2027 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

《2027 年承保證明》：

您作為 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 保戶所享有的 Medicare 健康給付、服務和藥物承保

本文件詳細記載自 2027 年 1 月 1 日 - 12 月 31 日止， 您在 Medicare 的健康和藥物承保內容。 **這是一份重要的法律文件。 請妥善保管。**

本文件說明您的福利與權利。 使用此文件可瞭解 ：

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

如對本文件有任何疑問， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。 服務時間 ： 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 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。

提供本計劃， Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的廠商為 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC.(當此《*承保證明*》中提到「我們」或「我們的」時， 即代表 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC. ；而提及之「計劃」、 「本計劃」或「我們的計劃」均指 Wellcare Low Premium Focus (HMO)。)

本文件免費提供中文版本。 除英語與上列語言之外， 我們也能寄送其他語言或格式 (例如點字， 語音或大字印刷) 的資料版本給您。 如果您需要其他格式的計劃資訊， 請致電會員服務部。

福利、保費、自付額及/或共付額/共同保險金可能於 2028 年 1 月 1 日變更。

我們的處方集、 藥房網絡和/或服務提供者網絡可能隨時變更。 您將在任何可能影響您的變更生效前， 至少提前 30 天收到通知。

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108556_CA7CNCEOCCHI_M_0097
H0562097000

目錄

第 1 章 ： 保戶入門指南 5

第 1 節 您是 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的會員 5
第 2 節 計劃資格要求 5
第 3 節 重要保戶資料 6
第 4 節 2027 年重要費用摘要 8
第 5 節 關於您的計劃每月保費的更多資訊 12
第 6 節 更新您的計劃保戶資格記錄 13
第 7 節 本計劃與其他保險的合作方式 14

第 2 章 ： 電話號碼及資源 16

第 1 節 本計劃聯絡人 16
第 2 節 獲得 Medicare 的協助 21
第 3 節 州健康保險協助計劃 (SHIP) 22
第 4 節 品質改善組織 (QIO) 23
第 5 節 社會安全局 24
第 6 節 Medicaid 25
第 7 節 幫助支付處方藥的計劃 26
第 8 節 鐵路退休委員會 (RRB) 28
第 9 節 您是否享有僱主提供的團體保險或其他健康保險 29

第 3 章 ： 使用本計劃保障您的醫療服務 30

第 1 節 作為本計劃的保戶如何獲得您的醫療護理 30
第 2 節 透過本計劃的網絡內服務提供者獲得您的醫療護理 31
第 3 節 遭遇緊急情況、災難或緊急護理需求時如何獲得服務 35
第 4 節 如果要求您直接支付服務的全部費用，該怎麼辦？ 37
第 5 節 臨床試驗研究中的醫療服務 37
第 6 節 接受宗教性非醫療保健組織的護理必須遵守的規定 38
第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定 39

目錄

第 4 章 ： 醫療給付表 (承保項目及自費項目) 41

第 1 節 瞭解您應該為承保服務支付的自付額 41

第 2 節 醫療給付表列出您的醫療福利和費用 42

第 3 節 本計劃不承保的服務 (排除項目) 85

第 5 章 ： 使用 D 部分藥物的計劃承保 88

第 1 節 本計劃 D 部分承保的基本規定 88

第 2 節 在網絡內藥房或透過本計劃的郵購服務配取處方藥 88

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上 92

第 4 節 有承保限制的藥物 94

第 5 節 如果您的某種藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？ 95

第 6 節 藥物清單可能在年度中變更 96

第 7 節 我們不承保的藥物類型 98

第 8 節 如何配取處方藥 99

第 9 節 特殊情形下的 D 部分藥物承保 100

第 10 節 藥物安全性與藥物管理計劃 101

第 6 章 ： 您為 D 部分藥物支付的費用 103

第 1 節 您為 D 部分藥物支付的費用 103

第 2 節 本計劃保戶的藥物付款階段 105

第 3 節 您的 *D 部分給付說明 (EOB)* 說明您所處的付款階段 105

第 4 節 自付額階段 106

第 5 節 初始承保期 107

第 6 節 重大傷病承保期 111

第 7 節 您為 D 部分疫苗支付的費用 111

第 7 章 ： 要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付分攤費用 114

第 1 節 您應請求我們為您承保服務或藥物支付分攤費用的情況 114

第 2 節 如何要求我們償還您或支付您收到的帳單 116

第 3 節 我們將考慮您的付款要求，然後核准或拒絕您的要求 117

目錄

第 8 章 ： 您的權利與責任 118

第 1 節 本計劃必須尊重您的權利和文化敏銳度 118

第 2 節 您作為本計劃保戶的責任 123

第 9 章 ： 如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、 上訴、 投訴) 125

第 1 節 如果您有問題或疑慮，該怎麼做 125

第 2 節 從何處獲得更多資訊和個人化幫助 125

第 3 節 您的問題應使用哪個程序 126

第 4 節 承保決定與上訴的指南 126

第 5 節 您的醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴 129

第 6 節 D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴 135

第 7 節 如果您認為您被過早出院，如何要求我們延長住院停留承保 143

第 8 節 如果您認為您的承保終止過早，如何請求我們繼續承保某些醫療服務 146

第 9 節 將您的上訴升級至 3 級、4 級和 5 級 149

第 10 節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴 151

第 10 章 ： 終止本計劃保戶資格 155

第 1 節 終止本計劃保戶資格 155

第 2 節 您何時可以終止在我們的計劃的保戶資格？ 155

第 3 節 如何終止您在本計劃中的保戶資格 157

第 4 節 在您終止保戶資格之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療物品、服務和藥物 158

第 5 節 在某些情況下，Wellcare Low Premium Focus (HMO) 必須終止您在本計劃的保戶資格 158

第 11 章 ： 法律通知 160

第 1 節 管轄法律聲明 160

第 2 節 關於不歧視的通知 160

第 3 節 關於 Medicare 第二付款方的代位權聲明 160

第 4 節 追回您在 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 計劃中由本計劃所支付的福利 161

第 5 節 保戶卡 162

目錄

第 6 節 獨立簽約者 163
第 7 節 健康照護計劃詐欺 163
第 8 節 不在計劃控制範圍之狀況 163

第 12 章 ： 定義 164

第 1 章：
保戶入門指南

第 1 節 您是 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的會員

第 1.1 節 您已投保 Wellcare Low Premium Focus (HMO)，這是一項 Medicare HMO

您由 Medicare 承保， 並且您選擇了透過本計劃 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 獲得自己的 Medicare 保健和藥物承保。 本計劃承保所有 A 部分和 B 部分服務。 然而， 本計劃涉及的分攤費用和服務提供者與 Original Medicare 不同。

Wellcare Low Premium Focus (HMO) 是一項獲得 Medicare 核准並由一間私人公司運營的 Medicare Advantage HMO 計劃 (HMO 是健康維護組織的縮寫)。

第 1.2 節 *承保證明*的法律資訊

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

本合約在 2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日期間， 您加入本計劃的月份內有效。

Medicare 允許我們可在每一日曆年對我們提供的計劃做出變更。 這意味著， 我們可以在 2027 年 12 月 31 日以後對本計劃的費用與給付做出變更。 我們還可以在 2027 年 12 月 31 日以後選擇在您的服務區域停止提供計劃。

Medicare (Medicare 和 Medicaid 服務中心) 必須每年核准本計劃。 只要我們選擇繼續提供本計劃， 並且 Medicare 繼續核准本計劃， 您就可以作為本計劃保戶繼續獲得 Medicare 承保。

第 2 節 計劃資格要求

第 2.1 節 資格要求

只要您符合以下所有條件， 您便符合本計劃的保戶資格 ：

- 同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B。
- 您居住在我們的地理服務區域 (如第 2.2 節所述)。被監禁者即使實際位於地理服務區域內，仍不視為居住在地理服務區域內。
- 您是美國公民或國民，或符合資格的非公民。

第 2.2 節 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的計劃服務區域

本計劃僅向居住在本計劃服務區域的人士提供。 您必須一直住在我們的服務區域內， 才能繼續成為本計劃保戶。 服務區域說明如下。

我們的服務區域包括 California 的這個郡 ： San Francisco

如果您搬到本計劃的服務區域外， 您就無法繼續成為本計劃保戶。 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)， 以瞭解我們在您的新區域是否有計劃。 當您遷離時， 您會有特殊投保期讓您轉換到新地區提供的 Original Medicare 或者投保一項 Medicare 健康計劃或藥物計劃。

如果您搬家或更改郵寄地址， 致電社會安全局也很重要。 請致電社會安全局， 電話號碼是 1-800-772-1213 (TTY 使用者請撥 1-800-325-0778)。

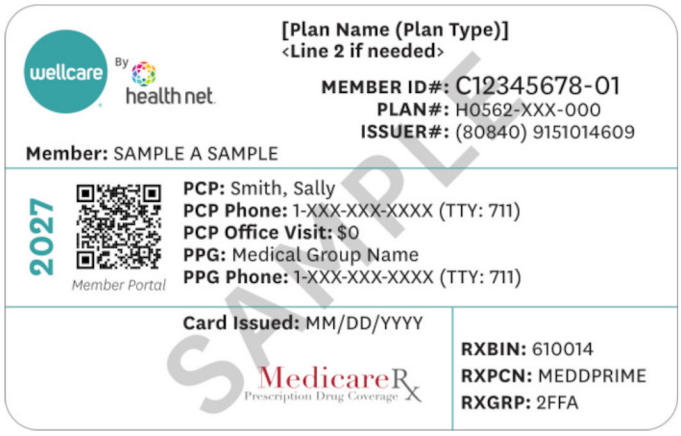
第 2.3 節 美國公民或國民，或符合資格的非公民

您必須是美國公民或國民， 或符合資格的非公民， 才能成為 Medicare 健康計劃的保戶。 如果您基於此原因而不符合保戶資格， Medicare (Medicare 和 Medicaid 服務中心) 會通知 Wellcare Low Premium Focus (HMO)。 若您不符合此要求， 則 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 必須讓您退保。

第 3 節 重要保戶資料

第 3.1 節 本計劃的保戶卡

在獲得本計劃承保的服務， 以及從網絡內藥房配取處方藥時， 請使用您的保戶卡。 您還應該向服務提供者出示您的 Medicaid 卡 (如果您有)。 計劃保戶卡範本 ：



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

如果本計劃的保戶卡損毀、 遺失或失竊， 請立刻致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)， 我們會寄給您新的保戶卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者與藥房名錄

*《醫療服務提供者與藥房名錄》*go.wellcare.com/2027providerdirectories 列出我們目前的網絡內服務提供者。 **網絡內服務提供者**是與我們簽有協議的醫生以及其他醫療保健專業人士、 醫療群體、 醫院以及其他健康照護設施， 他們與我們簽約， 將我們的付款和計劃的任何分攤費用作為全額付款接受。

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

您必須使用網絡內服務提供者以獲得醫療照護和服務。 您也必須採用在您的主治醫生 (PCP) 醫療群體內的服務提供者。 如果您想要在您的 PCP 醫療群體以外的服務提供者處看診， 您可能需要更換 PCP。 此外， 您的服務提供者可能受限於您的主治醫生 (PCP) 和/或醫療群體的網絡。 這表示您所選擇的 PCP 和/或醫療群體可能會決定您可以使用的專科醫生和醫院。 如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方， 您必須全額支付。 例外處理僅限在急診、 緊急需求服務時無法使用網絡 (亦即， 無法合理取得或無法取得網絡內服務的狀況)、 區域外透析服務， 以及 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 授權使用網絡外服務提供者的狀況。

請在我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 取得最新的服務提供者名單。

如果您沒有*《醫療服務提供者與藥房名錄》*， 您可以向會員服務部索取一份副本 (電子或紙本格式)， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。 索取的紙本*《醫療服務提供者與藥房名錄》*將在 3 個工作日內郵寄給您。

*《醫療服務提供者與藥房名錄》*go.wellcare.com/2027providerdirectories 列出我們的網絡內藥房。 **網絡內藥房**是同意為本計劃保戶發配處方藥的藥房。 請利用*《醫療服務提供者與藥房名錄》*查詢您想使用的網絡內藥房。 請參閱第 5 章第 2.4 節， 瞭解您何時可以使用計劃網絡外的藥房之相關資訊。

*《醫療服務提供者與藥房名錄》*也將說明哪些網絡內藥房具有首選分攤費用服務， 部分藥物的費用可能比其他網絡內藥房提供的標準分攤費用更低。

如果您沒有*《醫療服務提供者與藥房名錄》*， 您可以向會員服務部索取一份副本， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。 您還可以瀏覽我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 查找此類資訊。

第 3.3 節 藥物清單 (處方集)

本計劃有一份*承保藥物清單* (也稱為藥物清單或處方集)。 該清單列出 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 包括的 D 部分給付承保哪些處方藥。 該清單中的藥物是由本計劃在醫生和藥房的幫助下選擇。 藥物清單符合所有 Medicare 的要求。 除非已按照第 5 章第 6 節的說明移除和更換， 根據 Medicare 藥物價格協商計劃的藥物將納入您的藥物清單中。 Medicare 已核准 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的藥物清單。

藥物清單同時告訴您是否有任何規定限制藥物的承保。

我們將提供您一份藥物清單。 如需獲得有關哪些藥物獲得承保的最完整和最新資訊， 請造訪 go.wellcare.com/druglist-25 或致電會員服務部 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。

第 4 節 2027 年重要費用摘要

	您在 **2027** 年的費用
月計劃保費* *您的保費可能會高於或低於此項金額。 詳細資訊請見第 4.1 節。	**$30.50**
最高自付額 這是您自費支付承保 A 部分和 B 部分服務費用的最高金額。 (如需詳細資訊，請參閱第 4 章第 1 節。)	**$9,250**
主治醫師診所就診	**每次就診共付額 $0**
專科醫師診所門診	**每次就診共付額 $0**
住院停留 **包括各種住院停留的時間， 例如急症護理、 復健和長期照護。 住院停留從您正式遵照醫囑正式入院之日起算。 並在您出院前的一天結束。**	**對於 Medicare 承保的住院， 每次住院 ： 對於每次住院， 第 1 天至第 4 天每天共付額為 $405， 第 5 天至第 90 天每天共付額為 $0。**
D 部分藥物承保 (詳細資訊請見第 6 章，包括年度自付額、初始承保和重大傷病承保期。)	**D 部分藥物承保自付額** **$700， 但獲承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外。**

	您在 2027 年的費用
	初始承保期的共付額/共同保險金 ： 層級 1 藥物 ： 標準分攤費用 ： $10 共付額 首選分攤費用 ： $0 共付額 層級 2 藥物 ： 標準分攤費用 ： 25% 共同保險金 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。 首選分攤費用 ： 25% 共同保險金 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。 層級 3 藥物 ： 標準分攤費用 ： 43% 共同保險金 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。 首選分攤費用 ： 41% 共同保險金 您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。 層級 4 藥物 ： 標準分攤費用 ： 1% 共同保險金 首選分攤費用 ： 1% 共同保險金 層級 5 藥物 ： 標準分攤費用 ： 25% 共同保險金 首選分攤費用 ： 25% 共同保險金 層級 6 藥物 ： 標準分攤費用 ： $0 共付額 首選分攤費用 ： $0 共付額 重大傷病承保期 ： 在這個付款階段， 您無需支付您的 D 部分承保藥物及我們增強型福利承保的排除藥物費用。

您的費用可能包括下列 ：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- 每月 Medicare Part B 保費 (第 4.2 節)
- D 部分延遲投保罰款 (第 4.3 節)
- 與收入相關的每月調整數額 (第 4.4 節)
- Medicare 處方藥付款計劃金額 (第 4.5 節)

第 4.1 節 計劃保費

身為計劃保戶， 您每月應支付計劃保費。 對於 2027 年， 每月計劃保費為 $30.50。

在某些情況下， 您的計劃保費可能較少

「額外幫助 (Extra Help)」計劃幫助資源有限的人士支付藥費。 如需瞭解有關本計劃的詳情， 請參閱第 2 章第 7 節。 如果您合乎資格， 參加本計劃可能降低您的計劃月保費。

如果您*已*透過本計劃獲得幫助， **本*《承保證明》*中與保費有關的資訊可能不適用於您**。 我們另外寄送了一份單獨文件， 稱為*獲得支付處方藥物費用額外幫助者承保證明附錄* (也稱為*低收入津貼附錄*或 *LIS 附錄*)， 說明您的藥物承保。 如果您沒有收到此插頁， 請致電會員服務部索取 *LIS 附錄*， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

Medicare Part B 和 Part D 的保費會因收入的不同而異。 如果您對這些保費有疑問， 請查閱《*2027 年 Medicare 與您*》手冊， 「*2027 年 Medicare 費用*」一節。 請從 Medicare 網站 (Medicare.gov/medicare-and-you) 下載手冊， 或透過電話訂購手冊的印刷版本， 電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 4.2 節 每月 Medicare Part B 保費

許多保戶必須支付其他 Medicare 保費

除了支付每月的計劃保費外， **您還必須繼續支付 Medicare 計劃保費以維持本計劃保戶的身分**。 這包括您的 B 部分保費。 如果您不符合免除保費的 A 部分資格， 您也可能支付 A 部分保費。

第 4.3 節 D 部分延遲投保罰款

有些保戶需要支付 D 部分**延遲投保罰款**。 如果在最初投保期終止後的任何時間， 您連續 63 天或更長時間沒有 D 部分或其他可信的藥物承保， 必須為 D 部分承保支付 D 部分延遲投保罰款這筆額外保費。 可信的藥物承保是符合 Medicare 最低標準的承保， 其付款預期通常至少不得低於 Medicare 的標準藥物承保。 延遲投保罰款的費用取決於您有多久時間缺少 D 部分或其他可信的藥物承保。 只要您參加 D 部分承保， 通常就必須支付罰款。

該 D 部分延遲投保罰款將添加至您的每月保費上。 當您首次投保 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 時， 我們會告訴您罰款金額。

如果符合下列情況， 您**不**需要支付 D 部分延遲投保罰款 ：

- 您獲得 Medicare 的「額外幫助」來協助支付藥物費用。
- 您已經連續少於 63 天沒有 D 部分或其他可信承保。
- 您已透過其他來源獲得可信的藥物承保 (例如前任雇主、工會、TRICARE，或美國退伍軍人健康管理局 (VA))。您的保險公司或人力資源部每年會告訴您，您的藥物承保是否是可信承保。您可能會在該計劃的信函或通訊中獲取此資訊。請保存該資訊，因為如果您以後參加 Medicare 藥物計劃，您可能需要該資訊。
  - **注意：**任何信函或通知必須明言您有可信的處方藥承保，即承保預期支付的金額至少相當於 Medicare 標準藥物計劃。
  - **注意：**處方藥折扣卡、免費診間和藥物折扣網站不是可信的處方藥承保。

Medicare 會決定 D 部分延遲投保罰款的金額。 以下是計算方法 ：

- 如果您在第一次有資格投保 D 部分之後，經歷 63 天或更長時間沒有 D 部分或其他可信的處方藥承保，則本計劃將計算您沒有承保的完整月份數。
- 然後，Medicare 會根據前一年的資料決定全國 Medicare 藥物計劃的平均每月計劃保費 (國家基本受益人保費)。2027 年，該平均保費金額為 $41.33。
- 要計算您的每月罰款，Medicare 會用未承保月數 (罰款百分比) 乘以國家基本受益人保費的 1%，然後將結果四捨五入保留至 10 美分。舉例來說，假設您有 14 個月沒有 D 部分或其他可信的承保，罰款會是 14% 乘以 $41.33，等於 $5.79。然後四捨五入得出 $5.80。該金額會增加**到 D 部分延遲投保罰款者的每月計劃保費中**。

每月 D 部分延遲投保罰款有三個重要的注意事項 ：

- 由於國家基本受益人保費可能每年變更，**因此費用可能每年變更**。
- 只要您投保有 Medicare Part D 藥物福利的計劃，**您通常須每月繼續支付罰款**，即使您更換計劃也一樣。
- 如果您年齡在 65 歲*以下*且目前享有 Medicare，當您年滿 65 歲時，D 部分延遲投保罰款將重新設定。65 歲以後，您的 D 部分延遲投保罰款將僅基於您年紀符合參加 Medicare 計劃時的最初投保期過後沒有承保的月份數來計算。

如果您不同意您的 D 部分延遲投保罰款， 您或您的代表可以請求我們重新審理罰款 (上訴)。 重新裁決是由與我們無關聯的獨立審核組織來進行。 通常， 您必須在收到的第一封告知您必須支付延遲投保罰款的信函上所載日期起 60 天內申請複核。 但是， 如果您在加入我們的計劃之前已支付罰款， 您通常沒有其他機會要求重新審理該延遲投保罰款。

第 4.4 節 與收入相關的每月調整數額

有些會員可能需要支付額外的費用， 亦即 D 部分與收入相關的每月調整數額 (IRMAA)。 額外費用是根據您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入來計算。 如果此金額高於特定金額，您必須支付標準保費以及額外的 IRMAA。 如需瞭解有關您可能需要根據收入支付之額外金額的更多資訊， 請造訪 Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

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

如果您不同意支付額外的 IRMAA， 您可以請求社會安全局審查這項決定。 要瞭解如何提出申請， 請致電社會安全局， 電話號碼是 1-800-772-1213 (TTY 使用者請撥 1-800-325-0778)。

第 4.5 節 Medicare 處方藥付款計劃金額

如果您參與 Medicare 處方藥付款計劃， 您每個月將支付計劃保費 (如有)， 並從健康或藥物計劃收到處方藥帳單 (而非向藥房付款)。 您的每月帳單是根據取得的任何處方藥費用， 加上上個月的餘額後， 除以年剩餘月數。

第 2 章第 7 節告訴您更多有關 Medicare 處方藥付款計劃的資訊。 如果您不同意此繳付選項中所支付的金額， 可以按照第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 關於您的計劃每月保費的更多資訊

第 5.1 節 如何支付您的計劃保費

您可透過四種方式繳納計劃保費。

選項 1 ： 支票付款

您可以決定用支票或匯票向本計劃直接繳付您的計劃月保費。 請在付款時附上您的計劃保戶 ID 號碼。

每月的計劃保費應於每個月 1 號前支付。 您可以將您的支票或匯票連同匯款存根聯一併寄送至以下地址， 進行付款 ：

Wellcare By Health Net
PO Box 748658
Los Angeles, CA 90074-8658

支票和匯票的收款人必須是 Wellcare Low Premium Focus (HMO)， 而不是Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 或美國衛生及公眾服務部 (HHS)。 可能無法在計劃的辦公室進行保費付款。

選項 2 ： 您可以線上付款

如果不願每月郵寄支票， 您可以從您的支票或儲蓄帳戶扣除您的計劃月保費， 或者甚至直接從您的信用卡帳戶扣除該筆款項。 您可以在 go.wellcare.com/HealthNetCA 進行一次性付款或設定每月排程。 請確認是登入您的現有帳戶。 如果您是新使用者， 則需要建立帳戶。 請聯絡會員服務部， 瞭解有關如何以此方式繳納計劃保費的更多資訊。 我們樂意幫助您建立這種付款方式。

選項 3 ： 從您的每月社會安全局支票扣除計劃保費

您可安排從您每月的社保支票中支取計劃保費。 請聯絡會員服務部， 瞭解有關如何以此方式繳納計劃保費的更多資訊。 我們樂意幫助您建立這種付款方式。

注意 ： 如果您先前選擇以社會安全局支票扣繳作為您的付款方式， 但該計劃沒有收取或不繼續收取每月保費， 則您的付款方式會自動預設為直接收費。 如果該計劃在此之後的新的一年內收取每月計劃保費， 您必須聯絡我們以完成新的預扣款項選項。

選項 4 ： 您可以從您每月的鐵路退休委員會 (RRB) 支票扣除計劃保費

您可以從您每月的鐵路退休委員會支票扣除計劃保費。 請聯絡會員服務部， 瞭解有關如何以此方式繳納計劃保費的更多資訊。 我們樂意幫助您建立這種付款方式。

注意 ： 如果您先前選擇以鐵路退休委員會支票扣繳作為您的付款方式， 但該計劃沒有收取或不繼續收取每月保費， 則您的付款方式會自動預設為直接收費。 如果該計劃在此之後的新的一年內收取每月計劃保費， 您必須聯絡我們以完成新的預扣款項選項。

變更您支付計劃保費的方式。 如果您決定變更您的計劃保費付款方式， 新付款方式最多可能需要 3 個月後才能生效。 我們處理您的新付款方式時， 您仍應負責保證按時繳納計劃保費。 若要變更您的付款方式， 請在一年中的任何時間致電會員服務部。

如果您繳付計劃保費有困難

我們的辦公室必須在每個月 1 號前收到您每月的計劃保費。

如果您按時繳納保費有困難， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)， 瞭解我們能否為您建議可幫助您繳納費用的方案。

第 5.2 節 我們的每月計劃保費不會在一年之中變更

我們不能在年度當中更改本計劃的每月保費金額。 如果下一年度的每月計劃保費變更， 我們會在 9 月通知您， 新保費將於 1 月 1 日生效。

如果您符合「額外幫助」資格， 或失去您在該年內享有「額外幫助」的資格， 您必須支付的計劃保費部分可能會變更。 如果您有資格獲得「額外幫助」支付藥物承保費用， 「額外幫助」將支付您的部分每月計劃保費。 如果您在該年度內失去「額外幫助」的資格， 您將需要開始支付每月計劃保費的全額。 在第 2 章第 7 節中找到有關「額外幫助」的詳細資訊。

第 6 節 更新您的計劃保戶資格記錄

您的保戶資格記錄包含您申請書上的資訊， 包括您的地址和電話號碼。 它顯示您的具體計劃承保， 包括您的主治醫生/醫療群體。

您計劃網絡內的醫生、 醫院、 藥劑師和其他服務提供者， **會使用您的保戶記錄來瞭解哪些服務和藥物獲得承保， 以及您的分攤費用金額**。 正因如此， 請務必協助提供您的最新資訊。

如果您有任何下列變更， 請告知我們 ：

- 您的姓名、地址，或電話號碼變更
- 當您享有的任何其他健康承保有所改變 (例如來自您的僱主、您配偶或同居伴侶的僱主、勞工賠償或 Medicaid)
- 任何責任理賠，例如汽車意外事故的理賠
- 如果您住進護理院
- 如果您接收服務區域外或網絡外醫院或急診室的護理服務
- 如果您指定的負責人 (例如照顧者) 變更
- 如果您正在參與臨床試驗研究 (**注意：**您不需要告知本計劃您想參與的臨床試驗研究，但我們鼓勵您這麼做)。

如果此資訊有任何變更， 請致電會員服務部通知我們， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

如果您搬家或更改郵寄地址， 聯絡社會安全局也很重要。 請致電社會安全局， 電話號碼是 1-800-772-1213 (TTY 使用者請撥 1-800-325-0778)。

第 7 節 本計劃與其他保險的合作方式

Medicare 要求我們收集有關您擁有之任何其他醫療或藥物承保的資訊， 以便我們可對任何其他承保與您在本計劃的福利進行協調。 這稱為**福利協調**。

每年一次， 我們會寄一封信給您， 列出我們所知您享有的任何其他醫療或藥物承保。 請仔細閱讀此資訊。 如果資訊正確無誤， 您不必採取任何行動。 如果資訊不正確， 或者您有未列出的其他承保， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。 您可能需要向您的其他保險公司 (一旦您確認他們的身份) 提供您的計劃保戶 ID 號碼， 以便準時正確地支付您的帳單。

當您有其他保險計劃時 (如僱主團體健康承保)， Medicare 的規定會決定由本計劃先付款還是您的其他保險計劃先付款。 先付款的保險 (「主要付款方」) 最高可支付其承保上限。 第二付款的保險 (「第二付款方」) 僅支付主要承保方沒有承保的費用。 第二付款方可能不會支付未承保的費用。 如果您享有其他保險， 請告訴您的醫生、 醫院和藥房。

這些規定適用於僱主或工會團體健康計劃承保 ：

- 如果您享有退休保險承保，Medicare 會先支付。
- 如果您的團體健康計劃承保是基於您或家人目前的就業保險，誰先支付將根據您的年齡、僱主聘用的僱員人數，以及您是否基於年齡、殘障或患有末期腎臟疾病 (ESRD) 而享有 Medicare：
    - 若您是年齡不滿 65 歲的殘障人士，且您 (或您的家人) 仍在工作，若僱主僱有 100 名或以上僱員，或多僱主計劃中至少有一名僱主僱有 100 名以上僱員，則您的團體計劃應先付款。

- 若您年滿 65 歲，且您或您的配偶或同居伴侶仍在工作，若僱主僱有 20 名或以上雇員，或多僱主計劃中至少有一名僱主僱有 20 名以上雇員，則您的團體健康計劃應先付款。

- 如果您因為 ESRD 而享有 Medicare，您的團體健康計劃將在您有 Medicare 資格後，先支付頭 30 個月的費用。

這些承保類型通常為以下每一種相關的服務先付款 ：

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

Medicaid 與 TRICARE 從不為 Medicare 承保服務先付款。 他們只會在 Medicare、 僱主團體保健計劃及/或 Medigap 已經支付後再支付。

第 2 章：
電話號碼及資源

第 1 節 本計劃聯絡人

如需關於理賠、 帳單或保戶卡等方面的協助， 可致電或寫信至 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 會員服務部。 我們很樂意幫助您。

會員服務部 - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。 請注意， 自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止， 在非服務時間、 週末和聯邦假日期間， 您的來電會進入到我們的語音信箱。 如果您留下語音信箱訊息，請提供您的姓名和電話號碼， 團隊成員會在一 (1) 個工作天內回電給您。 會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)， 還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
網站	go.wellcare.com/HealthNetCA

如何對您的醫療照護申請承保決定或上訴

承保決定是我們對您的福利和承保或我們對您的醫療服務或 D 部分藥物支付的金額做出的決定。 上訴是要求我們審核並改變承保決定的正式方式。 如需更多有關如何對您的醫療照護或 D 部分藥物申請承保決定或上訴的資訊， 請參閱第 9 章。

醫療護理的承保決定 - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

有關 **D** 部分藥物的承保決定 - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-866-226-1093
寫信	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397

有關 D 部分藥物的承保決定 - 聯絡資訊	
網站	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

醫療護理上訴 - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671
寫信	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

D 部分藥物上訴 - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。

D 部分藥物上訴 - 聯絡資訊	
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-866-388-1766
寫信	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
網站	go.wellcare.com/HealthNetCA

如何對您的醫療照護提出投訴

您可以對我們或者我們的任何網絡內服務提供者或藥房提出投訴， 包括有關對您的護理品質的投訴。 此類投訴不涉及承保或付款爭議。 如需更多有關如何對您的醫療照護提出投訴的資訊， 請參閱第 9 章。

醫療照護投訴 – 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671

醫療照護投訴 – 聯絡資訊	
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Medicare 網站	如需直接向 Medicare 提交對 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的投訴， 請造訪 Medicare.gov/my/medicare-complaint。

D 部分藥物投訴 - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-275-4737 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。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671
寫信	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Medicare 網站	如需直接向 Medicare 提交對 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的投訴， 請造訪 Medicare.gov/my/medicare-complaint。

如何要求我們為您獲得的醫療護理或藥物支付我們的分攤費用

如果您收到您認為我們應該支付的服務帳單或支付的費用 (例如服務提供者帳單)， 您可能需要要求我們償還費用或支付服務提供者帳單。 請參閱第 7 章， 以瞭解更多資訊。

如果您向我們發送付款申請， 而我們拒絕您任何部分的申請， 您都可以就我們的決定提出上訴。 請參閱第 9 章， 以瞭解更多資訊。

付款要求 - 聯絡資訊	
寫信	醫療付款申請 ： Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 D 部分付款申請 ： Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
網站	go.wellcare.com/HealthNetCA

第 2 節 獲得 Medicare 的協助

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

負責管理 Medicare 的聯邦代理機構是 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS)。 該代理機構與包括我們計劃在內的 Medicare Advantage 機構簽約。

Medicare - 聯絡資訊	
請撥打	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 這個號碼需要特殊電話設備， 專供聽障或語障人士使用。 此為免付費電話。
即時對談	在 Medicare.gov/talk-to-someone 即時對談。

Medicare - 聯絡資訊	
寫信	寫信至 Medicare， 地址為 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	Medicare.gov • 取得您所在地區的 Medicare 健康和藥物計劃相關資訊，包括它們的費用和所提供的服務。 • 尋找參與 Medicare 的醫生或其他醫療照護提供者和供應商。 • 瞭解 Medicare 的承保項目，包括預防性服務 (例如篩檢、注射或疫苗，以及年度「保健」就診)。 • 取得 Medicare 上訴資訊和表格。 • 取得有關計劃、護理院、醫院、醫生、居家護理機構、洗腎設施、安寧照護中心、住院復健設施和長期護理醫院所提供的照護品質的資訊。 • 查找實用的網站和電話號碼。 您也可以造訪 Medicare.gov 告知 Medicare 您對本計劃的所有投訴。 **如需向 Medicare 提交投訴，** 請造訪 ： Medicare.gov/my/medicare-complaint。 Medicare 會認真對待您的投訴， 並將利用這些資訊來幫助提高 Medicare 計劃的品質。

第 3 節 州健康保險協助計劃 (SHIP)

州健康保險協助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃， 在每個州都有受過專業訓練的諮詢顧問， 提供免費協助、 資訊以及對您 Medicare 問題的解答。 在 California， SHIP 稱為 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 是由聯邦政府資助的獨立州立計劃 (與任何保險公司或健康計劃均無關聯)， 旨在為當地擁有 Medicare 的人士提供免費健康保險諮詢服務。

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

California 健康保險諮詢與協助計劃 **(HICAP) –** 聯絡資訊	
請撥打	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 這個號碼需要特殊電話設備， 專供聽障或語障人士使用。
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

第 4 節 品質改善組織 (QIO)

指定的品質改善組織 (QIO) 為各州享有 Medicare 的人士提供服務。 在 California， 品質改善組織稱為「開始健康」(California 品質改善組織)。

