



Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), 您的 Medicare Medi-Cal 計劃會員手冊

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。
在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至
9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

您的 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 健康與藥物承保

會員手冊介紹

本會員手冊，也稱為承保證明，說明到 2024 年 12 月 31 日為止，本計劃為您提供的承保範圍。本手冊將會為您說明健康照護服務、行為健康服務 (精神健康與物質使用失調)、處方藥承保範圍，以及長期服務與支援。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您會員手冊的**第 12 章**。

這是一份重要的法律文件。請妥善保管。

本會員手冊中的「我們」、「我們的」，或「本計劃」是指 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，也就是您的 Medicare Medi-Cal 計劃。

本文件免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文 (高棉文)、中文 (繁體)、波斯文、苗文、韓文、俄文、西班牙文、塔加洛文，或越南文。

您可以透過撥打本頁底部的電話號碼，免費取得此文件的其他格式，例如大字版、點字版和/或語音版。此為免付費電話。

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

如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文 (高棉文)、中文 (繁體字)、波斯文、苗文、韓文、俄文、西班牙文、塔加洛文、越南文，或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。然而請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (1) 個工作天內回電給您。

CA4CNCEOC35802C_0008

H3561_008

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Someone that speaks your language can help you. This is a free service.

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Arabic

نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY : 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Armenian

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

Cambodian

យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Chinese

我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Farsi

برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY : 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

French

Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

French Creole

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Hindi

हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

Italian

Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



German

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Japanese

弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。担当者の対応時間は、10月1日から3月31日までは、月曜～日曜日、午前8時～午後8時です。4月1日から9月30日までは、月曜日～金曜日、午前8時～午後8時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。

Korean

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງ ເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແດງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແດງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Mien

Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.

Polish

Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00. Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.

Portuguese

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Punjabi

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Russian

Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Spanish

Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Tagalog

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Thai

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Ukrainian

Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Vietnamese

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



2024 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 會員手冊

目錄

第 1 章：會員入門指南.....	12
第 2 章：重要電話號碼及資源.....	23
第 3 章：利用計劃的承保取得健康照護服務及其他承保服務.....	47
第 4 章：給付表.....	72
第 5 章：領取門診處方藥.....	127
第 6 章：您需為 Medicare 與 Medi-Cal Medicaid 處方藥支付的費用.....	145
第 7 章：要求我們為您收到的承保服務或藥物帳單支付費用.....	152
第 8 章：您的權利與責任.....	158
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.....	184
第 10 章：終止您的計劃會員資格.....	228
第 11 章：法律聲明.....	237
第 12 章：重要詞彙定義.....	241

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



免責聲明

- ❖ Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，是與 Medicare 簽訂合約的 HMO、PPO、PFFS、PDP 計劃，也是經批准的 Part D 贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽有合約。投保本計劃取決於續約情況。
- ❖ 網絡外/非合約服務提供者無義務治療我們的會員，除非緊急情況。請致電會員服務部，或查看 [會員手冊](#) 瞭解更多資訊，包括適用網絡外服務的分攤費用。
- ❖ Medicare 所核准的 Wellcare 是以價值型保險設計的計劃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。
- ❖ 根據照護模式審查，Wellcare Dual Align (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。
- ❖ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 的承保符合合格健康承保，稱為「最低基本承保」。它符合患者保護與可負擔照護法案 (ACA) 個人分擔責任要求。請造訪國稅局 (IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 取得更多有關個人分攤責任規定的資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 1 章：會員入門指南

簡介

本章包含 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 的相關資訊，此健保計劃涵蓋您所有的 Medicare 服務，並協調您和 Medicare 與 Medi-Cal 的所有服務，以及您在計劃內的會員資格。本章也告知您可預計的事項，以及從本計劃中您可取得的其他相關資訊。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 歡迎您加入本計劃.....	14
B. 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊.....	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	15
C. 本計劃的優勢.....	15
D. 本計劃的服務區域.....	16
E. 成為計劃會員的資格.....	16
F. 初次加入本健保計劃時的程序.....	17
G. 您的照護團隊及照護計劃.....	18
G1. 照護團隊.....	18
G2. 照護計劃.....	18
H. 您 Wellcare by Health Net 的每月費用.....	18
I. 您的 <i>會員手冊</i>	18
J. 您從本計劃獲得的其他重要資訊.....	19
J1. 您的會員 ID 卡.....	19
J2. 服務提供者與藥房名錄.....	20

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



J3. 承保藥物清單.....	20
J4. 給付說明.....	21
K. 更新您的會員資格記錄資訊.....	21
K1. 個人健康資訊的隱私權 (PHI).....	22

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 歡迎您加入本計劃

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

值得您信賴的豐富經驗

您已投保一項您能信賴的健保計劃。

Wellcare by Health Net 協助超過投保 Medicare 與 Medi-Cal 的加州人士取得其所需的服務。我們使用的方法包括為您提供更輕鬆的管道讓您能夠取得 Medicare 與 Medi-Cal 的給付與服務，以及其他許多方式：

- 我們以提供絕佳的客戶服務而驕傲；我們達到這一目標的方式是為我們的會員您提供集中、正面、個性化的照護。我們訓練有素的會員服務部雇員不會讓您久等，並且可透過口譯員即可提供多種語言的服務。我們將為您提供「禮賓」等級的服務，助您瞭解您的給付，就像我們對待自己的家人一樣。這樣將讓您迅速得到您需要的答案，以取得照護。
- 近 25 年來，我們致力於建立高品質的醫師網絡。我們 Wellcare by Health Net 網絡內的醫師和專科醫師在醫療團體內合作，保證您在需要時取得您所需的照護。
- 您的社區就是我們的社區，我們是一家在各地設立據點的全國性公司。我們的許多員工就住在您居住的地方。我們為當地社區提供下列支援：
 - 在當地的健康活動期間與社區中心提供健康篩檢
 - 免費的健康教育課程

B. 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是適用於下列人士的聯邦健康保險計劃：

- 年滿 65 歲以上者；
- 部分未滿 65 歲且有特定殘障者；以及
- 患有末期腎臟疾病 (腎衰竭) 者。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California Medi-Cal 的名稱。Medi-Cal 是由州政府所管理，並獲得州政府和聯邦政府的資助。Medi-Cal 可協助收入和資源有限者支付長期服務與支援 (LTSS) 的費用，以及醫療費用。Medi-Cal 還承保了不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務與藥物。

各州決議：

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

只要符合聯邦政府的規定，州政府可以決定其計劃的運作方式。

Medicare 和 California 州批准了本計劃。只要下列情況成立，您即可透過本計劃取得 Medicare 與 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供本計劃；且
- Medicare 和 California 州允許我們繼續提供本計劃。

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

C. 本計劃的優勢

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

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

WellCare Dual Align (HMO D-SNP) 的新會員：在您要求投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 後，在大多數情況下您會於下個月的第 1 天投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，獲得 Medicare 給付。您可能還會從上一個 Medi-Cal 健保計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後您將透過 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現缺口階段。如果您有任何疑問，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

D. 本計劃的服務區域

我們的服務區域包括 California 的以下郡：Los Angeles、Sacramento 和 Tulare。

只有居住在我們服務區域者才可加入本計劃。

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

E. 成為計劃會員的資格

您只要符合以下條件即具備加入本計劃的資格：

- 居住在我們的服務區域內 (被監禁的個人即使實際位於服務區域內，仍不被視為居住在服務區域內)，以及
- 在投保時已年滿 21 歲，且
- 同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B；且
- 是美國公民，或美國合法居民，以及
- 目前符合 Medi-Cal 的資格，以及

如果您喪失 Medi-Cal 資格，但預期六個月內可重新獲得資格，則您仍然符合本計劃的資格。

如需更多詳細資訊，請致電會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



F. 初次加入本健保計劃時的程序

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

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

我們會與您聯絡以完成 HRA。我們可以親自造訪、打電話，或寫信完成 HRA。

我們將寄給您更多有關 HRA 的資訊。

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

- 您、您的代表，或您的服務提供者要求我們讓您繼續使用您目前的服務提供者。
- 我們會證實您和某位主治服務提供者，或專科照護服務提供者的既有關係，但有一些例外。當我們提及「既有關係」時，指的是您在我們計劃最初投保日期前的 12 個月期間，曾經為了非緊急病況而至少前往網絡外服務提供者處就診一次。
 - 我們將會審查您可用的健康資訊，或您提供給我們的資訊，以判定您與服務提供者之間的既有關係。
 - 我們有 30 天的時間可以回覆您的申請。您可以要求我們在較短時間內作決定，那麼我們將必須在 15 天內回覆您。如果您有遭受傷害的風險，我們必須在 3 天內回覆。
 - 當您提出申請時，您或您的服務提供者必須出示文件證明你們的既有關係，並且同意遵守特定條款。

注意：您可以向耐用醫療設備 (DME) 的提供者提出此要求至少 90 天，或直到我們授權新的租賃，並由網絡內服務提供者供應租賃。雖然不能對交通，或其他輔助服務提供者提出此要求，但是您可以提出運輸服務要求，或本計劃未包含的其他輔助服務要求。

在持續照護期屆滿後，您需要到 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 網絡內且隸屬於您的主治醫師醫療群體的醫師和其他服務提供者就診，除非我們與您的網絡外醫師簽訂合約。網絡內服務提供者指與本健保計劃合作的服務提供者。當您投保本公司計劃時，將從 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 網絡中為您指定一家參與的醫療群體。我們也會從這個參與的醫療群體中指派 PCP 給您。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。請參閱會員手冊第 3 章第 51 頁 D 部分，以瞭解關於取得照護的更多資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G. 您的照護團隊及照護計劃

G1. 照護團隊

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

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

G2. 照護計劃

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

您的照護計劃包括：

- 您的健康照護目標，以及
- 取得您所需服務的時間表。

在您的 HRA 完成之後，您的照護團隊與您會面。他們會詢問有關您所需的服務。他們還會讓您瞭解您可以考慮接受的服務。照護計劃會以您的需求和目標為依據制定。照護團隊會與您合作，每年至少更新一次您的照護計劃。

H. 您 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)的每月費用

本計劃沒有月計劃保費。

I. 您的會員手冊

您的會員手冊是我們與您簽訂的合約之一部分。這表示，我們必須遵守本文件中的所有規定。如果您認為我們的某些行為未遵守規定，您可以針對我們的決定提出上訴。如需有關如何提出上訴的資訊，請參閱您會員手冊第 189 頁第 9 章 D 部分，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



J. 您從本計劃獲得的其他重要資訊

我們提供給您的其他重要資訊包括：會員 ID 卡、關於如何取得服務提供者與藥房名錄及承保藥物清單(又稱為處方集)的資訊。

J1. 您的會員 ID 卡

根據本計劃規定，您在接受 Medicare 和 Medi-Cal 服務時將使用同一張會員卡，這些服務包括 LTSS、特定行為健康服務，以及處方藥。您在接受任何服務，或領取處方時，請出示此會員卡。以下是會員 ID 卡範例：



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

只要您還是本計劃的會員，您在接受大部分的服務時就無需使用您的 Medicare 紅藍卡，或 Medi-Cal 卡。請將這些卡存放在安全的地方，以免您日後還需要用到這些卡。如果您出示 Medicare 卡，而非會員 ID 卡，服務提供者會向 Medicare 而非本計劃收費，並且您會收到帳單。請參閱您會員手冊第 153 頁第 7 章 A 部分，以瞭解若您從服務提供者處收到帳單時該怎麼做。

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

J2. 服務提供者與藥房名錄

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

您可以撥打本頁面底部的電話號碼，向會員服務部索取*服務提供者與藥房名錄* (電子版，或紙本形式)。將在您提出要求的三個工作天內寄送服務提供者與藥房名錄的紙本給您。

您也可以前往本頁面底部的網址，參閱*服務提供者與藥房名錄*。

我們的會員服務部和網站均能為您提供網絡內服務提供者和藥房變更的最新資訊。本*服務提供者與藥房名錄*列出了您身為 Wellcare by Health Net 會員可以使用的健康照護專業人士 (例如：醫師、專科護理師和心理學家)、機構 (例如：醫院，或診所) 和支援服務提供者 (例如：成人社區服務提供者)。我們也列出您可領取處方藥的藥房。列於*服務提供者與藥房名錄*中的藥局涵蓋零售商、郵購、居家輸液及長期照護 (LTC)。

網絡內服務提供者的定義

- 本計劃的網絡內服務提供者包括：
 - 本計劃會員可以前往看診的醫師、護理師及其他健康照護專業人士；
 - 診所、醫院、護理設施，以及提供本計劃健康服務的其他場所；以及，
 - LTSS、行為健康服務、居家健康機構、耐用醫療設備 (DME) 供應商，以及提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 取得之用品和服務的其他機構。

網絡內服務提供者同意接受本計劃針對承保服務所提供的給付作為全額給付。

網絡內藥房的定義

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

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

J3. 承保藥物清單

本計劃有一份*承保藥物清單*。我們簡稱為「藥物清單」。它告訴您本計劃承保哪些處方藥。

「藥物清單」同時也會告知，您所用藥物的限制和規定，如您所能得到的總額限制。詳情請參閱*會員手冊*第 136 頁第 5 章 C 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

J4. 給付說明

當您使用 Medicare Part D 處方藥物給付利時，我們會寄一份摘要給您，幫助您瞭解並追蹤您 Medicare Part D 處方藥物的付款情況。這份摘要報告稱為給付說明 (EOB)。

EOB 會告訴您在該月份當中，您，或其他人代您支付的 Medicare Part D 處方藥物總金額，以及我們就您的各項 Medicare Part D 處方藥物所給付的總金額。此 EOB 不是帳單。EOB 對您使用的藥物有更多資訊，請參閱第 148 頁會員手冊第 6 章 A 部分，瞭解更多關於 EOB 的資訊，以及它如何協助您追蹤藥物承保。

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

K. 更新您的會員資格記錄資訊

您可在您的資訊發生變更時通知我們，好讓您的會員資格隨時保持在最新狀態。

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

如發生下列情況，請立即告知我們：

- 您的姓名、地址，或電話號碼變更；
- 其他健康保險承保範圍的任何變更，例如您的雇主、您配偶的雇主、您同居伴侶的雇主，或勞工賠償獲得的保險；
- 任何責任理賠，例如汽車意外事故的理賠；
- 您入住護理設施或醫院；
- 自醫院或急診室接受的照護；
- 您的照護提供者 (或任何負責照顧您者) 之變更；以及，
- 若您參加一項臨床試驗研究。(注意：您不需要告訴我們您所參與的臨床試驗研究，但我們鼓勵您這麼做)。

如果有任何資訊變更，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



K1. 個人健康資訊的隱私權 (PHI)

您的會員資格紀錄資訊中可能包括您的個人健康資訊 (PHI)。聯邦和州法律規定我們應對您的 PHI 保密。我們保護您的 PHI。如需我們如何保護您的 PHI 的詳細資訊，請參閱 *會員手冊* 第 176 頁第 8 章 C1 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 2 章：重要電話號碼及資源

簡介

本章將提供您重要資源的聯絡資訊，以回答您對本計劃和您的健康照護給付的相關疑問。您也可運用本章來瞭解如何聯絡您的照護協調員和能為您辯護的其他人士。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 會員服務.....	25
B. 您的照護協調員.....	28
C. 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP).....	31
D. 護士諮詢電話專線.....	32
E. 行爲健康危機處理專線.....	33
F. 品質改善組織 (QIO).....	34
G. Medicare.....	35
H. Medi-Cal.....	36
I. Medi-Cal Managed Care 和 Mental Health Office of the Ombudsman.....	37
J. 郡政府的社會服務部.....	38
K. 郡政府精神健康專科計劃.....	40
L. California Department of Managed Health Care.....	41
M. 幫助人們支付處方藥物費用的計劃.....	42
M1. Extra Help.....	42
N. 社會安全局.....	43
O. 鐵路退休委員會 (RRB).....	44

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



P. 其他資源..... 45

Q. Medi-Cal Dental Program..... 46

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 會員服務

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

請聯絡會員服務部以取得以下方面的協助：

- 與計劃有關的問題
- 有關索賠或帳單的問題
- 與您健康照護有關的承保決定
 - 與您健康照護服務有關的承保決定是指與下列事項有關的決定：
 - 您的給付和承保服務，**或**
 - 我們針對您的健康服務給付的金額。
 - 如果您對與您健康照護有關的承保決定有疑問，請致電與我們聯絡。
 - 若要進一步瞭解承保決定，請參閱會員手冊第 189 頁第 9 章 E 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 與您健康照護有關的上訴
 - 上訴是指透過正式方式要求我們審查我們所作的承保決定，且若您認為我們的決定有誤，或不同意該決定，因而要求我們變更我們的決定。
 - 若要進一步瞭解如何提出上訴，請參閱您 *會員手冊* 第 189 頁第 9 章 E 部分，或致電會員服務部。
- 與您健康照護有關的投訴
 - 您可以針對我們，或針對任何服務提供者 (包括非網絡，或網絡內服務提供者) 提出投訴。網絡內服務提供者是指與我們計劃合作的服務提供者。您也可以向我們，或品質改進組織 (QIO) 提出有關您所接受之照護品質的投訴 (請參閱第 34 頁 F 部分)。
 - 您可以致電我們，說明您的投訴，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。
 - 如果您的投訴是與您健康照護服務的承保決定有關，您可以提出上訴 (請參閱上述章節)。
 - 您可以向 Medicare 提交與本計劃有關的投訴。您可以使用線上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
 - 您可以向 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提出有關本計劃的投訴，電話：1-888-804-3536。
 - 如欲瞭解有關提出健康照護相關投訴的詳情，請參閱 *會員手冊* 第 223 頁第 9 章 K 部分。
- 與您藥物有關的承保決定
 - 與您藥物有關的承保決定，是指與下列事項有關的決定：
 - 您的給付和承保藥物，或
 - 我們針對您的藥物所給付的金額。
 - 非 Medicare 承保藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話：800-977-2273。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如欲瞭解有關 Medicare 處方藥物的承保決定詳細資訊，請參閱會員手冊第 203 頁第 9 章 G 部分。
- 與您藥物有關的上訴。
 - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。
 - 如欲瞭解提出與您處方藥相關的上訴之詳細資訊，請參閱會員手冊第 203 頁第 9 章 G 部分。
- 與您藥物有關的投訴。
 - 您可以針對我們，或針對任何藥房提出投訴。其中包括與您處方藥有關的投訴。
 - 如果您的投訴是與您的處方藥承保決定有關，您可以提出上訴。(請參閱上述章節)
 - 您可以向 Medicare 提交與本計劃有關的投訴。您可以使用線上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
 - 如欲瞭解更多有關提出您處方藥投訴的詳情，請參閱會員手冊第 223 頁第 9 章 K 部分。
- 針對您已付費的健康照護或藥物提供的給付
 - 如欲進一步瞭解如何要求本計劃償還您所支付的費用，或如何要求本計劃支付您所收到的帳單，請參閱會員手冊第 153 頁第 7 章 A 部分。
 - 如果您要求我們支付某份帳單，而我們拒絕您任一部分的要求，您可以針對我們的決定提出上訴。請參閱會員手冊第 189 頁第 9 章 E 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



B. 您的照護協調員

照護協調員是一個主要是與您、健保計劃和您的醫師及其他服務提供者共事者，以確保您取得您所需之健康照護。

會員服務部也可告知您如何與照護協調員聯絡。照護協調員：

- 會協助您整合健康照護服務，以滿足您的健康照護需求。
- 會與您合作一起擬訂照護計劃。
- 會協助您決定照護團隊的成員。
- 會為您提供管理健康照護服務所需的資訊。

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

致電	1-833-340-0083。此為免付費電話。 代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點 (EST)。 我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。
TTY	711。此為免付費電話。 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點 (EST)。
寫信	Wellcare by Health Net, Attention: Care Coordination Team 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
網站	www.wellcare.com/healthnetCA

聯絡您的照護協調員，尋求以下方面的協助：

- 與您健康照護有關的問題
- 與取得行爲健康 (精神健康與物質使用障礙症) 服務有關的問題

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 與牙科給付有關的問題
- 與前往醫療約診有關的交通問題

長期服務與支援 (LTSS) 包括成人社區服務 (CBAS)，以及護理設施 (NF)。

有時您可以取得日常健康照護服務，以及生活上所需的協助。

您可能可取得下列服務：

- 成人社區服務 (CBAS)、
- 專業護理照護、
- 物理治療、
- 職能治療、
- 語言治療、
- 醫療社會服務，及
- 居家健康照護。
- 居家支援服務可透過您的郡社會服務機構，和
- 社群支援福利獲得。

成人社區服務 (CBAS)：

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

符合資格的會員還必須滿足下列其中一項條件：

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



C. 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)

州健康保險協助計劃 (SHIP) 為投保 Medicare 者提供免費的健康保險諮詢。在 California，SHIP 稱為健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。HICAP 諮詢人員可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題。HICAP 在每個郡均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。

HICAP 與任何保險公司，或健保計劃均無關聯。

致電	1-800-434-0222，服務時間為週一至週五，上午 9 點至下午 5 點。
TTY	711 (全國轉接服務) 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點。
寫信	HICAP 請造訪 https://cahealthadvocates.org/hicap/ 以瞭解郡辦公室地點
網站	https://cahealthadvocates.org/hicap/

如需以下方面的協助，請聯絡 HICAP：

- 有關 Medicare 的問題
- HICAP 諮詢人員可回答您有關轉換至新計劃的問題，並協助您：
 - 瞭解您的權利，
 - 瞭解您的計劃選擇，
 - 針對您的健康照護或治療提出投訴，以及
 - 協助您解決帳單問題。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



D. 護士諮詢電話專線

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 護士諮詢專線是由受過訓練的臨床醫護人員提供免付費電話輔導和護理師諮詢的服務，該服務時間為每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天無休。護士諮詢專線提供即時的健康照護評估，以協助會員判定其在當時所需的照護等級。醫護人員會提供一對一的諮詢、回答健康問題並提供症狀管理支援，以讓會員能夠在有自信的情況下作出有關其照護和治療的適當決定。會員可致電其會員 ID 卡背面所列的 Wellcare by Health Net 會員服務部電話號碼，以使用護士諮詢專線。如果您對您的健康或健康照護有疑問，可以撥打護士諮詢電話專線。

致電	<p>1-800-893-5597。此為免付費電話。</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時服務。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
TTY	<p>711。此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時服務。</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



E. 行爲健康危機處理專線

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

致電	<p>1-855-464-3571。此爲免付費電話。</p> <p>持照行爲健康臨床醫護人員每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均提供服務。我們爲非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
TTY	<p>711 (全國轉接服務)。此爲免付費電話。</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p> <p>持照行爲健康臨床醫護人員每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均提供服務。</p>

請撥打行爲健康危機處理專線，尋求以下方面的協助：

- 與行爲健康和藥物濫用服務有關的問題

Wellcare by Health Net 全天候均可爲您提供醫療資訊與建議。當您致電時，我們的行爲健康專科醫師將會回答您提出的保健相關問題。若您有緊急的健康需求，但又不到急診的程度，您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均可致電我們的行爲健康危機處理專線，以諮詢行爲健康方面的臨床問題。如對您所在郡提供的精神健康專科服務有疑問，請參閱 **K 部分**。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



F. 品質改善組織 (QIO)

我們州有一個名為 Livanta 的組織。這是一個由醫師和其他健康照護專業人員所組成的團體，旨在協助為投保 Medicare 者改善照護品質。Livanta 與本計劃並無關聯。

致電	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
寫信	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livantaqio.com

如需以下方面的協助，請聯絡 Livanta：

- 與您健康照護權利有關的問題
- 如果您發生以下情況，您可以針對您所接受的照護提出投訴：
 - 您有關於照護品質的問題；
 - 您認為您的住院時間太短；或者
 - 您認為您的家庭健康照護、專業護理設施照護，或綜合門診患者復健機構 (CORF) 服務太快終止。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G. Medicare

Medicare 是專為年滿 65 歲以上者、部分未滿 65 歲的殘疾人士，以及末期腎臟疾病 (需要透析或腎臟移植的永久性腎功能衰竭) 患者所提供的聯邦健康保險計劃。

負責管理 Medicare 的聯邦代理機構是美國醫療服務中心，或稱 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)。

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



H. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 計劃名稱。這是一項公共衛生保險方案，為低收入的個人提供所需的健康照護服務，包括有兒童的家庭、年長者、殘障人士、寄養兒童，或青少年和孕婦。Medi-Cal 是由州政府和聯邦政府所出資。

Medi-Cal 給付包括醫療、牙科，行為健康和長期服務與支援。

您已投保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您對您的 Medi-Cal 給付有疑問，請致電您的計劃照護協調員。如果您對 Medi-Cal 計劃投保有疑問，請致電 Health Care Options。

致電	1-800-430-4263 服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 6 點。
TTY	711 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
寫信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



I. Medi-Cal Managed Care 和 Mental Health Office of the Ombudsman

Office of the Ombudsman 可作為代表您的辯護者。若您有疑問或投訴，他們可回答您的疑問，且可讓您瞭解該怎麼做。Office of the Ombudsman 也能協助您處理服務或帳單問題。他們與本計劃、任何保險公司，或健保計劃均無關。其服務均為免費。

致電	1-888-452-8609 此為免付費電話。服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。
TTY	711 此為免付費電話。
寫信	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



J. 郡政府的社會服務部

對於適用福利，如果您需要郡社會服務部的相關協助，包含 *IHSS* 和 *Medi-Cal* 的資格、給付，請與您所在郡的社會服務部聯絡。

請聯絡您的郡社會服務部申請居家支援服務，此服務將協助支付提供給您的服務，讓您能在自己的家中保持安全。服務類型包括家庭清潔、協助餐點準備、洗衣、雜貨購買，個人照護服務（例如，腸道和膀胱照護、沐浴、修容和輔助醫療服務）、醫療約診的陪同，以及心理障礙人士的保護監督。

如有任何與您的 *Medi-Cal* 資格相關的問題，請聯絡您的郡社會服務部。

Los Angeles County	
致電	<p>1-866-613-3777 此為免付費電話。</p> <p>假日除外：</p> <p>服務時間為週一至週五，上午 7 點半至晚上 7 點半。</p> <p>週六上午 8 點至下午 4 點半。</p>
TTY	<p>711。此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p> <p>服務時間為週一至週五，上午 7 點半至晚上 7 點半。</p> <p>週六上午 8 點至下午 4 點半。</p>
寫信	<p>若要找到最近的社會服務辦公室，請參閱：</p> <p>https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html</p>
網站	<p>dpss.lacounty.gov</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Sacramento County	
致電	1-916-874-2888，此為免付費電話。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
TTY	711。此為免付費電話。 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
寫信	IHSS Public Authority 3700 Branch Center Road, Suite A Sacramento, CA 95827
電子郵件	hhs-pa@saccounty.net
網站	http://pubauth.saccounty.net/

Tulare County	
致電	1-800-571-9555，此為免付費電話。 服務時間為週一至週四，早上 7 點半至下午 5 點。 星期五：上午 8 點至中午 12 點
TTY	711。此為免付費電話。 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 服務時間為週一至週四，早上 7 點半至下午 5 點。 星期五：上午 8 點至中午 12 點
寫信	Tulare County Human Services 4025 W.Noble Ave., Suite A Visalia, CA 93277
網站	www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



K. 郡政府精神健康專科計劃

如果您符合適用條件，您將可透過郡政府精神健康健保計劃 (MHP) 取得 Medi-Cal 的精神健康專科服務。

致電	<p>Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 熱線：</p> <p>緊急情況：聯絡中心專線 1-800-854-7771 此為免付費電話。</p> <p>例行程序：800-854-7771</p> <p>藥物濫用失常 (SUD)：物質濫用服務專線 (SASH) 844-804-7500</p> <p>每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天無休</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
TTY	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p> <p>每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天無休</p>

如需下列事項的協助，請聯絡郡政府精神健康專科計劃：

- 與郡提供之精神健康專科服務有關的問題
- 您可隨時致電 Los Angeles Department of Mental Health 專線，以取得免費且保密的心理健康資訊、服務提供者的服務轉介，以及危機處理諮詢。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



L. California Department of Managed Health Care

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

致電	1-888-466-2219 DMHC 的代表可於週一至週五上午 8 點至下午 6 點為您提供服務。
TDD	1-877-688-9891 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
寫信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	www.dmhc.ca.gov

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



M. 幫助人們支付處方藥物費用的計劃

Medicare.gov 網站 (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費用的資訊。對於收入有限者，也有其他可協助的計劃，如下所述。

M1. Extra Help

因為您有資格參加 Medi-Cal，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。您無需採取任何行動，即可獲得該「Extra Help」。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此為免付費電話，每週 7 天，每天 24 小時服務。
TTY	1-877-486-2048 此為免付費電話。 此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
網站	www.medicare.gov

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



N. 社會安全局

社會安全局負責決定 Medicare 的承保資格和處理投保事宜。凡年滿 65 歲及以上，或是有殘疾或未期腎臟疾病 (ESRD) 且符合特定條件的美國公民和合法永久居民，均符合 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。

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。

致電	<p>1-800-772-1213</p> <p>此為免付費電話。</p> <p>服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。</p> <p>您可以利用社會安全局的自動電話語音服務，獲得語音資訊，並利用這項每天 24 小時服務處理您的事務。</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p>
寫信	<p>Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235</p>
網站	<p>www.ssa.gov</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



O. 鐵路退休委員會 (RRB)

RRB 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 RRB 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 RRB 獲得的給付有問題，請與該機構聯絡。

致電	<p>1-877-772-5772</p> <p>此為免付費電話。</p> <p>如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五早上 9 點至下午 3 點半，以及週三早上 9 點至中午 12 點與 RRB 代表聯繫。</p> <p>如果按「1」，您可以 24 小時 (包括週末和假日) 進入自動 RRB 服務專線並獲得語音資訊。</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p> <p>這不是免費電話。</p>
網站	<p>www.rrb.gov</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



P. 其他資源

Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提供免費協助，以幫助辛苦取得，或維持健康保險者們，並解決他們遇到的健保計劃問題。

如果您遇到下列方面的問題：

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

Medicare Medi-Cal Ombuds Program 可協助投訴，上訴和聽證會。Ombuds Program 的電話號碼是 1-888-804-3536。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Q. 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

致電	<p>1-800-322-6384</p> <p>此為免付費電話。</p> <p>牙科給付可透過 Medi-Cal Dental 按服務收費計劃和 Dental Managed Care (DMC) Program 獲得。Medi-Cal Dental 按服務收費計劃的代表服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p>
網站	<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p>

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 點致電健康照護方案處，電話：1-800-430-4263 (TTY 使用者請致電 1-800-430-7077)。此為免付費電話。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 3 章：利用計劃的承保取得健康照護服務及其他承保服務

簡介

本章含有您透過本計劃獲得健康照護和其他承保服務時，應瞭解的特定條款和規定。本章也提供以下內容：有關於照護協調員的資訊；如何在某些特殊情況下，從不同服務提供者處 (包括從網絡外服務提供者或藥局) 獲得照護；如果您直接收到本計劃承保服務的帳單，該怎麼辦；以及耐用醫療設備 (DME) 所有權的規定。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您會員手冊的最後一章。

目錄

A. 服務和服務提供者的相關資訊.....	49
B. 獲得本計劃承保服務的規定	49
C. 您的照護協調員	50
C1. 什麼是照護協調員	50
C2. 您如何與您的照護協調員聯絡	51
C3. 如何更換您的照護協調員	51
D. 透過服務提供者取得照護.....	51
D1. 主治醫師 (PCP) 的照護.....	51
D2. 透過專科醫師和其他網絡內服務提供者得到照護	54
D3. 如果服務提供者退出本計劃.....	55
D4. 網絡外服務提供者	56
E. 長期服務與支援 (LTSS).....	57
F. 行為健康 (精神健康與物質使用障礙症) 服務	58
F1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務.....	58
G. 交通運輸服務.....	62
G1. 非緊急醫療情況下的交通運輸服務.....	62

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G2. 非醫療交通運輸服務	63
H. 在急診狀況下、在緊急需求時，或在災難期間所提供的承保服務.....	64
H1. 急診狀況下的照護	64
H2. 緊急需求照護	65
H3. 在災難期間取得照護	66
I. 如果您直接收到本計劃承保服務下的帳單，該怎麼做.....	66
I1. 如果本計劃不承保服務，該怎麼做	66
J. 參與臨床試驗研究時，您的健康照護服務如何獲得承保	67
J1. 臨床試驗研究的定義	67
J2. 當您參與臨床試驗研究時，您的醫療服務費用.....	67
J3. 有關臨床試驗研究的更多資訊.....	68
K. 您在宗教性非健康照護機構接受的健康照護服務，如何獲得承保.....	68
K1. 宗教性非健康照護機構的定義	68
K2. 宗教性非健康照護機構提供的照護	68
L. 耐用醫療設備 (DME)	69
L1. 作為本計劃一分子的 DME：	69
L2. 如果您轉換至 Original Medicare，則 DME 所有權的取得方式.....	69
L3. 本計劃會員的氧氣設備福利	70
L4. 當您轉換到 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣 設備	70

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 服務和服務提供者的相關資訊

服務泛指健康照護服務、長期服務與支援 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方與非處方藥物、器材，以及其他服務。**承保服務**是指任何可獲得本計劃給付的服務。在您的**會員手冊第 4 章**中有承保的健康照護、行為健康與 LTSS。承保的處方藥和非處方藥在您的**會員手冊第 5 章**。

服務提供者指為您提供服務和照護的醫師、護理師及其他人士。服務提供者還包括了為您提供健康照護服務、行為健康服務、醫療器材和部分 LTSS 的醫院、居家護理設施、診所及其他場所。

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

B. 獲得本計劃承保服務的規定

本計劃承保 Medicare 和 Medi-Cal 承保的所有服務。這包括特定行為健康與 LTSS。

本計劃將通常會支付您在遵守我們規定時所獲得的健康照護服務、行為健康服務和 LTSS。如欲獲得承保：

- 您所接受的照護必須是**計劃給付**。這表示我們將它納入您的**會員手冊第 76 頁第 4 章 D 部分**的「給付表」中。
- 該照護必須為**必要的醫療**。所謂**必要的醫療**，我們指的是合理且能保護生命的重要服務。必要的醫療照護需求是透過治療疾病或傷害，來預防個人罹患重大疾病或變成殘疾，以及減少重度疼痛。在接受醫療服務時，您必須要有為您開立照護醫囑的**網絡內主治醫師 (PCP)**，或網絡內主治醫師告知您需要使用其他醫師。身為計劃會員，您必須選擇一位網絡內服務提供者擔任您的 PCP。
 - 在大部分情況下，您必須取得本計劃的網絡內 PCP 的核准，才能接受其他非您的 PCP，或本計劃網絡內其他服務提供者的看診。這稱為**轉診**。如果未取得核准，則我們可能不承保該服務。若要進一步瞭解轉診，請參閱本章的第 51 頁 D 部分。
 - 本計劃的 PCP 隸屬於各醫療群體。當您選擇 PCP 時，您也選擇了其所隸屬的醫療群體。這代表您的 PCP 也會為您轉診至隸屬於其醫療群體的專科醫師和服務。醫療群體是由一同合作並與我們計劃簽約合作之 PCP、專科醫師及其他健康照護服務提供者所組成的團體。
 - 您無需取得您 PCP 的轉診，即可獲得急診照護或緊急需求照護，也可於婦女健康服務提供者處就診，或是本章 D1 部分中所列的任何其他服務。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- **您必須從與您 PCP 的醫療團體相關的網絡內服務提供者取得照護。**一般而言，我們將不會承保由未與本健保計劃，以及您 PCP 的醫療團體合作之服務提供者所提供的照護。這表示您必須為提供者提供的服務支付全部費用。下列是不適用於本規定的一些情況：
 - 我們承保網絡外服務提供者所提供的急診，或緊急需求照護 (詳情請參閱本章的 H 部分)。
 - 如果您需要屬於本計劃承保範圍的照護，但本計劃的網絡內服務提供者無法為您提供該照護，則您可透過網絡外服務提供者取得該照護。如果您需要請網絡外服務提供者為您看診，您必須取得事先授權 (PA)。一旦授權獲得核准之後，提出申請的服務提供者，以及同意為會員看診的服務提供者均會接獲核准通知。在此情況下，我們會為您承保該照護，您無需支付任何費用。
 - 當您在本計劃的服務區域外停留一小段時間，或當您的服務提供者暫時無法為您提供服務，或暫時無法取得聯絡時，我們會為您承保腎臟透析服務。您可在獲得 Medicare 認證的透析機構接受這些服務。
 - 當您初次加入本計劃時，您可向我們提出申請，以繼續請您目前的服務提供者為您看診。如果您能夠出示證明，證實您與該服務提供者的既有關係，則按規定我們必須核准您的申請，但有一些例外。請參閱您會員手冊第 1 章第 17 頁 F 部分。如果您的申請獲得核准，您將可繼續請該服務提供者為您看診，期限最長為 12 個月。在此期間，照護協調員將會與您聯絡，協助您尋找本計劃網絡內且隸屬於您 PCP 醫療群體的服務提供者。在這 12 個月的期限過後，如果您繼續請不隸屬於您 PCP 醫療群體的網絡外服務提供者為您看診，我們將不再承保您的照護。

