



計劃會員手冊

與承保說明書

HealthWorx HMO

Last Updated: 08/01/2022

我們的會員服務部可為您提供協助

請撥打我們的電話 **1-800-750-4776**
(免費) 或 **650-616-2133**

有聽力障礙者：

TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**

星期一到星期五

電話：上午 8:00 至晚上 6:00

辦公室服務時間：上午 8:00 至下午 5:00

大字版需求

若您需要本手冊的大字版，請致電會員服務部

隱私權聲明

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會為您保密病歷資訊。
如有疑問或需要更多資訊，請致電會員服務部

Our Member Services department Is Available to Help You

Call us at **1-800-750-4776** (toll free)
or **650-616-2133**

Hearing Impaired:

TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**

Monday-Friday:

Phone 8:00am-6:00pm

Office hours 8:00am-5:00pm

Large-print Request

If you would like a large-print copy of this book, please call
Member Services

Privacy Statement

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

Nuestra Unidad de Servicios al Miembro está disponible para ayudarlo

Llámenos al **1-800-750-4776** (número
telefónico gratuito) o al **650-616-2133**

Miembros con dificultades auditivas:

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

De lunes a Viernes:

Por teléfono 8:00am-6:00pm

Horario de oficina 8:00am-5:00pm

Solicitud de impresión en caracteres grandes

Si desea una copia de este manual en letra grande,
llame al Departamento de Servicios al Miembro.

Declaración de privacidad

El Health Plan of San Mateo garantiza la privacidad de su
registro médico. Si tiene alguna pregunta o desea obtener
más información, llame a Servicios al Miembro.

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

Tawagan kami sa **1-800-750-4776**
(walang bayad) o sa **650-616-2133**

May Kapansanan sa Pandinig:

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

Lunes hanggang Biyernes

Telepono: 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m.

Mga oras ng opisina: 8:00 a.m.

hanggang 5:00 p.m.

Paghiling para sa Pagkakalimbag na may Malalaking Letra

Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki
ang mga letra sa pagkakalimbag, mangyaring tawagan ang
mga Serbisyo para sa mga Miyembro

Pahayag tungkol sa pagiging pribado ng impormasyon

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

目錄

隱私政策實施通知	2
不歧視公告	8
第 1 節：字詞定義	20
第 2 節：會員權利與責任	26
第 3 節：使用本健康計劃	28
第 4 節：取得健康護理服務的程序	36
第 5 節：會員的財務責任	48
第 6 節：承保服務、福利和共付金	50
第 7 節：福利不承保服務和限制.....	68
第 8 節：申訴和上訴程序	70
第 9 節：一般資訊	74

隱私政策實施通知

生效日期：2003 年 4 月 14 日 | 修訂：2021 年 12 月 27 日

本通知書說明我們會如何使用及披露您的醫療資訊，亦說明您可以如何取得這些資訊。請詳細閱讀。

我為什麼會收到這份通知書？

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 了解您的健康資訊屬於個人隱私。我們致力保護這類資訊。本通知書內含聖馬刁健康計劃的隱私政策實施概要，以及您在健康資訊方面的權利。本通知書只涵蓋聖馬刁健康計劃的隱私政策實施辦法。關於如何使用和披露診所內建立有關您的健康資訊，每位醫生可能有不同的政策或公告事項。

我們依法必須：

- 確保您的健康資訊得到保密
- 為您提供這份通知書，讓您了解我們對您的健康資訊有何法律責任和隱私政策實施辦法
- 遵守本通知書的現行有效條款

我們可能如何使用和分享您的健康資訊

只有為了與您參加特定計劃有關的治療、付款和健康護理等作業時，聖馬刁健康計劃才會使用或分享您的資訊。我們會使用和分享的資訊包括但不限於：

- 您的姓名
- 地址
- 個人情況
- 您所獲得的醫療護理服務
- 您的醫療護理服務費用
- 您的醫療記錄

我們可能使用和分享您健康資訊的一些情形

- **治療：**您的診治服務可能需要預先批准。為了讓您獲得所需護理，我們會與您的醫生、醫院和其他服務提供者分享您的醫療資訊。
- **付款：**我們使用您的健康資訊向曾經為您提供醫療護理的醫生、醫院和其他服務提供者付款。我們還可能為付款事宜將帳單轉交給其他健康計劃或機構。
- **執行健康護理作業：**我們可能使用您的健康資訊來檢查您所獲得的護理品質。我們還可能將這類資訊用於稽核、詐欺和虐待防止計劃、財務和組織規劃，以及一般行政用途。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

- **向業務夥伴披露：**我們可能向協助執行本健康計劃的外部公司分享您的健康資訊。

其他使用您健康資訊的情形

- **健康福利或服務：**我們可能使用和分享您的健康資訊，以便透過聖馬刁健康計劃的健康教育計劃告知您可能有興趣知道的福利或服務。
- **付款決定：**關於我們對您的健康護理所做的付款決定，您或您的醫生、醫院及其他醫療護理提供者可提出上訴。我們可能使用您的健康資訊來做上訴決定。
- **監督活動：**我們可能與醫療保健監督機構分享您的健康資訊，以利他們進行法律授權的活動。這類監督活動可能包括稽核、調查、檢查、發照或懲戒行動。政府有必要進行這些活動，以便監督聖馬刁健康計劃是否遵守各項法規。
- **向參與您護理的人披露：**我們可能與參與您健康護理的人或您的代理人分享您的資訊。
- **工傷保險賠償計劃：**我們可能向工傷保險賠償計劃或類似計劃分享您的健康資訊。這類計劃旨在為工作相關傷害或疾病提供保險福利。
- **驗屍官、法醫和殯儀館主管：**我們可能向驗屍官、法醫和殯儀館主管分享已故會員的健康資訊，以便他們執行份內職務。
- **器官和組織捐贈：**我們可能向取得、保存或移植器官或組織的機構分享您的健康資訊。
- **公共衛生活動：**我們可能為了公共衛生活動而分享您的健康資訊。這些活動包括但不限於以下情形：
 - 預防或控制疾病、受傷或殘障
 - 通報出生和死亡
 - 通報兒童虐待或疏忽案件
 - 通報與藥物和其他醫療產品相關的問題
 - 對可能正在使用某些產品的人，通知有關產品回收事宜
 - 通知可能已接觸某種疾病，或有感染或傳播疾病風險的人
- **執法或法律程序：**我們可能會依法為以下情形分享健康資訊：執法官員要求以回應法院命令或搜索票；以及，獲授權的聯邦官員要求以進行法律授權的國家安全活動。我們亦可能為回應傳票或其他法律程序，而分享您的健康資訊。但是，我們必須設法通知您有關這項要求，或取得保護該資訊的命令，才可分享您的健康資訊。
- **死亡滿 50 年：**若會員死亡滿 50 年，我們可向任何行政機關分享已故會員的健康資訊。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。
如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



需要書面許可的情況

若我們為了其他任何目的 (非以上所列) 使用您的健康資訊，我們必須取得您的書面許可。若您提供許可給我們，您可隨時以書面方式撤銷許可。

您的隱私權

對我們為您保存的健康資訊，您有以下權利：

- **要求設限的權利。**對於我們如何使用或分享您的健康資訊，您有權要求設限。提出要求時，您必須清楚告訴我們：
 1. 您想對哪些資訊設限；
 2. 您想對使用或分享資訊設限，或兩者都設限；以及
 3. 設限適用的對象。

若要求設限，您必須提出書面要求。關於如何提出要求，請參閱第 6 頁的相關說明。

附註：*我們不一定需要同意您的要求。*如果我們同意，我們會遵照您的要求行事，除非我們需要這些資訊才能為您提供急診治療。

- **要求以保密方式溝通的權利：**您有權要求我們私下與您聯絡，並且以特別方式處理。例如：您可要求我們使用另外一個地址、僅透過電話，或僅在您工作時間內與您聯絡。

我們不會詢問您提出要求的原因。我們會盡全力滿足您提出的合理要求。您提出要求時必須指明您希望的聯絡方式或地點。若您要求以特別方式聯絡您，您必須提出書面要求。關於如何提出要求，請參閱第 6 頁的相關說明。

- **取得您健康資訊的權利：**您有權取得聖馬刁健康計劃存檔的特定健康資訊副本。一般而言，其中包括健康和帳單記錄。如需取得醫療記錄副本，您必須與您的醫生聯絡。您可能需要支付影印和郵寄記錄的費用。如需取得我們存檔的健康資訊副本，您必須提出書面要求。關於如何提出要求，請參閱第 6 頁的相關說明。

我們可能在某些情況下拒絕您取得副本的要求。如果您取得健康資訊的要求被拒絕，我們會以書面告知原因。如果遭到拒絕，您可以要求我們審查這項決定。審查者與拒絕您原先要求者不是同一人。我們會遵從審查結果。

- **索取「健康資訊披露記錄」的權利：**您有權索取我們向他人分享您健康資訊的記錄。我們稱這份列表為「健康資訊披露記錄」(accounting of disclosures)。我們將列入所有披露記錄，但治療、付款和健康護理作業的記錄除外。我們亦無法列入一些特定的披露記錄，例如向執法單位披露的記錄，或者應您本人要求為您提供有關您個人的健康資訊。從您提出要求的日期算起，我們僅能提供過去 6 年內的披露記錄。
- **索取本隱私通知書副本的權利：**您可隨時索取本通知書的書面副本。您亦可於我們的網站上取得



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

本通知書，網址：www.hpsm.org

- **修正您健康資訊的權利：**若您認為我們擁有關於您的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們修正該資訊。您只有權要求修正我們保有的記錄。例如，我們無法修正或變更您的醫生所保有的記錄。

若有下列情形，我們不必修正健康資訊：

- 該資訊不是由聖馬刁健康計劃建立的；
- 該資訊不屬於我們保有的記錄；
- 該資訊不屬於您獲准取得副本的資訊；或
- 該資訊正確且完整。

若聖馬刁健康計劃拒絕您修正健康資訊的要求，我們會以書面方式通知您。您還會收到我們為何拒絕要求的書面說明。如果我們不按照您的要求修改，您可要求我們審查此決定。您亦可提供一份聲明，說明您為何不同意我們的記錄。我們會將這份聲明保留在您的記錄中。關於如何提出修正要求，請參閱第 6 頁的相關說明。

- **接收侵權通知書的權利：**若有人以侵害隱私權法的方式取得、使用或透露受法律保障的健康資訊，即構成侵權行為。若發現您的資訊隱私權受到侵害，聖馬刁健康計劃依規定必須在 60 天內通知您發生了侵權事件，我們亦需向美國衛生及公共服務部部長室 (Secretary of the U.S. Department of Health & Human Services) 報告有關情況，在某些情況下還必須通知媒體。

您所接收的侵權通知書將包含：侵權狀況說明、侵權涉及的資訊類型，以及您預防自己可能受到傷害所應採取的行動。該通知書亦會說明聖馬刁健康計劃正採取哪些行動，以調查情況並使您的傷害降至最低，以及防止侵權再度發生。

本通知書內容的變更

我們有權變更本通知書的內容。我們有權讓修訂版通知書的效力適用於您的所有健康資訊，包括我們原已保存和未來將取得的資訊。您可在本通知書第一頁最上方找到生效日期。此外，每當本通知書內容變更時，我們會在 60 天內以郵寄方式通知您。我們也會在網站 www.hpsm.org 公佈新版通知書。

聯絡我們：

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，可向聖馬刁健康計劃提出申訴。您亦可向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出申訴。

如果您有加州低收入醫療保險 (白卡) 或 CareAdvantage 加州醫療連線計劃 (CareAdvantage CMC) 保險，也可聯絡加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 並提出投訴。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



<p>聖馬刁健康計劃 Attn: Grievance & Appeals Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 1-888-576-7227 或 650-616-2850</p>	<p>Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生及公共服務部部長處) Office for Civil Rights Attn: Regional Manager 90 7th Avenue, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 1-800-368-1019 或 1-800-537-7697 (TDD)</p>	<p>Privacy Officer c/o Office of Legal Services California Department of Health Care Services (加州健康護理服務部) 1501 Capitol Avenue P.O. Box 997412, MS 0010 Sacramento, CA 95899-7413 1-916-455-4646 或 1-866-866-0602</p>
--	---	--

您不會因提出申訴而被懲罰。

若對本通知書所述的個人權利有任何要求，請將書面要求寄至：

Health Plan of San Mateo
Attn: Privacy Officer
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

若您要求取得您的健康資訊副本，我們可能會收取影印費、郵寄費或其他與您要求相關的用品費用。我們會通知您相關的費用金額，您可在處理之前決定是否要取消或更改您的要求。

如果您對本通知書有任何疑問，請聯絡會員服務部。該部門的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00；電話：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。如果您有 CareAdvantage CMC，請與 CareAdvantage 部門聯絡。該部門的服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；電話：**1-866-880-0606** 或 **650-616-2174**。

若會員有聽力或語言障礙，可使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (CRS)，電話是 **1-800-735-2929** (TTY)，或可撥 **7-1-1**。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



不歧視公告

任何歧視皆屬違法行為。聖馬刁健康計劃遵守州和聯邦民權法律，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，對任何人非法歧視、排擠或給予差別待遇。

聖馬刁健康計劃提供：

- 免費的殘障人士協助和服務，幫助他們能更有效溝通，例如：
 - ✓ 合格的手語傳譯員
 - ✓ 其他格式的書面資料（大字版、有聲版、無障礙電子版、其他版本）
- 為主要語言非英語的人士免費提供語言服務，例如：
 - ✓ 合格的口譯員
 - ✓ 其他語言的書面資料

如果需要這些服務，請於週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 致電聖馬刁健康計劃會員服務部，電話是 **1-800-750-4776**。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。本文件有盲人點字版、大型字體版、電子版或音訊格式，可應要求提供。如需索取這些其他格式版本，請致電或寫信到：

Health Plan of San Mateo
Attn.: Member Services
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

如何提出申訴

如果您認為聖馬刁健康計劃基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族裔群體認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，不提供服務或以其他方式非法歧視，您可以向聖馬刁健康計劃申訴。您可以用電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- 透過電話：請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 **1-800-750-4776**。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

- 書面方式：填寫申訴表或寫信，寄到：

**Health Plan of San Mateo
Attn.: Grievance and Appeals
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080**

- 親自辦理：親自前往醫生診所或聖馬刁健康計劃，向他們表示您要提出申訴。
- 電子方式：瀏覽聖馬刁健康計劃網站：grievance.hpsm.org

民權辦事處 – 加州健康護理服務局

您亦可透過電話、書面或電子方式，向加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 的民權辦事處 (Office of Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：致電 **916-440-7370**。如果您有語言或聽力障礙，請撥 **7-1-1 (電信傳譯服務)**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

**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**

投訴表可至以下網址取得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- 電子方式：發電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

民權辦事處 – 美國衛生及公共服務部

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而受到歧視，亦可透過電話、書面或電子方式，向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有聽力或語言障礙，請用 TTY/TDD 撥打 **1-800-537-7697**。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

投訴表可至以下網址取得：www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- 電子方式：前往民權辦事處投訴網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

 如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕຼຼມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-750-4776** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-855-3000)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-855-3000)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



聖馬刁健康計劃 HealthWorx HMO 計劃 會員手冊及承保說明

簡介

您有權在註冊登記前先查閱本承保說明。

歡迎

我們非常高興您加入 HealthWorx HMO 計劃及聖馬刁健康計劃 (HPSM)。

您必須了解聖馬刁健康計劃 (HPSM) 如何運作，以便取得您所需的健康護理。本手冊及承保說明內有您的福利、如何取得醫療護理，以及當您有疑問時如何尋求解答等重要相關資訊。

聖馬刁健康計劃位於 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080。如果您需要協助，或想要更多關於 HealthWorx HMO 計劃的資訊，請致電聯絡聖馬刁健康計劃的會員服務代表。當會員有任何疑問、遇到困難，或在選擇醫生方面需要協助時，可撥打免費電話 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (CRS)，電話為 **1-800-735-2929** 或撥打 **7-1-1**。會員服務部電話中心的服務時間是週一至週五上午 8:00 至下午 6:00；我們的辦公時間是週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

關於聖馬刁健康計劃

聖馬刁健康計劃是與聖馬刁縣公共管理局 (San Mateo County Public Authority) 和聖馬刁市政府簽約的管理式護理計劃，為符合 HealthWorx HMO 計劃資格的人士管理健康護理服務。您過去可能從未透過管理式護理計劃取得健康護理，所以請您務必詳閱此會員手冊及承保說明，以及任何插頁或附件。您將會了解到：

- 如何選擇醫生或變更您的醫生；
- 如何取得護理；
- 您有什麼福利；以及
- 若遇到問題或困難時，該怎麼處理。

聖馬刁健康計劃會為您提供個人的、符合成本效益的和方便的健康護理。聖馬刁健康計劃透過醫療網絡來滿足您的健康護理需求；該網絡中包括合格醫療團體、診所、醫院、藥房及其他位於聖馬刁縣的服務提供者。

作為聖馬刁健康計劃會員，您的健康護理需求將由您的主治醫生 (Primary Care Physician) 負責管理；這位醫生是您在健康計劃的醫生中所選擇的。您的主治醫生將照顧您大部份的健康護理需求，其中包括體檢、防疫注射和婦女子宮頸抹片檢查等預防性護理。如有需要，您的主治醫生會將您轉診到專科醫生處，並會在必要時為您安排住院。

每位聖馬刁健康計劃會員都可選擇自己的主治醫生。您的主治醫生姓名和電話號碼會列



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

在您的聖馬刁健康計劃會員卡上。

若您需要去醫院，您通常必須到您的主治醫生服務的醫院，或是由您的主治醫生安排入院。在您的服務提供者名單中，會列出聖馬刁健康計劃醫生服務的醫院。

HealthWorx HMO 保險計劃的承保對象包括：

- 聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 僱用的居家支援服務 (IHSS) 服務提供者
- 聖馬刁市政府的兼職員工
- 具體的計劃資訊可能因員工的僱主而有所不同。這些差異都會加以註明。

