



會員手冊/ 承保範圍說明書

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

有疑問？

請致電 1-855-817-5785 (TTY: 711) 聯絡我們，
時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。
此為免付費電話。或瀏覽 duals.anthem.com。



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 會員手冊

2022 年 1 月 1 日 – 2022 年 12 月 31 日

您在 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 下的健康及藥物承保

會員手冊簡介

本手冊將向您介紹截至 2022 年 12 月 31 日為止在 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 中的承保範圍。本手冊將會為您說明醫療保健服務、行為健康（精神健康與物質使用疾患）服務、處方藥物給付範圍，以及長期服務與支援。長期服務與支援將可以協助您留在家中而無需前往療養院或醫院。關鍵術語及其定義將在會員手冊的最後一章按字母順序列出。

這是一份重要的法律文件。請妥善保存。

本 Cal MediConnect Plan 由 Anthem Blue Cross 提供。本會員手冊所述的「我們」或「我們的」均指 Anthem Blue Cross。凡提及「本計劃」或「我們的計劃」，均指 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Llame al **1-855-817-5785** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. Spanish

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-817-5785** (TTY: **711**)，週一至週五上午 8：00-晚上 8：00。通話免費。 Chinese

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, cho quý vị. Xin gọi số **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Cuộc gọi được miễn tính cước phí. Vietnamese

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa **1-855-817-5785** (TTY: **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Tagalog

您可以免費索取本文件的其他格式版本，如大型字體印刷、點字和/或音訊版本。請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。此為免費電話。

您可以免費取得此檔案的其他語言和格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。致電會員服務部，電話號碼見本頁底部。致電時，如果您希望這是一個長期訂單，請告訴我們。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言傳送相同的文件。您也可以致電我們變更或取消長期訂單。您也可以從 duals.anthem.com 在線上尋找您的文件。



目錄

第 1 章：會員入門.....	5
第 2 章：重要的電話號碼和資源	15
第 3 章：利用計劃給付取得醫療保健服務及其他給付服務.....	35
第 4 章：福利表	53
第 5 章：透過計劃獲取您的門診處方藥	101
第 6 章：您為您的 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥物所需支付的費用.....	118
第 7 章：要求我們為您已收到的給付醫療服務或藥物帳單，支付應共同承擔之費用	127
第 8 章：您的權利與責任	132
第 9 章：如果您遇到問題或希望提出投訴，應該怎麼辦（給付決定、上訴和投訴）	148
第 10 章：終止您在 Cal MediConnect 計劃之會員身分	192
第 11 章：法律通知	201
第 12 章：重要辭彙的定義	204



免責聲明

- ❖ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 同時簽約的健康計劃，向參保人提供這兩個方案的福利。
- ❖ Anthem Blue Cross 是 Blue Cross of California 的商標名稱。Anthem Blue Cross 和 Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. 是 Blue Cross Association 的獨立持牌人。ANTHEM 是 Anthem Insurance Companies, Inc. 的註冊商標。
- ❖ Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 下的保險為合資格健康保障，名為「最低基本保險」。它符合患者保護與平價醫療法案 (Affordable Care Act, ACA) 個人分擔責任的要求。請瀏覽 Internal Revenue Service (IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解個人分擔責任要求的更多資訊。
- ❖ IngenioRx, Inc. 是一家代表您的健康計劃提供藥房福利管理服務的獨立公司。



第 1 章：會員入門

簡介

本章包含 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 相關的資訊，該健康計劃涵蓋所有您的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，以及您的會員資格。它還告知您將面臨的情況以及您將從 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 所能夠獲得的其他資訊。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 歡迎加入 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan	7
B. Medicare 和 Medi-Cal 的相關資訊	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. 本計劃的優勢	8
D. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的服務區域	9
E. 您需具備哪些資格方可成為本計劃的會員	9
F. 首次加入醫療計劃會面臨哪些情況	9
G. 您的護理團隊與護理計劃	10
G1. 醫療保健團隊	10
G2. 護理計劃	10
H. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 每月計劃保費	11
I. <i>會員手冊</i>	11
J. 我們將為您提供的其他資訊	11
J1. 您的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員 ID 卡	12
J2. 醫療服務提供者及藥房名冊	12
J3. 給付藥物清單	13
J4. 福利解說	13

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



K. 如何將您的會員記錄保持在最新狀態	14
K1. 個人健康資訊 (PHI) 的隱私	14



A. 歡迎加入 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 是一項 Cal MediConnect Plan。Cal MediConnect Plan 是一個由醫生、醫院、藥房、長期服務與支援服務提供者、行為健康服務提供者及其他醫療服務提供者共同組成的組織。此計劃還有個案經理及醫療保健團隊可以協助您管理您所有的醫療服務提供者和服務。他們合作為您提供所需的護理。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 經由 California 和 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 核准，向您提供作為 Cal MediConnect 一部分的服務。

Cal MediConnect 是由 California 與聯邦政府聯合監管的示範性方案，向同時享有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士提供更好的護理服務。在此示範性計劃下，州及聯邦政府希望對新方案進行試驗以改善您獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務的方法。

Anthem Blue Cross 服務 California 居民已超過 75 年。在 Anthem Blue Cross，我們致力於提供更好的護理給我們的會員，提供更佳的價值給我們的客戶，並協助改善我們的社區健康。

B. Medicare 和 Medi-Cal 的相關資訊

B1. Medicare

Medicare 是一項聯邦健康保險方案，適用於：

- 年滿 65 歲或以上的人士，
- 部分未滿 65 歲的特定殘障人士，以及
- 末期腎臟疾病（腎衰竭）患者。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 方案名稱。Medi-Cal 由州負責營運，並由州與聯邦政府共同承擔費用。Medi-Cal 協助收入及資源有限的人士支付長期服務與支援 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 和醫療費用。它對 Medicare 未承保的額外服務及藥物進行承保。

每個州決定以下事務：

- 可算作收入及資源的項目，
- 符合資格的人士，
- 受承保的服務，以及
- 服務費用。

只要遵循聯邦規則，各州可以決定如何運營其計劃。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



Medicare 與 California 政府核准 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。您可透過我們的計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務，只要：

- 我們選擇提供本計劃；且
- Medicare 與 California 允許我們繼續提供本計劃。

即使我們的計劃未來停止營運，您的 Medicare 及 Medi-Cal 服務的資格將不會受到影響。

C. 本計劃的優勢

您將即刻獲得所有受承保的 Medicare 及 Medi-Cal 服務，前提是這些服務來自 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，包括處方藥物。加入此醫療保健計劃，您不用支付額外費用。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將協助您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利更好地進行統合，讓您享有更好的福利。部份優勢包括：

- 您將能夠使用一項健康計劃來滿足您的**所有**健康保險需求。
- 您將擁有一支您自己組成的護理團隊。您的醫療保健團隊成員可能包括您本人、您的照顧者、醫生、護士、諮詢人員或其他醫療保健專業人員。
- 個案經理將為您服務。該人士將與您、Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 以及您的護理團隊合作，擬定護理計劃。
- 您將可以主導自己的醫療保健，並獲得來自醫療保健團隊和個案經理的協助。
- 醫療保健團隊與個案經理將會與您合作，以擬訂一份針依您健康需求量身打造的醫療保健計劃。醫療保健團隊將會幫您協調您所需的服務。這意味著，例如：
 - 您的醫療保健團隊會確保您的醫生了解您服用過的所有藥物，以便醫生能夠確認您服用的是適當的藥物，並藉此減少您因藥物而可能產生的任何副作用。
 - 您的醫療保健團隊會確保您的所有醫生和其他醫療服務提供者獲得您的檢驗結果，如適用。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的服務區域

我們的服務區域包含 California 的以下郡：Santa Clara County.

僅限在我們的服務區域內居住的人士可參加 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。

如果您搬出我們的服務區域，您將不能留在計劃內。請參見第 8 章以瞭解關於離開我們服務區域的影響的更多資訊。您將必須與您所在郡縣的資格審核人員聯絡：

Medi-Cal 辦公電話 1-800-541-5555 (TTY: 711)

E. 您需具備哪些資格方可成為本計劃的會員

您只要符合以下條件即具備加入本計劃的資格：

- 居住於本計劃的服務區域；且
- 在投保時已年滿 21 歲；且
- 同時享有 Medicare A 部份和 Medicare B 部份，並且
- 目前符合 Medi-Cal 的資格，並且
- 為 United States 公民或在 United States 合法居留。

您所在的郡縣可能還有其他資格規定。如需更多資訊，請致電會員服務部。

F. 首次加入醫療計劃會面臨哪些情況

當您首次加入計劃，您將在 90 日內收到一份健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA)。

按規定，我們必須為您進行一次健康風險評估 (HRA)。這份健康風險評估 (HRA) 是制定您個人醫療保健計劃 (Individual Care Plan/ICP) 的基礎。此健康風險評估 (HRA) 將包括用以判斷您的醫療、長期服務與支援 (LTSS) 及行為健康和功能性需求的問題。

我們將會與您聯絡以為您完成健康風險評估 (HRA)。您可以親自前來、透過電話或用郵寄方式來完成健康風險評估 (HRA)。

我們將向您寄送更多有關這份健康風險評估 (HRA) 的資訊。

如果您是 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的新會員，您可在特定的時間段內繼續前往目前看診的醫生處就診。如果您符合下列所有條件，您在投保時將可以保留您目前的醫療服務提供者和服務授權最長為 12 個月：

- 您本人、您的代理人或您的醫療服務提供者直接向我們提出申請，以讓您繼續請您目前的醫療服務提供者為您看診。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 我們能夠確定您與目前主治醫生或專科醫療服務提供者的關係，但有一些例外。當我們提及既有關係的存在，是指您首次參保 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 之前 12 個月間，您至少有一次因為非緊急因素求診於這位網絡外醫療服務提供者。
 - 我們將會審查我們所獲得與您有關的健康資訊或是您提供給我們的資訊，以判定您與醫療服務提供者間的既有關係。
 - 我們有 30 天的時間可以回覆您的申請。您也可以要求我們在較短時間內做決定，那麼我們將必須在 15 天內回覆您。
 - 如果您有可能因護理中斷而受到傷害，我們有 3 個日曆的時間回覆您的請求。
 - 當您提出申請時，您或您的醫療服務提供者必須出示文件證明您們的既有關係，並且同意遵守特定條款。

注：此申請不適用於耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)、交通運輸服務、其他輔助服務，或不屬於 Cal MediConnect 給付範圍之服務的醫療服務提供者。

在延續護理期結束後，除非我們與您的網絡外醫生簽訂協定，否則您將需要去 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 網絡內的醫生及其他醫療服務提供者處就診。網路內醫療服務提供者是指與本醫療保健計劃合作的醫療服務提供者。本計劃的主要醫療保健提供者 (Primary Care Provider, PCP) 皆有所屬的醫療集團。當您選擇了 PCP 時，您同時也選擇了其所屬的醫療團體。這意味著您的 PCP 將會將您轉介至與其同屬一個醫療團體的專科醫生或服務提供者處。醫療集團是由主治醫生和專科醫生組成的醫療團隊，他們合作提供您所需的醫療保健。請參閱第 3 章，瞭解關於取得醫療保健的更多資訊。

G. 您的護理團隊與護理計劃

G1. 醫療保健團隊

您需要協助取得所需的醫療保健嗎？醫療保健團隊可以協助您。醫療保健團隊可能包括您的醫生、個案經理或其他您選擇的健康人員。

個案經理是經受訓練的人士，協助您管理所需的醫療保健。當您參保 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 時，將有一位個案經理服務您。如果 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 無法提供您需要的服務，這位人士還將會向您轉介社區資源。

您可於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 要求我們指派一個護理團隊。

G2. 護理計劃

您的醫療保健團隊會與您合作，以擬訂醫療保健計劃。醫療保健計劃會告訴您以及您的醫生您需要哪些服務以及如何取得這些服務。服務包括醫療、行為健康及長期服務與支援 (LTSS) 需求。您的醫療保健計劃為您以及您的需求量身打造。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



您的醫療保健計劃包括：

- 您的醫療保健目標。
- 您應取得所需服務的時間。

醫療保健團隊對您的健康風險進行評估後，會與您面談。他們會與您討論您所需的服務。他們也會告知您您可能需要考慮取得的服務。您的醫療保健計劃以您的需求為基礎。您的醫療保健團隊至少每年會與您合作，更新醫療保健計劃。

H. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 每月計劃保費

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 沒有每月計劃保費。

I. 會員手冊

本會員手冊是我們與您簽訂之合約的一部份。這就是說，我們必須遵守本文件中的所有規則。若您認為我們有任何行為違反了這些規則，您可以對我們的行為提出上訴或質疑。若要瞭解如何上訴的資訊，請參閱第 9 章，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部索要會員手冊。您還可以瀏覽 duals.anthem.com 參閱會員手冊，或從該網站上進行下載。

該合約於您參保加入 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日之間生效。

J. 我們將為您提供的其他資訊

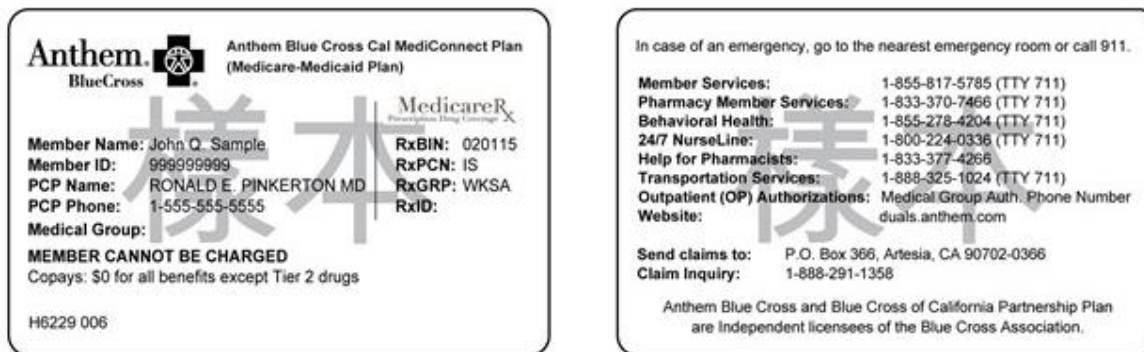
您應已收到 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員身份 (ID) 卡，有關如何獲得《醫療服務提供者與藥房目錄》的資訊，以及有關如何獲得《承保藥物清單》的資訊。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



J1. 您的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員 ID 卡

根據本計劃的規定，您在接受 Medicare 及 Medi-Cal 服務時將使用同一張卡，這些服務包括長期服務與支援，特定行為健康服務以及處方藥物。當您接受服務或開藥時，必須出示該會員卡。以下是參與者卡樣本，讓您了解卡片的外觀：



如果您的 Cal MediConnect 保險卡受損、遺失或遭竊，請立即致電會員服務部，我們會寄發新卡給您。您可於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。

只要您還是本計劃的會員，您在接受 Cal MediConnect 服務時即無需使用您的 Medicare 紅、白和藍卡或 Medi-Cal 卡。請將這些卡存放在安全的地方，以免您日後還需要用到它們。如果您出示您的 Medicare 卡，而非您的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員 ID 卡，醫療服務提供者則可能會向 Medicare 而非我們計劃請款，且您可能會收到帳單。請參閱第 7 章，瞭解您在收到醫療服務提供者帳單時的處理方法。

請謹記，針對您可以透過縣政府精神健康計劃 (Mental Health Plan, MHP) 所取得的專科精神健康服務，您將需要在獲得這些服務時出示您的 Medi-Cal 卡。

J2. 醫療服務提供者及藥房名冊

醫療服務提供者及藥房目錄是 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 網絡內醫療服務提供者及藥房的名單。只要您還是本計劃的會員，您就必須利用網路內醫療服務提供者取得給付服務。當您首次參加我們的計劃時，可進行例外處理（參閱第 9 頁）。

您可於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點透過致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部索要醫療服務提供者及藥房目錄。您還可以瀏覽 duals.anthem.com 閱覽醫療服務提供者及藥房目錄，或從該網站上進行下載。

醫療服務提供者及藥房目錄列出了您作為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員可看到的健康護理專業人員（如醫生、執業護士和心理醫生）、機構（如醫院或診所），以及支援醫療服務提供者（如成人日間保健和家庭保健醫療服務提供者）。我們也列出了您可以領取處方藥物的藥房。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

網絡內醫療服務提供者的定義

- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的網絡內醫療服務提供者包括：
 - 您作為本計劃會員可以請其為您看診的醫生、護士及其他醫療保健專業人員；
 - 還包括為本計劃提供醫療保健服務的診所、醫院、護理機構以及其他場所；以及
 - 長期服務與支援 (LTSS)、行為健康服務、居家護理機構、耐用醫療設備供應商，以及提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 所取得的用品和服務的其他人士。

網絡提供者已同意就承保服務接受我們的計劃提供的全額付款。

網絡內藥房的定義

- 網絡內藥房是同意為本計劃會員發配處方的藥房（藥店）。請利用 *醫療服務提供者及藥房名冊* 查詢您想使用的網絡內藥房。
- 如果您希望我們的計劃為您的藥物付款，除緊急情況外，您必須在我們的網絡藥房配藥。

請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部以瞭解更多資訊。會員服務部及 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的網站均可為您提供有關我們網絡內藥房及醫療服務提供者變更的最新資訊。

J3. 給付藥物清單

本計劃有一份 *給付藥物清單*。我們稱之為「藥物清單」。它列出了受 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 承保的處方藥物。

如果任何藥物有任何規定或限制，如您可以領取的藥量限制，藥物清單亦會告訴您。請參閱第 5 章，瞭解關於這些規則及限制的更多資訊。

每年，我們都會向您寄發有關如何取得藥物清單的資訊，但年內可能會出現一些變更。若要取得關於受承保藥物的最新資訊，請瀏覽 duals.anthem.com 或於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。

J4. 福利解說

當在使用您的 D 部份處方藥福利時，我們將會寄送一份摘要給您，以協助您瞭解並追蹤 D 部份處方藥的付款。這份摘要報告稱為 *福利解說 (Explanation of Benefits, EOB)*。

EOB 會告訴您在該月份當中您或代表您的他人為 D 部份處方藥物所花費的總金額，以及我們針對您的 D 部份處方藥物所給付的總金額。EOB 有關於您服用藥物的更多資訊。第 6 章詳細介紹了 EOB 以及它如何幫助記錄您的處方藥物給付情況。

您亦可索取 EOB。如要索取副本，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



K. 如何將您的會員記錄保持在最新狀態

您可以在您資訊有所變更時通知我們，以使您的會員記錄隨時保持在最新狀態。

本計劃的網路內醫療服務提供者及藥房需要掌握關於您的正確資訊。他們透過您的會員紀錄來了解您獲得哪些服務和藥物，以及這些服務和藥物的費用。因此，及時更新您的資料非常重要。

如發生以下情況，請通知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼更改。
- 任何其他健康保險承保，如您的雇主、您配偶的雇主、家庭伴侶的雇主，或工傷賠償出現任何改變。
- 出現任何責任申索，如來自交通意外的申索。
- 入住療養院或醫院。
- 在醫院或急診室接受治療。
- 您的護理者（或任何對您負責的人士）出現改變。
- 您是或成為臨床研究的一員。

如果有任何資訊變更，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部通知我們。

K1. 個人健康資訊 (Personal Health Information, PHI) 的隱私

您會員記錄中的資訊可能包括個人健康資訊 (PHI)。州及聯邦法律規定我們必須對您的 PHI 保密。我們保證您的 PHI 得到保護。有關我們如何保護您的 PHI，請參閱第 8 章。



第 2 章：重要的電話號碼和資源

簡介

本章為您提供重要資源的聯絡資訊，以協助您回答您關於 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 以及您的健康護理福利的疑問。您還可以利用本章來獲得關於如何聯絡您的個案經理以及能夠為您代言的他人的資訊。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 如何聯絡 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員服務部	17
A1. 何時該聯絡會員服務部	17
B. 如何聯絡您的個案經理	22
B1. 何時聯絡您的個案經理	23
C. 如何聯絡 24/7 護士專線	24
C1. 何時該聯絡 24/7 護士專線	24
D. 如何聯絡行為健康危機熱線	25
D1. 何時該聯絡行為健康危機熱線	25
E. 如何與 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 聯絡	26
E1. 何時該聯絡 HICAP	26
F. 如何與 Quality Improvement Organization, QIO 聯絡	27
F1. 何時該聯絡 Livanta BFCC-QIO	27
G. 如何聯絡 Medicare	28
H. 如何聯絡 Medi-Cal Health Care Options	29
I. 如何聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program	30
J. 如何聯絡 County Social Services	31
K. 如何聯絡您的 County Specialty Mental Health Plan	32
K1. 您可以針對下述事項與郡縣政府的專科精神健康計劃聯絡：	32

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



L. 如何聯絡 California Department of Managed Health Care.....	33
M. 其他資源.....	34



A. 如何聯絡 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員服務部

致電	1-855-817-5785 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	1-888-426-5087
寫信	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan MMP Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 6150 Cerritos, CA 90703-9329
網站	duals.anthem.com

A1. 何時該聯絡會員服務部

- 擁有與本計劃相關之疑問
- 擁有與付款申請、帳單或會員 ID 卡相關之疑問
- 與您醫療保健服務有關的給付決定
 - 關於您的健康護理的給付決定是有關以下內容的決定：
 - 您的福利和給付服務；或
 - 我們針對您醫療保健服務的給付金額。
 - 如果您對與您醫療保健服務有關的給付決定有疑問，請致電與我們聯絡。
 - 如需瞭解有關給付決定的更多資訊，請參閱第 9 章。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



當您請求有關您的醫療護理的給付決定時應如何聯絡我們

致電	1-855-817-5785 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。
寫信	Utilization Management 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 7120 Cerritos, CA 90703-9329

當您尋求有關 D 部份處方藥的給付決定時應如何聯絡我們

致電	1-833-370-7466 此為免費電話。 每天 24 小時，每週 7 天 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 每天 24 小時，每週 7 天
寫信	Attention: Pharmacy Department P.O. Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



提出投訴、申訴或上訴（醫療和處方藥）應如何聯絡我們

致電	關於 C 部份（醫療）來電： 1-855-817-5785 關於 D 部份（處方藥）來電： 1-833-370-7466 關於 C 部份（醫療）：時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。 關於 D 部份（處方藥）：每天 24 小時，每週 7 天 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 關於 C 部份（醫療）：時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。 關於 D 部份（處方藥）：每天 24 小時，每週 7 天
寫信	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Complaints, Appeals & Grievances 4361 Irwin Simpson Road Mailstop: OH0205-A537 Mason, OH 45040

- 與您醫療保健服務有關的上訴
 - 上訴即為請求我們對我們作出的有關您的承保的決定進行審核及變更決定，（倘您認為我們有誤）的一種正式方式。
 - 如需瞭解有關提出上訴的更多資訊，請參閱第 9 章。
- 與您醫療保健服務有關的投訴
 - 您可對我們或任何提供者（包括非網絡提供者或網絡提供者）提出投訴。網路內醫療服務提供者是指與本醫療保健計劃合作的醫療服務提供者。您還可就您取得的醫療保健服務品質向我們或 Quality Improvement Organization (QIO) 提出投訴（請參見下方第 F 節）。
 - 您可來電告訴我們您的投訴內容。請於週一至週五上午 8 點至下午 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。
 - 若您的投訴是關於您的醫療保健給付決定，您可以提出上訴（詳見上一節）。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 您可以就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Medicare 提出投訴。
您可以使用線上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
- 您可就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Cal MediConnect Ombuds Program 提出投訴，電話號碼為 1-855-501-3077。
- 如需瞭解有關提出與您醫療保健服務有關的投訴的更多資訊，請參閱第 9 章。
- 有關您的藥物的給付決定
 - 與您藥物有關的給付決定是指與下列事項有關的決定：
 - 您的福利和給付藥物，或
 - 我們針對您藥物的給付金額。
 - 這適用於您的 D 部分藥物、Medi-Cal 處方藥物及 Medi-Cal 非處方藥物。
 - 如需瞭解有關處方藥物之給付決定的更多資訊，請參閱第 9 章。
- 關於您的藥物的上訴
 - 上訴是一種要求我們變更給付決定的方式。
 - 如需提出上訴，您可以：

請於週一至週五上午 8 點至下午 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。
 - 如需瞭解針對處方藥物提出上訴的更多資訊，請參閱第 9 章。
- 與您藥物有關的投訴
 - 您可以針對我們或針對任何藥房提出投訴。其中包括與您處方藥物有關的投訴。
 - 如果您的投訴是與您的處方藥物給付決定有關，您可以提出上訴。（請參閱上一節。）
 - 您可以就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Medicare 提出投訴。
您可以使用線上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
 - 如需瞭解針對處方藥物提出投訴的更多資訊，請參閱第 9 章。

- 您已付費的醫療保健服務或藥物的付款
 - 如需瞭解如何要求我們退款或為您收到的帳單付款的更多資訊，請參閱 第 7 章。
 - 如果您向我們提出了支付費用申請，只要申請的任何部分被我們否決，您都可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章，瞭解更多關於上訴的資訊。

如要我們承擔或支付您的醫療護理費用，請求應遞交至何處

致電	1-855-817-5785 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。
寫信	CareMore Health P.O. Box 366 Artesia, CA 90702-0366

如要我們為您獲得的藥物支付承擔費用，請求應遞交至何處

致電	1-833-370-7466 此為免費電話。 每天 24 小時，每週 7 天 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 每天 24 小時，每週 7 天
寫信	IngenioRx ATTN: Claims Department - Part D Services P.O. Box 52077 Phoenix, AZ 85072-2077

B. 如何聯絡您的個案經理

在 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 中，您將擁有來自個案經理的支援以在健康事件之前、之中和之後提供輔助。

- 當您成為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員時，您將被分配到一名個案經理。
- 個案經理將與您聯絡以確保您以獲得您的所需。
- 如果您入院治療，個案經理可協助安排服務以讓在家中恢復成為可能。
- 如果您感到您可以利用來自個案經理的協助，您可聯絡會員服務部並要求與一名個案經理交談。
- 如果您對個案經理不滿意，可以致電會員服務部，電話 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**，時間為週一至週五早上 8 點至晚上 8 點，以便找到滿足您需要的個案經理。

致電	1-855-817-5785 此為免費電話。 週一至週五早上 8 點到下午 5 點。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 5 時。
寫信	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Case Management 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 7120 Cerritos, CA 90703-9329
網站	duals.anthem.com

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



B1. 何時聯絡您的個案經理

- 關於醫療保健的疑問
- 與取得行為健康（精神健康與物質使用疾患）服務有關的問題
- 與交通運輸服務有關的問題
- 與長期服務與支援 (LTSS) 有關的問題

長期服務與支援 (LTSS) 包括社區型成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) 以及護理機構 (Nursing Facilities, NF)。

長期服務與支援 (LTSS) 是各類服務和支援，可協助年長者和殘障人士滿足日常的協助需求並提升生活品質。範例包括在洗浴、穿衣、如廁、進食和其他基本的日常生活活動及自我護理方面提供協助，以及針對日常事務的支援，如洗衣、購物和交通。長期服務與支援 (LTSS) 服務通常在家中及社區裡提供，但在機構環境中同樣會提供，如護理機構。

必須滿足特定資格要求才有資格參加這些方案。請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員服務部瞭解有關資格要求的更多資訊，電話號碼為 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。

有時您可以取得日常醫療保健以及生活上所需的協助。

您可能可以取得下列服務：

- 社區型成人服務 (CBAS)，
- 專業護理照護，
- 物理治療，
- 職業治療，
- 語言治療，
- 醫療社會服務，及
- 居家醫療保健。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



C. 如何聯絡 24/7 護士專線

24/7 護士專線 隨時候命為您解決健康方面的疑問和疑慮。24/7 護士專線 可有助於減輕您的擔憂，或協助您決定是否應該去看醫生。有時候，您會在半夜、週末或假日遇到健康問題。無論何日何時，您都可以致電 24/7 護士專線 向護士商談。

致電	1-800-224-0336 此為免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時全天候服務。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時全天候服務。

C1. 何時該聯絡 24/7 護士專線

- 關於醫療保健的疑問

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D. 如何聯絡行為健康危機熱線

致電	1-855-278-4204 此為免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時全天候服務。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時全天候服務。

D1. 何時該聯絡行為健康危機熱線

- 與行為健康和物質使用服務有關的問題
 - 篩檢
 - 評估
 - 轉介
 - 危機諮詢

關於您郡縣的精神醫療保健服務，請參閱第 32 頁。

E. 如何與 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 聯絡

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 可為擁有 Medicare 的人士提供免費的健康保險諮詢。HICAP 諮詢人員可以為您解答疑問，並協助您了解如何處理問題。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。

HICAP 與任何保險公司或醫療保健計劃均沒有關聯。

致電	1-800-434-0222 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 5 時。
寫信	Santa Clara HICAP Office 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
網站	www.mysourcewise.com

E1. 何時該聯絡 HICAP

- 與 Cal MediConnect 計劃有關的問題或其他 Medicare 問題
 - HICAP 諮詢人員可回答您有關轉至新計劃的疑問並協助您：
 - 瞭解您的權利，
 - 瞭解您的計劃選擇，
 - 就您的健康護理或治療提出投訴，以及
 - 理清您的帳單問題。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



F. 如何與 Quality Improvement Organization, QIO 聯絡

本州擁有一個名為 Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) 的組織。這是一個由協助 Medicare 受益人改善護理品質的醫生和其他健康護理專業人士組成的團體。Livanta BFCC-QIO 與我們的計劃無關。

致電	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 此電話號碼是供有聽力或語言障礙的人士使用。 您需使用特殊的電話設備。
寫信	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	www.livantaqio.com

F1. 何時該聯絡 Livanta BFCC-QIO

- 關於醫療保健的疑問
 - 如果出現以下情況，您可就您接受的護理提出投訴：
 - 有關於護理品質的問題，
 - 認為自己的住院治療過早結束，或
 - 認為所接受的居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診複健治療機構 (CORF) 服務過早結束。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



G. 如何聯絡 Medicare

Medicare 是適用於年滿 65 歲的人士、某些未滿 65 歲的殘障人士以及患有晚期腎病（需要進行透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士的聯邦健康保險方案。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services 或 CMS。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此為免費電話，每週 7 天 24 小時全天候服務。
TTY	1-877-486-2048 此為免費電話。 此電話號碼是供有聽力或語言障礙的人士使用。 您需使用特殊的電話設備。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的官方網站。它為您提供有關 Medicare 的最新資訊。它也提供有關醫院、療養院、醫生、居家護理機構、透析機構、住院病患康復機構及安寧機構的資訊。 其中包括有用的網站和電話號碼。還有可直接從電腦上列印出來的手冊。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您可以致電上文所述的號碼致電 Medicare，索取您所需的資訊。他們會在網站上查找資訊、列印出來並傳送給您。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



H. 如何聯絡 Medi-Cal Health Care Options

如果您對選擇 Cal MediConnect 計劃或其他參保問題有疑問，Medi-Cal Health Care Options 可為您提供協助。

致電	1-844-580-7272 Health Care Options 代表將在週一至週五上午 8 點至下午 6 點辦公。
TTY	1-800-430-7077 此電話號碼是供有聽力或語言障礙的人士使用。 您需使用特殊的電話設備。
寫信	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



I. 如何聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program

Cal MediConnect Ombuds Program 是代表您行事的倡議者。他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。Cal MediConnect Ombuds Program 還可協助您處理服務或帳單問題。Cal MediConnect Ombuds Program 與本計劃或任何保險公司或健康計劃均無關。其服務為免費提供。

致電	1-855-501-3077 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 9 點至下午 5 點，節假日除外
寫信	Cal MediConnect Ombuds Program 2 West Santa Clara Street, 8th Floor San Jose, CA 95113
網站	www.healthconsumer.org

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



J. 如何聯絡 County Social Services

如果您需要居家支援性服務 (IHSS) 福利的相關協助，請與您所在郡縣的 County Social Services Department 聯絡。

致電	1-877-962-3633 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 5 時。
寫信	1888 Senter Road San Jose, CA 95112
網站	www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx



K. 如何聯絡您的 County Specialty Mental Health Plan

如果您符合醫療必要性條件，您將可以透過縣政府的精神健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 的專科精神健康服務。

致電	1-800-704-0900 此為免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時（包括節假日） 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 每天 24 小時，每週 7 天

K1. 您可以針對下述事項與郡縣政府的專科精神健康計劃聯絡：

- 有關所在縣提供的行為健康服務的問題
 - 符合資格評估
 - 轉介
 - 交通服務
 - 關於可用資源的一般性資訊



L. 如何聯絡 California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) 負責管理醫療保健計劃。DMHC 協助中心可協助您向您的健康計劃提出與 Medi-Cal 服務相關的上訴及投訴。

致電	1-888-466-2219 DMHC 的代表可以於週一至週五的上午 8 點至下午 6 點為您提供服務。
TDD	1-877-688-9891 此電話號碼是供有聽力或語言障礙的人士使用。 您需使用特殊的電話設備。
寫信	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	www.dmhca.gov

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



M. 其他資源

California Department of Aging

California Department of Aging (CDA) 為全州的老年人、殘障成人、家庭照護人員及長期保健機構居住者提供專門計劃。

地址：1300 National Drive, Suite 200
Sacramento, CA 95834-1992

請致電：1-916-419-7500

TTY: 1-800-735-2929

網站：www.aging.ca.gov/AboutCDA/

Area Agencies on Aging

Area Agencies on Aging (AAA) 為老年及殘障成人提供多種社區服務，也同樣是地方老年化問題的解決資源。

請致電：1-800-510-2020

TTY: 711

網站：[www.aging.ca.gov/Providers and Partners/Area Agencies on Aging/](http://www.aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Area_Agencies_on_Aging/)

CalFresh

CalFresh 是一項 California 食物計劃，為符合計劃資格的個人和家庭提供每月食物福利。

請致電：1-877-847-3663

TTY: 711

網站：calfresh.dss.ca.gov/food/

Meals on Wheels California

Meals on Wheels California (MOWCA) 是 Meals on Wheels America 最新成立的附屬協會。我們的宗旨是在 California 建立統一的營養服務商，擴大計劃影響力，提升老年人、殘障成人及其家庭的生活水準。

Meals on Wheels 服務為老年人提供營養餐食、陪伴並監督觀察他們的健康和安全。

請致電：1-877-434-8075

TTY: 711

網站：www.mealsonwheelsamerica.org/find-meals

California Senior Centers

老年中心協助美國公民獲得多樣的老年化服務。

網站：www.careforcalifornia.net/list11_ca_senior_centers.htm

第 3 章：利用計劃給付取得醫療保健服務及其他給付服務

簡介

本章提供了您需要瞭解以獲得健康護理及受 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 承保的其他服務的特定條款和規則。它還告知您，關於您的個案經理的資訊，如何從不同類型的醫療服務提供者以及在某些特殊情況（包括來自網絡外醫療服務提供者或藥房）下獲得護理，當您收到來自受本計劃承保的服務的直接帳單時該怎麼做，以及擁有耐用醫療設備 (DME) 的規則。關鍵術語及其定義將在會員手冊的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 「服務」、「承保服務」、「醫療服務提供者」及「網絡內醫療服務提供者」相關的資訊	37
B. 獲得本計劃所承保的醫療護理、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS) 的規則	37
C. 您個案經理的相關資訊	39
C1. 什麼是個案經理.....	39
C2. 您該如何聯絡您的個案經理.....	39
C3. 您該如何更換您的個案經理.....	39
D. 來自主治醫生、專科醫生、其他網絡內醫療服務提供者及網絡外醫療服務提供者的護理.....	39
D1. 來自主治醫生的護理	39
D2. 來自專科醫生和其他網絡內醫療服務提供者的護理.....	41
D3. 醫療服務提供者離開我們的計劃時該怎麼辦	42
D4. 如何獲得網絡外提供者的護理	43
E. 如何獲得長期服務及支援 (LTSS).....	44
F. 如何獲得行為健康（精神健康和物質使用疾患）服務	44
F1. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 外，透過 Santa Clara County Behavioral Health Services Department 提供的 Medi-Cal 行為健康服務有哪些.....	44
G. 如何獲得交通接送服務	45
H. 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時，或在災難期間獲得承保服務.....	47
H1. 您發生緊急醫療情況時的護理	47

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



H2. 緊急醫療照護	48
H3. 災難期間的護理.....	48
I. 直接收到我們計劃所承保服務的賬單時該如何處理	49
I1. 如果服務不屬於本計劃的承保範圍該怎麼辦	49
J. 參加臨床研究時獲得醫療護理服務承保	49
J1. 臨床試驗研究的定義	49
J2. 您參加臨床試驗研究時的服務付款.....	50
J3. 瞭解更多關於臨床試驗研究的資訊.....	50
K. 您在宗教性非醫療機構中獲得護理時，您的健康護理服務如何得到承保	50
K1. 宗教性非醫療機構的定義	50
K2. 從宗教性非醫療機構處獲得護理.....	50
L. 耐用醫療設備 (DME)	51
L1. DME 身為我們計劃的會員	51
L2. 您更換至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的 DME 所有權	51
L3. 身為本計劃的會員的氧氣設備福利	52
L4. 您更換至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的氧氣設備.....	52



A. 「服務」、「承保服務」、「醫療服務提供者」及「網絡內醫療服務提供者」相關的資訊

服務泛指醫療保健服務、長期服務與支援、用品、行為健康服務、處方藥物與非處方藥物、設備以及其他服務。**給付服務**指任何可以獲得本計劃給付的服務。受承保健康護理、行為健康和長期服務與支援 (LTSS) 列於第 4 章的福利表。

醫療服務提供者指醫生、護士以及為您提供服務及醫療保健的其他人士。醫療服務提供者一詞還包括了為您提供健康護理服務、行為健康服務、醫療設備和部分長期服務與支援 (LTSS) 的醫院、居家保健機構、診所及其他場所。

網絡內醫療服務提供者是與醫療保健計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者皆同意接受我們的全額付款。網絡內醫療服務提供者會直接向我們寄送您所取得醫療保健服務之帳單。當您請網絡內醫療服務提供者為您看診時，您通常無需為給付服務支付任何費用。

B. 獲得本計劃所承保的醫療護理、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS) 的規則

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 承保所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務。這包括行為健康服務和長期服務與支援 (LTSS)。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 通常將承擔您所接受的健康護理服務、行為健康服務以及 LTSS 的費用，前提是您遵守計劃規定。若要讓我們的計劃提供承保：

- 您所接受的醫療保健必須是**計劃福利**。這表示該醫療保健必須列於本計劃的福利表中。（此表位於本手冊的第 4 章。）
- 護理必須具有**醫療必要性**。只有在您的醫生或其他網絡內提供者事先經過我們批准（有時稱為「預先授權」）時，醫療福利表中所列的某些服務才能獲得承保。醫療福利表中標出需獲得預先核准的承保服務。我們作出決定時基於兩個標準。首先是 Medicare 的規定。第二，存在公認的醫學執業標準。這些規範已經被醫學的實踐者和研究者所驗證和接受。我們還需要確保您獲得最具性價比的護理。這意味著其費用不會高於另一同樣可行的選擇。但我們也需要確定它適用於您。讓您因此能夠在正確的地點和正確的次數接受它。最後，我們不能僅因其較之其他選擇更便利而核准服務。除非接受緊急護理、急診護理或服務區域外的腎透析，否則您在得到來自我們計劃外的提供者的護理前必須獲得我們的核准。如需尋找在我們計劃內的提供者，請查閱我們的**提供者及藥房名錄**或致電會員服務部。如果您被轉介或感到您需要求診於一位並非我們計劃內的提供者，您必須在獲得護理前致電我們以得到核准。

- 在接受醫療服務時，您必須要有網絡內**主治醫生 (PCP)** 為您開立醫療指示，或曾經請您找其他醫生為您看診。身為計劃會員，您必須選擇一位網絡內醫療服務提供者擔任您的 **PCP** 。
 - 大多數情況下，您的網絡內 **PCP** 或我們的計劃必須在您前往並非您 **PCP** 的他人處就診或使用計劃網絡內其他醫療服務提供者前進行事先核准。這稱為**轉介**。如果您未得到核准，則 **Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan** 可能不會為該服務承保。您無需轉介即可向某些專科醫生求診，如女性健康專科醫生。若要瞭解有關轉介的更多資訊，請參閱第 41 頁。
 - 本計劃的 **PCP** 皆有所屬的醫療集團。當您選擇了 **PCP** 時，您同時也選擇了其**所屬的醫療團體**。這意味著您的 **PCP** 將會將您轉介至與其同屬一個醫療團體的專科醫生或服務提供者處。醫療集團是由主治醫生和專科醫生組成的醫療團隊，他們合作提供您所需的醫療保健。
 - 您無需經由您 **PCP** 的轉介即可以接受急診或緊急醫療，也可以接受婦女健康醫療服務提供者的看診。您可以取得其他類型的醫療保健，而無需取得您 **PCP** 的轉介。若要瞭解這方面的更多資訊，請參閱第 41 頁。
 - 若要瞭解有關選擇 **PCP** 的更多資訊，請參閱第 40 頁。
- 您必須從與您的 **PCP** 同一醫療集團的網絡內醫療提供者獲得醫療保健。一般而言，未與本醫療保健計劃合作以及不與您的 **PCP** 隸屬同一醫療集團的醫療服務提供者所為之醫療保健，本計劃不給付。以下是不適用此規定的一些情況：
 - 本計劃給付您從網絡外醫療服務提供者處取得的急診或緊急醫療。如需瞭解詳情並檢視急診或緊急醫療的定義，請參閱第 47 頁 H 小節。
 - 如果您需要我們的計劃承保但網絡內醫療服務提供者無法提供的護理，則可從網絡外醫療服務提供者處獲得護理，但可能需要事先授權。這種情況下，我們將給付這些醫療服務，您無需支付任何費用。如需瞭解如何獲得前往網絡外醫療服務提供者處就醫的核准，請參見第 44 頁 D 小節。
 - 當您短期離開本計劃之服務區域時，本計劃給付腎透析服務。您可在 **Medicare** 認證的透析機構處獲得這些服務。
 - 當您剛加入本計劃時，您可以要求我們繼續讓目前的醫療服務提供者為您看診。如果我們能夠確定您與目前醫療服務提供者的既有關係，則按規定我們必須核准您的申請，但有一些例外（參見第 1 章，第 9 頁）。如果我們核准您的申請，您可以繼續讓目前的醫療服務提供者提供服務最多 12 個月。這段期間，您的個案經理會聯繫您，協助您尋找與您的 **PCP** 相同醫療集團的網絡內提供者。12 個月後，如果您繼續讓非網絡內以及不與您的 **PCP** 隸屬同一醫療集團的醫療服務提供者看診，我們將不再給付您的醫療保健。

