2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

承保證明：

您作爲 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 保戶所享有的 Medicare 健康福利、服務和處方藥承保

本文件詳細記載自 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日止，您在 Medicare 的健康照護和處方藥承保內容。**這是一份重要的法律文件。請妥善保管。**

若對於本文件有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-844-796-6811。(TTY 使用者請撥打 711)。服務時間：在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此爲免付費電話。

本計劃，Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 由 Managed Health Services Insurance Corp. 提供。(本*承保證明*中稱「我們」或「我們的」時均指 Managed Health Services Insurance Corp.；稱「計劃」或「我們的計劃」時均指 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)。)

本文件免費提供西班牙文、中文、韓文、越南文、阿拉伯文、俄文、寮文、阿爾巴尼亞文、波蘭文、印地文、緬甸文、克羅埃西亞文和索馬里文版本。我們必須以適合您的方式提供資訊 (音訊、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)。如果您需要其他格式的計劃資訊，請致電會員服務部。

福利及/或共付額/共同保險金可能於 2026 年 1 月 1 日變更。

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

本文件說明您的福利與權利。使用此文件可瞭解：

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

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)
WI5CNCEOC60408C_0007
H8189_007_2025_WI_EOC_DSNP_155309C_C
H8189007000

根據照護模式審查，Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 已獲 National Committee for Quality Assurance (NCQA) 核准，可在 2026 年之前經營特殊需求計劃 (SNP)。

2025 年承保證明

目錄

第 1 章： *保戶入門指南* **7**

第 1 節 引言 7
第 2 節 要成爲計劃保戶必須符合哪些條件？ 8
第 3 節 您將會收到的重要保戶資料 10
第 4 節 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 的每月費用 11
第 5 節 更多有關於您每月保費的資訊 13
第 6 節 更新您的計劃保戶資格記錄 14
第 7 節 本項計劃與其他保險的合作方式 14

第 2 章： *重要電話號碼及資源* **17**

第 1 節 本項計劃的聯絡方式 (如何與我們聯絡，包括如何與會員服務部聯絡) 17
第 2 節 Medicare (如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助與資訊) 22
第 3 節 州健康保險協助計劃 (針對您有關 Medicare 的問題提供免費幫助、資訊和答覆) 23
第 4 節 品質改善組織 23
第 5 節 社會安全局 24
第 6 節 Medicaid 25
第 7 節 幫助人們支付處方藥計劃的相關資訊 26
第 8 節 如何與鐵路退休委員會聯絡 28
第 9 節 您享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險嗎？ 28

第 3 章： *使用計劃獲得醫療和其他承保服務* **30**

第 1 節 作爲本項計劃的保戶如何獲得您的醫療護理及其他服務須知 30
第 2 節 透過本項計劃網絡內服務提供者獲得您的醫療護理及其他服務 31
第 3 節 當您出現緊急情況或緊急護理需求或在重大災難期間，如何獲得服務 35
第 4 節 如果要求您直接支付服務的全部費用，該怎麼辦？ 37
第 5 節 如果您參加臨床試驗研究，如何獲得醫療服務承保？ 37
第 6 節 接受宗教性非醫療保健組織的護理必須遵守的規定 39
第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定 40

第 4 章： ***醫療給付表 (承保項目及自費項目)*** **43**
第 1 節 瞭解您應該爲承保服務支付的自付額 43
第 2 節 使用*醫療給付表*查找承保服務和您需要支付的費用 44
第 3 節 哪些承保服務是在計劃以外？ 83
第 4 節 本項計劃不承保哪些服務？ 83

第 5 章： ***使用計劃承保項目保障 D 部分處方藥*** **86**
第 1 節 引言 87
第 2 節 在網絡內藥房或透過本項計劃的郵購服務配取處方藥 88
第 3 節 您的藥物必須在本項計劃的藥物清單上 91
第 4 節 有些藥物有承保限制 92
第 5 節 如果您的某種藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？ 93
第 6 節 如果您的一種藥物承保範圍發生變更，該怎麼辦？ 95
第 7 節 本項計劃不承保哪些類型的藥物？ 97
第 8 節 配取處方藥 98
第 9 節 特殊情形下的 D 部分藥物承保 98
第 10 節 藥物安全性與藥物管理計劃 99
第 11 節 我們會寄報告給您，解釋您的藥物付款和您所處的付款階段 101

第 6 章： ***您爲 D 部分處方藥支付的費用*** **103**

第 7 章： ***要求我們給付您所收到的承保醫療服務或藥物的帳單*** **105**
第 1 節 您應請求我們爲您承保服務或藥物付費的情況 106
第 2 節 如何請求我們向您償還費用或支付您收到的帳單 108
第 3 節 我們將考慮您的付款請求，然後核准或拒絕您的請求 109

第 8 章： ***您的權利與責任*** **110**
第 1 節 我們的計劃必須尊重您作爲計劃保戶的權利和文化敏銳度 111
第 2 節 作爲計劃保戶，您需要承擔一些責任 125

第 9 章： ***如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦*** **128**
第 1 節 引言 128
第 2 節 從何處獲得更多資訊和個人化幫助 128
第 3 節 爲了處理您的問題，您應當使用哪種程序？ 129

第 4 節 處理您的 Medicare 福利問題 130
第 5 節 承保決定與上訴基礎知識指南 130
第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴 133
第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴 138
第 8 節 如果您認爲自己過早出院，如何請求我們承保更長的住院停留時間 145
第 9 節 如果您認爲您的承保終止過早，如何請求我們繼續承保某些醫療服務 149
第 10 節 將您的上訴升級至 3 級及更高級別 151
第 11 節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴 154
第 12 節 處理您的 Wisconsin 衛生服務部福利問題 156

第 10 章： ***終止您於計劃中的保戶資格*** **....158**
第 1 節 說明如何終止您在本項計劃中的保戶資格 158
第 2 節 您何時可以終止在我們的計劃的保戶資格？ 158
第 3 節 您如何終止在本項計劃的保戶資格？ 161
第 4 節 在您終止保戶資格之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得您的醫療物品、服務和藥物 161
第 5 節 在某些情況下，我們必須終止您在本項計劃的保戶資格 162

第 11 章： ***法律通知*** **....165**
第 1 節 管轄法律聲明 165
第 2 節 關於不歧視的通知 165
第 3 節 關於 Medicare 第二付款方的代位權聲明 165
第 4 節 在您的 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 計劃中由本項計劃所支付之福利的追回 165
第 5 節 保戶卡 167
第 6 節 獨立簽約者 167
第 7 節 健康護理計劃詐欺 168
第 8 節 不在計劃控制範圍之狀況 168

第 12 章： ***重要詞彙定義*** **....170**

第 1 章：

保戶入門指南

第 1 節 引言

第 1.1 節 您已加入 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)，這是一項專門的 Medicare Advantage 計劃端點服務 (特殊需求計劃)

您同時由 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部承保：

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

您選擇透過我們的 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 計劃來獲得您的 Medicare 健康護理和處方藥承保。我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。然而，本計劃涉及的分攤費用和提供者與 Original Medicare 不同。

Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 是一項特殊的 Medicare Advantage 計劃 (也就是 Medicare 特殊需求計劃)，這意味著其福利是爲有特殊健康護理需求的人而設計。本計劃是爲有 Medicare 和有權接受 Wisconsin 衛生服務部資助的人而設計。

由於您可獲得 Wisconsin 衛生服務部補助您的 Medicare Part A 和 Part B 分攤費用 (自付額、共付額和共同保險金)，您可能不會爲您的 Medicare 健康護理服務支付任何費用。Wisconsin 衛生服務部還可能透過爲 Medicare 通常不承保的健康護理服務提供承保，向您提供其他福利。您還可以從 Medicare 接受「額外幫助」，支付您的 Medicare 處方藥物費用。本項計劃將幫助管理您的所有此類福利，以便您獲得您有權享有的健康護理服務和付款協助。

本項計劃由私人公司執行。與所有的 Medicare Advantage 計劃一樣，本項 Medicare 特殊需求計劃已獲得 Medicare 批准。本項計劃還與 Wisconsin Medicaid 計劃簽約，協調您的 Wisconsin 衛生服務部福利。我們非常高興向您提供您的 Medicare 健康護理承保，包括您的處方藥承保。

本項計劃的承保符合合格健康承保 (QHC) 的資格，並滿足患者保護與可負擔護理法案 (ACA) 個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解更多資訊。

第 1.2 節 本*承保證明*文件有哪些內容？

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

*承保*和*承保服務*指您作爲 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 保戶可獲得的醫療護理、服務和處方藥。

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

如果您感到困惑、有疑慮，或有任何問題，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 *承保證明*的法律資訊

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

本合約在 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日期間，您加入本項計劃的月份內有效。

Medicare 允許我們可在每一曆年對我們提供的計劃做出變更。這意味著，我們可以在 2025 年 12 月 31 日以後對 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 的費用與福利做出變更。我們也可在 2025 年 12 月 31 日以後選擇在您的服務區域停止提供計劃，或在不同的服務區域提供。

Medicare (美國醫療服務中心，Centers for Medicare & Medicaid Services) 必須每年核准 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)。只要我們選擇繼續提供本項計劃，並且 Medicare 展延核准本項計劃，您就可以作爲本項計劃保戶每年繼續獲得 Medicare 承保。

第 2 節 要成爲計劃保戶必須符合哪些條件？

第 2.1 節 您的資格要求

只要您符合下列條件，您就可以成爲本項計劃保戶：

- 同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B
- -- *並且* -- 您住在我們的服務區域內 (下面第 2.3 節有我們的服務區域說明)。被監禁的個人即使實際位於服務區域內，仍不被視爲居住在服務區域內。
- -- *並且* -- 您是美國公民或合法生活在美國境內
- --*並且* -- 您符合以下描述的特殊資格要求。

本項計劃特殊資格要求

本項計劃是爲了滿足接受某些 Medicaid 福利的人的需求而設計的。(Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。)如需符合本項計劃的要求，您必須有資格根據 Wisconsin 衛生服務部享有 Medicare 及某些分攤費用協助。

請注意：如果您失去您的資格，但可合理預期在 6 個月內重新取得這項資格，則您在本計劃中仍然具有保戶資格 (請參閱第 4 章第 2.1 節，會告訴您有關準續期資格期間的承保範圍和分攤費用)。

第 2.2 節 什麼是 Medicaid？

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

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

- **特定低收入 Medicare 保險受益人 (SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。
- **特定低收入 Medicare 保險受益人外加 (SLMB+)**：幫助支付 B 部分保費。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 福利。
- **合資格個人 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **合資格殘疾工作者 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

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

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

我們的服務區域包括 Wisconsin 的這些郡：Adams、Brown、Calumet、Clark、Columbia、Dane、Dodge、Fond du Lac、Green Lake、Jefferson、Kenosha、Kewaunee、Langlade、Lincoln、Manitowoc、Marathon、Marinette、Marquette、Menominee、Milwaukee、Oconto、Outagamie、Ozaukee、Portage、Racine、Shawano、Sheboygan、Taylor、Walworth、Washington、Waukesha、Waupaca、Waushara、Winnebago 和 Wood。

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

如果您遷離或更改郵寄地址，致電社會安全局也很重要。您可在第 2 章第 5 節中找到社會安全局的電話號碼及聯絡資訊。

第 2.4 節 美國公民或合法居留

Medicare 健康計劃的保戶必須是美國公民或依法居住在美國境內。若您不再符合保戶身份的資格，Medicare (美國醫療服務中心，Centers for Medicare & Medicaid Services) 將通知 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)。若您不符合這項要求，Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 必須讓您退保。

第 3 節 您將會收到的重要保戶資料

第 3.1 節 您的計劃保戶卡

您成爲我們的計劃保戶後，在獲得我們的計劃承保服務，以及從網絡內藥房配取處方藥時必須使用您的保戶卡。您也應向您的服務提供者顯示您的 Wisconsin 衛生服務部卡。這裡附上一份保戶卡樣本，您的保戶卡如下圖所示：

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

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

第 3.2 節 服務提供者與藥房名錄

*服務提供者與藥房名錄*列出了目前網絡內服務提供者、耐用醫療設備供應商和網絡內藥房。**網絡內服務提供者**是與我們簽有協議的醫生以及其他健康護理專業人士、醫療群體、耐用醫療設備供應商、醫院以及其他健康護理設施，他們與我們簽約，接受我們的付款和任何計劃的分攤費用做爲全額付款接受。

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

您必須使用網絡內服務提供者以獲得醫療照護和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方，您必須全額支付。例外處理僅限在急診、緊急需求服務時無法使用網絡 (亦即，無法合理取得或無法取得網絡內服務的狀況)、區域外透析服務，以及 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 授權使用網絡外服務提供者的狀況。

請在我們的網站 www.2025wellcaredirectories.com 查閱最新的服務提供者和供應商名單。

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

服務提供者與藥房名錄 www.2025wellcaredirectories.com 列出了我們的網絡內藥房。**網絡內藥房**是所有同意爲本項計劃保戶承保的處方藥配藥的藥房。您可以使用*服務提供者與藥房名錄*，查找您想使用的網絡內藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解您何時可以使用計劃網絡外的藥房之相關資訊。

如果您沒有*服務提供者與藥房名錄*，您可以從會員服務部取得副本。您還可以瀏覽我們的網站 www.2025wellcaredirectories.com 查找此類資訊。

第 3.3 節 本項計劃的承保藥物清單 (*處方集*)

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

藥物清單同時告訴您是否有任何規定限制您的藥物承保。

我們將提供您一份藥物清單。如需有關我們承保藥物的最完整和最新資訊，您可以造訪本項計劃的網站 (www.wellcare.com/allwellWI)，或致電會員服務部。

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

您的費用可能包括下列：

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

第 4.1 節 計劃保費

額外幫助 方案代表您自己支付保費，所以您不需要爲本項計劃另外支付每月計劃保費。

第 4.2 節 每月 Medicare Part B 保費

許多保戶必須支付其他 Medicare 保費

一些保戶必須支付其他 Medicare 保費。如以上第 2 節所述，若要符合我們計劃的資格，您必須保持 Wisconsin 衛生服務部的資格，同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B 的資格。對於大多數 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 保戶而言，Wisconsin 衛生服務部支付您的 A 部分保費 (如果您不是自動符合資格) 和 B 部分保費。

如果 Wisconsin 衛生服務部不爲您支付 Medicare 保費，您必須繼續支付您的 Medicare 保費，才能繼續成爲本項計劃的保戶。這包括您的 B 部分保費。也可能包括 A 部分保費，這會影響不符合免除 A 部分保費資格的保戶。

第 4.3 節 D 部分延遲投保罰款

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

在下列狀況下，您**將無需**支付：

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

Medicare 會決定罰款金額。以下是計算方法：

- 首先，計算您有資格投保後，您延遲了多少個完整的月份才投保 Medicare 藥物計劃。或者如果承保間斷時間達到 63 天或更長，則計算您有多少個完整的月份沒有可信的處方藥承保。在您沒有可信承保期間，每個月的罰款爲 1%。舉例來說，假設您有 14 個月沒有承保，罰款將是 14%。
- 然後，Medicare 會根據前一年的資料決定全國 Medicare 藥物計劃的平均每月保費。2025 年，該平均保費金額爲 $36.78。
- 要計算您的每月罰款，您可用罰款百分比乘以平均每月保費，然後將結果四捨五入保留至 10 美分。在本例中，應該是 14% 乘以 $36.78，等於 $5.15。然後四捨五入得出 $5.20。該金額會增加到 **D 部分延遲投保罰款者的每月保費中**。

關於該每月 D 部分延遲投保罰款，有三個重要的注意事項：

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

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

第 4.4 節 與收入相關的每月調整數額

有些保戶可能需要支付額外的費用，亦即 D 部分與收入相關的每月調整數額，也稱爲 IRMAA。額外費用是根據您兩年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入來決定。如果此金額高於特定金額，您必須支付標準保費以及額外的 IRMAA。有關您可能需要根據收入支付的額外金額的更多資訊，請造訪 https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans。

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

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

第 5 節 更多有關於您每月保費的資訊

第 5.1 節 我們是否可以在一年之中變更您的每月計劃保費？

否。我們不能在一年之中更改我們收取的每月計劃保費的金額。如果下一年度的每月計劃保費變更，我們會在 9 月通知您，變更將於 1 月 1 日生效。

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

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

您可在第 2 章第 7 節中找到有關「額外幫助」計劃的詳細資訊。

第 6 節 更新您的計劃保戶資格記錄

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

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

告訴我們以下變更：

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

如果您的任何資訊有變更，請致電會員服務部通知我們。

如果您搬家或更改郵寄地址，聯絡社會安全局也很重要。您可在第 2 章第 5 節中找到社會安全局的電話號碼及聯絡資訊。

第 7 節 本項計劃與其他保險的合作方式

其他保險

Medicare 要求我們向您收集您享有的任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。這是因爲我們必須將您享有的任何其他承保與您在本項計劃中享有的福利進行協調。這稱爲**福利協調**。

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

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

這些規定適用於僱主或工會團體健康計劃承保：

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

這些承保類型通常爲以下每一種相關的服務先付款：

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

Medicaid 與 TRICARE 從不爲 Medicare 承保服務先付款。他們只會在 Medicare 及/或僱主團體健康計劃已經付款後再付款。

第 2 章：

重要電話號碼及資源

第 1 節 本項計劃的聯絡方式 (如何與我們聯絡，包括如何與會員服務部聯絡)

如何與本項計劃的會員服務部聯絡

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

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在非服務時間、週末和聯邦假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一 (1) 個工作天內回電給您。 會員服務部還可爲非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Wellcare By Allwell PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
網站	www.wellcare.com/allwellWI

當您請求作出醫療護理承保決定或上訴時如何與我們聯絡

承保決定是我們對您的福利和承保或我們爲您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額作出的決定。上訴是透過正式方式要求我們審查並變更我們作出的承保決定。有關請求作出您的醫療護理或 D 部分處方藥承保決定或上訴的更多資訊，請查閱第 9 章 *(如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦)*。

方法	醫療護理的承保決定 - 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Coverage Determinations Department - Medical PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

方法	有關 D 部分處方藥的承保決定 - 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-866-226-1093
寫信	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
網站	wellcare.mhswi.com/coveragedeterminations

方法	醫療護理上訴 - 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-0343

方法	**D 部分處方藥物上訴 - 聯絡資訊**
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-866-388-1766
寫信	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
網站	www.wellcare.com/allwellWI

當對您的醫療護理提出投訴時，如何與我們聯絡

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

方法	醫療照護投訴 – 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-273-2671
寫信	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-1410
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提出對 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交線上投訴，請造訪：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

方法	D 部分處方藥物投訴 - 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 此爲免付費電話。 在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

方法	D 部分處方藥物投訴 - 聯絡資訊
傳真	1-844-273-2671
寫信	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提出對 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交線上投訴，請造訪：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

如要請求我們支付您收到的我們分攤的醫療護理或藥物費用，應將請求遞交何處

如果您收到您認爲我們應該支付的服務帳單或支付的費用 (例如服務提供者帳單)，您可能需要要求我們償還費用或支付服務提供者帳單。請查閱第 7 章 *(要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單)*。

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

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

第 2 節 Medicare (如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助與資訊)

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

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

方法	**Medicare - 聯絡資訊**
致電	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 此爲免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時服務。
TTY	1-877-486-2048 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障者使用。 此爲免付費電話。
網站	www.Medicare.gov 這是 Medicare 的政府官方網站。它向您提供 有關 Medicare 和目前 Medicare 問題的最新資訊。它也提供有關醫院、護理院、醫生、家庭健康代理機構以及腎透析設施的資訊。網站上有文件可以讓您直接在電腦上列印出來。您還可以找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。 Medicare 網站也提供以下工具，讓您獲得有關您的 Medicare 資格以及投保選項的詳細資訊： • **Medicare 資格工具：**提供有關 Medicare 資格狀況的資訊。 • **Medicare 計劃尋找器：**提供在您所在地區有關可用的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 健康計劃以及 Medigap (Medicare 補充保險) 保單的個人化資訊。這些工具提供不同 Medicare 計劃中您的自付額*估算額*。 您還可使用該網站告訴 Medicare 您對本項計劃的任何投訴： • **向 Medicare 投訴：**您可以直接向 Medicare 提交對本項計劃的投訴。如需向 Medicare 提交投訴，請造訪：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會認真對待您的投訴，並將利用這些資訊來幫助提高 Medicare 計劃的品質。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心可以幫助您使用其電腦瀏覽本網站。或者您也可以致電 Medicare，告訴他們您需要的資訊。他們會在網站上找到資訊，並與您一起檢閱資訊。(您可致電 Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一週 7 天，全天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。

第 3 節 州健康保險協助計劃 (針對您有關 Medicare 的問題提供免費幫助、資訊和答覆)

州健康保險協助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都配有培訓有素的顧問。在 Wisconsin，SHIP 稱爲 Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP)。

Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP) 是由聯邦政府撥款的一項獨立 (與任何保險公司或健康計劃無關) 州計劃，爲 Medicare 保戶提供免費的當地健康保險諮詢。

Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP) 顧問可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利、對醫療照護或治療方法提出投訴、解決 Medicare 帳單的問題。Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP) 顧問也可以幫助您排除 Medicare 的相關疑問或問題，協助您瞭解 Medicare 計劃選擇，並解答更換計劃的問題。

取用 SHIP 和其他資源的方法：

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

方法	**Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP) - 聯繫資訊**
致電	1-800-242-1060
TTY	711
寫信	Aging & Disability Resources 1 West Wilson Street, Rm.551 P.O. Box 7851 Madison, Wisconsin 53703
網站	https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm

第 4 節 品質改善組織

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

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

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

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

方法	**Livanta - Wisconsin 的品質改善組織 - 聯絡資訊**
致電	1-888-524-9900 當地時間上午 9 點至下午 5 點，週一至週五，當地時間上午 10 點至下午 4 點，週六至週日
TTY	711
寫信	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	https://www.livantaqio.cms.gov/en

第 5 節 社會安全局

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

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

如果您搬家，或更改郵寄地址，請務必聯絡和通知社會安全局。

方法	**社會安全局 - 聯絡資訊**
致電	1-800-772-1213 此爲免付費電話。 服務時間爲週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。 您可以利用社會安全局的自動電話語音服務，獲得語音資訊，並利用這項每天 24 小時服務處理您的事務。

方法	社會安全局 - 聯絡資訊
TTY	1-800-325-0778 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障者使用。 此爲免付費電話。 服務時間爲週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 Medicaid

身爲本項計劃的保戶，您符合 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部的資格。Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。

此外，有些透過 Wisconsin 衛生服務部提供的計劃可幫助享有 Medicare 的人士支付他們的 Medicare 費用，例如幫助他們支付 Medicare 保費。這些 Medicare 節省計劃每年幫助收入與資源有限的人士節省資金：

- **特定低收入 Medicare 保險受益人 (SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。
- **特定低收入 Medicare 保險受益人外加 (SLMB+)**：幫助支付 B 部分保費。合格受益人還有資格享有全部 Medicaid 福利。
- **合資格個人 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **合資格殘疾工作者 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

如需成爲本項計劃的保戶，您應當同時投保 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部，並在投保時符合所有其他計劃資格要求。如果您對 Medicaid 爲您提供的協助有疑問，請與 Wisconsin 衛生服務部聯絡。

方法	Wisconsin 衛生服務部 – 聯絡資訊
致電	1-608-266-1865 週一至週五，早上 8 點 至下午4:30，CT
TTY	711 1-800-947-3529 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障者使用。
寫信	Wisconsin Medicaid 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
網站	https://www.dhs.wisconsin.gov/health-care-coverage/index.htm

Wisconsin 長期護理申訴專員計劃協助有投保 Wisconsin 衛生服務部的人士處理有關服務或帳單的問題。他/她們可以協助您提出申訴或上訴我們的計劃。

方法	**Wisconsin 長期護理申訴專員計劃 – 聯絡資訊**
致電	1-800-815-0015 當地時間上午 7:45 點到下午 4:30 點，週一至週五
TTY	711
寫信	Board on Aging and Disability Resources (BADR) Board on Aging & Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704
網站	https://longtermcare.wi.gov/Pages/About.aspx

Wisconsin 州老化與長期照護委員會幫助人們獲得有關護理院的資訊，並幫助解決在護理院與入住者，或其家人之間的問題。

方法	**Wisconsin 州老化與長期照護委員會聯絡資訊**
致電	1-800-815-0015 1-800-242 1060 當地時間上午 8 點到下午 4:30，週一至週五
TTY	711
寫信	Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704
網站	https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx

第 7 節 幫助人們支付處方藥計劃的相關資訊

Medicare.gov 網站 (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供如何降低處方藥物費用的相關資訊。對於收入有限的人士，也有其他可協助的計劃，如下所述。

Medicare 的「額外幫助」計劃

我們的大多數保戶符合並早已獲得 Medicare 的「額外幫助」來幫助支付處方藥計劃費用。

如果您享有「額外幫助」和州政府藥物補助計劃 (SPAP) 的承保會怎樣？

許多州和 U.S. Virgin Islands 提供幫助，以支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您投保州政府藥物補助計劃 (SPAP)，Medicare 的「額外幫助」會先支付。

在 Wisconsin，州政府藥物補助計劃是 Wisconsin SeniorCare。

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

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

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

方法	**Wisconsin AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) - 聯絡資訊**
致電	1-800-991-5532 1-608-261-6952 1-608-267-6875 當地時間上午 8 點到下午 4:30，週一至週五
TTY	711 1-800-947-3529 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障者使用。
寫信	Division of Public Health Attn: ADAP P.O. Box 2659 Madison, WI 53701
網站	https://www.dhs.wisconsin.gov/aids-hiv/adap.htm

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

州政府藥物補助計劃

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

在 Wisconsin，州政府藥物補助計劃是 Wisconsin SeniorCare。

方法	**Wisconsin SeniorCare–聯絡資訊**
致電	1-800-657-2038 當地時間上午 8 點到下午 6 點，週一至週五

方法	Wisconsin SeniorCare–聯絡資訊
TTY	711
寫信	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716
網站	http://www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare/

第 8 節 如何與鐵路退休委員會聯絡

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

方法	鐵路退休委員會 - 聯絡資訊
致電	1-877-772-5772 此為免付費電話。 如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9:00 - 下午 3:30，以及週三上午 9:00 - 中午 12:00 與 RRB 代表聯繫。 如果按「1」，您可以 24 小時 (包括週末和假日) 進入自動 RRB 服務專線並記錄資訊。
TTY	1-312-751-4701 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障者使用。 這*不是*免費電話。
網站	rrb.gov/

第 9 節 您享有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險嗎？

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

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

第 3 章：

使用計劃獲得醫療和其他承保服務

第 1 節 作爲本項計劃的保戶如何獲得您的醫療護理及其他服務須知

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

有關本項計劃承保哪些醫療護理與其他服務，以及當您獲得這些護理時您支付多少費用的詳情，請參照下一章，第 4 章 (*醫療給付表，承保項目及自費項目*) 的給付表內容。

第 1.1 節 什麼是網絡內服務提供者和承保服務？

- **服務提供者**是州核發執照可以提供醫療服務和照護的醫生和其他健康照護專業人員。服務提供者一詞也包括醫院及其他健康護理設施。
- **網絡內服務提供者**是與我們簽有協議的醫生以及其他醫療保健專業人員、醫療群體、醫院以及其他健康護理設施，他們與我們簽約，將我們的付款和您的分攤費用金額作爲全額付款接受。我們已安排由這些服務提供者向本項計劃保戶提供承保服務。我們的網絡內服務提供者通常直接向我們收取他們向您提供的護理費用。當您去看網絡內服務提供者時，通常您只需爲承保服務支付您的分攤費用。
- **承保服務**包括我們的計劃承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、設備，和處方藥。您的醫療護理承保服務在第 4 章的給付表中列出。第 5 章討論您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 獲得計劃承保的醫療護理與其他服務的基本規定

