**[BADGERCARE PLUS 和 MEDICAID SSI 会员标准手册内容]**

**口译员服务**

[Note to HMO: The Member Handbook must contain taglines of prevalent non-English languages spoken by members as well as large print, explaining that written translation or oral interpretation of the document is available to the member free of charge. Sample taglines are provided at:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx>]

*[Insert applicable non-English taglines here.]*

[Note to HMO: The Member Handbook must also include a large print tagline with information on how to request auxiliary aids and services, including the provision of the materials in alternative formats.]

*[Name of HMO program]*:

* 为残疾人士提供免费帮助及服务，例如：
	+ 手语口译员
	+ 大号字体、音频、无障碍电子格式和其他格式的书面信息
* 为非英语母语人士提供免费语言服务，例如：
	+ 口译员
	+ 其他语言的书面信息

如您需要以上服务，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系 *[Name of entity or of contact at HMO]*。

**目录**

[重要的 *[HMO PROGRAM NAME]* 电话号码 4](#_Toc148591855)

[其他重要电话号码 5](#_Toc148591856)

[欢迎来到 *[HMO]* 6](#_Toc148591857)

[**使用您的 *[HMO]* 会员卡** 6](#_Toc148591858)

[**使用您的 ForwardHealth 卡** 6](#_Toc148591859)

[**使用提供者名录** 7](#_Toc148591860)

[**选择初级保健提供者** 8](#_Toc148591861)

[**新会员健康需求探讨** 8](#_Toc148591862)

[获得您需要的医疗保健 8](#_Toc148591863)

[**急救医疗保健** 8](#_Toc148591864)

[**紧急医疗保健** 9](#_Toc148591865)

[**专科医疗保健** 9](#_Toc148591866)

[**妊娠和分娩期间的医疗保健** 10](#_Toc148591867)

[**远程医疗服务** 10](#_Toc148591868)

[**您离家时的医疗保健** 10](#_Toc148591869)

[什么时候可以向您收取服务费用 11](#_Toc148591870)

[**承保和不承保的服务** 11](#_Toc148591871)

[**共付额** 11](#_Toc148591872)

[由 *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 所承保的服务 12](#_Toc148591873)

[由 *[HMO]* 所承保的服务 14](#_Toc148591874)

[**精神健康和药物滥用服务** 14](#_Toc148591875)

[**计划生育服务** 14](#_Toc148591876)

[**HealthCheck 服务** 15](#_Toc148591877)

[**牙科服务** 15](#_Toc148591878)

[由 ForwardHealth 所承保的服务 17](#_Toc148591879)

[**行为（自闭症）治疗服务** 17](#_Toc148591880)

[**脊椎按摩治疗服务** 17](#_Toc148591881)

[**交通服务** 18](#_Toc148591882)

[**药房福利** 18](#_Toc148591883)

[*[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]* 未承保的服务 18](#_Toc148591884)

[替代服务或机构 19](#_Toc148591885)

[获得第二诊疗意见 19](#_Toc148591886)

[医疗保健管理（协调） 19](#_Toc148591887)

[填写预前指示、生前预嘱或 医疗保健授权书 (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) 19](#_Toc148591888)

[新的治疗与服务 20](#_Toc148591889)

[其他保险 20](#_Toc148591890)

[如果搬家 20](#_Toc148591891)

[MEDICAID 承保范围的变更 20](#_Toc148591892)

[HMO 豁免 21](#_Toc148591893)

[提出申诉或上诉 21](#_Toc148591894)

[**申诉** 21](#_Toc148591895)

[**上诉** 22](#_Toc148591896)

[**公平听证会** 24](#_Toc148591897)

[您的权利 25](#_Toc148591898)

[您的责任 27](#_Toc148591899)

[终止您的 *[HMO]* 会员资格 27](#_Toc148591900)

[欺诈和滥用 27](#_Toc148591901)

# 重要的 *[HMO PROGRAM NAME]* 电话号码

1. **如何与 *[HMO]* 客户服务部取得联系**

电话号码：800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

电讯显示设备/电传打字机：800-xxx-xxxx

**致电客户服务咨询以下服务：**

* 有关您的 *[HMO]* 会员问题
* 有关如何获得医疗保健的问题
* 帮助选择初级保健医生或其他医疗保健提供者
* 帮助获取新的 *[HMO]* 会员卡
* 帮助获取 *[HMO]* 提供者名录的纸质副本
* 收到一份您不同意的服务账单时

致电此号码是免费的。非英语使用者可获得免费口译员服务。

1. ***[HMO]* 会员维权专员**

电话号码：800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

电讯显示设备/电传打字机： 800-xxx-xxxx

**致电会员维权专员咨询以下服务：**

* 帮助解决获得医疗保健的问题
* 帮助提出投诉或申诉
* 帮助请求对 *[HMO]* 做出的决定提出上诉或审查

致电此号码是免费的。非英语使用者可获得免费口译员服务。

1. ***[HMO]* 急救电话**

电话号码：800-xxx-xxxx 每周 7 天，每天 24 小时可致电

电讯显示设备/电传打字机：800-xxx-xxxx

**如果您在工作时间之外需要帮助，或者您不确定自己是否正遇到急症医疗情况，请致电此号码。**

致电此号码是免费的。非英语使用者可获得免费口译员服务。

**如果您遇到急症情况，请拨打 911**

# 其他重要电话号码

1. **ForwardHealth 会员服务部**

电话号码：800-362-3002 工作时间：上午 8:00 至下午 6:00，周一到周五

电讯显示设备/电传打字机：

电子邮箱：memberservices@wisconsin.gov

 **致电 ForwardHealth 客户服务部咨询以下服务：**

* 有关如何使用 ForwardHealth 卡的问题
* 有关 ForwardHealth 服务或提供者的问题
* 帮助获取新的 ForwardHealth 卡
1. **HMO 登记专员**

电话号码：800-291-2002 工作时间：上午 7:00 至下午 6:00，周一至周五

电讯显示设备/电传打字机：

**致电 HMO 登记专员咨询以下服务：**

* 有关健康维护组织 (HMO) 和管理式医疗的一般信息
* 帮助退出或豁免 *[HMO]* 或管理式医疗
* 您搬出 *[HMO]* 服务区时
1. **Wisconsin 州 HMO 监察员（Ombuds）计划**

监察员（Ombuds） 是在您作为 *[HMO]* 会员遇到任何疑问或问题时提供中立、私人和非正式协助的人员。

电话号码：800-760-0001 工作时间：上午 8:00 至下午 4:30，周一至周五

电讯显示设备/电传打字机：

**致电 监察员（Ombuds）计划咨询以下服务：**

* 帮助解决您从 *[HMO]* 处获得的医疗保健或服务方面的问题
* 帮助理解您的会员权利和责任
* 帮助对 *[HMO]* 做出的决定提出申诉、投诉或上诉
1. **外部维权专员（仅 Medicaid SSI）**

