



# 會員手冊

您需要知道的福利資訊

## CareAdvantage

Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

H6019\_EOC\_2024\_M

Last Updated: 09/28/2023

## Our CareAdvantage Unit Is Available to Help You

Call us at **1-866-880-0606** (toll free) or **650-616-2174**

Hearing Impaired: TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**.

- Call Center Hours are Monday through Sunday  
8:00 a.m. to 8:00 p.m.
- Office Hours are Monday through Friday 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

### Large-print Request

If you would like a large-print copy of this book, please call the CareAdvantage Unit.

### Privacy Statement

Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your medical record. For questions and more information, please call the CareAdvantage Unit.

## Nuestro Departamento de CareAdvantage está a su disposición para ayudarle

Llámenos al **1-866-880-0606** (número telefónico gratuito) o al

**650-616-2174**. Miembros con dificultades auditivas:

TTY **1-800-855-3000** o marque el **7-1-1**.

- El horario de nuestro centro de atención telefónica es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- El horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

### Solicitud de impresión en caracteres grandes

Si desea un ejemplar de este manual en letra grande, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

### Declaración de privacidad

Health Plan of San Mateo asegura la privacidad de su expediente médico.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

## 我們的 CareAdvantage Unit 為您提供協助

請撥打我們的電話**1-866-880-0606**(免費)

或 **650-616-2174**。有聽力障礙者:

TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

- 電話中心服務時間是週一至週日  
上午8:00 至晚上 8:00。
- 辦公室的服務時間是週一至週五  
上午 8:00 至下午 5:00。

### 大字版需求

若需要本手冊的大字版，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

### 隱私權聲明

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 致力保障您的病歷穩私權。

如有疑問且需要更多資訊，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

## Handa kayong Tulungan ng aming Yunit para sa mga Serbisyo sa mga Miyembro

Tawagan kami sa **1-866-880-0606** (walang bayad) o

sa **650-616-2174**. May Kapansanan sa Pandinig:

TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.

- Bukas ang aming mga call center mula Lunes hanggang  
Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Bukas ang aming opisina mula Lunes hanggang Biyernes,  
8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

### Humiling ng Libro na Malalaki ang Pagkakalimbag ng mga Letra

Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki ang mga letra sa pagkakalimbag, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

### Pahayag sa Pagiging Pribadong ng Impormasyon

Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang katanungan at impormasyon, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

## Сотрудники нашего подразделения CareAdvantage Unit готовы вам помочь

Звоните нам по номеру **1-866-880-0606** (бесплатно) или по

номеру **650-616-2174**. Для участников с нарушением слуха:

телетайп (TTY) **1-800-735-2929** или **7-1-1**.

- Наш центр обработки звонков работает  
с 8:00 до 20:00 без выходных.
- Наши часы работы: с 8:00 до 17:00  
с понедельника по пятницу.

### Если нужен крупный шрифт

Если вы хотели бы получить экземпляр данного справочника, набранный крупным шрифтом, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

### Заявление о соблюдении конфиденциальности

Health Plan of San Mateo гарантирует обеспечение конфиденциальности вашей медицинской документации. Если у вас возникли вопросы или вам требуется дополнительная информация, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

# CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP) 會員手冊

2024 年 1 月 1 日 – 2024 年 12 月 31 日

## CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP) 提供的健康與藥物承保服務

CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP) 是一項健康計劃，與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 都有合約關係，專為入會者提供這兩項計劃的福利服務。申請註冊加入 CareAdvantage 計劃是取決於本計劃是否已續約。

### 《會員手冊》簡介

本《會員手冊》(也稱《承保說明》)將為您介紹截至 2024 年 12 月 31 日為止，本計劃為您提供的保險。內容將會解釋健康護理服務、行為健康 (精神健康和藥物使用失調) 服務、處方藥承保以及長期服務及支援。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》**第 12 章**以英文字母順序排列顯示。

此文件為重要法律文件。請妥善保存。

在本《會員手冊》中，「我們」、「我們的」、「本計劃」、「我們的計劃」或「CareAdvantage」是指 CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP)。

本文件有免費的英文、西班牙文、中文和他加祿文版本。

您可以致電 CareAdvantage 部門免費索取本文件其他形式的版本，如大字版、點字版及/或錄音版，電話號碼列於本頁頁底。該電話為免費服務。

若您現在及以後想取得英文以外語言和/或其他格式的資料，請致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。該電話為免費服務。或寫信至電子郵件地址：[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)。或寄送書面申請至：

Health Plan of San Mateo  
CareAdvantage Unit  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

您的首選語言和格式將記錄在檔案中，供將來郵寄資料時使用，而不必每次提出要求。若想更改或取消您的首選偏好，請聯絡 CareAdvantage 部門。

所有會員資料也可上網查詢：[www.hpsm.org/member/resources](http://www.hpsm.org/member/resources)。

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



我們提供免費口譯員服務，可回答您對我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員服務，請撥打 1-866-880-0606 與我們聯絡。有會說中文的人可協助您。這是免費服務。

مترجم لطلب. الدوائية أو الصحية خطتنا حول ذهنك في تدور قد أسئلة أي عن للإجابة المجانية الفورية الترجمة خدمة لدينا وفرتت مجانية خدمة هذه. العربية يتحدث شخص يساعدك أن يمكن. 1-866-880-0606 الرقم على بنا الاتصال فوري، يرجى

我們提供免費口譯員服務，可回答您對我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員服務，請撥打 1-866-880-0606 與我們聯絡。有會說中文的人可協助您。這是免費服務。

ما خدمات مترجم شفاهي رايجان داريم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا طرح دارویی ما داشته باشید با ما تماس بگیرید. شخصی که 1-866-880-0606 پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهي، کافی است از طریق شماره به زبان فارسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این خدمات رايجان است.

Nous offrons gratuitement les services d'un interprète pour répondre à chacune de vos questions sur notre couverture santé et notre régime de remboursement des médicaments. Pour faire appel à un interprète, contactez-nous au 1-866-880-0606. Une personne parlant français pourra vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.

Wir bieten kostenlose Dolmetscher-Dienstleistungen, um all Ihre möglichen Fragen zu unserem Gesundheits- und Medikationsplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach unter 1-866-880-0606 an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen weiterhelfen. Es handelt sich um eine kostenlose Dienstleistung.

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ta ka genyen sou plan sante oswa sou plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan 1-866-880-0606. Yon moun ki pale kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

Peb muaj kev pab txhais lus dawb koj los teb cov lus nug uas koj muaj hais txog peb qhov kev faj seeb rau kev kho mob los sis rau kev yuav tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus, hu xov tooj rau peb ntawm 1-866-880-0606. Ib kws neeg hais lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb.

Offriamo servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per richiedere un interprete basta contattarci al numero 1-866-880-0606. Risponderà un operatore che parla italiano e potrà aiutarti. Questo è un servizio gratuito.

HPSM では、医療プランまたは薬剤プランに関するあらゆるご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご用意しております。通訳者の手配を希望される場合は、1-866-880-0606 にお電話をおかけください。日本語を話す担当者がお手伝いをいたします。これは無料でご利用いただけるサービスです。

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានទាក់ទងនឹងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-880-0606 ជាការស្រេច។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

저희는 귀하의 건강 및 의약품 플랜에 관한 문의사항에 답변해 드리기 위한 무료 통역서비스를 제공합니다. 통역서비스를 이용하시려면 1-866-880-0606 으로 연락하여 주십시오. 한국어 구사자가 귀하를 도와드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczenia ustnego, w ramach których można uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące swojego zdrowia lub planu leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer 1-866-880-0606. Osoba posługująca się językiem polskim będzie w stanie Państwu pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou medicamentos. Para obter um intérprete, basta ligar para 1-866-880-0606. Alguém que fala português pode ajudar você. Este é um serviço gratuito.

Мы предлагаем бесплатные услуги устного переводчика, чтобы помочь Вам получить ответы на любые вопросы о нашем медицинском страховом плане или плане покрытия лекарств. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-866-880-0606. На Ваши вопросы ответят на русском языке. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-880-0606. Alguien que habla español podrá ayudarle. Es un servicio gratuito para usted.

May mga libre kaming serbisyo sa pagsasalín para sagutin ang anumang tanong na posibleng mayroon kayo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng tagasalín, tawagan lang kami sa 1-866-880-0606. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

เรามีบริการล่ามแปลภาษาแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับการตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือแผนการใช้ยาของเรา หากต้องการรับบริการล่ามแปลภาษาเพียงโทรหาเราที่ 1-866-880-0606 บุคคลที่พูดภาษาไทยจะเป็นผู้มอบบริการช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



У нас є безкоштовні послуги перекладача на випадок, якщо у вас виникнуть питання щодо нашого медичного плану або плану ліків. Перекладача можна замовити за телефону 1-866-880-0606. Вам зможе допомогти хтось, хто володіє українською. Ця послуга безкоштовна.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp bất kỳ thắc mắc nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận dịch vụ thông dịch, chỉ cần gọi 1-866-880-0606. Sẽ có người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

## 《會員手冊》章節列表

1. 新會員指南
2. 重要電話號碼及資源
3. 使用本計劃的健康護理承保及其他承保服務
4. 福利表
5. 取得您的門診處方藥
6. 您需為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥支付的費用
7. 要求我們為您帳單上的承保服務或藥物支付分攤費用
8. 您的權利與責任
9. 若您遇到問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦
10. 終止您作為本計劃會員的資格
11. 法律公告
12. 重要詞彙的字詞定義

## 免責聲明

- ❖ CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP) 是一項健康計劃，與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 都有合約關係，專為入會者提供這兩項計劃的福利服務。CareAdvantage D-SNP 的註冊登記取決於是否已續約本計劃。
- ❖ 您可能需要支付共付金，且有一些限制。如需詳細資料，請來電與 CareAdvantage 部門聯絡，或參閱會員手冊。這表示您可能必須為某些服務的支付費用，且您必須遵守特定規定，CareAdvantage 方可為您所獲得的服務付費。
- ❖ 承保藥物清單和/或藥房及服務提供者網絡全年可能隨時會有變更。若服務變更會對您造成影響，我們將在變更前先通知您。
- ❖ 福利和/或共付金內容可能在每年 1 月 1 日有所變更。

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- ❖ 處方藥或共付金可能因您獲得的額外補助計劃 (Extra Help) 金額而有所不同。詳情請聯絡本計劃。
- ❖ CareAdvantage 提供的承保服務符合「最低基本承保」(minimum essential coverage) 的健康保險條件，並且符合《病患保護與平價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的「個人分擔責任」(individual shared responsibility) 規定。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，了解更多有關個人分擔責任規定的資訊。

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 1 章：新會員指南

---

### 簡介

本章包含有關 CareAdvantage 計劃的資訊；此健康計劃承保您所有的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務，並協調您所有的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務、加州低收入醫療保險 (白卡) 服務以及您的會員資格。本章亦會讓您知道可預期的情況，以及會從我們獲得哪些其他資訊。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

### 目錄

A. 歡迎加入本計劃 .....	8
B. 有關聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的資訊 .....	8
B1. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare).....	8
B2. 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃.....	8
C. 本計劃的優點.....	9
D. 本計劃服務區域 .....	10
E. 成為計劃會員需要具備的資格.....	10
F. 首次加入我們的健康計劃該期待什麼.....	10
G. 您的護理團隊和護理計劃.....	11
G1. 護理團隊 .....	11
G2. 護理計劃 .....	11
H. 您的 CareAdvantage 每月費用.....	12
I. 您的《會員手冊》 .....	12
J. 我們為您提供的其他重要資訊.....	12
J1. 您的會員卡.....	12
J2. 《服務提供者和藥房名錄》 .....	13
J3. 承保藥物清單.....	14

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





J4. 《福利說明》 ..... 14

K. 維持更新您的會員資格記錄 ..... 15

K1. 個人健康資訊 (PHI) 的隱私權 ..... 15

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



---

## A. 歡迎加入本計劃

本計劃為同時符合聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 資格的人士提供這兩項計劃的服務。本計劃包括醫生、醫院、藥房、長期服務及支援 (LTSS) 提供者、行為健康服務提供者，以及其他服務提供者。我們還有健康護理經理和護理團隊，可協助您管理服務提供者及服務。這些人共同合作為您提供所需的護理。

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會提供以下 CareAdvantage 服務，助您管理自己的健康護理狀況：

- 為您支付健康護理服務和處方藥的費用
- 為您提供龐大的服務提供者網絡，主治醫生 (PCP)、牙科醫生、專科醫生、診所和醫院都可為您服務
- 協助您尋找自己可能符合資格獲得且需要的其他健康護理服務，例如行為健康和長期服務及支援 (LTSS)
- 提供護理協調服務以協助您管理服務提供者和服務，確保他們能夠攜手合作，以協助您實現各項健康目標

---

## B. 有關聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的資訊

### B1. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare)

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 是聯邦健康保險計劃，適用於：

- 年滿 65 歲人士，
- 部份未滿 65 歲殘障人士，以及
- 末期腎病患者 (腎功能衰竭)。

### B2. 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃

Medi-Cal 是指加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃。加州低收入醫療保險 (白卡) 由州政府營運，並且費用是由州政府和聯邦政府支付。加州低收入醫療保險 (白卡) 有助收入和資源有限的人士支付長期服務及支援 (LTSS) 和醫療費用。此保險承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保的額外服務和藥物。

各個州政府決定：

- 哪些部分才算是收入和資源；
- 誰有資格參加；
- 哪些服務受承保，以及
- 需要支付多少服務費用。

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



只要符合聯邦規則，各個州分有權決定其計劃的運作方式。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及加州政府已核准我們的計劃。您可以透過我們的計劃取得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡)，只要：

- 我們有提供計劃，並且
- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州政府允許我們繼續提供此計劃。

即使我們的計劃未來終止營運，您接受聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 服務的資格亦不受影響。

---

## C. 本計劃的優點

您現在將從本計劃取得所有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 的承保服務 (包括處方藥)。參加此健康計劃無需額外付費。

我們盡力使聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 相輔相成，為您提供最佳福利。部份優點包含：

- 您可以與我們攜手合作，取得您多數的健康護理需求。
- 您可以親自組成自己的護理團隊。您的護理團隊可能包含您自己、您的照護者、醫生、護士、諮詢師或其他健康專業人員。
- 您可以尋求健康護理經理的協助，他們會與您、本計劃以及您的護理團隊合作，助您制定護理計劃。
- 在自己的護理團隊和健康護理經理的協助下，您能夠管理自己的護理服務。
- 您的護理團隊和健康護理經理會與您攜手合作，專門設計一套符合您健康需求的護理計劃。護理團隊會協助安排您所需的服務。例如，這表示您的護理團隊會確保：
  - 您的醫生了解您服用的所有藥物，因此可以確定您服用的是正確藥物，並進一步減少任何因為藥物導致的副作用。
  - 您的檢測結果會供您的所有醫生和其他服務提供者分享 (如有需要)。

**CareAdvantage 新會員：**大多數情況下，在您申請註冊登記 CareAdvantage 計劃當月的第 1 天，我們會為您註冊登記 CareAdvantage 計劃，您便可獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利。您仍可以從您先前的加州低收入醫療保險 (白卡) 健康計劃中，額外獲得一個月的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。此後，您亦將透過 CareAdvantage 計劃獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。您的加州低收入醫療保

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



險 (白卡) 承保將不會間斷。如您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線。

---

## D. 本計劃服務區域

我們的服務區域在聖馬刁縣。

本計劃僅限聖馬刁縣居民加入。

如果您搬出我們的服務區域，則不可繼續參加本計劃。如需了解更多關於遷出我們服務區域的影響，請參閱《會員手冊》第 8 章。

---

## E. 成為計劃會員需要具備的資格

若要符合本計劃資格，您必須：

- 在我們的服務區域居住 (入獄個人不會被視為居住在地理服務區域內，即使他們實際上身處此區域)，及
- 註冊登記時年滿 21 歲，及
- 同時參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 和聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 計劃，及
- 是美國公民或合法居民，及
- 目前符合加州低收入醫療保險 (白卡) 資格，及

如果您喪失加州低收入醫療保險 (白卡) 資格但預期能夠在 6 個月內重新獲得資格，則您仍符合本計劃的會員資格。

如需詳細資料，請致電 CareAdvantage 部門。

---

## F. 首次加入我們的健康計劃該期待什麼

首次加入本計劃時，您會在註冊登記生效日期前後 90 天內收到健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA)。

我們必須為您完成一份 HRA。這項 HRA 是建立您護理計劃的依據。這項 HRA 列有一些問題，目的在確認您的醫療、行為健康和功能需求。

我們會聯絡您以完成這項 HRA。我們可透過當面、電話或郵件來完成評估。

我們將發送給您更多有關 HRA 的資訊。

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若您新加入本計劃，而且目前為您看診的醫生不在我們的網絡中，您尚可在特定時間內繼續找這些醫生，而我們稱此為持續護理服務。若他們不在我們的網絡中且符合以下所有條件，則您在註冊登記聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務和加州低收入醫療保險 (白卡) 服務後的 12 個月內，仍可繼續尋求目前的服務提供者協助，並保留服務授權：

- 您、您的代理人或您的服務提供者向我們提出要求，讓您繼續使用目前的服務提供者。
- 我們確認您與該主治醫生或專科醫生已建立關係，但有一些例外。所謂「已建立關係」是指在您初次加入本計劃前的 12 個月內，在非急診狀況下前往該網絡外服務提供者最少一次。
  - 我們會查看您的適用健康資訊或由您提供的資訊，確定您是否已建立關係。
  - 我們有 30 天可回覆您的要求。您可以要求我們更快做決定，而我們必須在 15 天以內回覆。若您有受到傷害的風險，我們必將在 3 天內回覆。
  - 在提出此要求時，您或您的服務提供者必須出具已建立關係的文件記錄，並且同意某些條件。

**注意：**您可以針對耐用醫療設備 (DME) 提供者提出此要求，要求至少 90 天服務，直到我們授權新租賃並安排網絡服務提供者提供租賃服務為止。儘管您**不能**向交通服務提供者或其他輔助服務提供者提出此要求，您可以針對交通服務或其他不包含在本計劃內的輔助服務提出此要求。

持續護理服務期結束後，除非我們與您的網絡外醫生達成協議，否則您必須使用 CareAdvantage 網絡內的醫生和其他服務提供者。網絡服務提供者是指與本健康計劃合作的服務提供者。如需了解更多關於獲得護理服務的資訊，請參閱《會員手冊》第 3 章。

## G. 您的護理團隊和護理計劃

### G1. 護理團隊

護理團隊有助您獲得所需的護理服務。護理團隊可能包括您的醫生、健康護理經理或您所選的其他醫護人員。

健康護理經理是受過訓練可協助您管理所需護理服務的人。在註冊登記本計劃時，您會獲派一位健康護理經理。此人亦會為您介紹本計劃可能未能提供的其他社群資源，並與您的護理團隊合作協調您的護理服務。如需了解更多關於健康護理經理和護理團隊的資訊，請致電本頁頁底的號碼。

### G2. 護理計劃

您的護理團隊會與您合作制定一套護理計劃。護理計劃會說明您和醫生您需要哪些服務，以及獲得服務的方式。護理計劃內容會列有您的醫療、行為健康和長期服務及支援 (LTSS) 或其他服務。

您的護理計劃包括：

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 您的健康護理目標，及
- 獲得所需服務的時間表。

完成健康風險評估後，您的護理團隊將與您會面。詢問您所需的服務項目。亦可以向您說明其他您可能需要考慮的服務。護理計劃是依據您的個人需求來制定。您的護理團隊會與您共同更新護理計劃，每年最少一次。

---

## H. 您的 CareAdvantage 每月費用

本計劃不收取保費。

---

## I. 您的《會員手冊》

本《會員手冊》屬於我們與您的合約一部份。這表示我們必須遵守這份文件中的所有規則。若您認為我們所做的事情違反了這些規則，您可以就我們的決定提出上訴。有關如何上訴的資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以致電 CareAdvantage 部門索取《會員手冊》，電話號碼列於本頁頁底。您亦可以瀏覽本頁頁底的網址，查閱網站上的《會員手冊》。

此合約是在您參加本計劃所登記的月份期間生效 (即 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日)。

---

## J. 我們為您提供的其他重要資訊

我們為您提供的其他重要資訊包括您的會員卡、關於如何存取《服務提供者和藥房名錄》的資訊，以及關於如何存取《承保藥物清單》(亦稱《藥方集》) 的資訊。

### J1. 您的會員卡

在本計劃下，您有一張會員卡適用於多數聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務和加州低收入醫療保險 (白卡) 服務，其中包括長期服務及支援 (LTSS)、特定行為健康服務以及處方藥服務。您在取得任何服務或處方藥時必須出示此會員卡。此為會員卡樣品：

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



 <b>CareAdvantage</b> Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)		In case of emergency, call 9-1-1 or seek appropriate emergency care. CareAdvantage Unit: 1-866-880-0606 (toll free) or 650-616-2174 CareAdvantage Unit TTY: 1-800-735-2929 (toll free) or 7-1-1 Pharmacy Help Desk: 1-888-635-8362 Behavioral Health: 1-800-686-0101 (toll free) 24-Hour Nurse Advice: 1-833-846-8773 (toll free) Website: <a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a>
Member Name: Member ID: Date of Birth: Plan Effective Date: Care Manager Phone #: 650-616-2060 H6019-001	 Prescription Drug Coverage RxBin 012353 RxPCN 06850000 HPSM Dental 1-866-880-0606	<b>Send claims to:</b> Submit pharmacy manual claims to: SS&C Health Attn: Dept Customer #586 P.O. Box 419019 Kansas City, MO 64141 1-888-635-8362 Submit medical claims to: HPSM Claims Department 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080 HPSM Provider Line: 650-616-2106 Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)

若您的會員卡損壞、遺失或被盜，請立即致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。您將收到一張新的會員卡。

只要您是本計劃會員，則不需要使用您的聯邦醫療保險紅藍卡或您的加州低收入醫療保險（白卡），即可取得多數服務。將這些卡保存在安全的地方，以備日後所需。如果您出示聯邦醫療保險紅藍卡而非您的會員卡，則服務提供者可能要求聯邦醫療保險（紅藍卡）而非本計劃付款，而您可能會收到帳單。若要知道您收到服務提供者的帳單時該怎麼辦，請參閱《會員手冊》第 7 章。

請記住，使用以下服務需要用到您的加州低收入醫療保險白卡或福利識別卡 (BIC)：

- 您可以從縣立精神健康計劃、行為健康和康復服務 (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) 中獲得特別精神健康服務。
- CareAdvantage 計劃沒有承保但 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保的藥物。如需查閱 Medi-Cal Rx 網絡藥房名單，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))，了解詳情。您亦可以致電 1-800-977-2273，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。使用加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC) 購買 CareAdvantage 不承保的藥物時，Medi-Cal Rx 會負責處理處方。如需查閱 Medi-Cal Rx 網絡藥房名單，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))，了解詳情；您亦可以致電 1-800-977-2273，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。

## J2. 《服務提供者和藥房名錄》

《服務提供者和藥房名錄》中列有本計劃網絡內的服務提供者和藥房。若您是 CareAdvantage 會員，您必須使用網絡服務提供者以獲得承保服務。

您可以致電 CareAdvantage 部門索取《服務提供者和藥房名錄》(電子版或紙質版)，電話號碼列於本頁頁底。如您索取《服務提供者和藥房名錄》紙質版，我們將在三個工作日內郵寄給您。

您亦可以瀏覽本頁頁底的網址，查閱《服務提供者和藥房名錄》。

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



《服務提供者和藥房名錄》會按專科 (例如過敏病科或放射科) 列出不同類型的醫生、護士及健康護理專業人員。每項名錄都會顯示有關服務提供者或藥房的地點、服務時間和電話號碼，以及是否接受新患者等基本資訊。這些名錄亦會顯示服務提供者或藥房工作人員除英文以外會說的語言、無障礙設施、地點是否接近公共交通車站，以及是否已完成文化能力培訓。

### 網絡服務提供者定義

- 我們的網絡服務提供者包括：
  - 本計劃會員可以使用的醫生、護士及其他健康護理專業人員；
  - 診所、醫院、護理機構，以及本計劃提供健康服務的其他場所；及
  - 長期服務及支援 (LTSS)、行為健康服務、家居健康機構、耐用醫療設備 (DME) 供應商，以及其他透過聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 為您提供商品和服務的服務提供者。

網絡服務提供者同意接受以本計劃為承保服務所付款項為全額付款。

### 網絡藥房定義

- 網絡藥房是指同意為本計劃會員配藥的藥房。使用《服務提供者和藥房名錄》查詢想使用的網絡藥房。
- 除了緊急情況之外，若您需要本計劃助您支付藥費，您必須在我們網絡的其中一間藥房配藥。

您可以致電 CareAdvantage 部門以了解詳情，相關電話號碼列於本頁頁底。CareAdvantage 部門及我們的網站皆可為您提供有關網絡內藥房及服務提供者變更的最新資訊。

### J3. 承保藥物清單

本計劃列有《承保藥物清單》，簡稱「藥物清單」。此藥物清單列有本計劃承保的處方藥。

藥物清單也會說明任何藥物的規則和限制，例如您最多可取得的數量限制。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章。

我們每年會向您發送有關如何查看藥物清單的資訊，但期間可能會有一些變更。若要取得關於承保藥物的最新資訊，請致電 CareAdvantage 部門或瀏覽我們的網站 (網址見本頁頁底)。

### J4. 《福利說明》

當您使用聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥福利時，我們會寄一份摘要給您，協助您了解及追蹤您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥付款記錄。此摘要稱為《福利說明》(EOB)。

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





EOB 可讓您知道自己 (或其他代理人為您) 花費的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥費用總額，以及我們在該月份為您每種聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥支付的費用總額。本 EOB 並非帳單。EOB 還包括更多有關您所服用藥物的資訊，例如價格上調以及其他分攤費用較低的可用藥物。您可以和藥方開立者討論這些費用較低的選擇。《會員手冊》第 6 章提供更多關於 EOB 的資訊，以及 EOB 如何協助您追蹤藥物承保狀況的資訊。

您還可以索取 EOB。您可以致電 CareAdvantage 部門取得副本，相關電話號碼列於本頁頁底。

---

## K. 維持更新您的會員資格記錄

您可以在個人資訊有變動時告訴我們，以便維持更新您的會員資格記錄。

我們需要取得這些資訊，以確保我們的記錄有您的正確資訊。我們的網絡服務提供者和藥房亦需要取得您的準確資訊。他們會使用您的會員資格記錄，了解您可取得的服務和藥物，以及您需支付的費用。

請立即告訴我們下列事項：

- 您姓名、地址或電話號碼的變更；
- 任何其他健康保險承保服務發生有變動，例如您的僱主、配偶的僱主或同居伴侶的僱主所投保的保險，或工傷賠償保險；
- 任何責任索償，如因車禍而提出索償；
- 入住護理機構或醫院；
- 在醫院或急診室取得護理服務；
- 您的照顧者 (或為您負責的人員) 有變動；及
- 您參加臨床研究。(注意：您不一定要將所參與的臨床研究相關資訊告知我們，但我們鼓勵您這樣做。)

資訊若有更改，請致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

### K1. 個人健康資訊 (PHI) 的隱私權

您會員資格記錄中的資訊可能包括個人健康資訊 (PHI)。聯邦和州的法律要求我們對您的個人健康資訊予以保密。我們會保護您的 PHI。若要進一步了解我們如何保護您的個人健康資訊，請參閱《會員手冊》第 8 章。

---

OMB 核准編號 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 2 章：重要電話號碼及資源

---

### 簡介

本章為您提供重要資源的聯絡資訊，可幫助解答您對本計劃及健康護理福利的疑問。您亦可從本章取得如何聯絡健康護理經理及健康促進專員的資訊。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

### 目錄

A. CareAdvantage 部門 .....	3
B. 您的健康護理經理.....	6
C. 醫療保險顧問及促進權益計劃 (HICAP) .....	8
D. 護理諮詢專線 (Nurse Advice Call Line).....	9
E. 行為健康危機專線.....	10
F. 品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) .....	11
G. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare) .....	12
H. 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃 .....	13
I. 加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員管理式護理和精神健康辦公室 (Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman).....	14
J. 縣立社會服務.....	15
K. 縣立特別精神健康計劃 .....	16
L. 加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC).....	17
M. 協助支付處方藥費用的計劃 .....	18
M1. 額外補助計劃 (Extra Help).....	18
M2. 愛滋病藥物補助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) .....	18
N. 社會安全局 .....	20

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



O. 鐵路退休職工委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) .....	21
P. 僱主提供的團體保險或其他保險 .....	22
Q. 其他來源 .....	23
R. 加州低收入醫療保險 (白卡) 牙科計劃 .....	24

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## A. CareAdvantage 部門

電話	1-866-880-0606，此通話為免費服務。 週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00 我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。
TTY (聽力及語言障礙) 專線	1-800-735-2929 或撥打 7-1-1，該電話是免費電話服務。 該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。 週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00
傳真	650-616-2190
來信	CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080
電子郵件	CustomerSupport@hpsm.org
網站	<a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a>

請聯絡 CareAdvantage 部門，取得以下方面的協助：

- 有關本計劃的疑問
- 有關索償或帳單的疑問
- 有關您健康護理服務的承保決定
  - 您健康護理的承保決定是關於：
    - 您的福利和承保服務，或
    - 我們為您的健康服務所支付的金額。
  - 若您對您健康護理的承保決定有疑問，請致電與我們聯絡。
  - 如需了解更多關於承保決定，請參閱《會員手冊》第 9 章。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 關於健康護理服務的上訴
  - 上訴是指當您認為我們做了錯誤決定或，您不同意我們的承保決定時，您透過正式程序要求我們審查並變更相關決定。
  - 如需了解更多關於提出上訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**或聯絡 **CareAdvantage 部門**。
- 關於健康護理服務的投訴
  - 您可以投訴我們或任何服務提供者 (包含非網絡或網絡服務提供者)。網絡服務提供者是指與本計劃合作的服務提供者。您亦可就所得到的護理品質向我們或品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 提出投訴 (請參閱 **F 節**)。
  - 您可以致電 1-866-880-0606 與我們聯絡，並解釋您的投訴內容。
  - 若您的投訴是關於健康護理的承保決定，您可以上訴 (請參閱上一節)。
  - 您可以向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 投訴關於本計劃的服務：您可以使用 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) 的線上表格，或您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 您可以致電 1-888-804-3536，向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃 (Medicare Medi-Cal Ombuds Program) 投訴關於本計劃的服務。
  - 如需進一步了解如何對您的健康護理提出投訴，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。
- 您的藥物承保決定
  - 您的藥物承保決定是關於：
    - 您的福利和承保藥物，或
    - 我們支付的藥物金額。
  - 非處方 (OTC) 藥物及特定維生素等非聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保藥物可能由 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保。如需了解更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/))。您亦可以致電 1-800-977-2273，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。
  - 如需了解更多關於處方藥承保決定的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。
  - 注意：我們亦透過 CareAdvantage 承保部分非處方藥 (OTC)。我們承保部分由醫生開具處方的非處方藥，而另外一些非處方藥則可以透過我們的 OTC+ 計劃免費取得。OTC+ 計劃所承保的 OTC 產品則無需處方藥單。一般而言，我

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



們承保的 OTC 產品都無需承保決定。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage) 或致電 CareAdvantage 部門。

- 關於藥物上訴
  - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。
  - 如需了解更多關於如何就聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥提出上訴，請參閱《會員手冊》第 9 章。
- 關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥物的投訴
  - 您可以投訴關於我們或任何藥房的服務，其中包含關於處方藥的投訴。
  - 若您的投訴是關於您處方藥的承保決定，您可以提出上訴(參閱上一節)。
  - 您可以向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 投訴關於本計劃的服務：您可以使用 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) 的線上表格，或您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 如需了解更多關於如何就處方藥投訴，請參閱《會員手冊》第 9 章。
- 您已支付的健康護理或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥物費用
  - 如需進一步了解如何要求我們償還費用，或如何為收到的帳單付費，請參閱《會員手冊》第 7 章。
  - 若您要求我們支付帳單，而我們拒絕您的任何一部份要求，您可以針對我們的決定上訴。請參閱《會員手冊》第 9 章。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## B. 您的健康護理經理

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的護理管理計劃會主動協調複雜的護理服務，以協助我們的會員在臨床和機能方面取得最好的成效。計劃工作人員熟悉每位會員的福利，並會致力促使會員善用這些福利，以發揮其最佳效益。健康護理經理是臨床醫生或其他訓練有素的人員。他們與本計劃合作，為您提供護理協調服務。

電話	650-616-2060，此通話為免費服務。 週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。
TTY (聽力及語言障礙) 專線	1-800-735-2929 或撥打 7-1-1，該電話是免費電話服務。 該電話專為有聽力或語言困難的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。 週一至週五上午 8:00 至下午 5:00
傳真	650-829-2060
來信	綜合護理管理 聖馬刁健康計劃 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080
網站	<a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a>

請聯絡您的健康護理經理，就以下各項取得協助：

- 有關健康護理服務的疑問
- 有關獲得行為健康 (精神健康和藥物濫用失調) 服務的疑問/有關牙科福利的疑問
- 有關醫療預約交通問題的疑問

長期服務及支援 (LTSS) 包括社區型成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF)。

有時您可以取得您日常健康護理和生活需求的協助。您必須年滿 18 歲，並已註冊登記加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃，例如聖馬刁健康計劃 (HPSM)。

您可能可以取得這些服務：

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 社區型成人服務 (CBAS)、
- 專業護理服務、
- 物理治療、
- 職能治療、
- 口語治療、
- 醫療社會服務，及
- 居家健康護理服務，
- 居家支援服務 (In-Home-Supportive-Services, IHSS)，透過您所在的縣立社會服務署提供
- 社區支援

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





## C. 醫療保險顧問及促進權益計劃 (HICAP)

加州健康保險援助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 為有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的人士提供免費健康保險諮詢。加州的 SHIP 計劃稱為「聯邦醫療保險顧問及促進權益計劃」(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 簡稱 HICAP)。HICAP 顧問能解答您的疑問，並且協助您了解如何處理自己的問題。HICAP 在每個縣郡有經過訓練的顧問，並且提供免費服務。

HICAP 與任何保險公司或健康計劃無關聯。

電話	1-800-434-0222 或 650-627-9350 服務時間為週一至週五上午 8:30 至下午 4:30
來信	HICAP 聖馬刁縣 1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100 San Mateo, CA 94402
網站	<a href="http://www.hicapsanmateocounty.org">www.hicapsanmateocounty.org</a> 或 <a href="http://www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo/">www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo/</a>

聯絡醫療保險顧問及促進權益計劃 (HICAP)，取得以下方面的協助：

- 有關聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的疑問
- HICAP 顧問能解答您關於轉換至新計劃的疑問，並且協助您：
  - 了解您的權利，
  - 了解計劃選擇、
  - 就健康護理服務或治療提出投訴，以及
  - 釐清帳單問題。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## D. 護理諮詢專線 (Nurse Advice Call Line)

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會透過供應商提供全天候的護理諮詢專線 (Nurse Advice Line, NAL) 服務。您可以致電護理諮詢專線，了解有關您的健康或健康護理的問題。

電話	<p>1-833-846-8773，此通話為免費服務。</p> <p>該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。</p> <p>我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。</p>
TTY (聽力及語言障礙) 專線	<p>1-800-735-2929 或撥打 7-1-1，該電話是免費電話服務。</p> <p>該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p> <p>該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## E. 行為健康危機專線

若需協助有精神疾病和/或藥物濫用情況的人或您關心的人尋找精神健康和/或用藥服務，請撥打聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (BHRS) 資源團隊電話中心，根據個人需求取得相關資訊、病情評估和轉診服務。

<b>電話</b>	<p>1-800-686-0101，此通話為免費服務。</p> <p>每週 7 天、每天 24 小時提供服務。</p> <p>我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。</p>
<b>TTY (聽力及語言障礙) 專線</b>	<p>TTY (聽力及語言障礙) 專線：7-1-1；TDD (聽力及語言障礙) 專線：1-800-943-2833，此通話為免費服務。</p> <p>該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p> <p>每週 7 天、每天 24 小時提供服務。</p>

聯絡行為健康危機專線，取得以下方面的協助：

- 有關行為健康和藥物濫用服務的疑問
- 有關藥物濫用失調服務的疑問
- 要求精神健康服務或接受相關服務篩查，包括部分精神健康護理門診服務和藥物濫用失調門診服務。

若您對本縣的特別精神健康服務有任何疑問，請參閱 **K 節**。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## F. 品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO)

本州設有名為 Livanta 的組織。這是由醫生和其他健康護理專業人員組成的團體，協助有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的人士提升護理的品質。Livanta 與本計劃並無關聯。

電話	1-877-588-1123
TTY (聽力及語言障礙) 專線	1-855-887-6668 該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。
來信	Livanta LLC BFCC-QIO 計劃 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

聯絡 Livanta，取得以下方面的協助：

- 有關健康護理權利的疑問
- 若有下列情形，您可以針對所獲得的護理服務提出投訴：
  - 護理服務的品質有問題，
  - 您認為住院時間太短，或
  - 您認為您獲得居家健康護理服務、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) 服務的時間太短。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## G. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare)

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 是為年滿 65 歲人士、部份未滿 65 歲的殘障人士及末期腎病患者 (罹患永久腎衰竭而需要洗腎透析或移植腎臟) 提供的聯邦健康保險計劃。

負責聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃的聯邦機構為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心 (CMS)。

電話	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>所有來電均為免費，7 天 24 小時全年無休提供服務。</p>
TTY (聽力及語言障礙) 專線	<p>1-877-486-2048，此通話為免費服務。</p> <p>該電話專為有聽力或語言困難的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p>
網站	<p><a href="http://medicare.gov">medicare.gov</a></p> <p>此網站是聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的官方網站；可為您提供關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的最新資訊。網站上亦提供關於醫院、護理機構、醫生、居家健康機構、洗腎透析機構、住院康復機構和安寧療護的資料。</p> <p>該網站列有有用的網址和電話號碼，其中亦包括可以直接從電腦列印的文件。</p> <p>如果您沒有電腦，可以使用當地圖書館或老人活動中心的電腦瀏覽該網站。或者，您可以撥打上述電話號碼給聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，告知您要查詢什麼資料。他們將在網站上找到該資料，與您共同審查該資訊。</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## H. 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃

加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃是加州的公共醫療補助計劃 (Medicaid)。加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃是為需要健康護理服務的低收入人士所提供的公共健康保險計劃，適用人士包括擁有兒童的家庭、老人、殘疾人士、寄養兒童和青少年以及懷孕婦女。加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃是由州政府和聯邦政府提供資金。

加州低收入醫療保險 (白卡) 的福利包括醫療服務、牙科服務、行為健康和長期服務及支援。

您已加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃和加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃。若您對加州低收入醫療保險 (白卡) 的福利有任何疑問，請致電聯絡您在本計劃的護理協調員。若您對註冊登記加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃有疑問，請致電健康護理選擇服務處 (Health Care Options)。

電話	1-800-223-8383 星期一至星期五上午 8:00 至晚上 6:00
TTY (聽力及語言障礙) 專線	7-1-1 該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。
來信	聖馬刁縣人民服務局 400 Harbor Boulevard, Building "B" Belmont, CA 94002
網站	<a href="http://www.smcgov.org/hsa/health-coverage">www.smcgov.org/hsa/health-coverage</a>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## I. 加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員管理式護理和精神健康辦公室 (Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman)

調查專員辦公室可擔任您的權益代理人。如果您遇到困難或要提出投訴，他們能回答您的問題，並且協助您了解該怎麼做。調查專員辦公室亦會助您處理服務問題或帳單問題。他們與本計劃、任何保險公司或健康計劃均無任何關聯。他們免費提供服務。

電話	1-888-452-8609 該電話是免費服務。星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00
TTY (聽力及語言障礙) 專線	7-1-1 該電話是免費服務。
來信	加州健康護理服務局 調查專員辦公室 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
網站	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## J. 縣立社會服務

若您需要居家支援服務 (IHSS) 福利、精神健康以及藥物濫用福利方面的協助，請聯絡您本地的社會服務署。

請聯絡您所在的縣立社會服務署以申請居家支援服務，該服務會協助支付為您提供服務的費用，讓您可繼續安全地居住家中。服務類型可能包括協助準備膳食、沐浴、穿衣、洗衣、購物或交通服務。

若您對加州低收入醫療保險 (白卡) 資格有任何疑問，請聯絡您所在的縣立社會服務署。

我們會透過聖馬刁縣老人及成人服務部提供居家支援服務 (IHSS)。若您有任何關於 IHSS 相關服務的疑問，請致電老人及成人服務 TIES 專線 1-800-675-8437。這是聖馬刁縣的 24 小時資訊和緊急回應專線。如需使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 TTY，請撥打 7-1-1。

電話	1-800-675-8437，此通話為免費服務。 每週 7 天、每天 24 小時提供服務。
TTY (聽力及語言障礙) 專線	7-1-1 該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。
來信	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W.37 <sup>th</sup> Avenue San Mateo, CA 94403
網站	<a href="http://www.smchealth.org">www.smchealth.org</a>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





## K. 縣立特別精神健康計劃

若您符合使用服務條件，則可以透過縣立精神健康計劃 (Mental Health Plan, MHP) 獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 特別精神健康服務。

電話	<p>1-800-686-0101，此通話為免費服務。</p> <p>每週 7 天、每天 24 小時提供服務。</p> <p>我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。</p>
TTY (聽力及語言障礙) 專線	<p>7-1-1，此通話為免費服務。</p> <p>該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p> <p>週一至週五上午 8:00 至下午 5:00</p>

聯絡縣立特別精神健康計劃，取得以下方面的協助：

- 有關縣政府所提供特別精神健康服務的疑問
- 精神健康服務包括精神健康護理門診服務和藥物濫用失調門診服務。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## L. 加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)

加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 負責管理健康計劃。醫療管理局協助中心 (DMHC Help Center) 能協助您對加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃的服務提出上訴及投訴。

電話	1-888-466-2219 醫療管理局的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。
TDD (聽力及語言障礙) 專線	1-877-688-9891 該電話專為有聽力或語言問題的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。
來信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## M. 協助支付處方藥費用的計劃

Medicare.gov 網站 ([www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。收入有限的群體還可以透過如下其他計劃得到援助。

### M1. 額外補助計劃 (Extra Help)

由於您符合資格加入加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃，因此您亦有資格參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的「額外補助計劃」(Extra Help)，協助您支付處方藥計劃費用。您無需採取任何行動即可參加這項「額外補助計劃」。

電話	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 所有來電均為免費，7 天 24 小時全年無休提供服務。
TTY (聽力及語言障礙) 專線	1-877-486-2048，此通話為免費服務。 該電話專為有聽力或語言困難的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。
網站	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>

若您認為到藥房領處方藥時所支付的分攤費用金額有誤，本計劃所訂程序可讓您要求我們協助您取得正確的共付金等級證明；或者如果您持有這項證明，可以將相關資料提供給我們。

- 若您想要求我們協助取得正確的共付金等級證明，或者如果您持有這項證明並且想將相關資料提供給我們，請聯絡 CareAdvantage 部門。
- 當收到您的共付金等級證明後，我們會更新系統，讓您下次領處方藥時可以支付正確的共付金。如果您多繳了共付金，我們將償付款項給您。我們會寄支票給您，或者從您未來的共付金中抵扣此金額。如果藥房尚未向您收取共付金並讓您先賒欠，我們可能會直接付款給藥房。如果州政府代您付款，我們可能會直接付款給州政府。如有任何疑問，請與 CareAdvantage Unit 聯絡。

### M2. 愛滋病藥物補助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP 會協助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 人士取得救命的 HIV 藥物。同時列入 ADAP 藥方集的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥，有資格獲得處方藥分攤費用補助。注意：若要獲得您在州實施 ADAP 的資格，個人必須滿足部分條件，包括州居住證明和 HIV 狀況、州政府所規定的低收入標準，以及處於無保險/保額不足的狀況。若要變更計劃，請通知您本地的 ADAP 註冊工作人員，之後便可以繼續收到相關補助的資訊，包括資格條件、承保藥物或如何註冊登記本計劃等。請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (節假日除外) 聯絡 ADAP 電話中心，電話是 1-844-421-7050。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## N. 社會安全局

社會安全局 (Social Security) 的職責是確定加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃的資格並處理註冊申請。U.S. 年滿 65 歲或有殘障或末期腎病 (ESRD) 等狀況，以及符合某些條件的公民及合法永久公民，均有資格加入聯邦醫療保險 (紅藍卡)。若您已在領取社會安全局支票，則可自動加入聯邦醫療保險 (紅藍卡)。若您沒有領取社會安全局支票，則您必須加入聯邦醫療保險 (紅藍卡)。如欲申請加入聯邦醫療保險 (紅藍卡)，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

若您搬家或變更郵寄地址，一定要致電與社會安全局聯絡。

電話	<p>1-800-772-1213</p> <p>所有來電均為免費。</p> <p>服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。</p> <p>他們的自動電話提供全天 24 小時服務，可供您隨時聽取錄音資訊及處理部份事務。</p>
TTY (聽力及語言障礙) 專線	<p>1-800-325-0778</p> <p>該電話專為有聽力或語言困難的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p>
來信	800 S Claremont St, San Mateo, CA 94402
網站	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## O. 鐵路退休職工委員會 (Railroad Retirement Board, RRB)

RRB 是為全國鐵路工人及其家庭管理全面福利計劃的一個獨立聯邦機構。如果您是透過 RRB 獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡)，且您搬家或變更郵寄地址，您一定要致電通知委員會。若對 RRB 為您提供的福利有疑問，請聯絡該機構。

電話	<p><b>1-877-772-5772</b></p> <p>所有來電均為免費。</p> <p>若按「0」，可與 RRB 代理人通話，服務時間為週一、週二、週四和週五上午 9:00 至下午 3:30，以及週三上午 9:00 至下午 12:00。</p> <p>若按「1」，則可接入 RRB 自動熱線並獲得全天 24 小時 (含週末和節假日) 的錄音資訊。</p>
TTY (聽力及語言障礙) 專線	<p><b>1-312-751-4701</b></p> <p>該電話專為有聽力或語言困難的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p> <p>所有來電均為<i>付費</i>電話。</p>
網站	<p><a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a></p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



---

## P. 僱主提供的團體保險或其他保險

若您 (或您的配偶或同居伴侶) 從自己的 (或您配偶或同居伴侶的) 僱主或退休人員團體獲得 (本計劃所屬) 福利，而您有任何疑問時，可致電僱主/工會福利管理單位或 **CareAdvantage** 部門。您可諮詢有關您的 (或您的配偶或同居伴侶的) 僱主或退休人員健康福利、保費或註冊期限等事宜。您亦可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；TTY (聽力及語言障礙) 專線：1-877-486-2048)，查詢有關本計劃聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保的問題。

若您透過自己的 (或您配偶或同居伴侶的) 僱主或退休人員團體享有其他處方藥承保，請聯絡**該團體的福利管理單位**。福利管委會可協助您確定您目前的處方藥承保與本計劃如何協調運作。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



---

## Q. 其他來源

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃為無法獲得或持續獲得健康承保的人士提供免費協助，並幫助他們解決健康計劃問題。

若您對以下各方面有疑問：

- 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃
- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare)
- 您的健康計劃
- 獲得醫療服務
- 就被否決服務、藥物、耐用醫療設備 (DME)、精神健康服務等方面提出上訴
- 醫療帳單
- 居家支援服務 (IHSS)

