Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)，由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（凱薩基金會保健公司計劃）提供

《會員手冊》

2027年 1 月 1 日至12月31日

您在 Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP) 的健康保險與藥物保險

《會員手冊》簡介

本《會員手冊》也稱為《承保範圍說明書》，旨在告知您本計劃承保至2027年12月31日，並說明保健服務、行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務、藥物承保範圍以及長期服務和支援。重要術語及其定義會按字母順序排列在本《會員手冊》的**第 12 章**中。

本文件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》提到「我們」、「我們的」或「本計劃」時，其是指 Kaiser Permanente Dual Complete。

這份文件提供阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、俄語、西班牙語、他加祿語或越南語免費版本。

您可以免費取得本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和／或語音版，請撥打 1-800-443-0815（TTY 711）與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。

打電話給會員服務部請求以下資訊：

- 英文以外的慣用語言版本和／或其他格式；
- 針對日後郵件和通訊方式所提出的長期要求；**以及**
- 變更慣用語言和／或格式的長期要求。

語言協助服務以及輔助工具及服務可用性通知

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) **บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

目錄

第 1 章：會員入門指南.....10

第 2 章：重要電話號碼及資源.....23

第 3 章：使用本計劃的承保範圍獲取健康護理及其他承保服務.....63

第 4 章：福利表.....83

第 5 章：取得門診藥物.....158

第 6 章：您為 Medicare 與Medi-Cal處方藥所需支付的費用.....175

第 7 章：要求我們針對您所收到的承保服務或藥物帳單支付分擔費用.....184

第 8 章：您的權利和責任.....190

第 9 章。如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該如何 處理.....209

第 10 章：終止您在本計劃的會員資格.....248

第 11 章：法律聲明.....256

免責聲明

- Kaiser Permanente 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的 HMO D-SNP 計劃。入保 Kaiser Permanente 需視合約續約情況而定。
- 根據 Medi-Cal 提供給 Kaiser Permanente 會員的保健服務須遵守 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 和加州保健服務部 (DHCS) 之間所簽訂合約的條款、條件、限制和除外條款，並會列在本《會員手冊》及任何修訂文件中。
- **僅限南加州會員：**健康食品福利屬於慢性疾病的特殊補充計劃。並非所有會員皆符合資格。會員必須有特定慢性疾病，例如糖尿病、肥胖症、心血管疾病、骨關節炎或慢性腎臟病，才能符合資格。有其他疾病可能會讓您符合該福利的資格。無法單獨根據您的疾病保證此福利的資格。必須先符合所有適用資格要求，才能提供福利。如需詳細資訊，請聯絡我們。
- 除非發生緊急情況，網絡外/非合約保健業者沒有義務治療計劃會員。請撥打我們的會員服務部電話號碼或參閱本《會員手冊》以瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的成本分擔。
- 福利和／或共付額可能會於 2028 年 1 月 1 日變更。
- 我們的承保藥物、藥房網絡和／或保健業者網絡可能會隨時變更。如果有任何可能影響您的變更，您將至少提前 30 天收到通知。

第 1 章：會員入門指南

前言

本章包含有關 **Kaiser Permanente Dual Complete** 的資訊，這是一項承保您所有 Medicare 服務的保健計劃，並協調您所有的 Medicare 與 Medi-Cal 服務，以及您在計劃中的會員資格。本章也會向您說明您可以預期會發生的情況以及您將從我們這裡獲得的其他資訊。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》中。

第 1 章 目錄

A. 歡迎加入本計劃 12

B. 與 Medicare 與 Medi-Cal 有關的資訊 13

B1. 聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 13

B2. 加州醫療保健輔助計劃 13

C. 本計劃的優勢 14

D. 本計劃的服務區 14

E. 使您符合本計劃會員資格的條件 16

F. 首次加入本保健計劃時的預期事項 17

G. 您的醫護團隊和醫護計劃 18

G1. 醫護團隊 18

G2. 醫護計劃 18

H. 重要費用概要 18

H1. Medicare 處方藥付款金額 18

I. 本《會員手冊》 19

J. 您透過我們獲得的其他重要資訊 19

J1. 您的會員證 19

J2. 《保健業者和藥房名錄》 20

J3. 承保藥物清單 21

J4. 理賠說明 21

K. 將您的會員記錄保持在最新狀態 21

K1. 個人健康資訊 (PHI) 的私隱 22

A. 歡迎加入本計劃

本計劃向同時有資格參加這兩項計劃的個人提供 Medicare 與 Medi-Cal 服務。我們的計劃包括醫生、醫院、藥房、長期服務與支援的保健業者、行為健康保健業者和其他保健業者。我們還有醫護協調員和醫護團隊來幫助您管理您的保健業者和服務。他們所有人將會共同合作為您提供您所需的醫護服務。

Kaiser Permanente Dual Complete 是一項特殊的 Medicare Advantage 計劃（Medicare 的「特殊需求計劃」），換言之，此計劃的理賠項目是專為有特殊健康護理需求的人士所設計。Kaiser Permanente Dual Complete是專門為享有 Medicare 且同時有權獲得 Medi-Cal 補助的人士所設計。

Kaiser Permanente 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 以及南加州 Permanente Medical Group（以下簡稱「Medical Group」）會共同合作，為本計劃的會員提供優質的醫護服務。我們的醫療護理計劃讓您可以獲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、緊急護理，以及本《會員手冊》中所說明的其他福利。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。

本《會員手冊》說明了以下計劃：

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「South P1 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「South P6 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「South P7 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「South P9 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「South P10 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「South P11 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P2計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P16 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P17 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P18 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P19 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P20 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P21 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P22 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P23 計劃」

- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P24 計劃」
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「North P25 計劃」

如果您不確定自己入保的是哪項計劃，請撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，或參閱您「年度變更通知」的封面（或者若是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。

注意：請參閱本章中的 **D 節**，以瞭解本《會員手冊》中所包含之各計劃的地理服務區。在成本分擔、入保及退保方面，我們區域的服務區內有多個 Dual Complete 計劃，這些計劃均在本《會員手冊》中有所說明。不過，若要取得承保服務，您可以在您區域的服務區內任何地方接受網絡保健業者的醫療護理。

B. 與 Medicare 與 Medi-Cal 有關的資訊

B1. 聯邦醫療保險計劃 (Medicare)

Medicare 是聯邦健康保險計劃，用於：

- 65歲或65歲以上的人士；
- 部分未滿65歲且有某些殘障狀況的人士；**以及**
- 患有末期腎病（腎衰竭）的人士。

B2. 加州醫療保健輔助計劃

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃。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 Services and Supports, LTSS) 以及醫療費用。該計劃承保 Medicare 未承保的額外服務和藥物。

每個州會決定：

- 哪些項目會被計算為收入和資產；
- 哪些人符合入保資格；
- 哪些服務屬於承保範圍；**以及**
- 服務的費用。

州政府也可決定計劃的管理方式，但條件是其必須遵守聯邦法規。

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：

- 我們選擇提供該計劃；**且**
- Medicare 和加州允許我們繼續提供本計劃。

即使本計劃在未來停止運作，您享受 Medicare 和 Medi-Cal 服務的入保資格也不會受到影響。

C. 本計劃的優勢

您現在將從我們的計劃中獲得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括藥物。**您無需支付額外費用即可加入此保健計劃。**

我們會幫助您的 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，滿足您**大多數**的健康護理需求。
- 您有一個由您協助組成的醫護團隊。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主導自己的醫療護理。
- 您的醫護團隊和醫護協調員將會與您一起制定一份旨在滿足**您**健康需求的醫護計劃。醫護團隊會幫助協調您需要的服務。例如，這表示您的醫護團隊會確保：
    - 您的醫生知道您服用的所有藥物，這樣他們可以確保您服用正確的藥物，並可減少您可能因藥物而產生的任何副作用。
    - 您的檢查結果將視情況與您的所有醫生和其他保健業者分享。

Kaiser Permanente Dual Complete 的新會員：在大多數情況下，在您申請加入 Kaiser Permanente Dual Complete 後第二個月的第一天，您就將入保 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃，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-Ca l服務。之後，您將透過 Kaiser Permanente Dual Complete 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal保險不會中斷。如果您有任何問題，請撥打 1-800-443-0815（TTY 711）與我們聯絡。

D. 本計劃的服務區

我們的南加州區域包含以下 South 計劃：

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 計劃**僅包含以下 **San Diego 縣**郵遞區號：
    - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, 和92195–99
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P6 計劃**包含：
    - **Riverside 縣**的部分地區，僅限以下郵遞區號：91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83

- **San Bernardino 縣**的部分地區，僅限以下郵遞區號：91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 計劃**僅包含以下 **Kern 縣**郵遞區號：
  - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61,和93581.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 計劃**包含 **Los Angeles 縣**的所有地區，Catalina Island除外。

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 計劃**包含 **Orange 縣**的所有地區。

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P11 計劃**僅包含以下 **Ventura 縣**郵遞區號：
  - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099,和93252.

我們的北加州區域包含以下 North 計劃：

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P2計劃**包含：
  - **Sacramento 縣**的所有地區。
  - **Amador 縣**，僅限以下郵遞區號：95640 和95669。
  - **El Dorado 縣**，僅限以下郵遞區號：95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 和95762。

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P16 計劃**包含 **Alameda 縣**的所有地區。

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P17 計劃**包含 **Contra Costa 縣**的所有地區。

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P18 計劃**包含：
  - **Fresno 縣**，僅限以下郵遞區號：93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
  - **Kings 縣**，僅限以下郵遞區號：93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
  - **Madera 縣**，僅限以下郵遞區號：93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
  - **Mariposa 縣**，僅限以下郵遞區號：93601, 93623,和93653。

- **Tulare 縣**，僅限以下郵遞區號：93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 和93673.

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P19 計劃**包含 **San Francisco 縣**的所有地區。
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 計劃**包含 **San Joaquin 和 Stanislaus** 縣的所有地區。
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P21 計劃**包含 **Santa Cruz 縣**的所有地區。
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P22 計劃**包含 **San Mateo 縣**的所有地區。
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P23 計劃**僅包含以下 **Santa Clara 縣**郵遞區號：
  - 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, 和95196。
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P24 計劃**包含：
  - **Placer縣**，僅限以下郵遞區號：95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, 和95765。
  - **Yolo縣**，僅限以下郵遞區號：95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776,和95798–99.
  - **Yuba縣**，僅限以下郵遞區號：95692, 95903,和95961.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P25 計劃**包含：
  - **Marin、Napa和Solano** 縣的所有地區。
  - **Sonoma 縣**，僅限以下郵遞區號：94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, 和95492。

只有住在我們服務區的人才能加入我們的計劃。

如果您搬離我們的服務區，您不得留在我們的計劃中。請參閱《會員手冊》的**第 8 章**以瞭解更多有關搬離我們服務區之影響的資訊。

E. 使您符合本計劃會員資格的條件

只要您符合以下條件，您即有資格入保我們的計劃：

- 居住在我們的服務區（被監禁的個人即使實際位於服務區內，也不視為居住在服務區）；**且**
- 在入保時已年滿 21 歲及 21 歲以上；**且**

- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分；且
- 具備美國公民身分或國民身分，或者具備合格非公民身分；且
- 目前有資格獲得 Medi-Cal。
- 如果您失去完整範圍 Medi-Cal 資格，但預計會在四個月內重新獲得資格，我們將繼續提供 Kaiser Permanente Dual Complete 承保的所有 Medicare 福利。當您的 Medi-Cal 保險結束時，我們不會支付您的 Medi-Cal 福利。您對由 Kaiser Permanente Dual Complete 承保之福利的費用分攤將會變更，如本*《會員手冊》*的福利表所述。您也可能會失去 Medicare 的額外補助 (Extra Help) 來幫助您支付 Medicare D 部分藥物的費用。

  如果您在入保 Medicare 保險的狀態下，恢復了您完整範圍的 Medi-Cal 資格，我們將會繼續支付您的 Medi-Cal 福利，且您對我們的入保狀態將會持續。如果您在四個月內無法重新獲得 Medi-Cal，我們會將您從 Kaiser Permanente Dual Complete 退保。如果您在退保之後，重新獲得完整範圍的 Medi-Cal 資格，您將需要聯絡我們，以重新入保計劃。

如果您喪失完整範圍的 Medi-Cal 的資格，但預期可在4個月內重新獲得資格，則您仍有資格入保我們的計劃。

致電會員服務瞭解更多資訊。

F. 首次加入本保健計劃時的預期事項

當您首次加入本計劃時，您需在入保生效日期前後90天內接受健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA)。

我們必須為您完成健康風險評估 (HRA)。該健康風險評估(HRA)是制定您醫護計劃的基礎。健康風險評估 (HRA) 包含用於確定您醫療、行為健康和功能需求的問題。

我們會與您聯絡以完成健康風險評估 (HRA)。我們可以透過當面訪視、電話或郵件來完成健康風險評估 (HRA)。我們會每年與您聯絡一次，確認您的任何需求是否有所變更。

我們將會寄送更多有關此健康風險評估 (HRA) 的資訊給您。

如果您是本計劃的新會員，您可繼續使用您目前使用的醫生一段時間，即使該醫生不在本計劃的網絡中也沒關係。我們稱之為持續護理。如果他們不在我們的網絡內，在滿足以下所有條件的前提下，您可以在入保時保留目前的保健業者和服務授權最長達 12 個月：

- 您、您的代表或您的保健業者要求我們讓您繼續使用您目前的保健業者。
- 我們確定您與基本或專科醫護保健業者存在現有關係，但有一些例外。當我們提到「現有關係」時，是指您在首次入保我們計劃的日期之前的12個月內至少前往一次網絡外保健業者進行非急診就醫。
  - 我們會根據您現有的健康資訊或您提供給我們的資訊，確認是否存在既有的醫病關係。
  - 我們有30天的時間可以回應您的要求。您可以要求我們做出更快的決定，而我們則必須在15天內做出回應。您可以撥打 1-800-443-0815 以提出此要求。如果您面臨受傷害的風險，我們必須在三天內回應。

- 您或您的保健業者必須在提出要求時，提供既有醫病關係的證明文件，並同意某些條款。

注意：您可以針對耐用醫療器材 (DME) 保健業者提出此要求，至少持續 90 天，直到我們批准新的耐用醫療器材 (DME) 租賃服務，並由網絡保健業者提供租賃器材為止。儘管您不能向患者轉送服務保健業者或其他輔助服務保健業者提出此要求，但您可以要求我們計劃中未包含的患者轉送服務或其他輔助服務。

持續護理期間結束後，除非我們與您的網絡外醫生達成協議，否則您將需使用本 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃網絡內的醫生和其他保健業者。網絡保健業者是與保健計劃合作的保健業者。請參閱本《會員手冊》**第 3 章**，瞭解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

醫護團隊可幫助您取得您所需的醫護服務。醫護團隊可能包括您的醫生、醫護協調員、專科醫生或您選擇的其他健康專業人員。

醫護協調員是受過培訓的人，可幫助您管理您所需的醫護服務。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。請撥打本頁面最下方的電話號碼與我們聯絡，以瞭解有關您醫護協調員和醫護團隊的更多資訊。

G2. 醫護計劃

您的醫護團隊將會與您一起制定一份醫護計劃。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。其中包括您的醫療、行為健康和長期服務與支援 (LTSS) 或其他服務。

您的醫護計劃包括：

- 您的健康護理目標；**以及**
- 獲得您所需服務的時間表。

您的醫護團隊將會在您完成健康風險評估 (HRA) 後與您會面。他們會詢問您需要的服務。他們還會告訴您，您可能想要考慮獲得的服務。您的醫療護理計劃是根據您的需求和目標制定的。您的醫護團隊至少每年都會與您一起更新一次您的醫護計劃。

H. 重要費用概要

本計劃沒有保費。

H1. Medicare 處方藥付款金額

如果您參加 Medicare 處方藥付款計劃，您將收到本計劃寄發的藥物帳單（而不是向藥房付款）。您的每月帳單是根據您對所取得之任何處方藥的欠繳款項，加上上個月的餘額，除以該年剩餘月數。

第 2 章第 M3 節將說明更多有關 Medicare 處方藥付款計劃的資訊。如果您不同意此付款選項所收取的金額，您可以按照**第 9 章**的步驟提出投訴或上訴。

I. 本《會員手冊》

本《會員手冊》是我們與您簽訂之合約的一部分。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。如需上訴相關資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，以索取一份*《會員手冊》*。您也可以參閱我們網站上的《會員手冊》，網址位於本頁面的最下方。

本合約在您入保本計劃的期間（2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日）的月份有效。

J. 您透過我們獲得的其他重要資訊

我們提供給您的其他重要資訊包括您的會員證、如何取得《保健業者和藥房名錄》(*Provider and Pharmacy Directory*) 的相關資訊，以及如何取得《承保藥物清單》(*List of Covered Drugs*) 的相關資訊；《承保藥物清單》又稱為《*藥物*清單》或《承付藥物手冊》(*Formulary*)。

J1. 您的會員證

根據我們的計劃，您擁有一張用於 Medicare 和 Medi-Cal 服務的卡，服務包括長期服務和支援 (LTSS)、某些行為健康服務和處方。您需在獲得任何服務或處方時出示此卡。以下是每個地區的會員證樣本：

如果您的會員證損壞、遺失或被盜，請立即撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡。我們將會寄一張新卡給您。

只要您是我們計劃的會員，您就無需使用紅色、白色和藍色 Medicare 卡或 Medi-Cal 卡來獲得大多數服務。請將這些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。如果您需要醫院服務、安寧服務，或參加 Medicare 核准的臨床研究試驗（也稱為臨床試驗），您可能需要出示您的 Medicare 卡。
請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**以瞭解如果您收到保健業者的帳單該怎麼辦。

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

- 您可從縣政府精神健康計劃 (Mental Health Plan, MHP) 取得的行為健康服務
- Medi-Cal Rx 服務
- 居家支援服務
- 1915(c) 居家與社區豁免計劃服務
- Medi-Cal 牙科服務

J2.《保健業者和藥房名錄》

《保健業者和藥房名錄》列出了本計劃網絡內的保健業者和藥房。在您具備我們計劃會員身分的期間，您必須使用網路保健業者來獲得承保服務。

您可撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，以索取一份《保健業者和藥房名錄》（電子版或紙本格式）。若您索取紙本版的《保健業者和藥房名錄》，我們將在三個工作日內郵寄給您。

您也可以在 kp.org/directory 查閱《保健業者和藥房名錄》。

《保健業者和藥房名錄》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劃的承保範圍內，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：
    - 您身為本計劃會員可使用的醫生、護士及其他保健專業人員；
    - 本計劃內的診所、醫院、護理機構及其他提供健康服務的場所；**以及**
    - LTSS、行為健康服務、居家健康機構、耐用醫療器材 (DME) 保健業者，以及透過 Medicare 或 Medi-Cal 提供您所獲得的商品和服務的其他人。

網絡保健業者同意接受本計劃就承保服務支付的費用作為全額付款。

網絡藥房的定義

- 網絡藥房是指同意為本計劃會員配藥的藥房。請使用《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。

請撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡以瞭解更多資訊。會員服務部和我們的網站都可以為您提供有關我們網絡內藥房和保健業者變更的最新資訊。

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。該清單會向您展示本計劃所承保的藥物。本清單中的藥物是由該計劃在醫生和藥劑師的幫助下選擇的。該*「藥物清單」*必須符合 Medicare 的要求。根據「Medicare藥物價格談判計劃」(Medicare Drug Price Negotiation Program) 協商價格的藥物將包含在您的藥物清單中，除非它們已按照**第 5 章第E節**的說明被移除和替換。Medicare 核准了 Kaiser Permanente Dual Complete *藥物清單*。

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。請參閱本《會員手冊》**第 5 章**，瞭解有關獲得醫護服務的更多資訊。

每年，我們會向您寄送關於如何存取藥物清單的資訊，但可能會在該年期間發生部分變更。若要取得關於承保哪些藥物的最新資訊，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 Medicare D 部分藥物福利時，我們會寄給您一份摘要報告，以協助您理解並掌握您的 Medicare D 部分藥物費用支付情況。此摘要稱為《理賠說明》(EOB)。

《理賠說明》(EOB) 旨在向您說明，您或代表您的其他人在您的 Medicare D 部分藥物上所花的總金額，以及我們在該月為您的每種 Medicare D 部分藥物所支付的總金額。《理賠說明》(EOB) 並不是帳單。《理賠說明》(EOB) 提供了有關您所使用藥物的更多資訊，例如價格上漲以及其他或許可用的成本分擔較低的藥物等。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**提供更多關於《理賠說明》(EOB) 的資訊以及這如何協助您追蹤藥物承保範圍。

您也可以索取《理賠說明》(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。

您也可在選擇在線上查看 **D 部分《理賠說明》**(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《理賠說明》**(EOB) 的詳細資訊。

K. 將您的會員記錄保持在最新狀態

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。醫生、醫院、藥劑師以及其他本計劃網絡內的保健業者會使用您的會員資格記錄瞭解關於服務和藥物的承保範圍以及您的成本分擔金額。因此，請務必幫助我們將您的資訊保持在最新狀態。

請立即告訴我們以下內容：

- 更改您的姓名、地址或電話號碼；
- 任何其他健康保險承保的變更，例如您的雇主、您配偶的雇主或您的同居伴侶的雇主，或工傷賠償發生的變更；
- 任何責任索賠，例如車禍索賠；
- 入住護理院或醫院；

- 來自醫院或急診的護理；
- 變更您的看護人（或對您負責的任何人）；**以及**
- 您是否有參加臨床研究。（**註：**您不需要告訴我們您想要參與的臨床研究，但我們建議您這樣做。）

如有任何資訊變更，請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡。

K1. 個人健康資訊 (PHI) 的私隱

您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個人健康資訊 (PHI) 保密。我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 。如需更多關於我們如何保護個人健康資訊 (PHI) 的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 8 章**。

第 2 章：重要電話號碼及資源

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。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》的最後*一章中*。

第 2 章 目錄

A. 會員服務部 25

B. 醫護協調員 30

C. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 31

D. 護士諮詢專線 32

E. 品質改進組織 (QIO) 33

F. Medicare 34

G. Medi-Cal 35

H. Medi-Cal 管理式保健和投訴處理專員精神健康辦公室 36

I. 縣社會服務 37

J. 郡縣行為健康服務機構 48

K. 加州保健計劃管理局 56

L. Health Consumer Alliance (HCA) 56

M. 藥物支付協助計劃 56

M1. Medicare的額外補助 56

M2. 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 57

M3. Medicare 處方藥付款計劃 58

N. 社會安全局 59

O. 鐵路職工退休委員會 (RRB).....60

P. Medicare Medi-Cal申訴計劃.....61

Q. Medi-Cal 牙科.....62

A. 會員服務部

致電	1-800-443-0815。此乃免費電話。 服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。 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，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者和藥房名錄》以查詢地點）。
網站	kp.org

聯絡會員服務部以取得以下事項的協助：

- 關於計劃的疑問
- 關於索賠或請款的疑問

與醫療護理有關的承保決定、上訴和投訴

致電	1-800-443-0815。此乃免費電話。 服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。 我們有為不會說英語的人提供免費的口譯服務。 如果您的承保決定、上訴或投訴符合**第 9 章**所述的快速決定資格，請撥打 1-888-987-7247 與加急審查科聯絡，服務時間為每週 7 天，上午 8:30 至下午 5 點。
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，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	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科，傳真號碼為 1-888-987-2252。
寫信	若想申請標準保險決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者和藥房名錄》以查詢地點）。 若想申請標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕服務通知上所示的地址。 如果您的保險決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請寫信至： 誠致敬意， Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566

網站	您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。

- 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**
    - 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。
  - 若要進一步瞭解承保決定，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。
- 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。
  - 若要進一步瞭解提出上訴，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**或聯絡會員服務部。
- 關於您的健康護理的抱怨
  - 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）提出抱怨。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 (QIO) 投訴您獲得的醫護品質（請參閱**第 E 節**）。
  - 您可以致電我們並解釋您的投訴，電話：1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。
  - 如果您的抱怨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抱怨直接傳送給Medicare。您可以在 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 使用線上表單。您也可撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 您可以致電 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃投訴本計劃。
  - 若要進一步瞭解對健康護理提出投訴，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

與D部分藥物有關的保險決定

致電	South 計劃：1-888-791-7213 North 計劃：1-877-645-1282 此乃免費電話。服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。 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，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	1-844-403-1028
寫信	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
網站	kp.org

- 關於藥物的承保決定
  - 關於您的藥物的承保決定是關於以下方面的決定：
    - 您的福利與承保藥物**或**
    - 我們為您的藥物支付的金額。
  - 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。請造訪Medi-Cal Rx網站 (www.Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) 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。
  - 若要進一步瞭解關於藥物的承保決定，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

對於D部分藥物的上訴

致電	1-866-206-2973。此乃免費電話。 每週 7 天，上午 8:30 至下午 5 點。 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。 每週 7 天，上午 8:30 至下午 5 點。
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

- 對於藥物的上訴
  - 上訴是要求我們更改承保決定的一種方式。
  - 若要進一步瞭解對藥物提出上訴，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