C. 您個案經理的相關資訊

C1. 什麼是個案經理

個案經理由本計劃內的臨床醫生或其他經受訓練的人員擔任，為您提供個案經理服務。個案經理與病患合作以獲得他們要保持健康所需的護理。

個案經理協助病患：

- 瞭解他們目前的健康狀況
- 訂立適用於他們的護理計劃
- 從我們的計劃和社區中獲得他們所需的護理
- 成為管理其自身健康的一部分
- 作為團隊成員配合健康護理工作者
- 滿足其確保健康的目標

C2. 您該如何聯絡您的個案經理

請致電會員服務部聯絡您的個案經理。在許多情況下，個案經理可能會向您提供其直接聯絡資訊。

C3. 您該如何更換您的個案經理

如果您希望讓另一個案經理為您服務，請致電會員服務部分享您的疑慮並要求更換另一個案經理。

D. 來自主治醫生、專科醫生、其他網絡內醫療服務提供者及網絡外醫療服務提供者的護理

D1. 來自主治醫生的護理

您必須選擇一位主要醫療保健提供者 (PCP) 為您提供和管理醫療保健。本計劃的 PCP 皆有所屬的醫療集團。當您選擇了 PCP 時，您同時也選擇了其所屬的醫療團體。

「PCP」的定義，以及 PCP 會為您做的事

您的 PCP 是您的主要醫療服務提供者。您的 PCP 將保留您的病歷，並逐漸了解您的醫療保健需求。您將會到您的 PCP 處做例行檢查與保健門診。如果您生病了，您的 PCP 是第一個為您提供醫療保健的人。他或她將為您開立處方藥物，申請您需要之服務的事先授權，若有需要，將您轉介給專科醫生和其他醫療服務提供者。

本計劃的 PCP 皆有所屬的醫療集團。醫療集團是由主治醫生和專科醫生組成的醫療團隊，他們合作提供您所需的醫療保健：

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

您的 PCP 可以是：

- 一位家庭醫生
- 婦產科/婦科醫生
- 提供主要醫療保健的專科醫生
- 當地的衛生部門或類似的社區診所

您的 PCP 選擇

您與 PCP 的關係非常重要。因此當您選擇 PCP 時，請儘量考慮以下合理性因素來協助您。在您選擇 PCP 時，您應：

- 選擇您現在看診的提供者，或
- 選擇您信任的某人所建議的醫療服務提供者，或
- 選擇位於您住所附近的醫療服務提供者。

當您投保 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 時，您將使用我們的醫療服務提供者及藥房目錄來選擇 PCP。PCP 按照城市與郡縣排列，因此您可以找到靠近您住所及工作地的 PCP。名冊也註明了 PCP 診所使用之語言。如果您在選擇 PCP 上需要協助，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部。本電話為免付費電話。

當您選擇 PCP 時，您還可以選擇與您的 PCP 相關的醫院及專科網絡。當您選擇 PCP 時，您將被轉介至與您的 PCP 和/或醫療團體相關的專科醫生、醫院和其他醫療服務提供者處。

您的 PCP 的姓名和電話號碼印在您的會員卡上。

如需在選擇 PCP 上尋求協助，您也可於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。本電話為免付費電話。如果您打算到某位專科醫生或某家醫院就醫，請務必查明他們是否屬於您 PCP 的醫療集團。您請參閱醫療服務提供者及藥房目錄，或諮詢 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員服務部以查明您希望選擇的 PCP 是否能將您轉介至該專科醫生或醫院。

更換 PCP 的選擇

您可以隨時因任何原因更改您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會結束我們的計劃網絡。如果您的 PCP 結束我們的計劃網絡，我們可以協助您在本計劃網絡內尋找新的 PCP。

如要變更 PCP，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。本電話為免付費電話。在您致電時，請務必告知會員服務部您是否在向專科醫生求診，或是否有取得其他需要您 PCP 核准的受保服務。其中部分服務可能是居家健康服務和耐用醫療設備。

您可在提出申請後之月份的第一天開始前往您的 PCP 處就診。例如，如果您在 9 月 13 日申請更換 PCP，您即可在 10 月 1 日前往您新的主治醫生處開始就診。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



請記住，我們計劃的 PCP 皆有所屬的醫療集團。如果您變更您的 PCP，可能會同時變更您的醫療集團。當您提出變更要求，請務必告知會員服務部您是否正在專科醫生處就診，或接受其他需要 PCP 核准的給付服務。會員服務部將確保您在變更 PCP 以後能夠繼續接受專科治療以及其他服務。

我們將向您寄送新的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員 ID 卡，其上印有您的新 PCP 的姓名及電話號碼。

您無須 PCP 事先批准即可獲得的服務

在大多數情況下，您必須先取得您 PCP 的核准才能請其他醫療服務提供者為您看診。這項核准程序稱為**轉介**。您無需事先取得您 PCP 的核准即可以接受的服務如下所列：

- 從網路內醫療服務提供者或網路外醫療服務提供者處取得的急診服務。
- 從網路內醫療服務提供者處取得的緊急醫療。
- 在您無法取得網路內醫療服務提供者提供的服務時（例如當您在本計劃的服務區域外時），由網路外醫療服務提供者提供的緊急醫療。
- 當您離開計劃的服務區域時，在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。（請在您離開服務區域前致電會員服務部。離開時，我們可以幫助您取得透析服務。）
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、乙型肝炎疫苗以及肺炎疫苗，只要是從網路內提供者處接受這些護理即可。
- 例行女性醫療保健服務與家庭計劃服務。這包括乳房檢查、乳房攝影篩檢（乳房 X 光檢查）、子宮頸抹片檢查和骨盆腔檢查，從網路內醫療服務提供者處接受這些檢查。
- 此外，如果您有資格取得印第安裔醫療保健服務提供者的服務，則您無需轉介也可以到這些醫療服務提供者處就診。

D2. 來自專科醫生和其他網路內醫療服務提供者的護理

專科醫生指為特定疾病或身體部位提供健康護理的醫生。專科醫生分為多種類別。以下是一些例子：

- 腫瘤科醫生，負責治療癌症患者。
- 心臟科醫生，為有心臟問題的病患提供治療的醫生。
- 骨科醫生，為患有骨骼、關節或肌肉疾病的患者提供醫療服務。

如果您需要專科護理，您的 PCP 會將您轉介給適當的醫生或其他醫療服務提供者，以提供您所需要的護理類型。

- 對於某些服務，您可能需要取得事先授權。事先授權是指，在獲得某種服務或藥物之前，您需要來自我們的核准。您的醫生或其他醫療服務提供者認為您需要這類服務時會申請事先授權。如需尋找哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章的福利表。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 您的 PCP 可能只與一所醫院或一群專科醫生合作。這就是為何在您看一位專科醫生之前，應該由您的 PCP 轉介。若您對於您的 PCP 合作的專科醫生或醫院有問題，請聯絡您的 PCP 或是會員服務部。

重要的是要在您前往 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 簽約專科醫生處就診或接受專科服務（下文第 D 節下列舉的那些服務除外）前獲得轉介（事先核准）。如果您在接受專科醫生提供的服務前並未得到轉介（事先批准），您可能必須自行承擔這些服務的費用。如需瞭解哪些服務需要轉介和/或事先授權的資訊，請參見第 D 節。

如果專科醫生希望您複診以接受更多護理，請首先檢查以確認您的 PCP、延伸醫療提供者、執業護士或專科醫生提供的轉介（事先核准）為在該專科醫生處進行的更多次就診提供承保。否則，您必須就在該專科醫生處進行的額外就診獲得另一次轉介（事先核准）。

此外，PCP 會有一些他們用以進行轉介的專科醫生及醫院，因此您選取的 PCP 通常會決定您將被轉介至的專科醫生及醫院。如果您有偏好的特定 CareMore Care Center，簽約專科醫生或機構，請首先檢查以確保您的 PCP 是否會將病患送至該專科醫生或醫院處。

D3. 醫療服務提供者離開我們的計劃時該怎麼辦

您正在使用的網絡提供者可能會離開我們的計劃。如果您的其中一位提供者的確離開了我們的計劃，您可獲得下文概述的特定權利及保護：

- 即使我們的提供者網絡可能在年內變更，我們也必須確保您能夠獲得合資格提供者提供的不間斷的服務。
- 我們將全力在至少提前 30 天時通知您，以便您有時間選擇新的醫療服務提供者。
- 我們將幫助您選擇新的合資格提供者，以繼續管理您的健康護理需求。
- 如果您正在接受治療，您有權利提出要求，我們將協力配合，確保您目前接受的具有醫療必要性之治療不會中斷。
- 如果您認為我們並未將您之前的醫療服務提供者更換成具備資格的醫療服務提供者，或是您的醫療服務未得到妥善管理，您有權利對我們的決定提出上訴。

如果您發現您的其中一個醫療服務提供者退出本計劃，請聯絡我們，以便我們協助您找到新的醫療服務提供者，並管理您的醫療服務。請致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部，時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。本電話為免付費電話。

如果您目前正在接受醫療，可能會出現某些會破壞您目前治療計劃的情況，如更換醫生、輔助醫療服務提供者或醫院。下面列出的一些醫療狀況範例可保證您目前的醫療服務提供者在其離開我們的網絡後，您仍能接受來自他/她的繼續護理：

- 手術之後的術後訪診
- 心臟康復
- 已預定手術
- 器官移植
- 目前化療或放射療法療程的完成
- 住院護理

可能存在其他範例，將根據醫療必要性逐例進行適當的安排。如果您目前正在接受來自計劃專科醫生的積極持續治療，或有特殊情況保證或需要您目前的醫療護理提供者在其離開我們的網絡後向您繼續提供醫療護理，請致電會員服務部。

D4. 如何獲得網絡外提供者的護理

在許多情況下，我們不會為您從網絡外醫療服務提供者處接受的護理提供承保。這意味著您接受的護理來自並非我們計劃網絡一部分的醫療服務提供者。有時我們會對來自網絡外醫療服務提供者的護理提供承保。以下是三種我們會對您來自網絡外醫療服務提供者的護理提供承保的情況：

- 您需要急診或緊急護理時。如需瞭解關於該情況的更多資訊，以及欲檢視急診或緊急護理的含義，請參閱第 4 章福利表中的急診護理或緊急護理。
- **Medicare** 表示我們的計劃必須提供承保您所需的醫療護理，但我們的網絡內醫療服務提供者均不提供此類護理時。在這種情況下，您的 PCP 或專科醫生將需要獲得「事先授權」。這意味著 **Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan** 必須在您接受護理前對此進行核准。如果您已事先獲得核准，您所支付的費用將與從網絡內醫療服務提供者處獲得護理時支付的費用相同。重要的是在您前往網絡外醫療服務提供者處就診前獲得經過您的 PCP、專科醫生或延伸醫療提供者核准的轉介。如果您在接受網絡外醫療服務提供者提供的服務前並未得到轉介，您可能必須自行承擔這些服務的費用。
- 當您短期內離開計劃的服務區域時，在 **Medicare** 認證的透析中心獲得的腎透析服務。

如果您前往某網絡外醫療服務提供者處就診，該提供者必須符合加入 **Medicare** 和/或 **Medi-Cal** 的資格。

- 如果醫療服務提供者不符合加入 **Medicare** 和/或 **Medi-Cal** 的資格，我們將無法向其付款。
- 如果您前往不符合加入 **Medicare** 的資格的醫療服務提供者處就診，您則必須為您所接受的服務支付全額費用。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 如果醫療服務提供者不符合加入 Medicare 的資格，他們必須告知您。

E. 如何獲得長期服務及支援 (LTSS)

長期服務與支援 (LTSS) 包含社區型成人服務計劃 (CBAS) 以及護理機構 (NF)。這些服務可以在家中、社區或機構中提供。有關不同類型的 LTSS 說明如下：

- **社區型成人服務計劃 (CBAS)：**如果您符合適用的資格條件，此門診機構服務方案將會為您提供專業護理照護、社會服務、職業治療及語言治療、個人照護、家屬/照顧者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務。
- **護理服務機構 (NF)：**為無法安全住在家中但又無需住院之人士提供照護的機構。

您的個案經理將會協助您了解各方案的內容。如需進一步瞭解任何這些方案，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。本電話為免付費電話。

F. 如何獲得行為健康（精神健康和物質使用疾患）服務

您將有權享有受 Medicare 和 Medi-Cal 承保的具醫療必要性的行為健康服務。Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 提供受 Medicare 承保的行為健康服務的享有權。Medi-Cal 所承保的行為健康服務不由 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 提供，但 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員可透過 Santa Clara County Mental Health Department 與 Department of Alcohol and Drug Services 獲得該服務。

F1. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 外，透過 Santa Clara County Behavioral Health Services Department 提供的 Medi-Cal 行為健康服務有哪些

如果您符合 Medi-Cal 的專科精神健康服務醫療必要性的條件，您將可以透過縣政府精神健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 的專科精神健康服務。Santa Clara County Behavioral Health Services Department 提供的 Medi-Cal 專科精神健康服務包括：

- 精神健康服務（評估、治療、復健、親屬協同治療服務及治療計劃發展）
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健服務
- 危機介入
- 危機穩定
- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 精神健康機構服務
- 精神科住院病人醫院服務
- 特定個案管理

如果您符合 Drug Medi-Cal 醫療必要性標準，您即可透過 Santa Clara County Behavioral Health Services Department 獲得 Drug Medi-Cal 服務。Santa Clara County Mental Health Department 和 Department of Alcohol and Drug Services 提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 住院治療服務
- 門診藥物戒除服務
- 戒毒治療服務
- 適用於阿片類藥物依賴患者的納曲酮 (Naltrexone) 藥物治療服務

除上文所列的 Drug Medi-Cal 服務之外，如果您符合醫療必要性標準，您還可有權獲得自願性住院戒毒服務。

如果您認為自己需要以上任何服務，請與您的個案經理或 PCP 商談。您的個案經理或主治醫生將問您問題，以確認您需要何種服務，並幫您選擇提供者。您可能需要轉介或事先授權（即您需獲得我們的核准）方可取得服務。一旦您獲得轉介和/或事先授權，您或您的個案經理即可預約。

G. 如何獲得交通接送服務

非緊急醫療交通運輸服務

- 此項福利可以讓您使用最符合經濟效益且最容易取得的交通運輸服務。這可能包括：救護車、麵包車、可裝輪椅的麵包車提供的醫療交通運輸服務，以及與輔助交通運輸服務提供者進行協調。
- 當發生以下情況時，上述類型的交通運輸服務即可得到授權。
 - 您的醫療病症和/或身體狀況使您無法搭乘巴士、客車、計程車或其他類型的大眾或私人交通工具；且
 - 您必須透過交通運輸服務才能取得您所需的醫療保健。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



非醫療交通運輸服務

- 該福利可讓您使用由客車、計程車或其他類型的公共/私人交通工具所提供的交通運輸服務前往接受醫療服務。例如，如您要依約前往醫生處看診，須搭乘交通工具時，可使用此服務。

詳情請參閱「會員手冊」第 4 章第 D 節或聯繫會員服務部。

受承保交通運輸服務，提供可自行走動或使用標準尺寸輪椅，並且無任何醫療病症限制其搭乘公共交通運輸工具的會員，前往計劃核准的非急診和例行醫療護理門診使用。欲獲得給付，交通工具必須由合約或指定運輸服務提供者提供。除麵包車和計程車，如計劃核准，可選用不同運輸方式。

如何預定交通工具

- 您必須透過協調您的交通出行，並且在醫療約診前，不得少於 48 小時營業時間進行安排。
- 每名會員允許有一位隨行人員。
- 如果您有隨行人員，您必須在約診的至少 24 小時營業時間前通知 Transportation Department。所有的隨行人員必須年滿 17 歲或以上。
- 服務動物以外的動物不可隨行。
- 非急診醫療交通運輸 (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) 醫生證明聲明表適用於具有某些醫療及身體病症的會員的救護車/輪床車、麵包車、可裝輪椅的麵包車或空中運輸。

如需計劃您的交通運輸出行，請於週一至週五上午 7 點至下午 6 點（節假日除外）致電 1-888-325-1024 (TTY: 711) 致電我們的交通運輸部門。

取消政策

請在預定乘車前 24 小時營業時間告知我們任何的取消情況。取消您的預定乘車安排很重要，以便我們能夠通知交通運輸承運商和司機。請聯絡會員服務部以瞭解更多資訊。

H. 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時，或在災難期間獲得承保服務

H1. 您發生緊急醫療情況時的護理

緊急醫療情況的定義

醫療緊急情況是指伴隨劇痛或嚴重傷勢等症狀的醫療病症。狀況非常嚴重，如未立即就醫，您或者任何具備一般健康及醫學常識的人能夠預料到以下後果：

- 對您的健康或您未出生胎兒構成嚴重風險；或
- 嚴重損害身體機能；或
- 造成任何身體器官或身體部位的嚴重失能；或
- 對於處於分娩活躍期的孕婦而言，當：
 - 沒有足夠的時間在分娩前將您安全送至另一家醫院。
 - 轉院可能對您或未出生胎兒的健康或安全構成威脅。

如果您出現緊急醫療情況該怎麼辦

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **盡快尋求醫療救助。**撥打 **911**，或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要經過您的 PCP 批准或先從其處轉介。
- **請把您急診的情況儘快通知我們。**我們需要跟進您的急診護理。您或其他人通常應在 48 小時內致電說明您的緊急醫療護理情況。但是，您不會因為延遲通知我們而需要支付急診服務費用。您可於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785** (TTY: **711**) 聯絡我們。本電話為免付費電話。該號碼亦列印於您的會員 ID 卡背面。

緊急醫療情況中的承保服務

無論任何時候，也無論您身在 **United States** 的任何地方，只要您需要均可取得急診醫療的給付服務。如果您在前往急診室時需要使用救護車，本計劃也會為您給付救護車服務。如需瞭解更多資訊，請參閱第 4 章的福利表。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 提供您在 **United States** 之外時的有限補充性急診醫療護理。有關詳情，請參閱第 4 章的醫療福利表。

緊急狀況結束後，您可能需要接受追蹤治療，確保您的健康狀況已經好轉。您的追蹤治療屬於本計劃的給付範圍。如果您從網絡外提供者處獲得急診護理，我們將盡快讓網絡提供者接手您的護理。

在非急診情況下獲得急診護理

有時可能難以確定自己是否遇到醫療或行為健康急診情況。您可能前往醫院接受急診護理，但醫生表示該情況並非真正的急診情況。只要您合理認為自己的健康面臨嚴重威脅，我們將承保您的護理。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



然而，在醫生表示您的情況非緊急狀況之後，我們僅有在下列情況下才會給付您所接受的進一步治療：

- 您前往網路內醫療服務提供者處接受醫療服務；或
- 您接受的額外醫療服務被認定為「緊急醫療」，並且您是按照緊急醫療的規定接受此項服務。（請參閱下一節。）

H2. 緊急醫療照護

緊急醫療的定義

緊急醫療即因急病、突發性受傷或雖然不屬於急診但仍需立即取得醫療服務的狀況所取得的醫療服務。例如，您現在患有的疾病突然發作，需要得到治療。

您身在計劃服務區域內時的緊急醫療

在大多數情況下，僅當符合以下情形時，我們才會給付緊急醫療：

- 您透過網路內醫療服務提供者取得該治療；且
- 您遵守本章所述的其他規定。

然而，如果您無法從網路內醫療服務提供者處取得服務，我們將給付您從網路外醫療服務提供者處接受的緊急醫療。

如果您有非緊急醫療的突發疾病或受傷，而您正在計劃服務區域，請聯繫您的 PCP。如果您的 PCP 休診，請至任何位於計劃服務區域內的緊急照護機構。您可以在我們醫療服務提供者及藥房名冊中，找到緊急醫療中心的清單。您也可於週一至週五上午 8 點至下午 8 點致電 **1-855-817-5785** (TTY: **711**) 致電會員服務部。本電話為免付費電話。

您身在計劃服務區域外時的緊急醫療

當您身在計劃服務區域外時，您可能無法從網路內醫療服務提供者處獲得護理。這種情況下，本計劃將給付您從任何一位醫療服務提供者處接受的緊急醫療。

我們的計劃在全球範圍內為急診和緊急護理提供承保，最高綜合限值為每個日曆年 \$10,000。這次限制僅限 United States 境外提供的服務。

H3. 災難期間的護理

如果您所在州的州長、U.S. Health and Human Services 部長或 United States 總統宣佈您所在地理區域處於災難或緊急狀態，您仍有權獲得來自 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的護理。

請瀏覽我們的網站，瞭解如何在緊急危難期間取得所需的治療：duals.anthem.com。

緊急危難期間，如果您無法前往網路內醫療服務提供者處就診，您可以向網路外醫療服務提供者獲取協助，無需任何費用。如您在遭遇已聲明的災害期間無法使用網路內藥房，您可以在網路外藥房配領處方藥物。請參閱第 5 章瞭解更多資訊。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



I. 直接收到我們計劃所承保服務的賬單時該如何處理

如果服務提供者寄給您帳單，而非寄到本計劃，您可以要求我們支付該帳單。

您不應自行支付帳單。如果您自行支付賬單，本計劃有可能無法償還您所支付的費用。

如果您已為您的承保服務支付費用，或您已收到受承保醫療服務的全額費用帳單，請參見第 7 章瞭解如何處理。

I1. 如果服務不屬於本計劃的承保範圍該怎麼辦

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 承保以下所有服務：

- 被確定為具有醫療必要性，且
- 列於計劃的福利表的服務（參閱第 4 章），及
- 您在接受服務時有遵守計劃規定。

如果您接受了不屬於本計劃給付範圍的服務，**您將必須自行支付全額費用。**

如果您想知道我們是否會給付任何醫療服務或保健，您有權利詢問我們。您亦有權索要相關書面資訊。如果我們說，我們不會為您的服務付款，您有權對我們的決定提出上訴。

第 9 章說明若您希望本計劃給付醫療服務或項目時的處理方式。以及如何對我們的給付決定提出上訴。您也可以致電會員服務部以進一步了解您上訴的權利。

我們將會在一定限額內給付部分服務。如果您超過該限額，您在進一步接受該類型的服務時便必須支付全額費用。請致電會員服務部以了解您的限額是多少以及您還差多少即到達該限額。

J. 參加臨床研究時獲得醫療護理服務承保

J1. 臨床試驗研究的定義

臨床試驗研究（亦稱臨床試驗）是醫生試驗新型醫療保健或藥物的一種方式。醫生會徵求自願者協助進行研究。此類研究幫助醫生確定新型的醫療保健或藥物是否有效和安全。

一旦您希望參與的研究得到 Medicare 的核准，進行這項研究的人員將會與您聯絡。工作人員會告知您研究的相關情況，並審查您是否有資格參加這項研究。只要您符合這項研究的條件，您就可以參加這項研究。您還需了解並接受參與研究所需承擔的義務。

參加研究期間，您仍逗留為本計劃的會員，這樣一來，您才能繼續取得與研究無關的本計劃醫療保健。

如果您希望參與 Medicare 核准的臨床試驗研究，您不需要經過我們或您的主治醫生的核准。在研究過程中為您提供醫療照護的醫療服務提供者並不一定是網路內醫療服務提供者。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

在您參加臨床試驗研究之前請務必通知我們。

如果您計劃要參與臨床試驗研究，您或您的個案經理應與會員服務部聯絡，告知我們您已參加臨床試驗。

J2. 您參加臨床試驗研究時的服務付款

如果您自願參加 Medicare 核准的臨床試驗研究，您將無需承擔受研究承保的服務的費用，Medicare 將為受研究承保的服務以及與您的護理相關的日常費用付款。一旦您參與 Medicare 核准的臨床試驗研究，您在研究組接受的大多數項目和服務將得到承保。其中包括：

- 即使您不參與研究，Medicare 也將會承擔您的住院食宿費用。
- 臨床試驗研究包括的手術或其他醫療程序。
- 新治療的副作用和併發症治療。

如果您參與了 Medicare 不予核准的研究，您將必須自行支付該研究中產生的任何費用。

J3. 瞭解更多關於臨床試驗研究的資訊

您可透過閱讀「Medicare 與臨床試驗研究」瞭解更多參與臨床試驗研究的資訊，Medicare 網站為 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)。您也可以每週 7 天，每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。此為免費電話。

K. 您在宗教性非醫療機構中獲得護理時，您的健康護理服務如何得到承保

K1. 宗教性非醫療機構的定義

宗教性非醫療機構是提供通常在醫院或專業護理機構可以取得之醫療照護服務的機構。如果在醫院或專業護理機構接受照護違反您的宗教信仰，我們將會給付由宗教性非醫療保健機構所提供的照護。

您可以任何理由隨時選擇取得醫療保健服務。該福利僅適用於 Medicare A 部分住院服務（非醫療健康護理服務）。Medicare 僅會為宗教性非醫療機構提供的非醫療健康護理服務支付費用。

K2. 從宗教性非醫療機構處獲得護理

在接受宗教性非醫療機構的服務之前，您必須簽署一份法律文件，聲明您反對「非特例」醫學治療。

- 「非強制性」醫學治療是指任何您自願，且聯邦、州或地方法律並沒要求的治療。
- 「強制性」醫學治療是指任何並非您自願，而是聯邦、州或地方法律要求的治療。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 本計劃的服務給付範圍僅限於非宗教性質的照護。
- 您需要滿足以下條件才能在某個機構內接受宗教性非醫療機構提供的服務：
 - 您的醫療病症必須讓您能夠取得住院治療或專業護理機構照護的給付服務。
 - 入住該機構前，您必須先取得本計劃的核准，否則將不予給付。

如果您住院，您的住院醫院護理福利和承保可能適用於在宗教性非醫療機構接受的服務。請參見第 4 章福利表中解釋的住院醫院護理福利。

L. 耐用醫療設備 (DME)

L1. DME 身為我們計劃的會員

DME 是指由醫療服務提供者指定以供您在家中使用的特定用品。這類物品包括輪椅、腋下拐杖、動力式床墊系統、糖尿病用品、由醫療服務提供者指定以供您在家中使用的醫院病床、靜脈 (Intravenous, IV) 注射幫浦、語音生成裝置、氧氣設備和用品、噴霧器和助行器等。

就某些用品而言，您將始終擁有其所有權，例如義肢。

我們將在此部份為您說明您必須租借的 DME。身為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的會員，無論您的租賃時間長短，您通常均不得擁有 DME 的所有權。

在某些情況下，我們會將 DME 之所有權轉移給您。聯繫會員服務部瞭解您必須符合的條件以及需要提供的文件。

L2. 您更換至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的 DME 所有權

在 Original Medicare 方案中，租賃某些類型的 DME 的人士在租賃 13 個月後對其享有所有權。在 Medicare Advantage Plan 中，該計劃可指定人們在得到某些類型的 DME 的所有權之前必須進行租賃的月數。

注：您可在第 12 章中找到 Original Medicare 和 Medicare Advantage Plan 的定義。您還可在 *Medicare & You 2022*（2022 年 Medicare 與您）手冊中找到更多有關它們的資訊。如果您未得到該手冊的副本，您可登入 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 獲得，或每週 7 天，每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。此為免費電話。

如有以下情況，您將必須遵照 Original Medicare 支付連續 13 期的費用，或是依照 Medicare Advantage Plan 所定的期數支付連續費用，才可擁有該 DME 物品：

- 您在加入本計劃期間未取得該 DME 的所有權；且

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 您結束本計劃並在 Medicare 方案或 Original Medicare 方案的任何健康計劃之外獲得您的 Medicare Advantage 福利。

如果您在加入本計劃前即已在 Original Medicare 或 Medicare Advantage Plan 下就 DME 物品支付過費用，那些 **Original Medicare 或 Medicare Advantage** 的款項不計入您在結束本計劃後所需支付的費用中。

- 您將必須遵照 Original Medicare 支付新的連續 13 期費用，或是依照 Medicare Advantage 所定的期數支付新的連續費用，才可擁有該 DME 物品。
- 如果您轉回到 Original Medicare 或 Medicare Advantage Plan，也不會有任何例外。

L3. 身為本計劃的會員的氧氣設備福利

如您具備 Medicare 承保的氧氣設備資格並且您是我們計劃的會員，我們承保以下內容：

- 氧氣設備租賃
- 提供氧氣和氧含量
- 用於提供氧氣和氧含量的管道和相關附件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您在醫療方面不再需要或您退出我們的計劃，必須將氧氣設備退還給所有者。

L4. 您更換至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的氧氣設備

如在醫療方面需要氧氣設備並且您退出我們的計劃並切換到 **Original Medicare**，您將從提供者租賃它 36 個月。您每月的租金包括氧氣設備和供氣以及上面列出的服務。

如您在租賃 36 個月後仍在醫療方面需要氧氣設備：

- 您的提供者必須另外提供 24 個月的氧氣設備、供氣和服務。
- 如您有醫療方面的需要，您的提供者必須最多提供 5 年的氧氣設備和供氣。

如 5 年期結束時您仍在醫療方面需要氧氣設備：

- 您的提供者不再必須提供，您可選擇從任何提供者獲得替換設備。
- 新的 5 年期限開始。
- 您將從提供者租賃 36 個月。
- 您的提供者必須提供 24 個月的氧氣設備、供氣和服務。
- 只要在醫療方面需要氧氣設備，新的週期每 5 年開始一次。

如在醫療方面需要氧氣設備並且您退出我們的計劃並切換到 **Medicare Advantage Plan**，計劃將至少承保 Original Medicare 承保的項目。您可諮詢 Medicare Advantage Plan 承保的氧氣設備和供氣以及您將支出的費用。

第 4 章：福利表

簡介

本章帶您瞭解 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 承保的服務，以及這些服務的任何限制或限定。同樣也會告知您為我們的計劃所不承保的福利。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 您的承保服務	54
A1. 公共衛生緊急事件期間	54
B. 針對向您收取服務費用的提供者的規定	54
C. 我們計劃的福利表	54
D. 福利表	56
E. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 以外的承保福利	97
E1. California Community Transitions (CCT)	97
E2. Medi-Cal Dental Program	97
E3. 臨終關懷護理	98
E4. 居家支援性服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)	98
F. 未由 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan、Medicare 或 Medi-Cal 承保的福利	99



A. 您的承保服務

本章告知您 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將承擔費用的服務。您也可以了解哪些服務不屬於給付範圍。關於藥物福利的資訊見第 5 章。本章亦闡述了某些服務的限制條件。

因為您取得 Medi-Cal 的輔助，只要您遵守本計劃的規定，您將無需為承保服務支付任何費用。參閱第 3 章，瞭解本計劃規定的詳情。

如果您在瞭解哪些服務受到承保時需要協助，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電您的個案經理和/或會員服務部，電話號碼為 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。本電話為免付費電話。

A1. 公共衛生緊急事件期間

如果您居住的地區宣佈了公共健康緊急情況，該計劃可能會提供額外的承保福利。請聯絡客服部瞭解資訊，包括將在爆發公共健康緊急事件期間提供的福利。

B. 針對向您收取服務費用的提供者的規定

我們不允許 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的醫療服務提供者向您開具受承保服務的帳單。我們將直接向服務提供者付款，您無需支付任何費用。即使我們向提供者支付的款項少於提供者就服務收取的費用，亦是如此。

您不應收到醫療服務提供者寄給您的給付服務帳單。如您收到，請參閱第 7 章或聯絡會員服務部。

C. 我們計劃的福利表

本福利表將為您說明本計劃給付的服務項目。本表按英文字母順序排列各類服務，並針對給付服務提供了說明。

我們僅有在您符合下述規定時才會給付福利表中所列的服務。只要您滿足下文所述的承保要求，則無需為福利表中列出的服務支付任何費用。

- 您的 Medicare 及 Medi-Cal 承保的服務必須根據 Medicare 及 Medi-Cal 設立的規定提供。
- 服務（包括醫療保健、行為健康及物質使用疾患、長期服務與支援、用品、設備及藥物）必須具有醫療必要性。只有在您的醫生或其他網絡內提供者事先經過我們批准（有時稱為「事先授權」）時，福利表中所列的某些服務才能獲得承保。福利表中已標出需獲得預先核准的承保服務。

我們作出決定時基於兩個標準。首先是 Medicare 的規定。第二，存在公認的醫學執業標準。這些規範已經被醫學的實踐者和研究者所驗證和接受。我們還需要確保您獲得最具性價比的護理。這意味著其費用不會高於另一同樣可行的選擇。但我們也需要確定它適用於您。讓您因此能夠在正確的地點和正確的次數接受它。最後，我們不能僅因其較之其他選擇更便利而核准服務。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



除非接受緊急護理、急診護理或服務區域外的腎透析，否則您在得到來自我們計劃外的提供者的護理前必須獲得我們的核准。如需尋找在我們計劃內的提供者，請查閱我們的《提供者及藥房名錄》或致電會員服務部。如果您被轉介或感到您需要求診於一位並非我們計劃內的提供者，您必須在獲得護理前致電我們以得到核准。當某服務在保護生命、預防重大疾病或嚴重殘障或是減輕劇烈疼痛方面具合理性和必要性時，它即具有醫療必要性。

- 您從網路內醫療服務提供者處取得服務。網路內醫療服務提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。在大部分情況下，本計劃不會給付您從網路外醫療服務提供者取得的醫療服務。第 3 章介紹了有關使用網路內及網路外醫療服務提供者的詳情。
- 您擁有一位 PCP 或是一個醫療保健團隊，提供並管理您的醫療服務。大多數情況下，您的 PCP 必須在您前往並非您 PCP 的他人處就診或使用計劃網路內其他醫療服務提供者前提供事先核准。這稱為轉介。第 3 章提供了關於取得轉介介紹的詳情，以及在什麼情況下無需轉介介紹。
- 您必須從與您的 PCP 同一醫療集團的網路內提供者獲得醫療保健。請參閱第 3 章瞭解更多資訊。
- 福利表中列出的一些給付項目，必須是您的醫生或網路內其他醫療服務提供者得到我們的預先核准，才能獲得給付。這被稱為事先授權。需要事先核准的承保服務在福利表中標記註明。
- 所有預防性服務免費提供。在本福利表中，您將可以在預防性服務項目旁找到此蘋果  標示。
- Care Plan Optional (CPO) 服務可在個性化護理計劃中提供。這類服務在家為您提供更多協助，例如餐食，幫您或您的照護者，或洗浴扶手和坡道。這類服務可以幫您更加獨立的生活，但**不會**取代您獲得授權透過 Medi-Cal 獲得的長期服務與支援 (LTSS)。如果您需要協助或希望瞭解 CPO 服務如何為您提供協助，請聯絡您的個案經理。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross

Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D. 福利表

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 腹主動脈瘤篩檢 有罹患此病風險的人，我們會給付一次性超音波檢查的費用。 僅當您具有若干風險因素且已獲得您的醫生、醫生助理、執業護士或臨床護理專科醫生的轉介時，計劃才會承保該篩查。	\$0
針灸 本計劃將在任一個月內給付最多二次針灸門診服務，或者若具有醫療必要性，給付次數可以更為頻繁。 如果您有慢性腰背痛，我們也支付在 90 天內進行最多 12 次針灸就診的費用。 • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性（沒有可確定的系統性原因，例如和轉移性、炎症性或感染性等疾病無關）； • 與外科手術無關；且 • 與妊娠無關。 此外，如您有改善，我們將支付另外 8 次慢性腰背痛針灸的費用。每年您獲得慢性腰背痛針灸治療的次數可能不會超過 20 次。 如您病情變好或變壞，必須停止慢性腰背痛的針灸治療。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
 酒精濫用篩檢及諮詢 本計劃將為酒精濫用但非酒精依賴的成人給付一次酒精濫用篩檢 (Screening Brief Intervention & Referral to Treatment, SBIRT)。 這包括孕婦。 如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療機構中的合資格主治醫生或執業醫生提供的最多四次簡短的面對面輔導（若您能夠進行輔導，並且在輔導過程中保持清醒狀態）。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
救護車服務 給付的救護車運輸服務包括地面救護車、飛機和直昇機。救護車會將您載送至能夠為您提供醫療的最近醫療機構。 您的病情必須嚴重到以其他方式載送您到治療地點都可能危及您的生命或健康。針對其他情況所提供的救護服務必須獲得本計劃的核准。 針對非緊急的情況，我們有可能會給付救護服務的費用。但您的病症必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往治療地點可能會使您的生命或健康受到威脅。 <i>授權規定可能適用於非急診交通運輸。</i>	\$0
 健康年檢 您每年可以接受一次健康檢查。此健康檢查的目的在於根據您目前的風險因素來擬訂或更新預防計劃。本計劃將每 12 個月給付一次此健康檢查。	\$0
 骨質測量 本計劃將為符合資格的會員（通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險的人）給付特定程序。這些程序包括測定骨質密度、診查骨質流失或確認骨質狀況。 本計劃將每 24 個月給付一次此類服務，或者若具有醫療必要性，給付次數可以更為頻繁。我們也會支付醫生查看和解釋測量結果的費用。	\$0
 乳腺癌篩檢（乳房攝影術） 本計劃將給付下述服務： • 35 歲到 39 歲之間，一次基本乳房攝影術 • 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次乳房攝影術篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
心臟復健服務 本計劃將會給付心臟復健服務，例如運動、教育及輔導。會員必須符合特定的條件且持有醫生的轉介介紹。 本計劃還給付密集心臟復健計劃，此計劃的服務比心臟復健計劃的服務來得更密集。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
 降低心血管（心臟）疾病風險門診（心臟病治療） 本計劃每年給付一次或多次（如有醫療必需性）您在主治醫生處接受的看診，以協助您降低罹患心臟疾病的風險。在這次檢查中，您的醫生可能會： • 與您討論阿斯匹林的使用； • 檢查您的血壓，及/或 • 給您一些建議以確保您的飲食健康。	\$0
 心血管（心臟）疾病檢測 本計劃每五年（60 個月）給付一次用於檢查心血管疾病的血液檢測。這些血液檢測也會檢查因高心臟病風險而可能導致的缺陷。	\$0
 宮頸癌和陰道癌篩檢 本計劃將給付下述服務： • 針對所有女性：子宮頸抹片檢查和骨盆檢查每 24 個月一次 • 對於高宮頸癌或陰道癌風險的女性：每 12 個月一次的子宮頸抹片檢查 • 針對近 3 年曾發生子宮頸抹片檢查結果異常且正值生育年齡的女性：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 • 對於 30-65 歲的女性：每 5 年進行一次人乳頭瘤病毒 (Human Papilloma Virus, HPV) 檢測或抹片加 HPV 檢測	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
脊椎矯正服務 本計劃將給付下述服務： • 矯正脊椎的脊椎調整 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
 結腸直腸癌篩檢 針對年滿 50 歲及以上的人士，本計劃將給付下列服務： • 軟式乙狀結腸鏡檢查（或鉍劑灌腸篩檢），每 48 個月一次 • 大便潛血檢測，每 12 個月一次 • 每 12 個月一次愈創木脂試劑糞便潛血檢查或糞便免疫化學檢查 • 每 3 年一次糞便去氧核糖核酸 (Deoxyribonucleic Acid, DNA) 大腸直腸篩檢 • 每十年（但不得在進行乙狀結腸鏡篩檢後的 48 個月以內）一次大腸鏡篩檢 • 針對大腸直腸癌高風險群，本計劃將每 24 個月給付一次大腸鏡篩檢（或鉍劑灌腸篩檢）。	\$0
社區型成人服務計劃 (CBAS) CBAS 是一項門診機構服務計劃，參與計劃的人士按照時間表前往機構。此計劃提供專業護理照護、社會服務、各種治療（包括職業、物理及語言治療）、個人醫療保健、家屬/照顧者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務。如果您符合資格條件，本計劃將會給付 CBAS。 注：若沒有 CBAS 機構可供使用，本計劃可以個別地提供上述服務。 <i>授權規則可能適用。請致電計劃，瞭解詳情。</i>	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 戒菸諮詢 如果您使用煙草，但並未出現使用煙草相關疾病的跡象或症狀，且想要或需要戒煙： • 本計劃將在每 12 個月期間以預防服務的形式給付兩次戒煙諮詢。此服務對您是免費的。每次戒煙輔導最多包含四次面對面門診。 如果您使用煙草且經診斷已罹患使用煙草之相關疾病或服用可能受煙草影響的藥物： • 我們會在 12 個月的時間內為您支付兩次戒菸輔導的費用。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。 如果您懷孕了，您可以接受不限次數的戒煙諮詢，但需事先授權。	\$0
牙科服務 特定牙科服務，包括洗牙、補牙和全口假牙可透過 Medi-Cal Dental Program 取得。請參閱 E2 章節瞭解此福利的更多資訊。	\$0
 憂鬱症篩檢 本計劃將每年給付一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在主要醫療保健環境下進行，以便提供追蹤治療和轉介。	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 糖尿病篩查 如果您具備以下任何一項風險因素，本計劃將會給付此項篩檢（包括空腹血糖檢測）： • 高血壓（血壓高） • 膽固醇和三酸甘油脂指數異常（血脂異常）病史 • 肥胖 • 高血糖（葡萄糖）病史 如為其他情況（如超重或有糖尿病家族史），亦可給付檢測費用。 視乎檢測結果，您有資格在每 12 個月內取得最多兩次糖尿病篩檢。	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 糖尿病自我管理訓練、服務及用品 我們將為所有糖尿病病患（無論其是否使用胰島素）承擔以下服務的費用： • 用於監測血糖的供應品，包括： ○ 血糖監測器 ○ 血糖試紙 ○ 採血針裝置和採血針 ○ 用於檢查測試條及監測儀準確性的血糖控制液 • 針對患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，本計劃將給付下述項目： ○ 每年度一雙客製化治療鞋（包括鞋墊），包括量試和兩雙額外的鞋墊，或 ○ 每年一雙加深的醫用鞋，包括量試和三雙鞋墊（不包括出廠時附帶的非客製化活動式鞋墊） • 在某些情況下，本計劃將會給付協助您管理糖尿病所需的訓練費用。欲了解更多資訊，請聯絡會員服務部。 本計劃僅承保 OneTouch®（LifeScan, Inc. 製造）、Accu-Chek®（Roche Diagnostics 製造）、Precision Xtra® 和 FreeStyle®（Abbott 製造）血糖檢測試紙和血糖儀。 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
糖尿病自我管理訓練、服務及用品（續） 我們將不會為其他品牌提供承保，除非您的醫療服務提供者告知我們稱其具有醫療必要性。 血糖儀的購買必須透過耐用醫療設備 (DME) 提供者進行。如果您在網絡內零售店或透過我們的郵購藥房購買血糖儀，該物品將不會得到承保。 血糖試紙及刺血針可在網絡內零售店或我們的郵購藥房處購買。 我們每月最多為 100 張試紙提供承保。 該計劃每年為一台血糖監測儀提供承保。在我們為檢驗試紙或采血針支付超過上述金額或非核准製造商的費用之前，您的服務提供者必須獲得本計劃的核准。 <i>授權規則可能適用。</i>	