居家支援服務 (IHSS) 服務提供者的保費、參加資格、註冊登記和保險終止

保費分攤額

聖馬刁健康計劃收取聖馬刁縣公共管理局支付的適額保費期間，其會員有權獲得健康護理保險。您有責任支付每月保費分攤額。聖馬刁縣公共管理局將告知您金額多少，並安排從您的工資中扣除分攤額。

誰有資格參加？

聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 必須依規定告知您該局訂定的資格要求。若要註冊登記，您必須符合 SMCPA 訂定且經聖馬刁健康計劃核准的資格要求，且必須在我們的服務區域內 (即聖馬刁縣) 居住或工作。您也不得有其他健康保險承保。服務區域詳述於此 HealthWorx HMO 計劃會員手冊及承保說明中的「字詞定義」一節。此外，您必須符合以下會員資格要求。

會員的註冊登記資格如下：

1. 您是受聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 管理的居家支援服務提供者，具體工作時數由 SMCPA 決定
2. 您沒有其他健康保險
3. SMCPA 還有開放名額，可讓新會員加入 HealthWorx HMO 計劃。

註冊登記

若想申請健康保險，您可向公共管理局提交一份健康計劃核准的註冊申請表。如果您符合資格條件，公共管理局會通知您，並告知您保險生效日期。會員資格將從生效日期的凌晨 12:01 開始生效。

如果您對註冊登記有任何疑問，或是想多索取一份註冊登記資料副本，請透過以下方式聯絡公共管理局：

Public Authority for IHSS
225 37th Ave.
San Mateo, CA 94403
650-573-3773

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



承保終止

會員的承保將在以下情況下終止：

1. 聖馬刁縣公共管理局未按照團體合約支付會員的保費，或
2. 會員已不在聖馬刁縣居住或工作，或
3. 會員遭發現有其他健康保險。

聖馬刁縣公共管理局必須在終止生效日期以前至少提前三十 (30) 天向該會員發出書面通知。該通知必須以書面提供，並且以美國郵政普通郵件寄到會員在公共管理局存檔的地址。該通知將清楚列出保險的最後有效日期。

聖馬刁市政府兼職員工的保費、參加資格、註冊登記和保險終止

保費分攤額

聖馬刁健康計劃收取聖馬刁縣市支付的適額保費期間，其會員有權獲得健康護理保險。您有責任支付每月保費分攤額。聖馬刁市政府將告訴您必須支付的金額，並安排從您的工資中扣除分攤額。如果您的工資不足以支付您的每月保費分攤額，市政府會從下一張薪資支票中扣除。如對保費付款有任何疑問，請向聖馬刁市政府的財政局工資組 (Finance Department-Payroll division) 提出。

誰有資格參加？

聖馬刁市政府必須依規定告知您該市訂定的資格要求。若要註冊登記，您必須符合市政府訂定的資格要求，且必須在我們的服務區域內 (即聖馬刁縣) 居住或工作。這類員工包括為聖馬刁市政府工作的服務業員工國際工會 (Service Employees International Union, SEIU) 非績效制 (Non-Merit) 兼職工作人員，或 SEIU 圖書館按日計酬 (Per Diem) 工作人員。您必須達到特定的工作時數。為了維持資格，必須支付每月保費分攤額。

如果您對資格要求有任何疑問，請致電服務業員工國際工會，電話是 **408-678-3300**。

註冊登記

關於您是否符合資格條件和保險生效日期，服務業員工國際工會將會通知您。服務業員工國際工會也將通知您開放註冊期的開始和截止日期。如果符合資格，您只能在開放註冊期註冊登記。然而，按日計酬工作人員如在福利年度達到資格要求，即可註冊登記，方法是將一份聖馬刁健康計劃核准的註冊申請表提交給服務業員工國際工會。

如果您對註冊登記有任何疑問，請透過以下方式聯絡服務業員工國際工會：

Service Employees International Union (SEIU), Local 521
2302 Zanker Rd
San Jose, CA 95131
408-678-3300

承保終止

若聖馬刁市政府未依其與聖馬刁健康計劃簽訂的合約支付會員保費，該會員的保險將會終止。聖馬刁市政府將在終止生效日期以前向您發出書面通知。該通知必須以書面提供，並且以美國郵政普通郵件寄到會員在聖馬刁市政府存檔的地址。該通知將清楚列出保險的最後有效日期。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

在聯邦或州法律的規定下延續團體承保

在《1986年統一綜合預算調整法案》(COBRA) 規定下的健康福利。如果您居住在聖馬刁縣，或者您由於工時減少而失去保險，但繼續維持保險對您而言很重要，您或許能繼續使用您的 HealthWorx HMO 保險。您原本因工作終止或工時減少(少於每月 35 小時)而失去保險資格，但根據聯邦和州的 COBRA 法律，您可自費延續保險長達 36 個月之久。如果您符合 COBRA 資格，聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 (Navia Benefits) 將向您寄送一份註冊表，讓您可透過 COBRA 延續保險，並隨附一封信函，告知您有機會延續您的 HealthWorx HMO 福利。您必須在這封信所示日期的 60 天內，將註冊表填妥，並寄回聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits。COBRA 每月保費應於保險生效月份的前一個月 23 日之前支付給聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits。透過 COBRA 延續保險的初次付款必須在您提交簽名、註明日期的註冊登記表後 45 天內支付。如果您對 COBRA 有任何疑問，則應聯絡聖馬刁縣公共管理局，電話是 650-573-3900 轉分機 3649；或致電聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits，電話是 877-910-8675。

一般而言，COBRA 保險最長 18 個月。然而，如果您在 COBRA 保險生效起 60 天以內成為殘障人士，則有機會合資格獲得最多 29 個月的 COBRA 保險。請注意，若保險在任何時候中斷超過 63 天，可能導致保險無法接續。

由 Cal-COBRA 延伸的 COBRA (統一綜合預算調整法案) 福利

根據加州法律，如果您已用盡 COBRA 的延續保險，且您可延續的期間少於 36 個月，您或許有資格獲得額外 18 個月的延續保險(透過 Cal-COBRA)。如果您不再合資格獲得聯邦 COBRA 保險，聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits 將向您寄一封通知信和一份註冊表，告知您關於透過 Cal-COBRA 獲得延續保險的機會。您應該會在聯邦 COBRA 保險終止前至少 90 個日曆天內收到這份通知。當您填妥註冊登記表後，請交回給聖馬刁健康計劃。如果您對此註冊表有任何疑問，或需要填表方面的協助，請聯絡聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits。Cal-COBRA 註冊登記表必須在您的聯邦 COBRA 福利終止前至少 30 個日曆天內提交。Cal-COBRA 保險的保費應於保險生效月份的前一個月 23 日以前支付給聖馬刁健康計劃。

會員服務部

如需其他語言協助，請致電 1-800-750-4776。會員亦可聯繫會員服務部，電話為 650-616-2133。

如果您的英語口語或閱讀能力不佳，可透過以下方式獲得協助：

- 聖馬刁健康計劃工作人員會說數種語言，包括西班牙語和他加祿語。會員服務人員的上班時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00，電話為 1-800-750-4776 或 650-616-2133。服務人員將可為您回答疑問、解決問題，或協助您選擇醫生。
- 您可以找會說您語言的醫生看診。HealthWorx HMO 計劃的服務提供者名單列有每個診所的服務語言、診所位置和可約診的時段，包括夜間和週末。如果您在選擇醫生方面需要協助或有疑問，會員服務人員可提供協助。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



- 本計劃免費提供電話口譯員服務。您無需請家人或朋友翻譯。
- 本計劃也提供手語傳譯員。您無需請家人或朋友翻譯。
- 您可以索取西班牙語、中文和他加祿語的 HealthWorx HMO 計劃文件。

無障礙設施服務

聖馬刁健康計劃盡全力確保殘障人士能無障礙地使用我們的辦公室及聖馬刁健康計劃服務提供者的辦公室和設施。如果您找不到提供無障礙設施的服務提供者，請致電免費會員服務電話 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**，我們的會員服務代表會協助您尋找另一個服務提供者。

有聽力障礙者的無障礙服務

聽力障礙者可透過加州聽力及語言障礙傳譯服務 (California Relay Service) 聯絡我們的會員服務代表。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**。西班牙語使用者應致電 **1-800-835-3000**。聖馬刁健康計劃也提供免費手語傳譯員。若您至少提前五 (5) 天通知我們，我們可以安排一位手語傳譯員與您一同赴診。您無需請朋友或家人翻譯。

視力障礙者的無障礙服務

此會員手冊及承保說明 (EOC) 和其他重要的 HealthWorx HMO 計劃資料，都有其他為視力障礙者提供的版本，包括大字版和電腦磁片放大版。如需其他版本，或在閱讀此會員手冊及承保說明和其他資料時需要直接協助，請與會員服務代表聯絡，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

1990 年美國殘障法案

《1990 年美國殘障法案》(ADA) 禁止聖馬刁健康計劃和其承包商基於殘障而歧視任何人。此法案保護您不會因殘障而受到聖馬刁健康計劃服務的歧視。如果您覺得自己因殘障而受到歧視，請致電向聖馬刁健康計劃向會員服務代表反映，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

如何使用此會員手冊及承保說明

請詳閱整份會員手冊及承保說明。許多章節都互相關連。因此，如果您只閱讀一兩個章節，則可能無法獲得關於 HealthWorx HMO 計劃的完整資訊。

此會員手冊及承保說明所用的許多字詞都有特殊意義。這些字詞在第 1 節「字詞定義」中有所定義，並且在英文手冊中以第一個字母大寫表示。參閱「字詞定義」能幫助您了解會員在聖馬刁健康計劃之 HealthWorx HMO 計劃的福利、權利和責任。有時候，本健康計劃與聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的合約可能會有變更。如果發生這種情況，我們會將新版承保說明或此承保說明的修正內容寄給您。請將最新的承保說明保存在一個安全的地方。

如有任何疑問

您的 HealthWorx HMO 計劃會員手冊及承保說明和新會員資料袋內的資訊，應該可以回答您對健康護理福利的大多數疑問。如果您對聖馬刁健康計劃或者您的聖馬刁健康計劃



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

會員福利或權利有其他疑問，請隨時聯絡會員服務代表，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



第 1 節：字詞定義

分娩活躍期 (Active Labor) 意指生產前沒有足夠時間讓會員安全轉院的分娩；或者，會員轉院可能會對會員或未出生的嬰兒造成健康或安全威脅的分娩。

急性病症 (Acute Condition) 意指因為患病、受傷或發生需立即就醫且持續時間短暫的其他醫療問題，導致症狀突然發作的醫療狀況。

修訂條文 (Amendment) 意指對 HealthWorx HMO 計劃合約之任何變更所做的書面說明；當此類變更影響承保說明時，聖馬刁健康計劃會將該書面說明寄給會員。您應該詳閱這些變更，並且將修訂條文附加在您的承保說明中。

週年日 (Anniversary Date) 意指投保人之 HealthWorx HMO 保險開始的日期 (月/日)，每一年日期都相同。

申請人 (Applicant) 意指為自己申請 HealthWorx HMO 保險的人士。

授權 (Authorization) 意指主治醫生或聖馬刁健康計劃通常在會員獲得服務之前授與的許可。

行為健康治療 (Behavioral health treatment) 意指符合特定條件且由內科醫生開立醫囑或由心理醫生制訂的專業服務和治療計劃，包括應用行為分析和實證行為介入計劃在內，其目的在於幫助具有自閉症類群障礙的個人，在實際可行的最大程度之下，發展或恢復其行為功能。

必須要有一份治療計劃並且用實證做法定期評估，以求達到治療目標。治療必須依照合格自閉症服務提供者開立的計劃提供，且由以下任一人士執行：

- 合格自閉症服務提供者。
- 由該合格自閉症服務提供者負責督導和僱用的合格自閉症服務專業人員。
- 由一個合格自閉症服務提供者或合格自閉症服務專業人員負責督導的合格自閉症服務專業人員助理。

福利 (Benefits)、承保範圍 (Coverage) 或承保服務 (Covered Service) 意指為 HealthWorx HMO 計劃會員提供的健康護理服務，其服務內容應遵守會員承保說明及修訂條文中所列的 HealthWorx HMO 合約條款、條件、限制和不承保服務。

IHSS 服務提供者的福利年度 (Benefit Year for IHSS Workers) 意指從該員工的 HealthWorx HMO 保險生效日期起十二 (12) 個月的期間。承保從當月 1 日開始生效。

聖馬刁市政府員工的福利年度 (Benefit Year for City of San Mateo Employees) 意指從該員工的 HealthWorx HMO 保險生效日期起十二 (12) 個月的期間。承保從當月 1 日開始生效。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

診所 (Clinic) 意指一組醫生、護士和其他服務提供者以門診方式為病患提供診療的地點。

共付金 (Co-payment) 意指會員必須在赴約就診時為某些特定福利支付的金額。

承保決定 (Coverage Decision) 意指聖馬刁健康計劃或其簽約服務提供者針對一項特定的健康護理服務是否應根據該福利計劃的條款和條件包含或排除在該承保福利之外，所做出的核准、修改或拒絕決定。

DMHC 意指加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care)。

有爭議的健康護理服務 (Disputed Health Care Service) 意指任何有資格獲得承保和付款的健康護理服務被聖馬刁健康計劃或其簽約服務提供者拒絕、變更或延遲承保，原因是該護理服務被認定為無醫療上的必須性。

急診醫療護理 (Emergency Medical Care) 意指緩解造成劇烈疼痛、重病或重傷的醫療狀況 (包括分娩活躍期) 所必須的服務；在此狀況下，一個具備判斷力的人 (仔細或小心的非醫療人員) 認為，若不迅速提供醫療護理，合理預期可能會：

- i) 使一個人的健康 (若是孕婦則為母親和胎兒的健康) 處於嚴重危險；
- ii) 導致會員的身體功能嚴重受損；或
- iii) 導致會員的任何身體器官或部位嚴重失能。

急診服務和護理 (Emergency Services and Care) 包括由醫生或其他人員在相關法律允許下，並且在他們的執照和權限許可範圍內，進行的醫療或精神篩檢、檢查、評估和治療。

急診服務 (Emergency Services) 無論在聖馬刁健康計劃服務區域之內或之外，以及在本計劃網絡之內或之外的設施，均可提供急診服務。

藥方集 (Formulary) 意指聖馬刁健康計劃批准的藥物清單；這些藥物在開立時無需事先授權。

申訴 (Grievance) 意指書面或口頭表達對計劃和/或服務提供者的不滿，包括對護理品質的顧慮；這類申訴包含由會員或其代理人提出的投訴、異議、重新審議要求或上訴。若計劃無法區分是申訴或是詢問，應該一律視為申訴。

健康計劃 (Health Plan) 或 HPSM 意指聖馬刁健康計劃。

HealthWorx HMO 計劃 (HealthWorx HMO Program) 意指根據《加州福利及組織法》第 14087.51 節 (Section 14087.51 of the California Welfare and Institution Code)，為符合條件的居家支援服務 (IHSS) 服務提供者 (名義僱主為聖馬刁縣公共管理局) 或兼職員工 (名義僱主為聖馬刁市政府) 提供的健康保險計劃。

醫源性不孕症 (Iatrogenic Infertility) 意指由醫療介入造成的不孕症，包括但不限於處方藥或內科和外科程序所造成的反應。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



會員卡 (Identification Card) 意指聖馬刁健康計劃發給每一位會員的卡片。當會員任何時候需要護理服務時，應向所有服務提供者出示此卡片。

研究性質的服務 (Investigational Services) 意指曾屬於實驗性質，但目前正進行人體試驗的藥物、設備和程序。若符合以下條件，研究性服務才會獲得承保：

- 您有危及生命或嚴重衰弱的病況，並且
- 標準治療未獲成效或不合適，或者聖馬刁健康計劃不承保的治療比提議的治療具有更好效益。

危及性命 (Life Threatening) 意指除非干擾疾病進程，否則極可能致死的疾病或狀況。

急診醫療狀況 (Medical Emergency) [參閱「急診醫療護理」]。

醫療團體 (Medical Group) 意指與聖馬刁健康計劃簽約、為會員安排和提供健康護理服務的一個專業團隊，包括醫生、診所、醫院和其他健康護理專業人員。

醫療上必須的 (Medically Necessary) 或醫療必須性 (Medical Necessity) 意指一名醫生在經過審慎的臨床判斷後，會為了預防、評估、診斷或治療某種不適、受傷、疾病或症狀，而向病人提供的健康護理服務。這些服務必須：

1. 符合一般接受的標準醫療作業；
2. 其種類、頻率、程度、部位和持續時間在臨床上恰當，且公認對該病人的不適、受傷或疾病有效；
3. 並非主要為了病人、醫生或其他健康護理提供者的方便而提供；並且
4. 在診斷或治療病人的不適、受傷或疾病方面，與其他至少可能產生同等治療或診斷結果的另一項服務或一系列服務相比，該服務不會更昂貴。

就這些目的而言，「一般接受的標準醫療作業」意指根據相關醫學社群一般認可的同儕審查醫學文獻中發表的可信科學證據、專科醫學會的建議、相關臨床領域中執業醫師的觀點，以及其他任何相關因素所訂定的標準。

醫療上必須的精神健康或藥物濫用治療 (Medically necessary treatment of a mental health or substance use disorder) 意指針對會員的特定需求提供服務或產品，以預防、診斷或治療病人的疾病、受傷、狀況或症狀，包括盡量減緩該疾病、受傷或症狀惡化。提供此服務或產品時必須符合以下所有條件：

1. 依據普遍接受的精神健康和藥物濫用護理標準。
2. 其種類、頻率、程度、部位和持續時間在臨床上恰當。
3. 並非主要為了健康護理服務計劃或投保人的經濟利益，或為了病人、主治醫生或其他健康護理提供者的方便而提供。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) (Medicare) 是為年滿 65 歲人士、部份未滿 65 歲但有特定殘障狀況的人士，以及末期腎病患者 (一般指罹患永久腎衰竭而需要洗腎透析或移植腎臟的人士) 提供的聯邦健康保險計劃。