电话号码：800-708-3034 工作时间：上午 8:30 至下午 5:00，周一至周五

电讯显示设备/电传打字机：

**致电 Medicaid SSI 外部维权专员咨询以下服务：**

* 帮助解决您从 *[HMO]* 处获得的医疗保健或服务方面的问题
* 帮助提出投诉或申诉
* 帮助请求对 *[HMO]* 做出的决定提出上诉或审查

# 欢迎来到 *[HMO]*

欢迎加入 *[HMO Program Name]。 [HMO]* 是一个运行 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* 计划的健康计划。BadgerCare Plus 是一项医疗保健计划。该计划帮助 Wisconsin 的低收入儿童、孕妇和成年人。Medicaid SSI 是一项帮助有 附加保障收入（Supplemental Security Income, SSI）的人员获得医疗保健的计划。 [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

本手册可帮助您：

* 了解 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI] 的基本情况。*
* 了解 *[HMO]* 和 ForwardHealth 所承保的服务。
* 了解您的权利与责任。
* 在您有问题或担忧时提出申诉或上诉。

*[HMO]* 将承保大部分您所需的医疗保健服务。Wisconsin Medicaid 将通过 ForwardHealth 承保其他一些服务。如需了解更多信息，请参阅本手册中 *[HMO]* 所承保的服务及 *ForwardHealth* 所承保的服务部分。

**使用您的 *[HMO]* 会员卡** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

您可以使用您的 *[HMO]* 会员卡从 *[HMO]* 提供者网络中的医生、诊所和医院获得医疗保健。此列表包含 *[HMO]* 与之签订合同以为您提供医疗保健服务的提供者。

**请随身携带您的 *[HMO]* 卡。在每次获取医疗保健时出示此卡。**如果您没有随身携带此卡，您可能会难以获得医疗保健服务。如果您的 *[HMO]* 卡丢失、损坏或遭盗，请 *[insert instructions here]*。

## **使用您的 ForwardHealth 卡**

您将通过 *[HMO]* 提供者获得大部分医疗保健。但您可能需要使用您的 ForwardHealth 卡获取部分服务。

使用您的 ForwardHealth 卡获取下列医疗保健服务：

* 行为（自闭症）治疗服务
* 脊椎按摩治疗服务
* 危机干预服务
* 社区康复服务
* 综合社区服务
* 牙科服务 *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Hub and spoke 综合康复支持健康家庭服务
* 药物治疗管理
* 药物和药房服务
* 非紧急医疗交通
* 产前护理协调
* 住宅物质使用障碍治疗
* 校本服务
* 目标案例管理
* 结核病相关服务

您的 ForwardHealth 卡与您的 *[HMO]* 卡不同。ForwardHealth 卡是一张塑料卡，上面印有您的名字。卡上还印有 10 位数字并带有一个磁条。请随身携带您的 ForwardHealth 卡。在每次去看医生或去医院以及每次开处方时，请出示此卡。如果您没有随身携带此卡，您可能会难以获得医疗保健或处方药。此外，也请带上您可能拥有的任何其他健康保险卡。这可能包括 *[HMO Program]* 或其他服务提供者提供的任何身份识别卡。

如果您对如何使用 ForwardHealth 卡有疑问，或者您的卡丢失、损坏或遭盗，请致电
800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。如需查找接受您的 ForwardHealth 卡的提供者：

1. 访问 [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. 点击页面中间的 会员 (Members) 链接或图标。
3. 向下滚动并点击 资源 (Resources) 选项卡。
4. 点击 查找提供者（Find a Provider）链接。
5. 在 计划（Program）下，选择 BadgerCare/Medicaid.

或致电800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。

## **使用提供者名录**

作为 *[HMO] 的会员，*您应该从 *[HMO]* 网络中的医生和医院处获得医疗保健。有关这些提供者的列表，请参阅我们的提供者名录。提供者名录中已标记接受新患者的提供者。

提供者名录是一份医生、诊所和医院的列表，作为 *[HMO]* 会员，您可以使用此列表来获取医疗保健服务*。 [HMO]* 提供不同语言和格式的提供者名录。您可以在我们的网站上找到提供者名录，网址为 *[insert URL]*。如需提供者名录的纸质副本，请致电我们的客户服务部，电话号码为 *[800-xxx-xxxx]*.

*[HMO]* 提供者对许多文化的需求都很敏感。请参阅 *[HMO]* 提供者名录，了解其工作人员会说特定语言或了解特定民族文化或宗教信仰的提供者列表。 通过提供者名录还可了解提供者提供的住宿。

## **选择初级保健提供者**

当您需要医疗保健时，请先致电您的 初级保健提供者（primary care provider, PCP）。初级保健提供者可能是医生、执业护士、医师助理或其他提供、指导或帮助您获得医疗保健服务的提供者。您可以从 *[HMO]* 提供者名录中选择一位初级保健提供者。使用接受新患者的提供者列表。如果您是美裔印第安人或阿拉斯加土著，您可以选择在我们的网络外的印第安医疗保健提供者（Indian Health Care Provider）处就诊。

**请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系我们的客户服务部，以选择或更换您的初级保健提供者。** 您可以保留在我们的提供者网络内的当前初级保健提供者。您的初级保健提供者将帮助您决定是否需要看其他医生或专家。如有需要，他们可以为您提供转诊。 如果您想去某个特定专家或医院处就诊，您需要初级保健提供者的转诊。在您看其他医生之前，您需要获得初级保健提供者的批准。

除了选择初级保健提供者外，在没有转诊的情况下您还可以看女性健康专家。如
产科医生和妇科医生（obstetrician and gynecologist, OB/GYN）、助产护士或有执照的助产士。

## **新会员健康需求探讨**

*[HMO]* 将通过 *[insert contact method]* 联系您，与您讨论您的个人健康需求和情况。您可以询问您所在社区的资源，或者您的新健康计划中可能提供的资源。他们可以了解更多有关您的信息，帮助您实现健康目标。致电 *[800-xxx-xxx]* 开始咨询。

# 获得您需要的医疗保健

## **急救医疗保健**

急救医疗保健是指疾病、受伤、症状或病情非常严重时立即需要的医疗保健。比如以下一些例子：

* 窒息

**如果您遇到急症情况，请拨打 911**

* 抽搐
* 长时间或反复发作的癫痫
* 严重骨折
* 严重烧伤
* 剧痛
* 严重或异常出血
* 疑似心脏病发作
* 疑似中毒
* 疑似中风
* 呼吸急促/困难
* 无意识

