2027 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2027 年保险证明文件 ：

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 参保成员的 Medicare 健康福利、服务及药品保障说明

本文件详细载明了 2027 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期间， 您所享有的 Medicare 相关健康和药品保障。 **这是一份重要的法律文件， 请妥善保管。**

本文件介绍了您的福利和权利。 您可通过本文件了解以下信息 ：

- 您的计划的保费及分摊费用
- 您的医疗与药品福利
- 如果对某项服务或治疗不满意，如何提交投诉
- 如何联系我们
- Medicare 相关法律要求的其他保障权益

如果对本文件有任何疑问， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007。 （TTY 用户请拨打 711）。 客服代表服务时间 ： 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 周一至周日上午 8 点至晚上 8 点。 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 通话免费。

本计划 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 由 HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. 提供（当本*保险证明文件*中使用“我们”、 “我方”或“我们的”时， 均指 HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC.。 提及的“计划”或“我方计划”均指 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)。 ）

本文件提供西班牙语、 阿拉伯语、 韩语、 俄语、 他加禄语、 越南语、 波斯语和中文版本， 均为免费获取。 我们可以使用英语以外的语言（除上述语言外）或其他替代格式（如盲文、 音频或大字印刷版）向您发送材料。 如需其他格式的计划信息， 请致电会员服务部。

2028 年 1 月 1 日福利、 免赔额和/或共付额/共保比例可能会发生变化。

我方处方集、 药房网络和/或医疗服务提供者网络可能会随时变动。 对于可能影响您的任何变更， 我方将至少提前 30 天向您发出通知。

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7220359_CA7CNCEOCCHS_M_0009
H3561009000

根据护理模式审查， Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 已获得美国国家质量保证委员会 (NCQA) 批准， 可运营特殊需求计划 (SNP) 至 2027 年。

目录

第 1 章 ： 参保成员入门指南 5

第 1 节 您是 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的参保成员 5
第 2 节 计划资格要求 6
第 3 节 首次参保我方计划后可享受哪些权益 7
第 4 节 重要参保材料 8
第 5 节 2027 年重要费用汇总表 10
第 6 节 有关您的月度计划保费的更多信息 14
第 7 节 及时更新您的计划参保记录 14
第 8 节 其他保险如何与我方计划配合使用 15

第 2 章 ： 电话号码和资源 17

第 1 节 我方计划联系人 17
第 2 节 获取 Medicare 帮助 22
第 3 节 州健康保险援助计划 (SHIP) 23
第 4 节 质量改进组织 (QIO) 24
第 5 节 社会保障局 25
第 6 节 Medicaid 25
第 7 节 帮助人们支付处方药费用的计划 27
第 8 节 铁路退休委员会 (RRB) 30
第 9 节 如果您有雇主提供的团体保险或其他健康保险 31

第 3 章 ： 使用我方计划获取医疗及其他承保服务 32

第 1 节 作为本计划参保成员， 如何获取医疗服务及其他服务 32
第 2 节 选择我方计划网络内医疗服务提供者获取医疗服务及其他服务 33
第 3 节 如何在急诊、 灾害或急需医疗护理时获取服务 38
第 4 节 如果被直接收取承保服务的全额费用， 该如何处理？ 40
第 5 节 临床研究中的医疗服务 40
第 6 节 在宗教非医疗保健机构获取医疗护理的规则 41
第 7 节 耐用医疗设备所有权规则 42

目录

第 4 章 ： 医疗福利一览表（保障范围） 44

第 1 节 了解承保服务 44

第 2 节 医疗福利一览表显示您的医疗福利和费用 44

第 3 节 本计划外的承保服务 91

第 4 节 我方计划不承保的服务（排除条款） 92

第 5 章 ： 使用本计划的 D 部分药物保障 95

第 1 节 我方计划 D 部分药物保障的基本规则 95

第 2 节 在网络药房或通过我方计划邮购服务配药 96

第 3 节 您的药品需在我方计划的药品目录内 99

第 4 节 承保受限的药品 101

第 5 节 如果您的某种药品未按预期获得承保， 可采取哪些措施 102

第 6 节 我方药品目录可能在年内发生变更 104

第 7 节 我方不承保的药品类型 106

第 8 节 处方配药流程 107

第 9 节 特殊情况下的 D 部分药物保障 107

第 10 节 药品安全与用药管理相关计划 108

第 6 章 ： 您为 D 部分药物支付的费用 111

第 1 节 您为 D 部分药物支付的费用 111

第 2 节 我方计划参保成员的药物支付阶段 113

第 3 节 您的*D 部分福利说明*会显示您当前所处的支付阶段 113

第 4 节 免赔额阶段 114

第 5 节 初始保障阶段 115

第 6 节 高额保障阶段 120

第 7 节 您为 D 部分疫苗支付的费用 121

目录

第 7 章 ： 申请我方支付承保的医疗服务或药品账单中我方应承担的费用部分 123

第 1 节 您应当向我方申请支付承保服务或药品费用的情形 123

第 2 节 如何申请我方返还费用或支付您收到的账单 125

第 3 节 我方将审核您的支付申请并作出批准或拒绝的决定 126

第 8 章 ： 您的权利和责任 127

第 1 节 我方计划必须尊重您的权利与文化敏感性 127

第 2 节 您作为我方计划参保成员应承担的责任 137

第 9 章 ： 如果您遇到问题或投诉（承保决定、 申诉、 投诉） 139

第 1 节 有问题或担忧该如何处理 139

第 2 节 获取更多信息和个性化帮助的途径 139

第 3 节 针对您的问题应采用的流程 140

第 4 节 处理您关于 Medicare 福利的问题 141

第 5 节 承保决定与申诉基础指南 141

第 6 节 医疗服务 ： 如何申请承保决定或提出申诉 144

第 7 节 ： D 部分药物 ： 如何申请承保决定或提出申诉 150

第 8 节 如果您认为出院过早， 如何申请延长住院治疗时间 158

第 9 节 如果您认为某项医疗服务的保障过早终止，
应如何申请我方继续承保该服务 162

第 10 节 将您的申诉推进到 3 级、 4 级和 5 级 165

第 11 节 如何就医疗质量、 等待时间、 客户服务或其他方面的问题提出投诉 168

第 12 节 处理您关于 California Medi-Cal (Medicaid) 福利的问题 171

第 10 章 ： 终止在我方计划中的会员资格 172

第 1 节 终止您在我方计划中的会员资格 172

第 2 节 您何时可以终止我方计划的会员资格？ 172

第 3 节 如何终止您在我方计划中的会员资格 175

第 4 节 在您的会员资格终止之前， 您必须继续通过我方计划获取您的医疗用品、
服务和药物 176

目录

第 5 节 在某些情况下， Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 必须终止您的计划会员资格 176

第 11 章 ： 法律声明 178

第 1 节 适用法律声明 178

第 2 节 不歧视声明 178

第 3 节 关于 Medicare 二级支付方代位求偿权的声明 178

第 4 节 我方依据您的 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划追偿已支付的福利费用 179

第 5 节 会员卡 180

第 6 节 独立承包商 181

第 7 节 医疗保险欺诈 181

第 8 节 本计划无法控制的情况 181

第 12 章 ： 定义 182

第 1 章：
参保成员入门指南

第 1 节 您是 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的参保成员

第 1.1 节 您已参保 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)，这是一项 Medicare 特殊需求计划

您同时享有 Medicare 与 California Medi-Cal (Medicaid) 保障， 具体说明如下 ：

- **Medicare** 是美国联邦政府的健康保险计划，覆盖人群包括 65 岁及以上人士、部分 65 岁以下患有特定残疾的人士，以及终末期肾病（肾衰竭）患者。
- **Medicaid** 是由联邦政府与州政府共同运营的计划，旨在为收入和资产有限的特定人群提供医疗费用补助。Medicaid 的保障范围因所在州及您所参与的 Medicaid 类型而异。部分参与 Medicaid 的人士可获得 Medicare 保费及其他费用的支付补助；另有部分人士还能享受 Medicare 未覆盖的额外医疗服务与药品保障。

您已选择通过我方计划 ——Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)—— 获取 Medicare 的医疗服务与药品保障。 我方计划覆盖 A 部分和 B 部分的全部服务， 但在分摊费用及医疗服务提供者选择范围上， 与 Original Medicare 存在差异。

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 属于专项 Medicare Advantage 计划（一项 Medicare 特殊需求计划）， 这意味着该计划的福利设计专门针对有特殊医疗需求的人群。 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 专为同时享有 Medicare 且符合 California Medi-Cal (Medicaid) 资助资格的人群设计。

由于您可通过 California Medi-Cal (Medicaid) 获得 Medicare Part A 和 B 分摊费用补助（免赔额、 共付额及共保比例）， 您可能无需为 Medicare 承保的服务支付任何费用。 此外， California Medi-Cal (Medicaid) 还可能提供 Medicare 通常未覆盖的其他医疗福利。 您还将获得 Medicare 提供的额外补助 (Extra Help)， 用于支付 Medicare 药品相关费用。 我方计划将协助您统筹管理所有这些福利， 确保您能顺利享受应得的医疗服务与费用补助。

我方计划由一家私营公司运营。 与所有 Medicare Advantage 计划相同， 本 Medicare 特殊需求计划已获得 Medicare 批准。 我方计划还与 California Medicaid 计划签订了合约， 为您协调 California Medi-Cal (Medicaid) 的相关福利。 我们很高兴为您提供 Medicare 保障服务， 包括药品保障。

第 1.2 节 关于*保险证明文件*的法律信息

本*保险证明文件*是我方与您签订的保险合同的组成部分， 该合同将明确我方计划为您的医疗服务提供保障的具体方式。 本合同的其他组成部分包括您的参保申请表、 *承保药品清单*（处方集）， 以及我方就保障范围变更或影响您保障权益的相关情况向您发出的所有通知。 此类通知有时也称为*附录*或*修订条款*。

本合同在您于 2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日期间参保我方计划的月份内有效。

Medicare 允许我方在每个日历年对所提供的计划进行调整， 这意味着 2027 年 12 月 31 日之后，我方可以调整计划的费用标准与福利内容， 也可选择在您所在的服务区域停止提供本计划。

Medicare（Medicare 和 Medicaid 服务中心）和 California Medi-Cal (Medicaid) 必须批准我方计划。只要我方选择继续提供本计划， 且 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid) 批准本计划续约，您每年都可作为我方计划的参保成员继续享受 Medicare 保障。

第 2 节 计划资格要求

第 2.1 节 资格要求

只要您满足以下所有条件， 即具备参保我方计划的资格 ：

- 您同时享有 Medicare Part A 和 Medicare Part B 保障。
- 您居住在我方的地理服务区域内（详见第 2.3 节）。被监禁人员即使实际身处我方地理服务区域内，也不被视为居住在该服务区域内。
- 您是美国公民、国民或符合条件的非公民。
- 您符合下文所述的专项资格要求。

我方计划的专项资格要求

我方计划专为享有特定 Medicaid 福利的人群设计。 (Medicaid 是由联邦政府与州政府共同运营的计划， 旨在为收入和资产有限的特定人群提供医疗费用补助。) 要符合我方计划的参保资格， 您必须同时具备 Medicare 参保资格， 且符合 California Medi-Cal (Medicaid) 下全额 Medicaid 福利分摊费用援助资格。

注 ： 如果您失去 California Medi-Cal (Medicaid) 资格， 但可合理预期在 3 个月内重新获得该资格， 则仍具备我方计划的参保资格。 关于此期间的保障范围与分摊费用， 详见第 4 章第 2 节。

第 2.2 节 Medicaid

Medicaid 是由联邦政府与州政府共同运营的计划， 旨在为收入和资产有限的特定人群提供医疗费用补助。 各州有权自行界定“收入”与“资产”的具体范围、 参保资格要求、 承保服务及服务收费标准。 只要符合联邦政府的指导原则， 各州也可自主决定该计划的运营方式。

此外， Medicaid 还设有帮助参保人支付其 Medicare 费用（如 Medicare 保费）的计划。 以下这些 Medicare 储蓄计划可帮助收入和资产有限的人群每年节省开支 ：

- **合格的 Medicare 受益人增强版 (QMB+)：**帮助支付 Medicare Part A 和 Part B 保费以及其他分摊费用（如免赔额、共保比例和共付额）。符合条件的受益人还可享受全额 Medicaid 福利。

- **特定低收入 Medicare 受益人增强版 (SLMB+)**：帮助支付 B 部分保费。符合条件的受益人还可享受全额 Medicaid 福利。
- **全额福利双重资格受益人 (FBDE)**：Medicaid 可支付您的 Medicare Part A 和 Part B 保费以及其他分摊费用（如免赔额、共保比例和共付额）。符合条件的受益人还可享受全额 Medicaid 福利。

第 2.3 节 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的计划服务区域

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 仅适用于居住在我方计划服务区域内的人士。 要继续保留我方计划参保成员资格， 您必须持续居住在我方计划的服务区域内。 我方计划服务区域的具体说明如下 ：

我方服务区域包括 California 的以下县 ： Imperial、 Kern、 Orange、 Placer、 Riverside、 San Bernardino、 San Diego 和 San Francisco。

如果您计划搬往其他州， 应联系您所在州的 Medicaid 办公室， 咨询此次搬迁会对您的 Medicaid 福利有哪些影响。 Medicaid 的电话号码见本文件第 2 章第 6 节。

如果您搬离我方计划的服务区域， 将无法继续保留本计划参保成员资格。 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）， 查询我方在您新居住区域是否有相关计划。 搬迁后， 您将获得一段特殊参保期， 在此期间内， 您可选择转为 Original Medicare， 或在新居住区域参保某一 Medicare 健康计划或药品计划。

此外， 如果您搬迁或变更通讯地址， 务必联系社会保障局， 联系电话为 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）。

第 2.4 节 美国公民、国民或符合条件的非公民

要参保 Medicare 健康计划并成为参保成员， 您必须是美国公民、 国民或符合条件的非公民。 如果基于此身份要求， 您不再具备继续参与我方计划的资格， Medicare（Medicare 和 Medicaid 服务中心）将通知 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)。 如果您不符合本项要求， Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 必须将您取消参保。

第 3 节 首次参保我方计划后可享受哪些权益

第 3.1 节 健康风险评估

当您首次加入我方计划时， 您将在参保生效日期之前或之后的 90 天内接受健康风险评估 (HRA)。

我们必须为您完成 HRA。 HRA 是制定您的护理计划的基础。 HRA 包括用于确定您的医疗、 行为健康和功能需求的问题。

我们将联系您完成 HRA。 我们可以通过面对面访视、 电话、 邮件、 电子邮件、 短信或安全会员门户完成 HRA。 我们将向您发送有关此 HRA 的更多信息。 之后， 我们将每年与您联系以获取任何更新信息， 确定您的需求是否发生变化。

第 3.2 节 护理团队和护理计划

护理团队可以帮助您持续获得所需的护理。 护理团队可能包括您的医生、 护理协调员、 您就诊的专科医生或您选择的其他医疗保健人员。

您与护理团队合作， 根据您的偏好制定护理计划。 护理计划会告知您和您的医生及其他医疗服务提供者您需要哪些服务以及如何获得这些服务。 其中包括您的医疗、 行为健康和其他服务。

您的护理计划包括 ：

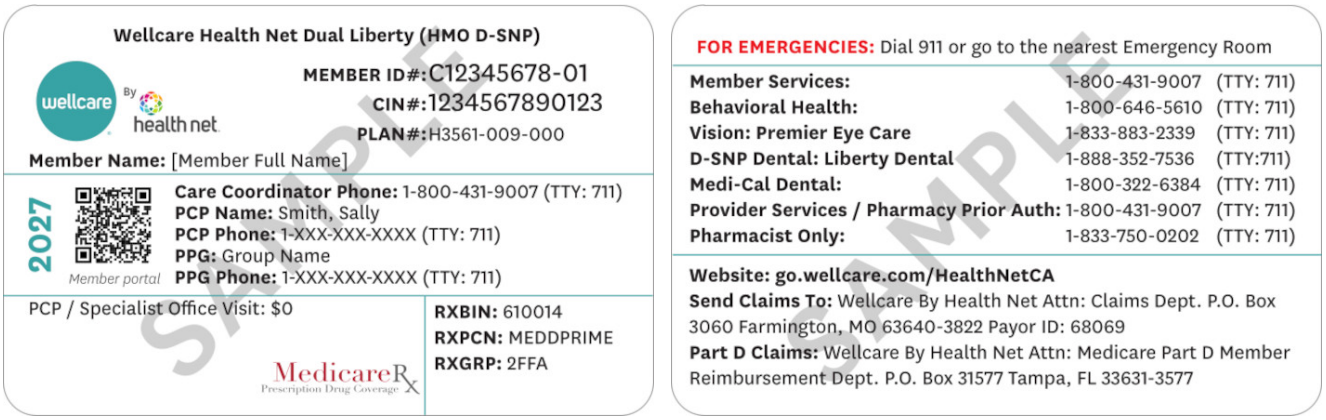
- 您按优先顺序排列的医疗保健目标，及
- 获取所需服务的时间表。

您的护理团队会在您完成 HRA 后与您会面。 他们会询问您需要的服务。 他们还会告知您可能考虑获得的服务的信息。 您的护理团队会与您合作， 至少每年对您的护理计划进行一次更新， 或在您的健康状况发生任何变化时根据需要进行更新。

第 4 节 重要参保材料

第 4.1 节 我方计划会员卡

每当您获取我方计划覆盖的医疗服务， 或在网络药房购买处方药时， 均需出示会员卡。 您还应向医疗服务提供者出示您的 California Medi-Cal (Medicaid) 卡。 会员卡样例 ：



在您作为本计划参保成员期间， 获取计划覆盖的医疗服务时， 请勿使用您的红蓝白三色 Medicare 卡。 如果您未使用 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 会员卡， 而是使用了 Medicare 卡， 您可能必须自行承担全部医疗服务费用。 请妥善保管您的 Medicare 卡。 当您需要住院服务、 临终关怀或参与 Medicare 批准的临床研究（又称临床试验）时， 可能会被要求出示该卡。

如果我方计划的会员卡出现损坏、 丢失或被盗情况， 请立即致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）， 我们将为您寄送新卡。

第 4.2 节 医疗服务提供者和药房目录

医疗服务提供者和药房目录 go.wellcare.com/2027providerdirectories 列出了我方当前的网络内医疗服务提供者。 **网络内医疗服务提供者**指与我方签订协议的医生及其他健康护理专业人员、 医疗集团、 医院及其他医疗机构， 这些主体同意接受我方支付的费用及计划规定的分摊费用金额，以此作为服务费用的全额支付。

医疗集团指由医生（包括初级医疗服务提供者 (PCP) 和专科医生）以及其他医疗服务提供者（包括医院）组成的联合体， 这类联合体与本计划签订协议， 为参保人提供医疗服务。

您必须通过网络内医疗服务提供者获取医疗服务。 此外， 您可能还必须通过您的初级医疗服务提供者 (PCP) 所属的医疗集团获取服务。 如果您希望就诊的医疗服务提供者不在您的 PCP 所属医疗集团内， 则可能必须更换 PCP。 此外， 您可选择的医疗服务提供者可能仅限于您的初级医疗服务提供者 (PCP) 和/或其所属医疗集团的网络范围内。 这意味着， 您所选的 PCP 和/或其所属医疗集团， 可能会决定您可使用的专科医生和医院。 如果您在没有适当授权的情况下去其他渠道就诊， 必须自行承担全部费用。 唯一例外情况包括 ： 紧急情况、 合作网络内无可用服务时的急需服务（即无法在合作网络内获取服务或在合作网络内获取服务不合理的情况）、 异地透析服务， 以及 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 授权使用合作网络外医疗服务提供者的情况。

我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上提供了最新的医疗服务提供者列表。

如果您没有*医疗服务提供者和药房目录*， 则可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）索取副本（电子版或纸质版）。 申请的纸质版*医疗服务提供者和药房目录*将在 3 个工作日内邮寄给您。

医疗服务提供者和药房目录 go.wellcare.com/2027providerdirectories 列出了我方的网络药房。 **网络药房**指同意为我方计划参保成员调配保障范围内处方药的药房。 您可通过*医疗服务提供者和药房目录*查找要使用的网络药房。 关于何时可使用非我方计划合作网络内的药房， 详见第 5 章第 2.4 节。

此外， *医疗服务提供者和药房目录*还会标注我方网络内哪些药房提供优选分摊费用 —— 对于部分药品， 这类药房的分摊费用可能低于其他网络药房的标准分摊费用。

如果您没有*医疗服务提供者和药房目录*， 则可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）索取副本。 您也可以在我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上找到此信息。

第 4.3 节 药品目录（处方集）

我方计划包含一份*承保药品清单*（又称药品目录或处方集）， 其中列明了 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 中， D 部分福利所覆盖的处方药种类。 清单中的药品由我方计划在医生及药师的协助下筛选确定。 药品目录符合 Medicare 的所有要求。 纳入 Medicare 药品价格谈判计

划的药品， 将被列入您的药品目录， 除非该类药品已按第 5 章第 6 节所述流程被移除或替换。 Medicare 已批准 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 药品目录。

药品目录还会注明是否存在针对某一药品的保障限制规则。

我方将向您提供该药品目录的副本。 要获取药品覆盖范围的最完整、 最新的信息， 请访问网站 go.wellcare.com/druglist-53 或致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 5 节 2027 年重要费用汇总表

	您在 2027 年的费用
月度计划保费* * 您的保费可能高于此金额。 详见第 5.1 节。	**$0**
最高自付额 这是您就 A 部分和 B 部分承保服务支付的最高自付额。 （详见第 4 章第 1 节。 ）	**$9,850** **对于 A 部分和 B 部分承保的服务， 您无需支付任何被计入最高自付额的自付费用。**
初级护理诊室就诊	**每次就诊 $0 共付额**
专科医生诊室就诊	**每次就诊 $0 共付额**
住院治疗 包括各种住院治疗， 例如急性护理、 康复护理和长期护理。 住院治疗时间自遵医嘱正式入院之日算起， 至出院前一日结束。	**对于 Medicare 承保的入院， 每次入院 ： 每次住院的共付额均为 $0。**
D 部分药物保障 （详见第 6 章， 包括年度免赔额、 初始保障阶段和高额保障阶段。 ）	**D 部分药物保障免赔额** **$700， 但保障范围内的胰岛素产品及大部分成人 D 部分疫苗除外。** **初始保障阶段的共付额/共保比例 ：** **1 级药品 ：** **标准分摊费用 ： $15 共付额** **优选分摊费用 ： $0 共付额**

	您在 2027 年的费用
	2 级药品 ： 标准分摊费用 ： **25%** 共保比例 对于该等级下每款承保胰岛素产品， 您需支付的月用量费用不超过 **$35**。 优选分摊费用 ： **20%** 共保比例 对于该等级下每款承保胰岛素产品， 您需支付的月用量费用不超过 **$35**。 **3** 级药品 ： 标准分摊费用 ： **41%** 共保比例 对于该等级下每款承保胰岛素产品， 您需支付的月用量费用不超过 **$35**。 优选分摊费用 ： **41%** 共保比例 对于该等级下每款承保胰岛素产品， 您需支付的月用量费用不超过 **$35**。 **4** 级药品 ： 标准分摊费用 ： **15%** 共保比例 优选分摊费用 ： **0%** 共保比例 **5** 级药品 ： 标准分摊费用 ： **25%** 共保比例 优选分摊费用 ： **25%** 共保比例 **6** 级药品 ： 标准分摊费用 ： **$0** 共付额 优选分摊费用 ： **$0** 共付额 高额保障阶段 ： 在此支付阶段， 您无需为您承保的 **D** 部分药物以及我们增强福利所涵盖的除外药物支付任何费用。

您的费用可能包括以下几项 ：

- 计划保费（第 5.1 节）
- Medicare Part B 月保费（第 5.2 节）
- D 部分延迟参保罚款（第 5.3 节）
- 收入相关月调整额（第 5.4 节）
- Medicare 处方药支付计划金额（第 5.5 节）

第 5.1 节 计划保费

由于额外补助 (Extra Help) 计划会代您支付保费， 因此您无需为我方计划单独支付月度计划保费。

第 5.2 节 Medicare Part B 月保费

很多参保成员需支付其他 Medicare 保费

部分参保成员需支付其他 Medicare 保费。 如上文第 2 节所述， 要符合我方计划的参保资格， 您必须持续具有 California Medi-Cal (Medicaid) 的参保资格， 且同时拥有 Medicare Part A 和 Medicare Part B 的保障。 对于 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的大部分参保成员而言， California Medi-Cal (Medicaid) 会支付 A 部分保费（如果您没有自动获得 A 部分保障资格）及 B 部分保费。

如果 California Medi-Cal (Medicaid) 未代您支付 Medicare 保费， 您必须持续支付 Medicare 保费， 方可继续保留我方计划的参保资格。 这其中包括您的 Medicare Part B 保费。 如果您不符合免缴 A 部分保费的条件， 还需支付 A 部分保费。

第 5.3 节 D 部分延迟参保罚款

由于您属于双重资格参保成员， 只要您保持双重资格参保状态， 延迟参保罚款 (LEP) 便不适用 ； 但如果失去双重资格参保状态， 则可能产生 LEP。 D 部分延迟参保罚款是指在您的初始参保期结束后的任意时间段内， 如果您连续 63 天或更长时间未享有 D 部分保障， 也未享有其他等效药物保险范围， 则在您后续享有 D 部分保障时， 必须额外缴纳的一笔保费。 等效处方药保险范围是符合 Medicare 最低标准的覆盖范围， 因此它预计平均支付额度不低于 Medicare 标准药品保障的支付额度。 延迟参保罚款的金额取决于您未享有 D 部分保障或其他等效处方药保险范围的时长。 通常， 只要您持续享有 D 部分保障， 就必须缴纳该罚款。

在以下情况下， 您**不必**支付 D 部分延迟参保罚款 ：

- 您获得 Medicare 提供的额外补助， 帮助您支付药品费用。
- 您未享有 Part D 或其他等效保险范围的连续时长不足 63 天。
- 您已通过其他渠道（如前雇主、 工会、 TRICARE 或退伍军人健康管理局 [VA]）享有等效保险范围。 您的保险公司或人力资源部门每年会告知您， 您所享有的药品保障是否属于等效保险范围。 您可以通过该计划的信函或新闻稿获得此信息。 请留存该信息， 因为如果您日后参保某项 Medicare 药品计划， 可能需要出示。

- **注：**任何相关信件或通知均须注明，您所享有的等效处方药保险范围预计支付额度不低于 Medicare 标准药品计划的支付额度。
- **注：**处方药折扣卡、免费诊所及药品折扣网站提供的保障，不属于等效处方药保险范围。

Medicare 确定 D 部分延迟参保罚款的金额。 具体计算方式如下 ：

- 首先， 计算您在具备参保资格后， 延迟参保 Medicare 药品计划的完整月数 ； 或如果您中断等效药品保险范围的时长达到 63 天或以上， 则计算您未享有该保障的完整月数。
- 然后， Medicare 将确定上一年度全国范围内 Medicare 药品计划的月均保费金额（全国基准受益人保费）。 2027 年该平均保费金额为 $41.33。
- 计算月罚款金额时， Medicare 用未参保月数（罚款比例）乘以全国基准受益人保费的 1%， 然后将该金额四舍五入至小数点后一位（精确到 10 美分）。 例如， 如果您连续 14 个月未享有 D 部分或其他等效保险范围， 罚款将为 14% 乘以 $41.33， 即 $5.79。 四舍五入后为 $5.80。 该金额将计入**需缴纳 D 部分延迟参保罚款的参保成员的月度计划保费中**。

关于月度 D 部分延迟参保罚款的三个重要事项 ：

- **罚款金额可能每年发生变化，** 因为全国基准受益人保费可能逐年调整。
- 通常， 只要您参保的计划包含 Medicare Part D 药物福利（即使您更换计划）， 就需每月**持续缴纳该罚款**。
- 如果您*未满* 65 岁且已参保 Medicare， 则在年满 65 岁时， D 部分延迟参保罚款将重置。 年满 65 岁后， 您的 D 部分延迟参保罚款仅根据您在因年龄达标而符合 Medicare 参保资格的初始参保期结束后， 未享有相关保障的月数计算。

如果您对 D 部分延迟参保罚款有异议， 您本人或您的代理人可申请对该罚款进行复议（申诉）。 复议由与我们无关的独立审查组织进行。 通常情况下， 您必须在收到首封告知需缴纳延迟参保罚款的信件之日起 **60 天内**提出复议申请。 但是， 如果您在参保我方计划前已在缴纳某项延迟参保罚款， 通常您将没有机会再申请对该延迟参保罚款进行复议。

第 5.4 节 收入相关月调整额

如果因您的收入变化而失去本计划的参保资格， 部分参保成员可能需为其 Medicare 计划额外支付一笔费用， 该款项即 D 部分收入相关月调整额 (IRMAA)。 该额外费用的计算依据是您 2 年前向 IRS 报税时申报的调整后修正总收入。 如果该金额超过特定额度， 则需在缴纳标准保费的基础上， 额外缴纳 IRMAA 费用。 有关根据您的收入可能必须缴纳的额外费用的更多信息， 请访问 Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果必须缴纳额外的 IRMAA 费用， 将由社会保障局而非您的 Medicare 计划向您寄发信件， 告知具体的额外费用金额。 无论您通常采用何种方式支付您的计划保费， 该额外费用都将从您的社会保障金、 铁路退休委员会或人事管理办公室发放的福利支票中扣除， 除非您的月度福利金额不足以抵扣该笔额外费用。 如果您的福利支票不足以抵扣额外费用， Medicare 将向您寄送账单。 **您必须向政府缴纳该笔额外 IRMAA， 且不能用您的月计划保费支付。 如果您不缴纳该笔额外 IRMAA， 将被取消我方计划的参保资格， 并失去处方药保障。**

如果您对需缴纳额外 IRMAA 费用有异议， 可请求社会保障局复核相关决定。 如需了解具体申请方式， 请致电社会保障局热线 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）。

第 5.5 节 Medicare 处方药支付计划金额

如果您参加了 Medicare 处方药支付计划， 则每月需支付您的计划保费（如果您需支付）， 同时您的健康计划或药品计划将向您寄送处方药账单（而非在药房付款）。 月度账单的计算方式为 ： 欠付的任何处方药费用与上个月未结清的余额相加， 然后除以当年剩余的月数。

第 2 章第 7 节详细介绍了 Medicare 处方药支付计划。 如果您对该支付方式下的账单金额有异议，可按照第 9 章所述步骤提出投诉或申诉。

第 6 节 有关您的月度计划保费的更多信息

第 6.1 节 您计划的月度保费年内不调整

我方不得在年内调整计划的月度保费金额。 如果下一年度的月度计划保费发生变化， 我方将在 9 月通知您， 新保费将于次年 1 月 1 日生效。

然而， 在某些情况下， 您可能无需再缴纳延迟参保罚款（如果您此前需缴纳）， 或可能需要开始缴纳延迟参保罚款。

- 如果您失去额外补助资格，且取消参保您的计划后未享有 D 部分保障或其他等效药品保险范围的连续时长达到 63 天或以上，则可能需缴纳 D 部分延迟参保罚款。

有关额外补助的更多信息， 详见第 2 章第 7 节。

第 7 节 及时更新您的计划参保记录

您的参保记录包含参保申请表中的信息， 包括您的地址和电话号码。 其中记录了您的具体计划保障内容， 包括您的初级医疗服务提供者/医疗集团。

我方计划网络内的医生、 医院、 药剂师和其他医疗服务提供者**使用您的会员记录来了解承保的服务和药物以及您的分摊费用金额**。 因此， 协助我方及时更新您的信息至关重要。

如果发生以下任一变更， 请及时告知我方 ：

- 姓名、地址或电话号码变更
- 其他健康保障（如雇主、配偶或同居伴侣的雇主提供的保障、工伤保险或 California Medi-Cal (Medicaid)）变更
- 任何责任索赔（如机动车事故索赔）

- 如果您入住护理院
- 如果您在计划服务区域外或非合作网络内的医院/急诊室接受治疗
- 如果您的指定责任人（如护理人员）变更
- 如果您参与临床研究（**注：**您不必告知我方计划您拟参与的临床研究，但我方建议您主动告知）。

如果上述任何信息发生变更， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）告知我方。

如果您搬迁或变更通讯地址， 也需及时联系社会保障局进行更新， 联系电话为 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）。

第 8 节 其他保险如何与我方计划配合使用

Medicare 要求我方收集您所持有的其他医疗或药品保障信息， 以便将其他保障与您在我方计划下享有的福利进行协调。 该流程称为**福利协调**。

我方每年会向您寄发一封信件， 列明我方已知的您所持有的其他医疗或药品保障信息。 请仔细阅读此信息。 如果信息无误， 则无需执行任何操作。 如果信息有误， 或您有未被列明的其他保障， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 您可能需要向其他保险公司提供我方计划参保成员 ID 号（需先核实对方身份）， 以确保您的账单能被准确、 及时地支付。

当您同时持有其他保险（如雇主团体健康保险）时， 将由 Medicare 规则判定是我方计划还是其他保险优先支付。 优先支付的保险（“主要支付方”）将在其保障限额内承担费用。 次要支付的保险（“次要支付方”）仅在主要支付方未覆盖的费用范围内承担支付责任， 且可能不会支付所有未覆盖的费用。 如果您有其他保险， 请告知您的医生、 医院和药房。

以下规则适用于雇主或工会团体健康计划保障 ：

- 如果您有退休人员保障，则 Medicare 优先支付。
- 如果您的团体健康计划保障基于您本人或家庭成员当前的就业情况，则支付优先级取决于您的年龄、雇主的员工人数，以及您获得 Medicare 保障的原因（年龄、残疾或终末期肾病 (ESRD)）：
    - 如果您未满 65 岁且因残疾享有 Medicare 保障，同时您（或您的家庭成员）仍在工作，如果雇主员工人数为 100 人或以上，或多雇主计划中至少有一家雇主的员工人数超过 100 人，则团体健康计划优先支付。
    - 如果您年满 65 岁且享有 Medicare 保障，同时您（或您的配偶/同居伴侣）仍在工作，如果雇主员工人数为 20 人或以上，或多雇主计划中至少有一家雇主的员工人数超过 20 人，则团体健康计划优先支付。
- 如果您因 ESRD 享有 Medicare 保障，则在您获得 Medicare 保障资格后的前 30 个月内，团体健康计划优先支付。

以下类型的保障通常对其相关服务优先支付 ：

- 无过失保险（含机动车保险）
- 责任保险（含机动车保险）
- 黑肺病福利
- 工伤保险

对于 Medicare 承保服务， Medicaid 和 TRICARE 从不优先支付， 仅在 Medicare 和/或雇主团体健康计划完成支付后， 才承担剩余费用。

第 2 章：
电话号码和资源

第 1 节 我方计划联系人

如果您在理赔、 账单或会员卡方面有疑问， 可致电或致函 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 会员服务。 我们将竭诚为您提供帮助。

会员服务部 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 请注意， 在 4 月 1 日至 9 月 30 日的非工作时间、 周末和联邦节假日期间， 我方自动电话系统可能会接听您的电话。 如果您留下语音消息， 请提供您的姓名和电话号码， 将有一名团队成员在一 (1) 个工作日内给您回电。 会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）还为非英语用户提供免费的语言翻译服务。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
写信	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

如何就您的医疗服务申请承保决定或申诉

承保决定是指我方就您的福利与保障范围， 或者我方为您的医疗服务或 D 部分药物支付的金额所作出的决定。 申诉是指您要求我方复核并更改某项承保决定的正式方式。 有关如何就您的医疗服务或 D 部分药物申请承保决定或申诉的更多信息， 请参见第 9 章。

医疗服务承保决定 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
写信	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

D 部分药物承保决定 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
传真	1-866-226-1093
写信	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
网站	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

医疗服务申诉 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
传真	1-844-273-2671
写信	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

D 部分药物申诉 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
传真	1-866-388-1766

D 部分药物申诉 – 联系信息	
写信	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

如何就您的医疗服务提出投诉

您可就我方、 我方网络内医疗服务提供者或药房提出投诉， 包括对您所接受医疗服务的质量投诉。 此类投诉不涉及保障范围或费用支付纠纷。 有关如何就您的医疗服务提出投诉的更多信息， 请参见第 9 章。

医疗服务投诉 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
传真	1-844-273-2671
写信	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Medicare 网站	要直接向 Medicare 提交有关 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的投诉， 请访问 Medicare.gov/my/medicare-complaint。

D 部分药物投诉 – 联系信息	
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
传真	1-844-273-2671
写信	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Medicare 网站	要直接向 Medicare 提交有关 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的投诉， 请访问 Medicare.gov/my/medicare-complaint。

如何申请我方支付您已产生的医疗服务或药品费用

如果您收到账单， 或已自行支付了您认为我方应承担的服务费用（如医疗服务提供者开具的账单）， 您可能需要向我方申请报销或要求我方支付该医疗服务提供者的账单。 有关详细信息，请参见第 7 章。

如果您向我方提交了费用支付申请， 而我方拒绝了申请的任何部分， 则您可就该决定提出申诉。 有关详细信息， 请参见第 9 章。

支付申请 – 联系信息	
写信	医疗费用支付申请 ： Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 D 部分费用支付申请 ： Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

第 2 节 获取 Medicare 帮助

Medicare 是美国联邦政府的健康保险计划， 覆盖人群包括 65 岁及以上人士、 部分 65 岁以下残障人士， 以及终末期肾病（需要接受透析治疗或肾脏移植的永久性肾衰竭）患者。

负责管理 Medicare 的联邦机构是 Medicare 和 Medicaid 服务中心。 该机构会与包括我方计划在内的 Medicare Advantage 组织签订合作协议。

Medicare – 联系信息	
电话	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此号码通话免费。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放。
TTY	1-877-486-2048 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。 此号码通话免费。
在线聊天	在线聊天地址为 Medicare.gov/talk-to-someone。
写信	写信给 Medicare， 地址 ： PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare – 联系信息	
网站	Medicare.gov • 获取您所在地区的 Medicare 健康计划与药品计划信息，包括这些计划的费用标准及提供的服务内容。 • 查找参与 Medicare 合作的医生或其他医疗服务提供者及医疗物资供应商。 • 了解 Medicare 的保障范围，包括预防服务（如各类筛查、注射或疫苗接种，以及年度“健康”访视）。 • 获取 Medicare 申诉信息和表格。 • 获取有关计划、护理院、医院、医生、家庭保健机构、透析机构、临终关怀中心、住院康复机构和长期护理医院所提供护理的质量的信息。 • 查找有用的网站和电话号码。 您也可以访问 Medicare.gov， 向 Medicare 反馈您对我方计划的任何投诉。 **要向 Medicare 提交投诉，** 请访问 Medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 会认真对待您的投诉， 并将利用这些反馈信息提升 Medicare 计划的服务质量。

第 3 节 州健康保险援助计划 (SHIP)

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一项政府计划， 全美各州均设有经过培训的顾问， 为您提供免费帮助、 信息咨询及 Medicare 相关问题的解答。 在 California， SHIP 称为 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。

California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 是一项独立的州级计划（不与任何保险公司或健康计划相关联）， 由联邦政府提供资金， 为享有 Medicare 的人士提供免费的本地健康保险咨询服务。

California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 顾问可以帮助您了解自身的 Medicare 权益、 就医疗服务或治疗提出投诉、 解决 Medicare 账单相关问题。 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 顾问还可协助您处理 Medicare 相关疑问或问题、 了解可供选择的 Medicare 计划、 解答计划更换相关问题。

California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) – 联系信息	
电话	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。
写信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

第 4 节 质量改进组织 (QIO)

美国各州都设有指定的质量改进组织 (QIO)， 为享有 Medicare 的人士提供服务。 在 California，质量改进组织称为康曼斯健康（California 质量改进组织）。

康曼斯健康（California 质量改进组织）是由医生及其他健康护理专业人员组成的团体， 这些人员由 Medicare 支付薪酬， 负责检查和提升 Medicare 参保人获得的医疗服务质量。 康曼斯健康（California 质量改进组织）是一个独立组织。 与我方计划无关联。

在以下任何情况下， 可联系康曼斯健康（California 质量改进组织）：

- 您对所接受的医疗服务质量有投诉。医疗服务质量问题的示例包括收到错误药物、接受不必要的检查或诊疗操作、误诊。
- 您认为住院保障的终止时间过早。
- 您认为家庭健康护理、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的保障终止时间过早。

康曼斯健康（California 质量改进组织）– 联系信息	
电话	1-877-588-1123 当地时间周一至周五上午 9:00 至下午 5:00 ； 当地时间周六至周日上午 10:00 至下午 4:00
TTY	711

康曼斯健康（California 质量改进组织）– 联系信息	
写信	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
网站	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

第 5 节 社会保障局

社会保障局负责判定 Medicare 的参保资格， 并办理 Medicare 的参保手续。 此外， 对于因收入较高而需为 D 部分药物保障额缴费的人群， 其判定工作也由社会保障局负责。 如果您收到社会保障局的信函， 告知您必须支付该笔额外费用， 且您对费用金额有疑问， 或因发生重大生活变故导致收入下降， 则可致电社会保障局申请重新审核。

如果您搬迁或变更邮寄地址， 请联系社会保障局告知相关情况。

社会保障局 – 联系信息	
电话	1-800-772-1213 此号码通话免费。 周一至周五早上 8 点至晚上 7 点开放。 您可使用社会保障局的自动电话服务， 全天 24 小时获取录音播报信息并办理部分业务。
TTY	1-800-325-0778 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。 此号码通话免费。 周一至周五早上 8 点至晚上 7 点开放。
网站	SSA.gov

第 6 节 Medicaid

作为我方计划的参保成员， 您同时具备 Medicare 与 California Medi-Cal (Medicaid) 的参保资格。 Medicaid 是由联邦政府与州政府共同运营的计划， 旨在为收入和资产有限的特定人群提供医疗费用补助。

此外， 通过 California Medi-Cal (Medicaid) 还会提供一些计划， 帮助享有 Medicare 的人士支付其 Medicare 相关费用（如 Medicare 保费）。 以下这些 Medicare 储蓄计划可帮助收入和资产有限的人群每年节省开支 ：

- **合格的 Medicare 受益人增强版 (QMB+)：**帮助支付 Medicare Part A 和 Part B 保费以及其他分摊费用（如免赔额、共保比例和共付额）。符合条件的受益人还可享受全额 Medicaid 福利。
- **特定低收入 Medicare 受益人增强版 (SLMB+)：**帮助支付 B 部分保费。符合条件的受益人还可享受全额 Medicaid 福利。
- **全额福利双重资格受益人 (FBDE)：**Medicaid 可支付您的 Medicare Part A 和 Part B 保费以及其他分摊费用（如免赔额、共保比例和共付额）。符合条件的受益人还可享受全额 Medicaid 福利。

要成为本计划的成员， 您需同时参保 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid)， 且在参保时满足本计划的所有其他资格要求。 如果您对从 Medicaid 获得的帮助有疑问， 请联系 California Medi-Cal (Medicaid)。

California Medi-Cal (Medicaid) – 联系信息	
电话	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 太平洋时间周一至周五上午 8:00 至下午 5:00
TTY	1-800-430-7077 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。
写信	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
网站	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

California 长期护理监察员计划为参保 California Medi-Cal (Medicaid) 的人士提供服务或账单问题相关协助。 该计划可帮您就我方计划提交投诉或申诉。

California 长期护理监察员计划 – 联系信息	
电话	1-916-419-7510 当地时间周一至周五上午 8:00 至下午 4:00
TTY	711

California 长期护理监察员计划 – 联系信息	
写信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	https://www.aging.ca.gov/

California 长期护理监察员计划帮助人们获取护理相关信息， 并解决护理与住户或其家属之间的纠纷。

California 长期护理监察员计划 – 联系信息	
电话	1-916-419-7510 当地时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点
TTY	711
写信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

第 7 节 帮助人们支付处方药费用的计划

Medicare 网站 (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有关降低处方药费用的方法的信息。 以下计划可以帮助收入有限的人群。

Medicare 的额外补助

由于您符合 California Medi-Cal (Medicaid) 参保资格， 因此您有资格获得 Medicare 的额外补助，用以支付您的处方药计划费用。 您无需采取任何额外行动即可获得此额外补助。

如果您对额外补助有任何疑问， 请致电 ：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 社会保险办公室电话 1-800-772-1213，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 7 点。TTY 用户请拨打 1-800-325-0778；或者
- 您所在州的 Medicaid 办公室电话 1-800-541-5555（TTY 用户请拨打 1-800-430-7077）。

如果您认为在药房购买处方药时支付的金额有误， 我方计划设有相关流程， 可协助您获取正确共付额的证明材料。 如果您已有正确金额的证明材料， 我方可以协助您与我方分享此材料。

- 请致电会员服务部，告知客服代表您认为自己符合额外补助的申请条件。您可能需要提供以下任一类型的文件（最佳可用证明）：
  - 受益人所持 California Medi-Cal (Medicaid) 卡的复印件，卡片需包含受益人的姓名，以及上一日历年 6 月之后某一个月的资格生效日期
  - 州政府出具的文件复印件，确认受益人在上一日历年 6 月之后某个月处于 California Medi-Cal (Medicaid) 的有效参保状态
  - 州政府电子参保档案的打印件，显示受益人在上一日历年 6 月之后某个月的 California Medi-Cal (Medicaid) 参保状态
  - 州政府 California Medi-Cal (Medicaid) 系统的屏幕截图，显示受益人在上一日历年 6 月之后某个月的 Medicaid 参保状态
  - 其他由州政府出具的文件，显示受益人在上一日历年 6 月之后某个月的 California Medi-Cal (Medicaid) 参保状态
  - 社会保障局 (SSA) 的信函，证明该个人正在领取补充保障收入 (SSI)
  - 视同符合资格申请表，确认受益人“…自动符合额外补助申请条件…”（SSA 文件 HI 03094.605）