會員 (Member) 意指被認定符合 HealthWorx HMO 計劃的承保資格，且註冊加入聖馬刁



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

健康計劃的人。

計劃內醫院 (Participating Hospital) 意指屬於計劃內提供者且有執照的醫院。

計劃內提供者 (Participating Provider) 意指與聖馬刁健康計劃訂立合約，能為會員安排和提供健康護理服務的醫生、診所、醫院、安寧療護或其他健康護理專業人員或設施。

保費 (Premium) 意指由聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府為 HealthWorx HMO 計劃會員向聖馬刁健康計劃支付的每月分攤費用。

醫藥福利管理方 (Pharmacy Benefits Manager, PBM) 是健康計劃處方藥計劃的第三方管理人，主要負責授權及支付處方藥索償。醫藥福利管理方會協助健康計劃擬訂及修訂藥方集，與藥房簽約，以及與製藥廠協商折扣和退款優惠。

主治醫生 (Primary Care Physician, PCP) 是您自己選擇或被指派的醫生。這名醫生會在您加入聖馬刁健康計劃期間為您提供所有基本護理。您主治醫生就是您平常固定看診的醫生，也是您每次第一個去找的醫生。您的主治醫生負責在您需要時為您安排專科護理轉診，也必須了解您的健康狀況。

服務提供者名單 (Provider List) 意指計劃內提供者的名單，其中包括醫生、診所、醫院和其他專業服務提供者。

重建整形外科手術 (Reconstructive Surgery) 是針對因先天性缺陷、發育異常、外傷、感染、腫瘤或疾病所造成的異常身體構造而施行之醫療上必須的重建整形外科手術，其目的在於改善功能或盡可能建立正常外觀。這項福利包括針對乳房切除術進行重建並達到對稱的重建整形外科手術。

轉診 (Referral) 意指當您需要特殊護理時，您的主治醫生會為您轉介 (叫您去看) 一位屬於計劃內提供者的專科醫生。

聖馬刁縣公共管理局合約 (San Mateo County Public Authority (SMCPA) Contract) 意指聖馬刁健康計劃與聖馬刁縣公共管理局簽訂的合約，其中載明聖馬刁健康計劃向會員提供 HealthWorx HMO 計劃服務時所依據的福利、不承保服務、付款要求、管理辦法和其他條件。

聖馬刁市政府合約 (City of San Mateo Contract) 意指聖馬刁健康計劃與聖馬刁市政府簽訂的合約，其中載明聖馬刁健康計劃向會員提供 HealthWorx HMO 計劃服務時所依據的福利、不承保服務、付款要求、管理辦法和其他條件。

服務區域 (Service Area) 意指聖馬刁健康計劃提供服務的地理區域；該區域經加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 核准。聖馬刁縣即為聖馬刁健康計劃的指定服務區域。

嚴重慢性疾病 (Serious Chronic Condition) 意指因疾病或其他醫療問題或失調而造成的醫療狀況；該狀況本質嚴重，會一直持續而無法治癒或者隨著時間越久而越來越糟，

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



或者需要持續治療才能維持正常或防止惡化。

嚴重衰弱 (Seriously Debilitating) 意指可能導致發病的疾病或病況。

專科醫生 (Specialist) 或轉診服務提供者 (Referral Provider) 意指只治療某些特定疾病的醫生，例如骨折或心臟問題。如果您需要特殊護理，您平常固定看診的醫生會告訴您，並且將您轉介給專科醫生。

本州 (State) 意指加州。

絕症 (Terminal Illness) 意指很可能在一年內致死的病況。

緊急護理 (Urgent Care) 意指因應會員對病症或精神疾病的迅速診斷和/或治療需求而提供的服務；該病症或精神疾病若不及時診斷和/或治療，可能演變成急診狀況。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



第 2 節：會員權利與責任

身為聖馬刁健康計劃會員，您有權：

- 獲得尊重和有尊嚴的對待。
- 從我們的服務提供者名錄中選擇主治醫生。
- 安排合理時間內的約診。
- 參與有關您健康護理需求的坦率討論和決定，包括您的病況可採用的適當或醫療上必須的治療選項，無論費用多寡，也無論此健康計劃是否承保該治療。
- 與您的服務提供者維持保密關係。
- 獲得醫療記錄的保密。這意味著除非經過您書面核准或法律允許，我們將不會分享您的健康護理資訊。
- 向聖馬刁健康計劃表達您的相關疑慮，包括計劃本身或您獲得的健康護理服務。
- 收到關於聖馬刁健康計劃服務及本計劃服務提供者的資訊。針對您的權利與責任提出建議。
- 查閱您的病歷表。
- 在急診狀況下獲得網絡外服務提供者的急診服務。
- 要求免費為您提供口譯員。
- 使用不是家屬或朋友的口譯員。
- 當您的語言需求未獲滿足時提出申訴。

會員權利與責任

您有以下責任：

- 向您的服務提供者和聖馬刁健康計劃提供正確資訊。
- 了解您的健康問題，並且儘可能與您的服務提供者一起制訂您的治療目標。
- 當您取得服務時，每次都要出示您的會員卡。
- 只有在急診情況或在服務提供者指示下才使用急診室服務。
- 預約醫療就診並且按時赴約；若必須取消預約，至少提前 24 小時通知您的服務提供者。
- 詢問關於任何醫療狀況的問題，並且確保您理解服務提供者的說明和指示。
- 及時提供有關地址、家庭狀態和其他醫療護理保險的資訊變更，幫助聖馬刁健康計劃保有正確和最新的資訊。
- 如果服務提供者不當地向您寄發帳單，或者您有不滿想要投訴，盡快通知聖馬刁健康計劃。
- 以尊重有禮的態度對待所有聖馬刁健康計劃人員和健康護理提供者。
- 如果您有其他健康保險，應通知聖馬刁健康計劃。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



第 3 節：使用本健康計劃

設施和服務提供者地點

請閱讀下列資訊，了解您可以向哪一位醫生或哪一個服務提供者團隊取得健康護理服務。

選擇主治醫生

在您連同本承保說明收到的聖馬刁健康計劃服務提供者名單中，列有您可用的主治醫生、診所、醫院和其他健康護理提供者與設施。此名單也包含醫生和其他服務提供者的地址、電話號碼、會說語言和合作的醫院。聖馬刁健康計劃每三 (3) 個月更新這份名單，並且會顯示哪些醫生不接受新病患。您可以寫信或致電會員服務部，索取服務提供者名單或查詢醫生的特定資訊 (包含學會教育、學會證書或專科訓練)；電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

您的主治醫生是您的主要醫生；他/她會照顧您的大部分健康護理需求。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。若您想要選擇特定執業護理師或醫師助理，請選擇他們工作所在的主要護理機構。

若您還未選擇主治醫生，以下提供一些想法可幫助您選擇主治醫生。

如何選擇或變更您的主治醫生

- 若您在名單中看到平常就診的醫生名字，可選擇這位醫生。
- 或
- 您可以選擇新的醫生。服務提供者名單列有每位醫生及其診所的實用資訊。

選擇醫生前，建議您考慮以下問題：

- 這位醫生在我想去的診所工作嗎？
- 診所靠近我家或工作地點嗎？
- 公共交通工具容易到達嗎？
- 醫生和/或診所醫務人員會說我的語言嗎？
- 這位醫生是否跟我喜歡的醫院合作？
- 這位醫生是否提供我可能需要的服務？
- 這位醫生的診所營業時間為何？

部分醫生、醫院和其他服務提供者並不提供下列一或多項 HealthWorx HMO 計劃可能承保且您可能需要的服務：

- 家庭計劃
- 避孕服務，包括緊急避孕措施
- 絕育手術，包括在分娩和生產時做的輸卵管結紮手術



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

- 不孕治療
- 人工流產

您選擇醫生前應先了解更多資訊。請打電話給您屬意的醫生、醫療團體、獨立執業協會或診所，或致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務代表，確認您可獲得自己需要的健康護理服務。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

您可利用三種方法重新選擇主治醫生：

- 1) 使用聖馬刁健康計劃的會員入口網站 (Member Portal)：
www.hpsm.org/member-portal-login。
- 2) 致電會員服務部，電話是 **1-800-750-4776** (免費) 或 **650-616-2133**。服務時間為 週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。TTY (聽力及語言障礙裝置) 使用者應撥打：
1-800-735-2929 或 **7-1-1**。

請勿選擇標示為「EPO」
的主治醫生。

(意指「限現有病人」)

EPO 代表該主治醫生現
在不收治任何新病人。

使用聖馬刁健康計劃服務提供者名錄。如果您沒有印刷本名錄，可上網查詢網上版名錄，網址：www.hpsm.org/findprovider。選好醫生後，請填寫隨附的「主治醫生選擇/變更表」，然後用預付郵資的回郵信封寄回聖馬刁健康計劃。或者，您可以將此表傳真到會員服務部，傳真號碼：**650-616-8581**。

您和您的主治醫生是一個團隊，您們一起合作維持您的健康。您最好採用同一位主治醫生，這樣他/她才能了解您的健康護理需求。若您經常變更主治醫生，可能無法獲得最好的健康護理。您選擇的主治醫生會提供、授權或協調您的健康護理，但急診和區域外緊急護理服務除外。這名醫生會照顧您大部份的健康護理服務需求，包括預防性服務。

如果您在註冊加入 HealthWorx HMO 計劃時沒有選擇主治醫生，聖馬刁健康計劃的會員服務人員會聯絡您，協助您選擇一位醫生。如果我們無法與您取得聯絡，或您不願選擇一名醫生，我們將根據您的住址、年齡和其他可用資訊為您指定一名醫生；這些資訊可協助我們為您做出明智選擇。

與您的主治醫生合作是獲得健康護理的關鍵。必要時，您的主治醫生會將您轉診給專科醫生。在授權您去找專科醫生前，您的主治醫生可能想在他/她的診所裡先見您。在您選擇主治醫生前，如需更多資料，請致電該醫生診所。聖馬刁健康計劃的會員服務部亦可為您提供資訊，協助您選擇主治醫生。

預約就診

請打電話給您的主治醫生 (PCP) 預約就診時間。認識主治醫生的最佳時機是在您健康的時候，而非生病的時候。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



初步健康檢查

我們建議所有新會員在加入 HealthWorx HMO 計劃之後，都去找自己的主治醫生進行初步健康檢查。您與醫生第一次的會面相當重要。

您和醫生可以借此機會彼此熟悉，並評估您的健康狀況。醫生會幫助您了解自己的醫療需求，並針對如何保持健康提供建言。請立即致電醫生診所預約時間。您可能需要填寫「保持健康評估工具表」(Staying Healthy Assessment Tool)，並帶去見您的主治醫生。您可致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 向會員服務代表索取這份表格，或前往聖馬刁健康計劃的官網下載。表格中會詢問有關個人生活型態、行為、環境及文化和語言需求的問題。將表格填妥並且在第一次約診時帶著，將幫助您的主治醫生更了解您。若您未填寫表格，您的主治醫生可能會在您赴約診時讓您填寫。

變更您的主治醫生

若您和您的醫生無法建立良好的關係，任一方均有權利要求變更。舉例而言，如果您太多次預約未到、不遵守主治醫生的醫療建議，或出現破壞或辱罵的行為，您的主治醫生可能要求您改選其他主治醫生。如果您不滿意主治醫生提供的治療或服務，可改選其他醫生。會員服務代表可能會詢問您變更理由。此資訊有助於讓聖馬刁健康計劃確保我們的服務提供者符合我們會員的需求。

如果您決定選擇不同的主治醫生，我們會盡力符合您的要求。如遇以下情況，主治醫生的選擇可能不會被批准：

1. 該主治醫生僅收治現有病人 (established patients only, EPO)，且該會員從未看過這位醫生；
2. 該主治醫生的收治名額已滿；
3. 您過去曾被該主治醫生從收治名單中剔除；或
4. 您選擇的主治醫生不收治您所屬年齡層的會員。

如果我們在當月 22 日以前收到變更要求，主治醫生的變更會從下個月第一天開始生效。

請注意：我們會寄給您一張新會員卡，上面列有新主治醫生的姓名和電話號碼。您的新會員卡會顯示主治醫生變生效日期。對於您所有的健康護理需求，請繼續去看現有會員卡上所列的主治醫生，直到變生效日期為止。若您未在十 (10) 天內收到新會員卡，或您對變生效日期有任何疑問，請致電聯絡聖馬刁健康計劃的會員服務代表，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

新會員的持續護理服務

在一些情況下，對於接受非計劃提供者 (如醫生或醫院) 醫療服務的新會員，聖馬刁健康計劃將會為其延續此醫療服務，前提是聖馬刁健康計劃判定延續該非計劃提供者的治療具醫療適當性。如果您是新會員，可要求允許您繼續獲得非計劃提供者的醫療服務，條件是您在註冊加入聖馬刁健康計劃以前即接受此醫療服務，且您有以下任何一種狀況：

- 急性病症。全部承保服務應在急性病症期間完成。
- 嚴重慢性疾病。全部承保服務應在完成一個療程並安全轉移至另一個服務提供者所需時間內提供；具體時間由聖馬刁健康計劃與您和已解約服務提供者根據良好專業慣例商定。全部承保服務的完成期限，不應超過服務提供者合約終止之日起十二 (12) 個月。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

- 懷孕，包括產後護理。全部承保服務應在懷孕期間完成。懷孕期間的孕產婦精神健康護理從診斷或懷孕結束開始算起，不得超過十二 (12) 個月。
- 絕症。全部承保服務應在罹患絕症期間完成。全部承保服務的完成期限，可超過您註冊加入聖馬刁健康計劃起十二 (12) 個月。
- 新生兒從出生到 36 個月的護理。全部承保服務的完成期限，不應超過服務提供者合約終止之日起十二 (12) 個月。
- 進行上一個計劃授權，且屬於正式記錄之療程的手術或其他醫療程序；根據該非計劃提供者的建議和記錄，這項手術或其他醫療程序應在您登記加入聖馬刁健康計劃的日期起 180 天內進行。

如欲申請持續護理服務或索取我們的持續護理服務政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。一般而言，計劃會根據您的醫療狀況決定您是否有資格獲得持續護理服務。資格條件並非完全根據您的病況名稱來訂。如果您的申請獲准，您只需支付本計劃適用的共付金。

我們將要求該非計劃提供者接受與計劃內提供者 (提供類似服務) 相同的合約條款和條件，包括付款條件。

若該非計劃提供者不接受這些條款和條件，則聖馬刁健康計劃無須延續該提供者的服務。若新會員先前由個人保約承保，且於 HealthWorx HMO 保險生效時正在接受治療，聖馬刁健康計劃無須提供本節所述的持續護理服務。持續醫療服務不提供此協議不涵蓋的福利承保。

會員服務代表會通知您有關聖馬刁健康計劃的決定。若我們認定您不符合持續護理服務的條件，且您不同意我們的決定，請參閱第 70 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

若您有更多關於持續護理服務的疑問，建議您撥打免費電話 **1-888-466-2219** 或 TDD 聽障專線 **1-877-688-9891** 或 **7-1-1** 聯絡醫療管理局，或瀏覽其網站 www.hmoHELP.ca.gov；該局負責保護 HMO 消費者權益。

服務提供者解約時的持續護理服務

如果您的主治醫生或其他健康護理提供者不再與聖馬刁健康計劃合作，我們將在合約終止日期前 60 天或接獲該服務提供者通知後立刻寄信告知您。

服務提供者解約前，如果您正在接受該服務提供者的承保服務，且您有以下任何一種狀況，聖馬刁健康計劃將為您延續此醫療服務：

- 急性病症。全部承保服務應在急性病症期間完成。
- 嚴重慢性疾病。全部承保服務應在完成一個療程並安全轉移至另一個服務提供者所需時間內提供；具體時間由聖馬刁健康計劃與您和非計劃提供者根據良好專業慣例商定。全部承保服務的完成期限，不應超過您參加聖馬刁健康計劃起十二 (12) 個月。
- 懷孕，包括產後護理。全部承保服務應在懷孕期間完成。懷孕期間的孕產婦精神健康護理從診斷或懷孕結束開始算起，不得超過十二 (12) 個月。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



- 絕症。全部承保服務應在罹患絕症期間完成。全部承保服務的完成期限，可超過該服務提供者與聖馬刁健康計劃合約終止日期起十二 (12) 個月。
- 新生兒從出生到 36 個月的護理。全部承保服務的完成期限，不應超過您參加聖馬刁健康計劃起十二 (12) 個月。
- 進行聖馬刁健康計劃授權，且屬於正式記錄之療程的手術或其他醫療程序；根據該服務提供者的建議和記錄，這項手術或其他醫療程序應在該服務提供者的合約終止日期起 180 天內進行。

持續護理服務不適用於因醫療紀律問題、詐欺或其他犯罪活動而解約的服務提供者。解約的服務提供者必須以書面同意按照解約前與聖馬刁健康計劃協議的條款和條件為您提供服務，包括償付金額。如果該服務提供者不同意這些合約條款和條件以及償付金額，我們就無須在解約日期後延續該服務提供者的醫療服務。

如欲申請持續護理服務或索取我們的持續護理服務政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。一般而言，計劃會根據您的醫療狀況決定您是否有資格獲得持續護理服務。資格條件並非完全根據您的病況名稱來訂。持續醫療服務不提供此協議不涵蓋的福利承保。如果您的申請獲准，您只需支付本計劃適用的共付金。

會員服務代表會通知您有關聖馬刁健康計劃的決定。若我們認定您不符合持續護理服務的條件，且您不同意我們的決定，請參閱第 70 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

若您有更多關於持續護理服務的疑問，建議您撥打免費電話 **1-888-466-2219** 或 TDD 聽障專線 **1-877-688-9891** 或 **7-1-1** 聯絡醫療管理局，或瀏覽其網站 www.hmohelp.ca.gov；該局負責保護 HMO 消費者權益。

