



2026 年 1 月 1 日 ~ 12 月 31 日

2026 年の保険適用のエビデンス：

あなたの Medicare 医療給付およびサービス、ならびに Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 会員としての医薬品補償

この文書は、2026 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの、あなたの Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の医療と処方薬の補償についての詳細な情報を記したものです。これは、重要な法的文書です。安全な場所に保管するようにしてください。

この文書では、給付と権利についての説明がなされています。この文書を通じて、以下がご理解いただけます。

- プランの保険料と費用分担
- 医療および処方薬の給付
- サービスや治療に満足できない場合、訴えを申し立てる方法
- お問い合わせ方法
- Medicare 法で定められている、その他の保護

この文書に関するご質問は、会員サービス(電話番号：1-888-846-4262)までお問い合わせください(TTY ユーザーは 711 にお電話ください)。代理店対応時間：10 月 1 日～3 月 31 日は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで、4 月 1 日～9 月 30 日は、月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時までとなっています。通話は無料です。

このプラン、Wellcare'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. が提供するものです(Wellcare by 'Ohana Health Plan) (この保険適用のエビデンスに書かれている「当社」とは、WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan) を意味し、「プラン」とは、単数または複数を問わず、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) を意味します)。

この文書は無料で、中国語、韓国語、モン語、タガログ語、ラオス語、カンボジア語/クメール語、ベトナム語、ハワイ語、日本語、カレン語、サモア語、タイ語、トルコ語、ウズベク語、イロカノ語およびビルマ語でお読みいただけます。弊社は、あなたに適した方法(英語以外の言語、点字、音声、大きな活字、または他の形式など)で情報を提供するように努めています。プランについての情報を別の形式で必要な場合は、会員サービスまでお電話ください。

給付、および/または自己負担分/共同保険料は、2027 年 1 月 1 日に変更される場合があります。

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4676375_HI6ZSPEOCJPN_M_0001
H9916001000

処方集、薬局ネットワークおよび/またはプロバイダネットワークは、いつでも変更可能となっています。あなたに影響する可能性のある変更については、少なくとも 30 日前までに通知されます。

'Ohana Health Plan は、WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. が提供するプランです。

ケアモデルのレビューを経て、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、米国品質保証委員会 (NCQA) によって、2028 年までスペシャルニーズプラン (SNP) を運営することが承認されています。

目次

目次

第 1 章 :	会員登録.....	5
セクション 1	あなたは Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の会員として登録済みです	5
セクション 2	プランの資格要件	6
セクション 3	会員資格に関する重要資料	8
セクション 4	2026 年の重要な費用についてのまとめ	10
セクション 5	毎月のプラン保険料についての詳しい情報	14
セクション 6	プラン会員の記録を最新の状態に保つ	14
セクション 7	弊社のプランと他の保険との関連付け	15
第 2 章 :	電話番号とリソース.....	17
セクション 1	弊社のプランに関するお問い合わせ先	17
セクション 2	Medicare から支援を受ける	22
セクション 3	州健康保険支援プログラム (SHIP)	23
セクション 4	品質改善組織 (QIO)	24
セクション 5	社会保障局	25
セクション 6	Medicaid	26
セクション 7	処方薬の支払いを支援するプログラム	27
セクション 8	鉄道退職者委員会 (RRB)	30
セクション 9	雇用主の団体保険または他の健康保険に加入していますか	30
第 3 章 :	医療および他の保険適用業務にプランを使用する	31
セクション 1	プランの会員として医療および他のサービスを受ける方法	31
セクション 2	プランのネットワーク内にあるプロバイダを使って、医療または他のサービスを受ける	33
セクション 3	緊急、災害、または緊急の手当てのニーズに対応するサービスを受ける方法	37
セクション 4	保険適用業務の費用全額を直接請求された場合、どうすればよいですか？	40

目次

セクション 5	臨床研究の医療サービス	40
セクション 6	宗教的非医学的健康管理施設で治療を受ける際のルール	42
セクション 7	耐久医療機器の所有権についてのルール	43
第 4 章 :	医療給付表 (補償対象になるもの)	45
セクション 1	保険適用業務について知る	45
セクション 2	医療給付表に、あなたの医療給付と 費用が記載されています	46
セクション 3	プラン以外で補償されているサービスとは?	105
セクション 4	弊社のプランの補償対象でないサービス (除外)	105
第 5 章 :	パート D 医薬品のプランの補償を使用する	108
セクション 1	プランのパート D 処方薬補償の基本的規則	108
セクション 2	ネットワーク薬局で、あるいはプランを通じて、 処方を受ける	109
セクション 3	あなたの医薬品はプランの薬剤リストに記載されている必要があり ます	113
セクション 4	補償に制限のある医薬品	115
セクション 5	薬剤の 1 つが、 望んでいたかたちで補償されていない場合、 どうすればよいですか?	116
セクション 6	薬剤リストはその年内に変更できます	118
セクション 7	弊社の保険適用外の医薬品の種類	120
セクション 8	処方薬の調剤方法	121
セクション 9	特別な状況におけるパート D 処方薬補償	122
セクション 10	医薬品の安全性と投薬管理についてのプログラム	123
セクション 11	あなたに該当する支払い段階は、パート D 給付明細書 で確認できます	125
第 6 章 :	パート D 医薬品の支払い額	128
第 7 章 :	補償対象の医療サービスまたは医薬品に対する弊社負担分の支払い要請	129
セクション 1	保険適用業務または保険適用サービス・薬の支払いを弊社に依頼 すべき状況	129
セクション 2	払戻しまたは受領した請求書の支払いを弊社に申請する方法	132
セクション 3	弊社は支払申請を検討し、 承認または不承認の回答をします	133

目次

第 8 章 :	あなたの権利と責任.....	134
セクション 1	弊社プランは、あなたの権利および文化的感受性を尊重する必要があります.....	134
セクション 2	プラン会員としてのあなたの責任.....	155
第 9 章 :	問題または不平 (保険適用決定、不服請求、訴えなどについて) がある場合...157	
セクション 1	問題や懸念がある場合の対処方法.....	157
セクション 2	詳細情報と個人別の支援はどこで得られるでしょうか.....	158
セクション 3	Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の苦情の理解と、 不服請求.....	158
セクション 4	問題に対処するには、どのような手続きを取ればよいですか?.....	159
セクション 5	保険適用決定と不服請求に関するガイド.....	159
セクション 6	医療 : 保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法.....	162
セクション 7	パート D 医薬品 : 保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法.....	171
セクション 8	自身の退院時期が早すぎるとお考えの場合に、 弊社に対して入院患者の院内滞留時間の延長の保険適用を依頼する方法.....	180
セクション 9	お客様が 自身の保険適用終了が早すぎると考える場合に、 特定の医療サービスに継続して保険が適用されるように依頼する方法 ...184	
セクション 10	あなたの不服請求をレベル 3、 4、 5 に進めます.....	188
セクション 11	治療の質、 待ち時間、カスタマーサービス、その他の懸念事項について訴えを申し立てる方法.....	191
第 10 章 :	プランの会員登録を終了する.....	196
セクション 1	弊社プランのメンバーシップの終了.....	196
セクション 2	プランの会員登録は、いつ終了できますか?.....	196
セクション 3	弊社プランのメンバーシップの終了方法.....	200
セクション 4	メンバーシップ終了までは、 引き続き弊社プランを通じて医療用品、 サービス、 医薬品を入手する必要があります.....	201
セクション 5	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、 特定の状況で プランメンバーシップを終了する必要があります.....	201

第 11 章： 法的通知..... 203

 セクション 1 準拠法に関する通知..... 203

 セクション 2 差別禁止に関する注意..... 203

 セクション 3 Medicare 第 2 支払人の代位弁済権に関する通知..... 204

 セクション 4 Wellcare'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) プランに基づいて弊社
 のプランにより支払われた給付の回収..... 204

 セクション 5 会員カード..... 206

 セクション 6 独立契約者..... 206

 セクション 7 医療プランの不正行為..... 207

 セクション 8 プランの管理範囲を超えた状況..... 207

第 12 章： 定義..... 208

第 1 章 会員登録

第 1 章 : 会員登録

セクション 1 あなたは Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の会員として登録済みです

セクション 1.1 あなたは、Medicare スペシャルニーズプランである、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) に登録されています

あなたは、Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の両方から補償を受けます。

- **Medicare** は、65 歳以上の人、65 歳未満で特定の障がいを持っている人、および末期腎不全（腎機能障害）の人を対象とした、連邦医療保険プログラムです。
- **Medicaid** は、収入とリソースが限られている特定の人々の医療費を支援する、連邦政府と州政府の共同プログラムです。Medicaid の補償対象は、お持ちの Medicaid の状態とタイプによって異なります。Medicaid をお持ちの人には、Medicare の保険料とその他費用の支払いで支援を受けている人もいます。また、Medicare では補償の対象とはなっていない、追加のサービスおよび医薬品に対する補償を受けている人もいます。

あなたは、弊社のプランである Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) を通じて、Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の医療および医薬品に対する補償を受けることを選択しています。弊社のプランは、パート A およびパート B のすべてのサービスを補償します。ただし、このプランの費用分担とプロバイダの利用方法は、Original Medicare とは異なります。

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、専門的な Medicare Advantage プラン (Medicare スペシャルニーズプラン) であり、その給付は特別な医療ニーズを抱えている人を想定したものとなっています。Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、Medicare に加入しており、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) からの支援を受ける資格も持った人々を想定しています。

あなたは、Medicare Part A と B の費用分担 (免責、自己負担分および共同保険) によって Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) からの支援を受けているため、Medicare サービスへの支払いが無料になる場合があります。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) も、Medicare では通常補償されていない医療サービスを提供することで、それ以外の給付をあなたに付与する場合があります。あなたは、Medicare 医薬品の費用に対しての「追加支援 (Extra Help)」も受けることになります。あなたが資格を有する医療サービスと支払い支援を受けられるようにするために、弊社のプランが、これらすべての給付の管理をお手伝いいたします。

第1章 会員登録

当社のプランは、民間企業によって運営されています。すべての Medicare Advantage プランと同様に、この Medicare スペシャルニーズプランは、Medicare の承認を受けています。当社のプランは、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) でのあなたの給付を仲介する、Hawaii Medicaid プログラムとも契約を結んでいます。弊社は、医薬品補償を含む、Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) での医療補償を提供できることを喜ばしく思っています。

セクション 1.2 保険適用のエビデンスについての法的情報

この保険適用のエビデンスは、プランの補償内容についてのあなたと弊社との契約のなかに含まれているものです。ほかにも、この契約には、あなたの登録フォーム、保険適用薬リスト(処方集)、ならびにあなたの補償に影響を及ぼす、補償または条件の変更を知らせるために、弊社からあなたに送られる通知が含まれています。これらの通知は、特約または修正と呼ばれることがあります。

この契約は、2026 年 1 月 1 日から 2026 年 12 月 31 日までの間の、あなたがプランに登録されていた期間が対象となります。

Medicare は、弊社が毎年提供するプランを変更することを許可しています。つまり、2026 年 12 月 31 日以降にプランの費用と給付を変更する可能性があります。さらに、弊社は、2026 年 12 月 31 日以降であれば、あなたのサービスエリア内でプランの提供を停止する可能性もあります。

Medicare (Medicare および Medicaid サービスセンター) および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) が、弊社のプランを承認する必要があります。弊社がプランの提供継続を選び、Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) がプランの承認を更新している限り、あなたはプランの会員として Medicare の補償を受け続けます。

セクション 2 プランの資格要件

セクション 2.1 資格要件

以下の条件をすべて満たしていれば、プランの会員資格があります。

- Medicare Part A および Medicare Part B の両方に加入している。
- 弊社のサービスエリアに居住している（セクション 2.3 で説明）。収監されている個人は、たとえ物理的にその場所にいるとしても、地理的なサービスエリアに在住しているとはみなされません。
- 米国民でなくなった場合、または米国に合法的に居住していない。
- 以下に書かれている、特殊な資格要件を満たしている。

第1章 会員登録

当社プランの特殊な資格要件

弊社のプランは、なんらかの Medicaid 給付を受けている人のニーズを満たすためにあります (Medicaid は、収入とリソースが限られている特定の人々の医療費を支援する、連邦政府と州政府の共同プログラムです)。弊社プランへの入会資格を得るには、Medicare および 完全な Medicaid の資格を持っていなければなりません。Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) に基づく給付費用分担の支援。さらに、'Ohana Health Plan を通じて QUEST Integration プログラムに登録する必要があります。

注記：資格を失っているものの、6 ヶ月以内に資格を再取得することが合理的に予想される場合は、会員資格を持ち続けることとなります。第4章のセクション2では、みなし継続資格の期間中での補償と費用分担についての説明が書かれています。

セクション 2.2 Medicaid

Medicaid は、収入とリソースが限られている特定の人々の医療費を支援する、連邦政府と州政府の共同プログラムです。それぞれの州が、収入およびリソースとみなされるもの、資格を有する人、補償対象となるサービス、およびサービスの費用を決定します。連邦政府のガイドラインに従っている限り、州はプログラムの運営方法も決定することができます。

さらに、Medicaid では、Medicare 保険料など、Medicare の費用の支払を支援するプログラムを提供しています。これらの Medicare 貯蓄プログラムは、収入とリソースが限られている人々が毎年、貯蓄するのを支援しています。

- **適格 Medicare 受益者プラス (QMB+)**：Medicare Part A および Part B の保険料、およびその他の費用分担（免責、共同保険および自己負担分など）の支払いを支援します。適格受益者は、Medicaid の完全給付も得られます。
- **特定低所得 Medicare 受益者プラス (SLMB+)**：パート B 保険料の支払いを支援します。適格受益者は、Medicaid の完全給付も得られます。
- **両適格完全給付 (FBDE)**：Medicaid は Medicare Part A および Part B の保険料、ならびにその他の費用（免責、共同保険および自己負担分など）を負担する場合があります。適格受益者は、Medicaid の完全給付も得られます。

セクション 2.3 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) のプランサービスエリア

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、弊社プランのサービスエリア内に在住している個人だけが利用できます。プランの会員であり続けるには、プランのサービスエリアに居住し続ける必要があります。サービスエリアについては、以下で説明いたします。

当社のサービスエリアには、Hawaii の郡である、Hawaii、Honolulu、Kauai および Maui が含まれます。

第1章 会員登録

他州への移住を計画している場合は、現在居住している州の Medicaid 事務所にも連絡し、移住による Medicaid の給付への影響について問い合わせる必要があります。第2章、セクション6に、Medicaid の電話番号が記載されています。

弊社プランのサービスエリア外に転居する場合は、プラン会員資格は維持できません。移住先の地域で利用できるプランの有無については、会員サービス(1-888-846-4262、TTYのみ711)までお問い合わせください。引っ越しをすると、あなたは特別加入期間ということになり、Original Medicare への切り替えも、新しい所在地の Medicare の医療または医薬品プランへの入会もできます。

引っ越しする場合、あるいは郵送先住所を変更する場合は、社会保障局に連絡することも重要です。電話番号 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) の社会保障局までお問い合わせください。

セクション2.4 米国市民または合法的在住者

Medicare ヘルスプランの会員は、米国市民であるか、米国の合法的在住者でなければなりません。これらを理由にして、あなたが弊社プランの会員のままでいられない場合は、Medicare (Medicare および Medicaid サービスセンター) が、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) に通知します。あなたがこの要件に適合しない場合、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、あなたを退会させなければなりません。

セクション3 会員資格に関する重要資料

セクション3.1 プランの会員カード

弊社プランの補償対象となっているサービスを受けるとき、ならびにネットワーク薬局で処方を受けるときには、必ず会員カードを使用しなければなりません。会員カードのサンプルは、次のようなものになります。

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

MEMBER ID#: 1234567890123
PLAN#: H9916-001-000
ISSUER#: (80840) 9151014609

Member Name: Member Full Name

Care Coordinator Phone: 1-888-846-4262 (TTY: 711)

PCP: Physician Name
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
PCP / Specialist Office Visit: \$0 Co-pays: \$0
Third Party Liability: Y/N

Medicare Rx: RXBIN: G10014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA
Medicaid Rx: RXBIN: XXXXXX RXPCN: XXX RXGRP: XXXXX
Effective Date / Prescription Drug Active Date: MM/DD/YYYY

Member Services: 1-888-846-4262 (TTY: 711)
Nurse Advice Line: 1-800-581-9952 (TTY: 711)
Vision: Premier Eye Care: 1-855-879-1448 (TTY: 711)
Dental: HDS: 1-844-379-4325 (TTY: 711)
Provider Services / Pharmacy Prior Auth: 1-888-505-1201 (TTY: 711)
Pharmacist Only: 1-833-750-0408 (TTY: 711)

Send Claims To: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 31372 Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163
Part D Claims: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Dept. P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room
Website: go.wellcare.com/OhanaHi
Member Portal: go.wellcare.com/member

このプランの会員である期間は、補償対象の医療サービスには、赤、白および青の Medicare カードは絶対に使わないようにしてください。Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 会員カードの代わりに Medicare を使う場合は、医療サービスの全費用をご自分で払わなければならなくなるかもしれません。Medicare カードは、安全な場所に保管してください。病院サービス、ホスピスサービスが必要な場合、Medicare 承認の臨床研究（あるいは臨床治験とも呼ばれる）

第1章 会員登録

に参加する場合は、このカードを見せるように求められる場合があります。

プランの会員カードが破損または紛失または盗難した場合、あるいは盗まれた場合は、すぐに会員サービス(1-888-846-4262、TTYのみ711)にご連絡ください。新しいカードを発送いたします。

セクション 3.2 プロバイダ&薬局ディレクトリ

プロバイダおよび薬局名簿 (go.wellcare.com/2026providerdirectories) には、その時点でのネットワークプロバイダ、および耐久医療機器サプライヤーが掲載されています。ネットワークプロバイダとは、医師とその他の医療専門家、医療グループ、耐久医療機器サプライヤー、病院、ならびに弊社による支払いおよび全額支払いとしてのプランによる費用負担を受け入れる契約を弊社と交わした、医療施設を言います。

医療グループとは、プライマリケアプロバイダ(PCP)と専門医を含む医師の団体、ならびに加入者にサービスを提供する契約をプランと交わしている、病院を含むその他の医療プロバイダを言います。

医療とサービスを受けるには、ネットワークプロバイダを使用しなければなりません。適切な承認を得ずに別のところに行く場合は、全額を支払う必要があります。限られた例外としては、緊急事態、ネットワークが利用できないときに(つまり、ネットワーク内でサービスを受けることが不合理、または可能ではない状況で) 緊急に必要なサービス、エリア外での透析サービス、ならびに Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) がネットワーク外プロバイダの利用を許可した場合があります。医療サービスと給付のほとんどは、Medicare の補償対象となっており、あなたは Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) に加入しているため、プランから追加のサービスを受けられます。これらのサービスは医学的に必要でなければならず、プライマリケアプロバイダからの照会が必要になる場合があります。これらのサービスは、当社のプランに含まれているプロバイダから受けなければなりません。必要な治療を提供できるプロバイダがプラン内に見つからない場合、当社は、プラン外のプロバイダから必要なケアを受けられるように手配いたします。このような場合には、プライマリケアプロバイダ(PCP)が会員サービスに連絡し、あなたがネットワーク外プロバイダに通うことへの承認を要請します。

最新のプロバイダとサプライヤーのリストは、弊社のウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) で入手いただけます。

プロバイダおよび薬局名簿をお持ちでない場合は、会員サービス(1-888-846-4262、TTY ユーザーは711)からデータ形式、またはハードコピーの形式で請求できます。ハードコピーでのプロバイダおよび薬局名簿をご請求の場合は、3 営業日以内に送付いたします。

プロバイダおよび薬局名簿 (go.wellcare.com/2026providerdirectories) には、ネットワーク薬局のリストが掲載されています。ネットワーク薬局とは、プラン会員のために補償対象の処方薬を調合することに同意した、薬局を意味します。プロバイダおよび薬局名簿を使用すれば、使いたいネットワーク薬局を見つけることができます。プランのネットワークにない薬局を使用できる場合についての情報は、第5章のセクション 2.4 を参照してください。

また、プロバイダおよび薬局名簿では、どのネットワーク内薬局が優先費用負担に対応しているかを確認できます。優先費用負担に対応している場合、他のネットワーク薬局が対応している通常の費用負担よりも、一部の医薬品に対する費用が安くなる場合があります。

第 1 章 会員登録

プロバイダおよび薬局名簿をお持ちでない場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711) から請求できます。この情報は、弊社のウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) でも入手いただけます。

セクション 3.3 薬剤リスト (処方集)

弊社のプランには**保険適用薬リスト** (「**薬剤リスト**」または「**処方集**」とも呼ばれます) があります。これを見れば、どの医薬品が、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) に含まれており、パート D 給付の補償対象となっているのかがわかります。このリストに記載されている医薬品は、医師および薬剤師の協力を受けて、プランが選んだものです。薬剤リストは Medicare の要件を満たしている必要があります。Medicare 医薬品価格交渉プログラムでの交渉価格が付けられた医薬品は、第 5 章セクション 6 に記載されているように削除および置換されていない限り、薬剤リストに含まれます。Medicare は、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の薬剤リストを承認しています。

薬剤リストを見れば、あなたの医薬品の補償を制限するルールがあるのかもわかります。

弊社は、薬剤リストのコピーを提供いたします。補償対象となっている医薬品についての、最も包括的で、最新の情報を入手するには、go.wellcare.com/druglist-6716 にアクセスするか、または会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) に電話してください。

セクション 4 2026 年の重要な費用についてのまとめ

	2026 年の費用
プランの月次保険料* *保険料はこの額より高くなる場合があります。 詳細については、セクション 4.1 をご覧ください。	\$0
最大自己負担額 これは、保険適用となっているパート A およびパート B の業務に対する、あなたの自己負担額として 最大の額 です。 詳細については、第 4 章セクション 1 をご覧ください。	\$9,250 あなたには、補償対象となっているパート A およびパート B のサービスでの最大自己負担額を満たすために自己負担費用を支払う責任はありません。
プライマリケア外来	来院 1 回当たりの自己負担分は \$0
専門医への通院	来院 1 回当たりの自己負担分は \$0

第 1 章 会員登録

	2026 年の費用
入院患者の院内滞留時間	Medicare の保険適用入院の場合、入院ごとに： 病院での滞在 1 日あたりの自己負担分 \$0。終身予約 1 日あたりの自己負担分 \$0。 終身予約日数とは、プランの保険対象日数を超えて、会員が病院に滞在する場合にプランが支払う追加の日数です。会員の、生涯に使用可能な総予約日数は 60 日です。
パート D 医薬品補償免責 詳細については、第 6 章をご覧ください。	\$0
パート D 医薬品補償 詳細については、第 6 章をご覧ください。	\$0 の自己負担

費用には、以下のものが含まれる場合があります。

- ・ プランの保険料 (セクション 4.1)
- ・ 毎月の Medicare Part B 保険料 (セクション 4.2)
- ・ パート D 加入遅延罰金 (セクション 4.3)
- ・ 所得関連月額調整額 (セクション 4.4)

セクション 4.1 プランの保険料

「追加支援」プログラムがあなたに代わって保険料を支払いますので、プランの毎月の保険料を個別に、プランに支払う必要はありません。

これらのプログラムのいずれかからすでに支援を得ている場合、この保険適用のエビデンスに記載されている保険料情報は、あなたに適用されない場合があります。弊社は、処方薬についての支払いの追加支援受給者のための保険適用のエビデンスと呼ばれる文書（低所得者助成金特約または LIS 特約とも呼ばれます）を送付しました。この文書は、あなたの処方薬補償について説明するものです。上記文書を受け取っていない場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711) に電話して「LIS 追加条項」の送付をお申し付けください。

第 1 章 会員登録

セクション 4.2 毎月の Medicare Part B 保険料

多くの会員は、他の Medicare 保険料を支払う必要があります。

一部の会員は、他の Medicare 保険料を支払う必要があります。上記セクション 2 で説明したように、プランの資格を得るためには、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の資格を維持するとともに、Medicare Part A と Medicare Part B の両方に加入する必要があります。Wellcare'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 会員のほとんどは、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) が会員のパート A 保険料 (自動的に資格を与えられていない場合) とパート B 保険料を支払っています。

Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) があなたの Medicare 保険料を支払わない場合に、プランの会員であり続けるには、あなたは Medicare の保険料を支払い続けなければなりません。これには、パート B 保険料が含まれています。さらに、パート A 保険料無料の資格を持っていない場合、パート A 保険料を支払う必要がある場合があります。

セクション 4.3 パート D の加入遅延罰金

あなたが二重資格の地位を維持している限り、二重の資格を持っているという理由によって、LEP は適用されませんが、二重資格の地位を失うと、LEP が課せられる場合があります。パート D の加入遅延罰金とは、初回加入期間が終了した後に、パート D または他の確実な処方薬保険適用のない期間が、63 日以上連続している場合に支払わなければならない、追加の保険料です。Medicare は、少なくともその標準的な医薬品補償と同程度の平均支払額の支払いが求められているため、確実な処方薬保険適用は、Medicare の最低基準を満たしている補償となります。加入遅延罰金の費用は、パート D または他の確実な処方薬保険適用を受けていなかった期間によって異なります。パート D の補償を受けている限り、あなたは、この罰金を支払わなければなりません。

次の場合、パート D の加入遅延罰金を支払う必要は**ありません**。

- 医薬品の費用の支払いのために、Medicare から追加支援を受けている場合。
- 確実な保険適用がない状態が、連続 63 日未満である場合。
- 過去の雇用者、労働組合、TRICARE、または退役軍人保健局 (VA) といった他のソースを通じて、確実な医薬品補償を受けていた場合。あなたの医薬品補償が確実な保険適用となっている場合には、毎年、あなたの保険会社または人事担当部門から連絡がくるでしょう。この情報については、プランの手紙またはニュースレターで案内がある場合があります。Medicare 医薬品プランに後日入会する場合に必要となりますので、この情報はなくさないようにしてください。
 - **注記：** 通知には、あなたは確実な処方薬保険適用を受けており、Medicare の標準的な医薬品プランが支払うのと同額の支払いが求められるという旨が記されていない場合があります。
 - **注記：** 処方薬割引カード、無料診療所、および薬剤割引ウェブサイトは、確実な処方薬保険適用の対象とはなりません。

第1章 会員登録

Medicare がパート D の加入遅延罰金の額を決定します。その仕組みは、以下のようになっています。

- 最初に、登録資格を得たあとに、Medicare 医薬品プランへの登録が丸何ヵ月にわたって滞っていたのかを数えます。または、補償が途絶えている期間が 63 日以上である場合には、確実な医薬品補償を丸何ヵ月にわたって受けていなかったのかを数えます。罰金は、確実な保険適用を受けていなかった各月の 1% となります。たとえば、補償なしで 14 ヶ月が経過していると、罰金の割合は 14% になります。
- その後、Medicare が、前年の保険料を基にして、国内での Medicare 医薬費プランの毎月の平均保険料（全国基準受益者保険料）を決定します。2026 年の平均保険料の額は \$38.99 でした。
- 毎月の罰金を計算するには、罰金の率と全国基準受益者保険料を乗じて、10 セント未満を四捨五入します。この例では、\$38.99 に 14% を掛けると、\$5.46 となります。この数字が四捨五入されて、\$5.50 になります。この額が、パート D 加入遅延罰金を課せられている人の毎月のプラン保険料に追加されることになります。

毎月のパート D 加入遅延罰金については、留意すべき 3 つの重要な事柄があります。

- 全国基準受益者保険料は毎年変わる可能性があるため、罰金は毎年変更される場合があります。
- プランを変更している場合でも、Medicare Part D 医薬品補償のあるプランに加入している限り、毎月罰金を払い続けるということです。
- あなたが 65 歳未満で、Medicare に加入している場合、あなたが 65 歳になるとパート D 加入遅延罰金はリセットされます。65 歳を過ぎると、パート D 加入遅延罰金は、加齢による Medicare への初回加入期間を過ぎた後に、補償を受けていない月数だけを算定の根拠とします。

パート D 加入遅延罰金に同意しない場合は、あなた、またはあなたの代理人が見直しを依頼することができます。一般的には、この見直しは、加入遅延罰金を支払う必要がある旨が記された、最初の手紙の受領日から 60 日以内に請求されなければなりません。ただし、プラン入会前に罰金を支払っていた場合は、この加入遅延罰金の見直しを請求する機会を改めて与えられることはありません。

セクション 4.4 所得関連月額調整額

収入が変わったために、プランの加入資格を失った場合、一部の会員は、パート D 所得関連月額調整額 (IRMAA) として知られている、追加料金を求められる場合があります。この追加料金は、2 年前の IRS 納税申告書で報告されている、修正後の調整後総所得を使って算定されます。この金額が所定の金額を超えている場合には、標準の保険料と追加の IRMAA を支払うことになります。あなたの収入に基づき、追加で支払が発生する場合がある額については、www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs にアクセスしてください。

追加金額を支払わなければならない場合には、Medicare ではなく、追加 IRMAA、社会保障局から、その追加金額がどうなるのかを説明する手紙が送られます。毎月の給付が課せられている追加金額を十分にカバーしていない場合を除き、追加金額は、通常の保険料支払い方法とは関

第1章 会員登録

係なく、社会保障局、鉄道退職者委員会または政府人事管理局の給付小切手から差し引かれます。給付小切手で追加金額をカバーできない場合は、Medicare から請求書が送られます。この追加 IRMAA は政府に支払われなければなりません。プランの毎月の保険料で支払うことはできません。追加 IRMAA を支払わない場合は、プランから除名され、処方薬補償が受けられなくなります。

追加 IRMAA の支払いに同意しない場合は、社会保障局に決定の見直しを依頼することができません。この方法については、電話番号 1-800-772-1213 (TTY のみ 1-800-325-0778) の社会保障局までお問い合わせください。

セクション5 毎月のプラン保険料についての詳しい情報

セクション5.1 弊社のプランの月次保険料は、同年中に変更されません

その年におけるプランの毎月の保険料を変更することはできません。プランが翌年分の毎月の保険料を変更する場合は、9 月に連絡を行い、新規保険料は 1 月 1 日から適用となります。

ただし、加入遅延罰金の発生がある場合、支払いを停止することができる場合があります。もしくは、加入遅延罰金の支払いが発生する場合があります。追加支援の対象になった場合、あるいは当該年に追加支援の資格を失った場合に、このようなことが起こり得ます。

- ・ 現在、パート D 加入遅延罰金を支払っており、年内に「追加支援」の対象となる場合は、罰金の支払いを停止できます。
- ・ 追加支援がなくなった場合に、パート D または他の確実な医薬品補償がない状態が連続で 63 日以上あると、加入遅延罰金の対象となる場合があります。

追加支援の詳細については、第2章のセクション7をご参照ください。

セクション6 プラン会員の記録を最新の状態に保つ

会員記録には、住所や電話番号といった、登録フォームに書かれている情報が記載されています。これによって、プライマリケアプロバイダ/独立開業協会 (IPA) を含めた、プランの具体的な補償内容がわかります。IPA とは、PCP と専門医を含む医師の団体、ならびに会員にサービスを提供する契約をプランと交わしている、病院を含む、その他の医療プロバイダを言います。

弊社プランのネットワーク内の医師、病院、薬剤師、およびその他のプロバイダは、補償対象となっているサービスと医薬品、ならびにあなたの費用分担額を知るために、あなたの会員記録を使用します。そのため、ご自分の情報を最新の状態に保っていただくことが、とても重要となります。

これらの変更点がある場合は、以下をお知らせください。

- ・ 名前、住所、または電話番号の変更

第1章 会員登録

- ・ 加入している他の健康保険（雇用主、配偶者または家庭内パートナーの雇用主、労働災害補償、または Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) など）の変更
- ・ 自動車事故による賠償請求など、賠償請求が発生した場合
- ・ 介護施設に入所した場合
- ・ エリア外またはネットワーク外の病院または救急治療室で治療を受けた場合
- ・ 指定を受けている責任者（介護者など）が変わった場合
- ・ 臨床研究に参加している場合（注記：参加する予定の臨床試験をプランに知らせる必要はありませんが、そうするように推奨しています）

この情報が変更された場合は、会員サービス(1-888-846-4262、TTY のみ 711)に電話してお知らせください。

引っ越しする場合、あるいは郵送先住所を変更する場合は、社会保障局に連絡することも重要です。社会保障局まで 電話 (1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)) でお問い合わせください。

セクション7 弊社のプランと他の保険との関連付け

Medicare は弊社に対し、弊社があなたの他の補償と弊社プランによる給付を調整できるよう、あなたのその他の医療補償や医薬品補償に関する情報を収集することを義務付けています。これは、**給付の調整**と呼ばれています。

年に1度、弊社の知り得た他の医療または医薬品の保険を記載したレターをお送りいたします。この情報をよくお読みください。情報が正しい場合は、何もする必要はありません。情報が正しくない場合、あるいは記載されていない補償がほかにある場合は、会員サービス(1-888-846-4262、TTY のみ 711)にお電話ください。請求書が正しく、期限内に支払われるようにするために、プランの会員 ID 番号を他の保険会社に(どんな会社なのかを確認した上で)提示していただかなければならない場合があります。

その他の保険(雇用者グループの医療補償など)をお持ちの場合、弊社のプランとその他の保険のどちらが最初に支払いを行うのかを決定する、Medicare のルールがあります。最初に支払いを行う保険(一次支払者)は、補償の限度額までの支払いを行います。2 番目に支払いを行う保険(二次支払者)は、一次補償で払いきれなかった費用がある場合にのみ、支払いを行います。二次支払者が、すべて支払いきれなかった費用を支払うわけではありません。他の保険がある場合は、医師、病院および薬局にお知らせください。

以下のルールは、雇用者または組合グループのヘルスプラン補償に適用されます。

- ・ 退職者向け補償である場合は、Medicare が最初に支払います。
- ・ あなたのグループのヘルスプランによる補償が、あなたまたは家族の現在の雇用に基づいている場合、最初に支払う側は、あなたの年齢、あなたの雇用者によって雇用されている人の数、ならびにあなたが年齢、障がい、または末期腎不全 (ESRD) を理由として Medicare に加入しているかどうかによって異なります。

第 1 章 会員登録

- あなたが 65 歳未満で、障がいを持っており、あなたまたは家族がまだ働いている場合に、雇用主が 100 人以上の従業員を雇用しているか、少なくとも 1 人の雇用主が、100 人を超える従業員が登録されている、複数の雇用者プランに加入しているのであれば、グループのヘルスプランが最初に支払いを行います。
- あなたが 65 歳を超えており、あなたまたはあなたの伴侶または家庭内パートナーがまだ働いている場合に、雇用主が 20 人以上の従業員を雇用しているか、少なくとも 1 人の雇用主が、20 人を超える従業員が登録されている、複数の雇用者プランに加入しているのであれば、グループのヘルスプランが最初に支払いを行います。
- ・ あなたが ESRD を理由として Medicare に加入している場合、あなたが Medicare の資格を得てから最初の 30 ヶ月間は、グループのヘルスプランが最初に支払いを行います。

以下の各タイプに関するサービスについては、通常、これらのタイプの補償から最初に支払いが行われます。

- ・ 無過失保険（自動車保険を含む）
- ・ 損害賠償（自動車保険を含む）
- ・ 黒肺塵症給付
- ・ 労働災害補償

Medicaid と TRICARE が、Medicare 対象サービスに対して、最初に支払いを行うことは決してありません。Medicaid と TRICARE は、Medicare および/または雇用主グループのヘルスプランが支払いを行ったあとにのみ、支払いを行います。

第 2 章 電話番号とリソース

第 2 章 :
電話番号とリソース

セクション 1 弊社のプランに関するお問い合わせ先

申し立て、請求書、または会員カードへの疑問に対する支援が必要な場合は、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の会員サービスまでお電話またはお手紙でご連絡ください。喜んで対応いたします。

会員サービス – 連絡先情報	
電話	<p>1-888-846-4262</p> <p>この番号への通話は無料です。10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。</p> <p>ただし、4 月 1 日から 9 月 30 日までの営業時間外、週末および祝日には、自動電話システムでの対応となる場合があります。ボイスメールメッセージを残す場合は、名前と電話番号を入力してください。担当者が 1 営業日以内に折り返しお電話します。</p> <p>会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) では、英語以外の話者に無料の通訳サービスを提供しています。</p>
TTY	<p>711</p> <p>この番号への通話は無料です。</p> <p>10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。</p>
手紙	<p>Wellcare By 'Ohana Health Plan</p> <p>PO Box 31370</p> <p>Tampa, FL 33631-3370</p>
ウェブサイト	<p>go.wellcare.com/OhanaHI</p>

医療についての保険適用決定または不服請求を求めているときの連絡方法

補償についての決定とは、あなたの給付と補償について、あるいはあなたの医療サービスまたはパート D 医薬品に弊社が支払う金額についての決定を言います。不服請求とは、保険適用決定

第 2 章 電話番号とリソース

の見直しおよび変更を依頼する、正式な方法です。医療またはパート D 医薬品について、保険適用決定を求める方法や不服請求の方法の詳細については、第 9 章を参照してください。

医療の補償についての決定 – 連絡先情報

電話	1-888-846-4262 この番号への通話は無料です。 10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。
TTY	711 この番号への通話は無料です。 10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。
手紙	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

パート D 医薬品の補償についての決定 – 連絡先情報

電話	1-888-846-4262 この番号への通話は無料です。 10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。
TTY	711 この番号への通話は無料です。 10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。
ファックス	1-866-388-1767

第2章 電話番号とリソース

パートD 医薬品の補償についての決定 – 連絡先情報

手紙	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O.Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
ウェブサイト	go.wellcare.com/coveragedetermination

医療についての不服請求 – 連絡先情報

電話	1-888-846-4262 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
TTY	711 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
ファックス	1-866-201-0657
手紙	Wellcare Appeals Department - Medical P.O.Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

パートD 医薬品についての不服請求 – 連絡先情報

電話	1-888-846-4262 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
----	---

第2章 電話番号とリソース

パートD 医薬品についての不服請求 – 連絡先情報

TTY	711 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
ファックス	1-866-388-1766
手紙	Attn: Pharmacy Appeals P.O.Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
ウェブサイト	go.wellcare.com/OhanaHI

医療についての不服を申し立てる方法

受けている医療の品質についての苦情を含め、当社について、あるいはまたは当社のいずれかのネットワークプロバイダまたは薬局についての訴えを申し立てることができます。この種の訴えには、補償または支払いに関する紛争は含まれません。医療に関する訴えを申し立てる方法の詳細については、第9章を参照してください。

医療についての訴え – 連絡先情報

電話	1-888-846-4262 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
TTY	711 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
ファックス	1-877-297-3112

第2章 電話番号とリソース

医療についての訴え – 連絡先情報

手紙	Wellcare Grievance Department P.O.Box 31395 Tampa, FL 33631-3395
MEDICARE ウェブサイト	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)についての訴えを、Medicareに直接申し立てるには、 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint にアクセスしてください。

パートD 医薬品についての訴え – 連絡先情報

電話	1-888-846-4262 この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
TTY	この番号への通話は無料です。 10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。
手紙	P.O.Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
MEDICARE ウェブサイト	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)についての訴えを、Medicareに直接申し立てるには、 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint にアクセスしてください。

あなたが受けた医療または医薬品の費用支払いを依頼する方法

弊社が支払うべきとお考えのサービス(プロバイダの請求書など)について請求書を受け取ったりサービスの費用を支払った場合、弊社に払い戻しを請求いただくか、プロバイダの請求書の支払いを依頼いただく必要がある場合があります。詳細については、第7章を参照してください。

あなたから支払い請求が送られ、弊社がその請求のいずれかを拒否した場合、あなたは弊社の決定についての不服請求を申し立てることができます。詳細については、第9章を参照してください。

第 2 章 電話番号とリソース

支払い請求 – 連絡先情報

手紙	<p>医療費支払い請求 :</p> <p>Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370</p> <p>パート D 支払い請求 :</p> <p>Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O.Box 31577 Tampa, FL 33631-3577</p>
ウェブサイト	go.wellcare.com/OhanaHI

セクション 2 – Medicare から支援を受ける

Medicare は、65 歳以上の人、65 歳未満で障がいを持っている人、および末期腎不全（透析または腎移植が必要な、慢性的な腎機能障害）の人を対象とした、連邦医療保険プログラムです。

Medicare を管轄する連邦政府機関は、Medicare および Medicaid サービスセンター (CMS) です。この政府機関は、弊社プランを含む Medicare Advantage という組織と契約しています。

Medicare – 連絡先情報

電話	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>この番号への通話は無料です。</p> <p>年中無休。</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>この番号は特別な電話機器が必要で、聞き取りや会話が困難な人だけのものです。</p> <p>この番号への通話は無料です。</p>
ライブチャット	www.Medicare.gov/talk-to-someone でライブチャットが利用できます。
手紙	Medicare への郵便物の宛先 : PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

第2章 電話番号とリソース

Medicare – 連絡先情報

ウェブサイト

www.Medicare.gov

- お住まいの地域の Medicare の医療プランおよび医薬品プランについて、費用やサービスの内容などについて問い合わせることができます。
- Medicare に加盟している医師、またはその他の医療従事者や供給者を検索できます。
- 予防サービス（スクリーニング、ショット、ワクチン、毎年の「ウェルネス」訪問など）を含む、Medicare の補償対象を調べることができます。
- Medicare の不服請求の情報とフォームを入手できます。
- プラン、介護施設、病院、医師、在宅医療機関、透析施設、ホスピスセンター、入院患者のリハビリテーション施設、長期介護病院によるケア品質について、情報を問い合わせることができます。
- 役立つウェブサイトと電話番号を検索します。

www.Medicare.gov を通じて、弊社のプランに対する苦情を Medicare に伝えることもできます。

訴えを Medicare に申し立てるには、www.Medicare.gov/my/medicare-complaint にアクセスしてください。Medicare は、苦情を真摯に受け止め、Medicare プログラムの品質向上にこの情報を役立ててまいります。

セクション3 州健康保険支援プログラム (SHIP)

州健康保険支援プログラム (SHIP) は、すべての州に訓練を受けたカウンセラーを配している、政府プログラムで、無料でサポート、情報、Medicare に関する質問への回答を提供しています。Hawaii では、SHIP は Hawaii 州保健保険支援プログラム (SHIP) と呼ばれています。

Hawaii 州健康保険支援プログラム (SHIP) は、独立した（保険会社またはヘルスプランとの関係を持っていない）、州のプログラムで、連邦政府から資金を受け、Medicare に加入している人々に、健康保険に関する無料カウンセリングを現地で提供しています。

Hawaii 州健康保険支援プログラム (SHIP) のカウンセラーは、Medicare の権利についての理解、医療や治療に関する苦情申し立て、ならびに Medicare の請求書についての問題を解決するお手伝いをします。Hawaii 州健康保険支援プログラム (SHIP) のカウンセラーは、Medicare についての疑問または問題の支援をするほか、Medicare でのプラン選択の手助けをし、プラン切り替えについての疑問にも回答いたします。

第2章 電話番号とリソース

Hawaii 州健康保険支援プログラム (SHIP) – 連絡先情報

電話	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 この番号は特別な電話機器が必要で、聞き取りや会話が困難な人だけのものです。
手紙	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
ウェブサイト	http://www.hawaiiiship.org/

セクション4 品質改善組織 (QIO)

品質改善組織 (QIO) は、各州にある Medicare の加入者にサービスを提供します。Hawaii では、品質改善組織は Livanta と呼ばれており、これが Hawaii の品質改善組織となっています。

Hawaii の品質改善組織 Livanta は、Medicare からの支払いを受けて、Medicare 加入者を診断し、ケア品質の改善を進めている、医師と他の医療専門家のグループで構成されています。Hawaii の品質改善組織 Livanta は、独立審査組織です。Livanta には、弊社のプランとの関係はありません。

以下のいずれかの状況では、Hawaii の品質改善組織 Livanta に連絡するようにしてください。

- 受けている治療の質に不満がある。ケア品質に関する懸念の例としては、間違った医薬品の投与、不要な検査や処置の実施、誤診などがあります。
- 入院期間の終了が早すぎるように思う。
- 在宅医療、高度看護施設ケア、または外来リハビリテーション総合施設 (CORF) サービスの補償終了が早すぎるように思う。

Hawaii の品質改善組織 Livanta – 連絡先情報

電話	1-877-588-1123 現地時間午前 9 時 ~ 午後 5 時 (月曜日 ~ 金曜日)、現地時間午前 10 時 ~ 午後 4 時 (土曜日 ~ 日曜日)
----	--

第2章 電話番号とリソース

Hawaii の品質改善組織 Livanta – 連絡先情報

TTY	711
手紙	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ウェブサイト	https://www.livantaqio.cms.gov/en

セクション5 社会保障局

社会保障局は Medicare の受給資格を判定し、Medicare の加入手続きを処理します。社会保障局は、所得が高いために、パート D 医薬品補償の追加額を支払わなければならない人を判断する責任も負っています。社会保障局から、追加額を支払わなければならないという旨の手紙が送られ、その金額に疑問を抱いている場合、あるいは人生を変えるような出来事があったために所得が減っている場合には、社会保障局に電話し、再考を依頼することができます。

引っ越しする場合、あるいは郵送先住所を変更する場合は、社会保障局に連絡して、その旨を伝えてください。

社会保障局 – 連絡先情報

電話	1-800-772-1213 この番号への通話は無料です。 月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 7 時まで対応可能。 社会保障局の自動電話サービスを使えば、記録された情報を取得し、1 日のどの時間でもある程度のことができます。
TTY	1-800-325-0778 この番号は特別な電話機器が必要で、聞き取りや会話が困難な人だけのものです。 この番号への通話は無料です。 月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 7 時まで対応可能。
ウェブサイト	www.SSA.gov

第2章 電話番号とリソース

セクション6 Medicaid

プランの会員として、あなたは Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の両方の資格を有しています。Medicaid は、収入とリソースが限られている特定の人々の医療費を支援する、連邦政府と州政府の共同プログラムです。

さらに、Medicare を持つ人々の Medicare 保険料などの Medicare 費用の支払いを支援する、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) を通じて提供されるプログラムもあります。これらの Medicare 貯蓄プログラム は、収入とリソースが限られている人々が毎年、貯蓄するのを支援しています。

- **適格 Medicare 受益者プラス (QMB+)** : Medicare Part A および Part B の保険料、およびその他の費用分担（免責、共同保険および自己負担分など）の支払いを支援します。適格受益者は、Medicaid の完全給付も得られます。
- **特定低所得 Medicare 受益者プラス (SLMB+)** : パート B 保険料の支払いを支援します。適格受益者は、Medicaid の完全給付も得られます。
- **両適格完全給付 (FBDE)** : Medicaid は Medicare Part A および Part B の保険料、ならびにその他の費用（免責、共同保険および自己負担分など）を負担する場合があります。適格受益者は、Medicaid の完全給付も得られます。

このプランの会員になるには、Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の両方に二重で登録しており、登録時に他のすべてのプランの資格要件を満たしていることが求められます。Medicaid からの支援についての質問は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) までお問い合わせください。

Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) – 連絡先情報

電話	1-800-316-8005 1-808-524-3370 月曜日～金曜日の午前7時45分～午後4時30分（ハワイ時間）
TTY	711
手紙	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
ウェブサイト	https://medquest.hawaii.gov/en.html

Hawaii 州オンブズマン局は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) に登録した人々のサービスや請求についての問題解決を支援しています。この組織は、プランについての苦情申し立てまたは不服請求に協力することができます。

第2章 電話番号とリソース

Hawaii 州オンブズマン局 – 連絡先情報

電話	1-808-587-0770 月曜日～金曜日の午前7時45分～午後4時30分(現地時間)
TTY	1-808-587-0774 この番号は特別な電話機器が必要で、聞き取りや会話が困難な人だけのものです。
手紙	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
ウェブサイト	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

Hawaii 長期介護オンブズマンプログラムは、人々が介護施設についての情報を入手し、介護施設とその居住者またはそれら人々の家族との問題を解決するのを手助けします。

Hawaii 長期介護オンブズマンプログラム – 連絡先情報

電話	1-808-586-7268 月曜日～金曜日の午前7時45分～午後4時30分(現地時間)
TTY	711
手紙	Executive Office on Aging 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813
ウェブサイト	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

セクション7 処方薬の支払いを支援するプログラム

Medicare のウェブサイト(www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)には、処方薬費を安くする方法に関する情報が記載されています。以下のプログラムは、収入と資源が限られている人々を支援することができます。

Medicare の追加支援

あなたは Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の資格があるため、処方薬プランの費用を支払うために Medicare から「追加支援」を受けることができます。この「追加支援」を利用するために、とくに何もする必要はありません。

第2章 電話番号とリソース

追加支援についての質問は、以下の電話番号にお寄せください。

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。
- 社会保障局 (電話番号: 1-800-772-1213、月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 7 時まで)。TTY ユーザーは、1-800-325-0778 に電話してください。または、
- お住まいの州の Medicaid 事務所 (1-800-316-8005、TTY ユーザーは 711) に電話してください。

薬局で処方箋に正しくない金額を支払っていると思われる場合、弊社のプランには、適切な自己負担分の額を証明する証拠を入手する手続きがあります。すでに適切な金額を示す証拠がある場合は、その証拠を弊社に提出できるようお手伝いをいたします。

- 会員サービスに連絡し、自分には「追加支援」を受ける資格があると担当者にお伝えください。以下のタイプの文書のいずれか (入手可能な最良の証拠) を提出するように求められる場合があります。
 - 受益者の氏名とともに、前の暦年の 6 月よりあとの月にある資格取得日が記載されている、受益者の Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) カードのコピー
 - 前の暦年の 6 月よりあとの月に Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の現役会員の地位にあることを確認する、州の文書のコピー
 - 前の暦年の 6 月よりあとの月に Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の会員の地位にあることを示す、州の電子登録ファイルのプリントアウト
 - 前の暦年の 6 月よりあとの月に Medicaid の会員の地位にあることを示す、州の Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) システムのスクリーンショット
 - 前の暦年の 6 月よりあとの月に Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の会員の地位にあることを示す、州提供の他の文書
 - その個人が補足保障所得 (SSI) を受けていることを示す、社会保障庁 (SSA) からのレター
 - 受益者が「…追加支援を受ける資格を自動的に付与される」ことを確認する、適格と見なされる人物によって提出された申請書 (SSA 発行文書 HI 03094.605)

もし、あなたが施設に収容されており、費用分担免除の資格があると考えるのであれば、会員サービスに電話し、自分は「追加支援」を受ける資格があると考えられると担当者にお伝えください。以下のタイプの文書のいずれかを提出するように求められる場合があります。

- 前の暦年の 6 月よりあとの暦月全体にわたって、あなたに代わって Medicaid への支払いを行っていたことを示す、施設からの送金
- 前の暦年の 6 月よりあとの暦月全体にわたって、Medicaid があなたに代わって施設への支払いを行っていたことを確認する、州の文書のコピー

第2章 電話番号とリソース

- Medicaid の支払いのために、前の暦年の 6 月よりあとの月に少なくとも暦月丸 1 ヶ月間にわたって入所していたことを根拠として、あなたの収容状況を示す、州の Medicaid システムのスクリーンショット
- ・ 上記の文書を提供できず、なおかつ追加支援の資格があるかもしれないと考える場合は、会員サービスにお電話くだされば、担当者がお手伝いいたします。
- ・ あなたの適切な自己負担分レベルを示すエビデンスを受け取ると、弊社はシステムを更新し、次の処方を受け取ったときに正しい自己負担分を支払うことができるようにいたします。払いすぎの自己負担分は、弊社から小切手で返金するか、今後の自己負担分から差し引きます。薬局があなたの自己負担分を回収しておらず、未払いの場合、弊社から薬局に直接支払いをする場合があります。州があなたの代わりに支払いを行った場合は、当社が州に直接支払いをする場合があります。質問については、会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザの場合は 711) にお問い合わせください。

追加支援を受けていて、エイズ治療薬支援プログラム(ADAP)からの補償がある場合は、どうなりますか？

エイズ治療薬支援プログラム(ADAP)は、HIV/AIDS 患者が、命を助ける HIV 治療薬を利用できるようにできるように支援しています。ADAP 処方集にも記載されている Medicare Part D 医薬品は、Hawaii HIV 治療薬支援プログラム(HDAP)での処方薬費用分担支援の対象となっています。

Hawaii HIV 治療薬支援プログラム(HDAP)は、州の ADAP です。

州の Hawaii HIV 治療薬支援プログラム(HDAP)は、以下の通りです。

Hawaii HIV 治療薬支援プログラム(HDAP) – 連絡先情報	
電話	1-808-733-9360 月曜日～金曜日の午前 8 時～午後 5 時(現地時間)
TTY	711
手紙	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
ウェブサイト	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

注記：あなたの州の ADAP の資格を得るには、州での居住と HIV の状態を示す証明があること、州が定義している低所得、無保険/不十分な保険の状況といった、所定の基準を満たしていなければなりません。プランを変更する場合は、地域の ADAP 加入担当者に連絡いただければ、支援を受け続けることができます。資格基準、保険適用薬、またはプログラムへの登録方法については、Hawaii HIV 治療薬支援プログラム(HDAP)にお問い合わせください。

第2章 電話番号とリソース

セクション8 鉄道退職者委員会 (RRB)

鉄道退職者委員会は独立した連邦機関であり、国の鉄道労働者とその家族のための包括的な給付プログラムを管理しています。鉄道退職者委員会を通じて Medicare に加入しており、引っ越しや郵送先住所の変更をする場合には、鉄道退職者委員会に連絡してください。鉄道退職者委員会からの給付について質問がおありの場合は、政府機関までお問い合わせください。

鉄道退職者委員会 (RRB) – 連絡先情報

電話	<p>1-877-772-5772</p> <p>この番号への通話は無料です。</p> <p>「0」を押すと、月曜日、火曜日、木曜日および金曜日の午前9時から午後3時30分まで、水曜日の午前9時から午後12時まで、RRBの担当者とお話しいただけます。</p> <p>「1」を押すと、自動化 RRB ヘルプラインにつながり、週末や休日を含んで、1日24時間録音された情報を聞くことができます。</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>この番号は特別な電話機器が必要で、聞き取りや会話が困難な人だけのものです。</p> <p>この番号への通話は無料です。</p>
ウェブサイト	<p>https://RRB.gov</p>

セクション9 雇用主の団体保険または他の健康保険に加入していますか

このプランの一環として、あなた(またはあなたの配偶者または家庭内パートナー)が、あなた(またはあなたの配偶者または家庭内パートナー)の雇用主または退職者グループから給付を受けている場合、質問があれば、雇用者/組合の給付管理または会員サービス(1-888-846-4262、TTYのみ711)に電話することができます。あなた(またはあなたの配偶者または家庭内パートナー)の雇用主または退職者の健康給付、保険料、または登録期間について質問することができます(会員サービスの電話番号は、この文書の裏表紙に印刷されています)。このプランにおける Medicare の補償に関係する質問は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)に電話できます。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。

あなた(またはあなたの配偶者または家庭内パートナー)の雇用主または退職者グループを通じて、他の医薬品補償を受けている場合は、**そのグループの給付管理者**までご連絡ください。給付管理者は、現在の医薬品補償が弊社のプランとの関連性を理解するお手伝いをします。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

第3章：

医療および他の保険適用業務にプランを使用する

セクション1 プランの会員として医療および他のサービスを受ける方法

この章には、プランを利用して医療および他のサービスを受ける際に知っておくべきことが説明されています。弊社プランの補償対象となっている医療およびその他のサービスの詳細については、第4章の「医療給付表」をご覧ください。

