



# 2025 給付の概要

Hawaii

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

H2491 | 004

当社は信頼できる医療保険プランをご用意することの大切さを熟知しています。

本資料は、2025年1月1日から2025年12月31日までにWellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP）の保障対象となる医薬品および医療サービスの概説です。

このパンフレットでは、本プランの保障内容と費用分担責任の概要を説明します。サービス、制限事項、除外事項のすべてが記載されているわけではありません。サービスの全詳細は、プランの保険適用範囲証明書（EOC）に記載されています。保険適用範囲証明書は、当社のウェブサイト（[www.wellcare.com/ohana](http://www.wellcare.com/ohana)）でご覧いただけます。紙版の写しをご希望の場合は、1-800-225-8017（TTY：711）までお電話ください。受付時間は月曜日から日曜日の午前8時から午後8時（すべてのタイムゾーン）です。

### 加入者資格：

このプランに加入するには、Medicare Part Aの受給資格があり、Medicare Part Bに加入していること、そして当社のサービス提供地域に居住する必要があります。Medicare Part Bの保険料がHawaii Med-QUEST Division Program（Medicaid）または他の第三者によって支払われていない場合、加入者は引き続きその保険料を支払う必要があります。保障の対象となるには、米国市民であるか、米国に合法的に滞在している必要があります。さらに、Medicaidの下で、MedicareおよびMedicaid完全給付の費用分担補助を受ける資格が必要です。

本文書および保険適用範囲証明書に記載されているサービスおよび物品は、医療上必要である場合に保障されます。

当プランのサービス提供地域はHawaii、Honolulu、Kauai、Mauiです。

Original Medicareの保障内容と費用の詳細については、最新の「Medicare & You」のハンドブックをご覧ください。これはオンライン（[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)）で閲覧できるほか、コピーを入手するには、24時間365日対応の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にお電話ください。

**健康維持機構（HMO）**は、契約医療提供者と医療施設のネットワークを持つ保険会社が提供する医療プランです。通常、HMOでは加入者がプライマリ医療提供者（PCP）を選択して医療をコーディネートしてもらうよう求めます。専門医が必要な場合は、PCPが当社のネットワーク内の専門医を選定します。

**健康維持機構－ポイントオブサービス（HMO-POS）**プランは、ポイントオブサービス（POS）給付を受けられるHMOのプランです。POS給付により、加入者は、この文書の「給付」セクションに示されているように、ネットワーク外の医療提供者から定期的な歯科医療サービスを受けることができます。ネットワーク外の医療提供者を利用した場合、自己負担費用が高くなる可能性があります。POS給付でネットワーク外の医療提供者

を利用する場合でも、紹介状は必要ありません。ただし、ネットワーク外の医療提供者からサービスを受ける前に当社にご連絡のうえ、そのサービスがこのプランで保障されることを確認することをお勧めします。後日、そのサービスは保険適用外であると当社が判断した場合、当社は保険適用を拒否することができ、その費用はお客様の負担となります。ネットワーク外のサービスに適用される費用負担などの詳細については、会員サービスにお電話いただくか、保険適用範囲証明書をご覧ください。

当社のプランでは、お住まいの地域の実績ある医療提供者のネットワークを利用できます。自分に合ったプライマリ医療提供者（PCP）を選択し、医療のコーディネートを任せることができます。最新の医療提供者や薬局のリストをリクエストできます。ネットワーク内医療提供者の最新のリストについては、[www.2025wellcaredirectories.com](http://www.2025wellcaredirectories.com)をご覧ください。適切な承認なしに他の医療機関を受診した場合は、**全額を支払う必要があります**。Medicareも当社のプランも、そうした費用について責任を負いません。例外は、緊急時、ネットワークが利用できない場合（すなわち、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不可能な状況）に緊急に必要とされるサービスを受ける場合、地域外の透析サービスを受ける場合、およびWellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP）がネットワーク外の医療提供者の使用を許可した場合です。

当社のプランには、処方薬の保障が含まれており、当社の大規模な薬局ネットワークを利用できます。当社のプランではフォーミュラーを使用しています。当社の薬剤プランはMedicare受給者向けに特化しており、手頃な価格のジェネリック医薬品および先発医薬品を包括的に取り揃えています。

**利用可能な医師、病院、薬局：**Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP）には、医師、病院、薬局およびその他の医療提供者のネットワークがあります。定期的な歯科医療サービスでは、ネットワーク外の医療提供者を利用することができます。その他のすべてのサービスについては、当社のネットワーク内の医療提供者を利用する必要があります。この条件に該当しない場合、プランではサービス費用を保障できないことがあります。

プランの医療提供者および薬局の名簿は、[www.2025wellcaredirectories.com](http://www.2025wellcaredirectories.com)でご覧いただけます。処方薬が適用されるプランの場合、当社の完全なプランフォーミュラー（Part D処方薬リスト）は、当社ウェブサイト（[www.wellcare.com/ohana](http://www.wellcare.com/ohana)）に掲載されています。

当社は、お客様に適した方法（英語以外の言語、音声、braille、大きな文字、その他の代替フォーマットなど）で情報を提供します。詳細情報が必要な場合や別の形式での情報をご希望の場合は、1-800-225-8017（TTYユーザーは711）までお電話ください。受付時間は月曜日～日曜日の午前8時～午後8時（すべてのタイムゾーン）です。

## 対象となる方

このプランは、州からの医療補助とMedicareの両方を受けている方ならどなたでもご利用いただけます。

このプランに加入するには、以下のMedicareセービングプログラムの資格が必要です。

**H2491004000 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) - FBDE、QMB+、SLMB+**

すべてのMSPレベルの説明については、以下の「Medicareセービングプログラム（MSP）のレベル」セクションを参照してください。保険料、自己負担額、自己負担割合、免責金額は、Hawaii Med-QUEST Division Program（Medicaid）の資格区分や「追加ヘルプ（Extra Help）」のレベルに応じて異なる場合があります。