作爲一項 Medicare 健康計劃，本項計劃必須承保 Original Medicare 承保的所有服務，並且除了 Original Medicare 承保服務，還可能提供其他服務。請參閱第 4 章醫療給付表 (承保項目及自費項目) 以瞭解計劃承保的服務。

只要符合下列規定，本項計劃通常會承保您的醫療護理：

- **您獲得的護理包括在計劃的醫療給付表內** (該表見本文件第 4 章)。
- **您獲得的護理被認爲是必要的醫療。**必要的醫療是指服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- **您有一位網絡內主治醫生 (PCP)，提供和監督您的護理服務。**作爲本項計劃保戶，您必須選擇一位網絡內 PCP (有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 2.1 節)。
  - 請事先與 PCP 討論您的治療計劃，協調您的護理服務，再到計劃網絡中採用其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或家庭健康護理代理機構。某些服務需要取得事先授權。如需進一步了解這些服務，請參閱第 4 章第 2.1 節的醫療給付表。
- **您必須從網絡內服務提供者處獲得照護** (有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 2 節)。在大部分情況下，您從網絡外服務提供者 (不在本項計劃網絡內服務提供者) 處獲得的護理不

會獲得承保，以下所列爲例外狀況。這表示您必須爲提供者提供的服務支付全部費用。*有三種例外處理：*

- 計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的急診照護或緊急需求服務。有關這方面的更多資訊以及瞭解什麼是急診或緊急需求服務，請查閱本章第 3 節。
- 如果您需要接受 Medicare 要求本項計劃承保的醫療護理，但是我們的網絡內沒有專科醫生無法提供此類護理，您可以使用通常在網絡內支付的分攤費用，從網絡外服務提供者獲得此項護理 (需要事先授權)。在接受照護之前，請打電話給我們，瞭解您可能需要遵守的相關授權規定。在這種情況下，我們將如同您從網絡內服務提供者處接受護理一樣，爲這些服務提供承保。有關獲得在網絡外醫生處門診核准的資訊，請查閱本章第 2.4 節。
- 當您暫時離開本項計劃的服務區域，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時，從 Medicare 認證的透析設施獲得的腎透析服務可獲得本項計劃的承保。您支付本項透析計劃的分攤費用絕不會超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外，並從計劃網絡外的提供者取得透析，您的分攤費用不得超過您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您的一般網絡內服務提供者暫時無法提供透析服務，而且您選擇在服務區域內從計劃網絡以外的服務提供者獲得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。

- **端點服務 (POS) 給付可令您獲得非網絡內服務提供者的特定服務。**在您的端點服務 (POS) 選項下，並非所有服務都在網絡外承保範圍。請參閱第 4 章第 2.1 節的醫療給付表，瞭解有關網絡外承保服務的更多資訊。當您使用自己的 POS 福利時，將需要支付更多金額來獲得這些服務。如需更多資訊，請參閱本章第 2.4 節。

  在獲取網絡外提供者的這些照護時，您無須轉診。但在獲得服務之前，您可能需要確認這些服務是否在我們的承保範圍內。如果我們之後確定服務不在承保範圍內，我們可能會拒絕承保並且您將需要負責支付費用。某些服務可能需要取得事先授權。

第 2 節 透過本項計劃網絡內服務提供者獲得您的醫療護理及其他服務

第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫生 (PCP) 提供和監督您的護理

什麼是 PCP？PCP 能爲您做什麼？

當您成爲本計劃保戶時，您必須選擇一位計劃服務提供者來擔任您的 PCP。PCP 是您健康方面的夥伴，提供或協調您的照護。您的 PCP 是符合州政府要求、接受過爲您提供基本醫療照護培訓的健康照護專業人員。這些包括專精於家庭醫療、綜合醫療、內科和老年病學的醫生。專科護理師 (NP)，受過特殊訓練且持有州政府執照的護理師，提供基本水準的健康照護，或有資格作爲 PCP 的醫生助理 (PA)，提供在基層醫療體系內的服務，也可以當作您的 PCP。

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

- X 光、
- 化驗、

- 物理、職業及/或語言治療、
- 專科醫生的照護、
- 住院，以及
- 後續護理

「協調」您的承保服務包括與其他計劃服務提供者確認，或諮詢您的照護內容及照護情況。對於特定類型的服務或用品，您的 PCP 需要取得事先授權 (事先核准)。如果您需要事先授權的服務，您的 PCP 就必須取得本計劃的授權。由於您的 PCP 將爲您提供和協調您的醫療照護，您應當將您過去的所有醫療記錄都送到您的 PCP 的診所。針對您大多數的例行健康照護需求，您通常會先請您的 PCP 爲您看診。我們建議您讓 PCP 協調您的所有照護。如需詳細資訊，請參閱本章的第 2.2 節。

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

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

您如何選擇 PCP？

若要選擇您的 PCP，請前往我們的網站 www.2025wellcaredirectories.com，並從我們的計劃網絡中選擇 PCP。會員服務部也可以協助您選擇 PCP。一旦您已經選擇 PCP，請依您的選擇致電會員服務部。您的 PCP 必須在我們的網絡中。

如果您想使用特定的計劃專科醫生或醫院，請先確認該專科醫生和/或醫院是否屬於 PCP 的網絡。

如果您未選擇一個 PCP，或如果您選擇的 PCP 不屬於本計劃，我們將自動爲您在您家附近指定一個 PCP。

更換您的 PCP

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

如果您想要更換 PCP，請致電會員服務部。每個計劃的 PCP 都可能會轉診給特定的計劃專科醫生，並使用他們的網絡中的特定醫院。這表示您所選擇的計劃 PCP 可能會決定您可能會使用的專科醫生和醫院。如果您要使用特定的專科醫生或醫院，請瞭解您的計劃 PCP 是否使用這些專科醫生或醫院。

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

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

未經您的 PCP 事先核准，您也可獲取下列服務。

- 女性例行健康照護，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢 (乳房 X 光檢查)、子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務
- 流感預防針 (或疫苗)、COVID-19 疫苗接種和肺炎疫苗接種，但需從網絡內服務提供者處獲得這些服務。
- 從網絡內或網絡外服務提供者處獲得的緊急情況服務
- 緊急需求的計劃承保服務，即需要立刻就診但非急診的情況，適用於您暫時離開計劃的服務區域，或是在您的時間、地點和情況下，無法合理向與計劃簽訂合約的網絡內服務提供者取得此服務。緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病症意外發作。但是，年度檢查等醫療上必要的例行服務提供者就診不被視爲緊急需求服務，即使您在計劃的服務區域以外，或計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。
- 當您暫時離開本項計劃的服務區域時，從 Medicare 認證的透析設施獲得腎透析服務。如可能，請在您離開服務區域之前致電會員服務部，以便我們能夠幫助安排您在服務區域外接受維持性透析服務。

第 2.3 節 如何獲得專科醫生和網絡內其他服務提供者的護理

專科醫生是爲某種特定疾病或身體部位提供醫療護理服務的醫生。專科醫生有多種類型。以下是幾個例子：

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

與您的 PCP 討論您的健康照護需求並取得建議，尋找能支援您照護需求的專家。看專科醫生不需要轉診。不過在某些情況下，您、您的代表或您的 PCP/服務提供者會需要獲得本計劃的事先授權。關於哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章第 2.1 節。

如果專科醫生或其他網絡內服務提供者離開本項計劃，怎麼辦？

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

- 即使我們的服務提供者網絡可能在一年中變更，Medicare 規定我們仍要向您提供不間斷的合格醫生和專科醫師服務。

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

第 2.4 節 如何獲得網絡外服務提供者的護理

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

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

透過端點服務 (POS) 福利，您可以使用網絡外服務提供者取得特定承保服務。請參閱第 4 章第 2.1 節的醫療給付表，瞭解有關網絡外承保服務的更多資訊。當您使用自己的 POS 福利時，將需要支付更多金額來獲得這些服務。當您透過 POS 福利使用網絡外服務提供者時，您的自付費用可能會較高。在獲取網絡外的這些服務時，您無須轉診。但在獲得服務之前，您可能需要跟我們確認這些服務是否在我們的承保範圍內。如果我們之後確定服務不在承保範圍內，我們可能會拒絕承保並且您將需要負責支付費用。某些服務可能需要取得事先授權。

如果您認爲網絡外服務提供者向您發送的帳單應該由我們支付，請聯絡會員服務部或將帳單送交我們支付。我們將向您的服務提供者支付我們的帳單分攤費用，並且您的服務提供者可能向您收取您應支付的金額 (如有)。

第 3 節 當您出現緊急情況或緊急護理需求或在重大災難期間，如何獲得服務

第 3.1 節 出現緊急醫療情況時如何獲得護理

什麼是緊急醫療情況且如果您有醫療緊急情況應該怎麼做？

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

如果您出現緊急醫療情況：

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

您出現緊急醫療情況時哪些服務可獲得承保？

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

向您提供急診照護的醫生會決定您的病症是否穩定，緊急醫療情況是否已經終止。

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

如果並非緊急醫療情況，怎麼辦？

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

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

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

第 3.2 節 當您急需接受服務時如何獲得護理

什麼是緊急需求服務？

此爲計劃承保的服務，需要立刻就診但非急診的情況即爲緊急需求服務，無論是您暫時離開計劃的服務區域，或是在您的時間、地點和情況下，無法合理向與計劃簽訂合約的網絡內服務提供者取得此服務皆適用。緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病症意外發作。但是，年度檢查等醫療上必要的例行服務提供者就診不被視爲緊急需求服務，即使您在計劃的服務區域以外，或計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。

如果您需要接受緊急護理，請聯絡您的 PCP 的診所，每天 24 小時提供服務。您可能會獲得前往網絡內緊急護理中心接受緊急護理服務的指示。您可在*服務提供者與藥房名錄*，或在我們的網站 www.2025wellcaredirectories.com 上查閱網絡內緊急護理中心清單。如果在您的醫生診所接受緊急護理服務，您需要爲診所門診支付共付額；但如果您在網絡內緊急護理中心或無需預約診所接受緊急護理服務，您將向緊急護理中心支付共付額，金額可能不同。參閱第 4 章，*醫療給付表 (承保項目及自費項目)*，瞭解適用於醫生診所或網絡內緊急護理中心或無需預約診所提供的服務的共付額。

您也可以隨時聯絡護理師諮商專線。照護專業人士每週七天，全天候 24 小時爲您解答問題。如需更多有關護士諮詢專線的資訊，請參閱第 4 章 *(醫療給付表 (承保項目及自費項目))* 中的健康與保健教育計劃給付類別，或請致電會員服務部。

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

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

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

第 3.3 節 重大災難期間獲得護理

如果您所在州、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣佈您所在的地區處於重大災難或緊急情況，您仍然有資格從本項計劃獲得護理服務。

欲瞭解如何在重大災難期間獲得所需護理的相關資訊，請造訪以下網站 www.wellcare.com/allwellWI。

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

第 4 節 如果要求您直接支付服務的全部費用，該怎麼辦？

第 4.1 節 您可以要求我們爲承保服務支付我們應承擔的費用

如果您的支付額超出您的承保服務計劃分攤費用，或者如果您收到承保醫療服務全部費用的帳單，請查閱第 7 章 (*要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單*)，瞭解如何處理此類狀況的資訊。

第 4.2 節 如果服務不在我們的計劃承保範圍內，怎麼辦？

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

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

第 5 節 如果您參加臨床試驗研究，如何獲得醫療服務承保？

第 5.1 節 什麼是臨床試驗研究？

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

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

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

金額。參加臨床試驗研究期間，您仍然可以繼續留在本項計劃中，繼續透過本項計劃接受其餘的護理 (與研究無關的護理)。

如果您希望參加任何 Medicare 批准的臨床試驗研究，您*不*需告知我們，或取得我們或您 PCP 的批准。作爲臨床試驗研究一部分爲您提供護理的服務提供者*無*需是本項計劃網絡內服務提供者。請注意，其中不包括我們計劃所負責的給付項目，也就是評估福利的臨床試驗或登錄部分。這些包括在需要實證發展給付的國家承保裁定 (NCDs-CED) 和研究裝置試驗 (IDE) 下指定的某些福利，可能受事先授權和其他計劃規定的約束。

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

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

第 5.2 節 當您參加臨床試驗研究時，由誰支付哪些服務？

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

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

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

> *以下爲分攤費用方式範例：*比如說，作爲試驗研究的一部分，您接受一項化驗，花費 $100。如果根據 Original Medicare，您應爲該項化驗支付 $20 的分攤費用，而根據本項計劃的福利，您只需支付 $10。在這種情況下，Original Medicare 將爲化驗支付 $80，您將按照 Original Medicare 支付所需的共付額 $20。然後，您會通知您的計劃，表示收到合格的臨床試驗服務，並將服務提供者帳單等文件提交給計劃。然後計劃會直接支付您 $10。因此，您的淨付款爲 $10，與您在我們的計劃福利所需支付的金額相同。請注意，爲了從您的計劃收到款項，您必須將提供者帳單等文件提交至您的計劃。

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

- Medicare 通常*不會*支付研究正在測試的新項目或新服務的費用，除非 Medicare 承保該項目或服務，那麼即使您*未*參與研究亦不在此限。
- 僅爲了收集資料而提供 (並非直接用於您的健康護理) 的項目或服務。例如，如果您的醫療病症通常只需要做一次 CT 掃描，Medicare 不會爲您作爲試驗研究的一部分每月接受一次的 CT 掃描支付費用。
- 研究委託者慣例上爲試驗參與者免費提供的項目和服務。

您是否希望瞭解更多資訊？

您可以造訪 Medicare 網站，進一步瞭解加入臨床試驗研究的相關資訊，請參閱或下載刊物 *Medicare 和臨床試驗研究*。(本刊物可於以下網址取得：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。)您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，全天候 24 小時均提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 6 節 接受宗教性非醫療保健組織的護理必須遵守的規定

第 6.1 節 什麼是宗教性非醫療保健組織？

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

第 6.2 節 接受宗教性非醫療保健組織提供的護理服務

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

- **非強制性**醫療護理或治療是指*自願性*且*非聯邦*、*州或地方法律要求*提供的任何醫療護理或治療。
- **強制性**醫療是指任何並*非*您自願，而是聯邦、州，或地方法律*規定*您必須接受的醫療照護或治療。

如欲取得本計劃的承保，您從宗教性非醫療保健組織取得的照護必須符合以下條件：

- 提供照護的機構必須經由 Medicare 認證。
- 您接受的本項計劃承保服務僅限於*非宗教*方面的護理。
- 如果您從該組織接受的服務是在一家機構為您提供，則適用於下列條件：
  - 您的醫療病症必須允許您接受住院照護或專業護理機構照護的承保服務。
  - — *並且* — 在住進該設施之前您必須事先獲得本項計劃的核准，否則您的住院將不予承保。

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

第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定

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

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

在 Original Medicare 中，租借某些特定類型的 DME 者在爲租借的設備支付 13 個月的共付額後就可以擁有該設備。身爲本計劃的保戶，在爲某些類型的 DME 支付特定月數之後，您將擁有該項目。當您享有 Original Medicare 時，您先前針對一件 DME 項目而支付的款項，並不會計入您在身爲本計劃時所支付的金額。如果您在具備本計劃保戶身分期間獲得某項 DME 項目的所有權，而該項器材需要維修，該服務提供者可針對維修費用向本計劃請款。也有某些類型的 DME，無論您在本計劃保戶的期間爲該項目支付多少金額都無法取得所有權。請致電會員服務部，查詢關於 DME 租借或所有權之規定，以及您需要提供的文件。

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

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

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

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

第 7.2 節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

您有權享有哪些氧氣設備福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保，Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 將承保：

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

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

如果您離開計劃，回到 Original Medicare，會怎樣？

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

第 4 章：

醫療給付表
(承保項目及自費項目)

第 1 節 瞭解您應該爲承保服務支付的自付額

本章提供一份醫療給付表，列出您作爲本項計劃保戶享有的承保服務，並顯示您將爲每項承保服務支付的費用。在本章接下來章節中，您可以找到有關不予承保的醫療服務資訊。同時向您解釋某些服務的限制。

第 1.1 節 您爲承保服務支付的自付額類別

如要瞭解我們在本章向您提供的付款資訊，您需要瞭解有關您可能爲您的承保服務支付的自付額類別。

- **共付額**是您每次接受某些特定醫療服務時支付的固定金額。您在接受醫療服務時支付共付額。(第 2 節中的醫療給付表告訴您有關共付額的更多資訊)。
- **共同保險金**是您爲某些特定醫療服務支付的總費用的百分比。您在接受醫療服務時支付共同保險金。(第 2 節中的醫療給付表告訴您有關共同保險金的更多資訊)。

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

注意：因爲我們的保戶也從 Medicaid 取得協助，所以極少保戶曾達到最高自付額。

因爲您投保了 Medicare Advantage 計劃，您每年必須爲 Medicare Part A 和 Part B 承保的網絡內醫療服務支付的自付額有限額。該限額稱爲醫療服務最高自付 (MOOP) 額。對於 2025 年的日曆年，此金額爲 $4,500。

您爲承保服務支付的共付額和共同保險金計入該最高自付額。您爲 D 部分處方藥支付的金額不計入您的最高自付額。此外，您爲某些服務支付的金額不計入您的最高自付額。這些服務在醫療給付表中用星號 (*) 標出。如果您達到 $4,500 的最高自付額，您在該年度的剩餘時間內無需爲 A 部分和 B 部分承保服務支付任何自費費用。但是，您必須繼續支付 Medicare Part B 保費 (除非您的 B 部分保費由 Wisconsin 衛生服務部或其他第三方爲您支付)。

第 1.3 節 我們的計劃不允許服務提供者向您收取差額負擔

作爲本項計劃的保戶，向您提供的一項重要保護是當您接受由本項計劃承保服務時您只需支付您的分攤費用。服務提供者不得另外新增稱爲**差額負擔**的費用。即使在我們支付服務提供者的費用低於該服務提供者對某項服務的收費，以及出現分歧後我們不支付某些服務提供者的費用時，這種保護也適用。

以下是保護措施的運作方式。

- 如果您的分攤費用是共付額 (一筆固定金額，如 $15.00)，您只需爲網絡內服務提供者的任何承保服務支付該金額。
- 如果您的分攤費用是共同保險金 (總收費的百分比)，您支付的比例絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您看的服務提供者類型：

- 如果您從網絡內服務提供者處獲得承保服務，您需支付共同保險金百分比乘以計劃的償還率 (由服務提供者與計劃的合約決定)。
- 如果您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者處取得承保服務，您要支付共同保險金百分比乘以參加計劃的服務提供者的 Medicare 付款費率。(請記住，本項計劃承保的網絡外服務提供者的服務僅限於某些特定情況，例如當您獲得轉診，或急診，或緊急需求服務時)。
- 如果您在非參與 Medicare 的網絡外服務提供者處取得承保服務，您要支付共同保險金百分比乘以 Medicare 的非參與計劃服務提供者付款費率。(請記住，本項計劃承保的網絡外服務提供者的服務僅限於某些特定情況，例如當您獲得轉診，或急診，或在離開服務區域需要緊急需求服務時)。

- 如果您認爲某服務提供者向您收取差額負擔，請聯絡會員服務部。

第 2 節 使用*醫療給付表*查找承保服務和您需要支付的費用

第 2.1 節 您作爲本項計劃保戶的醫療給付與費用

以下各頁的醫療給付表列出了本項計劃承保服務以及您應該爲每項服務支付的自付額。第 5 章說明 D 部分處方藥承保。醫療給付表中列出的服務僅在符合下列承保要求的情況下才會獲得承保：

- 您的 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部承保服務必須依照 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部確立的承保指南提供。
- 您的服務 (包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥) *必須*是必要的醫療。必要的醫療是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病症必須的，並且符合可接受的醫療規範標準。
- 對於新保戶，您的 MA 協調照護計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在這段期間，新的 MA 計劃可能不會對任何急需療程要求事先授權，即使療程是網絡外服務提供者提供的服務。
- 您的主治醫生 (PCP) 提供和監督您的護理。
- 醫療給付表中列出的一些服務*僅*在您的醫生或其他網絡內服務提供者事先獲得我們核准 (有時稱作事先授權) 的情況下才會獲得承保。需事先核准的承保服務在醫療給付表中用斜體標出。
- 如果您的協調照護計劃核准某療程的事先授權要求，核准的有效期限必須爲醫療上合理且必要的時間，避免在照護過程中因適用的承保標準、您的病史和治療提供者的建議而中斷。

瞭解我們承保範圍的其他重要事項：

- 您同時由 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部承保。Medicare 承保健康護理和處方藥的費用。Wisconsin 衛生服務部承保您在 Medicare 服務上的分攤費用，包括 Medicare 自付額、住院病患與門診醫院服務和醫生門診的共付額或共同保險金。Wisconsin 衛生服務部也承保 Medicare 未承保服務，如長期護理、某些非處方藥，以及家庭和社區型服務。

- 與所有 Medicare 健康計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的全部服務。(如需瞭解有關 Original Medicare 的承保範圍和費用的更多資訊，請參閱《*2025 年 Medicare 與您*》手冊。您可於 www.medicare.gov 線上查閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048)。
- 對於所有 Original Medicare 承保的免費預防服務，我們也免費爲您承保這些服務。但是，在您接受預防服務門診時，如果您因某種原有醫療病症而接受治療或觀察，您可能要爲該原有醫療病症接受的護理支付共付額。
- 如果 Medicare 在 2025 年期間爲任何新服務增加承保範圍，則 Medicare 或我們的計劃都會承保這些服務。
- 有關 Wisconsin 衛生服務部承保服務，請參閱本項計劃的給付概要，以取得 Wisconsin 衛生服務部承保福利的完整清單。如果您沒有收到給付概要，請致電會員服務部，請他們寄一份副本給您。您的 Wisconsin 衛生服務部承保服務的分攤費用 (若有)，是根據您的 Wisconsin 衛生服務部資格等級而定。
- 如果您處於我們計劃的 6 個月準續期資格階段，我們將持續提供所有 Medicare Advantage 計劃承保的 Medicare 福利。然而，在這段期間，Medicare Advantage 計劃不負責列於 Medicaid 州計劃中的任何 Wisconsin 衛生服務部承保福利。

符合「額外幫助」資格保戶的重要給付資訊：

- 如果您獲得「額外幫助」以支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，例如保費、自付額和共同保險金，您可能符合其他針對性補充福利和/或針對性降低分攤費用的資格。
- 如需進一步的詳細資訊，請參考下方醫療給付表中的價值型保險設計 (VBID) 列。
- 符合扣除 D 部分藥物分攤費用資格的保戶。請參閱第 6 章以瞭解詳情。

Medicare 所核准的 Managed Health Services Insurance Corp. 以價值型保險設計計劃的一部分提供這些福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。

在給付表中的預防服務旁，您會看到這個蘋果圖標。

醫療給付表

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
有關 Wisconsin 衛生服務部承保服務，請參閱本項計劃的給付概要，以取得 Wisconsin 衛生服務部承保福利的完整清單。如果您沒有收到給付概要，請致電會員服務部，請他們寄一份副本給您。您的 Wisconsin 衛生服務部承保服務的分攤費用 (若有)，是根據您的 Wisconsin 衛生服務部資格等級而定。請聯絡您所在州的 Medicaid 機構，以確定您的分攤費用等級。	
腹主動脈瘤篩檢 爲風險族群提供一次性超音波篩檢。本計劃僅在您擁有某些風險因子，並且獲得醫生、醫生助理、專科護理師，或臨床專科護理師的轉診時，爲篩檢提供承保。	對於有資格接受此項預防性篩檢的保戶，無共同保險金、共付額或自付額。