  如果您目前已入住机构且认为自己符合零分摊费用的条件， 请致电会员服务部， 告知客服代表您认为自己符合额外补助的申请条件。 您可能需提供以下任一类型的文档 ：
  - 该机构提供的汇款凭证，可显示在上一个日历年六月之后的某个月代表您支付了整个日历月的 Medicaid 费用；
  - 州政府文件的复印件，可确认在上一个日历年六月之后代表您向该机构支付了整个日历月的 Medicaid 费用；或
  - 州政府 Medicaid 系统的截屏打印件，可基于上一个日历年六月之后某个月内为入住至少整个日历月而支付的 Medicaid 费用，显示您的机构入住状态。
- 如果您无法提供上述文件，但仍认为自己可能符合额外补助的申请条件，请致电会员服务部，客服代表将为您提供协助。
- 我方收到正确共付额标准的证明材料后，将更新系统信息，以便您下次购买处方药时能按正确的共付额支付。如果您多付了共付额，我方将通过支票为您退款，或用于抵扣您未来的共付额。如果药房未收取您的共付额，导致您在药房有欠款，我方可能会直接向药房支付该笔费用。如果州政府已代您支付，我方可能会直接向州政府支付。如有任何疑问，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

如果您同时享有额外补助和艾滋病药物援助方案 (ADAP) 的保障， 该如何处理？

艾滋病药物援助方案 (ADAP) 旨在帮助感染艾滋病毒/艾滋病的人群获得挽救生命的艾滋病毒治疗药物。 对于同时列入 ADAP 处方集的 Medicare Part D 药物， 您可通过 California 艾滋病药物援助方案 (ADAP) 获得处方药分摊费用援助。

California 艾滋病药物援助方案 (ADAP) 是您所在州的 ADAP。

您所在州的 California 艾滋病药物援助方案 (ADAP) 如下所示。

California 艾滋病药物援助方案 (ADAP) – 联系信息	
电话	1-844-421-7050 当地时间周一至周五上午 8:00 至下午 5:00（节假日除外）
TTY	711
写信	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
网站	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

注： 要符合所在州 ADAP 的参保资格， 申请人需满足特定条件， 包括提供州内居住证明、 艾滋病毒感染状态证明、 低收入证明（由该州界定）， 以及未参保或参保不足的证明。 如果您变更计划， 请告知当地 ADAP 参保工作人员， 以便您能继续获得援助。 有关该计划的资格条件、 承保药品或参保流程的信息， 请致电 California 艾滋病药物援助方案 (ADAP)。

Medicare 处方药支付计划

Medicare 处方药支付计划是一种可与您当前的药品保障结合使用的支付选项， 它通过将我方计划承保药品的自付费用分摊到整个**日历年**（1 月至 12 月）， 帮助您管理这些费用。 凡参保 Medicare 药品计划或包含药品保障的 Medicare 健康计划（如包含药品保障的 Medicare Advantage 计划）的人士， 均可使用该支付选项。 **该支付选项可能有助于您管理开支， 但不能为您节省资金或降低药品费用。 如果您参加了 Medicare 处方药支付计划并继续留在同一 D 部分计划中， 您的参与将在 2027 年自动续期， 您无需提交新的选择申请即可在 2027 年继续参与。** 对于符合条件的人士而言， Medicare 提供的额外补助以及 SPAP 和 ADAP 提供的援助， 比参与 Medicare 处方药支付计划更具优势。 要了解有关此支付选项的更多信息， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）或访问 Medicare.gov。

Medicare 处方药支付计划 – 联系信息	
电话	1-833-750-9969 此号码通话免费。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开通。 会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）还为非英语用户提供免费的语言翻译服务。
TTY	1-800-716-3231 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。 此号码通话免费。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开通。
写信	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
网站	go.wellcare.com/CA-MPPP

第 8 节 铁路退休委员会 (RRB)

铁路退休委员会是独立的联邦机构， 负责为美国铁路工人及其家属管理综合福利计划。 如果您通过铁路退休委员会获取 Medicare， 在搬迁或变更邮寄地址时， 请告知该机构。 如对铁路退休委员会提供的福利有疑问， 请与该机构联系。

铁路退休委员会 (RRB) – 联系信息	
电话	1-877-772-5772 此号码通话免费。 周一、 周二、 周四、 周五的上午 9 点至下午 3 点 30 分， 以及周三的上午 9 点至中午 12 点， 按“0”可与 RRB 的客服代表通话。 按“1”可进入 RRB 的自动帮助热线， 每周 7 天、 每天 24 小时（含周末及节假日）均可获取录音播报信息。
TTY	1-312-751-4701 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。 此号码通话收费。
网站	https://RRB.gov

第 9 节 如果您有雇主提供的团体保险或其他健康保险

如果您（或您的配偶、 同居伴侣）通过自身（或配偶、 同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得本计划相关福利， 如有任何疑问， 请致电雇主/工会福利管理员， 或致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 您可以咨询您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员健康福利、 保险费或参保期。 （会员服务部的电话号码打印在本文档的封底。 ）如果您对本计划下的 Medicare 保障有任何疑问， 可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

如果您通过您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得其他药品保障， 请联系**该团体的福利管理员**。 福利管理员可协助您了解如何将当前药品保障与我方计划结合使用。

第 3 章：
使用我方计划获取医疗及其他承保服务

第 1 节 作为本计划参保成员，如何获取医疗服务及其他服务

本章将说明您使用我方计划获取医疗服务及其他承保服务时需了解的内容。 有关我方计划承保的具体医疗服务和其他服务， 请参见第 4 章的“医疗福利一览表”。

第 1.1 节 网络内医疗服务提供者和承保服务

- **医疗服务提供者**指经州政府许可、可提供医疗服务与护理的医生及其他健康护理专业人员。“医疗服务提供者”一词也涵盖医院及其他健康护理设施。
- **网络内医疗服务提供者**指与我方签订协议的医生及其他健康护理专业人员、医疗集团、医院及其他医疗机构，这些主体同意接受我方支付的费用，以此作为服务费用的全额支付。我方已安排这些医疗服务提供者为计划参保成员提供承保服务。网络内医疗服务提供者会就其向您提供的医疗服务直接向我方开具账单。当您就诊于网络内医疗服务提供者，对于承保服务，您无需支付任何费用。
- **承保服务**包括我方计划所保障的所有医疗服务、健康护理服务、医疗用品、设备及处方药。您的医疗护理承保服务列于第 4 章的“医疗福利一览表”中。您的处方药承保服务将在第 5 章讨论。

第 1.2 节 我方计划保障的医疗服务及其他服务的基本规则

作为一项 Medicare 健康计划， 我方计划必须覆盖 Original Medicare 承保的所有服务， 且可能在 Original Medicare 保障范围之外， 额外提供其他服务。 请参见第 4 章， 了解该计划承保的服务。

通常情况下， 只要满足以下条件， 我方计划将为您的医疗服务提供保障 ：

- **您接受的医疗护理包含在我方计划**第 4 章**的“医疗福利一览表”中**。
- **您接受的医疗护理被认定为具有医学必要性。**医学必要性指相关服务、医疗用品、设备或药品为预防、诊断或治疗您的健康状况所必需，且符合公认的医疗实践标准。
- **有一位网络初级医疗服务提供者 (PCP) 提供和监督您的护理。**作为我方计划的参保成员，您必须选择一位网络 PCP（有关更多信息，请参见第 2.1 节）。

- 在多数情况下，您需先获得网络 PCP 的事前批准（转诊证明），方可使用我方计划网络内的其他医疗服务提供者，如专科医生、医院、专业护理机构或家庭健康护理机构。有关更多信息，请参见第 2.3 节。
- 急诊医疗或急需服务无需获得 PCP 的转诊证明。如需了解其他无需 PCP 事前批准即可获取的医疗服务类型，请参见第 2.2 节。

- **您必须从网络内医疗服务提供者处获取医疗服务**（详见第 2 节）。在大多数情况下，您通过网络外医疗服务提供者（不属于我方计划网络的医疗服务提供者）获得的医疗服务将不在保障范围内。这意味着您必须向该医疗服务提供者全额支付您所获服务的费用。以下是 3 种例外情况：
  - 我方计划覆盖了您通过网络外医疗服务提供者获取的急诊医疗或急需服务。如需了解更多信息（包括急诊服务或急需服务的具体定义），请参见第 3 节。
  - 如果您需要的医疗服务为 Medicare 或 California Medi-Cal (Medicaid) 要求我方计划必须承保的项目，但我方计划网络内无提供该服务的专科医生，您可通过网络外医疗服务提供者获取该服务，且所需承担的分摊费用与您正常通过网络内医疗服务提供者获取服务时相同（需事先授权）。如需了解在获取服务前可能需遵守的授权规则，请来电咨询。在此情况下，我方计划对这些服务的保障与您通过网络内医疗服务提供者获取服务时一致。有关获取网络外医生就诊批准的信息，请参见第 2.4 节。
  - 当您暂时身处我方计划服务区域外，或您的常规透析服务提供者临时无法提供服务时，我方计划将保障您在 Medicare 认证透析机构接受的肾透析服务。您向我方计划支付的透析服务分摊费用不得高于 Original Medicare 规定的费用分摊标准。如果您在我方计划服务区域外，且通过我方计划网络外医疗服务提供者接受透析服务，则您的分摊费用不得高于网络内分摊费用支付标准。但是，如果您的常规网络内透析服务提供者临时无法提供服务，且您选择在我们的服务区域内通过我方计划网络外医疗服务提供者接受透析服务，则您可能需承担更高的分摊费用。

第 2 节 选择我方计划网络内医疗服务提供者获取医疗服务及其他服务

第 2.1 节 您必须选择一位初级医疗服务提供者 (PCP) 为您提供和监督医疗护理

什么是 PCP？PCP 为您提供哪些服务？

当您成为我方计划的参保成员后， 必须首先选择一位计划提供者作为您的 PCP。 您的 PCP 是您的健康合作伙伴， 为您提供或协调护理服务。 您的 PCP 是符合州政府资质要求、 接受过基础医疗服务培训的健康护理专业人员， 包括家庭医疗科、 全科医疗科及内科的专科医生。

您的大部分常规或基础医疗护理将由 PCP 提供。 此外， 作为我方计划参保成员， 您所需的其他承保服务， 也将由 PCP 协助安排或协调， 其中包括 ：

- X 光检查，
- 实验室检查，
- 物理治疗、职业治疗和/或言语治疗，

- 专科医生提供的诊疗，
- 入院，以及
- 随访护理

“协调”您的承保服务， 包括向其他计划内医疗服务提供者核实和咨询您的诊疗情况并跟进诊疗进展。 对于部分特定类型的服务或医疗用品， 您的 PCP 需获得事先授权（事前批准）。 如果您所需的服务需要事先授权， 您的 PCP 将向我方计划申请该授权。 由于您的 PCP 将负责提供和协调您的医疗服务， 因此应将既往所有医疗记录发送到 PCP 的诊所。 对于大部分常规健康护理需求， 您通常应首先咨询 PCP。 我方建议您让 PCP 协调您的所有医疗护理。 有关更多信息， 请参见本章第 2.3 节。

在某些情况下， 您的 PCP、 您就诊的专科医生或其他医疗服务提供者， 需就部分特定类型的承保服务和承保物品， 获得我方的事先授权（事前批准）。 有关需要事先授权的服务和物品， 请参见本文档第 4 章。

如果您需要在正常工作时间外联系医生， 请拨打医生诊室的电话， 系统会将您转接至医生、 提供包含服务获取指引的答录机， 或者其他提供诊疗服务的医生。 如遇急诊， 请立即拨打 911。

如何选择 PCP

参保我方计划时， 您需从 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的网络中选择一家参与计划的医疗集团， 并从该医疗集团中选择一位 PCP。 要选择您的 PCP， 请访问我们的网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories， 并从我方计划网络中选择一名 PCP。 会员服务部也可以协助您选择 PCP。 选择 PCP 后， 请致电会员服务部， 告知您的选择。 您的 PCP 必须在我方网络内。

每家医疗集团及每位 PCP 都可转诊至其网络内的特定计划内专科医生， 并与网络内的特定医院合作。 如果您想就诊于某一特定的计划内专科医生或医院， 需先确认该专科医生和/或医院是否在您选择的医疗集团及 PCP 的网络内。

如果您未选择医疗集团或 PCP， 或选择的医疗集团或 PCP 不在我方计划内， 我方将为您自动分配一家医疗集团和一位 PCP。

如何更换 PCP

您可以随时出于任何原因更换 PCP。 您的 PCP 可能会退出我方计划的医疗服务提供者网络， 此时您需要选择新的 PCP。 在特定情况下， 我方医疗服务提供者有义务在退出我方网络后继续提供服务。 有关具体详情， 请联系会员服务部。

如果您想更换医疗集团或 PCP， 请致电会员服务部。 每家计划内医疗集团及每位 PCP 都可转诊至其网络内的特定计划内专科医生， 并与网络内的特定医院合作。 由于某些 PCP 参与有限或特定的转诊网络， 您所选的计划内医疗集团和 PCP 可能会决定您可使用的专科医生和医院。 如果您想使用特定专科医生或医院， 请了解您的计划内医疗集团和 PCP 与这些专科医生或医院是否有合作。

要更换 PCP， 请致电会员服务部。 变更将在下个月的第一天生效。 请注意 ： 如果您使用的 PCP 并非我方为您分配的 PCP， 您可能需承担更高的分摊费用， 或您的理赔申请可能会被拒绝。

第 2.2 节 无需 PCP 转诊即可获得医疗服务和其他服务

您无需事先获得 PCP 批准即可获得下列服务。

- 常规女性健康护理，包括乳房检查、筛查性乳腺钼靶检查（乳房 X 光检查）、巴氏涂片检查及盆腔检查，前提是通过网络内医疗服务提供者进行
- 流感疫苗接种、COVID-19 疫苗接种，以及肺炎疫苗接种，前提是通过网络内医疗服务提供者进行
- 急诊服务，可通过网络内或网络外医疗服务提供者进行
- 急需计划承保服务指当您暂时身处我方计划服务区域外，或基于您所处的时间、地点及具体情况，通过网络内医疗服务提供者获取服务存在不合理性时，您急需（但非急诊）的医疗服务。急需服务的示例包括突发疾病、意外伤害或既有疾病的意外急性发作。即使您身处我方计划服务区域外，或我方计划网络暂时无法提供服务，具备医学必要性的常规就诊（如年度体检）也不被视为急需服务。
- 当您暂时身处我方计划服务区域外时，在 Medicare 认证的透析机构接受的肾透析服务。如条件允许，请在离开服务区域前致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），我方可为您协助安排外出期间的维持性透析服务。

第 2.3 节 如何通过专科医生和其他网络内医疗服务提供者获取医疗护理

专科医生是指针对特定疾病或特定身体部位提供健康护理服务的医生。 有很多种专科医生。 例如 ：

- 肿瘤科医生，负责治疗癌症患者
- 心内科医生，负责治疗心脏病患者
- 骨科医生，负责治疗患有特定骨骼、关节或肌肉疾病的患者。

要在专科医生处就诊， 您通常需要先获得 PCP 的批准。 这称为“转诊”至专科医生。 在您看计划内的专科医生或某些其他医疗服务提供者之前， 务必先获得 PCP 的转诊。 也有少数例外， 包括常规女性健康护理， 详见第 2.2 节。 如果您在从专科医生或某些其他医疗服务提供者处获得服务前没有转诊， 您可能需要自行支付这些服务的费用。

如果专科医生希望您复诊接受额外护理， 请先确认您从 PCP 处获得的首次就诊转诊是否涵盖对该专科医生或某些其他医疗服务提供者的后续就诊。 在某些情况下， 您、 您的代表或您的 PCP/医疗服务提供者可能需要从计划获得事先授权。 有关哪些服务需要事先授权的信息， 请参阅第 4 章第 2 节。

每家医疗集团及每位 PCP 都可转诊至其网络内的特定计划内专科医生， 并与网络内的特定医院合作。 这意味着您选择的医疗集团和 PCP 可能会决定您可以使用的专科医生和医院。 如果您想使用特定专科医生或医院， 请确认您的医疗集团或 PCP 是否使用这些专科医生或医院。 如果您当前的 PCP 无法将您转诊至您想就诊的计划内专科医生或医院， 您通常可随时更换 PCP。 在第 2.1 节的“选择更换 PCP”中， 我们介绍如何更换您的 PCP。

当专科医生或其他网络内医疗服务提供者退出我方计划时

我方计划网络内的医院、 医生及专科医生（医疗服务提供者）可能会在年内发生变动。 如果您的医生或专科医生退出我方计划， 您将享有以下权利和保障 ：

- 尽管我方计划网络内的医疗服务提供者可能在年内发生变动，但根据 Medicare 规定，您仍有权获得不间断的合格医生和专科医生的服务。
- 我方将提前通知您医疗服务提供者退出我方计划的情况，以便您有充足时间选择新的提供者。
    - 如果您的初级医疗服务提供者或行为健康服务提供者退出我方计划，且您在过去 3 年内曾就诊于该提供者，我方将向您发送通知。
    - 如果您的其他医疗服务提供者退出我方计划，而您被分配至该提供者、当前正接受其诊疗服务，或在过去 3 个月内曾就诊于该提供者，我方将向您发送通知。
- 我方将协助您选择一位新的合格网络内医疗服务提供者，以便您持续获得医疗护理。
- 如果您正接受当前医疗服务提供者的诊疗或治疗，您有权申请继续接受具备医学必要性的诊疗或治疗。我方将与您协作，确保您的医疗护理不中断。
- 我方将向您提供有关可用参保期及计划变更选项的信息。
- 当网络内医疗服务提供者或福利无法或不足于满足您的医疗需求时，我方将为您安排在我方医疗服务提供者网络外获取具备医学必要性的保障福利，您只需承担与网络内服务相同的分摊费用。我方计划必须先确认网络内无可用的医疗服务提供者，且网络外医疗服务提供者需联系我方计划，为您申请获取服务的授权。如果申请获批，该网络外医疗服务提供者将获得提供相关服务的授权。您有权通过网络外医疗服务提供者获取急诊医疗或急需服务。此外，对于患有终末期肾病 (ESRD) 且身处计划服务区域外、无法就诊于网络内医疗服务提供者的参保成员，我方计划必须保障其透析服务需求。ESRD 服务必须在 Medicare 认证的透析机构进行。
- 如果您得知您的医生或专科医生将退出我方计划，请联系我们，我方将协助您选择新的医疗服务提供者来管理您的医疗护理。
- 如果您认为我方未为您提供合格的医疗服务提供者来替代原提供者，或您的医疗护理未得到妥善管理，您有权向 QIO 提交医疗质量投诉，或向我方计划提交医疗质量投诉，这两种行动也可同时进行（详见第 9 章）。

第 2.4 节 如何通过网络外医疗服务提供者获取医疗护理

您有权通过网络外医疗服务提供者获取急诊医疗或急需服务。 此外， 对于患有终末期肾病 (ESRD) 且身处计划服务区域外、 无法就诊于网络内医疗服务提供者的参保成员， 我方计划必须保障其透析服务需求。 ESRD 服务必须在 Medicare 认证的透析机构进行。

此外， 如果您需要 Medicare 保障范围内的医疗服务， 但网络内医疗服务提供者无法提供该服务， 则您可以通过网络外医疗服务提供者获取。 我方计划必须先确认网络内无可用的医疗服务提供者， 且网络外医疗服务提供者需联系我方计划， 为您申请获取服务的授权。 如果申请获批， 该网络外医疗服务提供者将获得提供相关服务的授权。

首次参保我方计划后可享受哪些权益

如果您是首次参保我方计划， 即便您目前就诊的医生不在我方计划网络内， 您仍可在特定时间段内选择这些医生为您提供服务。 我方将此称为“持续护理”。 如果您当前就诊的医生不在我方计划网络内， 且满足以下所有条件， 则在您参保时， 您最多可在 12 个月内继续选择这些医生作为医疗服务提供者， 并沿用原有的服务授权 ：

- 您本人、您的代理人或您的医疗服务提供者要求我方允许您继续选择当前的医疗服务提供者。
- 我方确认您与该初级医疗服务提供者或专科医生已存在既定关系（存在一些例外情况）。我方所指的“既定关系”是指在您首次参保我方计划之日前 12 个月内，您曾至少 1 次因非急诊情况就诊于该网络外医疗服务提供者。
    - 我们通过审查您的可用健康信息或您提供给我们的信息来确定是否存在现有关系。
    - 我们有 30 天的时间回应您的申请。您可以要求我们加速做出决定，我们必须在 15 天内回应。您可致电 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）提出该申请，客服代表服务时间：10 月 1 日至 3 月 31 日周一至周日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。如果您涉及人身安全风险，我方在 3 天内必响应。
    - 在您提出申请时，您或您的医疗服务提供者必须出示证明现有关系的文件并同意某些条款。

注 ： 对于耐用医疗设备 (DME) 的提供者， 您可提出上述申请， 以保留现有服务至少 90 天， 或直到我方完成新设备租赁授权， 且网络内医疗服务提供者交付该租赁设备。

在连续护理期结束后， 您需选择 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 网络内且隶属于您的初级医疗服务提供者所在医疗集团的医生及其他医疗服务提供者， 除非我们已与您的网络外医生达成协议。

第 3 节 如何在急诊、灾害或急需医疗护理时获取服务

第 3.1 节 医疗紧急情况下获取医疗护理

医疗紧急情况是指您本人或任何具备基础健康与医学常识的理性普通人均认为， 您出现的医疗症状需立即接受医疗干预， 否则可能导致死亡（如果您为孕妇， 则可能导致胎儿死亡）、 肢体缺失或肢体功能丧失， 或身体机能永久严重受损。 此类医疗症状可能表现为突发疾病、 意外伤害、 剧烈疼痛， 或病情迅速恶化的健康状况。

如遇医疗紧急情况 ：

- **尽快获取帮助。**拨打 911 求助，或前往最近的急诊室或医院。需要时呼叫救护车。您无需先获得 PCP 的批准或转诊证明。您无需选择网络内医生。无论何时，在美国及其领土的任何地区，您均可通过任何持有有效州政府执照的医疗服务提供者（即使其不在我方计划网络内）获取保障范围内的急诊医疗服务。Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 涵盖全球范围内的急诊/急需医疗服务。
- **确保尽早告知我方计划您需急诊。**我方需要跟进您的急诊医疗。您或其他人员应致电告知我方您接受急诊医疗的情况，通常是在 48 小时内告知。您可以通过会员卡背面的号码致电会员服务。

医疗紧急情况下的承保服务

如果采用其他方式前往急诊室可能危及您的健康， 我方计划将涵盖救护车服务。 我方计划还涵盖急诊情况下的医疗服务。

为您提供急诊医疗的医生将判断您的病情何时趋于稳定以及医疗紧急情况何时结束。

急诊结束后， 您有权获得医学上必要的后续护理， 以确保病情持续稳定。 您的医生将继续为您治疗， 直到您的健康状况稳定， 并将在适当时与我们合作规划任何额外的护理。

通常建议您在接受急诊医疗后 5 至 7 天内与您的初级医疗服务提供者或治疗提供者进行随访， 以支持您的康复。 然而， 您的承保急诊服务并不要求必须进行后续护理， 如果您无法在特定时间内安排随访， 您的承保也不受影响。

作为我们护理协调服务的一部分， 我们的护理团队可能会主动联系您， 帮助您安排随访预约，或在需要时为您联系额外资源。 您计划承保的任何医学上必要的后续护理将根据您计划的分摊费用规则支付。

如果您的急诊医疗由网络外医疗服务提供者提供， 在您的健康状况和客观条件允许的情况下，我方将尽力协调网络内医疗服务提供者接手您的后续护理。

如果实际并非医疗紧急情况， 该如何处理？

有时很难判断自身情况是否属于医疗紧急情况。 例如， 您可能因担心健康面临严重危险而发起急诊医疗， 但医生最终判定您的情况并非医疗紧急情况。 如果经判定您的情况不属于急诊， 但只要您有合理理由认为当时健康面临严重危险， 此次诊疗仍在保障范围内。

不过， 在医生判定情况并非急诊后， 我方仅在以下两种情形下保障后续诊疗费用 ：

- 您通过网络内医疗服务提供者获取后续诊疗。
- 后续诊疗属于急需服务，且您遵守下述获取此紧急医疗的相关规定。

第 3.2 节 急需服务时如何获取医疗护理

需要立即接受医疗干预（但非急诊）的服务， 比如， 当您暂时身处我方计划服务区域外， 或基于您所处的时间、 地点及具体情况， 通过网络内医疗服务提供者获取服务存在不合理性时，这种情况就属于急需服务。 急需服务的示例包括突发疾病、 意外伤害或既有疾病的意外急性发作。 但是， 即使您身处我方计划服务区域外， 或我方计划网络暂时无法提供服务， 具备医学必要性的常规就诊（如年度体检）也不被视为急需服务。

如需获取紧急医疗， 可 24 小时联系您的 PCP 诊室， 他们会引导您前往网络内紧急医疗中心接受紧急医疗服务。 网络内紧急医疗中心的列表可在*医疗服务提供者和药房目录*或我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上找到。 如果在医生诊室接受紧急医疗服务， 您需支付门诊共付额 ； 但如果在网络内紧急医疗中心或即时诊所接受紧急医疗服务， 您需支付紧急医疗中心共付额， 该金额可能与门诊共付额不同。 有关医生诊室、 网络内紧急医疗中心或即时诊所提供服务对应的共付额， 请参见第 4 章中的医疗福利一览表。

您也可以随时联系护士咨询热线。 护理专业人员每周 7 天、 每天 24 小时为您解答问题。 有关护士咨询热线的更多信息， 请参见第 4 章的“健康和健康管理教育计划”福利类别， 或致电会员服务。

我方计划在以下条件下， 保障您在美国境外接受的全球急诊和紧急医疗服务 ：

- 在全球急诊和紧急医疗服务保障范围内，您在境外旅行期间可享受最高 $50,000 的费用保障。超过此金额的费用将*不予*承保。
- 从另一个国家/地区返回美国的交通费用和在美国境外购买药品的费用*不*在保障范围内。此外，如果您接受住院治疗服务，急诊室费用分摊*不*予减免。
- 如条件允许，请在急诊室就诊后 48 小时内联系我们，告知就诊情况。

注 ： Medicare 不承保美国及其属地境外的急诊医疗护理 ； 但我们的计划将此作为补充福利提供承保。

有关详细信息， 请参见本文档第 4 章“医疗福利一览表”中的“急诊医疗”和“急需服务”， 或致电会员服务部。

第 3.3 节 灾害期间获取医疗护理

如果您所在地区经本州州长、 美国卫生与公众服务部部长或美国总统宣布进入灾害或紧急状态， 您仍有权通过我方计划获取医疗服务。

有关如何在灾害期间获得所需医疗护理的信息， 请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

如果灾害期间无法通过网络内医疗服务提供者获取服务， 我方计划将允许您通过网络外医疗服务提供者获取服务， 且仅需承担与网络内服务相同的分摊费用。 如果灾害期间无法通过网络药房购药， 您可以通过网络外药房调配处方药品。 请参见第 5 章第 2.4 节。

第 4 节 如果被直接收取承保服务的全额费用，该如何处理？

如果您已自行支付承保服务的费用， 或收到承保医疗服务的账单， 请参见第 7 章了解具体处理方式。

第 4.1 节 如果服务不在我方计划保障范围内

我方计划涵盖第 4 章医疗福利一览表中列出的所有具备医学必要性的服务。 如果您获得的服务不在我方计划保障范围内， 或未经授权在网络外获得服务且该服务并非急诊或急需服务， 您需自行承担该服务的全额费用。 在支付服务费用前， 您应确认该服务是否属于 California Medi-Cal (Medicaid) 的承保范围。

对于设有福利限额的承保服务， 如果您已用完该类承保服务的福利额度， 还需自行承担超出部分的全额费用。 当某项福利达到限额后， 您为超出部分支付的费用将不计入最高自付额。 例如， 如果我方计划对专业护理机构护理服务的支付金额已达到福利限额， 超出该限额后您接受的此类服务， 必须自行承担全额费用。 一旦您用完了某项服务的福利限额， 您为该服务额外支付的费用将不计入年度最高自付额。

第 5 节 临床研究中的医疗服务

第 5.1 节 什么是临床研究

临床研究（又称*临床试验*）是医生与科研人员测试新型医疗服务的一种方式， 例如测试某种新型抗癌药物的疗效。 部分临床研究已获得 Medicare 批准。 获得 Medicare 批准的临床研究通常会招募志愿者参与。 如果您参与临床研究， 仍可继续参保我方计划， 并通过我方计划获取研究之外的其他医疗护理（与研究无关的护理）。

如果您参与的是 Medicare 批准的研究， Original Medicare 将承担您在研究中所获承保服务的大部分费用。 如果您告知我方您正在参与符合资质的临床试验， 您仅需承担该试验中相关服务的网络内分摊费用。 如果您已支付超出部分 —— 例如支付了 Original Medicare 分摊费用金额 —— 我方将为您报销您已支付金额与网络内分摊费用之间的差额。 您需提供显示您的实际支付金额的证明文件。

如果您想参与任何经 Medicare 批准的临床研究， 无需告知我方， 也无需获得我方或 PCP 的批准。 为您提供临床研究相关医疗服务的提供者， 无需属于我方计划的网络。 （本条款不适用于需通过临床试验或注册研究评估效益的承保福利， 包括需要证据发展覆盖 (NCDs-CED) 及试验性器械豁免 (IDE) 研究相关的特定福利。 此类福利可能还需遵守事先授权及其他计划规则。 ）

尽管参与临床研究无需获得我方计划许可， 但我方建议您在选择参与 Medicare 认定合格的临床研究时， 提前告知我方。

如果您参与未经 Medicare 批准的研究， 需自行承担参与该研究产生的所有费用。

第 5.2 节 临床研究中的服务费用由谁承担

一旦您参加经 Medicare 批准的临床研究， Original Medicare 将承担您在研究中所接受的常规物品和服务的费用， 具体包括 ：

- 即便您未参与研究，Medicare 原本也会承担的住院食宿费用。
- 作为研究组成部分的手术或其他医疗操作费用。
- 新医疗服务的副作用及并发症治疗费用。

在 Medicare 支付上述服务的分摊费用后， 我方计划将支付剩余部分。 与所有承保服务一致， 您无需为临床研究中所获承保服务支付任何费用。

当您参与临床研究时， **Medicare 与我方计划均不承担以下任何一项费用** ：

- 通常情况下，对于研究正在测试的新型物品或服务，Medicare 不承担费用，除非即便您未参与研究，Medicare 原本也应承担该物品或服务的费用。
- 仅用于收集数据而未用于您直接健康护理的物品或服务。例如，如果您的健康状况通常只需进行 1 次 CT 扫描，Medicare 将不承担作为研究组成部分的每月 CT 扫描费用。
- 研究申办方为试验参与者免费提供的物品和服务。

获取有关参加临床研究的更多信息

有关参与临床研究的更多信息， 请参见 Medicare 出版物 *Medicare and Clinical Research Studies*（网址为 ： Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies。 ）您也可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

第 6 节 在宗教非医疗保健机构获取医疗护理的规则

第 6.1 节 宗教非医疗保健机构

宗教非医疗保健机构指为特定健康状况提供护理服务的机构， 而该类健康状况通常本应在医院或专业护理机构接受治疗。 如果因宗教信仰原因， 参保成员无法在医院或专业护理机构接受护理， 我方计划将转而保障其在宗教非医疗保健机构获取的护理服务。 此项福利仅适用于 A 部分住院服务（非医疗保健服务）。

第 6.2 节 如何通过宗教非医疗保健机构获取护理

要通过宗教非医疗保健机构获得护理， 您必须签署一份法律文件， 声明您基于道德良知反对接受**非例外性**医疗治疗。

- **非例外性**医疗服务或治疗是指所有自愿接受、且不受联邦、州或地方法律强制要求的医疗服务或治疗。
- **例外**医疗保健是指非自愿接受，或受联邦、州或地方法律强制要求的医疗服务或治疗。

您在宗教非医疗保健机构获取的护理需满足以下条件， 方可纳入我方计划保障范围 ：

- 提供护理服务的机构必须获得 Medicare 认证。
- 我方计划仅承保*非宗教*方面的护理。
- 如果您在该类机构所属场所内接受服务，还需满足以下条件：
  - 您的健康状况必须符合获得住院治疗服务或专业护理机构护理承保服务的标准。
  - *并且*，在入住该机构前，必须事先获得我方计划的批准，否则您的入住费用将不予保障。

除非您事先获得我方计划的授权（批准）， 否则我方计划将不承保您在宗教非医疗保健机构的住院费用， 且该住院适用的保障限制将与您接受医院住院服务或专业护理机构护理时相同。 如需了解住院及专业护理机构护理服务的保障规则、 分摊费用及限制条件等更多信息， 请参见第 4 章的“医疗福利一览表”。

第 7 节 耐用医疗设备所有权规则

第 7.1 节 根据我方计划支付一定次数费用后，部分耐用医疗设备仍不归您所有

耐用医疗设备 (DME) 指由医疗服务提供者开具处方、 供参保成员居家使用的设备及用品， 包括氧气设备及用品、 轮椅、 助行器、 电动床垫系统、 拐杖、 糖尿病用品、 语言生成设备、 静脉输液泵、 雾化器及病床等。 部分 DME（如假体）自始至终归参保成员所有， 其他类型的 DME 必须租赁。

在 Original Medicare 中， 如果参保人租赁特定类型的 DME 并连续 13 个月支付该设备的共付额，将获得该设备的所有权。 作为我方计划的参保成员， 对于特定类型的 DME， 您在连续支付一定月份的共付额后， 可获得该设备的所有权。 您在参保 Original Medicare 期间为某一 DME 已经支付的费用， 不计入您成为我方计划参保成员后为该设备支付的费用总额。 如果您在作为我方计划参保成员期间获得某一 DME 的所有权， 且该设备需要维修， 医疗服务提供者可向我方计划报销维修费。 还有一些特定类型的 DME， 无论您在作为我方计划参保成员期间为其支付多少次费用， 均不会获得所有权。 如需了解 DME 的租赁或所有权获取要求， 以及您需提供的证明文件， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

如果您转为参保 Original Medicare， 此前为耐用医疗设备支付的费用将如何处理？

如果您在参保我方计划期间未获得 DME 的所有权， 则在转为参保 Original Medicare 后， 您必须连续支付 13 笔新费用， 方可获得该设备的所有权。 您在参保我方计划期间支付的费用， 不计入这 13 笔费用中。

示例 1 ： 您在参保 Original Medicare 期间已为该设备连续支付 12 笔或更少费用， 之后参保了我方计划。 您在参保 Original Medicare 期间支付的费用将不计入在内， 您必须向我方计划支付 13 笔费用后， 才能拥有该设备。

示例 2 ： 您在参保 Original Medicare 期间已为该设备连续支付 12 笔或更少费用， 之后参保了我方计划。 在参保我方计划期间未获得该设备的所有权， 随后又重新参保了 Original Medicare。 重新参保 Original Medicare 后， 您必须连续支付 13 笔新费用， 方可获得该设备的所有权。 您此前支付的所有费用（无论支付给我方计划还是 Original Medicare）均不计入在内。

第 7.2 节 氧气设备、用品及维护的相关规定

如果您符合 Medicare 氧气设备保障的资格， Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 将提供以下保障 ：

- 氧气设备的租赁
- 氧气和含氧物质的输送
- 用于输送氧气及氧气介质的输氧管及相关制氧配件
- 氧气设备的维护和维修

如果您退出 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)， 或医学上不再需要使用氧气设备， 必须归还氧气设备。

如果您退出我方计划并重新参保 Original Medicare， 会出现什么情况？

Original Medicare 要求制氧供应商为您提供为期 5 年的服务。 前 36 个月， 您需租赁氧气设备。 剩余 24 个月， 供应商将为您提供氧气设备及维护服务（在此期间， 您仍需承担制氧的适用分摊费用）。 5 年后， 您可选择继续与原供应商合作， 也可更换其他供应商。 此时， 无论您是否继续选择原供应商， 5 年服务周期都将重新开始计算， 且您需在新周期的前 36 个月再次支付共付额。 如果您参保或退出我方计划， 该 5 年服务周期也将重新开始计算。

第 4 章：
医疗福利一览表
（保障范围）

第 1 节 了解承保服务

医疗福利一览表列出了您作为我方计划参保成员可享受的承保服务。 本节还将说明不承保的医疗服务， 并解释特定服务的限制条件。

第 1.1 节 您无需为承保服务支付任何费用

由于您可获得 California Medi-Cal (Medicaid) 的援助， 因此只要您遵守我方计划关于获取医疗护理的相关规定， 无需为承保服务支付任何费用。 （请参见第 3 章， 了解本计划关于获取医疗护理规定的更多信息。 ）

第 1.2 节 对于 Medicare Part A 和 Part B 承保的医疗服务，您最多需支付多少费用？

注： 由于我方计划参保成员也可获得 Medicaid 的援助， 因此极少有成员达到此最高自付额。 对于 A 部分和 B 部分承保的服务， 您无需支付任何被计入最高自付额的自付费用。

Medicare Advantage 计划会对您每年为 Medicare Part A 和 Part B 承保的医疗服务所必须支付的自付费用设定限额， 该限额称为医疗服务最高自付额 (MOOP)。 **2027 日历年的 MOOP 金额为 $9,850。**

您为承保服务支付的共付额与共保比例将计入该最高自付额 ； 而您为 D 部分药物支付的费用不计入最高自付额。 此外， 您为部分服务支付的金额不计入您的最高自付额。 这些服务在医疗福利一览表中标有星号 (*)。 如果您达到 $9,850 的最高自付额， 在本年度剩余时间内， 您无需 A 部分和 B 部分承保的服务支付任何自付费用。 但是， 您必须继续支付 Medicare Part B 保费， 除非您的 B 部分保费由 California Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方支付。

第 2 节 医疗福利一览表显示您的医疗福利和费用

下页的医疗福利一览表列出了我方计划承保的服务（D 部分药物保障范围见第 5 章）。 医疗福利一览表中所列的服务仅在满足以下条件时才能享受保障 ：

- 您的 Medicare 承保服务必须依据 Medicare 保障指导原则提供。

- 您的服务（包括医疗护理、服务、医疗用品、设备和 B 部分药物）*必须*具备医学必要性。医学必要性指相关服务、医疗用品、设备或药品为预防、诊断或治疗您的健康状况所必需，且符合公认的医疗实践标准。
- 对于新参保成员，您参保的 MA 协调护理计划需提供至少 90 天的过渡期。过渡期内，即使您正在接受的治疗是由网络外医疗服务提供者启动的，新 MA 计划也不会要求对该持续治疗流程进行事先授权。
- 有一位初级医疗服务提供者 (PCP) 提供和监督您的护理。在多数情况下，您需先获得 PCP 的事前批准（转诊证明），方可去本计划网络内的其他医疗服务提供者处就诊。
- 医疗福利一览表中列出的某些服务*仅*在您的医生或其他网络内医疗服务提供者事先获得我方批准（有时称为事先授权）时才能享有保障。需要事前批准的承保服务在医疗福利一览表中以斜体标记。
- 如果您参保的协调护理计划批准了某一治疗流程的事先授权申请，该批准的有效期需符合医疗合理性与必要性要求，以根据适用的保障标准、您的病史及主治医疗服务提供者的建议，避免治疗流程中断。

有关我方保障范围的其他重要事项 ：

- 您同时享有 Medicare 与 California Medi-Cal (Medicaid) 保障。Medicare 承保健康护理和处方药品费用。根据您的 California Medi-Cal (Medicaid) 资格类别，California Medi-Cal (Medicaid) 可能覆盖您的 Medicare 服务分摊费用，包括计划中的医疗免赔额、住院与医院门诊服务及医生诊疗的共付额或共保比例。California Medi-Cal (Medicaid) 还覆盖 Medicare 未涵盖的服务，如长期护理、部分非处方药及家庭与社区服务。
- 与所有 Medicare 健康计划一致，我方计划覆盖 Original Medicare 涵盖的全部服务。（要了解有关 Original Medicare 保障范围和费用的更多信息，请参见 *2027 年《Medicare 与您》*手册。可通过 Medicare.gov 在线查看，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取纸质版。（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）。
- 对于 Original Medicare 免费提供的预防服务，我方计划同样为您免费提供。
- 如果 Medicare 在 2027 年新增任何保障服务，都将由 Medicare 或我方计划负责保障。
- 如果您失去 California Medi-Cal (Medicaid) 资格，但预计可在 3 个月内重新获得，我们将继续提供 Medicare Advantage 计划承保的所有 Medicare 福利。但在此期间，Medicare Advantage 计划不负责保障您所在州 Medicaid 计划中可能包含的任何 California Medi-Cal (Medicaid) 福利。如果对您的资格有任何疑问，请联系会员服务部。

只要满足上述保障条件， 您无需为医疗福利一览表中所列的服务支付任何费用。

慢性病参保人重要福利信息

- 如果您被诊断患有下列任何慢性病，且符合特定标准，即有资格享受慢性病特殊补充福利。
  - **自身免疫性疾病**
  - **癌症**

- **心血管疾病**
- **慢性酒精使用障碍及其他物质使用障碍 (SUD)**
- **慢性和致残性精神健康状况**
- **损害视力、听力（耳聋）、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病**
- **慢性胃肠道疾病**
- **慢性心力衰竭**
- **慢性肾病 (CKD)**
- **慢性肺部疾病**
- **与认知障碍相关的疾病**
- **需持续接受治疗以维持或恢复身体功能的疾病**
- **伴有功能性障碍的疾病**
- **痴呆症**
- **糖尿病**
- **子宫内膜异位症**
- **艾滋病毒/艾滋病**
- **免疫缺陷和免疫抑制性疾病**
- **神经系统疾病**
- **超重、肥胖和代谢综合征**
- **器官移植术后**
- **严重血液系统疾病**
- **卒中**
- 您所参保的计划提供慢性病特殊补充福利 (SSBCI)。这些福利适用于被诊断患有一种或多种符合条件的慢性病，并满足 CMS 定义的**所有**资格标准要求的参保成员：
  - 患有一种或多种共病且医学上复杂的慢性病，该疾病危及生命或严重限制参保人的整体健康或功能
  - 有住院或其他不良健康结果的高风险
  - 需要强化护理协调服务

  仅凭慢性病诊断本身并不能保证获得资格。**除了患有一种或多种符合条件的慢性病外，参保成员还需证明存在以下一项或多项情况，方符合 SSBCI 资格：**
  - 有住院或急诊就诊史，和/或
  - 频繁使用门诊服务或专科护理，和/或
  - 有疾病控制不良或用药依从性差的证据，和/或

- 影响健康结果的非医疗性社会需求 (SDOH)

资格审核在您加入计划后进行，依据客观的、有文件记录的标准，这些标准基于现有信息，如病历、索赔记录、护理管理评估、医疗服务提供者文件及其他支持性信息。

对于没有足够索赔记录的新参保成员，可提交医疗服务提供者证明以支持资格审核。提交证明并不保证获得批准，因为资格审核取决于参保成员是否符合所有必需的资格标准。

在获得福利之前，需确认已满足所有资格标准。如果符合资格，Wellcare 将通知您，并提供有关如何获取 SSBCI 福利的说明。如果您对这些福利或您的资格有疑问，请拨打参保成员 ID 卡背面的会员服务号码。

