Anthem

您的 2023 年福利指南

承保範圍說明書

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

會員服務：
1-833-707-3129 TTY: 711

www.anthem.com/ca

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) *會員手冊*

2023 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日

根據 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 您的健康和藥物承保

*會員手冊*簡介

這本*會員手冊*，也稱為*承保證明*，告訴您根據我們的計劃您在 2023 年 12 月 31 日之前的承保範圍。本手冊將會為您說明醫療保健服務、行為健康（精神健康與物質濫用疾患）服務、處方藥物承保範圍，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安養院或醫院。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

這是一份重要的法律文件。請妥善保管。

當本*會員手冊*說「我們」、「我們」、「我們的」或「我們的計劃」時，其所指的是 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)。

ATTENTION: If you speak If you speak English, Spanish, Chinese, Vietnamese, Tagalog, Korean, Armenian, Persian, Russian, Arabic, Cambodian, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (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 **1-833-707-3129** (TTY: **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.	Tagalog
안내: 한국어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이에**1-833-707-3129** (TTY: **711**)번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.	Korean
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայությունները: Զանգահարեք **1-833-707-3129** (TTY՝ **711**) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00-ից 20:00-ը: Այս զանգն անվճար է:	Armenian
توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان، به صورت رایگان، برای شما در دسترس می باشد. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با شماره (TTY: **711**) **1-833-707-3129** تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.	Persian (Farsi)
ВНИМАНИЕ: если вы говорите по-русски, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Звоните по тел. **1-833-707-3129** (TTY: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.	Russian
تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم(TTY: **711**) **1-833-707-3129**، من الاثنين حتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً. وتكون المكالمة مجانية.	Arabic
សូមជ្រាបៈ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា មានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ **1-833-707-3129** (TTY: **711**) ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច។ ទូរស័ព្ទមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។	Cambodian (Khmer)

您可以免費索取本文件的其他格式版本，如大字體印刷、點字和/或音訊版本。週一至週五早上 8 點到晚上 8 點請致電 **1-833-707-3129** (TTY: **711**)，此為免付費電話。致電時，請告知我們您是否希望這是一項常規訂單。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言發送相同的文件。您也可以致電我們更改或取消長期訂單。您也可以從 shop.anthem.com/medicare/ca 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 14

第 3 章：使用我們的計劃承保您的醫療保健和其他承保服務 29

第 4 章：福利表 47

第 5 章：獲得門診處方藥 97

第 6 章：您需支付的 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥費用 115

第 7 章：要求我們支付您因承保服務或藥物而收到的帳單 122

第 8 章：您的權利與責任 127

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） 151

第 10 章：終止您在我們計劃之會員身分 193

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 是一項 HMO D-SNP 計劃，具有 Medicare 合約和 California Medicaid 計劃的合約。加入 Anthem Blue Cross 取決於續簽合約。Anthem Blue Cross 是 Blue Cross of California 的營業名稱。Blue Cross Association 的獨立持牌人。Anthem 是 Anthem Insurance Companies, Inc. 的註冊商標。

- 這並非完整名單。此福利資訊只是簡短的摘要，而非完整的福利說明。如需更多資訊，請聯絡該計劃或閱讀 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 計劃會員手冊。

- 使用鴉片類藥物治療疼痛超過 7 天會帶來嚴重的風險，例如 - 成癮、過量服用，甚至死亡。如果您的疼痛持續，請諮詢您的醫生尋找風險更小的替代療法。您可以諮詢醫生一些選擇：非鴉片類藥物、針灸或物理療法，看看它們是否適合您。請致電 **1-833-707-3129** (TTY: **711**) 與會員服務部聯絡，瞭解您的計劃如何承保這些選項。

- Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 的承保合格的健康承保，稱為「最低基本承保」。它符合患者保護與平價醫療法案 (ACA) 個人分擔責任的要求。請瀏覽**美國國稅局** (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。

第 1 章：會員入門

簡介

本章包含有關 Anthem MediBlue Dual Advantage (HMO D-SNP)，一項承保您的所有 Medicare 服務並協調您所有 Medi-Cal 服務的健康計劃的資訊。它也會告訴您期待什麼和您將從我們取得哪些其他資訊。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

目錄

A. 歡迎來到我們的計劃 7

B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊 7

B1. Medicare 7

B2. Medi-Cal 7

C. 我們計劃的優勢 8

D. 我們計劃的服務區域 8

E. 成為計劃會員需要符合哪些條件？ 9

F. 當您首次加入我們的健康計劃時會發生什麼 9

G. 您的護理團體和護理計劃 10

G1. 護理團隊 10

G2. 護理計劃 10

H. 月繳計劃保費 10

I. 您的*會員手冊* 10

J. 您從我們這裡獲得的其他重要資訊 11

J1. 您的計劃 ID 卡 11

J2. *醫療服務提供者及藥房名冊* 11

J3. *給付藥物清單* 12

J4. *福利解說* 12

K. 更新您的會員記錄 13

K1. 個人健康資訊 (PHI) 的隱私 13

A. 歡迎來到我們的計劃

我們的計劃為符合這兩個計劃的個人提供 Medicare 和 Medi-Cal 服務。我們的計劃包括醫生、醫院、藥房、長期服務和支援的提供者、行為健康提供者和其他提供者。我們也有護理協調員和護理團隊以助您管理您的提供者和服務。他們齊心協力為您提供所需的照護。

Anthem Blue Cross 服務加州人超過 75 年。在 Anthem Blue Cross，我們致力於為我們的會員提供更好的護理，為我們的客戶提供更大的價值，並幫助改善我們社區的健康。

B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計劃，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 計劃的名稱。Medi-Cal 由州管理，由州和聯邦政府支付費用。Medi-Cal 幫助收入和資源有限的人士支付長期服務和支援 (LTSS) 和醫療費用。它承保 Medicare 未承保的額外服務和藥物。

每個州決定以下事務：

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

只要遵循聯邦規則，各州可以決定如何營運其計劃。

Medicare 和 California 核准了我們的計劃。只要滿足以下條件，您就可以透過我們的計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供本計劃；**且**
- Medicare 和 California 允許我們繼續提供此計劃。

即使我們的計劃在未來停止運作，您享受 Medicare 和 Medi-Cal 服務的資格也不會受到影響。

C. 我們計劃的優勢

您現在將從我們的計劃中獲得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括處方藥。**您無需支付額外費用即可加入此健康計劃。**

我們幫助您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利更好地合作，更好地為您服務。部份優勢包括：

- 您可以與我們合作，滿足您的**所有**醫療保健需求。
- 您擁有由您幫助組建的護理團隊。您的醫療保健團隊成員可能包括您本人、您的照顧者、醫師、護士、諮詢人員或其他醫療保健專業人員。
- 您可以獲得護理協調員。該人士與您、我們的計劃和您的護理團隊一起幫助制訂護理計劃。
- 在您的護理團隊和護理協調員的幫助下，您可以指導自己的護理。
- 您的護理團隊和護理協調員與您一起制訂旨在滿足**您**健康需求的護理計劃。護理團隊幫助協調您需要的服務。例如，這意味著您的護理團隊確保：
    - 您的醫師了解您服用的所有藥物，因此他們可以確保您服用正確的藥物，而且減少您可能因藥物而產生的任何副作用。
    - 您的測試結果將酌情與您的所有醫生和其他提供者分享。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 的**新會員**：在大多數情況下，您將在您申請加入後當月的首日加入 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 以獲得您的 Medicare 福利 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D -SNP)。您仍可以在一個月內從之前的 Medi-Cal 健康計劃中獲得 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 獲得您的 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保不會出現缺口。如果您有任何問題，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-833-707-3129** (TTY: 711) 聯絡我們。

D. 我們計劃的服務區域

我們的服務區域包括 Los Angeles 和 Santa Clara 縣。

只有住在我們服務區的人才能加入我們的計劃。

如果您搬出我們的服務區域，您將不能留在我們的計劃中。請參閱*會員手冊* **第 8 章**，了解關於搬出我們服務區域的影響的更多資訊。

E. 成為計劃會員需要符合哪些條件？

您只要符合以下條件即具備加入本計劃的資格：

- 居住在我們的服務區（被監禁的個人即使實際位於該地理服務區也不被視為居住在該服務區），**和**
- 在投保時已年滿 21 歲；**且**
- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，**以及**
- 目前有資格獲得 Medi-Cal ，**以及**
- 為美國公民或在美國合法居留。

如需更多資訊，請致電會員服務部。

請注意：如果您失去資格，但可以合理預期在 3 個月內重新獲得資格，那麼您仍有資格成為我們計劃的會員（第 4 章 A 部分會告訴您在此期間的承保範圍和費用分攤，這稱為持續資格）。

F. 當您首次加入我們的健康計劃時會發生什麼

當您首次加入我們的計劃時，您會在有效投保日期後的 90 天內獲得健康風險評估 (HRA)。

我們必須為您完成 HRA。該 HRA 是制定您的護理計劃的基礎。此 HRA 將包括用以判斷您的醫療、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 HRA。我們可以透過親自面談、電話或郵寄來完成 HRA。

我們將向您發送關於此 HRA 的更多資訊。

如果我們的計劃對您來說是新的，您可以繼續使用您現在使用的醫生一段時間，如果他們不在我們的網絡中。我們稱之為護理的連續性。如果他們不在我們的網絡，若滿足以下所有條件，您可以在註冊時保留您目前的服務提供者和服務授權長達 12 個月：

- 您、您的代表或者您的提供者要求我們讓您繼續使用您目前的提供者。
- 我們確定您與初級或專科護理提供者存在現有關係，但有一些例外。當我們說「現有關係」時，是指您在首次加入我們計劃之日前 12 個月內至少看過一次網絡外提供者進行非緊急就診。
    - 我們透過檢視您可用的可用健康資訊，或您提供給我們的資訊以確定現有關係。
    - 我們有 30 天的時間可以回覆您的申請。您可以要求我們做出更快的決定，我們必須在 15 天內作出回覆。
    - 當您提出申請時，您或您的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。

注意：您只能針對耐用醫療設備 (DME)、運輸或其他未包含在我們計劃的輔助服務提出此服務請求。您**無法**向 DME 提供者、運輸或其他輔助供應商提出此要求。

護理連續期結束後，您將需要使用 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 網絡的醫生和其他提供者，除非我們與您的網絡外醫生簽訂協議。網絡內提供者是指與本醫療保健計劃合作的提供者。有關獲得護理的更多資訊，請參閱*會員手冊* **第 3 章**。

G. 您的護理團體和護理計劃

G1. 護理團隊

護理團隊可以助您繼續取得所需的護理。護理團隊可能包括您的醫生、護理協調員，或者您選擇的其他健康人員。

護理協調員是受過訓練的人員，可助您管理所需的護理。當您加入我們的計劃時，您將獲得護理協調員。該人員也會向您轉介我們計劃可能未提供的其他社區資源，並將與您的護理團隊合作幫助協調您的護理。請撥打頁面底部的電話聯絡我們，了解關於您的護理協調員以及護理團隊的更多資訊。

G2. 護理計劃

您的護理團隊與您一起制訂護理計劃。護理計劃會告訴您和您的醫生您需要哪些服務和如何取得這些服務。服務包括醫療、行為健康及 LTSS 需求。

您的護理計劃包括：

- 您的醫療保健目標。
- 獲得所需服務的時間表。

在您進行健康風險評估後，您的護理團隊會與您會面。他們與您討論您需要的服務。他們還會告訴您您可能想要考慮獲得的服務。您的護理計劃是基於您的需求。您的護理團隊至少每年與您一起更新您的護理計劃。

H. 月繳計劃保費

我們的計劃沒有月度計劃保費。

I. 您的*會員手冊*

您的*會員手冊*是我們與您簽訂的合約的一部分。這意味著我們必須遵守本文件的所有規則。如果您認為我們的行為違反了這些規則，您可以對我們的決定提出上訴。有關上訴的資訊，請參閱*會員手冊* **第 9 章**或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，索取一份*會員手冊*。您也可以參考我們網站上的*會員手冊*頁面底部的網址或下載。

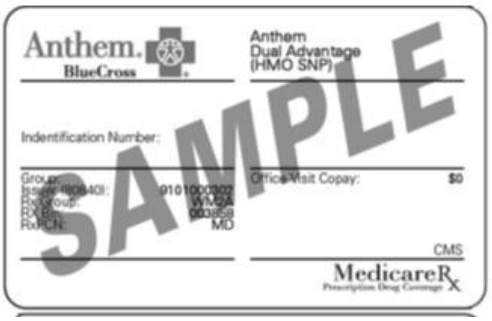
合約有效期為您在 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間加入我們的計劃的月份。

J. 您從我們這裡獲得的其他重要資訊

我們向您提供的其他重要資訊，包括您的會員 ID 卡、有關如何存取*提供者和藥房名錄*的資訊，以及有關如何存取*承保藥物清單*。

J1. 您的計劃 ID 卡

根據我們的計劃，您有一張卡用於我們計劃承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括長期服務和支援、某些行為健康服務以及處方。您在獲得任何服務或 D 部分處方時出示此卡。這是一張會員 ID 卡的樣本：





如果您的會員 ID 卡被損壞、遺失或被盜，請立即撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。我們會給您寄一張新卡。

只要您是我們計劃的會員，您就不需使用您的紅、白和藍 Medicare 卡。將此卡存放在安全的地方，以備日後需要時使用。如果您出示您的 Medicare 卡而並非會員 ID 卡，提供者可能會向 Medicare 而非我們的計劃開具帳單，而您可能會收到帳單。請參閱*會員手冊* **第 7 章**，了解如果您從提供商收到帳單該怎麼辦。

請記住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利身份證 (BIC) 才能取得以下的服務：

- 針對您可以透過郡政府精神健康計劃 (MHP) 所取得的專科精神健康服務，您在使用這些服務時將需要您的 Medi-Cal 卡。

J2. *醫療服務提供者及藥房名冊*

*提供者和藥房目錄*載列於我們計劃網絡的提供者和藥房。當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡提供商以取得承保的服務。

您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，索取一封*提供者和藥房名錄*。您也可以參考在 shop.anthem.com/medicare/ca 的*提供者和藥房名錄*。

*《醫療服務提供者及藥房目錄》*列出了您作為我們的計劃的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（如成人日間中心服務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。

網絡內提供者的定義

- 我們的網絡服務提供商包括：
  - 您作為本計劃會員可以請其為您看診的醫師、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**
  - LTSS、行為健康服務、家庭健康機構、耐用醫療設備供應商，以及提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 獲得的商品和服務的其他人。

網絡供應商同意接受我們計劃的承保的服務付款作為全額付款。

網絡藥房的定義

- 網絡藥房是同意為我們的計劃成員配藥的藥房。請利用*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。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部了解更多資訊。會員服務和我們的網站都可以為您提供關於我們網絡藥房和供應商變化的最新資訊。

耐用醫療設備清單 (DME)

透過本*會員手冊*，我們向您發送了耐用醫療設備清單。此清單告訴您，我們支付的 DME 之品牌和製造廠商。最新的品牌、製造商和供應商清單也可以在我們的網站上找到，地址位於頁面底部。請參閱*會員手冊***第 3 章和第 4 章**以了解有關 DME 設備的更多資訊。

J3. *給付藥物清單*

本計劃有一份*承保藥物清單*。我們稱之為「藥物清單」。它會告訴您我們的計劃承保哪些處方藥。

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。有關詳細資訊，請參閱*會員手冊***第 5 章**。

每年，我們都會向您發送關於如何存取藥物清單的資訊，但有些變化可能在年內出現。要取得有關承保藥物的最新資訊，請致電會員服務部或瀏覽我們的網站（請參閱頁面底部的資訊）。

J4. *福利解說*

當您使用您的 D 部分處方藥福利時，我們會向您發送一份摘要，以幫助您了解和跟踪您的 D 部分處方藥付款。此摘要被稱為*福利說明* (EOB)。

EOB 會告知您，或者代表您的其他人對您的 D 部分處方藥花費的總金額，以及我們在當月為您的每個 D 部分處方藥所支付的總金額。EOB 有關於您服用藥物的更多資訊。您的*會員手冊*第 **6 章**提供了有關 EOB 及其如何幫助您跟踪藥物承保的更多資訊。

您也可以要求 EOB。要獲得一份副本，請透過頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。

K. 更新您的會員記錄

當您的資訊出現變化時，您可以告知我們您的會員記錄為最新。

我們需要這些資訊來確保我們的記錄中包含您的正確資訊。我們的網絡提供商和藥房也需要有關您的正確資訊。**他們使用您的會員記錄來了解您獲得了哪些服務和藥物，以及其花費了您多少錢**。

立即告知我們以下各項：

- 您的姓名、地址或電話號碼。
- 任何其他健康保險的變更，例如您的雇主、您配偶的雇主或您的同居伴侶的雇主，或勞工賠償。
- 出現任何責任申索（如來自交通意外的申索）。
- 入住安養院或醫院。
- 來自醫院或急診室的護理。
- 您的看護人（或對您負責的任何人）的變化。
- 您參加一項臨床研究。（**請注意**：您不需要告知我們您參與或成為一員的臨床研究，但我們鼓勵您這樣做。）

如果任何資訊出現變化，請致電會員服務部。

K1. 個人健康資訊 (PHI) 的隱私

您的會員記錄中的資訊可能包括個人健康資訊(PHI)。聯邦和州法律要求我們將您的 PHI 保密。我們保護您的 PHI。關於我們如何保護您的 PHI 的更多詳細資訊，請參閱您的*會員手冊*的**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，以助您回答有關我們的計劃和您的醫療保健福利的問題。您也可以使用本章獲得有關如何聯絡您的護理協調員和其他人以代表您進行倡導的資訊。關鍵術語及其定義按字母順序在*會員手冊*的最後一章載列。

目錄

A. 會員服務部 15

B. 您的護理協調員 17

C. 護士諮詢熱線 19

D. 行為健康危機熱線 19

E.健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 20

F. 品質改善組織 (QIO) 21

G. Medicare 22

H. Medi-Cal 23

I. 監察員辦公室 24

J. 郡社會服務 25

K. 郡專科精神健康計劃 26

L. California 管理式健康護理部 27

M. 其他資源 28

A. 會員服務部

致電	**1-833-707-3129** 此為免付費電話。 上午 8 點至晚上 8 點，從 10 月 1 日至 3 月 31 日的每週七天（感恩節及耶誕節除外），以及從 4 月 1 日至 9 月 30 日的週一至週五（節假日除外） 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 此為免付費電話。 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。 上午 8 點至晚上 8 點，從 10 月 1 日至 3 月 31 日的每週七天（感恩節及耶誕節除外），以及從 4 月 1 日至 9 月 30 日的週一至週五（節假日除外）
寫信	P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007
網站	shop.anthem.com/medicare/ca

聯絡會員服務以獲得以下協助：

- 擁有與本計劃相關之疑問
- 關於理賠或計費的問題
- 與您醫療保健服務有關的承保決定
  - 關於您的健康護理的承保決定是有關以下內容的決定：
    - 您的福利和承保的服務；**或**
    - 我們為您的健康服務支付的金額。
  - 如果您對與您醫療保健服務有關的承保決定有疑問，請致電與我們聯絡。
  - 要了解有關承保決定的更多資訊，請參閱*會員手冊*的**第 9 章** 。
- 與您醫療保健服務有關的上訴
  - 上訴是要求我們審查我們對您的承保做出的決定，並且在您認為我們犯了錯誤或不同意該決定時要求我們變更決定的正式方式。
  - 要了解有關提出上訴的更多資訊，請參閱*會員手冊*的**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。網絡提供者是與我們的計劃合作的提供者。您也可以向我們或品質改進組織投訴您獲得的護理品質（請參閱 **F 部分**）。
  - 您可致電 1-833-707-3129 告訴我們您的投訴內容。
  - 如果您的投訴是關於您的醫療保健的承保決定，您可以提出上訴（請參閱上面的部分 **– F 部分**）。
  - 您可以向 Medicare 投訴我們的計劃。您可以使用在 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 的線上表格。或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 求助。
  - 您可以致電 1-888-452-8609，向細查員計劃投訴我們的計劃。
  - 要了解有關就您的醫療保健提出投訴的更多資訊，請參閱*會員手冊*的**第 9 章** 。
- 關於您的 Medicare 承保藥物的承保決定
  - 有關您的 Medicare 藥物的承保決定是關於以下方面的決定：
    - 您的福利和 Medicare 承保藥物**或**
    - 我們為您的 Medicare 藥物支付的金額。
  - Medicare Rx 可能承保非 Medicare 承保藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和某些維生素。有關更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 1-800-977-2273。
  - 有關您的 Medicare 處方藥承保決定的更多資訊，請參閱您的*會員手冊*的**第 9 章**。
- 有關您的 Medicare 藥物的上訴
  - 上訴是一種要求我們變更承保決定的方式。
  - 有關您的 Medicare 處方藥上訴的更多資訊，請參閱您的*會員手冊*的**第 9 章**。
- 有關您的 Medicare 藥物投訴
  - 您可以針對我們或針對任何藥房提出投訴。這包括針對您的 Medicare 處方藥的投訴。
  - 如果您的投訴是有關您的 Medicare 處方藥的承保決定，您可以提出上訴。（請參見以上的部分。）

- 您可以向 Medicare 投訴我們的計劃。您可以使用在 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 的線上表格。或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 求助。
- 有關對您的 Medicare 處方藥提出投訴的更多資訊，請參閱*會員手冊***第 9 章**。

- 您已支付的醫療保健或 Medicare 藥物的付款
  - 有關如何要求我們向您還款或支付您收到的帳單的更多資訊，請參閱您的*會員手冊* **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。參閱*會員手冊* **第 9 章** 。

B. 您的護理協調員

在 Anthem MediBlue Full Dual Advantage，您將得到護理協調員的支援，在健康活動前、期間和之後為您提供協助。

當您成為 Anthem MediBlue Full Dual Advantage 會員時，您將獲得分配一名護理協調員。

- 護理協調員是與您、健康計劃以及您的護理提供者一起工作的主要人員，以確保您獲得所需的護理。
- 護理協調員將與您聯絡，以確保您獲得所需的東西。
- 如果您進入醫院，護理協調員可以幫助安排可以在家康復的服務。
- 如果您認為您可以使用護理協調員的幫助，您可以聯絡會員服務部並且要求與護理協調員交談 。
- 如果您對您的護理協調員不滿意，您可以在週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點致電 1-833-707-3129 (TTY: 711) 聯絡會員服務部尋找符合您需求的護理協調員。

致電	**1-833-707-3129** 此為免付費電話。 時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。 我們為不說英語的人士提供免費口譯服務。
TTY	TTY:**711** 此為免付費電話。 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。 時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。
寫信	P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007
網站	shop.anthem.com/medicare/ca

聯絡您的護理協調員以獲得以下服務：

- 關於醫療保健的疑問
- 與取得行為健康（精神健康與物質濫用障礙）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

LTSS 包括基於社區的成人服務 (CBAS) 以及護理機構 (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。

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。致電您的護理協調員了解詳細資訊並幫助您申請。

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：

• 基於社群的成人服務 (CBAS)，

• 專業護理，

• 物理治療，

• 職業治療，

• 言語治療，

• 醫療社會服務，**以及**

• 家庭保健。

C. 護士諮詢熱線

護士諮詢電話熱線隨時候命為您解決健康護理方面的疑問和疑慮。護士諮詢電話熱線可有助於減輕您的後顧之憂，或協助您決定是否應該去看醫生。有時候您會在半夜、週末或者假日遇到健康問題。無論何日何時，您都可以致電護士諮詢電話熱線向護士商談。如果您有關於您的健康或醫療保健的問題，您可以聯絡護士諮詢熱線。

致電	1-800-224-0336 此為免付費電話。 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 此為免付費電話。 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。 每週 7 天，每天 24 小時全天候服務

D. 行為健康危機熱線

致電	1-800-854-7771 此為免付費電話。 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 此為免付費電話。 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。 每週 7 天，每天 24 小時全天候服務

聯絡行為健康危機熱線尋求幫助：

與行為健康和物質濫用服務有關的問題

- 篩檢
- 評估
- 轉診
- 危機諮詢

關於您的專科精神醫療保健服務，請參閱**第 K 節**。

E.健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)

健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 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 與任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。

致電	1-800-824-0780 週一至週五的上午 8:30 至下午 4:30。
寫信	520 S. La Fayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
網站	www.healthcarerights.org

聯絡 HICAP 尋求幫助：

- 有關我們的計劃或 Medicare 的問題
- 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。

F. 品質改善組織 (QIO)

本州擁有一個名為 Livanta 受益人和以家庭為中心的護理品質改進組織 (BFCC-QIO) 的組織。這是一個由幫助 Medicare 受益人改善醫療服務品質的醫師和其他醫療保健專業人士組成的團體。Livanta 與我們的計劃並無關聯。

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。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。
寫信	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	www.livantaqio.com

聯絡 Livanta 受益人和以家庭為中心的護理品質改進組織 (BFCC-QIO) 尋求協助：

- 有關您的醫療保健權利的問題
- 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**
  - 認為所接受的家庭健康護理、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。

G. Medicare

Medicare 是個專為 65 歲及以上人士及部分 65 歲以下的殘障人士，及末期腎臟疾病患者（罹患永久性腎衰竭，需要定期洗腎或是腎臟移植手術）所設計的聯邦健康保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 及 Medicaid 服務中心，或簡稱 CMS。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此為免付費電話，每週 7 天 24 小時全天候服務。
TTY	1-877-486-2048 此為免付費電話。 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。
網站	medicare.gov 這是 Medicare 的官方網站。它可為您提供有關 Medicare 的最新資訊。它還提供有關醫院、療養院、醫師、家庭保健機構、透析設施、住院康復設施和臨終關懷機構的資訊。 它包括有用的網站和電話號碼。它還包含可以直接從您的電腦列印的文件。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心可能會幫助您使用他們的電腦瀏覽本網站。或者，您可以撥打以上的號碼致電 Medicare，告訴他們您在尋找什麼。他們將在網站上尋找資訊並與您一起檢視資訊。

H. Medi-Cal

Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 計劃。這是一項公共健康保險計劃，為低收入個人，包括有孩子的家庭、老年人、殘疾人、寄養家庭、孕婦以及患有結核病等特定疾病的個人、乳腺癌或 HIV/AIDS，提供所需的醫療保健服務 Medi-Cal 由州和聯邦政府資助。

致電	1-844-580-7272 週一至週五，上午 8 點至下午 6 點有人接聽電話。
TTY	1-800-430-7077 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。
寫信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. 監察員辦公室

監察員辦公室代表您擔任倡導者。他們可在您出現問題或想投訴時解答疑問，並助您瞭解如何解決問題。監察員辦公室也可以助您解決服務或計費問題。監察員辦公室不會在投訴中自動偏袒任何一方。他們以公正和客觀的方式考慮所有方面。他們的工作是幫助制訂公平的解決方案以解決獲得醫療保健的問題。其服務是免費。

致電	1-888-452-8609 此為免付費電話。週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。
TTY	711 此為免付費電話。
寫信	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. 郡社會服務

如果您在 Los Angeles 或 Santa Clara 縣福利方面需要幫助，請聯絡您當地的縣社會服務部。

	LOS ANGELES
致電	1-888-944-4477 此為免付費電話。 時間為週一至週五上午 8 時至晚上 5 時。
寫信	IHSS Applications 2707 S. Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
網站	https://dpss.lacounty.gov/en.html
	SANTA CLARA
致電	1-877-962-3633 此為免付費電話。 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. 郡專科精神健康計劃

如果您符合醫療必要性標準，您可以透過縣精神健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專業精神健康服務。

致電	1-800-854-7771 此為免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時，包括節假日我們為不會說英語的人提供免費的口譯服務。
TTY	711 此為免付費電話。 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。 每週 7 天，每天 24 小時

聯絡縣專業精神健康計劃尋求幫助：

- 有關所在縣提供的行為健康服務的問題
  - o 資格評估
  - o 轉診
  - o 約診
  - o 有關提供的服務的一般資訊

L. California 管理式健康護理部

California 管理式健康護理部(DMHC) 負責監管健康計劃。DMHC 協助中心可以助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。

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 撥打此號碼適用於有聽力或語言有障礙的人士。您必須擁有使用專用電話設備才能撥打此號碼。
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.dmhc.ca.gov

M. 其他資源

健康消費者聯盟申訴專員計劃 (HCA) 提供免費幫助，幫助難以獲得或維持健康保險的人士並解決其健康計劃問題。

如果您有以下問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的保健計劃
- 獲得醫療服務
- 上訴被拒絕的服務、藥物、耐用醫療設備 (DME)、精神健康服務等。
- 醫療計費
- 居家援助服務 (IHSS)

健康消費者聯盟協助投訴、上訴和聽證會。健康消費者聯盟的電話號碼為 1-888-804-3536。

第 3 章：使用我們的計劃承保您的醫療保健和其他承保服務

簡介

本章包括您需要了解的特定條款和規則，以便透過我們的計劃獲得醫療保健和其他承保服務。它也告訴您關於您的護理協調員的資訊，如何從不同類型的醫療服務提供者處和在某些特殊情況下（包括網絡外以來服務提供者或藥房）獲得護理，如果直接向您收取我們承保服務的收費該怎麼辦，以及擁有耐用醫療設備 (DME) 的規則。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

目錄

A. 有關服務和醫療服務提供者的資訊 31

B. 獲得我們計劃承保的服務的規則 31

C. 您的護理協調員 32

C1. 護理協調員是 32

C2. 如何聯絡您的護理協調員 33

C3. 您如何變更您的護理協調員 33

D. 來自醫療服務提供者的護理 33

D1. 來自主治醫生的護理 33

D2. 來自專科醫師和其他網絡內醫療服務提供者的護理 35

D3. 當醫療服務提供者離開我們的計劃 36

D4. 網絡外提供者 36

E. 行為健康（精神健康和物質使用障礙）服務 37

E1. 在我們的計劃外提供的 Medi-Cal 行為健康服務 37

F. 運送服務 39

F1. 非緊急情況的醫療運輸 39

F2. 非醫療交通運輸服務 39

G. 醫療緊急情況、急需時或災難期間的承保服務 40
G1. 醫療緊急情況的護理 40
G2. 緊急醫療照護 42
G3. 災難期間的護理 43
H.如果我們的計劃承保的服務直接向您收費，該怎麼辦 43
H1. 如果我們的計劃不承保服務怎麼辦 43
I. 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍 44
I1. 臨床試驗研究的定義 44
I2. 您參加臨床試驗研究時的服務付款 44
I3. 關於臨床研究的更多資訊 44
J. 宗教非醫療保健機構如何承保您的醫療保健服務 45
J1. 宗教性非醫療機構的定義 45
J2. 來自宗教非醫療保健機構的護理 45
K. 耐用醫療裝置 (DME) 45
K1. DME 身為我們計劃的會員 45
K2. 如果您改用 Original Medicare，DME 的擁有權 46
K3. 身為本計劃的會員的氧氣設備福利： 46
K4. 當您切換到 Original Medicare 時的氧氣設備 46

A. 有關服務和醫療服務提供者的資訊

服務為醫療保健（例如醫生看診和治療）、長期服務和支援 (LTSS)、用品、行為健康服務（包括精神健康和保健）、處方藥物和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**是我們的計劃支付的任何這些服務。承保的醫療保健、行為健康和長期服務與支援 (LTSS) 載列於*會員手冊* **第 4 章** 。承保的處方藥和非處方藥載列於您的*會員手冊***第 5 章**。

醫療服務提供者指醫師、護士以及為您提供服務及醫療保健的其他人士。醫療服務提供者還包括醫院、家庭健康機構、診所和其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療設備和某些長期服務和支援 (LTSS) 的場所。

網絡提供者是與我們計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的全額付款。網絡提供者會直接向我們寄送您所取得醫療保健服務之帳單。當您使用網絡提供者時，您通常無需支付承保的服務。

B. 獲得我們計劃承保的服務的規則

我們的計劃承保 Medicare 服務並承保或協調所有 Medi-Cal 服務。這包括行為健康服務和長期服務與支援 (LTSS)。

我們的計劃將協調您在遵守我們的規則時獲得的醫療保健服務、行為健康服務以及 LTSS。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**。這意味著我們將其包含在您的*會員手冊***第 4 章**的福利圖表中。
- **該**護理必須是**醫學上必要的。**醫學上必要的，我們是指合理且保障生命的重要服務。需要醫療上必要的護理，以防止個人患重病或殘疾，並透過治療疾病、疾病或傷害以減輕嚴重疼痛。
- 對於醫療服務，您必須有一名網絡**初級保健提供者(PCP)**來訂購護理或告訴您使用其他醫療服務提供者。身為計劃會員，您必須選擇一名網絡提供者擔任您的 PCP。
    - 在大多數情況下，您的網絡 PCP *或*我們的計劃必須先核准您，然後您才能使用並非您的 PCP 的醫療服務提供者或使用我們計劃網絡的其他醫療服務提供者。這稱為**轉介**。如果您未獲得核准，我們可能無法承保這些服務。您無需轉介即可使用某些專家醫生，例如女性保健專科醫生。
    - 如果您選擇屬於獨立執業協會 (IPA) 或醫療團體的 PCP，可供您使用的專科醫生、輔助服務提供者及醫院將僅限於與該 PCP 的 IPA 或醫療團體簽約者。您不需要 PCP 的轉診以獲得緊急護理或者急需護理或者使用女性的醫療服務提供者。您可以在沒有 PCP 轉診的情況下取得其他類型的護理（關於這方面的更多資訊，請參閱本章的 D1 部分）。

