，電話：1-800-430-4263 (TTY 使用者請致電 1-800-430-7077)。此為免付費電話。

第 4 節 本項計劃不承保哪些服務？**第 4.1 節 本項計劃不承保的服務 (排除項目)**

本節告訴您哪些服務被排除在外。

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

除非在下列特定條件下，否則如果您獲得排除在外 (不承保) 的服務，就必須自付費用。即使您在急診機構接受排除服務，排除服務仍然不屬於承保範圍，本項計劃不會為此類服

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

務付費。唯一的例外處理是如果服務經上訴後認定：由於您的特殊情況，上訴後認定，某項醫療服務應該是由我們支付或承保。(有關對我們不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請查閱本文件第 9 章第 6.3 節。)

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

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均不承保的服務	僅限在特定條件下承保的服務
實驗性醫療和手術程序、設備和藥物。 實驗性程序和項目是經原有的 Original Medicare 決定、一般情況下不被醫療界接受的項目和程序。		可能在 Medicare 核准的臨床試驗研究或是我們的計劃中由 Original Medicare 提供承保。 (請查閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床試驗研究的詳細資訊。)
由您的直系親屬或家庭成員收取的護理費。	在任何情況下均不承保的服務	
您居家的全職護理照護。	在任何情況下均不承保的服務	
居家送餐		✓
家事服務包括基礎的家庭幫助，包括輕量的內務或便餐準備。		✓
自然療法服務 (使用自然或替代治療)。	在任何情況下均不承保的服務	
非例行牙科護理		需要治療的疾病或損傷的牙科護理可作為住院或門診護理承保。

第 4 章 醫療給付表 (承保範圍)

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均不承保的服務	僅限在特定條件下承保的服務
矯形鞋或足部支撐設備		屬於腿部矯形架的一部分的鞋子，並包含在腿部矯形架的收費之內。供糖尿病足病患者使用的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房內的個人物品，例如電話或電視。	在任何情況下均不承保的服務	
醫院中的單人病房。		僅限在必要的醫療時才能承保。
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力助視器。	在任何情況下均不承保的服務	
絕育逆轉手術及/或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保的服務	
例行牙科護理，例如洗牙。	在任何情況下均不承保的服務	
根據 Original Medicare 標準，服務被認為不合理且不必要	在任何情況下均不承保的服務	

第 5 章：

使用計劃承保 *Part D* 處方藥

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**您如何獲得有關您的藥費的資訊？**

因為您有資格參加 Medicaid，您有資格和正在接受 Medicare 提供的「Extra Help」，支付您的處方藥計劃費用。因為您參加了「Extra Help」計劃，**本承保證明中有關 Part D 處方藥費用的有些資訊可能對您不適用**。我們另外寄送了一份單獨插頁，稱為獲得支付處方藥物費用 *Extra Help* 者承保證明附加條款 (也稱為低收入津貼附加條款 (Low Income Subsidy Rider) 或 LIS 附加條款 (LIS Rider))，說明您的藥物承保。如您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取 LIS 附加條款 (LIS Rider)。(會員服務部電話號碼印在本文件的封底。)

第 1 節 引言

本章說明利用您的 **Part D 藥物承保** 的規定。請參閱第 4 章以瞭解 Medicare Part B 藥物給付和安寧藥物給付。

除 Medicare 承保藥物外，一些藥物可透過您的 California Medi-Cal (Medicaid) 給付獲得承保。請聯絡會員服務部以瞭解 California Medi-Cal (Medicaid) 藥物承保範圍。

第 1.1 節 本項計劃的 Part D 藥物承保的基本規定

只要您遵守以下基本規定，本項計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須有提供者 (醫生、牙醫或其他處方開立者) 開立根據適用的州法律必須有效的處方。
- 您的處方開立者不得在 Medicare 的 Exclusion (排除) 或 Preclusion (排除) 清單上。
- 您通常必須使用網絡內藥房領取處方。(請查閱第 2 節，在網絡內藥房或透過本項計劃的郵購服務配取處方藥)。
- 您的藥物必須在本項計劃的承保藥物清單 (處方集) (我們簡稱為「藥物清單」) 中。(請查閱第 3 節：您的藥物必須在本項計劃的「藥物清單」上)。
- 您的藥物必須用於醫學上所接受的引證。「醫學上所接受的引證」是指藥物的用途經食品和藥物管理局核准或者得到特定參考資料的支持。(請查閱第 3 節：您的藥物必須在本項計劃的醫學上所接受的引證上。)

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**第 2 節 在網絡內藥房或透過本項計劃的郵購服務配取處方藥****第 2.1 節 使用網絡內藥房**

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

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

第 2.2 節 網絡內藥房**如何在您所在地區找到網絡內藥房？**

如欲尋找網絡藥房，您可查詢服務提供者與藥房名錄，造訪我們的網站 (www.wellcare.com/healthnetCA)，及/或致電會員服務部。

您可以去我們的任何一家網絡內藥房。

如果您一直在使用的藥房退出網絡，該怎麼辦？

如果您一直在使用的藥房退出本項計劃的網絡，您必須尋找一家新的網絡內藥房。若要尋找您區域內的另一家藥房，您可以從會員服務部獲得幫助，或使用服務提供者與藥房名錄。您還可以瀏覽我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 查找資訊。

如果您需要專業性藥房，該怎麼辦？

某些處方藥必須在專業藥房配取。專科藥房包括：

- 為家庭輸液療法供藥的藥房。
- 為住在長期護理 (LTC) 設施的會員供藥的藥房。通常，LTC 設施 (如護理院) 有自己的藥房。如果您在 LTC 設施獲取 Part D 給付遇到任何困難，請聯絡會員服務部。
- 為印第安人健康服務部/部落/都市印第安人保健計劃 (不在 Puerto Rico 提供) 服務的藥房。除急診外，僅美國原住民或 Alaska 原住民可使用我們網絡內的此類藥房。
- 分發由 FDA 限制在某些地點配取或需要特別處理、服務提供者對藥物使用進行協調，或教育的藥物的藥房。(注意：這種情形很少發生)。

若要尋找專業藥房，請查閱您的服務提供者與藥房名錄，或致電會員服務部。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**第 2.3 節 使用本項計劃的郵購服務**

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

本項計劃的郵購服務允許您訂購**最多 100 天的供藥**。

如需索取有關郵寄配取處方藥之表格和資訊，請致電我們的郵購服務會員服務部，電話 1-833-750-0201 (TTY：711)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。或者，登入 express-scripts.com/rx。

如果您使用不在本項計劃網絡內的郵購服務藥房，您的處方藥將不能獲得承保。

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

藥房直接從您的醫生診所收到的新處方。

藥房將自動配藥和遞送從健康護理服務提供者所接收的新處方，不須先與您核對，如果：

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

如果您自動收到郵寄處方，但您並不想採用郵寄，且在郵寄前尚未有人連絡您以瞭解您是否想要郵寄，您可能符合退款資格。

如果您過去使用了郵購，而不再想要藥房自動配藥和寄送新處方，請與我們聯絡，致電會員服務部郵購中心，電話號碼：1-833-750-0201 (TTY：711)，這是一週 7 天，每天 24 小時提供的服務。或者，登入 express-scripts.com/rx。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

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，藥房將在每次從健康護理服務提供者收到新處方時聯絡您，以瞭解您是否想要立即配藥和寄送。每次藥房聯絡您時，請務必回覆，這一點很重要，讓他們知道是否要出貨、延遲或取消新處方。

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

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

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

- **Express Scripts® 藥房：1-833-750-0201 (TTY 使用者可撥打 711)。**

如果您收到不想要的自動郵寄續配藥，您可能符合退款資格。

第 2.4 節 如何獲得長期藥量？

本項計劃提供兩種方法獲得本項計劃「藥物清單」上維持性藥物的長期供藥 (也稱為延長供藥)。(維持性藥物指您定期服用的藥物，以治療慢性或長期醫療病症。)

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

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

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

在以下情況下，我們會承保在網絡外藥房配藥的處方：

旅行：您前往非本計劃服務區域旅行或不在本計劃的服務區時也能獲得承保。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

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

緊急醫療情況：如果我因緊急醫療情況或需要緊急護理而要使用處方藥怎麼辦？

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

其他情況：如果您使用網絡外藥房，我們可以承保您的處方藥的其他情況。

- 如果至少適合以下一種情況，我們會承保您在網絡外藥房配藥的處方：
 - 如果因為在合理的駕車行程內沒有 24 小時營業的網絡內藥房，使您無法在我們的服務區域內及時獲得承保藥物。
 - 如果您嘗試配取的處方藥在您能夠前往的網絡內零售，或郵購藥房中通常沒有庫存 (包括高成本和特殊藥物)。
 - 如果接種的疫苗是必要的醫療、但 Medicare Part B 不承保的藥物，以及一些在您的醫師診間給藥的承保藥物。
- 對於上述所有情形，您可以獲得最多 30 天的處方藥的供藥。此外，您很可能必須先支付網絡外藥房收取的藥費，然後將文件寄給本計劃獲得償付。請務必附上您為什麼使用網絡外藥房的情形說明。這將有助於處理您的償付申請。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**如何向本項計劃申請償付？**

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

第 3 節 您的藥物必須在本項計劃的「藥物清單」上**第 3.1 節 「藥物清單」告訴您哪些 Part D 藥物可獲得承保**

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

該清單上的藥物是由醫師和藥劑師團隊協助本計劃挑選。此清單符合 Medicare 的規定，並已獲得 Medicare 核准。

「藥物清單」包括 Medicare Part D 承保的藥物。除 Medicare 承保藥物外，一些藥物可透過您的 California Medi-Cal (Medicaid) 給付獲得承保。如需瞭解更多 Medicaid 承保的藥物，請聯絡會員服務部。

只要您遵守本章所述其他承保規定，且所使用藥物為醫學上所接受的引證，我們通常會承保本項計劃「藥物清單」上的藥物。醫學上所接受的引證意指符合以下任一種情形的藥物使用：

- 食品與藥物管理局已經核准用於診斷，或開立處方的狀況。
- 或 -- 由特定參考資料支援，例如美國醫院處方集目錄服務藥品資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

「藥物清單」包括原廠藥、副廠藥和生物相似藥。

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)稱為生物製劑。在「藥物清單」上，我們提到「藥物」時，可能是指藥物或生物製劑。

副廠藥指活性成分與原廠藥相同的處方藥。由於生物製劑比典型藥物更為複雜，而非具有副廠藥形式，它們是稱為生物相似藥的替代藥物。通常副廠藥與生物相似藥和原廠藥或生物製劑的效用一樣好，但通常費用較低。許多原廠藥都有副廠藥代替藥物。某些生物製劑有生物相似藥的替代藥物。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

哪些藥物不在「藥物清單」上？

本項計劃並不承保所有的處方藥。

- 某些情況下，法律不容許任何 Medicare 計劃承保某些特定類別的藥物 (有關這一方面的更多資訊請見本章第 7.1 節)。
- 在其他情形下，我們決定不把某種特定藥物列入我們的「藥物清單」。在某些情況下，您可能可以獲得不在「藥物清單」上的藥物。如需更多資訊，請參閱第 9 章。
- California Medi-Cal (Medicaid) 承保的處方藥物不在藥物清單上。請聯絡會員服務部，以取得 Medicaid 承保藥物的相關資訊。

第 3.2 節 如何查找某一特定藥物是否在「藥物清單」上？

您有四種查找方式：

1. 查閱我們以電子方式提供的最新「藥物清單」。
2. 前往本項計劃的網站 (www.wellcare.com/healthnetCA)。網站上的「藥物清單」總是最新清單。
3. 致電會員服務部，瞭解某種特定藥物是否在本項計劃的「藥物清單」上，或索取一份藥物清單。
4. 使用本項計劃的「即時給付工具」 (www.wellcare.com/healthnetCA 或致電會員服務部)。使用這項工具可搜尋「藥物清單」上的藥物，看看大概有哪些藥物要支付，以及「藥物清單」上是否有可治療相同病症的替代藥物。

第 4 節 有些藥物有承保限制

第 4.1 節 為什麼有些藥物有限制？

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

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

請注意，有時某一個藥物可能會不只一次出現在我們的「藥物清單」上。這是因為相同的藥物可能會因您的健康護理服務提供者開具的處方藥的強度、數量或劑型而有所差異，而

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

且不同的限制或分攤費用可能適用於不同版本的藥物 (例如，10 毫克相對於 100 毫克；每天一片相對於每天二片；錠劑相對於液體)。

第 4.2 節 有哪些類型的限制？

下面的章節會詳細告訴您我們針對某些藥物採用的限制類型。

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

當有副廠藥或可互換的生物相似藥時，限定使用原廠藥或原有生物製劑

通常副廠藥或可互換的生物相似藥的療效與原廠藥或原有生物製劑相同，但通常費用較低。在大多數情況下，當有副廠藥或與原廠藥可互換的生物相似藥或原有生物製劑時，我們的網絡內藥房會提供您副廠藥或可互換的生物相似藥，而非原廠藥或原有生物製劑。但是，若您的服務提供者告訴我們副廠藥、可互換的相似藥或其他治療相同病症的承保藥物對您無效的醫學理由，我們會承保原廠藥或原有生物製劑。(您的原廠藥或原有生物製劑分攤費用可能高於副廠藥或可互換的相似藥分攤費用。)