セクション 1.1 ネットワークプロバイダおよび補償対象サービス

- ・ **プロバイダ**とは、医療サービスと治療を提供する免許を州より与えられている、医療専門家を言います。「プロバイダ」という用語には、病院やその他の医療施設も含まれています。
- ・ **ネットワークプロバイダ**とは、医師とその他の医療専門家、医療グループ、病院、ならびに当社による全額支払いを受け入れる契約を当社と交わした、他の医療施設を言います。弊社は、これらのプロバイダが、プランの会員に補償対象のサービスを提供するように手配しています。当社ネットワークのプロバイダは、あなたに提供した治療の費用を当社に直接請求します。ネットワークプロバイダを使うときには、補償対象サービスに対する支払いは不要です。
- ・ **保険適用業務**には、プランの補償対象となっている、すべての医療サービス、備品機器および処方薬が含まれています。医療での補償対象サービスは、第4章の医療給付表に記載されています。処方薬の補償対象サービスは、第5章で説明されています。

セクション 1.2 プランの補償対象となっている医療および他のサービスの基本的なルール

Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ヘルスプランである、当社のプランは、Original Medicare の補償対象となっているすべてのサービスを補償しなければならず、Original Medicare で補償されているものに加えて、他のサービスを提供することができます。プランの補償対象となっているサービスについては、第4章をご参照ください。

当社のプランは通常、以下の条件が満たされている限り、お客様の医療を補償いたします。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

- あなたが受けた治療が第4章の医療給付表に含まれている。
- あなたが受けている治療が、医学的に必要であるとみなされている。医学的に必要とは、サービス、備品、機器、または医薬品が病状の予防、診断または治療に必要であり、医療慣行で標準であると認められている基準を満たしていることを意味します。
- あなたは、治療を提供し、その治療を監督する、ネットワークプライマリケアプロバイダ（PCP）を利用することができる。プランの会員として、あなたはネットワーク PCP を選ばなければなりません（これについての詳しい情報は、セクション 2.1 をご覧ください）。
 - 専門医、病院、高度看護施設または在宅医療エージェンシーといった、プランのネットワーク内にある他のプロバイダを使う前に、PCP と治療計画を事前に話し合い、治療を調整するようにしてください。一部のサービスでは、事前の承認が必要です。これらのサービスの詳しい情報は、第4章セクション2の給付表をご覧ください。
- ネットワークプロバイダからケアを受ける必要がある（セクション2をご覧ください）。ほとんどの場合、ネットワーク外プロバイダ（プランのネットワークに組み込まれていないプロバイダ）から受けた治療は、以下に書かれているものを除き、補償の対象とはなりません。つまり、あなたは、提供されたサービスの全額をプロバイダに支払わなければなりません。これには、以下のような3つの例外があります。
 - 救急医療、あるいはネットワーク外プロバイダから受ける、緊急に必要なサービスは、プランの補償対象となっています。詳細および緊急または緊急に必要なサービスについては、セクション3を参照してください。
 - Medicare または Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) が当社プランによる補償を要件としている医療ケアが必要であるものの、このケアを行う専門医が当社のネットワーク内にいない場合は、ネットワーク内で通常支払っているのと同じ費用負担で、ネットワーク外プロバイダからこのケアを受けることができます（事前承認が必要となります）この状況では、ネットワークプロバイダからのケアと同様に、これらのサービスについて説明します。ネットワーク外の医師の診察の承認については、セクション2.4を参照してください。
 - 一時的にプランのサービスエリアの外側にいるとき、あるいは当該サービスのプロバイダが一時的に不在、あるいは利用できないとき、Medicare 認定の透析施設で受ける腎臓透析サービスは、プランの補償対象となります。透析のためにプランに支払う費用分担が、Original Medicare での費用分担を上回ることは決してありません。プランのサービスエリア外にいて、プランのネットワーク外にあるプロバイダから透析を受けた場合、費用分担が、ネットワーク内で支払う費用分担を上回ることはありません。ただし、透析の通常のネットワークプロバイダが一時的に不在で、サービスエリア内でプランのネットワーク外にいるプロバイダからサービスを受ける選択をする場合、その透析は費用分担が高くなる場合があります。
- ポイントオブサービス（POS）給付によって、非ネットワークプロバイダから特定のサービスを受けることができる。POS（ポイントオブサービス）オプションでは、すべての

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

サービスがネットワーク外で補償されているわけではありません。ネットワーク外の補償対象サービスについての詳しい情報は、第4章セクション2の医療給付表をご参照ください。POS 給付を利用するときには、これらサービスに対する支払いが高くなります。詳しい情報については、本章のセクション2.4をご覧ください。

これらのケアをネットワーク外プロバイダから受ける場合、照会を得る必要はありません。ただし、サービスを受ける前に、そのサービスが当社の補償対象になっているかどうかを確認することをお勧めします。サービスが補償対象ではない、と当社があとになって判断した場合、当社は補償を拒否する場合があります、その場合には、あなたが全費用の責任を負うことになります。一部のサービスでは、事前承認が必要となる場合があります。

セクション2 プランのネットワーク内にあるプロバイダを使って、医療または他のサービスを受ける

セクション2.1 あなたは、あなたの治療を担当し、監督するプライマリケアプロバイダ（PCP）を選ばなければなりません

PCP とは何ですか？ PCP はどんなことをしてくれますか？

当社プランの会員になる場合、PCP となる、プランのプロバイダを最初に選ばなければなりません。あなたの PCP は、医療でのあなたのパートナーであり、あなたの医療を担当または調整します。PCP は、州の要件を満たしており、基本的な医療を提供するための訓練を受けている、医療の専門家です。PCP には、家庭医療、一般診療、内科学および高齢者医療を専門とする医師が含まれています。特殊なトレーニングを受け、州の免許を取得している正看護師で基本的なレベルの医療を提供する、ナースプラクティショナー（NP）、または PCP としての資格を有し、プライマリケアの状況内でサービスを提供するフィジシャンズアシスタント（PA）。

日常的または基本的な治療のほとんどは、PCP から受けることになります。PCP は、プランの会員として受ける、他の補償対象サービスの手配または調整にも協力します。これには、以下が含まれます。

- X線
- 検査室検査
- 身体的治療、職業的治療および/または言語的治療
- 専門医である医師による治療
- 入院
- フォローアップ治療

保険適用業務の「調整」には、あなたの治療とその進行状況についての、プランの他のプロバイダとの確認作業またはコンサルティングが含まれています。ある種のサービスまたは備品については、PCP は事前承認を受けなければなりません。必要とするサービスに事前承認が求められてい

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

る場合は、PCP がプランからの承認を要請します。PCP があなたの治療を担当し、調整しますので、過去の医療記録をすべて、PCP のオフィスに送らせるのがいいでしょう。通常、日常的な医療ニーズのほとんどでは、最初に PCP と会います。当社は、PCP に医療のすべてを調整してもらうことを推奨いたします。詳しい情報については、本章のセクション 2.2 をご参照ください。

場合によっては、PCP、またはあなたがかかっている専門医または他のプロバイダが、特定の種類の保険適用業務およびアイテムについての事前承認を当社から得なければなりません。事前承認が必要なサービスとアイテムについては、本書の第4章をご覧ください。

通常の営業時間後に医師と話す必要がある場合は、医師のオフィスに電話をかけると、医師本人、サービスを受ける場合の指示が録音されている留守番電話、または補償に対応している別の医師に案内されます。緊急事態に見舞われている場合は、直ちに 911 に通報してください。

PCP の選択方法

PCP を選ぶには、弊社ウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) にアクセスし、プランのネットワークから PCP を選びます。会員サービスも PCP 選びに役立つかもしれません。自分の PCP を選んだら、会員サービスに電話し、自分の選択をお知らせください。PCP は当社のネットワーク内にいなければなりません。

使いたいと思うプランの専門医または病院が具体的にある場合は、その専門医および/または病院が PCP のネットワーク内にあるかどうかを最初に確認してください。

PCP を選んでいない場合、あるいはこのプランでは利用できない PCP を選んだ場合は、当社が自動的に PCP を割り当てます。

PCP を変更する方法

PCP は、いつでも、どのような理由でも変更可能です。PCP がプランのプロバイダネットワークから離れ、新しい PCP を選ばなければならないこともあり得ます。特定の状況では、当社のプロバイダは、ネットワークを離れたあとも、引き続き治療を行うことが義務づけられています。具体的な情報については、会員サービスにお問い合わせください。

PCP を変えたいと思う場合は、会員サービスまでお電話ください。プランのそれぞれの PCP は、プランの特定の専門医に照会を行い、ネットワーク内の特定の病院を使用する場合があります。つまり、あなたが選んだ、プランの PCP が、あなたが使う専門家と病院を決定することがあります。使いたいと思う専門医または病院が具体的にある場合は、プランの PCP がそれらの専門医または病院を使っているかどうかを確認してください。

会員サービスも新しい PCP 選びに役立つかもしれません。その月の 10 日以前に変更を申請した場合、その月の 1 日に遡及的に有効になります。10 日以降に電話または申請をした場合、変更は翌月 1 日から有効となります。たとえば、1 月 10 日までに行われた PCP の申請は、1 月 1 日から有効です。1 月 11 日以降に行われた申請は、2 月 1 日から有効となります。変更が有効になるまで、対象となるすべてのサービスに現在の PCP を引き続き使用してください。会員サービスに電話をかける際は、現在の PCP の承認を必要とする専門家やサービス(ホームヘルスや DME など)について言及してください。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

セクション 2.2 PCP の照会なしに受けることができる医療サービスおよびその他のサービス

PCP からの事前の承認がなくても、以下に記載されている日常的または基本的な治療のほとんどを受けることができます。

- ・ 乳房検査、マンモグラム（乳房の X 線）診断、Pap テストおよび骨盤内診察を含む、女性の基本的な医療（ネットワークプロバイダから受ける場合に限る）。
- ・ インフルエンザの予防接種）、COVID-19 ワクチン接種、および肺炎ワクチン接種（ネットワークプロバイダから受ける場合に限る）。
- ・ ネットワークプロバイダまたはネットワーク外プロバイダからの緊急サービス。
- ・ プランの補償対象となる緊急に必要なサービスは、あなたが一次的にサービスエリア外に居るか、時間、場所、または状況のために、ネットワークプロバイダからサービスを受けることが無理である場合、緊急事態ではないがただちに医療措置を必要とするサービスです。緊急に必要なサービスの例としては、予期しない内科的な疾患やケガ、または既存の病状の不意の再発などがあります。プランのサービスエリア外にいる、あるいはプランのネットワークが一時的に利用できない場合であっても、医療上必要な基本業務のプロバイダに毎年の定期検診などで訪れるような事例は、緊急に必要であるとはみなされません。
- ・ 一時的にプランのサービスエリアの外側にいるときに、Medicare 認定の透析施設で受ける腎臓透析サービス。可能であれば、サービスエリアを出る前に会員サービス（1-888-846-4262、TTY のみ 711）にご連絡いただければ、離れているあいだに持続的透析を受けられるように手配することができます。

セクション 2.3 専門医および他のネットワークプロバイダから治療を受ける方法

専門医とは、特定の疾病または部位を対象とした医療サービスを提供する医師を言います。専門医には、たくさんの種類があります。たとえば次のようなものがあります。

- ・ がん患者に対する、がん専門医の治療
- ・ 心臓の病気を持つ患者に対する、心臓専門医の治療
- ・ 特定の骨、関節または筋肉に症状を持つ患者に対する、整形外科医の治療

医療ニーズについて PCP と話し合い、その医療ニーズに対応できる専門医を紹介してもらうようにしてください。専門医にかかるのには、照会は必要ありません。ただし、代理人または PCP / プロバイダがプランからの事前承認を受けなければならない場合もあります。事前承認が必要なサービスについては、第4章のセクション2をご覧ください。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

専門医または他のネットワークプロバイダがプランから離れる場合

弊社は、プランのネットワーク内の病院、医師、および専門医（プロバイダ）を年内に変更することがあります。あなたの医者または専門医がプランを離れる場合、あなたは以下の権利と保護を得られます。

- プロバイダのネットワークが年内に変更されるとしても、Medicare はあなたが適格な医師または専門医に中断なくかけられることを求めます。
- 弊社はあなたに、PCP がプランを離れる旨を通知いたしますので、あなたは新しい PCP を選ぶための時間を得られます。
 - あなたのプライマリケアプロバイダまたは行動療法プロバイダがプランから離れる場合、弊社は、過去 3 年間にそのプロバイダにかかっていたかどうかを質問する通知を出します。
 - 他のプロバイダがプランから離れる場合、弊社は、あなたはそのプロバイダに割り当てられており、現在治療を受けているかどうか、あるいは過去 3 年間にそのプロバイダにかかっていたかどうかを質問する通知を出します。
- あなたが継続して治療を受けられるように、弊社は適格な、新しいネットワークプロバイダ選びを支援いたします。
- 現在のプロバイダでの治療またはセラピーが継続中である場合、あなたは医学的に必要な治療またはセラピーの継続を要求する権利があります。弊社はあなたが医療サービスを継続して受けられるよう協力いたします。
- 弊社は、あなたが利用可能な加入期間、ならびにプラン変更の際のオプションについての情報を提供いたします。
- ネットワークプロバイダまたは給付が利用できない、あるいは不適切なために、弊社はプロバイダネットワーク外での医療上必要な補償対象の給付について手配を行います。プランは、利用可能なネットワークプロバイダがないことを確認しなければならず、ネットワーク外プロバイダはプランに連絡して、あなたがサービスを得られるようにするための承認を求めなければなりません。承認された場合、ネットワーク外プロバイダには、サービス提供の承認が発行されます。あなたは、緊急に必要なサービスについては、ネットワーク外プロバイダからサービスを受ける資格があります。さらに、サービスエリア外に移動しており、ネットワークプロバイダにかかれないう末期腎不全（ESRD）の会員のための透析サービスも、プランは補償しなければなりません。ESRD 向けサービスは、Medicare 認定の透析施設で受けなければなりません。
- 自分で医師を見つけた場合、または専門医がプランから離れる場合、弊社にご連絡いただければ、あなたの治療を管理する新しいプロバイダ選びに協力させていただきます。
- 前のプロバイダに取って代わる、適格なプロバイダが提供されていない、あるいは自分の治療が適切に管理されていないと考えている場合は、あなたは、治療品質についての訴えを QIO に、治療品質についての苦情をプランに提出する権利、あるいはそれら両方を行う権利を有しています（第 9 章を参照してください）。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

セクション 2.4 ネットワーク外プロバイダから治療を受ける方法

あなたは、緊急に必要なサービスについては、ネットワーク外プロバイダからサービスを受ける資格があります。さらに、サービスエリア外に移動しており、ネットワークプロバイダにかかれ
ない末期腎不全 (ESRD) の会員のための透析サービスも、プランは補償しなければなりません。
ESRD 向けサービスは、Medicare 認定の透析施設で受けなければなりません。

Medicare が補償している治療を必要としており、ネットワークプロバイダがこの治療をできない場合は、ネットワーク外プロバイダから治療を受けることもできます。プランは、利用可能なネットワークプロバイダがないことを確認しなければならず、ネットワーク外プロバイダはプランに連絡して、あなたがサービスを得られるようにするための承認を求めなければなりません。承認された場合、ネットワーク外プロバイダには、サービス提供の承認が発行されます。

ポイントオブサービス (POS) 給付を通じて、ネットワーク外プロバイダから特定のサービスを受けることができます。ネットワーク外の補償対象サービスについての詳しい情報は、第4章セクション2の医療給付表をご参照ください。POS 給付を利用するときには、これらサービスに対する支払いが高くなります。ポイントオブサービス (POS) 給付を通じて、ネットワーク外プロバイダを使う場合には、自己負担費用が高くなる場合があります。これらのサービスのためにネットワーク外に出るときは、照会を得る必要はありません。ただし、サービスを受ける前に、それらサービスが補償対象になっているかどうかを当社に確認することをお勧めいたします。サービスが補償対象ではない、と当社があとになって判断した場合、当社は補償を拒否する場合があります、その場合には、あなたが全費用の責任を負うことになります。一部のサービスでは、事前承認が必要となる場合があります。

ネットワーク外プロバイダから、当社が支払うべきと思われる請求書が送られてきた場合は、会員サービスに連絡するか、請求書を当社まで送付いただければ、支払いをいたします。当社は、請求書の当社負担分をプロバイダに支払いますが、プロバイダがあなたの負担金額（もしある場合）の請求書をあなたに送ることがあります。

セクション 3 緊急、災害、または緊急の手当てのニーズに対応するサービスを受ける方法

セクション 3.1 医学的緊急事態が発生したときの治療

医学的緊急事態とは、あなた、または健康と医療に関する平均的な知識を持つその他の良識的な一般人が、自分の命（さらに、妊婦の場合は胎児の命）が失われること、四肢または四肢の機能が失われること、あるいは生体が失われること、または生体への重篤な障害を防ぐために、即時の治療を必要としている、医学的症状があると考える状況を指します。医学的症状とは、疾患、外傷、激痛、あるいは急速に悪化している病状である場合があります。

医学的緊急事態が発生したときには、以下の行動をとってください。

- **できる限り迅速に助けを受ける。** 911 に通報するか、最寄りの救急治療室または病院に行きます。必要であれば、救急車を呼んでください。最初に PCP からの承認または照会を受ける必要はありません。ネットワーク内の医師を使用する必要はありません。あな

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

たは、必要なときにいつでも、米国内またはその地域のどこにおいても、ならびにネットワークに属していないプロバイダであっても、州の適切な資格を有するあらゆるプロバイダであれば、補償対象の救急医療を受けることができます。Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) には、全世界での緊急/切迫事態に対する補償が含まれています。

- **できるだけ早く、緊急事態について当社のプランに連絡する。**当社は、あなたの救急医療をフォローアップする必要があります。あなたまたは他の誰かが、通常は 48 時間以内に、あなたの救急医療について当社まで連絡するようにしてください。会員カードの裏面に電話番号が書かれている、会員サービスに連絡してもかまいません。

医学的緊急事態における保険適用業務

当社のプランは、救急治療室に搬送しない限り健康に危険をもたらす状況での救急車サービスを、補償の対象としています。緊急事態での医療サービスも補償対象となっています。

救急医療を行う医師は、症状が安定し、医学的緊急事態が終了したときに決定されます。

緊急事態が終了した後、あなたは、病状が継続的に安定していることを確認する、フォローアップ治療を受けることができます。救急医療を受けてから 5 日～7 日以内に、プライマリケアプロバイダからのフォローアップを受けることが重要となります。必要なフォローアップの予約をできるほか、その他の役立つ回復給付を得られるようにするために、当社のケアチームがあなたに電話を差し上げます。医師が当社に連絡し、追加治療の計画を立てられるようになるまで、医師による手当が継続されます。フォローアップケアは、プランの補償対象となります。ネットワーク外プロバイダが救急医療を行う場合も、当社は、あなたの病状と状況が許す限り速やかに、ネットワークプロバイダがあなたの治療を引き継げるように、手配に努めます。

医学的緊急事態でなかったら、どうなりますか？

医学的緊急事態が発生しているのかどうか、判断しにくい場合もあります。たとえば、健康が深刻な危機にあると考えて、救急医療を受けに行き、医師から、結局のところ、それは医学的緊急事態ではなかったと言われることがあります。緊急事態ではなかったと判明しても、自身の健康が重大な危険にさらされている、とあなたが合理的に考えていた限り、当社はあなたの治療を補償いたします。

ただし、医師が緊急事態ではないと言った後に当社が補償するのは、以下の 2 つの選択肢のいずれかで追加治療を受けた場合の当該の追加治療のみとなります。

- ネットワークプロバイダに行き、追加治療を受ける。
- あなたの受けた追加治療が緊急に必要なサービスとみなされ、あなたがこの応急手当てを受けるためのルールに従っている。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

セクション 3.2 サービスが緊急に必要なときに、治療を受ける

あなたが一次的にサービスエリア外に居るか、時間、場所、または状況のために、ネットワークプロバイダからサービスを受けることが無理である場合、緊急事態ではないがただちに医療措置を必要とする業務は、緊急に必要なサービスです。緊急に必要なサービスの例としては、予期しない内科的な疾患やケガ、または既存の病状の不意の再発などがあります。ただし、プランのサービスエリア外にいる、あるいはプランのネットワークが一時的に利用できない場合であっても、医療上必要な基本業務のプロバイダに毎年の定期検診などで訪れるような事例は、緊急に必要なとはみなされません。

応急手当が必要な場合は、時間は問いませんので、PCP の医院にお問い合わせください。ネットワークの応急手当センターで手当を受けるように、指示されるかもしれません。ネットワーク応急手当センターのリストは、[プロバイダー & 薬局のディレクトリ](#)、または当社のウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) でご覧いただけます。医師のオフィスで応急手当サービスを受ける場合は、外来診療の自己負担分を支払うようになります。ただし、ネットワークの応急手当センターまたはウォークインクリニックで応急手当サービスを受ける場合、異なった金額の自己負担金を応急手当センターに支払うようになります。医師のオフィスまたはネットワークの応急手当センターまたはウォークインクリニックで受けるサービスに適用される自己負担分については、第4章をご参照ください。

ナースアドバイスラインも、いつでも連絡可能です。看護専門家が、年中無休で待機して、あなたの質問に答えます。ナースアドバイスラインについての詳しい情報は、第4章の健康教育プログラム 給付カテゴリーを参照するか、会員サービスにご連絡ください。

当社のプランでは、以下の状況において、米国以外の全世界での救急医療および応急手当サービスも補償の対象となっています。ただし、Medicare では、米国の外側での救急医療は補償の対象とはなっていません。

- 米国の国外を旅行しているときは、全世界での救急医療および応急手当の補償によって、最大 \$50,000 の補償を得られます。この金額を超える費用は、補償の対象外となっています。
- 他の国から米国に戻るための輸送、ならびに米国の外にいたときに購入した薬剤は、補償の対象外となっています。さらに、入院して治療を受ける場合、救急治療室の費用負担は、免除されません。
- 可能な場合は、48時間以内に当社まで連絡し、救急外来受診についてのアドバイスをお求めください。

詳しい情報は、この文書の第4章の医療給付表にある「救急医療」と「緊急に必要なサービス」を見るか、会員サービスにご連絡ください。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

セクション 3.3 災害時に治療を受ける

あなたの州の知事、米国保健福祉長官、または米国大統領が、あなたの地理的エリアでの非常事態または緊急事態を宣言した場合であっても、あなたはプランから治療を受けることができます。

災害時に必要な治療を得る方法についての情報は、以下のウェブサイトをご覧ください：
go.wellcare.com/OhanaHI。

災害時にネットワークプロバイダを利用できない場合、プランを通じて、ネットワーク内の費用分担で、ネットワーク外プロバイダの治療を受けることができます。災害時にネットワーク薬局を利用できない場合は、ネットワーク外薬局で処方薬を受け取れる場合があります。第5章セクション 2.4 を参照してください。

セクション 4 保険適用業務の費用全額を直接請求された場合、どうすればよいですか？

補償対象サービスの料金を支払った場合、または補償対象医療サービスの請求書を受け取った場合は、第7章を参照して対処方法を確認してください。

セクション 4.1 弊社のプランの補償対象でないサービスの場合

当社のプランは、この文書の第4章の医療給付表に掲載されている、医学的に必要なすべてのサービスを補償しています。プランの補償対象とはなっていないサービスを受けた場合、または承認なくネットワーク外でサービスを受けた場合は、あなたはサービス費用の全額を支払う責任を負います。サービスの費用を支払う前に、サービスが Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) による補償の対象になっているかどうかを確認するようにしてください。

給付制限がある保険適用業務についても、そのタイプの保険適用業務の給付を使い切った後は、自分が受けたサービスの費用の全額を支払っていただきます。給付の制限額に達すると、費用に対する、あなたの支払い額は、最大自己負担額には加算されません。たとえば、プランの支払いが給付制減額に達すると、高度看護施設ケアの費用の全額を支払わなければならないかもしれません。給付制減額を使い切ると、サービスの追加支払いは、年間の最大自己負担額には加算されません。

セクション 5 臨床研究の医療サービス

セクション 5.1 臨床研究とは、何か

臨床研究（臨床治験とも呼ばれています）は、医師および科学者が、新しい癌治療薬の作用過程といったような、新しいタイプの医療を試験する方法を言います。一部の臨床研究は、Medicare の承認を受けています。Medicare が承認した臨床研究では通常、研究に参加するボランティアが募集されます。臨床研究調査に参加している場合、当社のプランに登録したままで、当社のプランを通じて残りの治療（治験に関連しない治療）を継続して受けることができます。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

Medicare 承認の試験に参加すると、研究の一環として受けた保険適用業務の費用のほとんどは、Original Medicare が支払います。承認済みの臨床試験に参加している旨をお知らせいただければ、あなたが負う責任は、試験中のサービスに対するネットワーク内での費用分担だけとなります。たとえば、支払額が多くなっていて、Original Medicare の費用分担額をすでに支払っている場合、支払額とネットワークでの費用分担の差額を返金いたします。あなたには、支払額を示す文書を提示する必要があります。

Medicare 認定臨床研究試験への参加を希望する場合は、当社に連絡いただく必要も、当社または PCP からの承認を得る必要もありません。臨床研究の一環としてあなたに治療を行うプロバイダは、プランのネットワークに参加している必要はありません（これは、エビデンス開発 (NCDs-CED) および試験用医療機器に対する適用免除 (IDE) での補償を求める特定の給付などの臨床試験、または給付を査定するための登録が必要な補償給付には適用されません。これらの給付も、事前承認やその他のプランの規則の対象となる場合があります）。

臨床研究に参加するのにプランの許可は必要ありませんが、Medicare 認定の臨床試験への参加を認められた場合は、当社まで事前に通知いただくことをお勧めします。

Medicare が承認していない研究に参加する場合、あなたは研究への参加にかかるすべての費用を支払う責任があります。

セクション 5.2 臨床研究の医療サービスの費用分担者

Medicare 承認の臨床研究に参加すると、以下のような、研究の一環として受けた日常的なアイテムとサービスは、Original Medicare が補償いたします。

- あなたが研究に参加していない場合であっても、Medicare が支払うことになる、病院滞在のための部屋と食事
- 調査研究の一部である場合は、手術またはその他の医療処置
- 新しい治療の副作用と合併症の治療

Medicare がこれらのサービスの費用の負担分を支払ったあとに、プランは残りの費用を支払います。すべての保険適用業務と同様に、臨床研究調査で受けた保険適用業務への支払いは不要です。

あなたが臨床研究に参加しているとき、Medicare も 弊社プランも、以下のいずれの費用も支払いません。

- 一般的に、あなたが研究に参加していない場合であっても、Medicare がアイテムまたはサービスを補償しない限り、Medicare は、研究でテストされている、新しいアイテムまたはサービスに対する支払いは行いません。
- データの収集のみを目的として提供され、直接的な医療では使用されないアイテムまたはサービス。たとえば、あなたの病状では、通常 1 回の CT スキャンしか必要でない場合に、研究の一環として行われた、1 ヶ月に複数回の CT スキャンに対しては、Medicare は支払いを行いません。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

- ・ 治験の登録者に研究のスポンサーから無料で提供されるアイテムとサービス。

臨床研究への参加についての詳しい情報を得るには

臨床研究への参加についての詳しい情報は、Medicare 刊行物の『*Medicare と臨床治験*』をご覧ください。www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf で閲覧できます。また、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話することもできます。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。

セクション 6 宗教的非医学的健康管理施設で治療を受ける際のルール

セクション 6.1 宗教的非医学的健康管理施設

宗教的非医学的健康管理施設とは、通常は病院または高度看護施設で処置される病状の治療を行う組織です。病院または高度看護施設で治療を受けることが、会員の宗教的信念に反している場合には、当社は、宗教的非医学的健康管理施設での治療を補償対象といたします。この給付は、パート A の入院患者サービス(非医学的な治療サービス)にのみ提供されます。

セクション 6.2 宗教的非医学的健康管理施設で治療を受ける方法

宗教的非医学的健康管理施設で治療を受けるためには、**非適用外医療**に良心的に反対している旨を記した、法律文書に署名しなければなりません。

- ・ **非適用外医療**または治療とは、自発的であり、連邦、州または現地の法律で要件とされていない、なんらかの医療または治療を言います。
- ・ **適用外の医療**または治療とは、非自発的に受け、連邦、州または現地の法律で要件とされている、医療または治療を言います。

プランの補償対象となるためには、宗教的非医学的健康管理施設から受ける治療は、以下の条件を満たしていなければなりません。

- ・ 医療を提供する施設は、Medicare の認定を受けていなければなりません。
- ・ 弊社のプランは、**非宗教的な治療内容のみ**を補償します。
- ・ 医学的な施設で提供されるサービスをこの施設から受ける場合、以下の条件が適用されます。
 - 入院患者の治療または高度看護施設ケアでの保険適用業務を受けるのを許されるような、病状を持っていなければなりません。
 - – ならびに – 施設に入る前にプランからの事前承認を得なければなりません。そうしないと、その滞在は補償対象とはなりません。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

宗教的非医学的健康管理施設での滞在は、プランからの事前承認を得ていない限り、プランの補償対象とはならず、他のケースで受ける可能性のある入院患者向けケアまたは高度看護施設ケアと同じような補償制限が適用されます。補償のルール、ならび入院患者診療と高度看護の補償における費用負担と制限についての追加情報は、第4章の医療給付表をご参照ください。

セクション7 耐久医療機器の所有権についてのルール

セクション7.1 弊社プランで特定の回数の支払いを行った後に、あなたが所有することにならない耐久医療機器があります

耐久医療機器(DME)には、酸素装置と備品、車椅子、歩行器、電動マットレスシステム、松葉杖、糖尿病用の備品、会話補助装置、IV 注入ポンプ、噴霧器、ならびに自宅で会員が使用するためにプロバイダが注文した病院用ベッドなどがあります。会員は、義装具などの DME アイテムを必ず所有しています。レンタルしなければならない、その他のタイプの DME

Original Medicare では、特定のタイプの DME をレンタルした人は、アイテムの自己負担分を 13 ヶ月間にわたって支払った後に、機器を所有するようになります。弊社プランのメンバーとして、指定された月数にわたり自己負担分を支払った後で所有権を得る DME もあります。あなたが以前 Original Medicare に加入していた際に DME アイテムに支払った費用は、弊社のプランの会員としての支払いには加算されません。あなたがプランへの加入中に DME アイテムの所有権を獲得し、その用品に対し保守が必要な場合、プロバイダは修理費をプランに請求できます。DME の種類によっては、あなたがプランへの加入中に何度支払いを行っても、所有権を獲得しないものもあります。DME のレンタル要件または所有要件、および提供する必要のある文書については、会員サービスまでお問い合わせください。

Original Medicare に切り替えた場合、耐久医療機器の支払いはどうなりますか？

プランへの加入中に DME アイテムの所有権を獲得しなかった場合、所有するためには、Original Medicare に切り替えてから、新たに 13 回連続して支払いを行う必要があります。プランへの加入中に行った支払いは、この 13 回の支払いにはカウントされません。

例1：Original Medicare でのアイテムに対する連続支払い回数が 12 回以下で、その後に当社のプランに入会。Original Medicare での支払いは、カウントされません。アイテムを所有するには、プランへの支払いを 13 回連続で行わなければなりません。

例2：Original Medicare でのアイテムに対する連続支払い回数が 12 回以下で、その後に当社のプランに入会。プランへの加入中にそのアイテムの所有権を獲得していない。その後、あなたは Original Medicare に戻ります。アイテムを所有するには、Original Medicare に再入会し、支払いを新たに 13 回連続で行わなければなりません。(当社のプランまたは Original Medicare にかかわらず)すでに行った支払いは、カウントされません。

セクション7.2 酸素装置、備品および保守についてのルール

Medicare 酸素装置の補償資格を持っている場合には、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) が以下を補償対象とします。

第3章 医療および他の保険適用業務にプランを使用する

- 酸素装置のレンタル
- 酸素と酸素容器の提供
- 酸素および酸素容器の提供のためのチューブと関連の酸素アクセサリー
- 酸素装置の保守と修理

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) を退会する場合、あるいは酸素装置が医学的な理由で必要ではなくなった場合、その酸素装置は返却されなければなりません。

プランを退会し、Original Medicare に戻ると、どうなりますか？

Original Medicare では、酸素サプライヤーに対し、5 年にわたってサービスを提供することを求めています。最初の 36 カ月間は、装置をレンタルします。残りの 24 カ月間では、サプライヤーが装置と保守を提供します(その場合も、あなたは酸素の自己負担分を支払う責任を負います)。5 年後、あなたは、同じ会社に留まるか、別の会社に行くかを選ぶことができます。このとき、同じ会社にとどまるとしても、5 年間のサイクルが再び始まり、あなたは最初の 36 カ月間の自己負担分を支払う責任を負います。プランに入会する場合も、退会する場合も、5 年間のサイクルが再開されます。

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

第 4 章 :

医療給付表

(補償対象になるもの)

セクション 1 保険適用業務について知る

医療給付表に、プランの会員として補償されているサービスが記載されています。このセクションでは、補償対象外の医療サービスや特定のサービスの制限についても説明します。

セクション 1.1 保険適用業務への支払いは不要

Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) からの支援を受けているため、治療を受けるためのプランのルールに従っている限り、保険適用業務への支払いは不要です (治療を受けるためのプランのルールについての詳しい情報は、第 3 章をご参照ください)。

Section 1.2 Medicare Part A と Part B の保険適用業務で最も多く支払うものは？

注記： 弊社の会員は Medicaid の支援を受けているため、これまで、極めて少数の会員しかこの最大自己負担額に達していません。あなたには、補償対象となっているパート A およびパート B のサービスでの最大自己負担額を満たすために自己負担費用を支払う責任はありません。

Medicare Advantage プランでは、Medicare Part A および Part B での補償対象となっている医療サービスに支払わなければならない、毎年の自己負担額に対し、制限が設定されています。この制限は、医療サービスの最大自己負担額 (MOOP) と呼ばれています。暦年 2026 年における MOOP 額は、\$9,250 です。

自己負担分として支払う額および保険適用業務の共同保険料は、この最大自己負担額に加算されます。パート D 医薬品の支払額は、最大自己負担額に加算されません。さらに、一部サービスの支払額も、最大自己負担額に加算されません。これらのサービスは、医療給付表でアスタリスク (*) マークが付けられています。最大自己負担額の \$9,250 に達すると、あなたは、その年の残りの期間、補償対象となっているパート A とパート B の保険適用業務の自己負担費用を支払う必要はありません。ただし、あなたは Medicare Part B の保険料を、(パート B の保険料が、あなたの代わりに、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) または他の第三者によって支払われている場合を除き) 支払い続けなければなりません。

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

セクション2 医療給付表に、あなたの医療給付と費用が記載されています

次のページの医療給付表に、プランの補償対象となるサービスが記載されています（パートDの医薬品補償は第5章に記載されています）。医療給付表に記載されているサービスは、要件を満たしている場合にのみ、補償されます。

- Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の補償対象となっているサービスは、Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の補償ガイドラインに基づいて提供されなければなりません。
- あなたのサービス（医療、サービス、備品、機器、およびパートB医薬品を含む）は、医学的に必要でなければなりません。医学的に必要とは、サービス、備品、または医薬品が病状の予防、診断、または治療に必要であり、受け入れられている医療業務基準を満たしているということを意味します。
- 新規登録者の場合、MA 調整医療プランから最低 90 日間の移行期間が提供されなければなりません。その移行期間中、治療過程でネットワーク外プロバイダが開始したサービスが対象となっている場合であっても、その実際の治療過程に対する事前承認が、MA プランに必要とされない場合があります。
- あなたは、治療を提供し、その治療を監督する、プライマリケアプロバイダ（PCP）を利用することができます。
- 医療給付表に記載されているサービスには、医師または他のネットワークプロバイダが事前の承認（弊社では、これを事前承認と呼ぶことがあります）を得ている場合にのみ、補償の対象となるものがあります。事前の承認が必要な保険適用業務は、医療給付表でアスタリスク（*）マークが付けられています。
- あなたの調整済みの医療プランが治療過程の事前承認要請を承認した場合、その承認は、医療的に適切であるとともに、適用される補償基準、病歴、および治療プロバイダの推奨に基づいて、治療の中断を避ける必要がある限り、有効であり続けなければなりません。

補償について知っておくべき、その他の重要事項：

- あなたは、Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の両方から補償を受けます。Medicare は、医療と処方薬を補償対象にしています。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) は、Medicare での免責と自己負担、あるいは入院および外来での治療サービスと通院の共同保険料を含む、Medicare サービスでのあなたの費用負担を補償しています。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) は、長期的な治療、一部の店頭販売薬、および家庭とコミュニティをベースとしたサービスといった、Medicare が補償していないサービスも補償対象としています。
- すべてのMedicare ヘルスプランと同じように、当社は Original Medicare が補償している、すべてのものを補償対象としています（Original Medicare の補償対象と費用について詳しく知りたい場合は、「2026 年版 Medicare とあなた」ハンドブックをご参照ください）。

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

このハンドブックは、www.Medicare.gov にアクセスして閲覧いただくことも、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話して、コピーを依頼することもできます。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。

- Original Medicare で無償で補償されている予防サービスについては、当社も無料でサービスを補償しています。
- Medicare が 2026 年に新しいサービスでの補償を追加した場合、Medicare または当社のプランのいずれかがこれらのサービスを補償対象にします。
- 当社のプランでは、当社は、プランと州の Medicaid 局との契約での要件に基づいて、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の一部の給付への補償を行います。第4章の医療給付表では、どのような給付がプランの補償対象となっているのかがわかります。医療給付表には、給付がプランの制限または適用される承認についても書かれています。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用業務については、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の補償対象給付がすべてリストされている、プランの「給付の要約」をご参照ください。「給付の要約」を受け取っていない場合は、会員サービスに電話し、コピーの送付を依頼してください。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の補償対象サービスの費用負担がもしある場合、その費用負担額は Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の資格レベルに基づいて決定されます。
- 6 カ月のみなし継続資格の期間中であれば、弊社は、Medicare Advantage プランで補償されている、すべての Medicare 給付を継続して提供いたします。ただし、この期間中、Medicare Advantage プランは、Medicaid 州プランに含まれている、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) での給付を補償する責任を負いません。

上記の補償要件を満たしているのであれば、医療給付表に記載されていないサービスへの支払いは不要です。

慢性疾患のある登録者のための重要な給付情報

- 以下の慢性疾患と診断され、特定の基準を満たしている場合、慢性疾患特別追加給付の受給資格がある場合があります。
 - 自己免疫疾患（関節リウマチを含む）
 - がん
 - 心血管障害（高血圧を含む）
 - 慢性アルコール使用障害およびその他の物質使用障害（SUD）
 - 慢性心不全
 - 慢性肺疾患
 - 慢性かつ障害を伴う精神疾患
 - 慢性消化器疾患（慢性消化器疾患を含む）
 - 慢性腎疾患（CKD）
 - 機能的な問題を伴う疾患（末期腎不全（ESRD）、末期肝不全、骨粗鬆症（骨疾患）、変形性関節炎を含む）
 - 機能を維持するために継続的な治療サービスが必要な疾患（筋ジストロフィーを含む）
 - 認知障害に伴う疾患（ダウン症候群を含む）

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）


- 認知症
 - 糖尿病
 - 子宮内膜症
 - HIV/AIDS
 - 神経疾患
 - 過体重、肥満、およびメタボリックシンドローム（高脂血症/脂質異常症を含む）
 - 臓器移植後
 - 重篤な血液疾患
 - 脳卒中
- ・ あなたのプランには、慢性疾患特別追加給付（SSBCI）が含まれています。これらの追加給付は、追加の給付基準を満たしている、慢性疾患を持つ高リスク会員にのみ提供されます。
 - ・ 受給資格を得るには、会員は以下の3つの給付基準を満たし、維持する必要があります。
 1. 会員は集中治療管理が必要である。
 2. 会員の予定外の入院のリスクが高い。
 3. 会員は対象となる慢性疾患について、文書化された現在進行中の診断を有している必要がある。慢性疾患は会員の病状が致死的であるか、総合的な健康や機能を著しく制限する場合に限ります。
 - ・ 資格がある場合は Wellcare から通知があり、給付へのアクセス方法に関する説明を記載した通知を受け取ります。
 - ・ 新会員は、認定基準を満たしていることがプロバイダによって証明された場合、SSBCI 給付の対象となることがあります。
 - ・ 自己負担分やあなたのプランの補償対象ではないその他の費用が適用される場合があります。
 - ・ これらの給付を受給するには、すべての条件が満たされていることを確認する必要があります。
 - ・ すべての給付は 12/31/2026 日に終了し、会員はプラン年度ごとに再審査を受ける必要があります。
 - ・ 詳細については、医療給付表の慢性疾患特別追加給付の行を参照してください。
 - ・ 対象となる給付については、弊社までお問い合わせください。



給付表のこのリンゴマークは、予防的サービスを示します。

第4章 医療給付表 (補償対象になるもの)

医療給付表

保険適用業務	支払い内容
<p>Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用業務については、Medicaid の補償対象給付がすべてリストされている、プランの「給付の要約」をご参照ください。「給付の要約」を受け取っていない場合は、会員サービスに電話し、コピーの送付を依頼してください。Medicaid の保険適用業務がある場合、その費用負担は、Medicaid の資格レベルに基づきます。州の Medicaid 局に連絡し、ご自身の費用負担レベルをお決めください。</p>	
 腹部大動脈瘤の検査 <p>リスクのある人のための、1 度だけの超音波スクリーニング。特定のリスク要因があり、医師、フィジシャンズアシスタント、ナースプラクティショナー、または臨床専門看護師からそれについての照会を得ている場合に限り、プランはこの検査を補償対象とします。</p>	<p>この予防的検査の資格を持つ会員には、共同保険または免責はありません。</p>
<p>慢性的腰痛のはり治療</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <p>以下の状況で、90 日間に最大 12 回の通院が補償対象となっています。</p> <p>この給付の目的のために、慢性腰痛は以下のように定義されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 12 週間以上持続 非特異的であり、そのため、特定可能な漸進的原因がない（すなわち、転移性、炎症性、感染性疾患などに関連していない） 手術とは関連していない 妊娠とは関連していない <p>改善を示している患者については、さらに 8 回の施術が補償対象となります。毎年、20 回までのはり治療を受けることができます。</p> <p>患者が改善していないか、または悪化している場合、治療は中止されなければなりません。</p> <p>プロバイダの要件：</p> <p>医師（社会保障法（以下、法律）の 1861(r)(1) の定義に基づく）は、適用される州の要件に基づいて、はり治療を施術することができます。</p>	<p>PCP の医院で受けた、Medicare 補償対象のはり治療に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>専門医の医院で受けた、Medicare 補償対象のはり治療に対して、自己負担分 \$0 の支払い。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>カイロプラクターの医院で受けた、Medicare 補償対象のはり治療に対して、自己負担分 \$0 の支払い。 事前承認が必要な場合があります。</p>




第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>慢性的腰痛のはり治療 - 続き</p> <p>フィジシャンズアシスタント(PA)、ナースプラクティショナー(NP)/臨床専門看護師(CNS)(法律の1861(aa)(5)の定義に基づく)、および補助者は、適用される州のすべての要件を満たしており、さらに以下を備えている場合、はり治療を施術することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 鍼灸東洋医学認定医委員会(ACAOM)認定を受けた学校で、はり治療または東洋医学での修士または博士レベルの学位 米国の州、準州、またはコモンウェルス(Puerto Rico)、あるいは District of Columbia での、はり施術を行う、最新、完全、有効で、制約が課せられていない免許 <p>はり治療を施術する補助者は、42 CFR §§ 410.26 および 410.27 の規定で求められている医師、PA、または NP/CNS による、適切なレベルの監督のもとで施術を行わなければなりません。</p> <p>その他の症状のためのはり治療</p> <p>当社のプランは、補足的な(Medicare の補償対象ではない)はり治療サービスのための、年間最大 24 回の通院も補償しています。</p> <p>ほとんどの場合、補償対象のサービスを受けるには、契約しているプロバイダを使わなければなりません。この給付の使用方法についての質問がある場合は、プランにお問い合わせください。</p> <p>補償対象のはり治療サービスには、以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 新しい健康問題または新たな再発がある患者の初期評価のための、初めての患者検査または実施済みの患者検査 実施済みの患者検査（初めての患者検査から 3 年以内） フォローアップのための通院 - はり治療サービスまたは再検査が含まれる場合あり ネットワーク内の別のプロバイダによるセカンドオピニオン 臨時および緊急のサービス <p>ネットワークプロバイダを見つけるための支援については、会員サービスにお電話ください。</p>	<p>補足的な(Medicare の補償対象ではない)、それぞれのはり治療通院に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p>




第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>救急車サービス</p> <p>補償対象の救急車サービスは、他の輸送手段では健康に害が及ぶ病状を持つ会員に提供される場合、あるいはプランが承認している場合、緊急時または非緊急時のいずれであるかを問わず、固定翼、回転翼機および地上での救急移送サービスによる、治療を提供できる最寄りの適切な施設までの搬送を含みます。補償対象の救急車サービスが緊急事態に対するものでない場合、会員の症状が、他の輸送手段を使えば健康に害が及ぶようなものであったこと、ならびに救急車による輸送が医学的に必要であったことを文書にまとめるようにしてください。</p>	<p>Medicare の補償対象である、地上での救急車サービスでの片道 1 回に対して、自己負担分 \$0 の支払い。 固定翼機による搬送および非緊急時の輸送には、事前承認が必要となる場合があります。</p> <p>Medicare の補償対象である、空中での救急車サービスでの片道輸送 1 回に対して、自己負担分 \$0 の支払い。 固定翼機による搬送および非緊急時の輸送には、事前承認が必要となる場合があります。 病院での入院治療のために入院した場合、費用負担は免除されません。</p>
<p>毎年の定期身体検査</p> <p>毎年の定期身体検査には、毎年の健康相談来院に含まれているサービスに加えて、心臓、肺、腹部および神経系の検査、ならびに身体（頭部、頸部、四肢など）と詳細な病歴/家族歴のチェックが含まれています。検査中に実施または注文できるサービスの例を次に示します。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 日常的な測定（身長、体重、血圧）の実施 • 予防可能な疾患のリスク因子の評価 • 反射神経とバイタルサインのチェック • 臨床検査（尿および血液サンプル） 	<p>毎年の定期身体検査 1 回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 毎年の健康相談来院 パートBの期間が12ヵ月を超えている場合、毎年の健康相談来院を行い、現在の健康状態とリスク要因を基にして、個人予防プランの策定または更新ができるようになります。当社のプランは、暦年当たり1回の健康相談来院を補償いたします。 注意： 最初の健康相談来院は、「Medicare 予防来院にようこそ」から12ヵ月以内には実施できません。ただし、パートBの期間が12ヵ月を超えていれば、「Medicare 予防来院にようこそ」がなくても、毎年の健康相談来院に対する補償を受けることができます。	毎年の健康相談来院には、共同保険、自己負担または免責はありません。
 骨量測定 資格を有する個人（一般的に、骨量が減っている、あるいは骨粗鬆症のリスクがある人を意味します）は、以下のサービスが24ヵ月ごとに補償対象となるほか、骨量の確認、骨粗鬆の発見、あるいは骨の質の判断のための、医学的に必要な手順（これには、医師の結果解釈が含まれます）が求められている場合には、サービスの頻度が増やされます。	Medicare 補償対象の骨量測定には、共同保険、自己負担または免責はありません。
 乳がん検査（マンモグラム） 保険適用業務には以下が含まれています。 <ul style="list-style-type: none"> 35歳から39歳までのあいだはベースラインマンモグラム1回 40歳以降は、12ヵ月に1回の診断マンモグラム 24ヵ月に1回の臨床乳房検査 	補償対象のマンモグラム診断には、共同保険、自己負担または免責はありません。

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>心臓リハビリテーション業務</p> <p>運動、教育およびカウンセリングを含む、心臓リハビリテーション業務の包括的なプログラムは、医師の指示を受けた、特定の条件を満たす会員が補償を受けます。</p> <p>プランでは、通常の心臓リハビリテーションプログラムよりも厳格で、集中的な心臓の集中リハビリテーションプログラムも、補償対象となっています。</p>	<p>Medicare 補償対象の心臓リハビリテーション業務に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>Medicare 補償対象の集中的な心臓リハビリテーション業務に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p>
<p> 循環器疾患リスク低減のための来院（循環器疾患のためのセラピー）</p> <p>循環器疾患のリスクを低減するための、年に 1 回の来院が補償対象となっています。この来院中に、医師がアスピリンの使用（適切な場合）についての話、血圧のチェック、健康な食事をしていることを確認するためのヒント提供をする場合があります。</p>	<p>この集中的で、行動療法的な循環器疾患の予防的給付には、共同保険、自己負担または免責はありません。</p>
<p> 循環器疾患スクリーニング検査</p> <p>5 年（60 ヶ月）に 1 回の循環器疾患（あるいは循環器疾患のリスク増大に関連する異常）を発見するための血液検査。</p>	<p>5 年に 1 回補償対象となる循環器疾患検査には、共同保険、自己負担または免責はありません。</p>
<p> 子宮頸がんおよび膣がんの診断</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> すべての女性：パップテストと骨盤内診察は、24 ヶ月に 1 度、補償対象となります。 子宮頸部がんまたは膣がんのリスクが高い場合、あるいは出産適齢期で、過去 3 年のあいだにパップテストで異常があった場合：パップテストは 12 ヶ月に 1 回。 	<p>Medicare 補償対象の予防的なパップテストと骨盤内診察には、共同保険、自己負担または免責はありません。</p>


第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>カイロプラクティックサービス</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 亜脱臼を矯正するための、手を使った脊椎の調整 <p>当社のプランは、補足的な(Medicare の補償対象ではない)カイロプラクティックでの年間最大 12 回の通院も補償しています。</p> <p>背中、首、または手足の関節をサポートする補足的な(Medicare の補償対象ではない)カイロプラクティックサービスは、医学的に必要な場合だけに制限されています。</p> <p>補償対象のカイロプラクティックサービスには、以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 初期検査（新しい健康問題または新たな再発がある患者の初期評価のための、初めての患者検査または確定済みの患者検査）。・ 再検査（治療の進行状況または治療の修正を評価する必要がある場合の確定済みの患者検査）、脊椎または関節の調整、および/またはその他のサービス（これらのサービスは、検査来院のときに提供される場合があります）。・ 契約しているカイロプラクターが提供または照会した場合の X 線および臨床検査サービス。初めての来院あるいは確定済みの来院のとき以外に実施された X 線および臨床検査サービスは、個々の自己負担額が査定されます。 <p>ネットワークプロバイダを見つけるための支援については、会員サービスにお電話ください。</p> <p>注意： 日常的なカイロプラクターサービスの補償は、プランから提供される補足給付となります。これらのサービスの費用については、Medicare も Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) も、あなたの自己負担分の支払いはいたしません。</p>	<p>Medicare 補償対象のカイロプラクティックサービスに対して、自己負担分 \$0 の支払い。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i></p> <p>補足的な(Medicare の補償対象ではない) カイロプラクター 通院 1 回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i></p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>慢性疼痛管理および治療サービス</p> <p>慢性疼痛（3 ヶ月以上持続する持続性または再発性の疼痛）患者を対象とする月次サービスサービスには、疼痛評価、投薬管理、治療の調整および計画が含まれる場合があります。</p>	<p>このサービスのコスト共有は、治療の過程で提供される個々のサービスによって異なります。</p> <p>これらのサービスが提供される Medicare 対象のプライマリケアまたは専門医の診察に適用されるコスト共有の金額については、この表の後半にある「医師/開業医サービス（医師の診察を含む）」を参照してください。</p>
<p> 大腸がん診断</p> <p>以下の診断テストが補償の対象となっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 大腸内視鏡検査には、年齢の上限も下限もなく、高リスクでない患者には 120 ヶ月（10 年）に 1 度、または大腸がんのリスクが低い患者は前回の軟性 S 状結腸鏡検査後に 48 ヶ月に 1 度、ならびに高リスクの患者の場合は、前回の診断用大腸内視鏡検査から 24 ヶ月に 1 度の検査が補償対象となっています。 45 歳以上で大腸癌の高リスクではない患者に対する CT 大腸内視鏡検査は、前回のスクリーニング CT 大腸内視鏡検査が実施された月から少なくとも 59 ヶ月が経過した場合、または前回のスクリーニング用 S 状結腸内視鏡検査もしくはスクリーニング大腸内視鏡検査が実施された月から 47 ヶ月が経過した場合に保険適用となります。大腸癌の高リスク患者においては、前回のスクリーニング CT 大腸内視鏡検査または前回のスクリーニング大腸内視鏡検査が実施された月から少なくとも 23 ヶ月が経過した後に実施されるスクリーニング CT 大腸内視鏡検査に対して支払いが認められる場合があります。 軟性 S 状結腸鏡検査は、45 歳以上の患者が対象となっています。診断用大腸内視鏡検査を受けた、リスクの低い患者は、120 ヶ月に 1 度。 	<p>Medicare 補償対象の大腸がんスクリーニング検査には、共同保険、自己負担分または免責はありません。大腸内視鏡検査または軟性 S 状結腸鏡検査で、医師がポリープまたはその他の組織を見つけて切除した場合、スクリーニング検査は診断検査となり、医師のサービスに対する自己負担分は \$0 となります。</p>

第4章 医療給付表 (補償対象になるもの)

保険適用業務	支払い内容
 大腸がん診断 - 継続 <p>高リスクの患者は、最後の軟性S状結腸鏡検査またはCT大腸内視鏡検査後、48ヵ月に1度。</p> <ul style="list-style-type: none"> 診断用便潜血反応検査は、45歳以上の患者が対象となっています。これは、12ヵ月に1度となっています。 マルチターゲット便DNA検査は、年齢が45歳から85歳で、高リスク基準を満たしていない患者が対象となっています。これは、3年に1度となっています。 血液ベースのバイオマーカーテストは、年齢が45歳から85歳で、高リスク基準を満たしていない患者が対象となっています。これは、3年に1度となっています。 Medicareの補償対象となっている非侵襲的な、糞便ベースの大腸がん診断テストで陽性の結果が出た後には、後続の大腸がん診断テストに再診断用大腸内視鏡検査が含まれます。 大腸がんスクリーニング検査には、組織またはその他の物質の除去を伴う計画的スクリーニング用S状結腸内視鏡検査もしくはスクリーニング大腸内視鏡検査、またはスクリーニング検査と同じ臨床来院に関連して、またその結果として提供されるその他の医療処置が含まれます。 	
歯科サービス <p>一般に、予防的な歯科サービス(クリーニング、ルーティンの歯科検査および歯科X線検査など)は、Original Medicareの補償対象にはなりません。ただし、Medicareは、一部の状況で歯科サービスへの支払いを行っています。具体的には、そのサービスが受益者の主要な病状の治療に不可欠な場合が、これに該当します。一部の例としては、骨折または負傷後の顎の再構築、顎を含むがんの放射線治療の準備で行われる抜歯、あるいは臓器移植前の口腔検査などがあります。さらに、以下が補償対象となっています。</p> <p>補足的な(つまり、ルーティンの) 歯科サービス</p> <p>補償対象となっている、ネットワーク内およびネットワーク外でのすべての総合的な歯科治療には、毎年\$3,000のプラン給付金があります。</p>	<p>Medicare 補償対象の歯科サービスに対して、自己負担分\$0の支払い。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>歯科サービス - 続き</p> <p>給付金を上回る金額については、あなたの責任となります*。</p> <ul style="list-style-type: none"> 診断および予防的歯科治療（補償対象サービスには以下が含まれています） <ul style="list-style-type: none"> その他の歯科診断サービス - サービスのタイプに応じて、毎日1回から1プラン年度に1回まで その他の予防的歯科サービス - サービスのタイプに応じて、毎日1回から1年に1回まで 総合的な歯科治療（補償対象サービスには以下が含まれています） <ul style="list-style-type: none"> 復元サービス - プラン年度のタイプに応じて、1ヵ月から7ヵ月に1回 	<p>ネットワーク内 1回の来院でのその他の歯科診断サービスの自己負担分 \$0*。事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 1回の来院でのその他の歯科診断サービスの共同保険分 25% の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク内 1回の来院でのその他の予防的歯科サービスの自己負担分 \$0*。事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 1回の来院でのその他の予防的歯科サービスの共同保険分 25% の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク内 復元サービス1回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>歯科サービス - 続き</p> <p>○ 歯内治療 -</p> <p>○ 歯周病 -</p>	<p>ネットワーク外* 復元サービス 1 回に対して、 共同保険分 25% の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク内 歯内治療サービス 1 回に対し て、自己負担分 \$0 の支払い *。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 歯内治療サービス 1 回に対し て、共同保険分 25% の支払 い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク内 歯周治療サービス 1 回に対し て、自己負担分 \$0 の支払い *。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 歯周治療サービス 1 回に対し て、共同保険分 25% の支払 い*。 事前承認が必要な場合があります。</p>