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
耐用醫療設備 (DME) 及相關醫療用品 (欲瞭解「耐用醫療器材 (DME)」的定義，請參閱本手冊的第 12 章)。 下述用品均屬於給付範圍： • 輪椅 • 腋下拐杖 • 有動力式床墊系統 • 床墊用乾爽壓力墊 • 糖尿病用品 • 醫院病床由醫療服務提供者指定以供您在家中使用 • 靜脈 (IV) 注射幫浦和注射孔 • 腸內營養泵和用品 • 語音產生裝置 • 氧氣設備與用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準弧度把手或四支點拐杖與取代用品 • 頸椎牽引 (門上) • 骨生長刺激器 • 透析護理設備 其他用品亦有可能獲得給付。 我們將承擔 Medicare 和 Medi-Cal 通常會支付的所有具醫療必要性的 DME 的費用。如果您所在區域的服務提供者沒有特定品牌或廠商的存貨，可以問他們是否能為您特別訂購該器材。 本計劃僅承保 DUROLANE、EUFLEXXA、SUPARTZ 和 Gel-SYN-3 玻尿酸。我們將不會為其他品牌提供承保，除非您的醫療服務提供者告知我們稱其具有醫療必要性。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
急救護理 急診是指符合以下條件的服務： • 由受過訓練得以提供急診服務的醫療服務提供者提供；且 • 是治療醫療緊急情況所需。 醫療緊急情況是指伴隨劇痛或嚴重傷勢的醫療病症。狀況非常嚴重，如未立即就醫，任何具備一般健康及醫學常識的人能夠預料到以下後果： • 對您的健康或您未出生胎兒構成嚴重風險；或 • 嚴重損害身體機能；或 • 造成任何身體器官或身體部位的嚴重失能；或 • 對於處於分娩活躍期的孕婦而言，當： ○ 沒有足夠的時間在分娩前將您安全送至另一家醫院。 ○ 轉院可能對您或未出生胎兒的健康或安全構成威脅。 在全球範圍內受承保的急診和緊急護理服務其最高綜合限值為每個日曆年 \$10,000。這次限制僅限 United States 境外提供的服務。請致電計劃瞭解詳情。	\$0 如果您在網路外醫院取得急診服務且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須返回一家網路內醫院，以便繼續取得費用給付。僅當計劃核准您住院時，您才能在網路外醫院取得住院治療。
鍛煉和力量訓練 此計劃提供虛擬的親自運動的方案協助您保持健康。在計劃開始生效時完成評估，以制訂包含您特定健身目標的個人鍛煉計劃。您可以在家中舒適地觀看視訊直播課程和點播鍛煉集體課程。會員還可以獲得面對面課程和小組課程，這些課程可在特定地點預約。	\$0

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross

Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，

請瀏覽網站 duals.anthem.com。



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
計劃生育服務 在接受特定家庭計劃服務時，法律允許您選擇任何醫療服務提供者。這是指任何醫生、診所、醫院、藥房或家庭計劃辦公室。 本計劃將給付下述服務： • 家庭計劃檢查及醫學治療 • 家庭計劃化驗及診斷性檢測 • 家庭計劃避孕方式（子宮內避孕器 (Intrauterine Contraceptive Ring, IUC/Intrauterine Device, IUD)、植入式避孕裝置、避孕針、避孕藥、避孕貼片或避孕環） • 家庭計劃處方用品（保險套、避孕海綿、泡沫避孕劑、避孕薄膜、子宮隔膜、子宮頸帽） • 不孕症諮詢與診斷及相關服務 • 性傳染疾病 (Sexually Transmitted Infections, STI) 的諮詢、檢測與治療 • 人類免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)、愛滋病 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) 及其他 HIV 相關病情的諮詢與檢測 • 永久避孕（您必須年滿 21 歲才可選擇此家庭計劃避孕方式。您必須在手術前至少 30 天但不得超過 180 天，簽署一份聯邦絕育同意書）。 • 遺傳諮詢 本計劃亦會給付部分其他的家庭計劃服務。不過，在接受下述服務時，您必須請本計劃醫療服務提供者網絡內的醫療服務提供者為您看診： • 不孕症相關醫療病症治療（本服務不包括人工受孕）。 • AIDS 及其他 HIV 相關病症治療 • 遺傳檢測	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 保健和健康教育計劃 本計劃提供許多著重於特定健康病症的方案。這些包括： • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒煙；及 • 護理專線 會員可在 CareMore Care Center 要求進行初步性綜合健康評估約診。臨床規定和限制可能適用。 綜合健康評估：初步性綜合健康評估是本計劃的一個重要特色，鼓勵會員在參保時安排在 CareMore Care Center 安排約診。該方案提供完整的醫療檢查。它包括針對您的病症和年齡可能需要的血液檢測和其他檢測。它有助於我們確定任何健康問題，以便我們為您提供正確的轉介並讓您保持健康。在您約診期間，您的健康護理提供者將與您商談您的健康狀況以及您出現的任何疑問。他們將檢查： • 您的藥物及緊急補充清單 • 現場實驗室結果 • 所需耐用醫療設備 (DME) 申請 • 糖尿病用品（面對患糖尿病會員） • 個性化護理計劃 • 登記加入本計劃的教育及慢性病護理方案 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
健康和保健教育方案（續） 每年有一次額外的免費約診可檢查您健康狀況上出現的任何變化。這不能取代您和 PCP 進行的定期年度體檢。除了您的年度體檢外，它還可協助我們追蹤您的健康狀況。 您的就診結果用於為您制訂個性化的護理計劃實現您的健康目標。您的結果和個性化護理計劃將提供給您的醫生，以便他或她可與您共同檢查結果並在一年中協助您。聯絡該計劃以獲得更多資訊或進行約診。 注：使用護理熱線無需授權或轉介。	
聽力服務 本計劃將會給付由您醫療服務提供者所進行的聽力與平衡感檢測。這些檢測將會告訴您，您是否需要接受醫學治療。如果您從醫生、聽力師或具備資格的其他醫療服務提供者處取得門診服務，則可得到給付。 若您懷孕或住在療養院，我們也會支付助聽器的費用，包括： • 耳模、用品及耳塞 • 每次費用超過 \$25 的修復服務 • 首組電池 • 您領取助聽器後從同一供應商獲得的六次會面服務，包括助聽器的培訓、調整和適配 • 助聽器租借試用期 • 補充性聽力福利屬於每行事曆年一次的例行聽力檢查 • 助聽器驗配/評估 Medi-Cal 助聽器津貼限額為每財務年度（7 月 1 日至 6 月 30 日）\$1,510，包括消費稅，並包括耳模、改造用品及配件。這是針對左右耳的津貼總額。如果您懷孕或您居住在護理機構，則該津貼限額不適用。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 HIV 篩檢 針對下列人士，本計劃將每 12 個月給付一次 HIV 篩檢檢查： • 要求進行 HIV 篩檢檢測者；或 • HIV 感染風險較高者。 針對懷孕婦女，本計劃將在其懷孕期間給付最多三次的 HIV 篩檢檢測。 我們還將在您的提供者建議時支付額外的 HIV 篩檢費用。	\$0
居家護理機構提供的護理 在您可以開始接受居家醫療保健服務之前，您的醫生必須告知本計劃您需要接受居家醫療保健服務，且這些服務必須由居家醫療保健機構提供。 本計劃將給付下述服務，可能還有其他服務未列於此： • 非全日性或非經常性的專業護理及家庭保健助理服務（受居家醫療保健福利的給付。您接受的專業護理和家庭保健助理服務的時間，加起來每日須少於 8 小時，或每週少於 35 小時） • 物理治療、職業治療與語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
居家輸液治療 計劃將支付居家輸液治療的費用，定義為藥物或生物物質的靜脈管理或皮下應用，並為您居家提供。執行居家輸液需要以下條件： ● 藥物或生物物質，例如抗病毒或免疫球蛋白； ● 設備，例如泵；以及 ● 供應品，例如管道或導管。 計劃將承保居家輸液服務，包括但不限於： ● 專業服務，包括護理服務，根據您的護理計劃提供； ● DME 福利中尚未包括的會員訓練和教育； ● 遠端監控；以及 ● 提供居家輸液治療和有資質的居家輸液治療提供者提供的居家輸液藥物的監控服務。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
臨終關懷護理 您可獲得任何經 Medicare 認證的臨終關懷方案的護理。如您的醫療服務提供者以及臨終關懷醫療主任判定您為末期預後，您有權利選擇臨終關懷服務。這表示您是為疾病末期，預計壽命僅剩六個月或不到六個月。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 在您接受臨終關懷服務期間，本計劃將給付下述服務： • 治療症狀和疼痛的藥物 • 短期臨時護理 • 居家護理 臨終關懷服務及受 Medicare A 部份或 B 部份承保的服務均計入 Medicare。 • 更多資訊請參閱本章第 E3 節。 對於受 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 承保但 Medicare A 部份或 B 部份不予承保的服務： • Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將為 Medicare A 部份或 B 部份不予承保的服務提供承保。無論這些服務是否與會員所患疾病末期相關，本計劃都將為其承保。您無需為這些服務支付任何費用。 對於 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的 Medicare D 部分福利可能提供承保的藥物： • 善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。要瞭解更多資訊，請參閱第 5 章。 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
善終護理（續） 注：如果您需要非臨終關懷護理，您應於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-855-817-5785 (TTY: 711) 致電您的個案經理以安排服務。非臨終關懷服務的照護服務是指與您末期預後無關的照護。 我們的計劃為沒有選擇善終福利的絕症患者承保善終諮詢服務（只有一次）。 <i>授權規則可能適用。</i>	
 免疫接種 本計劃將給付下述服務： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗注射，秋季與冬季的每個流感季節注射一次，如有醫療必要性則會進行額外注射 • 乙型肝炎疫苗，若您處在患乙型肝炎的高度或中度危險中 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部分的承保規定） 我們將會支付符合 Medicare D 部分承保規定的其他疫苗的費用。請閱讀第 6 章，以瞭解更多資訊。 我們也支付 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 建議的成人所有疫苗的費用。	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
住院治療 本計劃將給付下列服務（可能還有其他醫療必需的服務未列於此）： • 雙人病房（若是具有醫療必要性則單人病房亦可） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 常規護理服務 • 特殊照護病房費用，如加護病房或心臟病加護病房 • 藥品和用藥 • 化驗室檢查 • X 光及其他放射服務 • 需要的手術及醫療用品 • 設備，如輪椅 • 手術室及手術恢復室服務 • 物理、職業和言語治療 • 住院物質使用疾患服務 • 在某些情況下，以下各種器官的移植：眼角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心/肺、骨髓、幹細胞及小腸/多器官。 本福利會在下頁繼續說明	\$0 在您的緊急情況穩定之後，您必須取得本計劃的核准才可以繼續在網路外醫院接受住院治療。



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
住院治療（續） 如果您需要進行移植，Medicare 核准的移植中心將審查您的情況，並決定您是否需要接受移植。移植提供者必須是本地或服務區域外提供者。如果當地移植醫療服務提供者願意接受 Medicare 的費率，那麼您即可選擇在當地或者未採用您所在社區的護理模式的地方獲得移植服務。如果 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 在未採用我們所在社區的護理模式的地方提供移植服務，而您選擇在此處進行移植，我們將為您及一位陪同者安排或支付住宿及交通費用。 • 血液，包括血液的儲存及輸血 • 醫生服務 每次住院不限制承保天數。您必須向網絡內醫生、專科醫生及醫院求診。除急診外，您的醫生必須通知本計劃您即將接受住院治療。 <i>授權規則可能適用。</i>	
住院精神健康護理 本計劃將會給付需要住院的精神健康治療服務。 • 如果您需要在獨立的精神科醫院接受住院服務，我們將會給付前 190 天。在此期限之後，您所在郡縣的精神健康機構將會給付具有醫療必要性的精神科住院服務。本計劃將會與您所在郡縣的精神健康機構協調，以取得您住院超過 190 天後所需的治療授權。 ○ 此 190 天的限制並不適用於在一般醫院精神科病房所提供的住院精神醫療保健服務。 • 如果您已年滿 65 歲以上，本計劃將會給付您在 Institute for Mental Diseases, IMD 中所接受的服務。 除急診外，您的醫生必須通知本計劃您即將接受住院治療。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
住院：無給付住院期間給付的住院服務 如果您的住院治療不合理且非醫療必要，本計劃將不會承擔其費用。 然而，在某些情況下，如果住院護理不承保，我們仍將會給付您待在醫院期間所接受的服務。欲了解更多資訊，請聯絡會員服務部。 本計劃將給付下述服務，可能還有其他服務未列於此： • 醫生服務 • 診斷檢測（例如化驗） • X 光檢查、鐳放射線及同位素治療，包括技術員的材料及服務 • 外科敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置 • 牙科以外的義肢和矯正器械，包括這些器械的更換或維修。這些裝置是用於： ○ 取代所有或部份的體內器官（包括周邊組織）；或 ○ 取代所有或部份失能或失常之體內器官的機能。 • 腿、手臂、背部及頸部矯正架、疝帶、人工腿、人工臂和人工眼。給付範圍包括因斷裂、磨損、遺失或病患病況改變所需的調整、修復和置換 • 物理治療、語言治療與職業治療 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
腎臟病服務與用品 本計劃將給付下述服務： • 教導腎臟照護並協助會員針對其照護做出適當決定的腎臟病教育服務。您必須患有第 IV 階段的慢性腎臟病，且您的醫生必須為您提供轉介。本計劃將給付最多六堂的腎病教育服務課程。 • 門診透析治療，包括暫時性離開服務區域時需要接受的透析治療（詳情請參閱第 3 章） • 住院透析治療（若您住院接受特別治療） • 自行透析訓練（包括針對您和協助您進行居家透析治療的任何人所提供的訓練） • 家庭透析設備和用品 • 部分居家支援服務（例如，在必要的時候，由受過訓練的透析工作人員至您家查看您的居家透析情況、協助處理緊急情況，並檢查您的透析設備和供水）。 您的 Medicare B 部分藥物福利承擔某些透析藥物費用。如需相關資訊，請參閱本表中的「Medicare B 部份處方藥物」。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
 肺癌篩檢 本計劃將每 12 個月支付一次肺癌篩檢，如果您： • 是 50-80 歲，且 • 與您的醫生或其他符合資格的醫療服務提供者進行過諮商和共同決策的門診，且 • 每天至少吸 1 包煙長達 20 年沒有肺癌的跡象或症狀，或現在有吸煙或曾經在過去 15 年戒煙。 第一次篩檢後，本計劃將依據您的醫生或其他符合資格的醫療服務提供者開立的書面指示，每年支付另一次篩檢。	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
膳食方案 — 住院後 自您從醫院或專業護理機構出院後，您可能會有資格獲得受計劃核准的供應商所送至您家中的最多 14 份準備充分、營養豐富的免費家庭送餐（7 天，每天 2 餐）。出院後，個案管理和/或臨床團隊的成員將協調您的膳食福利。個案管理和/或臨床團隊可根據您的醫療服務提供者提供的關於您的健康護理需求、診斷和/或建議來安排遞送。 <i>需要事先授權和轉介。</i>	\$0
 醫學營養治療 此福利適用於罹患糖尿病或罹患腎臟病但無需進行透析的人士。腎臟移植後經醫生轉介者亦適用。 我們將在您的第一年期間支付三小時的一對一諮詢服務，您將獲得 Medicare 下的醫療營養治療服務。（這包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage Plan，或是 Medicare）。我們可能核准醫療必需的額外服務。 之後，我們每年支付兩小時一對一諮詢服務的費用。若您的病況、治療或診斷發生改變，只要醫生轉介，您可能可以接受更長時間的治療。每年如果次年仍需繼續治療，醫生必須為這些服務開立處方，並更新轉介。我們可能核准醫療必需的額外服務。	\$0
 Medicare 糖尿病預防方案 (Diabetes Prevention Program, MDPP) 該計劃將承擔 MDPP 服務的費用。MDPP 旨在協助您增加健康行為。它提供以下實踐訓練： • 長期飲食改變，以及 • 增加身體活動，以及 • 保持減重的方法和健康的生活方式。	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
Medicare B 部份處方藥物 這些藥物受到 Medicare B 部份的承保。Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將承擔以下藥物的費用： • 通常不是由您自行施用而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心的服務時所注射或輸注的藥物 • 經過本計劃授權使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的藥品 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 免疫抑製藥物，如果您在接受器官移植時參保 Medicare A 部分 • 骨質疏鬆注射藥物。如果您無法離家，且醫生證明您的骨折與停經後的骨質疏鬆有關，同時您無法自行注射藥物，則這類藥物將可以獲得給付 • 抗原 • 某些口服抗癌藥品和止吐藥品 • 用於家庭透析的某些藥品，包括肝磷脂、醫療必需的某些肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素（例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa） • 免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏疾病患者居家治療使用 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
Medicare B 部份處方藥物（續） 上文列出的一些 B 部份承保藥物可能需要用於分步治療。以下連結將帶您檢視可能會受分步治療限制的 B 部分藥物的清單： https://mss.anthem.com/california-mmp/benefits/pharmacy-benefits.html。 我們也承保某些我們 Medicare B 部份和 D 部份處方藥福利的疫苗。 第 5 章說明了門診處方藥物福利，闡述了您必須遵守以取得處方藥物給付的規定。 第 6 章說明您在本計劃下為門診處方藥物需支付的費用。 在您接受某些可注射或非溶性藥物之前，您的醫療服務提供者必須獲得計劃的核准。請致電該計劃以瞭解適用的藥物。這稱為獲得事先授權。	



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
非緊急醫療交通運輸服務 此項福利可以讓您使用最符合經濟效益且最容易取得的交通運輸服務。其中可能包括：救護車、麵包車、由附輪椅升降機的麵包車所提供的醫療交通運輸服務，以及與輔助交通運輸服務提供者進行的協調。 當發生下述情況時，上述類型的交通運輸服務即可以獲得授權： • 您的醫療病症和/或身體狀況使您無法搭乘巴士、客車、計程車或其他類型的大眾或私人交通工具；且 • 您必須透過交通運輸服務才能取得您所需的醫療保健。 <i>視服務項目而定，可能需要事先授權。</i> 如何預定交通工具 如需安排交通運輸服務，請於週一至週五上午 7 點至晚上 6 點致電 1-888-325-1024 (TTY: 711)。您必須透過 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 協調您的交通出行，並且在醫療約診前，不得少於 48 小時營業時間進行安排。 每名會員允許有一位隨行人員。如果您有隨行人員，您必須在約診的至少 24 小時營業時間前通知 Transportation Department。服務動物以外的動物不可隨行。當您透過 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 交通運輸服務部安排約診時，您將被要求確認以下事項： • 您預定的乘車服務可讓您有時間在以下的常規交通營運時段內往返赴約：週一至週五上午 7 點至下午 7 點（節假日除外）。 • 您能夠從建築物中看到接送車輛。 • 您安排的隨行人員年滿 17 歲或以上。 <i>視服務項目而定，可能需要事先授權。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
非醫療交通運輸服務 此項福利可以讓您使用由客車、計程車或其他類型的大眾/私人交通工具所提供的交通運輸服務前往接受醫療服務。 此項福利不會縮減您的非緊急醫療交通運輸福利。 您將可以取得無限次數的來回交通運輸服務。 資格要求 為了獲得受承保的交通運輸服務，您必須能夠使用標準意義上的交通工具，如公共汽車、麵包車或計程車，並且必須能夠與他人一同乘坐。 如何預定交通工具 如需安排交通運輸服務，請於週一至週五上午 7 點至晚上 6 點致電 1-888-325-1024 (TTY: 711)。 您必須透過 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 協調您的交通出行，並且在醫療約診前，不得少於 48 小時營業時間進行安排。 每名會員允許有一位隨行人員。如果您有隨行人員，您必須在約診的至少 24 小時營業時間前通知 Transportation Department。 服務動物以外的動物不可隨行。 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
非醫療交通運輸（續） 當您透過 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 交通運輸服務部安排約診時，您將被要求確認以下事項： • 您預定的乘車服務可讓您有時間在以下的常規交通營運時段內往返赴約：週一至週五上午 7 點至下午 7 點（節假日除外）。 • 您能夠從建築物中看到接送車輛。 • 您能夠在不經輔助的情況下離開建築物並進入接送車輛。 • 您沒有任何其他限制性醫療病症可能會限制您使用標準交通工具的能力，如公共汽車、麵包車、計程車，或與他人同乘。 • 您安排的隨行人員年滿 17 歲或以上。 取消政策 請在預定乘車前 24 小時營業時間告知 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 任何的取消情況。如果您需要取消週一的約診，請在週五致電。	



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
護理機構照護 護理機構 (NF) 是為無法在家接受照護卻又不需要住院的人士提供照護的場所。 本計劃的給付服務包括但不限於： • 半私人病房（若有醫療必要性私人病房亦可） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 護理服務 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 呼吸治療 • 根據您醫療保健計劃提供給您的藥物。（這些藥物包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子。） • 血液，包括血液的儲存及輸血 • 通常由護理機構提供的醫療與手術用品 • 通常由護理機構提供的化驗 • 通常由護理機構提供的 X 光與其他放射線服務 • 通常由護理機構提供的用具，例如輪椅 • 醫生/執業人員服務 • 我們承保治療本合約承保的疾病或傷害所需的醫療用品。 • 牙科服務，包括義齒 • 視力福利 • 聽力檢查 • 脊椎矯正護理 • 足療服務 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
護理機構護理（續） 通常您將會透過網路內機構取得照護服務。然而，您或許能夠從未加入網路的機構取得醫療照護服務。如果下述場所同意接受本計劃的給付金額，您將可以透過下述場所取得照護服務： • 您在前往醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區（只要其有提供護理機構照護）。 • 在您離開醫院之時您配偶或者家庭伴侶所住的護理機構。 <i>授權規則可能適用。</i>	
 肥胖症篩檢與減重治療 如果您的身體質量指數達到或超過 30，本計劃將會給付協助您減重的諮詢服務。您必須在主要醫療保健環境下接受諮詢服務。這樣醫生才能配合您完整的預防計劃處理您的減重治療。請洽詢您的主要醫療保健提供者，以了解詳情。	\$0
阿片類藥物治療計劃 (Opioid treatment program, OTP) 服務 本計劃將給付下列服務，以治療阿片類藥物使用障礙問題 (Opioid Use Disorder, OUD)： • 攝入活動 • 定期評估 • 藥物須經 Food and Drug Administration (FDA) 核准，且如適用，管理並為您配藥 • 物質使用疾患輔導 • 個人和小組治療 • 檢測體內藥物或化學物質（毒理學檢測） <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
門診診斷檢查與治療服務和用品 本計劃將給付下列服務（可能還有其他醫療必需的服務未列於此）： • X 光 • 放射線（鐳和同位素）治療，包括技師準備的材料和用品 • 外科用品，例如敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置 • 化驗室檢查 • 血液，包括血液的儲存及輸血 • 其他門診診斷檢查 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
醫院門診服務 我們將會承保您為了診斷或治療疾病或傷害而在醫院門診部所接受的具醫療必要性的服務，如： • 在急診部或門診部接受的服務，例如門診外科手術或觀察服務 ○ 觀察服務有助於醫生瞭解您是否需要住院治療。 ○ 有時候您可能會在醫院住一晚，但仍然是「門診」治療。 ○ 您可在本情況說明書中瞭解更多有關住院或門診的資訊： www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • 由醫院請款的化驗與診斷測試 • 精神健康治療，包括由部分住院計劃所提供的治療，只要醫生證明不接受該治療就必須住院治療 • 由醫院出具帳單的 X 光及其他放射服務 • 醫療用品，如夾板和石膏 • 福利表中所列出的預防性篩檢和服務 • 部份您無法自行施用的藥物 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
門診精神健康護理 本計劃將給付由下列人士提供的精神醫療保健服務： ● 取得州政府執照的精神科醫生或醫生 ● 臨床心理醫生 ● 臨床社工 ● 臨床專科護士 ● 執業護士 ● 醫生助理 ● 適用州法律允許的任何其他符合 Medicare 資格的精神健康護理專業人士 本計劃將給付下述服務，可能還有其他服務未列於此： ● 診所服務 ● 日間治療 ● 社會心理復健服務 ● 部分住院/密集門診計劃 ● 個人及集團精神健康評估與治療 ● 根據臨床顯示係評估精神健康狀況所需的心理測驗 ● 以監測藥物治療為目的的門診服務 ● 門診化驗、藥物、用品與補充劑 ● 精神科諮詢 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
門診康復服務 本計劃將會給付物理治療、職業治療及語言治療。 您可以透過醫院門診部、由治療師執業的獨立診所、綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) 和其他機構取得門診復健服務。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
門診物質使用疾患戒除服務 本計劃將給付下述服務，可能還有其他服務未列於此： • 酒精濫用篩檢及諮詢 • 物質使用疾患治療 • 由合格臨床醫生進行的小組或個人諮詢 • 由住院戒癮計劃提供的亞急性戒毒服務 • 在密集門診治療中心進行的酒精與/或物質使用疾患服務 • 長效 Naltrexone (vivitrol) 藥物治療 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
門診手術 本計劃將會給付在醫院門診機構及門診手術中心進行的門診手術與服務。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
部份住院服務 部分住院是一項結構化的積極心理治療計劃。該計劃是作為醫院門診服務或在社區精神健康中心提供。部分住院治療比您在醫生或治療師的診所接受的治療更為密集。該計劃可以協助您免於住院。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
醫生/醫療服務提供者服務（包括醫生門診） 本計劃將給付下述服務： - 在諸如下列地點所提供之具有醫療必要性的醫療保健服務或手術服務： - 醫生診所 - 經認證的門診手術中心 - 醫院門診部 - 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 - 由您的主治醫生進行的基本聽覺和平衡檢查，如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要治療 - 某些遠端治療服務，包括某些醫生和精神健康服務 - 您可以透過親自就診或遠端醫療的方式獲得這類服務。如果您選擇遠端醫療獲得這些服務，您必須使用透過遠端醫療服務的網絡提供者。 - 請見本節後面「視力保健」之詳細內容。 - 部份遠距醫療服務，包括醫生或面對某些偏僻地區或其他 Medicare 核准的地區會員的執業人員的諮詢、診斷和治療 - 遠端醫療服務，針對居家透析會員在醫院或急重症醫院腎透析中心、腎透析設施或會員家中進行的晚期腎病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 相關每月看診 - 遠端醫療服務診斷、評估或治療中風症狀 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
醫生/醫療服務提供者服務，包括醫生診室看診（續） ● 遠程健康服務針對會員擁有物質使用疾患障礙及反復性精神健康障礙 ○ 如果您不是新來的患者，可與醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（如電話或視訊通話）。 ○ 如果您不是新來的患者，醫生會在 24 小時內評估您向醫生寄送的視訊和/或影像並予以解釋與隨訪。 ● 透過電話、網際網路或電子醫療記錄（如果您不是新病患）諮詢您的醫生在其他醫生處看診的情況 ● 執行治療前與另一位網絡內醫療服務提供者會診的第二意見 ● 非常規牙科護理。給付服務僅限下述服務： ○ 下顎或下顎相關部位的手術 ○ 下顎或顏面骨骨折固位 ○ 在接受腫瘤癌症的放射線治療前所進行的拔牙 ○ 在由醫生提供時即屬給付範圍的服務 <i>授權和/或轉介規定可能適用。</i>	



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
足病學服務 本計劃將給付下述服務： - 足部傷害與足部疾病的診斷、醫療或手術治療（例如槌狀趾或足跟骨刺） - 針對罹患會影響腿部之病症（例如糖尿病）的會員所提供的例行足部醫療保健 - 計劃每年額外承保每年 12 次例行足部護理 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
 前列腺癌篩檢 針對年滿 50 歲及以上的男性，本計劃將每 12 個月給付一次下述服務： - 直腸指檢 - 前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢測	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
義肢裝置和相關用品 義肢裝置可以取代所有或部分身體部位或身體機能。本計劃將給付下述義肢裝置（可能還有其他裝置未列於此）： • 與結腸造口術照護相關的結腸造口袋與用品 • 腸內與靜脈營養，包括進食用品、注射泵、管道與調節器、溶劑及自主注射用品 • 心律調節器 • 肢體支架 • 義肢鞋 • 人工手臂與人工腿 • 義乳（包括用於乳房切除術後的手術胸罩） • 適用於替代因疾病、傷害或先天缺陷已切除或受損的全部或部分外表身體部位的義肢 • 尿失禁乳膏和尿布 本計劃亦將給付與義肢裝置相關的部分用品。本計劃亦將給付義肢裝置的維修或更換。 本計劃針對白內障移除或白內障手術後的用品提供部分給付。請參閱本節後面「視力保健」之詳細內容。 本計劃將不給付假牙裝置。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
肺病康復服務 本計劃將會為罹患中度至極重度慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 的會員給付肺部復健計劃。您必須有醫生或治療 COPD 之醫療服務提供者的轉介才能取得肺部復健服務。 本計劃將會為需要依賴呼吸器的病患給付呼吸照護服務。 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 性傳播疾病 (Sexually Transmitted Infections, STI) 篩檢及諮詢 本計劃將會給付披衣菌、淋病、梅毒及乙型肝炎的篩檢。針對孕婦和部分罹患 STI 風險較高的人士，這些篩檢將可以獲得給付。這些檢測必須由主要醫療保健提供者為您安排。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。 針對有性生活且罹患 STI 風險較高的成人，本計劃亦將給付每年最多兩次的面對面高密度式行為輔導。每次服務的時間為 20 至 30 分鐘。本計劃將會比照預防服務來給付這些輔導，但條件是這些輔導必須是由主治醫生提供。這些輔導必須在主要醫療保健環境下進行，如醫生診所。	\$0
專業護理機構 (SNF) 護理 本計劃將給付下述服務，可能還有其他服務未列於此： • 半私人病房，若是具有醫療必要性則私人病房亦可 • 包括特殊飲食在內的膳食 • 護理服務 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 治療計劃中取得的藥物（包括人體中自然存在的物質，如凝血因子） • 血液，包括血液的儲存及輸血 • 護理機構提供的醫療及手術用品 • 護理機構提供的化驗檢測 • 護理機構提供的 X 光檢查及其他放射科服務 • 通常由護理機構提供的用具，如輪椅 • 醫生/醫療服務提供者服務 通常您將會透過網路內機構取得照護服務。然而，您或許能夠從未加入網路的機構取得醫療照護服務。如果下述場所同意接受本計劃的給付金額，您將可以透過下述場所取得照護服務： • 您在前往醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區（只要其有提供護理機構照護） • 在您離開醫院之時您配偶或者家庭伴侶所住的護理機構 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross

Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
監督鍛煉療法 (Supervised Exercise Therapy, SET) 本計劃將為有外週動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 症狀的會員支付 SET 費用，這些會員擁有負責 PAD 治療的醫生提供的 PAD 轉介。該計劃將承擔以下費用： • 為期 12 週時間的最多 36 個療程（在所有 SET 要求均得到滿足的情況下） • 額外的 36 個逾時療程（在健康護理提供者認為有醫療必要性的情況下） SET 方案必須： • 面對因血流不暢導致腿部痙攣（跛行）的會員的 PAD 治療鍛煉訓練方案（30 至 60 分鐘一療程） • 在醫院門診環境或醫生診室中進行 • 由符合資格的人員提供，以確保所獲收益超過損傷，該人員須接受 PAD 鍛煉療法訓練 • 在經過基礎和進階生命保障技術訓練的醫生、醫生助理或執業護士/臨床護理專家的直接監督下進行 <i>授權規則可能適用。</i>	\$0
緊急護理 緊急醫療是指為了治療下述情況所提供的治療： • 需要立即醫療照護的非急診狀況，或 • 突發的醫療疾病；或 • 傷害；或 • 需要立即接受治療的病症。 如果您需要緊急醫療，您應先透過網路內醫療服務提供者取得治療。不過，如果您無法至網路內醫療服務提供者處就診，您可以使用網路外醫療服務提供者。 在全球範圍內受承保的急診和緊急護理服務其最高綜合限值為每個日曆年 \$10,000。這次限制僅限 United States 境外提供的服務。 請致電計劃瞭解詳情。	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
視訊醫生看診 LiveHealth® Online 讓您透過智慧手機、平板電腦或電腦的即時、雙向視訊功能請經委員會認證的醫生及持證治療師/心理醫生看診。輕鬆開始！您可以在 livehealthonline.com 註冊或免費下載 LiveHealth Online 移動應用並註冊。請務必準備好個人健康保險卡 — 將需該卡回答一些問題。 免費註冊： 您在註冊時，必須輸入您的健康保險資訊，請在您註冊時備妥您的會員 ID 卡。 視訊醫生看診優勢： • 看診與常規醫生面對面相似，只不過是透過網路攝像頭。 • 在醫生無法為您當面看診的情況下，這無疑是個理想的醫療保健選擇。經委員會認證的醫生可以 24/7 協助處理多數類型的護理和流感、感冒、紅眼等常見疾病。 • 醫生可以向您所選的藥房寄送處方，如必要。¹ • 如果您覺得自己面臨壓力、擔憂或處境艱難，您可以預約在家或在路邊與持證治療師或心理醫生交流。多數情況下，您可以預約並在四天或更短的時間內接受治療師或心理醫生的治療。² 本福利會在下頁繼續說明	\$0



本計劃的給付服務	您必須支付的金額
視訊醫生看診（續） 視頻看診旨在對您與經委員會認證的醫生之間的面對面看診提供補充，適用於大多數的護理。 LiveHealth Online 是代表本計劃提供遠程醫療服務的獨立公司 Health Management Corporation 的商標名稱。 1. 處方須基於醫生建議和州級條例（規範）開處。LiveHealth Online 在多數州均可使用，並且預計不久會進一步擴大使用範圍。請參見 livehealthonline.com 地圖，瞭解更多服務地區詳情。 2. 約診須視治療師/心理醫生是否有空而定。視訊心理醫生或治療師不能開具處方藥。	
 視力護理 本計劃將給付下述服務： ● 每年一次例行眼科檢查；及 ● 每兩年最高 \$100 的眼鏡（鏡架和鏡片）或最高 \$100 的隱形眼鏡津貼。 本計劃將會給付用於診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫生服務。例如包括為糖尿病患者提供的糖尿病視網膜病變年度視力檢查，以及與年齡相關的肌肉退化治療。 針對青光眼高風險群，本計劃將每年給付一次青光眼篩檢。青光眼高風險群包括： ● 有青光眼家族病史的人士 ● 糖尿病患者 ● 年滿 50 歲以上的非洲裔美籍人士 ● 年滿 65 歲以上的西班牙裔美籍人士 每次當醫生透過白內障手術置入人工水晶體後，本計劃將會給付一付眼鏡或隱形眼鏡。（如果您分別接受兩次白內障手術，您必須在每次手術後取得一付眼鏡。您無法在第二次手術後獲得兩副眼鏡，即使您在第一次手術後沒有獲得一副眼鏡。） <i>授權規則可能適用。</i>	\$0

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
 「歡迎加入 Medicare」預防性就診 我們為一次性的「歡迎加入 Medicare」預防性就診承保。此次門診包括： • 檢查您的健康狀況， • 提供您所需的預防服務相關教育與諮詢（包括篩檢和預防針注射）；及 • 提供您所需的其他醫療保健轉介。 注：我們僅在您加入 Medicare B 部分後的前 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」預防性就診。當您進行約診時，請通知醫生診室您希望安排進行「歡迎加入 Medicare」預防性約診。	\$0



E. Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 以外的承保福利

以下為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 不予承保，但可透過 Medicare 或 Medi-Cal 取得的服務。

E1. California Community Transitions (CCT)

California Community Transitions (CCT) 方案利用當地領導組織協助符合資格的 Medi-Cal 受益人，受益人需在某住院機構連續居住 90 天，並希望回到且保持安全的社區居住環境。CCT 計劃為過渡前階段的過渡協調服務及過渡後 365 天提供資金，以協助符合資格的受益人回到社區居住環境。

您可以從與服務於您居住地縣政府的任何 CCT 領導組織獲得過渡協調服務。您可以在 Department of Health Care Services 網站上找到 CCT 領導組織以及其服務的各縣清單，網址：

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

CCT 過渡協調服務：

Medi-Cal 將承擔過渡協調服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

與 CCT 過渡無關的服務：

醫療服務提供者將就您的服務向 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 開具帳單。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將為您過渡後提供的服務支付費用。您無需為這些服務支付任何費用。

您接受 CCT 過渡協調服務時，Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將會承擔本章 D 小節的福利表中列出的服務費用。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 藥物承保福利無改變：

藥物不在 CCT 計劃的給付範圍內您將繼續透過 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 享受正常藥物福利。要瞭解更多資訊，請參閱第 5 章。

注：如您需要非 CCT 過渡照護，您應致電給您的個案經理以安排服務。非 CCT 過渡照護是指與您機構過渡無關的照護。

E2. Medi-Cal Dental Program

您可以透過 Medi-Cal Dental Program 獲得特定牙科服務；例如，以下服務：

- 初始檢查、X 光、洗牙和氟化物治療
- 復位和牙冠
- 牙根管治療
- 假牙、調整、修復和重襯

Medi-Cal Dental Program 中按服務收費提供牙科福利。如需瞭解更多資訊，或您在尋找接受 Medi-Cal Dental Program 的牙科醫生上需要協助，請致電 1-800-322-6384（TTY 使用者請致電

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



1-800-735-2922) 聯絡客戶服務專線。此為免費電話。Medi-Cal Dental Services Program 的代表可於週一至週五的上午 8 點至下午 5 點為您提供協助。有關更多資訊，也可瀏覽網站 dental.dhcs.ca.gov/。

除了 Medi-Cal Dental Program 按服務收費項目外，您也可以透過牙科管理式保健計劃取得牙科福利。牙科管理式保健計劃僅在 Los Angeles County 提供。如果您希望瞭解關於牙科計劃的更多資訊，在牙科計劃確認上需要協助，或是希望變更牙科計劃，請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電 1-800-430-4263 (TTY 使用者請致電 1-800-430-7077) 聯絡 Health Care Options。此為免費電話。

E3. 臨終關懷護理

您可獲得任何經 Medicare 認證的臨終關懷方案的護理。如您的醫療服務提供者以及臨終關懷醫療主任判定您為末期預後，您有權利選擇臨終關懷服務。這表示您是為疾病末期，預計壽命僅剩六個月或不到六個月。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。

請見本章 D 小節的福利表，深入瞭解您接受臨終關懷服務時 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將承擔的費用部分。

針對臨終關懷服務以及與您末期預後有關的 Medicare A 部份或 B 部份的承保服務：

- 臨終關懷服務提供者將就您的服務向 Medicare 開具帳單。Medicare 將為與您末期預後有關的臨終關懷服務支付費用。您無需為這些服務支付任何費用。

針對臨終關懷服務以及與您末期預後無關的 Medicare A 部分或 B 部分的承保服務（急診護理或緊急護理除外）：

- 醫療服務提供者將就您的服務向 Medicare 開具帳單。Medicare 將為受 Medicare A 部份或 B 部份承保的服務支付費用。您無需為這些服務支付任何費用。

對於 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的 Medicare D 部分福利可能提供承保的藥物：

- 善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。要瞭解更多資訊，請參閱第 5 章。

注：如果您需要非臨終關懷服務的照護服務，您應致電給您的個案經理以安排服務。非臨終關懷服務的照護服務是指與您末期預後無關的照護。

E4. 居家支援性服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)

如果您在沒有旁人的協助下無法安全地留在家中，IHSS 計劃可以讓您選擇您自己的居家照護醫療服務提供者。IHSS 服務可能包括但不限於：房屋清理、準備餐點、洗衣、買菜、個人照護、陪診及其他服務。如欲取得 IHSS 資格，您必須年滿 65 歲或為失明或殘障人士。大多數情況下，您的收入還必須低於標準以符合 Supplemental Security Income/State Supplementary Program 的資格，或符合 Medi-Cal 收入資格要求的所有規定。