對於D部分藥物的投訴

致電	1-800-443-0815。此乃免費電話。 服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請撥打 1-866-206-2973 與 D 部分單位聯絡，服務時間為每週 7 天，上午 8:30 至下午 5 點。請**參閱第 9 章**，以瞭解您的問題是否符合快速決定的條件。 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，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	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。
寫信	對於標準投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者和藥房名錄》以查詢地點）。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請寫信至： Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	您可將計劃相關投訴直接提交給Medicare。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往www.medicare.gov/my/medicare-complaint。

- 關於藥物的投訴
  - 您可以抱怨我們或任何藥房。這包括對您的藥物的投訴。
  - 如果您的抱怨是關於您的藥物的承保決定，您可以提出上訴。(請參看上文部分。)
  - 您可將對我們計劃的相關抱怨直接傳送給 Medicare。您可以在 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 使用線上表單。您也可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 若要進一步瞭解對藥物提出投訴，請參閱本《會員手冊》的第 9 章。

付款請求

致電	1-800-443-0815。此乃免費電話。 服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。 **備註：**如果您欲針對透過網絡內藥房取得且由網絡保健業者開立的 D 部分藥物請求給付，請致電 1-866-206-2973 聯絡我們的 D 部分單位。每週 7 天，上午 8:30 至下午 5 點。 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，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	如需醫療護理，請寫信至： **South 計劃：** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **North 計劃：** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **若為 D 部分藥物：** 如果您想針對由網絡保健業者開處方和提供的D部分藥物要求付款，您可將您的要求傳真至1-866-206-2974，或郵寄至： Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	kp.org

- 給付您已付款的醫護服務或藥物
  - 如需進一步瞭解如何要求我們給付款項，或支付您收到的帳單，請參閱本《會員手冊》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**。

B. 醫護協調員

醫護協調員是受過培訓的人，可幫助您管理您所需的醫護服務。當您入保我們的計劃時，您將有一名醫護協調員。該項服務會免費提供給您。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。 請撥以下的電話和我們聯絡，以瞭解有關您的醫護協調員和醫護團隊的詳細資訊或變更您的醫護協調員。

致電	1-800-443-0815。此乃免費電話。 服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。 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，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	您當地的會員服務辦事處（請參閱*《保健業者和藥房名錄》*以查詢地點）。
網站	kp.org

聯絡您的醫護協調員以取得以下事項的協助：

- 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
- 有關牙科理賠福利的疑問
- 有關前往醫療預約的交通疑問
- 關於社區成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) 和護理設施 (Nursing Facilities, NF) 等長期服務和支援 (LTSS) 的問題

您可能可以取得以下服務：

- 成人社區服務 (Community-Based Adult Services, CBAS)
- 專業技能護士護理
- 物理治療、理療
- 職業病治療
- 言語治療、言語矯正
- 醫療社工服務
- 居家照護
- 透過您所在縣的社會服務機構提供的居家支援服務 (IHSS)
- 有時候，您可以在日常醫護和生活需求方面取得協助

C. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)

州健康保險協助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是一項政是一項政府計劃，每個州都有經過培訓的顧問提供免費幫助、相關資訊和Medicare問題解答。在加州，SHIP 稱為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瞭解如何處理您的問題。HICAP 在每個郡縣都設有訓練有素的輔導員，而且服務是免費的。

健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 是一項獨立（與任何保險公司或保健計劃無關）的州政府計劃，由聯邦政府提供資金，為 Medicare 入保人免費提供當地健康保險諮詢。

致電	1-800-434-0222 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	您所在縣的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處。 若要針對您所在的縣尋找地址，按一下以下連結，並參閱「如何在我的區域尋找服務」一節。
網站	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

聯絡 HICAP 取得以下事項的協助：

- 關於 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：
    - 瞭解您的權利，
    - 瞭解您的計劃選擇，
    - 回答關於轉換計劃的問題，
    - 對您的健康護理或治療提出抱怨，**以及**
    - 協助請款或索賠問題。

D. 護士諮詢專線

我們知道，有時很難知道自己需要哪種類型的醫療護理。我們每週 7 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。您可以就健康或醫護相關問題聯絡護士諮詢專線。

致電	1-833-574-2273。此乃免費電話。 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。 每週 7 天，每天 24 小時。

E. 品質改進組織 (QIO)

本州有一個稱為 Commence Health 的組織。這是一個由醫生和其他保健專業人員所組成的團體，他們會協助為 Medicare 入保人改進醫護品質。Commence Health 是一個獨立組織。與本計劃並無關聯。

致電	1-877-588-1123
聽障及語障電話專線	711
寫信	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
網站	www.livantaqio.cms.gov

聯絡 Commence Health 以取得以下事項的協助：

- 與您保健權利有關的問題
- 如果您滿足以下條件，可以就您獲得的醫療護理提出抱怨：
  - 存在醫療護理品質問題，例如用藥錯誤、不必要的檢查或程序，或誤診，
  - 認為太快結束住院治療；**或**
  - 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。

F. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計劃，專為年滿 65 歲或 65 歲以上的人士、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 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心，或稱CMS。該機構與 Medicare Advantage 組織訂有合約，其中包括本計劃。

致電	1-800-633-4227 免費號碼，每週 7 天，每天 24 小時。
聽障及語障電話專線	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。
線上聊天	在線上聊天，網址為 www.Medicare.gov/talk-to-someone
寫信	致函 Medicare P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	www.medicare.gov • 獲取您所在地區的 Medicare 保健和藥物計劃資訊，包括其費用以及提供的服務。 • 尋找參與 Medicare 的醫生或其他保健業者和供應商。 • 瞭解 Medicare 的承保範圍，包括預防性服務（如篩檢、注射或疫苗以及每年的「保健」就診）。 • 獲取 Medicare 上訴資訊和表格。 • 獲取有關計劃、護理院、醫院、醫生、居家保健機構、腎透析設施、安寧護理中心、住院復健設施和長期護理醫院提供的醫護品質資訊。 • 尋找實用的網站和電話號碼。 若要向 Medicare 提交投訴，請造訪 www.medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare 將認真看待您的投訴，並會使用此資訊來協助改進 Medicare 計劃的品質。

G. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃。這是一項公共健康保險計劃，旨在為低收入個人（涵蓋有兒童的家庭、老年人、殘障人士、寄養兒童和青少年、孕婦）提供所需的保健服務。Medi-Cal 由州和聯邦政府資金資助。

Medi-Cal 福利包括醫療、牙科、行為健康以及長期服務和支援。

您已加入了 Medicare 與 Medi-Cal。如果您對 Medi-Cal 理賠福利有疑問，請致電您的計劃醫護協調員。如果您對 Medi-Cal 計劃入保有疑問，請致電保健服務選項部。

致電	1-800-430-4263 服務時間為週一至週五，上午8點至下午6點。
聽障及語障電話專線	1-800-430-7077 此電話號碼是供有聽力或言語問題的人士使用。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/

H. Medi-Cal 管理式保健和投訴處理專員精神健康辦公室

投訴處理專員辦公室會秉持中立立場協助解決問題，確保我們的會員能獲得所有醫療上必要的承保服務。他們會傾聽並解答您的疑問，分析您的狀況，說明政策與程序，提供資訊、建議及可選項，並視情況適當轉介。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。他們與本計劃或任何保險公司或保健計劃均無關聯。他們的服務是免費提供。

致電	1-888-452-8609。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	1-800-430-7077 此電話號碼是供有聽力或言語問題的人士使用。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
電子郵件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. 縣社會服務

如果您需要有關 Medi-Cal 收費服務福利的協助，請聯絡您當地的縣社會服務機構。

請聯絡您所在縣的社會服務機構申請居家支援服務，這將有助於為提供給您以便您可安全居住在自己家中之服務支付費用。服務類型可能包括幫助準備餐點、洗澡、穿衣、洗衣、購物或交通。

聯絡您所在縣的社會服務機構，以解決關於 Medi-Cal 資格的疑問。 從針對您所在縣的以下表格，找出您所在縣的社會服務機構聯絡資訊。

Alameda 縣社會服務機構

致電	1-888-999-4772，此乃免費電話。 服務時間為週一至週五，上午7:30至下午5點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
網站	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Amador 縣社會服務機構

致電	1-844-835-3685 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.amadorgov.org/services/social-services
網站	https://www.amadorgov.org/services/social-services

Contra Costa 縣社會服務機構

致電	1-866-663-3225 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
網站	https://www.contracosta.ca.gov/

El Dorado 縣社會服務機構

致電	1-530-642-7300 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
網站	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Fresno 縣社會服務部

致電	1-855-832-8082，此乃免費電話。 服務時間為週一至週五，上午 7:30 至下午 4:30。
聽障及語障電話專線	711
寫信	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
網站	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Kern 縣社會服務機構

致電	1-877-410-8812 服務時間為週一至 週五，上午 7:30 至下午 4 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
網站	https://www.kcdhs.org/

Kings 縣公眾服務機構

致電	1-877-410-8813，此乃免費電話。 服務時間為週一至週四上午 8 點至下午 5 點及 週五上午8點至中午12點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
網站	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Los Angeles縣公共社會服務部

致電	1-866-613-3777，此乃免費電話。 服務時間為週一至週五，上午 7:30 至晚上 7:30。 週六上午 8 點至下午 4:30。 節假日除外
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html。
網站	https://dpss.lacounty.gov

Madera 縣公共社會服務部

致電	1-559-675-7841 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
網站	https://www.maderacounty.com/government/social-services

Marin 縣社會服務機構

致電	1-877-410-8817 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 4:30。
聽障及語障電話專線	711
寫信	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
網站	https://www.marinhhs.org

Mariposa 縣社會服務機構

致電	1-800-266-3609 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
網站	https://www.mariposacounty.org/

Napa 縣社會服務機構

致電	1-707-253-4279 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
網站	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

Orange 縣社會服務機構

致電	1-800-281-9799，此乃免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list。
網站	https://ssa.ocgov.com/

Placer 縣社會服務機構

致電	1-530-886-1870 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	11434 B Ave Auburn, CA 95603
網站	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Riverside 縣公共社會服務部

致電	1-877-410-8827，此乃免費電話。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
網站	https://rivcodpss.org/

Sacramento 縣公眾協助部

致電	1-800-560-0976，此乃免費電話。 週一至週五，上午 8 點至下午 4 點
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://ha.saccounty.gov/benefits/Medi-Cal/Pages/Medi-Cal.aspx
網站	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

San Bernardino縣老齡化及成人服務部

致電	1-909-891-3900 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
網站	https://hss.sbcounty.gov/daas/

San Diego 縣健康與公眾服務機構

致電	1-866-262-9881，此乃免費電話。 週一至週五，上午 7 點至下午 5 點
聽障及語障電話專線	711
寫信	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
網站	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/Medi-Cal_program/index.html

San Francisco 縣社會服務機構

致電	1-415-557-5000 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
網站	https://www.sfhsa.org/

San Joaquin 縣公眾服務機構

致電	1-209-468-1000 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
網站	https://www.sjchsa.org/

San Mateo 縣健康機構

致電	老化與年長者緊急和諮詢專線 1-844-868-0938，此乃免費電話。 每週 7 天，每天 24 小時
聽障及語障電話專線	711
寫信	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
網站	https://www.smchealth.org

Santa Clara 縣社會服務機構

致電	1-877-962-3633，此乃免費電話。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點，縣立節假日除外
聽障及語障電話專線	711
寫信	353 West Julian San Jose, CA 95110
網站	https://socialservices.sccgov.org

Santa Cruz 縣社會服務機構

致電	1-888-421-8080 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
網站	https://www.santacruzhumanservices.org/

Solano 縣社會服務機構

致電	1-707-784-8400 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
網站	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Sonoma 縣社會服務機構

致電	1-707-565-4700 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
網站	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Stanislaus 縣社會服務機構

致電	1-877-652-0734 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
網站	https://www.stancounty.com/

Tulare 縣社會服務機構

致電	1-800-540-6880 服務時間為週一至週五，上午 7:30 至下午 5 點。 週五上午 8 點至中午 12 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
網站	https://tchhsa.org/

Ventura 縣社會服務機構

致電	1-888-472-4463 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
網站	https://www.ventura.org/human-services-agency/

Yolo 縣社會服務機構

致電	1-833-744-4472 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	若要找到您附近辦公室位置的郵寄地址，請造訪 https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
網站	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

Yuba 縣社會服務機構

致電	1-877-652-0739 服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。
聽障及語障電話專線	711
寫信	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
網站	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. 郡縣行為健康服務機構

如若您符合條件，您可透過縣計劃取得 Medi-Cal 專業精神健康服務和藥物濫用障礙服務。 從針對您所在縣的以下表格，找出您所在縣的行為健康服務機構聯絡資訊。

Alameda 行為健康服務

致電	精神健康：1-800-491-9099。此乃免費電話。 藥物濫用：1-844-682-7215。此乃免費電話。 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	1-800-533-5018。此乃免費電話。 此電話號碼是供有聽力或言語問題的人士使用。 您必須有專門的電話設備才能撥打電話。

Amador 健康服務

致電	1-888-310-6555。此乃免費電話。 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。

Contra Costa 健康服務

致電	1-888-678-7277。此乃免費電話。 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。

El Dorado 行為健康服務

致電	1-800-929-1955。此乃免費電話。 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。

Fresno 縣行為健康部

致電	1-800-654-3937。此乃免費電話。 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。

Kern 行為健康服務部

致電	1-800-991-5272。此乃免費電話。 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。

Kings 縣行為健康部

致電	1-800-655-2553。此乃免費電話。 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。

Los Angeles 縣精神健康部

致電	1-800-854-7771。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。

Madera 縣行為健康部

致電	1-888-275-9779。此乃免費電話。 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。

Marin 行為健康服務部

致電	1-888-818-1115。此乃免費電話。 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。

Mariposa 行為健康服務部

致電	1-800-549-6741。此乃免費電話。 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。

Napa 行為健康服務部

致電	1-800-648-8650。此乃免費電話。 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。

Orange 縣精神健康和康復服務

致電	1-855-625-4657。此乃免費電話。 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。

Placer 健康服務

致電	1-888-886-5401。此乃免費電話。 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。

Riverside 縣精神健康部

致電	1-800-499-3008。此乃免費電話。 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。

Sacramento 縣行為健康服務部

致電	1-888-881-4881。此乃免費電話。 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。

San Bernardino 縣行為健康部

致電	1-888-743-1478。此乃免費電話。 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。

San Diego 縣行為健康服務部

致電	1-888-724-7240。此乃免費電話。 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。

San Francisco 行為健康服務部

致電	1-888-246-3333。此乃免費電話。 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。

San Joaquin 行為健康服務部

致電	1-888-468-9370。此乃免費電話。 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。

San Mateo 縣行為健康和康復服務部

致電	1-800-686-0101。此乃免費電話。 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。

Santa Clara 行為健康服務部

致電	1-800-704-0900。此乃免費電話。 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。

Santa Cruz 行為健康服務部

致電	1-800-952-2335。此乃免費電話。 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。

Solano 行為健康服務部

致電	1-800-547-0495。此乃免費電話。 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。

Sonoma 行為健康服務部

致電	1-800-870-8786。此乃免費電話。 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。

Stanislaus 行為健康服務部

致電	1-888-376-6246。此乃免費電話。 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。

Tulare 行為健康服務部

致電	精神健康：1-800-320-1616。此乃免費電話。 物質使用疾患：1-866-732-4114。此乃免費電話。 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。

Ventura 行為健康服務部

致電	1-866-998-2243。此乃免費電話。 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。

Yolo 行為健康服務部

致電	1-888-965-6647。此乃免費電話。 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	1-800-735-2929。此乃免費電話。 此電話號碼是供有聽力或言語問題的人士使用。 您必須有專門的電話設備才能撥打電話。

Yuba 行為健康服務部

致電	1-888-923-3800。此乃免費電話。 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。

聯絡縣政府行為健康機構以取得以下事項的協助：

- 關於縣政府提供的特殊精神健康服務的問題
- 關於縣政府提供的藥物濫用障礙服務的問題

K. 加州保健計劃管理局

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

致電	1-888-466-2219 DMHC 代表的服務時間為週一至週五，上午8點至下午6點。
TDD	1-877-688-9891 此電話號碼是供有聽力或言語問題的人士使用。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

L. Health Consumer Alliance (HCA)

健康消費者聯盟 (HCA) 使用線上、電話或當面方式提供免費協助，以幫助正在努力獲得或維持健康保險的加州居民，並解決其保健計劃問題。若要進一步瞭解 HCA 或取得可能的協助，請致電 1-888-804-3536 或造訪 www.healthconsumer.org/

M. 藥物支付協助計劃

Medicare網站 (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供關於如何降低藥物費用的資訊。也有其他計劃可以協助收入有限的人士，說明如下。

M1. Medicare的額外補助

由於您符合 Medi-Cal 的條件，因此您有資格且可透過 Medicare 獲得「額外補助」，以用其支付您的藥物計劃費用。您不需要採取任何行動即可獲得此「額外補助」。

致電	1-800-633-4227 免費號碼，每週 7 天，每天 24 小時。

聽障及語障電話專線	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。
網站	www.medicare.gov

若您認為您在藥房所支付的處方藥費用有誤，可透過本計劃提供的流程來幫助您取得正確共付額的相關證明。如果您已持有正確金額的證明，我們可幫助您將這些證明分享給我們。

- 如果您不確定應該向我們提供哪些證明，請聯絡網絡藥房或會員服務部。證明通常是由 Medi-Cal 或是社會安全局辦公室提供的信函，其中確認您有資格獲得「額外補助」。證明也可為由州政府簽發的文件，其中提供了您有關家庭和社區服務的資格資訊。
- 您或您指定的代表需要在配領承保的D部分藥物時將證明交給網絡內藥房，以便我們向您收取正確的成本分擔額，直到 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) 更新其記錄，以反映您目前的狀態為止。當 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 更新您的記錄之後，您就不需再向藥房出示證明。請透過以下任一方式提供證明，這樣我們方可將其轉給 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 更新記錄：
  - 寫信至 Kaiser Permanente，地址：
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400
  - 傳真至1-877-528-8579。
  - 將證明提交給網絡藥房或您當地網絡設施的會員服務辦事處。
- 在我們收到顯示正確共付額級別的證明後，我們會更新系統，以便您在下次領取處方藥時可以支付正確的共付額金額。如果您多付了共付額，我們將以支票償還給您或抵扣未來的共付額。如果藥房沒有收取您的共付額，而您因此欠藥房款項，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府已代您支付，我們可能會直接付款給州政府。如果您有疑問，請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。

M2. 愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 協助符合 ADAP 資格的愛滋病毒/愛滋病患者獲得可挽救生命的愛滋病毒藥物。Medicare D 部分藥物屬於愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 承付藥物手冊的範圍，能透過加州愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 獲得處方藥成本分擔補助。註：如欲符合資格加入您所在州的愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)，您必須滿足某些標準，包括提出本州居住身分和愛滋病毒 (HIV) 狀態、低收入（如州政府所定義）以及無保險／保額不足狀態等證明。如果您變更計劃，請通知當地的愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 入保工作人員，以便您可以繼續獲得幫助。如需有關資格標準、承保藥物或如何入保該計劃的資訊，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點（節假日除外）撥打 1-844-421-7050 與愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 電話中心聯絡。

M3. Medicare 處方藥付款計劃

Medicare處方藥付款計劃，是一種適用於您目前藥物承保範圍的付款選項，可幫助您將我們計劃承保藥物的自付費用分攤到整個日曆年度（一月至十二月）進行管理。任何使用 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 保健計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃）的人士，都可以使用此付款選項。**此付款選項可能有助於您管理自己的費用，但不會為您省錢或降低藥物費用。如果您正在參加 Medicare 處方藥付款計劃，並繼續使用同一計劃，則您無需採取任何措施即可繼續使用此選項。**對於符合資格的人來說，Medicare 的「額外補助」以及來自州立藥物協助計劃 (State's Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 和愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的幫助比參與此付款選項更有利，無論您的收入水平如何，並且包含藥物保險的計劃必須提供此付款選項。若要進一步瞭解此付款選項，請致電頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，或造訪 www.medicare.gov。

N. 社會安全局

社會安全局 (Social Security) 負責確定Medicare入保資格，並處理Medicare入保事宜。

如果您搬遷或更改通訊地址，請務必與社會安全局聯絡告知其新地址。

致電	1-800-772-1213。 此電話為免費電話。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您每天 24 小時皆可使用社會安全局的自動電話服務以獲得錄音資訊並辦理部分業務。
聽障及語障電話專線	1-800-325-0778 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。
網站	www.ssa.gov

O. 鐵路職工退休委員會 (RRB)

鐵路職工退休委員會 (RRB) 是獨立的聯邦機構，管理全國鐵路工人及其家屬的綜合理賠計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會 (RRB) 取得 Medicare，請在您搬遷或更改郵寄地址時告知其新地址。如您對鐵路職工退休委員會 (RRB) 提供的福利有任何疑問，請聯絡該機構。

致電	1-877-772-5772。此電話為免費電話。 按「0」即可與鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表洽談，服務時間為週一、週二、週四和週五的上午 9:00 至下午 3:30，以及週三的上午 9:00 至中午 12:00。 按「1」即可每天 24 小時（包括週末和節假日）使用鐵路職工退休委員會 (RRB) 求助專線並獲得錄音資訊。
聽障及語障電話專線	1-312-751-4701 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。 撥打此號碼需付費。
網站	www.rrb.gov

P. Medicare Medi-Cal申訴計劃

Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃提供免費援助，幫助那些難以獲得或維持健康保險的人們，並解決其保健計劃的問題。

如果您有以下事項的問題：

- Medi-Cal
- 聯邦醫療保險計劃 (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)

Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃協助處理投訴、上訴和聽證會。投訴處理專員計劃的電話號碼是 1-855-501-3077。

Q. Medi-Cal 牙科

某些牙科服務可經由 Medi-Cal 牙科取得；涵蓋但不限於以下類型的服務：

- 初步檢查、X光檢查、清潔、封填劑和塗氟治療；
- 修復和牙冠；
- 根管治療；以及
- 局部和全口假牙、調整、修復和換底墊

視您所屬的縣而定，您可透過 Medi-Cal 牙科按服務收費 (FFS) 或牙科管理式保健計劃 (Dental MC) 獲得牙科福利。

Medi-Cal 牙科FFS（適用於 Los Angeles 和 Sacramento 以外的縣）

致電	1-800-322-6384。此為免費電話。 Medi-Cal 牙科的代表可在週一至週五上午 8 點至下午 5 點為您提供幫助。
聽障及語障電話專線	1-800-735-2922 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。
網站	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

適用於 Los Angeles 和 Sacramento 縣的牙科管理式保健計劃

除 Medi-Cal 牙科收費服務外，您還可透過牙科管理式保健計劃取得牙科福利。Sacramento 縣與 Los Angeles 縣提供牙科管理式保健計劃。如果您想瞭解有關牙科計劃的更多資訊或想要進行更換，請在週一至週五上午 8 點至下午 6 點，撥打 1-800-430-4263（TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077）聯絡保健服務選項部。此為免付費電話。也能在這裡找到牙科管理式保健計劃聯絡人：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

第 3 章：使用本計劃的承保範圍獲取健康護理及其他承保服務

前言

本章包含您需要瞭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。它還會向您介紹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（包括網絡外保健業者或藥房）獲得醫療護理，如果您被直接收取有關我們承保服務的費用時該怎麼辦，以及有關擁有耐用醫療器材 (DME) 的規定。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》的最後*一章中*。

第 3 章 目錄

A. 服務與保健業者相關資訊 65

B. 取得本計劃承保服務的規定 65

C. 醫護協調員 66

C1. 什麼是醫護協調員 66

C2. 如何聯絡您的醫護協調員 66

C3. 如何更換您的醫護協調員 67

D. 由保健業者提供的醫護服務 67

D1. 由基本保健業者 (PCP) 提供的醫護服務 67

D2. 由專科醫生及其他網絡保健業者提供的醫護服務 68

D3. 若保健業者退出本計劃 70

D4. 網絡外保健業者 70

E. 長期服務與支援(LTSS) 71

F. 行為健康（精神健康與藥物濫用障礙）服務 71

F1. 本計劃以外提供的Medi-Cal行為健康服務 72

G. 患者轉送服務 74

G1. 非急診醫療轉送 74

G2. 非醫療轉送 75

H. 醫療急診情況下、有緊急需求或在災難期間的承保服務 76

H1. 醫療急診情況下的醫護服務 76

H2. 緊急需求護理 77

H3. 災難期間的醫護服務 78

I. 如果您直接收到承保服務的帳單該怎麼辦 78

I1. 如果本計劃不承保服務該怎麼辦 78

J. 臨床研究中保健服務的承保範圍 79

J1. 臨床研究的定義 79

J2. 當您參與臨床研究時的服務費用付款 79

J3. 更多有關臨床研究的資訊 79

K. 您的保健服務在宗教性非醫療保健機構中的承保方式 79

K1. 宗教性非醫療保健機構的定義 79

K2. 宗教性非醫療保健機構提供的醫護服務 80

L. 耐用醫療器材 (DME) 80

L1. 以本計劃會員身分取得耐用醫療器材 (DME) 80

L2. 如果您轉換至 Original Medicare 的耐用醫療器材 (DME) 所有權 81

L3. 身為本計劃會員的氧氣設備福利 81

L4. 當您轉換至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備 81

A. 服務與保健業者相關資訊

服務包括健康護理、長期服務與支援 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、設備以及其他服務。**承保服務**是指以上本計劃會支付費用的任何服務。屬於承保範圍的健康護理、行為健康及長期服務與支援 (LTSS) 請參閱本《會員手冊》的**第 4 章**。屬於承保範圍的處方藥和非處方藥服務列於本《會員手冊》的**第 5 章**。