印第安人健康服務

聯邦法律規定，若美國印第安人或阿拉斯加原住民成為 HealthWorx HMO 計劃會員，可選擇任何可用的印第安健康服務提供者。該服務提供者不必屬於 HealthWorx HMO 計劃網絡；聖馬刁健康計劃將為這些會員安排和協調適當的服務。

敏感服務

敏感服務包括與後述相關的所有健康護理服務：心理或行為健康、性與生殖健康、性病傳染、藥物濫用失調、性別確認護理，以及親密伴侶暴力。

身為 HealthWorx 計劃會員，您不需要取得 HealthWorx 投保人、主要投保人或其他 HealthWorx 會員的核准，即可接受敏感服務，或在有權同意護理時提交敏感服務索償。

您將透過已登記的郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，直接收到聖馬刁健康計劃 (HPSM) 所有關於您取得敏感服務的通訊。若您提出要求，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 可將所有通訊寄發至其他地址、電子郵件地址或電話號碼。請參閱下方「保密通訊」說明。

所有通訊包括：

 如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

- 1) 帳單和嘗試收取費用。
- 2) 不利的福利裁定通知書 (駁回函)。
- 3) 福利說明通知。
- 4) 要求關於索償的更多資訊。
- 5) 有爭議的索償通知。
- 6) 服務提供者的名稱和地址、服務內容，以及其他瀏覽的相關資訊。
- 7) 任何來自聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的書面、口頭或電子通訊，其中包含您的受保護健康資訊。

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 不會將所提供敏感服務的相關醫療資料，透露給任何其他 HealthWorx 計劃投保人、HealthWorx 計劃主要投保人或任何其他 HealthWorx 計劃會員，除非聖馬刁健康計劃 (HPSM) 取得您的書面授權。

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 可應要求提供說明病歷表保密政策和程序的聲明。

保密通訊

若聖馬刁健康計劃 (HPSM) 能力所及，您可要求本計劃以您偏好的形式和格式製作保密通訊；或者，您可要求將通訊寄送至其他地方，如另一個地址、電子郵件地址或電話號碼。您必須提出書面要求或透過電子傳送 (電子郵件或傳真)，以索取保密通訊。

索取保密通訊的範圍適用於所有透露醫療資料，或醫療護理相關服務提供者名稱和地址的通訊。

保密通訊要求將由聖馬刁健康計劃 (HPSM) 處理；本計劃必須於收到電子郵件或傳真後 7 天 (日曆) 內，或收到書面信件要求後 14 天 (日曆) 內處理要求。在收到您的要求後，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 將回覆確認並告知處理要求的進度。

書面申必須寄至以下地址：

Member Services Department
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

若要透過電話索取，請致電聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133。(TTY 聽力及語言障礙專線:1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。

您可以將關於要求的電子郵件寄到：

customersupport@hpsm.org

或者，可以將您的要求傳真至：

傳真：650-616-8581

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



您的保密通訊要求將維持有效，直到您撤銷索取或提交新的保密通訊要求為止。

HealthWorx HMO 計劃服務區域

HealthWorx HMO 計劃的服務區域為聖馬刁縣。您必須看聖馬刁健康計劃內的醫生，這點非常重要。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

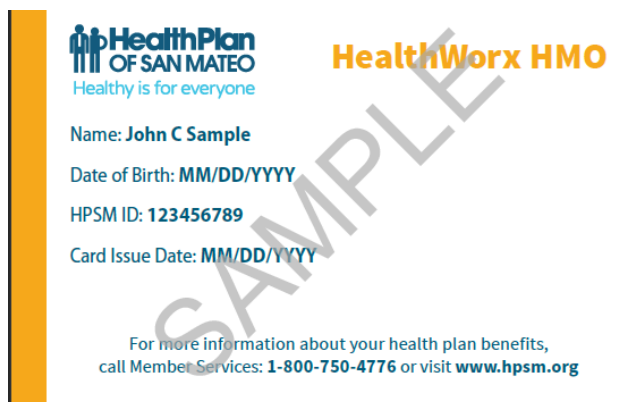
Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



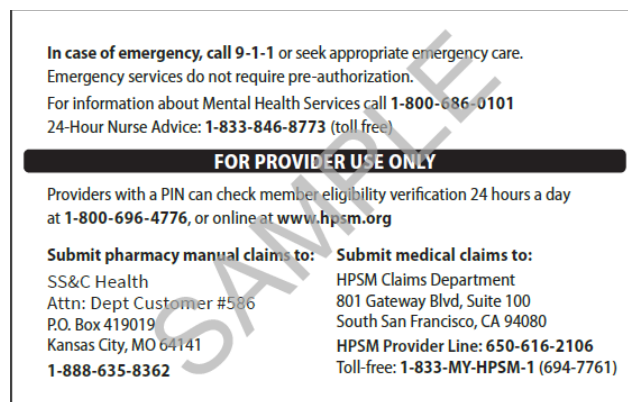
第 4 節：取得健康護理服務的程序

會員卡 (Member Identification Card)

HealthWorx HMO 計劃承保的每一位會員都會收到自己的聖馬刁健康計劃會員卡。隨時攜帶您最新的會員卡，並且在每次尋求健康護理服務時時出示。提供護理的人需要知道您是聖馬刁健康計劃會員。



卡片正面



卡片背面
此面說明如何使用卡片

會員卡圖樣顯示如上。

會員卡編號： 這是由聖馬刁健康計劃為您指定的編號。

發卡日期 (Care Issue Date)： 此日期顯示會員卡所列資訊的生效日期。

姓名 (Name)： 此人有資格獲得 HealthWorx HMO 計劃所提供的福利。

主治醫生 (PCP)： 這是您的主治醫生。

出生日期 (DOB)： 這是您的出生日期。

共付金 (Co-payment)： 這是您必須為某些特定福利支付的金額，通常在赴約就診時支付。
請參閱第 6 節的完整共付金列表。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

及時取得非急診健康護理服務

有時候很難知道您需要哪一種護理。您每週七天、每天 24 小時都可以用電話聯絡到您的醫生或護士，取得協助。這就是所謂的「分類」。以下是分類可以幫助您的方式。

- 他們可以為您解答健康方面的疑慮，並且教您如何在家進行所需的自我護理。
- 他們可以針對您是否需要健康護理，以及應如何和去何處取得護理提供指引 (舉例而言，若您不確定您的病況是否屬於需要急診的健康問題，他們可以協助您決定您需要急診護理或者緊急護理，以及如何和去何處取得該護理)。
- 若您需要護理，而醫生的診所已經下班，他們可以告訴您該怎麼做。

聖馬刁健康計劃的服務提供者會確保您在健康狀況容許的時間內通過電話諮詢醫生或護士。等待醫生或護士回電的時間不會超過 30 分鐘。

聖馬刁健康計劃會確保所有簽約的服務提供者在下班時間會有答錄服務或答錄機，能提供關於如何尋求緊急或急診服務的建議。

請撥打聖馬刁健康計劃會員卡上的號碼與您的主治醫生聯絡，使用電話分類或過濾服務，該電話 7 天 24 小時全年無休。

如果您聯絡不上醫生，護理諮詢專線 (Nurse Advice Line) 的護士可依據您的健康狀況進行分類，並且回答一些關於健康護理的問題。護理諮詢專線 7 天 24 小時全年無休提供服務。護理諮詢專線的電話號碼是 **1-833-846-8773**。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可致電 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。該電話是免費服務。

您有權利要求提供口譯員服務，以幫助您取得醫療服務。在醫療服務地點 (例如醫生的診所)，一天 24 小時均有免費的電話口譯員服務。您無需讓家人、朋友或子女當口譯員。

如果您有任何疑問，請致電聖馬刁健康計劃會員服務部，電話是 **1-800-750-4776**，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。

有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥 **7-1-1** (加州轉接服務)

預約就診

當您收到會員卡時，您必須打電話您的主治醫生 (PCP) 預約就診時間。認識主治醫生的最佳時機是在您健康而非生病的時候。身為新會員，您應該在成為聖馬刁健康計劃會員的頭四 (4) 個月內進行第一次健康檢查。在第一次健康檢查中，您的醫生會記錄您的完整健康歷史，並且為您進行體檢。第一次健康檢查會評估您的健康狀態和健康風險。

若要與您的主治醫生預約，請撥打您的聖馬刁健康計劃會員卡上的電話號碼。您可以詢問診所工作人員如何預約、預約規定，以及如何前往診所。我們建議您在預定就診前 15 分鐘到達醫生的診所。**按時赴約很重要**。這是您和主治醫生彼此熟悉、並讓您表達健康護理需求的重要方式。您將需要出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。無論是緊急或平常護理，都請致電您的主治醫生。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



當您生病時，請致電您的醫生診所預約時間。醫生診所的工作人員會跟您討論就診事宜。他們會告訴您該怎麼做和去哪裡。早點致電您的醫生，您可以避免去醫院急診室。

聖馬刁健康計劃必須確保您醫生提供的就診時間適合您的健康護理需求。下表根據您所需的約診類型列出輪候時間。

預約種類	從要求預約當日起的輪候時間	服務提供者類型/核准要求	範例
緊急護理	2 天內 (48 小時)	不需要聖馬刁健康計劃核准	
緊急護理	4 天內 (96 小時)	需要聖馬刁健康計劃核准	
非緊急護理	2 週內 (10 個工作天)	主治醫生	主治醫生
非緊急護理	3 週內 (15 個工作天)	專科醫生	眼、耳鼻喉、矯形外科
非緊急護理	2 週內 (10 個工作天)	非醫生的精神健康護理提供者	心理醫生、婚姻與家庭治療師
非緊急護理	3 週內 (15 個工作天)	受傷、疾病或其他健康狀況的診斷和治療的輔助服務	X 光、物理治療

婦女服務

女性會員能直接取得婦產科服務。會員可選擇由任何主治醫生提供這些服務，包括有資格提供婦產科服務和實施小手術的家庭醫生、內科醫生和普通科醫生。會員可自行轉診至 HealthWorx HMO 計劃網絡內的任何簽約婦產科醫生或主治醫生，以取得婦產科服務。

服務事先授權

您的主治醫生將協調您的健康護理需求，並且在必要時為您安排專科服務。在某些情況下，聖馬刁健康計劃必須先授權，您才能獲得專科服務。您的主治醫生將為您取得必要的轉診和授權。有些專科服務 (例如婦產科服務) 不需要在獲得服務之前獲得事先授權 (Prior authorization, PA)。

若您在取得必要授權前找專科醫生就診或接受專科服務，則您必須自行支付這項治療的費用。若聖馬刁健康計劃拒絕您的專科服務要求，聖馬刁健康計劃會寄信向您解釋拒絕原因，以及當您不同意時可如何對此決定提出上訴。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

轉診至專科醫生

您的主治醫生可以決定將您轉診至專科醫生，以便接受特定病症的護理。若此服務由聖馬刁健康計劃的簽約服務提供者提供，則不需要聖馬刁健康計劃授權的書面轉診單。您的主治醫生在與您諮商後，會選擇可為您提供服務的計劃內專科醫生、計劃內醫院或其他計劃內提供者。您的主治醫生會給您指示，告訴您如何取得專科護理。這項指示可能以書面或口頭方式提供。如需索取專科醫生名單，請致電會員服務部，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

若要求的是網絡外專科醫生服務，聖馬刁健康計劃將要求您的主治醫生盡可能選擇一位網絡內專科醫生。如果沒有計劃內提供者能執行您所需的服務，您的主治醫生會在取得聖馬刁健康計劃的授權後，將您轉診到非聖馬刁健康計劃的服務提供者，以便接受有關服務。

如此能確保您及時獲得最高品質的護理。轉診授權表 (Referral Authorization Form, RAF) 上的授權號碼讓專科醫生知道您的主治醫生已核准您的就診，且專科醫生會為此服務收到聖馬刁健康計劃的付款。如需另行前往該專科醫生處就診，則由該專科醫生安排。您的主治醫生會給您指示，告訴您如何取得專科護理。這項指示可能以書面或口頭方式提供。

長期轉診

若您的狀況或疾病需要長期的專科醫療護理，您可能必須長期轉診給到一位專科醫生處，以便接受持續性的專科護理。若您取得專科醫生的長期轉診，則不必每次看該專科醫生時都需取得授權。此外，若您的狀況或疾病會危及生命、造成退化或致殘，您可能需要長期轉診至專科醫生或專長處理該狀況或疾病的特殊護理中心，讓專科醫生可以協調您的健康護理。若要取得長期轉診，請致電您的主治醫生。若您在取得長期轉診時遇到任何困難，請致電聖馬刁健康計劃，電話為 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。如果您致電本計劃後，覺得本計劃未滿足您的需求，請參閱第 70 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

這是聖馬刁健康計劃專科醫生轉診政策的摘要。如需索取一份政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。

未來，關於主治醫生是否需要聖馬刁健康計劃批准才能將病患轉診至專科醫生，聖馬刁健康計劃可能會修改政策。若未來有任何變更，我們將在轉診程序變生效日期前通知您。在變生效日期後，您可能須事先取得聖馬刁健康計劃批准的主治醫生轉診單，才可接受專科醫生服務。如果您接受服務前未取得經過批准的轉診單，可能需要自行為此服務付費。



取得第三方診療意見

有時候，您可能對自己的疾病或主治醫生建議的護理計劃有疑問，因此可能想要獲得第三方診療意見。您可為了任何原因要求第三方診療意見，包括以下原因：

- 您質疑醫生建議的手術程序合理性或必要性。
- 您對可能導致死亡、截肢、喪失身體機能或嚴重傷殘的慢性疾病或其他病況的診療計劃有疑問。
- 您的服務提供者的建議不明確或複雜或讓人困惑。
- 您的服務提供者無法診斷您的狀況，或其診斷與檢驗結果不符而令人存疑。
- 正在進行中的治療計劃未能在適當時間內改善您的醫療狀況。
- 您已試圖遵守該治療計劃，並且已向原服務提供者反映您對此診斷或治療計劃的疑慮。

若您需要第三方診療意見，您應該告訴您的主治醫生。

若您尋求第三方診療意見，您將從聖馬刁健康計劃網絡中選擇一位具適當資格的健康護理專業人員，取得其第三方診療意見。如果聖馬刁健康計劃網絡內沒有具適當資格的健康護理專業人員，則本計劃會授權向具適當資格的非計劃內健康護理專業人員取得第三方診療意見。如遇這種情況，需要取得聖馬刁健康計劃授權的書面轉診單。您必須負責支付取得第三方診療意見需付的所有共付金。

若您要求取得第三方診療意見但被拒絕，且您想對我們的決定提出上訴，請參閱第 70 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

這是聖馬刁健康計劃第三方診療意見政策的摘要。如需索取一份政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-0050** 聯絡我們。

若要求的是網絡外專科醫生意見，聖馬刁健康計劃將要求您的主治醫生盡可能選擇一位網絡內專科醫生。若沒有計劃內提供者能執行您需要的服務，您的主治醫生會在取得聖馬刁健康計劃的授權後，將您轉診給非計劃提供者，讓您可接受此服務。

使用評估

服務事先授權

部分醫療服務和藥物需要取得聖馬刁健康計劃的事先授權，才能作為您的醫療福利請款。事先授權意指您在取得服務或藥物前，聖馬刁健康計劃和您的醫生必須先同意該服務為醫療上必須的治療。若要獲得這些服務，您的醫生需要向聖馬刁健康計劃寄送一份事先授權申請表，以提出事先授權申請。這是針對需要聖馬刁健康計劃事先核准的服務/治療所提出的要求。當聖馬刁健康計劃收到申請表後，我們的醫療人員（醫生、護士和/或藥房人員）會審核是否批准。我們在審查事先授權申請時，會依據符合州和國家標準的最新臨床指引，決定醫生為您申請的服務或藥物是否為醫療上必須。大部分事先授權申請會批准，但有些會被拒絕或延緩。當事先授權申請由於醫療原因被拒絕時，表示您的醫生所要求提供的服務/治療未獲批准。您和您的醫生將會收到一封信，解釋為何事先授



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

權申請被拒絕，以及為何聖馬刁健康計劃的醫療人員認定此服務並非醫療上必須。信中也解釋您對此決定的上訴權利，以及如何提出上訴。若您的事先授權申請是由於行政(非醫療)原因被拒絕，我們會向您和您的醫生發送通知，解釋拒絕原因。事先授權申請被拒絕的行政原因可能包括：在審核時，您並無聖馬刁健康計劃資格，或此服務是由州政府承保而非聖馬刁健康計劃。

若聖馬刁健康計劃工作人員需要向您的醫生取得更多資訊，以便決定是否批准您的醫生申請的服務/治療，此授權會被延緩。若有此情形，您將會收到一封受理通知信，說明我們已向您的服務提供者索取更多資訊，以便批准授權。

我們會在五個 (5) 工作天內回覆非緊急事先授權申請。若為緊急事先授權申請，我們會在醫療上必須的時間內回覆，最遲不超過 72 小時。我們會審核所申請的服務是否有醫療必須性。事先授權申請的審核標準和指引在制訂時，參考了執業健康護理提供者的意見，並且與可靠的臨床原則與程序一致。

我們每年至少對標準和準則評估一次，並且依所需進行更新。針對特定的事先授權申請，聖馬刁健康計劃可以向您提供我們在決定時所採用的指引和標準。請記住，這些指引和標準與醫生申請的治療或服務、HealthWorx HMO 計劃的承保福利，以及個人需求相關。聖馬刁健康計劃也可應要求，提供我們進行事先授權申請決定所採用的整體政策和程序。

不需要事先授權的服務

有些服務不需要取得事先授權或主治醫生的轉診。對於下列服務，您可以直接去找健康護理提供者就診。其中一些服務有限制。詳情請參閱福利一節。

1. 急診和服務區域外緊急服務。
2. 基層和預防性護理服務。
3. 精神健康和藥物濫用門診，以及精神科醫生、心理醫生和臨床社工人員的診療和訪視。
4. 家庭計劃/性傳染病 (STD) 和保密 HIV/AIDS 檢驗。