**如果您需要急救医疗保健，请尽快寻求帮助**。如果可以的话，尽量前往 *[HMO Program Name]* 医院或急诊室寻求帮助。如果您的病情无法等待，请前往最近的提供者处（医院、医生或诊所）。**如果急症情况非常严重，且您无法前往离您最近的提供者处，请致电 911 或当地警方或消防部门的紧急服务部。**

如果您必须前往非 *[HMO]* 医院或急诊室就诊，您或其他相关人员应尽快致电
***[800-xxx-xxxx]*** 联系 *[HMO]*，告诉我们发生了什么。

在获得急救医疗保健之前，您无需获得 *[HMO]* 或您的初级保健提供者的批准。

请记住，医院急诊室只适用于真正的急症情况。除非您的病情非常严重，否则在您去急诊室之前，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系您的医生或我们的 24 小时急救电话。如果您不了解您的疾病或受伤情况是否属于急救情况，请致电 [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.]。我们会告诉您在哪里可以获得医疗保健。**如果您在急诊室接受非急救医疗保健，您可能需要支付共付额。**

## **紧急医疗保健**

紧急医疗保健是指对需要立即就医但不需要急诊室医疗保健的疾病、受伤或病情所进行的医疗保健。比如以下一些例子：

* 瘀伤
* 轻度烧伤
* 轻度割伤
* 常见骨折
* 常见药物反应
* 不严重的出血
* 扭伤

您必须从 *[HMO]* 提供者处获得紧急医疗保健，除非我们已批准您去看非 *[HMO]* 提供者。除非事先得到 *[HMO]* 的批准，否则请勿前往医院急诊室接受紧急医疗保健。

## **专科医疗保健**

专科医生是指某一医学领域的专家。有多种类型的专家。比如以下一些示例：

* 为癌症患者提供医疗保健的肿瘤专家。
* 为心脏病患者提供医疗保健的心脏病专家。
* 为患有某些骨骼、关节或肌肉疾病的患者提供医疗保健的骨科医生。

如果您需要专家医疗保健，请联系您的初级保健提供者。大多数情况下，您需要在看专家前获得初级保健提供者和 *[HMO]* 的批准。

## **妊娠和分娩期间的医疗保健**

如果您怀孕了，请立即通知 *[HMO]* 和县或部落代理机构，以便获得所需的额外医疗保健。怀孕时没有共付额。

您必须前往 *[HMO]* 医院分娩。请与您的提供者沟通，确保您知道该去哪家医院分娩。除非您获得 *[HMO]* 批准，否则请勿前往他处分娩。您的 *[HMO]* 提供者了解您的病史，能够为您提供最好的帮助。

另外，如果您计划在怀孕的最后一个月内外出旅行，请与您的医生沟通。在怀孕的最后一个月外出旅行会增加您离家期间分娩的几率。在怀孕期间获得医生和医院的医疗保健将获得更好的分娩体验。

## **远程医疗服务**

远程医疗是指使用手机、计算机或平板电脑与医生或医疗保健提供者进行音频和视频联系。*[HMO]* 承保远程医疗服务，在此类服务中，您的提供者可以提供与现场服务相同的质量。该服务包括医生办公室就诊、精神健康或药物滥用服务、牙科咨询等。有一部分服务无法通过远程医疗获得，包括提供者需要对您进行接触或检查的服务。

您和您的提供者都必须同意远程医疗就诊。您始终有权拒绝远程医疗就诊，而选择现场就诊。如果您拒绝远程医疗服务，您的 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* 福利和医疗保健不会受到影响。如果您的医疗保健提供者仅提供远程医疗就诊，而您想要现场就诊，他们可以将您转介给另一位提供者。

*[HMO]* 及 Wisconsin Medicaid 提供者在通过远程医疗提供服务时必须遵守隐私和安全法。

## **您离家时的医疗保健**

如果您需要医疗保健，但离家太远，无法前往常规的初级保健医生或诊所处，请遵循以下规则：

* **对于真正的急症情况，请前往最近的医院、诊所或医生处。**请尽快致电
*[800-xxx-xxxx]* 联系 *[HMO]*，告诉我们发生了什么。如果您需要 Wisconsin 以外的急救医疗保健，您所在地的医疗保健提供者可以为您提供治疗并将账单发送至 *[HMO]。*如果您在 Wisconsin 以外的地区获得急救医疗保健，您可能需要支付共付额。如果您收到 Wisconsin 以外地区的服务账单，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系客户服务部。
* **对于离家时的紧急或常规医疗保健，您必须获得 *[HMO]*** **的批准才能前往其他医生、诊所或医院处。** 这包括那些离开家跟父母或亲戚呆在一起的孩子。请致电 ***[800-xxx-xxxx]*** 与我们联系，以获得前往其他医生、诊所或医院处的批准。
* **如需在美国境外获得急救或常规医疗保健，请先致电 *[HMO]*。***[HMO]* 不承保在美国、加拿大和墨西哥境外提供的任何服务。包括急救服务。如果您在加拿大或墨西哥时需要急救服务，*[HMO]* 只承保其银行位于美国的医生或医院提供的服务。如果提供者的银行位于美国，*[HMO]* 也可能承保其他服务。如果您在美国境外获得任何急救服务，请致电 *[HMO]*。

# 什么时候可以向您收取服务费用

## **承保和不承保的服务**

通过 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]，*对于承保服务，除规定的共付额外，您无需支付其他费用。

在以下情况下，您可能需要支付全部服务费用：

* 该服务不在承保范围内 *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI].*
* 您需要获得初级保健提供者或 *[HMO]* 的服务批准，但在获得服务之前未获得批准。
* *[HMO]* 确定该服务对您无医疗必要性。医疗必要性服务是指诊断或治疗病情、疾病、病伤或症状所需的经批准的服务或用品。
* 您接受了 *[HMO]* 网络外提供者提供的非紧急服务。或者您接受了不接受您的 ForwardHealth 卡的提供者所提供的非紧急服务。

如果您愿意支付费用，您可以要求提供非承保服务。您必须与您的提供者制定书面付款计划。提供者向您收取的费用不得超过其非承保服务的常规收费。

**如果您对收到的服务账单有异议，请致电 *[800-xxx-xxxx]*。**

## **共付额**

根据 BadgerCare Plus 和 Medicaid SSI的规定，*[HMO]* 及其提供者可能会向您收取共付额。共付额是指您为承保的医疗保健服务支付的固定金额。*[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* 会员的共付额通常为 3 美元或更低。以下会员**无**需支付共付额：

