

Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara 計畫 (HMO D-SNP)，由北加州地區 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供

《會員手冊》

2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日

Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara (HMO D-SNP)
下的健康和藥物保險，由北加州地區 **Kaiser Foundation Health Plan, Inc.**
提供

《會員手冊》介紹

本《會員手冊》，也稱為承保範圍證明，告知您本計劃承保至 2023 年 12 月 31 日。同時也解釋保健服務、行為健康 (精神健康和藥物濫用障礙) 服務、處方藥承保以及長期服務和支援。長期服務和支援可幫助您留在家中，而不是去養老院或醫院。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

本手冊是一份重要的法律文件。請將本手冊妥善保管於安全的地方。

當本《會員手冊》出現「我們」、「我方」、「我們的」或「本計劃」，即指 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**。

注意事項：如果您說中文、西班牙語、塔加路語或越南語，您可獲得免費語言協助服務。請致電會員服務，電話號碼：**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，服務時間每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。該通話為免費電話。

您可以免費獲得其他格式的文件，例如大字版、點字版和/或語音版。請致電會員服務，電話為 **1-800-443-0815** 以取得更多資訊。(聽障及語障電話專線，使用者應致電 **711**。) 服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。該通話為免費電話。

請每天上午 8:00 至下午 8:00 (每週 7 天) 致電 **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線：**711**)，並提出以下申請：

- 除了英文外，您所偏好的語言和/或其他格式，
- 對未來的郵件與通訊長期要求，以及
- 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

免責聲明

- ❖ Kaiser Permanente 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃均簽有合約的 HMO D-SNP 計劃。入保 Kaiser Permanente 取決於合約續簽與否。
- ❖ 本計劃的承保範圍為合格的健康保險，稱為「最低基本承保」。此計劃可滿足《病人保護及平價醫療法案》(ACA) 中的個人分擔責任需求。如需更多有關個人分擔責任需求的資訊，請造訪國稅局 (IRS) 網站：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。
- ❖ 根據 Medi-Cal 提供給 Kaiser Permanente 會員的醫療護理服務須遵守 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 和加州保健服務部 (DHCS) 之間合約的條款、條件、限制和除外條款，並會列在本《會員手冊》和任何修訂中。

第 1 章：會員入門指南

前言

本章包含有關 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 的資訊，是一項涵蓋您所有 Medicare 和 Medi-Cal 服務以及您的和 Medi-Cal 服務的保健計劃。也會向您描述將會發生什麼以及您將從我們那裡獲得的其他訊息。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 1 章目錄

A. 歡迎加入我們的計劃	3
B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊	3
B1. Medicare.....	3
B2. 加州醫療保健輔助計劃 (Medi-Cal).....	3
C. 我們計劃的優點.....	4
D. 我們計劃的服務區域	5
E. 成為計劃會員的合格入保資格是什麼？	5
F. 首次加入我們的保健計劃時會發生什麼.....	5
F1. 新會員	6
F2. 現有會員	6
F4. 持續護理的資格	6
G. 您的醫護團隊和醫護計劃	8
G1. 醫護團隊.....	8
G2. 醫護計劃.....	8
H. 計劃月保費	8
H1. 計劃保費.....	8
I. 您的《會員手冊》	9



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 （聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J. 您從我們這裡獲得的其他重要資訊.....	9
J1. 您的計劃會員卡.....	9
J2. 保健業者和藥房名錄.....	10
J3. 承保藥物清單.....	11
J4. 理賠說明.....	11
K. 將您的會員資格記錄維持為最新狀態.....	12
K1. 個人健康資訊(Personal Health Information, PHI)隱私.....	12



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 歡迎加入我們的計劃

本計劃會向有資格參加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。我們還有醫護協調員和醫護團隊來幫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護理。

Kaiser Permanente 會透過整合式醫療護理計劃直接向會員提供保健服務。保健計劃、計劃醫院和 Permanente Medical Group（「專業醫療服務集團」）共同合作為我們的會員提供優質醫護服務。我們的醫療護理計劃可為您提供各種管道讓您取得您可能需要的承保服務，例如例行醫護服務、醫院醫護服務、化驗服務、急診護理服務、緊急醫護以及本《會員手冊》中所述的其他福利。另外，我們的健康教育計劃為您提供各種優質方法，以保護和改善健康。

B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計劃，用於：

- 65 歲或 65 歲以上的人，
- 一些 65 歲以下有某些殘疾的人，以及
- 患有終末期腎臟病 (腎功能衰竭) 的人。

B2. 加州醫療保健輔助計劃 (Medi-Cal)

Medi-Cal 是加州醫療補助計劃的名稱。Medi-Cal 由州管理，由州和聯邦政府支付費用。Medi-Cal 會幫助收入和資源有限的人支付長期服務和支援 (Long-Term Service and Support, LTSS) 以及醫療費用。它涵蓋 Medicare 未涵蓋的額外服務和藥物。

每個州會決定：

- 什麼算作收入和資源，
- 誰符合入保資格，
- 涵蓋哪些服務，和
- 服務的成本。

州政府也可決定計劃的管理方式，但必須遵守聯邦法規。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 711），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

Medicare 和加州批准了我們的計劃。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：

- 我們選擇提供計劃，和
- Medicare 和加州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. 我們計劃的優點

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保健計劃。

我們幫助您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利更好地協同工作，更好地為您服務。一些優點包括：

- 您可以與我們合作以滿足您的**全部**健康護理需求。
- 您有一個由您幫助組建的醫護團隊。您的醫護團隊可能包括您自己、您的看護人、醫生、護士、顧問或其他保健專業人員。
- 您可以聯繫醫護協調員。此人與您、我們的計劃以及您的醫護團隊一起幫助制定醫護計劃。
- 您可以在醫護團隊和醫護協調員的幫助下指導您自己的護理。
- 您的醫護團隊和醫護協調員與您一起制定醫護計劃，以滿足您的健康需求。醫護團隊會幫助協調您需要的服務。例如，這意味著您的醫護團隊會確保：
- 您的醫生知道您服用的所有藥物，因此他們可以確保您服用正確的藥物，並可以減少藥物可能產生的任何副作用。
- 您的檢查結果將酌情與您的所有醫生和其他提供者共享。

Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara 的新會員：在大多數情況下，在您申請入保 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 後當月的第一天，您將入保我們的 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 計劃，以享受 Medicare 福利。您仍可以從之前的 Medi-Cal 保健計劃中取得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 保險不會中斷。如有任何疑問，請撥打 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線為 **711**)，聯絡我們。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 我們計劃的服務區域

我們的本計劃服務區也包括加州 **Santa Clara County** 中的部分地區，僅限以下郵遞區號：

Santa Clara County: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94, 95196.

僅限居住在我們服務區的人才能加入本計劃。

如果您搬出我們的服務區，您將不能留在本計劃中。如需有關搬出我們服務區的影響的詳細多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 10 章**。

E. 成為計劃會員的合格入保資格是什麼？

只要您符合以下條件您即有資格取得本計劃的會員資格：

- 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其中)，和
- 入保時年滿 21 歲，和
- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，和
- 目前符合 Medi-Cal 的資格並居住在您的郡中的本計劃 Medi-Cal 授權地理區域，和
- 您是美國公民或美國合法居民。

致電會員服務了解更多資訊。

請注意：如果您喪失入保資格，但您可合理預期在四個月內重新取得入保資格，則您仍可保有本計劃的會員資格（**第 4 章第 A 節**將會為您說明在您獲得認定可以延續入保資格期間的承保範圍和成本分擔）。

F. 首次加入我們的保健計劃時會發生什麼

當您首次加入本計劃時，您會在入保生效日期前的 90 天內獲得健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA)。

我們必須為您完成 HRA。該 HRA 是製定您的醫護計劃的基礎。HRA 包括用於確定您的醫療、LTSS 以及行為健康和功能需求的問題。

我們會與您聯繫以完成 HRA。我們可以透過親自探訪、電話或郵寄郵件來完成 HRA。

我們將向您傳送有關此 HRA 的更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

F1. 新會員

如果您是**新會員**並曾經向不屬於 **Kaiser Permanente** 網絡的保健業者取得醫護服務，在某些情況下，您可能可以繼續請其看診最多 12 個月或更長時間。如果您的醫療狀況屬於以下「資格」標題下列出的情況之一，您可以要求繼續由該保健業者提供醫護服務。

F2. 現有會員

如果您的保健業者停止與 **Kaiser Permanente** 合作，您可能可以繼續透過該保健業者取得服務。這是另外一種形式的持續護理。

如果您被指定的保健業者集團和我們的合約終止了，我們將會在終止日期前至少 60 天給您書面通知 (或合理情況下的最快時間內)。我們還將在和您居住地 15 英里範圍內的醫院終止合約前至少 60 天向您發出書面通知。在某些情況下，您可能可以繼續在該保健業者集團或該醫院的醫護人員處就診最多 12 個月或更長時間。如果您的醫療狀況屬於以下「資格」標題下列出的情況之一，您可以要求繼續由該保健業者集團或醫院提供醫護服務。

F4. 持續護理的資格

本節會說明您可以要求持續護理的醫療狀況。只有在符合附加條件下，我們才能核准您的要求。這些附加條件將列在本節後面。如果我們核准您完成承保服務的請求，我們將承保下列服務。對於新會員，除非下文另有說明，否則我們對於核准的服務會從您入保日期起最多承保 12 個月。

- **急性病症**。在急性病症結束前都屬於承保服務
- **嚴重慢性病**。承保服務會持續至下列期限為止 (以日期較早者為準)：(1) 保健業者合約終止日期開始算起的 12 個月後；或 (2) 療程結束後的第一天，且 **Kaiser Permanente** 在洽詢過會員及網絡外保健業者後判定，將您的醫護服務轉至網絡保健業者處安全無虞，同時符合優良執業規範。嚴重慢性疾病是符合下列其中一項的嚴重疾病或其他病症：
 - 病症持續且未完全治癒。
 - 該病症隨時間而惡化。
 - 該病症需要持續治療才能維持緩解或防止病症繼續惡化。
- **妊娠護理**。在您懷孕期間以及生產後最多一年承保服務。
- **為患有精神健康疾病的婦女在懷孕或剛生產後提供的服務**。我們可以從精神健康診斷或懷孕結束 (以較晚者為準) 起，為完成這些服務提供長達 12 個月的保險。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- **末期疾病**。在患病期間承保服務。大部分情況下，末期疾病是指無法痊癒或逆轉，且可能會在一年或不到一年之內導致死亡的疾病。
- **針對未滿 3 歲的兒童所提供的醫護服務**。承保服務直到下列期限為止 (以日期較早者為準)：(1) 保健業者合約終止日期開始算起的 12 個月後；或 (2) 該兒童的三歲生日。
- 屬於療程之一部分的外科手術或其他醫療程序。
 - 如果您是**新會員**，該手術或療程必須由保健業者建議且根據保健業者的記錄，該服務必須在承保生效日期開始起的 180 天內提供。
 - 如果您的保健業者和 Kaiser Permanente 的合約終止，該手術或療程必須由保健業者建議且根據保健業者的紀錄，必須在 Kaiser Permanente 和保健業者之間的合約終止日期後的 180 天內提供。
- **您正透過管理式長期服務與支援 (「MLTSS」) 接受長期護理**。

若要符合本服務承保範圍以完成承保的資格，必須符合以下所有要求：

- 您的 Medi-Cal 或 Medicare 保險在您接受該服務的日期生效。
- 對於新會員，您先前的計劃保健業者服務承保已結束，或將會在我們對您的投保變成生效時結束。
- 如果您是**新會員**，在您的保險生效日期，您正在接受非計劃保健業者在上列任何情況提供的服務；或是在已終止合約保健業者的合約終止之日，您正在接受該保健業者提供的服務。
- 對於新會員，當您投保 Kaiser Permanente 時，您並不能選擇續保以前的保健計劃，或選擇其他可能承保您目前非計劃保健業者提供之服務的計劃 (包含網絡外選項)。
- 對於新會員，您必須和您要求繼續使用的保健業者之間存在現有關係。
- 對於 21 歲以下孩童的行為健康治療服務，現有關係指您在入保 Medi-Cal 管理式照護計劃之前的六個月內至該保健業者處就診過。
- 對於所有其他服務，現有關係指您在過去 12 個月內至該保健業者處接受過非急診的看診服務。
- 該保健業者同意遵守本計劃的標準合約條款與條件。
- 服務是屬於醫療上必要的服務，且如果您透過網絡保健業者取得服務，該服務將屬於本《會員手冊》中的承保服務。
- 如果您是**新會員**，在保險生效日期起 30 天內 (或在合理的範圍內盡早) 要求完成服務；或者在計劃保健業者合約終止之日起 30 天內要求完成服務。
- Kaiser Permanente 和非計劃保健業者沒有記錄在案的醫護品質問題。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

Kaiser Permanente 不會承保來自計劃外保健業者完成的承保服務，若以下任一情況屬實：

- 該服務不屬於 Medi-Cal 管理式護理的承保範圍。
- 您的保健業者不願與 Kaiser Permanente 合作。您將需要尋找一位新的保健業者。

請參考您的《會員手冊》第 3 章有關獲得醫護服務的更多資訊。

G. 您的醫護團隊和醫護計劃

G1. 醫護團隊

醫護團隊可以幫助您繼續獲得所需的醫療護理。醫護團隊可能包括您的醫生、醫護協調員或您選擇的其他健康人員。

醫護協調員是受過培訓的人，可幫助您管理所需的醫療護理。當您入保我們的計劃時，您將有一名醫護協調員。此人還會向您介紹本計劃可能未提供的其他社區資源，並將和您的醫護團隊合作以協助協調您的照護。請撥打頁面底部的電話和我們聯絡，以瞭解有關您的醫護協調員和醫護團隊的詳細資訊。

G2. 醫護計劃

您的醫護團隊與您一起制定醫護計劃。醫護計劃會告訴您和您的醫生您需要哪些服務以及如何獲得這些服務。這包括您的醫療、行為健康和 LTSS 需求。

您的個人化醫護計劃包括：

- 您的保健目標。
- 獲得所需服務的時間表。

在您進行健康風險評估後，您的醫護團隊會與您會面。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。您的醫護計劃會基於您的需求而訂定。您的醫護團隊至少每年都會與您一起更新您的醫護計劃。

H. 計劃月保費

H1. 計劃保費

在 2023 年，本計劃的月保費是 \$29。如果您符合「額外補助」的資格，您則無需支付計劃月保費。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 711），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

I. 您的《會員手冊》

本《會員手冊》是我們與您簽訂的合約的一部分。這表示我們必須遵守本文件中的所有規則。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。如需有關上訴的資訊，請參閱本《會員手冊》的**第9章**或致電**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。

您可以透過頁面下方的號碼致電會員服務部要求提供《會員手冊》。您也可以參考我們網站上的《會員手冊》，網址在頁面底部，或下載該手冊。

合約在您參加我們計劃的月份開始生效 2023 年 1 月 1 日，和 2023 年 12 月 31 日。

J. 您從我們這裡獲得的其他重要資訊

我們提供您的其他重要資訊包括您的會員卡、有關如何存取《**保健業者和藥房名錄**》的資訊和**承保藥物清單**的資訊。

J1. 您的計劃會員卡

根據我們的計劃，您擁有一張用於由本計畫承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務的卡片，包括長期服務和支援、某些行為健康服務和處方。您需在獲得任何服務或 D 部分處方時出示此卡。這是一個會員卡的樣本：



如果您的會員卡損壞、遺失或被盜，請立即撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務。我們將會寄一張新卡給您。

只要您是本計劃的會員，您就無需使用紅色、白色和藍色 Medicare 卡。請將這張卡片保存在安全的地方，以備日後需要。如果您出示 Medicare 卡而不是會員卡，保健業者可能會向 Medicare 而非我們的計劃請款，因此您可能會收到帳單。請參考本《會員手冊》的**第 7 章**，以瞭解如果您收到保健業者的帳單時該怎麼辦。

請記住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利身份證 (BIC) 才能獲得下列服務：

- 您可從郡政府精神保健計劃 (MHP) 取得的精神健康專科服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J2. 保健業者和藥房名錄

此**保健業者和藥房名錄**列出我們計劃網絡中的保健業者和藥房。當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡保健業者來獲得承保服務。

您可以透過頁面下方的號碼致電會員服務部要求提供**保健業者和藥房名錄**。您也可以在此 kp.org/directory 參考**保健業者和藥房名錄**。

醫護人員名錄列有本計劃的網絡保健業者和耐用醫療器材供應商。除非另有說明，否則本計劃的所有網絡保健業者均接受 Medicare 和 Medicaid。如果您需要的服務不在本計畫的承保範圍內，但卻在 Medi-Cal 的承保範圍內，我們可能會將您轉介給 Medi-Cal 機構，以尋找能夠為您提供 Medi-Cal 承保範圍內醫護服務的網絡外保健業者。

網絡保健業者的定義

- 我們的網絡保健業者包括：
 - 作為我們計劃的成員，您可以使用的醫生、護士和其他保健專業人員；
 - 在我們的計劃中提供健康服務的診所、醫院、護理機構和其他場所；**和**
 - LTSS、行為健康服務、居家健康機構、耐用醫療器材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。

網絡保健業者同意接受我們計劃的承保服務付款作為全額付款。

網絡藥房的定義

- 網絡藥房指同意為本計劃會員配藥的藥房。您可以使用 **《保健業者和藥房名錄》** 來尋找您想使用的網絡藥房。
- 除在緊急情況下外，如果您希望我們的計劃幫助您支付費用，您必須在我們的網絡藥房之一配藥。

請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部了解更多資訊。會員服務部和我們的網站都可以為您提供有關我們網絡藥房和保健業者變更的最新資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J3. 承保藥物清單

本計劃有**承保藥物清單**。我們將其簡稱為「藥物清單」。這會向您顯示我們的計劃承保哪些處方藥。

藥物清單還會告訴您任何藥物是否有任何規則或限制，例如您可獲得的數量限制。如需更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

每年，我們都會向您傳送有關如何取得藥物清單的資訊，但這一年內可能會發生一些變化。如要獲取有關承保的藥物的最新資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站 kp.org/seniorrx。

J4. 理賠說明

當您使用 D 部分處方藥理賠福利時，我們將會寄給您一份摘要報告，以協助您理解並掌握您的 Medicare 計劃 D 部分處方藥費用支付情況。這個摘要稱為**理賠說明 (EOB)**。

EOB 是向您說明，您或代表您的其他人在您的 Medicare 計劃 D 部分處方藥上所花的總金額，以及我們在該月為您的每種 Medicare 計劃 D 部分處方藥所支付的總金額。EOB 提供了有關您所使用藥物的更多資訊，例如價格上漲和其他可能以較低的成本分擔的藥物。您可以與您的處方醫師討論這些成本較低的選擇。本《會員手冊》的**第 6 章**提供更多有關 EOB 的資訊，以及如何幫助您追蹤您的藥物保險。

您可要求提供 EOB 若要獲取副本，請透過頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。

您也可在選擇線上查看 **D 部分 EOB**，而無需透過郵件。請瀏覽 kp.org/goinggreen 並登入，以瞭解有關在線上安全查看 **D 部分 EOB** 的詳細資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

K. 將您的會員資格記錄維持為最新狀態

您可以在您的資訊有變更時告訴我們，以保持您的會員記錄為最新狀態。

我們需要這項資訊來確保我們的記錄中包含您的正確資訊。我們的網絡保健業者和藥房還需要有關您的正確資訊。他們使用您的會員資格記錄來了解您獲得哪些服務和藥物以及花費多少錢。

請立即告訴我們以下內容：

- 您姓名、地址或電話號碼的變更。
- 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，或工傷賠償。
- 您是否有任何責任索賠，例如車禍索賠。
- 入住養老或醫院。
- 來自醫院或急診的護理。
- 您的看護人 (或對您負責的任何人) 的變更
- 您是否有參加臨床研究。(注意：您不需要告訴我們您參與或參與的臨床研究，但我們鼓勵您這樣做。)

如果任何資訊有變更，請致電會員服務部。

K1. 個人健康資訊(Personal Health Information, PHI)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。有關我們如何保護您的 PHI 的更多詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 8 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 2 章：重要的電話號碼及資源

前言

本章為您提供重要資源的聯繫資訊，這些資源可以幫助您回答有關我們的計劃和您的進康護理理賠福利的問題。您還可以使用本章獲取有關如何聯繫您的醫護協調員和其他人以代表您的資訊。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 2 章目錄

A. 會員服務：	14
有關醫療護理的承保決定、上訴和投訴.....	15
與 D 部分處方藥有關的承保決定.....	17
與 D 部分處方藥有關的上訴.....	18
與 D 部分處方藥有關的投訴.....	19
付款請求.....	20
B. 您的醫護協調員.....	21
C. 護士諮詢專線.....	23
D. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP).....	24
E. 品質改進組織 (QIO).....	25
F. Medicare.....	26
G. Medi-Cal.....	27
H. 投訴處理專員辦公室	28
I. 郡社會服務.....	29
J. 郡精神健康計劃專科服務.....	30
K. 加州保健計劃管理局	30
L. 其他資源.....	31



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 （聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 會員服務：

電話	1-800-443-0815 此乃免費電話。 服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。
聽障及語障電話專線	711 此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。
寫信	您當地的會員服務辦事處 (請參閱 醫護人員名錄 以查詢地點)。
網站	kp.org

聯繫會員服務以獲得幫助：

- 對此計劃有疑問？
- 關於索賠或請款的問題



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

有關醫療護理的承保決定、上訴和投訴

電話	<p>1-800-443-0815</p> <p>此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。</p> <p>我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。</p> <p>如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格 (如第 9 章中所述)，請致電 1-888-987-2252 和加急審查單位聯絡，服務時間為週一至週六，上午 8:30 至下午 5:00。</p>
聽障及語障 電話專線	<p>711</p> <p>此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。</p>
傳真	<p>如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請將您的請求傳真至我們的加急審查單位，傳真號碼為 1-888-987-2252。</p>
寫信	<p>對於標準承保決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《醫護人員名錄》以查詢地點）。</p> <p>對於標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕決議通知上的地址。</p> <p>如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請寫信至：</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
網站	<p>您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。</p> <p>若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。</p>

聯絡上面的號碼以獲得協助：

- 關於您的健康護理的承保決定
 - 關於您的健康護理的承保決定是關於以下方面的決定：
 - 您的福利和承保服務或者
 - 我們為您的健康服務支付的金額。
 - 如果您對有關您的健康護理的承保決定有任何疑問，請致電我們。
 - 若要瞭解有關承保決定的更多資訊，請參閱本《會員手冊》的第 9 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

- 關於您的健康護理的上訴。
 - 上訴是要求我們審查我們就您的承保範圍做出的決定並在您認為我們做了錯誤決定或不同意決定時要求我們變更決定的正式方式。
 - 若要瞭解有關提出上訴的更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。
- 關於您的健康護理的投訴
 - 您可以對我們或任何保健業者 (包括非網絡或網絡保健業者) 提出投訴。網絡保健業者是與我們的計劃合作的保健業者。您也可以向我們或品質改進組織投訴您獲得的醫護品質 (請參閱**第 F 節**)。
 - 您可以致電我們並解釋您的投訴：**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線**711**)，每週 7 天，上午 8:00 到下午 8:00
 - 如果您的投訴是關於您的健康護理的承保決定，您可以提出上訴 (請參閱以上部分)。
 - 您可將對我們計劃的相關投訴直接傳送給 Medicare。您可以使用線上表格 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您可以撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 尋求幫助。
 - 您可以致電投訴處理專員向投訴處理專員計劃投訴我們的計劃 **1-888-452-8609**。週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00，州政府法定假日除外。
 - 若要了解有關投訴您的健康護理的更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

與 D 部分處方藥有關的承保決定

電話	1-877-645-1282 此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。 我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。
聽障及語障 電話專線	711 此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。
傳真	1-844-403-1028
寫信	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
網站	kp.org

聯絡上面的號碼以獲得協助：

- 關於 Medicare 承保藥物的承保決定
 - 關於您的 Medicare 藥物的承保決定和以下有關：
 - 您的福利和 Medicare 承保藥物或者
 - 我們為您的 Medicare 藥物支付的金額。
 - 如非處方藥 (OTC) 的非 Medicare 承保藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)，以瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal RX 客戶服務中心，電話：**1-800-977-2273**。
 - 如需有關您的 Medicare 處方藥承保決定的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

與 D 部分處方藥有關的上訴

電話	1-866-206-2973 此乃免費電話。週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00 我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。
聽障及語障 電話專線	711 此乃免費電話。週一至週五，上午 8:00 至下午 8:00。
傳真	1-866-206-2974
寫信	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	kp.org

聯絡上面的號碼以獲得協助：

- 關於您的 Medicare 藥物的上訴
 - 上訴是要求我們更改承保決定的一種方式。
 - 如需有關對於您的 Medicare 處方藥提出上訴的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

與 D 部分處方藥有關的投訴

電話	<p>1-800-443-0815</p> <p>此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。</p> <p>如果您的投訴符合快速決定的資格，請致電 D 部分單位： 1-866-206-2973，週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00 提供服務。 請參閱第 9 章，以瞭解您的問題是否符合快速決定的條件。</p> <p>我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。</p>
聽障及語障 電話專線	<p>711</p> <p>此乃免費電話。週一至週五，上午 8:00 至下午 8:00。</p>
傳真	<p>如果您的投訴符合快速決定的資格，請將您的請求傳真至我們的 D 部分單位，傳真號碼為 1-866-206-2974。</p>
寫信	<p>對於標準投訴，請寫信至您當地的會員服務部辦事處（請參閱《醫護人員名錄》以查詢地點）。</p> <p>如果您的投訴符合快速決定的資格，請寫信至：</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
網站	<p>您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。</p> <p>若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。</p>

聯絡上面的號碼以獲得協助：

- 對您的 Medicare 藥物的投訴
 - 您可以投訴我們或任何藥房。這包括對您的 Medicare 處方藥的投訴。
 - 如果您的投訴是關於您的 Medicare 處方藥的承保決定，您可以提出上訴。（請參閱第 D 節。）
 - 您可將對我們計劃的相關投訴直接傳送給 Medicare。您可以使用線上表格 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**。或者您可以撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 尋求幫助。
 - 如需有關對於您的 Medicare 處方藥進行投訴的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 9 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

付款請求

電話	<p>1-800-443-0815</p> <p>此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。</p> <p>注意：如果您欲針對透過網絡藥房取得且由網絡醫護人員開立的 D 部分藥物申請給付，請致電 1-866-206-2973 聯絡我們的 D 部分單位。週一至週五上午 8:30 至下午 5:00。</p> <p>我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。</p>
聽障及語障 電話專線	<p>711</p> <p>此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。</p>
寫信	<p>如需醫療護理，請寫信至：</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923</p> <p>若為 D 部分藥物：</p> <p>如果您欲針對由網絡醫護人員處方且提供的 D 部分藥物要求給付，您可將您的要求傳真至 1-866-206-2974 或寫信至：</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
網站	<p>kp.org</p>

聯絡上面的號碼以獲得協助：

- 您已經支付健康護理或 Medicare 藥物的款項
 - 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，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**。
 - 如果您要求我們支付帳單，而我們拒絕您的任何部分要求，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

B. 您的醫護協調員

我們免費提供各項服務以協助協調您的保健需求。我們將和其他計劃協調，以確保您獲得 Medi-Cal 或 Medicare 承保的所有必要醫療服務，即使這些服務由其他計劃而非我們承保。

電話	<p>Redwood City : 1-650-299-3845 , 週一至週四上午 9:00 至下午 5:00 , 週五上午 9:00 至下午 1:00 。</p> <p>Santa Clara : 1-408-366-4387 , 週一至週五 , 上午 9:00 至下午 5:00 。</p> <p>San Jose : 1-408-972-6376 , 週一至週五 , 上午 9:00 至下午 5:00 。</p> <p>South San Francisco : 1-650-301-5853 , 週一至週五 , 上午 9:00 至下午 5:00 。</p> <p>節假日休息 。</p>
聽障及語障 電話專線	<p>711</p> <p>此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00 。</p>
寫信	<p>Redwood City : 1100 Veterans Boulevard Cypress Building, 2nd Floor - Station E Redwood City, CA 94063 Attn: SNP/CCM</p> <p>Santa Clara : Special Needs Program Attn: Grace Monico 19000 Homestead Rd, Bldg 1, 2nd Fl, Cupertino, CA 95014</p> <p>San Jose : 6620 Via Del Oro 2nd Floor Room 208 San Jose, CA 95119</p> <p>South San Francisco : 395 Hickey Blvd 4th Floor Daly City, CA 94105 Attn: SNP Team</p>
網站	<p>https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/santaclara/departments/member-services/</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare 。

聯繫您的醫護協調員獲得幫助：

- 關於您健康護理的問題。
- 關於獲得行為健康（精神和藥物濫用障礙）服務的問題。
- 關於交通接送的問題。
- 關於長期服務和支援 (Long-Term Service and Support, LTSS) 的問題。

LTSS 包括基於社區成人服務 (Community-Based Adult Service, CBAS) 和護理設施 (Nursing Facility, NF)。

我們為符合條件的會員提供這些長期醫護理賠福利：

- 經我們批准的長期護理設施服務。
- 專業護理院服務。

如果您有資格獲得長期醫護服務，我們將確保將您安置在提供最適合您醫療需求的醫護水準的設施中。有關這些計劃以及誰符合資格的資訊，請諮詢您的 PCP 或醫護協調員。

有時您可以獲得有關日常健康護理和生活需求的幫助。

您或許可以獲得以下服務：

- 成人社區服務 (CBAS)。如果您有健康問題而該問題使您難以照顧自己並使您需要額外協助，您即可能有資格接受 CBAS 服務。CBAS 中心也為您的家人和/或看護人提供訓練和支援。
- 專業護理。
- 物理治療。
- 職業病治療。
- 言語治療。
- 醫療社工服務。
- 居家健康護理
- 在專業護理院、中級護理設施或亞急性護理設施中停留的時間超過 Medicare 承保範圍的長期護理。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C. 護士諮詢專線

我們知道，有時很難知道自己需要的醫療護理類型。

有時很難知道自己需要的醫療護理類型。我們每週七天，每天 24 小時都備有執照保健專業人員可透過電話為您提供協助。您可以：

- 和醫療保健專業人員交談，他們將回答醫療問題、提供醫護建議並協助您決定是否應該立即就醫。
- 獲得有關糖尿病或氣喘等疾病的協助，包括關於哪種保健業者可能適合您的病況的建議。
- 若您需要醫護服務但計劃設施已關門或者您在我們的服務區外，可取得該採取什麼行動的協助

當您致電時，受過訓練的支援人員將會詢問您問題，以協助判定應將您轉接至何處。

電話	<p>1-866-454-8855</p> <p>此為免費電話。每週七天、每天 24 小時皆可致電。</p> <p>我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。</p>
聽障及語障 電話專線	<p>711</p> <p>此乃免費電話。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)

健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 為擁有 Medicare 的人提供免費的健康保險諮詢。HICAP 顧問可以回答您的問題並幫助您了解如何處理您的問題。HICAP 在每個郡縣都設有訓練有素的顧問，而且服務皆為免費。

HICAP 與任何保險公司或保健計劃皆無關係。

電話	1-800-434-0222 週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。
聽障及語障 電話專線	711
寫信	您所在郡的 HICAP 辦事處。
網站	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

聯繫 HICAP 尋求幫助：

- 關於我們的計劃或 Medicare 的問題
- HICAP 顧問可以回答您關於更換新計劃的問題並幫助您：
 - 了解您的權利，
 - 了解您的計劃選擇，
 - 對您的健康護理或治療提出投訴，和
 - 整您的帳單問題。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

E. 品質改進組織 (QIO)

我們州有一個名為 Livanta 的組織。這是一組醫生和其他保健專業人員，他們能幫助提高 Medicare 的醫護品質。Livanta 與本計劃無關。

電話	1-877-588-1123
聽障及語障 電話專線	711
寫信	Livanta BFCC – QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	www.livantaqio.com

聯繫 Livanta 尋求幫助：

- 關於您健康護理權利的問題
- 如果您滿足以下條件，您可以就您獲得的醫療護理提出投訴：
 - 醫護品質有問題，
 - 認為您的住院時間結束得太早了，或者
 - 您認為您的居家健康護理、專業護理機構醫療的醫護服務或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 的服務承保過早結束。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

F. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計劃，專為年滿 65 歲或以上的人士、部分未滿 65 歲的殘障人士和末期腎臟病患者 (需要接受洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者) 提供。

負責處理 Medicare 事宜的政府機關是 Medicare 及 Medicaid 服務中心，亦稱為 CMS。

電話	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 免費號碼，每週 7 天、每天 24 小時。</p>
聽障及語障 電話專線	<p>1-877-486-2048 此乃免費電話。 此號碼適用於有聽力或口語困難的人。您必須有專門的電話設備才能撥打電話。</p>
網站	<p>medicare.gov 這是 Medicare 的官方網站。它為您提供有關 Medicare 的最新訊息。它還提供有關醫院、養老院、醫生、家庭健康機構、洗腎設施、住院病人復健設施和安寧機構的資訊。 它包括有用的網站和電話號碼。它還包含可以直接從電腦列印的文件。如您沒有電腦，您當地的圖書館或老年人中心可能可為您提供協助，以使用其電腦瀏覽該網站。或者，您可以撥打上面的電話號碼致電 Medicare，並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查看該資訊。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的聯邦/州醫療保健輔助計劃。這是一項公共的健康保險計劃，可提供所需的保健服務適用於低收入的个人，包括有孩子的家庭、老年人、殘疾人、寄養人、孕婦以及患有結核病、乳腺癌或愛滋病毒/愛滋病等特定疾病的人。Medi-Cal 由州和聯邦政府資助。

電話	1-844-580-7272 週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00
聽障及語障 電話專線	1-800-430-7077 此號碼適用於有聽力或口語困難的人。您必須有專門的電話設備才能撥打電話。
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/



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

H. 投訴處理專員辦公室

投訴處理專員辦公室會代表您行使您的權益。如果您有問題或投訴，他們都可以回答問題，並且可以協助您了解該採取哪些行動。投訴處理專員辦公室還可以幫助您解決服務或請款問題。投訴處理專員辦公室在投訴中不會自動偏袒任何一方。他們會以公正和客觀的方式考慮所有方面。他們的工作是協助為醫療保健取得問題建立公平的解決方案。他們提供免費的服務。

電話	1-888-452-8609 此乃免費電話。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。
聽障及語障 電話專線	711 此乃免費電話。
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/medical/Pages/MMCDOmbudsman.aspx



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

I. 郡社會服務

如果您在 Medi-Cal 入保方面需要協助，請聯繫您當地的郡政府機構。

Santa Clara 郡社會服務機構援助申請中心

電話	1-408-758-3800 此乃免費電話。 週一至週五，上午 8:00 至下午 5 點，郡政府節假日除外
聽障及語障 電話專線	711
寫信	1867 Senter Road San Jose, CA 95112
網站	https://socialservices.sccgov.org/health-coverage



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J. 郡精神健康計劃專科服務

如果您符合醫療必要性標準，您可以透過郡精神健康計劃 (Mental Health Plan, MHP) 獲得 Medi-Cal 的專科精神健康服務。

電話	1-800-704-0900 此乃免費電話。 免費號碼，每週 7 天、每天 24 小時。 我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。
聽障及語障 電話專線	711 此乃免費電話。

聯繫郡專科精神健康計劃尋求幫助：

- 關於郡政府提供的行為健康服務的問題。

K. 加州保健計劃管理局

加州保健計劃管理局 (DMHC) 負責制定保健服務計劃。DMHC 求助中心可協助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。

電話	1-888-466-2219 DMHC 代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 之間提供服務。
聽障人士電 傳專線	1-877-688-9891 此號碼適用於有聽力或口語困難的人。您必須有專門的電話設備才能撥打電話。
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



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

L. 其他資源

健康消費者聯盟申訴計劃 (HCA) 提供免費幫助，以幫助那些難以獲得或維持健康保險，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、耐用醫療器材 (DME)、精神健康服務等。
- 醫療請款。
- 居家支援性服務 (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是 **1-888-804-3536** (聽障及語障電話專線 **877-735-2929**)。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 3 章：將我們計劃的承保範圍用於您的健康護理和其他承保服務

前言

本章包含您需要了解的特定條款和規則，以便透過我們的計劃獲得健康護理和其他承保服務。它還向您解釋關於您的醫護協調員的資訊，如何從不同類型的保健業者以及在某些特殊情況下（包括網絡外的保健業者或藥房）獲得醫療護理，如果您被直接收取我們承保的服務費用時該怎麼辦，以及擁有耐用醫療器材 (DME) 的規則。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 3 章目錄

A. 有關服務和保健業者的資訊	34
B. 獲得我們計劃承保服務的規則.....	34
C. 您的醫護協調員.....	36
C1. 何謂醫護協調員	36
C2. 如何聯絡您的醫護協調員	36
C3. 如何更改您的醫護協調員	36
D. 保健業者提供的醫護服務	36
D1. 基本保健業者提供的醫護服務.....	36
D2. 專科醫生和其他網絡醫護人員提供的醫護.....	38
D3. 若保健業者退出我們的計劃.....	40
D4. 網絡外保健業者.....	41
E. 行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務.....	41
E1. 非我們的計劃所提供的 Medi-Cal 行為健康服務	42
F. 患者轉送服務.....	43
F1. 非急診情況的醫療交通運輸服務	43
F2. 非醫療交通運輸服務	44



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. 醫療急診情況下的承保服務，時機為緊急需求時或災難期間	46
G1. 醫療急診病情時的護理	46
G2. 緊急需求醫護	48
G3. 在災難期間獲得之醫護	49
H. 若您遭直接收取本計劃承保範圍內的服務費用，該怎麼做	49
H1. 若本計劃承保範圍不包含該服務，該怎麼做	49
I. 臨床試驗研究中保健服務的承保範圍	50
I1. 臨床試驗研究的定義	50
I2. 在您參與臨床試驗研究時支付的服務款項	50
I3. 更多有關臨床試驗研究的資訊	50
J. 您的保健服務針對宗教性非醫療保健機構的承保方式	51
J1. 宗教性非醫療保健機構的定義	51
J2. 宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務	51
K. 耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)	52
K1. DME 為本計劃的會員	52
K2. 若您到轉換 Original Medicare，則可擁有 DME	52
K3. 本計劃會員可獲得氧氣設備理賠	53
K4. 氧氣設備，當您轉換到 Original Medicare 時	53



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 有關服務和保健業者的資訊

服務是指醫療照護（例如醫生門診和醫學治療）、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）、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**是由我們計劃支付的這些任何服務。承保的健康護理、行為健康和長期服務與支援 (LTSS) 在您《會員手冊》的第 4 章。如需承保的處方和非處方藥，可參閱本《會員手冊》的第 5 章。

保健業者是指醫生、護士和其他為您提供服務和醫療護理的人。保健業者還包括醫院、家庭健康機構、診所和其他為您提供保健服務、行為健康服務、醫療器材以及某些長期服務和支援 (LTSS) 的場所。

網絡保健業者是指與我們的計劃合作的保健業者。這些保健業者同意接受我們的付款作為全額付款。網絡保健業者會就其為您提供的醫護服務直接向我們請款。當您使用網絡保健業者時，通常不需要為承保服務支付任何費用。

B. 獲得我們計劃承保服務的規則

本計劃會承保 Medicare 服務並承保或協調所有 Medi-Cal 服務。這包括行為健康和長期服務與支援 (LTSS)。

本計劃將協調您在遵守我們的規則時獲得的保健服務、行為服務和 LTSS。要由我們的計劃承保：

- 您得到的醫療護理必須是**計劃福利**。亦即我們會將其列入本《會員手冊》第 4 章的理賠項目表中。
- 醫療護理必須是**醫療上必要的**。醫療上必要的是指合理且為了保護生命所需的重要服務。需要醫療上必要的醫療護理，以防止個人患重病或殘疾，並透過治療疾病、疾病或受傷來減輕劇痛。
- 對於醫療服務，您必須有一個**網絡基本保健業者 (Primary Care Provider, PCP)**，由他來開具醫療護理或告訴您使用其他保健業者。作為計劃會員，您必須選擇網絡保健業者作為您的 PCP。
 - 在大多數情況下，您的網絡 PCP 在您使用不是您的 PCP 的保健業者或使用本計劃網絡中的其他保健業者之前，必須給予您核准。這稱為**轉診**。如果您未獲得批准，我們可能不會承保該服務。您無需轉診即可使用特定專科醫生，例如婦女健康專科醫生。
 - 如需急診護理或緊急護理，或想選擇女性健康服務者，均不需經由基本保健業者 (PCP) 轉介。您可以在不取得 PCP 的轉介下獲得其他類型的照護（如需有關這方面的詳細資訊，請參閱本章中的第 D1 節）。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- **您只能接受由網絡醫護人員所提供的護理。**我們通常不理賠給不採行本公司保健計劃的保健業者。這表示您必須為網絡外保健業者提供的服務支付該保健業者全額費用。以下舉例說明不適用這項規定的情況：
 - 我們承保網絡外保健業者提供的急診或急需護理 (如需有關這方面的詳細資訊，請參閱本章中的第 H 節。
 - 如果您需要接受本公司計劃所承保的護理項目，但我們的網絡醫護人員無法提供該項護理服務，您可以接受網絡外保健業者的護理，前提是我們或我們的 **Medical Group** 在您接受護理前授權您接受該項服務。在這種情況下，我們會比照由網絡醫護人員提供護理的方式理賠您所接受的護理。
 - 若您暫離我們的計劃服務區，或者您的保健業者暫時無法提供服務或失聯，我們會理賠洗腎服務的費用。您可以在 **Medicare** 核可的洗腎中心接受這類服務。您因洗腎而支付的費用分擔絕不能 **Original Medicare** 中的費用分擔。如果您在本計劃的服務區以外，接受本計劃網絡外保健業者的洗腎服務，您的費用分擔不會超過您在網絡內所支付的費用分擔。然而，若您平常使用的網絡內洗腎保健業者暫時無法提供服務，而您選擇在服務區內接受網絡外保健業者的服務，則洗腎的費用分擔可能會較高。
 - 當您第一次加入我們的計劃時，您可以要求繼續由原本為您服務的保健業者繼續服務。倘若我們能證明您原本就在接受該等保健業者的服務，除少數例外情況之外，我們必須核准您提出的這項要求。請參閱本《會員手冊》的**第 1 章**。若我們核准您提出的要求，可以繼續請您目前的保健業者服務，期限最長 12 個月。在這段期間內，您的醫護協調員會與您聯絡，協助您在我們的網絡內尋找保健業者。12 個月後，倘若您繼續選擇網絡外保健業者，我們即不再繼續理賠。
- **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara 的新會員：**在大多數情況下，在您申請入保 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 後當月的第一天，您將入保我們的 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 計劃，以享受 **Medicare 福利**。您仍可以從之前的 **Medi-Cal** 保健計劃中取得額外一個月的 **Medi-Cal** 服務。之後，您將透過 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 獲得 **Medi-Cal** 服務。您的 **Medi-Cal** 保險不會中斷。如有任何疑問，請撥打 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線為 **711**)，聯絡我們。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C. 您的醫護協調員

C1. 何謂醫護協調員

您的特殊需求計劃方案協調員會負責協調您的醫護服務。他們每年將和您聯絡以進行健康風險評估，也包括出院後。(如欲對此取得更多資訊，請參閱第 2 章，第 G 節。)

C2. 如何聯絡您的醫護協調員

請參閱第 2 章，第 G 節，即可取得如何聯絡醫護協調員的資訊。

C3. 如何更改您的醫護協調員

如欲更換醫護協調員，請聯絡您的醫護協調員（請參閱第 2 章，第 G 節，即可取得資訊）。

D. 保健業者提供的醫護服務

D1. 基本保健業者提供的醫護服務

您必須選擇一個基本保健業者 (PCP)，由該提供者負責提供及管理您的護理。

PCP 的定義和 PCP 所提供的服務

您的基本保健業者是符合州政府規定並受過訓練得以為您提供基本醫療護理的醫生。您的 PCP 還將協調您的醫療護理。「協調」您的醫療護理包括與其他網絡醫護人員商討或諮詢您的醫護服務以及醫護服務的進展情形。在某些情形下，PCP 需要獲得本計劃的事前授權書 (事先核准) (詳情請參閱本章中的 D2)。

您可以選擇的 PCP

您的 PCP 通常提供全科醫療 (也稱為成人或內科和家庭醫學)，有時也提供產科/婦科醫療。在某些網絡設施，如果您願意，您可選擇開放中的護理師或醫生助理作為您的基本保健業者。PCP 會列名在《醫護人員名錄》當中。

您的 PCP 提供、開具處方或授權醫療上必要的承保服務。您的 PCP 將提供您大部分的常規或基本醫療護理，並根據需要提供由其他網絡醫護人員看診的轉介，讓您獲得需要的其他醫療護理。例如，為了讓您接受專科醫生的看診，您通常需要先獲得 PCP 的核准 (這稱為「轉介」給專科醫生)。您可以自行取得幾種類型的承保服務，不必先聯絡 PCP (請參閱本章中的「不需 PCP 核准即可獲得的服務」)。

請參閱您的《醫護人員名錄》或致電會員服務，以瞭解有關選擇 PCP 以及哪些醫護人員可接受新患者的詳細資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

選擇更改 PCP

您可隨時因任何理由更換您的 PCP。您的 PCP 也有可能退出我們的計劃合作網。若您的 PCP 退出合作網，我們可以協助您在網絡內找一個新的 PCP。

您可以出於任何原因隨時從我們開放中的 PCP 中變更 PCP，包括因為該 PCP 不再是我們醫護人員網絡的一員，導致您需要選擇新 PCP 的狀況。您的 PCP 選擇將立即生效。

若要選擇或變更 PCP，請撥打我們的個人醫生選擇號碼 **1-888-956-1616** (聽障及語障電話專線：711)，週一到週五，上午 7:00 到晚上 7:00 提供服務。您也可以在此 kp.org/finddoctors 進行選擇。

致電時，請告訴我們您是否正在看專科醫生或取得需要 PCP 核准的其他承保服務 (例如居家健康服務和耐用醫療器材)，我們才能據此判斷您是否需要從新的 PCP 處獲得轉介才能繼續該服務。另外，如果您希望使用特定的網絡專科醫生或醫院，請先與本計劃確認您的 PCP 是否有提供該專科醫生的轉介或是否有使用該醫院。

不需 PCP 批准即可獲得的服務

在大多數情況下，您需要獲得 PCP 的核准才能使用其他保健業者。這項核准稱為轉介。您無需先取得 PCP 的核准即可獲得下列服務：

- 網絡內或網絡外保健業者提供的急診服務。
- 網絡醫護人員提供的緊急護理。
- 您找不到網絡醫護人員時 (例如您當時不在我們的計劃服務區或正值週末)，由網絡外保健業者提供的緊急護理。**注意：**緊急需要的醫護服務必須是立即需要並且有醫療上的必要性。
- 您不在我們的計劃服務區時，在 Medicare 核可洗腎中心接受的洗腎服務。離開服務區之前請先致電會員服務。我們可以協助您在您暫離期間接受洗腎。
- 流感預防針注射和 COVID-19 疫苗、以及 B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗，但必須由網絡醫護人員為您施打。
- 例行性婦女健康護理和家庭生育計劃服務。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檢查、但必須是由網絡保健業者提供。
- 除某些專科護理外，您可向其他網絡醫護人員尋求另方意見。
- 在以下領域的看診：驗光、藥物酒精濫用和精神病學。
- 預防保健服務，但腹主動脈瘤篩檢、醫療營養治療、撓性乙狀結腸鏡檢查、以篩檢為目的的結腸鏡檢查、骨質密度測定篩檢及化驗檢測除外。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 此外，若符合由印地安籍醫療保健業者服務的資格，您不需經過轉介即可直接由這類保健業者服務。
- 敏感服務的約診。