這些服務與避孕、懷孕護理或生育計劃有關，其中包括避孕措施、緊急避孕服務、驗孕、產前護理、人工流產和人工流產相關程序。另外，還包括性病傳染 (STI)、性傳染病 (STD) 和 HIV/AIDS 的篩檢、預防、檢驗、診斷和醫療護理。這也包括有關性侵或強姦的診斷和護理服務，以及收集性侵或強姦的醫學證據。您可以找主治醫生、計劃內的家庭計劃診所、婦產科，或找任何受過訓練且提供這些服務的加州低收入醫療保險 (白卡) 服務提供者，為您提供這些服務。請參閱第 28 和 38 頁，以了解詳情。

家庭計劃專為正值生育年齡的會員提供，可幫助您決定何時生育。如果您想保護自己，不在沒準備好的情況下生育，他們也能幫助您。這些服務包括所有聯邦食品藥物管理局所批准的避孕方法。

聖馬刁健康計劃的會員服務人員能幫助您尋找家庭計劃診所，或者您可致電加州家庭計劃辦公室 (California Office of Family Planning) 的資訊和轉介服務 (Information & Referral Service)，免費電話為 **1-800-942-1054**。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



5. 婦女服務：

女性會員可直接取得不限次數的婦產科服務。會員可以選擇由他們的主治醫生（主要醫生）提供這些服務，或者會員可以自行轉至其他聖馬刁健康計劃網絡內的任何婦產科或主治醫生，取得此種服務。

6. 針灸和脊椎按摩治療服務以自行轉診的方式來提供，每種服務以每福利年度就診二十(20)次為上限。

7. 印第安人健康服務：

如果您是根據聯邦法律規定，而成為聖馬刁健康計劃會員的美國印第安人或阿拉斯加原住民，可選擇任何可用的印第安健康服務提供者。該服務提供者不必屬於聖馬刁健康計劃網絡；聖馬刁健康計劃將為您安排和協調服務。

IHSS 服務提供者專屬的牙科和眼科服務

服務業員工國際工會第 521 地方支會 (SEIU, Local 521) 為符合資格條件的 IHSS 服務提供者承保牙科和眼科服務。如想知道更多關於牙科和眼科福利的資訊，會員需聯絡服務業員工國際工會，電話是 **1-800-842-6635**。當您致電服務業員工國際工會時，請表明您是聖馬刁縣 IHSS 服務提供者。

本計劃不為聖馬刁市政府員工承保牙科和眼科服務。

緊急護理或平日下班時間或週末的護理

緊急護理服務是預防健康嚴重惡化所需的服務，其起因可能是預期外的病症、受傷、持久疼痛或既有狀況 (包括懷孕) 的併發症；在此情況下，治療不得延誤。對於您任何時間在我們的服務區域外，或者晚上和週末在我們的服務區域內取得緊急護理服務，聖馬刁健康計劃皆會予以承保。該緊急護理服務的承保條件是：若您等候平常的醫生約診，該病症或受傷情況將大幅惡化，因此需要緊急護理。在您第一次就診時，請與您的主治醫生討論，當診所休診但您覺得自己可能需要緊急護理時，醫生希望您怎麼做。

如果您晚上和週末需要在聖馬刁健康計劃的服務區域內取得緊急護理，請致電您的主治醫生診所，無論此時是不是診所的正常下班時間。您的主治醫生或值班醫生將隨時可告訴您如何在家處理問題，或指示您前往緊急護理中心或醫院急診室就診。

緊急但不到急診程度的問題，是通常可等待治療而不會惡化的問題，例如：

- 耳痛
- 輕微咳嗽或感冒
- 小割傷或擦傷
- 輕微發燒或皮疹
- 輕微腹瀉
- 扭傷或拉傷
- 嘔吐 (一或兩次)



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

- 續配藥物

當您在聖馬刁健康計劃服務區域外需要緊急護理時，請試著聯絡您的主治醫生。如果您聯絡不上主治醫生，請前往最近的醫療機構。就醫時一定要出示您的聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員卡。

急診健康護理服務

急診病情是指一種明顯可看出有嚴重急性症狀的身體或精神狀況 (包括分娩活躍期和劇烈疼痛)；這種情形若不立即就醫，以常理推斷將造成以下任何結果：

- 導致會員的健康陷入嚴重危險；或
- 導致會員的身體功能嚴重受損；或
- 導致會員的任何身體器官或部位嚴重失能。

範例包括：

- 骨折
- 胸痛
- 嚴重燒傷
- 暈厥
- 藥物過量
- 癱瘓
- 嚴重割傷而血流不止
- 精神病急診狀況

如果您有急診醫療狀況，請撥打 **9-1-1**，或前往最近的醫院急診室。

不管是否在聖馬刁健康計劃服務地區，亦不管是否在聖馬刁健康計劃內設施，凡是急診服務均可獲得承保。如果您有急診醫療狀況，請撥打 **9-1-1** 或前往最近的急診室求助。若有急診醫療狀況，您無需到您的主治醫生工作的醫院。

覆診護理

當您為了穩定急診醫療狀況而接受必須的急診護理服務之後，請務必找您的主治醫生進行覆診。

取得藥房福利

處方藥

聖馬刁健康計劃會員的福利之一是可以取得所需的處方藥，這是您醫療護理的一部份。您可以前往聖馬刁健康計劃服務提供者名單中的任何一間藥房，取得您的處方藥物。領取處方藥時，請向藥劑師出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。您的處方可由您的主治醫生、專科醫生、其他醫生或牙醫開立。

續配藥物

若您長期規律服藥，千萬不要等到沒有藥物時才去續配。有些藥物可能需要醫生開立新處方才可續配。不要前往急診室續配藥物。

開架式藥物/非處方藥物

大多數開架式藥物都排除在 HealthWorx 計劃的承保範圍之外，但聖馬刁健康計劃可能

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



會承保某些開架式藥物。

聖馬刁健康計劃藥方集

聖馬刁健康計劃有一份可由您的藥房福利承保的藥物清單。此清單稱為藥方集 (Drug Formulary)。這些藥物由聖馬刁健康計劃的藥房審查委員會 (Pharmacy Review Committee) 加入藥方集中。此委員會是由決定何種藥物可列入藥方集的藥劑師和醫生組成。若您想知道藥方集涵蓋什麼藥物，請前往我們的官網 www.hpsm.org 瀏覽藥方集。或者，您可致電會員服務代表索取實體文件，電話為 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

聖馬刁健康計劃藥方集會列出所有承保藥物的非專利藥名或專利藥名 (若有)。請注意，就算藥物列在聖馬刁健康計劃藥方集上，不保證您的主治醫生或專科醫生一定會開給您。

非專利的相似藥

如有非專利藥可用，聖馬刁健康計劃的藥房福利會承保非專利藥，而不承保專利藥。非專利藥的效用與專利藥相同。食品藥物管理局 (FDA) 批准非專利藥的方式與專利藥相同。聖馬刁健康計劃藥方集列有聖馬刁健康計劃承保的非專利藥。

會員要求提供的專利藥

當專利藥有非專利版本時，除非有醫療上的原因必須使用，或者此非專利版本的治療指數狹窄 (即使藥物劑量只有極小改變，也可能導致中毒)，否則一般不予承保。如果您希望承保一種有非專利版本的專利藥，您的醫生必須向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，讓此藥經過核准。在專利藥沒有非專利的相似藥、且此藥列於 HealthWorx 計劃藥方集的情況下，聖馬刁健康計劃一般會予以承保。如果該專利藥未有列於藥方集上，您的醫生需要考慮改用另一種列於藥方集上的藥物，或者向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，讓此未列藥物經過核准 (請見「非藥方集藥物」一節)。

所謂「治療指數狹窄」(narrow therapeutic index) 意指即使藥物劑量有極小改變，也可能導致中毒。如需索取一份「治療指數狹窄」的藥物清單，可致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃，向會員服務代表索取。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

非藥方集藥物

聖馬刁健康計劃內的醫生和藥房有責任使用藥方集。若開立的藥物不在藥方集上，您的醫生應考慮改用另一種列於藥方集上的藥物。如果醫生認定不適合用藥方集藥物替代，醫生則需向聖馬刁健康計劃傳真一份事先授權申請表，充分解釋必須使用非藥方集藥物的醫療理由，才能讓此藥獲得承保。若根據聖馬刁健康計劃的藥劑師和醫療部主任制訂的標準，該事先授權申請表獲得批准，此非藥方集藥物則可獲承保。

非藥方集藥物事先授權申請表的平均處理時間為 **24** 小時以內。若事先授權申請表的資訊不完整，或需要更多資訊，可能會需要更多時間。如果您在要求承保非藥方集藥物方面有任何疑問，請和您的醫生討論。

可提供藥物以作仿單標示外用途

聖馬刁健康計劃藥房福利承保的所有藥物，都需要經美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准。食品藥物管理局會決定藥物可使用的方式。藥廠必須



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

向食品藥物管理局證明該藥物針對特定病況安全且有效，且此病況必須清楚列於藥物仿單上。

然而，您可能會因為仿單上未列的病況而需要使用該藥物。這叫「仿單標示外」使用。如有足夠資訊支持用某種藥物治療處方上所列的仿單標示外病況，聖馬刁健康計劃則允許醫生開立此藥，以作仿單標示外用途。有時，若要開立藥物以作仿單標示外用途，需要事先授權才會獲得償付。

有事先授權、循序用藥、數量限制或其他限制的藥方集藥物

藥方集上的部份藥物有特定限制，例如事先授權要求、循序用藥和數量限制。若要獲得需事先授權的藥物，您的醫生需要向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，並經過核准。若要獲得有循序用藥或數量限制要求的藥物，但您不符合這些要求，您的醫生也需要向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，並經過核准。

若您有任何與採用仿單標示外藥物治療的相關疑問，請和您的醫生討論。

提交事先授權申請。

如上所述，有幾種情況需要提交處方藥事先授權申請表 (PA)，方能取得您要的藥物。以下為一些例子：

- 取得有非專利版本的專利藥
- 取得聖馬刁健康計劃藥方集以外的藥物
- 取得仿單標示外用途的藥物
- 取得列於藥方集上且需要事先授權的藥物，或者當您不符合藥方集上所列的要求時

聖馬刁健康計劃工作人會負責處理所有事先授權申請表。您的醫生或藥劑師可將事先授權申請表傳真給聖馬刁健康計劃藥房服務部，傳真號碼為 **650-829-2045**，辦公時間為上午 8:00 至下午 5:00。

藥房事先授權申請的平均處理時間為 24 小時以內。若事先授權申請表的資訊不完整，或需要更多資訊，可能會需要更多時間。如果您對事先授權申請有任何疑問，請和您的醫生討論。

夜間、週末或假期事先授權申請 (PA)

聖馬刁健康計劃會於週一至週五的正常上班時間 (上午 8:00 至下午 5:00) 審核事先授權申請表。若週末或假日發生緊急情況，則在等待審核決定時，會員或許可獲得最多三天的藥量，讓藥房有時間等到下一個工作天收到聖馬刁健康計劃的決定。如需緊急服務，藥劑師可致電聖馬刁健康計劃醫藥福利管理方 Argus 的藥房電話中心，電話為 **1-888-635-8362**。在此情況下，可獲得一次性配藥授權。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



藥方集藥物的修訂

藥方集最常可能每月修訂。這些修訂包括 (但不限於) 從藥方集中增加或移除藥物，或者變更其他限制，如數量限制、事先授權或循序用藥要求。如有任何修訂會影響到您，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 將寄信通知。您可以前往我們的網站 www.hpsm.org/drug-benefits 查看最新更新，或致電會員服務代表：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

受到延緩、修改或拒絕的醫療和藥房服務事先授權申請

若您要求的藥物受到延期、修改或拒絕，您將收到「行動通知」信函。「行動通知」信函會解釋延期、修改或拒絕的原因，並且提供您將如何對此決定向聖馬刁健康計劃提出上訴的資訊。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



第 5 節：會員的財務責任

共付金

會員必須為一些就診和服務支付共付金，如「福利摘要」第 6 節所述。除了特定服務的共付金之外，對於依據本「承保說明」所述的聖馬刁健康計劃規定提供福利，會員無須負擔財務責任。會員無須為健康福利支付自付額。

會員的其他付款責任

對於承保服務，會員一般只需負擔共付金。然而，您可能還需負擔以下服務款項：

- 對於需要轉診或授權的服務，您並未取得主治醫生的轉診或聖馬刁健康計劃的授權，即接受該服務
- 您接受的服務不是承保服務
- 在急診室接受的非急診服務，除非會員進急診室時合理相信自己需要急診服務，而這些服務是為了判定會員是否具有急診醫療狀況而提供
- 未經您的主治醫生事先授權在聖馬刁縣外接受的非急診服務
- 在未經授權的情況下，所獲服務超出本承保說明或 Knox-Keene 法案所規定的限制
- 您接受的服務由網絡外服務提供者提供。

會員應詳閱本承保說明以及任何插頁或附件中關於承保服務和福利的所有說明，以了解聖馬刁健康計劃會員的完整承保細節。

如果聖馬刁健康計劃未付計劃內提供者提供承保服務的費用，會員沒有責任支付聖馬刁健康計劃積欠該提供者的任何款項。然而，如果聖馬刁健康計劃未付非計劃提供者提供承保服務的費用，會員或許有責任向非計劃提供者支付相關服務的費用。會員也可能有責任支付非承保服務的費用，無論該服務是否由計劃內提供者提供。

例如，如果聖馬刁健康計劃的服務提供者無法提供您需要的服務，您需要先與您的主治醫生或精神健康服務提供者討論。您的主治醫生或精神健康服務提供者會取得授權，將您轉診給一個非計劃提供者。如果您不去找主治醫生或精神健康服務提供者取得必要的核准，或者您不確實遵守聖馬刁健康計劃的轉診程序，您就無法得到這些服務的承保，需要自行支付全額費用。然而，如果您需要急診護理，則無須轉診或授權，即可取得非計劃提供者的服務。請參閱本承保說明第 56 頁的「急診服務和護理」一節。另外，請參閱第 40 頁的「第二方診療意見政策」一節，了解關於第二方診療意見轉診的具體事項。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

償付索償金額

為了確保您的醫生知道如何為您的護理服務請款，請告訴醫生診所工作人員您是聖馬刁健康計劃會員，並且出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。如果您被要求支付服務費用，請要求醫生致電聖馬刁健康計劃，讓我們向醫生解釋如何向我們請款。不過，如果您收到某項服務的帳單，而開出帳單的服務提供者屬於聖馬刁健康計劃網絡，可將帳單提交給聖馬刁健康計劃。您必須提交帳單副本，並註明您的姓名、會員編號 (在您的會員卡上)、您的電話號碼，以及帳單開立的日期和原因。如果您已支付帳單，則需向聖馬刁健康計劃提交可接受的付款證明 (例如顯示付款金額及服務項目的收據)。請將帳單寄到：

Member Services Department
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080
電郵：customersupport@hpsm.org
傳真：650-616-8581

您的償付申請書必須在您接受服務之日起 90 天 (3 個月) 內，或在合理時間內盡快郵寄給聖馬刁健康計劃，最遲不得超過接受服務後 12 個月。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



第 6 節：承保服務、福利和共付金

簡介

本節說明 HealthWorx HMO 計劃為會員提供的承保服務和福利。本節說明的服務若為醫療上必須，則屬於承保服務。服務是否為醫療上必須，將由您的主治醫生或聖馬刁健康計劃決定。此決定的根據為一般認可的醫療標準、加州法規和聖馬刁健康計劃的政策。急診醫療服務無需事先授權。

然而，當時是否需要急診服務，可能在提供服務後才能決定。若您不同意我們對醫療必須性或者特定情形是否屬於急診醫療狀況所做的決定，可透過第 8 節所述的申訴程序要求聖馬刁健康計劃進行審核。本節一開始會先摘要說明福利、共付金、承保條件和不承保服務。

聖馬刁健康計劃提供本承保說明中所列的承保服務和福利。大多數的承保服務只要是醫療上必須，並且由聖馬刁健康計劃或您的主治醫生提供、轉診或授權，都可以向您提供。部份服務無須轉診，而一些服務則需要支付共付金。預防性服務無需支付共付金。HealthWorx HMO 計劃所承保的任何福利都沒有年度或終身上限。

會員應詳閱本承保說明以及任何插頁或附件中關於承保服務和福利的所有內容，以了解聖馬刁健康計劃會員的完整承保細節。

福利、共付金和承保條件摘要

福利	共付金	承保條件
醫師服務 (Physician Services)		
成人的適齡 防疫注射和定期健康檢	無共付金	由聖馬刁健康計劃明訂，且與美國公共衛生部 (U.S. Public Health Services) 和美國兒科學會 (American Academy of Pediatrics) 現行的預防保健標準一致。
聽力及視力檢測	無共付金	
主治醫生和專科診所門診，包括過敏檢測和治療，以及第三方診療意見	每次就診 \$5.00，除非註明無共付金	大多數專科門診都需要主治醫生轉診 (參閱第 39 頁)。
產前護理	無共付金	
門診手術、麻醉、放射治療、化學治療、洗腎透析	無共付金	
醫院、專業護理機構、安寧療護設施，或精神健康或藥物使用失調設施內的住院病人就診	無共付金	



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

福利	共付金	承保條件
緊急護理服務	每次就診 \$5.00	
居家訪視	每次就診 \$5.00	
重建整形外科手術	無共付金	醫療上必須

醫院 (Hospital)

住院病人服務，包括醫生服務、外科服務、麻醉、化驗、X光、藥物、醫療用品、血液和血液製品、康復治療和服務 (物理治療、職能治療、口語治療、呼吸治療)	無共付金	包括因為必須住院的既有醫療狀況、臨床狀態，或嚴重的牙科手術，提供與牙科手術相關的醫院住院服務和護理。
---	------	--