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
慢性下背疼痛針灸治療 承保服務包括： 在以下情況，承保 Medicare 受益人 90 天內最多 12 次門診： 針對此給付，慢性下背部疼痛的定義爲： • 持續 12 週，或更長時間； • 非特異性，無法辨識的系統性原因 (即與轉移性疾病、發炎性疾病、傳染病、疾病無關)； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 針對有所改善的患者，將承保額外八次療程。每年不可施用超過 20 次針灸治療。 若患者並未改善或反而惡化，則必須中止治療。 提供者需求： 醫生 (如《社會安全法案》(該法案) 中的 1861 (r)(1) 所定義) 可能依據適用的州的需求提供針灸療法。 醫生助理 (PA)、專科護理師 (NP)/臨床護理專家 (CNS) (如該法案的 1861 (aa) (5) 所述)，而且如果輔助人員符合所有適用州規定且具有下列條件，則可能提供針灸療法： • 由針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 所認可的一所學校中取得之碩士或博士學位；以及 • 在美國的州、領地或聯邦 (即 Puerto Rico) 或 District of Columbia 得以即時、全面、主動且不受限制地執行針灸的證照。 提供針灸療法的輔助人員必須在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 所規定的醫生、PA 或 NP/CNS 適當的監督程度下進行。	在 PCP 診間接受 Medicare 承保針灸的共付額爲 $0。 在專科醫生診間接受 Medicare 承保針灸的共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。* 在脊骨矯正診間接受 Medicare 承保針灸的共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
救護車服務 無論是緊急情況還是非緊急情況，承保的救護車服務包括固定翼飛機、旋轉翼救援飛機和地面救護車，載送至能夠提供護理的最近適當機構，只有在保戶的醫療病症狀況使得其他交通手段可能危及患者健康的情況下或在本計劃的授權之下提供。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，應以證明文件表明保戶的病況如使用其他交通工具可能危及患者的健康，並且救護車運輸是醫療上必須的。	Medicare 承保的地面救護車服務每趟單程的共付額爲 $300。 *固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要事先授權。* Medicare 承保的救護直升機每趟單程的共付額爲 $300。 *固定翼飛機和非緊急交通工具可能需要事先授權。* 如果您住院接受住院照護，則不會免除分攤費用。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
年度例行體檢 年度體檢包括心臟、肺部、腹部和神經系統檢查，以及實際的身體檢查 (例如頭部、頸部和四肢) 和詳細的醫療/家族病史查看，加上包含在年度保健門診中的服務。	年度例行體檢的共付額爲 $0。*
年度保健門診 如果您投保 B 部分 12 個月以上，您可接受一次年度保健門診，以便根據您目前的健康狀況和危險因素制定或更新個人的預防性計劃。我們的計劃將承保每個日曆年一次的年度保健門診。 **注意：**您的第一次年度保健門診不能安排在您的*歡迎加入 Medicare* 預防門診後 12 個月內。但是，您投保 B 部分的 12 個月後，則不需要接受*歡迎加入 Medicare* 門診即可獲得年度保健看診承保服務。	年度保健門診無共同保險金、共付額或自付額。
骨質密度測量 對於符合條件的患者 (通常指有骨質流失或患骨質疏鬆症風險的人)，以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者如果必要的醫療則可以更加頻繁地獲得承保：確定骨量、檢測骨量流失或確定骨質的程序，包括醫生對結果的解釋。	Medicare 承保的骨質測定無共同保險金、共付額或自付額。
乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) 承保服務包括： • 年齡介於 35 歲至 39 歲者，一次基線乳房 X 光攝影 • 年滿 40 歲以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	承保乳房攝影篩檢無共同保險金、共付額或自付額。
心臟復健服務 爲有醫生處方且符合某些條件的保戶承保的心臟復健服務綜合計劃，包括運動、教育和諮詢。 本項計劃還承保通常比心臟復健計劃強度更大或更密集的密集型心臟復健計劃。	Medicare 承保的心臟復健服務共付額爲 $35。 Medicare 承保的密集型心臟復健服務的共付額爲 $35。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
降低心血管疾病風險的看診 (心血管疾病治療) 我們每年承保一次門診，由您的主治醫生幫助您降低患心血管疾病的風險。在此次看診期間，您的醫生可能會討論服用阿司匹林 (如適用) 和檢查血壓的問題，並向您提出建議以確保您的飲食健康。	對於強化行爲治療以預防心血管疾病的給付，無共同保險金、共付額或自付額。
心血管疾病測試 每 5 年 (60 個月) 一次檢驗心血管疾病 (或與罹患心血管疾病風險增高相關的異常) 的驗血。	承保的每 5 年一次心血管疾病測試無共同保險金、共付額或自付額。
子宮頸癌及陰道癌篩檢 承保服務包括： • 對於所有婦女：承保每 24 個月一次子宮頸抹片測試和骨盆檢查 • 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高風險人士或您處於生育的年齡，或在過去 3 年之內曾有一次子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月享有一次子宮頸抹片檢查	Medicare 承保的預防性子宮頸抹片和骨盆檢查無共同保險金、共付額或自付額。
整脊服務 承保服務包括： • 我們僅承保徒手推拿脊柱以矯正半脫位	Medicare 承保的整脊服務共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
結腸直腸癌篩檢 下列篩檢測試享有承保： • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，非高風險患者每 120 個月 (10 年) 承保一次，非結直腸癌高風險患者在上次軟式乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次，而高風險患者在上次結腸鏡篩檢或鋇灌腸後每 24 個月承保一次。 • 針對 45 歲以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。患者接受結腸鏡篩檢後，對沒有高風險的患者每 120 個月一次。對上一次軟式乙狀結腸鏡檢查，或鋇灌腸篩檢結果爲高風險的患者，每 48 個月一次。 • 針對 45 歲以上的患者篩檢糞便潛血檢測。每 12 個月一次。 • 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行多目標糞便 DNA 檢查。每 3 年一次。	Medicare 承保的結直腸癌篩檢檢查，無共同保險金、共付額或自付額，不包括適用共同保險的鋇灌腸。如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並清除了息肉或其他組織，這項篩檢檢查就會變成診斷檢查，您在本次醫生服務所需支付的共付額爲 $0。 對於 Medicare 承保的診斷性結腸鏡檢查，也請參閱本表後面的「門診手術」，了解門診手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 用於 45 至 85 歲患者且不符合高風險標準的血液型生物標記檢測。每 3 年一次。 • 高風險患者，以及自上次鋇灌腸篩檢或最後一次結腸鏡篩檢後 24 個月，可施做鋇灌腸作爲替代方法。 • 45 歲以上非高風險患者，可施做鋇灌腸作爲軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方法。最後一次鋇灌腸篩檢，或軟式乙狀結腸鏡篩檢後 48 個月至少一次。 在 Medicare 承保的非侵入性糞便式結腸直腸癌篩檢測試結果爲陽性後，結腸直腸癌篩檢測試包含一次後續結腸鏡篩檢。	Medicare 承保的大腸鋇灌腸造影服務的共付額爲 $0。
牙科服務 通常預防性牙科服務 (例如洗牙、例行牙科檢查和牙科 X 光) 不享有 Original Medicare 承保。不過 Medicare 目前對於限定條件的牙科服務會支付費用，特別是受益人主要醫療病症特定治療所屬的服務。例如在骨折或受傷後的齒顎重建、爲了齒顎相關癌症放射治療準備所完成的拔牙，或在腎臟移植前的口腔檢查。此外我們也承保：	每次 Medicare 承保的牙科服務共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
補充性 (即例行) 牙科服務 如果您選擇去看網絡外牙醫，您的自付費用可能會較高。網絡外牙醫服務提供者並未簽約接受計劃付款作爲全額付款。如果他們向您收取的費用超過計劃給付的金額，即使是共付額 $0 的服務，您仍需負責差額。 所有網絡內和網絡外承保的綜合牙科服務，每年可獲得 $5,000 的計劃給付津貼。您必須支付超過給付津貼的金額。* • **診斷性和預防性牙科護理** (承保服務包括下列項目)。 ○ 定期口腔檢查 - 每年 2 次	**補充 (即例行) 牙科** **診斷性和預防性牙科** **網絡內** 每次口腔檢測的共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次口腔檢測共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
○ 洗牙 (預防性) - 每年 2 次	**網絡內** 每次洗牙的共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次洗牙共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 塗氟治療 - 每年 1 次	**網絡內** 每次塗氟治療的共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次塗氟治療共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 牙科 X 光檢查 - 視服務類型而定，每次服務日至 36 個月 1 組	**網絡內** 每次牙科 X 光檢查的共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次門診牙科 X 光檢查共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 其他診斷牙科服務 - 視服務類型而定，每個服務日期至 36 個月 1 次	**網絡內** 每次就診的其他診斷性牙科服務共付額 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次就診其他診斷牙科服務的共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
○ 其他預防性牙科服務 - 視服務類型而定，每個服務日期至 36 個月 1 次	**網絡內** 每次就診的其他預防性牙科服務共付額 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次就診其他預防性牙科服務的共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
• **綜合性牙科護理** (承保服務包括下列項目。)	**綜合性牙科**
○ 補牙服務 - 每 12 到 84 個月每顆牙齒 1 次，視服務類型而定	**網絡內** 每次修復服務共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每項補牙服務共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 根管治療 - 每個牙齒一生一次	**網絡內** 每次根管治療服務爲 $0 共付額。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次牙髓病服務共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 牙周病 - 每 6 到 36 個月 1 次，視服務類型而定	**網絡內** 每次牙周病服務共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次牙周病服務共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
○ 牙科補綴 - 可拆式 - 視服務類型而定，每個服務日期至 60 個月 1 次	**網絡內** 每次可拆式假牙修復服務共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次可拆式假牙修複服務的共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 假牙修複 - 固定 - 每顆牙齒每個服務日期至 84 個月 1 次，視服務類型而定	**網絡內** 每次固定式假牙修復服務共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次固定假牙修複服務的共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 口腔/頜面手術 - 從每個服務日期到每次終身服務 1 次，視服務類型而定	**網絡內** 每項口腔/顎面手術服務的共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次口腔頜面服務共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*
○ 輔助性一般服務 - 視服務類型而定，每個服務日期至 60 個月 1 次	**網絡內** 每項輔助性一般服務的共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。* **網絡外** 每次輔助性一般服務的共同保險金爲 25%。* *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
建議保戶在獲得服務前與例行牙科的參與服務提供者討論治療選擇。治療必須在計劃年度內計劃承保期間開始和完成。本項計劃不承保的牙科服務費用由保戶自行承擔。 **如有尋找提供者、要求賠償或需要更多資訊的相關問題，請致電會員服務部。其他牙科承保資訊，包括承保程序的詳細清單，也可以在我們的網站上取得。** 請造訪 www.wellcare.com/allwellWI，點選網頁頂端的「Shop for Plans」(選購計劃)，然後選擇「Plan Benefit Materials」(計劃給付資料)。選擇「Evidence of Coverage (EOC)」(承保證明 (EOC))。在清單上找到 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 以查找本計劃的牙科給付詳細資料。 **注意：**例行牙科服務是本項計劃提供的補充給付。Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部均不爲此類服務支付分攤費用。 同時投保了 Wisconsin 衛生服務部的保戶可能有資格獲得州政府對這些補充牙科服務的二次承保。在獲得這些牙科服務之前，請先詢問醫療服務提供者能否將 Medicaid 列爲第二付款人。您也應向您的服務提供者顯示您的 Wisconsin 衛生服務部卡。	
憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。該篩檢必須在可提供後續治療及/或轉診服務的主治醫生診間中進行。	年度憂鬱症篩檢看診無共同保險金、共付額或自付額。
糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們承保這項篩檢 (包括禁食血糖測試)：高血壓、膽固醇異常史和甘油三酯水平史 (血脂異常)、肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果您符合其他要求，如超重和有糖尿病家族史，測試也可能獲得承保。 您可能具備資格在最近一次糖尿病篩檢日期後每 12 個月進行最多兩次糖尿病篩檢。	Medicare 承保的糖尿病篩檢無共同保險金、共付額或自付額。
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務和用品 適用於所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)。承保服務包括： • 血糖監測用品：血糖監測器、血糖檢驗試紙、採血針器具與採血針和用來檢查檢驗試紙與監測器精確度的血糖控制解決計劃。	Medicare 承保的糖尿病監測用品的共付額爲 $0。 *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 若爲患有嚴重糖尿病型足部疾病的糖尿病患者：每曆年承保一雙訂製的治療鞋 (含此類鞋款隨附的鞋墊) 及兩雙額外的鞋墊，或者一雙高幫鞋及三雙鞋墊 (不含此類鞋款隨附之非訂製可拆式鞋墊)。承保範圍包括調試。 • 在特定情況下糖尿病自我管理培訓可享有承保。 Lifescan 的 OneTouch® 產品是我們的首選糖尿病檢測用品 (葡萄糖監測器與試紙)。如需獲得更多關於首選糖尿病檢測用品清單中的項目資訊，請聯絡會員服務部。 如果您使用不屬於本計劃首選的糖尿病檢測用品，請諮詢您的服務提供者以獲得新處方，或者申請事先授權以獲得非首選血糖監測儀和試紙。	對於 Medicare 承保的治療用鞋或鞋墊，供有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者使用，其共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。* Medicare 承保糖尿病自我管理培訓的共付額爲 $0。
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 (有關耐用醫療設備的定義，請參見本文件第 12 章和第 3 章第 7 節)。 承保物品包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由服務提供者訂購居家使用的醫院病床、IV 輸液泵、語音合成裝置、氧氣設備、噴霧器和步行器。 我們承保所有 Original Medicare 承保的必要的醫療的 DME。如果我們在您所在地區的供應商不能提供某個特定品牌或製造商的用品，您可以請求他們爲您特別訂購。 請在我們的網站 www.2025wellcaredirectories.com 查閱最新的供應商名單。	*可能需要事先授權。* Medicare 承保的耐用醫療設備爲 20% 共同保險金。 *可能需要事先授權。* Medicare 承保的醫療用品爲 20% 共同保險金。 每 36 個月，您的 Medicare 氧氣設備承保分攤費用爲 20% 共同保險金。 投保 36 個月後，您的分攤費用將不會變更。 若加入我們的計劃前，您已支付氧氣設備承保的 36 個月租借費用，則您在我們的計劃的分攤費用爲 20% 共同保險金。
急診照護 急診照護指以下服務： • 由合格服務提供者提供的緊急情況服務，以及 • 需要評估或穩定緊急醫療病症的護理。 緊急醫療情況是指當您或任何其他具有一般健康與藥物常識的謹慎外行人看來認爲您具有需要立刻就診的醫療症狀，以阻止喪失生命 (若您是孕婦，則是喪失尚未出生的嬰兒)、喪失肢體或肢體功能。醫療症狀可能是快速惡化的疾病、受傷、劇痛，或醫療病症。	Medicare 承保的急診室就診共付額爲 $125。 若您在 24 小時之內因同一情況而住院，則您不需支付此費用。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
由網絡外服務提供者所進行緊急情況需求服務的分攤費用與由網絡內服務提供者所進行的相同。 美國以外地區的緊急服務則在承保範圍內。	如果您是在網絡外醫院獲取急診照護，且在您的緊急情況穩定後需要住院照護，則您必須回到網絡內醫院，以讓您的照護繼續獲得承保，或者您必須在獲取本計劃批准的網絡外醫院取得住院照護，且您的費用將是您在網絡內醫院支付的分攤費用金額。 美國以外地區的急診共付額爲 $125。* 即使是在 24 小時之內因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況或緊急需求服務，您獲承保的金額可達 $50,000。
健康與保健教育計劃 • **護士諮詢專線** 由受過訓練的臨床工作者提供免費電話語音指導和護士諮詢。護士諮詢專線 24 小時全年無休，可協助處理健康相關問題。您可以致電會員服務部聯絡護士諮詢專線，或轉接到護士諮詢專線。 • **健身給付** 本計劃提供一個健身計劃，可讓您進入遍佈全國的健身中心。 爲協助您維持積極且健康的生活方式，您可以免費使用下列內容： ○ 健身中心會員資格：可從多個參與健身網絡的個人健身中心中選擇 ○ 家用健身套件：您可以選擇各種居家健身套件，包括穿戴式健身追蹤器。每個給付年度最多可獲得 1 個套件 ○ 數位健身計劃：透過數位資料庫，有上千部的隨選健身影片可供選擇	護士諮詢專線的共付額爲 $0。* 健身給付的共付額爲 $0。*

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
○ 1 對 1 健康教練計劃 ○ Well-Being Club：探索爲您的興趣和目標量身打造的資源，包括文章、影片和即時串流課程和活動 如需關於健身給付的更多資訊，請致電會員服務部。	
• **個人應急響應系統 (PERS)** 終身承保一台個人緊急醫療情況響應裝置和月費。個人緊急醫療情況響應裝置讓您安心，並可針對緊急和非緊急需求提供全天候，每週 7 天，每天 24 小時的應變回應。 會員可選擇： • ○ 透過有線線路連接的傳統「固線式」PERS 系統。對於硬接線系統，需要現有的有線電話。 ○ 無線 PERS 系統 ○ 穿戴式裝置選項 如欲瞭解詳情，請致電會員服務部。	個人應急響應系統 (PERS) – 醫療警報系統的共付額爲 $0。*
聽力服務 由醫生、聽力學家或其他合格服務提供者提供，由您的服務提供者進行的、確定您是否需要接受治療的診斷性聽力與平衡評估可作爲門診護理獲得承保。	每次 Medicare 承保的聽力檢查共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
本計劃還承保以下補充 (即例行) 聽力服務：	**補充性 (即例行) 聽力：**
• 每年 1 次例行聽力檢查。	每年 1 次例行聽力檢查共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。*
• 每年 1 次助聽器調試與評估。	每年 1 次助聽器調試與評估共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。*
• 1 個非植入式助聽器，每年每耳最高 $1,500。每年限用 2 個非植入式助聽器。保固期爲 3 年，包括遺失、損壞及電池供應 2 年。	每年 2 副助聽器共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
任何超出上述給付上限的助聽器費用，皆由您自行承擔。不承保其他助聽器。 **例行聽力服務必須由廠商網絡內的參與服務提供者提供，才能獲得計劃承保的全額聽力福利。** 如欲瞭解更多有關您聽力廠商聯絡資訊和福利的資訊，請致電會員服務部。 **注意：**例行聽力服務是本項計劃提供的補充給付。Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部均不爲此類服務支付分攤費用。	
HIV 篩檢 對於要求接受 HIV 篩檢測試者或 HIV 感染風險增加者，我們承保： • 每 12 個月一次篩檢檢查 對於孕婦，我們承保： • 孕期最多三次篩檢檢查	Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢，合格保戶無需支付共同保險金、共付額或自付額。
居家健康機構照護 在接受家庭健康機構服務前，必須獲得醫生證明您需要家庭健康服務，並要求由家庭健康代理機構提供家庭健康服務。您必須無法離家，也就是說離開家對您來說有困難。 承保服務包括但不限於： • 兼職或間歇性專業護理和居家護理佐理員服務 (如需獲得居家健康照護給付的承保，專業護理和居家護理佐理員服務的時間加起來每天須少於 8 小時，每週須少於 35 小時) • 物理治療、職能治療和語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療裝置和用品	每次 Medicare 承保的居家健康機構照護服務共付額爲 $0。 *可能需要事先授權。*
居家輸注治療 家庭輸注治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。執行家庭輸注需要的要素包括藥物 (例如，抗病毒藥、免疫球蛋白)、設備 (例如幫浦) 和用品 (例如配管及導管)。 承保服務包括但不限於： • 依護理計劃提供的專業服務，包括護理服務	主治醫生 (PCP) 提供的專業服務共付額爲 $0，包括護理服務、訓練與教育、遠距監護和監護服務。 專科醫生提供的專業服務共付額爲 $20，包括護理服務、訓練與教育、遠距監護和監護服務。

為您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 耐用醫療設備給付未承保的患者培訓與教育 • 遠距監測 • 由合格家庭輸注治療提供者所提供家庭輸注治療和家庭輸注藥物的監測服務	*可能需要事先授權。* 您的耐用醫療設備 (DME) 給付承保家庭輸注設備和用品。請參閱「耐用醫療設備 (DME) 及相關用品」一節，瞭解分攤費用的資訊。 家庭輸注藥物是由您的 Medicare Part B 處方藥給付所承保。請參閱「Medicare Part B 處方藥」一節，瞭解分攤費用的資訊。
安寧照護 如果您的醫生和安寧醫療主管向您發出終期疾病預後診斷，證明您患終期疾病，如果您的疾病按照正常情況發展您有 6 個月或更短的生命期，您有資格享有安寧給付。您可以從任何 Medicare 認證的安寧計劃獲得護理。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務區域中找到 Medicare 認證的安寧計劃，包括 MA 組織擁有，控制或有財務利益的計劃。您的安寧醫生可以是網絡內服務提供者，或網絡外服務提供者。 承保服務包括： • 症狀控制藥物和止痛藥 • 短期喘息照護 • 居家照護 對於安寧服務及 Medicare Part A 或 B 所承保之與您的終期疾病相關的服務：Original Medicare (而不是本項計劃) 會向安寧護理服務提供者支付您的安寧服務以及與您的終期疾病預後相關的任何費用。當您在安寧計劃中時，您的安寧服務提供者會向 Original Medicare 寄送帳單，收取 Original Medicare 支付的服務費用。您將會被收取 Original Medicare 的分攤費用。 對於由 Medicare Part A 或 B 承保服務以及與您的終期疾病預後無關的服務：如您需要 Medicare Part A 或 B 所承保的非急診、非緊急需求服務且與您的終期疾病預後無關的服務，您應支付的服務費用取決於您所使用的提供者是否處於本計劃的網絡內，並遵照計劃規定 (例如，如果需要取得事先授權)。	在您投保 Medicare 認證的安寧計劃時，您的安寧服務以及與您的終期疾病預後相關的 A 部分和 B 部分服務由 Original Medicare 支付，不是由本項計劃支付。 醫生服務分攤費用可能適用於安寧諮詢服務。請參閱本表的「醫生/醫療執業人員服務」一節，瞭解分攤費用的相關資訊。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 如果您從網絡內服務提供者處獲得承保服務，並遵照計劃規定以取得服務，您只需爲網絡內服務支付計劃的分攤費用 • 如果您從網絡外服務提供者處獲得承保服務，您必須支付按服務付費 Medicare (Original Medicare) 的分攤費用 對於我們的計劃承保但 Medicare Part A 或 B 不承保服務：我們的計劃將繼續承保 A 部分或 B 部分不承保但計劃承保服務，無論這些服務是否與您的終期疾病預後有關。您需爲這些服務支付您的計劃分攤費用金額。 對於可能由計劃 D 部分給付承保的藥物：如果這些藥物與您的末期安寧療護病症無關，您需要支付分攤費用。如果它們與您的末期安寧療護病症相關，您將支付 Original Medicare 的分攤費用。藥物永遠不會同時既享有安寧承保又享有本計劃承保。如需瞭解更多資訊，請查閱第 5 章第 9.4 節 *(如果您住在 Medicare 認證的安寧機構，該怎麼辦？)* **注意：**如您需要非安寧照護 (與您的終期疾病預後無關)，您應該聯絡我們以便爲您安排相關服務。 本項計劃對未選擇安寧給付的末期疾病患者承保安寧諮詢服務 (僅限一次)。	
免疫接種 Medicare Part B 承保服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，在秋季和冬季的每個流感季節提供一次，如果爲必要的醫療，還會有額外的流感疫苗 • 針對 B 型肝炎中高風險群的 B 型肝炎疫苗 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗 (如果您有罹病風險且該疫苗符合 Medicare Part B 的承保規定) 我們也根據 D 部分處方藥福利承保多數其他成人疫苗。 我們的計劃爲針對年滿 19 歲的保戶承保多數 D 部分成人疫苗，無需支付任何費用。	肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗無共同保險金、共付額或自付額。 有關其他 Medicare 承保的疫苗 (如果您有風險且符合 Medicare Part B 承保規定)，請參閱本表中的 Medicare Part B 處方藥一節，瞭解適用的分攤費用。 *部分 B 部分藥物需要獲得事先授權才可承保。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
住院照護 包括急性住院、住院復健、長期照護醫院，以及其他類型的住院服務。住院照護從您遵照醫囑正式住院之日起開始。出院的前一天即是您的最後住院日。 您享有 90 天的 Medicare 承保的病患住院時間。 承保服務包括但不限於： • 半私家病房 (或單人病房，前提是必要的醫療) • 膳食，包括特殊飲食 • 常規護理服務 • 特殊照護病房 (例如加護病房或冠心病照護病房) 的費用 • 各類藥物與藥品 • 化驗 • X 光和其他放射線服務 • 必要的手術和醫療用品 • 裝置使用，如輪椅 • 手術室和恢復室費用 • 物理、職業和語言-言語治療 • 藥物使用失調住院服務 • 在某些條件下，承保以下各類器官移植：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官聯合移植。如果您需要器官移植，我們會安排 Medicare 核准的器官移植中心審核您的病例，決定您是否符合移植條件。移植服務提供者可在本地或在服務區域外。如果我們的網絡內移植服務不在社區護理模式之下，那麼只要當地移植服務提供者願意接受 Original Medicare 費率，您便可以選擇在當地進行移植。如果我們的計劃在您所在社區的移植護理模式之外的位置提供移植服務，並且您選擇在這個較遠的地點獲得移植，我們將爲您和一名同伴安排或支付適當的住宿和交通費用。 • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 醫師服務	對於 Medicare 承保的住院，每次住院：對於每次住院，第 1 天至第 7 天每天共付額爲 $275，第 8 天至第 90 天每天共付額爲 $0。 終身保留天數每天共付額爲 $0。 終身保留天數是當保戶在醫院住院天數超過本項計劃承保天數的額外天數。保戶在一生中總共有 60 天的保留天數。 如果緊急情況穩定後，您在網絡外醫院接受經授權住院護理，您要支付的費用爲在網絡內醫院的分攤費用。 *可能需要事先授權。* Medicare 醫院給付週期不適用。對於住院護理，每次您住院時，上述的分攤費用都適用。轉移到單獨的機構 (如急性住院復健醫院或其他急症照護醫院) 視爲新住院。 分攤費用從住院第一天開始計算，不包括出院日期。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
注意：若要成爲住院患者，您的服務提供者需開立醫囑，讓您正式入院。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視爲門診患者。如果您不確定您是住院患者還是門診患者，您應該向醫院工作人員詢問。 您亦可在 Medicare 概覽表裡的「*您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare，請予詢問！*這份概覽表可在以下網站上查閱：https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以一週 7 天，全天 24 小時隨時撥打這些免費電話。	
精神科醫院的住院服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 對於 Medicare 承保的留院，每次住院承保 90 天。 精神病院提供的精神健康住院服務終生限制爲 190 天。此 190 天的限制並不適用於一般醫院精神科病房所提供的精神健康住院服務。在投保我們的計劃之前，如果您已用掉部分的 190 天 Medicare 終生給付，則您只會收到終生天數的剩餘部分。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院：精神健康護理，第 1 天至第 7 天每天共付額爲 $275，第 8 天至第 90 天每天共付額爲 $0。 終身保留天數每天共付額爲 $0。 終身保留天數是當保戶在醫院住院天數超過本項計劃承保天數的額外天數。保戶在一生中總共有 60 天的保留天數。 *可能需要事先授權。* 如果緊急情況穩定後，您在網絡外醫院接受經授權住院護理，您要支付的費用爲在網絡內醫院的分攤費用。 Medicare 醫院給付週期不適用。對於住院精神健康護理，每次您住院時，上述的分攤費用都適用。轉移到單獨的機構 (如急性住院復健醫院或其他急症照護醫院) 視爲新住院。 分攤費用從住院第一天開始計算，不包括出院日期。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
住院期間：在非承保下的住院期間，從醫院或 SNF 收到的承保服務 如果您已經用盡您的住院福利或者住院不合理和不必要，我們不會爲您的住院提供承保。但是，在某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 入住期間接受的某些服務。承保服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷檢測 (例如化驗) • X 光、鐳放射治療以及同位素治療，包括技師準備的材料和提供的服務 • 外科敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他防止骨折和脫臼的裝置 • 義肢和矯正設備 (牙科裝置除外)，用於取代全部或部分體內器官 (包括鄰接組織)，或取代全部或部分體內永久失能或退化器官功能，包括此類裝置的更換或修理 • 腿部、手臂、背部及頸部固定支架、桁架與假腿、義臂及假眼，包括因破損、磨損、遺失或患者身體狀況的改變而導致的調整、維修與更換 • 物理治療、語言治療和職能治療	所列服務將繼續爲特定服務承保給付表中所示的分攤費用金額。
膳食 **急性後期膳食** • 對於從住院照護機構出院的保戶，本計劃將提供每天最多 3 餐，爲期 14 天，總共 42 餐，您無需支付額外費用。視供應情況而定，您可以選擇接收新鮮冷凍餐食、耐貯存餐點或一箱營養奶昔。您可以選擇在總給付上限內收到餐食和奶昔的組合。	本計劃承保每次必要的醫療急性後餐食或奶昔的共付額爲 $0。* *可能需要轉診。*
醫療營養療法 此項給付適用於糖尿病患者、腎 (腎臟) 病患者 (但沒有接受透析) 或接受腎臟移植後由您的醫生處方開立者。 您在 Medicare (包括本項計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare) 第一年接受醫療營養療法服務期間，我們承保 3 小時一對一諮詢服務以及之後每年 2 小時一對一諮詢服務。如果您的病症、治療或診斷發生變化，您可能能夠根據醫囑接受更長時間的治療。如果您的治療需要持續至下一個年度，醫生必須每年爲這些服務開立一次處方並展延一次。	對於有資格接受 Medicare 承保的醫療營養療法的保戶，無共同保險金、共付額或自付額。

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 根據所有 Medicare 保健計劃，合資格的 Medicare 保險受益人享有 MDPP 服務。 MDPP 是一項結構性健康行爲變化干預措施，其爲長期飲食變化、增加身體活動提供了可行的訓練，以及旨在克服挑戰以保持減肥並培養健康生活方式的解決策略。	MDPP 給付並無共同保險金、共付額或自付額。
Medicare Part B 處方藥 這些藥物由 Original Medicare 的 B 部分承保。本項計劃的保戶透過本項計劃獲得這些藥物承保。承保藥物包括： • 通常非病患自行注射，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射的藥物 • 由耐用醫療設備 (如必要的醫療胰島素幫浦) 提供的胰島素 • 您使用本項計劃授權的耐用醫療設備 (如噴霧器) 給藥的其他藥物 • 阿茲海默症 (Alzheimer) 藥物、Leqembi®、(副廠藥 lecanemab)，透過靜脈給藥。除了藥物費用外，您可能還需要在治療前及/或治療期間進行額外的掃描和測試，這可能增加您的整體費用。請與您的醫生討論在治療過程中可能需要哪些掃描和測試 • 血友患者者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如 Medicare 爲您的器官移植支付費用，則會承保移植藥物治療。您在取得移植的承保時必須享有 A 部分，且在接受免疫抑制藥物時必須享有 B 部分。請記住，如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，Medicare 藥物保險 (D 部分) 則會予以承保 • 注射用骨質疏鬆症藥物，前提是您行動不便，有骨折，且醫生認定骨折與絕經後骨質疏鬆症相關，無法自行給藥 • 部分抗原：如果由醫生準備抗原，並透過經過適當指示的人員 (可能是患者本人您) 於適當合適監督下給予抗原，則 Medicare 予以承保 • 部分口服抗癌藥物：Medicare 會承保您口服的部分口腔癌藥物，前提爲相同藥物有注射劑型，或該藥物是注射劑型藥品的前驅藥物 (口服形式的藥品，在服用後會分解成注射劑型藥品中的相同有效成分)。一旦有新的口服癌症藥物可供使用，B 部分可能會承保。如果 B 部分未承保，則由 D 部分承保	某些藥物可能會受限於循序用藥。 **Medicare Part B 胰島素藥物** Medicare 承保的 B 部分胰島素藥物共付額爲 $35。對於一個月胰島素藥量，胰島分攤費用的共付額上限爲 $35。 *可能需要事先授權。* **其他 Medicare Part B 藥物** Medicare Part B 承保的過敏抗原共同保險金爲 0%。 Medicare 承保的所有其他 B 部分藥物共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。* **Medicare Part B 化療/放射藥物** Medicare 承保 B 部分的化療藥物，20% 共同保險金。 *可能需要事先授權。* **某些 B 部分回扣藥物的共同保險金可能低於上述金額。共同保險金較低的 B 部分回扣藥物清單由美國醫療服務中心 (CMS) 發佈，可能每季修訂一次。**