事先取得計劃核准

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

先嘗試不同的藥物

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

數量限制

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

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**第 5 節 如果您的某種藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？****第 5.1 節 如果您的藥物承保方式與您希望的不一樣，有解決的辦法**

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

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

第 5.2 節 如果您的藥物不在「藥物清單」上或受到某些限制，該怎麼辦？

如果您的藥物不在「藥物清單」上或有限制，以下是選項：

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

您可能可以獲得臨時性供藥

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

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

- **如果您是新會員**，我們會在您成為本計劃會員的頭 90 天期間，為您承保您藥物的臨時性供藥。
- **如果您去年參與計劃**，我們會在日曆年的頭 90 天期間，為您承保您藥物的臨時性供藥。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

- 此臨時性供藥在零售藥房最多為 30 天供藥，或在長期護理藥房最多為 31 天供藥。如果您的處方天數較少，我們允許在零售藥房最多配取 30 天藥物的供藥，或是在長期護理藥房最多配取 31 天藥物的供藥。處方藥必須在網絡內藥房配取。(請注意，長期護理藥房可能一次提供少量藥物以避免浪費。)
- **對於已參加本項計劃超過 90 天、住在長期護理設施，並立即需要藥物的會員：**
我們承保特定藥物的一次性 31 天緊急供藥，或您的處方開具的較少天數藥量。此為上述臨時性供藥的補充。
- **對於本項計劃目前正要從長期護理 (LTC) 設施或醫院轉移到家中，並立即需要臨時性供藥的會員：**
我們將會承保一次 30 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 30 天份為止)。
- **對於本項計劃目前正要從家中或醫院轉移到長期護理 (LTC) 設施，並立即需要臨時性供藥的會員：**
我們將會承保一次 30 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 30 天份為止)。

如有關於臨時性供藥的問題，請致電會員服務部。

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

1) 您可以換用另一種藥物

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

2) 您可以請求作為例外處理

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

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

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

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

第 6 節 如果您的一種藥物承保範圍發生變更，該怎麼辦？**第 6.1 節 「藥物清單」可能在年度中變更**

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

- 增加或刪除「藥物清單」上的藥物。
- 新增或移除對於某藥物的承保限制。
- 用副廠藥取代原廠藥。
- 用原有生物製劑可互換的生物相似性藥取代該生物製劑。

在我們更改計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵循 Medicare 規定。

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

「藥物清單」發生變更時，我們會在我們的網站上發布有關這些變更的資訊。我們也會定期更新我們的線上「藥物清單」。如果對您正在使用的藥物進行變更，下面我們會指出您將立即直接獲得通知的時間。

在目前計劃年度中，對您造成影響的藥物承保變更

- 新的副廠藥替代「藥物清單」上的原廠藥 (或我們改變分攤費用層級或加入對原廠藥的新限制，或兩者併行)
 - 如果我們用一種新核准之同一種藥物的副廠藥替代其原廠藥，我們可以立即在我們的「藥物清單」上將原廠藥刪除。副廠藥將出現在相同或較低的分攤費用等級，並具有相同或較少的限制。增加新副廠藥時，我們可能會決定將原廠藥物保留在我們的「藥物清單」中，但會立即將其移至較高的分攤費用層級，或加入新的限制，或兩者併行。
 - 我們也可能不會在我們做出改變之前通知您 - 即使您正在使用原廠藥物。如果您在我們進行更改時使用原廠藥物，我們將向您提供有關特定變更的資訊。這還包括您可以採取步驟的資訊，請求例外處理以承保原廠藥。在我們進行更改之前，您不會收到此通知。

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

- 您或您的處方開立者可請求我們作為例外處理，繼續承保您的原廠藥。關於如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。
- 「藥物清單」上的不安全藥物和其他藥物已從市場上下架
 - 有時藥物可能被視為不安全，或是因為其他原因而從市場下架。如果出現這種情形，我們可能立即從「藥物清單」上刪除該藥物。如果您正在使用該藥物，我們會立即通知您。
 - 您的處方開立者也會知道這一變更，並可以與您一起為您的病症找到另一種藥物。
- 「藥物清單」上的藥物其他變更
 - 一旦當年度已開始影響您正在使用的藥物，我們可能會做出其他變更。例如，我們可能會加入一種市場上已有的副廠藥以取代「藥物清單」上的原廠藥，或改變分攤費用層級，或增加對原廠藥的新限制，或兩者併行。我們可能根據 FDA 盒裝警告或 Medicare 認可的新臨床指南進行更改。
 - 對於這些變更，我們必須提前至少 30 天給您變更通知，或給您變更通知和零售藥房的 30 天供應量，或由長期照護藥房供應您在網絡內藥房購買的藥物之 31 天份續配藥。
 - 在您收到變更通知後，您應與您的處方開立者一起改用我們承保的不同藥物，或是滿足您正使用的藥物之任何新限制。
 - 您或您的處方開立者可請求我們作為例外處理，繼續承保您的藥物。關於如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

本計劃年度對不影響您的「藥物清單」之變更

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

一般而言，不會影響您目前計劃年度的變更包括：

- 我們對您的藥物使用作出新限制。
- 我們從「藥物清單」上刪除您的藥物。

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

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

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

第 7 節 本項計劃不承保哪些類型的藥物？**第 7.1 節 我們不承保的藥物類型**

本節向您介紹哪些處方藥被排除在外。這意味著 Medicare 不會為這些藥物支付費用。

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

以下是 Medicare 藥物計劃不透過 Part D 承保的藥物的三條通用規定：

- 本項計劃的 Part D 藥物承保不能承保 Medicare Part A 或 Part B 承保的藥物。
- 本項計劃不能承保在美國境外或其領地之外購買的藥物。
- 本項計劃通常不承保標示外使用。標示外使用指藥物標籤上標示的、經食品與藥物管理局核准用途之外的其他用途。
 - 標示外使用的承保僅在該使用由特定參考資料支援時才允許，例如美國醫院處方集目錄服務藥品資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

此外，Medicare 依法不承保下列各類藥物。但是，其中一些藥物可能透過您的 Medicaid 藥物承保獲得承保。請聯絡會員服務部，以取得 Medicaid 承保藥物的相關資訊。

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

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

如果您正在接受「Extra Help」來支付您的處方藥費用，那麼「Extra Help」計劃將不會支付通常不被承保的藥物。然而，如果擁有 Medicaid 藥物承保，則您所在州的 Medicaid 計劃可承保某些 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。請與您所在州的 Medicaid 計劃聯繫，以確定您可享有的藥物承保。(Medicaid 的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節。)

第 8 節 配取處方藥**第 8.1 節 提供您的會員資訊**

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

第 8.2 節 若您沒有您的會員資訊，該怎麼辦？

如果在配取處方藥時，您沒有您的會員資訊，您或藥房可致電本項計劃，獲得必要的資訊，或您可以要求藥房查詢您的計劃投保資訊。

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

第 9 節 特殊情形下的 Part D 藥物承保**第 9.1 節 如果您在本項計劃承保的醫院或專業護理機構住院，該怎麼辦？**

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

第 9.2 節 如果您住在長期護理 (LTC) 設施，該怎麼辦？

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

請查閱您的服務提供者與藥房名錄，以瞭解您 LTC 機構的藥房，或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。如果不是，或者如果您需要更多資訊或協助，請與會員服務部聯絡。如果

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

您住在 LTC 設施內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡例行獲取您的 Part D 給付。

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

請參閱第 5.2 節，以瞭解臨時性供藥或緊急供藥。

第 9.3 節	如果您還從僱主或退休人員團體計劃獲得藥物承保，該怎麼辦？
----------------	-------------------------------------

如果您目前透過您的 (或您配偶的) 僱主或退休人員團體獲得其他處方藥承保，請聯絡該團體的給付管理員。給付管理人員將協助您決定如何將您當前的處方藥給付與我們的計劃相協調。

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

關於可信承保的特別說明：

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

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

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

第 9.4 節	如果您住在 Medicare 認證的安寧機構，該怎麼辦？
----------------	-------------------------------------

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

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

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**第 10 節 藥物安全性與藥物管理計劃****第 10.1 節 幫助會員安全用藥計劃**

我們對會員進行藥物使用審查，幫助確保會員獲得安全和適當的護理。

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

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

如果我們發現您的藥物使用方面的問題，我們會與您的服務提供者一起糾正。

第 10.2 節 藥物管理計劃 (DMP) 幫助會員安全使用他們的鴉片類藥物

我們有計劃協助確保會員安全使用處方鴉片類藥物，和其他經常濫用的藥物。此方案稱為藥物管理方案 (DMP)。如果您使用從幾位醫生或藥房獲得的鴉片類藥物，或是您最近鴉片類藥物的使用過量，我們可能會與您的醫生談談，以確保您對鴉片類藥物的使用是合適的，且是必要的醫療。與您的醫生合作後，如果我們認為您對處方鴉片類藥物或 benzodiazepine 藥物的使用方式可能不安全，我們可能會限制您取用這些藥物的方式。如果我們將您加入 DMP，限制可能是：

- 要求您從某一家藥房取得所有鴉片類處方藥或 benzodiazepine 藥物
- 要求您從某一位醫生取得所有鴉片類處方藥或 benzodiazepine
- 限制我們將為您承保的鴉片類或 benzodiazepine 藥物用量

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式，或您可以獲得的藥量，我們會事先寄送信件給您。該信會告訴您，我們是否會限制為您承保這些藥物，或者您是否需要從特定醫生或藥房取得這些藥物的處方。您可以藉此機會告訴我們您首選的醫生或藥房，以及您認為我們必須知道的任何其他重要資訊。在您有回應的機會後，如果我們決定限制對這些藥物的承

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

保，我們會發出另一封信函給您，以確認此限制。如果您認為我們犯了錯誤，或您不同意我們的決定，或您不同意限制，您和您的處方開立者有權提出上訴。如果您提出上訴，我們會審閱您的個案將並作出新決定。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關請求的任何部分，我們會自動將您的個案送至我們計劃外的獨立審核組織。有關如何上訴的資訊，請參閱第 9 章。

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

第 10.3 節 幫助會員管理藥物的藥物療法管理 (MTM) 計劃

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

某些因患有多種不同醫療病症皆需服用藥物和有高藥物成本的會員，或是正參加為協助會員安全地使用鴉片類藥物的 DMP 的會員，可能透過 MTM 計劃接受服務。如果您有資格參加該計劃，藥劑師或其他保健專業人員將綜合評估您服用的所有藥物。在審閱時，您可以討論您的藥物、您的費用、您遇到的任何問題或您對處方藥和非處方藥的任何問題。您會取得一份內含建議待辦事項清單的書面摘要，其中包含您應採取的步驟，以期從您的藥物獲得最佳結果。您還將收到一份藥物清單，包括您正在使用的所有藥物、藥量，以及使用的原因。此外，MTM 計劃中的會員會收到有關安全回收處理管制類處方藥物的資訊。

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

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

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥**第 11 節 我們會給您寄報告，解釋您的藥物付款和您所處的付款階段****第 11.1 節 我們會每月寄給您一份摘要，稱為 *Part D* 給付說明 (Part D EOB)**

我們的計劃追蹤記錄您的處方藥費用及您在藥房按處方配藥或續配藥物時所支付的金額。這樣我們就能告訴您，您已經從一個藥物付款階段進入另一個階段。我們特別會記錄兩種類型的費用：

- 我們會追蹤您已經支付的金額。這稱為您的**自付費用**。
- 我們會追蹤您的**總藥費**。這是您支付的自付金額，或者其他人代表您支付的金額，加上本項計劃支付的金額。

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

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

第 11.2 節 幫助我們保持有關您的藥物付款的最新資訊

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

- **您每次配取處方藥時，請出示您的會員卡**。這有助於我們確保我們知道您正在配取的處方藥以及您支付的費用。
- **確保我們有所需的資訊**。有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得所需資訊，以追蹤您的自付費用。為了幫助我們追蹤您的自付費用，請提供您的收據副本。以下是您應將藥物收據副本提供給我們的一些範例：
 - 您在網絡內藥房以特惠價購買承保藥物或使用並非本項計劃給付的折扣卡購買承保藥物時