**Dual Eligible Special Needs Plan（DSNP）**は、MedicareとMedicaidの両方の保険に加入している受給者に医療給付を提供する特別なMedicare Advantageのプランです。Medicaidの受給者は一定の収入および資産要件を満たしている必要があります。加入資格と給付範囲はプランが提供される州によって決定されます。

また、Hawaii Med-QUEST Division Program（Medicaid）プランにも加入している必要があります。フルデュアル加入者の場合、Part Bの保険料はHawaii州が負担します。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。詳細については、該当のプランの窓口にお問い合わせください。

## 二重受給資格について

Medicaidは、収入や資産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による給付は、Medicareセービングプログラム（MSP）のレベルに基づいて、州によって追加の医療保障と経済的支援が提供される貴重なものです。Medicaidの適用範囲は、州やMedicaidの種類によって異なります。対象サービスに対する支払い金額は、Medicaidの受給資格レベルによって異なります。一部のMedicaid対象者は、Medicareの保険料およびその他の費用の支払いの援助を受けることができます。また、一部の加入者については、Medicaidで保障されMedicareでは保障されない付加的なサービスや医薬品の保障を受けられる場合があります。

## Medicareセービングプログラムのレベル

- **Full-Benefit Dual Eligible（FBDE）**： Medicare Part AおよびBの保険料、免責金額、自己負担割合、自己負担額をMedicaidが支払う場合があります。資格のある受給者は、Medicaidの全額給付も受けられます。

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)** : Medicare Part AおよびBの保険料、免責金額、自己負担割合、自己負担額をMedicaidが支払います（一部のQMB受給者は、Medicaidの全額給付（QMB+）も受けられます）。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)** : Medicare Part Bの保険料をMedicaidが負担します。一部のSLMB受給者は、Medicaidの全額給付（SLMB+）も受けられます。
- **Qualified Individual (QI)** : Medicare Part Bに関連する費用をMedicaidが負担します。
- **Qualified Disabled Working Individual (QDWI)** : Medicare Part Aに関連する費用をMedicaidが負担します。

注：MSPのレベルによっては、自動的にMedicare処方薬保険料補助の「Extra Help」の対象になります。州によっては、パートAとパートBの費用負担が保障されません。

### 「Extra Help」とは

保険料、免責金額、自己負担割合、自己負担額などのPart Dの自己負担費用を補うため、「Extra Help」とも呼ばれる低所得者補助金（LIS：Low Income Subsidy）を利用できる場合があります。多くの方が「Extra Help」プログラムの対象となるにもかかわらず、この制度を知りません。Medicareセービングプログラムのレベルや、二重資格の有無によっても、補助金を受けられるかどうか異なります。

Medicaidの受給資格や、給付内容について質問がある場合は、本書の裏表紙に記載されている電話番号にお問い合わせください。

当社のプランでは対象となっていませんが、Hawaii Med-QUEST Division Program（Medicaid）を通して利用できるサービスもあります。詳細については、本書の後半にある「Medicaidで保障される給付の概要」セクションを参照してください。

## 給付

Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP） H2491、プラン004	
<p>注：アスタリスク（*）の付いたサービスは、事前の承認が必要な場合があります。            正方形（■）が付いているサービスは、紹介が必要な場合があることを意味します。</p>	
月額プラン保険料 （医療費と医薬品の両方を 含む）	\$0  Medicare Part Bの保険料がMedicaidまたは他の第三者によって支払われない場合、引き続きMedicare Part Bの保険料を支払う必要があります。
免責金額	免責金額なし
自己負担限度額 （処方薬は含まない）	年間\$9,350 これは、パートAおよびパートBのサービスに対する年間の自己負担額および自己負担割合の上限です。
入院保障	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicareの保障対象となる入院ごとの自己負担額：\$0。</li> </ul> *
外来通院保障 外来通院サービス	外科および外科以外のサービス（Medicareの対象となる診断用大腸内視鏡検査を含む）の自己負担額：\$0。 *
外来通院観察サービス	自己負担額：\$0
外来手術センター（ASC） サービス	Medicareの保障対象となる外来手術センターへの通院ごとに自己負担：\$0（Medicareの対象となる診断用大腸内視鏡検査を含む）。 *



## 給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
医師による診察 プライマリ医療提供者	自己負担額：\$0
専門医	自己負担額：\$0 *
予防医療（例：年1回の健康診断、骨量測定、乳がん検診（マンモグラフィー）、心血管検診、子宮頸がんおよび膣がん検診、大腸がん検診、糖尿病検診、B型肝炎ウイルス検診、前立腺がん検診（PSA）、ワクチン（インフルエンザ予防接種、B型肝炎予防接種、肺炎球菌予防接種、COVID予防接種を含む））	自己負担額：\$0
緊急医療	自己負担額：\$0
全世界緊急医療保障	自己負担額：\$110  全世界緊急サービスおよび救急サービスには、最大\$50,000のプラン保障が適用されます。緊急治療室または緊急入院以外の医療には、全世界保障は適用されません。全世界緊急医療サービスで入院する場合、自己負担額は免除されません。
救急サービス	自己負担額：\$0

## 給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
全世界救急サービス	自己負担額：\$110  全世界緊急サービスおよび救急サービスには、最大\$50,000のプラン保障が適用されます。全世界救急サービスで入院する場合、自己負担額は免除 <u>されません</u> 。
診断サービス／ラボ／ 画像診断  ラボサービス	自己負担額：\$0 *
診断検査および処置	自己負担額：\$0 *
外来レントゲン撮影検査	自己負担額：\$0 *
診断放射線サービス (MRI、CATスキャンなど)	自己負担額：\$0 *
放射線治療	自己負担額：\$0 *
聴覚サービス  Medicareの保障対象となる 聴覚検査	自己負担額：\$0 *
定期聴覚検査	自己負担額：\$0 *  年間1回の検査