門診服務，不含急診室就診 無共付金

急診服務

急診室就診	每次就診 \$25.00	每次就診 \$25.00；如果會員從急診室轉為住院，則免付共付金。
覆診護理	每次就診 \$5.00	
救護車	無共付金	

處方藥

在住院環境、醫生診所或門診環境中就診時獲得的藥物	無共付金	
由您的服務提供者開立、且所有經 FDA 批准的開架式避孕藥物、裝置和產品，以及緊急避孕藥物。	無共付金	
特定預防性護理用的藥物，包括戒煙用處方藥、大多數疫苗、供孕婦使用的含 0.4-0.8 mg 葉酸產前維生素、供 50-75 歲成人使用的大腸鏡清腸用品、供 40-75 歲成人使用的他汀類降膽固醇藥物、HIV 暴露前預防性投藥，以及乳癌預防用藥物。	無共付金	最多 90 天供應量，除非藥方集另有註明。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



福利	共付金	承保條件
所有其他處方藥	每種非專利藥 \$3.00 每種專利處方藥 \$10.00	最多 90 天供應量，除非藥方集另有註明。

精神健康

由聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (Behavioral Health & Recovery Services, BHRS) 安排和管理的服務

住院病人	無共付金	由行為健康和康復服務機構授權和執行的精神健康護理，以能在經認證的遵醫囑住院治療精神疾病。 精神健康福利依照與其他疾病相同的原則提供，包括嚴重精神疾病的治療。完整福利說明請參閱第 61 頁。
門診病人	每次就診 \$5.00	為了對精神狀況進行評估、危機介入、服務和治療，由聖馬刁縣行為健康和康復服務機構開立醫囑和執行的服務。完整福利說明請參閱第 61 頁。
部份住院服務	無共付金	由行為健康和康復服務機構授權和執行的服務
自閉症類群的行為健康治療	無共付金	由行為健康和康復服務機構授權和執行的服務

酒精/藥物濫用

住院病人	無共付金	醫療上必須的酒精或藥物濫用住院服務。
門診病人	每次就診 \$5.00	
部份必要的住院服務	無共付金	醫療上必須、且由行為健康和康復服務機構授權的服務。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

福利	共付金	承保條件
居家保健		
由護士和家庭保健助理 (home health aide) 提供的居家健康護理訪視和服務	無共付金	醫療上必須的居家保健。不包含看護照顧。
為進行物理、職能、口語和呼吸治療所做的居家健康護理訪視和服務	每次就診 \$5.00	
安寧療護		
安寧療護服務	無共付金	為罹患絕症且經醫生確認預期壽命只剩 6 個月或更短的會員提供。
康復治療		
物理、職能、口語和呼吸治療	住院病人的治療則無需繳自付費用 每次門診和居家服務 \$5.00	醫療上必須。
耐用醫療設備 (DME)	無共付金	
義肢和矯形器具	無共付金	
家庭計劃服務、性傳染病、保密 HIV/AIDS 檢測	無共付金	無需轉診。
專業護理機構護理	無共付金	
其他服務		
針灸	每次就診 \$5.00	每個福利年度最多 20 次。無需轉診。
脊柱按摩	每次就診 \$5.00	每個福利年度最多 20 次。無需轉診。
器官移植	無共付金	
白內障眼鏡及鏡片	無共付金	白內障手術後所需的眼鏡、隱形眼鏡，或代替自然眼球內水晶體的人工水晶體。完成植入人工水晶體的白內障手術後，可承保一副眼鏡或隱形眼鏡。
助聽器	無共付金	
健康教育服務	無共付金	
X 光診斷和化驗室服務	無共付金	
血液和血液製品	無共付金	
非急診就醫交通	無共付金	
臨床癌症試驗	無共付金	

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



福利	共付金	承保條件
足科護理	每次就診 \$5.00	每個福利年度最多 24 次。無需轉診。其他足科服務 (包括額外門診) 需要根據醫療必須性取得事先授權。

福利、共付金、承保條件和不承保服務的詳細說明

預防性健康服務說明：

- 定期健康檢查，包括所有常規診斷檢測以及適合這類檢查的化驗室服務，並且與美國公共衛生服務部 (U.S. Public Health Service) 最新的建議一致。
- 這些檢查的頻率不得為了投保人醫療需求以外的原因而增加，包括會員為了保住工作、執照或保險而想要的體檢或報告或相關服務。
- 預防性服務 (含無症狀疾病的檢測服務) 包括以下服務：
 1. 定期健康檢查 (包括新生兒出生後 48 或 60 小內的護理)
 2. 多種自願家庭計劃服務
 3. 產前護理
 4. 眼科及聽力測試
 5. 防疫注射
 6. 性傳染病 (STD) 檢測，包括保密 HIV/AIDS 諮詢和檢測
 7. 年度子宮頸癌篩檢，包括傳統的巴式抹片檢查以及經聯邦食品及藥物管理局批准的任何子宮頸癌篩檢選項
 8. 醫療上普遍接受的癌症篩檢，包括前列腺癌、乳癌和大腸直腸癌篩檢
 9. 有效的健康教育服務，包括關於個人健康行為和健康護理的資訊，以及關於如何善用本計劃提供之健康護理服務的建議
 10. 由美國公共衛生服務部 (U.S. Public Health Service) 最新的建議一致。

會員費用： 預防性服務無共付金

醫生及專業服務說明

由醫生或其他有執照的醫療護理提供者在其執照許可範圍內提供之醫療上必須的專業服務和諮詢。

包括：

- 外科醫生、外科助理醫生和麻醉科醫生 (住院病人或門診病人)
- 醫院住院和專業護理機構就診
- 專業診所就診，包括為了接受過敏檢測和治療、放射治療、化學治療、洗腎透析和性傳染病護理而進行的就診
- 醫療上必須的居家到診
- 聽力檢測和眼睛檢查，包括兒童需要做驗光檢查，包括為了確定是否需配眼鏡矯正視力所做的屈光檢查，以及散瞳檢查。請注意，只有在接受白內障手術後，才能享有一



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

般眼鏡或隱形眼鏡的承保福利。

會員費用

每次診所就診或居家訪視需支付 \$5 共付金

醫院住院專業服務無共付金

手術或麻醉、放射治療、化學治療或洗腎透析無共付金

懷孕和產科護理

說明

醫療上必須的產科護理相關專業和醫院服務可獲承保，包括：

- 產前和產後護理及懷孕併發症
- 診斷和基因檢驗
- 營養諮詢、健康教育和社交支持需求
- 分娩和生產護理，包含助產士服務
- 新生兒醫院住院治療；除非聖馬刁健康計劃授權延長住院時間，否則自然產後最多提供 48 小時護理，剖腹產後最多提供 96 小時護理。在自然產後 48 小時或剖腹產後 96 小時以內，會員無需離開醫院，除非會員和醫生共同決定離院。若會員在 48 或 96 小時前離開醫院，醫生可能會開出院後 48 小時內的覆診單。

覆診服務包含親職教育、母乳或奶瓶餵奶協助和培訓，以及其他必要的母親或嬰兒身體狀況評估。母親和醫生將共同決定應在家中、醫院或醫生診所進行覆診，取決因素為家庭的交通需求以及環境和社會風險

會員費用

無共付金

X 光診斷和化驗室服務

說明

診斷性化驗服務、診斷和治療性放射服務，以及其他診斷服務，包括但不限於：

- 一般放射、電腦斷層掃描 (CT)、核磁共振 (MRI) 檢測
- 用於篩檢或診斷目的之心電圖、腦波圖和乳房 X 光攝影
- 為了妥善評估、診斷、治療和追蹤病況所需的其他服務
- 為了妥善管理糖尿病而進行的化驗檢查，至少包括：膽固醇、三酸甘油酯、微量白蛋白尿、高密度脂蛋白/低密度脂蛋白 (HDL/LDL) 和血紅蛋白 A-1C (糖化血紅蛋白)。
- 醫療上一般接受的所有癌症篩檢，但需要醫生處方並通過使用評估
- 所有經食品藥物管理局批准的技術，包括為了在醫療上妥善診斷、治療或管理骨質疏鬆症而採用的骨質密度測量技術

會員費用

無共付金

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



急診服務和護理 (包括 9-1-1 服務)

說明

二十四小時急診服務和護理的承保條件為：當一個狀況造成劇烈疼痛、重病或重傷 (包括分娩活躍期) 時，一個具備判斷力的人 (仔細或小心的非醫療人員) 認為，若不迅速提供醫療護理，合理預期可能會：

- 使其健康 (若是孕婦，則包括母親和胎兒的健康) 處於嚴重危險；或
- 導致會員的身體功能嚴重受損；或
- 導致會員的任何身體器官或部位嚴重失能。
- 急診服務和護理包括由醫生或其他人員在相關法律允許狀況下，並且在他們的執照和權限許可範圍內，進行的醫療或精神篩檢、檢驗、評估和治療。
- 與聖馬刁縣行為健康和康復服務機構協調承保在設施的能力範圍內，為緩解或消除精神急診狀況而必須提供的護理和治療。
- 無論在聖馬刁健康計劃服務區域之內或之外，以及在本計劃網絡之內或之外的設施，均可獲得承保。

會員費用

每次就診 \$25 共付金
若轉為住院則無共付金

急診 (9-1-1) 和非急診交通服務

說明

- 應 **9-1-1** 緊急應變系統要求協助，而將會員送往第一間同意為會員提供急診護理之醫院或緊急護理中心的急診救護車交通 (**9-1-1** 服務)，條件是會員合理相信自己有急診醫療狀況，即使後來發現並非真的有急診醫療狀況。
- 若有造成劇烈疼痛、重病或重傷的醫療狀況，或出現精神急診狀況，且一個具備判斷力的人 (仔細或小心的非 **HealthWorx** 計劃會員) 認為這類急診狀況需要救護車載送 (即使後來確定不是急診狀況)，則急診交通服務可獲承保。
- 若符合以下條件，則將會員從一家醫院轉送至另一家醫院或設施，或從設施載送回家的非急診交通服務可獲承保：
 - 醫療上必須
 - 由計劃內提供者提出要求
 - 事先取得聖馬刁健康計劃授權

會員費用

無共付金

糖尿病自我管理

說明

- 讓會員有能力妥善使用承保設備、用品、藥物所需的糖尿病門診病人自我管理訓練、教育和醫療營養治療，以及依照會員的計劃內提供者指示或處方提供的額外糖尿病門診病人自我管理訓練、教育和醫療營養治療。

會員費用

無共付金



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

處方藥 說明

- 由有執照的醫療執業人員在其執照許可範圍內開立處方且為醫療上必須的藥物。包括但不限於：
 - 施打注射型承保藥物所需的注射用藥物、針頭和針筒
 - 施打胰島素所需的胰島素、升糖素、針筒、針頭和筆型輸送系統
 - 用來監測和治療胰島素依賴型、非胰島素依賴型和妊娠糖尿病的血糖測試片、尿液苯酮測試片、刺血針和刺血針裝置
 - 需處方的孕期維他命，以及隨維他命使用或個別使用的氟化物補充品
 - 當您是休養中心、療養院、康復醫院或類似醫療機構的患者或院友時，由健康計劃的醫生為您的承保服務開立、透過聖馬刁健康計劃指定的藥房取得、在該機構施用，且為醫療上必須的藥物
 - 施用承保藥物所需的拋棄式裝置，例如施用噴霧式處方藥所需的吸藥輔助艙和吸入器，以及門診病人自我注射未預先充填的處方藥所需的針筒。「拋棄式」一詞包括可使用一次以上才丟棄的裝置。
 - 由您的服務提供者開立的所有經 FDA 批准的避孕藥物、裝置和產品 (包括所有經 FDA 批准的開架式避孕藥物、裝置和產品) 均獲承保，包括體內植入式緩釋避孕藥物

關於聖馬刁健康計劃的處方藥承保資訊，請參閱本手冊第 43 頁「取得藥房福利」一節。

會員費用

以下無共付金：在住院環境中提供的處方藥、在醫生診所或門診設施中施用的藥物，以及由您的服務提供者開立的所有經 FDA 批准的避孕藥物、裝置和產品，包括所有經 FDA 批准的開架式避孕藥物、裝置和產品。

每種專利處方藥 \$10 共付金

每種非專利處方藥 \$3 共付金

不承保服務

聖馬刁健康計劃並不承保所有處方藥。在某些情況下，由於某些藥物不屬於您的 HealthWorx 計劃福利，因此不在藥方集上。這些稱為**排除藥物**。若有取得排除藥物的處方，您必須自行支付費用。若您認為以您的情況來看，我們應該支付排除藥物的費用，您可以提出上訴。若要了解如何提出上訴，請參閱第 5 章說明。

下列藥物種類不會獲得 HealthWorx 計劃的承保。

- FDA 尚未批准的藥物
- 大多數開架式藥物 (有部分例外，包括《平價醫療法案》強制要求承保的預防性護理用藥)
- 食慾抑制劑或其他任何節食藥物 (用於治療病態肥胖的醫療上必須藥物除外)

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



- 促進生育所用的藥物
- 整形或加強生髮用途的藥物
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物，如 **Viagra®**、**Cialis®**、**Levitra®** 和 **Caverject®**
- 實驗或研究性質藥物 (關於實驗/研究性質治療的獨立醫療審查，請參閱第 71 頁)。

醫院門診服務

說明

- 在醫院門診設施進行的診斷、治療和手術服務，包括：
 - 醫療上必須的物理、職能和口語治療
 - 可透過非住院方式合理提供的醫院服務
 - 與這些服務相關的服務和用品，包括會員在醫療機構住院時，由醫院或機構提供的手術室、治療室、輔助服務和藥物。
 - 因為必須使用醫院或門診機構的醫療狀況、臨床狀態，或嚴重的牙科手術，為門診病人提供的牙科手術相關服務。
 - 聖馬刁健康計劃將與會員的牙科保險計劃 (若有) 安排這類服務。

會員費用

- 無共付金，但下列服務除外：
 - 物理、職能和口語治療門診，每次就診 **\$5** 共付金

不承保服務

- 牙醫或口腔外科醫生的牙科服務 (除非是針對影響上下顎骨或相連骨關節的病況進行醫療上必須的外科手術)
- 牙科用具或假牙

醫院住院服務

說明

- 雙人或多人房的一般住院服務，含標準傢俱和設備、膳食 (包括醫療上必須的特殊飲食) 以及一般護理服務。包括所有醫療上必須的輔助服務，例如：
 - 手術室和相關設施的使用
 - 加護病房和服務
 - 藥物和生物製劑
 - 麻醉和氧氣
 - 診斷化驗和 X 光服務
 - 醫療上必須的特別看護
 - 物理、職能和口語治療
 - 呼吸治療
 - 血液和血液製品管理
 - 其他醫療上必須的診斷、治療和康復服務
 - 協調出院規劃，包括規劃醫療上必須的持續護理

包括因為必須住院的醫療狀況、臨床狀態，或嚴重的牙科手術，為住院病人提供的牙



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

科手術相關服務。聖馬刁健康計劃將與會員的牙科保險計劃 (若有) 安排這類服務。

會員費用

無共付金

不承保服務

- 個人舒緩物品或醫院單人房 (除非為醫療上必須)
- 牙醫或口腔外科醫生的牙科服務不獲承保 (除非是針對影響上下顎或相連骨關節的病況進行醫療上必須的外科手術)

家庭計劃服務

說明

- 自願接受的家庭計劃服務可獲承保，包括：
 - 州和聯邦法律許可的絕育諮詢和手術
 - 避孕 (節育) 藥物、裝置和產品，包括由您的醫生開立且經 FDA 批准的所有避孕藥物、裝置和產品。這包含植入或移除 IUD 和 Norplant、子宮帽或其他經 FDA 批准的避孕措施。
 - ▷ 您必須有醫生處方，聖馬刁健康計劃才能承保您的避孕措施。開架式 (無醫生處方) 的避孕措施不獲承保。以及根據處方藥福利所提供的裝置，包括植入或取出 IUD 和 Norplant。
 - ▷ 您每次可從網絡藥房取得 12 個月份經 FDA 批准的荷爾蒙類避孕措施。這只包括您自行施用的避孕措施，例如避孕藥、貼片和陰道環。
 - 家庭計劃門診
 - 化驗和 X 光照射
 - 驗孕
 - 治療因家庭計劃護理造成的問題
 - 妊娠終止
 - 由藥劑師提供的緊急避孕藥

會員費用

無共付金

不承保服務

- 不孕治療

健康教育

說明

- 有效的健康教育服務，包括戒煙課程、關於個人健康行為和健康護理的資訊，以及關於如何善用聖馬刁健康計劃或聖馬刁健康計劃附屬護理機構提供之健康護理服務的建議。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



會員費用

無共付金

耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)

說明

- 在家必須使用的醫療器材，承保條件包括：
 - 主要提供醫療用途
 - 目的是要重複使用
 - 通常對未生病或受傷的人沒有用
- 聖馬刁健康計劃可決定是否租用或購買標準設備。除非使用不當或遺失，否則修補或更換費用可獲承保。可獲承保的耐用醫療設備包括：
 - 氧氣和氧氣設備
 - 血糖監測器和呼吸暫停監測器
 - 噴霧器的機器、插管和相關用品，尖峰呼氣流速計，以及定量噴霧吸入器的吸藥輔助艙
 - 胰島素泵及相關的必要用品
 - 造口袋、導尿管和用品

會員費用

無共付金

不承保服務

- 舒緩和便利物品
- 拋棄式用品，但傷口造口袋、導尿管和用品除外
- 運動和衛生設備
- 非醫療性質的設備，如蒸汽浴缸、升降機，或住家或汽車改裝
- 奢侈設備
- 功能相同的設備超過一件，除非為醫療上必須

矯形器具和義肢 (Orthotics and Prosthetics)

說明

- 矯形器和義肢的承保條件如下：
 - 有執照的醫療執業人員在其執照許可範圍內開立處方的醫療上必須的替代用義肢裝置
 - 有執照的醫療執業人員在其執照許可範圍內開立之醫療上必須的替代用矯形器具
 - 喉頭切除後為恢復說話能力，初次和其後提供的義肢裝置和安裝配件
 - 糖尿病患者治療用鞋類
 - 隨乳房切除術提供的義乳和重建整形外科手術
- 承保物品必須是由醫生開立、量身配製的標準型矯形器和義肢裝置，並需由聖馬刁健康計劃授權，且由計劃內提供者提供。除非使用不當或遺失，否則修理費用可獲承保。聖馬刁健康計劃可選擇更換或修補一項物品。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