- **您必須從網絡內提供者處取得醫療保健服務。**通常，我們不會承保不與我們的健康計劃合作的提供者的護理。這意味著您必須為網絡外提供者提供的服務向提供者全額支付費用。以下是不適用此規定的一些情況：
    - 我們承保網絡外醫療服務提供者提供的緊急或急需護理（關於這方面的更多資訊，請參閱本章的 H 部分。
    - 如果您需要我們的計劃承保的護理，而我們的網絡提供者無法為您提供，您可以從網絡外提供者獲得護理； 但是，可能需要事先授權。在這情況下，我們為您提供免費的護理。
    - 當您短時間處於我們計劃的服務區域之外，或者當您的醫療服務提供者暫時不可用或無法獲得時，我們會承保腎透析服務。您可以在獲得 Medicare 認證的透析機構獲得這些服務。
    - 當您首次加入我們的計劃時，您可以要求繼續使用您目前的提供者。除某些例外情況外，如果我們能夠確定您與醫療服務提供者之間存在現有關係，我們必須核准此請求。請參閱*會員手冊* **第 1 章**。如果我們核准您的請求，您可以繼續使用您現在使用的醫療服務提供者最多 12 個月的服務。在此期間，您的護理協調員將與您聯絡，以助您在我們的網絡中尋找醫療服務提供者。在 12 個月後，如果您繼續使用並非我們網絡內的醫療服務提供者，我們將不再承保您的護理。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 的**新會員**：在大多數情況下，您將在您申請加入後當月的首日加入 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 以獲得您的 Medicare 福利 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D -SNP)。您仍可以在一個月內從之前的 Medi-Cal 健康計劃中獲得 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 獲得您的 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保不會出現缺口。請致電 **1-833-707-3129** (TTY: **711**) 聯絡我們，時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日期間（感恩節及聖誕節除外），每週七天，早上 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間（節假日除外），週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。如果您有任何問題。

C. 您的護理協調員

C1. 護理協調員是

護理協調員是臨床醫生或其他經訓練的人員，其為我們的計劃工作以為您提供個案經理服務。案例經理與病患合作以獲得他們要保持健康所需的護理。

案例經理協助病患：

- 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. 如何聯絡您的護理協調員

致電會員服務部您的護理協調員。在許多情況下，護理協調員可能會向您提供他們的直接聯絡資訊。

C3. 您如何變更您的護理協調員

如果您希望見不同的護理協調員，請致電會員服務部分享您的疑慮並且要求另一名護理協調員。

D. 來自醫療服務提供者的護理

D1. 來自主治醫生的護理

您必須選擇一位初級保健提供者 (PCP) 為您提供和管理醫療保健。如果您選擇屬於獨立執業協會 (IPA) 或醫療團體的 PCP，可供您使用的專科醫生、輔助服務提供者及醫院將僅限於與該 PCP 的 IPA 或醫療團體簽約者。

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。您將前往您的 PCP 處進行例行檢查。如果您患病，您的 PCP 將會是第一個與您聯絡的人。他或她將為您開具處方藥物，若有需要，將您轉介給專科醫師或其他醫療服務提供者。

您的 PCP 可以是：

- 一位家庭醫師
- 婦產科/婦科醫師
- 提供主要醫療保健的專科醫師
- 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 MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 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 時需要協助，請在 10 月 1 日至 3 月 31 日每週 7 天（感恩節和聖誕節除外），以及從 4 月 1 日到 9 月 30 日週一至週五（節假日除外），上午 8 點至晚上 8 點致電**1-833-707-3129** (TTY: **711**) 聯絡電會員服務部。此為免付費電話。

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師、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。

如果您在選擇 PCP 時需要協助，請在 10 月 1 日至 3 月 31 日每週 7 天（感恩節和聖誕節除外），以及從 4 月 1 日到 9 月 30 日週一至週五（節假日除外），上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-833-707-3129** (TTY: 711) 聯絡會員服務部。此為免付費電話。

更換 PCP 的選擇

您可以隨時因任何原因變更您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會離開我們的計劃網絡。如果您的 PCP 離開我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡中找到新的 PCP。

要變更您的 PCP，請在 10 月 1 日至 3 月 31 日每週 7 天（感恩節和聖誕節除外），以及從 4 月 1 日到 9 月 30 日週一至週五（節假日除外），上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-833-707-3129** (TTY: 711) 聯絡會員服務部。此為免付費電話。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。

您可以在您提出請求後當月的首日開始使用您的 PCP。例如，如果您在 9 月 13 日申請更換 PCP，您即可在 10 月 1 日前往您新的初級保健醫生處開始就診。

我們向您寄一張新的 Anthem Blue Cross Cal MediConnect 計劃會員 ID 卡，上面有您的新 PCP 的姓名和電話號碼。**未經 PCP 核准即可獲得的服務**

在大多數情況下，您需要獲得 PCP 的核准才能使用其他醫療服務提供者。這項核准程序稱為**轉診**。您無需先獲得 PCP 的核准即可獲得下列服務：

- 從網絡提供者或網絡外提供者處取得的急診服務。
- 從網絡提供者處取得的緊急醫療。
- 當您無法聯絡網絡醫療服務提供者時（例如，如果您在我們計劃的服務區域之外或在週末），急需網絡外提供者的護理。

注意：緊急需要的護理必須為立即需要且在醫療上是必要的。

- 當您在我們計劃的服務區域之外時，在獲得 Medicare 認證的透析機構獲得您的腎透析服務。在您離開服務區之前致電會員服務部。我們可以在您離開時助您獲得透析。
- 流感疫苗和 COVID-19 疫苗以及 B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗，只要您從網絡醫療服務提供者獲得。
- 例行女性醫療保健服務與計劃生育服務。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，只要從網路內醫療服務提供者處接受這些檢查。
- 此外，如果有資格從印度安人健康提供者獲得服務，您可以使用這些提供者而無需轉診。

D2. 來自專科醫師和其他網絡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。專科醫生有許多類型，例如：

- 腫瘤醫師，負責治療癌症患者。
- 心臟科醫師，為有心臟問題的病患提供治療的醫師。
- 骨科醫師，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。要了解哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章的福利表。
- 您的 PCP 可能只與一所醫院或一群專科醫師合作。這就是為什麼您在使用專科醫生之前必須從您的 PCP 獲得轉診。若您對於您的 PCP 合作的專科醫師或醫院有問題，請聯絡您的 PCP 或者會員服務部。

重要的是要在您前往 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 簽約專科醫師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師提供的服務前並未得到轉診（事先核准），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。

如果專科醫師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、職業護理師或專科醫師提供的轉介（事先核准）為在該專科醫師處進行的更多次就診提供承保。否則，您必須就在該專科醫師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診的專科醫師及醫院，因此您選取的 PCP 通常會決定您將被轉診至的專科醫師及醫院。如果您有偏好的特定簽約專科醫師或機構，請首先檢查以確保您的 PCP 是否會將病患送至該專科醫師或醫院處。

D3. 當醫療服務提供者離開我們的計劃

您使用的網絡提供者可能會退出我們的計劃。如果您的其中一名醫療服務提供者退出我們的計劃，您將享有以下概述的某些權利和保障：

- 即使我們的醫療服務提供者網絡在一年中發生變化，我們也必須讓您不間斷地獲得合格的醫療服務提供者。
- 我們真誠地努力至少提前 30 天通知您，讓您有時間選擇新的醫療服務提供者。
- 我們助您選擇新的合格醫療服務提供者來繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您正接受治療，您有權提出要求，我們將與您一起確保您接受的醫療上必要的治療不會中斷。
- 如果我們找不到您可以聯絡的合格網絡專科醫生，我們必須安排一名網絡外專科醫生為您提供護理。
- 如果您認為我們沒有用合格的醫療服務提供者替換您之前的醫療服務提供者，或者我們沒有很好管理您的護理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、品質申訴，或兩者。（有關詳細資訊，請參閱第 9 章。）

如果您發現您的其中一個醫療服務提供者將退出我們的計劃，請聯絡我們。我們可以協助您尋找新的醫療服務提供者並管理您的護理。在 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天（感恩節和聖誕節除外），以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五（節假日除外）上午 8 點至晚上 8 點，致電 **1-833-707-3129** (TTY: **711**), 聯絡會員服務部。此為免付費電話。

D4. 網絡外提供者

在許多情況下，我們不會為您從網絡外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提供者的護理提供承保的情況：

- 您需要急診或緊急護理時。有關這方面的更多資訊和緊急或緊急護理的含義，請參閱第 4 章福利表的緊急護理或緊急需要護理。

- 如果您需要 Medicare 規定我們計劃必須承保的醫療護理，但我們的網絡提供者均不提供此類護理。在這種情況下，您的 PCP 或專科醫師將需要獲得「事先授權」。這意味著 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 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提供者處就診前獲得經過您的 PCP、專科醫師或延伸醫療提供者核准的轉診。如果您在接受網絡外服務提供者提供的服務前並未得到轉診，您可能必須自行承擔這些服務的費用。

- 當您在計劃的服務區域之外短時間內在 Medicare 認證的透析中心獲得的腎透析服務。

如果您使用網絡外提供者，則提供者必須有資格參加 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我們無法向沒有資格參加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的醫療服務提供者付款。

- 如果您使用沒有資格參加 Medicare 的醫療服務提供者，您必須支付您獲得的服務的全部費用。

- 醫療服務提供者必須告訴您他們是否沒有資格參加 Medicare。

E. 行為健康（精神健康和物質使用障礙）服務

您可以獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的醫學上必要的行為健康服務。我們提供 Medicare 承保的行為健康服務。我們的計劃不提供 Medi-Cal 承保的行為健康服務，但您可以透過 Los Angeles 縣精神健康部 (LACDMH) 和 Santa Clara 縣精神健康部以及酒精和藥物服務部取得這些服務。

E1. 在我們的計劃外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

如果您符合獲得專業精神健康服務的標準，您可以透過縣精神健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專業精神健康服務。Los Angeles 縣精神衛生局 (LACDMH）和 Santa Clara 縣精神衛生局以及酒精和藥物服務部提供的 Medi-Cal 專業精神衛生服務包括：

- 精神健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健服務
- 危機介入
- 緊急情況穩定服務
- 成人住院治療服務

- 緊急住院治療服務
- 精神健康機構服務
- 精神科住院病人醫院服務
- 有針對性的案例管理

Medi-Cal 或藥物 Medi-Cal 有組織的遞送系統服務可透過 Los Angeles 縣精神健康部 (LACDMH) 和 Santa Clara 縣精神健康部以及酒精和藥物服務部提供，如果您符合接受這些服務的標準。Los Angeles 縣精神衛生局 (LACDMH) 和 Santa Clara 縣精神衛生局以及酒精和藥物服務部提供的藥物 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
- 適用於鴉片類藥物依賴患者的納曲酮 (Naltrexone) 藥物治療服務

藥物 Medi-Cal 有組織遞送系統的服務包括：

- 門診和重症門診服務
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 居住/住院
- 提款管理
- 戒毒治療服務
- 康復服務
- 護理協調

除上述的服務外，如果您符合標準，您還可以獲得自願住院戒毒服務。

如果您認為自己需要以上任何服務，請與您的案例經理或 PCP 商談。您的案例經理或主治醫師將問您問題，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，您或您的案例經理即可預約。

F. 運送服務

F1. 非緊急情況的醫療運輸

如果您的醫療需求不允許您使用汽車、公共汽車或出租車前往就診，您有權獲得非緊急醫療交通工具可為醫療、牙科、精神健康、物質使用和藥房預約等承保服務提供非緊急醫療交通服務。如果您需要非緊急醫療運輸，您可以與您的 PCP 交談並提出要求。您的 PCP 將決定滿足您需求的最佳交通方式。如果您需要非緊急醫療運輸，他們將透過填寫表格並將其提交給 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 以核准開具處方。根據您的醫療需要，核准的有效期為一年。您的 PCP 將每 12 個月重新評估您對非緊急醫療運輸的需求，以便重新核准。

非緊急醫療運輸是指救護車、垃圾車、輪椅車或航空運輸。當您需要乘車看診時，Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 允許最低成本的承保運輸方式以及最合適的非緊急醫療運輸方式來滿足您的醫療需求。例如，如果可以用輪椅車實體或醫療上運送您，Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 將不支付救護車費用。只有當您的身體狀況無法進行任何形式的地面運輸時，您才有權使用航空運輸。

在以下情況下必須使用非緊急醫療交通工具：

- 根據您的 PCP 的書面授權確定您的身體或醫療上需要，因為您無法使用公共汽車、出租車、汽車或麵包車去就診。
- 由於身體或精神殘疾，您需要司機幫助往返您的住所、車輛或治療地點。

如需要您醫生為非緊急的**常規就診**開具的醫療運輸服務，請在您就診前至少 48 小時（週一至週五）致電 **1-844-923-0744** (TTY: **711**) 聯絡 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)。對於**緊急會診**，請盡快致電。致電時請準備好您的會員 ID 卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。

醫療運輸的限制

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 承保成本最低的醫療運輸服務，以滿足您從家裏前往最近的提供者約診的醫療需求。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保該服務，則不會提供醫療交通服務。如果約診類型由 Medi-Cal 承保，但未透過健康計劃承保，Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 將幫助您安排您的交通。本手冊第 4 章載列承保的服務。除非事先獲得授權，Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 網絡或服務區域以外的交通不獲承保。

F2. 非醫療交通運輸服務

非醫療交通福利包括往返您的約診，以獲得您的醫療服務提供者授權的服務。當您滿足以下條件時，您可以免費乘車：

- 往返您的醫療服務提供者授權的服務的約診，或
- 領取處方藥和醫療用品。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 允許您使用汽車、出租車、公共汽車或其他公共/私人方式前往您的提供者授權的非醫療預約。Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 使用 American Logistics。我們提供滿足您需求的最低成本、非醫療運輸類型。

有收，您可以報銷乘坐您安排的私家車的費用。Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 必須在您上車之前核准，而且您必須告訴我們為什麼您不能以其他方式乘車，例如乘坐公共汽車。您可以致電會員服務部告知我們。**您自己開車不會得到報銷**。

里程報銷需要以下所有資訊：

- 司機的駕駛執照
- 司機的車輛登記
- 司機的汽車保險證明

要為獲授權的服務叫車，請在您就診前至少 48 小時致電 **1-844-923-0744** (TTY: **711**) 聯絡 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)，時間為上午 8 點到晚上 8 點，週一至週五。 對於**緊急會診**，請盡快致電。致電時請準備好您的會員 ID 卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。

注意：美國印第安人可以聯絡當地的印第安人健康診所，要求提供非醫療交通工具。

非醫療運輸的限制

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 提供成本最低的非醫療交通服務，滿足您從家到最近的提供預約服務的需求。**您不能自己開車或直接獲得報銷。**

在以下情況下，**不**適用非醫療運輸：

- 需要一輛救護車、垃圾車、輪椅車或其他形式的非緊急醫療交通工具才能獲得服務。
- 由於身體或醫療狀況，您需要司機協助往返住所、車輛或治療地點。
- 您坐在輪椅上，而且在沒有司機的幫助下，您將無法進出車輛。
- Medicare 或 Medi-Cal 不承保該服務。

G. 醫療緊急情況、急需時或災難期間的承保服務

G1. 醫療緊急情況的護理

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。該病情非常嚴重，如果不立即就醫，您或任何具有一般健康和醫學知識的人都可以預期會導致：

- 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。您確實不需要您的 PCP 的核准或推薦。您不需要使用網絡提供者。您可以隨時在美國或其全球屬地的任何地方從任何持有適當州執照的醫療服務提供者商獲得緊急醫療護理。
- **盡快將您的緊急情況告訴我們的計劃。**我們將追蹤您的緊急護理。您或其他人應致電（通常在 48 小時內）說明您的緊急醫療護理情況。然而，如果您延遲告訴我們，您將不用支付緊急服務費用。如需瞭解更多資訊，請在 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天（感恩節和聖誕節除外），以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五（節假日除外）上午 8 點至晚上 8 點，致電 **1-833-707-3129** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。您可以在您的會員 ID 卡背面找到此資訊。

緊急醫療情況中的承保服務

無論任何時候，也無論您身在美國的任何地方，只要您有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。要瞭解更多資訊，請參閱第 4 章的醫療福利表。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 提供您在美國之外時的有限補充性急診醫療護理。有關詳細資訊，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。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。要了解更多資訊，請參閱 *會員手冊**第 4 章** 的福利圖表。*

如果您在美國境外旅行少於六個月，則該計劃承保緊急服務。全球緊急服務的承保限制為每年 $100,000。這是一項補充福利。它不在聯邦 Medicare 計劃的範圍內。您必須支付超過 $100,000 的所有費用以及返回服務區域的所有費用。您可以透過授權機構購買附加旅行保險。每次承保的全球緊急護理就診、緊急地面交通或急診室就診的共付額為 $0。如果您在美國或其領土以外需要緊急護理，請撥打 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583) 聯絡 Blue Cross Blue Shield Global Core 計劃。或撥打 1-804-673-1177 的對方付費電話。我們可以每天 24 小時、每週 7 天、每年 365 天為您提供幫助。

為您提供緊急護理的提供者將決定您的病情何時穩定，以及醫療緊急情況何時結束。他們將繼續治療您，並在您需要後續護理以改善病情時與我們聯絡以制訂計劃。

我們的計劃承保您的後續護理。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。如果您在網絡外醫院接受緊急護理，而且在您的緊急情況穩定後需要住院護理，您必須在計劃授權的網絡外醫院接受住院護理，您的費用是您在網絡醫院支付的費用分攤。

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。您可能會去急診室，但醫生說這並非真正的緊急情況。只要您合理地認為您的健康處於嚴重危險之中，我們就會為您提供護理。

在醫生說這並非緊急情況後，我們僅在以下情況下承保您的額外護理：

- 您使用網絡提供者，**或**
- 您獲得的額外護理被視為「急需護理」，而且您遵循規則（請參閱第 H2 節）而獲得。

G2. 緊急醫療照護

急需護理是指您在非緊急但需要立即護理的情況下獲得的護理。例如，您可能會在週末突然出現現有疾病或嚴重的喉嚨痛並且需要治療。

我們計劃服務區域的急需護理

在大多數情況下，我們僅在以下情況下承保急需的護理：

- 您透過網絡提供者取得該治療；**且**
- 您遵循本章描述的規則。

如果無法或無法與網絡提供者取得聯絡，我們將承保您從網絡外提供者獲得的急需護理。

急需服務可由網絡內提供者提供，或在暫時不易接觸到或接近網絡內提供者之時，由網絡外提供者提供。網絡外提供的必要急需服務的成本分攤與網絡內提供的此類服務相同。急需的服務的承保範圍是全球。

我們計劃服務範圍之外的急需護理

當您處於我們計劃的服務範圍外時，您可能無法從網絡提供者獲得護理。在這情況下，我們的計劃承保您從任何醫療服務提供者獲得的急需護理。

如果您在美國境外旅行少於六個月，則本計劃承保緊急服務。全球緊急服務的承保限制為每年 $100,000。這是補充福利。它不在聯邦 Medicare 計劃的範圍內。您必須支付超過 $100,000 的所有費用以及返回服務區域的所有費用。您可以透過授權機構購買附加旅行保險。每項覆蓋的

全球急需服務的共付額為 $0。如果您在美國或其屬地土以外需要緊急護理，請撥打 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583) 聯絡 Blue Cross Blue Shield Global Core 計劃。或撥打 1-804-673-1177 的對方付費電話。我們可以每天 24 小時、每週 7 天、每年 365 天為您提供幫助。根據您的 Medi-Cal 福利和指南，可能會承保其他服務。

G3. 災難期間的護理

如果您所在州的州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍有權從我們的計劃獲得護理。

瀏覽我們的網站，瞭解有關如何在宣佈的災難期間獲得所需的護理的資訊：shop.anthem.com/medicare/ca。

在宣佈災難期間，如果您無法使用網絡提供者，您可以從網絡外提供者處獲得護理，費用由您支付。如果您在宣布的災難期間無法使用網絡藥房，您可以在網絡外藥房配藥。有關詳細資訊，請參閱*會員手冊***第 5 章**。

H. 如果我們的計劃承保的服務直接向您收費，該怎麼辦

如果提供者向您發送賬單而不是發送至我們的計劃，您應該要求我們來支付帳單。

您不應自行支付帳單。如果您這樣做，我們可能無法支付您。

如果您收到承保醫療服務的帳單，請參閱*會員手冊***第 7 章**以瞭解要做什麼。

H1. 如果我們的計劃不承保服務怎麼辦

我們的計劃承保所有服務：

- 被確定為具醫療必要性，且
- 在我們計劃的福利表中載列（請參閱您的*會員手冊* **第 4 章**）和
- 您在接受服務時有遵守計劃規定。

如果您獲得我們的計劃未承保的服務，則**您自己支付全部費用。**

如果您想知道我們是否支付任何醫療服務或護理費用，您有權問我們。您亦有權索取相關書面資訊。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。

您的*會員手冊* **第 9 章**解釋了如果您希望我們承保醫療服務或項目時該怎麼做。以及如何對我們的給付決定提出上訴。致電會員服務部了解有關您的上訴權利的更多資訊。

我們為某些服務支付一定的費用。如果您的使用超出限制，您將支付全部費用以獲得更多此類服務。致電會員服務部，了解福利限額是多少和您使用了多少福利。

I. 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍

I1. 臨床試驗研究的定義

臨床試驗研究（亦稱臨床試驗）是醫師試驗新型醫療保健或藥物的一種方式。Medicare 核准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

一旦 Medicare 核准您想參與的研究，從事該研究的人員會與您聯絡。該人士會告訴您有關此項研究的情況，並確定您是否有資格參與研究。只要您符合這項研究的條件，您就可以參加這項研究。您必須了解並接受您在研究中必須做的事情。

在您參與研究期間，您可以繼續參與我們的計劃。這樣，我們的計劃將繼續為您提供與研究無關的服務和護理。

如果您想參與 Medicare 核准的臨床研究，您**不需要得到**我們或您的初級保健提供者的核准。作為研究的一部分為您提供護理的提供者**不需要**是網絡提供者。

我們鼓勵您在參與臨床研究前告訴我們。

如果您計劃參與臨床研究，您或您的護理協調員應聯絡會員服務部，讓我們知道您將參與臨床試驗。

I2. 您參加臨床試驗研究時的服務付款

如果您自願參加 Medicare 核准的臨床研究，您無需為研究承保的服務支付任何費用。Medicare 支付研究承保的服務以及與您的護理相關的日常費用。一旦您加入了 Medicare 核准的臨床研究，您將獲得研究中獲得的大多數服務和物品的承保。其中包括：

- 即使您沒有參加研究，Medicare 也會支付住院費用。
- 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 **未**核准的研究，您需要支付參與研究的任何費用。

I3. 關於臨床研究的更多資訊

您可以透過閱讀 Medicare 網站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) 上的《Medicare 和臨床研究研究》了解有關加入臨床研究的更多資訊。您也可以每週 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。

J. 宗教非醫療保健機構如何承保您的醫療保健服務

J1. 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護理違反您的宗教信仰，我們將承保在宗教非醫療保健機構的護理。此福利僅適用於 Medicare A 部分住院服務（非醫療保健服務）。

J2. 來自宗教非醫療保健機構的護理

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「非強制性」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**未規定**您**必須**接受的治療。
- 「強制性」醫學治療是指任何並**非您自願**，而是聯邦、州或地方法律規定您**必須**接受的治療。

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。
- 如果您從該機構取得在設施中提供給您的服務：
  - 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。

Medicare 聯邦醫療保險住院治療承保範圍限制適用。如需更多資訊，請參閱第 4 章中的福利表。

K. 耐用醫療裝置 (DME)

K1. DME 身為我們計劃的會員

DME 包括醫療服務提供者訂購的某些醫療必需物品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、醫療服務提供者訂購的家中使用的病床、靜脈 (IV) 輸液泵、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器和助行器。

您一直擁有某些物品，例如假肢。

在本節，我們將討論您租用的 DME。在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付額後即可擁有該設備。作為我們計劃的成員，您將**不**擁有 DME，不管您租用多長時間。

即使您在加入我們的計劃前在 Medicare 連續使用 DME 長達 12 個月，您將**不**擁有該設備。

K2. 如果您改用 Original Medicare，DME 的擁有權

如果您在我們的計劃沒有獲得 DME 物品的所有權，您必須在轉換到 Original Medicare 擁有該物品後連續支付 13 次新的費用。您在我們計劃中支付的款項將不會計入這 13 次連續支付中。

如果您在加入我們的計劃**前**在 Original Medicare 為 DME 物品支付少於 13 次，則您之前的支付不計入連續 13 次支付。在您返回 Original Medicare 擁有該項目後，您必須連續支付 13 次新的費用。對於回到 Original Medicare 的這一情況，沒有任何例外。

K3. 身為本計劃的會員的氧氣設備福利：

如果您有資格獲得 Medicare 承保的氧氣設備，而且您是我們計劃的會員，我們將承保：

- 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

如您不再具醫療必要性或您退出我們的計劃，必須將氧氣設備退還給所有者。

K4. 當您切換到 Original Medicare 時的氧氣設備

當氧氣設備在醫療上是必需的並且**您退出我們的計劃並轉而使用 Original Medicare** 時，您可以從供應商處租用 36 個月。您每月的租金涵蓋氧氣設備和供氣和以上列出的服務。

如果氧氣設備在**您租用 36 個月後**在醫療上是必需的 ，您的供應商必須提供：

- 供氧設備、用品和服務再使用 24 個月。
- 如果有醫療需要，氧氣設備和用品最長可使用 5 年。

如 **5 年期結束時**氧氣設備仍具醫療必要性：

- 您的供應商不再必須提供，您可選擇從任何供應商獲得替換設備。
- 新的 5 年期限開始。
- 您從供應商處租用 36 個月。
- 然後，您的供應商將再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要在醫療方面需要氧氣設備，新的週期每 5 年開始一次。

第 4 章：福利表

簡介

本章將向您介紹我們的計劃涵蓋的服務以及對這些服務的任何限製或限制。同樣也會告知您為我們的計劃所不承保的福利。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 的新會員：在大多數情況下，您將在您要求加入 *Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)* 後的當月的第一天，您將會加入 *Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)* 以獲得您的 Medicare 福利。您仍可以在一個月內從之前的 Medi-Cal 健康計劃中獲得 Medi-Cal 服務。之後，您將會透過 **Anthem Medi-Cal** 獲得您的 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保不會出現缺口。若您有任何疑問，請致電 **1-844-309-6996** (TTY: 711) 聯絡我們。

目錄

A. 您的承保服務 48

B. 針對提供商向您收取服務費用的規則 48

C. 有關我們計劃的福利表 48

D. 我們計劃的福利表 51

E. 我們計劃之外的福利 93

E1. California 社區過渡機構 (CCT) 93

E2. Medi-Cal 牙科計劃 94

E3. 臨終關懷護理 94

F. 我們的計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利 95

A. 您的承保服務

本章將向您介紹我們計劃所承保的服務。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。

因為您從 Medi-Cal 獲得幫助，所以只要您遵守我們計劃的規則，您就無需為承保服務支付任何費用。有關計劃規則的詳細資訊，請參閱*會員手冊* **第 3 章**。

如果您在瞭解所承保的服務方面需要協助，請致電 1-844-309-6996 (TTY: 711) 聯絡會員服務部。

B. 針對提供商向您收取服務費用的規則

我們不允許我們的網絡內提供者向您收取承保服務的費用。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。如果您這樣做，請參閱*會員手冊* **第 7 章**或致電會員服務部。

C. 有關我們計劃的福利表

福利表告訴您我們的計劃支付的服務。它按字母順序載列承保的服務並對其進行了解釋。

當滿足以下規則時，我們會為福利表中載列的服務付費。只要您滿足下列要求，您就**不會**為福利表中載列的服務支付任何費用。

- 我們必須根據 Medicare 和 Medi-Cal 制訂的規則為您提供 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務。
- 服務（包括醫療護理、行為健康和物質使用服務、長期服務和支援、用品、設備和藥物）必須是「醫學上必要的」。醫療必要性描述了您預防、診斷或治療疾病或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括防止您入院或療養院的護理。這也意味著服務、用品或藥物符合公認的醫療實踐標準。
- 您從網絡提供者取得服務。網絡提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，我們**不會**為您從網絡外提供者獲得的護理付費。您的*會員手冊***第 3 章**提供有關使用網絡和網絡外提供者的更多資訊。
- 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 的醫療服務提供者處就診或使用計劃網絡內其他醫療服務提供者前提供事先核准。這稱為轉診。*會員手冊***第 3 章**提供有關獲得推薦以及何時**不需要**需要推薦的更多資訊。

- 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。有關詳細資訊，請參閱*會員手冊***第 3 章**。
- 僅當您的醫生或其他網絡提供者首先獲得我們的核准時，我們才會承保福利表中載列的某些服務。這稱為事先授權。我們在福利表中標出需要事先授權並附註的承保服務。
- 如果您在我們計劃的 3 個月內被視為持續符合資格的期限，我們將繼續提供所有 Medicare Advantage 計劃承保的 Medicare 福利。然而，在此期間，我們將不會繼續承保適用的 Medicaid State 計劃包含的 Medicaid 福利。Medicare 基本和補充福利的 Medicare 分攤費用金額在期間內不會改變。
- 作為基於價值的保險設計計劃的一部分，Medicare 核准 Anthem 提供這些福利和/或較低的共付額/共同保險。該計劃讓 Medicare 嘗試新方法來改進 Medicare Advantage 計劃。

  所有參與保健和健康護理規劃 (WHP) 服務的計劃參加者的重要福利資訊

  由於 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 參與某些基於價值的保險設計福利（福利在醫療福利表中透過腳註標記），您將有資格獲得以下的 WHP 服務，包括預先護理計劃 (ACP) 服務：

  名為 MyDirectives® 的線上預先護理計劃資源。此資源可助您建立預先指示，您可以在結合以下要素： • 生前遺囑——決定您願意或者不希望接受何種醫療 • 醫療授權書——指定一名或多名醫療保健代理人，如果您無法為您做出醫療決定，他們可以為您做出醫療決定 • 器官捐贈表格 • 還有，包括宗教偏好聲明 - 您可以在 MyDirectives® 建立新的數位護理計劃，或者，如果您已準備好這些文件，您可以上傳以便可以更輕鬆地與可能需要存取它的人進行共享。MyDirectives® 每週 7 天、每天 24 小時可供您和您指定的醫療提供者使用。隨著您的健康狀況或願望出現變化，您可以隨時添加新資訊。 – 要開始使用，登入您的 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 會員入口網站，然後前往計劃儀表板並選擇預先指示計劃。它將帶您到 MyDirectives® 建立一個新帳戶，或連結您現有的帳戶。 – 參與包括健康和醫療保健計劃或預先護理計劃在內的任何計劃都是自願的，您可以隨時拒絕服務。

  所有參保者的重要福利資訊：由於您取得「額外補助 (“Extra Help”)」來支付您的 Medicare 處方配藥計劃費用，例如保費、自付額和共同保險，因此您符合資格可取得其他目標補充福利和/或目標減免分攤費用。**在 D 部分承保的所有階段，本計劃的成員將無需為他們的 D 部分承保藥物支付任何費用**。
- 所有預防性服務免費提供。您可以在福利表中的預防服務旁找到此蘋果 🍎。

- ***社區支援：****您的個人化護理計劃可能提供社區支援*。社區支援是醫學上合適且具有成本效益的替代服務或環境。這些服務對會員是可選的。如果您符合條件，這些服務可能會助您更獨立地生活。該服務不會取代您已透過 Medi-Cal 獲得的福利。我們提供的社區支援範例包括：
  - **社區向家庭過渡：**對於希望安全過渡到社區並需要幫助的 NF 成員
  - **日間適應：**財務管理、就業支援、日常生活技能等技能訓練，確保社區穩定
  - **家居改造**可以幫助會員留在其家裏，例如淋浴間的坡道和扶手
  - **住房存款：**完成支付保證金、公用事業存款和其他類型的住房支付； 會員也必須參加住房過渡導覽
  - **住房租賃和維持：**在被安置後，支援成員留在安置中
  - **住房過渡和導覽：**完成住房支援計劃以識別住房障礙、幫助尋找住房、與房東合作和任何其他促進住房安置的活動
  - **醫療短期暫替照顧：**對於無家可歸或生活狀況不穩定、病得太重或身體虛弱而無法在其平常的生活環境中恢復的人士，以及需要臨床監督（醫療管理或行政、日常生活活動 (ADL) 協助）的人士，最多可被安置 90 天，但不一定需要護理機構 (NF) 級別的護理
  - **醫療定製膳食或醫療輔助食品：**每天最多兩餐，或為有特殊飲食臨床需求且沒有其他資源幫助他們準備餐點的會員提供健康食品券
  - **護理設施轉移或過渡到輔助生活設施(ALF)：**在社區中面臨 NF 安置風險，或者目前居住在 NF 的成員，並協助他們尋找 ALF 居所
  - **個人護理：**等待居家支援服務(IHSS)開始的人士的補充個人護理時間，或在某些情況下補充 IHSS 環境可及性：
  - **短期暫替照顧：**對於有非正式護理人員的會員，這些非正式護理人員有可能無法不間斷提供非正式護理
  - **短期住院後住房：**為無家可歸者和需要臨床監督的人提供長達 180 天的安置；會員將獲得住房過渡導覽服務
  - **清醒中心：** 短期，不超過 24 小時，代替急診室或監獄，讓醉酒者清醒，並與物質使用障礙(SUD)服務聯絡
  - **哮喘治療：**確保在家中的安全，以防止哮喘惡化
- 如果您需要協助或者想瞭解可以為您提供哪些社區支援，請致電 1-844-309-6996 (TTY: 711) 或致電您的醫療保健提供者。