## 給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
補聴器 補聴器のフィッティング／検査  補聴器の補助金 全種類	自己負担額：\$0 *  毎年1回のフィッティング／検査  補聴器は毎年片耳につき\$500まで補助。  自己負担額：\$0 *  補聴器は毎年2台までに制限
聴覚に関するその他の情報	知っておくべきこと 治療が必要かどうかを確認するために医師または他の医療提供者からこれらの検査を指示された場合、Medicareにより診断用聴力検査と平衡検査が保障されます。
歯科サービス  Medicareで保障される包括的なサービス	Medicareの保障対象となるサービスごとに自己負担額：\$0 *
定期的な診断および予防サービス	ネットワーク内 保障対象外  ネットワーク外 保障対象外

給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP） H2491、プラン004
その他の診断歯科 サービス	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *  サービスの種類に応じて1日1回から1年間に1回まで
その他の予防歯科 サービス	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *  サービスの種類に応じて1日1回から1年間に1回まで
定期的な総合サービス  修復サービス	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *

給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP） H2491、プラン004
歯内療法／歯周病	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *
口腔／顎顔面外科	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *
補綴－固定	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *
補綴－取り外し可能	ネットワーク内 自己負担額：\$0 *  ネットワーク外 自己負担割合：25% *

## 給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
補助的一般サービス	<p>ネットワーク内 自己負担額：\$0 *</p> <p>ネットワーク外 自己負担割合：25% *</p> <p>詳細、制限事項、除外事項については、保険適用範囲 証明書をご覧ください。追加の歯科制限事項および除 外事項が適用されます。</p>
歯科に関するその他の情報	<p>知っておくべきこと： 本プランには、ネットワーク内およびネットワーク外 の保障対象となる定期的かつ包括的な全歯科医療サー ビス対して、プラン年あたり最大\$3,000までの保障が 含まれます。</p> <p>定期的な歯科治療（Medicare対象外のサービス）に は、ネットワーク内またはネットワーク外の歯科医を 利用できます。ネットワーク外の医療提供者を利用し た場合、自己負担費用が高くなる可能性があります。 ネットワーク外の医療提供者は、プランの支払いを全 額支払いとして受け入れる契約を締結していません。 プランで支払われる金額よりも高い費用を請求される 場合があります。</p>
<b>視力サービス</b>  眼科検査 Medicareで保障されるされ る範囲	<p>自己負担額：\$0（Medicareの保障対象となる糖尿病網 膜症検診）自己負担額：\$0（その他のMedicareの保障 対象となる眼科検査） *</p>

## 給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
定期眼科検査（屈折検査）	自己負担額：\$0 *  年間1回の検査
緑内障検診	Medicareの保障対象となるサービスごとに自己負担額\$0。
眼鏡 Medicareで保障されるされる範囲	自己負担額：\$0 *
日常的に使用する眼鏡 コンタクトレンズ／眼鏡（レンズとフレーム）／眼鏡フレーム  眼鏡の補助金	自己負担額：\$0 *  コンタクトレンズと眼鏡（レンズとフレーム）の年間補助額は最大\$100。
メンタルヘルスサービス 入院患者の診察	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicareの保障対象となる入院ごとの自己負担額：\$0。</li> </ul> *
外来個別セラピーの診察	自己負担額：\$0 *
外来グループセラピーの診察	自己負担額：\$0 *
熟練看護施設（SNF）	1～100日目： 給付期間ごとの自己負担額：\$0 *

## 給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
セラピーおよびリハビリテーションサービス 理学療法	自己負担額：\$0 *
作業療法士による外来リハビリテーション	自己負担額：\$0 *
呼吸リハビリテーションサービス	自己負担額：\$0
救急搬送 救急車	自己負担額：\$0 *
航空救急搬送	自己負担額：\$0 *
輸送サービス	保障対象外
Medicare パートAとパートBの医薬品 化学療法薬およびその他のPart Bの医薬品	自己負担額：\$0 *
インスリン	自己負担額：\$0（月あたり最大額） *
アレルギー抗原	自己負担額：\$0 *

パートAとパートD処方薬の保障	Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP） H2491、プラン004
年間免責額ステージ	\$0
小売薬局またはメールオーダーネットワーク薬局からの30日分から最大100日分の提供	
すべての保障対象医薬品	自己負担額：\$0 一部の保障対象医薬品は30日分まで



## 追加給付

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004	
<p>注：アスタリスク（*）の付いたサービスは、事前の承認が必要な場合があります。          正方形（■）が付いているサービスは、紹介が必要な場合があることを意味します。</p>	
<b>カイロプラクティックサービス</b> Medicareで保障されるサービス	自己負担額：\$0 *
定期的なカイロプラクティックサービス	自己負担額：\$0 * 年間12回の治療
<b>鍼治療</b> Medicareで保障されるサービス	自己負担額：\$0 *
定期的な鍼治療サービス	自己負担額：\$0 * 年間24回までの診察に制限
<b>足病治療サービス（フットケア）</b> Medicareで保障される範囲	自己負担額：\$0 *

## 追加給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
バーチャル診察	<p>Teladocを通じて行われるバーチャル診察サービスの自己負担額：\$0。</p> <p>当社のプランでは、Teladocを利用して、24時間365日対応のバーチャル診察で認定医にアクセスし、さまざまな健康上の懸念や質問を解決できます。対象サービスには、一般医療、行動衛生、皮膚科などが含まれます。</p> <p>バーチャル診察（遠隔医療相談）は、スマートフォン、タブレット、コンピューターを使用して、電話またはインターネット経由で医師の診察を受けることです。診察の種類によっては、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。詳細に関するお問い合わせ、または予約については、24時間365日対応のTeladocにお電話ください（1-800-835-2362（TTY：711））。</p> <p><b>知っておくべきこと：</b></p> <p>上記の自己負担額：\$0は、Teladocからサービスを受けた場合にのみ適用されます。バーチャル診察機関ではなく、ネットワーク医療提供者から遠隔医療サービスを受けた場合、保険適用範囲証明書に記されているとおり、記載された費用負担をこれらの医療機関に支払うこととなります（例えば、PCPなどから遠隔医療サービスを受けた場合、PCPIに費用負担を支払うこととなります）。</p> <p>*</p>