欲瞭解有關 IHSS 的更多資訊，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-408-792-1600。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



F. 未由 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan、Medicare 或 Medi-Cal 承保的福利

本部份將為您說明哪些類型的福利屬於本計劃的排除項目。排除項目是指我們不承擔費用的這些福利項目。Medicare 和 Medi-Cal 同樣不會為其支付。

下列清單將為您說明本計劃在任何情況下均不給付以及本計劃僅在某些情況下排除給付的部分服務與用品。

本計劃將不給付本部分（或《會員手冊》其他地方）所列的排除醫療福利，除非在所列的特定條件下。如果您認為本計劃應給付某項不屬於給付範圍的服務，您可以提出上訴。如需瞭解有關提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

除了福利表所述的所有排除項目或限制項目之外，以下用品和服務也不屬於本計劃的給付範圍：

- 根據 Medicare 及 Medi-Cal 的標準被認定是「不合理且不具醫療必要性」的服務，除非這些服務被我們的計劃列為承保服務。
- 實驗性醫療和手術治療、項目和藥物，除非獲得 Medicare 承保或在 Medicare 核准的臨床研究或獲得我們計劃的承保。有關臨床研究的詳細資訊，請參見第 3 章。實驗性治療與用品是指未獲得醫學界普遍認可的治療與用品。
- 對病態肥胖症的手術治療，除非該手術有醫療必要性並且 Medicare 承擔其費用。
- 醫院的私人病房，當其具有醫療必要性時除外。
- 私人護士。
- 您在醫院或護理機構病房的個人用品，如電話或電視。
- 在家中接受的全職護理。
- 由您直系親屬或家人所收取的費用。
- 自選或自願加強的醫療程序或服務（包括減肥、生髮、性能力、運動能力、美容、抗衰老和精神狀況），除非是醫療必需的。
- 整容手術或其他整容程序，除非是因意外傷害或為改善身體異常部位所需。不過，本計劃將會給付乳房切除術後的乳房重建以及為達到對稱外觀而對另側乳房所進行的治療。
- 脊椎矯正護理，除了人工矯正外，遵照給付準則。
- 例行足部照護，但第 D 小節福利表中所述的足部服務除外。
- 矯正鞋，除非鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架的費用中，或者鞋子是供糖尿病足部疾病患者使用。
- 足部支撐裝置，但供糖尿病足部疾病患者使用的矯正鞋或治療鞋不在此限。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 放射狀角膜切開術、角膜雷射矯視 (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis, LASIK) 手術以及其他低視力輔助服務。
- 絕育還原程序以及非處方避孕用品。
- 自然療法服務（使用自然或替代療法）。
- 退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 機構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 的費用共同承擔超過本計劃規定的費用共同承擔，本計劃將會為退伍軍人提供差額補償。您仍需負擔您的費用共同承擔額。



第 5 章：透過計劃獲取您的門診處方藥

簡介

本章將為您說明領取門診處方藥物的規定。這些藥物是您醫療服務提供者為您開立，而您透過藥房或郵購取得的藥物。包括 Medicare D 部份和 Medi-Cal 承保的藥物。第 6 章敘述您支付的藥物費用。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 同樣對以下藥物提供承保，雖然本章中不會對其加以討論：

- 受 Medicare A 部份承保的藥物。這些包括您入住醫院或護理機構時為您提供的部份藥物。
- 受 Medicare B 部分承保的藥物。這些包括部分化療藥物，您在醫生或其他醫療服務提供者診室接受門診服務時接受的某些注射藥物，以及透析診所為您提供的藥物。如需瞭解更多有關 Medicare B 部分藥物的承保內容，請參閱第 4 章的福利表。

本計劃對門診藥物給付福利的規定

只要您遵守本部分所述的規定，本計劃通常會給付您的藥物。

1. 您必須請醫生或其他醫療服務提供者為您開立處方。此為您開立處方的人士通常是您的主要醫療保健提供者 (PCP)。如果您的主要醫療保健提供者為您進行醫療保健轉介，您也可以請其他醫療服務提供者為您開立處方。
2. 您一般須使用網絡藥房配藥。
3. 您的處方藥物必須列在本計劃的 *給付藥物清單* 中。我們稱之為「藥物清單」。
 - 如果未在藥物清單中列出，我們有可能會給予例外給付。
 - 請參閱第 9 章以瞭解如何申請例外承保。
4. 您的藥物必須用於醫療上認可的癥狀。這意味著藥物的使用須獲得 Food and Drug Administration 核准或由一些醫學參考支援。**醫療許可的指示用途**是指為此類指示用途，針對診斷或病症而開立一種藥物，而不是劑量。藥物必須被用於醫療許可的指示用途，支持疾病或損傷的診斷或治療，或改善身體機能（D 部分的疫苗除外，其可被用於預防病症）。

目錄

A. 配取處方藥.....	104
A1. 在網絡內藥房領取您的處方藥物.....	104
A2. 領取處方藥物時請使用您的會員 ID 卡	104
A3. 如果您希望更換不同網絡內藥房該怎麼辦	104
A4. 如果您的藥房結束網絡該怎麼辦.....	104
A5. 使用專科藥房	104
A6. 使用郵購服務獲得您的藥物.....	105
A7. 領取藥物的長期供應.....	107
A8. 使用計劃網絡外的藥房	107
A9. 如果您支付處方的費用，將得到償還	107
B. 計劃的藥物清單	108
B1. 藥物清單所列藥物	108
B2. 如何尋找藥物清單中的藥物.....	108
B3. 不在藥物清單上的藥物	108
B4. 藥物清單費用共同承擔層級.....	109
C. 某些藥物的限制	110
D. 您的藥物可能不受承保的原因.....	111
D1. 享有暫時供應	111
E. 藥物承保範圍的變更	112
F. 特殊情況下的藥物承保.....	115
F1. 如果您在醫院或專業護理機構的住院屬於本計劃的給付範圍.....	115
F2. 如果您目前居住在長期護理機構.....	115
F3. 如果您參與 Medicare 認證的臨終關懷方案	115
G. 藥物安全與用藥管理的計劃	116
G1. 幫助會員安全用藥的計劃	116



G2. 協助會員管理藥物的計劃	116
G3. 有助於會員安全使用其阿片類藥物的藥物管理方案	117



A. 配取處方藥

A1. 在網絡內藥房領取您的處方藥物

在大多數情況下，本計劃僅會給付您在我們任何網絡內藥房所領取的處方藥物。網絡內藥房是指同意為本計劃會員發配處方藥物的藥房。您可以前往我們網絡內的任何藥房。

如需尋找網絡內藥房，您可查詢 **醫療服務提供者與藥房目錄**，瀏覽我們的網站，或聯絡會員服務部。

A2. 領取處方藥物時請使用您的會員 ID 卡

前往網絡內藥房領取您的處方藥物時，請出示您的會員 ID 卡。網絡內藥房會向本計劃收取您的給付處方藥物費用中，應由我們支付的部分。當您領取處方藥物時，您需要向藥房支付您的共付費用。

如果您在領取處方藥物時未攜帶您的會員 ID 卡，請要求藥房致電本計劃取得所需資訊。

如果該藥房無法取得必要的資訊，在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。您可以要求我們退回給您我們要共同承擔之部分。如果您無法支付藥物費用，請立即聯絡會員服務部。我們將會盡我們所能協助您。

- 如需瞭解如何要求我們退還此費用，請參閱第 7 章。
- 如需協助配取處方藥，可聯絡會員服務部。

A3. 如果您希望更換不同網絡內藥房該怎麼辦

如果您想要更換藥房，並需要重新領取處方藥物，您可以向醫生索取新處方或，如果還需要換藥，則可以要求藥房將您的處方轉至新藥房。

如需協助更換您的網絡內藥房，可聯絡會員服務部。

A4. 如果您的藥房結束網絡該怎麼辦

如果您使用的藥房退出了本計劃的網絡，您必須選擇我們網絡內的另一間藥房。

如需尋找新的網絡內藥房，您可查詢 **醫療服務提供者與藥房目錄**，瀏覽我們的網站，或聯絡會員服務部。

A5. 使用專科藥房

有時處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。
- 為長期照護機構，例如療養院的住院者供應藥物的藥房。
 - 通常，長期照護機構有其各自的藥房。如您是長期照護機構的入住者，我們必須確保您可以從該機構的藥房領取所需的藥物。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 如您長期照護機構的藥房不在我們的網路內，或您在長期照護機構領取藥物有困難，請聯絡會員服務部。
- 服務於印第安裔/部落/都市印第安裔健康服務計劃 (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) 的藥房。除緊急狀況外，只有美國原住民 (Native Americans) 或阿拉斯加原住民 (Alaska Natives) 可使用這些藥房。
- 提供需要特殊處理並有特殊使用說明之藥物的藥房。

如需尋找專門的藥房，您可查詢 *醫療服務提供者與藥房目錄*，瀏覽我們的網站，或聯絡會員服務部。

A6. 使用郵購服務獲得您的藥物

對於某些類型的藥物，您可以使用計劃的網路內郵購服務配取。通常，可透過郵購取得的藥物是指您經常服用的慢性或長期疾病的治療藥物。透過本計劃的郵購服務購買的藥物在藥物清單中標記為「郵購藥物」。

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 93 天的供應量。93 天供應量的共付費用與一個月的供應量相同。

透過郵件領取我的處方藥物

要獲得訂購表格以及關於透過郵件領取處方藥物的資訊，請致電 1-833-370-7466 (TTY: 711) 聯絡會員服務部，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。此為免費電話。或致電 1-833-203-1738 (TTY: 711) 聯絡 IngenioRx Home Delivery，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。此為免費電話。

通常，郵購處方藥物會在 14 天內寄達。如果您的郵購處方藥物有所延遲，我您仍可從當地網路藥房取得您的用藥。使用郵購藥房服務再領取藥物時，您應該確保手頭上有足夠的藥物供應量。萬一您遇到延遲或緊急需要一種藥物，在零售藥房可以取得 31 天的處方藥物，可用來避免藥物用盡。請致電 1-833-370-7466 (TTY: 711) 聯絡藥房會員服務部，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。此為免費電話。

郵購流程

郵購服務對從您這裡取得的新處方、直接從醫療服務提供者辦公室取得的新處方以及透過郵購處方重新領取藥物這三種情況設立了不同的程序：

1. 藥房從您這裡取得的新處方

藥房將依據從您這裡收到的新處方自動配送並提供新處方藥物。

2. 藥房直接從您的醫療服務提供者辦公室取得的新處方

若符合以下任一情況，藥房會自動配送從醫療服務提供者處取得的新處方，不會先跟您確認：

- 如果您在過去曾使用過本計劃的郵購服務，或

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 您已針對所有直接從醫療服務提供者處取得的新處方，註冊自動配送。每週 7 天，每天 24 小時透過致電 1-833-203-1738 (TTY: 711) 聯絡 IngenioRx Home Delivery 方案，您可現在或隨時要求自動配送所有新的處方藥物。此為免費電話。

若您透過自動配送郵購方式取得不需要的處方藥物，且藥房在出貨前並未聯絡您確認是否需要該藥物，您即符合退費資格。

如果您過去使用過郵購服務，並且不希望藥房自動配取並寄送每個新處方上的藥物，請每週 7 天，每天 24 小時隨時致電 1-833-203-1738 (TTY: 711) 聯絡 IngenioRx Home Delivery 方案。此為免費電話。

如果您過去從未使用郵購配送服務且/或決定停止新處方自動配藥服務，則藥房每一次從健康護理提供者處取得新處方時，都會與您聯絡，以確認您是否希望立即配送藥物。

- 這樣將讓您有機會確保藥房提供正確的藥物（包括強度、用量及劑型），如果有需要，在向您請款與出貨之前，讓您可以取消或延遲訂購。
- 每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道怎麼處理新處方並防止耽誤藥物發運，這一點非常重要。

如需停用自動配送您直接從健康護理提供者診室處獲得的新處方，請致電 1-833-203-1738 (TTY: 711) 透過致電 IngenioRx Home Delivery 方案聯絡我們，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。此為免費電話。

3. 郵購處方藥物再領取

如需續配藥品，您可選擇註冊自動續配計劃。根據該計劃，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將開始自動為您補充下次的藥物。

- 藥房在每次要將再領取的藥物寄出之前均會與您聯絡，以確認您需要追加藥物；如果您的藥物仍夠用，或者您的藥物有所變更，您可以取消預訂的再領取。
- 如果您選擇不使用我們的自動重新領藥計劃，請在您認為現有藥物將要用盡之前 30 天聯絡您的藥房，以確保您的下一次訂購可以及時送達。

若要退出自動補充藥物的郵購服務計劃，請致電 1-833-203-1738 (TTY: 711) 聯絡 IngenioRx Home Delivery 計劃，每週 7 天，每天 24 小時讓他們知道您的通訊喜好設定。此為免費電話。

這樣一來，藥房可以在發運藥物前聯絡您確認訂單，請務必告知藥房聯絡您的最佳方式。請致電 1-833-203-1738 (TTY: 711) 聯絡 IngenioRx Home Delivery 方案，讓他們瞭解您的溝通語言偏好，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。此為免費電話。

A7. 領取藥物的長期供應

您可以長期供應量的方式購買本計劃藥物清單上的維持性藥物。維持性藥物是您因慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。

某些網路內藥房允許您以長期供應量的方式購買維持性藥物。93 天供應量的共付費用與一個月的供應量相同。醫療服務提供者及藥房名冊會向您說明哪些藥房可以為您提供維持性藥物的長期藥量。您也可聯絡會員服務部了解詳情。

如需特定類型的藥物，您可以使用本計劃的網路郵購服務來取得長期供應量之維持性藥物。參閱上一節，瞭解有關郵購服務的資訊。

A8. 使用計劃網絡外的藥房

一般來說，只在您無法使用網路內藥房的情況下，我們才給付到網路外藥房領取藥物的費用。做為本計劃的會員，您可在本計劃服務區域外的網路內藥房領取處方藥物。

在以下情況下，我們將給付您在網路外藥房領取的處方藥物的費用：

- 如果處方與緊急醫療或治療相關
- 如果您居住在服務區域內，但在合理行車距離內沒有 24 小時網路內藥房，致使您無法及時得到屬於給付範圍的處方藥物
- 如果您可以使用的網路內零售藥房或郵購藥房沒有您需要購買的給付處方藥物的存貨（包括高價藥物或特殊藥物）
- 如果您正在獲得具有醫療必要性但 Medicare B 部份未提供承保的疫苗

在上述情況下，請先與會員服務部確認您附近是否有網路內藥房。

A9. 如果您支付處方的費用，將得到償還

如果您必須到網路外藥房領取藥物，通常您必須先支付藥物費用的全額，而非您取得處方藥物時的共付額。您可要求我們退還我們應共同承擔之費用。

如需瞭解更多資訊，請參閱第 7 章。

B. 計劃的藥物清單

本計劃有一份給付藥物清單。我們稱之為「藥物清單」。

此《藥物清單》上的藥物是由醫生與藥劑師團隊協助本計劃所挑選。藥物清單亦會告訴您，您在領取藥物時是否有任何必須遵守的規定。

只要您遵守了本章講述的規定，我們通常會給付本計劃藥物清單中所列出的藥物。

B1. 藥物清單所列藥物

藥物清單包含 Medicare D 部份所承保的藥物，以及您在 Medi-Cal 福利下所承保的部份處方藥物與非處方 (Over-The-Counter, OTC) 藥物及產品。

藥物清單同時包含品牌藥與普通藥。普通藥和品牌藥具有相同的活性成分。普通藥與品牌藥的藥效相同，且通常費用更低。

我們的計劃還對某些 OTC 藥物及產生提供承保。部分 OTC 藥物的費用較之處方藥物更低且療效相當。有關詳細資訊，請致電會員服務部。

B2. 如何尋找藥物清單中的藥物

若要判斷某藥物是否列入藥物清單，您可以：

- 查閱我們郵寄給您的最新藥物清單。
- 請瀏覽本計劃的網站 duals.anthem.com。網站上始終提供最新版本的藥物清單。
- 請致電會員服務部查尋某藥物是否在本計劃的藥物清單上，或索取一份藥物清單副本。

B3. 不在藥物清單上的藥物

本計劃未給付所有處方藥物。某些藥物不在藥物清單上是由於法律不允許本計劃給付此類藥物。在另外一些情況下，則是我們自己決定不將某藥物納入藥物清單中。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將不會承擔本節所列藥物的費用。這些藥物稱為**例外藥物**。如果您的處方包含例外藥物，則您必須自行支付其費用。如果您認為本計劃應就您的個案給付某項不包括藥物，您可以提出上訴。（如需瞭解如何提出上訴，請參閱第 9 章。）

針對例外藥物有三項一般規定：

1. 本計劃的門診藥物承保範圍（包括 D 部分和 Medi-Cal 藥物）不得包含屬於 Medicare A 部分或 B 部分的承保範圍的藥物。受 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物將免費納入 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 之中，但其不被視為您的門診處方藥物福利的一部分。
2. 我們計劃無法承保於 United States 及其屬地境外購買的藥物。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



3. 藥物的使用必須經過 Food and Drug Administration (FDA) 核准，或是有特定的醫學參考支援治療您的病症所用。醫生可能會開立特定藥物處方來治療您的病情，即使該藥物尚未取得治療該病情之核准。這被稱為標示外使用。本計劃通常不給付開立為標示外使用的藥物。

另外根據法律規定，下列類型的藥物不屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍。

- 用以促進生育的藥物
- 用於美容或促進毛髮生長的藥物
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥物，例如 Viagra®、Cialis®、Levitra® 和 Caverject®
- 某些門診藥物，當生產這些藥物的製藥公司表示您僅能接受其所進行的測試或提供的服務時

B4. 藥物清單費用共同承擔層級

我們的計劃藥物清單中的每一種藥物均屬於四 (4) 個等級中的某一級。等級是其類型通常相同的藥物的分組（如品牌藥物、普通藥物或非處方藥 (OTC) 物）。通常，共同承擔費用的等級越高，您藥物的費用就越高。

- 1 級藥物為 Medicare D 部份偏好一般藥物及品牌名藥物。共付額為 \$0。
- 2 級藥物為 Medicare D 部份偏好和非偏好和的普通及品牌名藥物。共付額依您收入不同，介於 \$0 至 \$9.85 之間。
- 3 級藥物為 Medi-Cal 州政府核准的普通類和品牌類處方藥物。共付額為 \$0。
- 第 4 級 –Medi-Cal 州政府核准，您的提供者為您開具處方的非處方 (OTC) 藥物。共付額為 \$0。

如欲查詢您的藥物屬於哪個費用共同承擔層級，請查閱本計劃的《藥物清單》。

第 6 章說明您為各層級藥物所支付的金額。

C. 某些藥物的限制

某些處方藥物有特殊規定，限制本計劃的給付方式和給付時機。通常，我們的規則鼓勵您取得適合您的病情且安全有效的藥物。當安全且費用較低的藥物與費用較高的藥物功效相當時，本計劃希望您的醫療服務提供者開具費用較低的藥物。

如您的藥物有特殊規則，通常意味著您或您的提供者需採取額外步驟以我們為有關藥物承保。

例如，您的醫療服務提供者可能必須告訴我們您的診斷或先行提供血液檢測結果。如果您或您的醫療服務提供者認為我們的規定不應適用於您的情況，您可以要求我們給予例外給付。本計劃可以同意也可以不同意讓您在沒有採取額外步驟的情況下使用該藥物。

如需瞭解有關提出例外給付申請的更多資訊，請參閱第 9 章。

1. 在普通藥版本可用時限制使用品牌藥

通常，普通藥和品牌藥的藥效相同，並且費用較低。在大多數情況下，如品牌藥有可替代的普通藥，我們的網絡內藥房將會為您提供該普通藥。

- 當有普通藥可替代時，我們通常不會為品牌藥付費。
- 但是，如果您的提供者告訴我們在醫學上普通藥對您不起效的理由或在處方上註明某種品牌藥「無替代藥物」或告訴我們在醫學上普通藥或治療相同症狀的其他承保藥物對您不起效的理由，那麼我們將承保品牌藥。
- 對於品牌藥，您的共付額可能會較普通藥高。

2. 事先取得計劃批准

針對某些藥物，在領取處方藥物之前，您或您的醫生必須取得 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的核准。如果您未得到核准，則 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 可能不會為該藥物承保。

3. 首先嘗試不同藥物

一般而言，我們希望您先嘗試費用較低的藥物（通常效用相當），本計劃才會給付費用較高的藥物。例如，如果藥物 A 與藥物 B 可以用於治療相同的醫療病症，而藥物 A 的費用比藥物 B 來得低，本計劃可能會規定您先嘗試藥物 A。

如果藥物 A 對您無效，本計劃將會給付藥物 B。這稱為漸進式治療。

4. 劑量限制

針對某些藥物，本計劃會限制您可以領取的藥量。這稱為劑量限制。例如，本計劃會限制您每次領取處方時可以領取的藥量。

如需了解上述規定是否適用於您正在服用或想要服用的藥物，請參閱藥物清單。如需獲得最新的資訊，請致電會員服務部或檢視我們的網站 duals.anthem.com。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D. 您的藥物可能不受承保的原因

我們竭盡所能讓您的藥物順利取得給付，但有時藥物可能無法以您期望的方式取得給付。例如：

- 您想服用的藥物不屬於本計劃的給付範圍。該藥物可能不在藥物清單上。同一種藥物的一般藥物可能在給付範圍內，但您想要的原廠藥物卻不在給付範圍內。某項藥物可能為新藥物，因此我們尚未檢視其安全性與有效性。
- 該藥物屬於給付範圍，但其給付範圍有特殊規定或限制。如上一節所述，本計劃給付的部分藥物的使用，受到一些規則的限制。在某些情況下，您或您的處方開立者可能需要要求我們對某規定進行例外處理。

如果藥物沒有以您期望的方式取得給付，您可以採取某些行動。

D1. 享有暫時供應

在某些情況下，如果您的藥物不在藥物清單上或是有一些限制，我們可以為您提供該藥物的暫時藥量。這讓您有時間可以與您的醫療服務提供者討論更換其他藥物的事宜，或者讓您有時間可以要求我們給付該藥物。

如欲領取某藥物的暫時供藥量，您必須符合下述兩項規定：

1. 您一直以來服用的藥物：

- 不再列於本計劃的藥物清單中；或
- 從未列於本計劃的《藥物清單》中；或
- 現在受到某些規定限制。

2. 您必須處於以下任何一種情形：

- 您是本計劃去年的會員。
 - 我們會在日曆年的最初 90 天內為您給付一次暫時性藥物供應。
 - 這個暫時供藥量最多為 31 天的藥量。
 - 如您的處方藥可供使用的天數較少，我們准許您進行多次配藥，惟最多提供 31 天的藥物治療。您必須至網路內藥房領取處方藥物。
 - 長期護理藥房可能每次僅提供少量處方藥物以免造成浪費。
- 您是本計劃的新會員。
 - 我們會在您加入本計劃之後的前 90 天內為您提供暫時性藥物供應。
 - 這個暫時供藥量最多為 31 天的藥量。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 如您的處方藥可供使用的天數較少，我們准許您進行多次配藥，惟最多提供 31 天的藥物治療。您必須至網路內藥房領取處方藥物。
- 長期護理藥房可能每次僅提供少量處方藥物以免造成浪費。
- 您加入本計劃已超過 90 天，居住在長期護理機構且立刻需要藥物。
 - 我們給付 34 天的藥量，如果您的處方上的藥量少於這個數目，我們將按照您處方上的藥量提供給付。這是除上述暫時性供應外的額外供應。
 - 如果您加入計劃超過 90 天並且照護等級改變，須轉移至新照護機構或醫療中心，我們將給付臨時性藥量。例如，我們假設您出院並被給予根據醫院藥物清單的出院清單中的藥物。您可能可以獲得一次性的藥物供應。請您的處方醫生致電聯絡我們，以取得更多詳情。
 - 如欲領取某藥物的暫時供藥量，請致電會員服務部。

當您取得藥物的暫時供藥量時，應與醫療服務提供者討論這次藥量用盡時該怎么做。以下為您的可選方案：

- 您可以更換成另一種藥物。

本計劃的給付藥物中可能有適用於您的其他藥物。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單可以協助您的醫療服務提供者找到可能適用於您的給付藥物。

或者

- 您可以提出例外申請。

您和您的醫療服務提供者可以要求我們給予例外給付。例如，即使某項藥物不在藥物清單中，您也可以要求我們給付該藥物。或者您可以要求我們在給付某項藥物時不要設限。如果您的醫療服務提供者表示，您有正當醫療理由可以要求例外處理，他們可以協助您提出要求。

如需瞭解有關提出例外給付申請的資訊，請參閱第 9 章。

如需協助要求作出例外處理，可聯絡會員服務部。

E. 藥物承保範圍的變更

藥物承保範圍中的大多數變更在 1 月 1 日做出，但我們可能會在年內新增或刪除藥物清單上的藥物。我們亦可能變更我們的藥物相關規定。例如，我們可能會：

- 決定某藥物需要或不需要事先批准（事先核准是指獲得 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的許可後才能取得藥物）。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 增加或變更您可取得的藥物數量（稱為藥量限制）。
- 新增或變更藥物的漸進式治療限制（漸進式治療是指您必須先試用某種藥物，然後我們才會給付另一種藥物）。

如需關於這些藥物規定的更多資訊，請參閱上文中本章的 C 小節。

如果您正在服用的藥物於年初得到承保，我們通常不會在本年度餘下的時段中刪除或變更對該藥物的承保，除非出現以下情況：

- 有較便宜且其療效與藥物清單上的藥物相同的新藥問世，**或者**
- 我們得知某藥物不安全，**或者**
- 某藥物從市場中被撤下。

如需瞭解更多藥物清單改變的相關情況，您可始終：

- 瀏覽 duals.anthem.com 線上檢視我們最新的藥物清單，**或者**
- 請致電 1-833-370-7466 (TTY: 711) 聯絡藥房會員服務部檢查目前藥物清單，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。此為免費電話。

藥物清單中的部份改變將**即時**生效。例如：

- **有新的普通藥物可用。**有時，會有療效與藥物清單上的藥物相同的新普通藥問世。如果出現這種情況，我們可能會撤下品牌藥，並新增新的普通藥，但您購買新藥的費用將保持不變。

當我們新增普通新藥時，我們也可能會決定將品牌藥保留在清單中，但將變更其承保規定或限制。

- 我們在做出變更前可能不會通知您，但我們會向您寄發關於我們所做的具體變更的資訊。
- 您或您的醫療服務提供者可以申請對這些變更做出「例外處理」。我們將向您寄發通知，告知您要申請例外處理可採取的步驟。請參閱本手冊第 9 章以瞭解關於例外處理的更多資訊。
- **某藥物從市場中被撤下。**如果 Food and Drug Administration (FDA) 表示您正在服用的藥物不安全或藥物製造商將其從市場中撤下，我們則會將其從藥物清單中刪除。如果您正在服用該藥物，我們將告知您。您的醫療服務提供者亦會知道此項變更。其可以與您一同尋找適用於您病症的其他藥物。

我們可能會做出影響您所服藥物的其他變更。我們將事先告知您有關藥物清單的其他變更。如果發生以下情況，可能會進行這些變更：

- FDA 提供了新的指導或關於某藥物有新的臨床指南。
- 我們新增的普通藥物並非最新上市，**並且**
 - 取代藥物清單中目前使用的某種品牌藥物，**或者**
 - 該品牌藥物的承保規定或限制有所變更。
- 我們新增某種普通藥物，**並且**
 - 取代藥物清單中目前使用的某種品牌藥物，**或者**
 - 該品牌藥物的承保規定或限制有所變更。

如果出現這種變更，我們將：

- 我們將至少在藥物清單變更前 30 天告知您或
- 告知您具體情況，並在您請求配藥後為您提供 31 天藥量。

這樣一來，您就有時間與醫生或其他處方醫生討論。他們可以協助您決定：

- 是否使用藥物清單上存在的某種類似藥物替代，
- 或是否請求例外處理。如需瞭解有關提出例外給付申請的更多資訊，請參閱第 9 章。

我們可能變更您目前服用的藥物，但不會對您產生任何影響。關於上述變化，如果您正在服用的藥物於年初得到承保，我們通常不會在本年度餘下的時段中刪除或變更對該藥物的承保。

例如，如果我們撤下您目前服用的藥物、提高您為藥物支付的費用或限制其使用，隨後該變化並不會影響您在當年剩下時間使用藥物或為藥物支付的費用。

F. 特殊情況下的藥物承保

F1. 如果您在醫院或專業護理機構的住院屬於本計劃的給付範圍

如果您在醫院或專業護理機構的住院屬於本計劃的給付範圍，我們通常會給付您在住院期間的處方藥物費用。您將無需支付共付費用。在您離開醫院或專業護理機構之後，只要您的藥物符合本計劃的所有給付規定，本計劃便會給付該藥物。

要瞭解更多藥物給付和支付內容的資訊，請參閱第 6 章。

F2. 如果您目前居住在長期護理機構

長期照護機構（例如療養院）通常有其自己的藥房，或有為其所有住院者供應藥物的藥房。如果您住在長期護理機構，您可以透過該機構的藥房領取處方藥物，如果該藥房是屬於本計劃的網路內成員。

請查閱您的 *醫療服務提供者與藥房目錄*，以確定您長期護理機構的藥房是否在我們的網路內。如果其不屬於本計劃網路的成員或者您需要更多資訊，請與會員服務部聯絡。

F3. 如果您參與 Medicare 認證的臨終關懷方案

善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。

- 如果您參與 Medicare 的臨終關懷服務，並且需要因與您末期疾病及相關病症無關而無法獲得您臨終關懷服務所承保的止痛藥、止吐藥、緩瀉藥或抗焦慮藥物，我們的計劃則必須在取得由您處方開具者或臨終關懷服務提供者所提供的通知，瞭解該藥物與您的末期疾病無關後方可承保該藥物。
- 為避免任何應由本計劃給付的無關聯藥物發生延遲，您在向藥房領取處方藥物之前，可以要求臨終關懷服務提供者或處方醫生確認我們已取得說明此類藥物無關聯的通知。

如果您退出臨終關懷計劃，本計劃應給付您的所有藥物。當您的 Medicare 臨終關懷福利結束時，為避免從藥房領取藥物發生延誤，您應攜帶檔案至藥房以證明您已結束臨終關懷計劃。請參閱本章的前述部分，瞭解取得 D 部分藥物給付的相關規定。

如需瞭解有關臨終關懷福利的更多資訊，請參閱第 4 章。

G. 藥物安全與用藥管理的計劃

G1. 幫助會員安全用藥的計劃

您每次領取處方藥物時我們都會檢查可能的問題，例如：

- 可能無必要性，因為您正在服用療效相同的其他藥物
- 對您的年齡或性別而言可能不安全
- 同時服用藥物可能會造成損害
- 含有您會或可能會過敏的成分
- 阿片類止痛藥量不安全

如果我們發現您使用的處方藥物可能有問題，我們將會與您的醫療服務提供者一起修正該問題。

G2. 協助會員管理藥物的計劃

若您服用治療不同病情的藥物和/或加入幫您安全使用阿片類藥物的「藥物管理方案」，可能有資格透過藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 計劃享有免費服務。本計劃可協助您和您的醫療服務提供者確保藥物能夠有效改善您的健康狀況。藥劑師或其他醫療保健專業人士會全面審視您的所有藥物，並與您討論以下事項：

- 如何從您服用的藥物中取得最大益處
- 您的任何疑慮，例如藥物費用和藥物反應
- 服用藥物的最佳方式
- 您對處方及非處方藥存有的任何疑問或問題

您將會收到一份本次討論的書面摘要。該摘要中有一個藥物行動計劃，其中包含能讓藥物發揮最大效用的建議。同時，您還可得到一份個人藥物清單，其中包括所有您正在使用的藥物和服藥原因。此外，您將獲得有關安全處理屬受控制物質的處方藥的資訊。

建議您將藥物評估時間安排在年度健康檢查之前，以便與醫生討論您的行動計劃和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療服務提供者交談時，請隨身攜帶您的行動計劃和藥物清單。此外，若要前往醫院或急診室，也請隨身攜帶您的藥物清單。

藥物治療管理計劃係屬於自願性質，合格的會員可以免費參加。如果我們有適合您需求的計劃，我們將會為您報名參加並寄相關資訊給您。如果您不想參加該計劃，請告知我們，我們將會讓您從該計劃退出。

如對這些計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



G3. 有助於會員安全使用其阿片類藥物的藥物管理方案

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 提供一種方案可協助會員安全使用其阿片類處方藥和其他常被誤用的藥物。這項計劃被稱為藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)。

如果您使用從多位醫生或藥房處領取的阿片類藥物或您最近阿片類藥物過量，我們可能會與您的醫生交談，以確保您阿片類藥物的使用並無不妥且具有醫療必要性。在與您的醫生共同合作時，如果我們認為您使用處方阿片類或苯二氮平類藥物不安全，我們可能會限制您獲得這些藥物的方式。限制措施可能包括：

- 要求您從**特定藥房**和/或**特定醫生**處領取所有這些藥物的處方
- **限制**我們將為您提供承保的**藥物量**

如果我們認為限制中的一項或多項適用於您，我們會提前向您寄送信函。這封信將解釋我們認為應予以適用的限制。

您將有機會告知我們，您更偏向哪些醫生或藥房，以及您認為我們要知道的任何重要資訊。在您有機會回覆後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們將向您寄發另一封確認限制的信函。

如果您認為我們發生錯誤，您不認同您處於處方物質使用疾患的風險中，或是您不認同該限制措施，您和您的處方開具者可提出上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並給予您裁決。如我們繼續拒絕有關限制您獲得這些藥物的請求的任何部份，我們會自動將您的個案傳送給獨立審核機構 (Independent Review Entity, IRE)。（如需瞭解如何提出上訴並瞭解 IRE 的更多資訊，請參閱第 9 章。）

如果您有以下情況，DMP 可能不適用於您：

- 罹患某些醫療病症，如癌症或鎌狀細胞性貧血，
- 正在接受臨終關懷，安撫性或臨終護理或是
- 居住於長期護理機構中。

第 6 章：您為您的 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥物所需支付的費用

簡介

本章將為您說明您需為門診處方藥物支付的費用。當提及「藥物」，我們指的是：

- Medicare D 部分處方藥物，以及
- Medi-Cal 提供承保的藥物和用品，以及
- 屬於本計劃附加福利給付範圍的藥物和用品。

因為您符合 Medi-Cal 的資格，您可接受來自 Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」以協助您支付您的 Medicare D 部分處方藥物費用。

額外補助是一項 Medicare 方案，專門協助收入及資產有限的人士減少其 Medicare D 部分的處方藥物費用，例如保費、扣除額和共付額。額外補助也稱為「低收入補助」或「Low-Income Subsidy, LIS」。

其他關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

如需了解有關處方藥物的更多資訊，您可以查閱以下資料：

- **本計劃的給付藥物清單。**
 - 我們稱它為「藥物清單」。它將會告訴您：
 - 本計劃將給付哪些藥物
 - 每一種藥物歸屬於費用共同承擔四 (4) 個費用共同承擔層級中的一個層級
 - 藥物是否有任何限制
 - 如果您需要藥物清單副本，請致電會員服務部。您亦可在我們的網站 duals.anthem.com 上找到該藥物清單。網站上的藥物清單始終為最新版本。
- **本會員手冊第 5 章。**
 - 第 5 章 說明如何透過本計劃取得您的門診處方藥物。
 - 介紹您須遵守的規定。該章節也會告訴您哪些類型的處方藥物不屬於本計劃的給付範圍。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 本計劃的醫療服務提供者及藥房名冊。
 - 在大多數情況下，您必須使用網路藥房領取給付藥物。網路內藥房是指同意與本計劃合作的藥房。
 - 醫療服務提供者及藥房名冊中有網路內藥房的清單。您可以參閱第 5 章，瞭解更多網路內藥房的相關內容。

目錄

A. 福利說明 (EOB)	120
B. 如何記錄您的藥物費用.....	120
C. Medicare D 部份藥物的藥物付款階段	121
D. 第 1 階段：初始給付階段	122
D1. 您的藥房選擇	122
D2. 領取藥物的長期供藥量.....	122
D3. 您須支付的費用.....	122
D4. 初始承保階段的結束	124
E. 第 2 階段：重大傷病給付階段.....	124
F. 您的醫生所開具處方藥量少於一整月時您的藥物費用	124
G. HIV/AIDS 病患的處方藥費用共同承擔協助	125
G1. 什麼是 AIDS Drug Assistance Program (AIDS 藥物協助方案，ADAP)	125
G2. 如果您未參保 ADAP 該怎麼辦.....	125
G3. 如果您已參保 ADAP 該怎麼辦.....	125
H. 疫苗接種	125
H1. 接受疫苗接種前您的須知	125
H2. 對於 Medicare D 部份疫苗接種您須支付的費用	126



A. 福利說明 (EOB)

本計劃會針對您的處方藥物作記錄。我們會記錄兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您本人或代您付款的其他人為您處方所支付的費用。
- 您的**藥物總費用**。這是您本人或代您付款的其他人為您處方所支付的費用，外加本計劃所給付的費用。

當您透過本計劃領取處方藥物時，我們將會寄一份《福利解》報告給您。我們簡稱它為「EOB」。EOB 有關於您服用藥物的更多資訊。EOB 中包括：

- **當月資訊**。該總結會說明您領取了哪些處方藥物。它會顯示藥物的總費用、本計劃給付的費用，以及您本人和代您付款的其他人所支付的費用。
- 「**年度至本日**」**資訊**。這是您自 1 月 1 起的藥物總費用以及總付款資訊。
- **藥物價格資訊**。這是藥物的總價和自第一次配取處方藥以來藥物價格的百分比變化。
- **較低費用備用處方**。若適用，它們會出現在您現有藥物下方的摘要中。請洽詢您的開藥者，以瞭解詳情。

我們提供不在 Medicare 承保範圍內的藥物承保。

- 您為這些藥物支付的費用將不會計入您的總自付費用中。
- 我們也給付部分非處方藥物。您無需支付這些藥物的費用。
- 要瞭解我們計劃承保的藥物，請參閱藥物清單。

B. 如何記錄您的藥物費用

為了記錄您的藥物費用以及您所支付的款項，本計劃使用您和您藥房所提供給我們的紀錄。您可以透過以下方式協助我們：

1. 使用您的會員 ID 卡。

每次領取處方藥物時，請出示您的會員 ID 卡。這有助於我們了解您領取了哪些處方藥物以及您支付了哪些費用。

2. 請確保我們能獲得所需的資訊。

請將您已付費的藥物收據副本提供給我們。您可要求我們將我們應共同承擔之藥物費用退給您。

以下為您應將收據副本提供給我們的一些情況：

- 您以特惠價格或您使用不屬於本計劃福利的折扣卡在網路內藥房購買給付藥物

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 當您為某藥物支付了共付費用，而該藥物屬於製藥商的患者協助計劃範疇時
- 您在網路外藥局購買給付藥物
- 您為給付藥物支付了全額費用

如需瞭解如何要求我們退還我們要共同承擔的藥物費用，請參閱第 7 章。

3. 請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。

由其他特定人士和組織所支付的款項也可以計入您的自付費用中。例如，由 AIDS 藥物補助計劃、印第安健康服務和大多數慈善機構所支付的款項也可以計入您的自付費用中。這將有助於您符合重大傷病給付的資格。當您達到重大傷病承保階段時，Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 將為您支付年內剩餘時間的全部 D 部份藥物費用。

4. 檢查本計劃寄給您的 EOB。

當您透過郵件收到 EOB 時，請確認其中的資訊均完整且正確無誤。如果您認為報告中的資訊有誤或有疏漏，或者您有任何疑問，請致電會員服務部。請務必保留這些 EOB。它們是您的藥物開銷的重要記錄。

C. Medicare D 部份藥物的藥物付款階段

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 下您的 Medicare D 部分藥物承保有兩個付款階段。您所需支付的費用將視您在領取或續配處方時所處的階段而定。以下為上述的兩個付款階段：

第 1 階段：初始承保階段	第 2 階段：災難承保階段
在此階段，本計劃將會給付您藥物的部分費用，而您將需支付您的共同承擔費用。您的共同承擔費用稱為共付費用。 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。	在此階段，本計劃將會給付您至 2022 年 12 月 31 日為止的所有藥物費用。 當您已支付一定數額的自付費用後，此階段開始。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D. 第 1 階段：初始給付階段

在初始給付階段，本計劃將會針對您的給付處方藥物支付我們應共同承擔的費用，而您則需支付您應共同承擔的費用。您的共同承擔費用稱為共付費用。共付費用將視您藥物所屬的費用共同承擔層級還有您領取藥物的地點而定。

費用共同承擔層級是共付費用相同的藥物群組。本計劃藥物清單中的每一種藥物均屬於四 (4) 個費用共同承擔等級中之一。一般來說，等級越高，您需支付的共付費用就越多。藥查詢您的藥物所屬費用共同承擔層級，您可以查閱藥物清單。

- 1 級藥物為 Medicare D 部份偏好一般藥物及品牌名藥物。共付額為 \$0。
- 2 級藥物為 Medicare D 部份非偏好和偏好和的普通及品牌名藥物。共付額依您收入不同，介於 \$0 至 \$9.85 之間。
- 3 級藥物為 Medi-Cal 州政府核准的普通類和品牌類處方藥物。其共付額為 \$0。
- 第 4 級為 Medi-Cal 州政府核准，您的提供者為您開具處方的非處方 (OTC) 藥物。其共付額為 \$0，由您的醫療服務提供者開具處方。