SSBCI 资格仅适用于当前计划年度，截止于 12 月 31 日。参保成员必须每个计划年度均符合资格要求，才能继续享受这些福利。

- 有关更多详情，请参见下文医疗福利一览表中的*慢性病特殊补充福利*。
- 请联系我们，了解您具体有资格享受哪些福利。

该苹果显示了医疗福利一览表中的预防服务。

医疗福利一览表

承保服务	您需支付的费用
关于 California Medi-Cal (Medicaid) 承保服务， 请参见计划福利摘要， 查看完整的 Medicaid 承保福利清单。 如果您未收到福利摘要， 请致电会员服务部索取副本。 您的 Medicaid 承保服务的承保范围和分摊费用（如有）， 取决于您的 Medicaid 资格等级。 请联系您所在州的 Medicaid 机构， 以确定您的承保范围和分摊费用等级。	
腹主动脉瘤筛查 针对高风险人群的一次性超声筛查。 仅当您存在特定风险因素， 且已获得医生、 医师助理 (PA)、 执业护士 (NP) 或临床专科护士 (CNS) 开具的转诊证明时， 我方计划才覆盖此项筛查。	符合该预防性筛查资格的参保成员， 无需支付共保比例、共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
慢性下背痛针灸治疗 承保服务包括 ： 在以下情况下， 90 天内最多可覆盖 12 次就诊 ： 本项福利所指的慢性下背痛定义如下 ： • 持续 12 周或更长时间 • 非特异性，无明确全身性病因（即与转移性、炎症性、感染性疾病等无关） • 与手术无关 • 与妊娠无关 对于治疗后病情有改善的患者， 可额外覆盖 8 次治疗。 每年针灸治疗次数不得超过 20 次。 如果患者病情无改善或出现恶化， 必须终止治疗。 **医疗服务提供者要求 ：** 医生可根据适用的州规定提供针灸服务。 医师助理 (PA)、 执业护士 (NP)/临床专科护士 (CNS) 及辅助医疗人员， 需符合所有适用的州级规定并具有以下资质方可提供针灸服务 ： • 由针灸与东方医学认证委员会 (ACAOM) 认证院校颁发的针灸或东方医学硕士或博士学位；以及 • 美国各州、领地、联邦自治邦（如 Puerto Rico）或 District of Columbia 当前有效的、完整的、可正常执业且无限制的针灸执业执照。 辅助医疗人员提供针灸服务时， 必须在我方规章要求的范围内， 接受医生、 PA 或 NP/CNS 的相应级别监督。	对于在 PCP 诊所接受的 Medicare 承保的针灸治疗，共付额为 $0。 对于在专科医生诊室接受的 Medicare 承保的针灸治疗，共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。* 对于在脊医诊所接受的 Medicare 承保的针灸治疗，共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
救护车服务 承保的救护车服务（包括急诊或非急诊情况）涵盖固定翼飞机、 旋翼飞机及地面救护车服务， 将参保成员转运至最近的合适医疗机构， 但需满足以下条件 ： 患者的健康状况表明其他交通方式可能危及其健康 ； 或已获得我方计划授权。 如果承保的救护车服务用于非急诊情况， 需提供书面证明， 证实参保成员的健康状况确实不适宜其他交通方式（否则可能危及其健康）， 且医学上必须采用救护车转运。	Medicare 承保的地面救护车服务 ： 单程共付额 $0。 *固定翼飞机救护车服务及非紧急转运可能需事先授权。* Medicare 承保的空中救护服务 ： 单程共付额 $0。 *固定翼飞机救护车服务及非紧急转运可能需事先授权。*
年度常规体检 年度常规体检包括对心脏、 肺部、 腹部及神经系统的检查，以及对身体的触诊检查（如头部、 颈部和四肢）以及详细的个人病史/家族病史采集， 此外还涵盖年度健康访视中包含的服务。 以下是体检期间可能进行或开具申请单的服务示例 ： • 进行常规测量（身高、体重、血压） • 评估可预防疾病的风险因素 • 检查反射功能与生命体征 • 实验室检查（尿液和血液样本）	年度常规体检的共付额为 $0。 *
年度健康访视 如果您参保 B 部分保障已满 12 个月， 可享受年度健康访视服务， 以根据您当前的健康状况和风险因素， 制定或更新个性化预防计划。 我方计划每个日历年为参保成员提供 1 次年度健康访视保障。 **注 ：** 首次年度健康访视不得在 *Medicare 新参保者*预防性健康检查后的 12 个月内进行。 但在参保 B 部分保障满 12 个月后， 即便您未曾接受过 *Medicare 新参保者*检查， 仍可享受年度健康访视的保障。	年度健康访视无需支付共保比例、 共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
骨密度检测 针对符合条件的人群（通常指存在骨量流失风险或骨质疏松风险的人群）， 以下服务每 24 个月可享受 1 次 ； 如果医学上有必要， 可更频繁地进行 ： 用于检测骨密度、 发现骨流失或评估骨质量的检查项目， 包括医生对检测结果的解读服务。	Medicare 承保的骨密度检测无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
乳腺癌筛查（乳腺照影筛查） 承保服务包括 ： • 35 岁到 39 岁之间，一次基准线乳腺照影筛查 • 40 岁及以上女性：每 12 个月 1 次筛查性乳房 X 光检查 • 每 24 个月一次临床乳腺检查	承保的筛查性乳房 X 光检查无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
心脏康复服务 对于符合特定条件且经医生转诊的参保成员， 我方计划覆盖心脏康复服务综合计划， 包括训练、 宣教和咨询。 如果您至少患有以下病症之一， 我们的计划承保这些综合计划 ： • 过去 12 个月内心脏病发作 • 冠状动脉搭桥手术 • 稳定性心绞痛（胸痛） • 心脏瓣膜修复或置换 • 冠状动脉血管成形术（用于开通阻塞动脉的医疗手术）或冠状动脉支架植入术（用于保持动脉通畅的手术） • 心脏移植或心肺联合移植 • 稳定性慢性心力衰竭	Medicare 承保的心脏康复服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* Medicare 承保的强化心脏康复服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*

承保服务	您需支付的费用
心脏康复服务 - 续 承保限制 ： 您最多可参加 36 次心脏康复训练。 您每天可参加 2 次训练（每次持续 1 小时）， 该计划可持续长达 36 周。 如果您符合条件， 您可能能够在更长的时间段内再获得 36 次训练。	
心血管疾病风险降低访视（心血管疾病治疗） 我方计划每年覆盖 1 次您与初级医疗服务医生的访视， 以帮助降低您心血管疾病患病风险。 访视期间， 医生可能会与您讨论阿司匹林的使用（如适用）、 为您测量血压， 并提供健康饮食方面的指导建议。	对于心血管疾病预防强化行为疗法这项福利， 您无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
心血管疾病筛查检查 用于检测心血管疾病（或与心血管疾病高风险相关异常指标）的血液检查， 每 5 年（60 个月）可享受 1 次保障。	每 5 年 1 次的心血管疾病筛查检查无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
宫颈癌和阴道癌筛查 承保服务包括 ： • 所有女性每 24 个月进行一次巴氏涂片检查和盆腔检查 • 如果宫颈癌或阴道癌风险高，或处于育龄期且过去 3 年内巴氏涂片检查结果异常，则每 12 个月进行一次巴氏涂片检查	Medicare 承保的预防性巴氏涂片检查与盆腔检查无需支付共保比例、 共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
脊椎矫正治疗服务 承保服务包括 ： • 我们仅承保用手法矫正脊椎半脱位的脊柱手法矫正	Medicare 承保的脊椎矫正治疗服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
结肠直肠癌筛查 以下筛查检查均在保障范围内 ： • 结肠镜检查无最低或最高年龄限制，其中非高风险患者每 120 个月（10 年）可享受 1 次保障，非高风险结直肠癌患者如果此前接受过柔性乙状结肠镜检查，则间隔 48 个月可享受 1 次保障，而高风险患者如果此前接受过筛查性结肠镜检查，则每 24 个月可享受 1 次保障。 • 45 岁及以上非结直肠癌高风险患者的计算机断层扫描结肠成像检查：如果距上次筛查性计算机断层扫描结肠成像检查所在月份已至少过去 59 个月，或距上次筛查性柔性乙状结肠镜检查或筛查性结肠镜检查所在月份已至少过去 47 个月，此项检查可享受保障。直肠癌高风险患者的计算机断层扫描结肠成像检查：如果距上次筛查性计算机断层扫描结肠成像检查或上次筛查性结肠镜检查所在月份已至少过去 23 个月，承保此项筛查检查的费用。 • 45 岁及以上患者的柔性乙状结肠镜检查。非高风险患者：如果此前已接受过筛查性结肠镜检查，每 120 个月可享受 1 次。高风险患者：自上次柔性乙状结肠镜检查或计算机断层扫描结肠成像检查起，每 48 个月可享受 1 次。 • 45 岁及以上患者的粪便潜血筛查试验。每 12 个月可享受 1 次。	Medicare 承保的结肠直肠癌筛查检查无需支付共保比例、共付额或免赔额。 如果医生在结肠镜检查或柔性乙状结肠镜检查过程中发现并切除了息肉或其他组织， 该筛查检查将转为诊断性检查， 此时医生提供的相关服务的共付额为 $0。

承保服务	您需支付的费用
结肠直肠癌筛查 - 续 • 45-85 岁且不符合高风险标准的患者的多靶点粪便 DNA 检测。每 3 年可享受 1 次。 • 45-85 岁且不符合高风险标准的患者的血基生物标志物检测。每 3 年可享受 1 次。 • 如果 Medicare 承保的无创粪便基结肠直肠癌筛查试验结果呈阳性，后续的筛查性结肠镜检查也属于结肠直肠癌筛查检查范畴。 • 结肠直肠癌筛查检查包括计划内的筛查性柔性乙状结肠镜检查或筛查性结肠镜检查（检查过程中涉及组织或其他物质切除），以及在同一次临床诊疗中，因筛查检查产生、与筛查检查相关且伴随筛查检查开展的其他诊疗操作。	
牙科服务 一般而言， 预防性牙科服务（如洁牙、 常规牙科检查及牙科 X 光检查）不在 Original Medicare 的保障范围内。 但在少数特定情况下， Medicare 会支付牙科服务费用， 具体为当该牙科服务是治疗患者主要健康状况的必要组成部分时。 示例包括 ：骨折或外伤后的下颌修复、 为准备下颌部位癌症放疗而进行的拔牙， 或器官移植前的口腔检查。 此外， 我方计划还涵盖 ： **补充性（即常规性）牙科服务** • **全面牙科护理**（承保服务包括以下项目） ○ 修复性服务 – 每 7 个计划年每颗牙齿 1 次	Medicare 承保的每项牙科服务， 共付额均为 $0。 *可能需要事先授权。* 每项恢复性服务的共付额均为 $0。 * *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
牙科服务 - 续	
○ 固定义齿 – 每 7 个计划年每颗牙齿 1 次	每项固定义齿服务的共付额均为 $0。 * *可能需要事先授权。*
○ 活动义齿 – 按牙弓划分，根据服务类型，每 2 至 3 个计划年度可享受 1 次	每项活动义齿服务的共付额均为 $0。 * *可能需要事先授权。*
○ 辅助性一般服务 – 每年 1 次	每项辅助性一般服务的共付额均为 $0。 * *可能需要事先授权。*
参保成员在接受服务前， 建议与提供常规牙科服务的参与医疗服务提供者沟通治疗方案。 治疗必须在本计划年度内、 参保成员仍享受本计划保障期间开始并完成。 本计划未覆盖的牙科服务费用由参保成员自行承担。 **补充性（即非 Medicare 承保的常规性）牙科服务须由参与医疗服务提供者提供， 方可纳入本计划保障范围。** **如果对如何 Find a Provider（查找医疗服务提供者）、 提交理赔申请有疑问， 或需要了解更多信息， 请致电会员服务部。** **您可在我方“牙科福利详情”中查询更多牙科保障信息（包括承保项目详细清单）：** go.wellcare.com/dental-ca	
抑郁症筛查 我方计划覆盖每年 1 次抑郁症筛查服务。 该筛查需通过能够提供后续治疗和/或转诊服务的初级医疗服务提供者进行。	年度抑郁症筛查访视无需支付共保比例、 共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
糖尿病筛查 如果您存在以下任一风险因素， 我方计划将覆盖此项筛查服务（包括空腹血糖检测）： 高血压、 异常胆固醇及甘油三酯水平病史（血脂异常）、 肥胖症或高血糖病史。 如果您满足其他适用条件（如超重且有糖尿病家族史）， 相关检测也可纳入保障范围。 自您最近一次糖尿病筛查检测日期起， 每 12 个月内， 您最多可享受 2 次糖尿病筛查服务。	Medicare 承保的糖尿病筛查检测无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
糖尿病自我管理培训、 糖尿病相关服务及用品 适用于所有糖尿病人群（无论是否使用胰岛素）， 承保服务包括： • 血糖监测用品：血糖监测仪（传统指尖采血血糖仪）、连续血糖监测仪 (CGM)、血糖试纸、采血笔及采血针，以及用于检测试纸和监测仪准确性的血糖控制液。	Medicare 承保的血糖监测仪（传统指尖采血血糖仪）的共付额为 $0。 *可能需要事先授权*。 Medicare 承保的连续血糖监测仪 (CGM) 的共付额为 $0。 *可能需要事先授权*。 Medicare 承保的血糖试纸、采血笔及采血针， 以及血糖控制液的共付额为 $0。 *可能需要事先授权*。 但对于 California Medi-Cal (Medicaid) 未覆盖的产品， 您可能仍需承担高达 20% 的费用。

承保服务	您需支付的费用
糖尿病自我管理培训、 糖尿病相关服务及用品 - 续	
• 对于患有严重糖尿病足病的糖尿病人群：每一日历年可享受 1 双定制治疗鞋（含随鞋提供的鞋垫）及额外 2 双鞋垫，或 1 双加深鞋及 3 双鞋垫（不含随该类鞋子提供的非定制可移除鞋垫），包括适配服务	Medicare 承保的、 为患有严重糖尿病足病的糖尿病患者提供的治疗鞋或鞋垫， 共付额为 $0。 *可能需要事先授权*。 但对于 California Medi-Cal (Medicaid) 未覆盖的产品，您可能仍需承担高达 20% 的费用。
• 特定条件下的糖尿病自我管理培训。	Medicare 承保的的糖尿病自我管理培训的共付额为 $0。 *可能需转诊证明*。 但对于 California Medi-Cal (Medicaid) 未覆盖的产品，您可能仍需承担高达 20% 的费用。
Accu-Chek™ Guide 和 True Metrix™ 是我们的优选糖尿病检测用品（血糖监测仪和试纸）。 Dexcom 和 FreeStyle Libre 是我们的优选连续血糖监测仪品牌。 要了解有关优选糖尿病检测用品和监测仪清单中具体项目的更多信息， 请联系会员服务。 如果您使用的糖尿病检测用品和监测仪非本计划优选品类， 需与您的医疗服务提供者沟通， 获取新的处方， 或为非优选血糖监测仪及血糖试纸申请事先授权。	

承保服务	您需支付的费用
耐用医疗设备 (DME) 及相关用品 （有关耐用医疗设备的定义， 请参见第 12 章和第 3 章） 承保物品包括但不限于 ： 轮椅、 拐杖、 电动床垫系统、 糖尿病用品、 经医疗服务提供者开具处方用于居家使用的病床、 静脉输液泵、 语音生成设备、 氧气设备、 雾化器及助行器。 本计划覆盖 Original Medicare 承保的所有医疗必需 DME。 如果我方计划在您所在地区的合作供应商未提供特定品牌或制造商的产品， 您可询问其是否可专门为您订购。 我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上提供了最新的供应商列表。	*Medicare 承保的耐用医疗设备的共付额为 $0。* *可能需要事先授权。* Medicare 承保的医疗用品的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。* 对于 Medicare 承保的氧气设备， 您的分摊费用为共付额 $0， 每 36 个月结算 1 次。 如果您在参保我方计划前已支付了 36 个月的氧气设备租金， 则您在本计划中的分摊费用为 $0 共付额。
急诊医疗 急诊医疗是指符合以下条件的服务 ： • 由具备提供急诊服务资质的医疗服务提供者提供 • 为评估或稳定紧急医疗状况所必需 医疗紧急情况是指您本人或任何具备基础健康与医学常识的理性普通人均认为， 您出现的医疗症状需立即接受医疗干预， 否则可能导致死亡（如果您为孕妇， 则可能导致胎儿死亡）、 肢体缺失或肢体功能丧失的情况。 此类医疗症状可能表现为突发疾病、 意外伤害、 剧烈疼痛， 或病情迅速恶化的健康状况。 您通过网络外医疗服务提供者接受的必要急诊服务， 其分摊费用与在网络内接受该服务的分摊费用标准一致。 美国境外的急诊服务也在承保范围内。	Medicare 承保的急诊室就诊的共付额为 $0。 如果您在网络外医院接受急诊医疗， 且急诊病情稳定后仍需住院治疗， 则您需转至网络内医院， 才能继续享受医疗服务承保 ； 或需由本计划授权您在该网络外医院进行住院治疗， 此时您需承担的分摊费用， 与在网络内医院住院的分摊费用标准相同。 美国境外急诊服务的共付额为 $115*。 即使您因同一病情入院治疗， 仍需支付该笔费用。 您每年在美国境外接受急诊或急需服务的承保限额为 $50,000。

承保服务	您需支付的费用
健康和健康管理教育计划 • **护士咨询热线** 免费电话护士咨询热线， 由训练有素、 持有执照的注册护士值守， 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放。 护士为健康相关问题提供指导， 帮助参保成员确定最合适的护理级别， 并为非紧急健康问题提供支持。 您可以致电会员服务并要求转接至护士咨询热线， 以使用该热线服务。	护士咨询热线服务的共付额为 $0。 *
听力服务 由您的医疗服务提供者（包括医师、 听力学家或其他合格的医疗服务提供者）实施的诊断性听力及平衡功能评估， 如果经判定需要医疗干预， 将作为门诊护理项目纳入保障范围。	Medicare 承保的每项听力检查， 共付额均为 $0。 *可能需要事先授权。*
我方计划还覆盖以下补充性（即常规性）听力服务 ： • 每年 1 次常规听力检查。	每年 1 次常规听力检查， 共付额为 $0。 * *可能需要事先授权。*
• 每年 1 次助听器适配和评估。	每年 1 次助听器适配和评估， 共付额为 $0。 * *可能需要事先授权。*
常规听力服务须由参与医疗服务提供者提供， 方可享受本计划承保的全部听力福利。 有关听力供应商、 联系信息及福利的更多信息， 请致电会员服务部。	

承保服务	您需支付的费用
艾滋病毒筛查 对于主动申请艾滋病毒筛查检测或艾滋病毒感染风险较高的人群， 我方计划覆盖以下服务 ： • 每 12 个月 1 次筛查检测 如果您已怀孕， 我方计划覆盖以下服务 ： • 孕期内最多可享受 3 次筛查检测	符合 Medicare 承保的预防性艾滋病毒筛查条件的参保成员， 无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
家庭保健机构护理 在接受家庭保健服务前， 医生必须证明您需要家庭保健服务， 并开具处方， 指定由某一家家庭医疗服务机构提供该服务。 您必须符合居家不便条件， 即离开住所需要付出极大努力。 承保服务包括但不限于 ： • 非全日或间断性专业护理和家庭健康护工服务（要获得居家护理福利承保，您所接受的专业护理和家庭健康护工服务合计必须少于每天 8 小时且少于每周 35 小时） • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 医疗和社会服务 • 医疗设备和用品	Medicare 承保的每项家庭保健机构护理服务的共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
家庭输液治疗 家庭输液治疗指在家中通过静脉或皮下注射方式为患者输注药物或生物制剂的治疗方式。 开展家庭输液所需的组成部分包括药物（例如抗病毒药物、 免疫球蛋白）、 设备（例如输液泵）和用品（例如输液管和导管）。	初级医疗服务提供者 (PCP) 提供的专业服务（含护理服务、 培训与指导、 远程监测及监测服务）的共付额为 $0。 专科医生提供的专业服务（含护理服务、 培训与指导、 远程监测及监测服务）的共付额为 $0。

承保服务	您需支付的费用
家庭输液治疗 - 续 承保服务包括但不限于 ： • 依据我方护理计划提供的专业服务（含护理服务） • 耐用医疗设备福利未涵盖的患者培训和指导 • 远程监测 • 由具备资质的家庭输液治疗供应商提供的、与家庭输液治疗实施及家庭输液药物相关的监测服务	*可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。* 家庭输液设备及用品在您的耐用医疗设备 (DME) 福利承保范围内。 有关分摊费用的信息， 请参见“耐用医疗设备 (DME) 及相关用品”一节。 家庭输液药物在您的 Medicare Part B 处方药福利承保范围内。 有关分摊费用的信息，请参见“Medicare Part B 处方药”一节。
临终关怀 当您的医生及临终关怀医疗主任出具终末期预后证明， 确认您身患终末期疾病， 且如果病情按常规发展， 预期生存期不超过 6 个月时， 您即符合临终关怀福利的申请资格。 您可选择任何 Medicare 认证临终关怀计划接受服务。 我方计划有义务协助您在计划服务区域内寻找 Medicare 认证临终关怀计划，其中包括本计划拥有所有权、 控制权或存在经济利益关联的计划。 您的临终关怀医生可为网络内医疗服务提供者， 也可为网络外医疗服务提供者。 承保服务包括 ： • 用于症状控制与缓解疼痛的药物 • 短期喘息护理 • 居家护理 当您参保某一临终关怀计划时， 您有权继续保留我方计划成员资格 ； 如果您选择继续保留我方计划成员资格， 必须持续支付计划保费。	当您参保某一 Medicare 认证临终关怀计划后， 您的临终关怀服务， 以及与您终末期疾病相关的 A 部分和 B 部分服务， 将由 Original Medicare 承担费用， 而非我方计划。 临终关怀咨询服务可能适用医师服务分摊费用。 有关分摊费用的信息， 请参见本表中的“医师/执业医师服务”部分。

承保服务	您需支付的费用
临终关怀 - 续 **临终关怀服务， 以及与您终末期疾病有关的 Medicare Part A 或 B 承保服务 ：** 由 Original Medicare（而非我方计划）向您的临终关怀服务提供者支付费用， 涵盖您的临终关怀服务费用， 以及所有与终末期疾病相关的 A 部分和 B 部分服务费用。 参加临终关怀计划后， 您的临终关怀服务提供者会就 Original Medicare 应为您支付费用的服务向 Original Medicare 开具账单。 您将承担 Original Medicare 规定的分摊费用。 **与终末期疾病无关的 Medicare Part A 或 B 承保服务 ：** 如果您需要非急诊、 非急需服务， 且该服务属于Medicare Part A 或 B 承保范围， 但与您的终末期疾病无关， 您需承担的费用取决于您是否选择我方计划网络内的医疗服务提供者， 以及您是否遵守我方计划规则（例如是否需按要求申请事先授权）。 • 如果您通过网络内医疗服务提供者接受承保服务，且遵守我方计划的服务申请规则，您仅需支付我方计划规定的网络内服务分摊费用。 • 如果您通过网络外医疗服务提供者接受承保服务，您需承担 Original Medicare 规定的分摊费用。 **我方计划承保但不在 Medicare Part A 或 Medicare Part B 保障范围内的服务 ：** 无论该服务是否与您的终末期疾病相关， 我方计划都将继续为其承保的、 不属于 A 部分或 B 部分保障范围的服务提供保障。 您需为这些服务支付我方计划规定的分摊费用。 **我方计划 D 部分福利可能承保的药品 ：** 如果此类药品与您的临终关怀终末期病情无关， 您需支付分摊费用。 如果此类药品与您的临终关怀终末期病情有关， 您需支付 Original Medicare 规定的分摊费用。 药品不会同时由临终关怀服务与我方计划双重承保。 有关更多信息， 请参见第 5 章第 9.4 节。 **注 ：** 如果您需要非临终关怀护理服务（即与您终末期疾病无关的护理服务）， 请联系我们安排相关服务。 对于尚未选择临终关怀福利的终末期疾病患者， 我方计划承保其临终关怀咨询服务（仅限 1 次）。	

承保服务	您需支付的费用
免疫接种 承保的 Medicare Part B 服务包括 ： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗（或流感注射剂），每年秋冬流感季节可接种 1 次；如有医学必要性，可额外接种流感疫苗（或流感注射剂） • 如果您从未完成整个乙肝疫苗接种系列、不了解自己的疫苗接种史，或患有任何其他使您处于感染乙肝的高风险或中等风险状况，则可接种乙肝疫苗 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗（如果您面临风险且疫苗符合 Medicare Part B 承保规则） 我方计划的 D 部分药物福利还覆盖大多数其他成人疫苗。 有关详细信息， 请参见第 6 章第 7 节。 对于年满 19 岁的参保成员， 我方计划对大多数 D 部分成人疫苗提供免费保障。	肺炎疫苗、 流感疫苗、 乙型肝炎疫苗及 COVID-19 疫苗无需支付共保比例、 共付额或免赔额。 对于其他符合 Medicare 承保范围的疫苗（适用于存在相关风险且符合 Medicare Part B 承保规则的情况）， 有关适用的分摊费用信息， 请参见本表中的“Medicare Part B 处方药”部分。 *部分 B 部分药物需经事先授权方可纳入承保范围。*
住院治疗服务 包括急性住院、 康复住院、 长期护理医院服务及其他类型的住院服务。 住院治疗服务从您凭医生处方正式入院当日起算， 出院前一日为住院最后一日。 对于 Medicare 承保的住院医疗服务， 保障期限为 90 天。 承保服务包括但不限于 ： • 半私人房间（如有医学必要性，可提供私人房间） • 膳食（含特殊饮食） • 常规护理服务 • 特殊护理单元费用（如重症监护室或冠心病监护室） • 药品和药物 • 实验室检查 • X 光检查和其他放射学服务 • 必要的手术和医疗用品 • 器械使用（如轮椅） • 手术室与恢复室费用 • 物理治疗、职业治疗及言语治疗 • 住院物质滥用治疗服务	对于 Medicare 承保的入院治疗， 每次入院 ： 每次住院共付额为 $0。 终身保留天数每天 $0 共付额。 终身保留天数指当参保人住院天数超过计划保障天数时，计划额外提供费用支付的天数。 参保成员终身可使用的保留天数总计为 60 天。 如果您的急诊病情稳定后，在网络外医院接受经授权的住院医疗服务， 您需承担的费用将与您在网络内医院接受治疗时需支付的分摊费用一致。

承保服务	您需支付的费用
住院治疗服务 - 续 • 在特定条件下，以下类型的移植手术也在承保范围内：角膜移植、肾脏移植、胰肾联合移植、心脏移植、肝脏移植、肺移植、心肺联合移植、骨髓移植、干细胞移植及肠道/多脏器联合移植。如果您需要接受移植手术，我方将安排由 Medicare 批准的移植中心对您的病例进行评估，以确定您是否符合移植手术条件。移植服务提供者可能位于本地，也可能在服务区域外。如果我方计划网络内的移植服务超出社区常规医疗范围，只要本地移植服务提供者愿意接受 Original Medicare 的费用标准，您可选择在本地接受移植服务。如果我方计划在您所在社区常规移植医疗范围外的地点提供移植服务，且您选择在该异地接受移植，我方将为您及一名陪同人员安排或支付合理的住宿和交通费用。 • 血液 - 包括血液储存与输注。全血与浓缩红细胞的承保期仅自您所需的第一品脱血液开始计算。血液的其他所有成分均自第一品脱开始承保。 • 医师服务 **注：** 如果要成为住院患者， 您的医疗服务提供者必须开具处方， 将您正式收治为医院住院患者。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。 如果不确定自己是门诊患者还是住院患者， 请询问医院工作人员。 • 如需了解更多信息，请参阅 Medicare 情况说明书《*Medicare 医院福利*》，可访问 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。	*可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
精神病医院住院服务 承保服务包括需住院接受的精神健康护理服务。 对于 Medicare 承保的住院， 每次住院保障期限为 90 天。 在精神病院接受的住院精神健康服务， 终身保障上限为 190 天。 190 天的限制不适用于综合医院精神科提供的住院精神卫生服务。 如果您在参保我方计划前， 已使用过 190 天 Medicare 终身福利中的一部分， 则您仅有权享受剩余的终身福利天数。	对于 Medicare 承保的入院，每次入院 ： 每次精神健康护理住院的共付额均为 $0。 终身保留天数每天 $0 共付额。 终身保留天数指当参保人住院天数超过计划保障天数时， 计划额外提供费用支付的天数。 参保成员终身可使用的保留天数总计为 60 天。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。* 如果您的急诊病情稳定后，在网络外医院接受经授权的住院医疗服务， 您需承担的费用将与您在网络内医院接受治疗时需支付的分摊费用一致。
住院 ： 非承保住院期间在医院或 SNF 接受的承保服务 如果您已用完住院福利， 或该住院不符合合理且必要的条件， 我方将不保障您的此次住院费用。 在部分情况下， 我方将保障您在医院或专业护理机构 (SNF) 期间接受的特定服务。 承保服务包括但不限于 ： • 医师服务 • 诊断检查（如实验室检查） • X 光检查、镭疗及同位素治疗（含技术人员相关耗材与服务） • 外科敷料 • 用于复位骨折与脱位的夹板、石膏及其他器具 • 假体和矫形器（牙科相关除外）：包括替代体内全部或部分器官（含相邻组织）、或替代永久性丧失功能或功能异常的体内器官全部或部分功能的器具，包括此类器具的更换和维修	上述所列服务将继续按福利一览表中对应服务的分摊费用标准提供保障。

承保服务	您需支付的费用
住院 ： 非承保住院期间在医院或 SNF 接受的承保服务 - 续 • 腿、臂、背部及颈部支具；疝气带，以及假腿、假臂与假眼（含因器具破损、磨损、丢失或患者身体状况变化而需进行的调整、维修和更换） • 物理治疗、言语治疗和职业治疗	
医学营养疗法 该福利面向患有糖尿病、 肾脏疾病（但未接受透析治疗）的患者， 或经医生开具处方、 处于肾移植术后的患者。 在您依据 Medicare（包括我方计划、 其他任何 Medicare Advantage 计划或 Original Medicare）享受医学营养疗法服务的第一年， 我方承保 3 小时的一对一咨询服务 ； 第一年之后，每年承保 2 小时的一对一咨询服务。 如果您的病情、 治疗方案或诊断结果发生变化， 凭医生处方， 您可获得额外时长的治疗服务。 此类服务须经医生开具处方方可承保 ； 如果下一日历年仍需接受该治疗， 医生须每年重新开具处方。	符合 Medicare 承保医学营养疗法服务资格的参保成员， 无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP) **所有 Medicare 健康计划均为符合资格的人群承保 MDPP 服务。** MDPP 是一项结构化的健康行为变化干预计划， 通过实践培训帮助参与者实现长期饮食调整、 增加身体活动量， 并掌握应对挑战的策略， 从而维持减重成果并养成健康生活方式。	MDPP 福利无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
Medicare Part B 药物 **这些药品属于 Original Medicare Part B 的承保范围。 我方计划的参保成员可通过我方计划获得此类药品的保障。 承保药品包括 ：** • 通常不由患者自行给药，且在接受医生服务、医院门诊服务或门诊手术中心服务期间，通过注射或输注方式使用的药品 • 通过耐用医疗设备（如具有医疗必要性的胰岛素泵）提供的胰岛素	部分药品可能需遵循阶梯疗法。 为使您能按以下所示分摊费用标准获取 B 部分药物， 药房可能需同时向我方计划和 California Medi-Cal (Medicaid) 提交理赔申请。

承保服务	您需支付的费用
Medicare Part B 药物 - 续	
• 经我方计划授权、需使用耐用医疗设备（如雾化器）给药的其他药品 • Alzheimer 药物 Leqembi®（通用名：Lecanemab），通过静脉注射给药。除药物费用外，您在治疗前和/或治疗期间可能还需要进行额外的扫描和检查，这些会增加您的总费用。请与医生沟通，了解治疗过程中可能需要的扫描和检查项目 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制药品：如果 Medicare 为您的器官移植支付了费用，则 Medicare 会承保移植药物治疗。您在获得承保的移植手术时必须已参保 A 部分，且在领取免疫抑制药物时必须已参保 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制药物，则由 Medicare Part D 药物福利负责承保 • 注射用骨质疏松药品：前提是符合居家不便条件、医生证明您的骨折与绝经后骨质疏松相关，且您无法自行注射该药物	**Medicare Part B 胰岛素药品** Medicare 承保的 B 部分胰岛素药品的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。* **其他 Medicare Part B 药物** 其他 Medicare 承保 B 部分药物的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。*
• 部分抗原：如果抗原由医生配制，且在适当监督下由经过正确指导的人员（可能是您本人，即患者）给药，则在 Medicare 承保范围内 • 特定口服抗癌药物：Medicare 承保部分口服抗癌药物，前提是该药物有对应的注射剂型；或者是注射类药品的前体药物（指口服后，在体内分解可产生与注射类药品相同活性成分的口服药物）。随着新的口服抗癌药物上市，B 部分可能将其纳入保障范围。如果 B 部分不承保，则 D 部分会承保 • 口服止吐药：如果口服止吐药在化疗前、化疗时或化疗后 48 小时内进行给药，或作为静脉注射止吐药的完全治疗替代，Medicare 会承保您作为抗癌化疗方案一部分使用的口服止吐药 • Medicare Part B 承保的某些口服终末期肾病 (ESRD) 药物 • ESRD 支付体系下涵盖的拟钙剂与磷结合剂类药物，包括静脉注射药物 Parsabiv® 及口服药物 Sensipar® • 特定家庭透析用药物也在承保范围内，包括肝素、医学必要时使用的肝素解毒剂，以及局部麻醉药	**Medicare Part B 化疗/放疗药品** Medicare 承保的 B 部分化疗药品的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
Medicare Part B 药物 - 续 • 促红细胞生成剂：Medicare 承保注射用促红细胞生成素，前提是您患有终末期肾病 (ESRD)，或需用此类药物治疗与其他特定状况（例如 Retacrit®）有关的贫血 • 用于家庭治疗原发性免疫缺陷病的静脉注射免疫球蛋白 • 肠外营养与肠内营养（静脉支持与管饲支持） 以下链接可跳转至可能需遵循阶梯疗法的 B 部分药物清单 ：go.wellcare.com/CAStepTherapy。 我方计划 B 部分还覆盖部分疫苗， D 部分药物福利覆盖大多数成人疫苗。 第 5 章将说明我方 D 部分药物福利， 包括须遵守的处方药承保规则。 第 6 章将说明您通过我方计划获取 D 部分药物时需承担的费用。	
肥胖筛查和治疗， 以促进持续减重 如果您的体重指数达到 30 或以上， 我方将保障用于帮助您减重的强化咨询服务。 该咨询服务需由初级医疗服务机构提供（以便与您的综合预防计划相协调）， 方可纳入承保范围。要了解更多信息， 请咨询您的初级医疗服务医生或执业医师。	预防性肥胖筛查与治疗服务无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
阿片类药物治疗计划服务 阿片类药物治疗计划服务 ： 我方计划中患有阿片类药物使用障碍 (OUD) 的参保成员， 可通过阿片类药物治疗计划 (OTP) 获得针对 OUD 的治疗服务保障， 该计划包含以下服务 ： • 美国 Food and Drug Administration (FDA) 批准的阿片类激动剂和拮抗剂药物辅助治疗 (MAT) 药物 • MAT 药物的分配和给药（如适用） • 物质使用咨询 • 个体和团体治疗 • 毒物检测 • 患者入院活动 • 定期评估	Medicare 承保的阿片类药物治疗服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
门诊诊断检查以及治疗服务和用品 承保服务包括但不限于 ：	
• X 光检查	Medicare 承保的 X 光检查的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• 放射（镭疗与同位素）治疗（含技术人员相关耗材和用品）	Medicare 承保的治疗性放射学服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• 外科用品，如敷料 • 用于复位骨折与脱位的夹板、石膏及其他器具	Medicare 承保的医疗用品（含石膏与夹板）的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。*
• 实验室检测	Medicare 承保的每项实验室服务， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• 血液 - 包括血液储存与输注。全血与浓缩红细胞的承保期仅自您所需的第一品脱血液开始计算。血液的其他所有成分均自您使用第一品脱开始承保	Medicare 承保的血液服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*

承保服务	您需支付的费用
门诊诊断检查以及治疗服务和用品 - 续	
• 经医生或其他医疗服务提供者开具处方、用于治疗医疗问题的非实验室诊断检查，如 CT、MRI、EKG 及 PET	Medicare 承保的诊断性放射学服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• 其他门诊诊断性检查	Medicare 承保的诊断程序和检查的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
医院门诊观察 观察服务属于医院门诊服务， 目的是判断您是否需要正式收治为住院患者， 或可以出院。 医院门诊观察服务需满足 Medicare 的相关标准， 且被认定为具有合理性与必要性， 方可纳入承保范围。 仅当观察服务由医生， 或经州执业许可法及医院员工章程授权、 可收治患者入院或开具门诊检查处方的其他人员开具处方后提供时， 该服务才在承保范围内。 **注：** 除非医疗服务提供者已开具将您正式收治为住院患者的处方， 否则您将被视为门诊患者， 并需承担医院门诊服务的分摊费用。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。 如果不确定自己是否为门诊患者， 请咨询医院工作人员。 如需了解更多信息， 请参阅 Medicare 情况说明书*《Medicare 医院福利》*， 可访问 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。	Medicare 承保的每次观察服务就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。*

承保服务	您需支付的费用
医院门诊服务 我方为您在医院门诊部门接受的、 用于诊断或治疗疾病与损伤的医疗必需服务提供保障。 承保服务包括但不限于 ： • 急诊科或门诊诊所提供的服务（如观察服务或门诊手术） • 由医院开具账单的实验室检查与诊断检查 • 精神健康医疗服务（含部分住院治疗计划中的服务），前提是医生证明如果不接受该服务则需住院治疗） • 由医院开具账单的 X 光检查及其他放射学服务 • 医疗用品（如夹板和石膏） • 您无法自行给药的特定药物与生物制剂 **注 ：** 除非医疗服务提供者已开具将您正式收治为住院患者的处方， 否则您将被视为门诊患者， 并需承担医院门诊服务的分摊费用。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。 如果不确定自己是否为门诊患者， 请咨询医院工作人员。	您需按照本医疗福利一览表中对应特定服务所示的适用分摊费用金额进行支付。
门诊精神健康护理 承保服务包括 ： 由持有州执业许可的精神科医生或医生、 临床心理学家、 临床社会工作者 (CSW)、 临床专科护士 (CNS)、 持证专业咨询师 (LPC)、 持证婚姻家庭治疗师 (LMFT)、 执业护士 (NP)、 医师助理 (PA)， 或符合适用州法律规定的其他 Medicare 合格精神健康护理专业人员提供的精神健康服务。 • 精神科医生提供的服务	Medicare 承保的每次精神科医生个体治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
门诊精神健康护理 - 续	
• 由其他精神健康护理服务提供者提供的服务	Medicare 承保的每次精神科医生团体治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。* Medicare 承保的每次其他精神健康护理服务提供者个体治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。* Medicare 承保的每次其他精神健康护理服务提供者团体治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
门诊康复服务 承保服务包括物理治疗、 职业治疗与言语治疗。 门诊康复服务可在多种门诊场所提供， 如医院门诊科室、 独立治疗师诊所， 以及综合门诊康复机构 (CORF)。	
• 由物理治疗师提供的服务	Medicare 承保的每次物理治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
门诊康复服务 - 续	
• 职业治疗师提供的服务	Medicare 承保的每次职业治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• 言语治疗师提供的服务	Medicare 承保的每次言语治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
门诊物质使用障碍服务 承保服务包括 ： 符合适用州法律规定的物质使用障碍治疗服务， 如由医生、临床心理学家、 临床社会工作者、 临床专科护士、 执业护士、 医师助理， 或其他 Medicare 合格精神健康护理专业人员或计划提供的个体和团体治疗课程。	Medicare 承保的每次个体治疗就诊， 共付额均为 $0。 Medicare 承保的每次团体治疗就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
门诊手术（含医院门诊机构和门诊手术中心提供的服务） **注 ：** 如果您将在医院机构接受手术， 应向医疗服务提供者确认您将属于住院患者还是门诊患者。 除非医疗服务提供者开具将您正式收治为住院患者的处方， 否则您将被视为门诊患者， 并需承担医院门诊手术的分摊费用。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。	
• 在医院门诊提供的服务	Medicare 承保的每次医院门诊机构就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
门诊手术（含医院门诊机构和门诊手术中心提供的服务）- 续	
• 门诊手术中心提供的服务	Medicare 承保的每次门诊手术中心就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
部分住院服务与强化门诊服务	
*部分住院服务*是一项结构化的主动精神科治疗计划， 可作为医院门诊服务提供， 或由社区精神健康中心提供。 该服务的治疗强度高于您在医生、 治疗师、 持证婚姻家庭治疗师 (LMFT) 或持证专业咨询师诊所接受的治疗， 且可作为住院治疗的替代方案。	Medicare 承保的每项部分住院服务， 每日共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
*强化门诊服务*是一项结构化的主动行为（精神）健康治疗计划， 可在医院门诊科室、 社区精神健康中心、 联邦认证健康中心或乡村保健诊所提供。 该服务的治疗强度高于您在医生、 治疗师、 持证婚姻家庭治疗师 (LMFT) 或持证专业咨询师诊所接受的治疗， 但低于部分住院服务的强度。	Medicare 承保的每项强化门诊服务， 每日共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）	
承保服务包括 ：	
• 您在医师诊室接受的由初级医疗服务提供者提供的医疗必需医疗护理或手术服务	Medicare 承保的每次 PCP 诊所就诊， 共付额均为 $0。
• 在经认证的门诊手术中心、医院门诊科室或其他任一地点提供的医疗必需医疗护理或手术服务	有关门诊手术中心就诊或医院门诊场所适用的分摊费用金额， 请参见本表前文的“门诊手术”。

承保服务	您需支付的费用
医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）- 续	
• 专科医生提供的咨询、诊断和治疗	Medicare 承保的每次专科医生就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• 其他健康护理专业人员	Medicare 承保的每次其他健康护理专业人员就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
• *PCP 或专科医生*进行的基础听力与平衡检查，前提是医生开具处方以判断您是否需要接受医疗治疗	Medicare 承保的脊听力服务的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。*
• 特定远程医疗服务，包括：急需服务、家庭保健服务、初级保健医师、职业治疗、专科医生、精神健康个体与团体治疗课程、足病服务、其他健康护理专业人员、精神科个体与团体治疗课程、物理治疗与言语病理服务、门诊物质滥用个体与团体治疗课程，以及糖尿病自我管理培训。	通过我方计划内远程就诊服务提供者进行的虚拟就诊服务， 共付额为 $0。
○ 您可选择通过面诊或远程医疗的方式获取这些服务。如果选择远程医疗方式获取以上某项服务，必须使用提供该远程服务的网络内医疗服务提供者。 ○ 虚拟就诊（又称远程医疗或远程诊疗）指通过电话或互联网，使用智能手机、平板电脑或电脑与医生进行的就诊。某些类型的就诊可能需要互联网和配备摄像头的设备。	**请注意 ：** 上述 $0 共付额仅适用于通过我方计划内虚拟就诊服务提供者获取的服务。

承保服务	您需支付的费用
医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）- 续	
○ 我方计划通过虚拟就诊网络内医疗服务提供者，为您提供每周 7 天、每天 24 小时的虚拟就诊服务，接诊医生均为委员会认证医生，可协助解决各类健康问题/疑问。承保服务包括一般医疗、行为健康、皮肤病学等。要了解更多信息或查找虚拟就诊网络内医疗服务提供者，请致电会员服务部。	如果您通过网络内医疗服务提供者（而非虚拟就诊服务提供者）获取面诊或远程诊疗服务， 需按本福利一览表中列明的对应提供者分摊费用标准支付分摊费用（例如，如果您通过 PCP 获取远程医疗服务， 需支付 PCP 分摊费用）。 *可能需转诊证明。*
• 特定远程医疗服务，包括医生或执业医师针对位于 Medicare 批准的特定乡村地区或其他区域的患者提供的咨询、诊断与治疗服务。 • 针对家庭透析参保成员的月度终末期肾病相关就诊的远程医疗服务，可在医院附属或急救医院附属肾脏透析中心、肾脏透析机构，或参保成员家中提供 • 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务，不限制参保成员所在地区 • 为患有物质使用障碍或合并精神健康障碍的参保员提供的远程医疗服务，不限制参保成员所在地区	您需按照前文“医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）”中所述， 支付对应医疗服务提供者的分摊费用。
• 为诊断、评估和治疗心理健康疾病而提供的远程医疗服务 • 由乡村保健诊所和联邦认证健康中心提供的精神健康远程就诊服务	
• 与医生进行 5-10 分钟的虚拟问诊（例如通过电话或视频聊天），**需满足以下条件**： ○ 您并非新患者，**且** ○ 此次虚拟问诊与过去 7 天内的诊室就诊无关，**并且**	您需按照前文“医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）”中所述， 支付对应医疗服务提供者的分摊费用。

承保服务	您需支付的费用
医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）- 续	
○ 此次虚拟问诊不会导致 24 小时内或在最早可预约时间内进行诊所就诊	
• 医生将在 24 小时内对您发送的视频和/或图像进行评估，并提供解读和随访，**需满足以下条件**： ○ 您并非新患者，**且** ○ 该评估与过去 7 天内的诊室就诊无关，**并且** ○ 评估不会导致 24 小时内进行诊室就诊，也不会导致最快的可用约诊	您需按照前文“医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）”中所述， 支付对应医疗服务提供者的分摊费用。
• 您的医生通过电话、互联网或电子健康记录与其他医生进行的会诊	您需按照前文“医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）”中所述， 支付对应医疗服务提供者的分摊费用。
• 手术前由其他网络内医疗服务提供者提供的第二意见	您需按照前文“医生/执业医师服务（含医生诊室就诊）”中所述， 支付对应医疗服务提供者的分摊费用。 除上述分摊费用外， 对于本福利一览表中所述的医疗必需 Medicare 承保服务， 您还需支付共付额和/或共保比例， 具体包括 ： 耐用医疗设备及用品、 假体装置及用品、 门诊诊断检查与治疗性服务、 白内障手术后的眼镜与隐形眼镜、 D 部分处方药及 Medicare Part B 处方药。

