



2025 年 1 月 1 日～12 月 31 日

保険適用のエビデンス：

あなたの Medicare 医療給付とサービス、ならびに Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 会員としての処方薬補償

この文書は、2025 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 におかけください）。対応時間：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 7:45 時から午後 8 時までとなっています。4 月 1 日から 9 月 30 日までは、代表番号での対応は月曜日から金曜日の午前 7:45 から午後 8 時までとなっています。この通話は無料です。

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、ベトナム語、タガログ語、イロカノ語、サモア語、ハワイ語、カンボジア語、ミャオ語、日本語、ラオス語およびタイ語でお読みいただけます。当社は、お客様に適した方法（音声、点字、大きな活字、または他の代替形式など）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、2026 年 1 月 1 日に変更される場合があります。

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。必要な場合には、あなたには通知が送られます。影響を受ける登録者には、少なくとも 30 日前までに当社より変更についての通知を差し上げます。

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

HI5ZMREOC60287J_R004

H2491_004_2025_HI_EOC_DSNP_155187J_C

H2491004000

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負担
- 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
- 追加の支援が必要な場合、当社に連絡する方法
- Medicare 法で定められている、その他の保護

'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、2026 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

保険適用のエビデンス (2025 年版)

目次

第 1 章：	会員として始める	8
セクション 1	はじめに	8
セクション 2	プランの会員になるには？	10
セクション 3	会員用の重要なアイテム	11
セクション 4	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の毎月の費用	14
セクション 5	毎月の保険料についての詳しい情報	16
セクション 6	プラン会員の記録を最新の状態に保つ	17
セクション 7	当社のプランと他の保険との関連付け	17
第 2 章：	重要な電話番号とリソース	20
セクション 1	プランの連絡先情報（会員サービスへの連絡を含めた、当社への連絡方法）	20
セクション 2	Medicare（連邦 Medicare プログラムから直接的に支援および情報を得る方法）	25
セクション 3	州健康保険支援プログラム（無料の支援、情報、ならびに Medicare についての質問に対する回答）	26
セクション 4	品質改善組織	27
セクション 5	社会保障局	28
セクション 6	Medicaid	29
セクション 7	処方薬の支払いを支援するプログラムについての情報	31
セクション 8	鉄道退職者委員会への連絡方法	33
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？	34
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	36
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際に知っておくべきこと	36
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	38
セクション 3	緊急事態または治療が緊急に必要な場合、あるいは災害時にサービスを受ける方法	43
セクション 4	サービスの費用全額を直接請求された場合、どうするか？	45
セクション 5	臨床研究にいるとき、医療サービスはどのように補償されるのか？	46

目次

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	48
セクション 7	耐久医療機器の所有権についてのルール	49
第 4 章：	医療給付表（保険適用対象）	52
セクション 1	保険適用業務について知る	52
セクション 2	医療給付表を使って、補償対象になっているものを見つける	52
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？	106
セクション 4	プランの補償対象となっていないサービスとは？	107
第 5 章：	パート D 処方薬にプランの補償を使用する	111
セクション 1	はじめに	111
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	112
セクション 3	お客様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	116
セクション 4	一部の医薬品の保険適用には制限があります	118
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 するか？	119
セクション 6	薬剤の 1 つに対する補償が変更されている場合、どうするか？	121
セクション 7	どのようなタイプの医薬品が、プランの補償対象外になっている のか？	123
セクション 8	処方薬の調剤	125
セクション 9	特別な状況におけるパート D 処方薬補償	125
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	127
セクション 11	弊社は、お客様の医薬品の支払いと、お客様がどの支払い段階に いるかを説明するレポートを送付します	129
第 6 章：	パート D 処方薬のお支払い内容	132
第 7 章：	保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の 当社への支払い依頼	134
セクション 1	保険適用業務または保険適用薬の支払いを弊社に依頼すべき状況	134
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	137
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	138

目次

第 8 章：	お客様の権利と責任	140
セクション 1	弊社プランは、プラン会員としてのお客様の権利および文化的感受性を尊重する必要があります	140
セクション 2	お客様にはプラン会員としての責任があります	157
第 9 章：	問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、どうするか？	160
セクション 1	はじめに	160
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	160
セクション 3	Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の苦情の理解と、弊社プランでの不服請求	161
セクション 4	保険適用決定と不服請求	162
セクション 5	保険適用決定と不服請求の基本に関するガイド	162
セクション 6	お客様の医療：保険適用決定の申請方法、または保険適用決定への不服請求の方法	166
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	175
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	184
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	189
セクション 10	お客様の不服請求をレベル 3 以降に進めます	193
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苦情を申し立てる方法	196
第 10 章：	プランの会員登録を終了する	201
セクション 1	弊社プランのメンバーシップの終了の概要	201
セクション 2	プランの会員登録は、いつ終了できるのか？	201
セクション 3	プランの会員登録を、どのように終了させるのか？	204
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	205
セクション 5	ある種の状況では、プランのお客様のメンバーシップを弊社が終了しなければなりません	206

目次

第 11 章：	法的通知	209
セクション 1	準拠法に関する通知	209
セクション 2	差別禁止に関する注意	209
セクション 3	Medicare 第 2 支払人の代位弁済権に関する通知	209
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	210
セクション 5	会員カード	212
セクション 6	独立契約者	212
セクション 7	医療プランの不正行為	212
セクション 8	プランの管理範囲を超えた状況	213
第 12 章：	重要な用語の定義	215

第 1 章：

会員登録

セクション 1 はじめに

セクション 1.1 あなたは、専門的な Medicare Advantage プラン ポイント・オブ・サービス（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、当社のプランである Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) を通じて、Medicare と Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の医療および処方薬に対する補償を受けることを選択しています。当社は、パート A およびパート B のすべてのサービスを補償する必要があります。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。当社のプランは、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 の費用負担（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 医療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 処方薬の費用に対しての「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、当社のプランが、これらすべての給付の管理をお手伝いいたします。

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。当社は、処方薬補償を含む、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。

第 1 章 会員登録

このプランの補償は、適格な医療補償（QHC）として認められており、患者保護並びに医療費負担適正化法（ACA）における個人の責任分担要件を満たしています。詳しい情報は、アメリカ合衆国内国歳入庁（IRS）のウェブサイト（www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families）をご覧ください。

セクション 1.2 保険適用のエビデンスとは？

この保険適用のエビデンス文書には、Medicare および Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) で医療と処方薬を得る方法が書かれています。この文書では、あなたの権利と責任、補償対象となっているもの、プランの会員として支払うもの、ならびに決定または取り扱いに満足していない場合に訴えを申し立てる方法が説明されています。

補償および補償対象のサービスとは、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の会員として得られる、医療とサービス、ならびに処方薬を指します。

プランのルールと利用可能なサービスについて学ぶことが、重要となります。当社では、少し時間をとって、この保険適用のエビデンス文書に目を通すことを推奨しています。

わかりにくい、気になることがある、あるいは単に質問がある場合は、会員サービスにご連絡ください。

セクション 1.3 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当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、当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、2025 年 1 月 1 日から 2025 年 12 月 31 日までのあいだの、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。

毎暦年、Medicare を通じて、当社は提供するプランを変更することができます。つまり、2025 年 12 月 31 日からあとであれば、当社は、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の費用と補償を変更することができます。さらに、当社は、2025 年 12 月 31 日からあとであれば、あなたのサービスエリア内でプランの提供を停止することも、あるいは別のサービスエリアでプランを提供することも、選ぶことができます。

毎年、Medicare（Medicare および Medicaid サービスセンター）は、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) を承認しなければなりません。毎年、当社がプランの提供継続を選び、Medicare 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 プランの会員になるには？

セクション 2.1 資格要件

以下の要件を満たしてさえいれば、あなたにはプラン会員の資格があります。

- Medicare Part A および Medicare Part B の両方に加入している。
- -- さらに -- 当社の地理的サービスエリア内に在住している（以下のセクション 2.3 に当社のサービスエリアについての説明があります）。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。
- -- さらに -- 米国市民であるか、米国の合法的在住者である。
- -- さらに -- 以下に書かれている、特殊な資格要件を満たしている。

当社プランの特殊な資格要件

当社のプランは、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。）当社プランへの入会資格を得るには、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) での Medicare およびすべての Medicaid 給付金の費用負担支援の資格を持っていないけません。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。

注意：資格を失っているものの、6 カ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、プランの会員資格を持ち続けることになります（第 4 章のセクション 2.1 では、みなし継続資格の期間中での補償と費用負担についての説明が書かれています）。

セクション 2.2 Medicaid とは？

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 から提供されるプログラムには、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ものもあります。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負担（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。

第 1 章 会員登録

- **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)** : Medicare Part A および Part B の保険料、ならびにその他の費用負担 (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。

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

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、当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。

サービスエリアの外に引っ越しする予定がある場合は、このプランの会員であり続けることはできません。引っ越し先のエリアにプランがあるかどうかを確認するには、会員サービスにご連絡ください。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、新しい所在地で利用できる 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、社会保障局に電話することも重要です。社会保障局の電話番号と連絡先情報は、第2章のセクション 5 をご覧ください。

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 会員用の重要なアイテム

セクション 3.1 プランの会員カード

このプランの会員である期間、この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。下は会員カードの見本です。カードがどのようなものか、これでおわかりいただけるでしょう。

第 1 章 会員登録

 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO D-SNP) MEMBER ID #: 123456789012 PLAN #: H2491-004-000 ISSUER #: (80840) 9151014609													
SAMPLE A SAMPLE  PCP Name: Sally Smith PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PCP Office Visit: \$X Third Party Liability: Y 2025 Card Issued: XX/XX/XXXX Effective Date: XX/XX/XXXX  RXBIN: XXXXX RXPCN: XXXXX RXGRP: XXXXX													
 <table border="0"> <tr> <td>Member Services</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Nurse Advice Line</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Vision: Premier Eye Care</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Dental: HDS</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Provider Services</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Pharmacist Only</td> <td>1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)</td> </tr> </table> <p>Medical Claims: Wellcare by 'Ohana Health Plan Attn: Claims Department PO Box 31372, Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163 Part D Claims: Wellcare by 'Ohana Health Plan Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Department P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER) member.wellcare.com</p>		Member Services	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Nurse Advice Line	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Vision: Premier Eye Care	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Dental: HDS	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Provider Services	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)	Pharmacist Only	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)
Member Services	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)												
Nurse Advice Line	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)												
Vision: Premier Eye Care	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)												
Dental: HDS	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)												
Provider Services	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)												
Pharmacist Only	1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)												

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いかもしれません。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、あるいは臨床治験とも呼ばれる、Medicare 承認の臨床研究に参加する場合は、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&薬局ディレクトリには、その時点でのネットワークプロバイダ、耐久医療機器サプライヤー、およびネットワーク薬局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、ならびに当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当社と交わした、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

第 1 章 会員登録

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、当社のウェブサイト（www.2025wellcaredirectories.com）で入手いただけます。

プロバイダ&薬局ディレクトリのコピーをお持ちでない場合は、会員サービスにコピー（データ形式、またはハードコピーの形式）を請求することができます。ハードコピーでのプロバイダ&薬局ディレクトリをご請求の場合は、3 営業日以内に送付いたします。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。

プロバイダ&薬局ディレクトリ（www.2025wellcaredirectories.com）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、すべての薬局を意味します。プロバイダ&薬局ディレクトリを使用すれば、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 2.5 を参照してください。

プロバイダ&薬局ディレクトリのコピーをお持ちでない場合は、会員サービスより入手いただけます。この情報は、当社のウェブサイト（www.2025wellcaredirectories.com）でも入手いただけます。

セクション 3.3 プランの保険適用薬リスト（処方集）

プランには、保険適用薬リスト（処方集）があります。これは、省略して「薬剤リスト」と呼ばれています。これを見れば、どのパート D 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チームの協力を受けて、プランが選んだものです。このリストは、Medicare の設定した要件を満たしていなければなりません。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。

当社は、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、プランのウェブサイト（www.wellcare.com/ohana）にアクセスするか、会員サービスに電話で問い合わせください。

セクション 4 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の毎月の費用

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。

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 で説明いたしましたように、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らない。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会員に影響を及ぼす、パート A 保険料が含まれる場合もあります。

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あとに、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処方薬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らない。

以下の場合、支払いは**不要**となります。

- 処方薬の支払いのために、Medicare から「追加支援」を受けている場合。

第 1 章 会員登録

- 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。この情報は、手紙の形式かもしれませんが、プランからのからのニュースレターに含まれるかもしれません。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。
 - 注意：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 の標準的な処方薬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ければなりません。
 - 注意：以下は、確実な処方薬保険適用の対象とはなりません。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。

Medicare が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、確実な処方薬保険適用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、罰金は 14% になります。
- そのあと、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を決定します。2025 年の平均保険料の額は \$36.78 でした。
- 毎月の罰金を計算するには、罰金の率と毎月の平均保険料を乗じて、10 セント未満を四捨五入します。この例では、\$36.78 に 14% を掛けると、\$5.15 となります。この数字が四捨五入されて、\$5.20 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保険料に追加されることになります。

この毎月のパート 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。

- 1 つめは、毎月の平均保険料は毎年変わるため、**罰金が毎年変更される可能性がある**ということです。
- 2 つめは、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。
- 3 つめは、あなたが 65 歳未満で、現在 Medicare の給付を受けている場合、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あとに、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。

第 1 章 会員登録

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ないかもしれません。

セクション 4.4 所得関連月額調整額

一部の会員は、パート D 所得関連月額調整額 (IRMAA と呼ばれています) 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。所得に基づいて支払う必要があるかもしれない、追加の金額についての詳しい情報は、以下のウェブサイトをご覧ください。<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

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、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。この追加金額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。追加料金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。

追加料金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す。この方法についての詳しい情報は、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 5 毎月の保険料についての詳しい情報

セクション 5.1 プランの毎月の保険料を年内に変更することは可能か？

いいえ。その年におけるプランの毎月の保険料として変更した金額を、当該年に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、変更は 1 月 1 日からとなります。

ただし、未払い金があるような場合には、加入遅延罰金の支払いを停止することができるかもしれません。あるいは、加入遅延罰金の支払いを開始する必要があるかもしれません。「追加支援」プログラムの対象になった場合、あるいは当該年に「追加支援」プログラム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。

「追加支援」プログラムの詳細については、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。

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、あなたについての正しい情報を得る必要があります。これらのネットワークプロバイダは、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負担額を知るために、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。

以下の変更がありましたら、当社までお知らせください。

- 名前、住所、または電話番号の変更
- 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（注意：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）。

上記の情報のいずれかが変更された場合は、会員サービスまで連絡し、内容をお知らせください。

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。社会保障局の電話番号と連絡先情報は、第2章のセクション 5 をご覧ください。

セクション 7 当社のプランと他の保険との関連付け

その他の保険

Medicare では、あなたがお持ちの、他の医療または医薬品の保険についての情報をあなたから収集する必要があります。これは、プランでの給付とお持ちの他の補償を調整しなければならないからです。これは、給付の調整と呼ばれています。

年に 1 度、当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。この情報を最後まで、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

第 1 章 会員登録

場合は、会員サービスまでお電話ください。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、当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 が設定したルールがあります。最初に支払いを行う保険は、一次支払者と呼ばれ、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は、二次支払者と呼ばれ、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、支払いきれなかった費用の全額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。
 - 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係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 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：

重要な電話番号とリソース

第 2 章 重要な電話番号とリソース

セクション 1 プランの連絡先情報

(会員サービスへの連絡を含めた、当社への連絡方法)

プランの会員サービスへの連絡方法

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。喜んで協力させていただきます。

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。</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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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。お名前と電話番号をお伝えいただければ、1 営業日以内に折り返しお電話させていただきます。</p> <p>会員サービスでは、英語を話さない方々のために無料の通訳サービスも用意しています。</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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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>www.wellcare.com/ohana</p>

第 2 章 重要な電話番号とリソース**医療についての補償の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 処方薬に当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、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。補償の決定、あるいは医療またはパート D 処方薬についての不服請求の依頼についての詳しい情報は、第 9 章（問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、どうするか？）をご参照ください。

方法	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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 8 時まで。
手紙	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

方法	パート D 処方薬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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 8 時まで。
ファックス	1-866-388-1767

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	パート D 処方薬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	www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request

方法	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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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

方法	パート D 処方薬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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 8 時まで。

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	パート D 処方薬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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 8 時まで。
ファックス	1-866-388-1766
手紙	Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
ウェブサイト	www.wellcare.com/ohana

医療についての不服を申し立てるときの連絡方法

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。医療についての不服申し立てについての詳しい情報は、第 9 章（問題または不平問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、どうするか？）をご参照ください。

方法	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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 8 時まで。
ファックス	1-866-388-1769
手紙	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	医療についての訴え – 連絡先情報
MEDICARE ウェブサイト	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) についての訴えを、Medicare に直接送信することができます。訴えをオンラインで 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。

方法	パート D 処方薬についての訴え – 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 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 7:45 時から午後 8 時まで。
ファックス	1-866-388-1769
手紙	Wellcare Grievance Department 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 に直接送信することができます。訴えをオンラインで 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。

あなたが受けた医療または医薬品の費用支払いを求める要請の送り先

当社が支払うべきだとあなたが思うサービスの請求書受け取り（プロバイダの請求書など）、または支払いがあった場合には、還付またはプロバイダの請求書の支払いを当社に依頼しなければならないことがあります。第 7 章(保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼)をご参照ください。

注意：あなたから支払い請求が送られ、当社がその請求のいずれかを拒否した場合、あなたは当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。詳しくは、第 9 章