D. 我們計劃的福利表

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	腹主動脈瘤篩檢 我們為有風險的人支付一次性超音波檢查費用。僅當您具有一些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，計劃才會承保該篩檢。	$0
	針灸 – Medicare 承保 **有關慢性下背部疼痛** 在以下情況下，Medicare 受益人最多可在 90 天內接受 12 次就診：出於這福利的目的，慢性腰痛被定義為： • 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，若您的病情有所改善，我們會額外支付 8 次針灸治療慢性腰痛的費用。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。 如果您沒有好轉或病情惡化，則必須停止由 Medicare 承保的針對慢性腰痛的針灸治療。 醫療服務提供者的要求：醫師（如《社會保障法》（《法案》）第 1861(r)(1) 條所定義）可根據適用的州要求提供針灸服務。 醫師助理(PA)、執業護士(NP)/臨床護士專家(CNS)（如法案 1861(aa)(5) 所述）和輔助人員如果符合所有適用的州要求，並具有獲得針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可的學校的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及在美國的州、屬地或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區執業的目前、完整、有效和不受限制的針灸執照。 提供針灸的輔助人員必須在我們的 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 法規所要求的醫師、PA 或 NP/CNS 的適當監督下進行。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。 **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
	針灸 – Medicare 承保（續） **針灸 - 補充** 本計劃承保每年無限制的補充針灸會診。	
	酒精濫用篩檢及諮詢 我們為濫用酒精但不依賴酒精的成年人支付一次酒精濫用篩檢 (SABIRT) 費用。（包括孕婦）支付一次酒精濫用篩檢費用。 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初級保健提供者或執業醫師提供的最多四次簡短的面對面諮詢（若您能夠進行諮詢，並且在諮詢過程中保持清醒狀態）。 **清醒中心：** 短期，不超過 24 小時，代替急診室或監獄，讓醉酒者清醒，並與物質使用障礙(SUD)服務聯絡 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0
	救護車服務 承保的救護車服務包括地面、固定翼和旋轉翼（直升機）救護車服務。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車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車服務的費用。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。	$0
	健康年檢 您應該每年做一次檢查。此健康檢查的目的在於根據您目前的風險因子來擬訂或更新預防計劃。我們每 12 個月支付一次。	$0
	年度例行體檢 除了「歡迎來到 Medicare」檢查或年度健康會診之外，您每年還可以參加一次例行體檢。常規體檢包括對您的健康狀況和慢性疾病的全面檢查和評估。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	哮喘預防服務 對於哮喘控制不佳的人士，您可以接受哮喘教育和家庭環境評估，了解家中常見的觸發因素。	$0
	骨質測量 我們為符合條件的會員（通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆症風險的人士）支付某些程序費用。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。 我們每 24 個月支付一次服務的費用，若有醫療需要，我們會更頻繁地支付服務費用。我們也支付請醫生查看和評論結果的費用。	$0
	乳腺癌篩檢（乳房 X 光檢查） 我們支付以下的服務： • 35 歲到 39 歲之間，一次基本乳房 X 光檢查 • 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影 • 每 24 個月一次臨床乳腺檢查	$0
	心臟復健服務 我們支付心臟康復服務的費用，例如運動、教育和諮詢。會員必須符合特定的條件且持有醫師的轉診介紹。 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。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	降低心血管（心臟）疾病風險的就診（心臟病治療） 本計劃每年給付一次或多次（如具醫療必要性）您在初級保健提供者處接受的看診，以協助您降低罹患心臟疾病的風險。在這次檢查中，您的醫師可能會： • 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
	子宮頸癌和陰道癌篩檢 我們支付以下的服務： • 針對所有女性：子宮頸抹片檢查和骨盆檢查每 24 個月一次 • 對於高子宮頸癌或陰道癌風險的女性：每 12 個月一次的子宮頸塗片檢查 • 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 (HPV) 檢測或 Pap 加 HPV 檢測	$0
	脊椎推拿服務 我們支付以下的服務： • 手動整脊柱以修正半脫位。 可能會提供其他服務。聯絡您的護理協調員尋求協助。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	結腸直腸癌篩檢 對於 50 歲及以上人士，我們支付以下服務費用： • 軟式乙狀結腸鏡檢查（或鋇劑灌腸篩檢），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 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（或鋇劑灌腸篩檢）	$0
	基於社區的成人服務 (CBAS) CBAS 是一項門診機構服務計劃，參與計劃的人士係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。如果您符合資格標準，我們將支付 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。	$0
	戒煙或停止使用煙草諮詢 如果您使用煙草，但並未出現使用菸草相關疾病的跡象或症狀，且想要或需要戒煙： • 作為預防性服務，我們會為 12 個月內的兩次戒菸嘗試付費。此服務對您是免費的。每次戒菸嘗試包括最多四次面對面的諮詢造訪。 如果您使用煙草且經診斷已罹患使用菸草相關疾病或服用可能受菸草影響的藥物： • 我們為 12 個月內的兩次諮詢戒菸嘗試付費。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

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	牙科服務 一般來說，Original Medicare 不承保預防性牙科服務（例如清潔、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）。 您必須使用屬於 Anthem MediBlue Dual Advantage (HMO D-SNP) 醫療網絡的提供者。您可以在提供者目錄中找到這些醫療服務提供者。要了解更多資訊，請致電會員服務部。 **牙科服務 - 補充** 本計劃提供 Original Medicare 未承保的額外牙科保險。本計劃承保：每年兩次口腔檢查、兩次清潔、1 次牙科 X 光檢查、1 次氟化物治療。 上述預防性牙科服務僅限於以下各項： - D0120 定期口腔評估 - D0150 綜合口腔評估 - D1110 – 預防，成人 - D0210 口內，完整系列的放射線影像 - D0330 全景放射影像 - D1208 局部塗氟，不包括清漆 本計劃每年為承保的綜合牙科服務提供高達 **$1,500.00** 的津貼。 在曆年末未使用的任何金額都將到期。 我們的綜合牙科津貼可用於任何牙科服務，包括但不限於：附加檢查、清潔和 X 光檢查、深牙清潔、氟化物治療、填充和修復、根管（牙髓）、牙冠（帽）、牙橋和植入物、假牙、拔牙和其他服務。 要獲得網絡承保，您需要使用與我們的牙科供應商簽訂合約的醫療服務提供者來提供補充牙科服務。不屬於我們補充牙科網絡一員的提供者所提供的護理不受承保。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。 可以透過 Medi-Cal 獲得額外的福利。有關詳細資訊，請聯絡您的護理協調員。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	憂鬱症篩檢 我們每年支付一次憂鬱症篩檢費用。篩檢必須在主要醫療保健環境下進行，以便提供追踪治療和轉診介紹。	$0
	糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們會為此篩檢（包括空腹血糖測試）付費： • 高血壓 • 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 2 次糖尿病篩檢。	$0

	糖尿病自我管理訓練、服務及用品
	我們為或所有糖尿病患者（無論其是否使用胰島素）支付以下服務費用：
	• 用於監測血糖的供應品，包括：
	  ○ 血糖監測儀
	  ○ 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葡萄糖控制液
	• 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者，我們支付以下費用：
	  ○ 每年度一雙治療性定製鞋（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，包括配件和三雙鞋墊（不包括出廠時附帶的非定製可移動鞋墊）
	• 在某些情況下，我們會為幫助您管理糖尿病的訓練付費。欲了解更多資訊，請聯絡會員服務部。
		$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	產婦陪伴服務 對於懷孕的人，我們在產前和產後期間支付 9 次產婦陪伴就診，並在分娩和分娩期間提供支援。	$0
	耐用醫療設備(DME)及相關醫療用品 請參閱*會員手冊*最後一章，瞭解「耐用醫療裝置 (DME)」的定義。 我們承保以下各項： • 輪椅，包括電動輪椅 • 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) 注射泵和注射孔 • 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。 隨附本*會員手冊*，我們向您發送了我們計劃的 DME 名單。該名單告訴您我們支付的 DME 品牌和製造商。您也可以在我們的網站 shop.anthem.com/medicare/ca 找到最新的品牌、製造商和供應商名單。 **本福利會在下頁繼續說明**	$0 本計劃承保每個曆年一台血糖監測儀。 對於在過去 180 天內要求使用胰島素的患者，承保每 30 天的最大劑量為 100 單位的血糖試紙。 對於在過去 180 天內未申請胰島素的患者，承保每 30 天的最大劑量為 50 單位的血糖試紙。 採血針每 30 天承保 100 個單元，90 天供應最多可承保 300 個單元。

本計劃的給付服務	您必須支付的金額
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品（續） 一般而言，我們的計劃承保來自此清單的品牌和製造商的 Medicare 和 Medi-Cal 承保的任何 DME。我們不承保其他品牌和製造商，除非您的醫生或其他醫療服務提供者告訴我們您需要該品牌。但是，如果您是我們計劃的新手並且正在使用不在我們清單中的 DME 品牌，我們將繼續為您支付該品牌的費用，最長期限為 90 天。在這期間，請與您的醫生交談，以決定在 90 天期限後何種品牌在醫學上適合您。（如果您不同意您的醫生，您可以要求他們轉介您以獲得第二意見。） 如果您（或您的醫生）不同意您計劃的承保決定，您或您的醫生可以提出上訴。若您不同意醫生對哪種產品或品牌適合您的健康狀況的決定，您也可以提出上訴。有關上訴的更多資訊，請參閱*會員手冊***第 9 章**。 如果您所在地區的供應商沒有特定品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。最新的供應商名單可在我們的網站找到。如果您在醫院或專業護理機構住院期間收到耐用醫療設備，費用將包含在您的住院理賠。 治療性連續血糖監測儀(CGM)和相關用品在符合 Medicare 國家承保範圍判定(NCD)和地方承保範圍判定(LCD)標準時由 Medicare 承保。此外，在沒有 NCD/LCD 標準的情況下，治療性 CGM 必須滿足任何計劃福利限制和計劃的循證臨床實踐指引。 本計劃僅承保 FreeStyle Libre 連續血糖監測儀 (CGM)。我們將不會為其他原廠藥物提供承保，除非您的醫療服務提供者告知我們稱其具醫療必要性。CGM 必須在網絡零售店或我們的郵購藥房購買才能承保。如果您透過耐用醫療設備(DME)供應商購買這些用品，這些物品將不在承保範圍內。 承保限制： - 每月兩個感測器 - 每兩年一個接收器 胰島素泵不同於 CGM，可以透過 DME 供應商購買 您的提供者必須獲得我們的核准才能購買電動車輛、電動輪椅及相關物品以及非標準輪椅和床等物品。您的提供者還必須獲得 Medicare 承保的治療性連續血糖監測儀的核准。 **本福利會在下頁繼續說明**	

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	耐用醫療設備 (DME) 和相關用品（續） 本計劃僅承保 DUROLANE、EUFLEXXA、SUPARTZ 和 Gel-SYN-3 玻尿酸。 我們將不會為其他原廠藥物提供承保，除非您的醫療服務提供者告知我們稱其具醫療必要性。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	
	急診護理 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： o 沒有足夠的時間在分娩前將您安全送至另一家醫院。 o 轉院可能對您或未出生胎兒的健康或安全構成威脅。 **全球緊急護理：** 如果您在美國境外旅行少於六個月，則本計劃承保緊急服務。 全球緊急服務的承保限制為每年 $100,000。這是一項補充福利。它不在聯邦 Medicare 計劃的範圍內。您必須支付超過 $100,000 的所有費用以及返回您服務區域的所有費用。您可以透過授權機構購買附加旅行保險。如果您在美國或其領土以外需要緊急護理，請撥打 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583) 聯絡 Blue Cross Blue Shield Global Core 計劃。或撥打 1-804-673-1177 的對方付費電話。我們可以每天 24 小時、每週 7 天、每年 365 天為您提供幫助。	$0 如果您在網絡外醫院取得急診服務且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須返回一家網絡內醫院，以便繼續取得費用給付。只有當我們的計劃核准您的住院時，您才能留在網絡外醫院接受住院治療。 每次承保的全球緊急護理就診、緊急地面交通或急診室就診的共付額為 $0。

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	基本額外補助 您每年只能選擇以下兩 (2) 項補充福利： • 輔助裝置：每年 $500 • 彈性帳戶 - 牙科、視力、聽力：每年 $500 • 彈性帳戶 - 公用事業：每月 $50 • 健康食品：每月 $50 • 家居支援：每年 60 小時 • 運輸：每年 60 次單程出行 福利說明見下文 您無需為您選擇的兩(2)個基本額外補助補充福利選項支付任何費用。 **輔助裝置 [1]：** 此福利為使用預付信用卡購買輔助裝置提供年度津貼。Medicare 允許的承保項目包括但不限於：ADA 馬桶座圈、淋浴凳、手持式淋浴噴頭、伸手可及的裝置、臨時輪椅坡道等。 信用卡由計劃預付津貼金額。您只能為自己的服務付費，不能將卡兌換成現金。任何未使用的資金將在年底到期，而且不能轉入下一年。 以下是獲得您的福利的方法： • 線上下訂單。 • 致電下單。線上選購或從輔助裝置目錄中選擇產品。準備好您的產品名稱和輔助裝置福利卡號。您可以選擇店內提貨或送貨上門。 注： • 一旦使用年度金額，您將負責支付任何剩餘費用。 • 所選項目的任何維修或更換均僅限於製造商的保固範圍。 • 商品僅限於目錄中提供的商品，並視供應情況而定。 • 物品必須主要供您使用。 • 商品僅限於目錄中提供的商品，並視供應情況而定。 • 數量限制可能適用。 • 不包括安裝服務。 **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
基本額外補助（續） **彈性帳戶 - 牙科、視力、聽力 [1]：** 彈性帳戶 - 牙科、視力、聽力福利是一張預付信用卡，可用於減少您在本表這些部分所述的任何牙科、視力和/或聽力服務的年度自付費用。該卡可用於直接向您的牙科、視力或聽力提供者支付您產生的任何自付費用。 信用卡由計劃預付津貼金額。您只能為自己的服務付費，不能將卡兌換成現金。此福利不承保美容程序。任何未使用的資金將在年底到期，而且不能轉入下一年。 **彈性帳戶 - 公用事業 [1]：** 彈性帳戶 – 公用事業是一種預付信用卡，可用於減少您的公用事業自付費用，例如天然氣/丙烷氣、電力、水、下水道、寬帶和蜂窩成本。當任何接受預付信用卡的公用事業提供商提供時，該卡可用於支付這些費用。 信用卡由計劃預付津貼金額。您只能為自己的服務付費，不能將卡兌換成現金。卡不能用於設定自動重複交易。任何未使用的資金將在月底到期，並且不能轉入下個月。 如果您的供應商不接受預付信用卡付款或卡交易失敗，您可以提交索賠表和付款證明。理賠必須在付款之日起 90 天內提交。 **健康食品 [1]：** 健康食品為您提供在參與零售商處使用福利卡購買健康食品的津貼。某些物品，包括煙草和酒精產品，被排除在外。任何未使用的金額將在月底到期。未使用的金額不會轉到下個月。 以下是獲得您的福利的方法： 1. 店內購物 2. 線上下訂單 3. 致電下單 注： • 所有購物必須透過計劃的核准零售商進行。 • 您一旦達到每月津貼後，您將負責您購物餘下的費用。 • 透過郵遞送達的訂單每月限一個訂單，且必須至少為 $35。 **本福利會在下頁繼續說明**	

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	基本額外補助（續） **居家支援 [1]：** 這項福利為日常生活中的獨立活動提供陪伴和協助，例如家務雜務、約診支援或獲得家庭以外的物品，例如雜貨或藥物等。 家具支援可以與其他福利或護理計劃結合使用以促進獨立生活，幫助減少會員的社會孤立感，並改善其整體精神面貌。 您必須使用計劃核准的醫療服務提供者。 **交通 [1]：** 此福利承保在獲得計劃承保服務時前往當地服務區內地點的單程行程（每次單程行程限制為 60 英里）。 您可以在醫生約診後去藥局取藥。這不會算作一次單獨的行程。當您安排就診時，請告訴供應商您需要去藥局。要求醫療服務提供者/機構打電話給處方，以縮短您的等待時間。此站不計為單獨的行程。 您必須使用計劃核准的供應商並提前 48 個工作小時安排行程。 **如何選擇您的基本額外補助福利：** 您可以透過會員入口網站或聯絡會員服務來選擇您的福利。對於要承保的福利，您必須使用經核准的提供者。 如果您沒有使用您的任何部分福利並希望選擇其他選項，您可以每年對您的初始選擇進行一 (1-) 次變更。 您將在選擇後的 7 個工作日內收到一封確認信，其中包含福利詳細資訊。如果您有任何問題，請聯絡會員服務部。 [1] 基於價值的保險設計福利	

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	計劃生育服務 在接受特定計劃生育服務時，法律允許您選擇任何醫療服務提供者。這是指任何醫師、診所、醫院、藥房或計劃生育辦公室。 我們支付以下的服務： • 計劃生育檢查及醫學治療 • 計劃生育化驗及診斷性檢測 • 計劃生育避孕方式（子宮內避孕器 (IUC/IUD)、植入式避孕裝置、避孕針、避孕藥、避孕貼片或避孕環） • 計劃生育處方用品（保險套、避孕海綿、泡沫避孕劑、避孕薄膜、子宮膈膜、子宮頸帽） • 不孕症諮詢與診斷及相關服務 • 性傳染疾病 (STI) 的諮詢、檢測與治療 • 人類免疫缺陷病毒 (HIV)、愛滋病 (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 我們還為其他一些計劃生育服務付費。然而，您必須使用我們提供者網絡中的醫療服務提供者提供以下服務： • 不孕症相關醫療病症治療（本服務不包括人工授孕。） • 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
	健身計劃 **健身追踪器** 一種健康和保健設備，旨在透過健身追踪器支援的活動促進積極的生活方式，專注於身體活動和對健康結果的問責。 限制是每兩年一台設備。 會員必須從簽約的供應商處獲得。 **彈性帳戶 – 主動健身** 本計劃承保每月 $25.00 的津貼，用於支付健身和消閑課程/計劃的使用費，這些健身和消閑課程/計劃由需要使用費的運動健身設施（例如高爾夫球場、游泳池和網球場）提供。 任何未使用的資金將逐月結轉，但不會結轉到下一個曆年。 **SilverSneakers** SilverSneakers 可以透過健身和社交聯絡助您過上更健康、更積極的生活。您可以透過參與地點的 SilverSneakers 獲得健身福利。您可以接觸到指導專門設計的團體鍛煉課程的講師。在全國參與的地點，您可以上課並使用健身器材和其他便利設施。此外，SilverSneakers FLEX® 讓您可以選擇在傳統健身房（如消閑中心、商場和公園）之外進行活動。SilverSneakers 也透過 SilverSneakers Live、SilverSneakers OnDemand™ 和我們的行動應用程式 SilverSneakers GO™ 將您連接到支援網路和虛擬資源。 為想要開始在家中鍛煉的會員或因受傷、疾病或在家中無法前往健身場所的會員提供居家套件。您只需您的個人 SilverSneakers ID 號碼即可開始使用。前往 SilverSneakers.com 瞭解有關您的福利的更多資訊，或在美國東部時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-888-423-4632 (TTY: 711)。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
🍎	**健康和保健教育計劃** 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 • Flex Account-Active Fitness 詳情請參閱健身計劃 • 健身追踪器 - 詳情請參閱健身計劃 • SilverSneakers® 健身計劃 - 請參閱健身計劃了解更多詳細資訊	$0
	健康膳食 (Healthy Meals) 您可能有資格參加膳食計劃，以助您保持健康飲食以支援您的醫療狀況或營養需求。 此福利每年可提供多達 180 份健康的預製餐點，直接送到您家。 為了獲得最快的資格，您的醫療服務提供者最適合代表您提出申請。或者，您可以聯絡會員服務部或您的護理協調員，代表將助驗證您是否有資格獲得福利，並安排與您聯絡以完成營養評估並安排送餐時間。 為了讓我們為您提供膳食福利，我們或代表我們行事的第三方可能需要使用您提供的電話號碼與您聯絡，以確認運輸詳細資訊和任何營養要求。 注：如果不與您交談，我們將無法啟動您的福利。申請此福利即表示您明確授權我們透過電話與您聯絡。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	聽力服務 由醫生、聽力學家或其他合格的醫療服務提供者提供的診斷聽力和平衡評估由醫生、聽力學家或其他合格的醫療服務提供者提供，以確定您是否需要醫療服務。 對於網絡內 Medicare 承保的聽力保健，您必須使用 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 專業醫療網絡中的醫生。您可以在醫療服務提供者目錄找到他們。要了解更多資訊，請撥打本手冊封底上的會員服務電話。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。 根據您的 Medi-Cal 福利和指南，可能會承保其他服務。請聯絡您的護理協調員了解詳細資訊。 **聽力服務 - 補充** 本計劃提供 Original Medicare 未承保的額外聽力保障。 該計劃承保每年 1 次例行聽力檢查和助聽器驗配/評估。 每年為規定的助聽器提供 $3,000.00 的最高計劃福利。計劃已透過我們的助聽器供應商協商價格和選項，為您提供最多的選擇。 您必須從我們參與的助聽器供應商提供的承保清單選擇一個設備。助聽器可能需要我們的聽力供應商事先授權。如果會員選擇配備不可充電電池的設備，計劃將提供兩年的供應（每隻耳朵每年最多 64 個電池）。 要了解更多資訊，請致電會員服務部。在計劃支付常規聽力檢查或者助聽器的福利後，您將負責支付餘下的費用。 根據您的 Medi-Cal 福利和指南，可能會承保其他服務。請聯絡您的護理協調員了解詳細資訊。	$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。 當您的醫療服務提供者推薦時，我們也會支付額外的 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，您的醫師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。 我們為以下服務付費，可能還有此處未載列的其他服務： • 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	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	居家輸液治療 我們計劃支付居家輸液治療，其定義為將藥物或生物物質注入靜脈或皮下施用並在家中向您提供。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。 我們的計劃承保居家輸液服務，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。 與您的醫療服務提供者交談並獲得轉診和/或事先授權。	$0 由合格的 HIT 供應商在患者家中提供家庭輸液治療(HIT)專業服務。 $0 耐用醫療設備 (DME) - 包括外部輸液泵、相關用品和由簽約的 DME 供應商提供的輸液藥物。

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	臨終關懷護理 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。您可以從 Medicare 認證的任何臨終關懷計劃獲得護理。計劃必須幫助您找到獲得 Medicare 認證的臨終關懷計劃。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 在您獲得臨終關懷服務期間，我們的計劃會支付以下費用： • 治療症狀和疼痛的藥物 • 短期臨時護理 • 居家護理 **Medicare A 部分或 B 部承保的臨終關懷服務，和由 Medicare 支付的服務。** • 有關詳細資訊，請參閱本章的 **F 節**。 **對於我們的計劃承保但 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務：** • 我們的計劃承保 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務。無論這些服務是否與您的終末期預後相關，我們都會承保。您無需為這些服務支付任何費用。 **對於我們計劃的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物：** • 臨終護理及我們的計劃均無承保的藥物。有關詳細資訊，請參閱*會員手冊* **第 5 章**。 **注：**如果您需要非臨終關懷，請致電您的護理協調員以安排服務。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。 我們的計劃為未選擇臨終關懷福利的絕症會員提供臨終關懷諮詢服務（僅限一次）。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	免疫接種 我們支付以下的服務： • 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，如具醫療必要性則會進行額外注射 • B 型肝炎疫苗，若您處在患 B 型肝炎的高度或中度危險中 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗（如果您有風險且符合 Medicare B 部分承保規則） 我們為符合 Medicare D 部分承保規則的其他疫苗付費，例如帶狀皰疹疫苗。 我們也支付免疫接種諮詢委員會(ACIP) 建議的成人所有疫苗的費用。	$0
	住院醫院護理 我們支付此處未載列的以下服務和其他必要的醫療服務： • 半私人房間（或醫療需要的私人房間） • 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 光檢查及其他放射服務 • 需要的手術及醫療用品 **本福利會在下頁繼續說明**	$0 在您的緊急情況穩定後，您必須獲得我們計劃的核准才能在網絡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） • 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 • 住院藥物濫用服務 • 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。 如果您需要進行移植，Medicare 核准的移植中心將審查您的病例並決定您是否適合移植。移植提供者必須是當地或服務區域外提供者。如果當地的移植提供者願意接受 Medicare 費率，則您可以在當地或社區護理模式之外取得移植服務。如果我們的計劃在我們社區的護理模式之外提供移植服務，並且您選擇在那裡進行移植，我們會為您和其他人安排或支付住宿和旅行費用。 • 血液，包括血液的儲存及輸血 • 醫生服務	
	精神病院的住院服務 我們為需要住院的精神保健服務付費。 • 如果您需要獨立精神病院的住院服務，我們會支付首 190 天的費用。之後，當地縣精神衛生機構支付醫療必要的住院精神科服務。超過 190 天的護理授權與當地縣精神衛生機構協調。 ○ 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健康服務。 • 如果您年滿 65 歲，我們會為您在精神疾病研究所(IMD)獲得的服務付費。 與您的醫療服務提供者交談並獲得轉診和/或事先授權。	$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，給付的住院或專業護理機構 (SNF) 治療服務 如果您的住院費用不合理且在醫療上沒有必要，我們不會支付您的住院費用。 但是，在某些不承保住院護理的情況下，我們可能會為您在醫院或護理機構獲得的服務付費。欲了解更多資訊，請聯絡會員服務部。 我們為以下服務付費，可能還有此處未載列的其他服務： • 醫師服務 • 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。這些是替代全部或部分的設備： o 身體內部器官（包括鄰近組織），**或** o 身體內部器官無法發揮作用或發生故障的功能。 • 腿、手臂、背部及頸部矯正架、疝帶、假腿、假臂和假眼。這包括因破損、磨損、遺失或狀況變化而需要的調整、維修以及更換 • 物理治療、語言治療與職業治療	$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 我們支付以下的服務： • 腎臟疾病教育服務，教授腎臟護理並幫助您就您的護理做出正確的決定。您必須患有第 IV 階段的慢性腎臟病，且您的醫師必須為您提供轉診介紹。我們承保最多六次腎病教育服務。 • 門診透析治療，包括暫時離開服務區時的透析治療，如您的*會員手冊***第 3 章**所述，或者當您的服務提供者暫時不可用時，或無法造訪。 • 住院透析治療，如果您作為住院病人進入醫院接受特殊護理 • 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 部分藥物福利會支付一些用於透析的藥物。有關資訊，請參閱此表的「Medicare B 部分處方藥」。	$0
	肺癌篩檢 如果您滿足以下條件，我們的計劃將每 12 個月支付一次肺癌篩檢費用： • 是 50-77 歲，且 • 與您的醫師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，或者現在有吸煙或者曾在過去 15 年內有戒煙。 首次篩檢後，我們的計劃會根據您的醫生或其他合格提供者的書面命令，每年支付另一次篩檢費用。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	膳食-出院後 在您從醫院或專業護理機構的病人住院出院後，您可能有資格免費取得營養豐富的預煮冷凍膳食。在醫院或專業護理機構過夜後，計劃或其代表之一可能會與您聯絡，以了解您是否想要此福利。或者，您或您的提供者/護理協調員可在您出院後聯絡會員服務部，代表將幫助驗證您是否有資格獲得福利，並安排與您聯絡以完成營養評估並安排您的膳食送遞。 為了讓我們為您提供膳食福利，我們或代表我們行事的第三方可能需要使用您提供的電話號碼與您聯絡，以確認運輸細節和任何營養要求。 根據您的 Medi-Cal 福利和指南，可能會承保其他服務。請聯絡您的護理協調員了解詳細資訊。	$0 從醫院或專業護理機構 (SNF) 出院後的 7 天內，每天最多兩餐。
	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。腎臟移植後經醫師轉介者亦適用。 在您獲得 Medicare 醫療營養治療服務的第一年，我們會支付三個小時的一對一諮詢服務。我們可能核准具醫療必要性的額外服務。 此後，我們每年支付兩小時的一對一諮詢服務費用。若您的病況、治療或診斷發生改變，只要醫師轉診，您可能可以接受更長時間的治療。如果您在下一個曆年需要治療，醫生必須每年處方這些服務並更新轉診。我們可能核准具醫療必要性的額外服務。	$0
	Medicare 社區資源支援 儘管您的計劃福利旨在承保 Medicare 將承保的項目和本表格描述的一些額外補充福利，但您可能需要額外的幫助。 作為會員，您的計劃提供社區資源外展團隊的支援，以助彌合您的醫療福利與您所在社區的可用資源之間的差距。Medicare 社區資源支援團隊將透過提供有關您所在地區的社區服務和支援計劃的資訊和教育來幫助您。 要獲得此福利，請致電會員服務部並詢問 Medicare 社區資源支援團隊。	

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 我們的計劃支付 MDPP 服務費用。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
	Medicare B 部份處方藥 這些藥物在 Medicare B 部分的承保範圍內。我們的計劃支付以下的藥物： • 通常不是您自己施用的藥物，且在您獲得醫生、醫院門診或門診手術中心服務時進行注射或輸注 • 您使用我們計劃授權的耐用醫療設備（例如霧化器）服用的藥物 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 免疫抑製藥物，如果您在器官移植時參加了 Medicare A 部分 • 骨質疏鬆注射藥物。如果您在家中，有醫生證明與絕經後骨質疏鬆症有關的骨折，且無法自己注射藥物，我們會為這些藥物付費 • 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物，包括肝素、肝素的解毒劑（醫學上必要時）、局部麻醉劑和紅細胞生成刺激劑 • 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 我們也根據 Medicare B 部分和 D 部分處方藥福利承保一些疫苗。 您的*會員手冊* **第 5 章**解釋我們的門診處方藥福利。闡述了您必須遵守以取得處方藥物給付的規定。 您的*會員手冊* **第 6 章**解釋您透過我們的計劃為門診處方藥支付的費用。	$0