D1. 您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

- 網路內藥房；或
- 網路外藥房。

在少數情況下，本計劃將會給付您在網路外藥房所領取的處方藥物。請參閱第 5 章以瞭解何時會進行此措施。

深入瞭解關於藥房的選擇，請見本手冊第 5 章和我們的醫療服務提供者及藥房名冊。

D2. 領取藥物的長期供藥量

對於某些藥物，當您配取處方藥時，您可以取得長期供藥（也稱為「延長供藥」）。長期供應量最多可達 93 天供應量。它所對應的費用與一個月供應量對應的費用相同。

如需瞭解取得長期藥量的地點與方式的詳細資訊，請參見第 5 章或醫療服務提供者及藥房名冊。

D3. 您須支付的費用

在初始給付階段，每次領取處方藥物時您可能皆需支付共付額。如果您的給付藥物費用低於共付費用，您所需支付的費用將以較低者為準。

您可以與會員服務部聯絡以了解您需為任何給付藥物支付多少共付費用。

從網絡內藥房取得給付處方藥物的一個月或長期供應量時的共同承擔費用：

	網路內藥房	本計劃的郵購服務	網路內長期照護藥房	網路外藥房
	一個月或最多 93 天供藥量	一個月或最多 93 天供藥量	最多 34 天的藥量	最高 10 天份量的補給。僅在少數特定情況下提供給付。請參見第 5 章瞭解詳細資訊。
第 1 級共同承擔費用 (Medicare D 部份優先一般藥物及原廠藥物)	\$0	\$0	\$0	請致電藥房會員服務部尋求協助。
第 2 級共同承擔費用 (Medicare D 部份非偏好和偏好一般藥物及品牌名藥物)	普通藥：\$0/ \$1.35/\$3.95 品牌藥： \$0/\$4/\$9.85 (取決於您的額外補助等級)	普通藥：\$0/ \$1.35/\$3.95 品牌藥： \$0/\$4/\$9.85 (取決於您的額外補助等級)	普通藥：\$0/ \$1.35/\$3.95 品牌藥： \$0/\$4/\$9.85 (取決於您的額外補助等級)	請致電藥房會員服務部尋求協助。
第 3 級共同承擔費用 (Medi-Cal 州政府核准的普通類和品牌類處方藥物)	\$0 (最多 31 天)	該等級中的藥物不予提供	\$0 (最多 34 天)	請致電藥房會員服務部尋求協助。
第 4 級共同承擔費用 (Medi-Cal 州政府核准，您的提供者為您開具處方的非處方 (OTC) 藥物)	\$0 (最多 31 天)	該等級中的藥物不予提供	\$0 (最多 34 天)	請致電藥房會員服務部尋求協助。

如欲取得資訊瞭解哪些藥房可以為您提供長期供藥量，請參閱本計劃的醫療服務提供者及藥房名冊。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D4. 初始承保階段的結束

當您的自付費用總額達到 **\$7,050** 時，初始承保階段結束。此時，重大傷病給付階段開始。本計劃支付您進入重大傷病給付階段起至該年度結束所有的藥物費用。

您的福利解說報告將可以協助您記錄您在該年度期間為您藥物所支付的費用。我們將會令您獲知是否已達到 **\$7,050** 的限額。很多人並不會在單一年度內達到此上限。

E. 第 2 階段：重大傷病給付階段

當您達到 **\$7,050** 的處方藥物自付費用限額時，即開始進入重大傷病承保階段。在該曆年結束前，您將會持續留在重大傷病給付階段。在此階段期間，本計劃將為您支付全部 **Medicare** 藥費。

F. 您的醫生所開具處方藥量少於一整月時您的藥物費用

一般而言，您支付共付額以支應整個月的給付藥物供應量。不過，您的醫生可以開立少於一個月的藥量。

- 有時候，您可能會希望請醫生開立少於一個月供藥量的藥物（例如：您第一次嘗試某藥物，而該藥物有已知的嚴重副作用）。
- 如果您的醫生同意，您將無需再為某些藥物支付一個月供藥量的費用。

當您領取少於一個月藥量的藥物時，您支付的金額將以您領取的藥量天數為基準。我們會計算您每天需為您的藥物支付多少金額（「每日費用共同承擔費率」），然後將該金額乘上您領取的供藥量天數。

- 範例如下：假設您藥物一個月供藥量（30 天供藥量）的共付額為 **\$1.35**。這意味著您每日須支付的藥物費用少於 **\$0.05**。如果您領取 7 天供應量的藥物，則您須支付的總費用將少於每天 **\$0.05** 乘以 7 天，即總額等於 **\$0.35**。
- 每日共同承擔費用允許您在須支付整月份量的藥費之前，先確定藥物是否對您有效。
- 您也可以要求您的醫療服務提供者為您開立少於一個月的供藥量，如此舉會協助您：
 - 更好地規劃何時續配藥物
 - 協調與其他服用藥物的續配，及
 - 以及減少去藥房的次數。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

G. HIV/AIDS 病患的處方藥費用共同承擔協助

G1. 什麼是 AIDS Drug Assistance Program (AIDS 藥物協助方案, ADAP)

AIDS 藥物補助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 可以協助確保合格的 HIV/AIDS 患者能夠取得可以拯救其性命的 HIV 藥物。對加入 ADAP 的人士而言，凡屬於 ADAP 適用範圍的 Medicare D 部份門診處方藥物均有資格透過 California Department of Public Health 的 Office of AIDS 獲得處方藥物費用共同承擔輔助。

G2. 如果您未參保 ADAP 該怎麼辦

如欲取得資格條件、給付藥物或計劃加入方式的相關資訊，請致電 1-844-421-7050 或至 ADAP 的網站 www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx 查詢。

G3. 如果您已參保 ADAP 該怎麼辦

ADAP 將針對 ADAP 處方藥一覽表中的藥物持續為 ADAP 客戶提供 Medicare D 部份處方藥物的費用共同承擔輔助。為確保您持續獲得此項輔助，如果您的 Medicare D 部份計劃名稱或保單號碼有任何變更，請通知您當地的 ADAP 登記工作人員。如果您在尋找最近的 ADAP 登記處和/或登記工作人員上需要協助，請致電 1-844-421-7050 或瀏覽上文所列的網站。

H. 疫苗接種

我們承保 Medicare D 部份的疫苗我們的 Medicare D 部份疫苗接種承保包含了兩個部份：

1. 給付的第一部份是**疫苗本身**的費用。疫苗屬於處方藥物的一種。
2. 承保的第二個部份為**疫苗接種**的費用。例如，有時候醫生會幫您施打疫苗。

H1. 接受疫苗接種前您的須知

我們建議您在打算取得疫苗接種時，先致電會員服務部。

- 我們可以告訴您關於我們的計劃如何承保您的疫苗接種，並說明您應承擔的費用。
- 我們會告訴您如何透過使用網路內醫療服務提供者和藥房而降低您需支付的費用。網路內藥房是指已同意與本計劃合作的藥房。網路內醫療服務提供者是指與本醫療保健計劃合作的醫療服務提供者。網路內醫療服務提供者應配合 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 以確認您無需支付 D 部份疫苗的任何先期費用。

H2. 對於 Medicare D 部份疫苗接種您須支付的費用

您需為疫苗接種所支付的費用取決於疫苗的類型（您接種疫苗的目的）。

- 有些疫苗被歸類為是健康福利而非藥物。這些疫苗將可以獲得給付，您無需支付任何費用。要瞭解這些疫苗的給付狀況，請參閱第 4 章的福利表。
- 其他疫苗則被視作 Medicare D 部份藥物。您可以在本計劃的藥物清單中找到這類疫苗。您可能必須支付 Medicare D 部分疫苗的共付額。

以下是您可以接受 Medicare D 部分疫苗接種的三種常見方式。

1. 您可以在網絡內藥房購買 Medicare D 部分的疫苗並在藥房接受注射。
 - 您將無須支付任何費用 **或** 僅支付疫苗的共付額。
2. 您可以在您的醫生的診所中領取 Medicare D 部分的疫苗，醫生將為您進行注射。
 - 您將無須支付任何費用 **或** 向醫生支付疫苗的共付額。
 - 本計劃將會給付您接受預防針注射的費用。
 - 在這種情況下，醫生的診所應致電我們的計劃，以便我們告知他們，您無須支付任何費用 **或** 僅需支付疫苗的共付額。
3. 您可以在藥房領取 Medicare D 部份的疫苗本身，隨後將其帶至醫生診所接受注射。
 - 您將無須支付任何費用 **或** 僅支付疫苗的共付額。
 - 本計劃將會給付您接受預防針注射的費用。



第 7 章：要求我們為您已收到的給付醫療服務或藥物帳單，支付應共同承擔之費用

簡介

本章將告知您向我們寄發帳單以要求付款的方式和時機。如果您不認可給付決定，它還將告知您如何提出上訴。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用	128
B. 寄發付款申請	130
C. 給付決定	130
D. 上訴	130



A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用

我們的網路內醫療服務提供者必須針對您已取得的給付服務和藥物向本計劃請款。網路內醫療服務提供者是指與本醫療保健計劃合作的醫療服務提供者。

如果您收到醫療保健或藥物的全額帳單，請寄給我們。有關如何寄送帳單，請參閱第 130 頁。

- 如果該服務或藥物屬於給付範圍，我們將會直接給付給醫療服務提供者。
- 如果服務或藥物有給付，並且您已經支付了超過您的共同承擔費用，您有權利要求退款。
- 如果該服務或藥物**不屬於**給付範圍，我們將會告知您。

如有任何疑問，請聯絡會員服務部或您的個案經理。如果您不了解您應支付哪些費用，或者若是您收到帳單但卻不知應該怎麼處理，我們能為您提供幫助。如果您想針對您已寄出的給付申請提供更多資訊，您也可以致電給我們。

下列為您可能必須要求本計劃將費用償還給您或要求本計劃為您支付帳單費用的一些範例：

1. 當您透過網路外醫療服務提供者取得急診或緊急醫療服務

您應要求醫療服務提供者向我們請款。

- 如您於獲得該護理時全額付款，請求我們向您償還相關費用。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
 - 如有任何應付款項應支付給醫療服務提供者，我們將會直接給付給該醫療服務提供者。
 - 如果您已支付服務費用，我們將為您償付費用。

2. 當網路內醫療服務提供者向您請款

不論何時網路內醫療服務提供者皆必須向我們請款。在您獲得任何服務或處方時，請出示您的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員 ID 卡。不正確的/不適當的收費發生於醫療服務提供者（如醫生或醫院）針對服務向病人收取高於計劃費用共同承擔額之費用的情況。如果您收到任何帳單，請致電會員服務部。

- 由於 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 全額支付您的服務費用，您沒有支付任何費用的責任。醫療服務提供者不應就這些服務向您收取任何費用。
- 一旦您收到網路內提供者發出的帳單，請將帳單寄送給我們。我們會直接聯絡醫療服務提供者並解決問題。
- 如果您已為來自網路內醫療服務提供者的帳單付款，請將該帳單及任何您付款的憑證寄送給我們。我們將就您的承保服務作出償付。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



3. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您使用網絡外藥房，您將必須支付處方藥物的全額費用。

- 僅有在少數情況下，本計劃才會給付您在網路外藥房領取的處方藥物。當您要求本計劃退還我們應共同承擔的費用時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱第 5 章，瞭解關於網絡外藥房的更多資訊。

4. 當您因為沒有攜帶會員 ID 卡而支付了處方藥物的全額費用

如果您沒有攜帶會員 ID 卡，您可以要求藥房致電本計劃或查閱您的計劃投保資訊。

- 如果藥房無法立即取得所需資訊，您可能需要自行支付處方藥物的全額費用。
- 當您要求本計劃退還我們應共同承擔的費用時，請將收據副本寄給我們。

5. 當您為不屬於給付範圍的處方藥物支付了全額費用

您可能會因為處方藥物不屬於給付範圍而為其支付了全額費用。

- 該藥物可能不在本計劃的《給付藥物清單》（藥物清單）上，或者該藥物可能有您不知道或是您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定領取該藥物，您可能需要支付其全額費用。
 - 如果您沒有支付藥物費用但認為它應受到給付，您可以要求做給付決定（請參閱第 9 章）。
 - 若您和您的醫生或其他處方開立者認為您立即需要該藥物，您可以要求做快速之給付決定（請參閱第 9 章）。
- 當您要求本計劃償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生或其他處方開立者處了解更多的資訊，才能將我們應共同承擔的藥物費用退還給您。

當您把給付申請寄給我們時，我們會針對您的申請進行審查，並決定該服務或藥物是否應獲得給付。這被稱為作出「給付決定」。如果我們決定給付，我們將應由我們共同承擔的服務或藥物之費用退還給您。如果我們拒絕您的給付申請，您可以針對我們的決定提出上訴。

如需瞭解如何提出上訴，請參閱第 9 章。

B. 寄發付款申請

請將您的帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。付款證明可以是您開的支票副本或是醫療服務提供者的收據副本。我們建議您將您的帳單和收據影印下來以作為備份紀錄。

將您的付款請求及任何帳單或收據郵寄至以下地址：

對於 C 部分申索

CareMore Health

P.O. Box 366

Artesia, CA 90702-0366

對於 D 部分申索

IngenioRx

ATTN: Claims Department - Part D Services

P.O. Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

您亦可以致電本計劃申請付款。致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部，時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。本電話為免付費電話。

您必須於收到此服務、用品或藥物起 **365 天內**，向我們提出申請。

C. 給付決定

當本計劃收到您的給付申請時，我們將會做出給付決定。這表示，我們將會決定您的醫療保健服務或藥物是否可以獲得本計劃的給付。我們亦會決定您應為該醫療保健服務或藥物支付的費用金額（如有）。

- 如果我們需要您提供更多資訊，我們將會告知您。
- 如果我們確定給付您接受的醫療保健服務或藥物，並且您遵守了所有的適用規則，我們會支付應該支付之共同承擔費用。如果您已經為這些服務或藥物支付了費用，我們會將本應由我們共同承擔之費用，寄一張支票退還給您。如果您還未為這些服務或藥物付費，我們會把費用直接支付給醫療服務提供者。

第 3 章說明取得給付服務的規定。第 5 章解釋了獲得您的 Medicare D 承保的部分處方藥物的規定。

- 如果我們決定不支付我們要共同承擔的服務或藥物之費用，我們會寄給您一封信，解釋為何不支付。該信件也會說明您有權利提出上訴。
- 如需瞭解有關給付決定的更多資訊，請參閱第 9 章。

D. 上訴

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



如果您認為我們不當拒絕您的給付申請，您可以要求我們更改我們的決定。這稱為提出上訴。如果您不同意我們的給付金額，您也可以提出上訴。

上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。若要進一步瞭解上訴，請參閱第 9 章。

- 如果要針對醫療保健服務的退款提出上訴，請參閱第 158 頁。
- 如果要針對藥物退款提出上訴，請參閱第 173 頁。



第 8 章：您的權利與責任

簡介

本章包含了您作為我們計劃的會員擁有的權利和責任。我們必須讓您行使您的權利。關鍵術語及其定義將在會員手冊的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. Your right to get information in a way that meets your needs	133
B. 我們確保您及時獲得受承保的服務和藥物的責任	136
C. 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任	137
C1. 我們如何保護您的 PHI	137
C2. 您有權利檢閱您的醫療記錄	137
D. 我們向您提供本計劃、本計劃網絡內醫療服務提供者以及您的承保服務的資訊的責任	143
E. 網絡內醫療服務提供者不得直接向您收取費用	144
F. 您結束我們的 Cal MediConnect Plan 的權利	144
G. 您決定本身的健康護理的權利	144
G1. 您瞭解您的治療選項並參與自己的健康護理決策的權利	144
G2. 您表達希望在自己無法自行作出健康護理決定時所應採取措施的權利	145
G3. 如果沒有按照您的指示來進行治療該怎麼辦	145
H. 您提出投訴和要求我們重新作出決定的權利	146
H1. 如果您認為自己受到不公平待遇或希望獲得更多有關權利的資訊該怎麼辦	146
I. 您作為計劃會員的責任	146



A. Your right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can call Member Services and ask to have materials sent to you in Spanish, Chinese, Vietnamese and Tagalog.
- You can get this document for free in other languages and formats, such as large print, braille or audio. Call Member Services at the number listed on the bottom of this page. When calling, let us know if you want this to be a standing order. That means we will send the same documents in your requested format and language every year. You can also call us to change or cancel a standing order. You can also find your documents online at duals.anthem.com.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can make a complaint about Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan to the Cal MediConnect Ombuds program by calling 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los miembros al número que está en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si su solicitud es permanente. Eso quiere decir que le enviaremos los mismos documentos en el

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



formato e idioma solicitados todos los años. También puede llamarnos para cambiar o cancelar la solicitud permanente. También puede encontrar los documentos en línea, en duals.anthem.com.

Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede hacer un reclamo acerca de Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan ante el Cal MediConnect Ombuds Program llamando al 1-855-501-3077 (TTY 711).

以滿足您需求的方式獲得資訊的權利

我們必須以您能夠了解的方式告知您本計劃的福利以及您的權利。在您加入本計劃期間，我們必須每年均將您的權利告知您。

- 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有精通不同語言的人員可以為您解答疑問。
- 本計劃也給予您英語以外的語言和大型字體印刷、盲文或音訊格式的資料。您可致電會員服務部，要求向您傳送採用西班牙文、中文、亞美尼亞文、韓文、俄文、越南文、波斯文、菲律賓文、高棉文或阿拉伯文的材料。
- 您可以免費取得此檔案的其他語言和格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。致電會員服務部，電話號碼見本頁底部。致電時，如果您希望這是一個長期訂單，請告訴我們。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言傳送相同的文件。您也可以致電我們變更或取消長期訂單。您也可以從 duals.anthem.com 在線上尋找您的文件。

如果您因語言問題或殘疾原因難以獲得本計劃的資訊並希望提出投訴，請致電 Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。TTY 人士可致電 1-877-486-2048。您可就 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 向 Cal MediConnect Ombuds Program 提出投訴，電話號碼為 1-855-501-3077 (TTY: 711)。

Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên. Chương trình của chúng tôi bao gồm những người có thể trả lời thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc âm thanh. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên và yêu cầu gửi các tài liệu cho quý vị bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Armenia, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Việt, tiếng Ba Tư, tiếng Tagalog, tiếng Khmer hay tiếng Ả-rập.
- Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các ngôn ngữ và dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, hoặc âm thanh. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn đây là yêu cầu lâu dài. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ gửi các tài liệu tương tự theo định dạng và ngôn ngữ yêu cầu hàng năm. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để thay đổi hoặc hủy bỏ yêu cầu lâu dài. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại duals.anthem.com.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do bất đồng ngôn ngữ hay khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, xin gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi đến vào 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan cho Cal MediConnect Ombuds Program bằng cách gọi 1-855-501-3077 (TTY: 711).

Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang nakatutugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plan at ang iyong mga karapatan sa paraan na mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plan.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Member Services. Ang aming plan ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plan ng mga babasahin sa mga wika bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at hingin na ipadala sa iyo ang mga babasahin sa Spanish, Chinese, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer o Arabic.
- Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ilalim ng pahinang ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mong ito ay maging regular na order. Nangangahulugan iyon na ipadadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari ka ring tumawag sa amin upang baguhin o kanselahin ang regular na order. Makikita mo rin ang iyong mga dokumento online sa duals.anthem.com.

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ka 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang magreklamo tungkol sa Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077 (TTY: 711).

B. 我們確保您及時獲得受承保的服務和藥物的責任

身為本計劃的會員：

- 您有權利選擇本計劃網路內的主治醫生 (PCP)。網路內醫療服務提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。您可在第 3 章中找到關於提供者如何作為 PCP 的類型以及如何選擇 PCP 的更多資訊。
 - 請致電會員服務部或檢視醫療服務提供者及藥房目錄以了解關於網路內醫療服務提供者以及哪些醫生接受新病患的更多資訊。
- 女性有權在未經轉介的情況下前往女性健康專科醫生處就診。轉介是指來自您的 PCP 的核准，以便讓您前往您的 PCP 之外的醫生處就診。
- 您有權利在合理的時間範圍內透過網路內醫療服務提供者取得給付服務。
 - 這包括取得專科醫生及時服務的權利。
 - 如果您不能在合理的時間範圍內取得服務，我們必須支付網路外的醫療保健服務。
- 您有權利在未獲得事先核准的情況下接受有緊急需求的急診服務或治療。
- 您有權利在本計劃的任何網路內藥房領取處方藥物而不受嚴重耽擱。
- 您有權利瞭解您何時可以請網路外醫療服務提供者為您就診。如需瞭解網路外醫療服務提供者的資訊，請參閱第 3 章。
- 當您剛加入本計劃時，如果您符合特定條件，您有權利保留您目前的醫療服務提供者和服務授權最多為 12 個月。如需知道更多關於維持您的醫療服務提供者和服務授權，請參閱第 1 章。
- 您有權利在您醫療保健團隊和個案經理的協助下主導您自己的醫療保健。

第 9 章說明如果您無法在合理的時間內取得服務或藥物，您可以採取哪些行動。此外，第 9 章也會說明如果我們拒絕給付您所需的服務或藥物，而您不同意我們的決定，您可以採取哪些行動。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



C. 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任

我們遵照聯邦及州法律保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的 PHI 包括您在參保本計劃時提供給我們的資訊。您的個人健康資訊還包括您的醫療記錄及其他醫療和健康資訊。

您有權獲得這些資訊並控制您的 PHI 的使用方式。我們將為您提供書面通知，告知您這些權利並對我們保護您的 PHI 隱私的方式進行解釋。該通知稱為「隱私權保護通知」。

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們會確保未經授權的人士不會看到或變更您的記錄。

在大多數情況下，我們均不會將您的 PHI 提供給任何並非為您提供護理或並非承擔您的護理費用的人士。若有此行為必須事先取得您的書面許可。書面許可文件可由您本人或由具有為您做決定之合法權利的特定人士提交。

在某些情況下，我們可以不必要事先取得您的書面許可。法律允許或規定這些例外情況。

- 我們必須向檢查我們護理品質的政府機構公開 PHI。
- 我們必須應法院命令公開 PHI。
- 我們必須向 Medicare 提供您的 PHI。如果 Medicare 出於研究或其他用途公開您的 PHI，它將必須依照聯邦法律行事。如果 Medi-Cal 出於研究或其他用途公開您的資訊，它將必須依照聯邦法律及州法律行事。

C2. 您有權利檢閱您的醫療記錄

- 您有權利調閱自己的醫療記錄，並取得您的醫療紀錄之副本。我們可以向您收取您醫療記錄的影印費用。
- 您有權利要求我們更新或更正您的醫療記錄。如果您對我們提出此要求，我們將會與您的醫療保健服務提供者一起決定是否應進行此變更。
- 您有權瞭解您的 PHI 是否已被披露給他人及其披露方式。

如果您對您的 PHI 隱私有疑問或疑慮，請致電會員服務部。

本通知可變更。為保證您檢視最新版本，可請求會員服務部（電話號碼參見本頁底部）或瀏覽官網 duals.anthem.com 獲得。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) HIPAA 隱私實踐通告

該通告的初始生效日期為 2003 年 4 月 14 日。本通告最近一次修訂是在 2021 年 3 月。

請認真閱讀本通告。它可以告訴您，誰可以檢視您的受保護健康資訊 (PHI)。它可以告訴您，我們何時在披露相關資訊前需要獲得您的同意。它可以告訴您，我們何時可以在無需您同意的情況下分享相關資訊。它還告訴您，您擁有哪些檢視和變更您的資訊的權利。

與您的健康和財產相關的資訊屬於私密資訊。法律規定我們須為我們會員保證該等類型的資訊（稱為 PHI）的安全。這意味著無論您當前或曾經是會員，您的資訊都是安全的。

在您符合資格並加入我們的健康計劃後，我們會從州政府 Medi-Cal 機構和 Centers for Medicare & Medicaid Services 處取得您的相關資訊。我們亦從您的醫生、診所、實驗室及醫院獲取以便我們同意及為您的健康護理付款。

聯邦法律規定我們須告知您，該等法律規定我們該如何保護您以書面方式取得或儲存於電腦內的 PHI。我們亦須告知您如何確保其安全。為了保護 PHI：

- 如存於書面內（稱為物理方法），我們會：
 - 為我們的辦公室及文件上鎖
 - 銷毀含有健康資訊的紙張以便其他人士無法獲得該等資訊
- 如存置於電腦內（稱為技術方法），我們會：
 - 使用密碼以便只有特定人士才能進入該電腦
 - 使用特殊程式監督我們的系統
- 如資訊被我們的工作人員、醫生或州立機構使用或披露，我們會：
 - 為保證資訊的安全制定規則（稱為政策及程序）
 - 要求我們的工作人員遵守規則

我們何時可使用及共披露您的 PHI？

我們可能會向您的親屬或您選定的為您的健康護理提供幫助或付款的人士披露您的 PHI，如您告知我們可以向該人士披露您的 PHI。有時我們可能會在未獲得您同意時使用及披露該等資訊：

- 出於您的健康護理目的
 - 幫助醫生、醫院及其他人士使您獲得您所需的護理
- 出於付款、健康護理營運及治療目的
 - 與就您的護理向我們開出賬單的醫生、診所及其他人士披露資訊
 - 當我們表示我們會在您獲得健康護理或服務前付款時
 - 尋找改進我們的計劃的方法，支援您並幫助您獲得可用的福利和服務。我們可能會從公共來源獲得您的 PHI，並且我們可能會將您的 PHI 提供給健康資訊交換機構，以用於支付、健康護理業務和治療目的。如果您不願意，請瀏覽 [anthem.com/ca/privacy](https://www.anthem.com/ca/privacy) 瞭解更多資訊。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- **出於健康護理業務原因**
 - 幫助審核、欺詐及濫用預防計劃、規劃及每日工作
 - 尋找使我們的計劃變得更好的方法
- **出於大眾健康原因**
 - 幫助公共衛生官員防止公眾患病或受傷
- **向為您的護理提供協助或付款的其他人披露**
 - 我們可與您的親屬或您選定的為您的健康護理提供幫助或付款的人士分享，如您告知我們可以這麼做
 - 如您不能為自己發言以及對您而言最最佳，向為您的護理提供幫助或付款的人士披露

我們須於就除您的護理、付款、日常業務、研究外的任何事項或下列其他事項使用或披露您的 PHI 前獲得您的書面同意。我們須於披露從您的醫生處獲得的心理治療記錄前獲得您的書面同意。

您可以書面形式告知我們您想撤銷您的書面同意。我們無法撤銷我們於獲得您同意時使用或披露的資訊。但我們會於日後停止使用或披露您的 PHI。

我們可使用一或法律規定我們須一使用您的 PHI 的其他方式：

- 幫助警察及其他確保其他人士遵守法律的人士
- 舉報濫用及疏忽
- 我們被要求向法庭提供幫助
- 答覆法律文件
- 就審核或檢查等事項向健康監督機構提供資訊
- 幫助驗屍官、法醫或殯儀館找出您的名字及死因
- 於您提出請求時幫助您將您的身體部位捐獻以用於科研目的
- 出於研究目的
- 防止您或其他人士患病或受到嚴重傷害
- 配合政府工作人員開展某些工作

您有哪些權利？

- 您可要求查看您的 PHI 並獲得一份副本。我們將有 30 天的時間將其發送給您。如果我們需要更多時間，我們一定會告知您。儘管我們沒有您的完整醫療記錄。**如您想獲得一份完整的醫療記錄，向您的醫生或保健診所提出請求。**
- 如您認為醫療記錄中的某些內容不正確或遺漏部分內容，您可請求我們為您更改我們擁有的醫療記錄。我們將有 60 天的時間將其發送給您。如果我們需要更多時間，我們一定會告知您。
- 某些情況下，您可以要求我們不得披露您的 PHI。但是，我們不一定會同意您的請求。
- 您可要求我們將 PHI 寄送至另一不同地點，而非我們已有的關於您的地址，或以其他方式發送。如將寄送至我們已有的地點會使您有危險，我們會按您的要求行事。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross

Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，

請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 您可要求我們告知您過往六年內我們每次向其他人士披露您的 PHI 的情況。這不會列出我們因健康護理、付款、日常健康護理業務或其他我們未於此列出的原因而披露您的情況。我們將有 60 天的時間將其發送給您。如果我們需要更多時間，我們一定會告知您。
- 您可隨時要求獲得一份本通知的紙質副本，即使您已透過電郵提出該要求。
- 如您支付某項服務的所有費用，您可要求您的醫生不向我們披露有關該服務的資訊。

我們必須如何處理？

- 法律規定，除了我們在本通告中所述以外，我們必須為您的 PHI 保密。
- 我們必須告知您法律規定我們應就隱私如何處理。
- 我們必須按照本通告所述執行。
- 若您因合理原因址，例如您身處危險中提出請求，我們必須將您的 PHI 寄至其他地址或以平郵以外的方式寄予您。
- 若您要求我們不得披露您的 PHI 後，而我們仍須這麼做，我們必須告知您。
- 若州法律規定我們必須執行更多此處所述之外的事項，我們會遵守該等法律規定。
- 若我們認為您的 PHI 已遭到入侵，我們須告知您。

與您聯絡

我們，包括我們的聯盟夥伴及/或供應商，可使用自動電話撥號系統及/或人工語音向您致電或傳訊息。不過我們只能根據《電話消費者保護法》(Telephone Consumer Protection Act, TCPA) 這樣做。此類電話旨在告知您相關治療方案或其他健康相關福利和服務。如果您不希望我們透過電話聯絡您，只需告知去電者，然後我們將不再採用此方式聯絡您。您也可以致電 1-844-203-3796 將您的電話號碼加入我們的謝絕來電清單。

如果您有疑問，該怎麼辦？

如果您有關於我們的隱私規則的疑問或希望行使您的權利，請致電 **1-855-817-5785** 致電會員服務部。倘您失聰或聽力存在問題，請撥 TTY: **711**。

如果您需要投訴該如何處理？

我們可隨時隨地為您提供幫助。若您覺得您的 PHI 未獲得安全保障，您可致電会员服务部或聯絡 Department of Health and Human Services。如您投訴，您不會受到不利影響。

來信或致電 Department of Health and Human Services：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
電話：1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
傳真：1-415-437-8329

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



或者

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance
Department of Health Care Services (DHCS)
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413
電郵：privacyofficer@dhcs.ca.gov
電話：1-916-445-4646
傳真：1-916-440-7680

或者

Information Security Officer
DHCS Information Security Office
P.O. Box 997413, MS 6400
Sacramento, CA 95899-7413
電郵：iso@dhcs.ca.gov
電話：ITSD 服務台
1-916-440-7000 或 1-800-579-0874
傳真：1-916-440-5537

我們保留變更本 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) 通告以及我們為您的 PHI 保密的方式的權利。如果出現這種情況，我們會在新聞通訊中告訴您有關更改的資訊。我們亦會在網站 [anthem.com/ca/privacy](https://www.anthem.com/ca/privacy) 上發佈相關資訊。

種族、民族及語言

我們從州政府 Medi-Cal 機構和 Centers for Medicare & Medicaid Services 中獲得有關您的種族、民族和語言資訊。我們將按本通告所述保護該資訊。

我們僅將該資訊用於以下目的：

- 確保您獲得所需的護理
- 制定改善健康結果的計劃
- 編製及發送健康教育資訊
- 讓醫生知道您的語言需求
- 提供翻譯服務

我們**不會**將該資訊用於以下目的：

- 發行健康保險
- 決定服務的費用金額
- 決定福利
- 與未核准使用者分享

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



您的個人資料

正如我們在本通告中所述，我們可能會要求獲得、使用並披露個人資料 (Personal Information, PI)。您的 PI 並非公開資訊且可識別您的身份。獲取通常是出於保險原因。

- 我們可使用您的 PI 作出以下關於您的決定：
 - 健康
 - 習慣
 - 愛好
- 我們可能會從以下其他人士或團體獲得有關您的 PI：
 - 醫生
 - 醫院
 - 其他保險公司
- 在某些情況下，我們可能會在未經您允許的前提下向我們公司以外的人士或團體披露 PI。
- 若我們在採取任何措施前須給您拒絕的機會，我們會告知您。
- 如您不想我們使用或披露您的 PI，我們會告知您應如何通知我們。
- 您有權閱覽並變更您的 PI。
- 我們確保您的 PI 會獲得安全保障。

此資訊包括其他語言您可以免費索取。請致電號碼 1-855-817-5785 (TTY: 711) 聯絡我們的會員服務部時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。此為免費電話。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 同時簽約的健康計劃，向參保人提供這兩個方案的福利。Anthem Blue Cross 是 Blue Cross of California 的商標名稱。Anthem Blue Cross 和 Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. 是 Blue Cross Association 的獨立持牌人。ANTHEM 是 Anthem Insurance Companies, Inc. 的註冊商標。

於 2021 年 3 月修訂。



D. 我們向您提供本計劃、本計劃網絡內醫療服務提供者以及您的承保服務的資訊的責任

作為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的會員，您有權向我們索取資訊。如果您不會說英文，我們有口譯員服務為您解答您對本醫療保健計劃可能會有的任何疑問。如需獲得口譯員服務，只需致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電我們即可。此為免費服務。您可致電會員服務部，要求向您傳送採用西班牙文、越南文、菲律賓文或中文的資訊。我們還可以為您提供大型字體印刷、點字版本或音訊資料。

如果您希望獲得以下任何資訊，請致電會員服務部：

- 如何選擇或更換計劃
- 我們的計劃，包括：
 - 財務資訊
 - 計劃會員對本計劃的評級
 - 會員提出上訴裁定的件數
 - 退出本計劃的方式
- 我們的網絡內醫療服務提供者與我們的網絡內藥房，包括：
 - 如何選擇或更換主要醫療保健提供者
 - 我們的網絡內醫療服務提供者及藥房的資格
 - 我們如何向網絡內的醫療服務提供者支付費用
- 受承保服務與藥物以及您必須遵守的規定的相關資訊，包括：
 - 本計劃的給付服務與藥物
 - 您的給付範圍及藥物之限制
 - 您在取得給付服務與藥物時必須遵守的規定
- 某些項目不享受承保的原因以及您可以怎麼做，包括要求我們：
 - 以書面方式說明某些項目不享受承保的原因
 - 變更我們所作的決定
 - 支付您收到的帳單

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



E. 網絡內醫療服務提供者不得直接向您收取費用

本計劃網路內的醫生、醫院及其他醫療服務提供者不得要求您為給付服務付費。即使我們的給付金額低於醫療服務提供者的收費金額，他們也不得向您收費。如需瞭解如何處理網絡內醫療服務提供者試圖向您收取給付服務，請參閱第 7 章。

F. 您離開我們的 Cal MediConnect Plan 的權利

如果您不想，任何人均不得強迫您繼續加入我們的計劃。

- 您有權透過 Original Medicare 或 Medicare Advantage Plan 獲得多數健康護理服務。
- 您可透過處方藥物計劃或 Medicare Advantage Plan 獲得您的 Medicare D 部分處方藥物福利。
- 請見第 10 章，以瞭解關於當您可參保一項新的 Medicare Advantage 或處方藥物福利計劃時的更多資訊。
- 您的 Medi-Cal 福利會經由 Anthem Blue Cross 持續提供，除非您已選擇該縣現有的另一計劃。

G. 您決定本身的健康護理的權利

G1. 您瞭解您的治療選項並參與自己的健康護理決策的權利

當您接受服務時，您有權利獲得由您醫生及其他醫療保健服務提供者所提供的完整資訊。您的醫療服務提供者必須以您能夠了解的方式向您說明您的病症以及您的治療選擇。您有權：

- **了解您的選擇。** 您有權利得知所有類型的治療。
- **了解風險。** 您有權利得知任何相關的風險。若有任何服務或治療屬於試驗性研究的一部分，您必須事先被告知。您有權利拒絕接受實驗性治療。
- **獲得第二意見。** 您有權利在決定接受治療前請其他醫生為您看診。
- **說「不」。** 您有權拒絕任何治療。其中包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫生建議您不要離院。您也有權利停止服用處方藥物。如果您拒絕接受治療或停止服用處方藥物，您將不會被退出本計劃。然而，如果您拒絕接受治療或停止服用某藥物，您應對其後果全權負責。
- **要求我們說明醫療服務提供者拒絕進行護理的原因。** 如果某醫療服務提供者拒絕您認為自己應得的醫療保健服務，您有權利要求我們對此情況提供說明。
- **要求我們對某個遭拒或通常不屬於承保範圍的服務或藥物提供承保。** 這稱之為給付決定。本手冊第 9 章將詳細說明如何要求本計劃做出給付決定。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



G2. 您表達希望在自己無法自行作出健康護理決定時所應採取措施的權利

有時候人們無法為自己做出醫療保健決定。在您發生此情況前，您可：

- 填寫書面表格，授予他人代替您做出醫療保健決定的權利。
- 倘您無法自行作出決定，可就您希望醫生如何處理您的健康護理向醫生提供書面指示。

您可用來發出指示的法律文件稱為預設醫療指示。預設醫療指示有不同類型和名稱。例如：生前遺囑和醫療保健委託授權書。

您並非必須使用預設醫療指示，但若您需要便可使用。以下為應進行事項：

- **獲取表格。**您可以透過醫生、律師、法律服務機構或社工取得表格。提供關於 Medicare 或 Medi-Cal 資訊的組織，如當地的 Department of Social Services，同樣也有預先指示表格。您也可以聯絡會員服務部索取表格。
- **請填妥並簽署該表格。**該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將副本給予需要瞭解該表格的人士**您應將該表格的副本交給您的醫生。您亦應將該表格的副本給予您指定為您作出決定的人士。您亦可能希望將副本給予關係密切的好友或家庭成員。務必在家中保存一份副本。
- 如果您即將住院且您已簽署預設醫療指示，**請攜帶一份副本至醫院。**
 - 醫院將詢問您是否已簽署預設醫療指示及是否隨身攜帶。
 - 如果您尚未簽署預設醫療指示表，醫院會有適用表格並將詢問您是否有意簽署。

謹記，是否填寫預設醫療指示在於您的選擇。

G3. 如果沒有按照您的預立醫療指示來進行治療該怎麼做

如果您已經簽署了一份預立醫療指示，而您認為醫生或者醫院沒有按照您的預立醫療指示來進行治療，您可以向下列組織提出投訴：

醫生投訴：

Medical Board of California
Central Complaint Unit
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815
免付費電話：1-800-633-2322 (TTY: 711)

醫院投訴：

California Department of Public Health
Consumer Information System
San Jose District Office
100 Paseo de San Antonio, Suite 235
San Jose, CA 95113
免付費電話：1-800-554-0348 (TTY: 711)
傳真：1-408-277-1032

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



H. 您提出投訴和要求我們重新作出決定的權利

第 9 章會說明如果您對於給付服務或醫療保健有任何疑問或疑慮，應該採取哪些行動。例如，您可以要求本計劃做出給付決定、提出上訴裁定以變更某項給付決定，或提出投訴。

您有權利取得其他會員針對本計劃提出上訴裁定和投訴的資訊。如欲取得這些資訊，請致電會員服務部。

H1. 如果您認為自己受到不公平待遇或希望獲得更多有關權利的資訊該怎麼辦

如果您認為您遭受了不公平對待 — 且並非關於因第 11 章所列的原因導致的歧視 — 或如果您希望瞭解更多有關個人權利的資訊，您可透過以下方式獲得協助：

- 會員服務部。
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請參閱第 2 章。
- Cal MediConnect Ombuds Program。有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請參閱第 2 章。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。（您也可以在此 [Medicare 網站](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) 上閱讀或下載《Medicare 權利和保護 (Medicare Rights & Protections)》，網址為 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）

I. 您作為計劃會員的責任

身為本計劃會員，您有責任遵循下列事項。如您有任何疑問，請致電會員服務部。

- 請閱讀 **會員手冊** 以了解給付項目以及您在取得給付服務與藥物時需遵守的規定。如需瞭解有關您以下事項的詳情：
 - 請參閱第 3 章和第 4 章瞭解受承保服務。這些章節將說明給付和不給付的範圍、您應遵循之規定，以及您應支付的費用。
 - 請參閱第 5 章和第 6 章瞭解受承保藥物。
- 告訴我們您目前擁有的任何其他醫療保健或處方藥物給付福利。按規定我們必須確認您在取得醫療保健服務時有使用您所有的給付選項。如果您有其他保險給付，請致電會員服務部。
- 將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療提供者。在您接受服務或領取藥物時，請出示您的會員 ID 卡。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- **協助您的醫生和其他醫療保健服務提供者為您提供最優質的醫療保健。**
 - 向他們提供與您本身及您健康有關的必要資訊。盡可能了解您自己的健康問題。遵守您和您的醫療服務提供者同意的治療計劃和指示。
 - 確保您醫生和其他醫療服務提供者知道您正在服用的所有藥物。其中包括處方藥物、非處方藥物、維他命和補充品。
 - 若存有任何疑問，請務必提出。您的醫生和其他醫療服務提供者必須以您能夠了解的方式為您說明事項。如果您提問但卻不了解答案的內容，請再次提問。
- **請體諒。**我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。我們也期盼您在醫生診所、醫院和其他醫療服務提供者的診所時能以尊重他人的態度行事。
- **支付應付的費用。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
 - Medicare A 部份和 Medicare B 部份保費。對於大部分的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員而言，Medi-Cal 為您支付 A 部分與 B 部分的保費。
 - 對於本計劃所承保的部份藥物，您必須在獲得藥物時支付您應承擔的費用。這部份費用可能是共付額（一筆固定的費用）或共付保險（總費用的百分比）。第 6 章敘述您必須支付的藥物費用。
 - 如果您取得任何不屬於本計劃給付範圍的服務或藥物，您將必須支付全額費用。如果您不同意我們對某項服務或藥物所作的拒絕給付決定，您可以提出上訴裁定。請參閱第 9 章，瞭解如何提出上訴。
- **通知我們搬遷的消息。**如果您要搬家，請務必立即通知我們。致電會員服務部。
 - 如果您搬出我們的服務區域，您將不能留在計劃內。僅限在我們的服務區域內居住的人士可參保 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。第 1 章有說明我們的服務區域。
 - 我們可幫助您確認您將前往的地點是否處於我們的服務地區之外。在特殊參保期間，您可轉換至 Original Medicare 投保您新遷入地區的 Medicare 健康或處方藥物計劃。我們可以告訴您我們是否在您的新區域中擁有計劃。
 - 此外，在您搬家時請務必告知 Medicare 及 Medi-Cal 您的新地址。請參閱第 2 章以獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼。
 - 即使您在我們的服務區域內搬家，您仍然必須通知我們。我們必須將您的會員記錄隨時保持在最新狀態，並了解該如何與您聯絡。
- 如存有問題或疑慮，請致電會員服務部尋求幫助。