第 2 章 重要な電話番号とリソース

（問題または不平問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、どうするか？）をご参照ください。

方法	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	www.wellcare.com/ohana

セクション 2 Medicare

（連邦 Medicare プログラムから直接的に支援および
情報を得る方法）

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 と呼ばれることもあります）です。この政府機関は、当社を含む Medicare Advantage という組織と契約しています。

方法	Medicare – 連絡先情報
電話	<p>1-800-MEDICARE または 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>

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	Medicare – 連絡先情報
ウェブサイト	<p data-bbox="477 254 727 285">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="477 296 1409 520">これは、Medicare の政府公式ウェブサイトです。このウェブサイトには、Medicare とその時点での Medicare の問題点に関する最新情報が掲載されています。さらに、病院、介護施設、医師、在宅医療機関、および透析施設に関する情報も掲載されています。コンピューターから直接印刷できる文書が含まれています。あなたの州の Medicare の連絡先を検索することもできます。</p> <p data-bbox="477 533 1398 606">Medicare ウェブサイトには、Medicare の資格と登録オプションについての詳細な情報、ならびに以下のようなツールがあります。</p> <ul data-bbox="526 632 1409 940" style="list-style-type: none"> • Medicare 資格ツール：Medicare の資格ステータスについての情報が得られます。 • Medicare プランファインダー：あなたの地域で利用可能な Medicare 処方薬プラン、Medicare ヘルスプラン、および Medigap（Medicare 補足保険）保険証券についてのパーソナライズされた情報を得ることができます。これらのツールを使えば、異なった Medicare プランでの自己負担費用の見積もりができます。 <p data-bbox="477 961 1406 1035">ウェブサイトを通じて、当社のプランに対する苦情を Medicare に伝えることもできます。</p> <ul data-bbox="526 1045 1398 1308" style="list-style-type: none"> • あなたの苦情を Medicare にお知らせください：プランについての苦情を Medicare に直接送信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。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。 <p data-bbox="477 1318 1398 1619">コンピューターをお持ちでない場合は、お近くの図書館またはシニアセンターのコンピューターを使用すれば、このウェブサイトにアクセスできるかもしれません。あるいは、Medicare に電話し、お探しになっている情報を伝えることができます。Medicare がウェブサイト上の情報を検索し、その情報をあなたと一緒に検討いたします。（電話番号 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) で Medicare は年中無休で対応しています。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 におかけください。）</p>

セクション 3 州健康保険支援プログラム

（無料の支援、情報、ならびに Medicare についての質問に対する回答）

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。

第 2 章 重要な電話番号とリソース

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。

SHIP と他のリソースを利用する方法：

- <https://www.shiphelp.org> にアクセスします (ページ中央の「SHIP LOCATOR」(SHIP ロケータ) をクリックしてください)
- リストから、自分の州を選択します。そうすると、あなたの州のための電話番号とリソースが記載されたページに移動します。

方法	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

各州には、Medicare の受益者に奉仕する、指定の品質改善組織があります。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、当社のプランとの関係はありません。

第 2 章 重要な電話番号とリソース

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。
- 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。

方法	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）
TTY	711
手紙	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
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 の資格を判断し、Medicare への加入手続きを取り扱う責任を有しています。65 歳以上の米国市民と合法的永住者、あるいは障がいまたは末期腎不全があり、特定の条件を満たしている人には、Medicare の入会資格があります。社会保障小切手をすでに受けている場合は、Medicare に自動的に登録されます。社会保障小切手を受けていない場合は、Medicare に登録をしなければなりません。Medicare への申し込みは、社会保障局への電話か、地域の社会保障局オフィスへの訪問によって行うことができます。

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、その旨を伝えることも重要です。

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	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

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負担（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)** : Medicare Part A および Part B の保険料、ならびにその他の費用負担（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。

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。

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) – 連絡先情報
電話	1-800-316-8005 月曜日～金曜日の午前 7:45 ～午後 4:30 (HT)
TTY	711 1-800-603-1201 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 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。

方法	Hawaii 州オンブズマン局 – 連絡先情報
電話	1-808-587-0770 Kauai : 808-274-3141 (内線 : 7-0770) Molokai/Lanai : 1-800-468-4644 (内線 : 7-0770) 月曜日～金曜日の午前 7:45 ～午後 4:30 (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。

方法	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 7:45 時～午後 4:30 時 (現地時間)
TTY	711

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	Hawaii 長期介護オンブズマンプログラム – 連絡先情報
手紙	Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health 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についての情報

Medicare.gov のウェブサイト (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) では、処方薬費を下げる方法についての情報が掲載されています。収入が限られている人々のために、ほかにも下記のような支援プログラムがあります。

Medicare の「追加支援」プログラム

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。

「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 までおかけください。この電話番号は、年中無休で対応しています。
- 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 におかけください。
- あなたの州の Medicaid 局（連絡先情報については、この章のセクション 6 をご覧ください）。

薬局で処方薬を受けたときに、正しくない費用負担額を支払っているとお考えの場合、当社のプランには、適切な自己負担レベルのエビデンスを入手するための支援を要請するか、すでにエビデンスを入手している場合には、そのエビデンスを当社に提示するための支援を要請するかのいずれかを行えるプロセスが、あなたのために用意されています。

- 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

第 2 章 重要な電話番号とリソース

- 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、費用負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
 - 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。
 - ・ あなたの自己負担レベルを示すエビデンスを受け取ると、当社はシステムを更新し、次の処方箋を薬局で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、当社から返金させていただきます。その場合、過払い金額分の小切手の送付か、将来の自己負担分との相殺のいずれかの手段となります。薬局があなたから自己負担分を回収しておらず、自己負担分をあなたの債務として処理している場合、当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。ご質問がある場合は、会員サービスまでご連絡ください。

「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) とは、どのようなものですか？

エイズ治療薬支援プログラム (ADAP) は、HIV/AIDS とともに生きており、ADAP 資格を有する個人が、命を助ける HIV 治療薬を利用できるように支援してい

第 2 章 重要な電話番号とリソース

ます。ADAP 処方集にも記載されている Medicare Part D 処方薬は、Hawaii HIV 治療薬支援プログラム (HDAP) での処方薬費用負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。

方法	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

注意：あなたの州で活動している 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。

セクション 8 鉄道退職者委員会への連絡方法

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することが重要です。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。

方法	鉄道退職者委員会 – 連絡先情報
電話	1-877-772-5772 この番号への通話は無料です。 「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 の担当者とお話いただけます。 「1」を押すと、自動化 RRB HelpLine 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。

第 2 章 重要な電話番号とリソース

方法	鉄道退職者委員会 – 連絡先情報
TTY	1-312-751-4701 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はありません。
ウェブサイト	rrb.gov/

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）の雇用者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 の補償に関する質問は、1-800-MEDICARE（1-800-633-4227、TTY の場合は 1-877-486-2048）に電話することもできます。

あなた（またはあなたの配偶者または家庭内パートナー）の雇用者または退職者グループを通じて、他の処方薬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、現在の処方薬補償が当社のプランとの関連性を判断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際に知っておくべきこと**

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。ここでは、用語の定義とともに、医療、サービス、機器、処方薬、およびプランの補償対象となっている他の医療を受けるために従うべきルールについての説明が書かれています。

当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（医療給付表、(補償対象になるもの)）をご参照ください。

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とは、何か？

- 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。当社は、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。医療での保険適用業務は、第 4 章の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を受ける際の基本的なルール

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ない、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 医療給付表（補償対象になるもの）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。

- あなたが受けた治療がプランの医療給付表に記載されている（この表は、この文書の第 4 章に書かれています）。
- 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。

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ます。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、本章のセクション 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 2.1 の給付表をご覧ください。
- あなたは、ネットワークプロバイダから治療を受けなければなりません（これについての詳しい情報は、本章の 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。このことについての詳しい情報、ならびに至急または緊急に必要なサービスの意味については、本章のセクション 3 をご覧ください。
 - 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）ケアを求める前に従わなければならない承認ルールを知るには、当社までお問い合わせください。この状況では、当社は、あなたがネットワークプロバイダからケアを受けたものとして、これらのサービスを補償することになります。ネットワーク外の医師の診察を受けるための承認については、本章のセクション 2.4 をご覧ください。
 - 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負担が、Original Medicare での費用負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、費用負担が、ネットワーク内で支払う費用負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内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、その透析は費用負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ます。ポイント・オブ・サービス (POS) オプションでは、すべてのサービスがネットワーク外で補償されているわけでは

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 2.1 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 とは何か？ PCP はどんなことをしてくれるか？

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

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

スに事前承認が求められている場合は、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 はどのように選ぶのか？

PCP を選ぶには、当社ウェブサイト (www.2025wellcaredirectories.com) 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が、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 の変更

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 を見つけ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が、PCP の変更が有効となるまでには、たっぷりの時間を割り当てるようにしてください。その月の 10 日までに PCP の変更を要請した場合、その変更は、（時間をさかのぼって）電話をかけた月の最初の日から有効となります。その月の 10 日よりあとに PCP の変更を要請した場合、PCP の変更は、翌月の最初の日から有効となります。例：PCP 変更についての要請が 1 月 10

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

日までに行われた場合、変更は 1 月 1 日より有効にすることができます。例：PCP 変更についての要請が 1 月 11 以降に行われた場合、変更は 2 月 1 日より有効になります。保険適用業務をプランの補償対象にするには、変更が有効になるまで、現行の PCP を通じて提供、注文、または手配された保険適用業務を受け続けなければなりません。新しい PCP を選ぶときには、このことについて、必ず会員サービスに問い合わせるようにしてください。電話をかけるときは、専門医にかかっているかどうか、あるいは PCP の承認が必要なその他の保険適用業務（在宅医療サービスや耐久医療機器など）を受けているかどうかを、必ず会員サービスにお知らせください。

セクション 2.2 PCP からの照会がない場合、どのような種類の医療および他のサービスを受けられるのか？

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（またはワクチン）、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
- プランのサービスエリア外に一時的にいる、あるいはプランが契約しているネットワークプロバイダからサービスを受けることが時間、場所および状況を考慮すればあり得ないという状況下で、緊急事態ではないものの、治療が緊急に必要なサービスとなる、保険適用業務が至急必要な場合。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が毎年の定期検診などで訪れたような事例は、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。以下にいくつかの例を示します。

- 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

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

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 2.1 をご覧ください。

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、どうするか？

当社は、プランに含まれている病院、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、あなたは以下に要約されている、ある種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 は当社に対して、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ようにすることを求めます。
- 当社はあなたに、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、当社は、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、当社は、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、当社は適格な、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、あなたには要求を行う権利があり、当社は、あなたが現在受けている、医学的に必要な治療またはセラピーが継続されるようにするために、あなたに協力いたします。
- 当社は、あなたが利用可能な、異なった登録期間、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、あなたに提供いたします。
- 当社は、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。ネットワーク内の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、あなたの医療ニーズに対応できないときは、ネットワーク内での費用負担となります。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、緊急事態またはエリア外で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。

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

- 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、当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探し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 章をご参照ください。

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、緊急事態またはエリア外で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 2.1 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 緊急事態または治療が緊急に必要な場合、あるいは災害時に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何か？ それに遭遇したときに、何をすべきか？

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、補償対象の緊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、緊急事態をプランに伝えるようにする。** 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。

医学的緊急事態が発生した場合には、何が補償対象となるのか？

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あと、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

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

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、どうなるのか？

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あと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。
- — あるいは — 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を受けるためのルールに従っている（このことについての詳しい情報は、以下のセクション 3.2 をご覧ください）。

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

緊急に必要なサービスとは、何か？

あなたがプランのサービスエリア外に一時的にいる場合、あるいはプランが契約しているネットワークプロバイダからサービスを受けることが時間、場所および状況を考慮すればあり得ない場合のいずれかにおいて、緊急事態ではないものの、即時の治療が必要な、プランの補償対象サービス。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が毎年の定期検診などで訪れたような事例は、緊急に必要なサービスとはみなされません。

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、プロバイダおよび薬局名簿、または当社のウェブサイト (www.2025wellcaredirectories.com) 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については、第 4 章医療給付表（補償対象になるもの）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（医療給付表（補償対象になるもの））の健康およびウェルネス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。

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

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る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。

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 www.wellcare.com/ohana。

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負担で、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。詳しい情報については、第 5 章のセクション 2.5 をご覧ください。

セクション 4 サービスの費用全額を直接請求された場合、どうするか？

セクション 4.1 保険適用業務の支払いを当社に依頼することができます

保険適用業務の支払いを済ませている場合、あるいは保険適用医療業務の請求書を受け取っている場合、次にすべきことについての情報は、第 7 章（補償対象の医療サービスまたは医薬品の請求書を受け取った場合の当社への支払い要請）をご参照ください。

セクション 4.2 サービスがプランの補償対象ではない場合は、何をすべきか？

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、またはサービスがネットワーク外で受けたもので、承認されたものではない場

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

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あとは、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 臨床研究にいるとき、医療サービスはどのように補償されるのか？

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。

Medicare が研究を承認し、あなたが関心を示すと、研究に携わる人があなたに連絡してきて、研究について詳しく説明し、研究を行う科学者が設定した要件をあなたが満たしているかどうかを確認します。研究の要件を満たし、そのうえで研究に参加した場合に起こりうることを完全に理解し、受け入れると、あなたは研究に参加できます。

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。承認済みの臨床治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、治験中のサービスに対するネットワーク内の費用負担だけとなります。たとえば、支払額が多くなっていて、Original Medicare の費用負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負担の差額を返金いたします。ただし、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。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。

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、プランのプロバイダネットワークに参加している必要はありません。これには、プランが責任を負う給付は含まれておらず、臨床治験または給付を査定するための登録が部分的に含まれているだけです。ご留意ください。これらには、エビデンス開発（NCDs-CED）および治験用医療機器に対する適用免除（IDE）での研究補償を求める全米補償規定で規定されている、特定の給付が含まれており、事前承認およびプランの他のルールが適用される場合があります。

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

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、Original Medicare によって Medicare Advantage の会員が補償を受けるために、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。

Section 5.2 臨床研究に参加するとき、誰が何に対して支払うのか？

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 当社プランも、以下のいずれの費用を支払いません。**

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

さらに詳しく知りたいですか？

臨床研究への参加に付いての詳しい情報を得るには、Medicare のウェブサイトアクセスし、刊行物の「Medicare および臨床研究調査」を閲覧またはダウンロードしてください。（この刊行物は、www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf で入手いただけます。）年中無休で対応している、1-800-MEDICARE

（1-800-633-4227）にもお電話いただけます。TTY ユーザーは、1-877-486-2048 におかけください。

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とは、何か？

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受ける治療

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**の医学的治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**の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らない。
- あなたが受けたサービスについての当社プランの補償は、**非宗教的な治療内容**に限定されています。
- 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。
 - 入院患者診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。そうでないと、その滞在は補償対象とはなりません。

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 当社プランで特定の回数の支払いを行ったあとに、耐久医療機器を所有するか？

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、義装具といったような特定のアイエムを必ず所有しています。このセクションでは、レンタルしなければならない、その他のタイプの DME について説明いたします。

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 カ月間にわたって支払ったあとに、機器を所有ようになります。ただし、プランの会員であるあいだにアイテムの自己負担分をどれだけ多く支払っていても、当社プランの会員である、あなたが、レンタルしていた DME の所有権を獲得することは、通常ありません。特定の限られた状況では、DME アイテムの所有権が当社からあなたに譲渡されます。満たさなければならない要件と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るのか？

プランに加入しているあいだに DME アイテムの所有権を取得しなかった場合、アイテムを所有するためには、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。プラン登録中の支払いは、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。あなたは当社プランに入会しましたが、プランでの登録中に所有権を獲得しませんでした。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。過去の支払い（当社のプランに対するものであれ、Original Medicare に対するものであれ）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

どのような酸素給付が得られるのか？

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。

- 酸素装置のレンタル
- 酸素と酸素容器の提供

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、どうなるか？

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)

セクション 1 保険適用業務について知る

この章では、プランの会員として補償されているサービスを記載した、医療給付表について説明いたします。本章の後半では、補償対象外の医療サービスについての情報を知ることができます。さらに、特定のサービスの制限についても説明いたします。

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)。

セクション 1.2 Medicare Part A と Part B の保険適用業務でもっとも多く支払うものは？

注意：当社の会員は Medicaid からの支援も受けているため、この最大自己負担額に達した会員はごく少数となっています。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。

あなたは Medicare Advantage プランに登録されているため、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ついては、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 2025 年におけるこの金額は、\$9,350 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 処方薬の支払額も、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 \$9,350 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。

セクション 2 医療給付表を使って、補償対象になっているものを見つける

セクション 2.1 プラン会員であるあなたの医療給付

以下のページの医療給付表では、当社が補償しているプランが記載されています。パート D 処方薬の補償は、第 5 章に書かれています。医療給付表に記載されているサービスは、以下の補償要件を満たしている場合にのみ、補償されます。

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

- 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) が制定した、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 の処方薬を含む）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。
- あなたには、治療の提供および監督を行う、プライマリケアプロバイダ（PCP）がいます。
- 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（当社では、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) の両方から補償されます。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、「2025 年版 Medicare とあなた」ハンドブックをご参照ください。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、年中無休で対応している 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 におかけください。）
- Original Medicare で無償で補償されている、すべての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2025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。

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

- 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、当社は、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。支払い額は、あなたの Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 給付のレベルによって異なります。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、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。

「追加支援」の資格を持つ登録者のための重要な給付情報

- 保険料、免責、共同保険といった、Medicare 処方薬プログラムの支払いで「追加支援」を受けている場合、その他の特定の対象のための補足給付および/または特定の対象のための自己負担削減の資格を有している場合があります。
- 詳細については、以下の医療給付表の価値に基づく医療保険 (VBID) の行をご参照ください。
- 会員には、パート D 医薬品の費用負担免除を受ける資格があります。詳細については、第 6 章をご参照ください。