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。 我們付費的服務包括但不限於以下內容： • 半私人房間（或醫療需要的私人房間） • 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 • 根據您醫療保健計畫提供給您的藥物。（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 光檢查與其他放射線服務 • 通常由護理機構提供的用具（例如輪椅） • 醫師／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 • 脊椎推拿護理 • 足部服務 您通常從網絡設施獲得您的護理。然而，您或許能夠從未加入網絡的機構取得醫療照護服務。如果下列場所同意接受本計劃的給付金額，您將可以透過下列場所取得照護服務： • 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）。 • 您離開醫院時您的配偶或同居伴侶居住的護理機構。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	肥胖症篩檢與減重治療 如果您的體重指數為 30 或更高，我們會支付諮詢費用以助您減重。您必須在主要醫療保健環境下接受諮詢服務。這樣醫師才能配合您完整的預防計劃處理您的減重治療。請洽詢您的初級保健提供者，以了解詳情。	$0
	鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 服務 我們的計劃支付以下治療鴉片類藥物使用障礙的服務(OUD)： • 攝入活動 • 定期評估 • 藥物須經食品藥品監督管理局 (FDA) 核准，且如適用，管理並為您配藥 • 藥物濫用諮詢 • 個人和團體治療 • 檢測體內藥物或化學物質（毒理學檢測） 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	醫院門診觀察 觀察服務是為確定您是否需要住院或可以出院而提供的醫院門診服務。對於要承保的門診住院觀察服務，其必須符合 Medicare 標準且被認為是合理和必需。僅當醫生或州執照法和醫院工作人員章程授權的其他個人下令允許患者入院，或者下令進行門診檢查時，才會承保觀察服務。 **注：**除非醫療服務提供者已書面命令將您作為住院患者入院，否則您是門診患者並支付門診醫院服務的費用分攤金額。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為「門診病人」。如果您不確定自己是否是門診病人，您應詢問醫院工作人員。您也可以在題為「您是住院病人還是門診病人？如果您有 Medicare ——請提問！」的 Medicare 情況說明書中找到更多資訊。此情況說明書可在網上透過造訪 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。您可以每週 7 天、每天 24 小時免費撥打這些號碼。 可能需要事先授權。	$0
	門診診斷檢查與治療服務和用品 我們支付此處未載列的以下服務和其他必要的醫療服務： • X 光檢查 • 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 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	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 o 觀察服務可助您的醫生了解您是否需要以「住院病人」的身份入院。 o 有時您可以在醫院過夜，仍然是「門診病人」。 o 您可以在此情況說明書中獲得有關住院或門診的更多資訊：www.medicare.gov/media/11101 • 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，只要醫師證明不接受該治療就必須住院治療 • 由醫院出具帳單的 X 光檢查及其他放射服務 • 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 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$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 我們支付由以下機構提供的精神健康服務： • 取得州政府執照的精神科醫師或醫師 • 臨床心理醫師 • 臨床社工 • 臨床專科護士 • 執業護理師 • 醫師助理 • 適用的州法律允許的任何其他符合 Medicare 資格的精神保健專業人員 我們為以下服務付費，可能還有此處未載列的其他服務： • 診所服務 • 日間治療 • 社會心理復健服務 • 部分住院或強化門診計劃 • 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 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0
	門診康復服務 我們支付物理治療、職業治療和言語治療的費用。 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 (CORF) 和其他機構取得門診復健服務。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	門診藥物濫用戒除服務 我們為以下服務付費，可能還有此處未載列的其他服務： • 酒精濫用篩檢及諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格臨床醫師進行的集團或個人諮詢 • 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／或藥物濫用服務 • 長效納曲酮 (Vivitrol) 藥物治療 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0
	門診手術 我們支付醫院門診設施和門診手術中心的門診手術和服務費用。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0
	非處方藥 (OTC) 補充承保 本計劃承保某些經核准的非處方非處方藥和健康相關物品，**每季度**最高 **$200。** 未使用的 OTC 金額不會轉存於下一季度。未使用的 OTC 金額不會轉存於下一曆年。 根據您的 Medi-Cal Rx 福利和指南可能會承保其他服務。有關詳細資訊，請聯絡您的護理協調員。 非處方 (OTC) 物品是不需要處方的藥物和健康相關產品。在 Medicare 允許的範圍內，計劃承保 1,000 多種 OTC 物品。承保的物品包括： • 牙膏 • 眼藥水 • 噴鼻劑 • 維他命 **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
	非處方 (OTC) 補充承保（續） • 止咳糖 • 鎮痛藥 • 抗酸藥 • 急救物品 • 以及更多..... 註冊後大約 14 個工作日，您將收到歡迎文件，包含您的福利卡、目錄和關於如何開始使用福利的資訊，因此您可以開始購買承保產品。以下是獲得您的福利的方法： 1. 透過網絡或智慧手機行動應用程式在線下訂單以進行店內提貨或送貨上門。 2. 使用您的 OTC 福利卡在 4,600 多家沃爾瑪商店和其他參與零售商的商店購物。 3. 致電下單。透過線上購物或從 OTC 目錄挑選商品。準備個人產品名稱、OTC 福利卡編號及寄送資訊。 **注：**購買僅限於可用的福利美元。計劃支付 OTC 福利後，您負責承擔剩餘費用。透過郵件送遞的訂單僅限於每季度一個訂單。除最高季度津貼外，店內購買次數沒有限制。未使用的金額將結轉到下一季度，但不會結轉到下一年。所有訂單必須透過計劃核准的零售商下達或在參與的零售店購買。可能無法提供特定的名牌，而且數量可能受限或被限制。 如果您對此福利有任何疑問，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。	
	部份住院服務 部分住院是一項結構化的積極精神治療計劃。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師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。 **注：**由於本計劃網絡內沒有社區精神健康中心，我們僅將部份住院服務作為醫院門診服務給付。 與您的醫療服務提供者交談並獲得推薦和/或事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	個人應急回應系統 (PERS) 當計劃與簽約供應商進行安排，承保一個個人應急回應系統並且每月在會員家中進行監控。個人應急回應系統福利提供一個家用設備，可將緊急情況（例如跌倒）通知適當的人員。請致電會員服務部了解更多資訊或索取設備單元。	$0
	醫師/醫療服務提供者服務（包括醫師門診） 我們支付以下的服務： • 在諸如下列地點所提供之具醫療必要性的醫療保健服務或手術服務： o 醫師診所 o 經認證的門診手術中心 o 醫院門診部 • 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 • 由您的初級保健提供者*或*專家進行的基本聽力和平衡檢查 • 某些遠端醫療服務，包括由醫生或從業者為某些農村地區或 Medicare 核准的其他地方的成員提供的諮詢、診斷和治療 o 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。 • 某些遠程醫療服務，包括由醫生或執業醫師為某些農村地區或 Medicare 核准的其他地方的會員提供諮詢、診斷和治療 • 遠端醫療服務，為家庭透析成員每月在醫院或重要造訪醫院的腎透析中心、腎透析設施或家中進行的終末期腎病 (ESRD) 相關存取提供遠端醫療服務 • 遠端醫療服務診斷、評估或治療中風症狀 • 為患有物質使用障礙或同時發生的精神健康障礙的會員提供遠程醫療服務 **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
	醫師/醫療服務提供者服務，包括醫生診室看診（續） • 用於精神健康障礙的診斷、評估和治療的遠程醫療服務，如果： ○ 您在第一次遠程醫療就診前 6 個月內進行了親自就診 ○ 在接受這些遠程醫療服務期間，您每 12 個月進行一次面對面就診 ○ 在某些情況下可以對上述情況進行例外處理 • 農村健康診所和聯邦合格健康中心為心理健康就診提供遠程醫療服務 • 與醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（如電話或視訊通話），**如果**： ○ 您不是新病患**及** ○ 檢查與過去 7 日診室就診無關**及** ○ 檢查不會導致 24 小時內或在最快可用約診時間進行診室就診 • **如果**出現以下情況，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： ○ 您不是新病患**及** ○ 評估與過去 7 日診室就診無關**及** ○ 評估不會導致 24 小時內或在最快可用約診時間進行診室就診 • 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 • 進行手術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。給付服務僅限下列服務： ○ 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 ○ 在由醫師提供時即屬給付範圍的服務	

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	足部服務 我們支付以下的服務： • 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 **足部服務 – 補充** 本計劃承保 Original Medicare 未承保的額外足部護理服務： 在沒有涉及足部的局部疾病、損傷或症狀的情況下，去除或切割雞眼或老繭、修剪指甲以及其他衛生和預防性護理。 可能需要事先授權。	$0
	攝護腺癌篩檢 對於 50 歲及以上的男性，我們每 12 個月支付一次以下服務費用： • 直腸指檢 • 攝護腺特異性抗原 (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。我們支付以下假肢設備的費用，可能還有此處未載列的其他設備： • 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） • 用於替換因疾病、受傷或先天性缺陷而被移除或受損的外部面部身體的所有部分的假肢 • 尿失禁乳膏和尿布 我們支付一些與假肢相關的用品。我們還支付修理或更換假肢裝置的費用。 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。有關詳細資訊，請參閱本表後面的「視力保健」。	$0
	肺病康復服務 我們為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員支付肺康復計劃費用。您必須得到治療 COPD 的醫生或提供者的轉診才能進行肺康復。 我們為依賴呼吸機的患者支付呼吸服務費用。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	性傳播疾病 (STI) 篩檢及諮詢 我們支付衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎的篩檢費用。這些篩檢適用於孕婦和某些性傳播感染風險較高的人群。這些檢測必須由初級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。 我們也每年為性傳播感染風險增加的性活躍成年人支付最多兩次面對面的高強度行為諮詢課程。每次服務的時間為 20 至 30 分鐘。僅當初級保健提供者提供這些諮詢服務時，我們才會為這些諮詢服務付費。這些輔導必須在主要醫療保健環境下進行，如醫師診所。	$0
	專業護理機構 (SNF) 護理 我們為以下服務付費，可能還有此處未載列的其他服務： • 半私人病房，若是具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 • 治療計畫中取得的藥物（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 • 醫師/醫療服務提供者服務 您通常從網絡設施獲得您的護理。然而，您或許能夠從未加入網絡的機構取得醫療照護服務。如果下列場所同意接受本計劃的給付金額，您將可以透過下列場所取得照護服務： • 您在前往醫院之前所住的安養院或持續照護退休社區（只要其有提供護理機構照護） • 您的配偶或同居伴侶在您出院時居住的護理機構	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	監督鍛煉療法 (SET) 我們為有症狀的外周動脈疾病 (PAD) 的會員支付 SET 費用，這些會員從負責 PAD 治療的醫生獲得 PAD 的轉診。 我們的計劃支付： • 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師診室中進行 • 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師、醫師助理或執業護士/臨床護理專家的直接監督下進行	$0
	運輸：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、箱型車、由附輪椅升降機的箱型車所提供的醫療交通運輸服務，以及與共用交通運輸服務提供者進行的協調。 當發生下列情況時，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 視服務項目而定，可能需要事先授權。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	運輸：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。 為了獲得所需的醫療服務，包括前往牙科診所和領取處方藥需要交通工具。 此項福利不會縮減您的非緊急醫療交通運輸福利。	$0
	緊急護理 緊急醫療是指為了治療下列情況所提供的治療： • 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，您應先透過網絡提供者取得治療。但是，當您無法聯絡醫療服務網絡提供者時（例如，當您在計劃的服務區域之外或在週末）時，您可以使用網絡外提供者。	$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 可讓您透過智慧手機、平板電腦或電腦上的雙向即時視訊看到獲得委員會認證的醫生和持牌治療師/心理學家。輕鬆開始！您可以在 livehealthonline.com 註冊或下載免費的 LiveHealth Online 行動應用程式並註冊。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：** 你在註冊時，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影機。 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。 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上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。 視訊看診旨在對您與經委員會認證醫師之間的面對面看診提供補充，適用於大多數的護理。 LiveHealth Online 是一間獨立公司 Health Management Corporation（該公司代表本計劃提供遠程健康服務）的商業名稱。	$0

本計劃的給付服務		您必須支付的金額
	視力護理 我們支付以下的服務： • 每年一次例行眼科檢查；**及** • 眼鏡（鏡框和鏡片）最高 $100，隱形眼鏡每兩年最高 $100。 我們為眼部疾病和損傷的診斷和治療支付門診醫生服務費用。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。 對於青光眼高危人群，我們每年支付一次青光眼篩檢費用。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 每次白內障手術後，當醫生插入人工晶狀體時，我們會支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 （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。） **視力——補充** 本計劃每年為眼鏡或隱形眼鏡提供高達 $300.00 的費用。 我們承保的視力保健比 Medicare 承保的要多，但您必須使用我們視力網絡中的醫生。 根據您的 Medi-Cal 福利和指南，可能會承保其他服務。請聯絡您的護理協調員了解詳細資訊。	$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 我們承保一次性的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。該就診包括： • 檢查您的健康狀況， • 提供您所需的預防性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診介紹。 **注：**我們僅在您擁有 Medicare B 部分的前 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」預防性就診。預約時，請告訴您的醫生辦公室您想安排您的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。	$0

E. 我們計劃之外的福利

我們不承保以下服務，但可透過 Original Medicare 或 Medi-Cal 付費服務獲得這些服務。

E1. California 社區過渡機構 (CCT)

California 社區過渡 (CCT) 計劃使用當地的牽頭組織幫助符合條件的 Medi-Cal 受益人，他們在住院設施中至少連續居住了 90 天，過渡回社區環境並安全地留在社區環境。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。

您可以從為您居住的縣提供服務的任何 CCT 牽頭組織獲得過渡協調服務。您可以在衛生保健服務部網站找到 CCT 牽頭組織及其服務的縣的清單：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

CCT 過渡協調服務：

Medi-Cal 支付過渡協調服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

與您的 CCT 過渡無關的服務

醫療服務提供者向我們收取您的服務費用。我們的計劃支付您過渡後提供的服務費用。您無需為這些服務支付任何費用。

當您獲得 CCT 過渡協調服務時，我們會為 **D 部分**的福利表列出的服務付費。

藥物承保福利無改變：

CCT 計劃**不**承保藥物。您繼續透過我們的計劃獲得正常的藥物福利。有關詳細資訊，請參閱*會員手冊* **第 5 章**。

注：如果您需要非 CCT 過渡護理，請致電您的護理協調員以安排服務。非 CCT 過渡護理是**不**與您從機構或設施的過渡有關的護理。

E2. Medi-Cal 牙科計劃

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃獲得； 包括但不限於以下服務：

- 初始檢查、X 光檢查、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 牙科計劃的牙科福利是按服務收費。如需更多資訊，或者如果您在尋找接受 Medi-Cal 牙科計劃的牙醫方面需要幫助，請撥打 1-800-322-6384 聯絡客戶服務熱線（TTY 使用者撥打 1-800-735-2922）。此為免付費電話。Medi-Cal 牙科服務計劃代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助。有關更多資訊，也可瀏覽網站 dental.dhcs.ca.gov/。

除了按服務收費的 Medi-Cal 牙科計劃外，您也可以透過牙科管理的護理計劃獲得牙科福利。牙科管理式保健計劃僅在洛杉磯郡提供。如果您想了解有關牙科計劃的更多資訊、需要幫助確定您的牙科計劃或想要變更牙科計劃，請在週一至週五上午 8:00 至 6:00 撥打 1-800-430-4263（TTY 使用者致電 1-800-430-7077）聯絡 Health Care Options。通話是免費。

注：我們的計劃提供額外的牙科服務。有關詳細資訊，請參閱 **D 部分**的福利表。

E3. 臨終關懷護理

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。您可以從 Medicare 認證的任何臨終關懷計劃獲得護理。計劃必須幫助您找到獲得 Medicare 認證的臨終關懷計劃。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。

請參閱 **D 部分**的福利表，了解更多關於我們在您獲得臨終關懷服務期間支付的費用的資訊。

臨終關懷服務和 Medicare A 部分或 B 部分承保的與您的終末期預後相關的服務

- 臨終關懷提供者為您的服務向 Medicare 收費。Medicare 支付與您的臨終預後相關的臨終關懷服務。您無需為這些服務支付任何費用。

Medicare A 部分或 B 部分承保的與您的終末預後無關的服務（緊急護理或急需護理除外）

- 醫療服務提供者將為您的服務向 Medicare 收費。Medicare 將為 Medicare A 部分或 B 部分所承保的服務付費。您無需為這些服務支付任何費用。

對於我們計劃的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物

- 臨終護理及我們的計劃均無承保的藥物。有關詳細資訊，請參閱*會員手冊* **第 5 章**。

注：如果您需要非臨終關懷，請致電您的護理協調員以安排服務。非臨終關懷是與您的終末預後無關的護理。

F. 我們的計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

本節向您介紹我們的計劃不包括的福利。「排除」是指我們不支付這些福利。Medicare 和 Medi-Cal 也不支付。

以下的清單描述一些我們在任何情況下都不承保的服務和項目，而一些服務和項目僅在某些情況下被我們排除在外。

我們不支付本節（或本*會員手冊*的任何其他部分）載列的排除醫療福利，除非在列出的特定條件下。即使您在緊急設施接受服務，計劃也不會支付服務費用。如果您認為我們的計劃應支付不承保的服務，您可以提出上訴。有關上訴的資訊，請參閱您的*會員手冊*的**第 9 章**。

除了福利表中描述的任何排除或限制外，我們的計劃不承保以下項目和服務：

- 除非我們將這些服務列為承保服務，否則根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準被認為非「合理且在醫學上必要」的服務。
- 實驗性醫療和外科治療、物品和藥物，除非 Medicare、Medicare 核准的臨床研究或我們的計劃承保它們。有關臨床研究的更多資訊，請參閱*會員手冊* **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。
- 病態肥胖症的手術治療，除非有醫療必要且由 Medicare 支付。
- 醫院的私人房間，除非有醫療需要。
- 私人護士。
- 醫院或護理機構房間內的個人物品，例如電話或電視。
- 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、提高性能力、提高運動能力、美容、抗衰老和改善精神狀況），除非是具醫療必要性。
- 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畸形部位所需。但是，我們會支付乳房切除術後乳房的重建費用和治療另一個乳房以進行相符的費用。

- 整脊護理，除了人工矯正外，遵照給付準則。
- 矯正鞋，除非鞋子是腿部支架的一部份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。
- 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(VA)機構為退伍軍人提供的服務。但是，當退伍軍人在 VA 醫院接受緊急服務，而且退伍軍人分攤的費用超過我們計劃的分攤費用時，我們將補償退伍軍人的差額。您仍需負擔您的費用分攤額。

第 5 章：獲得門診處方藥

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。它們包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保的藥物。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

我們還承保以下藥物，儘管本章尚未進行討論：

- **Medicare A 部分承保的藥物。**這些藥物通常包括您在醫院或護理機構時給予您的藥物。
- **Medicare B 部分承保的藥物。**這些藥物包括一些化學治療藥物、在醫生或其他提供者就診期間給您的一些藥物注射，以及您在透析診所獲得的藥物。要詳細了解 Medicare B 部分藥物的承保範圍，請參閱*會員手冊* **第 4 章**的福利表。

我們計劃的門診藥物承保規則

只要您遵守本節的規則，我們通常會承保您的藥物。

1. 您必須讓醫生或其他提供者為您開具處方，該處方必鬚根據適用的州法律有效。此為您開立處方的人士通常是您的初級保健提供者 (PCP)。如果您的初級保健提供者為您進行醫療保健轉診，您也可以請其他醫療服務提供者為您開立處方。
2. 您的開處方者必須**不**出現在 Medicare 的排除或排除清單或任何類似的 Medicaid 清單、州 Medicaid 排除清單和州制裁或任何類似的州 Medicaid 清單中。
3. 您一般須使用網絡藥房配藥。
4. 您的處方藥必須在我們計劃的*承保藥物清單*上。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 章以瞭解如何要求例外處理。
   - 另請注意，將根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準對承保您的處方藥的申請進行評估。
5. 您的藥物必須用於醫療上認可的症狀。這意味著使用該藥物要得到食品和藥物管理局的核准，或者得到某些醫學參考的支援。您的醫生可能會助您確定醫學參考資料，以支援您要求使用處方藥。

目錄

A. 為您的處方配藥 100
A1. 在網絡藥房領取您的處方藥物 100
A2. 在配藥時使用您的計劃 ID 100
A3. 如果您更換網絡藥局該怎麼辦 100
A4. 如果您的藥房離開網絡該怎麼辦 100
A5. 使用專科藥房 100
A6. 使用郵購服務獲得您的藥物 101
A7. 領取藥物的長期供應 103
A8. 使用不在我們計劃網絡中的藥房 103
A9. 向您償還處方費用 104
B. 我們計劃的藥物清單 104
B1. 我們藥物清單上的藥物 104
B2. 如何在我們的藥物清單上尋找藥物 105
B3. 不在我們的藥物清單上的藥物 105
B4. 藥物清單等級 106
C. 部分藥物的承保限制 106
D. 您的藥物可能不被承保的原因 107
D1. 享有暫時供應 107
E. 您的藥物承保的變更 109
F. 特殊個案的藥物給付範圍 111
F1. 處於我們計劃承保的醫院或專業護理機構 111
F2. 在長期護理機構 111
F3. 在 Medicare 認證的臨終關懷計劃 112

G. 藥物安全和藥物管理方案 112

G1. 幫助您安全使用藥物的計劃 112

G2. 幫助您管理藥物的計劃 112

G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 113

A. 為您的處方配藥

A1. 在網絡藥房領取您的處方藥物

在大多數情況下，我們僅在我們的任何網絡藥房開具處方時才支付處方費用。網絡藥局是同意為我們的計劃成員配藥的藥局。您可以使用我們的任何網絡藥局。

要尋找網絡藥局，請查看*醫療服務提供者和藥房名錄*，造訪我們的網站或聯絡會員服務部。

A2. 在配藥時使用您的計劃 ID

要配藥，在您的網絡藥局**出示您的 ID 卡**。網絡藥局向我們收取您的 Medicare D 部分承保的處方藥費用。當您領取處方藥物時，您需要向藥房支付您的共付費用。

請記住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利身份證 (BIC) 才能使用 Medi-Cal Rx 承保的藥物。

如果您在配藥時沒有攜帶您的計劃 ID 卡或 BIC，請讓藥局致電我們以獲得必要的資訊。

若藥局無法取得必要的資訊，您可能需要在取藥時支付處方的全部費用，然後您可以要求我們退還給您。

如果您無法支付藥物費用，州和聯邦法律允許藥房在緊急情況下為您提供不少於 72 小時的所需處方。立即聯絡會員服務部。我們將盡我們所能提供幫助。

- 若要求我們向您退款，請參閱您的*會員手冊***第 7 章**。
- 如果您在開具處方方面需要幫助，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A3. 如果您更換網絡藥局該怎麼辦

如果您在變更網絡藥房時需要幫助，請聯絡會員服務部。

A4. 如果您的藥房離開網絡該怎麼辦

如果您使用的藥房離開我們計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。

要尋找新的網絡藥局，請查看醫療服務*提供者和藥房名錄*，造訪我們的網站，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。如屬以下情況，我們的計劃將承保家庭輸液治療：
    - 您的處方藥在我們計劃的處方藥一覽表內，或已對您的處方藥給予處方藥一覽表例外處理。

- 您的處方藥不在我們計劃的醫療福利或 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。
- 我們的計劃已核准您的居家輸液治療處方。
- 您的處方是由經授權的處方醫生開立。

- 為長期照護機構（例如安養院）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。如果您是長期護理機構的居民，我們會確保您可以在該機構的藥房獲得所需的藥物。
  - 如果您的長期護理機構的藥房不在我們的網絡中，或者您在長期護理機構中難以獲得藥物福利，請聯絡會員服務部。
- 為印第安裔/部落/都市印第安裔健康服務計劃服務的藥房。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。
- 調配受 FDA 限制在某些地點之藥物的藥房，或是調配需要特殊處理、提供者協調、使用方式教學的藥房。（請注意：這種情況很少發生。）

要尋找專業藥局，請查看醫療服務*提供者和藥房名錄*，造訪我們的網站，或聯絡會員服務部。

A6. 使用郵購服務獲得您的藥物

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡郵購服務。通常，透過郵購取得的藥物是您為慢性或長期疾病定期服用的藥物

我們計劃的郵購服務要求您訂購至少 30 天供應量且不超過 100 天供應量的藥物。

郵寄處方

要獲得有關郵寄處方的資訊或獲得訂購表和有關郵寄處方的資訊，請致電 1-833-203-1735 聯絡我們的郵購會員服務部，TTY 使用者應致電 711。工作時間為每週 7 天、每天 24 小時。我們的互動語音電話 (IVR) 服務時間為一週 7 天，全天 24 小時。

通常，郵購藥局訂單將於不超過 14 天內送遞給您。確保您手頭至少有 14 天的藥物供應。如果您沒有足夠的量，請讓您的醫生為您開第二張 30 天供應的處方，並在您等待郵購供應到達時在零售網絡藥局配藥。如果您的郵購發貨延遲，請撥打提供者/藥房名錄中提供的郵購藥房的電話號碼。

郵購流程

郵購服務針對從您那裡獲得的新處方、直接從您的提供者辦公室獲得的新處方以及為您的郵購處方重新配藥有不同的程序。

1. 藥房從您取得新處方

藥局會自動配藥並提供從您獲得的新處方。

如果您自動透過郵件收到不需要的處方，而且處方寄出前沒人與您聯絡，瞭解您是否需要，則您符合退款條件。

如果您過去使用郵購且不希望藥房自動配藥和配送每個新處方，請撥打您會員卡上的會員服務電話號碼與我們聯絡。

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，則藥局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局提供正確的藥物（包括強度、用量及劑型），若有需要，在向您請款與送貨前，讓您可以取消或延遲訂購。

每次藥局聯絡您時，您都應作出回覆，讓他們知道怎麼處理新處方並防止耽誤藥物配送，這一點非常重要。

要選擇不自動遞送直接從您的醫療保健提供者辦公室收到的新處方，請撥打您會員卡上的會員服務電話號碼與我們聯絡

2. 藥局從您的醫療服務提供者辦公室獲得的新處方

如果出現以下情況，藥房會自動填寫並提供從醫療保健提供者獲得的新處方，而無需先與您核實：

- 您過去曾在我們的計劃使用過郵購服務， **或**
- 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。您可以現在或隨時透過同意您的醫生發出的首次新的送貨上門處方來要求自動配送所有新處方。

如果您過去使用郵購且不希望藥局自動配藥和配送每個新處方，請致電會員服務部聯絡我們，如果您從未使用過我們的郵購服務和/或決定停止自動配藥，藥局會在每次從醫療保健提供者獲得新處方時與您聯絡，了解您是否希望立即配藥和配送。

- 這讓您有機會確保藥局提供正確的藥物（包括强度、數量和劑形），並在必要時允許您在 配送前取消或延遲訂單。
- 每次藥局與您聯絡時都進行回覆，讓其知道如何處理新處方並防止任何配送的延誤。

要選擇不自動配送直接從您的醫療保健提供者辦公室獲得的新處方，請致電會員服務部聯絡我們。

3. 郵購處方藥物再領取

有關您的藥物重配，您可以選擇註冊一個自動配藥計劃。根據該計劃，當我們的記錄顯示您應該快用完藥物時，我們會開始自動處理您的下一次配藥。

- 藥局在配送每次重配藥物前會與您聯絡，以確保您需要更多的藥物，若您有足夠的藥物或藥物發生變化，您可以取消預定的藥物重配。
- 如果您選擇不使用我們的自動重配藥物計劃，請在您目前的處方藥用完前 30 天聯絡您的藥局，以確保及時將您的下一個訂單配送給您。

要退出我們自動準備的郵購重配藥物的自動重配藥物計劃 ，請致電會員服務部與我們聯絡。

讓藥局知道與您聯絡的最佳方式，讓他們在配送前與您聯絡以確認您的訂單。

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。

網絡藥局可讓您獲得長期維持藥物的供應。100 天供藥與一個月供藥的共付額相同。*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。

對於某些種類的藥物，您 可以使用我們計劃的網絡郵購服務來獲得維持藥物的長期供應。請參閱 **A6 節**了解郵購服務。

A8. 使用不在我們計劃網絡中的藥房

通常，只有當您無法使用網絡藥局時，我們才會為在網絡外藥局配藥的藥物付費。作為本計劃的會員，您可在本計劃服務區域外的網絡內藥局領取處方藥物。

在以下情況下，我們會為在網絡外藥局開出的處方付費：

- 您在美國及其屬地內旅行，期間生病、遺失或用完您的處方藥。
- 您在美國及其屬地內旅行，處方用於緊急醫療情況或緊急照護。
- 您無法在我們的服務區域內及時獲得承保藥物，因為在 25 英里車程內沒有提供 24 小時服務的網絡藥局。
- 您按處方所配的承保藥物，在可用的網絡零售藥房不常有存貨。（例如，罕見病用藥或其他特種藥。）

在這些情況下，我們建議您先向會員服務部查詢附近是否有網絡藥局。

A9. 向您償還處方費用

Anthem MediBlue Full Dual Advantage 無法為您報銷 Medi-Cal 承保的處方。

如果您必須使用網絡外藥局，您通常必須在獲得處方時支付所有費用。您可要求我們向您作出償付。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 可能承保的處方的全部費用，則一旦 Medi-Cal Rx 支付了處方費用，您可能能夠由藥房報銷。或者，您可以透過提交「Medi-Cal 自付費用報銷 (Conlan)」理賠，要求 Medi-Cal Rx 償還您。更多資訊可在 Medi-Cal Rx 網站找到：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

要了解更多資訊，請參閱*會員手冊*第 **7** 章。

B. 我們計劃的藥物清單

本計劃有一份*給付藥物清單*。我們稱之為「藥物清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的幫助下選擇藥物清單上的藥物。藥物清單還告訴您獲得藥物需要遵守的規則。

當您遵守我們在本章解釋的規則時，我們通常會承保我們計劃藥物清單上的藥物。

B1. 我們藥物清單上的藥物

我們的藥物清單包括 Medicare 承保的藥物。

您從藥局獲得的大部分處方藥都包含在您的計劃中。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維生素。有關更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份證 (BIC)。

我們的藥物清單包括品牌藥和副廠藥。

品牌藥是一種處方藥，以藥品製造商擁有的商標名稱銷售。比典型藥物（例如基於蛋白質的藥物）更複雜的品牌藥物稱為生物製品。在我們的藥品清單上，當我們提到「藥品」時，這可能是指藥品或生物製品。

副廠藥和原廠藥具有相同的活性成分。一般而言，副廠藥與品牌藥一樣有效，而且通常成本更低。如果您對仿製藥或品牌藥是否能滿足您的需求有疑問，您的提供者可以使用許多品牌藥的仿製藥替代品。

我們的計劃還承保某些非處方藥和產品作為補充福利。

部分 OTC 藥物的費用較之處方藥物更低且療效相當。此補充福利在本會員手冊第 4 章的醫療福利表中詳細說明。

B2. 如何在我們的藥物清單上尋找藥物

要了解您服用的藥物是否在我們的藥物清單上，您可以：

- 查閱我們郵寄給您的最新藥物清單。
- 請造訪我們計劃的網站 shop.anthem.com/medicare/ca。我們網站上的藥物清單始終是最新的。
- 致電會員服務部了解藥物是否在我們的藥物清單上或索取清單副本。
- D 部分**未**承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。有關更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)。

B3. 不在我們的藥物清單上的藥物

我們不承保所有處方藥。有些藥物不在我們的藥物清單上，因為法律不允許我們承保這些藥物。在其他情況下，我們決定不將某種藥物列入我們的藥物清單。如果處方的藥物不在我們的藥物清單上，您的處方藥需求將始終根據我們計劃的承保政策和 Medicare 承保規則進行評估。

我們的計劃不支付本節所列藥物的費用。這些藥物稱為**非給付藥物。**如果您獲得排除藥物的處方，您可能需要自己支付費用。若您認為我們應該為您的案件支付排除藥物費用，您可以提出上訴。有關上訴的更多資訊，請參閱*會員手冊***第 9 章**。

針對非給付藥物有三項一般規定：

1. 我們計劃的門診藥物承保（包括 D 部分）無法支付 Medicare A 部分或 B 部分已經承保的藥物。我們的計劃免費承保 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物，但這些藥物不被視為您的門診處方藥福利的一部分。
2. 我們計劃無法承保於美國及其屬地境外購買的藥物。
3. 使用該藥物必須獲得美國食品藥品監督管理局 (FDA) 的核准或某些醫學參考資料的支援，才能治療您的病情。您的醫生可能會處方某種藥物來治療您的病情，即使其未被核准用於治療該病症。這被稱為「標示外使用」。我們的計劃通常不承保為標示外使用而處方的藥物。

此外，根據法律，Medicare 或 Medi-Cal 不能承保以下的藥物類型。

- 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®。（該計劃透過加強型藥物保險為某些通常不在 Medicare 處方藥計劃中承保的處方藥提供額外承保，例如勃起功能障礙藥物西地那非，每月四片。）
- 一家公司生產的門診藥物，而該公司說您必須僅由他們進行測試或服務

B4. 藥物清單等級

我們藥物清單上的每種藥物皆屬於 5 種等級的其中一種。一個層級是一組通常相同類型的藥物（例如，品牌藥和副廠藥）

- 第 1 級包括首選副廠藥。
- 第 2 級包括副廠藥。
- 3 級包括首選原廠藥 。
- 4 級包括非首選藥 。
- 5 級包括特殊藥物。

如需查詢您的藥物所屬的等級，請查閱我們的藥物清單中的藥物。

您的*會員手冊***第 6 章**說明您為每一個級別的藥物支付的金額。

C. 部分藥物的承保限制

對於某些處方藥，特殊規則限制了我們的計劃承保的方式和時間。一般來說，我們的規則鼓勵您購買一種對您的健康狀況有效且安全有效的藥物。當一種安全、成本較低的藥物與一種成本較高的藥物一樣有效時，我們希望您的提供者開出成本較低的藥物。

如果您的藥物有特殊規定，通常意味著您或您的提供者必須採取額外措施讓我們承保該藥物。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。如果您或您的提供者認為我們的規則不適用於您的情況，請要求我們破例。我們可能會或可能不會同意讓您在不採取額外步驟的情況下使用該藥物。

要詳細了解請求例外情況，請參閱*會員手冊***第 9 章**。

1. 在副廠藥版本可用時限制使用原廠藥

通常，副廠藥和原廠藥物的藥效相同，並且費用較低。如果有品牌藥的副廠藥版本，我們的網絡藥局會為您提供副廠藥版本。

- 當有可用的副廠藥版本時，我們通常不會為品牌藥物付費。
- 但是，若您的醫療服務提供者告訴我們副廠藥對您不起作用的醫學原因，***或***在您的品牌名稱處方寫下「不可替代」 藥物，**或**告訴我們治療相同病症的副廠藥或其他承保藥物對您不起作用的醫學原因，然後我們會承保品牌藥。

2. 事先取得計劃核准

對於某些藥物，您或您的醫生必須在您配藥前獲得我們計劃的核准。如果您未獲得核准，我們可能不承保該藥物。

3. 首先嘗試不同藥物

一般而言，我們希望您在我們承保價格更高的藥物之前先嘗試同樣有效的低成本藥物。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**沒**效，我們會承保藥物 B。這被稱為分步治療。