第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>歯科サービス - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 口腔/顎顔面外科 - 生涯に1度 ○ 義歯剤、固定 - ○ 補綴、歯科補綴 - サービスのタイプに応じて、6 カ月から5年に1回 	<p>ネットワーク内 口腔顎顔面サービス1回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。* 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 口腔顎顔面サービス1回に対して、共同保険分 25% の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク内 固定性補綴サービス1回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 固定性補綴サービス1回に対して、共同保険分 25% の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク内 歯科補綴サービス1回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外* 歯科補綴サービス1回に対して、共同保険分 25% の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p>


第4章 医療給付表 (補償対象になるもの)

保険適用業務	支払い内容
<p>歯科サービス - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般的補助サービス - 毎年無制限 <p>サービスを受ける前に、会員は、ルーティンの歯科サービスに参加しているプロバイダと治療オプションについて話し合うことをお勧めいたします。治療は、プランの年度中、プランに補償されているあいだに開始され、完了されなければなりません。</p> <p>プランの補償対象となっていない歯科サービスの費用は、会員の責任となります。</p> <p>プロバイダの検索方法、請求書の提出方法、または詳しい情報についての問い合わせは、会員サービスにお電話ください。</p> <p>補償対象の詳細なリストを含む、歯科に対する補償の詳細な情報は、以下をご覧ください：go.wellcare.com/dentalbenefits-hi。</p> <p>注意：ルーティンの歯科サービスの補償は、プランから提供される補足給付となります。これらのサービスの費用については、Medicare も Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) も、あなたの自己負担分の支払いはいたしません。</p> <p>Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) にも登録されている会員は、これらの補足的な歯科サービスに対する、州による二次補償の資格があるかもしれません。歯科サービスを受ける前に、二次支払者として Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) に請求できるかどうかをプロバイダに尋ねてください。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の ID カードも、必ずプロバイダに見せるようにしてください。</p>	<p>ネットワーク内 一般的補助サービス 1 回に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ネットワーク外[*] 一般的補助サービス 1 回に対して、共同保険分 25% の支払い*。事前承認が必要な場合があります。</p> <p>[*]ネットワーク外の歯科医による診察を選んだ場合、自己負担費用が高くなる可能性があります。ネットワーク外の歯科治療提供者は、プランによる全額支払いを受け入れるという契約を結んでいません。</p> <p>プランの支払額を超える額が請求されると、サービスの自己負担分が \$0 である場合であっても、あなたはその差額を支払う責任を負います。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 うつ病の診察 うつ病の診察が補償対象となるのは、1年に1回です。診察は、フォローアップ治療および/または照会を提供できる、プライマリケアの場で行わなければなりません。	毎年のうつ病診察来院には、共同保険、自己負担または免責はありません。
 糖尿病の診察 次のいずれかのリスク要因がある場合は、この診察（空腹時血糖測定を含む）が補償の対象となります：高血圧、異常なレベルのコレステロールとトリグリセリド（脂質異常症）の既往、肥満または高血糖の既往。 太り過ぎおよび糖尿病の家族歴といった、他の要件を満たしている場合も、検査が補償対象となる場合があります。 直近の糖尿病診察の日から12ヵ月ごとに最大2回の糖尿病診察を受けられるかもしれません。	Medicare 補償対象の糖尿病診察には、共同保険、自己負担分または免責はありません。
 糖尿病自己管理トレーニング、糖尿病患者向けのサービスと備品 糖尿病の患者全員（インスリンを使っている人も、使っていない人も）が対象となります。保険適用業務には以下が含まれています。 <ul style="list-style-type: none"> 血糖値を監視するための備品：血糖モニター、血糖試験紙、ランセットデバイスとランセット、ならびに試験紙とモニターの正確性をチェックするための血糖管理ソリューション。 糖尿病による深刻な足の疾患を持つ、糖尿病患者の人々のため：1年にカスタム成形されたセラピー用シューズ1足（そのようなシューズに付属のインサートを含む）と追加のインサート2足分、あるいはデプスシューズ1足とインサート3足分（シューズに付属のカスタマイズされていない、取り外し可能インサートは含みません）。補償には付属品が含まれます。 	Medicare 補償対象の糖尿病監視用備品に対して、自己負担分 \$0 の支払い。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i> ただし、製品の金額の20%を上限として支払うことができますが、 Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) は補償対象外です。 糖尿病による深刻な足の疾患を持つ、糖尿病患者の人々のための、Medicare 補償対象のセラピー用シューズまたはインサートに対して、自己負担分 \$0 の支払い。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i>

第4章 医療給付表 (補償対象になるもの)

保険適用業務	支払い内容
 糖尿病自己管理トレーニング、糖尿病患者向けのサービスと備品 - 継続 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の自己管理トレーニングは、特定の条件のもとで補償対象となります。 <p>Accu-Chek Guide™ および True Metrix™ は、弊社が推奨する糖尿病検査用品 (血糖測定器および測定電極) です。推奨糖尿病検査用品リストに記載されているアイテムについての詳しい情報は、会員サービスまでお問い合わせください。</p> <p>プランの推奨ではない糖尿病検査用品を使用する場合は、プロバイダに話して、新しい処方入手するか、あるいは非推奨の血糖モニターと血糖試験紙の事前承認を要請してください。</p>	<p>ただし、製品の金額の20%を上限として支払うことができますが、Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) は補償対象外です。</p> <p>Medicare 補償対象の糖尿病管理トレーニングに対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>ただし、製品の金額の20%を上限として支払うことができますが、Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) は補償対象外です。</p>
耐久医療機器 (DME) と関連の備品 <p>(耐久医療機器の定義については、第 12 章および第 3 章を参照してください)</p> <p>対象となるアイテムには、車椅子、松葉杖、電動マットレスシステム、糖尿病用備品、医療従事者が自宅で使用するために注文した病院ベッド、IV 注入ポンプ、会話補助装置、酸素装置、噴霧器、歩行器が含まれています (ただし、これらに限定されません)。</p> <p>当社は、Original Medicare が補償している、医学的に必要なすべての DME を補償対象としています。あなたのエリアの弊社サプライヤーが特定のブランドまたはメーカーを取り扱っていない場合は、あなた向けの特別注文が可能かどうかを問い合わせることができます。</p> <p>最新のサプライヤーのリストは、当社のウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) で入手いただけます。</p>	<p>Medicare 補償対象の耐久医療機器に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare 補償対象の医療用品に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の酸素装置補償のあなたの費用分担は 36 カ月ごとに 36 カ月ごとに自己負担分 \$0 の支払いとなります。36 カ月間の登録期間のあとも、費用負担は変更されません。</p> <p>プランに登録する前に酸素機器の補償の36か月間のレンタル料金を支払った場合、プランの自己負担分 \$0 の支払いとなります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>救急医療</p> <p>救急医療とは、次のようなサービスを指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 緊急サービスを提供する資格のあるプロバイダから提供され、 緊急病状を評価または安定させるために必要なもの <p>医学的緊急事態とは、あなた、または健康と医療に関する平均的な知識を持つその他の良識的な一般人が、自分の命（さらに、妊婦の場合は胎児の命）が失われること、四肢または四肢の機能が失われることを防ぐために、即時の治療を必要としている、医学的症状があると考えられる状況を指します。医学的症状とは、疾患、外傷、激痛、あるいは急速に悪化している病状である場合があります。</p> <p>ネットワーク外で提供される必要な緊急サービスの費用分担は、ネットワーク内で提供されるサービスと同じになります。</p> <p>米国外での緊急サービスも補償対象となっています。</p>	<p>Medicare 補償対象の救急治療室での処置に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>ネットワーク外の病院で救急医療を受け、緊急だった状態が安定した後にも入院治療が必要な場合、補償対象となっている治療を継続するためにネットワーク病院に移動するか、あるいはプランが承認したネットワーク外の病院で入院治療を受けなければならず、その際の費用はネットワーク病院で支払うのと同じ費用分担となります。</p> <p>米国外での緊急サービスに対して、自己負担分 \$115 の支払い*。</p> <p>同じ条件で 24 時間以内に入院した場合も、この金額を支払っていただきます。</p> <p>米国外での緊急事態または緊急に必要なサービスに対しては、毎年最大 \$50,000 が補償されます。</p>


第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<div data-bbox="139 327 191 394" data-label="Image"></div> <div data-bbox="214 352 509 390" data-label="Section-Header"> <h3>健康教育プログラム</h3> </div> <ul style="list-style-type: none"> ナースアドバイスライン 訓練を受け認定された登録看護師からの通話料無料のアドバイス。ナースアドバイスラインは、年中無休で、健康関連の疑問に対する支援を受けることができます。会員サービスに電話してナースアドバイスラインへの転送を依頼することで、ナースアドバイスラインに連絡することができます。 フィットネスの給付 当プランでは、全国各地のフィットネス施設をご利用いただける、フィットネスプログラムを用意しています。 アクティブで健康的なライフスタイルを得られるようにするために、以下の機能を無料で利用することができます。 <ul style="list-style-type: none"> ○ フィットネスセンターの会員資格：フィットネスネットワークに参加している、いくつもの有人フィットネスセンターからお選びいただけます。会員特典には、通常のフィットネスクラブやフィットネススタジオのサービス、団体のワークアウトクラスの利用が含まれます。フィットネスネットワーク内の1つまたは複数のジムにアクセスできます。 ○ ホームフィットネスキット：ウェアラブルフィットネストラッカーを含む、さまざまなホームフィットネスキットから選ぶことができます。給付年ごとに、最大1つのキットを受け取ることができます。 ○ デジタルフィットネスプログラム：デジタルライブラリを通じて、数千のオンデマンドワークアウトビデオから選ぶことができます。 ○ 1対1のライフスタイルコーチングプログラム。 ○ Well-being Club：記事、ビデオ、ライブストリーミングのクラスとイベントなど、あなたの関心や目標に合ったリソースを見つけましょう。 フィットネス給付の詳細については、会員サービスまでお電話ください。 	<p>ナースアドバイスラインに対して、自己負担分 \$0 の支払い*。</p> <p>フィットネス給付に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。</p>

第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>聴覚サービス</p> <p>医師、聴覚訓練士、またはその他の資格を有するプロバイダがサービスを提供するときの外来診療として、医療処置の補償が必要かどうかを判断するために、プロバイダが行う聴力と両耳のバランスについての診断評価。</p> <p>当社のプランは、以下の補足的な(つまり、ルーティンの)聴覚サービスも補償対象としています。</p> <ul style="list-style-type: none">毎年 1 回のルーティンの聴力検査。毎年 1 回の補聴器の装着支援と評価。非埋め込み型の補聴器 1 つに対して、最大 \$500。毎年、非埋め込み型の補聴器 2 つに制限。給付には、補聴器の紛失とともに、1 年間使用可能な電池の損傷を含む、3 年間の保証が含まれています。 <p>上記の最大給付を超える補聴器費用は、お客様の責任となります。追加の補聴は保険適用されません。</p> <p>プランの補償対象である補聴給付をすべて受けるには、ベンダーネットワーク内の参加プロバイダから日常的な聴覚業務を受けなければなりません。</p> <p>お客様の聴覚ベンダー、連絡先情報、および給付の詳細については、会員サービスまでお電話ください。</p> <p>注記： 日常的な聴覚業務の保険適用は、このプランが提供する補足的な給付です。これらのサービスの費用については、Medicare も Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) も、あなたの自己負担分の支払いはいたしません。</p>	<p>Medicare 補償対象の聴力検査に対して、自己負担分 \$0 の支払い。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>毎年 1 回のルーティンの聴覚検査に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>毎年 1 回の補聴器の装着支援と評価に対して、自己負担分 \$0 の支払い*。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>毎年 2 個の補聴器の自己負担分 \$0*。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 HIV スクリーニング HIV スクリーニング検査を依頼された方、または HIV 感染のリスクが高い方のために、弊社は下記を保険適用としています。 <ul style="list-style-type: none"> 12 ヶ月ごとに 1 回のスクリーニング検査 あなたが妊娠している場合、以下を補償対象とします。 <ul style="list-style-type: none"> 最大 3 回の妊娠中スクリーニング検査 	Medicare の保険適用である予防 HIV スクリーニングの対象者である会員には、共同保険、自己負担分、免責はありません。
ホームヘルパーエージェンシーのケア 在宅ヘルスケアサービスを受ける前に、医師が在宅医療業務の必要性を証明する必要があります。そして、その医師が、ホームヘルパーエージェンシーの提供する在宅ヘルスケアサービスを指示します。お客様は在宅患者に違いありません。つまり、家から出ることが大仕事であるということです。 保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。 <ul style="list-style-type: none"> パートタイムまたは断続的な熟練看護および在宅ヘルスケアサービス（在宅医療給付の対象とするためには、熟練看護および在宅ヘルスケアサービスを組み合わせた合計で 1 日 8 時間、週 35 時間未満） 理学療法、職業療法、および言語療法 医療業務および社会業務 医療機器および消耗品 	Medicare 対象のホームヘルパーエージェンシーのケアサービス 1 回につき、自己負担分 \$0。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i>
在宅輸液療法 在宅輸液療法には、自宅の患者に医薬品またはバイオ医薬品を静脈内または皮下に投与することが含まれます。在宅輸液に必要な構成要素には、薬剤（抗ウイルス薬、免疫グロブリンなど）、装置（ポンプなど）、および消耗品（チューブやカテーテルなど）があります。 保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。 <ul style="list-style-type: none"> 介護業務などの専門業務は、ケアプランに従って提供されます そうしないと耐久医療機器給付の対象にならない患者のトレーニングおよび教育 	看護業務、トレーニングおよび教育、遠隔監視およびモニタリング業務など、プライマリケアプロバイダ (PCP) からの専門業務の自己負担分 \$0。 看護業務、トレーニングおよび教育、遠隔監視およびモニタリング業務など、専門家からの専門業務の自己負担分 \$0。


第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>在宅輸液療法 - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> リモートモニタリング 有資格の在宅輸液療法サプライヤーが供給する在宅輸液療法および在宅輸液医薬品の提供のモニタリング業務 	<p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>在宅輸液機器および消耗品は、耐久医療機器 (DME) 給付によりカバーされます。費用分担の情報については、「耐久医療機器 (DME) と関連用品」の項を参照してください。</p> <p>在宅輸液医薬品は、Medicare Part B 処方薬の給付対象となります。費用分担については、「Medicare Part B 処方薬」のセクションを参照してください。</p>
<p>ホスピスケア</p> <p>あなたが終末期疾患にかかっており、その病気が通常の推移をたどれば、余命 6 カ月以内であることを証明する終末期予後を主治医とホスピスのメディカルディレクターが提示した場合、あなたはホスピス給付を受けることができます。あなたは、どの Medicare 認定ホスピスプログラムからでも治療を受けることができます。弊社のプランは、あなたがプランのサービスエリア内の Medicare 認定ホスピスプログラムを見つけるのを支援する義務があります。これには、弊社が所有しているか、管理しているか、または金銭的な利益を有するプログラムを含みます。あなたのホスピスの医師は、ネットワークプロバイダまたはネットワーク外プロバイダである場合があります。</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 症状抑制および疼痛緩和のための医薬品 	<p>お客様が Medicare 認定ホスピスプログラムに登録すると、お客様の終末期予後に関連するホスピス業務とパート A およびパート B 業務は、弊社プランではなく Original Medicare が支払います。医師の業務の費用分担は、ホスピス相談業務にも適用されることがあります。費用分担の詳細については、このチャートの「医師/プラクティショナー業務」セクションを参照してください。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>ホスピスケア - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期のレスパイトケア ・ 在宅ケア <p>ホスピスに入居した場合、プランを継続する権利があります。継続する場合は、プランの保険料を引き続きお支払いいただく必要があります。</p> <p>ホスピス業務の場合、および Medicare Part A または B の保険適用対象となり、終末期予後に関連する業務の場合：ホスピス業務、終末期予後に関連するパート A およびパート B の業務については、（弊社プランではなく）Original Medicare がホスピスプロバイダに支払います。あなたがホスピスプログラムを受けている間、ホスピスプロバイダは、Original Medicare が支払う業務について、Original Medicare に請求します。あなたには、Original Medicare の費用分担分が請求されます。</p> <p>Medicare Part A または B の保険適用対象だが、終末期予後に関連しない業務の場合：あなたの終末期予後に、Medicare Part A または B の保険適用対象であり、あなたの終末期予後に関連しない非緊急のサービスが必要な場合、これらの業務の費用は、プランのネットワークでプロバイダを使用するかどうか、およびプランの規則に従うかどうかによって異なります（事前承認を得る必要がある場合など）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ あなたが保険適用業務をネットワークプロバイダから受けており、業務の取得に関するプランの規則に従う場合、ネットワーク内業務のプランの費用分担分のみを支払うことになります ・ ネットワーク外プロバイダから保険適用業務を受けた場合、Original Medicare での費用分担分をお支払いいただきます。 <p>弊社プランが保険適用しますが、Medicare Part A または B の保険対象でない業務の場合：弊社のプランは、お客様の終末期予後に関連しているかどうかにかかわらず、パート A またはパート B の保険適用外のプラン保険適用業務の保険適用を維持します。こうした業務の弊社のプラン費用分担額はあなたが支払います。</p>	

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>ホスピスケア - 続き</p> <p>プランのパートD給付の対象となる可能性がある医薬品の場合：こうした医薬品があなたの終末期条件と無関係であれば、あなたが費用分担分を支払います。あなたの終末期ホスピス状態に関連している場合、Original Medicare の費用分担分はあなたが支払います。医薬品がホスピスと弊社プランの両方により同時に保険適用されることはありません。詳細については、第5章のセクション9.4を参照してください。</p> <p>注記：あなたがホスピス以外の治療（終末期予後に関連しないケア）を必要とする場合は、弊社に連絡してその業務を手配してください。</p> <p>弊社プランでは、ホスピス給付を選択していない終末期の患者に対するホスピス相談業務（1回かぎり）を保険適用としています。</p>	
<p> 予防接種</p> <p>Medicare Part Bの保険適用業務には下記が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 肺炎ワクチン 秋/冬のインフルエンザ流行期に 1 回インフルエンザ予防接種（またはワクチン接種）、医学的に必要な場合は追加の注射（またはワクチン接種）を行います。 あなたがB型肝炎を発症するリスクが高いか中程度の場合のB型肝炎ワクチン。 COVID-19 ワクチン。 あなたが危険にさらされており、Medicare Part B の保険適用規則を満たしている場合のその他のワクチン。 <p>弊社は、その他のほとんどの成人ワクチンについても、パートD医薬品給付により保険適用としています。</p> <p>弊社プランでは、ほとんどの成人用パートDワクチンについて、19歳以上の下院について無料で保険適用しています。</p>	<p>肺炎、インフルエンザ、B型肝炎、COVID-19 ワクチンには、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p> <p>上記以外の Medicare 保険適用ワクチン（お客様が危険にさらされており、ワクチンが Medicare Part B の保険適用規則を満たしている場合）については、この図の「Medicare Part B 処方薬」セクションで、適用可能な費用分担について参照してください。 一部のパートB医薬品には、事前承認が必要です。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>入院患者の治療</p> <p>入院患者の急性期病院業務、入院患者リハビリテーション、長期介護病院、その他のタイプの入院患者病院業務が含まれます。入院患者の治療は、あなたが医師の指示で正式に入院した日から始まります。</p> <p>入院最終日は、退院日の前日です。</p> <p>お客様は、Medicare の保険適用入院の場合、院内滞在時間 90 日まで保険適用されます。</p> <p>保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 準個室（医学的に必要な場合は個室） ・ 特別食を含む食事 ・ 定期介護業務 ・ 特別治療室（集中治療室や冠動脈治療室など）の費用 ・ 医薬品と投薬 ・ 検査室テスト ・ X 線およびその他の放射線業務 ・ 必要な手術用品および医療用品 ・ 車椅子などの器具の使用 ・ 手術室および回復室の費用 ・ 理学療法、作業療法、言語療法 ・ 入院患者薬物乱用業務 ・ 特定の条件においては、次の種類の移植が保険適用となります：角膜、腎臓、腎-脾臓、心臓、肝臓、肺、心臓/肺、骨髄、幹細胞、および腸/多臓器。あなたに移植が必要な場合、弊社はあなたが移植の候補者であるかどうかを判定するため、Medicare が承認した移植センターにあなたのケースの審査を依頼いたします。移植プロバイダは、現地または業務エリア外にいます。弊社のネットワーク内移植業務が地域の治療パターンの範囲外である場合、現地の移植プロバイダが Original Medicare 料金の受け入れ意思を持っている限り、お客様が現地に行くことを選択できます。 	<p>Medicare の保険適用入院の場合、入院ごとに：</p> <p>病院での滞在 1 日あたりの自己負担分 \$0。</p> <p>終身予約 1 日あたりの自己負担分 \$0。</p> <p>終身予約日数とは、プランの保険対象日数を超えて、会員が病院に滞在する場合にプランが支払う追加の日数です。会員の、生涯に使用可能な総予約日数は 60 日です。</p> <p>お客様の緊急事態の病状が安定した後に、ネットワーク外の病院で許可された入院治療を受ける場合、お客様の費用分担分はネットワーク病院で支払うであろう費用です。事前承認が必要な場合があります。</p>



第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>入院患者の治療 - 続き</p> <p>弊社プランが、地域の移植治療のパターン以外の場所で移植業務を提供しており、お客様がその遠隔地で移植を受けることを選択した場合、弊社はお客様と同伴者のために適切な宿泊費と輸送費を手配するか支払います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 血液一保管および投与を含む。白血球と濃縮赤血球の保険適用は、あなたが必要とする最初の1パイン分の血液が最初となる場合のみに限られます。血液中の他の成分はすべて、最初のポイントから保険適用されません。 医師の業務 <p>注記： 入院患者であるためには、あなたのプロバイダが、あなたをその病院の入院患者であると正式に認める指示書を書く必要があります。お客様が病院で一夜を過ごしたとしても、まだ外来患者と見なされている可能性があります。ご自分が入院患者なのか外来患者なのか不明の場合は、病院のスタッフに尋ねてください。</p> <p>詳細については、Medicare ファクトシートの「<i>Medicare 病院給付</i>」を確認してください。このファクトシートは、www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf から、または 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話して入手できます。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。</p>	
<p>精神科病院での入院患者業務</p> <p>保険適用業務には、入院を必要とする精神保健医療業務が含まれます。</p> <p>Medicare の保険適用の入院 1 回につき 90 日間が保険適用となります。</p> <p>精神科病院で提供される入院患者の精神保健業務には、190 日の生涯限度があります。190 日間の制限は、一般病院の精神科病棟で提供される入院患者精神保健業務には適用されません。弊社プランへの入会前に、190 日間の Medicare 生涯給付の一部を利用した場合、有効期間の残りの日数のみを使用できます。</p>	<p>Medicare の保険適用入院の場合、入院ごとに：</p> <p>精神科治療の入院の自己負担分 \$0。</p> <p>終身予約 1 日あたりの自己負担分 \$0。終身予約日数とは、プランの保険対象日数を超えて、会員が病院に滞在する場合にプランが支払う追加の日数です。会員の、生涯に使用可能な総予約日数は 60 日です。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>精神科病院での入院患者業務 - 続き</p>	<p>お客様の緊急事態の病状が安定した後に、ネットワーク外の病院で許可された入院治療を受ける場合、お客様の費用分担分はネットワーク病院で支払うであろう費用です。</p>
<p>在院滞留：保険適用外で在院中に病院または SNF で受ける保険適用業務</p> <p>あなたが入院給付を使い果たした場合、または在院滞留が合理的かつ必要でない場合、弊社は在院滞留に保険適用しません。場合によっては、弊社はあなたが病院または高度看護施設 (SNF) での在院中に受ける特定の業務については、弊社が保険適用します。保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医師の業務 • 診断検査（検査室テストなど） • X線、ラジウム、および同位体療法（技術者の材料および業務を含む） • 外科用ドレッシング材 • 骨折や脱臼の軽減に使用する副木、ギプス、その他の器具 • 体内の臓器（隣接組織を含む）のすべてまたは一部、または永久的に機能しないか機能不全の体内臓器の機能のすべてまたは一部（器具の交換または修理を含む）を置換する義装具および矯正具機器（歯科用以外）。その種の装置の交換または修理を含みます。 • 脚、腕、背中、および頸椎のカラー、ヘルニア帯、人工の脚、腕、および眼。患者の身体状態の破壊、摩耗、喪失、または変化により必要となる調整、修理、交換を含みます。 • 理学療法、言語療法、および作業療法 	<p>列記された業務は、特定の業務の給付表に示されている費用分担額で引き続き保険適用されます。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 医学的栄養療法 <p>この給付は、糖尿病、腎臓疾患の（ただし、透析は受けていない）患者、または医師の指示があった場合の腎移植後の患者が対象となります。</p> <p>当社では、Medicare で医学的栄養療法サービスを受ける、最初の年に 1 対 1 での 3 時間のコンサルティングサービスを補償対象としており（これには、当社のプラン、他の Medicare Advantage プラン、あるいは Original Medicare が含まれます）、さらにその後も毎年 2 時間のコンサルティングサービスを補償対象としています。症状、治療、または診断が変化した場合は、医師の指示によって、治療時間を延長することができます。次の暦年にも治療が必要な場合、医師はこれらのサービスを処方し、指示を毎年更新しなければなりません。</p>	<p>Medicare の補償対象である医学的栄養療法を受ける資格を持つ会員には、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p>
 Medicare 糖尿病予防プログラム (MDPP) <p>MDPP 業務は、すべての Medicare ヘルスプランにより適格とされる受給者に保険適用とされます。</p> <p>MDPP は、健康行動の構造的変化の介入であり、長期的な食事療法の変更、身体活動の増加、および持続的な体重減少と健康的なライフスタイルを維持するための課題を克服する問題解決戦略に関する実践的なトレーニングを提供します。</p>	<p>MDPP の給付には、共同保険、自己負担分、または免責はありません。</p>
<p>Medicare Part B 医薬品</p> <p>こうした医薬品は、Original Medicare のパート B で保険適用とされています。弊社プランの会員は、弊社プランを通じてこうした医薬品の保険適用を受けています。保険適用薬には下記が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> • あなたが通常は自己投与せず、医師、病院の外来治療、または外来手術センターの業務で注射または注入を受けている医薬品。 • 耐久医療機器（医学的に必要なインスリンポンプなど）を通じて投与されるインスリン。 • あなたがプラン承認品の耐久医療機器（ネブライザーなど）を使用して取り入れるその他の薬剤。 • 静脈投与される Alzheimer 治療薬 Leqembi®（一般名称レカネマブ）。薬の費用に加えて、あなたは追加の必要があるかもしれません。 	<p>医薬品によっては、段階療法の対象となる場合があります。</p> <p>薬局は、以下に示す費用負担で Part B 医薬品を受け取るために、弊社のプランと Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の両方に請求を提出する必要がある場合があります。</p> <p>Medicare Part B インスリン剤 Medicare 補償対象のパート B インスリン剤の自己負担分 \$0。</p>


第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

保険適用業務	支払い内容
<p>Medicare Part B 医薬品 - 続き</p> <p>治療前および/または治療中にスキャンおよびテストを行うことで、全体的なコストが増加する可能性があります。治療の一環として必要となるスキャンやテストについては、主治医に相談してください。</p> <ul style="list-style-type: none">• 血友病に罹患している場合に、注射によって自己投与する凝固因子。• 移植/免疫抑制薬： Medicare があなたの臓器移植に支払いをしている場合、移植薬剤療法を保険適用とします。お客様には保険適用の移植時にパート A が必要であり、免疫抑制薬の投与時にはパート B が必要です。パート B が保険適用としていない場合、Medicare Part D 医薬品補償により免疫抑制薬が保険適用となります。• あなたが外出できず、医師が証明した骨折が閉経後骨粗鬆症に関連しており、この薬の自己投与はできない場合の骨粗鬆症注射薬。• 一部の抗原： 医師が抗原を準備し、適切な指示を受けた人物（あなた、患者の可能性がありますが）が十分な監督の下で抗原を投与する場合、Medicare は抗原を保険適用とします。• 特定の経口抗がん剤： Medicare は、経口抗がん剤が注射可能な形態で入手可能な場合、またはその医薬品がプロドラッグ（注射した場合は注射薬と同じ有効成分に分解される経口医薬品の形態）である場合に、お客様が口から服用する経口抗がん剤の一部を保険適用とします。新しい経口がん治療薬が入手可能になるとともに、パート B がそれを保険適用とする場合があります。パート B で保険適用外の場合、パート D で保険適用されます。	<p>インスリンの自己負担分には、1 カ月分のインスリンの供給に対して 25% または自己負担分上限 \$35 のうち少ない方の額が適用されます。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>その他の Medicare Part B 医薬品</p> <p>-</p> <p>その他の Medicare 対象のパート B 医薬品の自己負担分 \$0。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare Part B 化学療法/放射線療法薬</p> <p>-</p> <p>Medicare 対象のパート B 化学療法薬の自己負担分 \$0。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>Medicare Part B 医薬品 - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> 経口抗悪心薬：抗がん化学療法時、その前、または48時間以内に投与した場合、または静注抗悪心剤を完全に代替する治療薬として使用した場合、Medicareは抗がん化学療法の一環として経口抗悪心薬を保険適用します。 Medicare Part Bの補償対象となる特定の経口末期腎不全（ESRD）薬剤。 Parasabiv®静注薬、Sensipar®経口薬を含む、ESRD 支払制度によるカルシウム受容体作動薬およびリン結合薬。 医学的に必要な場合、ヘパリン、ヘパリン用解毒剤、局所麻酔薬など、在宅透析用の一部の薬剤。 赤血球造血刺激因子剤：末期腎不全（ESRD）患者である場合、または特定の他の症状に関連する貧血治療のためにこの薬剤が必要な場合、Medicareは、エリスロポエチン注射薬を補償対象といたします。（Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera®、またはMethoxy ポリエチレングリコール-エポエチンベータなど）。 原発性免疫不全症の在宅治療のための免疫グロブリン静注薬。 静脈栄養および経腸栄養（静脈栄養摂取および経管栄養摂取）。 <p>次のリンクから、段階療法の対象となるパートB医薬品のリストに移動できます：go.wellcare.com/HIStepTherapy。</p> <p>また、弊社はパートBのワクチンの一部、および弊社のパートD医薬品給付のほとんどの成人用ワクチンについても保険適用としています。</p> <p>第5章では、処方薬を保険適用とするためにあなたが従う必要のある規則を含め、パートD医薬品給付について説明します。弊社プランを通してお客さまが支払うパートD医薬品の料金については、第6章で説明します。</p>	

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 <p>肥満症スクリーニングおよび持続的な体重減少を促進する治療</p> <p>お客様のボディマス指数 (BMI) が 30 以上の場合、弊社は体重減少を支援する強力なカウンセリングを保険適用とします。お客様が総合的な予防プランに合わせて調整可能な一次ケア環境でこのカウンセリングを受けた場合、保険適用となります。詳細については、プライマリケア担当医またはプラクティショナーに相談してください。</p>	<p>肥満予防スクリーニングと肥満治療には、共同保険、自己負担分、または免責はありません。</p>
<p>オピオイド治療プログラム業務</p> <p>オピオイド使用障害 (OUD) を持つ弊社プラン会員は、オピオイド治療プログラム (OTP) を通じて OUD を治療するための業務に保険適用を受けることができます。このプログラムには下記の業務が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> Food and Drug Administration (FDA) が承認したオピオイド作動薬および拮抗薬による投薬療法支援治療 (MAT) 医薬品 MAT 医薬品の調剤と投与 (該当する場合) 物質使用カウンセリング 個別治療および集団治療 毒性試験 摂取活動 定期的な評価 	<p>Medicare の対象のオピオイド治療業務 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>外来診断検査と治療業務および用品</p> <p>保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 線。 • X 線（ラジウムおよび同位体）療法（技術者の材料および用品を含む）。 • ドレッシングなどの外科用消耗品。 • 骨折や脱臼の軽減に使用する副木、ギプス、その他の器具。 • 検査室検査。 • 血液一保管および投与を含む。白血球と濃縮赤血球の保険適用は、あなたが必要とする最初の 1 パイン分の血液が最初となる場合のみに限られます。血液中の他の成分はすべて、最初の使用分から保険適用されません。 • 医師または他の医療従事者が疾患の治療を目的に注文した、CT スキャン、MRI、心電図、PET スキャンなどの検査室以外の診断検査。 	<p>Medicare の対象の X 線の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の対象である治療放射線業務の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>ギプスや副木を含む、Medicare の対象の医療用品の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>- Medicare の対象である検査室業務 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の対象である血液業務の自己負担分 \$0。</p> <p>Medicare の対象である診断放射線業務の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>外来診断検査と治療業務および用品 - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> その他の外来診断検査。 	<p>Medicare の対象である診断手技および検査の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>外来病院の観察</p> <p>観察業務は、お客様を入院患者として登録する必要があるか、退院させることができるかを判断するために提供される病院の外来業務です。</p> <p>外来病院の経過観察業務を保険適用とするには、その業務が Medicare の基準を満たし、妥当かつ必要とみなされなければなりません。経過観察業務は、州の認可法による認証を受けた医師および法律により患者を病院に入院させたり、外来検査を指示したりすることを認められた病院職員が許可した場合にのみ保険適用となります。</p> <p>注記：プロバイダがあなたを入院患者として病院に入院させる指示書を書いたのでない限り、あなたは外来患者であり、病院の外来業務の費用分担を支払います。お客様が病院で一夜を過ごしたとしても、まだ外来患者と見なされている可能性があります。ご自分が外来患者なのか不明の場合は、病院のスタッフに尋ねてください。</p> <p>詳細については、Medicare ファクトシートの「<i>Medicare 病院給付</i>」を確認してください。このファクトシートは、www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf から、または 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話して入手できます。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。</p>	<p>Medicare の対象の経過観察業務通院 1 回につき、自己負担分 \$0。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>病院の外来業務</p> <p>弊社は、あなたが病気や怪我の診断や治療のために病院の外来部門で受ける医学的に必要な業務を保険適用としています。</p> <p>保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 観察業務や外来手術など、救急部や外来診療所での業務 ・ 病院から請求された検査室の検査および診断検査 ・ 医師により入院治療が不要であると証明された場合の部分入院プログラムでの治療を含む精神保健医療 ・ 病院から請求される X 線およびその他の放射線業務 ・ 副木やギプスなどの医療用品 ・ あなたが自身で投与できない特定の医薬品およびバイオ医薬品 <p>注記：プロバイダがあなたを入院患者として病院に入院させる指示書を書いたのでない限り、あなたは外来患者であり、病院の外来業務の費用分担を支払います。お客様が病院で一夜を過ごしたとしても、まだ外来患者と見なされている可能性があります。ご自分が外来患者なのか不明の場合は、病院のスタッフに尋ねてください。</p>	<p>お客様は、特定の業務について、この医療給付表中の該当する費用分担額を支払います。</p>
<p>外来精神科治療</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <p>州の免許をもつ精神科医または医師、臨床心理士、クリニカルソーシャルワーカー、臨床看護スペシャリスト、有資格専門カウンセラー(LPC)、有資格のマリッジアンドファミリーセラピスト(LMFT)、ナースプラクティショナー(NP)、フィジシャンアシスタント(PA)、またはその他の Medicare の資格を持つ精神保健医療専門家が、適用州法で許されるとおりに提供する精神保健業務。</p>	

第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
外来精神科治療 - 続き	
<ul style="list-style-type: none">精神科医が提供する業務	Medicare の対象である場合、精神科医による個人通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 Medicare の対象である場合、精神科医による集団通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。
<ul style="list-style-type: none">その他の精神医療プロバイダが提供する業務	その他の精神医療プロバイダによる、Medicare の対象の個人通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 その他の精神医療プロバイダによる、Medicare の対象の集団通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>外来リハビリテーション業務</p> <p>保険適用業務には、理学療法、作業療法、言語療法が含まれます。</p> <p>外来リハビリテーション業務は、病院の外来診療部、独立診療所、外来リハビリテーション総合施設 (CORF) など、さまざまな外来医療施設で提供されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 理学療法士が提供する業務 作業療法士が提供する業務 言語療法士が提供する業務 	<p>Medicare の対象の理学療法通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の対象の作業療法通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の対象の言語療法通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>物質使用障害の外来業務</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <p>医師、臨床心理士、臨床ソーシャルワーカー、臨床看護スペシャリスト、ナースプラクティショナー、フィジシャンアシスタント、またはその他の Medicare の資格を有する精神的ヘルスケアの専門家またはプログラムが、適用される州法に認められたとおりに提供する、個人治療セッションまたは集団治療セッションなどの物質使用障害業務。</p>	<p>Medicare の対象の個別通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。</p> <p>Medicare の対象の集団通院治療 1 回につき、自己負担分 \$0。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>物質使用障害の外来業務 - 続き</p>	<p>事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>外来手術（病院の外来施設および外来外科センターで提供されるサービスを含む）</p> <p>注記：あなたが病院施設で手術を受ける予定の場合、あなたが入院患者になるのか外来患者になるのかをプロバイダに確認する必要があります。プロバイダがあなたを入院患者として病院に入院させる指示書を書かない限り、あなたは外来患者であり、病院の外来患者業務の費用分担を支払うこととなります。お客様が病院で一夜を過ごしたとしても、まだ外来患者と見なされている可能性があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来病院で提供される業務 外来手術センターで提供される業務 	<p>Medicare の対象の外来病院施設への通院 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の対象の外来手術センターへの通院 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>部分入院サービスと集中的な外来サービス</p> <p>部分入院は、病院の外来業務または地域の精神保健センターが提供する積極的で体系化された精神医学治療プログラムで、医師、セラピスト、有資格の公認結婚家族療法士 (LMFT)、または有資格の専門カウンセラーによる外来治療よりも強力で、入院治療を代替するものです。</p>	<p>Medicare の対象の部分入院サービス 1 件につき 1 日あたり自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>部分入院サービスと集中的な外来サービス - 続き</p> <p>集中外来業務は、病院の外来業務、地域の精神保健センター、連邦政府認定医療センターで、または地方診療所で提供される、積極的行動（精神）療法の体系化されたプログラムです。医師、セラピスト、有資格の公認結婚家族療法士（LMFT）、または有資格の専門カウンセラーによる外来治療要理も強力ですが、部分入院よりも強度の低いものです。</p>	<p>Medicare の対象の集中的な外来サービス 1 件につき 1 日あたり自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>医師/プラクティショナーの業務（診察室への通院を含む）</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 診察室、公認外来手術センター、病院の外来部門、またはその他の場所で行われる、医学的に必要な医療または手術業務 専門医による相談、診断、治療 その他の医療専門家 	<p>- Medicare の対象の PCP の医院への通院 1 回につき、自己負担分 \$0。</p> <p>外来手術センターへの通院または病院外来の該当する費用分担額については、この表内で前述した「外来手術」を参照してください。</p> <p>- Medicare の対象の専門医への通院 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>通院によるその他の医療専門家の医療 1 回につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>医師/プラクティショナーの業務（診察室への通院を含む） - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> 主治医がお客様に医学的治療が必要かどうかを確認するために指示した、PCP または専門家による基本的な聴覚検査および平衡感覚検査。 緊急に必要な業務、在宅医療業務、プライマリケア医、作業療法、専門家、精神保健のための個人セッションおよび集団セッション、足治療業務、その他の医療専門家、精神科治療のための個人セッションおよび集団セッション、理学療法と言語療法の業務、などの特定の遠隔医療業務 精神保健、中毒業務、その他の医療専門家、個人セッションおよび集団セッション - 精神医学、物理療法および言語病理学業務、薬物乱用の通院治療のための個人セッションおよび集団セッション、糖尿病 自己管理トレーニングを含む、特定の医療専門家業務。 <ul style="list-style-type: none"> こうした業務は、直接の通院または遠隔医療を通じて受けることができます。こうした業務のいずれかを遠隔医療で受ける場合は、遠隔医療によって業務を提供するネットワークプロバイダを利用しなければなりません。 バーチャル通院（在宅医療または遠隔医療とも呼ばれます）とは、スマートフォン、タブレット、またはコンピューターを使用して、電話またはインターネットで医師の診察を受けることです。一部の外来診察では、インターネットとカメラ対応デバイスが必要になる場合があります。 弊社プランでは、年中無休 24 時間対応で、バーチャル通院ネットワークプロバイダによる認定医師の委員会へのバーチャル通院を提供しており、さまざまな健康上の懸念や質問に対応しています。保険適用業務には、一般医療、行動保健、皮膚科治療などが含まれます。詳細の問い合わせや、バーチャル通院ネットワークプロバイダをお探しの方は、メンバーサービスにお問い合わせください。 	<p>Medicare の対象である聴覚業務の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>プランのバーチャル通院プロバイダを介して実施されるバーチャル通院サービスの自己負担分は、\$0 です。 注記：上記の \$0 はプランのバーチャル通院プロバイダから業務を受けた場合にのみ適用されます。バーチャル通院プロバイダではなく、ネットワークプロバイダから直接または遠隔医療業務を受けた場合、この給付表に記載されているプロバイダの一覧にある費用分担分を支払います（たとえば、PCP から遠隔医療業務を受けた場合は PCP 費用分担分を支払います）。</p>


第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>医師/プラクティショナーの業務（診察室への通院を含む） - 続き</p> <ul style="list-style-type: none">一部の遠隔地または Medicare が承認したその他の地域の患者を対象とした、医師またはプラクティショナーによる診察、診断、治療を含む一部の遠隔医療業務。病院ベースまたはクリティカルアクセス病院ベースの腎透析センター、腎透析施設、または会員の自宅での、在宅透析患者のための毎月の末期腎不全関連通院の遠隔医療業務。お客様の所在地にかかわらず脳卒中の症状を診断、評価、または治療するための遠隔医療業務。物質使用障害または併発した精神的健康障害をもつ会員がどこにいても受けられる遠隔医療業務。下記の場合の精神疾患の診断、評価、治療のための遠隔医療業務：<ul style="list-style-type: none">あなたが最初の遠隔医療通院の 6 ヶ月以内に直接来院するあなたが、上記の遠隔医療業務を受けている間、12 ヶ月ごとに直接来院するある種の状況では、上記に例外を設けることができる地方診療所および連邦政府認定医療センターが提供する精神保健通院のための遠隔医療業務。 <p>下記に該当する場合に、主治医とのバーチャルチェック（たとえば電話やビデオチャットによるもの）を 5 ～10 分間行います。</p> <ul style="list-style-type: none">お客様が新患ではなく、さらにチェックインが過去7日間の通院とは無関係で、さらにチェックインが、24 時間以内の通院や、直近の予約に結びつかない	<p>あなたは、プロバイダに適用される費用分担（先述の「医師/プラクティショナーの業務、診察室への通院を含む」を参照）を支払うこととなります。</p>


第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>医師/プラクティショナーの業務（診察室への通院を含む） - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> • 下記に該当する場合の、お客様が医師に送信したビデオや画像の評価、および医師による 24 時間以内の分析とフォローアップ。 <ul style="list-style-type: none"> ○ お客様が新患ではなく、さらに ○ 評価が過去 7 日間の通院とは無関係で、さらに ○ 分析が、24 時間以内の通院や、直近の予約に結びつかない • 主治医が電話、インターネット、または電子健康記録によって他の医師とともに行う診察。 • 別のネットワークプロバイダからの手術前のセカンドオピニオン。 	<p>あなたは、プロバイダに適用される費用分担（先述の「医師/プラクティショナーの業務、診察室への通院を含む」を参照）を支払うこととなります。</p> <p>あなたは、プロバイダに適用される費用分担（先述の「医師/プラクティショナーの業務、診察室への通院を含む」を参照）を支払うこととなります。</p> <p>あなたは、プロバイダに適用される費用分担（先述の「医師/プラクティショナーの業務、診察室への通院を含む」を参照）を支払うこととなります。</p> <p>上記の費用分担分に加えて、給付表に記載されているとおりの、耐久医療機器および消耗品、義装具および消耗品、外来診断検査および治療業務、白内障手術後の眼鏡およびコンタクトレンズ、パート D 処方薬および Medicare Part B 処方薬について、医学的に必要な Medicare 対象サービスへの自己負担分および/または共同保険があります。</p>



第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>足治療業務</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none">足の疾患（槌足指または踵の骨棘など）の医学的治療または外科的治療下肢に影響を及ぼす特定の病状のある会員の日常的なフットケア	<p>Medicare の対象である足治療業務の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>
<p> HIV 予防のための暴露前予防 (PrEP)</p> <p>あなたが HIV をに感染していなくても、担当医またはその他の医療従事者が HIV のリスクが高いと判断した場合、弊社は、暴露前予防 (PrEP) の薬剤および関連サービスを補償対象とします。</p> <p>適格な場合、保険適用業務には以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none">FDA 承認済の経口 PrEP 薬剤。注射薬を注射する場合は、注射費用も補償。12 ヶ月ごとに最大 8 回の個別カウンセリングセッション（HIV リスク評価、HIV リスク低減、服薬アドヒアランスを含む）を実施。12 ヶ月ごとに最大 8 回の HIV スクリーニングを実施。 <p>B 型肝炎スクリーニングを 1 回実施。</p>	<p>PrEP の給付には、共同保険、自己負担分、または免責はありません。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 前立腺がんのスクリーニング検査 50 歳以上の男性対象の保険適用業務には、12 カ月に 1 回の下記のものが含まれます。 <ul style="list-style-type: none"> 直腸指診 前立腺特異抗原（PSA）検査 	Medicare が適用される年 1 回の直腸指診当たりの自己負担分 \$0。 年1回の PSA 検査には、共同保険、自己負担分、または免責はありません。
義肢および矯正具と関連消耗品 身体や機能の一部または全部を置き換える装置（歯科以外）。これには、義装具および矯正具の使用における試用、試着、またはトレーニングに加えて、人工肛門治療に直接関係する人工肛門バッグと消耗品、ペースメーカー、装具、義装具用の靴、人工四肢、および乳房プロテーゼ（乳房切除後のサージカルブラジャーを含む）が含まれますが、これらに限定されるものではありません。 義装具および矯正具装置に関連する特定の消耗品、および義装具および矯正具装置の修理や交換を含みます。白内障除去または白内障手術後の一部補償も含まれています。詳細については、この表で後述する <i>ビジョンケア</i> を参照してください。	Medicare の対象の義装具または矯正具の自己負担分 \$0。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i> 義装具に関係する、Medicare 補償対象の医療用品の自己負担分 \$0。 <i>事前承認が必要な場合があります。</i>
肺疾患のリハビリテーション業務 中等度から非常に重度の慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者と、慢性呼吸器疾患を治療する医師から肺疾患のリハビリテーションを指示されている会員には、肺疾患のリハビリテーションに関する包括的なプログラムが保険適用となります。	- Medicare の対象の肺疾患リハビリテーション業務通院 1 回につき、自己負担分 \$0。

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<div data-bbox="142 325 191 388"></div> <div data-bbox="224 352 1016 430"><p>アルコール乱用を減らすためのスクリーニングとカウンセリング</p></div> <p>弊社では、アルコールを乱用しているがアルコール依存ではない成人（妊婦を含む）に対するアルコール乱用スクリーニング 1 回を保険対象としています。</p> <p>お客様のアルコール乱用のスクリーニングが陽性の場合、プライマリケア環境で有資格のプライマリケア医またはプラクティショナーが提供する年に 4 回の簡単な対面カウンセリングセッションを受けることができます（お客様がカウンセリング時に能力があり注意を怠らない場合）。</p>	<p>Medicare の対象であるスクリーニングおよびカウンセリングには、アルコール乱用の予防的給付を減らすための共同保険、自己負担分、免責はありません。</p>
<div data-bbox="142 812 191 875"></div> <div data-bbox="224 840 1029 917"><p>低線量コンピュータ断層撮影（LDCT）による肺がんのスクリーニング</p></div> <p>適格者の場合、LDCT は 12 ヶ月に 1 回、保険適用とされます。</p> <p>対象会員は、肺がんの徴候または症状がないが、1 年に 20 パック以上を喫煙した履歴があり、現在喫煙者である、または過去 15 年間に禁煙したことのある 50 歳～77 歳の人で、医師または医師以外のプラクティショナーによる、Medicare 基準適合の肺がんスクリーニングカウンセリングおよび意思決定共有通院の際に LDCT の指示を受けた方です。</p> <p>初回 LDCT スクリーニング後の LDCT 肺がんスクリーニングの場合：会員は、LDCT 肺がんスクリーニングの指示を受ける必要があります。この指示は、医師または有資格の医師ではないプラクティショナーによる適切な通院治療時に提供される場合があります。医師または医師以外の有資格のプラクティショナーが、引き続いて LDCT を使用する肺がんスクリーニングのためのカウンセリングと共同意思決定のための外来診療の提供を選択する場合、その外来診療はそのための Medicare 基準を満たしていなければなりません。</p>	<p>Medicare の補償対象であるカウンセリングと共同意思決定のための外来診療、または LDCT のための外来診療には、共同保険、自己負担分、または免責はありません。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<div data-bbox="138 325 191 394" data-label="Image"></div> <p>C型肝炎ウイルス感染のスクリーニング</p> <p>あなたが以下の条件を満たしており、主治医または有資格の医療従事者がC型肝炎のスクリーニングを注文した場合、弊社が1回分を補償します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 違法な注射薬を使用している、または使用したことがあるため、感染リスクが高い。 1992年以前に輸血を受けた。 1945年から1965年の間に生まれた。 <p>1945～1965年の間に生まれていて、高リスクとみなされない場合は、スクリーニング1回分の費用を補償します。リスクが高い場合（例：以前陰性だったC型肝炎のスクリーニング検査以降、違法な薬物注射を続けている場合）は、毎年のスクリーニングの費用を補償します。</p>	<p>C型肝炎ウイルスの Medicare 対象のスクリーニングには、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p>
<div data-bbox="138 1003 191 1073" data-label="Image"></div> <p>性感染症 (STI) のスクリーニングと、STI 予防のためのカウンセリング</p> <p>弊社では、クラミジア、淋病、梅毒、および B 型肝炎のため、性感染症 (STI) スクリーニングを保険適用としています。こうしたスクリーニングは、妊娠中の女性、およびプライマリケアプロバイダが検査を依頼した場合に STI のリスクが高い特定の患者を保険適用としています。弊社では、こうした検査を 12 ヶ月に 1 回、または妊娠中の特定の時期に保険適用としています。</p> <p>また、STI のリスクが高い性的に活発な成人に対する、20～30 分間の対面による高強度行動カウンセリングセッションを年に最大 2 回、保険対象としています。こうしたカウンセリングセッションは、プライマリケアプロバイダから提供され医師の診察室などのプライマリケア環境で行われる場合にのみ、予防業務として保険適用とします。</p>	<p>Medicare の対象である STI スクリーニングおよび STI カウンセリングの予防給付には、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

保険適用業務	支払い内容
<p>腎臓疾患治療業務</p> <p>保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul style="list-style-type: none">腎臓のケアを指導し、会員が自分の治療について十分な情報に基づいて決定できるよう支援する腎疾患教育業務ステージ IV の慢性腎疾患を持つ会員が主治医の照会を受けている場合、生涯で 6 回までの腎疾患教育サービスを提供しています。外来透析治療 (第 3 章の説明のとおり、一時的にサービスエリア外に出ている場合、またはこの業務のプロバイダを一時的に利用できないかアクセスできない場合の透析治療を含む)入院透析治療 (あなたが特別な治療のために入院患者として病院に入院した場合)自己透析トレーニング (お客様と在宅透析治療をお手伝いされる方のためのトレーニングを含む)在宅透析機器および消耗品一部の在宅支援業務 (必要に応じて、お客様の在宅透析を点検するため、緊急事態における援助のため、およびお客様の透析機器と水供給の確認のための、訓練を受けた透析従事者の訪問など) 透析用の一部の薬剤は Medicare Part B の補償対象です。	<p>Medicare が対象とする腎臓病教育業務の自己負担分 \$0。</p> <p>Medicare の対象の外来腎透析治療の自己負担分 \$0。</p> <p>入院透析治療に適用される費用分担については、「入院による病院治療」を参照してください。</p> <p>Medicare 補償対象の自己透析トレーニングの自己負担分 \$0。</p> <p>Medicare が対象とする在宅透析機器の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare が対象とする透析用消耗品の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare が対象とする在宅支援業務の自己負担分 \$0。</p>

