Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

参保手册

2027 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

您在 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 下的医疗和药品保障

*《参保手册》*简介

本*参保手册*（也称为*保险证明文件*）介绍截至 2027 年 12 月 31 日我方计划为您提供的保险范围。本手册详细说明了医疗保健服务、行为健康（心理健康和物质滥用障碍）服务、药物保险以及长期服务与支持。本*参保手册***第 12 章**按字母顺序列出了关键术语及其定义。

这是一份重要的法律文件， 请妥善保管。

本*参保手册*中提及的“我们”、“我方”、“我们的”或“我方计划”均指 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)。

本文件免费提供以下语言版本：阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语（高棉语）、中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语、他加禄语和越南语。

您可以通过拨打本页底部的号码联系会员服务，免费获取本文件的其他格式版本（如大字体、盲文和/或音频）。通话免费。

- 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
- 如需提出固定请求、 更改固定请求或提出一次性请求， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007 （TTY ： 711）。 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。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free of charge.

Arabic

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

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

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

Hindi
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

Hmong
THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

Japanese
注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-800-431-9007（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。これらのサ ービスは無料です。

Korean
주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian
ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

Mien
LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

Cambodian

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Farsi

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

Russian

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish
ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog
ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

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

Ukrainian
УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Vietnamese
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

其他语言
您可以免费获取本*参保手册*及其他计划材料的其他语言版本。 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 提供来自合格译员的书面翻译。 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY ： 711）。 通话免费。 请阅读本*参保手册*， 了解更多关于医疗保健语言协助服务的信息， 例如口译和笔译服务。

其他格式

您能够以盲文、 20 号字体大字印刷、 音频和可访问的电子格式（数据光盘 (CD)）等其他格式及时获取这些信息， 无需支付任何费用。 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY ： 711）。 通话免费。

语言接入服务

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 每天 24 小时免费提供来自合格口译员的口译服务以及手语翻译。 您不必让家人或朋友充当口译员。 除非遇到急诊情况， 否则我们不鼓励使用家人或朋友（尤其是未成年人）担任口译员。 语言接入服务（包括口译服务）均免费提供。 口译服务每周 7 天、 每天 24 小时提供。 如需语言帮助， 或需获取本手册的其他语言版本， 请致电 1-800-431-9007 (TTY: 711)。 通话免费。

2027 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

参保手册

目录

第 1 章：参保成员入门指南 12
第 2 章：重要的电话号码和资源 24
第 3 章：利用我方计划保障支付您的医疗保健及其他承保服务的费用 44
第 4 章：福利一览表 67
第 5 章：获取门诊药物 136
第 6 章：您为 Medicare 和 Medi-Cal 药品支付的费用 155
第 7 章：要求我们支付您所收到的承保服务或药品账单中我们应承担的部分 165
第 8 章：您的权利和责任 172
第 9 章：如果您有问题或投诉（承保决定、申诉、投诉），该怎么办 193
第 10 章：终止您在我方计划中的会员资格 235
第 11 章：法律声明 245
第 12 章：重要词汇定义 251

免责声明

- Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，它是一项 HMO、PPO、PDP 计划，与 Medicare 签订了合同，且是经批准的 D 部分赞助商。我们的双重资格特殊需求计划 (D-SNP) 与州 Medicaid 计划签订了合同。是否能参保我方计划取决于合同续约情况。
- 根据护理模式审查，Wellcare Health Net Dual Align (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。
- 除急诊情况外，网络外/非签约医疗服务提供者没有义务为 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 参保成员提供治疗。请拨打我们的会员服务号码或查阅您的*参保手册*了解更多信息，包括适用于网络外服务的分摊费用。
- 所述福利是慢性病特殊补充福利的一部分。并非所有参保成员都符合资格。除了属于高风险群体外，您还必须患有一种或多种以下慢性疾病：癌症、心血管疾病、慢性且致残的精神健康疾病、慢性肺部疾病、糖尿病。还有其他未列出的符合条件的疾病。您是否符合此项福利的资格，不能仅根据您的健康状况来确定。在提供该福利之前，必须满足所有适用的资格要求。有关详细信息，请与我们联系或查看计划的参保手册。
- 福利和/或共付额可能在 2028 年 1 月 1 日发生变化。
- 我们的承保药品、药房网络和/或医疗服务提供者网络可能随时发生变化。如有任何可能影响您的变更，您将至少提前 30 天收到通知。

第 1 章：参保成员入门指南

简介

本章包含有关 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的相关信息以及您在该计划中的会员相关信息， 该健康计划涵盖您的所有 Medicare 服务， 统筹协调您的所有 Medicare 和 Medi-Cal 服务。 此外， 本章还会说明您将面临哪些情况以及您将从我们这里获得哪些其他信息。 本《*参保手册*》的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 欢迎加入我方计划 14

B. 关于 Medicare 和 Medi-Cal 的信息 14

B1. Medicare 14

B2. Medi-Cal 15

C. 我方计划的优势 15

D. 我方计划的服务区域 16

E. 要成为计划参保成员需要具备哪些条件 16

F. 首次加入我们的健康计划时会出现的情况 17

G. 您的护理团队和护理计划 18

G1. 护理团队 18

G2. 护理计划 18

H. 重要费用摘要 19

H1. 计划保费 19

H2. Medicare 处方药支付金额 19

I. 本《*参保手册*》 19

J. 我们为您提供的其他重要信息 20

J1. 您的参保成员 ID 卡 20

J2. *医疗服务提供者和药房目录* 21
J3. *承保药品清单* 22
J4. *福利说明* 22
K. 及时更新您的会员记录 22
K1. 个人健康信息 (PHI) 隐私权 23

A. 欢迎加入我方计划

我方计划为有资格参加 Medicare 和 Medi-Cal 计划的个人提供 Medicare 和 Medi-Cal 服务。 我方计划包括医生、 医院、 药房、 长期服务与支持提供者、 行为健康服务提供者和其他医疗服务提供者。 我们还配备了帮助您管理您的医疗服务提供者及服务的护理协调员和护理团队。 他们通力合作， 为您提供所需的护理。

值得信赖的体验

您已加入一个值得信赖的健康计划。

Wellcare 致力于帮助 California 享有 Medicare 和 Medi-Cal 的人群获取所需的医疗服务。 我们通过让您能够便捷使用 Medicare 和 Medi-Cal 福利及服务实现这一目标， 同时提供额外支持 ：

- 我们为提供卓越的客户服务感到自豪 ； 这通过向我们的参保成员提供专注、 积极、 个性化的服务来实现。 我们训练有素的会员服务工作人员不会让您久等， 并可通过使用口译服务来支持多种语言沟通。 我们像帮助自己的家人一样帮助您了解和使用您的福利， 并迅速为您提供获取护理所需的解答。
- 近 25 年来， 我们一直致力于建立高质量的医生网络。 我们网络中的医生和专科医生通过医疗集团协同合作， 确保您在需要时获得所需的护理。
- 您所在的社区亦是我们所在的社区 — 我们是一家在当地开展业务的全国性公司。 我们的许多员工与您生活在同一区域。

B. 关于 Medicare 和 Medi-Cal 的信息

B1. Medicare

Medicare 是适用于下述人士的联邦健康保险计划 ：

- 65 岁或以上人士，
- 部分 65 岁以下有特定残疾的人士， **以及**
- 患有终末期肾病 （肾衰竭） 的人士。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California Medicaid 计划的名称。 Medi-Cal 由州政府运营， 并由州政府和联邦政府支付相关费用。 Medi-Cal 帮助收入和资产有限的人士支付长期服务与支持 (LTSS) 费用以及医疗费用。 该计划承保 Medicare 不承保的额外服务和药物。

各州政府自行决定 ：

- 收入和资产的计算方式，
- 符合资格的人员，
- 承保的服务， **以及**
- 服务费用。

州政府可在遵循联邦规则的情况下决定如何运营计划。

Medicare 和 California 州批准了我方计划。 您可以通过我方计划获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务， 但前提是 ：

- 我们选择提供该计划， **以及**
- Medicare 和 California 州允许我们继续提供该计划。

即使我方计划将来停止运营， 您获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务的资格也不会受到影响。

C. 我方计划的优势

现在， 您将通过我方计划获得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服务， 包括药物。 **您不需要支付额外费用即可加入本健康计划。**

我们帮助您更好地整合 Medicare 和 Medi-Cal 福利。 其中一些优势包括 ：

- 您的**大部分**医疗保健需求， 都可以通过与我们合作来得到满足。
- 您将亲自参与组建您的护理团队。 您的护理团队可能包括您自己、您的看护人、医生、护士、 顾问或其他医疗保健专业人员。
- 您会配有护理协调员。 该人员与您、 我方计划以及您的护理团队合作， 帮助制定护理计划。
- 您能够在护理团队和护理协调员的帮助下自行管理护理服务。

- 您的护理团队和护理协调员将与您一起， 制定旨在满足**您的**健康需求的护理计划。 护理团队会帮助协调您所需的服务。 例如， 这意味着您的护理团队会确保 ：
  - 您的医生知晓您服用的所有药物， 以便他们可以确保您服用正确的药物， 并减少药物可能给您带来的副作用。
  - 酌情与您的所有医生和其他医疗服务提供者共享您的检查结果。

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的新参保成员 ： 在大多数情况下， 您在申请加入 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 后的次月 1 日， 将成为该计划参保成员，获享 Medicare 福利。 您可能仍会通过之前的 Medi-Cal 健康计划再获得一个月的 Medi-Cal 服务。 之后， 您将通过 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 获得 Medi-Cal 服务。 您的 Medi-Cal 保障不会出现中断。 如有任何疑问， 请拨打本页底部的电话与我们联系。

D. 我方计划的服务区域

我们的服务区域包括 California 的以下县 ： Los Angeles。

仅居住在我们服务区域内的人员才能加入我方计划。

如果您搬离我们的服务区域， 则将无法继续参保我方计划。 请参阅本*《参保手册》*的**第 8 章**， 详细了解搬离服务区域的影响。

E. 要成为计划参保成员需要具备哪些条件

只要您符合以下条件， 就有资格参加我方计划 ：

- 居住在我们的服务区域内 （监禁人员不被视为居住在服务区域内， 即使其实际身处该区域内）， **并且**
- 参保时年满 21 岁， **且**
- 同时参保 Medicare Part A 和 Medicare Part B， **且**
- 是美国公民、 国民或符合条件的非公民， **以及**
- 目前有资格参保 Medi-Cal。
- 如果您失去 Medi-Cal 资格， 但预计可在三个月内重新获得， 我们将继续提供 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 提供的所有 Medicare 福利。 当您的 Medi-Cal 保

险终止后， 我们将不再支付您的 Medi-Cal 福利费用。 我们将支付如果您未失去 Medi-Cal 资格时 Medi-Cal 本应承担的任何 Medicare 分摊费用。 如需更多信息， 请拨打本页底部列出的号码联系会员服务。

我们将协助您重新获得 Medi-Cal 资格。 如果您仍在我们这里参加 Medicare 保险期间恢复了 Medi-Cal 资格， 我们将恢复支付您的 Medi-Cal 福利， 您在我们计划中的参保也将继续。 如果您无法在三个月内重新获得 Medi-Cal 资格， 我们将取消您参保 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的资格。 如果您在参保资格被终止后重新获得Medi-Cal资格， 则需要联系我们重新加入该计划。

如需了解更多信息， 请致电会员服务。

F. 首次加入我们的健康计划时会出现的情况

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。 此 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、 电话或邮件完成 HRA。 我们将每年与您联系， 了解您的需求是否有任何变化。

我们将向您发送有关此 HRA 的更多信息。

如果您是初次加入我方计划， 在特定时间段内， 即便您目前就诊的医生不在我们的网络内，您仍可继续选择他们提供医疗服务。 我方将此称为 “持续护理”。 如果您当前使用的医疗服务提供者不在我们的网络内， 您可在参保时保留当前医疗服务提供者和服务授权最多 12 个月，但前提是满足以下所有条件 ：

- 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：711）提出此申请。如果您涉及人身安全风险，我方在三天内必响应。
- 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：您可以就耐用医疗设备 (DME) 服务提供者提出此申请并要求继续使用至少 90 天，直到我们授权新的 DME 租赁并由网络内医疗服务提供者交付租赁物品。虽然您不能就交通服务或其他辅助服务提供者提出此申请，但您可以申请我方计划未包括的交通服务或其他辅助服务。

在连续护理期结束后，您需选择 Wellcare Health Net Dual Align (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。网络内医疗服务提供者指与健康计划合作的医疗服务提供者。当您加入我方计划时，您将被分配至 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 网络内的参与医疗集团。还会为您分配来自该参与医疗集团的初级医疗服务提供者 (PCP)。要选择您的 PCP，请访问我们的网站 go.wellcare.com/HealthNetCA，并从我方计划网络中选择 PCP。会员服务部也可以协助您选择 PCP。选择您的 PCP 后，请致电会员服务并告知您的选择。您的 PCP 必须在我方网络内。如需详细了解如何获取护理，请参阅本*参保手册***第 3 章**。

G. 您的护理团队和护理计划

G1. 护理团队

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、您的专科医生或您选择的其他医疗保健人员。

护理协调员是一名经过培训可帮助您管理所需护理的人员。当您参保我方计划时，您会分配到一名护理协调员。此人还会将您转诊到我方计划可能未提供的其他社区资源，并将与您的护理团队合作，帮助协调您的护理。如需详细了解您的护理协调员和护理团队，请通过页面底部的号码与我们联系。

G2. 护理计划

您的护理团队与您一起制定护理计划。护理计划会告知您和您的医生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 LTSS 或其他服务。

您的护理计划包括：

- 您的医疗保健目标，**以及**

- 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。 您的护理计划基于您的需求和目标创建。 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。

H. 重要费用摘要

您的费用可能包括以下几项 ：

- 计划保费 （**H1 部分**）
- Medicare 处方药支付计划金额 （**H2 部分**）

在某些情况下， 您的计划保费可能更少。

H1. 计划保费

“额外补助 (Extra Help)” 计划在您参保我方计划时代表您支付 Medicare Part D 保费。

H2. Medicare 处方药支付金额

如果您参与 Medicare 处方药支付计划， 您将从我方计划收到药物账单（而不是支付给药房）。 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。

I. 本《*参保手册*》

本《*参保手册*》是我们与您签订的合同的一部分。 这意味着我们必须遵守本文件中的所有规则。 如果您认为我们的某些行为违反了这些规则， 您可以就我们的决定提出申诉。 如需了解有关申诉的信息， 请参阅本*参保手册*第 **9 章**， 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以拨打本页底部的号码联系会员服务， 索取《*参保手册*》。 您也可以参阅我们网站上的《*参保手册*》， 网址位于本页底部。

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有效。

J. 我们为您提供的其他重要信息

我们为您提供的其他重要信息包括您的参保成员 ID 卡、 有关如何访问*医疗服务提供者和药房目录*的信息， 以及有关如何访问*承保药品清单*（也称为*药品目录*或*处方集*）的信息。

J1. 您的参保成员 ID 卡

在我方计划下， 您将获得一张卡片， 可用于享受 Medicare 和 Medi-Cal 服务， 包括长期服务与支持 (LTSS)、 特定行为健康服务以及处方药服务。 当您获取任何服务或处方药时， 需出示此卡。 以下是参保成员 ID 卡的示例 ：

如果您的参保成员 ID 卡损坏、 丢失或被盗， 请立即拨打本页底部的号码联系会员服务。 我们会给您寄送一张新卡。

只要您是我方计划的参保成员， 无需通过您的红、 白及蓝色 Medicare 卡或 Medi-Cal 卡即可获得大多数服务。 请将这些卡片保存在安全的地方， 以备日后需要时使用。 如果您出示您的 Medicare 卡而不是参保成员 ID 卡， 医疗服务提供者可能会向 Medicare 而非向我方计划收取费用， 且您可能收到账单。 如果您需要医院服务、 临终关怀服务或参与经 Medicare 批准的临床研究（也称为临床试验）， 则可能会要求您出示 Medicare 卡。 请参阅本*参保手册***第 7 章**，了解从医疗服务提供者处收到账单时该怎么办。

请记住， 您需要 Medi-Cal 卡或福利身份识别卡 (BIC) 才能获取以下服务 ：

- 居家支持服务 (IHSS)
- 县专科心理健康和物质滥用障碍 (SUD) 服务
- 多方位老年服务计划 (MSSP) 服务
- Medi-Cal 承保 Rx 服务或医疗服务提供者 “Medi-Cal Rx”
- Medi-Cal 承保牙科服务

- 基于家庭和社区的豁免服务 (HCBS)
- 基于社区的成人服务 (CBAS)
- 长期护理 (LTC)， 包括亚急性和中级护理机构

J2. *医疗服务提供者和药房目录*

*医疗服务提供者和药房目录*列出了我方计划网络内的医疗服务提供者和药房。 在您参保我方计划期间， 您必须使用网络内医疗服务提供者来获取承保服务。

您可以通过拨打页面底部的电话号码联系会员服务， 索取一份*医疗服务提供者和药房目录*（电子或纸质版）。 如果您索取纸质版医疗服务提供者和药房目录， 我们将在三个工作日内将其邮寄给您。

您也可以参阅 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上的*医疗服务提供者和药房目录*。

*医疗服务提供者和药房目录*提供地址、 电话号码和营业时间等信息。 其中说明了该地点是否为残障人士提供便利设施。 *医疗服务提供者和药房目录*还注明医疗服务提供者是否接受新患者， 以及是否使用其他语言。 会员服务和网站均可为您提供有关医疗服务提供者和药房的最新信息。 如果您在寻找网络内医疗服务提供者或药房时需要帮助， 请致电会员服务。 如果您希望我们向您邮寄*医疗服务提供者和药房目录*， 您可以拨打本页底部列出的电话号码联系会员服务。

网络内医疗服务提供者的定义

- 我们的网络内医疗服务提供者包括 ：
  - 您作为我方计划的参保成员可以使用的医生、 护士及其他医疗保健专业人员 ；
  - 我方计划中提供医疗服务的诊所、 医院、 护理机构和其他场所 ； **以及**
  - LTSS、 行为健康服务、 家庭保健机构、 耐用医疗设备 (DME) 供应商， 以及提供您通过 Medicare 或 Medi-Cal 获取的物品和服务的其他机构。

网络内医疗服务提供者同意接受我方计划针对承保服务进行的付款作为全额付款。

网络药房的定义

- 网络药房指同意为我方计划的参保成员配取处方药的药房。 使用*医疗服务提供者和药房目录*可查找要使用的网络药房。
- 除非是在急诊情况下， 否则若您想要我方计划帮助您支付药费， 您必须在我们的网络药房配取处方药。

如需了解更多信息， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。 会员服务和网站均可为您提供有关我们的网络药房和网络内医疗服务提供者变化的最新信息。

J3. *承保药品清单*

我方计划有一份*承保药品清单*。 我们将其简称为*药品目录*。 其中介绍我方计划承保的药物。 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*必须符合 Medicare 的相关要求。 根据 Medicare 药品价格谈判计划确定谈判价格的药品将被纳入您的*药品目录*， 除非此类药品已按本手册**第 5 章 E 部分**所述流程被移除并替换。 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) *药品目录*已获得 Medicare 批准。

*药品目录*还会标注部分药品是否存在使用规则或限制条件， 例如您可获取的药品数量上限。 如需了解更多信息， 请参阅本*参保手册*__第 5 章__。

我们每年都会给您寄送有关如何获取*药品目录*的信息， 但一年中可能会对该目录做出些许改动。 要获取承保药品的最新信息， 请致电会员服务或访问我们的网站， 网址位于本页底部。

J4. *福利说明*

当您使用您的 Medicare Part D 药物福利时， 我们会向您寄送一份摘要， 以帮助您了解和跟踪您的 Medicare Part D 药物付款。 此摘要称为*福利说明* (EOB)。

EOB 可告知当月您或您的代表人在已花费在 Medicare Part D 药物的总金额， 以及我们已为您的每份 Medicare Part D 药物支付的总金额。 此 EOB 不是账单。 EOB 提供有关您所用药物的详细信息， 例如价格上涨以及分摊费用较低的其他可用药物。 您可以与处方开具者谈论这些费用较低的选择。 本*参保手册*__第 6 章__提供有关 EOB 及其如何帮助您跟踪药物保险的更多信息。

您也可以要求提供 EOB。 要获取副本， 请拨打本页底部的电话号码联系会员服务。

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/rx 进行申请。 如果您选择启用电子版服务， 当您的 D 部分 EOB 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）。

保留这些 EOB。 它们是您的药品费用的重要记录。

K. 及时更新您的会员记录

当您的信息发生变更时， 请通知我们， 使您的会员记录保持最新状态。

我们需要这些信息来确保我们的记录中有您的正确信息。 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。

请立即告知我们以下信息 ：

- 您的姓名、 地址或电话号码的变化 ；
- 您的任何其他健康保险的变化， 例如通过您的雇主、 配偶的雇主或同居伴侣的雇主获得的保险或劳工保险 ；
- 任何责任险赔付要求， 例如源自车祸的赔付要求 ；
- 入住护理机构或医院 ；
- 获得来自医院或急诊室的护理 ；
- 您的看护人 （或负责照护您的任何人员） 的变化 ； **以及**
- 您参与临床研究。 （**注 ：** 我们不会强制要求您告知打算参与的临床研究， 但我们鼓励您这样做。）

如果任何信息发生变化， 请拨打本页底部的电话号码联系会员服务。

您也可以通过访问我们的网站 go.wellcare.com/HealthNetCA 更新您的信息。 点击 “Login”（登录）按钮。 登录或创建新账户。 然后向我们发送一封安全邮件。 如有任何疑问或需要帮助， 请致电会员服务。

K1.个人健康信息 (PHI) 隐私权

您的会员记录中的信息可能包括个人健康信息 (PHI)。 联邦和州法律规定我们为您的 PHI 保密。 我们会保护您的 PHI。 如需详细了解我们如何保护您的 PHI， 请参阅本*参保手册***第 8 章**。

第 2 章：重要的电话号码和资源

简介

本章为您提供有关如何获取重要资源的联系信息， 这些资源可帮助您解答与我方计划和您的医疗保健福利有关的问题。 您还可以通过本章获取关于如何联系您的护理协调员以及其他代表您倡权的人士的信息。 本《*参保手册*》的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 会员服务 26
B. 您的护理协调员 28
C. 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 30
D. 护士咨询热线 31
E. 行为健康危机热线 32
F. 质量改进组织 (QIO) 33
G. Medicare 33
H. Medi-Cal 35
I. Medi-Cal Managed Care 和心理健康监察办公室 35
J. 县社会服务机构 36
K. 县行为健康服务机构 37
L. California 医疗保健管理局 37
M. 健康消费者联盟 (HCA) 38
N. 帮助人们支付药品费用的计划 38
N1. Medicare 的额外补助 38
N2. 艾滋病药物援助方案 (ADAP) 40
N3. Medicare 处方药支付计划 40
O. 社会保障局 40

P. 铁路退休委员会 (RRB)....41
Q. 雇主提供的团体保险或其他保险....41
R. Medicare Medi-Cal 申诉专员计划....42
S. Medi-Cal 牙科....42

A. 会员服务

电话	1-800-431-9007（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。 我们为母语非英语的人士提供免费的口译服务。
TTY	711。 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

请联系会员服务获取以下帮助 ：

- 关于计划的问题
- 关于索赔或账单的问题
- 关于您的医疗保健的承保决定
  - 关于您的医疗保健的承保决定指 ：
    - 您的福利和承保服务**或**
    - 针对我们为您的保健服务支付的金额做出的决定。
  - 如果您对关于您的医疗保健的承保决定有疑问， 请致电联系我们。
  - 如需了解有关承保决定的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **9** 章。

- 关于您的医疗保健的申诉
  - 申诉指以正式方式要求我们审查我们做出的承保决定， 并要求我们更改您认为有误或不认可的决定。
  - 如需详细了解如何提出申诉， 请参阅本参保手册**第 9 章**或联系会员服务。
- 关于您的医疗保健的投诉
  - 您可以对我们或任何医疗服务提供者 （包括网络外或网络内医疗服务提供者） 提出投诉。 网络内医疗服务提供者指与我方计划合作的医疗服务提供者。 您也可以就您获取的护理质量向我们或质量改进组织 (QIO) 提出投诉 （请参阅 **F 部分**）。
  - 您可以致电 1-800-431-9007 （TTY ： 711）， 向我们说明您的投诉。
  - 如果您的投诉与关于您的医疗保健的承保决定有关， 您可以提出申诉 （请参阅上文部分）。
  - 您可以向 Medicare 发送有关我方计划的投诉。 您可以在 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 上使用在线表单。 也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求帮助。
  - 您可以致电 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 申诉专员计划投诉我方计划。
  - 如需详细了解如何就您的医疗保健提出投诉， 请参阅本*参保手册***第 9 章**。
- 关于您的药物的承保决定
  - 关于您的药物的承保决定指 ：
    - 您的福利和承保药品**或**
    - 我们为您的药品支付的金额。
  - Medi-Cal Rx 可能承保非 Medicare 承保药品， 例如非处方 (OTC) 药物和某些维生素。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)。 您也可以致电 Medi-Cal Rx 客户服务中心热线 800-977-2273。
  - 如需详细了解关于您的药物的承保决定， 请参阅本*参保手册***第 9 章**。
- 关于您的药物的申诉
  - 申诉是要求我们更改承保决定的一种方式。

- 如需详细了解如何提出关于您的药物的申诉， 请参阅本*参保手册*第 **9** 章。

- 关于您的药物的投诉
  - 您可以对我们或任何药房提出投诉。 这包括关于您的药物的投诉。
  - 如果您的投诉与关于您的药物的承保决定有关， 您可以提出申诉。 （请参阅上文部分。）
  - 您可以向 Medicare 发送有关我方计划的投诉。 您可以在 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 上使用在线表单。 也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求帮助。
  - 如需详细了解如何提出关于您的药物的投诉， 请参阅本*参保手册*第 **9** 章。

- 就您已支付的医疗保健或药物费用做出偿付
  - 如需详细了解如何要求我们向您偿付或支付您收到的账单， 请参阅本*参保手册*第 **7** 章。
  - 如果您请求我们支付账单费用， 而我们拒绝您请求的任何部分， 您可以就我们的决定提出申诉。 请参阅本*参保手册*第 **9** 章。

B. 您的护理协调员

护理协调员可为您提供帮助并与您的健康计划、 您的医生和其他医疗服务提供者合作， 以确保您获得所需的医疗保健。

会员服务还会告知您如何联系您的护理协调员。 护理协调员可以 ：

- 帮助整合医疗保健服务， 以满足您的医疗保健需求。
- 与您一起制定您的护理计划。
- 帮助您决定您的护理团队成员。
- 为您提供管理医疗保健所需的信息。

如果您在联系您的护理协调员方面需要帮助， 可致电会员服务。 如果您想更换您的护理协调员或有任何其他问题， 请拨打下面列出的电话号码。 您也可以在您的护理协调员联系您之前先给他们打电话。 拨打下面的电话号码， 并要求与您的护理协调员交谈。

电话	1-833-340-0083（通话免费）。 服务时间为周一至周五东部标准时间上午 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。 我们为母语非英语的人士提供免费的口译服务。
TTY	711。 通话免费。 服务时间为周一至周五东部标准时间上午 8 点至晚上 8 点。 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

请联系您的护理协调员获取以下帮助 ：

- 关于您的医疗保健的问题
- 关于获取行为健康 （心理健康和物质滥用障碍） 服务的问题
- 关于牙科福利的问题
- 关于医疗约诊的交通服务的问题
- 关于长期服务与支持 (LTSS) 的问题， 包括基于社区的成人服务 (CBAS) 和护理机构 (NF)

您可能能够获取以下服务 ：

- 基于社区的成人服务 (CBAS)
- 专业护理照护
- 物理治疗

- 职业治疗
- 言语治疗
- 医疗社会服务
- 居家护理
- 通过县社会服务机构获得的居家支持服务 (IHSS)
- 有时， 您可以获得日常医疗保健和生活需求方面的帮助
- 社区支持服务
  - 住房过渡导航服务
  - 住房押金
  - 住房租赁和维持服务
  - 日间康复计划
  - 康复护理
  - 暂托服务
  - 无障碍环境改造
  - 医疗定制膳食 / 医疗辅助食品
  - 清醒中心
  - 哮喘补救
  - 过渡性租赁

C. 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)

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 称为健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。 HICAP 的顾问可解答您的疑问并帮助您了解如何处理您的问题。 HICAP 在每个县都有训练有素的顾问， 提供免费服务。

HICAP 是一项从联邦政府获得资金的独立州计划（与任何保险公司或健康计划均无关）， 为 Medicare 参保成员提供免费的当地健康保险咨询。

如有疑问，请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY：711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期间，客服代表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，客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。**如需了解更多信息**，请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

电话	1-800-434-0222 当地时间周一至周五上午 8 点至下午 4 点
TTY	1-800-735-2929
写信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

联系 HICAP， 获取以下方面的帮助 ：

- 关于 Medicare 的问题
- HICAP 顾问可以解答关于更改为新计划的问题， 并帮助您 ：
  - 了解您的权利，
  - 了解您的计划选择，
  - 回答关于转换计划的问题，
  - 就您的医疗保健或治疗提出投诉， **以及**
  - 协助处理账单或索赔问题。

D. 护士咨询热线

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 护士咨询热线是一项服务， 由受过专业培训的临床护士提供免费电话指导与专业建议， 服务时间为全年 365 天、 每周 7 天、 每天 24 小时。 护士咨询热线提供实时医疗保健评估， 以帮助参保成员确定目前所需的护理级别。 临床医生提供一对一咨询、 健康问题解答和症状管理支持， 使参保成员能够就其护理和治疗做出自信且适当的决定。 参保成员可致电其参保成员 ID 卡背面的 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员服务号码来接入护士咨询热线。 如对您的健康或医疗保健有任何疑问， 可致电护士咨询热线。

如有疑问，请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY：711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期间，客服代表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，客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。**如需了解更多信息**，请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

电话	1-800-431-9007（通话免费）。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放 我们为母语非英语的人士提供免费的口译服务。
TTY	711（通话免费）。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放

E. 行为健康危机热线

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 为需要此类帮助的参保成员开设了行为健康专线。 处于行为健康危机中的参保成员可以选择与持证临床医生交谈， 这些医生可全天候协助他们获得所需的服务。 请拨打下面的电话号码与我们联系。

电话	1-800-646-5610（通话免费）。 该热线全年 365 天、 每周 7 天、 每天 24 小时开放。 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。 我们为母语非英语的人士提供免费的口译服务。
TTY	711。 通话免费。 该热线全年 365 天、 每周 7 天、 每天 24 小时开放。

联系行为健康危机热线， 获取以下方面的帮助 ：

- 关于行为健康和物质滥用服务的问题

有关您所在国家/地区的专业心理健康服务的问题， 请参阅 **K 部分**。

如有疑问，请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY：711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期间，客服代表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，客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。**如需了解更多信息**，请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

F. 质量改进组织 (QIO)

我们州有一个名为康曼斯健康的组织。 这是一个由医生及其他医疗保健专业人员组成的团队，旨在帮助改善 Medicare 参保成员获得的护理质量。 康曼斯健康是一个独立的组织。 与我方计划无关联。

电话	1-877-588-1123
TTY	711
写信	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
网站	www.commencehealthqio.cms.gov/en

您可通过下述方式联系康曼斯健康寻求帮助 ：

- 关于您的医疗保健权利的问题
- 在以下情况下， 就所获取的护理提出投诉 ：
  - 护理质量出现问题， 例如用错药、 进行不必要的检查或程序， 或者误诊，
  - 认为自己过早出院， **或**
  - 认为自己的居家护理、 专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务结束得太早。

G. Medicare

Medicare 是适用于年满 65 岁的人士、 某些 65 岁以下的残障人士以及患有终末期肾病（需要透析或肾移植的永久性肾衰竭）的人士的联邦健康保险计划。

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

电话	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打此号码免费， 每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。
TTY	1-877-486-2048。 通话免费。 此号码适用于听障或语障人士。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。
在线聊天	在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 进行在线聊天
写信	写信给 Medicare， 地址 ： PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
网站	www.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 的承保范围，包括预防服务（如筛查、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。 要向 Medicare 提交投诉， 请访问 www.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。

H. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 计划。 这是一项公共卫生保险计划， 为低收入人士（包括有孩子的家庭、 老年人、 残障人士、 寄养儿童和青年以及孕妇）提供所需的医疗保健服务。 Medi-Cal 由州政府和联邦政府基金提供资金。

Medi-Cal 福利包括医疗、 牙科、 行为健康以及长期服务与支持。

您已参保 Medicare 和 Medi-Cal。 如果您对 Medi-Cal 福利有疑问， 请致电您的计划护理协调员。 如果您对参保 Medi-Cal 计划有疑问， 请致电医疗保健方案。

电话	1-800-430-4263 周一至周五上午 8 点至下午 6 点。
TTY	1-800-430-7077 此号码供听障或语障人士使用。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。
写信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
网站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal Managed Care 和心理健康监察办公室

监察办公室从中立角度帮助解决问题， 以确保我们的参保成员获得所有具有医疗必要性的承保服务。 他们将倾听并回答您的问题， 分析您的情况， 解释政策和程序， 提供信息、 建议和选项， 并提出适当的转诊建议。 他们的职责是帮助制定公平的解决方案来处理医疗保健服务获取问题。 他们与我方计划或任何保险公司、 健康计划无关。 他们的服务是免费的。

电话	1-888-452-8609 周一至周五上午 8 点至下午 5 点。

TTY	1-800-430-7077 此号码供听障或语障人士使用。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。
写信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
电子邮件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
网站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. 县社会服务机构

如果您在居家支持服务 (IHSS) 福利或 Medi-Cal 资格方面需要帮助， 请联系您当地的县社会服务机构。

请联系您所在县的社会服务机构以申请居家支持服务， 该服务将帮助您支付已获得的服务的费用， 以便您可以继续安全地留在自己的家中。 服务类型可能包括在膳食准备、 沐浴、 穿衣、 洗衣、 购物或交通方面提供帮助。

如果对您的 Medi-Cal 资格有任何疑问， 请联系您所在县的社会服务机构。

Los Angeles 县	
电话	1-866-613-3777（通话免费）。 节假日除外 ： 周一至周五上午 8 点至下午 5 点。
TTY	711
写信	有关最近的社会服务办公室， 请参阅 https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
网站	dpss.lacounty.gov

K. 县行为健康服务机构

如果您符合获取标准， 可通过所在县获得 Medi-Cal 专科心理健康服务和物质滥用障碍服务。

Los Angeles 县	
电话	服务获取中心热线 ： 1-800-854-7771 药物滥用服务热线 (SASH) ： 1-844-804-7500（通话免费）。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放 我们为母语非英语的人士提供免费的口译服务。
TTY	711。 通话免费。 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放

联系县行为健康机构， 获取以下方面的帮助 ：

- 关于所在县提供的专科心理健康服务的问题
- 关于所在县提供的物质滥用障碍服务的问题
- 免费、 保密的心理健康信息、 医疗服务提供者转诊以及全天候的危机咨询。 请拨打您所在县的上述电话号码。

L. California 医疗保健管理局

California 医疗保健管理局 (DMHC) 负责监管各种健康计划。 DMHC 帮助中心可帮助您处理有关 Medi-Cal 服务的申诉和投诉。

电话	1-888-466-2219 DMHC 代表服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点。
TDD	1-877-688-9891 此号码供听障或语障人士使用。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。

如有疑问，请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY：711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期间，客服代表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，客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。**如需了解更多信息**，请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

写信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
传真	1-916-255-5241
网站	www.dmhc.ca.gov

M. 健康消费者联盟 (HCA)

健康消费者联盟 (HCA) 是一个全州范围的合作组织， 提供免费的在线、 电话或面对面法律援助， 帮助 California 居民努力获得或维持健康保险， 并解决与健康计划相关的问题。 如需了解有关 HCA 的更多信息或寻求可能的帮助， 请致电 1-888-804-3536 或访问 www.healthconsumer.org/。

N. 帮助人们支付药品费用的计划

Medicare 网站 (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供了有关如何降低药品成本的信息。 对于收入有限的人士， 还有其他计划可提供援助， 如下所述。

N1. Medicare 的额外补助

因为您符合 Medi-Cal 的条件， 所以有资格获取并且正在获取 Medicare 的 “额外补助”， 用于支付您的药物计划费用。 您无需采取任何行动即可获取此 “额外补助”。

电话	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打此号码免费， 每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。
TTY	1-877-486-2048。 通话免费。 此号码适用于听障或语障人士。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。
网站	www.medicare.gov

如果您认为自己在药房支付的处方药金额不正确， 我方计划有帮助您获得正确共付额金额证明的流程。 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。

- 请拨打本页底部的号码联系会员服务， 并告知您认为自己有资格获得 “额外补助”。 您可能需要提供以下任一类型的文件 （最佳可用证明）：
  - 您的 Medi-Cal 卡的复印件， 其中包含您的姓名和上一个日历年六月之后某个月内的资格生效日期。
  - 州政府文件的复印件， 可确认您的 Medi-Cal 在上一个日历年六月之后的某个月内处于有效状态。
  - 州政府电子参保文件的打印件， 可显示上一个日历年六月之后某个月内的 Medi-Cal 状态。
  - 州政府提供的其他文件， 可显示上一个日历年六月之后某个月内的 Medi-Cal 状态。
  - Medi-Cal 系统的截屏打印件， 可显示上一个日历年六月之后某个月内的 Medi-Cal 状态。
  - 社会保障局 (SSA) 的信函， 可显示您领取补充保障收入 (SSI)。
  - 经认定符合资格者提交的申请 (Application Filed by Deemed Eligible)， 可确认您 “... 自动有资格获得额外补助 ...” (SSA publication HI 03094.605)。
- 如果您已入住机构， 并认为自己符合零分摊费用的资格， 请致电会员服务并告知客服代表您认为自己有资格获得 “额外补助”。 您可能需要提供以下任一类型的文件。
  - 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。
- 如果您无法获得上述文件且认为自己有资格获得 “额外补助”， 请致电会员服务， 会有客服代表为您提供帮助。
- 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， 我们将通过支票或未来的共付额度向您偿付。 如果药房没有向您收取共付额且您欠付款项， 我们可能会直接向药房付款。

如果州政府代表您支付了款项， 则我们可能会直接向州政府付款。 如有疑问， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。

N2. 艾滋病药物援助方案 (ADAP)

ADAP 帮助符合 ADAP 资格的艾滋病毒/艾滋病携带者获得拯救生命的艾滋病毒药物。 ADAP 处方集中的 Medicare Part D 药物有资格通过艾滋病药物援助方案 (ADAP) 获得处方药分摊费用帮助。 注 ： 要符合您所在州的 ADAP 资格， 个人必须符合特定标准， 包括所在州的居住证明和艾滋病毒状态证明、 （符合州规定的）低收入证明， 以及未获承保/承保不足的证明。 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。 有关资格标准、 承保药品或如何参保计划的信息， 请致电艾滋病药物援助方案 (ADAP) 热线 1-844-421-7050（TTY 用户请拨打 :711）， 服务时间为当地时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点（节假日除外）。

N3. Medicare 处方药支付计划

Medicare 处方药支付计划是一种支付选项， 可与您当前的药物保险一起， 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 Medicare 处方药支付计划并留在同一个计划中， 则无需采取任何行动即可继续享有此选项。** 对于符合资格的人士而言， 无论您的收入水平如何， 来自 Medicare 的 “额外补助” 以及来自您的州药品援助计划 (SPAP) 和 ADAP 的帮助均比参加此支付选项更有优势， 并且提供药物保险的计划必须提供此支付选项。 如需了解该支付选项的更多信息， 请拨打页面底部的电话联系会员服务， 或访问 www.medicare.gov。

O. 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。

如果您搬家或更改邮寄地址， 请务必联系社会保障局更改相关信息。

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。 您可以使用其自动电话服务获取记录的信息及进行某些业务， 每天 24 小时提供服务。

TTY	1-800-325-0778 此号码适用于听障或语障人士。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。
网站	www.ssa.gov

P. 铁路退休委员会 (RRB)

RRB 是独立的联邦机构， 管理国家铁路工作人员及其家庭成员的综合福利计划。 如果您通过 RRB 获取 Medicare， 请在搬家或更改邮寄地址时告诉他们。 如有关于您通过 RRB 享有的福利的问题， 请联系该机构。

电话	1-877-772-5772 此号码通话免费。 按 “0” 与 RRB 代表交谈， 服务时间为周一、 周二、 周四和周五上午 9 点至下午 3:30 以及周三上午 9 点至中午 12 点。 按 “1” 则可接通 RRB 自动应答帮助热线并获取记录的信息， 每天 24 小时提供服务， 包括周末和节假日。
TTY	1-312-751-4701 此号码适用于听障或语障人士。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。 此号码通话收费。
网站	www.rrb.gov

Q. 雇主提供的团体保险或其他保险

如果您（或您的配偶或同居伴侣）通过自身（或配偶或同居伴侣）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， 或拨打本页底部的电话号码联系会员服务。 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。 如果您对本计划下的 Medicare 保障有任何疑问， 还可致电 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。

R. Medicare Medi-Cal 申诉专员计划

Medicare Medi-Cal 申诉专员计划提供免费援助， 帮助难以获得或维持健康保险的人士并解决他们的健康计划问题。

如果您遇到以下方面的问题 ：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康计划
- 获取医疗服务
- 就被拒绝的服务、 药物、 耐用医疗设备 (DME)、 心理健康服务等提出申诉
- 医疗账单
- IHSS （居家支持服务）

Medicare Medi-Cal 申诉专员计划可协助处理投诉、 申诉和听证。 申诉专员计划的电话号码是 1-855-501-3077。

S. Medi-Cal 牙科

某些牙科服务可通过 Medi-Cal 牙科获得， 包括但不限于以下服务 ：

- 首次检查、 X 光检查、 洗牙、 窝沟封闭和氟化处理 ；
- 修复体和牙冠 ；
- 根管治疗 ； 及
- 局部和全口义齿、 调整、 修复和衬垫。

电话	1-800-322-6384 通话免费。 Medi-Cal 牙科 (FFS) 客服代表将于周一至周五上午 8 点至下午 5 点为您提供帮助。
TTY	1-800-735-2922 此号码适用于听障或语障人士。 您必须拥有拨打此号码的专用电话设备。
网站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

您可通过牙科管理式医疗计划获取牙科福利， 而非选择 Medi-Cal 牙科按服务收费模式。 Sacramento 和 Los Angeles 县都提供牙科管理式医疗计划。 如需详细了解牙科计划， 请拨打 1-800-430-4263 联系医疗保健方案（TTY 用户请拨打 1-800-430-7077）， 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点。 通话免费。 牙科管理式医疗计划联系人也可在以下网址获取 ： www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

第 3 章：利用我方计划保障支付您的医疗保健及其他承保服务的费用

简介

本章包含获得我方计划提供的医疗保健和其他承保服务所需了解的特定术语和规则。 本章还包含与以下问题相关的信息 ： 护理协调员、 如何从多种不同类型的医疗服务提供者和在某些特殊情况下获得护理（包括从网络外医疗服务提供者或药房处）、 如果直接收到我们所承保服务的账单该如何处理以及对拥有耐用医疗设备 (DME) 的规定。 本*《参保手册》*的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 关于服务和医疗服务提供者的信息 46

B. 获取我方计划承保的服务的规则 46

C. 您的护理协调员 48

C1. 什么是护理协调员 48

C2. 如何联系您的护理协调员 48

C3. 如何更换您的护理协调员 48

D. 从医疗服务提供者处获得护理 48

D1. 从初级医疗服务提供者 (PCP) 处获得护理 48

D2. 从专科医生和其他网络内医疗服务提供者处获得护理 51

D3. 如果医疗服务提供者退出我方计划 51

D4. 网络外医疗服务提供者 52

E. 长期服务与支持 (LTSS) 53

F. 行为健康（心理健康和物质滥用障碍）服务 53

F1. 在我方计划之外提供的 Medi-Cal 行为健康服务 53

G. 交通服务 57
G1. 非紧急医疗交通 57
G2. 非医疗交通服务 58
H. 医疗紧急情况下、急需医疗时或灾难期间的承保服务 59
H1. 医疗紧急情况下的护理 59
H2. 急需医疗 60
H3. 灾难期间的护理 61
I. 如果直接收到承保服务的账单该怎么办 62
I1. 如果我方计划不承保服务该怎么办 62
J. 临床研究中的医疗保健服务承保范围 62
J1. 临床研究的定义 62
J2. 参与临床研究期间所获服务的付费 63
J3. 关于临床研究的更多信息 63
K. 从宗教非医疗保健机构接受的医疗保健服务如何获得承保 63
K1. 宗教非医疗保健机构的定义 63
K2. 宗教非医疗保健机构提供的护理 63
L. 耐用医疗设备 (DME) 64
L1. 作为我方计划的参保成员获取 DME 64
L2. 转为 Original Medicare 时的 DME 所有权 64
L3. 作为我方计划的参保成员享有的氧气设备福利 65
L4. 转为 Original Medicare 或另一个 Medicare Advantage (MA) 计划时享有的氧气设备 65