D2. 專科醫生和其他網絡醫護人員提供的醫護

專科醫生是指針對特定疾病或特定身體部位提供健康護理的醫生。專科醫生分許多類別，例如：

- 腫瘤專科醫生，專門負責為癌症患者提供醫護。
- 對象是心臟病患者的心臟科醫生。
- 對象是骨骼、關節或肌肉疾病患者的骨科醫生。

PCP 的轉介

對於大多數例行健康護理需求，您通常應先請 PCP 為您看診。只有接受少數幾項類型的承保服務之前不需 PCP 批准，可以自行就診，相關資訊請參閱前文第 D1 節。

轉介至網絡保健業者

當您的 PCP 開立 PCP 無法提供的醫療護理 (例如專科護理) 處方時，他或她會根據需要為您轉介網絡專科醫生或其他網絡醫護人員。如果 PCP 為您轉介網絡專科醫生，該轉介將針對特定的治療計劃。如果您需要接受該專科醫生的持續性醫護服務，那麼您的治療計劃可能包括長期轉介。我們將會寄送轉介函給您，以授權與網絡專科醫生進行初步諮詢或指定次數就診。在您前往該網絡專科醫生處完成初步諮詢後，除非我們提供給您的書面轉介函上有指明已授權更多次的就診，否則您接下來仍必須返回您的 PCP 處接受治療。除非我們在給您的轉介函上已授權更多次的就診，否則在完成初步諮詢後，請勿再回去找該網絡專科醫生。不然的話，這些服務可能不會受到保險給付。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

事先授權

對於下面列出的服務和項目，您的網絡醫護人員需要事先獲得本計劃或專業醫療服務集團的核准（稱為取得「事先授權」）。只有執照醫生或其他適當的執照醫療專業人員，才可以做與授權相關的決定。如果您不同意授權決定，您可以按照 **Error! Reference source not found.** 中所述提出上訴。

- **第 4 章** 中標出註腳 (†) 的服務和用品。
- 如果網絡醫護人員認定您需要網絡醫護人員無法提供的承保服務，其會向專業醫療服務集團提出建議，將您轉介給服務區內或外的網絡外醫護人員。如果專業醫療服務集團的有關代表確定這些承保服務是醫療上必要的，且網絡醫護人員無法提供這些承保服務，其將會為服務提供授權。轉介至網絡外醫護人員處是為了某個特定的治療計劃，並且如果醫生開立持續性醫護服務的醫囑，則該轉介可能包含長期轉介。轉介中會指明轉介期間，不必取得我們的額外核准。如果您不確定，請詢問您的網絡醫護人員已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉介是否涵蓋額外醫護服務。如果不可以，則請聯絡您的網絡醫護人員。
- 如果我們收到通知，得知您需要在急診護理後接受網絡外醫護人員的病情穩定後護理，我們將會與網絡外醫護人員討論您的病情。如果我們確定您需要病情穩定後護理，且該護理如果透過網絡醫護人員取得屬於承保範圍，我們則會授權您接受網絡外醫護人員的護理，前提是我們無法安排網絡醫護人員（或其他指定醫護人員）提供護理。詳情請參閱本章 **Error! Reference source not found.**
- 醫療上必要的變性外科手術和相關外科診療。
- 由宗教性非醫療健康護理機構所提供的醫護服務，如本章**第 J 節**中的說明。
- 如果您的網絡醫護人員就移植評估進行書面或電子轉介，如果專業醫療服務集團的區域移植諮詢委員會或董事會或病例會議（如果有）根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則決定您是器官移植和服務的潛在候選人，則將授權轉介。如果沒有移植諮詢委員會，專業醫療服務集團會將您轉介給移植中心的醫生，如果移植中心的醫生認定該等服務是醫療上必要的或該等服務有遵循 Medicare 準則予以承保，專業醫療服務集團將會授權該等服務。注意：網絡醫生可能無需按照此專業醫療服務集團的移植授權程序來提供或授權角膜移植。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D3. 若保健業者退出我們的計劃

您所選擇的網絡保健業者有可能會退出本計劃。若您的其中一個保健業者退出本計劃，您仍享有下列特定權利和保障：

- 即便我們的保健業者合作網發生變化，我們一定還是會為您安排合格的保健業者，保障您的權益不中斷。
- 我們會秉持誠信原則，至少提前 30 天通知您，讓您有充裕的時間選擇新的保健業者。
- 我們會協助您選擇合格的新保健業者，由該提供者繼續管理您的保健需求。
- 如果您正在接受醫學治療，您有權利要求您所接受的必要治療不中斷，我們也會和您合作，一起保障您的權益。
- 若我們找不到能為您服務的合格網絡專科醫生，我們必須安排由網絡外專科醫生來為您提供護理服務。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的醫護人員來替代您先前的醫護人員或者我們對您的醫護服務管理不當，您有權向 QIO 提出醫護品質抱怨、醫護品質投訴，或以上兩者。(請參閱第 9 章以瞭解詳細資訊。)

若您發現您的保健業者將退出我們的計劃，請與我們聯絡。我們會協助您找新的保健業者，繼續管理您的護理需求。請致電 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：711）與我們聯絡，服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 711），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D4. 網絡外保健業者

除以下情形外，從網絡外醫護人員處獲得的醫療護理將不會獲得承保：

- 您從網絡外醫護人員處獲得的急診或緊急需求服務。有關詳細資訊以及急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章 D1。
- 我們或 Medical Group 會授權轉介至本章第 D2 節中說明的網絡外保健業者。
- 您暫時不在我們的服務區時從 Medicare 認證的洗腎設施接受的洗腎服務。
- 如果您前往 Kaiser Permanente 其他地區的服務區，您可從該服務區指定的醫護人員處獲得某些屬於本《會員手冊》中承保的特定醫護服務。請致電我們的外出保健旅遊專線：**1-951-268-3900**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天、每天 24 小時皆可撥打（假日除外），或造訪我們的網站，網址為 kp.org/travel，以瞭解有關前往 Kaiser Permanente 其他地區的服務區時可獲得的醫護服務的更多資訊，包括承保範圍資訊以及設施地點。
Kaiser Permanente 位於加州、哥倫比亞特區、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州和華盛頓州。注意：我們的外出旅行專線還可以回答有關您在網絡外獲得的承保急診或緊急醫護服務的問題，包括如何獲得補償。
- 對於 Medi-Cal 服務，您可以在沒有轉診或事先授權的情況下，向網絡外保健業者尋求急診服務或特定的敏感醫療服務。當您在我們的非營運區時，您也可以向網絡外保健業者尋求區域外緊急醫護。如果您需要門診精神健康服務，您可以在沒有事先授權的情況下前往網絡保健業者或郡精神保健計劃保健業者處就診。您必須就所有其他網絡外服務獲得轉診或事先核准，否則將不予以承保。
- 注意：如果您是美國印第安人，您無需轉介即可在本計畫的保健業者網絡外的印第安醫療照護保健業者處獲得醫護服務。

E. 行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務

您可以接受具醫療之必要性且符合 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍的行為健康服務。我們可提供 Medicare 承保的行為健康服務，以及 Medi-Cal 承保的輕度至中度行為健康病症。本計劃並不承保 Medi-Cal 承保範圍內的精神健康專科服務，但您可以透過您所在郡的精神保健計劃獲得這些服務。有關透過您的郡精神健康計劃提供的精神健康服務的更多資訊，請聯絡以下人員：

Santa Clara County Behavioral Health Services，電話：**(800)-704-0900**（聽障及語障電話專線 **711**）。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

E1. 非我們的計劃所提供的 Medi-Cal 行為健康服務

若您符合接受專科精神健康服務的條件，會由郡立精神健康計劃(「MHP」)為您提供 Medi-Cal 專科精神健康服務。由 Santa Clara County Behavioral Health Services 提供的 Medi-Cal 專業精神健康服務，電話：(800)-704-0900（聽障及語障電話專線 711）。

門診服務

- 精神健康服務（評估、計劃擬定、治療、復健及合作）。
- 藥物支援服務。
- 日間密集治療服務。
- 日間復健服務。
- 危機介入服務。
- 危機介入穩定服務。
- 目標個案管理服務。
- 行為治療服務。

住院服務

- 成人和兒童住院治療服務。
- 危機介入住院治療服務。

住院服務

- 急性精神科住院服務。
- 精神科住院專業服務。
- 精神科健康設施服務。

如欲進一步瞭解由縣政府精神保健計劃所提供的精神健康專科服務資訊，您可致電與郡政府聯絡。

有關透過您的郡精神健康計劃提供的精神健康服務的更多資訊，請聯絡以下人員：

- Santa Clara – Santa Clara County Behavioral Health Services，電話：
(800)-704-0900（聽障及語障電話專線 711）。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 711），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您符合接受這些服務的標準，Medi-Cal 或 Drug Medi-Cal 安排給藥系統的服務可透過 Santa Clara County Behavioral Health Services 提供給您。Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務。
- 住院治療服務。
- 門診免用藥服務。
- 麻醉藥物治療服務。
- 鴉片成癮納曲酮(Naltrexone)治療服務。

Drug Medi-Cal 安排給藥系統的服務包括：

- 門診和密集門診服務。
- 成癮治療藥物（亦稱藥物輔助治療）。
- 住院/病人住院。
- 戒斷管理。
- 麻醉藥物治療服務。
- 康復服務。
- 醫護服務協調。

除上列服務外，若您符合條件，也許可以接受自願性質的住院戒毒服務。

F. 患者轉送服務

F1. 非急診情況的醫療交通運輸服務

若您因醫療需求的緣故不能開車、搭公車或計程車前往 Medi-Cal 的約診，您有權獲得非急診醫療交通服務。可以為以下 Medi-Cal 承保服務提供非急診醫療交通服務，例如醫療、牙科、精神健康、藥物使用和藥房預約。如需非急診的醫療交通服務，可告知您的 PCP 並提出申請。您的 PCP 會根據您的需求決定最適合的交通運輸方式。

非急診的醫療交通接送方式包括救護車、非緊急醫療接送車、無障礙專車或運輸專機。本計畫在您需要乘車赴診時允許適合您的醫療需求的最低費用的承保交通模式和最適當的非急診醫療交通。例如，若您的身體和病症方面都能接受無障礙專車接送方式，本計畫就不會支付救護車費用。僅有在您的病況使您無法使用任何形式的地面交通運輸工具時，您才有權使用空中交通運輸服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

必須使用非急診交通接送的情形如下：

- 由於身體或醫療上的原因您無法使用公車、計程車、汽車或小巴士前往約診。
- 您因身心障礙，因此在往返住所、車輛或治療地點時需要有司機協助。

如果您的醫生決定您需要非急診醫療交通工具，他或她會為您開具處方。我們將會致電給您以預約您的非急診醫療交通工具。

醫療交通接送限制

北計畫會負擔符合您醫療需求的最低費用醫療交通接送，距離為從您住家到最近可約診的保健業者。只有在屬於本計畫承保範圍的情況下，我們才會承保 Medicare 服務和 Medi-Cal 服務的交通費用。如果該約診類型符合 Medi-Cal 承保範圍，但並非透過我們約診，則本計畫將會協助安排您的交通接送。承保服務清單列於本手冊第 4 章中。除非預先授權，否則承保範圍不包括本計畫網絡或服務區之外的交通接送。

F2. 非醫療交通運輸服務

非醫療交通接送服務福利包括為獲得您的保健業者授權的服務往返就診的接送服務。您可免費搭車的情況如下：

- 在您往返約診以接受獲您的保健業者授權的服務時，或者
- 領取處方和醫療用品時。

本計畫允許您使用汽車、計程車、公車或其他大眾/私人交通運輸工具前往非醫療約診，以接受您的保健業者授權的服務。我們會負擔符合您需求的最低成本、非醫療交通接送服務類型。

有時，您可以報銷乘坐自行安排之私人交通工具所花費的費用。本計畫必須在您搭乘之前先核准此交通接送，且您必須告訴我們為什麼未使用如公車等其他交通方式。

若您自行開車，則無法報銷相關費用。 里程報銷必須提供以下所有文件：

- 司機的駕駛執照。
- 司機的車輛登記。
- 司機的汽車保險證明。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

若要為已取得授權的服務叫車，最晚請在約診之前三個工作日 (星期一至五) 致電 **1-844-299-6230** (聽障及語障電話專線：**711**)。若為**緊急約診**，請盡快致電。當您致電時，請備妥下列所有資訊：

- 您的 Kaiser Permanente 會員卡。
- 您的醫療約診日期與時間。
- 您上車的地址以及您前往的地址。
- 您是否需要回程接送服務。
- 是否有人與您同行 (例如：父母/法定監護人或看護人)。

注意：美洲原住民可以與當地印第安人保健診所聯絡，要求對方提供非醫療交通接送服務。

非醫療交通接送服務限制

本計畫會提供符合您醫療需求的最低成本非醫療交通接送服務，距離為從您住家到最近可約診的保健業者。**您不得自己開車，或直接獲得報銷。**

非醫療交通接送服務不適用於以下情況：

- 需要有救護車、垃圾車、輪椅小巴士或其他形式的非緊急醫療交通工具，才能獲得服務。
- 您由於身體狀況或病況而在往返住所、車輛或治療地點時需要司機協助。
- 您乘坐輪椅，因此若缺乏司機協助，便無法進出車輛。
- 該 Medicare 服務並非由我們承保。
- 服務不屬於 Medi-Cal 的承保範圍。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. 醫療急診情況下的承保服務，時機為緊急需求時或災難期間

G1. 醫療急診病情時的護理

醫療急診情況是指伴隨劇痛或重傷症狀的病況。病況十分嚴重，若不立即就醫，您或任何具備一般健康及醫學常識者均可預期會發生以下情況：

- 對您或胎兒的健康造成嚴重風險；或
- 對身體功能造成嚴重損害；或
- 使身體器官或身體部位造成嚴重功能障礙；或
- 若為臨產孕婦，則是：
 - 在分娩前，沒有足夠的時間安全地將您轉移到另一家醫院。
 - 轉移到另一家醫院，可能會對您或您未出生孩子的健康安全構成威脅，

醫療急診情況下的承保服務

我們會承保急診期間的醫療服務。給您提供急診護理的醫生將負責確定您的病症是否穩定，急診是否已經結束。

如果您需要醫療急診，應：

- **盡快取得協助。**致電 **911** 或利用最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。不需要取得您 PCP 的批准或轉診。您不需要使用網絡醫護人員。在需要時，您可隨時在美國、其領土或全球的任何地方獲得由具有適當州立執照之醫護人員提供的急診醫療護理，包括救護服務。

病情穩定後護理

請盡快將您的急診病情告知本計劃。我們將追蹤您的急診護理情況。您或其他人通常應於 48 小時內致電通知我們您的急診護理情況。但是，如果您延遲告知，仍無需支付急診服務費用。電話號碼列印於您計劃會員卡的背面。

我們會和提供您急診護理的醫生合作，以幫助管理和追蹤您的照護情況。急診結束後，您有權獲得隨診照護，以確保您的病症持續保持穩定。您的醫生將會持續為您治療，直到您的醫生與我們聯絡並制訂額外的醫療服務計劃。我們會根據適用法律的規定承保您病情穩定後護理的跟進護理。在您接受網絡外醫護人員所提供的病情穩定後護理之前，您的醫護人員必須致電我們以取得病情穩定後護理的授權。為您提供治療的保健業者必須獲得我們的授權，我們才會給付病情穩定後護理。在大多數情形下，只有當網絡外醫護人員或我們告訴您可能需承擔付款責任時，您才可能需要付款。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如欲申請事先核准以接受由網絡外保健業者所提供的病情穩定後護理，保健業者必須致電 **1-800-225-8883** (聽障及語障電話專線 **711**) 與我們聯絡。他們也可以致電列於您 Kaiser Permanente 會員卡背面的電話號碼。保健業者必須在您接受服務之前致電與我們聯絡。

當保健業者致電時，我們將會與為您提供治療的醫生洽談有關您的健康問題。如果我們認定您需要病情穩定後護理，我們會授權該承保服務。在某些情況下，我們可能會安排由網絡保健業者提供醫護服務。

如果我們決定由網絡醫院、專業護理院或其他保健業者來提供醫護服務，我們可能會授權醫療上有必要的交通接送服務，以載送您前往該保健業者處。這些交通運輸服務可能包括我們通常不承保的特殊交通運輸服務。

您應向該保健業者詢問我們已授權哪些醫護服務 (包括任何交通運輸服務)。我們僅承保我們所授權的服務或相關交通運輸服務。如果您申請並接受不屬於承保範圍的服務，我們可能不會針對該服務給付保健業者。

病情穩定後護理也包括耐用醫療器材 (「DME」)，但條件是您必須符合下列所有條件：

- 對 DME 用品的承保會根據本《會員手冊》的**第 4 章**中說明的規定。
- 該用品是您在出院之後醫療上必要的 DME 用品。
- 該 DME 用品與您在醫院所接受的急診護理有關。

如果在非急診情況下獲得急診護理

有時很難判斷自己是否處於醫療或行為健康急診情況。您可能會前往急診室尋求急診護理，但醫生表示這並非急診情況。只要您合理認為自己的健康面臨嚴重危險情況，我們就會負擔您護理的費用。

在醫生表示並非急診情況後，我們僅會在以下情況下負擔您額外護理的費用：

- 您使用網絡保健業者**或**
- 您獲得的額外護理被認為是「緊急需求護理」，且您遵循規定 (參閱第 G2 節) 獲得該護理。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G2. 緊急需求醫護

緊急需求護理是指您因非急診但需要立即護理的情況而獲得的護理。例如，您可能在週末時遭遇現有疾病或嚴重喉嚨痛發作，且需要治療。

在本計劃服務區內的緊急需求醫護服務

在大多數情況下，我們僅會在以下情況下負擔緊急需求護理的費用：

- 您獲得網絡醫護人員提供的此類護理，以及
- 您遵循本章描述的相關規定。

如果不可能或無法合理地前往網絡保健業者處，我們將承保您向網絡外保健業者獲得的急需護理。

我們知道，有時很難知道自己需要的醫療護理類型。因此，我們有電話諮詢護士可以協助您。諮詢護士是經過專門培訓的註冊護士，他們透過電話來協助評估醫療症狀，並在醫療角度而言合適的情形下提供建議。無論您是致電尋求建議還是預約，您都可以與諮詢護士交談。

他們通常能夠回答有關輕微病症的問題、告訴您在網絡設施關門時該如何做、或向您建議下一步該做什麼、包括預約當天緊急醫護（在醫療角度而言合適的情形下）。若要在每週 7 天、每天 24 小時中的任何時間和諮詢護士洽談或約診，請參閱《醫護人員名錄》中的約診和諮詢電話號碼。

在本計劃服務區外的緊急需求醫護服務

在您位於本計劃服務區外時，可能便無法獲得網絡醫護人員提供的護理。在該情況下，本計劃會負擔您獲得任何醫護人員處緊急需求護理所需的費用。

本計劃承保範圍，包括在以下情況下於美國境外全球各地所提供的緊急醫護服務：

- 您暫時位於服務區外。
- 該服務為治療突發疾病或傷害之必要服務，以避免您的健康嚴重惡化。
- 延遲治療直至您返回服務區實屬不合理行為。
- 若您取得網絡醫護人員之服務，則該服務應屬於承保範圍。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G3. 在災難期間獲得之醫護

如果您的州長、美國衛生與民政服務部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍可獲得本計劃的醫護服務。

請前往我們的網站，以瞭解如何在公告災難期間獲得所需護理：kp.org。

在公告災難期間，如果您無法使用網絡醫護人員，可以以網絡內成本分攤率獲得網絡外醫護人員的護理。若您在公告災難期間無法使用網絡藥房，則可在網絡外藥房配處方藥。如需更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

H. 若您遭直接收取本計劃承保範圍內的服務費用，該怎麼做

如果醫護人員寄送帳單給您，而非寄送至本計劃，您應要求我們支付我們在該帳單中應支付的比例。

您不應自行支付帳單。若您這麼做，則我們可能無法為您償付費用。

如果您已支付承保服務的費用，或若您為承保服務支付的費用超過您計劃的分攤費用，又或者若您收到包含承保醫療服務全部費用的帳單，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**，以瞭解該怎麼做。

H1. 若本計劃承保範圍不包含該服務，該怎麼做

在以下情況下，本計劃會負擔所有服務之費用：

- 被判定為醫學上必要的服務，以及
- 本計劃的理賠表中所列的服務 (請參閱**第 4 章**，詳見本《會員手冊》)，以及
- 您可透過遵循計劃規定而獲得之服務。

若您獲得之服務不屬於本計劃承保範圍，您需自行支付全部費用。

若您想瞭解我們是否會支付相關醫療服務或護理之費用，您有權詢問我們。您也有權向我們提出書面諮詢。若我們表示不會支付您的服務，您有權對該決定提出上訴。

本《會員手冊》的**第 9 章**會說明若您希望我們負擔醫療服務或用品的費用，該怎麼做。其也會說明如何對我們的承保決定提出上訴。請致電會員服務部門以深入瞭解您的上訴權。

我們會為部分服務支付一定限制的費用。若超出該限制，您將需支付全部費用才能獲得更多此類服務。請致電會員服務部門以瞭解理賠限額以及您已使用的理賠金額。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

I. 臨床試驗研究中保健服務的承保範圍

11. 臨床試驗研究的定義

臨床試驗研究 (亦稱為臨床試驗)，為醫生測試新型健康護理或藥物的一種方式。Medicare 核准的臨床試驗研究通常會要求志願者參與研究。

在 Medicare 核准您要參加的研究後，執行該研究的相關人員會與您聯絡。該人員會告訴您研究的情況，並確定您是否符合參與資格。只要您符合必要條件，便可參與研究。您必須瞭解並接受必須在研究中執行的事項。

在研究期間，您可以繼續入保本計劃。如此一來，本計劃將能持續為您提供與該研究無關的服務和護理。

若您要參加 Medicare 核准的臨床試驗研究，不需要取得我們或您的基本保健業者之批准。因研究而為您提供護理的醫護人員不需為網絡醫護人員。

我們鼓勵您在參加臨床試驗研究之前先告訴我們。

若您預計參加臨床試驗研究，您或您的醫護協調員應與會員服務聯絡，告訴我們您將參加臨床試驗。

12. 在您參與臨床試驗研究時支付的服務款項

若您自願參加 Medicare 核准的臨床試驗研究，您無需為研究範圍內服務支付任何費用。Medicare 會支付研究範圍內服務的費用，以及與您護理相關的日常費用。在您參加 Medicare 核准的臨床試驗研究後，您在該研究中接受的多數服務和物品皆屬於承保範圍。

其中包括：

- 即使您未參加研究，Medicare 也會支付您住院所需的食宿費用。
- 屬於試驗研究範圍內的手術或其他診療。
- 針對新護理方式任何副作用和併發症的治療。

若您參加 Medicare 未核准的研究，您需支付參與該研究的任何費用。

13. 更多有關臨床試驗研究的資訊

您可以閱讀 Medicare 網站上的「Medicare & Clinical Research Studies」(Medicare 與臨床試驗研究) (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)

以深入瞭解有關加入臨床試驗研究的資訊。您也可以致電

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時都提供服務。

聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J. 您的保健服務針對宗教性非醫療保健機構的承保方式

J1. 宗教性非醫療保健機構的定義

宗教性非保健機構為提供您醫護服務之處，該等醫護服務通常也可在醫院或專業護理機構中獲得。若在醫院或專業護理設施中接受醫護服務會違反您的宗教信仰，我們會負擔在宗教性非醫療健康護理機構中獲得醫護服務之費用。此理賠僅適用於 Medicare A 部分的住院服務 (非醫療保健服務)。

J2. 宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務

若要獲得宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務，您必須簽署法律文件，說明您反對獲得「非強制性」的醫學治療。

- 「非強制性」的醫療護理是指任何自願而非任何聯邦、州或地方法律規定的的醫護服務。
- 「強制性」的醫療護理是指任何非自願且為任何聯邦、州或地方法律規定的的醫護服務。

若要納入本計劃的承保範圍，您獲得之由宗教性非醫療健康護理機構提供的護理便必須符合以下條件：

- 提供醫護服務的設施必須經 Medicare 認證。
- 本計劃對服務的承保範圍限於非宗教方面的醫療護理。
- 若您在該機構獲得的服務是由該機構在醫療設施中提供，則應符合以下條件：
 - 您的病情必須能讓您可接受承保範圍內的住院醫療護理或專業護理設施醫療護理服務。
 - 在入住該設施之前，您必須事先獲得本計劃批准，否則您的住院費用將不能受到承保。

注意：承保服務的限制及費用分擔和第 4 章和第 12 章中說明的由網絡保健業者提供之服務的限制及費用分擔相同。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

K. 耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME)

K1. DME 為本計劃的會員

耐用醫療器材 (「DME」) 包括符合以下標準的用品：

- 該用品能重複使用
- 該用品主要通常用於醫療目的
- 該用品通常只對生病或受傷的人有用
- 該用品適合在家中使用
- 為協助您進行日常活動 (「ADL」) 需要該用品

耐用性醫療器材需事先核准。承保範圍僅限於能適當地滿足您醫療需求的最低費用用品。我們選擇供應商。在我們不再承保這些器材之後，您必須將器材歸還給我們，或者您必須向我們支付器材的公平市場價格。

DME 包括醫護人員指定的特定醫療上必要用品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、由醫護人員開立醫囑且供居家使用的病床、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣設備和用品、噴霧器和助行器。

您一直擁有的特定物品，例如義肢。

在本節中，我們將討論您租用的 DME。在 Original Medicare 中，租用某些類型 DME 的人士若在為該用品支付 13 個月的共付額後，便可擁有該器材的所有權。作為本計劃會員，無論您租用時間長短，都將無法擁有 DME。

即使您在加入本計劃前，已在 Medicare 下連續長達 12 個月持有某個 DME，您也不會擁有該設備。

K2. 若您到轉換 Original Medicare，則可擁有 DME

若您在本計劃期間並未取得 DME 用品的所有權，則必須在轉換至 Original Medicare 後連續支付 13 期新付款，才能擁有該用品。您在參加本計劃期間所支付的費用，將不會計入上述連續 13 期的費用中。

若您在加入本計劃前，已依據 Original Medicare 規定為 DME 用品之付費用，但少於 13 期，則您先前支付的費用也不會計入此連續 13 期費用中。在您轉回 Original Medicare 之後，必須重新支付連續 13 期的費用才能擁有該物品的所有權。轉回 Original Medicare 後也是如此。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

K3. 本計劃會員可獲得氧氣設備理賠

若您有獲得 Medicare 承保範圍內氧氣設備的資格，且您為本計劃會員，則我們負擔以下費用：

- 氧氣設備租賃。
- 氧氣輸送和氧氣量。
- 用於氧氣輸送的管線和相關配件以及氧氣量。
- 氧氣設備的保養和修理。

在您不再需要氧氣設備或退出本計劃時，您必須將氧氣設備歸還給所有者。

K4. 氧氣設備，當您轉換到 Original Medicare 時

若氧氣設備為醫療上必要的設備，且您退出本計劃並轉換至 Original Medicare，您可向供應商處租用該設備 36 個月。您的每月租金會包含負擔氧氣設備以及上述所列之用品和服務。

若氧氣設備在醫療上是必需的，在您租用 36 個月之後，您的醫護人員必須提供：

- 另外提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若氧氣器材和用品在醫療上是必需的，可提供最多 5 年。

如果在 5 年期結束時，氧氣設備在醫療上仍然是必需的：

- 您的醫護人員不必再提供設備，您可以選擇從任何醫護人員那裡取得替換設備。
- 新的 5 年期開始。
- 您從一位醫護人員那裡租用了 36 個月。
- 之後，您的醫護人員另外提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備在醫療上必要，則每 5 年開始一個新的週期。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 4 章：理賠項目表

前言

本章將向您介紹本計劃承保的服務以及對這些服務的任何限制或侷限，以及您為每項服務支付的費用。本章也會向您說明本計劃未承保的福利。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara 的新會員：在大多數情況下，在您申請入保 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 後當月的第一天，您將入保我們的 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 計劃，以享受 Medicare 福利。您仍可以從之前的 Medi-Cal 保健計劃中取得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 保險不會中斷。如有任何疑問，請撥打 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線為 **711**)，聯絡我們。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。

第 4 章目錄

A. 您的承保服務和自付費用	55
B. 限制保健業者向您收取服務費用的規則.....	55
C. 關於本計劃的理賠項目表.....	55
D. 本計劃的理賠項目表	57
E. 本計劃外的理賠承保福利.....	119
E1. 加州社區過渡 (CCT) 計劃.....	119
E2. Medi-Cal 牙科計劃.....	120
E3. 安寧護理	120
E4. 當地教育機構 (「LEA」) 評估服務.....	121
E5. CCR 第 22 條第 51360 節所述的 LEA 服務.....	121
E6. 根據州政府血清甲型胎兒蛋白檢測計劃提供的化驗服務.....	121
E7. 禱告與靈療	121
F. 未由以下保險承保的理賠福利：本計劃、Medicare 或 Medi-Cal.....	122



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 您的承保服務和自付費用

本章將向您介紹本計劃承保的服務，以及您為每項服務支付的費用。您還可以瞭解未承保的服務。在**第 5 章**中有關藥物理賠福利的資訊。本章也會說明部分服務的限制。

對於部分服務，會收取稱為共付額的自付費用。這是您每次獲得該服務時支付的固定金額（例如，\$5）。您在獲得醫療服務時支付共付額。

若您需要瞭解承保服務的內容的協助，請致電會員服務，電話號碼：**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00 為您提供服務。

B. 限制保健業者向您收取服務費用的規則

我們不允許我們的網絡內保健業者向您收取承保服務的費用。我們直接付款給我們的醫護人員，我們保護您免付任何費用。即使我們向醫護人員支付的費用低於醫護人員的服務費用也是如此。

您不應該從醫護人員那裡取得承保服務的帳單。如果您收到帳單，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**或致電會員服務。

C. 關於本計劃的理賠項目表

本理賠項目表會向您說明本計劃支付的服務。其依字母順序列出承保服務並解釋內容。

當符合以下規則時，我們會支付理賠項目表中列出的服務。

- 我們必須根據 Medicare 和 Medi-Cal 規定的規則提供 Medicare 和 Medi-Cal 為您承保的服務。
- 這些服務（包括醫療護理、服務、用品、設備，以及 B 部分的處方藥）必須是醫療上必要的。「醫療上必要的」是指服務、用品或藥物對於您病症的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。
- 您向網絡保健業者取得醫護服務。網絡保健業者指和我們合作的醫護人員。在大多數情況下，我們**不會**支付您從網絡外保健業者那裡獲得的醫護服務。本《會員手冊》的**第 3 章**有更多使用網絡和網絡外保健業者的詳細資訊。
- 您有基本保健業者 (PCP) 或醫護團隊，並由其負責提供和管理您的醫護服務。在大多數情況下，您的 PCP 必須先提供您核准，然後您才能使用不是您的 PCP 的醫護人員或使用計劃網絡中的其他醫護人員。這稱為轉診。本《會員手冊》的**第 3 章**有關於取得轉介以及何時不需要轉介的詳細資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。


如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 只有當您的醫師或其他網絡保健業者先取得我們的核准時，我們才會承保理賠項目表中列出的部分服務。這稱為事先授權。我們在理賠項目表中用註釋 (†) 標記需要取得事先授權的承保服務。此外，請參閱**第 3 章**，以瞭解事前授權書的詳情，包括其他需要事前授權書但未列入「理賠項目表」的服務。
- 大部分預防性服務都是免費的。您可以在理賠項目表中的預防性服務旁邊找到這顆蘋果🍏
- 如果您處於本計劃所認定之持續入保資格的 4 個月期限內，我們將會繼續提供所有計劃承保的福利項目。基本和補充福利項目的費用分擔額在此期間將不會變更。
- **社區支援**：您的個人化護理計劃可能提供社區支援。社區支援是醫療上適當並考慮成本效益的替代服務或環境。這些服務對會員來說是選擇性的。如果您符合資格，這些服務可能會幫助您更獨立地生活。這些服務**不會**取代您已經依據 Medi-Cal 取得的福利。並不是所有區域都提供這些服務。並不是所有會員都有資格取得社區支援。您必須符合特定標準，才有資格。如需有關社區支援的詳細資訊，請和您的 PCP 洽詢或致電會員服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 本計劃的理賠項目表

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>腹主動脈瘤篩檢</p> <p>我們為有風險者提供一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因素而且您的醫生、醫生助理、護理師或臨床專科護士轉介您接受此篩檢時，本計劃才承保該篩檢。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>針灸治療慢性腰痛†</p> <p>我們在任何一個日曆月內會支付最多兩次門診針灸服務的費用，如果醫療上必要，我們會支付更多費用。</p> <p>如果您患有慢性腰痛，我們還會支付 90 天內最多 12 次針灸就診的費用，定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週或更長時間； • 非特定的 (沒有可識別的全身性原因，例如與轉移性、發炎性或傳染性疾病無關)。 • 與手術無關；並且 • 與懷孕無關。 <p>此外，如果您的病情有所改善，我們會額外支付 8 次針灸治療慢性腰痛的費用。每年您接受針對慢性腰痛的針灸治療次數可能不會超過 20 次。</p> <p>如果您並沒有好轉或惡化，則必須停止針灸治療慢性腰痛。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>針灸不屬於 Medicare 承保範圍的服務†</p> <p>我們會承保針灸服務，不過僅限於治療噁心，或屬於用於治療慢性疼痛的綜合疼痛管理計劃的一部分。</p> <p>您也可以 在 Medi-Cal 保險中獲得針灸服務。在 Medi-Cal 計劃中，我們會承保在醫療上必要的針灸服務，以預防、改變或減輕由一般認為疾病所導致的嚴重、持續性慢性疼痛的感覺。門診針灸服務不需要轉介或事先核准。透過本計畫的網絡保健業者或 American Specialty Health 網絡保健業者所獲得的這些針灸服務屬於承保範圍。如需有關 Medi-Cal 所承保的針灸服務的詳細資訊，請致電 1-800-678-9133 (聽障及語障電話專線：711) 和 American Specialty Health 聯絡。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>屬於 Medi-Cal 承保範圍的成人敏感醫療</p> <p>身為一個成年人 (18 歲或以上)，您可能不想去您的 PCP 接受某些敏感或私人護理。如果是這樣，您可以選擇任何醫師或診所進行以下類型的護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭生育計劃/避孕 (包括絕育服務)。 • 懷孕檢測和諮詢。 • HIV/AIDS 預防/檢測/治療。 • 性接觸傳染病預防/檢測/治療。 • 性侵犯醫護服務。 • 門診墮胎服務。 <p>對於妊娠檢測、家庭生育計劃服務、避孕服務或性接觸傳染病服務，醫師或診所不必是 Kaiser Permanente 網絡的一部分。您可以選擇任何 Medi-Cal 醫護人員，並在沒有轉診或事先授權的情況下前往。如需尋找 Kaiser Permanente 網絡之外的 Medi-Cal 保健業者的協助，請致電會員服務。</p> <p>網絡外保健業者提供的和敏感醫療無關的服務可能不在承保範圍內。如需尋找提供這些服務的醫師或診所的協助，或獲得這些服務的交通資訊，您可以致電會員服務。您也可以致電約診與諮詢專線並和有執照的醫療保健專業人員洽談，每週 7 天、每天 24 小時都提供服務。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>酒精濫用的篩檢和諮詢</p> <p>我們為濫用酒精但不依賴酒精的成年人支付一項酒精濫用篩檢 (SABIRT) 費用。包括懷孕的婦女。</p> <p>如果您酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年最多可以與合格的基本保健業者或初級保健機構的執業人員進行四次簡短的面對面諮詢會議 (如果您能參與，並在諮詢期間保持警覺)。</p> <p>如果您需要超出 Medicare 承保範圍的額外諮詢和治療服務，您可以透過您所在郡的精神健康計劃獲得服務。郡政府可向符合醫療必要性規則的 Medi-Cal 會員提供藥物濫用障礙服務。若要線上找到所有郡的免費電話號碼，請瀏覽</p> <p>http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContaktList.aspx。</p>	<p>\$0</p>
<p>救護服務</p> <p>承保的救護服務包括地面救護車、固定翼飛機和旋翼飛機 (直升機) 救護服務。救護車會將您帶到最近的可以為您提供醫護服務的地方。</p> <p>您的病情必須嚴重到以其他方式前往醫療護理場所可能會危及您的健康或生命的程度。其他情況的救護服務必須經過我們核准。</p> <p>如果不是緊急情況，我們可能會支付救護車費用。您的病情必須嚴重到以其他方式前往醫療護理場所可能會危及您的生命或健康的程度。請參閱第 3 章，以瞭解有關非急診交通服務的更多資訊。</p> <p>如果您合理認為您發生急診病症且您合理認為您的病情需要救護車交通運輸服務的臨床支援，則我們亦會在沒有事前授權書的情況下承保全球各地的執照救護服務 (包括透過 911 緊急回應系統提供的交通運輸，如果有此系統)。</p> <p>注意：Medi-Cal 不承保美國境外的救護服務，但需要您在加拿大或墨西哥醫院住院的急診服務除外。</p>	<p>如果您有資格獲得 Medi-Cal 所提供的 Medicare 費用分擔補助，您支付\$0。否則您需支付單程\$200。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務		您必須支付的費用
	<p>年度例行身體檢查</p> <p>例行身體檢查屬於承保範圍，但條件是該檢查必須屬於具有醫療適當性的預防保健服務且是依據獲得公認的專業執業規範提供。</p>	\$0
	<p>年度保健就診</p> <p>您應該接受一次年度體檢。這是為了根據您目前的風險因子制定或更新預防計劃。我們每 12 個月支付一次。</p> <p>注意：第一次年度保健就診不能在您進行「歡迎加入 Medicare」預防性就診後的 12 個月內進行。但是，在您入保 B 部分 12 個月之後，您無需進行「歡迎加入 Medicare」就診便可獲得年度保健就診承保。</p>	\$0
	<p>哮喘預防服務</p> <p>對於哮喘控制不佳的人，您可以接受哮喘教育和家庭環境評估，了解家中常見的誘因。</p>	\$0
	<p>骨質測量</p> <p>我們為符合資格的會員 (通常是有骨質流失或有骨質疏鬆症風險者) 支付某些外科診療費用。這些外科診療會鑑定骨質、發現骨質流失或測定骨質。</p> <p>我們每 24 個月支付一次服務費用，如果醫療上必要，我們會支付更多。我們也會付費請醫師查看和評論結果。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 至 39 歲之間的女性享有一次基線乳房 X 光檢查。 • 年滿 40 歲及 40 歲以上的女性每 12 個月享有一次乳房 X 光檢查篩檢。 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查。 	<p>\$0</p>
<p>心臟 (心臟病) 復健服務</p> <p>我們會支付心臟復健服務的費用，例如運動、教育和諮詢。會員必須符合特定條件並取得醫師的醫囑。</p> <p>我們也承保加強型心臟復健計劃，與心臟復健計劃相比，該計劃強度更大。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
 <p>心血管 (心臟病) 疾病風險降低就診 (心臟疾病治療)</p> <p>我們每年會支付一次在基本保健業者的就診，以幫助降低心臟病風險。如果有醫療上的必要，我們會支付更多。就診期間，您的醫師可能會：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 討論阿斯匹靈的使用， • 檢查您的血壓，和/或 • 給您一些建議，以確保您的飲食健康。 	<p>\$0</p>
 <p>心血管 (心臟病) 疾病檢測</p> <p>我們每五年 (60 個月) 會支付一次血液檢測費用以檢查心血管疾病。這些血液檢查還檢查因為心臟病高風險所導致的缺陷。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>子宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 所有女性：每 24 個月進行一次子宮頸抹片檢查和盆腔檢查。 • 所有子宮頸癌和陰道癌高風險的女性：每 12 個月一次抹片檢查。 • 對於過去 3 年內子宮頸抹片檢查異常且處於生育年齡的女性：每 12 個月一次抹片檢查。 • 30 至 65 歲的女性：每 5 年進行一次人類乳突狀瘤病毒 (HPV) 檢測或子宮頸抹片加上 HPV 檢查。 	<p>\$0</p>
<p>脊柱神經治療服務†</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 調整脊柱以正確地對齊。這些 Medicare 承保的服務由網絡脊椎神經醫生提供或由網絡醫護人員授權的脊椎神經醫生提供，將會獲得承保。如需網絡脊椎神經醫生名單，請參閱《醫護人員名錄》。 • 若在 Kaiser Permanente 網絡中的聯邦合格健康中心 (FQHC) 或農村健康診所 (RHC) 接受脊椎按摩治療服務，Medi-Cal 可能會承保該服務。FQHC 和 RHC 可能會要求轉介才能取得服務。如欲取得有關 FQHC 或 RHC 可提供的服務的詳細資訊，請致電會員服務。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>





如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>結腸直腸癌篩檢</p> <p>對於 50 歲及 50 歲以上的人，我們支付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 每 48 個月一次撓性乙狀結腸鏡檢查 (或以鋇劑灌腸篩檢檢查)。 ● 每 12 個月一次糞便潛血檢查。 ● 每 12 個月一次化學法糞便潛血檢測法或糞便免疫化學檢查。 ● 每 3 年進行一次 DNA 結腸直腸篩檢。 ● 每十年進行一次結腸鏡檢查 (但不是在乙狀結腸鏡篩檢後的 48 個月內)。 ● 每 24 個月對結腸直腸癌高風險者進行結腸鏡檢查 (或鋇劑灌腸篩檢)。 ● 在結腸鏡篩檢中進行的程序 (例如：切除息肉)。 ● 糞便潛血檢查或 FIT 檢測陽性或撓性乙狀結腸鏡檢查篩檢後進行的大腸鏡檢查。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>成人社區服務 (CBAS)</p> <p>CBAS 是一項按時間表進行的設施型門診服務計劃。該計劃提供專業護理，社會服務，治療 (包括職業，身體和言語)，個人護理，家人/看護人的訓練和支援，營養服務，交通和其他服務。如果您符合資格標準，我們會給付 CBAS 的費用。</p> <p>注意：若您無法取得 CBAS 設施服務，我們可以單獨提供該類型服務。</p>	<p>\$0</p>




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>戒煙或停止使用煙草製品諮詢</p> <p>如果您使用煙草製品，沒有煙草相關疾病的徵兆或症狀，並且希望或需要戒除：</p> <ul style="list-style-type: none"> 作為預防服務，我們會給付 12 個月內兩次戒菸的費用。該項屬於免費服務。每次戒煙諮詢包含最多四次的面對面就診。 <p>如果您吸煙且被診斷出患有吸煙相關疾病或您正在服用可能會受到香煙影響的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> 我們會給付 12 個月內兩次戒菸的費用。每次戒煙諮詢包含最多四次的面對面就診。 <p>如果您已懷孕，您可在事先授權的情況下獲得無條件的戒菸諮詢。</p>	<p>\$0</p>
<p>牙科服務</p> <p>本保健計劃與 Delta Dental of California (簡稱為「Delta Dental」) 簽有協議，以為您提供 DeltaCare® USA Dental HMO 計劃。DeltaCare USA 透過與 Delta Dental 簽約以提供牙科服務的牙科醫生網絡提供綜合牙科醫療護理。如需有關牙科醫護人員的資訊，請參閱《牙科醫護人員名錄》。</p>	<p>依照本表最後「牙科醫療護理」(DeltaCare USA HMO 計劃) 一節所述的承保服務，費用為\$0。</p>
<p>某些牙科服務，包括但不限於清潔、補牙和假牙，也可以透過 Medi-Cal 牙科計劃或 FFS Medi-Cal 獲得。如需有關 Medi-Cal 牙科保險的資訊，請致電 Denti-Cal，電話為 1-800-322-6384 (聽障及語障電話專線：1-800-735-2922)。您也可以瀏覽 Denti-Cal 網站：dental.dhcs.ca.gov/。</p>	<p>\$0</p>
 <p>抑鬱症篩檢</p> <p>每年一次的抑鬱症篩檢屬於我們的給付範圍。該類篩檢必須在能夠給予後續追蹤治療和轉介的基本護理情況下完成。</p>	<p>\$0</p>




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>如果您有下列任何一項風險因素，該類篩檢 (包括空腹血糖檢查) 屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 高血壓 • 膽固醇和三酸甘油酯異常的病史 (血脂異常) • 肥胖 • 高血糖 (葡萄糖) 的病史 <p>在其他部分情況下，測試可能屬於承保範圍，例如您超重並有糖尿病的家族病史。</p> <p>依據檢查結果，您每 12 個月可享有多達兩次的糖尿病篩檢給付。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p> 糖尿病自我管理訓練、服務及用品</p> <p>我們為所有糖尿病患者 (無論是否使用胰島素) 給付以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • †用於監測血糖的用品，包含： <ul style="list-style-type: none"> ○ 一部血糖測量計。 ○ 血糖測試條。 ○ 採血裝置和採血針。 ○ 用於檢查測試條和測量計準確性的葡萄糖校核液。 • †針對嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，以下屬於我們的給付範圍： <ul style="list-style-type: none"> ○ 一雙治療性自訂模壓鞋 (含鞋墊) 和配件，以及每日曆年度額外的兩雙鞋墊，或 ○ 一雙深口鞋含配件，每年三雙鞋墊 (不含該類鞋子隨附的非自訂可拆卸鞋墊) • †在特定情況下，為協助您對糖尿病的管理，我們會給付訓練費用。若您需要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務。 <p>注意：您可選擇接受本計劃外經美國糖尿病協會認可及 Medicare 核准的糖尿病自我管理培訓計劃。</p>	\$0
<p>陪產員服務</p> <p>對於懷孕的人，我們會支付產前和產後期間九次陪產員診療以及在分娩與生產期間提供支援的費用。</p>	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>耐用醫療器材 (DME) 和相關用品†</p> <p>如需「耐用醫療器材 (DME)」的定義，請參閱本《會員手冊》的最後一章。</p> <p>我們承保下列用品：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 輪椅，包括電動輪椅。 • 拐杖。 • 電動床墊系統。 • 床墊的乾壓墊。 • 糖尿病用品。 • 由保健業者訂購的醫院病床，以供家中使用。 • 靜脈 (IV) 注射泵和支架。 • 語音產生裝置。 • 氧氣器材和用品。 • 霧化器。 • 助行器。 • 標準彎曲手柄或四邊形手杖和替換補給品。 • 頸牽引器 (門上)。 • 骨質生長刺激器。 <p>其他屬於承保範圍的用品。</p> <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	<p>如果您有資格獲得 Medi-Cal 所提供的 Medicare 費用分擔補助，您支付\$0。否則您需支付 20%共保額，尖峰呼吸空氣流量計與紫外線光療法治療設備除外，這兩者的費用為\$0。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>耐用醫療器材 (DME) 和相關用品 (續上頁)</p> <p>通常由 Medicare 和 Medi-Cal 所給付各種醫療上必要的 DME，亦屬於我們的給付範圍。如果我們的供應商在您所在地區沒有特定品牌或製造商，您可詢問他們是否能為您特別訂購。您可在我們的網站 kp.org/directory 找到最新版的供應商清單。</p>	
<p>我們也在醫療上必要承保下列非屬於 Medicare 承保範圍的耐用醫療器材 (DME)：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 需要擴展床時用於醫院病床的床配件。 ● 腳跟保護套或護肘，以防止或盡量減少使用進階洩壓器材。 ● 當禁忌使用止汗藥，且多汗症已引起醫療併發症（例如皮膚感染）或妨礙日常生活時，以離子電滲療法器材用於治療多汗症。 ● 非治療性連續血糖監測裝置及相關用品。 ● 如果氣管造口病人存在嚴重的分泌物處置問題，則需要使用復甦袋，需要利用復甦袋進行深呼吸以輔助灌洗和抽吸技術。 ● 用於治療銀屑病以外疾病的醫學上必要的紫外線治療設備，包括家用紫外線治療設備，如果 (1) 該設備已通過我們計劃的事先授權程序為您批准，如第 3 章和 (2) 所述我們的服務區內提供設備。(紫外線治療設備的承保範圍僅限於能充分滿足您的醫療需求的標準器材用品。我們將決定租賃或購買器材，且我們將選擇供應商。在我們不再承保這些器材之後，您必須將器材歸還給我們，或者您必須向我們支付器材的公平市場價格。) 	