保険適用業務	支払い内容
<div>腎臓疾患治療業務 - 続き</div> <div>パート B 医薬品の保険適用範囲については、この表の Medicare Part B 医薬品 を参照してください。</div>	
<div>高度看護施設 (SNF) ケア</div> <div>(高度看護施設ケアの定義については、第 12 章を参照してください。高度看護施設は、時として SNF と呼ばれます)</div> <div>SNF または代替環境における入院と高度ケア業務の給付期間あたり最大 100 日間までが、その業務がプランおよび Medicare の保険適用ガイドラインを満たしているのであれば保険適用業務となります。事前の病院滞在は不要です。給付期間あたり 100 日間には、給付期間中にプラン、Original Medicare、またはその他の Medicare Advantage 組織を通じて受けた SNF の日数が含まれます。</div> <div>保険適用業務には以下が含まれますがこれらに限定されません。</div> <div><ul style="list-style-type: none">・ 準個室（医学的に必要な場合は個室）・ 食事、特別食を含みます・ 高度な看護業務・ 理学療法、作業療法、および言語療法・ あなたの治療計画の一環として投与される薬剤（血液凝固因子など、体内に自然に存在する物質を含みます）・ 血液一保管および投与を含む。白血球と濃縮赤血球の保険適用は、あなたが必要とする最初の 1 パイン分の血液が最初となる場合のみに限られます。血液中の他の成分はすべて、最初の使用分から保険適用されます。・ 通常 SNF が提供する医療用および外科用の消耗品・ 通常 SNF が提供する検査室検査・ 通常 SNF が提供する X 線などの放射線業務・ 通常 SNF が提供する車椅子などの器具の使用</div>	<div>Medicare が対象とする入院の場合、給付期間ごとに：</div> <div>- Medicare の対象である高度看護施設への入院 1 回につき、自己負担分 \$0。100 日目以降の各日については、お客様が全費用を支払うことになります。 事前承認が必要な場合があります。</div> <div>給付期間は、高度看護施設への入院初日から始まります。お客様が SNF で 60 日間連続して高度看護を受けていない場合、給付期間は終了します。1 つの給付期間の終了後に高度看護施設に入所した場合、新規の給付期間が始まります。給付期間数の制限はありません。</div>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>高度看護施設 (SNF) ケア - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師/プラクティショナーの業務 <p>一般に、SNF ケアはネットワーク施設から得られます。以下の特定の条件下では、当該の施設が弊社プランの支払額を承認した場合、ネットワークプロバイダではない施設であっても、ネットワーク内での費用分担分を支払うことのできる場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> お客様が入院直前に居住していた介護施設または継続介護退職者コミュニティ（高度看護施設ケアを提供している場合） お客様の退院時に配偶者または家庭内のパートナーが入所中の SNF 	
<p> 喫煙およびタバコ使用中止（喫煙またはタバコ使用を中止するためのカウンセリング）</p> <p>喫煙およびタバコ使用中止のためのカウンセリングは、次の基準を満たす外来患者および入院患者に適用されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 喫煙者である場合（タバコ関連疾患の徴候や症状の有無を問わない） カウンセリングを受ける能力があり注意を怠らない場合 有資格の医師または医師以外のプラクティショナーが、カウンセリングを行う場合 <p>年間2回の禁煙試行を保険適用いたします（各試行には最大4回の中級または集中セッションが含まれ、患者様は年間最大8セッションまで受けることができます。）</p>	<p>Medicare が対象とする禁煙およびタバコ使用中止の予防給付には、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p>
<p>ソーシャルサポートプラットフォーム</p> <p>弊社のプランでは、健康全般を支える、オンラインのソーシャルサポートプラットフォームが提供されています。このプラットフォームは、コミュニティへの関与、治療活動、ならびにストレスや不安の管理に役立つ、プラン後援のリソースを提供しています。このプラットフォームは、あなたが行動健康のニーズを管理するのを支援するために参加し、関与し続けることを容易にします。年中無休で利用できるため、いつでも好きなときに使えます。</p>	<p>ソーシャルサポートプラットフォームの自己負担分 \$0*。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>ソーシャルサポートプラットフォーム - 続き</p> <p>ソーシャルサポートプラットフォームには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> カスタマイズされた健康プログラム：会員の支援を具体的に想定して、健全な老いに詳しいエキスパートからの洞察を組み込み、肉体的および精神的な健康を増進することを目的とした、カスタマイズされた、4週間にわたる自習プログラムをご利用いただけます。自分のペースでプログラムを進めることができ、進捗状況のトラッキングによって、健康の改善状況をモニターすることができます。 同僚とエキスパートのサポート：モデレートされたスペースでオンラインコミュニティとつながり、同僚や資格のある医療エキスパートと交流できます。臨床での評価を受けている記事に触れられるほか、他の人とのやりとりや、確認済みのニーズに基づいた、追加のWellcare サービスについてのパーソナライズされたお勧めを得られます。 パーソナライズされたデジタルヘルスツール：認知行動療法、マインドフルネスおよびポジティブ心理に基づいた、インタラクティブな活動、瞑想およびゲームに参加できます。これらのツールは、健全な老い、孤独の管理、介護、悲しみ、ならびに加齢するなかでの目的発見といった、重要な話題を取り扱っています。 <p>会員は、会員ポータル(go.wellcare.com/member)へのログイン、あるいは会員サービスへの電話によってプラットフォームにアクセスすることができます。登録すると、コンピューター、タブレットまたはスマートフォンからいつでも、プラットフォームに直接アクセスできます。</p>	
<p>慢性疾患特別追加給付</p> <p>慢性疾患特別追加給付 (SSBCI) の受給資格がある場合は、弊社プランから追加給付が行われます。あなたは、対象となる疾患の1つ以上について文書化され有効な診断を受けていることを含む、特定の基準を満たす必要があります。疾患が致死的であるか、全体的な健康または機能を著しく制限するものである場合に限ります。さらに、集中治療管理が必要であり、計画外入院のリスクが高い場合に限ります。以下のような慢性疾患が対象となります。</p>	<p>慢性疾患特別追加給付には、共同保険、自己負担、または控除対象はありません。</p>

第4章 医療給付表 (補償対象になるもの)

保険適用業務	支払い内容
<p>慢性疾患特別追加給付 - 続き</p> <p>自己免疫疾患 (関節リウマチを含む)、がん、心血管疾患 (高血圧を含む)、慢性アルコール使用障害およびその他の物質使用障害 (SUDS)、慢性心不全、慢性肺疾患、慢性および身体障害のある精神疾患、慢性胃腸疾患 (慢性胃腸障害を含む)、慢性腎臓病 (CKD)、機能的な問題を伴う疾患 (末期腎疾患 (ESRD)、末期肝疾患、骨粗鬆症 (骨疾患)、変形性関節炎を含む)、個人が機能を維持または保持するために継続的な治療サービスを必要とする疾患 (筋ジストロフィーを含む)、認知障害 (ダウン症候群を含む) に関連する疾患、認知症、糖尿病、HIV/AIDS、子宮内膜症、神経学的障害、重度の血液学的障害、過体重、肥満、メタボリックシンドローム (高脂血症/脂質異常症を含む)、臓器移植後、脳卒中。</p> <p>資格基準の詳細については、第4章セクション2を参照してください。以下の給付の資格は、プランに登録した後に判定されます。</p> <p>資格がある場合は、Wellcare Spendables® 給付を以下に示す追加給付に利用することができます。対象と判断されると、これらの拡張給付は7~10 営業日でご利用いただけます。給付は、未使用の場合は翌月に繰り越され、プラン年度の終了時に期限切れとなります。詳細については、この表の Wellcare Spendables® 給付をご覧ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> セルフスタンドでの給油時のガソリン代支払い <p>参加小売店でのセルフスタンドのポンプでガソリン代を直接支払う際にカードを使用できます。カードは、レジでの対面支払いには使用できません。お客様のカードは、利用可能な手当額までのガソリン給油に限り使用できます。</p> 健康食品 <p>お客様のカードを健康食品と農産物に使用できます。また、参加小売店での受取りに使用できます。</p> 	

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>慢性疾患特別追加給付 - 続き</p> <p>対象となる食料品の配送オプションを利用できる場合があります。オンラインポータルで、調理済みの食事と農産物ボックスを利用できます。このカードはタバコやアルコールの購入には使用できません。承認品目には下記が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 食肉と鶏肉 ○ 果物と野菜 ○ 栄養飲料 <p>アプリ内のバーコードスキャナを使用して、小売店で承認されている品目を検索するか、会員ポータルにログインするか、またはカタログを参照してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅補助と安全に関する品目 自宅補助と安全に関する品目（対象製品の設置サービスを含む）の費用にカードを使用できます。承認された品目を購入し、対象サービスを表示するには、メンバーポータルにログインするか、当社にお問い合わせください。承認された品目およびサービスには、以下が含まれます： <ul style="list-style-type: none"> ○ つかまり棒またはドアノブ、および滑り止めの敷物 ○ 安全椅子とバスルーム改造補助具 ○ ポータブルエアコンとエアクオリティ製品 ○ 害虫駆除用品および家庭内の処置 ・ 家賃補助 お客様のカードを家賃補助に使用できます。家賃/住宅ローンプロバイダポータルにログインして支払うか、またはカード支払いが可能な場所で直接家賃プロバイダに支払います。お客様のカードは、利用可能な手当額までに限り使用できます。 	


第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）


保険適用業務	支払い内容
<p>慢性疾患特別追加給付 - 続き</p> <p>このカードは、定期自動支払いの申し込みには使用できません。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 公共料金補助 <p>カードを使用して、自宅の公共料金の費用を節約できます。公共料金プロバイダのポータルに直接ログインし、カードでお支払いください。このカードは、定期自動支払いの申し込みには使用できません。お客様のカードは、利用可能な手当額までに限り使用できます。この給付に承認された経費には下記が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none">○ 電気、ガス、衛生/ごみ、水道の各サービス○ 固定電話と携帯電話のサービス○ インターネットサービス○ ケーブルテレビサービス（ストリーミングサービスを除く）○ 家庭暖房用灯油などの特定の石油費用	
<p>監督下運動療法 (SET)</p> <p>症候性末梢動脈疾患 (PAD) のある会員について、SET が保険対象となります。</p> <p>SET プログラムの要件を満たしている場合、12 週間で最大 36 セッションが保険適用となります。</p> <p>SET プログラムは下記に該当する必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 30 ～ 60 分間のセッションで構成されており、跛行のある患者への PAD の治療運動訓練プログラムを含んでいる。・ 病院の外来患者部門または医師の診察室で実施される。・ 害を超える利点が見られるようにするために必要で、PAD 運動療法の訓練を修了済の有資格の補助要員が提供する。	<p>- Medicare の対象である監督下運動療法通院 1 回につき、自己負担分 \$0。</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)


保険適用業務	支払い内容
<p>監督下運動療法 (SET) - 続き</p> <ul style="list-style-type: none">医師、フィジシャンアシスタント、または基本および高度な生命維持技術の両方について訓練を受けたナースプラクティショナー/臨床看護専門家の直接監督のもとで行われる。 <p>SET は、医療プロバイダが医学的に必要であると判断した場合、延長保険適用期間 12 週間に 36 セッションが保険適用となる場合があります。</p>	
<p>緊急に必要なサービス</p> <p>あなたが一次的にサービスエリア外に居るか、サービスエリア内に居ても、時間、場所、または状況のために、ネットワークプロバイダからサービスを受けることが無理である場合、緊急事態ではないがただちに医療措置を必要とするプラン適用業務は、緊急に必要なサービスです。弊社のプランは、緊急に必要なサービスを保険適用としていなければならず、ネットワーク内の費用分担のみを請求しなければなりません。緊急に必要なサービスの例としては、予期しない内科的な疾患やケガ、または既存の病状の不意の再発などがあります。プランのサービスエリア外にいる、あるいはプランのネットワークが一時的に利用できない場合であっても、医療上必要な基本業務のプロバイダに毎年定期検診などで訪れるような事例は、緊急に必要なサービスとはみなされません。</p> <p>米国外における緊急に必要なサービスは保険適用されます。</p>	<p>Medicare が対象とする応急処置業務の自己負担分 \$0。</p> <p>米国外における緊急に必要なサービスの自己負担分 \$115*。 同じ条件で 24 時間以内に入院した場合も、この金額を支払っていただきます。 米国外での緊急事態または緊急に必要なサービスに対しては、毎年最大 \$50,000 が補償されます。</p>

第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<div data-bbox="142 325 410 394"> ビジョンケア</div> <p data-bbox="142 436 730 472">保険適用業務には以下が含まれています。</p> <ul data-bbox="191 531 1031 1581" style="list-style-type: none">年齢に関連する黄斑変性の治療を含む眼の疾患と外傷の外来の診断および治療を行う医師の業務。Original Medicare は、眼鏡/コンタクトレンズのための通常の眼検査（眼屈折検査）は保険適用としていません。弊社は、緑内障リスクが高い人の年 1 回の緑内障スクリーニングを保険適用とします。緑内障のリスクが高い人には、緑内障の家族歴がある人、糖尿病患者、50 歳以上のアフリカ系アメリカ人、65 歳以上のヒスパニック系アメリカ人が含まれます糖尿病患者の場合、年 1 回の糖尿病性網膜症のスクリーニングが保険適用となります眼内レンズの挿入を含む白内障手術後のメガネまたはコンタクトレンズ 1 組。白内障手術を 2 回に分けて実施している場合は、最初の手術後に給付を予約し、2 回目の手術後にメガネを購入することはできません。 <p data-bbox="142 1675 1003 1749">さらに、弊社プランでは、以下の補助的（すなわち日常的な）ビジョンサービスを保険適用としています。</p> <ul data-bbox="191 1812 1015 1927" style="list-style-type: none">毎年 1 回の定期眼検査。日常的な眼検査には、緑内障のリスクがある人の緑内障検査と糖尿病患者の網膜検査が含まれます。	<p data-bbox="1063 525 1481 709">眼の疾患の診断と治療のためのその他すべての眼検査の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p data-bbox="1063 793 1481 930">- Medicare の対象である緑内障スクリーニング 1 回につき、自己負担分 \$0。</p> <p data-bbox="1063 1077 1481 1297">糖尿病に罹患した会員の Medicare 対象網膜検査または糖尿病関連の眼検査サービスの自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p data-bbox="1063 1428 1481 1501">Medicare の対象のアイウェアの自己負担分 \$0。</p> <p data-bbox="1063 1812 1481 1885">年 1 回の定期眼検査の自己負担分 \$0*。</p>

保険適用業務	支払い内容
<div> ビジョンケア - 続き</div> <div><ul style="list-style-type: none">年間最大 \$100 まで無制限の処方アイウェア。保険適用のアイウェアには、以下のいずれかが含まれます。<ul style="list-style-type: none">眼鏡（フレームとレンズ）、または眼鏡のレンズのみ、または眼鏡のフレームのみ、または眼鏡の代わりにコンタクトレンズ、または資格補助具のアップグレード</div> <div><p>注記：コンタクトレンズ装用料金は本プランの保険適用となります。</p><p>プランの年間最大給付額 \$100 は、フレームやレンズの小売価格（調色やコーティングなどのレンズオプションを含む）に適用されます。補助的（すなわち日常的な）アイウェアの場合、最大給付額を超える費用はあなた負担です*。</p><p>Medicare の対象となるアイウェアは、補助的（すなわち、日常的な）給付最大額には含まれません。会員は、Medicare 対象アイウェアの保険適用範囲を拡大するために、補助的アイウェア給付を使用できません。</p><p>注記：日常的なビジョンサービスの保険適用は、このプランが提供する補足的な給付です。これらのサービスの費用については、Medicare も Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) も、あなたの自己負担分の支払いはいたしません。</p><p>ビジョンサービスは、プランのビジョンネットワークを通じて取得しなければなりません。プロバイダの検索方法、または詳しい情報についての質問は、会員サービスにお電話ください。</p></div>	<div>事前承認が必要な場合があります。</div> <div>アイウェアの自己負担分 \$0*。事前承認が必要な場合があります。</div>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
 Medicare 予防来院にようこそ <p>弊社のプランは、1 回限りの「<i>Medicare 予防来院にようこそ</i>」を対象としています。来院には、あなたの健康状態の確認、あなたに必要な予防サービス(特定のスクリーニングや注射を含む)に関する指導とカウンセリング、必要に応じたその他の治療の照会が含まれます。</p> <p>-</p> <p>重要： 弊社は「<i>Medicare 予防来院にようこそ</i>」を、Medicare Part B の入会後最初の 12 カ月以内に限り実施します。予約時は、「<i>Medicare 予防来院にようこそ</i>」の予約を希望していることを主治医の診療所にお知らせください。</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicare にようこそ</i> 予防業務に続く、Medicare 対象の EKG。 	<p>「<i>Medicare 予防来院にようこそ</i>」には、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p> <p><i>Medicare にようこそ</i> 予防業務に続く、Medicare 対象の EKG 1 回につき、自己負担分 \$0。</p>
<p>Wellcare Spendables®</p> <p>OTC 品目、歯科、眼科、聴覚サービスに使用する Wellcare Spendables®カードには、\$120 の月間給付がプリロードされています。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 月間給付は、未使用の場合は翌月に繰り越され、プラン年度の終了時に期限切れとなります。 <p><u>カード手当は下記の目的に使用できます。</u></p> <p>店頭販売品 (OTC)：</p> <p>お客様のカードは、モバイルアプリを介して参加小売店で使用することも、会員ポータルにログインして自宅への配送を注文することもできます。</p> <p>保険適用品目には下記が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 店頭販売の先発薬とジェネリック薬。 • ビタミン、鎮痛剤、風邪とアレルギーの品目、糖尿病関連品。 • アプリ内のバーコードスキャナを使用して、小売店で承認されている品目を検索するか、会員ポータルにログインするか、またはカタログを参照してください。 	<p>Wellcare Spendables®カードには、共同保険、自己負担分、または免責はありません。</p> <p>店内購入の最低必要条件はありません。</p>

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>Wellcare Spendables® - 続き</p> <p>注記： 特定の状況下では、診断機器および禁煙補助器具が、プランの医療給付の適用対象となります。(可能な場合)こうした品目に OTC 給付を利用する前に、弊社プランの医療給付を使用してください。</p> <p>歯科、眼科、聴覚</p> <p>歯科、眼科、聴覚 カードを使って、歯科、眼科および聴覚サービスでの自己負担出資を減らすことができます。このカードは、歯科、眼科、または聴覚プロバイダに直接支払うために使用できます。</p> <ul style="list-style-type: none"> すべての購入および取引は、プロバイダオフィスまたはプロバイダの所在地内で行われる必要があります。 この給付は、化粧品または美容サービス、亜酸化窒素、静注、歯のホワイトニング、または漂白には使用できません。 <p>あなたのカードは以下のために使用することができます：</p> <p>歯科</p> <p>この給付は、通常の歯科給付に代わるものではありません。Spendables 給付を使用する前に、プランの給付をご利用ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> その他の歯科診断サービス その他の予防的歯科サービス 回復サービス 内科医 歯周病 補綴物、取り外し可能 義歯、固定 口腔外科および顎顔面外科 一般的な補助サービス <p>眼科</p> <p>この給付は、日常的な眼科給付に代わるものではありません。Spendables 給付を使用する前に、プランの給付をご利用ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常的な眼検査 コンタクトレンズ 眼鏡（レンズとフレーム） 眼鏡のレンズ 	

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>Wellcare Spendables® - 続き</p> <ul style="list-style-type: none"> 眼鏡のフレーム アップグレード <p>聴覚</p> <p>この給付は、通常の聴覚給付に代わるものではありません。Spendables 給付を使用する前に、プランの給付をご利用ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的な聴覚検査 補聴器の取り付け/評価 度付き補聴器（すべてのタイプ） <p><u>以下に示す給付は SSBCI の一部です。全会員が資格を持つわけではありません。次のプラン給付の資格基準を満たす必要があります。</u></p> <p><u>資格がある場合は、月額カード給付を下記の目的に使用できます。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> セルフスタンドでの給油時のガソリン代支払い 健康食品 自宅補助と安全に関する品目 害虫駆除サービスおよび品目 家賃補助 公共料金補助 <p>上記の給付の詳細については、このチャートの慢性疾患特別追加給付 (SSBCI) の給付をご覧ください。</p> <p><u>カードの使用法：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 使用前に、カードをアクティベートします。 参加小売店にアクセスするか、下記のポータルリンクにログインするか、Wellcare Spendables® モバイルアプリをダウンロードします。 好みの承認品/業務を選択します。 店舗では、小売店のレジに進み、Wellcare Spendables® カードで支払います。オンラインまたはモバイルアプリの注文の場合は、ログインして給付にアクセスしてご利用ください。 	

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

保険適用業務	支払い内容
<p>Wellcare Spendables® - 続き</p> <p>5. あなたのカードはクレジットカードではありませんが、支払時は「クレジット」として入力される場合があります。プロンプトが表示されたら、カードを有効にしたときに作成した PIN を入力します。</p> <p>知っておくべき追加情報：</p> <ul style="list-style-type: none"> 費用支払手当を使用した場合、購入分の残り費用はあなたの負担となります。 店舗購入品は、小売店の返品・交換ポリシーに従って返品できます。 カードが性状に機能しない場合、または技術的な問題が発生した場合は、以下の番号までご連絡ください。 Wellcare はカードの紛失や盗難について責任を負いません。 Wellcare Spendables® カードは、個人的使用専用で、販売や譲渡はできません。また、現金価値はありません。 支払いが失敗した場合、一部の家賃および公共料金サービスが払い戻しの対象となる場合があります。確認のために、当社にお問い合わせいただくか、メンバーポータルから払い戻し請求を送信してください。払い戻しは、取引日から 120 日以内に提出する必要があります。同じプラン年内である必要があります。 制限や制約が適用される場合があります、承認を受けたアイテムのみが補償対象となります。 これは、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の給付ではありません。 <p>Wellcare Spendables® カードの詳細を知りたい場合、またはカタログをご希望の場合は、1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711 までお電話ください。</p> <p>10 月 1 日から 3 月 31 日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7 時 45 分から午後 8 時まで。</p> <p>以下からオンラインでアクセスすることもできます： go.wellcare.com/member</p>	

セクション 3 プラン以外で補償されているサービスとは？

以下のサービスは、Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) 出来高払いの対象となります。

- Hawaii 州臓器・組織移植プログラム
- 知的障害者および発達障害者のためのサービス
- 歯科サービス
- 妊娠の意図的終了（ITOP）

セクション 4 弊社のプランの補償対象でないサービス（除外）

このセクションでは、除外される業務について説明します。

下表は、いかなる条件でもプランの保険適用にならない、または特定の条件でのみ保険適用となる一部の業務と品目を挙げています。

除外業務（保険適用外）を利用する場合は、以下に記載されている特定の条件を除き、お客様の自己負担となります。除外業務を緊急事態用施設で受けたとしても、除外業務はやはり保険適用外で、弊社プランがその業務の支払いを行うことはありません。唯一の例外は、その業務が不服請求して、お客様の状況からすれば、弊社が支払いまたは保険適用すべき医療業務であるという判定を得た場合です。（ある医療業務を保険適用外とするという弊社の決定に不服請求する方法については、第 9 章のセクション 6.3 を参照してください）。

Medicare の保険適用外業務	特定の条件下に限り保険適用
美容整形手術または手技	偶発的傷害または奇形のある身体部位の機能改善の場合に保険適用 乳房切除後のものに加えて、対称的な外観を形成するための影響を受けていない乳房の乳房再建の全段階
療護 療護は、入浴や衣服着用など、日常生活動作を介助するケアなど、訓練を受けた医療従事者または医療補助者の継続的な注意を必要としない個人的なケアです。	いかなる条件でも保険適用外

第4章 医療給付表（補償対象になるもの）

Medicare の保険適用外業務	特定の条件下に限り保険適用
実験的な内科的および外科的な手技、機器、および医薬品 実験的な手技および品目とは、医学コミュニティによって一般には受け入れられないと Original Medicare が決定した手技および品目です。	Medicare または弊社プランの認定臨床研究により、Original Medicare が保険適用とする場合があります。 （臨床研究の詳細については、第3章セクション5を参照してください）
あなたの近親者または同世帯の人の介護に請求される料金。	いかなる条件でも保険適用外
自宅でのフルタイムの在宅介護	いかなる条件でも保険適用外
宅配の食事	詳細については、医療給付表の SSBCI セクションにある「健康食品」給付をご覧ください。
軽い家事や軽い食事の用意など、基本的な家事支援を含む家事サービス。	いかなる条件でも保険適用外
自然療法サービス（自然療法または代替の療法を利用）	いかなる条件でも保険適用外
足の整形外科用の履物または支持装置	脚部ブレースの一部であり、ブレースの費用に組み入れられている履物。糖尿病性足病変患者のための整形外科用または治療用の履物
電話やテレビなど、病院または高度看護施設の病室内の個人用品。	いかなる条件でも保険適用外
病院内の個室	医学的に必要な場合にのみ保険適用
不妊手術の再建および/または処方外の避妊薬の供給	いかなる条件でも保険適用外
以下のような日常的な歯科治療： <ul style="list-style-type: none"> ・ 洗浄（予防） ・ フッ化物処理 ・ 歯列矯正サービス ・ インプラントサービス ・ 顎顔面補綴 	いかなる条件でも保険適用外 給付パッケージの一環としてプランが対象とする日常的な歯科治療については、医療給付表の歯科治療サービス給付を参照してください。
日常的なフットケア（足治療）	Medicare のガイドライン（糖尿病の場合など）に従って提供される一部の限定的な保険適用

Medicare の保険適用外業務	特定の条件下に限り保険適用
Original Medicare 基準に準拠して、合理的で必要だと見なされない業務	いかなる条件でも保険適用外
ビジョンケア：放射状角膜切開術、レーシック手術、およびその他の低視力補助	いかなる条件でも保険適用外
ビジョンケア：日常的な眼検査、眼鏡	給付パッケージの一環としてプランが対象とする日常的なビジョンサービスについては、医療給付表のビジョンケア給付を参照してください。

第 5 章パート D 医薬品にプランの補償を使用する

第 5 章： パート D 医薬品のプランの補償を使用する

自身の医薬品費用の情報を得るにはどうすればよいですか？

あなたは Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の資格があるため、処方薬プランの費用を支払うために Medicare から「追加支援」を受けることができます。あなたが「追加支援」プログラムに参加しているため、パート D 処方薬費についての**保険適用のエビデンスは、あなたに適用されないことがあります**。弊社は、**処方薬についての支払いの追加支援受給者のための保険適用のエビデンス**と呼ばれる付属書（**低所得者助成金特約**または**LIS 特約**とも呼ばれます）を送付しました。この文書は、あなたの処方薬補償について説明するものです。上記文書を受け取っていない場合は、会員サービス（1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711）に電話して「**LIS 追加条項**」の送付をお申し付けください（会員サービスの電話番号は、この文書の裏表紙に印刷されています）。

セクション 1 プランのパート D 処方薬補償の基本的規則

Medicare Part B の医薬品給付およびホスピスの医薬品給付については、第 4 章の医療給付表を参照してください。

Medicare の保険適用薬に加え、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の給付対象となる処方薬もあります。

お客様が利用可能な Medicaid の処方薬補償を見つけるには、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) にご連絡ください（Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の電話番号と連絡先情報は、第 2 章セクション 6 に記載されています）。

これらの規則に従っている限り、通常、プランはあなたの医薬品を保険適用とします。

- あなたはプロバイダ（医師、歯科医、またはその他の処方者）に処方箋を書いてもらう必要があります。この処方箋には、適用される州法による有効性がなければなりません。
- お客様の処方者が Medicare の除外リストまたは排除リストに含まれてはいけません。
- あなたは、通常、ネットワーク薬局を利用して処方箋の調剤を受ける必要があります（セクション 2 をご覧になるか、**弊社プランの通信販売サービスで処方方を調剤することができます**）。
- あなたの医薬品が、弊社のプランの薬剤リストに記載されている必要があります（セクション 3 をご覧ください）。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- お客様の医薬品は、医学的に認められた適応症に使用されなければなりません。「医学的に認められた適応症」とは、FDA が承認しているか、特定の参考文献によってサポートされている医薬品の用途です（医学的に認められた適応症の詳細については、セクション3を参照してください）。
- 弊社が医薬品を補償することに同意する前に、特定の基準に基づいて弊社のプランからの承認が必要になる場合があります（詳細については、セクション4を参照してください）。

セクション2 ネットワーク薬局で、あるいはプランを通じて、処方を受ける

ほとんどの場合、処方薬はプランのネットワーク薬局のいずれかで調剤される場合に限って保険対象となります（ネットワーク外薬局での調剤の場合については、セクション2.4を参照してください）。

ネットワーク薬局とは、あなたの保険適用薬の供給契約をプランと結んでいる薬局です。保険適用薬という語は、プランの薬剤リストにあるパートD医薬品のすべてを意味します。

セクション2.1 ネットワーク薬局

地域のネットワーク薬局を見つける

ネットワーク薬局を検索するには、プロバイダおよび薬局名簿または弊社のウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) にアクセスするか、会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザーは711) にお電話ください。

お客様は弊社のネットワーク薬局にアクセスできます。一部のネットワーク薬局は優先費用負担に対応しています。このような薬局では、通常のコスト負担を行っているネットワーク薬局よりも支払い額が低くなる場合があります。プロバイダおよび薬局名簿には、優先費用負担をしてくれるネットワーク薬局が表示されます。医薬品によって自己負担費用がどのように異なるかについては、弊社にお問い合わせください。

薬局がネットワークから離脱した場合

利用していた薬局がプランのネットワークから離脱した場合は、ネットワーク内の新しい薬局を見つける必要があります。利用している薬局が弊社のネットワークに留まりながら、優先費用負担に対応しなくなった場合は、別のネットワーク薬局または優先薬局があれば、切り替えることができます。お住まいの地域で別の薬局を見つけるには、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) に電話するか、プロバイダおよび薬局名簿で検索してください。この情報は、弊社のウェブサイト (go.wellcare.com/2026providerdirectories) でも入手いただけます。

専門薬局

一部の処方薬は、専門薬局で調剤する必要があります。専門薬局には下記が含まれます。

- 在宅輸液療法用の医薬品を供給する薬局。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- ・ 長期介護 (LTC) 施設の入所者に医薬品を供給する薬局。通常、LTC 施設 (介護施設など) には、独自の薬局があります。LTC 施設でパートD医薬品を入手できない場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にお電話ください。
- ・ ネイティブアメリカン保健業務/部族/都市ネイティブアメリカン保健プログラムを提供する薬局 (プエルトリコでは利用不可)。緊急事態を除き、ネットワーク内のこれらの薬局には、ネイティブアメリカンまたは Alaska 先住民のみがアクセスできます。
- ・ 特定の場所で FDA の規制を受けている医薬品、または特殊な取り扱い、プロバイダの調整、または使用法の教育を必要とする医薬品を調剤する薬局。専門薬局を見つけるには、プロバイダおよび薬局名簿 go.wellcare.com/2026providerdirectories にアクセスするか、会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711) にお電話ください。

セクション 2.2 プランの通信販売サービス

特定の種類の薬剤については、プランのネットワーク通信販売サービスを利用できます。一般に、通信販売で提供される薬剤は、慢性または長期の病状のために定期的に服用する薬剤です。プランの通信販売サービスを利用できない医薬品は、弊社の薬剤リストで「NM」と表示されています。

弊社のプランの通信販売サービスでは、35 日以上、100 日以下の医薬品をご注文いただけます。

注文フォームと、希望の処方を通販で調剤する方法については、Express Scripts® Pharmacy (1-833-750-0201 (TTY : 711)) にお電話ください。年中無休で 24 時間ご利用いただけます。または、express-scripts.com/rx にログオンします。プランのネットワークにない通販薬局を利用した場合、あなたの処方薬は保険適用外となります。

通常、通販の薬局注文品は 14 日以内に配送されます。ただし、通販処方薬はときとして遅れる場合があります。すぐに必要な長期服用薬については、医師に処方箋 2 通を依頼してください。1 通は参加している小売薬局での 30 日分の供給用で、もう 1 通は通販での長期 (35 ~ 100 日) 供給用の調剤に用います。通信販売の処方薬が遅れているときに、参加小売薬局で 30 日分の供給品が不足している場合、小売薬局から電話で弊社のプロバイダサービスセンター (1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252)、24 時間年中無休) まで問い合わせてもらってください。会員は、Express Scripts® Pharmacy に電話して、1-833-750-0201 (TTY : 711)、24 時間年中無休で注文できます。または、express-scripts.com/rx にログオンします。

薬局があなたの主治医の診療所から直接受け取る新規処方箋

薬局は、次のいずれかの場合、あなたにまず確認することなく、プロバイダから受け取った新規の処方箋を自動的に調剤して提供します。

- ・ あなたが過去においてこのプランで通信販売サービスを利用したことがある場合、または

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- 医療プロバイダから直接受け取った新規処方箋すべてについて、お客様が自動調剤に登録している場合。新規処方箋すべての自動配信は、Express Scripts® Pharmacy (1-833-750-0201、(TTY: 711)、24 時間年中無休) に電話すれば、いつでも要求できます。または、express-scripts.com/rx にログインします。

発送前にあなたの希望を確認する連絡を受けていないまま、希望していない処方薬が郵便で自動発送されて受け取った場合、払い戻しの対象となることがあります。

過去に通販を利用したことがあり、薬局が新規処方を自動的に調剤して発送することを希望しない場合は、1-833-750-0201 (TTY: 711) で、24 時間年中無休の Express Scripts® Pharmacy に電話してください。または、express-scripts.com/rx にログインします。

弊社の通信販売配送を利用したことがない場合や、新規処方箋の自動調剤を停止すると決定した場合は、薬局は、医療プロバイダから新規処方箋を受け取るたびにあなたに連絡を取り、処方薬をすぐに調剤して発送することを希望するかどうかを確認します。薬局から連絡を受けたときは毎回、新規処方薬を発送するか、延期するか、キャンセルするかを知らせることが重要です。

医療プロバイダから直接受け取った新規処方薬について、自動調剤を希望しない場合は、Express Scripts® Pharmacy (1-833-750-0201、TTY のみ 711) に電話してください。お電話は、年中無休で受け付けています。または、express-scripts.com/rx にログインします。

通信販売処方薬の再調剤。 医薬品の再調剤では、自動再調剤プログラムに登録することを洗濯できます。このプログラムでは、あなたの医薬品がなくなりそうなことが記録で示された場合、次の調剤処理を自動的に開始します。薬局は、各再調剤品の発送前にあなたに連絡し、医薬品がさらに必要かどうかを確認します。また、医薬品が十分にある場合や、医薬品がすでに変更されている場合は、予定された調剤をキャンセルできます。

自動調剤プログラムを使用せずに、通販薬局からの処方薬の送付を引き続き希望する場合は、現在の処方薬がなくなる 21 日前までに薬局に連絡してください。そうすることで、お客様の注文が確実に期限通りに発送されます。

通信販売調剤を自動的に準備する弊社のプログラムをオプトアウトするには、次の通信販売薬局にお電話ください。

- Express Scripts® Pharmacy : 1-833-750-0201 (TTY ユーザーは 711 に電話することができます)

希望しない通信販売再調剤の自動発送品を受け取った場合は、返金の対象となる場合があります。

セクション 2.3 医薬品の長期供給を受ける方法

弊社プランの薬剤リストにある継続治療薬の長期的供給 (延長供給とも言います) を受けるには、2 つの方法があります (継続治療薬とは、慢性または長期の病状のために定期的に服用する薬剤です)。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

1. 弊社ネットワーク内の小売薬局の中には、長期治療薬の長期供給が可能なものもあります。プロバイダおよび薬局名簿 go.wellcare.com/2026providerdirectories には、長期治療薬の長期供給が可能な弊社ネットワーク内薬局が記載されています。詳細については、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にもお電話いただけます。
2. さらに、長期治療薬を弊社の通信販売プログラムを通じて受け取ることもできます。詳細については、セクション 2.2 を参照してください。

セクション 2.4 プランのネットワーク外薬局の使用

弊社は、一般に、あなたがネットワーク薬局を試用できない場合に限り、ネットワーク外薬局で調剤された医薬品を保険適用としています。弊社はサービスエリア外にもネットワーク薬局も用意しており、弊社のプランの会員であれば調剤することができます。会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) に、近くにネットワーク薬局があるかどうかを確認してください。

ネットワーク外薬局で調剤された処方箋は、以下の状況でのみ補償します。

旅行：プランのサービスエリア外を旅行中、またはサービスエリアを離れているときに、保険適用を受ける場合です。

- お客様が処方薬の定期服用中に旅行に行く場合、出発前に必ず処方薬の供給量を確認してください。可能な場合は、必要な医薬品すべてを携帯してください。また、お客様は、処方薬を事前に通販薬局に注文できる場合があります。
- 合衆国内および海外領土内を旅行中に病気になったり、処方薬をなくすか使い切ったりした場合は、弊社はネットワーク外薬局で調剤した処方薬を保険適用とします。この場合、処方薬の調剤時に（自己負担分や共同保険のみではなく）全費用を支払う必要があります。お客様は精算書式を提出することで、費用負担分の精算を依頼することができます。ネットワーク外薬局に行く場合、ネットワーク薬局で調剤された処方薬と、ネットワーク外薬局で調剤した処方薬の請求額の差額を支払う責任があります。生産請求の提出方法については、第7章セクション2を参照してください。
- また、会員サービスに電話して、旅行中の地域にネットワーク薬局があるかどうかを確認することもできます。
- 弊社は、たとえ医学的緊急事態であっても、合衆国および合衆国海外領土の外の薬局で調剤された処方薬に支払いを行うことはできません。

医学的緊急事態：医学的緊急事態のため、または応急手当のために処方薬が必要な場合はどうすればよいですか？

- 弊社は、医学的緊急事態または応急手当に関係する処方薬の場合は、ネットワーク外薬局での調剤を保険適用対象としています。この場合、処方薬の調剤時に（自己負担分や共同保険のみではなく）全費用を支払う必要があります。お客様は精算書式を提出す

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

ることで、費用負担分の精算を依頼することができます。ネットワーク外薬局に行く場合、ネットワーク薬局で調剤された処方薬と、ネットワーク外薬局で調剤した処方薬の請求額の差額を支払う責任があります。生産請求の提出方法については、第7章セクション2を参照してください。

その他の状況： ネットワーク外薬局に行った場合は、処方薬が保険適用対象になり得る別の場合。

- 弊社は、下記のいずれかに該当する場合は、ネットワーク外薬局での処方薬に保険適用します。
 - 合理的な走行距離内に24時間営業のネットワーク薬局がなく、時宜を失せずサービスエリア内で保険適用薬を入手することができない場合。
 - アクセスしやすいネットワーク内の小売薬局または通信販売薬局には通常在庫のない処方薬の調剤を受けようとしている場合（高額で極めて稀な医薬品を含む）。
 - 医学的に必要だがMedicare Part Bの保険適用薬ではなく、主治医の診察室で投薬されるワクチンを接種しようとしている場合。
 - 外来手術クリニックまたはその他の外来医療機関において患者として、機関内薬局から保険適用処方薬を受け取った場合。
- 上記に列記したあらゆる状況において、お客様は30日分までの処方薬の供給を受けられます。さらに、弊社プランから精算を受けるには、ネットワーク外薬局の調剤料金を支払い、書類を提出しなければならない可能性があります。弊社ネットワーク外で薬局を利用した理由に関する状況説明を必ず含めてください。このことが、精算請求手続きに役立ちます。

お客様がネットワーク外薬局を利用しなければならない場合、通常、処方薬の調剤時に費用全額を支払う必要があります。弊社に精算を求めることができます（プランに払戻しを求める方法については、第7章セクション2をご覧ください）。あなたがネットワーク外薬局で医薬品に支払った費用と、ネットワーク薬局の場合に弊社が支払う費用との差額をあなたが負担しなければならない場合があります。

セクション3： あなたの医薬品はプランの薬剤リストに記載されている必要があります

セクション3.1 薬剤リストは、パートD医薬品の中で保険適用されるものを示します

プランには**保険適用薬リスト(処方集)**があります。この**保険適用のエビデンス**では、それを**薬剤リスト**と呼んでいます。

このリストに記載されている医薬品は、医師および薬剤師の協力を受けて、プランが選んだものです。このリストはMedicareの要件を満たしており、Medicareにより承認済です。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

薬剤リストには、Medicare Part D の保険適用薬のみが含まれています。Medicare の保険適用薬に加え、Medicaid の給付対象となる処方薬もあります。お客様が利用可能な Medicaid の処方薬補償を見つけるには、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) にご連絡ください (Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の電話番号と連絡先情報は、第2章セクション6に記載されています)。

あなたがこの章で説明した他の保険適用規則に従い、その医薬品が医学的に認められた適応症に使用されている限り、通常、プランの薬剤リストの医薬品は保険適用されます。医学的に認められた適応症とは、下記のいずれかの医薬品の使用です。

- 処方対象の診断または病状について、FDA に承認されているもの。
- American Hospital Formulary Service Drug Information Micromedex DRUGDEX 情報システムなど、特定の参考資料でサポートされているもの。

薬剤リストには、先発医薬品、ジェネリック医薬品、生物由来製品 (バイオ後続品を含む場合があります) が含まれます。

先発医薬品は、医薬品製造業者が所有する商標名で販売される処方薬です。生物由来製品は、一般的な医薬品よりも複雑な医薬品です。弊社が検索した婆愛、薬剤リストはこれが医薬品または生物由来製品を意味することがあります。

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品と同じ有効成分を持つ処方薬です。生物由来製品にはバイオ後続品と呼ばれる代替品があります。一般的に、ジェネリック医薬品とバイオ後続品は先発医薬品または先発生物由来製品と同様に機能し、通常は費用が安くなります。多くの先発医薬品の代わりにジェネリック医薬品が利用でき、一部の先発生物由来製品にもバイオ後続品の代替薬が用意されています。一部のバイオ後続品は互換性バイオ後続品であり、州の法律に応じて、先発医薬品をジェネリック医薬品で代替できるのと全く同様に、新規の処方箋を必要とせずに薬局で先発生物由来製品の代わりに使用することもできます。

薬剤リストに含まれる可能性のある医薬品の種類の定義については、第12章を参照してください。

薬剤リストにない医薬品

プランはすべての処方薬に保険適用しているわけではありません。

- 場合によっては、法律により、特定の種類の医薬品を保険適用対象とする Medicare プランが許可されていないことがあります。(詳細については、セクション7を参照してください)。
- 弊社が特定の医薬品を薬剤リストに含めないと決定した事例もあります。
- 一部の事例では、薬剤リストにない医薬品が入手可能なことがあります(詳細については、第9章を参照してください)。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用処方薬は、薬剤リストに記載されていません。お客様が利用可能な処方薬補償を判断するには、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) にご連絡ください (Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の電話番号と連絡先情報は、第2章セクション6に記載されています)。

セクション3.2 特定の医薬品が薬剤リストにあるかどうかを確認する方法

薬剤リストに薬剤が含まれているかどうかを確認するには、以下の方法があります。

- 弊社が電子的に提供した最新の薬剤リストを確認してください。
- プランのウェブサイト (go.wellcare.com/OhanaHI) にアクセスします。ウェブサイトの薬剤リストは常に最新のものです。
- 会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711) に電話して、特定の医薬品がプランの薬剤リストにあるかどうかを確認するか、リストの複写を依頼します。
- プランの「リアルタイム給付ツール」 (go.wellcare.com/OhanaHI) を使用すれば、薬剤リストで医薬品を検索して、支払う金額のおおよそを確認し、薬剤リストに同じ病状を治療できる代替薬があるかどうかを確認できます。または、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にお電話ください。

セクション4 補償に制限のある医薬品

セクション4.1 一部の医薬品に制限がある理由

特定の処方薬では、特別な規則により、プランの保険適用の方法と時期が制限されています。お客様と医療プロバイダの医薬品使用の方法が最も効果的なものになるように促すため、医師と薬剤師のチームがこうした規則を作成しました。こうした制限のいずれかが、お客様が服用しているか服用を希望する医薬品に適用されるかどうかを調べるには、薬剤リストを確認します。

安全で費用のかからない医薬品が、高額な費用を要する医薬品と医学的に全く同じように作用する場合、プランの規則は、あなたと医療プロバイダがその低費用の医薬品を使用することを促進するように設計されています。

ある医薬品が薬剤リストに複数回表示される場合があることに注意してください。これは、同じ医薬品でも、あなたの医療プロバイダが処方した医薬品の強度、量、形態によって異なる場合があります。その医薬品の異なるバージョンには異なる制限または費用分担が適用されることがあるためです (たとえば、10 mg 対 100 mg 較、1 日 1 回の服用対 1 日 2 回の服用、錠剤対液剤で比較した場合)。

第5章パートD 医薬品にプランの補償を使用する

セクション 4.2 制限の種類

あなたの医薬品に制限があるということは、弊社がその医薬品を保険適用薬とするように、通常はあなたまたはあなたのプロバイダが追加の手順を踏まなければならないということを意味します。その医薬品を保険適用薬にするためにあなたまたはあなたのプロバイダができることについては、会員サービス(1-888-846-4262、TTY のみ 711)までお電話ください。弊社が制限を免除するようにしたい場合、あなたは保険適用決定手続きを使用して例外とすることを求める必要があります。弊社は、お客様の制限の免除に同意する場合も、同意しない場合もあります(第9章を閲覧してください)。

事前にプランの承認を取得する

特定の医薬品については、弊社があなたの医薬品に保険適用することに同意する前に、あなたまたはあなたのプロバイダがプランから、特定の基準に基づき承認を得る必要があります。これは**事前承認**と呼ばれます。これは、医薬品の安全性を確保し、特定の医薬品を適切に使用するための手引きを補助するために導入されます。この承認を得られない場合、あなたの医薬品はプランの保険適用外となることがあります。弊社のプランの事前承認基準は、会員サービス(1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711)に問い合わせるか、または弊社の 宇ウェブサイト go.wellcare.com/pa-select から確認できます。

最初に別の医薬品を試用する

この要件は、プランが別の医薬品を保険適用とする前に、費用が低いだけでなく、通常は効果的な医薬品を試用することを促進します。たとえば、Drug A と Drug B が同じ病状の治療に使用でき、Drug A の方が安価な場合、プランは最初に Drug A を試用することを必須とすることがあります。Drug A があなたに効果がなければ、プランは Drug B を保険適用薬とします。別の医薬品を先に使用するこの要件は**段階療法**と呼ばれます。弊社の段階療法基準については、会員サービス(1-888-846-4262、TTY のみ 711)に電話するか、弊社のウェブサイト(go.wellcare.com/st-select)を確認してください。

量制限

弊社は、特定の医薬品について、お客様が処方箋調剤のたびに取得できる医薬品の量を制限しています。たとえば、通常、特定の医薬品が1日に1錠のみの服用量で安全だと考えられる場合、弊社はあなたの処方の保険適用を1日1錠までに制限することがあります。

セクション 5 薬剤の1つが、望んでいたかたちで補償されていない場合、どうすればよいですか？

あなたが服用中の処方薬またはあなたとあなたのプロバイダが服用すべきだと考える処方薬が弊社の薬剤リストにないか、制限付きである場合があります。たとえば、次のような場合があります。

- その医薬品がまったく保険適用されていないことがあります。または、その医薬品のジェネリックバージョンの医薬品が保険適用されていますが、あなたが服用したい先発医薬品バージョンが保険適用されていないかもしれません。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- その医薬品は保険適用薬ですが、その医薬品の保険適用に追加の規則または制限があります。

あなたの医薬品が薬剤リストにない場合、または制限されている場合は、下記の選択肢があります。

- お客様は医薬品の一時的供給を受けることができるかもしれません。
- 別の医薬品に変更することができます。
- 例外を申請し、プランに医薬品の保険適用か制限撤廃を求めることができます。

お客様は一時的供給を受けることができるかもしれません

ある種の状況では、プランはあなたがすでに服用中の医薬品の一時的供給を提供しなければなりません。この一時的供給によって、お客様は変更についてプロバイダと話し合う時間が得られます。

一時的供給の資格を得るためには、あなたが服用中の医薬品がプランの薬剤リストにもう記載されていないか、何らかの方法で制限されていないかなければなりません。

- あなたが新規会員の場合、弊社は、プラン入会后最初の 90 日間、あなたの医薬品の一時的供給を行います。
- あなたが昨年、プランの会員だった場合、弊社は、暦年の最初の 90 日間、医薬品の一時的供給を行います。
- この一時的供給は、小売薬局では最長 30 日間、長期介護薬局では最長 31 日間です。あなたの処方薬の処方日数がそれより短い場合、小売薬局で合計 30 日分まで、長期介護薬局で合計 31 日分までの複数回調剤が可能です。処方箋はネットワーク薬局で調剤する必要があります。（長期介護薬局では、廃棄薬削減のため、一度に少量の医薬品を提供する場合があることに注意してください。）
- 90 日間以上プランに加入しており、長期介護施設に居住中で、今すぐに供給が必要な会員の場合：

弊社は、特定の医薬品の 31 日分の緊急事態供給を 1 回、またはお客様の処方箋にもっと短い日数が書かれていれば上記よりも少ない日数分に保険を適用します。これは上記の一時的供給に追加されます。

- あるレベルの治療変更（長期介護施設や病院への出入りなど）を経験し、すぐに供給が必要な会員の場合：

弊社は 30 日分の供給 1 回に保険適用しますが、お客様の処方箋にもっと短い日数が書かれていれば上記よりも少ない日数分に保険を適用します（この場合、複数回の調剤で合計 30 日分投薬することが可能です）。

一時的給付に関する質問については、会員サービス(1-888-846-4262、TTY のみ 711)に電話してください。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

あなたは、医薬品の一時的供給の利用中に、一時的供給が終わったときにどうするかを決定するためにプロバイダと相談すべきです。次の2つの選択肢があります。

選択肢1：別の医薬品に変更することができます

あなたのプロバイダと、プランの保険適用薬であなただけに同様に作用する可能性のある別の医薬品があるかどうか話し合ってください。会員サービス(1-888-846-4262、TTY：711)に連絡して、同じ病状を扱う、別の保険適用薬リストを依頼することもできます。このリストは、お客様の医療プロバイダがお客様に役立つ可能性のある保険適用薬を見つけるのに役立ちます。

選択肢2：例外を求めることができます

あなたとあなたのプロバイダは、プランに例外を求め、その医薬品にあなたが希望するやりかたで保険適用するように要望することができます。あなたのプロバイダが、弊社に例外を要望するのに正当な医学的理由があると言うのであれば、プロバイダは例外要求の手伝うことができます。たとえば、ある医薬品がプランの薬剤リストに含まれていなくても、プランに対してその医薬品に保険適用するように求めることができます。または、プランに対して、その医薬品を例外とし、制限なしで保険適用するように求めることもできます。

あなたとあなたのプロバイダが例外を要望したい場合、第9章セクション7.4ですべきことを確認してください。このセクションでは、あなたの要望が迅速かつ公正に処理されるように、Medicare が設定した手続きと期限について説明します。

セクション6 薬剤リストはその年内に変更できます

処方薬補償の変更のほとんどは、毎年年初(1月1日)に実施されます。ただし、プランは、年内に薬剤リストにいくつかの変更を加えることができます。たとえば、プランは次を行うことがあります。

- ・ 薬剤リストへの医薬品の追加または削除を行います。
- ・ 医薬品の保険適用の制限の追加または削除を行います。
- ・ 先発医薬品をその医薬品のジェネリックバージョンで置き換えます。
- ・ 先発生物由来製品を、その生物由来製品と互換性のあるバイオ後続品バージョンで置き換えます。

弊社は、プランの薬剤リストを変更する前に、Medicare の要件に従う必要があります。

処方薬補償の変更についての情報

薬剤リストの変更が行われた場合、弊社はそうした変更に関する情報を弊社ウェブサイトに掲載します。また、オンラインの薬剤リストも定期的に更新しています。あなたが服用中の医薬品に変更が加えられた場合、直接通知を受け取る場合があります。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

現在のプラン年度中にあなたに影響を与える医薬品補償への変更

- **薬剤リストに新しい医薬品を追加し、薬剤リストにある類似の医薬品を直ちに削除するか変更します。**
 - 弊社はただちに薬剤リストから類似の医薬品を削除するか、類似の医薬品を別の費用分担段階に移すか、新しい制限を追加することがあります。新しいバージョンの薬剤には、それ以下の要件が課せられるようになります。
 - 弊社は、こうした変更を、先発医薬品の新しいジェネリックバージョンを追加したり、すでに薬剤リストにあるオリジナルの生物由来製品の特定の新しいバイオ後続品バージョンを追加したりする場合に限って行います。
 - あなたが削除または変更対象の医薬品を服用中でも、弊社は変更を直ちに実行し、後で通知することがあります。弊社が変更を実施する際に、あなたが類似薬を服用中の場合は、弊社が実施する具体的な変更についてお知らせします。
- **薬剤リストに医薬品を追加し、薬剤リストにある類似の医薬品を削除するか変更します。**
 - 当社は、別バージョンの医薬品を薬剤リストに追加すると、薬剤リストから類似の医薬品を削除するか、その医薬品を別の費用分担段階に移すか、新しい制限を追加することがあります。新しいバージョンの医薬品に課せられる要件は、これまで以下となります。
 - 弊社は、こうした変更を、先発医薬品の新しいジェネリックバージョンを追加したり、すでに薬剤リストにあるオリジナルの生物由来製品の特定の新しいバイオ後続品バージョンを追加したりする場合に限って行います。
 - 弊社は、こうした変更を行う場合、少なくとも 30 日前にお知らせするか、変更について説明し、あなたが服用中の医薬品バージョンの 30 日分を補償対象といたします。
- **市場から引き上げた安全でない医薬品およびその他の医薬品を薬剤リストから削除します。**
 - 医薬品は、時として、安全でないと見なされることがあります。また、別の理由で市場から引き上げられることもあります。このような場合、弊社はその医薬品を直ちに薬剤リストから削除することができます。その医薬品を服用中の場合には、変更後に弊社よりお知らせします。
- **薬剤リスト記載の医薬品にその他の変更を実施します。**
 - その年が始まるとすぐに、弊社はお客様が服用中の医薬品に影響するような別の変更を実施することがあります。たとえば、当社は、FDA のボックス警告や、Medicare が認める新しい臨床ガイドラインを根拠としました。
 - 弊社は、こうした変更を行う場合、少なくとも 30 日前にお知らせするか、変更について説明し、あなたが服用中の医薬品のさらに 30 日分に保険適用します。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

あなたが服用中の何らかの医薬品にこうした変更のいずれかを弊社が加えた場合、あなたの病状の治療のために別の医薬品に変更するなど、あなたにとって最も効果的な選択肢について処方者と相談してください。または、あなたの服用中の医薬品に関する新たな制限を満たす保険適用決定を求めてください。お客様またはお客様の処方者は、服用中の医薬品または医薬品バージョンに引き続き保険適用するために、弊社に例外を求めることができます。例外を含む保険適用決定を求める方法の詳細については、第9章を参照してください。

薬剤リストの、現在のプラン年度中にあなたに影響を与えない変更

弊社は、薬剤リストに上記に記載されていない一定の変更を加える場合があります。このような場合、変更実施時にあなたが医薬品を服用中であれば、変更は適用されません。ただし、あなたが引き続き同じプランに加入している場合、こうした変更が次のプラン年度の1月1日から影響を及ぼす可能性があります。

一般に、現在のプラン年度中に客様に影響しない変更は次のとおりです。

- ・ 弊社がお客様の医薬品の使用について新たな制限を設ける場合。
- ・ 弊社が薬剤リストからお客様の医薬品を削除する場合。

服用中の医薬品に対してこうした変更(市場撤退、先発医薬品に置き換わるジェネリック医薬品、または上記のセクションに記載されているその他の変更を除く)が行われた場合も、変更は、翌年1月1日まで、使用状況や費用の分担に影響を与えません。

この種の変更については、現在のプラン年度中にあなたに直接お知らせすることはありません。(リストが加入受付期間中に使用可能な場合) 次のプラン年度の薬剤リストをチェックして、あなたが服用中の医薬品について次のプラン年度中にあなたに影響する変更がないかどうかを確認する必要があります。

セクション7 弊社の保険適用外の医薬品の種類

一部の処方薬は、対象外です。つまり、Medicare はこのような医薬品への支払いはい行いません。

あなたが不服請求し、要求対象の医薬品がパートDの下で除外されないことが判明した場合、弊社はそれについて支払いを行うか保険適用します(決定への不服請求の詳細については、第9章を参照してください)。弊社プランで除外されている医薬品が Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) から除外されている場合、お客様自身で支払う必要があります。

以下に、パートDで Medicare 医薬品プランの保険が適用されない医薬品について3つの一般的な規則を示します。

- ・ 弊社プランのパートD処方薬補償は、Medicare Part A または Part B の保険適用薬に適用できません。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- ・ 弊社プランは、合衆国およびその海外領土以外で購入された医薬品に保険適用することはできません。
- ・ その用途が、American Hospital Formulary Service Drug Informationや Micromedex DRUGDEX 情報システムなど、特定の参考資料でサポートされていない場合、弊社プランは医薬品の適応外使用に保険適用しません。適応外使用とは、FDA が承認した医薬品ラベルの表示以外の用途で医薬品を使用することです。

さらに、法律では、以下に示す医薬品カテゴリーは Medicare または Medicaid の対象外となります。ただし、こうした医薬品の一部は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の医薬品補償の対象となる場合があります。お客様が利用可能な処方薬補償を判断するには、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) にご連絡ください (Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の電話番号と連絡先情報は、第2章セクション6に記載されています)。

- ・ 非処方薬 (店頭販売薬とも呼ばれる)
- ・ 生殖能力の増強に使用する医薬品
- ・ 咳または風邪症状の軽減に使用する医薬品
- ・ 化粧品用途や髪の成長促進に使用する医薬品
- ・ 出産前ビタミン剤およびフッ化物製剤を除く、ビタミンおよびミネラル製品の処方薬
- ・ 性機能障害または勃起障害の治療に使用する医薬品
- ・ 食欲不振、体重減少、体重増加の治療に使用する医薬品
- ・ 関連する検査やモニタリングサービスを販売条件として製造業者専売として購入するよう求める外来用医薬品