A. 关于服务和医疗服务提供者的信息

服务指医疗保健、 长期服务与支持 (LTSS)、 用品、 行为健康服务、 处方药和非处方药、 设备， 以及其他服务。 **承保服务**指我方计划支付费用的所有该等服务。 本*《参保手册》*的**第 4 章**介绍了承保的医疗保健、 行为健康服务和 LTSS。 您享有的处方药和非处方药承保服务见本*《参保手册》*的**第 5 章**。

医疗服务提供者指医生、 护士和其他向您提供服务和护理并由所在州颁发执照的人士。 医疗服务提供者还包括医院、 家庭保健机构、 诊所和其他为您提供医疗保健服务、 行为健康服务、 医疗设备和某些 LTSS 的场所。

网络内医疗服务提供者指与我方计划合作的医疗服务提供者。 这些医疗服务提供者同意接受我们的付款作为全额付款。 我们安排这些医疗服务提供者为您提供承保服务。 网络内医疗服务提供者会直接就其向您提供的护理向我们收费。 当您选择网络内医疗服务提供者时， 对于承保服务， 您通常无需支付任何费用。

B. 获取我方计划承保的服务的规则

我方计划承保 Medicare 承保的所有服务， 以及大多数 Medi-Cal 服务。 这包括某些行为健康服务和 LTSS。

在您遵守我们规则的情况下， 我方计划通常会为您获得的医疗保健服务、 行为健康服务和许多 LTSS 支付费用。 若要获得我方计划的承保， 需遵循以下规则 ：

- 您获得的治疗必须包含在本*参保手册***第 4 章**的医疗福利一览表中。
- 治疗必须具有**医疗必要性**。 医疗必要性指诊断和治疗您的健康状况所需的合理且必要的服务。 需要提供具有医疗必要性的护理， 以防止患者病得更严重或变为残疾， 并通过治疗伤病来缓解剧痛。
- 对于医疗服务， 必须由网络内**初级医疗服务提供者 (PCP)** 提供和监督您的护理。 作为计划参保成员，您必须选择网络内医疗服务提供者作为您的 PCP （如需了解更多信息，请参阅 **D1 部分**）。
    - 在大多数情况下， 您必须先获得您的网络内 PCP 或我方计划的批准， 然后才能使用您的 PCP 以外的医疗服务提供者或使用我方计划网络内的其他医疗服务提供者。 这称为**转诊**。 如果您未获得批准， 我们可能不会承保相关服务。
    - 我方计划的 PCP 隶属于医疗集团。 当您选择 PCP 时， 您也选择了其所属的医疗集团。 这意味着您的 PCP 会将您转诊到其所属医疗集团中的专科医生和服务。 医疗集团是一个由 PCP、 专科医生和其他医疗保健服务提供者组成的团队， 他们协同合作并与我方计划签约合作。

- 对于急诊医疗或急需医疗、 使用女性医疗服务提供者， 或获取 **D1 部分**所列的任何其他服务， 您无需 PCP 的转诊。

- **您必须从网络内医疗服务提供者处获得护理** （如需了解更多信息， 请参阅本章 **D 部分**）。 通常情况下， 我们不承保从未与我们的健康计划合作的医疗服务提供者处获得的护理。 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。 以下是此规则不适用的一些情况 ：

  - 如果您需要网络外医疗服务提供者提供的急诊医疗或急需医疗 （如需了解更多信息， 请参阅 **H 部分**）。

  - 如果您需要我方计划承保的护理， 而我们的网络内医疗服务提供者无法提供， 则您可以从网络外医疗服务提供者处获得该护理。 如果您需要在网络外医疗服务提供者处就诊， 则需要事先授权 (PA)。 事先授权获得批准后， 提出申请的医疗服务供者和接受的医疗服务提供者会收到批准通知。 在这种情况下， 我们会承保该护理，您无需支付任何费用。 如需了解如何获得使用网络外医疗服务提供者的批准的信息， 请参阅 **D4 部分**。

  - 如果您在短期内身处我们计划的服务区域外， 或您的医疗服务提供者暂时无法提供服务或无法联系时需要进行肾透析服务， 您可以从网络外医疗服务提供者处获得护理。

  - 如果您是我们计划的新参保成员， 您可以要求继续使用当前使用的医疗服务提供者。 除某些例外审批外， 在我们能够确定您与该医疗服务提供者存在现有关系的情况下， 我们必须批准此申请。 请参阅本 *《参保手册》* 的**第 1 章**。 如果我们批准您的申请， 则您可继续使用现在使用的医疗服务提供者提供的服务最长 12 个月时间。 在此期间， 您的护理协调员将与您联系， 以帮助您在我们的网络内寻找隶属于您的 PCP 所在医疗集团的医疗服务提供者。 12 个月后， 如果您继续使用并非我们网络内且不隶属于您的 PCP 所在医疗集团的医疗服务提供者， 我们将不再承保您的护理。

其他健康保险 ： 如果其他主要健康保险能提供相同服务， 您必须在使用 Medi-Cal 之前使用所有其他健康保险， 因为 Medi-Cal 是最后付款人。 这意味着， 在大多数情况下， Medi-Cal 将是 Medicare 的第二付款人， 承保 Medicare 或其他健康保险未支付的允许费用， 最高不超过 Medi-Cal 费率。

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的新参保成员 ： 在大多数情况下， 您在申请加入 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 后的次月 1 日， 将成为该计划参保成员，获享 Medicare 福利。 您可能仍会通过之前的 Medi-Cal 健康计划获得最长可达两个月的 Medi-Cal 服务。 之后， 您将通过 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 获得 Medi-Cal 服务。 您的 Medi-Cal 保障不会出现中断。 如有任何疑问， 请拨打本页底部的电话与我们联系。

C. 您的护理协调员

C1. 什么是护理协调员

护理协调员是护理团队的成员， 与您、 您的健康计划以及您的医疗服务提供者合作以确保您获得所需的医疗保健服务。 护理协调员帮助整合医疗保健服务， 满足您的医疗保健需求。 他们与您一起制定您的护理计划。 他们可以帮助您决定您的护理团队成员。 您的护理协调员为您提供管理医疗保健所需的信息。 这也将帮助您做出适合自己的选择。

C2. 如何联系您的护理协调员

会员服务可帮助您联系护理协调员。 护理协调员可帮助您满足自己的医疗保健需求。 我们的护理协调团队可能会给您打电话， 询问您是否想要与照护经理交谈。

C3. 如何更换您的护理协调员

如果您想更换您的护理协调员， 请通过页面底部的号码联系会员服务。

D. 从医疗服务提供者处获得护理

D1. 从初级医疗服务提供者 (PCP) 处获得护理

您必须选择一个 PCP 来提供和管理您的护理。 我方计划的 PCP 隶属于医疗集团。 当您选择 PCP 时， 您也选择了其所属的医疗集团。

PCP 的定义以及 PCP 提供的服务

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， 其中包括专门从事家庭医学、 全科医学、 内科、 妇产科 (OB/GYN) 和老年医学的医生。

您可以选择一名非医师的执业医护人员作为 PCP。 非医师的执业人员包括认证护士助产士、执业护士 (NP) 或医师助理 (PA)。 您将与监督 PCP 建立关联， 但继续从您选择的非医师的执业医护人员处获得服务。 您可以通过更换监督 PCP 来更改您的执业医护人员选择。 您的 ID 卡将印有监督 PCP 的姓名。 您或许可以指定专科医生作为您的 PCP。 专科医生必须愿意并能够提供您所需的护理。

此外， 您仅限于使用已同意参与 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 计划的专科医生和机构。 由于选择此计划将要求您在获得护理时仅使用这些特定医疗服务提供者， 因此请务必仔细查看医疗服务提供者清单， 确保其中包含您通常使用的医疗服务提供者。 我方网站 go.wellcare.com/2027providerdirectories 上提供了医疗服务提供者目录。

您的大部分常规或基础医疗护理将由 PCP 提供。 您的 PCP 将帮助您管理作为我方计划的参保成员获得的其余承保服务。 其中包括 ：

- X 光检查，
- 实验室检查，
- 疗法，
- 专科医生提供的诊疗，
- 入院， 以及
- 后续护理。

“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 需获得转诊（例如转给专科医生）和/或事先授权（事前批准）。 如果您所需的服务需要事先授权， 您的 PCP 将向我方计划或您的医疗集团申请授权。 有关需要转诊和/或事先授权的服务和物品， 请参见本*参保手册***第 4 章**。

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。

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。

选择 PCP

当您参保我方计划时， 您将从我们的网络内选择一个签约医疗集团。 医疗集团是一个由 PCP、 专科医生和其他医疗保健服务提供者组成的团队， 他们协同合作并与我方计划签约合作。 您还将选择来自该签约医疗集团的 PCP。 您的初级保健医生的诊所应该方便您前往就诊。 您可以选择距您的居住地或工作地 10 英里或 30 分钟路程的 PCP。 医疗集团（及其附属 PCP 和医院）可在*医疗服务提供者和药房目录*中找到， 也可访问我们的网站查找 ：go.wellcare.com/2027providerdirectories。

要确认医疗服务提供者的可用性或询问特定 PCP， 请联系会员服务热线 1-800-431-9007（TTY ： 711）。

每个医疗集团和 PCP 都可将您转诊至某些计划专科医生并使用其网络内的某些医院。 如果您想使用特定的计划专科医生或医院， 请先进行核查， 以确保专科医生和医院属于该医疗集团和 PCP 网络。 您的 PCP 的姓名和诊所电话号码印于您的会员卡上。

如果您未选择医疗集团或 PCP， 或者如果您选择了本计划不可用的医疗集团或 PCP， 我们会自动将您分配到您家附近的医疗集团和 PCP。

如需了解如何更换 PCP， 请参阅下面的 “选择更换 PCP” 。

选择更换 PCP

您可以随时出于任何原因更换 PCP。 此外， 您的 PCP 也有可能退出我方计划的网络。 如果您的 PCP 退出我们的网络， 我们可以帮助您在我们的网络内寻找新的 PCP。

您的申请将在我方计划收到您申请后的次月首日生效。 要更换 PCP， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。

当您联系我们时， 请务必告知您是否正在向专科医生求诊或正在获得需要您的 PCP 批准的其他承保服务（例如家庭保健服务和耐用医疗设备）。 会员服务将告知如何在更换 PCP 时继续获得所享有的专科护理和其他服务。 他们还将进行核查， 以确保您想要更换的 PCP 仍接受新患者。 会员服务将更改您的会员记录， 以显示您的新 PCP 的姓名， 并告知有关新 PCP 的更改何时生效。

他们还会给您寄送一张新的会员卡， 卡上会显示新 PCP 的姓名和电话号码。

我方计划的 PCP 隶属于医疗集团。 如果您更换 PCP， 则可能还会更换医疗集团。 当您申请进行更换时， 请告知会员服务您是否正在接受专科医生的服务或正在获取需要 PCP 批准的其他承保服务。 会员服务会协助您在更换 PCP 后继续获得专科护理及其他服务。

未经 PCP 批准即可获得的服务

在大多数情况下， 在使用其他医疗服务提供者之前， 您需要先获得 PCP 的批准。 此批准称为**转诊**。 您无需先获得 PCP 的批准即可获得下列服务 ：

- 由网络内医疗服务提供者或网络外医疗服务提供者提供的急诊医疗服务
- 需要立即就医 （但并非急诊医疗） 的急需医疗承保服务， 前提是您暂时位于我方计划的服务区域之外， 或从网络内医疗服务提供者处获得服务因时间、 地点和情境而不合理。 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。 即使您位于我方计划的服务区域之外或我们的网络暂时无法提供服务， 具有医疗必要性的常规医疗服务提供者访视 （如年度体检） 也不视为急需医疗。
- 当您在我方计划的服务区域之外时在 Medicare 认证的透析机构接受的肾脏透析服务。 如果您在离开服务区域之前致电会员服务， 我们可以帮助您在离开期间接受透析。
- 流感疫苗和 COVID-19 疫苗以及乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗， 前提是在网络内医疗服务提供者处接种。
- 常规女性医疗保健和计划生育服务。 这包括乳房检查、 乳腺照影筛查 （乳房 X 光检查）、 子宫颈抹片检查和盆腔检查， 前提是从网络内医疗服务提供者处获得服务。

此外， 如果您是美国印第安人参保成员， 则可从您选择的印第安人健康服务提供者处获得承保服务， 而无需网络内 PCP 转诊或事先授权。

D2. 从专科医生和其他网络内医疗服务提供者处获得护理

专科医生指为一种特定疾病或身体特定部位提供医疗保健服务的医生。 有很多种专科医生， 例如 ：

- 肿瘤科医生， 负责为癌症患者提供护理。
- 心脏科医生， 负责为心脏病患者提供护理。
- 骨科医生， 负责为患有骨骼、 关节或肌肉疾病的患者提供护理。

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 **D1 部分**。 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， 请参阅本参保手册**第 4 章**。

每位计划内 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 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， 请确认您的计划内 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。 我们将在 **D1 部分**介绍如何更换 PCP。

D3. 如果医疗服务提供者退出我方计划

您使用的网络内医疗服务提供者可能会退出我方计划。 如果您的其中一个医疗服务提供者退出我方计划， 您可享有以下权利和保护措施 ：

- 即使我们的医疗服务提供者网络在年内发生变化， 我们也必须保证您能继续享受合格医疗服务提供者的服务。
- 如果您的医疗服务提供者要退出我方计划， 我们将通知您， 以便您有时间选择新的医疗服务提供者。
    - 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， 而您在过去三年内向其求诊过， 则我们将通知您。

- 如果您的任何其他医疗服务提供者退出我方计划， 而您被分配到该医疗服务提供者、 目前正在接受他们的护理或在过去三个月内向其求诊过， 则我们将通知您。

- 我们将帮助您选择新的合格网络内医疗服务提供者， 以继续管理您的医疗保健需求。
- 如果您目前正接受当前医疗服务提供者的诊疗或治疗， 您有权申请继续从我们网络内的其他医疗服务提供者处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。
- 我们如果无法为您找到合格的网络内专科医生， 当网络内医疗服务服务提供者或福利不可用或不足以满足您的医疗需求时， 我们必须安排网络外专科医生为您提供护理。 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。
- 如果您发现其中一个医疗服务提供者要退出我方计划， 请联系我们。 我们可以帮助您选择新的医疗服务提供者来管理您的护理。
- 如果您认为我们没有用合格的医疗服务提供者替换您之前的医疗服务提供者， 或者我们没有妥善管理您的护理， 则您有权向质量改进组织 (QIO) 提出护理质量投诉， 或提出护理质量投诉， 或同时提出这两种投诉。 （如需了解更多信息， 请参阅**第 9 章**。）

D4. 网络外医疗服务提供者

您可以在没有转诊或者急诊或急需服务事先授权的情况下在网络外医疗服务提供者处就诊。 如果终末期肾病 (ESRD) 参保成员在计划服务区域外旅行或如果医疗服务提供者暂时不可用， 则可为该参保成员承保未经事先授权的透析服务。 如果您使用网络外医疗服务提供者， 则必须事先获得书面批准。 我们不会向未获得批准向您提供服务的网络外医疗服务提供者付款。 如果您选择使用未经批准的医疗服务提供者， 则必须全额支付您所获服务的费用。

如果您使用网络外医疗服务提供者， 则该医疗服务提供者必须接受 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我们不会向没有资格参加 Medicare 和 / 或 Medi-Cal 的医疗服务提供者付款。
- 如果您使用的医疗服务提供者没有资格参加 Medicare， 则必须全额支付您所获服务的费用。
- 医疗服务提供者必须向您告知其没有资格参加 Medicare 这一情况。

E. 长期服务与支持 (LTSS)

LTSS 可以帮助您留在家中， 避免入住医院或专业护理机构。 通过我方计划， 您可以获得某些 LTSS， 包括专业护理机构护理、 基于社区的成人服务 (CBAS) 和社区支持。 另一种 LTSS，即居家支持服务计划， 可通过您所在县的社会服务机构获得。

要获得 LTSS， 您必须至少符合以下一 (1) 个类别的临床标准 ：

1. 达到护理机构 A (NF-A) 护理级别或以上并符合资格和医疗必要性标准的参保成员。
2. 患有器质性、 后天性或创伤性脑损伤和/或慢性精神疾病， 并在某些日常生活活动或某些工具性日常生活活动中需要帮助或监督的个人。
3. 患有中重度 Alzheimer's 病或其他痴呆症（表现为第 5 阶段、 第 6 阶段或第 7 阶段）的参保成员。
4. 患有轻度认知障碍（包括中度 Alzheimer's 病或其他痴呆症， 表现为第 4 阶段 Alzheimer's 病）的参保成员。
5. 符合区域中心标准和资格的发育障碍人士。

如需详细了解如何获取 LTSS， 请拨打本页底部的电话号码联系会员服务。 有关居家支持服务 (IHSS) 计划的更多信息， 请参阅**第 4 章**。

F. 行为健康（心理健康和物质滥用障碍）服务

您有权获得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的具有医疗必要性的行为健康服务。 我们提供 Medicare 和 Medi-Cal Managed Care 承保的行为健康服务。 我方计划不提供 Medi-Cal 专科心理健康服务或县物质滥用障碍服务， 但您可通过当地的县行为健康机构获得这些服务。

F1. 在我方计划之外提供的 Medi-Cal 行为健康服务

如果您符合获得专科心理健康服务的标准， 则可通过县心理健康计划 (MHP) 获得 Medi-Cal 专科心理健康服务。 下表所列机构提供的 Medi-Cal 专科心理健康服务包括 ：

- 心理健康服务
- 用药支持服务
- 日间治疗强化服务
- 日间康复服务
- 危机干预服务

- 危机稳定服务
- 成人居住治疗服务
- 危机居住治疗服务
- 精神健康机构服务
- 精神病住院服务
- 有针对性的病例管理服务
- 司法介入的重返社会服务
- 主动社区治疗 (ACT)
- 法医鉴定性主动社区治疗 (FACT)
- 首发精神病 (FEP) 协调专科护理 (CSC)
- 俱乐部服务
- 增强社区健康工作者 (CHW) 服务
- 支持性就业服务
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务
- 治疗性行为服务
- 治疗性寄养所
- 强化护理协调服务
- 强化居家服务

下述县实体提供的 Medi-Cal 药物 (DMC) 服务包括 ：

县	机构
Los Angeles	Los Angeles 县心理健康部 (DMH) 和 Los Angeles 县公共卫生部（物质使用障碍预防和控制中心）(DPH/SAPC)

- 强化门诊治疗服务
- 围产期物质滥用障碍居住治疗服务
- 门诊治疗服务
- 致幻毒品治疗计划
- 成瘾治疗药物 （也称为药物辅助治疗）
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务

如果您符合接受这些服务的标准， 则可通过 Medi-Cal 按服务收费 (FFS) 医疗服务提供者获得 Medi-Cal 有组织药物交付系统 (DMC-ODS) 服务。 DMC-ODS 服务包括 ：

- 门诊治疗服务
- 强化门诊治疗服务
- 部分住院服务
- 成瘾治疗药物 （也称为药物辅助治疗）
- 居住治疗服务
- 戒断管理服务
- 致幻毒品治疗计划
- 恢复服务
- 护理协调
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务
- 应急管理服务
- 早期干预服务 （针对 21 岁以下参保成员）
- 早期定期筛查、 诊断和治疗 （针对 21 岁以下参保成员）
- 住院治疗服务

除上述服务外， 如果您符合标准， 还可获得自愿住院戒毒服务。

您还可以获得由 Medicare 承保并通过 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 管理的医疗必需行为健康服务， 包括但不限于 ：

- 门诊服务 ： 门诊危机干预、 短期评估和治疗、 长期专科治疗以及与物质滥用障碍有关的任何康复护理。
- 住院服务和用品 ： 入住有两张或更多床位的病房， 包括特殊治疗单元， 以及通常由医疗机构提供的用品和辅助服务。
- 住院和替代级别护理 ： 在 Medicare 认证机构提供的部分住院和强化门诊服务。
- 戒毒 ： 针对急性戒毒以及治疗物质滥用障碍相关急性疾病的住院服务。
- 急诊服务 ： 筛查、 检查和评估， 用于确定是否存在精神科紧急医疗状况， 以及缓解或消除精神科紧急医疗状况所需的护理和治疗。

行为健康服务排除和限制条款

如需行为健康服务排除和限制条款的列表， 请参阅**第 4 章** ： 我方计划、 Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利。

用于确定行为健康服务医疗必要性的流程

某些行为健康服务和用品必须由计划授权才能获得承保。 有关可能需要事先授权的服务详情，请参阅**第 4 章**。 如需为这些服务获得事先授权， 您必须致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员服务， 电话 ： 1-800-431-9007 (TTY: 711)。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 客服代表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， 客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 我方计划会将您转诊至附近的签约心理健康专业人员， 其将对您进行评估， 以确定是否需要更多治疗。 如果您需要治疗， 签约的心理健康专家将制定治疗计划并将该计划发送给 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 进行审核。 治疗计划中包含的服务将在我方计划授权后获得承保。 如果我方计划未批准治疗计划， 则不会再为该状况提供服务或用品。 但是， 我方计划可能会引导您联系县心理健康部，以帮助您获得所需的护理。

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 与各县机构之间的转诊程序 ：

我方计划可能与以下县机构进行行为健康服务转诊 ：

县	机构
Los Angeles	Los Angeles 县心理健康部 (DMH) 和 Los Angeles 县公共卫生部（物质使用障碍预防和控制中心）(DPH/SAPC)

如有疑问，请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY：711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期间，客服代表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，客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。**如需了解更多信息**，请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

可通过多种来源进行行为健康服务转诊， 包括县行为健康服务提供者、 县病例经理、 PCP、参保成员及其家人。 这些转诊来源可通过拨打您的参保成员 ID 卡或本页底部显示的号码联系我们。 我们将确认相关资格， 并在适当的时候授权服务。

我们将与该县合作， 为您提供适当的转诊和护理协调服务。

您可以直接转诊至县专科心理健康部和/或酒精和毒品服务部。

护理协调服务包括在 PCP、 县行为健康服务提供者、 县病例经理、 您和您的家人或看护人之间酌情进行服务协调。

如果您对行为健康服务有疑问或投诉该怎么办

本部分所载的福利与任何其他福利一样， 适用相同的申诉程序。 有关提出投诉的信息， 请参阅**第 9 章**。

G. 交通服务

G1. 非紧急医疗交通

如果您的医疗需求不允许您使用汽车、 公交车或出租车前往约诊地点， 则您有权获得非紧急医疗交通服务 (NEMT)。 可为所有 Medi-Cal 承保服务（如医疗、 牙科、 心理健康、 物质滥用和药房约诊）提供 NEMT。 如果您需要 NEMT， 可与您的 PCP 交谈并要求提供。 您的 PCP 将根据您的需求确定最佳交通方式。 如果您需要 NEMT， 他们会填写表格并提交给 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 进行审批来为您开具该服务。 根据您的医疗需求， 您可能可以获得最长 12 个月的批准。 您的 PCP 将重新评估您对 NEMT 的需求， 最长期限为 12 个月。

NEMT 包括救护车、 小型厢型车、 轮椅厢型车或空中运输。 当您需要乘车前往预约地点时， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 可提供成本最低的承保交通方式和最合适的 NEMT， 以满足您的医疗需求。 例如， 若您的身体状况或医疗需求允许通过轮椅接送车出行， 则 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 就不会支付救护车服务的费用。 仅当您的健康状况不可能使用任何形式的地面运输时， 您才有权使用空中运输。

在以下情况下必须使用 NEMT ：

- 由于您无法乘坐公交车、 出租车、 汽车或厢型车前往约诊地点， 您的 PCP 通过书面授权认定您的身体状况或医学状况需要。
- 由于身体或精神残障， 您需要司机协助进出您的住宅、 车辆， 或治疗地点。

如需为医生开具的非紧急**常规预约**申请医疗交通服务， 请至少提前 72 小时（周一至周五）致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY ： 711）。 对于

约诊， 请尽快致电。 请在致电时准备好您的参保成员 ID 卡。 如果您需要更多信息， 也可以致电。

医疗交通服务限制

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 承保最低成本的医疗交通服务， 可满足您从住所前往最近可预约医疗机构的医疗需求。 如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保医疗交通服务， 则不会提供该服务。 如果预约类型属于 Medi-Cal 的承保范围， 但不在本健康计划的承保范围内， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将协助您安排交通事宜。 承保服务列表见本*参保手册***第 4 章**。 除非事先获得授权， 否则 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 网络或服务区域以外的交通服务不予承保。

G2. 非医疗交通服务

非医疗交通 (NMT) 福利包括往返于您接受医疗服务提供者授权的服务的约诊地点。 您可在以下情况下免费获得接送服务 ：

- 往返约诊地点以接受您的医疗服务提供者授权的服务， **或**
- 领取处方药和医疗用品。

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 允许您乘坐汽车、 出租车、 公共汽车或使用其他公共/私人交通方式前往您的医疗服务提供者授权的服务预约地点。 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 使用 ModivCare 安排 NMT。 我们承保满足您需求的最低成本 NMT 类型。

有时， 您可获得您安排的私家车接送费用的报销。 在您出行**前**， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 必须先对此进行审批， 同时， 您需向我们说明无法通过其他方式（如乘坐公交车）出行的原因。 您可以打电话、 发电子邮件或亲自告诉我们。 **自行驾车前往无法获得报销**。

里程报销要求提供以下所有文件 ：

- 司机的驾照。
- 司机的车辆登记证明。
- 司机的汽车保险证明。

如需为已获授权的服务申请出行服务， 请至少提前 72 小时（周一至周五）致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) **会员服务热线** 1-800-431-9007。 对于**紧急约诊**， 请尽快致电。 请在致电时准备好您的参保成员 ID 卡。 如果您需要更多信息， 也可以致电。

注 ： 美国印第安人参保成员可联系当地的印第安人健康诊所要求提供非医疗交通服务。

非医疗交通服务限制

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 提供最低成本的 NMT， 可满足您从住所前往最近可预约医疗机构的医疗需求。 **您不能自行驾车前往或直接获得报销。**

在以下情况下， NMT **不**适用 ：

- 需要救护车、 小型厢型车、 轮椅厢型车或其他形式的非紧急医疗交通服务才能前往服务地点。
- 由于身体状况或健康状况， 您需要司机协助进出住宅、 车辆， 或治疗地点。
- 您乘坐轮椅， 且在没有司机帮助的情况下无法进出车辆。
- Medicare 或 Medi-Cal 未承保服务。

H. 医疗紧急情况下、急需医疗时或灾难期间的承保服务

H1. 医疗紧急情况下的护理

医疗紧急情况指出现疾病、 剧痛、 重伤等症状的的健康状况， 或迅速恶化的健康状况。 此类病症非常严重， 如得不到及时医治， 您或者任何具有一般健康和医学常识的人士认为它将导致 ：

- 对您或胎儿的生命造成严重危险 ； **或**
- 丧失或严重损害身体机能 ； **或**
- 任何身体器官或部位出现严重功能障碍 ； **或**
- 若为临产孕妇， 则指以下情况 ：
  - 在分娩前没有足够时间将您安全转移到另一间医院。
  - 转院会对您或胎儿的健康或安全造成威胁。

如遇医疗紧急情况 ：

- **尽快寻求帮助。** 拨打 911 或前往最近的急诊室或医院。 需要时呼叫救护车。 您**不**需要获得 PCP 的批准或转诊。 您不需要使用网络内医疗服务提供者。 无论您何时需要，无论您身处美国或其领土， 您都可以从任何拥有相应国家 / 地区许可的任何医疗服务提供者处获得承保的紧急医疗护理， 即使他们不属于我们的网络。

- **确保尽早告知我方计划您需急诊。** 我方跟进您的急诊医疗。 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。 但是， 即使您延迟告知我们， 您也无需为急诊服务付费。 您可以拨打本页底部列出的电话号码联系会员服务。

医疗紧急情况下的承保服务

如果以任何其他方式前往急诊室会危及您的健康， 我方计划会承保救护车服务。 我方计划还涵盖急诊情况下的医疗服务。 要了解更多信息， 请参阅本*参保手册*中的**第 4 章**的福利一览表。

您可能会在美国境外获得承保的紧急医疗护理。 这项福利每年的限额为 $50,000。 如需了解更多信息， 请参阅本*参保手册*中的**第 4 章**的福利一览表中的 “全球急诊/急需医疗保险范围”， 或联系会员服务热线 1-800-431-9007 (TTY: 711)。 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。

为您提供急诊医疗的医疗服务提供者将决定您的状况什么时候稳定， 以及医疗紧急情况什么时候结束。 他们将继续为您治疗， 如果您需要后续护理以改善病情， 他们会联系我们制定计划。

我方计划承保您的后续护理。 如果您接受了网络外医疗服务提供者提供的急诊医疗服务， 我们将尽力安排网络内医疗服务提供者尽快接管您的护理工作。 我们建议您在接受急诊医疗后的 5 至 7 天内联系初级医疗服务提供者进行随访诊疗。 您可能会接到我方护理团队的电话， 协助您预约所需的随访诊疗， 以及获取其他有助于康复的福利。

在非急诊情况下获得急诊医疗服务

有时， 可能难以判断自己是否发生了医疗或行为健康急诊情况。 您可能以急诊医疗的名义就诊， 但医生却表示这根本不是急诊情况。 只要您有理由认为您的健康面临严重危险， 我们就会承保您的护理。

不过， 当医生表示这不是急诊情况后， 我们仅在下述情况下承保您的额外护理 ：

- 您使用网络内医疗服务提供者， **或**
- 您所获得的额外护理被视为 “急需医疗” 且您遵循获得此护理的规则。 请参阅下一部分。

H2. 急需医疗

急需医疗指您为并非急诊但需要立即进行护理的情况获得的护理服务。 例如， 您已有的疾病可能突然发作， 或出现意外疾病或伤害。

我方计划服务区域内的急需医疗

仅在下述情况下， 我们才会承保急需医疗 ：

- 您从网络内医疗服务提供者处获得此护理， **且**
- 您遵循本章所述的规则。

如果前往网络内医疗服务提供者处获得护理因时间、 地点或情境而无法进行或不合理， 我们将承保您从网络外医疗服务提供者处获得的急需医疗服务。

在严重急诊情况下 ： 拨打 “911” 或前往最近的医院。

如果您的情况不太严重 ： 致电 PCP 或医疗集团 ； 如果您无法致电或需要立即就医， 请前往最近的医疗中心、 紧急医疗中心或医院。

如果您不确定自己是否遇到急诊情况或需要紧急医疗， 我们的护士咨询热线随时为您服务， 无论是白天还是晚上。 您可以拨打 1-800-431-9007（TTY ： 711）联系我们的护士咨询热线， 该热线每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。

如果您需要查找医疗服务提供者方面的帮助， 也可以拨打参保成员 ID 卡背面或本页底部的号码联系会员服务。 会员服务还可将您转接至护士咨询热线。

我方计划服务区域外的急需医疗

如果您不在我方计划的服务区域内， 您可能无法从网络内医疗服务提供者处获得护理。 在这种情况下， 我方计划承保您从任何医疗服务提供者处获得的急需医疗服务。 但是， 即使您位于我方计划的服务区域之外或我方计划网络暂时无法提供服务， 具有医疗必要性的常规医疗服务提供者访视（如年度体检）也不视为急需医疗。

在下列情况下， 我方计划承保美国及其领土境外的全球急诊和紧急医疗服务。

当您在美国境外旅行时， 在您的全球急诊和紧急医疗保险范围内， 您最高可获得 $50,000 的承保金额。 超过此金额的费用将不予承保。

从其他国家/地区返回美国的交通费用以及在美国境外购买的药物费用不予承保。 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。

如需了解更多信息， 请参阅本*参保手册***第 4 章**的福利一览表中的 “急诊医疗” 和 “急需服务” ， 或通过本页底部列出的号码致电会员服务。

在美国境外获得的急需服务可被视为全球急诊/急需服务保险福利下的急诊情况。 如需了解更多信息， 请参阅本*参保手册***第 4 章**的福利一览表中的 “急诊医疗” 。

H3. 灾难期间的护理

如果 California 州的州长、 美国卫生与公众服务部的部长或美国总统宣布您所在区域处于灾难或急诊状态， 您仍然有权获取我方计划提供的护理。

请访问我们的网站， 了解如何在已宣布的灾害事件期间获得所需的医疗服务 ： go.wellcare.com/HealthNetCA。

在宣布灾难期间， 如果您无法使用网络内医疗服务提供者， 则可以免费从网络外医疗服务提供者处获得护理。 如果在宣布灾难期间无法使用网络药房， 则可以在网络外药房配药。 如需了解更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **5** 章。

I. 如果直接收到承保服务的账单该怎么办

如果您支付了承保服务的费用， **或者**如果您收到了承保医疗服务的账单， 请参阅本《*参保手册*》的**第 7 章**了解该怎么办。

您不应自行支付该账单。 如果您这样做， 我们可能无法将费用偿付给您。

I1. 如果我方计划不承保服务该怎么办

我方计划承保以下所有服务 ：

- 经认定具有医疗必要性， **且**
- 列于我方计划的福利一览表中 （请参阅本*参保手册*第 **4** 章）， **以及**
- 您根据本计划的规则接受该服务。

如果您接受本计划未承保的服务， **您需要自行支付全部费用**， 除非该服务由本计划外的其他 Medi-Cal 计划承保。

如果您希望了解我们是否会为任何医疗服务或护理付款， 您有权咨询我们。 您亦有权就此提出书面要求。 如果我们表示我们不会为您的服务付款， 您有权就我们的决定提出申诉。

本*参保手册*第 **9** 章说明了如果您希望我们承保某项医疗服务或物品该怎么做。 还介绍了如何就承保决定提出申诉。 致电会员服务， 详细了解您的申诉权利。

我们为某些服务支付的费用不会超过特定限额。 超出该限额后， 如需获得更多该类服务， 您需支付全额费用。 请参阅第 **4** 章了解具体的福利限额。 请致电会员服务， 了解您的福利限额以及已使用的福利额度。

J. 临床研究中的医疗保健服务承保范围

J1. 临床研究的定义

临床研究（也称为临床试验）是医生测试新型医疗保健服务或药物的一种方法。 Medicare 批准的临床研究通常需要志愿者参与研究。 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）。

如果您想参与任何 Medicare 批准的临床研究， **并不**需要经过我们的批准， 但我们鼓励您告知我们或您的初级医疗服务提供者。 在研究中为您提供护理的医疗服务提供者**无**需是网络内医疗服务提供者。 这不适用于需要进行临床试验或注册以评估获益的承保福利， 其中包括基于证据的有条件支付 (NCD-CED) 和试验用医疗器械豁免 (IDE) 研究的某些福利。 这些福利也可能需要事先授权并遵循其他计划规则。

如果您计划参与 Original Medicare 为参保人承保的某项临床研究， 我们鼓励您或您的护理协调员联系会员服务， 告知我们您将参与临床试验。

J2. 参与临床研究期间所获服务的付费

如果您自愿参与 Medicare 批准的临床研究， 则无需为研究涵盖的服务支付任何费用。 Medicare 支付研究涵盖的服务的费用以及与您的护理相关的日常费用。 在您加入 Medicare 批准的临床研究后， 您在研究中获得的大部分服务和用品得到承保。 其中包括 ：

- 即使不参与研究， Medicare 也会为您支付的住院食宿
- 研究中进行的手术或其他医疗程序
- 针对新护理的任何副作用和并发症的治疗

如果您参与 Medicare **尚未**批准的研究， 您需支付参与该研究的任何费用。

J3. 关于临床研究的更多信息

您可以通过阅读 Medicare 网站上的 “Medicare 与临床研究”(https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)， 了解有关加入临床研究的更多信息。 您也可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

K. 从宗教非医疗保健机构接受的医疗保健服务如何获得承保

K1. 宗教非医疗保健机构的定义

宗教非医疗保健机构是为您提供通常在医院或专业护理机构接受的护理的地方。 如果在医院或专业护理机构接受护理违反了您的宗教信仰， 我们承保您在宗教非医疗保健机构获得的护理。

仅针对 Medicare Part A 住院服务（非医疗保健服务）提供该福利。

K2.宗教非医疗保健机构提供的护理

要获得宗教非医疗保健机构提供的护理， 您必须签署一份法律文件， 申明您反对接受 “非例外” 医学治疗。

- “非例外” 医学治疗指**自愿而并非**任何联邦、 州或地方法律要求的任何护理。

- “例外” 医学治疗指**并非自愿， 而是**联邦、 州或地方法律要求的任何护理。

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。
- 如果您从该等机构获得服务， 则 ：
  - 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。
  - 您在入院前， 必须先获得我们的批准 ； 否则， 您在该医院的住院相关费用将**不予**承保。

只要您符合上述要求， 住院治疗服务的承保范围不受限制。

L. 耐用医疗设备 (DME)

L1. 作为我方计划的参保成员获取 DME

DME 包括医疗服务提供者开立医嘱的某些具有医疗必要性的物品， 例如 ： 轮椅、 拐杖、 电动床垫系统、 糖尿病用品、 医疗服务提供者开立医嘱在家中使用的医院病床、 静脉 (IV) 输液泵、 语音生成设备、 氧气设备和用品、 雾化器及助行器。

您拥有某些 DME 物品， 例如假体。

在本部分中， 我们讨论您租用的 DME。 作为我方计划的参保成员， 您可以在具有医疗必要性并对 DME 有长期需求的情况下获得 DME 的所有权。 此外， 该设备必须经由您的 PCP、 医疗集团和/或 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的审批、 安排与协调。 如需了解耐用医疗设备的租赁或所有权获取要求， 以及您需提供的证明文件， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。

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。 您无需获得某些类型的 DME 的所有权。 请致电会员服务部， 了解 DME 的租赁或所有权相关要求， 以及需提供的证明文件。

即使您在加入我方计划前在 Medicare 下连续使用 DME 长达 12 个月， 您也**不会**拥有该设备。

L2. 转为 Original Medicare 时的 DME 所有权

在 Original Medicare 计划中， 租用某些类型 DME 的人士在租用 13 个月后获得其所有权。 在 Medicare Advantage (MA) 计划中， 该计划可以设定人们在获得某些类型 DME 的所有权之前必须租用的月数。

如果您不再享有 Medi-Cal， 则必须在 Original Medicare 下连续支付 13 次费用， 或者您必须连续支付 MA 计划设定的付款次数， 才能在以下情况下获得 DME 的所有权 ：

- 您在参加我方计划时未获得 DME 的所有权， **及**
- 您退出我方计划并在 Original Medicare 计划的任何健康计划或在 MA 计划之外获得您的 Medicare 福利。

如果您在加入我方计划前已在 Original Medicare 或 MA 计划下支付 DME 物品的费用， **这些 Original Medicare 或 MA 计划款项不计入您在退出我方计划后需支付的费用**。

- 您必须在 Original Medicare 下重新连续支付 13 次费用， 或者连续支付 MA 计划设定的付款次数， 才能获得 DME 物品的所有权。
- 即使您转回 Original Medicare 或 MA 计划亦无例外。

L3.作为我方计划的参保成员享有的氧气设备福利

如果您符合享有 Medicare 承保的氧气设备的资格， 我们会承保 ：

- 氧气设备的租赁
- 氧气和含氧物质的输送
- 用于输送氧气和含氧物质的管子及相关配件
- 氧气设备的维护和维修

在不再具有医疗必要性时或您退出我方计划时， 必须退还氧气设备。

L4.转为 Original Medicare 或另一个 Medicare Advantage (MA) 计划时享有的氧气设备

当氧气设备具有医疗必要性且**您退出我方计划并转为 Original Medicare 时**， 您可从供应商处租用 36 个月。 您的月度租金付款承保上述氧气设备及用品和服务。 如果您仍在参保 Medicare 和 Medi-Cal， 则 Medicare 和 Medi-Cal 承保这些付款。

如果氧气设备**在您租用 36 个月后**仍具有医疗必要性， 则您的供应商必须 ：

- 再提供氧气设备、 用品和服务 24 个月
- 提供最多五年的氧气设备和用品 （如果具有医疗必要性）

如果氧气设备**在五年期限结束时**仍具有医疗必要性 ：

- 您的供应商不必再提供它， 且您可以选择从任何供应商处获得更换设备。

- 新的五年期限开始。
- 您从供应商处租用 36 个月。
- 您的供应商再提供 24 个月的氧气设备、 用品和服务。
- 新周期每五年开始重新计算， 前提是氧气设备具有医疗必要性。

当氧气设备具有医疗必要性且**您退出我方计划并转为其他 MA 计划时**， 该计划所承保的氧气设备、 用品和服务至少与 Original Medicare 相同。 您可以询问您的新 MA 计划承保哪些氧气设备和用品， 以及您需支付哪些费用。

第 4 章：福利一览表

简介

本章介绍我方计划承保的服务以及对这些服务的任何约束或限制。 此外， 本章还将说明不在我方计划的承保范围内的福利。 本《*参保手册*》的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的新参保成员 ： 在大多数情况下， 您在申请加入 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 后的次月 1 日， 将成为该计划参保成员，获享 Medicare 福利。 您可能仍会通过之前的 Medi-Cal 健康计划再获得一个月的 Medi-Cal 服务。 之后， 您将通过 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 获得 Medi-Cal 服务。 您的 Medi-Cal 保障不会出现中断。 如有任何疑问， 请致电 1-800-431-9007（TTY ： 711）联系我们。

目录

A. 您的承保服务 69
B. 针对向您收取服务费用的医疗服务提供者的规定 69
C. 关于我方计划的福利一览表 69
D. 我方计划的福利一览表 72
E. 社区支持 123
F. 我方计划之外承保的福利 128
F1. California 社区过渡 (CCT) 128
F2. Medi-Cal Dental 128
F3. 居家支持服务 (IHSS) 129
F4. 1915(c) 家庭与社区服务 (HCBS) 豁免计划 129
F5. 在我方计划之外提供的县行为健康服务（心理健康和物质滥用障碍服务） 132
G. 我方计划、Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利 134

A. 您的承保服务

本章介绍我方计划承保的服务。 您还可以了解哪些服务不受承保。 如需了解药物福利， 请参阅本*参保手册*第 **5** 章。 本章还介绍对某些服务的限制。

因为您从 Medi-Cal 获得帮助， 所以只要您遵循我方计划的规则， 就无需支付任何承保服务费用。 有关本计划规则的详细信息， 请参阅本*参保手册*第 **3** 章。

若您需要协助了解哪些服务属于承保范围， 可联系会员服务热线 1-800-431-9007（TTY ： 711）。 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。

B. 针对向您收取服务费用的医疗服务提供者的规定

我们不允许我们的医疗服务提供者就网络内承保服务向您收费。 我们会直接向医疗服务提供者付款， 并保障您不支付任何费用。 即使我们向医疗服务提供者支付的费用比医疗服务提供者对此服务收取的费用少， 这项规定也适用。

您不应收到医疗服务提供者就承保服务向您开出的账单。 如果您收到账单， 请参阅本*参保手册*第 **7** 章或致电会员服务。

C. 关于我方计划的福利一览表

福利一览表介绍本计划支付费用的服务。 (药物保障范围见第 **5** 章。) 该表按字母顺序列出承保服务并对其进行说明。

在符合下列规则的情况下， 我们会支付福利一览表中所列服务的费用。 只要您符合下述要求， 即**无需**支付福利一览表中所列服务的费用。

- 我们根据 Medicare 和 Medi-Cal 设定的规则承保 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务。
- 包括医疗保健、 行为健康和物质滥用服务、 长期服务与支持、 用品、 设备和药物在内的服务必须具有 “医疗必要性”。 医疗必要性指您用于预防、 诊断或治疗病症或维持您目前的健康状况所需的服务、 用品或药物。 这包括使您免于住院或入住护理机构的护理。 同时也指这些服务、 用品或药品符合公认的医疗实践标准。 “具有医疗必要性的服务” 指合理且必要地保护生命、 预防重大疾病或严重残障， 或缓解剧痛所需的服务。
- 对于新参保人， 在前 90 天内， 我们可能不会要求您就任何正在进行的治疗程序提前获得批准， 即使该治疗程序针对在网络外医疗服务提供者处开始的服务。

- 您从网络内医疗服务提供者处获得护理。 网络内医疗服务提供者是与我们合作的医疗服务提供者。 在大多数情况下， 除非是急诊或急需医疗， 或者除非本计划或网络内医疗服务提供者为您提供转诊， 否则不会承保您从网络外医疗服务提供者处获得的护理。 这意味着您可能需要向该医疗服务提供者全额支付您所获网络外服务的费用。 本*参保手册*第 **3** 章提供了更多关于使用网络内和网络外医疗服务提供者的信息。

- 由初级医疗服务提供者 (PCP) 或护理团队提供和管理您的护理服务。 在大多数情况下， 您必须先获得您的 PCP 的批准， 然后才能使用您的 PCP 以外的医疗服务提供者或使用我方计划网络内的其他医疗服务提供者。 这称为转诊。 本*参保手册*第 **3** 章提供有关如何获得转诊以及何时**不**需要转诊的更多信息。

- 我们仅在您的医生或其他网络内医疗服务提供者首先获得我们批准的情况下， 才会承保福利一览表中列出的某些服务。 这称为事先授权 (PA)。 我们在福利一览表中将需要 PA 的承保服务以斜体标记。