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 的新會員：在您要求投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 後，在大多數情況下您會於下個月的第 1 天投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，獲得 Medicare 給付。您可能還會從上一個 Medi-Cal 健保計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後您將透過 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現缺口階段。如果您有任何疑問，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

C. 您的照護協調員

C1. 什麼是照護協調員

照護協調員是一個主要是對您、健保計劃和您的照護提供者共事者，以確保您取得您所需之健康醫療。照護協調員將會協助您整合健康照護服務，以滿足您的健康照護需求。照護協調員會與您

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



合作一起擬訂照護計劃。他們可以協助您決定照護團隊的成員。照護協調員會為您提供管理健康照護服務所需的資訊。這些資訊也將協助您作出適合自己的決定。

C2. 您如何與您的照護協調員聯絡

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

C3. 如何更換您的照護協調員

如果您想更換照護協調員，請致電聯絡會員服務部。

D. 透過服務提供者取得照護

D1. 主治醫師 (PCP) 的照護

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

PCP 的定義，以及 PCP 能為您做什麼？

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

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

- 您的 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。如果需要某些類型的承保服務，或用品，您必須事先獲得您的 PCP 核准 (如為您轉診給專科醫師看

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



診)。針對特定服務，您的 PCP 將需要取得事先授權 (事先核准)。如果您需要事先授權的服務，您的 PCP 就必須取得本計劃，或您醫療群體的授權。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。

如上述說明，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。當 PCP 認為您需要接受專科治療時，其將必須為您提供轉診 (事先核准)，以讓計劃的專科醫師，或其他特定服務提供者為您看診。只有一些類型的承保服務您不需先取得 PCP 核准就可自行就醫，說明如下。

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

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

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

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

您的 PCP 之選擇

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

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

每個醫療群體和 PCP 都會將患者轉診至特定的計劃專科醫師處，並會使用其網絡內的特定醫院。如果您想使用特定的計劃專科醫師或醫院，請先確認該專科醫師和醫院是否屬於您醫療群體和 PCP 的網絡。您的 PCP 的姓名和電話號碼列印在您的會員卡上。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

更換 PCP 之選擇

您可以隨時因任何原因更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會退出本計劃的網絡。如果您的 PCP 退出我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡內找到新的 PCP。

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

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

他們也會寄給您新的會員卡，上面會有您新 PCP 的姓名及電話號碼。

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

無需取得您 PCP 的核准即可接受的服務

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

- 網絡內服務提供者，或網絡外服務提供者提供的急診服務
- 網絡內服務提供者提供的緊急需求照護
- 在您無法取得網絡內服務提供者提供的服務時 (例如，當您在本計劃的服務區域外或在週末時)，網絡外服務提供者提供的緊急需求照護

注意：緊急需求照護必須為立即需要且為必要的醫療。

- 當您在本計劃的服務區域外時，在經 Medicare 認證的透析機構所接受的透析服務。請在離開服務區域之前致電會員服務部。我們可協助您讓您在離開服務區域時接受透析服務。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 流感疫苗注射、新冠病毒 COVID-19 疫苗接種、B 型肝炎疫苗接種及肺炎疫苗接種，條件是您必須透過網絡內服務提供者取得。
- 例行婦女健康照護與家庭計劃服務。其中包括乳房檢查、乳房 X 光攝影篩檢 (乳房 X 光)、子宮頸抹片檢查及骨盆檢查，條件是您必須透過網絡內服務提供者取得。
- 此外，若您符合接受印第安健康服務提供者所提供服務的資格，您無需取得轉診，即可請這些服務提供者為您看診。
- 網絡內服務提供者和網絡外服務提供者提供的家庭計劃服務。
- 基本產前照護、性傳染疾病服務及 HIV 檢測。

請參閱第 4 章 D 部分第 76 頁，詳細瞭解哪些承保服務可能需要事先核准，如 PCP 的轉診或事先授權。

D2. 透過專科醫師和其他網絡內服務提供者得到照護

專科醫師是指針對特定疾病或特定身體部位，提供健康照護服務的醫師。有許多科別的專科醫師，例如：

- 腫瘤科醫師，照護癌症患者。
- 心臟科醫師，照顧有心臟問題的患者。
- 骨科醫師照顧有骨頭、關節，或肌肉問題的患者。

書面轉診可能適用於一次就診，或如果您需要持續的服務，也可以是長期轉介適用於一次以上就診。在以下任何情況下，我們必須持續將您長期轉診給合格的專科醫師：

- 慢性 (持續性) 疾病；
- 危及生命的精神或身體疾病；
- 退行性疾病或身心障礙；
- 任何其他嚴重或複雜的病症或疾病，需要由專科醫師進行治療。

如果在有需要時沒有獲得書面轉介，我們可能不會支付帳單。如需更多資訊，請撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部。

如果我們無法為您找到合格的計劃網絡內服務提供者，我們必須就下列任何一項條件，為您提供合格專科醫師的長期服務授權：

- 慢性 (持續性) 疾病；

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 危及生命的精神或身體疾病；
- 退行性疾病或身心障礙；
- 任何其他嚴重或複雜的病症或疾病，需要由專科醫師進行治療。

如果在有需要時未先取得我們的服務授權，我們可能不會支付帳單。如需更多資訊，請撥打本頁頁尾印出的電話號碼聯絡會員服務部。

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

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

每個醫療群體和 PCP 都會將患者轉診至特定的計劃專科醫師處，並會使用其網絡內的特定醫院。這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。本章的「更換 PCP 之選擇」部分會告訴您如何更換 PCP。

某些類型的服務可能必須事先取得本計劃，或您醫療團體的書面核准 (這稱為取得「事先授權」)。事先授權是指在接受特定服務之前取得核准的一個程序。如果您需要的服務必須要有事先授權，您的 PCP 或其他網絡內服務提供者必須取得本計劃或您醫療團體的事先授權。申請必須接受審查，並將決定 (組織裁定) 告知您和您的服務提供者。請參閱本手冊第 76 頁上第 4 章 D 部分的「給付表」，以瞭解需要事先授權的特定服務。

D3. 如果服務提供者退出本計劃

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

- 雖然本計劃的服務提供者網絡在一年當中會有所變更，但我們必須為您提供不間斷的管道，讓您可以使用合格的服務提供者。
- 我們將通知您，您的服務提供者將離開本計劃，以便您有時間選擇新的服務提供者。
 - 如果您的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。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 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。
- 我們將會協助您選擇合格的新網絡內服務提供者以繼續為您管理您的健康照護需求。
- 如果您目前正在接受目前服務提供者的醫療治療或療法，您有權提出要求，我們也會與您合作，確保您所獲得必要的醫療治療或療法能夠繼續。
- 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。
- 如果我們無法找到您可獲得的合格網絡內專科醫師，我們必須安排網絡外專科醫師，在網絡內服務提供者無法提供您的照護或福利，或是無法滿足您的醫療需求時提供您的照護。您必須事先取得書面核准，否則我們將不會支付帳單。
- 如果您認為我們沒有將您先前的服務提供者更換為合格的服務提供者，或我們沒有妥善管理您的照護，您有權向 QIO 提出照護品質投訴或提出照護品質申訴，或同時提出兩者。(請參閱第 9 章，以取得更多資訊)。

如果您發現您的其中一位服務提供者即將退出本計劃，請聯絡我們。我們可以協助您尋找新的服務提供者，並管理您的照護。若要與我們聯絡，請參閱本頁底部的資訊。

D4. 網絡外服務提供者

無需轉診即可前往網絡外服務提供者或獲得急診，或緊急需求服務的事先授權。已前往計劃服務區域外旅行的 ESRD 會員所享有的透析服務，無需事先授權也可獲得承保。

- 否則，如果您使用網絡外提供者，您必須事先獲得書面核准。我們無法支付未經批准而為您提供服務的網絡外服務提供者。
- 如果您選擇前往未經核准的服務提供者看診，您必須為您所接受的服務支付全額費用。

如果您前往網絡外服務提供者處就診，該服務提供者必須同時符合參與 Medicare 和/或 Medi-Cal 的資格。

- 我們無法給付不符合 Medicare 和/或 Medi-Cal 參與資格的服務提供者。
- 如果您前往某服務提供者處就診，而該服務提供者不符合加入 Medicare 的資格，您將必須為您所接受的服務支付全額費用。
- 服務提供者必須告知您，其是否符合加入 Medicare 的資格。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



E. 長期服務與支援 (LTSS)

LTSS 是 Medi-Cal 的給付服務，包含多種服務和支援，可協助符合資格的受益人滿足其日常協助需求，並改善其生活品質。範例包括協助沐浴，穿衣和其他日常生活和自我照顧的基本活動，以及支援如洗衣、購物和交通等日常工作。LTSS 是長期提供，主要是在家庭和社區，也包含在護理設施等設施型環境中。如 WIC 的第 14186.1 節所述，Medi-Cal 涵蓋 LTSS 包含下列所有項目：

- a. 根據 California Welfare and Institutions Code 第 3 章第 7 條 (從第 12300 節開始)，以及第 14132.95、14132.952 及 14132.956 節，提供「居家支援服務」(IHSS)。
- b. 成人社區服務 (CBAS)
- c. 多元化老人服務方案 (MSSP) 服務
- d. 專業護理設施服務和亞急性照護服務。

LTSS 可幫助您在家居住，避免住進醫院或專業護理設施。您可以透過本計劃使用特定 LTSS，包括專業護理設施照護、成人社區服務 (CBAS) 和社區支援。居家支援服務計劃為另一種 LTSS 類型，可透過您的郡社會服務機構獲得。

會員必須符合資格要求，並且符合下列任一 (1) 或多個類別的特定標準，才能獲得 LTSS：

1. 會員符合護理設施 A (NF-A)，或以上等級的照護，以及符合 Welfare and Institutions Code 中 (14525(a),(c), (d) 和 (e)；14526.1(d)(1), (3), (4) 和 (5)，以及 14526(e)) 包含的資格和必要的醫療標準。
2. 具有天生，後天或創傷性腦部損傷和/或慢性精神疾病的個人，並展現需要協助或監督的需求，至少具有：
 - a. 下列兩 (2) 項日常活動/日常生活輔助性活動 (ADL/IADL)：沐浴、穿衣、進食、如廁、行走、移動，藥品管理和衛生，或；
 - b. 如上所列的一 (1) 項 ADL/IADL，以及一 (1) 個下列項目：資金管理、取得資源、膳食準備，或交通。
3. 患有中度至重度阿茲海默症，或其他失智症，達下列階段特徵：
 - a. 第 5 階段：中度嚴重的認知衰退：出現記憶的重大差距及認知能力退化。對於日常活動的某些協助變得至關重要。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- b. 第 6 階段：嚴重的認知衰退：記憶困難持續惡化，可能出現重大個性轉變，且受影響的個人在日常活動上需要多方面協助。
 - c. 第 7 階段：非常嚴重的認知衰退：這是疾病的最後階段，患者無法對環境做出反應，失去說話能力，且最終失去控制移動能力。
4. 具有輕度認知障礙的會員，包括中度阿茲海默症或其他失智症，特徵為第 4 階段阿茲海默症的描述，定義為輕度或早期阿茲海默症，特徵為下列一 (1) 項或多項：
- a. 對近期事件的掌握程度變差。
 - b. 有障礙或無法執行具有挑戰性的心理算術。
 - c. 執行複雜工作的能力下降。
 - d. 對個人過往的記憶衰退。
 - e. 受影響的個人看似受到控制且孤僻，尤其是對社交或心理上具有挑戰性的情況下。
 - f. 受益人亦需下列兩 (2) 項 ADL/IADLs 的協助，或監督：沐浴、穿衣、進食、如廁、行走、移動，藥品管理和衛生。
5. 有發育障礙的個人符合區域中心的標準和資格。

F. 行為健康 (精神健康與物質使用障礙症) 服務

您可使用屬於 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍中必要的醫療行為健康服務。我們提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理照護承保的行為健康服務。本計劃不提供 Medi-Cal 的精神健康專科服務，或郡物質使用障礙症服務，但這些服務可透過您當地郡的行為健康機構獲得。

F1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

如果您符合獲得精神健康專科服務的條件，您將可透過郡政府的精神健保計劃 (MHP) 取得 Medi-Cal 的精神健康專科服務。Medi-Cal 的精神健康專科服務由下表所列機構提供包括：

- 精神健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健服務

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 危機介入
- 緊急情況穩定服務
- 成人住宿治療服務
- 緊急住宿治療服務
- 精神健康機構服務
- 精神科住院服務
- 目標個案管理

如果您符合獲得這些服務的條件，則您可透過 Medi-Cal 按服務收費 (FFS) 提供者取得 Medi-Cal 或 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務。Drug Medi-Cal 服務由 Los Angeles、Sacramento 和 Tulare 郡提供，包括：

郡	機構
Los Angeles	物質濫用預防和控制 (SAPC) Los Angeles 郡健康機構
Sacramento	健康服務部物質濫用預防和治療服務
Tulare	酒精和其他藥物 (AOD) 預防，治療和恢復服務

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

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務包括：

- 門診和密集門診服務
- 成癮治療用藥 (也稱為藥物輔助治療)
- 住宿/住院

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

- 戒斷管理
- 戒毒治療服務
- 復原服務
- 照護協調

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

您也可以取得屬於 Medicare 承保範圍並透過 Wellcare by Health Net 管理的行為健康服務提供之必要的醫療行為健康服務，包括但不限於：

- 門診服務：門診危機介入、短期評估與治療、長期專科治療，及任何與物質使用障礙症相關的復健性照護。
- 住院服務和用品：雙人病房，或多人病房膳宿，包括特殊治療病房、用品及通常由機構提供的輔助服務。
- 住院照護和其他住院替代照護：在經 Medicare 認證的機構所提供的部分住院與密集門診服務。
- 戒癮：急性中毒的住院戒癮服務，以及與物質使用障礙症相關的急性醫療病症的治療。
- 急診服務：爲了判定是否有緊急精神醫療病症的存在和判定是否需要提供照護與治療以舒緩，或解除緊急精神醫療病症而提供的篩檢、檢查及評估。

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

行為健康服務排除與限制項目

如欲取得行為健康服務排除與限制項目清單，請參閱第 125 頁第 4 章 F 部分：本計劃、Medicare，或 Medi-Cal 不承保的給付。

用於判定行為健康服務必要的醫療的程序

部分行為健康服務與用品必須要有本計劃的授權才可獲得承保。如欲詳細瞭解可能需要事先授權的服務，請參閱第 4 章第 76 頁 D 部分。若要取得這些服務的事先授權，您必須致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。本計劃會將您轉介至鄰近的特約精神健康專

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



家，由該專家評估您的狀況，以判斷是否需要更多治療。如果您需要治療，特約精神健康專業人士會擬定一套治療方案，並將該計劃交由 Wellcare by Health Net 審查。在計劃提供授權之後，包含在治療方案中的服務即可獲得承保。如果計劃未核准治療方案，則針對該病況所提供的進一步服務，或用品將不再屬於該承保範圍。然而，計劃可能會介紹您前往郡的精神健康部門，以協助您取得您所需的照護。

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

Wellcare by Health Net 行爲健康服務的轉介可由許多人士提供，包括：郡政府的行爲健康服務提供者、郡政府個案經理、PCP、會員本人及其家屬。上述欲提供轉介者，可致電您會員 ID 卡上所列的電話號碼與我們聯絡。我們會確認資格並在適當情況下爲服務提供授權。

我們會與郡共同合作，爲您提供適當的轉介和照護協調。

郡的精神健康專科服務和/或酒精與藥物濫用服務可直接由您自行轉診。

照護協調服務包括按適當情況針對 PCP、郡政府行爲健康服務提供者、郡政府個案經理、您以及您的家屬，或照護提供者所提供的服務進行協調。

如果您有行爲健康服務方面的問題，或想投訴行爲健康服務該怎麼辦

本部分所述的福利同其他所有福利，均需遵守相同的上訴流程。請參閱第 223 頁第 9 章 K 部分，以瞭解投訴的相關資訊。

適用於目前正在接受行爲健康服務之會員的持續照護

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G. 交通運輸服務

G1. 非緊急醫療情況下的交通運輸服務

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

非緊急醫療交通運輸工具是指救護車、簡易醫療車、附輪椅升降機的休旅車，或空中交通工具。Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 可在您需要搭車前往約診時，為您的醫療需求提供最低成本的承保交通運輸模式，以及最合適您的非緊急醫療交通運輸服務。例如，如果您的身體或醫療病症可由附輪椅升降機的休旅車接送，Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 將不會給付救護車費用。只有在您的醫療病症無法以任何形式的地面交通工具載送時，您才有權搭乘空中交通工具。

在下列情況下，必須使用非緊急醫療運輸服務：

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

如需要您的醫師為非緊急情況的**例行約診**開立醫療交通運輸服務，請在您約診至少 72 小時之前（週一至週五）致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。如需**緊急約診**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員 ID 卡。您也可以撥打此電話號碼，索取更多資訊。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，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。此為免付費電話。

醫療交通運輸限制

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G2. 非醫療交通運輸服務

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

- 往返您的服務提供者所授權之服務的約診，或
- 領取處方藥和醫療用品。

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 允許您使用汽車、計程車、巴士或其他公共/私人方式，前往您的醫療服務提供者授權之服務的非醫療約診。Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 利用 Access2Care 安排非醫療交通運輸。我們承保符合您需求的最低成本、非醫療交通工具類型。

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

申請里程報銷補助，需要下列所有文件證明：

- 駕駛人的駕駛執照。
- 駕駛人的行車執照。
- 駕駛人的汽車保險證明。

若需為已獲得授權的服務申請搭乘，請於約診前至少 72 小時 (週一至週五) 致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 會員服務部，電話：：1-800-431-9007 (TTY：711)。如需緊急約診，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員 ID 卡。您也可以撥打此電話號碼，索取更多資訊。

注意：美國印第安人可與當地印第安健康診所聯絡，請求非醫療交通運輸服務。

非醫療交通運輸服務的限制

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 提供最低成本的非醫療交通運輸服務，滿足您從家中至可約診之最近醫療服務提供者的需求。您不能自行開車，或直接申請報銷。

非醫療交通運輸服務不適用於以下情況：

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



H. 在急診狀況下、在緊急需求時，或在災難期間所提供的承保服務

H1. 急診狀況下的照護

急診狀況是指伴隨劇痛，或嚴重傷勢等症狀的醫療病症。該狀況相當嚴重以致於您，或任何具備一般健康及醫學常識者均可預期，若未即時醫治，將會：

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

如果您出現緊急醫療情況：

- **請盡快取得協助。**致電 911，或前往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 之批准或轉診。您不需要使用網絡內服務提供者。只要您需要，您可隨時在美國或其屬地，或全球任何地方，透過任何有適當州政府核發的執照之服務提供者取得急診醫療照護。
- **請盡快告知本計劃您的緊急情況。**我們將會追蹤您的急診照護情況。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。但如果您延遲告知我們，您將不會因此而必須為急診服務付費。撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部。

急診狀況下有哪些承保服務

如果您在前往急診室時需要使用救護車，本計劃也會為您承保救護車服務。我們也承保緊急情況下的醫療服務。如需進一步了解，請參閱您會員手冊第 76 頁上第 4 章 D 部分的「給付表」。

您在美國境外也可以取得承保的急診醫療照護。此項福利給付每年限 \$50,000。如需更多資訊，請參閱本手冊第 76 頁上第 4 章 D 部分「給付表」中的「全球急診/緊急承保」部分，或電話聯絡會員服務部，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

在非緊急情況時取得急診照護

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

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

- 您前往網絡內服務提供者處就診；或
- 您所接受的進一步照護是屬於「緊急需求照護」，且您在接受該照護時有遵守相關規定。請參閱下一部分。

H2. 緊急需求照護

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

在本計劃服務區域內的緊急需求照護

在多數情況下，我們僅會在您符合下列條件時，才會承保緊急需求照護：

- 您透過網絡內服務提供者取得此照護；且
- 您遵守本章所述的相關規定。

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

在嚴重緊急情況下：請撥打「911」，或前往最近的醫院。

如果您的情況沒有太嚴重：致電您的 PCP 或醫療群體，或者如果您無法給他們致電，或如果您立即需要醫療照護，請前往最近的醫療中心、緊急醫療中心或醫院。

如果您不確定自己的情況是否為緊急情況，或是否需要緊急照護，我們的護士諮詢專線隨時為您提供服務。您可以致電 1-800-893-5597 (TTY：711) 聯絡我們的護士諮詢專線，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



身為 Wellcare by Health Net 的會員，您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均可獲得檢傷分類或篩檢服務。如果您需要協助尋找服務提供者，也可以撥打 ID 卡背面，或本頁底部的電話號碼來聯絡會員服務部。會員服務部也能為您轉接至護士諮詢專線。

在本計劃服務區域以外的緊急需求照護

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

本計劃不承保您在美國境外取得的緊急需求照護，或任何其他照護。

在美國境外接受的緊急需求服務可按全球急診/緊急承保承保給付規定納入急診範圍。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章第 76 頁 D 部分「給付表」中的「急診照護」部分。

H3. 在災難期間取得照護

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

請造訪我們的網站，瞭解在宣告災難期間如何獲得您所需的照護：

www.wellcare.com/healthnetCA。

在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡內服務提供者，您可以透過網絡外服務提供者取得免費照護。在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取處方藥。請參閱您會員手冊第 134 頁第 5 章 A8 部分以取得更多資訊。

I. 如果您直接收到本計劃承保服務下的帳單，該怎麼做

如果服務提供者將帳單寄給您而不是寄給本計劃，您應要求我們就該帳單支付費用。

您不應自行支付帳單。如果您自行支付帳單，我們有可能無法償還您所支付的費用。

如果您為承保的服務支付了費用，或者如果您收到承保醫療服務的帳單，請參閱您會員手冊第 153 頁第 7 章 A 部分以瞭解該怎麼做。

I1. 如果本計劃不承保服務，該怎麼做

本計劃承保下列所有服務：

- 獲判定為必要的醫療；且
- 列於本計劃的「給付表」中 (請參閱您會員手冊第 76 頁第 4 章 D 部分)；且
- 您在接受服務時有遵守計劃規定。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



如果您接受本計劃不承保的服務，**您需要自行支付全額費用**，除非該服務在我們計劃以外的另一個 Medi-Cal 計劃中獲得承保。

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

您**會員手冊**第 189 頁**第 9 章 E** 部分將為您說明，如果您希望我們承保一項醫療服務或用品時，該怎麼做。該章節還會告訴您該如何針對我們的承保決定提出上訴。請致電會員服務部，以進一步瞭解您的上訴權利。

我們會在一定的限制內給付部分服務。如果您使用超過該限制，您在進一步接受該類型的服務時，需要支付全額費用。請參閱**第 4 章**瞭解具體的給付限制。請致電會員服務部，以瞭解何謂給付限制，以及您已經使用了多少福利。

J. 參與臨床試驗研究時，您的健康照護服務如何獲得承保

J1. 臨床試驗研究的定義

臨床試驗研究 (又稱為臨床試驗) 是醫師測試新型健康照護或藥物的一種方式。一項由 Medicare 核准的臨床試驗研究，通常請求自願者參與研究。

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

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

如果您想要參與經 Medicare 核准的任何臨床試驗研究，您不需要告訴我們，或經過本計劃或您主治醫師的核准。在研究中為您提供照護的服務提供者不一定要是網絡內服務提供者。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。

在您參與臨床試驗研究之前，我們鼓勵您事先告知我們。

如果您計劃要參與臨床試驗研究，且該研究由 Original Medicare 為投保人承保，我們鼓勵您或您的照護協調員聯絡會員服務部，告知我們您將參與一項臨床試驗。

J2. 當您參與臨床試驗研究時，您的醫療服務費用

如果您自願參與由 Medicare 核准的臨床試驗研究，您無需為該研究承保的服務支付任何費用。Medicare 會給付研究範圍內承保的服務，以及與您的照護相關的例行費用。一旦您加入經

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Medicare 核准的臨床試驗研究，您在研究中取得的大多數服務和用品都將屬於承保範圍。這包括：

- 即使您不參加研究 Medicare 也會承保的住院膳宿費用
- 因研究而進行的手術，或其他醫療處置。
- 新照護的任何副作用和併發症治療。

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

J3. 有關臨床試驗研究的更多資訊

您可參閱 Medicare 網站上的「Medicare & Clinical Research Studies (Medicare 與臨床研究)」一文 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)，以瞭解有關加入臨床研究的詳情。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。該專線每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

K. 您在宗教性非健康照護機構接受的健康照護服務，如何獲得承保

K1. 宗教性非健康照護機構的定義

宗教性非健康照護機構是提供照護的場所，而這些照護是您一般在醫院，或專業護理設施可取得的照護。如果在醫院，或專業護理設施接受照護違反您的宗教信仰，我們會承保在宗教性非健康照護機構所提供的照護。

此項福利僅限 Medicare Part A 的住院服務 (非健康照護服務)。

K2. 宗教性非健康照護機構提供的照護

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

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

如欲取得本計劃的承保，您從宗教性非醫療保健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。
- 本計劃的服務承保範圍僅限於非宗教性質的照護。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 若您在該機構的院所中接受服務，則以下條件適用：
 - 您的醫療病症必須讓您能夠取得住院照護，或專業護理設施照護的承保服務。
 - 您必須在入住機構前取得我們的核准，否則您的住院將無法獲得承保。

只要您符合上述規定，住院照護的承保範圍將沒有限制。

L. 耐用醫療設備 (DME)

L1. 作為本計劃一分子的 DME：

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

就某些用品而言，您始終擁有其所有權，例如義肢。我們將在此部分為您說明您租借的 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，只要 DME 為必要的醫療，且您需長期使用該器材，您便可獲得該器材的所有權。此外，該用品必須獲得您 PCP、醫療群體和/或 Wellcare by Health Net 的授權，並由其進行安排和協調。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711) 聯絡會員服務部，以瞭解耐用醫療設備的租借與所有權之規定，以及您需提供的相關文件。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，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。

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

在某些有限的情況下，我們會將 DME 器材的所有權轉移給您。請致電會員服務部，查詢您必須滿足的要求，以及您需要提供的相關文件。即使在加入本計劃之前，您在 Medicare 承保下連續 12 個月擁有 DME，您也不會擁有該設備。

L2. 如果您轉換至 Original Medicare，則 DME 所有權的取得方式

根據 Original Medicare 計劃的規定，租借特定類型 DME 者租借 13 個月後即擁有該器材。根據 Medicare Advantage (MA) 計劃，該計劃可規定租借特定類型 DME 者應租借多少個月才可擁有該器材。

注意：您可以在第 12 章找到 Original Medicare 和 MA 計劃的定義。您也可以 2024 年 Medicare 與您手冊中找到更多資訊。如果您沒有本手冊，您可透過 Medicare 網站 (www.medicare.gov/medicare-and-you)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。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。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



如果沒有選擇 Medi-Cal，您將必須根據 Original Medicare 的規定連續支付 13 期的費用，或根據 MA 計劃的規定連續支付其規定幾期的費用，才能擁有該 DME 器材：

- 您在加入本計劃期間未取得該 DME 的所有權；且
- 您退出本計劃，並透過 Original Medicare 方案中之任何健保計劃以外的計劃，或 MA 計劃取得 Medicare 福利。

如果您在加入本計劃之前已經根據 Original Medicare，或 MA 計劃的規定支付過 DME 器材的費用，您根據 Original Medicare，或 MA 的規定支付過的那些費用將不計入退出本計劃後需支付之費用。

- 你將必須根據 Original Medicare 的規定重新連續支付 13 期的費用，或根據 MA 計劃的規定重新連續支付其規定幾期的費用，才能擁有該 DME 器材。
- 當您轉換回 Original Medicare，或 MA 計劃時，謹依此辦理絕無特例。

L3. 本計劃會員的氧氣設備福利

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

- 租借氧氣設備
- 配送氧氣和含氧內容物
- 提供氧氣和氧氣內容物的管件和相關配件
- 維護和維修氧氣設備

若這對您不再是必要的醫療，或您離開本計劃，則必須歸還氧氣設備。

L4. 當您轉換到 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備

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

若氧氣設備在您租用 36 個月後仍為必要的醫療，則您的供應商必須為您提供下列事項：

- 另外 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若為必要的醫療，您的供應商必須提供最多 5 年的氧氣設備與用品。

若氧氣設備在 5 年期限終止後仍為必要的醫療：

- 您的供應商不再需要提供這些設備用品，您可以選擇向任何供應商取得替代設備。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 重新開始計算 5 年期限。
- 您向供應商租用 36 個月。
- 接著，您的供應商再額外提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備為必要的醫療，每 5 年就會重新開始計算新的週期。

若氧氣設備為必要的醫療，且您離開本計劃並轉換至 MA 計劃，則該計劃至少會承保 Original Medicare 的承保範圍。您可詢問新 MA 計劃承保哪些氧氣設備和用品，以及您需支付的費用。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 4 章：給付表

簡介

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

WellCare Dual Align (HMO D-SNP) 的新會員：在您要求投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 後，在大多數情況下您會於下個月的第 1 天投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，獲得 Medicare 給付。您可能還會從上一個 Medi-Cal 健保計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後您將透過 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現缺口階段。如果您有任何疑問，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 -

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



目錄

A. 您的承保服務.....	74
A1. 公共衛生緊急情況期間.....	74
B. 針對服務提供者向您收取服務費用的規定.....	74
C. 有關本計劃的給付表.....	74
D. 本計劃的給付表.....	76
E. 承保本計劃以外的給付.....	120
E1. California 社區過渡 (CCT).....	120
E2. Medi-Cal Dental Program.....	121
E3. 安寧照護.....	121
E4. 居家支援服務 (IHSS).....	122
E5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Programs.....	122
F. 本計劃、Medicare，或 Medi-Cal 不承保的福利.....	125

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

A. 您的承保服務

本章將為您說明本計劃承保的服務。也可以瞭解哪些服務不屬於承保範圍。有關藥物福利的資訊，請參閱您的會員手冊第 131 頁第 5 章 A 部分。本章也將說明部分服務的限制。

由於您透過 Medi-Cal 取得協助，因此只要您遵守本計劃規定，您便無需為承保服務支付任何費用。如需有關本計劃規定的詳細資訊，請參閱會員手冊第 51 頁第 3 章 B 部分。

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

A1. 公共衛生緊急情況期間

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

B. 針對服務提供者向您收取服務費用的規定

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

您不應收到服務提供者寄給您的承保服務帳單。若發生該情形，請參閱會員手冊第 153 頁第 7 章 A 部分，或致電會員服務部。

C. 有關本計劃的給付表

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



- 我們根據 Medicare 與 Medi-Cal 設立的規定為您提供 Medicare 與 Medi-Cal 的承保服務。
- 服務包括健康照護、行為健康及物質濫用服務、長期服務與支援、用品、器材及藥物，必須為必「要的醫療」。必要的醫療說明您需要的服務，用品或藥物，以預防，診斷，或治療醫療病症，或維持您目前的健康狀態。這包括了讓您免於住院，或免於入住護理設施所需的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品，或藥物。*當為了保護生命、預防重大疾病，或嚴重殘疾，或減輕劇痛等目的，所需的某項合理且必要的服務，「該服務即為必要的醫療」。*
- 您會透過網絡內服務提供者取得照護。網絡內服務提供者是指與我們合作的服務提供者。在大多數情況下，除非是緊急情況或緊急需求照護，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。您的會員手冊第 3 章 D 部分 (第 51 頁) 有更多關於網絡內服務提供者及網絡外服務提供者看診的資訊。
- 您有主治醫師 (PCP) 或照護團隊為您提供和管理照護。在大部分情況下，您必須取得 PCP 的核准，才能接受其他非 PCP，或本計劃網絡內其他服務提供者的看診。這稱為轉診。您的會員手冊第 3 章 D 部分 (第 51 頁) 有更多關於取得轉診的資訊並說明不需要轉診的情況。
- 部分列於給付表中的服務，只有在您的醫師或其他網絡內服務提供者取得本計劃的事先核准時，才獲得承保。這些服務稱為「事先授權」(PA)。我們在給付表中，以斜體字標示需要 PA 的承保服務。

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 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 參與價值型保險健康與健康照護設計方案，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。
- 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 D 部分第 76 頁的醫療給付表。。
- 符合扣除 Part D 藥物分攤費用資格的會員。請參閱第 6 章以瞭解詳情。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。


如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



Medicare 所核准的 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 以價值型保險設計方案的一部分提供這些給付。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。

- 所有預防服務皆為免費。您在給付表中的預防服務項目旁，會看到此蘋果  標示。
- **社區支援：**可根據您的個人照護計劃提供社區支援。社區支援是醫療上適當且符合成本效益的替代服務或環境。會員可選擇使用這些服務。如果您符合資格，這些服務可以幫助您更獨立生活。它們無法取代您在 Medi-Cal 下已獲得的福利。我們提供的社區支援範例，包括醫療上支援的食物和餐點，或醫療上量身規劃的餐點、為您或您的照護者提供協助，或是在淋浴時使用的扶手欄和坡道。如果您需要協助，或想要瞭解您可能可以使用的社區支援，請致電會員服務部 1-800-431-9007 (TTY：711)，聯絡您的照護協調員，或致電您的健康照護服務提供者。會員服務部服務時間：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。

D. 本計劃的給付表

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 腹主動脈瘤篩檢 本計劃會為風險族群給付一次性超音波篩檢。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。	\$0
針灸 本計劃在任一曆月內最多給付兩次門診針灸服務，或者若為必要的醫療，給付次數可更為頻繁。 若您有慢性腰部疼痛，我們也會在 90 天內給付最多 12 次的針灸看診，慢性腰部疼痛的定義為： <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週，或更長時間； • 非特定 (找不到系統性的原因，例如與轉移性、發炎性，或感染性疾病無關)； <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>針灸 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 <p>此外，若您的狀況有所改善，我們將會為慢性腰部疼痛給付額外八次針灸療程。對於慢性腰部疼痛，您每年不可取得超過 20 次針灸治療。</p> <p>若您沒有好轉，或若您情況惡化，則必須停止對於慢性腰部疼痛的針灸治療。</p> <p>本計劃也承保每年總計最多 24 次補充性 (非 Medicare 承保) 針灸服務門診。</p> <p>在大多數情況下，您必須使用本計劃簽約的服務提供者來獲得承保服務。如果您對於如何使用此項給付有任何疑問，請與本計劃聯絡。</p> <p>承保的針灸服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外</i></p>	
<p> 酒精誤用篩檢及諮詢</p> <p>本計劃將為誤用酒精但非依賴酒精成癮的成人給付一次酒精誤用篩檢 (SABIRT)。這包括孕婦在內。</p> <p>如果您的酒精誤用篩檢結果呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格主治醫師 (PCP)，或執業人員在主要照護環境下所提供的短時間面對面諮詢會談 (條件是您必須有能力接受諮詢並在過程中保持神智清醒)。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>救護車服務</p> <p>承保的救護車服務，無論在緊急情況或非緊急情況下，包括使用定翼機、旋翼機及地面救護交通工具所提供的服務。救護服務會將您送至最近並能為您提供照護的地點。</p> <p>但您的病況必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往照護地點可能會使您的健康，或生命受到威脅。</p> <p>針對其他情況 (非緊急情況) 所提供的救護服務必須獲得本計劃的核准。針對非緊急的情況，我們有可能會給付救護服務的費用。但您的病況必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往照護地點可能會使您的生命，或健康受到威脅。</p>	\$0
<p>年度例行體檢</p> <p>年度體檢包括心臟、肺部、腹部和神經系統檢查，以及實際的身體檢查 (例如頭部、頸部和四肢) 和詳細的醫療/家族病史查看，加上包含在年度保健門診中的服務。</p>	\$0
<p> 年度保健門診</p> <p>您每年可接受一次健康檢查。此健康檢查的目的在於根據您目前的風險因子來擬訂，或更新預防計劃。本計劃將每 12 個月給付一次。</p> <p>注意：您的第一次年度保健門診不能在您的歡迎加入 Medicare 門診後 12 個月內接受。然而，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服務。</p>	\$0
<p>氣喘預防性服務</p> <p>對於氣喘控制不佳者，您可以接受氣喘教育和居家環境評估，以找出居家環境中常見的誘發因子。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。