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
• 口服抗噁心藥物：Medicare 承保您在抗癌化療計劃中使用的口服抗噁心藥，如果這些藥物是在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，或作爲靜脈注射抗噁心藥的完全治療替代品 • 部分口服末期腎臟疾病 (ESRD) 藥物，如果相同藥物有注射劑型，且 B 部分 ESRD 福利予以承保 • 在 ESRD 付費體系下的擬鈣劑藥物，包括靜脈用藥 Parabiv® 及口服藥物 Sensipar® • 部分居家透析藥物，包括肝素、肝素解毒劑 (必要的醫療) 與局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟疾病 (ESRD)，或者您需要此藥物來治療與其他特定疾病相關的貧血症狀，則此藥物屬於 Medicare 的承保藥物 (如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • 用於原發性免疫缺陷病家庭治療的靜脈免疫球蛋白 • 非腸道和腸道營養 (靜脈和管餵食) 以下連結爲 B 部分藥物清單，可能受循序用藥限制：wellcare.mhswi.com/plan-benefit-materials.html。 我們也根據 B 部分處方藥福利承保某些疫苗，以及根據 D 部分處方藥福利承保多數成人疫苗。 • 第 5 章解釋了 D 部分處方藥物福利，包括爲了使處方藥獲得承保您必須遵守的規定。您透過本項計劃爲您的 D 部分處方藥支付的費用見第 6 章的說明。	
肥胖症篩檢與促進持久減重療法 如果您的身體質量指數大於或等於 30，我們承保密集諮詢服務，幫助您減重。只要您從主治醫生診間處接受服務，此項諮詢服務就會獲得承保，該諮詢服務可在主治醫生診間處與您的全面預防計劃協調。請諮詢您的主治醫生或醫療執業人員，瞭解更多資訊。	預防性肥胖症篩檢和療法，無共同保險金、共付額或自付額。

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
鴉片類藥物治療計劃服務 我們的計劃保戶若患有鴉片類藥物使用障礙 (OUD)，可透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得承保服務以治療 OUD，其中包括以下服務： • 美國食品和藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片類致效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 • MAT 藥物的調劑和給藥 (如適用) • 物質使用疾患諮詢 • 個人與團體治療 • 毒物檢測 • 攝取活動 • 定期評估	每次 Medicare 承保的鴉片類藥物治療服務的共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
門診診斷測試和治療服務與用品 承保服務包括但不限於：	
• X 光	Medicare 承保的 X 光檢查共付額爲 $25。 *可能需要事先授權。*
• 放射線 (鐳和同位素) 治療，包括技師準備的材料和用品	Medicare 承保的治療放射服務共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。*
• 外科用品，如敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他防止骨折和脫臼的裝置	Medicare 承保的醫療用品，包括石膏和夾板共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。*
• 化驗	Medicare 承保的基因檢測共付額爲 $50。 Medicare 承保的所有其他化驗服務共付額爲 $0。 *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。	Medicare 承保的血液服務共付額爲 $0。
• 其他門診診斷測試 - 非放射性診斷服務 (例如，過敏測試或 EKG)	Medicare 承保的診斷性程序和測試 (例如，過敏測試或 EKG) 共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
• 其他門診診斷測試 (包括複雜的測試，如 CT、MRI、MRA、SPECT) – 放射線診斷性服務，不包括平膜式 X 光	Medicare 承保的診斷性乳房攝影共付額爲 $0。 在門診環境接受的所有其他 Medicare 承保診斷放射服務共付額爲 $150。 在所有其他地點接受的所有其他 Medicare 承保服務共付額爲 $75。 *可能需要事先授權。*
• 肺量測定 - 肺量測定是一項常見診間測試，用來在您接受 COPD 治療時檢查您的肺部運作狀況有多好。	肺量測定共付額爲 $0。 *可能需要事先授權。*
• 診斷性結腸鏡檢查	對於 Medicare 承保的診斷性結腸鏡檢查，請參閱本表後面的「門診手術」，了解門診手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。 如果您在同一天從同一機構的同一服務類別 獲得多項服務，則需爲於該地點的該服務類別支付最高共付額。 但是，如果一項服務的給付爲共付額 (固定美元金額)，另一項服務的給付爲共同保險金 (容許費用的百分比)，您可能被要求既支付共付額又支付共同保險金。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
門診醫院觀察 觀察服務是醫院門診服務，用於確定您是否需要住院或可以出院。 對於要承保的醫院門診觀察服務，它們必須符合 Medicare 標準並被認爲是合理和必要的。只有根據醫生，或州立執照法律授權的其他人員和依法醫院工作人員的醫囑，允許患者住院或進行門診檢測的情況下，才能提供觀察服務。 **注意：**除非服務提供者開立入院醫囑，否則您會被視爲門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視爲門診患者。如果您不確定您是不是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。 您亦可在 Medicare 概覽表裡的「*您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare - 請予詢問！*這份概覽表可在以下網站上查閱：https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以一週 7 天，全天 24 小時隨時撥打這些免費電話。	當您透過急診室進入觀察狀態，門診觀察服務的共付額爲 $125。 當您透過門診機構進入觀察狀態，門診觀察服務的共付額爲 $250。 將針對 Medicare Part B 處方藥收取額外費用
醫院門診服務 我們承保您因某種疾病或受傷診斷或治療從醫院門診部接受的必要的醫療之服務。 承保服務包括但不限於： • 急診部或門診診間提供的服務，例如觀察服務或門診手術 • 由醫院開帳單的化驗和診斷性測試 • 精神健康護理，包括在日間住院計劃中的護理，如果醫生證明不提供此類護理則需要住院治療 • 由醫院請款的 X 光和其他放射線服務 • 醫療用品，例如夾板和固定用石膏 • 您不能自行給藥的某些藥物和生物製劑 **注意：**除非服務提供者開立入院醫囑，否則您會被視爲門診患者且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視爲門診患者。如果您不確定您是不是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。	您需支付本醫療給付表中對於特定服務所顯示的適用分攤費用金額。 如果您在同一天從同一機構的同一服務類別獲得多項服務，則需爲於該地點的該服務類別支付最高共付額。 但是，如果一項服務的給付爲共付額 (固定美元金額)，另一項服務的給付爲共同保險金 (容許費用的百分比)，您可能被要求既支付共付額又支付共同保險金。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
您亦可在 Medicare 概覽表裡的「*您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare - 請予詢問！*這份概覽表可在以下網站上查閱：https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以一週 7 天，全天 24 小時隨時撥打這些免費電話。	
門診精神健康照護服務 承保服務包括： 由持有州立執照的精神病醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、專業執照諮商師 (LPC)、婚姻家庭執照治療師 (LMFT)、開業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或 Medicare 批准的其他精神健康專業人員按照適用的州法律提供的精神健康服務。	
• 由心理治療師提供服務	每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的個人治療就診共付額爲 $40。 *可能需要事先授權。* 每次與心理治療師一起進行 Medicare 承保的團體治療就診共付額爲 $40。 *可能需要事先授權。*
• 由其他精神健康護理提供者提供的服務	每次與其他精神健康護理提供者一起進行 Medicare 承保的個人治療就診共付額爲 $40。 可能需要事先授權。 每次與其他精神健康護理提供者一起進行 Medicare 承保的團體治療就診共付額爲 $40。 *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
門診康復服務 承保服務包括：物理治療、職能治療和語言-言語治療。 門診康復服務在不同的門診環境內提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合門診病患復健機構 (CORF)。	
• 由物理治療師提供服務	每次 Medicare 承保的物理治療就診共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
• 由職能治療師提供服務	每次 Medicare 承保的職能治療就診共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
• 由語言治療師提供服務	每次 Medicare 承保的語言治療就診共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
門診物質使用疾患服務 承保服務包括： 由醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、專科護理師、醫生助理或其他 Medicare 批准的精神健康專業人員或計劃，在適用的州法律允許下提供的物質濫用障礙症服務，例如個人及團體治療課程。	每次 Medicare 承保的個人治療就診共付額爲 $40。 *可能需要事先授權。* 每次 Medicare 承保的團體治療就診共付額爲 $40。 *可能需要事先授權。*
門診外科手術，包括醫院門診機構和門診手術中心提供的服務 **注意：**如果您是在醫院接受手術，請向提供者確認您算是住院病患或門診病患。除非服務提供者書面確認您是住院患者，否則您是門診患者，需要支付門診手術的分攤費用。即使您留在醫院過夜，您仍可能被視爲門診患者。	
• 門診醫院提供的服務	在門診醫院接受的 Medicare 承保的診斷性結腸鏡檢查共付額爲 $0。 Medicare 承保的門診手術服務共付額爲 $250。 Medicare 承保的非手術服務，包括門診緩和療護共付額爲 $150。 *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 門診手術中心提供服務	每次於門診手術中心進行 Medicare 承保的就診共付額爲 $125，包括 Medicare 承保的診斷性結腸鏡檢查。 *可能需要事先授權。*
部分住院服務與密集門診服務 *部分住院*是一種以醫院門診服務或社區精神健康中心所提供的積極精神治療結構化計劃，比在醫生、治療師、婚姻家庭執照治療師 (LMFT) 或專業執照諮商師診所接受的護理更密集，是住院治療的一種替代選擇。 *密集門診服務*是由醫院門診部、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的積極行爲 (精神) 健康治療結構化計劃，其密集程度比在醫生、治療師、婚姻家庭執照治療師 (LMFT) 或專業執照諮商師診所接受的護理更高，但低於部分住院。	Medicare 承保的部分住院或密集門診服務，每天共付額爲 $105。 *可能需要事先授權。*
醫生/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診 承保服務包括：	
• 必要的醫療照護或手術服務，由主治醫生於醫生診所提供	每次 Medicare 承保的 PCP 診間門診共付額爲 $0。
• 在認可的門診手術中心、醫院門診部或其他地點進行之有醫療必要性的醫療護理或手術服務	請參閱本表稍早的「門診手術」，了解門診手術中心或在醫院門診所需的任何相關分攤費用。
• 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療	每次 Medicare 承保的專科醫生就診共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
• 其他健康護理專業人士	在 PCP 診間進行、由其他健康護理專業人士提供的服務，共付額爲 $0。 在所有其他地點進行、由其他醫護專業人員提供的服務，共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 由您的 PCP 或專科醫生提供的基本聽力和平衡能力檢查，旨在確定您是否需要接受醫學治療	Medicare 承保的聽力服務共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
• 特定遠距醫療服務，包括緊急需求服務、家庭健康服務、主治醫生、職能治療、專科醫生、精神健康的個人和團體療程、足部治療服務、其他健康照護專業人士、精神科的個人和團體療程、物理治療與言語 - 語言病理學服務、藥物濫用門診的個人和團體療程，以及糖尿病自我管理培訓。 ○ 您可以選擇親自就診或透過遠距照護獲得這些服務。如果您選擇透過遠距照護獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距照護提供服務的網絡內服務提供者。 ○ 本計劃提供每週 7 天，每天 24 小時可透過 Teladoc 與當局認證醫生群進行的虛擬問診，以協助解決各種不同的健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行爲健康、皮膚病學等。 虛擬問診 (亦稱爲遠距健康諮詢) 指透過電話或網際網路使用智慧型手機、平板電腦或電腦與醫生對談。某些類型的看診可能需有網際網絡和具備相機功能的裝置。 如需更多資訊，或想預約看診，請致電： ○ Teladoc：1-800-835-2362 (TTY：711)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。	透過 Teladoc 執行的虛擬問診服務共付額爲 $0。 **請注意：**上述的 $0 共付額僅適用於從 Teladoc 接受服務時。如果您接受的是網絡內服務提供者而非由遠距醫療供應商提供的親自就診或遠距醫療服務，您會要支付本給付表中針對這些服務提供者列出的分攤費用 (例如，如果您接受來自您的 PCP 的遠距醫療服務，您要支付此 PCP 分攤費用)。 *可能需要事先授權。*
• 有些遠距醫療服務包括由 Medicare 許可的醫生或醫療執業人員專爲某個鄉村地區或其他地方的病人提供的諮商、診斷與治療服務	
• 針對以醫院爲基礎或重症醫院爲基礎的腎臟透析中心、腎臟透析機構或居家進行透析的保戶，每月末期腎臟疾病相關就診的遠距照護服務	
• 無論您的所在地點，皆可診斷、評估或治療中風症狀的遠距照護服務	
• 針對患有物質使用疾患或併發心理健康疾患的保戶，無論其所在地點的遠距照護服務	

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
• 在下列情況下，針對心理健康疾病的診斷、評估和治療提供遠距醫療服務： ○ 您在第一次遠距照護就診之前的 6 個月內親自就診 ○ 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務 ○ 在某些情況下，上述情況可能會有例外 • 由鄉村健康診所和聯邦合格健康中心所提供的精神健康門診之遠距醫療服務	
• 如果符合以下條件，與您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查 (例如透過電話或視訊聊天)： ○ 您不是新患者；且 ○ 此檢查與過去 7 天的門診無關；且 ○ 此檢查不會導致患者需要在 24 小時內，或最近的預約時間前進行門診	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診」所述)。
• 如果符合以下條件，您傳送給醫生的影片和/或影像的評估，以及醫生在 24 小時內的解釋和追蹤： ○ 您不是新患者；且 ○ 此評估不會導致病患需要在 24 小時內或最近的預約時間前進行門診	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診」所述)。
• 可透過電話、網際網路或電子健康記錄，諮詢您的醫生與其他醫生	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診」所述)。
• 手術前另一位網絡內服務提供者提供的第二意見	您將支付適用於服務提供者的分攤費用 (如上文「醫生/醫療執業人員服務，包括醫生診間就診」所述)。
• 非例行牙科護理 (承保服務限於下顎或相關結構手術、下顎或面骨斷裂整治、拔牙以便爲下顎作好腫瘤性癌症放射線治療準備或醫生提供的其他承保服務)	每次 Medicare 承保的牙科服務共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
	除了上述的分攤費用外，針對耐用醫療設備和用品、義肢裝置和用品、門診診斷測試和治療服務、白內障手術後的眼鏡和隱形眼鏡、D 部分處方藥和 Medicare Part B 處方藥提供必要的醫療 Medicare 承保服務之共付額及/或共同保險金，如本給付表所述。
足部治療服務 承保服務包括： • 足部受傷及疾病 (例如鎚狀趾或足跟骨刺) 診斷與醫療或手術治療 • 爲患有影響下肢的特定醫療病症的保戶提供的例行足部護理	Medicare 承保的足部治療服務共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
前列腺癌篩檢檢查 50 歲及以上的男性，承保服務包括以下各項 - 每 12 個月一次：	
• 直腸指檢	Medicare 承保的一年一次直腸指檢共付額爲 $0。
• 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測	年度 PSA 檢測無共同保險金、共付額或自付額。
義肢和矯正裝置與相關用品 用於取代人體全部或部分部位或功能的裝置 (牙科除外)。包括但不限於檢測、調適或訓練使用義肢和矯正設備，以及：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、心臟起搏器、支架、整形外科鞋、義肢和假乳房 (包括乳房切除術後整形乳罩)。包括與義肢和矯正設備相關的某些用品以及義肢和矯正裝置修理及/或更換。還包括白內障摘除或白內障手術後的一些承保項目，請參閱本節下文的**視力護理**瞭解更多詳細資訊。	Medicare 承保的義肢和矯正設備共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。* Medicare 承保、與義肢裝置相關的醫療用品的共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。*
肺部復健服務 爲患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的保戶提供承保的肺康復綜合性計劃，須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生開具的肺康復處方。	每次 Medicare 承保的肺部復健服務就診共付額爲 $15。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
減少酒精濫用的篩檢和諮商服務 我們爲濫用酒精但不倚賴酒精的 Medicare 成人 (包括孕婦) 承保一次酒精濫用篩檢。 如果酒精濫用篩檢呈陽性，您每年最多可在主治醫生診間內接受 4 次由合格主治醫生或醫療執業人員提供的一對一簡短諮詢 (如果在諮詢過程中您有能力且保持清醒)。	Medicare 承保的減少酒精濫用的篩檢與諮詢預防性給付無共同保險金、共付額或自付額。
低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢 對於合格的人士，每 12 個月進行一次低劑量電腦斷層 (LDCT)。 **合格的保戶爲**：年齡在 50 歲至 77 歲之間，沒有肺癌症狀或體徵，但一天要吸一包菸至少維持 20 年，或仍在吸菸，或過去 15 年內有吸菸史者，在肺癌篩查諮詢和共同決策門診期間獲得 LDCT 的指示單，該門診不僅符合 Medicare 爲該類門診制定的條件，且由醫生或合格的非醫生型執業人員所提供。 *針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：*保戶必須收到 LDCT 肺癌篩查的指示單，可在與醫生或合格的非醫生型執業人員的任何適當的門診期間提供。如果醫生或合格的非醫生型執業人員選擇就後續 LDCT 肺癌篩查，提供肺癌篩查諮詢和共同決策門診，則該門診必須符合 Medicare 爲該類門診制定的條件。	Medicare 承保的諮詢和共同決策制定就診或 LDCT，無共同保險金、共付額或自付額。
性病 (STI) 篩檢和預防 STI 的諮詢服務 我們承保衣原體、淋病、梅毒等性病 (STI) 篩檢和 B 型肝炎。此等篩檢的承保對象爲孕婦以及在主治醫生要求參加檢驗後，被證明有較高風險罹患 STI 的某些人士。這些檢測每 12 個月一次，或在孕期的特定時間均屬承保範圍。 我們還爲某些性生活活躍、具有較高 STI 風險的成人每年承保最多兩次、每次 20 至 30 分鐘的面對面密集型行爲諮詢療程。如果這些諮詢服務由主治醫生在主治醫生診間內 (如醫生診間) 提供，我們僅將其作爲預防服務承保。	Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 的預防性給付諮詢無共同保險金、共付額或自付額。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
治療腎臟疾病的服務 承保服務包括：	
• 腎病教育服務提供腎臟護理指導，並幫助保戶對自己的護理做出明智的決定。對患有 IV 期慢性腎病的保戶由他們的醫生轉診時，我們最多承保一生六期腎病教育課程。	Medicare 承保的腎病教育服務共同保險金爲 20%。
• 門診洗腎治療 (包括暫時在服務區域外期間接受的透析治療，請查閱第 3 章中的解釋，或本項服務的提供者暫時無法提供服務或無法取得聯絡時)	Medicare 承保的門診洗腎治療共同保險金爲 20%。
• 住院透析治療 (如果您被接納住院接受特殊護理)	有關適用於住院透析治療的分攤費用，請參閱「住院護理」。
• 自我透析培訓 (包括爲您和幫助您在家中進行透析治療的人提供培訓)	Medicare 承保的自我透析訓練共同保險金爲 20%。
• 居家透析設備和用品	Medicare 承保的居家透析設備共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。*
• 某些家庭支援服務 (例如，必要時接受過培訓的透析工作人員上門檢查您在家中做透析的情況，緊急情況時提供幫助，並檢查您的透析設備和供水狀況)	Medicare 承保的透析用品共同保險金爲 20%。 *可能需要事先授權。*
某些透析藥物由您的 Medicare Part B 藥物福利承保。有關 B 部分藥物承保的資訊，請前往參閱 **Medicare Part B 處方藥**一節。	Medicare 承保的家庭支援服務共同保險金爲 20%。
專業護理機構 (SNF) 照護 (有關專業護理機構照護的定義，請查閱本文件第 12 章的解釋。專業護理機構有時也稱爲 SNF)。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院：Medicare 承保的專業護理機構照護，第 1 到 20 天每天共付額爲 $0；第 21 到 50 天每天共付額爲 $214；以及第 51 到 100 天每天共付額爲 $0。 您必須支付 100 天之後每一天的所有費用。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
每次住院/留院承保 100 天。不要求以前住過院。 承保服務包括但不限於： • 半私家病房 (或單人病房，前提是必要的醫療) • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 作爲護理計劃的一部分爲您開的藥物 (包括體內自然存在的物質，如凝血因子) • 血液 - 包括血液貯存和輸血。本項計劃將從您所需的第一品脫全血及紅血球濃厚液開始提供承保。血液的所有其他組成也從您所需之第一品脫血液起即能獲得承保。 • 通常由 SNF 提供的醫療和外科用品 • 通常由 SNF 提供的化驗 • 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射服務 • 通常由 SNF 提供的裝置使用，如輪椅 • 醫生/醫療執業人員服務 通常您將從網絡內機構接受 SNF 護理。但是，在以下列出的特定條件下，如果非網絡內服務提供者機構設施接受本項計劃支付的金額，您或許能支付網絡內分攤費用。 • 您住院前居住的護理院或持續護理退休人社區 (前提是提供專業護理機構照護) • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的 SNF	*可能需要事先授權。* 分攤費用從住院第一天開始計算，不包括出院當天
吸煙和煙草使用戒除 (戒菸或戒煙草諮詢) <u>若您使用煙草，但並無煙草相關疾病病徵或症狀：</u>我們承保 12 個月內兩次戒菸嘗試服務作爲預防保健服務，您不須支付費用。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。 <u>如果您使用煙草並被診斷患有與煙草相關的疾病或正在服用可能受煙草影響的藥物：</u>我們承保戒菸諮詢服務。我們承保 12 個月內兩次戒菸嘗試服務；但是您將支付適用的分攤費用。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。	Medicare 承保的吸煙和煙草使用戒除預防性福利無共同保險金、共付額或自付額。

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
社群支援平台 我們的計劃提供線上社群支援平台，支持您的整體身心健康。您可以加入社群，並獲得與治療活動和計劃贊助相關的資源，有助於您應對壓力和焦慮。您可以輕鬆加入此平台並持續參與，藉此保持健全的行爲健康之旅。此平台全年 24 小時線上開放，您可以隨時使用。 Twill 平台包括： • 量身打造的健康計劃：獲得 Twill Therapeutics 的 4 週專屬自我引導計劃，專爲強化生理及心理健康而設計，並結合健康老化專家的深入分析結果，爲會員提供專屬支援。按照自己的步調照著計劃進行，並追蹤進度以監控健康狀況的改善情形。 • 同伴與專家支援：與 Twill Care 連結，在有管理的社群空間中與同伴和醫療專家互動。根據您的互動和確定的需求，推送臨床審查過的文章，並獲得額外的 Wellcare 服務的個人化建議。 • 個人化的數位健康工具：進行以認知行爲治療、正念和正向心理學爲基礎的互動式活動、冥想和遊戲。這些工具能協助您一起應爲多種重要的主題，例如健康老化、管理孤獨、照護、悲傷，以及找到老化的目標等。 會員可以登入會員入口網站 member.membersecurelogin.com 或致電會員服務部來存取平台。註冊完成後，您可以隨時透過電腦、平板電腦或智慧型手機直接進入平台。	社會支援平台共付額爲 $0。*
監督運動療法 (SET) 爲患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的保戶提供 SET 承保。 如果符合 SET 計劃要求，則在 12 週的時間內最多可以包含 36 次療程。 SET 計劃必須： • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包含針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診環境或醫生診間進行 • 必須由合格輔助人員提供，以確保福利大於傷害，且其已接受 PAD 運動療法訓練 • 由醫生、醫生助理或執業護士/臨床護理師直接監督，其必須接受基本和高階生命支持技術方面的培訓 如果健康照護服務提供者認爲是必要的醫療，則 SET 可承保在超過 12 週 36 次療程後，延伸時間內的額外 36 次療程。	每次 Medicare 承保的監督運動療法共付額爲 $15。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
交通運輸服務 (額外例行程序) 我們計劃也承保在我們服務區域內非緊急情況的 36 次單程地面接送服務。這項福利可幫助您獲得所需的照護和服務。您可以獲得乘車服務前往您的醫生、專科醫生和牙醫等健康照護地點。 旅程 (也稱爲「行程」) 僅限單程 75 英里和每天最多四次單程行程。 若要預約您的乘車服務，請撥打保戶 ID 卡背面的交通電話號碼。對於例行照護，可最早於 1 個月前到至少 3 天前事先致電。同天的行程視供應情況而定。 乘車服務包含計程車、客車，附輪椅升降機的休旅車和共乘服務 (如 Uber 或 Lyft)，以滿足您的健康需求。 若要獲得本計劃承保，您必須使用該福利前往健康照護地點。旅程中可能會同時有多位保戶，在旅程中也可能停在您目的地以外的地點。請確保在預約時提及任何額外需求，例如使用輪椅或偏好，例如需要更多時間才能搭乘。	每趟共付額爲 $0。* 一趟行程係指單程交通接送，包括乘坐廂型車、共乘服務或透過計程車前往健康照護相關地點。 *可能需要事先授權。*
緊急需求服務 此爲計劃承保的服務，需要立刻就診但非急診的情況即爲緊急需求服務，無論是您暫時離開計劃的服務區域，或即使您身處計劃的服務區域內，但在您的時間、地點和情況下，無法合理向與計劃簽訂合約的網絡內服務提供者取得此服務皆適用。您的計劃必須承保緊急需求服務，而且只會向您收取網絡內分攤費用。緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病症意外發作。但是，年度檢查等醫療上必要的例行服務提供者就診不被視爲緊急需求服務，即使您在計劃的服務區域以外，或計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。 美國境外的緊急需求服務亦獲承保。	Medicare 承保的緊急需求服務看診共付額爲 $30。 若您在 24 小時之內因同一情況而住院，則您不需支付此費用。 美國境外的緊急需求服務共付額爲 $125。* 即使是在 24 小時之內因同一情況而住院，您還是得支付此費用。 對於每年美國境外的緊急情況或緊急需求服務，您獲承保的金額可達 $50,000。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
價值型保險設計 (VBID) 模型 由於您的計劃參與價值型保險設計方案，您也可以將 Wellcare Spendables™ 津貼用於下列任何福利。您必須繼續投保此計劃，而且符合 LIS 資格，才能獲得 VBID 福利。此津貼會與您的非處方 (OTC) 福利合併。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 福利。 • **自助加油費用**您可以使用卡片直接在特定地區的油槍上支付汽油費用。這張卡片無法用於親自到收銀機付款。卡片內的自助加油津貼設有上限金額。 • **健康食品**您可以使用卡片在參與活動的零售商內取得健康食品和製作。可透過線上入口網站訂購的餐點。卡片不得用於購買煙草或酒精。核准的項目包括： ○ 肉品及家禽肉 ○ 水果和蔬菜 ○ 營養飲品 使用您的應用程式內條碼掃描器，在零售地點尋找已核准的用品，登入您的保戶入口網站，或參閱您的目錄。 • **居家修繕和安全用品**您可以使用卡片協助支付居家修繕和安全用品的費用。登入您的保戶入口網站，購買接受的品項。核准的項目包括： ○ 扶手或門把與防滑板材 ○ 安全座椅與浴室改裝輔具 ○ 攜帶式空調與空氣清淨產品 ○ 害蟲和昆蟲防治用品 • **租賃協助**您可以使用您的卡片協助支付房屋的租金費用。登入您的保戶入口網站，支付服務提供者費用，或直接付款給接受付款的服務提供者。 • **公用事業協助**您可以使用卡片協助支付您住家的公用事業費用。登入您的保戶入口網站，或直接付款給接受付款的公用事業提供者。卡片無法用來設定自動定期付款。此福利的核准費用包括： ○ 電力、瓦斯、公共衛生/垃圾和水公用服務	