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>急診護理</p> <p>急診護理的服務包含：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 經急診服務訓練過的醫護人員提供，且 ● 醫療緊急情況所需治療。 <p>急診病症是指伴隨劇痛或重傷的病況。病況十分嚴重，致使若不立即就醫，具備一般健康及醫學常識的任何人均可預期下列情況的發生：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 對您或胎兒的健康造成嚴重風險；或 ● 對身體功能造成嚴重損害；或 ● 使身體器官或身體部位造成嚴重功能障礙；或 ● 若為臨產孕婦，則是： <ul style="list-style-type: none"> ○ 在分娩前，沒有足夠的時間安全地將您轉移到另一家醫院。 ○ 轉移到另一家醫院，可能會對您或您未出生孩子的健康安全構成威脅， <p>在網絡外提供必要急診服務的成本分擔與此類服務在網絡內提供時相同。</p> <p>您享有全球急診護理保險。</p>	<p>\$0</p> <p>†如果您從網絡外醫院獲得急診護理，且在急診病情穩定後需要接受住院護理，則您必須返回網絡醫院才能讓醫護服務繼續獲得承保，或者您在網絡外醫院接受的住院病人護理必須獲得本計劃的授權，在此情況下，您所需支付的費用將比照您在網絡醫院時所支付的費用分擔。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>家庭生育計劃服務</p> <p>身為一個成年人 (18 歲或以上)，您可能不想去您的 PCP 接受某些敏感或私人護理。如果是這樣，您可以選擇任何醫師或診所進行以下類型的護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭生育計劃/避孕 (包括提供給年滿 21 歲成年人的絕育服務)。 • 懷孕檢測和諮詢。 • HIV/AIDS 預防/檢測/治療 • 性接觸傳染病預防/檢測/治療。 • 性侵犯醫護服務。 • 門診墮胎服務。 <p>對於成人敏感性醫護服務，您的保健業者不一定要在 Kaiser Permanente 保健業者網絡中。您可以選擇任何 Medi-Cal 醫護人員，並在沒有轉診或事先授權的情況下前往。如需尋找 Kaiser Permanente 網絡之外的 Medi-Cal 保健業者的協助，請致電會員服務。</p> <p>部分特定的家庭生育計劃服務費用亦屬於我們的給付範圍。但您必須經由我們網絡中的保健業者，才能獲得以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治療不孕症 (此服務不包含人工受孕)。 • AIDS 和其他 HIV 相關疾病的治療。 • 遺傳學檢測與諮詢。 	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>健身理賠 (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise 計劃)</p> <p>此 Silver&Fit 計劃包括以下內容：</p> <p>您可加入一間合約 Silver&Fit 健身中心，並利用該健身中心標準會員可享有的所有服務（例如：不需另外付費的健身中心器材或由教練帶領的課程）。如果您加入 Silver&Fit 健身中心的會員，將適用以下規定：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健身中心會提供設施和器材的介紹。 • 健身中心所提供的服務會隨地點而異。Silver & Fit 計劃的標準健身中心會員資格並未包含通常需要額外付費的任何非標準健身中心服務（例如，法庭費用或是私人教練服務的費用）。 • 若您要參加 Silver & Fit 健身中心，請經由： kp.org/SilverandFit 註冊並選擇您的地點。您接下來可列印或下載您的「歡迎函」，上面會包括有健身 ID 號碼的 Silver&Fit 卡，您可提供給所選擇的健身中心。 • 加入之後，您每個月都有一次機會可轉換至另一間合約 Silver&Fit 健身中心，此項變動將在下一個月的一號生效（您可能必須在該健身中心填寫一份新的會員協議書）。 • 如果您想在家健身，每個日曆年度可以選擇一個居家健身套組。有許多居家健身套組可供選擇，包括穿戴式健身追蹤器、皮拉提斯、肌力、游泳和瑜珈套組選項。套組可能變動，一經選擇便無法更換。如果您需挑選工具包，請參訪： kp.org/SilverandFit，或致電 Silver&Fit 客戶服務部。 <p>本理賠說明於下頁待續</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>健身理賠 (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise 計劃) (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在下列網址取得 Silver&Fit 線上服務： kp.org/SilverandFit，上面提供有隨選鍛煉身體影片、鍛煉身體計劃、Well-Being Club、通訊刊物和其他有用的功能。Silver&Fit 網站的 Well-Being Club 增強功能讓會員能有機會檢視自訂資源並參加直播課程和活動。 <p>如欲取得更多有關 Silver&Fit 計劃以及合約健身中心清單和居家套組的資訊，請造訪 kp.org/SilverandFit 或致電 Silver&Fit 客戶服務部：1-877-750-2746（聽障及語障電話專線：711），週一至週五上午 5:00 至下午 6:00 提供服務（太平洋標準時間）。</p> <p>Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供，該公司是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。Silver&Fit 是 ASH 的聯邦註冊商標，在此文件中的使用已獲得許可。合約健身中心及健身連鎖在每個地方可能不同，也可能隨時變動。</p>	



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p> 健康及養生教育計劃</p> <p>我們提供多種專注於特定健康疾病的計劃。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒煙及停止使用煙草製品；及 • 護理熱線 <p>作為 Healthy Lifestyle 計劃的一部分，我們的計劃涵蓋許多團體健康教育課程，包括：健康心臟、與慢性病共存及抑鬱症 (healthy heart, living with chronic conditions and depression)。</p> <p>Healthy Lifestyle 計劃由經認證的健康教育工作者或其他合格的保健專業人士提供。</p> <p>我們承保各種健康教育諮詢、計劃和資料來幫助您積極保護及改善您的健康，包括慢性病 (例如糖尿病和氣喘) 的計劃。您也可以參加本計劃不承保的計劃，這些計劃可能需要您付費。</p> <p>如欲取得有關我們健康教育諮詢、計劃和資料的更多資訊，請聯絡您當地的健康教育部、致電會員服務部或瀏覽我們的網站 kp.org。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>聽力服務</p> <p>經由醫護人員為您做的聽力與平衡測試，亦屬於我們的給付範圍。這些測試能告訴您是否需要醫學治療。當您經由醫生，聽覺專家或其他合格的醫護人員所進行的測試，即屬於門診護理範圍。</p> <p>助聽器</p> <p>如符合以下情況，我們會承保助聽器的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 您的檢測結果為喪失聽力。 ● 助聽器為醫療上所必需。 ● 您取得醫生開立的處方。 <p>承保範圍僅限於成本最低且能滿足您醫療需求的助聽器。我們將會選擇將由誰提供助聽器。除非您因為雙耳助聽器的效果遠超出單耳助聽器而需要使用雙耳助聽器，否則我們僅承保單耳助聽器。</p> <p>我們為屬於承保範圍的每側助聽器會給付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 配戴所需的耳模。 ● 一個標準電池組合。 ● 為確保助聽器正常運作的就診費用。 ● 清潔和裝配助聽器的就診費用。 ● 您的助聽器的修理費用。 <p>如符合以下情況，我們將承保替換助聽器的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 您目前的助聽器已無法矯正您聽力損失的程度。 ● 您的助聽器遺失、被竊或破損(且無法修復)，而且上述情況並非您的錯誤造成的。您必須提供一份說明給我們，向我們解釋上述情況發生的原因。 <p>承保範圍不包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 替換助聽器的電池 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>HIV 篩檢</p> <p>我們每 12 個月給付一次 HIV 篩檢的檢查費用，如果該人士：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要求進行 HIV 篩檢測試，或 • HIV 感染的風險較高。 <p>針對懷孕婦女，我們在懷孕期間給付多達三次的 HIV 篩檢測試。</p> <p>如果是經由您醫護人員的建議，我們也會給付額外的 HIV 篩檢費用。</p>	<p>\$0</p>
<p>送餐到府</p> <p>我們會承保因充血性心力衰竭的主診斷而住進網絡醫院在出院後即刻開始的送餐到府服務，每天最多二餐，連續四週期間，每日曆年度一次，如下所述：</p> <p>在出院過程中，您醫護團隊的人員將會開始進行轉介，有效期限為 30 天。轉介獲得批准後，送餐服務供應商將與您聯繫並提供餐點選項，及安排送餐服務。如果您對轉介有任何疑問（未使用的轉介不得更新），可以和會員服務聯絡。</p> <p>除了提供一般健康餐外，還有一些菜單可滿足特定疾病和飲食需求。</p> <p>若有以下情況，我們不承保餐費：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您出院後會轉往另一家提供餐點的設施 (例如，住院病人復健)。 • 餐點轉介已過期。 <p>注意：急診部門、門診手術恢復室停留和觀察停留不被視為醫院住院。</p> <p>根據 Medi-Cal，您可能有資格獲得社區支援所提供的宅配餐點的額外承保範圍。並非所有區域都可提供社區支援，而且您必須符合特定資格條件。請向您的醫生洽詢有關 Medi-Cal 社區支援的詳細資訊。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。


本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>居家保健機構的醫療護理</p> <p>在您取得居家保健服務前，需先經由醫生告知我們該服務為您所需，並經由居家保健機構提供。</p> <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非全天或非連續性專業護理和居家健康助理服務 (為了使居家健康護理理賠獲得承保，您的專業護理和居家健康助理服務的總時間每天不得超過 8 小時，每週不得超過 35 小時)。 • 物理治療、職業病治療及言語治療。 • 醫療和社工服務。 • 醫療器材和用品。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p> <p>注意：根據 Medicare 準則提供的居家健康護理服務和用品無需支付成本分擔。但如果該用品屬於其他理賠項目的承保範圍 (例如：非由居家保健機構提供的耐用醫療器材)，則列於本「理賠項目表」其他部分的適用費用分擔將適用。</p>
<p>居家靜脈注射治療†</p> <p>我們的計劃支付居家靜脈注射治療的費用，條件為施用於靜脈或皮下，且在您家中提供的藥物或生物製劑。以下為進行居家靜脈注射所需項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物或生物製劑，如抗病毒藥物或免疫球蛋白； • 泵之類的設備；以及 • 用品，如軟管或導管。 <p>我們的計劃承保居家靜脈注射服務，包括但不僅限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 依據您的保健計劃所提供的專業服務，包含護理服務； • DME 理賠福利尚未包含的會員訓練和教育； • 遠端監護；以及 • 對於由合格的居家靜脈注射治療提供者所進行的居家靜脈注射治療以及居家注射藥物提供監測服務。 	<p>專業服務、訓練和監測費用為 \$0 美元。根據用品而定，執行居家靜脈注射所需的組件 (例如，Medicare B 部分藥物、耐用醫療器材 (DME) 和醫療用品) 可能適用本「理賠項目表」其他地方列出的適用費用分擔。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>如果以下所有情形均屬實，我們將承保居家靜脈注射用品和藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您的處方藥列於 Medicare 計劃 D 部分承付藥物手冊中。 • 我們已批准您的居家靜脈注射治療用處方藥。 • 您的處方是由網絡醫生開立，且您是在網絡居家靜脈注射藥房配藥。 	<p>\$0</p> <p>注意：如果承保的居家靜脈注射用品或藥物不是由網絡居家靜脈注射藥房配藥，依據該項服務，該用品或藥物可能受限於本手冊他處所列的適用成本分擔。</p>
<p> 免疫接種</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肺炎疫苗。 • 流感預防針注射，每年秋季和冬季的流感季節，以及醫療上必要的額外流感預防注射。 • 乙型肝炎疫苗 (針對乙型肝炎中高風險者)。 • COVID-19 疫苗。 • 其他疫苗 (如果您有患病風險且符合 Medicare B 部分承保規則)。 <p>其他疫苗若符合 Medicare D 部分的承保規定，亦屬於我們的給付範圍。如需瞭解更多資訊，請參閱本《會員手冊》第 6 章的說明。</p> <p>任何依據預防接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practice, ACIP) 建議的成人疫苗，亦屬於我們的給付範圍。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>住院醫護服務</p> <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的醫療上必要的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 雙人含以上病房 (或如有醫療上必要的單人病房)。 • 膳食，包含特定飲食 • 定期護理服務。 • 專科醫護的費用 (如重症監護病房，或冠狀動脈病護理科)。 • 藥物。 • 化驗。 • X 光檢查和其他放射科服務。 • 必要的外科和醫療用品。 <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p> <p>您必須在緊急情況穩定後，取得本計畫的核准，方可在網絡外的醫院進行住院護理。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>住院醫護服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 器材，如輪椅。 • 手術室和恢復室的費用。 • 物理治療、職業病治療和言語治療。 • 藥物酒精濫用的相關住院服務。 • 在某些情況下進行以下類型的器官移植：包括眼角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞，以及腸道/多器官等器官移植。 • 若您有器官移植的需求，將經由 Medicare 核准的移植中心，審查您的病例後決定您是否適合進行器官移植。進行器官移植的醫護人員，可以是當地或服務區以外的醫護人員。如果當地器官移植的保健業者符合 Medicare 費率，則您也可以利用當地、或者社區醫療護理以外的方式來進行器官移植服務。如果我們的方案提供社區醫護服務模式以外的器官移植服務，且您選擇在該處進行器官移植，則我們會依據旅行和住宿準則，為您和另外一人安排或給付住宿和出行費用，該準則可在「會員服務」中查詢。 • 血液，包括儲存和管理。 • 醫生服務。 	



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>精神科醫院的住院病人服務</p> <p>需要住院治療的精神健康護理服務，亦屬於我們的給付範圍。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您需要獨立精神科醫院的住院服務，前 190 天的費用為我們的給付範圍。在此之後，由當地郡精神健康機構給付醫療上必要的精神科住院服務。超過 190 天的醫護服務，需與當地郡精神健康機構進行協調後核可。 • 一般醫院精神科所提供的住院精神健康服務，並不適用於 190 天的限制。也不適用於與以下病情相關的精神病院住院：精神分裂症、分裂情感性疾患、兩極性精神失常（躁鬱症）、重度抑鬱症、恐懼症、強迫症、廣泛性發展障礙或自閉症、神經性厭食症、神經性貪食症及未滿 18 歲之兒童的嚴重情緒障礙 (Serious Emotional Disturbance, SED)。 • 如果您年滿 65 歲且在精神疾病機構 (Institute for Mental Disease, IMD) 所接受的服務，亦屬於我們的給付範圍。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>住院：非承保範圍內的住院期間，專業護理院 (Skilled Nursing Facility, SNF) 相關的承保服務</p> <p>我們不給付任何不合理，或者非醫療上必要的住院費用。</p> <p>然而，若您在護理設施所進行的服務並非承保範圍內的住院護理，在某些特定情況下也可能屬於我們的給付範圍。若您需要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務。</p> <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 醫生服務。 ● 診斷檢測 (如化驗)。 ● X 光檢查、鐳和同位素治療，包含技術人員所使用的材料與服務。 ● 手術敷料。 ● 夾板、石膏模及其他用於骨折和脫位情形的器材物件。 ● 非牙科的義肢、假體和矯形的器材物件，包含此類器材物件的置換或修復。該器材物件是置換全部或部分的： <ul style="list-style-type: none"> ○ 身體內部器官 (包括鄰近組織)，或者 ○ 失去功能或者功能失常的身體內部器官 ● 腿、手臂、背部和頸部所使用的護具與支架，以及人工腿、人工手臂和人造眼。此包含因破損、磨損、丟失或狀況改變所需進行的調整、修復和置換。 ● 物理治療、言語治療和職業病治療。 	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。


本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>腎臟疾病服務和用品</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 腎臟疾病教育服務，該服務宗旨在教導腎臟醫療護理，來幫助您為自己的醫護護理作最佳決策。您必須是四期慢性腎臟疾病的患者，且必須經由您的醫生推薦。我們提供多達六次的腎臟疾病教育服務。 ● 住院病人洗腎治療 (若您經受理，並以住院病人身分接受的特別醫護服務)。 ● 自我洗腎訓練 (包括對您，以及協助您進行居家洗腎治療的任何人所提供的訓練)。 ● 特定居家支援服務 (例如在必要時，由合格的洗腎工作人員至您府上查看您的居家洗腎狀況，或在緊急情況下提供協助，以及檢查洗腎器材和供水情況等) ● 用於監控洗腎療效的定期性化驗。 ● 每個月由腎臟科團隊進行一次的例行診所就診。 ● 符合特定標準，在門診醫院所進行的血管和腹膜診療。 ● 由腎臟科團隊所進行的非例行性診所就診。 ● 在診所進行的血管和腹膜診療。 <p>有關您藥物理賠的 Medicare B 部分，針對部分用於洗腎的藥物會給予給付。如需了解相關資訊，請參閱本表格中的「Medicare B 部分的處方藥物」。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 居家洗腎器材和用品。 ● 門診洗腎治療，包含如本《會員手冊》第 3 章所述，因在服務區以外的暫時性洗腎治療，或者無法經由該服務的保健業者取得服務時。 	<p>如果您有資格獲得 Medi-Cal 所提供的 Medicare 費用分擔補助，您支付\$0。否則您需支付 20% 共保額。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**


(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>肺癌篩檢</p> <p>若您滿足以下條件，我們的方案會於每 12 個月給付一次肺癌篩檢費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年齡在 50 至 77 歲之間，以及 • 與您的醫生或者其他合格的保健業者，來進行諮詢和共同決策的探訪，以及 • 20 年來每天至少吸煙 1 包，但目前沒有肺癌的跡像或症狀，或者目前正在吸菸，或在過去 15 年內已經戒菸的人。 <p>經過第一次篩檢後，我們的方案會依據您的醫生，或者其他合格保健業者的書面醫囑，逐年給付每次的篩檢費用。</p>	<p>\$0</p>
 <p>醫療性營養治療</p> <p>此理賠福利適用於未進行洗腎的糖尿病或腎臟病患者。以及腎臟移植後具有醫生醫囑的患者。</p> <p>在您取得 Medicare 醫療性營養治療服務的第一年，我們會給付三小時的一對一諮詢服務。針對其他醫療上必要的服務，我們會予以核准。</p> <p>在此之後，我們會支付每年兩小時的一對一諮詢服務費用。若您的狀況、治療或診斷結果有所改變，您可以依據醫生的醫囑，接受更長時數的治療。若您需要在下一個日曆年度進行治療，則醫生必須針對該服務開檢查單，並且逐年更新醫囑。針對其他醫療上必要的服務，我們會予以核准。</p> <p>非關糖尿病或末期腎臟病 (End Stage Renal Disease, ESRD)，且來自於網絡保健業者所提供的營養/飲食的諮詢，亦屬於我們的承保範圍。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>Medicare 糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>MDPP 的服務費用屬於我們方案的給付範圍。MDPP 旨在幫助您增進健康行為。它提供下列的實際訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 長期飲食的調整，以及 • 增強體力的活動，以及 • 維持減重和健康生活方式的途徑。 	<p>\$0</p>
<p>Medicare B 部分的處方藥物†</p> <p>這些藥物屬於 Medicare B 部分的承保範圍。以下藥物費用屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常非自行服用的藥物，而是經由醫生、醫院門診或門診手術中心注射或輸注 • 您經由本方案核定，以耐用醫療器材 (如噴霧器) 所進行的藥物服用 • 您因患有血友病，透過自行注射方式所使用的凝血因子 • 您在接受器官移植時有投保 Medicare A 部分，而所使用的免疫抑制性藥物 • 注射的骨質疏鬆症藥物。您因無法離家、有骨折現象且經醫生證實該骨折與更年期骨質疏鬆有關，且您無法自行施用該藥物，則屬於我們的給付範圍。 • 抗原 • 特定的口服抗癌藥物和抗噁心藥物 <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>Medicare B 部分的處方藥物 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特定的居家洗腎用藥物，包括肝素、醫療上必要的肝素解毒劑、局部外擦藥麻醉劑，以及紅血球產生刺激劑 (例如：Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®或 Darbepoetin Alfa) • 因居家治療原發性免疫缺陷疾病，而使用的四級免疫球蛋白 <p>Medicare B 部分和 D 部分的處方藥物中，於理賠福利所規定的部分疫苗，亦屬於我們的承保範圍。</p> <p>針對門診處方藥物理賠福利的說明，請參閱本《會員手冊》的第 5 章。該章說明您為處方開立所應遵守的規則。</p> <p>本《會員手冊》的第 6 章會說明您透過本計畫為門診處方藥物支付的費用。</p>	
<p>您的 Medicare 承保範圍內的護理設施照護</p> <ul style="list-style-type: none"> • 聽力檢查。 • 脊柱神經護理。 • 足科服務。 <p>您通常經由網絡內的機構進行醫護服務。然而，您可能不在我們網絡醫院或診所中進行醫療護理。若這些機構符合我們方案的給付額度，您則可以從下列地點進行醫護服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 護理院，或者您在入院前所居住的持續性醫護服務退休社區 (前提是能提供護理院醫護服務)。 • 當您出院時，您的配偶或同居人所居住的護理院 	
<p> 肥胖篩檢和治療以維持體重減輕</p> <p>若您的身體質量指數達到或超過 30 以上，我們會針對減重諮詢的協助加以給付。您必須在基本護理的地點進行諮詢。藉此可以管理您的全面性預防方案。若您想了解更多資訊，請向您的基本保健業者討論。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>鴉片類藥物治療方案 (Opioid Treatment Program, OTP) 服務</p> <p>下列治療鴉片類藥物病症或障礙 (Opioid Use Disorder, OUD) 的服務，亦屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 收容活動。 • 定期評估。 • 由食品及藥物管理署 (FDA) 核准並管理和提供給您的藥物 (如適用)。 • 藥物酒精濫用諮詢。 • 個人和團體療法。 • 檢測您體內的藥物或化學物質 (毒理學檢測)。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>門診診斷檢測以及治療服務和用品</p> <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的醫療上必要的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光檢查。 • 放射 (鐳和同位素) 治療，包括技師材料和用品。 • 外科手術用品，如敷料。 • 夾板、石膏模及其他用於骨折和脫位情形的器材物件。 • 化驗。 • 血液，包括儲存和管理。 • 其他關於門診的診斷檢測。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>門診病人醫院觀察</p> <p>觀察服務是醫院的門診服務，以判斷您是否需要住院或出院。</p> <p>凡是門診醫院的觀察服務符合 Medicare 標準，並具有合理性與必要性，皆屬於承保的範圍。經由醫生醫囑，或州執業法授權的其他另一位個人指示，並符合醫院工作人員章程，以要求病人住院或安排門診檢查的觀察服務，皆屬於承保範圍。</p> <p>注意：除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身分入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診醫院服務的成本分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為「門診病人」。若您想要確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 說明書「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」中找到更多資訊。請瀏覽</p> <p>www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，以取得此說明書。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。這些免費電話於每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>門診病人醫院服務</p> <p>您因診斷或治療疾病或受傷，而在醫院門診部門進行醫療上必要的服務，皆屬於我們的給付範圍。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在急診部或門診診所提供的服務，如門診手術或觀察服務。 ● 觀察服務的目的，為幫助醫生了解您是否需要以「住院病人」的身份入院。 ● 有時您可以在醫院過夜，但仍然屬於「門診病人」。 <p>請參閱概況介紹，以獲得有關住院或門診的更多資訊： www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 經由醫院收費的化驗和診斷檢測。 ● 精神健康護理，包含經由醫生證實為必要性的部分接收住院計劃等醫護服務。 ● 由醫院收費的 X 光檢查和其他放射科服務。 ● 醫療用品，如夾板和石膏模。 ● 理賠項目表中所列的預防篩檢和服務項目。 ● 某些無法自行服用的藥物。 ● 針對在網絡醫院或診所進行的牙科診療，如有下列情況，我們會提供全身麻醉以及和麻醉相關的設施服務： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您因發育失能或健康狀受損。 ○ 您因臨床狀況或潛在病情所需，而必須在醫院或門診手術中心進行的牙科診療。 ○ 牙科診療通常不需進行全身麻醉。 ● 如果不是 DeltaCare 或 Denti-Cal 所承保的服務項目，則與牙科診療相關的任何其他服務 (例如牙科醫生的服務)，皆不屬於我們的承保範圍。 	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>門診病人精神健康護理</p> <p>下列的精神健康服務，屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 具有州執業執照的精神科醫生或醫生。 ● 臨床心理醫生。 ● 臨床社工。 ● 臨床護理專科醫生。 ● 護理師。 ● 醫生助理。 ● 任何為州法律所核可，且符合 Medicare 資格的精神健康護理專業人員。 ● 婚姻與家庭治療師。 <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 診所服務。 ● 日間治療。 ● 社會心理復健服務。 ● 部分接收住院或密集門診計劃。 ● 個人和團體的精神健康評估和治療。 ● 為評估精神健康效果，而在臨床上所需的心理檢查。 ● 為監測藥物治療所進行的門診服務。 ● 門診化驗、用品及補充劑。 ● 精神科諮詢。 	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>門診復健服務</p> <p>物理治療、職業病治療及言語治療，皆屬於我們的給付範圍。您可以經由醫院門診部門、獨立治療師診所、綜合門診復健設施 (CORF) 和其他設施來進行門診復健服務。</p> <p>我們也承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 經由醫生開立醫囑，針對有跌倒風險的成人所進行的預防性物理治療。 • 由組織完善、多學科的復健日間治療計劃提供的物理治療、職業病治療及言語治療。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>門診病人藥物酒精濫用服務</p> <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 酒精濫用的篩檢和諮詢。 • 藥物濫用的治療。 • 由合格的臨床醫生 (包括婚姻和家庭治療師) 提供的團體或個人諮詢。 • 成癮治療住院計劃中的亞急性解毒。 • 密集型門診治療中心的酒精和/或藥物服務。 • 緩釋性納曲酮 (vivitrol) 治療。 	<p>\$0</p>
<p>門診手術</p> <p>門診手術和服務，包含在醫院門診設施和門診手術中心所提供的服務，皆屬於我們的給付範圍。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>非處方 (OTC) Health and Wellness</p> <p>於 OTC 目錄上所列，免費寄送到府的 OTC 藥物屬於我們的承保範圍。您每季最多可以訂購\$100 福利限額的 OTC 商品。每筆的最低購買金額必須達到\$25 美元。您的購買金額不得超過每季福利限額。每季未使用完的福利額度，不會順延至下一季度。(您的理賠福利限額會在 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日重設)。</p> <p>若您想查看我們的目錄以及線上訂購，請瀏覽：kp.org/otc/ca。您可以經由電話訂購，或撥打電話索取郵寄目錄：1-833-569-2360(聽障及語障電話專線：711)，服務時間為早上 7:00 到下午 6:00 (太平洋標準時間，週一至週五)。</p> <p>透過 Medi-Cal Rx 計劃，您可能可獲得 Medi-Cal 承保的特定 OTC 用品的額外保險。如欲瞭解有關 Medi-Cal Rx 的詳細資訊，請致電 Medi-Cal Rx 客戶服務部，電話為1-800-977-2273，每週 7 天、每天 24 小時都可提供服務。聽障及語障電話專線使用者可以在週一至週五的上午 8:00 至下午 5:00 之間致電 711。您也可前往 Medi-Cal Rx 網站：https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。</p>	<p>您每季支付的理賠福利限額為\$0 至最多\$100。</p>
<p>作為尼古丁替代療法的非處方 (OTC) 藥物</p> <p>某些經由 FDA 核准作為尼古丁替代療法的非處方藥物，屬於我們的承保範圍。該項目需經由網絡保健業者開立醫囑，並於網絡藥房取得。我們在每個日曆年度可以提供達兩次，每次 100 天份的給付。</p>	<p>\$0</p>
<p>部分接收住院服務</p> <p>部分接收住院是一種積極性精神科治療的結構化方案。該方案以醫院門診服務，或社區心理健康中心的方式進行。與醫生或治療師辦公室進行的醫護服務比較，其治療強度更高。該方案讓您不用住院。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>緩和療護</p> <p>我們為符合 Medi-Cal 緩和療護服務資格標準的會員承保緩和療護。緩和療護可為患有嚴重疾病的會員減輕身體、情緒、社交及精神方面的不適。緩和療護可以和治療性照護同時提供。</p> <p>緩和療護包括以下內容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 預先護理規劃。 ● 緩和療護評估和諮詢。 ● 照護計畫包括所有經過授權的緩和及治療性照護。 ● 醫護團隊計畫包括但不限於下列人員： <ul style="list-style-type: none"> 醫生或整骨醫生。 醫生助理。 註冊護士。 執照執業護士或護理師。 社工。 牧師。 ● 醫護服務協調。 ● 疼痛與症狀管理。 ● 精神健康和醫療社工服務。 <p>年滿 21 歲以上的成人不得同時接受緩和療護及安寧護理。如果您正在接受緩和療護並符合接受安寧護理的資格，您可隨時要求改為接受安寧護理。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>醫生/醫護人員服務，包括醫生診所就診</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在下列地點進行醫療上必要的健康護理或外科手術： <ul style="list-style-type: none"> ○ 醫生診間。 ○ 經認證的門診手術中心。 ○ 醫院門診部門。 ● 由專科醫生所提供的諮詢、診斷和治療。 ● 經由您的醫生醫囑，要求基本保健業者為您進行的基本聽力和平衡測試，以診斷您是否需要進行治療。 ● 非例行性的牙科護理。所承保服務的範圍僅限於： <ul style="list-style-type: none"> ○ 顎骨或相關結構的外科手術。 ○ 顎部或面部骨骼的骨折定位。 ○ 癌症腫瘤放射線治療前進行的拔牙。 ○ 經由醫生進行並且屬於承保範圍的服務。 	<p>\$0</p> <p>某些專科服務和牙科服務可能需要轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>我們也承保必要的牙科服務，以確保在被列入同種異體幹細胞/骨髓、心臟、腎臟、肝臟、肺臟、胰臟和多重器官移植的移植等待名單之前，口腔沒有感染。在緊急移植的情況下，這些服務可以在移植後進行。服務項目包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 口腔檢查和評估。 • 治療服務，包括移植所需的拔牙。 • 相關牙科 X 光片。 • 洗牙。 • 氟化物治療。 • 網絡醫生（或是具備註冊護士身分的網絡醫護人員）在我們的服務區內進行家訪，前提是網絡醫護人員判定在您家中為您提供醫護服務對您最為有利。 • 紫外線治療。 • 由其他網絡醫護人員在手術之前所提供的第二意見。在您的 Medi-Cal 承保範圍內，如果無法找到網絡醫護人員，或者您需要針對不同服務的第二意見，我們將會安排。 <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>醫護人員服務，包括醫生診所就診 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特定的遠距醫療服務，包含：基本和專科護理，包括住院醫院服務、專業護理設施服務、心肺復建、急診服務、急需服務、部分住院服務、居家保健服務、身體、言語和職業病治療、精神健康護理、足科、鴉片類藥物治療服務、X 光服務、門診服務、觀察服務、藥物濫用治療、洗腎服務、營養/飲食服務、健康教育、腎臟疾病教育和糖尿病自我管理、手術或住院準備，以及住院、手術或急診就診後的後續門診。唯有在網絡醫護人員認為符合臨床需要時，才會以遠距醫療的方式進行服務。 • 您可選擇當面就診或透過遠距醫療的方式進行該服務。若您選擇以遠距醫療的方式取得上述任一種服務，您必須使用可透過遠距醫療提供服務的保健業者。我們提供下列遠距醫療方式： <ul style="list-style-type: none"> ○ 經由網絡醫護人員認定，以互動式視訊的方式進行專業醫護服務的就診。 ○ 經由網絡醫護人員認定，以電話預約的方式進行專業醫護服務的就診。 <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>醫生/醫護人員服務，包括醫生診所就診 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 針對在醫院附設、重點醫院附設洗腎中心、洗腎機構或會員家中的居家洗腎會員，以遠距醫療服務進行每月的末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 相關就診。 ● 遠距醫療服務用於診斷、評估或治療中風的症狀。 ● 針對患有藥物濫用障礙或併發精神健康障礙的會員，所提供的遠距醫療服務。 ● 在以下狀況進行的精神健康障礙診斷、評估和治療的遠程醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您在首次進行遠距醫療就診前 6 個月內曾當面就診。 ○ 在進行該遠距醫療服務期間，您每 12 個月進行一次當面就診。 ○ 在特定情形下，針對上述情況可另行處理。 ● 農村健康診所和聯邦合格健康中心為精神健康門診所提供的遠距醫療服務。 ● 和您的醫生進行 5 至 10 分鐘的虛擬報到 (例如，透過電話或視訊的方式)，但需符合以下情況： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您並非新病患而且 ○ 此虛擬報到和過去 7 天內至診所就診的情況無關以及 ○ 此虛擬報到並不會導致在 24 小時內至診所就診或是可最快速提供的約診。 <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>醫生/醫護人員服務，包括醫生診所就診 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 您傳送給醫生的影片和/或影像評估資料，以及醫生在 24 小時內的解釋和後續處理，但需符合以下條件： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您並非新病患而且 ○ 此評估和過去 7 天內至診所就診的情況無關，並且 ○ 此評估並不會導致在 24 小時內至診所就診或是可最快速提供的約診。 <p>若您不屬於新患者，經由電話、網際網路或電子健康記錄與您的醫生和其他醫生所進行的諮詢。</p> <p>根據您的 Medi-Cal 保險可提供的遠距醫療服務：遠距醫療指在醫護人員和您不在同一實體地點的情況下獲取醫療服務的方式。遠距醫療可能需要和醫護人員進行即時視訊通話。本計畫的遠距醫療可能需要在沒有即時視訊通話的情況下和醫護人員共享資訊。您可透過遠距醫療接受許多醫療服務。但並非所有承保服務都可提供遠距醫療服務。您可以和您的醫護人員聯絡，以瞭解可透過遠距醫療獲得哪些類型的服務。您和醫護人員雙方都必須同意使用遠距醫療來提供特定服務對您而言是適當的。即使您的醫護人員同意遠距醫療適合您，您也有權獲得當面就診的服務而不需要使用遠距醫療。</p>	



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>足科服務</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部受傷和疾病 (如鏈狀趾或足跟骨刺) 的診斷以及醫療或外科治療。 • 為患有影響腿部疾病 (例如糖尿病) 的會員所提供的例行足部護理。 <p>在您的 Medi-Cal 承保範圍內，我們會承保診斷和醫療結果有醫療上必要性的足科服務，足部的手術、機械、徒手和電子治療。這包括連結足部的腳踝和肌腱，以及控制足部功能的腿部肌肉和肌腱的非手術治療。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p> 攝護腺癌篩檢</p> <p>針對年滿 50 歲以上的男性，以下服務屬於我們的給付範圍 (每 12 個月僅限一次)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 直腸指檢。 • 攝護腺特異抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 測試。 	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>假體裝置和相關用品†</p> <p>假體裝置是用於取代全部或部分的身體部位或功能。以下假體裝置以及可能未列出的其他裝置，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 結腸造口術袋，以及與結腸造口術相關的醫護用品。 • 腸內和腸胃外的營養，包括餵養套件、靜脈注射泵、管線與適配器、溶液，以及自我施用的用品。 • 起搏器。 • 護具。 • 義肢鞋。 • 人工手臂和腿。 • 乳房假體 (包括全乳房切除手術後的醫用胸罩)。 • 用於取代任何因生病、受傷或先天性缺陷，而遭到切除或受損之外部顏面部位假體。 • 失禁護膚霜和尿布。 <p>部分與假體相關的用品，亦屬於我們的給付範圍。修理或置換假體裝置的費用亦屬於我們的承包範圍。</p> <p>部分白內障摘除或白內障手術亦屬於我們的承保範圍。有關詳細信息，請參閱列於本表後方的「視力醫護服務」</p> <p style="text-align: right;">本理賠說明於下頁待續</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>部分不屬於 Medicare 承保範圍的項目，亦屬於我們的承保範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用於淋巴水腫的梯度壓迫襪。 • 於門診就診時特別提供的外科用靴。 • 用於性功能障礙的真空勃起裝置。 • 因醫療上必要的傷口護理，所使用的某些皮膚密封膠、保護劑、保濕劑和藥膏。 • 除「牙科服務」中所述的情況外，我們不會支付假牙裝置的費用。 <p>假體裝置和相關用品†（續）</p> <p>在您的 Medi-Cal 承保範圍內，若滿足以下所有條件，我們將承保義肢和矯形裝置：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 該用品在醫學上是恢復身體部位運作方式所必需的（僅適用於義肢）。 • 該用品是為您開立的處方。 • 該用品在醫學上是支援身體部位所必需的（僅適用於矯形裝置）。 • 該用品在醫學上是您進行日常生活活動所必需的。 • 該用品對您的整體醫療狀況有幫助。 • 該用品屬於 Medi-Cal 承保範圍。 • 您必須獲得該用品的事先核准。這些用品包括植入式聽力裝置、義乳或全乳房切除手術後用胸罩、燒燙傷壓力衣，以及恢復身體機能、取代身體部位或支撐無力或變形之身體部位的假體。承保範圍僅限於符合您適當醫療需求的最低價設備用品。我們選擇供應商。 	




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>肺部復健服務</p> <p>為中度至極重度的慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 會員的肺部復健計劃，屬於我們的給付範圍。針對肺部復健，你必須持有醫囑，以進行醫生或醫護人員對 COPD 的治療。</p> <p>依賴呼吸機的患者呼吸服務，亦屬於我們的給付範圍。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>駐地藥物濫用障礙治療和精神健康治療†</p> <p>具有執業執照的住院治療設施，所提供的 24 小時個人藥物濫用障礙或精神健康治療服務（高於監督護理級別，一般透過其相關計劃以及設施進行），亦屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 個人和小組輔導。 • 醫療服務。 • 藥物控管。 • 食宿。 • 經由網絡醫護人員根據我們的《保險承付藥物手冊》，在住院治療設施內依照您的醫護計劃所開立、並且在設施內經由醫療人員對您施用的藥物。 • 出院規劃。 <p>網絡醫護人員在住院治療計劃中，針對治療精神健康疾病和藥物濫用的開藥處方，沒有醫療上必要的天數限制。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>性接觸傳染 (STI) 的篩檢和諮詢</p> <p>為孕婦和某些 STI 風險較高的人群，針對披衣菌、淋病、梅毒和乙型肝炎的篩檢費用，屬於我們的給付範圍。基本保健業者必須開立醫囑以進行檢查。每 12 個月一次，或在懷孕的特定期間所進行的檢查，皆屬於我們的承保範圍。</p> <p>針對有性生活且屬於 STI 高危險群的成人，每年達兩次面對面高強度行為諮詢，亦屬於我們的給付範圍。每次會談可長達 20 到 30 分鐘。該諮詢會談的給付，僅限於基本保健業者所提供的預防服務。會談必須在基本護理的地點進行，例如醫生診間。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>專業護理院 (SNF) 醫療護理</p> <p>根據 Medicare 的準則，我們每個理賠期最多承保 100 天在專業護理院所提供的專業住院病人服務 (先前無需住院)。用完這些天數後，您可能會獲得 Medi-Cal 的附加保險。</p> <p>下列醫療服務項目，以及任何其他未列出的服務，皆屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 雙人病房，或如有醫療上必要的單人病房。 ● 膳食，包含特定飲食 ● 護理服務 ● 物理治療、職業病治療及言語治療 ● 您在醫護計劃中取得的藥物，包含體內自然存在的物質，例如凝血因子 ● 血液，包括儲存和管理 ● 經由護理機構所提供的醫療和外科用品 ● 經由護理機構所進行的化驗 ● 經由護理機構所提供的 X 光檢查和其他放射科服務 ● 通常經由護理機構所提供的如輪椅等使用設備 ● 醫師/醫護人員服務 <p>您通常經由網絡內的機構進行醫護服務。然而，您可能不在我們網絡醫院或診所中進行醫療護理。若這些機構符合我們方案的給付額度，您則可以從下列地點進行醫護服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 護理院，或者您在入院前所居住的持續性醫護服務退休社區（前提是能提供護理院醫護服務）。 ● 當您出院時，您的配偶或同居人所在的護理院。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p> <p>理賠期是從您前往屬於 Medicare 承保範圍之住院醫院或專業護理院 (SNF) 的第一天開始計算。當您未在任何醫院或 SNF 住院連續達 60 個日曆日時，理賠期即終止。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>監督式運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>我們會支付出現周邊動脈疾病 (PAD) 症狀的會員的 SET，如該會員可取得負責 PAD 治療的醫生針對 PAD 提供的轉介。</p> <p>以下為我們方案的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> 若符合所有 SET 的條件要求，在 12 週內可進行最多 36 個療程。 <p>經由保健業者在醫療上必要的要求，則隨時間增加 36 個療程。</p> <p>SET 計劃必須符合：</p> <ul style="list-style-type: none"> 針對因血流不暢而腿部痙攣 (跛行) 的會員，進行 30 至 60 分鐘的 PAD 治療性運動訓練計劃。 在醫院門診地點或醫生診間進行。 由確保利大於弊並經過 PAD 運動療法訓練的合格人員提供。 需受到接受過基本和進階維生技能訓練的醫生、醫生助理或護理師/臨床護理專科醫生的直接監督。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>交通接送：非急診醫療交通接送服務†</p> <p>此理賠福利有助於交通運輸的最佳成本效益和方便性。此包含：救護車，擔架醫務車、輪椅醫務車等醫療運輸服務，並配合中轉運輸。</p> <p>以下情況為經由認可的運輸方式：</p> <ul style="list-style-type: none"> 您的醫療和/或身體狀況不允許您出門搭乘公共汽車、客車、計程車，或其他公共或私人交通工具，以及 根據服務的不同，可能需要事先授權。 <p>如需有關如何申請非急診醫療交通接送服務的資訊，請參閱第 3 章。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>交通接送：非醫療交通接送服務†</p> <p>此理賠福利允許以汽車、計程車或公共/私人交通工具其他方式前往醫療服務機構。</p> <p>為了獲取所需醫療護理的目的而需要的交通接送，包括前往牙科診所就診和領取處方藥等的交通。</p> <p>此項福利不會侷限您的非緊急醫療交通運輸服務的理賠福利。</p> <p>如需有關如何申請非醫療交通接送服務的資訊，請參閱第 3 章。</p>	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得轉介。</p>
<p>緊急醫護</p> <p>緊急醫護是為了治療：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 需要立即進行醫療護理的非急診病情，或者 • 突發疾病，或者 • 受傷，或者 • 需要立即進行醫療護理的情況。 <p>如果您需要緊急治療，應先嘗試從網絡保健業者處取得。</p> <p>在我們的服務區內：除非由於異常或特殊情況（如重大災難）而暫時無法取得保健業者網絡服務，您必須經由網絡醫護人員取得緊急治療。</p> <p>在我們的服務區外：當您在旅行時，如果您因突發疾病或受傷而需要立即接受醫療且您合理認為如果延遲至您返回服務區再接受治療，您的健康將會嚴重惡化，則您將可享有全球緊急醫護承保。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p> 視力保健</p> <p>下列屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年一次的例行性眼科檢查。 • 針對眼部疾病與損傷的診斷和治療的門診醫生服務。例如，此包含對糖尿病患者進行糖尿病視網膜病變的年度眼科檢查，以及與老年黃斑部退化治療。 • 針對糖尿病患者，所進行的糖尿病視網膜病變監測篩檢。 • 視野檢驗。 <p>針對青光眼的高危險群，每年進行一次的眼科篩檢亦屬於我們的承保範圍。青光眼高危險人群包含：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有青光眼家族病史的人。 • 糖尿病患者。 • 年滿 50 歲的非裔美國人。 • 年滿 65 歲的西班牙裔美國人。 	<p>\$0</p> <p>請和您的保健業者洽詢並取得眼科轉介。</p>
<p>白內障手術後的視力矯正器：我們會支付下列費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 若醫生植入眼內晶狀體，每一次白內障手術後可有一副眼鏡或隱形眼鏡。如果您有兩次各別的白內障手術，請您務必在每次手術後取得一副眼鏡。若您在第一次手術後沒有取得一副眼鏡，則無法在第二次手術後同時取得兩副眼鏡。 • 在白內障摘除後，尚未植入晶狀體前所需的矯正鏡片/鏡框 (及置換)。 	<p>符合 Medicare 準則的眼具為\$0 美元。</p> <p>注意：如果您所購買的視力矯正器費用超過 Medicare 的承保範圍，您將需支付差額。</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>眼鏡和隱形眼鏡：我們每 12 個月提供一次\$350 的承保額，供您用於透過本計劃的眼科設施購買視力矯正器，但條件是醫生或驗光配鏡師有針對視力矯正為您開立眼鏡或隱形鏡片的處方。承保額可用於給付下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 經由網絡醫護人員裝入鏡框的鏡片。 • 由網絡醫護人員裝入兩片鏡片（至少其中一片帶有屈光度）的鏡框。 • 隱形鏡片、驗配和配發。 <p>如果我們在過去 12 個月內曾提供鏡片或鏡框的承保額（或以其他方式承保），則我們不再提供承保額。</p> <p>承保額僅用於首次購買。如果您在首次購買時並未將允許額用完，您將無法在稍後再行使用。</p>	<p>如果您購買的眼具費用超過\$350，則需支付差額。</p> <p>Medi-Cal 每 24 個月會給付新的鏡框或替換鏡框，但費用不能超過\$80。如果您購買的鏡框費用超過\$80，則需支付差額。</p>
<p>根據您的 Medi-Cal 保險可提供的眼鏡：</p> <p>由 DHCS 的眼鏡鏡片供應商所提供的全新或替換的眼鏡鏡片。如果 DHCS 的供應商無法為您提供所需的鏡片，我們將安排在另一個光學實驗室製造您的鏡片。如果我們因為 DHCS 的供應商無法為您生產眼鏡鏡片而必須做此安排，您無需支付額外費用。</p>	<p>\$0</p> <p>如果您想要 Medi-Cal 未承保的眼鏡鏡片或功能，則您可能必須為這些升級支付額外費用。</p>
<p>置換鏡片：如果您在首次購買屬於我們允許額（或屬於承保範圍）的鏡片或隱形鏡片的 12 個月內，於處方上單側或雙側眼睛屈光度改變達 0.50，則我們將針對屈光度改變達 0.50 的該側眼睛提供允許額，以供您購買同類型的置換用品（眼鏡鏡片或隱形鏡片、驗配和配發）。可用於購買上述任一類替換鏡片的承保額為單視眼鏡鏡片或隱形鏡片\$30（包括配驗和配發）以及多焦點或晶體狀眼鏡鏡片\$45。</p>	<p>如果您購買的鏡片費用超過\$30的補助，或者您購買的多焦點或晶體狀眼鏡鏡片費用超過\$45，您將需支付超過補助的金額。</p>