Medicare は、価値に基づく医療保険プログラムに組み込まれている、これらの給付を提供する、WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. を承認しています。このプログラムにより、Medicare は Medicare Advantage プラン改善のための新しい方法を試すことができます。

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)



このリンゴマークは、給付表の予防的サービスの横に付けられています。

医療給付表

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>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。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>	
<p> 腹部大動脈瘤の検査</p> <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>慢性的腰痛のほり治療</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 Medicare 受益者の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） • 手術に関連していない • 妊娠に関連していない <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 回までのほ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>PCP の医院で受けた、Medicare 補償対象のほり治療に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p> <p>専門医の医院で受けた、Medicare 補償対象のほり治療に対して、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 補償対象のほり治療に対して、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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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>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（プエルトリコ）、あるいはコロンビア特別区での、はり施術を行う、最新、完全、有効で、制約が課されていない免許。 <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。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 	<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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> 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>救急車サービス</p> <p>緊急時または非緊急時のいずれであるかを問わず、補償対象の救急車サービスには、固定翼、回転翼および地上での救急車サービスによる、治療を提供できる最寄りの適切な施設までの搬送が含まれていますが、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に限られます。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。</p> <p>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。</p> <p>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>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。</p>	<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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
 毎年の健康相談来院 <p>パート B の期間が 12 カ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。</p> <p>注意：最初の健康相談来院は、予防のための <i>Welcome to Medicare</i> 来院から 12 カ月以内には実施できません。ただし、パート B の期間が 12 カ月を超えていれば、<i>Welcome to Medicare</i> 来院がなくても、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。</p>	<p>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。</p>
 骨量測定 <p>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 カ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。</p>	<p>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。</p>
 乳がん検査（マンモグラム） <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"> • 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 カ月に 1 回の診断マンモグラム • 24 カ月に 1 回の臨床乳房検査 	<p>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。</p>
心臓リハビリテーション業務 <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、通常的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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
 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) 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。	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。
 循環器疾患検査 5 年 (60 カ月) 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。	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。
 子宮頸がんおよび膣がんの診断 保険適用業務には以下が含まれています。 <ul style="list-style-type: none"> すべての女性：Pap テストと骨盤内診察は、24 カ月に 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 Pap テストで異常があった場合：Pap テストは 12 カ月に 1 回 	Medicare 補償対象の予防的なPap 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。
カイロプラクティックサービス 保険適用業務には以下が含まれています。 <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 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。 背中、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。 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。	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。 事前承認が必要な場合があります。 補足的な (Medicare の補償対象ではない) カイロプラクティシャン通院 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。

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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>	
 大腸がん診断 <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 カ月（10年）に 1 度、または大腸がんのリスクが高くない患者は前回の軟性 S 状結腸鏡検査後に 48 カ月に 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またはバリウム注腸検査から 24 カ月に 1 度の検査が補償対象となっています。 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、リスクの高くない患者は、120 カ月に 1 度。高リスクの患者は、最後の軟性 S 状結腸鏡検査またはバリウム注腸検査後、48 カ月に 1 度 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 カ月に 1 度となっています。 	<p>共同保険が適用されるバリウム注腸検査を除き、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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> 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。 バリウム注腸検査は、最後の診断用バリウム注腸検査または最後の診断用大腸内視鏡検査から 24 ヶ月が経過している、高リスクの患者の場合、大腸内視鏡検査の代替となります。 バリウム注腸検査は、45 歳以上の、リスクが高くない患者の場合、S 状結腸鏡検査の代替となります。最後の診断用バリウム注腸検査または診断用 S 状結腸鏡検査から、少なくとも 48 ヶ月に 1 度。 <p>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あとは、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。</p>	<p>Medicare 補償対象の診断結腸内視鏡検査の場合の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、この表内で後述される「外来手術」も参照してください。</p> <p>Medicare 補償対象のバリウム注腸検査に対して、自己負担分 \$0 の支払い。</p>
<p>歯科サービス</p> <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 は現在、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、あるいは腎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>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。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>	<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> <p>補足的な（つまり、ルーティンの）歯科</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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。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 年に 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 - サービスのタイプに応じて、12 カ月から 84 カ月に 1 回 	<p>診断および予防的歯科治療</p> <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>総合的な歯科治療</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>




あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯内治療 - 歯 1 本当たり ○ 歯周治療サービス - サービスのタイプに応じて、6 カ月から 36 カ月に 1 回 ○ 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> <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> <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>

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> ○ 補綴 - 固定性 - 7 年に 1 回 ○ 口腔/顎顔面外科 - 生涯に 1 度 ○ 一般的補助サービス - 毎年無制限 	<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> <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 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 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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
	<p>ネットワーク外 一般的補助サービスサービス 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>制限と除外が適用されます。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。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。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、当社のウェブサイトでも入手いただけます。</p> <p>www.wellcare.com/ohana にアクセスし、ウェブページの上部にある「Members (会員)」メニューを展開し、「Medicare」で「Find my plan (プランの検索)」を選択します。「Medicare plan (Medicare プラン)」を選択し、ジップコードを入力し、検索ボタンを押します。リストの Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) を選び、「Go to my plan details (プランの詳細を見る)」をクリックします。「Plan Specific Documents (プラン専用の文書)」セクションの下にある、このプランの「Dental Benefit Details (歯科給付の詳細)」を選びます。</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>	

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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 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> うつ病の診察</p> <p>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。</p>	<p>毎年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。</p>
<p> 糖尿病の診察</p> <p>以下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 カ月ごとに最大 2 回の糖尿病診察を受けられるかもしれません。</p>	<p>Medicare 補償対象の糖尿病診察には、共同保険、自己負担または免責はありません。</p>
<p> 糖尿病の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</p> <p>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。</p> <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。 	<p>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。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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> 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 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>Lifescan 社の OneTouch® 製品は、当社推奨の糖尿病検査用品（血糖モニター&血糖試験紙）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>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。</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>耐久医療機器 (DME) と関連の備品</p> <p>（耐久医療機器の定義については、本文書の第 12 章とともに、第3章のセクション 7 をご参照ください。）</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。あなたのエリアの当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>事前承認が必要な場合があります。</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>Medicare の酸素装置補償のあなたの費用負担は、36 カ月ごとに自己負担分 \$0 の支払いとなります。</p> <p>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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>最新のサプライヤーのリストは、当社のウェブサイト (www.2025wellcaredirectories.com) で入手いただけます。</p>	<p>当社プランへの加入前に、酸素装置の補償のために 36 カ月にわたってレンタル料金を支払っていた場合、プランでのあなたの自己負担分は \$0 となります。</p>
<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負担は、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あと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戻るか、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ない、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負担となります。</p> <p>米国外での緊急サービスに対して、自己負担分 \$110 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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p> 健康教育プログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ナースアドバイスライン 訓練を受けた臨床医による、電話での通話料無料のコーチングと看護アドバイス。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 ○ ホームフィットネスキット：ウェアラブルフィットネス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の健康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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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 年間の標準的な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>補足的な（つまり、ルーティンの）聴力検査：</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）

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
 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 か月ごとに 1 回のスクリーニング検査 妊娠中の女性の場合は、下記を保険適用としています。 <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 ホームヘルパー業務を受ける前に、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ホームヘルパー業務を指示します。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ホームヘルパー業務（在宅医療給付の対象とするためには、熟練看護およびホームヘルパー業務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 の保険適用対象のホームヘルパーエージェンシーのケア業務の自己負担分 \$0 事前承認が必要な場合があります。
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。	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。


第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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"> 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 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>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、専門家による専門業務の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>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>お客様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、お客様はホスピス給付を受けることができます。お客様は、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。お客様のプランは、お客様がプランの業務エリア内の 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、MA 組織が所有しているか、管理しているか、または金銭的な利益を有するものを含みます。お客様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 短期のレスパイトケア 在宅ケア 	<p>お客玉が 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。</p> <p>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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p><u>ホスピス業務の場合、また Medicare Part A または B の対象となり、お客様の終末期予後に関連する業務の場合：終末期予後に関連するホスピス業務プロバイダへの支払いは、弊社プランではなく、Original Medicare が行います。お客様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。お客様には、Original Medicare の費用分担分が請求されます。</u></p> <p><u>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：お客様の終末期予後に、Medicare Part A または B の保険適用対象であり、お客様の終末期予後に関連しない非緊急の業務が必要な場合、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（事前の承認を得る必要がある場合など）。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • お客様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負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、出来高払いの Medicare (Original Medicare) での費用負担分をお支払いいただきます。 <p><u>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。こうした業務のお客様のプラン費用分担額はお客様が支払います。</u></p> <p><u>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：こうした医薬品がお客様の終末期条件と無関係であれば、お客様が費用分担分を支払います。お客様の終末期ホスピス状態に関連している場合、Original Medicare の費用分担分はお客様が支払います。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 (Medicare 認定ホスピスに入院している場合はどうなるのでしょうか?) を参照してください。</u></p>	

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>注記：お客様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 お客様が 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 お客様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 処方薬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。</p> <p>一部のパート B 医薬品には、事前承認が必要です。</p>
<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、お客様が医師の指示で正式に入院した日から始まります。入院最終日は、退院日の前日です。</p>	<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。終身予約 1 日あたりの自己負担分 \$0。</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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>保険適用業務には下記が含まれますが、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 ・ 物質使用障害の入院患者向けサービス ・ 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。お客様に移植が必要な場合、弊社はお客様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お客様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することがあります。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。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>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。</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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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、お客様に必要な血液の初回輸血分から開始されます。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。 医師の業務 <p>注記：入院患者であるためには、お客様のプロバイダが、お客様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>また、お客様は入院患者ですか、それとも外来患者ですか？という Medicare のファクトシートにも詳細情報が記載されています。お客様が Medicare 加入者の場合はおたずねください。このファクトシートは、ウェブサイト https://es.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。これらの電話番号は、24 時間 365 日無料で通話できます。</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：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）

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
	<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>お客様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。ただし、場合によっては、弊社はお客様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。保険適用業務には下記が含まれますが、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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p> 医学的栄養療法</p> <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>
<p> Medicare 糖尿病予防プログラム (MDPP)</p> <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 Medicare 給付の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>


第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>Medicare Part B 処方薬</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"> • お客様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 • お客様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) 投薬費用に加えて、治療前および/または治療中に全体的な費用を増大させる可能性のある追加のスキャンや検査が必要になる場合があります。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 • 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 がお客様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 が上記を保険適用としていない場合、Medicare の処方薬補償 (パート D) により免疫抑制薬が保険適用となります。 • お客様が外出できず、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 	<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>Medicare Part B インスリン剤</p> <p>Medicare 補償対象のパート B インスリン剤の自己負担分 \$0。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 \$35 という、自己負担分上限が適用されます。</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>Medicare 補償対象の他のパート 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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> 一部の抗原の：抗原を医師が準備し、適切な指示を受けた人物（お客様、患者の可能性があります）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補償対象といたします。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 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保険適用します 同じ薬剤が注射可能な形態で入手可能であり、パート B ESRD 給付が適用される場合の、特定の経口末期腎不全（ESRD）治療薬 Parsabiv®静注薬、Sensipar®経口薬を含む、ESRD 支払制度による末期腎不全治療薬 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（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）を補償対象といたします。 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>Medicare Part B 化学療法/放射線治療薬</p> <p>Medicare 保険適用のパート B 化学療法剤の自己負担分 \$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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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：www.wellcare.com/PartBStepTherapy25。</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 処方薬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> <ul style="list-style-type: none"> 第 5 章では、処方薬を保険適用とするためにお客様が従う必要のある規則を含め、パート D 処方薬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 処方薬の料金については、第 6 章で説明します。 	
<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) 物質使用障害カウンセリング 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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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—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、お客様に必要な血の初回輸血分から開始されます。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。 • その他の外来診断検査—非放射線診断業務（アレルギー検査や心電図など（EKG）） 	<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 の対象の検査室業務 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 の対象である診断手順と検査（アレルギー検査や心電図など（EKG））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）

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> • その他の外来診断検査（CT、MRI、MRA、SPECT などの複雑な検査を含む）－放射線診断業務、平面フィルム X 線を除く • 診断結腸内視鏡検査 	<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> <p>Medicare 補償対象の診断結腸内視鏡検査の場合の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、この表内で後述される「外来手術」を参照してください。</p> <p>同じ日に同じ業務カテゴリーから複数の業務を受けた場合、お客さまに支払い義務があるのは、その業務カテゴリーの最大自己負担金額のみです。</p> <p>ただし、ある業務の給付が自己負担分（ドル建て固定金額）で、別の業務の給付が共同保険（許容費用の割合）である場合は、自己負担分と共同保険の両方の支払いを求められることがあります。</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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。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：プロバイダがお客様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、お客様は外来患者であり、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>また、お客様は入院患者ですか、それとも外来患者ですか？という Medicare のファクトシートにも詳細情報が記載されています。お客様が Medicare 加入者の場合はおたずねください。このファクトシートは、ウェブサイト https://es.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。これらの電話番号は、24 時間 365 日無料で通話できます。</p>	<p>Medicare の対象の通院観察業務 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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>病院の外来業務</p> <p>弊社は、お客様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 ・ お客様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：プロバイダがお客様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はない限り、お客様は外来患者であり、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>また、お客様は入院患者ですか、それとも外来患者ですか？という Medicare のファクトシートにも詳細情報が記載されています。お客様が Medicare 加入者の場合はおたずねください。このファクトシートは、ウェブサイト https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.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。これらの電話番号は、24 時間 365 日無料で通話できます。</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>同じ日に同じ業務カテゴリーから複数の業務を受けた場合、お客さまに支払い義務があるのは、その業務カテゴリーの最大自己負担金額のみです。</p> <p>ただし、ある業務の給付が自己負担分（ドル建て固定金額）で、別の業務の給付が共同保険（許容費用の割合）である場合は、自己負担分と共同保険の両方の支払いを求められることがあります。</p>

第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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> <ul style="list-style-type: none"> 精神科医が提供する業務 その他の精神医療プロバイダが提供する業務 	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p>
<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>	

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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 の対象の個人通院治療 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。 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：お客様が病院施設で手術を受ける予定の場合、お客様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。プロバイダがお客様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、お客様は外来患者であり、病院の外来患者業務の費用分担を支払うことになります。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>	

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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 補償対象の診断結腸内視鏡検査を含む、外来病院施設への Medicare 補償対象の通院 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 補償対象の診断結腸内視鏡検査を含む、外来手術センターへの Medicare 補償対象の通院 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、有資格のマリッジアンドファミリーセラピスト (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>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、有資格のマリッジアンドファミリーセラピスト (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 が適用される部分入院または集中外来診療 1 日につき、自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>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"> • プライマリケアプロバイダにより診察室で提供される、医学的に必要な医療または手術業務 	<p>Medicare が適用される PCP 診察室への通院 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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> 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 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。 	<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 が適用される専門医による通院治療 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>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> <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>Teladoc を介して実施されるバーチャル通院業務の自己負担分 \$0。</p> <p>注記：上記の \$0 は Teladoc から業務を受けた場合にのみ適用されます。バーチャル通院ベンダーではなく、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（例えば、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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> ○ 弊社プランでは、年中無休 24 時間対応で、Teladoc 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。 バーチャル通院（遠隔医療相談とも呼ばれます）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。 詳細情報または予約については、下記にお電話ください。 ○ Teladoc : 1-800-835-2362 (TTY : 711) 24 時間年中無休 ・ 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"> ○ お客様が最初の遠隔医療通院の 6 か月以内に直接来院する ○ お客様が、上記の遠隔医療業務を受けている間、12 か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ます ・ 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>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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> • <u>下記に該当する場合</u>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。 <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 • <u>下記に該当する場合</u>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 ○ 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 • 日常的ではない歯科治療（保険適用業務は、顎または関連組織の手術、顎または顔面骨の骨折の整復、腫瘍性がん疾患の放射線治療のために顎を準備する目的での抜歯、または医師が提供した場合に保健適用される業務に限定されさます） 	<p>お客様は、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）を支払うことになります。</p> <p>お客様は、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）を支払うことになります。</p> <p>お客様は、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）を支払うことになります。</p> <p>お客様は、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）を支払うことになります。</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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
	<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 処方薬の自己負担分および/または共同保険があります。</p>
<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。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p>
<p> 前立腺がんのスクリーニング検査</p> <p>50 歳以上の男性対象の保険適用業務には、12 か月に 1 回の下記のものが含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 直腸指診 前立腺特異抗原 (PSA) 検査 	<p>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。</p> <p>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。</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>義肢および矯正具と関連消耗品</p> <p>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、本セクションで後述するビジョンケアを参照してください。</p>	<p>Medicare の対象の義装具または矯正具の自己負担分 \$0。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>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。</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p>
<p>肺疾患のリハビリテーション業務</p> <p>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。</p>	<p>Medicare が対象とする肺疾患リハビリテーション業務での通院 1 回につき自己負担分 \$0。</p>
<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> <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 Medicare 加入者の成人（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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p> 低線量コンピューター断層撮影 (LDCT) による肺がんのスクリーニング</p> <p>適格者の場合、LDCT は 12 か月に 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>
<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 か月に 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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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紹介を受けている場合、生涯で 6 回までの腎疾患教育業務を提供しています。 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 (お客様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) <p>透析用の一部の医薬品は、Medicare Part B の医薬品給付により保険適用となります。パート B 医薬品の保険適用については、Medicare Part B 処方薬のセクションを参照してください。</p>	<p>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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>高度看護施設 (SNF) ケア</p> <p>(高度看護施設ケアの定義については、本書の第 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)。</p> <p>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。</p> <p>保険適用業務には下記が含まれますが、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) ・ 食事、特別食を含みます ・ 高度な看護業務 ・ 理学療法、職業療法、および言語療法 ・ お客様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、お客様に必要な血の初回輸血分から開始されます。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 ・ 医師/プラクティショナーの業務 	<p>Medicare が対象とする入院の場合、給付期間ごとに：</p> <p>Medicare が対象とする高度看護施設の滞在ごとの自己負担分 \$0。</p> <p>100 日日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。</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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>一般に、SNF ケアはネットワーク施設から得られます。ただし、以下の特定の条件下では、当該の施設が当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負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>Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の補償対象給付：</p> <p>認可施設が運営する高度看護施設で過ごした日数が、Medicare Advantage の給付期間のうちの最初の 100 日間を超えている場合。</p>	<p>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。</p> <p>Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の補償対象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> 喫煙およびタバコ使用の中止（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><u>お客様がタバコを使用しているが、タバコ関連疾患の徴候や症状がない場合：</u>弊社は、予防業務として、12 か月以内に 2 回の禁煙カウンセリングに保険適用します。お客様の費用負担はありません。各カウンセリングには、最大 4 回の対面での通院が含まれます。</p> <p><u>お客様がタバコを使用しており、タバコ関連の疾患があると診断された場合、またはタバコの影響を受ける可能性のある医薬品を服用している場合：</u>弊社は、禁煙業務を保険適用とします。弊社は 12 か月以内に 2 回の禁煙カウンセリングを保険適用としますが、お客様は該当する費用分担分を支払うことになります。各カウンセリングには、最大 4 回の対面での通院が含まれます。</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>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>ソーシャルサポートプラットフォーム</p> <p>当社のプランでは、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。コミュニティ、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利用できます。このプラットフォームを通じて、健全な振る舞いによって健康を維持するための取り組みへの参加、ならびにそのような取り組みの継続が、容易にできるようになります。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>Twill プラットフォームは、以下で構成されています。</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、Twill Therapeutics の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。 • 仲間およびエキスパートによる支援：よく管理されたコミュニティスペースで Twill Care に接続し、仲間や医療専門家と交流できます。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 (member.wellcare.com) 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>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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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。 • 害を超える利点を得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。 • 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>Medicare が対象とする監視下運動療法の通院 1 回あたりの自己負担分 \$0。</p>
<p>緊急に必要なサービス</p> <p>お客様が一次的にサービスエリア外に居るか、またはサービスエリア内に居る場合であっても、プランと契約している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。お客様のプランは、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。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が毎年の定期検診などで訪れたような事例は、緊急に必要であるとはみなされません。</p>	<p>Medicare が対象とする応急処置業務の自己負担分 \$0。</p>