承保服务	您需支付的费用
足病服务 承保服务包括 ： • 针对足部损伤和疾病（如槌状趾、足跟骨刺）的诊断及药物或手术治疗 • 为患有影响下肢的特定健康状况的参保成员提供的常规足部护理	Medicare 承保的足病服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*
艾滋病毒预防的暴露前预防 (PrEP) 如果未感染艾滋病毒， 但医生或其他医疗执业人员判定您感染艾滋病毒的风险较高， 我方将为您承保暴露前预防 (PrEP) 药物及相关服务。 如果您符合条件， 承保服务包括 ： • FDA 批准的口服或注射类 PrEP 药物，包括注射药物的费用（如适用） • 每 12 个月最多 8 次个体咨询服务（含艾滋病毒风险评估、艾滋病毒风险降低及用药依从性指导） • 每 12 个月最多 8 次艾滋病毒筛查 • 1 次乙型肝炎病毒筛查（终身 1 次）	PrEP 福利无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
前列腺癌筛检 针对 50 岁及以上男性， 每 12 个月可享受 1 次以下承保服务 ： • 数字直肠检查 • 前列腺特异性抗原 (PSA) 检测	Medicare 承保的每年数字直肠检查， 共付额为 $0。 *可能需转诊证明。* 年度 PSA 检测无需支付共保比例、 共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
假体和矫形器装置及相关用品 用于替代身体部分器官或功能的器械（牙科器具除外）。 具体包括但不限于 ： 假体和矫形器装置的检测、 适配或使用培训 ； 结肠造口袋及结肠造口护理直接相关用品、 心脏起搏器、 支具、 假体鞋、 假体， 以及乳房假体（含乳房切除术后的手术胸罩）。 假体和矫形器装置相关的特定用品， 以及假体和矫形器装置的维修和/或更换服务还包括白内障摘除术或白内障手术后的部分相关保障 – 详见本表后文的*视力保健*。	Medicare 承保的假体或矫正器的共付额为 $0。 *可能需要事先授权*。 Medicare 承保的假体装置相关医疗用品的共付额为 $0。 *可能需要事先授权*。
肺部康复服务 综合性肺部康复服务计划， 承保对象为患有中重度慢性阻塞性肺病 (COPD)， 且持有治疗该慢性呼吸系统疾病的医生开具的肺部康复转诊证明的参保成员。	Medicare 承保的每次肺部康复服务就诊的共付额为 $0。 *可能需转诊证明*。
酒精滥用减少筛查与咨询服务 我方为存在酒精滥用行为但未达到酒精依赖程度的成年人（含孕妇）， 承保 1 次酒精滥用筛查服务。 如果您的酒精滥用筛查结果呈阳性， 每年可在初级保健场所， 由合格的初级医疗服务医生或执业医师提供最多 4 次面对面简短咨询服务（咨询过程中需具备沟通能力且意识清醒）。	Medicare 承保的酒精滥用减少筛查与咨询服务这项预防性福利， 无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
低剂量 CT 扫描 (LDCT) 肺癌筛查 符合条件的参保成员， 每 12 个月可享受 1 次 LDCT 服务。 **参保成员资格要求 ：** 年龄在 50-77 岁之间， 无肺癌相关体征或症状， 但有至少 20 包年的吸烟史， 且目前仍在吸烟或戒烟未满 15 年 ； 同时， 需在符合 Medicare 标准的肺癌筛查咨询与共同决策访视中， 由医生或合格的非医生执业医师开具 LDCT 检查处方。 *首次 LDCT 肺癌筛查后的后续 LDCT 筛查要求 ：* 参保成员需持有 LDCT 肺癌筛查处方， 该处方可在与医生或合格的非医生执业医师进行的任何一次适宜访视时开具。 如果医生或合格的非医生执业医师选择为后续 LDCT 肺癌筛查提供肺癌筛查咨询与共同决策访视， 则该访视必须符合 Medicare 针对此类访视的标准。	Medicare 承保的 LDCT 咨询与共同决策访视， 无需支付共保比例、 共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
丙型肝炎病毒感染筛查 如果您的初级医疗服务医生或其他合格医疗服务提供者开具筛查处方， 且您符合以下任一条件， 我方承保 1 次丙型肝炎病毒筛查 ： • 因当前或曾经使用非法注射类药物，属于丙型肝炎高风险人群。 • 1992 年之前接受过输血。 • 您出生于 1945-1965 年之间。 如果您出生于 1945-1965 年之间且不属于高风险人群， 我方承保 1 次筛查服务。 如果您属于高风险人群（例如， 此前丙型肝炎筛查结果为阴性， 但仍持续使用非法注射类药物）， 我方承保每年 1 次筛查服务。	Medicare 承保的丙型肝炎病毒筛查， 无需支付共保比例、共付额或免赔额。
性传播感染 (STI) 筛查与 STI 预防咨询 我方承保衣原体、 淋病、 梅毒及乙型肝炎的性传播感染 (STI) 筛查服务。 这些筛查适用于孕妇， 以及经初级医疗服务提供者开具处方时被判定为 STI 高风险人群。 此类筛查服务每 12 个月可享受 1 次， 或在孕期特定阶段按需享受。 此外， 对于性生活活跃且属于 STI 高风险的成年人， 我方承保每年最多 2 次单独的 20-30 分钟面对面高强度行为咨询课程。 我方仅将此类咨询课程列为预防服务予以承保， 前提是这些课程由初级医疗服务提供者提供， 并在初级医疗服务场所（如医生诊室）进行。	Medicare 承保的 STI 筛查与 STI 预防咨询这一预防性福利，无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
肾病治疗服务 肾病与透析服务包括 ： • 肾脏病教育服务，传授肾脏护理知识，帮助参保成员对其治疗方案做出知情决策。针对经医生转诊的慢性肾脏病 IV 期参保成员，我方终身为其承保最多 6 次肾脏病教育服务	Medicare 承保的肾脏病教育服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*

承保服务	您需支付的费用
肾病治疗服务 - 续	
• 门诊透析治疗，包括暂时离开服务区域（详见第 3 章）或该服务的医疗服务提供者暂时无法提供服务时的透析治疗	Medicare 承保的门诊肾脏透析治疗的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*
• 住院透析治疗（如果您因特殊护理需要而被收治为医院住院患者）	有关住院透析治疗适用的分摊费用， 请参见“住院治疗服务”章节。
• 自我透析培训（包括为您本人以及协助您进行家庭透析治疗的人员提供的培训）	Medicare 承保的自我透析培训的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*
• 家庭透析设备与用品	Medicare 承保的家庭透析设备的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。* Medicare 承保的透析用品的共付额为 $0。 *可能需要事先授权。*
• 特定家庭支持服务（例如，必要时，由经过培训的透析工作人员上门检查您的家庭透析情况、协助处理紧急情况，以及检查您的透析设备与供水情况）	Medicare 承保的家庭支持服务的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*
特定透析用药物在 Medicare Part B 的承保范围内。 有关 B 部分药物的承保信息， 请参见本表中的 **Medicare Part B 药物**部分。	

承保服务	您需支付的费用
专业护理机构 (SNF) 护理 （有关专业护理机构护理的定义， 请参见第 12 章。 专业护理机构有时称为 SNF。 ） 每次入院/住院的保障期为 100 天。 无需事先住院。 承保服务包括但不限于 ： • 半私人房间（如有医学必要性，可提供私人房间） • 膳食（含特殊饮食） • 专业护理服务 • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 按我方护理计划为您提供的药物（包括体内天然存在的物质，如凝血因子） • 血液 - 包括血液储存与输注。全血与浓缩红细胞的承保期仅自您所需的第一品脱血液开始计算。血液的其他所有成分均自您使用第一品脱开始承保。 • SNF 通常提供的药物与手术用品 • SNF 通常提供的实验室检查 • SNF 通常提供的 X 光检查及其他放射学服务 • SNF 通常提供的器具使用（如轮椅） • 医师/执业医师服务 通常， 您需从网络内机构获取 SNF 护理服务。 在以下特定条件下， 如果某网络外机构接受我方计划的支付金额， 您可按网络内分摊费用标准支付该机构的服务费用。 • 您入院前正居住的护理院或持续护理退休社区（前提是该机构提供专业护理机构护理服务） • 出院时，配偶或同居伴侣正居住的 SNF	对于 Medicare 承保的入院，每次入院 ： 每次入住 Medicare 承保的专业护理机构， 共付额均为 $0。 第 100 天之后的每一天， 所有费用均由您自行承担。 *可能需转诊证明。* *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
戒烟（戒烟咨询服务） 符合以下标准的门诊患者和住院患者， 其戒烟咨询服务在承保范围内 ： • 吸烟，无论是否出现烟草相关疾病的体征或症状 • 咨询期间有行为能力且清醒 • 咨询服务由合格的医生或其他 Medicare 认可的执业医师提供 我方每年承保 2 次戒烟尝试（每次尝试最多可包含 4 次中级或强化咨询课程， 患者每年最多可享受 8 次咨询课程）。	Medicare 承保的戒烟这一预防性福利， 无需支付共保比例、 共付额或免赔额。
社交支持平台 我方计划提供在线社交支持平台， 为您的整体健康提供支持。 该平台提供治疗性活动、 社区参与和计划资助的资源，帮助管理压力和焦虑。 该平台让您可以轻松参与其中并保持参与， 以帮助您管理行为健康需求。 该平台全天候在线提供，因此您可以随时使用。 社交支持平台包括 ： • 量身定制的健康计划：获得定制的 4 周自我指导计划，该计划旨在增强身体和情感健康，并结合健康老龄化专家的见解，为参保成员提供专门支持。您可按自身节奏参与计划，并追踪进度以监测健康改善情况。 • 同伴和专家支持：在一个有主持人的空间中与在线社区建立联系，您可以在那里与同伴和合格的健康专家互动。获取临床审核文章，根据您的互动记录和已明确的需求，获得针对其他 Wellcare 服务的个性化推荐。 • 个性化数字健康工具：参与基于认知行为疗法、正念疗法及积极心理学设计的互动活动、冥想和游戏。这些工具涵盖的主题包括健康老龄化、孤独感应对、看护人支持、哀伤疏导、老年人生意义探索等。 参保成员可通过登录会员门户网站 go.wellcare.com/member 或致电会员服务访问该平台。 注册后， 您可以随时通过计算机、 平板电脑或智能手机直接访问该平台。	该社交支持平台的共付额为 $0。 *

承保服务	您需支付的费用
慢性病特殊补充福利 如果您符合慢性病特殊补充福利 (SSBCI) 的申领条件， 我方计划将为您提供额外福利。 您必须满足特定标准， 包括有明确的病历记录证明患有至少一种符合条件的疾病， 且该疾病处于活动期。 该疾病须具有生命威胁性或会对您的整体健康状况或身体机能造成严重限制。 此外， 您必须有住院或其他不良健康结果的高风险， 并需要强化护理协调服务。 符合条件的慢性病包括 ： 自身免疫性疾病 ； 癌症 ； 心血管疾病 ； 慢性酒精使用障碍及其他物质使用障碍 (SUD) ； 慢性和致残性精神健康状况 ； 损害视力、 听力（耳聋）、 味觉、 触觉和嗅觉的慢性疾病 ； 慢性胃肠道疾病 ； 慢性心力衰竭 ； 慢性肾脏病 (CKD) ； 慢性肺部疾病 ； 与认知障碍相关的疾病 ； 需要持续治疗服务以维持或保留功能的疾病 ； 伴有功能性障碍的疾病 ； 痴呆症 ； 糖尿病 ； 子宫内膜异位症 ； 艾滋病毒/艾滋病 ； 免疫缺陷和免疫抑制性疾病 ； 神经系统疾病 ； 超重、 肥胖和代谢综合征 ； 器官移植后 ； 严重血液系统疾病 ； 卒中。 有关资格标准的更多信息， 请参阅第 4 章第 2 节。 以下福利的资格将在您参保我方计划后确定。 **如果符合条件， 您可以将您的 Wellcare Spendables® 补贴额度用于以下列出的额外福利。 同一笔补贴额度可用于您的 Wellcare Spendables® 非处方药 (OTC) 福利。 一旦确定符合条件， 这些扩展福利将在 7 至 10 个工作日内提供。 未使用的补贴额度将结转至次月， 但将在计划年度结束时失效。 有关更多信息， 请参阅此图表中的 Wellcare Spendables® 福利。** • **加油站支付** 您可在参与活动的加油站， 直接使用该卡在加油机上支付汽油费用。 该卡无法用于在收银台进行现场支付。 您的卡片仅可用于加油， 且金额不得超过可用额度。 在接受用卡付款的参与计划的加油站， 还可能承保电动汽车 (EV) 充电。	慢性病特殊补充福利无需支付共保比例、 共付额或免赔额。

承保服务	您需支付的费用
慢性病特殊补充福利 - 续 • **健康食品** 您可在参与活动的零售商处， 使用该卡购买健康食品及农产品。 符合条件的食品杂货可能提供配送服务。 预包装餐食和农产品礼盒可通过参保成员在线平台进行订购。 该卡不得用于购买烟草或酒精饮料。 批准的项目包括 ： ○ 水果和蔬菜 ○ 全谷物和食品储藏室主食，如面粉、香料和耐储存食材 ○ 乳制品和乳制品替代品、牛奶、酸奶、奶酪 ○ 蛋白质来源，如肉类、家禽、海鲜、鸡蛋、豆类、豆科植物、坚果和种子 ○ 营养奶昔和营养棒 可使用应用内条形码扫描器在零售场所查找获批商品，也可登录参保成员门户。 • **个人护理用品** 您可使用该卡在参与计划的零售商购买个人护理用品和家庭必需品。 可能提供符合条件的物品的配送选项。批准的项目包括 ： ○ 肥皂、洗发水和护发素 ○ 卫生纸和纸巾 ○ 个人卫生用品，如除臭剂、洗面奶和沐浴露 ○ 清洁用品和有助于控制感染的产品，如消毒湿巾和多用途清洁喷雾 可使用应用内条形码扫描器在零售场所查找获批商品，也可登录参保成员门户。 • **虫害防治** 您可使用该卡在参与计划的零售商购买在家中和家附近使用的虫害防治用品。 可能提供符合条件的物品的配送选项。	

承保服务	您需支付的费用
慢性病特殊补充福利 - 续 此福利涵盖的获批物品包括 ： ○ 杀虫喷雾和驱虫剂 ○ 蚂蚁、蟑螂和啮齿动物防治产品 ○ 捕虫器和诱饵站 ○ 蚊虫防治产品 可使用应用内条形码扫描器在零售场所查找获批商品，也可登录参保成员门户。 • **租金补助** 您可以使用您的卡片来帮助支付您住所的租赁费用。 登录您的租赁/房贷提供商门户进行支付， 或在接受银行卡支付的情况下， 直接向租赁提供商付款。 您的卡片的使用金额不得超过可用补贴额度。 该卡不可用于设置自动定期付款。 • **机器人伴侣宠物** 您可以通过参保成员门户订购机器人伴侣宠物。 可选选项可能包括伴侣猫、 狗或鸟。 这些宠物旨在提供舒适和陪伴， 以支持整体健康。 您的卡片的使用金额不得超过可用补贴额度。 登录您的参保成员门户或联系我们， 了解有关订购方式和可选选项的更多信息。 • **公用事业补助** 您可使用您的卡内补贴额度支付家庭公用事业费用。 请直接登录您的公用事业提供商门户， 使用该卡进行支付。 该卡不可用于设置自动定期付款。 您的卡片的使用金额不得超过可用补贴额度。 此福利涵盖的获批费用包括 ： ○ 电力、燃气、卫生/垃圾处理及供水公用事业服务 ○ 固定电话和移动电话服务 ○ 互联网服务 ○ 有线电视（不包括流媒体服务） ○ 某些石油相关费用，如家庭取暖用油 此福利不包括在线娱乐服务， 包括游戏和流媒体（如音乐和阅读平台）以及其他基于订阅的服务。	

承保服务	您需支付的费用
监督运动疗法 (SET) 符合以下条件的参保成员可享受 SET 保障 ： 患有有症状的外周动脉疾病 (PAD)， 且持有负责 PAD 治疗的医生开具的 PAD 转诊证明。 如果满足 SET 计划的要求， 12 周内最多可享受 36 次该治疗服务。 SET 计划必须 ： • 治疗时长达 30-60 分钟，内容需包含针对间歇性跛行患者的 PAD 治疗性运动训练计划 • 在医院门诊场所或医生诊室进行 • 由合格的辅助人员提供，以确保益处大于风险，并需接受过 PAD 运动疗法培训 • 治疗需在医生、医师助理 (PA) 或执业护士 (NP)/临床专科护士 (CNS) 的直接监督下进行，且监督人员需接受过基础和高级生命支持技术培训 如果医疗服务提供者认为有医学必要性， SET 的承保次数可在“12 周内 36 次”的基础上增加， 即在延长期内额外提供 36 次。	Medicare 承保的每次监督运动疗法就诊， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。*
急需服务 计划承保的急需医疗服务是指需立即接受医疗干预但不属于急诊的服务， 且需满足以下任一条件 ： 您暂时身处本计划服务区域之外 ； 即便您在本计划服务区域内， 但综合时间、 地点及具体情况， 向网络内医疗服务提供者获取该服务并不合理。 我方计划必须为急需服务提供保障， 且仅收取网络内分摊费用。 急需服务的示例包括突发疾病、 意外伤害或既有疾病的意外急性发作。 即使您身处我方计划服务区域外， 或我方计划网络暂时无法提供服务， 具备医学必要性的常规就诊（如年度体检）也不被视为急需服务。	Medicare 承保的急需服务就诊的共付额为 $0。

承保服务	您需支付的费用
急需服务 - 续 美国境外的急需服务也在承保范围内。	美国境外急需服务的共付额为 $115*。 即使您因同一病情入院治疗， 仍需支付该笔费用。 您每年在美国境外接受急诊或急需服务的承保限额为 $50,000。
视力保健 承保服务包括 ： • 眼科疾病与损伤的门诊医师服务（含年龄相关性黄斑变性的治疗）。Original Medicare 不承保用于配眼镜/隐形眼镜的常规眼部检查（视力验光）	用于诊断和治疗眼科疾病的其他所有眼部检查， 共付额均为 $0。 *可能需要事先授权。*
• 青光眼高风险人群每年可享受 1 次青光眼筛查服务。青光眼高风险人群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、50 岁及以上的非裔美国人，以及 65 岁及以上的西班牙裔美国人	Medicare 承保的青光眼筛查的共付额为 $0。 *可能需转诊证明。*
• 糖尿病患者每年可享受 1 次糖尿病视网膜病变筛查服务	Medicare 承保的糖尿病患者视网膜检查或糖尿病眼部检查， 共付额为 $0。 *可能需要事先授权。*
• 每接受 1 次包含人工晶状体植入的白内障手术后，可获得 1 副眼镜或隐形眼镜。如果您接受 2 次独立的白内障手术，不可在第 1 次手术后保留该福利，而在第 2 次手术后一次性申领 2 副眼镜	Medicare 承保的眼镜/隐形眼镜的共付额为 $0。

承保服务	您需支付的费用
视力保健 - 续 **此外， 我方计划承保以下补充（即常规）视力服务 ：**	
• 常规眼部检查 每年 1 次常规眼部检查。 常规眼部检查包括为青光眼高风险人群提供的青光眼检测， 以及为糖尿病患者提供的视网膜检查。	每年 1 次常规眼部检查， 共付额为 $0。 * *可能需要事先授权。*
• 眼镜验配 每年限 1 次就诊。 眼镜验配就诊并非常规眼部检查。服务包括眼镜验配（隐形眼镜、 镜架/镜片）。	每年 1 次眼镜验配就诊， 共付额为 $0。 * *可能需要事先授权。*
• 眼镜 每年可无限次申领处方眼镜， 但年度福利限额为 $100。 承保的眼镜/隐形眼镜包括以下任一类型 ： ○ 眼镜（镜架和镜片）或 ○ 仅眼镜镜片或 ○ 仅眼镜镜架或 ○ 替代眼镜的隐形眼镜或 ○ 视力辅助设备升级	眼镜/隐形眼镜的共付额为 $0。 * *可能需要事先授权。*
注 ： 计划承保隐形眼镜验配费用。 计划每年的最高福利承保金额为 $100， 适用于镜架和/或镜片的零售费用（包括染色和镀膜等各类镜片选配项目的费用）。超出补充性（即常规性）眼镜/隐形眼镜福利最高限额的部分需由您自行承担。 * Medicare 承保的眼镜/隐形眼镜， 不计入补充性（即常规性）福利最高限额。 参保成员不可使用补充性眼镜/隐形眼镜福利来提高 Medicare 承保的眼镜/隐形眼镜的保障额度。 视力服务必须通过本计划的视力服务网络获取。 如果对如何 Find a Provider（查找医疗服务提供者）有疑问或需要了解更多信息， 请致电会员服务部。	

承保服务	您需支付的费用
Medicare 新参保者预防性健康检查 我方计划涵盖一次性 *Medicare 新参保者*预防性健康检查。 该检查包括 ： 评估您的健康状况、 就您所需的预防服务（含特定筛查和注射（或疫苗接种））提供健康宣教和咨询， 以及在需要时为您转诊至其他医疗服务。 **重要提示 ：** 我方仅在您参保 Medicare Part B 后的首 12 个月内， 承保 *Medicare 新参保者*预防性健康检查。 在预约检查时， 请告知医生办公室您要预约的是 *Medicare 新参保者*预防性健康检查。 • Medicare 承保的 EKG 在 *Medicare 新参保者*预防性健康检查之后进行。	Medicare 承保的 *Medicare 新参保者*预防性健康检查， 无需支付共保比例、 共付额或免赔额。 *在 Medicare 新参保者预防性健康检查之后进行的每项* Medicare 承保的 EKG， 共付额均为 $0。 *可能需转诊证明。*
Wellcare Spendables® 您将每月收到总计 **$10** 的预付金额， 该金额已预先打到您的 Wellcare Spendables® 卡中， 可用于购买 OTC 药品， 以及如果您符合条件， 还可用于 SSBCI。 • 您每月的补贴额度**如果未使用，会结转至下个月，但会在计划年度结束时失效。** **<u>您的卡片补贴可用于</u> ：** **非处方药 (OTC) ：** 您可在参与活动的零售门店、 通过移动应用程序， 或登录参保成员门户网站下单， 享受送货上门服务， 使用您的卡购买非处方 (OTC) 用品。 承保 OTC 用品包括 ： • 过敏、感冒、咳嗽、流感和鼻窦产品 • 止痛、消化健康和助眠产品 • 维生素和补充剂 • 急救用品和非处方医疗用品	Wellcare Spendables® 卡无需支付共保比例、 共付额或免赔额。 门店购买无最低消费要求。

承保服务	您需支付的费用
Wellcare Spendables® - 续 • 一般口腔护理、眼部护理和耳部护理用品 • 失禁用品、女性健康产品和日常生活辅助用品 可使用应用内条形码扫描器在零售场所查找获批商品， 也可登录参保成员门户。 **注 ：** 在特定情况下， 诊断设备与戒烟辅助用品属于本计划医疗福利的承保范围。 对于此类物品， 您应（在条件允许时）优先使用本计划的医疗福利， 而非消耗 OTC 补贴额度。 **慢性病特殊补充福利 (SSBCI) ：** **以下提及的福利是 SSBCI 的一部分。 并非所有参保成员都符合资格。 您必须满足以下计划福利的资格标准。** **如果您符合资格， 您的月度卡片补贴也可用于 ：** • 加油站支付 • 健康食品 • 个人护理用品 • 虫害防治用品 • 租金补助 • 机器人伴侣宠物 • 公用事业补助 有关这些福利的更多信息， 请参见本表中的慢性病特殊补充福利 (SSBCI)。 **如何使用您的卡 ：** 1. 使用前需先激活卡。 2. 前往参与合作的零售商处、 登录下方所列的门户链接， 或下载 Wellcare Spendables® 移动应用程序。 3. 选择获批的商品或服务。 4. 到店消费时， 前往零售商的收银台， 使用您的 Wellcare Spendables® 卡片付款即可。 若通过线上或移动应用程序下单， 请登录账户以使用您的福利。 5. 您的卡不是信用卡， 但结账时可选择“信用卡”支付方式进行结算。 如系统提示， 请输入您激活卡片时设置的 PIN。	

承保服务	您需支付的费用
Wellcare Spendables® - 续 **您应知晓的其他信息 ：** • 一旦您用完补贴额度，剩余的购物费用需自行承担。 • 在门店购买的商品，可依据零售商的退货换货政策办理退货。在线购买的商品一经出售，概不退换。如果商品损坏或变质，请联系我们。 • 如果您的卡片无法正常使用或遇到技术问题，请通过下方电话与我们联系。 • Wellcare 对卡片遗失或被盗不承担责任。 • Wellcare Spendables® 卡仅限您个人使用，不得出售或转让，且不具备现金价值。 • 如果支付不成功，部分福利可能符合报销条件。请联系我们，或通过会员门户提交报销申请以供审核。报销申请必须在购买物品或服务的同一计划年度内提交。可能需要提供额外信息以核实符合条件的购买。 • 本福利可能存在使用限制和约束，仅承保获批的物品。 **如需了解有关 Wellcare Spendables® 卡的更多信息或索取目录， 请致电 ：** 1-800-431-9007， TTY 用户请拨打 ： 711。 服务时间如下 ： 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 **您也可通过** go.wellcare.com/member **在线访问**。	

第 3 节 本计划外的承保服务

有些服务不在 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 保障范围内， 但可通过California Medi-Cal (Medicaid) 获取。 如果您对 California Medi-Cal (Medicaid) 提供的帮助有任何疑问， 请致电 California Medi-Cal (Medicaid) 热线 1-800-541-5555， TTY 用户请拨打 1-800-430-7077。 服务时间 ： 太平洋时间周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。

Medi-Cal Dental 计划

某些牙科服务可通过 Medi-Cal Dental 计划获得 ； 包括但不限于以下服务 ：

- 初次检查、X 光检查、洁牙和氟化物治疗
- 修复体和牙冠
- 根管治疗

- 局部和全口义齿、调整、修复和衬垫

牙科福利通过 Medi-Cal Dental 按服务收费计划 (FFS) 提供。 有关更多信息， 请致电 Medi-Cal Dental 计划热线 1-800-322-6384（TTY 用户请拨打 1-800-735-2922）。 通话免费。 Medi-Cal Dental 客服代表将于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供帮助。 您也可以访问网站 SmileCalifornia.org 了解更多信息。

第 4 节 我方计划不承保的服务（排除条款）

本节说明我方计划排除哪些服务。

下表列出了在任何情况下我方计划均不予承保的服务和物品， 或仅在特定条件下我方计划才予以承保的服务和物品。

如果您接受的服务属于排除范围（不在承保之列）， 则除下文所列特定条件外， 相关费用均需由您自行承担。 即便是在急诊机构接受已排除的服务， 该服务仍不在我方计划承保范围内， 我方计划也不会为其支付费用。 唯一例外的情况是， 如果您就该服务提出申诉， 且申诉结果判定 ： 基于您的具体情况， 该服务本应属于我方计划应支付或承保的医疗服务。 （如需了解如何就我方作出的医疗服务不予承保决定提出申诉， 请参见第 9 章第 6.3 节。 ）

非 Medicare 承保服务	仅在特定条件下承保
针灸	仅在特定情况下为慢性下背痛患者提供
整容手术或整容项目	因意外受伤或为改善畸形身体部位功能而进行的整容可获承保 乳房切除术后各阶段的乳房重建， 以及为使双侧乳房外观对称而对未受影响乳房进行的整形， 可获承保
监护型护理 监护型护理指无需专业医疗人员或辅助医疗人员持续照料的个人生活护理， 例如协助日常生活活动（如洗澡或穿衣）的护理服务	任何情况下均不予承保
试验性医疗和外科手术、 设备及药品 试验性项目和设备指经 Original Medicare 认定为未被医疗界普遍认可的项目和设备	如果纳入 Medicare 批准的临床研究项目， Original Medicare 或我方计划可能会提供保障 （有关临床研究的更多信息， 请参见第 3 章第 5 节）

非 Medicare 承保服务	仅在特定条件下承保
直系亲属或同住家庭成员提供护理所收取的费用	任何情况下均不予承保
居家全日制护理	任何情况下均不予承保
送餐上门	有关更多信息， 请参见医疗福利一览表中 SSBCI 部分的“健康食品”福利
家庭保健服务	Medicare 承保医学上必要的非全日或间断性专业护理。
家政服务包括基础家务协助， 如轻度家务清洁或简单餐食制作。	任何情况下均不予承保
自然疗法服务（采用自然疗法或替代疗法）	任何情况下均不予承保
矫形鞋或足部支撑器具	属于腿部矫形支架一部分， 且费用已包含在支架总价中的鞋子。 用于糖尿病足病患者的矫形鞋或治疗鞋
医院或专业护理机构病房内的个人物品， 如电话或电视	任何情况下均不予承保
医院私人房间	仅在具备医学必要性时予以承保
绝育逆转手术和/或非处方避孕用品	任何情况下均不予承保
常规脊椎矫正治疗	为矫正脊柱半脱位而进行的手动脊柱推拿可获保障

非 Medicare 承保服务	仅在特定条件下承保
常规牙科护理， 如 ： • **洗牙（预防性）** • **氟化处理** • **牙齿矫形服务** • **牙髓治疗** • **牙周治疗** • **牙种植服务** • **颌面修复假体**	任何情况下均不予承保 如需了解本计划福利套餐中包含的常规牙科护理项目， 请参见医疗福利一览表中的“牙科护理服务福利”部分
常规足部护理（足病诊疗）	根据 Medicare 指导原则， 提供部分有限保障（例如， 如果您患有糖尿病）
常规助听器或助听器验配检查	任何情况下均不予承保
根据 Original Medicare 标准， 被认定为“非合理且非必需”的服务	任何情况下均不予承保
视力保健 ： 放射状角膜切开术、 LASIK 手术及其他低视力辅助	任何情况下均不予承保
视力保健 ： 常规眼部检查、 眼镜	如需了解本计划福利套餐中包含的常规视力服务项目， 请参阅医疗福利一览表中的“视力保健福利”部分。

第 5 章：
使用本计划的 D 部分药物保障

如何查询您的药品费用信息？

由于您符合 California Medi-Cal (Medicaid) 参保资格， 因此您有资格获得 Medicare 的额外补助，用以支付您的处方药计划费用。 鉴于您已参保额外补助计划， 本*保险证明文件*中关于 D 部分处方药费用的部分信息可能不适用于您。 我方已向您寄送一份单独的插页， 文件名为*享受处方药费用额外补助人群*的保险证明文件附录（又称*低收入补助附录*或 *LIS 附录*）， 该文件将说明您的药品保障相关内容。 如果您没有此插页， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）索取 *LIS 附录*。 （会员服务部的电话号码打印在本文档的封底。 ）

第 1 节 我方计划 D 部分药物保障的基本规则

如需了解 Medicare Part B 药物福利及临终关怀药品福利， 请参见第 4 章的“医疗福利一览表”。

除 Medicare 承保的药品外， 部分处方药还在您的 California Medi-Cal (Medicaid) 福利保障范围内。如需了解 Medicaid 药品承保的更多信息， 请联系 California Medi-Cal (Medicaid)， 确认您可享受的药品承保范围。 （您可以在第 2 章第 6 节中找到 California Medi-Cal (Medicaid) 的电话号码和联系信息。 ）

只要您遵循以下规则， 我方计划通常将承保您的相关药物 ：

- 您必须由医疗服务提供者（医生、牙医或其他处方开具者）根据适用的州法律开具有效的处方。
- 您的处方开具者不得在 Medicare 的排除名单或禁止名单内。
- 通常，您必须在网络药房配药（详见第 2 节），*您也可通过您的计划的邮购服务配药*。
- 您的药物必须在我方计划的药品目录中（详见第 3 节）。
- 您的药物必须用于医学认可适应症。“医学认可适应症”是指药品的用途已获得 FDA 批准或受特定依据支持。（有关医学认可适应症的更多信息，请参见第 3 节。）
- 根据特定标准，部分药品在本计划同意承保前，可能还需要本计划的审批。（有关更多信息，请参见第 4 节）

第 2 节 在网络药房或通过我方计划邮购服务配药

大多数情况下， *仅当*您在我方计划的网络药房配药时， 您的处方药才在承保范围内。 （有关在网络外药房配药时我方计划的承保情形， 请参见第 2.4 节。 ）

网络药房指与我方计划签订协议、 为您提供承保药品的药房。 “承保药品”一词指我方计划药品目录中的所有 D 部分药物。

第 2.1 节 网络药房

查找您所在区域的网络药房

要查找网络药房， 可查阅*医疗服务提供者和药房目录*、 访问我方网站 (go.wellcare.com/2027providerdirectories) 和/或致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

您可以前往我方任一家网络药房。 部分网络药房提供优选分摊费用， 与提供标准分摊费用的药房相比， 此处的分摊费用可能更低。 *医疗服务提供者和药房目录*会标注哪些网络药房提供优选分摊费用。 如需进一步了解不同药品的自付费用可能存在哪些差异， 请联系我们。

如果您的药房退出网络

如果您的药房退出我方计划的网络， 您必须在网络内重新寻找一家药房。 如果您使用的药房仍在我方计划网络内， 但不再提供优选分摊费用， 则您可以更换为其他网络药房或优选药房（如果适用）。 要查找您所在区域的其他药房， 请致电 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）获取会员服务部协助， 或使用*医疗服务提供者和药房目录*。 您也可以在我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上查找信息。

专科药房

部分处方药品必须在专科药房配药。 专科药房包括 ：

- 提供家庭输液治疗药品的药房。
- 为长期护理 (LTC) 机构住客提供药品的药房。通常，LTC 机构（如护理院）有自己的药房。如果您在 LTC 机构获取 D 部分药物时遇到困难，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。
- 为印第安人健康服务/部落/城市印第安人健康计划提供服务的药房（Puerto Rico 不适用）。除急诊外，仅美国原住民或 Alaska 原住民可使用我方计划网络内的此类药房。
- 配发 FDA 限制仅在特定地点使用，或需特殊处理、医疗服务提供者协调或使用指导的药物的药房。要查找专科药房，可查阅*医疗服务提供者和药房目录* (go.wellcare.com/2027providerdirectories) 或致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 2.2 节 我方计划的邮购服务

对于特定类型的药品， 您可使用我方计划的网络邮购服务。 通常， 邮购服务提供的药品为需长期服用的药品， 用于治疗慢性病或长期健康状况。 我方计划药品目录中， 无法通过邮购服务获取的药品会标注**“NM”**。

我方计划的邮购服务让您能够订购**至少 35 天用量但不超过 100 天用量的药物。**

使用本计划的首选邮购服务时， 您的共付额可能更低。 有关详细信息， 请参阅第 6 章第 5.2 节和第 5.4 节中的表格。

如需获取邮购订单表格及处方药品邮购相关信息， 可致电 Express Scripts® Pharmacy 热线 1-833-750-0201（TTY ： 711）， 该电话每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。 也可登录 express-scripts.com/rx。 如果您使用的邮购药房不在我方计划网络内， 您的处方药将不予承保。

通常， 邮购药房订单中的药物会在 14 天内送达， 但有时， 您的邮购处方药品可能会出现配送延迟。 如果您急需长期服用的药品， 请让医生开具两张处方 ： 一张为 30 天用量， 可在参与的零售药房配药 ； 另一张为长期用量（35 至 100 天）， 可通过邮购服务配药。 如果邮购处方药品配送延迟， 且您在参与的零售药房配 30 天用量药品时遇到问题， 请让零售药房拨打我方医疗服务提供者服务中心电话 ： 1-866-800-6111（TTY 用户请拨打 1-888-816-5252）， 该电话每周 7 天、 每天 24 小时提供帮助。 参保成员每周 7 天、 每天 24 小时均可致电 Express Scripts® Pharmacy 热线 1-833-750-0201（TTY ： 711）。 也可登录 express-scripts.com/rx。

药房直接通过医生诊室获取的新处方。
如果符合以下任一条件， 药房在收到医疗服务提供者直接发送的新处方后， 将自动配药并配送， 无需事先与您确认 ：

- 您过往曾使用过本计划的邮购服务，或
- 您已注册“自动配送医疗服务提供者直接发送的所有新处方”服务。您可随时申请“所有新处方自动配送”服务，操作方式如下：致电 Express Scripts® Pharmacy 热线 1-833-750-0201（TTY：711），该电话每周 7 天、每天 24 小时提供服务；也可登录 express-scripts.com/rx。

如果您收到药房通过邮寄自动配送的新处方药， 但您并不需要， 且药品配送前药房未联系您确认需求， 您可能符合退款条件。

如果您过往使用过邮购服务， 但不希望药房对每一张新处方都自动配药并配送， 请通过以下方式联系我们 ： 致电 Express Scripts® Pharmacy 热线 1-833-750-0201（TTY 用户请拨打 711）， 该电话每周 7 天、 每天 24 小时提供服务 ； 也可登录 express-scripts.com/rx。

如果您从未使用过本计划的邮购配送服务， 或决定取消“新处方自动配药”服务， 则每当药房收到医疗服务提供者发送的新处方时， 都会联系您， 确认您是否需要立即配药并配送该药品。 药房每次联系您时请务必及时回复， 告知对方是配送、 延迟配送还是取消该新处方药品。

如果您选择取消“自动配送医疗服务提供者诊所直接发送的新处方”服务， 请通过以下方式联系我们 ： 致电 Express Scripts® Pharmacy 热线 1-833-750-0201（TTY 用户请拨打 711）， 该电话每周 7 天、 每天 24 小时提供服务 ； 也可登录 express-scripts.com/rx。

邮购处方药品的续配。 要续配您的药物， 您可以选择注册自动续配计划。 根据该计划， 当我方记录显示您的药品即将用完时， 会开始自动处理您的下一次续配。 药房在配送每一次续配药品前， 都会联系您确认是否仍需补充药品 ； 如果您药品充足或用药方案已变更， 可取消已安排的续配。

如果您选择不使用自动续配计划， 但仍希望通过邮购药房获取处方药品， 请在当前药品即将用完前 21 天联系药房。 此举可确保您的订单能及时得到配送。

如果您选择取消“邮购续配自动备药”计划， 请通过拨打您的邮购药房电话联系我们 ：

- **Express Scripts® Pharmacy：1-833-750-0201（TTY 用户请拨打 711）。**

如果您收到通过邮寄自动配送的续配药品， 但实际并不需要， 您可能符合退款条件。

第 2.3 节 如何获取长期用量的药品

我方计划提供两种方式， 供您获取药品目录内“维持治疗药品”的长期用量（也称延长用量）。（维持治疗药品指用于治疗慢性病或长期健康状况而需定期服用的药品。 ）

1. 我方计划网络内的部分零售药房可提供维持治疗药品的长期用量。 您的*医疗服务提供者和药房目录* (go.wellcare.com/2027providerdirectories) 介绍了哪些药房可提供长期维持药物供应。 有关更多信息， 您也可以致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

2. 您还可以通过我方邮购计划获得维持治疗药品。 有关更多信息， 请参见第 2.2 节。

第 2.4 节 使用我方计划网络外的药房

通常， *仅当*您无法使用网络药房时， 我方才会承保网络外药房配药的费用。 我方在服务区域外也设有网络药房， 您作为我方计划参保成员可在这些药房配药。 **请先致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）**， 查询附近是否有网络药房。

仅在以下情况下， 我方才承保网络外药房配药的费用 ：

旅行 ： 在您出行或离开我方计划服务区域时获取保障。

- 如果您需定期服用某处方药且计划出行，出发前务必确认药品库存。在条件允许的情况下，请携带所需的全部药品，也可通过邮购药房提前订购处方药。

- 如果您在美国及美属领地境内出行时突发疾病、药品丢失或用尽，我方会承保您在网络外药房配药的费用。在此情形下，您配药时必须支付全额费用（而非仅支付共付额或共保比例费用）。您可以通过提交处方药索赔表，要求我们向您退还我们应承担的份额。如果您选择网络外药房配药，可能还需自行承担“我方计划对网络药房配药的应付款金额”与“网络

外药房实际收费金额”之间的差额。要了解如何提交处方药索赔申请以要求我们向您退款，请参阅第 7 章第 2 节。

- 您也可致电会员服务部，查询出行目的地附近是否有网络药房。
- 即使是医疗紧急情况，我方也不承担在美国及美属领地境外药房配药的任何费用。

医疗紧急情况 ： 因医疗紧急情况或紧急医疗而需配药时， 该如何处理？

- 如果您的处方药与医疗紧急情况或紧急医疗相关，我方会承保对您在网络外药房配药的费用。在此情形下，您配药时必须支付全额费用（而非仅支付共付额或共保比例费用）。之后可提交报销申请表，申请我方承担应报销部分的费用。如果您选择网络外药房配药，可能还需自行承担“我方计划对网络药房配药的应付款金额”与“网络外药房实际收费金额”之间的差额。如需了解如何提交报销申请，请参见第 7 章第 2 节。

其他情况 ： 其他网络外药房配药可获得承保的情况。

- 如果符合以下至少一个条件，我方会承保您在网络外药房配药的费用：
  - 在我方计划服务区域内，合理驾车距离范围内无提供 24 小时服务的网络药房，导致您无法及时获取承保药品。
  - 您需配药的药品（包括高价药、特殊药品）在可便捷到达的网络零售药房或邮购药房均无常规库存。
  - 您需接种疫苗，该疫苗具备医学必要性但未纳入 Medicare Part B 承保范围，接种地点是在医生诊室。
  - 您在门诊手术诊所或其他门诊场所接受治疗期间，从机构附属药房获取承保的处方药。
- 针对上述所有情形，您最多可获取 30 天用量的处方药。此外，您通常必须先支付网络外药房的药品费用，再提交相关证明材料，向我方计划申请报销。请务必包含关于您使用网络外药房的具体情况的说明，这将有助于我方处理您的报销申请。

如果您必须使用网络外药房配药， 通常必须在配药时支付全额费用（而非常规的分摊费用）。之后可向我方报销我方应承担的分摊费用。 （请参见第 7 章第 2 节， 了解如何向我方计划申请返还费用。 ）您可能需要支付在网络外药房购买药物的费用与网络药房承保费用之间的差额。

第 3 节 您的药品需在我方计划的药品目录内

第 3.1 节 药品目录载明了承保的 D 部分药物

我方计划有一份*承保药品清单*（处方集）。 在本*保险证明文件*中， **我们称之为药品目录**。

清单中的药品由我方计划在医生及药师的协助下筛选确定。 该清单符合 Medicare 的要求且已通过其审批。

药品目录仅列出了 Medicare Part D 承保的药品。 除 Medicare 承保的药品外， 部分处方药还在您的 Medicaid 福利保障范围内。 如需了解 Medicaid 药品承保的更多信息， 请联系 California Medi-Cal (Medicaid)， 确认您可享受的药品承保范围。 （您可以在第 2 章第 6 节中找到 California Medi-Cal (Medicaid) 的电话号码和联系信息。 ）

通常， 只要您遵守本章所述的其他承保规则， 且药品是用于医学认可适应症， 我方计划将承保药品目录内的药品。 医学认可适应症指药品的以下*任*一用途 ：

- 经 FDA 批准，可用于治疗所开具处方对应的诊断或状况，或
- 有特定权威依据支持，如 American Hospital Formulary Service Drug Information 及 Micromedex DRUGDEX Information System。

药品目录包括品牌药、 仿制药和生物制品（可能包括生物类似药）。

品牌药是指由药品生产商以自有商标名称销售的处方药。 生物制品是比普通药品成分更复杂的药品。 药品目录中提及“药品”时， 可能是指普通药品， 也可能是生物制品。

仿制药是指与品牌药含有相同活性成分的处方药。 生物类似药是指生物制品的替代药品。 通常， 仿制药与生物类似药的疗效与品牌药或原研生物制品相当， 且价格通常更低。 许多品牌药皆有仿制药可替代， 一些原研生物制品也有生物类似药可替代。 部分生物类似药是可互换生物类似药， 根据州法律， 可在药房替代原研生物制品而无需新处方， 就像仿制药可以替代品牌药一样。

请参见第 12 章， 了解药品目录中可能存在的药物类型的定义。

不在药品目录中的药物

我方计划并非承保所有处方药。

- 在某些情况下，法律禁止任何 Medicare 计划承保特定类型的药品。（有关更多信息，请参见第 7 节。）
- 在另一些情况下，我方计划未将某一特定药品纳入药品目录。
- 不过，在某些情形下，您仍有可能获得药品目录外的药品。（有关更多信息，请参见第 9 章。）
- California Medi-Cal (Medicaid) 承保的处方药不在药品目录中。请联系 California Medi-Cal (Medicaid)，确定您适用的药品保障范围。（您可以在第 2 章第 6 节中找到 California Medi-Cal (Medicaid) 的电话号码和联系信息。）

第 3.2 节 药品目录中药品的六个分摊费用等级

我方计划药品目录中的每一种药品均归属以下六个分摊费用等级之一。 通常， 等级越高， 药物的费用越高 ：

- 1 级（仿制药）包含优选仿制药，可能也包含部分品牌药。
- 2 级（优选品牌药）包含优选品牌药，可能也包含部分仿制药。
- 3 级（非优选药物）包含非优选品牌药和仿制药。
- 4 级（注射类药品）包含通过注射给药或用于预防疾病（疫苗）的选定药物。
- 5 级（特药层级药品）包含高价品牌药和仿制药。本级药品不享有按更低等级支付的例外资格。这是最高的分摊费用等级。
- 6 级（精选护理药物）包含用于治疗特定疾病的选定仿制药和/或品牌药。这是最低的分摊费用等级。