## 追加給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
ソーシャルサポートプラットフォーム	<p>当社のプランでは、総合的な健康生活をサポートするために、オンラインソーシャルサポートプラットフォームを提供しています。ストレスや不安の対処に役立つコミュニティ、治療活動、プラン主催のリソースにアクセスできます。Twillのプラットフォームは、心身の健康を維持・向上させるための行動や習慣を維持するために簡単に参加し、継続することができます。24時間365日対応のオンラインサービスで、いつでもご利用いただけます。</p> <p>プラットフォームへのアクセス方法の詳細については、保険適用範囲証明書をご覧ください。</p> <p>自己負担額：\$0</p>
在宅医療機関のケア	<p>自己負担額：\$0</p> <p>*</p>
医療機器／消耗品 耐久医療機器（DME）	<p>自己負担額：\$0</p> <p>*</p>
義肢	<p>自己負担額：\$0</p> <p>*</p>
糖尿病用品	<p>自己負担額：\$0</p> <p>*</p> <p>詳細、制限事項、除外事項については、保険適用範囲証明書をご覧ください。</p>
糖尿病治療用靴またはインソール	<p>自己負担額：\$0</p> <p>*</p>

## 追加給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
オピオイド治療プログラム サービス	自己負担額：\$0 *
健康とウェルネス教育 プログラム  フィットネス	<p>提供されるウェルネス教育プログラムに関する給付の詳細なリストについては、保険適用範囲証明書をご覧ください。</p> <p>自己負担額：\$0</p> <p><b>知っておくべきこと：</b> アクティブで健康的なライフスタイルをサポートするために、プランには全国のフィットネス施設を利用できるフィットネスプログラムが用意されています。</p> <p>会員は、対面式のフィットネスセンター、オンデマンドのエクササイズプログラム、1対1のウェルビーイングコーチング、ウェルビーイングクラブ、さまざまなホームフィットネスキット（ウェアラブルフィットネストラッカーを含む）を利用できます。</p>
24時間対応の看護師 アドバイスライン	自己負担額：\$0
年1回の定期健康診断	<p>自己負担額：\$0</p> <p><b>知っておくべきこと：</b> この健康診断には、病歴／家族歴および予防的検査／ケアの詳細な推奨事項が含まれます。</p>

## 追加給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
<b>価値に基づく医療保険 (VBID) モデル</b>	<p>こ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、Wellcare Spendables™の補助金を以下に示す給付のいずれかに使用することもできます。この補助金は市販薬（OTC）給付金と合算されます。</p> <p>Wellcare Spendables™カードの詳細については、この表の「Wellcare Spendables™」セクションをご覧ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ガソリンスタンドでのガソリン代の支払い</b> – カードを使用して、ガソリンスタンドでガソリン代を直接支払うことができます。カードはレジでの直接支払いには使用できません。カードは利用可能な補助額までしか使用できません。</li> <li>• <b>健康に良い食品</b> – 参加小売店で健康に良い食品や農産物を購入するときにカードを利用できます。調理済み食事はオンラインポータルから注文できます。</li> <li>• <b>住宅改修および安全用品</b> – 住宅改修および安全用品の購入費用にカードを利用できます。会員ポータルサイトにログインして、利用可能な商品を購入できます。</li> <li>• <b>家賃補助</b> – 自宅の家賃補助にカードを利用できます。</li> <li>• <b>公共料金補助</b> – ご自宅の光熱費の支払いにカードを利用できます。カードは水道、暖房用燃料、天然ガス、電気、ゴミ処理、ケーブルサービス（ストリーミングサービスは除く）、固定電話または携帯電話、インターネットなどの公共料金に利用できます。</li> </ul> <p>詳細、制限、除外事項については、保険適用範囲証明書をご覧ください。</p>

## 追加給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491、プラン004
Wellcare Spendables™	<p>Wellcare Spendables™カードに毎月\$99が入金されます。毎月の補助額が未使用の場合は翌月に繰り越され、プラン年度末に失効します。</p> <p>カードの補助金は次の用途に使用できます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>市販薬（OTC）</b> – 参加小売店、モバイルアプリでカードを使用できるほか、会員ポータルサイトにログインして宅配注文を行うときに使用できます。対象となる品目には、市販されている先発医薬品およびジェネリック医薬品、ビタミン剤、鎮痛剤、風邪薬、アレルギー薬、糖尿病薬などが含まれます。</li> </ul> <p>こ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、Wellcare Spendables™の補助を以下の給付のいずれかに使用することもできます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ガソリンスタンドでのガソリンの代支払い</li> <li>• 健康に良い食品</li> <li>• 住宅改修および安全用品</li> <li>• 家賃補助</li> <li>• 公共料金補助</li> </ul> <p>これらの給付の詳細については、この表の価値に基づく医療保険（VBID）モデルを参照してください。</p> <p>詳細、制限、除外事項については、保険適用範囲証明書をご覧ください。</p>

追加給付

	Wellcare 'Ohana Dual Align（HMO-POS D-SNP） H2491、プラン004
My Wellcare Rewards	<p>My Wellcare Rewardsでは、対象となる健康的な活動を行うことでポイントを獲得できます。</p> <p>貯まったポイントは、Walmart®など好きなお店のギフトカード（年間\$75まで）などに交換できます。登録するだけでポイントを獲得できます。対象となる健康的な行動には以下のようなものがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 健康リスク評価の実施</li><li>• フィットネスデバイスの利用</li><li>• 年1回の健康診断</li><li>• 年1回のインフルエンザワクチン接種</li><li>• がん検診</li><li>• A1C検査</li></ul> <p>ギフトカードには制限が適用される場合があります。</p>