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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>米国外における緊急に必要なサービスの自己負担分 \$110。*</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>
<p>価値に基づく医療保険 (VBID) モデル</p> <p>あなたのプランは価値に基づく医療保険プログラムに参加しているため、下記の給付のいずれかに Wellcare Spendables™ 手当を加算することもできます。VBID の給付を受けるには、このプランに引き続き登録し、LIS の資格を有する必要があります。この手当は、店頭販売 (OTC) での給付と組み合わされています。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ガソリン代支払い 参加している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。 健康な食事 参加小売店で、健康な食事と農産物にカードを使用できます。オンラインポータルで注文できる調理済みの食事。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。 <ul style="list-style-type: none"> 食肉と鶏肉 果物と野菜 栄養飲料 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。 	


第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> 家のリフォームと安全に関するアイテム 家のリフォームと安全に関するアイテムの費用にカードを使用できます。会員ポータルにログインして、承諾したアイテムを購入します。承認品目には下記が含まれます。 <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 害虫および昆虫の駆除用品 家賃補助 家の家賃にカードを使用できます。支払いが承認されている場合は、会員ポータルにログインして支払うか、直接の支払いに使用します。 公共料金補助 家の公共料金にカードを使用できます。支払いが承認されている場合は、会員ポータルまたは公共企業に直接ログインします。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。この給付に承認された経費には下記が含まれます。 <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 	
 ビジョンケア 保険適用業務には以下が含まれています。 <ul 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。 	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。

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<ul style="list-style-type: none"> • 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>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 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。 • 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 ○ 眼鏡の代わりのコンタクトレンズ、または ○ 資格補助具のアップグレード <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>Medicare が対象とする緑内障スクリーニングの自己負担分 \$0。</p> <p>糖尿病に罹患した会員の Medicare 対象網膜検査の自己負担分 \$0。 事前承認が必要な場合があります。</p> <p>Medicare の対象の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。</p> <p>補足的な (つまり、ルーティンの) 視力検査：</p> <p>年 1 回の定期眼検査の自己負担分 \$0。*</p> <p>事前承認が必要な場合があります。</p> <p>アイウェアの自己負担分 \$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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<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お客様負担です。*</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>	
<p> Medicare 予防来院によろこ</p> <p>このプランは、1 回限りの「Medicare によろこ」予防来院を対象としています。来院には、お客様の健康状態の確認、お客様に必要な予防サービス (特定のスクリーニングや注射 (または予防接種) 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紹介が含まれます。</p> <p>重要：弊社は Medicare によろこ予防来院を、Medicare Part B の入会後最初の 12 か月以内に限り実施します。予約時は、Medicare によろこ予防来院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"> • Medicare によろこ予防業務に続く、Medicare 対象の心電図 (EKG) 。 	<p>Medicare によろこ予防来院には、共同保険、自己負担分、免責はありません。</p> <p>Medicare によろこ予防業務に続く、Medicare 対象の心電図 (EKG) 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)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>Wellcare Spendables™ カードに月額 \$99 のプリロードを受け取ります。</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>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>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>送料無料となる注文には、最低 \$35 が適用されます。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）

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p><u>あなたのプランは価値に基づく医療保険（VBID）モデルに参加しているため、下記の給付のいずれかにカードを使用することもできます。</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 健康な食事 家のリフォームと安全に関するアイテム 家賃補助 公共料金補助 <p>これら給付の詳細については、この表内の価値に基づく医療保険（VBID）モデルをご参照ください。</p>	
<p><u>カードの使用方法：</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、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。 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ご注文については、支払い時にカード番号を入力してください。 お客様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。指示画面が表示された場合、お客様の PIN 番号はカード番号の最後の4桁です。 	

第 4 章 医療給付表 (補償対象になるもの)

あなたのために補償されているサービス	これらのサービスを受けるときに、あなたが支払わなければならないもの
<p>注記：</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、個人使用にのみ有効で、販売や譲渡はできません。また、現金価値はありません。 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、1-855-744-8550、TTY: 711 までお電話ください。受付時間：お電話でのお問い合わせは、10 月 1 日から 3 月 31 日までの期間は毎日午前 8 時から午後 8 時まで、4 月 1 日から 9 月 30 日までの期間は月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時まで承っております。</p> <p>また member.wellcare.com からオンラインでアクセスすることもできます。</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？

セクション 3.1 プランの保険適用外業務

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の保険適用外でも、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の保険適用となる業務があります。Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) から得られる支援について質問がある場合は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)、1-800-316-8005、にお電話ください。TTY

第 4 章 医療給付表（補償対象になるもの）

ユーザーは 711 にご連絡ください。受付時間はハワイ時間の月曜日～金曜日の午前 7:45 ～午後 4:30 です。

セクション 4 プランの補償対象となっていないサービスとは？**セクション 4.1 プランの保険適用外の業務（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について説明しています。

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、本書第 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	いかなる条件でも保険適用外	特定の条件下に限り保険適用
美容整形手術または手技		<ul style="list-style-type: none"> 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	いかなる条件でも保険適用外	特定の条件下に限り保険適用
下記を含む歯科治療： <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	
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。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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)
お客様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		<ul style="list-style-type: none"> ・ 詳細については、医療給付表の VBID セクションにある「Healthy Food」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		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。

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	いかなる条件でも保険適用外	特定の条件下に限り保険適用
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。		<ul style="list-style-type: none"> • 医学的に必要な場合にのみ保険適用。
放射状角膜切開術、LASIK 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	
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	
日常的なフットケア		<ul style="list-style-type: none"> • 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。
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	

第 5 章：

パート D 処方薬にプランの
補償を使用する

第 5 章 パート D 処方薬に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。お客様が「追加支援」プログラムに参加しているため、パート D 処方薬の費用についての保険適用のエビデンスは、お客様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、お客様の処方薬補償について説明するものです。この付属書がない場合、会員サービスに電話して、LIS 特約書の送付を依頼してください。（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 はじめに

この章では、パート D 医薬品の保険適用を利用するための規則について説明します。Medicare Part B の医薬品給付およびホスピスの違約金給付については、第 4 章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。（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 1.1 プランのパート D 処方薬補償の基本的規則

基本的な規則に従っている限り、通常、プランはお客様の医薬品を保険適用とします。

- お客様はプロバイダ（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いてはいけません。
- お客様は、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。（本章のセクション 2 を参照して下さい）または、プランの通信販売サービスを利用して処方の調剤を受けることもできます。
- お客様の医薬品は、プランの保険適用薬リスト（処方集）に記載されている必要があります（これを短縮して「薬剤リスト」と呼びます）。（本章のセクション 3 を参照して下さい）
- 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、Food and Drug Administration (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。（医学的に承認された適応の詳細については、本章のセクション 3 を参照して下さい）

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

- お客様の医薬品は、弊社が保険適用とする前に承認を必要とする場合があります。（保険適用の制限については、本章のセクション 4 を参照して下さい）

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**セクション 2.1 ネットワーク薬局の利用**

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 2.5 を参照してください）

ネットワーク薬局とは、お客様の保険適用処方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 処方薬のすべてを意味します。

セクション 2.2 ネットワーク薬局**地域のネットワーク薬局はどのようにすれば見つかりますか？**

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ディレクトリ、を参照するか、弊社ウェブサイト (www.2025wellcaredirectories.com) にアクセスするか、会員サービスに連絡してください。

お客様は弊社のネットワーク薬局にアクセスできます。

利用していた薬局がネットワークから離脱した場合はどうなりますか？

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。お客様の地域の別の薬局を見つけるには、会員サービスの支援を受けるか、プロバイダおよび薬局ディレクトリを使用します。また、弊社ウェブサイト (www.2025wellcaredirectories.com) で情報を確認することもできます。

専門薬局が必要な場合はどうすればよいですか？

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。
- 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 施設のパート D 給付を利用できない場合は、会員サービスにお問い合わせください。
- 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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

- 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、プロバイダ薬局のディレクトリ www.2025wellcaredirectories.com を参照するか、会員サービスにお電話ください。

セクション 2.3 プランの通信販売サービスの利用

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せん。一般に、通信販売で提供される薬剤は、慢性または長期の疾患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薬物は、弊社の薬剤リストで「NM」と表示されています。

弊社プランの通信販売サービスでは、最大 100 日分の在庫を注文できます。

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、通信販売サービスの会員サービス (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 にログインします。

プランのネットワークにない通販薬局を利用した場合、お客様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、1-833-750-0201 (TTY: 711) に電話して、24 時間年中無休で通信販売を注文できます。または、express-scripts.com/rx にログインします。

薬局がお客様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、お客様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。

- お客様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
- 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、通信販売会員サービス (1-833-750-0201、(TTY: 711)、24 時間年中無休) に連絡すれば、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。

発送前にお客様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 時間年中無休の通信販売会員サービスにご連絡ください。または、express-scripts.com/rx にログインします。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

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お客様に連絡を取り、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。

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、お客様の医薬品がなくなりそうなの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お客様に連絡し、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 2.4 医薬品の長期供給を受けるにはどうすればよいですか？

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、慢性または長期の疾患のために定期的に服用する薬剤です）

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ディレクトリ www.2025wellcaredirectories.com 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。また、詳細については、会員サービスにお電話いただくこともできます。
2. さらに、お役様は、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 2.3 を参照してください。

セクション 2.5 プランのネットワーク外薬局を使用できるのはどのようなときですか？

特定の状況において、お客様の処方薬が保険適用とされる場合があります

弊社は、一般に、お客様がネットワーク薬局を試用できない場合に限り、ネットワーク外の局で調剤された医薬品を保険適用としています。お客様のお役に立つように、弊社はサービスエリア外にもネットワーク薬局を用意しており、弊社のプランの会員であれ

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

ば調剤することができます。近くにネットワーク薬局があるかどうかを確認するには、まず会員サービスに確認してください。お客様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お客様が負担しなければならない場合があります。

弊社が、ネットワーク外薬局で調剤された医薬品を保険対象とする場合には、次のような状況が考えられます。

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行してください。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。精算請求の提出方法については、第 7 章セクション 2 弊社への払戻し請求または受領した請求書への支払い請求の申請方法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。精算請求の提出方法については、第 7 章セクション 2 弊社への払戻し請求または受領した請求書への支払い請求の申請方法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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

- 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いワクチンおよび主治医の診察室で投薬される一部の保険適用薬を入手しようとしている場合。
- 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。

お客様がプランからの精算を求める方法

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 で説明しています。）

セクション 3 お客様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チームの協力を受けて、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。

薬剤リストには、Medicare Part D の保険適用薬が含まれています。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。（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。）

お客様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、Food and Drug Administration に承認されているもの。
- 米国病院処方指針サービス医薬品情報や 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るもの。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

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。

薬剤リストにないものは何ですか？

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。（この詳細については、この章のセクション 7.1 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）。
- 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。（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にはどうすればよいですか？

次の4つの方法で確認できます。

1. 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。
2. プランのウェブサイト (www.wellcare.com/ohana) をご参照ください。ウェブサイトの薬剤リストは常に最新のものです。
3. 会員サービスに電話して、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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

4. プランの「リアルタイムベネフィットツール」 (www.wellcare.com/ohana または会員サービスに電話) を使用します。このツールを使用すれば、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。

セクション 4 一部の医薬品の保険適用には制限があります**セクション 4.1 一部の医薬品に制限があるのはなぜですか？**

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、お客様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、お客様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 (例えば、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)。

セクション 4.2 どのような種類の制限がありますか？

下記のセクションでは、弊社が特定の医薬品に適用する制限の種類について詳しく説明します。

お客様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、通常はお客様またはお客様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お客様またはお客様のプロバイダが必要があることについては、会員サービスにお問い合わせください。弊社が制限を免除するようにしたい場合、お客様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 章参照)

事前にプランの承認を取得します

特定の医薬品については、弊社がお客様の医薬品に保険適用することに同意する前に、お客様またはお客様のプロバイダがプランから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、お客様の医薬品はプランの保険適用外となることがあります。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

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、医薬品 A と医薬品 B が同じ病状の治療に使用でき、医薬品 A の方が安価な場合、プランは最初に医薬品 A を試用することを必須とすることがあります。医薬品 A がお客様に効果がなければ、プランは医薬品 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。

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、弊社はお客様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、どうするか？

セクション 5.1 お客様の医薬品がお客様の希望のやり方では保険適用されていない場合にお客様にできることがあります

お客様が服用中の処方薬またはお客様とお客様のプロバイダが服用すべきだと考える処方薬が弊社の処方集にないか、制限付きで処方集に掲載されているという状況が存在します。たとえば：

- 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、お客様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。
- その医薬品は保険適用薬ですが、セクション 4 で説明したように、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。
- お客様の医薬品がお客様の希望のやり方では保険適用されていない場合にお客様にできることがあります。お客様の医薬品が薬剤リストにない場合、またはお客様の医薬品が制限されている場合、セクション 5.2 に進んで、何ができるかを確認してください。

セクション 5.2 お客様の医薬品が薬剤リストにない場合、またはその医薬品が何らかの方法で制限されている場合、どうすればよいでしょうか？

お客様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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

- 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、プランはお客様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、お客様が服用中だった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。

- お客様が新規会員の場合、弊社は、プラン入会后最初の 90 日間、お客様の医薬品の一時的供給を行います。
- お客様が昨年、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。お客様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、廃棄薬剤減のため、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）。

一時的供給についての質問は、会員サービスにお電話ください。

お客様は、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。

1) 別の医薬品に変更することができます

お客様のプロバイダと、プランの保険適用薬でお客様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。会員サービスに電話して、同様の病状を治療できる保険適用薬リストを求めることができます。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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する**2) 例外を求めることができます**

お客様とお客様のプロバイダは、プランに例外を求め、その医薬品にお客様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。お客様のプロバイダが、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。

お客様が現在会員であり、服用している医薬品が、翌年、処方集から削除されるか、何らかのやり方で制限される予定の場合、弊社は年が変わる前に変更についてお客様にお知らせします。お客様は年が変わる前に例外を要望することができます。弊社は要望（またはお客様の処方者の補足声明）を受け取ってから 72 時間以内に回答します。弊社がお客様の要望を承認した場合、変更が有効になる前に保険適用を承認します。

お客様とお客様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 ですべきことを説明します。このセクションでは、お客様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 薬剤の 1 つに対する補償が変更されている場合、どうするか？

セクション 6.1 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。

当社は、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。

本章で説明する医薬品タイプの定義については、第 12 章をご参照ください。

セクション 6.2 お客様が服用中の医薬品の保険適用が変更された場合はどうなりますか？

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。このセクションでは、当社が薬剤リストに加えることのある変更の種類、およびお客様が服用中の医薬品に変更が加えられた場合の直接通知の時期について説明します。

弊社が現在のプラン年度中に行うことのある薬剤リストの変更で、お客様に影響を及ぼすもの

- 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。
 - 当社は、新しいバージョンの医薬品を薬剤リストに追加すると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。
 - 当社は、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先発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。
 - お客様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、お客様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するか、事前通知をした上で薬剤リストにある類似の医薬品を削除または変更します。
 - 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。
 - 当社は、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先発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。
 - 当社は、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、お客様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する。
 - 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、変更後に当社よりお知らせします。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