保健業者包括醫生、護士以及為您提供服務和醫療護理且持有州政府執照的其他人士。保健業者還包括醫院、居家保健機構、診所以及為您提供保健服務、行為健康服務、醫療器材及某些長期服務與支援 (LTSS) 的其他場所。

網絡保健業者是指與本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，您通常不需要為承保服務支付任何費用。

B. 取得本計劃承保服務的規定

本計劃承保屬於 Medicare 承保範圍的所有服務以及大多數 Medi-Cal 服務。其中包括某些行為健康以及長期服務與支援 (LTSS)。

當您遵守我們的規定時，我們通常會支付您所獲得的保健服務、行為健康服務以及許多長期服務與支援 (LTSS) 的費用。要由我們的計劃承保：

- 您所接受的醫護服務必須包含在本《會員手冊》**第 4 章**的福利表中。
- 醫護服務必須是**醫療上必要**的。所謂醫療上必要的是指，為了診斷和治療您的病況而合理且必要的服務。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。
- 針對醫療服務，您必須擁有一位網絡**基本保健業者 (PCP)** 來提供並監督您的醫護服務。身為計劃會員，您必須選擇一位網絡保健業者擔任您的基本保健業者 (PCP)（請參閱 **D1 節**以瞭解更多資訊）。
    - 在大多數情況下，您必須先取得網絡基本保健業者 (PCP) 的批准，然後才能使用不是您基本保健業者 (PCP) 的保健業者或使用本計劃網絡中的其他保健業者。這稱為**轉診**。如果您未獲得批准，我們可能不會承保該服務。
    - 您不需要基本保健業者 (PCP) 的轉診即可接受急診護理或緊急需求護理、使用婦女保健業者或 **D1 節**所列的任何其他服務。
- **您必須從網絡保健業者處獲得醫護服務**（如需更多資訊，請參閱本章**D節**）。我們通常不理賠給不採行本公司保健計劃的保健業者。也就是說，您必須向保健業者全額支付所獲服務的費用。以下是此規定不適用的一些情況：
    - 如果您需要網絡外保健業者提供的急診護理或緊急需求護理（如需更多資訊，請參閱 **H 節**）。

- 如果您需要接受本計劃的承保醫護服務，但我們的網絡保健業者無法提供該服務，您可以從網絡外保健業者處取得該醫護服務，前提是我們或我們的 Medical Group 在您接受該醫護服務前授權該服務。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。有關如何獲得批准以使用網絡外保健業者的資訊，請參閱**D4節**。

- 如果您短暫離開本計劃的服務區，或者您的保健業者暫時無法提供服務或無法取得聯繫，而您需要腎臟透析服務，您可以從網絡外保健業者處取得該醫護服務。您因洗腎而支付的費用分擔絕不能高於 Original Medicare 中的費用分擔。如果您在本計劃的服務區外，接受本計劃網絡外保健業者的洗腎服務，您的費用分擔不會高於您在網絡內所支付的費用分擔。不過，若您平常使用的網絡內洗腎保健業者暫時無法提供服務，而您選擇在我們的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。如果可能，請在您離開服務區前撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡，以便我們可以幫助您安排在服務區外期間的維持性透析服務。

- 如果您是本計劃的新會員，您可以要求繼續使用您目前的保健業者。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，如果您繼續使用網絡外保健業者，我們將不再承保您的醫護服務。

其他健康保險：由於 Medi-Cal 是最後順位付款方，因此當您的主要健康保險有提供相同服務時，您必須先使用其他所有健康保險，再使用 Medi-Cal。這表示在大多數情況下，Medi-Cal 會作為 Medicare 的第二順位付款方，承保 Medicare 或其他健康保險未支付的許可費用，但支付金額不會超過 Medi-Cal 的費率。

Kaiser Permanente Dual Complete 的新會員：在大多數情況下，在您申請加入 Kaiser Permanente Dual Complete 後第二個月的第一天，您就將入保 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃，享受 Medicare 福利。您仍可從先前的 Medi-Cal 保健計劃取得您的 Medi-Cal 服務，期限最長兩個月。之後，您將透過 Kaiser Permanente Dual Complete 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 保險不會中斷。如果您有任何問題，請撥打本頁面最下方的電話號碼。

C. 醫護協調員

C1. 什麼是醫護協調員

您特殊需求計劃的計劃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。（如需更多相關資訊，請參閱**第 2 章 G 節**。）

C2. 如何聯絡您的醫護協調員

請參閱**第 2 章 G 節**，以瞭解如何聯絡您醫護協調員的相關資訊。

C3. 如何更換您的醫護協調員

如欲更換您的醫護協調員，請與您的醫護協調員聯絡（請參閱**第 2 章 G 節**以瞭解相關資訊）。

D. 由保健業者提供的醫護服務

D1. 由基本保健業者 (PCP) 提供的醫護服務

您必須選擇一位基本保健業者 (PCP) 來提供和管理您的醫護服務。

基本保健業者 (PCP) 的定義以及基本保健業者 (PCP) 可為您提供的服務

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。您的基本保健業者 (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保健業者商討或諮詢您的醫護服務以及醫護服務的進展情形。在某些情況下，基本保健業者 (PCP) 需要獲得我們的事前授權書（事先批准）（詳情請參閱本章 **D2** 節）。

您所選擇的基本保健業者 (PCP)

您的基本保健業者 (PCP) 通常為全科醫師（也稱為成人或內科和家庭醫學科），有時也可能是產科／婦科醫師。在某些網絡內設施，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。基本保健業者 (PCP) 在《保健業者和藥房名錄》中會加以標示。

您的基本保健業者 (PCP) 提供、開處方或授權醫療上必要的承保服務。您的基本保健業者 (PCP) 將提供您大部分的例行或基本醫療護理，並視需要提供至其他網絡保健業者看診的轉診，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，您通常需要先獲得基本保健業者 (PCP) 的核准（這稱為「轉介」給專科醫生）。有幾種類型的承保服務您可以自行取得，無需事先聯絡您的基本保健業者 (PCP)（請參閱本章中「您無需基本保健業者 (PCP) 的批准即可取得的服務」）。

請參閱您的《保健業者和藥房名錄》，或打電話給會員服務部，以瞭解有關選擇基本保健業者 (PCP) 以及哪些保健業者可接受新患者的更多資訊。

更換基本保健業者 (PCP) 的選項

您可隨時因任何理由更換您的基本保健業者 (PCP)。您的基本保健業者 (PCP) 也有可能退出我們的計劃網絡。若您的基本保健業者 (PCP) 退出合作網，我們可以協助您在網絡內找一個新的 PCP。 您的基本保健業者 (PCP) 選擇將立即生效。

如欲選擇或更換您的基本保健業者 (PCP)，請撥打**我們的個人醫生選擇專線** 1-888-956-1616 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午7點至晚上 7 點。**您也可以在** kp.org/finddoctors 進行選擇。

當您打電話時，請告知我們您是否正在接受專科醫生看診，或是否正在接受其他需要基本保健業者 (PCP) 批准的承保服務（例如居家保健服務和耐用醫療器材），以便我們可以告知您是否需要從新的PCP取得轉診，以繼續接受這些服務。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基本保健業者 (PCP) 是否有提供該專科醫生的轉診或是否有使用該醫院。

無需基本保健業者 (PCP) 批准即可取得的服務

在大多數情況下，您在使用其他保健業者前皆需獲得基本保健業者 (PCP) 的批准。此批准稱為**轉診**。您無需事先取得您基本保健業者 (PCP) 的批准，即可獲得諸如下列服務：

- 網絡內或網絡外保健業者提供的急診服務。
- 需要即刻就醫（但非急診）的緊急需求承保服務，但條件是您暫時不在本計劃的服務區內，或者根據當時的時間、地點及情況，從網絡保健業者處取得此服務並不合理。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。醫療上必要的例行保健業者看診（例如年度檢查）不屬於緊急需求服務，即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時不可用也一樣。
- 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。如果您在離開服務區之前打電話給會員服務部，我們可以幫助您在離開服務區的期間接受洗腎。
- 流感預防注射和 COVID-19 疫苗，以及乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗（須由網絡保健業者提供）。
- 例行性婦女健康護理和家庭生育計劃服務。其中包括乳房檢查、乳房 X 光檢查篩檢（乳房 X 光檢查）、子宮頸抹片檢查和盆腔檢查，條件是您必須從網絡保健業者處取得。
- 來自另一個網絡保健業者的另方意見。
- 下列專科領域的約診：驗光、藥物濫用及精神病學科。
- 在我們的南加州區域，屬於 Medicare 承保範圍的脊柱神經護理，條件是您必須從網絡保健業者處取得。

此外，如果您是美國印第安人會員，您可以從您選擇的印第安保健業者處獲得承保服務，無需網絡基本保健業者 (PCP) 的轉診或事前授權書。

D2. 由專科醫生及其他網絡保健業者提供的醫護服務

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服務。
- 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。

基本保健業者 (PCP) 的轉診

您通常會先接受基本保健業者 (PCP) 的看診，以滿足您大多數的例行健康護理需求。只有少數類型的承保服務可以在未事先獲得基本保健業者 (PCP) 批准的情況下自行取得，這些服務已在前文 **D1** 節中說明。

書面轉診可針對單次就診，若您需要持續服務，書面轉診也可是針對多次就診的長期轉診。對於以下任何情況，我們必須為您提供合格專科醫生的長期轉診：

- 慢性（持續性）病症；
- 危及生命的精神疾病或生理疾病；

- 退化性疾病或殘障；
- 嚴重或複雜程度需要專科醫生治療的任何其他病症或疾病。

如果您在必要時沒有獲得書面轉診，帳單可能無法獲得支付。如需更多資訊，請撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部聯絡。

轉診網絡保健業者

當您的基本保健業者 (PCP) 開了某項醫護服務的處方，但PCP無法提供該醫護服務時（例如專科醫護），其會視需要將您轉診給網絡專科醫生或其他網絡保健業者。如果基本保健業者 (PCP) 為您轉介網絡專科醫生，該轉介將針對特定的治療計劃。如果計劃醫生的醫囑是由專科醫生提供持續性醫護服務，則您的治療計劃可能會包含長期轉診。我們會寄給您書面轉診，以授權您與網絡專科醫生進行初步諮詢或指定次數的就診。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診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，這些服務可能無法獲得承保。

事前授權書

針對下列服務和項目，網絡保健業者需要事先獲得本計劃或 Medical Group 的批准（這稱為取得「事前授權書」）。授權申請將僅由持照醫生或其他持有適當執照的醫療專業人員決定。如果您不同意有關授權的決定，您可以按照**第 9 章**所述提出上訴。

- **第 4 章**中指定且有註腳(†)的服務和物品。
- 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 Medical Group 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 Medical Group 的有關代表確定這些承保服務是醫療上必要的，且網絡保健業者無法提供這些承保服務，其將會為這些服務提供授權。轉診至網絡外保健業者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，則該轉診可包含長期轉診。轉診中會指明轉診期間，不必取得我們的額外批准。如果您不確定，請詢問您的網絡保健業者已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉診是否涵蓋額外醫護服務。如果沒有涵蓋，請聯絡您的網絡保健業者。
- 如果我們得知您需要在急診護理後接受網絡外保健業者的-病情穩定後護理，我們將會與該網絡外保健業者討論您的病情。如果我們確定您需要病情穩定後護理，且該護理在透過網絡保健業者取得的情況下屬於承保服務，我們則會授權您接受網絡外保健業者的護理，前提是我們無法安排網絡保健業者（或其他指定保健業者）提供護理。請參閱本章的 **H 節**以瞭解更多資訊。
- 醫療上必要的變性外科手術和相關診療。
- 由宗教性非醫療健康護理機構所提供的健康護理，如本章 **K 節**所述。
- 僅限北加州會員：如果您的網絡保健業者就移植評估進行書面或電子轉介，如果 Medical Group 的區域移植諮詢委員會或董事會或病例會議（如果有）根據 Medicare 準則決定您是承保的器官移植和服務潛在候選人，則將授權轉介。如果沒有移植諮詢委員會，Medical Group 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，Medical Group 將會授權該等服務。註：網絡醫生無需使用此 Medical Group 移植授權程序來提供或授權角膜移植。

D3. 若保健業者退出本計劃

您所選擇的網路保健業者有可能會退出本計劃。如果您的其中一位保健業者退出本計劃，您將享有下述權利和保障：

- 即使我們的保健業者網絡在一年當中發生變化，我們仍必須為您提供不間斷的管道，讓您能夠使用合格的保健業者。
- 我們將通知您，您的保健業者將退出我們的計劃，以便您有時間選擇新的保健業者。
    - 如果您的基本保健業者或行為健康保健業者退出本計劃，且您在過去三年內曾在該保健業者處就診，我們將通知您。
    - 如果您的任何其他保健業者退出本計劃，且您的護理被分配給該保健業者、您目前正在接受該保健業者的醫護服務，或者您在過去三個月內曾在該保健業者處就診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內保健業者來繼續管理您的健康護理需求。
- 如果您目前正在接受現有保健業者提供的醫學治療或療法，則您有權要求由本計劃網絡內的其他保健業者繼續為您提供醫療上必要的治療或療法。我們將與您合作，以便您可以繼續接受該醫護服務。
- 我們將向您提供有關可使用的入保期以及您可能擁有的計劃變更選項資訊。
- 如果我們找不到您可以接受服務的合格網絡內專科醫生，當網絡內保健業者或理賠福利不可用或不足以滿足您的醫療需求時，我們必須安排網絡外專科醫生為您提供醫療護理。如果 Medical Group 的有關代表確定這些承保服務是醫療上必要的，且網絡保健業者無法提供這些承保服務，其將會為這些服務提供授權。轉診至網絡外保健業者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，則該轉診可包含長期轉診。轉診中會指明轉診期間，不必取得我們的額外批准。如果您不確定，請詢問您的網絡保健業者已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉診是否涵蓋額外醫護服務。如果沒有涵蓋，請聯絡您的網絡保健業者。
- 如果您發現您的其中一位保健業者即將退出本計劃，請與我們聯絡。我們可以幫助您選擇新的保健業者來管理您的護理。
- 如果您認為我們未以合格的保健業者來替代您先前的保健業者，或者您認為我們對您的醫護服務管理不當，您有權向品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 提出醫護品質投訴、醫護品質申訴或兩者同時提出。（如需詳細資訊，請參閱**第 9 章**。）

D4. 網絡外保健業者

如果您使用網絡外保健業者，該保健業者必須接受 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我們無法向沒有資格參與 Medicare 和/或 Medi-Cal 的保健業者付款。
- 如果您使用的保健業者沒有資格參與 Medicare，您必須支付您獲得的服務的全部成本。
- 保健業者必須告知您他們是否沒有資格參與 Medicare。

E. 長期服務與支援(LTSS)

長期服務和支援 (LTSS) 可以幫助您待在家裡，避免住進醫院或專業護理院。您可以透過本計劃獲得某些長期服務和支援 (LTSS)，包裹專業護理院醫療護理、社區成人服務 (CBAS) 和社區支援。另一種長期服務和支援 (LTSS) 類型是居家支援服務 (IHSS) 計劃，可透過您所在縣的社會服務機構取得。

您可以向您的醫生或醫護協調員詢問有關長期服務和支援 (LTSS)，包括居家支援服務 (IHSS) 的更多資訊。您的醫護協調員可以聯絡本《會員手冊》**第 4 章F4節**中適當的縣政府社會服務機構，以協助您申請居家支援服務 (IHSS)。

F. 行為健康（精神健康與藥物濫用障礙）服務

您有權獲得醫療上必要的且符合 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍的行為健康服務。我們提供由 Medicare 和 Medi-Cal 管理式保健承保的行為健康服務。本計劃並不提供Medi-Cal專業精神健康或縣藥物濫用障礙服務，但您可以透過您所在縣的行為健康機構取得這些服務，相關機構如下：

- Alameda 縣精神健康部，電話：1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Alameda 縣藥物濫用部，電話：1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- Amador 縣行為健康部，電話：1-888-310-6555 (TTY 711)
- Contra 縣行為健康部，電話：1-888-678-7277 (TTY 711)
- El Dorado 縣行為健康部，電話：1-800-929-1955 (TTY 711)
- Fresno 縣行為健康部，電話：1-800-654-3937 (TTY 711)
- Kern 縣行為健康部，電話：1-800-991-5272 (TTY 711)
- Kings 縣行為健康部，電話：1-800-655-2553 (TTY 711)
- Los Angeles 縣精神健康部，電話：1-800-854-7771 (TTY 711)
- Madera 縣行為健康部，電話：1-888-275-9779 (TTY 711)
- Marin 縣行為健康部，電話：1-888-818-1115 (TTY 711)
- Mariposa 縣行為健康部，電話：1-800-549-6741 (TTY 711)
- Napa 縣行為健康部，電話：1-800-648-8650 (TTY 711)
- Orange 縣精神健康和康復服務部，電話：1-855-625-4657 (TTY 711)
- Placer 縣行為健康部，電話：1-888-886-5401 (TTY 711)
- Riverside 縣行為健康部，電話：1-800-499-3008 (TTY 711)
- San Bernardino 行為健康部，電話：1-888-743-1478 (TTY 711)

- San Diego 縣行為健康服務部，電話：1-888-724-7240 (TTY 711)
- Sacramento 縣行為健康服務部，電話：1-888-881-4881 (TTY 711)
- San Mateo 縣行為健康和康復服務部，電話：1-800-686-0101 (TTY 711)
- San Francisco 縣行為健康部，電話：1-888-246-3333 (711)
- San Joaquin 縣行為健康部，電話：1-888-468-9370 (711)
- Santa Clara縣行為健康服務部，電話：1-800-704-0900 (TTY 711)
- Santa Cruz 縣行為健康部，電話：1-800-952-2335 (711)
- Solano 縣行為健康部，電話：1-800-547-0495 (711)
- Sonoma 縣行為健康部，電話：1-800-870-8786 (711)
- Stanislaus 縣行為健康部，電話：1-888-376-6246 (711)
- Tulare 縣精神健康部，電話：1-800-320-1616 (TTY 711)
- Tulare 縣藥物濫用部，電話：1-866-732-4114 (TTY 711)
- Ventura 縣行為健康部，電話：1-866-998-2243 (TTY 711)
- Yolo 縣行為健康部，電話：1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- Yuba 縣行為健康部，電話：1-888 923-3800 (TTY 711)

F1. 本計劃以外提供的Medi-Cal行為健康服務

若您符合接受專業精神健康服務的條件，您可透過縣精神健康計劃 (MHP) 取得 Medi-Ca l專業精神健康服務。由您所在的縣政府行為健康機構提供的 Medi-Cal 專業精神健康服務（可在本章 **F 節**找到）包括：

- 精神健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療服務
- 日間復健
- 危機介入服務
- 危機穩定服務
- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務
- 精神健康設施服務

- 精神病住院服務
- 目標個案管理
- 涉及司法的重返社會（在適用情況下）
- 積極性社區治療 (ACT)（在適用情況下）
- 司法積極性社區治療 (FACT)（在適用情況下）
- 協調專業醫護 (CSC)，適合首次精神病發作 (FEP)（在適用情況下）
- 俱樂部服務（在適用情況下）
- 增強社區健康工作者 (CHW) 服務（在適用情況下）
- 支援就業（在適用情況下）
- 同儕支援服務（在適用情況下）
- 社區式行動危機介入服務（在適用情況下）
- 行為治療服務
- 治療性寄養服務

由您所在縣提供的 Drug Medi-Cal（Medi-Cal藥物，DMC）服務涵蓋：

- 密集門診治療服務
- 藥物濫用障礙住院治療
- 門診治療服務
- 麻醉藥治療計劃
- 成癮治療藥物（亦稱藥物輔助治療）
- 同儕支援服務（在適用情況下）
- 社區式行動危機介入服務（在適用情況下）

您可以透過所在縣的行為健康機構獲得 Medi-Cal 藥物安排給藥系統 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System，DMC-ODS) 的服務，前提是您符合接受這些服務的條件。Medi-Cal藥物安排給藥系統 (DMC-ODS) 服務項目包括：

- 門診治療服務
- 密集門診治療服務
- 部分接收住院服務
- 成癮治療藥物（亦稱藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉藥治療計劃

- 康復服務
- 醫護服務協調
- 同儕支援服務（在適用情況下）
- 社區式行動危機介入服務（在適用情況下）
- 應急管理服務（在適用情況下）
- 住院治療服務

除上列服務外，若您符合條件，則可接受自願性質的住院解毒服務。

G. 患者轉送服務

G1. 非急診醫療轉送

若您有醫療需求且不能開車、搭公車或計程車前往約診地點，您有權獲得非急診醫療轉送服務 (non-emergency medical transportation，NEMT)。非急診醫療交通運輸服務 (NEMT) 可以提供給所有加州醫療保健輔助計劃承保的服務，例如醫療、牙科、精神健康、藥物濫用和藥房預約。如有需要，您可以向您的網絡保健業者、牙科醫生或藥物濫用障礙保健業者請求非急診醫療交通運輸服務 (NEMT)。您的保健業者將會決定最佳類型的患者轉送服務以滿足您的需求。如果您需要非急診醫療交通運輸服務 (NEMT)，他們將會填寫表格並提交給 Kaiser Permanente Dual Complete 批准。根據您的醫療需求，您可能可以取得最多 12 個月的核准。您的基本保健業者 (PCP) 將會在必要時或在處方到期時重新評估您對非急診醫療交通運輸服務 (NEMT) 的需求，可能會重新核准最多 12 個月的 NEMT。

非急診醫療交通運輸服務 (NEMT) 包括救護車、附擔架醫務車、輪椅醫務車或空中交通運輸服務。Kaiser Permanente Dual Complete 在您需要乘車赴診時允許滿足您醫療需求之最低費用的承保交通方式和最適當的非急診醫療轉送服務 (NEMT)。舉例來說，如果您的身體和病症方面都能接受無障礙專車接送方式，Kaiser Permanente Dual Complete 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，您才有權使用空中轉送服務。

在下列情況下，您必須使用非急診醫療轉送服務 (NEMT)：

- 您的網絡保健業者、牙醫或藥物濫用障礙保健業者的書面授權判定您有生理或醫療上的需求，因為您無法使用公車、計程車、汽車或小巴士前往約診。
- 您因身體或精神障礙而在往返住所、車輛或治療地點時需要司機的幫助。

若要為非緊急**例行性約診**請求您的醫生囑咐的醫療轉送服務，請在約診前至少三個工作天（週一至週五）致電 Kaiser Permanente Dual Complete。對於**約診**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員卡。若您需要更多資訊，也可以致電瞭解。

醫療轉送限制

Kaiser Permanente Dual Complete 承保符合您醫療需求的最低費用醫療轉送服務，距離為從您的住家至最近可約診的保健業者。若 Medicare 或 Medi-Cal 不承保醫療轉送服務，則無法提供此項服務。如果該約診類型符合Medi-Cal承保範圍，但並非透過保健計劃約診，Kaiser Permanente Dual Complete 將會協助安排您的轉送服務。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 Kaiser Permanente Dual Complete 網絡或服務區之外的轉送服務。

G2. 非醫療轉送

非醫療轉送服務 (NMT) 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。

Kaiser Permanente Dual Complete 計劃允許您使用汽車、計程車、公車或其他大眾/私人交通運輸工具前往約診，以接受您的保健業者授權的服務。Kaiser Permanente Dual Complete 使用供應商來安排非醫療轉送服務 (NMT)。我們承保符合您需求且費用最低的非醫療轉送服務 (NMT) 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。Kaiser Permanente Dual Complete 計劃必須在您搭乘**之前**核准此項費用，且您必須告知您無法以其他方式搭乘（例如搭公車）的原因。您可以透過電話、電子郵件或親自告知。**您無法報銷自行開車的費用**。

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。

若要為已授權的服務請求搭乘，請在約診前至少三個工作天（週一至週五）致電我們的轉送專線 1-844-299-6230 (TTY 711)。對於**緊急約診**，請盡快致電。若您需要更多資訊，也可以致電瞭解。當您致電時，請準備好下列所有資訊：

- 您的 Kaiser Permanente 會員卡。
- 您的醫療約診日期與時間。
- 您上車地點的地址和您要前往之目的地的地址。
- 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）。

註：美洲印第安人會員可與當地印第安人保健診所聯絡，要求對方提供非醫療轉送服務。

非醫療轉送限制

Kaiser Permanente Dual Complete 計劃在有約診可進行的情況下，提供符合您從住家至最近保健業者的需求且費用最低的 NMT。**您無法自行開車或對此直接報銷。**