第 5 章 使用計劃承保項目保障 Part D 處方藥

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

第 6 章：

您為 *Part D* 處方藥支付的費用

第 6 章 您為 Part D 處方藥支付的費用



您如何獲得有關您的藥費的資訊？

因為您有資格參加 Medicaid，您有資格和正在接受 Medicare 提供的「Extra Help」，支付您的處方藥計劃費用。因為您參加了「Extra Help」計劃，**本承保證明中有關 Part D 處方藥費用的有些資訊可能對您不適用**。我們另外寄送了一份單獨插頁，稱為獲得支付處方藥物費用 *Extra Help* 者承保證明附加條款 (也稱為低收入津貼附加條款 (Low Income Subsidy Rider) 或 LIS 附加條款 (LIS Rider))，說明您的藥物承保。如您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取 LIS 附加條款 (LIS Rider)。

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

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

第 1 節 您應請求我們為您承保服務或藥物付費的情況

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

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

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

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

以下是幾個您可能需要請求本項計劃退款或支付您收到的帳單的範例。

1. 當您從非我們的計劃網絡內的服務提供者處接受急診或緊急需求醫療照護時

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

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

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

2. 當網絡內服務提供者向您發送一張您認為不應付款的帳單

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

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

3. 如果您是回溯性地投保我們的計劃

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

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

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

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

請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解這些情況的討論。

5. 當您沒有隨身攜帶計劃保戶卡，需要支付處方藥的全部費用時

如果您沒有攜帶您的計劃會員卡，可以請求藥房打電話給本項計劃，或查詢您的計劃投保資訊。但是，如果藥房無法立刻取得投保資訊，您可能需要自己先支付處方藥的全部費用。請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。

6. 當您遇到其他情況需要支付處方藥的全部費用時

因為您發現因某種原因藥物不承保，您需要支付該處方藥的全部費用。

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

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

7. 如果您回溯性地投保我們的計劃 (因為您有資格獲得 Medicaid)。

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

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

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

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

第 2 節 如何請求我們向您償還費用或支付您收到的帳單

您可用書面方式寄送要求給我們，以要求我們償還您。如果您以書面方式寄送要求，請將您支付的任何款項之帳單和文件寄出。最好自行留存帳單和收據副本作為記錄。**您必須在接受服務、物品或藥物之日後 365 天內 (有關醫療理賠) 以及三年內 (有關藥物理賠) 向我們提交您的理賠申請。**

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

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

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

- 您可以在本計劃網站 (www.wellcare.com/healthnetCA) 下載表格或致電會員服務部索取。

有關醫療服務，請把您的付款請求和所有的帳單或已付款的收據一起寄到以下地址：

付款請求寄送地址

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

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

Part D 付款請求寄送地址

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

第 3 節 我們將考慮您的付款請求，然後核准或拒絕您的請求

第 3.1 節 我們會檢查我們是否應該承保服務或藥物

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

- 如果我們決定醫療護理或藥物可以獲得承保，且您遵守所有規定，則我們將給付該服務。如果您已經支付這些服務或藥物的費用，我們會將費用寄給您。如果您尚未支付這些服務或藥物的費用，我們會將付款直接寄給服務提供者。
- 如果我們決定醫療護理不屬於承保範圍或者您沒有遵守所有的規定，我們不會支付護理或藥物費用。我們會寄一封信給您，解釋我們沒有寄出款項的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

第 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

第 3.2 節	如果我們通知您我們不會支付醫療護理或藥物的費用，您可以提出上訴
----------------	--

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

第 8 章：

您的權利與責任

第 8 章 您的權利與責任**第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏銳度****第 1.1 節 我們必須以適合於您，而且符合您文化敏銳度的方式提供資訊 (用英語以外的其他語言、以語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)**

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

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

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

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

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

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

第 8 章 您的權利與責任

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Aparte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas comúnmente hablados en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

第 8 章 您的權利與責任

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

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

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

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

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

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

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

第 8 章 您的權利與責任

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

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

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

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Согласно требованиям, действующим в отношении вашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц, представляющих различные культурные и этнические общности. Примерами того, как план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты и возможность связи по ТТУ (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. Кроме того, наши материалы доступны на других языках, помимо английского, которыми владеют люди, проживающие в зоне обслуживания плана. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию о предусмотренных планом льготах в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана.

第 8 章 您的權利與責任

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к гинекологу, представленному в сети плана.

В случае отсутствия в сети плана поставщиков услуг соответствующей специализации, план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю расходов, соответствующую доле расходов за услуги в пределах сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети плана, позвоните в план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле расходов за услуги в пределах сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得您的承保服務和藥物

您有權在本項計劃網絡內選擇主治醫生 (PCP)，提供和安排您的承保服務。您還有權在無需轉診的情況下看女性健康專科醫師 (例如婦科醫師)。

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

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

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

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

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

第 8 章 您的權利與責任

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

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

您可以看到您的記錄中的資訊，並能夠知道您的資訊如何與其他人分享

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

您有權知道您的健康資訊因任何非例行目的與其他人分享。

如果您對您的個人健康資訊隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

第 1.4 節	我們必須向您提供有關本項計劃、其服務提供者網絡以及您的承保服務的資料
----------------	---

作為本項計劃的會員，您有權向我們索取幾種資訊。

如果您想要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：

- **有關我們的計劃的資訊。**例如，這包括關於計劃財務狀況的資訊。
- **網絡內醫療服務提供者與藥房的相關資訊。**您有權取得有關網絡內服務提供者和藥房資格，以及我們如何向網絡內服務提供者付款的資訊。
- **有關您的承保和在使用您的承保時必須遵守的規定的資訊。**第 3 章和第 4 章提供醫療服務的相關資訊。第 5 章和第 6 章提供 Part D 處方藥承保的相關資訊。

第 8 章 您的權利與責任

- **請注意：**我們的計劃不會獎勵執行使用評估的執業者、服務提供者或員工，包括那些被授權的實體。醫療資源管理 (UM) 決策只考慮護理與服務的適當性及是否受到承保。此外，本項計劃不會特別獎勵執業者或其他個人拒絕承保的作為。針對 UM 決策者的財務激勵措施，並不會鼓勵其做出造成資源未充分利用的決策。
- **有關某些項目不受承保的原因以及該如何處理的資訊。**第 9 章提供要求書面解釋為何不承保醫療服務或 Part D 藥物，或您的承保受到限制的相關資訊。第 9 章也提供有關要求我們改變決定，也稱為上訴的資訊。

第 1.5 節 我們必須支持您作出有關您的護理決定的權利

您有權知道您的治療選擇，也有權參與有關您的健康護理的決定

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

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

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

您有權作出指示，讓醫療人員知道當您無法自己作出醫療決定時該如何處理

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

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

第 8 章 您的權利與責任

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

如果您要使用預立醫療指示提供您的指示，做法如下：

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

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

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

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

如果您的指示未被遵守怎麼辦？

如果您已經簽署了預立醫療指示，但是您認為醫生或醫院沒有遵守您的指示，您可以向 California Office of the Attorney General 提出投訴。

第 1.6 節	您有權提出投訴和請求我們重新考慮我們作出的決定
----------------	--------------------------------

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

第 8 章 您的權利與責任

第 1.7 節 您有對我們會員的權利和責任政策提出建議的權利

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

第 1.8 節 新科技評估

新科技包括近期為治療特定疾病，或病症而開發的程序、藥物、生物製劑或裝置，或是現有程序、藥物、生物製劑和裝置的新應用方法。當適用時，本計劃會遵循 Medicare 之國家和當地承保裁定。

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

第 1.9 節 如果您認為您受到了不公平對待或您的權利未受到尊重，該怎麼辦？

如果是有關歧視的問題，請致電 Office for Civil Rights

如果您認為您因您的種族、殘障、宗教、生理性別、健康、民族、信條 (信仰)、年齡、性取向或原國籍受到不公平對待或您的權利未受到尊重，您應致電 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，聯絡 Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights，或致電您當地的 **Office for Civil Rights**。您有權受到尊重並擁有尊嚴。

是有關其他方面的問題嗎？

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

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

第 8 章 您的權利與責任

第 1.10 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

有幾個地點可獲得有關您的權利的更多資訊：

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

第 2 節 作為計劃會員，您需要承擔一些責任

作為計劃會員，您有下列責任。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- 熟悉您享有的承保服務以及您必須遵守哪些規定才能獲得這些承保服務。使用本承保證明，瞭解您享有哪些承保服務以及必須遵守哪些規定才能獲得承保服務。
 - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章提供有關您的 Part D 處方藥承保的詳細資料。
- 除了本項計劃外，如果您還有任何其他健康承保或處方藥承保，您必須告訴我們。第 1 章向您說明有關這些給付的協調事項。
- 請告訴您的醫生和其他健康護理服務提供者您已投保本項計劃。每當您獲得醫療護理或 Part D 處方藥時，請出示您的計劃會員卡和您的 California Medi-Cal (Medicaid) 卡。
- 向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題和遵守護理指示，協助他們向您提供幫助。
 - 為幫助獲得最佳照護，請向您的醫生和其他健康服務提供者告知您的健康問題。遵守您與您的醫生同意的治療計劃和指示。
 - 請確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和營養補充劑。
 - 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。您有責任理解您的健康問題，並幫助制定您和您的醫生同意的治療目標。

第 8 章 您的權利與責任

- **請為他人著想。**我們期待所有的會員都能尊重其他患者的權利。我們也期待您的行為能幫助您的醫生診所、醫院和其他辦公室正常運作。
- **支付您應付的費用。**作為計劃會員，您應負責支付下列款項：
 - 您必須繼續支付 Medicare 計劃保費以維持計劃會員身份。
 - 如果您因為您的較高的收入 (按照您的最後一份稅表中報告的數額) 需要支付 Part D 額外費用，您必須繼續向政府直接支付該額外費用，才能持續成為本項計劃的會員。
- **如果您搬到我們的計劃服務區域內，我們需要知道您的搬家資訊，以便我們更新您的會員資格記錄，並且知道如何與您聯絡。**
- **如果您搬到我們的計劃服務區域外，您就無法繼續成為我們的計劃會員。**
- **如果您搬家，一定要通知 Social Security (或鐵路退休委員會)。**

第 9 章：

如果您有問題或要提出投訴
(承保決定、上訴、投訴)，
該怎麼辦

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**第 1 節 引言****第 1.1 節 如果您有問題或疑慮，該怎麼做**

本章說明處理問題和疑慮的程序。您用於處理您的問題的程序取決於兩個因素：

1. 您的問題是有關 **Medicare** 還是 **Medicaid** 承保的給付。如果您在決定是要使用 Medicare 程序、Medicaid 程序或兩者同時使用時需要協助，請聯絡會員服務部。
2. 您的問題類型：
 - 對於某些問題，您需要使用**承保決定和上訴程序**。
 - 對於其他問題，您需要使用**提出投訴的程序**，也稱為申訴。

這兩種都是經過 Medicare 批准的程序。每項程序均有一套您和我們皆必須遵守的規定、流程和期限。

第 3 節中的指南可幫助您找到應當使用的適當程序，以及您應做什麼。

第 1.2 節 關於法律術語

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

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

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

第 2 節 從何處獲得更多資訊和個人化幫助

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

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**州健康保險協助計劃 (SHIP)。**

每個州都有一項政府計劃，其中有受過訓練的顧問。該項計劃與本項計劃或任何保險公司或保健計劃都沒有關聯。該項計劃的顧問可幫助您瞭解應該使用哪項程序處理您的問題。他們也可以回答您的問題、向您提供更多資訊以及提供具體措施方面的指南。

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

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 以獲得幫助。若要聯絡 Medicare：

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

您可以從 California Medi-Cal (Medicaid) 獲取幫助和資訊。

方法	California Medi-Cal (Medicaid) (California 的 Medicaid 計劃) - 聯絡資訊
致電	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 上午 8 點至下午 5 點PT，週一至週五
TTY	1-800-430-7077 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者使用。
寫信	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

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**第 3 節 為了處理您的問題，您應當使用哪種程序？**

因為您享有 Medicare，並從 California Medi-Cal (Medicaid) 接受協助，您在處理您的問題或投訴時可使用不同的程序。您使用哪一種程序取決於問題是有關 Medicare 給付還是 California Medi-Cal (Medicaid) 給付。如果您的問題是有關 Medicare 承保的給付，您應當使用 Medicare 程序。如果您的問題與 California Medi-Cal (Medicaid) 承保的給付有關，您應當使用 California Medi-Cal (Medicaid) 程序。如果您在決定是要使用 Medicare 程序或 California Medi-Cal (Medicaid) 程序時需要協助，請聯絡會員服務部。