## 加入希望者に向けた包括的な書面による声明

「給付の概要」の保険料および給付セクションに記載された給付は、当社の Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) プランによって保障されます。記載されている各給付について、当社のプランが対象としている範囲を確認できます。当社のプランの保障対象サービスに対する支払い金額は、Medicaidの受給資格レベルによって異なります。この「給付の概要」に記載されている給付金が適用されるかどうかは、Medicaidの受給資格レベルによって異なります。Medicaidの受給資格のレベルを問わず、Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) は、「給付の概要」の保険料および給付セクションに記載された給付を保障します。Medicaidの受給資格や、受給可能な給付金についてご質問がある場合は、Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) のフリーダイヤル 1-800-316-8005 (TTY: 1-800-603-1201または711) までお電話ください。

Medicaid給付に関する情報は、<https://medquest.hawaii.gov/en.html> をご覧ください。Medicaidの対象となるサービスは随時変更されることがあります。Hawaii Medicaidの適用範囲については、<https://medquest.hawaii.gov/en.html> をご覧になるか、会員サービスにお電話ください。Hawaii Medicaid給付の詳細な説明は、「Hawaii Summary of Services」(ハワイのサービス概要) オンライン (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>) に掲載されています。

給付区分	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)
<b>医師による診察</b> これには主治医や専門医の診察が含まれます。	サービスには以下が含まれます。 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 初診時や継続診療時の病歴</li> <li>• 総合的な健康診断（発達サービスを含む）</li> <li>• 予防接種</li> <li>• 家族計画</li> <li>• 診断およびスクリーニング検査室</li> <li>• レントゲン撮影サービス（結核検診を含む）</li> <li>• 医院</li> <li>• クリニック</li> <li>• 個人宅での医療サービス</li> <li>• 認可病院</li> <li>• 認可高度看護施設</li> <li>• 中間医療施設</li> <li>• 認可または認定された居住施設</li> </ul> Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。

<p><b>予防医療</b> これらのサービスは、健康問題のスクリーニング、予防、診断のために提供されます。</p>	<p>骨密度測定 （リスクのあるMedicare加入者向け） 大腸スクリーニング検査 （50歳以上のMedicare加入者向け） 予防接種 （インフルエンザワクチン、B型肝炎ワクチン（リスクのあるMedicare加入者向け）、肺炎ワクチン） マンモグラフィー（年1回の検診） （Medicareに加入している40歳以上の女性対象） パップスメアと骨盤検査（Medicareに加入している女性向け） 前立腺がん検診 （Medicareに加入している50歳以上の男性対象） Welcome to MedicareおよびAnnual Wellness Visits： • ニュースレターなどの書面による健康教育資料 • 栄養トレーニング • 追加の禁煙支援サービス • その他のウェルネス給付 健康教育やカウンセリング：有害物質使用（アルコールを含む）、食事と運動、 傷害予防、性的行動、歯の健康、家庭内暴力、うつ病 上記のスクリーニング結果とその意味。Medicaidが適用されるサービスの自己負担：\$0。</p>
--	--

<p><b>聴覚サービス</b> これには、聴力検査と補聴器の保険適用に関する情報も含まれます。</p>	<p>聴力／聴覚サービス - \$0 : Medicaidが適用されるサービスでの来院1回あたりの自己負担額。 聴力評価 - 1年に1回（補聴器業者には聴力評価費用は支払われません）。 聴覚サービス - 耳栓（オーダーメイドの耳栓は、中耳炎を繰り返す患者に対してのみ、耳鼻咽喉科専門医によって処方されます）。 補聴器 - \$0 : 耳鼻咽喉科専門医による処方される項目あたりの費用（補聴器（片耳）の検査と選定を含む） - 3年に1回。 補聴器（両耳）の検査と選定、3年に1回。 補聴器チェック：電気音響評価を含む片耳に対する12か月あたり2回のチェック、補聴器チェック：電気音響評価を含む両耳に対する12か月あたり4回のチェック（3歳以下の子供）、12か月あたり2回のチェック（4歳以上の子供）、補聴器のフィッティング、使用方法の説明、チェック（初回の補聴器検査と選定後） 成人については3年に1回 子供（21歳未満）については3年につき2回。 *補聴器の付属品および修理は、製品保証の対象となっていない場合にのみ対象となります。</p>
<p><b>歯科サービス</b></p>	<p>21歳未満のみ対象：医療上必要な場合、医療状態に関連して提供される歯科サービスはプランの保障対象となります。Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。 歯科医療サービスは、Community Case Management Corporation（CCMC）を通じてコーディネートされます。CCMCが会員に提供するサービスは以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 歯科医を探す</li> <li>• 予約する</li> <li>• 送迎と翻訳サービスをコーディネートするオアフ島から連絡する場合は、1-808-792-1070またはフリーダイヤル1-888-792-1070までお電話ください。</li> </ul> <p>個人歯科医院、政府が後援または助成する歯科診療所、病院を拠点とする外来歯科診療所で提供されるサービスについて、本プランでは責任を負いません。</p>

<p><b>視力サービス</b> これには、視力検査と眼鏡の保険適用に関する情報も含まれます。</p>	<p>プランで会員に提供される眼科および眼科サービスは以下とおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 21歳未満の眼科検診（年1回）</li><li>• 21歳以上の眼科検診（2年1回）</li></ul> <p>症状や病状によっては、それ以上の診察が許可される場合もあります。 対象となるサービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 視力検査</li><li>• 処方レンズ</li><li>• 白内障除去</li><li>• 義眼</li><li>• 屈折検査を含む眼科検診</li><li>• 視覚補助具（眼鏡）</li><li>• コンタクトレンズおよびその他の視力用品（医療上必要な場合）</li></ul> <p>これには、レンズ、フレーム、または眼鏡のその他の部品にかかる費用も含まれます。フィッティングや調整も対象となります。</p> <p>緊急眼科治療（事前承認不要） 新しいレンズ：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 21歳未満（年1回）</li><li>• 21歳以上（2年1回）</li></ul> <p>大人も子供も給付期間内であれば、処方箋の大幅な変更に伴う眼鏡の交換や新調は対象となります。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
---	--