非醫療轉送服務 (NMT) 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。
- 您坐輪椅，且若沒有司機的幫助，無法自行上下車
- 服務不屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍。

H. 醫療急診情況下、有緊急需求或在災難期間的承保服務

H1. 醫療急診情況下的醫護服務

醫療急診情況是指伴隨疾病、劇痛或重傷症狀的病況，或是迅速惡化的病況。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：

- 對您或胎兒的生命造成嚴重風險；**或**
- 對身體功能造成嚴重損害；**或**
- 任何身體器官或部位嚴重失能；**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，

如果您需要醫療急診，您應：

- 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。您無需經過 PCP 的核准或轉診。您無需使用網絡保健業者。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保健業者提供的承保急診醫療護理服務，即使他們不在我們的網絡內。
- **盡快告知本計劃您的急診病情。**我們會追蹤您的急診護理情況。您或其他人可透過電話（通常在 48小時之內）通知我們您的急診護理情形。不過，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。

醫療急診情況下的承保服務

如果透過其他任何方式前往急診室會危及您的健康，則本計劃會承保救護車服務。急診期間的醫療服務屬於我們的承保範圍。若要瞭解更多，請參閱本《會員手冊》**第 4 章**的福利表。

為您提供急診護理的保健業者將決定您的病症是否穩定，醫療急診情況是否已經結束。他們將會持續為您治療，若您需要跟進護理以改善病情，其會與我們聯絡以制定計劃。

本計劃承保跟進護理。如果您獲得網絡外保健業者提供的急診護理，我們將嘗試要求網絡保健業者盡快接手提供護理。

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，您有權獲得跟進護理，以確保您的病情持續保持穩定。您的醫生將會繼續治療您，直到醫生聯絡我們並為其他醫護服務制定計劃為止。我們將會根據適用法律承保後續的病情穩定後護理。非常重要的是，保健業者應在您接受來自網絡外保健業者的護理**之前**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，只有當網絡外保健業者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 (TTY 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內醫院、專業護理院或其他保健業者來提供醫護服務，我們會授權醫療上有必要的轉送服務，以載送您前往該保健業者處。這其中包括我們通常不承保的特殊轉送服務。

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：

- 該 DME 用品屬於本《會員手冊》**第 4 章**的承保範圍。
- 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。

在非急診情況下取得急診醫護服務

有時很難判斷自己是否需要醫療或行為健康急診的情況。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。

不過，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」，且您遵循規定獲得該護理。請參閱下一節。

H2. 緊急需求護理

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，您現有的病況或者未預見的疾病或受傷可能加劇。

本計劃服務區域中的緊急需求護理

我們僅會在以下情況下負擔緊急需求護理的費用：

- 您向網絡保健業者取得此醫護服務**以及**
- 您遵循本章描述的相關規定。

如果考慮到您的時間、地點或情況，前往網絡保健業者處不可能或不合理，我們會承保您從網絡外保健業者獲得的緊急需求護理。

我們知道，有時很難知道自己需要哪種類型的醫療護理。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，並在醫療上適當的情況下提供建議。無論您是打電話尋求建議還是要約診，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、告訴您在網絡設施休息時該怎麼做，或向您建議接下來該採取哪些行動，包括在醫療上適當的情況下為您安排當天緊急醫護約診。如需每週 7 天，每天 24 小時隨時與諮詢護士通話，或欲進行約診，請參閱您的《保健業者和藥房名錄》，以查詢約診及諮詢電話號碼。

本計劃服務區域外的緊急需求護理

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。但是，即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規保健業者就診（例如年度體檢）也不被認為是緊急需求服務。

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。
- 這些服務對於治療突發疾病或傷害所需，目的在防止您的健康嚴重惡化。
- 延遲治療到您返回服務區實屬不合理。
- 若是您透過網絡保健業者取得服務，這些服務應屬於承保範圍。

H3. 災難期間的醫護服務

如果加州州長、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，您仍然有權享有本計劃提供的醫護服務。

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內藥房，則可在網絡外藥房配藥。請參閱本《會員手冊》**第 5 章**，瞭解有關獲得醫護服務的更多資訊。

I. 如果您直接收到承保服務的帳單該怎麼辦

若您為承保服務支付的金額高於計劃費用分攤，或者若您收到承保醫療服務的全額費用帳單，請參閱本《會員手冊》**第 7 章**以瞭解該怎麼辦。

請勿自行支付帳單。若您這麼做，則我們可能無法為您償付費用。

I1. 如果本計劃不承保服務該怎麼辦

在以下情況下，本計劃會負擔所有服務之費用：

- 在醫療上必要的情況下決定進行的服務，以及
- 列於本計劃福利表的服務（請參閱本《會員手冊》**第 4 章**），**以及**
- 您可透過遵循計劃規定而獲得之服務。

若您取得本計劃不承保的服務，**您應自行支付全額費用**，除非由本計劃外的另一個 Medi-Cal 計劃承保。

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 章說明若您希望我們承保醫療服務或用品，該怎麼辦。其也會說明如何對我們的承保決定提出上訴。請致電會員服務部以深入瞭解您的上訴權。

我們對某些服務支付的費用有特定上限。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。請參閱**第 4 章**瞭解特定理賠限制。致電會員服務部，以瞭解理賠限制的內容以及您使用了多少理賠額度。

J. 臨床研究中保健服務的承保範圍

J1. 臨床研究的定義

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。當您參加某項臨床試驗研究時，您仍然可以入保本計劃並透過本計劃繼續獲得與該研究不相關的其他護理服務。

若您希望參與任何 Medicare 核准的臨床研究，您不需要告知我們或取得我們的核准，但我們鼓勵您告知我們或您的基本保健業者。作為研究的一部分提供您醫護服務的保健業者不需要是網絡保健業者。這不適用於需要透過臨床試驗或登記來評估理賠的承保福利，包括需要基於證據進行有條件支付的國家承保範圍確定 (NCD-CED) 和需要試驗性設備試驗 (Investigational Device Exemption, IDE) 研究的某些理賠福利。這些福利可能還需獲得事前授權書並遵守其他計劃規定。

若您預計參加 Original Medicare 為入保人承保的臨床試驗研究，建議您或您的醫護協調員應與會員服務部聯絡，告訴我們您將參加臨床試驗。

J2. 當您參與臨床研究時的服務費用付款

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

若您參與 **Medicare** 未核准的研究，您應支付參加研究的任何費用。

J3. 更多有關臨床研究的資訊

您可以在 Medicare 網站 (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies) 閱讀「Medicare 與臨床研究」，進一步瞭解加入臨床研究。您也可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

K. 您的保健服務在宗教性非醫療保健機構中的承保方式

K1. 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 (非醫療健康護理服務)。

K2. 宗教性非醫療保健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」的醫療治療是指任何**自願而非**任何聯邦、州或地方法律規定的任何醫護服務或治療。
- 「強制性」的醫療治療是指非自願或聯邦、州或地方法律規定的任何醫護服務或治療。
- 若要納入本計劃的承保範圍，您從宗教性非醫療健康護理機構獲得的醫護服務必須符合以下條件：
- 提供醫護服務的設施必須經 Medicare 認證。
- 本計劃僅承保醫護服務的非宗教性部分。
- 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：
  - 您必須患有某種病況，該病況可讓您獲得承保的住院醫護服務或專業護理院醫療護理。
  - 在入住該設施之前，您必須獲得我們的批准，否則您的住院將**不會**獲得承保。

註：承保服務的限制及成本分擔與**第 4 章和第 12 章**所述之網絡醫護人員提供的服務的限制及成本分擔相同。

L. 耐用醫療器材 (DME)

L1. 以本計劃會員身分取得耐用醫療器材 (DME)

耐用醫療器材 (「DME」) 包括符合以下標準的用品：

- 該項目能重複使用
- 該項目主要通常用於醫療目的
- 該用品通常僅對患有疾病、受傷、功能障礙或先天性異常的人有用
- 相關用品適合在家中或住家外使用
- 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批准。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。

耐用醫療器材 (DME) 包括保健業者指定的特定醫療上必要用品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由保健業者開立醫囑且供居家使用的病床、靜脈 (IV) 注射泵、語音溝通裝置、氧氣設備和用品、噴霧器和助行器。

您擁有某些耐用醫療器材 (DME) 用品，例如義肢。

其他類型的耐用醫療器材 (DME) 則必須租用。身為本計劃會員，無論您租用多久，您都**不會**擁有租用的耐用醫療器材 (DME) 用品。

即使您在加入本計劃之前，根據 Medicare 持有耐用醫療器材 (DME) 連續達12個月，您還是**不會**擁有該設備。

L2. 如果您轉換至 Original Medicare 的耐用醫療器材 (DME) 所有權

在 Original Medicare 計劃中，租用某些類型DME的人在13個月後即可擁有這些DME。
在 Medicare Advantage (MA) 計劃中，該計劃可以設定人們在擁有某些類型的DME前必須租用的月數。

如果您不再有Medi-Cal，則在以下情況下，您必須在 Original Medicare 下連續付款13次，或者您必須按照MA計劃設定的連續付款次數才能擁有DME器材：

- 當您處於本計劃時，您沒有成為耐用醫療器材 (DME) 用品的擁有者，**以及**
- 您退出本計劃，並在 Original Medicare 計劃或MA計劃中的任何保健計劃之外取得 Medicare 福利。

若您在加入本計劃之前，根據 Original Medicare 或MA計劃為耐用醫療器材 (DME) 用品付款，**這些 Original Medicare 或MA計劃付款不會計入您離開本計劃後需要支付的款項**。

- 您必須根據 Original Medicare 連續支付13筆新付款，或者按照MA計劃連續支付多次新付款才能擁有耐用醫療器材 (DME) 用品。
- 轉回 Original Medicare 或MA計劃後也是如此

L3. 身為本計劃會員的氧氣設備福利

若您符合 Medicare 承保之氧氣設備的資格，我們會承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣輸送和氧氣量供應
- 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

在氧氣設備對您不再是醫療上必要的或您退出本計劃時，必須歸還氧氣設備。

L4. 當您轉換至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備

若氧氣設備具有醫療必要性且**您離開本計劃並轉換為 Original Medicare**，則您可向供應商租用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。如果您仍參加 Medicare 和 Medi-Cal ，那麼 Medicare 和 Medi-Cal 將承擔這些費用。

若在您租用 36 個月之後氧氣設備具有醫療必要性，**您的供**應商必須提供：

- 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，可提供最多五年

若氧氣設備**在五年期限結束後仍有醫療必要性：**

- 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。
- 新的五年期開始。
- 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，則每五年開始一個新的週期。

若氧氣設備具有醫療必要性且**您離開本計劃並轉換為另一個 MA 計劃**，則該計劃將至少承保 Original Medicare 承保的內容。您可以詢問您的新 MA 計劃承保哪些氧氣設備和用品，以及您的費用是多少。

第 4 章：福利表

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限制，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。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》的最後*一章中*。

Kaiser Permanente Dual Complete 的新會員：在大多數情況下，在您申請加入 Kaiser Permanente Dual Complete 後第二個月的第一天，您就將入保 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃，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Kaiser Permanente Dual Complete 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 (TTY 711) 聯絡我們。服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。

第 4 章 目錄

A. 您的承保服務和您的自付費用 84

B. 反對保健業者向您收取服務費用的規定 84

C. 關於本計劃的福利表 84

D. 本計劃的福利表 89

E. 社區支援 145

F. 本計劃外承保的福利 149

F1. 加州社區轉換(CCT) 149

F2. Medi-Cal牙科 149

F3. 居家支援性服務 (IHSS) 150

F4. 1915(c) 居家與社區式服務 (HCBS) 豁免計劃 150

F5. 本計劃外提供的縣政府行為健康服務（精神健康與藥物濫用障礙服務） 152

G. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利 154

A. 您的承保服務和您的自付費用

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。關於藥物福利的資訊位於本《會員手冊》的**第 5 章**。本章也會說明部分服務的限制。

對於部分服務，會向您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相關協助，請致電會員服務部，電話號碼：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

B. 反對保健業者向您收取服務費用的規定

我們不允許我們的保健業者向您收取網絡內承保服務的費用。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。

您不應該從保健業者那裡取得承保服務的帳單。若發生此情況，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**或致電會員服務部。

C. 關於本計劃的福利表

福利表告知本計劃給付的服務。（藥物承保範圍位於**第 5 章**。）其依字母順序列出承保服務並解釋內容。

若符合下列規定，我們會給付福利表列出的服務。

- 我們根據 Medicare 和 Medi-Cal 規定的規則承保 Medicare 和 Medi-Cal 為您承保的服務
- 包括醫療護理的服務、行為健康和藥物濫用服務、長期服務和支援、用品、設備和藥物必須具有「醫療必要性」。醫療必要性說明您預防、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。
- 對於新入保人士，在前 90 天內，我們可能不需要您事先取得批准即可進行任何主動療程，即使該療程針對的是由網絡外保健業者開始的服務。
- 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。在大多數情形下，您從網絡外保健業者處獲得的醫護服務將無法獲得承保，除非是急診、緊急需求醫護，或除非本計劃或網絡保健業者已為您提供轉診。這表示您可能需要向醫護人員全額支付您所獲得的網絡外服務費用。本《會員手冊》的**第 3 章**具有更多關於使用網絡和網絡外保健業者的資訊
- 您有基本保健業者 (primary care provider, 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，您必需先取得您基本保健業者 (PCP) 的批准，然後您才能使用不是您PCP的保健業者或使用本計劃網絡中的其他保健業者。這稱為轉診。本《會員手冊》的**第 3 章**具有更多關於取得轉診以及您何時不需要轉診的資訊
- 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，我們才會承保福利表中列出的部分服務。這稱為事前授權 (PA)。我們在福利表中用註腳 (†) 標記需要取得事前授權 (PA) 的承保服務。此外，請參閱**第 3 章**，瞭解更多關於事前授權的資訊，包括需要事前授權而未列於福利表的其他服務。

- 如果本計劃核准療程的事前授權 (PA) 請求，則根據承保標準、您的病史和診療保健業者的建議，該核准必須在醫學上合理且必要的時間內有效，以避免護理中斷。

- 與所有 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。（如欲瞭解更多有關 Original Medicare 承保範圍和費用的資訊，請查閱2027年*《Medicare 與您》*手冊。請在 Medicare.gov 網站上查閱，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份複本。TTY 使用者請撥打1-877-486-2048。）

- 如果 Medicare 在2027年將任何新服務納入承保範圍內，則 Medicare 或本計劃將承保這些服務。

- 如果您在本計劃所認定持續入保資格的4個月期限內失去Medi-Cal，我們將會繼續提供 Medicare Advantage 計劃承保的所有 Medicare 福利。不過，您的 Medi-Cal 保險可能比您透過我們入保的 Medicare 保險更早結束。當您的 Medi-Cal保險結束時，我們不會支付您的 Medi-Cal 福利。您對由Kaiser Permanente Dual Complete 承保之福利的費用分攤將會變更，如本《會員手冊》的福利表所述。您也可能會失去幫助您支付 Medicare D 部分藥物的費用的 Medicare 額外補助 (Extra Help)。

  我們將協助您重新獲得 Medi-Cal 的資格。如果您在入保 Medicare 保險的狀態下，恢復了您的 Medi-Cal 資格，我們將會繼續支付您的 Medi-Ca l福利，且您對我們的入保狀態將會持續。如果您在我們將您從 Medicare 保險退保之後，重新獲得 Medi-Cal 資格，您將需要聯絡我們，以重新入保計劃。

患有特定慢性病症之會員的重要福利資訊 - 僅適用於南加州會員

- 若您有下列任何慢性病症並滿足特定條件，您可能有資格獲得慢性疾病的特殊補充福利：
  - 慢性酒精濫用障礙和其他藥物濫用障礙 (SUD)
  - 自身免疫障礙：
    - 結節性多動脈炎
    - 風濕性多發性肌痛症
    - 多發性肌炎
    - 皮肌炎
    - 風濕性關節炎
    - 全身性紅斑狼瘡
    - 牛皮癬性關節炎
    - 硬皮症
  - 癌症
  - 心血管病症：
    - 心律不整
    - 冠狀動脈疾病
    - 末梢血管疾病
    - 瓣膜性心臟病
  - 慢性心力衰竭
  - 失智症
  - 糖尿病

- 過重、肥胖和代謝症候群
- 慢性胃腸疾病：
  - 慢性肝病
  - 非酒精性脂肪肝病 (NAFLD)
  - B 型肝炎
  - C 型肝炎
  - 胰腺炎
  - 激躁性大腸綜合症
  - 發炎性腸道疾病
- 慢性腎臟病 (CKD)：
  - 需要洗腎的慢性腎臟病/末期腎臟病 (ESRD)
  - 不需要洗腎的慢性腎臟病
- 重度血液病症：
  - 再生不良性貧血
  - 血友病
  - 免疫血小板減少性紫癜病
  - 骨髓化生不良症候群
  - 鐮形細胞貧血症（排除鐮形細胞特徵）
  - 慢性靜脈血栓栓塞性病症
- 人類免疫缺乏病毒 (HIV)/愛滋病
- 慢性肺臟病症：
  - 氣喘、慢性支氣管炎
  - 囊腫性纖維化
  - 肺氣腫
  - 肺部纖維化
  - 肺動脈高壓
  - 慢性阻塞性肺部疾病 (COPD)
- 慢性和失能精神健康病症：
  - 躁鬱症
  - 重度憂鬱症
  - 妄想症
  - 思覺失調症
  - 情感思覺失調症
  - 創傷後壓力症候群 (PTSD)
  - 飲食障礙
  - 焦慮症
- 神經病症：
  - 脊髓側索硬化症 (ALS)
  - 癲癇
  - 廣泛性癱瘓（即半身不遂、四肢麻痺、下身癱瘓、單癱）
  - 杭丁頓氏舞蹈症
  - 多發性硬化症
  - 帕金森氏症
  - 多發性神經病變
  - 纖維肌痛症

    - 慢性疲勞症候群
    - 脊髓受傷
    - 椎骨狹窄
    - 中風相關神經短缺
- 中風
- 器官移植後醫護
- 免疫不全和免疫抑制病症
- 與認知障礙相關的病症：
    - 阿茲海默症
    - 智能障礙和發育障礙
    - 腦創傷
    - 與認知障礙相關的失能精神疾病
    - 輕度認知障礙
- 具有機能挑戰並需要類似服務的病症：
    - 脊髓受傷
    - 癱瘓
    - 失去四肢
    - 中風
    - 關節炎
- 損傷視覺、聽覺（失聰）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性病症
- 需要持續治療服務才能讓個人維持或保留機能的病症
- 若要符合慢性疾病的特殊補充福利 (SSBCI) 福利的資格，您必須滿足**所有**下列條件：
    - 具有上述一個或多個合併和醫療上複雜的慢性病症，並且威脅生命或大幅限制您的整體健康或機能，*以及*
    - 有高風險需要住院或獲得其他顯著不良的健康後果，*以及*
    - 需要密集醫護協調

  如需更多關於 Kaser Permanente 的 SSBCI 政策和目標條件的資訊，請造訪我們的網站 kp.org/Medicare/SSBCI

- 您無須採取任何行動。計劃將會透過醫療理賠歷史記錄和健康記錄審查來判定您的資格，以確認診斷出合格的慢性病症、有住院高風險，並且需要密集醫護協調。

- 在特定情況下，若可用來判定 SSBCI 資格的醫療理賠歷史記錄或健康記錄可能不足，例如若您新加入 Kaiser Permanente，保健業者可以填寫並提交保健業者證明表，以證明您的資格。保健業者證明表僅可用來驗證最初六個月福利期的*初步*SSBCI資格。提交表單不保證可獲得 SSBCI 資格。此初步期限結束後，必須透過醫療理賠歷史記錄和健康記錄審查來驗證當下的資格。

- 如需更多詳細資訊，請至以下福利表中慢性疾病列的特殊補充福利。

- 聯絡我們以確切瞭解您可能有資格獲得哪些福利。

- 所有預防性服務都是免費的。此「蘋果」符號用於標示福利表中的預防服務。

以下福利表說明本《會員手冊》中下列Kaiser Permanente Dual Complete計劃的醫療福利：

- South P1 計劃
- South P6 計劃
- South P7 計劃
- South P9 計劃
- South P10 計劃
- South P11 計劃
- North P2 計劃
- North P16 計劃
- North P17計劃
- North P18 計劃
- North P19 計劃
- North P20 計劃
- North P21 計劃
- North P22 計劃
- North P23 計劃
- North P24 計劃
- North P25 計劃

如果您不確定自己入保的是哪項計劃，請打電話給會員服務部或參閱您的「年度變更通知」封面（或者，如為新會員，請參閱您的入保申請表或入保確認函）。

註：請參閱**第 1 章**，以瞭解本《會員手冊》中所包含之各計劃的地理服務區。在成本分擔、入保及退保方面，我們區域的服務區內有多個 Dual Complete 計劃，這些計劃均在本《會員手冊》中有所說明。不過，就獲得承保服務而言，您可以在所在地區服務區內任何地方獲得網絡保健業者的醫療護理。

D. 本計劃的福利表

承保服務	您需支付的費用
腹主動脈瘤篩檢 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且您的醫生、醫生助理 (Physician Assistant, PA)、護理師 (Nurse Practitioner, NP) 或臨床專科護士 (Clinical Nurse Specialist, CNS) 為您轉診接受此篩檢時，本計劃才承保此篩檢。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
針灸† 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。 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： • 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）。 • 與外科手術無關； • 與懷孕無關。 此外，如果您的病情有所改善，我們會額外支付八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。 如果您並沒有好轉或惡化，則必須停止針灸治療。 保健業者要求： 醫生可根據適用的州政府要求提供針灸。 醫生助理 (PA)、護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS) 及輔助人員，如符合所有適用的州政府要求，並具備以下條件，則可提供針灸： • 獲得針灸和草藥認證委員會認可學校的針灸或東方醫學碩博士學位；以及 • 目前、完整、有效並且不受限制的執照，可在您接受醫療護理所在的州實施針灸。 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	針灸†（續） 提供針灸的輔助人員必須依照我們的規定，在醫生、醫生助理 (PA) 或護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS) 適當程度的監督下提供服務。 我們也承保 Medicare 通常不承保的針灸服務，這些服務通常僅是為了治療噁心或是作為慢性疼痛治療的綜合疼痛管理計劃的一部分而提供。	
	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。Medi-Cal 門診針灸服務不需要轉診或事先核准。透過本計劃的網絡保健業者或 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。如需有關加州醫療保健輔助計劃所承保的針灸服務的詳細資訊，請撥打 1-800-678-9133 (TTY 711) 和 American Specialty Health 聯絡。	$0
	酒精濫用篩檢和諮詢 我們為濫用酒精但不依賴酒精的成年人支付酒精濫用篩檢 (篩檢、評估、短暫介入及轉介治療 (SABIRT) 費用。其中包括懷孕的婦女。 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 (PCP) 或執業人員進行四次簡短的面對面諮詢會談（但條件是您有行為能力且在諮詢期間能夠保持清醒）。	$0
	救護車服務 承保的救護車服務，無論是急診還是非急診情況，均涵蓋地面和空中（飛機和直升機）救護運輸服務。救護車會將您帶到最近的可以為您提供醫護服務的地方。 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（非緊急）的救護車服務必須經過我們批准。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，瞭解其他關於非急診轉送服務的資訊。 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據檢查支付下列費用，**具體取決於您入保的計劃：** • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590**

承保服務		您需支付的費用
	救護車服務（續） 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患者轉送服務提供臨床支援，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車服務（包括在有提供911緊急響應系統的地區，透過該系統安排的患者轉送服務）。	• North P18 – **$610** • North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**
	年度保健就診 您可以取得年度體檢。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。 **註：**第一次年度保健就醫不得在接受 Welcome to Medicare（歡迎加入 Medicare）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醫。 我們也承保年度例行身體檢查，前提是該檢查屬於具有醫療適當性的預防保健服務，並依據獲得公認的專業執業規範提供。	$0
	哮喘預防服務 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，瞭解家中常見的誘因。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	骨質測量 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。 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。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	乳癌篩檢（乳房 X 光檢查） 下列屬於我們的給付範圍： • 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。 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務	您需支付的費用
乳癌篩檢（乳房 X 光檢查）（續） • 每 24 個月一次臨床乳房檢查。 此外，有乳癌家族史的女性可能有資格接受風險評估、基因檢測和遺傳諮詢。	
心臟復健服務 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且有醫師的醫囑。 若您曾有以下至少一項病症，則我們承保這些綜合計劃： • 過去 12 個月內心臟病發作 • 冠狀動脈繞道手術 • 穩定型心絞痛（胸痛） • 心臟瓣膜修復或置換 • 冠狀血管造形術（一種用於打通阻塞動脈的醫療手術）或冠狀動脈支架置入術（用於保持動脈暢通的手術） • 心臟或心肺移植 • 穩定型慢性心力衰竭 承保範圍限制： 您可以獲得最多 36 次心臟復健療程。您每天最多可接受兩次療程（每次持續一小時），該計劃最長可持續 36 週。如果您符合資格，您可能可以獲得額外36次療程，這些療程可分散安排於較長的期間內。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**專科護理就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
心血管（心臟）疾病風險降低就診（心臟疾病治療） 我們每年會支付一次在基本保健業者 (PCP) 的就醫，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： • 討論阿斯匹靈的使用， • 檢查血壓，**以及/或** • 給您一些建議，以確保您的飲食健康。	$0