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

您的問題是有關 Medicare 給付還是 Medicaid 給付？

如果您希望有人幫助您決定是使用 Medicare 程序還是使用 Medicaid 程序，請洽會員服務部。

我的問題是關於 **Medicare** 給付。

請查閱本章的下一節，第 4 節，處理您的 **Medicare** 給付問題。

我的問題是關於 **Medicaid** 承保。

請跳到本章第 12 節，處理您的 **Medicaid** 給付問題。

關於 MEDICARE 給付問題**第 4 節 處理您的 Medicare 給付問題****第 4.1 節 您是否應當使用承保決定程序與上訴程序？還是應該使用提出投訴程序？**

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

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

您的問題或疑慮與您的給付或承保有關嗎？

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

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

是。

請查閱本章的下一節，第 5 節，承保決定和上訴基本知識指南。

否。

向前跳到本章末尾第 11 節：如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴。

第 5 節 承保決定和上訴基本知識指南

第 5.1 節 請求作出承保決定和提出上訴：概況

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

在接受給付之前，要求承保決定

承保決定是我們對您的給付和承保或我們將為您的醫療照護所支付的金額所做的決定。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉診給醫療專科醫生，該轉診是一項有利的承保決定，除非您的網路內醫生證明您已收到這位醫療專科醫生的標準拒絕通知，或者其承保證明清楚表示所轉診的服務一概不承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某項醫療服務或者拒絕提供您認為您需要的醫療護理，您或者您的醫生也可以聯絡我們，請求我們作出承保決定。換句話來說，獲得某項醫療護理前，如果您想知道我們是否承保該項服務，您可以請求我們為您作出承保決定。在特定情況下，要求我們作出承保決定的請求會被駁回，亦即我們不會審核該請求。關於請求何時會遭駁回的例子，包括：請求內容不完整、有人代您提出請求但未獲得合法授權，或是您要求撤銷請求時。如果我們駁回承保決定的請求，我們會寄送通知說明為什麼該請求遭到駁回，以及如何要求審查該駁回結果。

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

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**提出上訴**

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

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

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

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

- 您無需做任何動作就能開始 2 級上訴。如果我們不完全同意您的 1 級上訴，Medicare 規定要求我們將您對醫療護理的上訴自動送至 2 級。
- 請參閱本章**第 6.4 節**瞭解更多 2 級上訴的相關資訊。
- 若是 Part D 藥物上訴，如果我們全部或部分不同意您的上訴，則您需要請求進行 2 級上訴。Part D 上訴將於本章第 7 節進一步討論。

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

第 5.2 節 當您請求作出承保決定或提出上訴時，如何獲得幫助

如果您決定請求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴，以下是資源：

- 您可以致電會員服務部與我們聯絡。
- 您可以從州健康保險協助計劃獲得免費幫助。
- 您的醫生可代表您提出申請。如果您的醫生幫助您進行超過 2 級的上訴，將需要指定他們擔任您的代表。請致電會員服務部，並要求代表委任書表格。(此表格也可在 Medicare 網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上取得。)

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

- 對於醫療護理，您的醫生可代表您請求作出承保決定或提出 1 級上訴。如果您的上訴在 1 級被拒，則會自動轉到 2 級上訴。
- 對於 Part D 處方藥，您的醫生或其他處方開立者可代表您請求作出承保決定，或提出 1 級上訴。如果您的 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方開立者可以提出 2 級上訴。
- **您可請其他人代表您上訴。** 如果您願意，您也可以讓其他人擔任您的**代表**，請求作出承保決定或提出上訴。
 - 如果您想請朋友、親戚或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取代表委任書表格。(此表格也可在 Medicare 網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上取得)。此表格可允許該人士代您行事。該表一定要由您以及將要擔任您的代表的人簽名。您必須給我們一份已簽名表格的副本。
 - 儘管我們會接受沒有表格的上訴請求，但在收到該表之前我們不能開始或完成審核程序。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個日曆日 (我們對您的上訴作出承保決定的截止日期) 內未收到該表，您的上訴請求將被撤銷。如果發生這種情況，我們會向您發送書面通知，說明您請求獨立審核組織審查我們決定駁回上訴的權利。
- **您還有權聘請律師。** 您可以聯絡您自己的律師，或者向您當地的律師協會或其他轉診服務索取律師名單。若您符合資格，還有一些團體可向您提供免費法律服務。但是，請求任何類型的承保決定或提出上訴**並不要求您必須聘請律師**。

第 5.3 節 本章哪一節對您的情況作了詳細介紹？

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

- **本章第 6 節：**您的醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴
- **本章第 7 節：**您的 Part D 處方藥：如何要求承保決定或提出上訴
- **本章第 8 節：**如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院停留承保
- **本章第 9 節：**如果您認為您的承保過早終止，如何請求本項計劃繼續承保特定的醫療服務 (僅適用於這些服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務)

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

第 9 章 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦**第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴****第 6.1 節 本節告訴您，如果您在獲得醫療護理承保時遇到問題或想要我們退回我們對您的護理費用的分攤費用，該怎麼辦**

本節描述您在醫療護理方面的給付。本文件第 4 章描述了這些給付：醫療給付表 (承保範圍)。在某些情況下，對 Medicare Part B 處方藥的請求適用不同的規定。在這些情況下，我們將解釋 Part B 處方藥的規定與醫療物品和服務的規定有何不同。

本節說明，如果您屬於以下五種情況之一，該怎麼做：

1. 您並沒有得到您想要的某些醫療護理，但是您認為該項護理是在我們的計劃承保範圍內。**要求承保決定。第 6.2 節。**
2. 我們的計劃不批准您的醫生或其他醫療服務提供者想要向您提供的醫療護理，但您認為該項護理應該在本項計劃承保範圍內。**要求承保決定。第 6.2 節。**
3. 您接受了您認為本項計劃應該要承保的醫療護理，但是我們已經表示不支付該項護理的費用。**提出上訴。第 6.3 節。**
4. 您接受了您認為本項計劃應該要承保的醫療護理並已付費，而希望要求本項計劃償付該項護理的費用。**請將帳單寄給我們。第 6.5 節。**
5. 您被告知，您一直在接受的某項以前獲得我們批准的醫療護理承保將減少或停止，但是您認為減少或停止該項護理會損害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**

注意：如果即將終止的承保屬於醫院護理、居家護理、專業護理機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務，您需閱讀本章的第 8 和第 9 節。特殊規定適用於這些護理類型。

第 6.2 節 步驟：如何要求承保決定**法律術語**

當承保決定涉及您的醫療護理時，即稱為**組織裁定**。
快速承保決定稱為**加急裁定**。

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

步驟 1：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

標準承保決定通常針對 Part B 藥物在 14 天或 72 小時內進行。快速承保決定通常針對醫療服務在 72 小時內進行；或是針對 Part B 藥物在 24 小時內進行。若要取得快速承保決定，您必須達到兩項要求：

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

步驟 2：要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

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

步驟 3：我們將考慮您的醫療照護承保請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準截止日期。

這代表我們會在收到醫療物品和服務請求後的 14 個日曆日內答覆您。如果您提出 Medicare Part B 處方藥請求，我們將會在收到您的請求後 72 小時內答覆您。

- 但是，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，我們最多會再需要 14 天向您作出答覆。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們不應花費更多天數，您可以提出快速投訴。我們會在做出決定後，盡快回覆您的投訴。(提出投訴的程序與承保決定和上訴的程序不同。請參

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

閱本章第 11 節，瞭解關於投訴的資訊)。

為了快速承保決定，我們使用加速時限

快速承保決定表示如果您的請求是針對醫療物品或服務，我們將會在 72 小時內答覆。如果您提出 Medicare Part B 處方藥請求，我們將會在 24 小時內答覆您。

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

步驟 4：如果我們拒絕您的醫療護理承保申請，您可以提出上訴。

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

第 6.3 節 步驟：如何提出 1 級上訴**法律術語**

就醫療護理承保決定對本項計劃提出上訴稱為計劃重新裁決。
快速上訴也稱為加速重新裁決。

步驟 1：決定您是否需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常針對 Part B 藥物在 30 天或 7 天內進行。快速上訴通常在 72 小時內提出。

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

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

步驟 2：要求我們的計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您提出標準上訴，請以書面形式提出標準上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要提出快速上訴，請透過書面方式提出您的上訴，或致電與我們聯絡。第 2 章有聯絡資訊。
- 您必須在我們的承保決定書面通知寄出日期後 60 個日曆日內提出上訴請求。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。
- 您可以索取與您的醫療決定相關的資訊之副本。您和您的醫師可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

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

標準上訴的截止日期

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

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內向您作出答覆。如果您的請求是針對您尚未接受的 Medicare Part B 處方藥，我們將會收到上訴的 7 個日曆日內答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆您，我們將會加快答覆。
 - 但是，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，**我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，我們不會花費額外的時間來做決定。
 - 如果您認為我們不應花費更多天數，您可以提出快速投訴。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內對您的投訴作出答覆。(請參閱本章第 11 節以瞭解關於投訴的資訊。)
 - 如果我們沒有在時限內 (或延長時間截止時) 答覆您，則我們會將您的要求送至 2 級上訴，由獨立審核組織審核上訴。第 6.4 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆是同意您的部分或所有請求**，則若您的請求是針對醫療物品或服務，我們必須在 30 個日曆日內授權或提供承保，或若您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，則必須在 7 個日曆日內授權或提供承保。

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

第 6.4 節 步驟：如何完成 2 級上訴**法律術語**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

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

步驟 1：獨立審核組織審查您的上訴。

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

如果您在 1 級上訴時採用快速上訴，您在 2 級上訴時也將採用快速上訴

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

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

如果您在 1 級時採用標準上訴，您在 2 級時也將採用標準上訴

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

步驟 2：獨立審核組織將給您答覆。

獨立審核組織會將以書面方式告訴您他們的決定，並解釋原因。

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

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**步驟 3：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。**

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

第 6.5 節 如果您請求我們對您已經接受的醫療護理帳單作出償付，該怎麼辦？

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

請求償付就是請求我們作出承保決定

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

- **如果我們接受您的要求：**如果醫療護理獲得承保，並且您已遵守所有規則，則我們會在收到您的要求後 60 個日曆日內將費用寄送給您。如果您尚未支付這些醫療護理的費用，我們會將付款直接寄給服務提供者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果醫療護理未獲承保或若您沒有遵守所有規定，我們就不會寄出付款。相反的，我們會寄給您一封信，告訴您我們不會支付這些醫療護理費用，並說明原因。

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

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

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

第 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**第 7 節 您的 Part D 處方藥：如何要求承保決定或提出上訴****第 7.1 節 本節告訴您，如果您在獲得 Part D 藥物時遇到問題或想要我們退還您支付的 Part D 藥費，該怎麼辦**

您的給付包括承保許多處方藥。要獲得承保，藥物必須用於醫學上所接受的引證。(請參閱第 5 章以瞭解醫學上所接受的引證的更多資訊。) 有關 Part D 藥物、規定、限制和費用的詳情，請參閱第 5 章。**本節僅與您的 Part D 藥物相關。**為了簡單起見，在本節的其餘部分，我們通常使用藥物，而不是每次都重複門診承保處方藥或 Part D 藥物。我們也使用「藥物清單」一詞，而非承保藥物清單或處方集。

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

Part D 藥物承保決定和上訴**法律術語**

有關您的 Part D 藥物的最初承保決定稱為**承保裁定**。

承保決定是我們對您的給付和承保，以及我們為您的藥物所支付的金額作出的決定。本部分將會告訴您，如果您發生下列任一情況，您可以怎麼做：

- 請求承保不在本項計劃承保藥物清單上的 Part D 藥物。**要求例外處理。第 7.2 節**
- 請求免除本項計劃對某種藥物的承保限制 (例如某種藥物的數量限制)。**要求例外處理。第 7.2 節**
- 要求取得藥物的事先核准。**要求承保決定。第 7.4 節**
- 支付您已經購買的處方藥費用。**請求我們向您退款。第 7.4 節**

如果您不同意我們作出的承保決定，您可以提出上訴。

本節告訴您如何請求作出承保決定和如何提出上訴。

第 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**第 7.2 節 什麼是例外處理？****法律術語**

請求承保某種不在藥物清單中的藥物有時稱為請求作為**處方集例外處理**。

請求取消對承保藥物的限制有時稱為請求**處方集例外處理**。

請求對某種承保的非首選藥物支付較低的價格有時稱為請求**層級例外處理**。

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

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

1. **為您承保不在我們「藥物清單」的 Part D 藥物**。您不能要求對我們要求您支付的藥物分攤費用金額作出例外處理。
2. **解除承保藥物的限制**。第 5 章說明適用於我們「藥物清單」上特定藥物的額外規定或限制。

第 7.3 節 請求例外處理時需要瞭解的重要事項**您的醫生必須告訴我們醫療原因**

您的醫生或其他處方開立者必須向我們提供書面證明，解釋請求作為例外處理的醫療原因。想要作出更快的決定，當您要求作為例外處理時，請附上您的醫師或其他處方開立者提供的醫療資料。