「開始健康」(California 品質改善組織) 擁有一群醫生和其他醫療保健專業人員， 他們由 Medicare 付費， 負責檢查和幫助改善 Medicare 保戶的護理品質。 「開始健康」(California 品質改善組織) 是一個獨立機構。 與我們的計劃沒有關聯。

若有下列任何情況， 您都應該聯絡「開始健康」(California 品質改善組織) ：

- 您需要對您接受的照護品質提出投訴。照護品質疑慮的範例包括藥物錯誤、不必要的檢查或程序或錯誤診斷。
- 您認為對您住院的承保終止過早。
- 您認為對您的家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務的承保終止過早。

「開始健康」(California 品質改善組織) – 聯絡資訊	
請撥打	1-877-588-1123 當地時間上午 9 點至下午 5 點， 週一至週五， 當地時間上午 10 點至下午 4 點， 週六至週日
TTY	711
寫信	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
網站	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

第 5 節 社會安全局

社會安全局決定了 Medicare 資格並處理 Medicare 投保。 社會安全局還負責決定哪些人因為有較高的收入而必須為 D 部分藥物承保支付額外的金額。 如果您收到社會安全局的來信， 告訴您必須支付額外的金額， 您對該金額有疑問或者您的收入因為生活變化事件而減少， 您可以致電社會安全局， 請求重新考慮。

如果您搬家， 或更改郵寄地址， 請聯絡和通知社會安全局。

社會安全局 — 聯絡資訊	
請撥打	1-800-772-1213 此為免付費電話。 服務時間是週一至週五， 上午 8 點至晚上 7 點。 每天 24 小時皆可利用社會安全局的自動電話語音服務， 以聽取錄音資訊和處理部分業務。
TTY	1-800-325-0778 本電話號碼需要使用特殊的電話設備， 且僅供有聽障或語障者使用。 此為免付費電話。 服務時間是週一至週五， 上午 8 點至晚上 7 點。
網站	SSA.gov

第 6 節 Medicaid

Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃， 幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。 有些享有 Medicare 的人也有資格參加 Medicaid。 Medicaid 透過提供計劃幫助享有 Medicare 的人士支付他們的 Medicare 費用， 例如幫助他們支付 Medicare 保費。 這些 **Medicare 節省計劃**包括 ：

- **合資格 Medicare 保險受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare Part A 與 Part B 保費及其他分攤費用 (如自付額、共同保險金和共付額等費用)。(某些符合 QMB 資格的人士，同時也符合加入 Medicaid 全額給付 (QMB+) 資格)。
- **特定低收入 Medicare 保險受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部分保費。(某些符合 SLMB 資格的人士，同時也符合加入 Medicaid 全額給付 (SLMB+) 資格)。
- **合資格個人 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
- **合資格殘疾工作者 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

如需瞭解有關 Medicaid 和 Medicare 節省計劃的更多資訊， 請聯絡 California Medi-Cal (Medicaid)。

California Medi-Cal (Medicaid) - 聯絡資訊	
請撥打	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 週一至週五， 太平洋時間 (PT) 上午 8:00到下午 5:00
TTY	1-800-430-7077 本電話號碼需要使用特殊的電話設備， 且僅供有聽障或語障者使用。
寫信	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

第 7 節 幫助支付處方藥的計劃

Medicare 網站 (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有關如何降低處方藥物費用的資訊。 以下計劃可以幫助收入有限的人士。

Medicare 提供的額外幫助

Medicare 和社會安全局有一項稱為「額外幫助」的計劃， 可以幫助收入和資源有限的人士支付藥物費用。 如果您符合資格， 您即可獲得幫助來支付您的 Medicare 藥物計劃的每月計劃保費、 年度自付額和共付額。 「額外幫助」也會計入您的自費費用。

如果您自動符合「額外幫助」的資格， Medicare 將郵寄一封紫色信函通知您。 如果您未自動符合資格， 您可以隨時申請。 如需瞭解您是否符合「額外幫助」的資格 ：

- 造訪 https://secure.ssa.gov/i1020/start 線上申請
- 致電社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213。TTY 使用者請撥打 1-800-325-0778。

當您申請「額外幫助」時， 您也可以開始 Medicare 費用節省計劃 (MSP) 的申請程序。 這些州政府計劃可協助支付其他 Medicare 費用。 社會安全局將向您所在州傳送資訊以啟動 MSP 申請， 除非您在「額外幫助」申請上告知其不要這樣做。

如果您符合「額外幫助」的資格， 且您認為您在藥房支付的處方藥費金額不正確， 本計劃有一套程序可協助您取得正確共付額的證明。 如果您已經有適當金額的證明， 我們可以協助您與我們分享此證明。

- 致電會員服務部，告訴代表您認為您有資格獲得「額外幫助」。您可能需要提供下列其中一種文件類型 (最佳可用證明)：
  - 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、註明姓名和生效日期的 Medicaid 卡副本
  - 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、確認現有 Medicaid 狀態的州政府文件副本
  - 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、顯示 Medicaid 狀態的一份州政府電子投保列印文件
  - 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、顯示 Medicaid 狀態的州政府 Medicaid 系統電腦螢幕擷取畫面
  - 上一個日曆年下半年六月後某一個月的、顯示 Medicaid 狀態的由州政府提供的其他文件
  - 社會安全局 (SSA) 的來函可證明您個人收到補充社會安全收入 (SSI)
  - 經認定符合資格的申請，確認受益人為「...自動符合取得額外幫助的資格...」(SSA 刊物 HI 03094.605)

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

- 設施的匯款單據，顯示 Medicaid 在上一個日曆年下半年 6 月後某一個月為您支付了一整個日曆月的費用；
- 州政府文件副本，確認 Medicaid 在上一個日曆年下半年 6 月後某一個月為您向設施支付一個完整日曆月的費用；或是
- 州政府 Medicaid 系統的電腦螢幕擷取畫面，顯示在上一個日曆年下半年 6 月後某一個月您在 Medicaid 付費的設施入住至少一整個日曆月的入住狀態。

- 如果您無法提供上述文件，但仍認為您可能符合「額外幫助」的資格，請致電會員服務部，我們將為您提供協助。
- 當我們收到顯示您正確的共付額層級證明時，我們會更新我們的系統，以便您下次領取處方藥時能夠繳付正確的金額。如果您超額支付共付額，我們會透過支票或未來的共付額扣抵方式退還給您。如果藥房未收取您的共付額，而您又欠他們債務，我們可能會直接將款項支付給藥房。如果州政府已替您付款，我們可能會直接付款給州政府。如果您有疑問，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

如果您享有「額外幫助」和 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 的承保會怎樣？

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 旨在幫助 HIV/AIDS 患者獲得拯救生命的 HIV 藥物。 同時列於 ADAP 處方集上的 Medicare Part D 藥物有資格透過 California AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 獲得處方藥分攤費用協助。

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

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

California AIDS 藥物協助計劃 **(ADAP) -** 聯絡資訊	
請撥打	1-844-421-7050 當地時間上午 8:00 到下午 5:00， 週一至週五 (假日除外)
TTY	711
寫信	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
網站	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

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

Medicare 處方藥付款計劃

Medicare 處方藥付款計劃是一種付款選項， 與您目前的藥物承保配合使用， 幫助您管理本計劃承保的藥物費用中的自費費用， 可將費用分攤至整個**日曆年** (一月至十二月)。 任何擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃 (例如包含藥物承保的 Medicare Advantage 計劃) 的人都可以使用此付款選項。 **此繳付選項可以幫助您管理費用， 但無法節省金錢或降低藥物費用。 如果您參與 Medicare 處方藥付款計劃並繼續投保相同的 D 部分計劃， 您的參與將自動展延於 2027 年。 您不需提交新的選擇要求， 就能繼續參與 2027 年的計劃**。 若要深入瞭解此付款選項， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)， 或造訪 Medicare.gov。

Medicare 處方藥付款計劃 – 聯絡資訊	
請撥打	1-833-750-9969 此為免付費電話。 每週 7 天， 每天 24 小時服務。 會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)， 還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。
TTY	1-800-716-3231 這個號碼需要特殊電話設備， 專供聽障或語障人士使用。 此為免付費電話。 每週 7 天， 每天 24 小時服務。
寫信	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
網站	go.wellcare.com/CA-MPPP

第 8 節 鐵路退休委員會 (RRB)

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

鐵路退休委員會 (RRB) — 聯絡資訊	
請撥打	1-877-772-5772 此為免付費電話。 按「0」與 RRB 代表聯繫， 服務時間為週一、 週二、 週四和週五早上 9 點至下午 3 點半， 以及週三的早上 9 點至中午 12 點。 按「1」會進入自動 RRB 服務專線並獲得語音資訊， 服務時間為全天 24 小時 (包括週末和假日)。
TTY	1-312-751-4701 這個號碼需要特殊電話設備， 專供聽障或語障人士使用。 該號碼不是免付費電話。
網站	https://RRB.gov

第 9 節 您是否享有僱主提供的團體保險或其他健康保險

如果您 (或您的配偶或同居伴侶) 作為本計劃的一部分從您 (或您配偶或同居伴侶的) 雇主或退休人員團體獲得福利， 如果您有任何疑問， 請致電雇主/工會給付管理員或會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。 您可以詢問有關您的 (或您的配偶或同居伴侶的) 僱主或退休人員保健福利、 保費或投保階段的問題。 您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 詢問有關您在本計劃下的 Medicare 承保問題。 TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

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

第 3 章：
使用本計劃保障您的醫療服務

第 1 節 作為本計劃的保戶如何獲得您的醫療護理

本章講述關於如何使用本計劃獲得您的承保醫療護理的須知事項。 有關本計劃承保哪些醫療護理以及您在獲得護理時支付多少費用的詳細資訊， 請參閱第 4 章的醫療給付表。

第 1.1 節 網絡內服務提供者和承保服務

- **服務提供者**是州核發執照可以提供醫療服務和照護的醫生和其他健康照護專業人員。「服務提供者」一詞也包括醫院及其他健康護理設施。
- **網絡內服務提供者**是與我們簽有協議的醫生以及其他醫療保健專業人員、醫療群體、醫院以及其他健康護理設施，他們與我們簽約，將我們的付款和您的分攤費用金額作為全額付款接受。我們已安排由這些服務提供者向本計劃保戶提供承保服務。我們的網絡內服務提供者通常直接向我們收取他們向您提供的護理費用。當您去看網絡內服務提供者時，通常您只需為他們的服務支付您的分攤費用。
- **承保服務**包括我們的計劃承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、設備，和處方藥。您的醫療照護承保服務列在第 4 章的醫療給付表中。第 5 章討論您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 您的醫療護理獲得本計劃承保的基本規定

作為一項 Medicare 健康計劃， 本計劃必須承保 Original Medicare 承保的所有服務， 並遵守 Original Medicare 的承保規則。

只要符合下列規定， 本計劃通常會承保您的醫療護理 ：

- **您獲得的照護包含在本計劃第 4 章的醫療給付表中**。
- **您獲得的照護被認為是必要的醫療。**必要的醫療是指服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- **您有一位網絡內主治醫生 (PCP)，提供和監督您的護理服務。**作為本計劃保戶，您必須選擇一位網絡內 PCP (如需更多資訊，請參閱第 2.1 節)。
    - 在大部分情況下，您的網絡內 PCP 必須事先核准 (轉診)，然後您才能使用本計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或家庭健康護理代理機構。如需更多資訊，請參閱第 2.3 節。
    - 您不需要經過您的 PCP 轉診，即可獲得急診照護或緊急需求服務。如需瞭解在未經您的 PCP 事先核准的情況下，您可以獲得的其他類型的照護，請參閱第 2.2 節。

- **您必須從網絡內服務提供者處獲得照護** (請參閱第 2 節)。在大部分情況下，您從網絡外服務提供者 (不在本計劃網絡內服務提供者) 處獲得的護理不會獲得承保。這表示您必須向服務提供者全額支付您所獲得的服務。有 3 種例外處理：
  - 本計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的急診照護或緊急需求服務。如需更多資訊，以及瞭解什麼是緊急情況或緊急需求服務，請參閱第 3 節。
  - 如果您需要接受 Medicare 要求本計劃承保的醫療護理，但是我們的網絡內沒有專科醫生無法提供此類護理，您可以使用通常在網絡內支付的分攤費用，從網絡外服務提供者獲得此項護理。在接受照護之前，請打電話給我們，瞭解您可能需要遵守的相關授權規定。在這種情況下，您支付的費用與您從網絡內服務提供者處獲得的護理費用相同。如需獲得核准在網絡外醫生處就診的資訊，請參閱第 2.4 節。
  - 當您暫時離開本計劃的服務區域，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時，從 Medicare 認證的透析設施獲得的腎透析服務可獲得本計劃的承保。您支付本計劃的透析分攤費用絕不會高於 Original Medicare 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外，並從計劃網絡外的提供者取得透析，您的分攤費用不得高於您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您的一般網絡內服務提供者暫時無法提供透析服務，而且您選擇在服務區域內從本計劃網絡以外的服務提供者獲得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。

第 2 節 透過本計劃的網絡內服務提供者獲得您的醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫生 (PCP) 提供和監督您的醫療護理

什麼是 PCP？PCP 能為您做什麼？

此計劃僅能使用特定的服務提供者。 並非所有醫療群體及其隸屬的 PCP、 專科醫生和設施皆可在此計劃的服務區域中供您使用。 當您成為本計劃的保戶時， 您必須從 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 網絡中， 選擇一位網絡內服務提供者作為您的 PCP。 此外， 您僅限於使用已同意參與 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 計劃的專科醫生與設施。 若選擇了此計劃， 您將僅能使用這些照護您的特定服務提供者， 因此請務必仔細檢閱服務提供者清單， 以確保其中包含您慣常使用的服務提供者。 您可以在本計劃的網站上取得這份清單 ： go.wellcare.com/2027providerdirectories。

您的 PCP 是符合州政府要求、 接受過為您提供基本醫療照護培訓的健康照護專業人員。 這些包括專精於家庭醫療、 綜合醫療及內科的醫生。

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

- X 光、
- 化驗、
- 物理、職業及/或語言治療、

- 專科醫生的照護、
- 住院，以及
- 後續護理

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

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

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

如何選擇 PCP？

當您投保本公司計劃時， 您將從 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 網絡中選擇一個參與的醫療群體。 您也可以從這個參與的醫療群體中選擇 PCP。 若要選擇您的 PCP， 請前往我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories， 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， 請致電會員服務部告知您的選擇。 您的 PCP 必須在我們的網絡中。

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

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

如何變更您的 PCP

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

如果您想要變更您的醫療群體或 PCP， 請致電會員服務部。 每個計劃的醫療群體和 PCP 都可能轉診給特定計劃的專科醫生， 並在他們的網絡中使用特定醫院。 由於某些 PCP 參與的是有限或特定的轉診網絡， 因此您選擇的計劃醫療群體和 PCP 可能會決定您可能使用的專科醫生和醫院。 如果您想要使用特定的專科醫生或醫院， 請瞭解您計劃的醫療群體和 PCP 是否使用這些專科醫生或醫院。

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

第 2.2 節 您在沒有獲得 PCP 轉診的情況下可獲得的醫療護理

未經您的 PCP 事先核准， 您也可獲取下列服務。

- 女性例行健康照護，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢 (乳房 X 光檢查)、子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗和肺炎疫苗，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務
- 從網絡內或網絡外服務提供者處獲得的緊急情況服務
- 緊急需求計劃承保服務是指如果您暫時不在本計劃的服務區域內，或根據您的時間、地點和情況，從網絡內服務提供者獲取此項服務並不合理，而需要立即就醫 (但非緊急情況) 的服務。緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病症意外發作。必要的醫療例行服務提供者就診 (如年度檢查) 不被視為緊急需求服務，即使您在計劃的服務區域以外，或本計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。
- 當您暫時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。如可能，請在您離開服務區域之前致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)，以便我們幫助安排您在服務區域外接受維持性透析服務。

第 2.3 節 如何獲得專科醫生和網絡內其他服務提供者的護理

專科醫生是為某種特定疾病或身體部位提供醫療護理服務的醫生。 專科醫生有多種類型。 例如 ：

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

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

如果專科醫生希望您返回接受額外就診， 先確認您從您的 PCP 得到的轉診承保範圍能夠承保額外至專科醫生或特定其他服務者的就診。 在某些情況下， 您、 您的代表或您的 PCP/服務提供者會需要獲得本計劃的事先授權。 關於哪些服務需要事先授權， 請參閱第 4 章第 2 節。

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

當專科醫師或其他網絡內服務提供者退出本計劃

我們可能會在一年中更換本計劃網絡內的醫院、 醫生和專科醫生 (服務提供者)。 如果您的醫師或專科醫師退出本計劃， 您將享有特定權利和保障 ：

- 即使我們的服務提供者網絡可能在一年中變更，Medicare 規定需向您提供不間斷的合格醫生和專科醫師服務。
- 我們將通知您，您的服務提供者將離開本計劃，以便您有時間選擇新的服務提供者。
    - 如果您的主治醫生或行為健康服務提供者退出本計劃，如果您在過去 3 年內看過該服務提供者，我們將通知您。
    - 如果您的任何其他服務提供者退出本計劃，如果您被指派給該服務提供者且目前接受他們的照護，或在過去 3 個月內曾請他們看診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內服務提供者，以持續照護。
- 如果您正在目前的服務提供者處接受醫療或治療，您有權要求繼續獲得醫療上必要的治療或護理。我們將與您合作，讓您可以繼續獲得照護。
- 我們會提供您有關可用投保期的資訊，以及您可以變更計劃的選擇。
- 若網絡內提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求，我們將以網絡內分攤費用在服務提供者網絡外安排任何必要的醫療承保福利。本計劃必須確認沒有適用的網絡內服務提供者，且該網絡外服務提供者必須聯絡本計劃要求授權，您才能取得服務。如果獲得核准，將核發網絡外服務提供者的授權以提供服務。您有權接收由網絡外服務提供者所提供的急診，或緊急需求服務。此外，對於已在計劃服務區域外旅行且無法存取網絡內服務提供者的末期腎臟疾病 (ESRD) 保戶，我們的計劃必須承保腎透析服務。ESRD 服務必須由 Medicare 認證的透析機構提供。
- 如果您發現您的醫生或專科醫師將離開您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您選擇新的服務提供者管理您的照護。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的服務提供者來代替以前的服務提供者，或未能適當管理您的護理，您有權向 QIO 提出護理品質的投訴，或對計劃提出護理品質的申訴，或兩者 (請參閱第 9 章)。

第 2.4 節 如何獲得網絡外服務提供者的護理

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

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

第 3 節 遭遇緊急情況、災難或緊急護理需求時如何獲得服務

第 3.1 節 出現緊急醫療情況時如何獲得護理

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

如果您出現緊急醫療情況 ：

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

急診狀況下有哪些承保服務

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

向您提供急診照護的醫生會決定您的病症是否穩定， 緊急醫療情況是否已經終止。

緊急情況終止後， 您有權獲得必要的醫療追蹤護理， 以確保您的病症持續穩定。 您的醫生將繼續治療您， 直到您的醫療病症穩定為止， 並在適當時與我們合作以計劃任何額外的照護。

一般建議您在接受急診照護後 5 至 7 天內， 與主治醫生或治療提供者進行後續追蹤， 以支持您的康復。 但是， 您的急診服務不需要承保後續照護， 且如果您無法在特定時間範圍內安排後續回診， 您的承保不會受到影響。

作為我們的照護協調服務的一部分， 您可能會收到我們照護團隊的聯絡， 以協助您安排後續約診， 或在需要時由其他資源與您聯繫。 您的計劃所承保的任何必要的醫療後續照護， 將根據您計劃的分攤費用規則支付。

如果您的急診照護是由網絡外服務提供者提供， 我們會在您的醫療病症與情況允許時， 立即嘗試安排由網絡內服務提供者接手負責您的護理。

如果並非緊急醫療情況， 怎麼辦？

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

但是， 在醫生已經表示這不是緊急情況之後， 通常只有在您用以下 2 種方式之一獲得額外護理時， 我們才會承保額外的護理 ：

- 您到網絡內服務提供者處接受額外護理，或
- 您所接受的進一步照護是屬於緊急需求照護，且您在接受該緊急護理時有遵守相關規定。

第 3.2 節 當您急需接受服務時如何獲得護理

這項服務為如果您暫時不在本計劃的服務區域內， 或根據您的時間、 地點和情況， 從網絡內服務提供者獲取此項服務並不合理， 而需要立即就醫 (但非緊急情況) 的緊急需求服務。 緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害， 或既有病症意外發作。 但是， 年度檢查等醫療上必要的例行服務提供者就診不被視為緊急需求服務， 即使您在計劃的服務區域以外， 或本計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。

如果您需要接受緊急護理， 請聯絡您的 PCP 的診所， 每天 24 小時提供服務。 您可能會獲得前往網絡內緊急護理中心接受緊急護理服務的指示。 您可在*《醫療服務提供者與藥房名錄》*， 或在我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上查閱網絡內緊急護理中心清單。 如果在您的醫生診所接受緊急護理服務， 您需要為診所門診支付共付額 ； 但如果您在網絡內緊急護理中心或無需預約診所接受緊急護理服務， 您將向緊急護理中心支付共付額， 金額可能不同。 請參閱第 4 章「醫療給付表」， 瞭解適用於醫生診所或網絡內緊急護理中心或無需預約診所提供的服務共付額。

您也可以隨時聯絡護理師諮商專線。 照護專業人士每週七天， 全天候 24 小時為您解答問題。 如需更多有關護士諮詢專線的資訊， 請參閱第 4 章中的健康與保健教育計劃給付類別， 或致電會員服務部。

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

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

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

第 3.3 節 重大災難期間獲得護理

如果您所在州的州長、 美國衛生及公共服務部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。

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

如果您在重大災難期間無法使用網絡內服務提供者， 本計劃允許您按照網絡內分攤費用獲得網絡外服務提供者的護理。 如果在重大災難期間您無法使用網絡內藥房， 您可以在網絡外藥房配藥。 請參閱第 5 章第 2.4 節。

第 4 節 如果要求您直接支付服務的全部費用，該怎麼辦？

如果您為承保服務支付的金額超過本計劃的分攤費用， 或者您收到承保醫療服務的全額費用帳單， 您可以要求我們支付承保服務的分攤費用。 如需應採取何種行動的資訊， 請參閱第 7 章。

第 4.1 節 如果本計劃不承保服務，您必須支付全額費用

我們的計劃承保第 4 章醫療給付表中所列的所有醫療上必要的服務。 如果您接受本計劃不承保的服務， 或者您從網絡外獲得的服務不屬於急診或緊急需求服務且未經授權， 您必須負責支付服務的全額費用。

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

第 5 節 臨床試驗研究中的醫療服務

第 5.1 節 什麼是臨床試驗研究

臨床試驗研究 (亦稱*臨床試驗*) 是醫生和科學家檢驗新型醫療照護的一種方式， 如檢驗新型抗癌藥物的療效。 某些臨床試驗研究已獲得 Medicare 的核准。 由 Medicare 核准的臨床試驗研究， 通常請求自願者參與研究。 參加臨床試驗研究期間， 您仍然可以繼續留在本計劃中， 繼續透過本計劃接受其餘的護理 (與研究無關的護理)。

如果您參加一項 Medicare 核准的研究， Original Medicare 會支付您在研究中接受的承保服務的大部分費用。 如果您告訴我們您正在接受合格的臨床試驗， 那麼您只需要負責該試驗中服務的網絡內分攤費用。 如果您支付較多， 例如， 如果您已支付 Original Medicare 的分攤費用金額， 我們會補償您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。 您需要提供文件， 向我們顯示您的支付金額。

如果您希望參加任何 Medicare 批准的臨床試驗研究， 您不需告知我們， 或取得我們或您 PCP 的批准。 在臨床試驗研究中為您提供照護的服務提供者不需要參與本計劃的網絡 (這不適用於需透過臨床試驗或登錄來評估效益的承保福利， 包括某些需要在依據證據發展而給付 (NCDs-CED) 下提供的福利， 以及試驗性醫療器材豁免 (IDE) 研究。 這些福利也可能受到事先授權和其他計劃規定的約束。)

雖然您不需要獲得我們的計劃同意， 也可以參與臨床試驗研究， 但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 合格臨床試驗時， 事先通知我們。

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

第 5.2 節 臨床試驗研究服務的費用支付方

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

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

在 Medicare 支付這些服務的分攤費用之後， 我們的計劃將支付 Original Medicare 的分攤費用與您身為計劃保戶的網絡內分攤費用之間的差額。 這表示您要為作為該項研究的一部分接受的服務支付與您從本計劃接受這些服務相同的金額。 然而， 您必須提交文件以顯示您支付的分攤費用。 有關提交付款申請的更多資訊， 請查閱第 7 章。

> *臨床試驗分攤費用範例* ： 例如， 在試驗研究中， 您接受一項費用為 $100 的實驗室檢測。 根據 Original Medicare， 您應為該項檢驗支付 $20 的分攤費用， 而根據本計劃， 您只需支付 $10。 在這種情況下， Original Medicare 將為測試支付 $80， 您將按照 Original Medicare 支付所需的共付額 $20。 您會通知本計劃， 表示收到合格的臨床試驗服務， 並將文件 (例如服務提供者帳單) 提交給本計劃。 然後本計劃會直接支付您 $10。 因此您的淨付款為 $10， 與您在本計劃福利所需支付的金額相同。

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

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

獲得更多有關參加臨床試驗研究的資訊

對於 Medicare 的刊物， *Medicare 和臨床試驗研究*， 如需更多有關加入其臨床試驗研究的資訊， 請造訪 Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies。 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 接受宗教性非醫療保健組織的護理必須遵守的規定

第 6.1 節 宗教性非醫療保健組織

宗教性非醫療保健組織是對通常會在醫院或專業護理機構接受治療的病症提供護理的機構。 如果在醫院或專業護理機構接受照護違反保戶的宗教信仰， 我們會改為承保在宗教性非醫療保健組織所提供的照護。 此項給付僅為 A 部分住院服務 (非醫療健康護理服務) 提供。

第 6.2 節 如何接受宗教性非醫療保健組織提供的護理服務

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

- **非強制性**醫療護理或治療是指*自願性*且*非*任何聯邦、州或地方法律要求提供的任何醫療護理或治療。
- **強制性**醫療是指您非自願性或依據聯邦、州或地方法律要求獲得的醫療護理或治療。

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。
- 我們的計劃僅承保*非宗教*的照護層面。
- 如果您從該組織接受的服務是在一家機構為您提供，則適用於下列條件：
  - 您的醫療病症必須讓您能夠取得住院照護，或專業護理機構照護的承保服務。
  - *— 並且 —* 在入住該機構之前您必須事先獲得本計劃核准，否則您的住院將無法獲得承保。

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

第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定

第 7.1 節 根據我們的計劃支付一定金額的付款後，您不會擁有部分耐用醫療設備

耐用醫療設備 (DME) 包括服務提供者訂購在保戶家中使用的氧氣設備和用品、 輪椅、 步行器、 動力床墊系統、 拐杖、 糖尿病用品、 語音合成裝置、 IV 輸液幫浦、 噴霧器和醫院病床等物品。 保戶一律擁有部分 DME 用品， 例如義肢。 您必須租用的其他 DME 類型。

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。 身為本計劃的保戶， 在為某些類型的 DME 支付特定月數之後， 您將擁有該項目。 當您享有 Original Medicare 時， 您先前針對一件 DME 項目而支付的款項， 並不會計入您在身為本計劃時所支付的金額。 如果您在具備本計劃保戶身分期間獲得某項 DME 項目的所有權，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。 也有某些類型的 DME， 無論您在本計劃保戶的期間為該項目支付多少金額都無法取得所有權。 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)， 以瞭解關於 DME 租借或所有權之規定， 以及您需要提供的文件。

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

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

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

範例 2 ： 您在 Original Medicare 中為該項目連續支付 12 次， 然後加入我們的計劃。 您在參與本計劃期間沒有獲得該物品的所有權。 然後您回到 Original Medicare。 您再次加入 Original Medicare 後， 必須連續支付 13 次新的費用以擁有該項目。 您已支付的任何款項 (無論是對本計劃或 Original Medicare) 均不計入。

第 7.2 節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保， Wellcare Low Premium Focus (HMO) 將承保 ：

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

如果您離開 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 或醫療上不再需要氧氣設備， 則氧氣設備必須歸還。

如果您退出本計劃， 回到 Original Medicare， 會怎樣？

Original Medicare 要求氧氣供應商提供您 5 年的服務。 前 36 個月期間， 您租用設備。 剩餘 24 個月， 供應商提供設備和維護 (您仍需負責支付氧氣適用的共付額)。 在 5 年後， 您可以選擇留在同一家公司， 或去另一家公司。 此時， 即使您繼續留在同一家公司， 5 年週期仍會再次開始， 您必須再次支付前 36 個月的共付額。 如果您加入或退出我們的計劃， 5 年週期將重新開始。

第 4 章：
醫療給付表
(承保項目及自費項目)

第 1 節 瞭解您應該為承保服務支付的自付額

醫療給付表列出您作為本計劃保戶享有的承保服務， 並顯示您將為每項承保服務支付的費用。 本節也提供不承保的醫療服務相關資訊， 並說明特定服務的限制。

第 1.1 節您可能需為承保服務支付的自費費用

您可能需為承保服務支付的自費費用類別包括 ：

- **共付額：**您每次得到某些特定醫療服務時支付的固定金額。您在接受醫療服務時支付共付額。(醫療給付表告訴您有關共付額的更多資訊)。
- **共同保險金：**您為某些特定醫療服務支付的總費用的百分比。您在接受醫療服務時支付共同保險金。(醫療給付表告訴您有關共同保險金的更多資訊)。

大多數合資格 Medicaid 或合資格 Medicare 保險受益人 (QMB) 計劃的人不需支付自付額、 共付額或共同保險金。 如果您投保其中一項計劃， 請務必向您的服務提供者出示您的 Medicaid 或 QMB 資格證明。

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

Medicare Advantage 計劃對於您每年必須為 Medicare Part A 和 Part B 承保的網絡內醫療服務支付的總自付額設有限額。 該限額稱為醫療服務最高自付 (MOOP) 額。 **對於 2027 年的日曆年， MOOP 金額為 $9,250。**

您為網絡內承保服務支付的共付額與共同保險金會計入該最高自付額。 您為計劃保費和 D 部分藥物支付的金額不計入您的最高自付額。 此外， 您為某些服務支付的金額不計入您的最高自付額。 這些服務在醫療給付表中用星號 (*) 標出。 如果您達到 $9,250 的最高自付額， 您在該年度的剩餘時間內無需為 A 部分和 B 部分服務支付任何自費費用。 然而， 您必須繼續支付您的計劃保費和 Medicare Part B 保費 (除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方代您支付)。

第 1.3 節 醫療服務提供者不得向您收取差額

作為本計劃的保戶， 您享有一項重要保護， 因為當您接受由本計劃承保的服務時， 您只需支付您的分攤費用。 服務提供者不得向您收取額外的單獨費用， 這稱為**差額負擔**。 即使在我們支付服務提供者的費用低於該服務提供者對某項服務的收費， 以及出現分歧後我們不支付某些服務提供者的費用時， 這種保護也適用。

以下是差額負擔保障的運作方式 ：

- 如果您的分攤費用是共付額 (一筆固定金額，如 $15.00)，您只需為網絡內服務提供者的任何承保服務支付該金額。
- 如果您的分攤費用是共同保險金 (總收費的百分比)，您支付的比例絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您看的服務提供者類型：
  - 如果您從網絡內服務提供者處獲得承保服務，您需支付共同保險金百分比乘以本計劃的償還率 (由服務提供者與本計劃的合約決定)。
  - 如果您從參與 Medicare 的網絡外服務提供者處得到承保服務，您要支付共同保險金百分比乘以參與服務提供者的 Medicare 付款費率。(本計劃承保的網絡外服務提供者的服務僅限於某些特定情況，例如當您獲得轉診，或急診，或緊急需求服務時)。
  - 如果您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者處獲得承保服務，您要支付共同保險金百分比乘以未參與服務提供者的 Medicare 付款費率。(本計劃承保的網絡外服務提供者的服務僅限於某些特定情況，例如當您獲得轉診或需要急診，或在離開服務區域但需要緊急需求服務時。)
- 如果您認為服務提供者向您收取差額，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。

第 2 節 醫療給付表列出您的醫療福利和費用

以下各頁的醫療給付表列出本計劃承保服務， 以及您應該為每項服務支付的自付額 (D 部分藥物承保在第 5 章)。 醫療給付表中列出的服務僅在符合下列條件的情況下才會獲得承保 ：

- 您的 Medicare 承保服務必須依照 Medicare 承保指南提供。
- 您的服務 (包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分藥物) *必須*是必要的醫療。必要的醫療是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- 對於新保戶，您的 MA 協調照護計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在這段期間，新的 MA 計劃無法對任何有效療程要求事先授權，即使療程是網絡外服務提供者提供的服務。
- 您的主治醫生 (PCP) 提供和監督您的護理。在大部分情況下，您要看診本計劃網絡內的其他服務提供者，必須獲得您的 PCP 事先核准 (轉診)。

- 醫療給付表中列出的部分服務*僅*在您的醫師或其他網絡內服務提供者事先獲得我們核准 (有時稱作事先授權) 的情況下才會承保。需事先核准的承保服務在醫療給付表中用斜體標出。
- 如果您的協調照護計劃核准某療程的事先授權要求，核准的有效期限必須為醫療上合理且必要的時間，避免在照護過程中因適用的承保標準、您的病史和治療提供者的建議而中斷。

瞭解我們承保範圍的其他重要事項 ：

- 與所有 Medicare 健康計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的全部服務。對於一些給付，您在本計劃中需支付的費用要比在 Original Medicare 中支付的費用多。而對於其他給付，您支付的費用則*較少*。(如需瞭解有關 Original Medicare 的承保範圍和費用的更多資訊，請參閱《*2027 年 Medicare 與您*》手冊。您可於 Medicare.gov 線上查閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 對於所有 Original Medicare 承保的免費預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。然而，在您接受預防性服務門診時，如果您因某種原有醫療狀況而接受治療或觀察，您可能要為該原有醫療狀況接受的護理支付共付額。
- 如果 Medicare 在 2027 年期間為任何新服務增加承保範圍，則 Medicare 或我們的計劃都會承保這些服務。