承保服務		您需支付的費用
	心血管（心臟）疾病篩檢測試 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。 如果您的醫生要求，我們也會支付驗血費用以檢測心血管疾病。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	子宮頸癌和陰道癌篩檢 下列屬於我們的給付範圍： • 對於所有女性：每24個月進行一次子宮頸抹片檢查和盆腔檢查。 • 對於子宮頸癌或陰道癌高風險的女性：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查。 • 對於過去三年內子宮頸抹片檢查異常且處於生育年齡的女性：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查。 • 對於 30-65 歲的女性：每 5 年進行一次人類乳突狀瘤病毒 (HPV) 檢查或子宮頸抹片加 HPV 檢查。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	脊柱神經治療服務 下列屬於我們的給付範圍： • 調整脊柱以正確地對齊。此項 Medicare 承保的服務由網路脊椎神經醫生提供，或對於 †北加州會員，由網絡保健業者授權的脊椎神經醫生提供。如需網絡脊椎神經醫生名錄，請參閱*《保健業者和藥房名錄》*。 • 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可能會要求轉診才能取得服務。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。 • Medi-Cal 也可能為懷孕會員提供產後 60 天內的脊椎矯正治療服務，以及為專業護理、中級護理機構或亞急性護理機構的居民提供脊椎矯正治療服務。我們與 American Specialty Health (ASH) 合作，為這些會員安排脊椎矯正治療服務。您可以透過 1-800-678-9133 (TTY 711) 聯絡 ASH。	$0

承保服務	您需支付的費用
結腸直腸癌篩檢 下列屬於我們的給付範圍： • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者每 120 個月（十年）承保一次；對於非結腸直腸癌高風險患者，在之前接受過撓性乙狀結腸鏡檢查後 48 個月承保；對於之前做過結腸鏡檢查的高風險患者，每 24 個月承保一次。 • 對於 45 歲及 45 歲以上、非結腸直腸癌高風險患者所進行的電腦斷層掃描結腸造影，前提是符合下列任一條件：在進行最後一次篩檢性電腦斷層結腸造影的月份後至少已過去 59 個月，或進行最後一次篩檢性撓性乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查的月份後至少已過去 47 個月。對於罹患大腸直腸癌風險較高的患者，在進行最後一次篩檢性電腦斷層掃描大腸造影或最後一次篩檢性大腸鏡檢查的月份後至少已過去 23 個月，才可以給付篩檢性電腦斷層掃描大腸造影的費用。 • 適用於 45 歲及 45 歲以上患者的撓性乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險患者，在接受結腸鏡檢查篩檢後每 120 個月承保一次。對於高風險患者，自上次進行撓性乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層掃描結腸鏡造影後每 48 個月承保一次。 • 45 歲及 45 歲以上患者的糞便隱血檢查。每 12 個月一次。 • 適用於 45 至 85 歲且不符合高風險標準患者的多目標糞便退氧核糖核酸基因檢查。每三年一次。 • 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標誌檢測。每三年一次。 • 結腸直腸癌篩檢檢測包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢檢測呈現陽性結果後進行隨訪篩檢結腸鏡檢查。 • 結腸直腸癌篩檢測試包括預定進行的篩檢性撓性乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查（涉及切除組織或其他物質），或與篩檢測試相關、因篩檢測試的結果而進行並在同一臨床就診中提供的其他診療。 • 在結腸鏡篩檢中進行的程序（例如：切除息肉）。 • gFOBT或FIT檢測陽性或撓性乙狀結腸鏡檢查篩檢後進行的結腸鏡檢查。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。

承保服務		您需支付的費用
	牙科服務† 我們支付特定牙科服務，如以下說明。我們不承保的內容可透過以下 **F2 節**中描述的加州醫療保健輔助計劃牙科找到。 當某些牙科服務是某人主要病況之特定治療的組成部分時，我們會支付該服務的費用。一些示例包括骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨癌症放射治療而進行的拔牙、或器官移植前的口腔檢查。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**專科護理就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	抑鬱症篩檢 我們每年支付一次抑鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供跟進治療和/或轉診的基本護理機構中完成。	$0
	糖尿病篩檢 如果您有下列任何一項風險因素，我們將支付此項篩檢（包括空腹血糖檢查）： • 高血壓 • 膽固醇和三酸甘油脂異常的病史（血脂異常） • 肥胖、肥胖症	$0 與保健業者討論並獲得轉診。

本理賠說明於下頁待續

承保服務		您需支付的費用
	糖尿病篩檢（續） • 高血糖（葡萄糖）的病史 在其他部分情況下，測試可能屬於承保範圍，例如您體重超重並有糖尿病的家族病史。 在您最近的糖尿病篩檢檢查日期之後，您可能有資格每 12 個月進行最多兩次糖尿病篩檢。	
	糖尿病自我管理訓練、服務及用品† 我們為所有糖尿病患 (無論是否使用胰島素) 給付以下服務費用： • 用於監測血糖的用品，包含： ○ 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。	$0
	• 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： ○ 每日曆年度一雙治療用定製的模壓鞋（包括鞋墊），包括試穿和兩雙額外的鞋墊，或每年一雙深口鞋，包括試穿，和三雙鞋墊（不包括此類鞋配備的非定製可移除鞋墊）。 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應支付以下**共保額**，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **20%** • South P6 – **$20** • South P7 – **20%** • South P9 – **$0** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%**

承保服務		您需支付的費用
	糖尿病自我管理訓練、服務及用品†（續）	• North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**
	• 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。 **註：**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。	$0
	陪產員服務 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。附上醫生或其他執業人員的額外書面推薦，還可能可以提供最多九次額外的產後就診。	$0
	耐用醫療器材 (DME) 和相關用品† 請參閱本《會員手冊》的**第 12 章**，瞭解「耐用醫療器材 (DME)」的定義。 我們承保下列項目： • 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 • 噴霧器 • 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） • 骨生長刺激器 • 洗腎醫護設備 **本理賠說明於下頁待續**	$0。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您需支付以下**共保額**，具體依您所入保的計劃而定，除了您為尖峰呼吸空氣流量計和紫外線治療設備支付 $0 的情況。 • South P1 – **20%** • South P6 – **$20** • South P7 – **20%** • South P9 – **$0** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**

承保服務	您需支付的費用
耐用醫療器材 (DME) 和相關用品†（續） 可能承保其他項目。 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。 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)： • 需要擴展床時用於醫院病床的病床配件 • 腳跟或手肘保護墊，用於預防或盡量減少需要使用進階壓力減輕設備 • 用於治療多汗症的離子導入治療裝置，適用於當使用止汗劑屬禁忌時，且多汗症已造成醫療併發症（例如皮膚感染）或已影響日常生活活動 • 如果氣管造口患者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。 • 用於治療牛皮癬以外疾病且醫療上必要的紫外線治療設備，包括家用紫外線治療設備，條件是 (1) 該設備已透過本計劃的事前授權書程序批准供您使用，詳如**第 3 章**所述，且 (2) 該設備在本計劃的服務區內提供。(紫外線治療設備的承保範圍僅限於能充分滿足您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。）	**氧氣設備** **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則每次您收到設備時，您對 Medicare 氧氣設備保險的成本分擔與上述金額相同。 在您入保 36 個月後，您的成本分擔將不會改變。
急診護理 急診護理表示服務符合以下情況： • 經急診服務訓練過的醫護人員提供， • 需要用來評估或治療醫療急診情況。 醫療急診可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。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： • 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** • 使您的任何身體器官出現嚴重的功能障礙；**或** **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據急診部就診支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115**

承保服務		您需支付的費用
	急診護理（續） • 失去四肢，或失去四肢功能。 • 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， **您享有全球急診護理承保。**	• North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** 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。 †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患者護理，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患者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成本分擔。
	計劃生育服務 法律允許您選擇任何保健業者（無論是網絡保健業者還是 Medi-Cal 網絡外保健業者）來提供某些計劃生育服務。這是指任何醫生、診所、醫院、藥房或計劃生育辦公室。 下列屬於我們的給付範圍： • 計劃生育檢查和醫學治療 • 計劃生育實驗室和診斷性檢查 • 計劃生育方法（IUC/IUD、植入、注射、避孕藥、避孕貼布或避孕環） • 計劃生育用品配有處方（避孕套、海綿、泡沫、薄膜、隔膜、避孕帽） **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務	您需支付的費用
計劃生育服務（續） • 有限的生育服務，例如有關生育意識技術的諮詢和教育，和/或性接觸傳染病感染 (STI) 的孕前健康諮詢、檢測和治療。 • 愛滋病毒、愛滋病及其他愛滋病毒相關疾病的諮詢和檢測 • 永久性避孕（您必須年滿 21 歲才能選擇這種計劃生育方法。您必須在手術日期前至少 30 天但不超過 180 天簽署聯邦絕育同意書） • 遺傳諮詢 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： • 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 • 基因檢測	
健身福利 (One Pass®) 我們透過 One Pass 計劃提供健身福利，旨在幫助會員掌控自己的健康並感受最佳狀態。One Pass 計劃涵蓋： • 健身房與健身地點：您將獲得會員資格，可以透過基本網絡和優選網絡使用各種網絡內健身房。健身地點包括全國性、地方和社區健身中心和專門的健身工作室。您可以使用任何網絡內的健身地點，並且可以在同一個月內使用多家合約健身地點。合約健身房和健身中心在每個地方可能不同，也可能隨時變更。 • 線上健身：您可透過 One Pass 會員網站或行動應用程式使用直播數位健身課程及隨選健身運動。 • 健身和社交活動：您也能透過 One Pass 會員網站存取團體、俱樂部和社交活動。 • 居家健身工具組：若您偏好在家訓練，也可以每日曆年度選擇一套用於重訓、瑜珈或舞蹈的居家健身工具組。工具組可能變更，一經選擇便無法更換。 • 大腦健康：參與線上大腦健康認知訓練計劃。 如需更多關於合約健身房和健身地點、計劃福利或設定線上帳戶的資訊，請造訪 www.YourOnePass.com 或撥打 1-877-614-0618 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午 6 點至晚上 7 點。 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	健身福利 (One Pass®)（續） 以下項目不屬於承保範圍：附加服務（例如私人教練服務、需付費的團體健身課程、延長使用時間，或標準會員資格所不包含的額外課程）。 One Pass® 是 One Pass Solutions Inc.在美國和其他轄區的注冊商標，是一項自願性質的計劃。One Pass 計劃及可使用的設施與服務因計劃、區域和地點而異。根據本計劃提供的資訊僅供一般資訊參考，不是用來、也不應構成醫療建議。One Pass 對於第三方提供的服務或資訊，不具任何責任。在開始任何運動計劃之前，個人應先諮詢適當的保健專業人員，並/或由其判斷哪些運動可能適合自己。	
	健康及養生教育計劃 我們提供多種專注於特定健康疾病的計劃。其中包括： • 健康教育班； • 營養教育課程； • 戒菸及停止使用菸草製品；**以及** • 護理熱線 作為 Healthy Lifestyle Program 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 Lifestyle Program 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。 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（例如糖尿病和哮喘）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。 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、打電話給會員服務部或造訪我們的網站 kp.org/classes。	$0
	聽力服務（包括助聽器） 我們支付由您的保健業者進行的聽力和平衡檢測。這些測試能告訴您是否需要醫學治療。由醫生、聽覺專家或其他合格醫護人員提供的服務，屬於門診護理承保範圍。 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**專科護理就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0**

承保服務		您需支付的費用
	聽力服務（包括助聽器）（續）	• South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	如有下列情況，我們也支付助聽器： • 您的檢測結果為喪失聽力。 • 助聽器為醫療上所必需。 • 您取得醫生或其他合格保健業者開立的處方。 承保範圍是限於能滿足您醫療需求的最低成本品項。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。 我們承保下列服務： • 模具、用品和插入品 • 維修 • 初次裝設電池 • 當您取得助聽器後，與同一個供應商進行六次訓練、調整和配驗的就診 • 助聽器試用租賃期 • 輔助聽覺裝置、表面佩戴骨傳導聽力裝置 • 助聽器相關的聽力學和評估後服務 如有下列情況，我們將會承保更換助聽器： • 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。 承保範圍不包括更換助聽器電池。	$0

承保服務	您需支付的費用
愛滋病毒(HIV)篩檢 我們為下列人士每 12 個月支付一次愛滋病毒 (HIV) 篩檢： • 要求進行 HIV 篩檢測試，**或** • HIV 感染的風險較高。 若您懷孕，我們會在您單次懷孕期間給付多達三次的愛滋病毒篩檢測試。 我們也在保健業者的建議下支付額外 HIV 篩檢。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
居家保健機構的醫療護理 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。您必須患病在家，這意味著離家對您而言很困難。 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： • 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福利獲得承保，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八小時，每週不得超過 35 小時。） • 物理治療、職能治療及言語治療 • 醫療和社工服務 • 醫療器材和用品	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **註：**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福利的承保範圍（例如：非由居家保健機構提供的耐用醫療器材），則需支付列於本「福利表」其他部分的適用成本分擔。
居家靜脈注射治療† 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： • 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。 本計劃承保居家注射服務，包括但不限於： • 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； • 遠端監測；**以及** • 由合格的居家靜脈注射治療供應商提供之居家靜脈注射治療及居家靜脈注射藥物的相關監測服務 **本理賠說明於下頁待續**	專業服務、訓練和監測費用為 $0。 **註：**根據用品而定，執行居家靜脈注射所需的項目（例如 Medicare B部分藥物、耐用醫療器材 (DME) 和醫療用品）可能需支付本「福利表」其他部分所列的適用成本分擔。

承保服務		您需支付的費用
	居家靜脈注射治療†（續） 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： • 您的處方藥列於 Medicare 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；以及 • 您的處方是由網絡醫護人員開立，且您是在網絡居家靜脈注射藥房配藥。	$0 **註：**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，則根據服務而定，該用品或藥物可能需支付本「醫療福利表」其他部分所列的適用成本分擔。
	Medicare 對於 North P16、P17、P19 和 P23 會員不承保的居家醫療護理（進階居家護理） 如果醫生根據您的健康狀況認定您適合接受居家醫療護理，我們將承保聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 原本不承保的居家醫療護理，作為您接受醫院急症醫護的替代方案，並提供急症醫護後期服務，以協助您康復。居家服務必須： • 由網絡主治醫生開處方，該醫生會根據您的健康狀況、治療計劃和居家環境確定您可以在家中安全有效地接受治療。 • 由您選擇，因為您偏好在家中接受治療計劃中描述的醫護服務。 只要網絡主治醫生開處方，網絡保健業者就會根據治療計劃在您的家中提供以下服務和用品： • 由註冊護士 (RN)、物理治療師、職能治療師、言語治療師、呼吸治療師、營養師、居家健康助理和其他保健專業人員，根據居家護理治療計劃和保健業者的執業範圍和執照進行的家訪。 • 通訊裝置，讓您每週 7 天，每天 24 小時聯絡優質居家護理的指揮中心。這包括維持可靠溝通所需的通訊技術，以及在您無法撥打電話時聯絡指揮中心所需的個人緊急應變系統 (Personal Emergency Response System, PERS) 警報裝置。 • 用來確保您在家中受到適當監控所需的以下設備：血壓袖帶/監測器、脈衝式血氧濃度計、體重計和溫度計。 • 行動造影和檢測，例如X光檢查、化驗和心電圖 (EKG)。 • 下列安全用品：淋浴椅、加高馬桶座、取物器、長柄鞋拔及穿襪輔助器。 • 當您在家中接受急症醫護時，每週最多可獲得21份餐食。 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並獲得轉診。 **North P16、P17、P19 和 P23：**$0 **所有其他會員無法獲得承保。**

承保服務		您需支付的費用
	Medicare 對於 North P16、P17、P19 和 P23 會員不承保的居家醫療護理（進階居家護理）（續） 此外，下面列出的 Medicare 承保服務和用品作為居家治療計劃的一部分開具處方時，不適用本醫療理賠項目表其他地方指出的成本分擔： • 耐用醫療器材。 • 醫療用品。 • 當預定的救護車患者轉送屬於醫療上必要的情況時，往返網絡設施的非緊急救護車患者轉送。 • 醫生助理和護理師的家訪或診所看診。 • 以下網絡設施提供的服務（若服務屬於您居家治療計劃的一部分）： ○ 與此福利相關的網絡急診部就診。 ○ 物理、言語或職能治療診所就診。 ○ X 光檢查、化驗、超音波和心電圖 (EKG)。 本「醫療福利表」其他部分所列的成本分擔將適用於不屬於居家治療計劃（例如，與居家治療計劃無關的耐用醫療器材 [DME]），或除上述以外，雖屬居家治療計劃但並未在您家中提供的所有其他服務和用品。**註：**如需處方藥成本分擔的資訊，請參閱此表中的 Medicare B 部分處方藥部分和第 6 章的Medicare D 部分處方藥內容。	**North P16、P17、P19 和 P23：**$0 **所有其他會員無法獲得承保。**
	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。本計劃必須幫助您在計劃服務區域內找到經 Medicare 認證的安寧護理計劃，包括我們擁有、控制或有經濟利益關聯的計劃。安寧護理的醫生可以是網絡保健業者，也可以是網絡外保健業者。 承保服務包括： • 治療症狀與疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 居家護理 若您住院接受安寧護理，您有權繼續留在我們的計劃內。 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務	您需支付的費用
安寧護理（續） **針對安寧服務以及與您的臨終預後有關的 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保服務會向 Medicare 收費：** • Original Medicare（而非本計劃）將會為安寧服務以及與末期疾病相關的任何 A 部分或B 部分服務向安寧保健業者支付費用。 • 在您加入安寧護理計劃的期間，您的安寧護理保健業者會針對需由 Original Medicare 支付的服務向 Original Medicare 開具帳單 **針對由本計劃承保但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不承保的服務：** • Medicare A 部分或Medicare B 部分不承保的服務，亦屬於我們的承保範圍，無論該服務是否與您的末期預後相關。您要為這些服務支付本計劃的費用分擔金額 針對可能屬於本計劃 Medicare D 部分**理賠承保範圍的藥物：** • 藥物不會同時屬於安寧護理服務和本計劃的承保範圍。如需更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 5 章** **註：**如果您患有嚴重疾病，您可能有資格獲得舒緩護理，這項服務會提供以團隊為基礎、以患者和家庭為中心的護理，以改善您的生活品質。您可同時接受舒緩護理和治療性/常規護理。請參閱下面的舒緩護理一節瞭解更多資訊 **註：**若您需要非安寧護理的醫護服務，請致電您的醫護協調員和/或會員服務部以進行安排。非安寧醫護服務是指與您的末期預後無關的醫護服務。 針對未選擇安寧服務理賠的末期疾病會員，安寧服務的諮詢服務（僅限一次）亦屬於本計劃的承保範圍。	
免疫接種 下列屬於我們的給付範圍： • 肺炎疫苗 • 流感預防針注射，每年秋季和冬季的流感季節各一次，以及醫療上必要的額外流感預防注射 • 乙型肝炎疫苗，條件是您從未接受過完整的疫苗系列、您不知道自己的疫苗接種記錄，或者您患有任何其他病症使您成為罹患乙型肝炎的中高風險族群 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務	您需支付的費用
免疫接種（續） • COVID-19 疫苗 • 人類乳突狀瘤病毒 (HPV) 疫苗 • 其他疫苗，條件是您有患病風險且符合 Medicare B 部分承保規定。 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。請參閱本《會員手冊》的**第 6 章**，以瞭解更多資訊。	
住院醫療護理 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： • 雙人病房（如為醫療上必要的情況，則提供單人病房） • 膳食，包含特殊飲食 • 經常性護理服務 • 加護病房費用，如重症監護病房，或冠狀動脈病護理病房 • 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 • 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 • 藥物濫用住院服務 • （†北加州會員）在某些情況下，下列類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺臟、心臟/肺臟、骨髓、幹細胞和腸道/多內臟。北加州計劃會員必須取得本計劃的核准，才能取得這些服務 **本理賠說明於下頁待續**	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則取決於您入保的計劃，您在住院第 1–5 天，每天需支付下列費用（針對每次住院收取費用分攤）： • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460** 在此之後，剩餘的承保住院期間均需支付 $0。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則

承保服務	您需支付的費用
住院醫療護理（續） • 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。進行移植的保健業者可以是當地或服務區以外的保健業者。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 **註：**如欲成為住院患者，保健業者必須以書面醫囑安排您以醫院住院患者的身分正式入院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是「門診患者」。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者，您應詢問醫院工作人員。 您也可在 Medicare 說明書「您是住院患者還是門診患者？如果您有 Medicare，歡迎隨時詢問！」(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!) 中找到更多資訊。此資料表可見於es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打這些免費電話號碼。	您在出院當天將無需支付上列共付額。 †如果您在急診病情穩定之後，獲得授權在網絡外醫院接受住院醫護，則您的費用將比照您在網絡醫院所支付的成本分擔。 **註：**如果您在2027年入院，且住院持續至2028年才出院，則2027年成本分擔將適用於該次住院，直到您出院或轉到專業護理院為止。
精神科醫院的住院患者服務 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。 • 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。 本理賠說明於下頁待續	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則取決於您入保的計劃，您在住院第1–5天，每天需支付下列費用（針對每次住院收取費用分攤）： • South P1 – **$400** • South P6 – **$400** • South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120** • North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400**

承保服務		您需支付的費用
	精神科醫院的住院患者服務（續）	• North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400** • North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** 在此之後，剩餘的承保住院期間您需支付 **$0**。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。 **註：**如果您在 2027 年入院，且住院持續至 2028 年才出院，則2027 年成本分擔將適用於該次住院，直到您出院或轉到專業護理院為止。
	住院：非承保範圍內的住院期間，醫院或專業護理院 (Skilled Nursing Facility, SNF) 相關的承保服務† 我們不給付任何不合理以及醫療上非必要的住院費用。 然而，若您在醫院或護理院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。 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： • 醫生服務 • 診斷檢測，例如化驗 • 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： ○ 體內器官（包括相鄰組織），**或** ○ 失去功能或者功能失常的身體內部器官 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並獲得轉診。 如果您的住院或專業護理院 (SNF) 住院不再獲承保，則在網絡醫護人員提供服務時，我們將繼續按列於本「福利表」其他部分的適用成本分擔承保Medicare B 部分服務。

承保服務		您需支付的費用
	住院：非承保範圍內的住院期間，醫院或專業護理院 (Skilled Nursing Facility, SNF) 相關的承保服務†（續） • 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、職能治療	
	腎臟疾病服務和用品 下列屬於我們的給付範圍： • 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。 • 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） • 居家洗腎器材和用品。	$0
	• 門診洗腎治療，如本《會員手冊》**第 3 章**所述，包含因暫時在服務區以外的洗腎治療，或者暫時無法經由為您服務的保健業者取得服務時。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的加州醫療保健輔助計劃保險**，您需支付**20%共保額**。
	• 住院患者洗腎治療（若您經受理，並以住院患者身分接受的特別醫護服務）。	在住院期間所接受的服務無需額外費用。請參閱本「福利表」的「住院醫療護理」部分，以瞭解適用於住院的成本分擔金額。
	Medicare B 部分給付某些洗腎用藥物。如需瞭解相關資訊，請參閱本表中的「Medicare B 部分藥物」。	

承保服務	您需支付的費用
肺癌低劑量電腦斷層造影 (Low-Dose Computed Tomography, LDCT) 篩檢 若您有下列情況，本計劃每 12 個月給付肺癌篩檢： • 年齡在 50 至 80 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** • 二十年來每天至少吸菸一包，但目前沒有肺癌的跡像或症狀，或者目前正在吸菸，或在過去十五年內已經戒菸的人。 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。如果保健業者選擇為肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策就診，該就診必須符合 Medicare 對此類就診所設定的標準。	$0
醫療性營養治療 此福利適用於糖尿病或無需洗腎的腎臟疾病患者。其也適用於腎臟移植後具有醫生醫囑的患者。 在您取得聯邦醫療保險計劃 (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。 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。 我們還承保與未進行洗腎的糖尿病或腎臟病無關的網絡保健業者提供的營養/飲食諮詢。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 本計劃為合格人士給付 MDPP 服務。MDPP 旨在幫助您增進健康行為。它提供下列的實際訓練： • 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。	$0