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃會提供投訴、上訴和聽證會方面的協助。調查專員計劃的電話號碼是 1-888-804-3536。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





## R. 加州低收入醫療保險 (白卡) 牙科計劃

加州低收入醫療保險 (白卡) 牙科計劃提供部分牙科服務；包括但不限於如下服務：

- 初步檢查、X 光、洗牙和氟化物治療
- 補牙和齒冠恢復
- 根管治療
- 部分和全口假牙、調整、修復和更換襯底

電話	<p>1-800-322-6384</p> <p>該電話為免費服務。</p> <p>透過加州低收入醫療保險 (白卡) 按服務收費牙科計劃和牙科管理式護理計劃 (Dental Managed Care, DMC) 提供牙科福利。加州低收入醫療保險 (白卡) 按服務收費牙科計劃代理人的服務時間是週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。</p>
TTY (聽力及語言障礙) 專線	<p>1-800-735-2922</p> <p>該電話專為有聽力或語言困難的人士提供。您必須擁有特殊電話設備才能撥打。</p>
網站	<p><a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a></p>

除了加州低收入醫療保險 (白卡) 按服務收費牙科計劃之外，您還可透過一項牙科管理式護理計劃獲得牙科福利。牙科管理式護理計劃的服務範圍限於沙加緬度縣和洛杉磯縣。如需了解牙科計劃的更多資訊、或想更改牙科計劃，請在週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 聯絡健康護理選擇服務處 (Health Care Options)，電話是 1-800-430-4263 (TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請致電 1-800-430-7077)。該電話為免費服務。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 3 章：使用本計劃的健康護理承保及其他承保服務

---

### 簡介

本章包含您根據本計劃獲得健康護理及其他承保服務需知道的具體條款和條件；本章亦會說明您的健康護理經理，以及說明如何在某些特別情況下獲得不同類型服務提供者提供的護理服務 (包括網絡外服務提供者或藥房提供的服務)、如果直接收到我們所承保服務的帳單後該怎麼辦，以及擁有耐用醫療設備 (DME) 應遵守哪些規則。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序顯示。

### 目錄

A. 提供關於服務及服務提供者的資訊 .....	2
B. 取得本計劃承保服務的規則 .....	3
C. 您的健康護理經理.....	4
C1. 何謂健康護理經理 .....	4
C2. 如何聯絡健康護理經理.....	5
C3. 如何轉換健康護理經理.....	5
D. 服務提供者提供的護理服務 .....	5
D1. 主治醫生 (PCP) 提供的護理服務 .....	5
D2. 專科醫生或其他網絡服務提供者的護理服務 .....	7
D3. 服務提供者退出我們的計劃時 .....	8
D4. 網絡外服務提供者 .....	9
E. 長期服務及支援 (LTSS).....	10
F. 行為健康 (精神健康和藥物濫用失調) 服務.....	10
F1. 在本計劃以外提供的加州低收入醫療保險 (白卡) 行為健康服務 .....	10
G. 交通服務 .....	12
G1. 非急診情況下的醫療交通服務.....	12

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



G2. 非醫療交通.....	13
H. 在急診醫療狀況、緊急護理或災難期間的承保服務 .....	14
H1. 醫療緊急狀況護理 .....	14
H2. 緊急護理 .....	16
H3. 災難期間的護理服務 .....	17
I. 直接收到本計劃承保服務的帳單時該怎麼辦 .....	17
I1. 本計劃不承保服務時該怎麼辦.....	17
J. 承保臨床研究中的健康護理服務 .....	18
J1. 臨床研究的定義 .....	18
J2. 您參加臨床研究時，服務費用由誰支付 .....	18
J3. 更多關於臨床研究.....	18
K. 在宗教非醫療健康護理機構中的健康護理服務如何獲得承保.....	19
K1. 宗教非醫療健康護理機構的定義.....	19
K2. 宗教非醫療健康護理機構提供的護理服務 .....	19
L. 耐用醫療設備 (DME) .....	19
L1. 本計劃會員可獲得的耐用醫療設備.....	19
L2. 您轉換至傳統聯邦醫療保險時的耐用醫療設備所有權.....	20
L3. 本計劃會員可獲得的氧氣設備福利 .....	20
L4. 當您轉換至傳統聯邦醫療保險或另一聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃時可獲得的氧氣設備 .....	21

## A. 提供關於服務及服務提供者的資訊

**服務**指健康護理、長期服務及支援 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**是指本計劃會支付費用的服務。本計劃承保的健康護理、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS) 等列於《會員手冊》第 4 章。處方藥及非處方藥的承保服務列於《會員手冊》第 5 章。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**服務提供者**是指醫生、護士及其他提供服務和護理的人員。服務提供者亦包括醫院、居家健康服務機構、診所，以及其他能為您提供健康護理服務、行為健康服務、醫療設備和特定長期服務及支援 (LTSS) 的場所。

**網絡服務提供者**是指與本計劃合作的服務提供者。這些服務提供者同意接受我們的付款為全額付款。網絡服務提供者會就其所提供的護理服務，直接向我們收費。當您使用網絡服務提供者時，您通常無需為承保服務付費。

---

## B. 取得本計劃承保服務的規則

本計劃承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的所有承保服務，這包括部分行為健康和長期服務及支援 (LTSS)。

當您遵守我們的規則時，本計劃通常會為您取得的健康護理服務、行為健康服務以及長期服務及支援 (LTSS) 支付費用。要獲得本計劃承保：

- 您接受的護理必須是**計劃福利**。這代表《會員手冊》**第 4 章**中福利表所列的福利。
- 這項護理服務必須是**醫療上必須的服務**。醫療上必須的服務是指合理且能保護生命的重要服務。病人需要這類醫療上必須的護理服務，方可避免患重病或變成殘疾，而且這類護理服務會減少病人治病或受傷所造成的劇痛。在醫療服務方面，您必須有一位網絡**主治醫生 (PCP)** 為您開立醫囑，或告訴您去找其他醫生看診。身為本計劃會員，您必須選擇一位網絡服務提供者作為您的主治醫生。
  - 在多數情況下，您必須先獲得網絡主治醫生 (PCP) 的核准，方可使用非 PCP 服務提供者或本計劃網絡中其他服務提供者的服務。這就是所謂「**轉診**」。如果您未獲核准，我們可能不會承保這些服務。如需了解更多關於轉診的資訊，請參閱第 <page number> 頁。
  - 本計劃中的部分主治醫生 (PCP) 隸屬於醫療團體。您在選擇主治醫生 (PCP) 時，同時亦在選擇他們所屬的醫療團體。這代表您的主治醫生 (PCP) 會為您轉診至同一個醫療團體的專科醫生及服務。醫療團體是指由醫生、專科醫生和醫療設施組成的機構；這些都與健康計劃已簽約，為您提供和協調健康護理服務。
  - 若需要急診護理或緊急護理來看婦科醫生，或需要獲得本章 D1 節所列任何其他服務，則無須取得主治醫生 (PCP) 的轉診單。
- 您必須向**網絡服務提供者取得護理服務**。若使用非本健康計劃的服務提供者，我們通常不會承保服務。這代表您必須就所獲得的服務，向服務提供者支付全額費用。以下是一些此規則不適用的情形：

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 我們承保網絡外服務提供者提供的急診或緊急護理服務 (如需了解更多資訊，請參閱本章 H 節)。
- 若您需要本計劃所承保的護理服務，但我們的網絡服務提供者無法為您提供服務，則您可以從網絡外服務提供者取得護理服務。您必須在找網絡外服務提供者看診之前獲得本計劃的授權 (如需了解更多相關資訊，請參閱本章 D4 節)。在此情況下，我們會將這類護理視同您從網絡服務提供者取得並給予承保，**或**不會向您收取任何費用。
- 當您短期會到計劃服務區域外的地方時，或您的服務提供者臨時無法提供服務時，我們會承保洗腎透析服務。您可以在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 認證的洗腎透析機構取得這些服務。您所分攤的洗腎透析費用不得超出傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 分攤的費用。若您是在本計劃的服務區域之外，並且向本計劃網絡以外的服務提供者取得洗腎透析服務，則您分攤的費用不得超出您在網絡內支付的分攤費用。但是，若您常用的網絡內洗腎透析服務提供者臨時無法提供服務，而您選擇由服務區域內的網絡外服務提供者提供服務，則您為洗腎透析服務分攤的費用可能會較高。
- 當您首次加入本計劃時，可以要求繼續使用目前的服務提供者。若我們確認您與服務提供者現有的關係，就必須核准這項要求，但有一些例外情形。請參閱《會員手冊》第 1 章。若我們核准您的要求，您可以繼續使用目前的服務提供者，為期最長 12 個月。在此期間，您的健康護理經理會聯絡您，協助您尋找我們網絡內的服務提供者。在 12 個月後，如果您繼續使用我們的網絡外服務提供者，我們不會再承保您的護理服務。

**CareAdvantage 新會員：**大多數情況下，在您申請註冊登記 CareAdvantage 計劃當月的第 1 天，我們會為您註冊登記 CareAdvantage 計劃，您便可獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利。此後，您亦將透過 CareAdvantage 計劃獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。您的加州低收入醫療保險 (白卡) 承保將不會間斷。若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡我們，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線。

---

## C. 您的健康護理經理

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的護理管理福利計劃會主動協調複雜的護理服務，協助我們的會員在臨床和機能方面取得最好的成效。計劃工作人員熟知每位會員的福利，並會致力促使會員善加使用這些福利。

### C1. 何謂健康護理經理

健康護理經理是臨床醫生或其他訓練有素的人員。他們與本計劃合作，為您提供護理協調服務。(如需了解更多相關資訊，請參閱第 1 章 C 節及 G1 節。)

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## C2. 如何聯絡健康護理經理

- 您可以致電 650-616-2060。服務時間是週一到週五上午 8:00 到下午 5:00。該電話是免費服務。
- TTY 使用者可致電 1-800-735-2929 或撥打 7-1-1。該電話是免費服務。

我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。

## C3. 如何轉換健康護理經理

- 您可以致電 1-866-880-0606，要求轉換您的健康護理經理。

---

## D. 服務提供者提供的護理服務

### D1. 主治醫生 (PCP) 提供的護理服務

您必須選擇主治醫生 (PCP)，為您提供並管理醫療護理。本計劃的主治醫生 (PCP) 隸屬於醫療團體。您在選擇主治醫生 (PCP) 時，同時亦在選擇他們所屬的醫療團體。

#### 主治醫生的定義，且主治醫生可為您做什麼

在成為 CareAdvantage 會員時，您應該選擇與計劃簽約的服務提供者為您的主治醫生 (PCP)。您的主治醫生可以是兒科醫生、全科執業醫生、家庭執業醫生、內科醫生，或在某些情況下可以是婦產科醫生、執業護理師，或符合州要求並受過訓練為您提供基本醫療護理的醫生助理。正如下文所述，您將獲得主治醫生提供的定期或基本護理。您的主治醫生 (PCP) 也會安排您獲得 CareAdvantage 會員應得的其他承保服務。您的主治醫生 (PCP) 會為您提供大部份護理服務，並協助您安排和協調 CareAdvantage 會員應得的其他承保服務。其中包括：

- X 光照射
- 化驗檢查
- 治療
- 專科醫生提供的護理服務
- 住院，以及
- 複診護理服務

「協調」您的服務包括與其他 CareAdvantage 服務提供者研究或討論您的護理及進展情況。另外，CareAdvantage 有一些特別方案和服務可能對您適用。您的主治醫生最了解是否應建議您加入這些方案。協調您需要的護理服務，以及生病時的醫療或平常的健康服務，都是「醫療之家」以病患為中心的護理服務的一部份。這亦是我們想為每位 CareAdvantage 會員提供的服務。有時候在提供部份服務時，您的主治醫生可能需要先取得我們的事先授權 (事先核准)。由於您的主治

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



醫生將提供並協調您的醫療護理，因此您應將過去的所有病歷表寄送至主治醫生的診所。第 8 章將說明我們如何保護您的病歷表及個人健康資訊的隱私。

### 您選擇的主治醫生

若您在「服務提供者名錄」中看到平常就診的醫生名字，您可選擇他/她作為您的主治醫生。您亦可從「服務提供者名錄」中另外選擇新的提供者。「服務提供者名錄」列有每位服務提供者及其辦公室和診所的有用資料。如需更多資料，以協助您選擇主治醫生，請致電該提供者的辦公室。若您想使用某間特定醫院的服務，請事先查看並確定您的主治醫生亦使用該醫院的服務。**CareAdvantage** 指引員 (**CareAdvantage** 部門代理人) 亦可向您提供必要資料，協助您選擇主治醫生。您可按本節所述轉換主治醫生。

### 選擇轉換您的主治醫生

您可隨時因任何理由轉換主治醫生。此外，您的主治醫生有可能退出本計劃網絡。若您的主治醫生退出本計劃網絡，我們可以協助您在本計劃網絡中找到新的主治醫生。

您亦可以透過聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員網站轉換您的主治醫生，網址是 [www.hpsm.org/member-portal-login](http://www.hpsm.org/member-portal-login)。從目錄中選擇「變更主治醫生」。您可以按姓名、地點、性別和語言搜尋新的主治醫生。勾選「新患者」方框，尋找接受新病人的主治醫生。若要開始搜尋，按一下「搜尋」按鈕，即可查看符合您要求的主治醫生清單。

您亦可以致電 **CareAdvantage** 部門，要求其協助轉換主治醫生或尋找符合您要求的新主治醫生。**CareAdvantage** 指引員亦會確保您想轉換的主治醫生會接受新病人。若他們不接受新病人，您可以致電該主治醫生，詢問他們是否接收您。

若您正在看專科醫生，或正在接受需要主治醫生核准的其他承保服務 (如居家健康服務或耐用醫療設備)，請告訴 **CareAdvantage** 指引員。**CareAdvantage** 指引員會協助並確保您繼續獲得目前的專科護理和其他服務。

**CareAdvantage** 部門會更改會員資格記錄中的主治醫生姓名，並讓您知道轉換為新主治醫生的生效日期。您會收到確認函並獲知新主治醫生的姓名和聯絡方式。

轉換主治醫生會在下個月的第一天生效。

### 無需經由您的主治醫生核准即可獲得的服務

在多數情況下，您必須先得到主治醫生的核准，方可獲得其他服務提供者的服務。此核准就是所謂的**轉診**。以下列出您無需先由主治醫生核准即可獲得的服務：

- 網絡服務提供者或網絡外服務提供者提供的急診服務。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 從網絡服務提供者取得緊急護理服務。
- 當您無法前往網絡服務提供者處，而從網絡外服務提供者處獲得緊急護理服務 (例如，如果您身處計劃服務區域外或在週末期間)。

**注意：**緊急護理服務必須是即時需要和醫療上必須的服務。

- 當您在本計劃服務區域外時，前往聯邦醫療保險 (紅藍卡) 認證的洗腎機構接受洗腎透析服務。您在離開服務區域前，請致電 **CareAdvantage** 部門。我們會協助您在外取得洗腎透析服務。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗，但前提是您必須前往網絡服務提供者處接種。
- 日常婦女健康護理和家庭計劃服務。其中包括乳房檢查 (乳房 X 光照射)、巴氏子宮抹片檢查及骨盆檢查，只要您使用網絡服務提供者即可。
- 另外，如果您符合資格獲得印第安人健康服務提供者的服務，您不需轉診即可使用這些服務提供者。
- 由網絡服務提供者提供的足科服務
- 由網絡服務提供者提供的針灸服務
- 由網絡服務提供者提供的視力檢查服務
- 由網絡服務提供者提供的聽力檢查服務
- 調整脊椎以矯正對位的脊柱按摩服務，且由網絡服務提供者提供

## D2. 專科醫生或其他網絡服務提供者的護理服務

專科醫生是針對特定疾病或身體部位提供健康護理服務的醫生。專科醫生有許多專門科別，例如：

- 腫瘤科醫生為癌症病人提供醫療服務。
- 心臟科醫生為患有心臟病的人提供醫療服務。
- 骨科醫生為患有特定骨頭、關節或肌肉疾病的人提供醫療服務。

針對某些類型的轉診，您的主治醫生 (PCP) 可能需要獲得 **CareAdvantage** 醫療部主任的事先批准 (亦稱為「事先授權」(PA))。關於哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章。

因為主治醫生負責照護您的整體健康，他/她應了解您的所有健康問題。正因如此，我們極力建議您在看專科醫生之前，應先與您的主治醫生商量。有些服務無須書面轉診即可獲得。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





我們已在 D 節中解釋這些方面。若專科醫生希望您接受更多護理服務，請先與您的主治醫生 (PCP) 商量，以確保他們同樣希望您接受更多次專科看診。

若您想去看特定的專科醫生，請查明您的主治醫生是否安排病人去看這些專科醫生。本計劃的每位主治醫生 (PCP) 只能將病人轉診給特定的專科醫生。換句話說，您選擇哪位主治醫生 (PCP)，可能就決定了您可以使用哪些專科醫生。如果您要看某位計劃內的專科醫生，但您目前的主治醫生 (PCP) 無法為您轉診，您通常可以隨時更換主治醫生。在「選擇轉換主治醫生」中，我們將說明轉換主治醫生的方式。若您希望使用特定醫院的服務，首先須查明您的主治醫生是否使用這些醫院的服務。

書面轉診可能適用於一次就診，或者是需要持續服務適用於多次就診的長期轉診。若出現以下任何病況，我們必須將您長期轉診給一位合格的專科醫生：

- 慢性 (持續性) 病；
- 危及生命的心理或身體疾病；
- 退行性疾病或殘障；
- 任何其他嚴重或複雜到需要專科醫生診治的病況或疾病。

若您未在需要時取得書面轉診單，我們可能不會支付帳單。如需了解更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼列於本頁頁底。

若我們無法為您找到合格的計劃網絡服務提供者，則我們必須針對以下任何病況，為您提供合格專科醫生的長期服務授權：

- 慢性 (持續性) 病；
- 危及生命的心理或身體疾病；
- 退行性疾病或殘障；
- 任何其他嚴重或複雜到需要專科醫生診治的病況或疾病。

若您未在需要時取得我們的服務授權，我們可能不會支付帳單。如需了解更多資訊，請致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

### D3. 服務提供者退出我們的計劃時

您使用的網絡服務提供者有可能退出我們的計劃。若您的一位服務提供者退出我們的計劃，您的部份權利與保障簡述如下：

- 即使我們的服務提供者網絡在本年中可能會變更，我們仍必須讓您繼續使用合格服務提供者的服務。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 我們將通知您有服務提供者即將離開本計劃，讓您有時間選擇新的服務提供者。
  - 若您的主治醫生或行為健康服務提供者退出我們的計劃，並且您在過去三年內曾找他就診過，我們將通知您。
  - 若您的任何其他服務提供者退出我們的計劃，並且您被指定至該服務提供者、您目前使用他們的護理服務，或者您曾在過去三個月內找他們就診過，我們將通知您。
- 我們會協助您選擇新的合格網絡內服務提供者，繼續管理您的健康護理需求。
- 若您正在接受您目前服務提供者所提供的醫療治療或療法，則您有權要求持續獲得醫療上必須的治療或療法，我們也會與您合作並確保您獲得的治療或療法。
- 我們將為您提供相關資訊，讓您了解可選擇的不同註冊期，以及變更計劃的選項。
- 當網絡內服務提供者或福利無法提供或不足以應付您的醫療需求時，且我們無法為您尋找合格的網絡內專科醫生，則我們必須安排網絡外專科醫生為您提供護理服務。*在獲得網絡外專科醫生的護理之前，您必須取得本計劃的事先授權，否則我們可能不會承保這些服務。*
- 若您認為我們並未以合格的服務提供者取代先前所用的提供者，或者我們沒有妥善管理您的護理服務，您有權就我們的決定提出申訴。(如需了解詳情，請參閱第 9 章)。

若您得知自己的一位服務提供者將退出我們的計劃，請聯絡我們。我們會協助您尋找新的服務提供者和管理您的護理服務。您可以致電 1-866-880-0606，向 CareAdvantage 部門尋求協助。

#### D4. 網絡外服務提供者

當 CareAdvantage 的服務提供者網絡無法滿足您的醫療需求時，您的主治醫生可能將您轉診給網絡外的服務提供者。在某些情況下，您的主治醫生可能需獲得 CareAdvantage 的事先授權。您的主治醫生可以填寫並傳真治療授權申請表，向 HPSM 要求授權。

若是網絡外的轉診，您的主治醫生可以提交申請授權表，並傳真至 HPSM。

若您使用網絡外服務提供者，此服務提供者必須有資格加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和/或加州低收入醫療保險 (白卡)。

- 我們無法付款給不符合資格加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和/或加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃的服務提供者。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若您使用的服務提供者沒有資格加入聯邦醫療保險 (紅藍卡)，您必須為您獲得的服務支付全額費用。
- 服務提供者必須告知他們是否有資格參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。

---

## E. 長期服務及支援 (LTSS)

長期服務及支援有助於您居家治療，避免住院或入住專業護理機構。您可透過本計劃獲得部分長期服務及支援，包含專業護理機構的護理服務、社區型成人服務 (Community Based Adult Services, CBAS) 和社區支援服務 (Community Supports)。另一種長期服務及支援是居家支援服務 (In-Home-Supportive-Services, IHSS)，透過您所在縣的社會服務署提供。若要符合長期服務及支援資格，您必須年滿 18 歲，並已註冊登記一項加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃，例如聖馬刁健康計劃 (HPSM)。其他資格要求包括功能、身體和行為上受限制，若沒有長期服務和支援，即無法安全待在家中。有時您可以取得您日常健康護理和生活需求的協助。會員必須滿足部分資格要求，才有資格參加每個計劃。如需了解關於資格要求的資訊，請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電聖馬刁健康計劃 (HPSM) 健康護理經理，電話是 650-616-2060。

---

## F. 行為健康 (精神健康和藥物濫用失調) 服務

您可以獲得由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 承保且醫療上必須的行為健康服務。我們會提供由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理承保的行為健康服務。本計劃不提供加州低收入醫療保險 (白卡) 特別精神健康服務或縣立藥物濫用失調服務，但我們會透過聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (BHRS) 為您提供這些服務。

### F1. 在本計劃以外提供的加州低收入醫療保險 (白卡) 行為健康服務

若您符合精神健康服務專科服務的標準，則可透過縣立精神健康計劃 (MHP) 獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 特別精神健康服務。由聖馬刁縣行為健康和康復服務機構提供的加州低收入醫療保險 (白卡) 特別精神健康服務包括：

- 精神健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健
- 危機處理
- 危症穩定
- 成人住宅式治療服務

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 危症住宅式治療服務
- 精神健康機構服務
- 精神病院住院服務
- 特定個案管理

若您符合條件可接受加州低收入醫療保險 (白卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 藥物計劃的「安排遞送系統」(Organized Delivery System) 服務，則您可透過聖馬刁縣行為健康和康復服務機構獲得這些服務。聖馬刁縣行為健康和康復服務機構提供的加州低收入醫療保險 (白卡) 藥物計劃服務包括：

- 門診密集治療服務
- 住宅式治療服務
- 免費門診藥物服務
- 麻醉治療服務
- 鴉片成癮那屈酮服務

加州低收入醫療保險 (白卡) 藥物計劃「安排遞送系統」包括：

- 門診及密集門診服務
- 成癮治療 (亦稱為藥物輔助治療) 藥物
- 居民/住院病人
- 退出管理
- 麻醉治療服務
- 康復服務
- 護理協調

除了以上所列服務，若符合條件，您便可獲得自願住院病人戒癮服務。

[

請致電 1-800-686-0101 聯絡聖馬刁縣行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心，或撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 7-1-1 了解更多資訊。服務時間是週一到週五上午 8:00 到下午 5:00。

若您需要協助取得行為健康服務，請聯絡聖馬刁縣行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心。行為健康和康復服務機構負責執行初步的行為健康篩檢，以確保您獲得適當等級的護理，以及使

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



用合適的服務提供者網絡。聖馬刁健康計劃 (HPSM) 及行為健康和康復服務機構將合作處理各個護理系統之間的轉診。

行為健康和康復服務機構負責上文所列的特別精神健康服務，以及這些服務的提供情況和任何醫療必要性的裁定。任何爭議都將根據雙方的諒解備忘錄協議進行處理。

若您對聖馬刁縣行為健康和康復服務機構的服務提供者有任何疑問，可以聯絡聖馬刁縣行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心 (電話號碼如上)，或者可致電聯絡 CareAdvantage 部門，電話為 1-866-880-0606 (或撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929)；提出申訴的時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

---

## G. 交通服務

### G1. 非急診情況下的醫療交通服務

若您的健康狀況不允許您使用汽車、公車或計程車前往就診時，您有權獲得非急診醫療交通服務。非急診醫療交通服務適用於承保服務，例如醫療、牙科、精神健康和藥物濫用約診，以及前往藥房。如果您需要非急診醫療交通服務，您可告知您的主治醫生 (PCP) 並要求提供此項服務。您的主治醫生 (PCP) 會決定哪一種交通服務能滿足您的需求。若您需要非急診醫療交通服務，他們會填妥表格來開立服務，並提交給 CareAdvantage 供核准。視您的醫療需求而定，獲准後有效期為一年。您的主治醫生 (PCP) 將重新評估您的非急診醫療交通需求，每 12 個月會重新核准一次。

非急診醫療交通服務可以是救護車、擔架設備廂型車、輪椅用廂型車或空中交通服務。當您需要接送服務前往預約時，您可以透過 CareAdvantage 使用符合醫療需求、交通費用最低且最為合適的非急診醫療交通服務。例如，如果您的身體狀況或醫療情況允許以輪椅用廂型車接送，則 CareAdvantage 不會支付救護車費用。只有當您的醫療狀況不可能使用任何形式的陸上交通時，才有權使用空中交通。

如出現以下情況，您必須使用非急診醫療交通服務：

- 主治醫生 (PCP) 判定您有身體或醫療上的需要，且開立書面授權；原因是您不能搭乘公車、計程車、汽車或廂型車前往就診。
- 您有身體或精神上的障礙，因此需要他人駕駛並協助您往返住處、交通工具或治療場所。

若要求使用醫生規定的醫療交通服務以前往非緊急**常規預約**，請在就診前至少五 (5) 個工作天 (週一至週五) 致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線。如需**緊急預約**，請儘快致電。請在致電時準備好您的會員卡。如有需要，您亦可致電以了解詳情。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 醫療交通限制

CareAdvantage 承保符合您醫療需求且費用最低的醫療交通服務，接送您由家前往最近的服務提供者看診。若聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保醫療交通服務，則本計劃不提供此服務。若此預約類型由加州低收入醫療保險 (白卡) 承保，而非透過健康計劃承保，CareAdvantage 將協助您安排交通服務。本《會員手冊》第 4 章中列有承保服務清單。除非獲事先授權，否則 CareAdvantage 網絡外或服務區域外的交通服務將不會獲得承保。

## G2. 非醫療交通

非醫療交通福利包括往返預約的行程，接受服務提供者已授權的服務。若有以下情況，您可以免費使用接送服務：

- 往返預約的行程，接受服務提供者已授權的服務，或
- 領取處方藥和醫療用品。

若是服務提供者授權的服務，CareAdvantage 允許您使用汽車、計程車、公車或其他公共/私人交通工具前往就診非醫療疾病。CareAdvantage 使用美國物流公司 (American Logistics Company, ALC) 安排非醫療交通服務。我們承保符合您需求且費用最低的非醫療交通服務類型。

有時，本計劃會償付您安排的私家車接送費用。CareAdvantage 必須在您獲得接送服務之前核准此服務，且前提是我們確認您嘗試過且不能透過 ALC 獲得接送服務。您可以透過電話、發電郵或親自前來通知我們。您自己開車的費用不能獲償付。

要求償付車費時必須提供以下資料：

- 駕駛者的駕駛執照
- 駕駛者的車輛登記
- 駕駛者的汽車保險證明

若需要已獲授權的乘車服務，請於預約就診日期前至少兩 (2) 個工作日，致電美國物流公司 (American Logistics Company, ALC)，電話是 1-877-356-1080 (服務時間為週一至週五)。如需緊急預約，請儘快致電。請在致電時準備好您的會員卡。如有需要，您亦可致電以了解詳情。

**注意：**美國印第安人可聯絡他們當地的印第安健康診所，要求提供非醫療交通服務。

## 非醫療交通限制

CareAdvantage 提供符合您需求且費用最低的非醫療交通服務，接送由您家前往最近的服務提供者看診。您不能自己開車或直接獲得償付。

非醫療交通不適用於以下情形：

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 必須使用救護車、擔架設備廂型車、輪椅用廂型車，或其他形式的非急診醫療交通前往接受服務。
- 您有身體或醫療狀況，因此需要他人駕駛並協助您往返住處、交通工具或治療場所。
- 您坐輪椅，且沒有駕駛人協助就無法上下車。
- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保此服務。

---

## H. 在急診醫療狀況、緊急護理或災難期間的承保服務

### H1. 醫療緊急狀況護理

急診狀況是指有劇烈疼痛或嚴重受傷症狀的醫療狀況。此狀況相當嚴重，若不立即就醫，則任何具備一般健康和醫藥知識的人均可預期此狀況將導致：

- 對您或胎兒的健康造成嚴重風險；或
- 嚴重傷害身體功能；或
- 任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；或
- 若是進入分娩活躍期的孕婦，發生以下任一狀況：
  - 沒有足夠時間在生產前安全轉移至另一間醫院。
  - 轉院可能會威脅到您或胎兒的健康或安全。

當您發生醫療急診狀況時：

- **儘快取得協助。** 致電 9-1-1 或前往最近的急診室或醫院。必要時打電話叫救護車。您**無需**事先獲得主治醫生的核准或轉診。無需使用網絡服務提供者。凡在美國任何地方或美屬領地境內，您都可獲得由任何擁有適當州執照的服務提供者提供必要的急診醫療護理服務。
- **盡快通知本計劃有關您的急診狀況。** 我們會繼續追蹤您的急診護理情況。您本人或其他人通常應在 48 小時內致電我們，告知您的急診護理情況。但是，若您延遲通知我們，您不會支付急診服務費用。您或其他人可以致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。您可以在 CareAdvantage 會員卡背面查看聯絡電話。

### 急診醫療狀況承保服務

凡在美國任何地方或美屬領地境內，您都可獲得必要的承保急診醫療護理。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保您在美國和美國海外領土 (如波多黎各、關島等地) 取得的醫療服務和藥物。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保您在美國和美國海外領土 (如波多黎各、關島等地) 以外地區取得的醫療服務或藥物。

如果您旅行至加拿大或墨西哥，且接受急診服務和住院，您將得到我們全球急診服務的承保。若您已經在全球任何地方為需要住院的急診服務付費，可要求聖馬刁健康計劃 (HPSM) 退款給您。HPSM 將審查您的要求。如果 HPSM 同意退款給您，退款金額將是您要求的金額，最高不超過 \$25,000。

若您需要救護車到達急診室，本計劃會承保這項服務。我們亦承保急診期間的醫療服務。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 4 章中的福利表。

為您提供急診護理的服務提供者會判定您的病況何時呈現穩定狀態，以及急診醫療狀況何時結束。他們將持續為您治療，如果您需要複診護理服務才會康復，他們會聯絡我們以制定計劃。

本計劃承保您的複診護理服務。若您的急診護理是由網絡外服務提供者提供，我們會儘快嘗試找網絡服務提供者負責為您提供護理服務。

一旦您的急診症狀在醫院獲得治療，且因您的情況穩定下來而無急診症狀後，您的急診醫生可能會要求您留在醫院觀察一段時間，確定您安全後再讓您離開。您的急診狀況穩定後得到的服務叫「病症穩定後服務」。

若您接受急診服務的醫院不在 CareAdvantage 網絡內，這家非簽約醫院將聯絡我們並取得核准，才可在該醫院為您提供穩定後服務。因此，請務必隨身攜帶您的 CareAdvantage 會員卡，以便非簽約醫院與我們聯絡。若非簽約醫院不知道您是 CareAdvantage 會員，您可能會收到一張付款通知單。

若您可以在安全情況下轉至網絡醫院，我們將諮詢您的醫生以安排轉院和付款事宜，讓您從非簽約醫院轉至 CareAdvantage 網絡醫院或護理機構。

若我們判斷網絡醫院或護理機構能提供您所需護理，但您不同意轉院，則非簽約醫院可能寄給您書面通知，聲明您必須為非簽約醫院所提供的穩定後服務付款。如果是由非簽約醫院及服務提供者提供的未授權穩定後服務或相關交通服務，CareAdvantage 可能不會付費。

### 在非急診情況下獲得急診護理服務

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





有時很難知道您是否出現了醫療或行為健康急診狀況。您可以尋求急診護理，但醫生表示其實這不是緊急醫療狀況。但只要您合理認為自己的健康出現嚴重危險，我們亦會支付您的護理服務費用。

在醫生表示這不是非緊急狀況後，我們只會為下列情形支付額外護理服務的費用：

- 您使用網絡服務提供者，或
- 您獲得的額外護理被視為「緊急護理」，而且您遵守獲得這類服務的規則。請參閱下一節

## H2. 緊急護理

緊急護理是指病況並非緊急但是需要立即護理。舉例而言，您可能會在週末遇到現有病況突然加劇或劇烈喉嚨痛的情況，而且必須接受治療。

### 本計劃服務區域中的緊急護理

在多數情況下，我們只會為下列情形承保緊急護理服務：

- 您從網絡服務提供者獲得此護理服務，而且
- 您遵守在本章所列的規則。

若您無法前往網絡服務提供者處或這麼做並不合理，我們會支付您網絡外服務提供者的緊急護理費用。

若是非緊急、無法預見的醫療疾病、受傷或病況，但需要立即醫療護理，您必須聯絡您的主治醫生。您的主治醫生會指示取得護理的最佳方式。您也可以到緊急護理中心，獲得緊急需要服務。若無法到達網絡內緊急護理中心，您可以去不屬於我們網絡的緊急護理中心。

### 本計劃服務區域以外的緊急護理服務

當您在本計劃服務區域之外時，您可能無法獲得網絡服務提供者的護理服務。在此情況下，本計劃會支付您從任何服務提供者處獲得的緊急護理服務費用。

我們的計劃不會承保您在美國之外取得的緊急護理或任何護理。

根據您的加州低收入醫療保險 (白卡) 福利，只有在需要急診服務，且必須在加拿大或墨西哥住院時，您才會獲得承保。

本計劃承包全球範圍急診護理和急診交通服務。以下情況在美國以外地區提供的服務：

- 根據全球急診護理承保，當您前往美國以外地區旅行，您每年的保額最高為 \$25,000。超出此金額的費用不會獲得承保。
- 從他國返回美國的交通服務以及在美國以外地區購買的藥物不會獲得承保。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



### H3. 災難期間的護理服務

若加州州長、美國健康及人民服務部部長 (Secretary of Health and Human Services) 或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍能獲得本計劃提供的護理服務。

如需了解在政府宣佈的災難期間如何獲得所需護理服務，請瀏覽我們的網站：

[www.hpsm.org/member/careadvantage-2022/where-can-i-get-care/emergency-coverage](http://www.hpsm.org/member/careadvantage-2022/where-can-i-get-care/emergency-coverage)。

在政府宣佈的災難期間，若您無法使用網絡服務提供者的服務，您可以免費獲得網絡外服務提供者的護理服務。如果您在政府宣佈的災難期間無法使用網絡藥房服務，則可以在網絡外藥房領取處方藥。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章。

---

## I. 直接收到本計劃承保服務的帳單時該怎麼辦

若服務提供者向您而非本計劃寄送帳單，您應該要求我們支付帳單費用。

**您不應自行支付帳單。若這樣做，本計劃可能無法向您償還費用。**

若您已為承保服務付費，或您收到承保醫療服務的費用帳單，請參閱《會員手冊》第 7 章了解應採取的行動。

### I1. 本計劃不承保服務時該怎麼辦

本計劃承保符合以下條件的所有服務：

- 本計劃確定為具有醫療上的必要性，而且
- 列於本計劃的福利表中 (參閱《會員手冊》第 4 章)，而且
- 您遵守本計劃規則獲得相關服務。

若本計劃並未承保您取得的服務，**您應自行支付全額費用**，除非本計劃以外的另一項加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃承保上述服務。

若您想知道我們是否會支付任何醫療服務或護理服務的費用，您有權向我們詢問。您也有權以書面方式詢問。若我們的答覆是不會支付您的服務，您有權就我們的決定提出上訴。

《會員手冊》第 9 章將說明若您想要我們承保醫療服務或項目時該怎麼辦。同時也會說明您如何針對我們的承保決定上訴。您可以致電 CareAdvantage 部門，了解更多關於您的上訴權利。

對於部份服務，我們會支付特定限額的費用。若您使用的服務超過限額，您需支付全額費用以取得更多該類型的服務。如需了解具體的福利限制，請參閱第 4 章。致電 CareAdvantage 部門，了解福利限額多寡及使用情形。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## J. 承保臨床研究中的健康護理服務

### J1. 臨床研究的定義

臨床研究 (亦稱作臨床實驗) 是醫生用來測試新類型的健康護理或藥物的方式。經聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的臨床研究通常要求志願者參加研究。

只要聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准您希望加入的研究並且您表示有興趣參與，研究工作人員便會聯絡您。該名人員會告訴您研究情形，並且確認您是否符合參加資格。只要符合規定的條件，您就可參與該研究。您必須了解並接受研究中的必做事項。

您參與研究時，可以繼續註冊登記留在本計劃。這樣本計劃會持續承保與研究不相關的服務和護理服務。

若想參加任何聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的臨床研究，您**無需**告知我們或獲得我們或主治醫生的核准。在研究過程中為您提供護理的服務提供者**不一定**是網絡服務提供者。請注意，這並不包括我們的計劃負責提供的福利 (包括作為評估福利要件的臨床試驗或註冊)。這些福利包括國家承保裁定 (NCD) 和研究性裝置試驗 (IDE) 指明的特定福利，但或需取得事先授權並且符合其他計劃規則的要求。

我們鼓勵您在參加臨床研究前告知我們。

若您計劃參加臨床研究並且入會者已根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 為此項臨床研究投保，我們鼓勵您或您的健康護理經理聯絡 CareAdvantage 部門，告知您將參加一項臨床研究。

### J2. 您參加臨床研究時，服務費用由誰支付

如果您自願參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的臨床研究計劃，則可免費獲得研究範圍內的服務。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 除了會支付研究計劃內的承保服務費用以外，亦會支付護理服務的相關常規費用。只要您參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的臨床研究，則您在研究過程中獲得的多數服務及用品均可以獲得承保。其中包括：

- 即使您沒有參加研究，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 亦會為您支付食宿費用。
- 屬於研究範圍的手術或其他醫療程序。
- 新護理所引發副作用及併發症的治療。

若您參與聯邦醫療保險 (紅藍卡) **未核准**的研究，您將必需支付該研究的一切費用。

### J3. 更多關於臨床研究

您可以在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 網站 ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)) 閱讀「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和臨床研究」，以了解加入臨床研

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



究的詳情。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，我們每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。

---

## K. 在宗教非醫療健康護理機構中的健康護理服務如何獲得承保

### K1. 宗教非醫療健康護理機構的定義

宗教非醫療健康護理機構是指為您提供在一般醫院或專業護理機構無法獲得護理服務的場所。若在醫院或專業護理機構接受治療違背您的宗教信仰，我們會承保在宗教非醫療健康護理機構接受的護理服務。此福利僅限於聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 住院服務 (非醫療健康護理服務)。

### K2. 宗教非醫療健康護理機構提供的護理服務

若要獲取宗教非醫療健康護理機構提供的護理，您必須在表示反對獲取「非強制性」醫療治療的法律文件上簽名。

- 「非強制性」醫療治療是指自願而非聯邦、州或地方法律規定必須接受的任何護理服務。
- 「強制性」醫療治療意指非自願且是聯邦、州或地區法律規定的任何護理服務。

您從宗教非醫療健康護理機構獲得的護理必須符合以下要求，才能獲得本計劃的承保：

- 提供護理的機構必須獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的認證。
- 本計劃僅限為非宗教層面護理服務提供承保。
- 若您是在院所設施獲得該機構提供的服務，則以下條件適用：
  - 您所患醫療病症必須讓您可獲得醫院住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
    - 您必須在住入機構前取得我們核准，否則我們將不會承保您的住院費用。

*適用聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的住院承保限制 (請參閱第 4 章的 D 部分的福利表。)*

---

## L. 耐用醫療設備 (DME)

### L1. 本計劃會員可獲得的耐用醫療設備

耐用醫療設備包括某些由服務提供者訂購的醫療上必須項目，例如輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、服務提供者訂購的家用病床、靜脈輸液泵、語音產生裝置、氧氣設備及用品、噴霧器及步行器。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



您會永遠持有某些項目，如義肢。

我們會在本文討論您租用的耐用醫療設備。身為本計劃會員，您**不會**擁有耐用醫療設備，無論租用多久都一樣。

即使在加入本計劃前，您在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 下連續持有耐用醫療設備長達 12 個月，您**不會**擁有該設備。

## L2. 您轉換至傳統聯邦醫療保險時的耐用醫療設備所有權

在傳統聯邦醫療保險計劃中，若租用特定類型耐用醫療設備，租用 13 個月後即可擁有該設備。聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃可以設定人們在擁有特定類型耐用醫療設備之前必須租用這些設備的月數。

**注意：**您可以在第 12 章找到傳統聯邦醫療保險和聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃的字詞定義。您亦可查閱 *Medicare & You 2024* 手冊，了解更多資訊。如果您沒有這本手冊，可至聯邦醫療保險 (紅藍卡) 網站下載 ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you))，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取；該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。

若不選擇投保加州低收入醫療保險 (白卡)，您必需根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 連續支付 13 筆款項，或必需根據聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃連續支付若干筆款項才可擁有耐用醫療設備，但條件是：

- 您參加本計劃時未成為耐用醫療設備擁有者，及
- 您退出本計劃，並且在任何傳統聯邦醫療保險計劃或聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃的健康計劃之外取得您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利。

若您在加入本計劃前，根據傳統聯邦醫療保險或聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃為耐用醫療設備付款，**這些傳統聯邦醫療保險款項或聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃的款項將不算在這些付款中。您需要在退出本計劃後付款。**

- 您必需根據傳統聯邦醫療保險連續支付 13 筆新款項，或根據聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃連續支付若干筆新款項才可擁有耐用醫療設備。
- 即使您轉回傳統聯邦醫療保險計劃或聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃，這種情況也沒有破例。

## L3. 本計劃會員可獲得的氧氣設備福利

若您有資格獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保的氧氣設備，且您是本計劃的會員，我們會承保以下項目：

- 氧氣設備的租用

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 氧氣和氧氣內容物的運送
- 輸送氧氣和氧氣內容物所需的管線和相關配件
- 氧氣設備的維護和修理

當您在醫療上不再需要使用氧氣設備時，或當您離開本計劃時，您需要退還氧氣設備。

#### **L4. 當您轉換至傳統聯邦醫療保險或另一聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃時可獲得的氧氣設備**

當氧氣設備為醫療上必需，且您退出本計劃並轉換至傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 時，您將向供應商租用 36 個月。您的每月租金付款涵蓋氧氣設備和上列用品及服務。

您租用氧氣設備 36 個月之後，若這仍是醫療上必須的設備，您的供應商必須：

- 再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若為醫療上必須，您的供應商必須提供最長 5 年的氧氣設備和用品。

當 5 年到期時，若氧氣設備仍為醫療上必需：

- 您的供應商不必再提供此設備，但您可以選擇向任何供應商取得替代設備。
- 新的 5 年期間由此開始計算。
- 您可向同一位供應商租用 36 個月。
- 期滿之後，您的供應商必須再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若氧氣設備持續為醫療上必需，則每 5 年將展開一個新的週期。

當氧氣設備為醫療上必須，且您離開本計劃並轉換至另一聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃時，該計劃將至少承保傳統聯邦醫療保險所承保的項目。您可以詢問您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 新計劃承保哪些氧氣設備和用品，以及您將負擔多少費用。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 4 章：福利表

---

### 簡介

本章將說明本計劃承保服務及任何服務約束或限制，以及本計劃不承保的福利。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

**CareAdvantage 新會員：**大多數情況下，在您申請註冊登記 **CareAdvantage** 計劃當月的第 1 天，我們會為您註冊登記 **CareAdvantage** 計劃，您便可獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利。您仍可以從您先前的加州低收入醫療保險 (白卡) 健康計劃中，額外獲得一個月的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。此後，您亦將透過 **CareAdvantage** 計劃獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。您的加州低收入醫療保險 (白卡) 承保將不會間斷。若您有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡我們，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 **TTY (聽力及語言障礙) 專線**。

### 目錄

A. 承保服務.....	3
A1. 在公共衛生緊急狀態期間 .....	3
B. 服務提供者不能向您收取服務費的規則 .....	3
C. 關於本計劃福利表.....	3
D. 本計劃福利表.....	6
E. 本計劃的訪客或遊客福利.....	51
F. HPSM Dental .....	51
G. 本計劃之外的承保福利 .....	53
G1. 加州社區過渡機構 (CCT).....	54
G2. 安寧療護 .....	54
G3. 居家支援服務 (IHSS).....	55
G4. 1915(c) 居家型與社區型服務 (Home and Community Based Services, HCBS) 豁免計劃 .....	55

---

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 **TTY (聽力及語言障礙) 專線**；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



H. 本計劃、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保的福利 ..... 58

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





---

## A. 承保服務

本章將說明本計劃承保服務。您也可以了解哪些服務未獲得承保。關於藥物福利的資訊，在《會員手冊》第 5 章。本章亦會說明部份服務的限制。

由於您獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 的援助，只要您遵守本計劃的規則就不必為承保服務付費。關於本計劃規則的詳細資訊，請參閱《會員手冊》第 3 章。

若您需要協助並了解哪些服務可獲得承保，請致電 CareAdvantage 部門，電話為 1-866-880-0606。

### A1. 在公共衛生緊急狀態期間

若發生公共衛生緊急狀態聲明事件，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 將採取若干措施，協助確保會員能夠獲得醫療上必須的護理。這些措施包括但不限於：

- 豁免轉診規定，
- 縮短事先授權的時限或延長事先授權的有效時間，
- 授權更換醫療設備或用品，及
- 若網絡內服務提供者因緊急情況無法提供服務時，允許獲得網絡外的護理。

所有 CareAdvantage 會員都可以在公共衛生緊急狀態聲明期間採取所謂的靈活措施。在公共衛生緊急狀態聲明期滿後，全年都不能再採取靈活性措施。聖馬刁健康計劃 (HPSM) 可以在公共衛生緊急狀態聲明結束後提供這些靈活性措施。若您對公共衛生緊急狀態聲明的承保範圍有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門以了解更多資訊，電話是 1-866-880-0606。

---

## B. 服務提供者不能向您收取服務費的規則

我們不允許本計劃服務提供者寄網絡內承保服務帳單給您。我們會直接付款給我們的服務提供者，並且保障您免支付任何費用。即使我們付給服務提供者的費用低於他們的服務收費，您也免支付服務費用。

您不應該收到服務提供者的承保服務帳單。若您收到此帳單，請參閱《會員手冊》第 7 章或致電 CareAdvantage 部門。

---

## C. 關於本計劃福利表

此福利表旨在說明需要由本計劃支付的服務。該表會依字母順序明列承保服務，並且解釋這些服務。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若符合下列規則，我們會支付福利表所列服務。只要您符合下述要求，即無需為福利表中所列服務支付任何費用。