此蘋果在醫療給付表中代表預防性服務。

醫療給付表

承保的服務	您支付的金額
腹主動脈瘤篩檢 為風險族群提供一次性超音波篩檢。 我們的計劃僅在您擁有某些風險因子， 並且獲得醫生、 醫生助理 (PA)、 專科護理師 (NP)， 或臨床專科護理師 (CNS) 的轉診時， 為篩檢提供承保。	對於有資格接受此項預防性篩檢的保戶， 無共同保險金、共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
慢性下背疼痛針灸治療 承保服務包括 ： 在以下情況， 承保 90 天內最多 12 次門診 ： 針對此給付， 慢性下背部疼痛的定義為 ： • 持續 12 週，或更長時間 • 非特異性，無法辨識的系統性原因 (即與轉移性疾病、發炎性疾病、傳染病等無關) • 與手術無關 • 與懷孕無關 針對有所改善的患者， 將承保額外 8 次療程。 每年不可施用超過 20 次針灸治療。 若患者並未改善或反而惡化， 則必須中止治療。 **提供者需求 ：** 醫生可依據適用的州的需求提供針灸療法。 醫生助理 (PA)、 專科護理師 (NP)/臨床護理專家 (CNS)， 而且如果輔助人員符合所有適用州規定且具有下列條件， 則可能提供針灸療法 ： • 由針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 所認可的一所學校中取得之碩士或博士學位；以及 • 在美國的州、領地或聯邦 (即 Puerto Rico) 或 District of Columbia，得以即時、全面、主動且不受限制地執行針灸的證照。 提供針灸療法的輔助人員必須在所規定的醫生、 PA 或 NP/CNS 適當的監督程度下進行。	在 PCP 診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為 $0。 在專科醫生診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。* 在脊骨矯正診間接受 Medicare 承保針灸的共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
救護車服務 無論是否為急診狀況， 承保的救護車服務包括固定翼飛機、旋轉翼救援飛機和地面救護車， 載送至能夠提供護理的最近適當機構， 只有在保戶的醫療病症狀況使得其他交通手段可能危及患者健康的情況下或在本計劃的授權之下提供。 如果承保的救護車服務不是用於緊急情況， 應以證明文件表明保戶的病況如使用其他交通工具可能危及患者的健康， 並且救護車運輸是醫療上必須的。	Medicare 承保的地面救護車服務每趟單程共付額為 $250。 *固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要事先授權。* Medicare 承保的救護直升機每趟單程共付額為 $250。 *固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要事先授權。* 如果您住院接受住院照護，則不會免除分攤費用。
年度例行體檢 年度體檢包括心臟、 肺部、 腹部和神經系統檢查， 以及實際的身體檢查 (例如頭部、 頸部和四肢) 和詳細的醫療/家族病史查看， 加上包含在年度保健門診中的服務。 以下是檢查期間可能執行或按醫囑進行的服務範例 ： • 進行例行測量 (身高、體重、血壓) • 評估可預防疾病的風險因素 • 檢查反射和生命徵象 • 實驗室檢驗 (尿液和血液檢體)	年度例行體檢的共付額為 $0。 *

承保的服務	您支付的金額
年度保健門診 如果您投保 B 部分 12 個月以上， 您可接受一次年度保健門診， 以便根據您目前的健康狀況和危險因素制定或更新個人的預防性計劃。 我們的計劃將承保每個日曆年一次的年度保健門診。 **注意 ：** 您的第一次年度保健門診不能安排在您的*歡迎加入 Medicare* 預防門診後 12 個月內。 但是， 您投保 B 部分的 12 個月後， 則不需要接受*歡迎加入 Medicare* 門診即可獲得年度保健看診承保服務。	年度保健門診無共同保險金、 共付額或自付額。
骨質量測量 對於符合條件的人士 (通常指有骨質流失或患骨質疏鬆症風險的人)， 以下服務每 24 個月可獲得一次承保， 或者如果必要的醫療則可以更加頻繁地獲得承保 ： 確定骨量、 檢測骨量流失或確定骨質的程序， 包括醫生對結果的解釋。	Medicare 承保的骨質測定無共同保險金、 共付額或自付額。
乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) 承保服務包括 ： • 年齡介於 35 歲至 39 歲者，一次基線乳房 X 光攝影 • 40 歲及以上女性每 12 個月一次乳房攝影 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	承保乳房 X 光攝影篩檢無共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
心臟復健服務	
為符合某些條件並且有醫生轉診的保戶承保的綜合心臟復健服務計劃， 包括運動、 教育和諮詢。	Medicare 承保的心臟復健服務共付額為 $30。 *可能需要轉診。*
如果您至少有以下其中一種情況， 本計劃將承保這些綜合計劃 ： • 過去 12 個月內曾心臟病發作 • 冠狀動脈繞道手術 • 穩定心絞痛 (胸痛) • 心臟瓣膜修復或置換 • 冠狀動脈血管成形術 (用於疏通阻塞的動脈的醫療程序) 或冠狀動脈支架置放術 (用來保持動脈疏通的程序) • 心臟或心臟和肺移植 • 穩定慢性心臟衰竭 承保限制 ： 您可以獲得最多 36 次心臟復健療程。 您每天可以有 2 個療程 (每個持續 1 小時)， 計劃最長可持續 36 週。 如果您符合資格， 即可再獲得 36 次療程， 以延伸至更長的時間。	Medicare 承保的密集心臟復健服務共付額為 $40。 *可能需要轉診。*
降低心血管疾病風險的看診 (心血管疾病治療) 我們每年承保一次門診， 由您的主治醫生幫助您降低患心血管疾病的風險。 在此次看診期間， 您的醫生可能會討論服用阿司匹林 (如適用) 和檢查血壓的問題， 並向您提出建議以確保您的飲食健康。	對於強化行為治療以預防心血管疾病的給付， 無共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
心血管疾病篩檢測試 每 5 年 (60 個月) 一次檢驗心血管疾病 (或與罹患心血管疾病風險增高相關的異常) 的驗血。	承保的每 5 年一次心血管疾病測試無共同保險金、 共付額或自付額。
子宮頸癌及陰道癌篩檢 承保服務包括 ： • 對於所有婦女，每 24 個月一次子宮頸抹片檢查及骨盆檢查 • 如果是子宮頸癌或陰道癌的高風險人士或處於生育的年齡，或在過去 3 年之內曾有一次子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月享有一次子宮頸抹片檢查	Medicare 承保的預防性子宮頸抹片和骨盆檢查無共同保險金、 共付額或自付額。
整脊服務 承保服務包括 ： • 我們僅承保徒手推拿脊柱以矯正脊椎半脫位	Medicare 承保的整脊服務共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
結腸直腸癌篩檢 下列篩檢測試享有承保 ： • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，非高風險患者每 120 個月 (10 年) 承保一次，非結直腸癌高風險患者在上次軟式乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次，而高風險患者在上次結腸鏡篩檢後每 24 個月承保一次。	Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢無共同保險金、 共付額或自付額。 如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並清除了息肉或其他組織， 這項篩檢檢查就會變成診斷檢查， 您在本次醫生服務所需支付的共付額為 $0。

承保的服務	您支付的金額
結腸直腸癌篩檢 – 續 • 對於年滿 45 歲及以上的非結腸直腸癌高風險患者，進行最後一次篩檢的電腦斷層掃描結腸鏡檢查當月後已經過至少 59 個月，或進行最後一次軟式乙狀結腸鏡檢查篩檢或結腸鏡檢查篩檢當月後已經過 47 個月時，其電腦斷層掃描結腸鏡檢查即可獲得承保。對於高風險結腸直腸癌患者，承保當距離上一次篩檢電腦斷層大腸攝影或篩檢大腸鏡滿 23 個月 (自該次篩檢月份起算) 後，電腦斷層大腸攝影之篩檢費用。 • 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，或電腦斷層大腸攝影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。 • 用於 45 至 85 歲患者且不符合高風險標準的血液型生物標記檢測。每 3 年一次。 • 在 Medicare 承保的非侵入性糞便式結腸直腸癌篩檢測試結果為陽性後，結腸直腸癌篩檢測試包含一次後續結腸鏡篩檢。 • 結腸直腸癌篩檢的檢測包括預定的篩檢柔性乙狀結腸鏡或篩檢大腸鏡，其中涉及移除組織或其他物質，或與篩檢有關、篩檢結果且在同一臨床就診中提供的其他程序。	

承保的服務	您支付的金額
牙科服務 通常預防性牙科服務 (例如洗牙、 例行牙科檢查和牙科 X 光) 不享有 Original Medicare 承保。 不過 Medicare 對於限定條件的牙科服務會支付費用， 特別是患者主要醫療病症特定治療所屬的服務。 例如在骨折或受傷後的齒顎重建、 為了齒顎相關癌症放射治療準備所完成的拔牙， 或在器官移植前的口腔檢查。 此外我們也承保 ： **補充性 (即例行) 牙科服務** • **診斷性和預防性牙科護理** 承保服務包括下列項目 ○ 定期口腔檢查 - 每 1 至 3 個計劃年度 2 次，視服務類型而定 ○ 洗牙 (預防性) - 每年 2 次 ○ 塗氟治療 - 每年 1 次 ○ 牙科 X 光檢查 - 視服務類型而定，每次服務日至 3 年 1 組	每次 Medicare 承保的牙科服務， $0 共付額。 *可能需要事先授權。* 每次口腔檢測的共付額為 $10。 * *可能需要事先授權。* 每次洗牙的共付額為 $10。 * *可能需要事先授權。* 每次塗氟治療的共付額為 $10。 * *可能需要事先授權。* 每次牙科 X 光檢查的共付額為 $0 - $20。 * *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
牙科服務 – 續	
○ 其他診斷牙科服務 - 每個服務日期 1 次	每次就診的其他診斷性牙科服務共付額 $0。 * *可能需要事先授權。*
• **綜合性牙科護理** 承保服務包括以下項目	
○ 補牙服務 - 每個計劃年度限 1 次，同一顆牙齒每 7 個計劃年度限一次，視服務類型而定	根據服務類型， 每次修復服務共付額為$20 - $400。 * *可能需要事先授權。*
○ 根管治療 - 每顆牙齒終身 1 次	根據服務類型， 每次牙髓病服務共付額為$25 - $540。 * *可能需要事先授權。*
○ 牙周病 - 每 1 至 3 個計劃年度 1 次，視服務類型而定。每 2 個計劃年度，每個象限限施作 1 次牙結石刮治及牙根整平術。每個計劃年度 2 次牙周維護，且不得在牙齒預防性治療後 90 天內進行	根據服務類型， 每次牙周病服務共付額為$35 - $550。 * *可能需要事先授權。*
○ 口腔/頜面手術 - 從每個服務日期到每次終身服務 1 次，視服務類型而定	根據服務類型， 每次口腔顎面服務共付額為$35 - $250。 * *可能需要事先授權。*
○ 固定式假牙修復－每 2 至 7 年 1 次，視服務類型而定	根據服務類型， 每次固定式假牙修複服務共付額為 $40 - $400。 * *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
牙科服務 – 續 ○ 可拆式假牙修復 – 每個計劃年度至每 5 年 1 次，視服務類型而定	視服務類型而定， 每次可拆式假牙修複服務共付額為 $20 - $570。 * *可能需要事先授權。*
○ 輔助性一般服務 – 每個服務日期至 5 年 1 次，視服務類型而定	根據服務類型， 每次輔助性一般服務共付額為 $0 - $150。 * *可能需要事先授權。*
建議保戶在獲得服務前與例行牙科的參與服務提供者討論治療選擇。 治療必須在計劃年度內計劃承保期間開始和完成。 本計劃不承保的牙科服務費用由保戶自行承擔。 **如需獲得本計劃的承保， 補充性 (即非 Medicare 承保的例行) 牙科服務必須從參與服務提供者處獲得。** **如有尋找提供者、 要求賠償或需要更多資訊的相關問題， 請致電會員服務部。** **您可以在我們的牙科福利詳細資訊中找到其他牙科承保資訊，包括承保程序的詳細清單，** go.wellcare.com/dentalstandard-ca	
憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。 該篩檢必須在可提供後續治療及/或轉診服務的主治醫生診間中進行。	年度憂鬱症篩檢看診無共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
糖尿病篩檢 如果您有此處所述任何風險因子， 我們承保此篩檢 (包括禁食血糖測試)： 高血壓、 膽固醇和三酸甘油酯濃度異常病史 (血脂異常)、 肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。 如果您符合其他要求， 如超重和有糖尿病家族史， 測試也可能獲得承保。 您可能具備資格在最近一次糖尿病篩檢日期後每 12 個月進行最多 2 次糖尿病篩檢。	Medicare 承保的糖尿病篩檢無共同保險金、 共付額或自付額。
糖尿病自我管理訓練、 糖尿病服務和用品 適用於所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)， 承保服務包括 ： • 血糖監測用品：血糖監測器 (傳統的手指扎針血糖監測器)、連續血糖監測器 (CGM)、血糖檢驗試紙、採血針器具與採血針，和用來檢查檢驗試紙與監測器精確度的血糖控制液。	Medicare 承保的血糖監測器 (傳統的手指扎針血糖監測器) 共付額為 $0。 *可能需要事先授權。* Medicare 承保的連續血糖監測器 (CGM) 共付額為 $0。 *可能需要事先授權。* Medicare 承保的血糖檢驗試紙、 採血針器具與採血針，和血糖控制液， 共付額為 $0。 *可能需要事先授權。*
• 若為患有嚴重糖尿病型足部疾病的糖尿病患者：每曆年承保一雙訂製的治療鞋 (含此類鞋款隨附的鞋墊) 及 2 雙額外的鞋墊，或者一雙高幫鞋及 3 雙鞋墊 (不含此類鞋款隨附之非訂製可拆式鞋墊)，包括試穿。	對於 Medicare 承保的治療用鞋或鞋墊， 供有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者使用，其共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
糖尿病自我管理訓練、 糖尿病服務和用品 — 續 • 在特定情況下糖尿病自我管理訓練。 Accu-Chek™ Guide 和 True Metrix™ 是我們的首選糖尿病檢測用品 (血糖監測器和試紙)。 Dexcom 和 FreeStyle Libre 是我們首選的連續血糖監測器品牌。 如需獲得更多關於首選糖尿病檢測和監測用品清單中的項目資訊， 請聯絡會員服務部。 如果您使用不屬於本計劃首選的糖尿病檢測和監測用品， 請諮詢您的服務提供者以獲得新處方， 或者申請事先授權以獲得非首選血糖監測儀和試紙。	Medicare 承保糖尿病自我管理訓練的共付額為 $0。 *可能需要轉診。*
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 (有關「耐用醫療設備」的定義， 請參閱第 12 章和第 3 章) 承保物品包括但不限於 ： 輪椅、 拐杖、 動力床墊系統、 糖尿病用品、 由服務提供者訂購居家使用的醫院病床、 IV 輸液泵、 語音合成裝置、 氧氣設備、 噴霧器和步行器。 我們承保所有 Original Medicare 承保的必要的醫療的 DME。 如果本計劃的供應商未在您所在地區提供特定品牌或製造商的用品， 您可以詢問他們是否可為您特別訂購。 請在我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 查閱最新的供應商名單。	Medicare 承保的耐用醫療設備為 20% 共同保險金。 *可能需要事先授權。* Medicare 承保的醫療用品為 20% 共同保險金。 *可能需要事先授權。* 您的 Medicare 氧氣設備承保的分攤費用為每 36 個月 20% 共同保險金。

承保的服務	您支付的金額
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 - 續	投保 36 個月後， 您的分攤費用將不會變更。 若加入本計劃前， 您已支付氧氣設備承保的 36 個月租借費用， 則您在本計劃的分攤費用為 20% 共同保險金。
急診照護 急診照護指以下服務 ： • 由合格服務提供者提供的緊急情況服務 • 需要評估或穩定緊急醫療病症的護理 緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與藥物常識的謹慎外行人看來認為您具有需要立刻就診的醫療症狀， 以阻止喪失生命 (若您是孕婦， 則是喪失尚未出生的嬰兒)、 喪失肢體或肢體功能。 醫療病症可能是快速惡化的疾病、 受傷、 劇痛， 或醫療病症。 您由網絡外服務提供者所進行之必要緊急服務的分攤費用， 與由網絡內服務提供者所提供的相同。	Medicare 承保的急診室就診， 共付額為 $115。 若您在 24 小時之內因同一情況而住院， 則您不需支付此費用。 如果您是在網絡外醫院獲取急診照護， 且在您的緊急情況穩定後需要住院照護， 則您必須移至網絡內醫院， 以讓您的照護繼續獲得承保， 或者您必須在獲取本計劃批准的網絡外醫院取得住院照護， 且您的費用將是您在網絡內醫院支付的分攤費用金額。
美國以外地區的緊急服務則在承保範圍內。	美國以外地區的急診共付額為 $115。 * 即使是因同一情況而住院， 您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況或緊急需求服務， 您獲承保的金額可達 $50,000。

承保的服務	您支付的金額
健康與保健教育計劃 • **護士諮詢專線** 免付費電話護士諮詢專線， 由受過訓練且有執照的註冊護士提供服務， 服務時間每週 7 天， 每天 24 小時。 護士為健康相關問題提供指導， 協助保戶判斷最適當的照護層級， 並為非緊急情況健康疑慮提供支援。 您可以致電會員服務部聯絡護士諮詢專線， 或要求轉接到護士諮詢專線。	護士諮詢專線的共付額為 $0。 *
聽力服務 由醫生、 聽力學家或其他合格服務提供者提供， 由您的服務提供者進行的、 確定您是否需要接受治療的診斷性聽力與平衡評估可作為門診護理獲得承保。	每次 Medicare 承保的聽力檢查的共付額為 $0。 *可能需要事先授權。*
HIV 篩檢 對於要求接受 HIV 篩檢測試者或 HIV 感染風險增加者， 我們承保 ： • 每 12 個月一次篩檢檢查 如果您懷孕， 我們承保 ： • 孕期最多 3 次篩檢檢查	Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢， 合格保戶無需支付共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
居家健康機構照護 在接受居家健康服務前， 必須獲得醫生證明您需要居家健康服務， 並要求由居家健康機構照護提供居家健康服務。 您必須無法離家， 也就是說離開家對您來說有困難。 承保服務包括但不限於 ： • 兼職或間歇性專業護理和居家護理佐理員服務 (如需獲得居家健康照護給付的承保，專業護理和居家護理佐理員服務的時間加起來每天須少於 8 小時，每週須少於 35 小時) • 物理治療、職能治療和語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療裝置和用品	每次 Medicare 承保的居家健康機構照護服務共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
居家輸注治療 居家輸注治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。 執行家庭輸注需要的要素包括藥物 (例如， 抗病毒藥、 免疫球蛋白)、 設備 (例如幫浦) 和用品 (例如配管及導管)。 承保服務包括但不限於 ： • 依本護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 耐用醫療設備給付未承保的患者培訓與教育 • 遠距監測 • 由合格居家輸注治療提供者所提供居家輸注治療和居家輸注藥物的監測服務	主治醫生 (PCP) 提供的專業服務共付額為 $0， 包括護理服務、 訓練與教育、 遠距監護和監護服務。 專科醫師提供的專業服務共付額為 $0， 包括護理服務、 訓練與教育、 遠距監護和監護服務。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
居家輸注治療 – 續	您的耐用醫療設備 (DME) 給付承保家庭輸注設備和用品。 請參閱「耐用醫療設備 (DME) 及相關用品」一節， 瞭解分攤費用的資訊。 家庭輸注藥物是由您的 Medicare Part B 處方藥給付所承保。 請參閱「Medicare Part B 處方藥」一節， 瞭解分攤費用的資訊。
安寧照護 如果您的醫生和安寧醫療主管向您發出終期疾病預後診斷， 證明您患終期疾病， 如果您的疾病按照正常情況發展您有 6 個月或更短的生命期， 您有資格享有安寧給付。 您可以從任何 Medicare 認證的安寧計劃獲得護理。 本計劃有義務幫助您在本計劃的服務區域中找到 Medicare 認證的安寧計劃， 包括我們擁有、 控制或有財務利益的計劃。 您的安寧醫生可以是網絡內服務提供者， 或網絡外服務提供者。 承保服務包括 ： • 症狀控制藥物和止痛藥 • 短期喘息照護 • 居家照護 當您進入安寧機構時， 您有權繼續留在本計劃中 ； 如果您繼續留在本計劃中， 您必須繼續支付計劃保費。 **對於安寧服務及 Medicare Part A 或 Part B 所承保之與您的終期疾病相關的服務 ：** Original Medicare (而不是我們的計劃) 會向安寧服務提供者支付您的安寧服務以及與您的終期疾病預後相關的任何 Part A 與 Part B 服務費用。 當您在安寧計劃中時， 您的安寧服務提供者會向 Original Medicare 寄送帳單， 收取 Original Medicare 支付的服務費用。 您將會被收取 Original Medicare 的分攤費用。	在您投保 Medicare 認證的安寧計劃時， 您的安寧服務以及與您的終期疾病預後相關的 A 部分和 B 部分服務由 Original Medicare 支付， 不是由本計劃支付。 醫生服務分攤費用可能適用於安寧諮詢服務。 請參閱本表的「醫生/醫療執業人員服務」一節， 瞭解分攤費用的相關資訊。

承保的服務	您支付的金額
安寧照護 — 續 **對於由 Medicare Part A 或 B 承保服務以及與您的終期疾病預後無關的服務 ：** 如您需要 Medicare Part A 或 B 所承保的非急診、非緊急需求服務且與您的終期疾病預後無關的服務， 您應支付的服務費用取決於您所使用的提供者是否處於本計劃的網絡內， 並遵照計劃規定 (例如， 如果需要取得事先授權)。 • 如果您從網絡內服務提供者處獲得承保服務，並遵照計劃規定以取得服務，您只需為網絡內服務支付計劃的分攤費用 • 如果您從網絡外服務提供者處獲得承保服務，您必須按 Original Medicare 支付分攤費用 **對於我們的計劃承保但 Medicare Part A 或 B 不承保服務 ：** 我們的計劃將繼續承保 A 部分或 B 部分不承保但計劃承保服務， 無論這些服務是否與您的終期疾病預後有關。 您需為這些服務支付本計劃分攤費用金額。 **對於可能由本計劃 D 部分福利承保的藥物 ：** 如果這些藥物與您的末期安寧療護病症無關， 您需要支付分攤費用。 如果它們與您的末期安寧療護病症相關， 您將支付 Original Medicare 的分攤費用。 藥物永遠不會同時既享有安寧承保又享有本計劃承保。 如需更多資訊， 請參閱第 5 章第 9.4 節。 **注意 ：** 如您需要非安寧照護 (與您的終期疾病預後無關)， 請聯絡我們以便為您安排相關服務。 本計劃對未選擇安寧給付的末期疾病患者承保安寧諮詢服務 (僅限一次)。	

承保的服務	您支付的金額
免疫接種 Medicare Part B 承保服務包括 ： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，在秋季和冬季的每個流感季節提供一次，如果為必要的醫療，還會有額外的流感疫苗 • B 型肝炎疫苗：如果您從未接受過完整系列疫苗、您不知道您的疫苗接種記錄、或者您的任何其他病症有高或中度風險會導致您罹患 B 型肝炎 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗 (如果您有罹病風險且該疫苗符合 Medicare Part B 的承保規定) 我們也根據 D 部分藥物福利承保多數其他成人疫苗。 請參閱第 6 章第 7 節以取得更多資訊。 我們的計劃為針對年滿 19 歲的保戶承保多數 D 部分成人疫苗，無需支付任何費用。	肺炎、 流感、 B 型肝炎和 COVID-19 疫苗無共同保險金、 共付額或自付額。 有關其他 Medicare 承保的疫苗 (如果您有風險且符合 Medicare Part B 承保規定)，請參閱本表中的 Medicare Part B 處方藥一節， 瞭解適用的分攤費用。 *部分 B 部分藥物需要獲得事先授權才可承保。*
住院照護 包括急性住院、 住院復健、 長期照護醫院， 以及其他類型的住院服務。 住院照護從您遵照醫囑正式住院之日起算。 出院前一天即是您的最後住院日。 您享有 100 天的 Medicare 承保病患住院時間。 承保服務包括但不限於 ： • 半私家病房 (或單人病房，前提是必要的醫療) • 膳食，包括特殊飲食 • 常規護理服務 • 特殊照護病房 (例如加護病房或冠心病照護病房) 的費用 • 各類藥物與藥品 • 化驗 • X 光和其他放射線服務 • 必要的手術和醫療用品	對於 Medicare 承保的住院，每次住院 ： 對於每次住院， 第 1 天至第 4 天每天共付額為 $405， 第 5 天至第 90 天每天共付額為 $0。 第 91 天至第 100 天的額外天數， 每天支付 $0 共付額。 * 終身保留天數每天共付額為 $0。 終身保留天數是當保戶在醫院住院天數超過本計劃承保天數的額外天數。 保戶在一生中總共有 60 天的保留天數。

承保的服務	您支付的金額
住院照護 – 續 • 裝置使用，如輪椅 • 手術室和恢復室費用 • 物理、職業和語言-言語治療 • 藥物濫用住院服務 • 在某些條件下，承保以下各類器官移植：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官聯合移植。如果您需要器官移植，我們會安排 Medicare 核准的器官移植中心審核您的病例，決定您是否符合移植條件。移植服務提供者可在本地或在服務區域外。如果我們的網絡內移植服務不在社區護理模式之下，那麼只要當地移植服務提供者願意接受 Original Medicare 費率，您便可以選擇在當地進行移植。如果我們的計劃在您所在社區的移植護理模式之外的位置提供移植服務，並且您選擇在這個較遠的地點獲得移植，我們將為您和一名同伴安排或支付適當的住宿和交通費用。 • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本計劃僅將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從第一品脫血液起即能獲得承保。 • 醫師服務 **注意：** 若要成為住院患者， 您的服務提供者需開立醫囑， 讓您正式入院。 即使您留在醫院過夜， 您仍可能被視為門診患者。 如果您不確定您是住院患者還是門診患者， 請向醫院工作人員詢問。 在 Medicare 概覽表 *Medicare 醫院給付*中獲取更多資訊。 本資料表可在 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf取得， 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。	如果緊急情況穩定後， 您在網絡外醫院接受經授權住院護理， 您要支付的費用為在網絡內醫院的分攤費用。 *Original Medicare 承保 90 天的急症醫院照護。 我們的計劃在醫療上有必要時提供額外的住院天數。 這些天數的分攤費用 (若有) 不適用於您的自付額上限。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。* Medicare 醫院給付週期不適用。 對於住院護理， 每次您住院時， 上述的分攤費用都適用。 轉移到單獨的機構 (如急性住院復健醫院或其他急症照護醫院) 視為新住院。 分攤費用從住院第一天開始計算， 不包括出院日期。

承保的服務	您支付的金額
精神科醫院的住院服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 對於 Medicare 承保的留院， 每次住院承保 90 天。 精神病院提供的精神健康住院服務終生限制為 190 天。 此 190 天的限制並不適用於一般醫院精神科病房所提供的精神健康住院服務。 在投保我們的計劃之前， 如果您已用掉部分的 190 天 Medicare 終生給付， 則您只會收到終生天數的剩餘部分。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院 ： 精神健康照護服務， 第 1 天至第 5 天每天共付額為 $400， 第 6 天至第 90 天每天共付額為 $0。 終身保留天數每天共付額為 $0。 終身保留天數是當保戶在醫院住院天數超過本計劃承保天數的額外天數。 保戶在一生中總共有 60 天的保留天數。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。* 如果緊急情況穩定後， 您在網絡外醫院接受經授權住院護理， 您要支付的費用為在網絡內醫院的分攤費用。 Medicare 醫院給付週期不適用。 對於住院精神健康護理， 每次您住院時， 上述的分攤費用都適用。 轉移到單獨的機構 (如急性住院復健醫院或其他急症照護醫院) 視為新住院。 分攤費用從住院第一天開始計算， 不包括出院日期。

承保的服務	您支付的金額
住院期間 ： 在非承保下的住院期間， 從醫院或 SNF 收到的承保服務 如果您已經用盡您的住院福利或者住院不合理和不必要， 我們不會為您的住院提供承保。 在某些情況下， 我們會承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 入住期間接受的某些服務。 承保服務包括但不限於 ： • 醫師服務 • 診斷檢測 (例如化驗) • X 光、鐳放射治療以及同位素治療，包括技師準備的材料和提供的服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏模和其他用於減少骨折和脫臼的裝置 • 義肢和矯正設備 (牙科裝置除外)，用於取代全部或部分體內器官 (包括鄰接組織)，或取代全部或部分體內永久失能或退化器官功能，包括此類裝置的更換或修理 • 腿部、手臂、背部及頸部固定支架、桁架與假腿、義臂及假眼，包括因破損、磨損、遺失或患者身體狀況的改變而導致的調整、維修與更換 • 物理治療、語言治療和職能治療	所列服務將繼續為特定服務承保給付表中所示的分攤費用金額。
醫療營養療法 此項給付適用於糖尿病患者、 腎 (腎臟) 病患者 (但沒有接受透析) 或接受腎臟移植後由您的醫生處方開立者。 您在 Medicare (包括本計劃、 任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare) 第一年接受醫療營養療法服務期間， 我們承保 3 小時一對一諮詢服務以及之後每年 2 小時一對一諮詢服務。 如果您的病症、 治療或診斷發生變化， 您可能能夠根據醫囑接受更長時間的治療。 如果您的治療需要持續至下一個年度， 醫生必須每年為這些服務開立一次處方並展延一次。	對於有資格接受 Medicare 承保的醫療營養療法的保戶， 無共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) **根據所有 Medicare 健康計劃， 符合資格的人士享有 MDPP 服務。** MDPP 是一項結構性健康行為變化干預措施， 其為長期飲食變化、 增加身體活動提供了可行的訓練， 以及旨在克服挑戰以保持減肥並培養健康生活方式的解決策略。	MDPP 給付並無共同保險金、共付額或自付額。
Medicare Part B 藥物 **這些藥物由 Original Medicare 的 B 部分承保。 本計劃的保戶透過本計劃獲得這些藥物承保。 承保藥物包括 ：** • 通常非病患自行注射，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射的藥物 • 由耐用醫療設備 (如必要的醫療胰島素幫浦) 提供的胰島素 • 您使用本計劃授權的耐用醫療設備 (如噴霧器) 給藥的其他藥物 • Alzheimer 藥物、Leqembi® (副廠藥名樂意保)，透過靜脈給藥。除了藥物費用外，您可能還需要在治療前及/或治療期間進行額外的掃描和測試，這可能增加您的整體費用。請與您的醫生討論在治療過程中可能需要哪些掃描和測試 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如 Medicare 為您的器官移植支付費用，則會承保移植藥物治療。您在取得移植的承保時必須享有 A 部分，且在接受免疫抑制藥物時必須享有 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，則由 Medicare Part D 藥物承保來承保 • 注射用骨質疏鬆症藥物，前提是您行動不便，有骨折，且醫生認定骨折與絕經後骨質疏鬆症相關，無法自行給藥 • 部分抗原：如果由醫生準備抗原，並透過經過適當指示的人員 (可能是患者本人您) 於適當合適監督下給予抗原，則 Medicare 予以承保	某些藥物可能會受限於循序用藥。 **Medicare Part B 胰島素藥物** Medicare 承保的 B 部分胰島素藥物共付額為 $35。 您每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。 *可能需要事先授權。* **其他 Medicare Part B 藥物** Medicare 承保的 Part B 過敏抗原共同保險金為 0%。 Medicare 承保的所有其他 B 部分藥物共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權。* **Medicare Part B 化療/放射藥物** Medicare Part B 承保的化療藥物， 20% 共同保險金。

承保的服務	您支付的金額
Medicare Part B 藥物 — 續 • 部分口服抗癌藥物：Medicare 會承保您口服的部分口腔癌藥物，前提為相同藥物有注射劑型，或該藥物是注射劑型藥品的前驅藥物 (口服形式的藥品，在服用後會分解成注射劑型藥品中的相同有效成分)。一旦有新的口服癌症藥物可供使用，B 部分可能會承保。如果 B 部分未承保，則由 D 部分承保 • 口服抗噁心藥物：Medicare 承保您在抗癌化療計劃中使用的口服抗噁心藥，如果這些藥物是在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，或作為靜脈注射抗噁心藥的完全治療替代品 • Medicare Part B 承保的某些末期腎臟疾病 (ESRD) 口服藥物 • 在 ESRD 付費體系下的擬鈣劑和磷結合劑藥物，包括靜脈用藥 Parsabiv® 及口服藥物 Sensipar® • 部分居家透析藥物，包括肝素、肝素解毒劑 (必要的醫療) 與局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟疾病 (ESRD)，或者您需要此藥物來治療與其他特定疾病相關的貧血症狀，則此藥物屬於 Medicare 的承保藥物 (如 Retacrit®) • 用於原發性免疫缺陷病家庭治療的靜脈免疫球蛋白 • 非腸道和腸道營養 (靜脈和管餵食) 此連結內含 B 部分藥物的清單， 可能受循序用藥限制 ：go.wellcare.com/CAStepTherapy 我們也根據 B 部分處方藥福利承保某些疫苗， 以及根據 D 部分藥物福利承保多數成人疫苗。	*可能需要事先授權。* **某些 B 部分回扣藥物的共同保險金可能低於上述金額。**