如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
<p>特殊隱形眼鏡：我們承保下列特殊隱形鏡片，但條件是需由具備驗光配鏡師身分的網絡醫生或網絡醫護人員開立處方：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每 12 個月每側眼睛最多兩片為治療無虹膜症（虹膜缺失），而在醫療上必要的隱形鏡片、驗配和配發。 • 如果隱形鏡片（無虹膜症所需的隱形鏡片除外）可讓您的視力大幅改善，且該改善無法經由眼鏡鏡片達成，則我們會承保每 12 個月不超過一次的一付隱形鏡片（包括驗配和配發），或首副拋棄式隱形鏡片（包括驗配和配發）。然而，如果我們已在過去的 12 個月內提供過隱形鏡片的允許額（或該隱形鏡片屬於承保範圍），則我們將不會再承保任何隱形鏡片，但無虹膜症所需的隱形鏡片仍屬於承保範圍。 	\$0
<p>低視力裝置：若滿足以下條件，我們會根據 Medi-Cal 承保低視力裝置：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 較好眼的最佳矯正視力為 20/60 或更差，或者任一眼的視野限制距凝視點 10 度或更小。 • 導致視力下降的情況是慢性的，且無法透過藥物或手術的方式緩解。 • 接受者的身體和精神狀況使得可合理預期輔助裝置將可用於增強接受者的日常功能。 <p>承保範圍僅限於費用最低且能滿足會員需求的裝置。 Medi-Cal 承保範圍不包括電子放大鏡裝置以及不包含用於眼睛的鏡片的裝置。</p>	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計畫會支付費用的服務	您必須支付的費用
 <p>「歡迎加入 Medicare」預防性就診</p> <p>一次性的「歡迎加入 Medicare」預防性就診，亦屬於我們的承保範圍。就診項目包含：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 回顧您的健康狀況， • 針對您預防服務所需要的教育和諮詢（包括篩檢和注射），以及 • 推薦至其他您所需要的醫護服務。 <p>注意：我們僅會在您享有 Medicare B 部分的前 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」預防性就診。當您進行約診時，請告知醫生診所您想預約「歡迎加入 Medicare」預防性就診。</p>	<p>\$0</p>



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
<p>其他牙科護理 (DeltaCare® USA Dental HMO 計劃)</p> <p>本保健計劃與 Delta Dental of California (簡稱為「Delta Dental」) 簽有協議，以為您提供 DeltaCare USA Dental HMO 計劃。DeltaCare USA 透過與 Delta Dental 簽約以提供牙科服務的牙科醫生網絡提供綜合牙科醫療護理。如需有關牙科醫護人員的資訊，請參閱《牙科醫護人員名錄》。</p> <p>DeltaCare USA 的主治牙科醫生將會適當提供下列理賠福利，但需遵守本章所述的限制和除外項目。在服務提供之前，會員應與其 DeltaCare USA 牙科醫生討論所有的治療選項。若所列的診療程序服務是由指定的簽約牙科醫生提供，則入保人需支付指定的共付額。在所列的診療程序中，若有需要由牙科醫生提供專科醫生之服務並由指定簽約牙科醫生進行轉介的診療程序，則必須獲得 Delta Dental 的授權。入保人需為此類服務支付規定的共付額。</p> <p>如果某牙科程序未列於下表，則該牙科程序即不屬於承保範圍。注意：下列任何有星號 (*) 標示的服務，僅在與下列其他未有星號 (*) 標示的服務一起提供時，才屬於我們的承保福利範圍。</p> <p>下方以斜體字顯示的文字，旨在特別說明 DeltaCare USA Dental HMO 計劃所提供的理賠福利，故不應將其視為美國牙科協會 (American Dental Association, ADA) 版權中現行牙科術語 (Current Dental Terminology, CDT) 的診療代碼、名稱或描述符號。ADA 會定期更新現行 CDT 的診療代碼、名稱或描述符號。該更新可用於說明這些經承保的診療均符合聯邦法規。</p>	
<p>診斷 (D0100-D0999)†</p>	
D0120：定期口腔評估 — 已有看診記錄的病人。	\$0
D0140：侷限性口腔評估：重點關注問題。	\$0
D0150：綜合口腔評估：新病人或已建立病歷的病人。	\$0
D0160：詳細且完整的口腔評估 – 以解決問題為主，按申報	\$0
D0180：綜合牙周評估 — 新患者或已有看診記錄的患者	\$0
D0210：口腔內——綜合放射線影像——限每 24 個月 1 組。	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D0220：口內：首次根管放射線影像。	\$0
D0230：口內 – 每額外增加一張根尖周放射線影像。	\$0
D0240：口內 – 咬合放射線影像。	\$0
D0250：口腔外 — 採用固定輻射源形成的二維投影和檢測儀執行 X 光造影。	\$0
D0251：口外後部牙齒的放射線影響。	\$0
D0270：咬翼片：單張放射線影像。	\$0
D0272：咬翼片：兩張放射線影像。	\$0
D0274：咬翼片：四張放射線影像，每 6 個月僅限一次。	\$0
D0330：口內環口放射線影像。	\$0
D0350：口內或口外的二維口腔/顏面放射線影像：用於診斷和治療無法在放射線造影上清楚顯示的特定臨床病症，每個服務日限四張。	\$0
D0419：唾液流速測量評估——每 12 個月 1 次。	\$0
D0502：其他口腔的病理科診療，根據報告。	\$0
D0999：根據報告進行的非指定診斷程序：包括診所赴診，按照赴診次數計算 (其他服務另計)。	\$0
預防性服務 (D1000-D1999)	
D1110：預防性清潔†：成人，每 6 個月一次 D1110 或 D4346。	\$0
D1206：局部塗氟：每 6 個月一次 D1206 或 D1208。	\$0
D1208：局部塗氟 (不含氟漆)：每 6 個月一次 D1206 或 D1208。	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D1354：防齲劑應用，每顆牙齒每 6 個月一次	\$0
修復服務 (D2000-D2999)† 承保範圍包含拋光、所有黏著劑和黏合劑、間接覆髓術、牙基底、襯墊及牙面酸蝕診療，但有下列限制： 牙冠、嵌體及冠蓋體必須經修復達 5 年以上方可進行置換。	
D2140：汞合金：單面，乳齒或恆齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2150：汞合金：雙面，乳齒或恆齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2160：汞合金：三面，乳齒或恆齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2161：汞合金：四面以上，乳齒或恆齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2330：複合樹脂：單面，前牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2331：複合樹脂：雙面，前牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2332：複合樹脂：三面，前牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2335：複合樹脂：四面以上或包含切緣角 (前牙)，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2390：複合樹脂牙冠，前牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2391：複合樹脂：單面，後牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2392：複合樹脂：雙面，後牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2393：複合樹脂：三面，後牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2394：複合樹脂：四面以上，後牙，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2910：重新黏合嵌體、冠蓋體或局部覆蓋冠修復，每 12 個月僅限一次。	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D2920：重新黏合或重裝牙冠：原先的醫護人員應在首次安裝預製牙冠、或經技工室處理之牙冠後的前 12 個月內，負責提供所有重新黏合服務。在起初的第 1 個月後，每 12 個月僅限一次。	\$0
D2928 預製瓷/陶瓷牙冠：恆齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2931：預製不鏽鋼牙冠：恆齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2932：預製樹脂牙冠：前牙乳齒，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2933：預製不鏽鋼牙冠附樹脂鑲嵌，每 36 個月僅限一次。	\$0
D2940：保護性修復：每 6 個月僅限一次。	\$0
D2952：牙冠以外的根柱和冠心，以間接製作法製成：包含根管備製，每顆牙齒一次。	\$0
D2954：牙冠以外的預製根柱和冠心：鹵金屬根柱包含根管備製，每顆牙齒一次。	\$0
牙髓病 (D3000-D3999)†	
D3110：覆髓 – 直接 (不含最終修復)。	\$0
D3346：針對先前的根管治療進行重新治療：前牙，在首次治療後的 12 個月內不屬於原先進行治療的醫護人員理賠福利。	\$0
牙周病 (D4000-D4999)†	
包含術前和術後的評估，以及在局部麻醉下所進行的治療。	
D4341：牙周刮治和牙根整平：每象限四顆以上牙齒，24 個月內每象限僅限一次。	\$0
D4342：牙周刮治和牙根整平：每象限一顆至三顆牙齒，24 個月內每象限僅限一次。	\$0
D4346：在有廣泛性中度或重度牙齦發炎的情況下所進行的刮治：全口，在進行口腔評估之後，D1110 或 D4346 每 6 個月一次	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D4355：全口清創以便在隨後的就診中進行綜合牙周評估和診斷——在任何連續 12 個月中僅限 1 次治療。	\$0
D4910：牙周維護：僅有住在專業護理院或中級醫療護理設施的病人才能獲得理賠，條件是必須在牙周刮治和牙根整平 (D4341-D4342) 後提供，且必須在所有必要的刮治和牙根整平完成後才可提供，每日曆季度僅限治療一次，且僅限在最後一次刮治和牙根整平後的 24 個月內。	\$0
活動式牙修復 (D5000-D5899)† 換底、換底墊及組織調理，在任何連續的 12 個月內，每副假牙僅限一次。假牙或局部假牙，必須在現有假牙使用達 5 年以上方可進行置換。 注意： 針對本表所列的所有假牙和局部假牙，共付額包含了安裝後的前六個月安裝後調整和組織調理 (如有必要)。您必須持續符合資格，且該服務必須在最初安裝假牙的 DeltaCare USA 牙科醫生的醫院/診所提供。	
D5110：全口假牙：上頷。	\$0
D5120：全口假牙：下頷。	\$0
D5130：即時性假牙 – 上頷。	\$0
D5140：即時性假牙：下頷。	\$0
D5410：調整全口假牙：上頷，每個服務日一次，每 12 個月兩次。	\$0
D5411：調整全口假牙：下頷，每個服務日一次，每 12 個月兩次。	\$0
D5511：修補斷裂的全口假牙基底，下頷。每個服務日每側牙弓一次；每 12 個月僅限兩次。	\$0
D5512：修補斷裂的全口假牙基底，上頷。每個服務日每側牙弓一次；每 12 個月僅限兩次。	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D5520：置換缺牙或斷牙：全口假牙 (每顆牙)，每側牙弓最多限四顆，按照每個服務日及每位醫護人員計算，每 12 個月每側牙弓僅限兩次。	\$0
D5611：修補樹脂局部假牙基底，下頷。每個服務日每側牙弓一次；每 12 個月僅限兩次。	\$0
D5612：修補樹脂局部假牙基底，上頷。每個服務日每側牙弓一次；每 12 個月僅限兩次。	\$0
D5730：上頷全排假牙換底墊 (直接)：每副假牙每 12 個月僅限一次。	\$0
D5731：下頷全排假牙換底墊 (直接)：每副假牙每 12 個月僅限一次。	\$0
D5750：上頷全排假牙換底墊 (間接)。	\$0
D5751：下頷全排假牙換底墊 (間接)：每副假牙每 12 個月僅限一次。	\$0
D5850：上頷組織調理：每 36 個月每副假牙僅限兩次。	\$0
D5851：下頷組織調理：每 36 個月每副假牙僅限兩次。	\$0
D5863：覆蓋式假牙：上頷全排，每五年 1 副。	\$0
D5865：覆蓋式假牙：下頷全排，每五年 1 副。	\$0
移植服務(D6000-D6199)† 僅有在持有特殊病況的證明文件，並在完成醫療必要性的審查後，服務才屬於理賠範圍。需取得事前授權書。並請參閱限制項目及除外項目。原先的醫護人員，應在首次安裝植體或基台支撐式牙冠後的前 12 個月內，負責提供所有重新黏合服務。之後則限由相同醫護人員，每 12 個月針對先前重新黏合的植體或基台支撐式牙冠，提供一次重新黏合服務。	



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D6092：重新黏合或重裝植體/基台支撐式牙冠。	\$0
D6093：重新黏合或重裝植體/基台支撐式固定局部假牙。	\$0
D6096：移除損壞的植入固定螺絲。	\$0
D6100：植入的外科手術移除，根據報告。	\$0
D6105：移除植入體不需要切除骨頭，也不需要掀開皮瓣。	\$0
D6197：每個植入體更換修復材料，用於封閉螺釘固位的植入體支撐式假體的進入開口。	\$0
固定式牙修復 (D6200-D6999)† 在固定式局部假牙或牙橋中，每個維持器和橋體均算作一個單位。牙冠、橋體、嵌體、冠蓋體或減壓裝置必須在現有牙橋使用達 5 年以上，方可進行置換。	
D6930：重新黏合局部固定式假牙。	\$0
D6999：進行未指定的固定式牙修復診療，根據報告。	\$0
口腔與上頷面手術 (D7000-D7999)† 包含術前和術後的評估，以及在局部麻醉下所進行的治療。	
D7111：拔牙或殘餘牙冠：乳齒。	\$0
D7140：拔牙、萌生齒或暴露牙根 (提升術和/或醫用鉗拔除)。	\$0
D7210：拔除需要移除骨質和/或部分牙齒的萌生齒，如為治療所需，包括掀開黏膜骨膜皮瓣。	\$0
D7220：拔除阻生齒：軟組織。	\$0
D7230：拔除阻生齒：部分骨阻生。	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D7240：拔除阻生齒：完全骨阻生。	\$0
D7241：拔除阻生齒：完全骨阻生合併罕見的外科併發症。	\$0
D7250：拔除牙齒殘根(切割診療)。	\$0
D7270：牙齒再植術和/或意外脫落或錯位牙齒的固定：僅限前牙恆齒，每側牙弓一次。	\$0
D7286：口腔組織切片化驗：軟組織，不包括病理化驗程序。	\$0
一般輔助性服務 (D9000-D9999)†	
D9110：牙痛緩和治療——每次就診。	\$0
D9210：非與手術或外科手術同時進行的局部麻醉	\$0
D9211：區域性阻滯麻醉。	\$0
D9212：三叉神經阻斷麻醉。	\$0
D9215：與手術或外科手術同時進行的局部麻醉。	\$0
D9223：注射深度鎮靜劑/全身麻醉：按每 15 分鐘遞增計算。	\$0
D9230：吸入笑氣/鎮靜劑、鎮痛劑。	\$0
D9239：靜脈內的中度(清醒)鎮靜劑/鎮痛劑注射：前 15 分鐘。	\$0
D9243：靜脈內的中度(清醒)鎮靜劑/鎮痛劑注射：每 15 分鐘遞增。	\$0
D9248：非靜脈的清醒鎮靜。每個服務日僅限一次。	\$0
D9310：諮詢：由提出申請之牙科醫生或醫生進行，而非提供診斷服務的牙科醫生或醫生。此診療只能視作 D0120、D0140、D0150 或 D0160 的診斷程序。	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
D9311：醫療保健專業人員諮詢。	\$0
D9430：診所赴診接受觀察 (於正常看診時間)：未進行其他服務。每個服務日一次。	\$0
D9440：診所赴診：於正常看診時間之外，每個服務日一次，僅限於治療屬於理賠福利時。	\$0
D9910：敷塗脫敏藥：僅限恆齒，每 12 個月僅限一次。	\$0
D9930：併發症治療 (術後)：異常情況，根據報告。每個服務日一次。	\$0
D9986：未如期赴診：未提前 24 小時通知。	\$0
D9987：取消約診 – 未提前 24 小時通知。	\$0
D9990：經認證的翻譯或手語服務，每次赴診。	\$0
D9991：牙科個案管理：處理約診的合規問題。	\$0
D9992：牙科個案管理：醫護服務協調。	\$0
D9995：遠距牙科：同步，即時就診。	\$0
D9996：遠距牙科：非同步，可將資訊保存下來並傳送給牙科醫生以進行後續診察。	\$0
<p>急診牙科護理*†</p> <p>如果您需要急診牙科護理，您應與指定的 DeltaCare USA 牙科醫生或 Delta Dental 的客戶服務聯絡，並請於週一至週五，上午 8:00 至下午 8:00 致電 1-877-644-1774。美國東部標準時間，每週 7 天，10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點 (聽障及語障電話專線，使用者應致電 711。)</p> <p>經由您指定的 DeltaCare USA 牙科醫生所取得的急診牙科醫療護理，亦屬於我們的承保範圍。</p>	\$0



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您所受保的服務	您必須為哪些服務支付費用
<p>經由指定的 DeltaCare USA 牙科醫生以外的牙科醫生，向其所取得的急診牙科護理，亦屬於我們的承保範圍，但每次急診限額為\$100 美元，且該金額應低於成本分擔。而急診護理的承保範圍，僅限於穩定您病情，以及提供緩和療護所需的必要醫護服務。此外，若您不具備下列條件，您則需負擔牙科護理的全額費用：</p> <p>您曾合理地嘗試與指定的 DeltaCare USA 牙科醫生聯絡，但無法在 24 小時內 進行看診，或者您認為當時的病情，無法出門前往指定的 DeltaCare USA 牙科醫生進行就醫。如果您屬於新會員且沒有指定的牙科醫生，您應與 Delta Dental 客戶服務部聯絡，來幫助您尋找 DeltaCare USA 的牙科醫生。</p> <p>您在接受急診牙科護理前曾致電 Delta Dental 客戶服務部，或者因您的當時的病情為合理進行牙科護理，無法向客戶服務部聯絡。</p> <p>急診牙科服務的索賠，必須在治療日期起的 90 天內 向 Delta Dental 提出，除非您能證明在合理情況下無法於該期限內提出索賠。如在該情況下，您必須於治療日起的一年內提出索賠。請將您的索賠寄至：Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023。</p>	<p>您需支付超過 \$100 美元 額度以上的任何費用。</p>

E. 本計劃外的理賠承保福利

我們不承保下列服務，但這些服務可透過 Original Medicare 或 Medi-Cal 按服務收費取得。

E1. 加州社區過渡 (CCT) 計劃

加州社區過渡 (California Community Transition, CCT) 計劃使用當地的主要機構，以幫助符合條件的 Medi-Cal 受益人，因在住院設施中至少連續居住 **90 天**，而使其過渡以返回社區環境並維持安全。CCT 計劃在過渡前、以及過渡後的 **365 天內** 資助過渡協調服務，以幫助受益人返回社區環境。

您可以在您所居住的郡，經由任何具有 CCT 服務的主要機構，以取得過渡協調服務。

您可參閱保健服務部的網站，取得各郡 CCT 主要機構的服務列表：

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

CCT 過渡協調服務

Medi-Cal 過渡協調服務屬於我們的給付範圍。您無需為該服務支付任何費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

非 CCT 過渡的相關服務

保健業者會向我們收取您的服務費用。我們的方案會在您進行過渡後給付該費用。您無需為該服務支付任何費用。

在理賠福利表 **D 節** 所列的 CCT 過渡協調服務項目，屬於我們的給付範圍。

藥物承保的理賠福利維持不變

CCT 計劃**不包含**藥物承保。您仍經由我們的計劃取得正常的藥物理賠福利。如需更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

注意：如果您需要非 CCT 過渡的醫護服務，請致電您的醫護協調員以進行安排。非 CCT 過渡的醫護服務，意指與機構或設施過渡**無關**的醫護服務。

E2. Medi-Cal 牙科計劃

某些牙科服務可經由 Medi-Cal 牙科計劃取得；包括但不限於以下這類服務：

- 初步檢查、X 光檢查、清潔和氟化物治療。
- 牙冠和修復。
- 根管治療。
- 假牙、調整、修理和重新排列。

Medi-Cal 牙科計劃中的牙科理賠福利是依服務項目收費。如需更多資訊，或者如果您需協助以尋找接受 Medi-Cal 牙科計劃的牙科醫生，請聯絡客戶服務部熱線：**1-800-322-6384**（聽障及語障電話專線使用者請撥 **1-800-735-2922**）。該通話為免費電話。Medi-Cal 的牙科服務計劃代表，可在周一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供幫助。您也可以瀏覽網站：dental.dhcs.ca.gov/以取得詳細資訊。

我們的方案提供額外的牙科服務。請參閱**第 D 節**中的理賠項目表，以瞭解詳細資訊。

E3. 安寧護理

若您的醫護人員和安寧護理醫務主任確定您為預後末期，則您有權選擇安寧護理。此代表您患有末期疾病，預計尚有六個月或更短的生命。您可經由 Medicare 認證的安寧計劃中取得醫護服務。此方案一定會幫助您找到具有 Medicare 認證的安寧護理計劃。安寧護理的醫生可以是網絡醫護人員，也可以是網絡外的醫護人員。

有關我們對您進行安寧護理給付的更多資訊，參閱理賠福利表 **D 節**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

與預後末期相關的安寧服務，以及經由 Medicare A 部分或 B 部分所承保的服務項目：

- 安寧服務提供者會根據您的服務向 Medicare 收取費用。Medicare 會給付與您預後末期相關的安寧服務。您無需為該服務支付任何費用。

非關您預後末期的服務，屬於 Medicare A 部分或 B 部分的承保範圍 (急診護理或緊急醫護除外)

- 保健業者將依據您的服務向 Medicare 收取費用。Medicare 將給付 Medicare A 部分或 B 部分所涵蓋的服務。您無需為該服務支付任何費用。

針對可能屬於本計劃中 Medicare D 部分理賠福利承保的藥物：

- 在何藥物不會同時屬於安寧服務和本方案的承保範圍。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。

注意：若您需要非安寧護理醫護服務，請致電您的醫護協調員以進行安排。非安寧護理的醫護服務是與您預後末期無關的醫護服務。

E4. 當地教育機構 (「LEA」) 評估服務

根據 CCR 第 22 條第 51190.1 節提供有資格接受 LEA 服務的會員 LEA 評估服務時，保健計劃不負責給付 CCR 第 22 條第 51360(b) 節中規定的 LEA 評估服務。

E5. CCR 第 22 條第 51360 節所述的 LEA 服務

保健計劃並不負責給付根據《教育法案》第 56340 及以下等節所述之個人教育計劃 (Individualized Education Plan, IEP) 或根據《政府法案》第 95020 節所述之個人家庭服務計劃 (Individualized Family Service Plan, IFSP) 而提供之 LEA 服務，也未包含根據 CCR 第 22 條第 51360 節所述之個人保健與支援計劃 (Individualized Health and Support Plan, IHSP) 而提供之 LEA 服務之承保。

E6. 根據州政府血清甲型胎兒蛋白檢測計劃提供的化驗服務

根據州政府血清甲型胎兒蛋白檢測計劃所提供服務的保險會透過 FFS Medi-Cal 提供。

E7. 禱告與靈療

可透過 FFS Medi-Cal 獲得 CCR 第 22 條第 51312 節中指定的禱告或靈療治療服務。請和您的郡政府聯絡，以瞭解如何取得這些服務的進一步資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

F. 未由以下保險承保的理賠福利：本計劃、Medicare 或 Medi-Cal

本節將向您介紹我們方案不包含的理賠福利。「除外項目」是指該福利不屬於我們的給付範圍。同時也不適用於 Medicare 和 Medi-Cal。

以下列表說明某些我們在任何情況下都不會承保服務和項目，僅某些服務和項目在特定情況下適用。

本節(或此《會員手冊》的任何地方)所列除外項目的醫療理賠福利，除非在所列的特定條件下，否則不屬於我們的給付範圍：即使您在急診設施接受服務，本方案也無法給付服務費用。若您認為我們的方案應給付未承保的服務，您可以提出上訴。如需有關上訴的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

除理賠福利表所說明的任何除外項目或限制外，以下項目和服務亦不屬於我們的承保範圍：

- 除非我們將該項服務列為承保服務，否則依照 Medicare 和 Medi-Cal 標準，此屬於非「合理且醫療上必要的」服務。除外項目不屬於服務範圍，或物品不屬於原始 Medicare 承保範圍，但屬於我們方案的承保範圍。
- 實驗性醫療和手術程序、設備和藥物。實驗性程序和用品是指經由 Original Medicare 判定為未獲得醫學界普遍接受的項目和程序。若由獲得 Medicare 核准的臨床試驗研究提供可能屬於 Original Medicare 的承保範圍。(請參閱第 3 章，以瞭解更多有關臨床試驗研究的資訊。)
- 醫院單人病房(有醫療上的必要性時除外)。
- 私人看護。
- 醫院或護理院病房內的私人用品。
- 全職居家護理。
- 由您近親或家人所收取的費用。
- 選擇性或自願性改善程序或服務(包括減重、掉髮或生髮、性功能、體育表現、美容用途、抗老及精神表現)，有醫療上的必要性時除外。
- 脊柱神經護理(按照承保準則對脊柱進行的徒手推拿服務除外)。
- 常規足部護理(D 節理賠項目表中「足科服務」中所述內容除外)。
- 矯正鞋具或支撐裝置(除非鞋具屬於腿部支架的一部分且包含在支架費用當中，或者鞋具是供患有糖尿病足部疾病的患者使用)。
- 視力矯正手術(例如，LASIK 手術)。
- 絕育復原手術程序及非處方避孕用品。
- 自然療法服務(使用自然或替代治療)。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 在退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 所屬設施為退伍軍人所提供的服務。但是，若退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務且 VA 成本分擔高於本計劃成本分擔時，我們將會為退伍軍人補償該差額。您仍需負責支付您的成本分擔金額。
- 部分檢查及服務：
 - 為了求職或保住工作
 - 為了取得保險
 - 為了取得任何類型的執照
 - 為因應法院命令或為了獲得假釋或緩刑
 - 如果網絡醫生認定服務是醫療上必要的服務，此除外項目則不適用。
- 舒適或便利項目。Medi-Cal 承保範圍並不包括舒適、便利或奢侈性質的器材或功能。其中包括純粹為了會員、會員家人或會員保健業者的舒適或便利而提供的用品。此除外項目不適用於在產後提供給婦女的零售等級吸奶器。此除外項目也不適用於在社區支援下為您核准的項目。
- 美容服務或程序。此除外項目不適用於下列任何項目：
 - 在承保重建手術期間植入的睪丸植入物。
 - 全乳房切除手術或是乳房腫瘤切除術後所需的義乳。
 - 用於取代整體或部分臉部外部部位所需的假體。
- 意外受傷或為改善身體畸形部位機能的情況。
- 一次性用品。Medi-Cal 承保範圍不包括以下居家用一次性用品：繃帶、紗布、膠布、抗菌劑、敷料及彈性繃帶。本除外項目不適用於和本《會員手冊》第 4 章（「福利與服務」）所述之下列福利一併提供的一次性用品：
 - 洗腎/血液透析治療。
 - 耐用醫療器材。
 - 居家健康護理。
 - 安寧護理與姑息護理。
 - 醫療用品、設備及用具。
 - 處方藥。
 - 假體裝置和相關用品。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 生育服務：
 - 自願性手術引起的不育症的逆轉服務和生育力保存服務。
 - 透過人工方式受孕，例如人工受孕、受精卵人工移入輸卵管、卵子移植和配子受精卵人工移入輸卵管 (人工授精和 Medicare 承保的相關服務除外)。
- 不屬於醫療保健項目和服務的項目與服務 (除非該項目與服務根據 ILOS 計劃或耐用醫療器材下的 Medi-Cal 承保範圍獲得核准)。例如，我們不承保：
 - 禮儀及禮節教學。
 - 為了培養規劃技能 (如日常活動規劃以及企劃案或工作規劃)而提供的教學和支援服務。
 - 為了提升學術知識或技能而提供的用品和服務。
 - 為了提升智能而提供的教學和支援服務。
 - 針對如文法、數學及時間管理等技能而提供的學術輔導或指導。
 - 閱讀教學 (不論您是否有閱讀困難的問題)。
 - 教育測驗。
 - 藝術、舞蹈、騎馬、音樂、遊戲或游泳教學，但此適用於「遊戲教學」的除外項目不適用於屬於行為健康治療計劃之一部分且屬於第 4 章 (「福利與服務」)中「行為健康治療」部分之承保項目的服務
 - 為了就業或為了職場用途而提供的技能教學。
 - 職業培訓或職業技能教學。
 - 專業成長課程。
 - 特定職業培訓或就業諮詢。
- 對您的房屋或汽車進行的修改 (除非它們是被確定為有醫療上的必要性或在社區支援下為您核准的臨時變更)。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 水中運動治療及其他水療。此水中運動治療及其他水療的除外項目不適用於屬於物理治療計劃一部分並屬於下列承保福利一部分的治療服務：
 - 居家健康護理
 - 安寧護理與姑息護理。
 - 復健和康復服務。
 - 專業護理院服務。
- 按摩治療。此除外項目不適用於屬於物理治療計劃一部分並屬於下列承保福利一部分的治療服務：
 - 居家健康護理
 - 安寧護理與姑息護理。
 - 復健和康復服務。
 - 專業護理院服務。
- 協助日常生活活動之類的個人護理服務 (監督護理) (例如：行走、上下床、沐浴、更衣、餵食、如廁及服藥)。此除外項目不適用於和根據下列章節說明的承保服務一併提供的日常活動協助：
 - 安寧護理與姑息護理。
 - 長期護理服務與支援。
 - 專業護理院/中期護理設施/亞急性醫療設施護理。
 - 社區支援。
- 未獲得聯邦食品及藥物管理署核准的服務。我們不承保根據法律規定必須獲得聯邦食品及藥物管理署 (「FDA」) 核准才可在美國販售，但未獲得 FDA 核准的藥物、補充劑、檢測、疫苗、裝置、放射性材料及任何其他服務。此除外項目不適用於下列情況：
 - 與臨床試驗相關的服務。
 - 屬於承保研究性服務一部分的服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 由未持照人士所進行的服務。承保範圍通常不包括由不需要國家執照或證書即可提供醫療保健服務的人安全有效地提供的服務，並且會員的症狀不需要由有執照的醫療保健業者提供服務。此除外項目不適用於以下情況：
 - 本《會員手冊》第 4 章中承保的服務。
 - 為您核准的承保範圍內的社區支援。
 - 承保範圍內的陪產員服務。
 - 承保範圍內的社區保健工作人員服務。
- 與不承保服務相關的服務。若有某項服務不屬於承保範圍，則與該不承保服務有關的所有服務均屬於除外項目。此除外項目不適用於對不承保服務所產生之併發症提供的治療，但若是這些併發症屬於承保範圍則不在此限。例如，如果您接受不屬於承保範圍的美容手術，則我們將不會承保您為了手術準備而接受的服務，也不會承保跟進護理。如果您在術後發生諸如嚴重感染等會危及生命的併發症，則此除外項目將不適用，我們將會承保治療併發症所需的服務，但條件是這些服務屬於《會員手冊》的承保範圍。
- 由縣政府衛生部所提供的兒童鉛中毒個案管理。請與您的縣政府聯絡，以瞭解有關鉛中毒個案管理服務的進一步資訊。

DeltaCare USA 除外項目

若所列的診療程序服務是由指定的簽約牙科醫生提供，則入保人需支付指定的共付額。在所列的診療程序中，若有需要由牙科醫生提供專科醫生之服務並由指定簽約牙科醫生進行轉介的診療程序，則必須獲得 Delta Dental 的授權。入保人需為此類服務支付規定的共付額。

下列服務和用品將不屬於您 DeltaCare USA 牙科理賠的承保範圍：

未明確列於「醫療理賠項目表」中的任何外科診療。

在醫院、門診手術中心、長期護理設施或其他類似護理設施收取的入院、使用或住院等所有相關費用。

整副假牙、空間維持器及牙冠遺失或遭竊。

在保險資格終止後開始接受之任何牙科診療程序所產生的牙科費用。

入保人在預付牙科計劃資格生效之前所接受之任何牙科治療程序所產生的牙科費用。示例包括：針對牙冠準備的牙齒、局部假牙、正在進行的根管治療。

先天性畸形（如先天性缺牙、多生牙、琺瑯質和牙本質發育不良等），除非包含在「醫療理賠項目表」中。

通常不在牙科設施配發的藥物，除非包含在「醫療理賠項目表」中。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

依據簽約牙科醫生、簽約專科醫生或牙科計劃顧問的專業觀點，具有下列情況的任何診療程序：

根據牙齒狀況和/或牙齒周圍結構判斷，預期會有成功率不高或持續效果不長的預後不良狀況，或

不符合牙科普遍接受的標準。

透過非指定簽約牙科醫生的任何牙科設施接受的牙科服務，包括牙科專科醫生提供的服務，除非獲得明確書面授權或列於「醫療理賠項目表」中的「急診牙科醫療護理」一節。若要獲得書面授權，入保人應於週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 致電客戶服務部，電話為 **1-877-644-1774**。美國東部標準時間，每週 7 天，10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點（聽障及語障電話專線，使用者應致電 **711**。）

不屬於承保範圍的理賠諮詢。

僅因為美容、磨耗、磨損、腐蝕、恢復或改變垂直距離、牙齒先天性或發育畸形等原因而接受的修復治療。

針對覆蓋式假牙的牙齒固位而接受的預防性牙髓病或修復性治療程序不屬於理賠範圍。

為增加垂直距離、更換或固定因磨耗而受損的牙齒結構、調整牙齒、固定牙周、進行咀嚼記錄、矯正或治療顳骨與下頷關節 (Temporomandibular joint, TMJ) 而必需使用的裝置或修復程序，除非包含在「醫療理賠項目表」中。

依據預付牙科計劃，若初始治療計劃中涉及摘除和重建帶有牙冠之 10 顆或 10 顆以上牙齒的咬合接觸面，則算作為是全口重建。與此類治療計劃相關的牙冠不屬於承保的理賠範圍。此除外項目並不會使其他承保服務的理賠項目遭到排除。

活動式裝置用的貴金屬、全口假牙的金屬或永久性軟式基底、陶瓷假牙以及個人化和特製全口假牙。

在牙齒無臨床症狀/無病理表現（無任何病理或感染徵兆或症狀）的情況下拔除牙齒，包括但不限於拔除第三顆臼齒。

顳骨與下頷關節功能失調的治療方式，包括義齒補綴、齒列矯正及全部或部分咬合復建或專為治療磨牙症而進行的顳骨與下頷關節功能失調治療程序。

在同一服務日期，在同一側牙弓上拔除牙齒 (D7111-D7250) 時進行的前庭成形術/牙槽脊加高治療程序。

在同一服務日期，在進行鎮痛、鎮靜、吸入笑氣時針對承保的治療程序或為完成靜脈清醒鎮靜/鎮痛而進行的深度鎮靜/全身麻醉。

在同一服務日期，在進行鎮痛、鎮靜、吸入笑氣時針對承保的治療程序或為完成深度鎮靜/全身麻醉而進行的靜脈清醒鎮靜/鎮痛。

在施予其他承保的鎮靜治療程序時，接受的笑氣吸入服務。

牙齒矯正治療必須由持照牙科醫生提供。自我施用的牙齒矯正（不承保）。

基於治療完成以外的原因卸除固定式牙齒矯正裝置不屬於承保福利項目。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

DeltaCare USA 限制項目

下列服務和用品屬於您 DeltaCare USA 牙科理賠的限制項目：

某些福利提供的頻率會受到限制。所有服務頻率限制均列於「理賠項目表」中。

補牙如果是為了去除蛀蝕、輕微修復牙齒結構或更換缺失的充填物則屬於理賠項目。

當牙齒結構不足以支撐充填物或為了更換不再具有功能性或無法修復的現有牙冠且符合五年以上的限制規定時，所使用的牙冠屬於理賠項目。

更換現有牙冠或活動式全口假牙在符合下列條件的情況下屬於承保範圍：

現有修復體/假牙不再具有功能性，且無法透過修復或調整使其恢復功能，並且

在更換之前，不具有功能性的現有修復體/假牙已安裝達五年或五年以上。

與固定式或活動式裝置一併使用的臨時局部假牙（牙撐板），僅限成人在拔牙康復期間，因為無法在現有局部假牙上新增牙齒而必須用其置換遭拔除之前牙的情況。

軟組織管理計劃的福利僅限於在「牙科護理」(DeltaCare USA Dental HMO 計劃)第 4 章中列出的承保服務部分。若入保人拒絕接受軟組織管理計劃中的非承保服務，則不會剝奪或改變其他承保福利。

新的活動式全口假牙或承保的立即性假牙包括安裝後調整和組織調理，若入保人繼續符合資格且服務是在最初安裝假牙的簽約牙科醫生設施提供，則在安裝假牙後的前六個月內無需支付額外費用。

在患有下列一種或多種病症的情況下，立即性假牙可獲得承保：

X 光檢查顯示有大範圍或猛爆性齲齒；或

顯示牙周部位受到嚴重感染；或

許多牙齒缺失，導致咀嚼能力下降，並對入保人的健康造成不利的影響。

僅有在持有特殊病況的證明文件，並在完成醫療必要性審查且獲得事前授權書的情況下，植牙服務才屬於理賠項目。特殊疾病包括但不限於：

因口腔癌需要進行切除手術和/或放射線治療，導致齒槽骨受到破壞，而剩餘的骨質結構無法支撐傳統義齒。

下頷骨和/或上頷骨嚴重萎縮，無法利用前庭溝擴展術或骨擴增術進行矯正，且入保人無法以傳統義齒發揮正常功能。

骨骼畸形 (例如關節攣縮、外胚層增生不良、局部無齒症及鎖骨顛骨發育不全)，導致無法使用傳統義齒。

依據入保人的醫療保險，所列之某些由專科醫生提供的治療程序可能會被視為主要理賠項目。因此，將會做好相應的牙科理賠協調。

針對承保之治療程序的深度鎮靜/全身麻醉或靜脈清醒鎮靜/鎮痛，需要提交證明文件，以證明由於心理或生理限制或對局部麻醉劑存在禁忌而具有醫療必要性。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

深度鎮靜/全身麻醉 (D9223)、笑氣 (D9230) 及靜脈清醒鎮靜/鎮痛 (D9243) 和治療性腸外藥物 (D9610) 如果是和可獲得給付的相關診療程序一起施行，則屬於理賠項目。如果由相同醫護人員所提供的所有相關診療程序均遭到拒絕給付，則上述程序的事前授權書或給付也應遭到拒絕。不論施用方式或使用藥物為何，每個服務日期僅有一項麻醉程序可以獲得給付。

施用非靜脈清醒鎮靜 (D9248) 必須要有證明文件可以證實病人因為身體、行為、發育或情緒方面的病症而無法對醫護人員意圖進行的治療作出反應，因而非靜脈清醒鎮靜具有醫療必要性。如果和深度鎮靜/全身麻醉 (D9223)、鎮痛、鎮靜、吸入笑氣 (D9230) 或靜脈清醒鎮靜/鎮痛 (D9243) 在同一個服務日期進行，或者當同一個服務日期且由相同醫護人員提供的所有相關診療程序均遭到拒絕給付，則不屬於理賠範圍。

併發症治療 (術後) - 異常情況，按申報 (D9930) 若是為了在拔牙服務日期後的 30 天內治療乾性齒槽炎或出血過量，或是為了在拔牙服務日期後的 30 天內移除骨碎片，則屬於理賠範圍。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 5 章：獲取門診處方藥物

前言

本章會說明獲取門診處方藥物的規則。這些是您的提供者為您訂購的藥物，您可以從藥房或透過郵購取得。這些包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保範圍內的藥物。本《會員手冊》第 6 章將告知您必須為 D 部分處方藥支付的金額。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

我們還承保以下藥物，儘管本章未討論這些藥物：

- **Medicare A 部分承保的藥物。** 這些通常包括您在醫院或護理院住院期間所獲得的藥物。
- **Medicare B 部分承保的藥物。** 這些包括一些化療藥物、在醫生或其他提供者處就診期間給您的一些藥物注射，以及您在洗腎診所獲得的藥物。如需深入瞭解 Medicare B 部分承保的藥物範圍，請參閱本《會員手冊》第 4 章中的理賠項目表。

本計劃的門診藥物保險規則

只要您遵守本節中的規則，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，該處方根據適用的州法律必須有效。此人通常是您的基本保健業者 (PCP)。如果您的基本保健業者已轉介您接受護理，這也可能是另一家保健業者。
2. 您的處方醫生必須不在 Medicare 的除外項目或排除清單或任何類似的 Medicaid 清單中。
3. 通常，您必須使用網絡藥房配藥。
4. 您的處方藥物必須在我們的《2023 年完整承付藥物手冊》中。我們將其簡稱為「藥物清單」。
 - 如果該藥物不在藥物清單上，我們也許可以為您進行例外處理將其納入承保範圍。
 - 請參閱第 9 章以瞭解如何要求例外處理。
 - 另請注意，我們將根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準對承保您的處方藥的要求進行評估。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 711），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

5. 您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。這表示該藥物的使用需獲得食品及藥物管理局核准或有特定參考資料可以提供佐證。您的醫生可能可協助您確認醫學參考資料，以為您使用處方藥的要求提供佐證。

第 5 章目錄

A. 獲得處方配藥	133
A1. 在網絡藥房配領處方藥。	133
A2. 在配領處方藥時請使用您的計劃會員卡.....	133
A3. 如果您要變更您的網絡藥房，該採取什麼行動.....	133
A4. 如果您的網絡藥房離開此網絡，該採取什麼行動.....	133
A5. 使用專科藥房.....	134
A6. 使用郵購服務取得您的藥物.....	134
A7. 取得藥物的長期藥量.....	135
A8. 使用不屬於本計劃網絡的藥房.....	136
A9. 償還您的處方費用.....	136
B. 本計劃的藥物清單.....	137
B1. 我們藥物清單上的藥物.....	137
B2. 如何在本計劃的藥物清單中找到藥物.....	137
B3. 不在本計畫藥物清單上的藥物.....	138
C. 對部分藥物的限制.....	139
D. 無法承保您的藥物的原因	140
D1. 取得暫時藥量.....	140
E. 您的藥物承保範圍變更.....	142



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 （聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

F. 特殊情況下的藥物保險	144
F1. 在醫院或專業護理院住院且該住院屬於本計劃的承保範圍	144
F2. 住在長期護理設施	144
F3. 加入 Medicare 認證的安寧護理機構計劃	144
G. 藥物安全及藥物管理計劃	145
G1. 協助會員安全用藥的計劃.....	145
G2. 協助會員管理藥物的計劃.....	145
G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃.....	146



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 獲得處方配藥

A1. 在網絡藥房配領處方藥

在大多數情況下，只有在我們的任何網絡藥房配領處方藥時，我們才會支付費用。網絡藥房是同意為我們的計劃成員配藥的藥店。您可使用本計劃的任何網絡藥房。

若要找到網絡藥房，可查看《**保健業者和藥房名錄**》、造訪我們的網站或和會員服務聯絡。

A2. 在配領處方藥時請使用您的計劃會員卡

若要配領您的處方藥，請在網絡藥房出示您的計劃會員卡。網絡藥房會向我們收取我們對您的承保處方藥應分擔的成本。您領取處方藥時，可能需要支付藥房共付額。

請記住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利身份證 (BIC) 才能獲得 Medi-Cal Rx 承保藥物。

如果您在配藥時未攜帶計劃會員卡或 BIC，請要求藥房致電我們以取得必要資訊。

如果藥房無法取得必要資訊，您可能必須在領取藥物時支付處方藥的全額費用。接著您可要求我們返還您我們應付的分擔費用。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開出不少於 72 小時所需的處方藥。立刻聯絡會員服務。我們將盡我們所能提供協助。

- 若要要求我們返還您費用，請參閱本《會員手冊》第 7 章。
- 如果您在配領處方藥方面需要協助，請和會員服務聯絡。

A3. 如果您要變更您的網絡藥房，該採取什麼行動

如果您在變更網絡藥房方面需要協助，請和會員服務聯絡。

A4. 如果您的網絡藥房離開此網絡，該採取什麼行動

如果您使用的藥房離開本計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。

若要找到新的網絡藥房，可查看《**保健業者和藥房名錄**》、造訪我們的網站或和會員服務聯絡。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A5. 使用專科藥房

有時候，處方必須在專科藥房配藥。專科藥房包括：

- 提供居家靜脈注射治療藥物的藥房。
- 為養老院等長期安養設施的住民提供藥物的藥房。

通常，長期安養設施都有自己的藥房。如果您是長期安養設施的住民，我們會確保您可以在該設施的藥房獲得所需的藥物。

如果您的長期安養設施的藥房不在我們的網絡中，或者您在長期安養設施中難以獲得藥物福利，請和會員服務聯絡。

- 為印第安人健康服務/部落/城市印第安人健康計劃提供服務的藥房。除非發生緊急情況，否則僅有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用這些藥房。
- 負責發配 FDA 限制僅能在特定地點發配之藥物或需要特殊處理、醫護人員協調或用藥教學之藥物的藥房。(注意：此情形應極少發生。)

若要找到專科藥房，可查看《**保健業者和藥房名錄**》、造訪我們的網站或和會員服務聯絡。

A6. 使用郵購服務取得您的藥物

您可使用本計劃的網絡郵購服務來取得某些類型的藥物。透過郵購取得的藥物通常是您因為慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。可透過本計畫的郵購服務取得的藥物在藥物清單中將會以「郵購」藥物字樣加以標示。

本計畫的郵購服務可讓您訂購最多 100 天的藥量。一份 100 天藥量和一個月的藥量共付額相同。

透過郵件配領處方藥

如欲取得以郵購方式配藥的相關資訊，請瀏覽您當地的網絡藥房或瀏覽我們的網站 kp.org/refill。您可透過下列方式方便地訂購續配處方藥：

- 在 kp.org/refill 網站安全註冊並訂購。
- 請在週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00，週六上午 8:00 至下午 6:00 和週日上午 9:00 至下午 6:00 致電 **18882186245**（聽障及語障電話專線 **711**），或是您處方藥標籤上特別標示的電話號碼，並且聽從提示。請務必在聽到語音提示後選擇郵購 (mail delivery) 選項。
- 將填有處方或續配申請的郵購表寄出，您可在任何 Kaiser Permanente 的網絡藥房取得該表格。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

當您透過網路、電話或書面的方式訂購寄送到府的續配藥物時，您必須在訂購時支付成本分擔（一般 USPS 郵件服務無需運費）。如果您願意的話，您還可指定一家您希望領藥和支付處方費用的網絡藥房。如果您對自己的處方是否可透過郵購配送有疑問，或者您欲查看藥物清單中有關可以透過郵購配送的藥物資訊，請與網絡藥房聯絡。