あなたが処方薬の支払いに追加支援を受けている場合、通常は保険適用されない医薬品について、追加支援で支払われることはありません。あなたが Medicaid を介して処方薬補償を受けている場合は、通常は Medicare 医薬品プランで保険適用されない一部の処方薬が、お住まいの州の Medicare プログラムで保険適用される場合があります。あなたが利用可能な処方薬補償を判断するには、お住まいの州の Medicaid プログラムにご連絡ください (Medicaid の電話番号と連絡先情報は、第2章セクション6に記載されています)。

セクション8 処方薬の調剤方法

処方薬の調剤を受けるには、選択したネットワーク薬局で、会員カードに記載されているプラン会員情報を提示します。お客様の医薬品についてネットワーク薬局が自動的にプランに請求します。

プランの会員資格情報を所持していない場合、プランに電話して必要な情報を入手するか、薬局にプランの登録情報検索を依頼します。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

薬局が必要な情報を入手できない場合、処方薬購入時に費用全額を支払わなければならないことがあります(お客様は、その後で弊社に精算を求めることができます。プランに精算を依頼する方法については、第7章セクション2をご覧ください)。

セクション9 特別な状況におけるパートD 処方薬補償

セクション9.1 プランの対象となる入院のために病院または高度看護施設に入る場合

あなたがプランの保険対象として病院または高度看護施設に入院する場合、入院中の処方薬費は一般に弊社が負担します。病院または高度看護施設から退院すると、この章に記載されている保険適用に関する弊社の規則をすべて満たしている限り、プランがあなたの処方薬に保険を適用します。

セクション9.2 長期介護 (LTC) 施設に入居している場合

通常、長期介護施設 (LTC) には専用の薬局があるか、入居者全員に医薬品を供給する薬局が使用されています。あなたが LTC 施設の入居者である場合、弊社のネットワークの一部である限り、あなたの処方薬は施設の薬局または施設が使用する薬局から入手できます。

LTC 施設の薬局または LTC 施設が使用している薬局が弊社ネットワークのなかにあるかどうかを確認するには、プロバイダおよび薬局名簿 (go.wellcare.com/2026providerdirectories) をご参照ください。上記に該当しない場合、またはあなたがさらに詳細情報やサポートを必要とする場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にご連絡ください。あなたが LTC 施設に入居している場合、弊社は、LTC 薬局のネットワークを通じて、あなたが日常的にパートDの給付を受けることができるか確認しなければなりません。

LTC 施設に居住しており、弊社の薬剤リストに記載されていない医薬品や何らかの制限がある医薬品が必要な場合は、一時的供給の受け取りまたは緊急事態供給について、セクション5を参照してください。

セクション9.3 雇用主や退職者のグループプランからも医薬品補償を受けている場合

あなた(またはあなたの配偶者または家庭内パートナー)の雇用主または退職者グループを通じて、他の医薬品補償を受けている場合は、そのグループの給付管理者までご連絡ください。あなたの現在の医薬品補償が弊社プランとどのように組み合わせられて機能するかを理解するのを助けてくれます。

一般に、あなたが従業員グループまたは退職者グループの保険適用を受けている場合、あなたが弊社から受ける処方薬補償は、あなたのグループ保険適用に対して二次的なものになります。つまり、あなたのグループ保険適用が最初に支払います。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

確実な保険適用についての特記事項：

あなたの雇用主グループまたは退職者グループは毎年、次の暦年のあなたの医薬品補償が確実であるかどうかを確認する通知を送付するはずです。

グループプランからの保険適用が確実な場合、そのプランは支払いが期待できる処方薬補償を提供しており、平均して少なくとも Medicare の標準的な医薬品補償と同程度の補償をするということの意味します。

確実な保険適用についての通知は、あなたが確実な保険適用を維持していることを示すために、後で必要になる場合がありますので、保管しておいてください。確実な保険適用を得ていない場合、あなたの雇用主または退職者プランの給付管理者、または雇用主もしくは組合に複写を請求してください。

セクション 9.4 あなたが Medicare 認定ホスピスを使用している場合

ホスピスと弊社プランは、同じ医薬品を同時に保険適用しません。あなたが Medicare ホスピスに入居し、あなたの終末期疾患およびそれに関連する病状に無関係なためにホスピスが保険適用しない特定の医薬品（たとえば、吐き気止め、下剤、鎮痛剤、抗不安薬）が必要な場合、弊社プランは、その医薬品に保険適用する前に、処方者またはホスピスのプロバイダのいずれかから、その医薬品が無関係であるという通知を受ける必要があります。弊社プランで保険適用すべきこうした医薬品の投与の遅れを防ぐため、あなたのホスピスプロバイダまたは処方者に、処方薬の調剤前に通知を送るよう依頼してください。

お客様がホスピス選択を取り消すかホスピスから退院する場合、弊社プランは、本書で説明しているとおりにお客様の医薬品を保険適用するはずです。お客様の Medicare ホスピスの給付が終了した場合の薬局での遅延を防ぐため、薬局に書類を持参してお客様の選択取り消しまたは退院を実証してください。

セクション 10 医薬品の安全性と投薬管理についてのプログラム

弊社は、会員が安全で適切な治療を確実に受けられるようにする一助として、医薬品使用状況の見直しを実施しています。

弊社はお客様が処方薬を調剤するたびに見直しを行います。また、弊社の記録を定期的に見直しています。弊社は、こうした見直しで次のような潜在的な問題点を探しています。

- 投薬の過誤の可能性
- 同じ症状を治療するために類似する別の医薬品を服用していることから、不必要であるかもしれない医薬品
- お客様の年齢や性別により、安全性または適切性を欠くおそれのある医薬品
- 同時に服用した場合に有害性をもつおそれのある、医薬品の特定の組み合わせ

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- あなたのアレルギーの成分を含む医薬品の処方
- あなたが服用している医薬品の量（用量）の誤りのおそれ
- 安全性を欠く量のオピオイド鎮痛薬

あなたの医薬品の使用に問題があると弊社が判断した場合、あなたのプロバイダと協力して問題を是正します。

セクション 10.1 会員がオピオイド医薬品を安全に使用する助けとなる医薬品管理プログラム (DMP)

弊社には、オピオイド処方薬など頻繁に服用する医薬品を会員が間違いなく安全に使用できるように支援するプログラムがあります。このプログラムは、医薬品管理プログラム(DMP)と呼ばれます。お客様が複数の処方者または薬局から入手したオピオイド医薬品を使用する場合、またはお客様が最近オピオイドの過量投与を受けた場合、弊社はオピオイド医薬品の使用が間違いなく適切で医学的に必要であることを確認するため、処方者と協議することがあります。お客様の処方者と協力することで、オピオイドまたはベンゾジアゼピンの処方薬の使用がお客様にとって安全でないおそれがあると判断した場合、こうした医薬品の入手方法を制限することがあります。弊社がお客様を DMP に指定すると、次のような制限が生じる可能性があります。

- オピオイドまたはベンゾジアゼピンの処方薬は、特定の薬局から入手することを必須とします。
- オピオイドまたはベンゾジアゼピンの処方箋は、特定の処方者から入手することを必須とします。
- 弊社があなたのために保険適用するオピオイドまたはベンゾジアゼピン医薬品の量を制限します。

弊社がこうした医薬品の入手方法や入手可能な量を制限することを計画している場合は、事前にお手紙でお知らせします。この手紙には、こうした医薬品の補償を制限するかどうか、あるいはこうした処方薬の入手先を特定の処方者または薬局に限定にするかどうか記載されます。あなたには、どの処方者または薬局を使用したいか、また弊社が知るべき重要な内容だと思うその他の情報を弊社に通知する機会があります。あなたが回答機会を得た後、弊社がこうした薬剤についてあなたの保険適用を制限することにした場合、弊社は制限を確認する別の通知書を送付します。弊社が誤りを犯したと思う場合、またはお客様が決定に同意できない場合は、お客様とお客様の処方者には不服請求の権利があります。あなたが不服請求する場合、弊社はあなたのケースを再検討し、新しい決定を行います。あなたの医薬品へのアクセスに適用される制限に関連するあなたの要望の何らかの部分について弊社が引き続き拒否する場合、弊社は自動的にあなたのケースをプラン外の独立審査組織に送付します。不服請求を求める方法については、第9章をご覧ください。

あなたががん関連の疼痛や鎌状赤血球症などの特定の病状にあり、ホスピス、緩和ケア、または終末期ケアを受けているか、長期介護施設に居住している場合、あなたは弊社の DMP に入れません。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

セクション 10.2 会員が医薬品を管理するのを支援する薬物療法管理 (MTM) プログラム

弊社には、複雑な健康についての必要性を抱えた会員を支援するプログラムがあります。このプログラムは薬物療法管理 (MTM) プログラムと呼ばれています。このプログラムは任意で無料です。薬剤師と医師のチームが、弊社の会員が服用する医薬品から最大の利点を得られるように支援するプログラムを開発しました。

ある特定の慢性疾患を有し、特別な医薬品費用を超える医薬品を服用している会員、または安全にオピオイドを使用しやすいように DMP に入っている一部の会員は、MTM プログラムを通じてサービスを受けることができます。お客様にこのプログラムへの参加資格がある場合、薬剤師またはその他の医療従事者が、お客様の服薬の全体を包括的に再検討します。この再検討の際に、お客様は、服薬、費用、さらに処方薬や店頭販売薬に関する問題や疑問について話すことができます。服薬から裁量の結果を得るためにお客様が踏むべき手順を含む、推奨「やることリスト」を記載した概要書が発行されます。また、服用している医薬品のすべて、服用量、服用する時間と理由を記載した投薬リストも発行されます。さらに、MTM プログラムを適用される会員は、規制物質である処方薬の安全な廃棄に関する情報を受け取ります。

おすすめの「やることリスト」と投薬リストについて医師に相談することをお勧めします。病院への来院時、または医師、薬剤師、その他の医療プロバイダと話すときはいつでもこの概要書をお持ちください。病院や救急治療室に行く場合に備えて、投薬リストを最新の状態に維持し、いつでも持っていてください(たとえば、ID と一緒に)。

弊社にあなたのニーズに合ったプログラムがある場合、弊社はあなたをプログラムに自動的に登録し、あなたの情報を送付します。あなたが参加しないと決定した場合は弊社までご連絡ください。弊社であなたの参加を取り消します。このプログラムに関するご質問は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) までご連絡ください。

セクション 11 あなたに該当する支払い段階は、パートD 給付明細書で確認できます

弊社のプランでは、あなたの処方薬費用と薬局での処方時の支払額を追跡しています。これにより、弊社は、あなたがいつある医薬品支払い段階から次の段階に移行したのかをあなたに通知できます。追跡する費用は次の2種類です。

- **自己負担分**：これまでの支払い額です。これには、補償対象のパートD 医薬品を入手したときに支払った金額、家族や友人があなたの医薬品のために行った支払い、ならびに Medicare の追加支援、雇用者または組合のヘルスプラン、Indian Health Service、エイズ治療薬支援プログラム、慈善事業、および州医薬品支援プログラム (SPAP) による、あなたの医薬品への支払いが含まれます。
- **総薬剤費**：これは、補償対象であるパートD 医薬品になされた、すべての支払いの合計です。これには、プランが支払った金額、あなたが支払った金額、ならびに他のプログラムまたは組織が補償対象のパートD の医薬品に支払った金額が含まれます。

前月にプランを通じて調剤された処方薬が1つ以上ある場合、弊社はパートD EOB (給付明細書) を送付いたします。パートD EOB には以下が含まれます。

第5章パートD医薬品にプランの補償を使用する

- ・ **その月の情報。**このレポートには、前月にあなたが調剤した処方薬についての支払い明細が記載されています。これには、総薬剤費、プランの支払い内容、およびあなたとあなたの代理が支払った支払い内容が表示されます。
- ・ **1月1日以降のその年の総額。**これには、あなたの医薬品に対する年初来の総薬剤費と総支払額が記載されています。
- ・ **薬価情報。**この情報には、薬価総額と、同量の処方薬請求ごとに、初回調剤以降の価格の変化についての情報が記載されます。
- ・ **利用できる低価格の代替処方薬。**ここでは、該当する場合、各処方薬請求の費用分担が低い、利用可能な他の医薬品に関する情報をご確認いただけます

セクション 11.1 あなたの薬剤費支払額についての情報を最新の状態に保つため、弊社にご協力ください

お客様の薬剤費とお客様が医薬品に支払った金額を追跡するために、弊社は薬局から入手した記録を使用します。お客様の情報を正確かつ最新の状態に保つために弊社に協力できる方法を下記に示します。

- ・ **処方薬の調剤のたびに、会員カードを提示してください。**これは、調剤している処方薬とあなたの支払いの内容を、弊社が確実に把握するために有用です。
- ・ **弊社が必要な情報を確実に得られるようにしてください。**処方薬の費用全体を支払うことができる場合もあります。そのような場合、弊社があなたの自己負担費用を追跡するために必要な情報を自動的に取得することはありません。お客さまの自己負担費用を追跡できるように、弊社に領収書の複写を提出してください。**あなたの領収書の複写を弊社に提出する必要がある場合の例：**
 - ネットワーク薬局で保険適用薬を特別価格で購入したとき、または弊社プランの給付の一部ではない割引カードを使用したとき。
 - 製薬会社の患者支援プログラムにより提供される医薬品の自己負担分を支払ったとき。
 - ネットワーク外薬局で保険適用薬を購入したとき、または特別な状況で保険適用薬の正規価格を支払ったとき。
 - あなたが保険適用薬について請求された場合、その費用の弊社負担分の支払いを弊社プランに求めることができます。その方法については、第7章セクション2を参照してください。
- ・ **他の人物があなたのために行った支払いに関する情報を弊社に提出してください。**他の特定の個人や組織が行った支払いは、あなたの自己負担費用に計上されます。たとえば、エイズ治療薬支援プログラム (ADAP)、インドの医療サービス、および慈善団体が行った支払いは、お客様の自己負担費用に計上されます。こうした支払いの記録を保管し、弊社がお客様の費用を追跡できるように弊社に提出してください。

第5章 パートD 医薬品にプランの補償を使用する

- 弊社が送付した報告書を確認してください。あなたがパートD EOBを受領したら、その内容に漏れがなく正確であることを確認してください。情報に抜けがあると思う場合、または質問がある場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にお電話ください。紙のパートD 給付明細書 (パートD EOB) を郵送で受け取る代わりに、パートD EOBの電子版を受け取ることができます。お客様は、<https://www.express-scripts.com/> にアクセスして、これを求めることができます。オプトインを選択した場合、パートD eEOBの表示、印刷、またはダウンロードの準備ができたときに電子メールが送信されます。また、電子版 パートD EOBは、ペーパーレス パートD EOBとも呼ばれます。ペーパーレス パートD EOBは、印刷物のパートD EOBの正確な複写 (画像) です。こうしたレポートは必ず保管しておいてください。

第 6 章 パート D 医薬品の支払い額

第 6 章 : パート D 医薬品の支払い額

弊社プランで補償されているパート D 医薬品の費用は発生しません。

第7章： 補償対象の医療サービスまたは医薬品に対する 弊社負担分の支払い要請

セクション1 保険適用業務または保険適用サービス・薬の支払いを弊社に依頼すべき状況

弊社のネットワークプロバイダは、あなたの保険適用業務および保険適用薬についてプランに直接請求します。あなたが保険適用業務または保険適用薬について請求書を受け取ることはありません。あなたが受けた医療または医薬品の請求書を受け取った場合は、この請求書を弊社に送付していただければ、弊社が支払いを行います。あなたが弊社に請求書を送ると、弊社は請求書を確認し、サービスと医薬品に保険適用するかどうかを決定します。保険適用対象と判断した場合は、プロバイダに直接支払います。

あなたがすでにこのプランの対象となる Medicare のサービスまたは用品の代金をお支払い済みの場合、弊社プランに払戻しを申請できます(あなたへの払戻しは、**精算**と呼ばれることもあります)。お客様が弊社プランの保険対象医療サービスまたは保険対象薬について支払いを行った場合はいつでも、弊社プランによる払戻しを受ける権利があります。払戻しを受けるには、守らなければならない期限があります。この章のセクション2を参照してください。あなたがすでに支払い済の請求書を弊社に送ると、弊社は請求書を確認し、サービスまたは医薬品に保険適用するかどうかを決定します。保険適用であると判断した場合は、あなたにそのサービスまたは医薬品の代金を払い戻します。

また、プロバイダから、あなたが受けた医療の費用全額の請求を受ける場合や、あなたの費用分担分を超える請求を受ける場合もあります。まず、プロバイダとの間で請求の問題解決を試みてください。それでうまくいかない場合は、支払うのではなく、弊社に請求書を送付してください。弊社は、請求書を確認し、そのサービスに保険を適用すべきどうかを決定します。保険適用対象と判断した場合は、プロバイダに直接支払います。弊社が支払いわないと決定した場合は、プロバイダに通知します。あなたは、プランで認められた費用分担分以上の金額を絶対に支払うべきではありません。このプロバイダが契約している場合でも、お客様の治療の権利は維持されます。

ここでは、弊社プランへの払戻し申請の必要があるかもしれない状況と、あなたが受け取った請求書への支払いを求める必要があるかもしれない状況の例を示します。

1. 弊社プランのネットワーク外のプロバイダから緊急事態の処置または応急処置を受けたとき

- あなたは、プロバイダが弊社のネットワークの一部であるかどうかにかかわらず、プロバイダから緊急事態のサービスまたは緊急に必要なサービスを受けることができます。このような場合は、プロバイダにプランに請求するよう依頼してください。

第7章 補償対象の医療サービスまたは医薬品に対する弊社負担分の支払い要請

- ・ 治療を受けたときにあなた自身で全額を支払う場合は、弊社に払戻しを申請してください。あなたの支払いについての書類とともに請求書をお送りください。
- ・ あなたが自身に支払い義務があるとは思っていない支払いを要求する請求書をプロバイダから受け取ることがあります。あなたの支払いについての書類とともに請求書をお送りください。
 - プロバイダに対して何らかの支払い義務がある場合は、弊社がプロバイダに直接支払います。
 - あなたがすでにサービスに対して支払い済の場合は、弊社があなたに払戻しいたします。

2. ネットワークプロバイダがあなたに、支払う義務が無いと思われる請求書を送付したとき

ネットワークプロバイダは常にプランに直接請求するはずです。しかし、時には、誤ってあなたにサービスの支払いを求めることがあります。

- ・ ネットワークプロバイダから請求書を受け取った場合は、必ず請求書を弊社に送付してください。弊社がプロバイダに直接連絡して、請求の問題を解決します。
- ・ 請求についてすでにネットワークプロバイダに支払い済の場合は、あなたの支払いについての書類とともに請求書をお送りください。あなたの保険適用業務の支払いを弊社に求めてください。

3. プランに遡及的に登録している場合

時として、プランへの入会は遡及的なものです。(つまり、入会初日はすでに過ぎています。入会日が昨年に発生していることさえあります)。

弊社プランへの入会が遡及的に行われており、入会日以後に保険適用業務または保険適用薬のいずれかについて自己負担で支払いを行った場合、弊社に払戻しを申請することができます。払戻しを処理するには、領収書や請求書などの書類を提出する必要があります。

4. ネットワーク外薬局で処方薬を調剤する場合

お客様がネットワーク外薬局に行った場合、薬局から弊社に請求を直接送付することができないことがあります。その場合は、あなたが処方薬費用の全額を支払う必要があります。

領収書を保存しておき、払戻し申請の際にその複写をお送りください。ネットワーク外薬局は限られた状況でのみ保険適用されるということを忘れないでください。これらの状況については、第5章のセクション2.4をご覧ください。弊社は、あなたがネットワーク外薬局で医薬品に支払った金額と、ネットワーク薬局で支払う金額との差額の払戻しをしないことがあります。

5. あなたが、プラン会員カードを持参していないために処方薬費用の全額を支払う場合

プラン会員カードを持っていない場合は、プランに電話するか、プラン入会情報を検索するように薬局に依頼することができます。薬局がすぐに必要としている登録情報を入手できない場合は、あなたが処方薬費用の全額を自身で支払うことが必要になることがあります。

第7章 補償対象の医療サービスまたは医薬品に対する弊社負担分の支払い要請

領収書を保存しておき、払戻し申請の際にその複写をお送りください。お客様が支払った現金価格が、弊社の交渉による価格よりも高い場合、弊社はお客様が支払った費用の全額を払い戻さないことがあります。

6. 上記以外の状況でお客様が処方薬の費用を全額支払う場合

その医薬品が何らかの理由で補償対象でないことが判明したため、あなたが処方薬費用の全額を支払うことがあります。

- たとえば、その医薬品がプランの薬剤リストに入っていない場合や、あなたが知らなかったか、ご自身には適用されないと思っていた要件や制限を伴っている場合があります。お客様がその医薬品を即座に入手すると決めた場合、費用全額の支払いが必要になる場合があります。
- 領収書を保存しておき、払戻し申請の際にその複写をお送りください。状況によっては、あなたにその医薬品分を払戻すため、弊社があなたの主治医からさらに情報を得る必要が生じる場合があります。お客様が支払った現金価格が、弊社の交渉による価格よりも高い場合、弊社はお客様が支払った費用の全額を払い戻さないことがあります。

7. あなたが Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の資格を有していたために、弊社プランへの入会が遡及的なものになる場合

Medicaid は、収入とリソースが限られている一部の人々の医療費を支援する、連邦および州の共同政府プログラムです。Medicaid の加入者の一部は、処方薬補償を得るために自動的に弊社プランに登録されます。時として、プランへの入会は遡及的なものです（「遡及的」とは、入会初日がすでに過ぎていることを意味します。入会日が昨年に発生していることさえあります）。

弊社プランへの入会が遡及的に行われており、入会日以後に医薬品について自己負担で支払いを行った場合、弊社にその費用の払戻しを申請することができます。払戻しを処理するには、領収書や請求書などの書類を提出する必要があります。

- 弊社に払い戻しを申請する際に、領収書の複写をお送りください。
- お客様は、自己負担費用の支払いを申請しなければなりません（他の保険で支払われた費用については不要です）。
 - プランは、弊社の薬剤リストに記載されていない医薬品については、支払わない場合があります。上記の例はすべて、保険適用決定の種類です。これは、弊社がお客さまの支払い請求を拒否した場合、お客さまは弊社の決定について不服請求できるということを意味します。この文書の第9章には、不服請求の方法についての情報が記載されています。

あなたが弊社に支払い申請を送ると、弊社はあなたの申請を確認し、サービスまたは医薬品が補償対象となるかどうかを判断します。これは**保険適用決定**と呼ばれます。弊社は、保険適用対象であると判断した場合、そのサービスまたは医薬品の代金を支払います。弊社がお客さまの支払い請求を拒否した場合、お客さまは弊社の決定について不服請求できます。第9章には、不服請求の方法についての情報が記載されています。

第7章 補償対象の医療サービスまたは医薬品に対する弊社負担分の支払い要請**セクション2 払戻しまたは受領した請求書の支払いを弊社に申請する方法**

あなたは、申請書を送付して、弊社に払戻しを申請できます。申請書を送付する場合、請求書とあなたがすでに支払った分の書類を送ってください。お客様の記録のために請求書と領収書を複写しておくとういでしょう。あなたがサービス、用品、または医薬品を受けた日から365日以内(医療請求の場合)または3年以内(医薬品請求の場合)に、保険請求を弊社に提出する必要があります。

弊社の決定に必要な情報を間違いなくすべて提供するために、支払いの申請を、弊社の請求書式に必要な事項を記入して行うことができます。

- この書式は、使用しなければならないわけではありませんが、情報の迅速な処理に役立ちます。会員精算の場合、弊社はウェブポータルに請求書式を用意しています。書類を確実に漏れなく提出するために、会員にはこの書式の使用を強くお勧めしますが、必須ではありません。書式を使用せずに請求書の複写を提出することもできます。いずれの場合も、プロバイダ情報、サービス日、該当する場合は医師診療行為用語(CPT)コード、診断コードまたは説明、必要に応じて利用可能な医療記録と請求額、医療を必要とする理由の簡単な説明を含める必要があります。また、会員は、請求の提出と同時に支払証明を提出する必要があります。有効な支払証明は、銀行またはクレジットカードの明細書、もしくは支払済小切手の複写です。
- 弊社ウェブサイト (go.wellcare.com/OhanaHI) からダウンロードするか、会員サービス (1-888-846-4262、TTYのみ711) へのお電話で書式を請求してください。

医療サービスについては、請求書または領収書を添えて、支払申請書を下記住所に郵送してください。

支払申請先住所

Wellcare
Medical Reimbursement Department
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

パートD処方薬の場合、請求書または領収書を添えて、支払申請書を下記住所に郵送してください。

パートD支払申請先住所

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

第7章 補償対象の医療サービスまたは医薬品に対する弊社負担分の支払い要請

セクション3 弊社は支払申請を検討し、承認または不承認の回答をします

弊社は、あなたの支払申請を受け取ったときに、補足情報が必要かどうかをお知らせします。そうでない場合、あなたの申請を検討して、保険適用の可否を決定します。

- 弊社が医療または医薬品への保険適用を決定し、あなたがすべての規則に従っていると判断した場合、弊社はそのサービスに対して支払いを行います。あなたがサービスまたは医薬品の代金をすでに支払い済の場合は、精算分を郵送します。あなたが医薬品費用の全額を支払い済の場合、その全額までは払い戻されない場合があります（たとえば、医薬品をネットワーク外薬局で入手した場合、または医薬品に対して支払った現金価格が弊社の交渉価格よりも高い場合）。あなたがサービスまたは医薬品の代金をまだ支払っていない場合は、弊社からプロバイダに支払額を直接郵送します。
- 医療または医薬品が保険適用外と弊社が判断した場合、あるいはあなたがすべての規則に従っていないと判断した場合、弊社はその医療または医薬品のための支払いは致しません。弊社は、支払いを行っていない理由と、その決定に不服請求するあなたの権利について説明する文書を送付します。

セクション3.1 弊社が医療または医薬品の支払いを行わないと通知した場合、あなたは不服請求することができます

あなたの請求の却下または弊社の支払い額について弊社が誤っているとお考えの場合、あなたは不服請求することができます。不服請求するということは、弊社があなたの支払い申請を却下したときの決定の変更を弊社に求めるということです。不服請求手続きは、詳細な手順と重要な期限が定められた公式の手続きです。この不服請求の方法の詳細については、第9章を参照してください。

第 8 章 あなたの権利と責任

第 8 章 : あなたの権利と責任

セクション 1 弊社プランは、あなたの権利および文化的感受性を尊重する必要があります

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Karen, Samoan, Thai, Turkish, Uzbek, Ilocano, Burmese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

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

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

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

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

Chapter 8 Your rights and responsibilities

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

本項計劃有免費譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。如果您需要，我們也可以為用英語以外的其他語言，包括 中文、韓文、苗文、塔加洛文、柬埔寨文/高棉文、越南文、夏威夷文、日文、薩摩亞文、泰文、伊洛果文、緬甸文、土耳其文、烏茲別克文及 語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式向您免費提供的材料。我們需要以可得取和適合您的格式向您提供有關計劃福利的資訊。若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 1-888-846-4262 (TTY 使用者請致電 711)。

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

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

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

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

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

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 중국어, 몽어, 타갈로그어, 라오스어, 캄보디아어/크메르어, 베트남어, 하와이어, 일본어, 사모아어, 태국어, 일로카노어, 페르시아어, 카렌어, 터키어, 우즈베크어 를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-888-846-4262 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

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

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

Chapter 8 Your rights and responsibilities

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

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv hauv ib txoj hauv kev uas haum rau koj (hauv hom lus uas tsis yog Lus Askiv, ua ntawv Su, suab lus, luam ntawv loj, los sis lwm hom ntawv, thiab lwm yam.)

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum xyuas kom paub tseeb tias tag nrho cov kev pab cuam, fab kev kho mob thiab tsis cuam tshuam txog fab kev kho mob tib si, tau muab hauv tus yam ntxwv uas haum raws li fab kab lij kev cai thiab nkag cuag tau rau tag nrho cov neeg tso npe nkag, suav nrog cov neeg uas paub Lus Askiv tsis tshua zoo, nyeem ntawv tau tsis tshua zoo, tsis muaj peev xwm hnov lus, los sis cov neeg uas muaj keeb kwm fab kab lis kev cai thiab haiv neeg ntau yam. Cov qauv piv txwv ntawm qhov seb peb txoj phiaj xwm puas tuaj yeem ua tau raws li cov cai kev nkag cuag no li cas ntawd yuav muaj tab sis tsis tas rau ntawm, kev muab cov kev pab cuam txhais ntawv, cov kev pab cuam txhais lus, lub tshuab ntaus ntawv, los sis kev sib txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv).

Peb txoj phiaj xwm muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug los ntawm cov tswv cuab uas tsis hais Lus Askiv. Peb kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Suav, Lus Kaus Lim, Lus Hmoob, Lus Tagalog, Lus Nplog, Lus Kas Pus Cias/Khmer, Lus Nyab Laj, Lus Hawaii, Lus Nyij Pooj, Lus Samoan, Lus Thaib, Lus Phab Mab, Lus Karen, Lus Turkish, Lus Uzbek thiab ua suab lus, ntawv su, ntawv luam loj, los sis lwm cov hom ntawv yam tsis tau them nqi yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv qhia paub rau koj hais txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig kev pab uas yuav nkag siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb hauv ib txoj hauv kev uas siv tau rau koj, hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab ntawm 1-888-846-4262 (Cov neeg siv TTY hu rau 711).

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum tau muab ib txoj kev xaiv txog kev nkag cuag ncaj qha rau cov poj niam tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv nyob hauv pab pawg koom tes rau cov neeg tso npe uas yog poj niam nyob hauv pab pawg koom tes rau cov poj niam cov kev pab cuam saib xyuas kev noj qab haus huv li txhua zaum thiab rau fab kev tiv thaiv kab mob.

Yog tias koj cov kws muab kev pab cuam hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes rau kev kho mob tshwj xeeb tsis muaj siv, nws yog peb txoj phiaj xwm lub luag hauj lwm yuav nrhiav cov kws muab kev pab cuam kho mob tshwj xeeb uas nyob sab nraud ntawm pab pawg koom tes uas yuav muab kev saib xyuas kho mob uas tsim nyog tau rau koj. Hauv qhov teeb meem no, koj tsuas yuav them kev sib faib tus nqi nyob hauv pab pawg koom tes xwb. Yog tias koj pom tias koj tus kheej nyob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob paub tshwj xeeb hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes uas duav roos qhov kev pab cuam uas koj xav tau ntawd

Chapter 8 Your rights and responsibilities

lawm, hu rau peb txoj phiaj xwm kom tau cov ntaub ntawv qhia paub txog qhov yuav mus nrhiav kom tau txais qhov kev pab cuam no ntawm kev sib faib tus nqi hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem dab tsi txog kev muab ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm hauv ib hom ntawv uas nkag cuag tau thiab tsim nyog rau koj, mus ntsib tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv ntawm poj niam los sis kev nrhiav tus kws kho mob paub tshwj xeeb hauv pab pawg koom tes, ces hu tuaj sau ntawv hais txog kev tsis txaus siab nrog Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab. Koj kuj tuaj yeem foob lus kev tsis txaus siab tau nrog Medicare los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis ncaw qha mus rau Office for Civil Rights 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

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

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

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga materyales sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Tsino, Koreano, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Hapon, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-888-846-4262 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

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

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

Chapter 8 Your rights and responsibilities

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

ພາກທີ 1.1

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີການທີ່ເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານແລະສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ້ອມໂຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ສຽງ, ຕົວອັກສອນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆ, ແລະອື່ນໆ)

ຖືບັນເລື່ອງຈຳເປັນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງທາງດ້ານຄລີນິກ ແລະບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄລີນິກ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມທາງວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ, ທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ, ຫຼືຜູ້ທີ່ມີຜົນຖານວັດທະນະທຳແລະຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ.

ຕົວຢ່າງຂອງວິທີການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສາມາດຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ການສະຫນອງການບໍລິການແປພາສາ, ບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ເຄື່ອງພິມດິດໂທລະເລກ, ຫຼື TTY (ໂທລະສັບຂໍ້ຄວາມຫຼື ໂທລະສັບພິມດິດໂທລະເລກ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາຟຣີສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສະເວົ້າພາສາອັງກິດ.

ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນຕ່າງໆເປັນ ເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ ລວມມີ ຈີນ, ເກົາຫຼີ, ມົ້ງ, ຕາກາລໍອດຟກ, ລາວ, ກຳປູເຈຍ/ຂະເມນ, ຫວຽດນາມ, ຮາວາຍ, ອິນຊີ, ຊາມິວ, ໄທ, ອິໂລກາໂນ, ມຽນມາ, ຄາເລັນ, ເຕີກກີ, ອູເບກສະຖານ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສະດວກສໍາລັບທ່ານ, ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ

ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະໜອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບບໍລິການສະເພາະທາງ, ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພິເສດຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ຈະສະຫນອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍສະເພາະຄ່າແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຢູ່ໃນສະຖານະການ

ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້

ໃນການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ຫຼື ຄົນຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍ, ໂທເພື່ອອື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດອື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ Medicare

Chapter 8 Your rights and responsibilities

ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

ផ្នែកទី 1.1 ເພິ່ນត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន និងតាមលក្ខណៈសមស្របຂាងវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេង អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ពុម្ពអក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតជាដើម)

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានອາមຈາរឱ្យធានាថា សេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក
ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌
ហើយអាចផ្តល់លទ្ធភាពប្រើប្រាស់ដល់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត
ជំនាញមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។
ឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងអាចបំពេញតាមតម្រូវការនៃលទ្ធភាពចូលប្រើប្រាស់ទាំងនេះរួមមាន
ជាអាទិ៍ដូចជា ការផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារ សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ អ្នកសរសេរនូវលេខ ឬការតភ្ជាប់ TTY
(ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទជាទូរលេខ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ
ដែលអាចឆ្លើយនឹងសំណួរពីសមាជិកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា
ភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ចិន, កូរ៉េ, ម៉ុង, តាកាឡុក, ឡាវ, កម្ពុជា/ខ្មែរ, វៀតណាម, ហាវ៉ៃ, ជប៉ុន, សាម៉ូ, ថៃ,
អាមេរិក, កាប៊ីន, ឡាតី, អ៊ីសបេក និង អូឌីយ៉ូ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជាពុម្ពអក្សរធំ
ឬជាទ្រង់ទ្រាយជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។
យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន
និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន
សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្ត្រីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅជួបអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយផ្ទាល់
នៅក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាសុខភាពជាប្រចាំ និងការថែទាំបង្ការជំងឺរបស់ស្ត្រី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ឯកទេសមួយមិនមានទេ
វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅក្រៅបណ្តាញ
ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់នោះ។ ក្នុងករណីនេះ
អ្នកនឹងចំណាយតែលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។
ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពដែលមិនមានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង
ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែល
ត្រូវទៅទទួលបានសេវាកម្មនេះដោយមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។
ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន
និងសមស្របសម្រាប់អ្នក ក្នុងការជួបអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពស្ត្រី ឬការស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញ
សូមទូរសព្ទទៅដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare
ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬដោយផ្ទាល់ជាមួយការិយាល័យ Office for Civil
Rights 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

**Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý
vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những**

Chapter 8 Your rights and responsibilities

ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

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

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Hmong, tiếng Tagalog, tiếng Lào, tiếng Campuchia/Khmer, tiếng Việt, tiếng Hawaii, tiếng Nhật, tiếng Samoa, tiếng Thái, tiếng Ilocano, tiếng Miến Điện, tiếng Karen, tiếng Thổ Nhĩ Kỳ, tiếng Uzbek và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi số 711).

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

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

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

Māhele 1.1 Pono mākou e hā'awi i ka 'ike ma ke 'ano e hana ai no 'oe a kūlike me kāu mau mana'o mo'omeheu (ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma mua o ka Pelekania, ke kani, ka braille, ka pa'i nui, a i 'ole nā format 'ē a'e, a pēlā aku.)

O kā mākou ho'olālā e hō'oi'a'i'o 'ia nā lawelawe a pau, he lapa'au a 'a'ole lapa'au paha, e hā'awi 'ia ma ke 'ano he ho'omaika'i mo'omeheu a loa'a i nā mea kau inoa a pau, me nā mea e pili ana i ka 'ole o ka 'ike Pelekania, ka hiki 'ole i ka heluhelu 'ana, hiki 'ole i ka lohe, a i 'ole nā mea i loa'a nā mo'omeheu a me nā kumu ha'awina. O nā la'ana o ke 'ano e hiki ai i kā mākou ho'olālā ke

Chapter 8 Your rights and responsibilities

ho'okō i kēia mau koi hiki ke komo akā 'a'ole i kaupalena 'ia, ka ho'olako 'ana i nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, teletypewriters, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona a kelepona a i 'ole kelepona kākau kelepona).

Loa'a nā lawelawe unuhi manuahi kā mākou ho'olālā e pane i nā nīnau mai nā lālā 'a'ole 'ōlelo Pelekania. Hiki iā mākou ke hā'awi iā 'oe i nā mea i loko nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania komo Pākē, Kōlea, Mōna, Laokia, Cambodian/Khmer, Vietnamese, 'Ōlelo Hawai'i, Kepanī, Sāmoa, Kailani, 'Ilocano, Pulumī, Karen, Tureke, 'Uzbek a leo, braille, pa'i nui, a i 'ole nā 'ano 'ē a'e me ka uku 'ole inā pono 'oe. Pono mākou e hā'awi iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pomaikai o mākou ho'olālā i kahi 'ano e kūpono a kūpono ho'i no 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai iā mākou ma ke 'ano kūpono iā 'oe, e kelepona iā Nā lawelawe Lālā ma 1-888-846-4262 (Kāhea nā mea ho'ohana TTY 711).

Pono ka ho'olālā e hā'awi i nā wāhine i kau inoa i ke koho pololei i ka mea 'ike ola wahine i loko o ka pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine ma'amau a me nā lawelawe mālama olakino pale.

Inā 'a'ole i loa'a nā mea ho'olako i ka pūnaeweale o kā mākou ho'olālā no kahi kūikawā, 'o kā mākou kuleana ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaeweale nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. Ma kēia hihia, e uku wale 'oe i ka ka'ana like koina o ka pūnaeweale. Inā 'ike 'oe iā 'oe iho i kahi kūlana 'a'ohe mea loea i kā mākou pūnaeweale ho'olālā e uhi ana i kahi lawelawe āu e pono ai, e kelepona i kā mākou ho'olālā no ka 'ike ma kahi e hele ai e ki'i i kēia lawelawe ma ka ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaeweale.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano i hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe, ke 'ike 'ana i kahi loea olakino wahine a i 'ole ka 'imi 'ana i kahi loea pūnaeweale, kelepona e waiho i ka hoopii me ka Nā lawelawe Lālā. Hiki iā 'oe ke ho'opi'i pololei me Medicare ma ka kelepona 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole pololei me ka Office for Civil Rights 1-800-368-1019 i 'ole TTY 1-800-537-7697.

セクション 1.1 弊社は、お客様の文化的感受性（英語以外の言語、音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式など）に一致する情報を提供する必要があります。

プランでは、臨床と非臨床の両方のサービスが、すべて文化的能力のある方法で提供され、英語の能力や読解力に制限のある方や聴覚障がいのある方、あるいはさまざまな文化のおよび民族的背景を持つ方など、すべての登録者がアクセスできるようにする必要があります。プランがこのようなアクセシビリティ要件を満たす例には、翻訳サービス、通訳サービス、テレタイプライター、または TTY（テキスト電話またはテレタイプライター電話）接続などがありますが、これらに限定されません。

弊社プランでは、英語を話さない方からの質問に回答するための無料の通訳サービスが用意されています。また、資料を 英語以外の次の言語: 中国語, 韓国語, モン語, タガログ語, ラオ語, カンボジア語/クメール語, ベトナム語, ハワイ語, 日本語, サモア語, タイ語, イロカノ語, ビルマ語, カレン語, トルコ語, ウズベク語 の音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式で必要に応じて無償で提供します。弊社は、お客様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に

Chapter 8 Your rights and responsibilities

関する情報を提供する必要があります。お客様に適した方法で弊社から情報を入手するには、会員サービス（1-888-846-4262）にお電話ください（TTY をご利用の場合は 711）。

弊社のプランでは、女性の皆様に日常のおよび予防的な医療サービスを提供するために、ネットワーク内の女性医療専門家に直接連絡を取れる選択肢を提供する必要があります。

プランの専門分野ネットワークに属する医療従事者が利用できない場合、プランの責任において、必要なケアを提供する医療従事者をネットワーク外で見つける必要があります。この場合、皆様はネットワーク内の費用共同負担分のみを支払うことになります。必要なサービスに対応する専門家がプランのネットワークにいない場合は、このサービスをネットワーク内の費用共同負担で受けるための方法についてプランまでお問い合わせください。

弊社のプランから、アクセス可能かつ適切な形式で情報を入手できない場合や、女性医療専門家と面談できない場合、またはネットワークの専門家を見つけることができない場合は、会員サービスまでご意見をお寄せください。また、1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）にお電話いただくか、あるいは Office for Civil Rights 1-800-368-1019 または TTY 1-800-537-7697 に直接お電話いただき、Medicare にご意見をお寄せいただくこともできます。

တၢ်နီၤဖး 1.1 ပကဘၣ်ဟ့ၣ်ထီၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢကျိၤကျဲလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနဂီၢ်ဒီး အယူလိာ်ဖိးလိာ်သးဒီး နတၢ်ဆဲးတၢ်လၢ လၢကဘၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ပလီၤပဒိသး (လၢကျိၣ်တၢ်ကတိၤလၢ တမ့ၢ်ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်, ဒီးလၢတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပှၤမၢ်တထီၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖၣ်, ဒီးဒံန့ၣ်အသိးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.)

တၢ်ကူစါယါဘျါ ခံမံၤလိာ်, န့ၣ်ဘၣ်တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ်အီၤလၢ လုၢ်လံာ်လၢအလၢပုၤဒီးတၢ်ဆဲးတၢ်လၢအကီၢ်အစီအပူၤဒီး ပှၤဆဲးလီၤမံၤခဲလၢာ် ဒီးန့ၢ်အီၤကသ့, ပၣ်ဃုာ်ဒီး ပှၤတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, ဖးလံာ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, တၢ်န့ၢ်ဟူတၢ်ဂီၢ်ဘါစၢ်, မ့တမ့ၢ် ပှၤတဖၣ်လၢအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးတၢ်လၢလၢ အလီၤဆီလိာ်သးဒီး ကလုာ်ဒုၣ်တၢ်စီၤစီၤဂီၢ်ထံး တလီၤကံလိာ်သးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပတၢ်တီၢ်ကျဲၤအံၤ ထီၣ်ဘးဝဲဒၣ် တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ကသ့ဝဲဒၣ်လဲၣ် အတၢ်အဒိအတၢ်အပူၤ ပၣ်ဃုာ်ဒီး တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ် ပှၤကွဲးကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, ပှၤတဲကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၤစီၤခိၣ်, မ့တမ့ၢ် TTY (တၢ်ကွဲးဆှၢတၢ်ကစီၣ်လၢလီၤတဲစီၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၤစီၤခိၣ်) တၢ်ဘျးစဲတဖၣ် သန့က့ တမ့ၢ်ဒၣ်ထဲ

ပတၢ်တီၢ်ကျဲၤန့ၣ် အိၣ်ဒီးပှၤတဲကျိၣ်တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့လၢဘျးလဲကလီၤ ဒ်သိးကစံးဆၢတၢ်သံကွၢ်တဖၣ်လၢ ပှၤကရူၢ်ဖိတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့တဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပဟ့ၣ်နၤ လံာ်လိာ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ကွဲးယါတဖၣ်သ့ ခိဖျိ

Chapter 8 Your rights and responsibilities

ကျိတ်တံကတိတဖန်လၢ တမ့ၢ်ဘၣ်အဲကလံးကျိတ် ပၣ်ဃုာ်ဒီး တရူးကျိတ် ခိၣ်ရံယါကျိတ် ထဲးကလီးကျိတ် လၢအိၣ်ကျိတ် ဘွဲကၢ်လံၣ်ကျိတ် ခၢ်ဘီဒိယါ/ခမၢ်ကျိတ် ဘၣ်ယဲးန့ၣ်ကျိတ် ဟၣ်ဝၣ်ယံၣ်ကျိတ် ယပၣ်ကျိတ် ဆမိအၢ်ကျိတ် ယိၣ်ကျိတ် အိၣ်လိၣ်ခါနီၣ်ကျိတ် ပယီၣ်ကျိတ် ကညီကျိတ် တူၣ်ရကၢ်ကျိတ် အူစဘဲးကျိတ် ဒီးတၢ်ဖိၣ်န့ၣ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမၢ်တထံၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အကွၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖန် လၢတလၢ်ဘၣ်န့ၣ်စ့ ဖဲနလိၣ်ဘၣ်အီၤအခါန့ၣ်လီၤ. ပဘၣ်တၢ်မၤလိာ်ပုၤလၢ ကဟ့ၣ်န့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤဘၣ်ဃးဒီး ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ အတၢ်န့ၢ်ဘျးတဖန်အဂ့ၢ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီဒီး အကၢ်အဘၣ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. လၢကဒီးန့ၢ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢပအိၣ် လၢကျိၤကျဲၤလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးဘၣ် တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ ဖဲ 1-888-846-4262(ပုၤစူးကါ TTY တဖန် ကိးဘၣ် 711)တက့ၢ်.

ပတၢ်တိာ်ကျဲၤန့ၣ် ဘၣ်တၢ်မၤလိာ်အီၤလၢ ပုၤဆဲးလီၤမံၤလၢအမ့ၢ်ဟံၣ်မုၢ်တဖန်လၢ တၢ်ဃုာ်တၢ်ဘၣ်ဃးဒီး တၢ်ဒီးန့ၢ်ဘၣ် ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤတဖန် အဆူၣ်ချု ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလၢ ဟ့ၣ်ဘျးစဲလၢ ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤတဖန် အညီန့ၢ်ဆူၣ်ချုတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤဒီး တၢ်မၤကွၢ်ဆူၣ်ချုဒီးတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတၢ်ဆါအပူၤ လီၤလိၤအဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

ကသံၣ်သရၣ်တဖန်လၢ လၢတၢ်သ့တၢ်ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီတမံၤအဂီၢ်န့ၣ် တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤမ့ၢ်တသ့ဘၣ်အယိ, တၢ်အံၤမ့ၢ်ပတၢ်တိာ်ကျဲၤအမူအဒါလၢ ကဃုထံၣ်သ့ၣ်ညါ ကသံၣ်သရၣ်ကူစါလီၤဆီတၢ်လၢ ဟ့ၣ်ဘျးစဲအချု လၢကဟ့ၣ်လီၤန့ၣ် တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအလိၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤအသးဒိသိးအံၤအပူၤ, နကဘၣ်ဟ့ၣ်ဒၣ်ထဲ ဟ့ၣ်ဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤ ဘျးလဲန့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်ထံၣ်သ့ၣ်ညါလီၤက့ၤနသးလၢ နဘၣ်ကွၢ်ဆါၣ်မၢ်တၢ်အိၣ်သးတမံၤ ဖဲလၢပတၢ်တိာ်ကျဲၤအဟ့ၣ်ဘျးစဲအပူၤ ကသံၣ်သရၣ်ကူစါလီၤဆီတၢ်လၢ အကျါၤဘၢဟ့ၣ် တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတမံၤလၢနလိၣ်ဘၣ်အီၤတမံၤတအိၣ်ဝဲဘၣ်အခါ, ကိးဘၣ် ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ လၢတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤဘၣ်ဃးဒီး နကဘၣ်လဲၤဃုဒီးန့ၢ်တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤအံၤဖဲလဲၣ်လၢ ဟ့ၣ်ဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤဘျးလဲအဂီၢ်န့ၣ်လဲၣ်တက့ၢ်.

နမ့ၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတမံၤမံၤလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢပတၢ်တိာ်ကျဲၤအအိၣ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ဒီး အကၢ်အဘၣ်လၢနဂီၢ်, လၢကထံၣ်လိာ်ဒုးန့ၣ်သးဒီး ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤအဆူၣ်ချု ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤတဂၤ မ့တမ့ၢ် ဃုထံၣ်န့ၢ် ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီလၢ ဟ့ၣ်ဘျးစဲအပူၤတဂၤန့ၣ်, ကိးလီတဲစိလၢ ကဆုၤထီၣ် တၢ်ဆိးထီၣ်တၢ်သးတမံၤဆူ တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ ပုၤကရူၢ်ဖိ အတၢ်မၤန့ၣ်တက့ၢ်. နဆုၤထီၣ် တၢ်သးတမံၤအဂ့ၢ်ဆူ Medicare ခီဖျိ နကိး 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) မ့တမ့ၢ် ဆူ ဝဲၤဒါးလၢ ထံဖိကီၢ်ဖိခွဲးယာ်တဖန်အဂီၢ် (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 မ့တမ့ၢ် TTY 1-800-537-7697 သ့စ့ၢ်ကိးန့ၣ်လီၤ.

Chapter 8 Your rights and responsibilities

Vaega 1.1 E tatau ona matou tu'uina atu fa'amatalaga i se auala e aoga mo oe ma ia ogatasi ma ou uiga fa'ale-aganu'u (i gagana e ese mai le Igilisi, fa'alogo, mata'itusi tetele, lomiga tetele, po'o isi faatulagaga fa'apitoa, ma isi.)

O la matou fuafuaga e mana'omia ina ia mautinoa o auaunaga uma, e le gata i falema'i ma e le o ni falema'i, o lo'o tu'uina atu i se tulaga fa'ale-aganu'u ma e mafai ona maua e tagata uma o lo'o lesitala, e aofia ai i latou e utiuti le tomiai fa'aPeretania, fa'atapula'aina le faitau tusi, fa'alogo le fa'alogo, po'o i latou e eseese aganu'u ma aganu'u. O fa'ata'ita'iga o le auala e mafai ai e la matou fuafuaga ona ausia nei mana'oga avanoa e aofia ai ae le gata i, tu'uina atu o au'aunaga faaliliu, auaunaga fa'aliliu upu, teletypewriters, po'o le TTY (telefoni po'o le telefoni tusitusi telefoni) feso'ota'iga.

E maua i le matou fuafuaga tagata ma auaunaga mo le faaliliu upu maua fua e taliina atu fesili mai tagata e iai manaoga faapitoa ma tagata e le faaagaina le Gagana Peretania. E mafai fo'i ona matou avatu ia te oe meafaitino i totonu gagana e ese mai le Igilisi e aofia ai Saina, Kolea, Hmong, Tagalog, Laos, Cambodia/Kemea, Vitenami, Havaii, Iapani, Samoa, Thai, Ilokano, Pemesi, Kalene, Tuki, Usipeka ma leo, braille, lolomi tetele, po'o isi fa'asologa e leai se totogi pe a e mana'omia. Matou te mana'omia e tu'uina atu ia te oe fa'amatalaga e uiga i fa'amanuiaga o la matou penefiti fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia i matou i se auala e aoga mo oe, valaau le Auaunaga a Sui Usufono i 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

E mana'omia i la matou fuafuaga le tu'uina atu i tama'ita'i o lo'o lesitalaina le filifiliga o le tu'uina sa'o atu i se foma'i fa'apitoa i le soifua maloloina o tama'ita'i i totonu o le feso'ota'iga mo tama'ita'i masani ma puipuiga o le soifua maloloina.

Afai e le o avanoa tagata o lo'o tu'uina atu i totonu o la matou fuafuaga feso'ota'iga mo se tomiai fa'apitoa, o le matafaioi a la matou fuafuaga le su'eina o tagata e tu'uina atu fa'apitoa i fafo atu o le feso'ota'iga latou te tu'uina atu ia te oe le tausiga talafeagai. I le tulaga lea, e na'o le fa'asoaina o tau ile feso'ota'iga. Afai e te maua oe i se tulaga e leai ni tagata tomiai faapitoa i la matou fuafuaga o feso'ota'iga e aofia ai se au'aunaga e te mana'omia, vala'au la matou fuafuaga mo fa'amatalaga po'o fea e te alu i ai e maua ai lenei auaunaga ile fefa'asoa'i tau feso'ota'iga.

Afai e iai sau fa'afitauli i le mauaina o fa'amatalaga mai la matou fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe, va'ai se foma'i fa'apitoa mo le soifua maloloina o tama'ita'i po'o le su'eina o se foma'i fa'apitoa i feso'ota'iga, valaau e tuuina atu se faasea i le Auaunaga mo Sui Resitala. E mafai fo'i ona fai sau faasea ile Medicare ile vala'au ile 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pe tuusa'o ile Office for Civil Rights 1-800-368-1019 po'o le TTY 1-800-537-7697.

Chapter 8 Your rights and responsibilities

ส่วนที่ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมของคุณ (เป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เป็นเสียง เป็นอักษรเบรลล์ เป็นสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือเป็นรูปแบบอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของเรากำหนดให้บริการทั้งหมด ทั้งบริการทางคลินิกและที่ไม่ใช่ทางคลินิก ต้องให้บริการในลักษณะที่มีความรู้และความสามารถทางวัฒนธรรม และผู้ลงทะเบียนทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษที่จำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด ขาดความสามารถในการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ตัวอย่างวิธีการที่แผนของเราสามารถตอบสนองความต้องการด้านการช่วยเหลือการเข้าถึงเหล่านี้จะรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การจัดหาบริการแปลภาษา บริการล่าม การพิมพ์ทางไกล หรือการเชื่อมต่อ TTY (โทรศัพท์แบบข้อความ หรือเครื่องโทรพิมพ์) แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ เราสามารถมอบเนื้อหาให้แก่คุณเป็น

ภาษาอื่นนอกเหนือจากอังกฤษ ได้แก่ จีน เกาหลี บัง ตากาล็อก ลาว เขมร เวียดนาม ฮาวาย ญี่ปุ่น ซามัว ไทย อีโลกาโน พม่า กะเหรี่ยง ตุรกี อุซเบก และ เสียง อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากคุณต้องการ

เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผนของเราในรูปแบบที่คุณสามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการข้อมูลจากเราในรูปแบบที่คุณใช้งานได้ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่ custserv1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY ให้โทรไปที่ 711)

แผนของเรากำหนดให้ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงสามารถเลือกที่จะเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้หญิงในเครือข่ายได้โดยตรงสำหรับบริการดูแลสุขภาพเป็นประจำและในเชิงป้องกันของผู้หญิง

หากผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผนของเราไม่พร้อมให้บริการ จะถือเป็นความรับผิดชอบของแผนของเราในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายผู้ที่จะให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ

ในกรณีนี้คุณจะจ่ายเฉพาะการแบ่งค่าใช้จ่ายในเครือข่ายเท่านั้น หากคุณพบว่าไม่มีผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายของแผนของเราที่ให้บริการที่คุณต้องการ ให้โทรติดต่อแผนของเราเพื่อสอบถามข้อมูลว่าจะขอรับบริการนี้ได้จากที่ใดในรายการแบ่งค่าใช้จ่ายในเครือข่าย

หากคุณพบปัญหาในการรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ การค้นหาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้หญิง หรือการค้นหาผู้เชี่ยวชาญในเครือข่าย โปรดโทรติดต่อเพื่อยื่นคำร้องทุกข์กับฝ่ายบริการของสมาชิก นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นคำร้องเรียนต่อ Medicare ได้ด้วยการโทรติดต่อหมายเลข 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227) หรือสายตรง Office for Civil Rights 1 800 368 1019 หรือ TTY 1 800 537 7697

Bölüm 1.1 Bilgileri, sizin için uygun olan ve kültürel hassasiyetlerinizle tutarlı bir biçimde sunmaktayız (İngilizce dışındaki dillerde, sesli olarak, Braille alfabesiyle, büyük baskıyla veya diğer alternatif biçimlerde vb.)