- 我們必須根據聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及加州低收入醫療保險 (白卡) 所訂規則，為您提供聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及加州低收入醫療保險 (白卡) 承保服務。
- 這些服務 (包含醫療護理、行為健康以及藥物濫用服務、長期服務及支援 (LTSS)、用品、設備以及藥物) 必須為「醫療上必須」。「醫療上必須」這一詞是用來說明為預防、診斷、治療疾病或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。包含為了讓您不必住院或入住護理機構所需的護理服務；這也代表服務、用品或藥物符合公認的醫療作業標準。醫療上必須的服務是指對於保護生命、避免重大疾病或重大殘障或者減緩劇痛而言合理且必要的服務。
- 您將從網絡服務提供者獲得護理服務。網絡服務提供者是指與我們合作的服務提供者。在多數情況下，網絡外服務提供者為您提供的護理無法獲得承保，除非是急診或緊急護理或除非您的計劃或網絡服務提供者已為您轉診。《會員手冊》第 3 章有更多關於使用網絡和網絡外服務提供者的詳情。
- 您有一位主治醫生 (PCP) 和一個護理團隊負責提供和管理您的護理服務。多數情況下，在使用非主治醫生 (PCP) 的服務提供者或其他網絡內的服務提供者之前，您必須先取得 PCP 的核准。這就是所謂「轉診」。《會員手冊》第 3 章列有關於獲得轉診的詳情，並說明您不需要轉診的情況。
- 福利表所列部份服務必須由您的醫生或其他網絡服務提供者事先獲得本計劃核准，我們才會承保這類服務。這就是所謂事先授權 (PA)。福利表中需經事先授權的承保服務標記均標有星號 (\*)
- 所有預防服務皆為免費。此蘋果圖示  會出現在福利表的預防性服務旁邊。
- **社區支援：**您的個人護理計劃可能包括社區支援服務。社區支援服務是符合醫療正當性且具成本效益的另類服務或設施。此為會員可獲得的服務選項。若您符合資格，這些服務或許能幫助您更能自主地生活。這些服務並不會取替您目前取得的加州低收入醫療保險 (白卡) 福利。我們提供的社區支援範例包括準備有助醫療的食品和餐食，或針對醫療特訂的餐食、協助您或您的照顧者，或者安裝浴室扶手和斜坡板。社區支援服務 — 提供的服務包括：
  - 住房和轉移的引導服務 — 包括根據住房評估來制訂一套個人化住房支援計劃，以解決評估所發現的障礙並滿足您的喜好
  - 住房保證金 — 確認、爭取或資助建立基本住房條件所需的一次性服務或改裝工作，例如租屋保證金、公共事業服承保務的首月費用、一次性清潔等
  - 住房租賃和維持服務 — 一旦爭取到出租房屋後，幫助您保有穩定的長期住房
  - 護理機構轉移/分流至輔助生活機構 — 協助您轉移並回到社區內居家式環境的服務

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。




- 社區轉移服務/從護理機構轉移至住家 – 協助您轉移至社區內自有住宅的墳物
- 環境無障礙改裝 (住家) – 在您住家內部提供環境改變或設備安裝等，協助您改善日常生活和確保安全的服務
- 膳食/醫療特訂餐 – 針對您的特定醫療需求和喜好，提供膳食和餐飲外送上府的服務，包括雜貨
- 如需協助或了解有哪些社區支援服務可使用，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606，TTY (聽力及語言障礙) 專線請撥 1-800-735-2929 或撥 7-1-1，或致電您的健康護理提供者。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## D. 本計劃福利表

本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>腹部主動脈瘤篩檢</b></p> <p>我們會為有可能患病者提供一次性超音波篩檢。如果您有特定風險因子，則您必須取得醫生、醫師助理、執業護理師或臨床專科護士的轉診，本計劃才會承保此次篩檢。</p> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606。</p>	\$0
<p><b>針灸</b></p> <p>在任何一個月份 (曆月中，我們最多會支付兩次的門診針灸服務費。若為醫療上必須，我們會支付更多次的服務費。</p> <p>如果您有慢性下背痛，我們亦會支付每 90 天最多 12 次的門診針灸服務費。慢性下背痛字詞定義如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 持續 12 星期或更久；</li> <li>● 不特定（沒有可以確定的系統性原因，例如與轉移性、發炎性或傳染性疾病無關）；</li> <li>● 與手術無關；且</li> <li>● 與懷孕無關。</li> </ul> <p>另外，若您的慢性下背痛出現好轉，我們會再支付額外八次門診針灸服務費。您每年為慢性下背痛接受的針灸治療不得超過 20 次。</p> <p>若您沒有好轉或病情惡化，則針灸治療必須停止。</p>	\$0


如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>酒精濫用篩檢和諮商</b></p> <p>若是酒精濫用但並非酒精成癮的成人，我們會支付一次酒精濫用篩檢 (SABIRT) 費用。其中包含孕婦。</p> <p>若您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您可以向合格的主治醫生 (PCP) 或醫療執業人員在基層醫療設施取得每年多達四次面對面的諮商課程 (條件是您能夠進行諮商，並且過程中是清醒的)。</p>	\$0
<p><b>救護車服務</b></p> <p>救護車服務的承保範圍包括地面和空中 (飛機和直升機) 服務。此救護車服務將會帶您至最近可接受護理的地方。</p> <p>您的病況必須非常嚴重，如採用其他方式到達護理地點將會危及您的健康或性命。</p> <p>其他情況 (非急診) 的救護車服務必須經由我們的核准。我們可能會為非緊急情況支付救護車費用。您的病況必須非常嚴重，如採用其他方式到達護理地點將會危及您的性命或健康。</p>	\$0
<p> <b>年度健康檢查</b></p> <p>您可以取得年度檢查。這是根據您現有的風險因素來擬訂或更新您的預防計劃。我們會每 12 個月支付一次此項服務的費用。</p> <p><b>注意：</b>您不能在進行<b>聯邦醫療保險 (紅藍卡) 迎新就診</b>後的 12 個月內做第一次年度健康檢查。但是您加入 <b>Part B</b> 的 12 個月後，即使沒做過<b>聯邦醫療保險 (紅藍卡) 迎新就診</b>，您也可以進行年度健康檢查。</p>	\$0
<p><b>哮喘預防服務</b></p> <p>您可以接受哮喘教育及家庭環境評估，為控制不佳的哮喘患者找出家中常見的觸發因子。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>骨質密度測量</b></p> <p>我們會為符合資格的會員 (通常是可能丟失骨質或患有骨質疏鬆症的人) 支付特定程序費用。這些程序可辨識骨質、尋找骨質疏鬆或了解骨頭品質。</p> <p>我們每 24 個月會支付一次此項服務的費用；若是醫療上必須，我們會支付更多次服務費。我們亦會付費給醫生，請他們檢視結果並給予意見。</p> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	\$0
 <p><b>乳癌篩檢 (乳房 X 光照射)</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 歲至 39 歲期間做一次基本的乳房 X 光照射</li> <li>• 滿 40 歲的女性每隔 12 個月做一次乳房 X 光照射篩檢</li> <li>• 每 24 個月做一次臨床乳房檢查</li> </ul> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	\$0
<p><b>心血管 (心臟) 康復服務</b></p> <p>我們會支付心臟康復服務費用，如運動、教育以及諮詢。會員必須符合特定病況，並且有醫生的醫囑。</p> <p>我們亦會承保密集心臟復健計劃的服務；該計劃會比心臟復健計劃提供更密集的服務。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>心血管 (心臟) 疾病風險降低就診 (心臟疾病治療)</b></p> <p>我們每年會支付一次您找主治醫生 (PCP) 就診費用，協助您降低心臟疾病的風險；若是醫療上必須，我們會支付更多次服務費。就診期間，您的醫生可能：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 討論阿斯匹靈的使用，</li> <li>• 檢查您的血壓，和/或</li> <li>• 提供健康飲食的必備常識。</li> </ul>	\$0
 <p><b>心血管 (心臟) 疾病檢查</b></p> <p>我們每五年 (60 個月) 會為支付一次心血管疾病血液檢驗費用。這些血液檢驗同時會檢查心臟疾病高風險引發的缺陷。</p> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	\$0
 <p><b>子宮頸癌與陰道癌篩檢</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 所有女性：每 24 個月一次的巴氏子宮頸癌檢驗和骨盆腔檢查</li> <li>• 對於有子宮頸癌或陰道癌高風險的女性：每 12 個月一次的子宮頸抹片檢測</li> <li>• 若女性最近三年內的巴氏早期癌變檢驗異常，且屬於生育年齡：每隔 12 個月一次的巴氏早期癌變檢驗</li> <li>• 對於 30-65 歲女性：每 5 年一次的人類乳突瘤病毒 (HPV) 檢測，或巴氏塗片檢查加 HPV 檢測</li> </ul> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>脊椎治療服務</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>調整脊椎以矯正對位</li> </ul> <p>加州低收入醫療保險 (白卡) 為 21 歲以下兒童及青少年承保脊椎治療服務。可獲得 24 次承保服務。</p> <p>對於在護理機構或中間護理機構接受長期護理服務的成人、在醫院門診部接受這些服務的成人，以及在病況可能影響懷孕的孕婦，這些服務也會獲得承保。</p> <p>這些服務屬於自行轉診福利，不需由主治醫生、其他醫生或醫護人員轉診，但必須由 CareAdvantage CMC 服務提供者提供。</p> <p>如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606。</p>	\$0
<p> <b>結腸直腸癌篩檢</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>結腸鏡檢查未設最低或最高年齡限制，對於非高危患者，每 120 個月 (10 年) 承保一次；對於結腸直腸癌非高危患者，在既往接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次；而對於既往接受過結腸鏡篩檢或鉭灌腸的高危患者，每 24 個月承保一次。</li> <li>年滿 45 歲患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。對於接受過結腸鏡篩檢的非高危患者，每 120 個月承保一次。對於既往接受過軟式乙狀結腸鏡檢查或鉭灌腸的高危患者，每 48 個月承保一次。</li> <li>年滿 45 歲患者的糞便隱血測試篩檢。每 12 個月承保一次。</li> <li>年齡介於 45 與 85 歲之間且未達到高危標準的患者進行的多靶點糞便 DNA 檢查。每 3 年承保一次。</li> <li>年齡介於 45 與 85 歲之間且未達到高危標準的患者進行的血液生物標誌物檢測。每 3 年承保一次。</li> <li>以鉭灌腸作為結腸鏡檢查的替代方法適用於高危患者，且距離上次做鉭灌腸或上次結腸鏡篩檢達 24 個月。</li> </ul>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。






本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<ul style="list-style-type: none"> <li>以銀灌腸作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方法，適用於年滿 45 歲的非高危患者。在上次銀灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡檢查篩檢後至少每 48 個月承保一次。</li> <li>若聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保的非侵入性糞便型結腸直腸癌篩檢試驗結果呈陽性，結腸直腸癌篩檢檢驗會包括後續的結腸鏡篩檢。</li> </ul> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	
<p><b>牙科服務</b></p> <p>我們將透過名為 HPSM Dental 的聖馬刁健康計劃，為您管理部分牙科服務。請參閱 E 節，了解更多關於此項福利的資訊。</p> <p>我們會為部分牙科服務付款，包括但不限於洗牙、補牙和假牙。我們不承保的部份可透過加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃獲得，說明見下文 F2。</p> <p>當部分牙科服務是受益人主要醫療狀況的具體治療手段時，我們便會為這些牙科服務付款。部分例子包括骨折或受傷後的顎部重建、為準備涉及顎部癌症的放射性治療而拔牙，或移植腎臟前的口腔檢查。</p>	\$0
 <p><b>憂鬱症篩檢</b></p> <p>我們每年會支付一次抑鬱篩檢費用。篩檢必須在能提供後續治療和/或轉診服務的基層醫療設施中進行。</p>	\$0


如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>糖尿病篩檢</b></p> <p>若您有下列任何一項風險因素，我們會支付這項篩檢 (包括空腹血糖篩檢) 費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高血壓</li> <li>• 不正常膽固醇和三酸甘油酯標準 (異常血脂症) 的病史</li> <li>• 肥胖</li> <li>• 高血糖 (葡萄糖) 的病史</li> </ul> <p>其他情況的檢驗可能獲得承保，例如若體重過重並且有糖尿病的家庭病史。</p> <p>依據測試結果，您可能有資格獲得每 12 個月兩次免費的糖尿病篩檢服務。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>糖尿病自我管理訓練服務和用品</b></p> <p>我們會為所有糖尿病患者 (無論是否使用胰島素) 支付服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 用來監測血糖的用品，包含以下項目： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一個血糖監測器</li> <li>○ 血糖測試條</li> <li>○ 刺血針裝置和刺血針</li> <li>○ 血糖控制方案，用來檢查測試條和監測器的準確性</li> </ul> </li> <li>● 若為有嚴重的糖尿病足病的糖尿病病人，我們會支付下列費用： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 每年一雙治療用訂製模製鞋 (包含內墊和試穿) 以及兩對額外內墊，<b>或</b></li> <li>○ 每年一雙深型鞋 (包括試穿) 和三對內墊 (不包含此類鞋子附送的非訂製化可移除內墊)</li> </ul> </li> <li>● 在一些情況下，我們會支付訓練費用以協助您管理糖尿病。若要了解更多細節，請聯絡 <b>CareAdvantage</b> 部門。</li> </ul> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 <b>CareAdvantage Unit</b>： <b>1-866-880-0606</b>。</p> <p>非藥方集糖尿病用品需經事先授權。</p>	\$0
<p><b>陪產員服務</b></p> <p>我們會為孕婦支付九次的產前和產後期就診和一名陪產員的費用，並支付孕婦分娩和生產期間的支援費用。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>耐用醫療設備 (DME) 及相關用品*</b></p> <p>關於「耐用醫療設備」(DME) 的字詞定義，請參閱《會員手冊》第 12 章。</p> <p>以下項目屬於承保範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 輪椅，包括電動輪椅</li> <li>● 拐杖</li> <li>● 動力床墊系統</li> <li>● 床墊乾壓墊</li> <li>● 糖尿病用品</li> <li>● 由服務提供者開單供居家使用的醫院病床</li> <li>● 靜脈 (IV) 輸液泵和輸液桿</li> <li>● 語音生成裝置</li> <li>● 氧氣設備及用品</li> <li>● 噴霧器</li> <li>● 助行器</li> <li>● 標準彎曲手杖或四支點拐杖及替代用品</li> <li>● 頸椎牽引裝置 (吊掛在門上)</li> <li>● 骨骼刺激裝置</li> <li>● 洗腎透析護理設備</li> </ul> <p>可能獲得承保的其他項目。</p> <p>我們會支付聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 通常會支付所有醫療上必須的耐用醫療設備費用。若我們的供應商在您的區域未提供特定品牌或製造商產品，您可以要求他們為您專門訂購。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>急診護理</b></p> <p>急診護理是指下列服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 由受過急診服務培訓的服務提供者提供，及</li> <li>• 需要治療急診醫療狀況。</li> </ul> <p>急診醫療狀況是指有劇烈疼痛或嚴重受傷的醫療狀況。此狀況相當嚴重，若不立即就醫，則任何具備一般健康和醫藥知識的人均可預期此狀況將導致：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 對您或胎兒的健康造成嚴重風險；或</li> <li>• 嚴重傷害身體功能；或</li> <li>• 造成任何身體器官或部位嚴重失能</li> <li>• 若是進入分娩活躍期的孕婦，可能發生以下任一狀況： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 沒有足夠時間在生產前安全轉移至另一間醫院。</li> <li>○ 轉院可能會威脅到您或胎兒的健康或安全。</li> </ul> </li> </ul> <p>聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保您在美國和美國海外領土 (如波多黎各、關島等地) 取得的醫療服務和藥物。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保您在美國和美國海外領土 (如波多黎各、關島等地) 以外地區取得的醫療服務或藥物。</p> <p>如果您旅行至加拿大或墨西哥，且需要住院接受急診服務，HPSM 加州低收入醫療保險 (白卡) 將予以承保。若您已經在加拿大或墨西哥為需要住院的急診服務付費，可要求 HPSM 退款給您。HPSM 將審查您的要求。如果 HPSM 同意退款給您，退款金額將是 HPSM 原本會支付給服務提供者的金額 (即加州低收入醫療保險 (白卡) 允許的金額)。此金額可能少於您實付給服務提供者的金額。</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>若您在網絡外醫院取得急診護理，並且在您的緊急狀態穩定後需要住院護理時，您必須回到網絡醫院接受護理，我們才會繼續支付服務費用。只有在本計劃核准的情況下，您才可以留在網絡外醫院接受住院護理。</p>


如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>家庭計劃服務</b></p> <p>法律讓您為特定家庭計劃服務選擇任何服務提供者，不論是網絡服務提供者還是網絡外服務提供者。這表示任何醫生、診所、醫院、藥房或家庭計劃診所。</p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家庭計劃檢查和醫療治療</li> <li>● 家庭計劃檢驗室和診斷測試</li> <li>● 家庭計劃實施方法 (IUC/IUD、植入、注射、避孕藥、避孕貼、避孕環)</li> <li>● 家庭計劃的處方用品 (保險套、海棉、泡棉、薄膜、隔膜、帽)</li> <li>● 不孕諮詢和診斷及相關服務</li> <li>● 性病傳染 (STI) 的諮詢、檢驗和治療</li> <li>● HIV、AIDS 以及其他 HIV 相關病況的諮詢和檢驗</li> <li>● 永久避孕 (您必須年滿 21 歲才能選擇這種家庭計劃方法；您必須在手術前至少 30 天 (但不超過 180 天) 簽署聯邦不孕同意書。)</li> <li>● 遺傳諮詢</li> </ul> <p>我們亦會支付一些其他家庭計劃服務的費用。不過，您必須向我們的網絡服務提供者取得以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 不孕醫療狀況治療 (此服務不包含人工方式受孕。)</li> <li>● AIDS 和其他 HIV 相關病況治療</li> <li>● 基因檢驗</li> </ul>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>健康和保健教育計劃</b></p> <p>我們提供許多著重特定健康狀況的計劃。這些包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康教育課程；</li> <li>• 營養教育課程；</li> <li>• 戒煙和戒除煙草；和</li> <li>• 護理專線</li> </ul>	\$0
<p><b>健康食物/食品</b></p> <p>我們透過健康食物計劃免費為您提供部分食物產品。您每季度 (每 3 個月) 將獲得一個容許額度 (即花費上限)，可用來向零售店或透過我們廠商的網站購買食物。這項福利從每季度的第一天開始提供：1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日、10 月 1 日。任何剩餘額度均不能延至以後的季度使用。若您有任何未用完的額度，下一季度的第一天即會失效。</p> <p>您可以用這項福利購買的食物包括：水果、蔬菜、肉品和罐裝食品，以及廠商網站上和/或零售店內的其他合條件產品 (根據核准清單認定)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每季容許額度 \$65</li> </ul> <p>若要符合這項福利的資格條件，您必須患有特定慢性疾病。</p> <p>購買的品項必須在授權的核准食物產品清單上。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>聽力服務*</b></p> <p>我們會支付由您服務提供者提供的聽力及平衡檢驗費用。這些測試會讓您知道是否需要醫療治療。當您從醫生、聽力學家或其他合格的服務提供者取得門診護理時，這些服務將會獲得承保。</p> <p>若您有孕或居住在護理機構，我們亦會支付助聽器費用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 模子、用品及插入式耳機</li> <li>● 每次費用超過 \$25 的助聽器修理</li> <li>● 原裝電池組</li> <li>● 取得助聽器後的六次服務，透過同一位供應商提供培訓、調整和調戴</li> <li>● 助聽器租賃試用期</li> <li>● 助聽裝置、表面穿戴式骨傳導助聽服務</li> <li>● 助聽器相關的聽覺矯治以及後期評估服務</li> </ul> <p>您應諮詢您的服務提供者，並取得聽力檢查和助聽器的轉診單。</p> <p>使用助聽器需經事先授權。</p> <p>助聽器福利上限為每個財政年度 (7 月 1 日 – 6 月 30 日) \$1,510 (雙耳)，其中包括模子、修改用品及配件。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>HIV 篩檢</b></p> <p>我們每 12 個月會為以下人士支付一次 HIV 篩檢費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 要求 HIV 篩檢測試，或</li> <li>• 感染 HIV 的風險較高。</li> </ul> <p>若是懷孕婦女，我們會在其懷孕期間支付多達三次 HIV 篩檢測試費用。</p> <p>在您的服務提供者建議下，我們亦會支付更多次 HIV 篩檢的費用。</p> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	\$0
<p><b>居家健康機構護理</b></p> <p>您在取得居家健康服務前，必須請醫生告訴我們您需要此服務，且這些服務必須由居家健康機構提供。您必須是只能在家中，也就是出門是件艱鉅的事。</p> <p>我們會支付以下及其他可能未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非全日工作或間歇性的專業護理和居家健康助理 (Home Health Aide) 服務 (若要享有居家健康護理福利，您的專業護理和居家健康助理的合計時間，必須少於每日 8 小時及每週 35 小時。)</li> <li>• 物理治療、職能治療和口語治療</li> <li>• 醫療及社會服務</li> <li>• 醫療器材及用品</li> </ul>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。




本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>居家輸液治療</b></p> <p>本計劃會支付居家輸液治療費用，其字詞定義是：您在家中接受藥物或生物製劑的靜脈或皮下注射。居家輸液需要用到以下藥品和設備：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 藥物或生物物質，例如抗病毒藥或免疫球蛋白；</li> <li>● 設備，例如泵；及</li> <li>● 用品，例如管子或導管。</li> </ul> <p>本計劃承保居家輸液服務，包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 根據您護理計劃提供的專業服務 (包含護理服務)；</li> <li>● 尚未納入 DME 福利的會員培訓及教育；</li> <li>● 遠程監測，及</li> <li>● 由合格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療及居家輸液藥物監測服務。</li> </ul>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>安寧療護</b></p> <p>如果服務提供者和安寧療護醫療主任確定您已進入末期預後，您就有權選擇安寧療護。末期預後的意思是您得了末期疾病，預計存活時間在六個月以內。您可以獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 任何認證安寧計劃的護理服務。本計劃必須協助您在本計劃的服務區域尋找經聯邦醫療保險 (紅藍卡) 認證的安寧療護方案。您的安寧醫生可以是網絡服務提供者或網絡外服務提供者。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 治療症狀和疼痛的藥物</li> <li>• 短期暫息照顧</li> <li>• 居家護理</li> </ul> <p><b>安寧療護服務及與您絕症相關的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 承保服務的帳單會提交至聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如需了解詳情，請參閱本章 <b>F 節</b>。</li> </ul> <p><b>本計劃承保但聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 不承保的服務：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本計劃會承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 不承保的服務。本計劃會承保與您絕症相關和不相關的服務。您不用支付這些服務費用。</li> </ul> <p><b>可能獲得本計劃聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 福利承保的藥物：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 藥物不會同時受到安寧服務和本計劃承保。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》<b>第 5 章</b>。</li> </ul> <p><b>注意：</b>若您需要非安寧療護護理，請致電您的健康護理經理和/或 CareAdvantage 部門以安排這些服務。非安寧療護服務是指與末期預後不相關的護理。</p> <p style="text-align: right;"><b>本福利說明接下頁</b></p>	<p>\$0</p>



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>安寧療護 (續)</b></p> <p>本計劃為沒有選擇安寧療護福利的絕症會員承保安寧療護諮詢服務 (僅限一次)。</p>	\$0
<p> <b>疫苗注射</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 肺炎疫苗</li> <li>• 流感疫苗 (每年秋冬流感季注射一次)，以及在醫療上必須的情況下多注射的流感疫苗</li> <li>• 乙型肝炎疫苗，若您有染患乙型肝炎的高風險或中度風險</li> <li>• COVID-19 疫苗</li> <li>• 其他疫苗注射，若您有罹患風險且符合聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 的承保規定</li> </ul> <p>我們會支付符合聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 承保規則的其他疫苗費用。如需了解更多資訊，請參閱《會員手冊》第 6 章。</p> <p>若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>醫院住院治療*</b></p> <p>我們會支付以下及其他醫療上必須但未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 半私人房間 (或醫療上必須的私人房間)</li> <li>● 膳食，包括特殊飲食</li> <li>● 一般護理服務</li> <li>● 特殊護理室的費用，如重病特別護理或冠心病護理室</li> <li>● 藥物和治療</li> <li>● 化驗室檢驗</li> <li>● X 光照射和其他放射性服務</li> <li>● 必要的手術和醫療用品</li> <li>● 醫療器械，如輪椅</li> <li>● 手術和康復室服務</li> <li>● 物理、職能和口語治療</li> <li>● 住院藥物濫用治療服務</li> <li>● 在特定情況下，以下類型的移植器官可獲得承保：角膜、腎、腎/胰臟、心臟、肝、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞，及腸內/聯合臟器。</li> </ul> <p style="text-align: right;">本福利說明接下頁</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>您必須獲得本計劃核准，才可在緊急狀況穩定後，繼續在網絡外醫院接受住院護理。</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>醫院住院治療 (續)</b></p> <p>若您需要移植，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的移植中心將會審核您的個案，並且決定您是否適合移植的人選。移植服務提供者可以是當地或服務區域外的提供者。若移植服務提供者願意接受聯邦醫療保險 (紅藍卡) 提出的服務費用，您可以在本地或我們社區護理模式以外獲得移植服務。若本計劃提供我們社區護理模式以外的移植服務，且您選擇在該地移植，我們會安排或支付您和另外一人的住宿和交通費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 血液，包括存放和管理</li> <li>• 醫師服務</li> </ul> <p>注意：您的服務提供者必須為您開立住院醫囑，您才算是住院病患。即使在醫院過夜，您仍然會被視為「門診」病患。若不確定自己是門診病患或住院病患，請詢問醫院工作人員。</p> <p>您亦可以查閱名為「<b>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</b>」(您是醫院的住院病人還是門診病人？若您是聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會員，請提問！) 的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 說明資料，了解相關的資訊。如需取得該說明資料，請上網下載：  <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者請致電：1-877-486-2048。這些電話 7 天 24 小時全年無休提供服務，來電均免費。</p>	

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>精神病院的住院病人服務*</b></p> <p>我們會為需要住院的精神健康護理服務付費。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 若您需要獨立式精神病醫院的住院病人服務，我們會支付前 <b>190</b> 天的服務費用。此後，當地縣立精神健康管理局會支付醫療上必須的住院病人精神服務費用。超過 <b>190</b> 天護理的授權由當地縣立精神健康管理局負責安排。 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>190</b> 天限制不適用於綜合醫院的精神病科所提供的精神健康服務。</li> </ul> </li> <li>● 若您年滿 <b>65</b> 歲，我們會支付您在精神疾病機構 (IMD) 的服務費用。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>住院期間：醫院或專業護理機構 (SNF) 在非承保住院期間的承保服務*</b></p> <p>若您已使用所有的住院福利或您住院的目的並不合理且不是醫療上必須的，我們不會付費。</p> <p>但是，在住院護理未獲承保的某些情況下，我們可能會為您在醫院或專業護理機構住院期間獲得的服務付費。若要了解更多細節，請聯絡 <b>CareAdvantage</b> 部門。</p> <p>我們會支付以下及其他可能未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫生服務</li> <li>• 診斷檢驗，例如化驗室檢驗</li> <li>• X 光照射、鐳及同位素療法，包括技術人員材料和服務</li> <li>• 外科包紮</li> <li>• 用於骨折和脫臼復位的夾板、模型和其他裝置</li> <li>• 義肢修復和矯形裝置 (牙科除外)，包含替換品或修復該裝置。這些裝置替換了以下任何一項的全部或一部分： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身體內部器官 (包含結締組織)，或</li> <li>○ 不活動或失去功能的身體內部器官。</li> </ul> </li> <li>• 腿部、手臂、背部和脖子的支撐、支架、以及人工的腿部、手臂、眼睛。其中包含由於斷裂、磨損、失去或您的病況改變所需的調整、修復以及替換</li> <li>• 物理治療、口語治療及職能治療</li> </ul> <p><b>住院期間：醫院或專業護理機構 (SNF) 在非承保住院期間的承保服務* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 若有醫療必要性，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能為額外服務付費。其中包括醫療及手術服務。如需詳細資料，請致電 <b>CareAdvantage Unit</b>： <b>1-866-880-0606</b>。</li> </ul> <p>在非承保住院期間提供的部分服務需經事先授權。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。







本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>腎臟疾病服務和用品*</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 教導腎臟病護理的腎臟病教育服務，及協助您作出正確的護理決定。您必須有第 IV 級慢性腎臟疾病，且您的醫生必須為您轉診。我們會承保多達六次的腎臟疾病教育服務。</li> <li>• 門診病人洗腎透析治療，包括暫時離開服務區域內的洗腎透析治療 (請參閱《會員手冊》第 3 章)；或您的服務提供者臨時無法提供這項服務時的洗腎透析治療。</li> <li>• 住院病人洗腎透析治療 (前提是您以住院病人身份在醫院接受特殊護理)</li> <li>• 自我洗腎訓練，包括為您及在家中協助您進行洗腎治療的人士進行訓練</li> <li>• 居家洗腎設備和用品</li> <li>• 特定居家支援服務，例如必要時，由經過訓練的洗腎人員到府檢查您的居家洗腎情況，在出現緊急情況時給予協助，並檢查洗腎設備和供水。</li> </ul> <p>您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 藥物福利會支付部分洗腎透析藥物費用。相關資訊請參閱本表的「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥物」部分。</p>	\$0
<p> <b>肺癌篩檢</b></p> <p>本計劃每 12 個月支付一次肺癌篩檢費用，前提是您：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 年齡為 50-77 歲之間，及</li> <li>• 已找您的醫生或其他合格服務提供者，進行一次諮詢並共同作出決定，及</li> <li>• 每天至少抽 1 包煙且已抽煙 20 年，沒有任何肺癌的跡象或症狀，或近 15 年內都在吸煙或沒有再吸煙。</li> </ul> <p>首次篩檢後，本計劃每年會再支付一次篩檢費用，但您要取得醫生或其他合格服務提供者的書面醫囑。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務		您必需支付的服務
	<p><b>營養療法</b></p> <p>此福利是為罹患糖尿病或腎臟疾病但無需洗腎透析的人士提供。同時，也是為腎臟移植後取得醫生醫囑的人士提供。</p> <p>若您接受聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的醫療營養治療服務，在第一年期，我們會支付三小時的一對一諮詢服務費用。若是醫療上必須，我們會核准額外的服務。</p> <p>其後，我們會支付每年兩小時的一對一諮商服務費用。若您的病況、治療或診斷結果有變化，只要有醫生的醫囑，您也許可以得到更多時數的治療。醫生必須開立這些服務的處方；同時，如果下年度 (曆年) 仍需治療，醫生必須每年更新醫囑。若是醫療上必須，我們會核准額外的服務。</p>	\$0
	<p><b>聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃糖尿病預防方案 (MDPP)</b></p> <p>本計劃會支付 MDPP 的服務費。MDPP 目的是協助您提高行為的健康程度。MDPP 會針對如下各項提供實際培訓：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期飲食改變，及</li> <li>• 增加體能活動，及</li> <li>• 減重及維持健康生活方式的方法。</li> </ul>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥物</b></p> <p>此類藥物由傳統聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 承保。本計劃會支付以下藥物的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您通常不會自己服用，並且在看診、得到醫院門診或流動手術中心服務時由醫生注射或注入的藥物</li> <li>• 透過耐用醫療設備提供的胰島素 (例如，醫療上必須的胰島素泵)</li> <li>• 使用獲本計劃授權的耐用醫療設備 (如噴霧器) 時需服用的其他藥物</li> <li>• 自我注射的凝血因子 (若患有血友病)</li> <li>• 免疫抑制藥物 (若您在接受器官移植時已加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A)</li> <li>• 骨質疏鬆注射藥物。若您住家中且患有經醫生證明與絕經後骨質疏鬆症有關的骨折，但自己無法注射藥物，我們會支付這些費用</li> <li>• 抗原</li> <li>• 特定的口服抗癌藥物及止吐藥物</li> <li>• 用於居家洗腎透析的特定藥物，包括 (醫療上必須的) 肝凝脂、肝凝脂抗毒藥、表面麻醉劑和紅血球造血刺激劑 (如 Epogen<sup>®</sup>、Procrit<sup>®</sup>、Epoetin Alfa、Aranesp<sup>®</sup> 或 Darbepoetin Alfa)</li> <li>• 靜脈內免疫球蛋白，用於主要免疫缺陷疾病的居家治療</li> </ul> <p>我們還會透過聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 和 Part D 處方藥福利承保一些疫苗。</p> <p>《會員手冊》第 5 章會解釋門診病人處方藥福利。該節內容會解釋處方藥若要獲得承保，您必須遵守的規則。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 《會員手冊》第 6 章會解釋您需要為本計畫所提供的門診處方藥支付哪些費用。</li> </ul>	<p>\$0</p>


如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>護理機構護理</b></p> <p>護理機構 (NF) 是為無法在家取得護理但無需住院的人士提供護理的地方。</p> <p>我們支付費用的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 半私人房間 (或醫療上必須的私人房間)</li> <li>• 膳食，包括特殊飲食</li> <li>• 護理服務</li> <li>• 物理治療、職能治療和口語治療</li> <li>• 呼吸治療</li> <li>• 護理計劃為您提供的藥物。(其中包含自然存在體內的物質，如血液凝結因子。)</li> <li>• 血液，包括存放和管理</li> <li>• 醫療和外科用品，通常由護理機構提供</li> <li>• 化驗室檢驗，通常由護理機構提供</li> <li>• X 光和其他放射線服務，通常由護理機構提供</li> <li>• 器具使用 (如輪椅)，通常由護理機構提供</li> <li>• 醫師/醫療執業人員服務</li> <li>• 耐用醫療設備</li> <li>• 牙科服務，包含假牙</li> <li>• 眼科福利</li> </ul> <p style="text-align: right;">本福利說明接下頁</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>護理機構護理 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>聽力檢查</li> <li>脊椎按摩療法</li> <li>足科服務</li> </ul> <p>您通常會從網絡機構處獲得護理服務。不過，您也可以從不屬於我們網絡的機構取得護理。若下列機構接受本計劃的付款金額，您可以從這些地方取得護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>您住院之前所住護理機構或退休人員持續護理退休社區 (只要此類社區有提供專業護理機構服務)。</li> <li>您出院當時配偶或同居伴侶所住的護理機構。</li> </ul>	
<p> <b>肥胖篩檢和減重治療</b></p> <p>如果您的身體質量指數 (BMI) 在 30 或以上，我們會支付諮詢服務費用並協助您減肥。您必須從基層醫療設施取得諮商。如此，您便可使用完整的預防計劃管理此服務。請與您的主治醫生討論以了解更多資訊。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 服務</b></p> <p>本計劃會支付以下治療鴉片類藥物使用失調 (OUD) 的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 攝取活動</li> <li>• 定期評估</li> <li>• 藥物須經食品及藥物管理局 (Food &amp; Drug Administration, FDA) 核准，且 (若適用) 本計劃會管理並向您發放這些藥物</li> <li>• 藥物濫用諮詢</li> <li>• 個人和團體治療</li> <li>• 體內藥物或化學品測試 (毒性測試)</li> </ul> <p>藥物濫用治療服務需經聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (BHRS) 事先授權，並向合適的服務提供者轉診。請致電行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心 (電話 1-800-686-0101)，了解詳情。</p>	\$0
<p><b>門診病人診斷性試驗和治療服務及用品</b></p> <p>我們會支付以下及其他醫療上必須但未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光照射</li> <li>• 放射線 (鐳及同位素) 療法，包括技術人員材料和用品</li> <li>• 手術用品，如敷料用品</li> <li>• 用於骨折和脫臼復位的夾板、模型和其他裝置</li> <li>• 化驗室檢查</li> <li>• 血液，包括存放和管理</li> <li>• 其他門診診斷檢查</li> </ul>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>門診住院服務*</b></p> <p>我們會為醫療上必須且在醫院門診部進行的疾病或傷害診斷服務付費，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在急診部門或門診診所的服務，如門診手術或觀察服務 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 觀察服務會協助醫生了解您是否為需要住院的「住院病人」。</li> <li>○ 有時，您會在醫院住一晚上，但仍是「門診病人」。</li> <li>○ 如需了解基本資料單中關於住院病人或門診病人的詳情，請瀏覽 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a>。</li> </ul> </li> <li>● 醫院收費的化驗室和診斷檢驗服務</li> <li>● 精神健康護理，包括在部分住院計劃中獲得的護理 (若醫生證明如不參加這項計劃則需住院)</li> <li>● 由醫院要求付款的 X 光照射和其他放射性服務</li> <li>● 醫療用品，如夾子和模型</li> <li>● 福利表所列的預防性篩檢及服務</li> <li>● 您不能自行使用的一些藥物</li> </ul> <p>部分門診住院服務需經事先授權。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>門診病人精神健康護理*</b></p> <p>我們會支付以下人士提供的精神健康服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 有州執照的精神病專家或醫生</li> <li>● 臨床心理醫生</li> <li>● 臨床社工</li> <li>● 臨床護理專業人員</li> <li>● 有執照的專業諮詢師 (LPC)</li> <li>● 有執照的婚姻和家庭治療師 (LMFT)</li> <li>● 執業護理師 (NP)</li> <li>● 醫師助理 (PA)</li> <li>● 相關州法允許的其他聯邦醫療保險 (紅藍卡) 合格精神健康護理專業人員</li> </ul> <p>我們會支付以下及其他可能未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 臨床服務</li> <li>● 醫療上必須的日間治療</li> <li>● 醫療上必須的心理社會康復服務</li> <li>● 部分住院計劃或密集門診計劃</li> <li>● 個人和團體精神健康評估和治療</li> <li>● 臨床指示評估精神健康結果的心理測試</li> <li>● 監測藥物治療的門診服務</li> <li>● 門診化驗室、藥物、用品以及補充品</li> <li>● 精神諮詢</li> </ul>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>門診康復治療服務*</b></p> <p>我們會支付物理治療、職能治療和口語治療等費用。</p> <p>您可以從醫院門診部門、獨立治療師診所、全面門診康復機構 (CORF) 等其他機構取得門診康復服務。</p> <p>門診康復治療服務需經事先授權</p>	\$0
<p><b>門診藥物濫用治療服務*</b></p> <p>我們會支付以下及其他可能未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 酒精濫用篩檢和諮商</li> <li>● 藥物濫用治療</li> <li>● 由合格的臨床人員進行的團體或個人諮商</li> <li>● 住家成癮計劃的亞急性解毒</li> <li>● 門診密集治療中心的酒精和/或藥物服務</li> <li>● 緩釋注射那屈酮 (拿淬松) 治療</li> </ul> <p>門診藥物濫用治療服務需經聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (BHRS) 事先授權，並向合適的服務提供者轉診。請致電行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心 (電話 1-800-686-0101)，了解詳情。</p>	\$0
<p><b>門診手術*</b></p> <p>我們會支付在醫院門診設備和門診手術中心產生的門診手術和服務等費用。</p> <p>門診手術需經事先授權。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>非處方藥 (OTC) 品項</b></p> <p>如果您的服務提供者開立非處方藥，CareAdvantage 就會承保部分這類藥物。我們還會透過 OTC+ 計劃免費為您提供部分非處方藥產品。OTC+ 計劃承保的產品無需處方。根據 OTC+ 計劃，您每季度 (每 3 個月) 將獲得一個容許額度 (即花費上限)，可用來向零售店、OTC 郵購目錄或本計劃廠商網站購買 OTC 品項和用品。這項福利從每季度的第一天開始提供：1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日、10 月 1 日。任何剩餘額度均不能延至以後的季度使用。若您有任何未用完的額度，下一季度的第一天即會失效。</p> <p>您可以用這項福利購買的品項包括：乙醯胺酚止痛藥 (acetaminophen)、繃帶、感冒藥和咳嗽藥，以及郵購目錄上、廠商網站上和零售店內的其他合條件產品 (根據 CMS 核准清單認定)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>每季容許額度 \$120</b></li> </ul> <p>購買的品項必須屬於 CMS 授權的 OTC 核准產品清單上。如需了解我們透過處方福利或 OTC+ 計劃承保的 OTC 產品資訊，請瀏覽我們的網站 <a href="http://www.hpsm.com/careadvantage">www.hpsm.com/careadvantage</a> 或致電 CareAdvantage 部門。</p> <p>Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 還會承保部分非處方藥。若我們沒有承保某種非處方藥，則會由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (<a href="http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov">www.medi-calrx.dhcs.ca.gov</a>)，了解更多資訊。您亦可以致電 1-800-977-2273，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。當您透過 Medi-Cal Rx 取得處方藥時，請攜帶 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC)。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>部份住院服務及加護門診服務*</b></p> <p>部份住院醫療服務是積極精神治療的結構性計劃。這項服務是提供為醫院門診病人服務，或是由社區精神健康中心提供。比起您在醫生或治療師診所接受的護理，這是項更密集的服務。您可因此不必住在醫院。</p> <p>加護門診服務是一項具結構性的積極行為（精神）健康治療計劃，且是以醫院門診服務的形式，由社區精神健康中心、符合聯邦資格的健康中心或農村健康診所提供，該護理服務比在醫生或治療師辦公室獲得的更加深切，但程度卻不及部份住院般。</p> <p>加護門診和部分住院治療服務需經聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) 事先授權，並向合適的服務提供者轉診。</p> <p>若是醫療上必須的服務，加州低收入醫療保險 (白卡) 可能會為額外服務付費。</p>	<p>\$0</p>
<p><b>醫師/服務提供者服務，包括醫生診所就診*</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在下列地方提供醫療上必須的健康護理或手術服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 醫生的診所</li> <li>○ 合格的門診手術中心</li> <li>○ 醫院門診部門</li> </ul> </li> <li>● 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療</li> <li>● 由您的主治醫生開立醫囑並提供的基本聽力和平衡檢查，以便了解您是否需要治療</li> </ul> <p style="text-align: right;">本福利說明接下頁</p>	<p>\$0</p>


如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



	<p><b>醫師/服務提供者服務，包括醫生診所就診 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在一般醫院或偏鄉醫院 (<b>critical access hospital</b>) 附設的洗腎透析中心、洗腎透析機構或家中，為居家洗腎透析會員的每月末期腎病 (<b>ESRD</b>) 相關門診提供的遠距醫療服務</li> <li>● 為了診斷、評估或治療中風症狀所提供的遠距醫療服務</li> <li>● 對藥物使用失調或伴隨精神健康問題的會員提供的遠距醫療服務</li> <li>● 若符合以下條件，可獲得診斷、評估和治療精神健康失調疾病的遠距醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在首次接受遠距醫療診療前 6 個月內，您親自就診過一次</li> <li>○ 在接受遠距醫療服務期間，每 12 個月親自就診一次</li> <li>○ 在特定情況下，可為上述進行破例安排</li> </ul> </li> <li>● 農村醫療診所 (<b>Rural Health Clinics</b>) 和符合聯邦資格的健康中心 (<b>Federally Qualified Health Centers</b>) 為精神健康就診患者提供的遠距醫療服務。</li> <li>● 若符合以下條件，可與醫生進行 5-10 分鐘的網上健康問診 (例如透過電話或視訊通話)： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新病人，及</li> <li>○ 此項健康問診與過去 7 天內的診所就診不相關，及</li> <li>○ 這次健康問診後，無需在 24 小時內或最快可預約時間去診所就診</li> </ul> </li> <li>● 若符合以下條件，醫生會對您傳送的視訊和/或影像進行評估，且在 24 小時內判讀並提供後續建議： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新病人，及</li> <li>○ 此項評估與過去 7 天內的診所就診不相關，及</li> <li>○ 這次評估後，無需在 24 小時內或最快可預約時間去診所就診</li> </ul> </li> <li>● 由您的醫生透過電話、互聯網或電子健康記錄 (如果您不是新病人) 向其他醫生進行的諮詢</li> <li>● 在手術前向另一位網絡服務提供者尋求第三方診療意見</li> </ul>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 非例行牙科護理。承保服務僅限於：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 顎部或相關構造的手術</li> <li>○ 顎部或臉部骨頭骨折接合</li> <li>○ 在腫瘤癌症放射治療前的拔牙</li> <li>○ 由醫師提供時可獲得承保的服務</li> </ul> </li> <li>● 與本計劃有合約關係的健康護理服務提供者、跨領域護理團隊會員或護理管理人員提供的護理管理服務和護理協調服務</li> </ul> <p>門診手術中心服務和醫院門診部服務需要獲得事先授權。</p> <p>若為醫療上必需，Medi-Cal 可為額外的門診醫師和中級醫療執業人員服務付費。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit：1-866-880-0606。</p>	
<p><b>足科服務</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 足部受傷及疾病 (例如錘狀趾或腳跟骨刺) 的診斷和醫療或手術治療</li> <li>● 為病況會影響腿部的會員提供的定期足部護理，如糖尿病</li> </ul>	\$0
<p> <b>前列腺癌篩檢</b></p> <p>若是年滿 50 歲男性，我們每 12 個月會支付一次以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 數位直腸檢查</li> <li>● 前列腺特定抗原 (PSA) 檢查</li> </ul>	\$0