- 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。
 - 当社は、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、お客様が服用中の医薬品のさらに 30 日分に保険適用します。

お客様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、お客様の病状の治療のために別の医薬品に変更するなど、お客様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、お客様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お客様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、変更実施時にお客様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、お客様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お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。
- 当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お客様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、お客様が服用中の医薬品について次のプラン年度中にお客様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 どのようなタイプの医薬品が、プランの補償対象外になっているのか？

セクション 7.1 弊社の保険適用外の医薬品の種類

このセクションでは、除外される処方薬の種類について説明します。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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

お客様が不服請求し、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。
- 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、米国病院処方指針サービス医薬品情報や 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、Food and Drug Administration 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 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。（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

お客様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」プログラムで支払われることはありません。ただし、お客様が 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。お客様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

セクション 8.1 お客様のメンバーシップ情報を提出します

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。

セクション 8.2 メンバーシップ情報を所持していない場合はどうすればよいですか？

処方薬の調剤を受けるときにプランのメンバーシップ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。

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 を参照してください。）

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はどうなりますか？

お客様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、入院中の処方薬の費用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、プランがお客様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はどうなりますか？

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。お客様が 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、お客様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当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 (www.2025wellcaredirectories.com) をご参照ください。上記に該当しない場合、またはお客様がさらに詳細情報やサポートを必要とする場合は、会員サービスにご連絡ください。お客様が 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、お客様が日常的にパート 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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

お客様が長期介護（LTC）施設に入居しており、弊社の薬剤リストにない医薬品、または何らかの方法で制限されている医薬品を必要とする場合はどうなりますか？

一時的供給または緊急事態供給については、セクション 5.2 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処方薬補償を受けている場合はどうなりますか？

現在、お客様（またはお客様の配偶者もしくは家庭内のパートナー）の雇用者や退職者のグループを通じて、他の処方薬補償を受けている場合は、そのグループの給付管理者に連絡してください。お客様の現在の処方薬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判断するのを助けてくれます。

一般に、お客様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、お客様が弊社から受ける処方薬補償は、お客様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、お客様のグループ保険適用が最初に支払うことになります。

確実な保険適用についての特記事項：

お客様の雇用主グループまたは退職者グループは毎年、次の暦年のお客様の処方薬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 の標準的な処方薬補償と同程度の補償をするということを意味します。

後で必要になるかもしれないため、**確実な保険適用についてのこの通知を保存しておいてください**。お客様がパート D 処方薬補償を含む Medicare プランに加入する場合、お客様が確実な保険適用を維持していることを示すために、この通知が必要になることがあります。確実な保険適用を得ていない場合、お客様の雇用主プラン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 お客様が Medicare 認定ホスピスを使用している場合は？

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。お客様が Medicare ホスピスに入居し、お客様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、お客様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

セクション 10.1 会員の安全な医薬品使用を助けるプログラム

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
- お客様のアレルギーの成分を含む医薬品の処方
- お客様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

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

セクション 10.2 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。
- 弊社がお客様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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

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。お客様には、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。お客様が回答機会を得た後、弊社がこうした薬剤についてお客様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。お客様が不服請求する場合、弊社はお客様のケースを再検討し、新しい決定を行います。お客様の医薬品へのアクセスに適用される制限に関連するお客様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、弊社は自動的にお客様のケースをプラン外の独立審査機関に送付します。不服請求を求める方法については、第 9 章を参照してください。

お客様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、お客様は弊社の DMP に入れません。

セクション 10.3 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場合があります。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るときはいつでもこの概要書をお持ちください。また、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（例えば、ID と一緒に）。

弊社にお客様のニーズに合ったプログラムがある場合、弊社はお客様をプログラムに自動的に登録し、お客様の情報を送付します。お客様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。弊社でお客様の参加を取り消します。本プログラム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。

セクション 11 弊社は、お客様の医薬品の支払いと、お客様がどの支払い段階にいるかを説明するレポートを送付します

セクション 11.1 弊社はパート D 給付明細書 (パート D EOB) という月次要約を送付します。

弊社プランは、お客様の処方薬の費用と、薬局で処方薬の調剤または補充をしたときの支払額を追跡しています。これにより、弊社は、お客様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お客様に通知できます。特に、弊社が追跡を続けるコストには次の 2 タイプがあります。

- 弊社はお客様の支払い済金額を追跡します。これは**自己負担費用**と呼ばれます。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、TRICARE、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。
- 弊社はお客様の**総薬剤費**を追跡します。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、当社はパート 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。

- **その月の情報。**このレポートには、前月にお客様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、薬総薬剤費、プランの支払い内容、およびお客様とおお客様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。**これは年初来情報と呼ばれます。これには、お客様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上昇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。**これには、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が含まれます。

セクション 11.2 お客様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。

第 5 章 パート D 処方薬にプランの補償を使用する

- 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お客様の支払いの内容を、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があります。そのような場合、弊社がお客様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。お客様の領収書の複写を弊社に提出する必要がある場合の例を下記に示します。
 - 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
 - お客様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。
- 他の人物がお客様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、お客様の自己負担費用に計上されます。例えば、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。
- 弊社が送付した報告書を確認してください。お客様がパート 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。抜けがあると思う場合、または質問がある場合は、会員サービスに電話してください。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 処方薬のお支払い内容

第 6 章 パート D 処方薬に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。お客様が「追加支援 (Extra Help)」プログラムに参加しているため、**パート D 処方薬の費用についての保険適用のエビデンスは、お客様に適用されないことがあります。**当社は、処方薬の支払いで追加支援を受けているかたのための補償特約のエビデンスと呼ばれる折り込み資料（低所得者助成金特約または LIS 特約とも呼ばれます）を送付いたしました。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。この付属書がない場合、会員サービスに電話して、*LIS 特約書*の送付を依頼してください。

第 7 章：

保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼

第 7 章 保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼

セクション 1 保険適用業務または保険適用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、お客様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。お客様がすでに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、弊社が支払いを行えるようにしてください。あなたが受けた医療または医薬品の全費用の請求書を受け取った場合は、この請求書を当社に送付していただければ、当社が支払いを行います。お客様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。

お客様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（お客様への払戻しは、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。お客様がすでに支払い済み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、お客様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、お客様が受けた医療の費用全額の請求を受ける場合や、本書で説明しているように、お客様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。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。お客様は、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、当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

お客様は、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。

- 治療を受けたときにお客様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。お客様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。

第 7 章 保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼

- お客様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。お客様がすでに支払った分についての書類とともにこの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。
 - お客様がすでにサービスに対して支払い済の場合は、弊社がお客様に払戻しいたします。

2. ネットワークプロバイダがお客様に、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が、時には、誤ってお客様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、お客様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。お客様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、お客様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。その種の状況の説明については、第 5 章セクション 2.5 を参照してください。弊社は、お客様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. お客様が、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。ただし、薬局がすぐ必要としている登録情報を入手できない場合は、お客様が処方薬費用の全額を自身で支払うこ

第 7 章 保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼

とが必要になることがあります。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。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、お客様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、お客様が知らなかったか、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、お客様にその医薬品分を払戻すため、弊社がお客様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、弊社がお客様の支払い請求を拒否した場合、お客様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。本書の第 9 章（問題または訴え（保険適用の決定、不服請求、苦情）がある場合の対処方法）には、不服請求の実行方法についての情報が記載されています。

お客様が弊社に支払い申請を送ると、弊社はお客様の申請を確認し、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。補償対象であると判断した場合、当社はそのサービスまたは医薬品の支払います。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。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。

第 7 章 保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼

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

お客様は、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、請求書とお客様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いでしょう。お客様がサービス、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。
- 用紙のコピーを当社ウェブサイト（www.wellcare.com/ohana）からダウンロードするか、会員サービスに電話し、フォーム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 保険適用の医療サービスまたは医薬品について受け取った請求書の当社への支払い依頼

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

セクション 3.1 当社はサービスまたは医薬品に保険適用すべきかどうかを確認します

弊社は、お客様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、お客様の申請を検討して、保険適用の可否を決定します。

- 当社が医療または医薬品への保険適用を決定し、お客様がすべての規則に従っていると判断した場合、当社はそのサービスに対して支払いを行います。お客様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、当社は当社の費用負担分を郵送いたします。お客様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（例えば、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）。お客様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当社が判断した場合、あるいはお客様がすべての規則に従っていないと判断した場合、当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お客様の権利について説明する文書を送付します。

セクション 3.2 当社が医療または医薬品の支払いを行わないとお客様に通知した場合、お客様は不服請求することができます

お客様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考える場合、お客様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、弊社がお客様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、本書の第 9 章を参照してください。

第 8 章：

お客様の権利と責任

セクション 1 弊社プランは、プラン会員としてのお客様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, in audio, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

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

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

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

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

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

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

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

第 8 章 あなたの権利と責任

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

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

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

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

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

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

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

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

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý

第 8 章 あなたの権利と責任

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

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

Seksyon 1.1 Dapat magbigay kami ng impormasyon sa paraan na angkop sa iyo at alinsunod sa iyong mga cultural sensitivity (nasa mga wika maliban sa Ingles, nasa audio, nasa braille, nasa malaking print, o ibang alternatibong mga format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng inyong 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 plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, mga 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. Mayroon din kaming mga materyal na magagamit sa mga wika bukod sa Ingles na sinasalita sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Makakapagbigay rin kami sa inyo ng impormasyon sa audio, sa pamamagitan ng braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format na libre kung kailangan ninyo. Hinihingi sa amin na bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na madaling gamitin at naaangkop para sa iyo. Para humingi ng impormasyon mula sa amin sa paraang epektibo para sa inyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

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 kababaihan.

Kung walang available na provider sa network ng plano para sa isang specialty, responsibilidad ng plano na maghanap ng mga specialty provider sa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahaginan sa gastos na nasa network lang (in-network cost sharing) ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahaginan sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare

第 8 章 あなたの権利と責任

sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Seksion 1.1 Kasapulan a mangipaaykami iti impormasion iti pamay-an a makatulong kenka ken maitunos kadagiti kultural a sensibilidadmo (kadagiti lengguahe malaksid iti Ingles, iti audio, iti braille, kadagiti dadakkel a letra, wenno dadduma pay a kasukat a pormat, kdp.)

Kasapulan ti planom tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup ti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsao da iti Ingles, nabeddengan ti kabaelan da iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeng, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagwadan no kasano a masabat ti maysa a plano dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti, ngem saan a nabeddengan ti panangipaay kadagiti serbisio ti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenno koneksion iti (text a telepono wenno teletypewriter a telepono) TTY.

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. Addaankami met kadagiti materiales a sidadaan a mausar kadagiti pagsasao a saan nga Ingles a maus-usar iti lugar a serserbisioan ti plano. Mabalindaka met nga ipaayan iti impormasion iti uni, braille, iti dadakkel a letra, wenno kadagiti dadduma nga alternatibo a pormat a libre nu masapulmo daytoy. Kasapulanmi a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti plano iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas a nanam-ay para kenka, maidawat a tawagan ti Dagiti Serbisio iti Miembro.

Maikasapulan iti planomi a mangiyawat kadagiti babbai a nagpalista ti pagpilian iti tarus nga akses ti 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 iti network ti plano para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti plano nga agbirok kadagiti tagaipaay iti espesialidad iti ruar ti plano a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, badayam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu adda ka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti plano a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti plano para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost sharing iti uneg ti network.

Nu adda pakarikutam iti panangala iti impormasion manipud iti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka, maidawat a tumawagka tapno makaidatagka iti reklamo iti Dagiti Serbisio iti Miembro (dagiti numero ti telepono ket nakayimrenta iti akin-likod ti kalub daytoy a bassit a libro). Mabalina met a mangidatagka iti reklamo iti Medicare babaen ti panagtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Opisina para kadagiti Karbengan a Sibil iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

第 8 章 あなたの権利と責任

Vaega 1.1 E tatau ona matou tapenaina fa'amatalaga i se auala e talafeagai lelei ma oe ma ogatasi ma lou tulaga ma'ale'ale fa'aleaganuu (i gagana e ese mai le Igilisi, i leo, gagana patupatu, i lomiga tetele, poo isi suiga o fa'atulagana, ma isi.)

O lau fuafuaga e mana'omia e faamautinoa ai o auaunaga uma, o tausiga faafoma'i ma isi lava auaunaga, e ofoina atu i se auala maua luga faaleaganuu ma e avanoa uma mo ē e lesitala, e aofia ai latou e vaivai le faa-Igilisi, tau lē iloa faitau, lē lelei le faalogo, poo i latou e eseese o latou talaaga faaleaganuu. O faata'ita'iga pe faapefea ona ausia e se fuafuaga ia nei mana'oga e aofia ai ae lē gata ai le ofoina atu o auaunaga faaliliu upu, auaunaga faamatala upu, teletypewriters (laau lomitusi faapitoa mo ē e lē lelei le faalogo pe e faigatā ona tautatala) poo le fesoota'iga tau TTY (text telephone or teletypewriter phone) (masini faapitoa mo auaunaga faapitoa tau fe'au tusitusia ma faamatala upu e ala i telefoni ma telefoni feavea'i).

O le matou fuafuaga e iai tagata ma auaunaga faamatala upu e lē totogia, e tali atu i fesili a tagata auai e lē tautatala i le faa-Igilisi. O loo iai foi lomiga o loo maua i isi gagana e ese mai ai le faa-Igilisi o loo tautalaga i totonu o le vaega o le fuafuaga o auaunaga. E mafai ona matou tuuina atu faamatalaga i le pueina o leo ia mafai ona e faalogo iai, i gagana a le 'au tauaso (braille), lomiga i mata'itusi lapopo'a, poo isi ituaiga o lomiga e leai se totogi pe afai e te manaomia. Ua tātā i matou e avatu faamatalaga ia te oe e uiga i penefiti o le fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia matou e fetau i oe, faamolemole vili i le Auaunaga a Tagata Auai.

O le matou fuafuaga e tātā e tuu atu ai i tama'ita'i lesitala le filifiliga i avanoa tuusa'o i foma'i faapitoa o le soifua maloloina i totonu o faalapotopotoga (network) a tama'ita'i ma auaunaga o le puipuga ma le tausia o le soifua maloloina.

Afai o i latou e ofoina auaunaga faapitoa i se fuafuaga i totonu o le faalapotopotoga e lē avanoa, o le tiute a le fuafuaga le su'eina o se isi e saunia tausiga faapitoa i fafo atu e ofoina atu ia oe ia le tausiga talafeagai. I lea tulaga, o le a e totogaiina ai na o le tau masani ona totogia tagata auai i totonu o le faalapotopotoga. IAfai e te iai i se tulaga e leai ni tagata faapitoa i le fuafuaga a le faalapotopotoga e kavaina se auaunaga o e mana'omia, vili le fuafuaga mo faamatalaga poo fea e maua ai lea auaunaga e alu i le tau masani ona totogia tagata auai a le faalapotopotoga.

Afai e iai se faafitauli i lou mauaina o faamatalaga mai le matou fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe, faamolemole vala'au ane ina ia tuuina atu se faasea i le Auaunaga a Tagata Auai. E mafai foi ona tuuina atu se faasea i le Medicare e ala i le vala'au le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), pe tuusa'o i le Ofisa o Aia Tatau (Office of Civil Rights) i le 1-800-368-1019 poo le TTY 1-800-537-7697.

Mahele 1.1 He pono ke ka ʻa pono ʻana o ka ʻikepili a e kū ana i kou ʻike hoʻomaopopo (i nā ʻōlelo ma kahi o Pelekānia, i ka waihona leo kani, i ka ʻōlelo braille, i ke kinona hua nui, i nā ʻano like ʻole, apwa.)

第 8 章 あなたの権利と責任

Pono 'oe e hō'ōia i kēlā mau lawelawe āpau, 'o ka lā'au lapa'au a me ka non-clinical. Hā'awi 'ia lākou ma ke 'ano mo'omeheu. Loa'a ia mau mea i ka po'e i loko o ka papa inoa, me ka po'e me ka 'ike li'ili'i ma ka 'ōlelo Pelekania, ka hiki ke heluhelu li'ili'i, a i 'ole ka lohe maika'i 'ole. Loa'a lākou i nā po'e me nā 'ano mo'omeheu like 'ole. 'O kēia nā la'ana o ka ho'okō 'ana o kahi ho'olālā i kēia mau koi āpau. Loa'a iā lākou nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, nā mea kākau kelepona, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona kikokikona a i 'ole kelepona kākau kelepona) a 'oi aku.

Hā'awi mākou i nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau mai nā lālā 'ōlelo Pelekania 'ole. Loa'a iā mākou nā mea i loa'a ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania i hā'awi 'ia ma ka papahana o ka lawelawe hana. Mākou iā mākou ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma ka leo, ma ka braille, ma ka pa'i nui, a i 'ole nā palapala 'ē a'e no ka manuahi inā makemake 'oe. E hā'awi mākou iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pōmaika'i o ka 'plan' ma kahi 'ano hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai e kōkua, e kōkua iā Nā lawelawe lawelawe (Member Services).

'O kā mākou papahana e hā'awi i ke komo i nā wahine i helu 'ia i kahi loea olakino wahine mai kā mākou pūnaewele no nā lawelawe mālama ola wahine.

Inā 'a'ole loa'a nā mea ho'olako kūikawā i kekahi manawa, 'o ka 'plan' ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaewele nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. I kēia hihia, pono 'oe e uku wale no ke kumukū'ai o ke ka'ana pūnaewele. Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o kahi loea ma ka pūnaewele o ka papahana no ka lawelawe āu e pono ai, e ha'i mai iā mākou. Hiki iā 'Plan' ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma kahi e loa'a ai kēia lawelawe kūikawā mai waho mai me ka ho'ohana 'ana i ke ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaewele.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano āu e makemake ai, e 'olu'olu e kelepona a waiho i kahi ho'opi'i me kā mākou Member Services. Hiki paha iā 'oe ke waiho i kahi ho'opi'i me Medicare ma ke kelepona 'ana iā 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole me ke Keena no na Kuleana Kivila (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 a i 'ole TTY 1-800-537-7697.