4. 數量限制

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。

要了解上述任何規則是否適用於您服用或想要服用的藥物，請查看我們的藥物清單。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 shop.anthem.com/medicare/ca。如果您不同意我們的承保範圍或例外請求決定，您可以提出上訴。或有關此的更多資訊，請參閱第 9 章的 E 部分。

D. 您的藥物可能不被承保的原因

我們努力使您的藥物承保對您有效，但有時藥物承保的方式可能並非您喜歡的方式。例如：

- 您的計劃不承保您想服用的藥物。該藥物可能不在我們的藥物清單上。我們可能承保該藥物的副廠藥版本，但不承保您想要服用的品牌藥版本。一種藥物可能是新藥，我們尚未對其安全性和有效性進行審查。
- 我們的計劃承保該藥物，但該藥物的承保範圍有特殊規則或限制。如上節所述，我們計劃承保的某些藥物有限制其使用的規則。在某些情況下，您或您的開藥者可能想要求我們例外處理。

如果我們不按照您希望我們承保的方式承保某種藥物，您可以做一些事情。

D1. 享有暫時供應

在某些情況下，當藥物不在我們的藥物清單上或在某些方面受到限制時，我們可以為您提供臨時藥物。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，您必須符合下列兩項規定：

1. 您服用的藥物：
   - 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：
   - 我們會在**曆年的前 90 天**為您提供臨時藥物 **。**
     - 此臨時供應最多可使用 30 天。
     - 如果您的處方開具的天數較少，我們允許多次補充，以提供最多 30 天的用藥。您必須至網絡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**加入我們計劃的首 90 天內**為您提供臨時藥物 。
     - 此臨時供應最多可使用 30 天。
     - 如果您的處方開具的天數較少，我們允許多次補充，以提供最多 30 天的用藥。您必須至網絡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。
   - 您已加入我們的計劃超過 90 天，住在長期護理機構，需要馬上提供。
     - 我們提供 34-天的供應，或更少， 若您的處方所寫的天數更少。這是對上述臨時供應的補充。
     - 如欲領取某藥物的暫時供藥量，請致電會員服務部。

當您獲得臨時藥物供應時，請盡快與您的提供者交談，以決定在您的供應用完時該怎麼辦。以下為您的可選方案：

- 換另一種藥物。

  我們的計劃可能承保對您有效的不同藥物。致電會員服務部，索取我們承保的治療相同疾病的藥物清單。該清單可以幫助您的提供者找到可能對您有效的承保藥物。

  或者

- 要求例外處理。

  您和您的醫療服務提供者可以要求我們給予例外處理。例如，您可以要求我們承保不在我們的藥物清單上的藥物，或者要求我們無限制地承保該藥物。如果您的提供者說您有充分的醫療理由例外，他們可以助您要求例外處理。

如果您服用的藥物將於明年從我們的藥物清單中刪除或以某種方式受到限制，我們允許您在明年之前申請例外處理。

- 我們會告訴您明年藥物承保範圍的任何變化。要求我們例外處理，並按照您希望的方式為明年的藥物承保。
- 我們在收到您的請求（或您的開藥人的支援聲明）後 72 小時內答覆您的例外請求。

要了解有關申請例外的更多資訊，請參閱*會員手冊* **第 9 章**。

如果您在申請例外情況時需要幫助，請聯絡會員服務部。如果您不同意我們的承保或例外請求決定，您可以請求上訴（有關此內容的更多資訊，請參閱第 9 章中的 E 部分。）。

E. 您的藥物承保的變更

藥物承保範圍的大部分變化發生在 1 月 1 日，但我們可能會在這一年中添加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，我們可以：

- 決定是否需要對藥物進行事先核准（在您獲得藥物之前獲得我們的許可）。
- 添加或變更您可以獲得的藥物數量（數量限制）。
- 添加或變更對藥物的分步治療限制（在我們承保另一種藥物前，您必須先嘗試另一種藥物）。

有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱 **C 部分**。

如果您在今年**年初**服用我們承保的藥物，我們通常不會在**今年剩餘時間**取消或變更該藥物的承保範圍，除非：

- 市場上出現了一種全新、更便宜的藥物，其現在與我們藥物清單上的藥物一樣有效，**或**
- 我們得知某藥物不安全，**或者**
- 某藥物從市場中被撤下。

要了解有關我們的藥物清單變更時會發生什麼的更多資訊，您可以隨時：

- 在 shop.anthem.com/medicare/ca 線上檢視我們目前的藥物清單**或**
- 請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，以查看我們目前的藥物清單。

我們的藥物清單會發生一些**立即**變化。例如：

- **有新的副廠藥物可用。**有時，市場上會出現一種新的副廠藥，它現在與我們藥單上的品牌藥一樣有效。發生這種情況時，我們可能會刪除品牌藥並添加新的副廠藥，但您購買新藥的費用保持不變。

  當我們新增的副廠藥時，我們也可能會決定將原廠藥保留在清單中，但將變更其承保規定或限制。

  - 在進行此變更前，我們可能不會告訴您，但一旦發生變更，我們會向您發送有關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」。我們會向您發送通知，其中包含您可以採取的請求例外的步驟。有關例外情況的更多資訊，請參閱*會員手冊***第 9 章**。

某藥物從市場中被撤下。如果美國食品和藥物管理局 (FDA) 認為您服用的藥物不安全，或該藥物的製造商將某種藥物從市場上撤下，我們會將其從我們的藥物清單中刪除。如果您正在服藥，我們會告訴您。

我們可能會做出影響您所服藥物的其他變更。

我們會提前告知您我們的藥物清單的這些其他變更。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。
- 我們新增的副廠藥物並非最新上市，**並且**
  - 替換目前在我們的藥物清單上的品牌藥物**或**
  - 該原廠藥物的承保規定或限制有所變更。

  如果您在我們進行變更時正在服用品牌藥物，我們將為您提供有關具體變更的資訊。這亦包括有關您可能採取措施申請例外處理，以承保該原廠藥的資訊。在我們進行變更前，您可能不會收到此通知。 – 您或您的開藥者可以要求我們破例並繼續為您承保品牌藥。有關如何請求例外的資訊，請參閱第 8 章。

- 我們新增某種副廠藥物，**並且**
  - 取代藥物清單中目前使用的某種原廠藥物，**或者**
  - 該原廠藥物的承保規定或限制有所變更。

當這些變化出現時，我們：

- 在我們變更藥物清單前至少 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 30 天藥量。

這讓您有時間與您的醫生或其他開藥者談一下。他們可以助您決定：

- 如果我們的藥物清單上有類似藥物，您可以服用該藥物**或**
- 如果您應該要求對這些變更破例處理。要詳細了解請求例外情況，請參閱*會員手冊* **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。對於這些變更，如果您在**年初**服用我們承保的藥物，我們通常不會在**今年剩餘時間**取消或變更該藥物的承保範圍。

例如，如果我們移除您正在服用的藥物或限制其使用，則該變更不會影響您在今年剩餘時間使用該藥物。

F. 特殊個案的藥物給付範圍

F1. 處於我們計劃承保的醫院或專業護理機構

若您入住我們計劃承保的醫院或專業護理機構，我們通常會在您住院期間支付您的處方藥費用。您無需支付共付額。一旦您離開醫院或者專業護理機構，只要藥物符合我們所有的承保規則，我們就會承保您的藥物。

F2. 在長期護理機構

通常，養老院等長期護理機構有自己的藥局或為所有居民提供藥物的藥局。如果您住在長期護理機構，如果該機構的藥房是我們網絡的一部分，您可以透過該機構的藥房獲得您的處方藥。

請查閱您的*醫療服務提供者及藥房名錄*，以確定您長期護理機構的藥房是否在我們的網絡內。如果不是，或者您需要更多資訊，請聯絡會員服務部。

F3. 在 Medicare 認證的臨終關懷計劃

臨終護理及我們的計劃均無承保的藥物。

- 您可能參加了 Medicare 臨終關懷，且需要您的臨終關懷不承保的止痛藥、抗噁心藥、瀉藥或抗焦慮藥，因為其與您的終末預後和狀況無關。在這情況下，我們的計劃必須從開藥者或者您的臨終關懷提供者取得通知，告知該藥物為不相關，然後我們才能承保該藥物。

- 為防止延誤獲得我們的計劃應承保的任何不相關藥物，您可以要求您的臨終關懷提供者或開藥者確保在您要求藥房為您開處方前，我們已收到該藥物為不相關的通知。

如果您離開臨終關懷中心，我們的計劃將承保您的所有藥物。為防止您的 Medicare 臨終關懷福利結束時藥房出現任何延誤，請攜帶文件到藥房確認您已離開臨終關懷。

請參閱本章前面介紹我們計劃承保的藥物的部分。請參閱 *會員手冊* **第 4 章** 了解有關臨終關懷福利的更多資訊。

G. 藥物安全和藥物管理方案

G1. 幫助您安全使用藥物的計劃

您每次領取處方藥物時我們都會檢查可能的問題，例如：

- 可能不需要，因為您服用了另一種有相同作用的藥物
- 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
- 鴉片類止痛藥量不安全

如果我們發現您在使用處方藥時可能存在問題，我們會與您的醫療服務提供者一起解決問題。

G2. 幫助您管理藥物的計劃

您可以針對不同的醫療狀況服用藥物和/或參加藥物管理計劃，以幫助您安全地使用鴉片類藥物。在這情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 計劃免費獲得服務。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。藥劑師或其他健康專業人員將對您的所有藥物進行全面審查，並與您討論：

- 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

然後，他們將會給您：

- 本次討論的書面總結。該總結有一份藥物行動計劃，建議您可以採取哪些措施以最好地使用您的藥物。
- 一份個人藥物清單，其中包括您服用的所有藥物和服用這些藥物的原因。
- 有關安全處置受控物質處方藥的資訊。

建議您將藥物評估時間安排在年度健康檢查之前，以便與醫師討論您的行動計劃和藥物清單。

- 在您就診或與您的醫生、藥劑師和其他醫療保健提供者交談時，請攜帶您的行動計劃和藥物清單。
- 如果您去醫院或急診室，請帶上您的藥物清單。

藥物治療管理計劃對符合條件的會員是自願和免費的。如果我們有適合您需求的計劃，我們會為您註冊該計劃並向您發送資訊。如果您不想參加該計劃，請告知我們，我們將助您退出計劃。

如果您對這些計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部。

G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃

我們的計劃有一個計劃幫助會員安全地使用他們的處方鴉類藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃被稱為藥物管理計劃 (DMP)。

如果您使用從多位醫生或藥房處領取的鴉片類藥物或您最近藥片類藥物過量，我們可能會與您的醫生交談，以確保您鴉片類藥物的使用並無不妥且具醫療必要性。與您的醫生合作，如果我們確定您使用處方鴉片類藥物不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。限制措施可能包括：

- 要求您從某家藥局和/或某位醫生獲得所有這些藥物的處方。
- 限制我們為您承保的藥物數量。

如果我們認為一項或多項限制應適用於您，我們會提前向您發送一封信函。該信函解釋我們認為應該適用的限制。

您將有機會告知我們，您更偏向使用哪些醫生或藥局，以及您認為我們要知道的任何重要資訊。在您有機會做出回應後，若果我們決定限制您對這些藥物的承保範圍，我們會向您發送另一封信函確認限制。

如果您認為我們犯了錯誤，您不同意您有濫用處方藥的風險，或者您不同意限制，您和您的開藥者可以提出上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的案件並給您一份書面決定。如果我們繼續拒絕您上訴中與限制您獲得這些藥物有關的任何部分，我們會自動將您的案件發送給獨立審查組織。要了解有關上訴和獨立審查組織的更多資訊，請參閱*會員手冊* **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，如癌症或鐮狀細胞性貧血，
- 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：您需支付的 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥費用

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，**及**
- 屬於 Medi-Cal Rx 給付範圍的藥物和用品；**及**
- 屬於我們的計劃附加福利給付範圍的藥物和用品。

由於您符合 Medi-Cal 的資格，因此您可以取得 Medicare 的額外補助 (“Extra Help”) 以幫您支付您的 Medicare D 部分處方藥物費用。我們給您發送一份單獨的插頁來說明您藥物保險，該插頁稱為「取得額外補助 (“Extra Help”) 支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索要「LIS 附則」。

> **額外補助 (“Extra Help”)** 是一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資產有限的人士節省 Medicare D 部份處方藥費用（如保費、自付額和共付額）。額外補助 (“Extra Help”) 也稱為「低收入補助」或「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：

- 本計畫的*給付藥物清單*。
  - 我們稱它為藥物清單。此《藥物清單》將會告訴您：
    - 本計劃將給付哪些藥物
    - 每一種藥物歸屬於 5 個等級中的某一等級
    - 藥物是否有任何限制
  - 如果您需要我們的藥物清單副本，請致電會員服務部。您還可以在我們的網站 shop.anthem.com/medicare/ca 上找到我們藥物清單的最新副本。
  - 非處方(OTC) 藥物的承保是作為補充福利提供的。請參閱第 4 章醫療福利表瞭解詳細資訊。

- Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 承保您從藥房獲得的大多數處方藥。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維生素。有關更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份卡 (BIC)。

- *會員手冊*第 **5** 章。
  - 它說明了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。它還說明我們的計劃不承保哪些類型的處方藥。
- 本計劃的*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。網絡內藥房是指同意與我們合作的藥房。
  - *服務提供者及藥房名錄*列出了我們的網絡內藥房。有關網絡內藥房的更多資訊，請參閱會員手冊第 **5** 章。

目錄

A. *福利說明* (EOB) 118

B. 如何記錄您的藥物費用 118

C. 您無需為單月或長期的藥物供應支付費用 119

C1. 我們的等級 119

C2. 您的藥房選擇 120

C3. 領取藥物的長期供藥量 120

C4. 您須支付的費用 120

D. 疫苗接種 120

D1. 接受疫苗接種前您的須知 121

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**自掏腰包費用。**這是您本人或代您付款的其他人為您處方所支付的費用。由於所有會員都為承保的 D 部分處方支付 $0，這不適用於您。
- 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，我們將會寄一份名為 ***D** 部分福利說明*的摘要給您。我們簡稱它為「D 部分 EOB」。D 部分 EOB 包含有關您服用的藥物的更多資訊，例如總藥物成本的增加。

D 部分 EOB 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。
- **「年度至今」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。

本計畫給付不屬於 Medicare 給付範圍的藥物。

- 您為這些藥物支付的費用將不會計入您的總自付費用中。 其中包括透過 Medi-Cal Rx 配取處方藥。
- 計劃承保您從藥房獲得的大多數處方藥。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維生素。有關更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話是 1-800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份卡 (BIC)。
- 要瞭解我們計劃承保的藥物，請參閱我們的藥物清單。

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. 使用您的計劃 ID 卡。

每次開出處方時，請出示您的 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 身份卡。這有助於我們瞭解您領取了哪些處方藥物以及您支付了哪些費用。

2. 確保我們掌握有必要的資訊。

請將您已付費的藥物憑證副本提供給我們。您可要求我們就該藥物向您報銷。

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
- 當您為某藥物支付了共付額，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

有關要求我們為您支付藥物費用的更多資訊，請參閱您的*會員手冊*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掏腰包費用中。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掏腰包費用中。

4. 檢查本計劃寄給您的 EOB 。

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

C. 您無需為單月或長期的藥物供應支付費用

有了我們的計劃，只要您遵守我們的規則，您就無需為承保藥物支付任何費用。

C1. 我們的等級

等級是我們的計劃的藥物清單上的藥物群組。我們藥物清單上的每種藥物皆屬於 5 種等級的其中一種。對於我們的藥物清單中的處方，**您無需支付共付額**。如需查詢您的藥物所屬等級，您請參閱我們的藥物清單。

- 第 1 級包括首選副廠藥。
- 第 2 級包括副廠藥。
- 第 3 級包括首選原廠藥。
- 第 4 級包括非首選藥。
- 第 5 級包括特殊藥物。

C2. 您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額*不*取決於您在下列哪個地點取得藥物：

- 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。請參閱您的*會員手冊*第 **5 章**，瞭解我們何時這樣做。請參閱第 9 章，瞭解如果您被告知某種藥物將不在承保範圍內，如何提出上訴。

深入瞭解關於藥房的選擇，請見*會員手冊*第 **5 章**和我們的*醫療服務提供者及藥房名冊*。

C3. 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」）。對於第 2-5 等級的藥物，長期供應最多為 90 天用量，第 1 等級的藥物最多為 100 天用量。您可免費獲得長期供應。

有關在何處以及如何獲得長期藥物供應的詳細資訊，請參閱您的*會員手冊*第 **5 章***或我們的提供者和藥房名冊*。

C4. 您須支付的費用

您為所有等級的所有承保處方支付 $0。

非處方藥的承保是作為補充福利提供的，可在第 4 章醫療福利表中找到。

計劃承保您從藥房獲得的大多數處方藥。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維生素。有關更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份卡 (BIC)。

當您自以下地點取得承保處方藥一個月份量的補給時，您分別應承擔的費用：

您透過零售藥房、郵購藥房和長期護理藥房為所有等級的所有承保處方支付 $0。

如欲取得資訊瞭解哪些藥房可以為您提供長期供藥量，請參閱我們的計劃的*《醫療服務提供者及藥房名冊》*。

D. 疫苗接種

關於您為疫苗支付的費用的重要資訊 – 我們的計劃承保大多數 Medicare D 部分疫苗，您無需支付費用。。Medicare D 部份疫苗接種承保包括兩個部份：

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，有時候醫師會幫您施打疫苗。

D1. 接受疫苗接種前您的須知

如果您計劃接種疫苗，我們建議您致電會員服務部。

- 我們可以告訴您我們的計劃如何承保您的疫苗接種

第 7 章：要求我們支付您因承保服務或藥物而收到的帳單

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。如果您不認可承保決定，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 123

B. 向我們傳送付款請求 125

C. 承保決定 125

D. 上訴 126

A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用

在您獲得承保服務和藥物後，我們的網絡內提供者必須為您的健康計劃開具帳單。網絡內提供者與健康計劃合作。**如果您收到健康護理或藥物帳單，請勿支付帳單並將帳單寄給我們。**要向我們傳送帳單，請參閱**第 B 節**。

- 如果我們承保服務或藥物，我們將直接向提供者付款。
- 如果我們承保服務或藥物並且您已經支付了帳單，您有權獲得退款。
- 如果我們不承保服務或藥物，我們會告訴您。

如有任何疑問，請聯絡會員服務部。如果您收到帳單但不知道該怎麼辦，我們可以提供協助。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. 當您透過網絡外提供者取得急診或緊急醫療服務請參閱第 3 章，第 D4 節，第 36 頁。

要求提供者向我們收費。

- 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。
- 請參閱*會員手冊*第 **5 章**，瞭解有關網絡外藥房的更多資訊。

2. 當網絡提供者向您請款

不論何時網絡提供者皆必須向我們請款。當您獲得任何服務或處方時，請出示您的計劃 ID 卡。不正確的或不適當的收費發生於醫療服務提供者（如醫師或醫院）針對服務向病人收取高於我們的費用分攤額之費用的情況。**如果您收到任何帳單，請致電會員服務部。請勿支付帳單。**

- 由於我們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。

- 一旦您收到網絡內提供者發出的帳單，請將帳單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者並解決問題。
- 如果您已為來自網絡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。

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，您需要支付處方藥的全部費用。

- 僅有在少數情況下，本計劃才會給付您在網絡外藥房領取的處方藥物。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。
- 請參閱*會員手冊***第 5 章**，瞭解有關網絡外藥房的更多資訊。

4. 當您因為沒有隨身攜帶計劃 ID 卡而支付全部處方費用時

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥房致電我們，或查閱您的計劃參保資訊。

- 如果藥房無法立即獲得資訊，您可能必須自己支付全部處方費用或帶著您的計劃 ID 卡返回藥房。
- 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。

5. 當您為未承保的藥物支付全部處方費用時

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。

- 該藥物可能不在我們的網站上列出的《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。
  - 如果您不支付藥物費用但認為我們應該承保，您可以要求做出給付決定（請參閱您的會*員手冊***第 9 章**）。
  - 若您和您的醫師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（請參閱您的會*員手冊***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，我們可能會需要向您的醫生或其他處方開具者索取更多資訊，以便向您償付 藥物費用。

在您給我們傳送付款請求，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關服務或藥物。這被稱為作出「承保範圍裁決」。如果我們決定應承保該服務或藥物，我們會為此付費。

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。要瞭解如何提出上訴，請參閱會*員手冊***第 9 章**。

B. 向我們傳送付款請求

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。**最好備份您的帳單及收據，以便記錄。**您可以向您的護理協調員尋求協助。

為確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的賠付表格，以請求付款。

- 您不需要使用該表格，但它可以協助我們更快地處理資訊。
- 您可從我們的網站 shop.anthem.com/medicare/ca 獲得該表，或您可致電會員服務部並請求獲得該表。

將您的付款請求及任何賬單或收據郵寄至以下地址：

Anthem Blue Cross
P.O. Box 366
Artesia, CA 90702-0366

C. 承保決定

當本計劃收到您的給付申請時，我們將會做出給付決定。這意味著我們決定我們的計劃是否承保您的服務、項目或藥物。我們還決定您必須支付的金額，如果有的話。

- 如果我們需要您提供更多資訊，我們將會告知您。
- 如果我們決定我們的計劃承保服務、項目或藥物，並且您遵守了獲得它的所有規則，我們將為此付費。如您已為該服務或藥物付款，我們將就 您已支付的費用給您寄送一張支票。如果您尚未付款，我們將直接向提供者付款。

*會員手冊***第 3 章**說明取得給付服務的規定。*會員手冊***第 5 章**說明取得 Medicare D 部分給付處方藥物的規定。

- 如果我們決定不承擔該服務或藥物的費用，我們將向您寄送信函解釋其原因。該信件也會說明您提出上訴的權利。
- 如需瞭解有關給付決定的更多資訊，請參閱**第 9 章第 E 節。**

D. 上訴

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。

正式上訴程序有詳細的程序和截止日期。請參閱*會員手冊***第 9 章**，瞭解有關上訴的更多資訊。

- 要針對醫療保健服務的退款提出上訴，請參閱**第 F 節**。
- 要就獲得藥物退款提出上訴，請參閱**第 G 節。**

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。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

目錄

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 128

B. 我們對您及時獲得承保服務和藥物的責任 138

C. 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任 139

C1. 我們如何保護您的 PHI 139

C2. 您檢視醫療記錄的權利 140

D. 我們向您提供資訊的責任 144

E. 網絡內醫療服務提供者不得直接向您收取費用 145

F. 您結束我們的計劃的權利 146

G. 您決定本身的健康護理的權利 146

G1. 您瞭解自己的治療選擇和做出決定的權利 146

G2. 您表達您想要發生的事情的權利 147

G3. 如果沒有按照您的預立醫療指示來進行治療該怎麼做 148

H. 您提出投訴並要求我們重新考慮我們的決定的權利 148

H1. 如何處理不公平待遇或獲得有關您的權利的更多資訊 148

I. 您作為計劃會員的責任 149

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

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our 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 free interpreter services available to 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. To obtain materials in one of these alternative formats, please call **1-833-707-3129** or write to Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - 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, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer or Arabic.
    - 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 shop.anthem.com/medicare/ca.

If you have 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.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que se le proporcionen todos los servicios de una forma culturalmente adecuada y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que pueda entender. Debemos brindarle información sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para 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. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al **1-833-707-3129** o escriba a Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - Para obtener información que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas. También puede brindarle materiales en otros idiomas, además del español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que le envíen los materiales en español, chino, armenio, coreano, ruso, vietnamita, farsi, tagalo, khmer o árabe.
    - Puede recibir este documento de forma gratuita en otros idiomas y formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso quiere decir que, todos los años, enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados. Puede llamarnos para cambiar o cancelar el pedido regular. También puede encontrar los documentos en línea, en shop.anthem.com/medicare/ca.

Si tiene dificultades para recibir información de nuestro plan debido a limitaciones de idioma o a una discapacidad, y desea presentar una queja, puede comunicarse con:

- 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.
- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- La Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A. 您以滿足您需求的方式獲得服務和資訊的權利

我們必須確保以符合您的文化習慣和無障礙的方式向您提供所有服務。我們還必須以您能夠瞭解的方式告知您本計劃的福利以及您的權利。在您加入本計畫期間，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。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 本計畫也給予您英語以外的語言和大型字體印刷、點字或音訊格式的資料。要獲得其中一種替代格式的材料，請致電 **1-833-707-3129** 或寫信至 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007。
    - 如欲以您能夠了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。我們的計劃有可以用不同語言回答問題的人員。我們的計劃也給予您英語以外的語言和大字型印刷、點字或音訊格式的資料。 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，電話號碼見本頁面底部。致電時，請告知我們您是否希望這是一項常規訂單。這意味著我們每年都會以您要求的格式和語言發送相同的文件。您也可以致電我們更改或取消長期訂單。您也可以從 shop.anthem.com/medicare/ca 在線上尋找您的文件。

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計劃中獲得資訊，並且您想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可每週 7 天，每天 24 小時撥打該電話。聽障專綫使用者可以致電 1-877-486-2048。
- 美國衛生與大眾服務部民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。聽障專綫使用者可以致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話是 916-440-7370。聽障專綫使用者可以致電 711。

A. Quyền được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình của chúng tôi 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 Thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- 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. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi **1-833-707-3129** hoặc viết thư cho Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
    - Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau. 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 Thành 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 Thành viên theo số được ghi ở cuối trang này. Khi gọi điện, hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn yêu cầu lệnh thường trực. 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 lệnh thường trực. Quý vị cũng có thể tìm thấy các tài liệu của mình tại shop.anthem.com/medicare/ca.

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, vui lòng 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.
- Sở Y tế và các Dịch vụ Nhân sinhỳ, Văn phòng Quyền Công dân theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Văn phòng Quyền Công dân theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi 711.

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng mga serbisyo ay ibinibigay sa iyo sa isang kultural na kakayahan at naa-access na paraan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.

- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa **1-833-707-3129** o sumulat sa Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.
  - Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makakasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika. Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking print, braille, o audio. Maaari kang tumawag sa Member Services at humiling na magpadala sa iyo ng mga materyales sa Spanish, Chinese, Armenian, Korean, Russian, Vietnamese, Farsi, Tagalog, Khmer o Arabic.
  - Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang wika at format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Tumawag sa Member Services sa numerong nakalista sa ibaba ng page na ito. Kapag tumatawag, ipaalam sa amin kung gusto mo itong maging standing order. Ibig sabihin, ipapadala namin ang parehong mga dokumento sa iyong hiniling na format at wika bawat taon. Maaari mo rin kaming tawagan para baguhin o kanselahin ang isang standing order. Maaari mo ring mahanap ang iyong mga dokumento online sa shop.anthem.com/medicare/ca.

Kung nahihirapan kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

A. 가입자는 요구 사항에 맞는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리를 가집니다.

모든 서비스는 문화적 수준에 부합하고 접근성 있는 방식으로 제공되어야 하며, 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 플랜의 혜택 및 가입자 권리를 설명해야 합니다. 또한 가입자가 당사 플랜에 가입한 후 매년 가입자의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변해줄 통역사 서비스가 있습니다.

- 또한 대형 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 이러한 대안적 형식으로 자료를 제공 받으려면 **1-833-707-3129** 번으로 전화하시거나 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)에 P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007 의 주소로 편지를 보내주십시오.
  - 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변해줄 담당자가 있습니다. 당사 플랜은 대형 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 스페인어, 중국어, 아르메니아어, 한국어, 러시아어, 베트남어, 페르시아어, 타갈로그어, 크메르어 또는 아랍어로 이러한 자료를 요청할 수 있습니다.
  - 본 문서는 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 언어 및 형식으로 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 이 페이지 하단에 열거된 번호로 가입자 서비스부에 전화해 주세요. 전화를 거실 때 다른 형식 또는 언어에 대한 귀하의 요청이 향후에도 상시 지시로 적용되기를 원하시는지 알려주세요. 그렇게 원하시면 요청하신 형식과 언어로 매년 동일한 서류를 보내드릴 것입니다. 상시 지시를 변경하거나 취소하려면 저희에게 연락하시면 됩니다. 필요한 서류는 shop.anthem.com/medicare/ca 에서 온라인으로도 확인하실 수 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만을 제기하실 경우, 연락하실 수 있는 전화번호는 다음과 같습니다.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번. 주 7 일 하루 24 시간 언제든 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.
- 미국 보건 복지부, 시민권 사무소: 1-800-368-1019 번. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번을 이용해 주십시오.
- Medi-Cal 시민권 사무소: 916-440-7370 번. TTY 사용자는 711 번을 이용해 주십시오.

A. Ձեր իրավունքը ստանալու ծառայությունները և տեղեկություններն այնպես, որ բավարարեն ձեր կարիքները

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով զրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև ձեզ տեղեկացնենք մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է պատմենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը տրամադրել նաև այլ լեզուներով (բացի անգլերենից) և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ չափերով տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո տարբերակները: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար զանգահարեք **1-833-707-3129** կամ գրեք Anthem MediBlue Full Dual Advantage-ին (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007:
    - Որպեսզի ստանաք տեղեկություն ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով: Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո տարբերակները: Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն և խնդրել, որպեսզի այս տեղեկատվությունը ձեզ ուղարկվի իսպաներեն, չինարեն, հայերեն, կորեերեն, ռուսերեն, վիետնամերեն, պարսկերեն, թագալերեն, քմերեն կամ արաբերեն լեզուներով:
    - Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով տպագրությունը, բրայլյան ձևաչափը կամ ձայնագրությունը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Զանգահարելիս տեղեկացրեք մեզ՝ արդյոք ցանկանում եք, որ դա մշտական պահանջ լինի: Սա նշանակում է, որ մենք ամեն տարի նույն փաստաթղթերը կուղարկենք ձեր պահանջած ձևաչափով և լեզվով: Կարող եք նաև զանգահարել մեզ՝ մշտական պահանջը փոխելու կամ չեղարկելու համար: Դուք կարող եք նաև գտնել ձեր փաստաթղթերն առցանց՝ shop.anthem.com/medicare/ca:

Եթե լեզվական խնդիրներ կամ հաշմանդամության պատճառով խնդիրներ ունեք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-800-537-7697:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که پاسخگوی نیازهای شما باشد

باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ‌تان و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین باید درباره مزایای طرح و حقوق شما به نحوی که برای شما قابل درک باشد اطلاع‌رسانی کنیم. باید هر سال که عضو طرح ما هستید، به شما درباره حقوق‌تان اطلاع‌رسانی کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. در طرح ما مترجمان شفاهی رایگانی هستند که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌های شما پاسخ دهند.

- طرح ما همچنین می‌تواند اطلاعات مورد نیاز شما را به زبان‌های غیر از انگلیسی و به فرمت‌های گوناگون شامل چاپ درشت، خط بریل، یا فایل صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این فرمت‌های جایگزین، لطفاً با شماره **1-833-707-3129** Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) تماس بگیرید یا با P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007 مکاتبه کنید.
  - برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما شامل افرادی است که می‌توانند به زبان‌های مختلف پاسخگوی سؤالات شما باشند. همچنین این طرح می‌تواند اطلاعات مورد نیاز شما را به زبان‌های غیر از انگلیسی و به فرمت‌های گوناگون شامل چاپ درشت، خط بریل، یا فایل صوتی در اختیار شما قرار دهد. می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید تا مطالب موجود به زبان‌های اسپانیایی، چینی، ارمنی، کره‌ای، روسی، ویتنامی، فارسی، تاگالوگ، خمر یا عربی برای شما ارسال شوند.
  - می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در زبان‌ها و فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فرمت صوتی دریافت کنید. با مرکز خدمات اعضا به شماره مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید. اگر می‌خواهید این درخواست را به‌عنوان درخواست دائمی ثبت کنید، هنگام تماس به ما اطلاع دهید. این بدین معنی است که ما هر سال این اسناد را به فرمت و زبان درخواستی شما ارسال می‌کنیم. همچنین می‌توانید برای تغییر یا لغو درخواست دائمی خود با ما تماس بگیرید. می‌توانید مدارک خود را به‌صورت آنلاین در آدرس shop.anthem.com/medicare/ca نیز پیدا کنید.

اگر دریافت اطلاعات از برنامه ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی برای شما دشوار است و می‌خواهید شکایت ارائه دهید، با شماره زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی امریکا با شماره تلفن 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. دارید برای کمک گرفتن با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A. Вы имеете право получать необходимые вам помощь и информацию

Мы должны следить за тем, чтобы **все** обслуживание было доступным и чтобы вы получали его с учетом ваших культурных особенностей. О покрываемом планом обслуживании и о ваших правах мы должны сообщать в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. У нас есть устные переводчики, которые на различных языках отвечают на вопросы участников плана.
- Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Для того чтобы получать материалы плана в одной

из альтернативных форм, позвоните по номеру **1-833-707-3129** или напишите по следующему адресу: Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. У нас есть люди, которые на различных языках отвечают на вопросы участников плана. Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Вы можете позвонить в отдел обслуживания и попросить, чтобы материалы плана вам присылали на испанском, китайском, армянском, русском, вьетнамском, тагальском, кхмерском или арабском языке или на фарси.
- Этот документ можно бесплатно получить на других языках и в других формах, например напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Позвоните в отдел обслуживания по номеру, указанному в нижней части страницы. Во время разговора снашим сотрудником попросите считать ваше распоряжение долгосрочным. В этом случае мы будем ежегодно присылать вам документы на выбранном языке и в выбранной форме. Вы всегда можете нам позвонить, чтобы изменить или отменить ваши долгосрочные распоряжения. Кроме того, необходимые вам документы есть на сайте shop.anthem.com/medicare/ca.

Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, то можете подать жалобу:

- В программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Звонить можно круглосуточно и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- В Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.
- В отдел гражданских прав при программе Medi-Cal по номеру 916-440-7370. Пользователям TTY следует звонить по номеру 711.

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نحرص على أن تكون **جميع** الخدمات التي نقدمها إليك مناسبة لثقافتك ويمكن الوصول إليها بسهولة. يجب أن نخبرك أيضاً عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك عن حقوقك سنوياً طالما أنك مسجَّل في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا في خطتنا خدمات الترجمة الفورية التي يمكنك الاستعانة بها للحصول على إجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

- يمكن لخطتنا توفير المواد لك بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو مسجلة صوتياً. للحصول على المستندات بتنسيق مختلف من هذه التنسيقات، يُرجى الاتصال بالرقم **1-833-707-3129** أو إرسال رسالة كتابية إلى Anthem Mediblue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007,Los Angeles, CA 90060-0007.
  - للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. هناك أشخاص يعملون في خطتنا بإمكانهم الإجابة عن أسئلتك بلغات مختلفة. يمكن لخطتنا توفير المواد لك بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو مسجلة صوتياً. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب إرسال المواد لك باللغة الإسبانية أو الصينية أو الأرمينية أو الكورية أو الروسية أو الفيتنامية أو الفارسية أو التاغالوغية أو الخميرية أو العربية.
  - يمكنك الحصول على هذا المستند مجاناً بلغات وتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعةً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتياً. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم المدرج في الجزء السفلي من هذه الصفحة. عند الاتصال، أخبرنا إذا كنت تريد أن يكون ذلك طلباً ثابتاً. ويعني ذلك أننا سنرسل نفس المستندات بالتنسيق واللغة المطلوبين من جانبك كل عام. يمكنك أيضاً الاتصال بنا لتغيير أو إلغاء طلب ثابت. يمكنك أيضاً العثور على مستنداتك عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني shop.anthem.com/medicare/ca.

إذا واجهت مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل على:

- Medicare على الرقم(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكنك الاتصال على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370 ويجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកពេញចិត្ត

យើងក៏ត្រូវតែជានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស់**ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកទៅតាមលក្ខណៈវប្បធម៌ និងលក្ខណៈដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវសម្ភារៈជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរសព្ទមកលេខ **1-833-707-3129** ឬសរសេរសារទៅ Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007។
  - ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។ គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវសម្ភារៈឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជា

អក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិ ការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ អ្នកអាចទូរសព្ទ
ទៅផ្នែកសេវាសមាជិកហើយសុំឱ្យគេផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន អាមេនី ក្រូរ៉ែ រុស្ស៊ី
វៀតណាម ហ្វាស៊ី តាកាឡុក ខ្មែរ ឬអារ៉ាប់។

- អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃតាមទម្រង់ និងភាសាផ្សេងៗដូចជា
ការបោះពុម្ពអក្សរធំៗ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។
ទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទដែលរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
នៅពេលហៅទូរសព្ទ សូមប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់វាជាសំណើជាប្រចាំ។ មានន័យថា
យើងនឹងផ្ញើឯកសារដូចគ្នាទៅតាមទម្រង់ និងភាសាដែលអ្នកបា នស្នើសុំជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកយើងឡើងវិញដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់សំណើជាប្រចាំផងដែរ។ អ្នកក៏អាច
ស្វែងរកឯកសាររបស់អ្នកលើបណ្តាញអ៊ីនធឺណិតបានផងដែរតាម
shop.anthem.com/medicare/ca។

**ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬ
ពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទមកលេខ៖**

- Medicare តាម 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ
7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- នាយកដ្ឋានសុខភាព និងសេវាមនុស្សសាស្ត្រ ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ
1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY
គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

B. 我們對您及時獲得承保服務和藥物的責任

作為我們計劃的會員，您享有權利。

- 您有權利選擇本計畫網路內的初級保健提供者 (PCP)。網絡提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。您可在*會員手冊*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*提供者及藥房名冊*以了解關於網絡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師處就診。轉介是指來自您的 PCP 的核准，以便讓您前往您的 PCP 之外的提供者處就診。
- 您有權利在合理的時間範圍內透過網絡提供者取得給付服務。
    - 這包括取得專科醫師及時服務的權利。
    - 如果您無法在合理的時間內獲得服務，我們必須支付網絡外護理費用。

- 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絡外提供者為您就診。要瞭解網絡外提供者，請參閱*會員手冊***第 3 章**。
- 當您剛加入本計畫時，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。要瞭解有關保留您的提供者和服務授權的更多資訊，請參閱會員手冊**第 1 章**。
- 您有權在您的護理團隊和護理協調員的協助下做出自己的醫療保健決定。

*會員手冊***第 9 章**說明了如果您認為自己沒有在合理的時間內獲得服務或藥物，您可以採取哪些措施。它也說明了如果我們拒絕承保您所需的服務或藥物，而您不同意我們的決定，您可採取哪些行動。

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 包括您在加入我們的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。

您有權獲得您的資訊並控制您的 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」。

可能同意接受敏感服務的會員無需獲得任何其他會員的授權即可接受敏感服務或就敏感服務提出索賠。Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 會將有關敏感服務的通訊直接傳送到會員的備用指定郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，或者在沒有指定的情況下，以會員名義傳送到備案的地址或電話號碼。未經接受護理會員的書面授權，Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 不會向任何其他會員披露與敏感服務相關的醫療資訊。Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 將滿足以所要求的形式和格式進行的保密通訊請求，前提是它能夠以所要求的形式和格式或在其他位置輕鬆生成。會員對與敏感服務相關的保密通訊的請求將一直有效，直到會員撤銷該請求或提交新的保密通訊請求。

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們確保沒有未經授權的人檢視或變更您的記錄。

除下列情況外，我們不會將您的 PHI 提供給未提供您的護理或支付您的護理費用的任何人。如果我們這樣做，我們必須首先獲得您的書面許可。您或合法授權為您做出決定的人可提供書面許可。

有時我們不需要先獲得您的書面許可。法律允許或規定這些例外情況。

- 我們必須向檢查我們計劃的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及州法律行事。

C2. 您檢視醫療記錄的權利

- 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。
- 您有權利要求我們更新或更正您的醫療記錄。如果您要求我們這樣做，我們將與您的醫療保健提供者一起決定是否應該做出改變。
- 您有權知道我們是否以及如何與他人分享您的 PHI。

如果您對您的 PHI 隱私有疑問或疑慮，請致電會員服務部。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP)

HIPAA 隱私政策通知

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 2022 年 6 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。

在您有資格並加入我們的保健計畫後，我們從州政府 Medicaid 機構和 Medicare 及 Medicaid 服務中心取得您的相關資訊。我們亦從您的醫生、診所、實驗室及醫院獲取您的資訊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、健康護理運營及治療目的**
  - 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 shop.anthem.com/medicare/ca 瞭解更多資訊。

- **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（如您告知我們可以向該人士披露）
  - 向為您的健康護理提供幫助或付款（如您不能說話）的其他人士披露

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—或法律規定我們須—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
- 當您於工作中患病或受到傷害時向工傷賠償機構提供資訊

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點）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。
- 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，即使您已透過電子郵件提出該要求。
- 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（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 (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 Do Not Call（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 **1-833-707-3129** 致電會員服務部。如果您失聰或有聽力障礙，請致電 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衛生及公共服務部。如您投訴，您不會受到不利影響。

來信或致電衛生及公共服務部：
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
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
電子郵件：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
電子郵件：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

我們保留變更本健康保險流通與責任法案 (HIPAA) 通知以及我們為您的 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 shop.anthem.com/medicare/ca/ 上發佈相關資訊。

種族、民族、語言、性取向和性別認同
我們從州 Medicaid 機構和 Medicare 及 Medicaid 服務中心獲得有關您的種族、民族、語言、性取向和性別認同資訊。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

- 制訂及傳送健康教育資訊
- 讓醫生知道您的語言需求
- 提供口譯和翻譯服務

我們<u>不會</u>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

您的個人資訊
正如我們在本通告中所述，我們可能會要求獲得、使用並披露個人資訊 (PI)。您的 PI 並非公開資訊且可識別您的身份。獲取 PI 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版本，您可以免費索取。請聯絡會員服務部：**1-833-707-3129** (TTY **711**)。

於 2022 年 6 月修訂。

D. 我們向您提供資訊的責任

作為我們計劃的會員，您有權從我們這裡獲得有關我們的計劃、我們的網絡內提供者和您的承保服務的資訊。

如果您不會說英文，我們有口譯員服務為您解答您對本計劃可能會有的疑問。如需獲得口譯員服務，只需致電 **1-833-707-3129** (TTY **711**) 聯絡我們即可。此為免費服務。您可致電會員服務部，要求向您發送採用西班牙文、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資訊。我們還可以為您提供大字型、盲文、資料或音訊 CD 的資訊。

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
  - 計劃會員如何評價我們
  - 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藥房，包括：
  - 如何選擇或更換初級保健提供者
  - 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：
  - 我們計劃承保的服務（請參閱您的*會員手冊*第 **3 章和第 4 章**）和藥物（請參閱您的*會員手冊*第 **5 章和第 6 章**）
  - 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（請參閱您的會員手冊第 **9 章**），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

E. 網絡內醫療服務提供者不得直接向您收取費用

本計劃網路內的醫師、醫院及其他醫療服務提供者不得要求您為給付服務付費。如果我們支付的金額低於提供者收取的金額，他們也無法平衡帳單或向您收費。如需瞭解如何處理網絡內醫療服務提供者嘗試向您收取給付服務，請參閱*會員手冊*第 **7 章**。

F. 您結束我們的計劃的權利

任何人均不得強迫您繼續加入我們的計劃。

- 您有權利透過 Original Medicare 或另外一個 Medicare Advantage 計劃享有最大限度的醫療保健服務福利。
- 您可以透過處方藥物計劃或另外一個 Medicare Advantage 計劃取得您的 Medicare D 部分處方藥物福利。
- 請參閱*會員手冊*第 **10** 章：
  - 瞭解關於您何時可參保一項新的 Medicare Advantage 或處方藥物福利計劃的更多資訊。
  - 瞭解有關您在結束我們的計劃的情況下如何獲得 Medi-Cal 福利的資訊。

G. 您決定本身的健康護理的權利

您有權從您的醫生和其他醫療保健提供者那裡獲得全部資訊，以協助您做出有關您的醫療保健的決定。

G1. 您瞭解自己的治療選擇和做出決定的權利

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。**您有權告知不同的治療方案。
- **了解風險。**您有權利得知任何相關的風險。如果任何服務或治療屬於研究實驗的一部分，我們必須提前告知您。您有權利拒絕接受實驗性治療。
- **獲得第二意見。**在決定治療之前，您有權使用另一位醫生。
- **說「不」。**您有權利拒絕接受任何治療。其中包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫師建議您不要離院。您有權停止服用處方藥。如果您拒絕治療或停止服用處方藥，我們不會讓您結束我們的計劃。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。
- **要求我們承保我們拒絕或通常不承保的服務或藥物。**這稱之為「給付決定」。您的*會員手冊*第 **9** 章紹了如何要求我們做出承保決定。

G2. 您表達您想要發生的事情的權利

有時候人們無法為自己做出醫療保健決定。在實現結果前，您可：

- 填寫一份書面表格，**讓某人有權為您做出醫療保健決定**。
- 如果您無法為自己做出決定，包括您**不**想要的護理，請**向您的醫生提供有關如何處理您的醫療保健的書面說明**。

您用來發出指示的法律文件稱為「預立醫療指示」。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。

您不需要有預立醫療指示，但您可以擁有。如果您想使用「預立醫療指示」，程序如下：

- **領取表格。**您可向您的醫生、律師、法律服務機構、或社會工作者獲得表格。藥房和提供者辦公室通常有表格。您可以在網上找到一份免費表格並下載。您也可以聯絡會員服務部索取表格。
- **填寫表格並簽名。**該表格屬於法律文件。您應該考慮讓律師或您信任的其他人（例如家庭成員或您的 PCP）協助您完成它。
- **將副本給予需要瞭解的人士。**您應將該表格的副本交給您的醫師。您還應該向您指定的人提供一份副本，以便為您做出決定。您可能希望把副本交給您的好友或家人。在家裡保留一份副本。
- 如果您正在住院並且您有簽署的預立醫療指示，**請將其副本帶到醫院**。
    - 醫院將詢問您是否已簽署預立醫療指示及是否隨身攜帶。
    - 如果您沒有簽署的預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

您有權：

- 將您的預立醫療指示放在您的醫療記錄中。
- 隨時變更或取消您的預立醫療指示。
- 瞭解預立醫療指示的變化。Anthem MediBlue Full Dual Advantage (D-SNP) 將在變更後的 90 天內告知您州法律的變更。

擁有預立醫療指示是**您的**選擇。如需更多資訊，請致電會員服務部。

G3. 如果沒有按照您的預立醫療指示來進行治療該怎麼做

如果您簽署了預立醫療指示，並且您認為醫生或醫院沒有遵循其中的指示，您可以透過以下方式投訴：

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

醫院投訴：
California Department of Public Health
Consumer Information System
電話：1-800-236-9747 (TTY: 711)

H. 您提出投訴並要求我們重新考慮我們的決定的權利

*會員手冊***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。

您有權利取得其他計劃會員針對我們提出上訴裁定和投訴的資訊。請致電會員服務部以獲得此資訊。

H1. 如何處理不公平待遇或獲得有關您的權利的更多資訊

如果您認為我們對您不公平 - 並且**不**是因為您的*會員手冊***第 11 章**中列出的原因而受到歧視 - 或者您想瞭解有關您的權利的更多資訊，您可以致電：

- 會員服務部：**1-833-707-3129** (TTY: **711**)。
- 健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。有關 HICAP 的更多詳細資訊，請參閱第 2 章。
- 監察員計劃，電話是 1-888-452-8609。有關此計劃的更多詳細資訊，請**參閱您**的*會員手冊***第 2 章**。
- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。（您還可以閱讀或下載 Medicare 網站上的「Medicare 權利和保護」，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

作為計劃會員，您有責任做下面列出的事情。如您有任何疑問，請致電 Member Services。

- **閱讀*會員手冊***，瞭解我們的計劃承保範圍以及獲得承保服務和藥物的規則。如需瞭解有關您以下事項的詳情：
  - 承保服務，請參閱*會員手冊*第 **3 章和第 4 章。**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。
  - 承保藥物，請參閱您的*會員手冊*第 **5 章和第 6 章**。
- **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**。我們必須確保您在獲得醫療保健時使用所有的給付選項。如果您有其他保險給付，請致電會員服務部。
- **告訴您的醫生和其他醫療保健提供者**您是我們計劃的會員。為處方配藥時須出示您的計劃 ID 卡。
- **協助您的醫師**和其他醫療保健服務提供者為您提供最優質的醫療保健。
  - 向他們提供他們需要的關於您和您的健康的資訊。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。
  - 確保您醫師和其他醫療服務提供者知道您服用的所有藥物。其中包括處方藥物、非處方藥物、維他命和補充品。
  - 提出您的任何疑問。您的醫師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。如果您提出問題並且您不理解答案，請再次詢問。
- **與您的護理協調員合作**，包括完成年度健康風險評估。
- **請體諒他人。**我們希望所有計劃會員尊重他人的權利。我們也期盼您在醫師診所、醫院時能以尊重他人的態度行事，並尊重其他醫療服務提供者。
- **告訴我們您在我們的計劃之外獲得的任何服務。**
- **支付您的欠款。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
  - Medicare A 部分與 Medicare B 部分保費。對於大部分的計劃會員而言，Meci-Cal 為您支付 A 部分與 B 部分的保費。
- **通知我們搬遷的消息。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。致電會員服務部。
  - **如果您搬出我們的服務區，您將無法留在我們的計劃中。**只有住在我們服務區的人才能成為該計劃的會員。有關我們的服務區，請參見*會員手冊*第 **1 章**。

- 我們可以協助您瞭解您是否要搬離我們的服務區。在特別申請期間，您可以轉換至 Original Medicare 或投保您新遷入地區的 Medicare 醫療保健計畫或處方藥物計畫。我們可以告訴您我們是否在您的新區域中擁有計劃。
- 搬家時告訴 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。要獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱您的*會員手冊***第 2 章**。
- **如果您搬家並留在我們的服務區，您仍然必須通知我們。**我們必須將您的會員資格記錄隨時保持在最新狀態，並了解該如何與您聯絡。

- **如果您有新的電話號碼**或更好的聯絡方式，請告訴我們。
- 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。
- 您需要您的計劃表示不會支付的服務、項目或藥物。
- 您不同意您的計劃對您的護理做出的決定。
- 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，包括基於社區的成人服務 (CBAS) 以及護理機構 (NF) 服務。

本章分為不同的部分，可幫助您輕鬆找到所需內容。**如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。**

您應取得您醫師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。**如果您的護理有問題，您可以致電 1-888-452-8609** 聯絡細查員計劃尋求協助。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，但您可以隨時致電監察員計劃以讓其協助指引您解決問題。有關解決您的問題的其他資源和聯絡方式，請參閱您的*會員手冊*第 **2** 章。

您可以透過 California 管理式健康護理部取得協助

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 管理式健康護理部負責監管醫療保健服務計劃。如果您針對您的健康計劃需進行申訴，您應首先於週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點致電 **1-833-707-3129** (TTY: **711**) 聯絡您的健康計劃，並在聯絡該部門前利用您的健康計劃申訴流程。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 (IMR)。如果由健康計劃作出，則審查：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承保範圍裁決，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.dmhc.ca.gov** 可提供投訴表格、IMR 申請表格及線上指示。

目錄

A. 遇到問題或疑慮該怎麼辦 154
A1. 關於法律術語 154
B. 在哪裡獲得幫助 154
B1. 如需更多資訊和協助 154
C. 瞭解我們計劃中的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴 155
D. 福利相關問題 156
E. 給付決定和上訴 156
E1. 承保決定 156
E2. 上訴 156
E3. 取得給付決定和上訴協助 157
E4. 本章的哪一部分可以幫助您 158
F. 醫療護理 158
F1. 使用本節 158
F2. 申請給付決定 159
F3. 提出第 1 級上訴 161
F4. 提出第 2 級上訴 163
F5. 給付問題 168
G. Medicare D 部分處方藥 169
G1. D部份承保範圍裁決與上訴 169
G2. D 部分例外情況 170
G3. 要求例外給付時的重要須知 171
G4. 要求承保決定，包括例外情況 172
G5. 提出第 1 級上訴 174

G6. 提出第 2 級上訴 175
H. 要求我們給付更長的住院時間 177
H1. 瞭解您的 Medicare 權利 177
H2. 提出第 1 級上訴 178
H3. 提出第 2 級上訴 179
H4. 提出第 1 級替代上訴 180
H5. 提出第 2 級替代上訴 181
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務 182
I1. 在您的承保範圍結束前提前通知 182
I2. 提出第 1 級上訴 182
I3. 提出第 2 級上訴 184
I4. 提出第 1 級替代上訴 184
I5. 提出第 2 級替代上訴 185
J. 第 2 級以後的上訴方式 186
J1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟 186
J2. 其他 Medi-Cal 上訴 187
J3. D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴 187
K. 如何提出投訴 189
K1. 何種類型的問題應歸於投訴 189
K2. 內部投訴 190
K3. 外部投訴 191

A. 遇到問題或疑慮該怎麼辦

本章解釋了如何處理問題和疑慮。您使用的流程取決於您遇到的問題類型。對**承保決定和上訴**使用一種流程，對**投訴**使用另一種流程；也叫申訴。

為確保公平和及時，每個流程都有一套我們和您必須遵守的規則、程序和期限。

A1. 關於法律術語

本章中有一些規則和期限的法律條款。其中許多術語可能難以理解，因此我們盡可能使用更簡單的詞語代替某些法律術語。我們也盡量少用縮寫。

例如，我們說：

- 「投訴」而不是「申訴」
- 「承保決定」而不是「組織裁定」、「利益裁定」、「風險確定」或「承保裁定」
- 「快速承保決定」而不是「加急裁定」
- 「獨立審查組織」而不是「獨立審查機構」

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. 在哪裡獲得幫助

B1. 如需更多資訊和協助

有時開始或遵循處理問題的流程會令人困惑。如果您感覺不舒服或精力有限，則尤其如此。其他時候，您可能沒有採取下一步行動所需的資訊。

透過健康保險諮詢和宣傳計劃取得協助

您可致電健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。HICAP 顧問可以回答您的問題並幫助您瞭解如何處理您的問題。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。

健康消費者聯盟的幫助

您可以致電健康消費者聯盟並與宣導者討論您的健康保險問題。他們提供免費的法律幫助。健康消費者聯盟與我們或任何保險公司或健康計劃無關。他們的電話號碼是 1-888-804-3536，他們的網站是 www.healthconsumer.org。

來自 Medicare 的幫助和資訊

如需更多資訊和幫助，您可以聯絡 Medicare。獲得 Medicare 協助的途徑有兩種：

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時開通。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

Medi-Cal 的幫助和資訊

有關 Medicaid 的更多資訊和幫助，請聯絡 Medi-Cal。您可透過兩種方式從 Medi-Cal 處取得幫助：

- 致電 1-800-541-5555 (TTY: 711)，週一至週五上午 8 點至晚上 5 點。
- 瀏覽 Medi-Cal 網站 (www.medi-cal.ca.gov)

California 醫療保健服務部的幫助

California 醫療保健服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式醫療監察員也可以提供幫助。如果您在加入、變更或離開健康計劃時遇到問題，他們可以提供幫助。如果您搬家，並且在轉移到新縣的 Medi-Cal 時遇到問題，他們也可以提供幫助。您可以在週一至週五的上午 8 時到下午 5 時之間致電細查官，電話為 1-888-452-8609。

透過 California 管理式健康護理部取得協助

聯絡 California 管理式健康護理部以獲得免費幫助。DMHC 負責管理醫療保健計劃。DMHC 幫助人們就 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。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。

C. 瞭解我們計劃中的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴

您有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的資訊適用於您的**所有** Medicare 和 Medi-Cal 福利。這有時被稱為「整合流程」，因為它結合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 流程。

有時，Medicare 和 Medi-Cal 流程無法結合使用。在這些情況下，您使用一個流程來獲得 Medicare 福利，而使用另一個流程來獲得 Medi-Cal 福利。**F4 節**解釋了這些情況。

D. 福利相關問題

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。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給付或承保有關？ 這包括有關是否承保特定醫療護理或處方藥、承保方式以及醫療或處方藥支付問題。	
是。 我的問題與福利或承保範圍有關。 請參閱 **E 節**，「承保決定和上訴」。	**沒有。** 我的問題與福利或承保範圍無關。 請參閱 **K 節**「如何提出投訴」。

E. 給付決定和上訴

要求承保決定和提出上訴的流程涉及與您的福利和承保有關的問題。其中也包括了與給付有關的問題。

E1. 承保決定

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務或藥物支付的金額所作出的決定。每當我們決定為您承保的內容以及我們支付的金額時，我們都會做出承保決定。例如，當您從他們那裡獲得醫療護理或他們將您轉介給醫學專家時，您的網絡醫生會為您做出有利的承保決定。

您或您的醫生也可以聯絡我們並要求做出承保決定。您或您的醫生可能不確定我們是否承保特定的醫療服務，或者我們是否可能拒絕提供您認為您需要的醫療護理。**如果您想知道我們是否會在您獲得醫療服務之前為其承保，您可以要求我們為您做出承保決定。**

在某些情況下，我們可能會決定某項服務或藥物不在 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍內或不再為您承保。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

E2. 上訴

如果我們作出一項承保範圍裁決，而您對此並不滿意，可就該決定「上訴」。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。

您首次對裁決提出的上訴稱為第 1 級上訴。在本上訴中，我們會審查我們做出的承保決定，以檢查我們是否正確遵守了所有規則。與做出最初不利決定的人不同的審查人會處理您的上訴。

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 管理式健康護理部進行獨立醫療審查。請參閱第 165 頁，瞭解更多資訊。

當我們完成審查時，我們會給您我們的決定。在某些情況下，本章稍後會解釋，您可以要求加急或「快速承保決定」或對承保決定提出快速上訴。

如果我們完全或部分**拒絕**您的第 1 級上訴，您可繼續第 2 級上訴。與我們沒有聯絡的獨立審查組織負責執行第 2 級上訴。

- 在某些情況下，您的案件會**自動發送**給獨立審查組織進行第 2 級上訴。如果發生這種情況，我們會告訴您。
- 在其他情況下，您**需要提出** 2 級上訴。
- 有關 2 級上訴的更多資訊，請參閱 **F4 節**。

如果您對 2 級上訴決定不滿意，您可以進行其他等級的上訴。

E3. 取得給付決定和上訴協助

您可以透過以下任何方式尋求幫助：

- 撥打頁面底部的電話號碼聯絡**會員服務部**。
- **健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：**1-800-434-0222。
- 請致電**醫管理式健康護理部 (DMHC) 的協助中心**尋求免費協助。DMHC 負責管理醫療保健計劃。DMHC 幫助人們就 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。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。
- **您的醫生或其他提供者**。您的醫師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。
- **朋友或家人**。您可以指名其他人士擔任您的「代表」，以代您提出給付決定要求或上訴。
- **律師**。您有權聘請律師，**但您無需聘請律師**來要求承保決定或提出上訴。
    - 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。
    - 致電健康消費者聯盟請求法律援助律師，電話：1-888-804-3536。

如果您希望律師或其他人擔任您的代表，請填寫「代表委任」表格。該表允許某人為您行事。

請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部並索取「代表委任」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 或瀏覽我們的網站 shop.anthem.com/medicare/ca。**您必須向我們提交一份經簽署的表格。**

E4. 本章的哪一部分可以幫助您

有四種情況涉及承保決定和上訴。每種情況都設有不同的規定和截止期限。我們將在本章的單獨部分中詳細介紹每一項。請參閱適用章節：

- **F 節**，「醫療護理」
- **G 節**，「Medicare D 部分處方藥」
- **H 節**，「要求我們支付更長時間的住院費用」
- **I 節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務」（本部分僅適用於以下服務：居家醫療保健、專業護理機構護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務。）

如果您不確定要使用哪個章節，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。

F. 醫療護理

本節描述了在對於獲得醫療護理保險存有疑問或希望我們償付您的費用時，您該如何處理。

本節介紹您在*會員手冊*第 **4** 章中描述的醫療護理和服務的福利。我們通常在本節的其餘部分提及「醫療護理保險」或「醫療護理」。「醫療護理」一詞包括醫療服務和項目以及 Medicare B 部分處方藥，這些處方藥通常是由您的醫生或醫療保健專業人員管理的藥物。不同的規則可能適用於 B 部分處方藥。當他們這樣做時，我們會解釋 B 部分處方藥的規則與醫療服務和項目的規則有何不同。

F1. 使用本節

本節說明在以下任何情況下您可以執行的操作：

1. 您認為我們承保您需要但沒有得到的醫療護理。

   您可以怎麼做：您可以要求我們做出給付決定。請參閱 **F2 節**。

2. 我們沒有核准您的醫生或其他醫療保健提供者想要為您提供的醫療護理，而您認為我們應該這樣做。

   您可以怎麼做：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱 **F3 節**。

3. 您獲得了您認為我們承保的醫療護理，但我們不會支付。

   您可以怎麼做：您可以針對我們不給付的決定提出上訴。請參閱 **F5 節**。

4. 您獲得並支付了您認為我們承保的醫療護理，並且您希望我們償付。

   您可以怎麼做：您可要求我們向您作出償付。請參閱 **F5 節**。

5. 我們減少或停止了您對某些醫療護理的承保，而您認為我們的決定可能會損害您的健康。

6. 您正在經歷護理延誤或找不到醫生。

您可以怎麼做：您可以對我們減少或停止醫療護理的決定提出上訴。請參閱 **F4 節**。

- 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。請參閱 **H 節**或 **I 節**瞭解更多資訊。
- 對於涉及減少或停止某些醫療護理承保的所有其他情況，請使用本節（**F 節**）作為您的指南。

F2. 申請給付決定

> 當承保決定涉及您的醫療護理時，它被稱為「**綜合組織裁定**」。

您、您的醫生或您的代表可以透過以下方式要求我們做出承保決定：

- 致電： 1-844-469-6831 (TTY: 711)
- 傳真：1-877-664-1504
- 書寫：
  Anthem Blue Cross
  Coverage Determinations
  P.O. Box 60007
  Los Angeles, CA 60060-0007

標準承保決策

當我們告知您我們的決定時，我們使用「標準」截止日期，除非我們同意使用「快速」截止日期。標準承保決定意味著我們會為您提供以下答案：

- Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 將在 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 獲得做出決定所需的資訊後 5 個工作日內決定例行預先 准，並且不遲於 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 收到請求後的 14 個曆日。
- 在我們收到您的請求後 72 小時內，Medicare B 部分處方藥。

對於醫療項目或服務，我們最多可能需要 14 個曆日，前提是您要求更多時間，或者如果我們需要更多可能使您受益的資訊（例如來自網絡外提供者的醫療記錄）。如果我們需要額外時間來做出決定，我們會以書面形式告知您。**如果您的請求是針對聯邦 Medicare B 部分處方藥，我們不能額外延長天數。**

如果您認為我們**不**應該多花幾天時間，您可以就我們多花幾天時間的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱 **K 節**。

快速承保決定

> 「快速承保決定」的法律術語是**「加急決定」。**

當您要求我們就您的醫療護理做出承保決定並且您的健康需要快速回應時，請要求我們做出「快速承保決定」。快速承保決定意味著我們將為您提供有關以下方面的答案：

- 在我們收到您的請求後 72 小時內提供醫療服務或項目。
- 在我們收到您的請求後 24 小時內，Medicare B 部分處方藥。

對於醫療項目或服務，我們最多可能需要 14 個曆日，前提是如果我們發現可能對您有益的資訊缺失（例如來自網絡外提供者的醫療記錄），或者如果您需要時間為我們提供審查資訊。如果我們需要額外時間來做出決定，我們會以書面形式告知您。**如果您的請求是針對聯邦 Medicare B 部分處方藥，我們不能額外延長時間。**

如果您認為我們**不**應該多花幾天時間來做出承保決定，您可以就我們多花幾天時間的決定提出「快速投訴」。有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱 **K 節**。我們會在做出決定後立即給您打電話。

要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求：

- 您要求為您**未獲得**的醫療護理提供保險。您不能要求就您已經獲得的醫療護理付款做出快速承保決定。
- 使用標準審核期限**可能會嚴重危害您的健康**，或損害您的身體功能。

如果您的醫生告訴我們您的健康需要，我們會自動為您快速做出承保決定。如果您在沒有醫生支援的情況下提出要求，我們將決定您是否獲得快速承保決定。

如果我們認為您的健康狀況不符合快速承保決定的要求，我們會向您發送一封信，說明這一點，並改用標準期限。信會告訴您：

- 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速承保決定。
- 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（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱 **K 節**。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，解釋原因。

- 如果我們**拒絕**，您有權提出上訴。若您認為我們的決定有誤，上訴是要求我們審查並變更我們決定的正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將進入第 1 級上訴程序（請參閱 **F3 節**）。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定請求，這意味著我們不會審查該請求。何時駁回請求的範例包括：

- 如果請求不完整，
- 如果有人代表您提出請求但未經法律授權這樣做，或
- 如果您要求撤回您的請求。

如果我們駁回承保決定的請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審查被駁回。這種審查稱為上訴。上訴將在下一節討論。

F3. 提出第 1 級上訴

要開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須聯絡我們。請致電我們：**1-833-707-3129**。

以書面形式或致電 **1-833-707-3129** 聯絡我們，**要求標準上訴或快速上訴**。

- 如果您的醫師或其他處方開立者要求繼續您在上訴期間已經獲得的服務或項目，您可能需要指定他們為您的代表以代表您行事。
- 如果您的醫生以外的其他人為您提出上訴，請隨附一份授權該人士代表您的「代表委任」表格。您可登入網站獲得表格，網址為 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或瀏覽我們的網站 shop.anthem.com/medicare/ca。
- 我們可以在沒有表格的情況下接受上訴請求，但在收到表格之前我們無法開始或完成審核。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個曆日內沒有收到該表：
  - 我們會駁回您的請求，並且
  - 我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審查組織對我們駁回您的上訴的決定進行審核的權利作出解釋。

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。

如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括您患有嚴重疾病或我們為您提供了有關期限的錯誤資訊。在您提出上訴時說明您上訴推遲的原因。