如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>義肢裝置和相關用品*</b></p> <p>義肢裝置替換所有或部份的身體部位或功能。我們會支付以下義肢裝置及其他可能未列的裝置費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 結腸瘻袋和與結腸造口術護理相關的用品</li> <li>● 腸道和靜脈營養用品，包括餵食用品套組、輸液泵、導管和適配器、溶液劑以及自行注射用品</li> <li>● 心律調整器</li> <li>● 支架</li> <li>● 義肢鞋</li> <li>● 人工手臂和腿</li> <li>● 義乳 (包含乳房切除術後的手術胸罩)</li> <li>● 用來替換全部或部分面部外體部位的假體；這類部位因疾病、受傷或先天性缺陷而被切除或受損</li> <li>● 失禁霜和尿布</li> </ul> <p>我們會支付與義肢裝置相關的部分用品費用。我們亦會支付義肢裝置修復或替換的費用。</p> <p>我們提供在白內障移除或白內障手術後的一些承保。詳情請參閱本表稍後的「眼科護理」部分。</p> <p>我們將不為後述口腔修復裝置付費。</p> <p>加州低收入醫療保險 (白卡) 將基於個人需要和事先授權，為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保的耐用醫療設備支付額外服務費用。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit： <b>1-866-880-0606</b>。</p> <p>您應諮詢您的服務提供者，並取得義肢裝置及相關用品的轉診。</p> <p>取得義肢裝置及相關用品需經事先授權。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>肺部康復服務*</b></p> <p>我們會為中等至嚴重慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員支付肺部康復計劃的費用。您必須取得醫生或治療 COPD 的服務提供者開立的肺部康復醫囑。</p> <p>我們會為依賴呼吸器的病人支付呼吸服務費用。</p> <p>加州低收入醫療保險 (白卡) 亦承保有醫療必要性的康復服務，包括為依賴呼吸器的會員提供的呼吸護理 (若有醫療必要性)。如需詳細資料，請致電 <b>CareAdvantage Unit</b>： <b>1-866-880-0606</b>。</p> <p>肺部康復服務需經事先授權。</p>	\$0
<p> <b>性病傳染 (STI) 的篩檢和諮商</b></p> <p>我們會為衣原體、淋病、梅毒和乙型肝炎等篩檢付費。凡是孕婦和有 STI 高風險的特定人士，只要獲得主治醫生的檢驗醫囑，皆可獲得這些篩檢的承保服務。對於這些檢驗，我們每 12 個月承保一次，或者在婦女懷孕期間承保特定數次。</p> <p>若是有頻繁性行為的 STI 高風險成人，我們亦會承保每年多達兩堂的面對面高強度行為諮詢課程。每堂諮商可能為 20 至 30 分鐘。我們會支付這些預防性服務的諮詢課程費用，但課程必須由主治醫生提供。這些諮商必須在基層醫療設施中進行，如醫生診所。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>專業護理機構 (SNF) 護理*</b></p> <p>我們會支付以下及其他可能未列的服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 半私人房間 (或醫療上必須的私人房間)</li> <li>• 膳食，包括特殊飲食</li> <li>• 護理服務</li> <li>• 物理治療、職能治療和口語治療</li> <li>• 護理計劃為您提供的藥物，包含自然存在體內的物質，如血液凝結因子</li> <li>• 血液，包括存放和管理</li> <li>• 醫療和外科用品，由護理機構提供</li> <li>• 化驗室檢驗，由護理機構提供</li> <li>• X 光和其他放射線服務，由護理機構提供</li> <li>• 器具 (如輪椅)，通常由護理機構提供</li> <li>• 醫生/服務提供者服務</li> </ul> <p>您通常會從網絡機構處獲得護理服務。不過，您也可以從不屬於我們網絡的機構取得護理。若下列機構接受本計劃的付款金額，您可以從這些地方取得護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您住院之前所住護理機構或退休人員持續護理退休社區 (只要此類社區有提供專業護理機構服務)</li> <li>• 您出院當時配偶或同居伴侶所住的護理機構</li> </ul> <p>專業護理機構提供護理需經事先授權。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>戒煙</b></p> <p>若您吸煙，但沒有吸煙相關疾病的徵兆或症狀，並且希望或需要戒煙：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>我們會在 12 個月期間支付兩次嘗試戒煙的預防性服務。此服務為免費提供。每次戒煙嘗試包括最多四次面對面的諮詢就診服務。</li> </ul> <p>若您吸煙，且被診斷出有吸煙相關疾病，或您可能受到抽煙影響而正在服用藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>我們會在 12 個月內支付兩次嘗試戒煙的諮詢服務。每次嘗試戒煙包括最多四次面對面就診。</li> </ul> <p>若懷孕，在事先授權下可獲得無次數限制的戒煙諮詢服務。</p>	\$0
<p><b>監測運動療法 (SET)</b></p> <p>我們為患有症狀外周動脈疾病 (PAD) 患者支付 SET 費用，但患者必須取得 PAD 治療醫生提供的 PAD 轉診。</p> <p>本計劃會支付的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>若符合所有 SET 規定，可獲得 12 周多達 36 堂課程</li> <li>若健康護理提供者認為醫療上必須時，可額外獲得超時的 36 堂課程</li> </ul> <p>SET 計劃必須是：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>30 至 60 分鐘的 PAD 治療性運動培訓計劃，針對因血流不暢而導致腿部抽筋 (跛行) 的會員。</li> <li>在醫院門診環境或醫生辦公室內進行</li> <li>由確保利大於弊且接受過 PAD 運動療法培訓的合格人士提供</li> <li>在受過基本和先進維生技術培訓的醫生、醫師助理或執業護理師/臨床專科護士的直接監督下實施</li> </ul>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>交通：非急診就醫交通</b></p> <p>這項福利可提供最符合成本效益和最便利的交通服務。其中包含：救護車、擔架設備廂型車、輪椅用廂型車醫療交通服務以及輔助公共交通服務的合作。</p> <p>若有下列情形，這些類型的交通都可獲得授：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您因醫療和/或身體病況而無法搭乘公車、客車、計程車，或其他型式的公共或私人運輸工具，且</li> </ul> <p>視服務而定，可能需要事先授權。</p> <p><i>非急診醫療交通 (NEMT) 服務包括非急診護理用的救護車、擔架/輪床護送車和輪椅用廂型車。HPSM 要求 NEMT 服務需經事先授權。</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 會員護理服務提供者必須填寫事先授權表以及醫生認證聲明 (PCS) 並將其提交 HPSM。</li> <li>• 若會員的治療計劃需要定期的交通服務，治療醫生最高可以提交 <b>12 個月</b>的 NEMT 服務申請。</li> </ul> <p><i>NEMT 服務可追溯授權。追溯授權申請可能會因欠缺醫療必要性而遭拒。</i></p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



<p><b>交通：非醫療交通*</b></p> <p>這項福利允許搭乘客車、計程車或其他型式公共/私人交通工具前往醫療服務地點。</p> <p>為獲得所需醫療護理必須使用交通服務，包括前往牙科約診或領取處方藥。</p> <p>這項福利不限制您的非緊急醫療交通福利。</p> <p><i>非醫療交通 (NMT) 為會員提供前往健康護理門診服務地點的接送服務，例如醫生約診、牙科約診、行為健康服務、物理治療、臨床化驗、藥房 (領取您的服務提供者開立並由 HPSM 付費的處方藥) 等</i></p> <p><i>前往非健康護理服務地點 (如雜貨店、健身房、學校等) 的接送無法獲得承保。</i></p> <p><i>可能有一些限制。</i></p> <p><i>若要求接送服務：</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>請在就診前至少兩 (2) 個工作日，致電 HPSM 的簽約服務提供者美國物流公司 (American Logistics Company, ALC)，電話：1-877-356-1080</i></li> <li>• <i>或者，當您有預期外的約診時，請儘快致電 (包括下班時間)。</i></li> <li>• <i>TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。</i></li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>ALC 電話中心服務時間是星期一至星期五上午 8:00 到下午 5:00。</i></li> <li>2. <i>搭乘計程車的申請必須在接人時間至少 2 個工作日前提出，</i></li> <li>3. <i>且必須在接人時間至少 2 小時前取消。</i></li> <li>4. <i>所有接送要求都必須透過 ALC 安排。只有 ALC 簽約公司/司機的接送服務才能獲得授權。其他形式的 NMT 將不予承保。</i></li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>本福利說明接下頁</b></p>	<p>經 ALC (HPSM 的簽約提供者) 授權的交通服務為免費服務。HPSM 不償付未經 ALC 授權的接送服務。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------



	<p><b>交通：非醫療交通 (NMT)* (續)</b></p> <p>5. 在預約下列接送服務以前，CareAdvantage 部門必須事先給予授權：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>上車和/或下車地點位於聖馬刁縣、舊金山縣和/或聖塔克拉拉縣。</li> <li>單程超過 50 英哩，無論目的地位於哪一縣。</li> <li>接送的地址都在聖馬刁縣以外地區。</li> </ol> <p>6. 乘車服務若未獲得授權 (未經 ALC 核准)，則會員將無法獲得償付。</p> <p><b>使用 NMT</b></p> <p>1. 當您致電 ALC 要求接送時，ALC 會問您：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>您的 HPSM 會員編號、您需要乘車的日期和時間、上車和下車地址，您的手機號碼，以及您是否需要乘車往返。 <ul style="list-style-type: none"> <li>安排在預約前至少七十五 (75) 分鐘的時間接人，以便您在已訂預約時間前的十五 (15) 分鐘內抵達。</li> </ul> </li> <li>接送是否出於健康相關目的。 <ul style="list-style-type: none"> <li>與健康無關的接送要求將被駁回。</li> </ul> </li> <li>是否有其他交通方式可前往約診。</li> <li>約診是否在醫生診所、牙醫診所、藥房、康復治療中心或診斷檢驗中心等</li> <li>您是否需要乘車返家（稱為「等候通知」車程）。</li> <li>ALC 將查看目的地地址的地圖，確認該地點與醫療/健康有關。</li> <li>您需要哪一種交通服務： <ul style="list-style-type: none"> <li><b>路邊到路邊接送</b>：若要使用這項服務，您必須有一支手機能接收司機的簡訊，且您必須能出門到路邊等候車子到來。</li> </ul> </li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>本福利說明接下頁</b></p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



	<p><b>交通：非醫療交通 (NMT)* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>門口到門口接送：</b>如果您可以行動，但需要司機協助您上下車，或需要司機協助您進入建築物內，則使用這項服務。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 如果您沒有手機可以接收司機的簡訊，亦可使用這項<b>門口到門口接送</b>服務。</li> </ul> </li> <li>• 司機只會在您上車的地點等候您最多 <b>5</b> 分鐘，因此請準時到達並做好上車準備。</li> <li>• 司機將在預約前至少七十五 (<b>75</b>) 分鐘時過來接您，以便您在已訂預約時間前至少十五 (<b>15</b>) 分鐘內抵達。</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 您或許必須與另一位目的地相同的 <b>HPSM</b> 會員共乘。</li> <li>3. 如果您預約了來回車程，當您準備好需要回程接送時，您必須致電 <b>ALC</b>。回程接送車程稱為「等候通知」(<b>will-call</b>) 車程。</li> <li>4. 可以有另一人陪您搭車。當您致電 <b>ALC</b> 安排接送時，請告訴 <b>ALC</b> 會有人陪您搭車。</li> <li>5. 如果您需要取消接送，必須在預定接送時間至少兩 (<b>2</b>) 小時前致電 <b>ALC</b>。如此可避免發生「預約人未到」車程。</li> <li>6. 由於無法預知交通狀況或其他原因，您的車子可能比預定接送時間晚到。</li> <li>7. 對於提前安排前往預約的出發接送車程 (去程)，如果駕駛人的抵達時間比預定接送時間晚十五 (<b>15</b>) 分鐘以上，則會被視為遲到。</li> <li>8. 對於從約診地點返家的車程 (也稱「等候通知車程」)，當您致電 <b>ALC</b> 要求回程接送後，如果駕駛人在四十五 (<b>45</b>) 分鐘以後才抵達，則會被視為遲到。</li> </ol> <p><b>NMT</b> 不適用於以下情形：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫療上必須使用救護車、擔架設備廂型車、輪椅用廂型車，或其他形式的 <b>NEMT</b> 前往取得承保服務。</li> <li>2. 您有身體或醫療狀況，因此需要他人駕駛並協助您往返住處、交通工具或治療場所。</li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>本福利說明接下頁</b></p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>交通：非醫療交通 (NMT)* (續)</b></p> <p>3. 您坐輪椅和/或沒有駕駛人協助則無法上下車。</p> <p>4. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保此服務。</p> <p><b>HPSM 會檢查 NMT 接送活動，確保這項福利是用在對的地方。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>HPSM 將查看您的乘車是否有以下情形：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 前往非健康護理地點。</li> <li>○ 在未約診時前往健康護理地點。</li> <li>○ 在健康護理診所非工作時間前往約診。</li> <li>○ 前往藥房但您沒有 <b>HPSM</b> 承保的處方藥需要領取。</li> <li>○ 當司機抵達時您沒有上車（預約未到）。</li> </ul> </li> </ul> <p>如果您濫用乘車福利，將會被列入限制乘車名單中。您必須先取得 <b>HPSM</b> 的核准，才能預約乘車服務。<b>ALC</b> 將打電話給您的服務提供者，確認您有預約和/或有處方藥需要領取。若您被列入限制乘車名單，且未經確認，<b>ALC</b> 不會為您安排乘車服務。</p>	

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
<p><b>緊急護理</b></p> <p>緊急護理是用來治療：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 需要立即醫療護理的非急診疾病，或</li> <li>• 突發的醫療疾病，或</li> <li>• 受傷，或</li> <li>• 需要立即護理的病況。</li> </ul> <p>若您需要緊急護理，您應先嘗試從網絡服務提供者處取得。但是，當您無法到達網絡服務提供者處，且基於自身情況，獲得網絡服務提供者的服務不可能或不切實際，您可以向網絡外服務提供者尋求緊急護理 (例如，當您在計劃服務區域外並且因未見過的病症 (但不屬於急診醫療狀況) 需要獲得醫療上必須的即時服務)。</p> <p>美國境外地區的緊急護理不在承保範圍內。</p>	<p>\$0</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃會支付的服務	您必需支付的服務
 <p><b>眼科護理</b></p> <p>我們會支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年一次定期視力檢查；及</li> <li>• 每兩年最高 \$175 的眼鏡 (鏡框和鏡片) 或隱形眼鏡費用。</li> </ul> <p>我們會支付門診醫生提供的眼疾或眼睛受傷時的診斷和治療費用。例如，這項服務包括為糖尿病患者進行糖尿病視網膜病變的年度視力檢查，以及老年性黃斑變性治療。</p> <p>若是青光眼高風險的人士，我們每年會支付一次篩檢費用。青光眼高風險的人士包含：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有青光眼家族病史的人士</li> <li>• 有糖尿病的人士</li> <li>• 年滿 50 歲的非裔美國人</li> <li>• 年滿 65 歲的西班牙裔美國人</li> </ul> <p>每次白內障手術，醫生植入眼內鏡片後，我們會支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。</p> <p>若您有兩次分開進行的白內障手術，您必須在每次手術後取得一副眼鏡。您不能在第二次手術後取得兩副眼鏡，即使第一次手術後您並未取得眼鏡。</p>	\$0
 <p><b>「聯邦醫療 (紅藍卡) 迎新」預防性就診</b></p> <p>我們會承保一次「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 迎新」預防性就診服務。這次就診包含：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 檢視您的健康，</li> <li>• 關於您所需預防性服務 (包含篩檢和注射) 的教育和諮詢，及</li> <li>• 您需要的其他護理轉診。</li> </ul> <p><b>注意：</b>只有在加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 的前 12 個月，我們才會承保「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 迎新」預防性就診服務。當您預約時，請讓醫生診所知道您要約時間進行「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 迎新」預防性就診。</p>	\$0

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





## E. 本計劃的訪客或遊客福利

若您離開本計劃服務區域 6 個月以上但不屬於永久搬遷，通常我們必須將您退出本計劃。但是，當您身處服務區域以外的地方時，我們提供全球適用的訪客或遊客急診福利。本福利承保保額高達 \$25,000 的急診護理和急診服務。

若您在訪客/遊客服務區域，在您的旅程開始後滿 6 個月之前，您仍然是本計劃的註冊用戶。若您截至第 6 個月結束時仍未返回本計劃中的服務區域，我們會終止您在本計劃的會員資格。

## F. HPSM Dental

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員的牙科服務將由 HPSM Dental 負責管理。

這些服務包括但不限於：

- 初步檢查、X 光、洗牙和氟化物治療
- 補牙和齒冠
- 根管治療
- 假牙、調整、修復和更換襯底

如需了解詳情，或需要協助尋找接受 HPSM Dental 網絡的牙科醫生，請聯絡 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606，TTY (聽力及語言障礙) 專線請撥 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00 該電話為免費服務。您也可瀏覽 Denti-Cal 的網站：[www.hpsm.org/dental](http://www.hpsm.org/dental)，了解詳情。

若要獲得牙科服務，您需要出示 HPSM 會員卡和加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC)。您的牙科醫生可能要使用您的加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC) 來確認您的加州低收入醫療保險 (白卡) 資格。福利識別卡 (BIC) 是一張塑膠卡片。上面有「罌粟花」或「藍白」設計。

 <p>Healthy is for everyone</p>	<p><b>CareAdvantage</b> Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)</p>
<p>Member Name:</p>	<p><b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage X</p>
<p>Member ID:</p>	<p>RxBin 012353 RxPCN 06850000</p>
<p>Date of Birth:</p>	<p>HPSM Dental 1-866-880-0606</p>
<p>Plan Effective Date:</p>	<p><b>Send claims to:</b></p>
<p>Care Manager Phone #: 650-616-2060</p>	<p>Submit pharmacy manual claims to: SS&amp;C Health Attn: Dept Customer #586 P.O. Box 419019 Kansas City, MO 64141 1-888-635-8362</p>
<p>H6019-001</p>	<p>Submit medical claims to: HPSM Claims Department 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080 HPSM Provider Line: 650-616-2106 Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



BIC Poppy Design



BIC "blue and white" Design



如果您沒有加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC)，可以申請補發一張新卡。如需補發新卡，請撥打聖馬刁縣人民服務局 (Human Services Agency) 的免費電話 1-800-223-8383，或瀏覽 <https://hsa.smcgov.org/medi-cal-health-insurance>。

### 牙科福利

要使用 **HPSM Dental** 牙科福利，您必須選擇 HPSM 網絡內的牙科醫生。只有當您找 HPSM Dental 網絡內的服務提供者看診時，HPSM Dental 才會為您的服務付費。如果找未加入 HPSM Dental 網絡的牙科醫生看診，您將必須自行支付所有牙科服務費用。

您可隨時上網尋找牙科醫生，網址：[hpsm.org/dental](https://hpsm.org/dental)。您亦可索取一份牙科服務提供者名單；若要索取，請向 [CustomerSupport@hpsm.org](mailto:CustomerSupport@hpsm.org) 傳送電郵，或致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606，TTY (聽力及語言障礙) 專線請撥 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00

以下快速參考指南列有會員最常使用的服務。詳情請見 [hpsm.org/dental](https://hpsm.org/dental)。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](https://www.hpsm.org/careadvantage)。



服務	嬰幼兒	兒童	青少年	孕婦	成人	老人
檢查*	✓	✓	✓	✓	✓	✓
X光	✓	✓	✓	✓	✓	✓
洗牙	✓	✓	✓	✓	✓	✓
塗氟	✓	✓	✓	✓	✓	✓
補牙	✓	✓	✓	✓	✓	✓
拔牙	✓	✓	✓	✓	✓	✓
急診服務	✓	✓	✓	✓	✓	✓
鎮靜	✓	✓	✓		✓	✓
臼齒密封劑**		✓	✓			
根管治療		✓	✓	✓	✓	✓
牙齒矯正（牙套）***			✓			
齒冠****			✓	✓	✓	✓
局部和全口假牙			✓	✓	✓	✓
更換假牙襯底			✓	✓	✓	✓
牙周潔治和根面平整			✓	✓	✓	✓

\*21 歲以下會員每六個月可享有一次免費或低收費的檢查；21 歲以上會員則每 12 個月可享有一次

\*\*永久性臼齒密封劑的承保最多可提供至 21 歲

\*\*\*限符合資格者

\*\*\*\*在某些情況下，臼齒或前臼齒的齒冠可獲得承保

凡是可獲承保且為醫療上必須的牙科服務，都沒有承保限制。您的牙科醫生將幫助您選擇最好的治療，以及您可以透過 HPSM Dental 獲得的承保服務。當您第一次看牙時，請向牙科醫生出示您的 CareAdvantage D-SNP 會員卡。

### 牙科服務的費用

您的 HPSM Dental 是免費服務。如果您有其他牙科保險，HPSM Dental 將是您的補充承保。

## G. 本計劃之外的承保福利

我們不承保以下服務，但您可透過傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 免費獲得以下服務。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## G1. 加州社區過渡機構 (CCT)

加州社區過渡機構 (CCT) 計劃利用當地主要機關來協助合格的加州低收入醫療保險 (白卡) 受益人。這些受益人必須連續住在住院機構長達 90 天、將過渡返回並繼續安全住在社區環境中。CCT 計劃會在過渡期之前支付過渡時期協調服務費用，並在過渡期之後 365 天內協助受益人搬回社區環境。

您可以和服務於所住縣市的任何一家 CCT 主要機構洽談過渡期的協調服務。若要查詢 CCT 主要機構和這些機構服務的縣市，請前往健康護理服務局網站查詢：

[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)。

### CCT 過渡期協調服務

加州低收入醫療保險 (白卡) 會支付過渡期協調服務費用。您不用支付這些服務費用。

### 對於與 CCT 過渡期無關的服務

服務提供者會寄服務帳單給我們。本計劃會支付過渡期後的服務費用。您不用支付這些服務費用。

當您獲得 CCT 過渡期協調服務的時，我們會支付列於 **D 節** 福利表中的服務。

### 藥物承保福利不變

CCT 計劃不承保藥物。您仍然可以透過本計劃獲得一般的藥物福利。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章。

**注意：**若您需要非 CCT 過渡期護理服務，請致電您的護理協調員，由他們安排這些服務。非 CCT 過渡期護理是指與從醫療機構或設施出院後的過渡期**無關**的護理服務。

## G2. 安寧療護

如果服務提供者和安寧療護醫療主任確定您已進入末期預後，您就有權選擇安寧療護。末期預後的意思是您得了末期疾病，預計存活時間在六個月以內。您可以獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 任何認證安寧計劃的護理服務。本計劃必須協助您找出經聯邦醫療保險 (紅藍卡) 認證的安寧療護方案。您的安寧醫生可以是網絡服務提供者或網絡外服務提供者。

如需了解更多關於我們支付的安寧療護服務費用，請參閱 **D 節** 的福利表。

### 安寧療護服務及與您所患絕症相關的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 承保的服務

- 安寧療護服務提供者會寄帳單，向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃收取您的服務費用。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃將支付末期預後的相關安寧療護費用。您不用支付這些服務費用。

### 與您絕症不相關的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 的承保服務

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 服務提供者將會寄服務帳單給聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 將會支付聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 的服務費用。您不用支付這些服務費用。

### 可能獲得本計劃聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 福利承保的藥物

- 藥物不會同時受到安寧服務和本計劃承保。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章。

**注意：**若您需要非安寧療護護理，請致電您的護理協調員以安排這些服務。非安寧療護服務是指與末期預後不相關的護理。

### G3. 居家支援服務 (IHSS)

- 居家支援服務計劃將支付為您提供服務的費用，讓您可繼續安全地居住家中。居家支援服務被視為是非家庭護理 (療養院或膳宿護理之家) 的另一種選擇。
- 透過居家支援服務授權的服務類型包括房屋清掃、備餐、洗衣、買菜、個人護理服務 (如腸道和膀胱護理、沐浴、梳理以及醫務輔助服務)、陪診以及對智障人士的保護性監督。
- 您的健康護理經理可以協助您向您所在縣的社會服務署申請居家支援服務。居家支援服務由聖馬刁縣老人及成人服務處 (San Mateo County Aging and Adult Services) 提供，您可致電 TIES 專線 1-800-675-8437，或撥打 7-1-1 使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 TTY。該電話是免費服務。您也可瀏覽網站：[www.smchealth.org/home-supportive-services](http://www.smchealth.org/home-supportive-services)。

### G4. 1915(c) 居家型與社區型服務 (Home and Community Based Services, HCBS) 豁免計劃

#### 輔助生活費用豁免 (ALW) 計劃

- 輔助生活費用豁免 (ALW) 計劃允許符合加州低收入醫療保險 (白卡) 資格的受益人選擇居住在輔助生活環境中，不必再長期安置於護理機構。ALW 計劃的目的是協助極需入住護理機構的受益人，方便他們從護理機構過渡回到居家和社區的環境中，或避免他們入住專業護理機構。
- 已加入 ALW 計劃並過渡至加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃的會員可以繼續參加 ALW 計劃，同時獲取本計劃提供的福利。本計劃會與 ALW 計劃的護理協調機構合作，協調您所獲取的服務。
- 您的健康護理經理可以協助您申請 ALW 計劃。您亦可以致電 650-424-1411 聯絡 Institute on Aging 或瀏覽 [www.ioaging.org](http://www.ioaging.org)。

#### 加州發育障礙者 HCBS (HCBS-DD) 豁免計劃

#### 加州發育障礙者自決 (SDP) 豁免計劃

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 1915(c) 豁免計劃同時包括 HCBS-DD 豁免計劃和 SDP 豁免計劃，他們的服務對象是經診斷有發育障礙的人士，服務開始時間是發育障礙人士 18 歲生日之前，服務預期將長期持續提供。兩項豁免計劃都是為特定服務提供資金的方式。這些服務允許發育障礙者居住在家中或社區，不必再入住有執照的健康機構。這些服務的費用由聯邦政府公共醫療補助計劃 (Medicaid) 和加州政府共同承擔。您的護理協調員可以幫助您聯繫發育障礙豁免服務。

### 居家型和社區型替代方案 (HCBA) 豁免計劃

- HCBA 豁免計劃會為有療養院或機構安置風險的人提供護理管理服務。護理管理服務由多元專業護理管理團隊提供，該團隊由一名護士和一名社工組成。多元專業護理管理團隊負責協調豁免及州計劃服務 (例如醫療、行為健康、居家支援服務 (IHSS) 等)，並且負責安排其他可以在本地社區提供的長期服務及支援 (LTSS)。護理管理和豁免計劃服務將在參與者居住於社區期間內提供。這些居所可以是私人住所、租賃住所，或是參與者家庭成員的住所。
- 已加入 HCBA 豁免計劃並過渡到加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃的會員可以繼續參加 HCBA 豁免計劃，同時獲取本計劃提供的福利。本計劃會與 HCBA 豁免計劃的相關機構合作，協調您所獲取的服務。
- 您的健康護理經理可以協助您申請 ALW 計劃。您亦可以致電 650-424-1411 聯絡 Institute on Aging 或瀏覽 [www.ioaging.org](http://www.ioaging.org)。

### 加州低收入醫療保險 (白卡) 豁免計劃 (MCWP)

- 加州低收入醫療保險 (白卡) 豁免計劃 (MCWP) 可以為 HIV 感染者提供全面個案管理和直接護理服務，不必再入住護理機構或住院。個案管理是指以參與者為中心的團隊管理方法，團隊由註冊護士和社會工作個案經理組成。個案經理會與參與者、主治醫生、家人、照顧者以及其他服務提供者合作，共同評估讓參與者居於家中 and 社區的護理需求。
- MCWP 的目標是：(1) 為原本可能需要機構服務的 HIV 感染者提供居家型和社區型服務；(2) 協助參與者進行 HIV 健康管理；(3) 改善獲得社會和行為健康支援的途徑；及 (4) 協調不同服務提供者的工作，避免服務重複。
- 已加入 MCWP 豁免計劃並過渡到加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃的會員可以繼續參加 MCWP 豁免計劃，同時獲取本計劃提供的福利。本計劃會與 MCWP 豁免計劃的相關機構合作，協調您所獲取的服務。
- 您的健康護理經理可以協助您申請 MCWP 計劃。MCWP 計劃不適用於聖馬刁縣。關於可提供 MCWP 計劃的縣及機構的列表，請參閱：  
[https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_MCWP\\_Provider\\_List.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx)

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



### 綜合式耆老服務方案 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- 綜合式耆老服務方案 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) 同時提供社會和健康護理管理服務，可協助個人居於自己的家中和社區。
- 儘管多數的計劃參與者亦獲取居家支援服務 (IHSS)，但 MSSP 可以提供持續的護理協調服務、實現參與者與其他必要的社區服務和資源之間的聯繫、協調不同的健康護理提供者，以及購買無法透過其他方式獲得的必要服務，從而防止或延遲入住養老機構。護理管理及其他服務的年度綜合費用總額必須低於專業護理機構的護理費用。
- 健康和社會服務專家團隊可以為每位 MSSP 參與者提供全面的健康和心理社會評估，進而確定必要的服務。此團隊隨後將與 MSSP 參與者、他們的醫師、家人及其他人合作，共同制定個人護理計劃。服務包括：
  - 護理管理
  - 成人日間護理
  - 未成年人住家維修/保養
  - 補充家務、個人護理以及保護性監督服務
  - 暫息照顧服務
  - 交通服務
  - 諮商和治療服務
  - 餐飲服務
  - 通訊服務。
- 已加入 MSSP 豁免計劃並過渡到加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃的會員可以繼續參加 MSSP 豁免計劃，同時獲取本計劃提供的福利。本計劃會與 MSSP 服務提供者合作，協調您所獲取的服務。

您的健康護理經理可以協助您申請 MSSP 計劃。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## H. 本計劃、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保的福利

本節將說明本計劃不承保的福利。「不承保」是指我們不支付這些福利的費用。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 不會支付這些福利的費用。

下表旨在說明在任何情況下我們都不會承保的一些服務和項目，以及僅在某些情況下不承保的一些服務和項目。

我們不會支付此節 (或《會員手冊》其他部份) 所列的不承保醫療福利的費用。即使您在急診室接受服務，本計劃亦不會承保。若您認為本計劃應該支付某項未獲承保服務的費用，您可以提出上訴。如需了解更多關於上訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。

除福利表所述的任何不承保服務或限制外，本計劃不會承保以下項目和服務：

- 根據聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的標準，被認為「不合理及並非醫療上必須」的服務，除非我們將此類服務列為承保服務。
- 實驗性醫療和手術治療、項目以及藥物，除非由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或經聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的臨床研究或本計劃承保。如需了解更多關於臨床研究，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。實驗性治療和項目一般不被醫療同業接受。
- 病態肥胖症的手術治療，除非是醫療上必須並且聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會支付費用。
- 醫院內的私人病房，除非是醫療上必須。
- 私人護士。
- 醫院或護理機構病房內的個人物品，如電話或電視。
- 居家全職護理。
- 直系親屬或家庭成員收取的費用。
- 家庭送餐。
- 選擇性或自願性的提升程序或服務 (包括減肥、增髮、性表現、運動表現、美容目的、抗衰老及精神表現)，除非醫療上必須。
- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保的藥物請參閱第 5 章以了解詳情。
- 整形手術或其他整形項目，除非因為意外傷害或改善身體畸形部位而必須進行。不過，我們會支付在乳房切除術後的胸部重建費用，以及為配合這項手術對另一邊乳房的治療費用。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- 脊椎按摩護理，符合承保指南的脊骨手按推拿治療除外。
- 常規足部護理，D 節福利表中足部醫療服務中所述的足部護理除外。
- 矯形鞋，若此鞋是腳支撐架的一部分，且包括在支撐架，或者矯形鞋是為糖尿病足疾病人提供，則另當別論。
- 腳部的支援性裝置，除非是糖尿病足疾病人的矯形或治療用鞋。
- 放射狀角膜切開術、LASIK 雷射手術及其他視力輔助器。
- 絕育復原成熟及非處方避孕用品。
- 自然療法服務 (使用自然或替代治療)。
- 在退伍軍人事務部 (VA) 設施為退伍軍人提供的服務。但是，若退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務，且 VA 分攤費用超過本計劃的分攤費用，我們將把差額償付給退伍軍人。您必須負責自己的分攤費用金額。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 5 章：取得您的門診處方藥

---

### 簡介

本章將說明取得門診處方藥的規則。這些藥物必須由您的服務提供者提供醫囑，然後您到藥房或以郵寄方式取得。其中包含聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part D** 和加州低收入醫療保險 (白卡) 承保的藥物。《會員手冊》**第 6 章**將說明您需為這些藥物支付的費用。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

本計劃亦會承保以下藥物，但本章不會討論這部分內容：

- **聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 承保的藥物**。其中通常包含您住在醫院或護理機構時獲得的部分藥物。
- **聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 承保的藥物**。其中包含部分化療藥物、您到醫生診所或其他服務提供者處就診時獲得的部分藥物注射，以及您在洗腎透析診所時獲得的藥物。如需了解更多聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part B** 承保的藥物，請參閱《會員手冊》**第 4 章**的福利表。
- 除了本計劃的聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part D** 和醫療福利承保以外，若您使用聯邦醫療保險 (紅藍卡) 安寧療護福利，您的藥物可能獲得傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保。如需了解更多資訊，請參閱**第 5 章 F 節**「若您參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的安寧療護計劃。」

### 本計劃門診藥物承保規則

只要您遵守此節所列規則，我們通常會承保您的藥物。

您必須取得醫生或其他服務提供者開立的處方，且處方符合相關加州法律的規定。此人通常是您的主治醫生 (PCP)。若您的主治醫生將您轉診至其護理服務，此人可能是其他服務提供者。

藥方開立者不得列在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 中的除外 (Exclusion List) 或排除名單 (Preclusion List)、加州低收入醫療保險 (白卡) 名單。

一般而言，您必須到網絡藥房領取處方藥。

您的處方藥物必須在本計劃的《承保藥物清單》中，簡稱「藥物清單」。

- 若不在藥物清單中，我們可能破例並提供承保。
- 請參閱**第 9 章**，了解如何要求破例。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 請注意，我們將根據聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 標準評估處方藥物的承保申請。

您的藥必須用於醫療上許可的用途。這是指經美國食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 或有特定醫學參考資料佐證的用途。您的醫生能協助確認醫學參考資料，以支援您使用處方藥物的申請用途。

## 目錄

A. 領取您的處方藥 .....	4
A1. 在網絡藥房領取處方藥 .....	4
A2. 領取處方藥時請出示會員卡 .....	4
A3. 若您更換網絡藥房時該怎麼辦 .....	4
A4. 若您的藥房退出網絡時該怎麼辦 .....	4
A5. 使用專業藥房 .....	4
A6. 使用郵購服務取得藥物 .....	5
A7. 取得長期供應藥物 .....	6
A8. 使用本計劃網絡以外的藥房 .....	6
A9. 要求我們償還處方藥費用 .....	6
B. 本計劃的藥物清單 .....	7
B1. 藥物清單上的藥物 .....	7
B2. 如何找尋藥物清單上的藥物 .....	7
B3. 不在我們藥物清單上的藥物 .....	8
B4. 藥物清單分攤費用層級 .....	9
C. 部分藥物的限制 .....	9
D. 您的藥物可能無法承保的原因 .....	10
D1. 取得臨時供應 .....	10
D2. 要求臨時供應 .....	11

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



D3. 提出破例要求 .....	12
E. 您所服藥物的承保變動情況 .....	12
F. 特殊情況下的藥物承保 .....	14
F1. 住在醫院或專業護理機構，並且接受本計劃的承保 .....	14
F2. 在長期護理服務設施住院 .....	14
F3. 參加經聯邦醫療保險 (紅藍卡) 認證的安寧療護計劃 .....	14
G. 藥物安全及藥物管理的計劃 .....	15
G1. 協助您安全用藥的計劃 .....	15
G2. 可協助您管理藥物的計劃 .....	15
G3. 有關安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 .....	16

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## A. 領取您的處方藥

### A1. 在網絡藥房領取處方藥

多數情況下，只有在網絡藥房領藥時，我們才會支付處方藥費用。網絡藥房是指同意為本計劃會員配取處方藥物的藥房。您可以去我們任何一家網絡藥房領藥。

若要找尋網絡藥房，您可以查看《服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站，或聯絡 CareAdvantage 部門。

### A2. 領取處方藥時請出示會員卡

領取您的處方時，請向您的網絡藥房出示您的會員卡。網絡藥房會針對您獲承保的處方藥，向我們收取我們應分攤的費用部分。領取處方藥時，您可能需要向藥房支付共付金。

請記得，如要取得 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保藥物，就需要用到您的加州低收入醫療保險白卡或福利識別卡 (BIC)。

領取處方藥時若未帶會員卡或福利識別卡 (BIC)，可要求該藥房與我們聯絡以獲得必要資料。

若該藥房無法獲得必要資料，則領取處方藥時，您可能須支付其全部費用。您可要求我們償還本計劃應分攤的費用。若您無法支付藥物費用，請立即聯絡 CareAdvantage 部門。我們會盡力協助您。

- 如需了解如何要求我們償付費用，請參閱《會員手冊》第 7 章。
- 若需要領取處方藥的協助，請聯絡 CareAdvantage 部門。

### A3. 若您更換網絡藥房時該怎麼辦

若您更換藥房，並且需要再用同一處方續配藥物，您可以要求服務提供者開一份新的處方，或要求您的藥房轉移處方至新的藥房 (若處方還有可續配次數)。

若需要協助更換您的網絡藥房，請聯絡 CareAdvantage 部門。

### A4. 若您的藥房退出網絡時該怎麼辦

若您採用的藥房退出本計劃網絡，您必須找一家新的網絡藥房。

若要找尋新的網絡藥房，您可以查看《服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站，或聯絡 CareAdvantage 部門。

### A5. 使用專業藥房

有時，有些處方藥只能在專業藥房領取。專科藥房包括：

- 為居家輸液治療提供藥物的藥房。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 為長期護理服務設施 (例如護理機構) 住院者提供藥物的藥房。
  - 通常，長期護理機構有自己的藥房。如果您住在長期護理服務設施，我們會確保您能在機構所屬藥房取得必備藥物。
  - 若您的長期護理服務設施所屬藥房不在我們的網絡內，或者您無法在長期護理服務設施獲得藥物，請聯絡 CareAdvantage 部門。
- 為印第安人健康服務署/部落/都市印地安人健康計劃服務的藥房。除非有緊急情況發生，只有美國原住民和阿拉斯加原住民可以使用這些藥房。
- 配發後述藥物的藥房：食品及藥物管理局 (FDA) 限定為特定地點提供，以及需要特別處理方法、服務提供者的協調或提供服藥指導。(注意：此情況很少發生)。

若要找尋專業藥房，您可以查看《服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站，或聯絡 CareAdvantage 部門。

## A6. 使用郵購服務取得藥物

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 90 天份的藥量。90 天藥量的共付金與一個月藥量的共付金相同。

### 以郵寄方式領取處方藥

如需了解更多關於以郵寄方式領取處方藥的資訊，請瀏覽我們的網站 [www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage) 或致電 CareAdvantage 部門以獲得更多資訊。

通常，郵購的處方藥會在 7-10 天送達。若郵寄的處方藥延遲送達，您可以致電 CareAdvantage 部門並要求本地藥房臨時供藥。

### 郵購流程

對於由您提供的新處方、直接由您的服務提供者提供的新處方以及續配您的郵購處方藥，郵購服務程序都會有所不同。

#### 1. 您向藥房提供的新處方

藥房會根據您提供的新處方自動配藥並送藥。

#### 2. 藥房向您的服務提供者取得的新處方

藥房向健康護理提供者獲得處方後，就會聯絡您以了解您需要立即配藥還是稍後配藥。

- 您可以藉此機會確認藥房提供的藥物是否準確 (包括藥力、藥量以及劑型)。如有需要，您亦可以在系統向您收費和藥物交送前終止或延遲訂單。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 每當藥房聯絡您時，請回覆他們如何處理新處方，以防延誤交送藥物。

### 3. 續配郵購處方藥

如需續配，請在現有處方藥用盡前至少 7-10 天聯絡藥房，確保下個訂單能及時交送。

#### A7. 取得長期供應藥物

您可以取得本計劃藥物清單上長期供應的長期服用藥物。長期服用的藥物是您需要定期服用治療慢性或長期醫療狀況的藥物。

一些網絡藥房能讓您取得維持藥物的長期藥量。90 天藥量的共付金與一個月藥量相同。《服務提供者和藥房名錄》會告訴您哪些藥房能為您長期供應藥物。您亦可致電 CareAdvantage 部門，了解更多資訊。您可以使用本計劃的網絡郵購服務取得長期供應的長期服用藥物。請參閱 A6 節，了解郵購服務。

#### A8. 使用本計劃網絡以外的藥房

通常只有在您無法使用網絡藥房時，我們才會為您在網絡外藥房領取的藥物付費。我們在本計劃服務區外設有網絡藥房，本計劃會員可到這些藥房取藥。

若有下列情形，我們會支付在網絡外藥房領取的處方藥：

- 當您要領取網絡藥房無法提供的特殊藥物時 (但是這種情況很少發生)。
- 當您要領取法律限定有限配藥來源的藥物時 (但是這種情況很少發生)。
- 在緊急狀況下要配藥，但無法到達網絡藥房，或者藥房無法提供服務或未營業 (如自然災害)。

如有這些情況，請先與 CareAdvantage 部門聯絡，了解附近是否有網絡藥房。

#### A9. 要求我們償還處方藥費用

在領取處方藥時，若您必須使用網絡外藥房，則您通常必須支付全部費用，而不是共付金。您可以要求我們償還本計劃應分攤的費用部分。

若您支付全部藥費的處方藥是由 Medi-Cal Rx 而非 CareAdvantage 承保，藥房可以在 Medi-Cal Rx 支付處方藥費用後將這筆費用償還給您。或者，您可以提交「加州低收入醫療保險 (白卡) 自付費用償付 (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan))」索償書，要求 Medi-Cal Rx 償還相關費用。如需了解詳情，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站：  
[medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)。

如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 7 章。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## B. 本計劃的藥物清單

我們有《承保藥物清單》，簡稱「藥物清單」。

此藥物清單是由我們在醫生及藥劑師團隊的協助下篩選決定。藥物清單亦會說明您取得藥物必須遵守的規則。

只要您遵守本章所述的承保規則，我們通常便會承保本計劃藥物清單上的藥物。

### B1. 藥物清單上的藥物

藥物清單包括聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 承保的藥物。

CareAdvantage D-SNP 會承保您從藥房取得的多數處方藥。其他藥物 (如部分非處方藥 (OTC) 和某些維生素) 可能由 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保。如需了解詳情，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))。您亦可以致電 1-800-977-2273，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。當您透過 Medi-Cal Rx 取得處方藥時，請攜帶加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC)。

藥物清單包括專利藥及非專利藥。

專利藥是指以藥廠專有的商標名稱出售的一種處方藥。專利藥比平常藥物 (例如，以蛋白質為主的藥物) 更為複雜，簡稱生物製劑。在我們的藥物清單中，當我們提及「藥物」時，是指一種藥物或生物製劑。

非專利藥與專利藥品有相同的活性成分。由於生物製劑比典型藥物更為複雜，亦沒有通用形式，因此有可稱為生物仿製藥的替代藥。一般來說，非專利藥和生物仿製藥的功效和專利藥品或生物製劑相同，並且通常花費較低。許多專利藥和部分生物製劑都有可替代的非專利藥或生物仿製藥。若您對非專利藥或專利藥是否滿足您的需求有疑問，請聯繫您的服務提供者討論。

本計劃亦承保特定非處方藥物和產品。有些非處方藥物的費用比處方藥便宜，但療效相同。如需詳細資料，請致電 CareAdvantage Unit。

### B2. 如何找尋藥物清單上的藥物

若要查看您正服用的藥物是否在藥物清單上，您可以：

- 查閱我們最近郵寄的「藥物清單」。
- 請瀏覽我們的網站：[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。本網站上的藥物清單隨時列有最新資料。
- 欲知藥物是否在我們藥物清單內或要索取清單副本，請致電 CareAdvantage 部門。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保 Part D 不予承保的藥物。如需了解詳情，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))。
- 上網使用我們的「即時福利工具」(Real Time Benefit Tool)：  
[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)，或致電與 CareAdvantage 部門聯絡。您可以使用此工具搜尋藥物清單上的藥物，了解您將支付的預估藥費金額，亦可以搜尋藥物清單是否有替代藥物可用來治療同一種病況。

### B3. 不在我們藥物清單上的藥物

我們並不承保所有處方藥。有些藥物並未在藥物清單上，這是由於法律不允許我們承保那些藥物。其他情況下，我們決定不將某種藥物列入藥物清單內。

本計劃不會支付本節所述這類藥物的費用。這些稱為**不承保藥物**。若您取得不承保藥物的處方，您必須自行支付費用。若您認為以您的情況來看，我們應該支付不承保藥物的費用，您可以提出上訴。如需了解上訴詳情，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。

這是三項不承保藥物的一般規則：

1. 本計劃門診藥物承保服務 (包括聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D) 不包含聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 已承保的藥物。本計劃免費承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 或 Part B 的承保藥物，但這些藥物不會被視為門診處方藥福利的一部分。
2. 本計劃不會承保在美國及美屬領地以外地方購買的藥物。
3. 此藥物的使用必須經由食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 核准，或必須有治療您病況的特定醫學參考資料支援。您的醫生可能開立特定藥物處方來治療您的病況，即使此藥並未獲准用來治療該病況。這就是所謂的「仿單標示外用途」。本計劃通常不承保處方上的仿單標示外用途的藥物。

此外依法，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 不會承保下列藥物種類。

- 促進生育所用的藥物
- 用來緩解咳嗽或感冒症狀的藥物\*
- 整形或加強生髮用途的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，但產前維他命和氟化物\*配製品除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加\*的藥物
- 只能由相關製藥公司進行測試或提供服務的門診藥物

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



\*特定產品可能獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 的承保。請瀏覽 [Medi-Cal Rx 網站 \(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov\)](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)，了解更多資訊。

## B4. 藥物清單分攤費用層級

我們藥物清單中的每種項藥物均屬於兩 (2) 個費用分攤層級中的其中一個。層級是指通常為同一類型的一組藥物 (例如，專利藥或非專利藥)。一般而言，分攤費用層級越高，您支付的藥費亦越高。

- 第 1 層級包括非專利藥。第 1 層級非專利藥比第 2 層級專利藥的費用低。這是最低層級。
- 第 2 層級包括專利藥。第 2 層級專利藥比第 1 層級非專利藥的費用高。這是最高層級。

若要了解您的藥物在哪一個分攤費用層級，請查看我們藥物清單的藥物。

《會員手冊》第 6 章註明您在每個分攤費用層級需支付的藥物金額。

---

## C. 部分藥物的限制

部分處方藥有特別規則，限制本計劃承保的方法及情況。一般而言，我們的規則鼓勵您獲得對您的醫療狀況有效且安全有效的藥物。當安全、較低費用的藥物與較高費用的藥物有相同的效果時，我們期望您的服務提供者採用較低費用的藥物。

若您所服用的藥物有特別規定，通常表示您或您的服務提供者必須採取額外行動，才能讓我們承保此藥物。舉例而言，您的服務提供者可能必須先告知您的診斷結果，或提供血液測試結果。若您或您的服務提供者認為我們的規則不適用於您的情況，可要求我們破例。我們可能同意或不同意您不必採取其他行動即可使用該藥物。

如需了解更多關於要求破例的資料，請參閱《會員手冊》第 9 章。

### 1. 有非專利藥可用時的專利藥使用限制

通常，非專利藥的效用與專利藥相同，但價格較低。若專利藥有可用的非專利藥版本，我們的網絡藥房會提供給您非專利藥。

- 當有非專利藥版本時，我們通常不會支付專利藥費用。
- 不過，若您的服務提供者告知非專利藥對您無效的醫療原因，我們將承保專利藥。
- 您為專利藥或原生物製品支付的共付金可能高於非專利藥或可替代的生物相似性藥物的共付金。

### 2. 事先獲得計劃核准

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若使用某些藥物，您或您的醫生必須先取得本計劃的核准，才能領取這些處方藥。如果未獲核准，我們可能不會承保該藥物。

### 3. 先嘗試不同藥物

一般而言，在我們承保更高費用的藥物前，我們希望您先嘗試低費用但具有相同效果的藥物。例如，若藥物 A 及藥物 B 能夠治療同一病症，且藥物 A 費用比藥物 B 低，我們可能要求您首先嘗試藥物 A。

如果藥物 A 對您無效，我們才會承保藥物 B；這就是所謂的「循序用藥」。

### 4. 數量限制

對於部分藥物，我們會限制您可取得的藥量。這就是所謂的數量限制。例如，您每次領取處方藥時，我們可能會限制您可得到的藥物數量。

欲知以上規則是否適用於您目前服用或想要服用的藥物，請查看我們的藥物清單。如需最新資訊，請致電 CareAdvantage 部門，或瀏覽我們的網站 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。若您基於上述任何原因不同意我們的承保決定，您可提出上訴。請參閱《會員手冊》第 9 章。

---

## D. 您的藥物可能無法承保的原因

我們會盡力配合您的情況承保藥物，不過有時候藥物並無法如您所願獲得承保。例如：

- 本計劃不承保您想服用的藥物。這類藥物可能不在我們的藥物清單上。我們可能會承保非專利藥物，但您想服用的專利藥物不在承保範圍內。這類藥物可能是新藥，我們尚未審核其安全性和有效性。
- 本計劃承保這類藥物，但這類藥物的承保有特殊規則或限制。如上節所解釋，本計劃的部分承保藥物有使用限制規則。一些情況下，您或您的藥方開立者可能要求我們破例。