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv mus rau txoj hau kev uas siv tau hauj lwm rau koj thiab haum rau koj cov kab lis kev cai (ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv, kaw ua suab lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv, thiab lwm yam)

Koj daim phiaj xwm yuav tsum tau ua kom ntseeg tau tias txhua yam kev pab cuam, tag nrho hauv chaw kho mob thiab tsis yog hauv chaw kho mob tib si, yog muab kom haum raws li kab lis kev cai thiab tuaj yeem nkag mus tau rau txhua tus neeg sau npe nkag, suav nrog cov neeg tsis paub Lus Askiv zoo, nyeem tsis tau ntawv zoo, tsis hnov lus, los sis cov neeg uas muaj ntau yam kab lis kev cai thiab yog haiv neeg tsawg. Cov piv txwv txog txoj hauv kev uas daim phiaj xwm yuav tuaj yeem ua kom tau raws li cov cai hais txog kev nkag mus siv tau yog suav nrog, tab sis tsis txwv rau kev muab kev pab cuam tus kws txhais ntaub ntawv, kev pab cuam tus kws txhais lus, kws ntaus ntawv xov tooj cua, los sis kev txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv xov tooj cua).

第 8 章 あなたの権利と責任

Peb daim phiaj xwm muaj kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug tuaj ntawm cov tswv cuab uas hais tsis laib Lus Askiv tuaj. Peb kuj tseem puav leej muaj cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog Lus Askiv uas siv hais nyob rau hauv daim phiaj xwm cheeb tsam muab kev pab cuam tib si thiab. Tsis tas li xwb, peb kuj tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua suab kaw lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv yam tsis tau them nqi dab tsi li yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv hais txog daim phiaj xwm cov txiaj ntsig ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb mus rau txoj hauv kev uas siv tau hauj lwm rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab.

Peb daim phiaj xwm yuav tsum tau muab txoj kev xaiv rau cov poj niam uas teev npe nkag txog kev nkag ncaj qha mus rau tus kws kho mob tshwj xeeb rau cov poj niam uas nyob hauv pab pawg koom tes rau cov kev pab cuam saib xyuas mob nkeeg li ib txwm thiab ua kev tiv thaiv rau cov poj niam.

Yog tias tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes, ces nws yog daim phiaj xwm txoj kev thaj tsob los nrhiav cov kws kho mob tshwj xeeb uas nyob rau pab pawg koom tes sab nrauv uas yuav muab kev saib xyuas mob nkeeg tsim nyog rau koj. Nyob rau qhov xwm txheej no, koj tsuas yuav tau them tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes nkaus xwb. Yog tias koj pom tau tias koj tus kheej poob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes uas muab qhov kev pab cuam uas koj xav tau, ces hu rau daim phiaj xwm kom paub txog qhov chaw uas yuav mus txais cov kev pab cuam no nyob rau tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev thov cov ntaub ntawv los ntawm peb daim phiaj xwm ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab txhawm rau ua daim ntawv hais kev tsis zoo siab. Tsis tas li xwb, koj kuj tseem yuav tuaj yeem ua daim ntawv hais kev tsis txaus siab mus rau Medicare tau tib si thiab los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis hu ncaj qha mus rau Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

セクション1.1 当社は、文化的背景を考慮し、お客様に合った方法（英語以外の言語、音声、点字、大活字、その他の代替フォーマットなど）で情報を提供しなければなりません

皆様のご加入のプランでは、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。

当プランでは、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。、プランのサービス対象地域で話されている英語以外の言語の資料も用意されています。また、必要に応じて音声、点字、大判プリントなどの代替形式によ

第 8 章 あなたの権利と責任

り、無料で情報を提供することもできます。私たちは、皆様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に関する情報を提供する必要があります。皆様に適した方法で情報を入手するには、会員サービスまでお電話ください。

私たちのプランでは、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、ネットワーク内の医療専門家の女性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。

当社のプランから、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、メディケアにご意見をお寄せいただくこともできます。

第 8 章 あなたの権利と責任

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

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

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

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

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

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

第 8 章 あなたの権利と責任

ផ្នែក 1.1 យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចប្រើបាន និងស្របតាមតម្រូវការវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាប អក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត ។ល។)

គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិកត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលក្ខណៈសមនឹងវប្បធម៌ និងមានភាពងាយស្រួលក្នុងការចូលដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកចេះភាសាអង់គ្លេសតិចតួច មានជំនាញអានតិចតួច អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានវប្បធម៌និងប្រវត្តិជនជាតិផ្សេងៗ។ ឧទាហរណ៍នៃរបៀបដែលគម្រោងសុខភាពអាចបំពេញតម្រូវការចូលប្រើបានទាំងនេះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់តែចំពោះការផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែ សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឧបករណ៍ទូរអង្គុយលើខ្សែស្រ្តីយ ឬ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទទូរអង្គុយលើខ្សែស្រ្តីយ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែតាមតម្រូវការដែលផ្តល់ជូនដើម្បីឆ្លើយសំណួរពីសមាជិកដែលកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏មានសម្ភារៈផងដែរ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសដែលត្រូវបាននិយាយនៅក្នុងតំបន់ដែលគម្រោងផ្តល់សេវាកម្ម។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាសំឡេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាប បោះពុម្ពធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងក្នុងទម្រង់មួយដែលលោកអ្នកអាចចូលប្រើបាននិងសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលសមស្របនឹងតម្រូវការរបស់អ្នកសូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

គម្រោងយើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្ត្រីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅទទួលសេវាសុខភាពស្ត្រីដោយផ្ទាល់ពីអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាថែទាំនិងសេវាបង្ការសុខភាពស្ត្រី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងមិនមានទេ វាក៏ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងដើម្បីរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅខាងក្រៅបណ្តាញដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ចែករំលែកការចំណាយលើសេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកក្នុងស្ថានភាពដែលគ្មានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដែលរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការទេ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលបានសេវានេះដោយការចែករំលែកការចំណាយសម្រាប់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមរម្យសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ Medicare តាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬ ទៅកាន់ Office for Civil Rights ផ្ទាល់តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

ข้อ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมของคุณ (ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือในรูปแบบทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของคุณจะต้องรับรองว่าได้มีการจัดหาบริการทั้งหมด ทั้งทางคลินิกและไม่ใช้ทางคลินิก ในลักษณะที่เหมาะสมในแง่ของวัฒนธรรมและผู้ลงทะเบียนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษอย่างจำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและทางชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ตัวอย่างที่แสดงว่าแผนอาจตรงตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงเหล่านี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การให้บริการแปล บริการล่าม เครื่องโทรพิมพ์ หรือการเชื่อมต่อ

TTY (การติดต่อสื่อสารด้วยข้อความผ่านสายโทรศัพท์หรือโทรศัพท์โดยใช้เครื่องโทรพิมพ์)

แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ เรายังมีเอกสารเป็นภาษาอื่นๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นภาษาที่ใช้ในพื้นที่ให้บริการของแผนด้วย นอกจากนี้ เรายังสามารถให้ข้อมูลในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากคุณต้องการ เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผน ในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการขอรับข้อมูลจากเราในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก

แผนของเราจะต้องเสนอทางเลือกแก่ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสตรีภายในเครือข่ายโดยตรง เพื่อเข้ารับบริการดูแลสุขภาพตามรอบปกติและ การดูแลเชิงป้องกันสำหรับผู้หญิง

หากไม่มีผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผน ถือเป็นความรับผิดชอบของแผนในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายที่จะให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ ในกรณีนี้ คุณจะชำระเฉพาะส่วนร่วมจ่ายในเครือข่ายเท่านั้น หากคุณอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายของแผนที่ครอบคลุมบริการที่คุณต้องการ โปรดโทรติดต่อ แผนเพื่อสอบถามข้อมูลว่าจะไปรับบริการนี้ได้จากที่ใด โดยมีส่วนร่วมจ่ายในเครือข่าย

หากคุณประสบปัญหาในการขอรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อเพื่อร้องทุกข์กับฝ่ายบริการสมาชิก นอกจากนี้ คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนต่อ

第 8 章 あなたの権利と責任

Medicare ໄດ້ໂດຍໂທໂປທີ່ເກນາເລຊ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼືຕິດຕໍ່ Office for Civil Rights ໂດຍຕິດຕໍ່ທີ່ເກນາເລຊ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697

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

ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບປະກັນໃຫ້ການບໍລິການທັງໝົດ, ທັງທາງດ້ານຄວິນິກ ແລະ ບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄວິນິກ ແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນລັກສະນະທີ່ເຂົ້າກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນໝົດທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້ຈຳກັດ, ມີທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ມີຄວາມພິການດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີຜົນຖານວັດທະນະທຳທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບວິທີທີ່ແຜນປະກັນອາດຈະບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ ການໃຫ້ບໍລິການນັກແປເອກະສານ, ການບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ນັກໂທລະພິມ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບຮັບສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ໂທລະສັບນັກໂທລະພິມ).

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

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຕົວເລືອກແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງໂດຍກົງກັບຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ ສໍາລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຕາມປົກກະຕິ ແລະ ເພື່ອເປັນການປ້ອງກັນຂອງແມ່ຍິງ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍດ້ານສະເພາະດ້ານ, ແຜນປະກັນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະເພາະດ້ານຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ທີ່ຈະໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃນກໍລະນີນີ້, ທ່ານຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສະເພາະດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນທີ່ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປເຂົ້າຮັບການບໍລິການນີ້ດ້ວຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

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

第 8 章 あなたの権利と責任**セクション 1.2 弊社は、お客様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**

お客様は、お客様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紹介を得る必要ありません。

お客様は、**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。

お客様が、**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。当社は、こうした権利についてお知らせし、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お客様に提供します。

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、お客様に医療を提供していないかお客様の治療の支払いをしていない人物にお客様の健康情報を渡すことを意図する場合、**まず、お客様またはお客様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。**
- 弊社がまずお客様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。
 - 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。
 - お客様が 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お客様の健康情報を Medicare に提供する必要があります。Medicare がお客様の情報を研究またはその他の用途のために開示する場

第 8 章 あなたの権利と責任

合、連邦の法律および規制に従って行われます。通常は、お客様を一意に識別する情報が共有されないことが必要です。

お客様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

お客様には、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、お客様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。

お客様には、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。

お客様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。

下記の種類の情報が必要な場合は、会員サービスにお電話ください。

- **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。
- **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、パート D 処方薬補償について説明します。
 - **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、お客様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 弊社は、お客様が自身の治療について意思決定を行う権利を支持しなければなりません

お客様には、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。お客様のプロバイダは、お客様が理解できる方法でお客様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。**お客様には、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こと。**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。**お客様には、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。当然ながら、お客様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お客様が全責任を負うことになります。

お客様は、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。お客様には、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。これは規模IUする場合に次のことができるということの意味します。

- 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。
- お客様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。**

第 8 章 あなたの権利と責任

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。事前指示にはさまざまな種類があり、それぞれに異なる名前が付けられています。リビングウィルと呼ばれる文書と医療委任状と呼ばれる文書は、事前指示の一例です。

事前指示を使用して指示を与える場合は、次のことを行います。

- **書式を入手します。**事前指示の書式は、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。
- **記入して署名します。**この書式は、入手先に関わりなく法的文書であることに留意してください。この書類の作成時は、弁護士の助力を得ることを考慮すべきです。
- **適切な人物に複写を配布します。**書式の複写を、主治医と、お客様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。

- 病院はお客様に、事前指示書に署名済みかどうか、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。

事前指示書に署名するかどうかはお客様の選択次第であることを忘れないでください（入院中に署名すること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、お客様の治療を拒否したり差別したりすることはできません。

事前指示が守られなかった場合はどうなりますか？

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 お客様には苦情を申し立て、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、お客様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判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)、Centers for Disease Control (CDC)、および National Institutes of Health (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、どうすることができますか？

差別に関することについては、Office for Civil Rights に電話してください

お客様が人種、障害、宗教、性別、健康状態、民族、信条（信仰）、年齢、性的指向、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、Department of Health and Human Servicesの**Office for Civil Rights**（1-800-368-1019または TTY 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。

それは他のことに関係しますか？

お客様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、お客様の問題に対処するための支援を得ることができます。

- 会員サービスに電話することができます。

第 8 章 あなたの権利と責任

- **SHIP** に電話することができます。詳細については、第 2 章のセクション 3 を参照してください。
- または、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) で、年中無休24時間対応の **Medicare** に電話してください (TTY 1-877-486-2048)。

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

お客様の権利に関する詳細情報を入手できる場所がいくつかあります。

- 会員サービスに電話することができます。
- **SHIP** に電話することができます。詳細については、第 2 章のセクション 3 を参照してください。
- **Medicare** に電話することができます。
 - Medicare のウェブサイトアクセスすると、*Medicare*の権利と保護を閲覧またはダウンロードができます。(この出版物は、www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf で入手できます)
 - または、年中無休24時間対応の 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) にお電話ください (TTY 1-877-486-2048)。

セクション 2 お客様にはプラン会員としての責任があります

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。質問がある場合は、会員サービスまでお電話ください。

- こく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。お客様の保険適用の内容と、保険適用業務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、お客様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、パート D 処方薬補償の詳細について説明します。
- お客様が弊社プランに加えて、他の健康保険適用や保険適用をお持ちの場合は、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。
- お客様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 処方薬を入手する際は、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。

第 8 章 あなたの権利と責任

- 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。お客様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。
- **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。
 - (前回の所得税申告書で報告したとおりの) 高所得のためにパート D について追加金額を支払う必要がある場合、プランの会員資格を維持するために、追加金額を政府に直接支払う必要があります。
- **お客様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）に通知することも重要です。**

第 9 章：

問題または不平（補償決定、
不服請求、訴えなどについて）
がある場合、どうするか？

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

セクション 1 はじめに

セクション 1.1 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 1.2 法律用語はどうなっていますか？

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なく、理解しにくい場合があります。この章では、それを簡単にするために、

- ある種の法律用語の代わりに、より単純な言葉を使用します。例えば、この章では一般に、苦情の提出ではなく「不服の申し立て」という言葉を、統一的な組織の決定や保険適用判定あるいはリスクのある判定ではなく「保険適用決定」という言葉を、独立審査機関の代わりに「独立審査組織」という言葉を使います。
- また、略語の使用は可能な限り少なくします。

しかし、お客様にとって、正しい法律用語を知することは、役に立つこともありますし、場合によってはかなり重要です。使用すべき用語を知ること、コミュニケーションがより正確になり、状況に合った適切な支援や情報を得るのに役立ちます。使用する用語をお客様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。

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

お客様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、弊社はお客様が訴えを起こす権利を尊重する義務があります。そのため、お客様はいつでもカスタマーサービスに連絡してサポートを受けるのが望ましいのです。しかし、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。下記は、お客様の助けになり得る 2 つの団体です。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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、お客様が現在抱えている問題进行处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、お客様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。本書の第 2 章のセクション 3 に、電話番号とウェブサイトの URL が記載されています。

Medicare

Medicare に連絡してサポートを受けることもできます。Medicare の連絡先：

- ・ 年中無休24時間対応の 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）に電話することができます。TTY ユーザーは、1-877-486-2048 におかけください。
- ・ また、Medicare のウェブサイト（www.medicare.gov）にアクセスすることもできます。

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

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 7:45 時～午後 4:30 時です。
- ・ 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、弊社プランでの不服請求

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ることもあります。

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、お客様は Medicare による給付には Medicare

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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。こうした状況については、この章のセクション 6.4 ステップバイステップ：レベル 2 不服請求の方法で説明します。

お客様の給付に関する問題

セクション 4 保険適用決定と不服請求

お客様に問題や懸念がある場合、お客様のすべきことは、この章の説明のうち、お客様の状況に合っている部分を読むことだけです。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 処方薬）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。

本章の次のセクションセクション 5 「保険適用決定と不服請求の基本の手引き」に進んでください。

いいえ。

本章の最後のセクションセクション 11 「治療の質、待ち時間、カスタマーサービス、その他の懸念について訴える方法」に進んでください。

セクション 5 保険適用決定と不服請求の基本に関するガイド

セクション 5.1 保険適用決定と不服請求の実行：概要

保険適用決定と不服請求は、お客様の治療（支払いを含め、サービス、用品、およびパート B 処方薬）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。

給付を受ける前に、保険適用決定を求める

保険適用の決定とは、お客様の給付と保険適用、またはお客様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お客様をネットワーク外の医療従事者に紹介した場合、この紹介は、お客様がこの医療従事者について標準

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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限り、または保険適用のエビデンスにより、紹介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、お客様またはお客様の主治医は、弊社が特別な医療サービスに保険適用するかどうか、またはお客様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。つまり、お客様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。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。

弊社がお客様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、医療がお客様の保険対象ではない、またはもはや Medicare の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、お客様が保険適用決定に満足していなければ、お客様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。後で説明する特定の状況下では、お客様は保険適用決定の**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、弊社の決定をお客様に伝えます。

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、お客様の不服請求は、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。

- お客様は、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、医療についてのお客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 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 医薬品についての不服請求の場合、弊社がおお客様の不服請求の全部または一部について承認しないと回答したときに、お客様がレベル 2 不服請求を申請する必要があります。パート D の不服請求については、本章のセクション 7 で詳しく説明します。