* 养老院居民
* 接受临终关怀的晚期绝症会员
* 孕妇
* 19 岁以下的会员
* 被寄养或收养的儿童
* 18 岁时被寄养的青年。他们在 26 岁之前无需支付任何共付额。
* 通过快速登记加入的会员
* 美裔印第安人或阿拉斯加土著原住民居、原住民居的子女或孙辈，或任何可以获得印第安人健康服务（Indian Health Services）的人员。无论年龄和收入如何。这适用于从 印第安健康服务（Indian Health Services）提供者或 购买和转介医疗保健（Purchase and Referred Care）计划获得物品和服务的情况。

#  由 *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 所承保的服务

[Note to HMO: Information you provide for these sections must be approved by the Department of Health Services. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

*[HMO]* 提供 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* 下最具有医疗必要性的承保服务。有关 *[HMO]* 所承保服务的更多信息，请参阅第 *[xx]* 页 *[HMO]* *承保的服务*。

部分服务由 ForwardHealth 所承保。如需了解有关这些服务的更多信息，请参阅第 *[xx]* 页 *ForwardHealth* *承保的服务*。

部分服务需要**事先授权**。事先授权是对服务或处方的 书面批准。在获得服务或开处方前，您可能需要获得 *[HMO]* 或 ForwardHealth 的事先授权。

|  |  |
| --- | --- |
| 服务  | *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* 的承保范围 |
| 流动手术中心医疗保健  | *[Add coverage policy]* |
| 行为（自闭症）治疗服务 | 全额承保（经事先授权）。 无共付额**\*由 ForwardHealth 承保。使用您的 ForwardHealth 卡获取此服务** |
| 脊椎按摩治疗服务 | 全额承保。共付额：每项服务 0.5-3 美元**\*由 ForwardHealth 承保。使用您的 ForwardHealth 卡获取此服务。**  |
| 牙科服务 | *[If covered by HMO insert applicable information]**[If not covered by HMO insert the following:]*全额承保。共付额：每项服务 0.5-3 美元**\*由 ForwardHealth 承保。使用您的 ForwardHealth 卡获取此服务**\*请参阅第 *[xx]* 页的其他信息 |
| 一次性医疗用品 | *[Add coverage policy]* |
| 药物（处方药和非处方） | 承保仿制药和品牌处方药以及部分非处方药。共付额：非处方药 0.50 美元仿制药 1 美元品牌药 3 美元每位会员、每位提供者每月的共付额限制为 12 美元。非处方药不计入 12 美元限额中。每月最多五次阿片类药物处方补充。\***由 ForwardHealth 承保。使用您的 ForwardHealth 卡获取药物** |
| 耐用医疗设备 | *[Add coverage policy]* |
| 为儿童进行 HealthCheck 筛查 | *[Add coverage policy]*\*请参阅第 *[xx]* 页的其他信息 |
| 听力服务 | *[Add coverage policy]* |
| 家庭护理服务 | *[Add coverage policy]* |
| 临终关怀 | *[Add coverage policy]* |
| 医院服务：住院 | *[Add coverage policy]* |
| 医院服务：门诊 | *[Add coverage policy]* |
| 医院服务：急诊室 | *[Add coverage policy]* |
| 精神健康和药物滥用治疗 | *[Add coverage policy]*\*请参阅第 页的其他信息 *[xx]* |
| 养老院服务 | *[Add coverage policy]* |
| 医生服务 | *[Add coverage policy]* |
| 足科服务 | *[Add coverage policy]* |
| 产前/产妇护理 | *[Add coverage policy]* |
| 生殖和计划生育服务 | *[Add coverage policy]*\*请参阅第 页的其他信息 *[xx]* |
| 常规眼科服务 | *[Add coverage policy]*\*部分限制适用。致电客户服务部了解更多信息。  |
| 治疗：物理治疗、职业治疗、言语和语言治疗 | *[Add coverage policy]* |
| 交通：救护车、专用机动车、普通运输工具 | 全额承保往返于承保服务提供者的急症和非紧急交通。共付额：非紧急救护车出行的共付额为 2 美元专用机动车运输每次出行的共付额为 1 美元普通运输工具或急救车无共付额\*请参阅第 页的其他信息 *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# 由 *[HMO]* 所承保的服务

## **精神健康和药物滥用服务**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

*[HMO]* 为所有会员提供精神健康和药物滥用（药物和酒精）服务。如果您需要这些服务，请致电 [Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate]。如果您需要即时帮助，您可以致电危机热线 *[800-xxx-xxxx]* 或我们的 24 小时护士热线 *[800-xxx-xxxx]*，该热线每周七天全天开放。

*[HMO]* 提供的所有服务均为私人服务。

## **计划生育服务**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

*[HMO]* 为包括 18 岁以下人员在内的所有会员提供私人计划生育服务。如果您不想与您的初级保健提供者谈论计划生育，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 与我们的客户服务部联系。我们将帮助您在初级保健提供者之外另选一名 *[HMO]* 计划生育提供者。

我们鼓励您从 *[HMO]* 提供者处获取计划生育服务。这样我们能够更好地协调您的所有医疗保健。不过，您也可以前往任何接受您的 ForwardHealth 卡的计划生育诊所，即使该诊所不在 *[HMO]* 提供者网络内。

## **HealthCheck 服务**

HealthCheck 承保 21 岁以下会员的健康体检。HealthCheck 检查又称“健康儿童体检”，是指儿童或青少年在身体健康时接受的医生就诊。医生会提出问题并对孩子进行检查。这样做是为了确保您的孩子健康，并采取正确的措施保持健康。此时是您或您的孩子提出健康问题的好时机。HealthCheck 还对孩子在 HealthCheck 检查中发现的任何问题的治疗提供承保。

HealthCheck 有以下三个目的：

1. 为 21 岁以下会员发现和治疗健康问题。
2. 为 21 岁以下会员分享有关特殊健康服务的信息。
3. 使 21 岁以下会员有资格享受一些其他情况下不承保的医疗保健服务。

HealthCheck 检查包括：

* 适龄免疫接种（注射）
* 血液和尿液化验
* 1 岁开始的牙科检查，并提供牙医转诊
* 健康与发育史
* 听力检查
* 全身体检
* 针对 1 岁和 2 岁儿童以及从未进行过血铅化验的 6 岁以下儿童的血铅化验
* 视力检查

如需预约 HealthCheck 检查或了解更多信息，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系我们的客户服务部。

如果您需要乘车往返于 HealthCheck 检查点，请致电 866-907-1493（或 TTY 800-855-2880）联系 Wisconsin 的 非紧急医疗交通（non-emergency medical transportation, NEMT）经理以安排乘车。

## **牙科服务**

[Note to HMO: Use the first statement below if you provide dental services. Use the second statement if you do not provide dental services. If you provide dental services in only part of your service area, use both statements and list the appropriate counties with each statement.]