若我們未以您期待的方式承保某種藥物，您可採取相關行動。

### D1. 取得臨時供應

某些情況下，若藥物不在我們藥物清單上或藥物受到某些限制，我們可以為您短暫供應藥物。如此您就有時間與服務提供者討論關於取得不同的藥物或要求我們承保藥物。

若要取得藥物的臨時供應，您必須符合以下兩項規則：

1. 您一直服用的藥物：
  - 不再列於我們的藥物清單上，或
  - 從未列於我們的藥物清單上，或

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 現在受到某些限制
2. 您必須是以下其中一種狀況：
- 您去年參加過我們的計劃。
    - 我們只會在今年 (曆年) 前 90 天內承保一次臨時供應的藥物。
    - 此臨時供應的時間最長達 30 天。
    - 若您的處方開立天數較少，我們會允許多次續配，並提供最多 30 天藥量。您必須在網絡藥房領取處方藥。
    - 長期護理服務藥房可能一次提供少量處方藥，以避免浪費。
  - 您是本計劃的新會員。
    - 我們只會在您成為本計劃會員後的 90 天內承保暫時供應的藥物。
    - 此臨時供應的時間最長達 30 天。
    - 若您的處方開立天數較少，我們會允許多次續配，並提供最多 30 天藥量。您必須在網絡藥房領取處方藥。
    - 長期護理服務藥房可能一次提供少量處方藥，以避免浪費。
  - 若您參加本計劃已滿 90 天、住在長期護理服務設施中，並立即需要藥物供應。
    - 我們會承保一次 31 天的供應量；或者，處方指定較少天數時，供應天數亦會更少。這是對以上臨時供應的額外供應。
    - 若您正在不同護理級別之間轉換 (例如，轉入或轉出長期護理服務設施或醫院)，並已在最近領取新處方的藥物，則我們會承保一次新藥物臨時供應的 30 天藥量，以便您在新機構中服用。如此做法可避免太快續配處方藥所造成的任何限制。

## D2. 要求臨時供應

若需要求暫時供應藥物，請致電 CareAdvantage 部門。

在獲得臨時供應藥物期間，儘快與服務提供者商量臨時供應藥物用完後該怎麼辦。以下是您的選擇：

- 轉用其他藥物。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



本計劃可能承保對您有效的不同藥物。您可致電 CareAdvantage 部門，索取治療相同醫療狀況的承保藥物清單。這份清單可協助您的服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

### 或者

- 提出破例要求。

您或您的服務提供者可要求我們作出破例安排。例如，您可要求我們承保不在藥物清單內的藥物，或要求我們承保該藥物而不設限制。若您的服務提供者認為您有充分的醫療理由可以要求破例，他們可以協助您提出要求。

### D3. 提出破例要求

若您服用的藥物將會在下年度從藥物清單中移除或受到某些限制，我們允許您要求破例。

- 我們會告知關於您的藥物在下年度的任何承保變動情況。您可以要求我們破例，並且以您希望的方式在下年度承保藥物。
- 在收到您的要求 (或您藥方開立者的證明文件) 72 小時內，我們會回應您的破例要求。

如需了解更多關於要求破例的資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。

若您需要要求破例方面的協助，請聯絡 CareAdvantage 部門。

---

## E. 您所服藥物的承保變動情況

藥物承保情況中的多數變動會發生在 1 月 1 日，但我們可能會在一年中增加或移除藥物清單中的藥物。我們還可能會修改藥物的相關規定。例如，我們可能會：

- 決定某種藥物需要或不需要事先核准 (PA) (您在取得藥物之前要得到我們的許可)。
- 增加或變更您所能獲得的藥物數量 (數量限制)。
- 增加或變更藥物的循序用藥限制 (在我們承保另一種藥物之前，您必須先嘗試一種藥物)。

如需了解更多關於這些藥物規則的資訊，請參閱 C 節。

若您服用的藥物在年度一開始時獲得承保，除非有以下狀況，我們一般不會在該年度的剩餘期間移除或變更此藥物的承保：

- 一種較便宜的新藥上市，藥效與我們藥物清單上某種現有藥物一樣好，或

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 我們獲知某種藥物不安全，**或者**
- 某種藥物下市。

如需詳細了解藥物清單變動時會發生什麼情況，您可以隨時：

- 上網查詢我們現有的藥物清單，網址：[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)，**或**
- 致電 CareAdvantage 部門查看我們現有的藥物清單，電話號碼列於本頁頁底。

藥物清單的某些變更會**立即**生效。例如：

- **新的非專利藥上市。**有時，一種新的非專利藥問世，其效果與我們藥物清單上現有的專利藥一樣好。當這種情況發生時，我們可能會移除現有的專利藥並加入新的非專利藥，但您領取新藥的費用會維持不變或降低。

當我們加入新的非專利藥後，仍可能決定將此專利藥保留在清單上，但會修改其承保規定或限制。

- 在做出這項變更前，我們可能不會事先告知您，但會在此特定變更發生時將有關資訊寄給您。
- 您或您的服務提供者可以要求對這些變更進行「破例」承保。我們將寄一份通知給您，說明您要求破例承保所需採取的步驟。如需了解更多關於破例的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。
- **某種藥物下市。**若食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 表示，您正在服用的藥物不安全，或藥廠將某種藥物下市，我們會將此藥物從我們的藥物清單中移除。若您正在服用此藥物，我們會通知您。若您收到通知，請聯絡您的醫生或藥劑師並詢問下一步該怎麼做。

我們可能會做出其他影響您服用藥物的變更。對於其他藥物清單的變更，我們會事先通知您。這類變更可能發生的情況如下：

- 食品及藥物管理局對某藥物提供新的指引，或某藥物有了新的臨床指引。
- 我們加入一種市場已知的非專利藥，**且**
  - 取代我們藥物清單上現有的一種專利藥，**或**
  - 變更了此專利藥的承保規定或限制。
- 我們加入一種非專利藥，**及**
  - 以此藥物取代藥物清單上現有的一種專利藥，**或**
  - 變更了此專利藥的承保規定或限制。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



當這些變更發生時，我們會：

- 我們藥物清單變更生效前至少 **30** 天告訴您，或
- 在您要求續配此藥後告訴您，並為您提供 **30** 天的藥量。

這會讓您有時間找醫生或其他藥方開立者討論。他們能幫助您決定：

- 是否可改用我們藥物清單上的其他類似藥物，或
- 是否應要求對這些變更進行破例承保。如需了解更多關於要求破例的資料，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。

我們可能會對您正服用的藥物進行變更，但現在不會影響您。對於這些變更，若您服用的藥物在年度一開始時獲得承保，我們一般不會在該年度的剩餘期間移除或改變此藥物的承保。

例如，若我們移除您正在服用的一種藥物或限制其用途，此項變更不會影響您在該年度的剩餘期間使用此藥物。

---

## F. 特殊情況下的藥物承保

### F1. 住在醫院或專業護理機構，並且接受本計劃的承保

若您在醫院或專業護理機構接受本計劃承保的住院服務，我們一般會承保住院期間的處方藥費用。您不必支付共付金。您離開醫院或專業護理機構後，只要藥物符合我們的承保規則，我們便會承保該藥物。

如需了解更多關於藥物承保和應付費用的資料，請參閱《會員手冊》**第 6 章**。

### F2. 在長期護理服務設施住院

長期護理服務設施 (如護理機構) 通常有自己的藥房，或是有為所有住院者供應藥物的藥房。若是在長期護理服務設施住院，您可透過此機構的藥房 (條件是我們網絡的一部分) 取得您的處方藥。

請查閱《服務提供者和藥房名錄》，以了解您所住長期護理機構的藥房是否屬於我們的網絡。若不屬於或您需要更多資訊，請聯絡 CareAdvantage 部門。

### F3. 參加經聯邦醫療保險 (紅藍卡) 認證的安寧療護計劃

藥物不會同時受到安寧服務和本計劃承保。

- 您可能會註冊登記聯邦醫療保險 (紅藍卡) 安寧療護服務，並且需要止痛、抗噁心、通便劑或抑鬱藥物，但由於此藥物與您的末期預後和病況沒有關聯，所以您的安寧療護服務不承保。在這種情況下，本計劃必須取得藥方開立者或您的安寧療護服務提供者發出的通知，說明此藥物為非相關藥物，本計劃方能承保此藥物。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 為防止延遲取得本計劃應承保的任何非相關藥物，您可以要求您的安寧療護服務提供者或藥方開立者確定我們在您從藥局領取處方藥物前，收到關於非相關藥物的通知。

若您退出安寧療護服務，本計劃會承保所有您的藥物。當聯邦醫療保險 (紅藍卡) 安寧療護服務福利結束時，為了防止藥房延遲任何服務，您必須攜帶文件到藥房確認您已經退出安寧療護服務。

關於本計劃承保的藥物，請參閱本章前部分的說明。如需了解安寧療護服務的詳情，請參閱《會員手冊》第 4 章。

---

## G. 藥物安全及藥物管理的計劃

### G1. 協助您安全用藥的計劃

每次您要領取處方藥時，我們會查看可能的問題，例如藥物錯誤或下列情況下的藥物：

- 您在服用其他有同樣效果的藥物，所以可能不需要的藥物
- 對您的年齡或性別而言，可能不安全的藥物
- 若同時服用可能會傷害到您的藥物
- 成分會讓您或可能讓您過敏的藥物
- 含有不安全劑量鴉片類的止痛藥

若我們發現您使用的處方藥可能有問題，我們會與您的服務提供者共同解決此問題。

### G2. 可協助您管理藥物的計劃

本計劃設有可協助會員符合複雜健康需求的計劃。在這種情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 計劃免費獲得服務。您可自願且免費加入此計劃。此計劃可協助您和您的服務提供者確定您的藥物可有效改善您的健康。若您有資格參加此計劃，藥劑師或其他健康專家將會全面審核您所有的藥物並且與您討論關於：

- 如何從您所服用的藥物得到最大益處
- 您有的任何疑慮，如藥物費用和藥物反應
- 如何有效服用您的藥物
- 您對處方藥和非處方藥的任何疑問或問題

之後，您會取得：

- 這項討論的書面摘要，其中包含一項建議您如何以最有效方式使用藥物的行動計劃。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- 一份個人藥物清單，包含您服用的所有藥物、服用的藥量、服藥時間以及服藥原因。
- 有關如何安全棄置受法定管制的處方藥物資訊。

最好和您的醫生討論關於您的行動計劃和藥物清單。

- 在您與醫生、藥劑師等其他健康護理提供者討論時，請攜帶您的行動計劃和藥物清單。
- 當您去醫院或急診室時，請攜帶您的藥物清單。

合格的會員可自願免費加入藥物治療管理計劃。若我們有符合您需要的計劃，我們會為您註冊登記並寄給您相關資料。若您不想要加入計劃，請告訴我們，我們會讓您退出計劃。

若您有任何關於這些計劃的疑問，請聯絡 CareAdvantage 部門。

### **G3. 有關安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃**

本計劃有一項方案能幫助會員安全使用鴉片類處方藥和其他常被濫用的藥物。這項計劃稱為「藥物管理計劃」(DMP)。

如果有多位醫生或藥房都提供鴉片類藥物，或者您最近曾發生鴉片類藥物過量的情形，我們可以和這些醫生討論，確保您使用鴉片類藥物為適當且是醫療上必須使用。與醫生商討之後，如果我們認定您使用的鴉片類處方藥或巴比妥酸鹽類藥物不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。這類限制可能包括：

- 要求您向特定藥房和/或特定醫生取得這些藥物的處方
- 限制我們為您承保這些藥物的數量

如果我們認為應對您設定一項或多項限制，我們會提前寄一封信給您。信中將說明我們是否會限制為您提供這些藥物的承保，或者您是否需依規定只能從特定的服務提供者或藥房取得這些藥物的處方。

**您將有機會告訴我們您希望使用哪些醫生或藥房，以及我們應知道的重要資訊。**當您有機會回應之後，若我們決定限制這些藥物的承保，我們會再寄一封信給您，確認我們將採取限制。

若您認為我們做了錯誤決定，您不同意自己有濫用處方藥的風險，或者您不同意這些限制，您和您的藥方開立者可以提出上訴。如果您提出上訴，我們會審查您的個案並作出決定。當您對取得這些藥物的限制提出上訴之後，若我們仍然拒絕其中任何要求，我們會自動將您的個案送交給一個獨立審查機構 (Independent Review Organization)。如需了解更多關於上訴和獨立審查機構 (Independent Review Organization, IRO) 的資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。)

如果您有下述情況，則藥物管理計劃可能不適用：

- 您有某些特定的醫療狀況，例如癌症或鎌狀細胞貧血症；

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 您正在接受安寧療護、緩和護理或臨終護理；或
- 您住在長期護理機構內。



## 第 6 章：您需為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥支付的費用

### 簡介

本章將說明您需為門診處方藥支付的費用。「藥物」是指：

- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥，及
- Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保的藥物和項目，及
- 本計劃承保額外福利的藥物和項目。

由於您符合加州低收入醫療保險 (白卡) 的資格，您可以從聯邦醫療保險 (紅藍卡) 取得「額外補助計劃」，協助您支付聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥。我們已隨信另外附上「處方藥費用獲得額外補助者的承保說明附加條款」(亦稱「低收入補助附加條款」或「LIS (低收入補助) 附加條款」)，該文件將說明您的處方藥承保事項。如果您未收到這份文件，請致電 CareAdvantage 部門索取「LIS (低收入補助) 附加條款」。

「額外補助計劃」是一項協助收入和資源有限者減少聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥費用的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，例如保費、自付額和共付金。額外補助計劃又稱為「低收入戶補助」或「LIS」。

其他重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

若要了解更多關於處方藥物，您可以查看以下內容：

- 我們的《承保藥物清單》。
  - 我們稱之為《藥物清單》。此清單旨在說明：
    - 我們支付哪些藥物的費用
    - 每種藥物屬於兩 (2) 個分攤費用層級的哪個層級
    - 藥物是否有任何限制
  - 若您需要我們藥物清單的副本，請致電 CareAdvantage 部門。您亦可在本計劃網站上查閱最新的藥物清單：[www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage)。
  - CareAdvantage D-SNP 會承保您從藥房取得的多數處方藥。其他藥物 (如部分非處方藥 (OTC) 和某些維生素) 可能由 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



卡) 處方藥計劃) 承保。如需了解詳情，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))。您亦可以致電 **1-800-977-2273**，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。當您透過 Medi-Cal Rx 領取處方藥時，請攜帶您的加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC)。

- 我們亦透過 CareAdvantage 承保部分非處方藥 (OTC)。我們承保部分由醫生開具處方的非處方藥，而另外一些非處方藥則可以透過我們的 OTC+ 計劃免費取得。OTC+ 計劃承保的產品無需處方。如需了解更多資訊，請瀏覽我們的網站 [www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage) 或致電 CareAdvantage 部門。

《會員手冊》第 5 章。

- 第 5 章將說明如何透過本計劃取得門診處方藥。
- 其中包含您必須遵守的規則。第 5 章亦說明不受本計劃承保的處方藥種類。
- 當您使用本計劃的「即時福利工具」(Real Time Benefit Tool) 搜尋藥物承保 (請參閱第 5 章 B2 節) 時，所示費用為「即時」提供，表示工具中顯示的費用反映著您預期要支付自付費用當時的估算額。如需了解更多資訊，請致電 CareAdvantage 部門。
- 我們的《服務提供者和藥房名錄》。
  - 在多數情形下，您必須使用網絡藥房取得承保藥物。網絡藥房是指同意與我們合作的藥房。
  - 《服務提供者和藥房名錄》中列有我們的網絡藥房。如需了解更多關於網絡藥房，請參閱《會員手冊》第 5 章。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 目錄

A. 《福利說明》(EOB).....	4
B. 如何追蹤您的藥物費用 .....	5
C. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 的藥物付費階段 .....	6
C1. 我們的分攤費用層級 .....	7
C2. 您的藥房選擇 .....	7
C3. 取得藥物的長期藥量 .....	7
C4. 您支付的費用 .....	7
D. 第 1 階段：初始承保階段 .....	8
D1. 您的藥房選擇 .....	9
D2. 取得藥物的長期藥量 .....	9
D3. 您支付的費用 .....	9
D4. 初始承保階段結束 .....	10
E. 第 2 階段：重大疾病承保階段 .....	10
F. 醫生所開藥方少於一個月藥量時的藥物費用 .....	11
G. HIV/AIDS 人士的處方藥分攤費用補助 .....	11
G1. 愛滋病藥物補助計劃 (ADAP) .....	11
G2. 若您沒有註冊登記 ADAP .....	11
G3. 若您註冊登記 ADAP .....	11
H. 疫苗接種 .....	12
H1. 您在接種疫苗前需要了解的事項 .....	12
H2. 接種聯邦醫療 (紅藍卡) Part D 承保疫苗的應付費用 .....	12



## A. 《福利說明》(EOB)

本計劃會記錄您使用的處方藥。我們會記錄兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您或其他為您付款者需為處方藥支付的金額。
- 您的**藥物總費用**。這是您或為您付款者需為處方藥支付的金額，加上我們支付的金額。

當您透過本計劃取得處方藥時，我們會給您一份《福利說明》的摘要，這份《福利說明》簡稱為 EOB。本 EOB 並非帳單。EOB 還包括更多有關您所服用藥物的資訊，例如價格上調以及其他分攤費用較低的可用藥物。您可以和藥方開立者討論這些費用較低的選擇。此 EOB 包含：

- **當月資料**。這份摘要列有您上月已取得的處方藥。該報告會顯示藥物總費用，我們已付的費用，以及您和他人為您支付的費用。
- **「年度累計」資訊**。這是自 1 月 1 日起您的藥物總費用和總付款。
- **藥價資訊**。這裡列有藥物總價，以及您首次領藥以來的任何藥價變化百分比。
- **較低價的替代藥物**。若有其他選擇，這些藥物會在摘要中列於您目前藥物的下方。您可以向藥方開立者詢問更多資訊。

我們會承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保的藥物。

- 為這些藥物支付的費用不計入您的自付費用總額。
- 我們也支付部分非處方藥物費用。您不用為這些藥物支付任何費用。
- 本計劃會承保您從藥房取得的多數處方藥。其他藥物 (如部分非處方藥 (OTC) 和某些維生素) 可能由 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保。如需了解更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))。您亦可致電加州低收入醫療保險 (白卡) 客戶服務中心：1-800-977-2273。當您透過 Medi-Cal Rx 領取處方藥時，請攜帶您的加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC)。
- 我們亦透過 CareAdvantage 承保部分非處方藥 (OTC)。我們承保部分由醫生開具處方的非處方藥，而另外一些非處方藥則可以透過我們的 OTC+ 計劃免費取得。OTC+ 計劃承保的產品無需處方。如需了解更多資訊，請瀏覽我們的網站 [www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage) 或致電 CareAdvantage 部門。
- 若要查看本計劃承保哪些藥物，請參閱我們的「藥物清單」。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## B. 如何追蹤您的藥物費用

我們使用您和藥房提供的記錄，來記錄您支付的藥費及費用金額。您可以經由以下方式協助我們：

### 1. 使用您的會員卡。

每次您領取處方藥時，請出示您的 CareAdvantage 會員卡。如此即能協助我們了解您領取的處方藥以及您支付的費用。

### 2. 確保我們獲得所需資訊。

向我們提供您支付承保藥物的收據副本。您可要求我們償還我們應付的藥物分攤費用。

以下是您必須提供收據副本的情況：

- 您以特價或使用非本計劃福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時
- 當您透過藥廠病患協助計劃取得藥物而支付共付金時
- 當您在網絡外藥房購買承保藥物時
- 當您支付承保藥物的全額時

如需了解更多關於如何要求償還我們應付的藥物分攤費用，請參閱《會員手冊》第 7 章。

### 3. 將他人為您付費的資料寄給我們。

其他特定人士和組織的付款也可計入您的自付費用。例如，AIDS 愛滋病藥物補助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務署 (Indian Health Service) 及多數慈善補助都可計入您的自付費用。如此可協助您符合重大疾病承保的資格。當您達到重大疾病承保階段，本計劃會支付您在該年度剩餘期間內的所有聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物費用。

### 4. 核對我們寄給您的 EOB。

當您收到我們郵寄的 EOB 時，請確保上面的資訊完整正確。

- 您認得每家藥房的名稱嗎？查看日期。您是否在該日取藥？
- 您取的藥是否為所列藥物？他們與您收據上所列的藥物匹配嗎？藥物與醫生的處方匹配嗎？

如需了解更多資訊，請致電 CareAdvantage 部門或參閱 CareAdvantage 《會員手冊》。您亦可在本計劃網站上查閱《會員手冊》：[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 若您發現摘要有誤該如何處理？

若發現 EOB 有令人困惑或可能不正確的地方，請致電 CareAdvantage 部門聯絡我們。您亦可以瀏覽我們的網站，找出多項問題的答案：

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。

## 若可能存在欺詐行為，該如何？

若摘要顯示出您未服用的藥物或存在其他您認為可疑的內容，請與我們聯絡。

- 致電 CareAdvantage 部門聯絡我們。
- 或者，您亦可致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。這些電話 7 天 24 小時全年無休提供服務，來電均免費。
- 如果您懷疑參加加州低收入醫療保險 (白卡) 的服務提供者有欺詐、浪費或濫用行為，則您有權提出檢舉；檢舉請撥免費保密專線 1-800-822-6222。其他可以檢舉加州低收入醫療保險 (白卡) 欺詐行為的方法可參閱：  
[www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)。

如果您發現任何錯漏或者有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門。請保存這些 EOB 文件。這些是重要的藥物支出記錄。

## C. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 的藥物付費階段

在本計劃中，您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥承保有兩個付費階段。您的付費金額取決於您領取或續領處方藥時所在的階段。兩個付費階段為：

第 1 階段：初始承保階段	第 2 階段：重大疾病承保階段
<p>在此階段，我們會支付您的部分藥費，而您支付自己的分攤費用。您的分攤費用稱為共付金。</p> <p>您在一年內領取第一份處方藥時，這個階段就會開始。</p>	<p>在此階段，我們會支付您截至 2024 年 12 月 31 日的所有藥物費用。</p> <p>當您支付了特定金額的自付費用時，此階段就會展開。</p>

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





## C1. 我們的分攤費用層級

分攤費用層級是指需支付同樣共付金的藥物類組。我們藥物清單中的每種藥物均屬於兩 (2) 個分攤費用層級的其中一個。一般而言，層級數字越高，共付金也就越高。如需了解您的藥物分攤費用層級，請參閱藥物清單。

- 層級 1 藥物的共付金最低。加州低收入醫療保險 (白卡) 第 1 層級的藥物為非專利藥。共付金為 \$0、\$1.55 或 \$4.50，視您的收入而定。
- 第 2 層級的共付金最高。這些都是專利藥。共付金為 \$0、\$4.60 或 \$11.20，視您的收入而定。

## C2. 您的藥房選擇

您的付費金額取決於您取藥的管道：

- 網絡藥房，或
- 網絡外藥房。
- 郵購藥房。

如需了解關於被告知藥物不獲承保時如何提出上訴，請參閱《會員手冊》第 9 章。如需了解更多關於藥房選擇，請參閱《會員手冊》第 5 章以及我們的《服務提供者和藥房名錄》。

## C3. 取得藥物的長期藥量

您在領取某些處方藥時，可以領取長期藥量 (也叫做「延長供應」)。長期藥量每次最多可領取 90 天份。這和一個月藥量的費用相同。

有關何處及如何取得長期藥量的詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章或《服務提供者和藥房名錄》。

## C4. 您支付的費用

您在領取處方藥時，必須支付共付金。若您的承保藥物價格低於共付金，您會支付此較低價格。

聯絡 CareAdvantage 部門，了解任何承保藥物需支付的共付金。

本計劃會承保您從藥房取得的多數處方藥。其他藥物 (如部分非處方藥 (OTC) 和某些維生素) 可能由 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 承保。如需了解更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))。您亦可以致電 1-800-977-2273，聯絡加州低收入醫療保險 (白卡) 客戶服務中心。當您透過 Medi-Cal Rx 領取處方藥時，請攜帶您的加州低收入醫療保險 (白卡) 福利識別卡 (BIC)。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



當您從下列管道取得承保處方藥物的一個月或長期藥量時，您的分攤費用如下：

	網絡藥房	網絡內長期護理藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 90 天份	一個月份藥量	最多 90 天份。承保限定於特定情形。詳情請參閱《會員手冊》第 5 章。
分攤費用 第 1 層級 (非專利藥)	您支付 \$0、\$1.55 或 \$4.50	您支付 \$0、\$1.55 或 \$4.50	您支付 \$0、\$1.55 或 \$4.50
分攤費用 第 2 層級 (專利藥)	您支付 \$0、\$4.60 或 \$11.20	您支付 \$0、\$4.60 或 \$11.20	您支付 \$0、\$4.60 或 \$11.20
CareAdvantage 計劃承保的 OTC 產品 **	您支付 \$0	您支付 \$0	您支付 \$0

如需了解哪些藥房可以提供長期藥量，請參閱本計劃中的《服務提供者和藥房名錄》。

\*\*某些未能透過處方單承保的 OTC 產品，或許能透過我們的 OTC+ 方案免費提供。OTC+ 計劃承保的產品無需處方。如需了解更多資訊，請瀏覽我們的網站 [www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage) 或致電 CareAdvantage 部門。

## D. 第 1 階段：初始承保階段

在初始承保階段，我們需為您的承保處方藥支付分攤費用，而您支付自己的分攤費用。您的分攤費用稱為共付金。共付金的金額取決於藥物的分攤費用層級和您取藥的地點。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



分攤費用層級是指需支付同樣共付金的藥物類組。本計劃藥物清單中的每種藥物均屬於兩 (2) 個分攤費用層級的其中一個。一般而言，層級數字越高，共付金也就越高。如需了解您的藥物分攤費用層級，請參閱藥物清單。

- 層級 1 藥物的共付金最低。這些可能是非專利藥或非聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥物，由 *[Insert state-specific name of Medi-Cal program]* 承保。共付金為 \$0 至 \$4.50，依您的收入而定。
- 層級 2 藥物的共付金最高。這些都是專利藥。共付金為 \$0 至 \$11.20，依您的收入而定。
- CareAdvantage 承保的非處方藥 (OTC) 共付金是 \$0。

### D1. 您的藥房選擇

您的付費金額取決於您取藥的管道：

- 網絡藥房，或
- 網絡外藥房。

在有限的情況下，我們會承保在網絡外藥房領取的處方藥。如需了解我們何時提供此項承保，請參閱《會員手冊》第 5 章。

如需了解這些選擇的詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章以及我們的《服務提供者和藥房名錄》。

### D2. 取得藥物的長期藥量

您在領取某些處方藥時，可以領取長期藥量 (也叫做「延長供應」)。長期藥量每次最多可領取 90 天份。這和一個月藥量的費用相同。

有關何處及如何取得長期藥量的詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章或本計劃中的《服務提供者和藥房名錄》。

### D3. 您支付的費用

在初始承保階段，您每次領取處方藥時可能需要支付共付金。若您的承保藥物價格低於共付金，您會支付此較低價格。

聯絡 CareAdvantage 部門，了解任何承保藥物需支付的共付金。

當您從下列管道取得承保處方藥物的一個月或長期藥量時，您的分攤費用如下：

	網絡藥房	網絡內長期護理藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 90 天份	最多一個月份藥量	最多 90 天份。承保限定於特定情形。詳情請參閱《會員手冊》第 5 章。
分攤費用 第 1 層級 (非專利藥)	您支付 \$0、\$1.55 或 \$4.50	您支付 \$0、\$1.55 或 \$4.50	您支付 \$0、\$1.55 或 \$4.50
分攤費用 第 2 層級 (專利藥)	您支付 \$0、\$4.60 或 \$11.20	您支付 \$0、\$4.60 或 \$11.20	您支付 \$0、\$4.60 或 \$11.20
CareAdvantage 計劃承保的 OTC 產品	您支付 \$0	您支付 \$0	您支付 \$0

如需了解哪些藥房可以提供長期藥量，請參閱我們的《服務提供者和藥房名錄》。

#### D4. 初始承保階段結束

當您的自付費用總額達到 \$8,000 時，初始承保階段就結束了。此時，重大疾病承保階段便開始。我們從此時承保所有藥物費用，直到年度結束為止。

您的《福利說明》(EOB) 報告會協助您追蹤一年內已支付的藥物費用。若您的自付費用總額達到 \$8,000，我們會通知您。許多人一年都不會達到此限額。

### E. 第 2 階段：重大疾病承保階段

當您的處方藥自付費用達到 \$8,000 時，重大疾病承保階段便開始。在本年度 (曆年) 結束前，您將一直維持在重大疾病承保階段。在此承保階段，我們的計劃會為您支付所有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 藥費。

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## F. 醫生所開藥方少於一個月藥量時的藥物費用

通常，您支付的共付金可涵蓋整個月的承保藥量。但是，您的醫生可開立不滿一個月藥量的處方。

- 有時候，您可能想要求醫生開立不滿一個月的藥量 (比方說，當您的醫生首次為已知有副作用的藥物開立藥方時)。
- 若您的醫生同意，您不必支付特定藥物整月的藥量費用。

若您領取的藥量少於一個月份，則共付金會依您收到的藥物天數來計算。我們會計算您須支付的單日藥物費用 (即「每日分攤費用」)，然後乘以您取藥的天數。

- 以下是一個範例：我們假設您的藥物一個月藥量 (30 天份) 的共付金是 \$1.35。這表示您每天為此藥物支付的金額不到 \$0.05。如果您獲得 7 天藥量，您支付的金額為每天的金額 (低於 \$0.05) 乘以 7 天，總額不超過 \$0.35。
- 每日分攤費用能讓您先確定對自己有效果的藥物，然後您才支付一整個月藥量的費用。
- 您亦可要求服務提供者開立不到一個月的藥量，以協助您：
  - 更有效規劃續配藥物的時間，
  - 配合您服用的其他藥物來安排續配藥物，及
  - 減少去藥房的次數。

## G. HIV/AIDS 人士的處方藥分攤費用補助

### G1. 愛滋病藥物補助計劃 (ADAP)

ADAP 可協助符合資格的 HIV/AIDS 人士取得救命的 HIV 藥物。凡是註冊登記參加 ADAP 的個人，門診聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 承保且 ADAP 也承保的處方藥，皆有資格透過加州公共衛生部門 AIDS 服務處獲得處方藥分攤費用補助。

### G2. 若您沒有註冊登記 ADAP

如需了解該計劃的資格條件、承保藥物或註冊登記方式，請致電 1-844-421-7050，或瀏覽 ADAP 網站：[www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx)。

### G3. 若您註冊登記 ADAP

ADAP 客戶領取 ADAP 藥方集上的藥物時，ADAP 會持續提供聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥的分攤費用補助。為確保您持續得到此補助，若您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 計劃的姓

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



名或保險號碼有更改，請通知您當地的 ADAP 註冊登記人員。若您需要協助尋找最近的 ADAP 註冊登記地點及/或承辦人員，請致電 1-844-421-7050 或查看上述網站。

---

## H. 疫苗接種

**關於疫苗費用的重要訊息：**有些疫苗被視為是醫療福利。其他疫苗被視為聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物。這些疫苗列載於本計劃的《承保藥物清單》(藥方集) 內。我們的計劃承保大部分聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 計劃的成人疫苗服務，您無需支付任何費用。請參閱本計劃中的《承保藥物清單》(《處方集》) 或聯絡會員服務部，了解關於特定疫苗的承保和分攤費用詳情。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 疫苗的承保福利包括以下兩部分：

1. 承保的第一部分是**疫苗藥物本身**的費用。該疫苗是處方藥物。
2. 承保的第二部分是**為您接種疫苗**的費用。例如，有時您的醫生可能會為您接種疫苗。

### H1. 您在接種疫苗前需要了解的事項

我們建議您在打算接受疫苗接種時，首先致電 CareAdvantage 部門。

- 我們會告知有關本計劃如何承保您的疫苗，並說明您的分攤費用。
- 我們會告知您如何採用網絡藥房和服務提供者來降低您的費用。網絡藥房和服務提供者同意與本計劃合作。網絡服務提供者會與我們合作，確保您不會預先支付任何 Part D 疫苗的費用。

### H2. 接種聯邦醫療 (紅藍卡) Part D 承保疫苗的應付費用

施打疫苗費用取決於疫苗類型 (即接種疫苗的目的)。

- 有些疫苗被視為健康福利而非藥物。這些疫苗可獲得承保，您無需付費。如需了解這些疫苗的承保情形，請參閱《會員手冊》第 4 章中的福利表。
- 其他疫苗被視為聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物。這些疫苗列於本計劃藥物清單中。若為聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 的疫苗，您可能需要支付共付金。若疫苗是由名為**防疫注射實踐諮詢委員會 (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP)** 的組織來推薦成人接種，則此疫苗為免費。

以下是三種您也許會取得聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 疫苗常見的方式。

1. 您在網絡藥房購買並接種聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 疫苗。
  - 多數成人 Part D 疫苗可以免費接種。

---

如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 而對於其他 **Part D** 疫苗，您需支付疫苗的共付金。
2. 您在醫生診所取得並且接種聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part D** 疫苗。
    - 您需向醫生支付疫苗的共付金。
    - 本計劃會為您支付接種疫苗的費用。
    - 在此情況下，醫生診所必須致電本計劃，這樣我們才能確保他們知道您僅需支付疫苗的共付金。
  3. 您在藥房取得聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part D** 疫苗的藥物，並且帶至醫生診所接種。
    - 多數成人 **Part D** 疫苗可以免費接種，無需為疫苗本身付費。
    - 而對於其他 **Part D** 疫苗，您需支付疫苗的共付金。
    - 本計劃會為您支付接種疫苗的費用。



## 第 7 章：要求我們為您帳單上的承保服務或藥物支付分攤費用

---

### 簡介

本章將說明您如何以及何時寄帳單給我們要求付款，以及您如何在不同意承保決定的情況下提出上訴。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

### 目錄

A. 要求我們支付您的服務或藥物費用 .....	2
B. 寄付款申請單給我們 .....	5
C. 承保決定 .....	5
D. 上訴 .....	6





## A. 要求我們支付您的服務或藥物費用

您不應收到網絡內服務或藥物的帳單。我們的網絡服務提供者必須寄帳單給本計劃，收取您所獲承保服務和藥物的費用。網絡服務提供者是指與本健康計劃合作的服務提供者。

我們不允許 CareAdvantage 服務提供者寄這些服務或藥物的帳單給您。我們會直接付款給我們的服務提供者，並且保障您免支付任何費用。

**若您取得健康護理或藥物全部費用的帳單，請勿付費並將帳單寄給我們。**若要了解如何將帳單寄給我們，請參閱第 5 頁。

- 若我們承保該服務或藥物，我們會直接向服務提供者付費。
- 若我們承保該服務或藥物並且您已支付的費用高於您的分攤費用，您有權獲得我們的償還費用。
  - 如果您已支付所接受聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務的費用，我們將償付款項給您。
- 如果您已支付所接受加州低收入醫療保險 (白卡) 服務的費用，且您符合以下條件，您就可能有資格獲得償款 (還款)：
  - 您所接受的服務是我們負責付費的加州低收入醫療保險 (白卡) 承保服務。我們不會為 CareAdvantage 不承保的服務償還費用。
  - 在接受承保的服務前，您已是符合資格的 CareAdvantage 會員。
  - 您在接受該承保服務日期起一年內要求退款。
  - 您能夠提供已為該承保服務付費的證明，例如：服務提供者的詳細收據。
  - 您接受的承保服務是由 CareAdvantage 網絡內加州低收入醫療保險 (白卡) 註冊服務提供者提供。如果您接受急診護理、家庭計劃服務，或接受網絡外服務提供者無需預先核准 (事先授權) 亦可提供的其他服務 (但需獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 准許)，此時，您便不必符合這項條件。
- 如果承保服務一般需要預先核准 (事先授權)，您需要出示服務提供者的證明，表示您有該承保服務的醫療需求。
- CareAdvantage 將發出名為「行動通知」的信件，通知是否償還您的費用。如果您符合以上所有的條件，加州低收入醫療保險 (白卡) 註冊的服務提供者應該全數退還您已支付的費用。假如服務提供者拒絕給您退款，CareAdvantage 將全數退還您已支付的費用。我們將在收到索償要求的 45 個工作日內償還該費用。如果服務提供者已註冊加州低收入醫療保險 (白卡)，但並不在我們的網絡內，而且拒絕給您退款，CareAdvantage 將退還費用給您，但僅限於 FFS 加州低收入醫療保險 (白卡) 原本會支付的金額。CareAdvantage 將退還全部自付費用的相關服務有：急診服務、家庭計劃服務，或網絡外服務提供者無需預先核准亦可提供的其他服務

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



(但需獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 准許)。如果您不符合以上任何一項條件，我們將不會退款給您。

- 若有以下情況，我們將不會退款給您：
  - 您要求並接受了加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保的服務，例如美容服務。
  - CareAdvantage 不承保此服務。
  - 您看的醫生不接受加州低收入醫療保險 (白卡)，但您簽了表格表示仍要就診且會自行支付服務費用。
- 若我們不承保該服務或藥物，我們會告訴您。

若您有任何疑問，請務必與 CareAdvantage 部門聯絡。若您不知道您必須支付哪些費用，或您取得帳單但不知道該如何處理，我們可以提供協助。若您想為已寄給我們的付款要求提供更多資料，亦可致電與我們聯絡。

以下舉例說明，在哪些情況下您可要求我們償還或支付您收到的帳單費用。

## 1. 您從網絡外服務提供者取得急診或緊急健康護理。

要求服務提供者向我們收費。

- 若您在取得護理時支付全部費用，您可要求我們支付本計劃應分攤的費用。將帳單和任何您付款的證明寄給我們。
- 您可能會收到服務提供者寄來的帳單，要求支付您認為不應支付的款項。將帳單和任何您付款的證明寄給我們。
  - 若應該支付服務提供者，我們會直接支付服務提供者。
  - 若您已為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務支付的費用高於您應分攤的費用，我們會先確認您應付的金額，然後償還我們應分攤的費用。

## 2. 當您收到網絡內服務提供者的帳單時

網絡服務提供者一定要向我們收費。在您獲得任何服務或處方藥時，請務必出示您的會員卡。但有時他們會弄錯，而要您支付服務費或超出您分攤費用的金額。若您收到任何帳單，請致電列於本頁頁底的電話號碼，與 CareAdvantage 部門聯絡。

- 本計劃會員在取得本計劃承保服務時，僅支付共付金。我們不允許服務提供者向您收取高於該金額的費用。即使我們支付給服務提供者低於他們的服務收費，他們也不准提出差額負擔。若我們決定不支付某些費用，您亦不必支付這些費用。
- 每當您收到網絡服務提供者的帳單，而您認為帳單金額超過應付金額時，請將此帳單寄給我們。我們會直接聯絡服務提供者，並負責處理此問題。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若您已為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保服務支付網絡服務提供者的帳單，但您認為您支付的金額過多，請將帳單和任何付款證明寄給我們。我們會償還您所付金額和您根據本計劃應繳金額之間的差額。

### 3. 若您要追溯至註冊登記本計劃的日期

有時，您註冊登記本計劃的日期可以追溯。(追溯意指我們註冊登記的第一天已經過去，甚至可能是去年。)

- 若您要追溯至註冊登記日期，且您在加入日期之後支付過帳單，可以要求我們償還費用給您。
- 將帳單和任何您付款的證明寄給我們。

### 4. 當您使用網絡外藥房領取處方藥時

若您在網絡外藥房領取處方藥，便要支付全部處方藥費用。

- 僅在少數情況下，我們才會在承保網絡外藥房領取的處方藥。當您要求我們償還應分攤費用時，請將收據副本寄給我們。
- 如需了解更多關於網絡外藥房的資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。

### 5. 當您因未攜帶會員卡而支付聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 全部處方藥費用時

若您未攜帶會員卡，可要求藥房致電我們或查閱您的計劃註冊登記資訊。

- 若藥房無法立即獲得所需資訊，您可能需自行支付全部處方藥費用或攜帶會員卡返回藥房。
- 當您要求我們償還應分攤費用時，請將收據副本寄給我們。

### 6. 當您為未承保藥物支付聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 全部處方藥費用時

當藥物無法獲得承保時，您可能要支付全部處方藥費用。

- 此藥物可能不在我們網站上的《承保藥物清單》(藥物清單) 中，或可能有您不知道或認為不適用於您的要求或限制。若決定取得該藥物，您可能需為此支付全部費用。
  - 若您未支付藥物費用，但認為我們應該承保，您可以要求我們作出承保決定 (請參閱《會員手冊》第 9 章)。
  - 若您和您的醫生或其他藥方開立者認為您急需此藥物 (24 小時內)，您可以要求作出快速承保決定 (請參閱《會員手冊》第 9 章)。
- 當您要求我們償還費用時，請將收據副本寄給我們。某些情況下，為償還應分攤的藥費，我們可能需要您的醫生或其他藥方開立者提供更多資訊。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



當您寄出付款申請單時，我們會審核您的申請書並決定該服務或藥物是否應獲承保。這就是所謂的「承保決定」。若我們認定此服務或藥物應獲承保，我們將支付我們應分攤的費用。

若我們否決您的付款要求，您可針對我們的決定提出上訴。如需了解如何提出上訴，請參閱《會員手冊》第 9 章。

---

## B. 寄付款申請單給我們

將有關聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務的帳單和任何付款證明寄給我們或者致電我們。付款證明可以是您開立的支票副本，或是服務提供者的收據副本。我們建議您保留帳單及收據副本以留為記錄。您可要求您的健康護理經理提供協助。

請將您的付款申請單連同所有帳單或收據寄至此地址：

CareAdvantage Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

您必須從獲得服務、用品或藥物日期算起，在 **365** 天內向我們提出索償申請。

---

## C. 承保決定

當我們收到您的付款要求時，我們會做出承保決定。這表示我們會決定本計劃是否承保您的服務、用品或藥物，以及您必須支付的錢款金額 (若有)。

- 若我們需要您提供更多資料，我們會讓您知道。
- 若我們決定本計劃會承保該服務、用品或藥物，並且您遵守獲得該服務、用品或藥物的所有相關規則，我們將支付應分攤費用。若您已支付服務或藥物費用，我們會寄給您本計劃應分攤費用的等值支票。若您尚未付費，我們將直接付款給服務提供者。

《會員手冊》第 3 章將說明服務獲得承保的規則。《會員手冊》第 5 章將說明聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥物獲得承保的規則。

- 若我們決定不支付應分攤的服務或藥物費用，我們會寄信給您解釋原因。此信件中亦會解釋您的上訴權利。
- 如需了解更多關於承保決定的資訊，請參閱第 9 章 [\[insert reference, as applicable\]](#)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



---

## D. 上訴

若您認為我們否決您的付款要求是錯誤的，您可要求我們變更決定。這就是所謂的「提出上訴」。若您不同意我們支付的金額，您亦可以提出上訴。

正式的上訴程序有詳細的流程和截止日期。如需了解更多關於上訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**：

- 若想針對健康護理服務費用的償還問題提出上訴，請參閱 **F 節**
- 若想針對藥物費用的償還問題提出上訴，請參閱 **G 節**



## 第 8 章：您的權利與責任

---

### 簡介

本章包括您作為本計劃會員的權利和責任。我們必須尊重您的權利。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

### 目錄

A. 您有權以符合自身需求的方式取得服務和資訊 .....	2
B. 我們有責任確保您及時獲得承保服務和藥物 .....	2
C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI) .....	3
C1. 我們如何保護您的個人健康資訊 (PHI) .....	4
C2. 您有權查閱自己的病歷表 .....	4
D. 我們有責任向您提供資訊 .....	5
E. 網絡服務提供者無法直接向您收費 .....	6
F. 您有權退出本計劃 .....	6
G. 您有權決定自己的健康護理服務 .....	6
G1. 您有權了解自己可選擇的治療方案並作出決定 .....	6
G2. 若您無法參與自己的健康護理決定，您有權表達您的願望 .....	7
G3. 若相關人士未依您的指示執行，該怎麼辦 .....	8
H. 您有權提出投訴並要求我們覆核我們的決定 .....	8
H1. 如何處理不公平對待或取得關於會員權利的更多資訊 .....	8
I. 計劃會員的責任 .....	8

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## A. 您有權以符合自身需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保提供給您的**所有**服務都符合文化需求且便利使用，亦必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加本計劃期間，我們每年都會讓您知道您的權利。

- 您可致電 CareAdvantage 部門，以您能了解的方式取得資訊。本計劃提供免費口譯員服務，他們可以用不同的語言回答問題。
- 本計劃亦可免費提供英文以外語言的資料，例如西班牙文、中文、他加祿文或您的首選語言版本，或其他格式的相關資料，例如大型字體版、盲人點字版或有聲版。若您現在及以後想取得英文以外語言和/或其他格式的資料，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。或寫信至電子郵件地址：[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)。或寄送書面申請至：

Health Plan of San Mateo  
CareAdvantage Unit  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

- 您的首選語言和格式將記錄在檔案中，供將來郵寄資料時使用，而不必每次提出要求。若想更改或取消您的偏好，請聯絡 CareAdvantage 部門。
- 所有會員資料也可上網查詢：[www.hpsm.org/member/resources](http://www.hpsm.org/member/resources)。

若您因語言問題或殘障而無法取得本計劃資訊，並且想要提出投訴，請致電：

- 聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。全年無休，一天 24 小時提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 加州低收入醫療保險 (白卡) 民權辦事處，電話是 1-916-440-7370。有聽力或語言障礙者應撥打 TTY 專線 7-1-1。
- U.S. 衛生及公共服務部民權辦事處 (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)，電話是 1-800-368-1019。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-800-537-7697。

## B. 我們有責任確保您及時獲得承保服務和藥物

您享有身為本計劃會員的權利。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 您有權選擇我們網絡中的主治醫生 (PCP)。網絡服務提供者是指與我們合作的服務提供者。您可以閱讀《會員手冊》**第 3 章**關於哪些類型的服務提供者可以擔任主治醫生 (PCP) 以及如何選擇 PCP 的資訊。
  - 請致電 CareAdvantage 部門或查看《服務提供者和藥房名錄》，詳細了解網絡服務提供者或接受新病患的醫生。
- 您有權不經轉診直接去看婦科專科醫生。所謂轉診是指您的主治醫生 (PCP) 核准您找 PCP 以外的服務提供者看診。
- 您有權在合理的時間內，從網絡服務提供者取得承保服務；
  - 包括有權獲得及時的專科醫生服務。
  - 若您無法在合理的時間內獲得服務，我們必須支付網絡外護理的費用。
- 您有權無需事先核准 (PA)，即可取得急切需要的急診服務或護理。
- 您有權在我們任何網絡藥房領取處方藥，而不會受到過久的延誤。
- 您有權了解何時可以使用網絡外服務提供者。如需了解有關網絡外服務提供者的資訊，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。
- 當您第一次加入我們的計劃時，若您符合特定條件，則有權繼續使用目前的服務提供者並保有服務授權，為期最長 12 個月。如需進一步了解如何繼續使用您的服務提供者並保有服務授權，請參閱《會員手冊》**第 1 章**。
- 您有權在護理團隊和健康護理經理的協助下作出自己的健康護理決定。

《會員手冊》**第 9 章**將說明若您認為自己沒有在合理時間內取得服務或藥物時該怎麼辦；同時亦會說明若我們拒絕承保您的服務或藥物，而您不同意我們的決定時該怎麼辦。

---

## C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI)

我們會依據聯邦和州政府法律，保護您的個人健康資訊。

您的個人健康資訊包含您在註冊加入本計劃時提供的資訊。其中還包含您的病歷表和其他醫療和健康資料。

您對自己的資訊擁有一切權利，且有權控制您個人健康資訊的使用方式。我們會向您提供一份書面通知，說明上述權利及本計劃如何保護您個人健康資訊的隱私權。此通知簡稱「隱私政策實施通知」。