Hem klinik hem de klinik dışı tüm hizmetlerin, kültürel açıdan yetkin bir şekilde sunulmasını ve İngilizce yeterliliği sınırlı olanlar, okuma becerileri sınırlı olanlar, işitme güçlüğü olanlar ya da kültürel ve etnik kökenleri farklı olanlar dahil olmak üzere, tüm kayıtlı kişiler intrin erişilebilir olmasının sağlanması amacıyla planımız gereklidir. Planımızın bu erişilebilirlik gerekliliklerini nasıl

Chapter 8 Your rights and responsibilities

karşılatabileceğine ilişkin örnekler arasında, çevirmen hizmetleri, tercüman hizmetleri, teleksler veya TTY (yazı çıktı cihaz veya teleks telefonu) yer almakla birlikte, örnekler bunlarla sınırlı değildir.

Planımızda, İngilizce konuşmayan üyelerden gelen soruları yanıtlamak için ücretsiz tercüman hizmetleri vardır. İhtiyacınız varsa Çince, Korece, Hmong dili, Tagalogca, Laosça, Kamboçça/Kmerce, Vietnamca, Hawaii Dili, Japonca, Samoaca, Tayca, İlocano Dili, Birmanca, Karencce, Türkçe, Özbekçe dahil olmak üzere İngilizce dışındaki dillerde ve sesli, Braille alfabesinde, büyük baskılı veya diğer alternatif biçimlerde materyalleri de ücretsiz olarak sunabiliriz. Planımızda kapsanan haklar hakkında erişilebilir ve sizin için uygun olan bir biçimde size bilgi verme yükümlülüğümüz vardır. Sizin için uygun olan şekilde bilgi almak için 1-888-846-4262 (TTY kullanıcıları için 711) numarasını kullanarak Üye Hizmetlerini arayın.

Kadınların rutin ve önleyici sağlık hizmetleri için ağ içindeki bir kadın sağlık uzmanına doğrudan erişim seçeneğinin kadın kayıtlılara sunulması planımızda zorunludur.

Planımızın uzmanlık ağındaki sağlayıcılar kullanılamıyorsa gerekli bakımı sağlayacak olan, ağ dışında uzman sağlayıcılar bulmak planımızın sorumluluğundadır. Bu durumda, yalnızca ağ içi masraf paylaşımı için ödeme yaparsınız. Planımızın ağında, ihtiyacınız olan bir hizmeti kapsayan uzmanın bulunmadığı bir durumla karşılaşırsanız bu hizmeti ağ içi masraf paylaşımında nereden edinebileceğinizi öğrenmek amacıyla planımızı arayın.

Planımızdan, erişilebilir ve size uygun olan bir biçimde bilgi almakta, kadın sağlığı uzmanına görünmekte veya ağda bir uzman bulmakta sorun yaşıyorsanız bir şikayet bildiriminde bulunmak için lütfen Üye Hizmetlerini arayın. Ayrıca, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) numaralı telefonu arayarak Medicare üzerinden veya doğrudan 1-800-368-1019 ya da TTY 1 800-537-7697 numaraları ile Office for Civil Rights üzerinden bir şikayette bulunabilirsiniz.

1.1-bo'lim. Biz sizga ma'lumotlarni qulay qilib va sizning madaniyatingizga (Ingliz tilidan boshqa tillarda, audioda, Brayl alifbosida, katta shriftda yoki alternativ formatlarda va h.k.) muvofiq holda yetkazib beramiz

Bizning rejamiz barcha xizmatlar – klinik va klinik bo'lmagan xizmatlar – madaniy jihatdan muvofiq ravishda va barcha ishtirokchilarga, shu jumladan, Ingliz tilisi cheklangan shaxslarga, o'qish qobiliyatida cheklov bo'lganlarga, eshita olmaydigan shaxslarga yoki boshqa madaniyat va irq vakillariga ochiq holatda taqdim etilishini kafolatlashni maqsad qiladi. Bu talablarga javob beruvchi usullar sifatida biz tarjimon xizmatlari bilan ta'minlanishni, yozma xabar operatorlarini, TTY (teleprinter) aloqasini misol qilishimiz mumkin.

Rejamiz ingliz tilida muloqot qilmaydigan a'zolar tomonidan beriladigan savollarga javob bera oladigan bepul tarjimonga ega. Shuningdek, biz sizga hech qanday to'lovsiz Inglizcha bo'lmagan ya'ni Xitoy, Koreyscha, Xmong, Tagalog, Laoscha, Kambodja tili/Xmer, Vyetnam tili, Hawayilik, Yaponcha, Samoan, Taycha, Ilokan, Birmancha, Karen, Turkcha, O'zbekcha materiallarni, audio, Brayl alifbosidagi, katta shriftidagi yoki boshqa muqobil shakldagi materiallarni taqdim etishimiz mumkin. Biz sizga rejamizning foydalari haqida siz uchun kerakli va qulay usulda ma'lumot

Chapter 8 Your rights and responsibilities

berishimiz shart. Bizdan o'zingiz uchun qulay usulda ma'lumot olish uchun 1-888-846-4262 dagi A'zolarga Xizmat ko'rsatish markaziga qo'ng'iroq qiling (TTY 711 raqamiga qo'ng'iroq qiladilar).

Biz Ayollar turmushi va salomatlikni preventiv saqlash xizmatlari tarmog'ida ayol ishtirokchilarga ayollar salomatligi mutaxassisiga bevosita murojaat qilish imkonini bermoqchimiz.

Agar rejamiz tarmog'ida muayyan yo'nalishdagi tibbiy xizmatlar ta'minotchisi bo'lmasa, sizga g'amxo'rlik qiladigan muayyan tibbiy ta'minot mutaxassislarini tarmoq tashqarisida topib joylashtirish bizning majburiyatimizga kiradi. Bu vaziyatda siz faqatgina tarmoq ichidagi xarajatnigina to'lab berasiz. Agar sizga kerakli xizmatni taqdim eta oladigan mutaxassislar rejamiz tarmog'ida bo'lmasa, tarmoq ichidagi xarajat evaziga bu xizmatni ko'rsata oladigan manzil bo'yicha ma'lumot olish uchun bizning reja markazimizga qo'ng'iroq qiling.

Agar o'zingizga kerakli va qulay shaklda ma'lumot olishda biror muammoga uchrasangiz, ayollar salomatligi mutaxassisi bilan uchrashish yoki tarmoq mutaxassisini topish, shikoyat qoldirish uchun ishtirokchilarni qo'llab-quvvatlash markaziga qo'ng'iroq qiling. Shuningdek, siz Medicare'ga shikoyat qilish uchun 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ga qo'ng'iroq qilishingiz yoki bevosita 1-800-368-1019 yoki TTY 1-800-537-7697 raqamlari orqali Fuqarolar huquqlari boshqarmasi (Office for Civil Rights)ga murojaat qilishingiz mumkin.

Seksion 1.1 Nasken nga ipaaymi ti impormasion iti wagas a maawatam ken maitunos iti kulturayo (kadagiti lengguahe a saan la nga Ingles, iti audio, iti braille, iti dadakkel nga imprenta wenno sabali pay a kasukat a pormat, ken dadduma pay)

Kasapulan ti planomi tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup iti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsaoda iti Ingles, nabeddengan ti kabaelanda iti panagbasa, discapacidad ti panagdengngeg, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagarigan no kasano a masabat ti maysa a planomi dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti ngem saan a nabeddengan ti, panangipaay kadagiti serbisio iti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenno koneksion iti TTY (text a telepono wenno teletypewriter a telepono).

Ti planomi ket addaan kadagiti tattao ken kadagiti libre a serbisio ti tagaipatarus a sidadaan a sumungbat kadagiti saludsod manipud kadagiti baldado ken miembro a saan nga Ingles ti pagsasaona. Mabalinmi pay nga ited kadakayo dagiti material iti pagsasao malaksid iti Ingles a pakairamanan ti Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek ken audio, braille, iti dadakkel nga imprenta, wenno dadduma pay a kasukat a pormat nga awan ti magastos no kasapulam dayta. Makalikagumkami a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas nga agtrabaho para kenka, tawagan ti Serbisio dagiti Miembro iti 1-888-846-4262 (TTY users ti tawagan 711).

Chapter 8 Your rights and responsibilities

Maikalikagum iti planomi a mangted kadagiti babbai a nagpalista iti pagpilian iti direkta nga access iti espesialista iti salun-at dagiti babbai iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babbai.

Nu dagiti tagaipaay ti network ti planomi para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti planomi nga agbirok kadagiti tagaipaay ti espesialidad iti ruar ti planomi a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, bayadam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu addaka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti planomi a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti planomi para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost-sharing iti uneg ti network.

No marigrigatanka a mangala ti impormasion manipud ti planomi iti pormat a maakess ken naiparbeng para kenka, pannakipagkita kadagiti espesialista ti salun-at dagiti babbai wenno panagbirok ti espesialista ti network, maidawat a tumawag tapno mangidatag ti asug iti Serbisio dagiti Miembro. Mabalinka pay a mangidatag iti reklamo iti Medicare babaen ti panangtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Office for Civil Rights iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

အပိုင်း 1.1 သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသော ယဉ်ကျေးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ အကဲဆတ်မှုများကို အလေးဂရုပြု၍ ပုံစံ (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများ၊ အသံ၊ မျက်မမြင် လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကျိုးနှင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများ) အား အသုံးပြုလျက် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့က ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာနှင့် ပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ မပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ယဉ်ကျေးမှုအရ အဆင့်အတန်းပြည့်မီသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်စေရန်နှင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကျွမ်းကျင်မှု နိမ့်ပါးသူများ၊ စာဖတ်စွမ်းရည် နိမ့်ပါးသူများ၊ အကဲဖြတ်အရုံချိတ်သူများနှင့် ကွဲပြားစုံလင်သော ယဉ်ကျေးမှုနှင့် လူမျိုးရေးနောက်ခံများကို ပိုင်ဆိုင်ထားသူများအပါအဝင် စာရင်းသွင်းသူအားလုံးအတွက် လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က စီမံပေးရပါမည်။ ထိုသို့သော လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်ရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်မည့် နည်းလမ်းများမှာ ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဖုန်းထဲမှပုံစံစကားကို စာသားဖြင့်ပြောင်းသော စက်များနှင့် TTY (စာသားဖြင့်ဆက်သွယ်သော တယ်လီဖုန်း သို့မဟုတ် TTY ဖုန်း) ဖြင့် ချိတ်ဆက်မှုများအား စီစဉ်ပေးခြင်း စသည်တို့ဖြစ်ပါသည်။

Chapter 8 Your rights and responsibilities

အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားကို ပြောဆိုသည့် မန်ဘာဝင်များ၏ မေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးရန်အတွက်လည်း ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် အခမဲ့ စကားပြောဝန်ဆောင်မှုများ ရယူနိုင်ပါသည်။ စာရွက်စာတမ်းများကို

ဤသည်တို့အပါအဝင် အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများဖြင့် ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။ တရုတ် ကိုရီးယား မှ တဂါးလော့ဂ်အို ကမ္ဘာတစ်လွှားသီးယားခမာ ဟာဝိုင်ယီ ဂျပန် ဆာမိုအာ ထိုင်း အီလိုကာနို မြန်မာ ကရင် တူရကီ ဥဇဘက် နှင့် သင်လိုအပ်ပါက အသံ၊ မျက်မမြင် လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကဲဖြင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများဖြင့်လည်း အခမဲ့ပေးအပ်နိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်သော အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင့်အတွက် လွယ်လင့်တကူ လက်လှမ်းမီနိုင်ပြီးသင့်လျော်သည့် ပုံစံတစ်မျိုးဖြင့် ပေးအပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ အချက်အလက်များရယူရန် အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ်၊ 1-888-846-4262 (TTY အသုံးပြုသူများ ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် 711) သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်အနေဖြင့် အမျိုးသမီး စာရင်းသွင်းသူများကို အမျိုးသမီးကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပုံမှန်နှင့် ကိုက်ညီကာကွယ်ရေး စောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကွန်ရက်တွင်းရှိ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ခွင့် ပေးအပ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

အထူးပြုနယ်ပယ်တစ်ခုအတွက် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမရှိပါက သင့်ကို လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်ကုသမှု ပေးအပ်နိုင်မည့် ကွန်ရက်ပဋိပမှ အထူးပြုပြန်ဆောင်မှုပေးသူများကို ရှာဖွေပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ ထိုအနေအထားတွင် ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ သင် ပေးချရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ကွန်ရက်အတွင်း သင်လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်နိုင်သည့် အထူးကုဆရာဝန် မရှိသောအခြေအနေကို ကြုံတွေ့ရပါက ကွန်ရက်တွင်း စရိတ်မျှဝေကျခံမှုပမာဏကိုသာ ပေးချလျက် ထိုဝန်ဆောင်မှုများကို မည်သည့်နေရာ၌ ရယူနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်သို့ ဆက်သွယ်မေးမြန်းပါ။

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်ထံမှ သင့်အတွက် လွယ်လင့်တကူ လက်လှမ်းမီနိုင်ပြီးသင့်လျော်သည့် ပုံစံဖြင့် အချက်အလက်များ ရယူရာတွင်ဖြစ်စေ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူနှင့် ပြောရန် သို့မဟုတ် ကွန်ရက်တွင်းအထူးကုဆရာဝန် ရှာဖွေရန်ဖြစ်စေ အခက်အခဲတစ်စုံတစ်ရာကြုံတွေ့ရပါက အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနထံ မကျေနပ်ချက်ကို တိုင်တန်းရန်အတွက် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် Medicare ထံ တိုင်ကြားချက်တင်သွင်းခြင်း သို့မဟုတ် Office for

第 8 章 あなたの権利と責任

Civil Rights ဖုန်းနံပါတ် 1-800-368-1019 သို့မဟုတ် TTY 1-800-537-7697 သို့ တိုက်ရိုက်ခေါ်ဆို
တိုင်ကြားခြင်းကိုလည်း ပုဂ္ဂိုလ်နိုင်ပါသည်။

セクション 1.2 弊社は、あなたが保険適用の業務と医薬品に適時にアクセスできるようにしなければなりません

あなたは、あなたの保険適用業務を提供および手配するプライマリケアプロバイダ (PCP) をプランのネットワーク内で選択する権利を有します。ネットワークプロバイダへの照会を得る必要ありません。

あなたは、**妥当な時間内**でプランのプロバイダネットワークから、予約と保険適用業務を得る権利を有します。これには、お客様が治療を必要とするときに、時宜を失せずに専門家からサービスを受ける権利が含まれます。また、お客様は、弊社のネットワーク薬局で、長い時間をかけずに処方薬の調剤または補充を受ける権利があります。

あなたが、妥当な時間内に医療またはパート D 医薬品を受けていないと考える場合にできることを第 9 章に示します。

セクション 1.3 弊社は、お客様の個人健康情報のプライバシーを保護する必要があります

お客様の医療記録および個人健康情報のプライバシーは、米国連邦法および州法によって保護されています。弊社は、こうした法律の要求のとおり、お客様の個人健康情報を保護します。

- お客様の個人健康情報には、お客様のプラン入会時に弊社に提供された個人情報に加えて、お客様の医療記録、その他の医療情報や健康情報が含まれます。
- お客様には、お客様の情報に関連する権利と、お客様の健康情報の使用方法を管理する権利があります。弊社は、こうした権利についてお知らせし、弊社があなたの健康情報のプライバシーを保護する方法を説明する **プライバシー慣行通知**と呼ばれる通知書をあなたに提供します。

弊社がお客様の健康情報のプライバシーを保護する方法

- 弊社では、権限のない人物が記録を閲覧したり変更したりしないように確実に期しています。
- 以下に記載する状況を除き、弊社が、あなたに医療を提供していないかあなたの治療の支払いをしていない人物にあなたの健康情報を渡すことを意図する場合、**まず、あなたまたはあなたが法的権限を与えた人物から書面による許可を得る必要があります。**
- 弊社がまずあなたの書面による許可を取得する必要のない例外があります。こうした例外は、法律によって許可されているか要求されています。

第8章 あなたの権利と責任

- 弊社は、医療の質を検査する政府機関に医療情報を開示する必要があります。
- あなたが Medicare を通じて弊社プランの会員であるため、パート D 処方薬についての情報を含むあなたの健康情報を Medicare に提供する必要があります。Medicare があなたの情報を研究またはその他の用途のために開示する場合、連邦の法律および規制に従って行われます。通常は、あなたを一意に識別する情報が共有されないことが必要です。

あなたは自分の記録に含まれる情報を閲覧し、他の人物とどのように共有されてきたかを知ることができます

あなたには、プランが保存している自身の医療記録を閲覧し、記録の複写を取得する権利があります。複写の作成には手数料がかかります。また、お客様には、弊社に医療記録の追加または修正を依頼する権利もあります。弊社は、これを依頼された場合、あなたの医療プロバイダと協力して変更を行うべきかどうかを決定します。

あなたには、自身の健康情報がルーティン外の目的でどのように他者と共有されてきたかを知れる権利があります。

あなたの個人健康情報のプライバシーについて疑問や懸念がある場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にお電話ください。

セクション 1.4 弊社は、プラン、プロバイダのネットワーク、および保険適用業務に関する情報を提供する必要があります

お客様には、弊社プランの会員として、弊社から複数種類の情報を取得する権利があります。

次の種類の情報が必要な場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にお電話ください。

- **弊社プランについての情報。**これには、たとえば、プランの財務状況に関する情報が含まれます。
- **弊社のネットワークプロバイダとネットワーク薬局についての情報。**お客様は、弊社のネットワーク内のプロバイダと薬局の資格、および弊社ネットワーク内でのプロバイダへの支払い方法についての情報を取得する権利を有します。
 - 資格、通っていた医学学校、研修の完了、および専門委員会による認可を含む、ネットワークプロバイダについての情報は、会員サービスにお問い合わせいただけます。会員サービスとウェブサイトの両方では、当社のネットワークプロバイダの変更に関する最新情報を入手いただけます。この情報は、弊社のウェブサイト go.wellcare.com/2026providerdirectories で確認できます。
- **お客様の保険適用に関する情報と、保険適用を使用する際に従わなければならない規則。**第3章および第4章では、医療サービスに関する情報を提供します。第5章および第6章では、Part D 保険適用薬について説明します。

第8章 あなたの権利と責任

- **注記：**弊社プランは、受任団体所属者を含め、利用状況の検討を行ったプ開業医、プロバイダ、または従業員に報酬を支払いません。稼働率管理（UM）の意思決定は、ケアとサービスの妥当性と、保険適用の存在にのみ基づきます。また、プランは、保険適用の却下決定について開業医やその他の個人に特に報酬を支払うことはありません。UMの意思決定者に対する金銭的報奨が、利用率低下の原因になる意思決定を促すものではありません。
- ・ **何かが保険適用されない理由と、あなたがそれについてできることについての情報。**第9章では、医療サービスまたはパートD医薬品が保険適用外である理由、または適用範囲の制限がある場合について、書面による説明を求める方法について説明します。第9章では、「不服請求」とも呼ばれる、決定変更の求めについての情報も提供します。

セクション 1.5 あなたには、自身の治療オプションについて知り、医療に関する決定に参加する権利があります

お客様には、主治医や他の医療プロバイダから全情報を得る権利があります。あなたのプロバイダは、あなたが理解できる方法であなたの病状と治療の選択肢を説明しなければなりません。

また、お客様には、自身の医療についての決定に全面的に参加する権利があります。お客様に最適な治療法について主治医とともに意思決定を行うことを助けるため、お客様の権利には以下が含まれます。

- ・ **自身の選択肢すべてを把握する。**あなたには、費用や弊社プランで保険適用されているかどうかにかかわらず、自身の病状に推奨されるあらゆる治療の選択肢について知らされる権利があります。また、この権利には、会員が医薬品を管理し、安全に使用することを支援するために弊社プランが提供しているプログラムについて知らされることも含まれます。
- ・ **リスクについて理解する。**お客様には、治療に関わるリスクについて説明する権利があります。提案された医療または治療が研究実験の一部である場合、お客様に事前に通知しなければなりません。お客様は常に実験的な治療を拒否する選択権を持ちます。
- ・ **「ノー」と言う権利。**あなたには、推奨される治療を拒否する権利があります。これには、主治医から退去しないように助言された場合でも、病院またはその他の医療施設を退去する権利が含まれます。また、お客様には、服薬を中止する権利もあります。あなたが治療を拒否したり、服薬を中止したりした場合、その結果として身体に起きたことについてはあなたが全責任を負うことになります。

あなたは、自身のために医学的な決定をすることができない場合にすべきことを指示しておく権利を有します。

ときとして、人は事故や重篤な病気のために自分自身のための医療上の判断を下すことができなくなることがあります。あなたには、このような状況の場合に何をしてほしいかを支持する権利があります。これは希望する場合に次のことができるということを意味します。

第8章 あなたの権利と責任

- ・ お客様が自分で判断できなくなった場合に、**お客様のための医療上の決定を下す法的権限を他の者に与える**という書式に記入してください。
- ・ あなたが自身のための決定をすることができない場合に、希望する医療行為の方法について、**主治医に指示書を出してください**。

こうした状況について事前に指示を与えるために使用できる法的文書は、**事前指示**と呼ばれます。リビングウィルや**医療委任状**などの文書は、事前指示の一例です。

指示を与えるための事前指示書を設定する方法：

- ・ **書式を取得してください**。事前指示書は、弁護士、ソーシャルワーカー、または一部の事務用品店から入手できます。ときとして、Medicare に関する情報を提供する組織から、事前指示の書式を入手することができます。
- ・ **書式に必要事項を記入して、署名してください**。この書式は、入手先に関わりなく法的文書です。この書類の作成時は、弁護士の助力を得ることを考慮してください。
- ・ **この書式のコピーを適切な人に渡してください**。書式の複写を、主治医と、あなたが判断できない場合に代わって判断できる人物として書式に記入した人に渡してください。親しい友人や家族への配布を希望することもできます。複写1部を自宅に保管してください。

自分が入院する予定であることを事前に知っていて、事前指示書に署名してある場合、**入院時に複写を持参してください**。

- ・ 病院はあなたに、事前指示書に署名済かどうか、その書類を持参しているかどうかを尋ねます。
- ・ 事前指示書に署名していない場合、病院にも書式が用意しており、署名するかどうかを尋ねられます。

事前指示書への記入は任意です（入院中の場合は、署名を希望するかどうかも含みます）。法律によれば、何人も、事前指示書の署名の有無に基づいて、あなたの治療を拒否したり差別したりすることはできません。

指示に従っていない場合

事前指示書に署名済なのに、医師や病院が指示に従わなかったと思う場合は、Hawaii Executive Office on Aging に訴えを提出できます。

セクション 1.6 あなたには訴えを申し立て、弊社に対して決定の再検討を請求する権利があります

何らかの問題、懸念、または訴えがあり、保険適用を求める必要がある場合、または不服請求を行う必要がある場合にできることが本書の第9章に記載されています。保険適用決定を求める、不服請求する、または訴えを起こすなど、あなたがどのような行動を取っても、**公正に取り扱う必要が弊社にはあります**。

第8章 あなたの権利と責任

セクション 1.7 お客様は、弊社の会員の権利と責任に関する方針について勧告を行う権利を有します

お客様が権利と責任について疑問や懸念を持っている場合、または会員の権利についての弊社の方針を改善するための提案がある場合は、会員サービスに連絡して意見を弊社と共有してください。

セクション 1.8 新技術の評価

新技術には、特定の疾患や症状の治療のために最近開発された手技、医薬品、生物由来製品、または既存の手技、医薬品、生物由来製品、および装置の新たな使用法が含まれます。弊社プランは、該当する場合、Medicare の全国および地域の保険適用判定に準拠しています。

Medicare の保険適用判定がない場合、弊社プランは会員が確実に安全で効果的な治療を受けることを保証するため、体系的な再吟味、ランダム化比較試験、コホート研究、症例対照研究、安全性と有効性を実証する統計的に優位な結果を伴う診断法評価研究、および全国的組織や公認機関が作成したガイドラインに基づくエビデンスの再検討を含め、査読済みの論文から現在公開されている医学文献を批評的に評価することで、該当する給付プランに新技術または既存技術の新しい使用法を組み入れるための評価を行います。当社プランは、医師、医師専門学会を含む全国的に認められた医学会、コンセンサスパネル、またはその他の全国的に認められた研究・技術評価組織、政府機関 (Food and Drug Administration (FDA)、アメリカ疾病予防管理センター (CDC)、およびアメリカ国立衛生研究所 (NIH) など) による意見、勧告、および評価も考慮に入れます。

セクション 1.9 公正な扱いを受けていない、または権利が尊重されていないと思う場合

あなたが人種、障害、宗教、性別、健康状態、民族、信条 (信仰)、年齢、または国籍のために不公正な取扱いを受けたか権利が尊重されていないと思う場合、保健福祉省の福祉局 (1-800-368-1019 または TTY をご利用の場合は 1-800-537-7697) に電話するか、Office for Civil Rights に電話してください。お客様には尊厳への敬意と尊厳の認識を伴う取扱いを受ける権利があります。

あなたが不公正な取扱いを受けたか、権利が尊重されなかったと思う場合、さらにそれが差別と関係がないことである場合、以下の機関から、あなたの問題に対処するための支援を得ることができます。

- プランの会員サービス : 1-888-846-4262 (TTY をご利用の場合は 711) までご連絡ください。
- 最寄りの SHIP : 1-888-875-9229 までご連絡ください。
- Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY のみ 1-877-486-2048) までご連絡ください。

第8章 あなたの権利と責任

セクション 1.10 お客様の権利に関する詳細情報の入手方法

あなたの権利に関する詳細情報は、以下の場所から入手できます。

- ・ **会員サービス** : 1-888-846-4262 (TTY をご利用の場合は 711) までご連絡ください。
- ・ **最寄りの SHIP** : 1-888-875-9229 までご連絡ください。
- ・ **Medicare の連絡先** :
 - www.Medicare.gov にアクセスして、*Medicare Rights&Protections* (www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf から入手可能) をお読みください。
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY のみ 1-877-486-2048) までご連絡ください。

セクション 2 プラン会員としてのあなたの責任

プラン会員として行う必要があることを下記に示します。ご質問は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) までご連絡ください。

- ・ こうした保険適用業務を利用するには、保険適用業務と従わなければならない規則をよく知っておく必要があります。あなたの保険適用の内容と、保険適用サービスを受けるために従う必要がある規則について知るには、この *保険適用のエビデンス* を使用してください。
 - 第3章および第4章では、あなたの医療サービスの詳細について説明します。
 - 第5章および第6章では、Part D 医薬品補償の詳細について説明します。
- ・ あなたが弊社プランに加えて、他の医療補償や医薬品補償の受給者である場合、弊社にそれを通知する必要があります。第1章では、こうした給付の調整について説明します。
- ・ あなたが弊社プランに入会していることを主治医とその他の医療プロバイダに伝えてください。
医療またはパート D 医薬品を入手する際は、必ずプラン会員カードと Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) カードを提示してください。
- ・ 情報を提供したり、質問をしたり、治療に従うことで、お客様の主治医やその他のプロバイダのお客様への医療行為に協力してください。
 - 最良の医療を得る手助けとして、主治医やその他の医療プロバイダに健康上の問題について話してください。あなたと主治医が合意した治療プランと指示に従ってください。
 - 店頭販売されている薬、ビタミン、サプリメントを含め、服用中の医薬品すべてについて主治医が確実に知るようになしてください。
 - 質問がある場合は、必ず質問して、理解できる答えを得てください。お客様には、自身の健康上の問題を理解し、お客様と主治医が合意できる治療目標の設定に協力する責任があります。

第8章 あなたの権利と責任

- **思慮深くあってください。**弊社は、全会員が他の患者の権利を尊重することを期待しています。また、診察室、病院、その他のオフィスの円滑に運営されるように、協力的な姿勢で行動することを期待しています。
- **支払い義務があるものを支払ってください。**プラン会員は、下記の支払いに責任を負います。
 - プランの会員資格を維持するには、Medicare 保険料の支払いを継続する必要があります。
- **あなたが弊社プランのサービスエリア内で転居する場合、**会員記録を最新の状態に保ち、連絡方法を明らかにするため、弊社に連絡してください。
- **弊社プランのサービスエリア外に転居する場合は、**プラン会員資格は維持できません。
- **転居する場合、**社会保障（または鉄道退職者委員会）に通知してください。

第 9 章： 問題または不平（保険適用決定、不服請求、 訴えなどについて）がある場合

セクション 1 問題や懸念がある場合の対処方法

この章では、問題と懸念事項を処理する手続きについて説明します。問題の処理に使用する手続きは、問題の種類によって異なります。

- 問題によっては、**保険適用決定と不服請求の手続き**を使用する必要があります。
- その他の問題については、**訴えを起こす手続き**を使用する必要があります。これは、苦情と呼ばれることもあります。

それぞれの手続きには、弊社とお客様が従うべき一連の規則、手続き、期限があります。

セクション 3は、使用すべき適切な手続きと実行すべきことを明確化するのに役立ちます。

セクション 1.1 法的条件

この章で説明する規則、手続き、期限の一部には、法律用語があります。こうした用語の多くはほとんどの人にとってなじみがありません。この章では、わかりやすいように一部の法的用語について、より馴染みやすい言葉で代用しています。

ただし、適切な法的用語を知ることが重要な場合もあります。適切なサポートや情報を得るために使用する用語をあなたが把握するのに役立てるため、弊社は特別な種類の状況に対応するための詳細情報を提供する際には、法律用語を含めています。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

セクション2 詳細情報と個人別の支援はどこで得られるでしょうか

あなたは弊社の支援をいつでも利用できます。弊社の取扱いについての苦情の場合でも、弊社はあなたが訴えを起こす権利を尊重する義務があります。サポートが必要な場合は、必ず会員サービス(1-888-846-4262、TTY ユーザの場合は711)にお電話ください。状況によっては、弊社に関係のない人物からのサポートやガイダンスが必要な場合もあります。以下の2つの機関からサポートを受けられます。

州健康保険支援プログラム(SHIP)

各州には、訓練を受けたカウンセラーが所属する政府プログラムがあります。このプログラムは、弊社、またはいかなる保険会社やヘルスプランとも関係ありません。このプログラムのカウンセラーは、あなたが現在抱えている問題を処理するため使用すべき手続きを理解するのを手助けします。また、あなたの疑問点に答えたり、詳細情報を提供したり、すべきことについての手引きを提供したりすることもできます。

SHIP カウンセラーのサービスは無料です。SHIP の連絡先情報は、第2章のセクション3を参照してください。

Medicare

- Medicare に連絡してサポートを受けることもできます:
- 年中無休で対応している、電話番号 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話してください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。
- www.Medicare.gov をご覧ください。

Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) から援助や情報を入手できます。

問題への対処に関する詳細情報と支援については、Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) にお問い合わせください。Medicaid から直接情報を入手するには、次の2つの方法があります。

- Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) (1-800-316-8005) に電話してください。TTY ユーザーは 711 に電話する必要があります。対応時間は、月曜日から金曜日の午前7時45分～午後4時30分です。
- Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) のウェブサイト (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>) にアクセスできます。

セクション3 Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の苦情の理解と、不服請求

Medicare 加入者は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の支援を利用できます。本章の内容は、Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) のすべての給付に適用されます。これは、Medicare と Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) の手続きを連結しているため、統合手続きと呼ばれます。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

Medicare と Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) の手続きが結合されない場合があります。このような状況では、あなたは Medicare による給付には Medicare の手続きを、Hawaii Med-Quest Division Program (Medicaid) による給付には Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の手続きを使用します。これらの状況については、**セクション 6.4** で説明します。

セクション 4 問題に対処するには、どのような手続きを取ればよいですか？

あなたに問題や懸念がある場合、あなたのすべきことは、この章の説明のうち、あなたの状況に合っている部分を読んでください。下記の情報は、Medicare または Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用による給付についての問題や訴えについて、本章の適切なセクションを見つけるのに役立ちます。

お客様の問題や懸念は、お客様の給付や保険適用についてのものですか？

これには、医療（医療用品、サービスおよび/またはパート B 医薬品）が保険適用対象かどうか、保険適用の方法、医療費の支払いに関連する問題などが含まれます。

はい。

セクション 5 保険適用決定と不服請求に関するガイドをご覧ください。

いいえ。

セクション 11 治療の質、待ち時間、カスタマーサービス、その他の懸念事項について訴えを申し立てる方法をご覧ください。

保険適用決定と不服請求

セクション 5 保険適用決定と不服請求に関するガイド

保険適用決定と不服請求は、あなたの治療（支払いを含め、サービス、用品、およびパート B 医薬品）についての給付と保険適用に関連する問題に対処します。単純化して分かりやすくするために、弊社では、一般に医療用品、サービス、Medicare Part B 処方薬を**医療**と呼びます。何かが保険適用対象かどうか、また何かが保険適用される方法といった問題については、お客様は保険適用決定と不服請求の手続きを使用します。

サービスを受ける前に、保険適用決定を求める

あなたが医療を受ける前に弊社がその医療サービスに保険適用するかどうかを知りたい場合は、弊社に保険適用決定を申請できます。保険適用の決定とは、あなたの給付と保険適用、またはあなたの医療に弊社が支払う金額に関する決定です。たとえば、プランのネットワーク内の医師があなたをネットワーク外の医療従事者に照会した場合、この照会は、あなたがこの医療従事者について標準的な拒否通知を受け取ったことをネットワーク医師が示すことができない

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

い限り、または保険適用のエビデンスにより、照会されたサービスがいかなる条件でも保険適用外であることが明示されていない限り、望ましい保険適用決定と見なされます。また、あなたまたはあなたの主治医は、弊社が特別な医療サービスに保険適用するかどうか、またはあなたが必要と考える医療の提供を弊社が拒否するかどうかを主治医にとって不明である場合、弊社に連絡して保険適用決定を求めることができます。

限られた状況ですが、保険適用決定の依頼が却下される状況があります。その場合、弊社は申請を検討しません。申請が却下される場合の例としては、申請が不完全な場合、お客様の代理として申請した人物が法的にその権限を持っていない場合、またはお客様が申請の取り下げを求めた場合などがあります。弊社が保険適用決定の申請を却下した場合、申請の却下理由と却下の再検討を求める方法を説明する通知を送付します。

弊社があなたへの保険適用対象と支払い金額を判断する際はいつでも、保険適用決定を行います。場合によっては、弊社は、医療があなたの保険対象ではない、またはもはや対象ではないと判断することがあります。この保険適用決定に同意できない場合、お客様は不服請求することができます。

不服請求の実行

給付の受領前か受領後かを問わず、弊社が保険適用決定をする場合、あなたが保険適用決定に満足していなければ、あなたはその決定について**不服請求**することができます。不服請求とは、当社が下した、補償について決定の見直しおよび変更を依頼する、正式な方法です。特定の状況下では、あなたは保険適用決定の**迅速な不服請求**を求めることができます。お客様の不服請求は元の決定の担当者とは別の審査担当者が処理します。

決定に最初の不服請求をする場合、レベル1不服請求と呼ばれます。この不服請求では、弊社が行った保険適用について、規則を適切に遵守しているかどうかを確認する点検を行います。この検討が完了したら、弊社の決定をあなたに伝えます。

限られた状況ですが、レベル1不服請求の申請が却下される状況があります。その場合、弊社は申請を検討しません。申請が却下される場合の例としては、申請が不完全な場合、お客様の代理として申請した人物が法的にその権限を持っていない場合、またはお客様が申請の取り下げを求めた場合などがあります。弊社がレベル1不服請求の申請を却下した場合、申請の却下理由と却下の再検討を求める方法を説明する通知を送付します。弊社が医療についてのレベル1不服請求の全部または一部を承認しない回答をした場合、あなたの不服請求は、弊社とは無関係の独立審査組織が実施するレベル2不服請求に自動的に移行します。

- あなたは、レベル2不服請求を開始するために何もする必要はありません。Medicareの規則では、弊社がレベル1不服請求に完全に同意しない場合、医療についてのあなたの不服請求を自動的にレベル2に回付することを義務付けています。
- 医療についてのレベル2不服請求についての詳細については、本章の**セクション6.4**を参照してください。
- パートDの不服請求については、本章の**セクション7**で説明します。

あなたがレベル2不服請求での決定に満足できない場合、あなたは引き続きその先の不服請求レベルに進むことができます(この章で、レベル3、4、5の不服請求プロセスについて説明します)。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

セクション 5.1 保険適用決定または不服請求の実行について支援を得る方法

お客様が、何らかの種類の保険適用決定または決定に対する不服請求を申請すると決定した場合のリソースを下記に記します。

- **会員サービス**：1-888-846-4262（TTY をご利用の場合は 711）までご連絡ください。
- 州健康保険支援プログラムから**無料の支援を受けることができます**
- **主治医または他の医療プロバイダが、お客様に代わって申請できます。**主治医がレベル 2 以降の不服請求を支援する場合、あなたの代理人として指名を受ける必要があります。会員サービス（1-888-846-4262、TTY のみ 711）に電話して、**代理人指名書式**を請求してください（この書式は、www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf）、または弊社のウェブサイト go.wellcare.com/OhanaHIでも入手できます）。
 - 医療の場合、あなたの主治医またはその他の医療プロバイダが、あなたの代理として保険適用決定またはレベル 1 不服請求の申請を行うことができます。レベル 1 不服請求が却下された場合、あなたの不服請求は自動的にレベル 2 に回付されます。
 - あなたの主治医または他の医療プロバイダが、不服請求中にあなたがすでに得ているサービスか用品を継続して受けることを求める場合、あなたが、あなたの代理人として主治医か他の処方者を指名することが必要な**場合があります**。
 - パート D 医薬品の場合、主治医またはその他の処方者は、あなたの代理として保険適用決定またはレベル 1 不服請求を申請できます。レベル 1 不服請求が却下された場合、主治医または処方者はレベル 2 不服請求を要求できます。
- **お客様は、他の人物に代理として行動するよう依頼できます。**保険適用決定の申請または不服請求の実行を行う代理人として別の人物を指名することができます。

友人、親戚、その他の人物を代理人にしたい場合は、会員サービス（1-888-846-4262、TTY のみ 711）に電話して**代理人指名書式**を請求してください（この書式は、www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf）、または弊社のウェブサイト go.wellcare.com/OhanaHIでも入手できます）。この書式により、その人物にあなたの代理としての権限が付与されます。この書式には、あなたと、あなたが代理人にしたい人物の署名が必要です。署名済の書式の複写を弊社にお送りください。

弊社は、この書式を使用しないで代理人から不服請求申請を受理することはできますが、この書式を受領するまで審査を開始したり完了したりすることはできません。当社があなたの不服請求について決定を下すための期限までにこの書式を受領しなかった場合、あなたの不服請求申請は却下されます。この場合、独立審査組織に弊社の却下決定の再審査を求める権利について説明する通知書をあなたに送付します。

- **また、お客様には弁護士を依頼する権利もあります。**あなたは顧問弁護士に連絡することも、地元の弁護士会やその他の照会サービスから弁護士の氏名を知ることできます。お客様に受ける資格がある場合は、無料の法律サービスを提供するグループもあります。ただし、何らかの保険適用決定または決定に対する不服請求を申請するために**弁護士を選任することは必須ではありません**。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

セクション 5.2 さまざまな状況におけるルールと期限

保険適用決定と不服請求に関係する状況は4つあります。それぞれの状況には異なる規則と期限があるため、個々の状況の詳細は個別のセクションで説明します。

- **セクション6**：「医療：保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法」
- **セクション7**：「パートD医薬品：保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法」
- **セクション8**：「自身の退院時期が早すぎるとお考えの場合に、弊社に対して入院患者の院内滞留時間の延長の保険適用を依頼する方法」
- **セクション9**：「保険適用の終了時期が早すぎるとする場合に、特定の医療業務を継続的に受けることを弊社に依頼する方法」（次のサービスにのみ適用：在宅ヘルスケアサービス、高度看護施設ケア、外来リハビリテーション総合施設（CORF）サービス）

ご自身に適用する情報が不明な場合は、会員サービス(1-888-846-4262、TTYのみ711)にお電話ください。また、SHIPから支援や情報を得ることもできます。

セクション 6 医療：保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法

セクション 6.1 医療の保険適用を受けるのに問題がある場合、またはあなたの医療についてあなたへの払戻しを弊社に求める方法

医療給付は、第4章の医療給付表に記載されています。場合によって、パートB医薬品の申請には異なる規則が適用されることがあります。そのような場合は、パートB医薬品の規則が医薬品および医療サービスの規則とどのように異なるかをご説明します。

このセクションでは、あなたが下記のいずれかの状況にある場合にできることについて説明します。

1. あなたが希望する特定の医療を受けていないが、あなたは弊社プランがこの治療を保険適用していると考えている場合。**保険適用決定を求めてください。セクション6.2**
2. あなたの主治医または他の医療プロバイダがあなたに提供したい医療を、弊社プランが承認しないが、あなたは弊社プランがこの治療に保険適用していると考えている場合。**保険適用決定を求めてください。セクション6.2**
3. 弊社プランが保険適用すべきだとあなたが考えている医療を受けたが、弊社がこの治療への支払いはしないとしている場合。**不服請求してください。セクション6.3**
4. あなたが弊社プランが適用されるはずと思う医療を受けて支払った後、この治療のために弊社プランに払戻しを依頼したい場合。**弊社に請求書をお送りください。セクション6.5**

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

5. あなたが受けている（弊社が以前に承認した）特定の医療の保険適用が縮小または停止されると通知され、この治療の削減または停止があなたの健康に害を及ぼす可能性があるとおあなたが考える場合。不服請求してください。セクション 6.3

注記： 停止する保険適用が、病院の治療、在宅治療、高度看護施設ケア、または外来リハビリテーション総合施設 (CORF) サービスの場合、セクション 8 および 9 をご覧ください。こうしたタイプの治療には、特別な規則が適用されます。

セクション 6.2 保険適用決定を求める方法

法律用語：

保険適用決定があなたの医療に関係する場合、**組織の決定**と呼ばれます。

迅速な保険適用決定は、**迅速な決定**と呼ばれます。

ステップ 1： 通常の保険適用決定が必要なのか、迅速な保険適用決定が必要なのかを判断します。

標準的な保険適用決定は、通常、医療用品または医療サービスに弊社の事前承認規則が適用される場合は 7 暦日以内、その他すべての医療用品および医療サービスについては、14 暦日以内、パート B 医薬品について 72 時間以内に行われます。迅速な保険適用決定は、一般に、医療サービスについては 72 時間以内に、パート B 医薬品については 24 時間以内に行われます。

- 通常の期限による場合、あなたの健康に深刻な悪影響を及ぼしたり、あなたの身体機能を損なったりするおそれがある場合に限り、迅速な保険適用決定を受けることができます。
- 主治医から、あなたの健康には迅速な保険適用決定が必要であるという通知を受けた場合、弊社は迅速な保険適用決定に自動的に同意します。
- 主治医の助力無しであなたが自身で迅速な保険適用決定を依頼した場合、弊社は、あなたの健康のために迅速な保険適用決定が必要かどうかを決定します。弊社が迅速な保険適用決定に同意しない場合、弊社から次のような通知を送付します。
 - 弊社が通常の期限を使用することを説明します。
 - 主治医があなたの健康のために迅速な保険適用決定を求めている場合、弊社は自動的に迅速な保険適用決定を行うことを説明します。
 - 迅速な保険適用決定ではなく通常の保険適用決定を適用するという弊社の決定について、あなたは迅速な申し立てられることを説明します。

ステップ 2： 弊社プランに保険適用決定または迅速な保険適用決定を行うよう求めます。

- まず、弊社プランに電話、書面、ファックスで連絡し、お客様の希望する医療への保険適用を承認するか提供するように求めます。お客様、お客様の主治医、またはお客様の代理人がこれを実行できます。第 2 章に連絡先情報を記載します。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

ステップ3：弊社がお客様の医療についての保険適用申請を検討し回答します。

弊社は、通常の保険適用決定には、通常の期限を使用します。

これは、弊社があなたから、事前承認規則に該当する医療用品または医療サービスの申請を受領してから7暦日以内に回答するということです。申請された医療用品または医療サービスが事前承認規則の対象外である場合は、申請を受領してから14暦日以内に回答します。あなたの申請がパートB医薬品についてのものである場合、弊社はあなたの申請を受領してから72時間以内に回答します。

- ただし、医療用品または医療サービスに関するあなたの請求について、あなたがさらに時間を要望した場合、または弊社があなたに有利かもしれない詳細情報を必要とする場合は、弊社はさらに**最長14暦日間、期限を延長できます**。弊社が期限を延長した場合は、書面でお知らせします。あなたの請求がパートB医薬品についてのものである場合、弊社は決定までの期限を延長できません。
- あなたが期限を延長すべきではないと思う場合は、迅速な訴えを申し立てられます。お客様の訴えに対する回答は、弊社が決定を下した時点で速やかに送付します（不服の申し立ての手続きは、保険適用決定と不服請求の手続きとは異なります。（訴えに関する情報については、セクション11を参照してください））。

弊社は、迅速な保険適用決定には、急ぎのタイムフレームを使用します。

迅速な保険適用決定とは、あなたの要望が医療用品またはサービスについてのものである場合、72時間以内に弊社が回答することを意味します。あなたの申請がパートB医薬品についてのものである場合、弊社は24時間以内に回答します。

- ただし、あなたがさらに時間を要望した場合、または弊社があなたに有利かもしれない時間延長を必要とする場合は、弊社はさらに**最長14暦日間、期限を延長できます**。弊社が期限を延長した場合は、書面でお知らせします。あなたの請求がパートB医薬品についてのものである場合、弊社は決定までの期限を延長できません。
- あなたが期限を延長すべきではないと思う場合は、迅速な不服申し立てができます（訴えに関する情報については、セクション11を参照してください）。弊社は、決定次第すぐにお電話いたします。
- 弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合、弊社は不承認の理由を説明します。

ステップ4：医療の保険適用に関するお客様の要望を弊社が承認しなかった場合、お客様は不服請求することができます。

- 弊社が不承認の回答をした場合、お客様には、不服請求の実行によってこの判断の再検討を求める権利があります。これは、お客様の希望する医療の保険適用の取得を再申請することを意味します。あなたが不服請求を行った場合、あなたは不服請求手続きのレベル1に進むことになります。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

セクション 6.3 レベル 1 不服請求の方法

法律用語：

医療の保険適用決定に関するプランへの不服請求は、プランの再検討と呼ばれます。

迅速な不服請求は、迅速な再考と呼ばれることもあります。

ステップ 1：通常の不服請求が必要なのか、迅速な不服請求が必要なのかを決定してください。

通常の不服請求は、通常、30 暦日以内、またはパート B 医薬品については 7 暦日以内に行われます。通常、迅速な不服請求は 72 時間以内に行われます。

- 医療の保険適用についての弊社の決定に不服請求する場合、あなたおよびあなたの主治医は迅速な不服請求が必要かどうかを決定する必要があります。主治医から、あなたの健康には迅速な不服請求が必要であるという通知を受けた場合、弊社は迅速な不服請求を行います。
- 迅速な不服請求を受けるための要件は、セクション 6.2 に記載されている迅速な保険適用決定の要件と同じです。

ステップ 2：弊社プランに不服請求または迅速な不服請求を依頼します。

- あなたが通常の不服請求を求める場合は、書面で通常の不服請求を提出してください。また、不服請求の依頼はお電話でも可能です。第 2 章に連絡先情報を記載します。
- 迅速な不服請求を求める場合は、書面または電話で不服請求してください。第 2 章に連絡先情報を記載します。
- あなたは、保険適用決定に関する弊社の回答を記載した通知書の送付日から 65 暦日以内に不服請求申請を提出しなければなりません。この期限を守らなかった場合、守らないことに正当な理由がある場合は、不服請求の申請時に、不服請求が遅れた理由を説明してください。不服請求申請期限が延長されることがあります。正当な理由の例としては、あなたが弊社に連絡を取れないほど重篤な疾病や、弊社が不服請求申請期限に関して不正確なまたは不完全な情報を提供した場合などがあります。
- お客様は、お客様についての医学的判断に関する情報の複写の無償での提供を求めることができます。お客様と主治医は、お客様の不服請求を裏付けるために、さらに情報を追加することができます。

お客様がすでに受けているサービスや用品を停止または削減すると弊社が通知した場合、お客様はそのサービスや用品をお客様の不服請求中も引き続き受けることができることがあります。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- あなたが現在得ているサービスまたは用品の保険適用を変更または停止するという決定を弊社がした場合、提案の措置を実行する前にあなたに通知を送ります。
- お客様がこの措置に同意しない場合、レベル1 不服請求を提出することができます。あなたが、通知書の消印の日から 10 暦日以内またはその措置の発効予定日のいずれか遅い方までに、レベル1 不服請求を申請する場合、弊社はそのサービスまたは用品の保障を継続します。
- お客様がこの期限を守っている場合、レベル1 不服請求が保留中の間、そのサービスまたは用品を変わずに取得できます。また、（あなたの不服請求の対象ではない）他のサービスまたは用品も引き続き取得することになります。

ステップ3：弊社がお客様の不服請求を検討し、回答します。

- あなたの不服請求の検討において、弊社はあらゆる情報を慎重に検討します。お客様の請求を承認しない場合、弊社は規則をすべて遵守しているかどうかを確認します。
- 必要に応じてより多くの情報を収集します。場合によっては、あなたまたは主治医に連絡することもあります。

迅速な不服請求のための期限

- 迅速な不服請求の場合、弊社は**不服請求受領後 72 時間以内**にあなたに回答する必要があります。
あなたの健康のために必要な場合は、さらに早く回答します。
 - 医療用品または医療サービスに関するあなたの請求について、あなたがさらに時間を要望した場合、または弊社があなたに有利かもしれない詳細情報を必要とする場合は、弊社はさらに**最長 14 暦日間、期限を延長**できます。弊社が期限を延長した場合は、書面でお知らせします。あなたの請求がパートBの医薬品についてのものである場合、弊社は期限を延長できません。
 - 72 時間以内（または期限を延長した場合は延長期間の終了まで）に弊社が回答しない場合、弊社はあなたの不服請求申請手続きのレベル2に自動的に送る必要があります。この場合、独立審査組織が審査します。セクション 6.4 では、レベル2 不服請求の手続きについて説明します。
- **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認するものである場合**、弊社があなたの不服請求を受領してから 72 時間以内に、弊社は、同意した保険適用を承認するか提供する必要があります。
- **弊社の回答があなたの請求内容の一部または全部を承認しないものである場合**、弊社は決定内容の通知書をあなたに送り、レベル2 不服請求のためあなたの不服請求を独立審査組織に自動的に転送します。あなたの不服請求を受領した場合、独立審査組織はあなたに書面で通知します。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

通常の不服請求の期限

- 通常の不服請求の場合、弊社はあなたに不服請求後 **30 暦日以内**に回答する必要があります。あなたの申請がまだ受け取られていないパート B 処方薬についてのものである場合、弊社はあなたの不服請求を受領してから **7 暦日以内**に回答します。あなたの健康状態のために必要な場合は、決定をさらに早く送付します。
 - ただし、医療用品または医療サービスに関するあなたの請求について、あなたがさらに時間を要望した場合、または弊社があなたに有利かもしれない詳細情報を必要とする場合は、弊社はさらに**最長 14 暦日間、期限を延長**できます。弊社が期限を延長した場合は、書面でお知らせします。あなたの請求がパート B 医薬品についてのものである場合、弊社は決定までの期限を延長できません。
 - あなたが期限を延長すべきではないと思う場合は、迅速な訴えを申し立てられます。あなたが迅速な訴えを申し立てた場合、弊社はあなたの訴えに対して 24 時間以内に回答します（迅速な訴えを含む苦情申し立ての処理の詳細については、**セクション 11** を参照して下さい）。
 - 期限（または延長期間の終了）までに回答しない場合、弊社はあなたの申請を、独立審査組織が審査を行うレベル 2 不服請求に送付します。セクション 6.4 では、レベル 2 不服請求の手続きについて説明します。
- **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認するものである場合、弊社は、30 暦日以内、またはあなたの請求がパート B 医薬品についてのものである場合は 7 暦日以内に、補償を承認するか提供しなければなりません。**
- **弊社プランがお客様の不服請求の一部またはすべてを承認しなかった場合、お客様にはさらに不服請求を行う権利があります。**
- 弊社があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しなかった場合、弊社から手紙が送られます。
 - お客様の問題が Medicare のサービスまたは用品の保険適用に関するものである場合、お客様のケースをレベル 2 不服請求のために独立審査組織に送付したことをお知らせする手紙をお送りします。
 - お客様の問題が Medicaid のサービスまたは用品の保険適用に関するものである場合、その手紙にレベル 2 不服請求の提出方法を記載します。

セクション 6.4 レベル 2 不服請求の手続き

法的条件：

独立した審査機関の正式名称は、**独立審査組織**です。IRE と呼ばれることもあります。

独立審査組織は Medicare が利用する独立機関です。独立審査組織には弊社との結びつきはなく、政府機関でもありません。この組織は、弊社が行った決定が正しいか、または変更すべきか

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

を決定します。その活動は、Medicare が監督します。

- あなたの問題が、通常は **Medicare が保障する** サービスまたは用品に関するものである場合、あなたのケースは、レベル 1 不服請求の完了後すぐに、請求手続きのレベル 2 に自動的に送付されます。
- あなたの問題が、通常は **Medicaid が保障する** サービスまたは用品に関するものである場合、あなたはレベル 2 不服請求を自身で提出できます。手紙には、これを行う方法が記載されています。下記の情報も参照してください。
- あなたの問題が、**Medicare と Medicaid の両方で保障される** ことのあるサービスまたは用品に関するものである場合、独立審査組織によるレベル 2 不服請求が自動的に行われます。また、お客様は、州による公正なヒアリング（Fair Hearing）を依頼することもできます。

レベル 1 不服請求を提出時に給付の継続を認められた場合、不服請求対象のサービス、用品、または医薬品に対する給付も、レベル 2 手続き中に継続される場合があります。レベル 1 不服請求中の給付の継続については、162 ページをご覧ください。

- あなたの問題が、通常は Medicare のみで保障されるサービスに関するものである場合、そのサービスに対するあなたの給付は、独立審査組織によるレベル 2 不服請求手続き中は継続されません。
- あなたの問題が、通常は Medicaid で保障されるサービスに関するものである場合、あなたがプランの決定書を受領してから 10 暦日以内にレベル 2 不服請求を提出すると、そのサービスの給付が継続されます。

お客様の問題が、通常は Medicare が保障するサービスまたは用品についてのものである場合：

ステップ 1：独立審査組織がお客様の不服請求を審査します。

- 弊社は独立審査組織に、あなたの不服請求に関する情報を送ります。この情報は、ケースファイルと呼ばれます。あなたは、自身のケースファイルの複写を弊社に無料で請求する権利を有します。
- お客様には、自身の不服請求を裏付けるため、独立審査組織に補足情報を提供する権利があります。
- 独立審査組織の審査担当者は、あなたの不服請求に関連する全情報を慎重に検討します。