[Statement 1- if HMO covers dental in Milwaukee, Kenosha, Ozaukee, Racine, Washington, or Waukesha counties]

*[HMO]* 通过 *[Dental Benefit Manager]* 提供所有承保的牙科服务。您必须去看 *[HMO or Dental Benefit Manager]* 牙医。请参阅提供者名录或致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系我们的客户服务部，了解您要看的 *[HMO or Dental Benefit Manager]* 牙医的姓名。

**您有权在提出常规牙科预约请求后 90 天内就诊**。如果您在 90 天内无法获得牙科预约就诊，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系 *[HMO]*。

如果您需要往返牙医诊所的乘车帮助，请致电 866-907-1493（或 TTY 711）联系 Wisconsin 的 非紧急医疗交通（non-emergency medical transportation, NEMT）经理。他们可以帮助您乘车。

**如果您有牙科急诊情况，您有权在提出预约请求的 24 小时内接受治疗**。牙科急诊是指严重的牙齿疼痛、肿胀、发烧、感染或牙齿受伤。如果您正遇到牙科急诊情况：

* 如果您已经有一名 *[HMO/DBM]* 牙医：
* 致电该牙医诊所。
* 告知该牙医诊所您或您的孩子有牙科急诊情况。
* 告知该牙医诊所具体的牙齿问题是什么。比如严重的牙痛或脸部肿胀等情况。
* 如果您需要往返牙科诊所的乘车帮助，请致电我们。
* 如果您目前没有 *[HMO/DBM]* 牙医：
* 致电 [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]。告诉我们您或您的孩子有牙科急诊情况。我们可以帮助您获得牙科服务。
* 请告诉我们您是否需要往返牙医诊所的乘车帮助。

[Statement 2- for all other counties]

牙科服务在您的承保范围内。您可以从接受您的 ForwardHealth 卡且已注册 Medicaid 的提供者处获得承保的牙科服务。如需查找已注册 Medicaid 的提供者：

1. 访问 [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. 点击页面中间的 会员（Members）链接或图标。
3. 向下滚动并点击 资源（Resources）选项卡。
4. 点击 查找提供者（Find a Provider）链接。
5. 在 计划（Program）下，选择 BadgerCare/Medicaid。

或者，您可以致电 800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。

**您有权在提出常规牙科预约请求后 90 天内就诊**。如果您在 90 天内无法获得牙科预约就诊，请致电 800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。

如果您需要往返牙医诊所的乘车帮助，请致电 866-907-1493（或 TTY 711）联系 Wisconsin 的 非紧急医疗交通（non-emergency medical transportation, NEMT）经理。他们可以帮助您乘车。

**如果您有牙科急诊情况，您有权在提出预约请求的 24 小时内接受治疗**。牙科急诊是指严重的牙齿疼痛、肿胀、发烧、感染或牙齿受伤。如果您正遇到牙科急诊情况：

* 如果您已经有一名 ForwardHealth 牙医：
* 致电该牙医诊所。
* 告知该牙医诊所您或您的孩子有牙科急诊情况。
* 告知该牙医诊所具体的牙齿问题是什么。比如严重的牙痛或脸部肿胀等情况。
* 如果您需要往返牙科诊所的乘车帮助，请致电 866-907-1493 联系 NEMT 经理，或致电 800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。
* 如果您目前没有 ForwardHealth 牙医：
* 致电 800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。告诉他们您或您的孩子有牙科急诊情况。他们可以帮助您获得牙科服务。
* 请告诉他们您是否需要往返牙医诊所的乘车帮助。

# 由 ForwardHealth 所承保的服务

[Note to HMO: Insert Dental services in this section if not covered by HMO]

## **行为（自闭症）治疗服务**

行为治疗服务是由 *[BadgerCare Plus]* 承保的服务。行为治疗服务用于治疗自闭症。您可以从接受您的 ForwardHealth 卡且已注册 Medicaid 的提供者处获得自闭症治疗服务。如需查找已注册 Medicaid 的提供者：

1. 访问 [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. 点击页面中间的 会员（Members）链接或图标。
3. 向下滚动并点击 资源（Resources）选项卡。
4. 点击 查找提供者（Find a Provider）链接。
5. 在 计划（Program）下，选择 BadgerCare/Medicaid。

或者，您可以致电800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。

## **脊椎按摩治疗服务**

脊椎按摩治疗服务由 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* 承保。您可以从接受您的 ForwardHealth 卡且已注册 Medicaid 的提供者处获得脊椎按摩治疗服务。如需查找已注册 Medicaid 的提供者：

1. 访问 [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. 点击页面中间的 会员（Members）链接或图标。
3. 向下滚动并点击 资源（Resources）选项卡。
4. 点击 查找提供者（Find a Provider）链接。
5. 在 计划（Program）下，选择 BadgerCare/Medicaid。

或者，您可以致电 800-362-3002 联系 ForwardHealth 会员服务部。

## **交通服务**

您可以通过 Wisconsin NEMT 经理获得 非紧急医疗交通（non-emergency medical transportation, NEMT）服务。NEMT 经理为无法通过其他方式前往的会员提供前往接受承保服务的乘车安排并支付相关费用。NEMT 包括以下乘车方式：

* 公共交通工具，如城市公共汽车
* 非紧急情况下的救护车
* 专门的医用车辆
* 其他类型的车辆，取决于会员的医疗和交通需求

如果您有车并且可以自己开车前往服务点，但付不起油费，您可能有资格获得里程报销（油费）。

您必须在预约时间前至少两个工作日安排常规乘车。您可以在周一至周五上午 7:00 至下午 6:00 致电 866-907-1493 （或 TTY 711）联系 NEMT 经理。您也可以安排紧急就诊乘车。紧急就诊将在三小时或更短时间内获得乘车服务。

## **药房福利**

您可以从 *[HMO Name]* 提供者、专家或牙医处获得处方。您可以在任何接受您的 ForwardHealth 卡的药房购买承保的处方药和某些非处方药。

您的承保药物可能有共付额或限制。如果您无法承担共付额，您仍然可以获得您的处方药。

如果您对 *[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* 承保的药物或药物共付额有任何疑问，请致电 800-362-3002 联系ForwardHealth 会员服务部。