要了解您的药物所属的分摊费用等级， 可查询我方计划的药品目录。 各分摊费用等级对应的药品自付金额见第 6 章。

第 3.3 节 如何查询某一特定药品是否在药品目录内

要查询药物是否在我方的药品目录内， 您可使用以下选项 ：

- 查看我方以电子方式提供的最新药品目录。
- 访问我方计划网站 (go.wellcare.com/HealthNetCA)。网站上的药品目录始终为最新版本。
- 致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），咨询某特定药品是否在我方计划的药品目录内，或索取一份清单副本。
- 使用我方计划的实时福利查询工具 (Real-Time Benefit Tool)(go.wellcare.com/HealthNetCA) 搜索药品目录中的药品，以获得该药品的预估自付金额，同时查看药品目录内是否有可治疗同一医疗状况的替代药品。您也可以致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 4 节 承保受限的药品

第 4.1 节 为什么某些药物有承保限制

对于某些处方药， 我方计划设置了特殊规则， 对药品的承保方式与承保时机加以限制。 这些规则由医生与药师团队共同制定， 旨在鼓励您和医疗服务提供者以最有效的方式使用药品。 要了解您正在服用或计划服用的药品是否受此类限制约束， 请查阅药品目录。

如果有安全且价格更低的药品在医疗效果上与高价药品相当， 我方计划的规则会鼓励您和医疗服务提供者使用该低价药品。

请注意， 有时某种药物可能会在药品目录上多次出现。 这是因为医疗服务提供者开具处方时，药品的规格、 剂量或剂型可能存在差异（例如， 10 mg 与 100 mg、 每日 1 片与每日 2 片、 片剂与液体制剂）， 而不同版本的药品可能适用不同的承保限制或分摊费用标准。

第 4.2 节 限制类型

如果您所用药品存在承保限制， 通常意味着您本人或您的医疗服务提供者必须通过一些额外步骤， 让我方计划承保该药品。 可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），了解您本人或您的提供商可以采取哪些措施来获得该药品的承保。 **如果您想让我方为您免除该限制， 需通过承保决定流程提出申请， 要求我方进行例外审批。** 我方可能会同意为您免除限制， 也可能会不同意。 （详见第 9 章。 ）

事先获得计划批准

对于某些药品， 您本人或您的医疗服务提供者需依据特定标准， 事先获得我方计划的批准， 我方才会同意为您承保该药品。 这称为**事先授权**。 其设立目的是确保用药安全， 并指导特定药品的合理使用。 如果未获得该批准， 您的药品可能不被我方计划承保。 您可通过以下方式获取我方计划的事先授权标准 ： 致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）或访问我方网站 go.wellcare.com/enhanced-select-pa。

先尝试其他药品

此要求旨在鼓励您在我方计划对另一药品承保前， 先使用价格更低但通常疗效相当的药品。 例如， 如果药品 A 与药品 B 均可治疗同一健康状况， 且药品 A 价格更低， 我方计划可能要求您先尝试药品 A。 如果药品 A 对您无效， 我方计划随后会承保药品 B。 这种需先尝试其他药品的要求称为**阶梯疗法**。 您可通过以下方式获取我方计划的阶梯疗法标准 ： 致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）或访问我方网站 go.wellcare.com/enhanced-select-st。

数量限制

对于某些药物， 我方会限制您每次配药时可获取的药品数量。 例如， 如果某一药品通常被认为每日服用 1 片是安全剂量， 我方可能会将该药品处方的承保用量限制为每日不超过 1 片。

第 5 节 如果您的某种药品未按预期获得承保，可采取哪些措施

在某些情况下， 您正在服用的处方药、 或您与医疗服务提供者认为您应服用的处方药， 可能不在我方药品目录内， 或存在承保限制。 例如 ：

- 该药品可能完全不在承保范围内。或者，该药品的仿制药可能在承保范围内，但您希望服用的品牌药不在承保范围内。
- 该药品虽在承保范围内，但存在额外的承保规则或限制。
- 该药品虽在承保范围内，但其分摊费用等级导致您需承担的费用超出预期。

如果您的药品因所属分摊费用等级导致自付费用超出预期， 可参见第 5.1 节了解您可以采取哪些措施。

如果您的药品不在药品目录内或存在承保限制， 您可选择以下方式解决 ：

- 您可能有资格获得该药品的临时供应。

- 您可更换为其他药品。
- 您可申请**例外审批**，并要求我方计划承保该药物或取消承保限制。

您可能有资格获得临时供应

在某些情况下， 我方计划必须为您提供当前服用药品的临时供应。 此临时供应让您有时间与医疗服务提供者沟通调整方案。

要获得临时供应资格， 您当前服用的药品**必须已不在我方计划的药品目录中**或**当前存在承保限制**。

- **如果您是新参保成员，**在参保我方计划后的前 **90 天**内，我方将为您承保该药品的临时供应。
- **如果您去年已成为本计划成员，**我方将在本日历年的前 **90 天**内承保您所需药品的临时供应。
- 此临时供应具体为：零售药房最多供应 30 天用量或长期护理药房最多供应 31 天。如果处方开具的天数更少，我方允许通过多次配药累计至最高用量（零售药房最多供应 30 天用量或长期护理药房最多供应 31 天）。必须在网络药房配药。（请注意，为避免浪费，长期护理药房单次提供的药物可能会较少。）
- **对于已加入计划超过 90 天、住在长期护理机构内，并且需要立即供药的参保成员：**

  我方将承保特定药品 1 次 31 天的紧急用量 ； 如果处方开具天数更少， 则按处方天数供应。 这是对上述临时供应的补充。
- **对于经历护理级别变更（如入住或离开长期护理机构/医院）且需立即用药的参保成员：**

  我方将承保 1 次 30 天的供应（如果处方开具的天数更少， 则以处方天数为准 ； 此时我方允许多次配药， 总供应量不超过 30 天）。

如果对临时供应有疑问， 可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

在使用药品临时供应期间， 您应与医疗服务提供者沟通， 确定临时供应耗尽后的方案。 您有 2 个选项 ：

选项 1. 您可更换为其他药品

与您的医疗服务提供者讨论是否有我方计划承保的其他药物同样适合您。 致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）， 索取治疗同一健康状况的承保药品清单。 这份清单可以帮助您的医疗服务提供者找到可能适合您的承保药品。

选项 2. 您可申请例外审批

您与医疗服务提供者可向我方计划申请例外审批， 以按您期望的方式承保该药物。 如果您的医疗服务提供者认为您有医学理由支持申请例外审批， 其可协助您提出申请。 例如， 您可以申请我方计划承保某一药品（即使该药品不在我方计划药品目录中）。 或者申请我方计划进行例外审批并取消该药品的承保限制。

如果您与医疗服务提供者要申请例外审批， 可参见第 9 章第 7.4 节， 了解具体操作流程。 该章节介绍了 Medicare 规定的流程和时限， 以确保您的申请得到及时、 公正的处理。

第 5.1 节 如果您认为药品所属分摊费用等级过高，该如何处理

如果您认为药品所属分摊费用等级过高， 您可以采取以下措施 ：

您可更换为其他药品

如果您认为药品所属分摊费用等级过高， 请与您的医疗服务提供者沟通。 可能会存在其他分摊费用等级更低的药物同样适合您。 致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），索取治疗同一健康状况的承保药品清单。 这份清单可以帮助您的医疗服务提供者找到可能适合您的承保药品。

您可申请例外审批

您和您的医疗服务提供者可向我方计划申请该药物分摊费用等级的例外审批， 以降低您的自付费用。 如果您的医疗服务提供者认为您有医学理由支持申请例外审批， 其可协助您提出规则例外审批申请。

如果您与医疗服务提供者要申请例外审批， 可参见第 9 章第 7.4 节， 了解具体操作流程。 该章节介绍了 Medicare 规定的流程和时限， 以确保您的申请得到及时、 公正的处理。

我们 5 级（特药层级药品）不符合此类例外审批条件。 我方不会降低该级药物的分摊费用金额。

第 6 节 我方药品目录可能在年内发生变更

药品承保范围的大部分变更会在每年年初（1 月 1 日）生效。 但在这一年中， 我方计划可对药品目录进行一些调整。 例如， 我方计划可能 ：

- **在药品目录中增加或移除药物。**
- **将某一药品调至更高或更低的分摊费用等级。**
- **增加或移除药物的承保限制。**
- **将品牌药替换为仿制版本。**
- 将原研生物制品替换为该生物制品的可互换生物类似药版本。

在更改本计划的药品目录之前， 我们必须遵循 Medicare 的要求。

药物承保范围调整信息

当药品目录调整时， 我方会在网站上发布相关调整信息， 还会定期更新我方的线上药品目录。 如果您正在服用的药品发生调整， 有时您会直接收到通知。

本计划年度内可能影响您的药品承保范围调整

- **在药品目录中新增药品、立即移除或更改药品目录中的同类药品。**
  - 我方可能会立即从药品目录中移除某一同类药品、将该同类药品调至其他分摊费用等级、新增承保限制，或同时采取上述多种措施。新增的药品版本将被归入与原药品相同或更低的分摊费用等级，且其承保限制与原药品相同或更少。
  - 仅当为药品目录中已有的某一品牌药新增仿制药版本，或为药品目录中已有的某一原研生物制品新增特定的生物类似药版本时，我方才会实施上述即时调整。
  - 即便您正在服用我方计划移除或调整的药品，我方也可能先实施上述调整，之后再告知您。如果在我方实施调整时，您正服用该同类药品，我方会向您说明所做的具体调整。
- **在药品目录中增加药品、移除或更改药品目录中的同类药品。**
  - 当我方在药品目录中新增某一药品的其他版本时，可能会从目录中移除一款同类药品、将其调至其他分摊费用等级、新增承保限制，或同时采取上述多种措施。我方新增的药品版本，其所属分摊费用等级将与原药品相同或更低，且承保限制与原药品相同或更少。
  - 仅当为药品目录中已有的某一品牌药新增仿制药版本，或为药品目录中已有的某一原研生物制品新增特定的生物类似药版本时，我方才会实施上述调整。
  - 我方将在实施调整前至少 30 天通知您；或在告知您调整信息的同时，针对当前服用药品版本为您承保 1 次 30 天的用量。
- **从药品目录中移除不安全药品及其他退市药品。**
  - 有时，某一药品可能会被判定为不安全，或因其他原因退出市场。如果发生此类情况，我方可能会立即将该药品从药品目录中移除。如果您正在服用该药品，我方会在调整后告知您。
- **对药品目录中药品的其他调整。**
  - 在年度开始后，我方可能会对您正在服用的药品进行其他变更。例如，我方可能会基于 FDA 的黑框警告或 Medicare 认可的新临床指南做出相应调整。
  - 我方将在实施这些变更前至少 30 天通知您；或在告知您变更信息的同时，针对当前服用药品为您额外承保 1 次 30 天的用量。

如果我方对您正在服用的任何药品做出上述调整， 您应与处方开具者商讨最适合您的解决方案， 包括换用其他药品治疗您的状况， 或申请承保决定以满足当前服用药品的新增限制要求。您本人或您的处方开具者可向我方申请例外审批， 以继续承保您一直在服用的药品或其特定版本。 有关如何申请承保决定（包括例外审批）的更多信息， 请参见第 9 章。

本计划年度内不会影响您的药品目录调整

我方可能会对药品目录进行上述未提及的某些调整。 如果此类调整发生时您正在服用相关药品， 该调整暂不适用于您 ； 但如果您继续参保本计划， 此类调整大概率会从下一计划年度的 1 月 1 日起对您产生影响。

通常， 本计划年度内不影响您的调整包括以下情形 ：

- 我方将您的药品调至更高的分摊费用等级。
- 我方对您的药品新增使用限制。
- 我方将您的药品从药品目录中移除。

如果您服用的药品发生上述任一调整（药品退市、 仿制药替代品牌药或前文章节提及的其他调整除外）， 在次年 1 月 1 日之前， 该调整不会影响您对药品的使用， 也不会改变您需承担的自付费用金额。

在本计划年度内， 我方不会就此类调整向您直接发送通知。 您需在开放参保期内查询下一计划年度的药品目录（届时该目录将开放查看）， 确认您服用的药品是否存在会对下一计划年度产生影响的调整。

第 7 节 我方不承保的药品类型

某些类型的处方药属于*排除*范畴。 这意味着 Medicare 不为这类药品支付费用。

如果您提出申诉， 且经判定所申请的药品不属于 D 部分的排除范畴， 我方将承担或承保该药品费用。 （有关对承保决定提出申诉的信息， 请参见第 9 章。 ）如果我方计划排除的药品同时也在 California Medi-Cal (Medicaid) 的排除之列， 则您需自行承担该药品费用（我们增强药物承保所涵盖的某些被排除药物除外）。

以下是 Medicare 药品计划 D 部分不承保药品的 3 条通用规则 ：

- 我方计划的 D 部分药物保障范围不涵盖本应属于 Medicare Part A 或 Part B 承保的药品。
- 我方计划不承保在美国或其领土之外购买的药品。
- 如果药品的*超说明书*使用未获得特定权威依据支持（如 American Hospital Formulary Service Drug Information 及 Micromedex DRUGDEX Information System），我方计划不予承保。*超说明书*使用是指任何超出 FDA 批准药品标签所标明用途的用药方式。

此外， 根据法律规定， 以下类别的药品不属于 Medicare 或 Medicaid 承保范围， 但其中部分药品可能在您的 California Medi-Cal (Medicaid) 药品承保范围内。 请联系 California Medi-Cal (Medicaid)， 确定您适用的药品保障范围。 （您可以在第 2 章第 6 节中找到 California Medi-Cal (Medicaid) 的电话号码和联系信息。 ）

- 非处方药（又称柜台发售药品）
- 用于促进生育的药品
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药品

- 用于美容目的或促进毛发生长的药品
- 处方维生素与矿物质补充剂（产前维生素和氟化物制剂除外）
- 用于治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药品
- 用于治疗厌食症、体重减轻或体重增加的药品
- 作为销售条件，生产商要求“必须同时从其处购买相关检测或监测服务”的门诊药品

如果您从 **Medicare** 获得**额外补助**来支付处方药费用， 额外补助不会覆盖通常未纳入保障的药品。 （如需了解更多信息， 请查阅我们计划的药品目录或致电会员服务 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711。 ）如果您已通过 Medicaid 获得药品保障， 您所在州的 Medicaid 计划可能覆盖部分通常不在 Medicare 药品计划范围内的药品。 请联系您所在州的 Medicaid 计划， 确认您可以获得的药品保障。 （请在第 2 章第 6 节查找 Medicaid 的电话号码和联系信息。 ）

第 8 节 处方配药流程

如需配药， 请向您选择的网络药房提供我方计划的参保信息（该信息可在您的会员卡上找到）。 网络药房会自动向我方计划提交结算申请， 由我支付应承担的药物分摊费用。 取药时， 您需要向药房支付*您应承担的*分摊费用。

如果您未随身携带我方计划的参保信息， 您或药房可致电我方计划查询该信息， 也可请药房查询我方计划参保信息。

如果该药房无法取得必要的信息， **在领取处方药时， 您可能需要支付全额费用**。 然后， 您可以**向我方报销**我方应分摊的部分。 有关如何向我方计划申请报销的信息， 请参见第 7 章第 2 节。

第 9 节 特殊情况下的 D 部分药物保障

第 9.1 节 因我方计划承保的住院服务入住医院或专业护理机构

如果您因我方计划承保的住院服务而入住医院或专业护理机构， 我方通常会保障您住院期间的处方药费用。 一旦您离开医院或专业护理机构， 只要药物符合本章所述的所有保障规则， 我方计划将继续保障您的处方药费用。

第 9.2 节 作为长期护理 (LTC) 机构住客

通常， 长期护理 (LTC) 机构（如护理院）会配备自有药房， 或与为所有住客提供药品的药房合作。 如果您是 LTC 机构的住客， 可通过该机构的自有药房或合作药房获取处方药， 但前提是该药房属于我方计划的网络药房。

查看您的*医疗服务提供者和药房目录* (go.wellcare.com/2027providerdirectories)， 了解您的 LTC 机构的自有药房或合作药房是否属于我方网络。 如果不是， 或者您需要更多信息或帮助， 请致电

会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 如果您已入住 LTC 机构， 我方必须确保您能通过我方的 LTC 药房网络， 常规享受 D 部分福利。

如果您是 LTC 机构的住客， 且所需药品不在我方药品目录内或存在承保限制， 请参见第 5 节， 了解如何获取临时供应或应急供应。

第 9.3 节 如果您同时享有雇主或退休人员团体计划的药品保障

如果您通过您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得其他药品保障， 请联系**该团体的福利管理员**。 他们可协助您了解如何将当前药品保障与我方计划结合使用。

一般而言， 如果您享有雇员或退休人员团体药品保障， 我方提供的药品保障将作为团体保障的二级保障， 即优先使用您的团体保障计划支付费用。

关于等效保险范围的特别说明 ：

每年， 您的雇主或退休人员团体应向您发送一份通知， 告知您下一日历年的药品保障是否属于等效保险范围。

如果团体计划提供的药品保障属于等效保险范围， 则意味着您的计划所提供的药品保障预计平均支付水平至少与 Medicare 的标准药品保障相当。

请保留所有关于等效保险范围的通知， 因为后续您可能需要凭借这些通知， 证明自己持续享有等效保险范围。 如果您未收到等效保险范围通知， 可向雇主、 退休人员计划的福利管理员， 或雇主/工会索取通知的副本。

第 9.4 节 如果您参保了 Medicare 认证临终关怀计划

临终关怀计划与我方计划不会同时承保同一种药品。 如果您已参保 Medicare 临终关怀计划， 且需要使用某些药品（例如止吐药、 泻药、 止痛药或抗焦虑药）， 但您的临终关怀计划因这些药品与您的终末期疾病和相关状况无关而不予承保时， 必须由处方开具者或您的临终关怀服务提供者向我方计划发送通知， 证明该药品与终末期疾病无关， 我方计划方承保该药。 为避免您在获取本应由我方计划承保的此类药品时出现延误， 建议您在配药前， 请临终关怀服务提供者或处方开具者向我方发送上述通知。

如果您选择撤销临终关怀计划的参保资格， 或从临终关怀计划中出院， 我方计划将按照本文件中的说明为您承保药品。 为避免在您的 Medicare 临终关怀福利终止后， 到药房配药出现延误， 请向药房出示能证明您已撤销临终关怀参保资格或已出院的文件。

第 10 节 药品安全与用药管理相关计划

我方会开展用药审查， 以确保参保成员获得安全、 适宜的医疗服务。

每次您配药时， 我方都会进行审查 ； 此外， 我方还会定期审查用药记录。 在审查过程中， 我方会重点排查以下潜在问题， 如 ：

- 可能存在的用药错误
- 因您已服用治疗同一健康状况的其他同类药品，导致某一药品可能无需使用
- 因您的年龄或性别，某一药品可能存在安全风险或不符合用药适宜性
- 同时服用可能对您造成伤害的特定药品组合
- 处方药品中含有您过敏的成分
- 您所服用药品的剂量可能存在错误
- 阿片类止痛药的不安全用量

如果我方在审查中发现您的用药可能存在问题， 将与您的医疗服务提供者协作解决该问题。

第 10.1 节 药物管理计划 (DMP) 协助参保成员安全使用阿片类药物

我方设有一项计划， 用于协助参保成员安全使用处方阿片类药物及其他易被滥用的药物， 该计划称为药物管理计划 (DMP)。 如果您从多名处方开具者或药房获取阿片类药物， 或您近期发生过阿片类药物过量服用事件， 我方可能会与您的处方开具者沟通， 确保您使用阿片类药物的行为符合适宜性与医学必要性要求。 在与您的处方开具者协作后， 如果我方判定您使用处方阿片类药物或苯二氮䓬类药物的行为可能存在安全风险， 可能会对您获取此类药物的方式加以限制。 如果您被纳入我方 DMP， 可能面临的限制包括 ：

- 要求您的所有阿片类或苯二氮䓬类药物处方必须在特定药房配药
- 要求您的所有阿片类或苯二氮䓬类药物处方必须由指定处方开具者开具
- 限制我方为您承保的阿片类或苯二氮䓬类药物用量

如果我方计划对您获取此类药物的方式或用量加以限制， 将提前向您发送信函。 该信函会告知您我方是否会限制此类药物的承保范围， 或者此类药物的处方是否只能通过指定处方开具者或药房配药。 您将有机会向我方说明您偏好的处方开具者或药房， 以及其他您认为我方需了解的重要信息。 在您有机会回复后， 如果我方决定限制此类药物的保障范围， 将向您发送另一封确认函， 确认限制内容。 如果您认为我方的判定有误， 或不同意我方的决定和限制， 您与您的处方开具者有权提出申诉。 提出申诉后， 我方会重新审查您的个案并给出新的决定。 如果我方仍拒绝您的限制相关部分请求， 您的个案将自动移交至我方计划外的独立审查组织。 关于如何提出申诉的具体信息， 请参见第 9 章。

如果您患有特定疾病（如癌症相关性疼痛或镰状细胞病）， 正在接受临终关怀、 姑息治疗或终末期护理， 或者居住在长期护理机构， 将不会被纳入我方 DMP。

第 10.2 节 药物疗法管理 (MTM) 计划，帮助参保成员管理药物

我方设有一项计划， 为有复杂健康需求的参保成员提供帮助， 该计划称为药物疗法管理 (MTM) 计划。 该计划为自愿参加且完全免费， 由药师与医生团队共同制定， 核心目标是帮助参保成员从所服用的药物中获得最大治疗效益。

满足以下条件的部分参保成员， 可通过 MTM 计划获取服务 ： 患有特定慢性疾病、 所服用药物的费用总额超过特定标准， 或者已纳入 DMP 以协助其安全使用阿片类药物。 如果您符合该计划的资格， 药师或其他医疗专业人员将为您提供全面的用药审查服务。 在审查期间， 您可以交流用药情况、 药品费用， 以及对处方药物和非处方药的疑问或遇到的问题。 您将获得一份包含建议待办事项清单的书面总结， 其中包括为获得最佳药物疗效而需采取的步骤。 您还将获得一个药品目录， 其中包括您正在服用的所有药物、 您服用的药物数量以及您服用这些药物的时间和原因。 此外， MTM 计划的参保成员还将获得关于安全处置管制类处方药的相关信息。

最好与您的医生讨论您的建议待办事项清单和用药清单。 就诊或与医生、 药剂师及其他健康护理服务提供者沟通时， 请随身携带本摘要。 请确保您的用药清单为最新版本， 并随身携带（例如与 ID 放在一起）， 以备前往医院或急诊室时使用。

如果我方有适合您需求的计划， 我方将自动为您注册该计划并向您发送相关信息。 如果您决定不参与， 可通知我方， 我方将为您取消参保。 如果对该计划有疑问， 可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 6 章：
您为 D 部分药物支付的费用

第 1 节 您为 D 部分药物支付的费用

本章中的“药物”是指 D 部分处方药。 并非所有药物均为 D 部分药物。 部分药物被法律排除在 D 部分保障范围之外。 部分从 D 部分保障范围排除的药物属于 Medicare Part A 或 Part B 或 Medicaid 的保障范围。 此外， 如果您购买了补充药物保险， 某些被排除的药物可能由我们的计划承保。

要了解支付信息， 您需要知道哪些药品属于保障范围、 在哪里配药， 以及获取承保药品时需遵循哪些规定。 第 5 章说明了这些规则。 当您使用我方计划的实时福利查询工具 (Real-Time Benefit Tool)go.wellcare.com/HealthNetCA 查询药品保障情况时， 您看到的费用是我方预估您可能需要承担的自付费用。 您也可以通过致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）， 获取实时福利查询工具 (Real-Time Benefit Tool)中提供的信息。

如何查询您的药品费用信息？

由于您符合 California Medi-Cal (Medicaid) 参保资格， 因此您有资格获得 Medicare 的额外补助，用以支付您的处方药计划费用。 鉴于您具有额外补助， *本保险证明文件*中关于 **D 部分处方药费用的部分信息可能不适用于您。** 我方已向您寄送一份单独的插页， 文件名为*享受处方药费用额外补助人群*的保险证明文件附录（又称*低收入补助附录*或 *LIS 附录*）， 该文件将说明您的药品保障相关内容。 如果您没有此插页， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）索取 *LIS 附录*。

第 1.1 节 您可能需要为承保药品支付的几种自付费用类型

对于承保的 D 部分药物， 您可能需要支付以下 3 种不同类型的自付费用 ：

- **免赔额**：是指在我方计划开始承担其应付部分之前，您需要自行支付的药品费用金额。
- **共付额**：是指您每次配药时需要支付的固定金额。
- **共保比例**：是指您每次配药时需要支付的药品总费用的百分比。

第 1.2 节 Medicare 如何计算您的自付费用

Medicare 对哪些费用计入您的自付费用、 哪些费用不计入有明确规定。 以下是我方必须遵循的用于记录您自付费用的规则。

以下费用会计入您的自付费用

您的自付费用**包括**以下所列款项（前提是这些费用是针对承保的 D 部分药物， 并且您遵守了第 5 章中说明的药品保障规则）：

- 当您处于以下药物支付阶段时，您为药物支付的金额：
  - 免赔额阶段
  - 初始保障阶段
- 您在本日历年参保我方计划之前，作为其他 Medicare 药物计划参保成员时为药物支付的任何费用
- 您的家人或朋友为您的药物支付的任何费用
- 通过 Medicare 的额外补助、雇主或工会健康计划、印第安人健康服务、艾滋病药物援助方案以及大多数慈善机构为您的药物支付的任何费用

进入高额保障阶段 ：

当您（或为您代付费用的人）在本日历年内累计支付了 $2,400 的自付费用后， 您将从初始保障阶段进入高额保障阶段。

以下费用不计入您的自付费用

您的自付费用**不包括**以下任何类型的付款 ：

- 在美国及其领土之外购买的药品
- 我方计划不承保的药品
- 在不符合我方计划“网络外药房保障要求”的网络外药房获取的药品
- 仅由 Medicaid 承保的药品
- A 部分或 B 部分承保的处方药
- 您为我们的附加保险承保但通常不在 Medicare 药物计划承保范围内的药物所支付的款项
- 您为通常不在 Medicare 药品计划承保范围的药品支付的费用
- 由某些保险计划和政府资助的健康计划（如 TRICARE 和退伍军人健康管理局 (VA)）为您的药品支付的费用
- 由具有法定责任支付处方药费用的第三方（例如工伤保险）为您的药品支付的费用
- 由药品生产商根据药厂折扣计划支付的费用

提醒 ： 如果上述任何其他组织为您支付了部分或全部药品自付费用， 您有义务致电会员服务热线 1-800-431-9007（ TTY 用户请拨打 711）告知我方计划。

追踪您的自付费用总额

- 您收到的 *D 部分福利说明* (EOB) 中包含您当前的自付费用总额。当这一金额达到 $2,400 时，*D 部分 EOB* 将会提示您已从初始保障阶段进入高额保障阶段。
- **确保我方获得所需信息。**请参见第 3.1 节，了解您可以采取哪些措施，以确保我方记录的您的支出信息完整且为最新状态。

第 2 节 我方计划参保成员的药物支付阶段

在我方计划下， 您的药品承保范围分为 **3 个药物支付阶段**。 您每次配药或续药时所需支付的金额， 取决于您进行配药操作时所处的支付阶段。 本章将详细说明每个阶段的具体情况。 这些阶段包括 ：

- **第 1 阶段：年度免赔额阶段**
- **第 2 阶段：初始保障阶段**
- **第 3 阶段：高额保障阶段**

第 3 节 您的 *D 部分福利说明*会显示您当前所处的支付阶段

我方计划会追踪您在药房配药时所产生的处方药费用以及您支付的金额。 通过这种方式， 我们可以告知您何时从一个药品支付阶段进入下一个阶段。 我方追踪以下两类费用 ：

- **自付费用：**即您实际支付的金额。其中包括：您为承保的 D 部分药物支付的费用、您的家人或朋友为您的药品支付的费用、通过 Medicare 的额外补助、雇主或工会健康计划、印第安人健康服务、艾滋病药物援助方案、慈善机构，以及大多数州级药品援助计划(SPAP) 为您的药品支付的费用。
- **总药物费用：**即为承保的 D 部分药物支付的所有费用总和。其中包括我方计划支付的费用、您支付的费用，以及其他计划或组织为您的承保 D 部分药物支付的费用。

如果您在上个月通过我方计划配了一剂或多剂处方药， 我方将向您发送一份 *D 部分 EOB*。 *D 部分 EOB* 包括 ：

- **当月信息。**该报告提供您上个月配药相关的支付详情，其中显示总药物费用、我方计划支付的费用，以及您和他人代您支付的费用。
- **自当年 1 月 1 日起的费用总额。**它显示了您的总药物费用和自年初以来您的药品的总付款。

- **药品价格信息。**显示每张处方报销的药品总价格，以及同一数量药品在首次配药后每次配药时价格的变化情况。
- **可用的低价替代处方。**显示每张处方对应的其他可选用药品（如果适用）的信息，这些药品的分摊费用更低。

第 3.1 节 帮助我方及时更新您的药物支付信息

为了追踪您的药品费用以及您为药品支付的金额， 我方会使用从药房获取的记录。 以下是您可以采取的措施， 帮助我方及时更正和更新您的信息 ：

- **每次配药时出示您的会员卡。**这有助于我方了解您配了哪些药以及您支付了哪些费用。
- **确保我方获得所需信息。**有时，您可能需要全额支付某张处方药的费用。在这些情况下，我方不会自动获得追踪您自付费用所需的全部信息。为了帮助我方准确记录您的自付费用，请向我方提供您的收据副本。**您应向我方提供药品收据副本的情况示例：**
  - 当您在网络药房以特殊价格购买承保药品，或使用不属于我方计划福利范围内的折扣卡时。
  - 当您为药品生产商患者援助计划所提供的药品支付共付额时。
  - 任何时候您在网络外药房购买承保药品，或在特殊情况下为承保药品支付全价时。
  - 如果您收到承保药品的账单，可申请我方计划支付其应承担的分摊费用。有关如何申请的说明，请参见第 7 章第 2 节。
- **向我方发送其他人代您支付的费用信息。**其他个人和组织为您支付的费用也会计入您的自付费用。例如，由艾滋病药物援助方案 (ADAP)、印第安人健康服务以及慈善机构支付的费用，都会计入您的自付费用。请保留这些支付记录并发给我方，以便我方准确追踪您的费用支出。
- **查看我方为您寄送的书面报告。**当您收到 *D 部分 EOB* 时，请仔细查看，确保其中的信息完整且正确。如果您认为有遗漏或有任何疑问，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。**您现在可以选择接收 *D 部分福利说明（D 部分 EOB）* 的电子版本，而不是邮寄的纸质版。**您可以访问 https://www.express-scripts.com/ 进行申请。如果您选择启用电子版服务，当您的 *D 部分 eEOB* 准备就绪时，您将会收到一封电子邮件，您可通过邮件查看、打印或下载。电子版 *D 部分 EOB* 又称无纸化 *D 部分 EOB*。这些是印刷的 *D 部分 EOB* 的准确副本（图像）。请确保妥善保存这些报告。

第 4 节 免赔额阶段

由于我方大多数参保成员在处方药费用方面享有额外补助， 因此免赔额阶段对大多数参保成员并不适用。 如果您享有额外补助， 此支付阶段对您不适用。

有关您的免赔额金额信息， 请查看随附的单独插页（*LIS 附录*）。

如果您未享有额外补助， 则免赔额阶段是您药品保障的第一个支付阶段。 免赔额不适用于承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗， 包括带状疱疹疫苗、 破伤风疫苗及旅行疫苗。 对于 3 级（非优选药物）和 5 级（特药层级药品）的药品， 您每年需支付 $700 的免赔额。

您必须支付 3 级（非优选药物）以及 5 级（特药层级药品）药品的全额费用， 直至您支付达到我方计划的免赔额金额为止。 对于其他药品， 您不必支付免赔额。 所谓的**全额费用**通常低于药品的正常零售全价， 因为我方计划已与大多数网络药房协商降低了药品价格。 但全额费用不得超过在 Medicare 药品价格谈判计划下经过价格谈判的药品的最高公平价格加上配药费。

一旦您为 3 级（非优选药物）以及 5 级（特药层级药品）药品支付的金额达到 $700， 您将从免赔额阶段进入初始保障阶段。

第 5 节 初始保障阶段

第 5.1 节 您为药品支付的费用取决于药品和配药地点

在初始保障阶段， 我方计划将承担您的承保药品费用中我方应分摊的部分， 而您需支付您应承担的部分（即您的共付额或共保比例金额）。 您需支付的分摊费用会因药品和您配药的地点而有所不同。

我方计划有六个分摊费用等级

我方计划药品目录中的每一种药品均归属以下六个分摊费用等级之一。 通常， 分摊费用等级编号越大， 药物的费用越高 ：

- 1 级（仿制药）包含优选仿制药，可能也包含部分品牌药。
- 2 级（优选品牌药）包含优选品牌药，可能也包含部分仿制药。对于该等级下每款承保胰岛素产品，您需支付的月用量费用不超过 $35。
- 3 级（非优选药物）包含非优选品牌药和仿制药。对于该等级下每款承保胰岛素产品，您需支付的月用量费用不超过 $35。
- 4 级（注射类药品）包含通过注射给药或用于预防疾病（疫苗）的选定药物。
- 5 级（特药层级药品）包含高价品牌药和仿制药。本级药品不享有按更低等级支付的例外资格。这是最高的分摊费用等级。
- 6 级（精选护理药物）包含用于治疗特定疾病的选定仿制药和/或品牌药。这是最低的分摊费用等级。

要了解您的药物所属的分摊费用等级， 可查询我方计划的药品目录。

您的药房选择

您为药品支付的费用取决于您从以下哪种药房获取药品 ：

- 网络零售药房。

- 提供优选分摊费用的网络零售药房，在提供优选分摊费用的药房配药，费用可能会更低。
- 不在我方计划网络内的药房。我方仅在有限的情况下才会承担在网络外药房配药的费用。请参见第 5 章第 2.4 节，了解我方在何种情况下会承保在网络外药房配药的费用。
- 我方计划的邮购药房。

有关这些药房选择及如何配药的信息， 请参见第 5 章以及我方计划的*医疗服务提供者和药房目录* (go.wellcare.com/2027providerdirectories)。

第 5.2 节 您为一个*月*用量的承保药品所需支付的费用

在初始保障阶段， 您分摊的承保药品费用， 将以共付额或共保比例的形式支付。

共付额或共保比例的金额取决于分摊费用等级。

有时药物的费用低于您的共付额。 在这些情况下， 您按该药品的较低价格支付， 而非共付额。

您为一个*月*用量的承保 D 部分药物所需支付的费用

等级	标准零售网络分摊费用（最多 30 天用量）	优选零售网络内分摊费用（最多 30 天用量）	标准邮购分摊费用（最多 34 天用量）	优选邮购分摊费用（最多 34 天用量）	长期护理 (LTC) 分摊费用（最多 31 天用量）	网络外分摊费用（保障范围仅限于特定情况 ；有关详细信息， 请参见第 5 章。 ）（最多 30 天用量）
分摊费用等级 1（优选仿制药 - 包含优选仿制药， 可能也包含部分品牌药。 ）	$15	$0	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	$15	$15

等级	标准零售网络分摊费用（最多 30 天用量）	优选零售网络内分摊费用（最多 30 天用量）	标准邮购分摊费用（最多 34 天用量）	优选邮购分摊费用（最多 34 天用量）	长期护理 (LTC) 分摊费用（最多 31 天用量）	网络外分摊费用（保障范围仅限于特定情况；有关详细信息，请参见第 5 章。）（最多 30 天用量）
分摊费用等级 2（优选品牌药 - 包含优选品牌药，可能也包含部分仿制药。）	25%	20%	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	25%	25%
分摊费用等级 3（非优选药物 - 包括非优选品牌药和仿制药。）	41%	41%	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	41%	41%
分摊费用等级 4（注射类药品 - 包含通过注射给药或用于预防疾病（疫苗接种）的选定药物。）	15%	0%	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	15%	15%

等级	标准零售网络分摊费用（最多 30 天用量）	优选零售网络内分摊费用（最多 30 天用量）	标准邮购分摊费用（最多 34 天用量）	优选邮购分摊费用（最多 34 天用量）	长期护理 (LTC) 分摊费用（最多 31 天用量）	网络外分摊费用（保障范围仅限于特定情况；有关详细信息，请参见第 5 章。）（最多 30 天用量）
分摊费用等级 5（特药层级药品 - 包含高价品牌药和仿制药。本级药品不享有按更低等级支付的例外资格。）	25%	25%	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	25%	25%
分摊费用等级 6（精选护理药物 - 包含用于治疗特定疾病的选定仿制药和/或品牌药。）	$0	$0	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	一个月（34 天或更短时间）邮购处方不在保障范围内。	$0	$0

对于每种承保的胰岛素产品，即使您尚未支付免赔额，您每月用量支付的费用不会超过 $35，无论分摊费用等级如何。

有关 D 部分疫苗分摊费用的更多信息，请参见第 7 节。

第 5.3 节 如果医生开出的处方少于一个月用量，您可能不必支付整个月用量的费用

通常，您为某种药品支付的费用是按一个月用量计算的。有时，您本人或您的医生可能希望您先使用少于一个月用量的药品（例如，当您首次尝试某种药物时）。您也可以要求医生开具、并要求药师调配少于一个月用量的药品，这样有助于您更好地规划续配日期。

如果您获得的某类药品少于一个月用量， 则不必支付整个月用量的费用。

- 如果您需支付共保比例，则按总药物费用的一定*百分比*支付。由于共保比例是基于总药物费用计算的，而总药物费用会因用量减少而降低，因此您需支付的金额也会相应减少。
- 如果您需支付共付额，则只需支付您实际获得的药品天数对应的那部分费用，而非一整个月的共付额。我方会计算您每日为药品支付的金额（即每日费用分摊率），再将该金额乘以您获取该药品的天数。

第 5.4 节 您为*长期*（61 至 100 天）用量的承保 D 部分药物所需支付的费用

对于某些药物， 您可以获得长期供应（又称延长供应）。 长期供应是 61 至 100 天的用量。

您为*长期*（61-100 天）用量的承保 D 部分药物所需支付的费用

等级	标准零售分摊费用（网络内）（61 至 100 天用量）	优选零售分摊费用（网络内）（61 至 100 天用量）	标准邮购分摊费用（61 至 100 天用量）	优选邮购分摊费用（61-100 天用量）
分摊费用等级 1（优选仿制药 - 包含优选仿制药， 可能也包含部分品牌药。 ）	$45	$0	$45	$0
分摊费用等级 2（优选品牌药 - 包含优选品牌药， 可能也包含部分仿制药。 ）	25%	20%	25%	20%
分摊费用等级 3（非优选药物 - 包含非优选品牌药和非优选仿制药。 ）	41%	41%	41%	41%
分摊费用等级 4（注射类药品 - 包含通过注射给药或用于预防疾病（疫苗接种）的选定药物。 ）	15%	0%	15%	0%

等级	标准零售分摊费用（网络内）（61 至 100 天用量）	优选零售分摊费用（网络内）（61 至 100 天用量）	标准邮购分摊费用（61 至 100 天用量）	优选邮购分摊费用（61-100 天用量）
分摊费用等级 5（特药层级药品 - 包含高价品牌药和仿制药。 本级药品不享有按更低等级支付的例外资格。 ）	**长期供应不适用于 5 级药物。**			
分摊费用等级 6（精选护理药物 - 包含常用于治疗特定疾病的选定仿制药和/或品牌药。 ）	$0	$0	$0	$0

对于每种承保的胰岛素产品， 即使您尚未支付免赔额， 您最多 2 个月用量的费用不会超过 $70， 或最多 3 个月用量的费用不会超过 $105， 无论分摊费用等级如何。

第 5.5 节 您将处于初始保障阶段，直到您的年度自付费用达到 $2,400

您将一直处于初始保障阶段， 直到您自付费用总额达到 $2,400 为止。 随后， 您将进入高额保障阶段。

我们对通常不在 Medicare 药品计划承保范围内的一些处方药提供附加承保。 为这些药品支付的费用不计入您的总自付费用。

您收到的 *D 部分 EOB* 将帮助您了解您本人、 我方计划以及任何第三方代您支付的年度费用情况。 并非所有参保成员都会在一年内达到 $2,400 的自付费用限额。

如果您达到此金额， 我方将通知您。 有关 Medicare 如何计算您的自付费用的更多信息， 请参见第 1.2 节。

第 6 节 高额保障阶段

在高额保障阶段， 您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。 当您在该日历年度内的自付费用累计达到 $2,400 限额时， 您将进入高额保障阶段。 一旦进入高额保障阶段， 您将一直保持在此支付阶段， 直至该日历年结束。

- 在此支付阶段，您无需为您承保的 D 部分药物以及我们增强福利所涵盖的除外药物支付任何费用。

第 7 节 您为 D 部分疫苗支付的费用

关于疫苗费用的重要信息 - 有些疫苗属于医疗福利范畴， 由 B 部分承保 ； 另一些疫苗则属于 D 部分药物。 您可以在我方计划的药品目录中查找这些疫苗。 我方计划为大多数成人 D 部分疫苗提供免费保障， 即使您尚未支付免赔额。 如需了解特定疫苗的保障范围和分摊费用详情， 请查阅我方计划的药品目录， 或致电会员服务热线 1-800-431-9007（ TTY 用户请拨打 711）。

我方对 D 部分疫苗的保障分为两个部分 ：

- 第一部分是**疫苗本身的费用**。
- 第二部分是**为您接种疫苗**的服务费用。（这部分有时又称为疫苗管理费。）

您的 D 部分疫苗费用取决于 3 个因素 ：

1. **该疫苗是否被免疫实践咨询委员会 (ACIP) 推荐给成人使用。**
   - 大多数成人 D 部分疫苗均获得 ACIP 推荐，无需支付费用。
2. **在哪里接种疫苗。**
   - 疫苗本身可能由药房调配，也可能由医生诊室直接提供。
3. **由谁接种疫苗。**
   - 疫苗可能由药房的药剂师或其他医疗服务提供者为您接种，也可能由医生诊室的医疗服务提供者接种。

您在接种 D 部分疫苗时所需支付的金额， 可能会因具体情况以及您当时所处的**药物支付阶段**而有所不同。

- 接种疫苗时，您可能必须支付疫苗本身的全部费用以及医疗服务提供者为您接种疫苗的服务费。您可以申请我方计划将我方应承担的费用部分退还给您。对于大多数成人 D 部分疫苗而言，这意味着您将获得您所支付全部费用的报销。
- 而在其他情况下，当您接种疫苗时，您仅需支付您在 D 部分保障范围内应自付的那部分费用。对于大多数成人 D 部分疫苗来说，您无需支付任何费用。

以下是您可能接种 D 部分疫苗的 3 种常见情形示例。

情形 1 ： 您在网络药房接种 D 部分疫苗（您是否能选择这种方式， 取决于您所在的居住地。 有些州不允许药房提供特定疫苗。 ）

- 对于大多数成人 D 部分疫苗来说，您无需支付任何费用。

- 对于其他 D 部分疫苗，您需要向药房支付该疫苗的共保比例或共付额，该费用已含接种服务费。
- 我方计划将支付剩余部分的费用。

情形 2 ： 您在医生诊室接种 D 部分疫苗。

- 接种疫苗时，您可能必须支付疫苗本身的全部费用以及医疗服务提供者为您接种疫苗的服务费。
- 您随后可以按照第 7 章中描述的流程，申请我方计划支付我方应承担的费用部分。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您将获得您所支付全部费用的报销。对于其他 D 部分疫苗，您将获得您所支付金额的报销，但需扣除您本应支付的共保比例或共付额（包括疫苗接种服务费），以及医生收费与我方正常支付金额之间的差额。（如果您享有额外补助，我方将为您报销这一差额。）

情形 3 ： 您在网络药房购买 D 部分疫苗， 然后带到医生诊室由医生为您接种。

- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需为疫苗本身支付任何费用。
- 对于其他 D 部分疫苗，您需要向药房支付该疫苗的共保比例或共付额。
- 当医生为您接种疫苗时，您可能必须支付该接种服务的全部费用。
- 您随后可以按照第 7 章中的流程，申请我方计划支付我方应承担的费用部分。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您将获得您所支付全部费用的报销。对于其他 D 部分疫苗，您将获得您所支付金额的报销，但需扣除您本应支付的共保比例（包括疫苗接种服务费），以及医生收费与我方正常支付金额之间的差额。（如果您享有额外补助，我方将为您报销这一差额。）

注 ： 如果我方为 D 部分疫苗支付的协商价格（即我方正常支付金额）低于您在医生诊室或药房支付的现金价格， 我方可能不会全额返还您所支付的费用。

第 7 章：
申请我方支付承保的医疗服务或药品账单中我方应承担的费用部分

第 1 节 您应当向我方申请支付承保服务或药品费用的情形

我方的网络医疗服务提供者会就您的承保服务及药品， 直接向我方计划提交费用账单。 如果您收到您所接受的医疗服务或药品的全部费用账单， 请将此账单发给我方， 以便我方支付。 当您将账单发给我方时， 我方会审核该账单， 并判断相关服务及药品是否应予以承保。 如果我方认定这些服务或药品应当承保， 我方将直接向医疗服务提供者支付相关费用。