如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>骨質密度測量</p> <p>本計劃將為符合資格的會員 (通常是指有骨質流失, 或骨質疏鬆風險者) 給付特定程序。這些程序包括測定骨質密度、診查骨質流失, 或確認骨質狀況。</p> <p>本計劃將每 24 個月給付一次此類服務, 或者若為必要的醫療, 給付次數可更為頻繁。本計劃亦會給付醫師檢查與說明檢查結果的費用。</p>	\$0
 <p>乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年齡介於 35 歲至 39 歲者, 一次基本乳房 X 光攝影 • 40 歲及以上女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查 	\$0
<p>心臟復健功能服務</p> <p>本計劃會給付心臟功能復健服務, 例如運動、教育及諮詢。會員必須符合特定條件並取得醫師的轉診。</p> <p>本計劃亦承保密集心臟功能復健計劃, 此計劃的服務比心臟功能復健計劃的服務次數更密集。</p>	\$0
 <p>減少心血管 (心臟) 疾病風險門診 (心臟疾病治療)</p> <p>為幫助您降低罹患心臟疾病的風險, 本計劃每年給付一次 (如為必要的醫療, 可給付多次) 在主治醫師 (PCP) 處接受的看診。您的醫師可能會在看診期間：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 討論阿斯匹林的使用, • 檢查您的血壓, 和/或 • 給您一些建議以確保您的飲食健康。 	\$0

如果您有疑問, 請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), 電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間, 代表的服務時間為週一至週日, 上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間, 代表的服務時間為週一至週五, 上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊, 請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>心血管 (心臟) 疾病檢測</p> <p>本計劃每五年 (60 個月) 給付一次用於檢查心血管疾病的血液檢測。這些血液檢測也會檢查因心臟病高風險而可能導致的缺陷。</p>	\$0
 <p>子宮頸癌及陰道癌篩檢</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 對於所有婦女：每 24 個月一次子宮頸抹片測試和骨盆檢查 • 適用子宮頸癌，或陰道癌高風險婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 • 針對過去三年內曾發生子宮頸抹片檢查結果異常且正值生育年齡的婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 • 針對 30-65 歲的女性：每 5 年一次人類乳突病毒 (HPV) 檢測，或子宮頸抹片檢查加上 HPV 檢測 	\$0
<p>整脊服務</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 矯正脊椎移位的脊椎調整 <p>本計劃還承保每年最多 24 次門診的補充 (非 Medicare 承保) 整脊治療服務。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>結腸直腸癌篩檢</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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鋇灌腸後每 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，或鋇灌腸篩檢結果為高風險的患者，每 48 個月一次。 針對 45 歲以上的患者篩檢糞便潛血檢測。每 12 個月一次。 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行多目標糞便 DNA 檢查。每 3 年一次。 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標記測試。每 3 年一次。 高風險患者，以及自上次鋇灌腸篩檢或最後一次結腸鏡篩檢後 24 個月，可施做鋇灌腸作為替代方法。 鋇劑灌腸篩檢是針對不具高風險且 45 歲以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查替代方法。最後一次鋇灌腸篩檢，或軟式乙狀結腸鏡篩檢後 48 個月至少一次。 <p>在 Medicare 承保的非侵入性糞便式結腸直腸癌篩檢檢測結果為陽性後，結腸直腸癌篩檢檢測包含一次後續結腸鏡篩檢。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>成人社區服務 (CBAS)</p> <p>CBAS 是社區式日間健康方案，向具有慢性醫療、認知，或行為健康病症和/或殘疾且有需要機構照護風險的年長者和成人提供服務。</p> <p>CBAS 計劃是 Medi-Cal 受益人的機構照護替代方案，這些受益人可在居家環境中，且獲得適當的健康、復健、個人照護和社交服務方面的協助。CBAS 計劃強調與參與者、家庭和/或照護者、主治醫師和社區的夥伴關係，旨在維護個人的自主能力。</p> <p>中心提供的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 專業護理服務 • 物理、職能及語言治療 • 精神健康服務 • 治療活動 • 社會服務 • 個人照護 • 熟食和營養諮詢 • 往返參與者居住地的交通 <p>注意：若沒有 CBAS 機構可供使用，本計劃可透過其他方式另行提供上述服務。</p>	\$0
<p>牙科服務</p> <p>身為 Medi-Cal 會員，許多標準牙科服務都可透過 Medi-Cal Dental Program 獲得；這些包括但不限於以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 牙科檢查 (每 12 個月) • 洗牙 (每 12 個月) • 潔治和根面平整 • 塗氟 (每 12 個月) <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>牙科服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 補牙 • 牙冠 (臼齒，或前臼齒 (後齒) 的牙冠在某些情況下可能會被覆蓋) • 根管 • 局部和完整假牙 • 假牙換底墊 • 拔牙 • 緊急情況服務 <p>您可以在 https://smilecalifornia.org，或致電 1-800-322-6384，了解您的 Medi-Cal 牙科給付的詳細資訊。此為免付費電話。</p> <p>牙科給付可透過 Medi-Cal Dental 按服務收費計劃和 Dental Managed Care (DMC) Program 獲得。Medi-Cal Dental 按服務收費計劃的代表服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。</p> <p>TTY 使用者請撥打 1-800-735-2922。此電話號碼供聽障或語障者使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。</p> <p>服務是受益人主要醫療病症中整合至特定治療的一部份時，我們會支付某些牙科服務。例如在骨折或受傷後的齒顎重建、爲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。</p> <p>除了您的 Medi-Cal 承保的牙科給付之外，我們的 Wellcare Dual Align 計劃也承保其他牙科服務和程序。這些服務可能包括但不限於下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 牙冠 - 貴金屬 - 每顆牙齒每 5 個日曆年一次 • 假牙修復 (假牙) - 每個牙弓每 2 個日曆年一次 <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	


如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>牙科服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 牙橋 - 每顆牙齒每 5 個日曆年一次 <p>適用排除與限制項目。</p> <p>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。</p> <p>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 Align (HMO D-SNP) 以查找本計劃的牙科給付詳細資料。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p> 憂鬱症篩檢</p> <p>本計劃每年給付一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在主要照護環境下進行，以便提供追蹤治療和轉診。</p>	\$0
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>如果您具備以下任何一項風險因子，本計劃會給付此項篩檢 (包括空腹血糖測試)：</p> <ul style="list-style-type: none"> 高血壓 膽固醇和三酸甘油酯指數異常 (血脂異常) 病史 肥胖症 高血糖 (葡萄糖) 病史 <p>在其他某些情況下，檢測也有可能獲得承保，如您體重過重且有糖尿病家族病史。</p> <p>視檢測結果而定，您可能符合獲得每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的資格。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p> 糖尿病自我管理訓練、服務與用品</p> <p>本計劃為所有糖尿病患者 (不論其是否有使用胰島素) 給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用於監測血糖的用品，包括下列項目： <ul style="list-style-type: none"> ○ 血糖監測器 ○ 血糖試紙 ○ 採血針裝置和採血針 ○ 用於檢查試紙和監測器準確度的血糖控制解決方案 • 針對患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者者，本計劃會給付下述項目： <ul style="list-style-type: none"> ○ 每曆年一雙訂製的治療鞋 (包括鞋墊和試穿)，以及額外兩付鞋墊；或 ○ 每年一雙鞋身加深的鞋子和三付鞋墊 (包括試穿，但不包括此類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊) • 在某些情況下，我們會給付協助您管理糖尿病所需的訓練費用。如欲瞭解詳情，請聯絡會員服務部。 <p>Lifescan 的 OneTouch™ 產品是我們首選的糖尿病檢測用品 (葡萄糖監測儀和試紙)。其他品牌不在承保範圍內，除非是必要的醫療並已獲得事先授權。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>陪產員服務</p> <p>對於懷孕者，我們會在產前和產後期間支付 9 次陪產員提供看診的費用，並在分娩和生產期間提供支援。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>耐用醫療設備 (DME) 及相關用品</p> <p>請參閱《會員手冊》第 12 章，以瞭解「耐用醫療設備 (DME)」的定義。</p> <p>我們涵蓋下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 輪椅，包括電動輪椅 • 拐杖 • 動力床墊 • 固態氣墊床 • 糖尿病用品 • 由服務提供者開立醫囑以供您在家使用的病床 • 靜脈 (IV) 輸液幫浦和支架 • 語音溝通裝置 • 氧氣設備與用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準曲柄拐杖或四腳助行架和替換用品 • 頸部牽引裝置 (掛在門上) • 骨生長刺激器 • 透析照護設備 <p>其他用品亦有可能獲得承保。</p> <p>本計劃將會給付 Medicare 與 Medi-Cal 通常會給付且為必要的醫療用 DME。如果本計劃的供應商未在您所在地區提供特定品牌或廠商的用品，您可以詢問他們是否可為您特別訂購。</p> <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 (續)</p> <p>請聯絡會員服務部以協助您尋找 可提供特定用品的其他供應商。</p> <p>非 Medicare 承保且非居家使用的耐用醫療設備亦可獲得承保。 <i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p>急診照護</p> <p>急診照護是指符合以下條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由受過訓練得以提供急診服務的服務提供者提供；且 • 是治療急診狀況所需。 <p>急診狀況是指伴隨劇痛，或嚴重傷勢的醫療病症。該病況相當嚴重以致於任何具備一般健康及醫學常識者均可預期，若是未即時醫治，將會：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 可能會對您或腹中胎兒的健康造成威脅；或 • 嚴重損害身體機能；或 • 任何身體器官或部位出現嚴重的機能障礙。 • 造成孕婦臨產，指在下列任一情況下進行分娩： <ul style="list-style-type: none"> ○ 沒有足夠時間在您分娩前將您安全轉送至其他醫院。 ○ 轉院可能會對您或腹中胎兒的健康或安全造成威脅。 <p>全球急診/緊急承保範圍。</p> <p>指在美國境外接受的緊急、突發和穩定後照護。</p> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	<p>\$0</p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診照護並在緊急情況穩定之後需要住院照護，您必須返回網絡內醫院接受照護才能繼續獲得給付。僅有在本計劃核准您在網絡外醫院住院的情況下，您才可在網絡外醫院接受住院照護。</p> <p>\$100</p> <p>如果您住院接受住院照護，則不會免除全球急診室/緊急需求服務門診分攤費用。</p>


如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>急診照護 (續)</p> <p>僅限屬於急診、緊急需求照護，或穩定後照護範圍內且在美國境內提供的服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在使用任何其他方式前往急診室均有可能會危及您健康的情況下，救護服務將可獲得承保。 • 外地稅款和費用 (包括但不限於 • 匯率換算或交易手續費) 不屬承保範圍。 <p>全球急診/緊急承保範圍的年度上限為 \$50,000。</p> <p>美國泛指 50 州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Islands 與 American Samoa。</p>	
<p>家庭計劃服務</p> <p>在接受特定家庭計劃服務時，法律允許您選擇任何服務提供者，無論是網絡內服務提供者，或網絡外服務提供者。這包括任何醫師、診所、醫院、藥房，或家庭計劃診所。</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭計劃檢查與醫療治療 • 家庭計劃檢驗與診斷檢測 • 家庭計劃避孕方式 (IUC/IUD、植入式避孕裝置、避孕針、避孕藥、避孕貼片，或避孕環) • 家庭計劃處方用品 (保險套、避孕海綿、泡沫避孕劑、避孕薄膜、子宮隔膜、子宮頸帽) • 不孕症的諮詢與診斷，以及相關服務 • 性傳染疾病 (STI) 的諮詢、檢測及治療 • HIV 和 AIDS 及其他 HIV 相關病況的諮詢與檢測 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>家庭計劃服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 永久性節育 (您必須年滿 21 歲以上才能選擇此項家庭計劃避孕方式。您必須在手術日期的至少 30 天前簽署一份聯邦絕育同意書，但不得超過 180 天)。 • 遺傳諮詢 <p>本計劃亦會給付部分其他的家庭計劃服務。然而，在接受下述服務時，您必須請本計劃網絡內服務提供者看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 不孕症相關醫療病症治療 (本服務不包括人工授孕)。 • AIDS 及其他 HIV 相關病況治療 • 遺傳檢測 	\$0
<p> 健康與保健教育計劃</p> <p>本計劃提供許多著重於特定健康狀況的方案。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒煙和煙草使用戒除；及 • 護理熱線 • 健身給付 <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	


如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>健康與保健教育計劃 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 個人應急響應系統 (PERS)： <p>終身承保一台個人緊急醫療情況響應裝置和月費。個人緊急醫療情況響應裝置讓您安心，並可針對緊急和非緊急需求提供全天候，每週 7 天，每天 24 小時的應變回應。</p> <p>會員可以選擇經由陸上線路連接的傳統式「硬接線」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。</p> <p>如欲瞭解詳情，請致電會員服務部。</p>	\$0
<p>聽力服務</p> <p>本計劃將會給付由您服務提供者所進行的聽力與平衡感檢測。這些檢測將會告訴您是否需要接受醫療服務。當您透過醫師、聽力學家，或其他合格服務提供者取得這些服務時，這些服務將比照門診照護的承保方式。</p> <p>如果您懷孕，或是護理設施的住院者，本計劃亦會給付助聽器，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 耳模、用品及耳塞 費用超過 \$25 的修復服務 (每次) 首組電池 六次就診，以供您在取得助聽器之後，接受同一供應商所提供的訓練、調整及配驗 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>聽力服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 助聽器租借試用期 輔助聽力裝置，外表配戴式骨傳導助聽裝置 <p>本計劃還承保以下補充 (即例行) 聽力服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每年 1 次例行聽力檢查。 每年 1 次助聽器調試與評估。 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。 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p> HIV 篩檢</p> <p>針對下列人士，本計劃將每 12 個月給付一次 HIV 篩檢檢查：</p> <ul style="list-style-type: none"> 要求進行 HIV 篩檢檢測者；或 HIV 感染風險較高者。 <p>針對懷孕婦女，本計劃將在其懷孕期間給付最多三次的 HIV 篩檢檢測。</p> <p>如果您的服務提供者建議，我們也會支付額外的 HIV 篩檢費用。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>居家健康機構照護</p> <p>在您可以開始接受居家健康照護服務之前，您的醫師必須告知本計劃您需要接受居家健康照護服務，且這些服務必須由居家健康機構提供。您必須無法離家，也就是說離開家對您來說有困難。</p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼職或間歇性專業照護和居家健康助理員服務 (如需獲得居家健康照護給付的承保，專業照護和居家健康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 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外</i></p>	<p>\$0</p>
<p>居家輸注治療</p> <p>本計劃將給付居家輸液治療，此定義為於靜脈施打，或用於皮下並且在家中提供的藥物或生物製劑。進行居家輸液時需要下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物或生物物質，例如抗病毒劑或免疫球蛋白； • 器材，例如幫浦；以及 • 用品，例如輸液管或導管。 <p>本計劃不承保居家輸液服務，包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根據您的照護計劃提供的專業服務，包括照護服務； • 會員訓練和教育尚未包括在 DME 給付內； • 遠端監測；以及 • 由合格家庭輸注治療提供者所提供居家輸注治療和居家注藥物的監測服務。 <p><i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>安寧照護</p> <p>如果您的服務提供者和安寧照護醫療主任判定您有末期預後，則您有權選擇安寧照護。這表示，您患有末期疾病且您的預期壽命只剩下六個月，或不到六個月。您可透過任何經 Medicare 認證的安寧照護方案取得照護。本計劃必須幫助您在計劃的服務區內找到 Medicare 認證的安寧照護方案。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。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治療症狀和疼痛的藥物 • 短期喘息照護 • 居家照護 <p>安寧照護服務，以及屬於 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保範圍的末期預後相關的服務，將由 Medicare 付費。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如需更多資訊，請參閱本章第 125 頁 F 部分。 <p>對於本計劃承保但非 Medicare Part A 或 Part B 承保的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本計劃承保 Medicare Part A 或 Part B 不承保的服務。不論我們承保的服務是否與您的末期預後有關， • 本計劃均會承保這些服務。您無需為這些服務支付任何費用。 <p>對於可能由本計劃的 Medicare Part D 福利承保的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物永遠不會同時既享有安寧承保又享有本計劃承保。如需更多資訊，請參閱您會員手冊第 142 頁第 5 章 F3 部分。 <p>注意：如果您需要非安寧照護的照護服務，您應致電您的照護協調員和/或會員服務部以安排服務。非安寧照護的照護服務是指與您末期預後無關的照護。</p> <p>本計劃為尚未選擇安寧照護福利的末期疾病會員，承保安寧照護諮詢服務 (僅限一次)。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>免疫接種</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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) <p>本計劃會給付其他符合 Medicare Part D 承保規定的疫苗。請參閱會員手冊第 151 頁第 6 章，D 部分進一步瞭解。</p> <p>部分 Part B 藥物需要獲得事先授權才可承保。</p>	<p>\$0</p>
<p>居家支持服務</p> <p>如果您符合特定臨床條件，我們會提供居家支援服務，包括打掃、家務和餐食準備，以及在日常生活活動方面提供協助。</p> <p>使用 Medi-Cal FFS IHSS 給付前，您必須先使用 Wellcare Dual Align IHSS 給付。</p> <p>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。</p> <p>服務需要提供下列其中一項證明文件：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 阿茲海默症/其他失智症診斷 • 關節置換手術 • 跌倒康復 • 截肢 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>居家支持服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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。 <p>服務將以 4 小時為單位增量提供，每年最多 12 次的居家支援服務。如欲瞭解詳情，請致電會員服務部。</p>	<p>\$0</p>
<p>住院照護</p> <p>本計劃將給付下述服務和其他必要的醫療但未列於此的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 常規護理服務 • 特殊照護單位 (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 • 必要的外科手術用品和醫療用品 • 用具 (例如輪椅) • 手術和恢復室服務 <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	<p>\$0</p> <p>在您的緊急情況獲得控制之後，您必須取得本計劃的核准，才可繼續在網絡外醫院接受住院照護。</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>住院照護 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 物理、職能及語言治療 • 藥物濫用住院服務 • 在某些情況下，下述類型的移植：眼角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞，以及小腸/多重器官。 <p>如果您需要移植，經 Medicare 核准的移植中心將會審查您的案件，以決定您是否適合接受移植。移植服務提供者可在本地或在服務區域外。如果當地的移植服務提供者願意接受 Medicare 的費率，則您可以選擇在當地或在社區照護範圍外的地點獲取移植服務。如果本計劃提供移植服務的地點是在我們的社區照護範圍外，而您選擇在該地點接受移植，則我們將為您及另外一位陪同人士安排適當的住宿和交通運輸服務，或為您支付相關費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 血液 (包括儲存和輸血) • 醫師服務 <p>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，您應該詢問醫院工作人員。</p> <p>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 - 請發問！」獲得更多資訊。這份概覽表可在以下網站查閱： 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。</p> <p>在您的緊急情況獲得控制之後，您必須取得本計劃的核准，才可繼續在網絡外醫院接受住院照護。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>精神科醫院的住院服務</p> <p>本計劃將會給付需要住院的精神健康照護服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您需要在獨立的精神科醫院接受住院服務，我們會給付前 190 天的住院。之後，當地郡的精神健康機構會支付必要的醫療住院精神科服務。本計劃將會與您所在郡的精神健康機構協調，以取得您住院超過 190 天後所需的照護授權。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 • 如果您已年滿 65 歲以上，本計劃將會給付您在精神疾病機構 (IMD) 所接受的服務。 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>
<p>住院：在醫院，或是專業護理設施 (SNF) 接受的非承保住院期間的承保服務</p> <p>如果您已經用盡您的住院給付，或者住院不合理且非必要的醫療，我們不會為您的住院提供承保。</p> <p>然而，在某些不承保住院照護的情況下，本計劃可能仍會給付您待在醫院或護理設施期間所接受的服務。如欲瞭解詳情，請聯絡會員服務部。</p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 診斷檢測 (例如實驗室檢驗) • 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，以及其他用於骨折和脫臼的裝置 • 義體和矯正裝置 (牙科用除外)，包括此類裝置的置換或修復。這些是取代全部或部分機能的裝置： <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>住院：在醫院，或是專業護理設施 (SNF) 接受的非承保住院期間的承保服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 體內器官 (包括周邊組織)，或 ○ 取代失能或失常之體內器官的機能。 ● 腿部、手臂、背部和頸部用支架，疝帶，以及腿部義肢、手臂義肢和義眼。承保範圍包括因斷裂、磨損、遺失，或您病況變化所需的調整、修復和置換 ● 物理治療、語言治療和職能治療 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>腎臟病服務與用品</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 教導腎臟照護並協助您針對您的照護作出適當決定的腎臟病教育服務。您必須患有第 IV 階段的慢性腎臟病，且您的醫師必須為您提供轉診。本計劃承保最多六堂腎臟病教育服務課程。 ● 門診透析治療，包括暫時離開服務區域時所接受的透析治療 (如會員手冊第 56 頁第 3 章 D4 部分的說明)，或當您的提供者暫時無法提供或無法取得此服務時。 ● 住院透析治療 (如果您是以住院患者身分住院接受特殊照護) ● 自行透析訓練 (包括針對您和任何協助您進行居家透析治療之人士而提供的訓練) ● 居家透析設備和用品 ● 部分居家支援服務 (例如，在必要的時候，由受過訓練的透析工作人員至您家查看您的居家透析情況、協助處理緊急情況，並檢查您的透析設備和供水)。 <p>您的 Medicare Part B 藥物福利給付部分透析用藥物。如需更多資訊，請參閱本表的「Medicare Part B 處方藥」部分。</p> <p><i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。</i></p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>肺癌篩檢</p> <p>如果您符合以下條件，本計劃將每 12 個月給付一次肺癌篩檢：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年齡介於 50-77 歲之間；且 • 接受醫師或其他合格服務提供者的諮詢與共同決策看診，且 • 曾每天至少抽 1 包煙並持續達 20 年之久，且沒有肺癌的病徵或症狀，或是目前有抽煙，或已在最近 15 年內戒煙。 <p>在首次篩檢之後，本計劃每年會在您的醫師或其他合格服務提供者開立書面醫囑的情況下，給付其他篩檢服務。</p>	\$0
<p>膳食福利</p> <p>急性後期膳食：</p> <p>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。</p> <p>請聯絡會員服務部安排膳食遞送事宜。電話號碼位於本頁下方。</p> <p><i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。</i></p>	\$0
 <p>醫療營養療法</p> <p>此福利適用於罹患糖尿病，或罹患腎臟病但無需透析者。此福利亦適用於已接受腎臟移植者，需有醫師的醫囑。</p> <p>在您接受 Medicare 所提供之醫療營養治療服務的第一年期間，本計劃會給付三小時的一對一諮詢服務。若為必要的醫療，我們可能會核准其他服務。</p> <p>在其之後，本計劃每年會給付兩小時的一對一諮詢服務。如果您的病況、治療，或診斷結果有所變化，在醫師的醫囑下，您接受治療的時數可能可以增加。如果您的治療需要持續至下一個曆年，則醫師必須每年均為這些服務開立一次處方，並更新其醫囑內容。若為必要的醫療，我們可能會核准其他服務。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP)</p> <p>本計劃會支付 MDPP 服務的費用。MDPP 是爲了幫助您增加健康行爲而設計的。MDPP 提供實際訓練於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 長期飲食改變，和 • 增加身體活動量，和 • 制定策略以達成持續減肥和健康生活模式。 	\$0
<p>Medicare Part B 處方藥</p> <p>這些藥物屬於 Medicare Part B 的承保範圍。本計劃給付下列藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常不是由您自行注射，而是在接受醫師、醫院門診，或門診外科手術中心服務時，所注射或輸注的藥物 • 由耐用醫療設備 (如必要的醫療胰島素幫浦) 提供的胰島素 • 您使用本計劃所授權的耐用醫療設備 (例如噴霧器) 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 • 骨質疏鬆注射藥物。如果您行動不便，且醫師證明您的骨折與停經後的骨質疏鬆有關，同時您無法自行注射藥物，則這類藥物可獲得給付 • 抗原 • 某些口服抗癌藥和抗噁心藥 <p>部分居家透析藥物，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)</p> <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>Medicare Part B 處方藥 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏疾病患者居家治療使用 <p>以下連結為 Medicare Part B 藥物清單，可能受循序用藥限制：www.wellcare.com/healthnetCA。</p> <p>我們也根據 Medicare Part B 和 Medicare Part D 處方藥福利承保某些疫苗。</p> <p>您會員手冊第 131 頁第 5 章 A 部分會說明本計劃的門診處方藥福利。其說明您必須遵守的處方承保規定。</p> <p>您會員手冊第 150 頁第 6 章 C2 部分會說明您透過本計劃為門診處方藥支付的費用。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p>護理設施照護</p> <p>護理設施 (NF) 是為無法在家接受照護卻又不需要住院者提供照護的場所。</p> <p>本計劃的給付服務，包括但不限於以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 護理服務 ● 物理治療、職能治療和語言治療 ● 呼吸治療 ● 根據您的照護計劃提供給您的藥物。(這包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子)。 ● 血液 (包括儲存和輸血) ● 通常由護理設施提供的醫療與外科手術用品 ● 通常由護理設施提供的檢驗 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>護理設施照護 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常由護理設施提供的 X 光與其他放射線服務 • 通常由護理設施提供的用具 (例如輪椅) • 醫師/執業人員服務 • 耐用醫療設備 • 牙科服務 (包括假牙) • 視力福利 • 聽力檢查 • 脊椎推拿治療 • 足部治療服務 <p>通常您會從網絡內機構取得照護。然而，您可能也可以透過網絡外的機構取得照護。如果下述場所同意接受本計劃的給付金額，您將可透過下述場所取得照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在前往醫院之前所住的護理設施，或持續照護退休社區 (只要其有提供護理設施照護)。 • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的護理設施。 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	
<p> 肥胖症篩檢與減重治療</p> <p>如果您的身體質量指數為 30 或以上，本計劃將會給付協助您減重的諮詢服務。您必須在主要照護環境下接受諮詢服務。這樣醫師才能配合您完整的預防計劃處理您的減重治療。請與您的主治醫師討論，以瞭解詳情。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>鴉片類藥品 (OTP) 治療方案服務</p> <p>本計劃將給付下述服務，以治療鴉片類藥品使用疾患 (OUD)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 攝取活動 • 定期評估 • 由 FDA 核准的藥物；若適用，由 FDA 管理和提供您這些藥物 • 藥物使用諮詢 • 個人與團體治療 • 體內藥物或化學物質檢測 (毒性檢測) <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>門診診斷測試和治療服務與用品</p> <p>本計劃將給付下述服務和其他必要的醫療但未列於此的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射線 (鐳和同位素) 療法，包括技術人員所用材料和服務 • 外科用品，如敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置 • 化驗 • 血液 (包括儲存和輸血) • 其他門診診斷測試 <ul style="list-style-type: none"> ○ (包括複雜測試，例如 CT、MRI、MRA、SPECT) <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>醫院門診服務</p> <p>本計劃會給付您爲了診斷或治療疾病或傷害，而在醫院門診部門所接受必要的醫療之服務，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 急診部門或門診診所之服務，例如門診手術或觀察服務 <ul style="list-style-type: none"> ○ 觀察服務可協助您的醫師瞭解是否需要您以「住院」身分入院。 ○ 有時候，您可以在醫院過夜，但仍然屬於「門診患者」。 ○ 您可以在此資料表中取得更多關於住院或門診的資訊：www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf。 ● 由醫院請款的檢驗與診斷測試 ● 心理健康照護，包括由部分住院方案所提供的照護，只要醫師證明不接受該照護就必須住院治療 ● 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 ● 列於給付表中的預防性篩檢與服務 ● 部分您無法自行施用的藥物 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>門診精神健康照護服務</p> <p>本計劃將給付由下列人士提供的精神健康服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 持有州政府執照的精神科醫師或醫師 ● 臨床心理醫師 ● 臨床社工 ● 臨床專科護理師 ● 持照專業顧問 (LPC) ● 持照婚姻與家庭治療師 (LMFT) ● 專科護理師 (NP) ● 醫師助理 (PA) ● 其他任何在適用州法律許可範圍內的合格 Medicare 心理健 康照護專業人士 <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 臨床服務 ● 日間治療 ● 心理社會復健服務 ● 部分住院/密集門診方案 ● 個人及團體心理健康評估與治療 ● 根據臨床顯示係評估心理健康狀況所需的心理測驗 ● 以監測藥物治療為目的的門診服務 ● 門診檢驗、藥物、用品與補充品 ● 精神科諮詢 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>門診復健服務</p> <p>本計劃將會給付物理治療、職能治療及語言治療。</p> <p>您可透過醫院門診部、治療師執業的獨立診所、綜合門診復健機構 (CORF) 和其他機構取得門診復健服務。</p> <p><i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>藥物濫用門診服務</p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 酒精誤用篩檢及諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格臨床醫師進行的團體或個人諮詢 • 由住院戒癮方案提供的亞急性解毒服務 • 在密集門診治療中心進行的酒精和/或藥物濫用服務 • 長效納曲酮 (vivitrol) 藥物治療 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>門診外科手術</p> <p>本計劃會給付在醫院門診機構及門診外科手術中心進行的門診外科手術與服務。</p> <p><i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>日間住院服務與密集門診服務</p> <p>密集門診服務是由醫院門診服務、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照護更高，但低於日間住院。</p> <p>部分住院是一項結構化的積極精神科治療方案。該方案是醫院門診服務，或在社區心理健康中心提供。部分住院治療比您在醫師，或治療師的診所接受的照護更為密集。該方案可協助您免於住院。</p> <p>注意：由於本計劃網絡內沒有社區精神健康中心，因此本計劃僅會承保在醫院門診服務所提供的部分住院服務。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>醫師/服務提供者服務，包括醫師門診</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在諸如下列地點所提供必要的醫療之健康照護或外科手術服務： ● 醫師診間 ● 經認證的門診手術中心 ● 醫院門診部 ● 專科醫師提供的諮詢、診斷和治療 ● 由您主治醫師提供的基礎聽力與平衡感檢查，前提是您的醫師是爲了確認您是否需要治療而安排此檢查 ● 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。 <p>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。</p> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>醫師/服務提供者服務，包括醫師門診 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 <p>承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。</p> <p>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絡和具備相機功能的裝置。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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，或其他地方的會員提供的諮詢、診斷與治療服務 ● 與末期腎臟疾病 (ESRD) 相關的每月遠距醫療服務，適合在醫院，或在偏遠地區醫院透析中心、透析機構，或在家中的居家透析會員 ● 診斷、評估，或治療中風症狀的遠距照護服務 ● 為藥物使用失調會員，或同時存在精神健康障礙會員提供的遠距照護服務 ● 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： <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>醫師/服務提供者服務，包括醫師門診 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果符合以下條件，與您的醫師進行 5-10 分鐘的虛擬檢查 (例如透過電話，或視訊聊天)： <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 • 如果符合以下條件，您傳送給醫師的影片和/或影像的評估，以及醫師在 24 小時內的解釋和追蹤： <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>如果您不是新患者，可透過電話、網絡，或電子健康記錄與其他醫師進行您醫師為您提供的諮詢服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在進行某項醫療程序前，由其他網絡內服務提供者提供的第二意見 • 非例行牙齒照護。承保服務僅限下述服務： <ul style="list-style-type: none"> ○ 下顎或下顎相關部位的外科手術 ○ 下顎或顏面骨骨折固位 ○ 在接受腫瘤癌症的放射線治療前所進行的拔牙 ○ 在由醫師提供時即屬承保範圍的服務 <p><i>您應與您的服務提供者討論並取得其轉診。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。




如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>足部治療服務</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 足部傷害與足部疾病 (例如槌狀趾或足跟骨刺) 的診斷、醫療，或外科手術治療 針對罹患會影響腿部之病況 (例如糖尿病) 的會員所提供的例行足部照護 <p>其他例行足部照護每年最多 12 次就診</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p> 前列腺癌篩檢檢查</p> <p>針對年滿 50 歲以上的男性，本計劃會每 12 個月一次給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 直腸指診 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測 	\$0
<p>義肢裝置和相關用品</p> <p>義體裝置可取代所有或部分身體部位，或身體機能。本計劃會給付下述義體裝置 (可能還有其他裝置未列於此)：</p> <ul style="list-style-type: none"> 與結腸造口術照護相關的結腸造口袋與用品 腸道和靜脈營養，包括輸液配套用品、輸液幫浦、輸液管和連接裝置、溶液和自行注射用品 起搏器 支架 義肢鞋 人工手臂與人工腿 義乳 (包括用於乳房切除術後的外科手術胸罩) <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>義肢裝置和相關用品 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用來更換因疾病、受傷，或先天缺陷而除去，或損傷之所有臉部部分的假體 • 失禁用乳膏和尿布 <p>本計劃亦給付與義肢裝置相關的部分用品。本計劃亦給付義肢裝置的修復或置換。</p> <p>本計劃針對白內障移除，或白內障手術後的用品提供部分承保。請參閱本表後面的「視力照護」部分以瞭解詳情。</p> <p>我們將不會給付假牙裝置。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	\$0
<p>肺部復健服務</p> <p>本計劃會為罹患中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員給付肺部復健方案。您必須持有由為您治療 COPD 之醫師或服務提供者所提供的肺部復健轉診。</p>	\$0
<p> 性傳染疾病 (STI) 篩檢與諮詢</p> <p>我們給付衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎篩檢。這些篩檢的承保對象為孕婦，以及具有較高 STI 風險的特定人士。這些檢測必須由主治醫師為您安排。這些檢測每 12 個月一次，或在孕期的特定時間均屬承保範圍。</p> <p>針對有性生活且罹患 STI 風險較高的成人，本計劃亦將給付每年最多兩次的高密集式面對面行為諮詢療程。每次療程的時間可能為 20 分鐘至 30 分鐘。僅有在療程是由主治醫師所提供的情況下，本計劃才會比照預防性服務給付這些療程。這些療程必須在主要照護環境下進行，例如醫師診所。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>專業護理機構 (SNF) 照護</p> <p>本計劃會給付下述服務，可能還有其他服務未列於此：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私家病房 (或單人病房，前提是其為必要的醫療) • 包括特殊飲食在內的膳食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 您根據照護計劃所取得的藥物 (包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子) • 血液 (包括儲存和輸血) • 由護理設施提供的醫療與外科手術用品 • 由護理設施提供的檢驗 • 由護理設施提供的 X 光及其他放射線服務 • 由護理設施提供的用具 (例如輪椅) • 醫師/服務提供者服務 <p>通常您會從網絡內機構取得照護。然而，您可能也可以透過網絡外的機構取得照護。如果下述場所同意接受本計劃的給付金額，您將可透過下述場所取得照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在前往醫院之前所住的護理設施，或持續照護退休社區 (只要其有提供護理設施照護) • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的護理設施 <i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i> 	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
 <p>吸菸和煙草使用戒除</p> <p>如果您有抽煙，但沒有抽煙相關疾病的病徵或症狀，且您想要或需要戒煙：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本計劃在每 12 個月期間，以預防性服務的形式，給付兩次戒煙諮詢。您無需為本服務付費。每次戒煙諮詢均包括最多四次的面對面看診。 <p>如果您有抽煙並經診斷患有抽煙相關疾病，或者您正在服用可能會受到煙草影響的藥品：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本計劃在每 12 個月期間給付兩次戒煙諮詢。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。 	\$0
<p>監督運動療法 (SET)</p> <p>本計劃會為負責治療 PAD 的醫師所轉診之罹患症狀的周邊動脈疾病 (PAD) 會員，給付 SET。</p> <p>本計劃給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果達到了 SET 計劃的要求，承保最高可在 12 個星期內提供 36 次療程 • 如果健康照護服務提供者認為其係必要的醫療，則可在一段時間內再增加 36 次療程 <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 對於因血流不暢而導致腿部痙攣 (跛行) 的會員，提供 30 至 60 分鐘的運動訓練方案療程 • 在醫院門診環境，或在醫師診所中進行 • 由合格的輔導人員提供，以確保益處要大過害處，且這些人員受過 PAD 運動治療的教育訓練 • 由醫師、醫師助理，或專科護理師/臨床專科護理師直接監督，且這些人員均需受過基本和高級的續命技術訓練 	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>交通運輸：非醫療交通運輸</p> <p>此 Medicare 和 Medi-Cal 福利可讓您使用由客車、計程車，或其他大眾/私人交通工具所提供的交通運輸服務，前往接受醫療服務。</p> <p>為獲得所需醫療照護而需要交通接送服務，包括前往牙科約診和領取處方藥。</p> <p>此項福利不會縮減您的非緊急醫療交通運輸福利。</p> <p>我們的 Medicare 計劃承保我們服務區域內 24 次單程交通運輸。超過 24 趟行程的交通為 Medi-Cal 承保給付範圍內。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。</p> <p>在獲得計劃事先核准之前，單次行程限制在 75 英里。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。如需關於計劃核准地點的更多資訊，請致電會員服務。</p> <p>請注意：為使計劃承保，交通接送服務必須由網絡內服務提供者提供。車輛可能會同時載運多位門診患者，在旅途中也可能停在會員目的地以外的地點。在安排您的乘車時間時，請務必提及任何特殊需求或偏好。</p> <p>關於如何取得非緊急醫療交通運輸的詳細資訊，請參閱第 63 頁第 3 章 G2 部分。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>	<p>\$0</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>緊急需求照護</p> <p>緊急需求照護是指爲了治療下述情況所提供的照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 需要立即接受健康照護的非緊急情況；或 • 突發的醫療疾病；或 • 受傷；或 • 需要立即接受照護的病況。 <p>如果您需要接受緊急需求照護，您應先試著透過網絡內服務提供者取得。然而，在您無法取得網絡內服務提供者所提供的服務時，因爲在您的情況下，要從網絡內提供者獲得服務是不可能，或不合理的 (例如，您不在計劃的服務區域內，且您因爲未知的狀況需要醫療上所需的立即服務，但不是緊急醫療情況)，您將可使用網絡外服務提供者。</p>	\$0
<p> 視力照護</p> <p>本計劃將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年一次例行眼科檢查；及 <p>本計劃會給付用於診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫師服務。例如：</p> <p>這包括適用於罹患糖尿病視網膜病變之糖尿病患者者的年度眼科檢查，以及老年性黃斑部病變治療。</p> <p>針對青光眼高風險群，本計劃將每年給付一次青光眼篩檢。青光眼的高風險群包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有青光眼家族病史者 • 糖尿病患者者 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>視力照護 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年滿 50 歲以上的非裔美籍人士 • 年滿 65 歲或以上的西班牙裔美籍人士 <p>每次當醫師透過白內障手術置入人工水晶體後，本計劃會給付一副眼鏡或隱形眼鏡。</p> <p>如果您分別接受兩次白內障手術，您必須在每次手術後取得一副眼鏡。即使您在第一次手術後未取得眼鏡，您亦不得在第二次手術後取得兩副眼鏡。</p> <p>此外，本計劃還承保以下補充 (即例行) 視力服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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患者者視網膜檢查。 • 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： <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>注意：隱形眼鏡配件費用獲本計劃承保。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>視力照護 (續)</p> <p>您負責任何超出給付上限的補充性 (即例行) 眼鏡費用。</p> <p>Medicare 承保下的眼鏡不包括在補充 (即例行) 給付上限中。會員無法使用其補充性眼鏡給付來增加其 Medicare 承保眼鏡上的承保範圍</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外</i></p>	
<p> 「歡迎加入 Medicare」的預防門診</p> <p>本計劃承保此一次性的「歡迎加入 Medicare」的預防門診。此次門診包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 檢視您的健康狀況， • 提供您所需的預防服務教育與諮詢 (包括篩檢和預防針注射)；以及 • 提供您所需的其他照護轉診。 <p>注意：我們僅在您擁有 Medicare Part B 的頭 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」的預防門診。當您在約診時，請讓您的醫師診所知道您想要安排「歡迎加入 Medicare」預防門診。</p>	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。 <p><u>您的卡片津貼可用於下列：</u></p> <p>非處方項目 (OTC)</p> <p>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。</p> <p>承保項目包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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在零售地點尋找已核准的項目，登入您的會員入口網站，或參閱您的目錄。 <p>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。</p> <p><u>由於您的計劃參與價值型保險設計方案，因此您也可以將卡片用於下列任一福利：</u></p> <p>健康食品</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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項目，登入您的會員入口網站，或參閱您的目錄。 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁。</p>	<p>Wellcare Spendables™ 卡無共同保險金、共付額，或自付額。</p> <p>津貼金額可用於下列：</p> <ul style="list-style-type: none"> - OTC 項目 - 健康食品 - 自助加油費用 - 公用事業協助 - 租賃協助 <p>線上寄送和運費會使用津貼資金。最低消費 \$35 即可免運費。</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>Wellcare Spendables™ (續)</p> <p>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。您的卡片最多只能使用至可用的津貼金額。</p> <p>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，支付給公用事業服務提供者，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。</p> <p>此福利的核准費用包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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。</p> <p>如何使用您的卡片：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 使用前請先啓用您的卡片。指示列在卡片隨附的信件上。 • 請造訪參與活動的零售商，登入下列入口網站連結，或下載行動應用程式。 • 選擇您已獲核准的項目/服務。 • 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。 • 您的卡不是信用卡，但可以輸入為「扣款卡」以結帳。如果出現提示，您的 PIN 就是您卡號的最後 4 碼。 <p style="text-align: center;">此項福利內容延續至下頁。</p>	