通常，我們的「藥物清單」對於治療一種病症會列出一種以上藥物。這些不同的藥物稱為替代藥物。如果一種替代藥物與您請求的藥物同樣有效、而且不會引起更多的副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您作為例外處理的請求。

我們會同意或拒絕您的請求

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

第 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**第 7.4 節 步驟：如何要求承保決定，包括例外處理****法律術語**

快速承保決定稱為**加急承保裁定**。

步驟 1：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

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

如果出於您的健康需要，請要求我們作出快速承保決定。若要取得快速承保決定，您必須達到兩項要求：

- 您必須要求您尚未收到的藥物。(您不能請求快速承保決定，以償還您已經購買的藥物。)
- 使用標準截止日期可能會嚴重危害您的健康，或傷害您的身體機能。
- 如果您的醫生或其他處方開立者告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會自動提供您快速承保決定。
- 如果您請求獲得快速承保決定，但沒有您的醫生或其他處方開立者的支持，我們將決定您的健康狀況是否需要我們作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，告知：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫生或其他處方開立者提出快速承保決定的請求，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 針對我們為您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，向您說明如何提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後 24 小時內回覆。

步驟 2：要求標準承保決定或快速承保決定。

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們核准或提供您希望獲取的醫療護理承保。您也可以從我們的網站瞭解承保決定程序。我們必須接受任何書面請求，包括用 CMS 承保裁定示範請求表提交的請求，該請求表可以從我們的網站上獲得。第 2 章有聯絡資訊。為了協助我們處理您的要求，請務必附上您的姓名、聯絡資訊，以及用於識別被拒絕的理賠已提出上訴的資訊。

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

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

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

步驟 3：我們考慮您的請求，並給您答覆。**快速承保決定的期限**

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

有關您尚未收到的藥物標準承保決定的截止日期

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

有關您已購買藥物付款的標準承保決定的截止日期

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

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

- 如果我們核准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後 14 個日曆日內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的承保請求，您可以提出上訴。

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

第 7.5 節 步驟：如何提出 1 級上訴**法律術語**

就 Part D 藥物承保決定對計劃提出上訴稱為計劃**重新裁決**。
快速上訴也稱為**加速重新裁決**。

步驟 1：決定您是否需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常在 7 天內提出。快速上訴通常在 72 小時內提出。如果您因健康狀況需要，要求「快速上訴」。

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

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

- 對於標準上訴，請提交書面要求，或致電我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 對於快速上訴，請以書面方式提出上訴或致電我們：1-800-431-9007 (TTY：711)。第 2 章有聯絡資訊。
- 我們必須接受任何書面請求，包括用 CMS 承保裁定示範請求表提交的請求，該請求表可以從我們的網站上獲得。請務必附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。

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

- **您必須在我們的承保決定書面通知寄出日期後 60 個日曆日內提出上訴請求。**如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。
- **您可以索取一份您的上訴資料副本，並補充更多資訊。**您和您的醫師可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

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

有關您尚未取得之藥物的標準上訴時限

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

有關您已購買藥物付款的標準上訴截止日期

- 我們必須在收到您的請求後**14 個日曆日內**向您作出答覆。

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

- 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後 30 個日曆日內付款給您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您決定是否希望繼續上訴程序，並再次提出上訴。

- 如果您決定提出另一次上訴，則表示您的上訴進入 2 級上訴程序。

第 7.6 節 步驟：如何提出 2 級上訴**法律術語**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

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

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

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

步驟 2：獨立審核組織審查您的上訴。

獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

快速上訴的截止日期

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

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

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，審核組織必須在收到您的上訴後的 **7 個日曆日內** 對您的 2 級上訴作出答覆 (如果這是針對您尚未收到的藥物)。如果您要求我們退還給您已經購買的藥物費用，審核組織必須在收到您的請求後的 **14 個日曆日內** 對您的 2 級上訴作出答覆。

步驟 3：獨立審核組織將給您答覆。**針對快速上訴：**

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部要求，我們必須在收到審核組織決定後 **24 小時內** 提供審核組織批准的藥物承保。

針對標準上訴：

- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部的承保要求，我們必須在收到審核組織決定後 **72 小時內** 提供審核組織批准的藥物承保。
- 如果獨立審核組織同意您的部分或全部的已購買藥物償還請求，我們必須在收到審核組織決定後的 **30 個日曆日內** 向您寄出款項。

如果審核組織拒絕您的上訴，怎麼辦？

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

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

步驟 4：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級 (總共有五級上訴)。

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

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

第 8 節 如果您認為自己過早出院，如何請求我們承保更長的住院停留時間

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

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

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

第 8.1 節 在住院停留期間，您會收到一份 Medicare 發出的書面通知，告訴您有關您的權利

住院的頭兩天內，您會獲得一份書面通知，稱為 *Medicare 發出的關於您的權利的重要資訊*。Medicare 的每個人都會收到此通知的副本。如果您沒有從醫院中的某人獲得本通知 (例如：社工或護士)，請詢問任何一位醫院員工。如果您需要幫助，請致電會員服務部，或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天每天 24 小時提供服務。(TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀該通知，如果您不理解通知內容，請詢問。其將會告訴您：

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

2. 會要求您在書面通知簽名，表示您已經收到通知並理解您的權利。

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

- 會要求您或您的代表在通知中簽名。
 - 在通知中簽名僅代表您已收到關於您的權利的資訊。通知不會提供您的出院日期。在通知中簽名並不代表您同意出院日期。
- 3. 保留您的通知副本**，以便您在日後需要提出上訴 (或報告照護品質問題) 時擁有相關資訊。
- 如果您是在出院日期兩天以前在通知中簽名，您需要在您出院之前再簽署一份通知。
 - 如需事先查看這份通知，請致電會員服務部，或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以在线上查看通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 8.2 節 步驟：如何提出 1 級上訴更改出院日期

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

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

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

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

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

您如何與該組織聯絡？

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

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**快速行動：**

- 若要提出上訴，您必須在出院之前且不能晚於您出院日的午夜，與品質改善組織聯絡。
 - 如果您趕上此截止日期，在等待品質改善組織對您的上訴作出決定時，您可以在出院日期之後繼續住院，而無需付費。
 - 如果您錯過此截止日期，並決定在計劃出院日期之後繼續住院，您可能需要支付在您的計劃出院日期之後您所接受的住院護理的全部費用。
- 如果您未在截止時間之前聯絡品質改善組織，且您仍希望提出上訴，您必須改成直接向本項計劃提出上訴。有關以此方式提出上訴的詳情，請參閱本章第 8.4 節。

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

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

步驟 2：品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改善組織的健康照護專業人員 (審查員) 將詢問您 (或您的代表) 為什麼您認為我們應當繼續承保服務。您不需要準備書面材料，但如果您願意，您可以準備。
- 審查員還會檢查您的醫療資料，與您的醫生討論，並審核醫院和我們向他們提供的資料。
- 在審查員告知我們您上訴的次日中午之前，您將會收到我們寄出的一封通知您預定出院日期的書面通知。本通知會詳細說明您的醫生，醫院和我們認為您在該日期出院是正確 (醫療上適當) 的原因。

步驟 3：品質改善組織會在獲得所有必要資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。**如果答覆是同意，會怎樣？**

- 如果審核組織同意，只要這些是必要的醫療服務，我們必須繼續向您提供承保住院服務。

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

- 您必須繼續支付您的分攤費用 (例如自付額或共付額 (如適用))。此外，您的承保醫院服務可能會有限制。

如果答覆是否定的，會怎樣？

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

步驟 4：如果您的 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果品質改善組織拒絕您的上訴，而您決定在您的計劃出院日期之後繼續住院，您可以再提出另一次上訴。繼續上訴意味著您將轉入 2 級上訴程序。

第 8.3 節 步驟：如何提出 2 級上訴更改出院日期

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

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求再次審查。

- 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後，但您還繼續住院的情況下，才能要求該項審核。

步驟 2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

步驟 3：在收到您 2 級上訴的要求後 14 個日曆日內，審查員會對您的上訴作出決定，並且會告訴您他們的決定。**如果審核組織同意：**

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

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**如果審核組織不同意：**

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

步驟 4：如遭到拒絕，您需要決定是否希望繼續 3 級上訴。

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

第 8.4 節	如果您錯過了可以變更出院日期的 1 級上訴截止日期，該怎麼辦？
----------------	--

法律術語

快速審核 (或快速上訴) 也稱為 加急上訴 。

您可以向我們提出上訴

如上所述，您必須快速採取行動，開始您出院日期的 1 級上訴。如果您錯過聯絡品質改善組織的截止日期，還有另一種方法提出上訴。

如果採用這種上訴方式，*前兩級上訴會有所不同*。

步驟：如何提出 1 級替代上訴**步驟 1：聯繫我們要求快速審核。**

- **要求進行快速審查。**這意味著您請求我們使用快速截止日期 (而不是標準截止日期) 向您作出答覆。第 2 章有聯絡資訊。

第 9 章 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦**步驟 2：我們將快速審核您的計劃出院日期，從醫療角度來核實是否醫療上適當。**

- 在該審查過程中，我們會檢查所有您的住院資料。我們會檢查您的計劃出院日期是否在醫療上適當。我們會查看以確認有關您應何時出院的決定是否公平且有遵守所有規定。

步驟 3：我們將在您要求快速審核後 72 小時內作出決定。

- 如果我們同意您的上訴，這代表我們同意您在出院日期後仍需要繼續住院。我們將會繼續提供必要的醫療承保住院服務。這也意味著我們已同意支付您從我們告訴您承保已終止當日起您已接受的服務中我們的分攤費用。(您必須繼續支付您的分攤費用，您的承保可能有限制。)
- 如果我們不同意您的上訴，則表示我們認為您的計劃出院日期是醫療上適當。我們對您的住院服務承保在我們說承保終止的日期即終止。
 - 如果在計劃出院日期後您仍在住院，那麼您可能要支付您在計劃出院日期後接受的醫院護理的全部費用。

步驟 4：如果我們不同意您的上訴，您的個案將自動發送至下一級上訴程序。**步驟：2 級替代上訴程序****法律術語**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

獨立審核組織是 Medicare 聘請的一個獨立組織。其與本計劃並無關聯，也不屬於政府機構。該組織會裁決我們所作的決定是否正確，或是否需要變更。Medicare 負責監督其工作。

步驟 1：我們會自動將您的個案轉交獨立審查組織。

- 我們必須在告訴您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內把您的 2 級上訴資料轉交給獨立審核組織。(如果您認為我們沒有遵守該截止日期或其他截止日期，您可以提出投訴。本章第 11 節說明如何提出投訴。)

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**步驟 2：獨立審核組織會快速審核您的上訴。審查員會在 72 小時內向您作出答覆。**

- 獨立審核組織的審查員會仔細地檢查所有與您出院上訴有關的資料。
- 如果該組織同意您的上訴，我們必須將您自計劃出院日期起接受的醫院護理所產生的費用中，就我們的分攤費用進行償付。只要是必要的醫療，我們還必須繼續提供您的住院服務的計劃承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，這會限制我們可以償付的費用或我們可以繼續承保您的服務的時間。
- 如果該組織否決您的上訴，則表示他們同意您的計劃出院日期是醫療上適當。
- 您從獨立審核組織收到的書面通知，將告知如何開始 3 級上訴審核程序，審核程序由行政法官或律師仲裁人處理。

步驟 3：如果獨立審核組織駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級 (總共有五級上訴)。如果審查員拒絕您的 2 級上訴，您可以選擇接受該項決定還是繼續進入 3 級上訴。
- 本章第 10 節告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

第 9 節 如果您認為您的承保終止過早，如何請求我們繼續承保某些醫療服務**第 9.1 節 本節僅涉及三項服務：
居家護理、專業護理機構照護和綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務**

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

當我們決定應停止承保向您提供的任何這三類護理時，我們必須事先通知您。當您接受的此類護理承保終止後，我們將停止支付我們為您的護理支付的費用。

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

第 9 章 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦**第 9.2 節 我們將提前告訴您承保將於何時終止****法律術語**

Medicare 不承保通知。說明如何提出**快速跟蹤上訴**。提出快速跟蹤上訴是透過一種正式法律途徑請求改變我們關於何時停止您的護理承保的決定。

1. 您至少在我們的計劃將停止承保您的照護前兩天**會收到書面通知**。該通知會告知您：
 - 我們將停止為您承保護理的日期。
 - 如何要求快速跟蹤上訴，以要求我們繼續承保您的護理更長時間。
2. **會要求您或您的代表在書面通知上簽名，證明您已經收到通知。**在通知中簽名僅意味著您已收到關於您的承保何時停止的資訊。**在這份通知中簽名並不表示您同意本項計劃停止照護的決定。**