如果您已经支付了我方计划所承保的某项 Medicare 服务或物品的费用， 您可向我方申请费用返还（通常称为**报销**）。 只要您为我方计划承保的医疗服务或药品支付了超出您应自付份额的费用， 您就有权要求我方计划返还费用。 在申请费用返还时， 可能需要遵守一定的截止日期。 请参见本章的第 2 节。 当您将您已经支付的账单发给我方时， 我方会审核该账单， 并判断相关服务或药品是否应予以承保。 如果我方认定应当承保， 我方将向您返还该服务或药品的费用。

此外， 有时您可能会收到来自医疗服务提供者的账单， 要求您支付您所接受医疗服务的全额费用， 或者支付超出您分摊费用份额的费用。 首先， 您应尝试与该提供者解决账单问题。 如果协商无果， 您不必支付该账单， 而是将其发给我方。 我方将审核该账单， 并判断相关服务是否应予以承保。 如果我方认定这些服务或药品应当承保， 我方将直接向医疗服务提供者支付相关费用。 如果我方决定不予支付， 我方将通知该提供者。 您支付的费用绝不应超过我方计划允许的分摊费用。 即使该医疗服务提供者与我方签订了合约， 您仍然享有接受治疗的权利。

您可能需要向我方计划申请费用返还或代为支付账单的几种情形示例 ：

1. 当您通过未加入我方计划网络的医疗服务提供者接受急诊或急需医疗服务时

- 您可以接受任何医疗服务提供者提供的急诊或急需服务，无论该提供者是否属于我方网络。在这些情况下，请要求该提供者直接向我方计划开具账单。
- 如果您在就诊时已自行支付了全部费用，请向我方申请返还我方应分摊的费用。请将账单以及您已支付费用的凭证一并发给我方。
- 您可能会收到来自医疗服务提供者的账单，要求您支付您认为自己不应承担的费用。请将该账单以及您已付款的凭证一并发给我方。
    - 如果该提供者确实有权获得部分费用，我方将直接向其支付。
    - 如果您已经支付了超过您应承担的服务费用，我们将核算您实际应承担的金额，并向您返还我方应分摊的费用。

2. 当网络内医疗服务提供者向您开具了您认为不应支付的账单时

网络内医疗服务提供者应始终直接向我方计划开具账单。 但有时医疗服务提供者可能会出现失误， 要求您支付超出应承担份额的费用。

- 您仅需在获得承保服务时支付您应承担的分摊费用金额。我方不允许医疗服务提供者收取额外的单独费用（此类行为称为**差额账单**）。此项保障（即您支付的费用永远不会超过您应承担的分摊费用金额）始终适用，即使我方向医疗服务提供者支付的费用低于其收费金额，或即使存在争议且我方未支付某些医疗服务提供者的费用。
- 每当您从网络内医疗服务提供者处收到您认为超出您应支付金额的账单时，请将账单寄给我们。我方将直接联系该提供者并解决账单问题。
- 如果您已向网络内医疗服务提供者支付账单，但认为支付金额过高，请将账单及您的付款凭证一并发给我方。要求我方返还您已支付金额与我方计划下您应付款金额之间的差额。

3. 如果您是追溯性参保我方计划

有时， 个人参保我方计划具有追溯效力。 （这意味着其参保首日已经过去， 参保日期甚至可能是去年）。

如果您是追溯性参保我方计划， 并且在参保日期之后， 您已自费支付了任何承保服务或药品的费用， 您可以申请我方返还我方应承担的那部分费用。 您需要提交相关文件材料， 如收据和账单， 以便我方处理报销。

4. 当您非网络外药房配药时

如果您前往网络外药房， 该药房可能无法直接向我方提交理赔申请。 在这种情况下， 您可能必须支付该处方的全额费用。

请保存好收据， 并在向我方申请费用返还时， 将收据副本一并提交。 请注意， 我方仅在有限情形下承保网络外药房。 有关这些情况的更多信息， 请参见第 5 章第 2.4 节。 我方可能不会返还您在网络外药房支付的药品费用与我方在网络内药房应支付金额之间的差额。

5. 当您因为没带计划会员卡而支付了处方药的全额费用时

如果未随身携带我方计划的会员卡， 您可以请药房拨打我方计划电话或查询您的计划参保信息。 如果药房无法立即获取所需的参保信息， 您可能需要自行支付该处方药的全额费用。

请保存好收据， 并在向我方申请费用返还时， 将收据副本一并提交。 如果您支付的现金价格高于我方就该处方药与网络内药房协商的价格， 我方可能不会返还您支付的全额费用。

6. 在其他情况下支付处方药全额费用时

您可能因为发现某种药品出于某些原因未被承保， 而支付了该药品的全额费用。

- 例如，该药品可能不在我方计划的药品目录上，或者存在您不知道或认为不应适用于您的要求或限制。如果决定立即获取该药品，您可能需要支付其全额费用。

- 请保存好收据，并在向我方申请费用返还时，将收据副本发给我方。在某些情况下，我方可能需要从您的医生处获取更多信息，才能向您返还我方应分摊的药品费用。如果您支付的现金价格高于我方就该处方药与网络内药房协商的价格，我方可能不会返还您支付的全额费用。

7. 如果您因符合 California Medi-Cal (Medicaid) 资格而追溯性参保我方计划

Medicaid 是由联邦政府与州政府共同运营的计划， 旨在为收入和资产有限的特定人群提供医疗费用补助。 部分享有 Medicaid 的人员会自动参保我方计划， 以获得其处方药保障。 有时， 个人参保本计划具有追溯效力。 （追溯性意味着其参保首日已经过去， 参保日期甚至可能是去年）。

如果您是追溯性参保我方计划， 并且在参保日期之后， 您已自费支付了任何药品的费用，您可以申请我方返还我方应承担的那部分费用。 您将需要提交相关文件材料， 如收据和账单， 以便我方处理报销。

- 在向我方申请费用返还时，将收据副本发给我方。
- 您申请报销的应是您的自付费用（而非其他保险已支付的部分）。
    - 我方计划可能不会为不在我方药品目录上的药品支付费用。以上所有示例均属于承保决定类型。这意味着，如果我方拒绝了您的支付申请，您可以对我方的决定提出申诉。本文件第 9 章提供了有关如何提出申诉的信息。

当您将支付申请发给我方时， 我方将审核您的请求， 并判断该服务或药品是否应予以承保。 这称为作出**承保决定**。 如果我方认定该服务或药品应当承保， 我方将支付我方应承担的那部分费用。 如果我方拒绝了您的支付申请， 您可以对我方的决定提出申诉。 第 9 章提供了有关如何提出申诉的信息。

第 2 节 如何申请我方返还费用或支付您收到的账单

您可以通过向我方提交书面申请， 要求我方为您返还费用。 如果您以书面形式提交申请， 请一并附上您的账单以及您已支付的相关凭证。 建议您保留账单和收据的副本， 以备查用。 **您必须在接受服务、 获得物品或药品之日起 365 天内（针对医疗服务类理赔）以及三年内（针对药品类理赔）**向我方提交理赔申请。

为确保您向我方提供作出承保决定所需的全部信息， 您可以填写我方理赔申请表来提交支付申请。

- 您不必使用该表格，但使用表格将有助于我方更快处理您的信息。对于参保成员费用返还，我方确实提供通过门户网站使用的理赔申请表。虽然我方强烈建议参保成员使用该表格以确保提交所有资料，但这并非强制要求。他们也可以仅提交账单副本而不使用表格。无论采用哪种方式，申请时都应包括以下信息：医疗服务提供者信息、服务日期、现行医疗操作编码 (CPT) 编码（如适用）、诊断代码或描述、账单金额以及参保成员可提供的任何病历，如有需要，还可简要说明为何接受该医疗服务。参保成员在提交理赔申请时，还应同时提交付款证明。有效的付款证明包括：银行对账单、信用卡账单或已兑现支票的复印件。

- 您可以从我方网站 (go.wellcare.com/HealthNetCA) 下载该表格，或者致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）索取该表格。

对于医疗服务， 请将您的支付申请以及相关账单或付款收据， 邮寄到以下地址 ：

付款申请地址
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

对于 D 部分处方药， 请将您的支付申请以及相关账单或付款收据， 邮寄到以下地址 ：

D 部分付款申请地址
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

第 3 节 我方将审核您的支付申请并作出批准或拒绝的决定

当我方收到您的支付申请后， 我方将告知您是否需要您提供任何补充信息。 如无需补充， 我方将对您的申请进行审核并作出承保决定。

- 如果我方认定所申请的医疗服务或药品属于承保范围，且您已遵守所有规则，我方将支付我方本应分摊的服务或药品费用。如果您已经支付了该项服务或药品的费用，我方会将我方本应分摊的报销款项邮寄给您。如果您支付的是药品的全额费用，您可能无法获得全额报销（例如，如果您是在网络外药房购买的药品，或您支付的现金价格高于我方协商的价格）。如果您尚未支付该项服务或药品的费用，我方会将款项直接邮寄给医疗服务提供者。

- 如果我方认定所申请的医疗服务或药品*不*属于承保范围，或者您*未*遵守所有规则，我方将不会支付我方分摊的服务或药品费用。我方将向您发送一封信函，说明我方不发送付款的原因以及您对该决定提出申诉的权利。

第 3.1 节 如果我方告知您将不会支付全部或部分医疗服务或药品的费用，您可以提出申诉

如果您认为我方在拒绝您的支付申请或所支付的金额方面存在错误， 您可以提出申诉。 提出申诉意味着您要求我方更改我方此前驳回您的支付申请时所作的决定。 申诉流程是一个正式程序， 具有详细的步骤规范和重要的截止日期。 有关如何提出此类申诉的详细信息， 请参见第 9 章。

第 8 章：您的权利和责任

第 1 节 我方计划必须尊重您的权利与文化敏感性

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 Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, 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 1-800-431-9007 (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.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية الل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 당사 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없는 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 소속 비용 분담만 납부하게 됩니다. 당사 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 전화하여 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также

лиц различного культурного и этнического происхождения. Примерами того, как наш план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана.
В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

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

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

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

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga

impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

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

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

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

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

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

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

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

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

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

طرح ما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترس باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت‌های خواندن محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس‌زمینه فرهنگی و قومی متفاوتی دارند. نمونه هایی از این که طرح ما چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می‌کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ مخصوص ناشنوایان).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-008-134-7009 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سل مت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سل مت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص دردسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط، شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطل ع درباره این که برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用户呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

第 1.2 节 我方必须确保您能及时获得承保服务和药品

您有权选择我方计划网络内的初级医疗服务提供者 (PCP)， 由其为您提供并安排您的承保服务。您还有权无需转诊直接就诊于女性健康专科医生（如妇科医生）。

您有权通过我方计划网络内医疗服务提供者， *在合理的时间范围内*预约并获得承保服务。 这包括在您需要时及时获得专科医生服务的权利。 您还有权在我方任意网络药房， 无需长时间等待进行配药或续药。

如果您认为您未能在合理的时间范围内获得医疗服务或 D 部分药物， 请参见第 9 章了解您可以采取的措施。

第 1.3 节 我方必须保护您个人健康信息的隐私

联邦和州法律对您的病历和个人健康信息的隐私予以保护。 我方依照这些法律的要求保护您的个人健康信息。

- 您的个人健康信息包括您在参保本计划时提供给我方个人信息，以及您的病历和其他医疗健康信息。

- 您对自己的信息拥有相关权利，并可控制您的健康信息如何被使用。我方会向您提供一份名为*隐私实践通知*的书面通知，其中说明了您的这些权利，并解释了我方如何保护您健康信息的隐私。

我方如何保护您健康信息的隐私？

- 我方确保未经授权的人员不会看到或更改您的记录。
- 除下文所述情况外，如果我方要将您的健康信息提供给任何不参与您治疗或不支付您医疗费用的人员或机构，*我方必须事先获得您本人或您授权的法定决策人的书面许可*。
- 某些例外情况不要求我方事先获得您的书面许可。法律允许或要求存在这些例外情况。
    - 我方有义务向负责检查医疗服务质量的政府机构披露健康信息。
    - 由于您是通过 Medicare 参保本计划的参保成员，我方也有义务向 Medicare 提供您的健康信息，包括您的 D 部分处方药相关信息。如果 Medicare 因研究或其他用途披露您的信息，此类信息披露将依据联邦法律和法规进行；通常情况下，这类披露不得包含能够直接识别您身份的信息。

您可以查看自己档案中的信息， 并了解这些信息与他人的共享情况

您有权查阅我方计划保存的您的医疗记录， 并获取这些记录的副本。 我方有权对提供副本收取一定费用。 您也有权要求我方对您的医疗记录进行补充或更正。 如果您提出此类请求， 我方将与您的医疗服务提供者协商， 以决定是否进行更改。

您有权了解自己的健康信息在非正常用途的情况下与他人的共享情况。

如果您对个人健康信息的隐私保护有任何疑问或顾虑， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 1.4 节 我方必须向您提供有关我方计划、医疗服务提供者网络及您所享承保服务的信息

作为我方计划的参保成员， 您有权从我方获取多种类型的信息。

如果您想获取以下任何一类信息， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）：

- **有关我方计划的信息。**例如，这包括有关我方计划财务状况的信息。
- **有关我方网络内服务提供者和药房的信息。**您有权获取有关我方网络内服务提供者和药房资质的信息，以及我方如何向网络内医疗服务提供者支付费用的信息。
    - 您可向会员服务部门咨询关于网络内医疗服务提供者的更多信息，包括其资质、毕业医学院校、住院医师培训完成情况及专科委员会认证情况。会员服务部门和该网站均可提供有关我方网络内医疗服务提供者的最新信息。此信息可在我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上找到。
- **有关您的保障范围及使用保障时须遵守规则的信息。**第 3 章和第 4 章提供了有关医疗服务的信息。第 5 章和第 6 章提供了有关 D 部分药物保障范围的信息。

- **注：**我方计划不会对执行使用审查（包括委托实体所做审查）的从业者、医疗服务提供者或员工给予奖励。使用管理 (UM) 决定仅基于医疗护理与服务的适宜性以及是否存在保障覆盖。此外，本计划不会专门对做出拒保决定的从业者或其他个人给予奖励。使用管理决策制定者不会因做出导致服务使用不足的决策而获得经济激励。

- **有关某项服务或药品为何不被承保及您可采取何种措施的信息。**第 9 章提供了有关如何申请书面说明，以了解某项医疗服务或 D 部分药物为何不被承保，或您的保障为何受到限制的信息。第 9 章还提供了有关如何申请我方更改决定（又称申诉）的信息。

第 1.5 节 您有权了解自己的治疗方案并参与治疗决策

您有权向医生及其他医疗服务提供者获取全面的信息。 您的医疗服务提供者*必须以您能够理解的方式*， 向您说明您的健康状况以及可选择的治疗方案。

您还有权充分参与有关自身健康护理的决策。 为帮助您与医生共同决定最适合您的治疗方案，您的权利包括以下内容 ：

- **了解您的所有选择。**您有权获知针对您的健康状况推荐的所有治疗方案，无论这些方案的费用高低，也无论它们是否属于我方计划的承保范围。这还包括获知我方计划所提供的、旨在帮助参保成员管理用药和安全用药的相关计划信息。
- **了解风险。**您有权获知您的医疗过程中可能涉及的任何风险。如果任何拟实施的医疗服务或治疗属于研究实验的一部分，必须提前告知您。您始终有权拒绝任何实验性治疗。
- **拒绝治疗权。**您有权拒绝任何推荐的治疗。这包括您有权离开医院或其他医疗机构，即使医生建议您不要出院。您还有权停止服用您的药物。如果您拒绝治疗或停止服用药物，您需自行承担由此产生的一切健康后果。

您有权对无法自主决策时如何处理医疗事务做出指示

有时， 参保成员可能因意外或严重疾病而无法亲自做出医疗决策。 您有权表明在这种情况您希望如何处理。 这意味着*如果您*愿意， 您可以 ：

- 填写书面表格，**授权某人在您未来无法自主决策时代表**您作出医疗决定。
- **向医生提供书面指示**，说明如果您无法自主决策时，希望他们如何处理您的医疗服务。

用于提前在此类情况下做出指示的法律文件称为**预立医疗指示**。 **生前遗嘱**和**医疗保健授权书**这类文件就是预立医疗指示的示例。

如何设立预立医疗指示以给出医疗指示 ：

- **获取表格。**您可以从律师、社会工作者或一些办公用品商店获取预先指示表格。有时，您也可以向提供 Medicare 相关信息的组织获取预先指示表格。
- **填写表格并签名。**无论您从何处获得此表格，它都是一份具有法律效力的文件。您应考虑请律师协助您准备这份表格。
- **将表格副本交给指定人员。**将表格副本交给您的医生，以及表格中您指定的在您无法自主决策时能替您做决定的那个人。您可能还想将副本交给关系亲密的朋友或家人。在家中保留一份副本。

如果您事先知道将要住院， 并且已经签署了预立医疗指示， **请带上副本前往医院**。

- 医院会询问您是否签署并随身携带了预先指示表格。
- 如果您未签署预先指示表格，医院会提供相关表格，并询问您是否要签署一份。

填写预立医疗指示是您的自主选择（包括如果您在医院期间是否要签署一份）。 根据法律规定， 任何人不得因您是否签署了预立医疗指示而拒绝为您提供医疗服务或对您有任何歧视。

如果您的指示未被遵循

如果您签署了预立医疗指示， 但您认为医生或医院未遵循其中的指示， 您可以致电 1-916-210-6276 向 California 总检察长办公室投诉。 TTY 用户请拨打 711 或访问 https://oag.ca.gov/consumers/general/care。

第 1.6 节 您有权提出投诉并要求我方重新审议所做的决定

如果您有任何问题、 担忧或投诉， 需要申请保障或提出申诉， 本文件第 9 章说明了您可以采取的措施。 无论您是申请承保决定、 提出申诉还是提出投诉， **我方都有义务公平对待您。**

第 1.7 节 您有权就我方参保成员权利和责任政策提出建议

如果您对参保成员的权利和责任有任何疑问或担忧， 或者您有改进我方会员权利政策的建议，请通过联系会员服务部与我方分享您的想法。

第 1.8 节 新技术的评估

新技术包括近期为治疗特定疾病或状况而研发的操作流程、 药品、 生物制品或器械， 也包括现有操作流程、 药品、 生物制品和器械的新应用。 在适用的情况下， 我方计划遵循 Medicare 的全国性和地方性保障范围认定。

如果没有 Medicare 保障范围认定， 在将新技术或现有技术的新应用纳入适用的福利计划时， 我方计划会对这些内容进行评估， 以确保参保成员能够获得安全有效的医疗服务。 评估方式包括对当前已发表的同行评审医学文献进行严格审查， 这些文献包括系统评价、 随机对照试验、 队列研究、 病例对照研究、 具有统计学显著性结果且能证明安全性和有效性的诊断测试研究， 同时还会审查由国家级组织和公认权威机构制定的循证指南。 我方计划还会考虑执业医师、 国家级认可的医学协会（包括医师专科协会）、 共识小组或其他国家级认可的研究或技术评估组织的意见、 建议和评估， 以及政府机构（如 Food and Drug Administration (FDA)、 美国疾病控制与预防中心 (CDC) 和美国国立卫生研究院 (NIH)）的报告和出版物。

第 1.9 节 如果您认为自己受到了不公平对待，或者您的权利未得到尊重

如果您认为自己因种族、 残疾、 宗教、 性别、 健康状况、 族裔、 信仰（信念）、 年龄或国籍出身而受到了不公平对待， 或者您的权利未得到尊重， 请致电美国卫生与公众服务部下属**民权办公室**的热线 1-800-368-1019（TTY 用户请拨打 1-800-537-7697）， 或者联系您当地的民权办公室。 您有权受到尊重， 并且您的尊严应当得到认可。

如果您认为自己受到了不公平对待， 或者您的权利未得到尊重， *但并非*涉及歧视问题， 您可以通过以下途径获得帮助， 以解决您遇到的问题 ：

- **致电我方计划的会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）**
- **致电当地的 SHIP 热线** 1-800-434-0222。
- **致电 Medicare 热线** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）

第 1.10 节 如何获取关于您的权利的更多信息

可通过以下方式获取有关您的权利的更多信息 ：

- **致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）**
- **致电当地的 SHIP 热线** 1-800-434-0222。
- **联系 Medicare**
    - 访问 www.Medicare.gov，阅读出版物 *Medicare Rights & Protections*（地址为：Medicare Rights & Protections）
    - 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）

第 2 节 您作为我方计划参保成员应承担的责任

以下是您作为我方计划参保成员需要履行的事项。 如有任何疑问， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

- **熟悉您的承保服务以及获取这些服务您必须遵守的规则。**借助本*保险证明文件*了解哪些服务属于承保范围，以及获取承保服务时需要遵守的规则。
    - 第 3 章和第 4 章提供了有关医疗服务的详细信息。
    - 第 5 章和第 6 章提供了有关 D 部分药物保障范围的详细信息。
- **如果除我方计划外，您还有任何其他健康保险或药品保险，请务必告知我方。**第 1 章介绍了如何协调这些保险福利。
- **请告知您的医生及其他医疗服务提供者您已参保我方计划。**每当接受医疗服务或获取 D 部分药物时，请出示我方计划的会员卡以及您的 California Medi-Cal (Medicaid)。

- **请您向医生及其他医疗服务提供者提供相关信息、积极提出问题并配合完成整个治疗过程，帮助他们更好地为您服务。**
  - 为了获得最佳服务，请向您的医生及其他医疗服务提供者如实告知您的健康问题。遵循您与医生共同制定的治疗方案和医嘱。
  - 确保让您的医生了解您正在服用的所有药物，包括非处方药、维生素和营养补充剂。
  - 如果您有任何疑问，一定要提出来，并确保自己能理解医生给出的解答。您有责任了解自身的健康问题，并与医生共同确定双方都认可的治疗目标。
- **考虑周到。**我方期望参保成员尊重其他患者的权利，同时以有助于医生诊室、医院及其他办公场所正常运转的方式行事。
- **付清您的欠款。**作为计划参保成员，您需要承担以下缴费责任：
  - 您必须继续支付您的 Medicare 保费，才能继续保留我方计划的参保成员资格。
  - 对于我方计划承保的您的大部分医疗服务或药物，您必须在获得服务或药物时支付您的费用份额。
- **如果您在计划服务区域*内*搬迁，需请告知我方**，以便我方及时更新您的会员记录，并确保能与您保持联系。
- **如果您*搬出*我方计划的服务区域，您将无法继续保留本计划参保成员资格。**
- **如果搬迁，请通知社会保障局（或铁路退休委员会）。**

第 9 章：
如果您遇到问题或投诉（承保决定、申诉、投诉）

第 1 节 有问题或担忧该如何处理

本章将说明处理各类问题与担忧的流程。 您处理问题的具体方式取决于以下两个因素 ：

1. 您的问题是否涉及 **Medicare** 或 **Medicaid** 所保障的福利。 如果您不确定该选择 Medicare 流程还是 California Medi-Cal (Medicaid) 流程或是同时选择二者， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。
2. 问题的具体类型 ：
    - 对于某些问题，您需要通过**承保决定与申诉流程**来处理。
    - 而对于另一些问题，则需要通过**提出投诉流程**（又称投诉）来解决。

这两个流程均已获得 Medicare 的批准。 每种流程都有一套我方和您必须共同遵守的规则、 程序和截止日期。

本章中的信息将帮助您确定应采用的合适流程及具体实施步骤。

第 1.1 节 法律术语

本章在解释部分规则、 程序和各类截止日期时， 使用了一些法律术语。 这些术语对大多数人来说可能比较陌生。 为便于您理解， 我方在本章中用更通俗易懂的词汇替换了部分法律术语。

但在某些情况下， 了解准确的法律术语也很重要。 为了帮助您在寻求正确帮助或信息时使用恰当的术语， 当详细介绍处理特定情况的方法时， 我方会同时包括这些法律术语。

第 2 节 获取更多信息和个性化帮助的途径

我方随时为您提供帮助。 即便您对我方为您提供的服务不满意并要进行投诉， 我方也必须尊重您提出投诉的权利。 需要帮助时， 可随时致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 在某些情况下， 您可能还需要从与我方无关联的人员那里获取帮助或指导。 以下两个组织可以为您提供帮助 ：

州健康保险援助计划 (SHIP)。

每个州都设有一个由经过培训的顾问组成的政府计划。 该计划与我方以及任何保险公司或健康计划均无关联。 该计划的顾问能够帮助您了解处理所遇问题应采用的具体流程， 还可以回答您的疑问、 提供更多信息， 并就应对措施给予指导。

SHIP 顾问提供的服务是免费的。
California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 1-800-434-0222， TTY用户请拨打 ： 1-800-735-2929
当地时间周一至周五上午 8:00 至下午 4:00

Medicare

您也可以 Medicare 以获得帮助 ：

- 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，该热线每天 24 小时、每周 7 天提供服务。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 访问 Medicare.gov。

您可以向 California Medi-Cal (Medicaid) 获取帮助和信息

	California Medi-Cal (Medicaid) – 联系信息
电话	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 太平洋时间周一至周五上午 8:00 至下午 5:00
TTY	1-800-430-7077 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。
写信	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
网站	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

第 3 节 针对您的问题应采用的流程

由于您既参保了 Medicare， 又获得了 California Medi-Cal (Medicaid) 的帮助， 因此可采用不同的流程来处理您的问题或投诉。 具体采用哪种流程取决于问题涉及的是 Medicare 福利还是 California Medi-Cal (Medicaid) 福利。 如果问题涉及 Medicare 承保的福利， 请使用 Medicare 流程。 如果问

题涉及 California Medi-Cal (Medicaid) 承保的福利， 请使用 California Medi-Cal (Medicaid) 流程。 如果您不确定该选择 Medicare 流程还是 California Medi-Cal (Medicaid) 流程， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

本章不同章节分别介绍了 Medicare 流程和 California Medi-Cal (Medicaid) 流程。 要确定应该阅读哪部分内容， 请参考下表 ：

您的问题是关于 Medicare 福利还是 California Medi-Cal (Medicaid) 福利？

我的问题是关于 **Medicare** 福利。

请参见**第 4 节 - 处理您关于 Medicare 福利的问题。**

我的问题是关于 **California Medi-Cal (Medicaid)** 承保范围的。

请参见**第 12 节 - 处理您关于 California Medi-Cal (Medicaid) 福利的问题。**

第 4 节 处理您关于 Medicare 福利的问题

您遇到的问题或担忧是否与您的福利或保障相关？

这包括医疗服务（医疗物品、 服务和/或 B 部分药物）是否属于承保范围、 承保方式， 以及医疗服务费用支付相关问题。

如果是。

请参见**第 5 节“承保决定与申诉指南”。**

如果不是。

请参见**第 11 节“如何就医疗质量、 等待时间、 客户服务或其他方面的问题提出投诉”。**

承保决定与申诉

第 5 节 承保决定与申诉基础指南

承保决定与申诉主要处理与您的福利， 以及您的医疗服务（含服务、 物品及 B 部分药物， 包括费用支付）保障相关的问题。 为便于理解， 我们通常将医疗物品、 服务和 Medicare Part B 药物统称为**医疗服务**。 您可以通过承保决定与申诉流程解决是否承保以及承保方式之类的问题。

在获得服务之前申请承保决定

如果您想在获得医疗服务前确认我方是否会提供保障， 可以申请承保决定。 承保决定是指我方就您的福利与保障范围， 或者我方为您的医疗服务支付的金额所作出的决定。 例如， 当我方计划网络内医生将您转诊至网络外专科医生时， 该转诊通常视为有利的承保决定， 除非您本人或您的医生能证明您已收到针对该专科医生的标准拒保通知， 或*保险证明文件*明确显示该转诊服务在任何情况下均不承保时。 如果您的医生不确定我方是否会承保某项特定医疗服务， 或拒绝提供您认为自己所需的医疗服务， 您本人或您的医生也可以联系我们， 申请承保决定。

在有限情况下， 承保决定申请会被驳回， 这意味着我方不会对该申请进行审核。 申请会被驳回的情况示例包括 ： 申请材料不完整、 他人代您提交申请但未获得合法授权， 或您主动要求撤回申请。 如果我方驳回了您的承保决定申请， 会向您发送一份通知， 说明申请被驳回的原因以及如何就该驳回申请复核。

每当我方就您可享受的保险覆盖范围以及我方赔付金额作出判定时， 即构成一项承保决定。 在某些情况下， 我方可能会判定某项医疗服务不在承保范围内， 或不再为您承保该服务。 如果您对该承保决定有异议， 可提出申诉。

提出申诉

如果您对承保决定（无论是在您获得福利之前还是之后）不满意， 可以该决定提出**申诉**。 申诉是指您要求我方复核并更改所作承保决定的正式方式。 在特定条件下， 您可针对某项承保决定申请加急或**快速申诉**。 处理您申诉的审查人员， 与作出初始决定的审查人员并非同一批人。

当您首次就某项决定提出申诉时， 这称为 1 级申诉。 在该申诉中， 我方会对此前作出的承保决定进行复核， 核查该决定是否符合相关规定。 复核完成后， 我方会告知您结果。

在有限情况下， 1 级申诉申请会被驳回， 这意味着我方不会对该申请进行审核。 申请会被驳回的情况示例包括 ： 申请材料不完整、 他人代您提交申请但未获得合法授权， 或您主动要求撤回申请。 如果我方驳回了您的 1 级申诉申请， 会向您发送一份通知， 说明申请被驳回的原因以及如何就该驳回申请复核。

如果我方全部或部分拒绝您的医疗服务 1 级申诉， 您的申诉将自动进入 2 级申诉阶段， 将由与我方无关联的独立审查组织负责处理。

- 2 级申诉的启动无需您执行任何操作。根据 Medicare 规定，如果我方未完全同意您的 1 级申诉，必须自动将您的医疗服务申诉提交至 2 级申诉阶段。
- 有关医疗服务 2 级申诉的更多信息，请参见**第 6.4 节**。
- D 部分申诉见第 7 节。

如果您对 2 级申诉的结果仍不满意， 可继续进入其他更高层级的申诉流程（本章将说明 3 级、4 级和 5 级申诉流程）。

第 5.1 节 获取申请承保决定或提出申诉方面的帮助

如果您决定申请任何类型的承保决定， 或对某项决定提出申诉， 可以利用以下资源 ：

- **致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）**
- 从您的州健康保险援助计划**获得免费帮助**
- **您的医生可为您提出申请。**如果您的医生协助处理 2 级及以上层级的申诉，需先被指定为您的代理人。致电会员服务并索取*代表委任表*格（该表格亦可在 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我方网站 go.wellcare.com/HealthNetCA 上获取）
    - 对于医疗服务，您的医生可以代您申请承保决定或 1 级申诉。如果您的 1 级申诉被拒绝，将会自动转至 2 级申诉阶段。
    - 对于 D 部分药物，您的医生或其他处方开具者可以代您申请承保决定或 1 级申诉。如果您的 1 级申诉被拒绝，您的医生或处方开具者可以申请 2 级申诉。
- **您可委托他人代您行事。**您可以指定另外一个人作为您的代理人，帮您申请承保决定或提出申诉。
    - 如果您希望委托朋友、亲属或其他人作为您的代理人，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），索取*代表委任表格*。（该表格亦可在 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我方网站 go.wellcare.com/HealthNetCA 上获取。）此表格将赋予受托人代表您行事的权限。该表格必须由您和您希望委托的代表共同签署。您需要向我方提供已签署表格的副本。
    - 即使没有这份表格，我方也接受代表提出的申诉请求，但在收到表格之前，我方无法完成审核。如果我方在对您的申诉做出决定的截止日期之前仍未收到该表格，您的申诉请求将被驳回。如果发生这种情况，我方将向您发送书面通知，说明您有权要求独立审查组织对我方驳回您申诉的决定进行审查。
- **您还有权聘请律师。**您可以联系自己的律师，也可以通过当地律师协会或其他推荐服务机构获取律师信息。如果您符合条件，有些团体可以为您提供免费的法律服务。不过，您在申请任何类型的承保决定或对决定提出申诉时，**并非必须要聘请律师**。

第 5.2 节 不同情形下的规则与截止日期

涉及承保决定与申诉的情形共有 4 种， 每种情形均有不同的规则和截止日期。 我方提供了关于以下每种情形的详细信息 ：

- **第 6 节：**医疗服务：如何申请承保决定或提出申诉
- **第 7 节：**D 部分药物：如何申请承保决定或提出申诉
- **第 8 节：**如果您认为出院过早，如何申请延长住院治疗时间

- **第 9 节：**如果您认为保障过早终止，如何申请继续保障特定医疗服务（*仅适用于以下服务：*家庭健康护理、专业护理机构护理、以及综合门诊康复机构 (CORF) 服务）

如果您不确定哪些信息适用于您， 可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 您也可以从您的 SHIP 获取帮助或信息。

第 6 节 医疗服务：如何申请承保决定或提出申诉

第 6.1 节 如果您在获取医疗服务保障时遇到问题，或希望我方返还您的医疗费用，该如何处理

第 4 章的医疗福利一览表介绍了您的医疗服务福利。 在某些情况下， B 部分处方药的申请适用不同的规则。 在这些情况下， 我方会向您说明 B 部分处方药的规则与医疗物品和服务规则有何不同。

本节介绍在以下 5 种情况中的任何一种情况下， 您可以采取哪些措施 ：

1. 您未能获得所需的某项医疗服务， 且您认为我方计划本应覆盖该服务。 **申请承保决定。 第 6.2 节。**
2. 我方计划未批准您的医生或其他医疗服务提供者想要为您提供的医疗服务， 且您认为我方计划本应覆盖该服务。 **申请承保决定。 第 6.2 节。**
3. 您获得了您认为我方计划本应涵盖的某项医疗服务， 但我方告知您， 不会支付该服务的费用。 **提出申诉。 第 6.3 节。**
4. 您获得了您认为我方计划本应覆盖的某项医疗服务并为支付了该服务的费用， 现希望申请我方计划报销该服务的费用。 **请将账单发给我方。 第 6.5 节。**
5. 您被告知， 此前我方已批准为您提供的某项持续医疗服务， 其保障范围将被缩减或终止， 而您认为缩减或终止该服务可能会对您的健康造成损害。 **提出申诉。 第 6.3 节。**

注 ： 如果涉及住院服务、 家庭健康护理、 专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的保障终止， 请参见第 8 章和第 9 章。 特殊规则适用于这类护理。

第 6.2 节 如何申请承保决定

法律术语 ：

涉及您医疗服务的承保决定称为**组织认定**。

快速承保决定称为**快速裁定**。

第 1 步 ： 判断您需要标准承保决定还是快速承保决定。

对于需遵守我方事先授权规则的医疗物品或服务， 标准承保决定通常会在 7 个日历日内作出 ； 对于其他所有医疗物品及服务， 标准承保决定通常会在 14 个日历日内作出 ； 而对于 B 部分药物相关的标准承保决定， 通常会在 72 小时内作出。 对于医疗服务相关的快速承保决定， 通常会在 72 小时内作出 ； 对于 B 部分药物相关的快速承保决定， 通常会在 24 小时内作出。 仅当采用标准截止日期可能对您的健康造成严重危害或影响您恢复身体机能时， 才能获得快速承保决定。

如果您的医生向我方说明您的健康状况需要快速承保决定， 我方将自动同意启动快速承保决定。

如果您在没有医生支持的情况下自行申请快速承保决定， 我方将决定您的健康是否需要我方为您作出快速承保决定。 如果我方未批准快速承保决定， 我方将向您发送信函 ：

- 说明我方将使用标准截止日期。
- 说明如果您的医生申请快速承保决定，我方将自动为您作出快速承保决定。
- 说明您可就我方未按您的申请办理快速承保决定，而是按标准承保决定处理的行为，提交快速投诉。

第 2 步 ： 申请我方计划作出承保决定或快速承保决定

- 首先，您可通过致电、邮寄或传真的方式联系我方计划，申请我方为您所需的医疗服务进行授权或提供保障。您本人、您的医生或您的代理人均可办理此项申请。具体的联系信息见第 2 章。

第 3 步 ： 我方对您的医疗服务承保申请进行审核并给出答复。

对于标准承保决定， 我方按标准截止日期处理。

这意味着， 如果您申请的医疗物品或服务需遵守我方事先授权规则， 我方将在收到申请后 7 个日历日内给出答复。 如果您申请的医疗物品或服务无需遵守我方事先授权规则， 我方将在收到申请后 14 个日历日内给出答复。 如果您的申请涉及 B 部分药物， 我方将在收到申请后 72 小时内给出答复。

- **然而**，如果您申请延长时间，或者我方需要获取更多可能对您有利的信息，针对医疗物品或服务的申请，**最长可额外延长 14 个日历日**。如果我方需要额外时间，将以书面形式告知您。如果您的申请涉及 B 部分药物，我方不能延长时间来做决定。
- 如果您认为我方*不应*延长时间，您可以提出*快速投诉*。我方会在作出决定后，立即针对您的投诉给出答复。（提出投诉的流程与承保决定和申诉流程不同。有关投诉的信息，请参见本章第 11 节。）

对于快速承保决定， 我方会采用加急处理时间框架 ：

快速承保决定意味着， 如果您的申请涉及医疗物品或服务， 我方将 72 小时内给出答复。 如果您的申请涉及 B 部分药物， 我方将在 24 小时内给出答复。

- **然而**，如果您申请延长时间，或者我方需要获取更多可能对您有利的信息，**最长可额外延长 14 个日历日**。如果我方需要额外时间，将以书面形式告知您。如果您的申请涉及 B 部分药物，我方不能延长时间来做决定。
- 如果您认为我方*不应*延长时间，您可以提出*快速投诉*。（有关投诉的信息，请参见第 11 节。）我方会在做出决定后尽快致电您。
- 如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容，我方会给您寄一份书面声明，说明拒绝的原因。

第 4 步 ： 如果我方拒绝了您关于医疗服务保障的申请， 您可以提出申诉。

如果我方拒绝了您的申请， 您有权通过申诉， 要求我方复议这一决定。 这意味着您再次争取获得您所需的医疗服务保障。 如果提出申诉， 就意味着您进入了 1 级申诉流程。

第 6.3 节 如何提出 1 级申诉

法律术语 ：

针对我方计划的医疗服务承保决定提出申诉称为计划**复议**。

快速申诉又称**快速复议**。

第 1 步 ： 判断您需要标准申诉还是快速申诉。

对于 B 部分药物， 通常在 30 个日历日或 7 个日历日内提出标准申诉。 快速申诉通常在 72 小时内提出。

- 如果您是对我方作出的医疗服务承保决定提出申诉，您和/或您的医生需要判断是否需要申请快速申诉。如果您的医生告知我方您的健康状况需要快速申诉，我方将为您提供快速申诉。
- 申请快速申诉的要求与本章第 6.2 节中申请快速承保决定的要求相同。

第 2 步 ： 向我方计划申请申诉或快速申诉

- **如果您申请标准申诉，需以书面形式提交您的标准申诉申请。**您也可以致电我方申请申诉。具体的联系信息见第 2 章。
- **如果您申请快速申诉，需以书面形式提出申诉申请，也可以拨打我方电话申请。**具体的联系信息见第 2 章。
- **您必须**在收到我方关于承保决定书面回复通知之日起的 **65 个日历日内提出申诉申请**。如果您错过了该截止日期，但有合理理由，则在提出申诉时请说明延迟申诉的原因。我方可能会给您延长申诉时间。合理理由示例可能包括：您因身患重病而无法与我方取得联系，或者我方向您提供了关于申请申诉截止日期的错误或不完整信息。

- **您可以索要与您的医疗决定相关的信息副本。您和您的医生可以补充更多信息来支持您的申诉。**

第 3 步 ： 我方审核您的申诉并给出答复。

- 在审核您的申诉时，我方会仔细研究所有相关资料。核查当初拒绝您的请求时是否严格遵守了所有规则。
- 如有需要，我方会收集更多信息，并可能联系您本人或您的医生。

快速申诉的截止日期

- 对于快速申诉，我方必须**在收到您的申诉申请后 72 小时内**给出答复。如果您的健康状况需要，我方会提前给出答复。
    - 如果您申请延长时间，或者我方需要获取更多可能对您有利的信息，针对医疗物品或服务的申请，**最长可额外延长 14 个日历日**。如果我方需要额外时间，将以书面形式告知您。如果您的申请涉及 B 部分药物，我方无法延长时间。
    - 如果我方未能在 72 小时内（或如果延长时间，则在延长的截止期限内）给出答复，按照规定，我方将自动把您的申诉申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。独立审查组织在收到您的申诉后，会以书面形式通知您。第 6.4 节说明了 2 级申诉流程。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方必须在收到您的申诉申请后 72 小时内，授权或提供我方同意的保障服务。
- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方会以书面形式向您发送决定结果，并自动将您的申诉转给独立审查组织，进入 2 级申诉流程。独立审查组织在收到您的申诉后，会以书面形式通知您。

标准申诉的截止日期

- 对于标准申诉，我方必须在收到您的申诉申请后 **30 个日历日内**给出答复。如果您的申诉请求涉及尚未获取的 B 部分药物，我方会在收到申诉申请后 **7 个日历日内**给出答复。如果您的健康状况需要，我方会提前做出决定。
    - 然而，如果您申请延长时间，或者我方需要获取更多可能对您有利的信息，针对医疗物品或服务的申请，**最长可额外延长 14 个日历日**。如果我方需要额外时间，将以书面形式告知您。如果您的申请涉及 B 部分药物，我方不能延长时间来做决定。
    - 如果您认为我方*不应*延长时间，您可以提出快速投诉。提交快速投诉时，我方将在 24 小时内针对您的投诉给出答复。（有关投诉的信息，请参见第 11 节。）
    - 如果我方未能在截止日期前（或延长期结束时）给出答复，我方会将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织对该申诉进行审核。独立审查组织在收到您的申诉后，会以书面形式通知您。第 6.4 节说明了 2 级申诉流程。

- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方必须在 30 个日历日内（医疗物品或服务申诉申请）授权或提供保障，或者在 **7 个日历日内**（B 部分药物申诉申请）授权或提供保障。
- **如果我方计划拒绝了您申诉的部分或全部内容**，我方会自动将您的申诉转给独立审查组织，进入 2 级申诉流程。独立审查组织在收到您的申诉后，会以书面形式通知您。

第 6.4 节 2 级申诉流程

法律术语 ：

独立审查组织的正式名称为**独立审查机构**， 有时称为 **IRE**。

独立审查组织是受雇于 Medicare 的独立组织， 与我方没有关联， 也不是政府机构。 该组织将判定我方所做的决定正确与否， 或是否需要更改。 Medicare 对该组织的工作进行监督。

第 1 步 ： 独立审查组织审核您的申诉。

- 我方会将您申诉的相关信息发给该组织。这些信息称为您的**案件档案**。**您有权向我方索要案件档案的副本**，
- 也有权向独立审查组织补充能支持您申诉的额外信息。
- 独立审查组织的审查人员会仔细查看您申诉的所有信息。

如果您在 1 级申诉时申请了快速申诉， 则快速申诉流程在 2 级申诉时同样适用。

- 对于快速申诉，独立审查组织必须在收到您的 2 级申诉后的 **72 小时内**给出答复。
- 如果您的申请涉及医疗物品或服务，且独立审查组织需要收集更多可能对您有利的信息，**最长可额外延长 14 个日历日。**如果他们需要额外时间，将以书面形式通知您。如果您的申请涉及 B 部分药物，独立审查组织不能延长时间来做决定。

如果您在 1 级申诉时申请了标准申诉， 则标准申诉流程在 2 级申诉时同样适用。

- 对于标准申诉，如果您的申请涉及医疗物品或服务，独立审查组织必须在收到您的 2 级申诉后的 **30 个日历日内**给出答复。如果您的申请涉及 B 部分药物，独立审查组织必须在收到您的 2 级申诉后的 **7 个日历日内**给出答复。
- 如果您的申请涉及医疗物品或服务，且独立审查组织需要收集更多可能对您有利的信息，**最长可额外延长 14 个日历日。**如果他们需要额外时间，将以书面形式通知您。如果您的申请涉及 B 部分药物，独立审查组织不能延长时间来做决定。

第 2 步 ： 独立审查组织给出答复。

独立审查组织会以书面形式告知其决定， 并说明做出该决定的理由。

- **如果独立审查组织批准了医疗物品或服务申请的部分或全部内容**，对于**标准申请**，我方必须在收到独立审查组织决定后 **72 小时内**授权医疗服务保障，或在 14 个日历日内提供服务。对于**加急申请**，我方必须在收到独立审查组织决定后的 **72 小时内**处理。
- **如果独立审查组织批准了 B 部分药物申请的部分或全部内容**，对于**标准申请**，我方必须在收到独立审查组织决定后的 **72 小时内**授权或提供该 B 部分药物。对于**加急申请**，我方必须在收到独立审查组织决定后的 **24 小时内**处理。
- **如果独立审查组织拒绝了您申诉的部分或全部内容**，意味着他们认同我方计划，即您有医疗服务保障申请（或部分申请）不应得到批准。（这称为**维持原决定**或**驳回您的申诉**。）在这种情况下，独立审查组织将向您发送一封信函：
  - 解释该决定。
  - 告知您，如果您所申请的医疗服务保障金额达到一定最低标准，您有权申请 3 级申诉。独立审查组织发给您的书面通知中，会说明您为继续申诉流程必须达到的金额标准。
  - 告知您如何提交 3 级申诉。