レベル 1 で迅速な不服請求が適用された場合、あなたはレベル 2 でも迅速な不服請求を行うことができます。

- 迅速な不服請求の場合、独立審査組織は、あなたのレベル 2 不服請求を受け付けた時点から **72 時間以内**にその不服請求に回答しなければなりません。
- お客様の請求が医療用品またはサービスのためであり、独立審査組織がお客様に有利かもしれない情報をより多く収集する必要がある場合、さらに**最大 14 暦日**を要することが

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

あります。あなたの請求がパート B 医薬品のためのものである場合、独立審査組織は決定に余分な時間をかけることはできません。

レベル 1 で通常の不服請求が適用された場合、あなたはレベル 2 でも通常の不服請求を行うことができます。

- 通常の不服請求の場合、独立審査組織は、あなたのレベル 2 不服請求を受け付けた時点から **30 暦日以内に**その不服請求に回答しなければなりません。あなたの請求がパート B 医薬品のためのものである場合、独立審査組織は、あなたのレベル 2 不服請求を受け付けた時点から **7 暦日以内に**その不服請求に回答しなければなりません。
- お客様の請求が医療用品またはサービスのためであり、独立審査組織がお客様に有利かもしれない情報をより多く収集する必要がある場合、さらに**最大 14 暦日を要することがあります**。あなたの請求がパート B 医薬品のためのものである場合、独立審査組織は決定に余分な時間をかけることはできません。

ステップ 2：独立審査組織が回答を送ります。

独立審査組織は、その決定をあなたに書面で伝え、その理由を説明します。

- **独立審査組織が医療用品またはサービスの請求の一部または全部を承認した場合**、弊社は、**通常の不服請求の場合**は独立審査組織の判定を受領してから **72 時間以内に**医療保険適用を承認するか、**14 暦日以内に**医療サービスを提供しなければなりません。**迅速な不服請求の場合は**、独立審査組織から判定を受領した日から **72 時間以内**に行います。
- **独立審査組織がパート B 医薬品の申請の一部またはすべてを承認した場合**、弊社は**通常の不服請求の場合**で、独立審査組織の判定を受領してから **72 時間以内に**、パート B 医薬品を承認または提供しなければなりません。**迅速な不服請求の場合は**、独立審査組織から判定を受領した日から **24 時間以内**に行います。
- **独立審査組織があなたの不服請求の一部または全部を承認しなかった場合**、それは独立審査組織があなたの医療の保険適用についての請求（またはあなたの請求の一部）を承認すべきではないという弊社プランの主張に同意したことを意味します（これは、**判断の支持**、または**あなたの不服請求の却下**と呼ばれます）。この場合、独立審査組織から次のような手紙が送られます。
 - 独立審査組織の決定を説明します。
 - あなたが請求している医療保険補償がドル建てで一定の最小値を満たしている場合、あなたにレベル 3 不服請求の権利があることを知らせます。独立審査機関からの通知書には、不服請求手続きを継続するために満たす必要がある金額が記載されています。
 - レベル 3 不服請求の提出方法を説明します。
- あなたのレベル 2 不服請求が却下され、不服請求手続き継続のための要件が満たされている場合、あなたはレベル 3 に進んで 3 回目の不服請求を行うかどうかを判断しなければなりません。レベル 2 不服請求の後に送付される通知書に、その方法の詳細が記載されています。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- レベル3 不服請求は、行政法判事または裁定人が取り扱います。本章のセクション 10 では、レベル3、4、5 の不服請求について説明します。

お客様の問題が、通常は Medicaid が保障するサービスまたは項目についてのものである場合：

ステップ1：州による公正なヒアリングを依頼できます。

- ・ 通常は Medicaid が保障するサービスのための不服請求処理のレベル2 は州による公正なヒアリングです。公正なヒアリングは、弊社がレベル1 不服請求に関する決定書を送付した日から 120 暦日以内に書面または電話で依頼する必要があります。お客様に送付される手紙に、ヒアリング申請の提出先が記載されます。

ステップ2：公正なヒアリング事務局があなたに回答します。

公正なヒアリング事務局はあなたに決定を文書で伝え、その理由を説明します。

- ・ 公正なヒアリング事務局が医療用品またはサービスの要請の一部または全部を承認した場合、弊社は、その決定を受領してから 72 時間以内にサービスまたは用品を承認または提供する必要があります。
- ・ 公正なヒアリング事務局があなたの不服請求の一部または全部を承認しなかった場合、独立審査組織があなたの医療の保険適用についての請求（またはあなたの請求の一部）を承認すべきではないという弊社プランの主張に同意しています（これは、判断の支持、またはあなたの不服請求の却下と呼ばれます）。

要求の全部または一部について不承認の決定が下った場合、別の不服請求を行うことができます。

独立審査組織または公正なヒアリング事務局の決定が、お客様の要求の全部または一部を承認しないものであった場合、お客様には**追加の不服請求権**があります。

公正なヒアリング事務局から送付された手紙には、次の不服請求オプションについての説明が記載されています。レベル2 以降の不服請求権の詳細については、**セクション 10** を参照してください。

セクション 6.5 医療について受け取った請求書の払い戻しを弊社に依頼する場合

あなたがすでにこのプランの対象となる Medicaid のサービスまたは用品の代金をお支払い済みの場合は、弊社プランに払戻しを依頼できます。あなたが弊社プランの保険対象医療サービスまたは保険対象薬について支払いを行った場合はいつでも、弊社プランによる払戻しを受ける権利があります。あなたがすでに支払い済の請求書を弊社に送ると、弊社は請求書を確認し、サービスまたは医薬品に保険適用するかどうかを決定します。保険適用であると判断した場合は、あなたにそのサービスまたは医薬品の代金を払い戻します。

精算を求めるということは、弊社に保険適用の判断を依頼することになります

あなたが精算申請の書類を提出した場合は、あなたは保険適用の判断を求めていることになります。弊社は、この判断を行うために、あなたの支払い対象の医療が保障されているかどうか

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

を確認します。弊社はまた、あなたが医療のためにあなたの保険適用を使用する場合の規則すべてを守っているかを確認します。

あなたが、弊社による Medicare のサービスまたは用品の払戻しを希望する場合、またはすでに支払い済の Medicaid のサービスまたは用品について弊社が医療プロバイダに支払うよう依頼する場合は、あなたはこの保険適用判断を依頼していることになります。弊社は、あなたの支払い対象の医療が保険適用業務かどうかを確認します。弊社はまた、あなたが医療のためにあなたの保険適用を使用する場合の規則すべてを守っているかを確認します。

- ・ **弊社があなたの申請を承認した場合：** その医療が保険適用業務であり、あなたがすべての規則に従っている場合、弊社は通常 30 暦日以内、遅くとも 60 暦日以内にあなたに支払い額を送金します。
- ・ **弊社があなたの申請を承認しなかった場合：** その医療が保険適用業務ではない場合、またはあなたがすべての規則に従っていなかった場合、弊社は支払い額を送金しません。代わりに、医療費を支払わないこととその理由を記載した手紙をお送りします。

あなたの要望を却下する弊社の決定に同意しない場合、**不服請求することができます**。不服請求するということは、弊社があなたの支払い申請を却下したときの保険適用決定の変更を弊社に求めるということです。

この不服請求を行うには、**セクション 6.3 の不服請求の手順に従ってください**。払い戻しに関する不服請求については、以下を留意してください。

- ・ 弊社は不服請求後 30 暦日以内にあなたに回答しなければなりません。
- ・ 独立審査組織が、弊社が支払うべきであると決定した場合、弊社は 30 暦日以内にお客様またはプロバイダに支払い額を送金する必要があります。レベル 2 以降の不服請求処理のいずれかの段階で、あなたの不服請求が承認された場合、弊社はあなたの申請した支払い額を 60 暦日以内に医療プロバイダに送金する必要があります。

セクション 7 パート D 医薬品：保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法

セクション 7.1 このセクションでは、パート D 医薬品の入手に問題がある場合、またはパート D 医薬品についての払い戻しを弊社に求める場合にすべきことを説明します

お客様の給付には、多くの処方薬の保険適用が含まれます。医薬品が保険適用薬であるためには、医学的に認められた適応症に使用されていなければなりません(医学的に認められた適応症の詳細については、第 5 章を参照してください)。パート D 医薬品、規則、制限、および費用の詳細については、第 5 章、第 6 章を参照してください。**このセクションの内容は、パート D 医薬品のみに対象にしています**。単純化してわかりやすくするために、このセクションの残りでは、**保険適用外来処方薬**や**パート D 医薬品**という言葉は毎回繰り返すのではなく、単に「**医薬品**」と言います。また、**保険適用薬リスト**または**処方集**という言葉の代わりに「**薬剤リスト**」という用語も使用します。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- ・ 医薬品が保険対象であるかどうか、またはあなたが規則を遵守しているかどうか分からない場合は、弊社にお問い合わせください。一部の医薬品では、弊社が保険適用する前にあなたが弊社の承認を得る必要があります。
- ・ 薬局で、あなたの処方箋が書いてあるままでは提出できないと言われた場合、薬局から、弊社に保険適用の判断を依頼するための連絡方法を説明する通知書が渡されます。

パートD 保険適用に関する決定と不服請求

法的条件：

あなたのパートD 医薬品に関する最初の保険適用判断は、**保険適用判定**と呼ばれます。

保険適用決定とは、あなたの給付と保険適用、またはあなたの医薬品に弊社が支払う金額に関する決定です。このセクションでは、あなたが下記のいずれかの状況にある場合にできることについて説明します。

- ・ プランの薬剤リストにないパートD 医薬品の保険適用の申請。**例外の適用を申請します。セクション7.2**
- ・ ある医薬品について、プランの保険適用の制限（医薬品についてあなたが入手できる量の制限、事前承認基準、または別の医薬品を最初に試用する要件など）の免除申請。**例外の適用を申請します。セクション7.2**
- ・ 医薬品の事前承認を申請します。**保険適用決定を求めてください。セクション7.4**
- ・ お客様がすでに購入した処方薬の支払い。**弊社に払い戻しを申請します。セクション7.4**

弊社の保険適用判定に同意できない場合は、弊社の判定に不服請求することができます。

このセクションでは、保険適用判定を求める方法と、不服請求の申請方法の両方について説明します。

セクション7.2 例外の適用要請

法律用語：

薬剤リストにない医薬品の補償申請は、**処方集の例外**です。

ある医薬品の保険適用の制限解除の申請は、**処方集の例外**です。

優先薬剤リストにない保険適用薬について低い価格での支払いの申請は、**階層化例外**です。

ある医薬品がご希望の形態では保険適用されていない場合は、弊社に**例外**とするよう依頼することができます。例外は、保険適用判定の一種です。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

弊社がお客様の例外申請を検討するために、お客様の主治医または他の処方者による、お客様が例外承認を必要とする理由説明が必要になります。下記に、あなた、主治医、または他の処方者が弊社に依頼できる例外の例を2つ示します。

1. **弊社の薬剤リストにないパートD医薬品の保険適用。** 医薬品に対して支払う必要がある費用分担額について、例外の適用を申請することはできません。
2. **保険適用薬の制限解除。** 第5章では、弊社の薬剤リストにある特定の医薬品に適用する補足的な規則または制限事項について説明します。弊社が例外の適用を認め、あなたの制限を免除することに同意した場合は、医薬品に対し弊社が支払いを求める自己負担分または共同保険料について、例外の適用を申請できます。

セクション 7.3 例外申請について知っておくべき重要事項

お客様の主治医が医学的な理由を弊社に説明しなければなりません

あなたの主治医またはその他の処方者は、例外申請の医学的理由を説明する陳述を弊社に提出する必要があります。決定をより迅速にするために、例外申請の際には、主治医またはその他の処方者からのこの医学的情報を含めてください。

通常、弊社の薬剤リストには、特定の疾患を治療するための複数の医薬品が含まれています。こうしたさまざまな使用可能薬は、**代替薬**と呼ばれています。代替薬があなたの求める医薬品と同程度に有効であり、副作用やその他の健康問題がより多いわけではない場合、通常、弊社は例外申請を承認しません。

弊社はお客様の要望を承認することも承認しないこともできます

- 弊社があなたの例外申請を承認する場合、承認は通常はプランの年度末まで有効です。これはお客様の主治医がお客様のためにその医薬品を処方し続ける限り、またその医薬品がお客様の病状の治療について安全かつ有効である場合に当てはまります。
- 弊社がお客様の要望を承認しなかった場合、お客様は不服請求を実行して再審査を求めることができます。

セクション 7.4 例外を含む保険適用決定を求める方法

法的条件：

素早い保険適用判定は、**迅速な保険適用決定**と呼ばれます。

ステップ1：通常の保険適用決定が必要なのか、迅速な保険適用決定が必要なのかを判断します。

通常の保険適用決定は、弊社があなたの主治医の陳述を受領してから **72 時間**以内に行われます。**迅速な保険適用決定**は、弊社があなたの主治医の陳述を受領してから **24 時間**以内に行われます。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

お客様の健康のために必要な場合は、迅速な保険適用決定をご依頼ください。迅速な保険適用決定の適用を受けるには、次の2つの要件を満たす必要があります。

- まだ受け取っていない医薬品について申請する必要があります（購入済みの医薬品の払戻しについて迅速な保険適用決定を依頼することはできません）。
- 通常の場合、あなたの健康に深刻な悪影響を及ぼしたり、あなたの身体機能を損なったりするおそれがあります。
- 主治医またはその他の処方者から、あなたの健康には迅速な保険適用決定が必要であるという通知を受けた場合、弊社は迅速な保険適用決定を行います。
- 主治医または処方者の助力無しであなたが自身で迅速な保険適用決定を依頼した場合、弊社は、あなたの健康のために迅速な保険適用決定が必要かどうかを決定します。弊社が迅速な保険適用決定に同意しない場合、弊社から次のような通知を送付します。
 - 弊社が通常の場合を使用することを説明します。
 - 主治医またはその他の処方者があなたの健康のために迅速な保険適用決定を求めている場合に、弊社は自動的に迅速な保険適用決定を行うことを説明します。
 - 迅速な保険適用決定ではなく通常の場合の保険適用決定を適用するという弊社の決定について、迅速な不服請求を提出する方法を説明します。弊社は、あなたの訴えの受領後 24 時間以内に回答します。

ステップ2：通常の場合の保険適用決定または迅速な保険適用決定を申請します。

まず、弊社プランに電話、書面、ファックスで連絡し、あなたの希望する医療への保険適用を承認するか提供するように求めます。また、お客様は、弊社のウェブサイトから保険適用決定の処理状況にアクセスすることもできます。弊社は、弊社ウェブサイト (go.wellcare.com/coveredetermination) で入手可能な CMS モデル保険適用判定要求 フォームで提出された要求を含め、書面による要求を受け付けなければなりません。第2章に連絡先情報を記載します。あなたの申請の処理を助けるため、あなたの名前、連絡先情報、およびこれまでに却下されて今回不服請求をしている請求の識別情報を必ず記載してください。

お客様、お客様の主治医（または他の処方者）、またはお客様の代理人がこれを実行できます。また、代理人として弁護士を立てることもできます。この章のセクション4では、あなたの代理人として行動する人物に書面による許可を与える方法について説明します。

- **例外を申請する場合は、例外の医学的理由である補足声明を提供してください。**補足声明は、お客様の主治医またはその他の処方者がファックスまたは郵便で弊社に送付することができます。またはお客様の主治医または他の処方者は、弊社に電話で説明し、必要に応じてファックスか文書による説明を送って補足することができます。

ステップ3：弊社がお客様の要請を検討し回答します。

迅速な保険適用決定の期限

- 弊社は通常、あなたの申請の受領後 **24 時間以内に回答**を提供しなければなりません。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- 例外として、あなたの主治医の補足声明を受け取った場合は、受領後 24 時間以内に回答します。あなたの健康のために必要な場合は、さらに早く回答します。
- この期限に間に合わなかった場合は、不服請求処理のレベル 2 にあなたの申請を回付する必要があります。この不服請求は、独立審査組織が審査します。
- ・ **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認するものである場合**、弊社は、あなたの申請または主治医の補足声明を受領してから 24 時間以内に、同意した保険適用を提供する必要があります。
- ・ **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合**、弊社は、不承認の理由を説明する声明書をお送りします。また、あなたに不服請求の方法も説明します。

あなたがまだ受け取っていない医薬品についての通常の適用範囲決定の期限

- ・ 弊社は、あなたの申請の受領後 72 時間以内に回答を提供しなければなりません。
- 例外として、あなたの主治医の補足声明を受け取った場合は、受領後 72 時間以内に回答します。あなたの健康のために必要な場合は、さらに早く回答します。
- この期限に間に合わなかった場合は、不服請求処理のレベル 2 にあなたの申請を回付する必要があります。この不服請求は、独立審査組織が審査します。
- ・ **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認するものである場合**、弊社は、あなたの申請または主治医の補足声明を受領してから 72 時間以内に、同意した保険適用を提供する必要があります。
- ・ **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合**、弊社は、不承認の理由を説明する声明書をお送りします。また、あなたに不服請求の方法も説明します。

お客様がすでに購入した医薬品の支払いに関する通常の保険適用の期限

- ・ 弊社はあなたの申請を受け取った後 14 暦日以内にあなたに回答しなければなりません。

この期限に間に合わなかった場合は、不服請求処理のレベル 2 にあなたの申請を回付する必要があります。この不服請求は、独立審査組織が審査します。

- ・ **弊社があなたの申請内容の一部またはすべてを承認する回答をした場合**、弊社があなたの申請を受け取ってから 14 暦日以内に支払いを実行しなければなりません。
- ・ **弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合**、弊社は、不承認の理由を説明する声明書をお送りします。また、あなたに不服請求の方法も説明します。

ステップ 4：弊社が保険適用申請を承認しなかった場合、お客様は不服請求することができます。

- ・ 弊社が不承認の回答をした場合、お客様には、不服請求の実行によってこの判断の再検討を求める権利があります。これは、お客様の希望する処方薬補償の取得を再申請する

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

ことを意味します。あなたが不服請求を行った場合、あなたは不服請求手続きのレベル1に進むことになります。

セクション 7.5 レベル1 不服請求の方法

法律用語：

パート D 処方薬保険適用決定に関するプランへの不服請求は、プランの再決定と呼ばれます。

迅速な不服請求は、迅速な再決定と呼ばれることがあります。

ステップ 1：通常の不服請求が必要なのか、迅速な不服請求が必要なのかを決定してください。

通常の不服請求は通常、7 暦日以内に行われます。通常、迅速な不服請求は 72 時間以内に行われます。お客様の健康のために必要な場合、迅速な不服請求を依頼してください。

- あなたがまだ受け取っていない医薬品についての弊社の決定に不服請求する場合、あなたおよびあなたの主治医または他の処方者は迅速な不服請求が必要かどうかを決定する必要があります。
- 迅速な不服請求を受けるための要件は、セクション 7.4 に記載されている迅速な保険適用決定の要件と同じです。

ステップ 2：お客様、お客様の代理人、主治医またはその他の処方者が弊社に連絡し、レベル 1 不服請求を行う必要があります。お客様の健康状態のために迅速な対応が必要な場合は、迅速な不服請求を求める必要があります。

- 通常の不服請求の場合、要請を書面で提出するか、または弊社にお電話ください。第 2 章に連絡先情報を記載します。**
- 不服請求を迅速に行う場合は、不服請求を書面で提出するか、1-888-846-4262 (TTY:711) までお電話ください。第 2 章に連絡先情報を記載します。**
- 弊社は、弊社ウェブサイト(go.wellcare.com/redetermination)から入手可能な CMS モデル保険適用判定要求で提出された申請を含め、**書面による申請を受け付けなければなりません**。弊社によるあなたの申請の処理を容易にするため、あなたの名前、連絡先情報、およびあなたの申請に関する情報を必ず記載してください。
- あなたは、不服請求を弊社ウェブサイトを通じて電子的に提出することができます (go.wellcare.com/OhanaHI)。**
- あなたは、保険適用決定に関する弊社の回答を記載した通知書の送付日から **65 暦日以内に不服請求申請を提出しなければなりません**。この期限を守らなかった場合、守らないことに正当な理由がある場合は、不服請求の申請時に、不服請求が遅れた理由を説明してください。不服請求申請期限が延長されることがあります。正当な理由の例としては、あなたが弊社に連絡を取れないほど重篤な疾病や、弊社が不服請求申請期限に関し

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

て不正確なまたは不完全な情報を提供した場合などがあります。

- お客様の不服請求の内容の複写を要求し、さらに情報を追加することができます。お客様と主治医は、お客様の不服請求を裏付けるために、さらに情報を追加することができます。

ステップ3：弊社があなたの不服請求を検討し、回答します。

- 弊社は、あなたの不服請求の審査において、あなたの保険適用請求に関してあらゆる情報を慎重に検討します。お客様の請求を承認しない場合、弊社は規則をすべて遵守しているかどうかを確認します。
- 弊社はお客様、お客様の主治医、またはその他の処方者にさらに情報を求めることができます。

迅速な不服請求のための期限

- 迅速な不服請求の場合、弊社は不服請求受領後 72 時間以内にあなたに回答する必要があります。あなたの健康のために必要な場合は、さらに早く回答します。
 - 弊社が 72 時間以内に回答しなかった場合は、不服請求処理のレベル 2 にあなたの申請を回付する必要があります。レベル 2 不服請求は、独立審査組織が審査します。セクション 7.6 では、レベル 2 不服請求の手続きについて説明します。
- 弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認するものである場合、弊社があなたの不服請求を受領してから 72 時間以内に、弊社は、同意した保険適用を提供する必要があります。
- 弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合、弊社は、不承認の理由を説明し、あなたに不服請求の方法を説明する声明書を送付します。

あなたがまだ受け取っていない医薬品についての通常の不服請求の期限

- 通常の不服請求の場合、弊社はあなたに不服請求後 7 暦日以内に回答する必要があります。あなたが医薬品をまだ受け取っておらず、あなたの健康状態により必要な場合、弊社は早期に決定を行います。
 - 弊社が 7 暦日以内に決定を送付しなかった場合は、あなたの不服請求を不服請求処理のレベル 2 に回付する必要があります。この不服請求は、独立審査組織が審査します。セクション 7.6 では、レベル 2 不服請求の手続きについて説明します。
- 弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認するものである場合、弊社はあなたの健康状態が必要とすることができるだけ早い時期、かつあなたの不服請求を受領してから 7 暦日以内に、保険適用を提供する必要があります。
- 弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合、弊社は、不承認の理由を説明し、あなたに不服請求の方法を説明する声明書を送付します。

あなたがすでに購入した医薬品の支払いに関する通常の不服請求の期限

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- ・ 弊社はあなたの申請を受け取った後 **14 暦日以内**にあなたに回答しなければなりません。
 - この期限に間に合わなかった場合は、不服請求処理のレベル2にあなたの申請を回付する必要があります。この不服請求は、独立審査組織が審査します。
- ・ 弊社があなたの申請内容の一部またはすべてを承認する回答をした場合、弊社があなたの申請を受け取ってから **30 暦日以内**に支払いを実行しなければなりません。
- ・ 弊社の回答があなたの請求内容の一部またはすべてを承認しないものである場合、弊社は、不承認の理由を説明する声明書をお送りします。また、あなたに不服請求の方法も説明します。

ステップ4：弊社がお客様の不服請求を承認しない場合、お客様は不服請求手続きを続行して、別の不服請求を行うかどうかを決定します。

- ・ 別の不服請求を行うと決定した場合は、お客様の不服請求は不服請求手続きのレベル2に進むことを意味します。

セクション 7.6 レベル2 不服請求の方法

法的条件：

独立した審査機関の正式名称は、**独立審査組織**です。IRE と呼ばれることもあります。

独立審査組織は Medicare が利用する**独立機関**です。独立審査組織には弊社との結びつきはなく、政府機関でもありません。この組織は、弊社が行った決定が正しいか、または変更すべきかを決定します。その活動は、Medicare が監督します。

ステップ1：お客様（または担当者、担当医、もしくはその他の処方者）は、独立審査組織に連絡してケースの審査を依頼する必要があります。

- ・ レベル1 不服請求について弊社が「いいえ」と回答した場合、弊社から送付される書面による通知に、独立審査組織に**レベル2 不服請求を行う方法の説明**が記載されています。この説明には、レベル2 不服請求を実行できる人物、あなたが従わなければならない期限、独立審査組織への連絡方法が示されています。
- ・ 通知書に記載された日付から **65 暦日以内**に、請求を行う必要があります。
- ・ 弊社が該当期間内に審査を完了しなかった場合、または弊社の医薬品管理プログラムの潜在的に**危険な**判定について不賛成と決定した場合、弊社は請求を自動的に IRE に転送します。
- ・ 弊社は独立審査組織に、あなたの不服請求に関する情報を送ります。この情報は、**ケースファイル**と呼ばれます。お客様は、**自身のケースファイルの複写**を弊社に請求する権利を有します。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- ・ お客様には、自身の不服請求を裏付けるため、独立審査組織に補足情報を提供する権利があります。

ステップ2：独立審査組織がお客様の不服請求を審査します。

独立審査組織の審査担当者は、あなたの不服請求に関連する全情報を慎重に検討します。

迅速な不服請求のための期限

- ・ お客様の健康のために必要な場合、独立審査組織に迅速な不服請求を依頼してください。
- ・ 独立審査組織は、迅速な不服請求処理に同意した場合、不服請求申し立てを受け取ってから **72 時間以内**に、レベル2 不服請求に回答しなければなりません。

通常の不不服請求のための期限

- ・ あなたがまだ受けていない医薬品についての通常の不不服請求の場合、審査組織は不服請求を受領してから **7 暦日以内**に、あなたのレベル2 不服請求に回答する必要があります。あなたがすでに購入済の医薬品に対する払戻しを請求している場合、独立審査組織は、請求の受領後 **14 暦日以内**に、あなたのレベル2 不服請求に対して回答しなければなりません。

ステップ3：独立審査組織が回答を送ります。

迅速な不服請求の場合：

- ・ 独立審査組織が、あなたの請求内容の一部またはすべてを認めた場合、弊社は独立審査組織の決定を受領してから **24 時間以内**に、同組織が承認した処方薬補償を提供する必要があります。

通常の不不服請求の場合：

- ・ 独立審査組織が保険適用についてのあなたの請求の一部またはすべてを認めた場合、弊社は、独立審査組織の決定の受領後 **72 時間以内**に同組織が承認した 処方薬補償を提供しなければなりません。
- ・ 独立審査組織が購入済み医薬品についての支払い請求の一部または全部を認めた場合、弊社は、独立審査組織の決定の受領後 **30 日以内**にあなたに支払金を送付する必要があります。

独立審査組織があなたの不服請求を認めなかった場合はどうなりますか？

独立審査組織が、あなたの不服請求の一部または全部を認めなかった場合、独立審査組織が、あなたの要求（またはあなたの要求の一部）を承認しないという弊社の決定に同意したということを意味します（これは、判断の支持、またはあなたの不服請求の却下と呼ばれます）。この場合、独立審査組織から次のような手紙が送られます。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- ・ 独立審査組織の決定を説明します。
- ・ あなたが請求している医薬品補償がドル建てで一定の最小値を満たしている場合、あなたにレベル3 不服請求の権利があることを知らせます。あなたが請求している処方薬補償のドル建て金額が低すぎる場合は、あなたは別の不服請求を行うことはできず、レベル2 の決定が最終決定になります。
- ・ あなたに対して、不服請求手続きを継続するには、ドル建て金額が論議の範囲内であればならないことをお知らせします。

ステップ4：お客様のケースが要件を満たしている場合、お客様は不服請求をさらに進めるかどうかを選択します。

- ・ レベル2 以降には、さらに3つのレベルがあります（合計5つのレベル）。
- ・ レベル3 不服請求に進む場合は、レベル2 不服請求の決定後に送付される書面による通知に、その方法の詳細が記載されています。
- ・ レベル3 不服請求は、行政法判事または裁定人が取り扱います。
セクション10に、レベル3、4、5 不服請求のプロセスの詳細が記載されています。

セクション8 自身の退院時期が早すぎるとお考えの場合に、弊社に対して入院患者の院内滞留時間の延長の保険適用を依頼する方法

病院に入院した場合、あなたには、病気や怪我の診断と治療に必要なあらゆる病院保険適用業務を受ける権利があります。

保険が適用される入院中は、退院の日に備えるため、主治医と病院スタッフがあなたと協力します。また、退院後に必要になる可能性のある治療の手配をサポートします。

- ・ 病院を離れる日は、**退院日**と呼ばれます。
- ・ 退院日が決まると、主治医または病院スタッフから知らされます。
- ・ 早めの退院を依頼されていると思われる場合、あなたは入院期間の延長依頼が可能で、その要望は検討されることになります。

セクション8.1 入院患者の院内滞留時間中、Medicare からあなたに、あなたの権利について説明する書面が送られます

入院してから2 暦日以内に、「*Medicare からのあなたの権利に関する重要なメッセージ*」という書面の通知が送られます。この通知書は Medicare 加入者全員に1 部送られます。病院従業員（ケースワーカーや看護師など）から通知を受け取っていない場合は、いずれかの病院従業員に受け取りたいと依頼してください。サポートが必要な場合は、会員サービス(1-888-846-4262、TTY のみ 711)か 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227、TTY のみ 1-877-486-2048)に電話してください。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

1. この通知を注意深く読み、理解できない場合は質問してください。この通知には下記が記載されています。
 - あなたの主治医からの指示のとおり、入院中と退院後に Medicare 対象サービスを受ける権利。これには、上記サービスの内容、誰が料金を支払うのか、サービスがどこで受けられるかを知る権利が含まれます。
 - お客様が入院に関する何らかの決定に関与する権利。
 - 病院での医療品質についての懸念の報告先。
 - 退院時期が早すぎると思われる場合に、退院の決定を直に見直すように要求する権利。これは、弊社があなたの入院治療の延長を補償できるように、退院日を遅らせるよう依頼する正式かつ適法な手段です。
2. あなた客間は、書面による通知に署名して受領したことを示し、自身の権利を理解するよう求められます。
 - お客様またはお客様の代理人は、通知に署名するよう求められます。
 - 通知に署名することにより示されるのは、あなたが権利に関する情報を受け取ったことのみです。この通知は、退院日を通知するものではありません。通知に署名しても、退院日に同意したことにはなりません。
3. 通知のコピーを手許に保存し、必要に応じて不服請求する（または治療の質に関する懸念を報告する）ための情報を残しておきます。
 - 退院日より2暦日より前に通知に署名すると、退院が予定される前に別の通知書が送付されます。
 - この通知のコピーを事前に確認するには、会員サービス（1-888-846-4262、TTYのみ711）か1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）に電話してください。TTYユーザーは1-877-486-2048にお電話ください。また、www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im からオンラインで通知を受け取ることもできます。

セクション 8.2 レベル1不服請求を行って退院日を変更する方法

入院中の病院サービスについて弊社がより長期にわたって保険適用するよう依頼したい場合、不服請求手続から申請してください。始める前に、何をすることが必要なのか、期限はいつなのかを理解してください。

- プロセスに従ってください。
- 期限を守ってください。
- 必要に応じて、サポートを依頼してください。質問がある場合やサポートが必要な場合は、会員サービス（1-888-846-4262、TTYのみ711）または州健康保険支援プログラム

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

（SHIP）に連絡して、個別のサポートを受けてください。SHIP の連絡先情報は、第2章のセクション3を参照してください。SHIP の連絡先情報は、第2章のセクション3を参照してください。

レベル1 不服請求の際、品質改善組織がお客様の不服請求を審査します。計画された退院日がお客様に対して医学的に適切かどうかを確認します。**品質改善組織**は、Medicare 加入者に提供された医療を点検して改善を助けるために、連邦政府が報酬を支払っている医師およびその他の医療専門家のグループです。これには、Medicare 加入者の退院日の審査も含まれます。上記の専門家は、弊社プランの構成メンバーではありません。

ステップ1：お客様の州の品質改善組織に連絡し、退院について直ちに審査することを依頼してください。迅速に行動する必要があります。

この組織にどのように連絡できますか？

- あなたが受け取った書面の通知（「あなたの権利についての Medicare からの重要なメッセージ」）は、この組織への連絡方法を説明しています。また、第2章に、品質改善組織の名称、住所、電話番号が記載されています。

迅速に行動してください：

- 不服請求を実行するには、退院する前、**退院日の深夜0時まで**に、品質改善組織に連絡する必要があります。
 - この期限を守ることによってあなたは退院日の後も、品質改善組織の決定を待つ間、費用を支払うことなく病院に留まることができます。
 - この期限に間に合わない場合は、弊社にお問い合わせください。退院予定日の後も病院にとどまると決定した場合は、入院予定日以降に受ける病院治療の全費用を支払わなければならないことがあります。

あなたが退院日の即時審査を要請すると、直ちに品質改善組織から弊社に連絡があります。弊社は、この連絡を受けた日の正午までに、あなたに**詳細な退院通知**をお送りします。この通知により、お客様の退院予定日を示し、主治医、病院、および弊社が、その日に退院するのが正しい（医学的に適切だ）と考える理由を詳細に説明します。

詳細な退院通知のサンプルの請求は、会員サービス（1-888-846-4262、TTY のみ 711）または 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）に電話してください（TTY ユーザーは 1-877-486-2048）。また、www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-imからオンラインで通知のサンプルを受け取ることもできます。

ステップ2：品質改善組織は、お客様のケースについて独立した審査を実施します。

- 品質改善組織（審査担当）の医療専門家は、サービスの保険適用が継続するとお客様（またはお客様の代理人）が考える理由をお尋ねします。文書で何かを準備する必要はありませんが、あなたが希望すれば準備することもできます。
- また、審査担当は、あなたの医療情報を確認し、主治医と話し合い、病院と弊社が提供した情報を検討します。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- ・ 審査担当が弊社に対してあなたの不服請求について通知した日の翌日の正午までに、退院予定日を記載した通知書をお送りします。この通知により、主治医、病院、および弊社が、その日に退院するのが正しい（医学的に適切だ）と考える理由を詳細に説明します。

ステップ3：品質改善組織は、必要な情報すべてを入手してから1日以内にお客様の不服請求に回答します。

承認された場合はどうなりますか？

- ・ 独立審査組織が承認した場合、弊社は、病院の保険適用業務が医学的に必要である限り、入院患者向け病院サービスをあなたに提供し続けなければなりません。
- ・ あなたは費用のあなた負担分を支払う必要があります（適用される場合は、免責または自己負担分など）。さらに、病院の保険適用業務に制限があることもあります。

不承認の場合はどうなりますか？

- ・ 独立審査組織が承認しなかった場合、退院予定日が医学的に適切であると回答していることとなります。この場合、品質改善組織があなたの不服請求に回答した日の翌日の正午にあなたの入院患者向け病院サービスの弊社による保険適用が終了します。
- ・ 独立審査組織が不服請求を承認せず、あなたが病院にとどまることにした場合、品質改善組織があなたの不服請求に回答した日の翌日正午以降にあなたが受ける病院での治療の費用の全額をあなたが負担しなければならない場合があります。

ステップ4：お客様のレベル1不服請求に対する回答が不承認の場合、別の不服請求を実行するかどうかを決定します。

- ・ 品質改善組織があなたの不服請求を承認せず、さらにあなたが退院予定日の後も入院を続ける場合は、別の不服請求を行うことができます。別の不服請求を行うということは、あなたが不服請求プロセスのレベル2に進むということを意味します。

セクション 8.3 ステップバイステップ：レベル2不服請求を行って退院日を変更する方法

レベル2不服請求の際には、品質改善組織に対して最初の不服請求の決定をもう一度検討するよう求めます。品質改善組織がレベル2不服請求を承認しなかった場合、予定退院日の後はお客様が入院費用の全額を支払わなければならない場合があります。

ステップ1：品質改善組織に再度連絡し、再審査を求めます。

- ・ あなたは、レベル1不服請求に対する品質改善組織の不承認回答の日から60暦日以内に再審査を求める必要があります。あなたは、あなたの治療の保険適用終了日以降も入院を続ける場合に限り、この再審査を依頼できます。

ステップ2：品質改善組織は、あなたの状態について2回目の審査を行います。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- 品質改善組織の審査担当者は、お客様の不服請求に関連する全情報を慎重に検討します。

ステップ3: レベル2 不服請求の要求を受領してから 14 暦日以内に、審査担当者があなたの不服請求について判断し、決定を伝えます。

独立審査組織が承認した場合:

- 弊社は、品質改善組織が最初の不服請求の不承認を決定した日の翌日正午以降にあなたが受けた治療の費用のうち、弊社の負担分をあなたに払い戻す必要があります。弊社は、医学的に必要である限り、お客様の入院治療の保険適用を継続して提供する必要があります。
- お客様は引き続き費用の負担分を支払わなければなりません。また、保険適用の制限が適用されることがあります。

独立審査組織が承認しなかった場合:

- 不承認は、審査組織がレベル1 不服請求に関して行った決定に同意したことを意味します。
- あなたが受け取る通知書には、あなたが審査プロセスを続行したい場合にできることが書かれています。

ステップ4: 回答が不承認の場合は、レベル3に進んで不服請求をさらに進めるかどうかを決定する必要があります。

- レベル2以降には、さらに3つのレベルがあります（合計5つのレベル）。レベル3 不服請求に進む場合は、レベル2 不服請求の決定後に送付される通知書に、その方法の詳細が記載されています。
- レベル3 不服請求は、行政法判事または裁定人が取り扱います。
セクション10 レベル3、4、5の不服請求の手続きについて詳しく説明します。

セクション9 お客様が自身の保険適用終了が早すぎると考える場合に、特定の医療サービスに継続して保険が適用されるように依頼する方法

在宅ヘルスケアサービス、高度看護、またはリハビリテーション治療（外来リハビリテーション総合施設）の保険適用を受けている場合、あなたは病気または傷害の診断と治療に必要な限り、その種の治療を受け続ける権利があります。

弊社が3種類のケアのいずれかを終了する決定をした場合は、あなたに事前にお知らせする必要があります。その治療の保険適用が終了すると、弊社はあなたの治療に対する支払いを停止します。

あなたが保険適用終了が早すぎると思う場合は、弊社の決定に対して不服請求することができます。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

ます。このセクションでは、不服請求の方法について説明します。

セクション 9.1 弊社は、あなたの保険適用が終了する時期を事前にお知らせします

法的条件：

Medicare 不適用の通知これには、迅速な不服請求の申請方法が記載されています。迅速な不服請求の申請は、治療中止時期に関する弊社の保険適用決定を変更する正式かつ法的な手段です。

1. 弊社プランがあなたの治療の保険適用を終了する少なくとも2暦日前に、あなたは通知書を受け取ります。この通知には下記が記載されています。
 - ・ 治療の保険適用の終了日
 - ・ 迅速な不服請求申請によって、あなたの治療をさらに長期にわたって継続するように求める方法
2. あなた、またはあなたの代理人は、通知書の受領確認のため通知書に署名するよう求められます。通知書に署名することにより示されるのは、保険適用終了の時期に関する情報を受け取ったことのみです。通知書への署名は、あなたがプランによる治療終了決定に同意したという意味にはなりません。

セクション 9.2 レベル1不服請求により、弊社プランがあなたの治療により長期にわたって保険適用するようにする方法

あなたの治療をより長期にわたって保険適用するように弊社に求める場合、その申請のための不服請求手続きを使用する必要があります。始める前に、何をすることが必要なのか、期限はいつなのかを理解してください。

- ・ プロセスに従ってください。
- ・ 期限を守ってください。
- ・ 必要に応じて、サポートを依頼してください。質問がある場合やサポートが必要な場合は、会員サービス（1-888-846-4262、TTYのみ711）または、州健康保険支援プログラム（SHIP）に電話して、個別のサポートを受けてください：Hawaii 州健康保険支援プログラム（SHIP）（1-888-875-9229、TTY ユーザーは1-866-810-4379）、受付時間は、現地時間月曜日から金曜日の午前8時から午後5時まで。SHIPの連絡先情報は、第2章のセクション3を参照してください。

レベル1不服請求の際、品質改善組織がお客様の不服請求を審査します。品質改善組織は治療終了日が医学的に適切かどうかを判断します。品質改善組織は、Medicare 加入者に提供された医療を点検して改善を助けるために、連邦政府が報酬を支払っている開業医およびその他の医療専門家のグループです。これには、特定の種類の医療の保険適用終了時期に関するプランの決定

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

の見直しが含まれます。上記の専門家は、弊社プランの構成メンバーではありません。

ステップ1：あなたのレベル1不服請求の実行：品質改善組織に連絡し、迅速な不服請求を求めます。迅速に行動する必要があります。

この組織にどのように連絡できますか？

- あなたが受領した通知書（*Medicare 非適用の通知*）には、この組織への連絡方法が記載されています。また、第2章に、品質改善組織の名称、住所、電話番号が記載されています。

迅速に行動してください：

- 品質改善組織に連絡して、**発効日の前日正午までに Medicare 不適用の通知について**の不服請求を開始する必要があります。
- この期限を過ぎ、不服請求をしたい場合も、不服請求をする権利はあります。品質改善組織に連絡してください。

ステップ2：品質改善組織は、お客様のケースについて独立した審査を実施します。

法的条件：

保険適用外の詳細な説明。保険適用終了の詳細な理由を説明します。

この審査時に何が起こりますか？

- 品質改善組織（審査担当）の医療専門家は、お客様またはお客様の代理人がサービスの保険適用が継続すると考える理由をお尋ねします。文書で何かを準備する必要はありませんが、あなたが希望すれば準備することもできます。
- また、独立審査組織は、あなたの医療情報を確認し、主治医と話し合い、弊社プランが提供した情報を検討します。
- 審査担当者があなたの不服請求について弊社に通知したその日のうちに、あなたは、あなたへのサービスの終了の理由を詳細に説明する *保険適用外の詳細な説明* を弊社から受領することになります。

ステップ3：審査担当者は必要な全情報を入手してから1日以内に、決定内容をあなたに伝えます。

審査担当者が承認した場合はどうなりますか？

- 審査担当者があなたの不服請求を承認した場合、弊社は、**医学的に必要である限り、あなたへの保険適用業務の提供を継続しなければなりません。**
- あなたは費用のあなた負担分を支払う必要があります（適用される場合は、免責または自己負担分など）。保険適用業務に制限があることがあります。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

審査担当者が承認しなかった場合はどうなりますか？

- ・ 審査担当者が承認しなかった場合、あなたの保険適用は、弊社から通知済の日に終了します。
- ・ この日の保険適用の終了以降も、あなたがホームヘルパーケアまたは外来リハビリテーション総合施設（CORF）サービスを継続して受けたいと決定した場合、自身でこうしたケアの費用全額を支払わなければなりません。

ステップ4：お客様のレベル1不服請求に対する回答が不承認の場合、別の不服請求を実行するかどうかを決定します。

- ・ 審査担当者があなたのレベル1不服請求を承認しなかった場合、およびあなたがケアの保険適用の終了後もケアを継続することを選択した場合は、レベル2不服請求を行うことができます。

セクション9.3 レベル2不服請求により、弊社プランがあなたの治療により長期にわたって保険適用する方法

レベル2不服請求の際には、品質改善組織に対して最初の不服請求の決定をもう一度検討するよう求めます。品質改善組織があなたのレベル2不服請求を承認しなかった場合、あなたは、弊社が通知した保険適用終了日以降、ホームヘルパーケア、または高度看護施設ケア、または外来リハビリテーション総合施設（CORF）サービスの費用全額を支払わなければならないことがあります。

ステップ1：品質改善組織に再度連絡し、再審査を求めます。

- ・ あなたは、レベル1不服請求に対する品質改善組織の 不承認回答の日から 60 暦日以内に再審査を求める必要があります。あなたは、あなたの治療の保険適用終了日以降も継続してケアを受ける場合に限り、この再審査を依頼できます。

ステップ2：品質改善組織は、あなたの状態について2回目の審査を行います。

- ・ 品質改善組織の審査担当者は、あなたの不服請求に関連する全情報を慎重に検討します。

ステップ3：審査担当者は不服請求申請受領後 14 暦日以内に、不服請求について決定し、あなたにその内容を通知します。

独立審査組織が承認した場合はどうなりますか？

- ・ 弊社が保険適用の終了を通知した日以降にあなたが受けた治療の費用の弊社負担分をあなたに払い戻す必要があります。医学的に必要である限り、弊社は治療の保険適用を引き続き提供する必要があります。
- ・ お客様は引き続き費用の負担分を支払わなければなりません。また、保険適用の制限が適用されることがあります。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

独立審査組織が承認しなかった場合はどうなりますか？

- ・ 不承認は、審査組織が弊社のレベル1 不服請求に関する決定に同意したことを意味します。
- ・ あなたが受け取る通知書には、あなたが審査プロセスを続行したい場合にできることが書かれています。これには、不服請求の次の段階に進む方法の詳細が記載されていますが、この段階は行政法判事または裁定人が取り扱うものです。

ステップ4：回答が不承認の場合は、不服請求をさらに進めるかどうかを決定する必要があります。

- ・ レベル2以降にさらに3つのレベルがあるので、合計で5つのレベルがあることになります。レベル3 不服請求に進む場合は、レベル2 不服請求の決定後に送付される通知書に、その方法の詳細が記載されています。
- ・ レベル3 不服請求は、行政法判事または裁定人が取り扱います。この章のセクション10に、レベル3、4、5 不服請求のプロセスの詳細が記載されています。

セクション10 あなたの不服請求をレベル3、4、5に進めます

セクション10.1 医療サービス請求の不服請求レベル3、4、5

レベル1 あなたが不服請求とレベル2 不服請求を行っており、両方とも承認されなかった場合は、このセクションが適切な場合があります。

あなたが不服請求した項目または医療サービスのドル建て金額が、一定の最低レベルに達している場合、あなたはさらに上の段階の不服請求に進むことができる可能性があります。ドル建て金額が最低レベルに達していない場合、それ以上の不服請求はできません。レベル2 不服請求に対してあなたが受領する回答書に、レベル3 不服請求の実行方法が記載されています。

不服請求に関連するほとんどの状況において、最後の3つのレベルの不服請求が、最初の2レベルと同じ方法で行われます。この各レベルにおける不服請求の審査担当者は次のとおりです。

レベル3 不服請求

連邦政府に勤務する行政法判事または裁定人があなたの不服請求を審査し、あなたに回答を送ります。

- ・ 行政法判事または裁定人があなたの不服請求を承認する場合、不服請求プロセスは終了することもあり、終了しないこともあります。レベル2 不服請求での決定と異なり、弊社にはあなたに有利なレベル3の決定に不服請求する権利があります。弊社が不服請求することを決定した場合、レベル4 不服請求に進みます。
 - 弊社が不服請求をしないと決定した場合、行政法判事または裁定人の決定の受領後60 暦日以内にその治療を承認または提供する必要があります。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- 決定に対して不服請求すると決定した場合は、レベル4 不服請求申請書の複写を、添付文書があればそれとともに送ります。弊社は、レベル4 不服請求の決定を待つて、問題の医療の承認または提供を行うことができます。
- ・ **行政法判事または裁定人があなたの不服請求を承認しない場合、不服請求プロセスは終了することもあり、終了しないこともあります。**
 - この不正請求不承認の決定を受け入れる場合、不服請求はそれで終了します。
 - 決定を受け入れない場合は、次のレベルの審査プロセスに進むことができます。お客様が受領する通知に、レベル4 不服請求のためにすべきことが記載されています。

レベル4 不服請求

Medicare 不服審査会（審査会）が、あなたの不服請求を審査し、回答します。審査会は連邦政府に属しています。

- ・ **承認された場合、または審査会が弊社によるレベル3 不服請求のあなたに有利な決定に対する再審査請求を拒否した場合、不服請求はそれで終了することもあり、終了しないこともあります。**レベル2での決定と異なり、弊社にはお客様に有利なレベル4の決定に不服請求する権利があります。この決定をレベル5に進めるかどうかは弊社が決定することになります。
 - 弊社がこの決定に対する不服請求をしないと決定した場合、審査会決定の受領後 60 暦日以内にその治療を承認または提供する必要があります。
 - 弊社が決定に対して不服請求すると決定した場合は、あなたに書面でお知らせします。
- ・ **不承認の場合、または審査会が再審査請求を拒否した場合、不服請求はそれで終了することもしないこともあります。**
 - この不正請求不承認の決定を受け入れる場合、不服請求はそれで終了します。
 - あなたが決定の受け入れを希望しない場合は、次のレベルの審査プロセスに進むことができます。審査会があなたの不服請求を承認しなかった場合、あなたが受領する通知に、あなたがレベル5 不服請求に進むことができるかどうか、およびレベル5 不服請求に進む方法が記載されています。

レベル5 不服請求

連邦地方裁判所が、あなたの不服請求を審査します。

- ・ 判事がすべての情報を確認し、あなたの請求の承認または不承認を判断します。これが最終的な回答です。連邦地方裁判所の後には、これ以上の不服請求レベルはありません。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

セクション10.2 Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の追加の不服申し立て

お客様の不服請求が、通常はHawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) で保障されるサービスや品目についてのものである場合、お客様には別の不服請求もあります。公聴会事務局 (Fair Hearing office) から受領する手紙に、不服請求手続きを継続したい場合にすべきことが記載されています。

セクション 10.3 パート D 医薬品請求についての不服請求レベル 3、4、5

レベル 1 あなたが不服請求とレベル 2 不服請求を行っており、両方とも承認されなかった場合は、このセクションが適切な場合があります。

あなたが不服請求した医薬品の価格が、一定のドル建て金額に達している場合、あなたはさらに上の段階の不服請求に進むことができる可能性があります。ドル建て金額が少ない場合は、それ以上の不服請求はできません。レベル 2 不服請求に対してあなたが受領する回答書に、レベル 3 不服請求を依頼するための連絡先とそのためすべきことが記載されています。

不服請求に関連するほとんどの状況において、最後の 3 つのレベルの不服請求が、最初の 2 レベルと同じ方法で行われます。この各レベルにおける不服請求の審査担当者は次のとおりです。

レベル 3 不服請求

連邦政府に勤務する行政法判事または裁定人があなたの不服請求を審査し、あなたに回答を送ります。

- 回答が承認の場合、抗議手続きは終了します。弊社は、行政法判事または裁定人が承認した処方薬補償について、決定の受領後 72 時間（迅速な不服請求の場合は 24 時間）以内に承認または提供を実行し、または受領後 30 暦日以内に支払いを実行しなければなりません。
- 行政法判事または裁定人があなたの不服請求を承認しない場合、不服請求プロセスは終了することもあり、終了しないこともあります。
 - この不正請求不承認の決定を受け入れる場合、不服請求はそれで終了します。
 - 決定を受け入れない場合は、次のレベルの審査プロセスに進むことができます。お客様が受領する通知に、レベル 4 不服請求のためにすべきことが記載されています。

レベル 4 不服請求

Medicare 不服審査会（審査会）が、あなたの不服請求を審査し、回答します。審査会は連邦政府に属しています。

- 回答が承認の場合、抗議手続きは終了します。弊社は、審査会が承認した処方薬補償について、決定の受領後 72 時間（迅速な不服請求の場合は 24 時間）以内に承認または提供を実行し、または受領後 30 暦日以内に支払いを実行しなければなりません。

- ・ 不承認の場合、または審査会が再審査請求を拒否した場合、不服請求はそれで終了することもしないこともあります。
 - この不正請求不承認の決定を受け入れる場合、不服請求はそれで終了します。
 - あなたが決定の受け入れを希望しない場合は、次のレベルの審査プロセスに進むことができます。審査会があなたの不服請求を承認しなかった場合、あなたが受領する通知に、あなたがレベル 5 不服請求に進むことができるかどうか、およびレベル 5 不服請求に進む方法が記載されています。

レベル 5 不服請求

連邦地方裁判所が、あなたの不服請求を審査します。

- ・ 判事がすべての情報を確認し、あなたの請求の承認または不承認を判断します。これが最終的な回答です。連邦地方裁判所の後には、これ以上の不服請求レベルはありません。

訴えを申し立てる

セクション 11 治療の質、待ち時間、カスタマーサービス、その他の懸念事項について訴えを申し立てる方法

セクション 11.1 苦情手続きで処理される問題の種類

訴えの手続きは、特定のタイプの問題に限り使用されます。これには、医療の質、待ち時間、およびカスタマーサービスに関連する問題が含まれます。ここでは、苦情申し立て手続きで処理される問題の種類の例を示します。

訴え	例
医療の質	<ul style="list-style-type: none">・ 受けた治療の質（病院での治療を含む）に不満ですか？
プライバシーの尊重	<ul style="list-style-type: none">・ お客様のプライバシーの権利を尊重していない者、または秘密の情報を人に話す者が居ましたか？
敬意の欠如、貧弱なカスタマーサービス、またはその他のネガティブな行動	<ul style="list-style-type: none">・ 失礼な態度や敬意の欠けた態度の者がいましたか？・ 会員サービスに不満がありますか？・ プランから退会するように仕向けられていると思いますか？

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

訴え	例
待ち時間	<ul style="list-style-type: none"> • 予約の取得に問題がありますか？それとも予約を取るための待ち時間が長過ぎますか？ • 医師、薬剤師、またはその他の医療専門職にいつも待たされていませんか？または、弊社の会員サービスまたはプランの職員に待たされましたか？ <ul style="list-style-type: none"> ○ たとえば、電話、待合室や検査室、処方箋の受取での待ち時間が長すぎるなどがあります。
清潔さ	<ul style="list-style-type: none"> • クリニック、病院、または診察室の清潔さや状態に不満がありますか？
お客様が弊社から得る情報	<ul style="list-style-type: none"> • 弊社が必要な通知をお客様に提供しないことがありましたか？ • 弊社の文書情報がわかりにくいことがありましたか？
適時性 (こうしたタイプの訴えは、保険適用決定と不服請求に関連する弊社の行動の 適時性 に関連しています)	<p>あなたが保険適用の判断を求めたとき、あるいは不服請求をしたときに、弊社の対応が十分に迅速ではないと考える場合、弊社の対応の遅さについて訴えを申し立てることができます。次に例を示します：</p> <ul style="list-style-type: none"> • あなたの迅速な保険適用決定または迅速な不服請求の求めを弊社が拒否した場合、あなたは訴えを申し立てることができます。 • 弊社が保険適用決定や不服請求の期限を守っていないと思う場合、あなたは訴えを申し立てることができます。 • あなたが、弊社が承認済の特定の医療用品、医療サービス、または医薬品について、補償または払戻しの期限を守っていないと思う場合、訴えを申し立てることができます。 • 弊社がお客様のケースを独立審査組織に送付するために必須の期限を守らなかったと思う場合、お客様は苦情を申し立てることができます。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合**セクション 11.2 苦情を申し立てる方法****法律用語：**