會員費用 無共付金

門診精神健康服務 說明

- 精神健康門診服務由聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (San Mateo County Behavioral Health & Recovery Services) 授權、安排和提供。
 - 精神健康福利依照與其他疾病相同的原則提供，包括嚴重精神疾病和嚴重情緒困擾 (SED) 的治療。醫療上必須的福利包括：
 1. 門診服務
 2. 部分住院治療服務
 3. 處方藥
 - 若本健康計劃認定對會員的健康和復原有益時，家庭成員可參與治療。
 - 可為自閉症類群障礙的患者提供行為健康治療 (BHT) 服務。
 - 任何精神疾病均無就診次數限制，包括不是嚴重精神疾病 (SMI) 或嚴重情緒困擾 (SED) 的狀況。

會員費用

每次精神健康門診 \$5 共付金

部分住院服務無共付金

自閉症類群障礙的行為健康治療無共付金。

精神健康住院服務 說明

- 為了在經過認證的遵醫囑住院治療急性期的精神疾病，由行為健康和康復服務機構授權，並由計劃內精神健康提供者在聖馬刁縣精神健康計劃內的計劃醫院執行的住院精神健康護理，包括長期住院治療。
- 嚴重精神疾病 (SMI) 和嚴重情緒困擾 (SED) 無天數限制。嚴重心理疾病包括但不限於：
 - 精神分裂症
 - 情感性精神分裂
 - 躁鬱症 (躁狂抑鬱症)
 - 重度抑鬱症
 - 恐慌症
 - 強迫症
 - 自閉症類群障礙
 - 厭食症
 - 暴食症
 - 任何精神疾病均無就診次數限制，包括不是嚴重精神疾病 (SMI) 或嚴重情緒困擾 (SED) 的狀況。

會員費用 無共付金

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



酒精和藥物濫用門診服務

說明

- 以門診方式為酗酒或藥物濫用者提供醫療上必須的危機介入和治療
- 部分住院治療服務

會員費用

每次就診 \$5 共付金

部分住院服務無共付金

酒精和藥物濫用住院服務

說明

- 為酗酒或濫用藥物者清除體內有毒物質提供醫療上必須的住院服務

會員費用

無共付金

居家健康護理服務

說明

- 由計劃內提供者或聖馬刁健康計劃指定的其他適當權責機構所開立處方或指示的服務
- 由健康護理人員到家中提供的保健服務 (例如註冊護士、職業護士或居家健康助理訪視)
- 醫療上必須且由有執照的計劃內提供者在其執照許可範圍內開立的物理治療、職能治療、口語治療和呼吸治療
- 居家健康服務僅指由計劃內提供者或聖馬刁健康計劃指定的其他適當權責機構所開立處方或指示的服務
- 如果一項基本健康服務可在不止一個醫療上必須的環境中提供，則計劃內提供者或聖馬刁健康計劃指定的其他適當權責機構有權選擇提供護理的環境。聖馬刁健康計劃實施謹慎的醫療個案管理，以確保在最適當的環境中提供醫療上必須的護理。醫療個案管理可能包括：當眼前有幾個醫療上必須的替代服務或環境可選時，考慮某個特定的服務或環境是否符合成本效益。

會員費用

無共付金，除了上門進行物理、職能及口語治療為每次就診 \$5

不承保服務

- 看護照顧

專業護理服務 (Skilled Nursing Care)

說明

- 由計劃內提供者或執業護理師開立處方，且在有執照的專業護理機構內提供的醫療上



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

必須的服務。包括：

- 每天 24 小時的專業護理
- 食宿
- X 光和化驗室程序
- 呼吸治療
- 物理、職能和口語治療
- 醫療社會服務
- 有處方的藥物
- 醫療用品
- 專業護理機構一般具備的醫療用具和設備
- 每個福利年度最多一百 (100) 天

會員費用

無共付金，包括為住院病人提供的物理、職能或口語治療

不承保服務

看護照顧

物理、職能和口語治療

說明

- 可由計劃內提供者在診所或其他適當的門診環境、醫院、專業護理機構或家中提供的醫療上必須的治療

會員費用

住院病人的治療則無需繳自付費用

若以門診或上門方式提供，則每次就診 \$5 共付金

白內障眼鏡及鏡片

說明

- 白內障手術後所需的白內障眼鏡、隱形眼鏡，或代替自然眼球內水晶體的人工水晶體
- 接受植入人工水晶體的白內障手術後，若需要，可提供一副傳統眼鏡或隱形眼鏡

會員費用

- 無共付金

不承保服務

- 其他所有眼鏡或鏡片

助聽器和聽力服務

說明

- 測量聽力損失程度的聽力評估
- 決定最合適的助聽器廠牌和型號的聽力評估

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



- 單耳或雙耳助聽器，包括耳模、助聽器本體、第一組電池、導線和其他輔助設備
- 提供承保的助聽器後，一年內為了試戴、諮商、調整、修理而進行的就診均為免費

會員費用

無共付金

不承保服務

- 除了初次購買助聽器所承保的電池和其他輔助設備外，後續購買電池或其他輔助設備的費用，以及超出聽損矯正處方所列規格的助聽器費用，均不承保
- 在可獲承保的一年保固期後更換助聽器零件或修理助聽器
- 在任何 36 個月期間內更換助聽器超過一次
- 手術植入的聽力裝置，如人工電子耳

針灸 說明

- 針灸服務以自行轉診至計劃內提供者的方式提供
- 每個福利年度以 20 次就診為上限

會員費用

每次就診 \$5 共付金

脊柱按摩 說明

- 脊柱按摩服務以自行轉診至計劃內提供者的方式提供
- 每個福利年度以 20 次就診為上限

會員費用

每次就診 \$5 共付金

足科護理 說明：

- 每個福利年度提供 24 次足科門診，屬於自行轉診福利，不需由主治醫生、其他醫生或專業保健人員轉診。
- 其他足科服務 (包括 24 次自行轉診以外的額外門診) 需要根據醫療必須性取得事先授權。

會員費用

每次就診 \$5 共付金。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

安寧療護服務 (Hospice Services)

說明

- 安寧療護意指符合下列條件、且由有執照或經檢定的提供者所提供的護理和服務：
(a) 專為被診斷出末期病症人士提供緩和性與支持性護理；(b) 由醫療專業人員指示和協調；(c) 取得聖馬刁健康計劃的事先授權。安寧療護福利包括：
 - 制訂和維持一套適當的護理計劃
 - 專業看護服務
 - 經檢定的居家健康助理服務
 - 家事服務
 - 喪親服務
 - 社會服務/諮商服務
 - 飲食諮詢
 - 醫師服務
 - 由受過訓練的義工提供的義工服務
 - 短期住院護理
 - 為了控制症狀或維持日常活動而進行的物理治療、職能治療和口語治療
 - 在合理且必要範圍內可緩解和管理絕症的藥品、醫療設備和用品

安寧療護僅限為以下人士提供：被診斷出絕症，預期壽命只剩一年或更短時間，經醫生證明，且選擇以安寧療護代替本健康計劃承保的傳統服務。此安寧療護選擇可隨時撤銷。安寧療護服務包括針對絕症相關的疼痛和其他症狀提供緩和醫療，但不設法治癒疾病。

臨床癌症試驗

說明

- 承保範圍如下：會員的醫生建議會員參加癌症臨床試驗 (第一期至第四期)，並且
- 會員符合以下條件：
 - 會員必須被診斷患有癌症
 - 會員必須獲准參加第一期、第二期、第三期或第四期的癌症臨床試驗
 - 負責治療會員 (提供承保服務) 的醫生必須在確定參加試驗對會員的情況可能有益之後，建議會員參加臨床試驗，並且
- 試驗必須符合以下條件：
 - 試驗具有治療意圖，並且由負責治療的醫生提供文件記錄
 - 所提供的治療必須由以下任何一個單位批准：
 1. 國家衛生研究院 (National Institutes of Health)、聯邦食品及藥物管理局 (Federal Food and Drug Administration)、美國退伍軍人管理局 (U.S. Veteran's Administration)，或者
 2. 涉及的藥物免受聯邦新藥申請法規的規範
- 會員的例行病人護理費用。這些費用與健康護理服務提供相關，包括即使不在獲准的臨床試驗計劃中提供，亦可獲得承保的藥物、用品、裝置和服務。癌症臨床試驗的日常病患費用包含
 - 提供研究性藥物、用品、裝置或服務所需的健康護理服務
 - 針對研究性藥物用品、裝置或服務進行適當臨床監測所需的健康護理服務

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



- 預防因提供研究性藥物、用品、裝置或服務而引起併發症所需的健康護理服務
- 在提供研究性藥物、用品、裝置或服務時（包括併發症的診斷或治療），為提供合理及必要護理所需的健康護理服務。
- 會員可要求對聖馬刁健康計劃的承保決定進行獨立醫療審查 (IMR)。
關於如何要求進行獨立醫療審查，請參閱第 71 頁的資訊。

不承保服務

- 提供非 FDA 核准但屬於試驗一部份的藥物或裝置
- 除了健康護理服務以外的服務，包括會員因參加試驗而可能產生的交通、住宿和其他非臨床費用
- 任何僅為滿足數據收集和分析需要而提供的用品或服務，不是為了病人臨床管理
- 在其他情況下不屬於承保福利的健康護理服務 (除了因屬於研究或實驗性質而不獲承保的服務之外)
- 通常由研究主辦方免費提供給試驗參與者的健康護理服務
- 除非此試驗方案不是在加州提供，否則臨床試驗的承保範圍可限於加州的計劃內醫院和醫生

會員費用

無共付金

器官移植 說明

- 承保範圍包括由計劃內提供者根據全國認可的執業標準開立處方、且為醫療上必須的器官移植和骨髓移植。
捐贈人或被認定為可能捐贈人的合理醫療和醫院費用；這些費用必須與會員移植有直接關係。
- 為骨髓移植配對的親屬檢驗費用
- 透過受認可的捐贈人登錄中心搜尋和檢驗非親屬骨髓捐贈人的相關費用，以及透過受認可的捐贈人移植庫募集器官的相關費用，前提是這些費用與會員預計接受的移植手術有直接關係。
- 會員可要求對聖馬刁健康計劃的承保決定進行獨立醫療審查 (IMR)。
○ 關於如何要求進行獨立醫療審查，請參閱第 71 頁的資訊。

血液和血液製品 說明

- 門診環境中的血液和血液製品處理、保存和管理
- 包括醫療上必須的自體血液採集



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

會員費用

無共付金

乳房切除術和淋巴結切除術

說明

- 與乳房切除術和淋巴結切除術相關的住院天數由主治醫生和外科醫生與會員諮詢後決定。承保範圍包括乳房切除術的所有併發症，包括淋巴水腫。

會員費用

無共付金

精神健康及酒精和藥物濫用服務

精神健康及酒精和藥物濫用服務由聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (San Mateo County Behavioral Health & Recovery Services) 提供。利用這些服務的會員必須遵守行為健康和康復服務機構的相關授權規定。

以下服務需經事先授權：

精神健康服務

- 部份住院服務
- 密集門診服務

酒精和藥物濫用服務

- 部份住院服務
- 密集門診服務

若會員需要服務提供者和如何取得護理的相關資訊，應致電行為健康和康復服務機構的資源團隊電話中心 (ACCESS Call Center)，電話是 **1-800-686-0101**。

精神健康及酒精和藥物濫用服務新申請件，由行為健康和康復服務機構的資源團隊電話中心負責辦理；該中心會根據每位會員的個人需求授權服務。精神健康及酒精和藥物濫用福利依照與其他疾病相同的原則提供，包括為任何年齡的精神健康或藥物濫用患者提供醫療上必須的治療。如需了解更多關於這些服務的資訊，請致電資源團隊電話中心。

行為健康和康復服務機構為精神科醫生開立的藥物和化驗檢測提供承保。如果您有精神健康護理需求，請撥打以下號碼聯絡行為健康和康復服務機構。

行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心

1-800-686-0101

TTY (聽力及語言障礙裝置) : **7-1-1**

每週 7 天、每天 24 小時提供服務。

精神科急診服務

若發生精神方面的急診狀況，請撥打 **9-1-1**，或者直接前往最近的急診室求助。

消費者及家庭事務辦公室 (Office of Consumer and Family Affairs) :

1-800-388-5189

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



第 7 節：福利不承保服務和限制

本健康計劃不包含以下健康福利：

1. 「福利說明」一節所指明的任何不承保服務或項目。
2. 超出「福利說明」一節所列限制範圍的任何福利。
3. 非醫療上必須的任何服務、用品、項目、程序或設備，除非「福利說明」一節中指明可獲承保。
4. 會員在保險生效日期之前接受的任何服務。如果會員因生效日期前接受的服務產生併發症，則此排除項目不適用於治療這類併發症的承保服務。
5. 保險失效後接受的任何服務。
6. 實驗或研究性質服務，包括有下列情形的任何治療、療法、程序或藥物 (或藥物用途)、設施 (或設施用途)、設備 (或設備用途)、裝置 (或裝置用途) 或用品：未被認可符合一般接受的專業醫療標準，或者建議或開立的項目或服務在治療該特定疾病、受傷或醫療狀況方面的安全性及功效尚未確定。您對實驗或研究性質服務拒保決定的上訴權利詳述於第 71 頁。
7. 因非急診醫療狀況到急診護理設施接受的醫療服務 (如果您理應知道此狀況不屬於急診醫療狀況)。
8. 眼鏡，但白內障手術後需要的眼鏡或隱形眼鏡除外 (這類眼鏡可由「白內障眼鏡及鏡片」福利承保)。
9. 不孕症診斷及治療服務，但醫源性不孕症的生殖能力保存治療除外。
10. 不承保長期護理福利 (包括在有執照設施內的長期專業護理服務) 和暫息照顧服務，除非聖馬刁健康計劃判定這些服務的成本低於最低基本福利，並且能滿足需求。本節未排除根據「專業護理服務」和「安寧療護服務」福利提供的短期專業護理服務或安寧療護服務福利。
11. 治療為獲取薪酬、利潤或收益而從事的任何職業或受僱時所發生或承受的任何身體傷害或疾病；此類福利應由任何工傷賠償福利計劃提供或給付。聖馬刁健康計劃應在需要時提供服務，且會員或會員的法定監護人應配合，以確保聖馬刁健康計劃可獲得這類福利的償付款項。
12. 可獲保險償付，或由其他任何保險或健康護理服務計劃承保的服務。聖馬刁健康計劃應在需要時提供服務，且會員或會員的法定監護人應配合，以確保聖馬刁健康計劃可獲得這類福利的償付款項。
13. 純粹為改善外觀而改變或重塑身體正常結構所施行的整容手術。
14. 個人或舒適用品，如電話、電視、客用托盤、個人衛生用品、拋棄式用品 (除了造口袋或導尿管之外) 和其他用品。
15. 牙醫或口腔外科醫生提供的住院牙科手術服務 (但直接影響上下顎骨或相連骨關節的任何外科手術可獲承保)。關於其他所有承保事項，請諮詢您選擇的牙科保險計劃。
16. 不承保藥物 (參閱第 57 頁)。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

17. 運動和衛生設備；實驗或研究性質設備；不屬於醫療性質的裝置，如桑拿浴和電梯，或居家或汽車的改裝；豪華設備；超過一件提供相同功能的設備，除非為醫療上必須。
18. 醫院的單人房，除非經聖馬刁健康計劃認定為醫療上必須。
19. 矯正鞋和足弓墊，(但糖尿病患所需的治療用鞋類和鞋墊除外)；非硬性裝置，如彈性護膝、束腹、彈性襪、吊襪腰帶；牙科用具、電子語音製造機；除非為醫療上必須。
20. 飛機、客車、計程車或其他公共交通類的運輸承保範圍
21. 非醫療上必須的居家健康看護照顧和物理治療和復原。
22. 由專業護士或專業護理機構提供的專業看護照顧。
23. 在可獲承保的一年保固期後更換助聽器零件或修理助聽器、在三十六 (36) 個月期間內更換助聽器超過一次，以及手術植入的聽力裝置。除了初次購買助聽器所承保的電池和其他輔助設備外，後續購買電池或其他輔助設備的費用，以及超出聽損矯正處方所列規格的任何助聽器費用，均不承保。
24. 除了在母親住院期間，為新生兒提供出生後最長 48 小時或 96 小時 (若為剖腹產) 的檢查和育嬰護理外，不承保其他兒科護理。

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



第 8 節：申訴和上訴程序

我們不僅承諾為您確保護理品質，也確保治療程序的品質。所謂治療品質是從計劃內服務提供者的專業服務，一直延伸到會員服務代表為您提供的親切服務。若對從計劃內提供者取得的服務有疑問，建議您先與服務提供者討論此事。如果您對自己獲得的服務仍有任何疑慮，請致電聖馬刁健康計劃的會員服務部，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

上訴 (Appeal)

如果聖馬刁健康計劃拒絕您對一項服務或其他福利的要求，且您認為此決定有誤，則可向聖馬刁健康計劃提出上訴。從聖馬刁健康計劃做出原始決定的日期起，您可以在 **180 天 (曆日)** 內提出上訴。如欲提出上訴，可撥打 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務代表，或撥打 **1-888-576-7227** 或 **650-616-2850** 聯絡申訴及上訴專員。您可以致電我們的會員服務部，索取聖馬刁健康計劃的申訴和上訴政策和程序說明文件。

申訴

如果您對聖馬刁健康計劃或一位服務提供者有其他任何類型的不滿，可提出申訴。從事件發生日期起，您可以在 **180 天 (曆日)** 內向聖馬刁健康計劃提出申訴。如欲提出申訴，可撥打 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務代表，或撥打 **1-888-576-7227** 或 **650-616-2850** 聯絡申訴及上訴專員。您可以致電我們的會員服務部，索取聖馬刁健康計劃的申訴和上訴政策和程序說明文件。