<p><b>メンタルヘルスサービス</b> これに含まれるサービス： 入院患者の診察、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 外来のグループセラピー や個別セラピーの診察</li> </ul>	<p>対象となるサービスには、QUEST Integrationの成人および小児会員に対する医療上必要なすべての行動衛生サービスが含まれます。対象となるサービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 外来サービス。24時間365日の危機対応が含まれます</li> <li>• 急性精神疾患に対する1日24時間のケア。以下の内容が含まれます。</li> <li>• 部屋と食事</li> <li>• 介護</li> <li>• 医療用品および医療機器</li> <li>• 診断サービス</li> <li>• 医師サービス</li> <li>• 必要に応じた専門家による追加サービス</li> <li>• その他の医療上必要なサービス</li> </ul> <p>*CCSと保健省により、追加の行動保健サービスが提供される可能性があります。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<p><b>交通</b></p>	<p>本プランでは、以下の会員に対し、医療上必要な医療予約の往復移動を支援するための緊急および非緊急の地上および航空サービスを提供します。</p> <p>交通手段がない会員、公共交通機関がない地域に住んでいる会員、病気のため公共交通機関を利用できない会員</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<p><b>ウェルネスプログラム</b> これに含まれるサービスは以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• フィットネス</li> <li>• 個人緊急対応システム (PERS : Personal Emergency Response System)、追加の年1回の 定期健康診断</li> <li>• 看護師アドバイスライン - 24時間</li> </ul>	<p>二重資格者については、Medicareが適用されない場合、またはMedicareの給付金がなくなった場合、Medicaidがこのサービスの料金を支払います。</p>

処方薬	<p>プランの優先医薬品（PDL：Plan's Preferred Drug List）に掲載されている医薬品が対象となります。</p> <p>このリストには、事前承認、数量制限、ステップセラピー、年齢制限、性別制限などの制限がある医薬品も掲載されます。事前の承認があれば、代替医薬品が保障対象となる場合があります。</p> <p>Medicare Part Dの自己負担額は、Medicaidでは適用対象となりません。</p> <p>OTC医薬品は、医師が処方し、医療上必要な場合、自己負担\$0で保障対象となる場合があります。</p>
OTC	<p>Hawaii OTCフォーミュラリーの医薬品  <a href="http://www.himed-questffs.org">http://www.himed-questffs.org</a></p>
専門家による追加サービス	<p>対象となるサービスには以下が含まれますが、これらに限定されるものではありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 認定助産師サービス</li> <li>• 有資格上級看護師サービス（家族、小児、老人、精神衛生スペシャリストを含む）</li> </ul> <p>有資格または認定を受けた医療提供者が提供する、医療上必要なその他の専門家によるサービス</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
角膜移植と骨移植サービス	<p>角膜移植（角膜形成術）および骨移植などの移植は、QUEST Integrationプログラムではなく、ハワイ州臓器および組織移植プログラムの対象となります（Medicareの対象となる腎臓移植は対象外）。</p>
外来リハビリテーションサービス	<p>対象となるサービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 理学療法と作業療法</li> <li>• 聴力学と言語病理学</li> <li>• 視覚サービス（定期的なもの以外）</li> <li>• これらのサービスに関連する機器</li> </ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>

<p><b>個人緊急対応システム</b> (PERS : Personal Emergency Response System)</p>	<p>PERSは病院に行かなければならない高リスクの加入者を支援するための機器です。緊急時には支援を求めることができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PERSのアイテムには、緊急支援用に設計された電子機器またはサービスが含まれます。PERSサービスの利用は、以下のような個人に限定されます。</li> <li>• 一人暮らしの人</li> <li>• 一日の大半を一人で過ごす人</li> <li>• 長期間にわたって定期的に世話をする介護者がいない人</li> <li>• 広範にわたる定期的な監督が必要な人</li> </ul> <p>PERSのサービスは、資格のない環境で生活する会員にのみ提供されます。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<p><b>メサドン維持療法プログラム</b> (MMTP : Methadone maintenance Treatment Program)</p>	<p>服薬管理、処方薬、医療用品、診断検査、治療サービス（個別、家族、グループ、アフターケア）、その他医療上必要なサービス。メサドンまたは適切な代替療法の提供、および外来カウンセリングサービスを含みます。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<p><b>州外および島外での保障</b></p>	<p>本プランは、お住まいの島またはHawaiiで利用できない場合に、事前に手配された医療上必要な対象サービスを提供します。これには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 州外または島外の専門医または施設の紹介</li> <li>• 紹介先までの往復交通費</li> <li>• 宿泊と食事費用</li> </ul> <p>会員の介助（許可された場合）</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<p><b>糖尿病用品とサービス</b></p>	<p>対象となるサービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• グルコースモニターの保険適用</li> <li>• テストストリップ</li> <li>• ランセット</li> <li>• スクリーニング検査</li> <li>• マネジメントトレーニング</li> </ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>



長期介護 - 在宅および コミュニティ密着型 サービス	保険福祉省の定める医療上の必要性に基づき、これらの追加給付を受けられる場合があります。
成人デイケア	<p>成人デイケアとは、4人以上の障害のある成人参加者に提供される定期的な支援介護を指します。</p> <p>サービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• センタースタッフによる見守りと監督</li> <li>• 行動計画、医療計画、社会プランのコーディネーション、参加者の介護プランに記載されている指示の実施</li> <li>• 治療、社会、教育、レクリエーション活動</li> </ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
生活支援サービス	<p>生活支援サービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• パーソナル介護</li> <li>• 支援介護サービス（家事、雑用、介助サービス、食事の準備）</li> </ul> <p>本医療保険プランでは部屋代と食費の支払いには責任を負いません。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
コミュニティケア管理機関 (CCMA : Community Care Management Agency)	<p>コミュニティケアフォスターファミリーホーム、成人向け居宅介護ホーム、介護付き施設、必要に応じてその他の地域環境で生活する会員が対象となります。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
コミュニティケアフォスター ファミリーホーム (CCFFH) サービス	<p>対象となるサービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• パーソナル介護</li> <li>• 支援サービス</li> <li>• 家事代行サービス</li> <li>• 介助ケア</li> <li>• 付き添いサービス</li> <li>• 地域の移動</li> <li>• デイプログラム</li> <li>• 服薬管理（州法で認められている範囲内）</li> </ul> <p>すべてのサービスは、認定を受けた個人宅で、その家に住む主たる介護提供者によって提供されなければなりません。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>