- 如果您的计划批准了针对某个治疗程序的 PA 申请， 则该批准的有效期必须在医学上合理且必要， 以避免基于承保标准、 您的病史和为您提供治疗的医疗服务提供者的建议中断护理。

- 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 www.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）。

- 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。

- 如果您在 3 个月认定持续资格期内失去 Medi-Cal 资格， 我方将继续提供 Medicare Advantage 计划涵盖的全部 Medicare 福利。 但是， 您的 Medi-Cal 保险可能会比您在我们这里的 Medicare 保险更早终止。 当您的 Medi-Cal 保险终止后， 我们将不再支付您的 Medi-Cal 福利费用。 我们将支付如果您未失去 Medi-Cal 资格时 Medi-Cal 本应承担的任何 Medicare 分摊费用。 如需更多信息， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。

  我们将协助您重新获得 Medi-Cal 资格。 如果您仍在我们这里参加 Medicare 保险期间恢复了 Medi-Cal 资格， 我们将恢复支付您的 Medi-Cal 福利， 您在我们计划中的参保也将继续。 如果您在我们取消您参保 Medicare 后重新获得 Medi-Cal 资格， 您需要联系我们重新加入该计划。

特定慢性疾病参保成员的重要福利信息。

- 如果您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。

所有预防服务均免费提供。 此苹果 标志在福利一览表中表示预防服务。

D. 我方计划的福利一览表

承保服务		您需支付的费用
	腹主动脉瘤筛查 我们为有患病风险的人士支付一次性超声筛查的费用。 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。	$0

承保服务		您需支付的费用
	针灸 我们在任一日历月内最多支付两次门诊针灸服务费用， 如果具有医疗必要性， 则可支付更多次。 如果您患有慢性下背疼痛， 我们还将支付 90 天内最多 12 次针灸访视的费用， 其中慢性下背疼痛的定义如下 ： ● 持续 12 周或更长时间； ● 不具有特异性（没有可确定的全身性病因，例如与转移性、炎症性或感染性疾病无关）； ● 与手术无关； ● 与妊娠无关。 此外， 如果您出现好转， 我们还额外支付八次慢性下背痛针灸治疗的费用。 您每年接受的慢性下背疼痛针灸治疗的次数不得超过 20 次。 如果您没有好转甚至恶化， 则必须停止针灸治疗。 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。 **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	针灸 — 续 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。 在您用完 Medicare 福利后， 服务限制为每月最多 2 次服务，或每月从以下服务中组合使用 2 次服务 ： 针灸、 脊椎按摩、 针灸、 职业治疗、 言语病理学、 听力学或足病治疗。 **我们的计划还承保补充性（非 Medicare 承保的）针灸服务， 每年最多 24 次就诊。** 在大多数情况下， 您必须使用签约医疗服务提供者才能获得承保服务。 如果您对如何使用此福利有疑问， 请联系我们的计划。 承保的针灸服务包括 ： ● 新患者检查或针对新健康问题或新发急性发作首次评估的现有患者检查 ● 现有患者检查（新检查后 3 年内） ● 随访诊室就诊——可能涉及针灸服务或重新检查 ● 向网络内其他医疗服务提供者寻求第二诊疗意见 ● 急需和急诊服务 如需协助查找网络内医疗服务提供者， 您可以致电会员服务。	
	酒精滥用筛查和咨询 我们为滥用酒精但不依赖酒精的成人支付一次酒精滥用筛查 (SABIRT) 费用。 此项规定的适用范围包括孕妇。 如果您的酒精滥用筛查结果为阳性， 您可获得由初级医疗服务机构中符合资格的初级医疗服务提供者 (PCP) 或执业医护人员提供的每年最多四次简短的面对面咨询（如果您能够进行咨询并可在咨询过程中保持清醒状态）。	$0

承保服务		您需支付的费用
	救护车服务 无论是急诊还是非急诊情况， 承保的救护车服务均包括地面和空中（飞机和直升机）救护。 救护车会将您运送到可提供护理的最近机构。 您的状况必须十分严重， 以至于使用其他手段送至护理机构可能危及您的健康或生命。 其他情况（非急诊情况）的救护车服务必须获得我们的批准。 在非急诊情况下， 我们可能会支付救护车费用。 您的状况必须十分严重， 以至于使用其他手段送至护理机构可能危及您的生命或健康。	$0 *可能需要事先授权。*
	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）	$0
	年度健康访视 您可以获得年度体检。 此项服务会根据您目前的风险因素制定或更新预防计划。 我们每 12 个月为此支付一次费用。 **注 ：** 您的第一次年度健康访视不能在参加 **Medicare 新参保者**访视后的 12 个月内进行。 但是， 在已加入 B 部分 12 个月以后，您不必参加 **Medicare 新参保者**访视， 也可获得年度健康访视。	$0

承保服务		您需支付的费用
	哮喘预防服务 您可接受哮喘教育， 以及针对哮喘控制不良者的家庭常见触发因素的家庭环境评估。	$0
	骨密度检测 我们为符合资格的参保成员（通常是有骨质流失或骨质疏松症风险的人士）承保某些程序。 这些程序可确定骨密度、 检测骨质流失或评估骨骼质量。 我们每 24 个月为这些服务支付一次费用， 如果具有医疗必要性， 则可支付多次。 我们也会支付医生查看和解释测量结果的费用。	$0
	乳腺癌筛查（乳腺照影筛查） 我们支付以下服务的费用 ： • 35 岁到 39 岁之间，一次基准线乳腺照影筛查 • 年满 40 岁的女性，每 12 个月一次筛查性乳腺照影 • 每 24 个月一次临床乳腺检查	$0
	心脏康复服务 我们支付心脏康复服务的费用， 例如练习、 教育和咨询服务。参保成员必须符合特定条件且有医生的转诊。 如果您至少患有以下病症之一， 我们承保这些综合计划 ： • 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 **此福利在下一页续载。**	$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 • 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 承保限制 ： 您最多可参加 36 次心脏康复训练。 您每天可参加两次训练（每次持续一小时）， 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（心脏）疾病风险降低访视（心脏病治疗） 我们每年向您的初级医疗服务提供者 (PCP) 支付一次或多次（如果具有医疗必要性）帮助降低您的心脏病风险的访视费用。 在该访视期间， 您的医生可能会 ： • 讨论 讨论阿司匹林的使用 的使用； • 检查您的血压，**和/或** • 给予您确保膳食健康的提示。	$0
	心血管（心脏）疾病筛检 我们每五年（60 个月）支付一次检查心血管疾病的血液检查费用。 此类血液检查还会检查因心脏病高风险导致的异常情况。	$0

承保服务		您需支付的费用
	宫颈癌和阴道癌筛查 我们支付以下服务的费用 ： ● 对于所有女性：每 24 个月一次子宫颈抹片检查和盆腔检查 ● 对于宫颈癌或阴道癌高风险女性：每 12 个月一次子宫颈抹片检查 ● 对于过去三年内有异常子宫颈抹片检查结果的育龄期女性：每 12 个月一次子宫颈抹片检查 ● 对于 30-65 岁的女性：每五年进行一次人乳头瘤病毒 (HPV) 检测或巴氏涂片联合 HPV 检测	$0
	脊椎矫正治疗服务 我们支付以下服务的费用 ： ● 脊柱手法矫正以纠正错位 除怀孕参保成员或居住在专业护理机构或长期护理机构的参保成员外， Medi-Cal 会员的脊椎矫正治疗福利（用于纠正脊柱或颈部的扭伤、 拉伤或脱位）仅在由签约脊椎按摩服务提供者提供时方可承保。 网络外 FQHC、 RHC 和 IHCP 可能需要转诊。 脊椎矫正治疗服务 ： ● 每月限两次服务，结合听觉、针灸、职业治疗和言语治疗服务。限制不适用于 21 岁以下儿童、孕妇或入住专业护理机构或长期护理机构的参保成员。 ● 限于通过人工矫治脊椎进行治疗（同一医疗服务提供者就同一接受者和同一服务日期开具账单时，仅可报销一次脊椎矫正治疗）。 维护性护理不视为具有医疗合理性和必要性， 因此不在承保范围内。 脊椎矫正治疗服务的承保范围限于由脊椎矫正治疗、 整骨医生提供的服务或 California 州许可的药物。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	结肠直肠癌筛查 我们支付以下服务的费用 ： • 结肠镜检查没有最低或最高年龄限制，对于非高危患者，每 120 个月（即十年）可承保 1 次；对于非结直肠癌高危患者，自上次接受柔性乙状结肠镜检查后每 48 个月可享受 1 次承保；对于高危患者，自上次筛查性结肠镜检查后每 24 个月可享受 1 次承保。 • 对于年满 45 岁的非结肠直肠癌高风险患者，如果距离上次进行计算机断层扫描结肠造影筛查的月份已过去至少 59 个月，或者距离上次进行柔性乙状结肠镜筛查或结肠镜筛查的月份已过去至少 47 个月，则计算机断层扫描结肠造影检查可获得承保。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，此项筛查检查的费用可获支付。 • 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。对于高风险患者，自上次软式乙状结肠镜检查或计算机断层扫描结肠造影检查后每 48 个月一次。 • 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。 • 45-85 岁且不符合高风险标准的患者的多靶点粪便 DNA 检测。每三年可享受 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。每三年可享受 1 次。 • 结肠直肠癌筛查检查包括在 Medicare 承保的基于粪便的非侵入性结肠直肠癌筛查检查结果呈阳性后进行的后续结肠镜筛查。 **此福利在下一页续载**	$0

承保服务		您需支付的费用
	结肠直肠癌筛查 — 续 • 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。	
	基于社区的成人服务 (CBAS) CBAS 是基于社区的日间保健计划， 旨在为老年人以及有慢性医学、 认知或行为健康问题和/或残障并可能需要机构护理的成年人提供服务。 CBAS 计划是 Medi-Cal 受益人的替代机构护理计划， 使受益人可以在适当的健康、 康复、 个人护理和社会服务的帮助下居家生活。 CBAS 计划强调与参与者、 家人和/或看护人、 初级保健医师和社区合作， 共同努力维持个人独立性。 该中心提供的服务包括 ： • 专业护理服务 • 物理、职业和言语治疗 • 心理健康服务 • 治疗性活动 • 社会服务 • 个人护理 • 热食和营养咨询 • 往返参与者住所的交通服务 **注 ：** 如果 CBAS 机构不可用， 我们可以单独提供这些服务。	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务		您需支付的费用
	牙科服务 我们支付某些牙科服务的费用， 包括但不限于洗牙、 补牙和假牙。 我们不承保的项目可通过 Medi-Cal Dental计划获得， 详情见下文 **F2 部分**。 当某些牙科服务是个人主要疾病特定治疗的组成部分时， 我们会为该服务付费。 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。 作为 Medi-Cal 参保成员， 有许多标准牙科服务可通过 Medi-Cal Dental计划获得 ； 这些服务包括但不限于 ： ● 牙科检查（每 12 个月一次） ● 洗牙（每 12 个月一次） ● 洁治和牙根平整术 ● 氟化物涂膜（每 12 个月一次） ● X 光检查 ● 补牙 ● 牙冠 ● 牙根管治疗 ● 局部和全口假牙 ● 假牙换底 ● 拔牙 ● 急诊服务 如需详细了解通过 Medi-Cal Dental提供的牙科福利， 或者如果需要查找接受 Medi-Cal 的牙医方面的帮助， 请致电电话服务中心 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。 **此福利在下一页续载。**	$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 除您的 Medi-Cal Dental福利外， 我方计划还承保额外的牙科服务和程序。 这些服务可能包括但不限于 ： • **全面牙科护理** 承保服务包括以下内容 ○ 修复性服务 – 每 7 个计划年每颗牙齿 1 次 ○ 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 ○ 固定义齿 – 每 7 个计划年每颗牙齿 1 次 ○ 辅助性一般服务 – 每年 1 次 **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 我们每年支付一次抑郁症筛查的费用。 必须在可以提供后续治疗和/或转诊的初级医疗机构中完成筛查。	$0

承保服务		您需支付的费用
	糖尿病筛查 如果您有以下任何风险因素， 我们会支付此筛查（包括空腹血糖检测）的费用 ： • 高血压 • 胆固醇和甘油三酯水平异常（血脂异常）史 • 肥胖 • 高血糖（葡萄糖）史 在某些其他情况下， 可能会承保检查费用， 例如您超重并有糖尿病家族史的情况。 您可能有资格在最近一次糖尿病筛查日期之后， 每 12 个月进行最多两次糖尿病筛查。	$0
	糖尿病自我管理培训、 服务和用品 我们为所有糖尿病患者（不论他们是否使用胰岛素）支付以下服务的费用 ： • 血糖监测用品，包括以下各项： ○ 血糖监测仪 ○ 血糖试纸 ○ 采血针装置和采血针 ○ 用于检查试纸和监测仪准确性的葡萄糖品管液 • 对于患有严重糖尿病足病的糖尿病患者，我们支付以下用品的费用： ○ 每个日历年可获得一双定制治疗鞋（含鞋垫），包括适配服务，以及额外两双鞋垫，**或** ○ 每年一双深型鞋，包括试穿和三双鞋垫（不包括鞋子随附的非定制可拆卸鞋垫） **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要取得事先授权* *可能需转诊证明*。

承保服务		您需支付的费用
	糖尿病自我管理培训、 服务和用品 — 续 ● 在某些情况下，我们会支付培训费用，以帮助您管理糖尿病。 如需了解更多信息，请联系会员服务。 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。 如果在零售药房购买糖尿病检测用品， 您还必须向药剂师出示您的 Medi-Cal BIC 卡， 以便他们能够正确地向我方计划以及 Medi-Cal Rx 开具账单。	.
	导乐陪伴分娩服务 对于孕妇， 我们支付九次访视费用， 包括产前和产后期间的导乐陪伴分娩以及临产和分娩期间的支持。 此外， 还可再提供最多九次产后支持。	$0
	耐用医疗设备 (DME) 及相关用品 如需 “耐用医疗设备 (DME)” 的定义， 请参阅本*《参保手册》*的**第 12 章**。 我们承保以下物品 ： ● 轮椅，包括电动轮椅 ● 拐杖 ● 电动床垫系统 ● 床垫干压垫 ● 糖尿病用品 **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务		您需支付的费用
	耐用医疗设备 (DME) 及相关用品 — 续 • 医疗服务提供者开立医嘱的医院病床（在家中使用） • 静脉 (IV) 输液泵和输液架 • 语音生成设备 • 氧气设备和用品 • 雾化器 • 助行器 • 标准弯柄或四脚手杖及替换 • 用品 • 颈椎牵引器（门上装置） • 骨刺激器 • 透析护理设备 可能会承保其他物品。 我们支付 Medicare 和 Medi-Cal 通常会付费的所有具有医疗必要性的 DME 的费用。 如果您所在区域中的供应商没有特定品牌或制造商， 您可以询问他们是否能特地为您订购。 请联系会员服务， 以帮助您找到可能提供该特定物品的其他供应商。 非 Medicare 承保的户外使用的耐用医疗设备也受到承保。	

承保服务		您需支付的费用
	急诊医疗 急诊医疗指符合以下条件的服务 ： ● 由接受过急诊服务培训的医疗服务提供者提供， ● 是评估或治疗医疗紧急情况所需的。 医疗紧急情况指疾病、 损伤、 剧痛或快速恶化的健康状况。 此类状况非常严重， 如得不到及时医治， 任何具有一般健康和医学常识的人士认为它将导致 ： ● 对您或您未出生孩子的健康构成严重风险；**或** ● 严重损害身体机能；**或** ● 任何身体器官出现严重功能障碍；**或** ● 失去肢体，或丧失肢体功能。 ● 若为临产孕妇，则指以下情况： ○ 在分娩前没有足够时间将您安全转移到另一间医院。 ○ 转院会对您或胎儿的健康或安全造成威胁	$0 如果您在网络外医院接受急诊医疗服务，并在紧急状况稳定后需要住院治疗， 您必须入住网络内医院才能让您的护理继续获得承保。 只有获得我方计划的批准， 您才能继续在网络外医院接受住院治疗。
	全球急诊/急需服务保险。 定义为在美国境外接受的紧急医疗、 急诊医疗和稳定后护理服务。 ● 仅限于在美国境内提供时分类为紧急医疗、急需医疗或稳定后护理的服务。 ● 如果以任何其他方式前往急诊室会危及您的健康，则承保救护车服务。 ● 不承保国外税费和费用（包括但不限于货币兑换或交易费用）。 美国指 50 个州、 District of Columbia、 Puerto Rico、 Virgin Islands、 Guam、 Northern Mariana Islands 和 American Samoa。	$115 共付额 如果您入院接受住院治疗服务， 则全球急诊室/急需服务访视的分摊费用不可免除。 全球急诊/急需服务保险的年度限额为 $50,000。

承保服务		您需支付的费用
	计划生育服务 法律允许您针对某些计划生育服务选择任何医疗服务提供者（无论是网络内医疗服务提供者还是网络外医疗服务提供者）。 这包括任何医生、 诊所、 医院、 药房或计划生育办公室。 我们支付以下服务的费用 ： ● 计划生育检查和医学治疗 ● 计划生育实验室和诊断检查 ● 计划生育方法（宫内节育器 (IUC)/宫内节育环 (IUD)、植入物、注射剂、避孕药、避孕贴或避孕环） ● 计划生育处方用品（避孕套、海绵塞、泡沫药片 、薄膜、隔膜、宫颈帽） ● 有限的生育服务，例如关于生育意识方法的咨询和教育，和/或孕前健康咨询、性传播感染 (STI) 检测和治疗 ● 艾滋病毒和艾滋病以及其他艾滋病毒相关疾病的咨询和检测 ● 永久性避孕（您必须年满 21 岁才能选择此计划生育方法。您必须在手术日期前至少 30 天、但不超过 180 天签署联邦绝育同意书。） ● 遗传咨询 我们还为某些其他计划生育服务支付费用。 不过， 您必须通过我们的医疗服务提供者网络中的医疗服务提供者获取以下服务 ： ● 不孕不育症治疗（此服务不包括人工受孕） ● 艾滋病和其他艾滋病毒相关疾病的治疗 ● 基因检测	$0

承保服务		您需支付的费用
	健康和健康管理教育计划 我们提供许多针对特定健康状况的计划。 其中包括 ： ● 健康教育课程； ● 营养教育课程； ● 戒烟；**以及** ● 护士热线 ○ 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。 ● 健身福利 ○ 本计划提供健身项目，可让您使用全国范围内的健身场所。 ○ 为助力您养成积极健康的生活方式，您可免费使用以下服务： ■ 健身中心会员资格：可从参与该健身网络的多家线下健身中心中选择。会员资格包含使用标准健身俱乐部或健身工作室的服务，以及参与提供的团体健身课程。您可使用健身网络内的一家或多家健身房。 ■ 家庭健身套装：您可从多种家庭健身套装中选择。每个福利年度最多可领取 1 套。 ■ 数字健身计划：可通过数字资源库从数千个按需点播的健身视频中选择，还可使用虚拟课程及一款移动应用程序。 有关健身福利的更多信息， 请致电会员服务。	$0

承保服务		您需支付的费用
	听力服务 我们支付您的医疗服务提供者完成的听力和平衡检查的费用。 这些检查可告知您是否需要医学治疗。 当您从医师、 听觉矫正专家或其他合格医疗服务提供者处获得这些服务时， 这些服务作为门诊护理获得承保。 当医师或其他合格医疗服务提供者开具助听器处方时， 我们也会支付助听器的费用， 其中包括 ： ● 耳模、用品和耳塞 ● 维修 ● 初始电池组 ● 您获得助听器后在同一供应商处进行的六次培训、调整和验配访视 ● 助听器试用期租赁 ● 辅助听力装置、表面佩戴式骨传导听力装置 ● 助听器相关听觉和评估后服务 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 次助听器适配和评估。 ● 每年每只耳朵可获得 1 个非植入式助听器，费用最高不超过 $750。每年仅限 2 台非植入式助听器。福利包括 3 年保修（含丢失及损坏），并附赠电池供应。	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务		您需支付的费用
	艾滋病毒筛查 我们每 12 个月为以下人士支付一次艾滋病毒筛查检测费用 ： ● 要求进行艾滋病毒筛查检测的人士，**或** ● 艾滋病毒感染风险增加的人士。 如果您怀孕， 我们在怀孕期间最多支付三次艾滋病毒筛查检测的费用。 如果您的医疗服务提供者建议， 我们还会支付额外的艾滋病毒筛查费用。	$0
	家庭保健机构护理 在接受家庭保健服务之前， 必须由医生告知我们您需要服务，并且必须由家庭保健机构提供这些服务。 您必须符合居家不便条件， 即离开住所需要付出极大努力。 我们支付以下服务以及可能未在此处列出的其他服务的费用 ： ● 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八小时且少于每周 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	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	家庭输液治疗 我方计划支付家庭输液治疗的费用， 其中家庭输液治疗指在家中通过静脉或皮下途径为您注入药物或生物制剂。 家庭输液需要用到以下各项 ： ● 药物或生物制剂，如抗病毒药或免疫球蛋白； ● 设备，例如泵；**及** ● 用品，如管子或导管。 我方计划承保家庭输液服务， 包括但不限于 ： ● 根据护理计划提供的专业服务，包括护理服务； ● 未包含在 DME 福利中的参保成员培训和教育； ● 远程监护；**及** ● 监测服务，用于监测合格家庭输液治疗服务供应商对家庭输液治疗及药物的提供情况。	$0 *可能需要事先授权。*
	临终关怀 如果您的医疗服务提供者和临终关怀医疗顾问确定您有绝症预后， 您有权选择临终关怀服务。 这意味着您身患绝症， 且预期寿命不超过六个月。 您可以从 Medicare 认证的任何临终关怀计划获得关怀服务。 本计划须协助您在计划服务区域内寻找 Medicare 认证临终关怀计划， 包括本计划拥有、 控制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 ： ● 用于治疗各种症状和疼痛的药物 ● 短期喘息护理 ● 居家护理 **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务		您需支付的费用
	临终关怀 — 续 **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。** **对于临终关怀服务和 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保的与绝症预后有关的服务， 向 Medicare 收取费用 ：** ● Original Medicare（而非我方计划）将向您的临终关怀服务提供者支付临终关怀服务和与您的绝症有关的任何 A 部分和 B 部分服务的费用。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。 **对于我方计划承保但 Medicare Part A 或 Medicare Part B 不承保的服务 ：** ● 我方计划承保 Medicare Part A 或 Medicare Part B 未承保的服务。我们承保这些服务，无论其是否与您的绝症预后相关。您需为这些服务付费。 **对于我方计划的 Medicare Part D 福利可能承保的药物 ：** ● 药品不会同时由临终关怀服务与我方计划双重承保。有关详细信息，请参阅本*参保手册*第 **5 章**。 **注 ：** 如果您患有严重疾病， 您可能有资格获得姑息治疗， 这种治疗提供以患者和家庭为中心的基于团队的护理， 以改善您的生活质量。 您可以在接受治愈性/常规护理的同时接受姑息治疗。 如需了解更多信息， 请参阅下文的 “姑息治疗” 部分。 **注 ：** 如果您需要非临终关怀服务， 请致电您的护理协调员和/或会员服务以安排相关服务。 非临终关怀服务指与您的绝症预后**无关**的护理服务。 我方计划为没有选择临终关怀福利的绝症参保成员承保临终关怀咨询服务（仅一次）。	

承保服务		您需支付的费用
	免疫接种 我们支付以下服务的费用 ： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，在秋季和冬季的每个流感季注射一次，如果具有医疗必要性，可额外注射流感疫苗 • 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 • 人乳头瘤病毒 (HPV) 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） 我们支付符合 Medicare Part D 承保规则的其他疫苗的费用。 如需更多信息， 请参阅本*参保手册*第 6 章。	$0
	住院治疗服务 我们支付以下服务以及未在此处列出的具有医疗必要性的其他服务的费用 ： • 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 • 特殊护理病房费用，例如重症监护病房或冠心病监护病房 • 药品和药物 • 实验室检查 • X 光检查和其他放射学服务 • 所需的手术及医疗用品 **此福利在下一页续载**	$0 在急诊情况稳定后，您必须获得我方计划的批准才可在网络外医院接受住院护理。 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务	您需支付的费用
住院治疗服务 — 续 ● 轮椅等设备 ● 手术室与康复室服务 ● 物理、职业和言语治疗 ● 住院物质滥用治疗服务 ● 在某些情况下，以下类型的移植：角膜、肾脏、肾脏/胰脏、心脏、肝脏、肺、心肺、骨髓、干细胞以及肠/多器官。 如果您需要进行移植， Medicare 批准的移植中心将审查您的病例， 并决定您是否适合移植。 移植服务提供者可能位于本地， 也可能在服务区域外。 如果当地移植服务提供者愿意接受 Medicare 费率， 则您可以在当地获得移植服务， 或者， 您也可以在社区护理模式之外获得移植服务。 如果我方计划在社区护理模式之外的地点提供移植服务， 且您选择在该地点接受移植， 我们会为您和一名陪同人员安排住宿和交通或支付相关费用。 ● 血液，包括储存和管理。承保全血与浓缩红细胞，涵盖您所需的第一品脱血液。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， 您可能仍会被视为 “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。	

承保服务		您需支付的费用
	精神病医院住院服务 我们为需要住院的心理健康护理服务支付费用。 ● 如果您需要在独立的精神科医院接受住院服务，我们会支付前 190 天的费用。此后，当地县精神卫生机构将支付具有医疗必要性的精神病住院服务费用。190 天以后的护理的授权由当地县精神卫生机构协调。 ○ 190 天的限制**不**适用于在全科医院精神病科提供的心理健康住院服务 ● 如果您年满 65 岁，我们会支付您在心理疾病研究所 (IMD) 接受的服务的费用。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	住院 ： 非承保住院期间医院或专业护理机构 (SNF) 提供的承保服务 如果您已用完所有住院福利， 或者如果住院不合理且不具有医疗必要性， 我们不会支付您的住院费用。 但是， 在住院护理未受承保的某些情况下， 我们可能会支付您在医院或护理机构期间接受的服务的费用。 如需了解更多信息， 请联系会员服务。 我们支付以下服务以及可能未在此处列出的其他服务的费用 ： ● 医生服务 ● 诊断检查，如实验室检查 ● X 光检查、镭射治疗和同位素治疗，包括技术员材料和服务 ● 外科敷料 ● 夹板、石膏和其他用于骨折与脱臼的器械 ● 假体和矫形器（牙科除外），包括此类装置的更换或维修。这些装置可替换全部或部分： ○ 身体内部器官（包括邻近组织），**或** **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务		您需支付的费用
	住院 ： 非承保住院期间医院或专业护理机构 (SNF) 提供的承保服务 — 续 ○ 失去功能或功能异常的身体内部器官的功能。 ● 腿部、臂部、背部和颈部支架；疝气带；以及义肢和义眼。这包括因破损、磨损、丢失或病情变化而需要的调整、维修和更换 ● 物理治疗、言语治疗和职业治疗	
	肾病服务和用品 我们支付以下服务的费用 ： ● 肾脏病教育服务，旨在教授肾病护理知识，帮助您对自己的护理做出正确决定。您必须患有 IV 期慢性肾病，并且您的医生必须为您转诊。我们承保最多六次肾脏病教育服务。 ● 门诊透析治疗，包括暂时离开服务区域时（详见本*参保手册*<**第 3 章**），或提供该服务的医疗服务提供者暂时无法提供服务或无法接触到时的透析治疗。 ● 住院透析治疗，前提是您作为住院患者入院接受特殊护理 ● 自我透析培训，包括为您以及任何帮助您在家进行透析治疗的人员提供的培训 ● 家庭透析设备与用品 ● 某些家庭支持服务，例如，由经过培训的透析工作人员进行必要的访视，检查您在家的透析情况，帮助处理急诊情况并对您的透析设备和供水进行检查。 Medicare Part B 支付部分透析药物的费用。 如需了解相关信息， 请参阅本表中的 “Medicare Part B 药物” 。	$0 *可能需转诊证明*。

承保服务		您需支付的费用
	低剂量 CT 扫描 (LDCT) 肺癌筛查 如果您符合以下条件， 我方计划每 12 个月为肺癌筛查支付一次费用 ： ● 年龄介于 50-77 岁，**且** ● 与医生或其他合格医疗服务提供者进行了咨询和共同决策访视，**且** ● 20 年来每天至少抽一包烟但没有肺癌的体征或症状，或者目前正在抽烟，又或者在过去 15 年里已经戒烟。 在首次筛查后， 我方计划每年支付一次筛查费用， 但前提是有医生或其他合格医疗服务提供者开立的书面医嘱。 如果医疗服务提供者选择为肺癌筛查提供肺癌筛查咨询和共同决策访视， 则该访视必须符合 Medicare 对此类访视设定的标准。	$0
	医学营养疗法 此福利适用于患有糖尿病或肾病（无需透析）的人士。 如果医生开立医嘱， 也适用于接受肾脏移植后的患者。 在您接受 Medicare 下的医学营养疗法服务的第一年里， 我们支付三小时一对一咨询服务的费用。 如果具有医疗必要性， 我们可能会批准额外的服务。 在那之后， 我们每年支付两小时一对一咨询服务的费用。 如果您的状况、 治疗或诊断发生变化， 您可能能够按医嘱接受更长时间的治疗。 医生必须为这些服务开具处方， 并且如果您在下一个日历年需要继续治疗， 他们必须每年更新其医嘱。 如果具有医疗必要性， 我们可能会批准额外的服务。	$0
	Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP) 我方计划为符合资格的人员支付 MDPP 服务的费用。 MDPP 旨在帮助您更多地从事健康行为。 该计划提供以下方面的实际训练 ： ● 长期饮食调整，**及** ● 增加身体活动量，**及** ● 保持减重和健康生活方式的方法。	$0

承保服务		您需支付的费用
	Medicare Part B 药物 这些药物由 Medicare Part B 承保。 我方计划支付以下药物的费用 ： ● 通常不是由您自行施用，而是在接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输注的药物 ● 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 ● 经过我方计划授权的耐用医疗设备（如雾化器）施用的其他药物 ● 静脉 (IV) 注射的 Alzheimer's 药物 Leqembi®（仿制药仑卡奈单抗）。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。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 Medicare Part D 承保这些药物 ● 注射型骨质疏松药物。如果您困居家中，经医生认定有与停经后骨质疏松有关的骨折并且无法自行注射药物，我们会支付这些药物的费用 ● 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 **此福利在下一页续载**	$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 ● 某些口服抗癌药：如果相同的药物有注射剂型或药物为前体药物（一种口服剂型药物，在摄入后会分解为注射类药品中的相同活性成分），则 Medicare 承保您口服的部分口服抗癌药。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 支付系统下的拟钙剂和磷酸盐结合剂药物，包括静脉注射药物 Parsabiv® 和口服药物 Sensipar ● 用于家庭透析的某些药物，包括肝素、肝素解毒剂（如有医疗必要性）和局部麻醉剂 ● 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 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 ● 用于在家治疗原发性免疫缺损疾病的免疫球蛋白 IV 注射剂 ● 肠外和肠内营养品（IV 和管饲） 以下链接可引导您查看可能需遵循阶梯疗法的 Medicare Part B 药物列表 ： go.wellcare.com/CAStepTherapy。 我们还承保 Medicare Part B 下的部分疫苗和 Medicare Part D 药品福利下的大多数成人疫苗。 本*参保手册***第 5 章**说明了我们的药品福利。 并说明您为获得处方药承保而必须遵循的规则。 本*参保手册***第 6 章**说明您通过我方计划支付的药物费用。	

承保服务		您需支付的费用
	护理机构护理 护理机构 (NF) 是为无法在家中获得护理但又不需要住院的人员提供护理的地方。 我们支付费用的服务包括但不限于 ： ● 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） ● 护理服务 ● 物理治疗、职业治疗和言语治疗 ● 呼吸治疗 ● 作为护理计划的一部分给予您的药物。（这包括体内自然存在的物质，例如凝血因子） ● 血液（包括储存和管理） ● 通常由护理机构提供的医疗和手术用品 ● 通常由护理机构提供的实验室检查 ● 通常由护理机构提供的 X 光检查和其他放射学服务 ● 通常由护理机构提供的轮椅等设备的使用 ● 医师/执业医师服务 ● 耐用医疗设备 ● 牙科服务，包括假牙 ● 视力福利 ● 听力检查 **此福利在下一页续载**	$0

承保服务		您需支付的费用
	护理机构护理 — 续 • 脊椎矫正治疗 • 足病服务 通常， 您会从网络内机构获得护理。 但是， 您也可以从网络外机构获得护理。 对于以下机构， 如果他们接受我方计划所支付的金额， 则您可以从他们那里获得护理 ： • 您去医院之前所住的护理机构或连续性护理退休社区（只要其提供护理机构护理）。 • 您出院时您的配偶或家庭伴侣所住的护理机构。	
	旨在减重的肥胖症筛查和疗法 如果您的体重指数不低于 30， 我们会支付帮助您减肥的咨询服务的费用。 您必须在初级医疗机构获得咨询服务。 这样， 就可以通过您的完整预防计划对其进行管理。 如需了解更多信息， 请咨询您的初级医疗服务提供者。	$0
	阿片类药物治疗计划 (OTP) 服务 我方计划通过 OTP 支付治疗阿片类药物使用障碍 (OUD) 的以下服务的费用， 其中包括以下服务 ： • 患者入院活动 • 定期评估 • 美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的药物，以及这些药物的管理和给药（如适用） • 物质使用咨询 • 个体和团体治疗 • 体内药物或化学物质检测（毒理学检测）	*$0* *可能需要事先授权。* *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 我们支付以下服务以及未在此处列出的具有医疗必要性的其他服务的费用 ： ● X 光检查 ● 放射（镭射和同位素）治疗，包括技术员材料和用品 ● 外科用品，如敷料 ● 夹板、石膏和其他用于骨折与脱臼的器械 ● 实验室检查 ● 血液（包括储存和管理） ● 您的医生或其他医疗服务提供者为治疗某种疾病而要求您进行的诊断性非实验室检查，如 CT 扫描、MRI、EKG 和 PET 扫描 ● 其他门诊诊断性检查	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	医院门诊观察 我们支付用于确定您是需要住院还是可以出院的医院门诊观察服务的费用。 服务必须符合 Medicare 标准并被视为具有合理性和必要性。 观察服务仅在按医嘱提供， 或由其他经州法律和医院工作人员细则授权的个人要求提供以收住患者入院或开立门诊检查医嘱时， 才获得承保。 **注 ：** 除非医疗服务提供者已书写医嘱， 将您作为住院患者收住入院， 否则您是门诊患者。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。 如果您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	$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 对于您在医院门诊部诊治疾病或伤害时所接受的具有医疗必要性的服务， 我们支付相关费用， 例如 ： ● 在急诊部或门诊部获得的服务，如门诊手术或观察服务 ● 由医院开具账单的实验室和诊断性检查 ● 心理健康护理，包括部分住院计划中的护理（前提是医生证明不这样做就需要住院治疗） ● 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 ● 您无法自行给药的某些药物与生物制剂	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	门诊精神健康护理 我们支付以下各方提供的心理健康服务的费用 ： ● 持有州政府核发执照的精神科医师或医生 ● 临床心理学家 ● 临床社会工作者 (CSW) ● 临床专科护士 (CNS) ● 持证专业顾问 (LPC) ● 持证婚姻家庭治疗师 (LMFT) ● 执业护士 (NP) ● 医师助理 (PA) ● 适用州法律允许的其他任何符合 Medicare 资格的心理健康护理专业人员 **此福利在下一页续载**	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	门诊精神健康护理 — 续 我们支付以下服务以及可能未在此处列出的其他服务的费用 ： • 诊所服务 • 日间治疗 • 社会心理康复服务 • 部分住院或强化门诊计划 • 个人及团体心理健康评估和治疗 • 有临床指征以评估心理健康结局的心理测试 • 以监测药物治疗为目的的门诊服务 • 门诊实验室、药物、用品和补充品 • 精神科咨询	
	门诊康复服务 我们支付物理治疗、 职业治疗和言语治疗的费用。 您可以从医院门诊部、 独立治疗师诊室、 综合门诊康复机构 (CORF) 和其他机构获得门诊康复服务。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	门诊物质使用障碍服务 我们支付以下服务以及可能未在此处列出的其他服务的费用 ： • 酒精滥用筛查和咨询 • 药物滥用治疗 • 由合格临床医生提供团体或个人咨询 • 成瘾居住治疗计划中的亚急性戒毒 • 强化门诊治疗中心提供的酒精和/或毒品服务 • 缓释型 Naltrexone (vivitrol) 治疗	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	门诊手术 我们支付在医院门诊机构和门诊手术中心获得的门诊手术和服务的费用。 **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已书写医嘱， 将您作为住院患者收住入院， 否则您是门诊患者。 即使您在医院过夜， 仍有可能被认定为门诊患者。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	姑息治疗 我方计划承保姑息治疗。 姑息治疗适用于患有严重疾病的患者。 它提供以患者和家庭为中心的护理， 旨在通过预测、 预防和管理痛苦来提高生活品质。 姑息治疗**不是**临终关怀， 因此， 不要求预期寿命不超过六个月才有资格接受姑息治疗。 姑息治疗可与治愈性/常规护理同时提供。 姑息治疗包括以下方面： ● 预先护理计划 ● 姑息治疗评估和咨询 ● 包括所有经授权的姑息治疗和治愈性护理的护理计划，其中包括心理健康和医疗社会服务 ● 指定护理团队提供的服务 ● 护理协调 ● 疼痛和症状管理 如果您年满 21 岁， 则可能无法同时接受临终关怀和姑息治疗。 如果您正在接受姑息治疗并符合临终关怀的资格， 您可以随时要求更改为临终关怀。	$0

承保服务		您需支付的费用
	部分住院服务与强化门诊服务 部分住院是提供积极心理治疗的结构化计划。 它作为医院门诊服务提供或由社区心理健康中心提供， 比您在医生、 治疗师、 持证婚姻家庭治疗师 (LMFT) 或持证专业咨询师诊室获得的护理强度更大。 该服务可让您免于住院。 强化门诊服务是提供积极行为（心理）健康治疗方案的结构化计划， 作为医院门诊服务提供或由社区心理健康中心、 联邦认证健康中心或乡村保健诊所提供， 比您在医生、 治疗师、 持证婚姻家庭治疗师 (LMFT) 或持证专业咨询师诊室获得的护理强度更大， 但比部分住院的护理强度小。 **注 ：** 由于我们的网络中没有社区心理健康中心， 我们仅将部分住院作为医院门诊服务予以承保。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	医师/医疗服务提供者服务， 包括医生诊室就诊 我们支付以下服务的费用 ： ● 在下述场所中提供的具有医疗必要性的医疗保健或手术服务： ○ 医师诊室 ○ 认证门诊手术中心 ○ 医院门诊部 ○ 其他任一地点 ● 专科医生提供的咨询、诊断和治疗 ● 您的初级医疗服务提供者进行的基本听力和平衡检查，前提是您的医生就这些检查开立医嘱，以了解您是否需要治疗 ● 某些远程医疗服务，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、个人和团体心理健康疗程、足病服务、其他医疗保健专业人员、个人和团体精神科疗程、物理治疗与言语病理服务、个人和团体物质滥用门诊疗程，以及糖尿病自我管理培训： **此福利在下一页续载**	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务	您需支付的费用
医师/医疗服务提供者服务， 包括医生诊室就诊 — 续 ○ 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。 ● 我方计划提供每周 7 天、每天 24 小时的虚拟访视，您可以通过 Teladoc 咨询众多经认证的医生，让他们帮助您解决各种健康疑虑/问题。承保服务包括一般医疗、行为健康、皮肤病学等。 ● 虚拟访视（也称为远程医疗咨询）是指使用智能手机、平板电脑或计算机，通过电话或互联网咨询医生。某些类型的就诊可能需要互联网和配备摄像头的设备。 ● 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参保会员提供的咨询、诊断与治疗服务 ● 家庭透析参保成员在医院或关键通道医院的肾透析中心、肾透析机构或参保成员家中为完成每月终末期肾病 (ESRD) 相关就诊而获得的远程医疗服务 ● 为诊断、评估或治疗中风症状而提供的远程医疗服务 ● 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，不限制您所在地区 ● 为诊断、评估和治疗心理健康疾病而提供的远程医疗服务 ● 乡村保健诊所和联邦认证健康中心为心理健康就诊而提供的远程医疗服务。 ● **若满足以下条件**，可与医生进行五至十分钟的虚拟问诊（如通过电话或视频聊天） ○ 您并非新患者，**且** **此福利在下一页续载**	

承保服务		您需支付的费用
	医师/医疗服务提供者服务， 包括医生诊室就诊 — 续 ○ 检查与过去 7 天内的诊室就诊无关，**且** ○ 检查不会导致 24 小时内进行诊室就诊，也不会导致最快的可用约诊 • **若满足以下条件**，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： ○ 您并非新患者，且 ○ 评估与过去 7 天内的诊室就诊无关，**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 • 在您并非新患者的前提下，您的医生与其他医生通过电话、互联网或电子医疗记录进行的会诊 • 手术之前由另一位网络内医疗服务提供者提供第二意见	
	足病服务 我们支付以下服务的费用 ： • 对足部伤害和疾病（如锤状趾或足跟骨刺）的诊断和内外科治疗 • 为所患疾病（如糖尿病）会对腿部产生影响的参保成员提供的常规足部护理 在 Medicare 福利用完后， 除非获得额外服务的授权， 否则每个日历月最多限于两次服务。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	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 个月最多八次个体咨询服务（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 个月最多八次艾滋病毒筛查。 ● 1 次乙型肝炎病毒筛查（终身 1 次）。	$0
	前列腺癌筛检 对于年满 50 岁的男性， 我们每 12 个月支付一次以下服务的费用 ： ● 直肠指检 ● 前列腺特异性抗原 (PSA) 检查	$0
	假体和矫形器装置及相关用品 假体装置是用来取代全部或部分身体部位或功能的装置。 其中包括但不限于 ： ● 就假体和矫形器的使用进行的测试、安装或培训 ● 结肠造瘘袋和与结肠造口术护理相关的用品 ● 肠内和肠外营养品，包括喂食用品包、输液泵、导管和适配器、溶液以及自行注射用品 ● 起搏器 ● 支架 **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务		您需支付的费用
	假体和矫形器装置及相关用品 — 续 • 义肢用鞋 • 义肢 • 义乳（包括乳房切除术后的手术乳罩） • 用于替换因疾病、受伤或先天性缺陷而切除或受损的面部外部部位的全部或部分的假体 • 失禁乳霜和纸尿裤 我们支付与假体和矫形器相关的部分用品的费用。 我们还支付维修或更换假体和矫形器装置的费用。 我们为白内障摘除或白内障手术后的参保成员提供部分承保。 如需了解详细信息， 请参阅本福利一览表后面的 “视力保健” 。	
	肺部康复服务 对于患有中度至非常严重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的参保成员， 我们支付肺部康复计划的费用。 您必须获得治疗 COPD 的医生或医疗服务提供者开具的肺部康复转诊医嘱。	$0 *可能需转诊证明。*
	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。	

承保服务		您需支付的费用
	性传播感染 (STI) 筛查和咨询 我们支付衣原体、 淋病、 梅毒和乙型肝炎筛查的费用， 并为孕妇和 STI 高危人群承保这些筛查。 初级医疗服务提供者必须就此类筛查开立医嘱。 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。 对于性活跃的 STI 高危成年人， 我们每年还支付最多两次面对面的高强度行为咨询课程的费用。 每次咨询的时间可以是 20 到 30 分钟。 仅当这些咨询课程由初级医疗服务提供者提供时， 我们才会支付这些作为预防服务的咨询课程的费用。 这些课程必须在初级医疗机构中进行， 例如医生诊室。	$0
	专业护理机构 (SNF) 护理 如需专业护理机构护理的定义， 请参阅**第 12 章**。 我们支付以下服务以及可能未在此处列出的其他服务的费用 ： ● 半私人房间或具有医疗必要性的私人房间 ● 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 ● 作为护理计划一部分向您提供的药物，包括人体内天然存在的物质，例如凝血因子 ● 血液（包括储存和管理） ● SNF 提供的医疗和手术用品 ● SNF 提供的实验室检查 ● 护理机构提供的 X 光检查和其他放射学服务 ● 通常由护理机构提供的轮椅等设备 ● 医师/医疗服务提供者服务 **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*

承保服务		您需支付的费用
	专业护理机构 (SNF) 护理 — 续 您通常从网络内机构获得 SNF 服务。 在某些情况下， 您也可以从网络外机构获得护理。 对于以下机构， 如果他们接受我方计划所支付的金额， 则您可以从他们那里获得护理 ： ● 您去医院之前所住的护理机构或连续性护理退休社区（只要其提供护理机构护理） ● 您出院时您的配偶或家庭伴侣所住的护理机构	
	戒烟 符合以下条件者， 戒烟和烟草使用咨询在门诊和住院基础上均予承保 ： ● 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 我们每年承保两次戒烟尝试（每次尝试最多可包含四次中级或强化课程， 每年最多八次）。	$0
	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。 **此福利在下一页续载。**	$0