如會員同意獲得敏感服務，他們無需取得任何其他會員的授權，即可接受敏感服務或提交敏感服務索償。CareAdvantage 會將有關敏感服務的通訊內容直接寄至會員指定的備選郵寄地址、電子

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





郵件地址或電話號碼；或在會員沒有指定的情況下，以該會員的名義送至已登記的地址或電話號碼。若接受護理的會員未提供書面授權，CareAdvantage 不會將有關敏感服務的醫療資料披露給任何其他會員。CareAdvantage 將以會員的形式和格式滿足通訊保密要求，但該保密通訊必須能隨時以所要求形式和格式或可在備選地點生成。在會員取消有關敏感服務的通訊保密要求或提交新的通訊保密要求之前，會員的此項要求有效。

若想要求以保密方式通信，您必須提出書面要求。

您的書面要求可透過以下方式提交：

郵寄： CareAdvantage Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

電郵：[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)

傳真： 1-650-616-2190

## C1. 我們如何保護您的個人健康資訊 (PHI)

我們會確保未獲授權者不會查閱或變更您的記錄。

除下述情況外，我們不會將您的個人健康資訊交給未提供您的護理或未支付您護理費用的任何人。若要這樣做，我們必須先取得您的書面許可。您或依法有權為您作決定的人均可出具書面許可。

有時，我們無需先取得您的書面許可。這些破例是法律允許或規定的情況：

- 我們必須將個人健康資訊提供給負責檢查本計劃護理品質的政府機構，
- 而且必須根據法院命令提供個人健康資訊。
- 我們必須將您的個人健康資訊提供給聯邦醫療保險 (紅藍卡)。若聯邦醫療保險 (紅藍卡) 是為研究或其他用途而提供您的個人健康資訊，他們必須依聯邦法令規定進行。

## C2. 您有權查閱自己的病歷表

- 您有權查閱您的病歷表，並可索取記錄副本。
- 您有權要求我們更新或更正您的病歷表。若您向我們提出此項要求，我們將與您的健康護理提供者一同決定是否應該作出變更。
- 您有權了解我們是否以及如何與其他分享您的個人健康資訊。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若您對個人健康資訊的隱私權有任何疑問或疑慮，請致電 CareAdvantage 部門。

---

## D. 我們有責任向您提供資訊

身為本計劃會員，您有權向我們索取有關本計劃、網絡服務提供者及承保服務的資訊。

若您不會說英文，我們有口譯員服務，能回答您對本計劃的任何疑問。若要獲得口譯員服務，請致電 CareAdvantage 部門。這是為您提供的免費服務。我們提供西班牙文、中文及塔加路族文等譯本資料。同時亦為您提供盲文或大型字體版本的資訊。

若您想獲得有關以下內容的資訊，請致電 CareAdvantage 部門：

- 如何選擇或變更計劃
- 本計劃，包含：
  - 財務資訊
  - 計劃會員如何評價我們
  - 會員上訴的次數
  - 如何退出本計劃
- 我們的網絡服務提供者和網絡藥房，包含：
  - 如何選擇或變更主治醫生
  - 我們的網絡服務提供者和藥房的資格
  - 我們如何向我們的網絡服務提供者付費
- 承保服務和藥物，包括：
  - 本計劃承保的服務 (請參閱《會員手冊》**第 3 和 4 章**) 和藥物 (請參閱《會員手冊》**第 5 和 6 章**)
  - 您的承保和藥物限制
  - 您取得承保服務和藥物必須遵守的規則
- 未獲得承保的原因及該如何處理該問題 (請參閱《會員手冊》**第 9 章**)，包括要求我們：
  - 書面指出未承保的原因

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 變更已作的決定
- 支付您收到的帳單

---

## E. 網絡服務提供者無法直接向您收費

本計劃網絡的醫生、醫院以及其他服務提供者皆不可以要求您支付承保服務費用。即使我們支付的金額少於服務提供者的收費，他們亦不能收取帳單餘額或向您收費。當網絡服務提供者試圖向您收取承保服務費用時，若要了解該怎麼辦，請參閱《會員手冊》**第 7 章**。

---

## F. 您有權退出本計劃

若您不想留在我們的計劃中，沒有人可以要求您。

- 您有權透過傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage (MA) 計劃取得大多數健康護理服務。
- 您可以透過處方藥計劃或另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃取得您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥福利。
- 請參閱《會員手冊》**第 10 章**：
  - 了解更多關於何時可以加入新的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃或處方藥福利計劃。
  - 了解更多關於您如何在退出本計劃時享有加州低收入醫療保險 (白卡) 的福利。

---

## G. 您有權決定自己的健康護理服務

您有權要求醫生及其他健康護理提供者提供完整的資訊，以協助您作出有關您健康護理服務的決定。

### G1. 您有權了解自己可選擇的治療方案並作出決定

您的服務提供者必須以您能理解的方式解釋您的病況及可選治療方案。您有以下權利：

- **了解您的選擇**。您有權獲知所有治療方案選擇。
- **了解風險**。您有權了解會有哪些風險。若任何服務或治療屬於研究實驗的一部分，我們會提前告知您。您有權拒絕實驗性治療。
- **徵詢第三方診療意見**。您有權在決定治療前找另外一位醫生就診。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- **拒絕。** 您有權拒絕任何治療。例如，即使您的醫生建議您不要出院，但您亦有權離開醫院或其他醫療機構。您有權停止服用處方藥物。若您拒絕治療或停止服用處方藥物，我們不會迫使您退出本計劃。不過，若您拒絕治療或停止服用某項藥物，您將自行為您的狀況負責。
- **要求我們解釋服務提供者拒絕護理的原因。** 若服務提供者拒絕提供您認為應該獲得的護理，您有權要求我們作出解釋。
- **要求我們承保我們拒絕或通常不承保的服務或藥物。** 這叫承保決定。《會員手冊》第 9 章將說明如何要求我們作出承保決定。

## G2. 若您無法參與自己的健康護理決定，您有權表達您的願望

有時候人們無法為自己做出健康護理的決定。在發生這個情形之前，您可以：

- 填寫書面表格，授權他人為您做出健康護理決定。
- 向醫生提供書面指示，說明在您無法自行決定時，希望醫生如何處理您的健康護理服務，包括您不想獲得的護理服務。

您用來表明指示的法律文件稱為「預立醫療指示」。預立醫療指示有多種類型和不同名稱。例如生前遺囑和健康護理授權書。

您無需提供預立醫療指示，但您可以選擇這樣做。若您想使用「預立醫療指示」，請按以下步驟執行：

- **取得表格。** 您可以向醫生、律師、法律服務機構或社工人員取得此表格。藥房和服務提供者辦公室通常亦可提供此表格。您可上網找到並免費下載表格。您亦可聯絡 CareAdvantage 部門索取此表格。
- **填寫表格並簽字。** 此表是法律文件。您應考慮尋找律師，或是家人或您的主治醫生 (PCP) 等您信任的人協助您填寫表格。
- **向需要知道的人提供表格副本。** 您應該為您的醫生提供此表格副本。亦應向經指定代您作決定的人提供副本。還可以向親友提供副本。請在家中保留一份副本。
- 若您正在住院並已簽署預立醫療指示，**請攜帶一份副本前往醫院。**
  - 醫院會問您是否已簽署預立醫療指示，以及是否攜帶此表格。
  - 若您尚未簽署預立醫療指示，醫院會提供表格，並詢問您是否希望簽字。

您有以下權利：

- 將您的預立醫療指示放入病歷表中。
- 隨時更改或取消您的預立醫療指示。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 了解預立醫療指示相關法律的變更。CareAdvantage 將在當州法律變更後 90 天內通知您相關變更。

如需詳細資料，請致電 CareAdvantage 部門。

### G3. 若相關人士未依您的指示執行，該怎麼辦

若您已簽署預立醫療指示，但認為醫生或醫院未遵照指示執行，您可向加州醫學委員會 (Medical Board of California) 投訴。如需了解如何提出投訴，請致電 1-800-633-2322。

---

## H. 您有權提出投訴並要求我們覆核我們的決定

若您對您的承保服務或護理服務有任何疑問或疑慮，《會員手冊》第 9 章將說您該怎麼辦。舉例而言，您可以要求我們做出承保決定、提出上訴以變更承保決定或投訴。

您有權取得其他計劃會員過去對我們提出上訴及投訴的資訊。如需取得這方面資訊，請致電 CareAdvantage 部門。

### H1. 如何處理不公平對待或取得關於會員權利的更多資訊

若您認為自己受到不公平對待，且這不屬於《會員手冊》第 11 章所列原因的歧視，或者您想了解更多關於自身權利的更多資訊，可致電：

- CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606。
- 醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需了解 HICAP 的更多資訊，請參閱第 2 章。
- 調查專員計劃，電話是 1-888-452-8609。如需了解該計劃的詳情，請參閱《會員手冊》第 2 章。
- 聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。(您亦可瀏覽聯邦醫療保險 (紅藍卡) 網站，閱讀或下載「您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 權利及保障」，網站為 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。)

---

## I. 計劃會員的責任

身為計劃會員，您有責任做到下列事項。若有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門。

- 閱讀《會員手冊》，了解本計劃承保項目以及取得承保服務與藥物所需遵守的規則。如需了解詳情：

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。

- 承保服務，請參閱《會員手冊》**第 3 和 4 章**。這些章節將會告知承保和非承保的項目，以及您必須遵守的規則和支付的費用。
- 承保藥物，請參閱《會員手冊》**第 5 和 6 章**。
- **告訴我們任何其他您已有的健康或處方藥承保**。當您取得健康護理時，我們必須確認您使用所有承保選項。若您有其他承保服務，請致電 CareAdvantage 部門。
- **讓您的醫生及其他健康護理提供者知道您已是本計劃會員**。當您取得服務或藥物時，必須出示會員卡。
- **協助您的醫生和其他健康護理提供者，為您提供最佳護理服務**。
  - 為他們提供關於您和自身健康的必要資訊。盡量了解您的健康問題。遵循您和您的服務提供者皆同意的治療計劃與指示。遵守您與服務提供者協商的治療計劃及指示。
  - 確保您的醫生和服務提供者知道所有您正在服用的藥物。其中包含處方藥、非處方藥、維他命以及補充品。
  - 回答您的任何疑問。您的醫生和其他服務提供者必須用您可以理解的方式解釋。若您提出疑問，但不理解答覆內容，可再次詢問。
- **與您的健康護理經理合作**，包括完成年度健康風險評估並制定個人化護理計劃。
- **表現體貼**。我們期望本計劃所有會員尊重其他人的權利。我們亦期望您在您的醫生診所、醫院和其他服務提供者診所能尊重別人。
- **支付您應付的款項**。身為本計劃會員，您有責任支付以下款項：
  - 聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part A** 及聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part B** 保費。對於多數的 CareAdvantage 會員，加州低收入醫療保險 (白卡) 會支付您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part A** 和 **Part B** 保費。
  - 當您獲得本計劃承保的部分長期服務及支援 (LTSS) 或藥物時，您必須在獲得服務或藥物時支付您的分攤費用。第 6 章說明您須支付的藥物費用。
  - 若您取得的服務或藥物並未獲得本計劃承保，您必須支付全額費用。(注意：若您不同意我們拒絕承保服務或藥物的決定，您可以提出上訴。請參閱第 9 章了解如何提出上訴)
- **您搬家時請告訴我們**。若您計劃搬家，請立即告知我們。請致電 CareAdvantage 部門。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若您搬出服務區域，便不能繼續參加本計劃。只有居住在我們服務區域 (聖馬刁縣) 內的人才能成為本計劃會員。《會員手冊》第 1 章將說明關於我們的服務區域。
  - 我們會協助您了解搬家地點是否在我們的服務區域以外。在特別註冊期內，您可以轉換至傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，或參加新居住地的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 健康計劃或處方藥計劃。
  - 當您搬家時，確保告訴聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 您的新地址。請參閱《會員手冊》第 2 章，查看聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的電話號碼。
  - 若您搬家後仍在本計劃服務區域 (聖馬刁縣) 內，我們也必須知道。我們必須保有最新的會員記錄，並知道如何聯絡您。
- 若您使用新的電話號碼或有了更好的聯絡方式，請告訴我們。
  - 若您有疑問或疑慮，請致電 **CareAdvantage Unit** 尋求協助。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 9 章：若遇到問題或要提出投訴 (承保決定、上訴、投訴)，該怎麼辦

---

### 簡介

本章提供有關您權利的資訊。請閱讀本章內容，了解在下列情況下該如何處理：

- 您對本計劃有問題或要提出投訴。
- 您需要服務、用品或藥物，但本計劃已表示不會支付該費用。
- 您不同意本計劃做出的護理決定。
- 您認為自己的承保服務期限太短。
- 您對您的長期服務及支援有所不滿或要提出投訴，其中包括社區型成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF) 服務。

本章分為不同部分，能讓您容易找到需要的資訊。若您有問題或疑慮，請在本章中找到並閱讀與您情況有關的部分。

當您的醫生和其他服務提供者確定有必要為您提供護理計劃所屬的護理服務時，您應可取得健康護理服務、藥物和長期服務及支援。若您對獲得的護理有問題，您可致電聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃 (Medicare Medi-Cal Ombuds Program) 要求協助，電話號碼為 **1-855-501-3077**。本章將說明面對不同問題和提出投訴可使用的不同選擇；您還可隨時致電調查專員計劃，他們會協助指導您解決問題。如需了解還有哪些資源能幫助您解決顧慮及其聯絡方式，請參閱《會員手冊》第 2 章。

### 目錄

A. 遇到問題或有疑慮時該怎麼辦.....	4
A1. 關於法律術語 .....	4
B. 去哪裡尋求協助 .....	4
B1. 如需獲得更多詳情或協助 .....	4
C. 了解聯邦醫療保險 (紅藍卡)、加州低收入醫療保險 (白卡) 及我們計劃中的投訴和上訴事宜 ....	6

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





D. 有關福利的問題 .....	6
E. 承保決定及上訴 .....	7
E1. 承保決定.....	7
E2. 上訴.....	7
E3. 獲得承保決定和上訴的協助.....	8
E4. 本章哪節內容可協助您.....	8
F. 醫療護理.....	9
F1. 使用本節.....	9
F2. 要求作出承保決定 .....	10
F3. 提出一級上訴.....	12
F4. 提出二級上訴.....	14
F5. 支付問題.....	20
G. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥.....	21
G1. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 承保決定及上訴 .....	21
G2. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 破例安排 .....	22
G3. 要求破例安排的須知 .....	23
G4. 要求作出承保決定 (包括破例安排).....	24
G5. 提出一級上訴.....	26
G6. 提出二級上訴.....	28
H. 要求我們承保更長的住院時限.....	29
H1. 了解聯邦醫療保險 (紅藍卡) 權利.....	30
H2. 提出一級上訴 .....	31
H3. 提出二級上訴.....	32
H4. 提出一級替代上訴.....	33
H5. 提出二級替代上訴.....	34

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



I. 要求我們繼續承保特定醫療服務.....	35
I1. 在您的承保終止前，提前通知您.....	35
I2. 提出一級上訴.....	35
I3. 提出二級上訴.....	37
I4. 提出一級替代上訴.....	38
I5. 提出二級替代上訴.....	38
J. 您的上訴案進入二級以上的層級.....	39
J1. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務和用品的下個階段.....	39
J2. 其他加州低收入醫療保險 (白卡) 上訴.....	40
J3. 申請聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物的三、四及五級上訴.....	40
K. 如何提出投訴.....	41
K1. 遇到哪些問題時可提出投訴.....	41
K2. 內部投訴.....	43
K3. 外部投訴.....	44



---

## A. 遇到問題或有疑慮時該怎麼辦

本章將說明處理問題及疑慮的程序。要使用何種程序取決於您遇到的問題類型。作出**承保決定**和**提出上訴**使用的是一種程序，**提出投訴** (亦稱為申訴) 則使用的是另一種程序。

為確保公平性和及時性，每種程序均設有一套規則、程序及最後期限，我們與您均必須予以遵守。

### A1. 關於法律術語

本章列出了一些規則和最後期限的法律名詞。這些術語很多都艱澀難懂，所以我們儘可能採用較簡單字詞來取代部分法律名詞。我們盡量少用縮寫名詞。

例如，我們表示：

- 「提出投訴」，而非「提出申訴」
- 「承保決定」，而非「組織裁定」、「福利裁定」、「風險裁定」或「承保裁定」
- 「快速承保決定」，而非「加急裁定」
- 「獨立審查機構」(IRO)，而非「獨立審查實體」(IRE)

熟知正確法律名詞有助您更清楚溝通，因此我們也會提供這些名詞。

---

## B. 去哪裡尋求協助

### B1. 如需獲得更多詳情或協助

有時候，處理問題要從何處開始或如何完成，整個程序可能令人難以理解。尤其在您身體不適或精力有限時，會更讓人感到無從著手。也有時候，您可能不知該如何進行下一步驟。

#### 向醫療保險顧問及促進權益計劃 (HICAP) 尋求協助

您可以致電「醫療保險顧問及促進權益計劃」(Health Insurance Counseling and Assistance Program, 簡稱 HICAP)。HICAP 顧問能解答您的疑問，並協助您了解如何處理自己的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健康計劃均無關聯。HICAP 在每個縣郡有經過訓練的顧問，並且提供免費服務。HICAP 的電話是 1-800-434-0222。

#### 向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃尋求協助

您可以致電聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃，向促進專員諮詢與您健康承保相關的問題。他們會提供免費法律協助。該調查專員計劃與任何保險公司或健康計劃均無關聯。他們的電話是 1-888-804-3536，網站為 [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



### 向聯邦醫療保險 (紅藍卡) (Medicare) 尋求協助及索取資料

如需了解詳情和協助，您可以聯絡聯邦醫療保險 (紅藍卡)。使用下列兩種方式取得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的協助：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。  
TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 瀏覽聯邦醫療保險 (紅藍卡) 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

### 向加州低收入醫療保險 (白卡) 尋求協助及索取資料

加州低收入醫療保險 (白卡) 是加州的公共醫療補助計劃 (Medicaid)。如需了解更多資訊並取得協助，您可致電聖馬刁縣公共服務部，電話是 1-800-223-8383，TTY (聽力及語言障礙) 專線為 7-1-1；服務時間為星期一至星期五上午 8:00 至晚上 6:00。

### 向品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 尋求協助

本州設有名為 Livanta 的組織。這是由醫生和其他健康護理專業人員組成的團體，協助有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的人士提升護理的品質。Livanta 與本計劃無關聯。

- 您可以致電 Livanta 諮詢關於您健康護理的問題。若有下列情形，您可以針對所得護理提出投訴：您對護理品質有疑問
- 您認為您的住院承保期限太短，或
- 您認為您的居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility，簡稱 CORF) 服務等承保期限太短。

您可以致電 1-877-588-1123 與 Livanta 聯絡或瀏覽網站 ([www.livantaqio.com](http://www.livantaqio.com))

### 向加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 尋求協助

加州健康護理服務局 (DHCS) 的加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理調查專員 (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) 可提供協助。如果您在加入、變更或退出健康計劃時遇到困難，他們可以協助。如果您搬家，但無法將您的加州低收入醫療保險 (白卡) 順利轉到新址所在縣時，他們亦可協助。您可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間致電 1-888-452-8609 聯絡調查專員。

### 向加州醫療管理局尋求協助

聯絡加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 尋求免費協助。醫療管理局負責監管健康護理服務計劃。醫療管理局能協助人們針對加州低收入醫療保險 (白卡) 服務或帳單問題提出上訴。電話是 1-888-466-2219。耳聾、重聽或語言障礙的人士，可撥打免費 TDD 專線 1-877-688-9891。您亦可瀏覽醫療管理局網站 [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



加州醫療管理局負責規範健康護理服務計劃。若您要對所屬的健康計劃提出申訴，在聯絡醫療管理局之前，應先撥電話 **1-866-880-0606** 與您的健康計劃聯絡，並使用該計劃的申訴程序提出申訴。使用此申訴程序並不會使您失去任何應有的合法權利或補償。如果申訴是有關急診、健康計劃未圓滿解決問題，或問題超過 30 天仍未解決，您都可以致電醫療管理局要求協助。您可能也有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格獲得獨立醫療審查，這類獨立醫療審查程序會針對健康計劃所做的以下醫療決定進行公正審查：服務或治療提議的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。醫療管理局還提供免費電話 **(1-888-466-2219)**，並為聽障和語障人士設有 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。醫療管理局的網站 ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) 有提供投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和線上說明。

## C. 了解聯邦醫療保險 (紅藍卡)、加州低收入醫療保險 (白卡) 及我們計劃中的投訴和上訴事宜

您已加入聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡)。本章資訊適用於您享有的**所有**聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 福利。由於這合併或整合了聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 程序，因此有時也稱為「綜合程序」。

在某些情況下，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 程序不能合併。在此類情況下，您需要採用一種程序獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利，而採用另一種程序獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 福利。**F4 節**將對此類情況進行詳細說明。

## D. 有關福利的問題

若您有問題或疑慮，請在本章中找到並閱讀與您情況有關的部分。以下圖表可協助您尋找本章中有關問題或投訴的部分。

<p><b>您的問題或疑慮是否有關福利及承保範圍</b></p> <p>包括是否承保特別醫療護理或處方藥、這些服務的承保方法，以及有關醫療護理或處方藥的付款問題。</p>	
<p><b>是。</b> 我的問題 與福利或承保範圍有關。</p> <p>請參閱 <b>E 節</b>「承保決定及上訴」。</p>	<p><b>否。</b> 我的問題 與福利或承保範圍無關。</p> <p>請參閱 <b>K 節</b>「如何提出投訴」。</p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## E. 承保決定及上訴

要求作出承保決定及提出上訴的程序，是在處理與福利及承保範圍有關的問題，也包含與支付有關的問題。

### E1. 承保決定

承保決定是我們針對後述所作的決定：您的福利及承保範圍，或是我們為您的醫療服務或藥物付費的金額。例如，每當您接受本計劃網絡醫生所提供的醫療護理，您的網絡醫生便作出一項(有利於您的)承保決定(請參閱《會員手冊》第 4 章 H 節)。

您或您的醫生亦可與我們聯絡，並要求作出承保決定。例如，若您或您的醫生不確定我們是否承保某種特定的醫療服務，或不確定我們是否會拒絕提供您認為需要的醫療護理。**若您在接受醫療服務前想了解我們是否對此承保，您可要求我們為您作出承保決定。**

我們在決定您的承保範圍及應支付金額時，就是在為您作出承保決定。但在某些情況下，我們可能決定某種服務或藥物不可獲得承保，或不再由聯邦醫療保險(紅藍卡)或加州低收入醫療保險(白卡)為您承保。若您對承保決定有異議即可提出上訴。

### E2. 上訴

若我們作出承保決定，而您對此決定不滿意，您可就此決定提出「上訴」。上訴是要求我們審查並變更已作承保決定的一種正式程序。

首度對服務提供者提出上訴即所謂的「一級上訴」。在這類上訴中，我們會審查已作的承保決定，以確定我們是否正確遵守所有規則。負責處理您上訴的審查員不同於原本對您作出不利決定的審查員。

多數情況下，您必須從一級上訴開始。若您有緊急健康狀況或面臨須立即處理的嚴重健康威脅，或者若您發生劇烈疼痛而需要立即決定，您可以瀏覽 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)，要求醫療管理局展開獨立醫療審查(IMR)。如需了解更多資訊，請參閱第 <xx> 頁。

完成審查後，我們會讓您知道我們的決定。在特定情況下(本章稍後會作說明)，您可針對承保決定要求加急或「快速承保決定」或「快速上訴」。

若我們**否決**您的部分請求，我們會致函告知。若您的問題是關於聯邦醫療保險(紅藍卡)醫療服務或用品或 Part B 藥物的承保，該函將告知，我們已將您的個案送交獨立審查機構(IRO)進行二級上訴。

若您的問題是關於聯邦醫療保險(紅藍卡) Part D 或公共醫療補助計劃(Medicaid)服務或用品的承保，該函將告知您如何自己提出二級上訴。有關二級上訴的更多資訊，請參閱 F4 節。若您的問題是關於聯邦醫療保險(紅藍卡)和公共醫療補助計劃(Medicaid)的服務或用品的承保，該函將告知您關於二級上訴兩種類型的資訊。

若對二級上訴的決定不滿，您或許可以提出更高層級的上訴。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



### E3. 獲得承保決定和上訴的協助

您可以向以下單位尋求協助：

- 致電 **CareAdvantage** 部門，電話號碼列於本頁頁底。
- **聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃 (Medicare Medi-Cal Ombuds Program)**，電話是 **1-855-501-3077**。
- **醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)**，電話是 **1-800-434-0222**。
- **醫療管理局 (DMHC) 協助中心** 提供免費協助。醫療管理局負責管理健康計劃。醫療管理局能協助人們針對加州低收入醫療保險 (白卡) 服務或帳單問題提出上訴。電話是 **1-888-466-2219**。耳聾、重聽或語言障礙的人士，可撥打免費 TDD 專線 **1-877-688-9891**。您亦可瀏覽醫療管理局網站 [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)。
- **您的醫生或其他服務提供者**。您的醫生或其他服務提供者可代表您，要求我們作出承保決定或提出上訴。
- **朋友或家人**。您可指定其他人擔任您的「代理人」，並代您要求作出承保決定或提出上訴。
- **律師**。您有權聘請律師，但您不一定非得透過律師來要求作出承保決定或提出上訴。
  - 聯絡您自己的律師，或從您當地的律師協會或其他轉診服務機構尋找律師。若您符合資格，有些法律團體可提供免費法律服務。
  - 向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃尋求法律援助律師，電話是 **1-888-804-3536**。

若您想要聘請律師或其他人士為您的代理人，請填寫「代理人委任書」。此委任書賦予代理人代表您行事的權利。

致電 **CareAdvantage** 部門索取「代理人委任書」，電話號碼列於本頁頁底。您亦可造訪 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或前往我們的網站 [www.hpsm.org/member/your-representation](http://www.hpsm.org/member/your-representation) 下載委任書。您必須為我們提供經簽署委任書的副本。

### E4. 本章哪節內容可協助您

有關承保決定及上訴可分為四種情況。每種情況有不同規則和截止日期。我們會在本章的另一節中詳細說明每種情況。請參閱相關章節：

- **F 節「醫療護理」** [*insert reference, as applicable*]

---

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 **TTY (聽力及語言障礙) 專線**；服務時間為週一至週日上午 **8:00** 至晚上 **8:00**。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- **G 節** 「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥」 [*insert reference, as applicable*]
- **H 節** 「要求我們承保更長的住院時限」 [*insert reference, as applicable*]
- **I 節** 「要求我們繼續承保特定醫療服務」 [*insert reference, as applicable*] (該部分僅適用於以下服務：居家健康護理、專業護理機構護理及綜合門診康復機構 (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) 服務。)

如果您不確定應使用哪節的內容，請致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

如果您需要其他協助或資訊，請致電聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員計劃，電話是 1-888-804-3536。

---

## F. 醫療護理

若您在獲得醫療護理承保時遇到問題，或希望我們償還本計劃應承擔的護理分攤費用，本節將告訴您該怎麼辦。

本節內容與《會員手冊》第 4 章所述的醫療護理及服務福利有關。我們在本節其餘部分一般會稱「醫療護理承保」或「醫療護理」。「醫療護理」一詞包含醫療服務和用品，以及聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥 (指由您的醫生或健康護理專業人員管理的藥物)。聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥可能適用不同的規則。若如此，我們會說明聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥與醫療服務和用品適用規則的不同之處。

### F1. 使用本節

本節將說明遇到以下情況時該怎麼辦：

1. 您認為我們會承保您所需的醫療護理，但您卻沒有獲得該服務。

**您應採取以下行動：**您可要求我們作出承保決定。請參閱 **F2 節**。

2. 我們未核准您的醫生或其他健康護理提供者想向您提供的醫療護理服務，但您認為我們應予以核准。

**您應採取以下行動：**您可就我們的決定提出上訴。請參閱 **F3 節**。

3. 您獲得了您認為我們會承保的醫療護理，但我們不會為此付費。

**您應採取以下行動：**您可就我們不付費的決定提出上訴。請參閱 **F5 節**。

4. 您獲得自己認為我們會承保的醫療護理且已支付費用，然後您希望我們償還費用。

**您應採取以下行動：**您可要求我們償還費用。請參閱 **F5 節**。

5. 我們已減少或已終止對您特定醫療護理的承保，而您認為我們的決定可能會損害您的健康。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





您應採取以下行動：您可針對我們減少或終止醫療護理的決定提出上訴。請參閱 **F4 節**。

- 若承保是針對住院治療、居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 等服務，則適用特別規定。請參閱 **H 節** *[insert reference, as applicable]* 或 **I 節** *[insert reference, as applicable]* 了解更多資訊。
- 對於所有其他涉及減少或終止您特定醫療護理承保的情況，請以本節 (**F 節**) 為指引。

6. 正面臨治療延誤，或者您無法找到醫生。

您應採取以下行動：您可以提出投訴。請參閱 **K2 節**。

## F2. 要求作出承保決定

承保決定與醫療護理有關時稱為「**綜合組織裁定**」。

您、您的醫生或代理人均可透過以下方式要求我們作出承保決定：

- 致電：1-866-880-0606 TTY (聽力及語言障礙) 專線：1-800-735-2929 或撥 7-1-1。
- 傳真：1-650-616-2190。
- 信函：CareAdvantage 部門  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

### 標準承保決定

除非我們同意採用「快速」期限，否則我們作出決定時，會採用「標準」期限。標準承保決定指我們會在以下期限內為您提供與以下內容相關的答覆：

- 對於醫療服務或用品，在收到您請求的 5 個工作日內給您答覆。對於 Knox-Keene 計劃，在收到您請求的 5 個工作日內 (不遲於收到您請求後的 14 天 (曆日)) 給您答覆。
- 若是聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥，在收到您請求的 72 小時內給您答覆。

### 快速承保決定

「快速承保決定」的法律名詞為「**加急裁定**」。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若您要求我們就您的醫療護理作出承保決定，且您的身體狀況需要我們作出快速回應，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定是指我們會依下列情況給您答覆：

- 若是醫療服務或用品，在收到您請求的 **72 小時**內給您答覆；若您的醫療狀況有需要，我們會更快答覆您。
- 若是聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part B** 處方藥，在收到您請求的 **24 小時**內給您答覆。

要獲得快速承保決定，您必須符合兩項規定：

- 您正為您**未獲得**的醫療護理要求承保。如果您要求的是為您已獲得的醫療護理付費，則不能要求作出快速承保決定。
- 使用標準期限**可能會對您的健康造成嚴重傷害**，或對您的身體機能造成損害。

如果您的醫生告訴我們，您的健康有此需要，我們會自動為您作出快速承保決定。若您要求快速承保決定 (而沒有醫生的證明文件)，我們將決定您是否需要我們作出快速承保決定。

- 若我們決定您的醫療狀況不符合快速承保決定的要求，我們將致函說明，且我們將採用標準期限)。此信函旨在說明：
  - 如果您的醫生提出要求，我們會自動為您作出快速承保決定。
  - 因為我們未作出快速承保決定，而是作出標準承保的決定，您該如何就此提出「快速投訴」。如需了解有關提出投訴的更多資訊 (包括快速投訴)，請參閱 **K 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

若否決您的部分或全部請求，我們會致函向您解釋緣由。

- 若我們否決您的要求，您有權提出上訴。當您認為我們做了錯誤決定時，提出上訴是要求我們審查並變更決定的正式程序。
- 若您決定提出上訴，則表示您將開始一級上訴程序 (請參閱 **F3 節** [\[insert reference, as applicable\]](#))。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定請求，這意味著我們不會審查您的請求。駁回請求的範例包括：

- 如果所提出的請求不完整，
- 如果有人代表您提出請求，但此人並未獲得合法授權，或
- 如果您要求撤回您的請求。

如果我們駁回了您的承保決定請求，我們將寄通知向您解釋駁回的理由，以及您如何要求審查該駁回決定。該審查程序稱為上訴。有關上訴的內容，我們將在下一節進行討論。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



### F3. 提出一級上訴

**要開始上訴**，您、您的醫或您的代理人必須聯絡我們。請致電 1-866-880-0606、TTY (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1 與我們聯絡；服務時間為星期一至星期日上午 8:00 至晚上 8:00。

請以書面形式或致電 1-866-880-0606、TTY (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1 與我們聯絡，**要求提出標準上訴或快速上訴**。

- 如果您的醫生或其他藥方開立者要求在您上訴期間繼續提供您已獲得的服務或用品，您可能需要指定他為您的代理人並代表您行事。
- 若由醫生以外的人代表您提出上訴，您必須附上「代理人委任書」，授權此人作為您的代表。您可造訪 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或前往我們的網站 [www.hpsm.org/member/your-representation](http://www.hpsm.org/member/your-representation) 下載委任書。
- 如果沒有提交表格，我們也會接受上訴申請；但是，我們需要此表格才能展開或完成審查。如果我們在收到您上訴申請後的 44 天 (曆日) 內為收到此表格：
  - 我們將駁回您的請求，且
  - 我們會寄書面通知給您，說明您有權要求獨立審查機構審查我們駁回您上訴的決定。
- 您必須在我們告知承保決定的信函日期起 60 天 (曆日) 內提出上訴要求。
- 若您錯過最後期限並有合理理由，我們可延長您的上訴時限。合理理由如：您生重病、或者我們提供錯誤的期限資訊。在提出上訴時，解釋您未能及時提出上訴的原因。
- 您有權要求我們免費提供有關您上訴資料的副本。您及您的醫生可向我們提供更多上訴的證明資訊。

若您的身體狀況需要，您可要求快速上訴。

「快速上訴」的法律名詞為「加急重新審議」。

- 若我們就您未獲得的護理承保作出決定，但您要提出上訴，則您及/或您的醫生會決定您是否要快速上訴。

若您的醫生向我們表示您的健康有此需要，我們會自動為您提出快速上訴。若您要求提出快速上訴 (而沒有醫生的證明文件)，我們將決定您是否需要我們提出快速上訴。

- 若我們決定您的醫療狀況不符合快速上訴的要求，我們將致函說明，且我們將採用標準期限。此信函旨在說明：

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若您的醫生提出要求，我們會自動為您提出快速上訴。
- 關於我們決定讓您提出標準上訴而非快速上訴時，您該如何就此提出「快速投訴」。如需了解有關提出投訴的更多資訊 (包括快速投訴)，請參閱 **K 節** [*insert reference, as applicable*]。

如果我們告訴您，我們將終止或減少您已獲得的服務或用品，在您上訴期間，您或許可以繼續獲得此等服務或用品。

- 如果我們決定變更或終止您所獲服務或用品的承保，我們會先通知您後再採取行動。
- 您不同意我們的決定時，可提出一級上訴。
- 如果您在我們信函所示日期起 **10 天 (曆日)** 內，或在行動的預計生效日期之前 (以時間較晚者為準) 要求提出一級上訴，我們將繼續為該服務或用品承保。
  - 如果您在截止日期之前提出一級上訴，則在該上訴待處理期間，您獲得的該服務或用品將不會有任何變化。
  - 您獲得的所有其他服務或用品 (不屬於您上訴的主旨) 亦不會有任何變化。
  - 若您在這些日期之前未提出上訴，那麼在您等待上訴裁決期間，您將不再獲得該服務或用品。

我們會考慮您的上訴要求，然後給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細審閱您要求醫療護理承保的所有資料。
- 我們會查看我們否決您的要求時是否遵守所有規則。
- 如有需要，我們會收集更多資料。我們可能會聯絡您或您的醫生，以獲得更多資料。

快速上訴有最後期限的規定。

- 若我們採用快速上訴最後期限，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆；**若您的健康狀況有需要，我們會更快答覆您。**若您的身體狀況需要，我們會儘早給您答覆。
  - 若我們未在 **72 小時內**給您答覆，我們必須將您的要求送交二級上訴程序。獨立審查機構稍後將審查此二級上訴程序。在本節後面部分，我們會介紹該機構並說明二級上訴的程序。若您的問題是關於加州低收入醫療保險 (白卡) 服務或用品的承保，您可以自行在期限後盡快向州政府提出召開二級州級聽證會。*關於提出召開州級聽證會，請參閱州級聽證會。*

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若我們同意您的部分或全部請求，則在收到您的上訴後 72 小時內，我們必須授權或提供約定的承保福利；若您的健康狀況有需要，我們會更快提供承保福利。
- 若我們否決您的部分或全部請求，則我們會將您的上訴送交獨立審查機構進行二級上訴。

#### 標準上訴有最後期限的規定。

- 如果我們採用標準上訴最後期限，我們必須在收到您就未取得服務承保提出上訴後 **30 天 (曆日)** 內給您回覆。
- 若您的請求與您未獲得的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥相關，我們會在收到您的上訴後 **7 天 (曆日)** 內給您回覆；或者，若您的身體需要，我們會更快回覆。
  - 若我們未在最後期限之前給您答覆，我們必須將您的要求送交二級上訴程序。獨立審查機構稍後將審查此二級上訴程序。在本節後面部分，我們會介紹該機構並說明二級上訴的程序。若您的問題是關於公共醫療補助計劃 (Medicaid) 服務或用品的承保，您可以自行在期限後盡快向州政府提出召開二級州級聽證會。

若我們同意您的部分或全部請求，則我們必須在後述時間內授權或提供約定的承保福利：收到您的上訴申請後 **30 天 (曆日)** 內；或者，只要您的健康狀況有需要則必須即刻，以及我們改變決定後 72 小時內；或者，如果您的請求與聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 處方藥相關，則在收到您的上訴後 **7 天 (曆日)** 內。

若我們否決您的部分或全部請求，您享有其他上訴權利：

- 若我們否決您的部分或全部請求，我們會致函告知。
- 若您的問題是關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務或用品的承保，該函將告知我們已將您的個案送交獨立審查機構進行二級上訴。
- 若您的問題是關於加州低收入醫療保險 (白卡) 服務或用品的承保，該函將告知您如何自己提出二級上訴。

#### F4. 提出二級上訴

若否決您的部分或全部一級上訴，我們會致函告知。該函將告知服務或用品通常是否會獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和/或加州低收入醫療保險 (白卡) 的承保。

- 若您的問題是關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 通常承保的服務或用品，則在一級上訴完成時，我們會自動讓您的個案進入二級上訴程序。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若您的問題是關於**加州低收入醫療保險 (白卡)** 通常承保的服務或用品，您可以自己提出二級上訴。該函將告知您該如何進行。本章稍後也會提供更詳細資訊 [\[insert reference, as applicable\]](#)。
- 若您的問題是關於**聯邦醫療保險 (紅藍卡)** 和**加州低收入醫療保險 (白卡)** 可能都承保的服務或用品，您會自動進入向獨立審查機構提出二級上訴的程序。除自動提出的二級上訴外，您亦可要求向州政府提出召開州級聽證會並進行獨立醫療審查。但是，若您已經將證據提交州級聽證會，便無法進行獨立醫療審查。

如果在提出一級上訴時，您有資格繼續享受福利，那麼在二級上訴期間，您或許也能繼續享有與上訴有關的服務、用品或藥物等福利。有關在一級上訴期間繼續享有福利的資訊，請參閱 **F3 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

- 若您的問題是關於通常僅由**聯邦醫療保險 (紅藍卡)** 承保的服務，則在獨立審查機構進行二級上訴程序期間，本計劃不會繼續提供該服務的福利。
- 若您的問題是關於通常僅由**加州低收入醫療保險 (白卡)** 承保的服務，則如果您在收到我們的決定信函後 **10 天 (曆日)** 內提交二級上訴，本計劃將繼續提供該服務的福利。

### 若您的問題是關於**聯邦醫療保險 (紅藍卡)** 通常承保的服務或用品

獨立審查機構會審查您的上訴。獨立審查機構是**聯邦醫療保險 (紅藍卡)** 聘用的獨立機構。

「獨立審查機構」(IRO) 的正式名稱為「**獨立審查實體**」，有時亦稱為「**IRE**」。

- 該機構與我們無關，而且並非政府機構。**聯邦醫療保險 (紅藍卡)** 選擇該機構作為獨立審查機構，並監督他們的工作。
- 我們會向該機構送交有關您上訴的資料 (您的「個案資料」)。您有權免費取得一份您的個案資料副本。
- 您有權向獨立審查機構提供支援上訴個案的其他資料。
- 獨立審查機構的審查員將仔細審查有關您上訴案的所有資料。

若您的一級上訴為**快速上訴**，則二級上訴亦將為**快速上訴**。

- 若您向我們提出的一級上訴為**快速上訴**，您的二級上訴將自動為**快速上訴**。獨立審查機構在收到您的上訴後 **72 小時內**，必須就您的二級上訴給您答覆。

若您的一級上訴為**標準上訴**，則二級上訴亦將為**標準上訴**。

- 若您向我們提出的一級上訴為**標準上訴**，您的二級上訴將自動為**標準上訴**。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若您要求醫療用品或服務，則獨立審查機構必須在收到您的上訴後 **30 天 (曆日)** 內就您的二級上訴答覆您。
- 若您要求聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part B** 處方藥，則獨立審查機構必須在收到您的上訴後 **7 天 (曆日)** 內就您的二級上訴給您答覆。

獨立審查機構會以書面形式給您答覆，並解釋緣由。

- 若獨立審查機構同意您針對醫療用品或服務提出的部分或全部要求，我們必須立即執行該決定：
  - 在 **72 小時**內授權醫療護理承保，或
  - 在收到獨立審查機構對標準要求的決定後，要在 **5 個**工作日內提供服務，或
  - 自收到獨立審查機構對加急要求的決定之日起 **72 小時**內，提供服務。
- 若獨立審查機構同意您針對聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part B** 處方藥提出的部分或全部要求，我們必須在以下時間內授權或提供爭議中的聯邦醫療保險 (紅藍卡) **Part B** 處方藥：
  - 在收到獨立審查機構做出標準要求的決定後 **72 小時**內，或
  - 自收到獨立審查機構做出加急要求的決定之日起 **24 小時**內。
- 若獨立審查機構否決您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應該核准您的醫療護理承保要求 (或部分要求)。這就是所謂的「維持原判」或「駁回上訴」。
  - 若您的個案符合要求，您可選擇是否進一步提出上訴。
  - 二級上訴後另有三個上訴層級 (共五個上訴層級)。
  - 若您的二級上訴被駁回，而且您符合繼續上訴的要求，您必須決定是否繼續進行三級上訴及第三次提出上訴。詳細執行步驟列於您在二級上訴後收到的書面通知中。
  - 三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。如需了解更多關於三、四及五級上訴的資訊，請參閱 **J 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

若您的問題是關於加州低收入醫療保險 (白卡) 通常承保的服務或用品

### (1) 獨立醫療審查

您可以向加州醫療管理局 (DMHC) 的協助中心提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)。提出投訴之後，醫療管理局將審查我們的決定並作出裁決。任何加州低收入醫療保險 (白卡) 承保且具備醫療性質的服務或項目，都可使用獨立醫療審查。獨立醫療審查是指將您的個案交給不屬於本計劃或醫療管理局的醫生審查。若獨立醫療審查同意您的要求，本計劃就必須提供您所要求的服務或用品。獨立醫療審查是免費服務。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



如果本計劃有以下情況，您可以提出投訴或申請獨立醫療審查：

- 由於本計劃認定非醫療上必須，因此拒絕、變更或延遲提供一項加州低收入醫療保險 (白卡) 服務或治療。
- 不會承保嚴重醫療狀況的實驗性或調查性加州低收入醫療保險 (白卡) 治療。
- 對於一項外科服務或程序屬於美容或重建性質有爭議。
- 不會支付您已經接受的緊急或急迫加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。
- 在 30 天 (曆日) 內尚未解決您的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務一級標準上訴；或是您的健康狀況有需要，則是 72 小時 (或更快) 內尚未解決您的快速上訴。

**注意：**若您的服務提供者代您提出上訴，但我們未收到您的代理人委任書，您需要先向我們重新提出上訴，才能向醫療管理局申請二級獨立醫療審查，除非您的上訴涉及對您健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，包括但不限於劇烈疼痛、可能喪失生命、肢體或重大身體功能。

您有權要求進行獨立醫療審查並且召開州級聽證會；但若您已就同一問題在州級聽證會中提交證據並且已召開州級聽證會，則您無權再進行獨立醫療審查。

多數情況下，您必須先向我們提出上訴，才可要求進行獨立醫療審查 (IMR)。若想了解一級上訴的程序，請參閱第 <xx> 頁。若您不同意我們的決定，可以向醫療管理局提出投訴，或向醫療管理局協助中心提出獨立醫療審查要求。

若您的治療因為是實驗性質或調查性質而被拒絕，您不需使用本計劃的上訴程序，即可申請獨立醫療審查。

如果您的病況緊迫，或者會立即嚴重威脅到您的健康，或者您處在劇烈疼痛中，您可以立即聯絡醫療管理局，而不必先使用我們的上訴程序。

您必須在收到我們的上訴書面決定後 **6 個月內申請獨立醫療審查**。若您有充分理由，醫療管理局可在 6 個月後受理您的申請，例如：您因為有醫療狀況而無法在 6 個月內提出獨立醫療審查申請，或者您並未在充分時間內收到我們的獨立醫療審查程序通知。

如何要求進行獨立醫療審查 (IMR)：

- 填寫獨立醫療審查申請表/投訴表；如需索取表格，可瀏覽網站：[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)，或致電醫療管理局協助中心 (DMHC Help Center)：1-888-466-2219。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-688-9891。
- 請附上我們拒絕提供服務或用品的信函副本或其他相關文件 (若有)。如此將可加快獨立醫療審查程序。請寄交文件副本而非正本，因為援助中心不會寄回這些文件。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- 若有人協助您進行獨立醫療審查，請填寫授權協助表格。如需索取表格，可上網站：  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)，或致電醫療管理局協助中心 (DMHC Help Center)：1-888-466-2219。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-688-9891。
- 將完整表格和任何附件郵寄或傳真至：  
  
Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
傳真：916-255-5241
- 您亦可在線上提交獨立醫療審查申請表/投訴表以及授權協助表格：  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

如果您有資格獲得獨立醫療審查，醫療管理局將審查您的個案，並且在 7 天 (曆日) 內寄信通知您有資格獲得獨立醫療審查。在收到您的申請表和證明文件後，醫療管理局必須在 30 天 (曆日) 內作出獨立醫療審查決定。當您提交完整的申請表後，應可在 45 天 (曆日) 內收到獨立醫療審查決定。

如果您的個案屬於緊迫狀況，且您有資格獲得獨立醫療審查，則醫療管理局將審查您的個案，並且在 2 天 (曆日) 內寄信通知您有資格獲得獨立醫療審查。在收到您的申請書和健康計劃提供的證明文件後，醫療管理局必須在 3 天 (曆日) 內作出獨立醫療審查決定。當您提交完整的申請表後，應可在 7 天 (曆日) 內收到獨立醫療審查決定。若您不滿意獨立醫療審查的結果，仍可要求召開州級聽證會。

如果 DMHC 未收到您或治療醫生提供的所有必要病歷表，則 IMR 可能需要較長時間。如果您正在使用非健康計劃網絡內的醫生，您必須向該醫生索取您的病歷表並寄給我們。若向網絡內醫生索取您的病歷表副本，您需要提供自己的健康計劃。