承保服務	您需支付的費用
Medicare B部分藥物† 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： • 通常非自行服用，而是經由醫生、醫院門診或門診手術中心注射或輸注的藥物 • 透過耐用醫療器材（例如醫療上必要的胰島素幫浦）提供的胰島素 • 經由本方案核定，以耐用醫療器材（如噴霧器）服用的藥物 • 由靜脈 (IV) 給藥的老年失智藥物 Leqembi®（普通藥 lecanemab）。除藥物費用外，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和測試。請與醫生討論您的治療過程中可能需要哪些掃描和測試。 • 您因患有血友病，透過自行注射方式所使用的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：若 Medicare 給付您的器官移植，則 Medicare 承保移植藥物治療。您在接受承保的移植手術時必須擁有 Medicare 計劃 A 部分，並且在取得免疫抑制藥物時必須擁有 Medicare 計劃 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，Medicare D 部分藥物保險將承保它們 • 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，且您無法自行施用的藥物，屬於我們的給付範圍 • 某些抗原：若醫師準備了抗原，且受到正確指示的人員（可能是您，即患者本人）在適當的監督下提供，則 Medicare 承保抗原。 • 某些口服抗癌藥物： Medicare 承保某些口服抗癌藥物，前提是該口服藥物有注射劑型或是注射藥物的前體藥物（藥物的口服劑型，服用後會分解為注射劑型中相同的活性成分）。隨著提供新的口服癌症藥物，Medicare 計劃 B 部分可能可承保。若 Medicare 計劃 B 部分不承保，D 部分則會承保 • 口服抗噁心藥物： Medicare 承保您在抗癌化療療程中所使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物是在化療之前、化療期間或化療後 48 小時內服用，或用作靜脈注射抗噁心藥物的完全治療替代品 • Medicare B部分承保的某些末期腎病 (ESRD) 口服藥物 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **施用的 Medicare 計劃B部分藥物** **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則在需由醫療人員給藥或觀察並且由網絡保健業者對您施用藥物的情況下，對於 Medicare B 部分藥物，您應支付下列**共保額**，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** 請致電會員服務部，以瞭解我們為哪些藥物提供 **20%** 的共保額。有些藥品如果確定超過通貨膨脹金額，可能會低於 **20%**。

承保服務	您需支付的費用
Medicare B部分藥物†（續） • 末期腎病 (ESRD) 付款系統涵蓋的擬鈣劑藥物和磷結合劑，包含靜脈注射藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar • 某些用於居家洗腎的藥物，包括肝素、肝素解毒劑（在醫療必要時使用）以及局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：Medicare 承保注射用紅血球生成素，如果您患有ESRD或需要該藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血症（例如Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或甲氧基聚乙二醇紅血球生成素ß） • 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 • 腸外和腸內營養（靜脈內和管飼） 我們還承保 Medicare 計劃B部分規定的某些疫苗，以及 D 部分藥物福利所規定的大多數成人疫苗。 **本《會員手冊》的第 5 章**說明我們的藥物福利。該章說明您為處方開立所應遵守的規則。 **本《會員手冊》的第 6 章**說明您透過本計劃為藥物支付的費用。	**由網絡藥房提供的 Medicare 計劃 B 部分藥物** 當您從網絡藥房取得我們承付藥物手冊中的 Medicare 計劃 B 部分藥物時，您需支付以下費用： • **居家輸液藥物（最多 100 天藥量）和居家洗腎用的 Epogen（最多 30 天藥量）為 $0**。 • **對於所有其他普通藥和品牌藥（最多 30 天藥量）為 $0**。
護理院醫護服務 護理院 (Nursing Facility, NF) 是為無法在家中進行醫療護理，以及無需住院的人士所提供的醫療護理場所。 我們所給付的服務包括但不限於以下項目： • 雙人病房（如為醫療上必要的情況，則提供單人病房） • 膳食，包含特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療及言語治療 • 呼吸治療 • 您在醫療護理方案中所使用的藥物。（此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 • 通常經由護理院所提供的醫療和外科用品 • 通常經由護理院所進行的化驗 **本理賠說明於下頁待續**	$0 與保健業者討論並獲得轉診。

承保服務		您需支付的費用
	護理院醫護服務（續） • 通常經由護理院所提供的X光檢查和其他放射科服務 • 通常經由護理院所提供的輪椅等使用設備 • 醫生/執業人員服務 • 耐用醫療器材 • 牙科服務，包含假牙 • 視力福利 • 聽力檢查 • 脊柱神經護理 • 足科服務 您通常經由網路內的機構進行醫護服務。然而，您也可能不在我們網絡醫院/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： • 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	
	用於持續減重的肥胖篩檢和治療 如果您的身體質量指數達到或超過30以上，我們將會給付諮詢以協助您減重。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。若您想瞭解更多資訊，請向您的基本保健業者討論。	$0
	鴉片類藥物治療方案 (OTP) 服務 本計劃給付透過鴉片類藥物治療計劃 (Opioid Treatment Program, OTP) 取得的以下鴉片類藥物使用障礙 (Opioid Use Disorder, OUD) 治療服務，具體包括： • 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） • 藥物濫用諮詢 • 個人和小組治療 • 檢測您體內的藥物或化學物質（毒理學檢測） • 初始評估與登記活動 • 定期評估 **本理賠說明於下頁待續**	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則在由鴉片類藥物治療方案提供的情況下，對於臨床施用的 Medicare B 部分藥物，您應支付下列**共保額**，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%**

承保服務		您需支付的費用
	鴉片類藥物治療方案 (OTP) 服務（續）	• South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** 有些藥品如果確定超過通貨膨脹金額，可能會低於**20%**。
	門診診斷性檢查以及治療服務和用品 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： • X光檢查 • 超音波檢查	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據就診次數支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0**

本理賠說明於下頁待續

承保服務		您需支付的費用
	門診診斷性檢查以及治療服務和用品（續）	• North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• 化驗 • 血液，包括儲存和管理 • 放射（鐳和同位素）治療，包括技師材料和用品 • †外科用品，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	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	• 您的醫生或其他保健業者為診療醫學病症而要求進行的非化驗診斷，例如電腦斷層 (Computed Tomography, CT) 掃描、磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、心電圖 (Electrokardiogram, EKG) 和正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET) 掃描 **本理賠說明於下頁待續**	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據診療程序支付下列費用，包括磁共振造影 (MRI)、電腦斷層造影 (CT) 和正子斷層造影 (PET)，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**

承保服務		您需支付的費用
	門診診斷檢驗以及治療服務和用品（續） • 在醫院門診部或門診手術中心或醫院手術室提供，或在任何場所提供且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的任何診斷性檢查或特殊診療。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據檢查支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• 其他門診診斷性檢查	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	門診患者醫院觀察 我們給付用以判斷您是否需要住院或出院的門診醫院觀察服務。 該服務必須符合 Medicare 標準，並具有合理性與必要性。經由保健業者醫囑，或州法律授權的其他人指示，並符合醫院工作人員章程，以要求患者住院或安排門診檢查的觀察服務，皆屬於承保範圍。 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，在以門診患者身分直接入醫院觀察時，您應根據住院天數支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$115** • South P6 – **$115**

承保服務		您需支付的費用
	門診患者醫院觀察（續） **註：**除非保健業者開立醫囑讓您以住院患者的身分入院，否則您仍屬於門診患者且需支付門診醫院服務的成本分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。若您不確定自己是否為門診患者，請詢問醫院的工作人員。 請參閱 Medicare 資訊表「*Medicare* 醫院福利」*(Medicare Hospital Benefits)* 以取得更多資訊，網址為 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	• South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **註：**從急診部或門診手術後轉進觀察室時，無需支付門診觀察留院的額外費用。
	門診患者醫院服務 我們給付您為了診斷或治療疾病或受傷而在醫院門診部所接受之醫療上必要的服務，例如： • 在急診部或門診診所提供的服務，如門診手術或觀察服務 **本理賠說明於下頁待續**	**急診部** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據就診支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115**

承保服務		您需支付的費用
	門診患者醫院服務（續）	• North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **門診手術** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據檢查支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• 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 • †醫療用品，如夾板和石膏模 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並獲得轉診。 $0

承保服務		您需支付的費用
	門診患者醫院服務（續） • 某些無法自行服用的藥物和生物製劑	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal保險**，則在需由醫療人員給藥或觀察並且由網絡保健業者對您施用藥物的情況下，對於 Medicare B 部分藥物，您應支付下列**共保額**，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** 請致電會員服務部，以瞭解我們為哪些藥物提供 **20%** 的共保額。有些藥品如果確定超過通貨膨脹金額，可能會低於 **20%**。
	• 由醫院收費的X光檢查和其他放射科服務 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並獲得轉診。 **X 光檢查和超音波檢查** $0

承保服務		您需支付的費用
	門診患者醫院服務（續）	**如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據就診次數支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0** **磁共振造影 (MRI)、電腦斷層造影 (CT) 和正子斷層造影 (PET)** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據檢查支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375**

本理賠說明於下頁待續

承保服務		您需支付的費用
	門診患者醫院服務（續）	• North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• †針對在網絡設施進行的牙科診療，如果下列所有陳述均屬實，我們將會提供全身麻醉以及和麻醉相關的設施服務： ○ 您患有發展障礙或您的健康狀況不佳 ○ 您的臨床狀況或潛在病況迫使您必須在醫院或門診手術中心接受牙科診療程序 ○ 該牙科診療程序通常不需要全身麻醉 如果該服務不屬於Medi-Cal Dental承保項目，則與牙科手術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（請參閱本福利表中的「牙科服務」）。	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，請參閱本節開頭所列的「門診手術」，以瞭解適用於門診醫院設施收費的成本分擔。
	門診患者精神健康護理 我們給付由下列對象提供的精神健康服務： • 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 (CSW) • 臨床護理專科醫生 (CNS) • 持有執照的專業顧問 (LPC) • 持有執照的婚姻與家庭治療師 (LMFT) • 護理師 (NP) • 醫生助理 (PA) • 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。 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： • 診所服務 • 日間治療 • 社會心理復健服務 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	門診患者精神健康護理（續） • 部分接收住院或密集門診計劃 • 個人和團體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 • 為監控藥物治療所進行的門診服務 • 門診化驗、用品及補充劑 • 精神科諮商	
	門診復健服務† 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。 我們也承保： • 由醫生開立醫囑，為有跌倒風險的成人提供預防跌倒的物理治療 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據就診支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： **個人治療就診** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0** **小組治療就診** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0**

承保服務		您需支付的費用
	門診復健服務（續）	• South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**
	• 由組織完善、多專業的復健日間治療計劃提供的物理治療、職能治療及言語治療。	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應按日支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**

承保服務		您需支付的費用
	藥物濫用障礙門診服務 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： • 酒精濫用篩檢和諮詢 • 藥物濫用的治療 • 由合格臨床人員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	$0
	門診手術 我們給付門診手術，以及在醫院門診設施和門診手術中心所提供的服務。 **註：**如果您在醫院設施接受外科手術，您應向保健業者確認您將屬於住院患者還是門診患者。除非保健業者以書面醫囑安排您以住院患者身分入院，否則您仍屬於門診患者。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診患者。 **本理賠說明於下頁待續**	**保健業者診所就診** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**專科護理就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

承保服務		您需支付的費用
	門診手術（續）	**門診手術和其他診療** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則視您所入保的計劃而定，針對在門診或門診手術中心、醫院手術室或任何場所所提供，且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的程序，您為每項程序所需支付的費用如下： • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	非處方 (OTC) 藥品 您會收到一張預充值的額外健康福利卡，卡右側列有季度福利限額，可用於在線上和參與計劃的零售店購買符合條件的非處方 (Over-the-Counter, OTC) 藥品，包括 Kaiser Permanente零售藥房。您的卡片將於 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日重新充值。 每季任何未使用的額度部分將不會累積到下一季。 **本理賠說明於下頁待續**	您根據您計劃的每季津貼支付 $0： • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** • South P11 – **$150** • North P2 – **$50**

	承保服務	您需支付的費用
	非處方 (OTC) 藥品（續） 符合資格的非處方 (OTC) 藥品的承保金額以您卡上的餘額為限。如果限額用完後還有待給付的剩餘金額，則您必須使用其他付款方式。費用和最低訂購要求視零售商而異。請先在結帳頁面檢閱關於費用的詳細資訊，再進行網路下單。將會提示您進入另一種付款形式，以支付任何小費或費用。 若要啟用您的額外健康福利卡，請撥打 1-833-524-7035 (TTY 711)，服務時間為上午 5 點至下午 5 點 (PST)，並提供您的卡片號碼及會員 ID 號碼。 若您已經有額外健康福利卡，將不會收到新卡。請保存卡片，將可在現有的卡片使用您的福利。 若要設定您的線上帳戶、查看符合資格的 OTC 藥品清單、尋找參與計劃的商店、申請報銷、檢查您的餘額和交易紀錄、線上購物或更換遺失或被盜卡片，請造訪 mybenefitscenter.com 或撥打1-833-524-7035 (TTY 711)，服務時間為太平洋標準時間早上 5 點至下午 5 點。 您也可以造訪 mybenefitscenter.com 並下載OTC Network行動應用程式來尋找參與計劃的零售商、搜尋符合資格的藥品、查看交易紀錄並檢查您的卡片餘額。您還可以在商店使用 OTC 行動應用程式在購物時掃描用品是否符合條件，並在結帳前查看餘額。會員可以直接從 iTunes App Store 或 GooglePlay 下載 OTC Network 行動應用程式。搜索「OTC Network」即可下載。 注：退出本計劃後，任何未使用的金額將即刻收回。	• North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75** • North P25 – **$75** **僅限南加州會員：**若您符合本福利表中慢性疾病列的特殊補充福利中描述的 SSBCI 福利的資格，您也能使用每季 OTC 津貼購買健康食品。
	您可能還享有屬於 Medi-Cal 承保範圍且透過 Medi-Cal Rx 計劃提供之某些 OTC 用品的額外承保範圍。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。TTY 使用者可以撥打 711，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。您也可以造訪 Medi-Cal Rx 網站 https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/。	$0
	作為尼古丁替代療法的非處方 (OTC) 產品 我們承保某些獲得食品及藥物管理署 (FDA) 批准可供非處方使用的尼古丁替代療法。這些用品必須由網絡保健業者開醫囑並透過網絡藥房取得。我們最多將會提供 100 天藥量，每個日曆年度兩次。	$0

承保服務		您需支付的費用
	姑息護理 本計劃承保姑息護理。舒緩護理適用於患有嚴重疾病的人。它提供以患者和家庭為中心的護理，透過預測、預防和治療痛苦來提高生活品質。姑息治療不是安寧服務，因此，您的預期壽命不必少於六個月才有資格獲得姑息治療。姑息護理和治療性/常規護理同時提供。 姑息護理包括下列內容： • 預先護理規劃 • 姑息護理評估和諮詢 • 護理計劃包括所有經過授權的舒緩及治療性護理，包括精神健康與醫療社工服務 • 指定護理團隊提供的服務 • 醫護服務協調 • 疼痛與症狀管理 您可能無法同時獲得臨終關懷和姑息治療。如果您正在接受緩和療護且您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。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	部分住院服務及密集門診服務 部分接收住院是一種積極性精神科治療的結構化方案。它以醫院門診服務形式提供或由社區精神健康中心提供，此類治療比您在醫生、治療師、持有執照的婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或持有執照的專業顧問診所所接受的醫護服務強度更高。該方案讓您不用住院。 強化門診服務是一項結構化的積極行為（心理）健康治療計劃，由醫院門診部、社區精神健康中心、符合聯邦標準的健康中心或農村健康診所提供，此類治療比您在醫生、治療師、LMFT 或持有執照的專業顧問診所所接受的醫護服務強度更高，但低於部分住院服務。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	醫生/保健業者服務，包括醫生診所就診 下列屬於我們的給付範圍： • 在下列地點進行醫療上必要的健康護理或外科手術： ○ 醫生診間 ○ 經認證的門診手術中心 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並取得專科醫護的轉介。 **遠距保健** $0 **保健業者診所就診** $0

承保服務	您需支付的費用
醫生/保健業者服務，包括醫生診所就診（續） ○ 醫院門診部門 ○ 任何其他地點 • 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	**如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**專科護理就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
• 某些遠距保健服務，包括：基本和專科醫護，其中包括住院患者醫院服務、專業護理院服務、心臟復健服務、肺部復健服務、急診服務、緊急需求服務、部分住院、居家健康服務、職能治療服務、精神健康、足科、精神科服務、物理治療和言語語言病理學服務、鴉片類藥物治療計劃服務、門診 X 光檢查服務、門診醫院服務、觀察服務、門診藥物濫用治療、洗腎服務、營養/飲食服務、健康教育、腎臟病教育服務、糖尿病自我管理訓練和聽力檢查、手術或住院準備，以及住院、手術或急診部就診後的跟進就診。唯有在網絡保健業者認定遠距保健在臨床上適當時，才會以遠距保健的方式提供服務。 ○ 您可選擇親自就診或透過遠距保健方式接受這些服務。如果您選擇透過遠距保健方式接受上述其中一項服務，則您必須使用目前有透過遠距保健方式提供服務的網絡保健業者。我們提供下列遠距保健方式： ○ 經由網絡保健業者認定，能夠以互動式視訊就診的方式提供的專業醫護服務 **本理賠說明於下頁待續**	**門診手術和其他診療** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則視您所入保的計劃而定，針對在門診或門診手術中心、醫院手術室或任何場所所提供，且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的程序，您為每項程序所需支付的費用如下： • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0**

承保服務	您需支付的費用
醫生/保健業者服務，包括醫生診所就診（續） ○ 經由網絡保健業者認定，能夠以預定電話約診的方式提供的專業醫護服務 • 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。 • 為患有藥物濫用障礙或同時發生精神健康障礙的會員提供的遠距保健服務，無論您的所在位置為何 • 精神健康障礙診斷、評估和治療的遠距醫療服務 • 由鄉村健康診所和聯邦合格健康中心提供的精神健康就診遠距保健服務。 • 和您的醫生進行五至十分鐘的虛擬報到（例如，透過電話或視訊的方式），**但需符合以下情況** ○ 您並非新患者，**而且** ○ 此虛擬報到和過去七天內至診所就診的情況無關，**而且** ○ 此虛擬簽到並不會導致在 24 小時內至診所就診或是進行可最快速提供的門診預約。 • 評估您傳送給醫生的影片和/或影像，以及醫生在 24 小時內進行的解讀和跟進，**但需符合以下條件** ○ 您並非新患者，**而且** ○ 此虛擬報到和過去七天內至診所就診的情況無關，**而且** ○ 此評估不會導致您必須在 24 小時內或在可取得的最早預約時間前往診所就診 • 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 • 由其他網路醫護人員在手術之前所提供的另方意見 • 網絡醫生（或是具備註冊護士身分的網絡保健業者）在本計劃的服務區內進行的家訪，前提是網絡保健業者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 **本理賠說明於下頁待續**	• North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

承保服務	您需支付的費用
醫生/保健業者服務，包括醫生診所就診（續） **Medi-Cal保險 下的遠距保健：**遠距保健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。遠距保健可能需要和醫護人員進行即時視訊通話。本計劃的遠距保健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。您可透過遠距保健接受許多醫療服務。但並非所有承保服務都可提供遠距保健服務。您可以和您的醫護人員聯絡，以瞭解可透過遠距保健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保健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保健適合您，您也有權獲得當面就診的服務而不需要使用遠距保健。	
足科服務 下列屬於我們的給付範圍： • 足部受傷和疾病（如鎚狀趾或足跟骨刺）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。 根據您的 Medi-Cal 保險，我們承保醫療上必要的足科服務，以進行診斷並對足部進行醫學治療、外科手術治療、機械性治療、徒手治療及電治療。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。 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並獲得轉診。 **保健業者診所就診** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**專科護理就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

承保服務		您需支付的費用
	足科服務（續）	**門診手術和其他診療** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則視您所入保的計劃而定，針對在門診或門診手術中心、醫院手術室或任何場所所提供，且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的程序，您為每項程序所需支付的費用如下： • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

承保服務	您需支付的費用
預防愛滋病毒 (HIV) 的暴露前預防措施 (PrEP) 如果您沒有感染愛滋病毒(HIV)，但您的醫生或其他保健執業人員確定您感染 HIV 的風險較高，我們將承保暴露前預防措施 (pre-exposure prophylaxis, PrEP) 藥物和相關服務。 如果您符合資格，承保服務包括： • 獲得食品及藥物管理署 (FDA) 批准的口服或注射型 PrEP 藥物，包括注射藥物的費用（如適用）。 • 每12個月最多進行八次個人諮詢（包括 HIV 風險評估、HIV風險降低和藥物依從性）。 • 每12個月最多八次HIV篩檢。 • 一次乙型肝炎病毒篩檢	$0
攝護腺癌篩檢檢查 針對年滿 50 歲及 50 歲以上的男性，我們給付下列服務，限每 12 個月一次： • 直腸指檢 • 攝護腺特異抗原(PSA)測試	$0
假體和矯形裝置和相關用品† 取代全部或部分身體部位或身體機能的假體裝置。用於支撐或矯正身體部位發揮功能的矯形裝置。其中包括但不限於： • 檢測、試戴或訓練使用假體和矯形裝置 • 與結腸造口術醫護服務相關的結腸造口袋和用品 • 腸胃內和腸胃外營養，包括進食用品組、輸注泵、管線和轉接器、溶液和自行注射用品 • 起搏器 • 支架 • 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） • 用於取代因生病、受傷或先天性缺陷而遭到切除或受損之所有或部分臉部外部部位所需的假體 • 尿失禁乳霜和尿布 **本理賠說明於下頁待續**	$0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，則對於門診就診期間提供的外部假體或矯形裝置和用品（包括傷口護理用品），以及手術靴，您需支付以下**共保額**，具體取決於您入保的計劃。 • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%**

承保服務		您需支付的費用
	假體和矯形裝置和相關用品†（續） 我們給付與假體和矯形裝置相關的某些用品。修理或置換假體和矯形裝置的費用亦屬於我們的承包範圍。 我們在白內障切除或白內障手術後提供部分承保。有關詳細資訊，請參閱列於本表後方的「視力保健」。 我們也承保不屬於 Medicare 承保範圍的項目： • 門診就診時提供的某些術後使用醫療靴 • 用於性功能障礙的真空勃起裝置 • 傷口護理醫療上所必需的某些皮膚保護膜、保護劑、保濕劑、軟膏 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： • 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 • 該用品屬於加州醫療保健輔助計劃承保範圍 • 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。承保範圍僅限於費用最低、充分符合您醫療需求的設備用品。我們選擇供應商。	• North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **透過手術植入的內部裝置需 $0**。
	肺部復健服務 為中度至極重度的慢性阻塞性肺部疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 會員的肺部復健計劃，屬於我們的給付範圍。您必須持有醫囑，才能進行由醫生或治療慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 之保健業者提供的肺部復健。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。

承保服務		您需支付的費用
	丙型肝炎病毒感染篩檢 如果您的基本保健醫生或其他合格的保健業者安排一次丙型肝炎篩檢，並且您符合以下條件之一，我們將承保一次丙型肝炎篩檢： • 您因目前或過去曾使用非法注射藥物而屬於高風險族群。 • 您在 1992 年之前曾接受過輸血。 • 您出生於 1945-1965 年之間。 如果您出生於 1945-1965 年之間且不屬於高風險人士，我們將給付一次篩檢費用。如果您屬於高風險族群（例如，自上次丙型肝炎篩檢測試結果呈陰性以來，您一直繼續使用非法注射藥物），我們將每年承保一次篩檢。	$0
	敏感性服務 除了本福利表中「計劃生育服務」和「性傳染病感染 (Sexually transmitted infections, STI) 篩檢和諮詢」中所述的服務外，我們還涵蓋敏感性服務，例如性侵犯護理、懷孕測試和諮詢以及門診墮胎服務。 針對妊娠測試、家庭生育計劃服務、避孕服務或性接觸傳染服務，醫生或診所不一定要隸屬於 Kaiser Permanente 的網絡。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 網路之外的 Medi-Cal 保健業者的協助，請致電會員服務部。 由網絡外保健業者提供且與敏感性服務無關的服務可能無法獲得承保。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。	$0

承保服務	您需支付的費用
性傳染病感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 篩檢與諮詢 我們給付披衣菌、淋病、梅毒和乙型肝炎篩檢。為懷孕女性以及性傳染病感染 (STI) 風險較高的人士承保這些篩檢。基本保健業者必須開立醫囑以進行檢查。我們每 12 個月承保一次這些檢驗，或在懷孕期間的特定時間承保這些檢驗。 針對有性生活且屬於性傳染病感染 (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。	$0
專業護理院 (SNF) 醫療護理 有關專業護理院醫療護理的定義，請參閱**第 12 章。** 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（無需事先住院）： • 雙人病房，或如有醫療上必要的單人病房 • 膳食，包含特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療及言語治療 • 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 • 由專業護理院 (SNF) 提供的醫療和手術用品 • 由專業護理院 (SNF) 提供的化驗 • 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設備，例如輪椅 • 醫師/醫護人員服務 您通常經由網路內的機構取得專業護理院 (SNF) 醫護服務。在特定情形下，您也可能無法在我們的網絡內設施中獲得醫療護理。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： • 護理設施，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	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 每個福利期我們最多承保 100 天。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您每福利期需支付以下費用： • **第 1-20 天，每天 $0**。 • **第 21-100 天 $221**。 理賠期是從您前往屬於 Medicare 承保範圍之專業護理院 (SNF) 的第一天開始計算。當您未在任何 SNF 作為住院患者連續達 60 個日曆日時，理賠期即終止。