訴えは苦情とも呼ばれます。

不服の申し立ては、苦情の提出と呼ばれます。

訴えの手続きの使用は、苦情申し立て手続きの使用と呼ばれます。

迅速な訴えは、迅速な苦情と呼ばれます。

ステップ 1：電話または書面で速やかに弊社に連絡します。

- ・ まず、会員サービス（1-888-846-4262、TTY のみ 711）にお電話ください。他に必要なことがあれば、会員サービスからお知らせいたします。
- ・ 電話をかけたくない場合（または電話しても満足できなかった場合）は、訴えを書面にして弊社に送ることができます。あなたが苦情を書面で提出した場合、弊社はあなたの苦情に書面で対応します。
- ・ お客様の訴えを電話で解決できない場合、弊社は正式な手順で訴えを審査します。弊社では苦情処理手順と呼んでいます。訴えを実行するには、またはこの手順に関してご質問がある場合は、会員サービスまでご連絡ください。あるいは、本文書第2章の「医療措置に関する訴えまたはパート D 処方医薬品に関する訴え」に記載されている住所まで要求書をお送りください。
 - お客様が書面での回答を求めている場合、お客様が書面で訴え（苦情）を申し立てている場合、またはお客様の訴えが治療の質に関連している場合、弊社は書面で対応いたします。
 - 訴えは、事象発生後60暦日以内に提出する必要があります。訴えは、本文書第2章の医療措置に関する訴えまたはパート D 処方医薬品に関する訴えに記載されている住所に書面で正式に提出することができます。
 - 弊社は、お客様の健康状態に応じて、お客様の訴えについての弊社の決定を可能な限り速やかにお知らせする義務がありますが、これはお客様の訴えを受領してから30暦日以内でなければなりません。お客様が延長を希望する場合、または弊社が追加情報の必要性を認め、遅延がお客様の最善の利益になるのであれば、期間を最大14暦日延長することができます。
 - 場合によっては、お客様には、訴えについての迅速な調査を求める権利があります。これを「迅速な苦情」手順と呼びます。お客様には、下記の状況において、弊社の判断に同意できない場合に訴えを迅速に確認する権利があります。
 - ・ 医療またはパート D 医薬品に関する要求の迅速な検討を求めたが、弊社が拒否している。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

- ・ 拒否されたサービスまたはパート D 医薬品についての不服請求の迅速な検討を求めたが、弊社が拒否している。
- ・ 弊社が、医療に関するお客様の要求の検討にはさらに時間が必要であると判断している。
- ・ 弊社が、拒否された医療についてのお客様の不服請求の検討にはさらに時間が必要であると判断している。
- お客様は、この種の訴えを、会員サービスへの電話によって提出することができます。また、弊社への訴えは、本書第2章の医療に関する訴えまたはパート D 処方医薬品に関する訴えに記載された住所に書面で提出することもできます。弊社が迅速な苦情を受領すると直ちに、専門看護師（Clinical Practitioner）がその事例を調査し、迅速な検討を求めるお客様の要求が拒否された理由を割り出し、ケース延長が適切であったかどうかを判定します。迅速な事例についての口頭および書面による決定を、訴えを受けてから24時間以内に通知します。
- ・ 電話または書面のいずれであっても、すぐにメンバーサービス（1-888-846-4262）に電話してください（TTY ユーザーは 711）。苦情を申し立てたい問題が発生した後、いつでも苦情を申し立てることができます。

ステップ2: あなたの訴えについて調査し、回答します。

- ・ 可能であれば、すぐにご回答いたします。お客様からの電話での問い合わせの場合、その通話中にお客さまに回答できる場合があります。
- ・ ほとんどの訴えについて、30 暦日以内に回答します。弊社がさらに多くの情報を必要としており、遅延がお客様の利益に最も良く適う場合、またはお客様がさらに時間を掛けることを希望される場合は、弊社は回答期限を最大14 暦日延長することができます（合計44 暦日）。弊社が追加の日数が必要であると判断した場合は、書面でお知らせします。
- ・ 弊社があなたの迅速な保険適用決定または迅速な不服請求の要求を拒否したために、あなたが不服を申し立てている場合、弊社は自動的に迅速化すべき訴えとして取り扱います。あなたに迅速化すべき訴えがある場合、弊社は 24 時間以内に回答いたします。
- ・ あなたの訴えの一部または全部について弊社が同意しない場合、またはあなたが訴えている問題について責任を負わない場合は、あなたへの回答にその理由を含めます。

第9章 問題または不平（保険適用決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合

セクション 11.3 また、あなたは治療の質についての訴えを、品質改善組織に申し立てることもできます

あなたの訴えが治療の質についてのものである場合、次の2つの選択肢も選択できます。

- お客様は品質改善組織に直接訴えることができます。品質改善組織は、Medicare の患者に提供された医療を点検し改善するために連邦政府が報酬を支払っている開業医およびその他の医療専門家のグループです。第2章に連絡先情報を記載します。

または

- 品質改善組織と弊社の両方に同時に訴えを申し立てることができます。

セクション 11.4 また、Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) に訴えを申し立てることもできます

弊社のプランに関する訴えを Medicare に直接提出することができます。苦情を Medicare に送信するには www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx にアクセスしてください。また、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話することもできます。TTY/TDD ユーザーは 1-877-486-2048 に電話することができます。

Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用業務に関する訴えは、最寄りの州 Medicaid 事務所にご連絡ください。連絡先情報は、第2章セクション6に記載されています。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

第 10 章 : プランの会員登録を終了する

セクション 1 弊社プランのメンバーシップの終了

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) でのメンバーシップ終了は **自発的** (あなた自身の選択によるもの) または **非自発的** (あなた自身の選択ではないもの) のどちらもあり得ます。

- あなたの退会希望によって、弊社プランを終了することができます。セクション 2 および 3 に、自発的なメンバーシップの終了についての情報を記載しています。
- また、弊社が会員資格を解約する必要がある状況も、少ないですがあります。弊社がお客様のメンバーシップを終了しなければならない状況については、セクション 5 に記載します。

あなたが弊社のプランから退会する場合も、あなたのメンバーシップが終了するまで、弊社のプランがあなたに引き続き医療と処方医薬品を提供する必要がありますので、メンバーシップ終了まで、引き続き費用分担分をお支払いいただきます。

セクション 2 プランの会員登録は、いつ終了できますか？

セクション 2.1 Medicare および Medicaid に加入していることで、メンバーシップを終了できることがあります

Medicare 加入者の大多数は、1 年の特定の時期に限り、メンバーシップを終了できます。あなたは Medicaid 加入者であるため、その年のどの月であっても、下記の Medicare オプションのいずれかを選択することにより、当社プランのメンバーシップを終了できます。

- 独立した Medicare 処方薬プランが付帯した Original Medicare
- 個別の Medicare 処方薬プランが付いていない Original Medicare (このオプションを選択して追加支援を受け取ると、自動登録を無効にしていない限り、Medicare があなたを薬剤プランに登録する場合があります)
- 適格であれば、単一のプランで Medicare と、Medicaid の給付とサービスのほとんどまたはすべてを提供する統合 D-SNP

第 10 章 プランの会員登録を終了する

注記：あなたが Medicare 医薬品補償から退会し、追加支援の利用を終了し、連続する 63 日以上
の期間にわたって確実な医薬品保険適用なしで過ごした後で Medicare 医薬品プランに加入する
と、パート D の加入遅延罰金を支払わなければならない場合があります。

- Medicaid プランのオプションについて詳しく知るには、お住まいの州の Medicaid 事務所
(1-800-316-8005、TTY ユーザーは 711) に電話してください。
- **加入受付期間中に、Medicare ヘルスプランのその他のオプションを利用できます。**セク
ション 2.2 に、加入受付期間の詳細について記載しています。
- **メンバーシップは通常、弊社がプラン変更の申し込みを受領した月の翌月の初日に終了
します。**新しいプランへの登録もこの日に開始されます。

セクション 2.2 あなたは年ごとの加入受付期間中に会員資格を終了できます

毎年の加入受付期間中に、会員資格を終了できます。この期間中に、お客様の保険・処方薬補
償を見直し、翌年の保険適用について決定してください。

- **加入受付期間は、10 月 15 日から 12 月 7 日です。**
- **現在の保険適用を維持するか、翌年の保険適用を変更するかを選択します。**新しいプラ
ンへの変更を決定した場合は、次のいずれかのタイプのプランを選択できます。
 - 医薬品補償の有無にかかわらず、別の Medicare ヘルスプラン
 - 個別の Medicare 医薬品プランが付いた Original Medicare
 - 独立した Medicare 医薬品プランが付いていない Original Medicare
 - 適格であれば、単一のプランで Medicare と、Medicaid の給付とサービスのほとんど
またはすべてを提供する統合 D-SNP

処方薬の支払いのために Medicare から追加支援を受ける場合：Original Medicare に切り替え
て、他の Medicare 処方薬プランに登録しないときは、自動登録をオプトアウトしない限り、
Medicare があなたを医薬品プランに登録することがあります。

注記：あなたが Medicare 医薬品補償から退会し、追加支援の利用を終了し、連続 63 日以上にわ
たって確実な処方薬保険適用なしで過ごした後で Medicare 医薬品プランに加入する場合、
パート D 加入遅延罰金を支払わなければならない場合があります。

- **1 月 1 日に新しいプランの保険適用が開始されたときに、弊社プランでのあなたのメン
バーシップが終了することになります。**

第 10 章 プランの会員登録を終了する

セクション 2.3 Medicare Advantage の加入受付期間中にメンバーシップを終了できます

あなたは、Medicare Advantage の加入受付期間中、健康保険適用について変更を 1 つ行えます。

- Medicare Advantage の加入受付期間は、1 月 1 日から 3 月 31 日までです。また、MA プランに加入する新 Medicare の受給者の場合は、パート A およびパート B の資格取得月から 3 ヶ月目の月末までです。
- Medicare Advantage の加入受付期間中、あなたは次のことができます。
 - 医薬品補償の有無にかかわらず、別の Medicare Advantage プランへの切り替え。
 - 弊社プランからの退会と、Original Medicare による保険適用の取得。この期間中に Original Medicare に切り替える場合、同時に、独立した Medicare 医薬品プランに参加することもできます。
- あなたのメンバーシップの終了日は、別の Medicare Advantage プランへの登録月または弊社が Original Medicare への切り替えの申し込みを受け取った月の翌月 1 日です。また、あなたが Medicare 医薬品プランへの登録を選択した場合、医薬品プランのメンバーシップは医薬品プランが登録申請を受け付けた月の翌月 1 日に開始されます。

セクション 2.4 ある種の状況では、お客様は特別加入期間中にメンバーシップを終了可能です

状況によっては、年の上記以外の時期のメンバーシップ終了に対して適格なことがあります。これを特別加入期間といいます。

下記の状況のいずれかに該当する場合、特別加入期間中のメンバーシップ終了に対して適格なことがあります。下記はほんの一例です。プランの詳細については、プランに問い合わせるか、Medicare に電話するか、www.Medicare.gov をご覧ください。

- 通常、転居したとき
- Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) に加入している場合
- Medicare 医薬品補償の支払いのために、追加支援を受ける資格がある場合
- 弊社があなたとの契約に違反した場合
- 介護施設や長期介護 (LTC) 病院などの施設で介護を受けている場合
- **注記：** 医薬品管理プログラムに参加している場合は、特定の特別加入期間のみ対象となる場合があります。医薬品管理プログラムの詳細については、第 5 章 セクション 10 に記載しています。
- **注記：** Medicaid 加入者の特別加入期間の詳細については、セクション 2.1 に記載していません。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

この加入期間は状況によって異なります。

特別加入期間に対して適格かどうかを確認するには、Medicare (1-800-MEDICARE、1-800-633-4227) に電話してください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。特別な状況のためにメンバーシップ終了に適格な場合、あなたは Medicare の健康保険適用と保険適用範囲と医薬品補償の両方を変更できます。次のいずれかを選択できます。

- 医薬品補償の有無にかかわらず別の Medicare ヘルスプラン
- 個別の Medicare 医薬品プランが付いた Original Medicare
- 独立した Medicare 医薬品プランが付いていない Original Medicare
- 適格であれば、単一のプランで Medicare と、Medicaid の給付とサービスのほとんどまたはすべてを提供する統合 D-SNP

注記：あなたが Medicare 医薬品補償から退会し、追加支援の利用を終了し、連続 63 日以上にわたって確実な医薬品の保険適用なしで過ごした後で Medicare 医薬品プランに加入する場合、パート D 加入遅延罰金を支払わなければならない場合があります。

保険適用薬の支払いのために Medicare から追加支援を受ける場合：Original Medicare に切り替えて、他の Medicare 医薬品プランに登録しないときは、自動登録をオプトアウトしない限り、Medicare があなたを医薬品プランに登録することがあります。

会員資格は通常、弊社がプラン変更の申し込みを受領した月の翌月の初日に終了します。

注記：Medicaid 加入者で追加支援を受けているユーザーの特別加入期間の詳細については、セクション 2.1 および 2.2 に記載しています。

セクション 2.5 会員資格終了時期についての詳細情報を入手する

メンバーシップの終了について疑問がある場合の対処方法：

- **会員サービス：**1-888-846-4262 (TTY をご利用の場合は 711) までご連絡ください
- 詳細は、**Medicare とあなた 2026** ハンドブックを参照してください
- **Medicare：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY のみ 1-877-486-2048) までご連絡ください

セクション3 弊社プランのメンバーシップの終了方法

次の表に、メンバーシップ終了の方法を示します。

弊社プランから以下に切り替える場合： そのときにやるべきこと：	
別の Medicare ヘルスプラン	<ul style="list-style-type: none">新しい Medicare ヘルスプラン に加入します。新しいプランの保険適用が開始されると、Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP）から自動退会となります。
個別の Medicare 医薬品プランが付いた Original Medicare	<ul style="list-style-type: none">新しい Medicare 医薬品プラン に加入します。新しいプランの保険適用が開始されると、Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP）から自動退会となります。
独立した Medicare 医薬品プランが付いていない Original Medicare	<ul style="list-style-type: none">退会申請書を弊社にお送りいただくか、弊社のウェブサイトからオンラインで退会してください。上記の手続きの実行方法については、会員サービス（1-888-846-4262、TTY ユーザは 711）にお電話ください。または、電話番号 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）の Medicare に電話して退会を依頼してください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。Original Medicare の保険適用が開始されると、Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP）から退会処理されます。

注記：あなたが Medicare 医薬品補償から退会し、追加支援の利用を終了し、連続 63 日以上にわたって確実な医薬品の保険適用なしで過ごした後で Medicare 医薬品プランに加入する場合、パート D 加入遅延罰金を支払わなければならない場合があります。

あなたの Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の給付に関する質問は、1-800-316-8005、TTY 711 にご連絡ください。受付時間は Hawaii 時間の月曜日～金曜日の午前 7 時 45 分～午後 4 時 30 分です。別のプランへの加入または Original Medicare への復帰が、お客様の Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 保険適用の取得方法にどのような影響を与えるかをお尋ねください。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

セクション4 メンバーシップ終了までは、引き続き弊社プランを通じて医療用品、サービス、医薬品を入手する必要があります

会員資格が終了して新しい Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用が開始されるまでは、引き続き弊社のプランを通じて医療用品、サービス、処方薬を入手しなければなりません。

- ・ 医療を受けるために、引き続き弊社のネットワークプロバイダを利用してください。
- ・ 引き続き弊社のネットワーク薬局またはメールオーダーを利用して処方箋の受付をしてください。
- ・ 会員資格終了日に入院した場合、退院までの入院費が弊社プランで補償されます（新しい健康保険適用開始後に退院した場合でも）。

セクション5 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、特定の状況でプランメンバーシップを終了する必要があります

次のいずれかが発生した場合は、あなたのプランメンバーシップを Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) が終了する必要があります。

- ・ あなたが Medicare Part A および Part B の加入者でなくなった場合。
- ・ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の資格を失った場合。第1章のセクション 2.1 に記載されているように、当社のプランは Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の両方の資格を持つ方を対象としています。お客様が弊社プランの特別な資格要件を満たさなくなった場合、このプランのメンバーシップは6ヵ月後に終了します。ただし、この期間中、Medicare Advantage プランは、Medicaid 州プランに含まれている、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) での給付を補償する責任を負いません。お客様のメンバーシップの終了とオプションについてお知らせする通知を弊社からお送りします。自身の資格について質問がある場合は、会員サービスにお問い合わせください。
 - プランの資格継続期間は6ヵ月間です。資格が継続するとみなされる期間は、スペシャルニーズプランのステータスが喪失する月の翌月1日から始まります。
- ・ サービスエリアから転居する場合。
- ・ サービスエリアから6ヵ月以上離れている場合。
 - 転居または長期の旅行の場合は、会員サービス（1-888-846-4262、TTY のみ 711）に電話して、転居先または旅行先がプランのエリア内かどうかを確認してください。
- ・ あなたが収監された（受刑者となった）場合。
- ・ 米国民でなくなった場合、または米国に合法的に居住していない場合。
- ・ 処方薬補償を提供する他の保険に加入していることについて虚偽申告または隠匿をした場合。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

- ・ 弊社プランへの加入時に意図的に不正確な情報を提供し、その情報が弊社プランの加入資格に影響した場合（先に Medicare から許可を得ない限り、この理由によって弊社プランから退会することはできません）。
- ・ 破壊的なやりかたで継続して行動し、弊社があなたや弊社プランの他のメンバーに医療を提供することを困難にしている場合（先に Medicare から許可を得ない限り、この理由によって弊社プランから退会することはできません）。
- ・ お客様の会員カードを使用して、他の人物に医療を受けさせている場合（先に Medicare から許可を得ない限り、この理由によって弊社プランから退会することはできません）。
 - 弊社がこの理由によりメンバーシップを終了させた場合、Medicare がお客様のケースを監察官に調査させる場合があります。

弊社がメンバーシップを終了する場合について、質問がある場合、または詳細を知りたい場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) にお問い合わせください。

セクション 5.1 なんらかの健康関連の理由により、弊社があなたにプラン終了をお願いすることはありません

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) では、健康関連の理由であなたにプラン終了を依頼することはできません。

仮にそうなった場合、どうすればよいでしょうか？

健康関連の理由で弊社プランを終了するように依頼されていると思われる場合は、Medicare (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)) に電話してください。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 にお電話ください。

セクション 5.2 あなたには、弊社プランのメンバーシップを弊社が終了した場合に訴えを起こす権利があります

弊社がメンバーシップを終了する場合、弊社はメンバーシップを終了する理由を書面でお知らせしなければなりません。また、会員資格を終了する弊社の決定に苦情を申し立てる方法または訴えを起こす方法についても説明する必要があります。

第 11 章 法的通知

第 11 章 : 法的通知

セクション 1 準拠法に関する通知

この保険適用のエビデンスの書類に優先して適用される法律は、社会保障法第 VIII 章および Medicare および Medicaid サービスセンター (CMS) が社会保障法により作成した規制です。さらに、他の連邦法が適用される場合があり、ある種の状況下ではあなたの居住国の法律が適用される場合があります。この文書にその法律が記載されていない場合や説明されていない場合でも、このことがあなたの権利と責任に影響を及ぼす可能性があります。

セクション 2 差別禁止に関する注意

弊社のヘルスプランは連邦公民権法に従っています。弊社は、人種、民族、出身国、肌の色、宗教、性別、年齢、精神的または身体的障がい、健康状態、保険金請求の経験、病歴、遺伝情報、保険可能体の証拠、またはサービスエリア内の地理的位置に基づく差別を致しません。弊社のプランと同様に、Medicare Advantage プランを提供するあらゆる組織は、1964 年の公民権法のタイトル VI、1973 年のリハビリテーション法、1975 年の年齢差別法、米国障害者法、医療費負担適正化法のセクション 1557 を含め、差別を禁じるあらゆる連邦法、連邦政府から資金を受ける組織に適用されるその他のあらゆる法律、およびその他の理由で適用されるその他のあらゆる法律および規則に従わなければなりません。

差別や不公正な扱いについての詳細が必要な場合やその懸念がある場合は、保健福祉省の Office for Civil Rights (1-800-368-1019、TTY 1-800-537-7697) または現地の Office for Civil Rights にお問い合わせください。また、www.HHS.gov/ocr/index.html で、保健福祉省の Office for Civil Rights の情報を確認することもできます。

あなたが障がいをお持ちで、治療のための支援が必要な場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY のみ 711) に電話してください。車椅子でのアクセスに問題があるなどの訴えがある場合は、会員サービスがお手伝いします。

第 11 章 法的通知

セクション 3 Medicare 第 2 支払人の代位弁済権に関する通知

弊社には、Medicare が第 1 支払人ではない Medicare 保険適用業務について集金する権利と責任があります。42 CFR の CMS 規則のセクション 422.108 および 423.462 によると、Medicare Advantage 機関としての弊社のプランは 42 CFR のパート 411 のサブパート B から D までの CMS 規則に基づく事務局長の職権行使と同様の回収権を行使することになります。このセクションで規定されている規則はすべての州法に優先します。

セクション 4 Wellcare'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) プランに基づいて弊社のプランにより支払われた給付の回収

お客様が負傷した場合

お客様が、他者、会社、またはお客様自身（以下「責任者」とします）の行動により負傷、病気への罹患、病状の悪化を生じた場合、お客様が受ける保険適用業務に対する給付を弊社プランが提供します。ただし、お客様の負傷、病気、または病状のために金銭を受け取るか、受け取る権利がある場合、お客様の負傷、病気、または病状に関連する支払いが和解、判決、またはその他の支払いによるものかどうかを問わず、弊社のプランおよび/または治療プロバイダは、適用される州法に従って、このプランによってお客様に提供されたサービスの対価を回収する権利を留保します。

本規定の全体を通じて使用される「責任ある当事者」とは、実際にまたは潜在的にお客様の負傷、病気、または病状に責任を負う人物または団体を意味します。責任ある当事者という用語には、責任ある人物または団体の賠償責任保険会社またはその他の保険会社が含まれます。

責任ある当事者の行動によってあり得るお客様の負傷、病気への罹患、病状の悪化の態様の例として下記が挙げられますが、これらに限定されるわけではありません。

- ・ お客様が自動車事故に遭った場合
- ・ お客様が店舗内で足を滑らせて転倒した場合
- ・ お客様が職場で危険な化学物質にばく露された場合

弊社プランの回収権は、お客様が責任ある当事者から受領した金額全体に適用されます。それには下記を含みますが、これに限定されるわけではありません。

- ・ 第三者、または第三者の代理保険会社が行った支払い
- ・ 無保険または保険金額不足のドライバーの保険適用
- ・ 人身傷害保障、無過失またはその他の第 1 当事者の保険適用
- ・ 労働災害保険または障害保険の最低額または和解金
- ・ 自動車保険、敷地または住宅所有者向け保険の補償、または包括的填補による医療費支払いの保険適用

第 11 章 法的通知

- ・ 訴訟またはその他の法的措置から受けた和解または判決
- ・ 責任ある当事者の行為または不作為に対する補償として受領した、上記以外の何らかの源泉からのその他の支払い

本プランによる給付を受けることにより、お客様は、責任ある当事者の行為または不作為によりお客様が受けた保険適用業務の給付金を弊社プランが支払った場合に、本プランが代位弁済および償還の最優先権を有すること、またお客様またはお客様の代理人が責任ある当事者からの金額を回収するか、回収権を保有することに同意したものとします。

本プランによる給付を受けることにより、お客様は (i) お客様の負傷、疾病、または病状に関連してプランが提供するあらゆる保険適用業務の費用総額までの利用可能な保険適用から医療費を回収する権利を弊社プランに付与し、(ii) 責任ある当事者がお客様の代理として費用をプランに直接償還するように指示する、ということに同意します。

また、お客様は本プランによる給付を受けることで、弊社プランに対して、責任ある当事者の行為または不作為によるお客様の負傷、疾病、または病状に関連する回収、決済、判決またはその他の補償の源泉について、またその際にお客様が受けた保険適用業務のためにプランが支払った給付金の総額を上限とする払戻金について、第 1 優先の先取特権を付与します。この優先順位は、当該金額が医療費の回収分として明確に特定されているかどうかに関わりなく、またお客様の損失に対する全面的な補償を受けているかどうかに関わらず適用されます。弊社プランは、比較過失によるかもしくはそうでないかに関わらず、お客様の側の過失の主張を考慮することなく、本プランにより提供されたあらゆる給付金の全額を回収することができます。弁護士費用が弊社プランの回収金から差し引かれることはありません。責任ある当事者に対する請求または訴訟の遂行を弁護士に依頼した場合、裁判費用または弁護士費用の全部または一部を弊社プランが負担する必要はありません。

お客様が実行しなければならない手順

責任ある当事者を理由として、負傷、疾病、または病状の悪化が発生した場合、下記のような方法で当社プランおよび/または治療を行うプロバイダの費用回収努力に協力しなければなりません。

- ・ 該当する場合、弊社プランまたは治療プロバイダに、知る限りの責任ある当事者またはその弁護士の氏名と住所、お客様が弁護士に依頼している場合はその氏名と住所、関係する保険会社の名称と所在地を通知し、さらに負傷、罹患、病状悪化がどのように生じたかを説明してください。
- ・ 弊のプランまたは治療プロバイダが、担保権または回収権の執行の一助として合理的に必要なとする可能性のある書類に記入してください。
- ・ ケースまたは請求の状況および和解に関する話し合いについての弊社プランまたは治療プロバイダからの問い合わせに対し速やかに対応してください。
- ・ お客様またはお客様の弁護士が、責任ある当事者またはその他の源泉から金銭を受け取った場合、直ちに弊社プランに通知してください。
- ・ 回収、和解、判決、またはその他の補償の源泉からの医療保険の先取特権分またはプラン回収分の金額を支払ってください。これには、当該金額が医療費の回収分として明確

第 11 章 法的通知

に特定されているかどうか、お客様の損失に対する全面的な補償であるかどうかに関わらず、責任ある当事者に起因する負傷、疾病、または病状に関連して弊社プランにより支払われた給付金全額の払い戻し分の支払い額が含まれます。

- ・ 弊社プランの上記のような権利を損なうことはしないでください。これには、プランが支払った給付金全額の和解や回収の縮小または排除の試みや、回収におけるプランの第一優先権または先取特権の拒否の試みをしないことなどが含まれますが、これに限定されるものではありません。
- ・ お客様またはお客様の弁護士は、責任ある当事者またはその他の源泉からの受取金を保管し、該当する場合は、お客様が支払いを受け次第、潜在的に先取特権を有する他者または回収権を主張する第三者への支払いの前に、弊社のプランまたは治療プロバイダに払い戻してください。
- ・ お客様は、上記の回収金または過払い金を追跡するために弊社に協力する必要があります。

セクション 5 会員カード

この保険適用のエビデンスに基づいてプランが発行した会員カードは、本人確認のみを目的としています。会員カードを所持していても、この保険適用のエビデンスによるサービスまたはその他の給付を受ける権利は付与されません。この保険適用のエビデンスに基づいてサービスまたは特典を受ける資格を得るには、カード保有者が保険適用資格を得て、この保証の証拠に基づいて会員として登録される必要があります。この保険適用のエビデンスによる資格のないサービスを受ける者は、そのサービスに対して支払いを行う責任を負います。会員は、サービスを受ける際に Medicare カードではなくプランの会員カードを提示する必要があります。会員カードの交換が必要な場合は、会員サービス (1-888-846-4262、TTY ユーザーは 711) にお電話ください。

注記：会員が故意に会員カードの不正使用や濫用を許可すると、退会処分の理由になることがあります。弊社プランは、会員カードの不正使用や濫用に起因する退会を監察総監室に報告する必要がありますが、これが刑事訴追の原因になるおそれがあります。

セクション 6 独立契約者

弊社のプランと各参加プロバイダとの関係は、独立した請負関係です。参加プロバイダは、弊社プランの従業員または代理人ではなく、弊社プランも弊社プランの従業員も、参加プロバイダの従業員または代理人でもありません。いかなる場合においても、弊社プランは、参加プロバイダまたはその他の医療プロバイダの過失、不正行為、または不作為の責任を負いません。参加医師は、弊社プランではなく、会員との間で医師と患者の関係を維持します。弊社プランは医療のプロバイダではありません。

第 11 章 法的通知

セクション 7 医療プランの不正行為

ヘルスプランでの不正行為とは、プロバイダ、会員、雇用主、またはその代理人による、プランに対する欺瞞行為または虚偽の陳述と定義されています。これは訴追対象になり得る重罪です。たとえば、虚偽または詐欺的な主張を含む請求を提出するなどして、医療プランから搾取することを意図した行為に意図的かつ故意に関与すると、医療保険制度詐欺で有罪になるおそれがあります。

請求書または給付明細書に記載されている料金のいずれかについて懸念がある場合、またはなんらかの違法行為を知っているかその疑いがある場合は、プランのフリーダイヤル詐欺ホットライン(1-866-685-8664、TTY:711)にお電話ください。詐欺ホットラインは、24時間年中無休で対応いたします。電話はすべて極秘扱いとなります。

セクション 8 プランの管理範囲を超えた状況

自然災害、戦争、暴動、内乱、流行病、施設の完全または部分的破壊、核爆発またはその他の核エネルギーの放出、重要な医療グループ職員の無能力、緊急事態、または弊社プランの管理範囲外のその他の同様の事象により、弊社プランの施設または人員がこの保険適用のエビデンスによるサービスまたは給付の提供または手配ができない状態になるほどである場合、そのようなサービスまたは給付を提供するプランの義務は、弊社プランが現在の施設または人員の可用性の範囲内で当該サービスまたは福利厚生を提供または手配を誠実に行うという要件に限定されるものとします。

第 12 章 定義

第 12 章：定義

外来手術センター – 外来手術センターはもっぱら、入院不要でセンターでの滞在が 24 時間を超えない患者に外来手術業務を提供することを目的として運営されている団体です。

不服請求 – 医療サービスや処方薬への保険適用またはあなたがすでに受けたサービスや医薬品への支払いを拒否するという弊社の決定に同意できない場合にあなたがする請求を不服請求といいます。また、あなたが受けているサービスを停止するという弊社の決定に同意できない場合にも不服請求が可能です。

給付期間 – 弊社プランと Original Medicare の両方が、あなたの高度看護施設 (SNF) サービスの利用を見積もる際の方法。給付期間は、高度看護施設に入る日から始まります。お客様が SNF で 60 日間連続して高度看護を受けていない場合、給付期間は終了します。1 つの給付期間の終了後に高度看護施設に入所した場合、新規の給付期間が始まります。給付期間数の制限はありません。

生物由来製品 – 動物細胞、植物細胞、細菌、または酵母などの天然の供給源および生物供給源から作られた処方薬。生物由来製品は他の医薬品より複雑であり正確な複製はできないため、バイオ後続品と呼ばれる代替の形態があります（「**オリジナルの生物由来製品**」および「**バイオ後続品**」も参照）。

バイオ後続品 – オリジナルの生物由来製品と非常に似ているが、同一ではない生物由来製品。バイオ後続品は、先発生物由来製品と同様に安全で効果的です。バイオ後続品の中には、新しい処方箋を必要とせずに、薬局でオリジナルの生物由来製品を代用できるものもあります（「**交換可能バイオ後続品**」を参照）。

先発医薬品 – 最初に医薬品を研究開発した製薬会社が製造・販売する処方薬。先発医薬品は、その医薬品のジェネリック医薬品バージョンと同じ有効成分が配合されています。ただし、ジェネリック医薬品は他の医薬品メーカーによって製造販売されるもので、一般に先発医薬品の特許が切れるまで入手できません。

高額医療補償段階 – パート D 医薬品の薬剤給付において、あなた（またはあなたの代理として資格のある他の当事者）が有効年中にパート D 保険適用薬に \$2,100 を支払ったときに始まる段階。この支払い段階では、お客様は保険適用のパート D 医薬品には一切支払いません。

Medicare および Medicaid サービスセンター (CMS) – Medicare を管理する連邦政府機関。

共同保険 – あなたの支払いが必要な場合のある金額で、サービスまたは処方薬費のあなた負担分のパーセンテージ（例：20%）で示されるもの。

第 12 章 定義

訴え — 不服の申し立ての正式名称は**苦情の提出**です。訴えのプロセスは、特定のタイプの問題にのみ使用されます。これには、医療の質、待ち時間、および受けたカスタマーサービスに関連する問題が含まれます。また、あなたのプランが不服請求プロセスの期間に従っていない場合の訴えも含まれます。

外来リハビリテーション総合施設 (CORF) — 理学療法、社会的または心理的サービス、呼吸療法、作業療法、および言語療法サービス、家庭環境評価サービスなど、病気や怪我の後に主にリハビリテーション業務を提供する施設。

自己負担分 (または自己負担分) — 医師の往診、病院の外来診療、または処方薬など、医療サービスの費用のあなた負担分として支払う必要があり得る金額。自己負担分は、パーセンテージではなく固定金額 (たとえば \$10) です。

費用分担 — 費用分担とは、サービスまたは医薬品の受領に対して会員が支払わなければならない金額を指します。費用分担には、次の 3 種類の支払いのいずれかの組み合わせが含まれます。(1) サービスまたは医薬品が対象となる前にプランにより課されることのある免責金額、(2) 特定のサービスまたは医薬品を受けたときにプランにより必要とされる固定した自己負担分、(3) 特定のサービスまたは医薬品を受けたときにプランにより必要とされるサービスまたは医薬品に対する支払総額のパーセンテージである何らかの共同保険金額。

保険適用判定 — あなたに処方された医薬品がプランの対象であるかどうか、また処方に対してあなたが支払うべき金額がある場合はその金額についての判定。一般に、あなたが薬局に処方箋を持参した際に薬局から処方プランの対象外であると告げられた場合でも、それは保険適用判定ではありません。保険適用範囲についての正式決定を得るには、プランに電話するか手紙を書く必要があります。保険適用判定は、本書では**保険適用決定**と呼びます。

保険適用薬 — 弊社のプランの対象となる処方薬すべてを意味する用語として使用します。

保険適用業務 — 弊社のプランの対象となる医療サービスおよび医療用品のすべてを意味する用語として使用します。

確実な処方薬保険適用 — 平均して少なくとも Medicare の標準的処方薬補償と同じ金額が支払われることが予想される処方薬の保険適用範囲 (たとえば雇用者や組合などからのもの)。Medicare の加入資格を得た時点でこの種の保険を適用されていた者は、後で Medicare 処方薬補償に加入することを決定した場合も、通常、違約金を支払うことなくこの種の保険の適用を維持できます。

療護 — 療護とは、あなたにとって熟練した医療や熟練した看護が不要な場合に、介護施設、ホスピス、またはその他の施設で提供される個人的医療です。専門的な技能を持たず専門的訓練を受けていない要員が提供する療護には、入浴、着替え、食事、ベッドの出入りや椅子への着席/起立、移動、バスルームの使用など、日常生活の活動の支援が含まれます。また、眼薬の点眼など、大多数の人が自分で行う健康関連ケアも含まれる場合があります。Medicare では、療護費用は支払われません。

第 12 章 定義

1 日当たりの費用分担率 – 1 日当たりの費用分担率は、担当医が 1 ヶ月未満分の特定の医薬品を処方し、あなたが自己負担分を支払う必要がある場合に適用されます。1 日当たりの費用分担率は、ある月の自己負担分を処方日数で除した金額です。たとえば、ある医薬品の 1 ヶ月分の自己負担額が \$30 で、あなたのプランの 1 ヶ月分が 30 日分である場合、あなたの「1 日当たりの費用分担率」は 1 日あたり \$1 になります。

免責 – 弊社のプランによる支払いの前に、医療または処方に対してあなたが支払わなければならない金額。

退会するまたは退会 – 弊社プランのあなたの会員資格を終了するプロセスです。

調剤報酬 – 処方を満たすための処方薬の用意と包装に要する薬剤師の時間などに対して、保険適用薬の調剤のたびに請求される料金。

両適格者スペシャルニーズプラン(D-SNP) – DSNP は、Medicare (社会保障法タイトル XVIII) と Medicaid (タイトル XIX) による州のプランの療法の医療支援を受ける資格のある人が加入対象です。州は、当該の州と個人の適格性に応じて、Medicare 費用のすべてまたは一部を補償します。

両適格者 – Medicare および Medicaid の保障の適格者。

耐久医療機器 (DME) – 医療上の理由から担当医が発注した特定の医療機器。例としては、医療プロバイダが家庭での使用のために発注した歩行器、車椅子、松葉杖、電動マットレスシステム、糖尿病用品、点滴輸液ポンプ、音声発生装置、酸素機器、ネブライザー、病院ベッドが含まれます。

緊急事態 – 医学的緊急事態とは、あなたまたは健康と医学について平均的な知識を有する他の非専門家が、あなたの死亡、四肢の欠損、または身体機能の喪失や重度の障害（あるいは妊娠中の女性の場合は胎児の死亡）の防止のため直ちに医学的措置を必要とする医学的な徴候があると信じるような場合です。医学的症状とは、疾患、外傷、激痛、あるいは急速に悪化している病状である場合があります。

救急医療 – (1) 緊急事態サービスの提供資格を持つプロバイダが提供するサービス、および(2) 緊急病状の治療、評価、または安定化に必要なサービス。

保険適用のエビデンス (EOC) および開示情報 – この文書は、あなたの入会申込書とその他の添付書類、特約書、または選択済のその他のオプション保障と併せて、あなたの保障、弊社が行わなければならないこと、あなたの権利、および弊社プランの会員として行わなければならないことを説明します。

例外 – 承認された場合に、弊社の処方集にない医薬品（処方集の例外）を入手したり、低い費用分担段階で非優先医薬品を入手したりすることが可能な保険適用決定の一種（階層化例外）。また、あなたが要求する医薬品を受け取る前に別の医薬品を試すことを弊社プランにより要求された際に、弊社プランでその医薬品の事前承認が必要とされ、かつあなたが基準制限の免除を希望する場合、または、弊社プランによりご希望の医薬品の量または用量が制限されている場合（処方集の例外）、あなたは例外を希望することもできます。

第 12 章 定義

追加支援 – 収入と資源が限られている人々が、保険料、免責、および共同保険などの Medicare 処方薬プログラム費を支払うのを支援するための Medicare プログラム。

ジェネリック医薬品 – 先発医薬品と同じ有効成分を持つものとして、FDA が承認した処方薬。一般に、ジェネリック医薬品は先発医薬品と同様に作用し、通常は費用が低くなります。

ホームヘルパー – 個人的なケア (入浴、トイレの使用、着替え、または処方された運動の実行など) の支援など、有資格の看護師や療法士の技能を必要としないサービスを提供する人。

ホスピス – 医学的に末期疾患として認定されている、すなわち平均余命が 6 カ月以下である会員に特別な治療を提供する給付。弊社は、あなたのプランで、あなたの地域のホスピスの一覧を提供しなければなりません。あなたがホスピスを選択し、保険料の支払いを継続する場合、あなたは依然として弊社プランの会員です。あなたは、医学的に必要なサービスのすべておよび弊社が提供する補足的な給付を受けることができます。

入院患者の院内滞留時間 – あなたが、専門的な医療サービスのために正式に受け入れられた入院期間。お客様が病院で一夜を過ごしたとしても、まだ外来患者と見なされている可能性があります。

所得関連月額調整額 (IRMAA) – 2 年前から IRS の納税申告書に記載されている調整済み総収入が一定金額を超えている場合、あなたは標準的な保険料と、所得関連月額調整額 (IRMAA) を支払うことになります。IRMAA は、保険料に追加される割り増し料金です。Medicare 加入者の 5% 未満にしか影響しないので、大多数の加入者は高い保険料を支払うことになりません。

独立開業協会 (IPA) – PCP (プライマリケアプロバイダ) と専門医を含む医師、およびその他の医療プロバイダ (病院を含む) で、会員にサービスを提供するためプランと契約している者の団体。第 1 章のセクション 6 を参照してください。

初回補償段階 – これは、その年の自己負担費用が自己負担閾値の金額に達する前の段階です。

初回加入期間 – まず、あなたが Medicare に適格である場合、Medicare Part A および Part B に登録できる期間。65 歳に達したときに Medicare に適格になる場合の初回加入期間は、65 歳に達する月の 3 カ月前から開始され、65 歳に達する月を含め、その月から 3 カ月後に終了する合計 7 カ月の期間です。

統合型 D-SNP – Medicare と Medicaid の両方に適格な特定の個人グループの単一のヘルスプランにより、Medicare とほとんどまたはすべての Medicaid サービスをカバーする D-SNP。上記の個人は、両適格完全給付対象者とも呼ばれます。

統合された苦情 – 弊社または薬局についての訴えの一種で、あなたの医療の質に関する訴えも含まれます。この種の訴えには、補償または支払いに関する紛争は含まれません。

統合された組織の決定 – 品目またはサービスに保険が適用されるか、適用品目またはサービスに対してあなたがいくら支払わなければならないかを組織が決定する際に、Medicare Advantage プランによって決まります。本書では、組織の決定を保険適用の決定と呼びます。保険適用の決定を求める方法については第 9 章で説明します。

第 12 章 定義

交換可能バイオ後続品 – 自動置換の可能性に関連する追加的要件を満たしているため、薬局で新規の処方箋を必要とせずに本来のバイオ後続品の代用として使用できるバイオ後続品。薬局での自動置換には州の法律が適用されます。

保険適用薬リスト(処方集または薬剤リスト) – プランの適用対象処方薬のリスト。

低所得者助成金 (LIS) – 「追加支援」を参照してください。

製造業者割引プログラム – 保健が適用されるパート D 医薬品およびバイオ医薬品にかかるプランの費用全額の一部を製薬会社が支払うプログラムです。割引は、連邦政府と医薬品製造業者間の合意に基づいています。

最大公正価格 – 選択した医薬品について Medicare が交渉した価格。

最大自己負担額 – 保険が適用されるパート A およびパート B のサービスについて、その暦年中のあなたの自己負担分金のほとんどです。あなたが Medicare Part A および Part B の保険料および処方薬のために支払う金額は、最大自己負担額に算入しません(注記：弊社の会員は Medicaid の支援を受けているため、これまで、極めて少数の会員しかこの最大自己負担額に達していません)。

Medicaid (または医療支援) – 低収入でリソースが限られている一部の人々の医療費を支援する、連邦および州の共同プログラムです。州の Medicaid プログラムは各種あり、お客様が Medicare と Medicaid の両方の資格を有する場合、ほとんどの医療費が補償されます。

医療グループ – 登録者にサービスを提供する契約をプランと結んでいるプライマリケア医 (PCP) と専門医を含む医師、および病院を含むその他の医療プロバイダによる団体。第 1 章セクション 3.2 を参照してください。

医学的に認められた適応症 – FDA の承認を受けているか、American Hospital Formulary Service Drug Information や Micromedex DRUGDEX Information システムなどの特定の基準で認められた医薬品の使用。

医学的に必要なもの – あなたの病状の予防、診断、または治療に必要なサービス、用品、または医薬品であり、医療現場で受け入れられている基準を満たしているもの。

Medicare – 65 歳以上の者、65 歳未満の特定の障がいを持つ者、および末期腎不全の患者 (通常は透析または腎移植が必要な腎不全の患者) のための連邦医療保険プログラム。

Medicare Advantage 加入受付期間 – Medicare Advantage プランの会員がプラン登録をキャンセルして別の Medicare Advantage プランに切り替えることができる場合、または Original Medicare を通じて補償を受けられる場合の 1 月 1 日から 3 月 31 日までの期間。この期間中に Original Medicare に切り替える選択をした場合、その時点で独立した Medicare 処方薬プランに参加することもできます。また、Medicare Advantage 加入受付期間は、個人が最初に Medicare の資格を取得してから 3 カ月間有効です。

第 12 章 定義

Medicare Advantage (MA) プラン – Medicare Part C と呼ばれることもあります。Medicare と契約している民間企業が提供するプランで、Medicare Part A とパート B の給付をすべて提供します。Medicare Advantage プランには、i) HMO、ii) PPO、iii) プライベートサービス料 (PFFS) プラン、または iv) Medicare 医療貯蓄口座 (MSA) プランがあります。上記の種類のプランから選択するだけでなく、Medicare Advantage HMO または PPO プランもスペシャルニーズプラン (SNP) にすることができます。ほとんどの場合、Medicare Advantage プランは Medicare Part D (処方薬補償) も提供します。これらのプランは**処方薬補償付き Medicare Advantage プラン**と呼ばれます。

Medicare 対象サービス – Medicare Part A および Medicare Part B により補償されるサービス。Medicare ヘルスプランはすべて、視力、歯科、または聴力など、Medicare Advantage プランが提供することのある特別給付を含みません。

Medicare ヘルスプラン – Medicare との契約により Medicare 加入者にパート A とパート B の給付を提供する民間企業が、加入者に Medicare ヘルスプランを提供します。この用語には、Medicare Advantage プラン、Medicare コストプラン、スペシャルニーズプラン、デモ/パイロットプログラム、および高齢者包括ケアプログラム (PACE) のすべてが含まれます。

Medicare 処方薬補償 (Medicare Part D) – 外来患者の処方薬、ワクチン、バイオ医薬品、および Medicare Part A または Part B により補償されない一部の用品の支払いを支援する保険。

薬物療法管理 (MTM) プログラム – 特定の要件を満たす、または医薬品管理プログラムに参加している人に提供される複雑な医療ニーズに対応した Medicare Part D プログラム。MTM サービスには、通常、薬剤師またはヘルスケアプロバイダとの協議が含まれ、医薬品を審査します。

Medigap (Medicare 補足保険) ポリシー – 民間保険会社が Original Medicare のギャップを埋めるために販売する Medicare 補足保険。Medigap ポリシーは、Original Medicare との組み合わせに限り有効です。(Medicare Advantage プランは Medigap ポリシーではありません。)

会員 (弊社プランの会員、プラン会員) – 保険適用業務を受ける資格がある Medicare 加入者で、弊社プランに加入済で、Medicare および Medicaid サービスセンター (CMS) によって登録が確認されている方。

会員サービス – 弊社の一部門で、会員資格、補償、苦情、および不服請求についてのあなたのお問い合わせに回答する責任を負います。

ネットワーク薬局 – 弊社プランとの契約により、プラン会員が処方薬の補償を得ることができる薬局。ほとんどの場合、処方薬は弊社のネットワーク薬局のいずれかで受付されている場合に限って補償されます。

ネットワークプロバイダ – **プロバイダ**とは、医療サービスを提供するために Medicare および州によって許可または認定されている医師、その他の医療専門家、病院、およびその他の医療施設を指す一般的用語です。**ネットワークプロバイダ**は、弊社プランと費用全額の支払いとして弊社の支払いを受け入れる契約を結んでいます。また、場合によっては、弊社プランの会員に対象サービスを提供するための調整を行うこともあります。ネットワークプロバイダは**プランプロバイダ**とも呼ばれます。

第 12 章 定義

加入受付期間 – 会員が健康状態や医薬品プランを変更したり、元の Original Medicare に切り替えることができる、毎年 10 月 15 日から 12 月 7 日までの期間。

オリジナルの生物由来製品 – FDA によって承認された生物由来製品で、バイオ後続品バージョンの製造業者ための比較基準として使用されるもの。また、基準製品とも呼ばれます。

Original Medicare (従来の Medicare または出来高払いの Medicare) – Original Medicare は政府が提供しており、Medicare Advantage プランや処方薬プランなどの民間のヘルスプランではありません。Original Medicare では、Medicare サービスは、議会が規定した医師、病院、およびその他の医療プロバイダに対する支払額を支払うことによって補償されます。Medicare を受け入れる医師、病院、またはその他の医療プロバイダの診療を受けることができます。お客様は免責を支払う必要があります。Medicare が承認済の Medicare 支払い分を支払い、お客様はお客様負担分を支払います。Original Medicare には、パート A (病院保険) とパート B (医療保険) の 2 つのパートがあり、米国内のどこでも利用できます。

ネットワーク外薬局 – 弊社プランの会員に保険適用薬を調剤または提供するための契約を弊社プランと結んでいない薬局。ネットワーク外薬局から入手した医薬品のほとんどが、特定の条件が適用されない限り、弊社のプランでは補償されません。

ネットワーク外プロバイダまたはネットワーク外施設 – プラン会員に対して保険適用業務の調整または提供を行うための契約を弊社プランと結んでいないプロバイダまたは施設。

ネットワーク外プロバイダとは、弊社プランで採用、所有、または運営されていないプロバイダです。

自己負担費用 – 先述の費用分担の定義を参照してください。受け取ったサービスまたは医薬品の一部の支払いを行う会員の費用分担要件は、会員の自己負担費用要件とも呼ばれます。

自己負担閾値 – パート D 医薬品に対するあなたの最大自己負担額。

パート C – 「Medicare Advantage (MA) プラン」を参照してください。

パート D – 任意加入の Medicare 処方薬給付プログラム。

パート D 医薬品 – パート D の対象となる医薬品。弊社がパート D 医薬品のすべてを提供する場合とそうでない場合があります。一部のカテゴリーの医薬品は、議会によりパート D の保険適用範囲から除外されています。一部のカテゴリーのパート D 医薬品は、あらゆるプランでカバーされる必要があります。

パート D の加入遅延罰金 – あなたが最初にパート D プランの加入資格を得てから連続して 63 日以上の間、確実な保険適用 (平均して少なくとも標準的な Medicare 医薬品の補償範囲と同額) がない場合に Medicare の処方薬補償の月額保険料に加算される金額。追加支援がなくなった場合に、パート D または他の確実な処方薬保険適用がない状態が連続で 63 日以上あると、加入遅延罰金の対象となる場合があります。

ポイントオブサービス – ポイントオブサービス (POS) オプション付きの HMO は、Medicare を利用可能なネットワーク外プロバイダから受ける可能性のある特定の医学的に必要なサービスを補償範囲とする特別給付です。

第 12 章 定義

POS (ネットワーク外) 給付を利用すると、治療費用をさらに多く負担することになります。ネットワーク外プロバイダの診療を受ける前に、必ずプライマリケアプロバイダ (PCP) に相談してください。PCP は、プランから承認 (事前承認) 要請を通じて、プランに通知することになります。(第 1 章セクション 1.1 を参照してください)。

優先費用負担 – 優先費用負担は、特定のネットワーク薬局で、特定のパート D 医薬品の自己負担分を削減することです。

保険料 – Medicare、保険会社、または医療プランに、保健または処方薬の処方薬補償について支払う定期的な支払い。

予防的サービス – 疾患を予防したり、治療が最も効果を発揮しやすい早期段階に疾患を発見するための医療 (例: PAP 検査、インフルエンザ予防接種、マンモグラムのスクリーニングなどの予防サービス)。

プライマリケアプロバイダ (PCP) – あなたが、ほとんどの健康上の問題について最初に診察を受ける医師またはその他のプロバイダ。多くの Medicare ヘルスプランでは、お客様は他のヘルスケアプロバイダの診療を受ける前に、プライマリケアプロバイダの診察を受ける必要があります。

事前承認 – 特定の基準に基づいてサービスまたは特定の医薬品を取得するための事前の承認。事前承認が必要な保険適用業務は、第 4 章の医療補償給付表に記載されています。事前承認が必要な保険適用薬は処方集に記載されており、当社の基準が当社ウェブサイトに掲載されています。

義装具および矯正具 – 医療器具 (腕、背中、首のブレース、人工四肢、人工眼、および瘻孔形成術用品、腸・腸管外栄養療法を含む体内の一部分または機能を置き換えるために必要な器具)。

品質改善組織 (QIO) – Medicare の患者に提供される治療を確認し改善するために、連邦政府から報酬を受けている開業医およびその他の医療専門家のグループ。

量制限 – 品質、安全性、または利用上の理由から、医薬品の使用を制限するように設計された管理ツール。制限は、処方ごとまたは規定の期間ごとに弊社が補償する薬物の量に応じて異なることがあります。

「リアルタイム給付ツール」 – 登録者が完全で正確、タイムリー、臨床的に適切な登録者固有の処方集および給付情報を検索できるポータルまたはコンピューターアプリケーション。これには、費用分担額、任意の医薬品と同じ健康状態に使用できる代替処方薬集、および代替医薬品に適用される補償制限 (事前承認、段階療法、量制限) が含まれます。

照会 – 専門医の診察を受けたり、特定の医療サービスを受けたりするための、主治医による書面による指示。照会がないと、弊社のプランは専門医のサービスを補償しない場合があります。

リハビリテーション業務 – このサービスには、入院患者リハビリテーション、理学療法 (外来)、言語療法、作業療法が含まれます。

選択した医薬品 – パート D 保険適用訳で、Medicare が最大公正価格を交渉したもの。

第 12 章 定義

サービスエリア – 特定のヘルスプランに加入するために居住する必要がある地理的領域。利用可能な医師や病院を制限するプランの場合、通常は、お客様がルーティン(緊急ではない)業務を受けることができる領域でもあります。あなたがプランのサービスエリアから永続的に転出する場合、プランを退会しなければなりません。

高度看護施設 (SNF) 医療 – 高度看護施設では、継続的・日常的に高度な看護およびリハビリテーション業務が提供されます。医療の例としては、登録看護師または医師のみが実施できる理学療法または静脈注射などがあります。

スペシャルニーズプラン – Medicare と Medicaid の両方に加入しており介護施設に住んでいる人、または特定の慢性疾患を持つ人など特定のグループの医療をより集中的に提供する特別なタイプの Medicare Advantage プラン。

通常のコスト負担 – 通常のコスト負担は、ネットワーク薬局で提供される優先コスト負担以外のコスト負担です。

段階療法 – 弊社が担当医の当初の処方による医薬品を保険適用する前に、あなたが自身の病状の治療のため別の医薬品を試すことを必要とする利用ツール。

補足保障所得 (SSI) – 障がいのあるか、目が不自由か、または 65 歳以上で、収入とリソースが限られている人に対する社会保障が支払う月ごとの給付金。SSI の給付は、社会保障の給付とは異なります。

緊急に必要なサービス – あなたが一次的にサービスエリア外に居るか、時間、場所、または状況のために、ネットワークプロバイダからサービスを受けることが無理である場合、緊急事態ではないがただちに医療措置を必要とするプラン適用業務は、緊急に必要なサービスです。緊急に必要なサービスの例としては、予期しない内科的な疾患やケガ、または既存の病状の不意の再発などがあります。プランのサービスエリア外にいる、あるいはプランのネットワークが一時的に利用できない場合であっても、医療上必要な基本業務のプロバイダに毎年定期検診などで訪れるような事例は、緊急に必要なサービスとはみなされません。

Wellcare Spendables® カード – プランによってプリロードされたデビットカードで、医療給付表の記載項目の支払いに使用できます。

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 会員サービス

方法	会員サービス – 連絡先情報
電話	<p>1-888-846-4262</p> <p>この番号への通話は無料です。10月1日から3月31日までは、月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時までです。4月1日から9月30日までは、担当者の受付時間は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時までとなっています。4月1日から9月30日までの営業終了後、週末、および連邦の祝日には、自動応答システムによる応答になることがあります。ボイスメールメッセージを残す場合は、名前と電話番号を記入してください。担当者が1営業日以内に折り返しお電話します。</p> <p>会員サービス(1-888-846-4262、TTYのみ711)では、英語以外の話者に無料の通訳サービスを提供しています。</p>
TTY	<p>711</p> <p>この番号への通話は無料です。10月1日から3月31日までは、代表番号での対応は月曜日から日曜日の午前7時45分から午後8時まで。4月1日から9月30日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前7時45分から午後8時まで。</p>
手紙	<p>Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370</p>
ウェブサイト	<p>go.wellcare.com/OhanaHI</p>

Hawaii 州健康保険支援プログラム(SHIP)

Hawaii 州健康保険支援プログラム(SHIP)は、連邦政府から資金を得て、Medicare 加入者に無料の現地健康保険カウンセリングを提供する州のプログラムです。

方法	連絡先情報
電話	<p>1-888-875-9229</p>
TTY	<p>1-866-810-4379</p> <p>この番号は特別な電話機器が必要で、聞き取りや会話が困難な人だけのものです。</p>
手紙	<p>Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831</p>
ウェブサイト	<p>http://www.hawaiiiship.org/</p>

PRA ディスクロージャーステートメント 1995 年の書類作成負担軽減法に従って、有効な OMB 管理番号が表示されていない限り、何人も情報収集に対応する必要はありません。この情報収集の有効な OMB 管理番号は 0938-1051 です。この書式の改善のためのコメントや提案がある場合は、CMS、7500 Security Boulevard、Attn : PRA Reports Clearance Officer、Mail Stop C4-26-05、Baltimore、Maryland 21244-1850 までご連絡ください。