承保服务		您需支付的费用
	社交支持平台 — 续 • 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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。 参保成员可以通过登录其参保成员门户网站 go.wellcare.com/member 或通过拨打本页底部的号码联系 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员服务来访问平台。 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。	
	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) ； 慢性致残性心理健康状况 ； 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 ； 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。 **此福利在下一页续载。**	$0

承保服务	您需支付的费用
慢性病特殊补充福利 — 续 有关资格标准的更多信息， 请参阅**第 4 章 C 部分**。 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) 福利服务。** **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。 • **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 **此福利在下一页续载。**	

承保服务	您需支付的费用
慢性病特殊补充福利 — 续 • **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。 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。 **此福利在下一页续载。**	

承保服务		您需支付的费用
	慢性病特殊补充福利 — 续 • **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。	
	监督运动疗法 (SET) 对于患有症状性外周动脉疾病 (PAD) 的参保成员， 如果有来自负责 PAD 治疗的医师的 PAD 转诊， 我们支付 SET 的费用。 我方计划支付以下费用 ： • 12 周内最多 36 **次治疗**（前提是所有 SET 要求均得到满足） • 后续额外 36 次治疗（前提是医疗服务提供者认为此举具有医疗必要性） SET 计划必须满足以下要求 ： • 对因血流不畅（跛行）而导致腿部抽筋的参保成员进行治疗性运动训练计划中的 30 到 60 分钟 PAD 治疗 • 在医院门诊机构或医师诊室进行 • 由能够确保治疗所带来的获益超过所造成的伤害，且受过 PAD 运动治疗培训的合格人员提供 • 在受过基础和高级生命支持技术培训的医师 、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	$0 *可能需转诊证明*。

承保服务		您需支付的费用
	交通服务 ： 非紧急医疗交通 此项福利涵盖为获得我方计划和 Medicare 承保服务而产生的医疗交通费用。 这可能包括 ： 救护车、 小型厢型车、 轮椅厢型车医疗交通服务以及协助对接辅助客运系统。 在以下情况下， 这些交通方式可得到批准 ： ● 您的医疗服务提供者确定您的医疗和/或身体状况不允许您乘坐公交车、客车、出租车或其他形式的公共或私人交通工具出行，**并且**您需要获得事先授权，并还需要致电您的计划来安排出行。请拨打参保成员 ID 卡背面的电话号码来安排您的乘车服务。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	交通服务 ： 非医疗交通服务 此项福利允许通过客车、 出租车或其他形式的公共/私人交通工具前往获取医疗服务的地点。 如果是为了获得 Medi-Cal 承保的必要医疗保健（包括前往牙科约诊和取药地点）， 则需要提供交通服务。 为获得 Medi-Cal 和 Medicare 双重承保的服务提供的交通服务受到承保。 请拨打参保成员 ID 卡背面的电话号码来安排您的乘车服务。	$0 *可能需要事先授权。* *可能需转诊证明。*
	急需医疗 急需医疗可用于治疗 ： ● 需要立即就医的非紧急情况，**或** ● 意外疾病，**或** ● 受伤，**或** ● 需要立即医治的疾病。 **此福利在下一页续载。**	$0

承保服务		您需支付的费用
	急需医疗 — 续 如果您需要急需医疗， 应首先尝试从网络内医疗服务提供者处获得。 但是， 当您因为时间、 地点或情境而不能前往网络内医疗服务提供者处， 或者从网络内医疗服务提供者处获得服务无法进行或不合理时（例如， 当您位于计划的服务区域之外， 并且因并非医疗紧急情况的意外疾病而需要立即就医时）， 可以使用网络外医疗服务提供者。 全球急诊/急需服务保险 ： 定义为在美国境外接受的紧急医疗、 急诊医疗和稳定后护理服务。 ● 仅限于在美国境内提供时分类为紧急医疗、急需医疗或稳定后护理的服务。 ● 如果以任何其他方式前往急诊室会危及您的健康，则承保救护车服务。 ● 不承保国外税费和费用（包括但不限于货币兑换或交易费用）。 美国指 50 个州、 District of Columbia、 Puerto Rico、 Virgin Islands、 Guam、 Northern Mariana Islands 和 American Samoa。	$115 共付额 如果您入院接受住院治疗服务， 则全球急诊室/急需服务访视的分摊费用不可免除。 全球急诊/急需服务保险的年度限额为 $50,000。
	视力保健 我们支付以下服务的费用 ： ● 每年一次常规眼部检查，**以及** ● 每两年最多 $100 的眼镜费（镜架和镜片）或最多 $100 的隐形眼镜费 我们支付门诊医生提供的眼部伤病诊断和治疗服务的费用。 例如， 治疗老年性黄斑变性。 **此福利在下一页续载。**	$0 *可能需要事先授权。*

承保服务	您需支付的费用
视力保健 — 续 对于青光眼高危人群， 我们支付每年一次青光眼筛查的费用。 青光眼高危人群包括 ： ● 有青光眼家族史的患者 ● 糖尿病患者 ● 年满 50 岁的非裔美国人 ● 年满 65 岁的西班牙裔美国人 对于糖尿病患者， 我们支付每年一次糖尿病视网膜病变筛查的费用。 如果医生在白内障手术中植入了人工晶状体， 我们支付每次术后的一副眼镜或隐形眼镜的费用。 如果您接受两次单独的白内障手术， 则必须在每次手术后获得一副眼镜。 即使在第一次手术后没有得到眼镜， 您也不能在第二次手术后获得两副眼镜。 **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。 ● 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）。 ● 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 **此福利在下一页续载。**	

承保服务	您需支付的费用
视力保健 — 续 **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。 承保常规视力服务是本计划提供的补充福利。	
“Medicare 新参保者” 预防性健康检查 我们承保一次性 “Medicare 新参保者” 预防性健康检查。 该检查包括 ： ● 健康评估， ● 关于您所需预防服务（包括筛查和注射（或疫苗接种））的培训及咨询，**以及** ● 转诊其他护理（如果需要）。 **注 ：** 仅在您加入 Medicare Part B 后的前 12 个月内， 我们为您承保 “Medicare 新参保者” 预防性健康检查。 进行预约时， 请告诉医生诊室， 您要预约 “Medicare 新参保者” 预防性健康检查。	$0

承保服务		您需支付的费用
	Wellcare Spendables® 您将每月收到总计 **$113** 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、 牙科、 视力及听力服务， 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。** **您的卡片补贴可用于 ：** **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 ● 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。 **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 **此福利在下一页续载。**	$0

承保服务	您需支付的费用
Wellcare Spendables®— 续 ● 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， 请参阅本图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/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。 **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。 ● 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。 **此福利在下一页续载。**	

承保服务		您需支付的费用
	Wellcare Spendables®— 续 • 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。 • 可能适用限制条件及排除条款，仅经批准的项目可享受保障。 • 此福利不属于 Medicaid 福利。 **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。 **您也可通过以下网址在线访问 ：** go.wellcare.com/member	

E. 社区支持

您可以根据您的个体化护理计划获得支持。 社区支持指具有医疗适宜性和成本效益的替代服务或机构， 可替代 Medi-Cal 州计划承保的服务或机构。 参保成员可选择接受这些服务。 如果您符合资格， 这些服务可能会帮助您更加独立地生活。 它们不会取代您已经通过 Medi-Cal 获得的福利。

我们提供的社区支持示例包括医疗支持食品和膳食或医疗定制膳食、 为您或您的看护人提供帮助， 或者淋浴扶手杆和坡道。

如果您需要帮助或想了解自己可享受哪些社区支持服务， 请致电会员服务电话 1-800-431-9007 (TTY:711) 或致电您的医疗服务提供者。

应对无家可归者和住房问题的服务 ：

社区支持	可获得的服务
住房过渡导航服务	**协助获取住房**。 这可能包括以下方面的帮助 ： ● 寻找住所。 ● 申请住房。 ● 制定住房支持计划。所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务** ： ● 通过当地无家可归者协调入住系统或类似系统列入住房援助名单。 ● 目前处于无家可归的状态。 ● 面临无家可归的风险。
住房租赁和维持服务	**在您入住后，** 帮助**您保留住房**。 这可能包括预算制定、 按时支付租金以及了解您的租赁协议权利和责任方面的支持。 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务** ： ● 正在接受住房过渡/导航服务。 ● 通过当地无家可归者协调入住系统或类似系统列入住房援助名单。 ● 目前处于无家可归的状态。 ● 面临无家可归的风险。

社区支持	可获得的服务
住房押金	**协助获取住房**。 其中包括 ： ● 用于获得租约的保证金。 ● 第一个月的公用事业服务费用。 ● 入住前如需支付首月及最后一个月租金，可提供相关支持。 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务** ： ● 正在接受住房过渡/导航服务。 ● 通过当地无家可归者协调入住系统或类似系统列入住房援助名单。 ● 目前处于无家可归的状态。

康复服务 ：

社区支持	可获得的服务
康复护理（医疗暂托服务）	**为无需继续住院但仍需康复（因伤病）的人群提供短期住宿照护。** 服务在特定县提供。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务 ：** ● 面临住院风险或处于住院后状态。 ● 独居且无正式支持。 ● 面临住房不安全或住房如未经改造可能危及健康和安全的问题。

社区支持	可获得的服务
暂托服务	**为需要短期照护或支持的人群的照护者提供短期救济服务。** 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务 ：** ● 居住在日常活动受限的地方。 ● 需要看护人来提供大部分支持。 ● 需要看护人救济，以免被安置到护理院或类似场所。
清醒中心	**为酒精成瘾或饮酒问题人群提供帮助的场所（替代送往急诊科或监狱的方案）。** 服务在特定县提供。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务 ：** ● 年满 18 岁并喝醉。 ● 被送入急诊科或监狱。 ● 被送入急诊科且非常适合待在清醒中心。

居家式环境中的长期健康服务 ：

社区支持	可获得的服务
哮喘补救	**改造住房以消除诱发哮喘的有害因素。** 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务 ：** ● 过去 12 个月内哮喘控制情况不佳，定义为： ○ 去过急诊科就诊。 ○ 入院。 ○ 两次生病或紧急医疗访视。 ● 哮喘控制测试的评分不超过 19 分。

社区支持	可获得的服务
日间康复	**提供帮助您学习在居家式环境中生活所需技能的计划。** 其中可能包括关于使用公共交通或如何准备膳食的培训。 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务** ： ● 目前处于无家可归的状态。 ● 过去 24 个月内不再无家可归并已入住住房。 ● 面临无家可归的风险。或者，居家式环境可以改善。
无障碍环境改造	**为保障您的健康和安全而进行的住房改造。** 还包括让您能够在家中自由生活的改造。 其中可能包括坡道和扶手。 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务** ： ● 面临被安置到护理院的风险。
膳食/医疗定制膳食	**根据您的健康状况和饮食需求制作并配送到家的餐食。** 这包括您从医院出院后所需的膳食。 所有县都提供相关服务。 **如果您符合以下条件， 则可能能够获得服务** ： ● 患有慢性疾病。 ● 从医院或专业护理院出院。 ● 面临的住院或护理院安置风险较高。 ● 有重大护理管理需求。 ● 经由注册营养师或持证营养专业人员评估。

如果您需要帮助或想要了解可以获得的社区支持， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007 (TTY: 711)， 或致电您的医疗服务提供者。

F. 我方计划之外承保的福利

我们不承保以下服务， 但可通过 Medi-Cal 按服务收费计划获得这些服务。

F1. California 社区过渡 (CCT)

California 社区过渡 (CCT) 计划利用当地牵头组织帮助符合资格的 Medi-Cal 受益人， 这些人员至少连续 60 天在住院机构中生活， 然后过渡回到社区环境并安全地留在社区环境中。 CCT 计划为过渡前期间和过渡后 365 天内的过渡协调服务提供资金， 以帮助受益人重返社区环境。

您可从为您所居住县提供服务的任意 CCT 牵头机构获取过渡协调服务。 您可在卫生保健服务部网站上查询 CCT 牵头机构名单及其服务县的信息 ：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

对于 CCT 过渡协调服务

Medi-Cal 支付过渡协调服务的费用。 您无需为这些服务付费。

对于与 CCT 过渡无关的服务

医疗服务提供者就您的服务向我们开具账单。 我方计划支付过渡后为您提供的服务的费用。 您无需为这些服务付费。

当您获得 CCT 过渡协调服务时， 我们支付 **D 部分**福利一览表中列出的服务的费用。

药物保险福利无变化

CCT 计划**不**承保药物。 您继续通过我方计划获得正常药物福利。 有关详细信息， 请参阅本参*保手册***第 5 章**。

注 ： 如果您需要非 CCT 过渡护理， 请致电您的护理协调员以安排相关服务。 非 CCT 过渡护理是与您从机构或设施过渡**无关**的护理。

F2. Medi-Cal Dental

某些牙科服务可通过 Medi-Cal Dental计划获得。

如需了解更多信息， 可访问以下网站 ： SmileCalifornia.org。 Medi-Cal Dental计划包括但不限于以下服务 ：

- 首次检查、 X 光检查、 洗牙、 窝沟封闭和氟化处理
- 修复体和牙冠
- 根管治疗

- 局部和全口义齿、 调整、 修复和衬垫

如需详细了解 Medi-Cal Dental提供的牙科福利， 或者如果需要查找接受 Medi-Cal 的牙医方面的帮助， 请致电客户服务热线 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 点至下午 5 点为您提供帮助。 您也可以访问网站 smilecalifornia.org/ 了解更多信息。

在 Sacramento 和 Los Angeles 县， 您可以通过牙科管理式医疗计划 （牙科 MCP） 获得 Medi-Cal Dental福利。 如果您想要了解有关 Medi-Cal Dental计划的更多信息， 或想要更改牙科计划， 请致电 1-800-430-4263（TTY 用户请拨打 1-800-430-7077）联系医疗保健方案， 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点。 通话免费。 DMC 联系人也可在以下网址获取 ： www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

www.hpsm.org/dental

注 ： 我方计划提供额外的牙科服务。 如需了解更多信息， 请参阅 **D 部分**中的福利一览表。

F3. 居家支持服务 (IHSS)

- IHSS 计划将帮助支付参保医疗服务提供者为您提供的服务的费用， 以便您可以安全地留在自己的家中。 IHSS 被视为非居家护理的替代方案， 如护理院或寄宿护理机构。
- 为了获得服务， 要进行评估， 以根据每个参与者的需求来确定哪些类型的服务可以授权给他们。 可以通过 IHSS 获得授权的服务类型有：打扫卫生、 做饭、 洗衣、 食品杂货店购物、个人护理服务 （如大小便护理、洗浴、美容和辅助医疗服务）、 医疗预约陪同以及对精神障碍者的保护性监督。
- 您的护理协调员可帮助您向所在县的社会服务机构申请 IHSS。 如需县社会服务机构的联系信息， 请参阅**第 2 章**。

F4. 1915(c) 家庭与社区服务 (HCBS) 豁免计划

辅助生活豁免 (ALW) 计划

- 辅助生活豁免计划 (ALW) 使符合 Medi-Cal 资格的受益人可以选择在辅助生活环境中居住来作为长期安置到护理机构的替代方案。 ALW 旨在促进从护理机构过渡到居家式环境和社区环境， 或使即将入住护理机构的受益人免于入住专业护理机构。
- 参保 ALW 的参保成员可继续参保 ALW， 同时还可享受我方计划提供的福利。 我方计划与您的 ALW 护理协调机构合作， 协调您获得的服务。

- ALW 目前仅在以下县提供 ： Los Angeles。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 ALW。 如需参与 ALW 护理协调机构的最新列表，请访问 https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx。

California 发育障碍人士 HCBS 豁免 (HCBS-DD) 计划

California 发育障碍人士自我倡导计划 (SDP) 豁免计划

- 有两项 1915(c) 豁免计划， 即 HCBS-DD 豁免计划和 SDP 豁免计划。 这两项计划为在 18 岁前被诊断患有发育障碍且预期终身持续的人士提供服务。 两项豁免计划均可资助某些服务， 使发育障碍人士能够在家中或在社区中生活， 而不是居住在持证医疗机构中。 这些服务的费用由联邦政府的 Medicaid 计划和 California 州共同承担。 您的护理协调员可帮助您获取 DD 豁免服务。

基于家庭和社区的替代 (HCBA) 豁免计划

- HCBA 豁免计划为可能需要入住护理院或护理机构的人士提供护理管理服务。 护理管理服务由护士和社会工作者组成的多学科护理管理团队提供。 该团队协调豁免计划和州计划服务 （如医疗、 行为健康、 居家支持服务等）， 并安排当地社区提供的其他长期服务与支持。 护理管理和豁免计划服务在参与者的社区住所提供。 该住所可以是私人所有的、 通过租户租赁协议保障的， 或参与者家庭成员的住所。
- 参保 HCBA 豁免计划的参保成员可继续参保 HCBA 豁免计划， 同时还可享受我方计划提供的福利。 我方计划与您的 HCBA 豁免计划机构合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 HCBA。 如需了解更多信息， 请访问 https://libertana.com/services/hcba-waiver/

Medi-Cal 豁免计划 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免计划 (MCWP) 为艾滋病毒患者提供综合病例管理和直接护理服务来作为护理机构护理或住院治疗的替代方案。 病例管理是一种以参与者为中心的团队工作方式， 包括注册护士和社会工作病例经理。 病例经理与参与者、 初级医疗服务提供者、 家人、 看护人和其他服务提供者合作， 以评估护理需求， 从而确保参与者能够留在家中和社区中。
- MCWP 旨在 ： (1) 为可能需要机构服务的艾滋病毒患者提供基于家庭和社区的服务 ； (2) 协助参与者进行艾滋病毒健康管理 ； (3) 改善获得社会和行为健康支持的机会 ； (4) 协调服务提供者并消除重复服务。
- 参保 MCWP 豁免计划的参保成员可继续参保 MCWP 豁免计划， 同时还可享受我方计划提供的福利。 我方计划与您的 MCWP 豁免计划机构合作， 协调您获得的服务。

- 您的护理协调员可以帮助您申请 MCWP。 如需了解更多信息， 请访问 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx。

多方位老年人服务计划 (MSSP)

- 多方位老年人服务计划 (MSSP) 提供社会和医疗保健管理服务， 以帮助个人留在家中和社区中。
- 虽然大多数计划参与者还接受居家支持服务， 但 MSSP 提供持续性护理协调服务、帮助参与者获得其他所需的社区服务和资源、 与医疗服务提供者进行协调， 以及购买某些原本无法获得的必要服务， 以防止或延迟入住机构。 护理管理和其他服务的年度总费用必须低于在专业护理机构接受护理的费用。
- 由健康和社会服务专业人员组成的团队为每位 MSSP 参与者提供全面的健康和心理社会评估， 以确定其所需的服务。 该团队随后与 MSSP 参与者、 其医生、 家人和其他人合作， 以制定个体化护理计划。 服务包括 ：
  - 护理管理
  - 成人日间护理
  - 小型房屋维修 / 保养
  - 补充性家庭杂务、 个人护理和保护性监督服务
  - 暂托服务
  - 交通服务
  - 咨询和治疗服务
  - 膳食服务
  - 通信服务
- 参保 MSSP 豁免计划的参保成员可继续参保 MSSP 豁免计划， 同时还可享受我方计划提供的福利。 我方计划与您的 MSSP 提供者合作， 协调您所获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 MSSP。

  机构联系信息

  - Los Angeles 县 ：
    - 人类服务协会 ； 电话 ： 1-626-358-1185 (TTY-711)

- Huntington 医院 ； 电话 ： 1-626-397-3110 (TTY-711)
- LA 犹太家庭服务中心 ； 电话 ： 1-310-247-0864 (TTY-711)
- 关怀伙伴组织 ； 电话 ： 1-818-837-3775 (TTY-711)
- SCAN 居家独立服务 ； 电话 ： 1-866-421-1964 (TTY-711)

F5. 在我方计划之外提供的县行为健康服务（心理健康和物质滥用障碍服务）

您可获得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的具有医疗必要性的行为健康服务。 我们提供 Medicare 和 Medi-Cal Managed Care 承保的行为健康服务。 我方计划不提供 Medi-Cal 专科心理健康服务或县物质滥用障碍服务， 但您可通过县行为健康机构获得这些服务。

如果您符合获得专科心理健康服务的标准， 则可通过县心理健康计划 (MHP) 获得 Medi-Cal 专科心理健康服务。 您所在县的 MHP 提供的 Medi-Cal 专业心理健康服务包括 ：

- 心理健康服务
- 用药支持服务
- 日间治疗强化服务
- 日间康复服务
- 危机干预服务
- 危机稳定服务
- 成人居住治疗服务
- 危机居住治疗服务
- 精神健康机构服务
- 精神病住院服务
- 有针对性的病例管理服务
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务
- 治疗性行为服务
- 治疗性寄养所

- 强化护理协调服务
- 强化居家服务
- 司法介入的重返社会服务
- 主动社区治疗 (ACT)
- 法医鉴定性主动社区治疗 (FACT)
- 首发精神病 (FEP) 协调专科护理 (CSC)
- 俱乐部服务
- 增强社区健康工作者 (CHW) 服务

如果您符合接受这些服务的标准， 则可通过您所在县的行为健康机构获得药物 Medi-Cal (DMC) 服务。

- 强化门诊治疗服务
- 围产期物质滥用障碍居住治疗服务
- 门诊治疗服务
- 致幻毒品治疗计划
- 成瘾治疗药物 （也称为药物辅助治疗）
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务
- 早期干预服务 （针对 21 岁以下参保成员）
- 早期定期筛查、 诊断和治疗 （针对 21 岁以下参保成员）

Medi-Cal 有组织药物交付系统 (DMC-ODS) 服务包括 ：

- 门诊治疗服务
- 强化门诊治疗服务
- 部分住院服务
- 成瘾治疗药物 （也称为药物辅助治疗）

- 居住治疗服务
- 戒断管理服务
- 致幻毒品治疗计划
- 恢复服务
- 护理协调
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务
- 应急管理服务
- 早期干预服务 （针对 21 岁以下参保成员）
- 早期定期筛查、 诊断和治疗 （针对 21 岁以下参保成员）
- 住院治疗服务

除上述服务外， 如果您符合标准， 还可获得自愿住院戒毒服务。

您可以获得由 Medicare 承保并通过 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 管理的医疗必需行为健康服务。 有关本计划提供的行为健康服务（包括医疗必要性判定流程以及本计划与您所在县 MHP 之间的转诊流程）， 请参阅**第 3 章**。 如果您对某项行为健康服务有问题或投诉， 请参阅**第 9 章**了解如何提出投诉。

G. 我方计划、Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利

本部分介绍我方计划排除的福利。 “排除” 意味着我们不支付这些福利的费用。 Medicare 和 Medi-Cal 也不支付这些服务的费用。

下面的列表介绍了我们在任何情况下均不承保的一些服务和用品， 以及我们仅在某些情况下排除的一些服务和用品。

除在所列特定情况下外， 我们不会支付本部分（或本*《参保手册》*其他任何部分）列出的已排除医疗福利的费用。 即使您在急诊机构接受服务， 本计划也不会支付这些服务的费用。 如果您认为我方计划应该为某项未承保服务付费， 您可提出申诉。 如需了解申诉， 请参阅本*参保手册*，**第 9 章**。

除福利一览表所述的任何例外或限制外， 我方计划不承保以下物品和服务 ：

- Medicare 和 Medi-Cal 认为不具 “合理性和医疗必要性” 的服务， 除非列为承保服务
- 试验性内外科治疗、 用品和药物， 除非由 Medicare、 Medicare 批准的临床研究或我方计划予以承保。 有关临床研究的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **3 章**。 试验性治疗和用品指医疗界未普遍认可的治疗和用品。
- 病态肥胖的手术治疗， 除非具有医疗必要性且 Medicare 支付费用
- 医院的私人房间， 除非具有医疗必要性
- 私人看护
- 医院或护理机构房间中的私人物品， 如电话或电视
- 居家全日制护理
- 您的直系亲属或家庭成员收取的费用
- 送货上门的膳食
- 选择性或自愿性的加强程序或服务 （包括减重、 生发、 性功能、 运动表现、 美容目的、 抗衰老和心智表现）， 除非具有医疗必要性
- 整容手术或其他整容工作， 除非是因为意外受伤或为了矫正变形部位。 但是， 我们支付乳房切除术后的乳房重建以及另一侧乳房治疗的费用。
- 脊椎矫正治疗， 符合承保指南的人工矫治脊椎除外
- 常规足部护理， **D 部分**的福利一览表中足病服务所述的情况除外
- 矫形鞋， 除非鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架费用中， 或者鞋子是为糖尿病足病患者提供的
- 足部支撑装置， 为糖尿病足病患者提供的矫形鞋或治疗鞋除外
- 放射状角膜切开术、 LASIK 手术和其他低视力辅助工具
- 绝育逆转手术
- 自然疗法服务 （使用自然或替代疗法）
- 退伍军人事务部 (VA) 机构为退伍军人提供的服务但是， 如果退伍军人在 VA 医院获得急诊服务， 而 VA 分摊费用高于我方计划的分摊费用， 我们将为退伍军人偿付差额。 您仍负责支付自己的分摊费用。

第 5 章：获取门诊药物

简介

本章介绍获取门诊药物的规则。 这些是您的医疗服务提供者为您开立医嘱的药物， 您可从药房或通过邮购服务获得该等药物。 其中包括 Medicare Part D 和 Medi-Cal 的承保药品。 本*参保手册*中的**第 6 章**将说明您使用这些药物需支付的费用。 本*《参保手册》*的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

尽管未在本章进行讨论， 但我们还承保以下药物 ：

- **Medicare Part A 承保的药物。** 通常包括在您住院或入住护理机构期间为您提供的药物。
- **Medicare Part B 承保的药物。** 包括部分化疗药物、 您在医生或其他医疗服务提供者诊室就诊期间获提供的部分药物注射剂， 以及您在透析诊所获提供的药物。 如需详细了解承保的 Medicare Part B 药物， 请参阅本*参保手册*中的**第 4 章**的福利一览表。
- 除计划的 Medicare Part D 和医疗福利保险外， 如果您加入 Medicare 临终关怀计划， 您的药物可能会由 Original Medicare 承保。 如需了解详细信息， 请参阅**第 5 章 F3 部分**的 “Medicare 认证临终关怀计划” 。

我方计划的门诊药物承保规则

通常情况下， 只要您遵守本部分所述规则， 我们就会承保您的药物。

您必须有医疗服务提供者（医生、 牙医或其他处方开具者）开具的处方， 且这些处方在适用的州法律下必须有效。 此人通常是您的初级医疗服务提供者 (PCP)。 如果您经 PCP 转诊来获取护理， 此人也可以是其他医疗服务提供者。

您的处方开具者**不得**在 Medicare 排除或除外名单或任何类似 Medi-Cal 名单中。

您通常必须使用网络药房来配取您的处方药（如需了解更多信息， 请参阅 **A1 部分**）。 或者， 您也可以通过计划的邮购服务来配取处方药。

您的处方药必须列于我方计划的*承保药品清单*中。 我们将其简称为 “*药品目录*” 。 (请参阅本章 **B 部分**。)

- 如果不在*药品目录*上， 我们也许可以通过给您例外审批来予以承保。
- 请参阅**第 9 章**， 了解有关申请例外审批的信息。
- 另请注意， 将根据 Medicare 和 Medi-Cal 标准对承保您的处方药的申请进行评估。

您的药物必须用于医学认可适应症。 这意味着该药物的使用要么得到了 Food and Drug Administration (FDA) 的批准， 要么受某些医疗参考书籍的支持。 您的处方开具者或许能够帮助找到医疗参考书籍， 以支持申请使用处方药。 对于 Medi-Cal 承保药品， 这意味着该药物的使用在合理范围内， 并且是保护生命、 预防严重疾病或残障， 或通过诊断或治疗疾病、 伤病来缓解剧痛所需的。

您的药物可能需要根据某些标准获得我方计划的批准， 然后才能受到承保。 （请参阅本章的 **C 部分**）。

目录

A. 配取处方药 139
A1. 在网络药房配取处方药 139
A2. 使用您的参保成员 ID 卡配取处方药 139
A3. 如果您更换网络药房该怎么办 139
A4. 如果您的药房退出网络该怎么办 139
A5. 使用专门的药房 140
A6. 使用邮购服务获取药物 140
A7. 获得长期供药 142
A8. 使用并非我方计划网络内的药房 142
A9. 向您偿付处方药费用 143
B. 本计划的*药品目录* 144
B1. 我们*药品目录上的药物* 144
B2. 如何查询某种药物是否列于*药品目录*上 144
B3. 不在*药品目录*中的药品 145
B4. *药品目录*分摊费用等级 146
C. 某些药物的限制 146
D. 您的药物可能不受承保的原因 148

D1. 获取临时供应 148
D2. 申请临时供应 149
E. 您的药品承保范围的变更 150
F. 特殊情况下的药品承保范围 152
F1. 在本计划承保的医院或专业护理机构住院 152
F2. 长期护理机构 152
F3. Medicare 认证临终关怀计划 152
G. 关于药品安全和药品管理的计划 152
G1. 帮助您安全使用药品的计划 152
G2. 帮助您管理药品的计划 153
G3. 帮助参保成员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP) 154

A. 配取处方药

A1. 在网络药房配取处方药

在大多数情况下， 仅当在我们的其中一家网络药房配药时， 我们才支付处方药费用。 网络药房指同意为我方计划的参保成员配取处方药的药店。 您可使用我们的任何网络药房。 （如需了解我们何时承保在网络外药房配取的处方药， 请参阅 **A8 部分**。 ）

要查找网络药房， 请参阅*医疗服务提供者和药房目录*、 访问我们的网站或联系会员服务或您的护理协调员。

A2. 使用您的参保成员 ID 卡配取处方药

配取处方药时， 请在网络药房**出示您的参保成员 ID 卡**。 网络药房向我们收取我们在您的管路中所需承担的费用。 当您领取处方药时， 您可能需要向该药房支付共付额。

请记住， 您需要 Medi-Cal 卡或福利身份识别卡 (BIC) 才能获取 Medi-Cal Rx 承保药品。

如果您在配取处方药时未携带参保成员 ID 卡或 BIC， 可让药房致电我们以获取必要的信息，或者您可以要求药房查询您的计划参保信息。

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， 您可以要求我们向您做出偿付。 **如果您无法支付药品费用， 请立即联系会员服务。** 我们将竭尽所能提供帮助。

- 要申请我们向您偿还费用， 请参阅本*参保手册***第 7 章**。
- 如果您在配取处方药方面需要帮助， 请联系会员服务或您的护理协调员。

A3. 如果您更换网络药房该怎么办

如果您更换药房并需要续配处方药， 可要求医疗服务提供者开具新处方， 如果您的处方上还有剩余的续配药物， *也*可要求您的药房将处方转交新药房。

如果您需要更换网络药房方面的帮助， 请联系会员服务或您的护理协调员。

A4. 如果您的药房退出网络该怎么办

如果您使用的药房退出我方计划的网络， 则您需要寻找一家新的网络药房。

要查找新的网络药房， 请参阅*医疗服务提供者和药房目录*、 访问我们的网站或联系会员服务或您的护理协调员。

A5. 使用专门的药房

有时处方药必须在专门的药房配取。 专科药房包括 ：

- 提供家庭输液治疗药品的药房。
- 为护理机构等长期护理机构的居住者提供药物的药房。
  - 通常， 长期护理机构拥有自己的药房。 如果您居住在长期护理机构内， 我们会确保您能够在该机构的药房获得所需的药物。
  - 如果您的长期护理机构的药房不在我们的网络内， 或您在长期护理机构内获取药物时遇到困难， 请联系会员服务。
- 印第安人健康服务提供者 (IHCP) 药房。 美国印第安人和 Alaska 原住民有权在印第安人健康服务提供者 (IHCP) 处的药房取药， 前提是 IHCP 设有注册的零售药房。 如果您不是美国印第安人和 Alaska 原住民， 当您被指定到该诊所时或在急诊情况下， 您仍可从 IHCP 零售药房获取服务。
- 调配被 FDA 限制在某些地点的药物的药房， 或需要特殊处理、 医疗服务提供者协调、使用方式教学的药房。 （注 ： 这种情况很少发生。）
- 如需查找专科药房， 请参阅*医疗服务提供者和药房目录*、 访问我们的网站， 或联系会员服务或您的护理协调员。

A6. 使用邮购服务获取药物

对于某些类型的药物， 您可使用我方计划的网络内邮购服务配取。 通常， 您定期使用以治疗慢性或长期疾病的药物可通过邮购服务获取。 **不可**通过我方计划的邮购服务获取的药物在我们的*药品目录*中以 “NM” 标记。

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。 100 天用量与一个月用量的共付额相同。

通过邮购服务配取处方药

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， 邮购处方药在 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。 如果您在邮购处方药出现

延误的情况下在参与零售药房配取 30 天用量时遇到任何问题， 请让您的零售药房致电我方医疗服务提供者服务中心热线 1-866-800-6111 (TTY: 1-888-816-5252)， 该热线每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。 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。

邮购流程

邮购服务设有不同程序， 可分别处理您提供的新处方、 从您的医疗服务提供者诊室直接收到的新处方， 以及邮购处方药的续配。

1. 您向药房提供的新处方

药房自动按您提供的新处方配药及送药。

2. 药房从您的医疗服务提供者诊室收到的新处方

在以下情况下， 药房自动按照从医疗服务提供者处收到的新处方配药及送药， 而不会事先咨询您的意见 ：

- 您过去使用过我方计划的邮购服务， **或**
- 您注册申请自动配送从医疗服务提供者处直接收到的所有新处方上的药物。 您可以通过拨打 1-833-750-0201 (TTY: 711) 联系 Express Script® Pharmacy， 立即或随时要求自动配送所有新处方上的药物， 该热线每天 24 小时、 每周 7 天开放。 也可登录 express-scripts.com/rx。

如果您通过邮寄自动收到了并不需要的处方药品， 且在药品寄出前未有人联系您确认是否需要该药品， 您可能有资格获得退款。

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: 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。

如果您从未使用过我们的邮购服务， 和/或决定停止自动配取新处方上的药物， 药房会在每次从医疗服务提供者处取得新处方时联系您， 以确认您是否希望立即配取并发运药物。

- 这样您就有机会确保药房配送正确的药物 （包括规格、份量和剂型），而且在必要时，您可以在自己被开具账单及药物发运前， 取消或延迟订单。
- 在药房每次联系您时作出回复， 以便他们知道如何处理新处方， 并防止任何延迟配送。

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: 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。

3. 续配邮购处方药

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。

- 药房会在每次寄送续配药物前联系您， 以确保您需要更多药物， 如果您有足够药物或药物发生变化， 您可取消预定的续配药物。
- 如果您选择不采用我们的自动续配计划， 请在当前处方即将用完前提前 21 天联系您的药房， 以确保您的下次订单及时送达。

如您希望退出我们的自动邮购续配计划， 可致电邮购会员服务（电话 ： 1-833-750-0201， TTY ： 711）与我们联系， 该服务热线每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。 也可登录 express-scripts.com/rx。

请告知药房与您联系的最佳方式， 以便他们在发货前联系您确认订单。 您每次下订单时、 参加自动续配计划时或联系信息发生变化时， 都应验证您的联系信息。

A7. 获得长期供药

您可获得我方计划*药品目录*中维持药物的长期供应。 维持药物指您定期使用的药物， 用于治疗慢性或长期疾病。

部分网络药房可为您提供长期维持药物供应。 100 天用量与一个月用量的共付额相同。 *医疗服务提供者和药房目录*介绍了哪些药房可为您提供长期维持药物供应。 如需了解更多信息， 也可致电您的护理协调员或会员服务。

对于某些类型的药物， 您可以使用我方计划的网络内邮购服务获得长期维持药物供应。 如需了解邮购服务， 请参阅 **A6 部分**。

A8. 使用并非我方计划网络内的药房

通常， 仅当您无法使用网络药房时， 我们才会支付在网络外药房配取的药物的费用。 我们在服务区域之外有网络药房， 您可借由计划参保成员身份在这些药房配取处方药。 在这些情况下， 请先与您的护理协调员或会员服务确认， 了解附近是否有网络药房。

我们在下述情况中支付在网络外药房配取的处方药的费用 ：

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。 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， 请参见本*参保手册*第 7 章。

- 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。 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， 请参见本*参保手册*第 7 章。

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。 如需了解如何提交报销申请， 请参见本*参保手册*第 7 章。

A9. 向您偿付处方药费用

如果您必须使用网络外药房， 则在您获取处方药时， 通常必须支付全额费用， 而不是共付额。 您可要求我们向您偿付我们应承担的费用。 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。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 可能承保的处方药的全额费用， 则在 Medi-Cal Rx 支付处方药费用后， 您可能能够获得药房的报销。 或者， 您也可以通过提交 “Medi-Cal 自付费用报销 (Conlan)” 申请， 要求 Medi-Cal Rx 向您偿付费用。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 ： medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

如需了解更多信息， 请参阅本*《参保手册》*的**第 7 章**。

B. 本计划的*药品目录*

我们有一份*承保药品清单*。 我们将其简称为 “*药品目录*” 。

我们在医生和药剂师团队的帮助下选择*药品目录*中的药物。 此*药品目录*还会告知您在获取药品时需遵守的规则。

在您遵循本章中说明的规则的情况下， 我们通常会承保我方计划的*药品目录*中的药物。

B1. 我们*药品目录上的药物*

我们的*药品目录*包括 Medicare Part D 承保的药物。

我方计划承保您从药房获得的大多数药物。 Medi-Cal Rx 可能承保其他药品， 例如一些非处方药 (OTC) 和某些维生素。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)。 您也可以致电 Medi-Cal Rx 客户服务中心热线 800-977-2273。 通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时， 请携带 Medi-Cal 受益人身份卡 (BIC)。

我们的*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）。

品牌药指以药物制造商拥有的商标名称销售的药物。 生物制品是比普通药品成分更复杂的药品。 在我们的*药品目录*时间上， 当我们提到 “药品” 时， 这可能意味着药品或生物制品。

仿制药和品牌药具有相同的活性成分。 生物类似药是指生物制品的替代药品。 通常， 仿制药和生物类似药的作用与品牌药或原研生物制品相同， 且费用往往更低。 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。

如需了解*药品目录*中各类药品的定义， 请参阅**第 12 章**。

B2. 如何查询某种药物是否列于*药品目录*上

要查询您使用的某种药物是否列于*药品目录*上， 您可 ：

- 访问本计划的网站 ： go.wellcare.com/HealthNetCA。 我们网站上的*药品目录*始终是最新版本。

- 致电您的护理协调员或会员服务， 了解某种药物是否在我们的*药品目录*中， 或要求提供目录副本。
- D 部分未承保的药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)。
- 您可在 go.wellcare.com/HealthNetCA 网站上使用我们的实时福利查询工具 (Real-Time Benefit Tool) 查询*药品目录*中的药品， 了解您需支付的预估费用， 以及*药品目录*中是否有可治疗相同病症的替代药品。 您也可以致电您的护理协调员或会员服务。

B3. 不在*药品目录*中的药品

我们并未承保所有药物。

- 有些药物不在我们的*药品目录*上， 因为法律不允许我们承保这些药物。
- 其他情况则是我们决定不将该药物纳入*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。 如需了解更多信息， 请参阅**第 9 章**。

我方计划不支付本部分所述药物类型的费用， 但我们增强药物承保所涵盖的某些药物除外。 这些药物称为**不保药物**。 如果您获得的是我方计划不承保的不保药物的处方， 您可能需要自行支付费用。 如果您认为我们应根据您的情况支付某种不保药物的费用， 您可提出申诉。 如需详细了解申诉， 请参阅本*参保手册*的**第 9 章**。

以下列出三项适用于不保药物的通用规则 ：

1. 我方计划的门诊药物保险（包括 Medicare Part D）不能支付 Medicare Part A 或 Medicare Part B 已承保的药物的费用。 我方计划免费承保 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保的药物， 但这些药物不被视为门诊药物福利的一部分。
2. 我方计划不能承保于美国及其属地境外购买的药物。
3. 药物的使用必须获得 FDA 的批准或受某些医疗参考书籍的支持， 可用于治疗您的疾病。 您的医生或其他医疗服务提供者可能会开具某种药物的处方以治疗您的疾病， 即便该药物并未获批用于治疗该疾病。 这称为 “非适应症使用” 。 我方计划通常不承保为非适应症使用开具处方的药物。

此外， 根据法律， Medicare 或 Medi-Cal 不能承保下列药物类型。

- 用于促进生育的药品
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物 *

- 用于美容目的或促进毛发生长的药品
- 处方维生素和矿物质产品， 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物 *
- 门诊药物 （由表示您只能由他们进行测试或提供服务的公司生产）

*特定产品可能由 Medi-Cal 承保。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)。

B4. *药品目录*分摊费用等级

我们*药品目录*中的每种药品都归属于六个等级之一。 等级指同类药物组别（例如， 品牌药、仿制药或 OTC 药物）。 通常， 分摊费用等级越高， 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。
- 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。

要查找您的药物所属的分摊费用等级， 请在我们的*药品目录*中查询该药物。

本*《参保手册》***第 6 章**说明了您为每个等级的药品支付的金额。

C. 某些药物的限制

对于某些药物， 特殊的规则限制了我方计划如何与何时才可承保。 通常， 我们的规则鼓励您取得适合您的健康状况且安全有效的药物。 当安全且费用较低的药物和较昂贵的药物疗效相同时， 我们预期您的医疗服务提供者会开具费用较低药物的处方。

请注意， 有时某种药物可能会在*药品目录*上多次出现。 这是因为同一种药物可能会因您的医疗服务提供者开具处方的药物规格、 份量或剂型而有所不同， 并且不同版本的药物可能适用不同的限制（例如， 10 mg 与 100 mg ； 每天一次与每天两次 ； 片剂与液体）。

如果您的药物适用特殊规则， 这通常表示您或您的医疗服务提供者必须采取额外的步骤才能让我们承保该药物。 例如， 您的医疗服务提供者可能必须事先告知我们您的诊断或提供验血结果。 如果您或您的医疗服务提供者认为我们的规则不应适用于您的情况， 请要求我们使用承保决定流程来进行例外审批。 我们可能会， 也可能不会同意让您在不采取额外步骤的情况下使用该药物。

如需详细了解如何申请例外审批， 请参阅本《*参保手册*》的**第 9 章**。

1. 在仿制药或可互换生物类似药版本可用的情况下限制使用品牌药或原研生物制品

通常， 仿制药或可互换生物类似药的作用与品牌药或原研生物制品相同， 且费用往往更低。 在大多数情况下， 如果品牌药或原研生物制品存在可用的仿制药或可互换生物类似药版本， 我们的网络药房会给您提供仿制药或可互换生物类似药版本。

- 当仿制药版本可用时， 我们通常不会支付品牌药或原研生物制品的费用。
- 但是， 如果您的医疗服务提供者告诉我们仿制药或可互换生物类似药对您不起作用的医学原因， ***或***在处方上注明某种品牌药或原研生物制品 “无替代药物”， ***或***告诉我们仿制药、 可互换生物类似药或治疗相同疾病的其他承保药品对您不起作用的医学原因，则我们会承保品牌药。
- 您须支付的品牌药或原研生物制品的共付额可能比须支付的仿制药或可互换生物类似药的共付额高。

2. 事先获得计划批准

对于某些药物， 您或您的处方开具者必须在您配取处方药之前获得我方计划的批准。 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。 如果您未获得批准， 我们可能不会承保该药物。 如需详细了解事先授权， 请拨打本页底部的号码联系会员服务， 或访问我们的网站 ： go.wellcare.com/enhanced-select-pa。

3. 先尝试其他药品

通常， 我们希望您在我们承保价格较高的药物前先尝试具有相同药效的价格较低的药物。 例如， 如果药物 A 和药物 B 均可治疗同一疾病， 且药物 A 的费用低于药物 B， 则我们可能会要求您先尝试使用药物 A。

如果药物 A 对您**不**起作用， 则我们会承保药物 B。 这称为阶梯疗法。 如需详细了解阶梯疗法， 请拨打本页底部的号码联系会员服务， 或访问我们的网站 ： go.wellcare.com/enhanced-select-st。

4. 数量限制

对于某些药物， 我们限制您可以拥有的药物数量。 这称为数量限制。 例如， 如果通常认为某种药物每天只服用一次是安全的， 我们可能会限制您每次配取处方药时可获得的药物数量。

要确定上述任何规则是否适用于您使用或想要使用的药物， 请查阅我们的*药品目录*。 如需最新信息， 请致电会员服务或访问我们的网站 ： go.wellcare.com/druglist-6。 如果您基于上述任何原因而不同意我们的承保决定， 您可以提出申诉。 请参阅本*《参保手册》*的**第 9 章**。

D. 您的药物可能不受承保的原因

我们竭力让您的药物保险能够满足您的需要， 但有时药物的承保方式可能不符合您的预期。 例如 ：

- 我方计划不承保您想使用的药物。 该药物可能并未列于我们的*药品目录*中。 我们可能会承保某种药物的仿制药版本， 但不会承保您想要使用的品牌药版本。 药物可能为新药， 而我们尚未对其进行安全性和有效性审查。
- 我方计划承保该药物， 但在承保方面存在特殊规则或限制。 如本章上述 **C 部分**所述，我方计划承保的部分药物存在限制其使用的规则。 在某些情况下， 您或您的处方开具者可要求我们做出例外审批。
- 药物受到承保， 但其分摊费用等级使得费用超出您的预期。