承保的服務	您支付的金額
Medicare Part B 藥物 — 續 第 5 章解釋了 D 部分藥物福利， 包括為了使處方藥獲得承保您必須遵守的規定。 您透過本計劃為您的 D 部分藥物支付的費用見第 6 章的說明。	
肥胖症篩檢與促進持久減重療法 如果您的身體質量指數大於或等於 30， 我們承保密集諮詢服務， 幫助您減重。 只要您從主治醫生診間處接受服務， 此項諮詢服務就會獲得承保， 該諮詢服務可在主治醫生診間處與您的全面預防計劃協調。 請諮詢您的主治醫生或醫療執業人員， 瞭解更多資訊。	預防性肥胖症篩檢和療法，無共同保險金、 共付額或自付額。
鴉片類藥物治療計劃服務 我們的計劃保戶若患有鴉片類藥物使用障礙 (OUD)， 可透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得承保服務以治療 OUD， 其中包括以下服務 ： • 美國 Food and Drug Administration (FDA) 核准的鴉片類致效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 • MAT 藥物的調劑和給藥 (如適用) • 藥物使用諮詢 • 個人與團體治療 • 毒物檢測 • 攝取活動 • 定期評估	Medicare 承保的鴉片類藥物治療服務的共付額是 $0 元。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
門診診斷測試和治療服務與用品 承保服務包括但不限於 ：	
• X 光	Medicare 承保的 X 光檢查共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 放射線 (鐳和同位素) 治療，包括技師準備的材料和用品	Medicare 承保的治療放射服務共同保險金為 20%。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 外科用品，如敷料 • 夾板、石膏模和其他用於減少骨折和脫臼的裝置	Medicare 承保的醫療用品，包括石膏和夾板共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權。*
• 化驗	Medicare 承保的基因檢測共付額為 $50。 Medicare 承保的所有其他化驗服務共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
門診診斷測試和治療服務與用品 – 續	
• 血液 - 包括血液貯存和輸血。本計劃僅將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。	Medicare 承保的血液服務共付額為 $0。 *可能需要轉診。*
• 當您的醫生或其他健康照護服務提供者為治療醫療問題而要求進行診斷性非實驗室檢驗，例如 CT 掃描、MRI、EKG 和 PET 掃描時	Medicare 承保的診斷性乳房攝影共付額為 $0。 在門診環境接受的所有其他 Medicare 承保診斷放射服務， 共付額為 $250。 在其他環境 (例如醫生診間或獨立設施) 中接受的所有其他 Medicare 承保的服務， 共付額為 $200。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 其他門診診斷測試	Medicare 承保的診斷性結腸鏡檢查和指定的檢測相關服務共付額為 $0。 Medicare 承保的所有其他服務共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 肺量測定 - 肺量測定是一項常見診間測試，用來在您接受 COPD 治療時檢查您的肺部運作狀況有多好。	肺量測定共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
門診醫院觀察 觀察服務是醫院門診服務， 用於確定您是否需要住院或可以出院。 對於要承保的醫院門診觀察服務， 它們必須符合 Medicare 標準並被認為是合理和必要的。 只有根據醫生， 或州立執照法律授權的其他人員和依法醫院工作人員的醫囑， 允許患者住院或進行門診檢測的情況下， 才能提供觀察服務。 **注意 ：** 除非服務提供者開立入院醫囑， 否則您會被視為門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。 即使您留在醫院過夜， 您仍可能被視為門診患者。 如果您不確定您是否為門診患者， 請詢問醫院工作人員。 在 Medicare 概覽表 *Medicare 醫院給付*中獲取更多資訊。 本資料表可在 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 取得， 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。	當您透過急診室進入觀察狀態， 門診觀察服務的共付額為 $115。 當您透過門診機構進入觀察狀態， 門診觀察服務的共付額為 $250。 將針對 Medicare Part B 處方藥收取額外費用 *可能需要轉診。*
醫院門診服務 我們承保您因某種疾病或受傷診斷或治療從醫院門診部接受的必要的醫療之服務。 承保服務包括但不限於 ： • 急診部或門診診間提供的服務，例如觀察服務或門診手術 • 由醫院開帳單的化驗和診斷性測試 • 精神健康護理，包括在日間住院計劃中的護理，如果醫生證明不提供此類護理則需要住院治療 • 由醫院請款的 X 光和其他放射線服務 • 醫療用品，例如夾板和固定用石膏 • 您不能自行給藥的某些藥物和生物製劑 **注意 ：** 除非服務提供者開立入院醫囑， 否則您會被視為門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。 即使您留在醫院過夜， 您仍可能被視為門診患者。 如果您不確定您是否為門診患者， 請詢問醫院工作人員。	您需支付本醫療給付表中對於特定服務所顯示的適用分攤費用金額。

承保的服務	您支付的金額
門診精神健康照護服務 承保服務包括 ： 由持有州立執照的精神病醫生或醫生、 臨床心理學家、 臨床社會工作者 (CSW)、 臨床護理專家 (CNS)、 專業執照諮商師 (LPC)、 持照婚姻與家庭治療師 (LMFT)、 開業護士 (NP)、 醫生助理 (PA) 或 Medicare 批准的其他精神健康專業人員按照適用的州法律提供的精神健康服務。	
• 由心理治療師提供服務	每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的個人治療就診， 共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。* 每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的團體治療就診， 共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 由其他精神健康護理提供者提供的服務	每次與其他精神健康護理提供者一起進行 Medicare 承保的個人治療就診， 共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。* 每次與其他精神健康護理提供者一起進行 Medicare 承保的團體治療就診， 共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
門診康復服務 承保服務包括 ： 物理治療、 職能治療和語言治療。 門診康復服務在不同的門診環境內提供， 例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合門診病患復健機構 (CORF)。	
• 由物理治療師提供服務	每次 Medicare 承保的物理治療就診共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 由職能治療師提供服務	每次 Medicare 承保的職能治療就診共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 由語言治療師提供服務	每次 Medicare 承保的語言治療就診共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
門診物質使用疾患服務 承保服務包括 ： 由醫生、 臨床心理學家、 臨床社會工作者、 臨床護理專家、 專科護理師、 醫生助理或其他 Medicare 批准的精神健康專業人員或計劃， 在適用的州法律允許下提供的物質濫用障礙症服務， 例如個人及團體治療課程。	每次 Medicare 承保的個人治療就診共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。* 每次 Medicare 承保的團體治療就診共付額為 $25。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
門診外科手術， 包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 **注意 ：** 如果您是在醫院接受手術， 請向提供者確認您算是住院病患或門診病患。 除非服務提供者書面確認您是住院患者， 否則您是門診患者， 需要支付門診手術的分攤費用。 即使您留在醫院過夜， 您仍可能被視為門診患者。	
• 門診醫院提供的服務	Medicare 承保的皮膚切片，共付額為 $0。 Medicare 承保的所有其他門診服務共付額為 $250。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 門診手術中心提供服務	非住院性手術中心進行的 Medicare 承保的就診， 每次共付額為 $200。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
部分住院服務與密集門診服務	
*部分住院*是一種以醫院門診服務或社區精神健康中心所提供的積極精神治療結構化計劃， 比在醫生、 治療師、 持照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或專業執照諮商師診所接受的護理更密集，是住院治療的一種替代選擇。	每次 Medicare 承保的日間住院服務， 每天共付額為 $115。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
*密集門診服務*是由醫院門診部、 社區心理健康中心、 聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為 (精神) 健康治療結構化計劃， 其密集程度比在醫生、 治療師、 持照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或專業執照諮商師診所接受的護理更高， 但低於部分住院。	每次 Medicare 承保的密集門診服務， 每天共付額為 $120。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*

承保的服務	您支付的金額
醫師/醫療執業人員服務， 包括醫師診間就診 承保服務包括 ：	
• 必要的醫療照護或手術服務，由主治醫生於醫生診所提供	每次 Medicare 承保的 PCP 診間門診共付額為 $0。
• 在認可的門診手術中心、醫院門診部或其他地點進行之有醫療必要性的醫療護理或手術服務	請參閱本表稍早的「門診手術」， 了解門診手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。
• 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療	每次 Medicare 承保的專科醫師就診， $0 共付額。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 其他健康護理專業人士	每次由其他健康照護專業人員看診共付額為 $0。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
• 如果您的醫生指示檢查您是否需要接受治療，而由您的 PCP 進行的基本聽力和平衡能力檢查	Medicare 承保的聽力服務的共付額為 $0。 *可能需要事先授權。*
• 特定遠距醫療服務，包括緊急需求服務、居家健康服務、主治醫生、職能治療、專科醫生、精神健康的個人和團體療程、足部治療服務、其他健康照護專業人士、精神科的個人和團體療程、物理治療與言語 - 語言病理學服務、藥物濫用門診的個人和團體療程，以及糖尿病自我管理訓練。	透過您計劃的虛擬問診服務提供者提供的虛擬問診服務共付額為 $0。

承保的服務	您支付的金額
醫師/醫療執業人員服務， 包括醫師診間就診 — 續 ○ 您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。 ○ 虛擬問診 (亦稱為遠距照護或遠距醫療) 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生對談。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。 ○ 本計劃提供每週 7 天，每天 24 小時可透過虛擬問診的網絡內服務提供者與當局認證醫生群進行的虛擬問診，以協助解決各種不同的健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。如需更多資訊，或要尋找虛擬問診的網絡內服務提供者，請致電會員服務部。 • 有些遠距醫療服務包括由 Medicare 許可的醫生或醫療執業人員專為某個鄉村地區或其他地方的病人提供的諮商、診斷與治療服務。 • 針對以醫院為基礎或重症醫院為基礎的腎臟透析中心、腎臟透析機構或居家進行透析的保戶，每月末期腎臟疾病相關就診的遠距照護服務 • 無論您的所在地點，皆可診斷、評估或治療中風症狀的遠距照護服務 • 針對患有物質使用疾患或併發心理健康疾患的保戶，無論其所在地點的遠距照護服務 • 針對精神健康疾病的診斷、評估和治療提供遠距醫療服務 • 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	**請注意 ：** 上述的 $0 共付額僅適用於從本計劃的虛擬問診服務提供者接受服務時。 如果您接受的是網絡內服務提供者而非由虛擬問診服務提供者提供的親自就診或遠距醫療服務， 您會要支付本給付表中針對這些服務提供者列出的分攤費用 (例如， 如果您接受來自您的 PCP 的遠距醫療服務， 您要支付此 PCP 分攤費用)。 *可能需要轉診。*

承保的服務	您支付的金額
醫師/醫療執業人員服務， 包括醫師診間就診 — 續	
• **如果**符合以下條件，與您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查 (例如透過電話或視訊聊天)： o 您不是新患者；**且** o 此檢查與過去 7 天的門診無關；**且** o 此檢查不會導致患者需要在 24 小時內，或最近的預約時間前進行門診	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務， 包括醫生診間就診」所述)。
• **如果**符合以下條件，您傳送給醫生的影片和/或影像的評估，以及醫生在 24 小時內的解釋和追蹤： o 您不是新患者；**且** o 此評估與過去 7 天的門診無關；**且** o 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	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務， 包括醫生診間就診」所述)。
• 可透過電話、網際網路或電子健康記錄，諮詢您的醫生與其他醫生	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務， 包括醫生診間就診」所述)。
• 手術前另一位網絡內服務提供者提供的第二意見	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務， 包括醫生診間就診」所述)。

承保的服務	您支付的金額
醫師/醫療執業人員服務， 包括醫師診間就診 — 續	除了上述分攤費用， 還將有為耐用醫療設備和用品、 義肢裝置和用品， 門診診斷測試和治療服務、 白內障手術後的眼鏡和隱形眼鏡、 D 部分處方藥和 Medicare Part B 處方藥提供必要的醫療 Medicare 承保服務之共付額及/或共同保險金， 如本給付表所述。
足部治療服務 承保服務包括 ： • 足部受傷及疾病 (例如鎚狀趾或足跟骨刺) 診斷與醫療或手術治療 • 為患有影響下肢的特定醫療病症的保戶提供的例行足部護理	Medicare 承保的足部治療服務， $0 共付額。 *可能需要轉診。* *可能需要事先授權。*
針對 HIV 預防的暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 如果您未感染 HIV， 但您的醫生或其他健康照護人員認為您感染 HIV 的風險較高， 我們會承保暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 藥物及相關服務。 如果您符合資格， 承保的服務包括 ： • FDA 核准的口服或注射劑型 PrEP 藥物，包括注射藥物的費用 (如適用) • 每 12 個月最多 8 次個人輔導 (包括 HIV 風險評估、降低 HIV 風險及藥物依從性)。 • 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢 • 一次性 B 型肝炎病毒篩檢。	PrEP 福利並無共同保險金、共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
前列腺癌篩檢檢查 50 歲及以上的男性， 承保服務包括以下各項 - 每 12 個月一次 ： • 直腸指檢	Medicare 承保的一年一次直腸指檢共付額為 $0。 *可能需要轉診*。
• 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測	年度 PSA 檢測無共同保險金、 共付額或自付額。
義肢和矯正設備與相關用品 用於取代人體全部或部分部位或功能的裝置 (牙科除外)。 包括但不限於檢測、 調適或訓練使用義肢和矯正設備， 以及 ： 與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、 心臟起搏器、 支架、 整形外科鞋、 義肢和假乳房 (包括乳房切除術後整形乳罩)。 包括與義肢和矯正設備相關的某些用品以及義肢和矯正裝置修理及/或更換。 還包括白內障摘除或白內障手術後的一些承保項目， 請參閱本表以下的*視力照護*瞭解更多詳細資訊。	Medicare 承保的義肢和矯正設備共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權*。 Medicare 承保、 與義肢裝置相關的醫療用品的共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權*。
肺部復健服務 為患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的保戶提供承保的肺康復綜合性計劃， 須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生針對肺康復轉介。	Medicare 承保的每一次肺部復健服務回診為 $25 共付額。 *可能需要轉診*。

承保的服務	您支付的金額
減少酒精濫用的篩檢和諮商服務 我們為濫用酒精但不倚賴酒精的成人 (包括孕婦) 承保一次酒精濫用篩檢。 如果酒精濫用篩檢呈陽性， 您每年最多可在主治醫生診間內接受 4 次由合格主治醫生或醫療執業人員提供的一對一簡短諮詢 (如果在諮詢過程中您有能力且保持清醒)。	Medicare 承保的減少酒精濫用的篩檢與諮詢預防性給付無共同保險金、 共付額或自付額。
低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢 對於合格的人士， 承保每 12 個月進行一次 LDCT。 **符合條件的保戶為**年齡在 50 – 77 歲之間， 沒有肺癌症狀或體徵， 但一天要吸一包菸至少維持 20 年， 或仍在吸菸， 或過去 15 年內有吸菸史者， 在肺癌篩查諮詢和共同決策門診期間獲得 LDCT 的書面指示單， 該門診不僅符合 Medicare 為該類門診制定的條件， 且由醫生或合格的非醫生型執業人員所提供。 *針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢 ：* 保戶必須收到 LDCT 肺癌篩查的指示單， 可在與醫生或合格的非醫生型執業人員的任何適當的門診期間提供。 如果醫生或合格的非醫生型執業人員選擇就後續 LDCT 肺癌篩查， 提供肺癌篩查諮詢和共同決策門診， 則該門診必須符合 Medicare 為該類門診制定的條件。	Medicare 承保的諮詢和共同決策制定就診或 LDCT， 無共同保險金、 共付額或自付額。
C 型肝炎病毒感染篩檢 如果您的主治醫師或其他合格的服務提供者要求進行一次 C 型肝炎篩檢， 且您符合下列條件之一， 我們會承保一次 C 型肝炎篩檢 ： • 您是高風險族群，因為您使用或曾經使用非法注射藥物。 • 您在 1992 年之前曾接受過輸血。 • 您出生於 1945-1965 年間。 如果您出生於 1945-1965 年間， 且不被視為高風險， 我們會支付一次篩檢費用。 如果您屬於高風險 (例如， 您在上次 C 型肝炎篩檢測試為陰性後， 持續使用非法注射藥物)， 我們會承保每年一次的篩檢。	Medicare 承保的 C 型肝炎篩檢無共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
性病 (STI) 篩檢和預防 STI 的諮詢服務 我們承保衣原體、 淋病、 梅毒等性病 (STI) 篩檢和 B 型肝炎。此等篩檢的承保對象為孕婦以及在主治醫生要求參加檢驗後，被證明有較高風險罹患 STI 的某些人士。 這些檢測每 12 個月一次， 或在孕期的特定時間均屬承保範圍。 我們還為某些性生活活躍、 具有較高 STI 風險的成人每年承保最多 2 次、 每次 20 至 30 分鐘的面對面密集型行為諮詢療程。如果這些諮詢服務由主治醫生在主治醫生診間內 (如醫生診間) 提供， 我們僅將其作為預防性服務承保。	Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 的預防性給付諮詢無共同保險金、 共付額或自付額。
治療腎臟疾病的服務 腎病和透析服務包括 ： • 腎臟疾病教育服務提供腎臟護理指導，並幫助保戶對自己的護理做出明智的決定。對患有 IV 期慢性腎病的保戶由他們的醫生轉診時，我們最多承保一生六期腎臟疾病教育服務。	Medicare 承保的腎臟疾病教育服務共同保險金為 20%。 *可能需要轉診。*
• 門診洗腎治療 (包括暫時在服務區域外期間接受的透析治療，請查閱第 3 章中的解釋，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時)	Medicare 承保的門診洗腎治療共同保險金為 20%。 *可能需要轉診。*
• 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)	有關適用於住院透析治療的分攤費用， 請參閱「住院護理」。

承保的服務	您支付的金額
治療腎臟疾病的服務 — 續	
• 自我透析培訓 (包括為您和幫助您在家中進行透析治療的人提供培訓)	Medicare 承保的自我透析訓練共同保險金為 20%。 *可能需要轉診*。
• 居家透析設備和用品	Medicare 承保的居家透析設備共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權*。 Medicare 承保的透析用品共同保險金為 20%。 *可能需要事先授權*。
• 某些家庭支援服務 (例如，必要時接受過培訓的透析工作人員上門檢查您在家中做透析的情況，緊急情況時提供幫助，並檢查您的透析設備和供水狀況)	Medicare 承保的家庭支援服務共同保險金為 20%。 *可能需要轉診*。
Medicare Part B 承保特定透析藥物。 有關 B 部分藥物承保的資訊， 請參閱本表中的 **Medicare Part B 藥物**。	
專業護理機構 (SNF) 照護	
(關於專業護理機構照護的定義， 請參閱第 12 章。 專業護理機構有時也稱為 SNF)。 每次住院/留院承保 100 天。 不要求以前住過院。 承保服務包括但不限於 ： • 半私家病房 (或單人病房，前提是必要的醫療) • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 作為本護理計劃的一部分為您開的藥物 (包括體內自然存在的物質，如凝血因子)	對於 Medicare 承保的住院，每次住院 ： Medicare 承保的專業護理機構照護， 第 1 到 20 天每天共付額為 $0 ； 第 21 到 70 天每天共付額為 $221 ； 第 71 到 100 天每天共付額為 $0。 您必須支付 100 天之後每一天的所有費用。 *可能需要轉診*。 *可能需要事先授權*。

承保的服務	您支付的金額
專業護理機構 (SNF) 照護 — 續 • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本計劃僅將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 通常由 SNF 提供的醫療和外科用品 • 通常由 SNF 提供的化驗 • 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射服務 • 通常由 SNF 提供的裝置使用，如輪椅 • 醫師/醫療執業人員服務 通常您將從網絡內機構接受 SNF 護理。 在以下列出的特定條件下， 如果非網絡內服務提供者機構設施接受本計劃支付的金額， 您或許能支付網絡內分攤費用。 • 您住院前居住的護理院或持續護理退休人社區 (前提是提供專業護理機構照護) • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的 SNF	分攤費用從住院第一天開始計算， 不包括出院日期。
吸煙和煙草使用戒除 (戒菸或戒煙草諮詢) 可針對符合以下標準的門診和住院患者， 承保吸煙和煙草使用戒除諮詢 ： • 使用菸草，無論其是否表現出菸草相關疾病的症狀或體徵 • 在諮詢期間有能力並保持警覺 • 合格的醫師或其他 Medicare 認可的執業人員提供諮詢 我們每年承保 2 次戒除嘗試 (每次嘗試最多可包括 4 次中度或密集療程， 患者每年最多接受 8 次療程。)	Medicare 承保的吸煙和煙草使用戒除預防性福利無共同保險金、 共付額或自付額。

承保的服務	您支付的金額
社群支援平台 我們的計劃提供線上社群支援平台， 協助支持您的整體身心健康。 該平台提供治療活動、 社區參與和計劃贊助的資源，有助於您應對壓力和焦慮。 此平台可讓您輕鬆參與並保持參與， 以協助您管理自己的行為健康需求。 此平台全年 24 小時線上開放， 您可以隨時使用。 社群支援平台包括 ： • 量身打造的健康計劃：獲得 4 週專屬自我引導計劃，專為強化生理及心理健康而設計，並結合健康老化專家的深入分析結果，為會員提供專屬支援。按照自己的步調照著計劃進行，並追蹤進度以監控健康狀況的改善情形。 • 同儕與專家支援： 在一個有主持人的空間中與線上社群連線，您可以與同儕和合格的健康專家互動。根據您的互動和確定的需求，推送臨床審查過的文章，並獲得額外的 Wellcare 服務的個人化建議。 • 個人化的數位健康工具：進行以認知行為治療、正念和正向心理學為基礎的互動式活動、冥想和遊戲。這些工具能協助您一起應為多種重要的主題，例如健康老化、管理孤獨、照護、悲傷，找到老化的目標等等。 保戶可以登入保戶入口網站 go.wellcare.com/member 或致電會員服務部來存取平台。 註冊完成後， 您可以隨時透過電腦、平板電腦或智慧型手機直接進入平台。	社群支援平台共付額為 $0。 *
監督運動療法 (SET) 為患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的保戶和由負責 PAD 治療的醫師轉診過的 PAD 提供 SET 承保。 如果符合 SET 計劃要求， 則在 12 週的時間內最多可以包含 36 次療程。 SET 計劃必須 ： • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包含針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診環境或醫生診間進行	每次 Medicare 承保的監督運動療法門診， $20 共付額。 *可能需要轉診*。

承保的服務	您支付的金額
監督運動療法 (SET) – 續 • 必須由合格輔助人員提供，以確保福利大於傷害，且其已接受 PAD 運動療法訓練 • 由醫生、醫生助理 (PA) 或執業護士 (NP)/臨床護理師 (CNS) 直接監督，其必須接受基本和高階生命支持技術方面的培訓 如果健康照護服務提供者認為是必要的醫療， 則 SET 可承保在超過 12 週 36 次療程後， 延伸時間內的額外 36 次療程。	
緊急需求服務 如果您暫時不在本計劃的服務區域內， 或即使您是在本計劃的服務區域內， 但根據您的時間、 地點和情況， 從網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理， 而需要立即就醫但不屬於急診的計劃承保服務， 即屬緊急需求服務。 本計劃必須承保緊急需求服務， 而且只會向您收取網絡內分攤費用。 緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害， 或既有病症意外發作。 必要的醫療例行服務提供者就診 (如年度檢查) 不被視為緊急需求服務， 即使您在計劃的服務區域以外， 或本計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。 美國境外的緊急需求服務亦獲承保。	Medicare 承保的緊急需求服務看診共付額為 $25。 若您在 24 小時之內因同一情況而住院， 則您不需支付此費用。 美國境外的緊急需求服務共付額為 $115。 * 即使是因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況或緊急需求服務， 您獲承保的金額可達 $50,000。

承保的服務	您支付的金額
視力照護 承保服務包括 ：	
• 為眼睛疾病和眼部受傷進行診斷和治療的門診醫師服務，包括與年齡相關的黃斑退化病治療。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的例行眼睛檢查 (屈光度)	診斷和治療眼睛疾病的所有其他眼睛檢查， $0 共付額。 *可能需要事先授權。*
• 對於青光眼風險較高的人群，我們提供每年一次的青光眼篩查承保服務。青光眼高危險族群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、年齡在 50 歲 (含) 及以上的非裔美國人以及 65 歲或以上的西班牙裔美國人	Medicare 承保的青光眼篩檢共付額為 $0。 *可能需要轉診。*
• 對於糖尿病患，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次	Medicare 所承保提供給糖尿病保戶的視網膜檢查或糖尿病眼睛檢查共付額為 $0。 *可能需要事先授權。*
• 每次接受植入眼內晶體的白內障手術後，可配一副眼鏡或隱形眼鏡。如果您分別接受了 2 次白內障手術，您不能在第一次手術後保留給付，然後在第二次手術後購買 2 副眼鏡	Medicare 承保的眼鏡共付額為 $0。

承保的服務	您支付的金額
歡迎加入 Medicare 預防門診 本計劃涵蓋一次*歡迎加入 Medicare* 預防門診。 該門診包括對您健康的評估、 與您需要的預防性服務相關的教育和諮詢 (包括某些篩檢和預防針 (或疫苗)) 以及其他護理轉診 (如需要)。 **重要 ：** 我們只在您享有 Medicare Part B 的頭 12 個月內為*歡迎加入 Medicare* 預防門診承保。 在約診時， 讓您的醫生診所知道您希望安排*歡迎加入 Medicare* 預防門診。 • Medicare 承保的 EKG 在*歡迎加入 Medicare* 預防服務之後進行。	*歡迎加入 Medicare* 預防門診無共同保險金、 共付額或自付額。 Medicare 承保的 EKG 在*歡迎加入 Medicare 預防服務*之後進行的每次共付額為 $0。 *可能需要轉診*。

第 3 節 本計劃不承保的服務 (排除項目)

本節告訴您哪些服務排除在 Medicare 承保範圍之外， 因此本計劃不予承保。

下表列出在任何情況下都不予承保或僅在特定條件下承保的服務和項目。

除非在下列特定條件下， 否則如果您獲得排除在外 (不承保) 的服務， 就必須自付額。 即使您在急診機構獲得已排除的服務， 已排除的服務仍然不予承保， 本計劃不會為此類服務付費。 唯一的例外處理是如果服務經上訴後認定由於您的特殊情況， 上訴後認定， 某項醫療服務應該是由我們支付或承保。 (有關對我們不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊， 請參閱第 9 章第 5.3 節)。

Medicare 不承保服務	僅限在特定條件下承保服務
針灸	適用於在特定情況下患有慢性下背痛的人。
美容手術或程序	若手術是因為意外受傷或為改善身體某一殘障部分的功能所需則予以給付。 乳房切除手術後進行的所有階段乳房重建手術， 以及為了達到對稱效果對未受影響的一側進行手術重建的所有階段均獲得承保。

Medicare 不承保服務	僅限在特定條件下承保服務
監護照護 監護照護是不需要接受過培訓的醫療或急救人員持續關注的個人護理， 例如幫助您從事日常生活活動的護理，如洗澡或穿衣。	在任何情況下均不承保服務
實驗性醫療和手術程序、 設備和藥物 實驗性程序和項目是經原有的 Original Medicare 決定、 一般情況下不被醫療界接受的項目和程序。	可能在 Medicare 核准的臨床試驗研究由 Original Medicare 或是由我們的計劃提供承保 (請參閱第 3 章第 5 節， 瞭解有關臨床試驗研究的詳細資訊)
由您的直系親屬或家庭成員收取的護理費	在任何情況下均不承保服務
在您家中提供的全職護理照護	在任何情況下均不承保服務
居家送餐	在任何情況下均不承保服務
居家健康服務	Medicare 承保兼職或間歇性專業護理照護必要的醫療。
家政服務包括基本家庭協助， 包括輕微的家務或簡單的飯菜準備。	在任何情況下均不承保服務
自然療法服務 (使用自然或替代治療)	在任何情況下均不承保服務
矯形鞋或足部支撐設備	屬於腿部矯形架的一部分的鞋子， 並包含在腿部矯形架的收費之內。 供糖尿病足病患者使用的矯形鞋或治療用鞋
醫院或專業護理機構病房內的個人物品， 例如電話或電視。	在任何情況下均不承保服務
醫院中的單人病房。	僅限在必要的醫療時才能承保

Medicare 不承保服務	僅限在特定條件下承保服務
絕育逆轉手術及/或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保服務
例行整脊護理	承保徒手治療脊骨以矯正半脫位
例行牙科護理， 例如 ： • **齒顎矯正服務** • **植牙服務** • **顱顏面膺復**	在任何情況下均不承保服務 請參閱醫療給付表中的牙科照護服務福利， 以瞭解您的計劃福利組合中承保的例行牙科照護部分
例行足部護理 (足部治療)	依據 Medicare 指南提供的一些有限承保 (例如您患有糖尿病)
例行助聽器或搭配合適的助聽器之聽力檢查	在任何情況下均不承保服務
例行聽力檢查	如果醫生開立醫囑， Medicare 承保診斷性聽力檢查和平衡檢查
根據 Original Medicare 標準， 服務被認為不合理且不必要	在任何情況下均不承保服務
視力照護 ： 放射狀角膜切開術、 LASIK 手術和其他低視力助視器	在任何情況下均不承保服務
視力照護 ： 例行眼科檢查、 眼鏡	每次植入眼內晶體的白內障手術後， 承保一副標準鏡框的眼鏡 (或一組隱形眼鏡)。

第 5 章：
使用 D 部分藥物的計劃承保

第 1 節　　本計劃 D 部分承保的基本規定

請參閱第 4 章的醫療給付表， 以瞭解 Medicare Part B 藥物福利和安寧藥物福利。

只要您遵守以下規定， 本計劃通常會承保您的藥物 ：

- 您必須有提供者 (醫生、牙醫或其他處方開立者) 為您開立處方，且該處方根據適用的州法律必須為有效。
- 您的處方開立者不得在 Medicare 的排除或除外清單上。
- 您通常必須使用網絡內藥房配取處方藥 (請參閱第 2 節)，或者您可以透過本計劃的郵購服務配取處方藥。
- 您的藥物必須列在本計劃的藥物清單上 (請參閱第 3 節)。
- 您的藥物必須用於醫學上所接受的引證。「醫學上所接受的引證」是指藥物的用途經 FDA 核准或者得到特定參考資料的支持。(請參閱第 3 節，進一步瞭解醫學上所接受的引證)。
- 您的藥物可能需要本計劃依據特定標準核准，我們才會承保。(請參閱本章第 4 節瞭解更多資訊)

第 2 節　　在網絡內藥房或透過本計劃的郵購服務配取處方藥

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

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

第 2.1 節　　網絡內藥房

找到您所在地區的網絡內藥房

如需尋找網絡內藥房， 請參閱您的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*、 造訪我們的網站 (go.wellcare.com/2027providerdirectories)， 和/或致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

您可以去我們的任何一家網絡內藥房。 一些網絡內藥房提供首選分攤費用服務， 可能比提供標準分攤費用的藥房之分攤費用更低。 *《醫療服務提供者與藥房名錄》*會告訴您我們的哪些網絡內藥房提供首選分攤費用。 請與我們聯絡， 進一步瞭解有關您的不同藥物會有不同的自付額。

如果您的藥房退出網絡

如果您使用的藥房退出本計劃網絡， 您將必須尋找新的網絡內藥房。 如果您使用的藥房仍在網絡內， 但不再提供首選分攤費用， 若可行， 您可能想要轉換至不同的網絡內或首選藥房。 如需尋找您區域內的另一家藥房， 請從會員服務部獲得幫助， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)， 或使用*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。 您還可以瀏覽我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 查找資訊。

專科藥房

某些處方藥必須在專業藥房配取。 專科藥房包括 ：

- 為居家輸注治療供藥的藥房。
- 為住在長期護理 (LTC) 設施的保戶供藥的藥房。通常，LTC 設施 (如護理院) 有自己的藥房。如果您在 LTC 機構取得 D 部分藥物有困難，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。
- 為印第安人健康服務部/部落/都市印第安人保健計劃 (不在 Puerto Rico 提供) 服務的藥房。除急診外，僅美國原住民或 Alaska 原住民可使用我們網絡內的此類藥房。
- 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。如需尋找專科藥房，請參閱您的*《醫療服務提供者與藥房名錄》* go.wellcare.com/2027providerdirectories，或致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

第 2.2 節 本計劃的郵購服務

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

本計劃的郵購服務允許您訂購**至少 35 天的供藥量， 但不超過 100 天的供藥量**。

您使用計劃的首選郵購服務時， 您的共付額可能會較低。 如需更多詳細資訊， 請參閱第 6 章第 5.2 和第 5.4 節的表格

如需索取有關郵寄配取處方藥之表格和資訊， 請致電 Express Scripts® Pharmacy，電話 1-833-750-0201 (TTY: 711)， 每週 7 天， 每天 24 小時提供服務。 或者， 登入 express-scripts.com/rx。 如果您使用不在本計劃網絡內的郵購服務藥房， 您的處方藥將不能獲得承保。

通常向郵購服務藥房訂購的藥物 14 天內即可寄到。 然而， 有時您的郵購服務處方藥會被拖延。 對於您立即需要的長期藥物， 可要求您的醫生開兩份處方 ： 一份是 30 天藥量， 可在參加計劃的零售藥房配藥， 另一份是長期 (35 至 100 天) 藥量， 可透過郵購配藥。 若您因郵購處方藥被拖延， 您在參加計劃的零售藥房配取 30 天的藥量遇到任何問題， 請讓您的零售藥房致電我們的服務提供者服務中心， 電話號碼 ： 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) 以獲得幫助， 每週 7 天， 每天 24 小時提供服務。 保戶可以致電 Express Scripts® Pharmacy， 電話號碼 ： 1-833-750-0201 (TTY 711)， 一週 7 天， 每天 24 小時提供服務。 或者， 登入 express-scripts.com/rx。

藥房直接從您的醫生診所收到的新處方。

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

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

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

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

如果您未曾使用過我們的郵購遞送和/或決定停止新處方自動配藥， 藥房將在每次從健康護理服務提供者收到新處方時聯絡您， 以瞭解您是否想要立即配藥和寄送。 每次藥房聯絡您時， 請務必回覆， 這一點很重要， 讓他們知道是否要出貨、 延遲或取消新處方。

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

續取郵購服務處方藥。 若要續配您的藥物， 您可以選擇註冊自動續配計劃。 在此計劃中， 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。

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

若選擇退出自動準備郵購續配的計劃， 請致電您的郵購藥房與我們聯絡 ：

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

如果您收到不想要的自動郵寄續配藥， 您可能符合退款資格。

第 2.3 節 如何獲得長期供藥量

本計劃提供 2 種方法獲得本計劃藥物清單上維持性藥物的長期供藥 (也稱為延長供藥)。 (維持性藥物指您定期使用的藥物， 以治療慢性或長期醫療病症)。

1。 我們網絡內部分零售藥房可允許您獲得維持性藥物的長期藥量。 您的*《醫療服務提供者與藥房名錄》* (go.wellcare.com/2027providerdirectories) 說明我們網絡內哪些藥房可向您供應維持性藥物的長期藥量。 您也可以致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）以取得更多資訊。