通常，郵購處方會在 5 天內送達。如果您的郵購處方延遲了，請致電上述或您處方藥瓶標籤上所列的電話號碼以尋求協助。此外，如果您不願等待經由我們郵購藥房寄送的處方藥，您可致電《藥房名錄》或 kp.org/directory 上所列的當地網絡零售藥房以取得緊急藥量。請注意，如果您不是向我們的郵購藥房訂購，而是從網絡零售藥房取得 100 天藥量，您將要支付較高的費用。

郵購流程

郵購服務對於從您那裡獲得的新處方、直接從您的醫護人員辦公室獲得的新處方和續配郵購處方有不同的程序。

1. 藥房從您的醫護人員辦公室獲得的新處方

藥房從醫療保健業者處獲得處方後會和您聯絡，以瞭解您希望立即配藥或稍後再配領。

- 這讓您有機會確保藥房提供正確的藥物（包括強度、數量和形式），如有需要還能讓您在收到帳單和運送藥物之前要求停止或延遲訂單。
- 每次藥房和您聯絡時請務必回覆對方，讓他們知道如何處理新處方並防止任何運送延誤。

2. 透過郵購續配處方

如需續配，請在您目前的處方將用完的 5 天前和您的藥房聯絡，以確保您的下一個訂單能及時運送給您。

告知藥房您的最佳聯絡方式，這樣他們才能在寄出您訂購的藥物之前與您聯絡以進行確認。當您訂購時，請提供您的最新聯絡資訊，以免我們有事必須與您取得聯繫。

A7. 取得藥物的長期藥量

您可以在本計劃的藥物清單上獲得維持型藥物的長期藥量。維持型藥物指您因為慢性或長期病症而需定期服用的藥物。

部分網絡藥房可讓您領取維持型藥物的長期藥量。一份 100 天藥量和一個月的藥量共付額相同。此《保健業者和藥房名錄》將會為您說明哪些藥房可為您提供維持型藥物的長期藥量。您也可以致電會員服務以取得更多資訊。

如需某些類型的藥物，您可使用本計劃的網絡郵購服務來取得維持型藥物的長期藥量。請參考第 A6 節以瞭解郵購服務的資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A8. 使用不屬於本計劃網絡的藥房

一般而言，我們只有在您無法使用網絡藥房的情況下，才會支付您在網絡外藥房配領的藥物。

在以下情況下，我們會支付在網絡外藥房配領的處方：

- 如果您在美國及其領土境內但在服務區外旅行，且您生病或您的 D 部分承保處方藥用完了，則我們將會在少數非慣例的情況下根據 D 部分保險承付藥物手冊準則承保您在網絡外藥房所配領的處方藥。
- 如果您在接受承保網絡外急診護理或區域外緊急醫護的同時需要 Medicare D 部分處方藥，我們最多將會承保您透過網絡外藥房所取得的 30 天藥量。注意：在美國及其領土境外所開立和提供的處方藥若屬於急診護理或緊急醫護承保範圍的一部分，則在 30 天期間最多可獲得 30 天藥量的承保。這些藥物不屬於 Medicare 計劃 D 部分的承保範圍；因而，這些藥物的給付不得計入用於達到重大傷病承保階段的限額。
- 如果由於在合理的行車距離範圍內沒有提供 24 小時服務的網絡藥房，因而使您無法在服務區內及時取得承保藥物。如果一個人在合理情況下可在正常營業時間於網絡藥房購買藥物，則我們可能不會承保您的處方藥。
- 如果您要配藥的藥物是可使用的網絡藥房通常沒有存貨的藥物或該藥物無法透過郵購藥房取得（包括高價藥物）。
- 如果您在災難期間無法從網絡藥房獲得處方藥。

在這些情況下，請先和會員服務聯絡，以瞭解附近是否有網絡藥房。

A9. 償還您的處方費用

如果您必須使用網絡外藥房，您在配藥時通常必須支付全額費用而不是共付額。您可要求我們償還您我們應分擔的費用。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 可能承保的處方的全部費用，則在 Medi-Cal Rx 支付處方費用後，藥房可能會償還您所支付的費用。或者，您可以提交「Medi-Cal 自付費用報銷 (Conlan)」索賠，以要求 Medi-Cal Rx 償還您費用。您可在 Medi-Cal Rx 網站找到更多資訊，網址為：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

如欲對此深入瞭解，請參閱此《會員手冊》的第 7 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

B. 本計劃的藥物清單

我們有一份**承保藥物清單**。我們將其簡稱為「藥物清單」。

我們會在醫生和藥劑師團隊的協助下選取藥物清單上的藥物。此藥物清單還會向您說明獲取藥物需要遵守的規則。

若您遵守我們在本章中說明的規則，我們通常會承保本計劃的藥物清單上的藥物。

B1. 我們藥物清單上的藥物

本計畫藥物清單包括 Medicare 所承保的藥物。

您從藥房取得的大部分處方藥都在您的計劃的承保範圍內。其他如部分處方藥 (OTC) 等藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal RX 客戶服務中心，電話：**1-800-977-2273**。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人會員卡 (BIC)。

本計劃藥物清單包含品牌藥、非品牌藥和生物仿製藥。

品牌藥是一種以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比典型藥物更複雜的品牌藥 (例如蛋白質型藥物) 稱為生物製品。在本計畫的藥物清單上，當我們提到「藥物」時，這可能是指藥物或生物製品。

非品牌藥和品牌藥含有相同的活性成分。由於生物製品比典型藥物更複雜，這些藥品沒有通用形式，而是有稱為生物仿製藥的替代品。一般而言，非品牌藥和生物仿製藥以及品牌藥或生物製品一樣有效，且費用通常較低。許多品牌藥和部分生物製品都有非品牌藥替代品或生物仿製藥替代品。如果您對於非品牌藥或品牌藥能否滿足您的需求有疑問，請和您的醫護人員討論。

B2. 如何在本計劃的藥物清單中找到藥物

若要瞭解您服用的藥物是否在本計畫的藥物清單上，您可以：

- 查看我們在本計劃網站上以電子方式提供的最新版藥物清單。
- 瀏覽本計畫的網站：kp.org/seniorrx。本計畫網站上的藥物清單會隨時更新。
- 如欲瞭解某種藥物是否在本計畫的藥物清單上或索取清單副本，請致電會員服務。
- D 部分未承保的藥物可能會由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)，以瞭解更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

B3. 不在本計畫藥物清單上的藥物

我們未承保所有處方藥。有些藥物不在本計畫的藥物清單上，原因是法律不允許我們承保這些藥物。其他情況則是我們決定不將某種藥物納入本計畫的藥物清單中。如果處方中的藥物不在本計畫的藥物清單上，我們將必須依據本計畫的承保政策以及 Medicare 承保規則評估您的處方藥需求。

本計畫不支付本節中所列藥物的費用。這些被稱為**除外藥物**。如果您的處方中有除外藥物，您可能需要自行付費購買。如果您認為我們應該為您的個案支付除外藥物的費用，您可以提出上訴。如需有關上訴的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

以下是除外藥物的三個一般規則：

- 本計畫的門診藥物保險 (包含 D 部分藥物) 無法支付 Medicare A 部分或 B 部分已承保藥物的費用。本計畫免費支付 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。
- 本計畫無法承保在美國及其領土境外所購買的藥物。
- 使用該藥物必須取得美國食品及藥物管理署 (FDA) 的核准或有某些醫學參考資料佐證能治療您的病情。您的醫生可能會開立某種藥物來治療您的病情，即使該藥物未被核准用於治療該病症。這稱為「藥品標籤核准適應症以外使用」。本計畫通常不承保為藥品標籤核准適應症以外使用所開立的藥物。
- 根據 Medi-Cal，大多數門診處方藥皆由 Medi-Cal Rx 承保，作為透過 FFS Medi-Cal 提供的服務。若要由 Medi-Cal Rx 承保，該項目必須在 Medi-Cal 合約藥物清單 (「CDL」) 上，或者必須由 Medi-Cal Rx 為您預先核准。您的醫護人員可以告訴您某項藥物是否在 Medi-Cal Rx CDL 上。

此外，根據法律規定，Medicare 或 Medi-Cal 不能承保下列藥物類型。

- 用於提升生育力的藥物。
- 用於美容用途或用於促進頭髮生長的藥物。
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥物，例如 Viagra®、Cialis®、Levitra® 和 Caverject®。
- 由一家堅持只能由他們進行測試或服務的公司所製造的門診藥物。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C. 對部分藥物的限制

對於某些處方藥，會有特殊規則限制本計劃承保的方式和時間。一般而言，本計畫的規則會鼓勵您取得適用於您醫療病症且安全有效的藥物。當安全且費用較低廉的藥物和費用較高昂的藥物效用相當時，我們會希望您的醫護人員開立費用較低的藥物。

如果您的藥物有特殊規定，這通常表示您或您的醫護人員必須進行額外步驟，我們才能承保該藥物。例如，您的醫護人員可能必須先告訴我們您的診斷結果或提供驗血結果。如果您或您的醫護人員認為本計畫的規則不適用於您的情況，請要求我們進行例外處理。我們也有可能會同意 (或不同意) 讓您在進行額外步驟的情況下使用該藥物。

如欲瞭解如何要求例外處理的更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

1. 可取得非品牌藥時，限制使用品牌藥

一般而言，非品牌藥具有和品牌藥同等的效力且費用通常較低。如果品牌藥有非品牌藥可供使用時，本計劃的網絡藥房會提供您非品牌藥。

- 當有非品牌藥可供使用時，我們通常即不會支付品牌藥的費用。
- 但是，如果您的醫護人員告知我們非品牌藥或其他治療相同病症的承保藥物均不適用於您的醫療理由，則我們將會承保品牌藥。

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即取得本計劃的核准。如果您未取得核准，我們可能不會承保該藥物。

3. 數量限制

對於某些藥物，我們會限制您可以擁有的藥量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您每次配藥時可以獲得的藥量。

如欲瞭解是否上述任何規則適用於某種您正在服用或要服用的藥物，請查看本計畫的藥物清單。如欲獲取最新資訊，請致電會員服務或查看我們的網站 kp.org/seniorrx。如果您對我們的承保範圍或對例外處理請求的決定有異議，您可要求上訴。如欲對此取得更多資訊，請參閱**第 9 章**中的**第 E 節**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 無法承保您的藥物的原因

我們設法讓您的藥物保險對您有幫助，但有時可能無法依照您想要的方式承保藥物。例如：

- 本計劃不承保您想服用的藥物。該藥物可能不在本計畫的藥物清單上。我們可能會承保該藥物的非品牌藥，但不承保您想服用的品牌藥。藥物可能是新藥，而且我們尚未對其安全性和有效性進行審查。
- 本計畫會承保該藥物，但對藥物的承保範圍有特殊規則或是限制。如以上**第 C 節**中的說明，本計畫所承保的部分藥物有使用限制的規則。在某些情況下，您或您的處方醫生可能想要求我們進行例外處理。

如果我們未按照您希望我們承保的方式支付某種藥物的費用，您可以做幾件事。

D1. 取得暫時藥量

在某些情況下，當藥物不在本計畫的藥物清單上或在某方面受到限制時，我們可以為您提供暫時藥量。這讓您有時間和您的醫護人員討論如何取得另一種藥物或要求我們承保該藥物。

若要取得暫時的藥量，您必須滿足以下兩條規則：

1. 您服用的藥物：

- 不再列在本計畫的藥物清單上**或者**
- 從未列在本計畫的藥物清單上**或者**
- 現在在某方面受到限制。

2. 您的情況必須屬於以下其中一種：

- 您去年在本計劃中。
 - 我們會承保您的藥物在日曆年度前 90 天的暫時藥量。
 - 此暫時藥量最多可達 30 天。
 - 如果您的處方開立的天數較短，我們會允許您多次續配，直到我們提供的藥量達到 30 天的上限為止。您必須在網絡藥房配領處方藥。
 - 長期護理藥房可能會以一次少量的方式提供您的處方藥，以防止浪費。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 您剛加入本計劃。
 - 我們會承保您擁有本計畫會員資格的前 90 天期間的暫時藥量。
 - 此暫時藥量最多可達 30 天。
 - 如果您的處方開立的天數較短，我們會允許您多次續配，直到我們提供的藥量達到 30 天的上限為止。您必須在網絡藥房配領處方藥。
 - 長期護理藥房可能會以一次少量的方式提供您的處方藥，以防止浪費。
- 您加入本計劃的時間已超過 90 天，並住在一個長期安養設施，且立即需要藥物。
 - 我們會承保一次 31 天的藥量，或者假若您的處方開立的天數較短，藥量會更少。這是除了上述暫時藥量以外提供的藥量。
 - 如果您入住醫院、專業護理機構或長期護理設施，或者您從醫院、專業護理院或長期護理設施轉至其他護理場所或出院返家，這稱為醫護服務等級變更。當您的醫護服務等級發生變化時，您可能需要額外配藥。在此醫護服務等級轉換期間，我們通常最多會承保您 D 部分藥物一個月的藥量，即使該藥物未列於藥物清單上也不例外。
 - 如需暫時藥量，請致電會員服務。

當您領取藥物的暫時藥量時，您應盡速和您的醫護人員討論，以決定暫時藥量用完之後該怎麼辦。以下是您的選擇：

- 更換為另一種藥物。

本計劃可能承保對您有效的另一種藥物。請致電會員服務，以索取我們承保的可治療相同病症的藥物清單。此清單將可協助您的醫護人員尋找可能適用於您的承保藥物。
- 或
- 請求例外處理。

您和您的醫護人員可以要求我們進行例外處理。例如，您可以要求我們承保不在本計畫藥物清單上的藥物，或要求我們對該藥物的承保不設限制。如果您的醫護人員表示您有一個很充足的醫療理由可要求例外處理，他們可協助您要求例外處理。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您服用的藥物將於明年從我們的藥物清單中移除或在某方面受到限制，我們會允許您在明年之前申請例外處理。

- 我們會告知您，您的藥物保險中明年會發生的任何變動。要求我們進行例外處理並以您想要的方式承保明年的藥物。
- 我們會在收到您的請求 (或您的處方醫生的佐證聲明) 後 72 小時內答覆您的例外請求。

如欲瞭解如何要求例外處理的更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

如果您在要求例外處理時需要協助，請和會員服務聯絡。如果您對我們的承保範圍或對例外處理請求的決定有異議，您可要求上訴 (如需有關這方面的更多資訊，請參閱**第 9 章**中的第 E 節。)

E. 您的藥物承保範圍變更

藥物承保範圍的大部分變更會發生在 1 月 1 日，但我們可能會在一年中新增或移除藥物清單上的藥物。我們也可能會變更我們對藥物的規定。例如，我們可能會：

- 決定是否需要對藥物進行事先核准 (在您能獲取藥物前需先取得我們的許可)。
- 新增或變更您可以獲得的藥量 (數量限制)。
- 新增或變更對藥物的階段治療限制 (在我們承保另一種藥物之前，您必須先嘗試一種藥物)。

如需有關這些藥物的更多資訊，請參考**第 C 節**。

如果您服用我們在年度**開始**時承保的藥物，我們一般不會在**該年度的剩餘時間**移除或變更該藥物的承保範圍，除非發生以下情況：

- 市場上出現了一種新的、更便宜的藥物，且其藥效和現在在本計畫藥物清單上的藥物一樣，**或者**
- 我們得知某種藥物不安全，**或者**
- 某種藥物從市場下架。

若要取得有關本計劃的藥物清單變更時會有什麼影響的詳細資訊，您可以隨時：

- 查看本計劃目前的線上藥物清單，網址為：kp.org/seniorrx，**或是**
- 致電會員服務，以確認本計劃目前的藥物清單。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

本計劃的藥物清單**即刻**發生了一些變動。例如：

- **有新的非品牌藥可供使用。**有時，市場上會出現新的非品牌藥，且藥效和本計劃藥物清單上的品牌藥一樣好。發生這種情況時，我們可能會移除品牌藥並將新的非品牌藥加進來，但您購買新藥的費用維持不變。
當我們加入新的非品牌藥時，我們也可能決定將品牌藥保留在清單中，但變更其承保規則或限制。
 - 在進行此變更之前，我們可能不會告知您，但一旦發生變更，我們即會將我們完成的特定變更的資訊寄送給您。
 - 您或您的醫護人員若不願受這些變更的影響，可要求「例外處理」。我們會向您寄送通知，其中會包含您可以採取以請求例外處理的步驟。如需有關例外處理的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。
- **藥物從市場下架。**如果食品及藥物管理署 (FDA) 表示您正在服用的藥物不安全，或者該藥物的製造商將藥物從市場下架，我們即會將其從本計劃的藥物清單中刪除。如果您正在服用該藥物，我們會告知您。您的處方醫師也會得知此項變更，並可與您合作一起尋找其他適用於您病症的藥物。

我們可能會做出**其他會影響您服用的藥物的變更**。對於這些對本計劃的藥物清單的其他變更，我們會提前告知您。若有以下情況，即可能會發生這些變更：

- FDA 提供了新的指引或有關於藥物的新臨床準則。
- 我們新增了非新上市的非品牌藥**並且**
 - 取代了目前在本計劃的藥物清單上的品牌藥**或是**
 - 變更品牌藥的承保規則或限制。

當這些變動發生時，我們會：

- 在變更本計劃的藥物清單前至少 30 天告知您**或者**
- 通知您並在您要求續配藥物時提供您一次 30 天的藥量。

這讓您有時間和您的醫生或其他處方醫生討論。他們可以協助您決定：

- 本計劃的藥物清單上是否有您可服用的類似藥物**或者**
- 您是否應該要求例外處理，免於這些變更的影響。如欲瞭解如何要求例外處理的更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

我們可能會對您現在服用的藥物做出不影響您的變更。對於這類變更，如果您正在服用我們在年度開始時承保的藥物，我們一般不會在該年度的剩餘時間移除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並限制其使用，則該變更並不會影響您在該年度剩餘時間對該藥物的使用。

F. 特殊情況下的藥物保險

F1. 在醫院或專業護理院住院且該住院屬於本計劃的承保範圍

如果您入住醫院或專業護理院且該住院屬於本計劃的承保範圍，我們通常會支付您在住院期間的處方藥費用。您將不用支付共付額。在您從醫院或專業護理院出院之後，只要您的藥物符合本計劃所有的承保規定，我們即會支付您的藥物費用。

若要瞭解有關藥物保險和您的支付費用的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 6 章。

F2. 住在長期護理設施

通常，長期安養設施 (如療養院) 都有其自己的藥房或為其所有住民提供藥物的藥房。如果您住在長期安養設施中，您可透過該設施的藥房取得您的處方藥，但條件是該藥房必須隸屬於本計劃的網絡。

請查看您的《保健業者和藥房名錄》以瞭解您的長期安養設施的藥房是否隸屬於本計劃的網絡。如果不是，或者您需要更多資訊，請和會員服務聯絡。

F3. 加入 Medicare 認證的安寧護理機構計劃

在何藥物不會同時屬於安寧服務和本方案的承保範圍。

- 您可能參加 Medicare 安寧照護計劃，並且需要您的安寧照護計劃不承保的止痛藥、抗噁心藥物、瀉藥或抗焦慮藥物，因為該藥物和您的末期預後及病症無關。在這種情況下，本計劃必須獲得處方醫生或您的安寧服務提供者的通知，告知該藥物的不相關性，然後我們才能承保該藥物。
- 為了預防您延遲取得任何與您末期疾病和相關病症無關但屬於本計劃應承保的藥物，您可在要求藥房配藥之前先向您的安寧服務提供者或處方醫生洽詢，以確保我們有收到藥物與您末期疾病和相關病症無關的通知。

如果您離開安寧照護機構，本計劃將承保您所有的藥物。為了防止您的 Medicare 安寧照護福利結束時藥房方面有任何延誤，請攜帶文件到藥房證實您已離開安寧照護機構。

請參閱本章前面介紹的有關本計劃承保的藥物部分。如需有關安寧照護福利的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 4 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. 藥物安全及藥物管理計劃

G1. 協助會員安全用藥的計劃

每次您配領處方藥時，我們都會尋找可能的問題，例如藥物錯誤或藥物是否有以下情況：

- 由於您正在服用另一種有同樣功效的藥物而可能不需要了。
- 對您的年齡或性別而言可能並不安全。
- 若您同時服用可能對您有害。
- 含有會使您過敏或可能過敏的成分。
- 含有不安全的鴉片類止痛藥用量。

如果我們發現您在使用處方藥方面可能有問題，我們將會和您的醫護人員合作以改正問題。

G2. 協助會員管理藥物的計劃

您可以針對不同的醫療症狀服用藥物和/或參加藥物管理計劃，以協助您安全地使用鴉片類藥物。在這些情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 計劃免費獲得服務。該計劃可協助您和您的醫護人員確保您的藥物能夠發揮功效並改善您的健康。藥劑師或其他健康專業人員將會針對您所有的藥物進行全面審查並和您討論以下事項：

- 如何從您服用的藥物中獲得最大益處。
- 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。
- 您對處方藥和非處方藥會產生的任何疑問或問題。

然後，他們將提供您：

- 本次討論的書面摘要。該摘要會包含一個用藥行動計劃，建議您可以採取哪些措施以獲得最佳用藥方式。
- 一份個人用藥清單，其中包括您服用的所有藥物以及您服用這些藥物的原因。
- 有關安全棄置管制處方藥的資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

我們建議您在前往年度「保健」就診之前先安排藥物審查的時間，這樣您便可以和醫生討論您的行動計劃和用藥清單。

- 在您前去就診或每當您和醫生、藥劑師及其他保健業者討論時，都請攜帶您的行動計劃和用藥清單。
- 若您需前往醫院或急診室，請隨身攜帶您的用藥清單。

藥物治療管理計劃屬於自願性質且免費提供給符合資格的會員。如果我們有符合您需求的計劃，我們會將您加入該計劃並寄送相關資訊給您。如果您不想參加該計劃，請通知我們，我們會將您從該計劃除名。

如果您對這些計劃有任何疑問，請和會員服務聯絡。

G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃

本計劃提供的一項計劃可以協助會員安全使用鴉片類處方藥或其他經常遭到濫用的藥物。此計劃稱為藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)。

如果您使用鴉片類藥物且您透過多名醫生或多家藥房取得鴉片類藥物，或者您近期曾發生鴉片類藥物使用過量，我們可能會向您的醫生洽詢以確認您的使用鴉片類藥物方式適當且為醫療上所必需。如果我們和您的醫生共同判定您使用鴉片類處方藥或苯二氮平類 (benzodiazepine) 藥物並不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。限制內容可能包括：

- 要求您向特定的藥房和/或醫生取得所有這些藥物的處方
- 限制本計劃為您承保的藥量

如果我們認為您應該適用一或多項限制，我們將會事先寄信給您。該信函會說明我們認為應該適用的限制。

您將有機會告訴我們您希望使用哪位醫生或哪家藥房，以及您認為我們應該知道的所有重要資訊。如果在您有機會回覆後我們決定限制您對這些藥物適用的承保範圍，我們會向您寄送另一封確認限制的信函。

如果您認為我們做錯了、您不同意您有濫用處方藥的風險，或者您不同意該限制，您和您的處方醫生都可以提出上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的個案並提供您書面決定。如果我們繼續拒絕和限制您取得這些藥物有關的任何上訴內容，我們會自動將您的個案寄送給獨立審查組織。若要瞭解有關上訴和獨立審查組織的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您有以下情況，則 DMP 可能不適用於您：

- 患有某些疾病，例如癌症或鐮形細胞貧血症，
- 正在接受安寧護理、舒緩護理或臨終護理，**或者**
- 住在長期安養設施。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 6 章：您需為 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥支付的費用

前言

本章會介紹您需為門診處方藥支付的費用。「藥物」是指：

- Medicare D 部分的處方藥，以及
- 根據 Medi-Cal Rx 所承保的藥物和項目，以及
- 本計劃以額外福利名目承保的藥物和項目。
- 由於您有資格加入 Medi-Cal，您可以從 Medicare 取得「額外補助」，以協助支付您的 Medicare D 部分處方藥的費用。我們將另外寄給您一份插入文件，名為「獲得額外補助支付處方藥費用之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為「低收入戶補助附約」或「LIS 附約」），其中會說明您的藥物承保範圍。如果您未收到此份插入文件，請致電會員服務並索取「LIS 附約」。

額外補助是協助收入和資源有限者減輕 Medicare D 部分處方藥費用的一項 Medicare 計劃，這些費用包括保費、免賠額和共付額。額外補助也稱為「低收入補貼」或「LIS」。

其他重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如欲瞭解有關處方藥的更多資訊，您可以查看以下位置：

- 本計劃的承保藥物清單。
 - 我們稱這為「藥物清單」。該清單會告知您：
 - 我們會支付哪些藥物的費用。
 - 對藥物是否有任何限制。
 - 如果您需要本計劃的藥物清單副本，請致電會員服務。您也能在我們的網站上找到本計劃最新的藥物清單，網址為：kp.org/seniorrx。
 - 您從藥房取得的大部分處方藥都在本計劃的承保範圍內。其他如部分非處方藥 (OTC) 和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得詳細資訊。您也可以致電 Medi-Cal RX 客戶服務中心，電話：**1-800-977-2273**。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人會員卡 (BIC)。

本《會員手冊》的第 5 章

- 本章會介紹如何透過本計劃取得門診處方藥。
- 其中包括您需要遵守的規則。還會介紹本計劃不承保哪些類型的處方藥。

本計劃的《保健業者和藥房名錄》。

- 在大多數情況下，您必須使用網絡藥房才能取得您的承保藥物。網絡藥房指同意和我們合作的藥房。
- 此《保健業者和藥房名錄》會列出本計劃的網絡藥房。如需有關網絡藥房的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 5 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 6 章目錄

A. 理賠說明 (EOB).....	151
B. 如何追蹤您的藥物費用.....	152
C. Medicare D 部分藥物的藥物付款階段.....	153
C1. 您的藥房選擇.....	153
C2. 取得藥物的長期藥量.....	154
C3. 您支付的費用.....	154
D. 第 1 階段：年度免賠額階段	155
E. 第 2 階段：初始承保階段.....	155
E1. 您的藥房選擇.....	155
E2. 取得藥物的長期藥量	155
E3. 您支付的費用	155
E4. 初始保險階段結束	156
F. 第 3 階段：保險間斷階段.....	156
G. 第 2 階段：重大傷病承保階段	157
H. 您的醫生開立少於一個月藥量的藥物時您的藥物費用	157
I. 愛滋病毒 (HIV) / 後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 患者的處方藥成本分擔補助	158
I1. 愛滋病藥物協助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)	158
I2. 如果您未入保 ADAP	158
I3. 如果您有入保 ADAP	158
J. 接種疫苗.....	158
J1. 接種疫苗前的須知事項.....	158
J2. 您要為 Medicare D 部分所承保的疫苗接種支付的費用	159



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 理賠說明 (EOB)

本計劃會追蹤您的處方藥。我們會追蹤兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您本人支付或其他人代您支付的處方費用。
- 您的**藥物總費用**。這是您本人支付或其他人代您支付的處方費用和本計劃所支付費用的總金額。

當您透過本計劃取得處方藥時，我們每月會寄給您一份稱為 **D 部分理賠說明** 的摘要。如果您在前一個月內曾透過本計劃配領一種或多種處方藥，我們將寄給您一份 **D 部分理賠說明**。我們將其簡稱為 **D 部分 EOB**。D 部分 EOB 包含有關您所服用藥物的詳細資訊。D 部分 EOB 包括：

- **當月資訊**。該摘要會說明您獲得了哪些處方藥。其中會顯示總藥物費用、本計劃支付的費用以及您和其他人為您支付的費用。
- **本年迄今的資訊**。這指您從 1 月 1 日以來的總藥物費用和付款總額。
- **藥價資訊**。這指藥物的總價格和自第一次配藥以來藥物價格的百分比變化。
- **費用較低的替代品**。如果可提供，這些資訊會出現在您目前藥物下方的摘要中。您可以和您的處方醫生討論以瞭解詳細資訊。

我們會提供不在 Medicare 承保範圍內藥物的保險。

- 為這些藥物支付的款項不會計入您的自付費用總額。
- 您從藥房取得的大部分處方藥都在該計劃的承保範圍內。其他如部分處方藥 (OTC) 等藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以瞭解詳細資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話：**1-800-977-2273**。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人會員卡 (BIC)。
- 如欲瞭解本計劃承保哪些藥物，請參閱本計劃的藥物清單。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

B. 如何追蹤您的藥物費用

為了追蹤您的藥費和您完成的付款，我們會利用向您和您的藥房取得的記錄。以下是您可以協助我們的方式：

1. 利用您的計劃會員卡。

每次配領處方藥時，請出示您的 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃會員卡。這有助於我們瞭解您配領的處方以及支付的費用。

2. 確保我們擁有所需資訊。

提供我們您支付的藥費的收據副本。您可要求我們償還您該藥物我們應分擔的費用。

以下是您應向我們提供收據副本的一些情況：

- 當您以特殊價格或使用不屬於本計劃理賠福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時。
- 當您為根據製藥商的病人補助計劃所取得的藥物支付共付額時
- 當您在網絡外藥房購買承保藥物時
- 當您為承保藥物支付全額費用時

如需取得有關如何要求我們償還您對於藥物我們應分擔費用的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 7 章。

3. 向我們提供關於他人代您支付藥費的資訊。

有些其他人和組織支付的費用也計入您的自付費用。例如，AIDS drug assistance program、印第安人健康服務計劃和大多數慈善機構代付的藥費均計入您的自付費用。這可以協助您有資格獲得重大傷病承保。

4. 查核我們寄給您的 EOB。

在您收到 D 部分 EOB 後，請確保其完整且正確無誤。如果您認為有錯誤或遺漏或有任何疑問，請致電會員服務。您也可在選擇線上查看 **D 部分 EOB**，而無需透過郵件。請瀏覽 kp.org/goinggreen 並登入，以瞭解有關在線上安全查看 **D 部分 EOB** 的詳細資訊。請保留這些 D 部分 EOB。這些報告是藥費的重要記錄。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C. Medicare D 部分藥物的藥物付款階段

根據本計劃，您的 Medicare D 部分處方藥承保有四個支付階段。您支付的金額會依據您領取處方藥配藥或續配時所屬階段而定。如果您不符合「額外補助」資格，會有四個階段：

第 1 階段：年度免賠額階段	第 2 階段：初始承保階段
<p>在此階段，您必須全額支付 D 部分藥物費用，直到您達到年度免賠額。</p> <p>您在一年當中首次配藥時，便開始進入此階段。</p>	<p>支付年度免賠額後，您就會進入初始保險階段。在此階段，我們會支付您的部分藥物費用，而您需支付您應分擔的部分。您應分擔的部分稱為共保額。</p> <p>在您支付了一定金額的自付費用前都會留在此階段。一旦達到該金額後，您就會進入保險間斷階段。</p>
第 3 階段：保險間斷階段	第 4 階段：重大傷病承保階段
<p>在保險間斷階段，您需為品牌藥 (外加一部分的配藥費) 和非品牌藥支付共保額。</p> <p>在您支付了一定金額的自付費用前都會留在此階段。一旦達到該金額後，您就會進入保險間斷階段。</p>	<p>在此階段，我們將為您支付本日曆年度其餘時間的大部分藥物費用。</p>

C1. 您的藥房選擇

您需為藥物支付的藥費會依您取得藥物的管道而定：

- 網絡藥房，或者
- 網絡外藥房。

在有限的情形下，我們才會承保在網絡外藥房配領的處方藥。如欲瞭解我們何時會這麼做，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。如果您被告知藥物將不在承保範圍內，請參閱**第 9 章**以瞭解如何提出上訴。

如欲瞭解有關這些藥房選擇的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**以及本計劃的《保健業者和藥房名錄》。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C2. 取得藥物的長期藥量

對於某些藥物，您在配藥時可以取得長期藥量 (也稱為「延長藥量」)。此長期藥量最多為一次 100 天藥量。此費用和一個月藥量的費用相同。

如需從何處以及如何取得長期藥量的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**以及本計劃的《保健業者和藥房名錄》。

C3. 您支付的費用

在初始保險階段以及保險間斷階段，您需為承保藥物支付的分擔費用將是共保額。

您從藥房取得的大部分處方藥都在該計劃的承保範圍內。其他如部分處方藥 (OTC) 等藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以瞭解詳細資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話：1-800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人會員卡 (BIC)。

您從以下管道取得承保的處方藥一個月或長期藥量時的分擔成本：

	網絡藥房	本計劃的郵購服務	網絡的長期護理藥房	網絡外藥房
	最多 100 天藥量	最多 100 天藥量	最多 31 天藥量	最多 30 天藥量。承保範圍僅限於某些情況。如需詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的 第 5 章 。
費用分擔	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。

如需有關那些藥房可提供您長期藥量的資訊，請參閱本計劃的《保健業者和藥房名錄》。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 第 1 階段：年度免賠額階段

由於本計劃的大多數會員皆有獲得「額外補助」支付其處方藥費用，因此免賠額階段不適用於大多數會員。如果您有獲得「額外補助」，此付款階段不適用於您。

如果您沒有獲得「額外補助」，免賠額階段將是您藥物保險的第一個付款階段。您在一年當中首次配藥時，便開始進入此階段。若您屬於此付款階段，您必須支付藥物的全額費用，直到您達到本計劃的免賠額為止，在 2023 年此金額為**\$505**。上述「全額費用」通常低於藥物的正常全額，因為本計劃已為大部分藥物議定了較低的網絡藥房費用。

在您支付的藥物費用達到**\$505** 之後，您將離開免賠額階段並進入初始保險階段。

E. 第 2 階段：初始承保階段

在初始保險階段，我們會支付您承保範圍內處方藥費用的一部分，而您則支付您應分擔的部分。您應分擔的部分稱為共保額。

E1. 您的藥房選擇

您需為藥物支付的藥費會依您取得藥物的管道而定：

- 網絡藥房或者
- 網絡外藥房。

在有限的情形下，我們才會承保在網絡外藥房配領的處方藥。如欲瞭解我們何時會這麼做，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

如欲瞭解有關這些藥房選擇的詳細資訊，請參閱《會員手冊》的**第 5 章**以及本計畫的《保健業者和藥房名錄》。

E2. 取得藥物的長期藥量

對於某些藥物，您在配藥時可以取得長期藥量 (也稱為「延長藥量」)。此長期藥量最多為一次 100 天藥量。此費用和一個月藥量的費用相同。

如需從何處以及如何取得長期藥量的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**或是本計畫的《保健業者和藥房名錄》。

E3. 您支付的費用

在初始保險階段，您每次配藥可能需支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您將支付較低金額。

請和會員服務聯絡，以瞭解您對任何承保藥物應付的共付額。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您從以下管道取得承保的處方藥一個月或長期藥量時的分擔成本：

	網絡藥房	本計劃的郵購服務	網絡的長期護理藥房	網絡外藥房
	最多 100 天藥量	最多 100 天藥量	最多 31 天藥量	最多 30 天藥量。承保範圍僅限於某些情況。如需詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 5 章。
費用分擔	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。	如果您不符合「額外補助」資格，則為 25% 共保額。

如需有關那些藥房可提供您長期藥量的資訊，請參閱本計畫的《保健業者和藥房名錄》。

E4. 初始保險階段結束

當您的藥費總額達到**\$4,660**時，*初始保險階段即告結束*。此時，會進入保險間斷階段。

您的理賠說明 (EOB) 可協助您追蹤您在一年中為藥物支付的費用。如果您到達**\$4,660**的限制，我們會通知您。很多人一年都達不到上述金額。

F. 第 3 階段：保險間斷階段

在保險間斷階段，Medicare Coverage Gap Discount Program 會為品牌藥提供藥廠折扣。若您不符合「額外補助」的資格，您需支付**品牌藥**議定價格的 **25%** 和一部分的配藥費。您所支付的金額以及藥廠的折扣金額均會計入您的自付費用中，如同您已支付了這些費用，以協助您渡過保險間斷期。

針對非品牌藥物，您也會獲得一些保險。若您不符合「額外補助」的資格，您為**非品牌藥**支付的費用將不會超過費用的 **25%**，而我們將會支付剩餘的費用。僅有您支付的金額會計入自付費用，以協助您渡過保險間斷階段。

您將繼續支付這些費用，直到您的年度自付費用達到 Medicare 設定的最高金額為止。一旦達到此**\$7,400**的金額後，您將離開「保險間斷階段」並進入「重大傷病承保」階段。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. 第 2 階段：重大傷病承保階段

當您達到處方藥的\$7,400 自付費用限額時，即會開始重大傷病承保階段。到該日曆年度結束前，您都會維持在重大傷病承保階段。

在此階段內，本計畫將支付您的大部分藥費。如果您不符合「額外補助」資格，則將需支付：

- 您為承保藥物支付的費用分擔將為共保額或共付額，以金額較高者為準：
 - 藥物費用的 **5%** 共保額，或
 - 或者若為非品牌藥或視為非品牌藥的藥物，則為 **\$4.15**，而對於所有其他藥物則為 **\$10.35**。

H. 您的醫生開立少於一個月藥量的藥物時您的藥物費用

通常，您需支付共付額以包含一整個月承保藥物的藥量。但是，您的醫生可能開立少於一個月藥量的藥物。

- 有時候您可能想要醫生開立少於一個月的藥量 (例如，您第一次嘗試某種已知有嚴重副作用的藥物)。
- 如果您的醫生同意，您即無需為特定藥物支付整個月藥量的費用。

當您取得的藥量不足一個月時，您支付的金額會依據您取得的藥量天數而定。我們會針對您使用的藥物計算每天的支付額 (「每日費用分擔費率」)，然後乘以您取得的藥量天數。

- 範例如下：假設您的藥物整個月藥量 (30 天藥量) 的共付額為\$1.35。這表示您每天需支付的藥物費用不到\$0.05。如果您取得 7 天的藥量，則您的付款低於每天\$0.05 乘以 7 天的金額，即付款總額不到\$0.35。
- 每日費用分擔可讓您先確認藥物是否對您有效，然後再支付整個月藥量的費用。
- 您也可以要求您的醫護人員開立少於一整個月的藥量來協助您：
 - 更精準地計劃何時續配藥物，
 - 配合其他您在服用的藥物續配的時間，**並且**
 - 減少前往藥房的趟數。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

I. 愛滋病毒 (HIV) / 後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 患者的處方藥成本分擔補助

II. 愛滋病藥物協助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 可協助符合資格的愛滋病毒 (HIV) / 後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 患者取得可挽救生命的愛滋病毒藥物。也在 ADAP 承保範圍內的門診 Medicare D 部分處方藥則符合透過加州公共衛生部 AIDS 辦公室為參加 ADAP 的個人提供的處方費用分擔補助資格。

II. 如果您未入保 ADAP

有關入保標準、承保藥物或如何入保計劃的資訊，請致電 1-844-421-7050 或查看 ADAP 網站：www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

III. 如果您有入保 ADAP

ADAP 可繼續為 ADAP 客戶提供針對 ADAP 承付藥物手冊的 Medicare D 部分處方費用分擔補助。為確保您能繼續獲得此補助，若您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單編號有任何變更，請通知您當地的 ADAP 入保工作人員。如果您在尋找最近的 ADAP 入保站點和/或入保工作人員方面需要協助，請致電 **1-844-421-7050** 或查詢上述網站。

J. 接種疫苗

關於您為疫苗支付的費用的重要訊息—本計劃承保大多數 Medicare D 部分疫苗，您無需支付任何費用。我們承保的 Medicare D 部分疫苗接種分兩個部分：

1. 保險的第一部分是疫苗藥物的費用。疫苗屬於處方藥。
2. 保險的第二部分則是**疫苗接種的費用**。例如，有時您取得疫苗的方式可能是由醫生幫您注射。

J1. 接種疫苗前的須知事項

如果您計劃接種疫苗，我們建議您致電會員服務。

- 我們可向您說明本計劃的疫苗接種保險規定並說明您的費用分擔金額。
- 我們可向您說明如何透過使用網絡藥房和醫護人員來降低您的費用。
- 如果您無法使用網絡醫護人員和藥房，則我們可向您說明您應採取哪些行動以要求我們償還您我們應分擔的費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J2. 您要為 Medicare D 部分所承保的疫苗接種支付的費用

您為疫苗接種支付的費用會依據疫苗類型 (您接種疫苗的目的) 而定。

- 有些疫苗被認為是健康福利而不是藥物。我們會為您免費承保這些疫苗。如需瞭解有關這些疫苗的承保範圍，請參閱本《會員手冊》第 4 章中的理賠項目表。
- 其他疫苗被視為 Medicare D 部分藥物。您可以在本計劃的藥物清單上找到這些疫苗。您可能需要為 Medicare D 部分疫苗支付共保額。

以下是您接種 Medicare D 部分疫苗的三種常見方式。

1. 您在網絡藥房取得了 Medicare D 部分疫苗和注射。

- 您需支付疫苗的共付額。
- 本計劃將會支付其餘的費用。

2. 您在醫生診所取得 Medicare D 部分疫苗，而且您的醫生為您注射。

- 接種疫苗時，您將支付疫苗藥物和疫苗接種的全部費用。
- 然後，您可依照本《會員手冊》第 7 章中說明的程序，要求本計劃支付本計劃應分擔的成本。
- 您將會就您所支付的費用獲得補償，但需扣除疫苗 (包括接種) 的正常共保額或共付額。

3. 您在藥房取得 Medicare D 部分疫苗，然後將其帶到您的醫生診所進行注射。

- 您將必須向藥房支付疫苗藥物的共保額或共付額。
- 醫生為您接種疫苗時，您需支付接種服務的全額費用。然後，您可依照本《會員手冊》第 7 章中說明的程序，要求我們償還您我們應分擔的成本。
- 您將會就醫生針對疫苗接種所收取的費用獲得補償。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 7 章：要求我們給付您收到之承保服務或藥物帳單中我們應分擔的費用

前言

本章將告訴您如何以及何時向我們寄送帳單以要求付款。其中還會向您說明如果您不同意承保決定，應如何提出上訴。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 7 章目錄

A. 要求我們支付您的服務或藥物的費用	161
B. 將給付申請寄給我們.....	164
C. 承保決定.....	165
D. 上訴	166



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 要求我們支付您的服務或藥物的費用

如果您收到醫療照護或藥物全部費用的帳單，請勿支付該帳單，而應將帳單寄給我們。若要將帳單寄給我們，請參閱第 B 節。若要將帳單寄給我們，請參閱第 B 節。

- 如果我們承保該服務或藥物，我們將直接付款給保健業者。
- 如果我們承保該服務或藥物，而您已經支付超過您分擔的費用，您有權利要求償還。
- 如果我們未承保該服務或藥物，我們會告知您。

如果您有任何疑問，請和會員服務聯絡。若您不知道自己應該付多少錢，或假如您收到帳單後不知應如何處理，我們可協助您。如果您想就您已寄送給我們的給付申請告知我們更多資訊，您也可以來電。

以下舉例說明何時您可能需要要求我們償還您費用或支付您收到的帳單：

1. 當您從網絡外醫護人員處獲得急診護理或緊急需求的醫療照護服務時，可參考第 3 章第 D4 節

要求醫護人員將帳單寄給我們。

- 若您在取得照護服務時支付了全額費用，可要求我們償還您我們應分擔的費用。將您支付的任何款項的帳單和證明寄給我們。
- 您可能會收到保健業者寄給您要求支付您認為不應該由您支付的帳單。將您支付的任何款項的帳單和證明寄給我們。
 - 如果應向保健業者付款，我們將直接支付給保健業者。
 - 若您對服務已支付的費用超過您應分擔的費用，我們將算出您應該分擔的費用並償還您我們應分擔的費用。
- 若要瞭解有關網絡外藥房的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 5 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815
(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

2. 當網絡保健業者寄帳單給您時

網絡保健業者一定只會向我們收費。您在獲得任何服務或處方時需出示您的計畫會員卡。當保健業者 (例如醫生或醫院) 向您收取的費用超過本計畫對服務應分擔費用的金額時，就會出現不正確或不適當的收費方式。**如果收到任何帳單，請致電會員服務。請勿支付該帳單。**

- 由於您是計畫會員，因此僅需在獲得我們承保的服務時支付共付額。我們不允許保健業者向您收取超過此金額的費用。即使我們向保健業者支付的費用低於保健業者收取的服務費用也是如此。即使我們決定不支付某些費用，您仍不需支付該費用。
- 每當您收到網絡保健業者寄帳單給您，而您認為金額超過您應支付的金額，請將帳單寄給我們。我們會直接和保健業者聯絡並處理該問題。
- 如果您已經支付了網絡保健業者給您的帳單，但您覺得您的付款金額過高，請將您已付款的帳單和證明寄給我們。我們將償還您您已支付的費用和根據本計畫您應支付的費用之間的差額。

3. 當您使用網絡外藥房配藥

如果您使用網絡外藥房，您需支付處方藥的全額費用。

- 僅在少數情形下，我們才會承保在網絡外藥房配領的處方藥。若您要求我們償還您我們應分擔的費用，請將收據副本寄給我們。
- 若要瞭解有關網絡外藥房的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

4. 當您因未攜帶計畫會員卡而需支付處方藥的全額費用時

若您未攜帶計畫會員卡，您可要求藥房致電給我們或查詢您的計畫入保資訊。

- 如果藥房無法立即取得該資訊，您可能必須自行支付處方藥的全額費用或拿到您的計畫會員卡時再返回該藥房。
- 若您要求我們償還您我們應分擔的費用，請將收據副本寄給我們。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

5. 當您為未承保的藥物支付處方的全額費用時

您可能會因為藥物不在承保範圍內而需支付處方的全額費用。

- 該藥物可能未列在本計畫的《承保藥物清單》(藥物清單)、網站上，或者，該藥物可能有您不知道或您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定要取得該藥物，您可能需要支付全額費用。
 - 如果您不支付該藥物的費用但認為我們應承保該藥物，您可要求承保決定(請參閱本《會員手冊》的第 9 章)。
 - 如果您和您的醫生或其他處方醫生認為您即刻需要該藥物，您可要求快速承保決定(請參閱本《會員手冊》的第 9 章)。
- 當您要求我們償還您費用時，請將收據副本寄給我們。在某些情形下，我們可能需要從您的醫生或其他處方醫生處獲取更多資訊，以便償還您對於該藥物我們應分擔的費用。

當您寄送給付申請給我們時，我們會檢視您的申請並決定該服務或藥物是否應屬於承保範圍。這稱為做出「承保決定」。如果我們決定應承保該服務或藥物，我們將支付我們應分擔的費用。

如果我們拒絕您的給付申請，您可針對我們的決定提出上訴。若要瞭解如何提出上訴的資訊，請參閱本《會員手冊》的第 9 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

B. 將給付申請寄給我們

您可以寄書面申請給我們來要求我們償還您費用。如果您要寄書面申請，請將您已付款的任何帳單和憑證寄過來。您最好影印帳單和收據作為記錄。您必須在取得服務之日起 **12 個月內 (適用於 Medicare 計劃 C 部分醫療索賠) 和 36 個月內 (適用於 Medicare 計劃 D 部分藥物索賠)** 向我們提出索賠。

為確保您向我們提交我們作決定所需的所有資訊，您可填寫我們的索賠申請表來提出您的給付申請。您不一定要使用索賠申請表，但是如果您使用該表格將有助於我們加快處理資訊。您可以透過以下方式提出索賠要求付款：