您有權利向我們索取與您上訴有關的免費資訊副本。您和您醫師也可以向我們提供更多資訊以為您的上訴提供支援。

如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求「快速上訴」

> 「快速上訴」的法律術語是**「加急重審」**。

- 如果您對我們就您未獲得的護理承保做出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將決定您是否需要快速上訴。
- 快速上訴的程序與快速承保決定相同。如欲要求快速上訴，請遵循 **F2 節** 要求快速承保決定的指示。
- 如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將對您作出快速上訴。

如果我們告訴您我們正在停止或減少您已經獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續獲得這些服務或用品。

- 如果我們決定變更或停止您獲得的服務或項目的承保範圍，我們會在採取行動之前向您發送通知。
- 如果您不同意我們的決定，您可提出第 1 級上訴。
- 如果您在我們寄發的信函之日期後 **10 個**曆日**內**，或在該行動的預定生效日期前（以較晚者為準）請求第 1 級上訴，則我們將繼續承保該服務或項目。
    - 如果您遵守此截止期限要求，則您可在第 1 級上訴待決期間繼續照常獲得該服務或項目。
    - 對於所有與您的上訴無關的其他服務或項目，將繼續照常為您提供。
    - 如果您沒有在這些日期之前提出上訴，那麼在您等待上訴決定期間，將不會繼續為您提供服務或藥物。

我們會考慮您的上訴並給您答覆。

- 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的醫療護理保險請求的全部資訊。
- 我們會檢視以確認我們在**拒絕**給付您的申請時是否有遵守所有規定。
- 必要時，我們將收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴有截止期限。

- 如果我們使用快速截止期限時，我們必須在收到**您的上訴後 72 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。

如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們必須將您的請求發送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織對其進行審查。本章隨後將向您介紹該組織並解釋第 2 級上訴流程。

- **如果我們核准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，核准或提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們會將您的上訴發送至獨立審查組織進行第 2 級上訴。

標準上訴有截止期限。

- 當我們使用標準截止期限時，我們必須在收到您為您未獲得的服務承保的上訴後 **30 個曆日內**給您答覆。
- 如果您的請求是針對您未獲得的 Medicare B 部分處方藥，我們會在收到您的上訴後 **7 個曆日內**給您答覆，如果您的健康需要，我們會更快給您答覆。

如果我們在截止日期前沒有給您答覆，我們必須將您的請求發送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織對其進行審查。本章隨後將向您介紹該組織並解釋第 2 級上訴流程。

如果我們核准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 30 個曆日內核准或提供我們已同意提供的保險，如果您的請求是 Medicare B 部分處方藥，我們必須在 **7 個曆日內**核准或提供我們已同意提供的保險。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，**您將擁有額外的上訴權利：**

如果我們拒絕給付您的部分或全部要求，我們將會寄通知信件給您。

- 如果您的問題是與 Medicare 服務或項目有關，信函中將會告訴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 服務或項目承保有關，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。

F4. 提出第 2 級上訴

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。這封信告訴您 Medicare、Medi-Cal 或這兩個計劃通常是否涵蓋該服務或項目。

- 如果您的問題與 **Medicare** 通常承保的服務或項目有關，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** 通常承保的服務或項目有關，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。本章稍後還將介紹更多資訊。對於 Medi-Cal 服務或項目，我們不會自動為您提交第 2 級上訴。
- 如果您的問題與 **Medicare 和 Medi-Cal 都**可能承保的服務或項目有關，您將自動獲得獨立審查組織的第 2 級上訴。您亦可向州請求公平聽證會。

如果您在提出第 1 級上訴時符合繼續獲得福利的資格，那麼您在第 2 級上訴期間仍可繼續享受上訴涉及的服務、用品或藥物的福利。有關在第 1 級上訴期間繼續您福利的資訊，請參閱 **F3 節**。

- 如果您的問題與通常僅由 Medicare 承保的服務有關，那麼在獨立審查組織的第 2 級上訴過程中，您該服務的福利將無法持續。
- 如果您的問題與通常僅由 Medi-Cal 承保的服務有關，且您在收到我們的決定信後 10 個曆日內提交第 2 級上訴，那麼您可以繼續享受該服務的福利。

如果您的問題關於 Medicare 通常承保的服務或項目

獨立審核機構審核您的上訴。這是 Medicare 聘請的獨立組織。

> 「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查機構**」，有時也稱為「**IRE**」。

- 該組織與我們無關，也不是政府機構。Medicare 選擇該公司作為獨立審查組織，Medicare 監督他們的工作。
- 我們會將您的上訴資訊（您的「個案檔案」）發送給該組織。您有權免費獲得您的個案檔案副本。
- 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。
- 獨立審查組織的審查員會仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您也將獲得第 2 級的快速上訴。

- 如果您在第 1 級向我們提出快速上訴，那麼您將自動在第 2 級獲得快速上訴。獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內**答覆您的第 2 級上訴。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴。

- 如果您在第 1 級向我們提出標準上訴，那麼您將自動在第 2 級獲得標準上訴。
- 如果您的請求涉及醫療項目或服務，獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內**答覆您的第 2 級上訴。

獨立審查組織以書面形式給您答覆並解釋原因。

- **如果獨立審查組織部分或全部核准醫療項目或服務請求，**我們必須：
  - **在 72 小時內**批准該醫療護理保險，或

- 在我們收到獨立審查組織對**標準請求**作出的決定後 **14 個曆日**內提供服務，或
- 在收到獨立審查組織對**加急請求**的決定後 **72 小時內**提供服務。

- 如果獨立審查組織**同意** Medicare B 部分處方藥的部分或全部請求，我們必須核准或提供該爭議中的 Medicare B 部分處方藥：
  - 在我們收到獨立審查組織對**標準請求**的決定後 **72 小時內**，或
  - **在我們收**到獨立審查組織關於**加急請求**的決定之日起 **24 小時內。**
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您的醫療護理保險承保請求（或您的部分請求）。（這稱為「支援決定」或「駁回上訴」。）

如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

上訴程序中，第 2 級後仍有三個等級（共五個等級）。

如果第 2 級上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第 3 級，提出第三次上訴。有關如何處理的詳細資訊，請查閱第 2 級上訴後收到的書面通知。

第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。有關第 3 級、4 級和 5 級上訴的更多資訊，請參閱 **J 節**。

如果您的問題關於 Medi-Cal 通常承保的服務或項目

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

您可以向 California 管理式健康護理部 (DMHC) 的幫助中心提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)。如果投訴，DMHC 將審核我們的決定並作出決定。IMR 適用於任何屬於醫療性質的 Medi-Cal 給付服務或項目。IMR 是由不屬於本計劃或不在 DMHC 任職的醫師針對您個案所進行的審查。如果 IMR 的決定對您有利，我們必須向您提供您要求的服務或物品。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：

- 拒絕給付、變更或延遲 Medi-Cal 服務或治療，因為我們計畫決定此並非醫療上必要的。
- 不給付嚴重醫療病症所需且為實驗性或研究性的 Medi-Cal 治療。
- 不給付您已接受的 Medi-Cal 急診服務或緊急服務。
- 未在 30 個日曆天內解決您針對 Medi-Cal 服務所提出的第 1 級標準上訴，或未在 72 小時內解決您針對 Medi-Cal 服務所提出的第 1 級快速上訴。

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管理式健康護理部提出 2 級 IMR。

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

在大多數情況下，您必須在申請 IMR 之前向我們提出上訴。請參閱第 161 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。

要求 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。TTY 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 如果您有這些文件，請附上關於我們拒絕的服務或項目的信件或其他文件的副本。這可以加快 IMR 程序。發送文件副本，而不是原件。協助中心無法退回任何文件。
- 如果有人幫助您完成 IMR，請填寫授權助理表格。您可在以下網站獲得此授權書：www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 或致電部門協助中心，電話：1-888-466-2219。TTY 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 將您的表格和任何附件郵寄或傳真至：

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

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 個日曆日內收到 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 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 個曆日內解決。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 給付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**。請參閱第 177 頁的「在第 2 級上訴期間，我是否可持續享有福利」，以瞭解詳細資訊。

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。
   - 郵寄至 California 社會服務部：

     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 916-651-5210 或 916-651-2789。
2. 您可致電 1-800-952-5253 致電 California 社會服務部。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，您應了解該電話線路可能非常忙碌。

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。

公平聽證辦公室以書面形式向您提供他們的決定並解釋原因。

- 如果公平聽證辦公室**同意**醫療用品或服務的部分或全部請求，我們必須在得到他們的決定後 **72 小時內**核准或提供服務或項目。
- 如果公平聽證辦公室**拒絕**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您的醫療護理保險承保請求（或您的部分請求）。（這稱為「支援決定」或「駁回上訴」。）

如果獨立審查組織或公平聽證辦公室**拒絕**您的全部或部分請求，您有額外的上訴權。

倘您的 2 級上訴送至**獨立審核組織**，僅當您索要的服務或項目的美元價值達到特定最低金額時，您才能再次上訴。第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。**獨立審查組織寄給您的信函中將會說明您可能享有的其他上訴權利。**

您從公平聽證辦公室收到的信函描述了下一個上訴選項。

有關您在第 2 級之後的上訴權利的更多資訊，請參閱 **J 節**。

F5. 給付問題

我們不允許網絡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。**

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。**我們將直接聯絡提供者並解決問題。 如果您確實支付了帳單，遵守獲得服務或項目的規則，您可以獲得退款。

詳情請參閱*會員手冊*第 **7 章**。它描述了您可能需要要求我們償還您的費用或支付您從提供者處獲得的帳單的情況。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。

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。我們將檢查您支付的服務或項目是否在承保範圍內，以及您是否遵守使用承保範圍的所有規則。

- 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 個行事曆日內寄給您（或您的醫療服務提供者）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。
- 如果服務或用品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。

如果您不同意我們不付款的決定，**您可以提出上訴**。遵循 **F3 節**中描述的上訴流程。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您提出上訴要求我們償還您的款項，我們必須在收到您的上訴後 30 個曆日內給您答覆。
- 如果您要求我們償還您獲得並自行支付的醫療護理費用，您不能要求快速上訴。

如果我們**拒絕**您的上訴，並且 **Medicare** 通常承保該服務或項目，我們會將您的個案發送給獨立審查組織。如果發生這種情況，我們會向您發送一封信。

- 如果獨立審查組織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 個曆日內將給付款項寄給您或醫療服務提供者。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序中**核准**了您的上訴，我們必須在 60 個曆日內向您或醫療保健提供者寄出您所請求的付款。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴，則表示他們同意我們不應核准您的請求。（這稱為「支援決定」或「駁回上訴」。）您將收到一封信，說明您可能擁有的其他上訴權利。有關其他上訴等級的更多資訊，請參閱 **J 節**。

如果我們**拒絕**您的上訴，並且 **Medi-Cal** 通常會承保該服務或項目，您可以自行提出第 2 級上訴。我們不會自動為您提出第 2 級上訴。請參見 **F4 章節**瞭解更多資訊。

G. Medicare D 部分處方藥

作為我們計劃會員，您的福利包含多種處方藥的承保。其中大部分是 Medicare D 部分藥物。有少數藥物不獲 Medicare D 部份承保，但卻可由 Medi-Cal 承保。**本部分內容僅適用於 D 部分藥物的上訴。**我們在本節下文中提述為「藥物」，而非每次贅述「D 部分藥物」。

該藥必須用於醫療認可的指示才可承保。這意味著該藥物已獲得美國食品藥品監督管理局 (FDA) 的核准或某些醫學參考資料的支援。請參閱您的*會員手冊***第 5 章**，瞭解有關醫學上可接受的適應症的更多資訊。

G1. D 部份承保範圍裁決與上訴

您要求我們做出的關於您的 D 部分藥物的承保決定示例如下：

- 您要求我們破例，包括要求我們：
  - 承保不在我們計劃藥物清單上的 D 部分藥物，或
  - 取消對藥物承保的限制（如，有關您可獲得藥物的量的限制）
- 您詢問我們是否為您承保某種藥物（例如當您的藥物在我們計劃的藥物清單上但我們必須在承保前核准）

注：如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房將為您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保決定。

> 有關 D 部份藥物的初始承保範圍裁決被稱為「**承保範圍裁決**」。

- 您要求我們為您已經購買的藥物付款。這是要求做出關於付款的給付決定。

如果您不同意該項承保裁決，可提出上訴。本節告訴您如何要求承保決定以及如何提出上訴。使用下面的圖表來幫助你。

您處於以下哪種情形？

您需要一種不在我們藥物清單上的藥物，或者需要我們對我們涉及的一種藥物取消規定或限制。	您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（例如事先取得核准）	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？	我們告訴過您，我們不會以您想要的方式承保或支付藥物費用。
您要求我們作出例外處理。（這是一種承保範圍裁決的類型。）	**您可要求我們為您作出承保範圍裁決。**	**您可要求我們向您作出償付。**（這是一種承保範圍裁決的類型。）	**您可提出上訴。**（這意味著您要求我們重新考慮。）
從 **G2 節**開始，然後參考 **G3 和 G4 節。**	請參閱 **G4 節。**	請參閱 **G4 節。**	請參閱 **G5 節。**

G2. D 部分例外情況

如果我們沒有按照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們進行「例外處理」。如果我們拒絕您的例外請求，您可以對我們的決定提出上訴。

當您要求例外處理時，您的醫師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。

> 要求承保不在我們藥物清單上的藥物或取消對藥物的限制有時被稱為要求「**處方藥一覽表例外處理**」。

以下是您本人或是您醫師或其他處方開立者可以要求我們進行例外處理的範例：

1. 承保不在我們藥物清單上的藥物

- 如果我們同意破例並承保不在我們藥物清單上的藥物，您支付 $0 。
- 對於藥物所需的共付額，您不能例外。

2. 取消對承保藥物的限制

- 額外的規則或限制適用於我們藥物清單中的某些藥物（有關更多資訊，請參閱您的*會員手冊***第 5 章**）。
- 某些藥物的額外規則和限制包括：
  - 需要使用副廠藥而非原廠藥物。
  - 在我們同意為您承保藥物之前，請提前獲得我們的核准。（這有時稱為「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「分步治療」。）
  - 數量限制。對於某些藥物，您可以取得的數量將受到限制。

G3. 要求例外給付時的重要須知

您的醫師或其他處方開立者必須告知我們醫療理由。

您的醫師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。對於快速決定，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

我們的藥物清單通常包括不止一種用於治療特定疾病的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物一樣有效並且不會導致更多副作用或其他健康問題，我們通常**不**會核准您的例外請求。如果您向我們要求等級例外處理，我們通常**不**會核准您的例外請求，除非較低成本分攤層級的所有替代藥物對您都不起作用或可能導致不良反應或其他傷害。

我們可批准或拒絕您的請求

- 如果我們**同意**您的例外處理申請，該例外處理通常至該日曆年結束為止均有效。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**您的例外請求，您可以提出上訴。如果我們**拒絕**，請參閱 **G5 節**瞭解有關提出上訴的資訊。

下一節將介紹如何要求承保範圍裁決（包括例外處理）。

G4. 要求承保決定，包括例外情況

- 請致電 1-833-293-0661、寫信或傳真給我們，就您想要的承保決定提出要求。您、您的代表或醫生（或其他處方醫生）均可提出此請求。包括您的姓名、聯絡資訊和有關索賠的資訊。
- 您本人或是您的醫師（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 **E3 節**瞭解如何指定某人為您的代表。
- 您的醫師或其他處方開立者無需獲得您的書面許可即可以代您提出給付決定要求。
- 如果您想要求我們為您支付藥物費用，請參閱您的*會員手冊***第 7 章**。
- 如果您要求例外，請給我們一份「支援性聲明」。支援性聲明包括您的醫師或其他處方開立者提出例外請求的醫療原因。
- 您的醫師或其他處方開立者可以將支援聲明傳真或郵寄給我們。他們也可以透過電話告訴我們，然後傳真或郵寄聲明。

如果您的健康需要，請要求我們做出「快速承保決定」。

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師聲明後的 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師聲明後的 24 小時內給您答覆。

> 「快速承保決定」稱為**「加急承保決定」。**

對於以下情況，您可以獲得快速承保決定：

- 針對您沒有得到的藥物。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。
- 如果我們使用標準期限，您的健康或身體功能將受到嚴重損害。

如果您的醫師或其他處方開立者告知我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們即同意對您作出快速承保決定。我們會寄給您一封信，告訴您。

- 如果您在沒有醫師或其他處方開立者支援的情況下要求快速承保決定，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。

我們會寄給您一封信，告訴您。這封信還告訴您如何針對我們的決定提出投訴。

您可以提出快速投訴並在 24 小時內得到答覆。有關投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱 **K 節**。

快速承保範圍裁決的截止日期

- 如果我們使用快速截止期限時，我們必須在收到您請求後 24 小時內給您答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫生的支援聲明後 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，由獨立審查組織進行審查。有關第 2 級上訴的更多資訊，請參閱 **G6 節**。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或醫生的支援聲明後 24 小時內為您承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，說明原因。這封信還告訴您如何提出上訴。

關於您未獲得之藥物的標準承保決定的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您的請求後 72 小時內給您答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫生的支援聲明後 72 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，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您的醫生的例外支援聲明後 72 小時內為您提供承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，說明原因。這封信還告訴您如何提出上訴。

關於您已購買之藥物的標準承保決定的截止日期

- 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，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在 14 個曆日內向您償還。
- **如果**我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，說明原因。這封信還告訴您如何提出上訴。

G5. 提出第 1 級上訴

> 就 D 部分藥物承保決定向我們的計劃提出上訴稱為計劃「**重新裁決**」。

- 請致電 **1-833-707-3129**、寫信或傳真給我們，開始您的**標準**或**快速上訴**。您、您的代表或醫生（或其他處方醫生）均可提出此請求。包括您的姓名、聯絡資訊和有關您的索賠的資訊。
- 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。
- 如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括您患有嚴重疾病或我們為您提供了有關期限的錯誤資訊。在您提出上訴時說明您上訴推遲的原因。
- 您有權利向我們索取與您上訴有關的免費資訊副本。您和您醫師也可以向我們提供更多資訊以為您的上訴提供支援。

如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求「快速上訴」

> 「快速上訴」也稱為「**加急重新裁決**」。

- 如果您對我們就您未獲得的藥物做出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將決定您是否需要快速上訴。
- 快速上訴的要求與快速承保決定的要求相同。有關詳細資訊，請參閱 **G4 節**。

我們會考慮您的上訴並給您答覆。

- 我們會審核您的上訴並再次仔細查看有關您的承保請求的所有資訊。
- 我們會查看以確認我們在**拒絕**給付您的請求時是否有遵守規定。
- 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。

1 級「快速」上訴的截止日期

- 如果我們使用快速截止期限時，我們必須在收到您上訴後 **72 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。

如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們必須將您的請求發送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織對其進行審查。有關審查組織和第 2 級上訴流程的資訊，請參閱 **G6 節**。

- 如果我們**核准**您的部分或全部請求，必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，說明原因並告訴您如何提出上訴。

1 級「標準上訴」的截止日期

- 當我們使用標準截止期限時，我們必須在收到您為您未獲得的藥物上訴後 **7 個曆日內**給您答覆。
- 如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。如果您認為您的健康需要它，請要求快速上訴。

如果我們未能在 7 個曆日內告知您我們的決定，我們會將您的請求交由第 2 級上訴程序處理。然後由獨立審查組織對其進行審查。有關審查組織和第 2 級上訴流程的資訊，請參閱 **G6 節**。

如果我們**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須根據您的健康需要儘快提供我們同意**提供的承保**，但**不得遲於**我們收到您上訴後 **7 個曆日**。
- 我們**必須在收到**您上訴後 **30 個曆日內**為您購買的藥物付款。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求：

- 我們會向您發送一封信，說明原因並告訴您如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後的 **14 個曆日內**就您購買的藥物償還給您答覆。

如果我們未能在 14 個曆日內告知您我們的決定，我們會將您的請求交由第 2 級上訴程序處理。然後由獨立審查組織對其進行審查。有關審查組織和第 2 級上訴流程的資訊，請參閱 **G6 節**。

- 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 30 個曆日內向您付款。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，說明原因並告訴您如何提出上訴。

G6. 提出第 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的第 1 級上訴，您可以接受我們的決定或再次上訴。如果您決定再次上訴，您可以使用第 2 級上訴上訴流程。當我們**拒絕**您的第一次上訴時，**獨立審查組織**會審查我們的決定。這個組織決定我們是否應該改變我們的決定。

> 「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查機構**」，有時也稱為「**IRE**」。

要提出第 2 級上訴，您或您的代表或醫生或其他處方醫生必須以**書面**方式聯絡獨立審查組織，要求審核您的個案。

- 如果我們**拒絕**您的第 1 級上訴，我們寄給您的信函將包含**如何**向獨立審查組織**提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止期限，以及如何聯絡組織。

- 當您提出上訴至獨立審查組織時，我們將發送您上訴的相關資訊（我們持有的）至此組織。該資料稱為您的「個案文件」。**您有權免費獲得您的個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。

獨立審查組織審查您的 D 部分第 2 級上訴，並以書面形式給您答覆。有關獨立審查組織的更多資訊，請參閱 **F4 節**。

2 級「快速」上訴的截止日期

如果您的健康狀況需要，請向獨立審核組織要求「快速上訴」。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴請求後 **72 小時內**給您答覆。
- 如果他們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在獲得獨立審查組織決定後 **24 小時內**提供核准的藥物承保。

第 2 級標準上訴的截止期限

如果您提出第 2 級標準上訴，獨立審查組織必須給您答覆：

- 在他們收到您對您沒有得到的藥物的上訴後的 **7 個曆日內**。
- 在收到您要求償還您購買的藥物的上訴後的 **14 個曆日內**。

如果獨立審查組織**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須在獲得獨立審查組織決定後 **72 小時內**提供核准的藥物承保。
- 我們必須在獲得獨立審查組織決定後 30 個曆日內償還您購買的藥物。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴，則表示他們同意我們不核准您的請求的決定。（這稱為「支援決定」或「駁回上訴」。）

如果獨立審查組織**拒絕**您的第 2 級上訴，並且您要求的藥物承保的美元價值滿足最低美元價值，您有權提出第 3 級上訴。如果您要求的藥物承保的美元價值低於要求的最低金額，您不能再次提出上訴。在這種情況下，第 2 級上訴決定是最終決定。獨立審查組織會向您發送一封信函，告訴您繼續進行第 3 級上訴所需的最低金額。

如果您請求的美元價值符合要求，您可以選擇是否要進一步提出上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個等級。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的第 2 級上訴，並且您滿足繼續上訴流程的要求，那麼您：
  - 決定是否要提出第 3 級上訴。
  - 有關如何提出第 3 級上訴的詳細資訊，請參閱獨立審查組織在您的第 2 級上訴後發給您的信函。

第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。有關第 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱 **J 節**。

H. 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。有關我們計劃的醫院承保範圍的更多資訊，請參閱您的*會員手冊*第 **4** 章。

在您給付的住院期間，您的醫師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。他們也會幫助安排您出院後需要的護理。

- 離開醫院的日期稱為「出院日期」。
- 您的醫師或醫院工作人員將會告知您您的出院日期。

如果您認為您被要求過早出院，或者您在出院後擔心您的護理，您可以要求延長住院時間。本節將介紹如何提出要求。

H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您入院後的兩天內，醫院的工作人員（例如護士或社工）會給您一份名為「**Medicare 關於您權利的重要資訊**」的書面通知。參與 Medicare 的任何人均會在入院時收到一份該通知。

如果您沒有收到通知，請向任何醫院員工索取。如果您需要幫助，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部。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。

- 請仔細**閱讀此通知**，若有不瞭解之處請提問。該通知告訴您作為醫院患者的權利，包括：
  - 在住院期間或之後獲得 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。
- **在通知書上簽名**以表明您已收到通知並瞭解自己的權利。
  - 您或代表您行事的人可以簽署通知。
  - 簽署通知**僅**表明您獲得了有關您的權利的資訊。簽署並**不**意味著您同意您的醫生或醫院工作人員可能告訴您的出院日期。
- 請**保留**該簽名的通知**副本**以備不時之需。

如果您在出院前兩天以上時間簽署通知，則會在計劃出院前再收到一份通知。

如果您符合以下條件，您可以提前查看通知的副本：

- 撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部
- 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。
- 瀏覽 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

H2. 提出第 1 級上訴

如果您希望我們延長您住院治療服務的給付時間，請提出上訴。品質改善組織將會進行第 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。

品質改善組織是由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體。這些專家檢查並幫助提高 Medicare 人員的品質。它們不是我們計劃的一部分。

在 California，新澤西的品質改善組織為 Livanta 受益人和以家庭為中心的護理品質改進組織 (BFCC-QIO)。您可以於週一至週五的上午 8 點至下午 6 點，致電 1-877-588-1123 與他們聯絡，TTY 使用者請致電 1-855-887-6668。聯絡資訊也在通知「Medicare 關於您權利的重要資訊」和**第 2 章**中。

請在您出院之前致電給質量改善組織，最遲不得超過您的預定出院日期。

- **如果您在出院之前致電聯絡**，您可以在計劃的出院日期之後留在醫院，而無需支付費用，同時等待品質改善組織對您的上訴作出決定。
- **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，您可能要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**就上訴聯絡品質改善組織的**截止期限**，請直接向我們的計劃提出上訴。有關向我們提出上訴的資訊，請參閱 **G4 節**。
- 因為住院在 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍，如果品質改善組織未審理您繼續住院的申請，歐哲您認為您的情況緊急、即刻、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 管理式健康護理部 (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 163 頁第 F4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

需要時請尋求幫助。如果您在任何時候有任何問題或需要協助，請致電：

- 請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
- 致電健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。

申請「快速審查」迅速採取行動並聯絡品質改進組織，要求對您的出院情況進行快速審查。

「**快速審查**」的法律術語是「**立即審查**」或「**加速審查**」。

快速審查的流程為何

- 品質改善組織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。您不需要寫一份聲明，但您可以寫。
- 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們後的第二天中午，您將收到另一份通知，解釋為什麼您的醫生、醫院和我們認為這是在醫學上適合您的正確出院日期。

該書面解釋的法律術語稱為「**詳細的出院通知**」。您可以致電頁面底部的電話號碼或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡會員服務部獲得樣本，會員服務部每週 7 天，每天 24 小時隨時為您提供服務。（TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。）您也可以線上查閱通知範本，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

在獲得所需的所有資訊後的一整天內，品質改進組織會對您的上訴給予答覆。

如果品質改進組織**核准**您的上訴：

- 只要服務在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的住院服務。

如果品質改進組織**拒絕**您的上訴：

- 他們認為您計劃的出院日期在醫學上是合適的。
- 我們對您住院服務的承保將在品質改進機構對您的上訴給予答覆後次日中午結束。
- 在品質改進組織對您的上訴作出答覆後的第二天，您可能需要支付您在中午之後獲得的醫院護理的全部費用。
- 如果品質改進組織拒絕了您的第 1 級上訴，**並且**您在計劃出院日期後留在醫院，您可以提出第 2 級上訴。

H3. 提出第 2 級上訴

第 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審核他們對您的第 1 級上訴作出的決定。您可以致電 1-877-588-1123 與他們聯絡。

您必須在品質改進機構**拒絕**您的第 1 級上訴後 **60 個曆日內**要求進行此審核。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。

品質改進組織審核員將：

- 再次仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後的 14 個曆日內，告訴您他們對您的第 2 級上訴的決定。

如果品質審查組織**核准**您的上訴：

- 自品質改進組織拒絕您的第 1 級上訴之日的次日中午起，我們必須向您償還我們分攤的醫院護理費用。
- 只要服務在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的住院服務。

如果品質審查組織**拒絕**您的上訴：

- 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定，且不會變更。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出第 3 級上訴該如何處理。
- 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 158 頁第 E4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。有關第 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱 **J 節**。

H4. 提出第 1 級替代上訴

聯絡品質改進組織進行第 1 級上訴的截止日期為 60 天內或不遲於您計劃的出院日期。如果您錯過了第 1 級上訴截止日期，您可以使用「替代上訴」流程。

請透過頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，並要求我們「快速審查」您的出院日期。

> 「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是**「加急上訴」**。

- 我們會查看有關您住院的所有資訊。
- 我們檢查第一個決定是否公平並遵守規則。
- 我們使用快速截止期限而不是標準截止期限，並在您要求快速審核後的 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 表示我們同意您需要在出院日期後繼續住院。
- 只要服務在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的住院服務。
- 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，我們將償還您本計劃應分攤的費用。

如果我們**拒絕**您的快速上訴：

- 表示我們同意您計劃的出院日期在醫學上是合適的。
- 我們對您的住院醫院服務的承保在我們告訴您的日期結束。
- 我們不會支付此日期之後的任何費用分擔額。
- 如果您繼續留在醫院，您可能需要支付在計劃出院日期之後獲得的全部住院治療費用。
- 我們將您的上訴發送給獨立審查組織，以確保我們遵守所有規則。當我們這樣做時，您的個案會自動進入第 2 級上訴程序。

H5. 提出第 2 級替代上訴

我們會在您**拒絕**第 1 級上訴後的 24 小時內將您的第 2 級上訴資訊發送給獨立審查組織。我們自動執行此操作。您無須做任何事。

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。有關投訴的資訊，請參閱 **K 節**。

獨立審核機構會「快速審核」您的上訴。他們會仔細查看有關您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果獨立審查組織**核准**您的上訴：

- 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，我們將償還您本計劃應分攤的費用。
- 只要服務在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的住院服務。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意您計劃的出院日期在醫學上是合適的。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出第 3 級上訴該如何處理。

第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。有關第 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱 **J 節**。

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 163 頁第 F4 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。

I. 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅介紹您可能會獲得的三種服務：

- 居家醫療保健服務 。
- 專業護理機構內提供的專業照護。
- 在 Medicare 核准的綜合門診康復機構 (CORF) 作為門診患者進行康復護理。這通常意味著您正在接受疾病或事故的治療，或者您正在從大手術中恢復。

使用這三種服務中的任何一種，只要醫生說您需要，您就有權獲得承保服務。

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。當您對該服務的承保範圍結束時，我們將停止支付費用。

如果您認為我們過早終止您的護理承保，您可以**對我們的決定提出上訴**。本節將介紹如何要求上訴。

I1. 在您的承保範圍結束前提前通知

我們會向您發送書面通知，告知您將在我們停止支付您的護理費用前至少兩天收到通知。此書面通知稱為「Medicare 不給付通知」。該通知會告訴您我們停止承保您的護理的日期以及如何對我們的決定提出上訴。

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。簽署通知**僅**表明您已獲得資訊。簽署並**不**意味著您同意我們的決定。

I2. 提出第 1 級上訴

如果您認為我們過早終止您的護理承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節將告訴您有關第 1 級上訴流程以及如何處理的資訊。

- **遵守截止期限。**截止期限至關重要。瞭解並遵守適用於您必須做的事情的最後期限。我們的計劃也必須遵守最後期限。如果您認為我們未遵守截止期限，可提出投訴。有關投訴的更多資訊，請參閱 **K 節**。
- **如有需要，歡迎尋求協助。**如果您在任何時候有任何問題或需要協助，請致電：
  - 請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
  - 致電健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。
- **聯絡品質改善組織。**
  - 有關 QIO 以及如何聯絡他們的更多資訊，請參閱 **H2 節**或*會員手冊***第 2 章**。
  - 請他們審查您的上訴並決定是否變更我們計劃的決定。
- **迅速採取行動並要求「快速上訴」。**詢問品質改善組織，我們終止承保您的醫療服務在醫學上是否適當。

聯絡該組織的截止期限

- 您必須聯絡品質改善組織開始上訴，時間不得晚於「Medicare 不承保通知」上所述有效期的前一天中午。
- 如果您錯過了聯絡品質改進組織的最後期限，您可以直接向我們提出上訴。有關如何執行此操作的詳細資訊，請參閱 **I4 節**。
- 如果品質改善組織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、即刻、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 管理式健康護理部 (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 163 頁第 F4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

此書面通知的法律術語是「**Medicare 給付終止通知**」。要獲得樣本副本，請致電頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部或致電 Medicare 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。或瀏覽 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices 線上獲得副本。

快速上訴期間會發生什麼

- 品質改進組織的審核員會詢問您或您的代表，為什麼您認為應該繼續承保。您不需要寫一份聲明，但您可以寫。
- 審核員會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審核我們的計劃提供給他們的資訊。
- 我們的計劃還會向您發送書面通知，解釋我們終止您的服務承保的原因。您會在審核員通知我們您的上訴的當天結束時收到通知。

通知解釋的法律術語是「**不承保詳細說明**」。

- 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。

如果獨立審查組織**核准**您的上訴：

- 只要在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的服務。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 則我們通知您的日期即為給付截止日期。
- 我們將於通知所列之日終止支付就此護理應承擔的費用。

- 如果您決定在承保結束之日後繼續進行居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，您將自行支付此類護理的全部費用。
- 您決定是否要繼續這些服務並提出第 2 級上訴。