お客様がレベル 2 不服請求での決定に満足できない場合、お客様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（この章のセクション 10 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）。

セクション 5.2 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。

- 会員サービスから弊社に電話することができます。
- 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、お客様の代理人として指名を受ける必要があります。会員サービスに電話し、代理人指定書式を請求してください。（この書式は、Medicare のウェブサイト www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf）、または弊社のウェブサイト www.wellcare.com/ohana でも入手できます）。
 - 医療の場合、お客様の主治医またはその他の医療プロバイダが、お客様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、お客様の不服請求は自動的にレベル 2 に回付されます。
 - お客様の主治医または他の医療プロバイダが、不服請求中にお客様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、お客様が、お客様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 処方薬の場合、主治医またはその他の処方者は、お客様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。お客様の希望に応じて、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、Medicare のウェブサイト www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf）、

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

または弊社のウェブサイト www.wellcare.com/ohana でも入手できます）。この書式により、その人物にお客様の代理としての権限が付与されます。この書式には、お客様と、お客様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。当社がお客様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、お客様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お客様に送付します。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お客様に送付します。
- ・ また、お客様には弁護士を依頼する権利もあります。お客様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紹介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。

セクション 5.3 お客様の状況の詳細を説明しているセクション

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。

- ・ この章のセクション 6「お客様の医療：保険適用判断を求める方法、または不服請求する方法」
- ・ この章のセクション 7「お客様のパート 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」
- ・ この章のセクション 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」
- ・ この章のセクション 9「保険適用の終了時期が早すぎると思う場合に、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：ホームヘルパーサービス、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）

使用するセクションがわからない場合は、会員サービスにお電話ください。また、SHIP などの政府機関から支援や情報を得ることもできます。

**第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、
どうするか？****セクション 6 お客様の医療：保険適用決定の申請方法、または保険適用決定への不服請求の方法****セクション 6.1 このセクションでは、医療の保険適用を受けるのに問題がある場合、またはお客様の医療についてお客様への払戻しを弊社に求める場合にすべきことを説明します**

このセクションでは、医療の給付について説明します。こうした給付については、本書の第4章「医療給付表（保険対象）」で説明します。場合によって、パート B 処方薬の申請には異なる規則が適用されることがあります。その場合、弊社は、パート B 処方薬の規則が医療用品やサービスの規則とどのように異なるかを説明します。

このセクションでは、お客様が下記の 5 つの状況のいずれかにある場合にできることについて説明します。

1. お客様が希望する特定の医療を受けていないが、お客様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. お客様の主治医または他の医療プロバイダがお客様に提供したい医療を、弊社プランが承認しないが、お客様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お客様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. お客様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
5. お客様が受けている（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お客様の健康に害を及ぼす可能性があるとお客様が考える場合。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、本章のセクション 8 および 9 を読む必要があります。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 ステップバイステップ：保険適用決定を求める方法**法律用語**

保険適用決定がお客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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、通常、パート B 医薬品について 14 暦日または 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。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。

- お客様は、医療用品および/またはサービスの保険適用のみ申請できます（すでに受けた用品および/またはサービスに対する支払い申請はできません）。
- 通常の期限による場合、お客様の健康に深刻な悪影響を及ぼしたり、お客様の身体機能を損なったりするおそれがある場合、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、お客様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お客様が自身で迅速な保険適用決定を依頼した場合、弊社は、お客様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。
 - 主治医がお客様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、お客様は迅速な不服請求を申請できるということを説明します。

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。

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、弊社がお客様の医療用品またはサービスの申請を受領してから 14 暦日以内に回答するという意味します。お客様の申請が Medicare Part B 処方薬についてのものである場合、弊社はお客様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お客様の請求について、お客様がさらに時間を要望した場合、または弊社がお客様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。お客様の請求が

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

Medicare Part B 処方薬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。

- お客様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。お客さま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。訴えについての詳細は、本章のセクション 11 を参照して下さい。）

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、お客様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。お客様の申請が Medicare Part B 処方薬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、お客様がさらに時間を要望した場合、または弊社がお客様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。お客様の請求が Medicare Part B 処方薬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。
- お客様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。（訴えについての詳細は、本章のセクション 11 を参照して下さい。）弊社は、決定次第すぐにお電話いたします。
- 弊社の回答がお客様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。お客様が不服請求を行った場合、お客様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 6.3 ステップバイステップ：レベル 1 不服請求を行う方法

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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- お客様がまだ受けていない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、お客様およびお客様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、お客様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、この章のセクション 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。

- お客様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。不服請求の依頼はお電話でも可能で、第 2 章に連絡先情報が記載されています。
- 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。
- お客様は、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、お客様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場合があります。

- お客様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お客様に通知を送ります。
- 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。お客様が、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、（お客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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。

- お客様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、お客様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**にお客様に回答する必要があります。お客様の健康のために必要な場合は、さらに早く回答します。
 - ただし、医療用品または医療サービスに関するお客様の請求について、お客様がさらに時間を要望した場合、または弊社がお客様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。お客様の請求が Medicare Part B の処方薬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、弊社はお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、弊社がお客様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。
- 弊社の回答がお客様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お客様に送り、レベル 2 不服請求のためお客様の不服請求を独立審査組織に自動的に転送します。お客様の不服請求を受領した場合、独立審査組織はお客様に書面で通知します。

通常の不服請求の期限

- 通常の不服請求の場合、弊社は**不服請求後 30 暦日以内**にお客様に回答しなければなりません。お客様の申請が Medicare Part B 処方薬についてのものである場合、弊社はお客様の不服請求を受領してから **7 暦日以内**に回答します。お客様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お客様の請求について、お客様がさらに時間を要望した場合、または弊社がお客様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。お客様の請求が Medicare Part B 処方薬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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- お客様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。お客様が迅速な苦情を申し立てた場合、弊社はお客様の訴えに対して 24 時間以内に回答します。（迅速な苦情を含む苦情申し立ての処理の詳細については、本章のセクション 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、弊社はお客様の申請を、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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様の不服請求を受領してから **30 暦日以内**に、またはお客様の請求が Medicare Part B 処方薬についての者である場合は **7 暦日以内**に、保険適用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。
- 弊社がお客様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 ステップバイステップ：レベル 2 不服請求の実行方法

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。

- 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関するものである場合、お客様のケースは、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。
- お客様の問題が、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、お客様はレベル 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。
- お客様の問題が、**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、独立審査機関によるレベル 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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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 不服請求中の給付継続についての情報は、162 ページをご覧ください。

- お客様の問題が、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お客様の給付は、独立審査機関によるレベル 2 不服請求手続き中は継続されません。
- お客様の問題が、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、お客様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、お客様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。
- 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、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。

レベル 1 で迅速な不服請求が適用された場合、お客様はレベル 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、審査組織は、お客様のレベル 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**を要することがあります。お客様の請求が Medicare Part B 処方薬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、お客様はレベル 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、審査組織は、お客様のレベル 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。
- お客様の請求が Medicare Part B 処方薬のためのものである場合、審査組織は、お客様のレベル 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。
- ただし、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。お客様の請求が Medicare Part B 処

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

方薬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、その決定をお客様に書面で伝え、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決定を受領してから **72 時間以内**に意匠保険適用を承認するか、独立審査組織の決定を受領した日から **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。また、迅速な不服請求の場合は、独立審査組織の決定を受領した日から **72 時間以内**に医療サービスを提供しなければなりません。
- 独立審査組織が **Medicare Part B 処方薬**の申請の一部またはすべてを承認したときは、弊社は通常の不服請求の場合で、独立審査組織の決定を受領してから **72 時間以内**に、または迅速な不服請求の場合で、独立審査組織の決定を受領してから **24 時間以内**に、Medicare Part B 処方薬を承認または提供しなければなりません。
- 独立審査組織がお客様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お客様の医療の保険適用についての請求（またはお客様の請求の一部）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、またはお客様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。
 - お客様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、お客様にレベル 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。
- お客様のレベル 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、お客様はレベル 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。
 - 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

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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お客様に回答します。

公正なヒアリング事務局はお客様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お客様の不服請求の一部または全部を承認しなかった場合、独立審査組織がお客様の医療の保険適用についての請求（またはお客様の請求の一部）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、またはお客様の不服請求の却下と呼ばれます。）

私の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か？

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、本章のセクション 10 を参照してください。

セクション 6.5 お客様が医療について受け取った請求書の支払いを弊社に依頼するとどうなりますか？

お客様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（お客様への払戻しは、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。お客様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、お客様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

お客様が精算申請の書類を提出した場合は、お客様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、お客様の支払い対象の医療が保障されているかどうかを確認します。弊社はまた、お客様が医療のためにお客様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。

お客様が、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、お客様はこの保険適用判断を依頼していることになりま

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

す。弊社は、お客様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、お客様が医療のためにお客様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。

- 弊社がお客様の申請を承認した場合：その医療が保険適用業務であり、お客様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 暦日以内にお客様に支払い額を送金します。
- 弊社がお客様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、またはお客様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。

お客様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、弊社がお客様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 で説明されている、不服請求の手順に従ってください。3 払い戻しに関する不服請求の場合、下記に注意してください。

- 弊社は不服請求後 30 暦日以内にお客様に回答しなければなりません。すでに受けて、支払い済みでもある医療サービスの払戻しを弊社に依頼する場合は、迅速な不服請求の申請はできません。
- 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、お客様の不服請求が承認された場合、弊社はお客様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 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 医薬品のみを対象にしています。単純化して分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（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 医薬品が保険対象であるかどうか、またはお客様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お客様が弊社の承認を得る必要があります。
- 薬局で、お客様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
お客様のパート 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。

保険適用の決定とは、お客様の給付と保険適用、またはお客様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、お客様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**保険適用薬リスト**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（医薬品についてお客様が入手できる量の制限、事前承認、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 例外とは？

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 の申請と呼ばれることがあります。
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 の申請と呼ばれることがあります。
優先医薬品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、 階層化の例外 の申請と呼ばれることがあります。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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。

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、お客様、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 医薬品のお客様のための保険適用。
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。

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

お客様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。代替薬がお客様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

- 弊社がお客様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 ステップバイステップ：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、弊社がお客様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、弊社がお客様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（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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）。
- 通常の期限による場合、お客様の健康に深刻な悪影響を及ぼしたり、お客様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、お客様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お客様が自身で迅速な保険適用決定を依頼した場合、弊社は、お客様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。
 - 主治医またはその他の処方者がお客様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、お客様の訴えの受領後 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、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。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。当社は、当社ウェブサイト（www.wellcare.com/drug-coverage-determination-appeal）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。お客様の申請の処理を助けるため、お客様の名前、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 5 では、お客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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、お客様の申請の受領後 24 時間以内に回答を提供しなければなりません。
 - 例外として、お客様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。お客様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 にお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様に不服請求の方法も説明します。

お客様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、お客様の申請の受領後 **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、お客様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。お客様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 にお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様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

- 弊社はお客様の申請を受け取った後 **14 暦日以内**にお客様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 にお客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 弊社がお客様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、弊社がお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様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ことを意味します。お客様が不服請求を行った場合、お客様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 ステップバイステップ：レベル 1 不服請求の方法

法律用語

パート D の処方薬補償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、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。

- お客様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、お客様およびお客様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、この章のセクション 7.4 に記載されている迅速な保険適用決定の決定要件と同じです。

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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 弊社は、弊社ウェブサイト www.wellcare.com/drug-coverage-determination-appeal から入手可能な CMS モデル再決定申請書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。弊社によるお客様の申請の処理を容易にするため、お客様の名前、連絡先情報、およびお客様の申請に関する情報を必ず記載してください。
- お客様は、不服請求を弊社ウェブサイト www.wellcare.com/ohana を通じて電子的に提出することができます。
- お客様は、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、お客様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：弊社がお客様の不服請求を検討し、回答します。

- 弊社は、お客様の不服請求の審査において、お客様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 時間以内にお客様に回答する必要があります。お客様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 にお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、弊社がお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様に不服請求の方法を説明する声明書を送付します。

お客様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、弊社はお客様に不服請求後 7 暦日以内に回答する必要があります。お客様が医薬品をまだ受け取っておらず、お客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 弊社が 7 暦日以内に決定を送付しなかった場合は、お客様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。
- 弊社の回答がお客様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、弊社はお客様の健康状態が必要とすることができるだけ早い時期、かつお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様に不服請求の方法を説明する声明書を送付します。

お客様がすでに購入した医薬品の支払いに関する通常不服請求の期限

- 弊社はお客様の申請を受け取った後 14 暦日以内にお客様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 にお客様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。
- 弊社がお客様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、弊社がお客様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。
- 弊社の回答がお客様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、お客様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 ステップバイステップ：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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 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、お客様が従わなければならない期限、審査組織への連絡方法が示されています。ただし、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、お客様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。
- 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、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。

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。

通常の不服請求のための期限

- お客様がまだ受けていない医薬品についての通常の不服請求の場合、審査組織は不服請求を受領してから **7 暦日以内**に、お客様のレベル 2 不服請求に回答する必要があります。お客様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、審査組織は、請求の受領後 **14 暦日以内**に、お客様のレベル 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：独立審査組織がお客様に回答します。

迅速な不服請求の場合：

- 独立審査組織が、お客様の請求内容の一部またはすべてを認めた場合、弊社は審査組織の決定を受領してから **24 時間以内**に、審査機関が承認した処方薬補償を提供する必要があります。

通常の不服請求の場合：

- 独立審査組織が保険適用についてのお客様の請求の一部またはすべてを認めた場合、弊社は、審査組織の決定の受領後**72時間以内**に審査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。
- 独立審査機関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、審査組織の決定の受領後**30日以内**にお客様に支払金を送付する必要があります。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

審査組織がお客様の不服請求を認めなかった場合はどうなりますか？

審査組織が、お客様の不服請求の一部または全部を認めなかった場合、審査組織が、お客様の要求（またはお客様の要求の一部）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、またはお客様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。
- お客様が請求している処方薬補償がドル建てで一定の最小値を満たしている場合、レベル 3 不服請求の権利をお客様に通知します。お客様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、お客様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。
- お客様に対して、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ないといけ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。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 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、お客様には、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お客様と協力します。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、お客様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。

**第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、
どうするか？****セクション 8.1 入院患者の院内滞留時間中、Medicare からお客様に、お客様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 からのお客様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、会員サービスまたは年中無休24時間対応の 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) にお電話ください (TTY 1-877-486-2048)。

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。
 - お客様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、退院の決定を直ちに見直すように要求する権利。これは、弊社がお客様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. お客様客間は、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、お客様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、会員サービスまたは年中無休 24 時間対応の 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。TTY ユーザーは、1-877-486-2048 におかけください。また、通知はオンライン (www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices) で確認することもできます。

第9章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

セクション 8.2 ステップバイステップ：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、この要請の実行のため不服請求手続きを使用する必要があります。始める前に、何をする必要があるのか、期限はいつなのかを理解してください。

- その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、いつでも会員サービスにお電話ください。また、個人に合わせた支援を提供する政府機関である州健康保険支援プログラムに電話することもできます。

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？

- お客様が受け取った書面の通知（「お客様の権利についての 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、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お客様は退院日の後も、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。
 - この期限を守らない場合、かつ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。

お客様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、お客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

詳細な退院通知のサンプルを入手するには、会員サービスまたは年中無休 24 時間対応の 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) にお電話ください。（TTY ユーザーは 1-877-486-2048 に電話する必要があります）。また、通知のサンプルはオンライン

（www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices）で確認することもできます。

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、お客様が希望すれば準備することもできます。
- また、審査担当は、お客様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。
- 審査担当が弊社に対してお客様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？

- 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お客様に提供し続けなければなりません。
- お客様は費用のお客様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？

- 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、品質改善組織がお客様の不服請求に回答した日の翌日の正午にお客様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。
- 審査組織が不服請求を承認せず、お客様が病院にとどまることにした場合、品質改善組織がお客様の不服請求に回答した日の翌日正午以降にお客様が受ける病院での治療の費用の全額をお客様が負担しなければならない場合があります。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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。

- 品質改善組織がお客様の不服請求を承認せず、さらにお客様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、お客様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、品質改善組織に対して最初の不服請求に対する決定をもう一度見直すように求めます。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。

- お客様は、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。お客様は、お客様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、お客様の状態について 2 回目の審査を行います。

- 品質改善組織の審査担当者は、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、審査担当者がおお客様の不服請求について判断し、決定を伝えます。

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お客様が受けた治療の費用のうち、弊社の負担分をお客様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。

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。
- お客様が受け取る通知書には、お客様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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

- 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。この章のセクション 10 に、レベル 3、4、5 の詳細が記載されています。

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

セクション 9.1 このセクションは、在宅医療、高度看護施設ケア、および外来リハビリテーション総合施設（CORF）サービスの 3 つのサービスのみを対象としています

ホームヘルパーサービス、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、お客様は病気または傷害の診断と治療に必要である限り、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、お客様に事前にお知らせすることが必要です。その治療の保険適用が終了すると、弊社はお客様の治療に対する支払いを停止します。

お客様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。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 9.2 弊社は、お客様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。

- 弊社プランがお客様の治療の保険適用を終了する少なくとも 2 暦日前に、お客様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、お客様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

第9章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

2. お客様、またはお客様の代理人は、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、お客様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 9.3 ステップバイステップ：レベル 1 不服請求により、弊社プランがお客様の治療により長期にわたって保険適用する方法

お客様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。

- その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、いつでも会員サービスにお電話ください。また、個人に合わせた支援を提供する政府機関である州健康保険支援プログラムに電話することもできます。

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：お客様のレベル 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？