第 9 章：如果您遇到問題或希望提出投訴，應該怎麼辦（給付決定、上訴和投訴）

簡介

本章有與您權利相關的資訊。如果您有以下情況，請閱讀本章以了解該怎麼做：

- 您對您的計劃有問題或想提出投訴。
- 您需要您計劃表示其不給付的某項服務、用品或藥物。
- 您不同意您的計劃針對您的護理所做的決定。
- 您認為您的給付服務太快終止。
- 您有對於長期服務和支援方面的問題或投訴，包括社區型成人服務 (CBAS) 以及護理機構 (NF) 服務。

如果對此存有疑問或疑慮，您只需閱讀本章中適用於您所處情形的部份。本章細分為幾個不同部分，以協助您輕鬆找到您所需的資訊。

如果您遇到有關您健康或有關長期服務與支援的問題

您應取得您醫生及其他醫療服務提供者判定為是為您提供照護時所需的醫療保健服務、藥物以及長期服務與支援，做為您的醫療保健計劃的一部份。如果您的護理出現問題，您可致電 **1-855-501-3077** 聯絡 **Cal MediConnect Ombuds Program** 尋求協助。本章針對不同的問題與投訴分別說明您有什麼不同的選項，但您可以隨時致電 **Cal MediConnect Ombuds Program** 以讓其協助指引您解決問題。如需瞭解能夠解決您疑慮的更多資源以及聯絡它們的方式，請參閱第 2 章以瞭解關於 **Ombuds Program** 的更多資訊。

目錄

A. 如果您有問題該怎麼辦.....	151
A1. 關於法律術語	151
B. 應致電何處尋求協助	151
B1. 何處可以取得詳細資訊與協助	151
C. 福利相關問題.....	153
C1. 使用承保範圍裁決和上訴或進行投訴	153
D. 部份給付決定與上訴	153

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



D1. 給付決定和上訴概覽	153
D2. 取得給付決定和上訴協助	153
D3. 使用本章可協助您的章節	155
E. 與服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）相關的問題	156
E1. 何時使用本節	156
E2. 申請給付決定	157
E3. 適用於服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）的第 1 級上訴.....	158
E4. 適用於服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）的第 2 級上訴.....	162
E5. 支付問題.....	167
F. D 部份藥物.....	168
F1. 如果無法順利取得 D 部份藥物，或想向我們提出 D 部份藥物退款要求，該怎麼做	168
F2. 什麼是例外處理.....	169
F3. 關於要求作出例外處理的重要事項	170
F4. 如何提出與 D 部份藥物或是 D 部份藥物補償（包括例外處理）有關的給付決定要求.....	171
F5. D 部份藥物第 1 級上訴.....	173
F6. D 部份藥物 2 級上訴	175
G. 要求我們給付更長的住院時間	176
G1. 瞭解您的 Medicare 權利.....	177
G2. 進行第 1 級上訴以變更您的出院日期.....	177
G3. 進行第 2 級上訴以變更您的出院日期.....	179
G4. 如果您錯過了上訴期限將會怎樣	180
H. 如果您認為自己的居家照護、專業護理照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止該 怎麼辦	182
H1. 您的承保即將終止時，我們將提前通知您	182
H2. 進行第 1 級上訴以持續您的醫療保健服務.....	182
H3. 進行第 2 級上訴以持續您的醫療保健服務.....	184



H4. 如果您錯過了提出第 1 級上訴的期限該怎麼辦	185
I. 第 2 級以後的上訴方式.....	187
I1. 針對 Medicare 服務及項目可採取的下一步	187
I2. 針對 Medi-Cal 服務及項目可採取的下一步.....	187
J. 如何提出投訴.....	188
J1. 何種類型的問題應歸於投訴	188
J2. 內部投訴	189
J3. 外部投訴	190



A. 如果您有問題該怎麼辦

本章將會告訴您，如果您的計劃或您的服務或付款出現問題該怎麼做。**Medicare** 和 **Medi-Cal** 對這些流程進行核准。各流程都設有一套規定、程序和截止日期，我們雙方都必須遵守。

A1. 關於法律術語

本章中的部份規定和期限包含了艱澀的法律術語。由於在這些術語當中有許多可能不易理解，因此我們使用了較簡單易懂的詞彙來替代某些法律術語。我們也盡量少用縮寫。

例如，我們會說：

- 「提出投訴」而非「呈遞申訴」
- 「給付決定」而非「組織判定」、「福利判定」、「風險判定」或「承保判定」。
- 「快速給付決定」而非「特急判定」

我們了解專門的法律術語可能可以協助您獲得更明確的溝通訊息，因此我們也為您提供了專門的法律術語。

B. 應致電何處尋求協助

B1. 何處可以取得詳細資訊與協助

如何開始或遵循處理問題的程序有時可能會令人感到困惑。在您感覺不適或身體疲乏時，尤為如此。而在其他時候您可能不知道下一步該怎麼辦。

您可獲得 Cal MediConnect Ombuds Program 的協助

如果您需要協助，您可以隨時致電 Cal MediConnect Ombuds Program。Cal MediConnect Ombuds Program 是能夠為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題的督察專員方案。Cal MediConnect Ombuds Program 與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。他們可以協助您了解應使用何種程序。Cal MediConnect Ombuds Program 的電話號碼是 1-855-501-3077。該服務免費。請參閱第 2 章以瞭解關於督察專員計劃的更多資訊。

您可以透過 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 取得協助

您也可致電 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。HICAP 諮詢人員可以為您解答疑問，並協助您了解如何處理問題。HICAP 與本計劃或任何保險公司或醫療保健計劃均沒有關聯。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼為 1-800-434-0222。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



從 Medicare 獲取幫助

您可直接致電 Medicare 針對問題尋求協助。您可透過兩種方式從 Medicare 處取得幫助：

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時開通。
TTY: 1-877-486-2048。此為免費電話。
- 請瀏覽 Medicare 網站 www.medicare.gov。

您可獲得 California Department of Managed Health Care 的協助

在本段落中，「申訴」一詞是指與 Medi-Cal 服務、您的健康計劃或醫療服務提供者之一相關的上訴或投訴。

California Department of Managed Health Care 負責監管健康護理服務計劃。若想對您的健康計劃提出申訴，在聯絡該部門之前，請先致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**（週一至週五，早 8 點至晚 8 點）聯絡您的保健計劃，並使用您的保健計劃申訴程序。使用本申訴程序並不會使您失去任何潛在的法律權利或補償。如果您需要協助處理與急診相關的申訴、您的保健計劃對您的申訴未能提供令人滿意的解決方案，或申訴超過 30 日仍未解決，您可致電該部門要求協助。您亦有資格申請獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)。如果您有資格申請 IMR，IMR 程序將會對保健計劃在以下方面作出的醫療決定進行公正的審查：您打算接受的服務或治療是否具有醫療必需性，實驗性或研究性治療的給付決定，以及緊急醫療服務的付款爭議。該部份同樣提供免付費電話 **(1-888-466-2219)**，以及面對聽力及言語能力受損者的 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該部門的網際網路網站 www.dmhca.ca.gov 可提供投訴表格、IMR 申請表格及在綫指示。

您可獲得 Quality Improvement Organization 的協助

Quality Improvement Organization 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他健康護理專家組成的團體，以核查和改進提供給 Medicare 病患的護理。

Quality Improvement Organization 的電話號碼為 1-877-588-1123 (TTY：1-855-887-6668)。

C. 福利相關問題

C1. 使用承保範圍裁決和上訴或進行投訴

如果對此存有疑問或疑慮，您只需閱讀本章中適用於您所處情形的部份。以下表格將可以協助您找到本章中適用於您問題或投訴的章節。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

（這些問題包括特定醫療保健、長期服務與支援或處方藥物是否屬於給付範圍、他們的給付方式，以及與醫療保健或處方藥物給付相關的問題。）

是。

我的問題與福利或承保範圍有關。

請參閱第 D 節：第 153 頁的「給付決定和上訴」。

不是。

我的問題與福利或承保範圍無關。

請跳至第 J 節：第 188 頁的「如何提出投訴」。

D. 部份給付決定與上訴

D1. 給付決定和上訴概覽

提出給付決定要求和提出上訴的程序適用於處理與您福利和給付範圍有關的問題。其中也包括了與給付有關的問題。您無需承擔 Medicare 的費用，D 部分的共付額除外。

何謂給付決定？

給付決定是我們針對您的福利與給付範圍，或針對我們對您醫療服務、用品或藥物的給付金額所做的初步決定。每當我們要決定哪些項目屬於您的給付範圍以及我們應給付的金額時，我們便會做給付決定。

如果您或您的醫生不確定某項服務、用品或藥物受 Medicare 或 Medi-Cal 的承保，在該醫生提供該服務、用品或藥物前，您或您的醫生均可要求我們做出給付決定。

上訴是什麼？

上訴是指透過正式方式要求我們審查我們的決定，且若您認為我們的決定有誤，要求我們變更我們的決定。例如，我們可能會決定不對您希望獲得的服務、用品或藥物提供承保，或是 Medicare 或 Medi-Cal 不再對其提供承保。如果您或您的醫生不同意此決定，您可以提出上訴。

D2. 取得給付決定和上訴協助

我可以致電何處尋求有關提出給付決定要求或提出上訴的協助？

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



您可以向下列任何人士尋求協助：

- 致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡**會員服務部**，時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。本電話為免付費電話。
- 請致電 **Cal MediConnect Ombuds Program** 尋求免費協助。Cal MediConnect Ombuds Program 可以幫助投保 Cal MediConnect 的人士處理有關服務或請款的問題。電話號碼如下 1-855-501-3077。
- 致電 **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** 電話尋求協助。HICAP 為獨立組織。與本計劃沒有任何關聯。電話號碼如下 1-800-434-0222。
- 請致電 **Department of Managed Health Care (DMHC)** 的協助中心尋求免費協助。DMHC 負責管理醫療保健計劃。DMHC 協助 Cal MediConnect 的投保人處理與 Medi-Cal 服務或帳單問題相關的上訴。電話號碼如下 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語能力受損的人士可使用免付費 TDD 號碼 1-877-688-9891。
- 請諮詢您的**醫生或其他醫療服務提供者**。您的醫生或其他醫療服務提供者可以代表您要求取得給付決定或提出上訴。
- 請與**朋友或家人**討論，並要求他們代您行事。您可以指名其他人士擔任您的「代理人」，以代您提出給付決定要求或上訴。
 - 如果您想請朋友、親戚或其他人士擔任您的代理人，請致電會員服務部索取「代表委任書」表格。您也可登入網站獲得表格，網址為 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。此表格可以授權該人士代您行事。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
- **您也有權利聘請律師**代您行事。您可以致電給您自己的律師，或透過您當地的律師協會或其他轉介服務取得律師名單。如果您符合資格，部分法律集團將可以為您提供免費的法律服務。如果您想聘請律師代表您，您將需填妥「代表委任書」表格。您可以致電 Health Consumer Alliance 請求法律援助律師，電話：1-888-804-3536。
 - 不過，不論您想提出任何類型的給付決定要求或想提出上訴，**您都不一定要聘請律師**。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

D3. 使用本章可協助您的章節

涉及給付決定和上訴的情況共有四種。每種情況都設有不同的規定和截止日期。我們將本章細分為不同部分，以協助您找到您必須遵守的規定。**您只需閱讀適用於您問題的部分即可：**

- **第 156 頁第 E 節**介紹當您遇到與服務、用品和藥物（非 D 部份藥物）有關的問題時適用的資訊。例如，在以下情況中可以使用本節：
 - 您沒有取得您想要的醫療保健，而您認為本計劃給付該醫療保健。
 - 我們未核准您的醫生欲為您提供的服務、用品或藥物，而您認為該醫療保健應獲得給付。
 - 注：僅在涉及到 D 部份不承保的藥物時使用第 E 節。*承保藥物清單*，亦稱為藥物清單中帶有星號 (*) 的藥物不受 D 部份承保。請參閱第 168 頁第 F 節瞭解如何就 D 部份藥物提出上訴。
 - 您接受了您認為應該獲得給付的醫療保健或服務，但我們卻未給付該醫療保健。
 - 您取得了您認為應該獲得給付的醫療服務或項目且支付了相關費用，而您想要求我們償還您所支付的費用。
 - 您被告知您目前所享有的醫療保健給付即將減少或終止，而您不同意我們的決定。
 - 注：如果即將終止的是住院治療、居家醫療保健、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的給付，由於這些類型的醫療保健有適用的特殊規定，因此您必須參閱本章另一節的資訊。請參閱第 176 和第 182 頁的第 G 和第 H 節。
- **第 168 頁第 F 節**介紹關於 D 部份藥物的資訊。例如，在以下情況中可以使用本節：
 - 您想要求我們進行例外處理，以給付某項不在本計劃藥物清單中的 D 部分藥物。
 - 您想要求我們免除您能夠領取的藥量限制。
 - 您想要求我們給付某項需要事先核准的藥物。
 - 我們未核准您的例外處理申請，而您或您的醫生或是其他處方開立者認為我們應核准您的申請。
 - 您想要求我們給付您已購買的處方藥物。（這是針對給付所提出的給付決定要求。）
- 倘您認為醫生核准您住院的時間太短，**第 176 頁第 G 節**向您提供如何要求我們承保較長的住院時間有關的資訊。如果您發生下列情況，請利用本節：
 - 您住院且您認為醫生太快要求您出院。
- **第 182 頁第 H 節**介紹如果您認為您的居家健康護理、專業護理機構護理以及綜合門診康復機構 (CORF) 服務過早結束的相關資訊。

如果您不確定應採用哪一節的內容，請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。此為免費電話。

如果您需要其他協助或資訊，請致電 **1-855-501-3077** 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program。

E. 與服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）相關的問題

E1. 何時使用本節

本小節是要告訴您，如果您有與醫療服務、行為健康服務及長期服務與支援 (LTSS) 有關的福利問題該怎麼做。您也可使用本節解決藥物不在 D 部份承保範圍內的相關問題，包括 Medicare B 部份藥物。藥物清單中有星號 (*) 的藥物不在 D 部份的承保範圍內。請參閱第 F 節瞭解 D 部份藥物上訴的相關資訊。

本小節將會告訴您，如果您發生下列任一情況，您可以怎麼做：

1. 您認為我們有給付您所需的醫療服務、行為健康服務或長期服務與支援 (LTSS)，但您卻未取得這些服務。

您可以怎麼做：您可以要求我們做出給付決定。請查閱第 157 頁第 E2 節，瞭解關於要求給付決定的資訊。

2. 我們未核准您醫生欲為您提供的醫療保健，而您認為該醫療保健應獲得核准。

您可以怎麼做：您可以針對我們不核准該醫療保健的決定提出上訴。請查閱第 158 頁第 E3 節，瞭解關於提出上訴的資訊。

3. 您取得了您認為屬於我們給付範圍的服務或項目，但我們卻不給付。

您可以怎麼做：您可以針對我們不給付的決定提出上訴。請查閱第 158 頁第 E3 節，瞭解關於提出上訴的資訊。

4. 您取得了您認為應該獲得給付的服務或項目且支付了相關費用，而您想要求我們補償您該服務或項目的費用。

您可以怎麼做：您可要求我們向您作出償付。請參閱第 167 頁第 E5 節，瞭解關於如何要求我們作出償付的資訊。

5. 我們減少或終止您的特定服務給付，而您不同意我們的決定。

您可以怎麼做：您可以針對縮減、變更或終止服務的決定提出上訴。請查閱第 158 頁第 E3 節，瞭解關於提出上訴的資訊。

注：如果將終止的給付範圍是針對醫院醫療、居家醫療保健、專業護理機構護理或是綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則特殊規定適用。參閱第 176 和第 182 頁第 G 或第 H 節瞭解更多資訊。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



E2. 申請給付決定

如何要求給付決定，取得醫療、行為健康或特定長期服務與支援 (CBAS, 或 NF 服務)

如欲提出給付決定要求，請致電、寫信或傳真給我們，或請您的代理人或醫生要求我們做給付決定。

- 您可於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡我們。
本電話為免付費電話。
- 您可以傳真至：**1-888-426-5087**
- 您可以寫信給我們，地址：**Utilization Management
12900 Park Plaza Drive, Suite 150, Mailstop:7120, Cerritos, CA 90703-9329**

取得給付決定需要多久時間？

在您提出請求並且我們收到需要的所有資訊後，通常需要 5 個工作日決定，但您的請求是關於 Medicare B 部分處方藥的除外。如果您的請求是關於 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到您的請求後 72 小時內通知您相關決定。如果我們在 14 個日曆天內（或關於 Medicare B 部分處方藥，在 72 小時內）沒有告知您我們的決定，您可以提出上訴。

有時我們會需要較長時間，我們將會寄信告知您我們需要超過 14 個日曆天的時間。此信件會說明需要延長處理時間的原因。我們無法額外花費時間決定您的請求是否是針對 Medicare B 部分處方藥。

我是否可以在較短時間內取得給付決定？

是。如果您因健康狀況而需要在較短時間內得到答覆，請要求我們做「快速給付決定」。如果我們核准您的申請，我們將會在 72 小時內通知您我們的決定（或關於 Medicare B 部份處方藥，會在 24 小時內）。

然而，有時我們會需要較長時間，我們將會寄信告知您我們需要超過 14 個日曆天的時間。此信件會說明需要延長處理時間的原因。我們無法額外花費時間決定您的請求是否是針對 Medicare B 部分處方藥。

「快速給付決定」的法律術語是「特急判定」。

提出快速給付決定要求：

- 請先致電或傳真給我們，要求我們給付您欲取得的醫療保健。
- 請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡我們，
或傳真至 **1-888-426-5087**。
- 有關如何聯絡我們的其他詳細資訊，請參閱第 2 章。

您還可以請求您的提供者或您的代表為您請求快速保險決定。

以下為提出快速給付決定要求的規定：

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

您必須符合下列兩項規定才能獲得快速給付決定：

1. 僅有當您針對您尚未取得的醫療保健或項目提出給付要求時，您才可以獲得快速給付決定。（如果您申請的是您已取得之醫療保健或項目的付款申請，您將無法申請快速給付決定。）
2. 僅有當標準 14 個日曆天的截止日期（或 Medicare B 部份處方藥物 72 小時截止日期）可能會嚴重危害您的健康或傷害您的身體機能時，您才可以獲得快速給付決定。
 - 如果您的醫生表示您需要快速給付決定，我們將會自動為您提供快速給付決定。
 - 如果您在沒有醫生佐證的情況下提出快速給付決定要求，我們將會判定您是否應獲得快速給付決定。
 - 如果我們判定您的健康狀況不符合快速給付決定的規定，我們將會寄信給您。我們亦會使用標準 14 個日曆天的截止日期（或 Medicare B 部分處方藥物 72 小時截止日期）作為替代。
 - 此信函將告知您，如果您的醫生要求快速給付決定，我們將自動作出快速給付決定。
 - 此信函也會告訴您，如果我們為您提供的是標準給付決定而非您所申請的快速給付決定，您可以如何針對我們的決定提出「快速投訴」。有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參閱第 188 頁第 J 節。

如果給付決定為拒絕給付，會發生什麼事情？

如果答覆是拒絕給付，我們將會寄信向您說明我們拒絕給付的原因。

- 如果我們的答覆是拒絕給付，您有權利提出上訴，要求我們重新審查並變更此決定。提出上訴是指要求我們審查我們拒絕給付的決定。
- 如果您決定提出上訴，這表示您即將進入上訴程序的層級 1（如需更多資訊，請參閱下一節）。

E3. 適用於服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）的第 1 級上訴

上訴是什麼？

上訴是指透過正式方式要求我們審查我們的決定，且若您認為我們的決定有誤，要求我們變更我們的決定。如果您或您的醫生或是其他醫療服務提供者不同意我們的決定，您可以提出上訴。

大部份情況下，您必須從第 1 級開始上訴。如果您不希望首先向計劃提出 Medi-Cal 服務上訴，如果您的健康問題緊急或即刻嚴重威脅您的健康或如果您處於嚴重疼痛狀態，需要立即決定，您可以瀏覽 www.dmhc.ca.gov 請求 Department of Managed Health Care 進行獨立醫療審查。請參閱第 162 頁，瞭解更多資訊。如果您在上訴流程中需要協助，您可致電 Cal MediConnect Ombuds Program，電話：1-855-501-3077。Cal MediConnect Ombuds Program 與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。

何謂第 1 級上訴？

第 1 級上訴是您對我們的計劃所提出的第一級上訴。我們將會審查我們的給付決定，以確認我們所做的決定是否正確。審查人員將不會與做最初給付決定的人士相同。當審查完成時，我們會以書面方式讓您知道我們的決定。

如果我們在經審查後告知您該服務或項目不屬於給付範圍，您的個案將可以進入第 2 級上訴。

我該如何提出第 1 級上訴？

- 您、您的醫生或其他醫療服務提供者或您的代理人必須與我們聯絡才能開始為您進行上訴。您可於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電我們。如需瞭解如何聯絡我們以進行上訴的更多詳情，請參閱第 2 章。
- 您可以要求我們進行「標準上訴」或「快速上訴」。
- 如果您欲申請標準上訴或快速上訴，請透過書面方式提出上訴或致電與我們聯絡。
 - 您可以將您的書面申請提交至下列地址：
Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan - Complaints, Appeals & Grievances
4361 Irwin Simpson Road, Mailstop: OH0205-A537, Mason, OH 45040
 - 您可以透過以下網址線上提交申請：duals.anthem.com
 - 您還可於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 透過致電我們提出上訴。此為免費電話。
- 我們將會在收到您上訴後的 5 個日曆天內寄信給您，告知您我們已收到您的上訴。

「快速上訴」的法律術語是「特急重新審查」。

概述：如何提出第 1 級上訴

您本人、您的醫生或您的代理人可以提出書面申請，並郵寄或傳真給我們。您也可以致電聯絡我們，以提出上訴。

- 請於收到決定的 **60 個日曆天內** 請求上訴。如果您因有正當理由而錯過此期限，您也許仍可以提出上訴（請參閱第 160 頁）。
- 如果您因為我們告知您目前獲得的服務將被變更或終止而提出上訴，並且您想在處理您的上訴時繼續獲得該服務，則您需要在**更少天數內提出上訴**（請參見第 161 頁）。
- 請繼續閱讀本節，以了解哪些期限適用於您的上訴。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

別人可以代我提出上訴嗎？

是。您的醫生或其他醫療服務提供者可以代您提出上訴。此外，您醫生或其他醫療服務提供者以外的人士也可以代您提出上訴，但您必須先填妥「代表委任書」表格。這份表格可以授權其他人士代您行事。

如需獲得代表委任書表格，請致電會員服務部進行索取，或瀏覽

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。

如果上訴是由您本人或是您的醫生或其他醫療服務提供者以外的人士提出，我們必須先收到填妥的「代表委任書」表格才可以進行上訴審查。

我有多少時間可以提出上訴？

您必須在我們寄信通知您我們決定當日起的 **60 個日曆天內**提出上訴。

如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。正當理由的例子包括：您罹患嚴重疾病或我們提供給您的上訴申請期限資訊有誤。上訴延遲時請解釋您上訴延遲的原因。

注：如果您提出上訴是由於我們告知您原享有的服務即將變更或終止，如果您想要求在上訴期間繼續取得此服務，您可以提出上訴的日數將會減少。請閱讀第 161 頁「在第 1 級上訴期間我是否可繼續享受福利」以瞭解更多資訊。

我是否可以取得我的個案檔案副本？

是。請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 透過致電會員服務部向我們索取免費副本。

我的醫生可以向您們提供更多有關我的上訴資訊嗎？

可以，您和您醫生可以向我們提供更多資訊以為您的上訴提供支持。

我們將如何做出上訴決定？

我們會仔細閱覽您請求醫療護理承保的所有資料。我們會查看以確認我們在拒絕您的申請時是否有遵守所有規定。審查人員將不會與做最初決定的人士相同。

如果我們需要更多資訊，我們可能會向您或您的醫生索取。

我何時可以得知「標準」上訴的決定？

我們必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內（或在我們收到您針對 Medicare B 部分處方藥的上訴後 7 個日曆日內）給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。

- 如果我們未能在 30 個日曆日內（或在我們收到您針對 Medicare B 部分處方藥的上訴後 7 個日曆日內）對您的上訴提供答覆，且您的問題與 Medicare 服務或項目有關，我們將自動將您的個案交由第 2 級上訴流程處理。如果發生此情形，您將會收到通知。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保有關，您將需要自行提出第 2 級上訴。
如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 162 頁第 E4 節。

如果我們的答覆是核准您部份或全部的請求，我們將必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內（或在我們收到您針對 **Medicare B** 部份處方藥的上訴後 7 個曆日內）核准或提供給付。

如果我們的答覆是拒絕給付您的部分或全部要求，我們將會寄通知信件給您。如果您的問題與 **Medicare** 服務或項目的承保有關，該信函將告知您我們將您的個案送至獨立審查組織進行第 2 級上訴。如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保有關，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 162 頁第 E4 節。

我何時可以得知「快速」上訴的決定？

如果您申請快速上訴，我們將會在收到您上訴後的 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們會儘快給予答覆。

- 如果我們未能在 72 小時內對您的上訴提供答覆，且您的問題與 **Medicare** 服務或項目相關，我們將會自動把您的個案交由第 2 級上訴程序處理。如果發生此情形，您將會收到通知。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保有關，您將需要自行提出第 2 級上訴。
如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 162 頁第 E4 節。

如果我們的答覆是核准您的部份或全部要求，我們必須在收到上訴後 72 小時內核准或提供給付。

如果我們的答覆是拒絕給付您的部分或全部要求，我們將會寄通知信件給您。如果您的問題與 **Medicare** 服務或項目的承保有關，該信函將告知您我們將您的個案送至獨立審查組織進行第 2 級上訴。如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保有關，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 162 頁第 E4 節。

在第 1 級上訴期間，我是否可持續享有福利？

如果我們決定變更或終止先前批准的之服務或項目的給付，我們會在採取處置前郵寄通知函給您。如果您對此處置有異議，可以提出層級 1 上訴，並要求我們繼續您的服務或項目福利。您必須在以下日期（以較後者為準）或之前提出請求以繼續獲得您的福利：

- 在通知函上的郵戳日期算起 10 個日曆天內；或
- 預計的處置生效日期。

如果您在此截止日期內提出上訴，您就可以在上訴期間持續享有有爭議的服務或項目。

E4. 適用於服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）的第 2 級上訴

如果本計劃在第 1 級上訴做出拒絕決議，接下來該怎麼辦？

如果我們**拒絕**您第 1 級上訴的部分或全部請求，我們將會寄信通知您。本信函將告知您該服務或項目通常是否由 Medicare 或 Medi-Cal 提供承保。

- 如果您的問題與 **Medicare** 服務或項目有關，我們將會在第 1 級上訴完成後立即自動將您的個案交由第 2 級上訴程序處理。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目有關，您可自行提出第 2 級上訴。信函中會向您說明如何提出上訴。我們也在下方提供了相關資訊。

何謂第 2 級上訴？

第 2 級上訴屬於二級上訴，它由與我們的計劃不相關的獨立組織進行。

我的問題與 Medi-Cal 服務或項目有關。我該如何提出第 2 級上訴？

針對 Medi-Cal 服務及項目提出第 2 級上訴的方式有兩種：(1) 投訴或申請獨立醫療審查，或 (2) 州聽證會。

(1) 獨立醫療審查

您可以投訴或透過 California Department of Managed Health Care (DMHC) 的協助中心申請獨立醫療審查 (IMR)。如果投訴，DMHC 將審核我們的決定並作出決定。IMR 可用於任何屬於醫療性質的 Medi-Cal 承保服務或項目。IMR 是由不屬於本計劃或不在 DMHC 任職的醫生針對您個案所進行的審查。如果 IMR 做出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所申請的服務或項目。您無需為 IMR 支付費用。

您可投訴或申請 IMR，如果我們計劃有以下情形：

- 因我們的計劃裁定其並不具有醫療必要性而對 Medi-Cal 服務或治療進行拒絕、變更或延遲。
- 不涵蓋針對嚴重疾病的實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 不對您已接受的 Medi-Cal 急診或緊急服務提供承保。
- 未在 30 個日曆日內解決您針對 Medi-Cal 服務所提出的第 1 級標準上訴，或在 72 小時內解決您提出的相應快速上訴。

注：如果您的提供者為您提出上訴，但我們沒有收到您的代表任命函，您將需要重新向我們提出上訴才能向 Department of Managed Health Care 提出 2 級 IMR。

針對同一問題，您有權同時申請 IMR 又申請州聽證會，但如果您已舉行了州聽證會，您將不能再申請 IMR。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

在大多數情況下，在申請 IMR 之前，您必須先向我們提出上訴。請參閱第 158 頁以瞭解關於我們的第 1 級上訴程序的資訊。如果您不同意我們的決定，您可以向 DMHC 投訴或向 DMHC 的協助中心申請 IMR。

若因治療屬實驗性或研究性質，您的治療遭受拒絕給付，在您申請 IMR 之前，不需要參與我們的上訴程序。

如果您的問題十分緊急或會對您的健康造成即時且嚴重的威脅或您處於劇烈疼痛狀態，您可立即要求 DMHC 處理。

您必須在我們寄給您書面上訴決定後的 **6 個月內申請 IMR**。DMHC 可能會以合理的理由在 6 個月後接受您的申請，如您的醫療狀況不允許您在 6 個月內請求 IMR，或您並未就 IMR 流程得到來自我們的適當通知。

要申請 IMR：

- 填寫獨立醫療審查申請/投訴表，表格獲得網址：
www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx
或是致電 1-888-466-2219 聯絡 DMHC 協助中心。TDD 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 如果您有與遭拒之服務或項目有關的信函或其他文件，請將其副本隨附提出。這樣可以加速 IMR 的處理時間。請寄文件的副本，而不要寄正本。協助中心將不會退還任何文件。
- 如果有人協助您申請 IMR，請填寫協助授權表。您可在以下網站獲得此授權書：
<http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx>
或致電部門協助中心，電話：1-888-466-2219。TDD 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 請將表格及所有附件郵寄或傳真至：

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Fax: 1-916-255-5241

如果您有資格獲得 IMR，則 DMHC 將審查您的個案，並在 7 個行事曆日內向您寄發信函告知您有資格獲得 IMR。在收到您的申請及支援檔案後，IMR 決定將在 30 個行事曆日內做出。您應在完整申請提交後的 45 個行事曆日內收到 IMR 決定。

如果您的個案非常緊急且有資格獲得 IMR，則 DMHC 將審查您的個案，並在 2 個行事曆日內向您寄發信函告知您有資格獲得 IMR。在收到您的申請及支援檔案後，IMR 決定將在 3 個行事曆日內做出。您應在完整申請提交後的 7 個行事曆日內收到 IMR 決定。如果您對 IMR 的結果感到不滿，您仍可以申請州聽證會。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



如 DMHC 不接受您或您治療醫生的所需全部醫療記錄，IMR 需要更長時間。如您看診不在您健康計劃內的醫生，您從該醫生獲得醫療記錄並向我們傳送非常重要。需要您的健康計劃以便從網絡中的醫生獲得您醫療記錄的副本。

如果 DMHC 判定您的個案不符合 IMR 的資格，DMHC 將會透過其一般的消費者投訴程序審查您的個案。您的投訴應該在提交填妥申請表後的 30 個行事歷日內解決。如果您的投訴是緊急的，將會更快解決。

(2) 州聽證會

您可針對 Medi-Cal 承保服務及項目申請州聽證會。如果我們不批准您的醫生或其他提供者請求的服務或用品，或如果我們將停止就您已經獲得的服務或用品支付費用並拒絕了您的第 1 級上訴，您有權申請州立聽證會。

在大多數情況下，在我們寄給您「您的聽證會權利」通知後，您有 **120 天** 的時間可以申請州聽證會。

注：如果您申請州聽證會是由於我們告知您原享有的服務即將變更或終止，如果您想要求在聽證會待決期間繼續取得此服務，您可以提出申請的日數將會減少。請閱讀第 165 頁「在第 2 級上訴期間我是否可繼續享受福利」以瞭解更多資訊。

申請州聽證會的方式有兩種：

1. 您可以填妥處置通知背面的「州聽證會申請表」。您應提供所有必要資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取不利處置的計劃或郡縣名稱、相關的補助計劃，以及您希望舉行聽證會的詳細原因。然後您可以透過下列其中一種方式提交您的申請：
 - 郵寄至通知上所示的郡縣政府福利部地址。
 - 致信 California Department of Social Services：

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - 傳真至州政府聽證處，傳真號碼為 1-916-651-5210 或 1-916-651-2789。
2. 您可致電 California Department of Social Services，電話 1-800-952-5253。TTY 使用者應致電 1-800-952-8349。如果您決定透過電話提出州聽證會的申請，您應注意該電話線路可能非常忙碌。

我的問題與 Medicare 服務或項目有關。第 2 級上訴的流程為何？

Independent Review Entity (IRE) 將會針對第 1 級的決定進行仔細的審查，並判定是否應變更該決定。

- 您無需申請第 2 級上訴。我們會自動將所有拒絕給付決議（不論是全部拒絕給付或部分拒絕給付）交由 IRE 處理。如果發生此情形，您將會收到通知。
- IRE 是由 Medicare 所聘雇，與本計劃沒有關聯。
- 您可於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部索取您的檔案副本。

IRE 必須在收到您上訴後的 30 個行事歷日內（或在其收到您針對 Medicare B 部份處方藥物上訴後的 7 個行事歷日內）針對您的第 2 級上訴給您答覆。如果您在取得醫療服務或項目前提出上訴，此規定即適用。

- 但是，如果 IRE 需要蒐集更多可能對您有利的資訊，其可能需要最多額外 14 個行事歷日的時間。如果 IRE 需要額外的時間來做決定，其將會寄信通知您。IRE 無法額外花費時間決定您的請求是否是針對 Medicare B 部分處方藥。

倘您的 1 級上訴為「快速上訴」，您會自動獲得 2 級快速上訴。IRE 必須在接到您的上訴後 72 小時內予以答覆。

- 但是，如果 IRE 需要蒐集更多可能對您有利的資訊，其可能需要最多額外 14 個行事歷日的時間。如果 IRE 需要額外的時間來做決定，其將會寄信通知您。IRE 無法額外花費時間決定您的請求是否是針對 Medicare B 部分處方。

在第 2 級上訴期間，我是否可持續享有福利？

如果您的問題與 Medicare 承保服務或項目有關，則在與獨立審查組織進行的第 2 級上訴流程期間，您就該項服務或項目的福利將無法持續。

如果您的問題與 Medi-Cal 承保服務或項目有關且您申請進行州聽證會，則您就該項服務或項目的 Medi-Cal 福利將可持續至聽證會做出決定為止。您必須在以下時間中較晚者之時或之前申請才能繼續您的福利：

- 在向您所寄出關於「利益判定」（層級 1 上訴）的通知函上的郵戳日期算起 10 天日內；或
- 預計的處置生效日期。

如果您在此截止日期內提出申請，您就可以持續享有有爭議的服務或項目至聽證會做出決定為止。

我將如何得知決定結果？

如果您的層級 2 上訴是交由獨立審查機構，Department of Managed Health Care 會寄信向您說明審查您案件的醫生之決定。

- 如果獨立醫療審查的決定是**同意**您部分或全部的請求，我們將必須提供該服務或治療。
- 如果獨立醫療審查的決定是**拒絕**您部分或全部的請求，這代表其同意第 1 級的決定。您仍可以申請州聽證會。請前往第 164 頁，瞭解要求州聽證會之相關資訊。

如果您的第 2 級上訴是州聽證會，California Department of Social Services 將會寄信向您說明其決定。

- 如果州聽證會的決定是**同意**您部分或全部的請求，我們將必須遵循該決定。我們必須在收到決定函之日起的 30 個行事歷日內完成信函中所述的處置。
- 如果州聽證會的決定是**拒絕**您部分或全部的請求，這代表其同意第 1 級的決定。我們可以終止任何您正在領取的待審期間補助給付。

如果您的第 2 級上訴交由 Medicare Independent Review Entity (IRE) 處理，它將會寄信向您說明其決定。

- 如果 IRE **同意**您部分或全部標準上訴的請求，我們將必須在收到 IRE 決定函之日起的 72 小時內授權該醫療保健給付，或在 14 個行事歷日內為您提供該服務或項目。如果您呈交的是快速上訴，我們將必須在收到 IRE 決定函之日起的 72 小時內授權該醫療保健給付，或為您提供該服務或項目。
- 如果 IRE **同意**您在 Medicare B 部分處方藥標準上訴中的部分或全部的請求，我們將必須在得知其決定後的 72 小時內授權或提供 Medicare B 部分處方藥。如果您呈交的是快速上訴，我們將必須在收到 IRE 決定函之日起的 24 小時內授權或提供 Medicare B 部分處方藥。
- 如果 IRE **拒絕**您所提的部分或全部要求，就代表他們同意第 1 級上訴決定。這稱為「維持裁決」。亦稱為「駁回上訴」。

如果上訴決定是拒絕給付本人全部或部分的請求，我是否可以提出進一步上訴？

如果您的第 2 級上訴是獨立醫療審查，您可以申請州聽證會。請前往第 164 頁，瞭解要求州聽證會之相關資訊。

如果您的第 2 級上訴是州聽證會，您可以在收到決定函後的 30 天內要求複審。您在收到決定之後一年內，可以向高等法院提出請願，（依據民事訴訟法 1094.5 節）要求對州聽證會否決進行司法審查。如果您已針對同一問題舉行了州聽證會，您將不能再申請 IMR。

如果您的第 2 級上訴交由 Medicare Independent Review Entity (IRE) 處理，則僅有在您欲取得之服務或項目的現金價值達到一定的最低金額標準時，您才可以再次提出上訴。IRE 寄給您的信函中將會說明您可能享有的其他上訴權利。

請參見第 187 第 I 節，瞭解更多關於其他上訴等級的資訊。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

E5. 給付問題

我們不允許網路內醫療服務提供者向您開具給付服務的帳單。即使我們付給醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者針對給付服務所收取的費用，您也無需支付任何費用。您不需支付任何帳單的差額。您被要求支付的金額應僅為 **Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan** 藥物清單上 2 級藥物的共付額。

如果您收到受承保服務及項目的帳單，請將其寄給我們。**您不應自行支付帳單**。我們會直接聯絡醫療服務提供者並解決問題。

有關詳情請從第 7 章開始閱讀。「要求我們為您已收到的給付醫療服務或藥物帳單，支付應共同承擔之費用。」第 7 章將為您說明在何種情況下您可能需要向我們申請退款或可能需要支付您所收到的醫療服務提供者帳單。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們付款的書面材料。

我是否能夠要求你們就我已承擔費用的服務或項目提供償還？

請記住，如果您受到受承保服務及項目的帳單，您不必自行支付帳單。若是您已付款，您可以獲得退款，如果您有遵守規定取得服務和項目。

如果您欲要求我們償還您所支付的費用，您需提出給付決定要求。我們將會確認您已付費的服務或項目是否屬於給付服務或項目，且我們會查看以確認您在使用給付時是否有遵守所有規定。

- 如果您所支付的服務或項目受到承保而您遵循所有規定，我們將在收到您的申請後的 60 個日曆日內寄給您就該服務或項目所支付的款項。
- 如果您尚未支付該服務或項目的費用，我們將會把款項直接寄給醫療服務提供者。當我們寄出該費用款項時，即代表我們**同意**您的給付決定申請。
- 如果服務或項目不屬於給付範圍或者您未遵守所有規定，我們將會寄信告知您我們不給付該服務或項目並向您說明原因。

如果我們表示，我們不給付時該怎麼辦？

如果您不同意我們的決定，**您可以提出上訴**。請遵循第 158 頁第 E3 節中所述的上訴程序。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您提出要求報銷的上訴，我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內答覆。
- 若您要求我們退還您已接受並已自行付費之服務或項目的費用，則不得申請快速上訴。

如果我們**拒絕**您的上訴請求且該服務或項目通常受 **Medicare** 承保，我們將會自動把您的個案交由 Independent Review Entity (IRE) 處理。如果發生此情形，我們將會通知您。

- 如果 IRE 推翻我們的決定並表示我們應對您進行給付，我們將必須在 30 個日曆天內將給付款項寄給您或醫療服務提供者。如果您的上訴在第 2 級之後的任何上訴程序階段得到**同意**的答覆，我們將必須在 60 個日曆天內將您要求給付的款項寄給您或醫療服務提供者。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 如果 IRE 拒絕了您的上訴，這表示其同意我們不核准您申請的決定。（這稱為「支持決定」。這也被稱為「駁回上訴」。）您所收到的信函將會為您說明您可能享有的其他上訴權利。僅有在您欲取得之服務或項目的現金價值達到一定的最低金額標準時，您可以再次提出上訴。請參見第 187 第 I 節，瞭解更多關於其他上訴等級的資訊。