2。 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持性藥物。 請參閱第 2.2 節以瞭解更多資訊。

第 2.4 節 使用不在本計劃網絡內的藥房

一般而言， *只有*當您無法使用網絡內藥房時， 我們才會承保在網絡外藥房配取的藥物。 我們也有位於服務區域外的網絡藥房， *身為*本計劃的保戶， 您可從這些網絡藥房領取處方藥。 **請先致電會員服務部確認， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)**， 以瞭解附近是否有網絡內藥房。

我們僅在以下情況下承保在網絡外藥房所配取的處方藥 ：

旅行 ： 您前往非本計劃服務區域旅行或不在本計劃的服務區時也能獲得承保。

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

緊急醫療情況 ： 如果我因緊急醫療情況或需要緊急護理而要使用處方藥怎麼辦？

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

其他情況 ： 如果您使用網絡外藥房， 我們可以承保您的處方藥的其他情況。

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

如果您必須使用網絡外藥房， 在配取處方藥時， 您通常必須支付全部費用 (而不是支付您的正常分攤費用)。 您可請求我們向您償付我們的分攤費用。 (請參閱第 7 章第 2 節， 瞭解如何請求本計劃退款給您)。 您可能需要支付網絡外藥房收取的處方藥費與網絡內藥房配藥時我們承保的費用之間的差價。

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上

第 3.1 節 藥物清單告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保

本計劃有一份《*承保藥物清單*》(處方集)。 在本*承保證明*中， **我們將它稱為「藥物清單」。**

該清單中的藥物是由本計劃在醫生和藥房的幫助下選擇。 此清單符合 Medicare 的規定， 並已獲得 Medicare 核准。 藥物清單僅顯示 Medicare Part D 的承保藥物。

只要您遵守本章所述其他承保規定， 且藥物使用是醫學上所接受的引證， 我們通常會承保本計劃「藥物清單」上的藥物。 醫學上所接受的引證意指符合以下*任一種*情形的藥物使用 ：

- FDA 已經核准用於診斷，或開立處方的狀況，或者
- 得到特定參考來源的支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括原廠藥、 副廠藥和生物製劑 (可能包括生物相似藥)。

原廠藥是一種處方藥物， 以製藥商擁有的商標名稱來出售處方藥。 生物製劑是比典型藥物更為複雜的藥物。 在藥物清單上， 我們提到藥物時， 可能是指藥物或生物製劑。

副廠藥指活性成分與原廠藥相同的處方藥。 生物製劑有稱為生物相似藥的替代藥物。 通常副廠藥與生物相似藥和原廠藥或原有生物製劑的效用一樣好， 但通常費用較低。 許多原廠藥都有副廠藥代替藥物， 而某些原有生物製劑有生物相似藥可供使用。 有些生物相似藥是可互換的生物

相似藥， 視各州法律而定， 可能無須經藥房開立新處方即可替代原有生物製劑， 就像副廠藥能替代原廠藥一樣。

請參閱第 12 章， 瞭解藥物清單上可能有的藥物類型定義。

不在藥物清單上的藥物

本計劃不承保所有的處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保特定類型的藥物。(如需更多資訊，請參閱第 7 節。)
- 在其他情形下，我們決定不把某種特定藥物列入我們的藥物清單。
- 在某些情況下，您可能可以獲得不在藥物清單上的藥物。(如需更多資訊，請參閱第 9 章。)

第 3.2 節 藥物清單上的藥物有六個分攤費用層級

本計劃藥物清單上的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級之一。 通常， 層級愈高， 藥費愈高 ：

- 層級 1 (副廠藥) 包括首選副廠藥，並且可能包含一些原廠藥。
- 層級 2 (首選原廠藥) 包括首選原廠藥，並且可能包含一些副廠藥。
- 層級 3 (非首選藥物) 包含非首選原廠藥和副廠藥。
- 層級 4 (注射劑型藥品) 包括透過注射施用或用於預防疾病 (疫苗) 的特定藥物。
- 層級 5 (專用層級) 包括高成本的原廠和副廠藥。此層級的藥物不符合以較低層級付費的例外處理資格。這是最高的分攤費用層級。
- 層級 6 (特定照護藥物) 包含用於治療特定疾病的特定副廠藥和/或原廠藥。這是最低的分攤費用層級。

如需瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級， 請在本計劃的藥物清單中查找。 您為每個分攤費用層級的藥物支付的金額請參閱第 6 章。

第 3.3 節 如何查找某一特定藥物是否在藥物清單上？

如需瞭解某種藥物是否在我們的藥物清單上， 您有以下選項 ：

- 查閱我們以電子方式提供的最新藥物清單。
- 造訪本計劃的網站 (go.wellcare.com/HealthNetCA)。網站上的藥物清單總是最新清單。
- 致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711），瞭解某種特定藥物是否在本計劃的藥物清單上，或索取一份藥物清單。
- 使用本計劃的「即時福利工具」(go.wellcare.com/HealthNetCA) 搜尋藥物清單上的藥物，以估算您將支付的費用，以及瞭解藥物清單上是否有替代藥物可以治療相同的病症。您也可以致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。

第 4 節 有承保限制的藥物

第 4.1 節 為什麼有些藥物有限制

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。 由醫生和藥劑師組成的團隊制定了這些規定， 以幫助您和您的提供者最有效地使用藥物。 如需查找是否任何此類限制適用於您在使用或想要使用的藥物， 請查閱藥物清單。

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

請注意， 有時藥物可能會不止一次出現在我們的藥物清單上。 這是因為相同的藥物可能會因您的健康護理服務提供者開具的處方藥的強度、 數量或劑型而有所差異， 而且不同的限制或分攤費用可能適用於不同版本的藥物 (例如， 10 mg 相對於 100 mg ； 每天一片 相對於每天 2 片 ； 錠劑相對於液體)。

第 4.2 節 限制類型

如果您的藥物受到限制， 這通常意味著您或您的服務提供者需要採取額外步驟才能獲得我們承保此藥。 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）， 瞭解您或您的服務提供者可如何獲得藥物承保。 如果您想要我們為您豁免限制， 您需要使用承保決定程序， 請求我們作出例外處理。 我們可能同意、 也可能不同意為您豁免限制。 (請參閱第 **9** 章。 **)**

事先取得計劃核准

對於某些藥物， 您或您的服務提供者需要先依據特定標準獲得本計劃的核准， 然後我們才會同意承保。 這稱為**事先授權**。 這是為了確保藥物安全， 並協助引導適當使用特定藥物。 如果您沒有獲得該核准， 您的藥物可能不會獲得本計劃的承保。 您可以致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）或造訪我們的網站 go.wellcare.com/enhanced-select-pa， 以取得本計劃的事先授權標準。

先嘗試不同的藥物

此項要求鼓勵您在本計劃承保另一種藥物之前， 先嘗試更便宜但通常同樣有效的藥物。 例如， 若藥物 A 和藥物 B 均可治療同一種醫療病症， 本計劃可能要求您先嘗試藥物 A。 如果藥物 A 對您無效， 本計劃才會承保藥物 B。 此項先試用不同藥物的規定稱作**循序用藥**。 您可以致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711) 或造訪我們的網站 go.wellcare.com/enhanced-select-st， 以取得本計劃的循序用藥標準。

供藥量限制

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

第 5 節 如果您的某種藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？

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

- 該藥物可能根本不屬於承保範圍。或者該藥物的副廠藥可屬於承保範圍，但您想要使用的原廠藥不屬於承保範圍。
- 該藥物屬於承保範圍，但承保有額外的規定或限制。
- 該藥物屬於承保範圍，但所屬的分攤費用層級使您的分攤費用高於您的預期。

如果您的藥物所屬的分攤費用層級使您的分攤費用高於您的期待， 請查閱第 5.1 節， 瞭解解決方法。

如果您的藥物不在藥物清單上或有限制， 以下是解決方法選項 ：

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

您可能可以獲得臨時性供藥

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

要獲得臨時性供藥， 您使用的藥物**不能再列入計劃的藥物清單**， 或**目前有某些限制**。

- **如果您是新保戶，**我們會在您成為本計劃保戶的前 **90 天**期間，為您的藥物承保臨時性供藥。
- **如果您去年參與本計劃**，我們會在日曆年的頭 **90 天**期間，為您承保您藥物的臨時性供藥。
- 此臨時性供藥在零售藥房最多為 30 天供藥，或在長期護理藥房最多為 31 天供藥。如果您的處方天數較少，我們允許在零售藥房最多配取 30 天藥物的供藥，或是在長期護理藥房最多配取 31 天藥物的供藥。處方藥必須在網絡內藥房配取。(請注意，長期護理藥房可能一次提供少量藥物以避免浪費)。
- **對於已參加本計劃超過 90 天、住在長期護理設施，並立即需要藥物的保戶：**

  我們承保特定藥物的一次性 31 天緊急供藥，或您的處方開具的較少天數藥量。此為上述臨時性供藥的補充。
- **對於經歷照護層級變更 (例如搬入或離開長期護理設施或醫院)，並立即需要藥物的保戶：**

  我們將會承保一次 30 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 30 天份為止)。

如有關於臨時性供藥的問題， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。

在您使用臨時性供藥期間， 您應該與您的服務提供者討論， 以決定臨時性供藥用完後該怎麼辦。 您有 2 個選項 ：

選項 1 ： 您可以換用另一種藥物

請與您的服務提供者討論， 是否有不同的藥物， 屬於本計劃的承保範圍且療效相同。 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）， 索取一份治療相同醫療病症的承保藥物清單。 這份清單可幫助您的服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

選項 2 ： 您可以請求作為例外處理

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

如果您和您的服務提供者要求作出例外處理， 請參見第 9 章第 6.4 節瞭解相關處理方法。 該章節對 Medicare 為確保您的要求能夠得到及時而公平的處理而設定的程序與截止期限作出說明。

第 5.1 節 如果您認為您的藥物分攤費用層級過高，該怎麼辦

如果您認為您的藥物所屬的分攤費用層級過高， 以下是解決辦法 ：

您可以換用另一種藥物

如果您認為您的藥物所屬分攤費用層級過高， 請與您的服務提供者討論。 可能有屬於較低分攤費用層級而且療效相同的不同藥物。 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）， 索取一份治療相同醫療病症的承保藥物清單。 這份清單可幫助您的服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

您可以請求作為例外處理

您和您的服務提供者可請求本計劃對藥物的分攤費用層級作出例外處理， 這樣可減少您支付的藥費。 如果您的服務提供者認為您的醫療理由充分， 可以請求我們作為例外處理， 您的服務提供者可幫助您請求作為規定的例外處理。

如果您和您的服務提供者要求作出例外處理， 請參見第 9 章第 6.4 節瞭解相關處理方法。 其對 Medicare 為確保您的要求能夠得到及時而公平的處理而設定的程序與截止期限作出說明。

我們的層級 5 (專用層級藥物) 中的藥物不符合此類例外處理的資格。 我們不會降低這個層級的分攤費用金額。

第 6 節 藥物清單可能在年度中變更

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

- **增加或刪除藥物清單上的藥物**
- **將藥物移入較高或較低的分攤費用層級**
- **新增或移除對於某藥物的承保限制**
- **用副廠藥取代原廠藥**
- 用原有生物製劑可互換的生物相似藥取代該生物製劑。

在我們更改計劃的藥物清單之前， 我們必須遵循 Medicare 規定。

變更藥物承保的相關資訊

藥物清單發生變更時， 我們會在我們的網站上發布有關這些變更的資訊。 我們也會定期更新我們的線上藥物清單。 如果對您服用的藥物做出變更， 有時您會直接收到通知。

在本計劃年度中， 對您造成影響的藥物承保變更

- **將新藥物加入藥物清單，並立即刪除或變更藥物清單上的類似藥物。**
  - 在藥物清單中新增新版本的藥物時，我們可能會立即從藥物清單中移除類似藥物，將相似的藥物移至不同的分攤費用層級、增加新的限制，或兩者併行。該新版本藥物將在相同或較低的分攤費用層級，並具有相同或較少的限制。
  - 只有當我們新增某原廠藥的副廠藥版本，或新增某些已列於藥物清單上的原有生物製劑的新生物相似藥版本時，我們才會立即進行這些變更。
  - 即使您服用我們刪除或變更的藥物，我們仍可能會立即進行這些變更，並在之後通知您。如果您在我們進行更改時使用類似的藥物，我們將向您通知有關我們所做的任何特定變更。
- **將藥物加入「藥物清單」中，並刪除或變更「藥物清單」上的類似藥物**
  - 在藥物清單中新增其他版本的藥物時，我們可能會從藥物清單中移除類似藥物，將其移至不同的分攤費用層級、增加新的限制，或兩者併行。該新版本藥物將在相同或較低的分攤費用層級，並具有相同或較少的限制。
  - 只有當我們新增原廠藥的新副廠藥版本，或新增原本藥物清單上已有的原有生物製劑的生物相似藥的特定新版本時，我們才會做出這些變更。
  - 我們會在變更前至少 30 天通知您，或告知您變更內容，並承保您所使用的藥物版本 30 天份的藥量。
- **藥物清單上的不安全藥物和其他藥物從市場上下架。**
  - 有時藥物可能經認定為不安全，或是因為其他原因而從市場下架。如果出現這種情形，我們可能立即從藥物清單上刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會在做出變更後告知您。
- **對藥物清單上的藥物進行其他變更。**
  - 一旦當年度已開始影響您正在使用的藥物，我們可能會做出其他變更。舉例來說，我們可能根據 FDA 盒裝警告或 Medicare 認可的新臨床指南進行更改。

- 我們會在變更前至少 30 天通知您，或告知您變更內容，並額外承保您所使用藥物的 30 天份藥量。

如果我們對您正在服用的任何藥物做出上述任何變更， 請與您的處方開立者討論最適合您的方案， 包括改用不同藥物療您的病症， 或要求承保決定， 以滿足您正在服用之藥物的任何新限制。 您或您的處方開立者可以要求我們做出例外處理， 以繼續承保您服用的藥物或藥物版本。 關於如何要求例外處理等承保決定的更多資訊， 請參閱第 9 章。

本計劃年度對不影響您的藥物清單之變更

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

一般而言， 不會影響您目前計劃年度的變更包括 ：

- 我們把您的藥物移入較高的分攤費用層級。
- 我們對您的藥物使用作出新限制。
- 我們從藥物清單上刪除您的藥物。

如果您服用的藥物發生上述任何一種變更 (例外是市場下架、 副廠藥取代原廠藥或上一節所提到的其他變更)， 在下一年度 1 月 1 日之前， 這些變更不會影響您的藥物使用或您支付的分攤費用。

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

第 7 節 我們不承保的藥物類型

某些類型的處方藥*不在承保範圍內*。 這意味著 Medicare 不會為這些藥物支付費用。

如果您獲得排除在外的藥物， 您必須自行支付 (我們增強藥物承保的某些排除藥物除外)。 如果您提出上訴， 而且 D 部分未排除所要求的藥物， 我們將支付或承保該藥物。 (請參閱第 9 章以瞭解對決定提出上訴的相關資訊)。

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

- 本計劃的 D 部分藥物承保不能承保 Medicare Part A 或 Part B 承保的藥物。
- 本計劃無法承保在美國或其領土以外地區購買的藥物。
- 本計劃無法承保未由特定參考資料佐證的*標示外*使用，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。*適應症外*使用指藥物標籤上標示、經 FDA 核准用途之外的其他用途。

此外， 根據法律規定， Medicare 藥物計劃不承保以下類別的藥物 ： (我們的計劃透過我們的增強藥物承保以下所列的特定藥物， 您可能需要支付分攤費用。

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

我們對 Medicare 處方藥計劃通常不承保的部分處方藥提供額外承保 (增強藥物承保)。 我們承保特定維他命。 我們也承保某些用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物。 這些藥物可能會受到供藥量限制。 您為這些藥物支付的金額不計入使您符合重大傷病承保期的資格。 (您可以在第 6 章第 6 節中找到重大傷病承保期的描述)。

如果您**從 Medicare 獲得額外幫助**支付您的處方藥費用， 「額外幫助」將不會為通常不承保的藥物支付費用。 (請參閱本計劃的藥物清單， 或致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)， 以瞭解詳細資訊。)如果擁有 Medicaid 藥物承保， 則您所在州的 Medicaid 計劃可承保某些 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。 請與您所在州的 Medicaid 計劃聯繫，以確定您可享有的藥物承保。 (Medicaid 的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節)。

第 8 節 如何配取處方藥

若要配取處方藥， 請在您選擇的網絡內藥房， 提供本計劃保戶資訊， 這些資訊可在您的保戶卡上找到。 網絡內藥房將自動向本計劃開立*我們*為您的藥物分攤費用的帳單。 在您領取處方藥時， 您需要向藥房支付*您的*分攤費用。

如果您沒有攜帶本計劃保戶資訊， 您或藥房可致電本計劃獲得資訊， 或您可以要求藥房查詢本計劃投保資訊。

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**。 隨後您可**要求我們退給您**我們應付的分攤費用。 如需如何請求本計劃償付費用的資訊， 請參閱第 7 章第 2 節。

第 9 節 特殊情形下的 D 部分藥物承保

第 9.1 節 在本計劃承保範圍內之醫院或專業護理機構住院

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

第 9.2 節 住在長期護理 (LTC) 設施內的住民

通常， 長期護理 (LTC) 設施 (如護理院) 有自己的藥房或使用為其全部入住者提供藥物的藥房。 如果您是 LTC 機構的住民， 您可能透過機構的藥房或其使用的藥房獲取您的處方藥， 只要它是我們網絡的一部分。

請查閱您的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*go.wellcare.com/2027providerdirectories， 以瞭解您 LTC 機構的藥房， 或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。 如果不是， 或者如果您需要更多資訊或幫助， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（ TTY 使用者請致電 711）。 如果您住在 LTC 設施內， 我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡例行獲取您的 D 部分福利。

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

第 9.3 節 如果您也從雇主或退休人員團體計劃獲得藥物承保

如果您透過您的 (或您配偶或同居伴侶的) 雇主或退休人員團體獲得其他藥物承保， 請聯絡**該團體的給付管理員**。 他們將協助您瞭解如何將您當前的藥物承保與我們的計劃相協調。

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

關於可信承保的特別說明 ：

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

如果團體計劃提供的承保是可信的， 意即您的計劃藥物承保的預期支付費用平均至少不會低於 Medicare 的標準藥物承保。

保留任何關於可信承保的通知， 因為您稍後可能需要用這些通知來證明您有可信承保。 如果您沒有收到可信承保通知， 請向您的雇主或退休計劃福利管理員、 雇主或工會索取副本。

第 9.4 節 如果您正在接受 Medicare 認證的安寧照護

安寧療護和我們的計劃並不同時承保相同的藥物。 如果您有投保 Medicare 安寧計劃， 並需要安寧計劃不承保的某些藥物 (例如抗噁心藥、 瀉藥、 止痛藥或抗焦慮藥)， 因為這些藥與您的終期疾病和相關病症無關， 本計劃必須收到處方開立者或您的安寧護理服務提供者的通知， 說明該

藥物與您的終期疾病和相關病症無關， 然後才能為這些藥物提供承保。 為避免延遲收到本計劃應承保的這些藥物， 請在配取處方藥之前， 要求您的安寧護理服務提供者或處方開立者提供通知。

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

第 10 節 藥物安全性與藥物管理計劃

我們會進行藥物使用審查， 幫助確保保戶獲得安全和適當的護理。

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

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

如果我們發現您有藥物使用方面的問題， 我們會與您的服務提供者一起修正。

第 10.1 節 藥物管理計劃 (DMP) 幫助保戶安全使用他們的鴉片類藥物

我們有計劃協助確保保戶安全使用處方鴉片類藥物， 和其他經常濫用的藥物。 此計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。 如果您使用從幾位處方開立者或藥房獲得的鴉片類藥物， 或是您最近鴉片類藥物的使用過量， 我們可能會與您的處方開立者談談， 以確保您對鴉片類藥物的使用是合適的， 且是必要的醫療。 與您的處方開立者合作後， 如果我們認為您對處方鴉片類藥物或苯二氮平類藥物的使用方式可能不安全， 我們可能會限制您取用這些藥物的方式。 如果我們將您加入 DMP， 限制可能是 ：

- 要求您從某一家藥房取得所有鴉片類處方藥或 benzodiazepine 藥物
- 要求您從某一位處方開立者取得所有鴉片類處方藥或 benzodiazepine
- 限制我們為您承保的鴉片類或 benzodiazepine 藥物用量

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式， 或您可以獲得的藥量， 我們會事先寄送信件給您。 該信會告訴您， 我們是否會限制為您承保這些藥物， 或者您是否需要從特定處方開立者或藥房取得這些藥物的處方。 您可以藉此機會告訴我們您首選的處方開立者或藥房， 以及您認為我們必須知道的任何其他重要資訊。 在您有回應的機會後， 如果我們決定限制對這些藥物的承保， 我們會發出另一封信函給您， 以確認此限制。 如果您認為我們犯了錯誤， 或您不同意我們的決

定， 或您不同意限制， 您和您的處方開立者有權提出上訴。 如果您提出上訴， 我們會審閱您的個案將並作出新決定。 如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關申請的任何部分， 我們會自動將您的個案送至我們計劃外的獨立審核組織。 有關如何上訴的資訊， 請參閱第 9 章。

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

第 10.2 節 幫助保戶管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

我們有一項可幫助我們的保戶應對複雜的健康需求的計劃。 我們的計劃稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。 本計劃是自願性的， 而且免費。 藥劑師和醫生組成的團隊為我們開發了這項計劃， 幫助確保我們的保戶能夠從他們服用的藥物中獲得最大的效益。

部分患有特定慢性疾病且服用的藥物超過特定藥物費用金額， 或參加 DMP 以接受安全使用鴉片類藥物協助的保戶， 可能有資格透過 MTM 計劃獲得服務。 如果您有資格參加該計劃， 藥劑師或其他保健專業人員將綜合評估您服用的所有藥物。 在審閱時， 您可以討論您的藥物、 您的費用、 您遇到的任何問題或您對處方藥和非處方藥的任何問題。 您會取得一份內含建議待辦事項清單的書面摘要， 其中包含您應採取的步驟， 以期從您的藥物獲得最佳結果。 您還將收到一份藥物清單， 包括您正在使用的所有藥物、 藥量， 以及使用的原因。 此外， MTM 計劃中的保戶會收到有關安全回收處理管制類處方藥物的資訊。

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

如果我們有一項符合您的需求的計劃， 我們會自動讓您加入該項計劃， 並將相關資訊寄給您。 如果您決定不參加， 請通知我們， 我們會讓您退出。 如對本計劃有任何疑問， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。

第 6 章：
您為 D 部分藥物支付的費用

第 1 節 您為 D 部分藥物支付的費用

如您已參加藥物支付幫助計劃， **本*承保證明*中有關 D 部分處方藥物費用的某些資訊可能不適用於您**。 我們另外寄送了一份單獨插頁， 稱為*獲得支付處方藥物費用「額外幫助」者承保證明附錄* (也稱為低收入津貼附錄或 LIS 附錄)， 說明您的藥物承保。 如果您沒有收到此插頁， 請致電會員服務部索取 *LIS 附錄*， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

我們在本章中用「藥物」來指 D 部分處方藥。 並非所有藥物皆為 D 部分藥物。 有些藥物由 Medicare Part A 或 Part B 承保， 而有些藥物則依據法律規定不獲 Medicare 承保。 如果您購買了補充藥物承保， 部分不承保的藥物可能獲得本計劃的承保。

要理解付款資訊， 您需要瞭解哪些藥物屬於承保藥物範圍、 在何處配取處方藥， 和獲得承保藥物時需要遵守哪些規定。 上述規定請參閱第 5 章。 當您使用本計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保時 (go.wellcare.com/HealthNetCA)， 您看到的費用為預期要支付的自費費用估算額。 您也可以致電會員服務部獲得「即時福利工具」提供的資訊， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

第 1.1 節 您為承保藥物支付的自費費用類別

您可能必須為承保的 D 部分藥物支付 3 種不同自費費用 ：

- **自付額**是在本計劃開始支付分攤費用之前，您為藥物支付的費用。
- **共付額**是您每一次配取處方藥時所支付的一筆固定金額。
- **共同保險金**是您每次配取處方藥時，所支付總費用的百分比。

第 1.2 節 Medicare 如何計算您的自費費用

Medicare 對於哪些費用計入、 哪些費用不計入您的自費費用有規定。 以下是我們必須遵守的規則， 以追蹤您的自費費用。

以下款項包括在您的自費費用中

您的自費費用**包括**下列款項 (只要它們是用於支付 D 部分承保藥物的款項， 並且您遵守第 5 章說明的藥物承保規定即可) ：

- 處於以下藥物付款階段時，您支付的藥物金額：
  - 自付額階段

- 初始承保期

- 加入本計劃之前，您在本曆年度內作為另外一項 Medicare 藥物計劃保戶期間支付的任何款項。
- 家人或朋友為您的藥物支付的任何款項
- 透過 Medicare、雇主或工會健康計劃、印第安健康服務、AIDS 藥物協助計劃和大多數慈善機構的「額外幫助」為您的藥物支付的任何款項

進入重大傷病承保期 ：

當您 (或者代您付款者) 在當曆年度自費費用總額達到 $2,400 時， 您就會從初始承保期進入重大傷病承保期。

以下款項不包括在您的自費費用中

您的自費費用**不包括**任何這些類型的付款 ：

- 您的月計劃保費
- 在美國境外及其領地以外購買的藥物
- 不受本計劃承保的藥物
- 在網絡外藥房購買不符合本計劃有關網絡外承保規定的藥物
- 處方藥物和疫苗由 A 部分或 B 部分承保
- 您為我們的額外承保所涵蓋的藥物、但通常不享有 Medicare 藥物計劃所承保藥物支付的費用
- 您為通常不享有 Medicare 藥物計劃所承保藥物支付的費用
- 由某些特定保險計劃和政府資助的保健計劃為您支付的藥費，例如 TRICARE 和退伍軍人健康管理局 (VA)
- 由具有法律義務為您支付處方藥費的第三方 (例如勞工賠償) 支付的藥費
- 製藥商依據製造商折扣計劃支付的款項

提醒 ： 如果諸如上列的任何其他組織支付了您的藥物自費費用的全部或部分， 按照規定您必須致電會員服務部告知本計劃， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

追蹤您的總自費費用

- 您獲得的 *D 部分給付說明* (EOB) 包含您目前的自費費用總額。當此金額達到 $2,400 時，*D 部分 EOB* 會告訴您已離開初始承保期，並已進入重大傷病承保期。
- **確保我們有所需的資訊。**請參閱第 3.1 節，瞭解您可以採取的措施，確保我們能夠得到您的花費金額方面的完整和最新記錄。

第 2 節 本計劃保戶的藥物付款階段

根據本計劃， 您的藥物承保有 **3 個藥物付款階段**。 您所需為每個處方藥支付的費用將視您在領取或續配處方藥時所處的階段而定。 本章將詳細說明每個階段。 這些階段包括 ：

- **第 1 階段：年度自付額階段**
- **第 2 階段：初始承保期**
- **第 3 階段：重大傷病承保期**

第 3 節 您的 *D 部分給付說明 (EOB)* 說明您所處的付款階段

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

- **自費費用：**這是您支付的金額。其中包括您在獲得承保的 D 部分藥物時所支付的費用、家人或朋友為您的藥物所支付的費用，以及 Medicare 的「額外幫助」、雇主或工會健康計劃、印地安健康服務、AIDS 藥物協助計劃、慈善機構和大多數州政府藥物補助計劃 (SPAP) 為您的藥物所支付的任何費用。
- **總藥費：**此為您承保的 D 部分藥物的所有付款總金額。其中包括本計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或組織為您承保的 D 部分藥物所支付的費用。

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

- **當月資訊。**這份報告會提供您上個月配取的處方藥的詳細付款資料。其會列出總藥費、本計劃支付的費用以及您與代表您的人支付的費用。
- **自 1 月 1 日以來的年度費用總額。**這顯示從年初開始藥物的總藥費以及您支付的總藥費。
- **藥物價格資訊。**這會顯示總藥物價格，以及自第一次配取處方藥後每一次相同份量的處方要求的價格變動相關資訊。
- **可用的較低成本替代處方。**這將包括其他可用藥物的相關資訊，與各處方理賠的較低分攤費用 (如適用)。

第 3.1 節 幫助我們保持有關您的藥物付款的最新資訊

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

- **您每次配取處方藥時，請出示您的保戶卡**。這有助於確保我們知道您配取的處方藥以及您支付的費用。
- **確保我們有所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得所需資訊，以追蹤您的自費費用。為了幫助我們追蹤您的自費費用，請提供您的收據副本。**您應將藥物收據副本提供給我們的一些範例：**
  - 您在網絡內藥房以特惠價購買承保藥物或使用並非本計劃給付的折扣卡購買承保藥物時。
  - 當您支付透過製藥廠患者協助計劃提供藥物的共付額時。
  - 任何時候在網絡外藥房購買藥物，或者在特殊情況下您支付承保藥物的全額費用。
  - 如果藥房向您收取承保藥物的費用，您可以請求本計劃支付我們的藥物分攤費用。有關如何提出此項要求的說明，請查閱第 7 章第 2 節。
- **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額中。例如，AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務部及慈善機構的付款金額均可計入您的自付額。請保留這些付款記錄，並寄給我們，這樣我們才能追蹤您的費用。
- **查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 *D 部分 EOB* 時，請詳細閱讀，確保其中的資訊完整無誤。如果您認為資訊有遺漏，或者有任何疑問，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。**您現在可以選擇收到電子版本的 *D 部分給付說明 (D 部分 EOB)*，而非透過郵寄方式收到紙本的 D 部分 EOB。**您可以造訪 https://www.express-scripts.com/ 進行申請。若您選擇電子版本，當您的 *D 部分 eEOB* 已預備好可供檢視、列印或下載時，您將會收到電子郵件。電子版本的 *D 部分 EOB* 即無紙化 *D 部分 EOB*。這些是紙本 *D 部分 EOB* 的確切複本 (影像)。請務必保留這些報告。

第 4 節 自付額階段

自付額階段是您藥物承保的首個付款階段。 自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數的 D 部分成人疫苗， 包括帶狀皰疹、 破傷風和旅行疫苗。 針對層級 2 (首選原廠藥)、 層級 3 (非首選藥物)、 層級 4 (注射劑型藥品) 和層級 5 (專用層級藥物) 藥物， 您將須支付 $700 的年度自付額。 **您必須支付層級 2 (首選原廠藥)、 層級 3 (非首選藥物)、 層級 4 (注射劑型藥品) 和層級 5 (專用層級藥物) 藥物的全部費用**， 直至達到本計劃的自付額限額。 對於所有其他藥物， 您無需支付任何自付額。 **全額費用**通常低於藥物的正常全額費用， 因為本計劃為網絡內藥房的大多數藥物協商了較低的費用。 根據 Medicare 藥物價格協商計劃議價的藥物全額費用不得超過最高公平價格加上配藥費用。

一旦您為層級 2 (首選原廠藥)、 層級 3 (非首選藥物)、 層級 4 (注射劑型藥品) 和層級 5 (專用層級藥物) 藥物支付達 $700 後， 您就會離開自付額階段， 進入初始承保期。

第 5 節 初始承保期

第 5.1 節 您支付的藥費取決於配取的藥物和配藥地點

在初始承保期， 本計劃會為您支付承保藥物分攤費用， 您支付您的分攤費用 (您的共付額或共同保險金金額)。 您的分攤費用因您的藥物和配取處方藥的地點不同而異。

本計劃有六個分攤費用層級

本計劃藥物清單上的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級之一。 一般來說， 分攤費用層級數字越高， 您的藥費就越高 ：

- 層級 1 (副廠藥) 包括首選副廠藥，並且可能包含一些原廠藥。
- 層級 2 (首選原廠藥) 包括首選原廠藥，並且可能包含一些副廠藥。您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。
- 層級 3 (非首選藥物) 包含非首選原廠藥和副廠藥。您為此層級每種承保的胰島素產品每月支付不超過 $35。
- 層級 4 (注射劑型藥品) 包括透過注射施用或用於預防疾病 (疫苗) 的特定藥物。
- 層級 5 (專用層級) 包括高成本的原廠和副廠藥。此層級的藥物不符合以較低層級付費的例外處理資格。這是最高的分攤費用層級。
- 層級 6 (特定照護藥物) 包含用於治療特定疾病的特定副廠藥和/或原廠藥。這是最低的分攤費用層級。

如需瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級， 請在本計劃的藥物清單中查找。

您的藥房選擇

一種藥物您要支付多少費用取決於您的藥物是否取自於 ：

- 提供標準分攤費用的網絡零售藥房。提供首選分攤費用的藥房的費用可能會較低
- 提供首選分攤費用的網絡零售藥房
- 本計劃網絡外藥房。我們僅在有限的情況下對在網絡外藥房配取的處方藥提供承保。若要瞭解我們何時對在網絡外藥房配取的處方藥提供承保，請查閱第 5 章第 2.4 節。
- 本計劃的郵購服務藥房

如需有關這些藥房選擇和配取處方藥的更多資訊， 請參閱第 5 章和本計劃的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*go.wellcare.com/2027providerdirectories。