承保服務		您需支付的費用
	戒菸及停止使用菸草製品 符合以下條件的門診和住院患者可享有戒菸及戒除菸草使用諮詢： • 使用菸草者，不論是否已出現與菸草使用相關疾病的徵兆或症狀 • 在諮詢過程中具有行為能力且意識清楚 • 由合格的醫生或其他經聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的執業人員提供諮詢 我們每年承保兩次戒菸嘗試（每次嘗試最多包含四次中級或密集療程，每年最多可進行八次療程）。	$0
	慢性疾病的特殊補充福利 - 僅適用於南加州會員** 健康食品福利是慢性疾病的特殊補充福利，提供給所有符合條件的南加州會員。 具有特定慢性病症且符合特定條件的合格會員將能夠使用每季非處方 (OTC) 津貼，在線上以及簽約零售商店購買核准的食品，例如農產品。核准食品清單可能會變更。您的卡片將於 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日重新充值。 每季任何未使用的額度部分將不會累積到下一季。 符合資格的食品項目的承保金額以您卡上的餘額為限。如果限額用完後還有待給付的剩餘金額，則您必須使用其他付款方式。費用和最低訂購要求視零售商而異。請先在結帳頁面檢閱關於費用的詳細資訊，再進行網路下單。將會提示您進入另一種付款形式，以支付任何小費、費用或非承保項目。 此福利僅提供給計劃認可、符合福利資格條件且具有下列情況的南加州會員： • 慢性酒精濫用障礙和其他藥物濫用障礙 (SUD) • 自身免疫障礙 • 癌症 • 心血管病症 • 慢性心力衰竭 • 失智症 • 糖尿病 • 過重、肥胖和代謝症候群 • 慢性胃腸疾病 • 慢性腎臟病 (CKD) • 重度血液病症 **本理賠說明於下頁待續**	**南加州會員：** 若您符合 SSBCI 資格，您也可以使用本福利表中「非處方 (Over-the-counter, OTC) 藥物」列描述的每季 OTC 津貼來購買健康食品。您可以決定如何在 OTC 藥品和健康食品之間使用額外健康福利卡的津貼。 **北加州會員無法獲得承保。**

承保服務	您需支付的費用
慢性疾病的特殊補充福利 – 僅適用於南加州會員（續） • 人類免疫缺乏病毒 (HIV)/愛滋病 • 慢性肺臟病症 • 慢性和失能精神健康病症 • 神經病症 • 中風 • 器官移植後醫護 • 免疫不全和免疫抑制病症 • 與認知障礙相關的病症 • 具有機能挑戰並需要類似服務的病症 • 損傷視覺、聽覺（失聰）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性病症 • 需要持續治療服務才能讓個人維持或保留機能的病症 **如何使用您的額外健康福利卡** 若要啟用您的卡片，請撥打 1-833-524-7035 (TTY 711) 並提供您的卡片號碼及會員 ID 號碼，服務時間為每週 7 天，山區標準時間 (MST) 早上 5 點至下午 5 點。啟用卡片後，您可以開始使用卡片取用津貼，以在簽約零售商店和線上商店購買核准的項目。 若您已經有額外健康福利卡，將不會收到新卡。請保存卡片，將可在現有的卡片使用您的福利。 若要設定您的線上帳戶、索取目錄、查看符合資格的項目清單、尋找參與計劃的商店、申請償付、檢查您的餘額和交易記錄、線上購物、提交報銷申請或更換遺失或被盜卡片，請造訪 mybenefitscenter.com 或撥打 1-833-524-7035 (TTY 711)，服務時間為太平洋標準時間 (PST) 每週 7 天上午 5 點至下午 5 點。 若您在使用卡片於簽約零售商購買合格項目時遇到問題，可以使用另一種付款形式完成交易，並提交報銷申請，這將需要收據明細副本。報銷申請需進行裁定流程，且必須在購買日期起 90 天內隨您的付款證明或收據提交。 您也可以造訪 mybenefitscenter.com 並下載 OTC Network 行動應用程式來尋找參與計劃的健康食品和非處方 (OTC)藥品零售商、搜尋符合資格的藥品、查看交易記錄並檢查您的卡片餘額。您還可以在商店使用 OTC 行動應用程式在購物時掃描用品是否符合條件，並在結帳前查看餘額。會員可以直接從 iTunes App Store 或 GooglePlay 下載 OTC Network 行動應用程式。搜索「OTC Network」即可下載。 **本理賠說明於下頁待續**	

承保服務		您需支付的費用
	慢性疾病的特殊補充福利 – 僅適用於南加州會員（續） 注：退出本計劃後，任何未使用的金額將即刻收回。 **健康食品福利屬於慢性疾病的特殊補充計劃。並非所有會員皆符合資格。會員必須有特定慢性疾病，例如糖尿病、肥胖症、心血管疾病、骨關節炎或慢性腎臟病，才能符合資格。有其他疾病可能會讓您符合該福利的資格。無法單獨根據您的疾病保證此福利的資格。必須先符合所有適用資格要求，才能提供福利。如需詳細資訊，請聯絡我們。	
	監督運動治療 (SET) 經由負責周邊動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 治療的醫生進行 PAD 轉介的會員，且針對 PAD 症狀所進行的監督運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET)，亦屬於我們的給付範圍。 本計劃給付： • 若符合所有監督運動治療 (SET) 的條件要求，在 12 週內可進行最多 36 個療程 • 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 SET計劃必須： • 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 • 需受醫生、醫生助理 (PA) 或護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS) 的直接監督，這些人員必須受過基本和進階維生技能的訓練	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	交通運輸：非急診醫療交通運輸 **Medicare 保險**：由網絡保健業者開醫囑後，本計劃承保醫療上必要的非急診醫療患者轉送服務，包括由持照擔架/輪床或輪椅接送車轉送至住家（必須在100英里範圍內）、專業護理院，或在下列情況後立即轉送至提供較高層級醫護服務的設施： • 接收患者住院，或 • 特定急診、緊急醫護或門診醫院就診。 **本理賠說明於下頁待續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	交通運輸：非急診醫療交通運輸（續） **Medi-Cal保險：**此項福利允許為本計劃和 Medicare 所涵蓋的服務提供醫療轉送服務。這可能包括：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。 以下情況為經由認可的運輸方式： • 您的醫療保健業者判定您的醫療和/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** • 需要事先授權，您需要致電您的計劃以安排行程 如需關於如何申請非急診醫療交通運輸的資訊，請參閱**第 3 章**。	與保健業者討論，取得轉介至 Medi-Cal 承保的醫療交通接送服務。
	交通運輸：非醫療交通運輸服務† 此理賠福利允許以汽車、計程車或公共/私人交通工具等其他方式前往醫療服務機構。 為了獲取 Medi-Cal 承保的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。 Medi-Cal和 Medicare 同時承保轉送服務。 如需關於如何申請非醫療交通運輸的資訊，請參閱**第 3 章**。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	緊急需求醫護服務 緊急需求醫護服務是為了治療以下情況而提供的醫護服務： • 需要立即進行醫療護理的非急診病情，**或** • 未預見的疾病，**或** • 受傷，**或** • 需要立即進行醫療護理的情況。 如果您需要緊急需求護理，應先嘗試從網絡保健業者處取得。不過，當您因時間、地點或情況而無法前往網絡保健業者處，或者從網絡保健業者處獲取此服務不合理時（例如，當您不在本計劃服務區內，並且您因不可預期的疾病需要立即獲得醫療所需的服務，但這不屬於醫療急診病情），您可以使用網絡外保健業者。 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。 **本理賠說明於下頁待續**	**診所就診** $0 **急診部就診** $0 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據就診支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115**

承保服務		您需支付的費用
	緊急需求醫護服務（續）	• North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	視力保健 下列屬於我們的給付範圍： • 每年一次的例行性眼科檢查	$0 與保健業者討論並獲得眼科醫生轉診。
	針對眼部疾病與損傷的診斷和治療的門診醫生服務，亦屬於我們的給付範圍。例如，治療老年性黃斑部退化。	$0 與保健業者討論並獲得眼科醫生轉診。 **如果您失去完整範圍的 Medi-Cal 保險**，您應根據**至眼科醫生處就診**支付下列費用，具體取決於您入保的計劃： • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

承保服務	您需支付的費用
針對青光眼的高危險群，每年進行一次的青光眼篩檢亦屬於我們的承保範圍。青光眼高危險人群包含： • 有青光眼家族病史的人 • 患糖尿病的人 • 年滿50歲的非裔美國人 • 年滿65歲的西班牙裔美國人 針對糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年可獲得一次承保。	$0 南加州會員，與保健業者討論並取得轉診。
白內障手術後提供的矯正鏡：我們給付下列事項： • 醫生為植入眼內晶狀體而進行的每一次白內障外科手術後，我們會給付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 • 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。即使您在第一次手術後沒有取得一副眼鏡，您也無法在第二次手術後同時取得兩副眼鏡。 • 在摘除白內障之後且未植入晶狀體的情況下所需的矯正鏡片/鏡框（及替換）	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 **註：**如果您所購買的矯正鏡費用超過 Medicare 的承保範圍，您將需支付差額。
眼鏡和隱形眼鏡：我們每 12 個月提供一次承保額，供您用於購買由本計劃驗光設施提供的矯正鏡，但條件是醫生或驗光師有針對視力矯正為您開眼鏡或隱形鏡片的處方。承保額可用於支付下列項目： • 眼鏡鏡片，但條件是鏡片需由網絡保健業者裝入鏡框 • 眼鏡鏡框，但條件是兩片鏡片（至少其中一片鏡片必須具有屈光度）需由網絡保健業者裝入鏡框 • 隱形鏡片、配驗和配發 如果我們在先前 12 個月內已提供過鏡片或鏡框的承保額（或者為鏡片或鏡框承保過），我們將不會再提供承保額。 補助僅可用於首次購買。如果您在首次購買時並未將承保額用完，您之後將無法再使用。 **本理賠說明於下頁待續**	與保健業者討論並獲得轉診。 您根據您計劃的津貼支付$0： • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500** • South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350** • North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350** • North P24 – **$350** • North P25 – **$350**

承保服務		您需支付的費用
	視力保健（續）	如果您所購買的眼鏡用品費用超過計劃的允許額，**您將必須支付差額。**
	替換鏡片：如果您在我們提供眼鏡鏡片或隱形鏡片承保額（或以其他方式承保）後，於首次購買眼鏡鏡片或隱形鏡片之日起 12 個月內，單眼或雙眼的處方度數變化至少達 .50 屈光度，我們將為處方度數變化達 .50 屈光度的那隻眼睛提供同類型替代用品（眼鏡鏡片或隱形鏡片、驗配及配發）購買價格的承保額。可用於購買上述任一類替換鏡片的補助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**。	與保健業者討論並獲得轉診。 如果您購買的單視鏡片費用超過 **$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。**
	特殊隱形鏡片：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： • 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透過眼鏡鏡片達成，則我們將會承保一付隱形鏡片（包括配驗和配發）或首副拋棄式隱形鏡片（包括配驗和配發），每12個月不超過一次。 • 然而，如果我們已在先前12個月內提供過隱形鏡片的補助（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，但這不包括適用於無虹膜症所需的承保隱形鏡片	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	Medi-Cal 承保範圍內的眼鏡鏡片：完整眼鏡（鏡框和鏡片）：Medi-Cal 每 24 個月承保一副完整眼鏡，需有有屈光度至少達 0.75 的有效處方。 **眼鏡鏡片：**我們將會透過 DHCS 的眼鏡鏡片供應商為您訂購新眼鏡或替換眼鏡。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 的供應商無法為您製作眼鏡鏡片而必須做此安排，您無需支付額外費用。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。 **眼鏡鏡框：**我們承保費用為 **$80** 或以下的新鏡框或替換鏡框。如果您選擇費用超過 **$80** 的鏡框，您將必須支付鏡框費用與**$80**之間的差額。 **本理賠說明於下頁待續**	$0 與保健業者討論並獲得轉診。 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。**

承保服務		您需支付的費用
	視力保健（續） **在24個月內替換眼鏡：**如果您處方的屈光度變更至少達 0.50，或者您的眼鏡遺失、遭竊或損壞（且無法修復）而這並非您的過錯，則替換眼鏡可獲得我們的承保。您必須提供一份說明給我們，向我們解釋您的眼鏡是如何遺失、遭竊或損毀。如果您取得眼鏡尚未超過 24 個月，替換的鏡框將會與您舊的鏡框款式相同（最多 **$80**）。	
	弱視輔具：若符合下列情況，我們也根據 Medi-Cal 承保弱視輔具： • 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 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。	$0 與保健業者討論並獲得轉診。
	「歡迎加入 Medicare」預防性就診 本計劃承保一次性的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。就診項目包含： • 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。 **註：**我們僅會在您享有 Medicare B 部分的前 12 個月期間承保「歡迎加入 Medicare」預防保健就診。當您約診時，請告知您醫生的診所您想預約「歡迎加入 Medicare」預防保健就診。	$0

E. 社區支援

您可獲得根據您的個人化護理計劃提供的支援。社區支援是具有醫療適當性和經濟效益的替代服務或場所，以用於取代 Medi-Cal 州政府計劃所承保的服務或場所。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。它們不會取代您根據 Medi-Cal 已享有的福利。

下列是社區支援服務的例子。這些服務並非在所有區域皆有提供。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。

社區支援	說明	哪些人有資格
輔助生活設施 (ALF) 過渡	這些服務可協助個人居住在社區及/或避免入住機構設施。服務的目標是促進自護理設施恢復為家庭般的社區環境，和/或防止迫切需要入住護理設施的會員入住專業護理設施。	具有以下情況的會員： • 已在護理設施居住 60 天以上，想移到輔助生活設施 (ALF) 並能在 ALF 安全居住；**或** • 目前居住於社區，想留在社區，能在 ALF 安全居住，需要護理設施等級的醫護，但不想移入護理設施，選擇在 ALF 接受這些服務
氣喘改善措施	其中包括為了確保該人士的健康、福祉及安全所需，或者為了讓該人士能夠在家中生活而降低急性哮喘發作的可能性，所做的必要住家環境實體改造。	如福利表所述，會員透過哮喘預防服務 (APS) 福利，在過去 12 個月內完成居家環境誘發評估
社區或居家過渡服務	其中包括該人士從持照設施安排轉換至私人住所之生活安排所需的非重複性安置費用，且該人士必須直接負擔自己的生活費用。	具有以下情況的會員： • 目前正在接受醫療上必要的護理設施等級醫護服務，並選擇過渡至居家繼續接受醫護服務；**以及** • 已在護理設施和/或康復護理環境內居住 60 天以上；**和** • 想要移回社區生活；**以及** • 能夠在適當且合乎成本效益的支援下，安全地居住在社區

社區支援	說明	哪些人有資格
日間康復	這些服務是在個人的住家或在住家以外的非設施場所提供。日間康復計劃旨在協助個人獲得、恢復和改善必要的自我幫助、社交及適應能力，以讓其可以順利地居住在其原本的環境中。	具有以下情況的會員： • 正經歷無家可歸；**或** • 已脫離無家可歸的狀態且在最近 24 個月內有居所可住；**或** • 有無家可歸或入住醫療院所的風險，且其住房穩定性可透過參與日間復健計劃獲得改善
環境無障礙適應改造（居家改造）	這些服務包括為了確保該人士的健康、福祉及安全所需，或者為了讓該人士能夠在家中更獨立地生活而不會發生參與者需要進入機構的情況，所做的必要住家實體改造。	有入住護理設施風險的會員。
住房訂金	這些服務旨在協助找到、協調、取得必要的一次性服務和改造或提供相關資金，以讓該人士能夠擁有不視為食宿服務的基本住房。	具有以下情況的會員： • 符合住房與城市發展部 (HUD) 無家可歸或無家可歸風險族群的定義和一或多項臨床風險因子；**或** • 經判定符合享有過渡期租金服務的資格；**或** • 可優先透過當地無家協調登錄系統或類似系統獲得永久支援住房單位或租房津貼資源的會員也有資格獲得住房服務
租房與維持服務	這些服務提供租房與維持住房服務，目標是要在獲得住房之後，維持安全且穩定的租賃關係。	具有以下情況的會員： • 符合住房與城市發展部 (HUD) 無家可歸或無家可歸風險族群的定義和一或多項臨床風險因子；**或** • 經判定符合享有過渡期租金服務的資格；**或**

社區支援	說明	哪些人有資格
		• 可優先透過當地無家協調登錄系統或類似系統獲得永久支援住房單位或租房津貼資源獲得住房服務
住房轉換/引導服務	這些服務旨在協助會員取得住房，且服務內容包含進行房客篩選以及住房評估、個人化住房支援計劃及取得住房。	具有以下情況的會員： • 符合住房與城市發展部 (HUD) 無家可歸或無家可歸風險族群的定義和一或多項臨床風險因子；**或** • 經判定符合享有過渡期租金服務的資格；**或** • 可優先透過當地無家協調登錄系統或類似系統獲得永久支援住房單位或租房津貼資源的會員也有資格獲得住房服務
醫療客製化餐點／醫療輔助食品	這些服務包括 1) 在家中為會員提供醫療客製化餐點，以滿足患有慢性病之會員的特殊飲食需求，這些餐點是由持照營養專業人員客製而成；且/或 2) 對醫療有幫助的飲食和營養服務。	患有嚴重或慢性疾病，需要注意營養的會員。
個人護理和家事服務	這些服務提供日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADL) 和工具性日常生活活動 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 方面的協助。	具有以下情況的會員： • 有住院或入住護理設施的風險；**或** • 有身體機能缺陷且沒有其他適當的支援系統：**或** • 已取得居家支援服務的核准

社區支援	說明	哪些人有資格
康復護理（醫療暫息）	這些服務包括針對不再需要住院但仍需要從受傷或疾病中痊癒的人士，以及針對居住環境不穩定會導致病況惡化之人士所提供的短期住宿醫護服務。	具有以下情況的會員： • 需要恢復以療癒受傷或疾病；**以及** • 符合住房與城市發展部 (HUD) 無家可歸或無家可歸風險族群的定義
喘息護理服務	這些服務乃短期提供，因為通常照顧和/或監督他們的人不在或需要放鬆，並且屬於非醫療性質。此項服務與醫療喘息護理/康復護理不同，僅供看護人休息之用。	會員居住在社區，目前日常活動 (ADL) 能力受損，依賴提供支援的合格照顧者並需要照顧者喘息，以避免會員接受機構安置。
戒酒中心	這些設施旨在作為替代場所，收留那些在公眾場所被發現受到酒精或藥物影響，且可能轉為送往急診部或監獄的人士。戒癮中心為這些個人，主要是那些無家可歸或居無定所的人士，提供一個安全、充滿支持的環境以協助其戒癮。	具有以下情況的會員： • 年滿 18 歲；**以及** • 處於受到酒精或藥物影響的狀態，但意識清醒、願意配合、可以行走、沒有暴力行為且沒有任何嚴重緊急醫療問題（包括危及性命的戒斷症狀或明顯的潛在症狀）；**以及** • 可能轉為送往急診部或監獄；**或** • 在急診部就診且適合轉送到戒癮中心
過渡期租金	對臨時或永久環境提供最多 6 個月的租賃協助。	具有以下情況的會員： • 具有一個或多個合格的臨床風險因素；**以及** • 符合住房與城市發展部 (HUD) 無家可歸或無家可歸風險族群的定義；**以及** • 將自兩種符合資格的環境之一過渡：

社區支援	說明	哪些人有資格
		○ 將自機構或群居環境轉出 ○ 將自監禁環境轉出

如果您需要協助或想瞭解哪些社區支援適合您，請致電會員服務部，電話：1-800-443-0815 (TTY 711)，或致電您的醫護協調員。

F. 本計劃外承保的福利

我們不承保下列服務，但這些服務可透過Medi-Cal收費服務取得。

F1. 加州社區轉換(CCT)

加州社區轉換 (California Community Transitions, CCT) 計劃使用當地領導組織，協助居住在住院設施連續至少 60 天的合格加州醫療保健輔助計劃受益人，轉換回社區環境並安全地待在社區。加州社區轉換 (CCT) 計劃在轉換前以及轉換後 365 天期間，資助過渡協調服務，以協助受益人回到社區環境。

您可以透過您居住郡縣的任何加州社區轉換 (CCT)領導組織取得過渡協調服務。您可以在保健服務部網站 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT 找到加州社區轉換 (CCT) 領導組織清單以及服務所在郡縣。

對於加州社區轉換 (CCT) 過渡協調服務

Medi-Cal 給付過渡協調服務。您無需為該服務支付任何費用。

對於與加州社區轉換 (CCT) 過渡無關的服務

保健業者將依據您的服務向我們收取費用。我們的計劃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。

若您取得加州社區轉換 (CCT) 過渡協調服務，我們會給付 **D 節**福利表中列出的服務。

藥物承保福利沒有變更

加州社區轉換 (CCT) 計劃不承保藥物。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**。

註：如果您需要非加州社區轉換 (CCT) 過渡的醫護服務，請致電您的醫護協調員以進行安排。非加州社區轉換 (CCT) 過渡醫護服務是與從機構或設施過渡**無關**的醫護服務。

F2. Medi-Cal牙科

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃取得。更多資訊可見於 smilecalifornia.org 網站。Medi-Cal 牙科計劃涵蓋但不限於以下服務：

- 初步檢查、X光檢查、清潔、封填劑和塗氟治療

- 修復和牙冠
- 根管治療
- 局部和全口假牙、調整、修復和換底墊

如需有關 Medi-Cal 牙科提供之牙科福利的更多資訊，或者如果您需協助以尋找接受加州醫療保健輔助計劃的牙科醫生，請聯絡客戶服務部專線：1-800-322-6384（TTY 使用者請撥打 1-800-735-2922）。此為免費電話。Medi-Cal 牙科的代表可在週一至週五上午 8 點至下午 5 點為您提供幫助。您也可以瀏覽網站 smilecalifornia.org 瞭解更多資訊。

在 Sacramento 和 Los Angele s縣，您可以透過牙科管理式保健 (Dental MC) 計劃獲得 Medi-Cal 牙科福利。如果您想瞭解有關 Medi-Cal 牙科計劃的更多資訊或想要進行更換，請在週一至週五上午 8 點至下午 6 點，撥打 1-800-430-4263（TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077）聯絡保健服務選項部。此為免付費電話。也能在這裡找到牙科管理式保健計劃聯絡人：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

F3. 居家支援性服務 (IHSS)

- 居家支援服務 (IHSS) 計劃可幫助向為您提供服務的加入計劃之保健業者支付服務費用，以便您可以安全地留在自己的家中。可將 IHSS 視為護理院或寄宿和醫療護理機構等家庭以外醫療護理的替代方案。
- 為獲取服務，需要進行評估，以確定根據每位參與者各自的需求可授權哪些類型的服務。可透過居家支援服務 (IHSS) 授權的服務類型包括房屋清潔、餐食準備、洗衣、雜貨購物、個人護理服務（如腸道和膀胱護理、沐浴、美容和輔助醫療服務）、陪同醫療約診，以及對精神障礙者的保護性監督。
- 您的醫護協調員可以幫助您向您所在縣的社會服務機構申請 IHSS。 您所在縣適用的聯絡資訊可見於**第 2 章I節**或在 https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices 找到

F4. 1915(c) 居家與社區式服務 (HCBS) 豁免計劃

輔助生活豁免 (ALW)

- 輔助生活豁免 (Assisted Living Waiver, ALW) 為符合 Medi-Cal 資格的受益人提供了在輔助生活環境中居住的選擇，作為長期安置在護理院的替代方案。ALW的目標是促進護理院恢復為家庭般的社區環境，或阻止急需入住護理院的受益人入住專業護理院。
- 已入保 ALW 計劃的會員可以繼續保持入保狀態，同時也能享有本計劃提供的福利。我們的計劃會與您的 ALW 醫護協調機構合作，協調您獲得的服務。
- ALW目前僅在下列縣提供：Alameda、Contra Costa、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara和Sonoma。
- 您的醫護協調員可以幫助您申請ALW。 您可在以下網站找到ALW計劃護理協調機構的清單：https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

針對具有發展障礙之加州人士的家庭和社區服務 (HCBS) 豁免(HCBS-DD)

針對發展障礙人士的加州自決計劃 (Self-Determination Program, SDP)豁免

- 有兩項 1915(c) 豁免，即針對發展障礙人士的家庭和社區服務 (HCBS-DD) 豁免和針對發展障礙人士的加州自決計劃 (SDP)豁免，旨在為被診斷患有發育障礙的人提供服務，此類障礙在個人 18 歲生日之前開始，預計將無限期地持續下去。這兩項豁免都是資助特定服務的一種方式，這些服務允許發育障礙人士住在家裡或社區，而不是住在持照醫療健康設施。這些服務的費用由聯邦政府的 Medicare 計劃和加州共同資助。您的醫護協調員可以幫助您聯絡發展障礙 (DD) 豁免服務。

家庭和社區服務替代方案 (HCBA) 豁免

- 家庭和社區服務替代方案 (HCBA) 豁免旨在為面臨護理院或機構安置風險的人員提供護理管理服務。醫護管理服務由護士和社工組成的多科目醫護管理團隊提供。該團隊會協調豁免和州計劃服務（例如醫療、行為健康、居家支援服務等），並安排當地社區提供的其他長期服務和支援。護理管理和豁免服務會在參與者的社區住所提供。該住所可以是私人擁有的、透過租戶租賃協議獲得保障，也可以是參與者家人的住所。