如果我們拒絕您的上訴請求且該服務或項目通常受 Medi-Cal 承保，您可自行提出第 2 級上訴（請參見第 162 頁第 E4 節）。

F. D 部份藥物

F1. 如果無法順利取得 D 部份藥物，或想向我們提出 D 部份藥物退款要求，該怎麼做

作為我們計劃會員，您的福利包含多種處方藥的承保。這些藥物大多數是屬於「D 部分藥物」。有少數藥物不在 Medicare D 部分的承保範圍內，但 Medi-Cal 可能予以承保。本部分內容僅適用於 D 部分藥物的上訴。

藥物清單，包括標註了星號 (*) 的部分藥物。這些藥品不是 D 部份藥物。就帶有星號 (*) 的藥物提出上訴或申請給付決定均依照第 156 頁第 E 節的程序進行。

我可以針對 D 部份處方藥物提出給付決定要求或提出上訴嗎？

是。以下是一些您可以要求我們作出的有關 D 部分藥物的給付決定的示例。

- 您可以要求我們進行例外處理，例如：
 - 要求我們給付不在本計劃藥物清單中的 D 部分藥物
 - 要求我們豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）
- 您可以要求我們是否可以為您給付某項藥物（例如，當您的藥物有在本計劃的藥物清單中，但我們卻規定您必須先取得我們的核准才為您給付）。

注：如果您的藥房表示您無法領取處方藥物，您將會收到一份通知，說明如何與我們聯絡以提出給付決定要求。

- 您可以要求我們給付您已購買的處方藥物。這是要求做出關於付款的給付決定。

有關您 D 部分藥物的給付決定其法律術語是「給付判定」。

如果您不同意我們作出的給付決定，可對此提出上訴。本節將為您說明如何提出給付決定要求和如何提出上訴。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

請利用下表協助您判定哪部分的資訊適用於您的情況：

您處於以下哪種情形？			
您是否需要未包含在我們藥物清單上的藥物，或需要我們豁免承保藥物的規則或限制？	您是否想要我們承保我們藥物清單上的藥物，並且您認為對於您需要的藥物，您滿足所有的計劃規則或限制（例如事先取得批准）？	您想要求我們針對您已領取並已付費的藥物償還費用給您？	我們是否已告知您，我們將不會依照您想要的承保或支付方式來承保或支付某種藥物？
您要求我們作出例外處理。 （這是一種給付決定的類型。）	您可要求我們為您作出給付決定。	您可要求我們向您作出償付。 （這是一種給付決定的類型。）	您可提出上訴。 （這就意味著您要求我們重新考慮。）
請參見第 F2 節（第 169 頁）。亦請參閱第 170 頁及第 171 頁的第 F3 節及第 F4 節。	向前跳至第 171 頁第 F4 節。	向前跳至第 171 頁第 F4 節。	向前跳至第 173 頁第 F5 節。

F2. 什麼是例外處理

例外處理是一項許可，其可以讓您獲得通常不在我們的藥物清單中的藥物給付，或可以讓您在沒有特定規定和限制的情況下使用某項藥物。如果某項藥物不在我們的藥物清單中，或者該藥物未以您希望的方式給付，您可以要求我們進行「例外處理」。

當您要求例外處理時，您的醫生或其他處方開立者將需說明您需要進行例外處理的醫療理由。

以下是您本人或是您醫生或其他處方開立者可以要求我們進行例外處理的例子：

- 給付不在我們的藥物清單中的 D 部份藥物。
 - 如果我們同意您提出例外給付申請並且為您給付一種未列於藥物清單的藥物，您需要按照第 2 級的共同承擔費用標準支付費用。
 - 您不能再向我們提出關於藥物的共付費用或共付保險金額的例外要求。
- 移除我們的給付限制。藥物清單上的某些特定藥物必須遵守額外的規定或限制（如需詳細資訊，請參見第 5 章）。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 某些藥物承保範圍的額外規則與限制包含：
 - 需要使用普通藥而非品牌藥。
 - 在本計劃同意給付您的藥物之前，事先取得本計劃的核准。（此步驟有時稱為「預先授權」。）
 - 在同意承保您請求的藥物前，我們會要求您先嘗試一種不同的藥物。（此步驟有時稱為「漸進式治療/階段治療」。）
 - 數量限制。針對某些藥物，本計劃會限制您可以領取的藥量。
- 如果我們同意破例並放棄對您的限制，您仍然可以對我們要求您支付的藥物，請求共同負擔金額。

要求移除某藥物給付限制的法律術語有時稱為要求「處方藥物例外給付」。

F3. 關於要求作出例外處理的重要事項

您的醫生或其他處方開立者必須告知我們醫療理由

您的醫生或其他處方開立者必須提供一份聲明給我們，說明申請例外處理的醫療理由。當您要求例外處理時，如果您附上由您醫生或其他處方開立者所提供的聲明資訊，我們將可以在較短時間內針對您的例外處理做出決定。

通常，我們的藥物清單對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您申請的藥物效力相當且不會造成較多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理申請。

我們可能會同意也可能會拒絕您的例外處理申請

- 如果我們**同意**您的例外處理申請，該例外處理通常至該年度結束為止均有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
- 如果我們**拒絕**您的例外處理申請，您可以提出上訴，以要求針對我們的決定進行審查。第 173 頁第 F5 節將介紹如果我們**拒絕**您的申請，您應如何提出上訴。

下一節將介紹如何要求給付決定（包括例外處理）。

F4. 如何提出與 D 部份藥物或是 D 部份藥物補償（包括例外處理）有關的給付決定要求

如何操作

- 針對您期望的給付決定類型提出要求。請透過電話、寫信或傳真提出您的要求。您、您的代表或醫生（或其他處方醫生）均可提出此請求。您可以致電 1-833-370-7466 (TTY: 711) 聯絡我們，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
- 您本人或是您的醫生（或其他處方開立者）或其他代表您的人士皆可以提出給付決定要求。您可要求某律師代表您行事。
- 請參閱第 153 第 D 節，瞭解如何授權其他人士擔任您的代表。
- 您的醫生或其他處方開立者無需獲得您的書面許可即可以代您向我們提出給付決定要求。
- 如果您希望要求本計劃退還您的藥物費用，請閱讀本手冊第 7 章：第 7 章說明您可能需要申請退款的時機。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們就您已支付的藥物，償付我們應承擔費用的書面材料。
- 如果您欲申請例外處理，請提供「支持聲明」。您的醫生或其他處方開立者必須告訴我們您需要藥物例外處理的醫療理由。我們將此稱為「支持聲明」。
- 您的醫生或其他處方醫生可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者他們也可以透過電話告知我們，然後再將聲明傳真或郵寄給我們。

概述：如何提出與藥物或給付有關的給付決定要求

請透過電話、寫信或傳真向我們提出要求，或者請您的代理人或是醫生或其他處方開立者提出要求。針對標準給付決定，我們將會在 72 小時內給您答覆。針對您已付費的 D 部分藥物補償，我們將會在 14 個日曆天內給您答覆。

- 如果您欲要求例外處理，請附上您醫生或其他處方開立者的支持聲明。
- 您本人或是您的醫生或其他處方開立者均可以提出快速決定要求。（快速決定通常會在 24 小時內有結果。）
- 請閱讀本節內容以確認自己符合快速決定的資格！閱讀本節還可了解決定截止日期的相關資訊。

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出「快速給付決定」

除非我們同意採用「快速期限」，否則我們將會採用「標準期限」。

- 標準給付決定代表我們將會在收到您醫生聲明後的 72 小時內給您答覆。
- 快速給付決定代表我們將會在收到您醫生聲明後的 24 小時內給您答覆。

「快速給付決定」的法律術語是「特急給付判定」。

只有在請求有關您尚未接受的藥物的承保範圍時，方可獲得快速給付決定。（如果您欲要求我們償還您已購買的藥物費用，您將無法獲得快速給付決定。）

只有採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時，方可獲得快速給付決定。

如果您的醫生或其他處方開立者告訴我們您的健康情況需要「快速給付決定」，我們將會自動同意為您提供快速給付決定，並會寄信通知您。

- 如果您是自己提出快速給付決定要求（您的醫生或其他處方開立者未提供支持文件），我們將會判定您是否應獲得快速給付決定。
- 如果我們判定您的健康狀況不符合快速給付決定的規定，我們將會改用標準期限。
 - 我們將向您發送一封信件告知此資訊。信函中將會告訴您如何針對我們決定為您提供標準決定的事宜提出投訴。
 - 您可以提出「快速投訴」並在 24 小時內獲得對於您投訴的回覆。有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參閱第 188 頁第 J 節。

「快速給付決定」的截止日期

- 如果我們採用快速截止日期，則必須在接到您的上訴後 24 小時內給您答覆。也就是我們收到您要求後的 24 小時內。或者，如果您要求的是例外處理，我們將會在收到您醫生或處方開立者針對您要求所提供之支持聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由第 2 級上訴程序處理。在層級 2，獨立審查組織將會審查您的要求。
- **如果我們同意**您部分或全部的請求，我們將必須在收到您要求或是在收到您醫生或處方開立者針對您要求所提供之支持聲明後的 24 小時內為您提供給付。
- **如果我們拒絕**您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們**拒絕**給付的理由。該聲明也會向您說明如何針對我們的決定提出上訴。

有關您尚未接受之藥物的「標準給付決定」截止日期

- 我們必須在接到您的上訴之日起 72 小時內做出標準決定。或者，如果您要求的是例外處理，這意味著在我們收到您醫生或處方開立者針對您要求所提供之支持聲明後的 72 小時內處理。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由第 2 級上訴程序處理。在層級 2，獨立審查組織將會審查您的要求。
- **如果我們同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後 72 小時內批准或提供承保，或者，如果您請求作出例外處理，我們必須在收到您的醫生或開藥者的支援聲明後批准或提供承保。

- 如果我們拒絕您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們拒絕給付的理由。該聲明也會向您說明如何針對我們的決定提出上訴。

與您已購藥物之給付有關的「標準給付決定」期限

- 我們將必須在收到您要求後的 14 個日曆天內給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由第 2 級上訴程序處理。在層級 2，獨立審查組織將會審查您的要求。
- 如果我們同意您部分或全部的請求，我們將會在 14 個日曆天內為您提供給付。
- 如果我們拒絕您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們拒絕給付的理由。該聲明也會向您說明如何針對我們的決定提出上訴。

F5. D 部份藥物第 1 級上訴

- 您本人、您的醫生、其他處方開立者或您的代表必須與我們聯絡才能開始為您進行上訴。
- 如果您欲申請標準上訴，您可以透過書面方式提出上訴申請。您亦可致電 1-833-370-7466 (TTY: 711) 提出上訴，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
- 如果您想進行快速上訴，您可以透過書面方式或致電給我們提出上訴。
- 請在您收到我們的通知決定之日起 60 個曆日內提出上訴。如果您錯過此期限但您有正當理由，我們可以為您提供更多時間以讓您提出上訴。例如，錯過期限的正當理由可能包括您罹患嚴重疾病使您無法與我們聯絡，或我們提供給您的上訴申請期限資訊有誤或不完整。
- 您有權利向我們索取與您上訴有關的資訊副本。如欲獲得副本，請致電 1-833-370-7466 (TTY: 711) 聯絡藥房會員服務部，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。

概述：如何提出第 1 級上訴

您本人、您的醫生、處方開立者或您的代理人可以透過書面方式以及郵件或傳真將您的上訴申請交給我們。您也可以致電聯絡我們，以提出上訴。

- 請於收到決定的 60 個日曆天內請求上訴。如果您因有正當理由而錯過此期限，您也許仍可以提出上訴。
- 您本人、您的醫生、處方開立者或您的代理人可以致電給我們提出快速上訴。
- 請閱讀本節內容以確認自己符合快速決定的資格！閱讀本節還可了解決定截止日期之相關資訊。

向本計劃提出 D 部份藥物給付決定相關上訴的法律術語是計劃「重新判定」。

如果您願意，您與您的醫生或其他處方醫生可向我們提供其他資訊，支援您的上訴。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」

- 如果您欲針對本計劃對您尚未領取的藥物所做的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方開立者必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與第 171 頁第 F4 節所述的獲得「快速給付決定」的要求相同。

「快速上訴」的法律術語是「特急重新審查」。

本計劃將會針對您的上訴進行審查並告知您我們的決定

- 我們會再次仔細審閱所有與您給付申請有關的資訊。我們將核實**拒絕**您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。審查人員將不會與做最初給付決定的人士相同。

「快速上訴」的截止日期

- 如果我們採用快速期限，會在收到上訴申請後 72 小時內回覆，如您的健康狀況需要，也可以提早回覆。
- 如果我們未在 72 小時內回覆，我們會將您的申請轉呈至第 2 級上訴程序。在層級 2，獨立審查組織將會審查您的上訴。
- 如果我們**同意**您部分或全部的請求，我們必須在收到上訴申請後 72 小時內進行給付。
- 如果我們**拒絕**您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們**拒絕**給付的理由。

「標準上訴」的截止日期

- 如果我們採用標準期限，則我們必須在收到您上訴後的 7 個日曆日內給您答覆，或者如果是因您的健康狀況所需，我們將加快流程，除非在您要求我們就某種您已購買的藥物提供償還的情況下。如果您要求我們就某種您已購買的藥物提供償還，我們必須在收到您上訴後的 14 個日曆日內給您答覆。如果您認為是自己健康情況所需，您應該要求進行「快速上訴」。
- 如果我們未能在 7 個日曆日內，或是在您要求我們就某種您已購買的藥物提供償還的 14 個日曆日內，未能告知您我們的決定，我們會將您的申請交由第 2 級上訴程序處理。在層級 2，獨立審查組織將會審查您的上訴。

- **如果我們同意**您部份或全部的請求：
 - 如果我們核准提供承保，我們必須依您的健康需要儘快提供承保，且不得晚於收到上訴後的 7 個日曆日，或是不得晚於您要求我們就某種您已購買的藥物提供償還的 14 個日曆日。
 - 如果我們批准退還您已付之藥物費用的要求，我們會在收到上訴申請後 30 個日曆日內付款。
- **如果我們拒絕**您的部份或全部要求，我們會寄信通知您，並說明**拒絕**給付原因和對決定提出上訴的辦法。

F6. D 部份藥物 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的部分或全部上訴，您可以選擇是否要接受這個決定，亦或繼續提出另一個上訴。如果您決定進行第 2 級上訴，Independent Review Entity (IRE) 將會審查我們的決定。

- 如果您希望 IRE 審查您的個案，您必須透過書面方式提出上訴申請。我們寄給您的第 1 級上訴決定函中將會為您說明如何提出第 2 級上訴。
- 當您向 IRE 提出上訴時，我們會將您個案的檔案寄給該組織。您有權利索取您個案檔案的副本，請致電藥房會員服務部，電話為 1-833-370-7466 (TTY: 711)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
- 您有權利向 IRE 提供其他資訊以為您的上訴提供支持。
- IRE 是由 Medicare 所聘雇的獨立組織。其與本計劃並無關聯，也不屬於政府機構。
- IRE 的審查人員將會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。該組織將會寄信給您說明其決定。

概述：如何提出第 2 級上訴

如果您希望 Independent Review Entity (IRE) 審查您的個案，您必須透過書面方式提出上訴申請。

- 請於收到決定的 **60 個日曆天內**請求上訴。如果您因有正當理由而錯過此期限，您也許仍可以提出上訴。
- 您本人、您的醫生、其他處方開立者或您的代理人皆可以提出第 2 級上訴。
- 請閱讀本節內容以確認自己符合快速決定的資格！閱讀本節還可了解決定截止日期的相關資訊。

向 IRE 提出 D 部份藥物給付決定相關上訴的**法律術語**是「**重新判定**」。

第 2 級「快速上訴」的截止日期

- 如果是因您的健康情況所需，請要求 Independent Review Entity (IRE) 進行「快速上訴」。
- 如果 IRE 同意為您進行「快速上訴」，其必須在收到您上訴申請後的 72 小時內針對您的第 2 級上訴給您答覆。
- 如果 IRE 同意您部分或全部的請求，我們將必須在得知其決定後的 24 小時內授權或提供您的藥物給付。

第 2 級「標準上訴」的截止日期

- 如果您提出第 2 級標準上訴，Independent Review Entity (IRE) 將必須在收到您第 2 級標準上訴後的 7 個日曆日內，或是在您要求我們就某種您已購買的藥物提供償還的 14 個日曆日內就此給您答覆。
- 如果 IRE 同意您的部份或全部請求，我們必須在收到相關決定後 72 小時內批准或向您提供藥物承保。
- 如果 IRE 批准了您針對已購藥物所提出的費用給付申請，我們將會在得知其決定後的 30 個日曆天內將給付款項寄給您。

如果獨立審查組織拒絕您的第 2 級上訴該怎麼辦？

駁回代表 Independent Review Entity (IRE) 同意我們不批准您申請的決定。這稱為「維持裁決」。亦稱為「駁回上訴」。

如果您要提出第 3 級上訴，您的上訴中要求的藥物價值必須達到規定的最低金額。如果現金價值未達最低標準，您就不能提出進一步上訴。如果現金價值有達到標準，您可以要求第 3 級上訴。IRE 寄給您的信函中將會告訴您繼續進行上訴程序所需達到的現金價值。

G. 要求我們給付更長的住院時間

當您住院時，您有權利取得診斷和治療您疾病或傷害所需的所有給付醫院服務。

在您給付的住院期間，您的醫生和醫院工作人員將會與您合作，一同為您出院的日子做準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的任何醫療保健服務。

- 離開醫院的日期稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫院工作人員將會告知您您的出院日期。

如果您認為自己太快被要求出院，您可以要求延長住院時間。本節將介紹如何提出要求。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



G1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您住院後的兩天內，個案工作人員或護士將會提供一份「Medicare 權益重要訊息」通知給您。如果您沒有收到此通知，請向任何醫院工作人員索取。如果您需要協助，請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。您還可每週 7 天，每天 24 小時全天候致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 使用者應致電 **1-877-486-2048**。此為免費電話。

請仔細閱讀此通知，若有不了解之處請提問。此「重要訊息」通知將會為您說明您身為醫院病患的權利，其中包括您有權利：

- 在您的住院期間及出院後獲得 Medicare 承保服務。您有權利了解您可以取得哪些服務、誰將給付這些服務以及您可以透過何處取得這些服務。
- 參與任何與您住院時間的相關決策。
- 了解應向何處舉報您對醫院醫療保健品質之顧慮。
- 在認為自己太快被要求出院時提出上訴。

您應在 Medicare 通知書上簽名以表明您已收到通知並瞭解自己的權利。在通知書上簽名不表示您同意醫生或醫院工作人員告知您的出院日期。

請保留該簽名的通知副本以備不時之需。

- 如要提前查閱該通知的副本，請致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部，時間為週一至週五的上午 8 時至晚上 8 時。您還可每週 7 天，每天 24 小時全天候致電 **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 使用者應致電 **1-877-486-2048**。此為免費電話。
- 您也可以在线上瀏覽該通知，網址為 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。
- 如果您需要協助，請致電上述所列號碼致電會員服務部或 Medicare。

G2. 進行第 1 級上訴以變更您的出院日期

如果您希望我們延長您住院治療服務的給付時間，您必須提出上訴申請。Quality Improvement Organization 將會進行第 1 級上訴審查，以確認您預定的出院日期對您而言是否具有醫療適當性。在 California，Quality Improvement Organization 稱為 Livanta。

要提出上訴變更出院日期，請致電 Livanta，電話：1-877-588-1123。

現在立即致電！

請在您出院之前致電給 Quality Improvement Organization，最遲不得超過您的預定出院日期。「Medicare 權益重要訊息」中包含了 Quality Improvement Organization 的聯絡方式相關資訊。

- 如果您在出院之前致電聯絡，在您等候 Quality Improvement Organization 對您上訴做出決定的期間，您將可以在您的預定出院日期之後繼續住院而不需支付費用。
- 如果您未致電提出上訴，且您決定在您的預定出院日期後繼續住院，您可能必須為您在預定出院日期後所接受的住院治療支付全額費用。
- 如果您錯過就上訴聯絡 Quality Improvement Organization 的**截止日期**，則可直接向我們的計劃提出上訴。要瞭解詳細資訊，請參閱第 180 頁第 G4 節。
- 因為住院在 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍，如果 Quality Improvement Organization 未審理您繼續住院的申請，或者您認為您的情況緊急、即時、嚴重威脅個人健康或您處於劇烈疼痛狀態，您也可以要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 162 頁第 E4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

概述：如何提出變更您出院日期的第 1 級上訴

致電 1-877-588-1123 致電您所在州的 Quality Improvement Organization，申請「快速審查」。

請在您出院及預定出院日期前致電聯絡。

我們希望確保您了解您必須採取的行動以及相關期限。

- **需要時請尋求幫助。**如果您有任何疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 8 點致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。您還可以致電 1-800-434-0222 聯絡 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。或者您可以致電 1-855-501-3077 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program。

何謂 Quality Improvement Organization ?

Quality Improvement Organization 是由一群受雇於聯邦政府的醫生和其他醫療保健專業人員所組成。這些專家並不屬於我們的計劃。Medicare 承擔其費用以檢查並協助改善 Medicare 會員的護理品質。

申請「快速審查」

您必須要求 Quality Improvement Organization 「**快速審核**」您的出院時間。申請「快速審查」代表您要求該組織採用上訴的快速期限而非標準期限。

「快速審查」的法律術語是「**即時審查**」。

快速審查的流程為何？

- Quality Improvement Organization 的審查人員將會詢問您本人或您的代理人為何您認為本計劃應在預定出院日期後繼續提供給付。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 審查人員將會查看您的醫療紀錄、洽詢您的醫生，並審閱所有與您住院相關的資訊。
- 在審查人員告知我們上訴結果的次日中午之前，您將會收到一封通知您預定出院日期的信函。該信函將會為您說明為何您的醫生、醫院及本計劃認為讓您在該日期出院是適當的。

該書面解釋的**法律術語**稱為「**詳細的出院通知**」。您可透過致電會員服務部獲取一份樣本：（聽障專線：**1-855-817-5785 (TTY: 711)**，時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。您也可致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 **1-877-486-2048**。或者您可以線上瀏覽 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 參閱通告樣本。

若結果是批准會怎樣？

- 如果審查組織**同意**您的上訴，我們將必須繼續為您給付具有醫療必要性的住院服務。

若結果是駁回會怎樣？

- 如果審查組織**駁回**您的上訴，代表他們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。如果發生此情況，本計劃為您提供的住院治療服務給付將於 **Quality Improvement Organization** 通知您上訴答覆後的次日中午終止。
- 如果 **Quality Improvement Organization** **駁回**，且您決定繼續住院，則您可能必須為您的繼續住院支付費用。您可能必須支付 **Quality Improvement Organization** 通知您上訴答覆次日中午之後開始的住院治療費用。
- 如果 **Quality Improvement Organization** 駁回您的上訴，而且您在預定出院日期後仍繼續住院，那麼您即可以按下節所述提出第 2 級上訴。

G3. 進行第 2 級上訴以變更您的出院日期

如果 **Quality Improvement Organization** 駁回您的上訴，而且您在預定出院日期後仍繼續住院，那麼您可以提出第 2 級上訴。您將必須再次與 **Quality Improvement Organization** 聯絡並申請再次審查。

請在 **Quality Improvement Organization** 駁回您第 1 級上訴之日後的 **60 個日曆天**內提出第 2 級審查申請。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此審核。

在 California，**Quality Improvement Organization** 稱為 **Livanta**。您可致電 **1-877-588-1123** 聯絡 **Livanta**。

- **Quality Improvement Organization** 的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。
- 在收到您需要進行第二次審查的申請後的 **14 個日曆天**內，**Quality Improvement Organization** 審查人員將做出決定。

概述：如何提出 2 級上訴，變更您的出院日期
致電 **1-877-588-1123** 致電您所在州的 **Quality Improvement Organization**，申請下一次審查。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

若結果是批准，會發生什麼事？

- 針對您自第一次上訴決定日期次日中午起所接受的住院治療，我們將必須償還您本計劃應共同承擔的費用。我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

若結果是駁回，會發生什麼事？

這代表 Quality Improvement Organization 同意第 1 級的決定，且將不會變更該決定。您收到的信件中會註明若要進一步申請上訴該如何處理。

如果 Quality Improvement Organization 駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付計劃出院日期後的全部費用。

您也可以提出投訴或要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 162 頁第 E4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

G4. 如果您錯過了上訴期限將會怎樣

如果您錯過了上訴期限，還有其他方式可以提出第 1 級和第 2 級上訴，該方式稱為替代上訴。不過前兩個層級的上訴不盡相同。

進行第 1 級替代上訴以變更您的出院日期

如果您錯過聯絡 Quality Improvement Organization 的截止期限（是 60 天內或不晚於計劃的出院日期，以先到者為準），可向我們提出上訴，要求「快速審核」。快速審核指採用快速截止期限，而非標準截止期限的上訴。

- 此審核期間，我們將檢視所有住院相關資訊。我們會查看以確認有關您應何時出院的決定是否公平且有遵守所有規定。
- 我們在提供本次審查的答覆給您時將會採用快速期限而非標準期限。這表示，我們會在您申請「快速審核」後的 72 小時內告知您我們的決定。
- **如果我們同意您提出的快速審核要求，**
表示我們同意您在出院日期之後仍然需要住院。我們將會繼續給付具有醫療必要性的醫院服務。
- 這也代表，針對您自我們告知您給付即將終止之日起所接受的醫療保健服務，我們同意償還您本計劃應共同承擔的費用。
- **如果我們駁回您提出的快速審核要求，**表示我們認為預定出院日期是具有醫療適當性。我們為您提供的住院治療服務給付將於我們所告知您的給付終止日終止。

概述：如何提出第 1 級替代上訴

請致電會員服務部的電話號碼，並要求我們針對您的出院日期進行「快速審核」。我們會向您提供我們的決定，時間範圍為 72 小時。

- 如果您在預定出院日期後仍繼續住院，**您可能必須**為您在預定出院日期後所接受的住院治療支付全額費用。
- 為確保我們在**拒絕**您的快速上訴時有遵守所有規定，我們將會把您的上訴交由獨立審查組織處理。當我們這樣做時，代表您的案件已自動進入第 2 級的上訴裁定程序。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「特急上訴」。

針對變更出院日期提出的第 2 級替代上訴

我們會在通知您第 1 級決定後的 24 小時內將您的第 2 級上訴資訊寄給 Independent Review Entity (IRE)。如果您認為我們未遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。第 188 第 J 節介紹了如何提出投訴。

在第 2 級上訴期間，IRE 會審查我們**駁回**您所提出之「快速審查」的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的決定。

- IRE 會「快速審查」您的上訴。審查人員通常會在 72 小時內給您答覆。
- IRE 是由 Medicare 所聘雇的獨立組織。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。
- IRE 的審查人員將會仔細查看所有與您出院上訴有關的資訊。
- 若 IRE **批准**您的上訴，我們必須針對您在預定出院日期之後取得的住院治療，將我們應共同承擔的費用退還給您。此外，只要您的住院服務有醫療必要性，我們必須繼續提供給付。
- 如果 IRE **駁回**您的上訴，表示他們認為預定出院日期具有醫療適當性。
- IRE 的信件將說明如果您想進一步申請審查，應該採取哪些行動。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴，此上訴由法官處理。

概述：如何作出 2 級替代上訴

您無須採取任何行動。本計劃將會自動把您的上訴交由 Independent Review Entity (IRE) 處理。

您也可以提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 162 頁第 E4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。除了層級 3 上訴之外您還可以申請獨立醫療審查，或以之代替。

H. 如果您認為自己的居家照護、專業護理照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止該怎麼辦

本節僅涉及以下類型的護理：

- 居家醫療保健服務。
- 專業護理機構內提供的專業照護。
- 作為 Medicare 核准的綜合門診復健機構 (CORF) 的門診病患正在接受的複健護理。這通常表示您在接受疾病或事故治療，或在大手術後進行恢復。
 - 針對上述三種類型醫療保健服務中的任何一種，只要您的醫生表示您需要，您即有權利持續取得給付服務。
 - 當我們決定要停止給付上述任何醫療保健服務時，我們將必須在您服務終止之前告知您。在您該項醫療保健服務的給付終止之後，我們將會停止給付您的醫療保健服務。

如果您認為我們過快終止您的護理保險，可對我們的決定提出上訴。本節將介紹如何要求上訴。

H1. 您的承保即將終止時，我們將提前通知您

您會在我們停止給付您醫療保健的至少前兩天收到通知。這被稱為「Medicare 不承保通知」。此書面通知將會告訴您我們將要停止給付您醫療保健的日期以及如何對此決定提出上訴。

您或您的代理人應在該書面通知上簽名，以表示您有收到通知。在通知上簽名並不代表您同意本計劃認為您應停止取得醫療保健的時間。

當您的承保終止時，我們將停止支付。

H2. 進行第 1 級上訴以持續您的醫療保健服務

如果您認為我們太快終止您的醫療保健服務給付，您可以針對我們的決定提出上訴。本節將介紹如何要求上訴。

在開始進行上訴之前，請先了解您必須採取的行動以及相關期限。

- **遵守截止日期。** 截止日期至關重要。請務必瞭解並遵守適用於必要事項的截止日期。此外還有我們計劃必須遵守的截止日期。（如果您認為我們未遵守截止日期，可提出投訴。第 188 頁第 J 節介紹了如何提出投訴。）
- **需要時請尋求幫助。** 如果您在任何時候有疑問或需要協助，請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。或者致電 **1-800-434-0222** 致電您的 State Health Insurance Assistance Program。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



在第 1 級上訴期間，Quality Improvement Organization 將會審查您的上訴，並判定是否要變更本計劃所做的決定。在 California，Quality Improvement Organization 稱為 Livanta。您可致電 1-877-588-1123 聯絡 Livanta。向 Quality Improvement Organization 提出上訴的相關資訊也列於「Medicare 不承保通知」中。這是當您被告知，我們將停止給付您的醫療保健服務時會收到的通知。

概述：如何提出第 1 級上訴以要求本計劃持續給付您的醫療保健服務

致電您所在州的 Quality Improvement Organization：1-877-588-1123，並要求「快速上訴」。

請在您離開為您提供醫療保健服務的機構前，以及在您的預定出院日期前致電聯絡。

何謂 Quality Improvement Organization？

Quality Improvement Organization 是由一群受雇於聯邦政府的醫生和其他醫療保健專業人員所組成。這些專家並不屬於我們的計劃。Medicare 承擔其費用以檢查並協助改善 Medicare 會員的護理品質。

您應提出何種要求？

要求他們進行「快速上訴」。他們會進行獨立審查，判定我們終止您的服務給付是否具有醫療適當性。

您與該組織聯絡的期限為何？

- 在您收到書面通知，得知我們將於何時停止給付您的醫療保健後，最遲不得超過次日中午，您必須與 Quality Improvement Organization 聯絡。
- 如果您錯過就上訴聯絡 Quality Improvement Organization 的截止日期，則可直接向我們提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參閱第 185 頁第 H4 節。
- 如果 Quality Improvement Organization 未審理您繼續個人健康保健服務保險的申請，或者您認為您的情況緊急、即時、嚴重威脅個人健康或您處於劇烈疼痛狀態，您也可以投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 162 頁第 E4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

該書面通知的法律術語是「Medicare 不承保通知」。若要取得範例副本，請於當地時間週一至週五上午 8 點至下午 8 點，致電 1-855-817-5785 (TTY: 711) 聯絡會員服務部，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此專線每週 7 天，每天 24 小時全天候服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。或線上瀏覽 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices 查閱副本。

Quality Improvement Organization 的審查流程為何？

- Quality Improvement Organization 的審查人員將會詢問您本人或您的代理人為何您認為該服務應繼續獲得給付。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 當您提出上訴時，本計劃必須寄信向您及 Quality Improvement Organization 說明為何您的服務應該終止。
- 審查人員也會查看您的醫療紀錄、洽詢您的醫生，並審閱本計劃向其提供的資訊。
- 在審查人員取得其所需的所有資訊之後，其將會在一天之內告知您他們的決定。您將會收到一封向您說明決定的信函。

說明服務終止原因之信函的法律術語是「給付終止詳細說明」。

如果審查人員的決定是批准，會發生什麼？

- 如果審查人員**批准**您的上訴，我們將必須繼續為您提供具有醫療必要性的給付服務。

如果審查人員的決定是駁回，會發生什麼？

- 若審查人員**駁回**您的上訴，則我們通知您的日期即為給付截止日期。我們將停止支付與這項醫療保健相關的共同承擔費用。
- 若您決定在給付截止日期之後繼續接受居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 照護等服務，則您必須自付此類醫療保健的全額費用。

H3. 進行第 2 級上訴以持續您的醫療保健服務

如果 Quality Improvement Organization **駁回**您的上訴，且您選擇在您的醫療保健服務給付終止之後繼續接受醫療保健服務，則您可以提出第 2 級上訴。

在第 2 級上訴期間，Quality Improvement Organization 會再次審查他們做出的第 1 級上訴決定。如果該組織表示他們同意第 1 級的決定，則在我們告知您的給付終止日期後，您可能必須支付居家照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全額費用。

在 California，Quality Improvement Organization 稱為 Livanta。您可致電 1-877-588-1123 聯絡 Livanta。請在 Quality Improvement Organization **駁回**您第 1 級上訴之日後的 **60 個日曆天內**提出第 2 級審查申請。只有在您於護理保險終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

- Quality Improvement Organization 的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。
- Quality Improvement Organization 將會在收到您上訴申請的 **14 個日曆天內**做出決定。

概述：如何提出第 2 級上訴以要求本計劃延長您醫療保健服務的給付時間

致電 1-877-588-1123 致電您所在州的 Quality Improvement Organization，申請下一次審查。

請在您離開為您提供醫療保健服務的機構前，以及在您的預定出院日期前致電聯絡。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

如果審查機構的決定是批准，會發生什麼？

- 針對您自我們告知您給付即將終止之日起所接受的醫療保健，我們將必須償還您本計劃應共同承擔的費用。我們必須繼續提供護理保險，時間視醫療必需性而定。

如果審查機構的決定是駁回，會發生什麼？

- 這代表他們同意其在第 1 級上訴所做的決定，且將不會變更該決定。
- 您收到的信函將會告訴您，如果您想繼續進行審查程序該怎麼做。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴，此上訴由法官處理。
- 您也可以提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續給付您的醫療保健服務。請參閱第 162 頁第 E4 節，瞭解如何要求 DMHC 執行獨立醫療審查。除了層級 3 上訴之外您還可以提出投訴並申請 DMHC 獨立醫療審查，或以之代替。

H4. 如果您錯過了提出第 1 級上訴的期限該怎麼辦

如果您錯過了上訴期限，還有其他方式可以提出第 1 級和第 2 級上訴，該方式稱為替代上訴。不過前兩個層級的上訴不盡相同。

進行第 1 級替代上訴以延長您醫療保健服務的給付時間

如果您錯過聯絡 Quality Improvement Organization 的截止日期，可向我們提出上訴，要求「快速審核」。快速審核指採用快速截止日期，而非標準截止期限的上訴。

- 在審查期間，我們會查看所有與您居家照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務有關的資訊。我們會查看以確認有關您服務應何時終止的決定是否公平且有遵守所有規定。
- 我們在提供本次審查的答覆給您時將會採用快速期限而非標準期限。我們會在您申請「快速審查」後的 72 小時內告知您我們的決定。
- **如果我們批准**您的「快速審查」，說明只要服務有醫療必要性，我們同意繼續為您提供服務之給付。
- 這也代表，針對您自我們告知您給付即將終止之日起所接受的醫療保健服務，我們同意償還您本計劃應共同承擔的費用。
- **若我們駁回**您的快速審查，表示我們認為停止服務具有醫療適當性。我們將在先前說過的給付終止日期當天停止給付。

概述：如何提出第 1 級替代上訴

請致電會員服務部的電話號碼並要求我們進行「快速審查」。

我們會向您提供我們的決定，時間範圍為 72 小時。

若您在我們指定的終止日期之後繼續接受服務，您可能必須支付全額服務費用。

為確保我們在**拒絕**您的快速上訴時有遵守所有規定，我們將會把您的上訴交由「Independent Review Entity」處理。當我們這樣做時，代表您的案件已自動進入第 2 級的上訴裁定程序。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「特急上訴」。

進行第 2 級替代上訴以延長您醫療保健服務的給付時間

我們會在通知您第 1 級決定後的 24 小時內將您的第 2 級上訴資訊寄給 Independent Review Entity (IRE)。如果您認為我們未遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。第 188 第 J 節介紹了如何提出投訴。

在第 2 級上訴期間，IRE 會審查我們**駁回**您所提出之「快速審查」的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的決定。

- IRE 會「快速審查」您的上訴。審查人員通常會在 72 小時內給您答覆。
- IRE 是由 Medicare 所聘雇的獨立組織。其與我們的計劃並無關聯，也不屬於政府機構。
- IRE 的審查人員將會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- 若 IRE **批准**您的上訴，則我們必須將我們應付的醫療保健共同承擔費用退還給您。只要您的服務有醫療必要性，我們必須繼續提供給付。
- 若 IRE **駁回**您的上訴，表示他們同意我們停止給付服務具有醫療適當性。

概述：如何提出第 2 級上訴以要求本計劃持續給付您的醫療保健服務

您無須採取任何行動。本計劃將會自動把您的上訴交由 Independent Review Entity 處理。

IRE 的信件將說明如果您想進一步申請審查，應該採取哪些行動。該信函也會為您提供有關如何進行第 3 級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。

您也可以要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續給付您的醫療保健服務。請參閱第 162 頁第 E4 節，瞭解如何要求 DMHC 執行獨立醫療審查。除了層級 3 上訴之外您還可以提出投訴並申請獨立醫療審查，或以之代替。

I. 第 2 級以後的上訴方式

11. 針對 Medicare 服務及項目可採取的下一步

如果您已針對 Medicare 的服務或項目提出第 1 級和第 2 級上訴，但兩次上訴均遭駁回，您可能仍有權利提出更高層級的上訴。Independent Review Entity 寄給您的信函將會告訴您，如果您想繼續進行上訴程序該怎麼做。

第 3 級上訴程序是由行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 所進行的聽證會。在第 3 級上訴中做出裁定的人士稱為 ALJ 或律師審裁員。如果您希望由 ALJ 或律師審裁員審查您的個案，您所申請的項目或醫療服務將必須達到最低金額標準。如果價值低於最低水準，則不能進一步上訴。如果金額數值達到標準，您可請求 ALJ 或律師審裁員舉行聽證會以聽取您的上訴。

如果您不同意 ALJ 所做的裁定，您可以交由 Medicare 上訴委員會處理。在那之後，您可能還有權利請聯邦法院審查您的上訴。

如果您在上訴流程的任何階段上需要協助，您可致電 1-855-501-3077 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program。

12. 針對 Medi-Cal 服務及項目可採取的下一步

如果您的上訴與 Medi-Cal 可能承保的服務及項目有關，您也有更多的上訴權利。若您不同意州聽證會的決定，且要求另一位法官審查，您可以要求再次聽證會和/或尋求法庭審查。

如欲申請複審，請將書面申請（信函）郵寄至下列地址：

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

您必須在收到決定函後的 30 天內將申請信函寄出。如果您有正當理由錯過時間，截止日期可以延長最多 180 天。

在您的複審申請中，請說明您收到決定函的日期以及複審應獲得核准的原因。如果您想呈遞額外證明，請說明該額外證明，並解釋您先前為何沒有附上該證明以及該證明可以如何改變決定。您可以與法律服務機構聯絡以尋求協助。

如欲申請司法審查，您必須在收到決定函後的一年內根據民事訴訟法第 1094.5 節的規定向高等法院提出請願。請向您決定函中所列之郡縣的最高法院提出您的請願。您可以在未申請複審的情況下提出請願。您無需支付請願費用。如果法院做出對您有利的最終決定，您可能還有權利獲得合理的律師費和訴訟費。

如果進行複審而您不同意複審的決定，您可以尋求司法審查，但您不得申請再次複審。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



J. 如何提出投訴

J1. 何種類型的問題應歸於投訴

投訴程序僅適用於特定類型的問題，例如與醫療保健品質、等候時間及客戶服務相關的問題。以下為投訴程序所處理的各種問題示例。

有關品質之投訴

- 您對護理質素不滿意，例如您在醫院獲得的護理。

有關隱私的投訴

- 您認為有人不尊重您的隱私權，或者有人披露與您相關的機密資訊。

有關客戶服務質素差的投訴

- 健康護理提供者或僱員對您的態度粗魯或不尊重您。
- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 工作人員對您態度惡劣。
- 您認為自己遭計劃排擠。

有關無障礙設施的投訴

- 您無法使用醫生或提供者辦公室的健康護理服務及設施。
- 您的醫療服務提供者沒有為您提供您所需要的特殊場所設施需求，如美國手語口譯人員。

有關等待時間的投訴

- 您無法取得約診或取得約診的等候時間過長。
- 醫生、藥劑師或其他健康專業人員或是會員服務部或其他計劃工作人員讓您等候過長時間。

有關清潔度的投訴

- 您認為診所、醫院或醫生辦公室不清潔。

與語言使用有關的投訴

- 您的醫生或醫療服務提供者未在您的約診期間為您提供口譯員。

有關來自我們的通訊的投訴

- 您認為我們未能向您送達您本應該收到的通告或信函。
- 您認為我們寄予您的書面資訊過於難以理解。

概述：如何提出投訴

您可以向我們的計劃提出內部投訴，和/或向與本計劃沒有關聯的組織提出外部投訴。

要提出內部投訴，請致電會員服務部或向我們寄信。

有一些不同的組織可以處理外部投訴。要瞭解更多資訊，請參閱第 190 頁第 J3 節。

與我們針對給付決定或上訴所採取之行動的速度有關的投訴

- 您認為我們沒有在規定期限內做出給付決定或回覆您提出的上訴。
- 您認為在獲得對您有利的給付決定或上訴決定後，我們沒有在期限內核准或提供您的服務，或沒有在期限內償還您特定的醫療服務費用。
- 您認為我們沒有將您的個案及時交由 Independent Review Entity 處理。