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
○ 有線電話和手機服務 ○ 網絡服務 ○ 有線電視服務 (串流服務除外) ○ 特定石油費用，例如家用燃料油	
視力照護 承保服務包括：	
• 爲眼睛疾病和眼部受傷進行診斷和治療的門診醫師服務，包括與年齡相關的黃斑退化病治療。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的例行眼睛檢查 (屈光度)	診斷和治療眼睛疾病的所有其他眼睛檢查，共付額爲 $20。 *可能需要事先授權。*
• 對於青光眼風險較高的人群，我們提供每年一次的青光眼篩查承保服務。青光眼高危險族群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、年齡在 50 歲 (含) 及以上的非裔美國人以及 65 歲或以上的西班牙裔美國人	Medicare 承保的青光眼篩檢共付額爲 $0。
• 對於糖尿病患，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次	Medicare 所承保提供給糖尿病保戶的視網膜檢查共付額爲 $0。 *可能需要事先授權。*
• 每次接受植入眼內晶體的白內障手術後，可配一副眼鏡或隱形眼鏡。(如果您分別接受了兩次白內障手術，您不能在第一次手術後保留給付，然後在第二次手術後購買兩副眼鏡)。	Medicare 承保的眼鏡共付額爲 $0。 *可能需要事先授權。*
此外，本計劃還承保以下補充 (即例行) 視力服務：	**補充 (即例行) 視力服務：**
• 每年 1 次例行眼睛檢查。例行眼睛檢查包括青光眼危險人群的青光眼篩檢和糖尿患者者視網膜檢查。	每年 1 次例行眼睛檢查共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。*

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
• 每年無限副的處方眼鏡，達到每年 $300 的給付上限爲止。承保的眼鏡包括下列任一項目： ○ 眼鏡 (鏡框和鏡片)，或 ○ 僅限鏡片，或 ○ 僅限鏡框，或 ○ 用隱形眼鏡取代普通眼鏡，或 ○ 升級視力配件 **注意：**隱形眼鏡配件費用獲本計劃承保。 每年計劃給付承保最高金額爲 $300，適用於鏡框和/或鏡片 (包括任何諸如色彩、鍍膜鏡片選擇) 的零售價格。您需負責支付任何超出補充性 (即例行) 眼鏡給付上限的費用。* Medicare 承保下的眼鏡不包括在補充 (即例行) 給付上限中。保戶不能使用他們的補充眼鏡給付來增加他們在 Medicare 承保眼鏡上的承保範圍。 **注意：**例行視力服務是本項計劃提供的補充給付。Medicare 和 Wisconsin Medicaid 均不爲此類服務支付分攤費用。 視力服務必須透過計劃的視力服務網絡取得。如有尋找服務提供者或需要更多資訊的相關問題，請致電會員服務部。	眼鏡共付額爲 $0。* *可能需要事先授權。*
歡迎加入 Medicare 預防門診 本項計劃涵蓋一次*歡迎加入 Medicare* 預防門診。該門診包括對您健康的評估、與您需要的預防服務相關的教育和諮詢 (包括某些篩檢和預防針 (或疫苗)) 以及其他護理轉診 (如需要)。 **重要：**我們只在您享有 Medicare Part B 的頭 12 個月內爲*歡迎加入 Medicare* 預防門診承保。在約診時，讓您的醫生診所知道您希望安排*歡迎加入 Medicare* 預防門診。 • Medicare 承保的心電圖檢查 (EKG) 在*歡迎加入 Medicare* 預防服務之後進行。	*歡迎加入 Medicare* 預防門診無共同保險金、共付額或自付額。 在*歡迎加入 Medicare* 預防服務之後每次進行 Medicare 承保的 EKG 共付額爲 $0。

爲您承保服務	接受這些服務時**您必須支付的費用**
Wellcare Spendables™ 您的 Wellcare Spendables™ 卡上會收到**每月 $117**的預先加值。 • **如果您未使用，您的每月津貼將累計至下一個月，並在計劃年度結束時到期**。 **您的卡片津貼可用於下列：** **非處方項目 (OTC)：** 您的卡片可在參與活動的零售地點使用，透過行動應用程式，或登入您的保戶入口網站下單寄送到府。 承保項目包括： • 原廠和副廠非處方項目 • 維他命、止痛藥、感冒和過敏用品、糖尿病用品 • 使用您的應用程式內條碼掃描器，尋找零售地點的核准項目，或者登入您的保戶入口網站或參閱自己的目錄。 **注意：**在某些情況下，本計劃的醫療福利承保診斷設備和戒菸輔助。在將您的 OTC 津貼用於這些項目之前，您應 (可能的話) 使用我們計劃的醫療福利。 **由於您的計劃參與價值型保險設計計劃，因此您也可以將卡片用於下列任一福利：** • 自助加油費用 • 健康食品 • 居家修繕和安全用品 • 租賃協助 • 公用事業協助 請參閱本表中的價值型保險設計 (VBID) 模型，以瞭解更多關於這些福利的資訊。 **如何使用您的卡片：** 1. 使用前請先開卡。 2. 請造訪參與活動的零售商，登入下列入口網站連結，或下載行動應用程式。 3. 選擇您已獲核准的項目/服務。 4. 請前往零售商的結帳程序，並使用您的 Wellcare Spendables™ 卡付款。若爲線上或行動應用程式訂單，請在結帳時輸入您的卡號。 5. 您的卡片不是信用卡，但在結帳時可以輸入爲「信用卡」。如果出現提示，您的 PIN 就是您卡號的最後 4 碼。	Wellcare Spendables™ 卡無共同保險金、共付額，或自付額。 某些訂單至少要有 $35，方能符合免運費的資格。店內購物無低消要求。

爲您承保服務	接受這些服務時您必須支付的費用
注意： • 在您使用完花費津貼後，您必須負責您購買內容的剩餘費用。 • 在店內購買的項目可在遵守經銷商退貨與換貨政策下退回。 • 如果您的卡片無法正常運作，或發生技術問題，請撥打以下號碼與我們聯絡。 • Wellcare 對於卡片遺失或遭竊概不負責。 • Wellcare Spendables™ 僅供個人使用，不得販售或移轉，且無現金價值。 • 限制和限制可能適用，僅承保核准的項目。 • 這不是 Wisconsin 衛生服務部福利。 **如需有關 Wellcare Spendables™ 卡的更多資訊，或需要目錄，請致電：**1-855-744-8550，TTY：711。服務時間：在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **您也可以線上瀏覽：**member.membersecurelogin.com。	

第 3 節 哪些承保服務是在計劃以外？

第 3.1 節 本項計劃不承保服務

雖然有 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 未承保服務，但可透過 Wisconsin 衛生服務部獲得服務。如果您對您從 Wisconsin 衛生服務部獲得的協助有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 4:30 (CT) 致電 Wisconsin 衛生服務部，電話號碼：1-608-266-1865，TTY 使用者請撥打 711。

第 4 節 本項計劃不承保哪些服務？

第 4.1 節 本項計劃不承保服務 (排除項目)

本節告訴您哪些服務被排除在外。

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

除非在下列特定條件下，否則如果您獲得排除在外 (不承保) 的服務，就必須自付額。即使您在急診機構接受排除服務，排除服務仍然不屬於承保範圍，本項計劃不會爲此類服務付費。唯一的例外處理是如果服務經上訴後認定：由於您的特殊情況，上訴後認定，某項醫療服務應該是由我們支付或承保。(有關對我們不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請查閱本文件第 9 章第 6.3 節)。

Medicare 不承保服務	在任何情況下均不承保服務	僅限在特定條件下承保服務
針灸		• 適用於在特定情況下患有慢性下背痛的人。
美容手術或程序		• 若手術是因爲意外受傷或爲改善身體某一殘障部分的功能所需則予以給付。 • 乳房切除手術後進行的所有階段乳房重建手術，以及爲了達到對稱效果對未受影響的一側進行手術重建的所有階段均獲得承保。
監護照護 監護照護是不需要接受過培訓的醫療或急救人員持續關注的個人護理，例如幫助您從事日常生活活動的護理，如洗澡或穿衣。	在任何情況下均不承保服務	
牙科護理，例如： • 齒顎矯正服務 • 植牙服務 • 口腔頜面義肢	在任何情況下均不承保服務	
實驗性醫療和手術程序、設備和藥物。 實驗性程序和項目是經原有的 Original Medicare 決定、一般情況下不被醫療界接受的項目和程序。		• 可能在 Medicare 核准的臨床試驗研究由 Original Medicare 或是由我們的計劃提供承保。 (請查閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床試驗研究的詳細資訊)。
由您的直系親屬或家庭成員收取的護理費。	在任何情況下均不承保服務	
您居家的全職護理照護。	在任何情況下均不承保服務	

Medicare 不承保服務	在任何情況下均不承保服務	僅限在特定條件下承保服務
居家送餐		• 請參閱醫療給付表中的「膳食」福利，瞭解更多資訊。 • 請參閱醫療給付表 VBID 一節中的「健康食品」福利，瞭解更多資訊。
家事服務包括基礎的家庭幫助，包括輕量的內務或便餐準備。	在任何情況下均不承保服務	
自然療法服務 (使用自然或替代治療)。	在任何情況下均不承保服務	
矯形鞋或足部支撐設備		• 屬於腿部矯形架的一部分的鞋子，並包含在腿部矯形架的收費之內。供糖尿病足病患者使用的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房內的個人物品，例如電話或電視。	在任何情況下均不承保服務	
醫院中的單人病房。		• 僅限在必要的醫療時才能承保。
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力助視器。	在任何情況下均不承保服務	
絕育逆轉手術及/或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保服務	
例行整脊護理		• 承保徒手治療脊骨以矯正半脫位。
例行足部護理		• 依據 Medicare 指南提供的一些有限承保 (例如您患有糖尿病)。
根據 Original Medicare 標準，服務被認爲不合理且不必要	在任何情況下均不承保服務	

第 5 章：

使用計劃承保項目保障 D 部分處方藥

如果您現正接受「額外幫助」支付您的 D 部分處方藥物費用，您如何獲得有關您的藥費的資訊？

我們的大多數保戶符合資格也正獲得 Medicare 的「額外幫助」來幫助支付處方藥計劃費用。如果您參加了「額外幫助」計劃，**本*承保證明*中有關 D 部分處方藥費用的有些資訊可能對您不適用。**我們另外寄送了一份單獨插頁，稱爲*獲得支付處方藥物費用額外幫助 者承保證明附加條款* (也稱爲低收入津貼附加條款或 LIS 附加條款)，說明您的藥物承保。如您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取 *LIS 附加條款*。(會員服務部電話號碼印在本文件的封底)。

第 1 節 引言

本章**說明利用您的 D 部分藥物承保的規定。**請參閱第 4 章以瞭解 Medicare Part B 藥物福利和安寧藥物福利。

除 Medicare 承保的藥物外，有些處方藥有受到您的 Wisconsin 衛生服務部福利承保。如需瞭解更多 Medicaid 承保的藥物，請聯絡 Wisconsin 衛生服務部，以確定您可享有的藥物承保。(Medicaid 的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節。)

第 1.1 節 本項計劃的 D 部分藥物承保的基本規定

只要您遵守以下基本規定，本項計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須有提供者 (醫生、牙醫或其他處方開立者) 開立根據適用的州法律必須有效的處方。
- 您的處方開立者不得在 Medicare 的排除或除外清單上。
- 您通常必須使用網絡內藥房領取處方。(請參閱 本章第 2 節。)*或者，您可以透過計劃的郵購服務購買處方藥。*
- 您的藥物必須在本項計劃的*承保藥物清單 (處方集)* (我們簡稱爲藥物清單) 中。(請參閱本章第 3 節。)
- 您的藥物必須用於醫學上所接受的引證。「醫學上所接受的引證」是指藥物的用途經 Food and Drug Administration 核准或者得到特定參考資料的支持。(請查閱本章第 3 節：您的藥物必須在本項計劃的醫學上所接受的引證上。)
- 您的藥物可能需要獲得核准，我們才能承保它。(請參閱本章第 4 節以瞭解有關承保限制的更多資訊。)

第 2 節 在網絡內藥房或透過本項計劃的郵購服務配取處方藥

第 2.1 節 使用網絡內藥房

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

網絡內藥房是與本項計劃簽約、爲您提供承保處方藥的藥房。承保藥物指本項計劃藥物清單上的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網絡內藥房

如何在您所在地區找到網絡內藥房？

如欲尋找網絡內藥房，您可查詢*服務提供者與藥房名錄*，造訪我們的網站 (www.2025wellcaredirectories.com)，及/或致電會員服務部。

您可以去我們的任何一家網絡內藥房。

如果您一直在使用的藥房退出網絡，該怎麼辦？

如果您一直在使用的藥房退出本項計劃的網絡，您必須尋找一家新的網絡內藥房。若要尋找您區域內的另一家藥房，您可以從會員服務部獲得幫助，或使用*服務提供者與藥房名錄*。您還可以瀏覽我們的網站 www.2025wellcaredirectories.com 查找資訊。

如果您需要專業性藥房，該怎麼辦？

某些處方藥必須在專業藥房配取。專科藥房包括：

- 爲家庭輸液療法供藥的藥房。
- 爲住在長期護理 (LTC) 設施的保戶供藥的藥房。通常，LTC 設施 (如護理院) 有自己的藥房。如果您在 LTC 設施獲取 D 部分福利遇到任何困難，請聯絡會員服務部。
- 爲印第安人健康服務部/部落/都市印第安人保健計劃 (不在 Puerto Rico 提供) 服務的藥房。除急診外，僅美國原住民或 Alaska 原住民可使用我們網絡內的此類藥房。
- 分發由 FDA 限制在某些地點配取或需要特別處理、服務提供者對藥物使用進行協調，或教育的藥物的藥房。若要尋找專業藥房，請查閱您的*服務提供者與藥房名錄* www.2025wellcaredirectories.com，或致電會員服務部。

第 2.3 節 使用本項計劃的郵購服務

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

本項計劃的郵購服務允許您訂購**最多 100 天的供藥。**

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

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

藥房直接從您的醫生診所收到的新處方。
藥房將自動配藥和遞送從健康護理服務提供者所接收的新處方，不須先與您核對，如果：

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

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

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

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

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

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

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

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

如果您收到不想要的自動郵寄續配藥，您可能符合退款資格。

第 2.4 節 如何獲得長期藥量？

本項計劃提供兩種方法獲得本項計劃藥物清單上維持性藥物的長期供藥 (也稱爲延長供藥)。(維持性藥物指您定期使用的藥物，以治療慢性或長期醫療病症)。

1. 我們網絡內部分零售藥房可允許您獲得維持性藥物的長期藥量。您的*服務提供者與藥房名錄* (www.2025wellcaredirectories.com) 說明我們網絡內哪些藥房可向您供應維持性藥物的長期藥量。您也可以致電會員服務部索取更多資訊。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持性藥物。請參閱第 2.3 節以瞭解更多資訊。

第 2.5 節 您何時可以使用不在本項計劃網絡內的藥房？

您的處方在某些情況下可能獲得承保

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

在以下情況下，我們會承保在網絡外藥房配藥的處方：

旅行：您前往非本計劃服務區域旅行或不在本計劃的服務區時也能獲得承保。

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

緊急醫療情況：如果我因緊急醫療情況或需要緊急護理而要使用處方藥怎麼辦？

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

其他情況：如果您使用網絡外藥房，我們可以承保您的處方藥的其他情況。

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

如何向本項計劃申請償付？

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

第 3 節 您的藥物必須在本項計劃的藥物清單上

第 3.1 節 藥物清單告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保

本項計劃有一份*承保藥物清單 (處方集)*。在本*承保證明*中，我們將它**簡稱爲「藥物清單」**。

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

「藥物清單」包含 Medicare Part D 承保的藥物。除 Medicare 承保的藥物外，有些處方藥有受到您的 Wisconsin 衛生服務部福利承保。如需瞭解更多 Medicaid 承保的藥物，請聯絡 Wisconsin 衛生服務部，以確定您可享有的藥物承保。(Medicaid 的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節)。

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

- Food and Drug Administration 已經核准用於診斷，或開立處方的狀況，或者
- 得到特定參考來源的支持，例如美國醫院處方集目錄服務藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括原廠藥、副廠藥和生物製劑 (可能包括生物相似藥)。

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

副廠藥指活性成分與原廠藥相同的處方藥。生物製劑有稱爲生物相似藥的替代藥物。通常副廠藥與生物相似藥和原廠藥或原生物製劑的效用一樣好，但通常費用較低。許多原廠藥都有副廠藥代替藥物，而某些原生物製劑有生物相似藥可供使用。有些生物相似藥是可互換的生物相似藥，視各州法律而定，可能無須經藥房開立新處方即可替代原生物製劑，就像副廠藥能替代原廠藥一樣。

請參閱第 12 章，瞭解藥物清單上可能有的藥物類型定義。

哪些藥物不在藥物清單上？

本項計劃並不承保所有的處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保特定類型的藥物。(有關這方面的更多資訊，請查閱本章第 7.1 節。)
- 在其他情形下，我們決定不把某種特定藥物列入我們的藥物清單。在某些情況下，您可能可以獲得不在藥物清單上的藥物。(如需更多資訊，請參閱第 9 章)。
- Wisconsin 衛生服務部承保的處方藥物不在藥物清單上。請與 Wisconsin 衛生服務部聯繫，以確定您可享有的藥物承保。(Medicaid 的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節)。

第 3.2 節 如何查找某一特定藥物是否在藥物清單上？

您有四種查找方式：

1. 查閱我們以電子方式提供的最新藥物清單。
2. 造訪本項計劃的網站 (www.wellcare.com/allwellWI)。網站上的藥物清單總是最新清單。
3. 致電會員服務部，瞭解某種特定藥物是否在本項計劃的藥物清單上，或索取一份藥物清單。
4. 使用本項計劃的「即時給付工具」(www.wellcare.com/allwellWI 或致電會員服務部)。您可以使用此工具搜尋藥物清單中的藥物，以取得您將支付的估算額，以及藥物清單上是否有可治療相同病症的替代藥物。

第 4 節 有些藥物有承保限制

第 4.1 節 爲什麼有些藥物有限制？

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

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

請注意，有時藥物可能會不止一次出現在我們的藥物清單上。這是因爲相同的藥物可能會因您的健康護理服務提供者開具的處方藥的強度、數量或劑型而有所差異，而且不同的限制或分攤費用可能適用於不同版本的藥物 (例如，10 毫克相對於 100 毫克；每天一片相對於每天二片；錠劑相對於液體)。

第 4.2 節 有哪些類型的限制？

下面的章節會詳細告訴您我們針對某些藥物採用的限制類型。

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

事先取得計劃核准

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

先嘗試不同的藥物

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

供藥量限制

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

第 5 節 如果您的某種藥物承保方式與您希望的不一樣，該怎麼辦？

第 5.1 節 如果您的藥物承保方式與您希望的不一樣，有解決的辦法

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

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

第 5.2 節 如果您的藥物不在藥物清單上或受到某些限制，該怎麼辦？

如果您的藥物不在藥物清單上或有限制，以下是選項：

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

您可能可以獲得臨時性供藥

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

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

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

  我們承保特定藥物的一次性 31 天緊急供藥，或您的處方開具的較少天數藥量。此爲上述臨時性供藥的補充。

- **對於經歷照護層級變更 (例如搬入或離開長期護理設施或醫院)，並立即需要藥物的保戶：**

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

如有關於臨時性供藥的問題，請致電會員服務部。

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

1) 您可以換用另一種藥物

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

2) 您可以請求作爲例外處理

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

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

如果您和您的服務提供者要求作出例外處理，請參見第 9 章第 7.4 節瞭解相關處理方法。該章節對 Medicare 爲確保您的要求能夠得到及時而公平的處理而設定的程序與截止期限作出說明。

第 6 節 如果您的一種藥物承保範圍發生變更，該怎麼辦？

第 6.1 節 藥物清單可能在年度中變更

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

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

在我們更改計劃的藥物清單之前，我們必須遵循 Medicare 規定。

請參閱第 12 章，瞭解本章所討論的藥物類型定義。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物的承保變更，該怎麼辦？

變更藥物承保的相關資訊

藥物清單發生變更時，我們會在我們的網站上發布有關這些變更的資訊。我們也會定期更新我們的線上藥物清單。本節說明我們可能對藥物清單所做的變更類型，以及對您正在服用的藥物進行變更時，您將直接獲得通知。

在目前計劃年度中，對您造成影響的藥物清單變更

- **將新藥物加入藥物清單，<u>並立即</u>刪除或變更藥物清單上的類似藥物。**
  - 在藥物清單中新增新版本的藥物時，我們可能會立即從藥物清單中移除類似藥物，將相似的藥物移至不同的分攤費用層級、增加新的限制，或兩者併行。新版藥物的限制相同或更少。

- 只有當我們新增某原廠藥的副廠藥版本，或新增某些已列於藥物清單上的原始生物製劑的新生物相似藥版本時，我們才會立即進行這些變更。
- 即使您正在服用我們正在刪除或變更的藥物，我們仍可能會立即進行這些變更，並在之後通知您。如果您在我們進行更改時使用類似的藥物，我們將向您通知有關我們所做的任何特定變更。

- **在藥物清單中新增藥物，以及移除或變更類似藥物清單上的藥物，並事先通知。**
  - 在藥物清單中新增其他版本的藥物時，我們可能會從藥物清單中移除類似藥物，將其移至不同的分攤費用層級、增加新的限制，或兩者併行。我們新增新版藥物的限制相同或更少。
  - 我們只會在新增原廠藥的副廠藥，或新增某個已在藥物清單上的原生物製劑之特定新款生物相似藥時，才會進行這些變更。
  - 我們會在變更前至少 30 天通知您，或告知您變更內容，並承保您所使用的藥物版本 30 天份的藥量。
- **藥物清單上的不安全藥物和其他藥物從市場上下架。**
  - 有時藥物可能被視爲不安全，或是因爲其他原因而從市場下架。如果出現這種情形，我們可能立即從藥物清單上刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會在進行變更後通知您。
- **對藥物清單上的藥物進行其他變更。**
  - 一旦當年度已開始影響您正在使用的藥物，我們可能會做出其他變更。舉例來說，我們可能根據 FDA 盒裝警告或 Medicare 認可的新臨床指南進行更改。
  - 我們會在變更前至少 30 天通知您，或告知您變更內容，並額外承保您所使用的藥物版本 30 天份的藥量。

如果我們對您正在服用的任何藥物做出任何變更，請與您的處方開立者討論最適合您的選項，包括更換不同藥物以治療您的病症，或要求承保決定以滿足您正在服用的藥物其任何新限制。您或您的處方開立者可請求我們作爲例外處理，繼續承保您一直在服用的藥物或藥物版本。關於如何要求例外處理等承保決定的更多資訊，請參閱第 9 章。

目前的計劃年度對不影響您的藥物清單之變更

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

一般而言，不會影響您目前計劃年度的變更包括：

- 我們對您的藥物使用作出新限制。
- 我們從藥物清單上刪除您的藥物。

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

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

第 7 節 本項計劃不承保哪些類型的藥物？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

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

如果您提出上訴，而且 D 部分未排除所要求的藥物，我們將支付或承保該藥物。(請參閱第 9 章以瞭解對決定提出上訴的相關資訊)。如果被本項計劃排除在外的藥物也被 Wisconsin 衛生服務部排除在外，您必須自行付費。

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

- 本項計劃的 D 部分藥物承保不能承保 Medicare Part A 或 Part B 承保的藥物。
- 本項計劃不能承保在美國境外或其領地之外購買的藥物。
- 我們的計劃無法承保特定參考資料未支援的藥物*標示外*使用用途，例如美國醫院處方集目錄服務藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。*標示外*使用指藥物標籤上標示的、經 Food and Drug Administration 核准用途之外的其他用途。

此外，Medicare 依法不承保下列各類藥物。但是，其中一些藥物可能透過您的 Wisconsin 衛生服務部藥物承保獲得承保。請與 Wisconsin 衛生服務部聯繫，以確定您可享有的藥物承保。(Medicaid 的電話號碼和聯繫資訊見第 2 章第 6 節)。

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

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

第 8 節 配取處方藥

第 8.1 節 提供您的保戶資訊

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

第 8.2 節 若您沒有您的保戶資訊，該怎麼辦？

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

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

第 9 節 特殊情形下的 D 部分藥物承保

第 9.1 節 如果您在本項計劃承保的醫院或專業護理機構住院，該怎麼辦？

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

第 9.2 節 如果您住在長期護理 (LTC) 設施，該怎麼辦？

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

請查閱您的*服務提供者與藥房名錄* www.2025wellcaredirectories.com，以瞭解您 LTC 機構的藥房，或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。如果不是，或者如果您需要更多資訊或協助，請與會員服務部聯絡。如果您住在 LTC 設施內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡例行獲取您的 D 部分福利。

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

請參閱第 5.2 節，以瞭解臨時性供藥或緊急供藥。

第 9.3 節 如果您還從僱主或退休人員團體計劃獲得藥物承保，該怎麼辦？

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

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

關於可信承保的特別說明：

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

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

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

第 9.4 節 如果您住在 Medicare 認證的安寧機構，該怎麼辦？

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

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

第 10 節 藥物安全性與藥物管理計劃

第 10.1 節 幫助保戶安全用藥計劃

我們對保戶進行藥物使用審查，幫助確保保戶獲得安全和適當的護理。

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

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

如果我們發現您的藥物使用方面的問題，我們會與您的服務提供者一起糾正。

第 10.2 節 藥物管理計劃 (DMP) 幫助保戶安全使用他們的鴉片類藥物

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

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

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式，或您可以獲得的藥量，我們會事先寄送信件給您。該信會告訴您，我們是否會限制爲您承保這些藥物，或者您是否需要從特定處方開立者或藥房取得這些藥物的處方。您可以藉此機會告訴我們您首選的處方開立者或藥房，以及您認爲我們必須知道的任何其他重要資訊。在您有回應的機會後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們會發出另一封信函給您，以確認此限制。如果您認爲我們犯了錯誤，或您不同意我們的決定，或您不同意限制，您和您的處方開立者有權提出上訴。如果您提出上訴，我們會審閱您的個案將並作出新決定。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關請求的任何部分，我們會自動將您的個案送至我們計劃外的獨立審核組織。有關如何上訴的資訊，請參閱第 9 章。

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

第 10.3 節 幫助保戶管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

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

某些患有特定慢性病症且服用的藥物超出特定藥物成本的保戶，或是正參加爲協助保戶安全地使用鴉片類藥物的 DMP 的保戶，可能透過 MTM 計劃接受服務。如果您有資格參加該計劃，藥劑師或其他保健專業人員將綜合評估您服用的所有藥物。在審閱時，您可以討論您的藥物、您的費用、您遇到的任何問題或您對處方藥和非處方藥的任何問題。您會取得一份內含建議待辦事項清單的書面摘要，其中包含您應採取的步驟，以期從您的藥物獲得最佳結果。您還將收到一份藥物清單，包括您正在使用的所有藥物、藥量，以及使用的原因。此外，MTM 計劃中的保戶會收到有關安全回收處理管制類處方藥物的資訊。

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

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

第 11 節 我們會寄報告給您，解釋您的藥物付款和您所處的付款階段

第 11.1 節 我們會每月寄給您一份摘要，稱爲 D *部分給付說明* (D 部分 EOB)

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

- 我們會追蹤您已經支付的金額。這稱爲您的**自付額**。其中包括您在獲得承保的 D 部分藥物時所支付的費用、家人或朋友爲您的藥物所支付的任何費用，以及 Medicare、僱主或工會保健計劃、TRICARE、印第安健康服務、AIDS 藥物協助計劃、慈善機構和大多數州政府藥物補助計劃 (SPAP) 的「額外幫助」爲您的藥物所支付的任何費用。
- 我們會追蹤您的**總藥費**。此爲您承保的 D 部分藥物的所有付款總金額。其中包括計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或組織爲您承保的 D 部分藥物所支付的費用。