# *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]* 未承保的服务

以下服务不在 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* 承保范围内：

* 非医疗必要性的服务
* 当需要批准时，未经 *[HMO]* 或您的初级保健提供者批准的服务
* 正常生活费用，如租金或房贷、食品、水电、娱乐、服饰、家具、家居用品和保险
* 实验或美容服务或程序
* 不孕治疗或服务
* 自愿绝育逆转
* 22-64 岁的成员在机构设施中接受精神健康住院治疗，除非提供少于 15 天的治疗而非传统治疗
* 食宿

# 替代服务或机构

*[HMO]* 可能承保 Wisconsin Medicaid 通常不承保的部分服务或医疗机构。这些服务称为“替代”服务或机构。

以下替代服务或机构在 BadgerCare Plus 或 Medicaid SSI 的承保范围内：

* 在 精神疾病机构（institute of mental disease, IMD）为 22-64 岁的人员提供每月不超过 15 天的精神健康住院服务。
* 亚急性社区临床治疗（短期精神健康住宿服务）。

“替代”服务或机构是否适合您由团队共同决定。*[HMO]* 将与您和您的提供者合作，帮助您做出最佳选择。**您有权选择不参加这些机构或治疗。**

# 获得第二诊疗意见

如果您不同意医生的治疗建议，您可以获得第二诊疗意见。请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系您的提供者或我们的客户服务部了解相关信息。

# 医疗保健管理（协调）

作为 *[HMO]* 会员，您有权使用医疗保健管理团队。医疗保健管理是为 *[HMO]* 会员提供的免费服务。它将帮助您确定并实现您的健康和福祉目标。医疗保健管理团队还会为您与提供者、社区服务和社会支持建立联系。

当您注册我们的计划时，您将收到一封外展信函或接到电话，以讨论您独特的健康需求。请做出答复，这一点很重要，这样我们才能知道如何最好地满足您的需求。您也可以直接致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系医疗保健管理团队。

您的医疗保健经理还可以帮助您从医院或其他医疗机构过渡到家中。如果您已住院，请致电 *[insert phone number or other instructions]* 联系您的医疗保健经理。

# 填写预前指示、生前预嘱或 医疗保健授权书 (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

如果您无法自己做决定，您有权就您想做的决定给出指示。有些情况下，由于事故或严重疾病，人们无法为自己做出医疗保健决定。在这些情况下，您有权表达出您的想法。这意味着您可以制定“预前指示”。

预前指示有不同的类型和不同的名称。名为“生前遗嘱”和“医疗保健授权书（power of attorney for health care）”的文件是预前指示的示例。

您可以决定是否需要预前指示。您的提供者会解释如何制定和使用预前指示。但是，他们不能强迫您制定。或者，如果您未制定，他们不能区别对待您。

如果您想了解更多有关预前指示的信息，请联系您的医疗保健提供者。您也可以在 Wisconsin 卫生服务部（Department of Health Service, DHS）网站上找到预前指示表格，网址为 [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm).

如果您的预前指示、生前预嘱或医疗保健授权书未得到遵守，您有权向 DHS 质量保证部（Division of Quality Assurance）提出申诉。您可以致电 800-642-6552 向 DHS 质量保证部（Division of Quality Assurance）寻求提交申诉方面的帮助。

# 新的治疗与服务

*[HMO]* 有一个审查新类型服务和治疗的过程。作为审查过程的一部分，*[HMO]* 会：

* 审查科学研究和护理标准，以确保新的治疗或服务的安全性和有效性。
* 了解政府是否对治疗或服务进行了批准。

[Note to HMO: Include additional language in this section for any plan specific policies and procedures related to review of new technologies or treatments.]

# 其他保险

告知您的提供者除了*[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* 之外您是否还有其他保险。您的提供者必须在开具 *[HMO]* 账单之前为您的其他保险开具账单。如果您的 *[HMO]* 提供者不接受您的其他保险，请致电 800-291-2002 联系 HMO 登记专员。他们可以告诉您如何同时使用这两种保险计划。

# 如果搬家

如果您打算搬家，请联系您所在县或部落的代理机构。如果您搬到另一个县，您还必须联系新县或部落代理机构，以更新您的 BadgerCare Plus 或 Medicaid SSI 资格。

如果您搬出了 *[HMO]* 服务区，请致电 800-291-2002 联系 HMO 登记专员。他们将帮助您选择一个新的 HMO，在您的新所在地为您提供服务。

# MEDICAID 承保范围的变更

如果您从 ForwardHealth 或 *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO 转到了新的 *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO，则您有权：

* 继续前往您当前的提供者处接受长达 90 天的当前服务。请在登记时致电您的新 HMO，让他们知道谁是您的提供者。如果该提供者在 90 天后仍不在 HMO 网络中，您将需要选择 HMO 网络中的新提供者。
* 获得所需的服务，以避免严重的健康风险或住院治疗。

如需了解有关承保范围变更的更多信息，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系 *[HMO]* 客户服务部。

# HMO 豁免

*[HMO]* 是一个 健康维护组织（health maintenance organization, HMO）。HMO 是提供所选提供者服务的保险公司。

一般来说，您必须在一家 HMO 登记才能通过 BadgerCare Plus 和 Medicaid SSI 获得医疗保健福利。HMO 豁免意味着您无需加入 HMO 即可获得 BadgerCare Plus 或 Medicaid SSI 福利。大多数豁免只授予较短的期限。通常是为了让您在登记 HMO 之前完成一个疗程。如果您认为您需要 HMO 登记豁免，请致电 800-291-2002 联系 HMO 登记专员了解更多信息。

# 提出申诉或上诉

## **申诉**

**什么是申诉？**

如果您对我们的计划或提供者不满，您有权提出申诉。申诉是指对 *[HMO]* 或网络提供者的任何投诉，与 *[HMO]* 对您的医疗保健服务做出的决定无关。您可能会对诸如服务或医疗保健的质量、提供者或员工的粗鲁行为以及不尊重您作为会员的权利等问题提出申诉。

**谁可以提出申诉？**

您可以提出申诉。获授权代表、法定决策者或提供者也可以为您提出申诉。如果获授权代表或提供者为您提出申诉，我们将联系您以获得您的许可。

**何时可以提出申诉？**

您（或您的代表）可以随时提出申诉。

**如何向 *[HMO]* 提出申诉？**

如有申诉，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系 *[HMO]* 会员维权专员，或按以下地址写信给我们：

*[HMO Name and Mailing Address]*

如果您向 *[HMO]* 提出申诉，您将有机会亲自向 *[HMO]* 的 申诉和上诉委员会（Grievance and Appeal Committee）提出申诉。自收到申诉之日起，*[HMO]* 将有 30 天的时间向您提供解决申诉的裁决。