第 3 步 ： 如果您的案件符合要求， 您可选择是否进一步申诉。

- 在 2 级申诉之后，申诉流程还有 3 个额外级别（总共 5 个申诉级别）。如果您想进行 3 级申诉，相关详情会在您 2 级申诉结束后的书面通知中说明。
- 3 级申诉由行政法法官或律师裁决员处理。第 10 节说明了 3 级、4 级和 5 级申诉流程。

第 6.5 节 如果您申请我方返还您的医疗服务账单费用

如果您已为我方计划承保的 California Medi-Cal (Medicaid) 服务或物品支付了费用， 可以申请我方计划返还费用（为您报销）。 只要您支付了我方计划承保的医疗服务或药品费用， 就有权要求我方计划予以返还。 当您将您已经支付的账单发给我方时， 我方会审核该账单， 并判断相关服务或药品是否应予以承保。 如果我方认定应当承保， 我方将向您返还该服务或药品的费用。

申请报销即是要求我方作出承保决定

当您提交报销申请材料时， 即是向我方申请一项承保决定。 为做出此决定， 我方将核查您支付的医疗服务是否属于保障范围， 以及您在使用医疗服务保障时是否遵守了相关规则。

- **如果我方批准了您的申请：**如果医疗服务属于保障范围且您遵守了相关规则，我方通常会在收到申请后 30 个日历日内（最迟不超过 60 个日历日）支付费用。如果您尚未支付该医疗服务的费用，我方会将款项直接付给医疗服务提供者。

- **如果我方拒绝了您的申请：**如果医疗服务不在保障范围内，或者您*未*遵守所有规则，我方将不会付款。相反，我方会向您发送一封信函，说明我方不会为医疗服务付费并解释原因。

如果您不同意我方拒付决定， **您可以提出申诉**。 提出申诉意味着您要求我方更改我方此前驳回您的支付申请时所作的承保决定。

要提出申诉， 请遵循第 6.3 节的申诉流程。 关于报销申诉的注意事项 ：

- 我方必须在收到您的申诉申请后 60 个日历日内给出答复。如果您申请返还费用的是已经接受并付款的医疗服务，则不允许申请快速申诉。
- 如果独立审查组织判定我方应该支付相关费用，我方必须在 30 个日历日内将款项付给您或医疗服务提供者。在申诉流程中，如果在 2 级及之后的任何阶段，申诉结果为同意报销，我方必须在 60 个日历日内将您申请的款项付给您或医疗服务提供者。

第 7 节： D 部分药物：如何申请承保决定或提出申诉

第 7.1 节 本节说明您在获得 D 部分药物时遇到问题，或者想让我方返还 D 部分药物的费用时，该如何处理

您的福利包含许多处方药费用保障。 要获得承保， 药物必须用于医学认可适应症。 （有关医学认可适应症的更多信息， 请参见第 5 章。 ）有关 D 部分药物、 规则、 限制和费用的详细信息， 请参见第 5 章和第 6 章。 **本节仅涉及您的 D 部分药物。** 为简化表述， 在本节后续内容中， 我方通常会使用*药品*一词， 而非每次均重复*承保的门诊处方药*或 *D 部分药物*。 我方也会使用“药品目录”这一术语， 而非*承保药品清单*或“处方集”。

- 如果您不确定某一药品是否属于承保范围，或不确定自己是否符合承保规则，可咨询我方。部分药品需先获得我方批准，我方才会承保。
- 如果药房告知您，您的处方无法按原方配药，药房将向您提供一份书面通知，说明如何联系我们以申请承保决定。

D 部分承保决定与申诉

法律术语 ：

关于您 D 部分药物的初始承保决定称为**保障范围认定**。

承保决定是指我方就您的福利与保障范围， 或者我方为您的药品支付的金额所作出的决定。 本节介绍在以下任一情况下， 您可以采取哪些措施 ：

- 申请我方为计划承保药品目录外的某款 D 部分药物。**申请例外审批。第 7.2 节**
- 申请免除我方计划对某一药物的承保限制（如对您可获取的药物用量的限制）**申请例外审批。第 7.2 节**
- 申请为某款较高分摊费用等级的承保药物降低分摊费用金额。**申请例外审批。第 7.2 节**
- 申请某款药物的预先批准。**申请承保决定。第 7.4 节**
- 支付您已购买的处方药费用。**申请费用返还。第 7.4 节**

如果对我方所作承保决定有异议， 您可对我方决定提出申诉。

本节将说明如何申请承保决定以及如何提出申诉。

第 7.2 节 申请例外审批

法律术语 ：

申请承保药品目录外的药物属于**处方集例外申请**。

申请取消某一药物承保限制属于**处方集例外申请**。

申请以较低价格支付承保的非优选药物属于**药品分级例外申请**。

如果某一药物的承保方式未达到您的预期， 您可向我方申请**例外审批**。 例外审批是承保决定的一种类型。

如需我方受理您的例外审批申请， 您的医生或其他处方开具者需说明申请批准该例外的医学理由。 以下是您本人、 您的医生或其他处方开具者可向我方申请例外审批的 3 种示例 ：

1. **承保不在我方药品目录上的 D 部分药物。** 如果我方同意承保药品目录外药物， 您需按 3 级（非优选药物）药物的分摊费用标准支付。 当我们同意承保药品目录以外的药物时，您不能对该药物的强制分摊费用申请例外审批。
2. **取消某一承保药物的限制。** 第 5 章说明了我方药品目录中特定药物需遵守额外规则或使用限制。 如果我方同意为您作出例外审批并免除相关限制， 您可进一步针对该药物的分摊费用申请例外。
3. **将某一药物的保障调至更低分摊费用等级。** 我们的药品目录中的每一种药品均归属六个分摊费用等级之一。 一般而言， 分摊费用等级编号越小， 您需自付的药物费用比例越少。
    - 如果我方药品目录中存在可治疗您健康状况的替代药物，且其分摊费用等级低于您当前使用的药物，您可申请按替代药物的分摊费用标准承保当前药物。
    - 如果您当前使用的药物为生物制品，可申请我方按更低分摊费用金额承保您的药物。这将是包含可用于治疗您健康状况的生物制品替代选项的最低等级。

- 如果您正在使用的药物是品牌药，可申请我方按适用于治疗您健康状况的最低等级（包含品牌药替代选项）所对应的分摊费用标准承保您的药物。
- 如果您正在使用的药物是仿制药，可申请我方按适用于治疗您健康状况的最低等级（包含品牌药或仿制药替代选项）所对应的分摊费用标准承保您的药物。
- 您不能要求我方更改 5 级（特药层级药品）中任何药物的分摊费用等级。
- 如果我方批准您的药品分级例外申请，且存在多个包含您无法使用的替代药物的低分摊费用等级，您通常只需按最低金额支付分摊费用。

第 7.3 节 关于申请例外审批的重要事项

您的医生必须告知我方医学理由

您的医生或其他处方开具者必须向我方提供一份声明， 说明您申请例外审批的医学理由。 为了更快地做出决定， 请在您申请例外审批时包括您的医生或其他处方开具者提供的此医疗信息。

我方药品目录通常包括多种用于治疗特定状况的药物。 这些不同的治疗选择称为**替代**药物。 如果某种替代药物与您申请的药物疗效相当， 且不会导致更多副作用或其他健康问题， 我方通常不会批准您的例外审批申请。 如果是药品分级例外申请， 除非分摊费用等级较低的所有替代药物对您疗效不佳， 或可能导致不良反应或其他健康危害， 否则我方通常不会批准您的例外审批申请。

我方可能会批准或拒绝您的申请

- 一旦批准了您的例外审批申请，该批准在本计划年度结束前一直有效。前提是您的医生持续为您开具该药物的处方，且该药物在治疗您的状况时始终安全且有效。
- 如果我方拒绝了您的申请，您可以通过提出申诉要求我方另行复议。

第 7.4 节 如何申请承保决定，包括例外审批

法律术语 ：

快速承保决定称为**快速保障范围认定**。

第 1 步 ： 判断您需要标准承保决定还是快速承保决定。

标准承保决定需在我方收到您的请求后 **72 小时**内作出。 **快速承保决定**需在我方收到您的请求后 **24 小时**内作出。

如果您的健康状况需要， 可申请我方为您作出快速承保决定。 **要申请快速承保决定， 您必须满足以下 2 项要求 ：**

- 您必须是申请尚未获得的药物。（您不能为已购药物的费用返还申请快速承保决定。）
- 使用标准截止日期可能会严重损害您的健康或影响您的正常身体机能。
- **如果您的医生或其他处方开具者向我方说明您的健康状况需要快速承保决定，我方将自动为您作出快速承保决定。**
- **如果您在没有医生或其他处方开具者支持的情况下自行申请快速承保决定，我方将决定您的健康是否需要我方为您作出快速承保决定。**如果我方未批准快速承保决定，我方将向您发送信函：
    - 说明我方将使用标准截止日期。
    - 说明如果您的医生或其他处方开具者申请快速承保决定，我方将自动为您作出快速承保决定。
    - 说明就我方未按您的申请办理快速承保决定，而是按标准承保决定处理的行为，如何提交快速投诉。我方将在收到投诉后 24 小时内给出答复。

第 2 步 ： 申请标准承保决定或快速承保决定。

首先通过致电、 邮寄或传真的方式联系我方计划， 申请我方为您所需的医疗服务进行授权或提供保障。 您也可以通过我方网站访问承保决定流程。 我方必须受理所有书面申请， 包括通过 *CMS 标准保障范围认定申请表*（可通过我方网站 go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations 获取）提交的申请。 具体的联系信息见第 2 章。 为协助我方处理您的申请， 请提供您的姓名、联系信息以及能证明所申诉的被拒理赔案件的相关信息。

您本人、 您的医生（或其他处方开具者）或您的代理人均可办理此项申请。 您也可以委托律师代您行事。 本章第 5.1 节介绍了如何通过书面形式授权他人作为您的代理人。

- **如果您申请的是例外审批，需提供支持声明**，阐明申请该例外审批的医学理由。您的医生或其他处方开具者可以将声明传真或邮寄给我方。或者您的医生或其他处方开具者可先通过电话告知我方，必要时再通过传真或邮寄方式补充书面声明。

第 3 步 ： 我方审核您的申请并给出答复。

快速承保决定的截止日期

- 我方必须在收到您的申请后 **24 小时内**给出答复。
    - 对于例外审批，我方将在获得您医生的支持声明后 24 小时内为给出答复。如果您的健康状况需要，我方会提前给出答复。
    - 如果我方未能在此截止日期前给出答复，我方必须将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方必须在收到您的申请或医生的申请支持声明后 72 小时内，授权或提供我方同意的保障服务。

- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方将向您发送一份书面声明，说明拒绝的原因，同时告知您如何提出申诉。

针对尚未获取药物的标准承保决定的截止日期

- 我方必须在收到您的申请后 **72 小时内**给出答复。
    - 对于例外审批，我方将在获得您医生的支持声明后 72 小时内为给出答复。如果您的健康状况需要，我方会提前给出答复。
    - 如果我方未能在此截止日期前给出答复，我方必须将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容，我方必须**在收到您的申请或医生的申请支持声明后 **72 小时内**，授权或**提供**我方同意的**保障服务**。
- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方将向您发送一份书面声明，说明拒绝的原因，同时告知您如何提出申诉。

针对已购药物费用的标准承保决定的截止日期

- 我们必须在收到您的请求后的 **14 个日历日内**给您答复。
    - 如果我方未能在此截止日期前给出答复，我方必须将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方还必须在收到您的申请后 14 个日历日内向您付款。
- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方将向您发送一份书面声明，说明拒绝的原因，同时告知您如何提出申诉。

第 4 步 ： 如果我方拒绝了您保障申请， 您可以提出申诉。

- 如果我方拒绝了您的申请，您有权通过申诉，要求我方复议这一决定。这意味着您再次争取获得您所需的药品保障。如果提出申诉，就意味着您进入了 1 级申诉流程。

第 7.5 节 如何提出 1 级申诉

法律术语 ：

针对我方计划的 D 部分药物承保决定提出申诉称为计划重新审核。

快速申诉称为**快速重新审核**。

第 1 步 ： 判断您需要标准申诉还是快速申诉。

标准申诉通常在 7 个日历日内提出。 快速申诉通常在 72 小时内提出。 如果您的健康状况需要，请提出快速申诉。

- 如果您是对我方针对您尚未获得的药物作出的承保决定提出申诉，您和您的医生或其他处方开具者需要判断是否需要申请快速申诉。
- 申请快速申诉的要求与本章第 7.4 节中申请快速承保决定的要求相同。

第 2 步 ： 您本人、 您的代理人、 医生或其他处方开具者必须联系我们并提出第 1 级申诉。 如果您的健康状况需要快速响应， 您必须申请快速申诉。

- **对于标准申诉，请提交书面申请**或致电我方。具体的联系信息见第 2 章。
- **对于快速申诉，请以书面形式或致电 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）我方提交申诉。**具体的联系信息见第 2 章。
- **我方必须受理所有书面申请**，包括通过 *CMS 标准重新审核申请表*（可通过我方网站 go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations 获取）提交的申请。为协助我方处理您的申请，请提供您的姓名、联系信息以及理赔相关信息。
- **您必须**在收到我方关于承保决定书面回复通知之日起的 **65 个日历日内提出申诉申请**。如果您错过了该截止日期，但有合理理由，则在提出申诉时请说明延迟申诉的原因。我方可能会给您延长申诉时间。合理理由示例可能包括：您因身患重病而无法与我方取得联系，或者我方向您提供了关于申请申诉截止日期的错误或不完整信息。
- **您可索要申诉信息的副本，并补充更多信息。**您和您的医生可以补充更多信息来支持您的申诉。

第 3 步 ： 我方审核您的申诉并给出答复。

- 在审核您的申诉时，我方会重新对您的保障申请所有相关信息进行仔细核查。核查当初拒绝您的请求时是否严格遵守了所有规则。
- 我方可能会联系您本人或您的医生或其他处方开具者以获取更多信息。

快速申诉的截止日期

- 对于快速申诉，我方必须**在收到您的申诉申请后 72 小时内**给出答复。如果您的健康状况需要，我方会提前给出答复。
    - 如果我方未能在 72 小时内给出答复，我方必须将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。第 7.6 节说明了 2 级申诉流程。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方必须在收到您的申诉申请后 72 小时内，提供我方同意的保障服务。

- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方将向您发送一份书面声明，说明拒绝的原因，同时告知您如何对我方决定提出申诉。

针对尚未获取药物的标准申诉的截止日期

- 对于标准申诉，我方必须在收到您的申诉申请后**7 个日历日内**给出答复。如果您尚未获得药物，并且您的健康状况需要，我方会提前做出决定。
    - 如果我方未能在 7 个日历日内作出决定，我方必须将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。第 7.6 节说明了 2 级申诉流程。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方必须根据您的健康状况需求尽快提供保障，但最迟不得超过收到您申诉申请后的**7 个日历日**。
- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方将向您发送一份书面声明，说明拒绝的原因，同时告知您如何对我方决定提出申诉。

针对已购药物费用的标准申诉的截止日期

- 我们必须在收到您的请求后的 **14 个日历日内**给您答复。
    - 如果我方未能在此截止日期前给出答复，我方必须将您的申请转至 2 级申诉流程，由独立审查组织进行审核。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。
- **如果我方批准了您申请的部分或全部内容**，我方还必须在收到您的申请后 30 个日历日内向您付款。
- **如果我方拒绝了您申请的部分或全部内容**，我方将向您发送一份书面声明，说明拒绝的原因，同时告知您如何提出申诉。

第 4 步 ： 如果我方拒绝您的申诉， 由您决定是否继续申诉流程并*再次*提出申诉。

- 如果您决定再次提出申诉，就意味着您的申诉将进入 2 级申诉流程。

第 7.6 节 如何提出 2 级申诉

法律术语

独立审查组织的正式名称为**独立审查机构**， 有时称为 **IRE**。

独立审查组织是受雇于 Medicare 的独立组织， 与我方没有关联， 也不是政府机构。 该组织将判定我方所做的决定正确与否， 或是否需要更改。 Medicare 对该组织的工作进行监督。

第 1 步 ： 您本人（或您的代理人、 医生、 其他处方开具者）必须联系独立审查组织， 申请对您的案件进行审查。

- 如果我方拒绝您的 1 级申诉，将向您发送书面通知，其中包括**如何向独立审查组织提出 2 级申诉的说明**。这些说明将明确谁可以提出此 2 级申诉、您必须遵守的截止日期，以及如何联系独立审查组织。
- 您必须在书面通知载明日期起 **65 个日历日内提出申诉请求**。
- 如果我方未在适用的时间范围内完成审查，或者针对药物管理计划下的**风险**判定作出了不利于您的决定，我方会自动将您的申请转给独立审查机构。如果您的请求已转交给独立审查组织，我们将书面通知您。
- 我方会将您的申诉信息发给独立审查组织。这些信息称为您的**案件档案**。**您有权向我方索要案件档案的副本，**
- 也有权向独立审查组织补充能支持您申诉的额外信息。

第 2 步 ： 独立审查组织审核您的申诉。

- 独立审查组织的审查人员会仔细查看您申诉的所有信息。

快速申诉的截止日期

- 如果您的健康状况需要，请向独立审查组织申请快速申诉。
- 如果独立审查组织同意为您提供快速申诉，他们必须在收到您的申诉请求后 **72 小时内**为您的 2 级申诉给出答复。

标准申诉的截止日期

- 对于标准申诉，如果关于尚未获得的药物，独立审查组织必须在收到申诉后 **7 个日历日内**就您的 2 级申诉给出答复。如果您是申请我方返还您已购药物的费用，独立审查组织必须在收到您的申请后 **14 个日历日**内就您的 2 级申诉给出答复。

第 3 步 ： 独立审查组织给出答复。

对于快速申诉 ：

- **如果独立审查组织批准了您申请的部分或全部内容**，我方必须在收到独立审查组织的决定后 **24 小时内提供**其批准的**药品保障**。

对于标准申诉 ：

- **如果独立审查组织批准了您的保障申请的部分或全部内容**，我方必须在收到独立审查组织的决定后 **72 小时**内**提供**其批准的**药品保障**。
- **如果独立审查组织批准了您的已购药物费用返还申请的部分或全部内容**，我方必须收到独立审查组织的决定后 **30 个日历日内向您付款**。

如果独立审查组织拒绝了您的申诉， 该如何处理？

如果独立审查组织拒绝了您申诉的部分或全部内容， 意味着他们认同我方决定， 即您的申请（或部分申请）不应得到批准。 （这称为**维持原决定**， 也称为**驳回您的申诉**。 ）在这种情况下， 独立审查组织将向您发送一封信函 ：

- 解释该决定。
- 告知您，如果您所申请的药品保障金额达到一定最低标准，您有权申请 3 级申诉。如果您所申请的药品保障金额太低，则无法再次提出申诉，2 级决定即为最终决定。
- 明确为继续申诉流程，争议涉及的金额必须达到的标准。

第 4 步 ： 如果您的案件符合要求， 您可选择是否进一步申诉。

- 在 2 级申诉之后，申诉流程还有 3 个额外级别（总共 5 个申诉级别）。
- 如果您想进行 3 级申诉，相关详情会在您 2 级申诉决定结束后的书面通知中说明。
- 3 级申诉由行政法法官或律师裁决员处理。第 10 节说明了 3 级、4 级和 5 级申诉流程。

第 8 节 如果您认为出院过早，如何申请延长住院治疗时间

当您住院时， 您有权获得为诊断和治疗您的疾病或损伤所必需的所有承保医院服务。

在住院期间， 您的医生和医院工作人员将与您共同规划出院安排。 他们将帮助您安排您出院后可能需要的护理。

- 您离开医院的当天称为**出院日期**。
- 出院日期确定后，您的医生或医院工作人员将会告知您。
- 如果您认为医院要求您过早出院，则可申请延长住院时间，医院将会考虑您的申请。

第 8.1 节 住院期间，您将收到 Medicare 的书面通知，告知您所享有的权利。

入院后的 2 个日历日内， 您将收到一份名为 *Medicare 关于您的权利的重要信息*的书面通知。每位 Medicare 参保人都会收到这份通知。 如果您没有从医院工作人员（例如个案工作者或护士）那里收到这份通知， 可向医院的任何员工索要。 如需帮助， 可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 （TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）。

1. **请仔细阅读本通知， 如有不理解之处， 请提问。** 该通知将说明 ：
    - 您在住院期间及出院后，依据医生医嘱获取 Medicare 承保服务的权利。其中包括您了解这些服务具体内容、服务费用承担方和服务区域范围的权利。

- 参与有关您住院的任何决定的权利。
- 报告住院服务质量问题的途径。
- 如果您认为自己被要求过早出院，您有权对出院决定**申请即时审查**。这是一种正式的法律程序，用于申请延长您的住院时间，从而让我方提供更长时间的住院服务保障。

2. **您需要在书面通知上签字， 以表明您已获得并理解您的权利。**
   - 您本人或您的代理人需在通知上签名。
   - 在通知上签名仅代表您已收到关于自身权利的信息。该通知不载明您的出院日期，签名也**不代表**您同意某一出院日期。
3. **请保留您的通知副本，** 以便在需要提出申诉（或报告医疗服务质量问题）时， 能获取相关操作信息。
   - 如果您在出院日期前 2 个日历日以上签署该通知，则在您按计划出院前，还将收到另一份通知副本。
   - 如需提前查看该通知的副本，可致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。您也可以通过以下地址在线获取通知：CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

第 8.2 节 如何通过 1 级申诉更改出院日期

要申请我方延长住院治疗服务的承保时间， 请通过申诉流程提出该申请。 开始之前， 需先明确要完成的事项及截止日期。

- **遵循流程**
- **按时完成**
- **如有需要，请寻求帮助。**如果您有任何疑问或需要帮助，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。或致电您的州健康保险援助计划 (SHIP) 寻求个性化帮助。SHIP 的联系信息请见第 2 章第 3 节。

在 1 级申诉中， 质量改进组织会审查您的申诉。 他们会核查您的计划出院日期在医学上是否适合您的情况。 **质量改进组织**是由医生及其他健康护理专业人员组成的团体， 这些人员由联邦政府支付薪酬， 负责检查和提升 Medicare 参保人获得的医疗服务质量。 其中包括对 Medicare 参保人的住院出院日期进行审查。 这些专家不属于我方计划。

第 1 步 ： 联系您所在州的质量改进组织， 申请对您的出院事宜进行即时审查。 您必须快速行动。

如何联系该组织？

- 您收到的书面通知（*Medicare 关于您的权利的重要信息*）中会说明如何联系该组织，也可在第 2 章中查询您所在州质量改进组织的名称、地址和电话号码。

快速行动 ：

- 要提出申诉，您必须在出院*前*联系质量改进组织，**不得晚于出院当天午夜**。
  - **如果您如期完成上述操作**，在等待质量改进组织作出决定期间，即使*已过*原计划出院日期，您仍可继续住院*且无需支付这期间的住院费用*。
  - **如果您错过了上述截止日期，请联系我们。**如果您决定在原计划出院日期后继续住院，*可能必须自行承担这期间的所有住院治疗费用*。
- 一旦您申请对出院事宜进行即时审查，质量改进组织将与我方联系。我方会在接到该组织联系后的次日中午前，向您出具**详细出院通知**。本通知将载明您的计划出院日期，并详细说明您的医生、医院及我方认为该出院日期具备合理性（医学上适宜）的理由。
- 您可通过以下方式获取**详细出院通知**样本：致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户 请拨打 711）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）。或者通过以下地址在线获取样本：CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

第 2 步 ： 质量改进组织对您的案例进行独立审查。

- 质量改进组织的医疗专业人员（*审查人员*）将询问您本人（或您的代理人）认为应继续承保相关医疗服务的理由。您不必准备书面材料，但如愿意也可提供。
- 审查人员还将查阅您的医疗信息、与您的医生沟通，并复核我方及医院向其提供的相关资料。
- 在审查人员将您的申诉事宜告知我方后的次日中午前，您将收到我方出具的书面通知。本通知还将详细说明您的医生、医院及我方认为该出院日期具备合理性（医学上适宜）的理由。

第 3 步 ： 质量改进组织在收到所有所需信息后的一整个工作日内， 会针对您的申诉给出答复。

如果答复为“同意”， 该如何处理？

- 如果独立审查组织*批准*了申请，**我方必须在相关住院医疗服务具备医学必要性的期间内，持续为您提供承保的住院治疗服务。**
- 您必须继续支付您的分摊费用，如免赔额或共付额（如适用）。此外，您所享受的承保医院服务可能会受到限制。

如果答复为"拒绝"， 该如何处理？

- 如果独立审查组织*拒绝*了申请，则意味着其认为您的计划出院日期具备医学适宜性。在此情况下，我方**对您住院治疗服务的保障**将在质量改进组织向您出具申诉答复的*次日*中午终止。

- 如果独立审查组织*拒绝*了您的申诉，而您仍决定继续住院，则自质量改进组织向您出具申诉答复的次日中午起，您可能**必须自行承担此后所有医院服务的全部费用**。

第 4 步 ： 如果您的 1 级申诉被拒绝， 由您决定是否要再次申诉。

- 如果质量改进组织*拒绝*了您的申诉，*并且*您在计划出院日期后继续住院，您可以再次申诉。再次提出申诉就意味着您进入了 **2 级**申诉流程。

第 8.3 节 如何通过 2 级申诉更改出院日期

在 2 级申诉中， 您可请求质量改进组织对其就首次申诉作出的决定进行重新审查。 如果质量改进组织驳回您的 2 级申诉， 您可能必须自行承担原计划出院日期后继续住院的全部费用。

第 1 步 ： 再次联系质量改进组织， 申请重新审查。

- 您必须在质量改进组织*拒绝*您的 1 级申诉之日起 **60 个日历日内**，提出此重新审查申请。仅当您在医疗服务保障终止日期过后仍继续住院时，才可申请此重新审查。

第 2 步 ： 质量改进组织对您的情况进行二次审查。

- 质量改进组织的审查人员将重新仔细核查与您申诉相关的所有信息。

第 3 步 ： 在收到您的 2 级申诉请求后 14 个日历日内， 审查人员将对您的申诉作出决定并告知您结果。

如果独立审查组织批准您的申请 ：

- **我方必须为您报销**自质量改进组织驳回您的首次申诉次日中午起产生的医院服务费用中应由我方承担的部分。**只要您的住院治疗服务具备医学必要性，我方必须持续为您提供该服务的保障。**

- 您必须继续支付您的分摊费用，保障可能会有一定限制。

如果独立审查组织拒绝您的申请 ：

- 这意味着他们同意最初对您的 1 级申诉所作的决定。

- 您收到的通知将以书面形式告知您，如果要继续审查流程，后续可采取哪些措施。

第 4 步 ： 如果申请被拒绝， 您需要决定是否要通过进入 3 级申诉进一步处理您的申诉。

- 在 2 级申诉之后，申诉流程还有 3 个额外级别（总共 5 个申诉级别）。如果您想进行 3 级申诉，相关详情会在您 2 级申诉决定结束后的书面通知中说明。
- 3 级申诉由行政法法官或律师裁决员处理。本章第 10 节详细介绍了 3 级、4 级和 5 级申诉流程。

第 9 节 如果您认为某项医疗服务的保障过早终止，应如何申请我方继续承保该服务

当您正在接受承保范围内的**家庭保健服务、 专业护理服务或康复护理服务（由综合门诊康复机构提供）**时， 只要这些服务对诊断和治疗您的疾病或损伤具有必要性， 您就有权持续获得此类服务。

如果我方决定终止对上述 3 类服务中任意一类的保障， 必须提前告知您。 一旦该服务的保障终止， 我方将*不再为您接受的服务支付费用*。

如果您认为我们过早终止您的医疗承保， **您可以对我们的决定提出申诉**。 本节介绍如何提出申诉。

第 9.1 节 我方将提前告知您承保即将终止的时间

法律术语 ：

Medicare 不承保通知。 该通知将告知您如何申请**快速申诉**。 申请快速申诉是一种正式的法律途径， 可用于申请改变我方就何时终止您的医疗服务所作的承保决定。

1. **在我方计划终止您的医疗服务保障前，** 将至少提前 2 个日历日向您出具书面通知。 该通知将告知您 ：
   - 我方为您终止医疗服务保障的具体日期。
   - 如何申请快速申诉，以要求我方延长您的医疗服务承保期限。
2. **您本人或您的代理人需在该书面通知上签名， 以表明您已收到通知。** 在通知上签名仅代表您已收到关于保障终止时间的信息。 **签名并不意味着您同意**我方计划终止医疗服务保障的决定。

第 9.2 节 如何通过 1 级申诉申请我方计划延长医疗服务承保期限

如果您想要求我方延长医疗服务承保期限， 需通过申诉流程提出该申请。 开始之前， 需先明确要完成的事项及截止日期。

- **遵循流程**
- **按时完成**
- **如有需要，请寻求帮助。**如果您有任何疑问或需要帮助，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。或致电您的州健康保险援助计划 (SHIP) 寻求个性化帮助。SHIP 的联系信息请见第 2 章第 3 节。

在 1 级申诉中， 质量改进组织会审查您的申诉。 他们将判定您的医疗服务终止日期是否具备医学适宜性。 **质量改进组织**是由医生及其他健康护理专家组成的团体， 这些人员由联邦政府支付薪酬， 负责检查和提升 Medicare 参保人获得的医疗服务质量。 其中包括审查医保计划中关于何时终止特定医疗服务保障的相关决定。 这些专家不属于我方计划。

第 1 步 ： 提出 1 级申诉 ： 联系质量改进组织和申请快速申诉。 您必须快速行动。

如何联系该组织？

- 您收到的书面通知（*Medicare 不承保通知*）中会说明如何联系该组织。（也可在第 2 章中查询您所在州质量改进组织的名称、地址和电话号码。）

快速行动 ：

- 您必须在 *Medicare 不承保通知*载明的**生效日期前一天中午前**，联系质量改进组织以启动申诉。
- 如果您错过了截止日期并要提交申诉，您仍有申诉权。请使用 Medicare 不承保通知中的联系信息联系质量改进组织。您还可以在第 2 章中查询您所在州质量改进组织的名称、地址和电话号码。

第 2 步 ： 质量改进组织对您的案例进行独立审查。

法律术语 ：

不承保详细说明。 该通知将详细说明终止承保的理由。

此次审查将如何进行？

- 质量改进组织的医疗专业人员（审查人员）将询问您本人（或您的代理人）认为应继续承保相关医疗服务的理由。您不必准备书面材料，但如愿意也可提供。
- 独立审查组织还将查阅您的医疗信息、与您的医生沟通，并复核我方计划向其提供的信息。
- 在审查人员将您的申诉事宜告知我方的当日结束前，您将收到我方出具的*不承保详细说明*，其中会详细说明我方终止为您的服务提供保障的理由。

第 3 步 ： 审查人员将在获取所有所需信息后的一整个工作日内告知您其决定。

如果审查人员批准您的申请， 该如何处理？

- 如果审查人员*批准*您的申诉，**我方必须在相关承保服务具备医学必要性的期间内，持续为您提供该服务**。
- 您必须继续支付您的分摊费用，如免赔额或共付额（如适用）。您所享受的承保服务可能会受到限制。

如果审查人员拒绝您的申请， 该如何处理？

- 如果审查人员*拒绝*您的申诉，则**您的保障将在我方告知您的日期结束**。
- 如果您决定在保障终止日期*之后*，仍继续接受家庭保健服务、专业护理机构护理服务或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，**您必须自行承担这些服务的全额费用**。

第 4 步 ： 如果您的 1 级申诉被拒绝， 由您决定是否要再次申诉。

- 如果审查人员*拒绝*您的 1 级申诉，且您选择在医疗服务保障终止后仍继续接受该服务，则您可以提出 2 级申诉。

第 9.3 节 如何通过 2 级申诉申请我方计划延长医疗服务承保期限

在 2 级申诉中， 您可请求质量改进组织重新审查对您的首次申诉所作的决定。 如果质量改进组织驳回您的 2 级申诉， 您必须自行承担在我方告知的保障终止日期*之后*， 您接受家庭保健服务、专业护理机构护理服务或综合门诊康复机构 (CORF) 服务所产生的全部费用。

第 1 步 ： 再次联系质量改进组织， 申请重新审查。

- 您必须在质量改进组织*拒绝*您的 1 级申诉之日起 **60 个日历日内**，提出此重新审查申请。仅当您在医疗服务保障终止日期过后仍继续接受医疗服务时，才可申请此重新审查。

第 2 步 ： 质量改进组织对您的情况进行二次审查。

- 质量改进组织的审查人员将重新仔细核查与您申诉相关的所有信息。

第 3 步 ： 在收到您的申诉请求后 14 个日历日内， 审查人员将对您的申诉作出决定并告知您结果。

如果独立审查组织批准您的申请， 该如何处理？

- **我方必须为您报销**自我方告知的保障终止日期起您所产生的医疗服务费用中应由我方承担的部分。只要具备医学必要性，**我方必须持续为您提供**该服务的保障。
- 您必须继续支付您的分摊费用，保障可能会有一定限制。

如果独立审查组织拒绝您的申请， 该如何处理？

- 这意味着他们同意对您的 1 级申诉所作的决定。
- 您收到的通知将以书面形式告知您，如果要继续审查流程，后续可采取哪些措施。通知还将详细说明如何进入下一申诉级别，该级别将由行政法法官或律师裁决者负责处理。

第 4 步 ： 如果申请被拒绝， 您需要决定是否要进一步处理您的申诉。

- 在 2 级申诉之后，还有 3 个额外申请级别（总共 5 个申诉级别）。如果您想继续进入 3 级申诉，相关详情会在您 2 级申诉决定结束后的书面通知中说明。
- 3 级申诉由行政法法官或律师裁决员处理。本章第 10 节详细介绍了 3 级、4 级和 5 级申诉流程。

第 10 节 将您的申诉推进到 3 级、4 级和 5 级

第 10.1 节 针对医疗服务申请的 3 级、4 级和 5 级申诉

如果您已提出 1 级申诉和 2 级申诉， 且两项申诉均被驳回， 本节内容可能适用于您。

如果您申诉所涉医疗物品或医疗服务的金额达到特定最低标准， 您或许可以进入后续更高层级的申诉流程。 如果该金额低于最低标准， 则您无法进一步申诉。 您将收到的 2 级申诉书面回复中会说明如何提出 3 级申诉。

在大多数申诉场景中， 最后 3 个级别的申诉流程与前 2 个级别的操作方式大致相同。 以下将说明各级别申诉分别由哪谁负责审查。

3 级申诉

由联邦政府工作人员担任的**行政法法官或律师裁决者**将对您的申诉进行审查并给出答复。

- **如果行政法法官或律师裁决者支持您的申诉，申诉流程*可能*终止，也*可能尚未*结束。**与 2 级申诉的裁决不同，对于 3 级申诉中对您有利的裁决，我方有权提出申诉。如果我方决定申诉，案件将进入 4 级申诉流程。
  - 如果我方决定不申诉，则必须在收到行政法法官或律师裁决者的裁决结果后的 60 个日历内，为您授权或提供相关医疗服务。
  - 如果我方决定对该裁决提出申诉，将向您寄送 4 级申诉申请的副本及所有附带文件。在授权或提供争议的医疗服务前，我方可能会等待 4 级申诉的裁决结果。
- **如果行政法法官或律师裁决者否决您的申诉，申诉流程*可能终止，也可能尚未*结束。**
  - 如果您决定接受拒绝您的申诉的裁决，申诉流程结束。

- 如果您不愿接受该裁决，可继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告知您如何进行 4 级申诉。

4 级申诉

Medicare 申诉委员会（委员会）将对您的申诉进行审查并给出答复。 该委员会隶属于联邦政府。

- **如果答复为“同意”，或委员会拒绝我方对 3 级申诉有利裁决的复审申请，申诉流程*可能终止*，也可能*尚未*结束。**与 2 级裁决不同，对于 4 级申诉中对您有利的裁决，我方有权提出申诉。我方将决定是否就该裁决提出 5 级申诉。
  - 如果我方决定*不*申诉，必须在收到委员会裁决后 60 个日历日内，为您授权或提供相关医疗服务。
  - 如果我方决定申诉，将以书面形式告知您。
- **如果答复为“拒绝”或委员会拒绝复审申请，申诉流程*可能终止，也*可能尚未结束。**
  - 如果您决定接受拒绝您的申诉的裁决，申诉流程结束。
  - 如果不愿接受该裁决，您或许可以继续进入下一级别的审查流程。如果委员会驳回您的申诉，您收到的通知将告知您，相关规则是否允许您提出 5 级申诉，以及如何推进 5 级申诉。

5 级申诉

联邦地区法院的法官将审查您的申诉。

- 法官将审查所有信息，并决定是*批准*还是*拒绝*您的申请。此为最终裁定。联邦地区法院之后再无申诉级别。

第 10.2 节 针对 D 部分药物申请的 3 级、4 级和 5 级申诉

如果您已提出 1 级申诉和 2 级申诉， 且两项申诉均被驳回， 本节内容可能适用于您。

如果您申诉所涉药品的金额达到特定标准， 您或许可以进入后续更高级别的申诉流程。 如果该金额太小， 将无法进一步申诉。 您收到的 2 级申诉书面回复中将说明申请 3 级申诉时需联系的对象及具体操作步骤。

在大多数申诉场景中， 最后 3 个级别的申诉流程与前 2 个级别的操作方式大致相同。 以下将说明各级别申诉分别由哪谁负责审查。

3 级申诉

由联邦政府工作人员担任的**行政法法官或律师裁决者**将对您的申诉进行审查并给出答复。

- **如果答复为“同意”，申诉流程即告结束。**我方必须在收到裁决结果后 **72 小时内（加急申诉为 24 小时内）**，**授权或提供**行政法法官或律师裁决者批准的**药品保障**，或在收到裁决结果后 **30 个日历日内完成支付**。
- **如果行政法法官或律师裁决者否决您的申诉，申诉流程*可能*终止，也可能*尚未*结束。**
  - 如果您决定接受拒绝您的申诉的裁决，申诉流程结束。
  - 如果您不愿接受该裁决，可继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告知您如何进行 4 级申诉。

4 级申诉

Medicare 申诉委员会（委员会）将对您的申诉进行审查并给出答复。 该委员会隶属于联邦政府。

- **如果答复为“同意”，申诉流程即告结束。**我方必须在收到裁决结果后 **72 小时内（加急申诉为 24 小时内）**，**授权或提供**委员会批准的**药品保障**，或在收到裁决结果后 30 个日历日内完成支付。
- **如果答复为“拒绝”或委员会拒绝复审申请，申诉流程*可能终止，也*可能尚未结束。**
  - 如果您决定接受拒绝您的申诉的裁决，申诉流程结束。
  - 如果不愿接受该裁决，您或许可以继续进入下一级别的审查流程。如果委员会驳回您的申诉，您收到的通知将告知您，相关规则是否允许您提出 5 级申诉，以及如何推进 5 级申诉。

5 级申诉

联邦地区法院的法官将审查您的申诉。

- 法官将审查所有信息，并决定是*批准*还是*拒绝*您的申请。此为最终裁定。联邦地区法院之后再无申诉级别。

提出投诉

第 11 节 如何就医疗质量、等待时间、客户服务或其他方面的问题提出投诉

第 11.1 节 投诉流程处理哪些类型的问题？

投诉流程*仅*用于处理特定类型的问题。 其中包括有关医疗服务质量、 等待时间和客户服务方面的问题。 下面是投诉流程处理的各种问题的示例。

投诉	示例
您获得的医疗服务质量	• 您是否对获得的医疗服务质量（包括医院服务）不满意？
尊重您的隐私	• 是否有人不尊重您的隐私权或泄露了保密信息？
无礼对待、 客户服务不佳或其他不良行为	• 是否有人对您粗鲁或不尊重？ • 您是否对我方会员服务不满意？ • 您是否觉得有人在鼓励您退出我方计划？
等待时间	• 您是否很难预诊，或要等待很长时间？ • 您是否在医生、药剂师或其他医疗专业人员处等待过久？或是在我方会员服务部或我方计划的其他工作人员处等待过久？ ○ 示例包括电话等待时间过长、在候诊室或检查室等待过久，或是配药等待时间过长。
卫生状况	• 您是否对诊所、医院或医生诊室的卫生状况或条件不满意？
我方向您提供的信息	• 我方是否未向您提供必要的通知？ • 我方提供的书面信息是否难以理解？

投诉	示例
时效性 （此类投诉均与我方在承保决定及申诉相关事务中的处理*时效性*有关）	如果您已申请承保决定或提起申诉， 且认为我方响应速度过慢， 您可就我方拖延问题提出投诉。 以下为具体示例 ： • 您已申请*快速承保决定*或*快速申诉*，但我方予以拒绝，您可提出投诉。 • 您认为我方未在规定截止日期前完成承保决定或申诉处理，您可提出投诉。 • 您认为我方未在规定截止日期前为已批准的特定医疗物品、医疗服务或药品提供保障，或未及时为您报销相关费用，您可提出投诉。 • 您认为我方未在规定截止日期前将您的案件转给独立审查组织，您可提出投诉。

第 11.2 节 如何投诉

法律术语 ：

Complaint（投诉）又称 **Grievance**（投诉）。

提出投诉称为**提交投诉**。

使用投诉流程称为**使用提交投诉的流程**。

快速投诉又称**快速投诉处理**。

第 1 步 ： 立即联系我们 - 通过电话或书面形式

- **第一步通常是致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。**如果还有其他需要完成的事项，会员服务部会告知您。
- **如果您不愿拨打电话（或已拨打但对结果不满意），可将投诉内容以书面形式提交给我方。**如果您通过书面形式提交投诉，我方也将以书面形式答复您的投诉。
- **如果无法通过电话解决您的投诉，将启动正式流程对您的投诉进行审查。我们称之为投诉程序。**要提出投诉，或您对该程序有任何疑问，请致电会员服务部。或者，您也可以将书面申请邮寄给我们，收件地址列于本文件第 2 章*医疗服务投诉*或 *D 部分药物投诉*项下。
    - 如果您要求书面回复、提交书面投诉，或您的投诉涉及医疗服务质量问题，我方将以书面形式向您反馈。

- 您需在事件发生后的 60 个日历日内提交投诉。您可通过书面形式，向本文件第 2 章*医疗服务投诉或 D 部分药物投诉*项下所列的地址正式提交投诉。
- 我方必须根据您的健康状况，按案件需要尽快将投诉处理决定通知您，但最迟不得超过收到您投诉后 30 个日历日。如果您申请延期，或我方有合理理由证明需要补充信息且延期对您有利，可将处理时限延长最多 14 个日历日。
- 在特定情况下，您有权要求快速审查您的投诉。这称为快速投诉程序。如果您在以下情况下不同意我方决定，您有权要求对您的投诉进行快速审查：
  - 我方拒绝了您就医疗服务或 D 部分药物申请提出的快速审查请求。
  - 我方拒绝了您就被拒绝的医疗服务或 D 部分药物申诉提出的快速审查请求。
  - 我方判定需要额外时间审查您的医疗服务申请。
  - 我方判定需要额外时间审查您就被拒绝的医疗服务提出的申诉。

- 您可致电会员服务热线，通过电话提交此类投诉。您也可通过书面形式，向本文件第 2 章*医疗服务投诉或 D 部分药物投诉*项下所列的地址向我方提交投诉。我方收到快速投诉处理后，将由临床执业人员审查案件，以确定拒绝您快速审查请求的原因，或判断案件延期是否合理。我方将在收到您的投诉后 24 小时内以口头和书面形式将快速审查决定告知您。
- 提出投诉的**截止日期**是自您遇到拟投诉问题之日起 60 个日历日。

第 2 步 ： 我方调查您的投诉并给出答复。

- **如果条件允许，我方会立即答复。**如果您通过电话投诉，我方或许能在当次通话中就给出答复。
- **大多数投诉会在 30 个日历日内得到答复。**如果我方需要补充信息且延期对您有利，或您主动申请延长时间，**我方可最多再延长 14 个日历日**（总计 44 个日历日）来答复您的投诉。如果我方决定需要额外时间，将以书面形式告知您。
- **如果您因我方拒绝了您的快速承保决定申请或快速申诉申请而提出投诉，我方将自动按快速投诉流程处理。**如果您提出快速投诉，即意味着我方将在 **24 小时内**给出答复。
- **如果我方不同意**您的部分或全部投诉内容，或者对您投诉的问题不承担责任，我方将在对您的回复包含我方理由。

第 11.3 节 您还可以向质量改进组织投诉医疗服务质量

当您的投诉是关于*医疗服务质量*时， 您有 2 个额外选择 ：

- **您可以直接向质量改进组织投诉。**质量改进组织是由执业医生及其他健康服务专家组成的团体，这些人员由联邦政府支付薪酬，负责检查和提升 Medicare 患者获得的医疗服务质量。具体的联系信息见第 2 章。

或者

- **您可以同时向质量改进组织和我方投诉。**

第 11.4 节 您还可将投诉告知 Medicare

您可以直接向 Medicare 提交有关我方计划的投诉。 要向 Medicare 提交投诉， 请访问 Medicare.gov/my/medicare-complaint。 您也可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY/TDD 用户请拨打 1-877-486-2048。