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

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

第 11.2 節 幫助我們保持有關您的藥物付款的最新資訊

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

- **您每次配取處方藥時，請出示您的保戶卡。**這有助於我們確保我們知道您正在配取的處方藥以及您支付的費用。
- **確保我們有所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得所需資訊，以追蹤您的自付額。爲了幫助我們追蹤您的自付額，請提供您的收據副本。**以下是您應將藥物收據副本提供給我們的一些範例：**

- 您在網絡內藥房以特惠價購買承保藥物或使用並非本項計劃給付的折扣卡購買承保藥物時
- 當您支付透過製藥廠患者協助計劃提供藥物的共付額時
- 任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或者在特殊情況下您支付承保藥物的全額費用
- 如果藥房向您收取承保藥物的費用，您可以請求本項計劃支付我們的藥物分攤費用。有關如何提出此項要求的說明，請查閱第 7 章第 2 節。

- **把其他人代您支付的款項資訊寄給我們。**由其他特定個人和組織所支付的款項也計入您的自付額中。例如，州政府藥物補助計劃、AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 印第安健康服務及慈善機構付款均可計入您的自付額。請保留這些付款記錄，並寄給我們，這樣我們才能追蹤您的費用。
- **查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 D 部分 EOB 時，請詳細閱讀，確保其中的資訊完整無誤。如果您認爲資訊有遺漏，或者您有任何疑問，請致電會員服務部告知我們。您現在可以選擇收到電子版本的 *D 部分給付說明 (D 部分 EOB)*，而非透過郵寄方式收到紙本的 D 部分 EOB。您可以造訪 https://www.express-scripts.com/ 進行申請。若您選擇電子版本，當您的 D 部分 eEOB 已預備好可供檢視、列印或下載時，您將會收到電子郵件。電子版本的 D 部分 EOB 即無紙化 D 部分 EOB。無紙化 D 部分 EOB 是紙本 D 部分 EOB 的確切複本 (影像)。請務必保留這些報告。

第 6 章：

您爲 D 部分處方藥支付的費用

如果您現正接受「額外幫助」支付您的 D 部分處方藥物費用，您如何獲得有關您的藥費的資訊？

我們的大多數保戶符合資格也正獲得 Medicare 的「額外幫助」來幫助支付處方藥計劃費用。如果您參加了「額外幫助」計劃，**本*承保證明*中有關 D 部分處方藥費用的有些資訊可能對您不適用。**我們另外寄送了一份單獨插頁，稱爲*獲得支付處方藥物費用「額外幫助」者承保證明附加條款* (也稱爲*低收入津貼附加條款 (Low Income Subsidy Rider)* 或 *LIS 附加條款 (LIS Rider)*)，說明您的藥物承保。如您沒有收到此插頁，請致電會員服務部並索取 LIS 附加條款。

第 7 章：

要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單

第 1 節 您應請求我們爲您承保服務或藥物付費的情況

我們的網絡內服務提供者會直接向本計劃開立承保服務與藥物的帳單。如果您收到已經接受的醫療護理或藥物全額帳單，您應當將帳單送交給我們，以便我們付款。當您將帳單寄給我們時，我們會檢查帳單，並決定服務和藥物是否享有承保。如果我們決定是承保服務，我們會直接向服務提供者付款。

如果您已經支付本項計劃承保 Medicare 服務或物品的費用，您可請求本項計劃向您退款 (退款通常稱爲向您**償付**)。如果您支付的費用超過本計劃所承保的醫療服務或藥物的分攤費用，您有權得到我們計劃的償還。您可能必須在期限內獲得退款。請查閱本章第 2 節。當您將您已經付款的帳單寄給我們時，我們將檢查帳單，並決定服務或藥物是否應當享有承保。如果我們決定服務或藥物應當享有承保，我們會將服務或藥物費用退還給您。

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

以下是幾個您可能需要請求本項計劃退款或支付您收到的帳單的範例：

1. 當您從非我們的計劃網絡內的服務提供者處接受急診或緊急需求醫療照護時

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

- 在您自己接收服務時若支付了全額費用，請要求我們償付您本計劃的分攤費用。把帳單和您支付的任何款項的文件寄給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認爲不應由您支付的款項。把帳單和您已經支付的任何款項的文件寄給我們。
  - 如果欠付服務提供者任何費用，我們會直接向該服務提供者付款。
  - 如果您已支付了高於您所接收服務的分攤費用，本計劃將決定您應支付多少和計劃應退還給您多少。

2. 當網絡內服務提供者向您發送一張您認爲不應付款的帳單

網絡內服務提供者應該始終直接向本項計劃收費。但有時他們會弄錯，要求您支付多於您應承擔的費用。

- 當您接受承保服務時，您只需支付您的分攤費用。我們不允許服務提供者另外增加其他收費，稱爲**差額負擔**。即使在我們支付服務提供者的費用低於該服務提供者對某項服務的收費，以及出現分歧後我們不支付某些服務提供者的費用時，這種保護 (您從不會支付超過您的分攤費用的金額) 也適用。

- 無論何時您收到網絡內服務提供者的帳單，您認爲其收費金額高於您應該支付的，請將帳單寄給我們。我們會直接與該服務提供者聯絡，解決帳單問題。
- 如果您已向網絡內服務提供者支付您的帳單，但您認爲您支付了過多的費用，請將帳單附上您的任何已付款文件寄給我們。您應請求我們向您償付您所支付的金額與您在計劃中所積欠的金額之間的差額。

3. 如果您是回溯性地投保本計劃

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

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

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

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

請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解這些情況的討論。我們可能不會向您償還網絡外藥房收取的處方藥費與網絡內藥房配藥時我們承保的費用之間的差價。

5. 當您沒有隨身攜帶計劃保戶卡，需要支付處方藥的全部費用時

如果您沒有攜帶您的計劃保戶卡，可以請求藥房打電話給本項計劃，或查詢您的計劃投保資訊。但是，如果藥房無法立刻取得投保資訊，您可能需要自己先支付處方藥的全部費用。請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。如果您支付的現金價格高於我們爲處方藥協商的價格，我們可能不會向您償還全部費用。

6. 當您遇到其他情況需要支付處方藥的全部費用時

因爲您發現因某種原因藥物不承保，您需要支付該處方藥的全部費用。

- 例如，這種藥物可能不在本項計劃的藥物清單上；或者這種藥物可能有您不知道的要求或限制或認爲這些限制對您不適用。如果您決定立即配取該藥物，您可能需要先支付全部費用。
- 請保留收據，當您請求我們向您退款時，請把收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生索取更多資訊，才能將您的藥費退還給您。如果您支付的現金價格高於我們爲處方藥協商的價格，我們可能不會向您償還全部費用。

7. 如果您回溯性地投保我們的計劃 (因爲您有資格獲得 Wisconsin 衛生服務部)。

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

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

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

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

第 2 節 如何請求我們向您償還費用或支付您收到的帳單

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

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

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

有關醫療服務，請把您的付款請求和所有的帳單或已付款的收據一起寄到以下地址：

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

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

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

第 3 節 我們將考慮您的付款請求，然後核准或拒絕您的請求

第 3.1 節 我們會檢查我們是否應該承保您接受的服務或藥物以及我們需要退還的金額

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

- 如果我們決定對醫療護理或藥物進行承保，而且您已遵循所有規定，我們會支付我們應分攤的服務或藥物費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會向您寄出我們應分攤的費用補償您。如果您支付藥物的全額費用，您可能無法獲得您支付的全額補償 (例如，如果您在網絡外藥房購買藥物，或您爲某種藥物支付的現金價格高於我們的議定價格)。如果您尚未支付這些服務或藥物的費用，我們會將付款直接寄給服務提供者。
- 如我們決定*不*對該醫療護理或藥物進行承保，或您並*未*遵循所有規則，那麼我們不會支付我們應分攤的該護理或藥物的費用。我們會寄一封信給您，解釋我們沒有寄出款項的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付醫療護理或藥物的全部或部分費用，您可以提出上訴

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

第 8 章：

您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您作爲計劃保戶的權利和文化敏銳度

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

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

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

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

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

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de la manera que le resulte mejor y que respete sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, audio, braille, letra grande, otros formatos alternativos, etc.).

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

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

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

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

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

第 1.1 節 我們必須以適合您且符合您文化敏感度的方式（英語以外的語言、語音版、盲文版、大字版或其他替代格式等）提供資訊。

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

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

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

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

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

Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách hiệu quả cho quý vị và phù hợp với các khía cạnh văn hóa nhạy cảm của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải Tiếng Anh, dưới dạng âm thanh, bằng chữ nổi braille, bằng bản in chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác v.v.)

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

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

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

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

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

Seksioni 1.1 Ne duhet ta ofrojmë informacionin në një mënyrë që t’ju bëjë punë dhe ju, dhe në përputhje me ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në audio, në kod Braille, me shkronja më të mëdha ose në formate të tjera alternative etj.)

Plani juaj kërkohet për të siguruar që të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe joklinike, të ofrohen në një mënyrë kompetente kulturore dhe të jenë të shfrytëzueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë ata me njohuri të kufizuara të anglishtes, leximi, vështirësi dëgjimi apo me kultura dhe prejardhje të ndryshme etnike.Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa asistuese përfshijnë, mes të tjerash, ofrimin e shërbimeve të përkthimit, teletajpeve ose lidhjes TTY (telefon me tekst ose telefon me teletajp).

Plani ynë ofron shërbime përkthimi falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht.Ne ofrojmë gjithashtu materiale në gjuhë të ndryshme nga anglishtja që fliten në zonën e shërbimit të planit. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në audio, në format Braille, në shkronja formati të madh ose në formate të tjera alternative pa kosto nëse ju nevojitet.Ne e kemi për detyrë t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i shfrytëzueshëm dhe i përshtatshëm për ju.Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë që ju bën punë, ju lutemi t’u telefononi Shërbimeve të Anëtarëve.

Plani ynë e ka për detyrë t'u japë femrave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist gjinekolog brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit gjinekologjik.

Nëse ofruesit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruesit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm.Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit.Nëse e gjeni veten në një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefonojini planit për informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse keni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i shfrytëzueshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi të telefononi për të paraqitur një ankesë te Shërbimet e Anëtarëve. Mund gjithashtu të dorëzoni ankesë pranë Medicare duke telefonuar në nr. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt në Office for Civil Rights (Zyra për të Drejtat Civile) në nr. 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Sekcja 1.1 Musimy przekazywać informacje w sposób, który jest dla Pana/Pani odpowiedni i zgodny z Pana/Pani wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, w wersji audio, alfabetem Braille'a, dużym drukiem lub w innych alternatywnych formatach itp.)

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, że wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, są świadczone w sposób kompetentny kulturowo i są dostępne dla wszystkich zapisanych, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niezdolnością słyszenia lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym.Przykłady tego, w jaki sposób plan może spełnić te wymogi dostępności, obejmują między innymi zapewnienie usług tłumacza, usług tłumacza ustnego, dalekopisów lub połączenia TTY (telefon tekstowy lub dalekopis).

Nasz plan oferuje bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na pytania członków nie mówiących po angielsku.Posiadamy również materiały dostępne w językach innych niż angielski, które są powszechnie używane w obszarze usług planu.W razie potrzeby możemy również bezpłatnie udostępnić informacje w wersji audio, alfabetem Braille'a, dużym drukiem lub w innych alternatywnych formatach.Jesteśmy zobowiązani do przekazywania informacji o świadczeniach z programu w formacie, który jest dostępny i odpowiedni dla ubezpieczonego.Aby uzyskać od nas informacje w dogodny dla siebie sposób, należy skontaktować się z działem obsługi klienta.

Nasz plan jest zobowiązany do zapewnienia kobietom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie rutynowych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli świadczeniodawcy w sieci planu dla danej specjalizacji nie są dostępni, obowiązkiem planu jest zlokalizowanie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę.W takim przypadku ubezpieczony ponosi jedynie współdzielenie kosztów w ramach sieci.W przypadku znalezienia się w sytuacji, w której w sieci planu nie ma specjalistów, którzy świadczyliby potrzebne usługi, należy skontaktować się z planem w celu uzyskania informacji o tym, gdzie można uzyskać taką usługę w ramach współdzielenia kosztów w sieci.

W przypadku jakichkolwiek problemów z uzyskaniem informacji z naszego planu w odpowiednim formacie, prosimy o kontakt telefoniczny z działem obsługi klienta w celu złożenia zażalenia.Można również złożyć skargę do Medicare dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Office for Civil Rights 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

Odjeljak 1.1 Moramo pružiti informacije na način koji vam odgovara i koji je u skladu s vašom kulturnom osjetljivošću (na jezicima koji nisu engleski, u zvučnom obliku, na braille (brajici), velikim slovima ili u drugim alternativnim oblicima itd.)

Vaš je plan potreban kako bi se zajamčilo da se sve usluge, i kliničke i nekliničke, pružaju na kulturno kompetentan način i da njima mogu pristupiti svi upisani, uključujući osobe s ograničenim poznavanjem engleskog jezika, ograničenim vještinama čitanja, nemogućnošću slušanja ili osobe s raznolikim kulturnim i etničkim podrijetlom.Primjeri načina na koji plan može ispuniti te zahtjeve za pristupačnost uključuju, između ostalog, pružanje prevoditeljskih usluga, usluga tumačenja, dalekopisača ili vezu TTY (tekstni telefon ili telefon dalekopisač).

Naš plan sadrži dostupne usluge tumača za odgovaranje na pitanja članova koji ne govore engleski jezik. Također posjedujemo dostupne materijale na jezicima osim engleskog kojima se govori na planskom području pružanja usluga.Također vam možemo dati informacije putem zvuka, na Brailleovu pismu (braille), velikim tiskanim slovima ili bez troška u drugim oblicima ako vam je potrebno.Obvezni smo dati vam informacije o koristima plana u obliku koji vam je pristupačan i prikladan za vas.Kako biste od nas dobili informacije na način koji vam odgovara, nazovite Usluge za članove.

Naš je plan obvezan upisanim ženskim osobama unutar mreže pružiti mogućnost izravnog pristupa zdravstvenom stručnjaku za žene za žensku rutinu i usluge preventivne zdravstvene skrbi.

Ako u planskoj mreži nisu dostupni pružatelji usluga, odgovornost je plana pronaći specijalizirane pružatelje usluga izvan mreže koji će vam pružiti potrebnu skrb.U tom slučaju platit ćete samo podjelu troškova unutar mreže.Ako se zateknete u situaciji gdje u planskoj mreži ne postoje specijalisti koji pokrivaju uslugu koja vam je potrebna, nazovite plan za informacije o tome gdje možete ići radi primanja te usluge uz podjelu troškova unutar mreže.

Ako imate bilo kakve probleme s dobivanjem informacija od našeg plana u obliku koji vam je pristupačan i prikladan za vas, nazovite radi podnošenja prigovora kod Usluga za članove.Također možete podnijeti prigovor kod Medicarea pozivom na telefonski broj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ili izravno kod ureda Office for Civil Rights pozivom na telefonski broj 1-800-368-1019 ili TTY 1-800-537-7697.

Qaybta 1.1 Waa in aanu u bixinaa macluumaadka qaab kuu haboon oo waafaqsan xasaasiyada dhaqankaaa (luuqad kale oo aan Ingiriisi ahayn ah, cod ah, farta indhoolka, far waawayn.)

Qorshahaaga waxaa looga baahan yahay in la hubiyo in dhamaan adeegyada, mid bukaan-socod iyo kuwa aan ahaynba, loo bixiyo hab-dhaqan ahaan aqoon leh oo ay heli karaan dhamaan dadka is-diiwaangaliyay, oo ay kamid yihiin kuwa leh aqoon Ingiriisi oo kooban, xirfado akhris oo kooban, dhago la', ama kuwa leh dhaqamo iyo qawmiyado kala duwan.Tusaalooyinka sida qorshuhu u buuxin karo shuruudaha helitaanka waxaa kamid ah, laakiin aan ku koobnayn bixinta adeegyada turjubaanka, adeegyada diritaanka fariimaha, ama xiriirka TTY (telefoon qoraal ama diritaanka fariimaha).

Qorshahayagu wuxuu leeyahay adeegyo turjubaano lacag la'aan ah oo la heli karo ah si looga jawaabo su'aalaha xubnaha aan Ingiriisiga ku hadlin.Waxaan sidoo kale oo aanu haynaa agab lagu heli karo luuqado aan Ingiriisi ahayn oo lagaga hadlo goobta adeega qorshaha.Waxaan sidoo kale ku siin karnaa macluumaadka maqal, ku qoran farta indhoolaha, daabacaad waaweyn, ama qaabab kale oo lacag la'aan ah haddii aad u baahan tahay.Waxaa nalooga baahan yahay inaan ku siino macluumaadka ku saabsan

dheefaha qorshaha qaab la heli karo oo kugu haboon.Si aad nooga hesho macluumaadka hab adiga kugu haboon, fadlan wac Adeegyada Xubinta.

Qorshaheena waxaa looga baahan yahay in aan siino haweenka isu-diiwaangaliyay ikhtiyaarka helitaanka tooska ah ee takhasusle caafimaadka haweenka gudaha shabakada ee adeegyada joogtada ah ee haweenka iyo ka hortagga adeegyada daryeelka caafimaadka.

Haddii daryeel bixiyeyaasha qorshaha shabakada ku jira ee takhasuslaha aan la heli karin, waa mas'uuliyadda qorshaha in la helo daryeel bixiyeyaasha takhasuska leh ee ka baxsan shabakadda kuwaas oo ku siin doona daryeelka lagama maarmaanka ah.Xaaladdan oo kale, waxaad bixin doontaa oo kaliya kharashka shabakada ee la wadaago.Haddii ay ku qabsato xaalad aysan jirin takhasusle ku jira shabakada qorshaha kuwaas oo daboolaya adeega aad u baahan tahay, wac qorshaha macluumaadka ku saabsan halka aad aadi karto si aad u hesho adeegan adigoo isticmaalaya kharashka shabakada ee la wadaago.

Haddii ay dhibaato kaa haysato helitaanka macluumaadka qorshahayaga qaab la heli karo oo kugu haboon, fadlan wac si aad cabasho u gudbiso Adeegyada Xubinta.Waxaad sidoo kale oo aad u gudbin kartaa cabasho Medicare adigoo wacaya 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ama si toos ah Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ama TTY 1-800-537-7697.

1.1항 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 한글 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY (문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다.그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

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

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

ຂໍ້ທີ 1.1 ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໄປໃນວິທີທາງທີ່ເໝາະສົມສຳລັບທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ເປັນສຽງບັນທຶກ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ແລະ ອື່ນໆ)

ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບປະກັນໃຫ້ການບໍລິການທັງໝົດ, ທັງທາງດ້ານຄລີນິກ ແລະ ບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄລີນິກ ແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນລັກສະນະທີ່ເຂົ້າກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນໝົດທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້ຈຳກັດ, ມີທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ມີຄວາມພິການດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບວິທີທີ່ແຜນປະກັນອາດຈະບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ ການໃຫ້ບໍລິການນັກແປເອກະສານ, ການບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ນັກໂທລະພິມ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບຮັບສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ໂທລະສັບນັກໂທລະພິມ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີການບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ມາຈາກບັນດາສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາກໍຍັງມີເອກະສານຕ່າງໆເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອໄປຈາກພາສາອັງກິດ ທີ່ໄດ້ໃຊ້ເວົ້າຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນປະກັນອີກດ້ວຍ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານເປັນສຽງບັນທຶກ, ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆອີກດ້ວຍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ ໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະກັບທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໄປໃນທາງທີ່ເໝາະສົມສຳລັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ ຫນ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຕົວເລືອກແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງໂດຍກົງກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຕາມປົກກະຕິ ແລະ ເພື່ອເປັນການປ້ອງກັນຂອງແມ່ຍິງ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ ສຳລັບຄວາມຊ່ຽວຊານສະເພາະດ້ານ, ແຜນປະກັນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະເພາະດ້ານຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ທີ່ຈະໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃນກໍລະນີນີ້, ທ່ານຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນທີ່ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປເຂົ້າຮັບການບໍລິການນີ້ ດ້ວຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃດໆໃນການຂໍຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະກັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາຫນ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນຕໍ່ Medicare ໄດ້ອີກດ້ວຍ ໂດຍການໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼື ໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

अनुभाग 1.1 हमें जानकारी उस तरीके से देनी चाहिए जो आपके लिए उपयुक्त हो और आपकी सांस्कृतिक संवेदनशीलता के अनुरूप हो (अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में, ऑडियो में, ब्रेल में, बड़े प्रिंट में, या अन्य वैकल्पिक प्रारूपों में, आदि)

आपकी योजना को यह सुनिश्चित करना जरूरी है कि नैदानिक और गैर-नैदानिक सेवाओं सहित आपकी सभी सेवाएं लोगों की संस्कृति के अनुरूप प्रदान की जाएं और सभी नामांकित लोगों के लिए सुलभ हों जिनमें सीमित अंग्रेजी दक्षता, पढ़ने के सीमित कौशल वाले, सुनने में अक्षमता वाले या विविध सांस्कृतिक और जातीय पृष्ठभूमि वाले व्यक्ति शामिल हैं। किसी योजना द्वारा इन सुलभता संबंधी जरूरतों को पूरा करने के उदाहरणों में अनुवादक सेवाएं, दुभाषिया सेवाएं, टेली टाइपराइटर या TTY (टेक्स्ट टेलीफोन या टेली टाइपराइटर फोन) कनेक्शन प्रदान करना शामिल है, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है।

हमारी योजना में अंग्रेज़ी भाषा न बोलने वाले सदस्यों के सवालों के जवाब देने के लिए निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। हम योजना के सेवा क्षेत्र में अंग्रेज़ी के अलावा सामान्यतः बोली जाने वाली दूसरी भाषाओं में भी सामग्री उपलब्ध कराते हैं। आपकी जरूरत के हिसाब से हम आपको ऑडियो, braille, बड़े प्रिंट या दूसरे वैकल्पिक प्रारूपों में भी निःशुल्क जानकारी दे सकते हैं। हमारे लिए आपको योजना के लाभों से जुड़ी जानकारी को ऐसे प्रारूप में देना जरूरी है जो आपके लिए सुलभ और उपयुक्त हो। अपनी सुविधा के हिसाब से जानकारी प्राप्त करने के लिए कृपया सदस्य सेवा विभाग में कॉल करें।

हमारी योजना में नामांकित महिलाओं को उनके नियमित और निवारक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए नेटवर्क के भीतर एक महिला स्वास्थ्य विशेषज्ञ को सीधे संपर्क करने का विकल्प प्रदान करना जरूरी है।

अगर योजना के नेटवर्क के भीतर विशेषज्ञ डॉक्टर उपलब्ध नहीं हैं, तो यह योजना की जिम्मेदारी है कि वह नेटवर्क के बाहर एक विशेषज्ञ डॉक्टर ढूंढे जो आपको जरूरी देखभाल प्रदान कर सकें। इस मामले में, आपको केवल नेटवर्क के भीतर लागू लागत साझाकरण का भुगतान करना होगा। अगर आपको लगता है कि योजना के नेटवर्क में ऐसा कोई विशेषज्ञ नहीं है जो वह सेवा प्रदान करता हो जिसकी आपको जरूरत है, तो योजना को कॉल करके जानें कि नेटवर्क के भीतर लागू लागत साझाकरण पर यह सेवा कहां से प्राप्त की जा सकती है।

अगर आपको हमारी योजना के द्वारा अपने लिए सुलभ और उपयुक्त प्रारूप में जानकारी प्राप्त करने में कोई परेशानी हो रही है, तो कृपया सदस्य सेवा विभाग में शिकायत दर्ज करने के लिए कॉल करें। आप 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) पर कॉल करके या सीधे Office for Civil Rights 1-800-368-1019 या TTY 1-800-537-7697 पर कॉल करके भी Medicare में शिकायत दर्ज कर सकते हैं।

القسم 1.1 يجب علينا تقديم المعلومات بطريقة تناسبك ومتوافقة مع الأمور ذات الحساسية في ثقافتك (بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، أو بالصوت، أو بطريقة خط برايل (braille)، أو بطريقة الطباعة بحروف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

يلزم على خطتك الحرص على تقديم كل الخدمات، سواء أكانت سريرية أم غير سريرية، بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية والتأكد من أن كل المنتسبين يستطيعون الوصول إلى هذه الخدمات، بما في ذلك أولئك الذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية جيدًا أو الذين لديهم قدرات قراءة محدودة أو إعاقة في السمع أو المنحدرين من خلفيات ثقافية وعرقية مختلفة. وتشمل الأمثلة التي تعكس كيف يمكن لخطة ما تلبية متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة أو خدمات الترجمة الفورية أو المُبْرِقَات الكاتِبة أو الاتصال بأجهزة TTY (هواتف الرسائل النصية أو المُبْرِقَات الكاتِبة).

تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة التي يطرحها الأعضاء الذين لا يتكلمون اللغة الإنجليزية. ولدينا أيضًا مواد متوفرة بلغات أخرى غير الإنجليزية متداولة في منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. ويمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات بتنسيق صوتي أو بطريقة برايل أو بالطباعة الكبيرة أو بأي تنسيقات بديلة أخرى إذا كنت بحاجة إليها من دون أن تتحمل أي تكلفة. نحن مطالبون بتزويدك بالمعلومات المتعلقة بمزايا الخطة بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يلزم على خطتنا منح المنتسبات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي بصحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية النسائية الروتينية والوقائية.

في حال عدم توافر مقدمي خدمات لاختصاص معين ضمن شبكة الخطة، تتولى الخطة مسؤولية العثور على مقدمي خدمات اختصاصيين من خارج نطاق الشبكة قادرين على تقديم الرعاية اللازمة لك. في هذه الحال، ستدفع فقط مشاركة التكلفة ضمن الشبكة. في حال لم تجد اختصاصيين يمكنهم تغطية الخدمة التي تحتاج إليها ضمن شبكة الخطة، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك أن تقصده للحصول على هذه الخدمة مع مشاركة التكلفة ضمن الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على المعلومات من خطتنا بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو على رقم TTY: 1-800-537-7697.