<b>カウンセリングとトレーニング</b>	<p>カウンセリングとトレーニング活動には以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 会員を対象としたケアトレーニング</li><li>• 病気の性質と進行過程に関する家族および介護者への説明</li><li>• 感染経路と感染対策</li><li>• 生物学的、心理的ケア、特別な治療の必要性／レジメン</li><li>• サービスプランで指定された機器の使用</li><li>• 自宅での個人の安全を維持するために必要な雇用主のスキル更新</li><li>• 危機介入</li><li>• 支援的なカウンセリング</li><li>• 家族療法</li><li>• 自殺リスクの評価と介入</li><li>• 死およびその過程に関するカウンセリング</li><li>• 有害物質乱用カウンセリング</li><li>• 栄養評価とカウンセリング</li></ul> <p>カウンセリングとトレーニングは、以下の方向けに提供されます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 会員</li><li>• 会員に代わる家族や介護者</li><li>• 会員に代わって介護を行う専門家および準専門家</li></ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
-----------------------	--

バリアフリー対応	<p>会員のサービス計画に応じて必要とされる、会員の自宅の物理的な変更。対象となるサービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• スロープと手すりの設置</li><li>• 出入り口の拡張</li><li>• 浴室設備の変更</li><li>• 専用の電気設備や給排水設備の設置（個人の生活の質維持に必要な医療機器や備品を利用するために必要であること）</li><li>• ウィンドウエアコン（会員の健康と安全のために必要な場合）</li></ul> <p>すべてのサービスは、州または地域の建築基準法に準拠する必要があります。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
自宅メンテナンス	<p>自宅メンテナンスサービスとは、パーソナルアシスタンスに含まれないサービスであり、以下を含みます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 会員へのサービス開始時に、家の中を許容できる水準まで清潔にするための大掃除</li><li>• レンジ、冷蔵庫、給湯器など必要な電化製品の軽微な修理</li><li>• 燻蒸または駆除サービス</li></ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
引越しの手伝い	<p>引越しの手伝いは、会員が健康状態の悪化を防ぐために新しい家に移る必要があるとサービスコーディネーターが判断した場合に提供されます。これには以下の場合が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 劣化による安全でない家にお住まいの場合</li><li>• 車椅子の方、エレベーターのない建物にお住まいの方、エレベーターのない集合住宅にお住まいの場合、または1階より上の階にお住まいの場合</li><li>• 会員の自宅に必要な機器を追加できない場合</li><li>• 会員が現在の住まいから退去させられた場合</li><li>• 家賃の値上げにより、今の住居に住む金銭的余裕がなくなった場合</li></ul> <p>引越し費用には、荷物の梱包と移動が含まれます。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>

医療以外の目的の交通	<p>このサービスは、会員のケアプランに定められた移動をサポートします。会員がコミュニティのサービスや活動、リソースを利用できるようサポートします。</p> <p>可能な限り、無償でこのサービスを提供できる人を利用します。これには家族、隣人、友人、コミュニティ機関などが含まれます。</p> <p>除外：</p> <p>居宅介護ホームまたはCCFFHに居住する会員は、このサービスを受けることはできません。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
パーソナルアシスタンスサービス - レベル1	<p>家族と同居しておらず、健康状態の悪化を防ぎ、自宅での生活を維持するために主な日常生活の手助けが必要な会員に対し、介護計画の一環としてサービスコーディネーターが許可した場合、週10時間まで保険サービスが適用されます。</p> <p>医療上必要な場合は、週10時間を超えても構いません。</p> <p>サービスには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 食事の準備</li><li>• 洗濯</li><li>• 買い物</li><li>• 雑用</li><li>• ハウスキーピング業務（掃き掃除、モップがけ、雑巾がけ、ベッドメイキング、トイレ、シャワー、浴室や浴槽の清掃、ゴミ出しなど）</li><li>• 芝刈りなどの軽い庭仕事</li><li>• 電球の交換など、簡単な家の修理</li><li>• 医療関係の予約への付き添い</li></ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>

<p><b>パーソナルアシスタンスサービス - レベル2</b></p>	<p>適度な日常生活や健康維持に支援が必要な人が対象です。</p> <p>このレベルのサービスは、ホームヘルスエイド（HHA）、パーソナルケアエイド（PCA）、認定ナースエイド（CNA）、またはナースエイド（NA）により提供されます。</p> <p>活動には以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 入浴、スキンケア、口腔衛生、ヘアケア、着替えを含む個人の衛生と身だしなみ</li> <li>• 腸と膀胱のケアの支援</li> <li>• 移動介助</li> <li>• 移乗介助</li> <li>• 服薬の支援</li> <li>• パーソナル介護提供者による、日常的または保守的なヘルスケアサービスの補助</li> <li>• 食事、栄養、食事の準備、その他の食事活動の補助</li> <li>• 運動、姿勢保持、可動域保持の補助</li> <li>• 血圧を含むバイタルサインの測定と記録</li> <li>• 摂取量と排出量の測定および記録（指示がある場合）</li> <li>• 指示された検体の採取と検査</li> </ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<p><b>認可居宅介護</b></p>	<p>居宅介護は認可された個人宅で、その家に住む主たる介護提供者によって提供されなければなりません。介護提供者により提供されるサービスは以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• パーソナル介護サービス</li> <li>• 家事、雑用、介助ケア、付き添いサービス</li> <li>• 服薬管理（法律で認められている範囲内）</li> <li>• 医療予約のための移動</li> </ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>