第 5.2 節 您為承保藥物—*個月*供藥量支付的費用

在初始承保期， 您的承保藥物分攤費用將是共付額或共同保險金。

共付額或共同保險金的金額， 取決於分攤費用層級。

有時藥物費用低於您的共付額。 在這些情況下， 您支付藥物的較低價格， 而非共付額。

您為承保的 D 部分藥物—*個月*供藥量支付的費用

層級	標準零售網絡內分攤費用 **(**最多 **30** 天藥量**)**	首選零售網絡內分攤費用 **(**最多 **30** 天藥量**)**	標準郵購服務分攤費用 **(**最多 **34** 天藥量**)**	首選郵購服務分攤費用 **(**最多 **34** 天藥量**)**	長期照護 **(LTC)** 分攤費用 **(**最多 **31** 天藥量**)**	網絡外分攤費用 **(**承保僅限某些特定情況 ； 請參閱第 **5** 章以瞭解詳情**)**。 **(**最多 **30** 天藥量**)**
分攤費用層級 1 (副廠藥 — 包括首選副廠藥，並且可能包含一些原廠藥。)	$10	$0	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	$10	$10
分攤費用層級 2 (首選原廠藥 - 包括首選原廠藥，也可能包括某些副廠藥)。	25%	25%	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	25%	25%
分攤費用層級 3 (非首選藥物 - 包括非首選原廠藥和非首選副廠藥)。	43%	41%	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	43%	43%
分攤費用層級 4 (注射劑型藥品 - 包括透過注射施用或用於預防疾病 (疫苗) 的特定藥物)。	1%	1%	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	1%	1%

層級	標準零售網絡內分攤費用 **(**最多 **30** 天藥量**)**	首選零售網絡內分攤費用 **(**最多 **30** 天藥量**)**	標準郵購服務分攤費用 **(**最多 **34** 天藥量**)**	首選郵購服務分攤費用 **(**最多 **34** 天藥量**)**	長期照護 **(LTC)** 分攤費用 **(**最多 **31** 天藥量**)**	網絡外分攤費用 **(**承保僅限某些特定情況 ； 請參閱第 **5** 章以瞭解詳情**)**。 **(**最多 **30** 天藥量**)**
分攤費用層級 5 (專用層級 - 包括高價的原廠藥與副廠藥。此層級的藥物不符合以較低層級付費的例外處理資格)。	25%	25%	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	25%	25%
分攤費用層級 6 (特定照護藥物 — 包含一些用於治療指定病症的副廠藥和/或原廠藥。)	$0	$0	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	不承保一個月 (34 天或較少天) 郵購處方供藥量。	$0	$0

無論分攤費用層級為何， 即使您未支付自付額， 您不會為一個月藥量的每個承保胰島素產品支付超過 $35。

請參閱本章第 7 節以瞭解關於 D 部分疫苗分攤費用的更多資訊。

第 5.3 節 如果醫生開具的處方藥量不足一整個月，您可能無需支付整個月藥量的費用

一般而言， 您支付的藥費包括一整個月的供藥量。 有時， 您或您的醫生希望您獲得的藥物供應量少於一個月 (例如， 當您第一次嘗試使用藥物時)。 您還可以請求您的醫生開立處方， 而您的藥劑師配發少於一整個月的藥量， 如果這會幫助您更妥善計劃續配日期。

如果您收到不足一整個月的藥量， 您將不必支付一整個月藥量的費用。

- 如果您應支付共同保險金，您支付總藥費的一定百分比。由於共同保險金是根據藥物總費用而定，您的費用將會較低，因為藥物的總費用會較低。
- 如果您負責支付藥物的共付額，您將僅支付領取的藥物天數，而非一整個月。我們將計算您每天為藥物支付的金額 (每日分攤費用費率)，然後乘以您領取的藥物天數。

第 5.4 節 您承保的 D 部分藥物*長期* (61-100 天) 的供藥量費用

某些藥物可以獲得長期藥量 (也稱為延長藥量)。 長期藥量是 61-100 天的藥量。

有時藥物費用低於您的共付額。 在這些情況下， 您支付藥物的較低價格， 而非共付額。

您承保的 D 部分藥物*長期* (61-100 天) 的供藥量費用

層級	標準零售分攤費用 (網絡內) (61-100 天藥量)	首選零售分攤費用 (網絡內) (61-100 天藥量)	標準郵購服務分攤費用 (61-100 天藥量)	首選郵購服務分攤費用 (61-100 天藥量)
分攤費用層級 1 (副廠藥 — 包括首選副廠藥， 並且可能包含一些原廠藥。)	$30	$0	$30	$0
分攤費用層級 2 (首選原廠藥 - 包括首選原廠藥， 也可能包括某些副廠藥)。	25%	25%	25%	25%
分攤費用層級 3 (非首選藥物 - 包括非首選原廠藥和非首選副廠藥)。	43%	41%	43%	41%
分攤費用層級 4 (注射劑型藥品 - 包括透過注射施用或用於預防疾病 (疫苗) 的特定藥物)。	1%	1%	1%	1%
分攤費用層級 5 (專用層級 - 包括高價的原廠藥與副廠藥。 此層級的藥物不符合以較低層級付費的例外處理資格)。	**不為層級 5 中的藥物提供長期藥量。**			
分攤費用層級 6 (特定照護藥物 — 包含一些用於治療指定病症的副廠藥和/或原廠藥。)	$0	$0	$0	$0

即使您未支付自付額， 無論分攤費用層級為何， 您不必為每個承保胰島素產品最多 2 個月藥量支付超過 $70， 或為最多 3 個月藥量支付 $105。

第 5.5 節 在年度自費費用達到 $2,400 之前，您會一直處於初始承保期

在自費費用總額達到 $2,400 之前， 您會一直處於初始承保期。 您接著會進入重大傷病承保期。

我們對 Medicare 處方藥計劃通常不承保的部分處方藥提供額外承保。 為這些藥物支付的費用將不會計入您的自費費用。

您收到的 *D 部分 EOB* 會幫助您跟蹤年度之內您、 本計劃， 以及任何第三方為您支付了多少費用。 並非所有保戶在一年內都會達到 $2,400 的自付額上限。

如果您達到上限金額， 我們會通知您。 請參閱第 1.2 節， 瞭解有關 Medicare 如何計算您的自費費用的更多資訊。

第 6 節 重大傷病承保期

在重大傷病承保期， 您無須為承保的 D 部分藥物支付任何費用。 如果您在本日曆年度的自費費用金額達到 $2,400 上限， 就進入重大傷病承保期。 一旦進入重大傷病承保期， 您就會處於該付款階段， 直到本日曆年度年底。

- 在這個付款階段，您無需支付獲承保的 D 部分藥物及我們增強型福利承保的排除藥物費用。

第 7 節 您為 D 部分疫苗支付的費用

關於您為疫苗支付的重要訊息 - 有些疫苗被視為醫療福利， 並在 B 部分承保。 其他疫苗則視為 D 部分藥物。 您可以在本計劃的藥物清單中找到這類疫苗。 即使您尚未支付自付額， 本計劃也免費承保大多數的 D 部分成人疫苗。 請參閱本計劃的藥物清單， 或致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）， 以瞭解特定疫苗的承保和分攤費用詳細資訊。

我們對 D 部分疫苗承保分為 2 部分 ：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 第二部分是**為您注射疫苗**的費用。(有時稱為疫苗注射費)。

您的 D 部分疫苗費用取決於 3 個因素 ：

1. **稱為免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 的組織是否建議成人接種該疫苗。**
   - 大多數的成人 D 部分疫苗皆為 ACIP 所建議，您無需支付任何費用。
2. **您在何處獲得疫苗。**
   - 疫苗本身可由藥房或醫生診所提供。

3. 誰為您注射疫苗。

- 藥師或其他服務提供者可以在藥房施打疫苗。或者，服務提供者可以在醫生診所施打疫苗。

您接受 D 部分疫苗時需要支付的費用可能因狀況和您所處的**藥物給付階段**而異。

- 接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身，加上提供者為您注射疫苗的費用之完整費用。您可以請求本計劃將我們的分攤費用退還給您。對於大多數的 D 部分成人疫苗，這表示您將獲得您支付的全額補償。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付 D 部分給付的分攤費用。對於大多數的 D 部分成人疫苗，您無需支付任何費用。

下列是您可取得 D 部分疫苗接種的 3 種範例方式。

情況 1 ： 您在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。 (您是否有這項選擇取決於您的居住地。 有些州不允許藥房注射特定疫苗)。

- 對於大多數的 D 部分成人疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他的 D 部分疫苗，您將支付藥房您的疫苗共同保險金「或」共付額，其中包括疫苗注射費用。
- 本計劃將支付剩餘的費用。

情況 2 ： 您在醫生診所接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身，加上提供者為您注射疫苗的費用之完整費用。
- 然後您可以使用第 7 章說明的程序，要求我們的計劃支付我們的分攤費用。
- 對於大多數的 D 部分成人疫苗，您將獲得您支付的全額補償。對於其他的 D 部分疫苗，您會得到您的差額退款，差額是用您支付的費用減去任何應支付的疫苗 (包括疫苗注射) 共同保險金或共付額，並減去醫生收費額與我們通常支付的金額之間的任何差額。(如果您接受「額外幫助」，我們會將該差額償還給您)。

情況 3 ： 您在網絡內藥房購買 D 部分疫苗， 然後拿到您醫生的診所讓他們為您接種疫苗。

- 對於大多數的 D 部分成人疫苗，您無需支付疫苗本身任何費用。
- 對於其他的 D 部分疫苗，您將支付藥房疫苗本身的共同保險金或共付額。
- 當醫生幫您注射疫苗時，您可能需要支付該項服務的所有費用。
- 然後您可以使用第 7 章說明的程序，要求我們的計劃支付我們的分攤費用。

- 對於大多數的 D 部分成人疫苗，您將獲得您支付的全額補償。對於其他的 D 部分疫苗，您會得到您的差額退款，差額是用您支付的費用減去任何應支付的疫苗注射共同保險金，並減去醫生收費額與我們通常支付的金額之間的任何差額。(如果您接受「額外幫助」，我們會將該差額償還給您)。

注意 ： 如果您支付的現金價格高於我們 D 部分疫苗的議定價格 (我們通常支付的價格)， 我們可能不會退還您在醫生診間或藥房支付的全額費用。

第 7 章：
要求我們就承保醫療服務或藥物的帳單支付分攤費用

第 1 節 您應請求我們為您承保服務或藥物支付分攤費用的情況

有時在接受醫療護理或購買處方藥時， 您可能需要支付全部費用。 有時， 您可能覺得在本計劃承保規定下您支付的費用比您預期多， 或是您從服務提供者那裡收到帳單。 在這些情況下， 您可以要求本計劃退款給您 (償付您)。 如果您支付的費用超過本計劃所承保的醫療服務或藥物的分攤費用， 您有權得到本計劃的償還。 您可能必須在期限內獲得退款。 請查閱本章第 2 節。

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

幾個您可能需要請求本計劃退款或支付您收到的帳單的範例 ：

1. 當您從非我們的計劃網絡內的服務提供者處接受急診或緊急需求醫療照護時

離開服務區域時， 您可以從任何服務提供者處接受急診或緊急需求服務， 無論服務提供者是否在我們的網絡內。 在這些情況下，

- 您僅需負責支付您的急診或緊急需求服務的分攤費用。急診服務提供者依法必須提供急診照護。
- 在您自己接收服務時若支付了全額費用，請要求我們償付您本計劃的分攤費用。把帳單和您支付的任何款項的文件寄給我們。
- 您可能會收到服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。把帳單和您已經支付的任何款項的文件寄給我們。
    - 如果欠付服務提供者任何費用，我們會直接向該服務提供者付款。
    - 如果您已支付了高於您接收服務的分攤費用，本計劃將決定您應支付多少和計劃應退還給您多少。

2. 當網絡內服務提供者向您發送一張您認為不應付款的帳單

網絡內服務提供者應始終直接向本計劃收費， 並僅要求您支付您的分攤費用。 但有時他們會弄錯， 要求您支付多於您應分攤的服務費用。

- 當您接受承保服務時，您只需支付您的分攤費用。我們不允許服務提供者另外增加其他收費，稱為**差額負擔**。即使在我們支付服務提供者的費用低於該服務提供者對某項服務的收費，以及出現分歧後我們不支付某些服務提供者的費用時，這種保護 (您從不會支付超過您的分攤費用的金額) 也適用。
- 無論何時您收到網絡內服務提供者的帳單，您認為其收費金額高於您應該支付的，請將帳單寄給我們。我們會直接與該服務提供者聯絡，解決帳單問題。
- 如果您已經向網絡內服務提供者支付了帳單，但您覺得您支付的太多，請將帳單連同您已付款的證明文件一併寄送給我們並要求本計劃退還給您支付金額與本計劃承保下您應支付金額的差價。

3. 如果您是回溯性地投保本計劃

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

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

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

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

請保留您的收據， 並在要求我們償付我們應攤付的費用時將收據副本寄給我們。 請記住， 我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。 請參閱第 5 章第 2.4 節， 更深入瞭解這些情況。 針對您向網絡外藥房支付的藥費， 與網絡內藥房配藥時本計劃支付費用之間的價差， 我們可能不會退款給您。

5. 當您沒有隨身攜帶本計劃保戶卡， 需要支付處方藥的全部費用時

如果您沒有攜帶您的計劃保戶卡， 可以請求藥房打電話給本計劃， 或查詢您的計劃投保資訊。 如果藥房無法立刻取得投保資訊， 您可能需要自己先支付處方藥的全部費用。

請保留您的收據， 並在要求我們償付我們應攤付的費用時將收據副本寄給我們。 如果您支付的現金價格高於我們為處方藥協商的價格， 我們可能不會向您償還全部費用。

6. 當您遇到其他情況需要支付處方藥的全部費用時

因為您發現由於某種原因該藥物不承保， 您可能需要支付該處方藥的全部費用。

- 例如，這種藥物可能不在本計劃的藥物清單上；或者這種藥物可能有您不知道的要求或限制或認為這些限制對您不適用。如果您決定立即配取該藥物，您可能需要先支付全部費用。
- 請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需向您的醫師取得更多資訊，以退還您我們的分攤費用。如果您支付的現金價格高於我們為處方藥協商的價格，我們可能不會向您償還全部費用。

當您向我們提出付款請求時， 我們會審查您的請求， 並決定服務或藥物是否應當享有承保。 這稱為作出**承保決定**。 如果我們決定該服務或藥品應獲得承保， 我們將會給付我們應分攤的服務或藥品費用。 如果我們拒絕您的給付申請， 您可以對我們的決定提出上訴。 有關如何提出上訴的資訊， 請參閱第 9 章。

第 2 節 如何要求我們償還您或支付您收到的帳單

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

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

- 您不一定要使用該表，但是使用該表能幫助我們加快資訊處理程序。對於保戶保險補助，我們確實有透過入口網站提供理賠表格。雖然我們強烈建議保戶使用表格，確保能提交所有文件，但並非必要。他們也可以在沒有表格的情況下提交帳單副本。無論是何種方式，均應包括服務提供者資訊、服務日期、適用時的現有程序術語表 (CPT) 代碼、診斷代碼或說明、帳單金額，以及任何可用的醫療記錄，並在必要時簡短說明他們需要照護的原因。保戶提交理賠時，也應同時提交付款證明。有效的付款證明是銀行或信用卡帳單，或已取消支票的副本。
- 您可以在我們的網站 (go.wellcare.com/HealthNetCA) 下載表格或致電會員服務部索取表格，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。

有關醫療服務， 請把您的付款請求和所有的帳單或已付款的收據一起寄到以下地址 ：

付款請求寄送地址
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

D 部分付款請求寄送地址
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

第 3 節 我們將考慮您的付款要求，然後核准或拒絕您的要求

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

- 如果我們決定對醫療護理或藥物進行承保，而且您已遵循所有規定，我們會支付我們應分攤的費用。如果您支付藥物的全額費用，您可能無法獲得您支付的全額 (例如，如果您在網絡外藥房取得藥物，或您為某種藥物支付的現金價格高於我們的議定價格)。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會向您寄出我們應分攤的費用補償您。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。
- 如果我們決定*不*對醫療照護或藥物進行承保，或您並*未*遵循所有規定，那麼我們不會支付我們的分攤費用。我們會寄一封信給您，解釋我們沒有寄出款項的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

第 3.1 節 如果我們通知您我們不會支付醫療護理或藥物的全部或部分費用，您可以提出上訴

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

第 8 章：
您的權利與責任

第 1 節 本計劃必須尊重您的權利和文化敏銳度

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-275-4737 (TTY users call 711).

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

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

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

第 1.1 節 我們必須以適合於您，而且符合您文化敏銳度的方式提供資訊 (用英語以外的其他語言、以語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)

我們的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，

包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。 我們的計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本項計劃有免費譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。 如果您需要，我們也可以為 用英語以外的其他語言，包括 中文 及 語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式向您免費提供的材料。 我們需要以可得取和適合您的格式向您提供有關計劃福利的資訊。 若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。

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

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

如果您無法從我們的計劃獲取可取得且適合您使用的格式之資訊，以接觸女性專科醫生或找到網絡內專科醫生，請致電會員服務部提出申訴。 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電 Office for Civil Rights，電話是 1 800 368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保的服務和藥物

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

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

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

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

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

- 您的個人健康資訊包括當您投保本計劃時提供給我們的個人資訊以及您的醫療記錄和其他醫療和健康資訊。

- 您擁有與您的資訊相關的權利，並控制您的健康資訊的使用方式。我們會給您一份名為*隱私權保護方法通知*的書面通知，告訴您有關這些權利的資訊，並解釋我們如何保護您的健康資訊的隱私。

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

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

您可以看到您的記錄中的資訊， 並能夠知道您的資訊如何與其他人分享

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

您有權知道您的健康資訊因任何非例行目的與其他人分享。

如果您對您的個人健康資訊隱私有疑問或顧慮， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。

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

作為本計劃的保戶， 您有權向我們索取幾種資訊。

如果您想要以下任何一種資訊， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）：

- **有關我們的計劃的資訊。**例如，這包括關於本計劃財務狀況的資訊。
- **網絡內醫療服務提供者與藥房的相關資訊。**您有權取得有關網絡內服務提供者和藥房資格，以及我們如何向網絡內服務提供者付款的資訊。
  - 您可以向會員服務部索取更多關於我們網絡內服務提供者的資訊，包括其資格、就讀的醫學院校、住院醫生實習完成證明和專業領域證書。會員服務部和該網站均能向您提供有關我們網絡內服務提供者的變更最新資訊。您還可以造訪我們的網站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 查詢資訊。

- **有關您的承保和在使用您的承保時必須遵守的規定的資訊。**第 3 章和第 4 章提供醫療服務的相關資訊。第 5 章和第 6 章提供 D 部分藥物承保的相關資訊。
    - **請注意：**我們的計劃不會獎勵執行使用評估的執業者、服務提供者或員工，包括那些被授權的實體。醫療資源管理 (UM) 決策只考慮護理與服務的適當性及是否受到承保。此外，本計劃不會特別獎勵執業者或其他個人拒絕承保的作為。針對 UM 決策者的財務激勵措施，並不會鼓勵其做出造成資源未充分利用的決策。
- **有關某些項目不受承保的原因以及該如何處理的資訊。**第 9 章提供要求書面解釋為何不承保醫療服務或 D 部分藥物，或您的承保受到限制的相關資訊。第 9 章也提供有關要求我們改變決定，也稱為上訴的資訊。

第 1.5 節 您有權知道您的治療選擇，也有權參與有關您的健康照護的決定

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

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

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

您有權作出指示， 讓醫療人員知道當您無法自己作出醫療決定時該如何處理

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

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

在發生這些情況之前用於預先提供指示的法律文件稱為**預立醫療指示**。 像是稱為**生前預囑**和**健康照護委託書**的文件即為預立醫療指示的範例。

如何擬定預立醫療指示以提供指示 ：

- **取得表格。**您可取得預立醫療指示表格，請向您的律師、社工或從一些辦公用品店索取。有時，您也可以向提供 Medicare 資訊的組織索取預立醫療指示表格。

- **填寫表格並簽名。**無論您是從哪裡索取表格，請記住這是一份法律文件。請考慮由律師幫您準備這份文件。
- **將表格副本交給適當的人**。您應交一份表格副本給您的醫師，交一份給您在表格中指定為在您無法作出決定時代您作決定的人士，您可能也希望將副本交給密友或家人。在家中保留一份副本。

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

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

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

如果您的指示並未獲得遵循

如果您已經簽署預立醫療指示， 但是您認為醫生或醫院沒有遵守您的指示， 您可以向 California 司法部長辦公室提出投訴， 電話 ： 1-916-210-6276。 TTY 使用者請撥 711， 或瀏覽 https://oag.ca.gov/consumers/general/care。

第 1.6 節 您有權提出投訴和請求我們重新考慮我們作出的決定

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

第 1.7 節 您有對我們保戶的權利和責任政策提出建議的權利

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

第 1.8 節 新科技評估

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

在沒有 Medicare 承保裁定的情況下， 本計劃會評估新科技或現有科技的新應用可否納入適用的福利計劃中， 透過對同儕審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， 確保保戶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。 本計劃也會參考執業醫生、 國家認可的醫療組織 (包括醫生專業學會、 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 Food and Drug Administration (FDA)、 美國疾病管制與預防中心 (CDC) 和美國國家衛生院 (NIH)) 的報告和出版物所發表的意見、 建議和評估結果。

第 1.9 節 如果您認為您受到了不公平對待或您的權利未受到尊重

如果您認為您因您的種族、 殘障、 宗教、 性別、 健康、 民族、 信條 (信仰)、 年齡或原國籍受到不公平對待或您的權利未受到尊重， 請致電 1-800-368-1019 (TTY 使用者請撥 1-800-537-7697) 聯絡衛生及公眾服務部的**民權辦公室**， 或致電您當地的民權辦公室。 您有權受到尊重並擁有尊嚴。

如果您認為您受到不公平對待或您的權利未受到尊重， *而*這與歧視*無關*， 您可從下列地點獲得幫助， 解決您的問題 ：

- **致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）**
- **致電您當地的 SHIP**，電話號碼是 1-800-434-0222。
- **請致電 Medicare**，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 使用者請撥 1-877-486-2048)

第 1.10 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

從下列地點獲得有關您權利的更多資訊 ：

- **致電本計劃的會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）**
- **致電您當地的 SHIP**，電話號碼是 1-800-434-0222。
- **聯絡 Medicare**
  - 請造訪 Medicare.gov 閱讀刊物*《Medicare 權利和保護》*(Medicare Rights & Protections) (可在以下網址取得：Medicare Rights & Protections)
  - 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 使用者請撥 1-877-486-2048)

第 2 節 您作為本計劃保戶的責任

作為本計劃保戶， 您有下列責任。 如有疑問， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。

- **熟悉您享有的承保服務以及您必須遵守哪些規定才能獲得這些承保服務。**使用本*承保證明*，瞭解您享有哪些承保服務以及必須遵守哪些規定才能獲得承保服務。
  - 第 3 章和第 4 章詳細說明醫療服務。
  - 第 5 章和第 6 章提供 D 部分藥物承保的詳細說明。
- **除了本計劃外，如果您還有任何其他健康承保或藥物承保，您必須告訴我們。**第 1 章向您說明有關這些福利的協調事項。

- **請告訴您的醫生和其他健康護理服務提供者您已投保本計劃。**
  在您接受醫療護理或領取 D 部分藥物時，請出示本計劃保戶卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題和遵守護理指示，協助他們向您提供幫助。**
  - 為幫助獲得最佳照護，請向您的醫生和其他健康服務提供者告知您的健康問題。遵循您和您的醫生皆同意的治療計劃和指示。
  - 請確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和營養補充劑。
  - 如果您有問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。您有責任理解您的健康問題，並幫助制定您和您的醫生同意的治療目標。
- **請為他人著想。**我們期待我們的保戶都能尊重其他患者的權利。我們也期待您的行為能幫助您的醫生診所、醫院和其他辦公室正常運作。
- **支付您應付的費用。**作為計劃保戶，您應負責支付下列款項：
  - 您必須支付您的計劃保費。
  - 您必須繼續為 Medicare Part B 支付保費，才能保留本計劃的保戶身分。
  - 針對本計劃所承保的大多數醫療服務或藥物，您都必須在取得服務或藥物時分攤您那部分的費用。
  - 如果您由於年收入而需要支付 D 部分的額外款項，則您必須繼續直接向政府支付額外款項以保持本計劃保戶資格。
- **如果您搬到我們的計劃服務區域*內*，我們需要知道**您的搬家資訊，以便我們更新您的保戶資格記錄，並且知道如何與您聯絡。
- **如果您搬到本計劃服務區域*外*，您就無法繼續成為本計劃的保戶。**
- **如果您搬家，請通知社會安全局 (或鐵路退休委員會)。**

第 9 章：

如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 1 節 如果您有問題或疑慮，該怎麼做

本章說明處理問題和疑慮的 2 類程序 ：

- 對於某些問題，您需要使用**承保決定和上訴程序**。
- 對於其他問題，您需要使用**提出投訴的程序** (也稱為申訴)。

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

本章中的資訊可幫助您找到應當使用的適當程序， 以及您應做什麼。

第 1.1 節 法律術語

本章解釋與一些規定、 程序和截止日期類型有關的法律術語。 大部分人對這些術語不熟悉。 為了讓事情更簡單， 本章使用更熟悉的詞彙取代一些法律術語。

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

第 2 節 從何處獲得更多資訊和個人化幫助

我們會很樂意幫助您。 即使您對我們的對待方式有投訴， 我們仍有義務保障您的投訴權利。 請務必致電會員服務部尋求協助， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。 在一些情況下， 您可能也想要從其他與我們沒有關聯的人那裡獲得幫助或指引。 兩個可以幫助您的組織是 ：

州健康保險協助計劃 (SHIP)

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

SHIP 顧問提供的服務是免費服務。

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)
1-800-434-0222 TTY 使用者請撥 ： 1-800-735-2929
週一至週五當地時間上午 8 點至下午 4 點。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。

- 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。
- 請造訪 Medicare.gov。

第 3 節 您的問題應使用哪個程序

您的問題或疑慮與您的福利或承保有關嗎？

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

是。

請參閱**第4節， 承保決定與上訴的指南。**

否。

請參閱**第 10 節， 如何對照護品質、 等候時間、 客戶服務或其他疑慮提出投訴。**

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定與上訴的指南

承保決定和上訴是為處理與您的醫療照護 (服務、 用品與 B 部分藥物， 包括付款) 福利及承保有關的問題。 為了簡單起見， 我們一般將醫療物品、 服務和 Medicare Part B 藥物視為**醫療護理**。 如遇某個項目是否能獲得承保以及承保方式之類的問題時， 可以使用承保決定和上訴程序。

在接受服務之前， 要求承保決定

在獲得某項醫療服務前， 如果您想知道我們是否承保該項服務， 您可以請求我們為您作出承保決定。 承保決定是我們對您的福利和承保或我們將為您的醫療照護所支付的金額所做的決定。 例如， 如果本計劃的網絡內醫生將您轉診給非網絡內醫療專科醫生， 該轉診是一項有利的承保決定， 除非您或您的網絡內醫生證明您已收到這位醫療專科醫生的標準拒絕通知， 或者《*承保*

*證明》*清楚表示所轉診的服務一概不承保。 如果您的醫生不確定我們是否會承保某項醫療服務或者拒絕提供您認為您需要的醫療護理， 您或者您的醫生也可以聯絡我們， 請求我們作出承保決定。

在特定情況下， 要求我們作出承保決定的請求會被駁回， 亦即我們不會審核該請求。 關於請求何時會遭駁回的例子， 包括 ： 請求內容不完整、 有人代您提出請求但未獲得合法授權， 或是您要求撤銷請求時。 如果我們駁回承保決定的請求， 我們會寄送通知說明為什麼該請求遭到駁回， 以及如何要求審查該駁回結果。

只要我們決定您能獲得哪些承保項目， 以及我們應給付的金額， 我們就是在作出承保決定。 在某些情況下， 我們可能會決定醫療照護是否不予承保或不再為您承保。 如果您不同意該承保決定， 您可以提出上訴。

提出上訴

如果我們在接受福利之前或之後作出承保決定， 但是您不滿意， 您可以對決定提出**上訴**。 上訴是透過正式方式要求我們審查並變更我們作出的承保決定。 在某些情況下， 您可以要求對承保決定提出加急或**快速上訴**。 您的上訴是由不同於作出原先決定的審查員處理。

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

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

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

- 您無需做任何動作就能開始 2 級上訴。如果我們不完全同意您的 1 級上訴，Medicare 規定要求我們將您對醫療護理的上訴自動送至 2 級。
- 請參閱**第 5.4 節**瞭解更多醫療照護 2 級上訴相關資訊。
- D 部分上訴將於第 6 節進一步討論。

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

第 4.1 節 要求做出承保決定或提出上訴時取得協助

如果您決定請求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴， 以下是資源 ：

- **致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）**
- 從您的州健康保險協助計劃**獲得免費幫助**

- **您的醫生可代表您提出申請。**如果您的醫生幫助您進行超過 2 級的上訴，將需要指定他們擔任您的代表。請致電會員服務部索取*代表委任書*表格，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。(此表格也可在 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 go.wellcare.com/HealthNetCA 上取得。)
    - 對於醫療護理或 B 部分藥物，您的醫生可代表您請求作出承保決定或提出 1 級上訴。如果您的上訴在 1 級被拒，則會自動轉到 2 級上訴。
    - 對於 D 部分藥物，您的醫生或其他處方開立者可代表您請求作出承保決定，或提出 1 級上訴。如果您的 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方開立者可以提出 2 級上訴。
- **您可請其他人代表您上訴。**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。
    - 如果您想請朋友、親戚或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取*代表委任書*表格，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)。(此表格也可在 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 go.wellcare.com/HealthNetCA 上取得。)此表格賦予該人士代表您行事的許可。該表一定要由您以及將要擔任您的代表的人簽名。您必須給我們一份已簽名表格的副本。
    - 雖然我們可以在無表格的情況下接受代表的上訴要求，但在尚未收到表格前，我們無法完成審核程序。如果我們在對您的上訴作出承保決定的截止日期前未收到該表格，您的上訴請求將被撤銷。如果發生這種情況，我們會向您發送書面通知，說明您請求獨立審核組織審查我們決定駁回上訴的權利。
- **您還有權聘請律師。**您可以聯絡您自己的律師，或者向您當地的律師協會或其他轉診服務索取律師名單。若您符合資格，還有一些團體可向您提供免費法律服務。但是，請求任何類型的承保決定或提出上訴**並不要求您必須聘請律師**。

第 4.2 節　　不同情況的規定和截止日期

涉及承保決定和上訴的不同情況有 4 種。 每種情況都有不同的規定和期限。 我們會提供以下每種情況的詳細資訊 ：

- **第 5 節：**醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴
- **第 6 節：**D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴
- **第 7 節：**如果您認為自己過早出院，如何請求我們承保更長的住院停留時間
- **第 8 節：**如果您認為您的承保過早終止，如何請求本計劃繼續承保特定的醫療服務 (*僅適用於這些服務：*居家護理照護、專業護理機構照護和綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務)

如果您不確定哪些資訊適用於您， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。 您也可以從您的 SHIP 取得協助或資訊。

第 5 節 您的醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴

第 5.1 節 如果您在獲得醫療護理承保時遇到問題或想要我們退回我們對您的護理費用的分攤費用，該怎麼辦

您的醫療照護福利如第 4 章的醫療給付表中所述。 在某些情況下， 對 B 部分藥物的請求適用不同的規定。 在這些情況下， 我們將解釋 B 部分藥物的規定與醫療物品和服務的規定有何不同。

本部分將會告訴您， 如果您發生以下 5 種情況中的任何一種， 您可以怎麼做 ：

1。您並未獲得您想要的某些醫療護理， 然而您認為該項應該在我們的計劃承保範圍內。 **要求承保決定。 第 5.2 節。**

2。本計劃不核准您的醫生或其他服務提供者想要向您提供的醫療照護， 但您認為該項照護應該在本計劃承保範圍內。 **要求承保決定。 第 5.2 節。**

3。您獲得了您認為應在本計劃承保範圍內的醫療照護， 但是我們已經表示不支付此照護的費用。 **提出上訴。 第 5.3 節。**

4。您獲得了您認為應在本計劃承保範圍內的醫療照護並已付費， 您想請求本計劃向您償付此照護的費用。 **請將帳單寄給我們。 第 5.5 節。**

5。您獲知您一直在接受的某項以前獲得我們核准的醫療護理承保將減少或停止， 但您認為減少或停止該項護理會損害您的健康。 **提出上訴。 第 5.3 節。**

注意 ： 如果即將終止的承保屬於醫院護理、 居家護理、 專業護理機構照護或綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務， 請參閱第 7 節和第 8 節。 特殊規定適用於這些護理類型。

第 5.2 節 如何要求承保決定

法律術語 ：

涉及您的醫療護理的承保決定， 可稱為**組織裁定**。

快速承保決定稱為**加急裁定**。

步驟 1 ： 決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

標準承保決定通常在 7 個日曆日內做出， 即醫療物品或服務受我們的事先授權規定約束， 所有其他醫療物品和服務為 14 個日曆日內， B 部分藥物為 72 小時。 快速承保決定通常針對醫療服務在 72 小時內進行 ； 或是針對 B 部分藥物在 24 小時內進行。 若要取得快速承保決定， 您必須達到 2 項要求 ：

- 您*只能要求*承保醫療物品和/或服務 (不能要求支付已經接受的物品和/或服務)。
- *只有*使用標準截止日期會對您的健康造成嚴重傷害或讓您無法恢復功能時，您才能獲得快速承保決定。

如果您的醫生告訴我們， 您的健康狀況需要快速承保決定， 我們會自動同意為您作出快速承保決定。

如果您請求作出快速承保決定， 但沒有您的醫生的支持， 我們將決定您的健康狀況是否需要我們作出快速承保決定。 如果我們不核准快速承保決定， 我們會寄信給您， 告知 ：

- 說明我們將會使用標準截止日期。
- 說明如果您的醫生提出快速承保決定的請求，我們會自動為您提供快速承保決定。
- 針對我們為您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，說明您如何提出快速投訴。

步驟 2 ： 要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

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

步驟 3 ： 我們將考慮您的醫療照護承保請求， 並給予答覆。

對於標準承保決定， 我們使用標準截止日期。

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

- **但是**，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療項目或服務，**我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們*不應*花費更多天數，您可以提出*快速投訴*。我們會在做出決定後，盡快回覆您的投訴。(提出投訴的程序與承保決定和上訴的程序不同。請參閱第 10 節以瞭解關於投訴的資訊。