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



本計劃給付的服務	您必須支付的項目
<p>Wellcare Spendables™ (續)</p> <p>注意：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>如需更多有關 Wellcare Spendables™ 卡的資訊或索取目錄，請致電 1-855-744-8550，TTY：711，在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話，或造訪網站：member.membersecurelogin.com</p>	

E. 承保本計劃以外的給付

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

E1. California 社區過渡 (CCT)

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

您可透過任何為您居住郡提供服務的 CCT 仲介組織，取得過渡協調服務。您可在 Department of Health Care Services 的網站上，找到 CCT 仲介組織及其服務郡的清單：
www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

針對 CCT 過渡協調服務：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



Medi-Cal 給付過渡協調服務。您無需為這些服務支付任何費用。

針對與您 CCT 過渡無關的服務：

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

當您獲得 CCT 過渡協調服務時，我們會支付列於 **D 部分** 給付表中的服務。

藥物承保福利無變更

CCT 方案不承保藥物。您持續透過本計劃獲得普通藥物福利。如需更多資訊，請參閱您 *會員手冊* 第 142 頁第 5 章 F 部分。

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

E2. Medi-Cal 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。

注意：本計劃提供額外的牙科服務。請參閱 **D 部分** 的給付表，以瞭解詳細資訊。

E3. 安寧照護

如果您的服務提供者和安寧照護醫療主任判定您有末期預後，則您有權選擇安寧照護。這表示，您患有末期疾病且您的預期壽命只剩下六個月，或不到六個月。您可透過任何經 Medicare 認證

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



的安寧照護方案取得照護。本計劃必須幫助您找到 Medicare 認證的安寧療護方案。您的安寧醫師可以是網絡內服務提供者，或網絡外服務提供者。

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

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

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

Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保與末期預後無關的服務

- 服務提供者將會針對其為您提供的服務向 Medicare 請款。Medicare 將支付 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保的服務。您無需為這些服務支付任何費用。

對於可能由本計劃的 Medicare Part D 福利承保的藥物

- 藥物永遠不會同時既享有安寧承保又享有本計劃承保。如需更多資訊，請參閱您會員手冊第 142 頁第 5 章 F3 部分。

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

E4. 居家支援服務 (IHSS)

- IHSS 計劃將協助支付提供給您的服務，讓您能在自己的家中保持安全。IHSS 被視為家庭外照護的替代方案，例如護理之家，或寄宿和照護設施。
- 可透過 IHSS 授權的服務類型包括家庭清潔、餐點準備、洗衣、雜貨購買，個人照護服務 (例如，腸道和膀胱照護、沐浴、修容和輔助醫療服務)、醫療約診的陪同，以及心理障礙人士的保護監督。
- 您的照護協調員可以協助您向您的郡社會服務機構申請 IHSS。如需郡社會服務機構的聯絡資訊，請參閱第 38 頁第 2 章 J 部分。

E5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Programs

輔助生活免除方案 (ALW)

- 輔助生活免除方案 (ALW)，提供符合 Medi-Cal 資格的受益人可以選擇居住在輔助生活環境中，作為長期在護理設施中安置的替代選擇。ALW 的目標是幫助護理設施過渡回類似於住家和社區環境，或是避免急需護理設施安置的受益人住進專業護理設施。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



- 在 ALW 中註冊並轉換為 Medi-Cal Managed Care 的會員，仍可維持 ALW 中的註冊資格，同時也會收到本計劃提供的福利。本計劃會與您的 ALW 照護協調機構合作，以協調您收到的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 ALW。如需目前參與 ALW 的照護協調機構清單，請參閱 <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx>。

HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities (HCBS-DD)

對於具有發育障礙的個人，California Self-Determination Program (SDP) Waiver

- 兩項 1915 (c) 免除方案，即 HCBS-DD Waiver 和 SDP Waiver，可為診斷出有發育障礙者在其 18 歲生日之前提供服務，且預計將無限期繼續提供服務。這兩種免除方案是一種資助特定服務的方式，讓有發育障礙者居住在家裡或社區，而不是住在有執照的健康設施中。這些服務的費用由聯邦政府的 Medicaid 計劃和 California 共同資助。您的照護協調員可以協助您與 DD 免除方案服務聯絡。

Home and Community-Based Alternative (HCBA) Waiver

- HCBA Waiver 針對有護理之家，或機構安置風險者提供照護管理服務。照護管理服務由護理師和社工組成的跨科別照護管理團隊提供。該團隊協調 Waiver 與州政府計劃服務 (例如醫療、行為健康、居家支援服務等)，並安排其他長期服務，並支援當地社區所提供的服務。照護管理和豁免服務是在參與者的社區居住地提供。此居住地可以是私人擁有、透過租賃安排，或是參與者家庭成員的住家。
- 加入 HCBA Waiver 並轉換為 Medi-Cal Managed Care 的會員，可繼續投保 HCBA Waiver，同時也享有我們計劃提供的福利。本計劃與您的 HCBA 豁免服務機構合作，協調您所獲得的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 ALW。如需更多資訊，請參閱 [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Medi-Cal Waiver Program (MCWP) 為 HIV 患者提供全方位的個案管理和直接照護服務，作為護理設施照護或住院的替代方案。個案管理以參與者為中心，團隊由專科護理師和社工個案管理經理組成。個案經理會與參與者和主治醫師、家庭、照顧者和其他服務提供者合作，評估讓參與者能留在其住家和社區中的照護需求。
- MCWP 的目標是：(1) 為可能需要機構服務的 HIV 患者提供家庭和社區服務；(2) 協助患有 HIV 的參與者進行健康管理；(3) 改善其對社會和行為健康支援的取得能力，以及 (4) 協調服務提供者並避免重複服務。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



- 加入 MCWP Waiver 並轉換為 Medi-Cal Managed Care 的會員，可繼續投保 MCWP Waiver，同時也享有我們計劃提供的福利。本計劃與您的 MCWP 豁免服務機構合作，協調您所獲得的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 MCWP。如需更多資訊，請造訪 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx。

Multipurpose Senior Services Program (MSSP)

- MultiPurpose Senior Services Program (MSSP) 提供社會與健康照護管理服務，協助個人在其自身的家庭與社區中保持安全。
- 雖然大部分計劃參與者也會獲得居家支援服務，但 MSSP 提供持續的照護協調，將參與者連結至其他需要的社區服務與資源，與健康照護提供者協調，以及購買其他所需服務，來預防或延遲進入安置機構。照護管理和其他服務的總年度合併費用必須低於在專業護理設施接受照護的費用。
- 健康和社會服務專業團隊為每位 MSSP 的參與者提供完整的健康和心理社會評估，以判斷所需的服務。該團隊接著會與 MSSP 參與者、其醫師，家人和其他人合作，制定個人化照護計劃。服務包括：
 - 個案管理
 - 成人日間照護
 - 簡易居家修理/維護
 - 輔助性居家雜務，個人照護和保護性督導服務
 - 喘息服務
 - 交通運輸服務
 - 諮詢和治療服務
 - 膳食服務
 - 溝通服務。
- 加入 MSSP Waiver 並轉換為 Medi-Cal Managed Care 的會員，可繼續投保 MSSP Waiver，同時也享有我們計劃提供的福利。本計劃與您的 MSSP 提供者合作，協調您所收到的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 MSSP。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



機構聯絡資訊

- San Diego County : Aging and Independent Services ; 電話 : 1-855-964-3900 (TTY-711)
- Tulare County : Kings-Tulare Area Agency on Aging ; 電話 : 1-559-623-0199 (TTY-711)
- Sacramento County : California Health Collaborative ; 電話 : 1-916-374-7739 (TTY-711)
- Los Angeles County :
 - Human Services Association ; 電話 : 1-626-358-1185 (TTY-711)
 - Huntington Hospital ; 電話 : 1-626-397-3110 (TTY-711)
 - Jewish Family Services of LA ; 電話 : 1-310-247-0864 (TTY-711)
 - Partners in Care ; 電話 : 1-818-837-3775 (TTY-711)
 - Scan Independence at Home ; 電話 : 1-866-421-1964 (TTY-711)

F. 本計劃、Medicare，或 Medi-Cal 不承保的福利

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

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

本計劃將不給付本部分 (或本會員手冊其他地方) 所列的排除醫療福利，除非是具體明列的病況。即使您在急診機構接受服務，本計劃也不會支付服務費用。如果您認為本計劃應給付某項不承保的服務，您可以提出上訴。如需關於上訴的詳細資訊，請參閱您會員手冊第 189 頁第 9 章 E 部分。

除了給付表所述的排除情況或限制之外，本計劃不承保以下用品和服務：

- Medicare 和 Medi-Cal 認定非「合理且必要的醫療」的服務，除非我們將這些服務列為承保的服務。
- 實驗性治療與外科手術治療、用品及藥物，除非其是屬於 Medicare、Medicare 所核准之臨床試驗研究，或屬於本計劃的承保範圍。請參閱您會員手冊第 66 頁第 3 章 I 部分，以瞭解關於臨床研究的詳細資訊。實驗性治療與用品是指並未獲得醫學界普遍接納的治療與用品。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet



- 病態性肥胖症的外科手術治療，但必要的醫療且可獲得 Medicare 給付者不在此限
- 醫院的單人病房，但必要的醫療不在此限
- 私人護士
- 您在醫院或護理設施病房的個人用品，例如電話或電視
- 在您家中提供的全職護理照護
- 由您直系親屬或家人所收取的費用
- 選擇性或自願性的加強處置或服務 (包括減重、頭髮生長、性能力、運動能力、美容、抗老化和心智能力)，但必要的醫療不在此限
- 整容外科手術或其他整容，除非是因意外傷害，或為改善身體畸形部位所需。然而，本計劃會給付乳房切除術後，以及為了治療另一側乳房以達到對稱外觀所需的乳房重建
- 脊椎推拿治療，不包括符合承保準則的脊椎徒手推拿
- 例行足部照護，不包含 D 部分給付表中足科服務所述之項目
- 矯正鞋，除非鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架的費用裡，或者鞋子是供糖尿病足部疾患者使用
- 足部支撐裝置，但供糖尿病足部疾患者使用的矯正鞋或治療鞋不在此限
- 放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力助視器
- 絕育逆轉手術和非處方節育用品
- 自然療法服務 (使用自然或替代療法)
- 在退伍軍人事務部 (VA) 所屬機構提供給退伍軍人的服務。然而，若退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務且 VA 的分攤費用超過本計劃規定的分攤費用，我們會為退伍軍人提供差額補償。您仍需負擔您的分攤費用額。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需詳細資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnet

第 5 章：領取門診處方藥

簡介

本章將為您說明領取門診處方藥的規定。這些藥物是您服務提供者為您所開立，而您透過藥房或郵購取得的藥物。這包括屬於 Medicare Part D 和 Medi-Cal 承保的藥物。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您 *會員手冊* 的最後一章。

我們亦承保下述藥物，不過將不在本章多作說明：

- 由 **Medicare Part A** 承保的藥物。這通常包括您在醫院或護理設施期間提供給您的藥物。
- 由 **Medicare Part B** 承保的藥物。這包括部分化療藥物、在醫師或其他服務提供者的門診期間，提供給您的部分注射藥物，以及在透析診所提供給您的藥物。如欲瞭解有關 Medicare Part B 承保藥物的詳情，請參閱 *會員手冊* 第 76 頁第 4 章 D 部分的「給付表」。
- 除了計劃的 Medicare Part D 和醫療給付承保範圍之外，如果您入住 Medicare 安寧機構，Original Medicare 可能會為您的藥物提供承保。如需更多資訊，請參閱第 142 頁第 5 章 F 部分「如果您參加 Medicare 經認證的安寧照護方案」。

本計劃的門診藥物承保規定

只要您遵守本部分所述的規定，本計劃通常會承保您的藥物。

您必須請醫師或其他服務提供者為您開立處方，且該處方在適用的州法律下必須有效。此為您開立處方者通常是您的主治醫師 (PCP)。如果您的 PCP 為您轉介照護，為您開立處方者亦可能是其他的服務提供者。

您的處方開立者不得在 Medicare 的 Exclusion (排除)、Preclusion (排除) 清單，或任何 Medi-Cal 清單上。

您通常必須使用網絡內藥房領取處方。

您的處方藥必須列於本計劃的 *承保藥物清單* 中。我們簡稱為「藥物清單」。

- 若該藥物不在「藥物清單」中，我們可能可透過例外處理為您承保該藥物。
- 請參閱第 205 頁第 9 章 G2 部分，以瞭解如何要求例外處理。
- 另外請注意，Medicare 與 Medi-Cal 標準都將評估承保您處方藥的要求。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



您的藥物必須用於醫學上所接受的引證。這表示該藥物的使用已獲得 **Food and Drug Administration (FDA)** 的核准，或有特定醫療參考資料的佐證。您的醫師可能可以幫助您識別醫療參考資料，以支援要求使用處方藥物。就 **Medi-Cal** 的承保藥物而言，這是指透過對疾病或傷害的診斷或治療，來達到保護生命、預防重大疾病、嚴重殘疾，或減輕劇痛等目的而需使用的合理藥物。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



目錄

A. 領取您的處方藥	131
A1. 在網絡內藥房領取您的處方藥	131
A2. 領取處方藥時使用您的會員 ID 卡.....	131
A3. 如果您想更換到不同的網絡內藥房該怎麼辦.....	131
A4. 如果您的藥房退出網絡該怎麼辦.....	131
A5. 使用專科藥房	131
A6. 使用郵購服務取得您的藥物.....	132
A7. 領取藥物的長期藥量.....	133
A8. 使用本計劃網絡外的藥房	134
A9. 償還您為處方藥所支付的費用	134
B. 本計劃的「藥物清單」	134
B1. 「藥物清單」中的藥物.....	134
B2. 如何在「藥物清單」上找到藥物.....	135
B3. 不在我們「藥物清單」上的藥物.....	135
C. 部分藥物的限制	136
D. 為什麼您的藥物可能無法獲得承保	137
D1. 領取暫時藥量	138
D2. 要求臨時性供藥.....	139
D3. 要求例外處理	140
E. 您的藥物承保變更.....	140
F. 特殊個案的藥物承保範圍.....	142
F1. 在本計劃承保的醫院或專業護理設施中	142
F2. 在長期照護機構.....	142

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。



如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

F3. 參加經認證 Medicare 的安寧照護方案	142
G. 藥物安全和藥物管理方案.....	143
G1. 協助會員安全使用藥物的方案.....	143
G2. 協助您管理藥物的方案.....	143
G3. 安全使用鴉片類藥品的藥物管理方案.....	144

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 領取您的處方藥

A1. 在網絡內藥房領取您的處方藥

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

如欲尋找網絡內藥房，您可查詢 *服務提供者與藥房名錄*、造訪我們的網站，或聯絡會員服務部。

A2. 領取處方藥時使用您的會員 ID 卡

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

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

如果您在領取處方藥時沒有攜帶您的會員 ID 卡，請藥房致電本計劃以取得必要資訊，或者您可以請求藥房查詢您的計劃投保資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時便可能需要支付其全額費用。您可要求我們償還您所支付的費用。**如果您無法支付藥物費用，請立即聯絡會員服務部。**本計劃將會盡我們所能協助您。

- 如欲要求我們償還您費用，請參閱 *會員手冊* 第 153 頁第 7 章 A 部分。
- 如在領取處方藥時需要協助，可與會員服務部，或您的照護協調員聯絡。

A3. 如果您想更換到不同的網絡內藥房該怎麼辦

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

如需協助更換網絡內藥房，可聯絡會員服務部。

A4. 如果您的藥房退出網絡該怎麼辦

如果您使用的藥房退出計劃網絡，您將必須尋找新的網絡內藥房。

如欲尋找新的網絡內藥房，您可查詢 *服務提供者與藥房名錄*、造訪我們的網站，或聯絡會員服務部。

A5. 使用專科藥房

有時處方藥必須在專科藥房領取。專科藥房包括：

- 為家庭輸液療法供藥的藥房。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

如欲尋找專科藥房，您可查詢 *服務提供者與藥房名錄*、造訪本計劃的網站，或聯絡會員服務部。

A6. 使用郵購服務取得您的藥物

特定藥物類型可使用本計劃網絡的郵購服務。一般而言，透過郵購提供的藥物是您因慢性，或長期醫療狀況而需定期服用的藥物。在我們的「藥物清單」中，**無法**透過本計劃的郵購服務取得之藥物會標示為「NM」。

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 100 天份的藥量。100 天藥量與一個月藥量的共付額相同。

透過郵購領取處方藥

如欲取得郵購服務表及透過郵購領取處方藥的資訊，請造訪我們的網站：

www.wellcare.com/healthnetCA，或致電會員服務部 (電話號碼位於本頁頁尾) 尋求協助。

一般來說，您可在 10-14 天內收到郵購的處方藥。如果您的郵購服務被拖延，請致電 Express Scripts® Pharmacy，電話號碼為 1-833-750-0201 (TTY：711)。

郵購程序

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

1. 藥房透過您所收到的新處方

針對透過您所收到的新處方，藥房將會自動進行配藥和遞送。

2. 藥房直接從您的服務提供者診所取得新處方

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

- 您過去使用了本計劃的郵購服務，或

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 您登記自動遞送所有您直接從健康照護服務提供者接收的新處方。您可以要求自動遞送所有新處方，或致電 Express Scripts® Pharmacy，電話：1-833-750-0201 (TTY：711)。

如果您過去使用了郵購，且不希望藥房自動配藥和遞送每個新處方，請撥打 Express Scripts® Pharmacy 電話與我們聯絡，電話：1-833-750-0201 (TTY：711)。

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

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

如需退出自動遞送直接從您的健康照護提供者辦公室所接收的新處方，請撥打 Express Scripts® Pharmacy 電話與我們聯絡，電話：1-833-750-0201 (TTY：711)。

3. 續配郵購處方藥

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

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

若選擇退出自動準備郵購續配的方案，請致電會員服務部與我們聯絡，或致電您的郵購藥房：Express Scripts® Pharmacy，電話：1-833-750-0201 (TTY：711)。

讓藥房知道與您聯絡的最佳方式，以便他們在寄送前聯絡您以確認您的訂單。在您每次下訂單、加入自動續配藥計劃，或是您的聯絡資訊有變更時，您都應該確認您的聯絡資訊。

A7. 領取藥物的長期藥量

您可以領取本計劃「藥物清單」上維持型藥物的長期藥量。維持型藥物是您因慢性，或長期醫療狀況定期服用的藥物。

部分網絡內藥房允許您領取維持型藥物的長期藥量。- 100 天藥量與一個月藥量的共付額相同。服務提供者與藥房名錄會說明哪些藥房可為您提供維持型藥物的長期藥量。您也可以致電您的照護協調員，或會員服務部索取更多資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



針對某些類型的藥物，您可使用計劃網絡的郵購服務取得維持型藥物的長期藥量。請參閱 **A6 部分** 第 132 頁以瞭解郵購服務相關資訊。

A8. 使用本計劃網絡外的藥房

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

本計劃會在下列情況下給付您在網絡外藥房領取的處方藥：

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

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

在上述情況下，請先與您的照護協調員，或會員服務部確認您附近是否有網絡內藥房。

A9. 償還您為處方藥所支付的費用

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

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

若要瞭解更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 153 頁 **第 7 章 A 部分**。

B. 本計劃的「藥物清單」

本計劃有一份 *承保藥物清單*。我們簡稱為「藥物清單」。

我們在醫師和藥劑師團隊的協助下選擇「藥物清單」上的藥物。「藥物清單」亦會告訴您，在領取藥物時是否有任何必須遵守的規定。

只要您遵守本章所述的規定，本計劃通常會承保計劃「藥物清單」上的藥物。

B1. 「藥物清單」中的藥物

我們的「藥物清單」包括 Medicare Part D 承保的藥物。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

「我們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。在我們的「藥物清單」上，我們提到「藥物」時，可能是指藥物或生物製劑。

副廠藥具有與原廠藥相同的活性成分。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。一般而言，副廠藥和生物相似藥的作用與原廠藥或生物製劑相同，且通常成本較低廉。許多原廠藥都有副廠藥代替藥物。某些生物製品有生物相似藥替代藥物。如果您對於副廠藥物，或原廠藥物是否符合您的需求有任何疑問，請與您的服務提供者討論。

B2. 如何在「藥物清單」上找到藥物

如欲查詢您服用的藥物是否在「藥物清單」中，您可以：

- 造訪我們計劃的網站：www.wellcare.com/healthnetCA。網站上的「藥物清單」隨時保持最新狀態。
- 致電您的照護協調員，或會員服務部查詢特定藥物是否在本計劃的「藥物清單」中，或索取一份清單。
- Part D 未承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得更多資訊
- 請使用我們的「即時給付工具」，網址為 www.wellcare.com/healthnetCA，或致電您的照護協調員，或會員服務部。您可以使用此工具搜尋「藥物清單」中的藥物，以取得您將支付的估算額，以及「藥物清單」上是否有可治療相同病症的替代藥物。計劃可插入有關「即時給付工具」的額外資訊，例如獎勵，以及可提供給使用「即時給付工具」的投保人獎勵。

B3. 不在我們「藥物清單」上的藥物

本計劃未承保所有處方藥。某些藥物不在「藥物清單」上是由於法律不允許本計劃承保此類藥物。在另外一些情況下，則是我們自己決定不將某藥物納入「藥物清單」中。

本計劃不給付本部分中列出的藥物類型。這些藥物稱為**排除藥物**。如果您領取了屬於排除藥物的處方藥，您可能必須自行支付該藥物的費用。如果您認為本計劃應就您的個案給付某項排除藥物，您可以提出上訴。關於上訴的更多資訊，請參閱**會員手冊第 9 章**。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



下列為三項有關排除藥物的一般規定：

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

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

- 用於促進生殖的藥物
- 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*
- 生產這些門診藥物的製藥公司表示您僅能接受他們進行的測試，或提供的服務

*選取可能由 Medi-Cal 承保的產品。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得更多資訊。

C. 部分藥物的限制

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

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

如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱會員手冊第 206 頁第 9 章 G4 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



1. 當有副廠藥或可互換的生物相似藥可供使用時，限制使用原廠藥或原始生物製劑

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，如果原廠藥或原始生物製劑有副廠藥或可互換的生物相似藥可供使用，本計劃的網絡內藥房將會提供您副廠藥，或可互換的生物相似藥。

- 當有副廠藥可供使用時，本計劃通常不會給付原廠藥，或原始生物製劑。
- 然而，若您的服務提供者已告訴我們副廠藥，或可互換的生物相似藥對您無效的醫學理由，**或者**已在您的處方上針對原廠藥，或原始生物製劑寫下「沒有替代藥物」，**或者**已告訴我們副廠藥、可互換的生物相似藥，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。

2. 事先取得計劃核准

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

3. 先嘗試不同的藥物

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

如果 A 藥物對您**無效**，本計劃將承保 B 藥物。這稱為循序用藥。

4. 數量限制

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

如欲瞭解是否有任何上述規定適用於您目前正在服用，或想要服用的藥物，請查閱「藥物清單」。如欲取得最新資訊，請致電會員服務部，或查看我們的網站：www.wellcare.com/healthnetCA。如果您基於上述任何原因不同意我們的承保決定，您可以提出上訴。如需瞭解更多資訊，請參閱會員手冊第 189 頁第 9 章 E 部分。

D. 為什麼您的藥物可能無法獲得承保

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

- 本計劃不承保您想使用的藥物。該藥物可能不在「藥物清單」中。本計劃承保了該藥物的副廠藥，但您想要使用的原廠藥不在承保範圍內。某項藥物可能為新藥物，因此我們尚未檢視其安全性與有效性。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 本計劃承保該藥物，但關於承保有特殊規定，或限制。如本章的第 137 頁上述一節所說明，本計劃承保的部分藥物有使用上的限制規定。在某些情況下，您或您的處方開立者可能希望要求我們進行例外處理。

如果我們沒有以您希望我們承保的方式承保藥物，您可以採取一些行動。

D1. 領取暫時藥量

在某些情況下，如果您的藥物不在「藥物清單」上，或存在某些限制，我們可為您暫時提供該藥物。這讓您有時間可與您的服務提供者討論更換其他藥物的事宜，或者讓您有時間可要求我們承保該藥物。

如欲領取某藥物的暫時藥量，您必須符合下述兩項規定：

1. 您持續服用的藥物必須：

- 不再列於本計劃的「藥物清單」中；或者
- 未曾列於本計劃的「藥物清單」中；或者
- 現在受到一些限制。

2. 您必須發生下列其中一項情況：

- 您去年是本計劃的會員。
 - 我們會在該曆年的最初 90 天期間，為您承保一次您藥物的臨時藥量。
 - 此暫時藥量在零售藥房以最多 30 天份為限，在長期照護藥房則以 31 天份的藥量為限。
 - 如果您的處方天數較短，我們會允許您續配處方多次，但仍有藥量上限。零售藥房以最多 30 天藥量為限，在長期照護藥房以 31 天藥量為限。您必須在網絡內藥房領取處方藥。
 - 長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的處方藥。
- 您身為本計劃的新會員。
 - 我們會在您成為本計劃會員的頭 90 天期間，為您承保您藥物的暫時藥量。
 - 此暫時藥量在零售藥房以最多 30 天份為限，在長期照護藥房則以最多 31 天份為限。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果您的處方天數較短，我們會允許您續配處方多次，但仍有藥量上限。零售藥房以最多 30 天藥量為限，在長期照護藥房以 31 天藥量為限。您必須在網絡內藥房領取處方藥。
- 長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的處方藥。
- 如果您已成為本計劃會員超過 90 天以上，且您目前居住在長期照護機構並有立即供藥需求。
 - 我們將會為您承保一次 31 天份的藥量，或者如果您的處方天數較短則藥量更少。這是上述臨時性供藥狀況的補充。
 - 如果您的照護層級變更，我們將會為您承保您藥物的臨時藥量。照護層級會在您出院後變更。當您入住或遷離長期照護機構時，您的照護層級亦會發生變更。
 - 如果您自長期照護機構或醫院返家並需要暫時藥量，我們將會為您承保 30 天份的藥量。如果您的處方天數較短，則我們將會允許您續配，直到我們為您提供的總藥量達到 30 天為止。
 - 如果您從自家中或醫院遷入長期照護機構並需要臨時藥量，我們將會為您承保 31 日份的藥量。如果您的處方天數較短，則我們將會允許您續配，直到我們為您提供的總藥量達到 31 天為止。

D2. 要求臨時性供藥

如欲領取某藥物的暫時藥量，請致電會員服務部。

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

- 變更為另一種藥物。

本計劃可能承保對您有效的不同藥物。您可致電向會員服務部索取一份本計劃承保之治療相同醫療病症的「藥物清單」。此清單可幫助您的服務提供者找到可能適用於您的承保藥物。

或是

- 要求例外處理。

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



D3. 要求例外處理

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

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

如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱會員手冊第 206 頁第 9 章 G4 部分。

如果您需要協助要求例外處理，您可聯絡會員服務部。

E. 您的藥物承保變更

多數藥物承保的變更均發生在 1 月 1 日。不過，我們也可能會在該年期間增加，或刪減「藥物清單」內的品項。我們也可能會變更有關藥物的規定。例如，我們可能會：

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

如需這些藥物規定的詳細資訊，請參閱 C 部分。

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

- 市場上出現一種新的、更便宜的藥物，且和目前「藥物清單」上的藥物一樣有效，
或者
- 我們發現藥物不安全，或者
- 藥物被從市場上移除。

如欲瞭解更多有關「藥物清單」變更情況的資訊，您隨時可以：

- 線上查看我們目前的「藥物清單」：www.wellcare.com/healthnetCA，或
- 您也可以撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部，瞭解目前的「藥物清單」。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



一些「藥物清單」的變更會立即發生。例如：

- **開始提供新的副廠藥或可互換的生物相似藥。** 有時候，市場上出現一種新的副廠藥或相同生物產品的可互換生物相似藥版本，且和目前藥物清單上的原廠藥或原本的生物產品一樣有效。出現這種情況時，我們可能會刪除原廠藥或原本的生物產品，並新增新的副廠藥或相同生物產品的可互換生物相似藥版本，但是新藥物或可互換的生物相似藥的費用會保持不變。
- 當我們加入新的副廠藥時，我們也可決定將原廠藥保留在清單中，但變更其承保規定或限制。
 - 當我們加入新的副廠藥時，我們也可決定將原廠藥或原本的生物產品保留在清單中，但變更其承保規定或限制。
 - 對於這些變更，您或您的服務提供者可要求「例外處理」。我們會向您發送通知，告知您要求例外處理的流程。如需更多有關例外處理的資訊，請參閱會員手冊第 206 頁第 9 章 G4 部分。
- **一種藥物從市場上撤下。** 如果食品與藥物管理局 (FDA) 告知您服用的藥物不安全，或藥物製造商將藥物從市場上撤下，我們將在藥物清單中刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會讓您知道這項變更。請與醫師討論其他選項。

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

- FDA 提供了新的指導，或有關藥物的新臨床準則。
- 我們加入一種並非新上市的副廠藥，且
 - 取代目前在「藥物清單」上的原廠藥物，或
 - 變更原廠藥承保範圍規定，或限制。

出現上述變更時，我們會：

- 變更「藥物清單」前至少 30 天通知您，或者
- 在您要求續配後讓您知悉該變更，並提供您 30 天藥量。

這將讓您有足夠的時間與您的醫師，或其他開立處方者討論。他們可以協助您決定：

- 「藥物清單」中是否有類似藥物可以代替，或者
- 是否需針對這些變更要求例外處理。如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱您會員手冊第 206 頁第 9 章 G4 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

F. 特殊個案的藥物承保範圍

F1. 在本計劃承保的醫院或專業護理設施中

如果您在本計劃承保之醫院或專業護理設施中，本計劃通常會承保您在住院期間的處方藥費用。您將無需支付共付額。在您離開醫院或專業護理設施之後，只要您的藥物符合本計劃的所有承保規定，本計劃便會承保該藥物。

F2. 在長期照護機構

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

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

F3. 參加經認證 Medicare 的安寧照護方案

藥物永遠不會同時既享有安寧承保又享有本計劃承保。

- 如果您已參加 Medicare 的安寧照護，需要獲得安寧照護不承保的某些藥物 (例如止痛藥、抗噁心藥物、軟便藥，或抗焦慮藥物)，但這些藥物因與您末期預後及相關病況無關而無法提供，則本計劃必須在收到由開立處方者，或安寧照護服務提供者提供的通知，瞭解該藥物與您的末期預後無關後才會承保該藥物。
- 為了避免您在取得任何與您末期預後無關但應為本計劃承保的藥物時發生延誤的情形，在您向藥房領取處方藥之前，您可請您的安寧照護服務提供者，或開立處方者向我們確認我們已收到通知，瞭解該藥物與您的末期預後無關。

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

請參閱本章稍早部分，瞭解本計劃承保藥物。如需瞭解有關安寧照護福利的更多資訊，請參閱您會員手冊第 121 頁第 4 章 E3 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G. 藥物安全和藥物管理方案

G1. 協助會員安全使用藥物的方案

每次您領取處方藥時，我們均會檢視可能的問題，例如藥項目項錯誤，或以下藥物：

- 由於您正在服用其他效用相同的藥物而可能不需服用的藥物
- 就您的年齡，或性別而言可能不安全的藥物
- 若您同時服用可能會對您有害的藥物
- 含有讓您過敏，或可能會讓您過敏的成分
- 鴉片類止痛藥物的用量不安全

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

G2. 協助您管理藥物的方案

本計劃有幫助有複雜健康需求的會員。在此類情況下，您可能有資格免費透過藥物療法管理 (MTM) 計劃取得服務。本方案是自願性的，而且免費。此方案將可協助您及服務提供者確保您的藥品能有效改善您的健康。如果您符合計劃資格，藥劑師或其他健康專業人員將針對您的所有藥品進行全面評估，並與您討論下列事項：

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

然後，他們會給您：

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

建議您與您的醫師討論您的行動計劃和「藥物清單」。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 在您前去就診或每次與醫師、藥劑師及其他健康照護服務提供者洽談時，請攜帶您的行動計劃及藥品清單。
- 此外，如果您要前往醫院或急診室，也請攜帶您的藥品清單。

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

如果您對這些方案有任何疑問，請與會員服務部，或您的照護協調員聯絡。

G3. 安全使用鴉片類藥品的藥物管理方案

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

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

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

如果我們認為其中一項或多項限制適用於您，我們會事前發送信函通知您。信函中將會告訴您我們是否會針對您限制這些藥物的承保，或者您是否需要從特定服務提供者，或藥房取得這些藥物的處方。

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

如果您認為我們有疏失、您不同意自己有處方藥濫用風險，或不同意您受到限制，您和您的處方開立者均可提出上訴。若您提出上訴，本計劃將審查您的個案並告訴您我們的決定。對於您因遭限制取用這些藥品而提出相關上訴，若我們繼續拒絕您上訴的其中任何一部分，我們會自動將您的個案送交至獨立審核組織 (IRO)。(要了解更多關於上訴和 IRO 的資訊，請參閱會員手冊第 210 頁第 9 章 G6 部分)。

在下列狀況下，DMP 可能不適用於您：

- 有特定醫療狀況，例如癌症或鎌狀細胞疾病、
- 取得安寧照護、緩和照護，或臨終照護，或
- 如果您住在長期照護機構。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