အပိုဒ် 1.1 ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အတွက် အဆင်ပြေပြီး သင်၏ ယဉ်ကျေးမှုကို လေးစားလိုက်နာ၍ ၎င်းနှင့်ကိုက်ညီသော နည်းလမ်းဖြင့် အချက်အလက်များကို (အင်္ဂလိပ်စာမှတစ်ပါး အခြားဘာသာစကားများဖြင့်၊ အော်ဒီယိုဖြင့်၊ မျက်မမြင်စာဖြင့်၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီးဖြင့် သို့မဟုတ် အခြားအစားထိုးဖောမတ်များစသည်ဖြင့်) ပံ့ပိုးရမည်

သင့်အစီအစဉ်သည် လူမှုအဖွဲ့အစည်းယဉ်ကျေးမှုကို အလေးထားလျက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ပံ့ပိုးပေးပြီး အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းသူများ၊ စာဖတ်စွမ်းရည်အားနည်းသူများ၊ အကြားအာရုံချို့ယွင်းသူများ သို့မဟုတ် ယဉ်ကျေးမှုနှင့် လူမျိုးရေးနောက်ခံမတူသောသူများ အပါအဝင် စာရင်းသွင်းသူအားလုံး ဝန်ဆောင်မှုများရရှိအောင် ဆောင်ရွက်ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ အစီအစဉ်တစ်ခုက ဤရယူသုံးစွဲခွင့် လိုအပ်ချက်များအား မည်သို့ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ပုံကို ဥပမာဆိုရလျှင် ကန့်သတ်မထားသောဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဖုန်းလိုင်းမှတစ်ဆင့် စာရိုက်ဆက်သွယ်ရေးစနစ်များ သို့မဟုတ် TTY ဆက်သွယ်ရေးစနစ် (စာတိုပို့၍ ဖုန်းပြောခြင်း သို့မဟုတ် ဖုန်းလိုင်းမှတစ်ဆင့် စာရိုက်ဆက်သွယ်ခြင်း) ကို ပံ့ပိုးပေးခြင်း ပါဝင်ပြီး ယင်းမျှမကသော ဝန်ဆောင်မှုများလည်း ရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် အင်္ဂလိပ်စကား မပြောတတ်သော အဖွဲ့ဝင်များအတွက် မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးရန် အခမဲ့ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုများကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားဖြင့် အချက်အလက်များအပြင် အစီအစဉ်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးရာဒေသတွင် ပြောဆိုသည့် အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ရရှိနိုင်သော အချက်အလက်များလည်း ရှိပါသည်။ သင်လိုအပ်ပါက အချက်အလက်များကို အသံ၊ မျက်မမြင်စာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး သို့မဟုတ် အခြားအစားထိုးပုံစံများဖြင့်လည်း အခမဲ့ ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အစီအစဉ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များအကြောင်း အချက်အလက်များကို သင်ဖတ်ရှုနိုင်သည့် သင့်လျော်သော ပုံစံဖြင့် သင့်အား ပေးအပ်ရန် လိုအပ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ အချက်အလက်များကို သင့်အတွက် အဆင်ပြေသည့်နည်းလမ်းဖြင့် ရယူရန် အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်သည် အမျိုးသမီး စာရင်းသွင်းသူများအား အမျိုးသမီးများ၏ ပုံမှန်ကျန်းမာရေး ပြဿနာနှင့် ကြိုတင်ကာကွယ်ရေး ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကွန်ရက် အတွင်းရှိ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး အထူးကုဆရာဝန်ထံ တိုက်ရိုက်သွားရောက်ခွင့်ပေးရန် လိုအပ်သည်။

အစီအစဉ်၏ကွန်ရက်အတွင်း အထူးပြုဆေးပညာဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများကို မရရှိနိုင်ပါက သင့်အား လိုအပ်သောစောင့်ရှောက်မှုပေးမည့် ကွန်ရက်ပြင်ပရှိ အထူးပြုဝန်ဆောင်မှုပေးသူများကို ရှာဖွေရန်မှာ အစီအစဉ်၏ တာဝန်ဖြစ်သည်။ ဤအခြေအနေတွင် သင်သည် ကွန်ရက်အတွင်း စရိတ်မျှခံငွေကိုသာ ပေးဆောင်ရမည်ဖြစ်သည်။ သင်လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်သော အထူးကုဆရာဝန်များက အစီအစဉ်၏ကွန်ရက်တွင်း မရှိသည့် အခြေအနေနှင့် သင်ကြုံတွေ့ရပါက ကွန်ရက်အတွင်း စရိတ်မျှခံခြင်းဖြင့် ဤဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရန် သွားရောက်ရမည့်နေရာ အချက်အလက်အတွက် အစီအစဉ်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုမေးမြန်းပါ။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်မှ အချက်အလက်များကို သင်ဖတ်ရှုနိုင်သော သင့်လျော်သည့်ပုံစံဖြင့် ရယူရာတွင် အခက်အခဲရှိပါက အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုဌာနထံ မကျေနပ်ချက်ကို တိုင်ကြားရန် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း သို့မဟုတ် Office for Civil Rights 1-800-368-1019 သို့မဟုတ် TTY 1-800-537-7697 သို့ တိုက်ရိုက်ဖုန်းခေါ်ခြင်း Medicare ထံလည်း တိုင်ကြားချက် တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得您的承保服務和藥物

您有權在本項計劃網絡內選擇主治醫生 (PCP)，提供和安排您的承保服務。我們不會要求您經過轉診再至網絡內服務提供者求醫。

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

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

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

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

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

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

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

您可以看到您的記錄中的資訊，並能夠知道您的資訊如何與其他人分享

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

您有權知道您的健康資訊因任何非例行目的與其他人分享。

如果您對您的個人健康資訊隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

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

作為本項計劃的保戶，您有權向我們索取幾種資訊。

如果您想要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：

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

第 1.5 節 我們必須支持您作出有關您的護理決定的權利

您有權知道您的治療選擇，也有權參與有關您的健康護理的決定

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

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

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

您有權作出指示，讓醫療人員知道當您無法自己作出醫療決定時該如何處理

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

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

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

如果您要使用預立醫療指示提供您的指示，做法如下：

- **索取表格。**您可取得預立醫療指示表格，請向您的律師、社工或從一些辦公用品店索取。有時，您也可以向提供 Medicare 資訊的組織索取預立醫療指示表格。
- **填寫表格並簽名。**無論您是從哪裡索取表格，請記住這是一份法律文件。您應該考慮請律師幫您準備這份文件。
- **把副本交給適當的人。**您應交一份表格副本給您的醫師，交一份給您在表格中指定爲在您無法作出決定時代您作決定的人士，您可能也希望將副本交給密友或家人。在家中保留一份副本。

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

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

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

如果您的指示未被遵守怎麼辦？

如果您已經簽署了預立醫療指示，但是您認爲醫生或醫院沒有遵守您的指示，您可以向 Wisconsin 衛生服務部提出投訴。

第 1.6 節 您有權提出投訴和請求我們重新考慮我們作出的決定

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

第 1.7 節 您有對我們保戶的權利和責任政策提出建議的權利

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

第 1.8 節 新科技評估

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

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

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

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

如果您認爲您因您的種族、殘障、宗教、生理性別、健康、民族、信條 (信仰)、年齡、性取向或原國籍受到不公平對待或您的權利未受到尊重，您應致電 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，聯絡衛生與公共服務部的 **Office for Civil Rights**，或致電您當地的 Office for Civil Rights。您有權受到尊重並擁有尊嚴。

是有關其他方面的問題嗎？

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

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

第 1.10 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

有幾個地點可獲得有關您的權利的更多資訊：

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

第 2 節 作爲計劃保戶，您需要承擔一些責任

作爲計劃保戶，您有下列責任。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **熟悉您享有的承保服務以及您必須遵守哪些規定才能獲得這些承保服務。**使用本承保證明，瞭解您享有哪些承保服務以及必須遵守哪些規定才能獲得承保服務。
  - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務。
  - 第 5 章和第 6 章提供有關您的 D 部分處方藥承保的詳細資料。
- **除了本項計劃外，如果您還有任何其他健康承保或處方藥承保，您必須告訴我們。**第 1 章向您說明有關這些福利的協調事項。
- **請告訴您的醫生和其他健康護理服務提供者您已投保本項計劃。**每當您獲得醫療護理或 D 部分處方藥時，請出示您的計劃保戶卡和您的 Wisconsin 衛生服務部卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題和遵守護理指示，協助他們向您提供幫助。**
  - 爲幫助獲得最佳照護，請向您的醫生和其他健康服務提供者告知您的健康問題。遵守您與您的醫生同意的治療計劃和指示。
  - 請確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和營養補充劑。

- 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。您有責任理解您的健康問題，並幫助制定您和您的醫生同意的治療目標。

- **請爲他人著想。**我們期待所有的保戶都能尊重其他患者的權利。我們也期待您的行爲能幫助您的醫生診所、醫院和其他辦公室正常運作。
- **支付您應付的費用。**作爲計劃保戶，您應負責支付下列款項：
  - 針對本計劃所承保的大多數醫療服務或藥物，您都必須在取得服務或藥物時分攤您那部分的費用。
  - 如果您因爲您的較高的收入 (按照您的最後一份稅表中報告的數額) 需要支付 D 部分額外費用，您必須繼續向政府直接支付該額外費用，才能持續成爲本項計劃的保戶。
- **如果您搬到我們的計劃服務區域內，我們需要知道您的搬家資訊，**以便我們更新您的保戶資格記錄，並且知道如何與您聯絡。
- **如果您搬到我們的計劃服務區域外，您就無法繼續成爲我們的計劃保戶。**
- 如果您搬家，一定要通知社會安全局 (或鐵路退休委員會)。

第 9 章：

如果您有問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦

第 1 節 引言

第 1.1 節 如果您有問題或疑慮，該怎麼做

本章說明處理問題和疑慮的程序。您用於處理您的問題的程序取決於兩個因素：

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

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

第 3 節中的指南可幫助您找到應當使用的適當程序，以及您應做什麼。

第 1.2 節 關於法律術語

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

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

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

第 2 節 從何處獲得更多資訊和個人化幫助

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

州健康保險協助計劃 (SHIP)。

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

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

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 以獲得幫助。若要聯絡 Medicare：

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

您可以從 Wisconsin 衛生服務部獲得幫助和資訊。

方法	Wisconsin 衛生服務部 – 聯絡資訊
致電	1-608-266-1865 週一至週五，早上 8 點 至下午4:30，CT
TTY	711 1-800-947-3529 本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障者使用。
寫信	Wisconsin Medicaid 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
網站	https://www.dhs.wisconsin.gov/health-care-coverage/index.htm

第 3 節 爲了處理您的問題，您應當使用哪種程序？

因爲您享有 Medicare，並從 Wisconsin 衛生服務部接受協助，您在處理您的問題或投訴時可使用不同的程序。您使用哪一種程序取決於問題是有關 Medicare 福利還是 Wisconsin 衛生服務部福利。如果您的問題是有關 Medicare 承保的給付，您應當使用 Medicare 程序。如果您的問題有關 Wisconsin 衛生服務部承保的給付，您應當使用 Wisconsin 衛生服務部程序。如果您在決定是要使用 Medicare 程序或 Wisconsin 衛生服務部程序時需要協助，請聯絡會員服務部。

Medicare 程序和 Wisconsin 衛生服務部程序在本章不同的部分描述。如需瞭解您應當閱讀哪一個章節，請使用下表。

您的問題是有關 Medicare 福利還是 Wisconsin 衛生服務部福利？

如果您希望有人幫助您決定是使用 Medicare 福利還是使用 Wisconsin 衛生服務部福利，請洽會員服務部。

我的問題是關於 **Medicare** 福利。

請查閱本章的下一節，**第 4 節：處理您的 Medicare 福利問題。**

我的問題是關於 **Wisconsin 衛生服務部**承保。

請跳到本章**第 12 節：處理您的 Wisconsin 衛生服務部福利問題。**

關於 MEDICARE 福利問題

第 4 節 處理您的 Medicare 福利問題

第 4.1 節 您是否應當使用承保決定程序與上訴程序？還是應該使用提出投訴程序？

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

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

您的問題或疑慮與您的福利或承保有關嗎？

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

是。

請查閱本章的下一節：**第 5 節，承保決定和上訴基本知識指南。**

否。

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

第 5 節 承保決定與上訴基礎知識指南

第 5.1 節 請求作出承保決定和提出上訴：概況

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

在接受福利之前，要求承保決定

承保決定是我們對您的福利和承保或我們將爲您的醫療照護所支付的金額所做的決定。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉診給醫療專科醫生，該轉診是一項有利的承保決定，除非您的網絡內醫生證明您已收到這位醫療專科醫生的標準拒絕通知，或者其*承保證明*清楚表示所轉診的服務

一概不承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某項醫療服務或者拒絕提供您認爲您需要的醫療護理，您或者您的醫生也可以聯絡我們，請求我們作出承保決定。換句話來說，獲得某項醫療護理前，如果您想知道我們是否承保該項服務，您可以請求我們爲您作出承保決定。在特定情況下，要求我們作出承保決定的請求會被駁回，亦即我們不會審核該請求。關於請求何時會遭駁回的例子，包括：請求內容不完整、有人代您提出請求但未獲得合法授權，或是您要求撤銷請求時。如果我們駁回承保決定的請求，我們會寄送通知說明爲什麼該請求遭到駁回，以及如何要求審查該駁回結果。

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

提出上訴

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

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

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

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

- 您無需做任何動作就能開始 2 級上訴。如果我們不完全同意您的 1 級上訴，Medicare 規定要求我們將您對醫療護理的上訴自動送至 2 級。
- 請參閱本章**第 6.4 節**瞭解更多醫療護理的 2 級上訴相關資訊。
- D 部分上訴將於本章第 7 節進一步討論。

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

第 5.2 節 當您請求作出承保決定或提出上訴時，如何獲得幫助

如果您決定請求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴，以下是資源：

- 您**可以致電會員服務部與我們聯絡**。
- 您可以從州健康保險協助計劃**獲得免費幫助**。

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

第 5.3 節 本章哪一節對您的情況作了詳細介紹？

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

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

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

第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 6.1 節 本節告訴您，如果您在獲得醫療護理承保時遇到問題或想要我們退回我們對您的護理費用的分攤費用，該怎麼辦

本節描述您在醫療護理方面的福利。本文件第 4 章描述了這些福利：*醫療給付表 (承保項目及自費項目)*。在某些情況下，對 B 部分處方藥的請求適用不同的規定。在這些情況下，我們將解釋 B 部分處方藥的規定與醫療物品和服務的規定有何不同。

本節說明，如果您屬於以下五種情況之一，該怎麼做：

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

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

第 6.2 節 步驟：如何要求承保決定

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

<u>步驟 1：</u>決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

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

- 您只能*要求*承保醫療物品和/或服務 (不能要求支付已經接受的物品和/或服務)。
- *只有*使用標準截止日期會對您的健康*造成嚴重傷害或損害您的機能時*，您才能獲得快速承保決定。

- **如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會自動同意爲您作出快速承保決定。**
- **如果您請求作出快速承保決定，但沒有您的醫生的支持，我們將決定您的健康狀況是否需要我們作出快速承保決定。**如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您，告知：
  - 說明我們將使用標準截止日期。
  - 說明如果您的醫生提出快速承保決定的請求，我們會自動爲您提供快速承保決定。
  - 針對我們爲您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，說明您如何提出快速投訴。

步驟 2：要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

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

步驟 3：我們將考慮您的醫療照護承保請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準截止日期。

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

- **但是**，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療物品或服務，**我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的請求是針對 Medicare Part B 處方藥，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認爲我們*不應*花費更多天數，您可以提出快速投訴。我們會在做出決定後，盡快回覆您的投訴。(提出投訴的程序與承保決定和上訴的程序不同。請參閱本章第 11 節，瞭解關於投訴的資訊)。

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

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

步驟 4：如果我們拒絕您的醫療護理承保申請，您可以提出上訴。

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

第 6.3 節 步驟：如何提出 1 級上訴

法律術語
就醫療護理承保決定對本項計劃提出上訴稱爲計劃**重新裁決**。 快速上訴也稱爲**加速重新裁決**。

步驟 1：決定您是否需要標準上訴或快速上訴。

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

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

步驟 2：要求我們的計劃提出上訴或快速上訴。

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

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**向您作出答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快向您作出答覆。
  - 如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的要求是針對醫療項目或服務，我們**最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們需要更多天數，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是針對 Medicare Part B 處方藥，我們無法花額外時間。

- 如果我們在 72 小時內 (或者如果我們需要更多時間，在延長時間期終止前) 未向您作出答覆，我們必須自動將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織對您的請求進行審查。第 6.4 節解釋 2 級上訴程序。

- **如果我們同意您的部分或所有請求**，我們一定要在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們同意的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們會會將書面決定寄送給您，並自動將您的上訴轉送到獨立審核組織進行 2 級上訴。獨立審核組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

標準上訴的截止日期

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

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

第 6.4 節 步驟：如何完成 2 級上訴

法律術語
獨立審核組織的正式名稱爲**獨立審核實體**。有時稱爲 **IRE**。

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

步驟 1：獨立審核組織審查您的上訴。

- 我們會把有關您的上訴的資料送交給該機構。此類資訊稱爲您的**個案檔案**。**您有權向我們索取一份個案檔案副本。**

- 您有權向獨立審核組織提供更多的資料，以支持您的上訴。
- 獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

如果您在 1 級上訴時採用快速上訴，您在 2 級上訴時也將採用快速上訴

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

如果您在 1 級時採用標準上訴，您在 2 級時也將採用標準上訴。

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

步驟 2：獨立審核組織將給您答覆。

獨立審核組織會將以書面方式告訴您他們的決定，並解釋原因。

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

步驟 3：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中在 2 級之後還有另外三級 (總共有五級上訴)。如果您要提出 3 級上訴，請查閱您在 2 次上訴後收到的書面通知，瞭解如何繼續提出上訴的詳細說明。

- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 10 節說明 3 級、4 級和 5 級上訴程序。

第 6.5 節 如果您要請求我們對您已經接受的醫療護理帳單作出我們分攤費用的償付，該怎麼做？

如果您已經支付本項計劃承保 Wisconsin 衛生服務部服務或物品的費用，您可請求本項計劃向您退款 (退款通常稱爲向您**償付**)。如果您支付的費用超過本計劃所承保的醫療服務或藥物的分攤費用，您有權得到我們計劃的償還。當您將您已經付款的帳單寄給我們時，我們將檢查帳單，並決定服務或藥物是否應當享有承保。如果我們決定服務或藥物應當享有承保，我們會將服務或藥物費用退還給您。

請求償付就是請求我們作出承保決定

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

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

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

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

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

第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴

第 7.1 節 本節告訴您，如果您在獲得 D 部分藥物時遇到問題或想要我們退還您支付的 D 部分藥費，該怎麼辦

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

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

D 部分藥物承保決定和上訴

法律術語
有關您的 D 部分藥物的最初承保決定稱爲**承保裁定**。

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

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

如果您不同意我們作出的承保決定，您可以提出上訴。

本節告訴您如何請求作出承保決定和如何提出上訴。

第 7.2 節 什麼是例外處理？

法律術語
請求承保某種不在「藥物清單」中的藥物有時稱爲請求作爲**處方集例外處理**。 請求取消對承保藥物的限制有時稱爲請求**處方集例外處理**。 請求對某種承保的非首選藥物支付較低的價格有時稱爲請求**層級例外處理**。

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

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

1. **爲您承保的 D 部分藥物未列入我們的藥物清單。**您不得要求我們針對我們規定您支付的藥品分攤費用金額進行例外處理。
2. **免除我們對承保藥物的限制。**第 5 章說明適用於我們「藥物清單」上特定藥物的額外規定或限制。

第 7.3 節 請求例外處理時需要瞭解的重要事項

您的醫生必須告訴我們醫療原因

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

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

我們會同意或拒絕您的請求

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

第 7.4 節 步驟：如何要求承保決定，包括例外處理

法律術語
快速承保決定稱爲**加急承保裁定**。

步驟 1：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

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

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

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

- 針對我們爲您作出標準承保決定而非您所請求的快速承保決定的決定，向您說明如何提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後 24 小時內回覆。

步驟 2：要求標準承保決定或快速承保決定。

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

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

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

步驟 3：我們考慮您的請求，並給您答覆。

快速承保決定的期限

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

有關您尚未收到的藥物標準承保決定的截止日期

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

有關您已購買藥物付款的標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**向您作出答覆。
  - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。
- **如果我們核准您的部分或全部請求**，我們必須在收到您的請求後 14 個日曆日內付款給您。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的承保請求，您可以提出上訴。

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

第 7.5 節 步驟：如何提出 1 級上訴

法律術語
就 D 部分藥物承保決定對計劃提出上訴稱爲計劃**重新裁決**。 快速上訴也稱爲**加速重新裁決**。

步驟 1：決定您是否需要標準上訴或快速上訴。

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

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

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

- **對於標準上訴，請提交書面要求，或致電我們。**第 2 章有聯絡資訊。
- **對於快速上訴，請以書面方式提出上訴或致電我們：1-844-796-6811 (TTY：711)。**第 2 章有聯絡資訊。
- **我們必須接受任何書面請求**，包括用 CMS 重新裁決示範請求表提交的請求，該請求表可以從我們的網站 wellcare.mhswi.com/coveragedeterminations 獲得。請務必附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。
- **您必須**在我們的承保決定書面通知寄出日期後 65 個日曆日內**提出上訴請求。**如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括嚴重疾病阻止您聯絡我們，或者我們就有關提出上訴的截止日期提供了不正確或不完整的資訊。

- **您可以索取一份您的上訴資料副本，並補充更多資訊。**您和您的醫生可以增加更多資訊，爲您的上訴提供佐證。

步驟 3：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

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

有關您尚未取得之藥物的標準上訴時限

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

有關您已購買藥物付款的標準上訴截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**向您作出答覆。
  - 如果我們沒有在截止日期之前完成作業，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審核組織審查。
- **如果我們核准您的部分或全部請求，**我們必須在收到您的請求後 30 個日曆日內付款給您。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們需要寄給您書面聲明，並解釋我們拒絕的原因。我們也會告訴您如何上訴。

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

- 如果您決定提出另一次上訴，則表示您的上訴進入 2 級上訴程序。

第 7.6 節 步驟：如何提出 2 級上訴

法律術語
獨立審核組織的正式名稱爲**獨立審核實體**。有時稱爲 **IRE**。

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

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

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

步驟 2：獨立審核組織審查您的上訴。

獨立審核組織的審查員會仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

快速上訴的截止日期

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

標準上訴的截止日期

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

步驟 3：獨立審核組織將給您答覆。

- *針對快速上訴：*
  - **如果獨立審核組織同意您的部分或全部要求**，我們必須在收到審核組織決定後 **24 小時內**提供審核組織批准的藥物承保。
- *針對標準上訴：*
  - **如果獨立審核組織同意您的部分或全部的承保要求**，我們必須**在收到審核組織決定後** 72 小時內提供審核組織批准的藥物承保。

- **如果獨立審核組織同意您的部分或全部的已購買藥物償付請求**，我們必須在收到審核組織決定後的 30 個日曆日內向您寄出款項。

如果審核組織拒絕您的上訴，怎麼辦？

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

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

步驟 4：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

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

第 8 節 如果您認爲自己過早出院，如何請求我們承保更長的住院停留時間

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

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

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

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

住院的前兩個日曆日內，您會獲得一份書面通知，稱爲 *Medicare 發出的關於您的權利的重要資訊*。Medicare 的每個人都會收到此通知的副本。如果您沒有從醫院中的某人獲得本通知 (例如：社工或護士)，請詢問任何一位醫院員工。如果您需要幫助，請致電會員服務部，或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天每天 24 小時提供服務。(TTY 1-877-486-2048)。

1. **請仔細閱讀該通知，如果您不理解通知內容，請詢問。**其將會告訴您：
   - 在您住院期間以及出院後，您有權根據您的醫生之醫囑，獲得 Medicare 承保服務。這包括有權知道包括哪些服務、誰爲這些服務付費以及您可以從何處獲得這些服務。
   - 您有權參與任何有關您住院治療的決定。
   - 如果您對您的醫院護理品質有疑慮，應在何處提出報告。
   - 如果您認爲過早出院，您有權**要求立即審查**要讓您出院的決定。這是以正式、合法的方式要求延遲出院時間，以使我們承保更長時間的醫院醫療護理。
2. **會要求您在書面通知簽名，表示您已經收到通知並理解您的權利。**
   - 會要求您或您的代表在通知中簽名。
   - 在通知中簽名僅代表您已收到關於您的權利的資訊。通知不會提供您的出院日期。在通知中簽名**並不代表**您同意出院日期。
3. **請保留您的通知副本**，以便您在日後需要提出上訴 (或報告照護品質問題) 時擁有相關資訊。
   - 如果您是在出院日期兩個日曆日以前在通知中簽名，您需要在您出院之前再簽署一份通知。
   - 如需事先查看這份通知，請致電會員服務部，或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以在線上查看通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 8.2 節 步驟：如何提出 1 級上訴更改出院日期

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

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

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

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

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

您如何與該組織聯絡？

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

快速行動：

- 若要提出上訴，您必須在出院*之前*且**不能晚於您出院日的午夜**，與品質改善組織聯絡。
  - **如果您趕上此截止日期**，在等待品質改善組織對您的上訴作出決定時，您可以在出院日期*之後*繼續住院，*而無需付費*。
  - **如果您不符合此期限**，請聯絡我們。如果您決定在計劃出院日期之後繼續住院，*您可能需要支付在您的計劃出院日期之後您所接受的住院護理的全部費用*。

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

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

步驟 2：品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

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

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

如果答覆是同意，會怎樣？

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

如果答覆是否定的，會怎樣？

- 如果審核組織*不同意*，則表示他們認爲您的計劃出院日期是醫療上適當。如果出現這種情況，則我們**對您的住院服務的承保將**在品質改善組織對您的上訴作出答覆*後*第二天中午終止。

- 如果審核組織*否決*您的上訴，而您決定繼續住院，那麼**您可能需要支付**從品質改善組織對您的上訴作出答覆的隔天中午之後您所接受的**全部醫療護理費**。

步驟 4：如果您的 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

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

第 8.3 節 步驟：如何提出 2 級上訴更改出院日期

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

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求再次審查。

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

步驟 2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

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

如果審核組織同意：

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

如果審核組織不同意：

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

步驟 4：如遭到拒絕，您需要決定是否希望繼續 3 級上訴。

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

第 9 節 如果您認爲您的承保終止過早，如何請求我們繼續承保某些醫療服務

第 9.1 節 *本節僅涉及三項服務：* 居家照護、專業護理機構照護和綜合門診病患復健機構 (CORF) 服務

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

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

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

第 9.2 節 我們將提前告訴您承保將於何時終止

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

1. 您會在我們的計劃將停止承保您的照護至少兩個日曆日前**收到書面通知**。該通知會告知您：
   - 我們將停止爲您承保護理的日期。
   - 如何要求快速跟蹤上訴，以要求我們繼續承保您的護理更長時間。
2. **會要求您或您的代表在書面通知上簽名，證明您已經收到通知。**在通知中簽名*僅*意味著您已收到關於您的承保何時停止的資訊。**在這份通知中簽名並不表示您同意**本項計劃停止照護的決定。

第 9.3 節 步驟：如何提出 1 級上訴，要求我們的計劃延長承保您的護理

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

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

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

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

您如何與該組織聯絡？

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

快速行動：

- 您必須在 *Medicare 不承保通知*的生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可能仍保有上訴的權利。聯絡品質改善組織。

步驟 2：品質改善組織將對您的個案進行獨立審核。

法律術語
不承保詳細說明。提供終止承保的詳細原因通知書。

審核中會出現什麼情況？

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

步驟 3：審查員會在獲得所有必要資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審查員的答覆是同意，將會發生什麼情況？

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

如果審查員的答覆是拒絕將會怎樣？

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

步驟 4：如果您的 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

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

第 9.4 節 步驟：如何提出 2 級上訴，要求我們的計劃延長承保您的護理

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

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求再次審查。

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

步驟 2：品質改善組織會就您的情況進行第二次審核。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細檢查所有與您的上訴有關的資料。

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

如果審核機構的答覆是同意將會怎樣？

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

如果審核組織不同意您的上訴，會怎樣？

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

步驟 4：如遭到拒絕，您需要決定是否希望繼續進一步上訴。

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

第 10 節 將您的上訴升級至 3 級及更高級別

第 10.1 節 3 級、4 級和 5 級醫療服務上訴請求

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

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

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

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

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

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

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

5 級上訴	**聯邦地方法院**法官會審核您的上訴。

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

第 10.2 節 3 級、4 級和 5 級 D 部分藥物上訴請求

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩次都被拒絕，本節可能適合您。

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

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

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

- **如果答覆是同意，上訴程序終止。**我們必須在行政法官或律師仲裁人批准後 **72 小時內 (加急上訴則爲 24 小時) 授權或提供藥物承保，或者在我們收到決定後的不晚於 30 個日曆日內付款**。
- **如果答案是不同意，上訴程序***可能*終止，**但也***可能不會***終止。**
  - 如果您決定接受駁回上訴的決定，上訴程序就會終止。
  - 如果您不願意接受該上訴決定，您可以繼續進入下一級審核程序。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