I3. 提出第 2 級上訴

第 2 級上訴期間，您要求品質改善組織再次審核他們對您的第 1 級上訴作出的決定。您可以致電 1-877-588-1123 與他們聯絡。

您必須在品質改進機構**拒絕**您的第 1 級上訴後 **60 個曆日內**要求進行此審核。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。

品質改進組織審核員將：

- 再次仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後的 14 個曆日內，告訴您他們對您的第 2 級上訴的決定。

如果獨立審查組織**核准**您的上訴：

- 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，我們將償還您本計劃應分攤的費用。
- 只要醫療上有必要，我們將為護理提供保險。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的護理的決定並且不會改變它。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出第 3 級上訴該如何處理。
- 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 163 頁第 F4 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。

第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。有關第 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱 **J 節**。

I4. 提出第 1 級替代上訴

如 **I2 節**所述，您必須迅速採取行動並聯絡品質改進組織以啟動您的第 1 級上訴。如果您錯過了上訴截止日期，您可以使用「替代上訴」流程。

請透過頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，並要求我們「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是**「加急上訴」**。

- 我們將查看有關您的個案的所有資訊。
- 當我們為您的服務設定終止承保日期時，我們會檢查第一個決定是否公平並遵守規則。
- 我們使用快速截止期限而不是標準截止期限，並在您要求快速審核後的 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要更長的服務時間。
- 只要服務在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的服務。
- 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分攤的費用。

如果我們**拒絕**您的快速上訴：

- 我們對這些服務的承保在我們告訴您的日期結束。
- 我們不會支付此日期之後的任何費用分擔額。
- 如果您在我們告知您的承保終止日期之後繼續獲得這些服務，您將支付這些服務的全部費用。
- 我們將您的上訴發送給獨立審查組織，以確保我們遵守所有規則。當我們這樣做時，您的個案會自動進入第 2 級上訴程序。

I5. 提出第 2 級替代上訴

在第 2 級上訴期間， 我們會在您拒絕第 1 級上訴後的 24 小時內將您的第 2 級上訴資訊發送給獨立審查組織。我們自動執行此操作。您無須做任何事。

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。有關投訴的資訊，請參閱 **K 節**。

獨立審核機構會「快速審核」您的上訴。他們會仔細查看有關您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果獨立審查組織**核准**您的上訴：

- 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，我們將償還您本計劃應分攤的費用。
- 只要服務在醫療上有必要，我們就會為您提供承保的住院服務。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的護理的決定並且不會改變它。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出第 3 級上訴該如何處理。

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 163 頁第 F4 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。

第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。有關第 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱 **J 節**。

J. 第 2 級以後的上訴方式

J1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟

如果您已針對 Medicare 的服務或項目提出第 1 級及第 2 級上訴，但兩次上訴都遭駁回，您可能有權利提出更高層級的上訴。

如果您上訴的 Medicare 服務或項目的美元價值未達到某個最低美元金額，則您不能進一步上訴。如果美元價值足夠高，您可以繼續上訴流程。您從獨立審查組織收到的關於您的第 2 級上訴的信函說明了聯絡誰以及如何申請第 3 級上訴。

第 3 級上訴

第 3 級上訴程序是由行政法官 (ALJ) 所進行的聽證會。做出決定的人是為聯邦政府工作的 ALJ 或律師審裁員。

如果 ALJ 或律師審裁員**同意**您的上訴，我們有權就對您有利的第 3 級決定提出上訴。

- 如果我們決定對裁決提出**上訴**，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴決定後，再批准或提供存在爭議的服務。
- 如果我們決定**不**對決定提出**上訴**，我們必須在獲得 ALJ 或律師審裁員的決定後 60 個曆日內授權或為您提供服務。

如果 ALJ 或律師審裁員**拒絕**您的上訴，則上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會審查您的上訴並給您答覆。委員會是聯邦政府的一部分。

如果委員會**同意**您的第 4 級上訴或拒絕我們審查對您有利的第 3 級上訴決定的請求，我們有權向第 5 級上訴。

- 如果我們決定對該決定提出**上訴**，我們將書面通知您。
- 如果我們決定**不**對決定提出**上訴**，則必須在接到委員會的裁決後 60 曆日內為您核准或提供服務。

如果委員會**拒絕**或駁回我們的審查請求，上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您也許可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行第 5 級上訴以及該怎麼做。

第 5 級上訴

聯邦地區法院法官將審查您的上訴和所有資訊並決定**同意**或**拒絕。**這是最終決定。除了聯邦地區法院，沒有其他上訴等級。

J2. 其他 Medi-Cal 上訴

如您的上訴與 Medi-Cal 通常承保的服務或項目有關，您也有其他上訴權利。公平聽證辦公室將致函告知您，如您希望繼續上訴程序該如何行動。

如果您請求的保險價值符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
- 如果第 2 級上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第 3 級，提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，有關如何處理的詳細資訊，請查閱第二次上訴後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章 J3 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

J3. D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他等級的上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

第 3 級上訴

第 3 級上訴程序是由行政法官 (ALJ) 所進行的聽證會。做出決定的人是為聯邦政府工作的 ALJ 或律師審裁員。

如果 ALJ 或律師審裁員**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 我們必須在 72 小時內（或 24 小時加急上訴）授權或提供核准的藥物承保，或在我們得到決定後的 30 個曆日內付款。

如果 ALJ 或律師審裁員**拒絕**您的上訴，則上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會審查您的上訴並給您答覆。委員會是聯邦政府的一部分。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 我們必須在 72 小時內（或 24 小時加急上訴）授權或提供核准的藥物承保，或在我們得到決定後的 30 個曆日內付款。

如果委員會**拒絕**您的上訴，則上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您也許可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行第 5 級上訴以及該怎麼做。

第 5 級上訴

聯邦地區法院法官將審查您的上訴和所有資訊並決定**同意**或**拒絕。**這是最終決定。除了聯邦地區法院，沒有其他上訴等級。

K. 如何提出投訴

K1. 何種類型的問題應歸於投訴

投訴流程僅適用於特定類型的問題，例如與護理品質、等候時間、護理協調及客戶服務相關的問題。以下為投訴程序所處理的各種問題示例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	• 您對護理質素不滿意，例如您在醫院獲得的護理。
尊重您的隱私	• 您認為有人不尊重您的隱私權或分享有關您的機密資訊。
未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為	• 健康護理提供者或僱員對您的態度粗魯或不尊重您。 • 我們的工作人員對您態度惡劣。 • 您認為自己遭計劃排擠。
可存取性和語言協助	• 您無法使用醫生或提供者辦公室的健康護理服務及設施。 • 您的醫生或提供者不會為您說的非英語語言（例如美國手語或西班牙語）提供翻譯。 • 您的提供者不會為您提供您需要和要求的其他合理便利。
等待時間	• 您無法預約或等待時間過長。 • 醫生、藥劑師或其他健康專業人員、會員服務部或其他計劃工作人員讓您等待太久。
清潔度	• 您認為診所、醫院或醫生辦公室不清潔。
我們為您提供的資訊	• 您認為我們未能向您送達您本應該收到的通告或信函。 • 您認為我們發送給您的書面資訊太難理解。

投訴	範例
與承保決定或上訴相關的及時性	• 您認為我們沒有按時做出承保決定或答覆您的上訴。 • 您認為，在獲得有利於您的承保或上訴決定後，我們沒有在最後期限內核准或向您提供服務或向您支付某些醫療服務的費用。 • 您認為我們沒有按時將您的個案提交給獨立審查組織。

有不同類型的投訴。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴由我們的計劃受理及審查。外部投訴由不隸屬於我們計劃的組織提出並由其審查。如果您在提出內部和/或外部投訴上需要協助，您可致電 **1-833-707-3129**。

> 「投訴」的法律術語是「**申訴**」。
>
> 「提出投訴」的法律術語是「**呈遞申訴**」。

K2. 內部投訴

要提出內部投訴，請致電會員服務部：1-833-707-3129。您可隨時提出投訴，涉及 D 部份藥物的情況除外。針對與 D 部份藥物有關的申訴，您必須在您欲申訴之問題發生後的 **60 個曆日內**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 部份有關的投訴必須在發生您想要投訴之問題後的 60 個曆日內提出。
- 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「**加急申訴**」。

如果可能，我們會立即回覆您。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 個曆日內做出決定，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或上訴的時間太長，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。

K3. 外部投訴

Medicare

您可以將您的投訴告訴 Medicare，或將其發送給 Medicare。Medicare 投訴表可從以下位置獲得：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

在向 Medicare 提出投訴之前，您無需向 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 提出投訴。

Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他反饋或疑慮，或者您認為健康計劃無法解決您的問題，您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。

Medi-Cal

您可以致電 1-888-452-8609 向 California 管理醫療保健部 (DHCS) Medi-Cal 管理式醫療監察員提出投訴。TTY 使用者可致電 711。週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間致電。

您可以向 California 管理式健康護理部 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責管理醫療保健計劃。您可致電 DMHC 幫助中心，獲取關於 Medi-Cal 服務投訴的幫助。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 TTY 號碼 1-877-688-9891*。此為免付費電話。
- 訪問醫療保健管理局網站 (www.dmhc.ca.gov)。

Office for Civil Rights

如您認為自己沒有受到公平對待，您可以向衛生及公共服務部的民權辦公室提出投訴。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。您瀏覽可存取 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：

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《美國殘疾人士法案》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。您可以在週一至週五上午 8 點至下午 5 點免費致電 1-888-452-8609 或 TDD/TTY 1-800-735-2929（California 中繼服務）聯絡州細查員。您可以瀏覽網站 http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx。

品質改進組織

當您的投訴涉及護理品質時，您有兩種選擇：

- 您可以直接向品質改進組織投訴護理品質。
- 您可以向品質改進組織和我們的計劃提出投訴。如果您向品質改進組織投訴，我們將與他們合作解決您的投訴。

品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。要瞭解有關品質改進組織的更多資訊，請參閱 **H2 部分**或您的會*員手冊***第 2 章**。

在 California，品質改善組織稱為 Livanta。他們的電話號碼為 1-877-588-1123。

第 10 章：終止您在我們計劃之會員身分

簡介

本章說明您如何終止我們計劃的會員資格以及您退出我們的計劃後的健康保險選項。如果您退出本計畫，只要符合資格，您將仍是 Medicare 及 Medi-Cal 計畫的會員。關鍵術語及其定義按字母順序載列在*會員手冊*最後一章。

目錄

A. 您何時可以結束我們的計劃的會員資格 194

B. 如何終止計劃的會員資格 195

C. 如何獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務 195

C1. 您的 Medicare 服務 195

C2. 您的 Medi-Cal 服務 198

D. 在您的計劃會員資格終止之前如何獲得您的醫療服務和藥物 198

E. 您的計劃會員資格終止的其他情況 199

F. 不得以任何與您健康相關的理由要求您結束計劃的規定 200

G. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴 200

A. 您何時可以結束我們的計劃的會員資格

大部分 Medicare 會員可在一年中的某些時間終止其會員資格。由於您享有 Medi-Cal，您可在以下任一**特殊參保期**內終止您的計劃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新計劃，您在我們計劃中的會員資格將於 12 月 31 日結束，而您在新計劃中的會員資格將於 1 月 1 日開始。
- **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。

在其他情況下，您可能有資格更改您的註冊。例如，當

- 您搬離我們的服務區域，
- 您獲得 Medi-Cal 或額外補助 ("Extra Help") 的資格發生了變化，**或者**
- 如果您最近搬入療養院或長期護理醫院、目前正在接受療養院或長期護理醫院護理或剛搬出療養院或長期護理醫院。

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）。

如果您結束本計劃，您可以獲得有關您的以下資訊：

- **C1 節**表格中的 Medicare 選項。
- **C2 節**中的 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：

- 撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部
- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222，聯絡 California 健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。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 1-844-580-7272 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。
- Medi-Cal Managed Care 細查員，電話是：1-888-452-8609，時間為週一至週五上午 8 時至晚上 5 時，或傳送電子郵件至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注：如果您已加入藥物管理方案，您可能無法變更計劃。請參見*會員手冊***第 5 章**，瞭解有關藥物管理計劃的資訊。

B. 如何終止計劃的會員資格

如果您想退出我們的計劃，有以下選擇：

- 致電 Medicare，聯絡電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者（有聽力障礙或言語困難的人士）應致電 1-877-486-2048。在撥打電話 1-800-MEDICARE 時，您也可加入其他 Medicare 保健計劃或藥物計劃。有關您離開計劃時獲得 Medicare 服務的更多資訊載於本章第 196-198 頁。
- 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。
- 下面的 C 部分包括您可以採取的參保不同計劃的步驟，這也將終止您在我們計劃中的會員資格。

C. 如何獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您選擇退出我們的計劃，您可以選擇獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務。

C1. 您的 Medicare 服務

您可以透過三種選擇方案享有以下 Medicare 服務。如果您選擇這些選項中的其中一個選項，您在計劃的會員身分將會自動終止。

1. 您可以轉換至： **另一個 Medicare 健康計劃，例如 Medicare Advantage 計劃，或者，如果您符合資格要求並且居住在服務區域內，老人全方位照護方案(PACE)。**	**以下為應進行事項：** 致電 Medicare，聯絡電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如需 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： • 週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222，聯絡 California 健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。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/。 **或者** 加入新的 Medicare 計劃。 當您的新計劃開始承保時，您將自動退出我們的 Medicare 計劃。您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。

2.您可以轉換至： **附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare**	**以下為應進行事項：** 致電 Medicare，聯絡電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或需要更多資訊： • 週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222，聯絡 California 健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。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/。 **或者** 加入新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動退出我們的計劃。 您的 Medi-Cal 計劃不會改變。

3.您可以轉換至： **不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare** **注：**如果您變更為 Original Medicare 且不想加入獨立的 Medicare 處方藥物計畫，Medicare 可以為您加入藥物計畫，除非您告知 Medicare 您不想加入。 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 健康保險諮詢和宣傳計劃 (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 Medicare，聯絡電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或需要更多資訊： • 週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222，聯絡 California 健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。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/. 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動退出我們的計劃。 您的 Medi-Cal 計劃不會改變。

C2. 您的 Medi-Cal 服務

如有關於在離開我們的計劃之後如何獲得您的 Medi-Cal 服務的疑問，請聯絡 Health Care Options，電話是 1-844-580-7272，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。詢問加入其他計劃或返回 Original Medicare 將如何影響您獲得 Medi-Cal 承保的方式。

D. 在您的計劃會員資格終止之前如何獲得您的醫療服務和藥物

如果您退出我們的計劃，您的會員資格結束，而開始您的新 Medicare 和 Medi-Cal 承保可能需要一段時間。在此期間，您將繼續透過我們的計劃獲得處方藥和醫療保健，直到您的新計劃開始。

- 使用我們的網絡藥房（包括透過我們的郵購藥房服務）來配藥。
- 如果您在 Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 會員資格結束之日住院，我們的計劃將承保您的住院費用直至您出院。

E. 您的計劃會員資格終止的其他情況

在這些情況下，我們必須終止您在我們計劃中的會員資格：

- 如果您的 Medicare Part A 與 Part B 給付有間斷。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 的資格。我們的計劃僅適用於同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人。如果州政府或 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) 確定您不再符合本計劃的資格，則可能會讓您結束退保。
- 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。
    - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，瞭解您要搬家或前往的地方是否在我們計劃的服務區域內。
    - 當您離開我們計劃的服務區域時，請參閱您的*會員手冊*第 **4** 章，瞭解有關透過我們的訪客或旅行者福利獲得護理的資訊。
- 您入獄服刑或進入教養院。
- 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。
- 您不是美國公民或並非在美國合法居留。
    - 您必須是美國公民或在美國合法居留，才能成為本計畫的會員。
    - 以此條件為基礎，若您不符合繼續保有會員身分的資格，Medicare 及 Medicaid 服務中心會通知我們。
    - 倘您不符合這一要求，我們必須讓您從計劃退出。

僅有在我們事先取得 Medicare 及 Medi-Cal 許可的情況下，我們才可以根據下列理由要求您退出本計畫：

- 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。
- 倘您將您的計劃 ID 卡提供給其他人士以獲得醫療護理。（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。）

F. 不得以任何與您健康相關的理由要求您結束計劃的規定

我們不能因與您的健康狀況相關之任何原因要求您退出我們的計劃如果您認為我們出於健康相關原因要求您退出我們的計劃，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **聯絡 Medicare。** TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以 24/7 隨時撥打這個電話。

G. 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。您還可以參閱*會員手冊***第 9 章**，瞭解有關如何投訴的資訊。

第 11 章：法律通知

簡介

本章包含適用於您在我們計劃中的會員資格的法律通知。關鍵術語及其定義按字母順序出現在*會員手冊*的最後一章中。

目錄

A. 有關法律的公告 202

B. 反歧視通知 202

C. 與 Medicare 第二給付順位以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的通知 203

A. 有關法律的公告

許多法律皆適用於本會員手冊。即使*會員手冊*中未包含或解釋，這些法律也可能影響您的權利和責任。適用的主要法律是關於 Medicare 和 Medi-Cal 計劃的聯邦和州法律。其他聯邦法律和州法律也可能適用。

B. 反歧視通知

與 Medicare 和 Medi-Cal 合作的每家公司或機構都必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。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、性別或性取向而受到區別對待。 此外，我們不會因為血統、族群認同、性別認同、婚姻狀況或醫療狀況而非法歧視、排斥或區別對待他人。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問：

- 致電衛生及公共服務部的民權辦公室電話：1-800-368-1019。TTY 使用者可致電 1-800-537-7697。您亦可訪問 www.hhs.gov/ocr 以獲得更多資訊。
- 請致電醫療保健服務部民權辦公室 1-916-440-7370。TTY 使用者可以撥打 711（電信中繼服務）。
- 發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。
- 填寫投訴表格或寄信至：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  投訴表於該網址獲得：
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您認為自己受到歧視並想提出歧視申訴，請聯絡民權辦公室。如果您認為自己因種族、殘障、宗教信仰、性別、健康、血統、信仰（信念）、年齡或國族本源而受到不公平待遇或自己的權利因此未得到尊重，您應致電衛生及公共服務部的民權辦公室 1-800-368-1019 TTY: 1-800-537-7697，亦可致電您當地的民權辦公室。

如果您的申訴是關於 Medi-Cal 計劃中的歧視，您還可以透過電話、書面或電子方式向醫療保健服務部民權辦公室提出投訴：

- 透過電話：請致電 1-916-440-7370。如果您說不清或聽力不好，請致電 711（電信中繼服務）。
- 書信：填寫投訴表格或寄信至：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

投訴表格可在以下網址獲得：dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 電子方式：發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.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。若您想針對輪椅專用通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

C. 與 Medicare 第二給付順位以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的通知

有時其他人必須先為我們向您提供的服務付費。例如，如果您發生車禍或在工作中受傷，則必須先支付保險或工傷賠償。

我們有權利也有責任針對 Medicare 給付順位並非第一的 Medicare 給付服務追償費用。

我們遵守與第三方對會員的醫療保健服務的法律責任相關的聯邦和州法律法規。我們採取一切合理措施確保 Medi-Cal 是最後付款人。

第 12 章：重要辭彙的定義

簡介

本章包括您的*會員手冊*中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。

日常生活活動 (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。

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。

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，要求我們變更承保決定。您的*會員手冊***第 9 章**解釋了上訴，包括如何提出上訴。

行為健康：泛指精神健康與物質濫用障礙的詞彙。

原廠藥物：一種由最初制作該藥物的公司制作及銷售的處方藥。原廠藥物與該藥的仿製藥擁有同樣的成份。副廠藥物通常為其他藥物公司製作及銷售。

護理協調員：與您本人、健康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。

護理計劃：請參閱「個人化護理計劃」。

護理計劃可選服務（CPO 服務）：隨附於您個人醫療保健計劃 (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可以透過 Medi-Cal 取得的長期服務與支援。

護理團隊：請參閱「跨科護理團隊」。

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS)：負責管理 Medicare 的聯邦機構。您的*會員手冊***第 2 章**說明了如何聯絡 CMS。

基於社區的成人服務 (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。

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」。

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、語言治療以及家庭環境評估服務。

承保決定：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。您的*會員手冊***第 9 章**說明了如何要求我們做出承保決定。

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。

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。

每日費用分攤費率：當您的醫師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。每日費用分攤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：假設一個月份量（30 天的份量）藥物的定額手續費是$1.35。這意味著您每天為藥物支付的金額少於 $0.05 。如果您獲得 7 天的藥物供應，則您的付款低於每天 $0.05 乘以 7 天，總付款低於 $0.35 。

Department of Health Care Services (DHCS)：California 負責管理 Medicaid 計劃（稱為 Medi-Cal）的部門。

Department of Managed Health Care (DMHC)：California 負責監管健康計劃的部門。DMHC 幫助人們就 Medi-Cal 服務提出上訴和投訴。DMHC 也會進行獨立醫療審查 (IMR)。

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）。

藥物層級：我們的藥物清單上的藥物群組。副廠藥、原廠藥物或非處方 (OTC) 藥物是藥物層級的範例。藥物清單上的每種藥物都屬於 5 層之一。

雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP)：為同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的個人提供服務的健康計劃。我們的計劃是 D-SNP。

耐用醫療設備 (DME)： 您的醫師指定供您在家中使用的某些用品。這類物品包括輪椅、腋下枴杖、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、言語產生裝置、氧氣設備和用品、噴霧器及助行器。

緊急情況：當您或任何其他具有一般健康和醫學知識的人認為您有醫療症狀需要立即就醫以防止死亡、身體部位喪失或身體功能喪失或嚴重損害時，屬於醫療緊急情況.醫學症狀可以為嚴重受傷或劇烈疼痛。

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。

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。

額外補助：額外補助是一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資產有限的人士節省 Medicare D 部份處方藥費用（如保費、自付額和共付額）。額外補助 (Extra Help) 也稱為「低收入補助」或「LIS」。

副廠藥物：由聯邦政府批准用以替代原廠藥物的處方藥。仿製藥物具有與原廠藥物相同的成份。其價格通常更便宜且與原廠藥物具有同等功效。

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。

健康保險諮詢和宣傳計劃(HICAP)：以客觀立場免費提供 Medicare 相關資訊與諮詢服務的計畫。您的*會員手冊***第 2 章**說明了如何聯絡 HICAP。

保健計劃： 由醫師、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。該計劃亦提供護理協調員，可協助您管理您的所有的提供者及服務。他們一起工作，為您提供所需的護理。

健康風險評估：回顧您的病史和目前狀況。它用於瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

家庭健康助手：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，或從事醫師囑咐的運動）方面的協助。家庭健康助手沒有護理執照或提供治療。

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關懷。
- 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、情感、社會及精神需求。
- 我們需要向您提供您所在地理區域的臨終關懷提供者名單。

不正確的/不當計費： 提供者（例如醫生或醫院）向您收取的費用超過我們的服務費用分攤的情況。如果您收到任何不明白的帳單，請致電會員服務部。

因為我們為您的服務支付全部費用，所以您**無**需分攤任何費用。醫療服務提供者不應就這些服務向您收取任何費用。

獨立醫療審查(IMR)：如果我們拒絕您的醫療服務或治療請求，您可以提出上訴。如果您不同意我們的決定，並且您的問題與 Medi-Cal 服務有關，包括 DME 用品和藥物，您可以向 California 管理式健康護理部索取 IMR。IMR 是由不屬於本計劃的醫師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。您不必為 IMR 付費。

個人化護理計劃（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。

住院：當您正式入院接受專業醫療服務時使用的術語。如果您沒有正式入院，即使您過夜，您仍可能被視為門診患者而不是住院患者。

跨學科護理團隊（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師、護士、諮詢人員或其他健康專業人員。您的護理團隊還可以幫助您制訂護理計劃。

***承保藥物清單*（藥物清單）：**我們承保的處方藥和非處方藥 (OTC) 清單。本清單上的藥物是由醫師和藥劑師協助我們挑選。《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「處方藥一覽表」。

長期服務及支援(LTSS)：長期服務和支援有助於改善長期醫療狀況。大多數服務幫助您待在家中，因此您無需前往安養院或醫院。LTSS 包括基於社區的成人服務 (CBAS) 以及護理機構 (NF)。

低收入補助 (LIS)：請參閱「額外補助。」

郵購計劃：有些計劃可能會提供郵購計劃，讓您可以將最多 3 個月的承保處方藥直接寄到您家中。這可能是一種經濟高效率且方便的方式來續補您定期服用的處方藥。

Medi-Cal:這是加州 Medicaid 計劃的名稱。Medi-Cal 是由加州政府所管理，並獲得加州政府和聯邦政府的資助。

- 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 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可獲承保大多數醫療保健費用。
- 有關如何聯絡 Medi-Cal 的資訊，請參閱您的*會員手冊***第 2 章**。

Medi-Cal 計畫：僅涵蓋 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務和支援、醫療設備和交通。Medicare 福利是分開提供的。

具醫療必要性：該詞用於描述您為了預防、診斷或治療某種醫療病症或為了維持您目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括讓您免於住院或免於入住安養院的照護。這還包括符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品或藥物。

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。加入 Medicare 的人士可透過 Original Medicare 或管理型護理計劃（稱為「健康計劃」）獲得其 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage：一種 Medicare 計劃，也稱為「Medicare C 部分」或「MA」，透過私營公司提供 MA 計劃。Medicare 向這些公司支付費用以支付您的 Medicare 福利。

Medicare 承保的服務：屬於 Medicare A 部分和 B 部分給付範圍的服務。所有的 Medicare 醫療保健計劃（包括本計劃在內）皆必須給付屬於 Medicare A 部分和 B 部分給付範圍的所有服務。

Medicare-Medi-Cal 參保者：同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 保險資格的人士。Medicare-Medi-Cal 參保者也被稱為「雙重資格個人」。

Medicare A 部分：承保大多數醫療必需的住院、專業護理機構、家庭健康及臨終關懷的 Medicare 項目。

Medicare B 部分：承保在治療疾病或病情上具有醫療必要性的服務（如實驗室測驗、外科手術及醫生問診）及供應品（如輪椅及步行器）的 Medicare 計劃。Medicare B 部分亦承保多項預防及篩檢性服務。

Medicare C 部分 Medicare 計劃，也稱為「Medicare Advantage」或「MA」，允許私人健康保險公司透過 Medicare Advantage 計劃提供 Medicare 福利。

Medicare D 部分：Medicare 處方藥福利項目。（我們將該項目簡稱為「D 部分」。）D 部分承保門診病患處方藥、疫苗及一些未獲 Medicare A 部分或 B 部分或 Medi-Cal 承保的供應品。我們的計劃包括 Medicare D 部分。

Medicare D 部份藥物：Medicare D 部分承保的藥物。國會明確將某些類別的藥物排除在 D 部分的承保範圍之外。Medi-Cal 可能會承保其中一些藥物。

藥物治療管理由包括藥劑師在內的醫療保健提供者提供的一組獨特的服務或一組服務，以確保為患者提供最佳治療效果。詳情請參閱*會員手冊***第 5 章**。

會員（又稱為本計劃的會員或計劃會員）：享有 Medicare 及 Medi-Cal 且具備取得給付服務的資格，同時已投保本計畫且投保申請已獲得 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (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：我們計劃中的一個部門，負責回答您關於會員資格、福利、申訴和上訴的問題。有關會員服務的更多資訊，請參閱*會員手冊***第 2 章**。

網絡藥房：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「網絡內藥房」。在大多數情況下，只有在我們的網絡藥房之一配藥時，我們才會承保您的處方。

網絡內醫療服務提供者：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師、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。

- 提供者均經 Medicare 及州政府許可或認證以提供醫療保健服務。
- 當他們同意與我們的健康計劃合作、接受我們的付款並且不向會員收取額外費用時，我們稱他們為「網絡內提供者」。

- 當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡內提供者來獲得承保服務。網絡提供者亦稱為「計劃提供者」。

安養院或護理機構：一個為在家中無法得到護理但不需要住院的人提供護理的地方。

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。您可以在會員手冊的**第 2** 章**和第 9 章**中找到更多資訊。

組織決定：當我們或我們的提供者之一決定是否承保服務或您為承保的服務支付多少費用時，我們的計劃會做出組織裁決。組織裁決稱為「承保決定」。您的*會員手冊***第 9 章**解釋了承保決定。

Original Medicare（傳統 Medicare 或付費 Medicare）：政府提供 Original Medicare。根據 Original Medicare 規定，服務的給付方式是按美國國會所規定的金額來給付醫師、醫院和其他醫療保健服務提供者。

- 您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健提供者求診。Original Medicare 分為兩部份：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），
- 且在美國全境提供服務。
- 如果您不想投保本計劃，您可以選擇 Original Medicare。

網絡外藥房：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。除非符合某些條件，否則我們的計劃不承保您從網絡外藥房獲得的大多數藥物。

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。您的*會員手冊***第 3 章**解釋了網絡外提供者或設施。

非處方(OTC)藥物： 非處方藥是人們可以在沒有醫療保健專業人員處方的情況下購買的藥物或藥物。

A 部分：請參閱「Medicare A 部分」。

B 部分：請參閱「Medicare B 部分」。

C 部分：請參閱「Medicare C 部分」。

D 部分：請參閱「Medicare D 部分」。

D 部份藥物：請參閱「Medicare D 部分藥物」。

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、醫師就診及病史。有關我們如何保護、使用和披露您的 PHI 以及您對 PHI 的權利的更多資訊，請參閱我們的隱私慣例通知。

初級保健提供者 (PCP)：當您遇到大多數健康問題時首先會去求助的醫師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，並將您轉診至上述醫生和醫療提供者。
- 在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他醫療保健提供者處就診之前，必須到您的主要提供者處就診。
- 有關從初級保健提供者處獲得護理的資訊，請參閱您的*會員手冊***第 3 章**。

事先授權：在您獲得特定服務或藥物或使用網絡外提供者之前，您必須獲得我們的核准。若您未獲得核准，計劃可能不會承保該服務或藥物。

僅當您的醫生或其他網絡提供者獲得我們的事先授權時，我們的計劃才承保某些網絡醫療服務。

- 需要我們計劃事先授權的承保服務在您的*會員手冊***第 4 章**中標明。

只有在您獲得我們事先授權的情況下，我們的計劃才會承保某些藥物。

- 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。

老人全方位照護方案 (PACE)：為年滿 55 歲以上且需要較高層級之照護才能居住在家中的人士給付 Medicare 及 Medi-Cal 福利的計畫。

義肢與矯正裝置： 您的醫生或其他醫療保健提供者訂購的醫療裝置，包括但不限於手臂、背部和頸托；義肢；義眼；以及更換身體內部部分或功能所需的裝置，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

質量改善組織 (QIO)：由一群醫師及其他醫療保健專家所組成，協助為 Medicare 的會員改善醫療保健品質。聯邦政府向 QIO 支付費用以檢查和改善對患者的護理。有關 QIO 的資訊，請參閱您的*會員手冊***第 2 章**。

供藥量限制:針對您可以領取的藥量所設定的限制。我們可能會限制每個處方承保的藥物數量。

轉介： 轉診是您的初級保健提供者 (PCP) 核准使用您的 PCP 以外的提供者。如果您沒有首先獲得核准，我們可能不會承保這些服務。您無需轉介即可向某些專科醫師求診，如女性健康專科醫師。您可以在*會員手冊*的**第 3 章和第 4 章**中找到有關轉診的更多資訊。

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*會員手冊***第 4 章**，瞭解有關康復服務的更多資訊。

敏感服務：與心理或行為健康、性健康和生殖健康、計劃生育、性傳播感染 (STI)、愛滋病毒/愛滋病、性侵和墮胎、物質使用障礙、性別肯定護理和親密伴侶暴力相關的服務。

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。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它通常是指您可獲得常規（非緊急）服務的地區。僅限在我們的服務區域內居住的人士可參保我們的計劃。

費用分攤：在福利生效之前，您每個月可能需為您醫療保健費用負擔的部份。您需分攤的費用視您的收入和資源而定。

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。

專業護理機構 (SNF) 護理：專業護理機構持續提供的日常專業護理服務和複健服務。專業護理機構服務包括註冊護士或醫師提供的物理治療或靜脈 (IV) 注射。

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師。

專業藥房：請參閱*會員手冊*第 5 章，瞭解有關專業藥房的更多資訊。

州立聽證會：如果您的醫生或其他提供者要求提供我們不會核准的 Medi-Cal 服務，或者我們不會繼續為您現有的 Medi-Cal 服務付費，您可以要求舉行州聽證會。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。

漸進式治療：一項承保規則，要求您在我們承保您要求的藥物之前嘗試另一種藥物。

補充保障收入 (SSI)：社會保障每月向收入和資源有限的殘疾人、盲人或 65 歲及以上的人提供福利。SSI 福利與社會保障福利不同。SSI 自動提供 Medi-Cal 保險。

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。

Anthem MediBlue Full Dual Advantage (HMO D-SNP) 會員服務

致電	**1-833-707-3129** 此專線為免費電話。時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。 會員服務部也為非英語人士提供免費語言口譯服務。
TTY	**711** 撥打這些號碼是免費。時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。
寫信	12900 Park Plaza Drive, Suite 150 Mailstop 6150 Cerritos, CA 90703-9329
網站	shop.anthem.com/medicare/ca