為了快速承保決定， 我們使用加速時限。

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

- **但是**，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療項目或服務，**我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們*不應*花費更多天數，您可以提出*快速投訴*。(請參閱第 10 節以瞭解關於投訴的資訊。) 作出決定後，我們會盡快打電話通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們將寄給您書面聲明，解釋我們拒絕的原因。

步驟 4 ： 如果我們拒絕您的醫療護理承保申請， 您可以提出上訴。

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

第 5.3 節 如何提出 1 級上訴

法律術語 ：

就醫療照護承保決定對本計劃提出上訴稱為計劃**重新裁決**。

快速上訴也稱為**加速重新裁決。**

步驟 1 ： 決定您是否需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常針對 B 部分藥物在 30 個日曆日或 7 個日曆日內進行。 快速上訴通常在 72 小時內提出。

- 如果您對我們做出之照護承保決定提出上訴，您及/或您的醫師將需要決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速上訴，我們會核准快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與第 5.2 節中獲得快速承保決定的要求相同。

步驟 2 ： 要求我們的計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您提出標準上訴，請以書面形式提出標準上訴。**第 2 章有聯絡資訊。
- **如果您要提出快速上訴，請透過書面方式提出您的上訴，或致電與我們聯絡。**第 2 章有聯絡資訊。
- 您必須**在我們的承保決定書面通知寄出日期後 65 個日曆日內**提出上訴請求。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。
- **您可以索取與您的醫療決定相關的資訊之副本。您和您的醫生可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。**

步驟 3 ： 我們將考慮您的上訴， 並給予答覆。

- 當我們的計劃正在審查您的上訴時，我們會仔細審查所有資訊。我們會檢查以確定當時拒絕您的請求時，我們是否遵守所有的規定。
- 如果需要，我們將收集更多資訊，可能會與您或您的醫生聯絡。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
    - 如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，且如果您的要求是針對醫療項目或服務，**我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是針對 B 部分藥物，我們無法花額外時間。
    - 如果我們在 72 小時內 (或者如果我們需要更多時間，在延長時間期終止前) 未向您作出答覆，我們必須自動將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。第 5.4 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們將必須在收到您上訴後的 72 小時內授權或提供承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部要求，**我們會自動將您的上訴轉交獨立審核組織進行 2 級上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**向您作出答覆。如果申請的是您尚未獲得的 B 部分藥物，我們將在收到上訴的 **7 個日曆日內**答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆您，我們將會加快答覆。
    - 如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，且如果您的要求是針對醫療項目或服務，我們**最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間來做決定。
    - 如果您認為我們不應花費更多天數，您可以提出快速投訴。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內對您的投訴作出答覆。(請參閱本章第 10 節以瞭解關於投訴的資訊)。
    - 如果我們沒有在截止日期 (或延長時間截止時) 內答覆您，我們會將您的要求送至 2 級上訴，由獨立審核組織審查上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。第 5.4 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆是同意您的部分或所有請求，**則若您的請求是針對醫療物品或服務，我們必須在 30 個日曆日內授權或提供承保，或**若您的請求是針對 B 部分藥物，則必須在 7 個日曆日內授權或提供承保。**
- **如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴，**我們會自動將您的上訴送到獨立審核組織進行 2 級上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

第 5.4 節 2 級上訴程序

法律術語 ：

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。 其有時稱為**IRE。**

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

步驟 1 ： 獨立審核組織審查您的上訴。

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

如果您在 1 級上訴時採用快速上訴， 您在 2 級上訴時也會採用快速上訴。

- 至於快速上訴，獨立審核組織必須在接獲您的 2 級上訴後 **72 小時內**向您提出答覆。
- 如果您的請求是針對醫療物品或服務，而獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個日曆日**。如果他們需要更多天數，他們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物，獨立審核組織不會花費額外的時間來做決定。

如果您在 1 級上訴時採用標準上訴， 您在 2 級上訴時也會採用標準上訴。

- 對於標準上訴，如果您的請求是關於醫療物品或服務，獨立審核組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**回覆您的 2 級上訴。如果您的請求是針對 B 部分藥物，獨立審核組織必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**回覆您的 2 級上訴。
- 如果您的請求是針對醫療物品或服務，而獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個日曆日**。如果他們需要更多天數，他們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物，獨立審核組織不會花費額外的時間來做決定。

步驟 2 ： 獨立審核組織將給您答覆。

獨立審核組織會將以書面方式告訴您他們的決定， 並解釋原因。

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

- **如果該機構否決您的部分或全部上訴，這代表他們同意本計劃不核准您的醫療照護承保的請求 (或您的部分請求)。(這稱為維持決定或駁回上訴。) 在這種情況下，獨立審核組織會寄信給您：**
  - 解釋決定。
  - 如果醫療照護承保的金錢價值達到一定的最低限度，則告知您有權提出 3 級上訴。您收到來自獨立審核組織的書面通知會告訴您繼續上訴程序必須符合的金錢價值。
  - 告訴您如何提出 3 級上訴。

步驟 3 ： 如果您的個案符合要求， 請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外 3 級 (總共有 5 級上訴)。如果您要提出 3 級上訴，請查閱您在 2 次上訴後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。第 9 節說明 3 級、4 級和 5 級上訴程序。

第 5.5 節 如果您要請求我們為您收到的醫療照護帳單支付我們的分攤費用

第 7 章描述您可能需要請求償付或支付您從服務提供者處收到的帳單的情形。 另外還說明如何向我們寄送文件， 要求我們付款。

請求償付就是請求我們作出承保決定

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

- **如果我們接受您的要求：**如果醫療照護獲得承保，並且您已遵守所有規則，我們通常會在收到您的要求後的 30 個日曆日內，但不會晚於 60 個日曆日內，將我們的分攤費用寄送給您。如果您尚未支付這些醫療護理的費用，我們會將付款直接寄給服務提供者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果醫療護理*未*獲承保或若您*沒有*遵守所有規定，我們就不會寄出付款。相反的，我們會寄給您一封信，告訴您我們不會支付這些醫療護理費用，並說明原因。

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

如需提出上訴， 請遵照第 5.3 節的上訴程序。 關於償付的上訴， 請注意 ：

- 我們必須在收到您上訴後的 60 個曆日內給您答覆。如果您請求我們對您已經接受和付款的醫療護理償還費用，您不能請求快速上訴。
- 如果獨立審核組織決定我們應該支付費用，我們必須在 30 個日曆日內將款項寄給您或服務提供者。如果您的上訴在層級 2 之後的任何上訴程序階段得到同意的答覆，我們將必須在 60 個曆日內將您要求給付的款項寄給您或醫療服務提供者。

第 6 節 D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴

第 6.1 節 如果您對領取 D 部分藥物有問題，或您希望我們償還您 D 部分藥物的費用該怎麼辦

您的福利包括承保許多處方藥。 要獲得承保， 藥物必須用於醫學上所接受的引證。 (請參閱第 5 章， 進一步瞭解醫學上所接受的引證)。 有關 D 部分藥物、 規定、 限制和費用的詳情， 請參閱第 5 章和第 6 章。 **本節僅與您的 D 部分藥物相關**。 為了簡單起見， 在本節的其餘部分， 我們通常使用*藥物*， 而不是每次都重複*門診承保處方藥*或 *D 部分藥物*。 我們也使用「藥物清單」一詞， 而*非承保藥物清單*或處方集。

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

D 部分藥物承保決定和上訴

法律術語 ：

有關您的 D 部分藥物的最初承保決定稱為**承保裁定。**

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

- 要求我們承保不在本計劃「藥物清單」中的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 請求免除本計劃對某種藥物的承保限制 (例如某種藥物的供藥量限制、事先授權，或先嘗試其他藥物的要求)。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 請求對在較高層級的承保藥物支付較低的分攤費用。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求取得藥物的事先核准。**要求承保決定。第 6.4 節**
- 支付您已經購買的處方藥物費用。**請求我們向您退款。第 6.4 節**

如果您不同意我們已經作出的承保決定， 您可以對我們的決定提出上訴。

本部分告訴您如何提出承保決定要求， 以及如何提出上訴。

第 6.2 節 要求例外處理

法律術語 ：

請求承保某種不在「藥物清單」中的藥物為**處方集例外處理。**

請求取消對承保藥物的限制為**處方集例外處理**。

請求對某種承保的非首選藥物支付較低的價格為**層級例外處理。**

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

我們考慮您的例外處理要求， 您的醫生或其他處方開立者需要解釋您需要作為例外處理的醫療原因。 以下是您、 您的醫生或其他處方開立者可以要求我們例外處理的 3 個範例 ：

1. **承保不在本計劃藥物清單中的 D 部分藥物。** 如果我們同意承保某種不在藥物清單中的藥物，您將需要支付適用於層級 3 (非首選藥物) 的分攤費用。 當我們同意承保某種不在藥物清單中的藥物時， 您不可針對我們規定您支付的藥品分攤費用金額要求我們進行例外處理。

2. **免除我們對承保藥物的限制。** 第 5 章說明適用於我們藥物清單上特定藥物的額外規定或限制。 如果我們同意進行例外處理並為您免除限制， 您可針對我們規定您支付的藥品分攤費用金額要求我們進行例外處理。

3. **降低藥物承保的分攤費用層級。** 我們藥物清單中的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級之一。 通常， 分攤費用層級數愈低， 您需要分擔的藥費就愈少。

    - 如果我們的藥物清單中包含用於治療您醫療病症的替代藥物，這些藥物的分攤費用層級低於您的藥物，您可以要求我們以適用於替代藥物的分攤費用金額來支付您的藥物。
    - 如果您目前所用的藥物是生物製劑，您可以要求我們以較低的分攤費用金額承保您的藥物。這將是包含用於治療您病症的生物製劑替代物的最低層級。
    - 如果您目前所用的藥物是原廠藥，您可以要求我們以適用於治療您的病況的原廠藥替代藥物最低層級的分攤費用金額來支付您的藥物。
    - 如果您目前所用的藥物是副廠藥，您可以要求我們以適用於治療您的病況的原廠藥或副廠藥替代藥物最低層級的分攤費用金額來支付您的藥物。
    - 您不可要求我們更改層級 5 (專用層級藥物) 中任何藥物的分攤費用層級。
    - 如果我們批准您的層級例外處理請求，並且有多個較低的分攤費用層級的替代藥物但您無法使用，您通常會支付最低金額。

第 6.3 節 請求例外處理時需要瞭解的重要事項

您的醫生必須告訴我們醫療原因

您的醫生或其他處方開立者必須向我們提供書面聲明， 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， 請附上您的醫生或其他處方開立者提供的醫療資料。

我們的「藥物清單」通常會對於治療特定病症列出一種以上藥物。 這些不同的藥物稱為**替代**藥物。 如果替代藥品與您要求的藥品效力相當且不會造成較多的副作用或其他健康問題， 我們通常不會核准您的例外處理要求。 如果您要求我們提供層級例外處理， 我們通常*不會*批准您的例外申請， 除非所有較低分攤費用層級中的替代藥物都對您都無效， 或可能造成負面反應或其他傷害。

我們會同意或拒絕您的請求

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

第 6.4 節 如何要求承保決定，包括例外處理

法律術語 ：

快速承保決定稱為**加急承保裁定。**

步驟 1 ： 決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

標準承保決定會在我們收到您的要求後 **72 小時**內決定。 **快速承保決定**會在我們收到您的要求後 **24 小時**內決定。

如果出於您的健康需要， 請要求我們作出快速承保決定。 **若要取得快速承保決定， 您必須達到 2 項要求 ：**

- 您必須要求*您尚未收到的藥物*。(您不能請求快速承保決定，以償還您已經購買的藥物)。
- 使用標準截止日期可能會嚴重危害您的健康，或傷害您的身體機能。
- **如果您的醫生或其他處方開立者告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會自動提供您快速承保決定。**
- **如果您請求獲得快速承保決定，但沒有您的醫生或其他處方開立者的支持，我們將決定您的健康狀況是否需要我們作出快速承保決定。**如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，告知：

- 說明我們將會使用標準截止日期。
- 說明如果您的醫生或其他處方開立者提出快速承保決定的請求，我們會自動為您提供快速承保決定。
- 針對我們為您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，向您說明如何提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後 24 小時內回覆。

步驟 2 ： 要求標準承保決定或快速承保決定。

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

您、 您的醫生 (或其他處方開立者)， 或您的代表可以如此做。 您也可以請一位律師代表您。 第 4 節說明您可以如何提供書面許可， 指定其他人擔任您的代表。

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

步驟 3 ： 我們考慮您的請求， 並給您答覆。

快速承保決定的期限

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

與您尚未領取之藥物有關的標準承保決定截止日期

- 我們通常必須在收到您的請求後 **72 個小時內**向您作出答覆。
  - 關於例外處理，我們會在收到支持您醫生的支持聲明後 72 小時內向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
  - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。如果您的請求已傳送至獨立審核組織，我們會向您發出書面通知。

- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須在收到您的申請或支持您的申請之醫生聲明後**72小時內提供我們同意的承保**。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

有關您已購買藥物付款的標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您要求後的 **14 個日曆日**內給您答覆。
  - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。如果您的請求已傳送至獨立審核組織，我們會向您發出書面通知。
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須在收到您的請求後 14 個日曆日內付款給您。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

步驟 4 ： 如果我們拒絕您的承保請求， 您可以提出上訴。

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

第 6.5 節 如何提出 1 級上訴

法律術語 ：

就 D 部分藥物之承保決定向本計劃提出上訴稱為**計劃重新裁決**。

快速上訴稱為**加速重新裁決**。

步驟 1：決定您是否需要標準上訴或快速上訴。

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

- 如果您對我們作出的關於您尚未收到的藥物的承保決定提出上訴，您及您的醫生或其他處方開立者需要決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與本章第 6.4 節中獲得快速承保決定的要求相同。

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

- **對於標準上訴，請提交書面要求，**或致電我們。第 2 章有聯絡資訊。
- **對於快速上訴，請以書面方式提出上訴或致電我們：1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥：711)。**第 2 章有聯絡資訊。

- **我們必須接受任何書面請求，**包括用 *CMS 重新裁決示範請求表*提交的請求，該請求表可以從我們的網站 go.wellcare.com/Cacoveragedeterminations 獲得。請附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。
- 您必須**在我們的承保決定書面通知寄出日期後 65 個日曆日內**提出上訴請求。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。
- **您可以索取一份您的上訴資料副本，並補充更多資訊。**您和您的醫生可以增加更多資訊，為您的上訴提供佐證。

步驟 3 ： 我們將考慮您的上訴， 並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
    - 如果我們在 72 小時內未向您作出答覆，我們必須自動將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。如果您的請求已傳送至獨立審核組織，我們會向您發出書面通知。第 6.6 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您部分或全部要求，**我們將必須在收到您上訴後的 72 小時內提供承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部要求，**我們將寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因，以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

與您尚未領取之藥物有關的標準上訴截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**向您作出答覆。如果您尚未收到藥物，但是您的健康狀況要求我們這樣做，我們會更快作出決定。
    - 如果我們沒有在 7 個日曆日內向您作出答覆，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。如果您的請求已傳送至獨立審核組織，我們會向您發出書面通知。第 6.6 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日**內，按照您的健康需求，快速提供承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部要求，**我們將寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因，以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

有關您已購買藥物付款的標準上訴截止日期

- 我們必須在收到您要求後的 **14 個日曆日**內給您答覆。
    - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。如果您的請求已傳送至獨立審核組織，我們會向您發出書面通知。
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須在收到您的請求後 **30 個日曆日**內付款給您。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

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

- 如果您決定提出另一次上訴，則表示您的上訴進入 2 級上訴程序。

第 6.6 節 如何提出 2 級上訴

法律術語 ：

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。 有時稱為 **IRE。**

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

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

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，我們寄給您的書面通知會包括如何向獨立審核組織**提出 2 級上訴的指示**。這些指示會說明誰可以提出 2 級上訴、您必須遵守的截止日期和如何聯絡獨立審核組織。
- **您必須在接到書面通知日期後 65 個日曆日內提出上訴要求**。
- 如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們的藥物管理計劃的**風險**裁定做出不利的決定，我們會自動將您的請求轉交 IRE。如果您的請求已傳送至獨立審核組織，我們會向您發出書面通知。
- 我們會把您的上訴相關資訊送交獨立審核組織。此類資訊稱為您的**個案檔案。您有權向我們索取一份個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，以支持您的上訴。

步驟 2 ： 獨立審核組織審查您的上訴。

獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

快速上訴的截止日期

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

標準上訴的截止日期

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

步驟 3 ： 獨立審核組織將給您答覆。

針對快速上訴 ：

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

針對標準上訴 ：

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

如果獨立審核組織拒絕您的上訴， 怎麼辦？

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

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

步驟 4 ： 如果您的個案符合要求， 請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外 3 級 (總共有 5 級上訴)。
- 如果您要繼續提出 3 級上訴，請查閱您在 2 次上訴後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 9 節告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

第 7 節 如果您認為您被過早出院，如何要求我們延長住院停留承保

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

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

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

第 7.1 節 在住院期間，您會收到一份 Medicare 發出的書面通知，告知您的相關權利

住院的前 2 個日曆日內， 您會獲得一份書面通知， 稱為 *Medicare 發出的關於您的權利的重要資訊*。 Medicare 的每個人都會收到此通知的副本。 如果您沒有從醫院中的某人獲得本通知 (例如 ： 社工或護士)， 請詢問任何一位醫院員工。 如果您需要幫助， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）， 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）。

1。請仔細閱讀該通知， 如果您不理解通知內容， 請詢問。 其將會告訴您 ：

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

2。會要求您在書面通知簽名， 表示您已經收到通知並理解您的權利。

- 會要求您或您的代表在通知中簽名。
- 在通知上簽名*僅*代表您已收到關於您權利的資訊。通知不會列出您的出院日期。在通知中簽名並**不代表**您同意出院日期。

3。請保留您的通知副本， 以便您在日後需要提出上訴 (或報告照護品質問題) 時擁有相關資訊。

- 如果您是在出院日期 2 個日曆日以前在通知中簽名，您需要在您出院之前再簽署一份通知。
- 如需事先查看本通知的副本，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711），或者 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以在 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上取得通知。

第 7.2 節 如何提出 1 級上訴以變更您的出院日期

如需要求我們承保更長時間的住院服務， 您必須透過上訴程序提出此申請。 開始之前， 先瞭解您需要做什麼和有哪些截止日期。

- **遵守程序**
- **遵守期限**
- **如有需要請尋求協助。**如果您有疑問或需要協助，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。或者請致電您的州健康保險協助計劃 (SHIP)，尋求個人化協助。SHIP 聯絡資訊請參閱第 2 章第 3 節。

在 1 級上訴中， 品質改善組織會審查您的上訴。 他們會檢查您的計劃出院日期是否在醫療上適當。 **品質改善組織**擁有一群醫生和其他醫療保健專業人員， 他們由聯邦政府付費， 負責檢查和幫助改善 Medicare 保戶的護理品質。 包括對 Medicare 保戶的出院日期的審查。 這些專家不隸屬於本計劃。

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

您如何與該組織聯絡？

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

快速行動 ：

- 若要提出上訴，您必須在出院*之前*且**不能晚於您出院日的午夜**，與品質改善組織聯絡。
  - **如果您趕上此截止日期**，在等待品質改善組織對您的上訴作出決定時，您可以在出院日期*之後*繼續住院，*而無需付費*。
  - **如果您沒有遵守該截止日期，請聯絡我們。**如果您決定在計劃出院日期之後繼續住院，*您可能需要支付在您的計劃出院日期之後您所接受之住院照護的費用*。
- 一旦您要求立即審查您的出院情況，品質改善組織將與我們聯絡。在聯絡我們之後的次日中午之前，我們將為您提供**詳細出院通知**。本通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生，醫院和我們認為您在該日期出院是正確 (醫療上適當) 的原因。
- 您可以致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)，或是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，獲得**詳細出院通知**的範本。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。)或者，您也可以在 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上取得通知範本。

步驟 2 ： 品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改善組織的健康照護專業人員 (*審查員*) 將詢問您 (或您的代表) 為什麼您認為我們應當繼續承保服務。您不必準備任何書面文件 (若您想自行準備也可)。

- 審查員還會檢查您的醫療資料，與您的醫生討論，並審核我們和醫院向他們提供的資料。
- 在審查員告知我們您上訴的次日中午之前，您將會收到我們寄出的一封通知您預定出院日期的書面通知。本通知會詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是正確 (醫療上適當) 的原因。

步驟 3 ： 品質改善組織會在獲得所有必要資訊後的一天時間內， 對您的上訴給予答覆。

如果答覆是同意， 會怎樣？

- 如果獨立審核組織*同意*，**只要這些是必要的醫療服務，我們必須繼續向您提供承保住院服務**。
- 您必須繼續支付您的分攤費用 (例如自付額或共付額 (如適用))。此外，您的承保醫院服務可能會有限制。

如果答覆是否定的， 會怎樣？

- 如果獨立審核組織*不同意*，則表示他們認為您的計劃出院日期是醫療上適當。如果出現這種情況，則我們**對您的住院服務的承保將**在品質改善組織對您的上訴作出答覆*後*第二天中午終止。
- 如果獨立審核組織*駁回*您的上訴，而您決定繼續住院，那麼**您可能需要支付從品質改善組織對您的上訴做出答覆的隔天中午之後您所接受之照護的全額費用**。

步驟 4 ： 如果您的 1 級上訴遭到拒絕， 請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果品質改善組織*駁回*您的上訴，*而且*您決定在您的預定出院日期之後繼續住院，您可以提出另一次上訴。繼續上訴意味著您將轉入 *2* 級上訴程序。

第 7.3 節 如何提出 2 級上訴以變更您的出院日期

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

步驟 1 ： 您再次聯絡品質改善組織， 要求再次審查。

- 您必須在品質改善組織*拒絕*您的 1 級上訴後 **60 個日曆日內**請求審查。只有在您的照護承保終止後，但您還繼續住院的情況下，才能要求該項審核。

步驟 2 ： 品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

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

如果獨立審核組織同意 ：

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

如果獨立審核組織不同意 ：

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

步驟 4 ： 如遭到拒絕， 您需要決定是否希望繼續 3 級上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外 3 級 (總共有 5 級上訴)。如果您要提出 3 級上訴，請查閱您在 2 次上訴決定後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 9 節告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

第 8 節 如果您認為您的承保終止過早，如何請求我們繼續承保某些醫療服務

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

當我們決定應停止承保向您提供的任何這 3 類護理時， 我們必須事先通知您。 當您接受的此類照護承保終止後， *我們將停止支付我們為您的照護支付的分攤費用*。

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。

第 8.1 節 我們將提前告訴您承保將於何時終止

法律術語 ：

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

1。您會在我們的計劃將停止承保您的照護至少 2 個日曆日前收到書面通知。 該通知會告知您 ：

- 我們將停止為您承保護理的日期。
- 如何要求快速跟蹤上訴，以要求我們繼續承保您的照護更長時間。

2。會要求您或代表您行事的人士在書面通知上簽名， 表示您已經收到通知。 在通知中簽名*僅*意味著您已收到關於您的承保何時停止的資訊。在這份通知中**簽名並不表示您同意本計劃停止照護的決定。**

第 8.2 節 如何提出 1 級上訴，要求我們的計劃延長承保您的護理

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

- **遵守程序。**
- **遵守期限。**
- **如有需要請尋求協助。**如果您有疑問或需要協助，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。或者請致電您的州健康保險協助計劃 (SHIP)，尋求個人化協助。SHIP 聯絡資訊請參閱第 2 章第 3 節。

在 1 級上訴中， 品質改善組織會審查您的上訴。 這會決定您的護理結束日期是否在醫療上合適。 **品質改善組織**擁有一群醫生和其他醫療保健專業人員， 他們由聯邦政府付費， 負責檢查和幫助改善 Medicare 保戶的護理品質。 這包括審查計劃決定何時停止承保特定種類的醫療照護。這些專家不隸屬於本計劃。

步驟 1 ： 提出您的 1 級上訴 ： 聯絡品質改善組織， 請求*快速跟蹤上訴*。 您必須快速行動。

您如何與該組織聯絡？

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

快速行動 ：

- 您必須在 *Medicare 不承保通知*的**生效日期前一天中午之前**，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您錯過截止日期，而您想提出上訴，您仍有上訴的權利。使用 *Medicare 不承保通知*上的聯絡資訊聯絡品質改善組織。也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

步驟 2 ： 品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

法律術語 ：

不承保詳細說明。 提供終止承保的詳細原因通知書。

審核中會出現什麼情況？

- 品質改善組織的健康照護專業人員 (*審查員*) 將詢問您 (或您的代表) 為什麼您認為我們應當繼續承保服務。您不必準備任何書面文件 (若您想自行準備也可)。

- 獨立審核組織也會檢查您的醫療資料，與您的醫生討論，並審核本計劃向他們提供的資料。
- 在審查員將您的上訴通知我們的當天結束前，您也會收到一份我們寄出的*不承保詳細說明*，其中詳細解釋我們將要停止對您的服務承保的原因。

步驟 3 ： 審查員會在獲得所有必要資訊後的一天時間內， 告知您他們的決定。

如果審查員的答覆是同意， 將會發生什麼情況？

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

如果審查員的答覆是拒絕將會怎樣？

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

步驟 4 ： 如果您的 1 級上訴遭到拒絕， 請決定是否希望再次提出上訴。

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

第 8.3 節 如何提出 2 級上訴，要求我們的計劃延長承保您的護理

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

步驟 1 ： 您再次聯絡品質改善組織， 要求再次審查。

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

步驟 2 ： 品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

步驟 3 ： 在收到您的上訴請求後的 14 個日曆日內， 品質改善組織的審查員會對您的上訴作出決定， 並會告訴您他們的決定。

如果獨立審核組織的答覆是同意， 會怎樣？

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

- 您必須繼續支付您的分攤費用，您的承保可能有限制。

如果獨立審核組織的答覆是不同意， 會怎樣？

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

步驟 4 ： 如遭到拒絕， 您需要決定是否希望繼續進一步上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外 3 級上訴，總共有 5 級上訴。如果您要繼續提出 3 級上訴，請查閱您在 2 次上訴決定後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。第 9 節告訴您更多有關 3 級、4 級和 5 級上訴程序的資訊。

第 9 節 將您的上訴升級至 3 級、4 級和 5 級

第 9.1 節 3 級、4 級和 5 級醫療服務上訴請求

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴， 而且兩次上訴都遭到駁回， 本部分內容可能適合您。

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

對於大部分涉及上訴的情況， 最後 3 級上訴的運作方式和前 2 級基本相同。 以下是關於每一級由誰審理您的上訴。

3 級上訴

行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審核您的上訴並向您作出答覆。

- **如果行政法官或律師仲裁人同意您的上訴，上訴程序*可能*終止，但也*有可能沒有*終止**。與 2 級上訴決定不同，我們有權就有利於您的 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，將進入 4 級上訴。
  - 如果我們決定*不*上訴，在收到行政法官或律師仲裁人決定後 60 個日曆日內，我們必須授權或提供您的醫療護理。
  - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將寄給您 4 級上訴請求副本及任何隨附文件。我們可能會先等待 4 級上訴的決定，然後再授權或提供爭議的醫療護理。
- **如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序*可能*終止，但也*有可能不會*終止。**
  - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。

- 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審核程序。您收到的通知，將告訴您如何處理 4 級上訴。

4 級上訴

Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審核您的上訴並給予答覆。 「委員會」隸屬於聯邦政府。

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

5 級上訴

聯邦地方法院法官會審查您的上訴。

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

第 9.2 節 3 級、4 級和 5 級 D 部分藥物上訴請求

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴， 而且兩次上訴都遭到駁回， 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。 如果低於該規定的金額， 您就不能再進一步上訴。 您收到的 2 級上訴書面答覆將解釋請求 3 級上訴與誰聯絡和該做什麼。

對於大部分涉及上訴的情況， 最後 3 級上訴的運作方式和前 2 級基本相同。 以下是關於每一級由誰審理您的上訴。

3 級上訴

行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審核您的上訴並向您作出答覆。

- **如果答覆是同意，上訴程序終止。我們必須在行政法官或律師仲裁人批准後 72 小時內 (加急上訴則為 24 小時) 授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後的不晚於 30 個日曆日內付款。**

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

4 級上訴

Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審核您的上訴並給予答覆。 「委員會」隸屬於聯邦政府。

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

5 級上訴

聯邦地方法院法官會審查您的上訴。

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

提出投訴

第 10 節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴

第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

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

投訴	範例
您的醫療照護品質	• 您對您獲得的護理品質感到不滿嗎 (包括醫院內的護理)？
尊重您的隱私	• 有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊嗎？

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

第 10.2 節　如何提出投訴

法律術語 ：

投訴也稱為**申訴。**

提出投訴稱為**提出申訴**。

採用投訴程序稱為**採用提出申訴的程序**。

快速投訴稱為**加速申訴**。

步驟 1 ： 請立即致電或寫信聯絡我們。

- **致電會員服務部通常是第一步，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。**
  如果還有其他您需要做的事，會員服務部會通知您。
- **如果您不想打電話 (或者您試過打電話，但不滿意)，您可以將書面投訴寄給我們。**如果您寄送書面投訴，我們會以書面形式回覆您的投訴。
- **如果我們無法透過電話解決您的投訴，我們有正式的程序來審核您的投訴。我們稱之為申訴程序。**若要進行投訴，或是您對此程序有任何疑問，請致電會員服務部。或者，您可以將書面申請郵寄給我們，地址列在本文件第 2 章的*醫療照護投訴或是 D 部分藥物投訴*之下。
  - 如果您要求書面回應、提出書面投訴 (申訴)，或是若您的投訴與照護品質有關，我們將以書面方式回覆您。
  - 您必須在事件發生後的 60 個日曆天內提出投訴。您也可以向我們提出正式書面投訴，地址列在本文件第 2 章*醫療照護投訴或 D 部分藥物投訴*之下。
  - 根據您的健康狀態而定，我們必須盡快通知您有關投訴的決定，但不會晚於收到您投訴後的 30 個日曆日內。若您要求延期，我們可將時程最多延長 14 個日曆日，或是如果我們有需要額外資訊的充分理由，且該延遲符合您的最佳利益。
  - 在某些情況下，您有權要求快速審核您的投訴。這就是所謂的「加速申訴程序」。如果您不同意我們在下列情況下的決定，您有權要求快速審核您的投訴：
    - 我們拒絕您的快速審核請求 (醫療護理或 D 部分藥物)。
    - 我們拒絕您針對受拒服務或 D 部分藥物之上訴的快速審核請求。
    - 我們決定需要額外時間審查您的健康照護要求。
    - 我們決定需要額外時間審查您針對健康照護遭拒提出的上訴。

- 您可以致電會員服務部，提交此類型的投訴。您也可以向我們提出書面投訴，地址列在本文件第 2 章*醫療照護投訴或 D 部分藥物投訴*之下。在我們收到加速申訴後，臨床醫生會審核案例，判斷為何您的快速審核請求受到拒絕，或是案例延遲是否適當。我們會以口頭方式通知您快速案例的決定，並在收到您投訴後的 24 小時內以書面通知您。

- 提出投訴的**截止日期**是自您遇到想投訴問題後的 60 個日曆日。

步驟 2 ： 我們將考慮您的投訴， 並給予答覆。

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

第 10.3 節 您還可以向品質改善組織提出有關護理品質的投訴

當您的投訴涉及*照護品質*時， 您還有另外 2 種選擇 ：

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

或是

- **您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。**

第 10.4 節 您也可以將您的投訴告訴 Medicare

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

第 10 章：
終止本計劃保戶資格

第 1 節　　終止本計劃保戶資格

終止您在 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 的保戶資格可以是**自願的** (您自己的選擇) 或**非自願的** (不是您自己的選擇) ：

- 您退出本計劃可能因為您*決定*要退出。第 2 節和第 3 節提供有關自願終止您保戶身份的資訊。
- 也包含我們必須終止您的保戶身份的有限情形。第 5 節告訴您在哪些情形下我們必須終止您的保戶資格。

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

第 2 節　　您何時可以終止在我們的計劃的保戶資格？

第 2.1 節　　您可以在開放投保期終止您的會員資格

您可以在每年的**開放投保期**終止您在本計劃的保戶資格。 在此期間， 審核您的健康和藥物承保， 並決定來年的承保範圍。

- **開放投保期**從 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- **選擇維持您目前的承保，或對來年的承保作出更改。**如果您選擇換到一項新計劃，您可以選擇以下任何類型的承保：
  - 另一項有或無藥物保險的 Medicare 健康計劃，
  - *含*獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare，或
  - *不含*獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare。
    - 如果您選擇此選項並獲得「額外幫助」，Medicare 可為您投保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

  注意：如果您從 Medicare 藥物承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天 (含) 以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。
- 當您的新計劃承保於 1 月 1 日開始時，**您的保戶資格將在本計劃中終止**。

第 2.2 節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期終止您的保戶資格

在 **Medicare Advantage 開放投保期**， 您可以對您的健康承保作出一次變更。

- **Medicare Advantage 開放投保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日，若為首次投保 MA 計劃的 Medicare 受益人，則自受益於 A 部分和 B 部分之月份起至受益後第 3 個月月底。
- **在 Medicare Advantage 開放投保期**，您可以：
  - 轉換至其他有或無藥物承保的 Medicare Advantage 計劃。
  - 從我們的計劃退保並透過 Original Medicare 獲得承保。如果在此期間，您轉換到 Original Medicare，您也可以同時參加另外的 Medicare 藥物計劃。
- 您的保戶資格將於您投保另一項 Medicare Advantage 計劃後或是我們收到您提出轉換到 Original Medicare 的請求之後下一個月的第一天**終止**。如果您還選擇投保一項 Medicare 藥物計劃，您在該藥物計劃中的保戶資格從該藥物計劃收到您的投保申請後月份的第一天開始。