- 於 **kp.org** 填妥並提交電子化表格，並上傳佐證文件。
- 您可從我們的網站 (**kp.org**) 下載表格，或致電會員服務部請他們寄送表格給您。請將填妥的表格郵寄到我們下面列出的索賠部門地址。
- 如果您無法取得該表格，您可以將以下資訊寄送至我們的索賠部門地址來提交您的給付申請：
 - 包含以下資訊的聲明：
 - 您的姓名（會員/患者姓名）和醫療/健康記錄編號。
 - 您接受服務的日期。
 - 您在何處獲得服務。
 - 由誰提供服務。
 - 為什麼您認為我們應該支付服務的費用。
 - 您的簽名和簽名日期。（如果您希望由本人以外的其他人提出要求，我們另外需要一份填妥的「代表委任」表格，該表格可在 **kp.org** 取得。）
 - 帳單副本、服務的醫療記錄以及您支付服務費用的收據。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

請將您的給付申請連同任何帳單或收據，寄送至下列地址：

- 請將您的醫療護理給付申請連同任何帳單或付款收據，按下列地址寄給我們：

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

若要求我們給付由網絡醫護人員開立處方並在網絡藥房配領的 D 部分藥物費用，請將申請寄至下方地址。所有其他 D 部分請求，請寄至上述地址。

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

如果您有任何疑問，請和會員服務聯絡。若您不知道自己應該付多少錢，或您收到帳單後不知應如何處理，我們可以幫助您。如果您想就您已提交的給付申請向我們提供更多資訊，您也可以致電與我們聯絡。

C. 承保決定

當我們收到您的給付申請時，我們會做出承保決定。這表示我們會決定本計畫是否承保您的服務、項目或藥物。我們還會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，我們會通知您。
- 如果我們判定本計畫有承保該服務、項目或藥物，而您已遵守取得上述內容的所有規定，則我們會支付我們應分擔的分用。如果您已經支付了服務或藥物的費用，我們將針對我們應分擔的費用郵寄支票給您。如果您尚未付款，我們將直接付款給該保健業者。

本《會員手冊》的**第 3 章**會說明取得您承保範圍內服務的規則。本《會員手冊》的**第 5 章**會說明取得您的 Medicare D 部分承保的處方藥的規則。

- 如果我們決定不支付對該服務或藥物我們應分擔的費用，我們會寄信向您說明原因。這封信還會說明您提出上訴的權利。
- 若要瞭解有關承保決定的詳細資訊，請參閱您**第 9 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求是錯誤的決定，您可以要求我們變更決定。這稱為「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，您也可以提出上訴。

正式上訴流程會包含詳細的程序和期限。如欲瞭解有關上訴的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**：

- 若要針對申請償還保健服務費用提出上訴，請參閱**第 F 節**。
- 若要針對申請藥物費用償還提出上訴，請參閱**第 G 節**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 8 章：您的權利和責任

前言

本章包含您成為本計畫會員後的權利和責任。我們必須尊重您的權利。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 8 章目錄

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊	168
B. 我們確保您及時獲得承保服務和藥物的責任.....	168
C. 本計劃保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任	171
C1. 我們保護您的 PHI 的方式.....	171
C2. 您有權查看您的醫療紀錄.....	172
D. 我們提供您資訊的責任	172
E. 網絡保健業者無法直接向您請款.....	173
F. 您退出本計劃的權利.....	173
G. 您有權做出有關您健康護理的決定	174
G1. 您有權知道您的治療選項及做出決定.....	174
G2. 你有權表達你想要的處理方式.....	174
G3. 如果您的指示沒有受到遵循該怎麼做.....	175
H. 您提出投訴並要求我們重新考慮本計劃決定的權利	175
H1. 若受到不公平的治療或想取得關於您的權利的詳細資訊，該怎麼做.....	176
I. 有關新技術評估的資訊.....	176
J. 您可提出有關權利和責任的建議.....	176
K. 您身為計劃會員的責任	177



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保所有的服務都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計畫還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版或語音版的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務 (請參閱 **第 2 章**)。請致電會員服務以進行下列行動：
 - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
 - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
 - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計畫的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare 的電話為 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。每週 7 天、每天 24 小時均可致電。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。
- 美國衛生及公共服務部 (HHS) 民權辦公室 (OCR)，電話為 **1-800-368-1019**。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-537-7697**。
- Medi-Cal 民權辦公室的電話為 **1-916-440-7370**。TTY 用戶應撥打 **711**。

B. 我們確保您及時獲得承保服務和藥物的責任

您身為本計劃會員享有一些權利。

- 您有權在我們的網絡中選擇基本保健業者 (PCP)。網絡保健業者指和我們合作的醫護人員。您可以在本《會員手冊》的 **第 3 章** 中找到有關哪些類型的保健業者可擔任 PCP 以及如何選擇 PCP 的詳細資訊。
 - 請致電會員服務或查看《**保健業者和藥房名錄**》，以瞭解有關網絡保健業者以及哪些醫生會接受新患者的詳細資訊。
- 婦女有權在不需要取得轉介的情況下去看婦女健康專科醫生以及本《會員手冊》的 **第 3 章** 中說明的其他醫護人員。轉介指由您的 PCP 提供的核准，讓您可以使用不是您的 PCP 的醫護人員。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 您有權在合理的時間內向網絡保健業者取得承保服務。
 - 這包括在及時獲得專科醫生服務的權利。
 - 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醫護費用。
- 您有權在無須取得事先核准的情況下獲得急需的急診服務或照護。
- 您有權在本計畫的任何一間網絡藥房配領處方藥，而不受到長時間的延誤。
- 您有權知道何時可以使用網絡外保健業者。若要瞭解有關網絡外保健業者的資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 3 章**。
- 當您首次加入本計劃時，如果符合特定條件，您有權保留您目前的保健業者和服務授權最多 12 個月。若要瞭解有關保留您的保健業者和服務授權的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 1 章**。
- 您有權在醫護團隊和醫護協調員的協助下自行做出醫療照護的決定。
- 您有下列權利：
 - 獲得尊重和尊嚴的對待、充分重視您的隱私權且必須對您的醫療資訊保密
 - 獲得有關計劃及其服務的資訊，包括承保服務、網絡保健業者以及會員權利和責任。
 - 可以在本計劃的網絡內選擇基本保健業者。
 - 清楚知道為您提供醫護服務的人員姓名及其所接受的訓練類型。
 - 在安全、乾淨且無障礙的場所接受醫護服務。
 - 可隨時透過網絡醫生獲得第二意見。
 - 對於組織或您所取得的醫護服務提出口頭或書面申訴。
 - 獲得醫護服務協調。
 - 對於拒保、推遲或限制服務或福利的決定要求上訴。
 - 獲得您的語言的免費口譯服務。
 - 在您當地的法律援助辦公室或其他團體取得免費的法律援助，
 - 制定預立醫囑。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 在服務或福利遭拒保時要求舉行州聽證會。如果您已經向我們提出上訴而且對於決定不滿意，您可要求舉行州聽證會。如果您在向我們提出上訴後的 30 天內沒有得到決定，您也可以要求舉行州聽證會。這包括有關在什麼情況下可舉行加快聽證會的資訊。
- 調閱並在法律許可的範圍內取得您醫療記錄的副本或是修改或修正您的醫療記錄。
- 根據《福利與機構法規》第 14182 (b)(12) 節的規定，在提出要求後及時以適合所要求格式的方式免費獲取其他格式的書面會員資訊，例如點字版、大字版、語音版和可存取的電子格式。
- 免於受到使用任何形式的限制或孤立作為脅迫、懲戒、謀求方便或報復的手段。
- 無論費用或承保範圍為何，都能以適合您的病情和理解能力的方式真實討論有關可提供的治療選項和替代方案的資訊。
- 根據《聯想法規》(CFR) 第 45 篇第 164.524 和 164.526 節的規定取得您醫療記錄的副本並要求修改或修正。
- 自由行使上述權利且不會因此而使 Kaiser Permanente、保健業者或州政府對待您的方式受到不良影響。
- 根據聯邦法律規定使用網絡外的家庭生育計劃服務、獨立生育中心、聯邦合格健康中心、印第安醫療照護保健業者、助產士服務、鄉村健康中心、性傳染病感染防治服務和急診服務。

如果您認為您沒有在合理時間範圍內獲得服務或藥物，本《會員手冊》的**第 9 章**可向您說明該怎麼做。如果我們拒絕承保您的服務或藥物且您對我們的決定有異議，上述章節也會向您說明該怎麼做。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C. 本計劃保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任

我們會根據聯邦和州政府法律的要求保護您的個人健康資訊 (PHI)。

- 您的 PHI 包括您在加入本計劃時提供給我們的資訊。該資訊還包括您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
- 您對於自己的資訊以及控制自己的 PHI 使用方式都擁有權利。我們會給您書面通知，以為您說明這些權利以及我們如何保護您的 PHI 的隱私。該通知稱為「保護私隱通知」。
- 可能同意接受敏感服務的會員無需取得任何其他會員的授權即可接受敏感服務或提交對敏感服務的要求。Kaiser Permanente 會透過會員的備用指定通訊地址、電子郵件位址或電話號碼進行有關敏感服務的通訊，或者在沒有指定的情況下，即透過檔案中的地址或電話號碼以會員的名義進行。未經接受護理會員的書面授權，Kaiser Permanente 不會向任何其他會員披露和敏感服務相關的醫療資訊。Kaiser Permanente 將以所要求的形式和格式滿足保密通訊的請求，但通訊內容必須能以所要求的形式和格式或在其他地點立即產生。會員對於和敏感服務相關的內容進行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為止。
- 會員可以透過填寫機密溝通申請表來請求機密溝通，該表格可在 kp.org 的「請求機密溝通表格」下取得。

C1. 我們保護您的 PHI 的方式

我們會確保任何人除非經過授權否則無法看到或變更您的紀錄。

除下述情況外，我們不會將您的 PHI 提供給未提供照護或支付照護費用的任何人。如果我們要這麼做，必須先取得您的書面許可。您或取得合法授權能代您做決定的人可給予書面許可。

有時我們不需要先取得您的書面許可。以下這些例外情況是法律所允許或要求的：

- 我們必須向檢查本計畫醫護品質的政府機構公開 PHI。
- 我們必須依據法院命令公開 PHI。
- 我們必須向 Medicare 提供您的 PHI。如果 Medicare 公開您的 PHI 用於研究或其他用途，他們的做法會根據聯邦法的規定。
- 我們可基於提供醫護服務、進行健康研究、給付或保健事務作業等目的 (如進行研究或評估醫療護理和服務的品質) 而使用您的 PHI 或讓他人查閱您的 PHI。此外，根據法律規定，我們可能必須將您的 PHI 提供給政府，或者在法律訴訟的過程中提供您的 PHI。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C2. 您有權查看您的醫療紀錄

- 您有權查看您的醫療紀錄並取得您記錄的副本。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療紀錄。如果您請求我們進行此類變更，我們會和您的醫療保健業者合作，以決定是否應該進行此類變更。
- 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 PHI 的隱私有任何疑問或疑慮，請致電會員服務。

D. 我們提供您資訊的責任

由於您是本計劃的會員，您有權向我們獲取有關本計劃、本計畫的網絡保健業者以及您的承保服務的資訊。

如果您不會說英語，我們會提供口譯服務以答覆您對本計劃提出的疑問。如欲取得口譯服務，請致電會員服務。這是為您提供的免費服務。致電會員服務部可獲得本文件的中文、西班牙文、塔加路文和越南文版本。我們還可以為您提供大字版、點字版或語音版的資訊。

如果您想瞭解以下任何資訊，請致電會員服務：

- 如何選擇或變更計劃
- 本計劃，包括：
 - 財務資訊。
 - 會員對我們的評級。
 - 會員提出的上訴次數。
 - 如何退出本計畫。
- 本計畫的網絡保健業者以及本計畫的網絡藥房，包括：
 - 如何選擇或變更基本保健業者。
 - 本計畫網絡保健業者和藥房的資格。
 - 我們如何付款給本計畫網絡中的保健業者。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- 承保服務和藥物以及您必須遵守的規則，包括：
 - 由本計畫承保的服務 (請參閱本《會員手冊》的**第 3 章**和**第 4 章**) 和藥物 (請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**和**第 6 章**)
 - 對您的保險和藥物的限制。
 - 您必須遵守才能取得承保服務和藥物的規則。
- 某項目不屬於承保範圍的原因以及您可以採取的行動 (請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**)，包括要求我們：
 - 以書面形式說明不承保某項目的原因。
 - 變更我們所做的決定。
 - 支付您收到的帳單。

E. 網絡保健業者無法直接向您請款

本計畫網絡中的醫生、醫院和其他保健業者不能要求您支付承保服務的費用。如果我們支付的金額少於保健業者收取的金額，他們也無法補償帳單差額或向您收費。若要瞭解網絡保健業者試圖向您收取承保服務的費用時該怎麼做，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**。

F. 您退出本計劃的權利

如果您不願意，沒有人可以要求您留在本計劃中。

- 您有權透過 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage 計劃獲得大部分的醫療保健服務。
- 您可以從處方藥計劃或其他 Medicare Advantage 計劃中取得您的 Medicare D 部分處方藥福利。
- 請參閱本《會員手冊》的**第 10 章**：
 - 有關何時可以加入新的 Medicare Advantage 或處方藥福利計劃的詳細資訊。
 - 有關如果您退出本計劃，您將如何取得 Medi-Cal 福利的資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. 您有權做出有關您健康護理的決定

您有權向您的醫生和其他醫療保健業者取得完整的資訊，以協助您做出有關您的健康護理的決定。

G1. 您有權知道您的治療選項及做出決定

您的醫護人員必須以您能理解的方式說明您的病症和治療選項。您有下列權利：

- **清楚知道您的選項。** 您有權得知不同治療選項的資訊。
- **清楚知道風險。** 您有權得知其中包含的任何風險。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。您有權拒絕實驗性治療。
- **取得第二意見。** 您有權在決定治療方式之前由另一位醫生看診。
- **說不的權利。** 您有權拒絕接受任何治療。這包括出院或使用其他醫療設施的權利，即使您的醫生建議您不要採取此行動亦然。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，我們並不會因此讓您退出本計劃。但是，如果您拒絕治療或停止服藥，您對於發生在您身上的事情需承擔全部責任。
- **要求我們說明保健業者拒絕提供照護的原因。** 如果保健業者拒絕提供您認為應接受的醫護服務，您有權向我們要求說明。
- **要求我們承保我們拒絕或通常不承保的服務或藥物。** 這稱為承保決定。本《會員手冊》的第 9 章會說明如何要求我們做出承保決定。

G2. 你有權表達你想要的處理方式

有時人們無法為自己做出醫療照護決定。在發生這種情況之前，您可以：

- 填寫書面表格賦予某人為您做出醫療照護決定的權利。
- 給您的醫生留下書面指示，告知醫生在您無法為自己做決定時應如何處理您的醫療照護，其中包括您不想要的照護方式。
- 您用來給予指示的法律文件稱為「預立醫囑」。有不同類型的預立醫囑和不同的名稱。例如生前遺囑和醫療照護授權委託書。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

預立醫囑並非必要，但您可以提供。如果您想使用預立醫囑，以下是執行步驟：

- **取得表格。**您可以向您的醫生、律師、法律服務機構或社工獲取該表格。藥房和保健業者診所通常有這些表格。您可線上找到免費的表格並將其下載。您也可以聯絡會員服務以要求獲取此表格。
- **請填寫表格並在上面簽名。**該表格是一種法律文件。您應該考慮要求律師或您信任的其他人(例如家人或您的 PCP)協助您完成該表格。
- **將副本提供給需要瞭解的人。**您應該將表格副本交給您的醫生。您還應該給您指定的人一份副本，以便為您做出決定。您可能希望將副本交由好友或家人儲存。保留一份副本在家中。
- 如果您正在住院並且您有已簽署的預立醫囑，**請將其副本帶到醫院。**
 - 醫院會詢問您是否有已簽署的預立醫囑表格，以及您是否隨身攜帶。
 - 如果您沒有已簽署的預立醫囑表格，醫院可提供表格並將詢問您是否希望簽署一份。

您有下列權利：

- 將您的預立醫囑放入您的醫療記錄中。
- 隨時變更或取消您的預立醫囑。
- 瞭解預立醫囑法的變動。本計畫將會在州法律發生變更時通知您，且最遲不晚於變更後的 90 天。
- 準備預立醫囑是您的選擇。致電會員服務了解更多資訊。

G3. 如果您的指示沒有受到遵循該怎麼做

如果您簽署了預立醫囑，而且您認為醫生或醫院未遵循其中的指示，您可向本《會員手冊》第 2 章第 F 節中所列的品質改進組織提出投訴。

H. 您提出投訴並要求我們重新考慮本計劃決定的權利

如果您對承保服務或照護有任何問題或疑慮，本《會員手冊》的第 9 章將會向您說明該怎麼做。例如，您可要求我們做出承保決定、提出變更承保決定的上訴或提出投訴。

您有權獲得有關其他計劃會員對我們提出過的上訴和投訴的資訊。請致電會員服務以獲取此資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

H1. 若受到不公平的治療或想取得關於您的權利的詳細資訊，該怎麼做

如果您認為我們對待您的方式不公平，而且這和本《會員手冊》的**第 11 章**中所列原因造成的歧視**無關**，或者您想要有關您的權利的詳細資訊，您可以致電：

- 會員服務：1-800-443-0815，每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00 聽障及語障電話專線使用者請致電 711。健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為 1-800-434-0222。有關 HICAP 的更多詳細資訊，請參考本《會員手冊》第 2 章，E 節。
- 投訴處理專員計劃：1-888-452-8609。有關本計劃的更多詳細資訊，請參考此《會員手冊》的第 2 章。
- DHCS 投訴處理專員計劃，電話：1-888-452-8609，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。
- Medicare 電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。
(您也可以閱讀或下載 Medicare 網站上的「Medicare 權利與保護」，網址為 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。)

I. 有關新技術評估的資訊

快速更新的技術對健康護理和醫學的影響程度如同對其他任何行業的影響程度。為了確定某新藥物或其他醫學發展是否有長遠效益，本計劃仔細監測並評估新技術，以便將其納入承保理賠。這些技術包括醫療程序、醫療器材和新藥物。

J. 您可提出有關權利和責任的建議

身為本計劃的會員，您有權對本章內包含的權利和責任提出建議。如果有任何建議，請致電會員服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815 (聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

K. 您身為計劃會員的責任

身為計劃會員，您有責任做下面列出的事。如果您有任何疑問，請致電會員服務。

- **閱讀《會員手冊》**了解我們的計劃承保範圍以及獲得承保服務和藥物應遵循的規定。有關您的承保服務的詳情：
 - 請參考本《會員手冊》第 3 章和第 4 章。這些章節會告訴您哪些有承保、哪些未承保、您需要遵循的規定以及您需要支付的費用。
 - 承保藥物，請參考本《會員手冊》第 5 章和第 6 章。
- **告訴我們您擁有的任何其他健康或處方藥承保。**我們必須確保您在獲得健康護理時使用所有的承保選項。如果您有其他承保，請致電會員服務。
- **告訴您的醫生和其他保健業者您為本計劃會員。**當您獲得服務或藥物時，請出示您的計劃會員卡。
- **幫助您的醫生和其他保健業者為您提供最好的醫護。**
 - 向他們提供他們需要的關於您和您的健康的資訊。盡可能多地了解您的健康問題。遵守您和醫護人員商定的治療計劃和指示。
 - 確保醫生和其他醫護人員了解您服用的所有藥物。這包括處方藥、非處方藥、維他命和補充劑。
 - 有什麼問題儘管提出來。您的醫生和其他醫護人員必須以您能理解的方式為您解釋。如果您提出問題，但您不瞭解答案，請再次提問。
- **與您的醫護協調員合作**，包括完成年度健康風險評估。
- **體諒他人。**我們希望所有計劃會員尊重他人的權利。我們也希望您在醫生診所、醫院和其他醫護人員面前表現得尊重。
- **告訴我們您在本計劃之外接受的任何服務。**
- **支付應付的費用。**身為計劃會員，您有責任支付下列款項：
 - Medicare A 部分和 Medicare B 部分保費。對於大多數計劃會員，Medi-Cal 支付您的 A 部分和 B 部分保費。
 - 針對您的某些長期服務和支援，或本計劃承保的藥物，您必須在獲得服務或藥物時支付您應分擔的費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

- **如果您搬家，請通知我們。**如果您打算搬家，請立即通知我們。致電會員服務。
- 如果您搬出我們的服務區，您將不能留在我們的計劃中。只有住在我們服務區的人才能成為本計劃的會員。本《會員手冊》第 1 章將告知我們的服務區相關資訊。
- 我們可以幫助您了解您是否將搬出我們的服務區。在特殊入保期間，您可以切換到 **Original Medicare**，或在您的新地點入保 **Medicare 健康或處方藥計劃**。我們可以告訴您我們在新的地區是否有提供計劃。
- 搬家時請告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。請參考第本《會員手冊》第 2 章，取得 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼。
- 如果您搬家並留在我們的服務區，您仍需告知我們。我們需要更新您的會員資格，並知道如何與您聯絡。
- **請告訴我們您是否有新的電話號碼或更好的聯絡方式。**
- 如果您有問題或疑慮，請致電會員服務尋求協助。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 9 章：如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴） 該怎麼辦

前言

本章包含有關您的權利的資訊。閱讀本章，了解在以下情況下該怎麼做：

- 您對您的計劃有疑問或想投訴。
- 您需要您的計劃表示不會支付的服務、物品或藥物。
- 您不同意您的計劃對您的護理所做出的決定。
- 您認為您的承保服務即將結束。
- 您對長期服務和支援有問題或想投訴，其中包括社區成人服務 (CBAS) 和護理設施 (NF) 服務。

本章分為不同章節，以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。**

您應該獲得醫生和其他醫護人員確定對您的護理而言必要的健康護理、藥物和長期服務和支援，作為護理計劃的一部分。**如果您在護理方面有問題，您可以撥打 1-888-452-8609，向投訴處理專員計劃尋求幫助。**本章解釋了您對不同問題和投訴的不同選擇，但您可以隨時致電投訴處理專員計劃，幫助指導您解決問題。關於解決您所關心的問題的其他資源和聯絡方法，請參考本《會員手冊》第 2 章。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 9 章目錄

A. 如果您有問題或疑慮該怎麼辦	183
A1. 法律術語的含義.....	183
B. 求助資源.....	183
B1. 如需更多資訊和幫助.....	183
B2. 健康保險輔導及倡導計劃提供的幫助.....	183
B3. 健康消費者聯盟提供的幫助.....	183
B4. 來自 Medicare 的幫助和資訊	184
B5. Medi-Cal 提供的協助和資訊.....	184
B6. 加州保健服務部提供的協助.....	184
B7. 加州保健計劃管理部提供的協助.....	184
C. 了解我們計劃中的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴	184
D. 您的理賠福利出現問題	185
E. 承保決定和上訴.....	185
E1. 承保決定	185
E2. 上訴.....	186
E3. 承保決定及上訴協助	187
E4. 本章的哪一節可以幫助您	187
F. 醫療護理.....	188
F1. 使用本節	188
F2. 要求作出承保決定	189
F3. 提出 1 級上訴	192
F4. 提出 2 級上訴	194
F5. 給付問題	199



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. Medicare D 部分處方藥.....	201
G1. D 部分承保決定及上訴.....	201
G2. D 部分例外處理.....	202
G3. 有關申請例外處理的重要須知.....	203
您的醫生或其他處方醫師必須告訴我們醫療理由。.....	203
我們可能會核准也可能會拒絕您的請求。.....	203
G4. 要求作出承保決定，包括例外處理.....	204
G5. 提出 1 級上訴.....	206
G6. 提出 2 級上訴.....	208
H. 要求我們承保更長的住院.....	210
H1. 了解您的 Medicare 權利.....	210
H2. 提出 1 級上訴.....	211
H3. 提出 2 級上訴.....	213
H4. 提出 1 級替代上訴.....	214
H5. 提出 2 級替代上訴.....	215
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務.....	215
I1. 在您的承保結束前提前通知.....	216
I2. 提出 1 級上訴.....	216
I3. 提出 2 級上訴.....	218
I4. 提出 1 級替代上訴.....	219
I5. 提出 2 級替代上訴.....	219



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

J. 進行 2 級以上的上訴.....	220
J1. Medicare 服務和用品的後續步驟.....	220
J2. 額外的 Medi-Cal 上訴.....	221
J3. 針對計劃 D 部分藥物請求的 3 級、4 級和 5 級上訴.....	221
K. 如何提出投訴.....	223
K1. 何種類型的問題應提出投訴？.....	223
K2. 內部投訴.....	224
K3. 外部投訴.....	225



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 如果您有問題或疑慮該怎麼辦

本章說明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。使用一個流程來處理承保決定和上訴，另一個流程來提出投訴；也稱為申訴。

為確保公平且及時，每個流程都有一套我們和您必須遵守的規則、程序和截止日期。

A1. 法律術語的含義

本章中有一些規則和期限的法律術語。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替代某些法律術語。我們盡可能少用縮寫。

例如，我們說：

- 「提出投訴」，而不是「申訴」。
- 「承保決定」而不是「組織判定」、理賠裁定、「風險判定」或「承保判定」
- 「快速承保決定」而不是「加快判定」。
- 「獨立審查組織」而不是「獨立審查機構」。

了解適當的法律條款可能有助於您更清楚地溝通，因此我們也提供這些術語。

B. 求助資源

B1. 如需更多資訊和幫助

有時，開始處理問題或遵循處理問題的流程可能會令人困惑。尤其在您身體不適或者精力有限時更是如此。而在其他時候，您可能沒有採取下一步行動所需的資訊。

B2. 健康保險輔導及倡導計劃提供的幫助

您可以致電健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。HICAP 顧問可以回答您的問題，並幫助您了解如何處理問題。HICAP 和任何保險公司或保健計劃無關。HICAP 在每個郡縣都設有訓練有素的顧問，而且服務皆為免費。HICAP 的電話號碼是 **1-800-434-0222**。

B3. 健康消費者聯盟提供的幫助

您可以致電健康消費者聯盟，與代表討論您的健康承保問題。他們提供免費的法律援助。健康消費者聯盟與本計劃、任何保險公司或保健計劃均無關聯。他們的電話號碼是 **1-888-804-3536**，他們的網站是 **www.healthconsumer.org**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

B4. 來自 Medicare 的幫助和資訊

如需更多資訊和幫助，您可以聯絡 Medicare。有兩種方法從 Medicare 直接獲得幫助：

- 致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天、每天 24 小時均可撥打。若您需使用聽障及語障電話專線，請致電 **1-877-486-2048**。
- 請瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

B5. Medi-Cal 提供的協助和資訊

如果您對自己的 Medi-Cal 資格有任何疑問，可以致電當地郡衛生和公共服務辦公室，電話：<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>。

您也可致電 **1-800-430-4263** 或 **1-800-430-7077** (聽障及語障電話專線 711)與保健服務選項聯絡。

B6. 加州保健服務部提供的協助

加州保健服務部 (DHCS) 的 Medi-Cal 管理式護理投訴處理專員可以提供協助。如果您在加入、變更或退出保健計劃時發生問題，投訴處理專員可以提供協助。如果您搬家了且您在將 Medi-Cal 轉至您新搬遷的郡縣時有困難，他們也可提供協助。您可於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 **1-888-452-8609** 與投訴處理專員聯絡。

B7. 加州保健計劃管理部提供的協助

聯絡加州保健計劃管理部，取得免費協助。DMHC 負責規管保健計劃。DMHC 可協助人們就 Medi-Cal 服務或請款問題提出上訴。其電話號碼為 **1-888-466-2219**。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人可使用免費的聽障人士電傳專線號碼，**1-877-688-9891**。

C. 了解我們計劃中的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴

您有 Medicare 和 Medi-Cal。本章資訊適用於您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 理賠福利。這有時稱為「整合流程」，因其結合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 流程。

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



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 您的理賠福利出現問題

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。下表可幫助您找到本章中
有關問題或投訴的正確章節。

<p>您的問題或疑慮是否涉及理賠或承保？</p> <p>這包括有關特定醫療護理或處方藥是否屬於承保範圍和其承保方式的問題，以及與醫療護理或處方藥給付有關的問題。</p>	
<p>可以。 我的問題涉及理 賠福利或承保。</p> <p>請參考第 E 節，「承保決定及上訴」。</p>	<p>否。 我的問題不涉及理 賠或承保。</p> <p>請參考第 K 節，「如何提出投訴」。</p>

E. 承保決定和上訴

請求承保決定和提出上訴的流程是處理與您的理賠福利和承保有關的問題。這還包括
付款問題。

E1. 承保決定

承保決定是指我們針對您的理賠和承保範圍或本計劃為您支付的醫療服務或藥物金額而作的決定。當我們決定您的承保範圍及我們需給付的金額時，我們即是在作承保決定。例如，每次當您從網絡醫生處獲得醫療護理時，或網絡醫生將您轉介給專科醫生時，計劃網絡醫生都會為您作出（對您有利的）承保決定。如果您的醫生不確定我們是否承保某項醫療服務，或拒絕提供您認為自己需要的醫療護理，您或您的醫生也可與我們聯絡並要求我們作出承保決定。換言之，如果您希望在您獲得醫療服務之前瞭解我們是否承保該服務，您可要求我們為您作出承保決定。在有限的情況下，針對承保決定的要求將會駁回，也就是說，我們不會審查該要求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回做出承保決定的請求，我們會寄送通知解釋駁回請求的原因，以及如何要求對駁回進行審查。

在某些情形下，我們可能會決定一項服務或者藥物不屬於承保範圍，或者 Medicare 或 Medi-Cal 不再為您提供承保。如果您不同意該承保決定，您可提出上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

E2. 上訴

如果我們做了承保決定，而您對該決定感到不滿，您可針對該決定提出「上訴」。上訴是指正式要求我們審核或更改我們已經作出的承保決定。

當您初次對一項決定提出上訴時，稱為 1 級上訴。在此上訴期間，我們會對承保決定進行審查，以核實我們是否正確遵守了所有規定。您的上訴將由未參與作出最初不利決定的不同審查人員進行處理。

在大部份情況下，您必須從 1 級開始上訴。如果您不想就 Medi-Cal 首先向計劃提出上訴，且如果您的健康問題很緊急或涉及對您健康的即時和嚴重威脅，或如果您感到劇痛，需要立即作出決定，您可以要求保健計劃管理部進行獨立醫療審查，網址是：www.dmhc.ca.gov。有關詳細資訊，請參閱本章後面的「向保健計劃管理部投訴和獨立醫療審查（「IMR」）一節」。

審查完成後，我們會向您告知我們的決定。在某些情況下(本章稍後將說明)，您可以要求對承保決定進行加快或「快速承保決定」或快速上訴。

如果我們**拒絕**您全部或部分 1 級上訴，您可繼續提出 2 級上訴。與我們無關聯的獨立審查組織將承辦 2 級上訴。

- 在某些情況下，您的個案會**自動轉交**給獨立審查組織進行 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**必須申請** 2 級上訴。
- 請參考 **F4 節**以了解有關 2 級上訴的更多資訊。

如果您對 2 級上訴的決定感到不滿，您可能可以繼續進行額外級別的上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

E3. 承保決定及上訴協助

您可以透過以下任何方式尋求協助：

- **會員服務**位於頁面底部的數字處。
- 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。
- 加州保健計劃管理局 (DMHC) 求助中心，取得免費協助。DMHC 負責規管保健計劃。DMHC 可協助人們就 Medi-Cal 服務或請款問題提出上訴。其電話號碼為 **1-888-466-2219**。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人可使用免費的聽障人士電傳專線號碼，**1-877-688-9891**。
- **您的醫生或其他醫護人員**。您的醫生或其他醫護人員可以代表您要求做出承保決定或上訴。
- **朋友或家人**。您可以指定其他人擔任您的「代表」，替您申請承保決定或提出上訴。
- **律師**。你有權聘請律師，但**你不需要有律師**就能要求作出承保決定或提出上訴。
 - 與自己的律師聯絡，或者從您當地的律師協會或其他轉介服務獲得律師的姓名。如果您符合條件，一些法律團體會為您提供免費的法律服務。
 - 向健康消費者聯盟尋求法律援助律師，電話：**1-888-804-3536**。
- 如果您想讓律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表委任表格。該表格允許某人代表您行事。
- 請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務並索取「代表委任」表格。您也可以藉由造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或在我們的網站上 kp.org 獲取表格。您必須將已簽署的表格副本交給我們。

E4. 本章的哪一節可以幫助您

有四種情況涉及承保決定和上訴。每種情況都有不同的規則和期限。我們將在本章的單獨章節中詳細介紹每一項。請參考適用的章節：

- **F 節**，「醫療護理」
- **G 節**，「Medicare D 部分處方藥」
- **H 節**，「要求我們承保更長的住院」
- **I 節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務」(本節僅適用於以下服務：居家健康護理、專業護理院醫療護理和綜合門診復健設施 [CORF] 服務)。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

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繫會員服務。您也可透過如州政府健康保險補助計劃等政府組織獲得幫助或資訊 (本會員手冊第 2 章第 E 節中有該計劃的電話號碼)。

F. 醫療護理

如果您在獲得醫療護理承保時遇到困難，或者如果您希望我們針對您的醫護服務向您償還我們應分擔的費用，本節將說明該怎麼做。

本節是關於您在醫療護理和服務方面的理賠福利，這些理賠福利在本會員手冊的**第 4 章**中有所描述。我們通常在本節的其餘部分提及「醫療護理承保」或「醫療護理」。「醫療護理」一詞包括醫療服務和用品，以及 Medicare B 部分處方藥，這些通常是由您的醫生或保健專業人員為您施用的藥物。B 部分處方藥可能適用不同的規則。在此情況下，我們會說明 B 部分處方藥的規定與醫療服務和用品的規定有何不同。

F1. 使用本節

本節將向您說明，如果您處於以下任何一種情況下，可以怎麼做：

1. 您認為我們承保您需要但沒有得到的醫療護理。

您可以做什麼：您可以要求我們作出承保決定。請參考 **F2 節**。

2. 我們沒有批准您的醫生或其他保健業者想要為您提供的醫療護理，而您認為我們應該這樣做。

您可以做什麼：您可以對我們的決定提出上訴。請參考 **F3 節**。

3. 您獲得了您認為我們承保的醫療護理，但我們不會給付。

您可以做什麼：您可以對我們不給付的決定提出上訴。請參考 **F5 節**。

4. 您獲得並支付了您認為我們承保的醫療護理，並且您希望我們向您償付費用。

您可以做什麼：您可要求我們向您償付費用。請參考 **F5 節**。

5. 我們減少或停止了您的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。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

6. 您遇到醫療護理延誤或您找不到醫生。

您可以做什麼：您可以對我們減少或停止醫療護理的決定提出上訴。
請參考 **F4 節**。

- 如果承保涉及醫院護理、居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則適用特殊規則。請參考 **H 節** 或 **I 節** 以了解更多資訊。
- 對於涉及減少或停止您的某些醫療護理承保的所有其他情況，請使用本節 (**F 節**) 作為指南。

F2. 要求作出承保決定

當承保決定涉及您的醫療護理時，稱為「**整合組織判定**」。

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：

- 來電：**1-800-443-0815**，服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00，聽障及語障電話專線：**711**。如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請在周一至週六上午 8:30 至下午 5:00 致電 **1-888-987-7247** 聯絡加急審查單位。
- 傳真：**1-888-987-2252**。
- 寫信：
 - 對於標準承保決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《**醫護人員名錄**》以查詢地點）。
 - 對於標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕決議通知上的地址。如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請寫信至：
Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

標準承保決定

當我們為您提供我們的決定時，我們採用「標準」期限，除非我們同意採用「快速」期限。標準承保決定表示在收到您的要求後 14 個日曆日內，我們給您有關：

- **Medicare 或 Medi-Cal** 在我們收到您的請求後 5 個工作日內提供醫療服務或用品，並且不遲於我們收到您的請求後的 14 個日曆日內。
- 若為 Medicare B 部分處方藥，則會在我們收到您的請求後 72 小時內給您答覆。

快速承保決定

「快速承保決定」的法律術語為「**加急判定**」。

當您要求我們就您的醫療護理做出承保決定，而您的健康狀況需要快速回應時，請要求我們做出「快速承保決定」。快速的承保決定代表我們將為您提供有關以下方面的答覆：

- 在我們收到您的請求後 72 小時內提供醫療服務或用品。
- 若為 Medicare B 部分處方藥，則會在我們收到您的請求後 24 小時內給您答覆。

如欲獲得快速承保決定，您必須符合兩個要求：

- 您要求承保您**沒有得到的**醫療護理。
- 使用標準期限**可能對您的健康造成嚴重危害**或會損害您的身體機能。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您做出快速承保決定。如果您在沒有醫生支援的情況下提出要求，我們將決定您是否能獲得快速承保決定。

如果我們決定您的健康狀況不合作出快速承保決定的要求，我們會寄信通知您我們的否決，而且我們將改而採用標準期限。這封信告訴您：

- 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速承保決定。
- 您如何就我們決定為您提供標準承保決定，而不是快速承保決定提出「快速投訴」。如欲瞭解有關提出投訴，包括快速投訴的詳情，請參考 **K 節**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會寫信給您說明原因。

- 如果我們拒絕請求，您有權提出上訴。如果您認為我們犯了錯誤，提出上訴是要求我們審查並更改決定的正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將進入 1 級上訴流程 (請參考 **F3 節**)。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定請求，也就是說，我們不會審查該請求。我們何時會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，但沒有法律授權，或
- 如果您要求撤回您的請求。

如果我們駁回做出承保決定的請求，我們將寄給您通知，解釋駁回請求的原因，以及如何要求對駁回進行審查。這種審查稱為上訴。上訴將在下一節進行說明。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

F3. 提出 1 級上訴

如欲開始上訴，您本人、您的醫生、或您的代表必須與我們聯絡。致電會員服務。

若您要求標準上訴或快速上訴，請以書面形式提出，或致電會員服務。

- 如果您的醫生或其他處方醫師要求繼續使用您在上訴期間已經獲得的服務或用品，您可能需要指定他們為您的代表以代表您行事。

如果是您的醫生以外的其他人為您提出上訴，請附上代表委任表格，授權此人代表您。您也可以藉由造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或在我們的網站上 kp.org 取得表格。

- 我們可以受理沒有表格的上訴請求，但在收到該表格之前，我們無法開始進行或完成審查。如果我們在收到您的上訴請求後 30 個日曆日內沒有收到該表格：
 - 我們會駁回您的請求，並且
 - 我們會寄書面通知給您，說明您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您上訴之決定。

您必須從我們寄給您的決定通知書上的日期起算，在 **60 個日曆日內** 要求上訴。

如果您錯過期限，並有錯過期限的正當理由，我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由的例子為您患了重病，或者我們給您提供了有關期限的錯誤訊息。在您提出上訴時，說明您的上訴遲到的原因。

您有權向我們索取有關您上訴的免費資訊副本。您和您的醫生也可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。該請求必須以書面形式提出。

如果您因健康狀況所需，請要求進行快速上訴。

「快速上訴」的法律術語為「**加快重新審查**」。

- 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。
- 快速上訴的流程與快速承保決定相同。如欲要求快速上訴，請遵守 **F2 節** 中有關要求快速承保決定的規定。
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要進行快速上訴，我們將會為您進行快速上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

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用品，您可以請求在上訴期間繼續這些服務或用品。

- 如果我們決定更改或停止您獲得的服務或用品的承保，我們會在採取行動之前向您發出通知。
- 如果您對我們的決定有異議，您可以提出 1 級上訴。
- 如果您在我們信件上的日期起的 10 個日曆日內，或在該行動的預定生效日期前 (以較晚者為準) 要求我們繼續承保服務或用品，並要求提出 1 級上訴，我們將繼續承保該服務或用品。
 - 如果您在此期限前完成，在您的 1 級上訴待決期間，您將獲得服務或用品，而不會發生任何變化。
 - 您還將獲得所有其他服務或用品 (不是您上訴的事由)，不會有任何變化。
 - 如果您在這些日期之前並未上訴，則在您等待上訴決定時，我們將不會繼續為您承保服務或藥物。

我們會審查您的上訴並給您答覆。

- 當我們在審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您請求承保的醫療護理的所有資訊。
- 我們會檢查當我們對您的請求說不時，是否遵守了所有規定。
- 如有需要，我們會收集更多資訊。我們可能會與您或您的醫生聯絡以取得更多資訊。

快速上訴有期限。

- 當我們採用快速期限時，我們必須在收到您上訴後的 72 小時內給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將更快給您答覆。

如果我們沒有在 72 小時內給您答复，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織審查您的上訴。在本章後面，我們將向您介紹該組織並解釋 2 級上訴流程。

- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會將您的上訴交給獨立審查組織進行 2 級上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

標準上訴有期限。

- 當我們使用標準期限時，我們必須在收到您就您未獲得的服務要求承保的上訴後，於 **30 個日曆日內** 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的 **7 個日曆日內** 給您答覆，或者如果您的健康狀況有需要，則會更快。

如果我們在期限前沒有給您答覆，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織審查您的上訴。在本章後面，我們將向您介紹該組織並解釋 2 級上訴流程。

如果我們的答覆是同意您部分或全部的請求，我們必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內授權或提供我們同意提供的承保，或者如果您的請求是針對 **Medicare B 部分** 處方藥，則必須在收到您上訴後的 **7 個日曆日內** 授權或提供我們同意提供的承保。

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：

如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函。

- 如果您的問題與 **Medicare** 服務或用品的承保有關，信中會告訴您，我們已將您的案件送交獨立審查組織進行 2 級上訴。
- 如果您的問題是關於 **Medi-Cal** 服務或用品的承保，信中會告訴您如何自行提出 2 級上訴。

F4. 提出 2 級上訴

如果我們拒絕您的部分或全部 1 級上訴，我們會向寄一封信給您。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用品。

- 如果您的問題與 **Medicare** 通常承保的某項服務或用品有關，一旦 1 級上訴完成，我們會自動將您的案件發送到上訴流程的第 2 級。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 通常會承保的某項服務或用品有關，您可以自行提出 2 級上訴。這封信會告訴您怎麼做。我們在本章後面還有更多資訊。我們不會自動為您的 **Medi-Cal** 服務或用品提出 2 級上訴。
- 如果您的問題與 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 可能承保某項服務或用品有關，您將自動獲得獨立審查組織的 2 級上訴。您也可以向州政府要求舉行公平聽證會。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您在提出 1 級上訴時符合繼續享有理賠福利的條件，您對提出上訴的服務、用品或藥物的理賠福利，在 2 級上訴期間可能也能繼續享有。請參考 **F3 節**，了解有關在 1 級上訴期間繼續享有理賠福利的資訊。

- 如果您的問題與通常僅由 Medicare 承保的服務有關，則在獨立審查組織的 2 級上訴流程中，該服務的理賠福利不會繼續。
- 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 個日曆日內提交 2 級上訴，則您可以繼續享受該服務的理賠福利。

當您的問題與 Medicare 通常承保的服務或用品有關時

獨立審查組織將會審查您的上訴。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**」。有時稱為「**IRE**」。

- 該組織與我們並無關聯，也不是政府機構。Medicare 選擇該公司作為獨立審查組織，並監督其工作。
- 我們會將有關您的上訴的資訊(您的「個案檔案」)發送給該組織。您有權免費獲得您個案檔案的副本。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，來為您的上訴提供佐證。
- 獨立審查組織的審議人會仔細查看與您上訴有關的所有資訊。

如果您在第 1 級提出快速上訴，您的 2 級上訴也會是快速上訴。

- 如果您在第 1 級向我們提出快速上訴，您的 2 級上訴將自動以快速上訴的方式進行。獨立審查組織必須在收到您上訴後的 **72 小時內**針對您的 2 級上訴做出答覆。
- 如果您的請求是針對醫療用品或服務提出的，而獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，**這可能需要多 14 個日曆日**。如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，則獨立審查組織不能花費額外時間來作出決定。

如果您提出 1 級標準上訴，您的 2 級上訴也會是標準上訴。

- 如果您在第 1 級向我們提出了標準上訴，您的 2 級上訴將自動以標準上訴的方式進行。
- 如果您的請求是針對醫療用品或服務，獨立審查組織必須在收到您的上訴後的 **30 個日曆日內**，對您的 2 級上訴做出答覆。
- 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上訴後的 **7 個日曆日內**對您的 2 級上訴做出答覆。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

獨立審查組織以書面形式給您答覆並說明原因。

- 如果獨立審查組織同意針對醫療用品或服務的部分或全部要求，我們必須立即執行該決定：
 - 在 **72 小時內**授權醫療護理承保或
 - 在我們得到獨立審查組織對**標準請求**的決定後的 **14 個日曆日內**提供服務，或者
 - 從我們得到獨立審查組織對**加速請求**的決定之日起的 **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，我們必須授權或提供有爭議的 Medicare B 部分處方藥：
 - 我們得到獨立審查組織對**標準請求**的決定後的 **72 小時內**，或者
 - 從我們得到獨立審查組織對**加速請求**的決定之日起的 **24 小時內**。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您部分或全部的上訴，這表示該組織同意我們不應批准您的醫療護理承保要求 (或部分要求)。這稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。

如果您的個案符合規定，您可選擇是否要提出進一步上訴。

在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別 (共有五級上訴)。

如果您的 2 級上訴遭到駁回，而您符合繼續上訴流程的要求，您必須決定是否繼續進行 3 級上訴，並提出第三次上訴。您在 2 級上訴之後所收到的書面通知中會詳細說明如何提出第三次上訴。

行政法官或律師裁判官將處理 3 級上訴。請參考 **J 節**以了解有關 3、4、5 級上訴的更多資訊。

當您的問題與 Medi-Cal 通常承保的服務或用品有關時

(1) 州聽證會

您可以要求就 Medi-Cal 承保服務和用品舉行州聽證會。如果您的醫生或其他醫護人員要求我們不批准的服務或用品，或者我們不繼續支付您已經獲得的服務或用品，而且我們拒絕您的 1 級上訴，您有權要求舉行州聽證會。

大多數情況下，在我們將「您的聽證權利」通知寄給您之後，**您有 120 天的時間要求舉行州聽證會**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

注意：如果您因為我們告知您，您目前獲得的服務將改變或停止而要求舉行州聽證會，而您如果想在州聽證會待決期間繼續獲得該服務，則您必須在更短的時間內提交請求。請參考本章中的「在 2 級上訴期間我的理賠福利是否繼續」，以了解更多資訊。

要求舉行州聽證會有以下兩種方式：

1. 您可以填寫行動通知書背面的「申請州聽證會」。您應該提供所有要求的資訊，如您的全名、地址、電話號碼、對您採取行動的計劃或郡的名稱、所涉及的補助計劃、以及您想要舉行聽證會的詳細理由。然後，您可以用下列方式之一提交請求：
 - 致函郡級福利部門，地址為通知上所載地址。
 - 致函加州社會服務部：

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - 致州聽證會部門，傳真號碼 **1-916-651-5210** 或 **1-916-651-2789**。
2. 您可以撥打加州社會服務部的電話**1-800-952-5253**。聽障及語障電話專線使用者請致電**1-800-952-8349**。如果您決定打電話要求舉行州聽證會，對電話線路非常繁忙應有心理準備。