第 9.3 節 步驟：如何提出 1 級上訴，要求我們的計劃延長承保您的護理

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

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

在 1 級上訴中，品質改善組織會審查您的上訴。這會決定您的護理結束日期是否在醫療上合適。

步驟 1：提出您的 1 級上訴：聯絡品質改善組織，請求快速跟蹤上訴。您必須快速行動。***您如何與該組織聯絡？***

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

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**快速行動：**

- 您必須在 *Medicare* 不承保通知的生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您未在截止時間之前聯絡品質改善組織，且您仍希望提出上訴，您必須改成直接向我們提出上訴。有關以此方式提出上訴的詳情，請參閱本章第 9.5 節。

步驟2：品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

法律術語
不承保詳細說明。提供終止承保的詳細原因通知書。

審核中會出現什麼情況？

- 品質改善組織的健康照護專業人員 (審查員) 將詢問您或您的代表為什麼您認為我們應當繼續承保服務。您不需要準備書面材料，但如果您願意，您可以準備。
- 審核組織會檢查您的醫療資料，與您的醫生討論，並審核本項計劃向他們提供的資料。
- 在審查員將您的上訴通知我們的當天結束前，您也會收到一份我們寄出的**不承保詳細說明**，其中詳細解釋我們將要停止對您的服務承保的原因。

步驟 3：審查員會在獲得所有必要資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。**如果審查員的答覆是同意，將會發生什麼情況？**

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

如果審查員的答覆是拒絕將會怎樣？

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

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**步驟 4：如果您的 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。**

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

第 9.4 節**步驟：如何提出 2 級上訴，要求我們的計劃延長承保您的護理**

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

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求再次審查。

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

步驟 2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

步驟 3：在收到您的上訴請求後的 14 天內，品質改善組織的審查員會對您的上訴作出決定，並會告訴您他們的決定。**如果審核機構的答覆是同意將會怎樣？**

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

如果審核組織不同意您的上訴，會怎樣？

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

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**步驟 4：如遭到拒絕，您需要決定是否希望繼續進一步上訴。**

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

第 9.5 節 如果您錯過了提出 1 級上訴的截止日期，該怎麼辦？**您可以向我們提出上訴**

如同上文中的解釋，您必須快速行動，與品質改善組織聯絡，開始您的第一次上訴 (最多在一天或兩天內)。如果您錯過聯絡該組織的截止日期，還有另一種方法提出上訴。如果採用這種上訴方式，*前兩級上訴會有所不同*。

步驟：如何提出 1 級替代上訴**法律術語**

快速審核 (或快速上訴) 也稱為**加急上訴**。

步驟 1：聯繫我們要求快速審核。

- **要求進行快速審查。**這意味著您請求我們使用快速截止日期 (而不是標準截止日期) 向您作出答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們將快速審核我們對何時終止您的服務承保作出的決定。

- 在該審核過程中，我們會檢查所有您的個案資料。我們會檢查我們在安排終止本項計劃承保您接受服務的日期時是否遵守所有的規定。

步驟 3：我們將在您要求快速審核後 72 小時內作出決定。

- **如果我們同意您的上訴**，這表示我們同意您需要更長時間的服務，也會繼續為您提供承保服務，只要是必要的醫療。這也意味著我們已同意支付您從我們告訴您承保已終止當日起您已接受的服務中我們的分攤費用。(您必須繼續支付您的分攤費用，您的承保可能有限制。)
- **如果我們不同意您的快速上訴**，您的承保將在我們告訴您的日期終止，我們在該日期後不會支付任何分攤費用。

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

- 如果您在我們告訴您承保終止的日期之後仍繼續接受居家健康照護、專業護理機構護理或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務，您必須自己為該護理支付全部費用。

步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的個案將自動發送至下一級上訴程序。**法律術語**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

步驟：2 級替代上訴程序

在 2 級上訴程序中，**獨立審核組織**會審核我們對您的快速上訴作出的決定。該機構會裁決該項決定是否需要更改。**獨立審核組織是 Medicare 聘請的一個獨立組織**。該組織與本項計劃無關聯，也不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選出來處理獨立審核組織工作的公司。Medicare 負責監督其工作。

步驟 1：我們會自動將您的個案轉交獨立審核組織。

- 我們必須在告訴您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內把您的 2 級上訴資料轉交給獨立審核組織。(如果您認為我們沒有遵守該截止日期或其他截止日期，您可以提出投訴。本章第 11 節說明如何提出投訴。)

步驟 2：獨立審核組織會快速審核您的上訴。審查員會在 72 小時內向您作出答覆。

- 獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。
- 如果該機構同意您的上訴，我們必須向您償付從我們告訴您承保終止的日期起您接受的護理中我們的分攤費用。我們還必須繼續承保護理，只要是必要的醫療。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，這會限制我們可以償付的費用或我們可以繼續承保服務的時間。
- 如果該機構不同意您的上訴，就意味著他們同意本項計劃對您的第一次上訴作出的決定，並不會改變該決定。
- 您收到獨立審核組織發出的通知以書面形式告訴您，如果您想要進入 3 級上訴，您該怎麼做。

第 9 章 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦**步驟 3：如果獨立審核組織駁回您的上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。**

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

第 10 節 將您的上訴升級至 3 級及更高級別**第 10.1 節 3 級、4 級和 5 級醫療服務上訴請求**

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

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

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

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

- **如果行政法官或律師仲裁人同意您的上訴，上訴程序可能終止，但也有可能沒有終止。**與 2 級上訴決定不同，我們有權就有利於您的 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，將進入 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，在收到行政法官或律師仲裁人決定後 60 個日曆日內，我們必須授權或提供您的醫療照護。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將寄給您 4 級上訴請求副本及任何隨附文件。我們可能會先等待 4 級上訴的決定，然後再授權或提供爭議的醫療護理。
- **如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序可能終止，但也有可能不會終止。**
 - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審核程序。您收到的通知，將告訴您如何處理 4 級上訴。

第 9 章 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦

4 級上訴 本 Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審核您的上訴，並向您作出答覆。「委員會」隸屬於聯邦政府。

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

5 級上訴 聯邦地方法院法官會審核您的上訴。

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

第 10.2 節 3 級、4 級和 5 級 Part D 藥物上訴請求

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到某一金額，您可能可以繼續進入更高級別的上訴。如果低於該規定的金額，您就不能再進一步上訴。您收到的 2 級上訴書面答覆將解釋請求 3 級上訴與誰聯絡和該做什麼。

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

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

- 如果答覆是同意，上訴程序終止。我們必須在行政法官或律師仲裁人批准後 72 小時內 (加速上訴則為 24 小時) 授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後

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

的不晚於 30 個日曆日內付款。

- 如果答案是不同意，上訴程序**可能**終止，但也**可能不會**終止。
 - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
 - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審核程序。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

4 級上訴 本 Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審核您的上訴，並向您作出答覆。「委員會」隸屬於聯邦政府。

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

5 級上訴 聯邦地方法院法官會審核您的上訴。

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

第 11 節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴

第 11.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

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

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

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

第 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**第 11.2 節 如何提出投訴****法律術語**

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

第 11.3 節 步驟：提出投訴**步驟 1：請立即致電或寫信聯絡我們。**

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

第 9 章 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦

- 我們拒絕您針對受拒服務或 Part D 藥物之上訴的快速審核請求。
- 我們決定需要額外時間審查您的健康照護要求。
- 我們決定需要額外時間審查您針對健康照護遭拒提出的上訴。
- 您可以致電會員服務部，提交此類型的投訴。您也可以向我們提出書面投訴，地址列在本文件第 2 章醫療照護投訴或 Part D 處方藥物投訴之下。在我們收到加速申訴後，臨床醫師會審核案例，判斷為何您的快速審核請求受到拒絕，或是案例延遲是否適當。我們會以口頭方式通知您快速案例的決定，並在收到您投訴後的 24 小時內以書面通知您。
- 提出投訴的**截止日期**是自您遇到想投訴問題後的 60 個日曆日。

步驟 2：我們將考慮您的投訴，並給予答覆。

- 如果可能，我們會立即向您作出答覆。如果您打電話提出投訴，我們可能在該通電話上就能給您答覆。
- 大部分投訴會在 30 個日曆日內獲得答覆。如果我們需要更多資訊，並且延遲符合您的最佳利益，或者您請求更多時間，我們最多可能會再需要 14 個 (含) 以上日曆日 (總共 44 個日曆日) 答覆您的投訴。如果我們需要更多時間，我們會以書面方式通知您。
- 如果您因為我們否決您的快速承保決定或快速上訴請求而提出投訴，我們將自動為您提供快速投訴。如果您提出快速投訴，我們會在 24 小時內向您作出答覆。
- 如果我們部分或完全不同意您的投訴，或者不對您投訴的問題負責，我們在給您的答覆中會說明原因。

第 11.4 節 您還可以向品質改善組織提出有關護理品質的投訴

當您的投訴涉及護理品質時，您還有另外兩種選擇：

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

或是

- 您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。

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

第 11.5 節 您也可以將您的投訴告訴 Medicare

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

關於 MEDICAID 給付問題**第 12 節 處理您的 Medicaid 給付問題**

若您認為您遭不當拒絕 Medicaid 承保的服務或為 Medicaid 承保服務的付款，您有權對我們 Medicaid 的決定提出上訴。若要申訴 (投訴) 或對 Medicaid 服務提出上訴，請聯絡 Medicaid。聯絡資訊在第 2 章第 6 節。

第 10 章：

終止您於計劃中的會員資格

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格

第 1 節 說明如何終止您在本項計劃中的會員資格

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

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

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

第 2 節 您何時可以終止在我們的計劃的會員資格？

第 2.1 節 因為您擁有 Medicare 和 Medicaid，您或許能夠終止您的會員資格

大多數有 Medicare 的人只能在一年中的某些時間終止會員資格。由於您擁有 Medicaid，您或許能夠終止您在我們計劃中的會員資格，或在以下各特殊投保期期間換到不同的計劃一次：

- 1 月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

如果您在其中一個期別加入我們的計劃，則必須等待下一個期別才能終止您的會員資格或換到其他計劃。在 10 月至 12 月期間，您無法使用此特殊投保期終止您在我們計劃內的會員資格。但是，所有擁有 Medicare 的人士都可以在年度投保期間，於 10 月 15 日至 12 月 7 日之間進行更改。第 2.2 節告訴您有關年度投保期的更多資訊。

- 選擇下列任何一種類型的 Medicare 計劃：
 - 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 保健計劃
 - 帶有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
 - 不帶獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
 - 如果您選擇此選項，Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃，除非您已經選擇退出自動投保。

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格

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

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

- **您的會員資格何時終止？** 通常在我們收到您的更換計劃請求時您的會員資格將終止。您投保的新計劃也將在這一天開始。

第 2.2 節 您可以在年度投保期終止您的會員資格

您可在**年度投保期** (同時被稱為年度開放投保期) 期間終止您的會員資格。在此期間，審核您的健康和藥物承保，並決定來年的承保範圍。

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

如果您獲得 Medicare 的「Extra Help」用以支付您的處方藥物費用：如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。

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

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

在 Medicare Advantage 開放投保期，您有機會對您的健康承保作出一次變更。

- 年度 Medicare Advantage 開放投保期，從 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在年度 Medicare Advantage 開放投保期，您可以：
 - 轉換至其他有或無處方藥承保的 Medicare Advantage Plan。

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格

- 從我們的計劃退保並透過 Original Medicare 獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到 Original Medicare，您也可以在那時參加另外的 Medicare 處方藥計劃。
- 您的會員資格將於您投保另一項 Medicare Advantage Plan 後或是我們收到您提出轉換到 Original Medicare 的請求之後下一個月的第一天**終止**。如果您還選擇投保一項 Medicare 處方藥計劃，您在該藥物計劃中的會員資格從該藥物計劃收到您的投保申請後月份的第一天開始。

第 2.4 節 在某些情況下，您可以在特殊投保期終止您的會員資格

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

如果您符合以下任何一種情況，**您可能**有資格在特殊投保期終止您的會員身份。以下只是一些例子，如需查看完整的清單，請聯絡本項計劃，致電 Medicare，或瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)：

- 通常，當您搬家時。
- 如果您有 California Medi-Cal (Medicaid)。
- 如果您有資格享有為您 Medicare 處方藥付費的「Extra Help」。
- 如果我們違反我們與您的合約。
- 如果您正在從一個機構，如護理院或長期護理 (LTC) 醫院獲得護理。
- 如果您投保了全包式年長者護理計劃 (PACE)。
- **注意：**如果您正在參加藥物管理計劃，您可能無法改變計劃。您可在第 5 章第 10 節查閱有關藥物管理計劃的更多資訊。
- **注意：**第 2.1 節告訴您更多針對 Medicaid 擁有者的特殊投保期相關資訊。