簡介

本章將為您說明您需為門診處方藥物支付的費用。本章所提及的「藥物」是指：

- Medicare Part D 處方藥物，及
- 屬於 Medi-Cal Rx 承保的藥物和項目，及
- 屬於本計劃附加福利承保範圍的藥物和項目。

由於您符合 Medi-Cal 的資格，因此您可以取得 Medicare 的「Extra Help」幫您支付 Medicare Part D 的處方藥物費用。我們另外寄送了一份單獨插頁，稱為「獲得 Extra Help 支付處方藥費用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)。

Extra Help 是一種 Medicare 計劃，幫助收入和資源有限的人士減少 Medicare Part D 處方藥物費用，例如保費、自付額和共付額。Extra Help 又稱為「低收入津貼」或「LIS」。

其他主要用語及其定義會按照字母順序排列在您會員手冊的最後一章。

如欲瞭解有關處方藥的詳情，您可在下列位置查閱：

- 我們的承保藥物清單。
 - 我們稱此為「藥物清單」。它告訴您：
 - 本計劃將給付哪些藥物
 - 藥物是否有任何限制
 - 如果您需要一份「藥物清單」，請致電會員服務部。您也可以我們的網站上找到我們「藥物清單」的最新副本：www.wellcare.com/healthnetCA。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 您從藥房獲得的大部分處方藥物都由本計劃承保。其他藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以取得更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身分識別卡 (BIC)。
- 會員手冊第 131 頁第 5 章 A 部分。
 - 其會告訴您，如何透過本計劃領取您的門診處方藥物。
 - 其中包括您必須遵守的規定。還會說明本計劃不承保哪些類型的處方藥物。
 - 當您使用計劃的「即時給付工具」查詢藥物承保時 (請參閱第 135 頁第 5 章 B2 部分)，會「即時」顯示費用，表示工具中顯示的費用，反映出您預期支付的自付費用即時估計額。您可以致電您的照護協調員或會員服務部以瞭解更多資訊。
- 我們的服務提供者與藥房名錄。
 - 在大多數情況下，您必須使用網絡內藥房領取承保藥物。網絡內藥房是指同意與我們合作的藥房。
 - 服務提供者與藥房名錄列出了我們的網絡內藥房。請參閱您會員手冊第 131 頁第 5 章 A 部分，以瞭解有關網絡內藥房的更多資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



目錄

A. 給付說明 (EOB)	148
B. 如何記錄您的藥物費用	148
C. 您無需支付一個月，或長期藥量的藥物費用	150
C1. 領取藥物的長期藥量	150
C2. 您支付的金額	150
D. 疫苗接種	151
D1. 在您接受疫苗接種之前的須知	151

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 給付說明 (EOB)

本計劃會記錄您的處方藥。我們會記錄費用：

- 您的**總藥費**。這是您或代您付款的其他人為您處方藥所支付的費用，外加我們所給付的費用。

當您透過本計劃領取處方藥時，我們將會寄一份**給付說明摘要**給您。我們簡稱它為**EOB**。**EOB**不是帳單。**EOB**會針對您所服用的藥物提供更多資訊，例如價格上漲，以及其他可能擁有較低分攤費用的藥物。您可以和您的處方開立者討論這些較低費用的選項。**EOB**中包括：

- **當月資訊**。摘要說明您上個月取得了哪些處方藥。它會顯示總藥費、本計劃給付的費用，以及您和代您付款的其他人所支付的費用。
- **年度至今的資訊**。這是您自 1 月 1 日起的總藥費，以及總付款費用。
- **藥物價格資訊**。此為藥物的總價格，以及初次領取後藥物發生的任何價格百分比變化。
- **更低費用的替代方案**。如有的話，這些資料會顯示在您目前藥物下的摘要中。您可以和您的處方開立者討論，以瞭解更多資訊。

我們承保不屬於 Medicare 承保範圍的藥物。

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

B. 如何記錄您的藥物費用

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

1. 使用您的會員 ID 卡。

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



2. 確保我們有所需的資訊。

請將您已付費的承保藥物收據副本提供給我們。您可要求我們將您的藥費退還給您。

以下為您應將收據副本提供給我們的一些情況：

- 您以特惠價格，或您使用不屬於本計劃給付的折扣卡在網絡內藥房購買承保藥物
- 您為透過製藥公司的患者援助計劃所取得的藥物支付了共付額
- 您在網絡外藥房購買承保藥物
- 您為承保藥物支付了全額費用

關於要求我們將藥費退還給您的更多資訊，請參閱您 *會員手冊* 第 153 頁第 7 章 A 部分。

3. 請將其他人代您付款的資訊寄給我們。

由其他特定人士和組織所支付的款項也可計入您的自付費用中。例如，愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)、Indian Health Service 及大多數慈善機構的付款金額均可計入您的自付費用。

4. 請查看本計劃寄給您的 EOB。

當您透過郵件收到 EOB 時，請確認其中的資訊均完整且正確無誤。

- 您是否認得每家藥房的名稱？查看日期。您當天是否有取得藥物？
- 您是否取得所列出藥物？是否符合收據上所列的項目？這些藥物是否與您的醫師所開立的藥物相符？

如需更多資訊，您可以致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，或閱讀 WellCare by Health Net 會員手冊，您可以在我們的網站：www.wellcare.com/healthnetCA 取得該手冊。

如果您在此摘要中發現錯誤，該怎麼辦？

如果此 EOB 上有令人困惑，或似乎不正確的資訊，請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部。您也可以在我们的網站上找到許多問題的答案：www.wellcare.com/healthnetCA。

遇到可能的詐欺狀況，該怎麼辦？

如果這份摘要顯示您未服用的藥物，或您覺得可疑的其他情況，請聯絡我們。

- 請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部聯絡我們。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 或者，請致電 Medicare，電話：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。

如果您懷疑 Medi-Cal 的服務提供者涉及詐欺、浪費，或濫用，您有權撥打保密免付費電話號碼 1-800-822-6222 進行舉報。其他舉報 Medi-Cal 詐欺的方法請參閱：

www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

如果您認為資訊有誤或有疏漏，或者您有任何疑問，請致電會員服務部。保留這些 EOB。這些是有關您藥物費用的重要記錄。

C. 您無需支付一個月，或長期藥量的藥物費用

只要您遵守我們的規定，您就無需為本計劃承保的藥物支付任何費用。

C1. 領取藥物的長期藥量

當您配取處方時，某些藥物可以獲得長期藥量 (也稱為「延長供藥」)。長期藥量最多可達 90 天的藥量。您不需要為長期藥量支付任何費用。

如欲瞭解有關領取藥物長期藥量的地點和方式的詳情，請參閱您會員手冊第 133 頁第 5 章 A7 部分，或服務提供者與藥房名錄。

C2. 您支付的金額

您從藥房獲得的大部分處方藥都由本計劃承保。其他藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)，以取得詳細資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身分識別卡 (BIC)。

當您透過下列管道取得一個月，或長期藥量的承保處方藥時，您應分攤的費用如下：

	網絡內藥房	本計劃的郵購服務	網絡內長期照護藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 100 天份的藥量	一個月或最多 100 天份的藥量	最多 31 天份的藥量	最多 30 天份的藥量。承保範圍僅限於特定情況。詳細資訊請參閱您會員手冊第 134 頁第 5 章 A8 部分。
分攤費用 層級 1 (所有 Part D 藥物)	\$0	\$0	\$0	\$0

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：

711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

D. 疫苗接種

關於您為疫苗支付的重要訊息：有些疫苗被視為醫療給付。另外有些疫苗則被歸類為 Medicare Part D 藥物。您可以在本計劃的*承保藥物清單 (處方集)* 中查詢有關這些疫苗的資訊。本計劃為您免費承保大多數的 Medicare Part D 疫苗。請參閱您計劃的*承保藥物清單 (處方集)*，或聯絡會員服務部以瞭解有關特定疫苗的承保和分攤費用詳情。

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

1. 承保範圍的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗屬於處方藥。
2. 第二部分的承保是**為您注射疫苗**的費用。例如，有時候醫師會為您注射預防針以接種疫苗。

D1. 在您接受疫苗接種之前的須知

如果您計劃接受疫苗接種，我們建議您致電會員服務部。

- 我們可以告訴您本計劃如何承保您的疫苗接種。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 7 章：要求我們支付您所獲得承保服務或藥物的帳單

簡介

本章將告知您如何及何時向我們發送要求付款的帳單。本章也會告知您若不同意我們的承保決定該如何提出上訴。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 要求本計劃給付您的服務或藥物	153
B. 向我們提出給付申請	156
C. 承保決定	157
D. 上訴	157

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 要求本計劃給付您的服務或藥物

您不應收到網絡內服務或藥物的帳單。本計劃的網絡內服務提供者必須針對您已取得的承保服務和藥物，向本計劃請款。網絡內服務提供者指與本健保計劃合作的服務提供者。

我們不允許 Wellcare by Health Net 服務提供者向您收取這些服務或藥物的費用。我們會直接給付本計劃的服務提供者，且我們會保護您讓您無需支付任何費用。

如果您收到醫療照護服務或藥物帳單，請勿自行支付帳單並將帳單寄給我們。若要寄帳單給我們，請參閱本章第 156 頁 **B 部分**。

如果我們承保這些服務或藥物，我們會直接支付費用給服務提供者。

- 如果我們承保這些服務或藥物，而您已經支付帳單，您有權要求我們償還費用。
 - 如果您支付由 Medicare 承保的服務費用，我們將償還您。
- 如果您支付已獲得的 Medi-Cal 服務，且您符合下列所有條件，則可能符合償付資格 (退款)：
 - 您所獲得的服務是我們負責支付的 Medi-Cal 承保服務。我們將不會償付您 Wellcare by Health Net 不承保的服務。
 - 您在成爲 Wellcare by Health Net 的合格會員之後才接受承保服務。
 - 您要求自您接受承保服務之日起一年內償還費用。
 - 您提供您爲承保服務支付的證明，例如服務提供者提供的詳細收據。
 - 您從 Wellcare by Health Net 網絡的 Medi-Cal 投保服務提供者獲得承保服務。如果您接受急診照護、家庭計劃服務，或 Medi-Cal 允許網絡外服務提供者在未經事先核准 (事先授權) 情況下執行的其他服務，則不需要符合此條件。
- 如果承保的服務通常需要事先核准 (事先授權)，您需要提供服務提供者提出的證明，表示您對承保服務有醫療需求的證明。
- Wellcare by Health Net 將透過一封稱爲《行動通知》的信函告知您是否將償付您。如果您符合上述所有條件，Medi-Cal 投保服務提供者應將您支付的全額退款給您。如果服務提供者拒絕償還您費用，則 Wellcare by Health Net 將支付您所支付的全額費用。我們會在收到索賠後的 45 個工作天內償付您。如果服務提供者已投保 Medi-Cal，但不在我們的網絡中且拒絕退款給您，則 Wellcare by Health Net 將會退款給您，但僅限於 FFS Medi-Cal 會支付的最高金額。Wellcare by Health Net 將向您支付 Medi-Cal 在未事先取得核准的情況下，允許網絡外服務提供者提供的急診服務、家庭計劃服務，或其他服務的全額自付費用。如果您不符合上述其中一項條件，我們將不會退款給您。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 在下列情況下，我們不會退款給您：
 - 您要求並已接受 Medi-Cal 未承保的服務，例如醫美服務。
 - 該服務並非 Wellcare by Health Net 的承保服務。
 - 您看了不接受 Medi-Cal 的醫師，並在表示您仍想看診的表格上簽名，則您將自行支付服務費用。
- 如果我們不承保這些服務或藥物，我們會通知您。

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

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

1. 當您透過網絡外服務提供者取得急診，或緊急需求健康照護。

要求服務提供者向我們請款。

- 如果您在接受照護時支付了全額費用，請要求我們償還您。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
- 您可能會收到服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
 - 如有任何應付款項應支付給服務提供者，我們將會直接給付給該服務提供者。
 - 如果您已經支付了 Medicare 服務費用，我們會將費用償還您

2. 當網絡內服務提供者向您寄送帳單時

無論在何種情況下，網絡內服務提供者皆必須向我們請款。當接受服務，或領取處方藥時，請務必出示您的會員 ID 卡。但有時他們會弄錯，要求您支付服務費用，或多於您應分攤的服務費用。**如果您收到任何帳單**，請撥打本頁底部的電話號碼**聯絡會員服務部**。

- 由於本計劃會為您的服務給付全額費用，因此您無需支付任何費用。服務提供者提供者不應向您收取這些服務的費用。
- 無論何時您從網絡收到帳單，都請把帳單寄給我們。我們會直接與該服務提供者聯絡並解決問題。
- 如果您已支付了從網絡內服務提供者收到的 Medicare 承保服務帳單，請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。我們會償還您為承保服務所支付的費用。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



3. 如果您是回溯性地投保本計劃

有時您投保的計劃可以追溯。(這表示您投保的第一天已經過去，甚至可能是去年)。

- 如果您是以追溯方式投保，且您在投保日期之後支付帳單，您可以要求我們償還您。
- 請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您使用網絡外藥房，您需要支付處方藥的全額費用。

- 僅有在少數情況下，本計劃才會承保您在網絡外藥房領取的處方藥。當您要求本計劃償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱您 *會員手冊* 第 5 章，進一步瞭解網絡外藥房。

5. 當您沒有隨身攜帶您的會員 ID 卡，而需要支付 Medicare Part D 處方藥的全額費用時

如果您沒有隨身攜帶您的會員 ID 卡，您可以要求藥房致電，與本計劃聯絡，或查詢您的計劃投保資訊。

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

6. 當您為不在承保範圍內的 Medicare Part D 處方藥支付了全額費用時。

您可能會因為處方藥不在承保範圍內，而為其支付了全額費用。

- 該藥物可能不在本網站的 *承保藥物清單* (「藥物清單」) 上，或者該藥物有您不知道，或是您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定取得該藥物，您可能需要支付其全額費用。
 - 如果您並未支付該藥物的費用，且認為本計劃應承保該藥物，您可以要求本計劃作出承保決定 (請參閱您 *會員手冊* 第 206 頁第 9 章 G4 部分)。
 - 如果您和您的醫師或其他開立處方者認為您需要立即 (24 小時內) 取得該藥物，您可以要求本計劃作出快速承保決定 (請參閱您 *會員手冊* 第 206 頁第 9 章 G4 部分)。
- 當您要求本計劃償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫師或處方開立者索取更多資訊，才能將您的藥費退還給您。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

如果我們拒絕您的給付申請，您可以對我們的決定提出上訴。若要瞭解如何提出上訴，請參閱您會員手冊第 208 頁第 9 章 G5 部分。

B. 向我們提出給付申請

請將您的帳單和您支付的任何 Medicare 服務付款證明寄給我們，或致電我們。付款證明可以是您開的支票副本，或是服務提供者的收據副本。**最好自行留存帳單和收據副本作為記錄。**您可向您的照護協調員尋求協助。您必須在接受服務、項目，或藥物的日期後 30 天內向我們提交您的索賠申請。

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

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

請將您的給付申請連同所有帳單，或收據一併寄至此地址：

醫療索賠地址：

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

您必須在取得服務或項目當日起的一個曆年內，向我們提出您的索賠申請。

藥房索賠地址：

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

您必須在取得藥物當日算起的三年內，向我們提出您的索賠申請。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



C. 承保決定

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

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

會員手冊第 49 頁第 3 章 B 部分說明取得承保服務的規定。

會員手冊第 131 頁第 5 章 A 部分將說明取得 Medicare Part D 承保處方藥的規定。

- 如果我們決定不支付該項服務或藥物費用，我們會寄一封信給您，說明原因。信函中亦會說明您提出上訴的權利。
- 若要進一步瞭解承保決定，請參閱第 189 頁第 9 章 E 部分。

D. 上訴

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

正式上訴程序有詳細的程序和期限。若要進一步瞭解上訴，請參閱您會員手冊第 189 頁第 9 章 E2 部分：

- 若要針對醫療照護服務的償還費用提出上訴，請參閱第 189 頁第 9 章 E 部分。
- 若要針對藥品的償還費用提出上訴，請參閱第 208 頁的第 9 章 G5 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 8 章：您的權利與責任

簡介

在本章，您將可瞭解有關您身為本計劃會員的權利與責任。我們必須讓您行使您的權利。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您會員手冊的最後一章。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



目錄

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs	160
B. 您適時取得承保服務和藥物是我們的責任	175
C. 保護您的個人健康資訊 (PHI) 是我們的責任	176
C1. 我們如何保護您的 PHI	176
C2. 您有權檢閱您的醫療記錄	177
D. 我們有責任提供資訊給您	177
E. 網絡內服務提供者無法直接向您請款	179
F. 您有權退出本計劃	179
G. 您有權決定您自己的健康照護	179
G1. 您有權瞭解您的治療選擇並作出決定	179
G2. 當您無法為自己作健康照護決定時，您有權表明個人意願	180
G3. 如果您的指示並未獲得遵循該怎麼辦	181
H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所作的決定	181
H1. 如何處理不公平待遇或取得更多有關您權利的資訊	181
I. 您身為計劃會員的責任	181
J. 您有權對我們的會員權利與責任隱私權提出建議	183
K. 新技術評估	183

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711) or write to:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice. Please call us if:

- You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese, Hmong or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
- You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Wellcare by Health Net Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1 800 368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

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

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

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

Եթե ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net-ի Անդամների ծառայությունների կենտրոն՝ 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



ընկած Ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, Ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք զանազան ներկայացնել, ապա զանգահարեք

- Medicare-ին՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 Ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

Տիտղոսները սահմանափակում են ձեր իրավունքները և ձեր ծրագրից օգուտը:

Կարող եք ստանալ օգուտ ձեր ծրագրից, եթե ձեր ֆինանսական կարողությունները սահմանափակված են: Եթե ձեր ֆինանսական կարողությունները սահմանափակված են, ձեր ծրագրից օգուտը կարող է սահմանափակվել:

- Եթե ձեր ֆինանսական կարողությունները սահմանափակված են, ձեր ծրագրից օգուտը կարող է սահմանափակվել:
- Եթե ձեր ֆինանսական կարողությունները սահմանափակված են, ձեր ծրագրից օգուտը կարող է սահմանափակվել:

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត បើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

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

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

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិសុំវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY ត្រូវហៅទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិសុំវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ត្រូវទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

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

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

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

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

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

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

귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

- Вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



(кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.

- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

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

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

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

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

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

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

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

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

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

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

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

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

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

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

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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

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

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

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697. Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Koj li kev muaj cai kom tau txais cov kev pab cuam thiab ntaub ntawv qhia paub hauv txoj hauv kev uas yuav ua tau raws li koj cov kev xav tau

Peb yuav tsum ua kom paub tseeb tias koj tau txais **tag nrho** cov kev pab cuam hauv tus yam ntxwv uas muaj lub peev xwm fab kab lij kev cai thiab tuaj yeem nkag cuag tau. Tsis tas li ntawd, peb yuav tsum tau qhia rau koj paub txog peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia rau koj hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm.

- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug hauv lwm hom lus.
- Tsis tas li ntawd, peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj hauv cov hom lus uas tsis yog Lus Askiv thiab hauv hom ntaub

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



ntwav xws li ntawv luam loj, los sis ua suab lus hais. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv ib hom ntawm lwm hom nab ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711) los sis sau ntawv mus rau:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab txog koj tej ntaub ntawv qhia paub txog txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv. Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv rau koj hauv lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no hu ua "kev thov qhov yus xaiv." Peb yuav teev tseg koj qhov kev xaiv no cia. Thov hu rau peb yog tias:

- Koj xav kom tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenian, Kas Pus Cias (Lus Khmer), Lus Suav (ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj los sis ua lwm hom ntaub ntawv. Koj tuaj yeem thov tau ib hom ntawm cov hom lus no hauv lwm hom ntaub ntawv.
- Koj tuaj yeem hloov hom lus los sis hom ntaub ntawv uas peb xa cov ntaub ntawv no tuaj rau koj.

Yog tias koj xav tau kev pab kom nkag siab txog koj txoj phiaj xwm cov ntaub ntawv, thov tiv tauj Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nyob rau Lub Kaum Hli Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom los pab cuam hauv Hnub Monday – Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj Nyob Rau Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev khoom lus pab cuam hauv Hnub Monday – Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm vim muaj teeb meem txog hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv lus tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare tau ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- Teb Chaw Meskas Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv thiab Cov Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

B. 您適時取得承保服務和藥物是我們的責任

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

您有權成為本計劃的會員。

- 您有權選擇本計劃網絡內的主治醫師 (PCP)。網絡內服務提供者是指與我們合作的服務提供者。有關哪些類型的服務提供者可作為 PCP 提供服務，以及如何選擇 PCP 的更多資訊，請參閱您會員手冊第 51 頁第 3 章 D 部分。
 - 請致電會員服務部，或查閱服務提供者與藥房名錄，以進一步瞭解網絡內服務提供者，以及接受新患者的醫師。
- 您有權在無轉診的情況下前往婦女健康專科醫師處就診。轉診是指得到您 PCP 的核准讓您給不是您 PCP 的其他服務提供者看診
- 您有權在合理的時間範圍內透過網絡內服務提供者取得承保服務。
 - 這包括您透過專科醫師即時取得服務的權利。
 - 如果您無法在合理的時間範圍內取得服務，我們將必須給付網絡外照護。
- 您有權在並未獲得事先核准 (PA) 的情況下接受有緊急需求的急診服務或急診照護。
- 您有權在本計劃的任何網絡內藥房領取處方藥而不受嚴重耽擱。
- 您有權瞭解您何時可使用網絡外服務提供者。若要瞭解網絡外服務提供者，請參閱您會員手冊第 56 頁第 3 章 D4 部分。
- 當您初次加入本計劃時，您有權保留您目前的服務提供者和服務授權，期限最長為 12 個月，前提是您必須符合特定條件。如欲進一步瞭解如何保留您的服務提供者和服務授權，請參閱您會員手冊第 17 頁第 1 章 F 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 您有權在您照護團隊和照護協調員的協助下，決定您自己的健康照護服務。

會員手冊第 189 頁第 9 章 E 部分會告訴您，如果您認為自己未在合理的時間範圍內取得服務或藥物，您可以怎麼做。其亦會告訴您，如果我們拒絕承保您的服務或藥物，而您不同意我們的決定，您可以怎麼做。

C. 保護您的個人健康資訊 (PHI) 是我們的責任

我們根據聯邦法律和州法律的規定保護您的 PHI。

您的 PHI 包括您在投保本計劃時，提供給我們的資訊。其亦包括您的病歷及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 PHI 的使用方式。我們會提供一份書面通知給您，告訴您這些權利，並說明我們如何保護您 PHI 的隱私。該通知稱為「隱私權行使聲明」。

可能同意接受敏感服務的會員，不需要取得任何其他會員授權，即可獲得敏感服務，或提交敏感服務的索賠。會員可透過去函健保計劃，或透過電子傳輸來發起機密通訊要求。健康保險公司應於收到電子傳輸，或電話要求後的七 (7) 個日曆日內，或是在收到以平信投遞之書面要求後的 14 天內，執行機密通訊要求。Wellcare by Health Net 將有關敏感服務的訊息直接發送到會員的替代指定郵寄地址、電子郵件地址，或電話號碼，或在沒有指定的情況下，將訊息發送到以會員名字登記在檔案中的地址或電話號碼。未取得接受照護的會員書面授權下，Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 將不會向任何其他會員揭露與敏感服務相關的醫療資訊。Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 可配合以所要求的形式和格式進行機密通訊的要求，前提是該機密通訊可立即以所要求的形式和格式，或在替代的地點進行。會員提出與敏感服務相關的機密通訊要求時將立即生效，直到會員撤銷該要求，或提交新的機密通訊要求為止。

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們確保未經授權者不會看到或不會更改您的記錄。

除了以下提到的情況外，我們不會將您的 PHI 提供給任何未提供您照護或未給付您照護者。如果我們這麼做，我們將需要事先取得您的書面許可。您或合法授權可為您作決定者，可提供書面許可。

有時我們不需要先取得您的書面許可。這些例外情況為法律所允許或規定：

- 我們必須向檢查本計劃照護品質的政府機關公開 PHI。
- 我們必須應法院命令公開 PHI。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 我們必須將您的 PHI 提供給 Medicare。如果 Medicare 因研究或其他用途公開您的 PHI，其係依照聯邦法律行事。如果我們與 Medi-Cal 分享您的資訊，我們亦會依聯邦法律和州法律行事。

C2. 您有權檢閱您的醫療記錄

- 您有權查閱您的醫療記錄並取得您醫療記錄的複本。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療記錄。如果您對我們提出此要求，我們會與您的健康照護服務提供者一起決定是否應進行此變更。
- 您有權瞭解我們是否有與他人分享您的 PHI，以及我們透過何種方式與他人分享您的資訊。

如果您對您的 PHI 隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

D. 我們有責任提供資訊給您

身為本計劃的會員，您有權向我們索取關於本計劃、我們的網絡內服務提供者和您的承保服務等資訊。

如果您不會說英語，我們有口譯員服務可為您解答您對本計劃的任何疑問。如需口譯員服務，請致電會員服務部 1-800-431-9007 (TTY 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費服務。我們也可以為您提供大字版、點字版，或語音版的資訊。您也可以免費獲得本手冊的下列語言版本：

- 阿拉伯文
- 亞美尼亞文
- 柬埔寨文
- 中文
- 苗文
- 波斯文
- 韓文
- 俄文

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 西班牙文
- 塔加洛文
- 越南文

如果您希望取得下列任何資訊，請致電會員服務部：

- 如何選擇或變更計劃
- 本計劃，包括：
 - 財務資訊
 - 本計劃會員對本計劃的評等
 - 會員提出上訴的次數
 - 退出本計劃的方式
- 本計劃之網絡內服務提供者與網絡內藥房，包括：
 - 選擇，或更換主治醫師的方式
 - 本計劃網絡內服務提供者與藥房的資格
 - 本計劃給付網絡內服務提供者的方式
- 承保服務和藥物，包括：
 - 本計劃承保的服務 (請參閱您 *會員手冊* 第 3 章和第 4 章) 和藥物 (請參閱您 *會員手冊* 第 5 章和第 6 章)
 - 您的承保與藥物限制
 - 您在取得承保服務與藥物時，必須遵守的規定
- 某些項目不承保的原因，以及您可以怎麼做 (請參閱您 *會員手冊* 第 189 頁第 9 章 D 部分)，包括要求我們：
 - 以書面方式說明某些項目不承保的原因
 - 變更我們所作的決定
 - 給付您所收到的帳單

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



E. 網絡內服務提供者無法直接向您請款

本計劃網絡內的醫師、醫院及其他服務提供者不得要求您為承保服務付費。即使我們的給付金額低於服務提供者的收費金額，他們也不得向您收費，或收取差額負擔費用。如欲瞭解當網絡服務提供者企圖針對承保服務向您收費時該怎麼做，請參閱您會員手冊第 153 頁第 7 章 A 部分。

F. 您有權退出本計劃

沒有人可以違反您的意願強迫您留在本計劃。

- 您有權透過 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 計劃，取得您大多數的健康照護服務。
- 您可透過處方藥計劃或另一個 MA 計劃，取得您的 Medicare Part D 處方藥福利。
- 請參閱您會員手冊第 231 頁第 10 章 C 部分：
 - 瞭解更多關於您何時可加入新的 MA 或處方藥福利計劃的資訊。
 - 瞭解更多關於如果您退出本計劃，您如何獲得您 Medi-Cal 給付的資訊。

G. 您有權決定您自己的健康照護

您有權要求您的醫師和其他健康照護服務提供者，提供完整的資訊，幫助您決定自己的健康照護。

G1. 您有權瞭解您的治療選擇並作出決定

您的服務提供者必須以您能夠瞭解的方式向您說明您的病況，以及治療的選項。您有權：

- **瞭解您的選擇。** 您有權得知不同的治療選項。
- **瞭解風險。** 您有權得知任何相關的風險。如果有任何服務或治療是屬於研究試驗的一部分，我們必須事先告知您。您有權拒絕接受試驗性治療。
- **取得第二意見。** 您有權在決定進行治療前，請其他醫師為您看診。
- **說「不」。** 您有權拒絕接受任何治療。其中包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫師建議您不要離開。您也有權停止服用處方藥。如果您拒絕接受治療或停止服用處方藥，我們不會將您從本計劃中退保。然而，如果您拒絕接受治療或停止服用某藥物，您應對其後果全權負責。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 您可要求本計劃向您說明為何服務提供者拒絕提供照護。如果服務提供者拒絕提供您認為您應接受的照護，您有權要求本計劃向您說明。
- 要求本計劃承保某項我們拒絕承保或通常不承保的服務或藥物。這稱為承保決定。您會員手冊第 9 章第 189 頁 E 部分會說明如何要求我們作出承保決定。

G2. 當您無法為自己作健康照護決定時，您有權表明個人意願

有時候人們會無法為自己作健康照護決定。在此情況發生在您身上之前，您可以：

- 填寫一份書面表格以授權他人代您作出健康照護決定。
- 為您的醫師提供一份書面指示，說明當您無法自己作決定時，該如何處理您的健康照護決定，包括您不想接受的照護。

用來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。例如，「生前預囑」和「健康照護委託書」。

您不一定要預立醫療指示，但您可以這麼做。在此說明如果您要使用預立醫療指示，該怎麼做：

- **索取表格。** 您可向您的醫師、律師、法律服務機構，或社工索取表格。藥房和服務提供者辦公室通常都有表格。您可以在線上找到免費的表格並下載。
- **填寫表格並簽名。** 該表格屬於法律文件。您應考慮聘請一名律師，或其他您所信任者，例如家人或您的 PCP，協助您完成。
- **將該表格的副本提供給需要知道此事宜者。** 您應將該份表格的複本交給您的醫師。您也應將該表格的副本交給您指名代您作決定者。您可能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。
- 如果您正要住院，且您有簽署預立醫療指示，**請攜帶一份副本前往醫院。**
 - 醫院將會詢問您是否有簽署預立醫療指示表格，以及您是否有攜帶該表格。
 - 如果您未簽署預立醫療指示表，醫院可提供表格並會詢問您是否要簽署。

您有權：

- 將您的預立醫療指示置於您的醫療記錄中。
- 隨時變更或取消您的預立醫療指示。
- 瞭解預立醫療指示法的變更。Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 將於州法律變更後 90 天內，告知您此變更。

如需更多詳細資訊，請致電會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G3. 如果您的指示並未獲得遵循該怎麼辦

如果您已簽署預立醫療指示，而您認為醫師或醫院並未遵循其中的指示，您可向您當地的 Office for Civil Rights 提出投訴。

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

您可以致電 Office for Civil Rights，電話：1-800-368-1019 (TTY：1-800-537-7697)。

H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所作的決定

您會員手冊第 189 頁第 9 章 D 部分將為您說明，如果您對您的承保服務或照護有任何疑問或顧慮，您可以怎麼做。例如，您可要求本計劃作出承保決定、提出上訴以變更某項承保決定或提出投訴。

您有權取得其他計劃會員對本計劃提出上訴和投訴的資訊。請致電會員服務部，以取得此資訊。

H1. 如何處理不公平待遇或取得更多有關您權利的資訊

如果您認為我們不公平地對待您 – 而且不是因為會員手冊第 11 章所列的原因而遭受歧視，或者您想更多瞭解關於您權利的資訊，您可以致電：

- Member Services
- 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222 (TTY：711)。如欲瞭解有關 HICAP 的詳情，請參閱第 33 頁第 2 章 E 部分。
- Ombuds Program，電話：1-888-452-8609。關於本計劃的更多詳情，請參閱您會員手冊第 37 頁第 2 章 I 部分。
- Medicare 電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。(您也可以前往 Medicare 網站 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf 閱讀，或下載「Medicare Rights & Protections」(Medicare 權利與保護))。

I. 您身為計劃會員的責任

身為本計劃的會員，您有責任遵循下列事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- **請閱讀會員手冊**，以瞭解本計劃的承保項目，以及瞭解取得承保服務與藥物所需遵守的規定。欲知更多關於您的：
 - 承保服務，請參閱您**會員手冊第 3 章和第 4 章**。這些章節將為您說明承保項目、非承保項目、您需遵守的規定，以及您需支付的費用。
 - 承保藥物，請參閱您**會員手冊第 5 章和第 6 章**。
- **告知我們您持有的任何其他健康承保，或處方藥承保範圍**。我們必須確認，您在接受健康照護時，有使用您所有的承保選項。如果您有其他承保，請致電會員服務部。
- **告知您的醫師和其他健康照護服務提供者**，您是本計劃的會員。在您接受服務或領取藥物時，請出示您的會員 ID 卡。
- **協助您的醫師和其他健康照護服務提供者為您提供最優質的照護**。
 - 向他們提供與您和您的健康有關的所需資訊。盡可能瞭解您的健康問題。遵循您和您的服務提供者同意的治療方案和指示。
 - 確保您的醫師和其他服務提供者知道您服用的所有藥物。其中包括處方藥、非處方藥、維他命和補充劑。
 - 提出您的任何問題。您的醫師和其他服務提供者必須以您能夠理解的方式為您說明事項。如果您提了一個問題，但不瞭解得到的回答，請再次提問。
- **與您的照護協調員合作**，包括完成年度健康風險評估。
- **請為他人著想**。我們期望所有計劃會員都能尊重他人的權利。我們也期盼您在醫師診所、醫院和其他服務提供者的診所時能以尊重的態度對待他人。
- **支付您應付的費用**。作為計劃會員，您應負責支付下列款項：
 - Medicare Part A 和 Medicare Part B 保費。對大多數 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 會員而言，Medi-Cal 會支付您的 Medicare Part A 保費和 Medicare Part B 保費。
 - 如果您取得任何不屬於本計劃承保範圍的服務或藥物，您將必須支付全額費用。(注意：如果您不同意我們對某項服務或藥物所作的拒絕承保決定，您可以提出上訴。請參閱第 189 頁**第 9 章 E2 部分**，瞭解如何提出上訴)。
- **如果您搬家，請通知我們**。如果您打算搬家，請立即告訴我們。請致電會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果您搬離了我們的服務區域，您將無法續保本計劃。只有居住在我們服務區域者，才可成為本計劃的會員。您會員手冊第 16 頁第 1 章 D 部分說明了我們的服務區域之相關資訊。
 - 我們可以協助您瞭解，您是否將遷離我們的服務區域。在特殊投保期期間，您可以轉換至 Original Medicare，或投保您所在新地區的 Medicare 健保計劃或處方藥計劃。我們可告知您，我們在您新遷入的地區是否提供計劃。
 - 在您搬家時，請告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。關於 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱您會員手冊第 35 頁第 2 章 G 部分。
 - 如果您搬家了，但仍在我們的服務區域內，我們依然需要知道您的搬家資訊。我們必須將您的會員資格保持在最新狀態，並瞭解該如何與您聯絡。
- 請告訴我們您是否有新的電話號碼，或更理想的聯絡方式。
 - 如有問題或疑慮，請致電會員服務部。

J. 您有權對我們的會員權利與責任隱私權提出建議

如果您有任何問題或疑慮，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。

K. 新技術評估

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。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 9 章如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦

簡介

本章有與您權利相關的資訊。如果您有以下情況，請閱讀本章以瞭解該怎麼做：

- 您對您的計劃有問題，或想提出投訴。
- 您需要您的計劃表示其不給付的某項服務、用品，或藥物。
- 您不同意您計劃針對您的照護所作決定。
- 您認為您的承保服務太快終止。
- 您對您的長期服務與支援 (包括成人社區服務 (CBAS) 以及護理設施 (NF) 服務) 有問題，或想要提出投訴。

本章細分為幾個不同部分，以協助輕鬆找到您所需的資訊。**如果您有問題或顧慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。**

您應取得您的醫師及其他服務提供者按照您的照護計劃為您提供照護時，他們所判定的必要健康照護服務、藥物，以及長期服務與支援。**如果您有照護方面的問題，請致電 1-855-501-3077 與 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 聯絡以尋求協助。**本章將針對不同的問題與投訴分別說明您有哪些不同的選項，但您可隨時致電 Ombuds Program，讓其協助指引您解決問題。如需其他資源以解決您的疑慮和取得聯絡方式，請參閱您會員手冊第 37 頁第 2 章 I 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



目錄

A. 如果您有問題或疑慮，該怎麼辦	187
A1. 關於法律術語	187
B. 哪裡可以取得協助.....	187
B1. 取得更多資訊與協助.....	187
C. 瞭解本計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴	188
D. 給付相關問題.....	189
E. 承保決定和上訴	189
E1. 承保決定.....	189
E2. 上訴.....	189
E3. 取得承保決定和上訴相關協助	190
E4. 本章的哪一部分會對您有所幫助.....	191
F. 醫療照護.....	191
F1. 運用本部分內容.....	191
F2. 要求承保決定.....	192
F3. 提出 1 級上訴.....	194
F4. 提出 2 級上訴.....	197
F5. 給付問題.....	202
G. Medicare Part D 處方藥.....	203
G1. Medicare Part D 藥物承保決定和上訴	204
G2. Medicare Part D 例外處理	205
G3. 要求例外處理的重要須知.....	205
G4. 要求承保決定，包括例外處理.....	206
G5. 提出 1 級上訴.....	208