如果您不同意上訴決定，該怎麼辦

如果您提出上訴並收到我們的信函，信中告知您我們將不會變更我們的決定；或者您從未收到告知您我們決定的信函，而且時間已超過30天，您可以：

- 向加州社會服務部（「CDSS」）要求舉行州聽證，法官將審查您的個案
- 向保健計劃管理部 (DMHC) 提出獨立醫療審查/投訴表，要求對我們的決定進行審查，或要求 DMHC 進行獨立醫療審查（「IMR」）。在 DMHC 的 IMR 期間，您的個案將由不隸屬於 Kaiser Permanente 的外部醫生審查。DMHC 的免費電話號碼是**(1-888-466-2219)**，並為聽障及言語障礙人士設立了聽障及語障電話專線**(1-877-688-9891)**。您可以在 DMHC 的網站上找到獨立醫療審查/投訴表格和說明，網址是：www.dmhc.ca.gov。

您將無須為州聽證會或IMR付費。

你有權同時獲得州聽證會和IMR。但是，如果您先申請了州聽證會且聽證會已經舉行，則您不可再申請IMR。在此情況下，州聽證會的決議具有終局效力。Medi-Cal Rx藥房理賠福利決定不受IMR流程約束。

下面各節將會為您提供更多有關如何申請州聽證會或IMR的資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

與Medi-Cal Rx藥房理賠福利有關的投訴和上訴並非由Kaiser Permanente處理。您可以撥打**1-800-977-2273** (聽障及語障電話專線**1-800-977-2273**，並按**5**或**711**)，提交關於Medi-Cal Rx藥房理賠福利的投訴和上訴。但是，與不屬於Medi-Cal Rx的藥房理賠福利有關的投訴和上訴可能有資格接受獨立醫療審查。如果您不同意與Medi-Cal Rx藥房理賠福利有關的決定，您可以要求舉行州聽證會。

注意：您在社區支援計劃下接受的用品和服務不符合 IMR 的要求。

投訴和獨立醫療審查 (「IMR」) 與保健計劃管理部

IMR是由與保健計劃無關的外部複審人針對您的個案進行審查。如果您想申請IMR，您必須先向我們提出上訴。如果您未在30個日曆日內收到我們的答覆，或者您對我們的決定感到不滿，則您可以申請IMR。您必須在上訴決定通知日期起的6個月內申請IMR。您只有120天的時間來申請州聽證會，所以如果您想獲得IMR和州聽證會，請盡快提交投訴。請記住，如果您先申請了州聽證會，且聽證會已經舉行，則您不能再申請IMR。在此情況下，州聽證會的決議具有終局效力。

在某些情況下，您也許可以無需先提出上訴便能夠直接申請IMR。這些情況包括，若您的健康問題很緊急，或是您的請求遭到拒絕是因為治療被視為實驗性或研究性的。

如果您向DMHC提出的投訴不符合IMR的要求，DMHC仍將審查您的投訴，以確保在您對我們拒絕提供服務提出上訴時，我們做出了正確的決定。我們必須遵守DMHC的IMR和審查決定。

以下段落內容將向您說明如何申請IMR。請注意，「申訴」一詞同時具有「投訴」和「上訴」的含義。

加州保健計劃管理局 負責制定保健服務計劃。如果您對您的保健計劃有不滿之處，請先撥打 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**) 和保健計劃聯絡，並在聯絡加州保健計劃管理局之前先利用保健計劃的申訴流程。利用這項申訴流程不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或者可能有資格獲得的任何補償。如果您需要幫助以解決涉及緊急情況的申訴、保健計劃未能妥善解決您的申訴或在 **30** 天後仍未解決，您可致電管理局請求協助。您可能還有資格申請獨立醫療審查 (「IMR」)。如果您有資格要求 IMR，IMR 將對保健計劃就服務或治療在醫療上的必要性的決定，實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的給付爭議進行公正的審查。該部門還設有免付費電話 (**1-888-466-2219**)，以及為聽障及語言障礙人士設立的 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。可從該部門網站 <http://www.dmhc.ca.gov> 下載投訴表格、IMR 申請表，並可以查閱線上說明。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

州聽證會辦公室會以書面方式告知您其決定，並說明理由。

- 如果州聽證會辦公室**同意**針對醫療用品或服務的部分或全部請求，我們必須在收到其決定後 **72 小時內**授權或提供該服務或用品。
- 如果州聽證會辦公室**拒絕**您部分或全部的上訴，這表示他們同意我們不應批准您的醫療護理承保要求(或部分要求)。這稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織或州聽證會辦公室的決定是**拒絕**您全部或部分的請求，您擁有額外上訴權利。

如果您的 2 級上訴已移交給**獨立審核組織**，只有在您想要的服務或用品金額達到一定的最低限額時，您才能再次上訴。行政法官或律師裁判官將處理 3 級上訴。
您從獨立審查組織收到的信函說明了您可能擁有的其他上訴權利。

您從州聽證會辦公室收到的信函中描述了下一個上訴選項。

請參考 **J 節**，了解有關您在 2 級上訴後的上訴權利的更多資訊。

F5. 給付問題

我們不允許網絡保健業者向您收取承保服務和用品的費用。即使我們支付給保健業者的費用低於保健業者對某項承保服務或用品的收費，情況也是如此。您永遠不需要支付任何帳單的差額。您唯一需要支付的金額是**第 4 章**理賠福利表中所述的救護車、洗腎和某些 DME 用品的共付額；或者如果您不再符合「額外補助」的資格，則為**第 6 章**中所述的成本分擔金額。

如果您收到的帳單，超出您對承保服務和用品的共付額，請將帳單寄給我們。**您不應自行支付帳單**。我們會直接和保健業者聯絡並處理該問題。如果您確實支付了帳單，若您遵守獲得服務或用品的規定，則能獲得退款。

如需更多資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**。其中描述了當您可能需要要求我們償還費用，或支付您從保健業者那裡收到的帳單的情況。該章節也會說明如何寄送申請給付的書面文件給我們。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您要求償還費用，您就是在要求做出承保決定。我們將檢查您所支付的服務或用品是否在承保範圍內，以及您是否遵守使用承保的所有規定。

- 如果您已付費的服務或用品在承保範圍內，且您有遵守所有規定，我們將在收到您申請後的 60 個日曆日內，將我們針對您的服務或用品應給付的成本分擔款項寄給您。
- 如果您尚未支付服務或用品的費用，我們會將款項直接寄給保健業者。當我們寄送款項時，就等同於我們**同意**您的承保決定申請。
- 如果服務或用品不在承保範圍內，或者您並未遵守所有規定，我們會寫信給您，告知您我們不會支付該服務或用品的費用，並說明原因。

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

- 如果您提出上訴，要求我們償還費用，我們必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內給您答覆。
- 如果我們對您的上訴的答覆是**拒絕**，而 **Medicare** 通常承保該服務或用品，我們會將您的個案送交獨立審查組織。如果發生這種情況，我們會寄一封信給您。

如果獨立審查組織推翻我們的決定，並表示我們應該支付給您，則我們必須在 30 個日曆日內將款項寄給您或保健業者。如果我們在您 2 級上訴後之上訴流程中的任何階段**核准**您的上訴，我們必須在 60 個日曆日內將款項寄給您或保健業者。

- 如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴，這代表他們同意我們不應批准您的請求。這被稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。您會收到一封信，說明您可能擁有的其他上訴權利。請參考 **J 節**，了解有關其他上訴級別的更多資訊。
- 如果我們對您的上訴的答覆是**拒絕**，而且 **Medi-Cal** 通常承保該服務或用品，您可以自行提出 2 級上訴。我們不會自動為您提出 2 級上訴。請參考 **F4 節** 以了解更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. Medicare D 部分處方藥

身為本計劃的會員，您享有的理賠包括多種處方藥的承保。其中大部分是 Medicare D 部分藥物。Medicare D 部分不承保 Medi-Cal 可能承保的一些藥物。本節僅適用於 D 部分藥物上訴。在本節的其餘部分，我們會使用「藥物」一詞，而不是每次說「D 部分藥物」。

如欲取得承保，藥物必須用於醫學上公認的適應症。這代表該藥物已獲得食品及藥物管理署 (FDA) 的批准，或獲得某些醫學參考文獻的支援。請參考本《會員手冊》的 **第 5 章**，了解關於醫學上公認的適應症的更多資訊。

G1. D 部分承保決定及上訴

以下是您要求我們針對您的 D 部分藥物作出承保決定的範例：

- 您要求進行例外處理，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
 - 擱置我們對某項藥物的承保限制 (例如對您可以獲得的數量的限制)。
- 您詢問我們是否為您承保某種藥物 (例如，當您的藥物在本計劃藥物清單上，但我們必須在承保前為您批准該藥物)。

注意：如果藥房告知您，您的處方藥無法按醫生要求配領，藥房會給您書面通知，說明如何與我們聯絡要求做出承保決定。

有關您 D 部分藥物的初步承保決定稱為「承保判定」。

- 您要求我們為您已購買的藥物付款。這是在要求作出有關付款的承保決定。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您對我們所作的承保決定有異議，您可對我們的決定進行上訴。本節將告訴您如何要求作出承保決定以及如何提出上訴。使用下面的圖表來幫助您。

您處於以下哪一種情形？			
您需要某項不在我們藥物清單上的藥物，或需要我們擱置對某項承保藥物的規定或限制。	您希望我們承保我們藥物清單上的某項藥物，且您認為您符合您所需之藥物的計劃規定或限制(例如事先獲得核准)。	您想要求我們針對您已經獲得並已支付費用的藥物向您償還費用。	我們告訴過您，我們不會以您想要的方式承保或支付某項藥物。
您可要求我們進行例外處理。(這是一種承保決定。)	您可要求我們作出承保決定。	您可要求我們向您償付費用。(這是一種承保決定。)	您可以提出上訴。(這表示您要求我們重新審查。)
先參考 G2 節，然後參考 G3 和 G4 節。	請參考 G4 節。	請參考 G4 節。	請參考 G5 節。

G2.D 部分例外處理

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

在您要求做出例外處理時，您的醫生或其他處方醫師需解釋您需要例外處理的醫療理由。

請求承保不在我們藥品清單上的藥物，或取消對某項藥物的限制，有時稱為申請「承付藥物手冊例外處理」。

以下是您、醫生或其他處方醫師可要求我們做出例外處理的範例：

承保不在我們藥物清單上的藥物

- 如果我們同意進行例外處理並承保未列於藥物清單上的藥物，您需要支付適用於我們所有藥物的共付額。
- 你不能獲得對該藥物所需共付額的例外處理。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

取消對承保藥物的限制

- 額外規定或限制適用於我們藥物清單上的某些藥物 (詳情請參考本會員手冊的 **第 5 章**)。
- 某些藥物的額外規定和限制包括：
 - 必須使用某種藥物的學名藥而不是品牌藥。
 - 在我們同意為您承保藥物之前，事先獲得我們的核准。這有時稱為「事前授權」。

G3. 有關申請例外處理的重要須知

您的醫生或其他處方醫師必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫師必須向我們提供聲明，說明請求例外處理的醫療理由。如欲更快得知決定，在申請例外處理時，請附上由您醫生或其他處方開立者所提供的上述醫療資訊。

我們的藥物清單包括一種以上治療特定病症的藥物。這些藥物被稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物一樣有效，並且不會引起更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理請求。

我們可能會核准也可能會拒絕您的請求

- 如果我們同意您的例外處理請求，該例外處理通常會持續到日曆年度年底。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，而且該藥物對治療您的病症仍然安全有效，核准在年底之前皆會維持有效。
- 如果我們拒絕您的例外處理請求，您可以提出上訴。請參考 **G5 節**，了解我們拒絕時，您如何提出上訴的更多資訊。

下一節將告訴您如何要求作出包括例外處理的承保決定。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G4. 要求作出承保決定，包括例外處理

- 您可以致電會員服務、寫信或傳真給我們，要求提供你想要的承保決定類型。您本人、您的代表或您的醫生 (或其他處方開立者) 均可以提出請求。包括您的姓名、聯絡資訊和有關索賠的資訊。
- 您或您的醫生 (或處方醫師)，或您的代表可以要求作出承保決定。您也可由律師擔任您的代表。
- 請參考第 **E3 節**，了解如何指定某人擔任您的代表。
- 您無需向您的醫生或其他處方醫師提供書面許可，他們即可代表您請求承保決定。
- 如果您想要求我們向您償還藥物費用，請參考本《會員手冊》的**第 7 章**。
- 如果您要求例外處理，請給我們一份「佐證聲明」。支持性聲明包括您的醫生或其他處方醫師支援例外處理的醫療理由。
- 您的醫生或其他處方醫師可以將佐證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。

如果您因健康狀況所需，向我們請求「快速承保決定」

除非我們同意使用「快速期限」，否則我們使用「標準期限」。

- **標準承保決定**代表我們會在收到您醫生聲明後的 72 小時內給您答覆。
- **快速承保決定**代表我們會在收到您醫生的聲明後的 24 小時內給您答覆。

「快速承保決定」稱為「**加急承保判定**」。

- 在以下情況下，您可以獲得快速承保決定：
 - 是為了您並未獲得的藥物。如果您要求我們就您購買的藥物向您償還費用，您將無法獲得快速承保決定。
 - 如果我們使用標準期限，您的健康狀況或身體機能將受到嚴重損害。

如果您的醫生或其他處方醫師告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會同意並給您快速承保決定。我們會寄給您一封信，告訴您。

- 如果您在沒有醫生或其他處方醫師佐證的情況下要求快速承保決定，我們將決定您是否應獲得快速承保決定。
- 如果我們決定您的健康狀況不符合快速承保決定的要求，我們將改為使用標準期限。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

我們會寄給您一封信，告訴您。這封信還會告知您如何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。如欲瞭解提出投訴，包括快速投訴的更多資訊，請參考 **K 節**。

快速承保決定的期限

- 如果我們使用快速期限，我們必須在收到您的請求後 24 小時內給你答覆。如果您要求例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快地給您答覆。
- 如果我們未能在此期限前完成，我們會將您的請求轉送至上訴流程的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。請參考 **G6 節**以了解有關 2 級上訴的更多資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們在收到您的請求或您的醫生的佐證聲明後的 24 小時內會為您承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寫信給您說明原因。這封信還會告知您如何提出上訴。

關於您並未獲得藥物的標準承保決定的期限

- 如果我們使用標準期限，我們必須在收到您的請求後的 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佐證聲明後的 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會更快地給您答覆。
- 如果我們未能在此期限前完成，我們會將您的請求轉送至上訴流程的第 2 級，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，我們在收到您的請求或您醫生的例外處理佐證聲明後 72 小時內會為您承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寫信給您說明原因。這封信還告知您如何提出上訴。

與您已購藥物相關標準承保決定的期限

- 我們必須在收到您申請後的 14 個日曆日內給您答覆。
- 如果我們未能在此期限前完成，我們會將您的請求轉送至上訴流程的第 2 級，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 個日曆日內向您償還費用。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寫信給您說明原因。這封信還告知您如何提出上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G5. 提出 1 級上訴

針對本計劃 D 部分藥物承保決定所提出的上訴稱為計劃「**重新判定**」。

- 請致電 **1-866-206-2973**、寫信或發傳真給我們，開始您的**標準或快速上訴**。您本人、您的代表或您的醫生(或其他處方開立者)均可以提出請求。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。
- 您必須從我們寄給您的決定通知書上的日期起算，在 **60 個日曆日**內要求上訴。
- 如果您錯過期限，並有錯過期限的正當理由，我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由的例子為您患了重病，或者我們給您提供了有關期限的錯誤訊息。在您提出上訴時，說明您的上訴遲到的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴的免費資訊副本。您和您的醫生也可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。

如果您因健康狀況所需，請要求進行快速上訴。

快速上訴也稱為「**加快重新判定**」。

- 如果您對我們就您未獲得的藥物作出的決定提出上訴，您是否需要快速上訴，將由您和您的醫生或其他處方醫師決定。
- 快速上訴的要求與快速承保決定的要求相同。請參考 **G4 節**以了解更多資訊。

我們會審查您的上訴並給您答覆。

- 我們會審查您的上訴，並再次仔細查看有關您承保請求的所有資訊。
- 我們會檢查我們**拒絕**您的請求時是否遵守了所有規定。
- 我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方開立者，以獲得更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

1 級快速上訴的期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您上訴後的 **72 小時內** 給您答覆。
- 如果您的健康狀況需要，我們會更快地給您答覆。

如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級。然後會由獨立審查組織審查。請參考 **G6 節**，了解有關該審查組織和 2 級上訴流程的資訊。

- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寄一封信給您，說明原因並告知您如何提出上訴。

1 級標準上訴的期限

- 如果我們使用標準期限，我們必須在收到您就您未獲得的藥物提出上訴後的 **7 個日曆日內** 給您答覆。
- 如果您沒有獲得該藥物，並且您的健康狀況需要該藥物，我們會盡快為您做出決定。如果您認為自己的健康狀況有此需要，請要求進行快速上訴。

如果我們未在 7 個日曆日內給您決定，我們必須將您的請求轉送至上訴流程的第 2 級。然後會由獨立審查組織審查。請參考 **G6 節**，了解有關該審查組織和 2 級上訴流程的資訊。

如果我們**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須在您的健康狀況需要時盡快提供我們同意**提供的承保**，但**不遲於**我們收到您的上訴後的 **7 個日曆日**。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**，**向您支付**您所購買的藥物的費用。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求：

- 我們會寄一封信給您，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 個日曆日內**，就償還您已購買的藥物的費用作出答覆。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果我們未在 14 個日曆日內給您決定，我們必須將您的請求轉送至上訴流程的第 2 級。然後會由獨立審查組織審查。請參考 **G6 節**，了解有關該審查組織和 2 級上訴流程的資訊。

- 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 個日曆日內付款給您。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會寄一封信給您，說明原因並告知您如何提出上訴。

G6. 提出 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，您可以接受我們的決定，也可以提出進一步上訴。如果您決定提出進一步上訴，可以使用 2 級上訴流程。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。該組織決定我們是否應該改變決定。

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查機構**」。有時稱為「**IRE**」。

如要提出 2 級上訴，您、您的代表或醫生，或其他處方醫師必須以**書面形式**與獨立審查組織聯絡，要求審查您的個案。

- 如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，我們寄給您的信中將包括**有關如何向獨立審查組織提出 2 級上訴的指示**。這些指示會告訴您誰能夠提出此 2 級上訴，您必須遵守的期限及如何與該組織聯絡。
- 在您向獨立審查組織提出上訴時，我們會將有關您上訴的資訊寄給該組織。此資訊稱為您的「個案檔案」。您有權**免費取得您個案檔案的副本**。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，來為您的上訴提供佐證。

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

2 級快速上訴的期限

- 如果您因健康狀況所需，請要求獨立審查組織作出快速上訴。
- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴請求後的 **72 小時內**給您答覆。
- 如果他們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到獨立審查組織的決定後的 **24 小時內**提供已核准的藥物承保。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

2 級標準上訴的期限

如果您提出 2 級標準上訴，獨立審查組織必須給您答覆：

- 針對您並未獲得的藥物，在他們收到您的上訴後的 **7 個日曆日內**。
- 針對償還您所購買的藥物，在收到您的上訴後的 **14 個日曆日內**。

如果獨立審查組織**同意**您部分或全部的請求：

- 我們必須在收到獨立審查組織的決定後的 **72 小時內**提供已核准的藥物承保。
- 我們必須在收到獨立審查組織的決定後 **30 個日曆日內**償還您購買藥物的費用。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴，這代表該組織同意我們不核准您的請求的決定。這稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織**拒絕**您的 2 級上訴，您有權提出 3 級上訴，條件是您要求的藥物承保的金額符合最低限額。如果您要求的藥物承保的金額低於最低限額，則您不能再次上訴。在這種情況下，2 級上訴的決定就是最終決定。獨立審查組織會寄一封信給您，告知您繼續進行 3 級上訴所需的最低金額。

如果您的請求的金額符合要求，您可以選擇是否要進一步提出上訴。

- 在第 2 級之後的上訴流程中還有另外三個級別。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的 2 級上訴，而您達到了繼續上訴流程的要求，您：
 - 決定是否要提出 3 級上訴。
 - 有關如何提出 3 級上訴的詳細資訊，請參考獨立審查組織在您提出 2 級上訴後寄給您的信。
- 行政法官或律師裁判官負責處理 3 級上訴。請參考 **J 節**，了解有關 3、4、5 級上訴的更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

H. 要求我們承保更長的住院

在您住院時，您有權獲得我們承保的傷病診斷和治療所需的所有醫院服務。如需有關本計劃住院承保的更多資訊，請參考本《會員手冊》的**第 4 章**。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員會與您合作，為您的出院日做好準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的醫護服務。

- 您離開醫院的日期稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫院工作人員會告訴您出院日期。

如果您認為被要求過早出院，或是您擔心出院後的醫療護理問題，您可以要求延長住院時間。本節將告訴您如何提出請求。

H1. 了解您的 Medicare 權利

在您入院後的兩天內，醫院工作人員，如護士或個案工作者，會給您一份書面通知，稱為「**與您權利有關的 Medicare 重要訊息**」。每位參加 Medicare 的人在入院時都會收到這份通知的副本。

如果您並未收到該通知，請向任何醫院員工詢問。如果您需要協助，請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務。您也可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天、每天 24 小時都提供服務。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

- **請仔細閱讀此通知**，如果您有不懂之處，請提出問題。該通知告訴您作為醫院患者的權利，包括以下權利：
 - 在您住院期間和之後獲得 Medicare 承保服務。您有權瞭解服務內容、誰為服務付費以及您在何處可以獲得這些服務。
 - 參與有關您住院時間的任何決定。
 - 了解向何處通報您對醫院醫療護理品質的任何疑慮。
 - 如果您認為自己過早出院，請上訴。
- **簽署通知**，以表示您收到了通知，並了解您的權利。
 - 您或您的代表可以簽署通知。
 - 簽署通知**僅**表示您有獲得與您權利有關的資訊。簽名**並不代表**您同意醫生或醫院工作人員可能告訴您的出院日期。
- **保留您已簽署的通知副本**，以便您在需要時擁有這些資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您在出院前兩天之前簽署通知，您會在出院前收到另一份副本。

您可以提前查看通知的副本，如果您：

- 撥打頁面底部的會員服務電話。
- 撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 聯絡 Medicare，服務時間為每天 24 小時、每週 7 天。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。
- 請造訪 **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**。

H2. 提出 1 級上訴

如果您希望我們承保您的住院服務更長時間，請提出上訴。品質改進組織會審查 1 級上訴，以確定您的預定出院日期在醫療上對您是否適當。

品質改進組織是由醫生和其他保健專業人員組成的團體，並由聯邦政府付費。這些專家檢查並幫助提升 Medicare 人員的品質。這些專家不屬於本計劃。

在加州，品質改進組織為 Livanta。您可致電 **1-877-588-1123** 與他們聯絡。「與您權利有關的 Medicare 重要訊息」和**第 2 章**裡也有聯絡資訊。

在您離開醫院之前，請致電品質改進組織，最遲不晚於您的預定出院日期。

- 如果您在出院前打電話，在等待品質改進組織對您的上訴作出決定期間，您可以在預定出院日期後留在醫院而無需付費。
- 如果您沒有打電話上訴，而您決定在預定出院日期之後繼續住院，您可能要支付您在預定出院日期之後的所有醫院護理費用。
- 如果您錯過針對上訴與品質改進組織聯絡的期限，請直接向本計劃提出上訴。請參考 **G4 節**，了解向我們提出上訴的更多資訊。
- 因為住院是由 Medicare 和 Medi-Cal 承保的，如果品質改善組織不受理您繼續住院的請求，或您認為您的情況很緊急，涉及對您健康的即時和嚴重威脅，或您感到劇痛，您也可以向加州保健計劃管理局 (DMHC) 投訴或要求獨立醫療審查。請參考 **F4 節**，了解如何提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

如有需要，請尋求協助。如果您有任何問題或需要幫助，請隨時：

- 撥打頁面底部的會員服務電話。
- 致電健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話：**1-800-434-0222**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

要求快速審查。 迅速採取行動，並與品質改進組織聯絡，要求對您的出院事宜進行快速審查。

「快速審查」的法律術語為「立即審查」或「加急審查」。

快速審查的步驟如何？

- 品質改進組織的審查人員會詢問您或您的代表，為何您認為在預定出院日期後應繼續承保。不要求您寫一份聲明，但您可以寫。
- 審查人員會查看您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查由醫院和本計劃提供的資訊。
- 在審查人員向本計劃通知您上訴的次日中午，您將收到另一份通知，說明為何您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院在醫療上對您是適當的。

此類書面說明的法律術語是「**詳細出院通知**」。若想取得範本，您可以撥打頁面下方的會員服務電話，或 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。(聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。) 您也可在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 線上閱讀通知樣本。

在收到所有必要資訊後的一天內，品質改進組織會針對您的上訴給您答覆。

如果品質改進組織**同意**您的上訴：

- 只要是醫療上必要的服務，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：

- 他們認為您預定出院日期在醫療上是合適的。
- 我們為您提供的住院服務承保將在品質改進組織針對您的上訴作出答覆後的次日中午終止。
- 在品質改進組織對您的上訴作出答覆後，您可能需要支付您在第二天中午之後獲得的醫院護理的全部費用。
- 如果品質改進組織駁回您的 1 級上訴，而您在預定出院日期之後繼續住院，則您可以提出 2 級上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

H3. 提出 2 級上訴

對於 2 級上訴，您要求品質改進組織重新審查其對您的 1 級上訴作出的決定。您可致電 **1-877-588-1123** 與他們聯絡。

自品質改進組織**拒絕**您 1 級上訴次日起，**您必須在 60 個日曆日內**申請此項審查。**只有在您於醫護承保結束日期後還繼續住院的情形下**，您才能夠申請此項審查。

品質改進組織審查人員將：

- 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 個日曆日內，告訴您他們對您的 2 級上訴的決定。

如果品質審查組織**同意**您的上訴：

- 自品質改進組織拒絕您的 1 級上訴之日的次日中午起，我們必須向您償還我們應分擔的醫院護理費用。
- 只要是醫療上必要的服務，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：

- 他們同意他們對您的 1 級上訴的決定，並且不會改變。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出 3 級上訴，您可以做什麼。
- 您也可以向 DMHC 提出投訴或要求進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參考 E4 節，了解如何向 DMHC 提出投訴，並要求進行獨立醫療審查。

行政法官或律師裁判官負責處理 3 級上訴。請參考 **J 節**，了解有關 3、4、5 級上訴的更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

H4. 提出 1 級替代上訴

聯絡品質改進組織提出 1 級上訴的期限為 60 天內，或不遲於您預定出院日期。如果您錯過了 1 級上訴期限，您可以使用「替代上訴」流程。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務，要求我們對您的出院日期進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語為「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定。
- 我們使用快速期限而不是標準期限，並在您要求快速審核後的 72 小時內給您決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要在出院日期後留在醫院。
- 只要是醫療上必要的服務，我們就會為您提供承保的住院服務。
- 我們必須向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。

如果我們**拒絕**您的快速上訴：

- 我們同意您的預定出院日期在醫療上是適當的。
- 我們對您的住院服務的承保在我們告訴您的日期結束。
- 在此日期之後，我們將不支付任何分攤的費用。
- 如果您繼續留在醫院，您可能需要支付在預定出院日期之後獲得的全部醫院護理費用。
- 我們將您的上訴送至獨立審查組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的個案會自動進入 2 級上訴流程。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

H5. 提出 2 級替代上訴

我們會在**拒絕**您的 1 級上訴後的 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊送至獨立審查組織。我們會自動這樣做。您什麼都不必做。

如果您認為並未遵守此期限或任何其他期限，您可以提出投訴。請參考 **K 節**，了解向我們提出投訴的更多資訊。

獨立審查組織會對您的上訴進行快速審查。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**同意**您的上訴：

- 我們必須向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。
- 只要是醫療上必要的服務，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：

- 他們同意您的預定出院日期在醫療上是適當的。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出 3 級上訴，您可以做什麼。

行政法官或律師裁判官負責處理 3 級上訴。請參考 **J 節**，了解有關 3、4、5 級上訴的更多資訊。

您也可以向 DMHC 提出投訴，要求進行獨立醫療審查以繼續住院。請參考 **F4 節**，了解如何提出投訴，並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可以在 3 級上訴之外或替代 3 級上訴，要求進行獨立醫療審查。

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：

- 居家健康護理服務。
- 在專業護理院中的專業護理。
- 在 Medicare 核准的綜合門診復健設施 (CORF) 的門診病人復健醫護服務。這通常表示您正為了疾病或意外事故而接受治療，或是從重大手術復原。

至於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。

當我們決定停止承保其中任何一項時，我們必須在您的服務結束**之前**告訴您。當您對該服務的承保結束時，我們將停止支付費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您認為我們太快終止您的醫護服務承保，您可針對我們的決定提出上訴。本節將會告訴您如何提出上訴。

I1. 在您的承保結束前提前通知

我們會向您發出書面通知，告知您會在我們停止支付您的護理費用前至少兩天收到通知。這稱為「Medicare 不承保通知」。該通知會告訴您我們將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。

您或您的代表應在通知上簽字以表示您收到了通知。在通知上簽字**僅**表示你收到了資訊。簽字**不**表示您同意我們的決定。

I2. 提出 1 級上訴

如果您認為我們太快終止您的醫護服務承保，您可針對我們的決定提出上訴。本節將告訴您有關 1 級上訴流程以及必須採取之行動。

- **遵守期限**。期限很重要。請瞭解並遵守有關您必須採取之行動的期限。本計劃也必須遵守期限。如果您認為我們並未遵守期限，您可以提出投訴。請參考 **K 節**，了解投訴的更多資訊。
- **如有需要，請尋求協助**。如果您有任何問題或需要幫助，請隨時：
 - 撥打頁面底部的會員服務電話。
 - 致電健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話：**1-800-434-0222**。
- 聯絡品質改進組織。
 - 若要瞭解 QIO 的更多資訊，以及與其聯絡，請參考 **H2 節**，或此《會員手冊》的**第 2 章**。
 - 請他們審查您的上訴，並決定是否改變本計劃的決定。
- **迅速採取行動並要求「快速上訴」**。詢問品質改進組織，我們終止承保您的醫療服務在醫療上是否合適。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

您與該組織聯絡的期限

- 您必須與品質改進組織聯絡以開始進行上訴，最遲不得晚於我們寄給您的「Medicare 不承保通知」上生效日期的次日中午。
- 如果您錯過與品質改進組織聯絡提出上訴的期限，您可直接改向我們提出上訴。請參考 **I4 節**，以瞭解如何提出上訴的詳細資訊。
- 如果品質改善組織不受理您繼續住院的請求，或您認為您的情況很緊急，涉及對您健康的即時和嚴重威脅，或您感到劇痛，您可以向加州保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴，並要求獨立醫療審查。請參考 **F4 節**，了解如何提出投訴，並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

此類書面說明的法律術語是「**Medicare 不承保通知**」。若想取得範本，請撥打頁面下方的會員服務電話，或致電 Medicare，電話是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。或者，您也可在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices 線上取得副本。

快速上訴期間會發生什麼

- 品質改進組織的審查人員會詢問您或您的代表，您為何認為應該繼續承保。不要求您寫一份聲明，但您可以寫。
- 審查人員會查看您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查本計劃提供的資訊。
- 本計劃還會向您發出書面通知，說明我們終止對您的服務承保的原因。您會在審查人員通知我們您的上訴的當天結束前收到通知。

該通知說明的法律術語是「**不承保的詳細說明**」。

- 審查人員在獲得所有需要的資訊後，會在一天內告知您其決定。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 只要是醫療上必要的，我們就會為您提供承保服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 您的承保在我們告訴您的日期結束。
- 我們會在通知的日期停止支付這項醫療護理的成本分擔。
- 如果您決定在承保結束日期之後繼續接受居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則您要自行支付該醫療護理的全部費用。
- 您決定是否要繼續這些服務並提出 2 級上訴。

I3. 提出 2 級上訴

對於 2 級上訴，您要求品質改進組織重新審查其對您的 1 級上訴作出的決定。您可致電 **1-877-588-1123** 與他們聯絡。

自品質改進組織**拒絕**您 1 級上訴次日起，您必須在 **60 個日曆日內**申請此項審查。只有您在醫療護理承保結束日期後繼續接受醫療護理的情形下，才能要求進行此次審查。

品質改進組織審查人員將：

- 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 個日曆日內，告訴您他們對您的 2 級上訴的決定。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們必須向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。
- 只要該醫療護理是醫療上必要的，我們就會提供承保。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的醫療護理的決定，而且不會改變此決定。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出 3 級上訴，您可以做什麼。
- 您可以向 DMHC 提出投訴，要求進行獨立醫療審查以繼續承保您的保健服務。請參考 **F4 節**，了解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可以向 DMHC 提出投訴，要求在 3 級上訴之外進行獨立醫療審查，或替代 3 級上訴。

行政法官或律師裁判官負責處理 3 級上訴。請參考 **J 節**，了解有關 3、4、5 級上訴的更多資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

I4. 提出 1 級替代上訴

如 **I2 節** 中所述，您必須迅速採取行動，聯絡品質改進組織以開始您的 1 級上訴。如果您錯過了最後期限，您可以使用「替代上訴」流程。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務，要求我們進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語為「**加急上訴**」。

- 我們會查看有關您個案的所有資訊。
- 我們在為您的服務設定終止承保日期時，會檢查初次決定是否公平並遵守規定。
- 我們使用快速期限而不是標準期限，並在您要求快速審核後的 72 小時內給您決定。

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。
- 只要這些服務是醫療上必要的，我們就會為您提供承保服務。
- 我們同意向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。

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。
- 在此日期之後，我們將不支付任何分攤的費用。
- 如果您在我們告知您的承保終止日期之後繼續接受這些服務，您要支付這些服務的全部費用。
- 我們將您的上訴送至獨立審查組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的個案會自動進入 2 級上訴流程。

I5. 提出 2 級替代上訴

在 2 級上訴期間，我們會在拒絕您的 1 級上訴的 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊轉送給獨立審查組織。我們會自動這樣做。您什麼都不必做。

如果您認為並未遵守此期限或任何其他期限，您可以提出投訴。請參考 **K 節**，了解向我們提出投訴的更多資訊。

獨立審查組織會對您的上訴進行快速審查。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。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們必須向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。
- 只要是醫療上必要的服務，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醫療護理的決定，而且不會改變此決定。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出 3 級上訴，您可以做什麼。
- 您也可以向 DMHC 提出投訴，要求進行獨立醫療審查，以繼續承保您的保健服務。請參考 **F4 節**，了解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可以提出投訴，要求在 3 級上訴之外進行獨立醫療審查，或替代 3 級上訴。

行政法官或律師裁判官負責處理 3 級上訴。請參考 **J 節**，了解有關 3、4、5 級上訴的更多資訊。

J. 進行 2 級以上的上訴

J1. Medicare 服務和用品的後續步驟

如果您針對 Medicare 服務或用品提出了 1 級上訴和 2 級上訴，但您的兩次上訴均被拒絕，您可能有權提出更高級別的上訴。

如果您上訴的 Medicare 服務或用品的金額未達到某項最低限額，則您不能進一步上訴。如果金額夠高，則您可以繼續上訴流程。您從獨立審查組織收到的關於 2 級上訴的信函說明了要與誰聯絡，以及如何要求 3 級上訴。

3 級上訴

上訴流程的第 3 級是行政法官 (ALJ) 聽證會。做出決定的人是 ALJ 或為聯邦政府工作的律師裁判官。

如果 ALJ 或律師裁判官**同意**您的上訴，我們有權就對您有利的 3 級決定提出上訴。

- 如果我們決定對該決定提出**上訴**，我們會連同隨附文件寄給您一份 4 級上訴請求。在授權或提供具有爭議之服務前，我們可能會等候 4 級上訴的決定。
- 如果我們決定不針對該決定提出上訴，我們必須在收到 ALJ 或律師裁判官決定後的 60 個日曆日內授權或為您提供服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果 ALJ 或律師裁判官**拒絕**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
- 如果你決定**不接受**這個駁回了您上訴的決定，您可以繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

4 級上訴

Medicare 上訴理事會將審查您的上訴並給您答覆。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

如果理事會**同意**您的 4 級上訴，或拒絕我們審查對您有利的 3 級上訴決定的請求，我們有權提出 5 級上訴。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們將以書面形式告訴您。
- 如果我們決定**不**針對該決定提出上訴，我們必須在收到理事會決定後的 60 個日曆日內授權或為您提供服務。

如果理事會**說不**，或拒絕我們的審查請求，上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
- 如果您決定**不接受**這個駁回了您上訴的決定，您可能可以繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知會告訴您是否能繼續進行 5 級上訴，以及該怎麼做。

5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或者**拒絕**。這是最終決定。在聯邦地方法院之外，沒有其他上訴級別。

J2. 額外的 Medi-Cal 上訴

如果您的上訴是關於 Medi-Cal 通常承保的服務或用品，您還有其他上訴權利。您從公平聽證辦公室收到的信函將告訴您，如果您想繼續上訴流程該怎麼做。

J3. 針對計劃 D 部分藥物請求的 3 級、4 級和 5 級上訴

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩個上訴均已被駁回，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物金額達到一定金額，您可能可以繼續提出更高級別的上訴。您在 2 級上訴中收到的書面答覆將說明要與誰聯絡，以及如何提出 3 級上訴。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

3 級上訴

上訴流程的第 3 級是行政法官 (ALJ) 聽證會。做出決定的人是 ALJ 或為聯邦政府工作的律師裁判官。

如果 ALJ 或律師裁判官**同意**您的上訴：

- 上訴流程即結束。
- 我們必須在得知決定後的 72 小時內 (加急上訴則為 24 小時) 授權或提供獲核准的藥物承保，或在得知決定後的 30 個日曆日內提供給付。

如果 ALJ 或律師裁判官**拒絕**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
- 如果你決定**不接受**這個駁回了您上訴的決定，您可以繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

4 級上訴

Medicare 上訴理事會將審查您的上訴並給您答覆。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

如果理事會**同意**您的上訴：

- 上訴流程即結束。
- 我們必須在得知決定後的 72 小時內 (加急上訴則為 24 小時) 授權或提供獲核准的藥物承保，或在得知決定後的 30 個日曆日內提供給付。

如果理事會**拒絕**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
- 如果您決定**不接受**這個駁回了您上訴的決定，您可能可以繼續進行下一級的審查流程。您收到的通知會告訴您是否能繼續進行 5 級上訴，以及該怎麼做。

5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或者**拒絕**。這是最終決定。在聯邦地方法院之外，沒有其他上訴級別。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

K. 如何提出投訴

K1. 何種類型的問題應提出投訴？

投訴流程僅用於某些類型的問題，例如與醫護品質、候診時間、醫護協調和客戶服務有關的問題。以下是投訴流程處理的問題類型範例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	<ul style="list-style-type: none"> 您對醫護品質不滿意，例如您在醫院得到的醫療護理。
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> 您認為有人不尊重您的隱私或分享您的機密資訊。
不尊重、惡劣的客戶服務或其他負面行為	<ul style="list-style-type: none"> 保健業者或工作人員對您不禮貌或不尊重。 我們的工作人員對您的態度很差。 您認為您被排除在本計劃之外。
可提供性和語言協助	<ul style="list-style-type: none"> 您無法實際使用醫生或醫護人員診所的保健服務和設施。 您的醫生或醫護人員沒有為您說的非英語語言(例如美國手語或西班牙語)提供翻譯。 您的醫護人員不為您提供您需要和要求的其他合理便利。
候診時間	<ul style="list-style-type: none"> 您很難約診，或是等了太久才完成約診？ 醫生、藥劑師或其他保健專業人員、會員服務或其他計劃工作人員讓您等候太久。
清潔	<ul style="list-style-type: none"> 您認為診所、醫院或醫生診所不乾淨。
您從我們這裡獲得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> 您認為我們並未提供您應該收到的通知或信件。 您認為我們寄給您的書面資料太難理解。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

投訴	範例
與承保決定或上訴相關的及時性	<ul style="list-style-type: none"> • 您認為我們並未在期限前作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，我們並未在期限內核准或向您提供服務，或償還您某些醫療服務的費用。 • 您認為我們未及時將您的個案轉送至獨立審查組織。

有不同類型的投訴。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴是向本計劃提出，並由其審查。外部投訴是向與本計劃無關的組織提出，並由其審查。如果您需要幫助進行內部和/或外部投訴，您可以致電會員服務，電話號碼：**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00 為您提供服務。

「投訴」的法律術語是「**申訴**」。

「提出投訴」的法律術語是「**提出申訴**」。

K2. 內部投訴

若要提出內部投訴，請致電會員服務，電話號碼：**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00 為您提供服務。您可以隨時提出投訴，除非是關於 D 部分藥物。如果投訴是關於 D 部分藥物，您必須在您遇到想投訴的問題的 **60 個日曆日** 以內提出投訴。

- 如果您還需要採取任何其他行動，會員服務會告訴您。
- 您也可以寫下您的投訴，並寄給我們。如果您以書面方式投訴，我們將以書面方式回應您的投訴。

我們必須根據您的健康所需儘快處理您的申訴，但不得遲於收到您投訴後的 **30 個日曆日**。

「快速投訴」的法律術語為「**加快申訴**」。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果可能，我們會立即給您答覆。如果您致電向我們投訴，我們可能會有同一通電話中給您答覆。如果您的健康狀況要求我們迅速答覆，我們將這樣做。

- 如果您因為我們拒絕了您的「快速承保決定」或「快速上訴」請求而提出投訴，我們會自動給您「快速投訴」，並在 24 小時內回應您的投訴。
- 如果您因為我們花了額外時間作出承保決定或上訴而提出投訴，我們會自動給您「快速投訴」，並在 24 小時內回應您的投訴。
- 如果您提出的投訴涉及對您健康的嚴重威脅，包括但不限於劇痛或可能導致喪失生命、四肢或主要身體功能，我們可能會給您「快速投訴」並在 24 小時內回應您的投訴。

如果我們不同意您的部分或全部投訴，我們會告訴您，並提供我們的理由。無論我們是否同意您的投訴，我們都會做出回應。

K3. 外部投訴

Medicare

您告知 Medicare 您的投訴，或將其寄給 Medicare。Medicare 投訴表可在以下網址取得：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

在向 Medicare 提出投訴之前，您不需要向本計劃提出投訴。

Medicare 將認真看待您的投訴，且會使用此資訊來協助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他回饋意見或疑慮，或者您認為本保健計劃未解決您的問題，您也可以撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。該通話為免費電話。

加州醫療保健輔助計劃 (Medi-Cal)

您可以致電 **1-888-452-8609**，向加州保健服務部 (DHCS) 的 Medi-Cal 管理式護理投訴處理專員提出投訴。聽障及語障電話專線使用者請致電 **711**。請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間致電。

您可以向加州保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責規管保健計劃。您可以致電 DMHC 求助中心，尋求有關 Medi-Cal 服務投訴的協助。如果您需要協助處理涉及緊急問題或涉及對您的健康有直接和嚴重威脅的投訴；如果您感到劇痛；如果您不同意本計劃對您的投訴的決定；或如果本計劃在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，您可以聯絡 DMHC。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

以下兩種方法可以從求助中心獲得協助：

- 致電 **1-888-466-2219**。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人可使用免費的聽障人士電傳專線號碼，**1-877-688-9891**。該通話為免費電話。
- 造訪保健計劃管理部的網站 (www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室

如果您認為自己沒有受到公平對待，您可以向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出投訴。例如，您可以就殘障人士便利設施或語言協助提出投訴。民權辦公室的電話號碼為 **1-800-368-1019**。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-537-7697**。您可以造訪 www.hhs.gov/ocr 了解更多資訊。

您也可以聯絡當地民權辦公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

客戶服務中心：**1-800- 368-1019**
傳真：**1-202-619-3818**
聽障人士電傳專線：**1-800- 537-7697**
電子郵件：ocrmail@hhs.gov

您也可能享有《美國身心障礙者法》保障的權利。

品質改進組織 (Quality Improvement Organization)

若您的投訴與醫護品質有關，可有兩種選擇：

- 您可直接向品質改進組織投訴醫護品質。
- 您可向品質改進組織以及我們的計劃提出投訴。如果您向品質改進組織提出投訴，我們將與其合作解決您的投訴。

品質改進組織是一個由執業醫生和其他健康護理專業人員組成的團體，並由聯邦政府付費，負責確認和改善提供給 Medicare 患者的醫護服務。若要深入瞭解品質改進組織，請參閱 **H2 節**或此《會員手冊》的**第 2 章**。

在加州，品質改進組織稱為 Livanta。其電話號碼為 **1-877-588-1123**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 10 章：終止您在本計劃的會員資格

前言

本章會說明您在何種情況下可終止本計劃的會員資格，以及您退出計劃後的健康保險承保選項。) 若您退出我們的計劃，只要您符合資格，仍將享有 Medicare 和 Medi-Cal 計劃。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 10 章目錄

A. 您何時可終止您在本計劃的會員資格？	228
B. 如何終止您的本計劃會員資格？	229
C. 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務	230
C1. 您的 Medicare 服務	230
C2. 您的 Medi-Cal 服務	232
D. 您如何在本計劃會員資格終止之前，繼續透過本計劃取得您的醫療服務和藥物	233
E. 您的本計劃會員資格終止時發生的其他情況	233
F. 不得因健康相關原因要求您退出本計劃	234
G. 如果我們終止您的本計劃會員資格，您有權提出投訴	234



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 您何時可終止您在本計劃的會員資格？

多數享有 Medicare 的人士皆可在一年當中的特定時間終止其會員資格。由於您享有 Medi-Cal，因此可能有一次機會可在以下特殊入保期終止您在本計劃的會員資格，或改用其他不同計劃：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

除了以上三個特殊入保期外，您也可在每年的以下期間終止您的本計劃會員資格：

- 年度入保期，有效期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。若您在此期間選擇新計劃，則您在本計劃的會員資格將於 12 月 31 日終止，且新計劃會員資格將自 1 月 1 日開始。
- Medicare Advantage 開放入保期，有效期為 1 月 1 日至 3 月 31 日。若您在此期間選擇新計劃，則您的新計劃會員資格將從下個月的第一天開始。

可能還會有其他情況，可讓您有資格變更入保。例如，若：

- 您搬出我們的服務區，
- 您的 Medi-Cal 或「額外補助」資格已變更，或
- 若您最近才搬入、目前正在接受醫療護理或剛搬出護理院或長期護理醫院。

您的會員資格將在我們收到變更計劃請求當月的最後一天結束。例如，若我們在 1 月 18 日收到您的請求，本計劃為您提供的承保便會於 1 月 31 日結束。您的新承保將從下個月的第一天開始 (本例中，應為 2 月 1 日)。

若退出我們的計劃，您可以獲得以下資訊：

- **G1 節**表格中的 Medicare 選項。
- **G2 節**中的 Medi-Cal 服務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