「投訴」的法律術語是「申訴」。

「提出投訴」的法律術語是「呈遞申訴」。

投訴有不同類型嗎？

是。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴由我們的計劃受理及審查。外部投訴則由與我們的計劃無關的組織受理及審查。如果您在提出內部和/或外部投訴上需要協助，您可致電 1-855-501-3077 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program。

J2. 內部投訴

如需提出內部投訴，請於週一至週五上午 8 時至晚上 8 時致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 致電會員服務部。您可隨時提出投訴，除非該投訴與 D 部份藥物相關。針對與 D 部份藥物有關的申訴，您必須在您的申訴問題發生後的 **60 個日曆天內** 提出。

- 如果有任何其他您需要採取的行動，會員服務部將會告知您。
- 您亦可寫投訴信並寄予我們。若您寄送書面投訴，我們也相應以書面回覆。
- 與 Medicare D 部份相關的投訴須於您遇到想要投訴的問題後 **60 個曆日內** 作出。
- 與 Medicare C 部份或護理品質相關的投訴無提交限制。

「快速投訴」的法律術語是「特急申訴」。

如有可能，我們將立即答覆您。如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快答覆。

- 我們在 **30 個日曆天內** 答覆大多數的投訴。如果因為我們需要更多的資訊，而沒有在 **30 個日曆天內** 做出決定，我們會以書面形式通知您。我們也將提供狀態更新和估計您可以得到回覆的時間。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

- 如果您因為我們拒絕您的「快速給付決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將會自動為您提供「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果您提出投訴的原因是我們做出給付決定的時間太長，我們將會自動為您提供「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果我們不同意您投訴的部分或全部內容，我們將會告知您並向您說明原因。無論我們是否同意您的投訴，我們均會做出回覆。

J3. 外部投訴

您可向 Medicare 提出投訴

您可將您的投訴郵寄至 Medicare。如需 Medicare 投訴表，下載網址為：
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

Medicare 會認真對待您的投訴，並將利用這些資訊協助改進 Medicare 方案的品質。

如果您有任何其他反饋或疑慮，或是如果您認為本計劃並未解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。此為免費電話。

您可向 Medi-Cal 提出投訴

Cal MediConnect Ombuds Program 也能以中立的立場協助您解決問題，並進一步確保本計劃的會員取得我們必須為其提供的所有給付服務。Cal MediConnect Ombuds Program 與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。

Cal MediConnect Ombuds Program 的電話號碼是 1-855-501-3077。該服務免費。

您可向 California Department of Managed Health Care 提出投訴

California Department of Managed Health Care (DMHC) 負責管理醫療保健計劃。您可致電 DMHC 協助中心以在 Medi-Cal 服務相關的投訴上尋求協助。如果您在涉及緊急問題或涉及對您健康的直接嚴重威脅的投訴上需要協助，如果您處於劇烈疼痛或是您不認可我們計劃針對您的投訴的決定，或是我們的計劃並未在 30 個日曆日後解決您的投訴，您可以聯絡 DMHC。

以下為透過協助中心尋求協助的兩種方式：

- 請致電 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語能力受損的人士可使用免付費 TDD 號碼 1-877-688-9891。此為免費電話。
- 訪問醫療保健管理局網站 (www.dmhca.ca.gov)。

您可以向民權辦公室提出投訴

如您認為自己沒有受到公平對待，您可以向 Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights 提出投訴。例如，您可以就無障礙設施或語言協助作出投訴。民權辦公室的電話號碼為 1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。您亦可訪問 www.hhs.gov/ocr 以獲得更多資訊。

您也可以聯絡民權辦公室的當地辦事處，電話：

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

Office for Civil Rights U.S.
Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
客戶服務中心：1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
電子郵件：ocrmail@hhs.gov

您還享有美國殘疾人法案 (Americans with Disability Act) 和適用於聯邦贊助組織之其他法律，以及合乎任何其他理由的任何其他規則所賦予的權利。您可聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program 尋求協助。電話號碼如下 1-855-501-3077。

您可向 **Quality Improvement Organization** 提出投訴。

當您的投訴是與醫療保健品質有關時，您還有兩種選擇：

- 如果您希望，您可以直接向 **Quality Improvement Organization** 提出與醫療保健品質相關的投訴（而不必向我們提出投訴）。
- 或者，您可以向我們同時也向 **Quality Improvement Organization** 提出投訴。如果您向該機構提出投訴，我們將與他們一同解決您的投訴。

Quality Improvement Organization 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他健康護理專家組成的團體，以核查和改進提供給 **Medicare** 病患的護理。如需瞭解更多關於 **Quality Improvement Organization** 的資訊，請參閱第 2 章。

在 California，**Quality Improvement Organization** 稱為 **Livanta**。**Livanta** 的電話號碼是 1-877-588-1123。

第 10 章：終止您在 Cal MediConnect 計劃之會員身分

簡介

本章將為您說明您可以終止 Cal MediConnect 計劃會員身分的方式以及您退出計劃之後的健康給付選擇。如果您結束本計劃，只要符合資格，您將仍是 Medicare 和 Medi-Cal 方案的會員。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 您何時可終止 Cal MediConnect 計劃的會員資格	193
B. 如何終止 Cal MediConnect 計劃的會員資格	195
C. 如何加入其他 Cal MediConnect 計劃	195
D. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的服務	195
D1. 您獲得 Medicare 服務的方式	195
D2. 如何獲得您的 Medi-Cal 服務	197
E. 您將照常透過本計劃獲得醫療服務和藥物直至會員資格終止	198
F. 導致您的 Cal MediConnect 計劃會員資格終止的其他情況	198
G. 不得以任何與您健康相關的理由要求您結束本 Cal MediConnect 計劃的規定	199
H. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴	199
I. 如何獲得關於終止您的計劃會員資格的更多資訊	200



A. 您何時可終止 Cal MediConnect 計劃的會員資格

大部分 Medicare 會員只能在一年中的某些時間終止其會員資格。由於您享有 Medi-Cal，您能夠在以下之一的**特殊參保期內**一次性終止您在本計劃中的會員資格或轉至另一計劃：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

除了這三個特殊參保期之外，您還可以在以下時間終止您在本計劃的會員資格：

- **年度參保期**為 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇了一項新計劃，您在 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 中的會員資格將於 12 月 31 日終止，而您在新計劃中的會員資格將於 1 月 1 日開始生效。
- **Medicare Advantage 開放參保期**於 1 月 1 日開始，3 月 31 日結束。如果您在此期間選擇了一項新計劃，您在新計劃中的會員資格將從下個月的第一天開始生效。

您還可以在其他情況下變更您的註冊。例如，何時：

- Medicare 或 California 州已將您註冊到 Cal MediConnect 計劃；
- 您獲得 Medi-Cal 或額外補助的資格已發生變化；
- 您居住在療養院或長期護理醫院或 接受護理

您已搬離我們的服務區域。

您的會員身分將會在我們收到您變更計劃申請的當月最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的申請，您在本計劃的給付將於 1 月 31 日終止。您的新承保服務將從下個月的第一天開始（例如 2 月 1 日）。

當您終止您在本計劃中的會員資格時，您將繼續投保於 Anthem Blue Cross 以獲得您的 Medi-Cal 服務，除非您選擇不同的 Cal MediConnect 或不同的單獨 Medi-Cal 計劃。當您終止本計劃的會員資格時，您也可以選擇您的 Medicare 投保選項。如果您結束本計劃，您可以獲得有關您的以下資訊：

- 第 196 頁表中所說的 Medicare 選項。
- 第 197 頁所說的 Medi-Cal 服務。

您可獲得有關您如何終止會員資格的更多資訊，方法有：

- 電話：1-855-817-5785 (TTY: 711)，時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
- 致電 1-844-580-7272 聯絡 Heath Care Options，時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 致電 1-800-434-0222 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)、California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或需尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。
- 致電 1-855-501-3077 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program，時間為週一至週五上午 9 點至下午 5 點。TTY 使用者應致電 1-855-847-7914。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

注：如果您已加入藥物管理方案，您可能無法變更計劃。請參閱第 5 章，瞭解有關藥物管理計劃的資訊。

B. 如何終止 Cal MediConnect 計劃的會員資格

如果您決定終止會員資格，請告知 Medi-Cal 或 Medicare 您希望結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan：

- 致電 1-844-580-7272 聯絡 Heath Care Options，時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077；或是
- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者（有聽力障礙或言語困難的人士）應致電 1-877-486-2048。您致電 1-800-MEDICARE 時，您也可投保另一 Medicare 健康或藥物計劃。有關您離開計劃時獲得 Medicare 服務的更多資訊載於本章第 196 頁。

C. 如何加入其他 Cal MediConnect 計劃

如果您希望繼續透過單一計劃同時獲得 Medicare 及 Medi-Cal 的福利，您可以投保其他的 Cal MediConnect Plan。您可以終止您的會員資格可在一年的特定時期內的計劃，這一時期稱為特殊參保期。在某些情況下，您也有權在一年內的其他時間退出計劃。請參閱 A 部分瞭解關於當您可參保一項新的計劃時的資訊。

若要加入其他 Cal MediConnect 計劃：

- 致電 1-844-580-7272 聯絡 Heath Care Options，時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。告知他們您希望結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 並加入另一 Cal MediConnect Plan。如果您不確定自己想加入什麼計劃，他們可以告訴您有關您所在區域其他計劃的資訊。

您有資格參與特殊參保期，您在 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 下享有的承保服務將於我們收到申請表當月的最後一天到期。請參閱第 A 部分，以瞭解關於當您可參保一項新的計劃時的更多資訊。

D. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的服務

如果您在結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 後不希望加入其他 Cal MediConnect Plan，您將恢復成為分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的服務。

D1. 您獲得 Medicare 服務的方式

您將可選擇享有 Medicare 福利的方式。

您可透過三種選擇方案享有 Medicare 服務。如果您選擇這些選項中的其中一個選項，您在 Cal MediConnect 計劃的會員身分將會自動終止。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



1. 您可以轉換至： Medicare 健康計劃，例如 Medicare Advantage Plan，或是在您符合資格要求並居住在服務區域內的情況下，則有 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)	以下為應進行事項： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 有關 PACE 查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或需要更多資訊： 致電 1-800-434-0222 聯絡 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，時間週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或需尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的新計劃承保開始時，您將自動結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。
2. 您可以轉換至： 附帶單獨 Original Medicare 處方藥物計劃的 Medicare	以下為應進行事項： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。此為免費電話。 如果您需要協助或需要更多資訊： 致電 1-800-434-0222 聯絡 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，時間週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或需尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。



3. 您可以轉換至：

不附帶單獨 **Original Medicare** 處方藥物計劃的 **Medicare**

注：如果您轉至 Original Medicare 且不參保獨立的 Medicare 處方藥物計劃，Medicare 可為您參保藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不希望加入。

除非您透過僱主或工會等其他來源取得了藥物給付，否則不應放棄處方藥物給付。若您對您是否需要藥物保險有任何疑問，致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找所在地區的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

以下為應進行事項：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。此為免費電話。

如果您需要協助或需要更多資訊：

- 致電 1-800-434-0222 聯絡 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，時間週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或需尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。

D2. 如何獲得您的 Medi-Cal 服務

如果您結束我們的 Cal MediConnect 計劃，您將經由 Anthem Blue Cross 繼續取得您的 Medi-Cal 服務，除非您為自己的 Medi-Cal 服務選擇不同的計劃。

您的 Medi-Cal 服務包含大多數的長期服務與支援及行為健康護理。

如果您希望為您的 Medi-Cal 服務選擇不同的計劃，當您要求終止我們的 Cal MediConnect 計劃的會員資格時，您需要告知 Health Care Options。

- 致電 1-844-580-7272 聯絡 Health Care Options，時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。告知他們您希望結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 並加入另一 Medi-Cal 計劃。如果您不確定自己想加入什麼計劃，他們可以告訴您有關您所在區域其他計劃的資訊。

當您終止您的 Cal MediConnect Plan 會員資格時，您將收到一張新的會員 ID 卡，一本新的會員手冊，以及對應您 Medi-Cal 承保的一本新的醫療服務提供者及藥房目錄。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



E. 您將照常透過本計劃獲得醫療服務和藥物直至會員資格終止

如果您結束 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，可能需要一段時間後您的會員資格方可終止，新的 Medicare 及 Medi-Cal 承保方可開始。請參閱第 193 頁，瞭解更多資訊。在此期間，您將繼續透過本計劃取得您的醫療保健服務與藥物。

- 您應使用本計劃的網路內藥房領取您的處方藥物。通常，您必須在網路內藥房包括透過我們的郵購藥房服務領取處方藥物，您的處方藥物才能得到給付。
- 如果您在會員資格到期當天住院，則在您出院之前，住院費用通常仍屬於我們 **Cal MediConnect 計劃** 的給付範圍。即使您的新健康給付在您出院之前便已開始生效，此規定仍然適用。

F. 導致您的 Cal MediConnect 計劃會員資格終止的其他情況

以下情況下，Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 必須終止您在計劃中的會員資格：

- 如果您的 Medicare A 部份及 B 部份的承保有間斷。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 的資格。我們的計劃僅為同時符合 Medicare 及 Medi-Cal 資格的人士提供。如果您不再符合獲得 Medicare A 部份和 B 部份以及 Medi-Cal 完整福利的資格，您仍有對應您護理的其他選擇。請參閱第 10 章，第 D 節。
- 如果您離開我們的服務地區。
- 如果您離開我們的服務地區超過六個月。
 - 如果您搬家或長期旅行，您必須致電會員服務部以確認您搬遷或旅行的地點是否在本計劃的服務區域內。
- 您因刑事犯罪去監獄或入獄服刑。
- 如果您沒有據實以報或隱瞞有關您所擁有的其他處方藥物保險資訊。
- 您不是 United States 公民或並非在 United States 合法居留。

您必須是 United States 公民或在 United States 合法居留，才能成為本計劃的會員。以該條件為基礎，如果您不符合繼續抱有會員身份的資格，Centers for Medicare & Medicaid Services 將會通知我們。若您不符合此要求，我們就必須讓您退保。

如果您不再符合 Medi-Cal 的資格，或是您的情況現有改變，使您不再擁有 Cal MediConnect 的資格，您則有額外兩個月的時間，可以從 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 處繼續獲得您的福利。此額外期間讓您可以更正資格資訊，若您認為您仍有資格。您會收到我們寄的信，說明您的資格變動與更正您的資格資訊的指示。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 要維持 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的會員身份，您必須在這兩個月時間段的最後一天前，重新符合資格。
- 如果您在這兩個月期間結束前未能符合資格，您將從 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 中退保。

僅有在我們事先取得 Medicare 及 Medi-Cal 許可的情況下，我們才可以根據以下理由要求您結束本計劃：

- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。
- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。
- 您允許他人冒用您的會員 ID 卡接受醫療保健服務。
 - 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的個案。

G. 不得以任何與您健康相關的理由要求您結束本 Cal MediConnect 計劃的規定

如果您認為被要求結束本計劃是出於健康相關的原因，您應致電 Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以 24/7 隨時撥打這個電話。此為免費電話。

您還可於週一至週五上午 9 點至下午 5 點致電 1-855-501-3077 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program。TTY 使用者應致電 1-855-847-7914。

H. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的 Cal MediConnect 計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提交申訴或提出投訴。您也可參閱第 9 章，知道如何提出投訴。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



I. 如何獲得關於終止您的計劃會員資格的更多資訊

如果您有疑問或需要更多有關我們何時可以終止您會員身分的資訊，您可以：

- 致電 **1-855-817-5785 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部，時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。本電話為免付費電話。
- 致電 **1-844-580-7272** 聯絡 Heath Care Options，時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。TTY 使用者應致電 **1-800-430-7077**。
- 致電 **1-800-434-0222** 聯絡 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，時間週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或需尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。
- 請於週一至週五上午 9 點至下午 5 點致電 **1-855-501-3077** 聯絡 Cal MediConnect Ombuds Program。TTY 使用者應致電 **1-855-847-7914**。
- 致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 **1-877-486-2048**。此為免費電話。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 **1-855-817-5785 (TTY: 711)**。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



第 11 章：法律通知

簡介

本章包含適用於您的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員資格的法律通知。關鍵術語及其定義將在會員手冊的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 有關法律的公告	202
B. 反歧視通知	202
C. 與 Medicare 第二支付順位以及 Medi-Cal 最末支付順位有關的通知	203

A. 有關法律的公告

許多法律皆適用於本會員手冊。即使本手冊未將這些法律條文納入，也未對其詳加說明，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用於本手冊的主要法律是與 Medicare 及 Medi-Cal 方案相關的聯邦法律。其他聯邦法律和州法律也可能適用。

B. 反歧視通知

每家與 Medicare 和 Medi-Cal 合作的公司或機構都必須遵守保障您免受歧視或不公平待遇的法律規定。我們不能因為您的年齡、索賠經歷、膚色、民族、可保性證明、性別、基因訊息、服務區域內的地理位置、健康狀況、病史、精神或身體殘障、原國籍、種族、宗教、性取向而受到區別對待。此外，我們不因為您的先輩、婚姻狀況或性取向而歧視或區別對待您。您也不會因您的性取向、婚姻情況、懷孕情況及受承保的退伍軍人身份受到不同待遇。類似本計劃之所有組織都必須遵守聯邦法律，不可有歧視，包括 1964 年 Civil Rights Act 的 Title VI，1973 年的復健法案 (Rehabilitation Act)、1975 年的 Age Discrimination Act、Americans with Disabilities Act、適用於聯邦贊助組織之其他法律，以及因任何其他理由而適用之任何其他法律與規則。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問：

- 致電 Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話：
1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。您亦可訪問 www.hhs.gov/ocr 以獲得更多資訊。

- 致電您當地的民權辦公室。

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

客戶服務中心：1-800-368-1019

TTY: 1-800-537-7697

電子郵件：ocrmail@hhs.gov

如果您是殘障人士並需要協助取得醫療保健服務或醫療服務提供者，請致電會員服務部。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。



C. 與 Medicare 第二支付順位以及 Medi-Cal 最末支付順位有關的通知

針對我們為您提供的服務，有時其他人將必須優先給付。例如，如果您發生車禍或者您在工作時受傷，保險公司或勞工賠償將必須優先給付。

我們有權利和責任針對 Medicare 支付順位並非第一的 Medicare 承保服務追償費用。

Cal MediConnect 方案遵循與醫療保健服務會員第三方法律責任有關的州法律及聯邦法律和法規。我們將採取所有合理的措施以確保 Medi-Cal 方案的支付順位位於最末。



第 12 章：重要辭彙的定義

簡介

本章包含 *會員手冊* 中通篇使用的關鍵術語及其定義。術語將按字母順序排列。如果您無法找到您正在尋找的術語，或是如果您需要較之定義所包含的更多的資訊，請聯絡會員服務部。

A 部份：請參閱「Medicare A 部份。」

B 部份：請參閱「Medicare B 部份。」

Cal MediConnect：方案透過單個健康計劃同時為您提供 Medicare 及 Medi-Cal 的福利。您只需一張會員 ID 卡便可以使用您的所有福利。

Care Plan Optional Services (CPO Services):隨附於您個人醫療保健計劃 Individualized Care Plan (ICP) 下的額外選擇性服務。這些服務的宗旨不在於取代您獲得授權透過 Medi-Cal 獲得的長期服務與支援。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS):負責 Medicare 的聯邦機構。第 2 章介紹了如何聯絡 CMS。

C 部份：請參閱「Medicare C 部份。」

D 部份：請參閱「Medicare D 部份。」

D 部份藥物：請參閱「第 Medicare D 部份藥物。」

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP):以客觀立場免費提供 Medicare 相關資訊與諮詢服務的方案。第 2 章說明如何聯繫 HICAP。

Medi-Cal 計劃：僅承保 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務與支援、醫療設備及交通運輸服務。Medicare 與其相獨立。

Medi-Cal 醫療必需：或「醫療必要性」是指保護生命、防止病患病情惡化或遭遇殘疾，或減少在疾病、病患或病痛診斷或治療過程中的劇痛所需的合理及必要類型的服務。它與可信的科學證據和同行評審文獻所支持的被普遍接受的醫學實踐標準相一致。

Medi-Cal：這是 California 管轄的 Medicaid 方案的名稱。Medi-Cal 由州政府所管理，並由州政府及聯邦政府承擔其費用。

- Medi-Cal 可以幫助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援費用以及醫療費用。
- 它對 Medicare 未承保的額外服務及某些藥物進行承保。
- Medicaid 方案因州而異，但如果您符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，便可承保大多數健康護理費用。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



- 請參閱第 2 章以瞭解關於如何聯絡 Medi-Cal 的資訊。

Medicare A 部份：承保大多數醫療必需的住院、專業護理機構、居家健康及臨終關懷的 Medicare 方案。

Medicare Advantage Plan:一種 Medicare 方案，又稱「Medicare C 部份」或「MA 計劃」，它透過私人公司提供計劃。Medicare 向這些公司支付費用以承保您的 Medicare 福利。

Medicare B 部份：承保在治療疾病或病症上具有醫療必要性的服務（如實驗室檢測、外科手術及醫生訪診）及供應品（如輪椅及助行器）的 Medicare 方案。Medicare B 部份也對多項預防及篩檢性服務提供承保。

Medicare C 部份：允許私人健康保險公司透過 Medicare Advantage Plan 提供 Medicare 福利的 Medicare 項目。

Medicare D 部份：Medicare 處方藥物福利方案。（我們將該項目簡稱為「D 部份」。）D 部份承保門診病患處方藥物、疫苗及部份未獲 Medicare A 部份或 B 部份或 Medi-Cal 承保的用品。Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 包括 Medicare D 部份。

Medicare D 部份藥物：受 Medicare D 部份承保的藥物。國會有特別規定，不允許某些藥物納入 D 部份的承保範圍。Medi-Cal 可能會為一部份這些藥物提供承保。

Medicare：為 65 歲或以上的人士、一些 65 歲以下的殘障人士、患有晚期腎臟疾病的人士（通常指永久性腎衰竭並需要腎透析或腎移植的患者）提供的聯邦醫療保險計劃。參保 Medicare 的人士可透過 Medicare 或托管護理計劃獲得其 Original Medicare 健康承保（請參閱「健康計劃」）。

Medicare-Medi-Cal 參保人（符合雙重資格）：某人士其資格同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 保險。Medicare-Medi-Cal 參保人也被稱為「雙重資格個人」。

Medicare-承保服務：Medicare A 部份和 B 部份所承保的服務。所有 Medicare 健康計劃，包括本計劃在內，必須承保屬於 Medicare A 部份和 B 部份承保範圍內的所有服務。

Original Medicare（傳統 Medicare 或付費服務 Medicare）：Original Medicare 由政府提供。根據 Original Medicare 的規定，Medicare 服務的承保方式是按國會所規定的金額向醫生、醫院和其他醫療服務提供者支付費用。

- 您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他健康護理提供者就診。Original Medicare 分為兩部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），
- Original Medicare 在 United States 全境提供服務。
- 如果您不希望投保我們的計劃，您可選擇 Original Medicare。

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)：為年滿 55 歲及以上且需要較高等級的護理才能夠居住在家中的人士承保 Medicare 及 Medi-Cal 福利的方案。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

上訴：在您認為我們的決定有誤時對我們的行動提出異議的一種方式。您可透過上訴，要求我們變更給付決定。第 9 章對上訴進行瞭解釋，並闡述了提出上訴的方法。

不正確的/不適當的收費：醫療服務提供者（如醫生或醫院）針對服務向病人收取高於計劃費用共同承擔額之費用的情況。在您獲得任何服務或處方時，請出示您的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員 ID 卡。如果您收到任何您不清楚的帳單，請致電會員服務部。

作為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的會員，您獲得本計劃承保的服務時，僅需支付本計劃的共同承擔費用。我們不允許醫療服務提供者收取高於這部份費用的金額。

文化能力訓練：訓練可針對醫療服務提供者給予額外指導，協助他們更深入地瞭解您的文化背景、價值觀和信仰，以便調整服務，適應您的社會、文化和語言需求。

日常生活活動 (Activities of daily living, ADL)：人們於日常生活中從事的事項，例如飲食、如廁、穿衣、沐浴或刷牙。

主要醫療保健提供者 (PCP)：主要醫療保健提供者是當您遇到大多數健康問題時首先會去求助的醫生或其他醫療服務提供者。他們會確保您獲得保持健康所需的醫療保健。

- 他們也可與其他醫生和醫療提供者討論您的護理情況，並將您轉介至上述醫生和醫療提供者。
- 在許多 Medicare 健康計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須到您的主治醫生處就診。
- 請參閱第 3 章如何從主要醫療保健提供者處取得醫療保健之資訊。

申訴：您針對我們或我們的網絡提供者或藥房之一所作出的一項投訴。這包括有關護理質素或您的健康計劃提供的服務質素投訴。

申訴專員：位於您所在州的辦公室，可作為代表您行事的倡議者。他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。申訴專員的服務為免費服務。您可在本手冊第 2 章及第 9 章中找到關於 Cal MediConnect Ombuds Program 的更多資訊。

仿制藥物：由聯邦政府批准用以替代品牌藥物的處方藥。仿製藥物具有與品牌藥物相同的成份。其價格通常更便宜且與品牌藥物具有同等功效。

共付額：每次您接受服務或用品時，您支付您負擔之部份的一個固定金額。例如，某種處方藥物您可能須支付 \$2 或 \$5。

療養院或護理機構：為無法在家接受照護但又無需住院的人士提供照護的場所。

州立聽證會：如果您的醫生或其他醫療服務提供者申請了我們不會核准的 Medi-Cal 服務，或我們將不再繼續承保您已接受的 Medi-Cal 服務，您可申請州聽證會。如果州聽證會做出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所申請的服務。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



行為健康：泛指精神健康與物質使用障礙的詞彙。

低收入補助 (LIS)：請參閱「額外補助。」

住院：正式入住醫院享受專業的醫療服務即為住院。如果您並非正式入住醫院，即使整晚待在醫院，但仍被視為門診病人而非住院病人。

投訴：一項聲明您有關於您的承保服務或護理的問題或憂慮的書面或口頭陳述。這包括任何關於服務質素、您的護理、我們的網絡提供者或我們的網絡藥房的質素的憂慮。「作出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

每日費用共同承擔費率：當您的醫生針對某藥物為您開立少於一個月的供藥量且按規定您必須支付共付額時，此費率即可能適用。每日費用共同承擔費率的計算方式是將共付額除以一個月藥量的天數。

範例如下：假設您藥物一個月供藥量（30 天供藥量）的共付額為 **\$1.35**。這即是說您每日須支付的藥物費用少於 **\$0.045**。如果您領取 7 天供應量的藥物，則您須支付的總費用將少於每天 **\$0.05** 乘以 7 天，即總額等於 **\$0.35**。

事先授權：在您取得特定服務、藥物或到網絡外醫療服務提供者處就診之前，您必須取得的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的核准。如果您未獲得核准，Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 可能不會為該服務或藥物提供承保。

部份網路內醫療服務唯有在您醫生或其他網路內醫療服務提供者取得本計劃的事先授權時才可以獲得給付。

- 第 4 章福利表中列有需獲得本計劃的事先授權的承保服務。

部分藥物唯有在您取得本計劃的事先授權時才可以獲得給付。

- 需要本計劃事先授權的承保藥物在 *承保藥物清單* 中有加以標示。

例外：使一般不屬於給付範圍的藥物得以獲得給付，或使會員得以在沒有特定規定和限制的情況下使用藥物的許可。

供藥量限制：針對您可以領取的藥量所設定的限制。限制有可能是針對每份處方藥物我們所給付的藥量。

初始承保階段：在您的 D 部份藥物總費用到達 **\$6,550** 前的階段。這包括了您支付的費用、本計劃代您支付的費用以及低收入補助。當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。在此階段，本計劃將會給付您藥物的部份費用，而您將需支付您的共同承擔費用。

居家健康助理：提供不需要持照護士或治療師專業技術之服務的人士，例如提供個人照護（如沐浴、如廁、更衣，或從事醫生囑咐的運動）方面的協助。家庭健康護理並無護士牌照或提供治療。

承保服務：我們用此詞彙來統稱所有屬於本計劃給付範圍的醫療保健服務、長期服務與支援、用品、處方藥物和非處方藥物、設備及其他服務。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



承保藥物：我們使用該術語來統稱所有屬於本計劃承保範圍的處方及非處方 (OTC) 藥物。

承保藥物清單 (藥物清單)：本計劃給予承保的處方及非處方 (OTC) 藥物清單。本清單上的藥物是由醫生和藥劑師協助本計劃挑選。藥物清單將會告訴您，在領取藥物時是否有任何您必須遵守的規定。藥物清單有時稱為「處方藥物清單」。

社區型成人服務 (CBAS)：為符合適用資格條件的合格參保人提供專業護理照護、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家屬/照護提供者訓練與支援、營養服務、交通運送服務及其他服務的門診機構服務方案。

社會安全補助金 (Supplemental Security Income, SSI)：社會安全局每月為收入與資源有限者（需為殘障人士、失明人士或需年滿 65 歲以上）提供給付的福利。SSI 福利與社會安全福利不同。

長期服務及支援 (LTSS)：長期服務與支援是協助改善長期醫療病症的服務。大多數服務幫助您待在家中，因此您無需前往療養院或醫院。LTSS 包括以社區為基礎的成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF)。

門診手術中心：為不需要住院治療以及預計所需治療時間不超過 24 小時的病患提供門診手術的機構。

非處方 (OTC) 藥物：非處方藥物是指人們無需健康護理專業人士的處方即可購買的任何藥物或藥品。

保健計劃：由醫生、醫院、藥房、長期服務醫療服務提供者及其他醫療服務提供者所組成的組織。它還擁有關懷經理，幫助您管理所有醫療服務提供者與服務。他們合作為您提供所需的護理。

品牌藥物：一種由最初制作該藥物的公司制作及銷售的處方藥。品牌藥物與該藥的仿製藥擁有同樣的成份。普通藥物通常為其他藥物公司製作及銷售。

Quality Improvement Organization (QIO)：協助 Medicare 的會員改善護理品質的一組醫生及其他健康護理專家。他們受雇於聯邦政府，負責檢查並改善提供給病患的醫療保健。關於如何聯絡您所在州的 QIO，詳情請參見第 2 章。

待審期間補助給付：在您等待第 1 級上訴或州聽證會的決定時，您可以持續取得您的福利（詳情請見第 9 章）。這種持續性的給付稱為「待審期間補助給付」。

急診：由受過訓練得以提供急診服務的醫療服務提供者所提供，且是治療醫療緊急情況或行為健康緊急情況所需的給付服務。

耐用醫療設備 (DME)：您的醫生指定供您在家中使用的某些用品。這類物品包括輪椅、腋下拐杖、有動力式床墊系統、糖尿病用品、由醫療服務提供者指定以供您在家中使用的醫院病床、IV 注射幫浦、語音產生裝置、氧氣設備和用品、噴霧器及助行器。

重大傷病給付階段：D 部份藥物福利的階段，在此階段，計劃將會給付您藥物的全額費用，直到該年度結束為止。當您的處方藥物達到 \$7,050 限額時該階段即開始。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



個人健康資訊（又稱為受保護健康資訊）(PHI)：您和您的健康相關的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生就診及病史。請參見 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的隱私實踐通告以瞭解更多有關 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 如何保護、使用並披露您的 PHI 以及您的 PHI 相關權利的資訊。

個人護理計劃（ICP 或護理計劃）：一項有關您可以取得之服務項目以及服務取得方式的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支援。

個案經理：與您本人、醫療保健計劃及您的醫療保健服務提供者合作，以確保您取得您所需之醫療保健的主要人士。

差額負擔：提供者（如醫生或醫院）針對服務向病人收取高於計劃費用共同承擔額之費用的情況。作為 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 的會員，您獲得我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的共同承擔費用。我們禁止提供者讓您「負擔差額」。倘您收到任何您不理解的賬單，請致電會員服務。

退保：終止您在本計劃之會員身分的程序。退保可為自願（自己選擇）或非自願（並非自己選擇）。

健康風險評估：檢視病患的醫療史和目前情況。用於判斷病患的健康，以及今後可能的變化。

專科醫生：針對特定疾病或特定身體部位提供醫療保健服務的醫生。

專業護理機構 (Skilled nursing facility, SNF) 照護：專業護理機構持續提供的日常專業護理服務和復健服務。專業護理機構服務包括註冊護士或醫生提供的理療或靜脈 (IV) 注射。

專業護理機構 (SNF)：配備職員及設備以提供專業護理及（多數情況下）專業康復服務以及其他相關健康服務的護理機構。

您的自付費用：會員需為其所接受的服務或領取的藥物支付一部份費用的共同承擔規定又稱為「自付費用」的費用規定。請參閱前面「費用共同承擔」的定義。

組織判定：當計劃（或其醫療服務提供者）針對某項服務是否屬於給付範圍，或針對您需要為該給付服務支付多少費用等事宜做決定時，該決定即稱為組織判定。組織判定在本手冊中又稱為「給付決定」。第 9 章介紹了如何要求我們作出給付決定。

給付決定：有關我們承保何種福利的決定。這包括有關承保藥物及服務或我們將為您的健康服務支付的額度的決定。第 9 章介紹了如何要求我們作出給付決定。

復健服務：協助您從疾病、意外或重大手術恢復的治療。請參閱第 4 章，有更多有關復健服務之資訊。

費用分擔：當您取得部份處方藥時，您必須支付的金額。費用共同承擔包括共付額。

費用共同承擔：在 Cal MediConnect 福利生效之前，您每個月可能需為您醫療保健費用負擔的部份。您需共同承擔的費用視您的收入和資源而定。

費用共同承擔層級：具有相同共付額的藥物群組。*承保藥物清單*（又稱為藥物清單）中的每一種藥物都屬於四 (4) 個共同承擔費用等級中的某一級。一般而言，費用共同承擔層級愈高，您共同承擔之藥物費用愈高。

須事先核准的服務：有會員居住地限制的醫療保健計劃招收會員的地理區域。對於限制您的就診醫生和醫院的計劃，通常還會限制您取得一般（非急診）醫療服務的區域。僅限在我們的服務區域內居住的人士可參保 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan。

會員（又稱為本計劃的會員或計劃會員）：享有 Medicare 及 Medi-Cal 且具備取得承保服務的資格，同時已投保本計劃且投保申請已獲得 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 及州政府核准的人士。

會員手冊與揭露資訊：本檔案連同您的參保表及任何其他附件或附則，這些內容均用於說明您的承保範圍、我們的責任、您的權利以及您作為本計劃會員的責任。

會員服務部：本計劃的部門之一，負責為您解答您對會員身分、福利、投訴與上訴的疑問。請參閱第 2 章瞭解如何聯絡會員服務部。

義肢與矯正裝置：這些醫療裝置由您的醫生或其他健康護理提供者指定。承保項目包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

跨科護理團隊 (Interdisciplinary Care Team, ICT) (ICT 或護理團隊)：醫療保健團隊中可能包括協助您取得您所需之醫療保健的醫生、護士、諮詢人員或其他健康專業人員。您的護理團隊還將協助您制訂一份護理計劃。

漸進式治療：在本計劃為您給付您所申請的藥物之前您必須先嘗試其他藥物的給付規定。

綜合門診復健機構 (CORF)：以提供疾病、意外或重大手術後之復健服務為主的機構。該機構提供各種服務，其中包括物理治療、社會或心理服務、呼吸療法、職能治療、語言治療以及居家環境評估服務。

網路內醫療服務提供者：我們用「醫療服務提供者」一詞來統稱為您提供服務與醫療保健的醫生、護士及其他人員。該術語也包括醫院、居家護理機構、診所及其他為您提供醫療保健服務、醫療器材、長期服務與支援的地方。

- 它們已獲得 Medicare 及州政府的許可或認證，可提供健康護理服務。
- 如果上述人士與機構同意與本醫療保健計劃合作，並接受我們的付款、而不向我們的會員額外收費，我們便將其稱為「網路內醫療服務提供者」。
- 只要您還是本計劃的會員，您就必須利用網路內醫療服務提供者取得給付服務。網絡提供者亦稱為「計劃提供者」。

網路藥房：同意為本計劃會員發配處方藥物的藥房（藥店）。由於他們同意與本計劃合作，因此我們稱其為「網路內藥房」。於大多數情況下，您的處方藥僅於您自我們的網路藥房配藥時可獲承保。

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。



網路外醫療服務提供者或網路外機構：非由本計劃聘僱、擁有或管理，且未與本計劃簽有合約為本計劃會員提供給付服務的醫療服務提供者或機構。第 3 章解釋了網路外醫療服務提供者或機構。

網路外藥房：未同意與本計劃合作以為本計劃會員協調或提供給付藥物的藥房。大部份您透過網路外藥房獲得的藥物並未得到我們計劃的承保，除非符合某些條件。

緊急情況：醫療緊急情況是指當您或任何其他具備一般健康及醫學常識的人士認為，您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免死亡、身體部位或身體機能喪失的狀況發生。醫學症狀可以為嚴重受傷或劇烈疼痛。

緊急醫療：您為需要立即進行護理的突發非緊急疾病、受傷或狀況獲得的護理服務。當難以獲得或您無法前往網絡提供者時，您可自網絡外提供者獲得急需護理。

衛生保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS)：管理 Medicaid 計劃（在 California 稱為 Medi-Cal）的 California 州政府部門在本手冊中通稱為「州政府」。

獨立醫療審查 (IMR)：如果我們拒絕您的醫療服務或治療申請，您可以向我們提出上訴裁定。如果您不認同我們的決定且您的問題與 Medi-Cal 服務有關，包括 DME 用品和藥物，您可以向 California Department of Managed Health Care 申請 IMR。IMR 是由不屬於本計劃的醫生針對您個案所進行的審查。如果 IMR 做出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所申請的服務或治療。您無需為 IMR 支付費用。

臨終關懷服務：旨在幫助患有末期絕症的人士舒適生活的護理及支援計劃。末期絕症意味著參與者患有末期疾病，且預期壽命不會超過 6 個月。

- 患有末期絕症的保戶有權選擇臨終護理。
- 經特別訓練的專業人士及護理人員團隊為個人提供完整護理，包括身體、情緒、社交及精神需求。
- Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 必須為您提供您所在地區內的臨終關懷服務提供者名單。

轉介：轉介是指必須經您的主治醫生 (PCP) 核准，才能由您的 PCP 以外的人員為您看診。如果您未得到核准，則 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 可能不會為該服務承保。您無需轉介即可向某些專科醫生求診，如女性健康專科醫生。您可在第 3 章和第 4 章分別中找到關於轉介和需要轉介的服務的更多資訊。

醫療必需：只有在您的醫生或其他網絡內提供者事先經過我們批准（有時稱為「預先授權」）時，醫療福利表中所列的某些服務才能獲得承保。醫療福利表中標出需獲得預先核准的承保服務。我們作出決定時基於兩個標準。首先是 Medicare 的規定。第二，存在公認的醫學執業標準。這些規範已經被醫學的實踐者和研究者所驗證和接受。我們還需要確保您獲得最具性價比的護理。這意味著其費用不會高於另一同樣可行的選擇。但我們也需要確定它適用於您。讓您因此能夠在正確的地點和正確的次數接受它。最後，我們不能僅因其較之其他選擇更便利而核准服務。除非接受緊急護理、急診護理或服務區域外的腎透析，否則您在得到來自我們計劃外的提供者的護理前必須獲得我們的核准。如需

如果您有任何疑問，請於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電 Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan，電話為 1-855-817-5785 (TTY: 711)。此為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽網站 duals.anthem.com。

尋找在我們計劃內的提供者，請線上搜尋我們的提供者及藥房名錄或致電會員服務部。如果您被轉介或感到您需要求診於一位並非我們計劃內的提供者，您必須在獲得護理前致電我們以得到核准。

醫療保健計劃管理局 (DMHC)：負責管理醫療保健計劃的 California 州政府部門。DMHC 協助投保 Cal MediConnect 的人士處理與 Medi-Cal 服務有關的上訴和投訴。DMHC 也會進行獨立醫療審查 (IMR)。

額外補助：Medicare 是一項方案，專門協助收入及資產有限的人士減少其 Medicare D 部份的處方藥物費用，例如保費、扣除額和共付額。額外補助也稱為「低收入補助」或「LIS」。

藥物等級：我們的藥物清單上的藥物群組。普通、品牌名或非處方 (OTC) 藥物是藥物等級的範例。本計劃藥物清單中的每一種藥物均屬於四 (4) 個等級中的某一級。

護理的樣式：透過包括病患和所有參與病患護理的護理團隊所提供的病患護理活動的協調和路線圖。

護理計劃：請參閱「個人醫療保健計劃」。

護理團隊：請參閱「跨科護理團隊」。

Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan 會員服務部

致電	1-855-817-5785 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。 會員服務部亦為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。
TTY	711 此為免費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。
寫信	Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan Member Services 12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop: 6150 Cerritos, CA 90703-9329
網站	duals.anthem.com



有疑問？

請致電 **1-855-817-5785** (TTY: **711**) 聯絡我們，時間為週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。此為免付費電話。或瀏覽 **duals.anthem.com**。



Anthem Blue Cross Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 同時簽約的健康計劃，向參保人提供這兩個方案的福利。Anthem Blue Cross 是 Blue Cross of California 的商標名稱。Anthem Blue Cross 和 Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. 是 Blue Cross Association 的獨立持牌人。ANTHEM 是 Anthem Insurance Companies, Inc. 的註冊商標。