若醫療管理局決定您的個案不適合獨立醫療審查，醫療管理局將會透過其標準消費者投訴程序審核您的個案。當您提交完整的申請表後，您的投訴應可在 30 天 (曆日) 內得到決定。若您的投訴問題緊迫，應可更快得到決定。

## (2) 州級聽證會

您可以要求針對加州低收入醫療保險 (白卡) 承保的服務和用品召開州級聽證會。若您的醫生或其他服務提供者要求提供我們未核准的服務或用品，或者，我們不繼續支付您已享有的服務或用品費用且我們駁回了您的一級上訴，則您有權要求進行州級聽證會。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



多數情況下，在收到郵寄給您的「申訴決定書」(Appeal Decision Letter) 通知後的 **120 天內**，您有權要求召開州級聽證會。

**注意：**若您要求召開州級聽證會的原因是我們告知您將變更或終止您目前獲得的某項服務，則如果您希望在州級聽證會未決期間繼續獲得該服務，**您提交要求的期限將減少。**

您可以透過兩種方式要求召開州級聽證會：

1. 您可填寫行動通知背面的「要求召開州級聽證會」(Request for State Hearing) 表格。您必須提供所有規定的資料，如您的全名、地址、電話號碼，以及對您採取行動的計劃名稱或縣郡名稱、有關的補助計劃，還有您要召開聽證會的詳細理由。然後，您可以下列其中一個方式提交要求：
  - 向縣政府福利部提交，地址如通知所示。
  - 向 California Department of Social Services (加州社會服務部) 提交：  
  
State Hearings Division  
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430
  - 州級聽證會部門 (State Hearings Division)，傳真為 916-651-5210 或 916-651-2789。
2. 您可以致電聯絡加州社會服務部，電話是 1-800-743-8525。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-800-952-8349。若您決定透過打電話來要求召開州級聽證會，請注意，該電話線路經常會在忙線中。

無論您以郵寄和傳真方式完成「要求召開州級聽證會」表格，還是透過表格要求召開州級聽證會，您都必須自行提出二級上訴。聖馬刁健康計劃 (HPSM) 不會為您提出上訴。州級聽證會部門將審查您的上訴，並會依下述向您通知該部門的決定。

州級聽證會部門會以書面形式向您告知其決定，並解釋緣由。

- 若州級聽證會部門**同意**您針對醫療用品或服務提出的部分或全部要求，我們必須在獲知其決定後 **72 小時內** 授權或提供這類服務或用品。
- 若州級聽證會部門**否決**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應該核准您的醫療護理承保要求 (或部分要求)。這就是所謂的「維持原判」或「駁回上訴」。

若獨立審查機構或州級聽證會決定**否決**您的部分或全部要求，您有其他上訴權利。

若您的二級上訴交由**獨立審查機構**進行，則只有在您所需服務或用品的金額總價達到特定最低限額時，您才可再次上訴。三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。**獨立審查機構將致函說明您可能享有的其他上訴權利。**

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



州級聽證會部門將致函向您說明後續上訴選項。

如需了解更多關於二級上訴之後的上訴權利的資訊，請參閱 **J 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

## F5. 支付問題

我們不允本計劃網絡服務提供者寄承保服務和用品帳單給您。即使我們付給服務提供者的承保服務或用品等費用低於他們的服務收費，您也無需支付服務費用。**在任何情況下，您都無需支付任何帳單的餘額。**根據要求，我們會要求您支付的款項是**有共付金規定的服務、用品和/或藥物類別**的共付金。

若您收到的帳單金額高於承保服務和物品的共付金，請將帳單寄給我們。**您不應自行支付帳單。**我們會直接聯絡服務提供者，並負責處理此問題。若您確實支付了帳單，且您在獲得服務或用品時遵守相關規則，您就可以獲得本計劃的退款。

如需了解詳情，請參閱《會員手冊》**第 7 章**。該章將說明在哪些情況下您可能需要要求我們償還或支付服務提供者所寄帳單的費用。該章亦說明如何將要求我們付款的文件寄給我們。

若您要求我們償還費用，就表示您要求我們作出承保決定。我們會查看您已付費的服務或用品是否可獲承保，且我們會查看您是否遵守使用承保服務的所有規則。

- 若您已付費的服務或用品獲得承保，且您遵守所有規定，我們將在收到您的要求後 **60 天 (曆日)** 內，將我們應為此服務或用品支付的分攤費用寄給您。
- 若您尚未支付服務或用品費用，我們將直接付款給服務提供者。我們付款即表示我們**同意**您的承保決定申請。
- 若此服務或用品未獲承保，或者您未遵守所有規則，我們將寄信通知您，表示我們不會支付服務或用品費用並說明原因。

若您不同意我們的決定，**您可提出上訴**。請遵守 **F3 節** [\[insert reference, as applicable\]](#) 所列的上訴程序。當您按照指導步驟進行時，請注意：

- 若您提出上訴以要求我們償還費用，我們必須在收到上訴的 **30 天 (曆日)** 內給您回覆。
- 若您已接受醫療護理且支付費用，則您提出償還要求時，無法要求快速上訴。

若我們**否決**您的上訴，且相關的服務或用品通常可獲得**聯邦醫療保險 (紅藍卡)** 的承保，我們會自動將您的個案交由獨立審查機構進行處理。若有這種情形，我們會致函通知您。

- 若獨立審查機構駁回我們的決定，並表示我們必須付費給您，我們就必須在 **30 天 (曆日)** 內付費給您或服務提供者。若我們在二級以上的任何上訴程序階段**同意**您的上訴，我們必須在 **60 天 (曆日)** 內付費給您或健康護理提供者。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若獨立審查機構否決您的上訴，則表示他們同意我們不應該核准您的要求。這就是所謂的「維持原判」或「駁回上訴」。您會收到說明您可能享有其他上訴權利的信函。有關其他上訴層級的更多資訊，請參閱 **J 節**。

若我們否決您的上訴，且相關的服務或用品通常可獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 的承保，您可以自行提出二級上訴。更多資訊，請參閱 **F4 節**。

---

## G. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥

本計劃會員福利包含許多處方藥承保福利。而大部分都是聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物。有少數藥物是聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 不承保，但加州低收入醫療保險 (白卡) 可能承保。本節只適用於聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物上訴。我們在本節其餘部分稱之為「藥物」，而不會每次使用「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物」。

若要獲得承保，您的藥物必須用於醫療許可用途。這是指藥物經過美國食品及藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准或有特定醫療參考資料佐證。如需了解更多關於醫療許可用途的資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。

### G1. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 承保決定及上訴

下面舉例說明您要求我們對聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物所作的承保決定：

- 您要求我們作出破例安排，包括要求我們：
  - 承保本計劃藥物清單以外的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物，或
  - 要求我們撤銷對某藥物承保的限制 (例如對您可獲藥量的限制)
- 您向我們詢問某藥物是否可獲得承保 (例如，您的藥物列於本計劃的承保藥物清單中，但我們必須先予以核准，然後才會承保該藥物)

**注意：**若您的藥房告知，他們無法按照處方上所寫的配藥，您將得到一張書面通知，說明您應該如何與我們聯絡以提出承保決定的要求。

有關聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物的初始承保決定稱為「**承保裁定**」。

- 您要求我們為您已購買的藥物付款。這是要求我們對付款作出承保決定。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若您對我們作出的承保決定有異議，您可對我們的決定提出上訴。本節將說明如何要求作出承保決定，以及如何提出上訴。請使用下表來為您提供幫助。

您的問題屬於下列哪些情況？			
您需要我們藥物清單以外的藥物，或者需要我們撤銷對承保藥物的規定或限制。	您希望我們承保藥物清單上的一種藥物，且您認為自己遵守了所需藥物的計劃規定或限制 (如取得事先獲核准)。	您想要求我們償還所獲得藥物的已付費用。	我們曾告訴您，我不會依您的期待為某種藥物提供承保或付款。
您可要求我們破例承保。(這是承保決定的類型之一)。	您可要求我們作出承保決定。	您可要求我們償還費用。(這是承保決定的類型之一)。	您可以提出上訴。(這表示您要求我們覆核所作的決定。)
請先參閱 <b>G2 節</b> ，然後參閱 <b>G3 和 G4 節</b> <a href="#">[insert reference, as applicable]</a> 。	請先參閱 <b>G4 節</b> <a href="#">[insert reference, as applicable]</a> 。	請先參閱 <b>G4 節</b> <a href="#">[insert reference, as applicable]</a> 。	請先參閱 <b>G5 節</b> <a href="#">[insert reference, as applicable]</a> 。

## G2. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 破例安排

若我們未以您期待的方式承保某種藥物，您可要求我們作出「破例」安排。若我們駁回您的破例安排要求，您可就我們的決定提出上訴。

當您要求破例安排時，您的醫生或其他藥方開立者必須解釋您需要破例安排的醫學理由。

要求承保不在我們藥物清單上的藥物，或要求免除對藥物的承保限制，有時被稱作要求「藥方集破例」。

以下舉例說明您、您的醫生或其他藥方開立者可要求我們作出的一些破例安排：

### 1. 承保不在我們藥物清單上的藥物

- 若我們同意作出破例安排，並為您承保不在我們藥物清單中的藥物，您需要支付第 2 層級的專利藥或第 1 層級的非專利藥應付的共付金。
- 關於規定支付的藥物共付金金額，您無法獲得破例安排。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 2. 取消對某種承保藥物的承保限制

- 藥物清單上的某些特定藥物有額外的承保規則或限制 (如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章)。
- 特定藥物的額外承保規則及限制包括：
  - 規定使用非專利藥物，而不使用專利藥物。
  - 事先獲得我們的核准，我們才會同意承保您的藥物。有時稱作「事先授權」(PA)。
  - 要求先嘗試另一種藥物，我們才能同意承保您要求的藥物。這有時稱作「循序用藥」。
  - 數量限制。有些藥物設定可獲得的數量限制。
- 若我們同意為您破例安排並免除限制，您可以要求對您必須支付的共付金安排破例。

## 3. 將藥物承保福利改至更低的分攤費用層級。「藥物清單」中的藥物屬於兩個費用分攤層級之一。一般而言，分攤費用層級越低，您需要支付的共付金金額亦越低。

要求為承保的非首選藥物支付較低的費用，有時稱作「層級破例」。

- 我們的藥物清單中經常會包含一種以上治療某特定症狀的藥物。這類藥物稱為「替代」藥物。
- 若治療您醫療狀況的替代藥物在分攤費用層級方面低於所服藥物，您可以要求我們按替代藥物的分攤費用金額承保所服藥物。這會降低此藥物的共付金金額。
- 若我們核准您的層級破例要求，而且您不能服用的替代藥物屬於不止一個的較低分攤費用層級，通常您只需支付金額最低的共付金。

### G3. 要求破例安排的須知

您的醫生或其他藥方開立者必須向我們提供醫學理由。

您的醫生或其他藥方開立者必須向我們提供證明文件，解釋要求破例安排的醫學理由。如需快速決定，請在要求破例安排時提供醫生或其他藥方開立者所提出的醫療理由資料。

我們的藥物清單中經常會包含一種以上治療某特定症狀的藥物。這類藥物稱為「替代」藥物。若替代藥物與您要求藥物的藥效相同，而且不會造成更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的破例安排要求。若您向我們提出層級破例要求，我們通常不會核准您的破例請求，除非較低分攤費用層級中的所有替代藥物對您療效不佳或可能會產生不良反應或其他傷害。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



我們可以同意或否決您的要求。

- 若我們**同意**您的破例安排要求，這類破例通常會持續至年底(曆年)。只要您的醫生為您持續開出該藥物處方，而且該藥物在治療您的症狀中持續安全有效，情況即不會發生改變。
- 若我們**否決**您的破例安排要求，您可提出上訴。關於我們**否決**您要求後提出上訴的資訊，請參閱 **G5 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

下一節將說明如何要求承保決定(包括破例安排在內)。

#### **G4. 要求作出承保決定(包括破例安排)**

- 致電 1-866-880-0606、致函或發送傳真給我們，即可要求您所需類型的承保決定。您、您的代理人或您的醫生(或其他藥方開立者)均可提出要求。請提供您的姓名、聯絡資訊以及索償資訊。
- 您或您的醫生(或其他藥方開立者)或代您行事的其他人可要求我們作出承保決定。您亦可請律師擔任您的代表。
- 請參閱 **E3 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)，以了解如何指定您的代理人。
- 您的醫生或其他藥方開立者不必取得您的書面授權，即可代您要求我們作出承保決定。
- 若您要求我們償還藥物費用，請參閱《會員手冊》**第 7 章**。
- 若您要求破例安排，請提供「證明文件」。證明文件中應包含您的醫生或其他藥方開立者要求破例安排所持的醫學理由。
- 您的醫生或其他藥方開立者可將證明文件傳真或郵寄給我們；他們亦可先致電通知我們，然後再將證明文件傳真或郵寄給我們。

若出於您的身體狀況需要，您可要求我們作出「快速承保決定」。

除非我們同意採用「快速期限」，否則我們會採用「標準期限」。

- **標準承保決定**是指我們會在收到您的醫生證明後 72 小時內給您答覆。
- **快速承保決定**是指我們會在收到您的醫生證明後 24 小時內給您答覆。

「快速承保決定」稱為「加急承保裁定」。

若有以下情況，您可以獲得快速承保決定：

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 您是針對未獲得的藥物。若是要求為已購藥物償還費用，則無法獲得快速承保決定。
- 若我們採用標準期限，您的健康或機能能力會受到嚴重損害。

若您的醫生或其他藥方開立者告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會同意並為您作出快速承保決定。我們將寄信告訴您。

- 若您要求快速承保決定，但沒有醫生或其他藥方開立者的證明文件)，則我們將決定您是否需要取得快速承保決定。
- 若我們決定您的醫療狀況不符合快速承保決定的要求，我們將採用標準期限。
  - 我們將寄信告訴您。該函也會說明如何對我們的決定提出投訴。
  - 您可提出「快速投訴」，並在 24 小時內獲得回覆。如需了解關於提出投訴 (包括快速投訴) 的更多資訊，請參閱 **K 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

### 快速承保決定的期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您的要求後 24 小時內給您答覆。若您要求作出破例安排，我們將在收到您醫生的證明文件後 24 小時內給您答覆。若您的身體狀況需要，我們會儘早給您答覆。
- 若我們在截止期限仍未答覆，我們會將您的要求送交二級上訴程序，由獨立審查機構進行審查。如需了解更多關於二級上訴的資訊，請參閱 **G6 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。
- 若我們**同意**您的部分或全部要求，則在收到您的要求或您醫生的證明文件後 24 小時內，我們會為您提供承保福利。
- 若**否決**您的部分或全部要求，我們會致函向您解釋緣由。該信函還會說明您可以如何提出上訴。

### 有關尚未獲得的藥物的標準承保決定期限

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您的要求後 72 小時內給您答覆。若您要求作出破例安排，我們將在收到您醫生的證明文件後 72 小時內給您答覆。若您的身體狀況需要，我們會儘早給您答覆。
- 若我們在截止期限仍未答覆，我們會將您的要求送交二級上訴程序，由獨立審查機構進行審查。
- 若我們**同意**您的部分或全部要求，則在收到您的要求或您醫生證明您需要破例安排的文件後 72 小時內，我們會為您提供承保福利。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- 若**否決**您的部分或全部要求，我們會致函向您解釋緣由。該信函還會說明您如何提出上訴。

### 有關已購買的藥物的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您的要求後 **14 天 (曆日)** 內給您回覆。
- 若我們在截止日期仍未答覆，我們會將您的要求送交二級上訴程序，由獨立審查機構進行審查。
- 若我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在 **14 天 (曆日)** 內向您償還費用。
- 若**否決**您的部分或全部要求，我們會致函向您解釋緣由。該信函還會說明您如何提出上訴。

## G5. 提出一級上訴

針對聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物承保決定向本計劃提出上訴稱為計劃的「**重新裁定**」。

- 致電 **1-866-880-0606**、致函或發送傳真給我們，即可開始提出**標準或快速上訴**。您、您的代理人或您的醫生 (或其他藥方開立者) 均可提出要求。請提供您的姓名、聯絡資訊以及上訴資訊。
- 您必須在我們告知承保決定的信函日期起 **60 天 (曆日)** 內提出上訴要求。
- 若您錯過最後期限並有合理理由，我們可延長您的上訴時限。合理理由如：您生重病、或者我們提供錯誤的期限資訊。在提出上訴時，解釋您未能及時提出上訴的原因。
- 您有權要求我們免費提供有關您上訴資料的副本。您及您的醫生可向我們提供更多上訴的證明資訊。

若您的身體狀況需要，您可要求快速上訴。

快速上訴亦稱為「**加急重新裁定**」。

- 若我們就您未取得的藥物作出決定，但您要提出上訴，則您和您的醫生或其他藥方開立者會決定您是否需要快速上訴。
- 申請快速上訴的條件與要求作出快速承保決定的條件一樣。如需了解更多資訊，請參閱 **G4 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

我們會考慮您的上訴要求，然後給您答覆。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 **8:00** 至晚上 **8:00**。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 我們會審閱您的上訴，並再次詳閱有關您承保要求的所有資料。
- 我們會查看我們在**否決**您的要求時是否遵守規則。
- 我們可能會聯絡您或您的醫生或其他藥方開立者，以獲得更多資料。

### 一級快速上訴的最後期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。
  - 若您的身體狀況需要，我們會儘早給您答覆。
  - 若我們未在 **72 小時內** 給您答覆，我們必須將您的要求送交二級上訴程序。獨立審查機構稍後將審查此二級上訴程序。如需了解關於審查機構及二級上訴程序的資訊，請參閱 **G6 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。
- 若我們**同意**您的部分或全部要求，則在收到您的上訴後 **72 小時內**，我們必須提供同意的承保福利。
- 若我們**否決**您的部分或全部要求，我們會致函向您解釋緣由，並告訴您可以如何提出上訴。

### 一級標準上訴的最後期限

- 如果我們採用標準上訴的最後期限，我們必須在收到您就未取得藥物提出上訴後 **7 天 (曆日)** 內給您回覆。
- 若您未獲得藥物，而且您的健康狀況需要，我們會儘早為您作出決定。若您認為自己的身體狀況需要，您可要求快速上訴。
  - 若我們在 **7 天 (曆日)** 內未提供決定，我們必須將您的要求送交二級上訴程序。獨立審查機構稍後將審查此二級上訴程序。如需了解關於審查機構及二級上訴程序的資訊，請參閱 **G6 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

若我們**同意**您的部分或全部要求：

- 我們必須視您的身體狀況儘快**提供**我們已同意提供的**承保**，但不得晚於收到您上訴後的 **7 天 (曆日)**。
- 我們必須在收到您上訴後 **30 天 (曆日)** 內，就您購買的藥物**發送款項**給您。

若我們**否決**您的部分或全部要求：

- 我們會致函向您解釋緣由，並告訴您可以如何提出上訴。
- 我們必須在收到您上訴後的 **14 天 (曆日)** 內，向您回覆有關償還費用的相關事宜。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若我們在 14 天 (曆日) 內未提供決定，我們必須將您的要求送交二級上訴程序。獨立審查機構稍後將審查此二級上訴程序。如需了解關於審查機構及二級上訴程序的資訊，請參閱 **G6 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。
- 若我們**同意**您的部分或全部要求，我們必須在收到您要求後 **30 天 (曆日)** 內付款給您。
- 若我們**否決**您的部分或全部要求，我們會致函向您解釋緣由，並告訴您可以如何提出上訴。

## G6. 提出二級上訴

若我們**否決**您的一級上訴，您可以接受我們的決定，也可以再次提出上訴。若您決定再次提出上訴，請使用二級上訴程序。當我們**否決**您的第一次上訴時，**獨立審查機構**會審查我們的決定。由該機構決定我們是否應該變更決定。

「獨立審查機構」(IRO) 的正式名稱為「**獨立審查實體**」，有時亦稱為「**IRE**」。

若要提出二級上訴，您、您的代理人、您的醫生或其他藥方開立者必須以**書面形式**聯絡獨立審查機構，並要求他們審查您的個案。

- 若我們**否決**您的一級上訴，我們將寄信說明**如何向獨立審查機構提出二級上訴**。這些說明會指出誰可以提出二級上訴、您須遵守的最後期限，以及如何聯絡審查機構。
- 當您向獨立審查機構提出上訴時，我們將向該機構送交有關您上訴的資料。這類資料稱為您的「個案資料」。您有權免費取得一份您的個案資料副本。
- 您有權向獨立審查機構提供支援上訴個案的其他資料。

獨立審查機構會審查您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 二級上訴，並給您書面答覆。如需了解更多關於獨立審查機構的資訊，請參閱 **F4 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

### 二級快速上訴的最後期限

若您的身體狀況需要，您可要求獨立審查機構執行快速上訴。

- 若審查機構同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內** 向您提供回覆。
- 若獨立審查機構**同意**您的部分或全部要求，則在收到他們的決定後 **24 小時內**，我們必須提供經核准的藥物承保。

### 二級標準上訴的最後期限

若您的二級上訴為標準上訴，獨立審查機構必須在以下期限內給您回覆：

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 若是關於您未能取得的藥物，他們應在收到上訴後 **7 天 (曆日)** 內回覆。
- 若是關於您已購藥物的償付事宜，他們應在收到上訴後 **14 天 (曆日)** 內回覆。

若獨立審查機構**同意**您的部分或全部要求：

- 我們必須在收到獨立審查機構的決定後 **72 小時內**，提供經核准的藥物承保。
- 我們必須在收到獨立審查機構的決定後 **30 天 (曆日)** 內，就您購買的藥物償還款項給您。

若獨立審查機構**否決**您的上訴，則表示該機構同意我們不核准您要求的決定。這就是所謂的「維持原判」或「駁回上訴」。

若獨立審查機構**否決**您的二級上訴，您有權提出三級上訴，但是您所要求藥物承保的金額總價必須達到最低金額。若您所要求藥物承保的金額總價低於要求的最低金額，您便無法再次提出上訴。在此情況下，二級上訴的決定即為最終決定。獨立審查機構將致函告知要繼續提出三級上訴需要達到的最低金額。

若您要求的承保金額總價符合要求，您可選擇是否進一步上訴。

- 二級上訴後另有三個上訴層級。
- 若獨立審查機構**否決**您的二級上訴，而您符合繼續上訴的要求，您：
  - 可決定是否提出三級上訴。
  - 應參閱獨立審查機構在二級上訴後寄給您的信函，了解有關如何提出三級上訴的具體資訊。

三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。如需了解關於三、四及五級上訴的資訊，請參閱 **J 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

---

## H. 要求我們承保更長的住院時限

當您在醫院住院時，您有權獲得我們承保的所有住院服務，這些服務都是診斷及治療您疾病或損傷的必要服務。如需了解更多關於本計劃住院承保，請參閱《會員手冊》**第 4 章**。

在您接受承保的住院服務期間，您的醫生及醫院人員將與您一起為您的出院做準備。他們也會協助安排您出院後所需的護理服務。

- 您離開醫院的日子稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫院人員會告訴您哪一天出院。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若您認為被要求過早出院，或者您擔心出院後的護理事宜，您可要求延長住院時間。本節將說明如何提出此要求。

儘管有 H 節所討論的上訴，您也可以向醫療管理局提出投訴或要求進行獨立醫療審查，決定您是否可以繼續住院。請參閱第 <xx> 頁 F4 節，了解如何向醫療管理局提出投訴並要求進行獨立醫療審查。您可以要求進行獨立醫療審查，作為三級上訴的附加或替代步驟。

## H1. 了解聯邦醫療保險 (紅藍卡) 權利

入院後兩天內，醫院的人員 (如護士或個案工作人員) 會給您一份書面通知，標題為「您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 權利重要訊息」(An Important Message from Medicare about Your Rights)。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 每位會員在醫院住院時均會收到該通知。

如果您沒收到通知，請向醫院任何員工索取。如果您需要幫助，請致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。您亦可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。

- 請仔細閱讀此通知，若您有不理解之處，盡請詢問。通知中會列明您作為住院病人的權利，包括：
  - 住院期間和出院後獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保服務。您有權了解服務內容、何人付款及服務地點。
  - 參與您住院時間長短的決定。
  - 了解到哪裡提出您對住院護理品質的疑慮。
  - 在您認為自己過早被要求出院時提出上訴。
- 在該通知上簽名，表明您已獲得通知且了解自己的權利。
  - 您或代表您行事的其他人士可在通知上簽名。
  - 在通知上簽名，**僅**表示您已收到有關您權利的通知。簽名**並非**代表您同意醫生或醫院人員可能告知的出院日期。
- 保留簽名通知副本，以便需要時可查看其中提供的資訊。

若您在出院日期的兩天前簽署此通知，您將於出院前獲得另一份副本。

您可透過以下方式提前查看該通知：

- 致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底
- 致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 瀏覽 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。

## H2. 提出一級上訴

若您要我們承保更久的醫院住院服務，可提出上訴。品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 會負責審查一級上訴，了解您的計劃出院日期是否符合醫療正當性。

品質改善組織是由一群醫生和其他健康護理專業人員 (由聯邦政府支薪) 組成的團體。這些專家負責調查並協助改善聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會員獲得的服務品質。這些專家不屬於本計劃。

加州的品質改善組織名為 Livanta。您可以撥打 1-877-588-1123 聯絡他們。「您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 權利重要訊息」通知及第 2 章中均列有聯絡資訊。

**出院前必須聯絡品質改善組織，最晚不得超過計劃出院日期。**

- 若您在出院前聯絡該組織，則您在等待品質改善組織為您的上訴作出決定期間，即便過了計劃出院日期，您也可以繼續住院並無需支付住院費用。
- 若您未聯絡該組織以提出上訴，但您決定在計劃出院日期後仍繼續住院，則您可能須支付計劃出院日期後所接受的全部住院護理費用。
- 若您錯過聯絡品質改善組織的上訴最後期限，您可以直接向我們的計劃提出上訴。如需了解關於提出向我們上訴的資訊，請參閱 G4 節 [\[insert reference, as applicable\]](#)。
- 由於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及加州低收入醫療保險 (白卡) 承保住院服務，若品質改善組織不準備聽取您想繼續住院的要求，或者您認為自己有緊急狀況或面臨須立即處理的嚴重健康威脅，或者您發生劇烈疼痛，您亦可向加州醫療管理局 (DMHC) 提出投訴，或要求他們進行獨立醫療審查。請參閱 F4 節，了解如何向醫療管理局提出投訴或向其要求進行獨立醫療審查。

如有需要，請尋求協助。若有疑問或需要協助，請隨時：

- 致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。
- 致電醫療保險顧問及促進權益計劃 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。

**要求快速審查。** 儘快採取行動並聯絡品質改善組織，要求他們對您的出院事宜進行快速審查。

「快速審查」的法律名詞是「立即審查」或「加急審查」。

快速審查期間會發生什麼情況

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 品質改善組織的審查員會詢問您或您的代理人，了解您為何認為在計劃出院日期後仍應繼續獲得承保。您無需提出書面聲明，但您可以這樣做。
- 審查員亦會審閱您的醫療資料，與您的醫生溝通並審查醫院及本計劃提供的資料。
- 在審查人員通知本計劃有關您提出上訴的隔天中午以前，您將收到列有您計劃出院日期的通知。此通知中亦將說明您的醫生、醫院及我們認為您在該日期出院的符合醫療正當性理由。

這份書面說明的法律名詞是「**出院細節通知**」。您可撥打本頁頁底的電話號碼聯絡 CareAdvantage 部門或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (每週 7 天、全天 24 小時提供服務)，索取該通知的範本。(TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電) 您亦可線上查看該通知的範本，網址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。

在獲得所有必需資料後滿一天內，品質改善組織會針對您的上訴給您答覆。

若品質改善組織**同意**您的上訴：

- 只要相關服務是醫療上必須的服務，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

若品質改善組織**否決**您的上訴：

- 他們認為您的計劃出院日期符合醫療正當性。
- 在品質改善組織對您的上訴作出回覆後，我們對您醫院住院服務的承保將於隔天中午結束。
- 在品質改善組織對您的上訴作出回覆後，您可能須支付隔天中午以後所接受住院治療的全部費用。
- 若品質改善組織駁回您的一級上訴，**且**您在計劃出院日期後仍在住院，則您可提出二級上訴。

### H3. 提出二級上訴

在二級上訴期間，您要求品質改善組織重新審查他們在您提出一級上訴時所作的決定。您可以撥打 1-877-588-1123 聯絡他們。

您必須在品質改善組織**否決**您的一級上訴後 **60 天 (曆日)** 內要求進行審查。您只有在護理承保結束日期後仍在住院時，**才**可要求進行這項審查。

品質改善組織的審查員將：

- 再次仔細審查關於您上訴的所有資料。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 在收到您的二次審查要求後 **14 天 (曆日)** 內，告訴您關於他們對您的二級上訴所作的決定。

若品質改善組織**同意**您的上訴：

- 在品質改善組織否決您的一級上訴後，我們必須向您償還您自隔天中午接受住院治療的分攤費用。
- 只要相關服務是醫療上必須的服務，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

若品質審查組織**否決**您的上訴：

- 這表示他們同意其之前對您的一級上訴所作決定，而且不會變更。
- 他們會寄信告訴您，若您希望繼續進行上訴程序及提出三級上訴時該怎麼辦。
- 您也可以向醫療管理局提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)，決定您是否可以繼續住院。請參閱第 <xx> 頁 **E4** 節，了解如何向醫療管理局提出投訴並要求進行獨立醫療審查。

三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。如需了解關於三、四及五級上訴的資訊，請參閱 **J** 節 [\[insert reference, as applicable\]](#)。

#### H4. 提出一級替代上訴

要聯絡品質改善組織以提出一級上訴，期限是在 **60 天**內或不晚於您的計劃出院日期。若您錯過提出一級上訴的截止日期，您可以採用「替代上訴」程序。

致電 **CareAdvantage** 部門 (電話號碼列於本頁頁底)，要求我們對您的出院日期進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律名詞是「**加急上訴**」。

- 我們會查閱有關您住院的所有資料。
- 我們會查看最初的決定是否公平且符合相關規則。
- 我們採用快速期限而非標準期限，並在您要求「快速審查」後 **72 小時**內將我們的決定告訴您。

若我們**同意**您的快速上訴，即表示：

- 我們同意您在出院日期後仍需住院。
- 只要相關服務是醫療上必須的服務，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- 當我們表示您的承保即將結束時，您從當日開始接受的護理服務，我們都必須向您償還本計劃應分攤的費用。

若我們**否決**您的快速上訴：

- 這表示我們認為您的計劃出院日期符合醫療正當性。
- 我們的醫院住院服務承保將在我們通知您的當日終止。
- 我們不會支付該日期以後的任何分攤費用。
- 若您在計劃出院日期過後繼續住院，則您可能必須支付您在該日期後所接受的住院治療的全部費用。
- 為確保我們遵守所有規則，我們會將您的上訴案交由獨立審查機構辦理。如此，您的個案將自動進入二級上訴程序。

### H5. 提出二級替代上訴

我們會在表示**否決**您的一級上訴後 **24** 小時內，將您的二級上訴資料送交獨立審查機構。該程序將自動進行。您不需要做任何事情。

若您認為我們未遵守此最後期限或任何其他最後期限規定，您可以提出投訴。如需了解關於提出投訴的資訊，請參閱 **K 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

獨立審查機構負責對您的上訴進行快速審查。他們會非常仔細地審查與您的出院相關的所有資料，且通常會在 **72** 小時內給您回覆。

若獨立審查機構**同意**您的上訴：

- 當我們表示您的承保即將結束時，您從當日開始接受的護理服務，我們都必須向您償還本計劃應分攤的費用。
- 只要相關服務是醫療上必須的服務，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

若獨立審查機構**否決**您的上訴：

- 該機構認為您的計劃出院日期符合醫療正當性。
- 他們會寄信告訴您，若您希望繼續進行上訴程序及提出三級上訴時該怎麼辦。

三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。如需了解關於三、四及五級上訴的資訊，請參閱 **J 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

您也可以向醫療管理局提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)，決定您是否可以繼續住院。請參閱第 <xx> 頁 **F4 節**，了解如何向醫療管理局提出投訴並要求進行獨立醫療審查。您可以要求進行獨立醫療審查，作為三級上訴的附加或替代步驟。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## I. 要求我們繼續承保特定醫療服務

本節是關於您可能獲得的三種服務類型：

- 居家健康護理服務
- 專業護理機構內的專業護理服務，及
- 門診病人在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 核准的綜合門診康復機構 (CORF) 中接受的康復護理。這通常是指您正接受疾病或意外傷害所需的治療，或您正在進行大手術後的康復治療。

有關這三類服務，只要醫生表示您需要這些服務，您就有權獲得承保服務。

當我們決定終止承保這些服務時，我們必須在服務終止前告訴您。當承保服務終止時，我們會停止為您的服務支付費用。

若您認為我們過早終止您的承保護理服務，**您可就該決定提出上訴**。本節將說明如何提出上訴要求。

### 11. 在您的承保終止前，提前通知您

如果我們停止為您支付護理費用，您至少會在兩天以前收到書面通知。這就是所謂的「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不予承保通知書」。該通知會說明我們停止承保護理的日期，以及如何就我們的決定提出上訴。

您或您的代理人應在通知上簽名，以表示您獲得此通知。在通知上簽名，**僅**表示您已獲知相關資訊，並不表示您同意我們的決定。

### 12. 提出一級上訴

若您認為我們過早終止您的承保護理服務，**您可就該決定提出上訴**。本節將說明一級上訴程序及您該怎麼辦。

- **遵守期限規定。**最後期限十分重要。請了解並遵守您必須採取的行動的期限。本計劃亦須遵守期限規定。若您認為我們未遵守期限規定，您可提出投訴。如需了解更多關於提出投訴的資訊，請參閱 **K 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。
- **如有需要，請尋求協助。**若有疑問或需要協助，請隨時：
  - 致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。
  - 致電醫療保險顧問及促進權益計劃，電話是 1-800-434-0222。
- **聯絡品質改善組織。**
  - 如需了解更多關於品質改善組織及如何聯絡的資訊，請參閱 **H2 節** [\[insert reference, as applicable\]](#) 或《會員手冊》第 2 章。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 請該組織審查您的上訴個案，並決定是否變更我們所作的決定。
- **儘快採取行動，要求「加速上訴」。**向品質改善組織資訊詢問，我們終止您醫療服務承保的決定是否符合醫療正當性。

### 您聯絡該組織的最後期限

- 在我們所寄「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不予承保通知書」生效日期的前一天中午之前，您必須聯絡品質改善組織以開始提出上訴。
- 若錯過聯絡品質改善組織的最後期限，您可直接向我們提出上訴。如需了解具體操作詳情，請參閱 **14 節** *[insert reference, as applicable]*。
- 如果品質改善組織不準備聽取您想繼續獲得健康護理服務承保的要求，或者您認為自己有緊急狀況或面臨須立即處理的嚴重健康威脅，或者您發生劇烈疼痛，此時，您可以請加州醫療管理局 (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 **<xx>** 頁 **F4 節**，了解如何向醫療管理局提出投訴並要求進行獨立醫療審查。

該書面通知的法律名詞是「**聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不予承保通知書**」。若要取得範本，請撥打本頁頁底的電話號碼聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險 (紅藍卡) (每週 7 天、全天 24 小時提供服務)。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。或者，您可線上獲得副本，網址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices)。

### 加速上訴期間會發生什麼情況

- 品質改善組織的審查員會詢問您或您的代理人，了解您認為承保服務應繼續的理由。您無需提出書面聲明，但您可以這樣做。
- 審查員會審閱您的醫療資料、與您的醫生溝通，並審查本計劃提供的資料。
- 本計劃也會向您寄送書面通知，向您解釋我們終止您服務承保的緣由。在審查員通知我們有關您提出上訴的當天結束以前，您會收到通知。

該說明通知書的法律名詞是「**不予承保的詳細說明**」。

- 在審查員獲得全部所需資料後的一天內，審查員會將他們的決定告訴您。

若品質改善組織**同意**您的上訴：

- 只要相關服務有醫療必要性，我們就會為您提供承保的服務。

若品質改善組織**否決**您的上訴：

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 您的承保會在我們通知您的當日終止。
- 我們將在通知所列日期停止支付這項護理的分攤費用。
- 若您決定在承保終止日期後仍繼續接受居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則您須自行承擔該護理的全部費用。
- 您可自行決定是否繼續接受這些服務及是否提出二級上訴。

### 13. 提出二級上訴

在二級上訴期間，您要求品質改善組織重新審查他們在您提出一級上訴時所作的決定。您可以撥打 1-877-588-1123 聯絡他們。

您必須在品質改善組織**否決**您的一級上訴後 **60 天 (曆日)** 內要求進行審查。您**只有**在護理承保終止日期後仍接受護理的情況下，才可要求該審查。

品質改善組織的審查員將：

- 再次仔細審查關於您上訴的所有資料。
- 在收到您的二次審查要求後 **14 天 (曆日)** 內，告訴您關於他們對您的二級上訴所作的決定。

若品質改善組織**同意**您的上訴：

- 當我們表示您的承保即將結束時，您從當日開始接受的護理服務，我們都必須向您償還本計劃應分攤的費用。
- 只要具有醫療必要性，我們就會為護理提供承保。

若品質改善組織**否決**您的上訴：

- 他們同意我們終止您護理承保的決定，且不會變更該決定。
- 他們會寄信告訴您，若您希望繼續進行上訴程序及提出三級上訴時該怎麼辦。
- 您可以向醫療管理局提出投訴和要求進行獨立醫療審查 (IMR)，決定您的健康護理服務是否可繼續獲得承保。請參閱第 <xx> 頁 F4 節，了解如何向醫療管理局要求進行獨立醫療審查。您可以向醫療管理局提出投訴或要求進行獨立醫療審查，作為三級上訴的附加或替代步驟。

三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。如需了解關於三、四及五級上訴的資訊，請參閱 J 節 [\[insert reference, as applicable\]](#)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 14. 提出一級替代上訴

如 **12 節** [\[insert reference, as applicable\]](#) 所述，您必須快速聯絡品質改善組織，開始提出一級上訴。若您錯過截止日期，您可以採用「替代上訴」程序。

致電 CareAdvantage 部門 (電話號碼列於本頁頁底)，要求我們進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律名詞是「**加急上訴**」。

- 我們會查閱有關您個案的所有資料。
- 當我們設定終止您服務承保的日期時，我們會查看最初這項決定是否公平且符合相關規則。
- 我們採用快速期限而非標準期限，並在您要求「快速審查」後 **72** 小時內將我們的決定告訴您。

若我們**同意**您的快速上訴，即表示：

- 我們同意您需要獲得更長時間的服務。
- 只要相關服務有醫療必要性，我們就會為您提供承保服務。
- 當我們表示您的承保即將結束時，您從當日開始接受的護理服務，我們同意向您償還本計劃應分攤的費用。
- 若我們**否決**您的快速上訴：
  - 我們對這些服務的承保會在我們通知您的當日終止。
  - 我們不會支付該日期以後的任何分攤費用。
  - 若在我們通知您的承保終止日期之後繼續接受服務，您須支付這些服務的全部費用。
  - 為確保我們遵守所有規則，我們會將您的上訴案交由獨立審查機構辦理。如此，您的個案將自動進入二級上訴程序。

## 15. 提出二級替代上訴

在二級上訴期間，

我們會在表示否決您的一級上訴後 **24** 小時內，將您的二級上訴資料送交獨立審查機構。該程序將自動進行。您不需要做任何事情。

若您認為我們未遵守此最後期限或任何其他最後期限規定，您可以提出投訴。如需了解關於提出投訴的資訊，請參閱 **K 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



獨立審查機構負責對您的上訴進行快速審查。他們會非常仔細地審查與您的出院相關的所有資料，且通常會在 72 小時內給您回覆。

若獨立審查機構**同意**您的上訴：

- 當我們表示您的承保即將結束時，您從當日開始接受的護理服務，我們都必須向您償還本計劃應分攤的費用。
- 只要相關服務是醫療上必須的服務，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

若獨立審查機構**否決**您的上訴：

- 他們同意我們終止您護理承保的決定，且不會變更該決定。
- 他們會寄信告訴您，若您希望繼續進行上訴程序及提出三級上訴時該怎麼辦。

您也可以向醫療管理局提出投訴和要求進行獨立醫療審查 (IMR)，決定您的健康護理服務是否可繼續獲得承保。請參閱第 <xx> 頁 F4 節，了解如何向醫療管理局要求進行獨立醫療審查。您可以提出投訴或要求進行獨立醫療審查，作為三級上訴的附加或替代步驟。

三級上訴由行政法官或司法裁判員處理。如需了解關於三、四及五級上訴的資訊，請參閱 **J 節** [\[insert reference, as applicable\]](#)。

---

## J. 您的上訴案進入二級以上的層級

### J1. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務和用品的下個階段

若您為聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務和用品提出一級和二級上訴，且兩個層級的上訴案皆被否決，此時，您可能擁有權利提出更高層級的上訴。

若您所上訴的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務或用品金額總價未達到最低特定金額，您就無法再進一步進行任何上訴。若金額總價已達到要求，您就可繼續進行上訴程序。獨立審查機構將就二級上訴寄信給您，說明該與誰聯絡及該如何提出三級上訴。

#### 三級上訴

三級上訴程序為行政法官 (ALJ) 聽證會。相關決定由 ALJ 或聯邦政府的司法裁判員作出。

若 ALJ 或司法裁判員**同意**您的上訴，我們有權就對您有利的三級決定提出上訴。

- 若我們決定就此決定**提出上訴**，則我們將寄給您四級上訴要求副本及任何隨附文件。我們可能等待四級上訴作出決定後，才授權或提供有爭議的服務。
- 若我們決定**不就此決定提出上訴**，我們必須在接到 ALJ 或司法裁判員的決定後 60 天 (曆日) 內為您授權或提供服務。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若 ALJ 或司法裁判員**否決**您的上訴，則上訴程序可能不會就此結束。

- 若您決定**接受**駁回您上訴的決定，則上訴程序就此結束。
- 若您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可繼續執行更高層級的審查程序。您收到的通知會說明如何提出四級上訴。

#### 四級上訴

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會 (簡稱委員會) 將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬聯邦政府。

若該委員會**同意**您的四級上訴，或拒絕我們就對您有利的三級上訴進行審查的要求，則我們有權提出五級上訴。

- 若我們決定就此決定**提出上訴**，我們將以書面通知您。
- 若我們決定**不就此決定提出上訴**，我們必須在接到該委員會決定後 60 天 (曆日) 內為您授權或提供服務。

若該委員會**否決**或拒絕我們提出的審查要求，上訴程序可能不會就此結束。

- 若您決定**接受**駁回您上訴的決定，則上訴程序就此結束。
- 若您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您或許可以繼續執行更高層級的審查程序。您收到的通知會說明您是否可以繼續提出五級上訴及該如何提出。

#### 五級上訴

聯邦地區法院的法官將審查您的上訴及所有資料，並作出**同意**或**否決**決定。該決定是最終決定。聯邦地區法院上訴為最高層級的上訴。

### J2. 其他加州低收入醫療保險 (白卡) 上訴

若您的上訴案是關於通常由加州低收入醫療保險 (白卡) 承保的服務或用品，您也有其他上訴權利。州級聽證會部門會致函告訴您，若您希望繼續上訴程序時該怎麼辦。

### J3. 申請聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物的三、四及五級上訴

若您已提出一級上訴及二級上訴，而且兩次均被駁回，則本節正適合您閱讀。

若您上訴的藥物金額總價達到特定金額要求，您或許可以繼續提出更高層級的上訴。您在二級上訴收到的書面回覆中，將說明該與誰聯絡及該如何提出三級上訴要求。

#### 三級上訴

三級上訴程序為行政法官 (ALJ) 聽證會。相關決定由 ALJ 或聯邦政府的司法裁判員作出。

若 ALJ 或司法裁判員**同意**您的上訴：

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 則上訴程序終止。
- 我們必須在收到決定後 72 小時內 (若加急上訴則為 24 小時內) 授權或提供經核准的藥物承保，或在收到決定後 30 天 (曆日) 內付款。

若 ALJ 或司法裁判員**否決**您的上訴，則上訴程序可能不會就此結束。

- 若您決定**接受**駁回您上訴的決定，則上訴程序就此結束。
- 若您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可繼續執行更高層級的審查程序。您收到的通知會說明如何提出四級上訴。

#### 四級上訴

該委員會將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬聯邦政府。

若該委員會**同意**您的上訴：

- 則上訴程序終止。
- 我們必須在收到決定後 72 小時內 (若加急上訴則為 24 小時內) 授權或提供經核准的藥物承保，或在收到決定後 30 天 (曆日) 內付款。

若該委員會**否決**您的上訴案，則上訴程序可能不會就此結束。

- 若您決定**接受**駁回您上訴的決定，則上訴程序就此結束。
- 若您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您或許可以繼續執行更高層級的審查程序。您收到的通知會說明您是否可以繼續提出五級上訴及該如何提出。

#### 五級上訴

聯邦地區法院的法官將審查您的上訴及所有資料，並作出**同意**或**否決**決定。該決定是最終決定。聯邦地區法院上訴為最高層級的上訴。

---

## K. 如何提出投訴

### K1. 遇到哪些問題時可提出投訴

投訴程序僅適用於特定類型的問題，例如與護理品質、等候時間、護理協調及客戶服務等相關的問題。以下舉例說明透過投訴程序處理的問題類型。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





投訴 (Complaint)	例如
您的醫療護理品質	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您不滿意護理品質，例如您住院時獲得的護理服務。</li> </ul>
尊重您的隱私權	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您認為有人未尊重您的隱私權，或向他人共享您的保密資訊。</li> </ul>
未受到尊重、客戶服務不佳或其他不良行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康護理服務提供者或人員對您無禮或不尊重。</li> <li>● 我們的工作人員服務不佳。</li> <li>● 您認為自己被迫退出本計劃。</li> </ul>
無障礙設施和語言協助	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您到醫生診所或服務提供者辦公室時，因身體殘障而無法使用健康護理服務和設施。</li> <li>● 您的醫生或服務提供者並未提供您所說語言 (非英語) 的口譯員 (如美國手語或西班牙語)。</li> <li>● 您的服務提供者並未提供您需要和要求的其他合理便利設施。</li> </ul>
等待時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您很難取得預約或需要等很久才能約到。</li> <li>● 醫生、藥劑師、其他健康專業人員、CareAdvantage 部門或其他計劃人員讓您等待太久。</li> </ul>
環境清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您認為診所、醫院或醫生診所不衛生。</li> </ul>
我們為您提供的資訊	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您認為我們未提供您應收到的通知或信函。</li> <li>● 您認為我們寄發的書面資訊太難了解。</li> </ul>
與承保決定或上訴相關的時限	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 您認為我們未在期限內作出承保決定或回應您的上訴。</li> <li>● 您認為在獲得對您有利的承保或上訴決定以後，我們未在期限內為您核准或提供服務，或未在期限內償還特定醫療服務費用。</li> <li>● 您認為我們沒有及時將您的個案呈交獨立審查機構。</li> </ul>

您可以提出不同類型的投訴。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴提交給本計劃，並由本計劃進行審查。外部投訴是提交給不隸屬於本計劃的組織，並由其進行審查。若您需要協助以提出內部和/或外部投訴，您可以致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606，TTY (聽

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



力及語言障礙) 專線：1-800-735-2929 或撥打 7-1-1；服務時間為星期一至星期日上午 8:00 至晚上 8:00。

「投訴」的法律名詞是「申訴」。

「提出投訴」的法律名詞是「提出申訴」。

## K2. 內部投訴

若要提出內部投訴，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606。您可以隨時提出投訴，但與聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物相關的投訴除外。當您的投訴與聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物相關時，您必須在想要投訴的問題發生後 **60 天 (曆日)** 內提出投訴。