若要了解如何終止會員資格的方式，您可以致電以下號碼：

- 會員服務位於頁面底部的數字處。
- Medicare 電話：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。
- 加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：**1-800-434-0222**，請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電，聽障及語障電話專線使用者請致電 **711**。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 <https://aging.ca.gov>。
- 保健服務選項，電話為 **1-844-580-7272**，請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-430-7077**。
- Medi-Cal 管理式保健投訴處理專員，電話為 **1-888-452-8609**，請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電，或傳送電子郵件至 MMCDombudsmanOffice@dhs.ca.gov。

注意：若您加入藥物管理計劃，則可能無法更換計劃。請參閱第 5 章，詳見您的《會員手冊》，以取得藥物管理計劃相關資訊。

B. 如何終止您的本計劃會員資格？

若您要退出我們的計劃，有以下數個選項：

- 您可以撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 聯絡 Medicare，每天 24 小時，每週 7 天，全年無休。聽障及語障電話專線使用者 (具有聽力或言語障礙者) 應致電 **1-877-486-2048**。在您撥打 1-800-MEDICARE 時，您也可入保另一個 Medicare 保健或藥物計劃。若要深入了解在您退出本計劃後取得 Medicare 服務的資訊，請參閱 C 節中的表。
- 致電保健服務選項，電話為 **1-844-580-7272**，請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-430-7077**。
- 以下 C 節包含您可執行以入保不同計劃的步驟，這些步驟也將會終止您在本計劃中的會員資格。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

C. 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

若您選擇退出我們的計劃，您可選擇取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務。

C1. 您的 Medicare 服務

您有三個可取得 Medicare 服務的選項，如下所示。若您選擇這些選項之一，您將自動終止您的本計劃會員資格。

<p>1. 您可以變更為：</p> <p>另一個 Medicare 保健計劃 包括一個結合您 Medicare 和 Medi-Cal 保險的計劃</p>	<p>以下是應採取的行動：</p> <p>您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每天 24 小時，每週 7 天，全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如需查詢 PACE，則請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請在週一至週五的上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-800-434-0222 聯絡加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，聽障及語障電話專線使用者應致電 711。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 https://www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或</p> <p>入保新的 Medicare 計劃。</p> <p>在新計劃保險開始生效時，您將自動從我們的 Medicare 計劃退保。您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。</p>
---	---



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。

<p>2. 您可以變更為：</p> <p>包含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p>	<p>以下是應採取的行動：</p> <p>您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每天 24 小時，每週 7 天，全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請在週一至週五的上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-800-434-0222 聯絡加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，聽障及語障電話專線使用者應致電 711。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 https://www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或</p> <p>入保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>在您的 Original Medicare 保險開始生效時，您將自動從我們的計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會改變。</p>
---	---



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

<p>3. 您可以變更為：</p> <p>不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p>注意：如果您轉至 Original Medicare，且未入保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可讓您入保一項藥物計劃，不過您也可告知 Medicare 自己不想加入。</p> <p>若您從其他來源 (例如雇主或工會) 取得藥物保險，您應僅放棄處方藥保險。如果您對是否需要藥物保險有疑問，請在週一至週五上午 8 點至下午 5 點撥打 1-800-434-0222，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 https://www.aging.ca.gov/HICAP/。</p>	<p>以下是應採取的行動：</p> <p>您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每天 24 小時，每週 7 天，全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請在週一至週五的上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-800-434-0222 聯絡加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，聽障及語障電話專線使用者應致電 711。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 https://www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>在您的 Original Medicare 保險開始生效時，您將自動從我們的計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會改變。</p>
---	---

C2. 您的 Medi-Cal 服務

如有關於離開本計畫後如何取得您的 Medi-Cal 服務的疑問，請在週一至週五上午 8 點至下午 6 點撥打 **1-844-580-7272**，和保健服務選項聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-430-7077**。詢問加入另一項計劃或返回 Original Medicare，將會對您取得 Medi-Cal 保險的方式造成何種影響。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

D. 您如何在本計劃會員資格終止之前，繼續透過本計劃取得您的醫療服務和藥物

如果您退出本計劃，可能需要一些時間您的會員資格才會終止且新 Medicare 和 Medi-Cal 保險才會生效。在新計劃開始之前，您可在此期間繼續透過本計劃取得處方藥和健康護理。

- 使用我們的網絡藥房，包括透過郵購藥房服務來取得藥房配取的處方藥。
- 若您在 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** 計劃會員資格結束當天住院，本計劃仍將承保您出院之前的住院費用。

E. 您的本計劃會員資格終止時發生的其他情況

以下為我們必須終止您本計劃會員資格的情況：

- 若您的 Medicare A 部分和 B 部分承保中斷。
- 若您不再符合 Medi-Cal 資格。本計劃僅為同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格者提供服務。如果您不再符合 Medicaid 的資格，我們將會透過書面方式告知您，在您必須退出 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara Plan** 之前，您有四個月的寬限期可以重新獲得 Medicaid 資格。在終止您在 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara Plan** 的入保之前，我們將會與您聯絡，以讓您有機會可以入保我們其他其中一項 Senior Advantage 計劃。這些計劃的理賠和自付費用可能和 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara Plan** 的理賠和自付費用有所不同。
- 如果您搬出我們的服務區。
- 如果您離開服務區超過六個月。
 - 如果您搬家或長期旅行，請致電會員服務，以瞭解搬家或旅行之目的地是否位於本計劃服務區內。
- 如果您因刑事犯罪而進入監獄或拘留所。
- 如果您隱瞞或不提供處方藥的其他保險資訊。
- 如果您非美國公民或美國合法居民。
 - 您必須是美國公民或在美國合法居民才能成為本計劃會員。
 - 如果根據此規定，您不符合保留會員身分的資格，則 Medicare 與 Medicaid 服務中心將會通知我們。
 - 如果您不符合此項規定，我們就必須將您退保。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您仍在本計劃認定之持續入保資格的四個月期限內，我們將會繼續提供所有屬於 Medicare Advantage 計劃承保範圍的 Medicare 福利項目。然而，在此期間，您將需向 Medi-Cal 洽詢，以瞭解 Medi-Cal 是否會承保任何本計劃不予承保但屬於 Medi-Cal 承保範圍的服務。此外，您向我們支付的 D 部分藥物成本分擔和保費也可能會有所變動。在此期間，您支付的 Medicare 承保服務金額可能會有所增加。僅在我們先獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的許可後，才能因以下原因讓您退出本計劃：

- 若您在入保本計劃時蓄意提供不正確資訊給我們，且該資訊會影響您的本計劃入保資格。
- 如果您持續發生破壞性行為，導致我們很難為您和本計劃的其他會員提供醫療護理。
- 如果您讓他人使用您的計劃會員卡來獲得醫療護理。(如果我們因此理由終止您的會員資格，則 Medicare 得會要求總檢察長調查您的情況)。

F. 不得因健康相關原因要求您退出本計劃

我們不能因您健康相關的任何理由要求您退出本計劃。若您認為自己是因健康相關原因而遭要求退出本計劃，請致電 Medicare，電話號碼為 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。該專線每天 24 小時，每週 7 天，全年無休。

G. 如果我們終止您的本計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式告訴您我們終止您會員資格的理由。我們必須向您解釋如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您也可參閱第 9 章，詳見您的《會員手冊》，以瞭解如何提出投訴的相關資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 11 章：法律聲明

前言

本章包括相關法律聲明，適用於您的本計劃會員資格。重要術語及其定義會按字母順序出現在本《會員手冊》的最後一章中。

第 11 章目錄

A. 本《會員手冊》的管理	237
B. 申請和聲明.....	237
C. 轉讓.....	237
D. 律師及代言人費用和開支	237
E. 理賠協調.....	237
F. 雇主責任.....	237
G. 《會員手冊》對會員的約束力	238
H. 政府機關的責任	238
I. 會員免責.....	238
J. 不棄權條款.....	238
K. 通知	238
L. 法律相關聲明.....	238
M. 反歧視相關聲明.....	239
N. Medicare 為第二順位給付方以及 Medi-Cal 為最後順位給付者的通知	240
O. 追討超額付款	240
P. 第三方責任.....	240
Q. 美國退伍軍人事務部	241



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
 （聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
 如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

R. 工傷賠償或雇主責任理賠福利..... 242

S. 代孕..... 242

T. 具約束力的仲裁..... 242



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

A. 本《會員手冊》的管理

我們可採用合理的政策、程序和解釋，以透過井然有序及有效率的方式實施本《會員手冊》。

B. 申請和聲明

您必須按照我們正常業務流程或本《會員手冊》的規定，填寫任何申請表、表格或聲明。

C. 轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《會員手冊》或《會員手冊》所規定的任何權利、利益、金錢索賠權、理賠或義務。

D. 律師及代言人費用和開支

如果會員與 Health Plan、Medical Group 或 Kaiser Foundation Hospitals 發生任何爭議，除非法律另有規定，否則各方需自行負擔費用和其他支出，包括律師費、代表費和其他費用。

E. 理賠協調

如果您有其他保險，必須將其他保險與 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃會員保險結合使用，以支付您獲得之醫護服務的費用。這稱為「理賠協調」，因為它涉及協調您可使用的健康理賠。您將照例從網絡醫護人員獲得承保醫護，而您的其他保險只需用來幫助支付您獲得的醫護費用。

如果您的其他保險是首要付款方，則該方通常需要直接與我們商定其付款份額，無需您的介入。但是，如果首要付款方本應付給我們的款項直接寄給您，則根據 Medicare 法律規定，您應將這筆首要付款交給我們。如需瞭解第三方需承擔責任之情形下的首要付款詳細資訊，請參閱本章中的 **P** 節，若要瞭解工傷賠償案件中首要付款的詳細資訊，請參閱本章 **R** 節。

如果您有其他健康護理保險，請務必告訴我們。其他保險如有任何變更，請隨時讓我們知道。

F. 雇主責任

若為雇主依法必須提供的任何服務，我們不會向雇主付款；如果我們承保任何此類服務，則可向雇主追索該等服務的費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

G. 《會員手冊》對會員的約束力

根據本《會員手冊》選擇保險或接受理賠，即表示所有依法有立約能力的會員和所有無立約能力之會員的法定代表均同意接受本《會員手冊》的所有條款。

H. 政府機關的責任

若為法律規定僅可由政府機構提供或僅可從政府機構獲得的任何服務，我們不會向政府機構付款；如果我們承保任何此類服務，則可向政府機構追索該等服務的費用。

I. 會員免責

根據我們與網絡醫護人員簽訂的合約，您無需為我們所欠的任何款項負責。但是，您從網絡醫護人員或網絡外醫護人員處獲得的不承保服務費用應由您自行承擔。

J. 不棄權條款

如果我們未執行本《會員手冊》中的任何條款，並不表示我們放棄該條款或任何其他條款，也不會影響我們今後要求您嚴格執行任何條款的權利。

K. 通知

我們給您的通知將寄至我們紀錄中的最新地址。如果您的地址有任何變更，您有責任通知我們。如果您搬家，請致電會員服務部 (電話號碼印於本文件封底) 和社會安全局：1-800-772-1213 (聽障及語障電話專線 1-800-325-0778)，以儘速通報您的地址變更。

L. 法律相關聲明

本《會員手冊》適用許多法律。即使本《會員手冊》未提到或未說明這些法律，這些法律仍可能影響您的權利與責任。主要適用法律為與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃相關的聯邦法律及州法律。其他聯邦法律及州法律也可能適用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815 (聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

M. 反歧視相關聲明

與 Medicare 和 Medi-Cal 合作的每家公司或機構皆必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因年齡、索賠歷史、膚色、族裔、保險資格證明、性別、遺傳訊息、服務區內的地理位置、健康狀態、病史、精神或生理障礙、原國籍、種族、宗教、生理性別或性別認同等理由而歧視您，或以不同方式對待您。此外，我們不會因祖籍、族群認同、性別認同、婚姻狀況或疾病等原因而非法歧視、排斥或差別對待他人。

如果您要了解更多與歧視或不公平待遇相關的訊息，或有所疑慮：

- 請致電美國衛生及公共服務部 (HHS) 民權辦公室 (OCR)，電話為 **1-800-368-1019**。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-537-7697**。您也可以造訪 www.hhs.gov/ocr 了解更多資訊。
- 請致電保健服務部 (DHCS) 民權辦公室，電話為 **1-916-440-7370**。聽障及語障電話專線使用者可致電 **711** (電信聽障/語障接駁服務)。
 - 傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov
 - 填寫隨附的投訴表格或致函：

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

可於下方取得投訴表格：

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您認為自己遭受歧視，且希望提起歧視申訴，您可透過以下方式進行：

- **透過電話**：致電會員服務，服務時間為每天 24 小時、每週 7 天 (假日休息除外)
- **透過郵件**：請致電會員服務，並要求我們將表格寄給您
- **當面**：在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠/申請表 (請在 kp.org/facilities 網站的醫護人員名錄上查詢地址)
- **線上**：使用我們網站上的線上表格：kp.org
- 您也可直接與 Kaiser Permanente 民權事務協調員聯絡，地址如下：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

如果您的申訴與 Medi-Cal 計劃中的歧視相關，您也可透過電話、書面或電子方式向保健服務部 (DHCS) 民權辦公室提出投訴：

- 透過電話：致電 **1-916-440-7370**。如果您聽力或語言溝通不良，請致電 **711** (電信聽障/語障接駁服務)。
- 以書面形式：填寫隨附的投訴表格或致函：
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
- 可於 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 上取得投訴表。
- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

如果您為身心障礙，且需要協助取得保健服務或聯絡保健業者，請致電會員服務。如果您要提出諸如與輪椅出入問題有關的投訴，會員服務可提供協助。

N. Medicare 為第二順位給付方以及 Medi-Cal 為最後順位給付者的通知

有時，必須先由其他人為我們為您提供的服務付費。例如，如果您發生車禍或在工作期間受傷，需由保險或工傷保險先行給付。

針對 Medicare 並非首要付款方的 Medicare 承保服務，我們有權利和義務收取這些服務的費用。

我們遵守與會員保健服務第三方法律責任有關的州及聯邦法律和法規。我們會採取一切合理措施確保 Medi-Cal 為最後順位給付者。

O. 追討超額付款

我們可向任何收到服務超額付款者或任何有義務支付服務費用者或組織，追討該超額付款。

P. 第三方責任

導致您受傷或生病的第三方 (及/或其保險公司) 通常必須在 Medicare 或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳這些首要付款款項。如果您獲得來自第三方或第三方代表針對您所受的傷害或疾病而支付的判決金或和解金，且您之前已為該傷害或疾病接受了承保服務，則您必須確保我們獲得這些服務的費用補償。

注意：這節「第三方責任」的規定並不影響您為上述服務支付成本分擔的責任。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

在法律允許或規定的範圍內，我們應針對第三方或保險公司、政府計劃或其他保險服務提供者行使代位權，以提出所有索賠、訴訟並行使您可能享有的其他權利，從而對第三方涉嫌造成的傷害或疾病，獲得經濟賠償、補償或保障。我們將在向您或您的律師郵寄或送達行使此選擇權的書面通知之日起，行使此代位權。

為了保障我們的權利，如果您或我們對第三方提出的訴訟有任何判決金或和解金，則我們將對您或我們透過其他類型之保險所獲得的任何判決金或和解金享有留置權或補償權，其中包括但不限於：責任險、無保險駕駛人保險、保險不足駕駛人保險、個人責任保護傘、工傷賠償、個人傷害險、醫療給付及其他所有第一方保險類型。您或我們收到的任何判決金或和解金應先用於履行我們的留置權，無論您是否有獲得全額賠償，也無論判決金或和解金總額是否低於您所遭受的實際損失和損害。對於您為了提出損害索賠所雇用的任何律師，我們將無需支付律師酬勞或費用。如果您在不需要採取法律行動的情況下直接將費用償還給我們，我們將允許採購成本折扣。如果我們必須採取法律行動以維護利益，則不提供採購折扣。

在針對第三方提交或呈交索賠或法律訴訟後 30 日內，您必須向寄送索賠或法律訴訟的書面通知至以下地址：

Equian
Subrogation Mailbox
P.O. Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: 1-502-214-1137

為確定我們享有的權利是否存在及為我們履行這些權利，您必須完整填寫所有同意書、披露書、授權書、轉讓書及其它文件，包括留置權表格，並郵寄給我們，以指示您的律師、第三方及第三方的責任險承保人直接向我們付款。若未事先經過我們的書面同意，您不得同意放棄、免除或縮減此條款所賦予我們的權利。

如果您的遺產管理人、父母、監護人或保護人根據您的傷害或疾病向第三方提出索賠，則對於您的遺產管理人、父母、監護人或保護人以及您遺產管理人、父母、監護人或保護人所追討的任何和解賠償金或判決金，我們均享有留置權及其他權利，範圍就比照您向第三方提出索賠時的情況。為行使留置權及其他權利，我們可轉讓享有之權利。

Q. 美國退伍軍人事務部

針對退伍軍人事務部依法必須為從軍所致傷病提供的任何服務，我們不會向退伍軍人事務部付款；如果我們承保任何此類服務，則可向退伍軍人事務部追討該等服務的費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

R. 工傷賠償或僱主責任理賠福利

工傷賠償保險通常必須在 Medicare 或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳工傷補償或僱主責任法律所規定的首要付款款項。依據工傷補償或僱主責任的法律規定，您可能有資格獲得償付或其它理賠，包括以和解形式收到的款項（統稱為「財務理賠」）。即使無法確定您是否有權獲得財務理賠，我們也會提供承保服務，但我們可從下列來源追討任何承保服務的費用：

- 任何提供財務福利者或應提供財務福利者。
- 向您本人追討，前提是您已獲得或可獲得財務福利，或者在您積極行使任何工傷賠償或僱主責任法律所賦予您的權利後，必須向您提供或向您給付的財務福利。

S. 代孕

在會員獲得金錢補償擔任代理孕母的情況下，本計劃將針對與受孕、懷孕和/或分娩相關的所有承保服務劃費用尋求補償。代孕安排是指一名女性同意受孕，而後將所誕下的嬰兒交予意欲撫養此孩子的另一名(或多名)當事人。

T. 具約束力的仲裁

以下對具約束力的仲裁的描述適用於以下會員：

- 所有入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan 且生效日期早於 2008 年 1 月 1 日的會員；以及
- 所有入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan 且生效日期為 2008 年 1 月 1 日當日或之後，且未在 Senior Advantage 計劃生效日期的 60 天內明確拒絕具約束力之仲裁程序的會員。

針對受此「具約束力的仲裁」一節制約的所有索賠，索賠人和應訴人均放棄陪審團審理或法庭審理的權利，並接受使用具約束力的仲裁。只要此「具約束力的仲裁」條款適用於 Kaiser Permanente 關係方提出的索賠，則此「具約束力的仲裁」條款對在本《會員手冊》生效日期前發生的所有未解決索賠即應具有追溯力。此類追溯適用僅對 Kaiser Permanente 當事方具有約束力。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

仲裁範圍

任何爭議如符合下列所有要求，則應進行具約束力的仲裁：

- 索賠係起因於或涉及涉嫌違反任何職責，而該等職責係伴隨本《承保範圍說明書》或會員當事方與 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan) 的關係而起、因其導致或與其相關，包括針對醫療失當或醫院誤醫所提出的任何索賠（即針對醫療服務或用品不具有必要性、未獲得授權或提供方式不恰當、有疏失或不合格所提出的索賠）、關於場地責任的索賠、涉及服務或用品之承保範圍或提供方式的索賠，無論索賠所依據的法理為何。
- 索賠是由一個或多個會員方對一個或多個 Kaiser Permanente 關係方所提出，或由一個或多個 Kaiser Permanente 關係方對一個或多個會員方所提出。
- 準據法並未禁止使用具約束力的仲裁來解決索賠。

根據本《會員手冊》入保的會員將藉此放棄自己的法院或陪審團審判權，並轉而接受使用具約束力的仲裁，但下列索賠類型不受具約束力的仲裁制約：

- 屬於小額索賠法院之管轄範圍的索賠。
- 需依照 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan 會員所適用之 Medicare 上訴程序辦理的索賠（請參閱第 9 章，瞭解關於 Medicare 上訴的資訊）。
- 根據準據法規定，不能受制於具約束力的仲裁的索賠。

在「具約束力的仲裁」一節中所提及之「會員當事方」包括：

- 會員。
- 會員的繼承人、親屬或個人代表。
- 任何聲稱其因會員與一個或多個 Kaiser Permanente 當事方的關係而需承擔義務者。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

「Kaiser Permanente 關係方」包括：

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc。
- Kaiser Foundation Hospitals。
- The Permanente Medical Group, Inc。
- Southern California Permanente Medical Group。
- The Permanente Federation, LLC。
- The Permanente Company, LLC。
- 任何 Southern California Permanente Medical Group 或 The Permanente Medical Group 的醫生。
- 任何個人或組織，且根據其與上述任何組織所簽訂的合約規定，由一個或多個會員方所提出的索賠應透過仲裁解決。
- 上述任何一方的員工或代理人。

「索賠人」指提出上述索賠的會員當事方或 Kaiser Permanente 當事方。「應訴人」是指受到索賠的會員方或 Kaiser Permanente 當事方。

訴訟規則

仲裁應按照 **Office of the Independent Administrator**（獨立管理人辦公室）與 **Kaiser Permanente** 及 **Arbitration Oversight Board**（仲裁監督委員會）共同協商制定的 **Rules for Kaiser Permanente Member Arbitrations Overseen by the Office of the Independent Administrator**（受獨立管理人辦公室監督的 Kaiser Permanente 會員仲裁規則，簡稱為「訴訟規則」）進行。您可向會員服務部索取訴訟規則的副本。

啟動仲裁

索賠人應透過送達仲裁請求發起仲裁。仲裁請求書的內容應包含：對應訴人提出仲裁的理由依據；索賠人透過仲裁要求獲得的損害賠償金額；索賠人及可能聘僱律師的姓名、地址和電話號碼；以及所有應訴人的姓名或名稱。索賠人應在仲裁請求中納入針對應訴人提出的基於同一事件、交易或相關情況的所有索賠。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

送達仲裁請求

應將仲裁請求送達至 Health Plan、Kaiser Foundation Hospitals、KP Cal, LLC、The Permanente Medical Group, Inc.、Southern California Permanente Medical Group、The Permanente Federation, LLC 及 Permanente Company, LLC，並透過郵寄方式將仲裁請求轉交給被告：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department
1950 Franklin Street, 17th floor
Oakland, CA 94612

被告收訖時被視為已完成送達。依據《加州民事訴訟法》中關於民事訴訟的規定，應向所有其它應訴人（包括個人）送達仲裁請求。

申請費用

在每次提出仲裁時，索賠人均應向「仲裁帳戶」一次支付完畢不可退還的申請費\$150，無論在仲裁請求中提出的索賠金額或仲裁請求中列出的索賠人或應訴人人數為何。

若索賠人認為自己經濟極為困難，可向獨立管理人辦公室申請免除申請費和中立仲裁人的費用與開支。欲申請此類費用免除的索賠人應填寫費用豁免申請表 (Fee Waiver Form)，並將表格提交給獨立管理人辦公室，同時送交給應訴人。費用免除申請表中列有免除費用的標準，您可致電向會員服務部索取。

仲裁人人數

仲裁人的人數可能會影響索賠人負責支付中立仲裁人之費用及開支的責任 (請參閱「訴訟規則」)。

若仲裁請求書所要求獲得的損害賠償金總額為\$200,000 或\$200,000 以下，則爭議應由一名中立仲裁人聽審和裁定，除非當事方在爭議出現後另以書面方式同意且已提交約束仲裁申請，仲裁由兩名當事方仲裁人及一名中立仲裁人聽審。中立仲裁員無權裁定經濟賠償金額超過\$200,000 的仲裁。

若仲裁請求書所要求獲得的損害賠償金總額超過\$200,000，則爭議應由一名中立仲裁員及兩名當事方仲裁員聽審和裁定，一名當事方仲裁員將由所有索賠人共同指定，另一名則由應訴人共同指定。有權選擇當事方委任之仲裁員的當事方，可同意放棄此權利。若所有當事方均同意，此類仲裁將由一名中立仲裁人聽審。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

支付仲裁員的費用與開支

如「程序規則」中所述特定條件下，Health Plan 將支付中立仲裁員的費用和開支。在其他所有仲裁中，中立仲裁員的費用與開支應由索賠人和應訴人各支付一半。

若當事方選擇由當事方委任的仲裁員，則索賠人應負責支付由其委任的當事方仲裁員的費用和開支，而應訴人應負責支付由其委任的當事方仲裁員的費用和開支。

費用

除前述中立仲裁人的費用與開支外，以及除仲裁適用法律強制要求支付的其他費用外（如本「具約束力的仲裁」一節中所述），各當事方應承擔己方在針對索賠案件進行起訴或辯護過程中所產生的律師費、證人費及其他開支，而不論索賠的性質或仲裁的結果如何。

一般性規定

符合下列條件的索賠應遭到撤回並永遠不得再次提出：(1) 在索賠的仲裁請求書送交之日，根據適用的法規限制，任何人均不得透過民事訴訟對應訴人提出索賠；(2) 索賠人未善盡合理努力依照訴訟規則提出索賠仲裁；或 (3) 仲裁的聽審在下述日期開始算起的五年內仍未開審：(a) 根據上述訴訟規則送交仲裁請求書之日；或 (b) 因索賠所涉及之同一事件、交易或相關情況提出民事訴訟之日，以兩者之中日期較早者為準。中立仲裁員可基於提出的正當理由，駁回依據其它理由提出的索賠。如依照正當程序發出聽證通知後，一方未能出席仲裁聽證，則中立仲裁員人在此方缺席的情況下作出爭議裁決。

1975 年《加州醫療傷害賠償規定》（包括任何修訂條例），包括確立舉證權利以提出向患者支付任何保險或殘障理賠的證據、追討非經濟損失的限制以及確立裁決以定期支付未來損害賠償之權利等節，應適用於任何專業疏忽索賠或法律允許或規定的任何其他索賠。

在不違反本「具約束力的仲裁」一節的前提下，仲裁應遵守此處「具約束力的仲裁」規定、《聯邦仲裁法》第 2 章、《加州民事訴訟法》與仲裁有關的當時有效條款以及訴訟規則。根據《聯邦仲裁法》第 3 章和第 4 章的規定，本「具約束力的仲裁」一節規定的仲裁權不得由於會員方和 Kaiser Permanente 關係方之間有關可裁決及不可裁決索賠的爭議，或仲裁一方或多方由於相同或相關交易而與第三方進行的未決法庭訴訟以及有可能產生的裁定或裁決衝突而否認、暫時中止或以任何其他方式阻止。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815（聽障及語障電話專線 711），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

第 12 章：重要詞彙的定義

前言

本章包含此《會員手冊》中使用的重要術語及其定義。術語會按字母順序列出。如果您找不到要尋找的術語，或您需要的資訊超過定義包含的範圍，請與會員服務聯絡。

日常生活活動 (ADL)：人們在日常生活中所做的事情，例如吃飯、上廁所、穿衣、洗澡或刷牙。

門診手術中心：為不需要住院護理且預計無需超過 24 小時護理的患者提供門診手術的設施。

上訴：如果您認為我們有錯，可以此方式挑戰我們的行動。您可藉由提出上訴要求我們更改承保決定。**第 9 章**（《會員手冊》）會說明上訴相關事項，以及如何提出上訴。

行為健康：一個包羅萬象的術語，用來指稱精神健康和藥物濫用障礙。

品牌藥：由最初製造該藥物的公司製造和銷售的處方藥。品牌藥與學名藥具有相同的成分。學名藥通常是由其他製藥公司製造和銷售。

醫護協調員：一位與您、保健計劃和您的保健業者一起合作的主要人員，以確保您能獲得所需醫護服務。

醫護計劃：請參閱「個人化醫護計劃」。

醫護計劃可選服務 (CPO 服務)：您個人化醫護計劃 (ICP) 的可選額外服務。這些服務並非旨在取代您在 Medi-Cal 下核定可獲得的長期服務和支援。

醫護團隊：請參閱「跨學科醫護團隊」。

重大傷病承保階段：Medicare 計劃 D 部分藥物福利中的階段，本計劃將支付您在年底前所有藥物的費用。在達到處方藥的\$7,400 限制時，您便會開始此階段。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)：負責 Medicare 的聯邦機構。第 2 章（《會員手冊》）會說明如何聯絡 CMS。

成人社區服務 (CBAS)：門診、機構型服務計劃，為符合適用資格條件的合格會員提供專業護理、社會服務、職能和言語治療、個人醫護、家庭/照顧人訓練和支援、營養服務、交通運輸，以及其他服務。

投訴：一份書面或口頭聲明，表達您對承保服務或護理有疑問或疑慮。這包含對服務品質、您的護理品質、我們的網絡醫護人員或網絡藥房的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

（聽障及語障電話專線 **711**），早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

綜合門診復健設施 (CORF)：主要是在疾病、事故或大手術後提供復健服務的設施。其提供多種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業病治療、言語治療和家庭環境評估服務。

共付額：每次您獲得特定服務或處方藥時，需支付之成本分攤中的固定費用。例如，您可能需要支付\$2 或\$5 以取得服務或處方藥。

成本分擔：您必須支付的金額，即在您取得特定服務或處方藥時應支付的金額。成本分攤包括共付額。

承保決定：關於我們包含哪些福利的決定。這包括有關承保藥物和服務的決定，或我們為您健康服務支付之金額的決定。本《會員手冊》的**第 9 章**會說明如何要求我們做出承保決定。

承保藥物：我們會使用本術語來泛指本計劃承保的所有處方藥和非處方 (OTC) 藥。

承保服務：我們使用此一般術語來表示本計劃涵蓋的所有醫療護理、長期服務和支援、用品、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。

文化認知能力訓練：為我們的保健業者提供額外指導的培訓，協助對方進一步了解您的背景、價值觀和信仰，以採取相關服務來滿足您的社會、文化和語言需求。

保健服務部 (DHCS)：負責管理 Medicaid 計劃 (稱為 Medi-Cal) 的加州州立部門。

加州保健計劃管理局 (DMHC)：位於加州，並負責監管保健計劃的部門。DMHC 會協助眾人提出有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。DMHC 也會執行獨立醫療審查 (IMR)。

退保：終止您本計劃會員資格的過程。退保可能出於自願 (您自己的選擇) 或是非自願 (並非您自己的選擇)。

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保健計劃。本計劃為 D-SNP。

耐用醫療器材 (DME)：您醫生訂購的某些物品可供您在自家中使用。這些物品的範例包括輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由醫護人員開立醫囑供居家使用的病床、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣器材、噴霧器和助行器。

急診：醫療急診是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的人士認為，您出現需要立即就醫的醫療症狀，以避免死亡、失去身體部位，或遭受身體機能損失或嚴重損傷。醫療症狀可能是嚴重受傷或劇痛。

急診護理：由經培訓之醫護人員提供急診服務，且為治療醫療或行為健康急診情況所需服務的承保服務。

例外：獲得通常不受承保藥物之承保，或在無特定規則和限制的情況下使用該藥物的許可。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

額外補助：Medicare 計劃會協助收入和資源有限者減輕 Medicare D 部分處方藥費用，這些費用包括保費、免賠額和共付額。額外補助也稱為「低收入補貼」或「LIS」。

學名藥：經聯邦政府核准用於代替品牌藥的處方藥。學名藥具有與品牌藥相同的成分。一般而言，學名藥費用較低但具有和品牌藥同等的效力。

抱怨：您對我們或我們網絡醫護人員或藥房其中一者提出的投訴。這包括對醫護品質或保健計劃提供之服務品質的投訴。

健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)：提供免費和客觀資訊的計劃，並提供有關 Medicare 的諮詢。**第 2 章 (《會員手冊》)** 會說明如何聯絡 HICAP。

保健計劃：由醫生、醫院、藥房、長期服務提供者和其他提供者組成的組織。也有醫護協調員協助您管理所有保健業者和服務。他們會齊心協力為您提供所需的醫護服務。

健康風險評估：回顧您的病史和目前狀況。其會用來了解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

居家保健助理：提供無需執照護士或治療師技能相關服務的人員，例如協助個人照料(如沐浴、如廁、更衣或從事醫生開立的運動)。居家健康助理沒有護理執照，也不提供治療。

安寧護理：醫護護理和支援計劃，旨在協助預後末期患者能舒適生活。預後末期表示該患者患有末期疾病，且預計僅有六個月或更短壽命。

具有預後末期的參保人有權選擇安寧護理。

經特殊培訓的專業人士和照顧人團隊，會為每位人是提供醫療護理，包括身體、情感、社交和精神需求。

我們必須為您提供所在地理區域的安寧服務提供者名單。

不正確/不適當的請款：提供者(例如醫生或醫院)向您收取的費用超過我們服務分攤費用的情況。如果您收到任何不甚了解的帳單，請致電會員服務。

作為計劃會員，您僅需在獲得承保服務時支付本計劃的成本分攤金額。我們不允許保健業者向您收取超過此金額的費用。

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。若您不同意我們的決定，且您的問題與 Medi-Cal 服務有關，包括 DME 用品和藥物，則您可向加州保健計劃管理部申請 IMR。IMR 是由非本計劃隸屬之醫生來審查您的病例。如果 IMR 決定對您有利，我們就必須提供您要求的服務或治療。您無需支付任何 IMR 相關費用。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

個人化醫護計劃 (ICP 或醫護計劃)：有關您將獲得哪些服務以及如何獲得這些服務的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務和支援。

初始承保階段：您的 Medicare 計劃 D 部分藥物總費用達 \$4,660 前的階段。這包括您支付的金額、本計劃代表您支付的金額以及低收入補貼。您在一年當中首次配藥時，便開始進入此階段。在此階段，我們會支付您的部分藥物費用，而您需支付您應分擔的部分。

住院：在您正式入院接受專業醫療服務時使用的術語。若您未正式入院，即使您在醫院過夜，仍可能被視為門診病人而非住院病人。

跨學科醫護團隊 (ICT 或醫護團隊)：醫護團隊可能包括醫生、護士、諮商師或其他健康專業人員，他們會協助您取得所需醫療服務。您的醫護團隊也可協助您制定醫護計劃。

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。我們在醫生和藥劑師的協助下，選擇此清單上的藥物。藥物清單會告訴您是否需要依循任何規則才能取得藥物。藥物清單有時被稱為「承付藥物手冊」。

長期服務與支援 (LTSS)：長期服務與支援有助於改善長期病況。這些服務中，多數有助於您留在家中而無需前往護理院或醫院。LTSS 包括社區成人服務 (CBAS) 和護理設施 (Nursing Facility, NF)。

低收入補助 (LIS)：請參閱「額外補助」。

郵購計劃：部分計劃可能會提供郵購計劃，讓你能取得最多達 3 個月的承保處方藥用品，其會直接寄送到府。此可能為一種具有經濟效益且方便的方式，可配取您定期服用的處方藥。

加州醫療保健輔助計劃 (Medi-Cal)：Medicaid 是加州的醫療保健輔助計劃名稱。Medi-Cal 由州管理，由州和聯邦政府支付費用。

其可協助收入和資源有限者支付長期服務和支援和醫療費用。

涵蓋 Medicare 未承保的額外服務和部分藥物。

Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時具有 Medicare 和 Medicaid 資格，則會承保多數健康護理費用。

您也可參閱第 2 章，詳見您的《會員手冊》，以瞭解如何聯絡 Medi-Cal。

Medi-Cal 計劃：僅承保 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務和支援、醫療器材和交通。Medicare 福利為分開計算。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

醫療上必要的：此會說明您預防、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。這包括讓您無需前往醫院或護理院的醫護服務。這也代表服務、用品或藥物符合獲得認可之醫療執業規範。

Medicare：針對 65 歲或 65 歲以上之人士、部分未滿 65 歲的特定身心障礙人士，以及末期腎臟病病患 (通常為永久腎功能衰竭且需要洗腎或腎臟移植的病患) 提供的聯邦健康保險計劃。享有 Medicare 者可透過 Original Medicare 或管理式護理計劃 (參閱「保健計劃」)，取得其 Medicare 健康保險。

Medicare Advantage：Medicare 計劃也被稱為「Medicare C 部分」或「MA」，透過私營公司提供 MA 計劃。Medicare 會向這些公司支付費用，以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 承保服務：Medicare A 部分和 B 部分的承保服務。包含本計劃在內的所有 Medicare 保健計劃皆必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍的所有服務。

Medicare-Medi-Cal 入保人：有資格獲得 Medicare 和 Medi-Cal 保險的人。Medicare-Medi-Cal 參保人也被稱為「雙重資格個人」。

Medicare A 部分：Medicare 計劃涵蓋多數醫療上必要的醫院、專業護理機構、居家健康和安寧護理。

Medicare B 部分：Medicare 計劃包含多項醫學上必要的服務 (如化驗、手術和醫生看診) 和用品 (如輪椅和助行器)，以治療疾病或病況。Medicare B 部分也包含許多預防和篩檢服務。

Medicare C 部分：Medicare 計劃也被稱為「Medicare Advantage」或「MA」，讓私營健康保險公司可透過 Medicare Advantage 計劃提供 Medicare 福利。

Medicare D 部分：Medicare 處方藥福利計劃。我們將此計劃簡稱為「D 部分」。D 部分包含門診處方藥、疫苗和 Medicare A 部分、B 部分或 Medi-Cal 未承保的部分用品。本計劃包括 Medicare D 部分。

Medicare 計劃 D 部分藥物：Medicare D 部分承保的藥物。國會明確將特定類別的藥物排除在 D 部分承保範圍之外。Medi-Cal 可能可承保其中部分藥物。

藥物治療管理：保健業者 (包括藥劑師) 提供的一組獨有服務或服務組合，確保為患者提供最佳治療成果。如需更多資訊，請參閱本《會員手冊》的第 5 章。

會員 (本計劃的成員，或計劃成員)：具有 Medicare 和 Medi-Cal 且有資格獲得承保服務的人，其已加入本計劃，且其入保已獲 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 和該州確認。

《會員手冊》和披露資訊：本文件連同您的入保表格和任何其他附件或附約，皆用來解釋您的承保範圍、我們的義務、您的權利以及您身為本計劃會員的義務。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**

(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

會員服務：本計劃中負責回答您有關會員資格、理賠、申訴和上訴等問題的部門。如需有關會員服務的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的第 2 章。

網絡藥房：同意為本計劃會員配藥的藥房 (藥店)。由於這些藥房同意與本計劃合作，因此我們稱其為「網絡藥房」。在多數情況下，僅當在網絡藥房配取您的處方藥時，本計劃才會承保該處方藥。

網絡保健業者：「保健業者」是我們用來稱呼醫生、護士和其他為您提供服務和醫護服務者的一般術語。該術語也包括醫院、居家健康護理機構、診所和其他為您提供保健服務、醫療器材和長期服務與支援等處。

其已獲 Medicare 和州政府許可或認證，可提供保健服務。

在其同意與本保健計劃合作、接受我們付款，且不向會員收取額外費用時，我們便稱其為「網絡保健業者」。

當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡保健業者來獲得承保服務。「網絡保健業者」也稱為「計劃內保健業者」。

護理院或設施：為無法在家中獲得醫護服務但也無需住院者，提供醫護服務之處。

投訴處理專員：您所在州別的辦公室，為您的代表。如果您有問題或投訴，他們都可以回答問題，並且可以協助您了解該採取哪些行動。投訴處理專員為免費服務。您可以參閱《會員手冊》的第 2 章和第 9 章，以取得更多資訊。

組織判定：當我們或我們的供應商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決定。組織判定被稱為「承保決定」。本《會員手冊》第 9 章會說明承保決定。

Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務收費的 Medicare)：政府會提供 Original Medicare。在 Original Medicare 中，會透過向醫生、醫院及其他保健業者支付國會決定的金額來承保 Medicare 服務。

您可使用任何接受 Medicare 的醫生、醫院或其他保健業者。Original Medicare 具有兩個部分：A 部分 (住院保險) 和 B 部分 (醫療保險)。

Original Medicare 適用於美國各處。

如果您不想參加本計劃，可選擇 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承保藥物的藥房。除非適用特定條件，否則本計劃不會承保您從網絡外藥房取得的多數藥物。

網絡外保健業者或網絡外設施：非本計劃僱用、擁有或營運，且未簽訂為本計劃會員提供承保服務合約的保健業者或設施。本《會員手冊》第 3 章會說明網絡外保健業者或設施相關資訊。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 1-800-443-0815

(聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

自付費用：會員為取得的服務或藥物支付一部分費用的成本分擔要求，也稱為「自付額」費用要求。請參閱上述「成本分攤」的定義。

非處方 (OTC) 藥：非處方藥是可在無保健專業人員處方的情況下購買之藥物或藥品。請參閱第 4 章了解有關非處方健康和養生物品的資訊。

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 部分藥物：請參閱「Medicare D 部分藥物」。

個人健康資訊 (也稱為受保護健康資訊) (PHI)：有關您和您健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生看診和病史。如需更多有關我們如何保護、使用和披露您的 PHI 以及您享有的 PHI 權利的資訊，請參閱我們的**保護私隱通知**。

基本保健業者 (PCP)：多數健康問題發生時，您首先使用的醫生或其他保健業者。他們會確保您能取得保持健康所需的醫療服務。

其也會與其他醫生和保健業者討論您的醫療護理情況，並將您轉介給對方。

在許多 Medicare 保健計劃中，您必須先使用基本保健業者，才能使用任何其他保健業者。

請參考本《會員手冊》第 3 章，以取得有關獲得基本保健業者提供之醫療護理的資訊。

事先授權：在您取得特定服務或藥物，或使用網絡外保健業者之前，您必須先獲得我們的批准。如果您未先獲得批准，本計劃可能不會承保該服務或藥物。

只有在您的醫生或其他網絡醫護人員獲得本計劃的事前授權書時，本計劃才會承保部分網絡醫療服務。

需要本計畫事前授權書的承保服務皆列於本《會員手冊》的第 4 章內。

只有在您獲得我們事先授權書的情況下，部分藥物才會獲本計劃承保。

需要本計畫事先授權書的承保藥物皆列於承保藥物清單中。

長者護理全包計劃 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)：本計劃包含 Medicare 和 Medi-Cal 福利，適用於需要更高程度醫療護理才能居家生活的 55 歲及以上人士。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 711)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

假體及矯形裝置：您的醫生或其他保健業者開立醫囑的醫療器材，包括但不限於手臂、背部和頸部支架、翳肢、義眼，以及帶體身體內部部位或功能所需的器材，包括造口術用品以及腸內和腸胃外的營養治療。

品質改進組織 (OIO)：由醫生和其他健康護理專家組成的團體，協助改善 Medicare 的醫護品質。聯邦政府會支付 QIO 相關費用，以檢查和改善對患者的醫護服務。請參閱本《會員手冊》第 2 章，以取得有關 QIO 的資訊。

數量限制：您可獲得之藥量限制。我們可能會限制每個處方承保的藥物數量。

轉診：轉診為您的基本保健業者 (PCP) 批准您可使用其他非 PCP 的保健業者。如果您未先獲得批准，我們可能不會承保該服務。您無需轉診即可使用特定專科醫生，例如婦女健康專科醫生。您可以參閱本《會員手冊》的**第 3 章**和**第 4 章**，以取得更多資訊。

復健服務：您獲得的治療有助您從疾病、事故或大手術中恢復。若要深入了解復健服務，請參閱本《會員手冊》的**第 4 章**。

敏感性服務：與精神或行為健康、性和生殖保健服務、家庭生育計劃、性傳染病感染 (STI)、愛滋病毒/愛滋病 (HIV/AIDS)、性侵害及流產、藥物濫用障礙、性別確認醫護服務和以及親密伴侶暴力相關的服務。

服務區：如果該計劃根據人們的居住地限制會員資格，則服務區是指保健計劃接受會員的地理區域。如果計劃會限制您可使用哪位醫生和哪些醫院，則服務區通常是您可取得例行 (非急診) 服務的地區。僅限居住在我們服務區的人才能加入本計劃。

服務區的描述可見於**第 1 章**，以說明保費、成本分攤、入保和退保。若目標為取得承保服務，您可在北加州地區服務區內任何地方取得網絡醫護人員的醫療護理 (請參閱我們的**醫護人員名錄**)。

成本分攤：在您的福利生效之前，每月可能必須支付的部分健康護理費用。您的成本分擔金額將依收入和資源而定。

專業護理院 (SNF)：具有員工和設備的護理機構，可提供專業技能護士護理，在多數情況下，也會提供專業復健服務和其他相關健康服務。

專業護理院 (SNF) 醫療護理：在專業護理機構中每天持續提供的專業技能護士護理和復健服務。專業護理機構醫療護理的範例包括由註冊護士或醫生執行的物理治療或靜脈 (IV) 注射等。

專科醫生：為特定疾病或身體部位提供健康護理的醫生。

專科藥房：若要深入瞭解專科藥房，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

州聽證會：如果您的醫生或其他保健業者要求我們不批准的 Medi-Cal 服務，或我們不繼續為您已享有的 Medi-Cal 服務付費，您可以要求舉行州聽證會。如果州聽證會的裁決對您有利，我們便必須提供您所要求的服務。

聯邦社保補助金 (SSI)：社會安全局向收入和資源有限的身心障礙者、盲人或 65 歲及以上者支付的每月福利。SSI 福利與社會安全福利不同。SSI 會自動提供 Medi-Cal 承保。

緊急治療：您因突發疾病、受傷或非急診但需要立即醫療服務等情況而獲得的醫療護理。若無法取得網絡醫護人員或您無法聯絡到對方時，您可從網絡外醫護人員處取得急需的醫療護理。



如果您有問題，請致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal **1-800-443-0815**
(聽障及語障電話專線 **711**)，早上 8 點到晚上 8 點，每週 7 天。該通話為免費電話。
如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為因殘障問題而無法與我們進行有效溝通之人士提供免費支援和服務，例如：
 - 相應語言的合格口譯員
 - 其他形式的書面資訊，例如大字體印刷版、音頻以及可獲得的電子版
- 為以英語之外的語言為主要語言之人士提供免費服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 其他語言書面資訊

如需以上服務，請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務處，服務時間為每週七天，每天早上 8 至晚上 8（TTY 人士請撥打 **711**）。

若您認為 Kaiser Permanente 沒有提供這些服務或有涉及種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別的歧視行為，您可以向民權服務協調員提出投訴，方式是：寄信至 **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 或撥打上述電話號碼致電會員服務處。您可以通過寄信或電話提出投訴。如需投訴幫助，我們的民權服務協調員將為您提供幫助。您還可以採用電子方式透過民權辦公處的投訴門戶網站向美國衛生與公共服務部民權辦公處提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：郵寄地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**，**1-800-537-7697 (TDD)**。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。



反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出**：在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限Medi-Cal受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815 (TTY 711)**. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (**TTY 711**) **1-800-443-0815** على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)**. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សារលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng hja-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jįigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'įjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'íłígíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'díítíłígíí dóó bee hane' didííts'íłígíí bína'idíłkiłgo yídííkił. Kojį hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jįigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'įjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojį dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara 會員服務部

電話	1-800-443-0815 此電話為免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費口譯服務。
聽障及語障電話專線	711 此電話為免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至下午 8:00。
寫信	您當地的會員服務辦事處 (請參閱 醫護人員名錄 以查詢地點)。
網站	kp.org