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G6. 提出 2 級上訴.....	210
H. 要求我們承保更長的住院時間.....	211
H1. 瞭解您的 Medicare 權利.....	212
H2. 提出 1 級上訴.....	212
H3. 提出 2 級上訴.....	214
H4. 提出 1 級替代上訴.....	215
H5. 提出 2 級替代上訴.....	216
I. 要求我們繼續承保特定醫療服務.....	216
I1. 在您的承保終止前事先通知.....	217
I2. 提出 1 級上訴.....	217
I3. 提出 2 級上訴.....	219
I4. 提出 1 級替代上訴.....	219
I5. 提出 2 級替代上訴.....	220
J. 提出高於 2 級的上訴.....	221
J1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟.....	221
J2. 其他 Medi-Cal 上訴.....	222
J3. Medicare Part D 藥物的 3 級、4 級和 5 級上訴要求.....	222
K. 如何提出投訴.....	223
K1. 何種類型的問題屬於投訴範圍.....	223
K2. 內部投訴.....	225
K3. 外部投訴.....	226

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 如果您有問題或疑慮，該怎麼辦

本章說明如何處理您的問題和疑慮。您需要使用的程序，取決於您所遇到的問題類型。使用一個承保決定和上訴的程序，以及另一個提出投訴程序；也稱為申訴。

為確保公平性和立即性，每個流程都有一組我們和您必須遵守的規則、程序和期限。

A1. 關於法律術語

本章中有些規定和期限會使用到法律術語。由於許多這些術語可能不易理解，因此我們盡可能使用較簡單易懂的詞彙來替代某些法律術語。我們也盡量少用縮寫。

例如，我們會說：

- 「提出投訴」而非「提出申訴」
- 「承保決定」而非「組織裁定」、「給付判定」、「有風險的判定」，或「承保裁定」
- 「快速承保決定」而非「加急裁定」
- 「獨立審核組織」(IRO) 而非「獨立審核實體」(IRE)

瞭解正確的法律術語可協助您進行更明確的溝通，因此我們也會為您提供這些法律術語。

B. 哪裡可以取得協助

B1. 取得更多資訊與協助

有時，您可能會對於該如何開始，或遵循處理問題的程序感到困惑。特別是當您感到身體不適，或精力有限時，就可能發生這種情形。有時，您可能沒有採取下一個步驟的足夠資訊。

取得健康保險諮詢與協助計劃的協助

您也可致電健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。HICAP 諮詢人員可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題。HICAP 與本計劃、任何保險公司，或健保計劃均無關聯。HICAP 在每個郡均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。

取得 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 的協助

您可以致電 Medicare Medi-Cal Ombuds Program，並就您的健康承保問題與辯護人進行討論。他們提供免費的法律協助。Ombuds Program 與本計劃、任何保險公司，或健保計劃均無關聯。其電話號碼為 1-888-804-3536，網站為 www.healthconsumer.org。

取得 Medicare 的協助與資訊

如需更多資訊與協助，您可以聯絡 Medicare。以下為透過 Medicare 尋求協助的兩種方式：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：

711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，其每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

取得 Medi-Cal 的協助與資訊

取得 California Department of Health Care Services 的協助

California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman 可以提供協助。如果您對於加入、變更，或退出健保計劃有任何問題，他們可以提供協助。如果您已搬家且無法將 Medi-Cal 移轉至新郡，他們也會提供協助。您可以在週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 Ombudsman，電話：1-888-452-8609。

取得 California Department of Managed Health Care 的協助

如需免費協助，請聯絡 California Department of Managed Health Care (DMHC)。DMHC 負責監督健保計劃。DMHC 可協助相關人士處理 Medi-Cal 服務的上訴或請款問題。電話號碼為 1-888-466-2219。失聰、聽力障礙，或言語障礙人士可使用免付費 TDD 號碼：1-877-688-9891。您也可以造訪 DMHC 的網站：www.HealthHelp.ca.gov。

California Department of Managed Health Care 負責管理健康照護服務計劃。如果您想對您的健保計劃提出申訴，您首先應致電 1-800-431-9007 (TTY：711) 聯絡您的健保計劃，並使用我們的申訴程序，之後才與該部門聯絡。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。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能可獲得的補償。

如果您需要協助處理與急診事件有關的申訴，或您的健保計劃沒有就您的申訴提出令您滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未獲得解決，您可致電部門尋求協助。

您可能還符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 程序將會針對健保計劃就後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：所提服務或治療是否具有必要的醫療、對實驗或研究性質的治療作承保與否的決定，以及急診或緊急服務的付款爭議。該部門還提供免付費電話號碼 (1-888-466-2219) 並提供聽語障人士使用的 TDD 專線 (1-877-688-9891)。該部門的外部網站 www.dmhc.ca.gov 有投訴表、IMR 申請表及相關說明。

C. 瞭解本計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴

您有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的資訊適用於您全部的 Medicare 和 Medi-Cal 給付內容。這有時稱為「整合式程序」，因為它結合，或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 的程序。

有時 Medicare 和 Medi-Cal 程序無法合併。在這些情況下，您使用一個 Medicare 給付程序，以及另一個 Medi-Cal 給付的程序。第 197 頁 F4 部分說明這些情況。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



D. 給付相關問題

如果您有問題或顧慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。下表可幫助您找到本章中有關您問題，或申訴的適當部分。

<p>您的問題或疑慮與您的給付或承保有關嗎？</p> <p>這些問題包括特定醫療照護 (醫療項目、服務和/或 Part B 處方藥物) 是否屬於承保範圍、其承保方式，以及與醫療照護給付相關的問題</p>	
<p>是。 我的問題是關於給付或承保範圍。</p>	<p>否。 我的問題不是關於給付或承保範圍。</p>
<p>請參閱第 189 頁 E 部分「承保決定和上訴」。</p>	<p>請參閱第 223 頁 K 部分「如何提出投訴」。</p>

E. 承保決定和上訴

提出承保決定要求和提出上訴的程序，處理與您的給付，以及承保有關的問題。針對您的醫療照護 (服務、項目和 Part B 處方藥物，包括付款)。

E1. 承保決定

承保決定是我們對您的給付和承保，或我們對您的服務或藥物所支付金額作出的決定。例如，每當您接受您的網絡內醫師的醫療照護時，您的計劃網絡內醫師就會為您作出 (有利) 承保決定 (請參閱會員手冊第 4 章 H 部分)。

您或您的醫師也可以聯絡我們，提出承保決定的要求。您或您的醫師可能不確定我們是否承保特定的服務，或者我們可能拒絕提供您認為需要的醫療照護。**在獲得某項醫療服務前，如果您想知道我們是否承保該項服務，您可以要求我們為您作出承保決定。**

只要我們決定您能獲得哪些承保項目，以及我們應給付的金額，我們就是在作出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定某種服務，或藥物不屬於承保範圍，或不再屬於 Medicare 或 Medi-Cal 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。

E2. 上訴

如果我們作出承保決定，但是您對作出的決定感到不滿，您可以對決定提出「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。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：

711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



當您首次對某項決定提出上訴時，稱為 1 級上訴。在此上訴中，我們審查我們作出的承保決定，查看我們是否妥善地遵守所有規定。您的上訴是由不同於原先作出不利決定的審查人員處理。

在大多數情況下，您必須從第 1 級開始上訴。如果您的健康問題十分緊急，或會對您的健康造成立即且嚴重的威脅，或者您有劇痛並需要立即決定，您可以前往 www.dmhc.ca.gov/ 向 Department of Managed Health Care 申請 IMR 醫療審查。如需更多資訊，請參閱本章第 191 頁。

當我們完成審查時，會告訴您我們的決定。在某些情況下 (本章後面第 190 頁與第 193 頁會說明)，您可以要求對承保決定提出加急，或「快速承保決定」，或提出「快速上訴」。

如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄送信函給您。如果您的問題與 Medicare 醫療服務或項目，或 Part B 藥物的承保範圍有關，則該信函會告訴您我們已將您的案例寄給獨立審核組織 (IRO) 進行 2 級上訴。如果您的問題與 Medicare Part D 或 Medicaid 服務或項目的承保範圍有關，則該信函會告訴您如何提出 2 級上訴。如需有關 2 級上訴的更多資訊，請參閱 **F4 部分**。如果您的問題與 Medicare 和 Medicaid 共同承保的服務或項目有關，則該信函將向您提供兩種 2 級上訴類型的資訊。

如果您對 2 級上訴決定感到不滿，可以繼續其他層級的上訴。

E3. 取得承保決定和上訴相關協助

您可以透過以下任一方式尋求協助：

- 請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡**會員服務部**。
- **Medicare Medi-Cal Ombuds Program**，電話號碼：**1-855-501-3077**。
- **健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)**，電話號碼為 1-800-434-0222。
- 致電 **Department of Managed Health Care (DMHC) 協助中心**尋求免費協助。DMHC 負責監督健保計劃。DMHC 可協助相關人士處理 Medi-Cal 服務的上訴或請款問題。電話號碼為 1-888-466-2219。失聰、聽力障礙，或言語障礙人士可使用免付費 TDD 號碼：1-877-688-9891。您也可以造訪 DMHC 的網站：www.HealthHelp.ca.gov
- **您的醫師或其他提供者**。您的醫師或其他服務提供者可代您提出承保決定要求，或代您提出上訴。
- **朋友或家人**。您可以指名其他人士擔任您的「代表」，以代您提出承保決定要求，或代您提出上訴。
- **律師**。您有權向律師諮詢，但您不一定要聘請律師，才能提出承保決定要求或提出上訴。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 請致電給您自己的律師，或透過當地的律師協會，或其他轉介服務取得律師名單。如果您符合資格，部分法律團體將可為您提供免費的法律服務。
- 請致電 1-888-804-3536，向 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 請求提供法律援助的律師。

如果您需要律師，或其他人擔任您的代表，請填寫代表委任表格。該表格可授權他人代您行事。

請撥打本頁面底部的電話號碼，聯絡會員服務部，索取「代表委任」表格。您也可以造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或在我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> 取得表格。您必須給我們一份已簽名表格的副本。

E4. 本章的哪一部分會對您有所幫助

涉及承保決定和上訴的情況有四種情況。每種情況都有不同的規定和期限。我們會在本章的不同部分中提供每種情況的詳細說明。請參閱適用的部分：

- 本章 F 部分，「醫療照護」
- 本章 G 部分，「Medicare Part D 處方藥」
- 本章 H 部分，「要求我們承保更長的住院時間」
- 本章 I 部分，「要求我們繼續承保特定醫療服務」(本部分僅適用於以下服務：居家健康照護、專業護理設施照護和綜合門診患者復健機構 (CORF) 服務)。

如果您不確定要使用哪一部分，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。

F. 醫療照護

本部分會解釋，如果您在獲得醫療照護承保時遇到問題，或想要我們退回我們對您的照護費用的分攤費用，該怎麼辦

本部分描述您在會員手冊第 76 頁第 4 章 D 部分中所述之醫療照護和服務方面的給付。在本節其餘部分，我們通常會說「醫療照護承保」，或「醫療照護」。「醫療照護」一詞包括服務和項目，以及由您的醫師或健康照護專業人員投與的 Medicare Part B 處方藥。Medicare Part B 處方藥可能適用不同的規定。當它們出現時，我們會解釋 Medicare Part B 處方藥的規定與醫療服務和項目的規定有何不同。

F1. 運用本部分內容

本部分說明，如果您發生下列任一情況，您可以怎麼做：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



1. 您認為我們承保您有需要，但並未獲得的醫療照護。

您可以怎麼做：您可以要求我們作出承保決定。請參閱第 192 頁 **F2** 部分。

2. 我們並未核准您的醫師或其他健康照護提供者希望您獲得的醫療照護，而您認為我們應該要這麼做。

您可以怎麼做：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 194 頁 **F3** 部分。

3. 您取得了您認為本計劃承保的醫療照護，但我們卻不給付。

您可以怎麼做：您可以對我們不給付的決定提出上訴。請參閱第 202 頁 **F5** 部分。

4. 您取得了您認為本計劃承保的醫療照護且支付了費用，而您希望我們償還您所支付的費用。

您可以怎麼做：您可以要求我們償還您。請參閱第 202 頁 **F5** 部分。

5. 我們縮減或終止您特定醫療照護的承保，而您認為我們的決定可能會損害您的健康。

您可以怎麼做：您可針對本計劃縮減或終止醫療照護的決定提出上訴。請參閱第 197 頁 **F4** 部分。

- 如果是針對醫院照護、居家健康照護、專業護理設施照護，或 CORF 服務的承保，將適用特殊規定。請參閱第 211 頁 **H** 部分，或第 216 頁 **I** 部分以瞭解詳情。
- 有關縮減或終止特定醫療照護承保的所有其他情況，請參閱本部分 (第 191 頁 **F** 部分) 以瞭解相關指示。

6. 您的照護服務發生延遲，或者您找不到醫師。

您可以怎麼做：您可以提出上訴。請參閱第 225 頁 **K2** 部分。

F2. 要求承保決定

當承保決定涉及您的醫療照護時，即稱為「**整合式組織裁定**」

您、您的醫師或您的代表可以透過以下方式要求我們作出承保決定：

- 請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。
- 傳真：1-844-273-2671。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 寫信至：Wellcare By Health Net
4191 E.Commerce Way
Sacramento, CA 95834

標準承保決定

當我們告訴您我們的決定時，除非我們已同意使用「快速」截止日期，否則我們將使用「標準」截止日期。**標準**承保決定是指，我們針對這些作出的回覆：

- 醫療服務或項目，在我們收到您要求後的 14 個日曆日內回覆。若為 Knox-Keene 計劃，則是在 5 個工作天內；且在我們收到您的要求後 14 個日曆日內提供。
- Medicare Part B 處方藥，在我們收到您的要求後 72 小時內回覆。

快速承保決定

「快速承保決定」的法律術語是「**加急裁定**」。

當您要求我們就您的醫療照護作出承保決定，且您的健康狀況需要我們快速回覆時，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定是指我們針對這些作出的回覆：

- 醫療服務或項目，在我們收到您的要求後 72 小時內回覆，或如果您的醫療病症需要更快速的回覆，則會更快。
- Medicare Part B 處方藥，在我們收到您的要求後 24 小時內回覆。

若要取得快速承保決定，您必須達到兩項要求：

- 您針對**並未獲得**的醫療項目與/或服務提出承保要求。您無法針對已獲得的項目或服務款項，提出快速承保決定要求。
- 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。

如果您的醫師告知我們您的健康狀況有其需要，我們會自動為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫師佐證的情況下提出快速承保決定要求，我們會判定您是否應取得快速承保決定。

- 如果我們決定您的健康狀況不需要快速承保決定，我們會寄送信函通知您並改用標準截止日期。信函會告知您：
 - 如果您的醫師提出要求，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 如果我們為您提供的是標準承保決定而非快速承保決定，您如何針對我們的決定提出「快速投訴」。如需關於提出投訴的詳細資訊，包括快速投訴，請參閱第 223 頁 **K** 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄送信函給您，說明原因。

- 如果我們拒絕您的要求，您有權利要求上訴。如果您認為我們有疏失，提出上訴就是要求我們審查我們的決定，並且變更該決定的一種正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將會進入第 1 級上訴程序 (請參閱第 194 頁 F3 部分)。

在特定情況下，我們可能會駁回您的承保決定要求，也就是說，我們將不會重新審查該要求。關於要求何時會遭到駁回的例子，包括：

- 要求內容不完整，
- 有人代您提出要求，但並未獲得合法授權，或是
- 您要求撤銷要求。

如果我們駁回承保決定的要求，我們會寄送通知說明為何該要求遭到駁回，以及如何要求審查該駁回結果。這項審查稱為上訴。上訴將在下一部分討論。

F3. 提出 1 級上訴

若要開始上訴，您、您的醫師，或您的代表必須與我們聯絡。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711) 與我們聯絡。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

可以書面方式，或致電我們要求標準上訴，或快速上訴，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

- 如果您的醫師或其他處方開立者在您的上訴過程中要求您繼續接受目前已取得的某項服務或項目，您可能需要指名您的醫師或其他處方開立者作為您的代表，以代表您行事。
- 如果醫師以外者為您提出上訴，請附上「代表委任」表格，授權該名人士代表您。您可以造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或在我們的網站 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> 取得表格。
- 雖然我們可以在無表格的情況下接受上訴要求，但在尚未收到表格前，我們無法開始或完成審核程序。如果我們在收到您的上訴要求後 44 個日曆日內沒有收到表格：
 - 我們會拒絕您的要求，而且

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 我們會寄送書面通知給您，說明您有權要求 IRO 審查我們駁回上訴的決定。
- 您必須在我們寄信通知您我們決定的當日起 60 個日曆日內提出上訴。
- 如果您錯過這個期限，但有正當理由，我們可給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括，您患有重大疾病，或是我們提供給您的期限資訊有誤。在提出上訴時說明您延遲上訴的原因。
- 您有權向我們免費索取一份與您上訴有關的資料副本。您和您的醫師也可以向我們提供更多資訊，為您的上訴提供佐證。

如果您因健康狀況需要，要求「快速上訴」。

「快速上訴」的法律術語是「加急重新裁決」。

- 如果您的上訴內容是關於我們針對您並未獲得之照護所作的承保決定，您和/您的醫師將需要決定您是否需要「快速上訴」。

如果您的醫師告知我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速上訴。如果您在沒有醫師佐證的情況下提出快速上訴要求，我們會判定您是否應取得快速上訴。

- 如果我們判定您的健康狀況不需要快速上訴，我們會寄送信函通知您並改用標準截止日期。信函會告知您：
 - 如果您的醫師提出要求，我們會自動為您提供快速上訴。
 - 如果我們為您提供的是標準上訴而非快速上訴，您如何針對我們的決定提出「快速投訴」。如需關於提出投訴的詳細資訊，包括快速投訴，請參閱第 223 頁 K 部分。

如果我們告知您，我們將終止或縮減您已取得的服務或項目，您或許能夠在上訴期間保留這些服務或項目。

- 如果我們決定變更或終止您目前取得的服務或項目承保，我們會在採取行動之前寄送通知給您。
- 若您不同意該決定，可以提出 1 級上訴。
- 若您在收到我們信函郵戳日期的 10 個日曆日內，或在行動預計生效日期前 (以時間較晚者為準) 提出 1 級上訴的要求，我們將繼續承保服務或項目。
 - 若您符合此期限，則在您的 1 級上訴未決時，您仍將繼續獲得服務或項目，不會有變動。
 - 您也會繼續獲得所有其他服務或項目 (並非您上訴的內容)，不會有變動。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果您在這些日期之前沒有提出上訴，在您等待上訴決定時，則不會繼續保留您的服務或項目。

我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們審核您的上訴時，我們會再仔細查閱有關您的醫療照護承保要求的所有資訊。
- 我們會查看以確認我們在**拒絕**您的要求時，是否有遵守所有規定。
- 如果必要，我們會搜集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫師，以獲得更多資訊。

快速上訴有期限。

- 如果我們採用快速截止日期，我們必須在收到您上訴後的 **72 小時內給您答覆**，或者如果是因您的健康情況所需，我們將會更快給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
- 如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們會將您的要求交由 2 級上訴程序處理。接著會由 IRO 來審查。在本章接下來第 197 頁 **F4 部分**中，我們會介紹該組織，並說明 2 級上訴程序。如果您的問題與 Medicaid 服務，或項目的承保有關，您可以在時間一到，就自行向州提出 2 級上訴。在 California，州政府聽證會稱為 **State Hearing**。若要提出州政府聽證會，請參閱第 251 頁第 12 章。
- 如果我們同意您的部分或所有要求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權，或提供我們同意的承保 (如果您因健康狀況有需要則更快)。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會將您的上訴送交 IRO 進行 2 級上訴。

標準上訴有期限。

- 我們採用標準截止日期時，我們必須在收到您並未獲得承保服務的上訴後 **30 個日曆日內**對您作出答覆。
- 如果您的要求是針對您並未獲得的 Medicare Part B 處方藥，我們將會在接獲您上訴的 **7 個日曆日內**向您提出答覆，或如果您的健康狀況有必要，則會更快答覆您。
 - 如果我們未能在期限內向您提出答覆，我們會將您的請求交由 2 級上訴程序處理。接著會由 IRO 來審查。在本章接下來第 197 頁 **F4 部分**中，我們會介紹該組織，並說明 2 級上訴程序。如果您的問題與 Medicaid 服務，或項目的承保有關，您可以在時間一到，就自行向州提出 2 級上訴。在 California，州政府聽證會稱為 **State Hearing**。若要提出州政府聽證會，請參閱第 251 頁第 12 章。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



如果我們同意您的部分或全部要求，我們一定要在收到您的請求後 30 個日曆日內授權，或提供我們同意的承保，或根據您的健康狀況所需盡快且在我們變更決定之日起 72 小時內授權，或提供承保；或者如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，則在我們收到您上訴之日起的 7 個日曆日內。

如果我們拒絕您的部分或全部要求，您有額外上訴的權利：

- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄送信函給您。
- 如果您的問題與 Medicare 服務或項目的承保有關，該信函也會告訴您，我們已將您的案件交由 IRO 進行 2 級上訴。
- 如果您的問題是與 Medi-Cal 服務或項目的承保有關，信函中將會告訴您如何自行提出 2 級上訴。

F4. 提出 2 級上訴

如果我們拒絕您 1 級上訴的部分或全部請求，我們將會寄信通知您。信函中向您說明 Medicare、Medi-Cal，或這兩項計劃是否通常承保該服務或項目。

- 如果您的問題與通常由 Medicare 承保的服務或項目有關，我們將會在 1 級上訴完成後，自動將您的案件送交 2 級上訴程序處理。
- 如果您的問題與通常由 Medi-Cal 承保的服務或項目有關，您可以自行提出 2 級上訴。信函中會告訴您該如何進行。我們也會在本章第 199 頁接下來的部分中提供詳細資訊。
- 如果您的問題與 Medicare 和 Medi-Cal 皆承保的服務或項目有關，您將自動取得 IRO 的 2 級上訴。除了自動進行 2 級上訴之外，您也可以要求由該州舉行的州政府聽證會和獨立醫療審查。然而，如果您已在州政府聽證會中提出證據，則無法進行獨立醫療審查。

若您提出 1 級上訴時仍符合繼續享有給付資格，您在 2 級上訴期間也可能繼續享有上訴中的服務、項目，或藥物的給付。請參閱第 194 頁 F3 部分，瞭解在第 1 級上訴期間繼續享有給付資格的資訊。

- 如果您的問題與通常僅由 Medicare 承保的服務有關，那麼在與 IRO 進行 2 級上訴程序期間，您將無法繼續享有該項服務的給付。
- 如果您的問題與通常僅由 Medi-Cal 承保的服務有關，若您在收到我們的決定信函後 10 個日曆日內提交 2 級上訴，您將繼續享有該項服務的給付。

當您的問題與通常由 Medicare 所承保的服務或項目有關

IRO 會審查您的上訴。這個機構是由 Medicare 雇用的獨立組織。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



「獨立審核組織」(IRO) 的正式名稱爲「**獨立審核實體**」，有時稱爲「**IRE**」。

- 此機構與我們無關，且不是政府機構。Medicare 選擇該公司作爲 IRO，並由 Medicare 監督其工作。
- 我們會將有關您的上訴 (您的「個案檔案」) 資訊送交該組織。您有權向我們索取一份免費的個案檔案副本。
- 您有權向 IRO 提供其他資訊爲您的上訴提供佐證。
- IRO 的審查人員將會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

如果您在 1 級上訴時採用快速上訴，您在 2 級上訴時也會採用快速上訴。

- 如果您在 1 級上訴時對我們提出快速上訴，您在 2 級上訴時會自動以快速上訴的方式進行。IRO 必須在收到您的上訴後 **72 小時內**回覆您的 2 級上訴。

如果您在 1 級上訴時採用標準上訴，您在 2 級上訴時也會採用標準上訴。

- 如果您在 1 級上訴時對我們提出標準上訴，您在 2 級上訴時會自動獲得標準上訴。
- 如果您的要求是針對醫療項目，或服務，IRO 必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**回覆您的 2 級上訴。
- 如果您的要求是針對 Medicare Part B 處方藥，IRO 必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**回覆您的 2 級上訴。

若 IRO 以書面方式給您答覆，並解釋原因。

- 如果該 IRO 同意部分或所有醫療項目或服務請求，我們就必須立即執行該項裁決：
 - 在 **72 小時內**授權該醫療照護承保，或
 - 在收到 IRO 對**標準要求**的裁決後 **5 個日曆日內**提供服務，或
 - 從我們收到 IRO 對**加急要求**的裁決當日起 **72 小時內**提供服務。
- 如果 IRO 同意部分或所有 Medicare Part B 處方藥要求，我們必須授權或提供有爭議的 Medicare Part B 處方藥：
 - 我們會在收到 IRO 對**標準要求**的裁決後 **72 小時內**提供服務，或
 - 從我們收到 IRO 對**加急要求**的裁決當日起 **24 小時內**提供。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果 **IRO** 否決您的部分或全部上訴，表示其同意本計劃不應核准您的醫療照護承保要求 (或您的部分要求)。這稱為「維持決定」，或「駁回上訴」。
 - 如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望進一步上訴。
 - 在 2 級之後，上訴程序還有另外三級，總共有五級上訴。
 - 如果您的 2 級上訴被否決，但您符合繼續上訴程序的要求，您需要決定是否要進入 3 級上訴，提出第三次上訴。有關如何進行的詳細資訊，請參見您在 2 級上訴後收到的書面通知。
 - 由 **Administrative Law Judge (ALJ)** 或 **Attorney Adjudicator** 處理 3 級上訴。請參閱第 221 頁 **J** 部分，以瞭解關於 3 級、4 級和 5 級上訴的詳細資訊。

如果您的問題與通常由 **Medi-Cal** 承保的服務或項目有關

針對 **Medi-Cal** 服務及項目提出 2 級上訴的方式有兩種：(1) 提出投訴或獨立醫療審查，或 (2) 州政府聽證會。

(1) 獨立醫療審查

您可向 **California Department of Managed Health Care (DMHC)** 的協助中心提交投訴，或申請獨立醫療審查 (**IMR**)。提交投訴後，**DMHC** 將會審查我們的決定並作出判決。**IMR** 適用於任何屬於醫療性質的 **Medi-Cal** 承保服務或項目。**IMR** 是由不屬於本計劃，或不屬於 **DMHC** 的醫師針對您個案所進行的審查。如果 **IMR** 作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務或項目。您無需為 **IMR** 付費。

如果本計劃有下列舉動，您將可提交投訴或申請 **IMR**：

- 由於本計劃判定 **Medi-Cal** 服務或治療並非必要的醫療，因而拒絕、變更，或延遲該服務或治療。
- 不承保嚴重醫療病症所需的實驗性或研究性 **Medi-Cal** 治療。
- 爭議手術服務或處置係醫美或重建性質。
- 不給付您已接受的 **Medi-Cal** 急診服務或緊急服務。
- 未在 30 個日曆日內解決您針對 **Medi-Cal** 服務所提出的 1 級標準上訴，或未在 72 小時內解決您針對 **Medi-Cal** 服務所提出的 1 級快速上訴 (或如果您的健康狀況有需要，則需更快答覆您)。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



注意：若您的服務提供者為您提出上訴，但我們沒有取得您的「代表委任」表格，您需要先向我們重新提出上訴，才能向 **Department of Managed Health Care** 提交 2 級 IMR，除非您的上訴涉及到即將發生的嚴重健康威脅，包括但不限於嚴重疼痛、可能喪失生命、肢體，或主要的身體機能。

針對同一問題，您有權利同時申請 IMR 又申請州政府聽證會，但若您已在州政府聽證會中提出證據，您將不能再申請 IMR。

在大多數情況下，在申請 IMR 之前，您必須先向我們提出上訴。請參閱第 194 頁 1 級上訴程序相關資訊。如果您不同意我們的決定，您可向 DMHC 提交投訴，或向 DMHC 協助中心申請 IMR。

如果您的治療因屬於實驗性或研究性而遭到拒絕，您無需使用本計劃的上訴程序即可申請 IMR。

如果您的問題十分緊急且會對您健康造成即時且嚴重的威脅，或者如果您有劇痛，您可立即請 DMHC 處理，不必先進行上訴程序。

您必須在我們寄給您書面上訴決定後的 **6 個月內申請 IMR**。若您的理由充分，DMHC 可能會在 6 個月後接受您的申請，例如您的醫療病症使您無法在 6 個月內要求 IMR，或者您沒有得到我們針對 IMR 流程的充分通知。

欲申請 IMR：

- 請填妥獨立醫療審查申請表/投訴表，您可在 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 取得該申請表，或致電 1-888-466-2219 向 DMHC 協助中心索取。TTY 使用者請撥打 1-877-688-9891。
- 如果您有與遭拒之服務或項目有關的信函或其他文件，請將其副本隨附提出。這樣可以加速 IMR 的處理時間。請寄文件的複本，而非正本。協助中心無法退還任何文件。
- 如果有人協助您申請 IMR，請填寫授權代理人委任表。您可以在 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，或致電 1-888-466-2219 聯絡部門的協助中心。TTY 使用者請撥打 1-877-688-9891。
- 請將申請表及所有附件郵寄或傳真至：

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
傳真：(916) 255-5241

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 您也可以線上提交獨立醫療審查申請/投訴表和授權代理人委任表：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

如果您符合 IMR 的資格，DMHC 將審查您的個案，並在 7 個日曆日內向您寄送信函告知您符合 IMR 的資格。在您的計劃收到您的申請和佐證文件後，IMR 將在 30 個日曆日內作出決定。您應在提交完整申請後的 45 個日曆日內收到 IMR 決定。

如果您的個案很緊急，且您符合 IMR 的資格，DMHC 將審查您的個案，並在 2 個日曆日內向您寄送信函告知您符合 IMR 的資格。在您的計劃收到您的申請和佐證文件後，IMR 將在 3 個日曆日內作出決定。您應在提交完整申請後的 7 個日曆日內收到 IMR 決定。如果您對 IMR 的結果感到不滿，您仍可申請州政府聽證會。

若 DMHC 沒有從您或提供治療的醫師收到所有需要的醫療記錄，則 IMR 可能需要較長的時間。若您目前的看診醫師不屬於您健保計劃的網絡，則您應向該名醫師取得您的醫療記錄並寄給我們，這十分重要。您的健保計劃需要向網絡內醫師取得健康記錄副本。

如果 DMHC 判定您的個案不符合 IMR 的資格，DMHC 將會透過其一般的消費者投訴程序審查您的個案。應在提交完整申請後的 30 個日曆日內解決您的投訴。若您的投訴十分緊急，個案的解決時間將會更快。

(2) 州政府聽證會

您可隨時針對 Medi-Cal 承保服務及項目申請州政府聽證會。如果您的醫師，或其他服務提供者申請了我們將不會核准的服務或項目，或我們將不再繼續給付您已接受的服務或已取得的項目，且拒絕您的 1 級上訴，則您有權申請州政府聽證會。

在大多數情況下，在我們寄「上訴決定信函」通知給您後，您將有 120 天的時間可以申請州政府聽證會。

注意：如果我們告知您有關您目前取得的服務即將變更或終止，而您因此申請州政府聽證會，且您希望在州政府聽證會待審期間仍繼續取得該服務，則您可以提出申請的時間較短。請參閱第 197 頁「在 2 級上訴期間，我的給付是否可以持續」，以取得更多資訊。

申請州政府聽證會的方式有兩種：

1. 您可填妥行動通知背面的「州政府聽證會申請表」。您應提供所有必要資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取不利行動的計劃或郡名稱、相關的輔助計劃，以及您希望舉行聽證會的詳細原因。然後您可透過下列其中一種方式提交您的申請：
 - 寄至通知上所列的郡給付部地址。
 - 寄至 California Department of Social Services：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- 傳真至 State Hearings Division，號碼：916-651-5210 或 916-651-2789。
2. 您可致電 1-800-743-8525 與 California Department of Social Services 聯絡。TTY 使用者請撥打 1-800-952-8349。如果您決定透過電話申請州政府聽證會，您應瞭解該電話線路可能非常忙碌。

State Hearings Division 將以書面方式告知您其決定，並解釋原因。

- 如果 State Hearings Division 同意部分或全部醫療項目或服務的要求，我們必須在收到其決策後 **72 小時內** 授權，或提供服務或項目。
- 如果 State Hearings Division 否決您的部分或全部上訴，表示其同意本計劃不應核准您的醫療照護承保要求 (或您的部分要求)。這稱為「維持決定」，或「駁回上訴」。

如果 IRO 或 State Hearing Division 決定否決您的全部或部分要求，您會有額外上訴的權利。

若您的 2 級上訴進入 IRO，只有在您希望的服務，或項目之金額達到一定的最低額度時，才可再次上訴。由 ALJ 或 Attorney Adjudicator 處理 3 級上訴。IRO 寄給您的信函中會說明您可能享有的其他上訴權利。

您從 State Hearings Division 收到的信函會說明下一個上訴選項。

請參閱第 221 頁 J 部分，以瞭解更多關於 2 級之後的上訴權利資訊。

F5. 給付問題

我們不允許我們的網絡內服務提供者向您收取承保服務和項目的費用。即使我們給付給服務提供者的費用少於該服務提供者針對承保服務或項目所收取的費用，您也無需支付任何費用。無論在何種情況下，您都無需支付任何帳單的餘額。

如果您收到承保服務和用品的帳單，請將帳單寄給我們。您不應自行支付帳單。我們會直接與該服務提供者聯絡並解決問題。但如果您已經支付帳單，且您遵守取得服務或項目的規定，就可以取得退款。

如需更多資訊，請參閱您會員手冊第 7 章。本章將為您說明在何種情況下，您可能需要要求本計劃償還您所支付的費用，或要求本計劃支付您所收到的服務提供者帳單。另外還說明如何向我們寄送文件，要求我們付款。

若您欲要求本計劃償還您所支付的費用，您需要提出承保決定要求。我們將確認您已付費的服務或項目是否為獲得承保的服務或項目，且我們會查看您是否遵守使用承保的所有規定。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：

711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果您已付費的服務或項目已獲得承保，且您遵守所有規定，我們將在收到您請求後的 60 個日曆日內，將您服務或項目應給付的款項寄給您的服務提供者。您的服務提供者隨後會將款項寄給您。
- 如果您尚未支付該服務或項目的費用，我們會把費用款項直接寄給該服務提供者。我們寄出該費用款項時，即表示我們**同意**您的承保決定要求。
- 如果該服務或項目並未獲得承保，或者您未遵守所有規定，我們將寄信告知您，我們不給付該服務或項目，並向您說明原因。

如果您不同意我們不給付的決定，**您可以提出上訴**。請遵守第 194 頁 **F3 部分**所述的上訴程序。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您要求我們償還您所支付的費用而向我們提出上訴，我們必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內給您答覆。
- 如果您要求我們就您已經接受且自行付款的醫療照護向您償還費用，您就不得提出快速上訴要求。

如果我們**拒絕**您的上訴要求，且 **Medicare** 通常承保該服務或項目，我們會將您的案件送交 IRO。如果發生這種情況，我們將會寄信通知您。

- 如果 IRO 推翻本計劃的決定並表示我們應為您給付，我們將必須在 30 個日曆日內將給付款項寄給您或服務提供者。如果您的上訴是在 2 級之後上訴程序的任何階段**核准**，我們必須在 60 個日曆日內將款項寄給您或健康照護服務提供者。
- 如果 IRO **拒絕**您的上訴，表示其同意我們不應核准您的要求。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。您將收到信函向您說明您可能享有其他上訴權利。請參閱 **J 部分**，以瞭解更多有關其他層級上訴的資訊。

如果我們**拒絕**您的上訴請求，且 **Medi-Cal** 通常承保該服務或項目，您可以自行提出 2 級上訴。請參閱第 197 頁 **F4 部分**，以取得更多資訊。

G. Medicare Part D 處方藥

作為本計劃會員，您的給付包括很多處方藥承保。其中大部分均為 Medicare Part D 藥物。雖然有少數幾項 Medicare Part D 藥物不承保，但卻可能獲得 Medi-Cal 的承保。**本部分內容僅適用於 Medicare Part D 藥物的上訴**。在本節其餘部分，我們會說「藥物」，而不是每次都說「Medicare Part D 藥物」。

要獲得承保，藥物必須用於醫學上所接受的引證。這表示該藥物已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的核准，或得到特定醫學參考資料的佐證。請參閱您**會員手冊**第 135 頁**第 5 章 B3 部分**，以瞭解更多有關醫療認可之適應症的相關資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G1. Medicare Part D 藥物承保決定和上訴

以下是您要求我們對您 Medicare Part D 藥物作出承保決定的範例：

- 您要求我們為您作出例外處理，包括要求我們：
 - 承保不在本計劃「藥物清單」中的 Medicare Part D 藥物，或
 - 免除本計劃對某項藥物的承保限制 (例如您能夠領取的藥量限制)
- 您可要求我們是否能為您承保某項藥物 (例如，當您的藥物在本計劃的「藥物清單」中，但必須先經過我們核准後，才會承保該藥物)。