投保期因各自情形不同而異。

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

- 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 保健計劃。
- 帶有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
- -或- 不帶有獨立的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格

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

如果您獲得 Medicare 的「Extra Help」用以支付您的處方藥物費用：如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。

您的會員資格通常將於我們收到您提出更改計劃的請求之後下一個月的第一天終止。

注意：第 2.1 節和第 2.2 節告訴您更多針對 Medicaid 和 Extra Help 擁有者的特殊投保期相關資訊。

第 2.5 節 您可以在哪裡獲得關於何時您能終止會員資格的更多資訊？

如果您對於終止會員身份有任何疑問，您可以：

- 請致電會員服務部。
- 您可以在《2024 年 Medicare 與您》手冊中找到相關詳情。
- 您可以每週 7 天、每天 24 小時隨時撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致電 Medicare。(TTY 1-877-486-2048)。

第 3 節 您如何終止在本項計劃的會員資格？

下表解釋您如何在本項計劃中終止您的會員資格。

如果您想從本項計劃轉換至：	您應該這樣做：
• 另一項 Medicare 健保計劃	• 投保新的 Medicare 保健計劃。您的新承保將從下個月的第一天開始。 • 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。
• 帶有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	• 投保新的 Medicare 處方藥計劃。您的新承保將從下個月的第一天開始。 • 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格

如果您想從本項計劃轉換至：	您應該這樣做：
- 不帶獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare - 如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能為您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。 - 如果您從 Medicare 處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天 (含) 以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付延遲投保罰款。	向我們提出退保的書面請求。 如需獲取如何處理的更多資訊，請聯絡會員服務部。 - 您也可以聯絡 Medicare 要求退保，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為一週 7 天，全天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。 - 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將從 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 退保。

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

如果對您的 California Medi-Cal (Medicaid) 給付有任何問題，請聯絡 California Medi-Cal (Medicaid)，電話號碼是 1-800-541-5555，TTY 1-800-430-7077，服務時間為上午 8 點至下午 5 點PT，週一至週五。詢問如何加入其他計劃或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 California Medi-Cal (Medicaid) 承保。

第 4 節 在您的終止會員資格之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得您的醫療物品、服務和藥物

在您的會員身份終止，而您新的 Medicare 和 Medicaid 承保開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療物品、服務和處方藥。

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

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格**第 5 節 在某些情況下，我們必須終止您在本項計劃的會員資格****第 5.1 節 我們何時必須終止您在本項計劃的會員資格？**

如果發生以下任何情況，我們必須終止您的計劃會員資格：

- 如果您不再擁有 Medicare Part A 和 Part B。
- 如果您不再有資格參加 Medicaid。如同第 1 章第 2.1 節所述，本項計劃是針對有資格參加 Medicare 和 Medicaid 的人。如果您不再符合我們計劃的特殊資格要求，您在本計劃的會員資格將於六個月後結束。我們會通知您會員資格的結束和您擁有的選項。如果您對您的資格有任何疑問，請聯絡會員服務部。
 - 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個月一號開始。
- 如果您搬出我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，以便確定您的新家所在地或旅遊地點是否在本項計劃區域內。
- 如果您被監禁 (入獄)。
- 如果您不再是美國公民或不能合法居留美國。
- 如果您謊報或隱瞞有關您享有提供處方藥承保之其他保險的資訊
- 如果您因收入需要支付 Part D 的額外費用，但您沒有支付，Medicare 將讓您從本項計劃退保。

您在何處可以獲得更多資訊？

如果您有疑問或需要更多有關我們何時可終止您會籍的資訊，請致電會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因與您的健康相關的任何原因而要求您退出本項計劃

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 不能因與您健康相關的任何理由而要求您退出本項計劃。

如果發生這種情況，您應該怎麼做？

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

第 10 章 終止您於計劃中的會員資格

第 5.3 節 如果我們終止您在本項計劃的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式告訴您終止您的會員資格的原因。我們還必須說明您可以如何就我們終止您的會員資格的決定提出申訴或投訴。

第 11 章：

法律通知

第 11 章 法律通知

第 1 節 管轄法律聲明

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

第 2 節 關於不歧視的通知

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

如果您需要更多資訊，或對歧視或不公平對待有擔憂，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，聯絡 Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights**，或致電您的當地 Office for Civil Rights。您也可以至 Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights 檢閱資訊，網址：<http://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您是殘障人士並需要協助以取得護理，請致電會員服務部告知我們。如果您要提出投訴，例如無法使用輪椅出入的問題，會員服務部可以幫助您。

第 3 節 關於 Medicare 第二付款方的代位權聲明

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

第 4 節 在您的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 計劃中由本項計劃所支付之給付的追回

當您受傷時

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

第 11 章 法律通知

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

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

您如何透過責任方動作受傷、生病，或發展出健康狀況的一些例子包括但不限於：

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

本計劃的追回權適用於您從責任方收到的任何及所有金額，包括但不限於：

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

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

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

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

第 11 章 法律通知

您必須採取的步驟

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

- 請告知我們的計劃或治療提供者 (若適用) 責任方和/或其律師的姓名和地址 (若您知道的話)、您律師的姓名和地址 (若您有雇用律師)、任何涉入保險公司之姓名和地址，以及如何造成受傷、疾病或健康狀況的說明。
- 完成本計劃或治療提供者可能合理要求的任何文書作業，以協助強制執行追回的權利。
- 立即回應來自本計劃或治療提供者有關案件或理賠的狀態，以及任何和解討論的詢問。
- 在您或您的律師收到任何來自責任方或任何其他來源的金錢時，請立即通知本計劃。
- 透過任何追回、和解，或判決，或其他補償來源支付醫療照護留置權，或計劃追回金額，包括本計劃支付之所有償付 (本計劃中支付由責任方造成之您的受傷、疾病，或健康狀況相關的給付之全額費用)，無論是否具體指明為醫療費用追回，且無論您的損失是否已獲得全額或全部賠償；
- 切勿損害上述本計劃之權利。其中包括但不限於：不得試圖以任何方式縮減或排除和解，或追回本計劃所支付所有給付的全額費用，或任何試圖拒絕本計劃追回的第一優先權和權利。
- 以信託方式保管您或您的律師從責任方或任何其他來源收到的任何款項，並盡快向本計劃或治療提供者 (若適用) 償付本計劃的追回金額，且應在向任何其他可能的留置權持有者，或要求追回權的第三方付款之前償付。
- 您必須與我們合作，獲得此類追償，或超額付款的金額。

第 5 節 會員卡

在此承保證明中由本計劃所核發的會員卡僅供識別之用。持有會員卡並未賦予任何服務之權利，或此承保證明下其他給付之權利。若要獲得此承保證明下的服務或給付，卡片持有人必須符合承保資格並在此承保證明下投保成為會員。任何接受服務卻未獲得此承保證明授權者，將需負責支付該等服務的費用。在服務期間，會員必須出示計劃的會員卡，而不是 Medicare 卡。如果您需要更換會員卡，請致電會員服務部 1-800-431-9007 (TTY：711)。

第 11 章 法律通知

注意：任何會員在知情的情況下容許濫用，或不當使用會員卡，都可能會因此遭取消資格。本計劃必須向 Office of the Inspector General 通報因濫用，或不當使用會員卡而退保的情形，其可能會導致刑事起訴。

第 6 節 獨立簽約者

本計劃與每個參與提供者之間的關係是獨立簽約者關係。參與計劃的服務提供者並非我們計劃的僱員或代理人，而本計劃或計劃的僱員也不是簽約服務提供者的員工或代理人。本計劃概不對任何參與計劃的服務提供者，或其他健康照護服務提供者之疏忽、不當行為，或失職負責。參與的醫師會與會員維持醫病關係，此非本計劃之責任。本計劃並非健康照護服務提供者。

第 7 節 健康護理計劃詐欺

健康護理計劃詐欺的定義是提供者、會員、僱主或任何代表其行事的人士對計劃進行欺騙或不實陳述。其為重罪可能遭到起訴。任何人若蓄意且知情參與旨在欺騙醫療計劃的活動，例如提出包含虛假陳述或欺騙陳述的理賠，即可能犯下健康照護計劃的詐欺罪。

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

第 8 節 不在計劃控制範圍之狀況

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

第 12 章：

重要詞彙定義

第 12 章 重要詞彙定義

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

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

生物製劑 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌等自然與活體來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更為複雜，因此無法完全複製，所以替代形式的藥物便稱為生物相似藥。生物相似藥通常與原生物製劑的效用一樣好且一樣安全。

生物相似藥 – 一種與原有生物製劑極為相似但不完全相同的處方藥。生物相似藥通常和原有生物製劑的藥效一樣，也同樣安全，只是生物相似藥通常需要新的處方來替代原有生物製劑。根據州法規定，可互換的生物相似藥已符合額外要求，不需新處方即可在藥房替代原始生物製劑。

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

重大傷病承保階段 – 在一個承保年度內，當您 (或其他有資格代表您的其他方) 為 Part D 藥物支付金額達到 \$8,000 時，就進入了 Part D 藥物給付階段。在這個付款階段，本計劃將為您的承保 Part D 藥物支付全額費用。您不需支付任何費用。

美國醫療服務中心 (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

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

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

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

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

第 12 章 重要詞彙定義

分攤費用 – 分攤費用指當會員接受服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的任何自付額；(2) 計劃要求在獲取特定服務或藥物時支付的任何固定金額之共付額；或 (3) 計劃要求在獲取特定服務或藥物時支付的任何金額之共同保險金 (服務或藥物總費用的百分比)。

承保裁定 – 有關您的處方藥是否獲取計劃承保，以及您需支付的處方費用 (如有) 的決定。通常，如果您攜帶處方到藥房，而藥房告訴您該處方藥不在您的計劃承保範圍內，這不是承保裁定。您需要致電或寫信給您的計劃，請求關於承保的正式決定。在本文件中，承保裁定稱為承保決定。

承保藥物 – 用來表示我們計劃承保的所有處方藥的術語。

承保服務 – 用來表示我們的計劃承保的所有健康護理服務和用品的術語。

可信的處方藥承保 – 預期支付的金額通常至少平均不會低於 Medicare 的標準處方藥承保金額的處方藥承保 (例如，僱主或工會提供的承保)。如果在符合 Medicare 資格時有此類承保的人決定以後投保 Medicare 處方藥承保，通常可以保留該承保，而無需支付罰款。

監護照護 – 監護照護是一種當您不需要專業醫療護理或專業醫療服務時在護理院、安寧機構或其他機構中提供的個人護理。監護照護是由沒有專業技能或未經培訓的人提供的個人護理，包括在日常生活活動方面提供幫助，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床或坐到椅子上或從椅子上起身、四處走動和上洗手間。監護照護也可能包括大多數人自己進行的與健康相關的護理，如使用眼藥水。Medicare 不為監護照護付費。

每日分攤費用費率 – 當您的醫生開具的某些特定藥物的供藥少於一整個月的供藥時，每日分攤費用費率可能適用，這是您需要支付的共付額。每日分攤費用費率是共付額除以一個月藥量的天數。下面舉例說明：如果您一個月供藥量的共付額為 \$30，您計劃中一個月供藥天數為 30 天，則您的「每日分攤費用費率」為每天 \$1。

自付額 – 在我們的計劃付費之前，您必須先支付的健康護理或處方藥費用。

退保 – 終止您在我們計劃會員資格的程序。

配藥費 – 每次提供承保藥物以支付配取處方藥費用時所收取的費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥所花費的時間。

符合雙重資格的個人 – 有資格享有 Medicare 和 Medicaid 承保的人。

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – 投保 D-SNP 的個人有權獲得 Medicare (《社會安全法案》第 XVIII 篇) 和 Medicaid (第 XIX 篇) 提供的州計劃醫療協助。各州承保某些 Medicare 費用，取決於各州以及個人資格。

第 12 章 重要詞彙定義

耐用醫療設備 (DME) – 您的醫生因醫療原因開具的特定醫療設備。例如：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病患者用品、靜脈輸注幫浦、語音合成裝置、氧氣呼吸器、噴霧器或由供應商訂購用於家居的病床。

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

急診照護 – 承保服務包括：(1) 由具備提供緊急情況服務資格的服務提供者提供；及 (2) 屬治療、評估或穩定緊急醫療病症需要。

承保證明 (EOC) 和披露資訊 – 本文件以及您的投保表及任何其他附件、附加條款或其他供選用承保文件，說明您的承保範圍、我們必須做什麼、您的權利以及您作為我們的計劃的會員必須做什麼。