- お客様が受領した通知書（*Medicare 不適用の通知*）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。
- 品質改善組織への連絡期限を守れない場合でも、依然として不服請求の権利がある可能性があります。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。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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、お客様が希望すれば準備することもできます。
- また、審査組織は、お客様の医療情報を確認し、主治医と話し合い、弊社が提供した情報を検討します。
- 審査担当者がおお客様の不服請求について弊社に通知したその日のうちに、お客様は、お客様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、決定内容をお客様に伝えます。

審査担当者が承認した場合はどうなりますか？

- 審査担当者がおお客様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、お客様への保険適用業務の提供を継続しなければなりません。
- お客様は費用のお客様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。

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、お客様の保険適用は、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、お客様がホームヘルパーケアまたは高度看護施設ケア（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。

- 審査担当者がおお客様のレベル 1 不服請求を承認しなかった場合、およびお客様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 9.4 ステップバイステップ：レベル 2 不服請求により、弊社プランがお客様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。品質改善組織がおお客様のレベル 2 不服請求を承認しなかった場

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

合、お客様は、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。

- お客様は、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。お客様は、お客様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、お客様の状態について 2 回目の審査を行います。

- 品質改善組織の審査担当者は、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：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、お客様にその内容を通知します。

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お客様が受けた治療の費用の弊社負担分をお客様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。

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。
- お客様が受け取る通知書には、お客様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。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。

**第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、
どうするか？****セクション 10 お客様の不服請求をレベル 3 以降に進めます****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 お客様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。

お客様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、お客様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 不服請求に対してお客様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のお客様の不服請求を審査し、お客様に回答を送ります。

- 行政法判事または裁定人のお客様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、弊社にはお客様に有利なレベル 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。
 - 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って、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のお客様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、お客様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 不服請求のお客様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

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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、お客様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。
 - お客様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。審査会がお客様の不服請求を承認しなかった場合、お客様が受領する通知に、お客様がレベル 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、お客様の不服請求を審査します。

- 判事がすべての情報を確認し、お客様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。

セクション 10.2 その他の Medicaid 不服請求

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 お客様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。

お客様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、お客様はさらに上の段階の不服請求に進むことができます。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 不服請求に対してお客様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にすべきことが記載されています。

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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お客様の不服請求を審査し、お客様に回答を送ります。

- 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。
- 回答が不承認の場合、不服請求は終了することも終了しないこともあり得ます。
 - 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、お客様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。
- 回答が不承認の場合、不服請求は終了することも終了しないこともあり得ます。
 - 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。
 - お客様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る場合があります。審査会が、お客様の不服請求を承認しなかった場合、または不服請求の再審査申請を拒否した場合、その通知に、レベル 5 不服請求に進むことが規則上認められるかどうか記載されています。また、不服請求の継続を選択した場合の連絡先と、その場合にすべきことも記載されています。

レベル 5 不服請求 連邦地方裁判所が、お客様の不服請求を審査します。

- 判事がすべての情報を確認し、お客様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（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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 懸念事項について苦情を申し立てる方法

セクション 11.1 苦情手続きで処理される問題の種類

苦情申し立て手続きは、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？
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したか？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？

第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

訴え	例
適時性 （こうしたタイプの訴えはすべて、保険適用の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>お客様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苦情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"> お客様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、お客様は苦情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、お客様は苦情を申し立てることができます。 お客様が、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、苦情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。

セクション 11.2 苦情を申し立てる方法

法律用語
<ul style="list-style-type: none"> 訴えは苦情とも呼ばれます。 不服の申し立ては、苦情の提出とも呼ばれます。 訴えの手続きの使用は、苦情申し立て手続きの使用とも呼ばれます。 迅速な訴えは、迅速な苦情と呼ばれることもあります。

セクション 11.3 ステップバイステップ：不服の申し立て

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。

- 通常、会員サービスへの電話が最初のステップです。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、苦情を書面にして弊社に送ることができます。お客様が苦情を書面で提出した場合、弊社はお客様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

第9章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、 どうするか？

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。
 - 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、当社への訴えは、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。

ステップ2：お客様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。

**第 9 章 問題または不平（補償決定、不服請求、訴えなどについて）がある場合、
どうするか？**

- 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。
- 弊社がお客様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、お客様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。お客様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。
- お客様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、またはお客様が訴えている問題について責任を負わない場合は、お客様への回答にその理由を含めます。

セクション11.4 また、お客様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

お客様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 11.5 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

セクション 1 弊社プランのメンバーシップの終了の概要

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) でのメンバーシップ終了は **自発的**（お客様自身の選択によるもの）または**非自発的**（お客様自身の選択ではないもの）のどちらもあり得ます。

- お客様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、お客様が退会を選択しないのに、弊社がメンバーシップの終了を必要とする状況も、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。

お客様が弊社のプランから退会する場合も、お客様のメンバーシップが終了するまで、弊社のプランがお客様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、引き続き費用負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、いつ終了できるのか？

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することができます

- 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 Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) をお持ちですので、年内のどの月でも、当社プランでの登録を終了させることができます。また、お客様は、どの月にでも次を含む別の Medicare プランに登録できます。
 - 独立した Medicare 処方医薬品プランが付帯する 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た場合、自動登録をオプトアウトしていない限り、Medicare がお客様を医薬品プランに登録できます）
 - 資格がある場合には、Medicare とともに、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 給付のほとんど、またはすべてを単一のプランで提供する、統合型の D-SNP

注記：お客様が Medicare 処方薬補償から退会し、連続する 63 日以上期間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。

お客様の Medicaid プランのオプションについては、お住まいの州の Medicaid 事務所にお尋ねください（電話番号は、本書の第 2 章セクション 6 項に記載されています）。

- 年ごとの加入期間中に、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、年ごとの加入期間の詳細について記載しています。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

- お客様のメンバーシップ終了時期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 お客様は年ごとの加入期間中にメンバーシップを終了できます

お客様は年ごとの加入期間（年ごとの加入受付期間とも呼ばれます）中にメンバーシップを終了することができます。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。

- 年ごとの加入期間は、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。
 - 処方薬補償の有無にかかわらず、別の Medicare ヘルスプラン。
 - 独立した Medicare 処方薬製品プランが付帯する Original Medicare
または
 - 独立した Medicare 処方薬プランが付帯しない Original Medicare。
- 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、弊社プランでのお客様のメンバーシップが終了することになります。

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 がお客様を医薬品プランに登録することがあります。

注記：お客様が Medicare 処方薬補償から退会し、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 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。

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

お客様は、Medicare Advantage の加入受付期間中、健康保険適用の変更を行う機会が 1 回あります。

- Medicare Advantage の年次加入受付期間は、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 か月目の月末までです。
- Medicare Advantage の年次加入受付期間中、お客様は次のことができます。
 - 処方薬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

第 10 章 プランの会員登録を終了する

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。

- お客様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、お客様が Medicare 処方薬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、Medicare に電話するか、Medicare のウェブサイト (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 処方薬の支払いの「追加支援」に適格である場合
- 弊社がお客様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、プランを変更できないことがあります。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 に記載しています。

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、年中無休 24 時間対応の 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、お客様は Medicare の健康保険適用と保険適用範囲と処方薬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。

- 処方薬補償の有無にかかわらず、別の Medicare ヘルスプラン
- 独立した Medicare 処方薬プランが付帯した Original Medicare
- ーまたはー独立した Medicare 処方薬プランが付帯しない Original Medicare

注記：お客様が Medicare 処方薬補償から退会し、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 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。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

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 がお客様を医薬品プランに登録することがあります。

お客様のメンバーシップの通常の終了時期は、弊社がプラン変更申し込みを受領した月の翌月 1 日です。

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 メンバーシップ終了時期についての詳細情報はどこで入手できますか？

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：

- ・ 会員サービスへの電話
- ・ **Medicare とあなた 2025** ハンドブック
- ・ 年中無休 24 時間対応の Medicare（電話：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227））への問い合わせ（TTY 1-877-486-2048）

セクション 3 プランの会員登録を、どのように終了させるのか？

次の表に、メンバーシップ終了の方法を示します。

弊社のプランから下記に切り替えたい場合：	お客様がすべきこと：
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。新しい保険適用は翌月の初日に開始されます。 ・ 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。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 独立した Medicare 処方医薬品プラン が付帯する Original Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新しい Medicare 処方薬プラン に加入します。新しい保険適用は翌月の初日に開始されます。 ・ 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。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

弊社のプランから下記に切り替えたい場合：	お客様がすべきこと：
<ul style="list-style-type: none"> 独立した Medicare 処方薬プランが付帯しない Original Medicare <ul style="list-style-type: none"> Original Medicare に切り替えて、独立した Medicare 処方薬プランに加入しない場合、自動加入をオプトアウトしていない限り、Medicare がお客様を医薬品プランに登録することがあります。 お客様が、Medicare の処方薬の保険適用範囲から登録を解除し、クレジット可能な処方薬の保険適用範囲なしで 63 日以上連続して使用する場合、後で Medicare の治療薬プランに加入した場合、登録ペナルティの遅延を支払う必要がある場合があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 退会申請書を弊社にお送りください。実行方法の詳細については、会員サービスにお問い合わせください。 また、年中無休 24 時間対応の Medicare（電話：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227））に問い合わせることもできます。TTY ユーザーは、1-877-486-2048 におかけください。 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：お客様が Medicare 処方薬補償から退会し、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 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。

お客様の Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) の給付に関する質問は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)、1-800-316-8005、TTY 711 にご連絡ください。受付時間はハワイ時間の月曜日～金曜日の午前 7:45 時～午後 4:30 時です。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。

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

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) の会員資格が終了し、新しい Medicare と Medicaid の補償が始まるまで、引き続き当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。

第 10 章 プランの会員登録を終了する

- ・ 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 ある種の状況では、プランのお客様のメンバーシップを弊社が終了しなければなりません

セクション 5.1 弊社がプランのお客様のメンバーシップを終了しなければならない時期

次のいずれかが発生した場合は、お客様のプランメンバーシップを弊社が終了する必要があります。

- ・ お客様が 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 か月後に終了します。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 か月間です。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 か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。
- ・ お客様が収監された（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
- ・ 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、弊社がお客様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）

第 10 章 プランの会員登録を終了する

- 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。
- お客様の収入が理由でパート D の負担額が大きくなり、お客様がそれを支払わない場合、Medicare が弊社プランからお客様を退会させることになります。

お客様は詳細情報をどこで入手できるでしょうか？

メンバーシップの終了可能時期について質問がある場合、または詳細を知りたい場合は、会員サービスにお電話ください。

セクション 5.2 なんらかの健康関連の理由により、弊社がお客様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、健康関連の理由でお客様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、年中無休 24 時間対応の Medicare (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)) に電話してください (TTY: 1-877-486-2048)。

セクション 5.3 お客様には、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

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ます。ある種の状況下ではお客様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、このことがお客様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、ジェンダー、年齢、性的指向、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、医療保険制度改革法のセクション 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 Department of Health and Human Services の **Office for Civil Rights** (1-800-368-1019、TTY 1-800-537-7697) またはお客様の地域の Office for Civil Rights までお問い合わせください。また、<http://www.hhs.gov/ocr/index.html> で、Department of Health and Human Services の Office for Civil Rights の情報を確認することもできます。

お客様が障がいをお持ちで、治療のための支援が必要な場合は、会員サービスまでご連絡ください。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。

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
- 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

第 11 章 法的通知

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) 責任ある当事者様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。

第 11 章 法的通知

- 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：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。

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。例えば、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、

第 11 章 法的通知

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：

重要な用語の定義

第 12 章 重要用語の定義

許容額—補償対象となっているサービスへの支払い根拠となる額の上限。これは、適格な「経費」、「支払い許容額」、または「交渉に基づく割合」と呼ばれることがあります。プロバイダから許容額を超える料金を請求された場合、差額を支払わなければならない場合があります。（「差額請求」を参照。）ネットワークプロバイダは、サービスの許容額を超える額を請求できません。

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お客様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お客様がする請求を不服請求といいます。また、お客様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、お客様の高度看護施設（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せん。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。（「先発生物由来製品」および「バイオ後続品」も参照）。

バイオ後続品—先発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、薬局で先発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、お客様（またはお客様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 \$2,000 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—お客様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の費用のお客様負担分のパーセンテージ（例：20%）で示されるもの。

第 12 章 重要用語の定義

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、お客様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)—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お客様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—お客様に処方された医薬品がプランの対象であるかどうか、また処方に対してお客様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、お客様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、本書では保障判定と呼びます。

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 (例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、お客様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 重要用語の定義

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 か月未満分の特定の医薬品を処方し、お客様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 か月分の自己負担額が \$30 で、お客様のプランの 1 か月分が 30 日分である場合、お客様の「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お客様が支払わなければならない金額。

退会する または 退会— 弊社プランのお客様のメンバーシップ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) — 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個人を加入させる種類のプラン。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— 医療上の緊急事態とは、お客様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、お客様の死亡、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、お客様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、お客様の保障、弊社が行わなければならないこと、お客様の権利、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、低い費用分担レベル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判定の一種（階層化例外）。また、お客様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、かつお客様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

第 12 章 重要用語の定義

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）、お客様は例外を希望することもできます。

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、Food and Drug Administration (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 か月以下である会員に特別な治療を提供する給付。弊社は、お客様のプランで、お客様の地域のホスピスの一覧を提供しなければなりません。お客様がホスピスを選択し、保険料の支払いを継続する場合、お客様は依然として弊社プランの会員です。お客様は、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—お客様が、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、お客様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費用しきい値の金額に達する前の段階です。

初回加入期間—まず、お客様が 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 か月前から開始され、65 歳に達する月を含め、その月から 3 か月後に終了する合計 7 カ月の期間です。

統合 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。

第 12 章 重要用語の定義

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、お客様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お客様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。

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。

最大自己負担額—補償対象である、ネットワーク内のパート A およびパート B のサービスに対して、その暦年中にあなたが支払う自己負担金の最大額。お客様が Medicare Part A および Part B 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—Food and Drug Administrationの承認を受けているか、米国病院処方指針サービス薬剤情報や Micromedex DRUGDEX 情報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—お客様の病状の予防、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

第 12 章 重要用語の定義

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 ヶ月間有効です。

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 Part 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。

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、メンバーシップ、補償、苦情、および不服請求についてのお客様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ー—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

第 12 章 重要用語の定義

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。

先発生物由来製品—Food and Drug Administration (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。

自己負担しきい値—パート D 医薬品に対するお客様の最大自己負担額。

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 加入遅延罰金—お客様が最初にパート 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 処方薬の補償範囲と同額) 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。お客様が「追加支援」を失った場合、パート D またはその他の確実な処方薬保険適用がない状態で連続 63 日以上が経過した場合、加入遅延罰金を課されることがあります。

第 12 章 重要用語の定義

ポイントオブサービスー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。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)。

保険料ー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。

プライマリケアプロバイダ (PCP) ーお客様が、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。

事前承認ーサービスまたは特定の医薬品を入手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ー医療器具 (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) ー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。

量制限ー品質、安全性、または利用上の理由から、選択した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」ー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。

リハビリテーション業務ーこのサービスには、理学療法、言語療法、作業療法が含まれます。

サービスエリアー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。お客様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) 医療ー高度看護施設では、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。

第 12 章 重要用語の定義

スペシャルニーズプラン—Medicare と Medicaid の両方に加入しており老人ホームに住んでいる人、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。

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、お客様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—お客様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、プランと契約している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。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が毎年の定期検診などで訪れたような事例は、緊急に必要である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。

余白

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-888-846-4262 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-888-846-4262 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-888-846-4262(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوَقّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-888-846-4262 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-888-846-4262 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-888-846-4262 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-888-846-4262 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-888-846-4262 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-888-846-4262 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-888-846-4262 (TTY: 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Chuukese: Mi kawor chon affou ese kame ika mei wor om kapas eis fan iten am kewe kokkotun tumwunun inis ika pekin safei. Ika ka mochen emon chon affou, kokori ei nampa 1-888-846-4262 (TTY: 711). Emon mi sine fosun chuuk a tongeni alisuk. Ei angang ese kame.

Hawaiian: Loa'a iā mākou nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au paha. No ka loa'a 'ana o ka unuhi 'ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-888-846-4262 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i ke kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-888-846-4262 (TTY: 711). Mabalín nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Marshallese: Ewōr ad jerbal in ukok ñān uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōr am kin būlaan in ejmour ak uno ko rekajur. Ñān am kabbok riukok kall tok ilo 1-888-846-4262 (TTY: 711). Juon armej eo ej Kajin Majol emaroñ jibañ eok. Ejelok onean jerbal in.

Samoa: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se todogi o lenei auaunaga.

Tongan: 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonulea ta'etotongi ke tali ha fa'ahinga fehu'i pē te mou ma'u fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lelei pe fo'i'akaú. Ke ma'u ha fakatonulea, tā mai pē ki he **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. 'E lava ke tokoni atu ha tokotaha lea Fakatonga. Ko ha sēvesi ta'etotongi 'eni.

Visayan: Duna mi'y libreng serbisyo sa interpreter aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana bahin sa among health o drug plan. Aron mokuha og interpreter tawagi lang mi sa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ang usa ka tawo nga nagsulti og Bisaya makatabang nimo. Libre kini nga serbisyo.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄືນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែប្រែមាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-888-846-4262 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

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	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、月曜日から日曜日の午前7:45時から午後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8時から午後7:45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。お名前と電話番号をお伝えいただければ、1営業日以内に折り返しお電話させていただきます。 会員サービスでは、英語を話さない方々のために無料の通訳サービスも用意しています。
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7:45時から午後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7:45時から午後8時まで。
手紙	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
ウェブサイト	www.wellcare.com/ohana

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	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/

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。