如果我们没有按照您希望的方式承保某种药物， 您可以采取一些措施。

D1. 获取临时供应

在某些情况下， 若某一药品不在我们的*药品目录*中， 或存在使用限制， 我们可为您提供该药品的临时供应。 这样一来， 您便有时间与您的医疗服务提供者讨论关于获取另一种药物的事宜， 或要求我们承保该药物。

要获得临时供应， 您必须符合下述两项规则 ：

1. 您已在使用的药物 ：
   - 不再在我们的*药品目录*中， **或**
   - 该药品从未列入我们的*药品目录*， **或**
   - 现在受到某些限制。
2. 您必须处于下述一种情况 ：
   - 您于去年加入我方计划。
     - 我们在**日历年的前 90 天内**承保您药物的临时供应。
     - 此临时供应在零售药房为最多 30 天药量， 在长期护理药房为最多 31 天药量。

- 如果您的处方开立的天数较少， 我们允许多次续配， 以在零售药房提供最多 30 天的药物， 在长期护理药房提供最多 31 天的药物。 您必须在网络药房配取处方药。
- 长期护理药房可能会一次提供少量药物， 以免造成浪费。

- 您是我方计划的新参保成员。
  - 我们在**您成为我方计划参保成员后的前 90 天内**承保您药物的临时供应。
  - 此临时供应在零售药房为最多 30 天药量， 在长期护理药房为最多 31 天药量。
  - 如果您的处方开立的天数较少， 我们允许多次续配， 以在零售药房提供最多 30 天的药物， 在长期药房提供最多 31 天的药物。 您必须在网络药房配取处方药。
  - 长期护理药房可能会一次提供少量药物， 以免造成浪费。
- 您已加入计划超过 90 天， 住在长期护理机构内， 并且需要立即供药。
  - 我们承保一次 31 天的药量， 如果处方开立的天数较少， 则承保份量更少。 这是除上述临时供应之外的供药。
  - 如果您的护理级别发生变化 （例如转入或转出长期护理机构或医院）， 我们将提供一次 30 天的临时供应承保。 若处方开具的天数更少， 我们允许续药， 以提供最多 30 天的总药量。

D2. 申请临时供应

如需申请药品的临时供应， 请致电会员服务。

当您获得药品的临时供应时， 请尽快与您的医疗服务提供者讨论以决定供应用完后该怎么办。以下是您的选择 ：

- 更换为另一种药品。

  本计划可能承保适用于您的另一种药品。 请致电会员服务， 索取我们承保的治疗相同疾病的药品清单。 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。

  或者

- 申请例外审批。

  您和您的医疗服务提供者可以要求我们进行例外审批。 例如， 您可以要求我们承保不在我们的*药品目录*中的药品， 或要求我们不加限制地承保该药品。 如果您的医疗服务提供者说您有充分的医疗理由要求例外审批， 他们可以帮助您申请例外审批。

如需了解如何申请例外审批的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **9 章**。

如果您需要申请例外审批方面的帮助， 请联系会员服务。

E. 您的药品承保范围的变更

大部分药品承保范围的变更发生在 1 月 1 日， 但我们可能在年内增加或删除我们的*药品目录*中的药品。 我们也可能改变我们关于药品的规则。 例如， 我们可能 ：

- 决定要求或不要求药品的事先授权 (PA) （在您获得药品前获得我们的许可）。
- 增加或更改您可以获得的药品数量 （数量限制）。
- 增加或更改药品的阶梯疗法限制 （您必须先试用一种药品， 我们才会承保另一种药品）。
- 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。 有关这些药品规则的更多信息， 请参阅 **C 部分**。

如果您在年**初**服用我们承保的药品， 我们通常不会在**年内**取消或者变更该药品的承保， 除非 ：

- 一种新的、 更便宜的药品上市， 它与我们目前的*药品目录*中的药品一样有效， **或者**
- 我们了解到一种药品不安全， **或者**
- 一种药品从市场上撤下。

如果您服用的药品的承保范围发生变化， 会发生什么情况？

要了解更多有关我们的*药品目录*变更的信息， 您可以随时 ：

- 访问 go.wellcare.com/druglist-6 在线查看我们当前的*药品目录*， **或**
- 请拨打本页底部的电话号码联系会员服务， 以查看我们的最新*药品目录*。

我们可能对当前计划年度内影响您的*药品目录*进行的更改

*药品目录*的某些更改将立即生效。 例如 ：

> 新的仿制药上市。 有时， 市面上会出现与*药品目录*中品牌药或原研生物制品疗效相当的新仿制药或新生物类似药。 当发生这种情况时， 我们可能会删除品牌药并添加新的仿制药， 但您的新药费用将保持不变或更低。 当我们添加新的仿制药时， 我们还可能决定将品牌药保留在目录中， 但更改其承保规则或限制。

- 我们可能不会在进行此更改之前通知您， 但一旦发生更改， 我们会向您发送有关我们所做的特定更改的信息。
- 您或您的医疗服务提供者可以对这些更改申请 “例外审批”。 我们将向您发送通知， 说明您可以采取哪些步骤来申请例外审批。 有关例外审批的更多信息， 请参阅本*参保手册*的**第 9 章**。

清除不安全的药品和其他不在市场上的药品。 有时， 药品可能会被发现不安全或因其他原因而从市场上撤下。 如果发生这种情况， 我们可以立即将其从我们的*药品目录*中删除。 如果您正在服用该药品， 我们将在做出更改后向您发送通知。 请与您的处方开具者交谈， 以帮助您确定*药品目录*中是否有您可以替代的类似药物。

我们可能会作出其他影响您服用的药品的更改。 我们会提前告知您我们的*药品目录*的其他此类变更。 如果出现以下情况， 可能会发生此类变更 ：

- FDA 提供了新的指南， 或有新的药品临床指南。

发生此类变更时， 我们会 ：

- 在我们对*药品目录*进行变更前至少 30 天告诉您**或者**
- 让您知道， 并在您申请续配后， 为您提供 30 天的药量。

这让您有时间与您的医生或其他处方开具者交谈。 他们可以帮助您决定 ：

- 我们的*药品目录*中是否有您可以改用的类似药品， **或者**
- 您是否需要对这些变更申请例外审批， 以继续承保您正在服用的药品或药品版本。 如需详细了解如何申请例外审批， 请参阅本 *《参保手册》* 的**第 9 章**。

本计划年度内不会影响您的*药品目录*调整

我们对您服用的药品进行的更改可能不在以上描述范围之内， 并且目前不会对您造成影响。 发生此类变更时， 如果您在年**初**服用我们承保的药品， 我们通常不会在**年内**取消或者变更该药品的承保。

例如， 如果我们删除您正在服用的药品、 增加您为该药品支付的费用或限制其使用， 则该变更不会影响您在当年剩余时间内对该药品的使用或您为该药品支付的费用。

如果您正在服用的药品发生了上述任何变更（上述部分所述的变更除外）， 则此变更在下一年 1 月 1 日之前不会影响您的使用。

我们不会在本年度直接告诉您关于此类变更。 您需要查看下一个计划年度的*药品目录*（当该目录在开放参保期可用时）， 以了解下一个计划年度是否有任何影响您的变更。

F. 特殊情况下的药品承保范围

F1. 在本计划承保的医院或专业护理机构住院

如果您入住本计划承保的医院或专业护理机构， 我们通常会承保您住院期间的药品费用。 您无需支付共付额。 一旦您离开医院或者专业护理机构， 只要药品符合我们所有的参保规则， 我们就会承保您的药品。

要了解药品承保范围和您需支付的费用的更多信息， 请参阅*参保手册*第 **6** 章。

F2. 长期护理机构

通常， 疗养院等长期护理机构有自己的药房或为其所有居民提供药品的药房。 如果您住在长期护理机构， 您可以通过该机构的药房获得药品， 前提是它是我们网络的一部分。

您可查阅*医疗服务提供者和药房目录*， 确认您所居住的长期护理机构的药房是否属于我们的网络药房。 如果不是， 或者您需要更多信息， 请联系会员服务。

F3. Medicare 认证临终关怀计划

药品不会同时由临终关怀服务与我方计划双重承保。

- 您可能会被纳入 Medicare 临终关怀计划， 而您需要的某些药品因为与您的最终预后和病情无关而不在临终关怀计划承保范围之内 （例如止痛药、 抗恶心药、 泻药或抗焦虑药）。 在这种情况下， 本计划必须得到处方开具者或者您的临终关怀提供者的通知，说明该药品与此无关， 然后我们才能承保该药品。

- 为防止延迟获得本计划应承保的任何无关药品， 您可以在要求药房配药前， 要求您的临终关怀提供者或处方开具者确保我们收到通知， 表明该药品无关。

如果您退出临终关怀， 本计划将承保您的所有药品。 为避免在您的 Medicare 临终关怀福利终止时在药房出现任何延迟， 请将文件带到药房， 以证明您已退出临终关怀。

请参阅本章前面介绍本计划承保的药品的部分。 有关临终关怀福利的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **4** 章。

G. 关于药品安全和药品管理的计划

G1. 帮助您安全使用药品的计划

每次您配药时， 我们都会查找可能的问题， 例如药品错误或以下药品 ：

- 可能不需要的药品， 因为您服用了另一种起到同样作用的类似药品

- 可能对您的年龄或性别不安全的药品
- 如果您同时服用会对您造成伤害的药品
- 含有您对其过敏或可能过敏的成分的药品
- 可能数量 （剂量） 有误的药品
- 含有不安全剂量的阿片类止痛药的药品

如果我们发现您在使用药品时可能存在问题， 我们将与您的医疗服务提供者合作解决问题。

G2. 帮助您管理药品的计划

本计划中包含一个项目， 用于帮助有复杂健康需求的参保成员。 在这种情况下， 您可能有资格通过药物疗法管理 (MTM) 计划免费获得服务。 该计划为自愿参加且完全免费， 该计划可帮助您和您的医疗服务提供者确保您的药物能够改善您的健康状况。 如果您有资格参加该计划，药剂师或其他医疗保健专业人员将为您全面审查您的所有药物， 并与您讨论 ：

- 如何从您服用的药品中获得最大益处
- 您的任何顾虑， 如药物费用和药品反应
- 如何最好地服用您的药物
- 您对处方药和非处方药的任何疑问或问题

然后， 他们将为您提供 ：

- 这次讨论的书面总结。 该总结包含一个药物行动计划， 建议您可以做些什么来最好地利用您的药物。
- 个人用药清单， 包含您服用的所有药物、 服用量以及服用时间和原因。
- 关于安全处置属于受控物质的处方药的信息。

最好与处方开具者讨论您的行动计划和用药清单。

- 就诊或者在您与医生、 药剂师和其他医疗服务提供者交谈时带上您的行动计划和药物清单。
- 到医院或急诊室就诊时， 请随身携带您的用药清单。

MTM 计划是自愿的， 对符合资格的参保成员免费。 如果我们有适合您需求的计划， 我们会让您加入该计划并向您发送信息。 如果您不想加入该计划， 请告诉我们， 我们会让您退出。

如果您对这些计划有任何疑问， 请联系会员服务或您的护理协调员。

G3. 帮助参保成员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)

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)。

如果您使用从多个处方开具者或药房获得的阿片类药物， 或者您最近发生阿片类药物过量， 我们可能会与您的处方开具者交谈， 以确保您使用阿片类药物是适当的并且具有医疗必要性。 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。 如果我们将您列入 DMP， 限制可能包括 ：

- 要求您从特定药房配取这些药物
- 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
- 限制我们为您承保的阿片类或苯二氮卓类药物的数量

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。 该信函将告诉您， 我们是否会限制这些药品的承保， 或者您是否需要仅从特定的医疗服务提供者或药房配取这些药品。

您将有机会告诉我们您更喜欢使用的处方开具者或者药房， 以及您认为我们应该知道的任何重要信息。 在您有机会回复后， 如果我们决定限制您对这些药物的承保， 我们将向您发送另一封确认这些限制的信函。

如果您认为我们犯了错误， 您不同意我们的决定或限制， 您和您的处方开具者可以提出申诉。 提出申诉后， 我方会重新审查您的个案并给出新的决定。 如果您针对药品获取权限受限相关的申诉仍有部分被我们驳回， 我们会自动将您的案件提交至独立审查组织 (IRO)。 （如需了解申诉及 IRO 的更多信息， 请参阅本*参保手册***第 9 章**。 ）

如果您符合以下条件， DMP 可能不适用于您 ：

- 患有某些疾病， 例如癌症或镰状细胞病，
- 正在接受临终关怀、 姑息治疗或者临终护理， **或者**
- 住在长期护理机构。

第 6 章：您为 Medicare 和 Medi-Cal 药品支付的费用

简介

本章介绍您为门诊药品支付的费用。 “药品”是指：

- Medicare Part D 药品， **和**
- Medi-Cal Rx 承保的药品和用品， **和**
- 本计划作为额外福利承保的药品和用品。

由于您符合 Medi-Cal 的资格， 因此您可以从 Medicare 获得额外补助， 以帮助您支付 Medicare Part D 药物的费用。 我方已向您寄送一份单独的插页， 文件名为 *“享受于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， 请致电会员服务并询问 “LIS 附录”。

额外补助是一项 Medicare 计划，旨在帮助收入和资产有限的人群降低 Medicare Part D 的药品费用，例如保费、免赔额和共付额。额外补助也称为“低收入补助”或“LIS”。

其他关键术语及其定义按字母顺序列在本*参保手册*的最后一章。

要了解有关药品的更多信息， 您可以在以下地方查找：

- 我们的*承保药品清单*。
  - 我们称之为 *“药品目录”*。 该通知将说明：
    - 我们为哪些药品付费
    - 每种药品处于六个药品等级中的哪个等级
    - 药品是否有任何限制
  - 如果您需要我们的*药品目录*的副本， 请致电会员服务。 您也可以在我们的网站 go.wellcare.com/druglist-6 上查询*药品目录*的最新版本。
  - 您从药房获取的大部分药品， 均由 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 承保。 Medi-Cal Rx 可能承保其他药品， 例如一些非处方药 (OTC) 和某些维生素。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)。 您也可以致电 Medi-Cal Rx 客户服务中心热线 800-977-2273。 通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时， 请携带 Medi-Cal 受益人身份卡 (BIC)。

- 本*参保手册*第 **5** 章。
  - 说明如何通过本计划获取门诊药品。
  - 包括您需要遵守的规则。 它还说明了本计划不承保的药品类型。
  - 当您使用计划的实时福利查询工具 (Real-Time Benefit Tool) 查找药品承保范围时（请参阅**第 5 章 B2 部分**）， 所显示的成本是您预期支付的自付费用的估计值。如需了解更多信息， 您可以致电会员服务。
- 我们的*医疗服务提供者和药房目录*。
  - 在大多数情况下， 您必须使用网络药房获取承保药品。 网络药房是同意与我们合作的药房。
  - *医疗服务提供者和药房目录*列出我们的网络药房。 有关网络药房的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **5** 章。

目录

A. *福利说明* (EOB)..... 157
B. 如何追踪您的药品费用..... 158
B1. 如果您发现此摘要中有错误，该怎么办？..... 159
B2. 如果发现可能存在欺诈，该怎么办？..... 159
C. Medicare Part D 药物的药物支付阶段..... 159
D. 第 1 阶段：初始保障阶段..... 160
D1. 您的药房选择..... 160
D2. 获得药品的长期供应..... 161
D3. 您需支付的费用..... 161
D4. 初始保障阶段结束..... 162
E. 第 2 阶段：高额保障阶段..... 162
F. 您的医生开出少于一个月的药量时您的药品费用..... 163

G. 对于 D 部分疫苗您需支付的费用 163
G1. 接种疫苗前需要了解的信息 163
G2. 您为 Medicare Part D 承保的疫苗支付的费用 164

A. *福利说明* (EOB)

本计划会追踪您的药品费用以及您在药房获得处方药时所支付的费用。 我们追踪两类费用 ：

- 您的**自付费用**。 这是您或其他人代表您为您的处方药支付的金额。 这包括您在获得承保的 D 部分药物时支付的费用、 家人或朋友为您的药品支付的任何费用、 通过 Medicare、 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、 慈善机构和大多数州药品援助计划 (SPAP) 提供的额外补助为您的药品支付的任何费用。
- 您的**总药物费用**。 这是指为承保的 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， 以及其他计划或组织为您的承保 D 部分药物支付的费用。

当您通过本计划获取药品时， 我们会向您发送一份名为*福利说明 (EOB)* 的摘要。 我们将其简称为 EOB。 EOB 不是账单。 EOB 提供有关您所用药物的详细信息， 例如价格上涨以及分摊费用较低的其他可用药物。 您可以与处方开具者谈论这些费用较低的选择。 EOB 包括 ：

- **当月信息**。 摘要说明了您上个月获得的药品。 它显示总药物费用、 我们支付的费用以及您和其他人为您支付的费用。
- **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**。 这是药品的总价格以及自第一次填写相同数量的每个处方申请报销表以来的药物价格变化。
- **低成本替代方案**。 在适用的情况下， 每份处方中分摊费用较低的其他可用药物的相关信息。

我们承保 Medicare 未承保的药品。

- 为这些药品支付的费用不计入您的总自付费用。
- 本计划承保您从药房获得的大多数药物。 Medi-Cal Rx 可能承保其他药品， 例如一些非处方药 (OTC) 和某些维生素。 如需了解更多信息， 请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)。 您也可以致电 Medi-Cal 客户服务中心热线

800-977-2273。 通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时， 请携带 Medi-Cal 受益人身份卡 (BIC)。

- 要了解本计划承保的药品， 请参阅我们的*药品目录*。

B. 如何追踪您的药品费用

为了追踪您的药品费用和您的付款， 我们使用您和您的药房提供的记录。 以下是您可以帮助我们的方式 ：

1. 使用您的参保成员 ID 卡

每次领取处方药时， 请出示您的参保成员 ID 卡。 这有助于我们了解您开的处方药和支付的费用。

2. 确保我方获得所需信息。

您可以要求我们向您偿还您应承担的药品费用。 将您的付款申请连同任何账单或收据邮寄到以下地址 ：

药品报销地址 ：
Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

以下是您应该何时向我们提供收据副本的示例 ：

- 当您以特价在网络药房购买承保药品或使用不属于本计划福利的折扣卡时。
- 当您支付制药商患者援助计划下的药品共付额时。
- 当您在网络外药房购买承保药品时。
- 当您在特殊情况下支付承保药品的全价时。

如需了解如何申请我们报销药品费用中应由我们承担的部分， 请参阅本*参保手册***第 7 章**。

3. 向我们发送其他人为您付款的信息。

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， 由州药品援助计划、 艾滋病药物援助方案 (ADAP)、 印第安人健康服务和大多数慈善机构支付的款项会计入您的自付费用。 这有助于您符合高额保障的资格。 当您达到高额保障阶段时， 我方计划将支付当年剩余时间内您的 Medicare Part D 药物的所有费用。

4. 检查我们发送给您的 EOB。

当您收到一封 EOB 的邮件时， 请确保其完整且正确。

- **您是否知道每个药房的名称？**核对日期。 您当天是否服用了药品？
- **您是否获得了所列药品？**它们是否与您的收据上列出的相符？药品是否与您的医生处方相符？

B1. 如果您发现此摘要中有错误，该怎么办？

如果 EOB 中的内容让您感到困惑或存在异常， 请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员服务与我们联系。

B2. 如果发现可能存在欺诈，该怎么办？

如果此摘要显示您未服用的药品或任何您认为可疑的事情， 请联系我们。

- 请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员服务与我们联系。
- 或致电 Medicare， 电话号码 ： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 您可以免费拨打这些号码。
- 如果您怀疑获得 Medi-Cal 的医疗服务提供者犯有欺诈、 浪费或者滥用行为， 您有权拨打保密免费电话 1-800-822-6222 进行举报。 有关报告 Medi-Cal 欺诈的其他方法， 请访问 ： www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您认为存在问题或遗漏， 或有任何疑问， 请致电会员服务。 **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 express-scripts.com/rx 进行申请。 如果您选择启用电子版服务， 当您的 D 部分 EOB 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。 无纸化 D 部分 EOB 是印刷的 D 部分 EOB 的准确副本（图像）。 保留这些 EOB。 它们是您的药品费用的重要记录。

C. Medicare Part D 药物的药物支付阶段

在我们的计划中， 您的 Medicare Part D 药品保险范围分为两个付费阶段。 您为每个处方药支付的金额取决于您的额外补助级别以及配药或续药时所处的阶段。 这两个阶段分别是 ：

第 1 阶段 ： 初始保障阶段	**第 2 阶段 ： 高额保障阶段**
在这个阶段， 我们支付部分药品费用， 而您需支付剩余部分。 您支付的部分称为共付额。 您在为本年度的第一张处方配药时进入这个阶段。	在这个阶段， 我们将支付您所有的药品费用， 直至 2027 年 12 月 31 日。 当您支付的自付费用达到一定金额时， 则将进入这个阶段。

D. 第 1 阶段：初始保障阶段

在初始保障阶段， 我们支付您的承保药品费用的一部分， 您支付其余部分。 您支付的部分称为共付额。 共付额取决于药品所属的分摊费用等级以及您的购药地点。

分摊费用等级是指具有相同共付额的药品组别。 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。 一般来说， 等级编号越高， 共付额越高。 要查找您药品的分摊费用等级， 请参阅我们的*药品目录*。

- 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。
- 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。

D1. 您的药房选择

您为某种药品支付的金额取决于您是否从以下机构获得该药品 ：

- 网络零售药房**或者**
- 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。
- 网络外药房。 在少数情况下， 我们承保在网络外药房配取的处方药。 如需了解我们在哪些情况下会提供此类承保， 请参阅本*参保手册***第 5 章**。

- 我方计划的邮购药房。

如需了解这些选择的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **5** 章以及我们的*医疗服务提供者和药房目录*。

D2. 获得药品的长期供应

对于某些药品， 您可以在配药时获得长期供应（也称为 “延长供应”）。 长期供应是指 100 天的供应量。 它的价格相当于一个月的供应量。

如需了解获取药品长期供应的地点及方式详情， 请参阅本*参保手册*第 **5** 章或我们计划的*医疗服务提供者和药房目录*。

D3. 您需支付的费用

在初始保障阶段内， 您可以在每次配药时支付共付额。 如果您的承保药品费用低于共付额，您只需支付较低的金额。

请联系会员服务， 了解您对任何承保药品的共付额。

当您从以下机构获得一个月或长期的承保药品供应时， 您应承担的费用 ：

	标准或优选网络药房 **一个月或者最多 30 天的供应量**	**网络内长期护理药房** **最多 31 天供应量**	**网络外药房** **最多 30 天供应量。** **承保范围仅限于某些情况。** **有关详情， 请参阅本参保手册第 5 章。**	**本计划的标准或优选邮购服务** **一个月或者最多 34 天的供应量。**
分摊费用等级 1 （仿制药） **分摊费用等级 2** （优选品牌药） **分摊费用等级 3** （非优选药物）	**对于分摊费用等级 1-5 ：** 您所有药品的一个月供应量的共付额， 可能会根据您的额外补助的等级而有所不同 ： 对于仿制药（包括按仿制药处理的原厂药）， 您支付 ： • $0 共付额，或 • $1.65 共付额，或 • $5.80 共付额（一个月供应量） 对于所有其他承保药品， 您支付 ： • $0 共付额，或			**适用于所有分摊费用等级 ：** 邮购不适用于所有等级的药物一个月（34 天或者更短）的供应量。

	标准或优选网络药房 **一个月或者最多 30 天的供应量**	**网络内长期护理药房** **最多 31 天供应量**	**网络外药房** **最多 30 天供应量。** **承保范围仅限于某些情况。** **有关详情， 请参阅本参保手册第 5 章。**	**本计划的标准或优选邮购服务** **一个月或者最多 34 天的供应量。**
分摊费用等级 4 （注射类药品）	• $5 共付额，或 • $14.40 共付额（一个月供应量） 额外补助是一个帮助支付药品费用的计划。 我们已向您发送了一份单独的材料， 名为《获得处方药费用额外补助人士的保险证明文件附录》， 其中说明了您的药品费用。 如果您获得了额外补助但未收到这份材料， 请拨打本页底部显示的会员服务电话， 索取 LIS 附录。			
分摊费用等级 5 （特药层级药品）每次配药限制为 30 天供应量。				
分摊费用等级 6 （精选护理药物）	$0 共付额	$0 共付额	$0 共付额	邮购不适用于一个月（34 天或者更短）的供应量

有关哪些药房可以为您提供长期供应的信息， 请参阅我们的*医疗服务提供者和药房目录*。

D4.初始保障阶段结束

当您的总自付费用达到 $2,400 时， 初始保障阶段结束。 此时， 高额保障阶段开始。 从那时起直至年底， 我们将承保您所有的药品费用。

我们提供 Medicare 药品计划通常不承保的额外药品。 为这些药品支付的费用不计入您的自付费用。

您的 EOB 可帮助您追踪您在一年中您支付的药品费用。 如果达到 $2,400 的限额， 我们会通知您。 很多人一年都达不到。

E. 第 2 阶段：高额保障阶段

当您的药品自付费用达到 $2,400 的限额时， 就会进入高额保障阶段。 您将一直处于高额保障阶段， 直至该日历年年底。 在此阶段， 您无需为您的 D 部分承保药品支付任何费用。

F. 您的医生开出少于一个月的药量时您的药品费用

通常， 您需要支付共付额来支付一整月的承保药品供应量。 但是， 您的医生可以开出少于一个月供应量的药品。

- 有时您可能想要您的医生开少于一个月供应量的药物 （例如， 当您第一次尝试一种药物时）。
- 如果您的医生同意， 您无需为某些药物支付整个月的供应量。

当您获得少于一个月的药物供应量时， 您支付的金额基于您获得药物的天数。 我们计算您每天为药物支付的金额（ “每日费用分摊率”）， 并将其乘以您获得药物的天数。

- 以下是一个示例 ： 假设您的药物一个月 （30 天） 的共付额为 $1.65。 这表示您每天支付的药费少于 $0.06。 若您领取该药品七天用量， 您需支付的金额为每日不足 $0.06 乘以七天， 总计不足 $0.39。
- 每日分摊费用可让您在支付整个月的药量之前， 确定药物对您有效。
- 您还可以要求您的医疗服务提供者开出少于一整月药量的药物来帮助您 ：
  - 更好地计划何时补充药物
  - 请与其他药物的续配协调安排， 以减少去药房的次数

G. 对于 D 部分疫苗您需支付的费用

有关对于疫苗您需支付的费用的重要信息 ： 某些疫苗被视为医疗福利， 由 Medicare Part B 承保。 其他疫苗被视为 Medicare Part D 药物。 您可以在我们的*药品目录*中找到这些疫苗。 本计划承保大多数成人 Medicare Part D 疫苗， 您无需支付任何费用。 如需了解特定疫苗的承保范围及分摊费用详情， 请参阅本计划的*药品目录*， 或联系会员服务。

我们对 Medicare Part D 疫苗的承保范围分为两个部分 ：

1. 第一部分是**疫苗本身**的费用。
2. 第二部分是**为您接种疫苗**的服务费用。 例如， 有时您可能会通过医生给您注射疫苗。

G1. 接种疫苗前需要了解的信息

如果您计划接种疫苗， 我们建议您致电会员服务。

- 我们可以告诉您本计划如何承保您的疫苗， 并解释您应承担的费用。

G2. 您为 Medicare Part D 承保的疫苗支付的费用

您为疫苗支付的费用取决于疫苗类型（您接种疫苗的目的）。

- 有些疫苗被认为有益于健康， 而不是药物。 这些疫苗免费承保。 要了解这些疫苗的承保范围， 请参阅本*参保手册*中的**第 4 章**福利一览表。
- 其他疫苗被视为 Medicare Part D 药物。 您可以在本计划的*药品目录*中找到这些疫苗。 您可能需要为 Medicare Part D 疫苗支付共付额。 如果**免疫实践咨询委员会 (ACIP)** 推荐成人使用该疫苗， 则该疫苗就不需要花费任何费用。

以下是您可能获得 Medicare Part D 疫苗的三种常见方式。

1. 您在网络药房获得 Medicare Part D 疫苗并接受注射。
   - 对于大多数成人 D 部分疫苗， 您无需支付任何费用。
   - 对于其他 D 部分疫苗， 您需要支付疫苗的共付额。
2. 您在医生诊所获得 Medicare Part D 疫苗并由您的医生为您注射。
   - 您需要向医生支付疫苗的共付额。
   - 本计划会支付给您注射的费用。
   - 在这种情况下， 医生诊所应致电本计划， 以便我们确保他们知道您只需要支付疫苗的共付额。
3. 您在药房获得 Medicare Part D 疫苗药物， 然后带着它到医生诊所进行注射。
   - 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， 您需要支付疫苗的共付额。
   - 本计划会支付给您注射的费用。

第 7 章：要求我们支付您所收到的承保服务或药品账单中我们应承担的部分

简介

本章介绍如何以及何时向我们发送账单以要求付款。 它还告诉您， 如果您不同意承保决定，如何进行申诉。 本《*参保手册*》的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 要求我们为您的服务或者药品支付费用 166

B. 向我们发送付款申请 169

C. 承保决定 170

D. 申诉 170

A. 要求我们为您的服务或者药品支付费用

在您获得承保服务和承保药品后， 我们的网络内医疗服务提供者必须向计划收取费用。 网络内医疗服务提供者指与健康计划合作的医疗服务提供者。

我们不允许 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 医疗服务提供者向您收取这些服务或药品的费用。 我们会直接向医疗服务提供者付款， 并保障您不支付任何费用。

如果您收到医疗服务或药品的全额费用账单， 请勿支付该账单， 并将账单发送给我们。 要向我们发送账单， 请参阅本章的 **B 部分**。

- 如果我们承保了服务或药品， 我们将直接向医疗服务提供者付款。
- 如果我们承保了服务或药品， 并且您已经支付了超出您应承担的费用， 则您有权获得偿付。
    - 如果您支付了 Medicare 承保的服务， 我们将向您偿付费用。
- 如果您已为已获得的 Medi-Cal 服务付费， 且符合以下所有条件， 您可能有资格获得报销 （偿付） ：
    - 您获得的服务是由我们负责支付的 Medi-Cal 承保服务。 对于 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 不承保的医疗服务， 我们不会为您报销相关费用。
    - 您在成为 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的合格参保成员后， 才接受了该承保服务。
    - 您要求自获得承保服务之日起一年内获得偿付。
    - 您需要提供您已支付承保服务的证明， 例如医疗服务提供者提供的详细收据。
    - 您从 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 网络内已加入 Medi-Cal 的医疗服务提供者处接受的该承保服务。 如果您获得了急诊医疗、 计划生育服务或 Medi-Cal 允许网络外医疗服务提供者无需预先批准 （事先授权） 即可实施的其他服务，则无需满足此条件。
- 如果承保服务通常需要预先批准 （事先授权）， 您需要提供医疗服务提供者的证明，证明对承保服务的医疗需求。
- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会通过一封名为 “行动通知” 的信函，告知您是否会为您报销相关费用。 如果您符合上述所有条件， Medi-Cal 注册医疗服务提供者应全额偿还您所支付的费用。 若服务提供者拒绝向您退款， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将向您全额退还您已支付的费用。 我们将在收到索赔后

的 45 个工作日内给您报销。 若医疗服务提供者已加入 Medi-Cal， 但不属于我们的合作网络， 且拒绝向您退款， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将向您退款， 但退款金额最高不超过 FFS Medi-Cal 标准下的应付款额。 对于急诊服务、 计划生育服务，或 Medi-Cal 允许网络外医疗服务提供者无需事先批准即可提供的其他服务，Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将向您全额退还自付费用。 如果您不符合上述条件之一， 我们将不会向您偿还任何费用。

- 如果出现以下情况， 我们将不会向您偿还费用 ：
  - 您申请并获得了 Medi-Cal 未承保的服务， 例如美容服务。
  - 该服务不属于 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的承保服务。
  - 您去看了一位不接受 Medi-Cal 的医生， 并签署了一份表格， 表明您无论如何都想看医生， 并且您将自己支付服务的费用。
- 如果我们不承保服务或药品， 我们会告诉您。

如有任何疑问， 请联系会员服务。 如果您不知道应该支付什么， 或者如果您收到账单， 但您不知道该如何处理， 我们可以提供帮助。 如果您想告知我们有关您已发送给我们的付款申请的信息， 也可以致电。

您可能需要要求我们偿还或支付您收到的账单的情况包括 ：

1. 当您从网络外医疗服务提供者处获得急诊或急需医疗时

请让医疗服务提供者向我们开具账单。

- 如果您在获得护理时支付了全额费用， 可以要求我们向您偿还我们应承担的费用。 请把账单和付款证明寄给我们。
- 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。 请把账单和付款证明寄给我们。
  - 如果医疗服务提供者需要付费， 我们将直接向医疗服务提供者付款。
  - 如果您已经支付了超过您应承担的 Medicare 服务费用， 我们将计算出您的欠款金额， 并向您支付我们应承担的费用。

2. 当网络内医疗服务提供者向您发送账单时

网络内医疗服务提供者必须始终向我们开具账单。 当您获得任何服务或处方药时， 请务必出示您的参保成员 ID 卡 ； 但是， 有时网络内医疗服务提供者会出错， 要求您支付服务费用或超出您应承担的费用。 **如果您收到任何账单**， 请拨打本页底部的号码**联系会员服务**。

- 作为计划的参保成员， 您仅在获得我们承保的服务时支付共付额。 我们不允许医疗服务提供者向您收取超过这一金额的费用。 即使我们向医疗服务提供者支付的费用低于医疗服务提供者收取的服务费用， 也是如此。 即使我们决定不支付某些费用， 您仍然不支付这些费用。
- 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。 我们将直接与医疗服务提供者联系并解决问题。
- 如果您已经向网络内医疗服务提供者支付了 Medicare 承保服务的账单， 但您认为您支付了过多的费用， 请把账单和付款证明寄给我们。 我们将为您的承保服务**或**您支付的金额与您在本计划下所欠金额之间的差额向您偿还款项。

3. 如果您是追溯性参保我方计划

有时， 您参保计划可以追溯。 （即您参保的第一天已经过去。 甚至可能是去年。 ）

- 如果您的参保可以追溯， 并且在参保日期之后支付了账单， 您可以要求我们向您偿还费用。
- 请把账单和付款证明寄给我们。

4. 当您非网络外药房配药时

如果您使用网络外药房， 您需支付处方药的全部费用。

- 在少数情况下， 我们承保在网络外药房配取的处方药。 当您要求我们偿还您应承担的费用时， 请将您的收据副本发送给我们。
- 请参阅本*参保手册***第 5 章**， 了解有关网络外药房的更多信息。
- 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. 当您因没有随身携带参保成员 ID 卡而全额支付了 Medicare Part D 处方药费用时

如果您没有携带参保成员 ID 卡， 您可以要求药房致电我们或查找您的计划参保信息。

- 如果药房不能立即获取信息， 您可能需要自己支付全额处方药费用或带着参保成员 ID 卡回到药房。
- 当您要求我们偿还您应承担的费用时， 请将您的收据副本发送给我们。

- 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. 当您为未承保的药品支付全额 Medicare Part D 处方药费用时

您可能需要支付全额处方药费用， 因为该药品不在承保范围内。

- 该药品可能不在我们网站上的*承保药品清单* （*药品目录*） 中， 也可能有您不知道或者认为不适用于您的要求或者限制。 如果您决定获取这种药品， 您可能需要支付全部费用。
  - 如果您未支付该药品费用， 但认为我们应承保该药品， 您可申请承保决定 （请参阅本*参保手册*第 9 章）。
  - 若您与您的医生或其他处方开具者认为您需立即使用该药品 （24 小时内）， 您可申请快速承保决定 （请参阅本*参保手册*第 9 章）。
- 当您要求我们偿还费用时， 请将您的收据副本发送给我们。 在某些情况下， 我们可能需要从您的医生或其他处方开具者处获得更多信息， 以便向您支付我们应承担的药品费用。 如果您支付的价格高于我们对该处方药的协商价格， 我们可能不会全额偿还您所支付的费用。

当您向我们提出付款申请时， 我们会对其进行审查， 并决定是否应承保服务或药品。 这称为做出 “承保决定”。 如果我们决定承保该服务或药品， 我们将支付我们应承担的费用。

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。 要了解如何提出申诉， 请参阅本*参保手册*第 9 章。

B. 向我们发送付款申请

向我们发送您的账单和您为 Medicare 服务支付的任何款项的证明。 付款证明可以是您开出的支票复印件或医疗服务提供者的收据。 **建议您保留账单和收据的副本， 以备查用。** 您可以向您的护理协调员寻求帮助。 您必须在收到服务、 用品或者药品之日起 365 天内（针对医疗报销和非 D 部分药物报销）或三年内（针对 D 部分药物报销）向我们发送信息。

为确保您向我们提供我们需要决定的所有信息， 您可以填写我们的报销表申请付款。

- 您不需要使用该表格， 但它有助于我们更快地处理信息。
- 您可以在我们的网站 (go.wellcare.com/HealthNetCA) 上获取该表格， 或者您可以致电会员服务索取表格。

将您的付款申请连同任何账单或收据邮寄到以下地址 ：

医疗报销地址 ：
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

药品报销地址 ：
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. 承保决定

当我们收到您的付款申请时， 我们会做出承保决定。 这意味着我们将决定本计划是否承保您的服务、 用品或药品。 我们还会决定您必须支付的金额（如有）。

- 如果我们需要您提供更多信息， 我们会通知您。
- 如果我们决定本计划承保服务、 用品或药品， 并且您遵循了获取这些服务、 用品或药品的所有规则， 我们将为此支付我们应承担的费用。 如果您已经支付了服务或药品费用， 我们会将我们应承担费用的支票邮寄给您。 如果您支付了药品的全额费用， 您可能无法获得全额报销 （例如， 如果您在网络外药房获得了药品， 或者您支付的现金价格高于我们协商的价格）。 如果您尚未付款， 我们将直接向医疗服务提供者付款。

本*参保手册*第 **3 章**说明了获得承保服务的相关规则。 本*参保手册*第 **5 章**说明了 Medicare Part D 药品获得承保的相关规则。

- 如果我们决定不支付我们应承担的服务或药品费用， 我们将向您发送一封信函， 说明原因。 该信函还解释了您提出申诉的权利。
- 要了解有关承保决定的更多信息， 请参阅第 **9 章**。

D. 申诉

如果您认为我们拒绝您的付款申请是一个错误， 您可以要求我们更改我们的决定。 这称为 “提出申诉”。 如果您不同意我们支付的金额， 您也可以提出申诉。

正式申诉程序有详细的程序和截止日期。 要了解有关申诉的更多信息， 请参阅本*参保手册***第 9 章**。

- 要就医疗服务获得偿付提出申诉， 请参阅 **F 部分**。
- 要就药品获得偿付提出申诉， 请参阅 **G 部分**。

第 8 章：您的权利和责任

简介

本章包括您作为本计划参保成员的权利和责任。 我们必须尊重您的权利。 本《*参保手册*》的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息 176
B. 我们负责您及时获得承保服务和承保药品 184
C. 我们负责保护您的个人健康信息 (PHI) 185
C1. 我们如何保护您的 PHI 185
C2. 您有权查看您的病历 186
D. 我们负责向您提供信息 186
E. 网络内医疗服务提供者无法直接向您收费 187
F. 您有权退出本计划 187
G. 您有权做出有关医疗服务的决定 188
G1. 您有权了解自己的治疗选择并做出决定 188
G2. 如果您无法自行做出医疗保健决定，您有权说出您的想法 188
G3. 如果您的指示没有被遵守该怎么办 189
H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定 190
H1. 如何处理不公平待遇或获取有关您权利的更多信息 190
I. 您作为计划参保成员的责任 190
J. 您有权就我们的参保成员权利和责任政策提出建议 192
K. 评估新技术 192

A. 您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

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

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل في اللغة أو الإعاقة وكنت ترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:
  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
  - برای ثبت یک درخواست دورهای، تغییر یک درخواست دورهای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا Office for Civil Rights , به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "정기 요청"이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

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

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

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

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.
- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

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

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

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

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវជានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមតិតផ្លែដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា "ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. 我们负责您及时获得承保服务和承保药品

您享有作为本计划的参保成员的权利。

- 您有权选择我们网络内的初级医疗服务提供者 (PCP)。 网络内医疗服务提供者是与我们合作的医疗服务提供者。 如需了解哪些类型的医疗服务提供者可担任 PCP， 以及如何选择 PCP， 请参阅本*参保手册***第 3 章**。
    - 致电会员服务或者访问*医疗服务提供者和药房目录*， 了解有关网络内医疗服务提供者以及哪些医生正在接收新患者的更多信息。
- 您有权去看女性健康专科医生而无需转诊。 转诊是指您的 PCP 批准使用不是您的 PCP 的医疗服务提供者。
- 您有权在合理的时间内从网络内医疗服务提供者处获得承保服务。
    - 其中包括获得专科医生及时服务的权利。
    - 如果您无法在合理的时间内获得服务， 我们必须支付网络外护理费用。
- 您有权在未经事先授权的情况下获得急诊服务或护理 (PA)。
- 您有权在我们的任何网络药房配药， 不会有长时间的延误。
- 您有权知道何时可以使用网络外医疗服务提供者。 如需了解网络外医疗服务提供者的信息， 请参阅本*参保手册***第 3 章**。
- 当您首次加入本计划时， 如果符合某些条件， 您有权将您当前的医疗服务提供者和服务授权保留长达 12 个月。 如需了解如何保留您的医疗服务提供者及服务授权， 请参阅本*参保手册***第 1 章**。
- 您有权在护理团队和护理协调员的帮助下自行做出医疗保健决定。

若您认为自己未能在合理时间内获取服务或药品， 可参阅本*参保手册***第 9 章**， 了解可采取的措施。 它还说明了如果我们拒绝承保您的服务或药品， 而您不同意我们的决定， 您可以做些什么。

C. 我们负责保护您的个人健康信息 (PHI)

我们根据联邦和州法律的要求保护您的 PHI。

您的 PHI 包括您在加入本计划时向我们提供的个人信息。 其中还包括您的医疗记录和其他医疗和健康信息。

您有权处理您的信息并控制 PHI 的使用方式。 我们向您提供书面通知， 告知您这些权利， 并说明我们如何保护您的 PHI 隐私。 该通知称为 “隐私惯例通知”。

同意接受敏感服务的参保成员无需获得任何其他参保成员的授权即可获得敏感服务或提交敏感服务的申请。 对于敏感服务相关的沟通内容， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将发送至参保成员指定的备用邮寄地址、 电子邮箱或电话号码 ； 若会员未指定备用联系方式， 则将以参保成员名义发送至档案中留存的地址或电话号码。 未经接受治疗的参保成员书面授权， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 不会向任何其他参保成员透露与敏感服务相关的医疗信息。 如果参保成员要求以特定形式或格式接收保密沟通内容， 且该形式或格式易于制作， 或要求在指定地点接收， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将予以配合。 在成员撤销请求或提出新的保密通信请求之前， 参保成员关于敏感服务的保密通信请求将一直有效。

参保成员可以以书面或电子方式向健康计划提出保密通信请求。
有关如何提出请求的更多信息， 请访问 www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html 或拨打页面底部的号码联系会员服务。 健康保险公司应在收到电子传输或者电话请求的七个日历日内， 或者通过一类邮件收到书面请求的 14 个日历日内， 实施保密通信请求。

C1.我们如何保护您的 PHI

我们确保没有未经授权的人员查看或更改您的记录。

除了下面提到的情况外， 我们不会将您的 PHI 提供给任何不提供护理或支付护理费用的人。 如果我们这样做， 我们必须首先获得您的书面许可。 您或获得合法授权为您做出决定的人可以给予书面许可。

有时， 我们不需要先获得您的书面许可。 以下例外情况是法律允许或要求的 ：

- 我们必须向政府机构发布 PHI， 以检查本计划的护理质量。
- 如果法院下令， 我们可以发布 PHI， 但前提是 California 法律允许。
- 我们必须向 Medicare 提供您的 PHI， 包括有关您的 Medicare Part D 药物的信息。 如果 Medicare 将您的 PHI 发布用于研究或其他用途， 他们会根据联邦法律行事。 如果我们与 Medi-Cal 共享您的信息， 也将根据联邦和州法律进行。

C2.您有权查看您的病历

- 您有权查看您的病历并获取您的病历副本。 我们可能会向您收取制作您病历副本的费用。
- 您有权要求我们更新或更正您的病历。 如果您要求我们这样做， 我们将与您的医疗服务提供者合作决定是否应进行更改。
- 您有权知道我们是否以及如何出于任何非常规目的与他人分享您的 PHI。

如果您对您的 PHI 的隐私有任何疑问或疑虑， 请致电会员服务。

您有权得到尊重和尊严， 同时考虑您的隐私权。 有关如何保护您的口头、 书面和电子信息， 以及您的权利的更多信息， 您可以随时访问《隐私权惯例声明》， 网址为 go.wellcare.com/HealthNetCA。