如何提出申訴或上訴

若要展開申訴或上訴程序，您可撥打電話、寄信或傳真給聖馬刁健康計劃：

Grievance and Appeals Unit

Health Plan of San Mateo
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

電話：**1-800-750-4776** 或
650-616-2850

傳真：**650-829-2002**
網站：www.hpsm.org

聖馬刁健康計劃會在收到您的申訴後五 (5) 天內知會您，並且將在三十 (30) 天內解決您的申訴。若您的申訴涉及會立即嚴重危及您健康的狀況 (包括但不限於劇烈疼痛，或可能喪失生命、肢體或主要身體功能)，您或您的服務提供者可以要求聖馬刁健康計劃加急審查。聖馬刁健康計劃會評估您的加急審查要求；如果您的申訴符合緊急申訴條件，我們會在收到您的要求後三 (3) 天內做出決議。

如果您要求醫療管理局 (Department of Managed Health Care) 對您的個案進行加急審查，則不必先向聖馬刁健康計劃提出申訴。若您決定向聖馬刁健康計劃提出申訴，並且要求進行加急審查，聖馬刁健康計劃會立即以書面通知您以下事項：

1. 您有權利通知醫療管理局關於立即會嚴重危及您健康的申訴，且
2. 我們會在收到您的加急審查要求後 **72 小時**內，以書面聲明向您作出回覆，說明這項申訴的待決狀態或解決方式。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

獨立醫療審查

若聖馬刁健康計劃或計劃內服務提供者否決、延緩或變更為您要求的醫療護理，您可能有資格要求進行獨立醫療審查 (IMR)。若您的個案符合條件，並且您向醫療管理局 (Department of Managed Health Care, 簡稱 DMHC) 提交獨立醫療審查要求，您的個案資料將被提交給醫療專家進行審查，由他們對您的個案作出獨立裁定。您將收到裁決書副本。若獨立醫療審查專員做出該決定，聖馬刁健康計劃將會承保該健康護理服務。

以下情況可進行獨立醫療審查：

1. (a) 您的服務提供者建議一項有醫療必須性的健康護理服務，或
(b) 您已獲得服務提供者認為是醫療上必須的緊急護理或急診服務，或
(c) 計劃內的服務提供者已就您尋求獨立審查的醫療狀況為您提供診斷或治療，且
2. 聖馬刁健康計劃或其服務提供者已決定該健康護理服務並非醫療上必須，且以此為全部或部分理由拒絕、變更或延緩提供有爭議的健康護理服務，且
3. 您已向聖馬刁健康計劃提出申訴，且有爭議的決定仍維持原判，或在 30 天 (曆日) 後申訴仍未得到決議。

若您的申訴符合加急審查條件，您無需在申請獨立醫療審查前向聖馬刁健康計劃提出申訴。另外，在特殊和急迫情況下，醫療管理局 (DMHC) 可豁免必須遵循聖馬刁健康計劃申訴程序的規定。

對於不緊急的個案，醫療管理局指定的獨立醫療審查機構將在收到您的申請書及支持文件後三十 (30) 天內作出裁定。對於涉及會立即嚴重危及您健康的緊急個案，包括但不限於劇烈疼痛以及可能喪失性命、肢體或主要身體功能的狀況，獨立醫療審查機構將在三 (3) 個工作天內作出裁定。若在取得所有必要文件時出現延誤，可應專家要求將截止日期最多延長三 (3) 天。

獨立醫療審查程序是您可用的任何其他程序或補救措施的額外服務。如果您決定不採用獨立醫療審查程序，則關於您要求的護理服務，您可能會喪失對本計劃採取法律行動的任何法定權利。您不必為獨立醫療審查支付申請或處理費。您有權提供資料支持您的獨立醫療審查申請。如欲獲得有關獨立醫療審查程序的更多資訊或索取申請表，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃會員服務部。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

對否決實驗性/研究性療法的獨立醫療審查

若我們否決我們認定為實驗性或臨床研究性質治療的承保，您也有權透過醫療管理局 (Department of Managed Health Care) 要求進行獨立醫療審查。

- 我們將以書面告知，您有機會在我們作出拒絕承保實驗性/研究性療法的決定後五 (5) 個工作天內，要求對此決定進行獨立醫療審查。
- 在您就我們否決承保實驗性/臨床研究性質療法的決定尋求獨立醫療審查前，您不必參與聖馬刁健康計劃的申訴程序。
- 若醫師表示如不立即實施建議的治療法，療效將大幅減低，則獨立醫療審查決定必須在加急審查要求完全提出後的七 (7) 天內作出。

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



醫療管理局的審查

加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care) 負責規管健康護理服務計劃。如果您要對自己的健康計劃提出申訴，在聯絡醫療管理局之前，應先致電 **1-800-750-4776** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)，與健康計劃的會員服務部聯絡，並使用健康計劃的申訴程序。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**)。該局官網 (<https://www.dmhc.ca.gov>) 有提供投訴表格、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和網上說明。

調解

您或您的授權代理人可以向聖馬刁健康計劃要求自願調解。若採用調解程序，您不需要等候超過三十 (30) 天，即可向醫療管理局提出申訴。調解程序完成後，您仍可以向該部門提交申訴。您和聖馬刁健康計劃將分攤調解費用。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

This page intentionally left blank.

**Esta página ha sido dejada en blanco
intencionalmente.**

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：
1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。
如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



第 9 節：一般資訊

完整合約

聖馬刁縣公共管理局為 IHSS 服務提供者簽訂的合約、聖馬刁市政府為兼職員工簽訂的合約、本會員手冊及承保說明，以及任何修訂條文和附件，應共同構成完整的承保合約。

修訂和變更

包含任何福利變更在內的合約書面修訂條文應由聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的授權人員以及聖馬刁健康委員會 (San Mateo Health Commission) 的授權人員簽署，並自該書面修訂條文中所述之生效日期起生效。

除非聖馬刁健康委員會收到修訂條文作為證明，且該修訂條文經聖馬刁健康委員會的授權人員簽字，否則合約中任何變更及任何條款的豁免應屬無效。任何代理人均無更改合約或豁免任何條款的權限。聖馬刁健康計劃保留因應任何法律或管理規章要求而片面修訂本協議的權利。若付款金額 (保費或共付金) 有任何增加，或福利有任何變更，會員將至少在三十 (30) 天以前收到通知。

變更通知

當聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 或聖馬刁市政府的合約到期或終止時，本健康計劃應與聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府全力配合，使原先受此合約承保的會員能順利轉換到其他承包商之下。在聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 或聖馬刁市政府的合約到期或終止前，本健康計劃應至少提前 15 天發一份經聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 或聖馬刁市政府批准的通知給所有已知會員。

文書作業錯誤

文書作業錯誤不應使任何會員喪失合約承保福利。即使未通報承保終止，此承保仍不應在按照合約條款安排的終止日期後繼續提供。一旦發現文書作業錯誤之後，應適當調整保健服務費用。

其他健康保險

如果您除了本計劃外還有其他醫療保險，將此資訊告訴您的網絡服務提供者會對您有利。大多數保險公司會互相合作以避免重複付款，但您仍可同時利用兩項計劃的福利。如果您有其他保險，有些規則會決定哪一家保險公司先付款。先付款的保險稱為「主要付款方」(primary payer)；該保險會先付款，直到金額達到承保上限為止。第二個付款的保險稱為「次要付款方」(secondary payer)；只有當主要付款方無法承保所有費用時，該保險才會付款。只要您仍在工作，HealthWorx HMO 計劃就會是您的主要付款方。

聖馬刁縣公共管理局不允許聖馬刁縣的居家支援服務 (IHSS) 服務提供者在擁有其他健康保險的情況下註冊加入 HealthWorx 計劃。如果 IHSS 服務提供者有其他健康保險，則會被 HealthWorx 計劃退保。

擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的會員

本計劃並未針對大多數聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃受益人而設計。如果您具備或得到聯



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

邦醫療保險 (紅藍卡) 資格，應致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

當您擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 時，哪個計劃先付款

當您有其他保險時 (如僱主團體健康保險)，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會根據一套規則決定應由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或其他保險優先付款。先付款的保險計劃稱為「主要付款方」(primary payer)，他們會先付款，直到金額達到承保上限為止。第二個付款的計劃稱為「次要付款方」(secondary payer)，只有當主要付款方無法承保所有費用時，他們才需要付款。

如果您同時擁有 HealthWorx HMO 計劃和聯邦醫療保險 (紅藍卡)，以下規則一般適用：

- 如果您仍在工作，HealthWorx HMO 計劃會先付款。
- 如果您已退休，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會先付款。
- 如果您年滿 65 歲且仍在工作，HealthWorx HMO 計劃會先付款。

如果您有聯邦醫療保險 (紅藍卡)，請告知您的醫生、醫院和藥房。如果您對何項計劃先付款有任何疑問，或需要更新您的其他保險資訊，請致電聖馬刁健康計劃會員服務部。

請務必將您的所有保險計劃告訴服務提供者，以便您享有應獲得的所有福利。如需更多資訊，請聯絡聖馬刁健康計劃的會員服務部。

第三方賠償程序和會員責任

會員同意，若提供本協議福利來治療因另一人或第三方的不當行為或疏忽所造成的受傷或疾病，且在聖馬刁健康計劃有權獲得償付以前，會員已因此不當行為或疏忽所造成的其他所有損害獲得完全補償，則會員應：

- 在透過訴訟或法律、和解或其他方式收到損害補償後，在《加州民法》(California Civil Code) 第 3040 條允許的範圍內，立即向聖馬刁健康計劃償付本計劃支付的合理服務費用；並且
- 完全配合聖馬刁健康計劃在《加州民法》第 3040 條允許的範圍內，對其提供服務的合理價值實行留置權。聖馬刁健康計劃可能向造成傷害者、其代理人或法院提出留置權。

聖馬刁健康計劃應有權從第三方賠償中獲得付款、償付和代位追償權，且會員應與聖馬刁健康計劃配合，以完整和完全實行和保護聖馬刁健康計劃的權利，包括盡快通知該計劃有關第三方可能賠償的案件。

福利與工傷保險賠償不得重複

若按照任何《工傷賠償法》或《僱主責任法》，或其他類似目的或含意的法律，第三方應負責支付聖馬刁健康計劃提供醫療服務的全額或部份費用，則我們將在需要時提供本協議的承保福利。會員將同意在聖馬刁健康計劃提供此服務的合理價值範圍內，為聖馬刁健康計劃提供此工傷賠償醫療福利的留置權。該留置權可能會由負責的第三方、他或她的代理人或法庭提起。以此小節目的而言，合理價值是提供服務所在地理區域認定為一般、慣例或合理的收費。一旦接受本協議提供的承保服務，即表示會員同意配合保護聖馬刁健康計劃在此條款下的權益，並且同意為了完整和完全實行和保護聖馬刁健康計

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



劃或其指定人的權利，簽署並交付予聖馬刁健康計劃或其指定人任何及所有可能需要或適當的轉讓證明書或其他文件。

福利協調

一旦註冊加入聖馬刁健康計劃，即表示會員同意填寫並提交這類同意書、棄權書、轉讓證明和聖馬刁健康計劃合理要求的其他任何文件給聖馬刁健康計劃，以確保本計劃獲得償付並能與其他健康福利計劃或保險契約協調承保。當這類其他計劃或保險有會員適用的福利時，無論他們是否為相同原因進行索償，應付的福利將會減少。

服務提供者付款

聖馬刁健康計劃以按服務計費方式向醫生和健康護理提供者付款。換言之，醫生先為會員提供健康護理服務，然後寄帳單給聖馬刁健康計劃。醫院、專業護理機構和安寧療護服務以日為單位計費。這類付款安排沒有風險分擔規定，也沒有專為限制健康護理而設計的財務罰則。事實上，對於許多為會員提供適當等級和類型健康護理的提供者，我們還提供獎勵。

償付條款 – 若您收到帳單

為了確保您的醫生知道如何為您的護理請款，請告訴醫生的診所工作人員您是聖馬刁健康計劃會員。尋求服務時一定要出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。

除非以下特定情況，您不應收到服務帳單：

- 您要求並接受不獲承保的服務，例如整容手術。
- 您找網絡外醫生為您提供非急診服務。
- 您在就診時未支付您的共付金。

如果您收到這些服務的帳單，您需要支付該費用。

如果您收到的帳單是關於一項承保服務，或是在醫院或網絡內設施中，接受經聖馬刁健康計劃授權的網絡外提供者所提供的服務，**請不要支付帳單**。請立即致電服務提供者的診所，讓他們向聖馬刁健康計劃收費。服務提供者可致電聖馬刁健康計劃，我們會解釋如何向我們請款。您的會員卡上列有服務提供者可撥打的電話。如果您不確定該怎麼做，可致電詢問會員服務代表。

請勿忽略服務提供者的帳單。如果您因為一張帳單而被轉給催收公司，我們可能就無法這麼容易幫您解決問題。您最後可能需要支付部分或全部帳單。

如果您已為接受的服務 (如急診服務) 支付帳單，我們將與服務提供者聯絡並退款給您。您必須提交帳單副本，並附上您的姓名、會員編號 (在您的會員卡上)、您的電話號碼、付款收據，以及帳單開立的日期和原因。

此外還必須提交付款證明。請將帳單寄到：

Member Services Department
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

您的申請書應在您接受服務之日起 3 個月內，或在合理時間內盡快郵寄給聖馬刁健康計劃，最遲不得超過接受服務後 12 個月。



如有問題，請致電會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

公共參與

代表聖馬刁健康計劃全體會員的消費者諮詢委員會 (Consumer Advisory Committee) 由聖馬刁健康計劃會員和專業權益倡導者組成，是聖馬刁健康委員會 (負責管理聖馬刁健康計劃) 的常設諮詢團體。諮詢委員會就本健康計劃如何為會員提供最好服務，向聖馬刁健康委員會提出建議。諮詢委員會也對聖馬刁健康委員會即將決定的政策問題進行審查，讓會員有機會在最終定案前參與討論。聖馬刁健康計劃管理機構的消費者成員，會在聖馬刁健康計劃的品質評估與改進委員會 (Quality Assessment and Improvement Committee) 上代表全體消費者。

如果您想申請成為消費者諮詢委員會委員，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃會員服務代表。

通知您有關本計劃的變更

在這一年當中，我們可能會寄更新資訊給您，告知您本計劃的變更。這些更新資訊可能包括服務提供者名錄、手冊或承保說明。我們將隨時通知您最新消息，並且回答您的任何問題。如您對本計劃的變更有任何疑問，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。

隱私政策實施

聖馬刁健康計劃會保護會員的健康資訊隱私。簽約提供者也必須保護您的健康資訊。受保護的健康資訊包含您的姓名、社會安全碼和其他能揭露您的身份的資料。您有權 (但有例外) 查看並且取得聖馬刁健康計劃為您保存的健康資訊副本、修正或更新您的健康資訊，以及要求我們提供您健康資訊的特定披露記錄。

聖馬刁健康計劃可能為了治療、付款和健康護理作業等目的使用或披露您的健康資訊，包括評量您獲得的護理和服務品質。法律有時會要求我們向政府機構提供或在司法活動中提供受保護的健康資訊。此外，除非「隱私政策實施通知」中有所說明，否則若未取得您 (或您的代理人) 的書面授權，我們不會為其他任何目的使用或披露您的健康資訊。

本會員手冊中附有一份聖馬刁健康計劃「隱私政策實施通知」。如需額外副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃會員服務部。您亦可在我們的網站取得「隱私政策實施通知」，網址：www.hpsm.org。

授權透露資訊

聖馬刁健康計劃不會在未取得會員或會員指定人的授權之下，透露可辨識個人身份的醫療或個人資訊，但法律允許的情形不在此限。聖馬刁健康計劃可透露無法辨識個人身份的資訊。

如需為了無關治療、付款或健康護理作業的目的或應法律要求透露醫療資訊 (包括與個人具體相關的遺傳檢測資訊)，聖馬刁健康計劃將尋求會員獲會員指定人的授權。

器官和組織捐贈

捐贈器官和組織可為社會帶來許多助益。器官和組織捐贈讓接受移植者能繼續擁有更完整、更有意義的生活。目前器官移植需求遠遠超過供應能力。如果您有興趣捐贈器官，

如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。



請與您的醫生討論。當一名病人在醫院中被宣告腦死，且經識別為潛在器官捐贈者時，器官捐贈程序就會啟動。器官勸募組織會參與和協調器官捐贈作業。美國衛生及公共服務部網站 (www.organdonor.gov) 載有更多關於器官和組織捐贈的資訊。

預立醫療指示

《加州健康護理決定法》(California Health Care Decision Law) 提供幾種方式，讓您可以在病重或失去意識時掌控自己接受的醫療護理類型。這些方式包括：

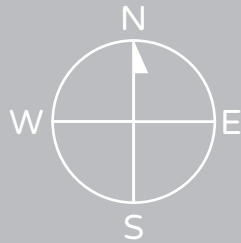
- 寫好一份「健康護理授權書」(Power of Attorney for Health Care)，指定某人在您無法表達意見時為您做健康護理決定。該授權書也讓您可寫下自己對維生措施和其他治療的看法。
- 提供個人健康護理指示，表達您對維生措施和其他治療的意願。您可對您的醫生表達這些意願，讓醫生記錄在您的病歷表中，或可自行將它們寫成書面文字，將它附加在您的病歷表中。

若想知道更多關於預立醫療指示的資訊，包括如何索取相關表格和說明，請前往我們的網站 <https://www.hpsm.org/member/forms>，或致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務部。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/healthworx。

San Mateo County
El Condado de San Mateo



Daly City

South
San Francisco

San Bruno SFO

Pacifica

Millbrae
Burlingame

Montara

Hillsborough
Foster City
San Mateo

Belmont

San Carlos

Moss-Beach

Redwood City
East Palo Alto

Half Moon Bay

Menlo Park

Atherton

Woodside

Portola
Valley

Santa Clara County

「讓人人擁有健康」



801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

tel 800.750.4776 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org