例外處理 – 一種承保決定，如果獲得批准，會允許您獲得不在我們的處方集上的藥物 (處方集例外處理)，或以較低的分攤費用層級獲得非首選藥物 (層級例外處理)。如果我們的計劃要求您在接受請求的藥物之前嘗試另一種藥物，或我們的計劃限制您請求的藥物數量或劑量 (處方集例外處理)，您也可以請求作為例外處理。

Extra Help – 幫助收入和資源有限的人支付 Medicare 處方藥計劃費用的 Medicare 或州計劃，例如保費、自付額和共同保險金。

副廠藥 – 由食品與藥物管理局 (FDA) 核准、與原廠藥有相同有效成分的處方藥。一般而言，同等副廠藥物的療效與原廠藥相同，但通常費用較低。

申訴 – 針對我們的計劃、服務提供者，網絡內藥房提出的一種投訴形式，包括與您的護理品質有關的投訴。這不涉及承保或付款爭議。

居家護理助理員 – 某人士提供的服務無需持證護士或治療師的技能，例如在個人護理方面提供幫助 (如洗澡、用洗手間、穿衣或進行醫生要求的運動)。

安寧照護 – 針對經醫療認證為患有末期疾病的會員提供特殊治療的給付，這表示預期壽命為 6 個月或更短。我們 (您的計劃) 必須向您提供您所在地理區域的安寧機構名單。如果您選擇安寧機構，並繼續支付保費，您仍是本項計劃的會員。您仍可獲得所有必要的醫療服務，以及我們提供的補充給付。

住院停留 – 住院指當您獲得正式許可住院接受專業醫療服務。即使您留在醫院過夜，您可能被視為門診患者。

收入相關每月調整金額 (IRMAA) – 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入高於一定金額，您將支付標準保費以及與收入相關的每月調整金額 (也稱為 IRMAA)。

第 12 章 重要詞彙定義

IRMAA 是在您的保費之外收取的額外費用。此金額所涉的 Medicare 會員不到 5%，因此大多數人無須支付較高的保費。

獨立開業協會 (IPA) – 醫師 (包括 PCP 和專科醫師) 及其他健康護理提供者 (包括醫院) 之協會，該協會與本項計劃簽約，為會員提供服務。請查閱

初始承保限額 – 初始承保階段的最高承保限額。

初始承保階段 – 這是在一年中您的總藥費 (包括您已支付的費用以及您的計劃代表您支付的費用) 達到 \$5,030 之前您所處於的階段。

最初投保期 – 當您首次符合 Medicare 資格時，您可以投保 Medicare Part A 和 Part B 的階段。如果您在年滿 65 歲時符合投保 Medicare 的資格，您的最初投保期從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始算起的 7 個月期間，包括您進入 65 歲的月份，並在您進入 65 歲後的 3 個月結束。

承保藥物清單 (處方集或「藥物清單」) – 由本項計劃承保的處方藥物支付清單。

低收入津貼 (LIS) – 請參閱「Extra Help」。

最高自付額 – 您在日曆年度為承保的網絡內 Part A 和 Part B 服務支付的最高自付費用。您為 Medicare Part A 和 Part B 保費和處方藥支付的費用不計入最高自付額。

Medicaid (或醫療協助) – 聯邦與州聯合計劃，幫助低收入和資源有限的一些人支付醫療費用。州 Medicaid 計劃個個不同，但是，如果您同時符合參加 Medicare 和 Medicaid 的資格，則會承保大部分健康護理費用。

醫療群體 – 醫師 (包括 PCP 和專科醫師) 及其他健康護理提供者 (包括醫院) 的協會，該協會與本項計劃簽約，為會員提供服務。請查閱第 1 章第 3.2 節。

醫學上所接受的引證 – 指該藥物的使用獲得食品與藥品管理局批准或者得到特定醫學參考書的支持。

必要的醫療 – 指為了預防、診斷或治療您的醫療病症和滿足可接受的醫療實踐標準所需的服務、用品或藥物。

Medicare – 聯邦健康保險計劃，適用對象為年滿 65 歲 (含) 或以上的人士，或年齡在 65 歲以下的某些殘障人士，以及患有末期腎臟疾病的人士 (一般是需要透析或腎臟移植的永久腎衰竭患者)。

Medicare Advantage 開放投保期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日期間，允許 Medicare Advantage 計劃會員取消其計劃投保並轉到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到 Original Medicare，您也可以在那時參加另外的

第 12 章 重要詞彙定義

Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放投保期也可以是個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月期間。

Medicare Advantage (MA) Plan – 有時稱為 Medicare Part C。由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare Part A 和 Part B 給付。Medicare Advantage Plan 可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃，或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了選擇上述類型計劃以外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是 Special Needs Plan (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage Plan 也提供 Medicare Part D (處方藥承保)。這些計劃稱為**帶有處方藥承保的 Medicare Advantage Plan**。

Medicare 承保缺口優惠計劃 – 向達到承保缺口階段且未獲得「Extra Help」的 Part D 投保人提供大部分承保 Part D 原廠藥折扣價的計劃。折扣基於聯邦政府與某些製藥商之間簽訂的合約。

Medicare 承保服務 – 由 Medicare Part A 和 Part B 承保的服務。所有 Medicare 保健計劃須承保由 Medicare Part A 和 Part B 承保的所有服務。Medicare 承保的服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外給付，例如視力、牙科或聽力。

Medicare Health Plan – 由與 Medicare 簽約的私人公司向享有 Medicare 並投保本項計劃的人士提供所有 Medicare Part A 和 Part B 給付的 Medicare 保健計劃。此術語包括所有的 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost 計劃、Special Needs 計劃、Demonstration/Pilot Program，和 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare Part D) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和不在 Medicare Part A 或 Part B 承保範圍內的某些用品的保險。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 – 由私營保險公司銷售、用於填補 Original Medicare 承保「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅與 Original Medicare 配合使用。(Medicare Advantage Plan 不是 Medigap 保單)。

會員 (本項計劃的會員或計劃會員) – 參加 Medicare 有資格獲得承保服務、已投保我們的計劃且其投保已獲得美國醫療服務中心 (CMS) 確證的人士。

會員服務部 – 本項計劃中負責回答有關會員資格、給付、申訴和上訴問題的部門。

網絡內藥房 – 此藥房與我們的計劃簽訂合約，是我們的計劃會員可以獲得處方藥給付的藥房。在大多數情況下，您的處方只有在我們的網絡內藥房配藥才能獲得承保。

網絡內服務提供者 – **服務提供者**是指持有 Medicare 和本州頒發的提供健康護理服務的執照或認證的醫生、其他健康護理專業人士、醫院和其他健康護理機構的總稱。**網絡內服務提供者**與本項計劃達成協議，接受我們的付款作為全額付款，在某些情況下協調並為本項計劃的會員提供承保服務。網絡醫療服務提供者又稱為「計劃醫療服務提供者」。

第 12 章 重要詞彙定義

組織裁定 – 我們的計劃對於項目或服務是否承保，或您應當為承保項目或服務支付多少金額所作出的決定。在本文件中，組織裁定稱為承保決定。

Original Medicare (傳統的 Medicare 或按服務付費 Medicare) – Original Medicare 由政府提供，不像 Medicare Advantage Plan 和處方藥計劃之類的私人保健計劃。在 Original Medicare 中，透過向醫生、醫院及其他健康護理提供者支付由國會制定的費用金額為 Medicare 服務提供承保。您可以請求接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他健康護理服務提供者提供服務。您必須支付自付額。Medicare 支付 Medicare 核准金額的分攤費用，您支付自己的分攤費用。Original Medicare 分為兩部分：Part A (住院保險) 和 Part B (醫療保險)，在全美均有提供。

網絡外藥房 – 沒有與本項計劃簽約，無法為我們的計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非特定條件適用，否則大部分透過網絡外藥房取得的藥品均不屬於本計劃的承保範圍。

網絡外服務提供者或網絡外機構 – 沒有與本項計劃簽約的服務提供者或機構，無法為我們的計劃會員協調或提供承保服務。網絡外服務提供者是我們的計劃沒有僱用、擁有或營運的服務提供者。

自付費用 – 請參閱上文分攤費用。會員需要為接受的服務或藥物支付一部分費用的分攤費用要求也稱為會員的自付費用要求。

PACE Plan – PACE (全包式年長者護理計劃) 綜合了醫療、社交和長期服務與支援 (LTSS)，幫助身體虛弱的人儘可能保持獨立、並生活在自己的社區裡 (而不是住進護理院)。投保 PACE 計劃的人透過本項計劃獲取他們的 Medicare 與 Medicaid 給付。

Part C – 請參閱 Medicare Advantage (MA) Plan。

Part D – 自願參加 Medicare 處方藥給付計劃。

Part D 藥物 – Part D 承保的藥物。我們不一定會提供所有的 Part D 藥物。國會將特定種類藥物排除在 Part D 承保藥物之外。每個計劃都必須承保特定類別的 Part D 藥物。

Part D 延遲投保罰款 – 在您一開始有資格加入 Part D 計劃後，如果您沒有可信承保 (預期平均與標準 Medicare 處方藥承保至少一樣多的承保) 連續超過 63 天或更長時間，除 Medicare 藥物承保的每月保費之外另外加上的金額。如果您失去「Extra Help」，然後連續超過 63 天 (含) 以上沒有 Part D 或其他可信的處方藥承保，則可能需支付延遲投保罰款。

保費 – 向 Medicare、保險公司或提供健康或處方藥承保的保健計劃支付的定期付款。

主治醫生 (PCP) – 您因大多數健康問題首先去看的醫生或其他服務提供者。在大多數 Medicare 保健計劃中，您在看任何其他健康護理服務提供者之前必須先看您的主治醫生。

第 12 章 重要詞彙定義

事先授權 – 要獲得某些服務或藥物需要事先獲得授權。需要事先授權的承保服務在第 4 章醫療給付表中標出。需要獲得事先授權的承保藥物已在處方集中標出。

義肢和矯正設備 – 醫療裝置包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼和用於取代身體內部器官或功能的設備，包括造口用品和腸內和非腸道營養療法。

品質改善組織 (QIO) – 是聯邦政府資助、由從業醫生和其他健康護理專家組成的團體，負責檢查和改善向 Medicare 患者提供的護理。

供藥量限制 – 一種管理工具，旨在因品質、安全或使用的原因限制選擇的藥物使用。我們可能對我們承保的藥物設定每張處方的藥量限制或限制一定時段內的藥量。

即時給付工具 – 可供投保人查詢完整、準確、及時、臨床上適當、投保人專用處方集和給付資訊的入口網站或電腦應用程式。其中包括分攤費用金額、可用於指定藥物相同健康狀況的替代處方集藥物，以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、循序用藥、供藥量限制)。

復健服務 – 這些服務包括物理治療、語言-言語治療和職能治療。

服務區域 – 您必須居住的地理區域，才能加入特定的健康計劃。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，通常也是您能獲得例行 (非緊急情況) 服務的區域。如果您永久搬離本項計劃的服務區域，本項計劃必須讓您退保。

專業護理機構 (SNF) 照護 – 在專業護理機構提供的連續日常所需的專業護理和復健服務。護理的例子包括僅由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射。

Special Needs Plan – 一種為特定人群 (例如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人、住在護理院的人或患有某種慢性醫療病症的人) 提供更集中的健康護理的特殊 Medicare Advantage Plan 類型。

循序用藥 – 一種服務利用工具，在我們承保您的醫生最初為您開的藥物之前，要求您首先嘗試另一種藥物治療您的醫療病症。

補充社會安全收入 (SSI) – 由 Social Security 支付給收入與資源有限人士的每月給付，這些是殘障人士、盲人以及年齡在 65 歲 (含) 以上的人士。補充社會安全收入 (SSI) 與 Social Security 兩者的給付項目並不相同。

緊急需求服務 – 是指當網絡內服務提供者暫時無法提供或無法取得，或投保人離開服務區域時，未提供緊急服務的承保服務。例如，您在週末需要立即照護。必須立即需要服務，而且有醫療上的必要。

第 12 章 重要詞彙定義

Wellcare Spendables™ 卡 – 一張由本項計劃預先儲值的簽帳卡，可用於支付醫療給付表中所述項目的費用。

本頁特意留白。

本頁特意留白。

本頁特意留白。

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	1-800-431-9007 此為免付費電話。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。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，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) 個工作天內回電給您。 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。
TTY	711 此為免付費電話。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。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
網站	www.wellcare.com/healthnetCA

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 是一項從聯邦政府獲得經費的州立計劃，用於向當地擁有 Medicare 的人提供免費健康保險諮詢服務。

方法	聯絡資訊
致電	1-800-434-0222
TTY	711
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	https://www.aging.ca.gov/hicap/

PRA 披露聲明根據 1995 年文書削減法案 (*Paperwork Reduction Act*)，除出示有效 OMB 控制編號外，任何人均非要對資訊收集為目的的系統作出回應。本資訊收集系統的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對改善此表單有任何意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。