**谁可以帮助我提出申诉？**

*[HMO]* 的会员维权专员将与您合作以解决问题或帮助您提出申诉。

如果您想与 *[HMO]* 以外的人员就此问题进行沟通，您可以致电 800-760-0001 联系 Wisconsin HMO 监察员（Ombuds）计划。监察员（Ombuds）计划也许能够帮助您解决问题，或向 *[HMO]* 撰写正式申诉。如果您参加了 Medicaid SSI 计划，您也可以致电
800-928-8778 联系 SSI 外部维权专员寻求提交申诉方面的帮助。

**如果我不同意 *[HMO]* 的答复应该怎么办？**

如果您不同意 *[HMO]* 对您的申诉所做出的答复，您可以要求Wisconsin 卫生服务部（Department of Health Services）(DHS) 对您的申诉进行审查。

**写信至：** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**或致电：** 800-760-0001

**如果我提出申诉，我是否会受到不同的待遇？**

您不会因为提出投诉或申诉而受到与其他会员不同的待遇。您的医疗保健和福利不会受到影响。

## **上诉**

**什么是上诉？**

如果您对 *[HMO]* 的决定感到不满，您有权提出上诉。上诉是指请求 *[HMO]* 审查影响您服务的裁决。这些裁决被称为**不利福利裁定**。

**不利福利裁定**是指以下任意情况：

* *[HMO]* 计划停止、暂停或减少您目前正在获得的服务。
* *[HMO]* 决定拒绝您要求的服务。
* *[HMO]* 决定不为服务付费。
* *[HMO]* 要求您支付一笔您认为不应该支付的费用。
* *[HMO]* 决定拒绝您从非网络提供者处获得服务的请求，即使您住在只有一个 HMO 的农村地区。
* *[HMO]* 未能及时安排或提供服务。
* *[HMO]* 未能在规定的时间内解决您的申诉或上诉。

如果您收到不利福利裁定，*[HMO]* 将给您寄送信函。

**谁可以提出上诉？**

您可以提出上诉。获授权代表、法定决策者或提供者也可以为您提出上诉。如果获授权代表或提供者请求为您提出上诉，我们将联系您以获得您的许可。

**我何时可以提出上诉？**

您（或您的代表）必须在收到描述不利福利裁定的信函之日起 60 天内提出上诉。

**如何向 [HMO] 提出上诉？**

如果您想对不利福利裁定提出上诉，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系 *[HMO]* 会员维权专员，或按以下地址写信：

*[HMO Name and Mailing Address]*

如果您向 *[HMO]* 提出申诉，您将有机会亲自向 *[HMO]* 的 申诉和上诉委员会（Grievance and Appeal Committee）提出上诉。一旦您请求上诉，*[HMO]* 将有 30 个日历日的时间为您做出裁决。

**如果我等不到 30 天的裁决怎么办？**

如果您或您的医生认为等待 30 天会严重损害您的健康或日常活动的能力，您可以请求快速上诉。如果 *[HMO]* 同意您快速上诉的需求，您将在 72 小时内获得裁决。

**谁可以帮助我提出上诉？**

如果您需要撰写上诉请求方面的帮助，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系 *[HMO]* 会员维权专员。

如果您想与 *[HMO]* 以外的人员进行交谈，您可以致电 800-760-0001 联系 BadgerCare Plus 和 Medicaid SSI 监察员（Ombuds）。如果您参加了 Medicaid SSI 计划，您也可以致电 800-708-3034 联系 SSI 外部维权专员寻求上诉方面的帮助。

**我是否能在上诉期间继续获得服务？**

如果 *[HMO]* 决定停止、暂停或减少您目前获得的服务，您有权在上诉期间要求继续获得服务。您必须在特定时间内（以较晚者为准）通过邮件、传真或电子邮件发送您的请求：

* 在 *[HMO]* 计划停止或减少您的服务之日或之前
* 在收到您的服务将减少的通知后 10 天内

如果 *[HMO]* 对您的上诉的裁决对您不利，您可能需要向 *[HMO]* 偿还在上诉过程中所获服务的费用。

**如果我提出上诉，我是否会受到不同的待遇？**

您不会因为提出上诉而受到与其他会员不同的待遇。您的医疗保健质量和其他福利不会受到影响。

**如果我不同意 *HMO* 对我的上诉做出的裁决该怎么做？**

如果您不同意 *[HMO]* 对您的上诉做出的裁决，您可以向 Wisconsin 听证和上诉处（Division of Hearing and Appeals） 请求举行公平听证会。在下文了解更多有关公平听证会的信息。

## **公平听证会**

**什么是公平听证会？**

公平听证会是指您居住所在县的 行政法官（Administrative Law Judge）对 *[HMO]* 对您的上诉做出的裁决进行审查。**必须向 *[HMO]* 提出上诉后才能请求举行公平听证会。**

**我何时能请求举行公平听证会？**

您必须在收到 *[HMO]* 对您的上诉做出的书面裁决之日起 90 天内请求举行公平听证会。

**我如何请求举行公平听证会？**

如果您希望举行公平听证会，请向以下机构发送书面请求：

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

您有权派代表出席听证会，您可以带朋友来帮助您。如果您需要残疾情况或语言翻译方面的特殊安排，请致电 608-266-7709。

**谁能帮助我请求举行公平听证会？**

如果您在撰写公平听证会请求方面需要帮助，请致电 800-760-0001 联系 BadgerCare Plus 和 Medicaid SSI 监察员（Ombuds）。如果您参加了 Medicaid SSI 计划，您也可以致电 800-708-3034 联系 SSI 外部维权专员寻求帮助。

**在公平听证会期间，我是否能继续获得服务？**

如果 *[HMO]* 决定停止、暂停或减少您目前获得的服务，您有权在 *[HMO]* 上诉和公平听证会期间要求继续获得服务。即使您已在 *[HMO]* 上诉期间请求继续提供服务，您也必须在公平听证期间请求继续提供服务。您必须在特定时间内（以较晚者为准）通过邮件、传真或电子邮件发送您的请求：