注意：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，您將收到藥房的書面通知，說明如何聯絡我們以要求承保決定。

有關您 Medicare Part D 藥物的最初承保決定稱為「**承保裁定**」。

- 您可要求我們給付您已經購買的藥物。這是針對給付所提出的承保決定要求。

如果您不同意我們已經作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。本部分告訴您如何提出承保決定要求，以及如何提出上訴。請利用下表來協助您。

您屬於下列哪一種情況？

您需要的藥物未被納入我們的「藥物清單」，或需要我們免除某項藥物的相關規定或限制。	您希望我們為您承保我們「藥物清單」中的某種藥物，並且您認為您符合所需藥物的計劃規定或限制 (例如事先取得核准)。	您想要求我們就您已取得並已付費的藥物償還您費用。	我們已經告知您，我們不會以您希望的方式承保某種藥物，或支付這種藥物的費用。
您可以要求我們作為例外處理。(這是一種承保決定)。	您可以要求我們作出承保決定。	您可以要求我們向您退款。(這是一種承保決定)。	您可以提出上訴。(也就是說，您可以要求我們重新考慮)。
從第 205 頁 G2 部分開始，然後參閱第 205 頁 G3 部分和第 206 頁 G4 部分。	請參閱第 206 頁 G4 部分。	請參閱第 206 頁 G4 部分。	請參閱第 208 頁 G5 部分。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



G2. Medicare Part D 例外處理

如果我們未按照您想要的方式承保藥物，您可以要求我們作為「例外處理」。如果我們拒絕您的例外處理要求，您可以對我們的決定提出上訴。

當您要求例外處理時，您的醫師或其他處方開立者必須解釋您需要例外處理的醫療原因。

要求承保不在我們「藥物清單」上的某種藥物，或移除某項藥物的限制，有時稱為要求「處方集例外處理」。

以下是您或您的醫師或其他處方開立者，可以要求我們作出例外處理的一些範例：

1. 承保不在我們「藥物清單」上的藥物

- 您無法獲得藥物所需共付額的例外處理。

2. 免除我們對承保藥物的限制

- 我們「藥物清單」上的特定藥物適用額外的規定或限制 (請參閱您會員手冊第 136 頁第 5 章 C 部分，以瞭解更多資訊)。
- 適用於特定藥物的額外規定與限制包括：
 - 被要求使用學名藥取代原廠藥。
 - 在我們同意承保您的藥物之前，需事先獲得我們的批准。這有時稱為「事先授權 (PA)」。
 - 在我們同意承保您要求的藥物之前，須先嘗試一種不同的藥物。這有時稱為「循序用藥」。
 - 數量限制。對於一些藥物，您可配取的藥量有限制。

G3. 要求例外處理的重要須知

您的醫師或其他處方開立者必須告知我們醫療原因。

您的醫師或其他處方開立者必須向我們提供書面聲明，解釋要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。

我們的「藥物清單」通常會對於治療某種病症列出一種以上藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物效力相當，且不會造成較多的副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理要求。

我們可同意或拒絕您的要求。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果我們**同意**您的例外處理要求，該例外處理通常至該曆年結束為止均有效。只要您的醫師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**您的例外處理要求，您可以提出上訴。如果我們**拒絕**，請參閱第 208 頁 **G5 部分**，以瞭解提出上訴的相關資訊。

下一部分告訴您如何要求作出承保決定，包括例外處理。

G4. 要求承保決定，包括例外處理

- 請撥打 1-800-431-9007 (TTY：711)，寫信或傳真給我們，詢問您想要的承保決定類型。您、您的代理人，或您的醫師 (或其他處方開立者) 都可以這樣做。請附上您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，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。
- 您或您的醫師 (或其他處方開立者)，或其他代表您者，皆可提出承保決定要求。您也可以請一位律師代表您。
- 請參閱第 190 頁 **E3 部分**，以瞭解如何委託他人擔任您的代表。
- 您不需要向您的醫師或其他處方開立者提供書面許可，以代表您提出承保決定要求。
- 如果您想要求我們償還您藥物費用，請參閱**會員手冊第 7 章**。
- 如果您要求例外處理，請給我們一份「佐證聲明」。佐證聲明包括您的醫師，或其他處方開立者因醫療原因而提出例外處理要求。
- 您的醫師或其他處方開立者可以傳真或郵寄該佐證聲明給我們。他們也可以透過電話與我們聯絡，然後傳真或郵寄該佐證聲明。

如果您因健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」

除非我們同意採用「快速截止日期」，否則我們會採用「標準截止日期」。

- **標準承保決定**代表我們將在收到您醫師聲明後的 72 小時內給您答覆。
- **快速承保決定**代表我們將會在收到您醫師聲明後的 24 小時內給予答覆。

「快速承保決定」稱為「**加急承保裁定**」。

如果發生以下情況，您可以獲得快速承保決定：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 針對您未收到的藥物。如果您要求我們償還您已經購買的藥物費用，您將無法取得快速承保決定。
- 如果我們採用標準截止日期，可能會嚴重危害您的健康或身體機能。

如果您的醫師或其他處方開立者告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會同意為您作出快速承保決定。我們會寄送信函通知您。

- 如果您在沒有醫師或其他處方開立者佐證的情況下，提出快速承保決定要求，我們將判定您是否應取得快速承保決定。
- 如果我們判定您的醫療狀況不符合快速承保決定的規定，我們會改用標準截止日期。
 - 我們會寄送信函通知您。該信函也會告訴您如何對我們的決定提出投訴。
 - 您可以提出快速投訴，並在 24 小時內獲得回覆。如需更多關於提出投訴的資訊，包括快速投訴，請參閱第 223 頁 **K 部分**。

快速承保決定的期限

- 如果我們採用快速截止日期，我們必須在收到您要求後的 **24** 小時內給您答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫師的佐證聲明後 **24** 小時內向您作出答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由 2 級上訴程序處理，由 IRO 審查。如需關於第 2 級上訴的更多資訊，請參閱第 210 頁 **G6 部分**。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在收到您的要求或您醫師的佐證聲明後 **24** 小時內為您提供承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部要求，我們會寄送信函給您，附上原因。該信函也會告訴您如何提出上訴。

與您未領取之藥物有關的標準承保決定期限

- 如果我們採用標準截止日期，我們必須在收到您要求後的 **72** 小時內給您答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫師的佐證聲明後 **72** 小時內向您作出答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由 2 級上訴程序處理，由 IRO 審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在收到您的要求，或收到您醫師針對例外處理提供佐證聲明後的 **72** 小時內，為您提供承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部要求，我們會寄送信函給您，附上原因。該信函也會告訴您如何提出上訴。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



與您已購藥物有關的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您要求後的 14 個日曆日內給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由 2 級上訴程序處理，由 IRO 審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們會在 14 個日曆日內償還您費用。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄送信函給您，附上原因。該信函也會告訴您如何提出上訴。

G5. 提出 1 級上訴

就 Medicare Part D 藥物之承保決定向本計劃提出上訴稱為計劃「重新裁決」。

- 要開始為您進行標準，或快速上訴，可致電 1-800-431-9007 (TTY：711)、寫信或傳真給我們。您、您的代理人，或您的醫師 (或其他處方開立者) 都可以這樣做。請附上您的姓名、聯絡資訊和與上訴相關資訊。
- 您必須在我們寄信通知您我們決定的當日起 60 個日曆日內提出上訴。
- 如果您錯過這個期限，但有正當理由，我們可給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括，您患有重大疾病，或是我們提供給您的期限資訊有誤。在提出上訴時說明您延遲上訴的原因。
- 您有權向我們免費索取一份與您上訴有關的資料副本。您和您的醫師也可以向我們提供更多資訊，為您的上訴提供佐證。

如果您因健康狀況需要，要求「快速上訴」。

快速上訴又稱為「加急重新裁決」。

- 如果您就未領取之藥物對我們作出的承保決定提出上訴，您和您的醫師或其他處方開立者，需要決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得快速承保決定的要求相同。請參閱第 206 頁 G4 部分，以取得更多資訊。

我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 當我們審核您的上訴時，我們會再仔細查閱有關您承保要求的所有資訊。
- 我們會查看以確認我們在拒絕您的要求時是否有遵守規定。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 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。

1 級快速上訴的期限

- 如果我們採用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。
 - 如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
 - 如果我們未能在 **72 小時內** 給您答覆，我們會將您的要求交由 **2 級上訴程序** 處理。接著由 **IRO** 來審查。請參閱第 210 頁 **G6 部分**，以瞭解審核組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 提供我們同意的承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部要求，我們會寄信給您說明原因，並告訴您該如何提出上訴。

1 級標準上訴的期限

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您針對未領取之藥物的上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。
- 如果您未收到藥物，但是您的健康狀況需要我們更快答覆，我們會更快作出決定。如果您認為因您健康情況需要，就可提出快速上訴。
 - 如果我們未能在 **7 個日曆日內** 作出決定，我們必須將您的申請交由 **2 級上訴程序** 處理。接著由 **IRO** 來審查。請參閱第 210 頁 **G6 部分**，以瞭解審核組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。

如果我們**同意**您的部分或全部要求：

- 我們必須按照您的健康情況所需，盡快**提供我們同意提供的承保**，但必須在我們收到您的上訴後的 **7 個日曆日內**。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**，將您購買藥物的費用寄給您。

如果我們**拒絕**您的部分或全部要求：

- 我們會寄信給您說明原因，並告訴您該如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後 **14 個日曆日內**，就支付您購買藥物的費用向您作出答覆。
 - 如果我們未能在 **14 個日曆日內** 作出決定，我們必須將您的申請交由 **2 級上訴程序** 處理。接著由 **IRO** 來審查。請參閱第 210 頁 **G6 部分**，以瞭解審核組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求後 **30 個日曆日**內支付您的費用。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部要求，我們會寄信給您說明原因，並告訴您該如何提出上訴。

G6. 提出 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，您可以接受我們的決定，或提出另一次上訴。如果您決定提出另一次上訴，您將採取 2 級上訴程序。當我們**拒絕**您的初次上訴時，**IRO** 會審查我們的決定。這個組織決定我們是否需要更改決定。

「獨立審核組織」(IRO) 的正式名稱爲「**獨立審核實體**」，有時稱爲「**IRE**」。

要提出 2 級上訴，您、您的代表、您的醫師，或其他處方開立者，必須以**書面方式**聯絡 IRO，並要求審核您的個案。

- 如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，我們寄給您的信函會包括如何向 **IRO 提出 2 級上訴的指示**。這些指示會說明誰可以提出 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何聯絡審核組織。
- 當您向 **IRO** 提出上訴時，我們會將您的上訴資料送交給該機構。此類資訊稱爲您的「個案檔案」。您有權向我們索取一份免費的個案檔案副本。
- 您有權向 **IRO** 提供其他資訊爲您的上訴提供佐證。

IRO 會審查您的 Medicare Part D 2 級上訴，並以書面方式答覆您。如需有關 **IRO** 的更多資訊，請參閱第 197 頁 **F4** 部分。

2 級快速上訴的期限

如果您因健康狀況需要，可要求 **IRO** 進行快速上訴。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**答覆您。
- 如果他們**同意**對您的部分或全部要求，我們必須在收到 **IRO** 的決定後 **24 小時內**提供核准的藥物承保。

2 級標準上訴的期限

如果您在 2 級時採用標準上訴，**IRO** 必須給您答覆：

- 在他們收到您未領取之藥物的上訴後 **7 個日曆日**內。
- 在收到您已購藥物付還費用的上訴後 **14 個日曆日**內。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



如果 IRO 同意您的部分或全部要求：

- 我們必須在收到 IRO 的決定後 **72 小時內**提供核准的藥物承保。
- 在我們收到 IRO 的承保決定後 **30 個日曆日內**，我們必須償還您購買的藥物。
- 如果 IRO **拒絕**了您的上訴，這表示其同意我們不核准您申請的決定。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果 IRO **拒絕**您的 2 級上訴，您有權在所要求的藥物承保金額價值達到最低金額時提出 3 級上訴。如果您所要求的藥物承保金額價值低於規定的最低金額，您就無法再次提出上訴。在此情況下，2 級上訴的決定是最終裁決。IRO 寄信給您，告知您繼續進行 3 級上訴所需的最低金額。

如果您要求的金額價值符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 2 級之後，上訴程序還有另外三級。
- 如果 IRO **拒絕**您的 2 級上訴，且您符合繼續進行上訴程序的要求，您可以：
 - 決定是否要提出 3 級上訴。
 - 請參閱 2 級上訴後 IRO 寄給您的信函，以瞭解如何提出 3 級上訴。

由 ALJ 或 Attorney Adjudicator 處理 3 級上訴。請參閱第 221 頁 **J 部分**，以瞭解 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

H. 要求我們承保更長的住院時間

當您住院時，您有權取得診斷和治療您疾病或損傷時所需的所有醫院承保服務。如需更多有關本計劃醫院承保的資訊，請參閱您**會員手冊**第 76 頁**第 4 章 D 部分**。

在您的承保住院期間，您的醫師和醫院工作人員會與您合作，為您出院做準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的照護。

- 您出院的當天稱為您的「出院日期」。
- 您的醫師或醫院工作人員將告知您您的出院日期。

如果您認為自己太快被要求出院，或您擔心出院後的照護，您可以要求延長住院時間。本部分將告訴您如何提出要求。

雖然在本章 **H 部分**有討論長期上訴，您可能還可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 197 頁 **F4 部分**，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可同時申請獨立醫療審查和 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代 3 級上訴。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：

711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您住院後的兩天內，醫院的工作人員 (如護理師或社福調查員) 將會提供一份名為「Medicare 權益重要訊息」的書面通知給您。每一位 Medicare 會員每次入院都會收到這份通知。

如果您沒有收到這份通知，請向任何一位醫院工作人員索取。如果您需要協助，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，全天候 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

- 請仔細閱讀這份通知，若有不清楚之處，歡迎提問。此通知會為您說明您身為醫院患者的權利，其中包括：
 - 您在住院期間及出院之後取得 Medicare 承保服務的權利。您有權瞭解您可取得哪些服務、誰將給付這些服務，以及您可透過何處取得這些服務。
 - 您參與任何與您住院時間相關決策的權利。
 - 瞭解應向何處舉報您對醫院照護品質所持有的任何顧慮。
 - 在您認為自己太快被要求出院時提出上訴。
- 在通知上簽名表示您已收到該通知，並瞭解自己的權利。
 - 您或您的代表皆可在通知上簽名。
 - 在通知上簽名僅代表您已收到關於您權利的資訊。簽名並不表示您同意您醫師，或醫院工作人員可能已告知您的出院日期。
- 請保留該簽名的通知副本以備不時之需。

如果您是在出院日兩天以前在通知上簽名，您需要在出院之前再簽署一份通知。

如需事先查看這份通知副本，您可以：

- 撥打本頁面底下的電話號碼聯絡會員服務部。
- 隨時致電 Medicare，電話：1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，全天候 24 小時均可。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 造訪 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

H2. 提出 1 級上訴

如果您希望我們延長您住院服務的承保時間，您必須提出上訴申請。品質改善組織 (QIO) 將會進行 1 級上訴審查，以確認您預定的出院日期對您而言是否在醫療上適當。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



QIO 是由醫師和其他健康照護專業人員所組成，受雇於聯邦政府。這些專家負責為 Medicare 會員檢查並協助改善品質。這些專家不隸屬於本計劃。

在 California，QIO 為 Livanta，請致電 1-877-588-1123 (TTY：1-855-887-6668) 聯絡他們。您也可以可在「Medicare 權益重要訊息」通知中，以及本手冊第 34 頁第 2 章 F 部分找到聯絡資訊。

請在您出院之前致電與 QIO 聯絡，最遲不得超過您的預定出院日期。

- 如果您在出院之前致電，您在預定出院日期後仍可繼續住院，無需支付費用，同時等待 QIO 對您的上訴作出決定。
- 如果您未致電提出上訴，且您決定在預定出院日期後繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期後接受之醫院照護的全額費用。
- 如果您錯過與 QIO 提出上訴的期限，請改而直接向本計劃提出上訴。請參閱第 206 頁 G4 部分，以瞭解向我們提出上訴的相關資訊。
- 因為住院由 Medicare 和 Medi-Cal 共同承保，所以如果品質改善組織不接受您想要繼續住院的請求，或者您認為您的情況十分緊急、包含會對您的健康造成立即且嚴重的威脅，或您有劇痛，則您可能可以提交投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 197 頁 F4 部分，以瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

如有需要請尋求協助。如果您隨時有任何問題，或需要協助：

- 請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。
- 也可致電 1-800-434-0222 聯絡健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。

要求進行快速審查。快速行動並聯絡 QIO，要求快速審查您的出院情況。

「快速審查」的法律術語是「立即審核」，或「加急審核」。

快速審查的流程為何

- QIO 的審查人員將會詢問您或您的代表，為何您認為本計劃應在預定出院日期後繼續提供承保。您不需要提出書面聲明，但也可提供。
- 審查人員也會查看您的醫療資料、與您的醫師討論，並審核醫院和本計劃向其提供的資料。
- 在審查人員告知我們計劃上訴結果的次日中午之前，您將會收到一封附有您預定出院日期的信函。這封信也說明了為何您的醫師、醫院和我們認為您的出院日期是正確且醫療上適當。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



此書面解釋的法律術語為「**詳細出院通知**」。每週 7 天，每天 24 小時，您可以隨時撥打頁面底部的電話號碼，或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡會員服務部以取得範本。(TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。您可以在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 線上查看通知範本。

QIO 會在獲得所有必要資訊後的一天之內，對您的上訴作出答覆。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 只要住院服務是必要的醫療，我們就會為您提供承保住院服務。

如果 QIO **否決**您的上訴：

- 他們認為您的預定出院日期屬醫療上適當。
- 本計劃為您提供的住院服務承保，將於 QIO 回覆您上訴後的次日中午終止。
- 在 QIO 回覆您上訴後的次日中午，您可能必須支付在該日期後所接受之醫院照護的全額費用。
- 如果 QIO 拒絕了您的 1 級上訴，**而且**您在預定出院日期之後仍繼續住院，您可以提出 2 級上訴。

H3. 提出 2 級上訴

在 2 級上訴期間，您要求 QIO 再次審視他們在您 1 級上訴中的決定。請致電：1-877-588-1123 (TTY：1-855-887-6668)。

您必須在 QIO **拒絕**您的 1 級上訴的日期後 **60 個日曆日內**要求審查。**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。

QIO 審核人員將：

- 再次仔細審閱所有與您上訴有關的資訊。
- 在收到您第二級審查要求後 14 個日曆日內，告知您他們對您 2 級上訴作出的決定。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 我們必須自 QIO 拒絕您 1 級上訴的次日中午起，償還我們分攤的醫院照護費用。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們就會為您提供承保住院服務。

如果 QIO **否決**您的上訴：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 他們同意對您 1 級上訴作出的決定，且不會更改該決定。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您可能還可以提交投訴，或要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 191 頁 E4 部分，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

由 ALJ 或 Attorney Adjudicator 處理 3 級上訴。請參閱第 221 頁 J 部分，以瞭解 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

H4. 提出 1 級替代上訴

聯絡 QIO 進行 1 級上訴的期限為 60 天內，或不晚於您的預定出院日期。如果您錯過 1 級上訴的期限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，並要求我們針對您的出院日期進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「加急上訴」。

- 我們會查看所有與您住院有關的資訊。
- 我們會確認第一次決定是否公平且有遵守規定。
- 我們使用快速截止日期而非標準截止日期，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您在出院日期後仍需要繼續住院。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們就會為您提供承保住院服務。
- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。

如果我們**拒絕**您的快速上訴：

- 我們認為您的預定出院日期屬醫療上適當。
- 本計劃為您提供的住院服務承保將在我們所告知您的日期終止。
- 我們在該日期後不會支付任何分攤費用。
- 如果您仍繼續住院，您可能必須支付在預計出院日期後所接受之醫院照護的全額費用。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 我們會將您的上訴送交 IRO，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的案件會自動進入 2 級上訴程序。

H5. 提出 2 級替代上訴

我們會在**拒絕**您的 1 級上訴後 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊送交 IRO。我們會自動寄送此資訊。您不必採取任何行動。

如果您認為我們並未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。請參閱第 223 頁 **K 部分**，以瞭解提出投訴的相關資訊。

IRO 會針對您的上訴進行快速審查。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果 IRO **同意**您的上訴：

- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。
- 只要住院服務是必要的醫療，我們就會為您提供承保住院服務。

如果 IRO **否決**您的上訴：

- 他們同意您的預定出院日期屬醫療上適當。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。

由 ALJ 或 Attorney Adjudicator 處理 3 級上訴。請參閱第 221 頁 **J 部分**，以瞭解 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

您可能還可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 197 頁 **F4 部分**，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可同時申請獨立醫療審查和 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代 3 級上訴。

I. 要求我們繼續承保特定醫療服務

本部分僅包含您可能獲得的三種服務類型：

- 居家健康照護服務
- 在專業護理設施提供的專業照護，以及
- Medicare 核准的 CORF 之門診復健照護。這通常表示您正在接受疾病或意外的治療，或您正處於重大手術後的恢復期間。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



針對上述這三種類型的任何一項服務，只要您的醫師認為您需要，您即有權取得這些承保服務。

當我們決定停止承保上述任何一項服務時，我們必須在您的服務終止之前告知您。在您該項服務的承保終止後，我們會停止給付該項服務。

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

11. 在您的承保終止前事先通知

在我們停止給付您的照護前，我們至少會提前兩天寄送書面通知給您。這稱為「Medicare 不承保通知」。該通知告訴您我們何時停止承保您的照護，以及如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在該通知上簽名，以表示您有收到通知。在通知上簽名**僅**表示您已取得該資訊。簽名並不表示您同意我們的決定。

12. 提出 1 級上訴

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本部分將為您說明 1 級上訴程序，以及應採取的行動。

- **遵守期限。** 期限很重要。請務必瞭解和遵守與您必須採取之行動的適用期限。本計劃也必須遵守期限。如果您認為我們未遵守期限規定，您可以提出投訴。如需有關投訴的詳細資訊，請參閱第 223 頁 **K 部分**。
- **如有需要請尋求協助。** 如果您隨時有任何問題，或需要協助：
 - 請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。
 - 致電 HICAP：1-800-434-0222。
- **聯絡 QIO。**
 - 請參閱您 *會員手冊* 第 212 頁 **H2 部分**，或參閱第 2 章，以瞭解關於 QIO 的更多資訊，以及如何與他們聯絡。
 - 請他們審查您的上訴，並決定是否變更本計劃所作的決定。
- **快速行動並要求進行「快速追蹤上訴」。** 請詢問 QIO，以判定我們終止您的醫療服務承保是否屬醫療上適當。

聯絡此組織的期限

- 您必須在我們寄給您的「Medicare 不承保通知」生效日期前一天中午之前，聯絡 QIO 以開始上訴。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果您錯過聯絡 QIO 的期限，您可以直接改向我們提出您的上訴。請參閱第 219 頁 **I4** 部分，以瞭解如何提出上訴。
- 如果品質改善組織不接受您想要延續健康照護服務承保範圍的請求，或者您認為您的情況十分緊急、涉及對您的健康造成立即且嚴重的威脅，或您有劇痛，則您可以提交投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 197 頁 **F4** 部分，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

此書面通知的法律術語是「**Medicare 不承保通知**」。如要獲得一份樣本副本，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，或每週 7 天，全天候 24 小時，隨時致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。或者在線上取得一份副本，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices。

快速追蹤上訴的流程為何

- QIO 的審查人員會詢問您或您的代表，為何您認為本計劃應繼續提供承保。您不需要提出書面聲明，但也可提供。
- 審查人員也會查看您的醫療資訊、與您的醫師討論，並審閱本計劃向他們提供的資料。
- 本計劃也會寄送書面通知給您，說明我們終止承保服務的原因。審查人員將您的上訴結果通知我們的當天結束前，您也會收到通知。

通知解釋的法律術語是「**不承保詳細說明**」。

- 審查人員在取得所需的全部資訊後，會在一個整天內告知您他們的決定。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 我們將繼續為您提供必要的醫療承保服務。

如果 QIO **否決**您的上訴：

- 您的承保將於我們告知您的日期終止。
- 我們會停止通知中所列之照護的計劃分攤費用。
- 如果您決定在承保終止日期後繼續接受居家健康照護、專業護理設施照護，或 CORF 服務，您需要自行支付照護的全額費用

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 您決定是否要繼續這些服務並提出 2 級上訴。

I3. 提出 2 級上訴

在 2 級上訴期間，您要求 QIO 再次審視他們在您 1 級上訴中的決定。請致電：1-877-588-1123 (TTY：1-855-887-6668)。

您必須在 QIO 拒絕您的 1 級上訴的日期後 **60 個日曆日**內要求審查。只有當您在照護承保終止後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

QIO 審核人員將：

- 再次仔細審閱所有與您上訴有關的資訊。
- 在收到您第二級審查要求後 **14 個日曆日**內，告知您他們對您 2 級上訴作出的決定。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。
- 我們將繼續為您提供必要的醫療照護承保。

如果 QIO 否決您的上訴：

- 他們同意我們終止您照護的決定，且不會更改該決定。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續獲得健康照護服務的承保範圍。請參閱第 197 頁 **F4 部分**，以瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可提交投訴並向 DMHC 同時申請獨立醫療審查和 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代 3 級上訴。

由 ALJ 或 Attorney Adjudicator 處理 3 級上訴。請參閱第 221 頁 **J 部分**，以瞭解 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

I4. 提出 1 級替代上訴

如第 217 頁 **I2 部分**所述，您必須迅速採取行動並聯絡 QIO，才能開始進行您的 1 級上訴。如果您錯過期限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，並要求我們進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「加急上訴」。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 我們會查看您個案的所有相關資訊。
- 我們會確認第一次的決定是否公平，以及我們在安排終止本計劃承保您接受服務的日期時，是否遵守所有的規定。
- 我們使用快速截止日期而非標準截止日期，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要更長時間的服務。
- 只要服務為必要的醫療，我們將繼續為您提供承保服務。
- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們同意對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。
- 如果我們**拒絕**您的快速上訴：
 - 我們對這些服務的承保，將於我們告知您的日期終止。
 - 我們在該日期後不會支付任何分攤費用。
 - 如果您在我們告知您承保終止日期後仍繼續接受服務，您需要支付這些服務的全額費用。
 - 我們會將您的上訴送交 IRO，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的案件會自動進入 2 級上訴程序。

15. 提出 2 級替代上訴

在 2 級上訴期間：

- 我們會在拒絕您的 1 級上訴後 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊送交 IRO。我們會自動寄送此資訊。您不必採取任何行動。
- 如果您認為我們並未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。請參閱第 223 頁 **K 部分**，以瞭解提出投訴的相關資訊。
- IRO 會針對您的上訴進行快速審查。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果 IRO **同意**您的上訴：

- 自我們告知您的承保即將終止之日起算，我們會對您所接受的照護償還您計劃應分攤的費用。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 只要住院服務是必要的醫療，我們就會為您提供承保住院服務。

如果 IRO 否決您的上訴：

- 他們同意我們終止您照護的決定，且不會更改該決定。
- 他們會寄信給您，告知您如果要繼續上訴程序並提出 3 級上訴，您可以怎麼做。

您也可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續獲得健康照護服務的承保範圍。請參閱第 197 頁 **F4 部分**，以瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可提交投訴並同時申請獨立醫療審查和 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代 3 級上訴。

由 ALJ 或 Attorney Adjudicator 處理 3 級上訴。請參閱第 221 頁 **J 部分**，以瞭解 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

J. 提出高於 2 級的上訴

J1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟

如果您已針對 Medicare 的服務或項目提出 1 級上訴和 2 級上訴，但兩次上訴都遭到駁回，您可能擁有權提出更高層級的上訴。

如果您已上訴之 Medicare 服務或項目的金額價值未達到特定最低金額標準，您就無法再繼續上訴。如果金額價值夠高，您就可以繼續上訴程序。IRO 寄給您的 2 級上訴信函會解釋要求 3 級上訴時該與誰聯絡和該做什麼。

3 級上訴

3 級上訴程序是由 ALJ 所進行的聽證。做決定者是受雇於聯邦政府的 ALJ 或 Attorney Adjudicator。

如果 ALJ 或 Attorney Adjudicator 同意您的上訴，我們有權就有利於您的 3 級決定提出上訴。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們會向您發出 4 級上訴要求及任何隨附文件的副本。我們可先等待 4 級上訴的決定，然後再授權，或提供爭議的服務。
- 如果我們決定**不對決定進行上訴**，在收到 ALJ 或 Attorney Adjudicator 決定後 60 個日曆日內，我們必須授權，或提供您的服務。
 - 如果 ALJ 或 Attorney Adjudicator **拒絕**您的上訴，上訴程序可能不會終止。
- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知，將告訴您如何處理 4 級上訴。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



4 級上訴

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

如果「委員會」**同意**您的 4 級上訴，或否決了我們對有利於您的 3 級上訴判決提出的審查要求，我們有權提出上訴至 5 級。

- 如果我們決定就該決定**提出上訴**，我們會以書面方式通知您。
- 如果我們決定**不對決定提出上訴**，在收到委員會決定後 60 個日曆日內，我們必須授權或提供您的服務。

如果委員會**拒絕**，或否決我們的審查要求，上訴程序可能不會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您或能繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行 5 級上訴，以及該怎麼做。

5 級上訴

- Federal District Court 的法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**不同意**上訴。這會是最終裁決。Federal District Court 以外，再無其他更高級別的上訴。

J2. 其他 Medi-Cal 上訴

若您的上訴是關於 Medi-Cal 通常會承保的服務或項目，您也具有其他上訴的權利。State Hearings Division 寄給您的信函會告訴您，如果您想繼續進行上訴程序該怎麼做。

J3. Medicare Part D 藥物的 3 級、4 級和 5 級上訴要求

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次上訴都遭到駁回，本部分內容可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到一定金額，您或能繼續進入更高級別的上訴。您收到的 2 級上訴書面答覆，會解釋要求 3 級上訴該與誰聯絡和該做什麼。

3 級上訴

3 級上訴程序是由 ALJ 所進行的聽證。做決定者是受雇於聯邦政府的 ALJ 或 Attorney Adjudicator。

如果 ALJ 或 Attorney Adjudicator **同意**您的上訴：

- 上訴程序就會終止。
- 我們必須在收到決定後 72 小時內 (或針對加急上訴為 24 小時內) 授權或提供核准的藥物承保，或者在不晚於 30 個日曆日付款。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



如果 ALJ 或 Attorney Adjudicator **拒絕**您的上訴，上訴程序可能不會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知，將告訴您如何處理 4 級上訴。

4 級上訴

委員會將審核您的上訴並給予答覆。「委員會」隸屬於聯邦政府。

如果「委員會」**同意**您的上訴：

- 上訴程序就會終止。
- 我們必須在收到決定後 72 小時內 (或針對加急上訴為 24 小時內) 授權或提供核准的藥物承保，或者在不晚於 30 個日曆日付款。

如果「委員會」**拒絕**您的上訴，上訴程序可能不會終止。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您或能繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行 5 級上訴，以及該怎麼做。

5 級上訴

- Federal District Court 的法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**不同意**上訴。這會是最終裁決。Federal District Court 以外，再無其他更高級別的上訴。

K. 如何提出投訴

K1. 何種類型的問題屬於投訴範圍

投訴程序僅適用於特定類型的問題，例如與照護品質、等候時間、照護協調，以及客戶服務相關的問題。以下是投訴程序處理的問題種類舉例。

投訴	範例
您的醫療照護品質	<ul style="list-style-type: none"> • 您對照護品質不滿意，例如您在醫院接受的照護。
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> • 您認為有人未尊重您的隱私權，或與他人分享與您有關的機密資訊。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



投訴	範例
不尊重、較差的客戶服務，或其他負面行爲	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康照護服務提供者或工作人員態度無禮，或對您不尊重。 ● 我們的員工對您的態度不佳。 ● 您認爲自己遭計劃排擠。
無障礙設施和語言協助	<ul style="list-style-type: none"> ● 您因肢體障礙而無法取得健康照護服務，且無法使用醫師或服務提供者診所的設施。 ● 您的醫師，或服務提供者並未提供您習慣說的非英語語言之口譯員 (例如「美國手語」或「西班牙語」)。 ● 您的服務提供者並未提供您所需和要求的其他合理便利設施。
等候時間	<ul style="list-style-type: none"> ● 您在約診時遇到困難，或約診等候時間過長。 ● 醫師、藥劑師，或是其他健康專業人士、會員服務部，或其他計劃工作人員讓您等候過長的時間。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> ● 您認爲診所、醫院，或醫師診所不乾淨。
您從我們獲得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> ● 您認爲我們沒有提供您應取得的通知或信函。 ● 您認爲我們寄給您的書面資料太難理解。
與承保決定或上訴相關的時效性	<ul style="list-style-type: none"> ● 您認爲我們沒有遵守承保決定或上訴回覆的期限。 ● 您認爲在取得對您有利的承保或上訴決定後，我們沒有在期限內核准或提供您服務，或在期限內償還您特定醫療服務的費用。 ● 您認爲我們沒有將您的案件即時交由 IRO 處理。

有不同的投訴方式。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴是向本計劃提出並由本計劃進行審查。外部投訴是向不隸屬於本計劃的組織提出投訴並由該組織進行審查。如果您需要協助提出內部和/或外部投訴，請致電會員服務部，電話：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



「投訴」的法律術語是「**申訴**」。

「提出投訴」的法律術語是「**提出申訴**」。

K2. 內部投訴

如欲提出內部投訴，請致電聯絡會員服務部：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。除非事關 Medicare Part D 藥物，否則您可隨時提出投訴。如果您的投訴是與 Medicare Part D 藥物有關，則您必須在欲投訴之問題發生後 **60 個日曆日內**提出投訴。

- 如果有任何其他您需要採取的行動，會員服務部將告知您。
- 您也可以寫信告訴我們您的投訴內容。如果您寄送書面投訴，我們會以書面形式回覆您的投訴。
- 如果您要求書面回覆，我們會以書面方式回覆。如果您提出書面投訴 (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。
- 您將會在我們收到您上訴後的 5 個日曆日內收到我們的信函，告知您我們已收到您的上訴。

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。在某些情況下，您有權要求快速審核您的投訴。這稱為「快速投訴」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：

- 我們拒絕您針對健康照護，或 Medicare Part D 藥物所提出的快速審查申請。
- 我們拒絕您針對遭拒的服務，或 Medicare Part D 藥物所提出的快速上訴審查申請。
- 我們決定需要額外時間審查您的健康照護要求。
- 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。
- 與 Medicare Part D 有關的投訴必須於您希望投訴之問題發生後的 60 個日曆日內提出。其他所有類型的投訴則必須在令您感到不滿的事件，或行動發生當日起，隨時皆可向我們或向服務提供者提出。
- 如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將會自動提供您「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



「快速投訴」的法律術語是「加急申訴」。

如有可能，我們會立刻答覆您。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。如果您的健康狀況需要我們迅速回答，我們會這樣做。

- 我們會在 30 個日曆日內對大多數投訴作出答覆。如果我們因為需要更多資訊，而未能在 30 個日曆日內作出決定，我們會透過書面方式通知您。我們亦會提供更新狀態，並告知您預計收到答覆的時間。
- 如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們會自動為您進行「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果您因為我們花額外時間才作出承保決定或上訴決定而提出投訴，我們會自動為您進行「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。

如果我們不同意您部分或全部的投訴，我們將告知您並向您說明原因。無論我們是否同意您的投訴，我們均會作出回應。

K3. 外部投訴

Medicare

您可以向 Medicare 提出投訴，或將您的投訴寄送至 Medicare。您可在 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 取得 Medicare 的投訴表。在向 Medicare 提出投訴之前，您不需要向 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 提出投訴。

Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。

如果您有其他任何意見或顧慮，或認為本健保計劃未能解決您的問題，也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。此為免付費電話。

Medi-Cal

您可以向 **California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman** 提出投訴，請致電 1-888-452-8609。TTY 使用者請撥打 711。請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電。

您可以向 California Department of Managed Health Care (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責管理健保計劃。您可致電 DMHC 協助中心，尋求提出 Medi-Cal 服務相關投訴的協助。對於非緊急情況，如果您不同意 1 級上訴的決定，或是本計劃在 30 個日曆日內未解決您的投訴，您可以向 DMHC 提出投訴。然而，如果您需要協助處理涉及緊急問題的投訴，或涉及對您的健康造成直接和嚴重威脅的投訴、如果您有劇痛、如果您不同意本計劃對您

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



投訴所作的決定，或者如果本計劃在 30 個曆日後仍未解決您的投訴，您可與 DMHC 聯絡而不提出 1 級上訴。

以下為透過協助中心尋求協助的兩種方式：

- 致電 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人士，可使用免付費 TTY 專線 1-877-688-9891。此為免付費電話。
- 造訪 Department of Managed Health Care 的網站 (www.dmhc.ca.gov)。