D. 我们负责向您提供信息

作为本计划的参保成员， 您有权向我们获取有关本计划、 我们的网络内医疗服务提供者、 您的参保成员权利和责任以及您的承保服务的信息。

如果您不会说英语， 我们提供翻译服务来回答您关于本计划的问题。 要获得译员， 请致电会员服务。 此项服务对您完全免费。

- 如果您借此提出要求， 我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。 这称为 “固定请求”。 我们将记录您的选择。
- 如需提出固定请求、 更改固定请求或提出一次性请求， 请通过本页底部的电话号码致电会员服务。

我们也可以为您提供大字体、 盲文或音频信息。

如果您想了解以下任何信息， 请致电会员服务 ：

- 如何选择或更改计划
- 本计划， 包括 ：
    - 财务信息
    - 计划参保成员对我们的评价
    - 参保成员提出申诉的次数
    - 如何退出本计划

- 我们的网络内医疗服务提供者和网络药房， 包括 ：
  - 如何选择或更改初级医疗服务提供者
  - 我们的网络内医疗服务提供者和药房的资格要求
  - 我们如何向网络内的医疗服务提供者付费
- 承保服务和承保药品， 包括 ：
  - 我方计划承保的服务（请参阅本*参保手册*第 **3** 章和第 **4** 章）和药品（请参阅本*参保手册*第 **5** 章和第 **6** 章）
  - 对您的参保和药品的限制
  - 获得承保服务和承保药品必须遵守的规则
- 某类服务或药品未被承保的原因， 以及您可采取的应对措施 （请参阅本*参保手册*第 **9** 章）， 包括可向我们提出以下申请 ：
  - 以书面形式说明为什么有些不承保
  - 更改我们所做的决定
  - 支付您的账单

E. 网络内医疗服务提供者无法直接向您收费

我们网络中的医生、 医院和其他医疗服务提供者不能让您支付承保服务的费用。 如果我们支付的金额低于医疗服务提供者收取的金额， 他们也不能结算账单或收费。 要了解如果网络内医疗服务提供者试图向您收取承保服务的费用， 请参阅本*参保手册*第 **7** 章。

F. 您有权退出本计划

如果您不愿意， 任何人都不能让您留在本计划中。

- 您有权通过 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划获得大部分医疗服务。
- 您可以从药品计划或其他 MA 计划中获得您的 Medicare Part D 药物福利。

- 请参阅本*参保手册*第 **10 章** ：
  - 了解有关何时可以加入新的 MA 或药品福利计划的更多信息。
  - 了解有关您退出本计划时您将如何获得 Medi-Cal 福利的信息。

G. 您有权做出有关医疗服务的决定

您有权从您的医生和其他医疗服务提供者处获得完整信息， 以帮助您做出有关医疗服务的决定。

G1.您有权了解自己的治疗选择并做出决定

您的医疗服务提供者必须以您可以理解的方式解释您的病情和治疗选择。 您有权 ：

- **了解您的选择。** 您有权被告知所有治疗选择。
- **了解风险。** 您有权被告知所涉及的任何风险。 如果任何服务或治疗是研究试验的一部分， 我们必须提前告知您。 您有权拒绝实验治疗。
- **获得第二意见。** 您有权在决定治疗前使用另一名医生。
- **说 “不”。** 您有权拒绝任何治疗。 这包括离开医院或其他医疗机构的权利， 即使您的医生建议您不要这样做。 您有权停止服用处方药。 如果您拒绝治疗或停止服用处方药， 我们不会将您从本计划中删除。 但是， 如果您拒绝治疗或停止服用药品， 您将对您的情况承担全部责任。
- **要求我们解释为什么医疗服务提供者拒绝给予护理。** 如果医疗服务提供者拒绝提供您认为应该得到的护理， 您有权向我们获取解释。
- **要求我们承保我们拒绝承保或通常不承保的服务或药品。** 这称为承保决定。 如需了解如何向我们申请承保决定， 请参阅本*参保手册*第 **9 章**。

G2.如果您无法自行做出医疗保健决定，您有权说出您的想法

有时人们不能为自己做出医疗保健决定。 在此之前， 您可以 ：

- 填写一份书面表格， 如果您无法自行做出决定， **他人有权为您做出医疗保健决定**。
- 如果您无法自行做出决定， 关于如何处理您的医疗保健， **请向医生提供书面指示**， 包括您**不**需要的护理。

您用来给出指示的法律文件称为“预立医疗指示”。 有不同类型的预立医疗指示， 也有不同的名称。 例如生前遗嘱和医疗保健授权书。

您不需要有预立医疗指示， 但可以有。 如果您要使用预立医疗指示， 请执行以下操作 ：

- **获取表格。** 您可以从您的医生、 律师、 社会工作者或一些办公用品商店获取表格。 药房和医疗服务提供者办公室通常都有这些表格。 您可以在网上找到免费的表格并下载。
- **填写表格并签名。** 该表格是一份法律文件。 考虑让律师或您信任的其他人 （如家庭成员或 PCP） 帮助您完成。
- **向需要了解的人提供表格副本。** 将表格副本交给您的医生。 如果您不能这样做， 您还应该向您指定的人员提供一份副本， 以便为您做出决定。 您可能希望向亲密朋友或家人提供副本。 在家中保留一份副本。
- 如果您正在住院， 并且您已签署了预立医疗指示， **请将其副本带到医院**。
    - 医院将询问您是否有已签名的预先指示表格， 以及您是否随身携带。
    - 如果您没有签名的预先指示表格， 医院有表格， 并询问您是否要签名。

您有权 ：

- 将您的预立医疗指示放入您的病历中。
- 随时更改或取消您的预立医疗指示。
- 了解预立医疗指示法律的变更。 如果州法律发生变更， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 将在变更后 90 天内通知您。

根据法律规定， 任何人都不能基于您是否签署了预立医疗指示而拒绝为您提供护理或歧视您。 如需了解更多信息， 请致电会员服务。

G3.如果您的指示没有被遵守该怎么办

如果您签署了预立医疗指示， 但您认为医生或医院没有遵守其中的指示， 您可以向当地的民权办公室投诉。

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

您可以致电民权办公室 ： 1-800-368-1019（TTY ： 1-800-537-7697）。

H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定

本*参保手册*第 **9 章**说明了如果您对承保服务或者护理有任何问题或者疑虑， 您可以做些什么。例如， 您可以要求我们做出承保决定， 提出申诉以更改承保决定或提出投诉。

您有权获取其他计划参保成员对我们提出的申诉和投诉的相关信息。 更多信息， 请致电会员服务。

H1.如何处理不公平待遇或获取有关您权利的更多信息

如果您认为我们对您存在不公平对待（且该情况**不**属于本*《参保手册》*第 **11 章**所列的歧视原因范畴）， 或您希望了解更多关于自身权利的信息， 可致电联系 ：

- 会员服务。
- 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) ： 请致电 1-800-434-0222 （TTY ： 1-800-735-2929）。 有关 HICAP 的更多详细信息， 请参阅本*参保手册*第 **2 章**。
- Medi-Cal 监察员， 请致电 1-888-452-8609。 有关该计划的更多详细信息， 请参阅本*参保手册*第 **2 章**。
- Medicare ： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 （您也可以在 Medicare 网站 www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf 阅读或者下载 “Medicare 权利和保护” 。）

I. 您作为计划参保成员的责任

作为计划参保成员， 您有责任执行下列操作。 如有任何疑问， 请致电会员服务。

- **阅读本*参保手册***， 了解我方计划承保范围， 以及获取承保服务与药品需遵守的规则。有关您的以下详细信息 ：
  - 承保服务， 请参阅本*参保手册*第 **3 章和第 4 章**。 这些章节会告知您哪些服务在承保范围内、 哪些不在承保范围内， 您需遵守的规则， 以及您需支付的费用。
  - 承保药品， 请参阅本*参保手册*第 **5 章和第 6 章**。
- **告诉我们您拥有的任何其他健康或者药品保险。** 我们必须确保您在获得医疗保健时使用您的所有保险选项。 如果您有其他保险， 请致电会员服务。
- **告诉您的医生和其他医疗服务提供者**您是本计划的参保成员。 当您获得服务或药品时，请出示您的参保成员 ID 卡。

- **帮助您的医生**和其他医疗服务提供者为您提供最好的护理。
  - 向他们提供他们需要的有关您和您健康的信息。 尽可能多地了解您的健康问题。 遵循您和您的医疗服务提供者同意的治疗计划和说明。
  - 确保您的医生和其他医疗服务提供者了解您服用的所有药品。 这包括药品、 非处方药、 维生素和补充剂。
  - 有什么问题尽管问。 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。 您的医生和其他医疗服务提供者必须以您可以理解的方式解释事情。 如果您提出了一个问题， 但不理解答案， 请再次提问。
- **配合您的护理协调员开展工作**， 包括完成年度健康风险评估。
- **考虑周到。** 我们期望计划的所有参保成员尊重他人的权利。 我们还期望您在您的医生诊所、 医院和其他医疗服务提供者办公室中表现出尊重。
- **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 ：
  - Medicare Part A 和 Medicare Part B 保费。 对于大多数 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 参保成员， Medi-Cal 会支付您的 Medicare Part A 保费和 Medicare Part B 保费。
  - **如果您接受本计划不承保的任何服务或药品， 您必须支付全部费用。** （**注意 ：** 如果您不同意我们不承保某项服务或者药品的决定， 您可以提出申诉。 请参阅**第 9 章**， 了解如何提出申诉。）
- **如果您搬家， 请告诉我们。** 如果您打算搬家， 请立即告诉我们。 请致电会员服务。
  - **如果您离开我们的服务区域， 您将无法继续参与本计划。** 只有生活在我们服务区域的人员才能成为此计划的参保成员。 本*参保手册***第 1 章**向您介绍了我们的服务区域。
  - 我们可以帮助您了解您是否要搬到我们的服务区域之外。 在特殊参保期内， 您可以切换到 Original Medicare 或在新地点投保 Medicare 健康或药品计划。 我们会告诉您我们在新的区域是否有计划。
  - 搬家时请告诉 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的联系电话， 请参阅本*参保手册***第 2 章**。
  - **如果您搬家并留在我们的服务区域， 我们仍然需要知道。** 我们需要及时更新您的会员记录， 并知道如何联系您。
  - **如果搬迁， 请通知社会保障局 （或铁路退休委员会）。**

- **如果您有新的电话号码**或者更好的联系方式， **请告诉我们。**
- **如果您有任何疑问或疑虑， 请致电会员服务寻求帮助。**

J. 您有权就我们的参保成员权利和责任政策提出建议

如果您有任何疑问或疑虑， 或者您有改进我们参保成员权利政策的建议， 请联系会员服务与我们分享您的想法。

K. 评估新技术

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。

在没有保障范围认定的情况下， 我方计划评估新技术或者现有技术的新应用， 以确定是否应在计划的福利中增加新的治疗或护理。 为确保参保成员获得安全有效的护理， 我方计划将审查 ：

- 同行评审出版物中当前发表的医学文献， 包括系统综述、 随机对照试验、 队列研究、 病例对照研究、 具有统计学意义的结果证明安全性和有效性的诊断测试研究。
- 国家组织和公认权威机构制定的循证指南。
- 执业医师、 国家级认可的医学协会 （包括医师专科协会）、 共识小组或者其他国家级认可的研究或者技术评估组织的建议和评估。
- 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 9 章：如果您有问题或投诉（承保决定、申诉、投诉），该怎么办

简介

本章包含有关您的权利的信息。 阅读本章， 了解如何应对以下情况 ：

- 您对本计划有疑问或投诉。
- 您需要的服务、 用品或药品是本计划表示不会支付的。
- 您不同意本计划对您的护理所做的决定。
- 您认为您的承保服务过早终止。
- 您对长期服务和支持 （包括社区成人服务 (CBAS) 和护理机构 (NF) 服务） 有问题或投诉。

本章分为不同部分， 帮助您轻松找到所需内容。 **如果您有问题或疑虑， 请阅读本章适用于您的情况的部分。**

作为护理计划的一部分， 您应获得医生和其他医疗服务提供者认为您的护理所必需的医疗保健、 药品及长期服务和支持。 **如果您的护理有问题， 请致电 Medicare Medi-Cal 监察员计划（电话 ： 1-855-501-3077）寻求帮助。** 本章介绍了您对不同问题和投诉的不同选择， 但您始终可以致电监察员计划， 帮助您解决问题。 如需获取更多可解决您疑虑的资源及联系方式，请参阅您的*参保手册***第 2 章**。

目录

A. 如果您有问题或者疑虑，该怎么办 195
A1. 关于法律术语 195
B. 可以从何处获取帮助 196
B1. 获取更多信息和帮助 196
C. 了解本计划中的 Medicare 和 Medi-Cal 投诉和申诉 197
D. 您的福利问题 197
E. 承保决定和申诉 198
E1. 承保决定 198
E2. 申诉 198
E3. 帮助做出承保决定和申诉 199
E4. 本章对您有帮助的部分 199
F. 医疗服务 200
F1. 使用此部分 200
F2. 申请承保决定 201
F3. 提出 1 级申诉 203
F4. 提出 2 级申诉 206
F5. 付款问题 211
G. Medicare Part D 药物 212
G1. Medicare Part D 承保决定和申诉 212
G2. Medicare Part D 例外审批 213
G3. 有关申请例外审批的重要事项 215
G4. 申请做出承保决定，包括例外审批 215

G5. 提出 1 级申诉 217
G6. 提出 2 级申诉 219
H. 要求我们支付更长时间的住院费用 221
H1. 了解您的 Medicare 权利 221
H2. 提出 1 级申诉 222
H3. 提出 2 级申诉 224
I. 要求我们继续承保某些医疗服务 224
I1. 在您的承保期结束前提前通知 225
I2. 提出 1 级申诉 225
I3. 提出 2 级申诉 227
J. 将您的申诉提升到 2 级以上 227
J1. Medicare 服务和用品的后续步骤 227
J2. 额外的 Medi-Cal 申诉 228
J3. 针对 Medicare Part D 药物申请的 3 级申诉、4 级申诉和 5 级申诉 229
K. 如何投诉 230
K1. 什么样的问题应该被投诉 230
K2. 内部投诉 231
K3. 外部投诉 232

A. 如果您有问题或者疑虑，该怎么办

本章介绍如何处理问题和疑虑。 您使用的流程取决于您遇到的问题类型。 **承保决定和申诉**用一个流程， **投诉**用另一个流程。

为了确保公平和及时， 每个流程都有一套我们和您必须遵守的规则、 程序和截止日期。

A1. 关于法律术语

本章中有一些规则和截止日期的法律术语。 这些术语中有许多很难理解， 所以我们尽可能用简单的词语来代替某些法律术语。 我们尽量少使用缩写。

例如， 我们说 ：

- “提出投诉” 而不是 “投诉”
- “承保决定” 而不是 “组织认定” 、“福利认定” 、“风险认定” 或 “保障范围认定”
- “快速承保决定” 而不是 “快速裁定”
- “独立审查组织” (IRO) 而不是 “独立审查机构” (IRE)

了解适当的法律术语可能有助于您更清楚地交流， 因此我们也提供这些术语。

B. 可以从何处获取帮助

B1. 获取更多信息和帮助

有时， 开始或遵循处理问题的流程会让人感到困惑。 如果您感觉不舒服或精力有限， 这种情况尤其明显。 其他时候， 您可能没有采取下一步行动所需的信息。

本计划提供的帮助

您可以致电本计划 ： 1-800-431-9007 (TTY: 711)， 以协助处理问题或解答疑问。

健康保险咨询与倡导计划的帮助

您可以致电健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)， 电话 ： 1-800-434-0222。 您也可以访问其网站 ： https://www.aging.ca.gov/hicap/。 HICAP 顾问可以回答您的问题， 并帮助您了解如何解决您的问题。 HICAP 与我们以及任何保险公司或健康计划均无关联。 HICAP 在每个县都有训练有素的顾问， 提供免费服务。 HICAP 的电话号码是 1-800-434-0222。

Medicare Medi-Cal 监察员计划的帮助

您可以致电 Medicare Medi-Cal 监察员计划， 并就您的健康保险问题与顾问交谈。 他们也许能够提供免费的法律帮助。 监察员计划与我们以及任何保险公司或健康计划均无关联。 他们的电话号码是 1-855-501-3077， 网站是 www.healthconsumer.org。

Medicare 的帮助和信息

如需更多信息和帮助， 请联系 Medicare。 以下是从 Medicare 获得帮助的两种方法 ：

- 拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 访问 Medicare 网站 (www.medicare.gov)。

California 卫生保健服务部的帮助

California 卫生保健服务部 (DHCS) 的 Medi-Cal Managed Care 监察员可以提供帮助。 如果您在加入、 更改或退出健康计划时遇到问题， 他们可以提供帮助。 如果您搬家， 并且在将您的 Medi-Cal 转到新的县时遇到困难， 他们也会提供帮助。 您可以在周一至周五上午 8 点至下午 5 点致电监察员， 电话号码 1-888-452-8609 (TTY: 711)。

California 医疗保健管理局

如需免费帮助， 请联系 California 医疗保健管理局 (DMHC)。 DMHC 负责监督健康计划。 DMHC 帮助人们对 Medi-Cal 服务或账单问题提出申诉。 电话号码是 **1-888-466-2219**。 耳聋、 有听力障碍或语言障碍的人可以使用 TDD 免费号码 **1-877-688-9891**。 您也可以访问 DMHC 的网站 **www.dmhc.ca.gov**。

California 医疗保健管理局负责监管医疗保健服务计划。 若您对健康计划有投诉， 应首先致电您的健康计划热线 **1-800-431-9007 (TTY: 711)**， 使用健康计划的投诉流程后， 再联系管理局。 使用此投诉程序不会妨碍您获得任何可能的合法权利或者救济措施。 若您在涉及急诊情况的投诉、 健康计划未妥善解决的投诉， 或超过 30 天仍未解决的投诉方面需要帮助， 可致电管理局寻求协助。 您也可能有资格获得独立医疗审查 (IMR)。 若您有资格获得 IMR， IMR 流程将对健康计划就拟议服务或治疗的医疗必要性、 实验性或研究性治疗的承保决定， 以及急诊或紧急医疗服务的支付纠纷所做出的医疗决定进行公正审查。 管理局还设有免费电话 (**1-888-466-2219**) 和供听力和语言障碍者使用的 TDD 专线 (**1-877-688-9891**)。 管理局的网站 **www.dmhc.ca.gov** 上在线提供投诉表格、 IMR 申请表及相关说明。

C. 了解本计划中的 Medicare 和 Medi-Cal 投诉和申诉

您享有 Medicare 和 Medi-Cal。 本章中的信息适用于您的**所有** Medicare 和 Medi-Cal Managed Care 福利。 这有时称为 “集成流程”， 因为它结合或集成了 Medicare 和 Medi-Cal 流程。

有时 Medicare 和 Medi-Cal 流程不能合并。 在这些情况下， Medicare 福利使用一个流程， Medi-Cal 福利使用另一个流程。 **F4 部分**说明了这些情况。

D. 您的福利问题

如果您有问题或疑虑， 请阅读本章适用于您的情况的部分。 下表可帮助您找到本章中有关问题或投诉的相应部分。

您遇到的问题或担忧是否与您的福利或保障相关？
这包括特定医疗护理（医疗用品、 服务和/或 B 部分药品）是否承保、 承保方式以及医疗护理支付的问题。

如果是。	如果不是。
我的问题是关于福利或承保范围。 请参阅 **E 部分** “承保决定和申诉”。	我的问题不是关于福利或承保范围。 请参阅 **K 部分** “如何投诉”。

E. 承保决定和申诉

申请承保决定和提出申诉的流程涉及与您的福利和医疗护理承保相关的问题（服务、 用品和 B 部分药品， 包括付款）。 为了简单起见， 我们通常将医疗用品、 服务和 B 部分药品称为医疗护理。 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。

E1. 承保决定

承保决定是我们就您的福利和承保范围或我们为您的医疗服务或药品支付的金额做出的决定。 您或您的医生也可以联系我们， 并要求我们做出承保决定。 您或您的医生可能不确定我们是否承保特定的医疗服务， 或者我们是否可能拒绝提供您认为需要的医疗服务。 **如果您想知道我们在获得医疗服务之前是否承保医疗服务， 您可以要求我们为您做出承保决定。**

我们在审查服务请求或报销申请时做出承保决定。 在某些情况下， 我们可能会决定 Medicare 或 Medi-Cal 不承保或不再承保您的服务或药品。 如果您不同意此承保决定， 您可以提出申诉。

E2. 申诉

如果我们做出了承保决定， 而您对此决定不满意， 您可以对该决定提出 “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。

当您首次就某项决定提出申诉时， 这称为 1 级申诉。 在本次申诉中， 我们会审查我们做出的承保决定， 以检查我们是否正确遵守了所有规则。 与最初做出不利决定的审查员不同的审查员会处理您的申诉。

在大多数情况下， 您必须从 1 级开始申诉。 如果您的健康问题情况紧急、 对健康存在即时且严重的威胁， 或您正承受剧烈疼痛并需要快速获得决定结果， 可通过医疗保健管理局网站 www.dmhc.ca.gov 申请 IMR 医疗审查。 有关更多信息， 请参阅 **F4 部分**。

复核完成后， 我方会告知您结果。 在某些情况下， 如本章后面所述， 您可以要求加急或者 “快速承保决定” 或者承保决定的 “快速申诉”。

如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们会给您发一封信。 如果您的问题与 Medicare 医疗护理的承保范围有关， 这封信会告诉您， 我们已将您的案件送交独立审查组织 (IRO) 进行 2 级申诉。 如果您的问题与 Medicare Part D 或 Medicaid 服务或用品的承保范围有关， 这封信将告诉您如何自行提出 2 级申诉。 有关 2 级申诉的更多信息， 请参阅 **F4 部分**。

如果您对 2 级申诉的决定不满意， 您可以进行其他级别的申诉。

E3. 帮助做出承保决定和申诉

您可以通过以下任何一种方式寻求帮助 ：

- 拨打页面底部的号码联系**会员服务**。
- **拨打 1-855-501-3077 联系 Medicare Medi-Cal 监察员计划。**
- 拨打 1-800-434-0222 联系**健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)**。
- 联系**医疗保健管理局 (DMHC) 的 帮助中心** 免费获得帮助。 DMHC 帮助人们对 Medi-Cal 服务或账单问题提出申诉。 电话号码是 1-888-466-2219。 耳聋、 有听力障碍或语言障碍的人可以使用 TDD 免费号码 1-877-688-9891。 您也可以访问 DMHC 的网站 www.dmhc.ca.gov。 虽然 DMHC 可以帮助 帮助管理式 Medi-Cal 计划中的人， 但它不能只帮助 Medicare 计划和以下县立有组织卫生管理系统 (COHS) 中的人 ： Partnership Health Plan、 Gold Coast Health Plan、 CenCal Health、 Central California Alliance for Health 和 CalOptima。 联邦政府监管 Medicare 计划， 卫生保健服务部监管 COHS 计划。
- **您的医生或其他医疗服务提供者**。 您的医生或其他医疗服务提供者可以代表您要求做出承保决定或提出申诉。
- **朋友或家人**。 您可以指定其他人作为您的 “代表” ，并要求做出承保决定或提出申诉。
- **律师**。 您有权聘请律师， 但**您无需聘请律师**就可要求做出承保决定或者提出申诉。
    - 请致电您自己的律师， 或从当地律师协会或其他转诊服务机构获取律师的姓名。 如果您符合资格， 某些法律团体将为您提供免费法律服务。
    - 请致电 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 申诉专员计划寻求法律援助律师。

如果您想请律师或其他人作为您的代表， 请填写委任代表表格。 该表格允许某人为您行事。

请拨打本页底部的会员服务电话， 并获取 “委任代表” 表格。 您也可以访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或访问我们的网站 https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html 获取表格。 **您需要向我方提供已签署表格的副本。**

E4. 本章对您有帮助的部分

有四种情况涉及承保决定和申诉。 每种情形均有不同的规则和截止日期。 我们将在本章单独的一节中详细介绍每种情况。 请参阅适用部分 ：

- **F 部分** “医疗保健”
- **G 部分** “Medicare Part D 药品”
- **H 部分** “申请我们承保更长的住院费用”
- **I 部分** “要求我们继续承保某些医疗服务” （本部分仅适用于这些服务 ： 居家护理、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (CORF) 服务）。

如果您不确定要使用哪个部分， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。

F. 医疗服务

此部分说明了如果您在获得医疗护理保险方面遇到问题， 或者如果您希望我们向您偿还我们分担的护理费用， 该怎么办。 有关申请延长住院时间的信息， 请参阅 **H 部分**。

此部分介绍了本*参保手册*中**第 4 章**福利一览表中所述的您在医疗护理方面的福利。 在某些情况下， 不同的规则可能适用于 Medicare Part B 药品。 当他们这样做时， 我们会解释 Medicare Part B 药物的规则与医疗服务和用品的规则有何不同。

F1. 使用此部分

此部分说明在以下任何情况下您可以做什么 ：

1. 您认为我们会支付您需要但没有得到的医疗费用。

   您可以做什么 ： 您可以要求我们做出承保决定。 请参阅 **F2 部分**。

2. 我们没有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护理， 而您认为我们应该这样做。

   您可以做什么 ： 您可以对我们的决定提出申诉。 请参阅 **F3 部分**。

3. 您获得了您认为我们承保的医疗护理， 但我们不会付款。

   您可以做什么 ： 您可以对我们的不付款决定提出申诉。 请参阅 **F5 部分**。

4. 您获得并支付了您认为我们承保的医疗护理， 而且您希望我们向您偿还费用。

   您可以做什么 ： 您可以要求我们向您偿还费用。 请参阅 **F5 部分**。

5. 我们减少或停止了您对某些医疗护理的承保， 而您认为我们的决定可能会损害您的健康。

   您可以做什么 ： 您可以对我们减少或者停止医疗护理的决定提出申诉。 请参阅 **F4 部分**。

   - 如果承保范围是医院护理、 居家护理、 专业护理机构护理或 CORF 服务， 则适用特殊规则。 请参阅 **H 部分**或者 **I 部分**了解更多信息。

- 对于涉及减少或者停止某些医疗护理的所有其他情况， 请使用此部分 （**F 部分**） 作为指南。

6. 您的治疗出现延误， 或者找不到医生。

您可以做什么 ： 您可以提交投诉。 请参阅 **K2 部分**。

F2. 申请承保决定

> 当承保决定涉及您的医疗护理时，这称为**综合组织认定**。

您、 您的医生或您的代表可以通过以下方式要求我们做出承保决定 ：

- 致电 1-800-431-9007， TTY ： 711。 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 ： 1-844-222-3180。
- 写信 ： Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

标准承保决定

当我们向您做出决定时， 除非我们同意使用 “快速” 截止日期， 否则我们将使用 “标准” 截止日期。 标准承保决定意味着我们会在以下时间内给予您答复 ：

- **对于需遵守我们事先授权规则的医疗服务或医疗用品**， 在收到您的申请后**五个工作日但**不迟于**七个日历日内**。
- **对于所有其他医疗服务或医疗用品**， 在收到您的申请后**五个工作日**但不迟于 **14 个日历日**内。
- 在我们收到您的 **Medicare Part B 药品**的请求后的 **72 小时**。

对于医疗物品或服务， 如果我们要求更多时间， 或者我们需要可能对您有利的更多信息（例如来自网络外医疗服务提供者的病历）， **我们可以再延长最多14个日历日**。 如果我们延长作出决定的天数， 将以书面形式告知您。 **如果您的申请涉及 Medicare Part B 药物， 我们则不能延长天数。**

如果您认为我们**不应**延长天数， 您可以对我们的延长决定提出 “快速投诉” 。 提出快速投诉时， 我方会在 24 小时内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。 有关提出投诉（包括快速投诉）的更多信息， 请参阅 **K 部分。**

快速承保决定

> “快速承保决定”的法律术语是**快速裁定**。

当您要求我们就您的医疗服务做出需要快速响应的承保决定时， 请让我们做出 “快速承保决定” 。 快速承保决定意味着我们将在以下时间内给予您答复 ：

- 在我们收到您的**医疗服务或者用品**的请求后的 **72 小时**。
- 在我们收到您的 **Medicare Part B 药品**的请求后的 **24 小时**。

对于医疗物品或服务， 如果我们发现可能对您有利的信息缺失（例如来自网络外医疗服务提供者的病历）， 或者您需要时间向我们提供审核所需的信息， **我们可以再延长最多 14 个日历日**。 如果我们延长作出决定的天数， 将以书面形式告知您。 **如果您的申请涉及 Medicare Part B 药物， 我方无法延长时间。**

如果您认为我们**不应**延长天数来作出承保决定， 您可以对我们的延长决定提出 “快速投诉” 。 有关提出投诉（包括快速投诉）的更多信息， 请参阅 **K 部分。** 我方会在做出决定后尽快致电您。

要做出快速承保决定， 您必须满足两个要求 ：

- 您要求承保您**未获得的**医疗用品以及 / 或者服务。 您不能要求对已获得的用品或服务做出快速承保决定。
- 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。

如果您的医生告诉我们您的健康状况需要， 我们会自动为您做出快速承保决定。 如果您在没有医生支持的情况下提出要求， 我们将决定您是否获得快速承保决定。

- 如果我们认为您的健康状况不符合快速承保决定的要求， 我们会向您发送一封说明此事的信函， 并使用标准截止日期。 该信函告诉您 ：
  - 如果您的医生要求， 我们会自动为您提供快速承保决定。
  - 您如何针对我们给予您标准承保决定而非快速承保决定的决定提出 “快速投诉” 。 有关提出投诉 （包括快速投诉） 的更多信息， 请参阅 **K 部分**。

如果我们对您申请的部分或全部内容予以拒绝， 会向您发送书面通知函， 其中将说明拒绝理由。

- 如果我们**拒绝**， 您有权提出申诉。 如果您认为我们犯了错误， 提出申诉是一种正式的方式， 要求我们审核我们的决定并进行更改。
- 如果您决定提出申诉， 您将进入申诉流程的第 1 级 （请参阅 **F3 部分**）。

在有限的情况下， 我们可能会拒绝您的承保决定请求， 这意味着我们不会审核该请求。 请求何时被驳回的示例包括 ：

- 如果请求不完整，
- 如果有人代表您提出请求， 但在法律上没有得到授权， **或者**
- 如果您要求撤回您的请求。

如果我们拒绝了承保决定的请求， 我们会向您发送一份通知， 解释请求被驳回的原因， 以及如何要求对驳回进行复审。 这种审查称为申诉。 申诉将在下一部分讨论。

F3. 提出 1 级申诉

要就某项被拒绝的服务或用品**提起申诉**， 或继续您正在接受的服务或用品， 您本人、 您的医生或您的授权代表必须联系我们。 请致电 1-800-431-9007（TTY ： 711）联系我们。

请以书面形式或者拨打 1-800-431-9007 (TTY:711)， **请求标准申诉或者快速申诉**。

- 如果您的医生或其他医疗服务提供者要求继续提供您在申诉期间已经获得的服务或用品， 您可能需要指定他们为您的代表， 代表您行事。
- 如果您的医生以外的其他人代表您提出申诉， 请附上一份委任代表表格， 授权此人代表您。 您可以访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或访问我们的网站 https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html 获取表格。
- 我们可以接受没有表格的申诉请求， 但在收到表格之前， 我们无法开始或完成我们的审核。 如果我们在您的申诉决定截止日期之前没有收到表格 ：
  - 我们将驳回您的请求， 并
  - 我们会向您发送一份书面通知， 说明您有权要求 IRO 审查我们驳回您申诉的决定。
- 您必须在我们发出信函告知您我们的决定之日起 65 个日历日内提出申诉。

- 如果您错过了截止日期并有充分的理由， 我们可能会给您更多时间提出申诉。 充分的理由示例包括您患有严重疾病或我们向您提供了有关截止日期的错误信息。 当您提出申诉时， 请说明您的申诉延迟的原因。
- 您有权要求我们提供有关您的申诉信息的免费副本。 您和您的医生也可能会向我们提供更多信息来支持您的申诉。

如果您的健康状况需要， 请提出快速申诉。

> “快速申诉”的法律术语是“**快速复议**”。

- 如果您就我们关于护理承保的决定提出申诉， 您和 / 或您的医生可以要求快速申诉。

如果您的医生告诉我们您的健康状况需要， 我们会自动为您做出快速申诉。 如果您在没有医生支持的情况下提出要求， 我们将决定您是否获得快速申诉。

- 如果我们认为您的健康状况不符合快速申诉的要求， 我们会向您发送一封说明此事的信函， 并使用标准截止日期。 该信函告诉您 ：
  - 如果您的医生要求， 我们会自动为您提供快速申诉。
  - 您如何针对我们给予您标准申诉而非快速申诉的决定提出 “快速投诉”。 有关提出投诉 （包括快速投诉） 的更多信息， 请参阅 **K 部分**。

如果我们告诉您我们正在停止或减少您已经获得的服务或用品， 您可能能够在您的申诉期间继续这些服务或用品。

- 如果我们决定更改或停止您获得的服务或用品的参保， 我们会在采取行动之前向您发送通知。
- 如果您不同意我们的决定， 您可以提交 1 级申诉。
- 如果您在我们的信函日期起十个日历日内或在预期的行动生效日期 （以较晚者为准） 内要求 1 级申诉， 我们将继续承保该服务或用品。
  - 如果您符合此截止日期， 则在您的 1 级申诉等待处理期间， 您将获得服务或用品， 而不会有任何变化。
  - 您还可以获得所有其他服务或用品 （不是您的申诉主题）， 无需更改。
  - 如果您在这些日期之前没有申诉， 则在等待申诉决定时， 您的服务或用品将不会继续。

我们会考虑您的申诉并给予您我们的答复。

- 当我们审核您的申诉时， 我们会再次仔细查看有关您医疗保险请求的所有信息。
- 当我们**拒绝**您的请求， 我们会检查我们是否遵守了所有规则。
- 如果我们需要，我们会收集更多信息。 我们可能会联系您或您的医生以获取更多信息。

快速申诉有截止日期。

- 当我们使用快速截止日期时， 我们必须**在收到您的申诉后 72 小时内**给予您答复， **如果您的健康状况需要更快的答复， 则时间会更短。** 如果我们驳回了快速申诉， 我们将向您、 您的医生、 处方开具者或代表口头确认驳回决定。
    - 如果我们在 72 小时内没有给您答复， 我们必须将您的请求发送到申诉流程的第 2 级。 然后 IRO 对其进行审查。 IRO 在收到您的申诉后， 会以书面形式通知您。 在本章后面， 我们将向您介绍该组织并解释 2 级申诉流程。 如果您的问题是关于 Medi-Cal 服务或用品的参保， 您可以在时间一到时自行向州政府提出 2 级听证会。 在 California， 州听证会被称为 被称为州立听证会。 要申请州听证会， 请参阅 **F4 部分**。
- **如果我们批准您的部分或者全部请求，** 我们必须在收到您的申诉后 72 小时内或者更短的时间 （如果您的健康状况需要） 授权或者提供我们同意提供的参保。
- **如果我们拒绝您的部分或者全部请求，** 我们会将您的申诉发送给 IRO， 以获得 2 级申诉。

标准申诉有截止日期。

- 当我们使用标准截止日期时， 在我们收到您要求承保您未获得的服务后 **30 个日历日内**给予您答复。
- 如果您的请求是针对您未获得的 Medicare Part B 药物， 我们会在收到您的申诉后**七个日历日内**或者更短的时间 （如果您的健康状况需要） 给予您答复。
    - 如果我们在截止日期内没有给您答复， 我们必须将您的请求发送给申诉流程的第 2 级。 然后 IRO 对其进行审查。 在本章后面， 我们将向您介绍该组织并解释 2 级申诉流程。 如果您的问题是关于 Medi-Cal 服务或用品的参保， 您可以在时间一到时自行向州政府提出 2 级听证会。 在 California， 州听证会被称为 State Hearing。 要申请州听证会， 请参阅 **F4 部分**。

如果我们同意您申请中的部分或全部内容， 必须按以下要求授权或提供我们同意的承保服务 ：要么在收到您的申诉请求后 30 个日历日内完成， 要么根据您的健康状况尽快处理且在我们变更决定后 72 小时内完成， 要么若您申请的是 Medicare Part B 药物， 则在收到您的申诉后七个日历日内完成。

如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， **您将拥有额外的申诉权 ：**

- 如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们给您发一封信。
- 如果您的问题与 Medicare 服务或用品的承保范围有关， 这封信会告诉您， 我们已将您的案件送交 IRO 进行 2 级申诉。
- 如果您的问题与关于 Medi-Cal 服务或用品的承保范围有关， 这封信将告诉您如何自行提出 2 级申诉。

F4. 提出 2 级申诉

如果我们**拒绝**您的部分或者全部 1 级申诉， 我们会给您发一封信。 这封信告诉您 Medicare、Medi-Cal 或两者通常是否承保该服务或用品。

- 如果您的问题与 **Medicare** 通常承保的服务或者用品有关， 我们会在 1 级申诉完成后立即自动将您的问题发送至 2 级申诉流程。
- 如果您的问题与 **Medi-Cal** 通常承保的服务或者用品有关， 您可以自行提交 2 级申诉。这封信告诉您如何执行此操作。 我们还在本章后面提供了更多信息。
- 如果您的问题与 **Medicare 和 Medi-Cal** 可能承保的服务或者用品有关， 您将自动获得 IRO 的 2 级申诉。 除了自动 2 级申诉外， 您也可以要求州听证会和州政府进行独立的医疗审查。 但是， 如果您已经在州听证会上提供了证据， 则不能进行独立医学审查。

如果您在提交 1 级申诉时符合继续享受福利的资格， 您在 2 级申诉期间也可以继续享受服务、用品或药品的福利。 有关在 1 级申诉期间继续享受福利的信息， 请参阅 **F3 部分**。

- 如果您的问题涉及通常仅由 Medicare 提供的服务， 则在 IRO 的 2 级申诉流程中， 您对该服务的福利将不再继续。
- 如果您的问题涉及通常仅由 Medi-Cal 提供的服务， 则如果您在收到我们的决定函后十个日历日内提交 2 级申诉， 您将继续享有该服务的福利。

当您的问题与 Medicare 通常承保的服务或用品有关时

IRO 会审核您的申诉。 这是一个由 Medicare 雇佣的独立组织。

> 独立审查组织 (IRO) 的正式名称是**独立审查机构**，有时称为 **IRE**。

- 该组织与我们没有联系， 不是一个政府机构。 Medicare 选择该公司作为 IRO，Medicare 监督其工作。

- 我们会将有关您的申诉的信息 （您的 “案件档案”） 发送给该组织。 您有权获得一份免费的案件档案。
- 您有权向 IRO 提供额外信息以支持您的申诉。
- IRO 的审查人员仔细查看与您的申诉相关的所有信息。

如果您在 1 级有快速申诉， 您也可以在 2 级有快速申诉。

- 如果您在第 1 级向我们提出快速申诉， 您将自动获得第 2 级的快速申诉。 IRO 必须在收到您的申诉后 **72 小时内**对您的 2 级申诉给予答复。

如果您在 1 级有标准申诉， 您也可以在 2 级有标准申诉。

- 如果您在第 1 级向我们提出标准申诉， 您将自动获得第 2 级的标准申诉。
- 如果您的请求是医疗用品或者服务， IRO 必须在收到您的申诉后 **30 个日历日内**对您的 2 级申诉给予答复。
- 如果您的请求是 Medicare Part B 药物， IRO 必须在收到您的申诉后**七个日历日内**对您的 2 级申诉给予答复。

如果 IRO 给您书面答复并解释原因。

- **如果 IRO 同意您关于医疗用品或医疗服务的部分或全部申请，** 我们必须立即执行该决定 ：
  - 在 **72 小时内**授权 Medicare 医疗保险， **或者**
  - 对于**标准申请**， 需在收到 IRO 的决定后**五个工作日内**提供相关服务， 或
  - 从我们获得 IRO 的**快速请求**决定之日起 **72 小时内**提供服务。
- **如果 IRO 批准 Medicare Part B 药品的部分或全部请求， 我们必须授权或提供有争议的 Medicare Part B 药品 ：**
  - 在我们获得 IRO 对**标准请求**的决定后的 **72 个小时， 或者**
  - 在我们获得 IRO 的**快速请求**决定之日起 **24 小时内**。
- **如果 IRO 拒绝您的部分或者全部申诉**， 则表示他们同意我们不应批准您的医疗保险申请 （或者部分申请）。 这称为 “支持决定” 或 “拒绝您的申诉”。
  - 如果您的案件符合要求， 您可以选择是否继续申诉。

- 申诉程序在 2 级之后又增加了三级， 总共有五级。
- 如果您的 2 级申诉被驳回， 并且您满足继续申诉流程的要求， 您必须决定是否进入 3 级并进行第三次申诉。 在您提出 2 级申诉后， 您会收到书面通知， 其中详细说明了如何进行申诉。
- 行政法法官 (ALJ) 或律师审裁员处理 3 级申诉。 有关 3 级、 4 级和 5 级申诉的更多信息， 请参阅 **J 部分**。

当您的问题与 Medi-Cal 通常承保的服务或者用品有关时

对 Medi-Cal 服务和用品提出 2 级申诉有两种方式 ： (1) 提交投诉或独立医学审查或 (2) 州听证会。

(1) 医疗保健管理局 (DMHC)

您可以向 DMHC 的帮助中心提交投诉或申请独立医学审查 (IMR)。 通过提交投诉， DMHC 将审查我们的决定。 DMHC 将自行调查您的投诉， 或决定该案件是否符合 IMR 条件。 IMR 可用于任何 Medi-Cal 承保服务或医疗性质的用品。 IMR 是由不属于本计划或 DMHC 一部分的专家对您的案件进行的审查。 如果 IMR 的裁决对您有利， 我们必须向您提供您请求的服务或用品。 您无需为 IMR 支付任何费用。

如果本计划符合以下条件， 您可以提出投诉或申请 IMR ：

- 拒绝、 更改或延迟 Medi-Cal 服务或治疗， 因为本计划确定不具医疗必要性。
- 不包括针对严重疾病的实验性或研究性 Medi-Cal 治疗。
- 对手术服务或程序是否具有美容或重建性质的争议。
- 不会为您已接受的急诊或紧急 Medi-Cal 服务支付费用。
- 未在标准申诉的 30 个日历日内或快速申诉的 72 小时或更短的时间 （如果您的健康状况需要） 内解决您的 Medi-Cal 服务 1 级申诉。

在大多数情况下， 您必须在请求 IMR 之前向我们提出申诉。 有关我们的 1 级申诉流程的信息， 请参阅 **F3 部分**。 如果您不同意我们的决定， 您可以向 DMHC 提交 IMR 申请/投诉表。

注 ： 如果您的医疗服务提供者已代您提交申诉， 但我们未收到您的《授权代表委托书》， 则您需先向我们重新提交申诉， 之后方可向 DMHC 申请 2 级 IMR， 除非您的申诉涉及对健康的即时且严重威胁（包括但不限于剧烈疼痛、 有生命危险、 有肢体或重要身体机能丧失风险）。

您可以请求 IMR 和州听证会， 但如果您已经在州听证会上提出证据或就同一问题进行了州听证会， 则不允许您进行 IMR。

如果您的治疗因为是实验性或研究性的而被拒绝， 则在您申请 IMR 之前， 您不必参加我们的申诉流程。

如果您的问题很紧急， 或涉及对您健康的直接和严重威胁， 或如果您处于剧烈疼痛中， 您可以立即将其提请 DMHC 注意， 而不必先完成我们的申诉流程。

您必须在我们向您发送有关您的申诉的书面决定后**六个月内申请 IMR**。 DMHC 可能会在六个月后出于正当理由接受您的申请， 例如您的健康状况使您无法在六个月内要求 IMR， 或者您没有得到我们关于 IMR 流程的充分通知。

要提交投诉或申请 IMR ：

- 填写 IMR/ 投诉表， 网址为 ： www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx， 或者致电 DMHC Help Center， 电话为 1-888-466-2219。 TTY 用户请拨打 1-877-688-9891。
- 如果您有， 请附上我们拒绝的服务或用品的信函或其他文档的副本。 这可以加快 IMR 过程。 发送文档副本， 而不是原件。 帮助中心无法退回任何文档。
- 如果有人帮助您处理 IMR， 请填写授权助理表格。 您可以在 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 上获取表格， 或者可以致电部门 Help Center， 电话为 1-888-466-2219。 TTY 用户请拨打 1-877-688-9891。
- 提交 IMR/ 投诉表 和 DMHC 的任何附件 ： 在线提交 ： www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint.