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

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

5 級上訴 **聯邦地方法院**法官會審核您的上訴。

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

第 11 節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴

第 11.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

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

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

第 11.2 節 如何提出投訴

法律術語
• **投訴**也稱爲**申訴**。 • **提出投訴**也稱爲**提出申訴**。 • **採用投訴程序**也稱爲**採用提出申訴的程序**。 • **快速投訴**也稱爲**加速申訴**。

第 11.3 節 步驟：提出投訴

步驟 1：請立即致電或寫信聯絡我們。

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

- 您可以致電會員服務部，提交此類型的投訴。您也可以向我們提出書面投訴，地址列在本文件第 2 章*醫療照護投訴*或 D 部分處方藥物投訴之下。在我們收到加速申訴後，臨床醫生會審核案例，判斷為何您的快速審核請求受到拒絕，或是案例延遲是否適當。我們會以口頭方式通知您快速案例的決定，並在收到您投訴後的 24 小時內以書面通知您。
- 提出投訴的**截止日期**是自您遇到想投訴問題後的 60 個日曆日。

步驟 2：我們將考慮您的投訴，並給予答覆。

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

第 11.4 節 您還可以向品質改善組織提出有關護理品質的投訴

當您的投訴涉及*護理品質*時，您還有另外兩種選擇：

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

或是

- **您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。**

第 11.5 節 您也可以將您的投訴告訴 Medicare

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

關於您的 Wisconsin 衛生服務部福利問題

第 12 節 處理您的 Wisconsin 衛生服務部福利問題

若您認為您遭不當拒絕 Wisconsin 衛生服務部承保服務或為 Wisconsin 衛生服務部承保服務的付款，您有權對我們 Wisconsin 衛生服務部的決定提出上訴。若要提出申訴 (投訴) 或對 Wisconsin 衛生服務部服務提出上訴，請聯絡州 Medicaid 辦公室。聯絡資訊在第 2 章第 6 節。

第 10 章：

終止您於計劃中的保戶資格

第 1 節 說明如何終止您在本項計劃中的保戶資格

終止您在 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 的保戶資格可以是**自願的** (您自己的選擇) 或**非自願的** (不是您自己的選擇)：

- 您退出本項計劃可能因爲您*決定*要退出。第 2 節和第 3 節提供有關自願終止您保戶身份的資訊。
- 還有一些您沒有選擇退出計劃、但我們必須終止您的保戶資格的有限的情況。第 5 節告訴您在哪些情形下我們必須終止您的保戶資格。

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

第 2 節 您何時可以終止在我們的計劃的保戶資格？

第 2.1 節 因爲您擁有 Medicare 和 Medicaid，您或許能夠終止您的保戶資格

- 大多數有 Medicare 的人只能在一年中的某些時間終止保戶資格。由於您有 Wisconsin 衛生服務部，您可在每年的任何一個月份終止您在我們計劃中的保戶資格。您也可以選擇任一月份投保另一項 Medicare 計劃，包括：
  - *帶有*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
  - *不帶有*獨立的聯邦醫療保險處方藥計劃的 Original Medicare (如果您選擇此選項，Medicare 可能會爲您投保一項藥物計劃，除非您已選擇退出自動投保)，或
  - 若符合資格，可投保整合 D-SNP，在單一計劃中提供您的 Medicare 和您大多數或全部 Wisconsin 衛生服務部福利與服務。

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

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

- 在**年度投保期**期間，還有其他 Medicare 健康計劃選項可供選擇。第 2.2 節告訴您有關年度投保期的更多資訊。
- **您的保戶資格何時終止？**您的保戶資格通常將於我們收到您提出更改計劃的請求之後下一個月的第一天終止。您投保的新計劃也將在這一天開始。

第 2.2 節 您可以在年度投保期終止您的會員資格

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

- **年度投保期**從 **10 月 15 日至 12 月** 7 日。
- **選擇維持您目前的承保，或對來年的承保作出更改**。如果您選擇換到一項新計劃，您可以選擇以下任何類型的計劃：
  - 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 健康計劃。
  - *帶有*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare

    或是
  - *不帶*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
- 當您的新計劃承保於 1 月 1 日開始時，**您的保戶資格將在我們的計劃中終止**。

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

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

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

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

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

第 2.4 節 在某些情況下，您可以在特殊投保期終止您的會員資格

在某些情形下，您有資格在一年內其他時間終止您的保戶資格。這段時間稱爲**特殊投保期**。

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

- 通常，當您搬家時。

- 如果您有 Wisconsin 衛生服務部
- 如果您有資格享有爲您 Medicare 處方藥付費的「額外幫助」。
- 如果我們違反我們與您的合約。
- 如果您正在從一個機構，如護理院或長期護理 (LTC) 醫院獲得護理。
- 如果您投保了老人全方位照護計劃 (PACE)
- **注意：**如果您正在參加藥物管理計劃，您可能無法改變計劃。您可在第 5 章第 10 節查閱有關藥物管理計劃的更多資訊。
- **注意**：第 2.1 節告訴您更多針對 Medicaid 擁有者的特殊投保期相關資訊。

投保期因各自情形不同而異。

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

- 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 健康計劃、
- *帶有*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，
- *– 或 – 不帶有*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

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

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

您的保戶資格通常將於我們收到您提出更改計劃的請求之後下一個月的第一天**終止**。

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

第 2.5 節 您可以在哪裡獲得關於何時您能終止會員資格的更多資訊？

如果您對於終止保戶身份有任何疑問，您可以：

- **請致電會員服務部。**
- 您可以在***《2025 年 Medicare 與您》***手冊中找到相關詳情。
- 您可以每週 7 天、每天 24 小時隨時撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致電 **Medicare。**(TTY 1-877-486-2048)。

第 3 節 您如何終止在本項計劃的保戶資格？

下表解釋您如何在本項計劃中終止您的保戶資格。

如果您想從本項計劃轉換至：	您應該這樣做：
• 另一項 Medicare 健康計劃	• 投保新的 Medicare 健康計劃。您的新承保將從下個月的第一天開始。 • 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)。
• *帶有*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	• 投保新的 Medicare 處方藥計劃。您的新承保將從下個月的第一天開始。 • 當您的新計劃承保開始時，您會自動退保 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)。
• *不帶*獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare ○ 如果您轉到 Original Medicare，但沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能爲您投保一項藥物計劃，除非您退出自動投保。 ○ 如果您從 Medicare 處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天 (含) 以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付延遲投保罰款。	• **向我們提出退保的書面請求。** 如需獲取如何處理的更多資訊，請聯絡會員服務部。 • 您亦可聯絡 **Medicare** 要求退保，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。 • 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將從 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 退保。

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

如有關於 Wisconsin 衛生服務部福利的問題，請聯絡 Wisconsin 衛生服務部，電話是 1-608-266-1865，TTY 是 711，週一至週五上午 8 點至下午 4:30 (CT)。詢問加入其他計劃或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 Wisconsin 衛生服務部承保的方式。

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

在您的 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 保戶身份終止，而您新的 Medicare 和 Medicaid 承保開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療物品、服務和處方藥。

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

第 5 節 在某些情況下，我們必須終止您在本項計劃的保戶資格

第 5.1 節 我們何時必須終止您在本項計劃的保戶資格？

如果發生以下任何情況，我們必須終止您的計劃保戶資格：

- 如果您不再擁有 Medicare Part A 和 Part B。
- 如果您不再符合 Wisconsin 衛生服務部的資格。如同第 1 章第 2.1 節所述，本項計劃是針對有資格參加 Medicare 和 Wisconsin 衛生服務部的人。如果您不再符合我們計劃的特殊資格要求，您在本計劃的保戶資格將於 6 個月後結束。我們會通知您保戶資格的結束和您擁有的選項。如果您對您的資格有任何疑問，請聯絡會員服務部。
  - 計劃的資格準續期爲 6 個月。資格準續期會從您失去特殊需求狀態之月份的下個月一號開始。
- 如果您搬出我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
  - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，以便確定您的新家所在地或旅遊地點是否在本項計劃區域內。
- 如果您被監禁 (入獄)。
- 如果您不再是美國公民或不能合法居留美國。
- 如果您謊報或隱瞞有關您享有提供處方藥承保之其他保險的資訊
- 如果您在投保本計劃時故意提供不正確的資訊，並且該資訊會影響您投保本計劃的資格。(我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准。)
- 如果您持續進行破壞性的行爲，而且這些行爲讓我們難以提供您，或本計劃的其他保戶醫療照護。(我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准。)
- 如果您讓其他人使用您的保戶卡獲得醫療護理。(我們不能因這個原因要求您離開本項計劃，除非我們首先獲得 Medicare 的批准。)
  - 如果我們因這個原因終止您的保戶資格，Medicare 可能會讓督察長對您的個案進行調查。
- 如果您因收入需要支付 D 部分的額外費用，但您沒有支付，Medicare 將讓您從本項計劃退保。

您在何處可以獲得更多資訊？

如果您有疑問或需要更多有關我們何時可終止您會籍的資訊，請致電會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因與您的健康相關的任何原因而要求您退出本項計劃

Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 不能因與您健康相關的任何理由而要求您離開本項計劃。

如果發生這種情況，您應該怎麼做？

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

第 5.3 節 如果我們終止您在本項計劃的保戶資格，您有權提出投訴

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

第 11 章：

法律通知

第 1 節 管轄法律聲明

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

第 2 節 關於不歧視的通知

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

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

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

第 3 節 關於 Medicare 第二付款方的代位權聲明

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

第 4 節 在您的 Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 計劃中由本項計劃所支付之福利的追回

當您受傷時

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

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

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

您如何透過責任方動作受傷、生病，或發展出健康狀況的一些例子包括但不限於：

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

本計劃的追回權適用於您從責任方收到的任何及所有金額，包括但不限於：

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

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

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

當您接受本計劃之福利時，您同時也給予本計劃任何追回、和解，或判決之優先權，或其他補償來源及所有償付 (計劃中所支付、與您因責任方動作，或疏失造成的受傷、疾病，或健康狀況相關的承保服務給付之全額費用) 的優先權。無論金額是否具體指名爲醫療費用之追回，且無論您的損失是否全部或完全得到補償，此優先權皆適用。本計劃可能會追回本計劃提供的所有福利之全額費用，且無須考慮您的任何過失理賠，無論該過失理賠爲比較過失或其他原因皆然。本計劃追回不會扣除律師費用，並且當向責任方提出理賠或訴訟時，本計劃不需要支付或負擔法院費用，或雇用律師的律師費用。

您必須採取的步驟

如果您因爲責任方而受傷、生病，或發展出健康狀況，您必須配合本計劃和/或治療提供者的努力以追回其費用，包括：

- 請告知我們的計劃或治療提供者 (若適用) 責任方和/或其律師的姓名和地址 (若您知道的話)、您律師的姓名和地址 (若您有雇用律師)、任何涉入保險公司之姓名和地址，以及如何造成受傷、疾病或健康狀況的說明。

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

第 5 節 保戶卡

在此*承保證明*中由本計劃所核發的保戶卡僅供識別之用。持有保戶卡並未賦予任何服務之權利，或此*承保證明*下其他福利之權利。若要獲得此*承保證明*下的服務或福利，卡片持有人必須符合承保資格並在此*承保證明*下投保成爲保戶。任何接受服務卻未獲得此*承保證明*授權者，將需負責支付該等服務的費用。在服務期間，保戶必須出示計劃的保戶卡，而不是 Medicare 卡。如果您需要更換保戶卡，請致電會員服務部 1-844-796-6811 (TTY：711)。

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

第 6 節 獨立簽約者

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

第 7 節 健康護理計劃詐欺

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

如果您對帳單上出現的任何費用或給付說明表單有所疑慮，或是您知道或懷疑有任何非法活動，請撥打我們計劃的免付費詐欺熱線：1-866-685-8664 (TTY：711)。詐欺舉報專線每週七天，每天 24 小時均提供服務。所有通話皆嚴格保密。

第 8 節 不在計劃控制範圍之狀況

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

第 12 章：

重要詞彙定義

允許金額 -承保健康護理服務付款所依據的金額上限。這可能稱爲符合資格的「費用」、「付款津貼」或「協商費率」。如果您的服務提供者收取的費用高於允許金額，您可能必須支付差額。(請參閱差額負擔。)網絡內服務提供者收取的費用不得超過服務的允許金額。

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

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

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

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

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

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

重大傷病承保期 – 在一個承保年度內，當您 (或其他有資格代表您的其他方) 爲 D 部分藥物支付金額達到 $2,000 時，就進入了 D 部分承保藥物福利階段。在這個付款階段，您無須爲承保的 D 部分藥物支付任何費用。

美國醫療服務中心 (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

共同保險金 - 作爲您的服務或處方藥的分攤費用，您可能必須支付的金額，以百分比表示 (例如，20%)。

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

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

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

分攤費用 – 分攤費用指當保戶接受服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的任何自付額；(2) 計劃要求在獲取特定服務或藥物時支付的任何固定金額之共付額；或 (3) 計劃要求在獲取特定服務或藥物時支付的任何金額之共同保險金 (服務或藥物總費用的百分比)。

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

承保藥物 - 用來表示我們計劃承保的所有處方藥的術語。

承保服務 - 用來表示我們的計劃承保的所有健康護理服務和用品的術語。

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

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

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

自付額 – 在我們的計劃付費之前，您必須先支付的健康護理或處方藥物費用。

退保 – 終止您在我們計劃保戶資格的程序。

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

雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) – 投保這類型計劃的個人有權獲得 Medicare (《社會安全法案》第 XVIII 篇) 和 Medicaid (第 XIX 篇) 提供的州計劃醫療協助。各州承保某些或全部 Medicare 費用，取決於各州以及個人資格。

符合雙重資格的個人 - 有資格享有 Medicare 和 Medicaid 承保的人。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

初始承保期 – 這是您該年度自付費用達到自付額限額之前的階段。

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

整合式 D-SNP – 在單一健康計劃下，涵蓋 Medicare 以及大部分或所有 Medicaid 服務的 D-SNP，適用於特定符合 Medicare 和 Medicaid 資格的群體。這些個人也稱爲符合雙重資格的個人完整福利。

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

承保藥物清單 (處方集或藥物清單) – 由本項計劃承保的處方藥物支付清單。

低收入津貼 (LIS) – 請參閱「額外幫助」。

製造商優惠計劃 – 製藥商爲承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付計劃全額費用的計劃。折扣基於聯邦政府與製藥商之間簽訂的合約。

最高自付額 – 您在日曆年度爲承保的網絡內 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付額。您爲 Medicare Part A 和 Part B 保費和處方藥支付的費用不計入最高自付額。(**注意：**因爲我們的保戶也從 Medicaid 取得協助，所以極少保戶曾達到最高自付額。)

Medicaid (或醫療協助) – 聯邦與州聯合計劃，幫助低收入和資源有限的一些人支付醫療費用。州 Medicaid 計劃個個不同，但是，如果您同時符合參加 Medicare 和 Medicaid 的資格，則會承保大部分健康護理費用。

醫療群體 – 醫生 (包括 PCP 和專科醫生) 及其他健康護理提供者 (包括醫院) 的協會，該協會與本項計劃簽約，爲保戶提供服務。請查閱第 1 章第 3.2 節。

醫學上所接受的引證 – 指藥物的用途經 Food and Drug Administration 核准或者得到特定參考資料的支持，例如美國醫院處方集目錄服務藥品資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

必要的醫療 – 指爲了預防、診斷或治療您的醫療病症和滿足可接受的醫療實踐標準所需的服務、用品或藥物。

Medicare - 聯邦健康保險計劃，適用對象爲年滿 65 歲 (含) 或以上的人士，或年齡在 65 歲以下的某些殘障人士，以及患有末期腎臟疾病的人士 (一般是需要透析或腎臟移植的永久腎衰竭患者)。

Medicare Advantage 開放投保期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日期間，允許 Medicare Advantage 計劃保戶取消其計劃投保並轉到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到 Original Medicare，您也可以在那時參加另外的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放投保期也可以是個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月期間。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱爲 Medicare Part C。由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，爲您提供所有 Medicare Part A 和 Part B 福利。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了選擇上述類型計劃以外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare Part D (處方藥承保)。這些計劃稱爲**帶有處方藥承保的 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare 承保服務 – 由 Medicare Part A 和 Part B 承保的服務。所有 Medicare 健保計劃都必須承保 Medicare Part A 和 Part B 所承保的所有服務。Medicare 承保服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

Medicare 健康計劃 – 由與 Medicare 簽約的私人公司向享有 Medicare 並投保本項計劃的人士提供所有 Medicare Part A 和 Part B 福利的 Medicare 健康計劃。此術語包括所有的 Medicare Advantage 計劃、Medicare 費用計劃、特殊需求計劃、演示/前導計劃，和老人全方位照護計劃 (PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare Part D) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和不在 Medicare Part A 或 Part B 承保範圍內的某些用品的保險。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 – 由私營保險公司銷售、用於填補 Original Medicare 承保「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅與 Original Medicare 配合使用。(Medicare Advantage 計劃不是 Medigap 保單)。

保戶 (本項計劃的保戶或計劃保戶) – 參加 Medicare 有資格獲得承保服務、已投保我們的計劃且其投保已獲得美國醫療服務中心 (CMS) 確證的人士。

會員服務部 – 本項計劃中負責回答有關保戶資格、福利、申訴和上訴問題的部門。

網絡內藥房 – 此藥房與我們的計劃簽訂合約，是我們的計劃保戶可以獲得處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方只有在我們的網絡內藥房配藥才能獲得承保。

網絡內服務提供者 – **服務提供者**是指持有 Medicare 和本州頒發的提供健康護理服務的執照或認證的醫生、其他健康護理專業人士、醫院和其他健康護理設施的總稱。**網絡內服務提供者**與本項計劃達成協議，接受我們的付款作爲全額付款，在某些情況下協調並爲本項計劃的保戶提供承保服務。網絡內服務提供者又稱爲「計劃醫療服務提供者」。

組織裁定 – 我們的計劃對於項目或服務是否承保，或您應當爲承保項目或服務支付多少金額所作出的決定。在本文件中，組織裁定稱爲承保決定。

原生物製劑 – 經 Food and Drug Administration (FDA) 核准的生物製劑，用於比較製造商製造的生物製劑。它也稱爲參考產品。

Original Medicare (傳統的 Medicare 或按服務付費 Medicare) – Original Medicare 由政府提供，不像 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃之類的私人健康計劃。在 Original Medicare 中，透過向醫生、醫院及其他健康護理提供者支付由國會制定的費用金額爲 Medicare 服務提供承保。您可以請求接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他健康護理服務提供者提供服務。您必須支付自付額。Medicare 支付 Medicare 核准金額的分攤費用，您支付自己的分攤費用。Original Medicare 分爲兩部分：A 部分 (住院保險) 和 B 部分 (醫療保險)，在全美均有提供。

網絡外藥房 – 沒有與本項計劃簽約，無法爲我們的計劃保戶協調或提供承保藥物的藥房。除非特定條件適用，否則大部分透過網絡外藥房取得的藥品均不屬於本計劃的承保範圍。

網絡外服務提供者或網絡外機構 – 沒有與本項計劃簽約的服務提供者或機構，無法爲我們的計劃保戶協調或提供承保服務。網絡外服務提供者是我們的計劃沒有僱用、擁有或營運的服務提供者。

自付額 — 請參閱上文分攤費用。保戶需要爲接受的服務或藥物支付一部分費用的分攤費用要求也稱爲保戶的自付額要求。

自付額限額 – 您爲 D 部分藥物支付的自付額上限。

PACE 計劃 - PACE (老人全方位照護計劃) 綜合了醫療、社交和長期服務與支援 (LTSS)，幫助身體虛弱的人儘可能保持獨立、並生活在自己的社區裡 (而不是住進護理院)。投保 PACE 計劃的人透過本項計劃獲取他們的 Medicare 與 Medicaid 福利。

C 部分 – 請參閱 Medicare Advantage (MA) 計劃。

D 部分 – 自願參加 Medicare 處方藥物福利計劃。

D 部分藥物 – D 部分承保的藥物。我們可能會或不會提供所有 D 部分藥物。國會將特定種類藥物排除在 D 部分承保藥物之外。每個計劃都必須承保特定類別的 D 部分藥物。

D 部分延遲投保罰款 – 在您一開始有資格加入 D 部分計劃後，如果您沒有可信承保 (預期平均與標準 Medicare 處方藥承保至少一樣多的承保) 連續超過 63 天或更長時間，除 Medicare 藥物承保的每月保費之外另外加上的金額。如果您失去「額外幫助」，然後連續超過 63 天 (含) 以上沒有 D 部分或其他可信的處方藥承保，則可能需支付延遲投保罰款。

端點服務 – 附有端點服務 (Point-of-Service，POS) 選項的 HMO 是您可從接受 Medicare 的網絡外提供者所獲得某些必要的特定醫療服務承保外的額外給付。當您使用您的 POS (網絡外) 給付時，您就有責付出更多護理費用。在從網絡外服務提供者處獲得護理之前，請始終與您的主治醫生 (PCP) 討論。您的 PCP 會通知我們，請求計劃批准 (事先授權)。(請查閱第 1 章第 1.1 節)

保費 – 向 Medicare、保險公司或提供健康或處方藥承保的健康計劃支付的定期付款。

主治醫生 (PCP) - 您因大多數健康問題首先去看的醫生或其他服務提供者。在大多數 Medicare 健康計劃中，您在看任何其他健康護理服務提供者之前必須先看您的主治醫生。

事先授權 - 要獲得某些服務或藥物需要事先獲得授權。需要事先授權的承保服務在第 4 章醫療給付表中標出。需要獲得事先授權的承保藥物已在處方集中標出，且我們的標準已刊登於我們的網站上。

義肢和矯正設備 – 醫療裝置包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼和用於取代身體內部器官或功能的設備，包括造口用品和腸內和非腸道營養療法。

品質改善組織 (QIO) – 是聯邦政府資助、由從業醫生和其他健康護理專家組成的團體，負責檢查和改善向 Medicare 患者提供的護理。

供藥量限制 – 一種管理工具，旨在因品質、安全或使用的原因限制選擇的藥物使用。我們可能對我們承保的藥物設定每張處方的供藥量限制或限制一定時段內的藥量。

「即時給付工具」 – 可供投保者查詢完整、準確、及時、基於臨床合適性，投保者專用的處方集和給付資訊的入口網站或電腦申請。其中包括分攤費用金額、可用於指定藥物相同健康狀況的替代處方集藥物，以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、循序用藥、供藥量限制)。

復健服務 – 這些服務包括物理治療、語言-言語治療和職能治療。

服務區域 – 您必須居住的地理區域，才能加入特定的健康計劃。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，通常也是您能獲得例行 (非緊急情況) 服務的區域。如果您永久搬離本項計劃的服務區域，本項計劃必須讓您退保。

專業護理機構 (SNF) 照護 – 在專業護理機構提供的連續日常所需的專業護理和復健服務。護理的例子包括僅由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射。

特殊需求計劃 – 一種爲特定人群 (例如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人、住在護理院的人或患有某種慢性醫療病症的人) 提供更集中的健康護理的特殊 Medicare Advantage 計劃類型。

循序用藥 – 一種服務利用工具，在我們承保您的醫生最初爲您開的藥物之前，要求您首先嘗試另一種藥物治療您的醫療病症。

補充社會安全收入 (SSI) – 由社會安全局支付給收入與資源有限人士的每月給付，這些是殘障人士、盲人以及年齡在 65 歲 (含) 以上的人士。補充社會安全收入 (SSI) 與社會安全局兩者的福利項目並不相同。

緊急需求服務 – 如果您暫時不在計劃的服務區域內，或根據您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫但不屬於急診的計劃承保服務即屬緊急需求服務。緊急需求服務的範例有不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病症意外發作。但是，年度檢查等醫療上必要的例行服務提供者就診不被視爲緊急需求服務，即使您在計劃的服務區域以外，或計劃網絡暫時無法提供該服務亦然。

Wellcare Spendables™ 卡 - 一張由本項計劃預先儲值的簽帳卡，可用於支付醫療給付表中所述項目的費用。

本頁特意留白。

種族、族裔及語言資訊 (REL)

Wellcare By Allwell 保證會對您的種族、族裔和語言 (REL) 資訊保密。我們使用下列部分方式來保護您的資訊：

- 將紙本文件保存在上鎖的檔案櫃中。
- 要求所有電子資訊保留在有實體防護的媒體上。
- 以受密碼保護的檔案維護您的電子資訊。

我們可能會使用或分享您的 REL 資訊來執行我們的工作。這些活動可能包括：

- 找出健康照護缺口。
- 制定介入計劃。
- 設計並指導推廣資料。
- 將您的語言需求告知健康照護專業人員和醫生。

我們絕不會將您的 REL 資訊用於核准、制定費率或福利決策。我們不會將您的 REL 資訊提供給未經授權的人員。

If you need these services, contact Wellcare By Allwell at **1-844-796-6811** (TTY: **711**). Between October 1 and March 31, representatives are available seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

English
Attention: If you speak English, language assistance services are available to you free of charge. Call **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Español (Spanish)
Atención: Si habla español, hay servicios de asistencia lingüística disponibles sin costo para usted. Llame al **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Lus Hmoob (Hmong)
Ua Tib Zoo Saib: Yog tias koj hais lus Hmoob, peb muaj cov kev pab cuam txhais lus uas koj tsis tas them nqi dab tsi. Hu rau **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

普通话 (Mandarin Chinese)
请注意： 如果您说普通话，我们可以为您提供免费语言支持服务。请致电 **1-844-796-6811**（TTY：**711**）。

ພາສາລາວ (Laotian)
ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຫາກວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາ **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

မြန်မာဘာသာ (Burmese)
သတိပြုရန်- သင်သည် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက၊ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရယူနိုင်သည်။ **1-844-796-6811** (TTY: **711**) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

Somali (Somali)
Fiiro gaar ah: Hadii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqada ayaad heleysaa oo kuu bilaash ah. La hadal **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Русский (Russian)
Внимание: если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по номеру **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Hrvatski (Croatian)
Pažnja: ako govorite hrvatski, usluge jezične pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

German (German)
Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie dazu folgende Nummer an: **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

العربية (Arabic)
انتباه: في حال كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese)
Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

한국어 (Korean)
주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. **1-844-796-6811** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Deitsch (Pennsylvania Dutch)
Wichdich: Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du en Interpreter griege unni as es ennich eppes koschte zellt. Ruf **1-844-796-6811** (TTY: **711**) uff.

Polski (Polish)
Uwaga: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

हिंदी (Hindi)
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. **1-844-796-6811** (TTY: **711**) पर कॉल करें.

Shqip (Albanian)
Vëmendje: Nëse flisni shqip, shërbimet e asistencës gjuhësore ju vihen në dispozicion falas. Telefononi **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

本頁特意留白。

本頁特意留白。

本頁特意留白。

Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	1-844-796-6811 此爲免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在非服務時間、週末和聯邦假日期間，您的來電會進入到我們的語音信箱。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在一 (1) 個工作天內回電給您。會員服務部還可爲非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。
TTY	711 此爲免付費電話。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間爲週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Wellcare By Allwell PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
網站	www.wellcare.com/allwellWI

Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP)

Wisconsin 州健康保險協助計劃 (Wisconsin SHIP) 是由聯邦政府撥款的一項州計劃，爲 Medicare 保戶提供免費的當地健康保險諮詢。

方法	聯絡資訊
致電	1-800-242-1060
TTY	711
寫信	Aging & Disability Resources 1 West Wilson Street, Rm.551 P.O. Box 7851 Madison, Wisconsin 53703
網站	https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/medicare-counseling.htm

***PRA 披露聲明**根據 1995 年文書削減法案 (Paperwork Reduction Act)，除出示有效 OMB 控制編號外，任何人均非要對資訊收集爲目的的系統作出回應。本資訊收集系統的有效 OMB 控制編號爲 0938-1051。如果您對改善此表單有任何意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。*