* 在 *[HMO]* 计划停止或减少您的服务之日或之前
* 在收到您的服务将减少的通知后 10 天内

如果行政法官的裁决对您不利，您可能需要向 *[HMO]* 偿还在上诉过程中所获服务的费用。

**如果我请求举行公平听证会，我是否会受到不同的待遇？**

您不会因为请求举行公平听证会而受到与其他会员不同的待遇。您的医疗保健质量和其他福利不会受到影响。

# 您的权利

1. **您有权以适合自己的方式获取信息。包括以下权利：**
* 在接受任何 *[BadgerCare Plus, Medicaid SSI]* 承保服务期间，您都有口译员陪同的权利。
* 获取其他语言或格式的本会员手册的权利。
1. **您有权获得有尊严、受尊重和公平的对待，且您的隐私受到保护。包括以下权利：**
* 您不受歧视的权利。*[HMO]* 必须遵守保护您免受歧视和不公平待遇的法律*。[HMO]* 为所有符合条件的会员提供承保服务，不论以下状态如何：
	+ 年龄
	+ 肤色
	+ 残疾
	+ 民族血统
	+ 种族
	+ 性别
	+ 宗教信仰
	+ 性取向
	+ 性别认同

所有具有医疗必要性的承保服务均可提供，并将以同样的方式提供给所有会员。与 *[HMO]* 有关的所有个人或组织，如果转介或推荐会员接受服务，应以同样的方式对待所有会员。

* 您免受任何形式的用于强迫、惩戒、便利或报复的约束或隔离的权利。这意味着您有权不受约束或被迫独处，以迫使您以某种方式行事、惩罚您或被他人所用。
* 隐私权。*[HMO]* 必须遵守保护您个人和健康信息隐私的法律。有关更多信息，请参阅 *[HMO]* 的 隐私惯例通知（Notice of Privacy Practices）。
1. **您有权获得联邦和州法律规定的医疗保健服务。包括以下权利：**
* 在需要时随时获得和使用承保服务的权利。在医学上合适的情况下，必须每周 7 天、每天 24 小时提供服务。
1. **您有权对您的健康护理做出决定。包括以下权利：**
* 获得有关治疗方案的信息的权利，无论费用或福利范围如何。
* 接受或拒绝医疗或外科治疗，并参与您的医疗保健决定的权利。
* 在无法表达自己的意愿的情况下对您未来可能获得的医疗保健类型做出计划和指示的权利。您可以通过填写**预前指示**、**生前预嘱**或 **医疗保健授权书（power of attorney for health care）**做出决定。更多信息请参阅第 *[xx]* 页“填写预前指示、生前预嘱或医疗保健授权书”。
* 在不同意提供者治疗建议的情况下，获得第二意见的权利。有关如何获得第二意见的更多信息，请致电客户服务部。
1. **您有权了解我们的提供者以及 *[HMO]* 使用的任何医生激励计划的相关情况。包括以下权利：**
* 您询问 *[HMO]* 是否与我们的医生有特殊财务安排（医生激励计划）（这可能会影响转诊和其他您可能需要的服务的使用）的权利。如需获得此类信息，请致电 *[800-xxx-xxxx]* 联系我们的客户服务部，询问有关医生付款安排的信息。
* 索取 *[HMO]* 提供者信息的权利，包括提供者的教育背景、专科认证和重新认证。如需获取此类信息，请致电联系我们的客户服务部，电话为
*[800-xxx-xxxx]*.
1. **您有权向您的提供者索取您的医疗记录副本。**
* 如果您的医生同意，您可以更正医疗记录中不准确的信息。
* 请致电 *[800-xxx-xxxx]* 寻求帮助，请求对您的医疗记录进行复印或更改。
请注意，医疗记录复印可能需要付费。
1. **您有权了解由于道德或宗教异议而无法通过 [HMO] 获得的任何 Medicaid 承保的福利。包括以下权利：**
* 了解如何使用您的 ForwardHealth 卡通过FowardHealth 获得这些服务的权利。
* 如果 *[HMO]* 因道德或宗教异议不对您所需的服务进行承保，您有权退出 *[HMO]*。
1. **如果您对自己的医疗保健或服务不满意，您有权提出投诉、申诉或上诉。
包括以下权利：**
* 如果您对 *[HMO]* 对您的上诉做出的裁决不满意，或者 *[HMO]* 未及时回应您的上诉，您有请求举行公平听证会的权利。
* 如果您对 *[HMO]* 对您的申诉做出的裁决不满意，或者 *[HMO]* 未及时回应您的申诉，您要求 卫生服务部（Department of Health Services）进行申诉审查的权利。
* 有关如何提交申诉、上诉或公平听证的更多信息，请参阅第 *[xx]* 页“提交申诉或上诉”。
1. **您有权接收有关 [HMO]、其服务、从业人员、提供者以及会员权利和责任的信息。包括以下权利：**
* 在变更生效日期前至少 30 天向 *[HMO]* 了解任何重大变更的权利。
1. **您有权自由行使您的权利，而不受 *[HMO]* 及其网络提供者的不利对待。
包括以下权利：**
* 就 *[HMO]* 的会员权利和责任政策提出建议的权利。

# 您的责任

* **您有责任向 *[HMO]* 及其提供者提供医疗保健所需的信息。**
* **您有责任让 *[HMO]* 知晓如何最好地与您联系和沟通。您有责任回复 *[HMO]* 的来函。**
* **您有责任遵循您与提供者商定的医疗保健计划和指示。**
* **您有责任了解您的健康问题，并与您的提供者一同参与治疗目标的制定。**

# 终止您的 *[HMO]* 会员资格

**在登记 HMO 的前 90 天内，您可以出于任何原因更换 *[HMO]*。**前 90 天后，您将在接下来的九个月里被“锁定”在 *[HMO]* 登记中。只有在“锁定”期结束后，您才能更换 HMO，除非您终止 *[HMO]* 会员资格的原因为以下所述的原因之一：

* 如果 Wisconsin 卫生服务部（Department of Health Service, DHS）对 HMO 实施制裁或临时条件，您有权无理由更换 *[HMO]*。
* 在以下情况下，您有权随时终止您的 *[HMO]* 会员资格：
	+ 您搬出 *[HMO]* 服务区。
	+ 出于道德或宗教异议，*[HMO]* 未承保您想要的服务。
	+ 您需要同时执行一项或多项服务，但无法在提供者网络中获得所有服务。如果您的提供者确定单独获得此项服务可能会使您面临不必要的风险，则适用此项规定。
	+ 其他原因，包括医疗保健质量差、无法获得承保的服务，或者无法获得在满足您的医疗保健需求方面经验丰富的提供者。

如果您选择更换 HMO 或完全退出 *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* 计划，您必须继续通过 *[HMO]* 获得医疗保健服务，直到您的会员资格终止。

有关如何更换 HMO 或完全退出 *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* 的更多信息，请致电800-291-2002 联系 HMO 登记专员。

# 欺诈和滥用

如果您怀疑 Medicaid 计划存在欺诈或滥用，您可以对其进行举报。请访问：[www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/).