- 若您必須採取其他任何行動，CareAdvantage 部門會通知您。
- 您亦可將書面的投訴書寄給我們。若您以書面提出投訴，我們將以書面方式回覆您的投訴。
- 若要提出申訴，您、您的醫生或其他服務提供者或您的代理人必須與我們聯絡。請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606，TTY (聽力及語言障礙) 專線：1-800-735-2929 或撥打 7-1-1，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。
- 您可要求我們進行「標準申訴」或「快速申訴」。
- 若您要求進行標準申訴或快速申訴，請提出書面申訴或致電與我們聯絡。
- 您可將書面申訴寄至以下地址：

Grievance and Appeals Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080
- 您可以瀏覽以下網址，在網上提交申訴：[grievance.hpsm.org/](http://grievance.hpsm.org/)
- 您也可以致電與我們聯絡以提交您的申訴，電話是 1-888-576-7227、TTY (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1；服務時間為星期一至星期日上午 8:00 至晚上 8:00。
- 我們會在收到您申訴起 5 天 (曆日) 內致函告知我們已經收到您的申訴。

「快速投訴」的法律名詞是「加急申訴」。

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



若可能，我們將立即給您答覆。若您致電提出投訴，我們或許可在此次通話中給您答覆。若您的身體狀況需要，我們會快速答覆。

- 我們在 30 天 (曆日) 內答覆大部分投訴。若我們因為需要更多資料而未在 30 天 (曆日) 內作出決定，我們會以書面形式通知您。我們還會提供狀態更新和獲得答覆的預計時間。
- 若您要投訴是因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」要求，我們將自動以「快速投訴」處理，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 若您要投訴是因為我們未在期限內作出承保決定或提出上訴，我們將自動以「快速投訴」處理，並在 24 小時內回覆您的投訴。

若我們不同意您的部分或全部的投訴，我們會通知您並告訴您不同意的理由。我們會就是否同意投訴作出回覆。

### K3. 外部投訴

#### 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃 (Medicare)

您可以將您的投訴案告訴聯邦醫療保險 (紅藍卡)，也可以將您的投訴案寄給他們。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 投訴表格可上網取得：[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。在向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 提出投訴之前，您無需先向 *[insert plan name]* 提出投訴。

在向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 提出投訴之前，您無需先向聖馬刁健康計劃提出投訴。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 非常重視您的投訴案，且會使用這類資訊來協助改善聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃的品質。

若您有任何意見或疑慮，或您認為健康計劃並未解決您的問題，您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可以致電 1-877-486-2048。該電話為免費服務。

#### 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃

您可以撥打 1-888-452-8609，向加州健康護理服務局 (DHCS) 加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理調查專員提出投訴。TTY (聽力及語言障礙裝置) 使用者可以撥打 711。該通話服務的服務時間為星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。

您可以向加州醫療管理局 (DMHC) 提出投訴。醫療管理局負責管理健康計劃。您可以致電醫療管理局協助中心，要求協助關於加州低收入醫療保險 (白卡) 服務的投訴。對於非緊急事項，若您不同意一級上訴的決定或本計劃沒有在 30 天 (曆日) 內解決您的投訴，您可以向醫療管理局提出投訴。但若有以下情況，您可以聯絡醫療管理局而無需提起一級上訴：您需要獲得協助的投訴涉及緊急問題或涉及對您健康有立即嚴重的威脅、您正在遭受嚴重疼痛、您不同意本計劃對您的投訴所作決定，或者本計劃沒有在 30 天 (曆日) 內解決您的投訴。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



您可透過兩種方式獲得協助中心的協助：

- 撥打 1-888-466-2219。存在耳聾、重聽或語言障礙的人士，可撥打免費 TTY (聽力及語言障礙) 專線：1-877-688-9891。該電話為免費服務。
- 瀏覽醫療管理局網站 ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))。

### 民權辦事處 (Office for Civil Rights, OCR)

如果您認為自己遭受了不公平對待，您可以向衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services Office, HHS) 民權辦事處提出投訴。例如，您可以就殘障人士無障礙設施或語言協助提出投訴。民權辦事處電話是 1-800-368-1019。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-800-537-7697。您可以瀏覽 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 以了解詳情。

您亦可聯絡您當地的民權辦事處，地址為：

Regional Manager Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

客戶服務中心電話：  
1-800-368-1019  
傳真：202-619-3818  
TTY (聽力及語言障礙裝置)：1-800-537-7697  
電子郵件：[ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

您亦享有美國殘障法案 (Americans with Disability Act, ADA) 賦予的權利。您可以聯絡調查專員辦公室，電話是 1-888-452-8609。

### 品質改善組織

若您的投訴與護理品質有關，您有兩種選擇：

- 您可直接向品質改善組織提出有關護理品質的投訴。
- 您可向品質改善組織及本計劃提出投訴。若您向品質改善組織提出投訴，我們會與他們共同解決您投訴的問題。

品質改善組織是由一群執業醫生和其他健康護理專家組成的團體 (由聯邦政府支薪)，負責調查並改善聯邦醫療保險 (紅藍卡) 患者所獲得的護理品質。如需了解更多關於品質改善組織的資訊，請參閱 H2 節 [*insert reference, as applicable*] 或《會員手冊》第 2 章。

加州的品質改善組織名為 Livanta。他們的電話是 1-877-588-1123。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 10 章：終止您作為本計劃會員的資格

---

### 簡介

本章會說明您可以如何終止您在本計劃的會員資格，以及您在退出本計劃後的健康保險計劃選項。即使您退出本計劃，只要您還符合資格，您仍然會在聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃中。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

### 目錄

A. 您何時可終止在本計劃的會員資格 .....	2
B. 如何終止您在本計劃的會員資格 .....	3
C. 如何分別獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 服務 .....	3
C1. 您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務 .....	3
C2. 您的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務 .....	6
D. 您在本計劃會員資格終止之前的醫療服務以及藥物 .....	7
E. 您在本計劃會員資格終止的其他情況 .....	7
F. 禁止因任何健康相關理由而要求您退出本計劃的規則 .....	8
G. 若我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴 .....	8
H. 如何查詢計劃會員資格終止的詳細資訊 .....	8

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## A. 您何時可終止在本計劃的會員資格

大多數參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃的人只能在一年中特定時候終止他們的會員資格。由於您已加入加州低收入醫療保險 (白卡)，您可以在下列**特別註冊期**內終止您在本計劃的會員資格，或轉換到另一項計劃，但每個時期僅限轉換一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

除了這三個特別註冊期，您亦可以在每年的以下時期終止您在本計劃的會員資格：

- **年度註冊期**為 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在這段期間選擇另一項計劃，則您在本計劃的會員資格將於 12 月 31 日終止，而您在新計劃的會員資格將從 1 月 1 日起開始生效。
- **聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 開放註冊期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在這段期間選擇另一項計劃，則您在新計劃的會員資格將從次月 1 日起開始生效。

在其他情形下，您可能也有資格轉換已註冊登記的計劃。例如：

- 您搬出我們的服務區域 (聖馬刁縣)
- 您的加州低收入醫療保險 (白卡) 或額外補助計劃 (Extra Help) 資格出現變化，或
- 當您最近搬入、現住在或剛搬出護理機構或長期護理服務醫院。

我們收到您的計劃變更要求後，您的會員資格將在當月最後一天終止。舉例來說，如果我們在 1 月 18 日收到您的要求，本計劃為您提供的承保服務就到 1 月 31 日為止。新承保服務將從下個月的第一天開始生效 (在本例中為 2 月 1 日)。

如果您退出本計劃，您可查看下列相關資訊：

- 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 選項，具體請見 **C1 節** 中的表格。
- 加州低收入醫療保險 (白卡) 服務，具體請見 **C2 節** 中的表格。

您可透過以下方式獲得更多有關如何終止會員資格的資訊：致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。TTY (聽力及語言障礙) 使用者專線亦已列出。

- 聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 致電 1-888-452-8609 以聯絡加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理調查專員，服務時間為星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00，或向 [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov) 傳送電郵。

**注意：**若您加入藥物管理計劃 (DMP)，則您可能無法更換計劃。請參閱《會員手冊》第 5 章，了解藥物管理計劃的詳情。

---

## B. 如何終止您在本計劃的會員資格

若您決定終止您的會員資格，便可以註冊登記另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃或轉換至傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。不過，如果您想從本計劃轉至 Original Medicare 計劃，但尚未選擇個別的 Medicare 處方藥計劃，您必須申請退出本計劃。申請退出有兩種方式：

- 向我們提出書面申請。若需要了解關於如何終止會員資格的更多資訊，請致電會員服務部，電話號碼列於本頁頁底。
- 致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。TTY (聽力及語言障礙裝置) 使用者 (即有聽力或語言困難的人士) 應撥打 1-877-486-2048。當您致電 1-800-MEDICARE 時，您亦可註冊登記另一項的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 健康或藥物計劃。如需進一步了解您在退出本計劃後如何獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務，請參閱 C 節中的圖表。
- 以下 C 節提供註冊登記不同計劃可採取的步驟，這亦會終止您在本計劃的會員資格。
- 除非您搬出本縣，否則，您的加州低收入醫療保險 (白卡) 會員資格將繼續由聖馬刁健康計劃提供。

---

## C. 如何分別獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 服務

如果您選擇退出本計劃，您可以選擇獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。

### C1. 您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務

您可透過三種選項獲得下列聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務。只要選擇其中一種，您在本計劃的會員資格就會自動終止。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



<p><b>1. 您可轉換為：</b></p> <p><b>其他聯邦醫療保險 (紅藍卡) 健康計劃</b></p>	<p><b>方法如下：</b></p> <p>致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)：  <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>；該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。  <b>TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。</b></p> <p>關於長者綜合護理計劃 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) 的查詢，請致電 <b>1-855-921-PACE (7223)</b>。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 <b>1-800-434-0222</b>，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p><b>或者</b></p> <p>註冊登記另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。</p> <p>當新計劃的承保生效時，您便會自動退出我們的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。</p> <p>除非您搬出本縣，否則，您的加州低收入醫療保險 (白卡) 會員資格將繼續由聖馬刁健康計劃提供。</p>
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





<p><b>2. 您可轉換為：</b></p> <p><b>傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) ，</b> <b>並加入一個個別的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處</b> <b>方藥計劃</b></p>	<p><b>方法如下：</b></p> <p>致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)： <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；</b>該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。 <b>TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電</b> <b>1-877-486-2048。</b></p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li></ul> <p><b>或者</b></p> <p>註冊登記另一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃。</p> <p>當傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保生效時，您便會自動退出本計劃。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p><b>3. 您可轉換為：</b></p> <p><b>傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，但不加入個別的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃</b></p> <p><b>注意：</b>若您轉換至傳統聯邦醫療保險計劃，但沒有註冊登記個別的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥計劃，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 可以為您註冊登記一項藥物計劃，除非您向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 表示不想註冊登記。</p> <p>如果您有其他來源的藥物保險 (例如雇主或工會)，則您應該只放棄參加處方藥承保計劃。如果您不確定自己是否需要藥物保險，可致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 <b>1-800-434-0222</b>，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</p>	<p><b>方法如下：</b></p> <p>致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)：  <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>；該電話 7 天 24 小時全年無休提供服務。  <b>TTY (聽力及語言障礙) 使用者應致電 1-877-486-2048。</b></p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請致電加州醫療保險顧問及促進權益計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話是 <b>1-800-434-0222</b>，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解詳情或尋找您所在區域的本地 HICAP 辦公室，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>當傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保生效時，您便會自動退出本計劃。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## C2. 您的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務

若您對退出本計劃後如何取得加州低收入醫療保險 (白卡) 服務有任何疑問，請與健康護理選擇服務處 (Health Care Options) 聯絡，電話是 **1-844-580-7272**，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請撥 **1-800-430-7077**。請詢問加入另一個計劃或回到傳統聯邦醫療保險，對您的加州低收入醫療保險 (白卡) 承保有何影響。若您對您的加州低收入醫療保險 (白卡) 資格有疑問，請致電聯絡：

- 若您是透過聖馬刁縣人民服務局 (Human Services Agency) 加入此計劃，您應該聯絡 **1-800-223-8383**。
- 若您是透過社會安全生活補助金 (SSI) 福利加入加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃，您應聯絡本地的社會安全局 (Social Security Administration)，電話是 **1-800-772-1213**。

如有任何疑問，請致電 **1-866-880-0606** 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1** 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



---

## D. 您在本計劃會員資格終止之前的醫療服務以及藥物

若您退出本計劃，您的會員資格可能要過一段時間才會終止，然後您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 新承保福利方可生效。在這段時間期間，您會繼續從我們的計劃獲得處方藥和健康護理，直到您新加入的計劃生效。

- 使用網絡服務提供者取得醫療護理服務。
- 請前往我們的網絡藥房領取處方藥。
- 若您在 CareAdvantage D-SNP 會員資格終止當日仍在住院中，本計劃將承保您在出院前的住院費用。即使新的健康承保服務在您出院前就已生效也是如此。

---

## E. 您在本計劃會員資格終止的其他情況

在以下情況下，我們必須終止您在本計劃的會員資格：

- 您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 和 Part B 承保有間斷情形。
- 您失去加州低收入醫療保險 (白卡) 承保資格。本計劃是針對有資格透過 HPSM 參保 Medicare 和 Medi-Cal 的人士而設計。如果您並未透過聖馬刁健康計劃獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 的承保，則在您的加州低收入醫療保險 (白卡) 終止後第五 (5) 個月的第一天起，我們將自動終止您的 CareAdvantage D-SNP 會員資格。舉例來說，如果您的加州低收入醫療保險 (白卡) 在 6 月 1 日終止，且到 10 月 1 日仍未生效，我們會自動將您退出 CareAdvantage D-SNP。如果發生這種情況，您將自動加入傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。
- 如果您搬出我們的服務區域 (聖馬刁縣)。
- 如果您離開我們的服務區域超過 6 個月。
  - 如果您要搬遷或長途出遊，請致電聯絡 CareAdvantage 部門，查詢所搬地方或旅行地是否位於本計劃的服務區域 (聖馬刁縣) 內。
- 如果您因刑事犯罪而被收押或入獄。
- 如果您參加其他提供處方藥承保的保險計劃，但提供虛假資料或隱瞞不報。
- 如果您不是美國公民或合法居民。
  - 您必須是美國公民或合法居民，才能成為我們的會員。
  - 如果您不符合資格而無法繼續成為會員，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心 (CMS) 會通知我們。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



- 如果您不符合此資格要求，我們必須讓您退出計劃。
- 如果您不再符合資格加入加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃，或者您的狀況改變導致您不再合資格參加 CareAdvantage，則您可繼續從 CareAdvantage 再獲得 4 個月的福利。如果您相信自己仍符合資格，這段額外時間可讓您更正您的資格條件資料。我們將寄信給您，說明您的資格條件有何改變，以及您可如何更正資格條件資料。
  - 如想保有 CareAdvantage 會員資格，您必須在這 4 個月結束前再次符合資格。
  - 如果您在 4 個月期滿時仍不符合資格要求，我們會將您退出 CareAdvantage 計劃。

我們必須獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃的同意，才能依據以下理由請您退出本計劃：

- 如果您註冊加入本計劃時蓄意提供不實資料，且這些資料影響您加入本計劃的資格。
- 如果您持續行使破壞性行為，妨礙我們為您及本計劃其他會員提供醫療護理。
- 如果您允許其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。(若我們為此終止您的會員資格，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 可能會請監察長調查您的個案。)

---

## F. 禁止因任何健康相關理由而要求您退出本計劃的規則

我們不能因為與您的健康相關的任何原因而要求您退出我們的計劃。如果您認為自己因健康相關原因被迫退出本計劃，請致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請撥 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。

---

## G. 若我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

若我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式向您告知原因。我們也必須說明您如何就本計劃終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您亦可參閱《會員手冊》第 9 章，了解如何提出投訴。

---

## H. 如何查詢計劃會員資格終止的詳細資訊

如有任何疑問或想獲得關於終止會員資格的更多資訊，您可致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 11 章：法律公告

---

### 簡介

本章包含的法律公告適用於您在本計劃的會員資格。重要術語及其字詞定義在《會員手冊》的最後一章以英文字母順序排列顯示。

### 目錄

A. 法律相關公告.....	2
B. 禁止歧視的相關公告.....	2
C. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 為第二付款方以及加州低收入醫療保險 (白卡) 為最後付款方通知.....	3
D. 關於加州低收入醫療保險 (白卡) 遺產索討的注意事項.....	3



---

## A. 法律相關公告

此《會員手冊》遵守多項法律規定。即使《會員手冊》未列明或解釋這些法律，您的權利和責任亦可能受其影響。適用的主要法律是關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃與加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃的聯邦及州法律。其他聯邦和加州法律也可能適用。

---

## B. 禁止歧視的相關公告

我們不會基於以下原因而歧視您，或以不同方式對待您：種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、性別、年齡、性取向、心理或生理殘障、健康狀態、索償記錄、醫療記錄、遺傳資訊、保險證明或服務區域內的地理位置。此外，我們不會因為血統、族群認同、性別認同、婚姻狀況或醫療狀況，非法歧視、排擠或以不同方式對待任何人。

如需了解詳情或存有歧視或不公平對待方面的疑慮：

- 請致電 1-800-368-1019，聯絡衛生及公共服務部民權辦事處 (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可致電 1-800-537-7697。您亦可以瀏覽 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 以了解詳情。
- 請致電 916-440-7370，聯絡健康護理服務局民權辦事處 (Department of Health Care Services, Office for Civil Rights)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可致電 7-1-1 (電訊傳譯服務)。如果您認為自己受到歧視而希望提交歧視申訴，請聯絡聖馬刁健康計劃 (Health Plan of San Mateo, HPSM) 民權專員。您可以用透過書面、當面或電子方式提出申訴。請致電 1-888-576-7227 以聯絡 HPSM 民權協調員，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線。您亦可填寫一份投訴表或寫信寄至：

聖馬刁健康計劃  
Attn: HPSM Civil Rights Coordinator  
801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

您可在此網址取得投訴表格：[grievance.hpsm.org](http://grievance.hpsm.org)

如果您的申訴與在參加加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃時受到歧視有關，您亦可透過電話、書面或電子方式，向 Department of Health Care Services (健康護理服務局，簡稱 DHCS) 民權辦事處提出投訴：

- 透過電話投訴：請致電 916-440-7370。如果您有語言或聽力障礙，請撥打 7-1-1 (電訊傳譯服務)。
- 書面：填寫一份投訴表或寫信寄至：

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O.Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

投訴表格可在以下網址取得：[dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)。

- 電子方式：發電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

若您有殘障並且需要協助以獲得健康護理服務或服務提供者的服務，請致電 CareAdvantage 部門。若您想提出投訴 (如沒有無障礙通道的問題)，CareAdvantage 部門可提供協助。

---

### C. 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 為第二付款方以及加州低收入醫療保險 (白卡) 為最後付款方通知

有時候，我們為您提供的服務必須先由其他付款方支付費用。舉例來說，如果您出車禍或因公受傷，保險公司或工傷賠償法就必須先付費。

若聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不是主要付款方，我們有權利和責任針對承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) 服務收取款項。

對於會員的健康護理服務，我們會遵守所有關於第三方法律責任的聯邦和州立法規。我們會採取所有合理措施，確保加州低收入醫療保險 (白卡) 是最後付款方。

---

### D. 關於加州低收入醫療保險 (白卡) 遺產索討的注意事項

對於某些在其 55 歲生日或之後獲得加州低收入醫療保險 (白卡) 福利的已逝會員，加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃必須從其認證遺產中索討費用。索討費用包括按服務收費和管理式護理保費/護理機構服務的論人計酬、家庭和社區服務，以及會員在護理機構住院或接受家庭和社區服務時所獲得的相關醫院與處方藥服務。索討金額不得超過會員經驗證的遺產價值。

如需知詳情，請瀏覽健康護理服務局遺產索討網站：[www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) 或致電 1-916-650-0590。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 第 12 章：重要詞彙的字詞定義

---

### 簡介

本章列有《會員手冊》中使用的重要術語及其字詞定義。這些詞彙按字母排序。若您找不到某個詞彙，或者您除了定義以外還需要其他資訊，請聯絡 **CareAdvantage** 部門。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 **CareAdvantage** 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





**Activities of daily living (日常生活活動，簡稱 ADL)：**人們平常做的事情，例如吃東西、上廁所、穿衣服、洗澡或刷牙。

**Administrative law judge (行政法官)：**該法官負責審查三級上訴。

**AIDS drug assistance program (愛滋病藥物補助計劃，簡稱 ADAP)：**該計劃會協助符合資格的 HIV/AIDS 人士取得救命的 HIV 藥物。

**Ambulatory surgical center (門診手術中心)：**這類機構針對不需要住院治療，而且護理時間應該不超過 24 小時的病人提供門診手術。

**Appeal (上訴)：**這是您認為我們犯錯時可提出異議的管道。您可以提出上訴，要求我們改變承保決定。《會員手冊》第 9 章解釋上訴內容，包括如何提出上訴。

**Behavioral Health (行為健康)：**行為健康是指精神健康和藥物濫用失調服務的通用名詞。

**Brand name drug (專利藥)：**由原製藥商生產、銷售的處方藥。專利藥與非專利藥具有相同成份。非專利藥物則通常由其他藥廠生產和銷售。

**CareAdvantage 部門：**負責回答有關會員資格、福利、申訴和上訴問題的聖馬刁健康計劃 (HPSM) 部門。如需了解更多關於 CareAdvantage 部門，請參閱《會員手冊》第 2 章。

**健康護理經理：**負責與您、健康計劃和護理服務提供者合作的主要工作人員，確保您可獲得需要的護理服務。

**Care Plan (護理計劃)：**請參閱「個人護理計劃」(Individualized Care Plan，簡稱 ICP)。

**Care Plan Optional Services (護理計劃選擇性服務，簡稱 CPO 服務)：**根據個人護理計劃 (Individualized Care Plan，簡稱 ICP) 提供的其他選擇性服務。這類服務的目的不在於取代加州低收入醫療保險 (白卡) 授權您獲得的長期服務及支援。

**Care Team (護理團隊)：**請參閱「跨領域護理團隊」(Interdisciplinary Care Team，簡稱 ICT)。

**Catastrophic Coverage Stage (重大疾病承保階段)：**聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物福利的一個階段，由本計劃支付所有藥物費用直到年底為止。當您 (或其他代表您的合格方) 在該年度支付 \$8,000 的 Part D 承保藥物時，即進入此階段。您不必支付任何費用。

**Centers for Medicare & Medicaid Services (聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心，CMS)：**負責管理聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的聯邦機構。《會員手冊》第 2 章將說明 CMS 的聯絡方式。

**社區型成人服務 (CBAS)：**門診、機構的服務計劃，能提供專業護理服務、社會服務、職能和語言治療、個人護理、家庭/照顧者訓練和支援、營養服務、交通及其他服務 (若您符合適用的資格條件)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Complaint (投訴)**：這是書面或口語聲明，指出您對承保服務或護理內容的問題或疑慮。其中包括您對服務品質、護理品質、網絡服務提供者或網絡內藥房的疑慮。「投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

**Comprehensive outpatient rehabilitation facility (綜合門診康復機構，簡稱 CORF)**：這類機構主要在病人生病、發生意外或進行大手術後提供康復服務。服務項目極為廣泛，包括物理治療、社會服務、心理服務、呼吸治療、職能治療、口語治療和居家環境評估服務。

**共付金**：每次領取特定處方藥時支付分攤費用部分的固定金額。例如，您每次領取處方藥可能需要支付 \$1.55 或 \$11.20。

**Cost-sharing (分攤費用)**：領取特定處方藥時必須支付的金額。分攤費用包含共付金。

**Cost-sharing tier (分攤費用層級)**：共付金金額相同的一組藥物。《承保藥物清單》(亦稱為「藥物清單」)內所有藥物皆屬於這兩個 (2) 分攤費用層級之一。一般而言，分攤費用層級越高，您支付的藥費亦越高。

**Coverage decision (承保決定)**：關於我們所承保福利的決定。其中包括決定承保哪些藥物、服務，或者決定我們需為健康服務支付多少金額。《會員手冊》第 9 章將說明如何要求我們作出承保決定。

**Covered Drugs (承保藥物)**：用來表示本計劃承保的所有處方藥和非處方藥的用語。

**Covered Services (承保服務)**：用來表示本計劃承保的所有健康護理、長期服務及支援、用品、處方藥和非處方藥、設備及其他服務的一般用語。

**Cultural competence training (文化能力訓練)**：文化能力訓練是為我們的健康護理提供者提供的額外教學，目的是為了幫助他們進一步了解您的背景、價值觀和信仰，使其服務能順應和滿足您的社會、文化和語言需求。

**Daily Cost-sharing Rate (每日分攤費用)**：醫生開立特定藥物的藥量不足一個月，且您必須負擔共付金，此時可能需支付的費用。每日分攤費用的計算公式為共付金除以一個月的供藥天數。

舉例如下：我們假設您的藥物一個月藥量 (30 天份) 的共付金是 \$1.55。這表示您每天為此藥物支付的金額不到 \$0.05。如果您獲得 7 天藥量，您支付的金額為每天的金額 (低於 \$0.05) 乘以 7 天，總額不超過 \$0.35。

**Department of Health Care Services (健康護理服務局，簡稱 DHCS)**：加州負責管理公共醫療補助計劃 (在加州稱為加州低收入醫療保險 (白卡)) 的州政府部門。

**Department of Managed Health Care (醫療管理局，簡稱 DMHC)**：負責規範健康計劃的加州州政府部門。醫療管理局可協助人們對加州低收入醫療保險 (白卡) 服務提出上訴和投訴。醫療管理局亦負責執行獨立醫療審查 (IMR)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Disenrollment (退保)：**終止本計劃會員資格的程序。退保可能是自願的（您自己的選擇）或非自願的（非您自己的選擇）。

**Drug management program (藥物管理計劃，簡稱 DMP)：**這項計劃可協助確保會員安全使用處方鴉片及其他遭頻繁濫用的藥物。

**Drug tiers (藥物層級)：**即我們「藥物清單」上的藥物分組。非專利藥、專利藥就屬於藥物層級的例子。「藥物清單」中的每種藥物皆屬於這兩 (2) 個藥物層級之一。

**CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃：**為同時符合聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和公共醫療補助計劃 (Medicaid) 資格的人士提供服務的健康計劃。本計劃即屬於一種 D-SNP。

**Durable Medical Equipment (耐用醫療設備)：**醫生訂購以供您在家使用的特定用品。例如，輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、服務提供者訂購的家用病床、靜脈 (Intravenous, IV) 輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備及用品、噴霧器及步行器。

**Emergency (緊急)：**急診醫療狀況是指您或具備一般健康和醫療知識的任何其他人士相信您的醫療症狀需要立即接受醫藥治療，以免造成死亡、損失身體任何部分，或喪失或嚴重損害身體機能。這些症狀可能是疾病、外傷或劇痛，或急速惡化的醫療狀況。

**Emergency Care (急診護理)：**由受過急診服務培訓的服務提供者提供，且是治療醫療或行為健康方面的緊急狀況所必要的承保服務。

**Exception (破例)：**即允許讓平常不承保的藥物獲得承保，或者允許使用藥物而不受規定與限制。

**Excluded services (除外服務)：**此健康計劃不承保的服務。

**Extra Help (額外補助計劃)：**協助收入和資源有限者減少聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 處方藥費用的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，例如保費、自付額和共付金。額外補助計劃又稱為「低收入戶補助」或「LIS」。

**Generic drug (非專利藥)：**經聯邦政府核准且可取代專利藥的一種處方藥。非專利藥的成分與專利藥相同，非專利藥通常較便宜，但是藥效和專利藥一樣好。

**Grievance (申訴)：**您對本計劃或網絡服務提供者/藥房提出的投訴，包括您就健康計劃所提供的護理服務或服務品質而提出的投訴。

**醫療保險顧問及促進權益計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 簡稱 HICAP)：**針對聯邦醫療保險 (紅藍卡) 免費提供客觀資訊與諮詢服務的計劃。《會員手冊》第 2 章將說明 HICAP 的聯絡方式。

**Health Plan (健康計劃)：**由醫生、醫院、藥房、長期服務的服務提供者及其他服務提供者組成的組織。此類計劃還有護理協調員，能協助您管理所有服務提供者和服務。這些人共同合作為您提供所需的護理。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Health Risk Assessment (健康風險評估，簡稱 HRA)：**檢查您的醫療記錄和目前病況。這項評估是用來了解您的健康狀況，以及未來可能發生的變化。

**居家健康助理 (Home Health Aide)：**提供無需持照護士或治療師技能等服務的個人，如協助提供個人護理服務 (例如洗澡、上洗手間、穿衣或進行指定的運動)。居家健康助理不要求護士執照或不提供治療服務。

**Hospice (安寧療護)：**提供給末期預後病患的護理與支援計劃，讓他們過得更舒服。末期預後是指經醫學證明患有絕症，即預期壽命為 6 個月或更短。

- 末期預後的人會者有權選擇安寧療護。
- 經過專門訓練的專家和照顧團隊，可為個人提供整體照顧，包含生理、情緒、社交、精神層面的需求。
- 我們必須為您提供您所在地區的安寧療護服務提供者清單。

**Improper/inappropriate billing (不正當/不適當收費)：**服務提供者 (例如醫生或醫院) 就服務向您收取超出我們分攤費用金額的情形。如果您收到自己不明白的帳單，請與 CareAdvantage 部門聯絡。

身為計劃會員，若您接受本計劃承保的服務，您只需支付本計劃的分攤費用金額。我們不允許服務提供者向您收取超過該金額的費用。

**In Home Supportive Services (居家支援服務，簡稱 IHSS)：**居家支援服務計劃將支付為您提供服務的費用，讓您可繼續安全地居住家中。居家支援服務是離開療養院或膳宿護理之家類護理的另一種選擇。透過居家支援服務授權的服務類型包括房屋清掃、備餐、洗衣、買菜、個人護理服務 (如腸道和膀胱護理、沐浴、梳理以及醫務輔助服務)、陪診以及對智障人士的保護性監督。居家支援服務計劃受縣社會服務署管理。

**Independent Medical Review (獨立醫療審查，簡稱 IMR)：**若我們拒絕您要求的醫療服務或治療，您可以提出上訴。如果您不同意我們的決定，而且您的問題和加州低收入醫療保險 (白卡) 服務有關 (包括 DME 用品和藥物)，您可以要求加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 進行 IMR。IMR 是將您的個案交給與本計劃無關的醫生來審查。如果 IMR 結果對您有利，我們必須為您提供您要求的服務或治療。獨立醫療審查是免費服務。

**Independent Review Organization (獨立審查機構，簡稱 IRO)：**獨立審查機構是聯邦醫療保險 (紅藍卡) 聘用的獨立機構，負責審查二級上訴。該機構與我們無關，而且並非政府機構，並會決定我們所作的決定是否正確或是否應予變更。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會監督該機構的工作。獨立審查機構的正式名稱為**獨立審查實體**。

**個人護理計劃 (Individualized Care Plan，簡稱 ICP)：**有關您可獲得的服務內容以及獲得方式的計劃；其中可能包含醫療服務、行為健康服務、長期服務以及長期支援。

**Initial Coverage Stage (初始承保階段)：**聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 總藥費達到 **\$8,000** 以前的階段。這包括您支付的金額、本計劃代您支付的部分，以及低收入戶補

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



助。您在一年內領取第一份處方藥時，這個階段就會開始。在此階段，我們會支付您的部分藥費，而您支付自己的分攤費用。

**住院病人：**當您正式住院接受專業醫療服務時所用的術語。如果您正式辦理住院，即使您是在醫院過夜，還是可能被視為門診病人，而非住院病人。

**Interdisciplinary Care Team (跨領域護理團隊，簡稱 ICT 或護理團隊)：**包含您的主治醫生 (PCP)、獲指派的健康護理經理、專科醫生或其他醫生、或其他健康專業人員的護理團隊；這些人士會互相溝通與合作，以協助您獲得所需的護理服務。

**List of Covered Drugs (「承保藥物清單」，亦稱「藥物清單」)：**我們承保的處方藥和非藥物產品清單。本計劃在一群醫生及藥劑師協助下篩選決定清單上的藥物。藥物清單也會說明取得藥物時是否必須遵守任何規則。藥物清單有時稱為「藥方集」，不含我們承保的多數非處方藥。若需獲得此資訊，您可瀏覽我們的網站：[www.hpsm.com/careadvantage](http://www.hpsm.com/careadvantage)。

**Long-term Services and Supports (長期服務及支援，簡稱 LTSS)：**長期服務及支援旨在改善長期醫療狀況。這些服務大多能協助您住在家中，不必前往護理機構或醫院。本計劃所承保的長期服務及支援包括社區服務、護理機構 (NF) 以及社區支援。居家支援服務及 1915(c) 豁免計劃是在本計劃之外提供的加州低收入醫療保險 (白卡) 長期服務及支援。

**Low-income Subsidy (低收入戶補助，簡稱 LIS)：**請參閱「額外補助計劃」。

**Mail Order Program (郵購計劃)：**有些計劃可能會提供郵購計劃，讓您領取最多 3 個月的承保處方藥，而且直送到府。若要配取您定期服用的處方藥，這可能是一種既符合經濟效益又方便的方式。

**Medi-Cal (加州低收入醫療保險 (白卡))：**這是加州公共醫療補助計劃 (Medicaid) 的名稱。加州低收入醫療保險 (白卡) 受州政府管理，並且費用是由州政府和聯邦政府支付。

- 加州低收入醫療保險 (白卡) 協助收入和支援有限的人們支付長期服務、支援以及醫療費用。
- 此保險承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) 不承保的額外服務和部分藥物。
- 公共醫療補助計劃 (Medicaid) 內容各州不同，但是若您有資格同時參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 及公共醫療補助計劃，多數健康護理費用都可獲得承保。

**Medi-Cal Plans (加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃)：**只涵蓋加州低收入醫療保險 (白卡) 福利的計劃，例如長期服務及支援、醫療設備和接送服務。而聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利不包含在內。

**Medicaid (or Medical Assistance) (公共醫療補助計劃 (或醫療援助))：**該計劃由聯邦政府和州政府負責營運，可協助收入和資源有限的人們支付長期服務、支援以及醫療費用。加州低收入醫療保險 (白卡) 是加州的公共醫療補助計劃 (Medicaid)。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Medically Necessary (醫療上必須的)：**這個詞彙是用來說明為預防、診斷、治療某醫療狀況或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。包含為了讓您不必住院或入住護理機構所需的護理服務；這也代表服務、用品或藥物符合公認的醫療作業標準。

**聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃：**為年滿 65 歲人士、部分未滿 65 歲但存在特定障礙的人士，以及末期腎病 (ESRD) 患者 (通常是指需要洗腎透析或腎臟移植等患永久腎衰竭的人) 等提供的聯邦健康保險計劃。擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的人士可以透過傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或一個管理式護理計劃 (參閱「健康計劃」) 獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 健康保險。

**Medicare Advantage (聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage)：**一種聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃，也稱為「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part C」或「MA」；這是透過私人公司來提供 MA 計劃。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 向這些公司付費，以承保您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利。

**Medicare Appeals Council (聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會，簡稱委員會)：**該委員會負責審查四級上訴，隸屬聯邦政府。

**Medicare-covered Services (聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保服務)：**聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 和 Part B 承保的服務。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 所有健康計劃 (包括本計劃)，都必須承保聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 和 Part B 承保的所有服務。

**Medicare diabetes prevention program (聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃糖尿病預防計劃，簡稱 MDPP)：**這是一項結構化健康行為變化計劃，可提供關於長期飲食變化、增加身體運動量以及克服挑戰的策略等方面的培訓，以保持減肥效果和健康生活方式。

**Medicare-Medi-Cal enrollee (聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與加州低收入醫療保險 (白卡) 入會者)：**符合聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 承保資格的個人。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃 (Medicaid) 入會者也稱為「雙重資格個人」。

**Medicare Part A (聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A)：**這項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃承保大部分醫療上必要的醫院、專業護理機構、居家健康和安寧療護護理。

**Medicare Part B (聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B)：**這項聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃承保醫療上必要的服務 (例如檢驗、手術和就診) 與用品 (例如輪椅或步行器)，以治療疾病或病況。聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 也承保許多預防性服務和檢查服務。

**Medicare Part C (聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part C)：**聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃也稱為「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage」或「MA」，可讓私人健康保險公司透過聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃提供聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利。

**Medicare Part D (聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D)：**聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥福利計劃。這個計劃簡稱「Part D」。Part D 承保門診處方藥、疫苗，以及聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A、Part B 或公共醫療補助計劃 (Medicaid) 不承保的部分用品。本計劃包含聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Medicare Part D drugs (聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物)：**聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 承保的藥物。議會特別把特定藥物類別排除在聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物承保範圍外。但加州低收入醫療保險 (白卡) 可能透過 Medi-Cal Rx 承保部分此類藥物。

**Medication Therapy Management (藥物治療管理，簡稱 MTM)：**由健康護理提供者 (包括藥劑師) 提供的一種獨特服務或多類服務，目的是確保病患獲得最佳治療結果。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 5 章。

**Member (指本計劃的會員，又稱計劃會員)：**參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 且滿足以下條件的人士：有資格獲得承保服務、已加入本計劃，且其註冊登記事宜已獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心 (CMS) 和州政府的確認。

**Member Handbook (《會員手冊》) 與 Disclosure Information (披露資訊)：**本文件、您的註冊表，以及任何其他說明了您的承保內容、我們必須做的事項、您的權利及本計劃會員必須做的事的附件或附加條款。

**Network Pharmacy (網絡藥房)：**同意為本計劃會員處方配藥的藥房 (藥物商店)。我們稱這些為「網絡藥房」，因為他們同意與本計劃合作。多數情況下，只有在我們的網絡藥房領藥時，我們才會支付處方藥費用。

**Network Provider (網絡服務提供者)：**「服務提供者」一詞是我們用來指醫生、護士及其他為您提供服務和護理的人員。這個詞彙亦包含醫院、家居健康機構、診所和其他能為您提供健康護理服務、醫療設備以及長期服務及支援的場所。

- 這些場所皆有證照或經過聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和州政府認證，可為會員提供健康護理服務。
- 當他們同意與本健康計劃合作、接受我們付款，且不向我們的會員收取額外費用時，我們稱他們為「網絡服務提供者」。
- 若您是本計劃會員，您必須使用網絡服務提供者取得承保服務。網絡服務提供者亦稱為「計劃服務提供者」。

**療養院或護理機構：**這類機構可為無法在家獲得護理，但又不需住院的人提供護理。

**Ombudsman (調查專員)：**您所在州擔任您權益代理人的辦公室。如果您遇到困難或要提出投訴，他們能回答您的問題，並且協助您了解該怎麼做。調查專員免費提供服務。您可以在《會員手冊》第 2 章和第 9 章找到更多相關資訊。

**Organization determination (組織裁定)：**當本計劃或本計劃的某個服務提供者對服務是否獲承保或您須為承保服務支付多少費用作出決定時，這便是作出組織裁定。組織裁定也稱為「承保決定」。《會員手冊》第 9 章將說明承保決定。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Original Medicare (傳統聯邦醫療保險或按服務收費聯邦醫療保險 (紅藍卡))**：政府提供傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 會向醫生、醫院及其他健康護理提供者支付美國國會確認的金額，並以此方式承保服務。

- 您可向任何接受聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的醫生、醫院或其他健康護理提供者尋求服務。傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 有兩個部分：聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A (醫院保險) 和 Part B (醫療保險)。
- 您可以在全美各地享有傳統聯邦醫療保險提供的服務。
- 如果您不想加入我們的計劃，可選擇加入傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。

**Out-of-network Pharmacy (網絡外藥房)**：尚未同意與本計劃合作，以便為計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。您在網絡外藥房獲得的大多數藥物不會獲得本計劃承保，但某些特定情況除外。

**Out-of-network provider (網絡外服務提供者) 或 Out-of-network facility (網絡外機構)**：並非由本計劃單位雇用、擁有或營運，也沒有和本計劃單位簽約並為本計劃會員提供承保服務的服務提供者或機構。《會員手冊》第 3 章將說明網絡外服務提供者或機構。

**Out-of-pocket costs (自付費用)**：要求會員為所獲服務或藥物支付一部分費用的分攤費用要求，也稱「自付」費用要求。請參閱上述「分攤費用」的字詞定義。

**Over-the-counter (OTC) drugs (非處方藥)**：非處方藥是指個人在未獲得健康護理專業人員處方的情況下可購買的藥物或藥品。

**Part A**：請參閱「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A」。

**Part B**：請參閱「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B」。

**Part C**：請參閱「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part C」。

**Part D**：請參閱「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D」。

**Part D Drugs (Part D 藥物)**：請參閱「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物」。

**Personal health information (個人健康資訊，也稱為受保護健康資訊，簡稱 PHI)**：有關您以及您的健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生看診記錄和醫療記錄。請參閱我們的《隱私政策實施通知》，進一步了解我們如何保護、使用和披露您的 PHI，以及您對自己的個人健康資訊 (PHI) 有哪些權利。

**主治醫生 (PCP)**：您有健康問題時，多數時候會先去看的醫生或其他服務提供者。他們會確保您獲得維持健康所需的護理。

- 他們也可能與其他醫生和健康護理服務提供者討論您的護理治療，並將您轉診給他們。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





- 許多聯邦醫療保險 (紅藍卡) 健康計劃規定，您必須先去看自己的主治醫生，然後才能去看其他健康護理提供者。
- 請參閱《會員手冊》第 3 章，以了解如何獲得主治醫生的護理服務。

**Prior authorization (事先授權，簡稱 PA)：**這是指您必須先取得我們的核准，才能獲得某種特定的服務或藥物，或者使用網絡外服務提供者。如果未先取得核准，本計劃可能不會承保該服務或藥物。

對於有些網絡內的醫療服務，您的醫生或其他網絡服務提供者必須先取得我們的事先授權，本計劃才可承保。

- 《會員手冊》第 4 章中標示有需要獲得本計劃事先授權的承保服務。

某些藥物必須在您取得我們的事先授權後，本計劃才可承保。

- 《承保藥物清單》內標示有需要本計劃事先授權的承保藥物。

**Program for All-inclusive Care for the Elderly (長者綜合護理計劃，簡稱 PACE)：**含有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和公共醫療補助計劃 (Medicaid) 福利的計劃，專為年滿 55 歲且需要更多居家照護的民眾提供。

**Prosthetics and Orthotics (義肢和矯形器)：**您的醫生或其他健康護理提供者訂購的醫療設備，包括但不限於護臂、護背、護頸、義肢、義眼，以及取代體內器官或功能所需的設備，包括人工造口用品、腸內和腸外營養療法。

**Quality Improvement Organization (品質改善組織，簡稱 QIO)：**由醫生和其他健康護理專家組成的團體，負責改善聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會員的護理品質，聯邦政府向 QIO 支付費用，要求其檢查並提升病患的護理品質。請參閱《會員手冊》第 2 章，以了解 QIO 的資訊。

**Quantity Limits (數量限制)：**您可領取的某種藥物的數量限制。我們可以限制每張處方中我們承保的藥物數量。

**Real Time Benefit Tool (即時福利工具)：**一個可讓入會者查看資訊的入口網站或電腦應用程式；入會者可查看完整、準確、適時、臨床適當性及入會者特定承保藥物和福利的資訊。其中包括分攤費用額、可作為特定藥物治療同一健康狀況的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、循序用藥、數量限制)。

**轉診 (Referral)：**轉診是指經您的主治醫生 (PCP) 或我們核准，向您的 PCP 以外的其他服務提供者尋求服務。如果未事先核准，我們可能不會承保該服務。您使用某些特定的專科醫生時不需轉診，例如婦科醫生。您可以在《會員手冊》第 3 章和第 4 章找到更多有關轉診的資訊。

**Rehabilitation Services (康復服務)：**您因為疾病、意外或大手術需要復原而接受的治療行為。請參閱《會員手冊》第 4 章，以了解康復服務的詳情。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



**Sensitive services (敏感服務)：**與心理或行為健康、性與生殖健康、家庭計劃、性病傳染 (sexually transmitted infections, STI)、愛滋病 (human immunodeficiency virus, HIV/Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS)、性侵害和人工流產、濫藥失調、性別確認護理及親密伴侶暴力相關的服務。

**Service Area (服務區域)：**健康計劃若是根據會員居住地限制會員資格，則這類區域是指健康計劃接受會員所在的地理區域。若計劃對醫生和醫院的使用有所限制，一般也指您取能夠取得例行 (非急診) 服務的區域。唯有居住在我們服務區域的人可以註冊登記我們的計劃。

**Share of Cost (分攤費用)：**在您享有的福利生效以前，您每月必須分攤的健康護理服務費用。分攤費用金額取決於您的個人收入與可取得資源。

**Skilled Nursing Facility (專業護理機構，簡稱 SNF)：**配有專職人員與設備，可提供專業看護服務的護理機構，大多也提供康復服務和其他相關的健康服務。

**Skilled Nursing Facility Care (專業護理機構 (SNF) 護理)：**在專業護理機構內每日持續提供的專業護理和康復服務。專業護理機構護理的例子包括註冊護士或醫生可提供的物理治療，或者靜脈 (IV) 注射。

**Specialist (專科醫生)：**針對特定疾病或身體部位提供健康護理的醫生。

**Specialized pharmacy (專業藥房)：**請參閱《會員手冊》第 5 章，以了解專業藥房的詳情。

**State Hearing (州級聽證會)：**若您的醫生或其他服務提供者要求提供我們未核准的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務，或者，我們不繼續支付您已有的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務費用，您可以要求進行州級聽證會。如果州級聽證會的結果對您有利，我們就必須為您提供您要求的服務。

**Step Therapy (循序用藥)：**要求您先嘗試其他藥物，我們才會承保您要求的藥物的一種承保規則。

**Supplemental Security Income (社會安全生活補助金，簡稱 SSI)：**社會安全局 (Social Security) 每月支付給收入和資源有限且存在殘障、失明或年滿 65 歲者的福利金。SSI 福利不同於社會保障福利。

**Urgently needed (緊急護理)：**您忽然生病、受傷或病況並非緊急但是需要立即的護理。不過，當您網絡服務提供者無法提供服務或者您無法聯絡到他們時，您可以使用網絡外服務提供者提供的緊急護理。

---

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。



## 聖馬刁健康計劃 CareAdvantage 部門

<p><b>電話</b></p>	<p>1-866-880-0606</p> <p>所有來電均為免費。</p> <p>服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。</p> <p>我們的 CareAdvantage 部門可為不會說英語者提供免費口譯服務。</p>
<p><b>TTY (聽力及語言障礙) 專線</b></p>	<p>1-800-735-2929 或撥 7-1-1。</p> <p>撥打此號碼必須使用特殊電話設備，且僅供有聽力或語言障礙人士使用。</p> <p>所有來電均為免費。</p> <p>服務時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 8:00。</p>
<p><b>傳真</b></p>	<p>(650) 616-2190</p>
<p><b>來信</b></p>	<p>CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080</p> <p>電郵：CustomerSupport@hpsm.org</p>
<p><b>網站</b></p>	<p><a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a></p>

如有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解更多資訊，請瀏覽 [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)。





# 「讓人人擁有健康」



801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

tel 866.880.0606 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)

Call Center Hours:  
Monday through Sunday  
8:00 a.m. to 8:00 p.m.