  通过邮件或传真提交 ：

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

在七天内， DMHC 将审核您的申请， 并向您发送收到确认信。 如果 DMHC 确定案件符合 IMR 条件， 则将在收到所有所需文档后 45 天内做出 IMR 决定。

如果您的案件紧急且您有资格获得 IMR， 则通常会在收到所有必需文件后的七天内作出 IMR 决定。

如果您对 IMR 的结果不满意， 您仍可以申请进行州听证会。

如果 DMHC 没有收到您或您的主治医生所需的所有医疗记录， 则 IMR 可能需要更长时间。 如果您使用的医生不在您的健康计划网络中， 您必须从该医生处获取医疗记录并将其发送给我们， 这一点很重要。 您的健康计划需要从网络内的医生处获取您的医疗记录副本。

如有疑问，请致电 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 热线 1-800-431-9007（TTY：711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期间，客服代表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，客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。**如需了解更多信息**，请访问 go.wellcare.com/HealthNetCA。

如果 DMHC 裁定您的案件不符合 IMR 条件， DMHC 将通过其常规的消费者投诉流程对您的案件进行审查。 您的投诉应在提交完成的申请后 30 个日历日内得到解决。 如果您的投诉很紧急， 将会尽快解决。

(2) 州听证会

您可以要求就 Medi-Cal 承保服务和用品举行州听证会。 如果您的医生或其他医疗服务提供者申请我们不会批准的服务或用品， 或者我们不会继续为您已经拥有的服务或用品付费， 并且我们拒绝了您的 1 级申诉， 您有权要求举行州听证会。

在大多数情况下， 在向您发出 “申诉裁决函” 通知后， **您有 120 天的时间要求举行州听证会**。

注意 ： 如果您要求举行州听证会， 是因为我们告诉您， 您目前获得的服务将会变更或者停止， 且您希望在州听证会举行期间继续获得该服务， **您提交申请的时间将会更短**。 请阅读第 206 页上的 “2 级申诉期间我是否可以继续享有福利” ， 了解更多信息。

您可以通过以下方式申请州听证会 ：

- 在线访问 ： www.cdss.ca.gov。
- 电话：请致电 1-800-743-8525。该号码可能非常繁忙。您可能会收到稍后再拨的消息。如果您有听障或者语障， 请致电 TTY/TDD 1-800-952-8349。
- 书面形式 ： 填写州听证会表格或撰写一封信函。 通过邮寄或传真发送至 ：
- 邮寄地址 ： California 社会服务部州听证司， P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 传真 ： (916) 309-3487 或免费电话 1-833-281-0903
- 您可以在诉讼通知背面填写 “州听证会申请” 。 请务必注明您的姓名、 地址、 电话号码、 社会保险号码和 / 或 CIN 号码， 以及您申请州听证会的原因。 如果有人协助您申请州听证会，请在表格或信函中附上其姓名、地址和电话号码。 如果您需要口译员，请告知州听证司您所说的语言。 您无需支付口译员费用。 州听证司将为您安排一名口译员。 如果您有残障， 州听证司可以免费为您安排特殊便利措施， 以帮助您参与听证会。 请注明您的残障信息以及您需要的便利措施。

州听证司以书面形式向您作出决定， 并解释理由。

- 如果州听证司**同意**您关于医疗用品或医疗服务的部分或全部申请， 我们必须在收到其决定后的 **72 小时内**， 授权或提供该服务或用品。
- 如果州听证部门**拒绝**您申诉中的部分或全部内容， 即表示其认同我们不应批准您 （部分或全部） 医疗护理承保申请的决定。 这称为 “支持决定” 或 “拒绝您的申诉” 。

如果 IRO 或者州听证会对您的全部或者部分请求做出**拒绝**的裁决， 您还有额外的申诉权利。

如果您的 2 级申诉提交至 **IRO**， 则只有当您想要的服务或者用品的美元价值达到一定的最低金额时， 您才能再次申诉。 ALJ 或律师审裁员处理 3 级申诉。 **您从 IRO 收到的信函解释了您可能拥有的其他申诉权利。**

您从州听证司收到的信函描述了下一个申诉选项。

有关您在 2 级之后的申诉权的更多信息， 请参阅 **J 部分**。

F5. 付款问题

我们不允许我们的网络内医疗服务提供者向您收取承保服务和用品的费用。 即使我们向医疗服务提供者支付的承保服务或用品费用低于医疗服务提供者收取的费用， 也是如此。 您无需支付任何账单的余额。

如果您收到承保服务和用品的账单， 请将账单寄给我们。 不要自己支付账单。 我们将直接与医疗服务提供者联系并解决问题。 如果您支付了账单， 并且遵守了获取服务或用品的规则， 您可以从本计划中获得退款。

有关详细信息， 请参阅本*参保手册***第 7 章**。 它描述了您可能需要要求我们偿还或支付您从医疗服务提供者处收到的账单的情况。 它还告诉我们如何向我们发送要求我们付款的文件。

如果您要求获得偿付， 您将申请做出承保决定。 我们将检查您支付的服务或用品是否在承保范围内， 以及您是否遵守了使用您的承保范围的所有规则。

- 如果您支付的服务或项目已承保， 并且您遵守了所有规则， 我们通常会在收到您的请求后 30 个日历日内， 但不迟于 60 个日历日， 向您的医疗服务提供者支付服务或用品的费用。 然后， 您的医疗服务提供者将向您付款。
- 如果您尚未支付服务或用品的费用， 我们将直接向医疗服务提供者付款。 当我们付款时， 就相当于**批准**您的承保决定请求。
- 如果服务或用品未承保或您未遵守所有规则， 我们将向您发送一封信函， 告知您我们不会为该服务或用品付费， 并解释原因。

如果您不同意我们的不付款决定， **您可以提出申诉**。 遵循 **F3 部分**中所述的申诉流程。 当您按照这些说明操作时， 请注意 ：

- 如果您提出偿付申诉， 我们必须在收到您的申诉后 30 个日历日内给您答复。

如果我们**拒绝**您的申诉， 且 **Medicare** 通常承保服务或者用品， 我们会将您的案件发送给 IRO。 如果发生这种情况， 我们将向您发送一封信函。

- 如果 IRO 推翻我们的决定并表示我们应该向您付款， 我们必须在 30 个日历日内向您或医疗服务提供者付款。 如果**批准**您在 2 级之后的申诉流程的任何阶段的申诉， 我们必须在 60 个日历日内向您或者医疗服务提供者付款。

- 如果 IRO 拒绝您的申诉，则表示他们同意我们不应批准您的请求。 这称为“支持决定”或 “拒绝您的申诉”。 您将收到一封信函， 说明您可能拥有的其他申诉权。 有关其他申诉级别的更多信息， 请参阅 **J 部分**。

如果我们**拒绝**您的申诉， 且 Medi-Cal 通常承保服务或者用品， 您可以自行提交 2 级申诉。 有关更多信息， 请参阅 **F4 部分**。

G. Medicare Part D 药物

作为本计划的参保成员， 您的福利包括多种药品的承保。 其中大多数是 Medicare Part D 药物。 有一些 Medicare Part D 不承保但 Medi-Cal 可能承保的药品。 **本部分仅适用于 Medicare Part D 药物申诉。** 在本部分的其余部分， 我们会说“药物”， 而不是每次都说“Medicare Part D 药物”。 对于仅由 Medi-Cal 承保的药品， 请遵循 **E 部分**所述流程。

要获得承保， 药物必须用于医学认可适应症。 这意味着该药品已获得 Food and Drug Administration (FDA) 的批准或得到某些医学参考文献的支持。 有关医学认可适应症的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **5 章**。

G1. Medicare Part D 承保决定和申诉

以下是您要求我们就您的 Medicare Part D 药物做出的承保决定示例 ：

- 您要求我们作出例外审批， 包括要求我们 ：
  - 承保不在本计划的*药品目录*中的 Medicare Part D 药物或
  - 对我们的药品承保范围设定限制 （例如对您可以获得的数量的限制）
- 您询问我们是否为您承保了某种药品 （例如， 当您的药品在本计划的*药品目录*上， 但我们必须在承保该药品之前为您批准该药品）。

注意 ： 如果您的药房告诉您无法按书面规定配药， 药房会向您提供书面通知， 说明如何联系我们以请求做出承保决定。

关于您的 Medicare Part D 药品的初始承保决定称为“**保障范围认定。**”

- 您要求我们为您已经购买的药品支付费用。 这是要求做出有关付款的承保决定。

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。 本部分将向您介绍如何申请做出承保决定以及如何提出申诉。 使用下表来帮助您。

您属于以下哪种情况？			
您需要的药品不在我们的*药品目录*上， 或者需要我们对我们所承保的药品取消规定或者限制。 **您可以要求我们进行例外审批。**（这是一种承保决定。 ） 从 **G2 部分**开始，然后参阅 **G3 和 G4 部分。**	您希望我们将药品列入我们的*药品目录*， 并且您认为您符合您所需药品的计划规则或者限制（例如提前获得批准）。 **您可以要求我们做出承保决定。** 请参阅 **G4 部分**。	您想让我们为您已经获得并支付的药品向您偿还费用。 **您可以要求我们向您偿还费用。**（这是一种承保决定。 ） 请参阅 **G4 部分**。	我们告诉过您， 我们不会以您想要的方式来承保或支付药品费用。 **您可以提出申诉。**（这意味着您要求我们重新考虑。 ） 请参阅 **G5 部分**。

G2. Medicare Part D 例外审批

如果我们没有以您希望的方式承保药品， 您可以要求我们做出 “例外审批”。 如果我们拒绝您的例外审批申请， 您可以对我们的决定提出申诉。

当您申请例外审批时， 您的医生或其他处方开具者需要解释您需要例外审批的医疗原因。

要求承保不在我们*药品目录*上的药品或者取消对药品的限制，有时称为申请**“处方集例外申请”**。

要求为承保的非优选药物支付较低的价格有时称为申请**药品分级例外申请**。

以下是您或您的医生或其他处方开具者可能要求我们做出的一些例外审批示例 ：

1. 承保不在我们的*药品目录*中的药品

- 如果我们同意例外审批并承保不在我们的*药品目录*中的药品， 您需支付适用于 3 级药物（非优选药物） 的共付额。
- 您不能获得该药品所需共付额的例外审批。

2. 取消对承保药品的限制

- 我们的*药品目录*中， 部分药品设有额外规则或限制条件 （有关更多信息， 请参阅本参*保手册*第 5 章 C 部分）。
- 某些药品的额外规则和限制包括 ：
  - 需要使用仿制药而不是品牌药。
  - 在我们同意为您承保药品之前，事先获得我们的批准。 这称为 “事先授权 (PA)” 。
  - 在我们同意承保您所要求的药品之前， 需要先试用其他药品。 这有时称为 “阶梯疗法” 。
  - 数量限制。 对于某些药品， 您可以使用的药品数量有限制。
- 如果我们同意为您做出例外审批并取消了限制， 您可以要求例外审批您需要支付的共付额。

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。 通常， 分摊费用等级编号越小， 您需要支付的共付额越少。

- 我们的*药品目录*中，针对某一特定病症，通常会列出多种治疗药品。 这些药品称为 “替代” 药品。
- 如果针对您的健康状况的替代药品的分摊费用等级比您服用的药品低， 您可以要求我们以替代药品的分摊费用金额为其承保。 这会降低您对该药品的共付额。
  - 如果您服用的药品是生物制品， 您可以要求我们以针对您的健康状况的最低等级生物制品替代品的分摊费用金额承保该药品。
  - 如果您服用的药品是品牌药， 您可以要求我们以针对您的健康状况的最低等级品牌药替代品的分摊费用金额承保该药品。
  - 如果您服用的药品是仿制药， 您可以要求我们以针对您的健康状况的最低等级品牌药或仿制药替代品的分摊费用金额承保该药品。
- 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。

G3. 有关申请例外审批的重要事项

您的医生或其他处方开具者必须向我们说明相关医学理由。

您的医生或其他处方开具者必须向我们提供一份声明， 解释申请例外审批的医疗原因。 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。

我们的*药品目录*中， 针对某一特定病症， 通常会列出多种治疗药品。 这些药品称为 “替代” 药品。 如果替代药品与您所要求的药品一样有效， 并且不会引起更多副作用或者其他健康问题， 我们通常**不会**批准您的例外审批申请。 如果您提出药品分级例外申请， 我们通常**不会**批准您的例外审批申请， 除非分摊费用等级较低的所有替代药品对您不起作用， 或者可能导致不良反应或者其他伤害。

我们可以批准或拒绝您的申请。

- 如果我们**批准**您的例外审批申请， 例外审批通常持续到日历年结束。 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。
- 如果我们**拒绝**您的例外审批申请，您可以提出申诉。 如果我们**拒绝**， 请参阅 **G5 部分**，了解有关提出申诉的信息。

下一部分将告诉您如何申请做出承保决定， 包括例外审批。

G4. 申请做出承保决定，包括例外审批

- 您可通过致电 1-800-431-9007 （TTY ： 711）、 邮寄书面申请或发送传真的方式，申请您所需的承保决定类型。 您、 您的代表或您的医生 （或其他处方开具者） 可以这样做。 请提供您的姓名、 联系信息和有关报销的信息。
- 您或您的医生 （或其他处方开具者） 或代表您行事的其他人可以申请做出承保决定。您也可以委托律师代您行事。
- 请参阅 **E3 部分** ， 了解如何指定某人作为您的代表。
- 您无需向您的医生或其他处方开具者提供书面许可， 即可代表您请求做出承保决定。
- 如果您想要求我们向您偿还药品费用， 请参阅本*参保手册***第 7 章**。
- 如果您申请例外审批， 请给我们一份 “支持声明”。 支持声明包括您的医生或其他处方开具者对例外审批申请的医疗原因。
- 您的医生或其他处方开具者可以通过传真或邮件向我们发送支持声明。 他们还可以通过电话告诉我们， 然后传真或邮寄声明。

如果您的健康状况需要， 请向我们申请 “快速承保决定” 。

除非我们同意使用 “快速截止日期” ， 否则我们将使用 “标准截止日期” 。

- **标准承保决定**意味着， 我们会在收到您医生的说明文件后的 72 小时内给出答复。
- **快速承保决定**意味着， 我们会在收到您医生的说明文件后的 24 小时内给出答复。

> “快速承保决定” 称为 **“快速保障范围认定”** 。

在以下情况下， 您可以做出快速承保决定 ：

- 这是您没拿到的药品。 如果您要求我们为您已购买的药物付款， 您将无法获得快速承保决定。
- 如果我们使用标准截止日期， 您的健康或工作能力将受到严重损害。

如果您的医生或其他处方开具者告诉我们您的健康状况需要做出快速承保决定， 我们将根据快速承保决定时间表审查您的请求。 我们将向您发送一封包含此信息的信函。

- 如果您在没有医生或其他处方开具者支持的情况下要求做出快速承保决定， 我们将决定您是否获得快速承保决定。
- 如果我们认为您的健康状况不符合快速承保决定的要求， 我们会使用标准截止日期。
  - 我们会向您发送一封信， 告知您我们将使用标准截止日期。 该信还告诉您如何就我们的决定提出申诉。
  - 您可以快速投诉， 并在 24 小时内获得回复。 有关提出投诉 （包括快速投诉） 的更多信息， 请参阅 **K 部分**。

快速承保决定的截止日期

- 如果我们使用快速截止日期， 我们必须在收到您的请求后 24 小时内给予您答复。 如果您申请例外审批， 我们将在获得医生的支持声明后 24 小时内给您答复。 如果您的健康状况需要， 我们会尽快为您提供答案。
- 如果我们未能满足截止日期， 我们会将您的请求发送至申诉流程的第 2 级， 由 IRO 进行审查。 有关 2 级申诉的更多信息， 请参阅 **G6 部分**。
- 如果我们**批准**您的部分或者全部请求， 我们会在收到您的请求或者您医生的支持声明后 24 小时内为您承保。

- 如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们会向您发送一封信函解释原因。 这封信还告诉您如何提出申诉。

对您未获得的药品做出标准承保决定的截止日期

- 如果我们使用标准截止日期， 我们必须在收到您的请求后 72 小时内给予您答复。 如果您申请例外审批， 我们将在获得医生的支持声明后 72 小时内给您答复。 如果您的健康状况需要， 我们会尽快为您提供答案。
- 如果我们未能满足截止日期， 我们会将您的请求发送至申诉流程的第 2 级， 由 IRO 进行审查。
- 如果我们**批准**您的部分或者全部请求， 我们会在收到您有关例外审批的请求或者您医生的支持声明后 72 小时内为您承保。
- 如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们会向您发送一封信函解释原因。 这封信还告诉您如何提出申诉。

对您已购买的药品做出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。
- 如果我们未能满足截止日期， 我们会将您的请求发送至申诉流程的第 2 级， 由 IRO 进行审查。
- 如果我们**批准**您的部分或者全部请求， 我们将在 14 个日历日内向您偿还款项。
- 如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们会向您发送一封信函解释原因。 这封信还告诉您如何提出申诉。

G5. 提出 1 级申诉

针对 Medicare Part D 药物承保决定向我方计划提交的申诉被称为计划**“重新审核”**。

- 请致电 1-800-431-9007 (TTY: 711)、 写信或者发传真给我们， 开始您的**标准**或者**快速申诉**。 您、 您的代表或您的医生 （或其他处方开具者） 可以这样做。 请提供您的姓名、 联系信息和有关申诉的信息。
- 您必须在我们发出信函告知您我们的决定之日起 **65 个日历日内**提出申诉。
- 如果您错过了截止日期并有充分的理由， 我们可能会给您更多时间提出申诉。 充分的理由示例包括您患有严重疾病或我们向您提供了有关截止日期的错误信息。 当您提出申诉时， 请说明您的申诉延迟的原因。

- 您有权要求我们提供有关您的申诉信息的免费副本。 您和您的医生也可能会向我们提供更多信息来支持您的申诉。

如果您的健康状况需要， 请提出快速申诉。

> 快速申诉也称为“**快速重新审核。**”

- 如果您就我们对您没有得到的药品做出的决定提出申诉， 您和您的医生或其他处方开具者将决定您是否需要快速申诉。
- 快速申诉的要求与快速承保决定的要求相同。 有关更多信息， 请参阅 **G4 部分**。

我们会考虑您的申诉并给予您我们的答复。

- 我们会审查您的申诉， 并再次仔细查看有关您的承保申请的所有信息。
- 当我们**拒绝**您的请求， 我们会检查我们是否遵守了规则。
- 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。

1 级快速申诉的截止日期

- 如果我们使用快速截止日期， 我们必须在收到您的申诉后 **72 小时内**给予您答复。
  - 如果您的健康状况需要， 我们会尽快为您提供答案。
  - 如果我们在 72 小时内没有给您答复， 我们必须将您的请求发送到申诉流程的第 2 级。 然后 IRO 对其进行审查。 有关审查组织和 2 级申诉流程的信息， 请参阅 **G6 部分**。
- 如果我们**批准**您的部分或者全部请求， 我们必须在收到您的申诉后 72 小时内提供我们同意提供的参保。
- 如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们会向您发送一封信函， 解释原因并告诉您如何提出申诉。

1 级标准申诉的截止日期

- 如果我们使用标准截止日期时， 在我们收到您对未获得的药品提出的申诉后**七个日历日内**给予您答复。
- 如果您未获得该药品且您的健康状况需要该药品， 我们会更快给予您我们的决定。 如果您认为您的健康状况需要， 请尽快提出快速申诉。

- 如果我们在七个日历日内没有做出决定， 我们必须将您的请求发送到申诉流程的第 2 级。 然后 IRO 对其进行审查。 有关审查组织和 2 级申诉流程的信息， 请参阅 **G6 部分**。

如果我们**批准**您的部分或者全部请求 ：

- 我们必须根据您的健康需要尽快**提供**我们同意提供的**承保**， 但**不得迟于**收到您的申诉后**七个日历日**。
- 对于您已购买的药品， 我们必须在收到申诉后 **30 个日历日内**， **向您支付相关款项**。

如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求 ：

- 我们会向您发送一封信函， 解释原因并告诉您如何提出申诉。
- 我们必须在收到您的申诉后 **14 个日历日内**就您购买的药品向您偿付给予答复。
  - 如果我们在 14 个日历日内没有做出决定， 我们必须将您的请求发送到申诉流程的第 2 级。 然后 IRO 对其进行审查。 有关审查组织和 2 级申诉流程的信息， 请参阅 **G6 部分**。
- 如果我们**批准**您的部分或者全部请求， 我们必须在收到您的请求后 30 个日历日内向您付款。
- 如果我们**拒绝**您的部分或者全部请求， 我们会向您发送一封信函， 解释原因并告诉您如何提出申诉。

G6. 提出 2 级申诉

如果我们**拒绝**您的 1 级申诉， 您可以接受我们的决定或者再次提出申诉。 如果您决定再次提出申诉， 您可以使用 2 级申诉流程。 当我们**拒绝**您的首次申诉时， **IRO** 会审查我们的决定。 该组织决定我们是否应该改变我们的决定。

> “独立审查组织”(IRO) 的正式名称是**“独立审查机构”**，有时称为**“IRE”**。

要进行 2 级申诉， 您、 您的代表或者您的医生或者其他处方开具者必须**以书面形式**联系 IRO， 并要求审查您的案件。

- 如果我们**拒绝**您的 1 级申诉， 我们向您发送的信函中包含**有关如何向 IRO 提出 2 级申诉的说明**。 这些说明告诉谁可以提出 2 级申诉、 您必须遵守的截止日期以及如何联系该组织。

- 当您向 IRO 提出申诉时， 我们会将您的申诉信息发送给该组织。 此信息称为 “案件档案”。 **您有权获得一份免费的案件档案**。 如果您需要协助索取免费的案件档案， 请致电会员服务 1-800-431-9007 (TTY: 711)。
- 您有权向 IRO 提供额外信息以支持您的申诉。

IRO 审查您的 Medicare Part D 2 级申诉， 并给您书面答复。 有关 IRO 的更多信息， 请参阅 **F4 部分**。

2 级快速申诉的截止日期

如果您的健康状况需要， 请向 IRO 提出快速申诉。

- 如果他们同意按快速申诉流程处理， 则必须在， 必须在收到您的申诉申请后 **72 小时内**给出答复。
- 如果他们**批准**您的部分或者全部请求， 我们必须在获得 IRO 决定后 **24 小时内**提供已批准的药品承保范围。

2 级标准申诉的截止日期

如果您有第 2 级的标准申诉， 则 IRO 必须给予您答复 ：

- 在他们收到您对您没有得到的药品的申诉后的**七个日历日内**。
- 在收到您购买药品的还款申诉后的 **14 个日历日内**。

如果 IRO **批准**您的部分或者全部请求 ：

- 我们必须在获得 IRO 决定后 **72 小时内**提供已批准的药品承保。
- 我们必须在获得 IRO 决定后 30 个日历日内为您购买的药品向您偿还费用。
- 如果 IRO **拒绝**您的申诉， 即表示其认同我们不批准您的申请的决定。 这称为 “支持决定” 或 “拒绝您的申诉”。

如果 IRO **拒绝**对您的 2 级申诉， 并且您申请的药品承保的美元价值符合最低美元价值， 您有权提出 3 级申诉。 如果您申请的药品承保的美元价值低于最低要求， 则您不能再次申诉。 在这种情况下， 2 级申诉决定是最终决定。 IRO 向您发送一封信函， 告知您继续进行 3 级申诉所需的最低金额。

如果您的申请的美元价值符合要求， 您可以选择是否继续申诉。

- 申诉流程在 2 级之后又增加了 3 级。
- 如果 IRO **拒绝**您的 2 级申诉， 且您符合继续申诉流程的要求， 则您 ：

- 决定是否要提出 3 级申诉。
- 有关如何进行 3 级申诉的详细信息， 请参阅 IRO 在您的 2 级申诉后向您发送的信件。

ALJ 或律师审裁员处理 3 级申诉。 有关 3 级、 4 级和 5 级申诉的信息， 请参阅 **J 部分**。

H. 要求我们支付更长时间的住院费用

当您入住医院时， 您有权获得我们提供的所有医院服务， 这些服务是诊断和治疗您的疾病或伤害所必需的。 有关本计划住院承保范围的更多详细信息， 请参阅本*参保手册*中的**第 4 章**。

在您的承保住院期间， 您的医生和医院工作人员会与您一起为您出院做准备。 他们还会帮助您安排出院后可能需要的护理。

- 您离开医院的那一天称为 “出院日期”。
- 您的医生或医院工作人员会告诉您出院日期。

如果您认为您被要求过早出院， 或者您担心出院后的护理， 您可以要求延长住院时间。 本部分介绍如何申请。

尽管本 **H 部分**讨论了申诉， 您也可以向 DMHC 提出投诉， 并要求 DMHC 进行独立医学审查， 以继续住院。 请参阅 **F4 部分**， 了解如何向 DMHC 提交投诉并向其请求独立医学审查。 除了 3 级申诉外， 您还可以要求进行独立医学审查。

H1. 了解您的 Medicare 权利

在您入院后的两天内， 医院的某个人（如护士或社会工作者）将向您发出一份书面通知， 称为 “Medicare 关于您的权利的重要信息”。 凡有 Medicare 的在入院时都会收到一份这样的通知。

如果您没有收到通知， 请向任何医院员工索取。 如需帮助， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。 您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)， 该热线每周 7 天、 每天 24 小时提供服务。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

- 仔细**阅读通知**， 如有不明白的地方， 请提问。 该通知告诉您作为医院患者的权利，包括您的以下权利 ：
  - 在住院期间和出院后获得 Medicare 承保服务。 您有权知道这些服务是什么， 谁将支付费用， 以及在哪里可以获得这些服务。
  - 参与决定您的住院时间长短。

- 知道向哪里报告您对医院护理质量的任何疑虑。
- 如果您认为自己出院太早， 请提出申诉。

- **在通知上签名**， 表明您已获得通知并了解您的权利。
  - 您或代表您行事的人可以签署通知。
  - **只**在通知上签名， 表明您了解了自己的权利。 **不**签名意味着您同意医生或者医院工作人员可能已经告诉您的出院日期。
- **保留**已签名通知的**副本**， 以便您在需要时获得信息。

如果您在出院前超过两天签署通知， 则在出院前将收到另一份副本。

如果您符合以下条件， 可以提前查看通知副本 ：

- 请拨打页面底部的号码联系会员服务
- 致电 Medicare， 电话号码 ： 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 请访问 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出 1 级申诉

如果您想要我们长期承保您的住院服务， 请提出申诉。 质量改进组织 (QIO) 审查 1 级申诉，以确定您的计划出院日期在医学上是否适合您。

QIO 是一个由联邦政府资助的一群医生和其他医疗保健专业人员组成的团体。 这些专家检查并帮助改善参保 Medicare 患者的医疗质量。 他们不是本计划的一部分。

在 California， QIO 指康曼斯健康。 请致电 1-877-588-1123（TTY ： 711）。 联系信息也在“Medicare 关于您的权利的重要信息” 通知和**第 2 章**中。

在您出院之前， 请致电 QIO， 但不得晚于您计划的出院日期。

- **如果您在出院前拨打电话**， 您可以在计划出院日期后留在医院， 而无需支付费用， 同时等待 QIO 关于您的申诉的决定。
- **如果您没有打电话申诉**， 并且您决定在计划的出院日期之后留在医院， 您需要支付在计划出院日期之后获得的所有医院护理的费用。
- 由于 Medicare 和 Medi-Cal 都承保住院， 如果质量改进组织不受理您继续住院的请求，或者您认为您的情况紧急、 对您的健康造成直接和严重的威胁， 或您处于剧烈疼痛中，您也可以向 California 医疗保健管理局 (DMHC) 提出投诉， 或要求其进行独立医学审

查。 请参阅 **F4 部分**， 了解如何向 DMHC 提交投诉并向其请求独立医学审查。

如有需要， 请寻求帮助。 如果您有任何疑问或需要帮助 ：

- 请拨打页面底部的号码联系会员服务。
- 请拨打 1-800-434-0222 联系 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。

申请快速审查。 快速行动并联系 QIO， 要求对您的出院进行快速审查。

> “**快速审查**”的法律术语为“**即时审查**”或“**快速审查**” 。

快速审查期间会发生什么

- QIO 的审查者会询问您或您的代表， 您为何认为承保应在计划出院日期后继续。 您不需要写声明， 但可以写。
- 审查者查看您的医疗信息， 与您的医生交谈， 并审查医院和本计划提供给他们的信息。
- 在审查者告诉我们有关您的申诉的计划后， 您将收到一封包含您计划出院日期的信函。 这封信还说明了为什么您的医生、 医院和我们认为这个出院日期对您来说在医学上是合适的。

> 这份书面解释的法律术语是“**详细的出院通知**” 。您可以通过致电本页底部的会员服务热线或者 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取样本。（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。）您也可在以下网址在线查看通知样本：www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

在获得所需的所有信息后的一整天内， QIO 会对您的申诉给予答复。

如果 QIO **批准**您的申诉 ：

- 只要住院治疗服务具有医疗必要性， 我们将为您提供该承保服务。

如果 QIO **拒绝**您的申诉 ：

- 他们认为您的计划出院日期在医学上是适当的。
- 我们对您的住院治疗服务的承保将在 QIO 对您的申诉做出答复的次日中午结束。
- 您可能需要在 QIO 对您的申诉做出答复后的第二天下午支付您接受的住院治疗服务的全部费用。

- 如果 QIO 拒绝您的 1 级申诉，**且**您在原定出院日期后仍继续住院，您可启动 2 级申诉。

H3. 提出 2 级申诉

对于 2 级申诉， 您要求 QIO 再次审查他们对您的 1 级申诉所做的决定。 请致电 1-877-588-1123（TTY ： 711）。

您必须在QIO **拒绝**您的 1 级申诉后的 **60 个日历日内**要求进行此审查。 您**仅**可以在您的治疗承保终止日期之后继续住院的情况下要求进行此审查。

QIO 审查者将 ：

- 再次仔细查看与您的申诉相关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后 14 个日历日内， 告诉您他们有关您的 2 级申诉的决定。

如果 QIO **批准**您的申诉 ：

- 自 QIO 拒绝您的 1 级申诉后的第二天中午起， 我们必须向您支付我们应承担的住院治疗费用。
- 只要住院治疗服务具有医疗必要性， 我们将为您提供该承保服务。

如果 QIO **拒绝**您的申诉 ：

- 他们同意关于您的 1 级申诉的决定， 并且不会更改。
- 他们会给您一封信， 告诉您如果您想继续申诉流程并提出 3 级申诉， 您可以做些什么。
- 您也可以向 DMHC 提出投诉， 并要求 DMHC 进行独立医学审查， 以继续住院。 请参阅 **F4 部分**， 了解如何向 DMHC 提交投诉并向其请求独立医学审查。

ALJ 或律师审裁员处理 3 级申诉。 有关 3 级、 4 级和 5 级申诉的信息， 请参阅 **J 部分**。

I. 要求我们继续承保某些医疗服务

本部分仅介绍您可能获得的三种服务 ：

- 居家护理服务
- 在专业护理机构进行专业护理， **以及**
- 在 Medicare 批准的 CORF 作为门诊患者进行康复护理。 这通常意味着您正在接受疾病或事故治疗， 或者正在从大手术中恢复。

对于这三种服务中的任何一种， 只要医生认为您需要， 您就有权获得承保服务。

当我们决定停止承保其中任何一项时， 我们必须在您的服务结束**前**告知您。 当您的服务参保结束时， 我们将停止为其付费。

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。

I1. 在您的承保期结束前提前通知

我们会向您发送一封书面通知， 您至少会在我们停止支付您的护理费用前两天收到通知。 这称为 “Medicare 不承保通知”。 通知告诉您我们将停止对您的服务承保的日期， 以及如何对我们的决定提出申诉。

您或您的代表应在通知上签字， 以表明您已收到通知。 在通知函上签字**仅**表明您已收到相关信息。 **不**签名意味着您同意我们的决定。

I2. 提出 1 级申诉

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。 本部分将向您介绍 1 级申诉流程以及该怎么做。

- **在截止日期前完成。** 截止日期很重要。 了解并遵守适用于您必须做的事情的截止日期。 本计划也必须遵守截止日期。 如果您认为我们没有在截止日期前完成， 您可以提出投诉。 有关投诉的更多信息， 请参阅 **K 部分**。
- **如有需要， 请寻求帮助。** 如果您有任何疑问或需要帮助 ：
  - 请拨打页面底部的号码联系会员服务。
  - 拨打 1-800-434-0222 联系 HICAP。
- **联系 QIO。**
  - 有关 QIO 以及如何联系他们的更多信息， 请参阅 **H2 部分**或者参阅本*参保手册*的**第 2 章**。
  - 请他们审查您的申诉， 并决定是否更改本计划决定。
- **快速采取行动， 申请 “快速申诉”。** 询问 QIO 我们终止您的医疗服务承保在医学上是否合适。

联系此组织的截止日期

- 您必须在我们发送给您的 “Medicare 不承保通知” 生效日期前一天的中午之前联系

QIO 开始您的申诉。

- 如果质量改进组织不受理您继续参保医疗服务的请求， 或者您认为您的情况紧急或对您的健康造成直接和严重的威胁， 或如果您处于剧烈疼痛中， 您可以向 California 医疗保健管理局 (DMHC) 提出投诉， 并要求其进行独立医学审查。 请参阅 **F4 部分**， 了解如何向 DMHC 提交投诉并向其请求独立医学审查。

书面通知的法律术语是“**Medicare 不承保通知**”。若要取得样本，请拨打本页底部的电话联系会员服务，或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。或访问 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 在线获取副本。

快速申诉期间会发生什么

- QIO 的审查者会询问您或您的代表， 您为何认为应继续承保。 您不需要写声明， 但可以写。
- 审查者查看您的医疗信息， 与您的医生交谈， 并审查本计划提供给他们的信息。
- 本计划还会向您发送一份书面通知， 说明我们终止您的服务承保的原因。 在审查者通知我们您的申诉的当天结束时， 您会收到通知。

通知解释的法律术语是“**不承保的详细解释**”。

- 审查者在获得所需的所有信息后， 会在一整天内做出决定。

如果 QIO **批准**您的申诉 ：

- 只要具有医疗必要性， 我们将为您提供承保服务。

如果 QIO **拒绝**您的申诉 ：

- 您的承保将在我们告诉您的日期结束。
- 我们在通知中的日期停止支付此项护理的费用。
- 如果您在承保期结束后决定继续获得居家护理、 专业护理机构护理或 CORF 服务， 您将自行支付此项护理的全部费用。

- 您决定是否继续这些服务并提出 2 级申诉。

I3. 提出 2 级申诉

对于 2 级申诉， 您要求 QIO 再次审查他们对您的 1 级申诉所做的决定。 请致电 1-877-588-1123（TTY ： 1-866-868-2289）联系他们。

您必须在QIO **拒绝**您的 1 级申诉后的 **60 个日历日内**要求进行此审查。 您**仅**可以在您的治疗承保终止日期之后继续治疗的情况下要求进行此审查。

QIO 审查者将 ：

- 再次仔细查看与您的申诉相关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后 14 个日历日内， 告诉您他们有关您的 2 级申诉的决定。

如果 QIO **批准**您的申诉 ：

- 自我们宣布您的承保终止之日起， 我们将向您偿还您所获得的护理费用。
- 只要具有医疗必要性， 我们将为护理提供承保。

如果 QIO **拒绝**您的申诉 ：

- 他们同意我们终止您的护理的决定， 并且不会更改。
- 他们会给您一封信， 告诉您如果您想继续申诉流程并提出 3 级申诉， 您可以做些什么。
- 您可以向 DMHC 提出投诉， 并要求其进行独立医学审查， 以继续为您的医疗服务提供承保。 请参阅 **F4 部分**， 了解如何向 DMHC 请求独立医学审查。 除了 3 级申诉外， 您还可以向 DMHC 提出投诉， 并要求其进行独立医学审查。

ALJ 或律师审裁员处理 3 级申诉。 有关 3 级、 4 级和 5 级申诉的信息， 请参阅 **J 部分**。

J. 将您的申诉提升到 2 级以上

J1. Medicare 服务和用品的后续步骤

如果您就 Medicare 服务或用品提出了 1 级申诉和 2 级申诉， 并且您的两个申诉都被拒绝， 则您可能有权获得额外级别的申诉。

如果您所申请的 Medicare 服务或用品的美元价值未达到某个最低金额， 您将无法再提出任何申诉。 如果美元价值足够高， 您可以继续申诉流程。 您从 IRO 收到的 2 级申诉函解释了要联系

谁以及如何请求 3 级申诉。

3 级申诉

申诉流程的第 3 级是 ALJ 听证会。 作出该裁决的人是为联邦政府工作的 ALJ 或律师审裁员。

如果 ALJ 或者律师审裁员**批准**您的申诉， 我们有权对对您有利的 3 级裁决提出申诉。

- 如果我们决定对该裁决**提出申诉**， 我们会向您发送一份 4 级申诉请求副本以及任何随附文件。 在授权或提供有争议的服务之前， 我们可能会等待 4 级申诉裁决。
- 如果我们对该裁决决定**不提出申诉**， 我们必须在收到 ALJ 或者律师审裁员的决定后 60 个日历日内授权或者向您提供服务。
    - 如果 ALJ 或者律师审裁员**拒绝**您的申诉， 则申诉流程可能不会结束。
- 如果您决定**接受**拒绝您的申诉的裁决， 申诉流程结束。
- 如果您决定**不接受**对您的申诉予以驳回的裁决， 您可以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）会审查您的申诉并给您答复。 该委员会隶属于联邦政府。

如果委员会**批准**您的 4 级申诉， 或者拒绝我们审查对您有利的 3 级申诉决定的请求， 我们有权向 5 级申诉。

- 如果我们决定对该决定**提出申诉**， 我们将以书面形式通知您。
- 如果我们决定**不**对该决定**提出申诉**， 必须在收到委员会的决定后 60 个日历日内， 为您授权或提供相关服务。

如果委员会**拒绝**我们的审查请求， 申诉流程可能不会结束。

- 如果您决定**接受**拒绝您的申诉的裁决， 申诉流程结束。
- 如果您决定**不接受**对您的申诉予以驳回的裁决， 您可以继续进入下一级别的审查流程。 您收到的通知将告诉您是否可以继续进行 5 级申诉以及该怎么做。

5 级申诉

- 联邦地区法院法官将审查您的申诉和所有信息，并决定**批准**或者**拒绝**。 这是最终决定。 除了联邦地区法院之外， 没有其他申诉级别。

J2. 额外的 Medi-Cal 申诉

如果您的申诉涉及 Medi-Cal 通常承保的服务或用品， 则您还有其他申诉权。 您从听证和申诉处收到的信件将告诉您如果您想继续申诉流程该怎么做。

您从州听证司收到的信件将告诉您如果您想继续申诉流程该怎么做。

J3. 针对 Medicare Part D 药物申请的 3 级申诉、4 级申诉和 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。

如果您所申诉的药品价值达到一定的金额， 您可能可以继续申诉。 您收到的对 2 级申诉的书面回复解释了要联系谁以及如何请求 3 级申诉。

3 级申诉

申诉流程的第 3 级是 ALJ 听证会。 作出该裁决的人是为联邦政府工作的 ALJ 或律师审裁员。

如果 ALJ 或者律师审裁员**批准**您的申诉 ：

- 申诉流程结束。
- 我们必须在 72 小时内 （快速申诉则为 24 小时内） 授权或提供批准的药品承保， 或在我们获得决定后 30 个日历日内付款。

如果 ALJ 或者律师审裁员**拒绝**您的申诉， 则申诉流程可能不会结束。

- 如果您决定**接受**拒绝您的申诉的裁决， 申诉流程结束。
- 如果您决定**不接受**对您的申诉予以驳回的裁决， 您可以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

委员会会审查您的申诉并给您答复。 该委员会隶属于联邦政府。

如果委员会**批准**您的申诉 ：

- 申诉流程结束。
- 我们必须在 72 小时内 （快速申诉则为 24 小时内） 授权或提供批准的药品承保， 或在我们获得决定后 30 个日历日内付款。

如果委员会**拒绝**您的申诉， 或者如果委员会拒绝审查请求， 则申诉流程可能不会结束。

- 如果您决定**接受**拒绝您的申诉的裁决， 申诉流程结束。

- 如果您决定**不接受**对您的申诉予以驳回的裁决， 您可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您是否可以继续进行 5 级申诉以及该怎么做。

5 级申诉

- 联邦地区法院法官将审查您的申诉和所有信息，并决定**批准**或者**拒绝**。 这是最终决定。除了联邦地区法院之外， 没有其他申诉级别。

K. 如何投诉

K1. 什么样的问题应该被投诉

投诉流程仅用于某些类型的问题， 例如与护理质量、 等待时间、 护理协调和客户服务相关的问题。 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	• 您对护理质量感到不满意，例如您在医院接受的护理。
尊重您的隐私	• 您认为有人不尊重您的隐私权或共享有关您的机密信息。
无礼对待、 客户服务不佳或其他不良行为	• 医疗服务提供者或员工对您无礼或不尊重。 • 我们的员工对您的态度很差。 • 您认为您被排除在本计划之外。
无障碍和语言协助	• 您无法在医生或医疗服务提供者的办公室实际接触医疗保健服务和机构。 • 您的医生或医疗服务提供者不会为您所说的非英语语言（如美国手语或西班牙语）提供翻译。 • 您的医疗服务提供者不会为您提供您需要和要求的其他合理便利。

投诉	示例
等待时间	• 您很难预约或等待时间过长。 • 医生、药剂师或其他医疗保健专业人员、会员服务或其他计划人员让您等得太久。
卫生状况	• 您认为诊所、医院或医生诊所不干净。
我方向您提供的信息	• 您认为我们未能向您发出您本应收到的通知或信函。 • 您认为我们发送给您的书面信息太难理解。
与承保决定或申诉有关的及时性	• 您认为我们没有在截止日期前做出承保决定或回应您的申诉。 • 您认为，在获得对您有利的承保或申诉决定后，我们未能在截止日期前批准或为您提供服务，或为您偿付某些医疗服务的费用。 • 您认为我们没有及时将您的案件发送给 IRO。

投诉分为不同类型。 您可以提出内部投诉和/或外部投诉。 您可以向本计划提交内部投诉并由本计划审查。 外部投诉则提交给与本计划无关的组织并由其审查。 如果您在提出内部和/或外部投诉时需要帮助， 可以拨打本页底部列出的电话号码联系会员服务。

> “投诉”的法律术语即**“投诉”**。
>
> “提出投诉”的法律术语即**“提交投诉”**。

K2. 内部投诉

如需提出后内部投诉， 请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY ： 711）。 除非是关于 Medicare Part D 药物， 否则您可以随时提出投诉。 如果投诉是关于 Medicare Part D 药物，您必须在出现您想要投诉的问题后 **60 个日历日内**提出。

- 如果您还有其他需要做的事情， 会员服务会告诉您。
- 您也可以写下您的投诉并将其发送给我们。 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。

- 如果您要求书面回复， 我们将以书面形式回复。 如果您提出书面投诉 （投诉）， 或者您的投诉与护理质量有关， 我们将以书面形式回复您。
- 我们将在收到您的投诉后五个日历日内向您发送一封信函， 告知您我们已收到投诉。

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。 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 ：

- 我们拒绝您对医疗服务或 Medicare Part D 药物申请进行快速审查的请求。
- 我们拒绝您对已拒绝的服务或者 Medicare Part D 药物的申诉进行快速审查的请求。
- 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。
- 与 Medicare Part D 相关的投诉必须在您遇到想要投诉的问题后 60 个日历日内提出。 所有其他类型的投诉必须在导致您不满的事件或行为发生之日起的任何时间内向我们或医疗服务提供者提出。
- 如果您因拒绝您的 “快速承保决定” 或 “快速申诉” 请求而提出投诉， 您可以申请 “快速投诉” ， 我们将在 24 小时内回复您的投诉。

> “快速投诉”的**法律术语**是**“快速投诉处理”** 。

如果可能， 我们会立即给您答复。 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。 如果您的健康状况需要， 我们会尽快答复。

- 我们会在 30 个日历日内答复大多数投诉。 如果我们因为需要更多信息而未能在 30 个日历日内做出决定， 我们会书面通知您。 我们还会提供状态更新和预计答复时间。
- 如果您因拒绝您的 “快速承保决定” 或 “快速申诉” 请求而提出投诉， 我们会自动向您提供 “快速投诉” ， 并在 24 小时内回复您的投诉。
- 如果您因我们花费额外时间做出承保决定或申诉而提出投诉，我们会自动向您提供 “快速投诉” ， 并在 24 小时内回复您的投诉。

如果我们不同意您的部分或全部投诉， 我们会告诉您并给出我们的理由。 无论我们是否同意投诉， 我们都会作出回应。

K3. 外部投诉

Medicare

您可以将您的投诉告知 Medicare， 或将其发送至 Medicare。 Medicare 投诉表可从以下网址获取 ： www.medicare.gov/my/medicare-complaint。 在向 Medicare 提出投诉之前， 您无需向 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 提出投诉。

Medicare 会认真对待您的投诉， 并使用此信息帮助提高 Medicare 计划的质量。

如果您有任何其他反馈或疑虑， 或者您认为健康计划不能解决您的问题， 您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)， 该电话全天候服务。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 通话免费。

Medi-Cal

您可以拨打 1-888-452-8609 向 California 卫生保健服务部 (DHCS) 的 Medi-Cal Managed Care 监察员提出投诉。 TTY 用户可以拨打 711。 请在周一至周五上午 8 点至下午 5 点之间致电。

您可以向 California 医疗保健管理局 (DMHC) 提出投诉。 DMHC 负责监管健康计划。 有关 Medi-Cal 服务的投诉， 您可以致电 DMHC 帮助中心寻求帮助。 对于非紧急事项， 如果您不同意 1 级申诉中的决定， 或者如果计划在 30 个日历日后仍未解决您的投诉， 您可以向 DMHC 提出投诉。 但是， 如果您需要帮助处理涉及紧急问题的投诉或涉及对您健康的直接和严重威胁的投诉， 或者您有严重的疼痛， 如果您不同意本计划对您的投诉的决定， 或者本计划在 30 个日历日之后没有解决您的投诉， 则您可以在不提交 1 级申诉的情况下联系 DMHC。