Office for Civil Rights (OCR)

如果您認為自己遭受不公平待遇，您可向 Department of Health and Human Services (HHS) OCR 提出投訴。例如，您可以針對身心障礙設施或語言協助提出投訴。OCR 的電話號碼是 1-800-368-1019。TTY 使用者請撥打 1-800-537-7697。您可以造訪 www.hhs.gov/ocr，以取得更多資訊。

您也可以聯絡當地 OCR 辦公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
電話：1-800-368-1019
TTY：1-800-537-7697
傳真：1-202-619-3818

您可能還享有《Americans with Disability Act》(美國殘疾人士法案，ADA) 和《Unruh Civil Rights》所賦予您的權利。您可以聯絡 Ombuds Program 尋求協助。電話號碼為 1-888-452-8609 (TTY：711)，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點 (太平洋標準時間，PST)；假日除外。

QIO

當您的投訴是與照護品質有關時，您有兩種選擇：

- 您可以直接向 QIO 提出關於照護品質的投訴。
- 您可以向 QIO 和本計劃提出投訴。如果您向 QIO 提出投訴，我們會與他們合作解決您的投訴。

QIO 是一個聯邦政府資助，由執業醫師和其他健康照護專家組成的團隊，負責檢查和改善向 Medicare 患者提供的照護。若要進一步瞭解 QIO，請參閱第 212 頁 H2 部分，或參閱您會員手冊第 2 章。

在 California，QIO 名為 Livanta。Livanta 的電話號碼是 1-877-588-1123 (TTY：1-855-887-6668)。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 10 章：終止您的計劃會員資格

簡介

本章將為您說明您終止本計劃會員資格的方式，以及您退出本計劃之後的健康承保選項。如果您退出本計劃，只要您符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 計劃的會員。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您會員手冊的最後一章。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



目錄

A. 您何時可終止您於本計劃的會員資格	230
B. 如何終止您於計劃中的會員資格	231
C. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務	231
C1. 您的 Medicare 服務	231
C2. 您的 Medi-Cal 服務	234
D. 在您於本計劃的會員資格終止前，如何取得您的醫療項目、服務和藥物	234
E. 終止本計劃會員資格時的其他情況	235
F. 防止因任何健康相關理由而要求您離開本計劃的規定	236
G. 如果我們終止您的本計劃會員資格，您有權提出投訴	236
H. 您可如何取得更多有關終止計劃會員資格的資訊	236

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



A. 您何時可終止您於本計劃的會員資格

大多數有 Medicare 者能在一年中的某些時間終止會員資格。由於您擁有 Medi-Cal，您可以終止您在本計劃中的會員資格，或在以下各**特殊投保期**換到不同的計劃一次：

- 1 月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在每年以下期間終止您在本計劃的會員資格：

- **年度投保期**從 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的計劃會員資格將於 12 月 31 日終止，而您加入新計劃的會員資格將於 1 月 1 日起生效。
- **Medicare Advantage (MA) 開放投保期**從 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將於下個月的第一天開始生效。

在其他情況下，您可能會有資格變更您的投保。例如，當：

- 您搬出我們的服務區域。
- 您的 Medi-Cal，或 Extra Help 資格已變更，或
- 如果您最近搬進、目前正在接受照護，或剛搬出護理設施或長期照護醫院。

您的會員資格會在我們收到您變更計劃申請的當月最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的申請，您在本計劃的承保於 1 月 31 日終止。您的新承保於次月的第一天開始生效 (此範例中為 2 月 1 日)。

如果您退出本計劃，您可以獲得有關您的下列資訊：

- 第 231 頁 **C1** 部分表格中的 Medicare 選項。
- 第 234 頁 **C2** 部分的 Medi-Cal 選項。

您可以透過撥打本頁底部的電話號碼，取得有關如何終止會員資格的更多資訊。TTY 使用者的電話號碼也已列出。

- Medicare 電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。TTY：711。如需更多資訊，或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。Health Care

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Options 的服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點，電話：
1-844-580-7272。TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077。

- Medi-Cal Managed Care Ombudsman 的服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點，電話：1-888-452-8609。電子郵件：
MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注意：如果您正在參加藥物管理方案 (DMP)，您可能無法變更計劃。請參閱您會員手冊第 144 頁第 5 章 G3 部分，以瞭解藥物管理方案的相關資訊。

B. 如何終止您於計劃中的會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以投保另一項 Medicare 計劃，或轉換到 Original Medicare。然而，如果您想從本計劃轉到 Original Medicare，但您沒有另外選擇一項 Medicare 處方藥計劃，您必須從本計劃退保。以下是兩種要求退保的方法：

- 您可以向我們提出書面要求。如果您需要更多有關如何執行此動作的資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部。
- 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者 (具有聽力或言語障礙者) 請致電 1-877-486-2048。當您致電 1-800-MEDICARE 時，您也可以投保其他的 Medicare 健保計劃或藥物計劃。本章第 229 頁表格有更多有關您退出本計劃時取得 Medicare 服務的資訊。
- 請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 Health Care Options，電話：
1-844-580-7272。TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077。
- 下面的 C 部分包括您可以投保不同計劃的步驟，這也將終止您在本計劃中的會員資格。

C. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您選擇退出本計劃，您會有幾個取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務的選擇方案。

C1. 您的 Medicare 服務

在取得 Medicare 服務時，您有下列三個選項。如果您選擇這些選項中的其中一個，您在本計劃的會員資格會自動終止。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



<p>1. 您可更換為：</p> <p>另一項 Medicare 健保計劃，包括結合您 Medicare 和 Medi-Cal 承保的計劃</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。</p> <p>針對老人綜合照護計劃 (PACE) 的諮詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助，或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。如需更多資訊，或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或是</p> <p>投保新的 Medicare 計劃。</p> <p>當您的新計劃保險開始時，您將自動退保我們的 Medicare 計劃。您的 Medi-Cal 計劃可能會有所變更。</p>
---	--

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



<p>2. 您可更換為：</p> <p>帶有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助，或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。如需更多資訊，或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或是</p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本計劃退保。</p>
--	--

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



<p>3. 您可更換為：</p> <p>不帶獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p>注意：如果您轉換至 Original Medicare，而且您未投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。</p> <p>僅有當您可透過雇主或工會等其他來源取得藥物承保範圍的情況下，您才應放棄處方藥承保範圍。如果您對自己是否需要藥物承保有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222 與 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 聯絡。如需更多資訊，或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助，或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。如需更多資訊，或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本計劃退保。</p>
--	---

C2. 您的 Medi-Cal 服務

如果對於如何在您離開本計劃後取得 Medi-Cal 服務有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 Health Care Options，電話：1-844-580-7272。TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077。詢問如何加入其他計劃，或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 Medi-Cal 承保。

D. 在您於本計劃的會員資格終止前，如何取得您的醫療項目、服務和藥物

如果您退出本計劃，可能需要經過一段時間您的會員資格才會終止，且您的新 Medicare 與 Medi-Cal 保險才會開始生效。在這段期間，您持續透過本計劃取得處方藥和健康照護，直到您的新計劃開始為止。

- 使用我們的網絡內服務提供者獲得醫療照護。
- 使用我們的網絡內藥房，包括透過我們的郵購藥房服務，以領取您的處方藥。
- 如果您在您 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 會員資格終止該日住院，則本計劃將承保您的住院，直到您出院為止。即使您的新健康保險在您出院前即已開始生效，此規定仍然適用。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



E. 終止本計劃會員資格時的其他情況

以下是我們必須終止您計劃會員資格的情況：

- 如果您的 Medicare Part A 與 Medicare Part B 承保範圍有間斷。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 的資格。本計劃的提供對象為同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 資格者。
- California 州政府，或 Medicare 將會讓您自 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 計劃退保，而您將轉回 Original Medicare。如果您取得為您支付 Medicare Part D 處方藥費用的 Extra Help，CMS 將會自動為您投保 Medicare Prescription Drug Plan。如果之後您重新取得 Medi-Cal 資格並希望重新投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，您將需要於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-431-9007。TTY 使用者請撥打 711。告訴他們您想要重新加入 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)。
- 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計劃的服務區域內。
- 如果您因刑事犯罪而入獄或服刑。
- 如果您並未據實以報，或隱瞞有關您所擁有的其他處方藥保險資訊。
- 如果您不是美國公民，或不是美國合法居民。
 - 您必須是美國公民，或美國合法居民才能夠成為本計劃會員。
 - 如果您基於此原因而不符合會員資格，美國醫療服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 會通知我們。
 - 如果您不符合此項規定，我們將必須請您退保。

計劃的資格準續期為六個月。資格準續期會從您失去特殊需求狀態之月份的下個月一號開始。

僅有在我們事先取得 Medicare 與 Medi-Cal 許可的情況下，我們才可根據下列理由要求您退出本計劃：

- 如果您在投保本計劃時故意提供不正確的資訊，並且該資訊會影響您投保本計劃的資格。
- 如果您持續進行破壞性的行為，而且這些行為讓我們難以提供您，或本計劃的其他會員醫療照護。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 如果您讓他人使用您的會員 ID 卡取得醫療照護。(如果我們基於此原因終止您的會員資格，Medicare 可能會要求 Inspector General 調查您的個案)。

F. 防止因任何健康相關理由而要求您離開本計劃的規定

我們不能因與您健康相關的任何理由要求您離開本計劃。如果您認為我們因健康相關理由而要求您退出本計劃，您可致電 **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。一週 7 天，全天 24 小時皆可撥打。

G. 如果我們終止您的本計劃會員資格，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。您也可以參閱 *會員手冊* 第 223 頁第 9 章 K 部分，以瞭解有關如何提出投訴的資訊。

H. 您可如何取得更多有關終止計劃會員資格的資訊

如果您有疑問，或想要關於終止會員資格的更多資訊，請撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 11 章：法律聲明

簡介

本章包含適用於您在本計劃中的會員資格之法律聲明。主要用語及其定義會按照字母順序排列在您的會員手冊的最後一章。

目錄

A. 法律聲明	238
B. 反歧視相關聲明	238
C. 與 Medicare 第二給付順位，以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的聲明	239
D. Medi-Cal 遺產追償注意事項	239
E. 獨立簽約者	239
F. 健康照護計劃詐欺	240
G. Wellcare by Health Net 無法控制的情況	240

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。 237



A. 法律聲明

許多法律皆適用於本會員手冊。即使會員手冊未將這些法律條文納入，也未對其詳加說明，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用的主要法律是與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃有關的聯邦和州法律。

B. 反歧視相關聲明

我們不會因下列因素歧視，或對您有差別待遇：種族、民族、國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性取向、身心障礙、健康狀況、理賠經歷、病史、遺傳資訊、可保性證據，或服務區域內的地理位置。此外，我們不會因為血統、族群認同、性別認同、婚姻狀況，或醫療病症而非法歧視、排擠他人，或以不同方式對待。

若您需要更多資訊，或者如果您有關於歧視，或不公平待遇方面的顧慮：

- 請致電 Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者請撥打 1-800-537-7697。您也可以造訪 www.hhs.gov/ocr，以取得更多資訊。
- 請致電 Department of Health Care Services, Office for Civil Rights：916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711 (電信中繼服務)。如果您認為自己受到歧視而想提出歧視申訴，請聯絡會員服務部：1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。然而請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 1 (一) 個工作天內回電給您。您也可以以書面方式與我們聯絡：

Wellcare by Health Net
Appeals & Grievances
Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450
www.wellcare.com/healthnetCA

如果您的申訴與 Medi-Cal 計劃的歧視有關，您也可以透過電話、書面，或電子方式，向 Department of Health Care Services, Office of Civil Rights 提出投訴：

- 透過電話：請致電 1-916-440-7370。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 711 (電信中繼服務)。
- 書面：填寫投訴表格，或寄信至：

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

- 投訴表可在 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。

如果您是身心障礙人士並需要協助取得健康照護服務，或服務提供者的服務，請致電會員服務部。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。

C. 與 Medicare 第二給付順位，以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的聲明

針對我們為您提供的服務，有時其他人將必須優先給付。例如，如果您發生車禍，或者您在工作時受傷，保險公司或勞工賠償將必須優先給付。

我們有權利也有責任針對 Medicare 給付順位並非第一的 Medicare 承保服務追償費用。

我們遵循與提供會員健康照護服務之第三方法律責任有關的聯邦和州法律和法規。我們採取所有合理的措施，以確保 Medi-Cal 的給付順位位於最後。

D. Medi-Cal 遺產追償注意事項

Medi-Cal 計劃必須針對特定已逝者會員的遺囑檢驗財產中，對其在 55 歲生日當天，或之後收到的 Medi-Cal 給付要求償還。償還包括護理設施服務、家庭和社區服務，以及當會員在護理設施住院，或是正在接受家庭和社區型服務時所接受相關醫院和處方藥服務的費用與管理型照護保費/按服務付費。償還金額不得超過會員遺囑檢驗財產的價值。

若要進一步瞭解，請前往 Department of Health Care Services 遺產追償網站，網址：www.dhcs.ca.gov/er，或是撥打 916-650-0590。

E. 獨立簽約者

Wellcare by Health Net 與各簽約服務提供者的關係屬獨立承包商關係。簽約服務提供者並非 Wellcare by Health Net 的員工或代理人，而 Wellcare by Health Net 或其員工也不是簽約服務提供者的員工或代理人。無論在任何情形下，Wellcare by Health Net 都無需為任何簽約服務提供者，或其他健康照護服務提供者的過失、不當行為，或疏失負責。簽約醫師 (而非 Wellcare by Health Net) 與會員保持醫病關係。Wellcare by Health Net 並非健康照護服務提供者。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



F. 健康照護計劃詐欺

健康照護計劃詐欺的定義是由服務提供者、會員、僱主，或任何代表前述各方者所從事的欺騙行為，或所作的虛假陳述。其為重罪可能遭到起訴。任何人在蓄意，或已知情況下，例如為了詐騙健康照護計劃而提出載有錯誤，或欺騙陳述的理賠申請時，即犯下健康照護計劃詐欺罪。

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：1-800-977-3565 (TTY：711)。詐欺舉報熱線每天 24 小時，每週 7 天，全年 365 天均提供服務。所有通話皆嚴格保密。

G. Wellcare by Health Net 無法控制的情況

若因本計劃無法控制的天災、戰爭、暴動、社會動亂、流行病、機構完全或部分毀壞、原子爆炸或其他核能釋放、重要醫療團體人員殘疾、緊急狀態或其他類似狀況，以致 Wellcare by Health Net 的機構或工作人員無法依本會員手冊的規定提供或安排服務或福利，則 Wellcare by Health Net 提供此類服務或福利的義務將僅限於：Wellcare by Health Net 應善盡誠意，努力利用目前可用的機構或工作人員來提供或安排此類服務或福利。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



第 12 章：重要詞彙定義

簡介

本章包含 *會員手冊* 中使用的主要用語和其定義。用語按字母順序列出。如果您找不到您想找的用語，或如果您需要定義涵蓋內容以外的更多資訊，請聯絡會員服務部。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



日常生活活動 (ADL)：人們在平日會從事的活動，例如進食、如廁、更衣、沐浴，或刷牙。

行政法官：審查 3 級上訴的法官。

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)：此計劃旨在幫助符合資格的 HIV/AIDS 患者獲得拯救生命的 HIV 藥物。

門診手術中心：為不需要醫院照護，以及預計所需照護時間不超過 24 小時的患者提供門診外科手術服務的機構。

上訴：在您認為我們的決定有誤時對我們的行動提出異議的一種方式。您可藉由提出上訴要求我們變更承保決定。您 *會員手冊* 第 189 頁第 9 章 E 部分為您說明上訴事宜，包括如何提出上訴。

行為健康：泛指精神健康與物質使用失調服務的詞彙。

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。

生物相似性藥物：一種與原始生物製品非常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：由原製藥公司製作和販售的處方藥。原廠藥和該藥物的副廠藥版本含有相同的成分。副廠藥通常是由其他製藥公司製作和販售。

照護協調員：與您、健保計劃及您的照護服務提供者合作，以確保您取得您所需之照護的主要人士。

照護計劃：請參閱「個人照護計劃」。

照護計劃選擇性服務 (CPO 服務)：隨附於您個人照護計劃 (ICP) 下的額外選擇性服務。這些服務並非用以取代您已獲得授權可透過 Medi-Cal 取得的長期服務與支援。

照護團隊：請參閱「跨科照護團隊」。

美國醫療服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)：管理 Medicare 的聯邦機構。 *會員手冊* 第 35 頁第 2 章 G 部分說明如何聯絡 CMS。

成人社區服務 (CBAS)：為符合適用資格條件的合格會員提供特殊照護、社會服務、職能與語言治療、個人照護、家屬/照護者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務，以及其他服務的門診機構服務方案。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。

在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



投訴：一份表示您對承保服務或照護有問題，或有顧慮的書面或口頭聲明。其中包括與服務品質、照護品質、本計劃網絡內服務提供者，或本計劃網絡內藥房有關的任何顧慮。「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

綜合門診患者復健機構 (CORF)：以提供疾病、意外，或重大手術後之復健服務為主的機構。其提供各種服務，其中包括物理治療、社會或心理服務、呼吸療法、職能治療、語言治療，以及居家環境評估服務。

承保決定：與本計劃之承保福利項目有關的決定。這包括與承保藥物和承保服務，或是我們針對您健康服務之給付金額有關的決定。您會員手冊第 189 頁第 9 章 E 部分說明如何向我們要求作出承保決定。

承保藥物：我們用此用語來代表所有屬於本計劃承保範圍的處方藥和非處方藥 (OTC)。

承保服務：我們用此詞彙來統稱所有屬於本計劃承保範圍的健康照護、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥、器材及其他服務。

文化能力訓練：一種為我們的健康照護提供者提供的額外指引，幫助他們更深入瞭解您的背景、價值觀和信念，俾調整服務以符合您的社交、文化，以及語言需求。

健康照護服務部 (DHCS)：California 管理 Medicaid 計劃 (又稱為 Medi-Cal) 的州政府部門。

管理式健康照護服務部 (DMHC)：California 負責管理健保計劃的州政府部門。DMHC 協助人們處理與 Medi-Cal 服務有關的上訴和投訴。DMHC 也會進行獨立醫療審查 (IMR)。

退保：終止您在本計劃之會員資格的程序。退保可能是自願 (您自己的選擇)，也可能是非自願 (不是您自己的選擇)。

藥物管理方案 (DMP)：一種協助確保會員安全使用處方鴉片類，以及其他經常濫用藥品的方案。

雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP)：為同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的個人提供健保計劃。本計劃即為 D-SNP。

耐用醫療設備 (DME)：您醫師開立醫囑以供您在家中使用的特定用品。這些用品的範例有輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、病床等由服務提供者所訂購居家使用的項目、靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。

急診：當您或任何其他具備一般健康及醫學常識者認為，您的醫療狀況緊急，必須即時救治，才能避免死亡、身體部位喪失、身體機能喪失或遭受嚴重受損 (以及若您是孕婦，則會出現腹中胎兒流產) 的狀況發生。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：由受過訓練得以提供急診服務的服務提供者所提供，且是治療急診狀況，或行為健康緊急情況所需的承保服務。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



例外處理：使一般不屬於承保範圍的藥物得以獲得承保，或使會員得以在沒有特定規定和限制的情況下使用藥物的許可。

排除服務：此健保計劃不承保的服務。

Extra Help：其為一種 Medicare 計劃，幫助收入和資源有限的人士減少 Medicare Part D 處方藥物費用，例如保費、自付額和共付額。Extra Help 又稱為「低收入津貼」，或「LIS」。

副廠藥：經聯邦政府核准，可用於取代原廠藥的處方藥。副廠藥含有與原廠藥相同的成分。其通常較便宜且功效與原廠藥相當。

申訴：您對本計劃，或是本計劃任一網絡內服務提供者，或藥房所提出的投訴。其中包括與健保計劃提供之照護或服務品質有關的投訴。

健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)：一種以客觀立場免費提供 Medicare 相關資訊與諮詢服務的方案。會員手冊第 33 頁第 2 章 E 部分說明如何聯絡 HICAP。

健保計劃：由醫師、醫院、藥房、長期服務提供者，以及其他服務提供者所組成的組織。健保計劃還有**照護協調員**可協助您管理您所有的服務提供者和服務。他們會共同合作為您提供您所需的照護。

健康風險評估 (HRA)：檢閱您的病史和目前病症。其目的在於瞭解您的健康狀況，以及日後可能發生的變化。

居家健康助理員：提供無需持執照護士或治療師技能之服務者，例如在個人照護方面提供幫助(如沐浴、如廁、穿衣或進行處方開立者要求的運動)。居家健康助理員沒有護理師執照，也不提供治療。

安寧：為有終期疾病預後的患者所提供的照護及支援方案，目的在協助其獲得舒適的生活。終期疾病預後針對經醫療認證為患有末期疾病，這表示預期壽命為 6 個月或更短。

- 有終期疾病預後的計劃參加者均有權選擇接受安寧照護。
- 由受過特別訓練的專業人士及照護提供者所組成的團隊將會為患者提供全面的照護，包括生理、情緒、社會及心靈層面的需求。
- 我們必須為您提供一份您所在地區的安寧照護服務提供者清單。

不當帳單：服務提供者(如醫師或醫院)針對服務向您收取高於我們的分攤費用金額之費用的情況。如果您收到任何您不清楚的帳單，請致電會員服務部。由於我們會為您的服務給付全額費用，因此您**不會**積欠任何**分攤費用**。服務提供者不應向您收取這些服務的費用。

居家支援服務 (In Home Supportive Services, IHSS)：IHSS 計劃將協助支付提供給您的服務，讓您能在自己的家中保持安全。IHSS 是家庭外照護的替代方案，例如護理之家，或寄宿和照護機構。可透過 IHSS 授權的服務類型包括家庭清潔、餐點準備、洗衣、雜貨購買，個人

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



照護服務 (例如，腸道和膀胱照護、沐浴、修容和輔助醫療服務)、醫療約診的陪同，以及心理障礙人士的保護監督。郡政府的社會服務部管理 IHSS。

獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)：如果我們拒絕您的醫療服務或治療申請，您可提出上訴。如果您不同意我們的決定且您的問題是與 Medi-Cal 服務 (包括 DME 用品和藥物) 有關，您可向 California Department of Managed Health Care 申請 IMR。IMR 是由不屬於本計劃的醫師針對您個案所進行的審查。如果 IMR 作出的決定對您有利，我們將必須為您提供您所要求的服務或治療。您無需為 IMR 付費。

獨立審核組織 (IRO)：受雇於 Medicare 的獨立組織，審查 2 級上訴。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。正式名稱爲「獨立審核實體」。

個人照護計劃 (ICP 或「照護計劃」)：本計劃包含您將獲得哪些服務，以及如何獲得服務。您的計劃可能包括醫療服務、行爲健康服務，以及長期服務與支援。

住院：此詞彙是用於描述您正式被醫院收容接受專業醫療服務的情況。如果您未被醫院正式收容，即使您在醫院過夜，您仍有可能會被視爲是門診患者而非住院患者。

跨科照護團隊 (ICT, 或「照護團隊」)：照護團隊中可能包括協助您取得您所需之照護的醫師、護理師、諮詢人員，或其他健康專業人士。您的照護團隊還會協助您擬訂照護計劃。

承保藥物清單 (「藥物清單」)：我們承保的處方藥和非處方 (OTC) 藥物清單。本清單上的藥物是由醫師和藥劑師協助我們挑選。「藥物清單」將會告訴您，在領取藥物時是否有任何您必須遵守的規定。「藥物清單」有時也稱爲「處方集」。

長期服務與支援 (LTSS)：長期服務與支援是協助改善長期醫療病症的服務。大多數此類服務可協助您留在家中而無需入住護理設施或醫院。本計劃所承保的 LTSS 包括社區型服務、護理設施 (NF) 和社區支援。IHSS 和 1915 (c) 豁免計劃是我們計劃以外提供的 Medi-Cal LTSS。

低收入津貼 (LIS)：請參閱「Extra Help」

郵購計劃：某些計劃可能提供郵購計劃，允許將承保處方藥直接寄至您的家中，以 3 個月藥量爲限。這可能是符合成本效益而且便利的方式，可讓配取您定期使用的處方藥。

Medi-Cal：這是 California Medicaid 計劃的名稱。Medi-Cal 是由州政府所管理，且獲得州政府和聯邦政府的資助。

- Medi-Cal 可幫助收入和資源有限者支付長期服務與支援費用，以及醫療費用。
- 其承保不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務與藥物。
- Medicaid 計劃因州不同而異，然而，如果您同時符合參加 Medicare 和 Medi-Cal 的資格，則會承保大部分健康照護費用。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Medi-Cal 計劃：僅承保 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務與支援、醫療器材及交通運輸服務。Medicare 福利係另行提供。

Medicaid (或 Medical Assistance)：一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限者支付長期服務與支援的費用，以及醫療費用。Medi-Cal 是 California 州的 Medicaid 計劃。

必要的醫療：用於形容您爲了預防、診斷，或治療某醫療病症，或爲了維持您目前健康狀況所需的服務、用品，或藥物。這包括了讓您免於住院，或免於入住護理設施所需的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品，或藥物。必要的醫療是指，爲了透過對疾病，或傷害的診斷，或治療來達到保護生命、預防重大疾病或殘疾，或減輕劇痛等目的而需提供的所有合理承保服務。

Medicare：聯邦健康保險計劃，適用對象爲年滿 65 歲 (含) 或以上者，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者 (一般是需要透析，或腎臟移植的永久腎衰竭患者)。Medicare 的投保人可以透過 Original Medicare，或管理式照護計劃 (請參閱「健保計劃」一詞) 取得 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage：一項 Medicare 計劃，也稱爲「Medicare Part C」，或「MA」，由私營公司提供 MA 計劃。Medicare 支付這些公司以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 上訴委員會 (「委員會」)：審查 4 級上訴的委員會。「委員會」隸屬於聯邦政府。

Medicare 承保服務：由 Medicare Part A 和 Part B 承保的服務。所有 Medicare 健保計劃 (包括本計劃) 皆必須承保由 Medicare Part A 和 Part B 承保的所有服務。

Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP)：一項結構性健康行爲變化計劃，其爲長期飲食變化、增加身體活動提供訓練，以及旨在克服挑戰以保持減肥並培養健康生活方式的策略。

Medicare-Medi-Cal 投保人：有資格享有 Medicare 和 Medicaid 承保者。Medicare-Medicaid 投保人又稱爲「符合雙重資格的個人」。

Medicare Part A：承保大部分必要的醫療醫院照護、專業護理設施照護、居家健康照護，以及安寧照護的 Medicare 方案。

Medicare Part B：承保以治療疾病或病況爲目的且爲必要的醫療之服務 (如檢驗、手術及醫師看診) 與用品 (如輪椅和助行器) 的 Medicare 計劃。Medicare Part B 也承保許多預防及篩檢服務。

Medicare Part C：讓私人健康保險公司透過 MA 計劃提供 Medicare 福利的 Medicare 計劃 (也稱爲「Medicare Advantage」，或「MA」)。

Medicare Part D：Medicare 處方藥福利計劃。我們簡稱此計劃爲「Part D」。Medicare Part D 承保門診處方藥、疫苗，以及部分不屬於 Medicare Part A 或 Medicare Part B，也不屬於 Medicaid 承保範圍的用品。本計劃包括 Medicare Part D。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Medicare Part D 藥物：Medicare Part D 承保的藥物。國會明確將特定類別的藥物排除在 Medicare Part D 的承保範圍外。Medicaid 可能會承保部分這類藥物。

藥物療法管理 (MTM)：由健康照護提供者 (包括藥劑師) 所提供的一組獨特的服務或一組服務，以確保為患者提供最佳的治療成效。請參閱您 *會員手冊* 第 155 頁第 5 章 G2 部分以取得更多資訊。

會員 (我們計劃的會員，或計劃會員)：享有 Medicare 與 Medi-Cal 且具備取得承保服務的資格，同時已投保本計劃且投保申請已獲得美國醫療服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 及州政府批准者。

會員手冊和披露資訊：即本文件，連同您的投保登記表，以及任何其他附件或附約，這些文件說明了您的承保範圍、我們的責任、您的權利，以及您身為本計劃會員應盡的義務。

會員服務部：本計劃的部門之一，負責為您解答您對會員身份、福利、申訴與上訴的疑問。請參閱您 *會員手冊* 第 25 頁第 2 章 A 部分，以瞭解關於會員服務部的更多資訊。

網絡內藥房：同意為本計劃會員發配處方藥的藥房 (藥局)。由於他們同意與本計劃合作，因此我們稱其為「網絡內藥房」。在大多數情況下，我們僅會給付您在本計劃網絡內藥房之一所配取的處方藥。

網絡內服務提供者：我們用「網絡內服務提供者」一詞來統稱為您提供服務與照護的醫師、護理師及其他人員。「網絡內服務提供者」一詞也包括醫院、居家健康機構、診所及其他為您提供健康照護服務、醫療器材及長期服務與支援的場所。

- 上述人士與機構均持有由 Medicare 和州政府所核發的執照，或獲得其認證得以提供健康照護服務。
- 如果上述人士與機構同意與本健保計劃合作，並接受我們的給付而不向我們的會員額外收費，我們便將其稱為「網絡內服務提供者」。
- 只要您還是本計劃的會員，您就必須使用網絡內服務提供者取得承保服務。網絡內服務提供者又稱為「計劃服務提供者」。

護理之家或設施：為無法在家接受照護但又無需住院者提供照護的場所。

申訴專員：位於您所在的州且代表您作為辯護者的辦事處 (Ombudsman)。若您有疑問或投訴，他們可回答您的疑問，且可讓您瞭解該怎麼做。申訴專員提供的服務均為免費。您可以在 *會員手冊* 第 37 頁第 2 章 I 部分，和第 189 頁第 9 章 D 部分找到更多資訊。

組織裁定：當我們 (或我們的任一服務提供者) 針對某項服務是否屬於承保範圍，或針對您要為該承保服務支付多少費用等事宜作決定時，該決定即稱為組織裁定。組織裁定又稱為「承保決定」。您 *會員手冊* 第 189 頁第 9 章 D 部分說明承保決定。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務收費 Medicare)：政府提供 Original Medicare。在 Original Medicare 中，透過向醫師、醫院及其他健康照護服務提供者支付由國會制定的金額，而為服務提供承保。

- 您可以選擇任何接受 Medicare 的醫師、醫院，或其他健康照護服務提供者。Original Medicare 分為兩部分：Medicare Part A (醫院保險)和 Medicare Part B (醫療保險)。
- Original Medicare 在全美各地皆有提供。
- 如果您不想投保本計劃，您可以選擇 Original Medicare

網絡外藥房：未同意與本計劃合作，無法為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。-除非有特定情況，否則本計劃不會承保您從網絡外藥房取得的大多數藥物。-

網絡外服務提供者或網絡外機構：非由本計劃聘僱、擁有或管理，且未與本計劃簽有合約為本計劃會員提供承保服務的服務提供者或機構。您會員手冊第 56 頁第 3 章 D4 部分說明網絡外服務提供者或機構。

非處方 (OTC) 藥物：非處方藥物是一個人可以在沒有健康照護專業人員處方的情況下購買的藥物或藥品。

Part A：請參閱「Medicare Part A」。

Part B：請參閱「Medicare Part B」。

Part C：請參閱「Medicare Part C」。

Part D：請參閱「Medicare Part D」。

Part D 藥物：請參閱「Medicare Part D 藥物」。

個人健康資訊 (又稱為「受保護的健康資訊」) (PHI)：關於您和您健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼，醫師門診和病史。更多有關我們如何保護、使用和披露您的 PHI，以及您對 PHI 之權利的資訊，請參閱我們的隱私權行使聲明。

主治醫師 (PCP)：您因大多數健康問題首先去看的醫師或其他服務提供者。他們會確保您獲得維持健康所需的照護。

- 他們還會與其他醫師及其他健康照護服務提供者商談您的照護，並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健保計劃中，您必須先請主治醫師為您看診才能再請任何其他健康照護服務提供者為您看診。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



- 請參閱您 *會員手冊* 第 51 頁第 3 章 D 部分，以瞭解有關透過主治醫師取得照護的資訊。

事先授權 (PA)：是您必須先取得我們的核准，才能獲得特定服務或藥物，或使用網絡外服務提供者。如果您未先取得核准，則本計劃可能不會承保該項服務或藥物。

僅在您的醫師，或其他網絡內服務提供者從我們這裡獲得 *PA* 時，本計劃才會承保某些網絡內醫療服務。

- 需要本計劃 *PA* 的承保服務，在 *會員手冊* 第 4 章中有加以標示。

只有您獲得我們的 *PA*，本計劃才會承保某些藥物。

- 需要本計劃 *PA* 的承保藥物在 *承保藥物清單* 中有加以標示。

老人綜合照護計劃 (PACE)：為年滿 55 歲以上且需要較高層級之照護才能居住在家中者，同時提供 Medicare 與 Medicaid 承保福利的計劃。

義肢和矯正設備：您的醫師或其他健康照護服務提供者所開立醫囑的醫療裝置，包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼及取代內部身體部位，或機能所需的裝置，包括造口術用品，以及腸道和靜脈營養治療。

品質改善組織 (QIO)：由醫師和其他健康照護專家所組成的團體，協助為 Medicare 投保人改善照護品質。聯邦政府支付 QIO 以檢查並改善提供給患者的照護。請參閱您 *會員手冊* 第 34 頁第 2 章 F 部分，以瞭解 QIO 的相關資訊。

數量限制：針對您可領取的藥量所設定的限制。我們可能限制每份處方中我們所承保的藥量。

即時給付工具：可供會員查詢完整、準確、及時、具臨床合適性，投保人專用的承保藥物和給付資訊的入口網站或電腦應用程式。這包括分攤費用金額，與提供藥物可用於相同健康狀況的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、循序用藥、數量限制)。

轉診：轉診是取得您主治醫師 (PCP) 的核准，才能使用您的 PCP 以外的服務提供者。如果您未先取得核准，我們可能無法承保該服務。您無需轉診即可找某些專科醫師看診，例如女性健康專科醫師。您可以在 *會員手冊* 第 49 頁第 3 章 B 部分，和第 76 頁第 4 章 D 部分找到更多轉介相關資訊。

復健服務：協助您從疾病、意外，或重大手術恢復的治療。請參閱 *會員手冊* 第 76 頁第 4 章 D 部分，進一步瞭解復健服務。

敏感服務：與下列項目相關的服務：心理，或行為健康、性與生殖健康、家庭計劃、性傳染疾病 (STI)、HIV/AIDS、性侵害與流產、物質使用障礙、性別安定照護，以及親密伴侶暴力。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



服務區域： 健保計劃受理會員的地理區域，根據人們的居住地限定會員資格。對於限制您可使用的醫師和醫院的計劃，通常是您能獲得常規 (非緊急情況) 服務的區域。只有居住在我們服務區域者才可投保本計劃。

分攤費用： 在您的福利生效前，您每個月可能必須為您的健康照護服務所支付的部分費用。您需分攤的費用金額視您的收入和資源而定。

專業護理設施 (SNF)： 備有人員及設備可以提供專業照護的護理設施；在大多數情況下，其提供的是專業復健服務和其他相關健康服務。

專業護理設施 (SNF) 照護： 在專業護理設施提供的連續日常所需專業照護和復健服務。專業護理設施照護的例子包括由專科護理師、醫師所提供的身體治療或靜脈 (IV) 注射。

專科醫師： 針對特定疾病或特定身體部位，提供健康照護服務的醫師。

專業性藥房： 請參閱會員手冊第 131 頁第 5 章 A5 部分，進一步瞭解專業性藥房。

州政府聽證會： 如果您的醫師，或其他服務提供者申請了我們將不會核准的 Medi-Cal 服務，或我們將不再繼續給付您已接受的 Medi-Cal 服務，您有權申請州政府聽證會。如果州政府聽證會作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務。

循序用藥： 在我們為您承保您所申請的藥物之前，您必須先嘗試其他藥物的承保規定。

補充社會安全收入 (Supplemental Security Income, SSI)： 由社會安全局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) 以上者。SSI 與社會安全局福利不同。

緊急需求照護： 是指您因突發的疾病、傷害，或病況所接受的照護，該疾病、傷害，或病況雖不屬於緊急情況，但需要接受即時照護。當網絡內服務提供者無法為您提供服務，或您無法前往網絡內服務提供者處就診時，您可透過網絡外服務提供者取得緊急需求照護。

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。



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 សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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 ntxiv 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: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

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 ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ 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.

Wellcare By Health Net 會員服務

<p>致電</p>	<p>1-800-431-9007</p> <p>此為免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。然而請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一 (1) 個工作天內回電給您。</p> <p>會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。</p>
<p>TTY</p>	<p>711。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。</p> <p>此為免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。然而請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一 (1) 個工作天內回電給您。</p>
<p>寫信</p>	<p>Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>
<p>網站</p>	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