<b>レスパイトケア</b>	<p>レスパイトケアは短期間のケアであり、介護者が休息を取れるようにするためのものです。1時間ごと、1日ごと、1泊2日で提供されることがあります。</p> <p>レスパイトケアは以下の場所で提供されます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 会員の自宅または居住地</li><li>• フォスターホームまた成人向け居宅介護ホーム</li><li>• Medicaid認定看護施設</li><li>• 認可レスパイトデイケア施設</li><li>• プランによって承認されたその他のコミュニティケア居住施設</li></ul> <p>レスパイトケアサービスは、会員の介護計画の一環として、会員のPCPIによって認可されます。レスパイトサービスは利用者の判断で管理・選択できます。</p> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>
<b>専用医療機器の保証と用品</b>	<p>介護計画で指定された機器、制御装置または器具の購入、レンタル、リース、保証および消耗品の費用、設置、修理および撤去を指します。</p> <p>これには以下が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 生命維持に必要なアイテム</li><li>• このようなアイテムを適切に機能させるために必要な用品および装置</li><li>• Medicaidの州プランで利用できない耐久および非耐久医療機器</li></ul> <p>例を以下に示します。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 専用チャイルドシート</li><li>• 親が所有する自動車の子供に合わせた改造（車椅子リフトなど）</li><li>• 子供部屋の監視用インカム</li><li>• シャワーシート</li><li>• ポータブル加湿器</li><li>• 電气的生命維持装置（人工呼吸器、酸素濃縮器）用の電気代</li><li>• 医療用品</li></ul> <p>Medicaidが適用されるサービスの自己負担額は\$0です。</p>

**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:** نوّقر 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 निःशुल्क 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 Kreyòl 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 kaworchon affou ese kame ika mei wor om kapas eis fan iten am kewe kokkotun tumwunun inis ika pekin safei. Ika ka mochen emonchon 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.

**Samoan:** 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 fualaa. 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 totogi 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:** ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄືນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການພຣີ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ 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

## 加入前チェックリスト

加入を決定する前に、当社の給付内容と規則を十分にご理解いただくことが重要です。ご質問がある場合は、1-800-225-8017（TTY：711）にお電話のうえ、カスタマーサービス担当者にご相談ください。受付時間は月曜日～日曜日、午前8時～午後8時（すべてのタイムゾーン）です。

### 給付について理解する

- 保険適用範囲証明書（EOC）には、給付とサービスの全詳細が記載されています。加入前にプランの適用範囲、費用、給付を確認することが重要です。EOCの写しを確認するには、[www.wellcare.com/ohana](http://www.wellcare.com/ohana)にアクセスするか、1-800-225-8017（TTY：711）にお電話ください。受付時間は月曜日～日曜日、午前8時～午後8時（すべてのタイムゾーン）です。
- 医療提供者のリストを確かめるか担当医に尋ねて、現在診察を受けている医師がネットワークに加入していることを確認してください。リストにない場合は、新しい医師を選ぶ必要が生じることがあります。
- 薬局のリストを確認し、処方薬を購入する薬局がネットワーク内にあることを確認してください。利用している薬局がリストにない場合は、処方薬を受け取る新しい薬局を選ぶ必要が生じることがあります。
- フォーマularyを確認し、利用中の医薬品が保障対象になっていることを確認してください。

### 重要なルールを理解する

- Medicare Part Bの保険料の支払は継続する必要があります。通常、この保険料は社会保障給付金から毎月差し引かれます。
- 給付、保険料、自己負担額、自己負担割合は、2026年1月1日に変更される可能性があります。
- **現在加入している保障への影響。** 現在Medicare Advantageプランに加入している場合、新しいMedicare Advantage保障が始まると、現在のMedicare Advantage医療保障は終了します。Tricareをお持ちの場合は、新しいMedicare Advantage保障が開始されると、その保障が影響を受ける可能性があります。詳細については、Tricareにお問い合わせください。Medigapプランをお持ちの場合、Medicare Advantage保障が開始されると、使用できない保障に対して保険料を支払うことになるため、Medigap保険を解約することをお勧めします。Marketplaceプランに加入している場合は、Marketplaceに連絡してプランを解約する必要があります。Marketplaceのプランを解約しないと、使用できない保障に対して料金を支払うことになり、翌年の確定申告で罰金が科されることがあります。

- 本プランでは、特定のサービスについて当社のネットワーク外の医療提供者（契約外の医療提供者）の診察を受けることができます。ただし、特定の保障対象サービスについては当社が支払いますが、医療提供者が治療に同意する必要があります。緊急または救急の状況を除き、契約外の医療提供者は治療を拒否する場合があります。さらに、契約外の医療提供者から受けたサービスについては、より高い自己負担額を支払うことになります。
- このプランは、Dual Eligible Special Needs Plan（D-SNP）です。このプランに加入できるかどうかは、MedicareおよびMedicaidに基づく州プランからの医療補助の両方を受ける資格があるかどうかによって決まります。

‘Ohana Health PlanはWellcare Health Insurance of Arizona, Inc.が提供するプランです

WellcareはCentene CorporationのMedicareブランドで、Medicare契約を結んでいるHMO、PPO、PFFS、PDPプランであり、承認されたPart Dスポンサーです。当社のD-SNPプランは、州のMedicaidプログラムと契約しています。当社のプランへの加入は、契約の更新によります。

ネットワーク外／契約外の医療提供者は、緊急時を除き、プラン会員の治療を行う義務を負いません。ネットワーク外のサービスに適用される費用負担を含む詳細については、カスタマーサービスにお電話いただくか、保険適用範囲証明書をご覧ください。

このページは意図的に空白になっています

このページは意図的に空白になっています

このページは意図的に空白になっています

## お問い合わせ

詳細については、次の方法でお問い合わせください。



### 電話

フリーダイヤル：1-800-225-8017（TTY：711）。有資格のエージェントがお問い合わせに対応します。



### 受付時間

月曜日から日曜日の午前8時から午後8時（すべてのタイムゾーン）



### オンライン

[www.wellcare.com/ohana](http://www.wellcare.com/ohana)