以下是从帮助中心获得帮助的两种方法 ：

- 拨打 **1-888-466-2219**。 耳聋、 有听力障碍或语言障碍的人可以使用 TTY 免费号码 **1-877-688-9891**。 通话免费。
- 请访问医疗保健管理局的网站 (**www.dmhc.ca.gov**)。

民权办公室 (OCR)

如果您认为自己没有得到公平对待， 您可以向卫生与公众服务部 (HHS) OCR 投诉。 例如， 您可以就残疾人无障碍或语言协助提出投诉。 OCR 的电话号码是 1-800-368-1019。 TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。 您可以访问 www.hhs.gov/ocr 了解更多信息。

您也可以通过以下方式联系当地 OCR 办公室 ：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
电话 ： 1-800-368-1019
TTY ： 1-800-537-7697
传真 ： 1-202-619-3818

根据《美国残疾人法案》(ADA) 和《安鲁民权法案》， 您也可能拥有权利。 您可以联系 Medi-Cal Managed Care 和监察员心理健康办公室寻求帮助。 电话号码为 1-888-452-8609 (TTY:711)， 周一至周五太平洋标准时间上午 8 点至下午 5 点， 节假日除外。

QIO

当您的投诉涉及护理质量时， 您有两个选择 ：

- 您可以直接向 QIO 投诉护理质量。
- 您可以向 QIO 和本计划提出投诉。 如果您向 QIO 提出投诉， 我们将与他们一起解决您的投诉。

QIO 是一个由联邦政府资助的一群医生和其他医疗保健专家组成的团体， 用于检查和改善对 Medicare 患者的护理。 如需了解有关 QIO 的更多信息， 请参阅 **H2 部分**或参阅本 *参保手册* **第 2 章**。

在 California， QIO 称为康曼斯健康。 康曼斯健康的电话号码为 1-877-588-1123 (TTY: 711)。

第 10 章：终止您在我方计划中的会员资格

简介

本章介绍了如何在您退出计划后如何终止您的计划会员资格以及您的健康参保选项。 如果您退出计划， 只要您符合资格， 您仍将参与 Medicare 和 Medi-Cal 计划。 本*《参保手册》*的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 您何时可以终止在本计划的会员资格 236
B. 如何终止您的本计划会员资格 237
C. 如何分别获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务 238
C1. 您的 Medicare 服务 238
C2. 您的 Medi-Cal 服务 241
D. 您的医疗用品、服务和药品，直至您的本计划会员资格结束 242
E. 其他终止本计划会员资格的情形 242
F. 禁止因任何健康相关原因要求您退出本计划的规定 243
G. 如果我们终止您的本计划会员资格，您有权提出投诉 243
H. 如何获取有关终止本计划会员资格的更多信息 244

A. 您何时可以终止在本计划的会员资格

大多数 Medicare 参保人可在一年中的特定时间终止会员资格。 由于您享有 Medi-Cal， 您可选择在一年中的任何月份终止本计划的会员资格。

此外， 您可在每年的以下期间终止本计划的会员资格 ：

- **开放参保期**， 时间为 10 月 15 日至 12 月 7 日。 若您在此期间选择新计划， 您在本计划的会员资格将于 12 月 31 日终止， 新计划的会员资格将于 1 月 1 日开始。
- **Medicare Advantage (MA) 开放参保期**， 从 1 月 1 日持续到 3 月 31 日， 对于新加入该计划的 Medicare 受益人， 开放参保期为其获得 A 部分和 B 部分参保资格的当月起，至参保资格生效后第 3 个月的最后一天。 若您在此期间选择新计划， 新计划的会员资格将于次月 1 日开始。

在其他一些情况下， 您也有资格变更参保计划。 例如， 当您 ：

- 搬出我们的服务区域时，
- 您的 Medi-Cal 或者额外补助资格发生了变化时， **或者**

- 您最近入住或目前正在护理机构或长期护理医院接受护理或刚搬出。

您的会员资格将在我们收到您退出计划的请求的当月最后一天终止。 例如， 如果我们在 1 月 18 日收到您的请求， 您在本计划中的承保将于 1 月 31 日结束。 如果您参保另一个计划， 您的新承保将在下个月的第一天（本例中为 2 月 1 日）开始。

如果您退出本计划， 您可以在以下位置获取相关信息 ：

- Medicare 选项， 参见 **C1 部分**的表格。
- Medi-Cal 选项和服务， 参见 **C2 部分**。

您可以拨打以下电话， 了解有关如何终止会员资格的更多信息 ：

- 拨打本页底部的号码联系会员服务。 还列出了 TTY 用户的号码。
- Medicare ： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 拨打 1-800-434-0222 联系 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)， 服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。 TTY 用户请拨打 711。 如需更多信息或查找您所在地区的本地 HICAP 办公室， 请访问 www.aging.ca.gov/HICAP。 拨打 1-844-580-7272 联系医疗保健方案， 服务时间周一至周五上午 8 点至下午 6 点。 TTY 用户请拨打 1-800-430-7077。
- 拨打 1-888-452-8609 联系 Medi-Cal Managed Care 监察员， 服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点， 或者发送电子邮件至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注 ： 如果您参加了药物管理计划 (DMP)， 您可能无法改变计划。 有关药物管理计划的信息， 请参阅本*参保手册***第 5 章**。

B. 如何终止您的本计划会员资格

如果您决定终止会员资格， 您可以参保另一个 Medicare 计划或转投 Original Medicare。 但是， 如果您想从本计划换到 Original Medicare， 但您尚未选择单独的 Medicare 药品计划， 则必须要求取消参保本计划。 您可以通过两种方式要求取消参保 ：

- 您可以向我们提出书面请求。 如果您需要有关如何执行此操作的更多信息， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。
- 致电 Medicare， 电话号码 ： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。 TTY 用户 （有听障或语障的人群） 应拨打 1-877-486-2048。 当您致电 1-800-MEDICARE 时， 您还可以参加另一个 Medicare 健康计划或者药品计划。 有关您退出本计划后如何获得 Medicare 服务的更多信息， 请参阅 C1 部分的图表。

- 拨打 1-844-580-7272 联系医疗保健方案， 服务时间周一至周五上午 8 点至下午 6 点。TTY 用户请拨打 1-800-430-7077。
- 下面的 **C 部分**包括您参保不同的计划从而终止您的本计划会员资格可以采取的步骤。

C. 如何分别获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务

如果您选择退出本计划， 您可以选择获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务。

C1. 您的 Medicare 服务

您全年任何月份都有以下四种方式获取 Medicare 服务。 在一年中的特定时间（包括**开放参保期**、 **Medicare Advantage 开放参保期**或者 **A 部分**所述的其他情况）， 您还有以下额外选项。 选择以下任一选项， 您将自动终止本计划的会员资格。

1. 您可以更换为 ： **Medicare Medi-Cal 计划（Medi-Medi 计划）是 Medicare Advantage 计划的一种。 该计划面向同时享有 Medicare 和 Medi-Cal 的人群， 将 Medicare 和 Medi-Cal 福利整合到一个计划中。 Medi-Medi 计划协调两种计划的所有福利和服务， 包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务，或全面老年护理计划 (PACE)（若您符合资格）。** **注 ：** 在 California， Medi-Medi 计划是整合式双重资格特殊需求计划 (D-SNP) 的名称。	**操作方法如下 ：** 致电 Medicare， 电话号码 ：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 如需咨询全面老年护理计划 (PACE)， 请拨打 1-855-921-PACE (7223)。 如需帮助或更多信息 ： ● 致电 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 热线 1-800-434-0222，服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的本地 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或者** 参保新的 Medi-Medi 计划。 当新计划的保障开始时， 您将自动从我们的 Medicare 计划中取消参保。 您的 Medi-Cal 计划将相应变更以匹配您的 Medi-Medi 计划。

2. 您可以更换为 ： **包含单独的 Medicare 药品计划和 Medi-Cal 计划的 Original Medicare。**	**操作方法如下 ：** 致电 Medicare， 电话号码 ：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 如需帮助或更多信息 ： ● 致电 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 热线 1-800-434-0222，服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的本地 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或者** 参保新的 Medicare 药品计划。 当您的 Original Medicare 保障开始时， 您将自动从本计划中取消参保。 除非您选择不同的计划， 否则您将继续参保 Medi-Cal 计划。

3. 您可以更换为 ： **如果您有合理的取消参保原因， 可选择不含单独 Medicare 药物计划的 Original Medicare** **注 ：** 如果您转为 Original Medicare 且未参保单独的 Medicare 药品计划， Medicare 可能会为您参保一个药品计划， 除非您告知 Medicare 您不想加入。 只有当您有其他渠道的药品保险（如雇主或工会提供的保障计划）时， 才应放弃该药品保险。 若您对是否需要药品承保有疑问， 请致电 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 热线 1-800-434-0222，服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。 如需更多信息或者查找您所在地区的本地 HICAP 办公室， 请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。	**操作方法如下 ：** 致电 Medicare， 电话号码 ：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 如需帮助或更多信息 ： ● 致电 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 热线 1-800-434-0222，服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的本地 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 当您的 Original Medicare 保障开始时， 您将自动从本计划中取消参保。 除非您选择不同的计划， 否则您将继续参保 Medi-Cal 计划。

4. 您可以更换为 ： **任何 Medicare 健康计划**（在一年中的特定时间， 包括**开放参保期**、 **Medicare Advantage 开放参保期**或 **A 部分**所述的其他情况）。	**操作方法如下 ：** 致电 Medicare， 电话号码 ：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 如需咨询全面老年护理计划 (PACE)， 请拨打 1-855-921-PACE (7223)。 如需帮助或更多信息 ： ● 致电 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 热线 1-800-434-0222， 服务时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。 如需更多信息或查找您所在地区的本地 HICAP 办公室， 请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或者** 参保新的 Medicare 计划。 当新计划的保障开始时， 您将自动从我们的 Medicare 计划中取消参保。 您的 Medi-Cal 计划可能会发生变更。

C2. 您的 Medi-Cal 服务

如对如何退出本计划后如何获取 Medi-Cal 服务有疑问， 请拨打 1-844-580-7272 联系医疗保健方案， 服务时间周一至周五上午 8 点 至下午 6 点。 TTY 用户请拨打 1-800-430-7077。 或访问 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。 请咨询加入其他计划或转回 Original Medicare 会如何影响您获取 Medi-Cal 保障。

D. 您的医疗用品、服务和药品，直至您的本计划会员资格结束

如果您退出本计划， 可能需要一段时间才能结束您的会员资格， 并开始新的 Medicare 和 Medi-Cal 承保。 在此期间， 您将继续通过本计划获得您的药品和医疗服务， 直到您的新计划开始。

- 使用我们的网络内医疗服务提供者获得医疗服务。
- 使用我们的网络药房 （包括通过我们的邮购药房服务） 来配药。
- 如果您在 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员资格终止当天住院， 本计划将承担您的住院费用， 直至您出院。 即使您的新健康保险在您出院前就已开始， 也会发生这种情况。

E. 其他终止本计划会员资格的情形

在这些情况下， 我们必须终止您的本计划会员资格 ：

- 如果您的 Medicare Part A 和 Medicare Part B 保险中断。
- 如果您不再有资格申请 Medi-Cal。 本计划是针对同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 资格的人。 注意 ： 如果您不再符合 Medi-Cal 的资格， 您可以暂时继续参加本计划， 享受 Medicare 福利， 请参阅下面关于考虑期的信息。 如果您不再符合本计划的特殊资格要求， 您的本计划会员资格将在 3 个月后终止 （该期间为本计划的视为持续资格期）。 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。
- 如果您搬出我们的服务区域。
- 如果您离开我们的服务区域超过六个月。
    - 如果您搬家或长途旅行， 请致电会员服务， 了解您的出行地点是否在本计划的服务区域。
- 如果您因刑事犯罪而入狱。
- 如果您撒谎或隐瞒有关您的其他药品承保的信息。
- 如果您不是美国公民、 国民或符合条件的非公民。
    - 您必须是美国公民、 国民或符合条件的非公民， 才能成为本计划的参保成员。

- 如果您不符合继续成为参保成员的资格， Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 会通知我们。
- 如果您不符合此要求， 我们必须对您取消参保。

如果您失去 Medi-Cal 资格， 但预计可在 3 个月内重新获得， 我们将继续提供 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 提供的所有 Medicare 福利。 当您的 Medi-Cal 保险终止后， 我们将不再支付您的 Medi-Cal 福利费用。 我们将支付如果您未失去 Medi-Cal 资格时 Medi-Cal 本应承担的任何 Medicare 分摊费用。 如需更多信息， 请拨打本页底部列出的电话号码联系会员服务。

我们将协助您重新获得 Medi-Cal 资格。 如果您仍在我们这里参加 Medicare 保险期间恢复了 Medi-Cal 资格， 我们将恢复支付您的 Medi-Cal 福利， 您在我们计划中的参保也将继续。 如果您无法在 3 个月内重新获得 Medi-Cal， 我们将取消您参保 Medi-Cal。 如果您在被终止参保后重新获得 Medi-Cal 资格， 则需要联系我们重新加入本计划。

只有在我们事先获得 Medicare 和 Medi-Cal 的许可时， 我们才会出于以下原因让您退出本计划 ：

- 如果您在加入我方计划时故意向我们提供不正确的信息， 而该信息会影响您加入本计划的资格。
- 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。
- 如果您允许其他人使用您的参保成员 ID 卡来获得医疗服务。 （如果我们出于此原因终止您的会员资格， Medicare 可能会要求监察长调查您的案件。）

F. 禁止因任何健康相关原因要求您退出本计划的规定

我们不能因为与您的健康有关的任何原因而要求您退出本计划。 如果您认为我们出于健康原因而要求您退出本计划， 请拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **联系 Medicare**。 TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

G. 如果我们终止您的本计划会员资格，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。 如需了解如何提出投诉， 您也可参阅本*参保手册***第 9 章**。

H. 如何获取有关终止本计划会员资格的更多信息

如果您有任何问题或想了解有关终止会员资格的更多信息， 您可以拨打本页底部的号码致电会员服务。

第 11 章：法律声明

简介

本章包括适用于您的本计划会员资格的法律通知。 本*《参保手册》*的最后一章按字母顺序列出了关键术语及其定义。

目录

A. 关于法律的通知 246

B. 关于不歧视的联邦通知 246

C. 关于不歧视 Medi-Cal 的通知 246

D. 关于 Medicare 作为第二付款人和 Medi-Cal 作为最后付款人的通知 247

E. 关于 Medi-Cal 遗产追缴的通知 247

F. 我方计划在您的 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 计划下已支付福利的追缴 248

G. 会员卡 250

H. 医疗保险欺诈 250

I. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 无法控制的情形 250

A. 关于法律的通知

许多法律适用于本*参保手册*。 这些法律可能会影响您的权利和责任， 即使本*参保手册*中没有包含或解释这些法律。 适用的主要法律是联邦和州有关 Medicare 和 Medi-Cal 计划的法律。 其他联邦和州法律也可能适用。

B. 关于不歧视的联邦通知

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。

如果您想了解更多信息或担心歧视或不公平待遇 ：

- 拨打 1-800-368-1019 联系卫生与公众服务部民权办公室。 TTY 用户可以致电 1-800-537-7697。 您也可以访问 www.hhs.gov/ocr 了解更多信息。

C. 关于不歧视 Medi-Cal 的通知

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和区别对待。 此外， 我们不会因为血统、 族群认同、 性别认同、 婚姻状况或健康状况而非法歧视、 排斥或区别对待他人。

如果您想了解更多信息或担心歧视或不公平待遇 ：

- 拨打 916-440-7370 联系卫生保健服务部民权办公室。 TTY 用户可以拨打 711 （电信转接服务）。 如果您认为自己遭受了歧视， 并希望就歧视提出投诉， 请致电 1-800-431-9007 (TTY:711)。 10 月 1 日至 3 月 31 日期间， 客服代表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， 客服代表服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 您也可以书面形式与我们联系 ：

  MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  go.wellcare.com/HealthNetCA

如果您的投诉与 Medi-Cal 计划中的歧视有关， 您也可以通过电话、 书面或电子方式向卫生保健服务部民权办公室提出投诉 ：

- 电话 ： 请致电 916-440-7370。 如果您有听障或语障， 请致电 TTY 711 （电信转接服务）。
- 书面形式 ： 填写投诉表或寄送信函至 ：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  您可在下列网址获取投诉表格 ：
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 电子方式 ： 发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您有残疾， 需要获得医疗服务或医疗服务提供者的帮助， 请致电会员服务。 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。

D. 关于 Medicare 作为第二付款人和 Medi-Cal 作为最后付款人的通知

有时， 其他人必须首先为我们提供的服务付费。 例如， 如果您遭遇车祸或在工作中受伤， 保险或工伤赔偿必须首先支付。

对于 Medicare 不是第一付款人的 Medicare 承保服务， 我们有权利也有责任收取费用。

我们遵守与第三方为参保成员提供医疗保健服务的法律责任相关的联邦和州法律法规。 我们采取一切合理措施， 确保 Medi-Cal 是最后付款人。

Medi-Cal 会员必须在 Medi-Cal 之前使用所有其他健康保险 (OHC)， 因为 Medi-Cal 是最后付款人。 这意味着， 在大多数情况下， Medi-Cal 将是 Medicare OHC 的第二付款人， 承保本计划或其他 OHC 未支付的允许费用， 最高不超过 Medi-Cal 费率。

E. 关于 Medi-Cal 遗产追缴的通知

Medi-Cal 计划必须从某些已故参保成员的遗嘱认证遗产中为他们在 55 岁生日当天或之后领取的 Medi-Cal 福利寻求偿付。 偿付包括参保成员在护理机构住院或接受居家和社区服务时接受的护理机构服务、 居家和社区服务以及相关医院和处方药服务的按服务收费和管理式护理保费/人头费。 偿付额不能超过参保成员遗嘱认证遗产的价值。

如需了解更多信息， 请访问卫生保健服务部的遗产追缴网站 www.dhcs.ca.gov/er 或者致电 916-650-0590。

F. 我方计划在您的 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 计划下已支付福利的追缴

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者责任实体的责任保险公司或者其他保险公司。

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 ：

- 告知本计划或治疗提供者（如适用）责任方和/或其律师的姓名和地址（如果您知道）；您的律师的姓名和地址 ； 如果您使用的是律师， 则说明所涉及的任何保险公司的名称和地址 ； 以及伤害、 疾病或状况是如何引起的描述。
- 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。

G. 会员卡

本计划根据本*参保手册*发放的会员卡仅用于身份识别。 持有会员卡并不授予根据本*参保手册*获得服务或其他福利的任何权利。 要根据本*参保手册*享有服务或福利， 持卡人必须有资格获得承保， 并根据本*参保手册*注册为参保成员。 任何人士若接受本*《参保手册》*规定外的非应享服务， 需自行承担该服务的费用。 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， 请拨打本页底部的号码联系会员服务。

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。

H. 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表上显示的任何收费有疑虑， 或者您知道或怀疑有任何非法活动， 请拨打本计划的免费欺诈热线 1-800-977-3565 (TTY: 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。

I. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 无法控制的情形

若因自然灾害、 战争、 骚乱、 内乱、 流行病、 设施全部或部分损毁、 核爆炸或其他核能泄漏、 重要医疗集团人员无法履职、 急诊状态或其他本计划无法控制的类似事件， 导致 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 的设施或人员无法按本*《参保手册》*规定提供或协调服务及福利， Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 提供此类服务或福利的义务将限定为： 在现有设施及人员可及范围内， 尽诚信努力提供或协调此类服务或福利。

第 12 章：重要词汇定义

简介

本章包含本《*参保手册*》中使用的关键术语及其定义。 术语按字母顺序列出。 如果您找不到要查找的术语， 或者如果您需要的信息超出定义范围， 请联系会员服务。

日常生活活动 (ADL)： 指人们日常进行的活动， 例如进食、 如厕、 穿衣、 沐浴或刷牙。

行政法法官： 行政法法官 (ALJ) 是负责审理并裁决涉及政府机构案件的法官。 审查 3 级申诉的法官。

艾滋病药物援助方案 (ADAP)： 一项帮助符合条件的艾滋病毒/艾滋病感染者获得挽救生命的艾滋病毒药物的方案。

门诊手术中心： 为不需要住院治疗和不需要超过 24 小时治疗的病人提供门诊手术的机构。

申诉： 如果您认为我们犯了错误， 您可以通过这种方式质疑我们的行为。 您可以通过提交申诉要求我们更改承保决定。 本*参保手册*第 **9 章**解释了申诉， 包括如何提出申诉。

差额账单： 医疗服务提供者向患者收取其全额账单费用与患者健康计划支付金额之间差额的做法。

行为健康： 指我们的情感、 心理和社会健康。 简而言之 ： 它涉及到我们如何思考、 感受和与他人互动。 这是一个包罗万象的术语， 指的是心理健康与物质滥用障碍服务。

生物制品： 一种由动物细胞、 植物细胞、 细菌或者酵母等自然和活体来源制成的药品。 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。 （另请参阅 “原研生物制品” 和 “生物类似药” ）。

生物类似药： 与原研生物制品非常相似但不完全相同的生物药品。 生物类似药与原研生物制品具有同等安全性和有效性。 某些生物类似药可在药房替代原研生物制品， 无需新处方。 （转至 “可互换生物类似药” ）。

品牌药： 由最初生产该药品的公司生产和销售的药品。 品牌药与仿制药具有相同的成分。 仿制药通常由其他药品公司生产和销售， 通常在品牌药的专利到期之前无法获得。

护理协调员： 与您、 健康计划和您的医疗服务提供者一起工作的主要人员， 以确保您获得所需的护理。

护理计划： 请参阅 “个体化护理计划” 。

护理团队： 请参阅 “跨学科护理团队” 。

高额保障阶段 ： Medicare Part D 药物福利阶段， 在此阶段我方计划支付您 D 部分药物的所有费用， 直至年底。 当您（或代表您的其他合格方）在一年内为 D 部分承保药品花费了 $2,400 时， 您就开始了此阶段。 您无需支付任何费用。

Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) ： 负责 Medicare 的联邦机构。 本*参保手册*第 **2 章**说明了如何联系 CMS。

社区成人服务 (CBAS) ： 门诊、 基于机构的服务计划， 为符合适用资格标准的合格会员提供专业护理、 社会服务、 职业和言语治疗、 个人护理、 家庭/护理人员培训和支持、 营养服务、 交通和其他服务。

投诉 ： 一份书面或者口头陈述， 表明您对所承保服务或者护理有问题或者疑虑。 这包括任何有关服务质量、 您的护理质量、 我们的网络内医疗服务提供者或我们的网络药房的问题。 “提出投诉”的正式名称即“提出投诉”。

综合门诊康复机构 (CORF) ： 主要提供疾病、 事故或者大手术后康复服务的机构。 它提供各种服务， 包括物理治疗、 社会或心理服务、 呼吸治疗、 职业治疗、 言语治疗和家庭环境评估服务。

共付额 ： 您每次获得特定服务或药品时， 作为费用分摊所支付的固定金额。 例如， 您可能为某项服务或药品支付 $2 或 $5。

分摊费用 ： 您在获得特定服务或药品时必须支付的金额。 分摊费用包括共付额。

分摊费用等级 ： 一组共付额相同的药品。 *承保药品清单*（也称为*药品目录*）中的每种药品都属于六个分摊费用等级之一。 通常， 分摊费用等级越高， 药物的费用越高。

承保决定 ： 关于我们所承保的福利的决定。 这包括有关承保药品和服务的决定或我们为您的医疗服务支付的金额。 本*参保手册*第 **9 章**介绍了如何要求我们做出承保决定。

承保药品 ： 我们使用的术语是指本计划承保的所有处方药和非处方药 (OTC)。

承保服务 ： 我们使用的通用术语是指本计划承保的所有医疗保健、 长期服务和支持、 用品、 处方药和非处方药、 设备及其他服务。

文化能力培训 ： 为我们的医疗服务提供者提供额外指导的培训， 旨在帮助他们更好地了解您的文化背景、 价值观和信仰， 从而调整服务来满足您的社会、 文化和语言需求。

每日费用分摊率 ： 当您的医生为您开出的某些药物不足一个月的用量， 且您需要支付共付额时， 可能适用的比率。 每日费用分摊率是共付额除以一个月的供应天数。

例如 ： 假设某药品一个月（30 天）用量的共付额为 $1.65。 这表示您每天支付的药费少于 $0.06。 若您领取该药品七天用量， 您需支付的金额为每日不足 $0.06 乘以七天， 总计不足 $0.39。

卫生保健服务部 (DHCS) ： California 负责管理 Medicaid 计划（即 Medi-Cal）的州政府部门。

医疗保健管理局 (DMHC) ： California 负责监管大多数健康计划的州政府部门。 DMHC 帮助人们处理有关 Medi-Cal 服务的申诉和投诉。 DMHC 还进行独立医学审查 (IMR)。

取消参保 ： 终止您的本计划会员资格的过程。 取消参保可能是自愿的（您自己的选择）或非自愿的（不是您自己的选择）。

药物管理计划 (DMP) ： 帮助确保参保成员安全使用处方阿片类药物和其他经常滥用的药物的计划。

药品等级 ： 我们*药品目录*上的药品分组。 仿制药、 品牌药或非处方药 (OTC) 是药品等级的示例。 *药品目录*上的每种药品都属于六个等级之一。

双重资格特殊需求计划 (D-SNP) ： 为同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格的个人提供服务的健康计划。 本计划是 D-SNP。

耐用医疗设备 (DME) ： 您的医生要求在您自己家中使用的某些用品。 这些用品包括轮椅、 拐杖、 电动床垫系统、 糖尿病用品、 医疗服务提供者订购的供家庭使用的医院病床、 静脉输液泵、 语音生成设备、 氧气设备和用品、 雾化器和助行器。

急诊 ： 指符合以下条件的医疗紧急情况 ： 您或任何具备基本健康医疗知识的人认为， 您出现的医学症状需要立即就医， 以防止死亡、 身体部位缺失、 身体机能丧失或严重损伤（若您为孕妇， 则需防止胎儿死亡）。 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 ： 由接受过紧急服务培训并需要治疗医疗或者行为健康急诊情况的医疗服务提供者提供的承保服务。

例外审批 ： 允许获得通常不承保的药品的参保或者在没有特定规则和限制的情况下使用药品。

已排除的服务 ： 本健康计划未承保的服务。

额外补助 ： Medicare 计划， 帮助收入和资源有限的人降低 Medicare Part D 的药品费用，例如保费、 免赔额和共付额。 额外补助也称为 “低收入补助” 或者 “LIS” 。

仿制药 ： 经 FDA 批准可替代品牌药使用的药物。 仿制药含有与品牌药相同的成分。 它通常更便宜， 与品牌药一样有效。

投诉 ： 您对我们或者我们的网络内医疗服务提供者或者药房提出的投诉。 这包括对您的护理质量或者您的健康计划提供的服务质量的投诉。

健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) ： 提供关于 Medicare 的免费且客观的信息和咨询的计划。 本*参保手册*第 **2** 章说明了如何联系 HICAP。

健康计划 ： 由医生、 医院、 药房、 长期服务提供者和其他医疗服务提供者组成的组织。 它也有护理协调员来帮助您管理所有的医疗服务提供者和服务。 他们一起提供您所需的护理。

健康风险评估 (HRA) ： 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 ： 提供不需要执业护士或者治疗师技能的服务的人， 如帮助个人护理（如洗澡、 如厕、 穿衣或者进行规定的锻炼）。 家庭健康护工服务没有护理执照或提供治疗。

临终关怀 ： 一项旨在帮助晚期预后患者舒适生活的护理和支持计划。 晚期预后是指一个人已经被医学证明患有晚期疾病， 意味着预期寿命为六个月或更短。

- 患有晚期预后的参保人有权选择临终关怀。
- 由专业人员和护理人员组成的经过专门培训的团队为整个人提供护理， 包括身体、 情感、 社会和精神需求。
- 我们需要向您提供您所在地区的临终关怀提供者名单。

不当/不合理计费 ： 当医疗服务提供者（如医生或医院）向您收取的费用超过服务分摊费用金额时的情况。 如果您收到任何不明白的账单， 请致电会员服务。

因为我们支付您服务的全部费用， 所以您 **不**欠任何分摊费用。 医疗服务提供者不应向您收取这些服务的任何费用。

居家支持服务 (IHSS) ： IHSS 计划将帮助您支付注册照护提供者为您提供服务以确保您能安全留居在自己家中的费用。 IHSS 是家庭外护理的替代方案， 例如护理院或者寄宿护理机构。 为了获得服务， 要进行评估， 以根据每个参与者的需求来确定哪些类型的服务可以授权给他们。 可以通过 IHSS 获得授权的服务类型有 ： 打扫卫生、 做饭、 洗衣、 食品杂货店购物、 个人护理服务（如大小便护理、 洗浴、 美容和辅助医疗服务）、 医疗预约陪同以及对精神障碍者的保护性监督。 县社会服务机构负责管理 IHSS。

独立医学审查 (IMR) ： 如果我们拒绝您的医疗服务或治疗请求， 您可以提出申诉。 如果您不同意我们的决定， 并且您的问题与 Medi-Cal 服务有关， 包括 DME 用品和药品， 您可以向 California 医疗保健管理局咨询 IMR。 IMR 是由不属于本计划一部分的专家对您的案件进行的审查。 如果 IMR 的裁决对您有利， 我们必须向您提供您请求的服务或治疗。 您无需为 IMR 支付任何费用。

独立审查组织 (IRO) ： 由 Medicare 聘请的独立组织， 负责审查 2 级申诉。 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。 其正式名称是**独立审查机构。**

个体化护理计划（ICP 或者护理计划） ： 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、 行为健康服务以及长期服务和支持。

住院患者 ： 当您正式入院接受专业医疗服务时使用的术语。 如果您没有正式入院， 即使您过夜， 您仍可能被视为门诊患者， 而不是住院患者。

整合式 D-SNP ： 一项符合双重资格的特殊需求计划， 承保 Medicare 和单个健康计划或关联健康计划下的大多数或者所有 Medicaid 服务， 适用于符合 Medicare 和 Medicaid 资格的特定人群。 这些人称为完全受益的双重资格人士。

可互换生物类似药 ： 一种无需新处方即可在药房替代的生物类似药， 因为它符合关于自动替代可能性的额外要求。 药房的自动替代需遵守州法律规定。

跨学科护理团队（ICT 或者护理团队） ： 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。

承保药品清单（药品目录） ： 我们承保的处方药和非处方药 (OTC) 清单。 我们在医生和药剂师的帮助下选择这份清单上的药品。 *药品目录*会告诉您是否需要遵循任何规则才能获得药品。 *药品目录*有时称为 “处方集”。

长期服务和支持 (LTSS) ： 长期服务和支持有助于改善长期健康状况。 这些服务大部分都能帮助您留在家中， 因此您不必去护理机构或医院。 本计划承保的 LTSS 包括社区成人服务 (CBAS)， 也称为成人日间医疗服务、 护理机构 (NF) 和社区支持。 IHSS 和 1915 (c) 豁免计划是在本计划之外提供的 Medi-Cal LTSS。

低收入补助 (LIS) ： 请参阅 “额外补助”

邮购计划 ： 某些计划可能会提供邮购计划， 使您能够获得三个月用量的承保处方药， 药品直接送到您的家中。 这可能是一种经济高效且方便的配药方式。

Medicaid（或者 Medical Assistance） ： 由联邦政府和州政府运营的一项计划， 帮助收入和资源有限的人支付长期服务和支持费用以及医疗费用。 Medi-Cal 是 California 州的 Medicaid 计划。

Medi-Cal ： 这是 California 的 Medicaid 计划的名称。 Medi-Cal 由州管理， 由州和联邦政府支付费用。

- 它帮助收入和资源有限的人支付长期服务和支助以及医疗费用。
- 它承保了额外服务和 Medicare 未承保的一些药品。

- Medicaid 计划因州而异， 但如果您同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 的资格， 则大部分医疗服务费用均可报销。

Medi-Cal 计划：仅承保 Medi-Cal 福利的计划， 涵盖长期服务与支持、 医疗设备及交通服务。 Medicare 福利是分开的。

医疗必要性：这描述了您预防、 诊断或者治疗疾病或者维持当前健康状况所需的服务、 用品或者药物。 这包括使您免于住院或入住护理机构的护理。 同时也指这些服务、 用品或药品符合公认的医疗实践标准。 医疗必要性是指为保护生命、 预防严重疾病或者残疾， 或者通过疾病、 病症或者伤害的诊断或者治疗来缓解剧烈疼痛而合理且需要的所有承保服务。

Medicare：由联邦政府推出的健康保险计划， 覆盖 65 岁及以上人群、 部分 65 岁以下有特定残疾的人群， 以及终末期肾病患者（通常指需透析或肾移植的永久性肾衰竭患者）。 拥有 Medicare 的人士可以通过 Original Medicare 或管理式护理计划获得 Medicare 的健康承保（请参阅 “健康计划”）。

Medicare Advantage：一项 Medicare 计划， 也称为 “Medicare Part C” 或者 “MA”， 通过私营公司提供 MA 计划。 Medicare 向这些公司支付费用， 以支付您的 Medicare 福利。

Medicare 申诉委员会（委员会）：审查 4 级申诉的委员会。 该委员会隶属于联邦政府。

Medicare 承保服务：Medicare Part A 和 Medicare Part B 承保的服务。 包括我方计划在内的所有 Medicare 健康计划， 均必须承保 Medicare Part A 和 Medicare Part B 涵盖 的全部服务。

Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP)：一项结构化的健康行为改变计划， 提供长期饮食调整、 增加身体活动以及克服体重管理和健康生活方式维持相关挑战的策略培训。

Medicare-Medi-Cal 参保人：符合 Medicare 和 Medicaid 承保资格的人员。 Medicare-Medicaid 参保人也称为 “双重资格人士”。

Medicare Part A：承保最具医疗必要性的医院、 专业护理机构、 家庭保健和临终关怀的 Medicare 计划。

Medicare Part B：承保治疗疾病或者病症而具医疗必要性的服务（如实验室检查、 手术和医生就诊）和用品（如轮椅和助行器）的 Medicare 计划。 Medicare Part B 还承保许多预防和筛查服务。

Medicare Part C：允许私人健康保险公司通过 MA 计划提供 Medicare 福利的 Medicare 计划， 也称为 “Medicare Advantage” 或者 “MA”。

Medicare Part D：Medicare 药品福利计划。 我们将此计划简称为 “D 部分”。 Medicare Part D 承保 Medicare Part A 或 Medicare Part B 或 Medicaid 不承保的门诊药品、 疫苗和某些用品。 本计划包括 Medicare Part D。

Medicare Part D 药物 ： Medicare Part D 承保的药物。 国会特别将某些类别的药物排除在 Medicare Part D 的承保范围之外。 Medicaid 可能承保其中一些药物。

药物疗法管理 (MTM) ： 一项针对复杂健康需求的 Medicare Part D 计划， 提供给符合特定要求或者参与药物管理计划的人士。 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。 如需了解更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **5** 章。

Medi-Medi 计划 ： Medi-Medi 计划是 Medicare Advantage 计划的一种。 该计划面向同时享有 Medicare 和 Medi-Cal 的人群， 将 Medicare 和 Medi-Cal 福利整合到一个计划中。 Medi-Medi 计划协调两个计划的所有福利和服务， 包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务。

参保成员（本计划参保成员或者计划参保成员） ： 享有 Medicare 和 Medi-Cal 并有资格获得承保服务、 已参保本计划且其参保已获得 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 和州的确认的人员。

***参保手册*和披露信息** ： 指本文件， 以及您的参保申请表、 其他所有附件或附加条款， 这些文件共同说明您的承保范围、 我们的义务、 您的权利以及您作为我方计划参保成员需履行的义务。

会员服务 ： 本计划内设部门， 负责解答您关于会员资格、 福利、 投诉及上诉的相关问题。 有关会员服务的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **2** 章。

网络药房 ： 同意为本计划参保成员配药的药房（药店）。 我们称其为 “网络药房”， 因为他们同意与本计划合作。 在大多数情况下， 仅在我们的网络药房配药时我们才会承保您的处方药。

网络内医疗服务提供者 ： 指与我方计划合作的医疗服务提供者。 这些医疗服务提供者同意接受我们的付款作为全额付款。 我们安排这些医疗服务提供者为您提供承保服务。 网络内医疗服务提供者会直接就其向您提供的护理向我们收费。 当您选择网络内医疗服务提供者时， 对于承保服务， 您通常无需支付任何费用。 “医疗服务提供者” 是我们对医生、 护士和其他为您提供服务和护理的人员的统称。 该术语还包括医院、 家庭保健机构、 诊所和其他为您提供医疗保健服务、 医疗设备以及长期服务和支持的场所。

护理院或护理机构 ： 为那些在家里得不到护理但不需要住院的人提供护理的机构。

申诉专员 ： 您所在州代表您担任律师的职务。 若您有问题或投诉， 他们可为您解疑答惑，并帮助您了解该怎么做。 申诉专员服务免费。 有关更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **2** 章和第 **9** 章。

组织认定 ： 当我们或者我们的一家医疗服务提供者决定服务是否承保或者您为承保服务支付多少费用时， 本计划会做出组织认定。 组织认定称为 “承保决定”。 本*参保手册*第 **9** 章说明了承保决定。

原研生物制品 ： 已获得 FDA 批准的生物制品， 是生产商研发生物类似药时的对照基准品。它也称为参照产品。

Original Medicare（传统型 Medicare 或按服务收费模式 Medicare）： 政府提供 Original Medicare。 根据 Original Medicare， 服务由国会确定的向医生、 医院和其他医疗服务提供者支付的金额支付。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的医生、 医院或其他医疗服务提供者。 Original Medicare 分为两部分 ： Medicare Part A （医院保险） 和 Medicare Part B （医疗保险）。
- Original Medicare 在美国各地都有。
- 如果您不想加入本计划， 您可以选择 Original Medicare。

网络外药房： 未同意与本计划合作来为本计划参保成员协调或者提供承保药品的药房。 除非符合某些条件， 否则本计划不会承保您从网络外药房获得的大多数药物。

网络外医疗服务提供者或者网络外机构： 非我方计划雇佣、 拥有或者运营， 且未根据合同向我方计划参保成员提供承保服务的医疗服务提供者或者机构。 本*参保手册***第 3 章**说明了网络外医疗服务提供者或机构。

非处方药 (OTC)： 非处方药是指无需医疗保健专业人员开具处方即可购买的药品或者药物。

A 部分： 请参阅 “Medicare Part A” 。

B 部分： 请参阅 “Medicare Part B” 。

C 部分： 请参阅 “Medicare Part C” 。

D 部分： 请参阅 “Medicare Part D” 。

D 部分药物： 请参阅 “Medicare Part D 药物” 。

个人健康信息（也称为受保护健康信息）(PHI)： 有关您和您的健康的信息， 例如您的姓名、 地址、 社会保险号码、 医生就诊和病史。 有关我们如何保护、 使用和披露您的 PHI 以及您对 PHI 的权利的更多信息， 请参阅我们的隐私惯例通知。

预防服务： 在治疗可能最有效的早期阶段预防疾病或者检测疾病的医疗保健（例如， 预防服务包括子宫颈抹片检查、 流感疫苗和乳房 X 光筛查）。

初级医疗服务提供者 (PCP)： 对于大多数健康问题， 您首先求助的医生或者其他医疗服务提供者。 他们会确保您获得所需的健康照护。

- 他们还可能会与其他医生和医疗服务提供者讨论您的护理， 并将您转介给他们。
- 在许多 Medicare 健康计划中， 您必须在使用任何其他医疗服务提供者之前使用您的初级医疗服务提供者。

- 关于如何通过初级医疗服务提供者获取护理的信息， 请参阅本*参保手册*第 **3 章**。

事先授权 (PA)： 在您获得特定服务或者药品或者使用网络外医疗服务提供者之前， 您必须获得我们的批准。 如果您未事先获得批准， 本计划可能不承保服务或药品。

仅当您的医生或其他网络内医疗服务提供者从我们处获得 PA 时， 本计划才会承保某些网络内医疗服务。

- 需要本计划的 PA 的承保服务在本*参保手册*第 **4 章**中作了标记。

只有当您从我们处获得 PA 时， 本计划才会承保某些药品。

- 需本计划 PA 的承保药品在*承保药品清单*中标记， 相关规则已在我们的网站上公布。

全面老年护理计划 (PACE)： 一项为 55 岁及以上需要更高水平的护理才能在家中生活的人群提供 Medicare 和 Medicaid 福利的计划。

假体和矫形器： 由医生或者其他医疗服务提供者订购的医疗设备， 包括但不限于手臂、 背部和颈部支架 ； 假肢 ； 假眼 ； 以及替换体内部分或者功能所需的装置， 包括造口术用品和肠内及肠外营养疗法。

医疗服务提供者： 指持有州政府颁发的执业资质并为您提供服务和护理医生、 护士及其他人员。 医疗服务提供者还包括医院、 家庭保健机构、 诊所和其他为您提供医疗保健服务、 行为健康服务、 医疗设备和某些 LTSS 的场所。

质量改进组织 (QIO)： 一群帮助改善 Medicare 患者护理质量的医生和其他医疗保健专家。 联邦政府向 QIO 支付费用， 以检查和改善对患者的护理。 有关 QIO 的信息， 请参阅本*参保手册*第 **2 章**。

数量限制： 您可获取某一药品的最大数量限制。 我们可能会限制每张处方承保的药物数量。

实时福利查询工具： 参保人可以在其中查找完整、 准确、 及时、 临床上适当、 参保人特定的承保药品和福利信息的门户或者计算机应用程序。 其中包括分摊费用金额， 可用于与给定药品相同健康状况的替代药品以及适用于替代药品的承保限制（事先授权、 阶梯疗法、 数量限制）。

转诊： 您的初级医疗服务提供者 (PCP) 或我们出具的许可， 允许您咨询除 PCP 之外的其他医疗服务提供者。 如果您未事先获得批准， 我们可能不会承保服务。 您不需要转诊即可使用某些专科医生， 如女性健康专科医生。 有关转诊的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **3 章和第 4 章**。

康复服务： 帮助您从疾病、 事故或者大手术中康复的治疗。 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。 有关康复服务的更多信息， 请参阅本*参保手册*第 **4 章**。

敏感服务 ： 与心理或者行为健康、 性健康和生殖健康、 计划生育、 性传播感染 (STI)、 艾滋病毒/艾滋病、 性侵犯和堕胎、 药物使用障碍、 性别肯定护理和亲密伴侣暴力有关的服务。

服务区域 ： 如果健康计划根据人们居住的地方限制会员资格， 则接受参保成员的地理区域。 对于限制您可能使用的医生和医院的计划， 通常是您可以获得常规（非急诊）服务的区域。 只有居住在我们服务区域的人员才能参加本计划。

专业护理机构 (SNF) ： 配备工作人员和设备来提供专业护理以及在大多数情况下还提供专业的康复服务和其他相关保健服务的护理机构。

专业护理机构 (SNF) 护理 ： 在专业护理机构中每天持续提供专业护理和康复服务。 专业护理机构护理的示例包括注册护士或医生可以提供的物理治疗或静脉 (IV) 注射。

专科医生 ： 治疗某些类型的医疗保健问题的医生。 例如， 骨科医生治疗骨折 ； 过敏症专科医生治疗过敏 ； 心脏病专家治疗心脏病。 在大多数情况下， 参保成员需要 PCP 的转诊才能去看专科医生。

专科药房 ： 请参阅本*参保手册***第 5 章**， 了解有关专科药房的更多信息。

州听证会 ： 若您的医生或其他医疗服务提供者申请的某项 Medi-Cal 服务未获我们批准， 或我们不再为您已在接受的某项 Medi-Cal 服务支付费用， 您可申请举行州听证会。 如果州听证会的裁决对您有利， 我们必须向您提供您所要求的服务。

阶梯疗法 ： 在我们承保您要求的药物之前， 要求您尝试另一种药物的承保规则。

补充保障收入 (SSI) ： 社会保障每月向收入和资源有限的残疾人、 盲人或者 65 岁及以上的人支付的福利。 SSI 福利与社会保障福利不同。

急需医疗 ： 您因不可预见的疾病、 伤害或者非急诊但需要立即护理的状况而获得的护理。 当您无法联系到网络外医疗服务提供者时， 您可以从网络外医疗服务提供者处获得急需医疗，因为根据您的时间、 地点或情况， 从网络内医疗服务提供者处获得服务是不可能的， 或者是不合理的（例如， 当您在本计划的服务区域之外， 并且您因未发现的病症需要医疗上需要的即时服务， 但这不是医疗紧急情况）。

本页有意留空。

本页有意留空。

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 会员服务

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。 会员服务还为非英语母语者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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
网站	go.wellcare.com/HealthNetCA

PRA 披露声明 ：

根据 1995 年颁布的《文书削减法》， 除非显示有效的行政管理和预算局 (OMB) 控制编号，否则任何人均无需对信息收集作出回应。 此信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1444。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。