有关 California Medi-Cal (Medicaid) 福利的问题

第 12 节 处理您关于 California Medi-Cal (Medicaid) 福利的问题

如果您认为自己符合 California Medi-Cal (Medicaid) 承保范围的某项服务被不当拒绝， 或该服务的费用报销申请被不当驳回， 您有权就我方的决定向 California Medi-Cal (Medicaid) 机构提起申诉。

如果需要， 我方计划可帮助您获取表格。 如需其他协助（如查询您的 California Medi-Cal (Medicaid) 福利和/或解答理赔相关问题、 处理投诉和/或申诉）， 请联系您所在州的 Medicaid 办公室。 联系信息可在第 2 章第 6 节中找到。

如需就 California Medi-Cal (Medicaid) 服务提交投诉或申诉， 请联系您所在州的 Medicaid 办公室。 联系信息可在第 2 章第 6 节中找到。

第 10 章：
终止在我方计划中的会员资格

第 1 节 终止您在我方计划中的会员资格

终止您在 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 的会员资格可能分为**自愿**（由您自主选择）或**非自愿**（非您自主选择）两种情况 ：

- 您可能因您决定要退出而选择退出我方计划。第 2 节和第 3 节提供了有关自愿终止会员资格的信息。
- 在某些情况下，我方也有义务终止您的会员资格。第 5 节介绍了我方必须终止您的会员资格的情况。

如果您要退出我方计划， 在您的会员资格正式终止前， 我方计划仍需继续为您提供医疗服务和处方药， 您也需继续支付相应的分摊费用。

第 2 节 您何时可以终止我方计划的会员资格？

第 2.1 节

您可能会因享有 Medicare 和 Medicaid 而能够终止会员资格

大多数 Medicare 参保人只能在一年中的特定时间终止会员资格。 由于您享有 Medicaid， 您可在全年任意月份通过选择以下任一 Medicare 选项来终止您在我方计划中的会员资格 ：

- Original Medicare 附加单独的 Medicare 处方药计划
- 如果符合资格，可选择整合式 D-SNP（该计划将您的 Medicare 与大部分或全部 Medicaid 福利和服务整合在一个计划中）

注 ： 如果您取消参保 Medicare 药品保障、 不再享有额外补助， 且连续 63 天或更长时间未拥有等效保险范围， 以后如果重新参保 Medicare 药物计划， 可能必须缴纳 D 部分延迟参保罚款。 如果您获得额外补助， Medicare 可能会为您加入一个药物计划， 除非您已选择退出自动加入。

- 请拨打您所在州的 Medicaid 办公室电话 1-800-541-5555（TTY 用户请拨打 1-800-430-7077），了解您的 Medicaid 计划选项。
- 其他 Medicare 健康计划选项在**开放参保期**内提供。第 2.2 节详细介绍了开放参保期。

- **您的会员资格通常在我方收到您的计划更改申请后的次月 1 日终止。**您参保新计划的生效日期也为该日。

第 2.2 节 您可以在开放参保期内终止会员资格

您每年可以在**开放参保期**内终止会员资格。 在此期间， 您可审查自身的医疗服务及药品保障情况， 并确定来年的保障方案。

- **开放参保期**的时间为 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- **选择保留当前保障方案，或对来年的保障方案进行调整。**如果您决定更换为新计划，可选择以下任意类型的保险：
  - 其他 Medicare 健康计划，附加或不附加药品保障。
  - Original Medicare，*附加*单独的 Medicare 药品计划
  - Original Medicare，*不附加*单独的 Medicare 药品计划。
  - 如果符合资格，可选择整合式 D-SNP（该计划将您的 Medicare 与大部分或全部 Medicaid 福利和服务整合在一个计划中）。

您享有 Medicare 提供的额外补助， 可用于支付处方药费用 ： 如果您转为参保 Original Medicare， 且未参保单独的 Medicare 处方药计划， 除非您主动选择退出自动参保， 否则 Medicare 可能会自动为您参保某一处方药计划。

注 ： 如果您取消参保 Medicare 药品保障、 不再享有额外补助， 且连续 63 天或更长时间未拥有等效保险范围， 以后如果重新参保 Medicare 药物计划， 可能必须缴纳 D 部分延迟参保罚款。

- 当您新计划的保障于 1 月 1 日生效时，**您在我方计划的会员资格随即终止**。

第 2.3 节 您可以在 Medicare Advantage 开放参保期内终止会员资格

您每年可在 **Medicare Advantage 开放参保期**内对您的健康保险范围进行 *1* 次变更。

- **Medicare Advantage 开放参保期**的时间为 1 月 1 日至 3 月 31 日，对于参保了 MA 计划的新 Medicare 受益人，该时间为其获得 A 部分和 B 部分保障资格的当月至获得该资格后第 3 个月的最后一天。
- **在 Medicare Advantage 开放参保期内**，您可以：
  - 更换为其他附加或不附加药品保障的 Medicare Advantage 计划。
  - 取消参保我方计划，通过 Original Medicare 获得保障。如果在此期间更换为 Original Medicare，您还可以同时参保单独的 Medicare 药品计划。

- **您的会员资格将在**您参保其他 Medicare Advantage 计划后的次月 1 日或者在我方收到您更换为 Original Medicare 的申请时终止。如果您同时选择了参保 Medicare 药品计划，则您药品计划会员资格将在该药品计划收到您的参保申请后的次月 1 日开始。

第 2.4 节 在特定情况下，您可以在特殊参保期内终止会员资格

在特定情况下， 您可能有资格在一年中的其他时间终止会员资格。 该时间称为**特殊参保期**。

如果以下任何情况适用于您， **您可能有资格在特殊参保期内终止会员资格**。 以下仅为示例。 如需完整列表， 您可以联系我方计划、 致电 Medicare 或访问 Medicare.gov。

- 通常，当搬迁时时
- 如果您有 California Medi-Cal (Medicaid)
- 如果您有资格获得额外补助以支付您的 Medicare 药物保障费用
- 如果我方违反了与您签订的合同
- 如果您正在护理机构（如护理院或长期护理 (LTC) 医院）接受护理
- 如果您参保了全面老年护理计划 (PACE)
- **注：**如果当前参保了药物管理计划，则可能仅符合特定的特殊参保期资格。第 5 章第 10 节详细介绍了药物管理计划。
- **注：**第 2.1 节详细介绍了 Medicaid 人群的特殊参保期。

参保期因您的情况而异。

要了解您是否符合特殊参保期资格， 请致电 Medicare 热线 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 如果您因特殊情况而有资格终止会员资格， 您可以选择同时更改您的 Medicare 健康保障和药品保障。 您可以选择 ：

- 其他 Medicare 健康计划，附加或不附加药品保障、
- Original Medicare，*附加*单独的 Medicare 药品计划、
- Original Medicare，*不附加*单独的 Medicare 药品计划。
- 如果符合资格，可选择整合式 D-SNP（该计划将您的 Medicare 与大部分或全部 Medicaid 福利和服务整合在一个计划中）。

注 ： 如果您取消参保 Medicare 药品保障、 不再享有额外补助， 且连续 63 天或更长时间未拥有等效保险范围， 以后如果重新参保 Medicare 药物计划， 可能必须缴纳 D 部分延迟参保罚款。

您享有 Medicare 提供的额外补助， 可用于支付药品保障费用 ： 如果您转为参保 Original Medicare， 且未参保单独的 Medicare 药品计划， 除非您主动选择退出自动参保， 否则 Medicare 可能会自动为您参保某一药品计划。

您的会员资格通常在您申请更改我方计划后的第一天终止。

注 ： 第 2.1 节和第 2.2 节详细介绍了 Medicaid 和额外补助人群的特殊参保期。

第 2.5 节 了解有关何时终止会员资格的更多信息

如果您对终止会员资格有疑问， 您可以 ：

- **致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）**
- 在 ***2027 年《Medicare 与您》*** 手册中查询信息
- 致电 **Medicare** 热线 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）

第 3 节 如何终止您在我方计划中的会员资格

下表说明了如何终止您在我方计划中的会员资格。

要从我方计划更换为 ：	操作方法如下 ：
其他 Medicare 健康计划	• 参保新的 Medicare 健康计划。 • 当新计划的保障开始时，您将自动从 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 中取消参保。
Original Medicare， ***附加*****单独的 Medicare 药品计划**	• 参保新的 Medicare 药品计划。 • 当新计划的保障开始时，您将自动从 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 中取消参保。
Original Medicare， ***不附加*****单独的 Medicare 药品计划**	• **向我方发送取消参保的书面请求，或访问我方网站在线取消参保。**如果您需要有关如何执行此操作的更多信息，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 • 您也可以致电 **Medicare** 热线 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，要求取消参保。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 • 当 Original Medicare 的保障开始时，您将从 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 中取消参保。

注 ： 如果您取消参保 Medicare 药品保障、 不再享有额外补助， 且连续 63 天或更长时间未拥有等效保险范围， 以后如果重新参保 Medicare 药物计划， 可能必须缴纳 D 部分延迟参保罚款。

如果您对 California Medi-Cal (Medicaid) 福利有任何疑问， 请致电 1-800-541-5555（TTY 用户请拨打 1-800-430-7077）， 服务时间为太平洋时间周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。 请咨询参保其他计划或转回 Original Medicare 会如何影响您获取 California Medi-Cal (Medicaid) 保障。

第 4 节 在您的会员资格终止之前，您必须继续通过我方计划获取您的医疗用品、服务和药物

在您的会员资格终止和新的 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid) 保障开始之前， 您必须继续通过我方计划获取您的医疗用品、 服务和处方药。

- **继续通过我方网络内医疗服务提供者获取医疗服务。**
- **继续通过我方网络药房或邮购药房配药。**
- **如果您在会员资格终止当天住院，我方计划将保障您的住院，直至出院**（即使您在新的健康保障开始后出院）。

第 5 节 在某些情况下，Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 必须终止您的计划会员资格

如果发生以下任何情况， Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 必须终止您在我方计划中的会员资格 ：

- 如果您不再享有 Medicare Part A 和 Part B 保障
- 如果您不再符合 California Medi-Cal (Medicaid) 资格。如第 1 章第 2.1 节所述，我方计划适用于同时符合 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid) 资格的人员。如果您不再满足我方计划的特殊资格要求，您在本计划中的会员资格将在 3 个月后终止。但在此期间，Medicare Advantage 计划不负责保障您所在州 Medicaid 计划中可能包含的任何 California Medi-Cal (Medicaid) 福利。您将收到我方通知，告知您的会员资格终止以及您有哪些选择。如果对您的资格有任何疑问，请联系会员服务部。
  - 本计划的认定持续资格期为 3 个月。视为持续资格期从州政府通知我们您已失去特殊需求身份的次月第一天开始计算。
- 如果您不支付医疗费用（如适用）
- 如果您搬出了我方服务区域
- 如果您离开我方服务区域超过 6 个月。
  - 如果您搬家或长途旅行，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），了解您的目的地是否在我方计划服务区域内。
- 如果您被监禁（入狱）
- 如果您不再是美国公民、国民或符合条件的非公民

- 如果您在其他提供药品保障的保险相关事宜上撒谎或刻意隐瞒
- 如果您在参保我方计划时故意向我方提供错误信息，且该信息影响了您参保我方计划的资格。（除非事先获得 Medicare 的许可，否则我方不得以此为由要求您退出我方计划。）
- 如果您持续做出扰乱性行为，导致我方难以向您及我方计划其他参保成员提供医疗服务。（除非事先获得 Medicare 的许可，否则我方不得以此为由要求您退出我方计划。）
- 如果您让他人使用您的会员卡获取医疗服务。（除非事先获得 Medicare 的许可，否则我方不得以此为由要求您退出我方计划。）
    - 如果我方以此类理由终止您的会员资格，Medicare 可能会将您的案件交由监察长进行调查。

如果您对我方何时可以终止您的会员资格有任何疑问或需要更多信息， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 5.1 节 我方不能出于任何健康相关原因要求您退出我方计划

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 不得出于任何健康相关原因要求您退出我方计划。

如果发生这种情况， 您该如何操作？

如果您认为自己由于健康原因而被要求退出我方计划， 请致电 Medicare 热线 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

第 5.2 节 如果我方终止您在我方计划中的会员资格，您有权提出投诉

如果我方终止您在我方计划中的会员资格， 我方必须以书面形式告知您终止会员资格的理由。我方还必须说明您如何就我方终止您会员资格的决定提交投诉或提出投诉。

第 11 章：
法律声明

第 1 节 适用法律声明

本*保险证明文件*所适用的主要法律为《社会保障法》第十八编， 以及 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 依据《社会保障法》制定的相关规章。 此外， 可能还适用其他联邦法律 ； 在特定情况下， 您所居住州的州法律也可能适用。 即便这些法律未被纳入本文件或在本文件中未作说明， 仍可能对您的权利与责任产生影响。

第 2 节 不歧视声明

我方健康计划符合联邦民权法。 **我们不会**基于种族、 民族、 国籍、 肤色、 宗教、 性别、 年龄、 精神或身体残疾、 健康状况、 索赔经历、 病史、 遗传信息、 可保性证据或服务区域内的地理位置进行歧视。 所有提供 Medicare Advantage 计划的组织（如我方计划）， 均须遵守禁止歧视的联邦法律， 具体包括 ： 1964 年《民权法案》第六章、 1973 年《康复法案》、 1975 年《反年龄歧视法案》、 《美国残疾人法案》、 《平价医疗法案》第 1557 条， 以及所有适用于接受联邦资金资助组织的其他法律， 和因其他任何原因适用的各类法律法规。

如需了解更多信息， 或对歧视行为、 不公平待遇有疑问/担忧， 可致电卫生与公众服务部**民权办公室**热线 1-800-368-1019（TTY 用户请拨打 1-800-537-7697）， 或联系您所当地的民权办公室。 您还可以访问 HHS.gov/ocr/index.html， 查看卫生与公众服务部民权办公室发布的信息。

如果您有残疾且需要帮助才能获得服务， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。 如果您有投诉需求（如轮椅通行问题）， 会员服务部可提供帮助。

第 3 节 关于 Medicare 二级支付方代位求偿权的声明

对于 Medicare 非首要支付方的承保医疗服务， 我方拥有追偿权利并承担追偿责任。 根据 CMS 在 CFR 第 42 编第 422.108 条及第 423.462 条中的规定， *我方计划*作为 Medicare Advantage 组织， 将行使与卫生与公众服务部部长依据 CFR 第 42 编第 411 部分 B 至 D 分部分相关规定所享有的同等追偿权， 且本节所确立的规则优先于任何州法律。

第 4 节 我方依据您的 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划追偿已支付的福利费用

当您遭受伤害时

如果您因他人、 公司或您本人（“责任方”）的行为而受伤、 生病或出现某种状况， 本计划将为您获得的承保服务提供福利。 然而， 如果您因上述伤害、 疾病或健康状况获得了款项， 或有权获得相应款项（无论该款项是通过和解协议、 法院判决获得， 还是通过与该伤害、 疾病或健康状况相关的其他任何支付方式获得）， 我方计划和/或为您提供治疗的医疗服务服务提供者有权依据适用的州法律， 就通过本计划为您提供的各项服务的价值进行追偿。

在本节所有条款中， “责任方”一词指对您的伤害、 疾病或健康状况实际负有责任或可能负有责任的任何人或实体。 “责任方”一词还包括该责任人或责任实体的责任保险公司或其他保险公司。

因责任方的行为而导致您遭受伤害、 患病或出现某种健康状况的示例包括但不限于 ：

- 您发生了车祸；
- 您在商店内滑倒；或者
- 您在工作中暴露于危险化学品。

我方计划的追偿权适用于您从责任方获得的全部款项， 包括但不限于 ：

- 第三方或任何保险公司代表第三方支付的款项；
- 无保险或保额不足的机动车驾驶人保险；
- 人身伤害保障险、无过失保险或其他任何第一方保险；
- 工伤保险、残疾保险赔偿金或和解款；
- 任何汽车保险、房产保险、房主保险或综合责任保险下的医疗费用保障；
- 从诉讼或其他法律诉讼中收到的任何和解或判决；或
- 从其他任何渠道获得、用于补偿责任方作为或不作为所造成损失的任何其他款项。

接受本计划项下的福利， 即表示您同意， 当本计划已为您因责任方的作为或不作为而获得的承保服务支付福利， 并且您或您的代表从责任方收回或有权收回任何金额时， 本计划享有优先代位求偿权。

您接受本计划提供的福利， 同时还表示 ： (i) 您将向我方计划转让您从任何可用保障中追回医疗费用的权利， 追偿金额以本计划就与您的伤害、 疾病或健康状况相关的所有承保服务所支付的全额费用为限 ； (ii) 您同意明确指示责任方代表您直接向本计划进行偿付。

您接受本计划提供的福利， 还表示您授予我方计划第一顺位留置权， 该留置权针对所有追回款项、 和解款、 判决款或其他补偿来源， 且覆盖本计划就您因责任方的作为或不作为而产生的伤害、 疾病或健康状况所支付的全部承保服务福利费用的追偿款。 无论该款项是否被明确认定为医疗费用追偿款， 也无论您的损失是否已获得全额赔偿或完全弥补， 本顺位规则均适用。 本计划可能会收回本计划提供的所有福利的全部费用， 而不考虑您的任何过失索赔， 无论是相对过

失还是其他原因。 不得从我方计划的追偿款中扣除任何律师费 ； 对于为向责任方主张权利或提起诉讼而聘请律师所产生的诉讼费或律师费， 我方计划无需支付该等费用， 也无需承担该等费用的任何部分。

您必须采取的措施

如果您因责任方的原因遭受伤害、 患病或出现某种健康状况， 您必须配合我方计划和/或为您提供治疗的医疗服务提供者追回相关费用的行动， 具体包括 ：

- 如果您知晓相关信息，需向我方计划或适用的治疗服务提供者告知以下内容：责任方及/或其律师的姓名与地址；如果您已聘请律师，需告知您律师的姓名与地址；涉及的所有保险公司的名称与地址；以及导致您遭受伤害、患病或出现该健康状况的事件描述。
- 填写我方计划或治疗服务提供者为协助行使留置权或追偿权而合理要求的所有文件。
- 针对我方计划或治疗服务提供者就案件或理赔进展情况及任何和解协商提出的问询，及时予以回复。
- 当您本人或您的律师从责任方或其他任何渠道收到款项时，立即通知我方计划。
- 从任何追偿、和解或判决或其他赔偿来源支付医疗留置权或计划追偿金额，包括支付本计划应支付的所有赔偿，这些赔偿是根据本计划支付的与责任方造成的您的受伤、疾病或状况相关的福利的全部费用，无论是否明确认定为医疗费用追偿，也无论您的损失是否得到全部或全额赔偿；
- 不得采取任何损害我方计划上述权利的行为。这包括但不限于：不得试图在和解或追偿中扣减或排除本计划已支付的全部福利费用；不得试图剥夺我方计划的第一顺位追偿权或留置权。
- 将您本人或您的律师从责任方及或其他任何渠道收到的款项以信托方式持有，且在收到该款项后，需优先向我方计划或适用的治疗服务提供者支付本计划应得的追偿款，再向其他任何主张追偿权的潜在留置权人或第三方付款。
- 您有义务配合我方开展上述追偿或超额支付款项的追回工作。

第 5 节 会员卡

依据本*保险证明文件*， 由我方计划发放的会员卡仅用于身份识别。 持有会员卡并不意味着您自动享有本*保险证明文件*项下的任何服务或其他福利。 要获得本*保险证明文件*项下的服务或福利， 会员卡持有者必须符合保障资格， 且已根据本*保险证明文件*登记成为参保成员。 任何人士如果接受其当时不符合本*保险证明文件*资格的服务， 需自行承担该等服务的费用。 参保成员在享受服务时必须出示本计划的会员卡， 而不是 Medicare 卡。 如需更换会员卡， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

注 ： 任何参保成员如果故意允许他人滥用或误用其会员卡， 我方可依据合理理由终止其会员资格。 我方计划必须将因会员卡滥用或误用导致的取消参保上报监察长办公室， 该情况可能引发刑事诉讼。

第 6 节 独立承包商

我方计划与每个参与医疗服务提供者之间为独立承包商关系。 参与医疗服务提供者并非我方计划的员工或代理人 ； 我方计划及我方计划的任何员工， 亦非参与医疗服务提供者的员工或代理人。 在任何情况下， 我方计划均不对任何参与医疗服务提供者或其他医疗服务提供者的过失、 不当行为或不作为承担法律责任。 与参保成员建立医患关系的是参与服务的医师， 而非我方计划。 我方计划并非健康服务的提供者。

第 7 节 医疗保险欺诈

医疗保险欺诈是指医疗服务提供者、 参保成员、 雇主或代表他们行事的任何人对计划的欺骗或虚假陈述。 该行为属于重罪， 可依法提起刑事诉讼。 任何人如果故意且明知故犯地参与旨在欺诈医疗保险计划的活动（例如， 提交包含虚假或欺骗性陈述的索赔申请）， 即可能构成医疗保险欺诈罪。

如果您对账单或福利说明上显示的任何收费存在疑问， 或知晓、 怀疑存在任何非法活动， 请致电我方计划的免费欺诈举报热线 1-866-685-8664（TTY 用户请拨打 711）。 欺诈举报热线每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。 所有通话均严格保密。

第 8 节 本计划无法控制的情况

如果自然灾害、 战争、 骚乱、 内乱、 流行病、 设施全部或部分损毁、 原子爆炸或其他核能泄漏、 主要医疗集团人员无法履职、 紧急状态或其他类似的、 非我方计划所能控制的事件， 导致我方计划的设施或人员无法提供或协调安排本*保险证明文件*项下的服务或福利， 则我方计划提供该等服务或福利的义务， 将仅限于在其现有设施或人员可调配范围内， 秉持诚实信用原则尽力提供或协调安排该等服务或福利。

第 12 章：
定义

门诊手术中心 – 门诊手术中心是专门为无需住院的患者提供门诊手术服务的机构， 患者在该中心的预计停留时间不超过 24 小时。

申诉 – 如果您不同意我方拒绝您关于医疗服务或处方药的承保申请， 或拒绝为您已接受的服务、已获取的药品支付费用， 您可以提出申诉。 如果您不同意我方对停止您所获得服务的决定， 您也可以提出申诉。

生物制品 – 从动物细胞、 植物细胞、 细菌或酵母等天然活体来源制取的处方药。 生物制品比其他类型药品结构更复杂， 无法完全复制， 因此其替代形式称为生物类似药。 （详见“**原研生物制品**”和“**生物类似药**”）。

生物类似药 – 与原研生物制品高度相似但不完全相同的生物制品。 生物类似药与原研生物制品具有同等安全性和有效性。 部分生物类似药在药房可替代原研生物制品， 无需重新开具处方（详见“**可互换生物类似药**”）。

品牌药 – 由最初研发该药品的制药公司生产和销售的处方药。 品牌药与其仿制药含有相同的活性成分配方， 但是， 仿制药由其他药品生产商生产和销售， 通常在品牌药专利到期之后才可上市。

护理计划 – 一项关于您将获得哪些服务以及如何获得这些服务的计划。 您的计划可能包括医疗服务与行为健康服务。

护理团队 – 护理团队可能包括医生、 护士、 咨询师或者其他专业保健人员， 他们会帮助您获得所需的护理。 您的护理团队还会帮助您制定护理计划。

高额保障阶段 – D 部分药品福利中的一个阶段， 当您本人（或代表您的其他合格主体）在保障年度内为 D 部分承保药品累计支出达到 $2,400 美元时， 即进入该阶段。 在此支付阶段， 您无需为您承保的 D 部分药物以及我们增强福利所涵盖的除外药物支付任何费用。

Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) – 负责管理 Medicare 的联邦政府机构。

共保比例 – 您可能需按一定百分比（如 20%）支付的医疗服务或处方药费用， 这部分属于您需承担的分摊费用。

投诉 – 提出投诉的正式名称是**提交投诉**。 投诉流程仅用于某些类型的问题。 这包括有关医疗服务质量、 等待时间和您获得的客户服务的问题。 如果我方计划未遵守申诉流程中的时限要求， 此类情况也可通过投诉处理。

综合门诊康复机构 (CORF) – 主要在疾病或损伤后提供康复服务的设施， 包括物理治疗、 社会或心理服务、 呼吸治疗、 职业治疗和言语病理服务以及家庭环境评估服务。

共付额 – 您在获取医疗服务或医疗用品（如医生诊室就诊、 医院门诊就诊或处方药）时， 可能需支付的分摊费用。 共付额是固定金额（例如 $10）， 而非百分比形式。

分摊费用 – 分摊费用指参保成员在获取医疗服务或药品时必须支付的费用。 分摊费用包含以下 3 类支付方式的任意组合 ： (1) 计划规定的、 在服务或药品获得承保前需支付的免赔额 ； (2) 计划规定的、 在获取特定服务或药品时需支付的固定共付额 ； 或 (3) 计划规定的、 在获取特定服务或药品时需支付的共保比例金额（即服务或药品总费用的一定百分比）。

分摊费用等级 – 承保药品清单中的每种药物均归属于六个分摊费用等级中的某一级。 通常， 分摊费用等级越高， 药物的费用越高。

保障范围认定 – 关于为您开具的药品是否在我方计划承保范围内， 以及您需为该处方支付金额（如果有）的判定。 通常下， 如果您将处方送至药房， 药房告知该处方不在我方计划承保范围内， 此情形不属于保障范围认定。 您需通过致电或书面形式联系我方计划， 申请就承保范围作出正式认定。 本文件中的保障范围认定称为**承保决定**。

承保药品 – 我方用于表示我方计划承保的所有药品的术语。

承保服务 –我方用于表示我方计划承保的所有医疗服务和用品的术语。

等效处方药保险范围 – 处方药保障（例如由雇主或工会提供）， 其平均预期支付水平至少不低于 Medicare 标准处方药保险的支付水平。 在 Medicare 参保资格时已享有此类保障的人员， 如果之后决定参保 Medicare 处方药保险， 通常可继续保留该保障且无需支付罚金。

监护型护理 –监护型护理指当您无需专业医疗服务或专业护理服务时， 在护理院、 临终关怀机构或其他机构场接受的个人照护服务。 监护型护理由不具备专业技能或相关培训的人员提供， 内容包括协助完成日常生活活动， 如洗澡、 穿衣、 进食、 上下床或椅子、 行动以及入厕等 ； 也可能包括大多数人可自行完成的健康相关护理， 如滴眼药水。 Medicare 不承担监护型护理的费用。

每日费用分摊率 – 当医生为您开具的某些药品剂量不足一个月的完整供应量， 且您需支付共付额时， 可能会适用每日费用分摊率。 每日费用分摊率是等于一个月供应量的共付额除以一个月供应量对应的天数。 以下是一个示例 ： 如果某药品一个月供应量的共付额为 $30， 且在我方计划中一个月供应量对应 30 天， 则您的每日费用分摊率为每天 $1。

免赔额 – 在我方计划开始支付前， 您必须为医疗服务或处方药支付的金额。

取消参保或**退出参保** – 终止您在本计划中会员资格的流程。

配药费 – 每次调配承保药品时收取的费用， 用于支付处方配药费用， 如药剂师准备和包装处方药花费的时间成本。

双重资格特殊需求计划 (D-SNP) – D-SNP 面向同时有权享受 Medicare（《社会保障法》第十八编）和州 Medicaid（《社会保障法》第十九编）医疗补助的人员。 根据各州规定及个人资格情况， 各州会承担部分或 Medicare 费用。

双重资格人士 – 符合 Medicare 和 Medicaid 资格的人士。

耐用医疗设备 (DME) – 您的医生出于医学原因订购的特定医疗设备。 例如 ： 助行器、 轮椅、 拐杖、 电动床垫系统、 糖尿病用品、 静脉输液泵、 语言生成设备、 氧气设备、 雾化器， 或由医疗服务提供者开具处方， 供在家使用的病床。

急诊 – 医疗紧急情况是指您本人或任何具备基础健康与医学常识的理性普通人均认为， 您出现的医疗症状需立即接受医疗干预， 否则可能导致死亡（如果您为孕妇， 则可能导致胎儿死亡）、 肢体缺失或肢体功能丧失， 或身体机能永久严重受损。 此类医疗症状可能表现为突发疾病、 意外伤害、 剧烈疼痛， 或病情迅速恶化的健康状况。

急诊医疗 – 符合以下条件的承保服务 ： 1) 由具备提供急诊服务资质的医疗服务提供者提供 ； 2) 为治疗、 评估或稳定紧急医疗状况所必需。

保险证明文件 (EOC) 和披露信息 – 该文件连同您的参保申请表以及任何其他附件、 附加条款或选定的其他可选承保内容， 共同说明您所享有的承保范围、 我方义务、 您的权利以及您作为我方计划参保成员必须履行的责任。

例外审批 – 一种承保决定类型， 如果获得批准， 您可获得我方处方集中未列入的药品（处方集例外申请）， 或按更低的分摊费用等级获取非优选药物（药品分级例外申请）。 在以下情况下， 您也可申请例外审批 ： 本计划要求您在使用所申请药品前先试用其他药品 ； 本计划要求某药品需获得事先授权， 而您希望我方免除相关标准限制 ； 或我方计划对您所申请药品的数量或剂量有限制（处方集例外申请）。

额外补助 – Medicare 推出的一项计划， 旨在帮助收入和资产有限的人群支付 Medicare 处方药计划相关费用， 如保费、 免赔额和共保比例费用。

仿制药 – 经 FDA 批准， 与品牌药具有相同活性成分的处方药。 一般而言， 仿制药的疗效与品牌药相同， 但价格通常更低。

投诉 – 您对本计划、 医疗服务提供者或药房提出的一类投诉， 包括关于医疗服务质量的投诉。 此类投诉不涉及保障范围或费用支付纠纷。

健康风险评估 – 审查您的病史和当前状况。 它用于了解您的健康状况以及未来可能发生的变化。

家庭健康护工服务 – 提供无需持证护士或治疗师专业技能的服务的人员， 服务内容包括协助个人照护（例如洗澡、 入厕、 穿衣或完成医嘱锻炼）。

临终关怀 – 为经医学证明处于终末期的参保成员提供特殊治疗的福利， 终末期即预计生存期不超过 6 个月。 我方计划必须向您提供一份您所在地区的临终关怀机构名单。 如果您选择接受临终关怀服务且继续支付保费， 您仍为本计划参保成员， 可继续享受所有医疗必需服务以及我方提供的补充福利。

住院治疗 – 您因需接受专业医疗服务而被正式收治入院后的住院。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。

收入相关月调整额 (IRMAA) – 如果您两年前向 IRS 纳税申报单中申报的调整后毛收入（经修正后）超过特定金额， 您除需支付标准保费外， 还需支付收入相关月调整额， 简称 IRMAA。 IRMAA 是附加在您保费中的额外费用。 Medicare 参保人群中， 受影响的比例不足 5%， 因此大多数人无需支付更高的保费。

初始保障阶段 – 指您支付免赔额（如有）之后， 且在年度内您的自付费用尚未达到自付费用阈值前的阶段。

初始参保期 – 您首次符合 Medicare 资格时， 可参保 Medicare Part A 和 Part B 的时间段。 如果您年满 65 岁时符合 Medicare 资格， 您的初始参保期为 7 个月， 即从您年满 65 岁当月的前 3 个月开始， 包含您年满 65 岁的当月， 至年满 65 岁当月的后 3 个月结束。

整合式 D-SNP – 一种 D-SNP， 针对同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格的特定人群， 将 Medicare 与大部分或全部 Medicaid 服务纳入单一健康计划中提供。 这些人又称为完全受益的双重资格人士。

可互换生物类似药 – 一种生物类似药， 由于其符合关于自动替代可能性的额外要求， 可在药房中作为原研生物类似药的替代品使用， 而无需开具新的处方。 药房的自动替代需遵守州法律规定。

承保药品清单（处方集或药品目录） – 我方计划所承保的处方药清单。

低收入补助 (LIS) – 详见“额外补助”。

药厂折扣计划 – 一项由药品生产商支付我方计划中承保的 D 部分品牌药和生物制品部分全额费用的计划。 折扣金额依据联邦政府与药品生产商签订的协议确定。

最高公平价格 – Medicare 为选定药物协商确定的价格。

最高自付额 – 您在一个日历年中， 针对网络内 A 部分和 B 部分承保服务所需支付的最高自付费用。 您支付的 Medicare Part A 和 Part B 保费， 以及处方药品费用， 均不计入该最高自付额。（**注 ：** 由于我方计划参保成员也可获得 Medicaid 的援助， 因此极少有成员达到此最高自付额。 ）

Medicaid（或 Medical Assistance） – 由联邦政府与州政府联合运营的计划， 旨在为部分低收入、 资产有限的人群提供医疗费用援助。 各州的医疗补助计划存在差异， 但如果您同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格， 大部分医疗费用通常都在保障范围内。

医疗集团 – 由医生（包括 PCP 和专科医生）以及其他医疗服务提供者（包括医院）组成的联合体， 这类联合体与本计划签订协议， 为参保人提供医疗服务。 参见第 1 章第 4.2 节。

医学认可适应症 – 药品的某种用途， 该用途需经 FDA 批准， 或得到特定权威依据（如 American Hospital Formulary Service Drug Information 及 Micromedex DRUGDEX Information System）的支持。

必要的医疗 – 指相关服务、 医疗用品或药品为预防、 诊断或治疗您的健康状况所必需， 且符合公认的医疗实践标准。

Medicare – 联邦政府的健康保险计划， 覆盖人群包括 ： 65 岁及以上人士、 部分 65 岁以下患有特定残疾的人士， 以及终末期肾病（通常指需接受透析治疗或肾脏移植的永久性肾衰竭）患者。

Medicare Advantage 开放参保期 – 指每年 1 月 1 日至 3 月 31 日， Medicare Advantage 计划的参保成员可取消当前计划参保资格， 转为参保其他 Medicare Advantage 计划， 或通过 Original Medicare 获得保障的这段时间。 如果您在此期间选择更换为 Original Medicare， 则还可参保一项

独立的 Medicare 处方药计划。 个人首次符合 Medicare 资格后的 3 个月内， 也可以享有 Medicare Advantage 开放参保期。

Medicare Advantage (MA) 计划 – 有时称为 Medicare Part C。 一家私人公司提供的计划， 该公司与 Medicare 签订协议， 为您提供您享有的所有 Medicare Part A 和 Part B 福利。 Medicare Advantage 计划的类型包括 ： i) HMO、 ii) PPO、 iii) 私人服务费 (PFFS) 计划或 iv) Medicare 医疗储蓄账户 (MSA) 计划。 除上述类型外， Medicare Advantage HMO 或 PPO 也可以是特殊需求计划 (SNP)。 在大多数情况下， Medicare Advantage 计划还会提供 Medicare Part D（处方药保障）。 这些计划称为 **Medicare Advantage 计划附加处方药保障**。

Medicare 承保服务 – 指 Medicare Part A 和 Part B 承保的服务。 所有 Medicare 健康计划均必须覆盖 Medicare Part A 和 B 承保的所有服务。 “Medicare 承保服务”这一术语不包括 Medicare Advantage 计划可能提供的额外福利， 如视力、 牙科或听力相关福利。

Medicare 健康计划 – Medicare 健康计划由私人公司提供， 该公司与 Medicare 签订协议， 为参保我方计划的 Medicare 参保人提供 A 部分和 B 部分福利。 该术语涵盖所有 Medicare Advantage 计划、 Medicare 费用计划、 特殊需求计划、 示范/试点计划， 以及全面老年护理计划 (PACE)。

Medicare 药物保障 (Medicare Part D) – 用于协助支付门诊处方药、 疫苗、 生物制品以及部分未被 Medicare Part A 或 Part B 覆盖的用品费用的保险。

药物疗法管理 (MTM) 计划 – 一项 Medicare Part D 计划， 面向有复杂健康需求且符合特定条件或已参保药物管理计划的人群提供服务。 MTM 服务通常包括与药剂师或医疗服务提供者沟通， 对所用药物进行审查。

Medigap（Medicare 补充保险）保单 – 由私人保险公司销售的 Medicare 补充保险， 以弥补 Original Medicare 的*保障缺口*。 Medigap 保单仅适用于 Original Medicare。 （Medicare Advantage 计划不属于 Medigap 保单。 ）

参保成员（我方计划成员或计划成员） – 符合 Medicare 资格、 可享受承保服务、 已参保我方计划且其参保资格已获得 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 确认的个人。

会员服务 – 我方计划设立的一个部门， 负责解答您关于会员资格、 福利、 投诉及申诉的问题。

网络药房 – 与我方计划签订协议的药房， 我方计划参保成员可在该药房享受处方药福利。 大多数情况下， 仅在我们的网络内药房配药时， 您的处方药才在承包范围内。

网络内医疗服务提供者 – **医疗服务提供者**是对医生、 其他健康护理专业人员、 医院及其他医疗机构的统称， 他们需获得 Medicare 及所在州的许可或认证， 方可提供医疗服务。 **网络内医疗服务提供者**已与我方计划签订协议， 同意接受我方支付的款项作为全额付款 ； 在部分情况下， 还需为我方计划会员协调并提供承保服务。 网络内医疗服务提供者也称为**计划医疗服务提供者**。

开放参保期 – 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之间的时间， 在此期间会员可更换其健康计划或药品计划， 或转为参保 Original Medicare。

组织认定 – 我方计划就某物品或服务是否在承保范围内， 或您必须为承保的物品/服务支付多少费用作出的决定。 本文件中的组织认定称为承保决定。

原研生物制品 – 已获得 FDA 批准， 并作为生产商研发生物类似药参照基准的生物制品， 又称参照产品。

Original Medicare（传统型 Medicare 或按服务收费模式 Medicare） – Original Medicare 由政府提供， 而不是像 Medicare Advantage 和处方药计划这样的私人健康计划。 在 Original Medicare 下，政府按照国会规定的支付标准， 向医生、 医院及其他医疗服务提供者支付费用， 从而覆盖相应的 Medicare 服务。 您可以选择任何接受 Medicare 的医生、 医院或其他医疗服务提供者就诊。 您必须支付免赔额。 Medicare 支付其应承担的、 经 Medicare 批准的费用部分， 您需支付自己那部分。 Original Medicare 包含 2 个部分 ： A 部分（住院保险）和 B 部分（医疗保险）， 在美国各地均可参保。

网络外药房 – 未与我方计划签订协议、 不为我方计划参保成员协调或提供承保药品的药房。 通常， 您从网络外药房获取的药品不在我方计划承保范围内， 除非满足特定条件。

网络外医疗服务提供者或网络外机构 – 未与我方计划签订协议、 不为我方计划会员协调或提供承保服务的医疗服务提供者或医疗机构。 网络外医疗服务提供者并非我方计划雇佣、 所有或运营的主体。

自付费用 – 详见前文关于分摊费用的定义。 对参保成员需支持部分已接受服务或药品的分摊费用的要求， 又称“参保成员自付费用要求”。

自付费用阈值 – 您针对 D 部分药物需自行支付的最高金额。

PACE 计划 – PACE（全面老年护理计划）将医疗、 社会服务以及长期服务与支持 (LTSS) 整合在一起， 专为体弱老人提供全方位服务， 旨在帮助他们尽可能长久地保持生活自理能力， 并继续居住在社区中（而不是搬进护理院）。 参保 PACE 计划的人可通过我方计划同时 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分 – 详见 Medicare Advantage (MA) 计划。

D 部分 – 自愿性 Medicare 处方药福利计划。

D 部分药物 – 可纳入 D 部分承保范围的药物。 我方可能承保所有 D 部分药物， 也可能只承保部分 D 部分药物。 国会已将某些类别的药物排除在 D 部分的承保范围之外。 每个计划都必须承保特定类别的 D 部分药物。

D 部分延迟参保罚款 – 如果您在首次符合 D 部分计划参保资格后， 连续 63 天或更长时间未具有等效保险范围（即平均预期支付水平至少不低于 Medicare 药品保险的支付水平）， 则需在 Medicare 药物保险的月度计划保费中额外增加一笔费用， 这就是 D 部分延迟参保罚款。 如果您失去额外补助资格， 且未享有 D 部分保障或其他等效药物保险范围的连续时长达到 63 天或以上， 则可能需缴纳延迟参保罚款。

优选分摊费用 – 优选分摊费用意味着在特定网络药房， 特定承保 D 部分药物的分摊费用更低。

保费 – 为获取健康或处方药保障， 向 Medicare、 保险公司或健康服务计划定期支付的费用。

预防服务 – 帮助您保持健康、 及早发现健康问题、 确定最有效治疗并预防某些疾病的医疗保健服务。 预防服务包括检查、 注射、 化验和筛查。 它们还包括健康监测计划， 以及帮助您维护自身健康的咨询和教育。

初级医疗服务提供者 (PCP) – 您在出现大多数健康问题时首先咨询的医生或其他医疗服务提供者。 在许多 Medicare 健康计划中， 您必须先咨询初级医疗服务提供者， 之后才能咨询其他医疗服务提供者。

事先授权 – 根据特定标准提前批准获得服务或某些药物。 需要事先授权的承保服务在第 4 章的医疗福利一览表中以斜体标记。 需要事先授权的承保药品在处方集中带有标记， 我方审批标准已在我方网站公布。

假体和矫形器 – 医疗设备， 包括但不限于手臂支具、 背部支具、 颈部支具、 假肢、 假眼， 以及用于替代体内器官或功能的器械（含造口用品、 肠内营养治疗器械和肠外营养治疗器械）。

质量改进组织 (QIO) – 由执业医生及其他健康服务专家组成的团体， 这些人员由联邦政府支付薪酬， 负责检查和提升 Medicare 患者获得的医疗服务质量。

数量限制 – 一种管理工具， 旨在从质量、 安全性或使用合理性角度限制药品的使用。 限制内容可能包括 ： 单次处方中我方计划承保的药品剂量， 或特定时间段内承保的药品总量。

实时福利查询工具 (Real-Time Benefit Tool) – 一个门户网站或计算机应用程序， 供参保人查询完整、 准确、 及时且符合临床需求的参保人专属处方集与福利信息。 查询内容包括 ： 分摊费用金额、 可用于治疗与某一药品相同健康状况的替代处方集药物， 以及适用于替代药物的承保限制（事先授权、 阶梯疗法、 数量限制）。

转诊 – 由您的初级医疗服务医生开具的书面单据， 用于授权您就诊专科医生或获取特定医疗服务。 如无转诊证明， 我方计划可能不会承担专科医生的服务费用。

康复服务 – 这些服务包括住院康复护理、 物理治疗（门诊）、 言语和语言治疗以及职业治疗。

选定药物 – D 部分承保的药物， Medicare 为该药物协商了最高公平价格。

服务区域 – 您需在此居住才能参保某一特定健康计划的地理区域。 对于限制参保成员可使用医生与医院范围的计划， 该区域通常也是您可获取常规（非急诊）服务的区域。 如果您永久迁出我方计划的服务区域， 我方计划必须为您取消参保。

专业护理机构 (SNF) 护理 – 在专业护理机构内每日持续提供的专业护理服务与康复服务。 服务示例包括 ： 只能由注册护士或医生操作的物理治疗或静脉注射。

特殊需求计划 – 一种特殊类型的 Medicare Advantage 计划， 为特定人群提供更有针对性的健康照护， 例如同时享有 Medicare 和 Medicaid、 住在护理院或患有某种慢性医疗病症的人士。

标准分摊费用 – 标准分摊费用是指除网络药房提供的优选分摊费用之外的分摊费用。

阶梯疗法 – 一种医疗使用工具， 要求您在使用医生最初开具的药品前， 先试用另一种可治疗您健康状况的药品， 我方计划才会承保医生最初开具的药品。

补充保障收入 (SSI) – 社会保障局按月向收入与资产有限的残疾人、 盲人或 65 岁及以上人群发放的福利金。 SSI 福利与社会保障福利不同。

急需服务 – 计划承保的急需医疗服务是指需立即接受医疗干预但不属于急诊的服务， 且需满足以下任一条件 ： 您暂时身处本计划服务区域之外 ； 或者， 综合时间、 地点及具体情况， 向网络内医疗服务提供者获取该服务并不合理。 急需服务的示例包括突发疾病、 意外伤害或既有疾病的意外急性发作。 即使您身处我方计划服务区域外， 或我方计划网络暂时无法提供服务， 具备医学必要性的常规就诊（如年度体检）也不被视为急需服务。

Wellcare Spendables® 卡 – 由本计划预先充值的借记卡， 可用于协助支付医疗福利一览表中所列项目的费用。

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 会员服务

方法	会员服务部 – 联系信息
电话	1-800-431-9007 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 请注意， 在 4 月 1 日至 9 月 30 日的非工作时间、 周末和联邦节假日期间， 我方自动电话系统可能会接听您的来电。 如果您留下语音消息， 请提供您的姓名和电话号码， 将有一名团队成员在一 (1) 个工作日内给您回电。 会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）还为非英语用户提供免费的语言翻译服务。
TTY	711 此号码通话免费。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点， 4 月 1 日至 9 月 30 日期间， 代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。
写信	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)
California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 是一项州级计划， 由联邦政府提供资金， 为享有 Medicare 的人士提供免费的本地健康保险咨询服务。

方法	联系信息
电话	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 该号码需通过专用电话设备拨打， 且仅面向听障或语障人士。
写信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

PRA 披露声明 *根据 1995 年颁布的《文书削减法》， 除非显示有效的白宫管理和预算局 (OMB) 控制编号， 否则任何人都不需要对信息收集作出回应。 此信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1051。 如果您对本表单改进有任何意见或建议， 请致函 ： CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。*