第 2.3 節 在某些情況下，您可以在特殊投保期終止您的保戶資格

在某些情形下， 我們計劃的保戶有資格在一年內其他時間終止保戶資格。 這段時間稱為**特殊投保期**。

如果符合以下任何一種情況， **您可能有資格在特殊投保期終止您的保戶身份**。 以下只是一些例子。 如需完整清單， 您可以聯絡本計劃、 致電 Medicare 或造訪 Medicare.gov。

- 通常，當您搬家時
- 如果您有 California Medi-Cal (Medicaid)
- 如果您有資格獲得支付 Medicare 藥物承保的「額外幫助」
- 如果我們違反我們與您的合約
- 如果您正在從一個機構，如護理院或長期護理 (LTC) 醫院獲得護理
- 如果您投保了老人全方位照護計劃 (PACE)

注意 ： 如果您正在參加藥物管理計劃， 您可能無法改變計劃。 您可在第 5 章第 10 節查閱有關藥物管理計劃的更多資訊。

投保期因各自情形不同而異。

如需查詢您是否符合特殊投保期的資格， 請致電 Medicare， 電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。 如果您有特殊情況而有資格終止保戶資格， 您可以選擇改變您的 Medicare 健康承保和處方藥承保。 您可以選擇 ：

- 另一項有或無藥物保險的 Medicare 健康計劃。

- *含*獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare，或
- *不含*獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare。

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

- **您的保戶資格通常將於我們收到您提出更改計劃的請求之後下一個月的第一天終止**。
- **如果您獲得 Medicare 的「額外幫助」用以支付您的藥物承保費用：**如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 藥物計劃，Medicare 可能為您投保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

第 2.4 節 獲得關於何時您可以終止會員資格的更多資訊

如果您對於終止會員資格有任何疑問， 您可以 ：

- **致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）**
- 您可以在***《2027 年 Medicare 與您》***手冊中找到相關詳情。
- 請致電 **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048

第 3 節 如何終止您在本計劃中的保戶資格

下表解釋您如何在本計劃中終止您的保戶資格。

若要從本計劃轉換至 ：	以下是您應該做的事 ：
另一項 Medicare 健康計劃	• 投保新的 Medicare 健康計劃。 • 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保 Wellcare Low Premium Focus (HMO)。
含獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare	• 投保新的 Medicare 藥物計劃。 • 當您的新藥物計劃承保生效時，您會自動退保 Wellcare Low Premium Focus (HMO)。

若要從本計劃轉換至 ：	以下是您應該做的事 ：
*不含*獨立 **Medicare** 藥物計劃的 **Original Medicare**	• **寄送書面退保申請給我們，或造訪我們的網站在線上退保。**如果您需要更多有關如何進行的資訊，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。 • 您也可以致電 **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退保。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。 • 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將從 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 退保。

第 4 節 在您終止保戶資格之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療物品、服務和藥物

在您的保戶身份終止， 而您的新 Medicare 承保開始之前， 您必須繼續透過本計劃獲得醫療服務、 用品和處方藥。

- **繼續使用我們的網絡內服務提供者獲得醫療護理。**
- **繼續使用我們的網絡內藥房或郵購以配取您的處方藥。**
- **如果您在保戶資格終止當天住院，您將獲得本計劃的承保直至您出院** (即使您的新健康保險在您出院前即已開始生效)。

第 5 節 在某些情況下，**Wellcare Low Premium Focus (HMO)** 必須終止您在本計劃的保戶資格

如果發生以下任何情況， Wellcare Low Premium Focus (HMO) 必須終止您的計劃保戶資格 ：

- 如果您不再擁有 Medicare Part A 和 Part B
- 如果您搬出我們的服務區域
- 您離開我們的服務區域超過 6 個月
  - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)，以便確定您的新家所在地或旅遊地點是否在本計劃區域內
- 如果您被監禁 (入獄)。
- 如果您不再是美國公民或國民，或是符合資格的非公民

- 如果您謊報或隱瞞有關您享有提供處方藥承保的其他保險的資訊。
- 如果您在投保本計劃時故意提供不正確的資訊，並且該資訊會影響您投保本計劃的資格。(我們不能因這個原因要求您離開本計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准。)
- 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，或本計劃的其他保戶醫療照護。(我們不能因這個原因要求您離開本計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准。)
- 如果您讓其他人使用您的保戶卡獲得醫療護理。(我們不能因這個原因要求您離開本計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准。)
    - 如果我們因這個原因終止您的保戶資格，Medicare 可能會讓督察長對您的個案進行調查。
- 如因個人收入原因須支付 D 部分額外款項但您未支付，Medicare 會將您從本計劃中退保，您將失去藥物承保。

如果您有疑問或想要更多有關我們何時可終止您會員資格的資訊， 請致電會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737（TTY 使用者請致電 711）。

第 5.1 節 我們不能因與您的健康相關的任何原因而要求您退出本計劃

Wellcare Low Premium Focus (HMO) 不能因與您的健康相關的任何理由而要求您離開本計劃。

如果發生這種情況， 您應該怎麼做？

如果您認為我們因為與健康相關的原因要求您離開本計劃， 請致電 Medicare， 電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 5.2 節 如果我們終止您在本計劃的保戶資格，您有權提出投訴

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

第 11 章：
法律通知

第 1 節 管轄法律聲明

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

第 2 節 關於不歧視的通知

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

如果您需要更多資訊， 或對歧視或不公平對待有擔憂， 請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)， 聯絡美國衛生及公眾服務部的**民權辦公室**， 或致電您當地的民權辦公室。 您也可以至美國衛生及公眾服務部的民權辦公室檢閱資訊， 網址 ： HHS.gov/ocr/index.html。

如果您是身心障礙者並需要協助以取得照護， 請致電會員服務部告知我們， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請致電 711)。 如果您要提出投訴， 例如無法使用輪椅出入的問題， 會員服務部可以幫助您。

第 3 節 關於 Medicare 第二付款方的代位權聲明

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

第 4 節 追回您在 Wellcare Low Premium Focus (HMO) 計劃中由本計劃所支付的福利

當您受傷時

如果您因他人、 公司， 或您自己 (「責任方」) 的動作而受傷、 生病， 或發展出健康狀況， 本計劃將為您所獲得的承保服務提供福利。 然而， 如果您因受傷、 疾病， 或健康狀況而獲得金錢， 或有權獲得金錢， 無論是透過和解、 判決， 或是與您的受傷、 疾病， 或健康狀況相關之任何其他款項， 根據適用州法律， 本計劃和/或治療提供者皆保留權利， 透過本計劃追回任何提供給您之服務的價值。

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

您如何透過責任方動作受傷、 生病， 或發展出健康狀況的一些例子包括但不限於 ：

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

本計劃的追回權適用於您從責任方收到的任何及所有金額， 包括但不限於 ：

- 由第三方或代表第三方的任何保險公司所支付的款項；
- 無保險或不足額保險駕車人承保；
- 個人傷害防護、無過錯，或任何其他第一方的承保；
- 勞工賠償或身心障礙理賠；
- 任何汽車保險、營業場所，或屋主的保險涵蓋範圍，或總括保險承保範圍內的承保醫療給付；
- 從訴訟或其他法律行動所收到的任何和解或判決；或者
- 因責任方的行動或疏失，接受來自任何其他來源作為賠償的任何其他款項。

當您接受本計劃之福利時， 即表示您同意當本計劃支付您因責任方的動作或疏失所接受本計劃支付的承保服務給付， 且您或您的代表自責任方追回， 或有權追回任何金額時， 本計劃擁有第一優先的代位和償付權。

當您接受本計劃之福利時， 您也 (i) 將您追回醫療費用之權利指派給本計劃 (來自任何可用承保範圍、 由本計劃所提供、 與您受傷、 疾病， 或健康狀況相關的所有承保服務， 最高可達全部費用) (ii) 同意明確指示責任方直接代您償付本計劃。

當您接受本計劃之福利時， 您同時也給予本計劃任何追回、 和解， 或判決之優先權， 或其他補償來源及所有償付 (計劃中所支付、 與您因責任方動作， 或疏失造成的受傷、 疾病， 或健康狀況相關的承保服務給付之全額費用) 的優先權。 無論金額是否具體指名為醫療費用之追回， 且

無論您的損失是否全部或完全得到補償， 此優先權皆適用。 本計劃可能會追回本計劃提供的所有福利之全額費用， 且無須考慮您的任何過失理賠， 無論該過失理賠為比較過失或其他原因皆然。 本計劃追回不會扣除律師費用， 並且當向責任方提出理賠或訴訟時， 本計劃不需要支付或負擔法院費用， 或雇用律師的律師費用。

您必須採取的步驟

如果您因為責任方而受傷、 生病或發展出健康狀況， 您必須配合我們的計劃和/或治療提供者的努力以追回其費用， 包括 ：

- 請告知我們的計劃或治療提供者 (若適用) 責任方和/或其律師的姓名和地址 (若您知道的話)、您律師的姓名和地址 (若您有雇用律師)、任何涉入保險公司之姓名和地址，以及如何造成受傷、疾病或健康狀況的說明。
- 完成本計劃或治療提供者可能合理要求的任何文書作業，以協助強制執行追回的權利。
- 立即回應來自本計劃或治療提供者有關案件或理賠的狀態，以及任何和解討論的詢問。
- 在您或您的律師收到任何來自責任方或任何其他來源的金錢時，請立即通知本計劃。
- 透過任何追回、和解，或判決，或其他補償來源支付醫療照護留置權，或計劃追回金額，包括本計劃支付之所有償付 (本計劃中福利由責任方造成之您的受傷、疾病，或健康狀況相關的給付之全額費用)，無論是否具體指明為醫療費用追回，且無論您的損失是否已獲得全額或全部賠償；
- 切勿損害上述本計劃之權利。其中包括但不限於：不得試圖以任何方式縮減或排除和解，或追回本計劃所支付所有福利的全額費用，或任何試圖拒絕本計劃追回的第一優先權和權利。
- 以信託方式保管您或您的律師從責任方或任何其他來源收到的任何款項，並儘快向本計劃或治療提供者 (若適用) 償付本計劃的追回金額，且應在向任何其他可能的留置權持有者，或要求追回權的第三方付款之前償付。
- 您必須與我們合作，獲得此類追償，或超額付款的金額。

第 5 節 保戶卡

在此*承保證明*中由本計劃所核發的保戶卡僅供識別之用。 持有保戶卡並未賦予任何服務之權利， 或此*承保證明*下其他福利之權利。 若要獲得此*承保證明*下的服務或福利， 卡片持有人必須符合承保資格並在此*承保證明*下投保成為保戶。 任何接受服務卻未獲得此*承保證明*授權者，將需負責支付該等服務的費用。 在服務期間， 保戶必須出示計劃的保戶卡， 而不是 Medicare 卡。 如果您需要更換保戶卡， 請致電會員服務部 1-800-275-4737 (TTY ： 711)。

注意 ： 任何保戶在知情的情況下容許濫用， 或不當使用保戶卡， 都可能會因此遭取消資格。 本計劃必須向監察長辦公室通報因濫用， 或不當使用保戶卡而退保的情形， 其可能會導致刑事起訴。

第 6 節 獨立簽約者

本計劃與每個參與服務提供者之間的關係是獨立簽約者關係。 參與服務提供者並非我們計劃的僱員或代理人， 而本計劃或計劃的僱員也不是簽約服務提供者的員工或代理人。 本計劃概不對任何參與計劃的服務提供者， 或其他健康照護服務提供者之疏忽、 不當行為， 或失職負責。 參與的醫生會與保戶維持醫病關係， 此非本計劃之責任。 本計劃並非健康照護服務提供者。

第 7 節 健康照護計劃詐欺

健康照護計劃詐欺的定義是提供者、 保戶、 僱主或任何代表其行事的人士對計劃進行欺騙或不實陳述。 其為重罪可能遭到起訴。 任何人若蓄意且知情參與旨在欺騙醫療計劃的活動， 例如提出包含虛假陳述或欺騙陳述的理賠， 即可能犯下健康照護計劃詐欺罪。

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， 請撥打我們計劃的免付費詐欺熱線 ： 1-866-685-8664 (TTY ： 711)。 詐欺舉報專線每週七天， 每天 24 小時均提供服務。 所有通話皆嚴格保密。

第 8 節 不在計劃控制範圍之狀況

若自然災害、 戰爭、 暴動、 內亂、 流行病爆發、 設施全部， 或部分毀損、 原子爆炸， 或其他核能外洩狀況、 重要醫療群體人員無行為能力、 緊急狀態， 或其他非本計劃控制範圍內之類似事件， 造成我們計劃的設施， 或人員無法提供， 或安排此*承保證明*下的服務或福利， 本計劃提供此類服務， 或給付之義務得限於其設施， 或人員目前的可用範圍內， 並依善意之努力提供， 或安排該等服務或給付。

第 12 章：
定義

門診手術中心 – 門診手術中心是專門向不需要住院和在中心停留不超過 24 小時的患者提供門診手術服務的實體。

上訴 – 上訴指您在對我們拒絕您的健康護理服務或處方藥給付申請， 或支付您已獲取的服務或藥物費用的決定存有異議時所採取的措施。 如果您不同意我們停止您正在接受的服務的決定， 您也可以提出上訴。

差額負擔 – 當服務提供者 (例如醫生或醫院) 向患者收取的費用超出本計劃允許的分攤費用。 身為我們計劃的保戶， 在獲得我們計劃承保服務時， 您僅須支付計劃分攤費用金額。 我們不允許服務提供者以**差額負擔**方式， 或以其他方式向您收取超出本計劃規定您必須支付的分攤費用金額。

生物製劑 – 由動物細胞、 植物細胞、 細菌或酵母菌等自然與活體來源製成的處方藥。 生物製劑比其他藥物更為複雜， 因此無法完全複製， 所以替代形式的藥物便稱為生物相似藥。 (請參閱「**原有生物製劑**」和「**生物相似藥**」)。

生物相似藥 – 一種與原有生物製劑極為相似但不完全相同的生物製劑。 生物相似藥和原有生物製劑一樣安全有效。 某些生物相似藥無須處方簽即可在藥房取得， 取代原有生物製劑 (請參閱「**可互換的生物相似藥**」)。

原廠藥 - 由最初研究和開發藥物的製藥公司製造和銷售的處方藥。 原廠藥與副廠藥具有相同的有效成分配方。 但是， 副廠藥通常要等到原廠藥專利失效後才能由其他製藥商製造和銷售。

重大傷病承保期 – 在一個承保年度內， 當您 (或其他有資格代表您的其他方) 為 D 部分藥物支付金額達到 $2,400 時， 就進入了 D 部分承保藥物福利階段。 在這個付款階段， 您無需支付您的 D 部分承保藥物及我們增強型福利承保的排除藥物費用。

美國醫療服務中心 (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

共同保險金 – 在您支付自付額之後， 您可能必須支付的服務或處方藥分攤費用金額 (以百分比表示， 例如 20%)。

投訴 – 提出投訴的正式名稱是**提出申訴**。 投訴程序僅適用於某些特定種類的問題。 包括有關您接受的護理品質、 等候時間和客戶服務的問題。 如果本計劃沒有遵守上訴程序中的時限， 則也包括投訴。

綜合門診病患復健機構 (CORF) – 主要提供疾病或傷害後復健服務的機構， 包括物理治療、 社會或心理服務、 呼吸療法、 職能治療以及語言病理服務和家庭環境評估服務。

共付額 (或「定額手續費」) – 作為醫療服務或用品的分攤費用您可能必須支付的金額， 例如醫生門診、 醫院門診就診或處方藥。 共付額通常是固定的金額 (例如， $10)， 而不是百分比。

分攤費用 – 分攤費用指當保戶接受服務或藥物時必須支付的金額。 (這是本計劃每月保費以外的費用。)分攤費用包括以下 3 種付款類型的任意組合 ： 1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的任何自付額 ； 2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定金額之共付額 ； 或 3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何金額之共同保險金 (服務或藥物總費用的百分比)。

分攤費用層級 – 承保藥物清單上的每一種藥物都屬於六個分攤費用層級之一。 通常， 分攤費用層級愈高， 藥費愈高。

承保裁定 – 有關您的處方藥是否獲得本計劃承保， 以及您需支付的處方費用 (如有) 的決定。 通常， 如果您攜帶處方到藥房， 而藥房告訴您該處方藥不在本計劃承保範圍內， 這不是承保裁定。 您需要致電或寫信給本計劃， 請求關於承保的正式決定。 在本文件中， 承保裁定稱為**承保決定**。

承保藥物 – 用於表示我們計劃承保的所有處方藥的術語。

承保服務 — 用來表示我們的計劃承保的所有健康護理服務和用品的術語。

可信的處方藥承保 - 預期支付的金額通常至少平均不會低於 Medicare 的標準處方藥承保金額的處方藥承保 (例如， 僱主或工會提供的承保)。 如果在符合 Medicare 資格時有此類承保的人決定以後投保 Medicare 處方藥承保， 通常可以保留該承保， 而無需支付罰款。

監護照護 – 監護照護是一種當您不需要專業醫療護理或專業醫療服務時在護理院、 安寧機構或其他機構中提供的個人護理。 監護照護是由沒有專業技能或未經培訓的人提供的個人護理， 包括在日常生活活動方面提供幫助， 如洗澡、 穿衣、 吃飯、 上下床或坐到椅子上或從椅子上起身、 四處走動和上洗手間。 監護照護也可能包括大多數人自己進行的與健康相關的護理， 如使用眼藥水。 Medicare 不為監護照護付費。

每日分攤費用費率 – 當您的醫生開具的某些特定藥物的供藥少於一整個月的供藥時， 每日分攤費用費率可能適用， 這是您需要支付的共付額。 每日分攤費用費率是共付額除以一個月藥量的天數。 下面舉例說明 ： 如果您一個月供藥量的共付額為 $30， 本計劃中一個月供藥天數為 30 天， 則您的每日分攤費用費率為每天 $1。

自付額 – 在我們的計劃付費之前， 您必須先支付的健康護理或處方藥物費用。

退保 – 終止您在我們計劃保戶資格的程序。

配藥費 – 每次提供承保藥物以支付配取處方藥物費用時所收取的費用， 例如藥劑師準備和包裝處方藥所花費的時間。

耐用醫療設備 (DME) - 您的醫生因醫療原因開具的特定醫療設備。 例如 ： 助行器、 輪椅、 拐杖、 動力床墊系統、 糖尿病患者用品、 靜脈輸注幫浦、 語音合成裝置、 氧氣呼吸器、 噴霧器或由供應商訂購用於家居的病床。

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

急診照護 – 承保服務包括 ： 1) 由具備提供緊急情況服務資格的服務提供者提供 ； 及 2) 屬治療、 評估或穩定緊急醫療病症需要。

承保證明 (EOC) 和披露資訊 – 本文件以及您的投保表及任何其他附件、 附加條款或其他供選用承保文件， 說明您的承保範圍、 我們必須做什麼、 您的權利以及您作為我們的計劃的保戶必須做什麼。

例外處理 – 一種承保決定， 如果獲得批准， 會允許您獲得不在我們的處方集上的藥物 (處方集例外處理)， 或以較低的分攤費用層級獲得非首選藥物 (層級例外處理)。 如果我們的計劃要求您在接受請求的藥物之前嘗試另一種藥物， 或如果我們的計劃要求藥物事先授權而您想要我們豁免該標準限制， 或者是我們的計劃限制您請求的藥物數量或劑量 (處方集例外處理)， 您也可以請求作為例外處理。

額外幫助 – 幫助收入和資源有限的人支付 Medicare 處方藥計劃費用的 Medicare 計劃， 例如保費、 自付額和共同保險金。

副廠藥 – 由 FDA 核准、 與原廠藥有相同有效成分的處方藥。 一般而言， 同等副廠藥物的療效與原廠藥相同， 但通常費用較低。

申訴 – 針對我們的計劃、 服務提供者， 網絡內藥房提出的一種投訴形式， 包括與您的護理品質有關的投訴。 不記得涉及承保或付款爭議。

居家護理佐理員 – 某人士提供的服務無需持證護士或治療師的技能， 例如在個人護理方面提供幫助 (如洗澡、 用洗手間、 穿衣或進行醫生要求的運動)。

安寧照護 – 針對經醫療認證為患有末期疾病的保戶提供特殊治療的給付， 這表示預期壽命為 6 個月或更短。 本計劃必須向您提供您所在地理區域的安寧機構名單。 如果您選擇安寧機構， 並繼續支付保費， 您仍是本計劃的保戶。 您仍可獲得所有必要的醫療服務， 以及我們提供的補充福利。

住院停留 – 住院指當您獲得正式許可住院接受專業醫療服務。 即使您留在醫院過夜， 您仍可能被視為門診患者。

與收入相關的每月調整數額 (IRMAA) –如果您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入高於一定金額， 您將支付標準保費以及與收入相關的每月調整數額 (也稱為 IRMAA)。 IRMAA 是在您的保費之外收取的額外費用。 此金額影響的 Medicare 保戶不到 5%， 因此大多數人無須支付較高的保費。

初始承保期 – 這是在您支付自付額 (如有) 之後以及您該年度自付費用達到自費費用金額之前的階段。

最初投保期 – 當您首次符合 Medicare 資格時， 您可以投保 Medicare Part A 和 Part B 的階段。 如果您在年滿 65 歲時符合投保 Medicare 的資格， 您的最初投保期從您年滿 65 歲， 月份包括您年滿 65 歲的那個月前 3 個月開始的 7 個月階段， 在您年滿 65 歲 3 個月後終止。

可互換的生物相似藥 – 在不需要新處方的情況下， 可取代藥局原生生物類似產品的生物類似產品， 因為它符合與自動替代的可能性相關的額外要求。 藥房的自動替代需遵守州法律規範。

承保藥物清單 (處方集或藥物清單) – 由本計劃承保的處方藥物支付清單。

低收入津貼 (LIS) – 請參閱「額外幫助」。

製造商折扣計劃 – 製藥商為承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付本計劃全額費用的計劃。 折扣基於聯邦政府與製藥商之間簽訂的合約。

最高公平價格 – Medicare 為選擇的藥物議定的價格。

最高自付額 – 您在日曆年度為網絡內承保的 A 部分和 B 部分服務支付的自付額上限。 您為本計劃的保費、 Medicare Part A 和 Part B 保費以及處方藥物支付的金額不會計入最高自付額。

Medicaid (或 Medical Assistance) – 聯邦與州聯合計劃， 幫助低收入和資源有限的一些人支付醫療費用。 州 Medicaid 計劃個個不同， 但是， 如果您同時符合參加 Medicare 和 Medicaid 的資格，則會承保大部分健康護理費用。

醫療群體 – 醫生 (包括 PCP 和專科醫師) 及其他健康護理提供者 (包括醫院) 的協會， 該協會與本計劃簽約， 為保戶提供服務。 請查閱第 1 章第 3.2 節。

醫學上所接受的引證 – 指藥物的用途經 FDA 核准或者得到特定參考資料的支持， 例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

必要的醫療 – 指為了預防、 診斷或治療您的醫療病症和滿足可接受的醫療實踐標準所需的服務、用品或藥物。

Medicare ： 聯邦健康保險計劃， 適用對象為年滿 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 Advantage 開放投保期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日期間， 允許 Medicare Advantage 計劃保戶取消其計劃投保並轉到其他 Medicare Advantage 計劃， 或透過 Original Medicare 獲得承保。 如果在此期間， 您選擇轉換到 Original Medicare， 您也可以在那時參加另外的 Medicare 處方藥計劃。 Medicare Advantage 開放投保期也可以是個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月期間。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為 Medicare Part C。 由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃， 為您提供所有 Medicare Part A 和 Part B 福利。 Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、 ii) PPO、 iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。 除了選擇上述類型計劃以外， Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。 在大多數情況下， Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare Part D (處方藥承保)。 這些計劃稱為**帶有處方藥承保的 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare 承保服務 – 由 Medicare Part A 和 Part B 承保的服務。 所有 Medicare 健康計劃都必須承保 Medicare Part A 和 Part B 所承保的所有服務 ； Medicare 承保服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利， 例如視力、 牙科或聽力。

Medicare 健康計劃 – 由與 Medicare 簽約的私人公司向享有 Medicare 並投保本計劃的人士提供所有 Medicare Part A 和 Part B 福利的 Medicare 健康計劃。 此術語包括所有的 Medicare Advantage 計劃、 Medicare 費用計劃、 特殊需求計劃、 演示/前導計劃， 和老人全方位照護計劃 (PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare Part D) – 幫助支付門診處方藥、 疫苗、 生物製劑和不在 Medicare Part A 或 Part B 承保範圍內的某些用品的保險。

藥物治療管理 (MTM) 計劃 – 針對複雜健康需求的 Medicare Part D 計劃， 提供給符合特定要求或參加藥物管理計劃的人士。 MTM 服務通常包括與藥劑師或醫療服務提供者進行討論， 以檢討藥物。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 — 由私營保險公司銷售、 用於填補 Original Medicare 承保*缺口*的 Medicare 補充保險。 Medigap 保單僅與 Original Medicare 配合使用。 (Medicare Advantage 計劃不是 Medigap 保單)。

保戶 (本計劃的保戶或計劃保戶) – 參加 Medicare 有資格獲得承保服務、 已投保我們的計劃且其投保已獲得美國醫療服務中心 (CMS) 確證的人士。

會員服務部 – 本計劃中負責回答有關保戶資格、 福利、 申訴和上訴問題的部門。

網絡內藥房 – 此藥房與我們的計劃簽訂合約， 是我們的計劃保戶可以獲得處方藥福利的藥房。 在大多數情況下， 您的處方只有在我們的網絡內藥房配藥才能獲得承保。

網絡內服務提供者 – **服務提供者**是指持有 Medicare 和本州頒發的提供健康護理服務的執照或認證的醫生、 其他健康護理專業人士、 醫院和其他健康護理設施的總稱。 **網絡內服務提供者**與本計劃達成協議， 接受我們的付款作為全額付款， 在某些情況下協調並為本計劃的保戶提供承保服務。 網絡內服務提供者又稱為**計劃醫療服務提供者**。

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

組織裁定 – 我們的計劃對於項目或服務是否承保， 或您應當為承保項目或服務支付多少金額所作出的決定。 在本文件中， 組織裁定稱為承保決定。

原有生物製劑 – 經 FDA 核准的生物製劑， 用於比較製造商製造的生物相似藥。 它也稱為參考產品。

Original Medicare (傳統的 Medicare 或按服務付費 Medicare) – Original Medicare 由政府提供， 不像 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃之類的私人健康計劃。 在 Original Medicare 中， 透過向醫生、 醫院及其他健康護理提供者支付由國會制定的費用金額為 Medicare 服務提供承保。 您可以請求接受 Medicare 的任何醫生、 醫院或其他健康護理服務提供者提供服務。 您必須支付自付額。 Medicare 支付 Medicare 核准金額的分攤費用， 您支付自己的分攤費用。 Original Medicare 分為 2 部分 ： A 部分 (住院保險) 和 B 部分 (醫療保險)， 在全美均有提供。

網絡外藥房 – 沒有與本計劃簽約， 無法為我們的計劃保戶協調或提供承保藥物的藥房。 除非特定條件適用， 否則大部分透過網絡外藥房取得的藥品均不屬於本計劃的承保範圍。

網絡外服務提供者或網絡外機構 – 沒有與本計劃簽約的服務提供者或機構， 無法為我們的計劃保戶協調或提供承保服務。 網絡外服務提供者是我們的計劃沒有僱用、 擁有或營運的服務提供者。

自費費用 — 請參閱上文分攤費用。 保戶需要為接受的服務或藥物支付一部分費用的分攤費用要求也稱為保戶的自付額要求。

自費費用閾值 – 您為 D 部分藥物支付的自付額上限。

PACE 計劃 – PACE (老人全方位照護計劃) 綜合了醫療、 社交和長期服務與支援 (LTSS)， 幫助身體虛弱的人儘可能保持獨立、 並生活在自己的社區裡 (而不是住進護理院)。 投保 PACE 計劃的人透過本計劃獲取他們的 Medicare 與 Medicaid 福利。

C 部分 – 請參閱 Medicare Advantage (MA) 計劃。

D 部分 – 自願參加 Medicare 處方藥物福利計劃。

D 部分藥物 – D 部分承保的藥物。 我們可能會或不會提供所有 D 部分藥物。 國會將特定類別的藥物排除在承保的 D 部分藥物之外。 每個計劃都必須承保特定類別的 D 部分藥物。

D 部分延遲投保罰款 – 在您一開始有資格加入 D 部分計劃後， 如果您沒有可信的承保 (預期平均與標準 Medicare 處方藥承保至少一樣多的承保) 連續超過 63 天或更長時間， 除 Medicare 藥物承保的每月計劃保費之外另外加上的金額。

首選分攤費用 – 首選分攤費用是某些網絡內藥房對某些 D 部分承保藥物提供的較低分攤費用。

優選服務提供者組織 (PPO) 計劃 - 優選服務提供者組織計劃是一項 Medicare Advantage 計劃， 該項計劃擁有簽約的服務提供者網絡， 同意以指定的付款數額為計劃保戶提供治療服務。 PPO 計劃必須承保所有計劃給付， 無論這些給付是由網絡內還是網絡外服務提供者提供。 從網絡外服務提供者處獲得計劃給付時， 會員分攤費用一般會較高。 PPO 計劃對您從網絡內 (首選) 服務提供者處接受的服務設定了年度自付額限額， 對您從網絡內 (首選) 和網絡外 (非首選) 服務提供者處獲得的服務設定了較高的總自付額限額。

保費 – 向 Medicare、 保險公司或提供健康或處方藥承保的健康計劃支付的定期付款。

預防性服務 – 幫助您保持健康， 及早發現健康問題， 判斷最有效的治療方法， 並預防某些疾病的健康照護服務。 預防性服務包括檢查、 注射、 化驗和篩檢。 其中也包括健康監測、 諮詢和教育計劃， 幫助您照顧自己的健康。

主治醫生 (PCP) - 您因大多數健康問題首先去看的醫生或其他服務提供者。 在大多數 Medicare 健康計劃中， 您在看任何其他健康護理服務提供者之前必須先看您的主治醫生。

事先授權 – 要獲得某些服務和/或藥物須根據特定標準事先獲得授權。 需要事先授權的承保服務在第 4 章醫療給付表中標出。 需要獲得事先授權的承保藥物已在處方集中標出， 且我們的標準已刊登於我們的網站上。

義肢和矯正設備 – 醫療裝置， 包括但不限於手臂、 背部及頸部支架 ； 義肢 ； 義眼 ； 以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) – 是聯邦政府資助、 由從業醫生和其他健康護理專家組成的團體， 負責檢查和改善向 Medicare 患者提供的護理。

供藥量限制 – 一種管理工具， 旨在就品質、 安全或使用等原因限制藥物使用。 我們可能對我們承保的藥物設定每張處方的供藥量限制或限制一定時段內的藥量。

「即時福利工具」 – 可供投保者查詢完整、 準確、 及時、 基於臨床合適性， 投保者專用的處方集和給付資訊的入口網站或電腦申請。 其中包括分攤費用金額、 可用於指定藥物相同健康狀況的替代處方集藥物， 以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、 循序用藥、 供藥量限制)。

轉診 – 主治醫生為了讓您到專科醫生處就診或獲取某些醫療服務而提供的書面醫囑。 如果沒有轉診， 本計劃可能不會支付專科醫生的服務。

復健服務 – 這些服務包括住院復健照護、 物理治療 (門診病患)、 語言-言語治療和職能治療。

選擇的藥物 – Medicare 為 D 部分承保的藥物議定的最高公平價格。

服務區域 – 您必須居住的地理區域， 才能加入特定的健康計劃。 對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃， 通常也是您能獲得例行 (非緊急情況) 服務的區域。 如果您永久搬離本計劃的服務區域， 本計劃必須讓您退保。

專業護理機構 (SNF) 照護 – 在專業護理機構提供的連續日常所需的專業護理和復健服務。 護理的例子包括僅由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射。

特殊投保期 – 允許保戶改變他們的健康或藥物計劃或回到 Original Medicare 的固定時間。 您可能符合特殊投保期資格的情況包括 ： 如果您搬離服務區域、 您獲得「額外幫助」支付您的處方藥物費用、 您搬入護理院或者我們違反了與您簽署的合約。

標準分攤費用 – 標準分攤費用是網絡內藥房提供的除首選分攤費用外的分攤費用。

循序用藥 – 一種服務利用工具， 在我們承保您的醫生最初為您開的藥物之前， 要求您首先嘗試另一種藥物治療您的醫療病症。

補充社會安全收入 (SSI) – 由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) 以上的人士。 補充社會安全收入 (SSI) 與社會安全局兩者的福利項目並不相同。

緊急需求服務 – 如果您暫時不在本計劃的服務區域內， 或根據您的時間、 地點和情況， 從網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理， 而需要立即就醫但不屬於急診的計劃承保服務， 即屬緊急需求服務。 緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害， 或既有病症意外發作。 必要的醫療例行服務提供者就診 (如年度檢查) 不被視為緊急需求服務， 即使您在計劃的服務區域以外， 或本計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。

Wellcare Low Premium Focus (HMO) 會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
請撥打	1-800-275-4737 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。 請注意， 自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在非服務時間、 週末和聯邦假日期間， 您的來電會進入到我們的語音信箱。如果您留下語音信箱訊息， 請提供您的姓名和電話號碼， 團隊成員會在一 (1) 個工作天內回電給您。 會員服務部， 電話號碼是 1-800-275-4737 (TTY 使用者請撥 711)， 還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。
TTY	711 此為免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間， 代表的服務時間為週一至週日， 上午 8 點至晚上 8 點。 在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間， 代表的服務時間為週一至週五， 上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
網站	go.wellcare.com/HealthNetCA

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)

California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 是一項從聯邦政府獲得經費的州立計劃， 用於向當地擁有 Medicare 的人提供免費健康保險諮商服務。

方法	聯絡資訊
請撥打	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 這個號碼需要特殊電話設備， 專供聽障或語障人士使用。
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

PRA 披露聲明*根據 1995 年文書削減法案， 除出示有效 OMB 控制編號外， 任何人均非要對資訊收集為目的的系統作出回應。 本資訊收集系統的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。 如果您對改善此表單有任何意見或建議， 請寫信至 ： CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。*