- 已入保家庭和社區服務替代方案 (HCBA) 豁免計劃的會員可以繼續保持入保狀態，同時還可以享有本計劃提供的福利。本計劃會與您的 HCBA 豁免機構合作，協調您獲得的服務。

- 您的醫護協調員可以幫助您申請 HCBA。您可以在以下網站找到 HCBA 豁免機構清單：家庭和社區服務替代方案豁免 | DHCS

Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP)旨在為愛滋病毒感染者提供全面的個案管理和直接醫護服務，作為護理院醫護或接收住院的替代方案。個案管理是以參與者為中心的團隊方式，由註冊護士和社工個案經理組成。個案經理會與參與者和基本保健業者、家人、看護人和其他服務提供者合作，評估醫護需求，以使參與者留在家中和社區內。

- MCWP的目標是：(1) 為可能需要機構服務的愛滋病毒感染者提供家庭和社區服務；(2) 協助參與者進行愛滋病健康管理；(3) 增加獲得社會和行為健康支援的機會；(4) 協調服務保健業者並消除重複服務。

- 已入保加州醫療保健輔助計劃豁免計劃 (MCWP) 豁免計劃的會員可以繼續保持加州醫療保健輔助計劃豁免計劃 (MCWP) 豁免狀態，同時還可以享有本計劃提供的福利。本計劃會與您的 MCWP 豁免機構合作，協調您獲得的服務。

- 您的醫護協調員可以幫助您申請 MCWP。 可在下列網站找到 MCWP 豁免機構清單：https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

多方位年長者服務計劃 (MSSP)

- 多方位年長者服務計劃 (MSSP) 旨在提供社會和保健管理服務，幫助個人留在自己的家中和社區內。

- 雖然大多數計劃參與者還同時接受居家支援服務，但 MSSP 旨在提供持續的醫護協調，將參與者與其他所需的社區服務和資源聯繫起來，與保健業者進行協調，並購買一些無法透過其他方式獲得的所需服務，以防止或延遲入住機構。醫護管理和其他服務的年度綜合成本必須低於在專業護理院接受醫護服務的成本。
- 由健康和社會服務專業人員組成的團隊會為每個 MSSP 參與者提供完整的健康和社會心理評估，以確定所需的服務。然後，該團隊會與 MSSP 參與者、他們的醫生、家人和其他人合作制定個性化醫護計劃。服務項目包括：
    - 醫護管理
    - 成人日間護理
    - 小規模房屋維修/保養
    - 補充性質的居家、個人醫護和保護性監督服務
    - 喘息護理服務
    - 患者轉送服務
    - 諮詢和治療服務
    - 膳食服務
    - 溝通服務
- 已入保多方位年長者服務計劃 (MSSP) 豁免計劃的會員可以繼續保持 MSSP 豁免狀態，同時還可以享有本計劃提供的福利。我們的計劃會與您的 MSSP 保健業者合作，協調您獲得的服務
- 您的醫護協調員可以幫助您申請 MSSP。可在下列網站找到 MSSP 保健業者機構清單：aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

F5. 本計劃外提供的縣政府行為健康服務（精神健康與藥物濫用障礙服務）

您有權獲得醫療上必要的且符合 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍的行為健康服務。我們提供由 Medicare 和 Medi-Cal 管理式保健承保的行為健康服務。本計劃並不提供 Medi-Cal 的專業精神健康或縣藥物濫用障礙服務，但您可以透過您所在縣的行為健康機構獲得這些服務。

若您符合接受專業精神健康服務的條件，您可透過縣精神健康計劃 (MHP) 取得 Medi-Cal 專業精神健康服務。由您所在縣的精神健康計劃 (MHP) 提供的 Medi-Cal 專業精神健康服務涵蓋：

- 精神健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療服務
- 日間復健
- 危機介入服務
- 危機穩定服務

- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務
- 精神健康設施服務
- 精神病住院服務
- 目標個案管理
- 同儕支援服務（在適用情況下）
- 社區式行動危機介入服務（在適用情況下）
- 行為治療服務
- 治療性寄養服務
- 涉及司法的重返社會（在適用情況下）
- 積極性社區治療 (ACT)
- 司法積極性社區治療 (FACT)（在適用情況下）
- 協調專業醫護 (CSC)，適合首次精神病發作 (FEP)（在適用情況下）
- 俱樂部服務（在適用情況下）
- 增強社區健康工作者 (CHW) 服務（在適用情況下）

您可以透過所在縣的行為健康機構獲得 Medi-Cal 藥物 (Drug Medi-Cal, DMC) 服務，前提是您符合接受這些服務的條件。

- 密集門診治療服務
- 藥物濫用障礙住院治療
- 門診治療服務
- 麻醉藥治療計劃
- 成癮治療藥物（亦稱藥物輔助治療）
- 同儕支援服務（在適用情況下）
- 社區式行動危機介入服務（在適用情況下）

Medi-Cal 藥物安排給藥系統 (DMC-ODS) 的服務涵蓋：

- 門診治療服務
- 密集門診治療服務
- 部分接收住院服務
- 成癮治療藥物（亦稱藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉藥治療計劃

- 康復服務
- 醫護服務協調
- 同儕支援服務（在適用情況下）
- 社區式行動危機介入服務（在適用情況下）
- 應急管理服務（在適用情況下）
- 住院治療服務

除上列服務外，若您符合條件，則可接受自願性質的住院解毒服務。

G. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

本節將向您介紹本計劃不包含的福利。「除外項目」是指該福利不屬於我們的給付範圍。Medicare 和 Medi-Cal 也不會支付這些費用。

以下清單說明了我們在任何情況下都不會承保的某些服務和項目，以及在特定情況下的除外項目。

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，本計劃也不會支付服務費用。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。如需上訴相關資訊，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：

- 依照 Medicare 和 Medi-Cal ，屬於非「合理且醫療上必要的」服務，除非我們將該項服務列為承保服務。除外項目不適用於本計劃承保但是 Original Medicare 不承保的服務或用品。
- 實驗性醫療和外科手術、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）。
- 例行足保健（**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。

- 自然療法服務（使用自然或替代治療）。
- 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。不過，當退伍軍人在 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，此不受保項目則不適用。
- 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。此不受保項目不適用於下列項目：
    - 在承保重建手術期間植入的睪丸植入物。
    - 全乳房切除手術或乳房腫塊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。
- 一次性用品。Medi-Cal 承保範圍不包括下列一次性家庭用品，如繃帶、紗布、膠帶、防腐劑、敷料、自黏彈性繃帶。此不受保項目不適用於和福利表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。
    - 居家照護。
    - 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。
- 不孕症服務：
    - Medi-Cal 承保範圍不包括協助懷孕的服務，包括不孕症服務、人工授精和輔助生殖技術服務。Medi-Cal 不承保避孕服務。
    - Medicare 不承保透過人工方式受孕，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社區支援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「遊戲教學」的不受保項目不適用於屬於行為健康治療計劃之一部分且屬於本章之承保項目的服務。
- 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）。

- 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：
  - 居家照護。
  - 安寧護理與姑息護理。
  - 復健和康復服務。
  - 專業護理機構服務。
- 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：
  - 居家照護。
  - 安寧護理與姑息護理。
  - 復健和康復服務。
  - 專業護理機構服務。
- 個人護理服務（監督護理），像是日常活動協助（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福利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/中期護理/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 (Food and Drug Administration, FDA) 核准才可在美國販售，但未獲得得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。
- 由未持照人士所進行的服務。承保範圍通常不包括可由不需持有州政府保健服務執照或證照之人士安全有效提供的服務，且會員的病情無需由持照保健業者提供服務。此不受保項目不適用於下列承保服務：
    - 為您核准的社區支援。
    - 陪產員服務。
    - 社區健康工作者服務。
- 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本*《會員手冊》*的承保範圍。

第 5 章：取得門診藥物

前言

本章會說明獲取門診藥物的規定。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》的**第 6 章**說明您為這些藥物支付的費用。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本*《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。若要進一步瞭解哪些 Medicare B 部分藥物屬於承保範圍，請參閱本*《會員手冊》***第 4 章的福利表。**
- 除了本計劃的 Medicare D 部分和醫療承保福利外，如果您正在接受 Medicare 安寧護理，您的藥物可能會由 Original Medicare 承保。如需瞭解更多資訊，請參閱**第 5 章F3節**「在 Medicare 認證的安寧服務計劃」。

本計劃門診藥物的承保規定

只要您遵守本節中的規則，我們通常會承保您的藥物。

您必須讓保健業者（醫生、牙科醫生、或其他處方醫師）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 (PCP)已轉介您接受護理服務，此人也可能是另一位保健業者。

您的處方醫師必須在 Medicare 的除外項目或排除名單或任何類似 Medi-Cal 名單之外。

通常，您必須使用網絡藥房配領處方藥。（請參閱 **A1 節**以獲取詳情。）或者您可以透過計劃的郵購服務領取處方藥。

您的處方藥必須列於本計劃的*承保藥物清單*。我們將其簡稱為「*藥物清單*」。（請參閱本章的**B節**。）

- 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。

您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。這表示，要使用該藥物，需獲得食品及藥物管理署 (FDA) 核准或有特定醫療參閱資料可以提供佐證。您的處方醫師可能能夠協助確認醫療參考資料，從而為您使用處方藥的要求提供佐證。

您的藥物可能需要根據某些標準獲得本計劃的核准，然後我們才會承保。（請參閱本章的 **C 節**。）

第 5 章 目錄

A. 領取處方藥 161

A1. 在網絡內藥房領取處方藥 161

A2. 領取處方時使用您的會員卡 161

A3. 若您變更網絡內藥房，該怎麼辦 161

A4. 若您的藥房離開網絡，該怎麼辦 161

A5. 使用專科藥房 161

A6. 使用郵購服務取得藥物 162

A7. 取得長期藥量 163

A8. 使用不在本計劃網絡的藥房 164

A9. 向您償還處方藥費用 164

B. 本計劃的藥物清單 164

B1. 藥物清單上的藥物 165

B2. 如何在藥物清單找到藥物 165

B3. 不在藥物清單上的藥物 165

B4. 藥物清單費用分攤層級 166

C. 部分藥物限制 167

D. 可能不承保藥物的原因 168

D1. 取得暫時藥量 168

D2. 請求暫時藥量 169

D3. 請求例外處理 169

E. 藥物承保範圍變更 170

F. 特殊情況下的藥物承保範圍 171

F1. 在醫院或專業護理院於本計劃承保的情況下住院 171

F2. 在長期護理設施 171

F3. 在 Medicare 認證的安寧護理計劃 172

G. 藥物安全及藥物管理計劃 172

G1. 協助安全使用藥物的計劃 172

G2. 協助管理藥物的計劃 172

G3. 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP) 173

A. 領取處方藥

A1. 在網絡內藥房領取處方藥

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。（請參閱 **A8 節**，以瞭解我們在何種情況下會承保您在網絡外藥房配取的處方藥。）

若要尋找網絡內藥房，請參閱《保健業者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部。

A2. 領取處方時使用您的會員卡

若要領取處方藥，請在網絡內藥房**出示您的會員卡**。網絡內藥房會針對您的承保藥物向我們收取我們的費用分攤。您領取處方藥時，可能需要向藥房支付共付額。

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

如果您在配藥時沒有攜帶您的會員卡或福利身份證 (BIC)，請讓藥房致電我們以取得必要資訊，您也可以要求藥房查找您的計劃入保資訊。

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。然後您可以要求我們就我們的分攤部分向您償還費用。**如果您無法支付藥物費用，請立即聯絡會員服務部。**我們將盡我們所能提供協助。

- 若要要求我們向您償還費用，請參閱本《會員手冊》的**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. 若您變更網絡內藥房，該怎麼辦

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. 若您的藥房離開網絡，該怎麼辦

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。

若要尋找新的網絡內藥房，請參閱*《保健業者和藥房名錄》*、瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部。

A5. 使用專科藥房

有時候，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。
- 為護理院等長期護理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。如果您是長期護理設施的住民，我們會確保您可以在該設施的藥房獲得所需的藥物。
    - 如果您的長期護理設施的藥房不在我們的網絡中，或者您在長期護理設施中難以獲得藥物，請和會員服務部聯絡。

- 印第安保健業者 (Indian Health Care Provider, IHCP) 藥房。只要印第安保健業者 (IHCP) 具備參與本計劃的零售藥房，美國印第安人和阿拉斯加原住民會員即可使用該藥房獲取服務。如果您並非美國印第安人或阿拉斯加原住民，當您被分配到該診所或遇到急診情況時，您仍可透過印第安保健業者 (IHCP) 的零售藥房獲得服務。
- 負責發配受食品及藥物管理署 (FDA) 限制僅能在特定地點發配之藥物或需要特殊處理、保健業者協調或用藥教學之藥物的藥房。（註：此情形應極少發生。）
- 若要尋找專科藥房，請參閱*《保健業者和藥房名錄》*、瀏覽我們的網站或聯絡會員服務部。

A6. 使用郵購服務取得藥物

您可使用本計劃的網路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。可透過本計劃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。

本計劃的郵購服務可讓您訂購達100天的藥量。一份 100 天藥量和一個月的藥量共付額相同。

使用郵購領取處方藥

如欲取得以郵購方式配藥的相關資訊，請造訪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 網站安全註冊並線上訂購。
- 撥打您處方計劃所列的電話號碼，然後依照提示（務必在收到提示時選取郵寄送達選項）。
- 撥打以下適用於您計劃的電話號碼：

  South 計劃：1-866-206-2983 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。

  North 計劃：1-888-218-6245 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午8點至下午6點，以及週日上午9點至下午6點。
- 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。

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，郵購處方藥會在 **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，如果您等不及由我們的郵購藥房寄送處方藥給您，您可以致電《保健業者和藥房名錄》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

藥房從保健業者處獲得處方後會和您聯絡，以瞭解您是希望立即配藥還是稍後再配領。

- 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至少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。

您也可以選擇註冊自動續配方案。根據這項計劃，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們將自動開始處理您的下一次續配。藥局會在每次寄出續配藥物之前與您聯絡，以確認您是否需要更多藥物；如果您已有足夠的藥物或藥物已更換，您可以取消預定的續配。

若您選擇不要使用自動續配方案，但仍希望郵購藥房寄送處方藥給您，請在您目前的處方將用完的5天前和您的藥房聯絡。這將確保您的訂單及時運送給您。

如需取消自動郵寄續配服務，請透過以下方式與我們聯絡：

- 撥打以下適用於您計劃的電話號碼：

  Sout h計劃：1-866-206-2983 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。

  North 計劃：1-888-218-6245 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 8 點至下午 6 點，以及週日上午 9 點至下午 6 點；

- 瀏覽我們的網站 kp.org/refill 並按照以下步驟：

View Pharmacy（查看藥局）→ Auto Refill（自動續配）→ Manage Auto Refill（管理自動續配）→ Remove this medication from Auto Refill（從自動續配清單中移除此藥物）

如果您收到郵寄但您不需要的自動續配藥物，您可能符合退款資格。

A7. 取得長期藥量

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。

部分網絡內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。《保健業者和藥房名錄》將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部以取得更多資訊。

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。請參閱 **A6 節**瞭解郵購服務。

A8. 使用不在本計劃網絡的藥房

一般而言，我們僅在您無法使用網絡內藥房的情況下才會給付您在網絡外藥房配取的藥物。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。

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 Medicare 計劃 D 部分承付藥物手冊準則承保您在網絡外藥房所配取的處方藥。
- 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。註：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 天藥量的給付。這些藥物不屬於 Medicare 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。

A9. 向您償還處方藥費用

如果您必須透過網絡外藥房取得藥物，則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。更多資訊可在 Medi-Cal Rx 網站 Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/home/ 找到。

若要進一步瞭解此事項，請參閱本*《會員手冊》*的**第 7 章**。

B. 本計劃的藥物清單

我們有承保藥物清單。我們將其簡稱為「藥物清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的幫助下選擇藥物清單上的藥物。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. 藥物清單上的藥物

我們的藥物清單包括 Medicare D 部分所承保的藥物。

您從藥房取得的大部分藥物都在本計劃的承保範圍內。其他如部分非處方藥 (OTC) 等藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的加州醫療保健輔助計劃受益人會員卡 (BIC)。

我們的藥物清單包括品牌藥、學名藥和生物製品（可能包括生物仿製藥）。

品牌藥是一種以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的藥物。生物製品比典型藥物更複雜。在本計劃的「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。某些生物製品有被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的藥效與品牌藥或原創生物製品的藥效一樣，且費用通常較低。許多品牌藥都有非品牌藥替代品，而部分原始生物製品則有生物仿製藥替代品。有些生物仿制藥是可替換的生物仿製藥，根據州法律，此類藥物可以替代藥房的原研生物製品，且無需新的處方，就像學名藥可以替代品牌藥一樣。

請參閱**第 12 章**，瞭解有關藥物清單可能包含的藥物類型的定義。

B2. 如何在藥物清單找到藥物

若要瞭解您服用的藥物是否在本計劃的藥物清單上，您可以：

- 瀏覽本計劃網站 kp.org/seniorrx。本計劃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劃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。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov) 瞭解更多資訊。
- 利用本計劃的「即時福利工具」(Real-Time Benefit Tool) (kp.org/seniorrx) 在藥物清單上搜尋藥物，以估算您需要支付的費用，並查看藥物清單上是否有可以治療相同疾病的替代藥物。 您也可致電與會員服務部聯絡：

B3. 不在藥物清單上的藥物

我們不一定承保所有藥物。

- 某些藥物未列於我們的藥物清單中，因為法律不允許我們承保這些藥物。
- 在其他情況下，我們決定不將某項藥物納入我們的藥物清單中。
- 在部分情況下，您也許可以獲得不屬於「藥物清單」上的藥物。如需詳細資訊，請參閱**第 9 章**。

我們的計劃不會支付本節所述的藥物類型。這些藥物稱為**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。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：

1. 我們計劃的門診藥物保險（包括 Medicare D 部分）無法支付 Medicare A 部分或 Medicare B 部分已承保的藥物。我們的計劃免費承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的藥物，但這些藥物不視為您的門診藥物福利的一部分。

2. 我們的計劃無法承保在美國或其領土境外購買的藥物。

3. 使用該藥物必須取得食品及藥物管理署 (FDA) 的核准或有某些醫學參閱資料佐證能治療您的病情。您的醫生或其他保健業者可能會開立特定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。這叫做「藥品標籤核准適應症以外使用」。我們的計劃通常不承保藥品標籤核准適應症以外使用的處方藥。

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
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物*
- 用於美容用途或用於促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，但孕婦用維他命和氟化物*製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥物
- 用於治療厭食症、減重或增重的藥物*
- 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

*某些產品可能受Medi-Cal承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) 瞭解更多資訊。

B4. 藥物清單費用分攤層級

藥物清單上的每種藥物均屬於六個層級中的其中一個層級。等級是一組通常屬於同一類型的藥物（例如品牌藥、非品牌藥或非處方藥）。一般而言，成本分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高。

- 層級1：首選非品牌藥物（該層級包括部分品牌藥）。
- 層級2：非品牌藥物（該層級包括部分品牌藥）。
- 層級3：首選品牌藥。
- 層級4：非首選藥物（此層級包括非品牌藥和品牌藥）。
- 層級5：專科層級藥物（此層級包括非品牌藥和品牌藥）。
- 層級6：D 部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如欲瞭解您藥物所屬的成本分擔層級，請查看本計劃藥物清單上的藥物。

本《會員手冊》的**第 6 章說明您為每個層級的藥物支付的金額。**

C. 部分藥物限制

對於某些藥物，會有特殊規定限制本計劃承保的方式和時間。一般而言，本計劃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。

請注意，有時某個藥物可能會不止一次出現在藥物清單中。這是因為相同的藥物可以根據您健康護理的保健業者所開立的藥物劑量、藥量或劑型等因素而有所不同，不同限制可能適用于不同版本的藥物（例如，10 毫克或 100 毫克；每天服用一次或每天服用兩次；藥片或液態藥物。）

如果您的藥物有特殊規定，這通常代表您或保健業者必須採取額外步驟，本計劃才會承保該藥物。
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。如果您或您的保健業者認為本計劃的規定不適用於您的情況，請要求我們採取承保決定流程進行例外處理。我們也有可能會同意（或不同意）讓您在不進行額外步驟的情況下使用該藥物。

若要進一步瞭解要求例外處理，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

1. 在有非品牌藥或可替換的生物仿製藥可用時，會限制品牌藥或原創生物製品的使用。

一般而言，非品牌藥具有和品牌藥或原創生物製品同等的效力且費用通常較低。若品牌藥或原創生物製品有非品牌藥或可替換的生物仿製藥可供使用時，本計劃的網絡內藥房將會為您提供非品牌藥或可替換的生物仿製藥。

- 當有非品牌藥或可替換的生物仿製藥可供使用時，我們通常不會給付品牌藥或原創生物製品的費用。
- 但是，如果您的保健業者告知我們非品牌藥或可替換的生物仿製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，則我們將會承保該品牌藥。
- 您需為品牌藥或原創生物製品支付的共付額可能會高於您需為非品牌藥或可替換的生物仿製藥所支付的共付額。

2. 事先取得計劃核准

對於某些藥物，您或您的處方醫師必須在您配藥前取得本計劃的批准。此流程稱為事先授權。這是為了確保藥物安全，並幫助指導部分藥物的適當使用。如果您未獲得批准，我們可能不會承保該藥物。請致電頁面底部的號碼聯絡會員服務部或瀏覽我們的網站 kp.org/seniorrx。

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，如果通常認為每天只服用一片某種藥物是安全的，我們可能會限制您每次配藥時可以獲得的藥量。

如欲瞭解這些規定當中是否有任何規定適用於某種您正在服用或欲服用的藥物，請查看我們的藥物清單。如需最新資訊，請致電會員服務部或查看我們的網站 kp.org/seniorrx。如果您基於上述任何原因不同意我們的承保決定，您可以請求上訴。請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

D. 可能不承保藥物的原因

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劃的藥物清單上。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。
- 本計劃會承保該藥物，但有特殊規則或承保限制。如上述節中的說明所述，本計劃所承保的部分藥物有限制其使用的規定。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。
- 該藥物屬於承保範圍，但其所屬的成本分擔層級導致您的費用比想象中高。

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，當藥物不在本計劃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. 您一直在服用的藥物：
   - 不再列在本計劃的藥物清單上**或者**
   - 從未列在本計劃的藥物清單上**或者**
   - 現在在某方面受到限制。
2. 您必須屬於下述其中一項情況：

- 您去年在本計劃中。
  - 我們會在**該曆年的前 90 天期間承保暫時藥量。**
  - 此暫時藥量的上限將為 **30** 天藥量。
  - 如果您處方開立的天數較短，我們將會允許您多次配藥，直到我們提供的藥量達到藥物的30天上限為止。您必須在網絡內藥房配領處方藥。
  - 長期護理藥房可能會以一次少量的方式提供您的藥物，以防止浪費。
- 您剛加入本計劃。
  - 我們會承保您擁有本計劃**會員資格的前 90 天期間的暫時藥量。**
  - 此暫時藥量的上限將為 30 天藥量。
  - 如果您處方開立的天數較短，我們將會允許您多次配藥，直到我們提供的藥量達到藥物的 30 天上限為止。您必須在網絡內藥房配領處方藥。

- 長期護理藥房可能會以一次少量的方式提供您的藥物，以防止浪費。

- 您加入本計劃的時間已超過 30 天，並住在一個長期護理設施，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。當您的醫護服務層級發生變化時，您可以申請額外配藥。在此醫護服務等級轉換期間，即使該藥物未列於藥物清單上亦同，我們通常最多會承保您一個月的D部分藥物藥量。

D2. 請求暫時藥量

如需暫時藥量，請致電會員服務。

當您取得藥物暫時藥量時，您應盡快與您的醫護人員洽詢，以決定暫時藥量用完之後該怎麼辦。以下是您的選項：

- 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。
  您和您的保健業者可要求我們作出例外處理。例如，您可以要求我們承保不在本計劃藥物清單上的藥物，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。

D3. 請求例外處理

如果您服用的藥物將於明年從我們的藥物清單中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。
- 如果我們批准您的申請，我們將在變更生效之前授權承保該藥物。

若要進一步瞭解要求例外處理，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。

E. 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（在您能獲得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）。
- 用可替換的生物仿製藥取代原研生物製品。

在變更本計劃的藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 的規定。如需更多關於這些藥物規定的資訊，請參閱 **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劃藥物清單上的藥物一樣，**或者**
- 我們得知藥物不安全，**或者**
- 藥物已自市面下架。

如果您正在服用的藥物承保範圍變更了該怎麼辦？

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：

- 在 kp.org/seniorrx 線上查看我們目前的藥物清單**或**
- 致電本頁底部的會員服務部號碼，查詢目前的藥物清單。

在目前計劃年份期間，我們對藥物清單所進行、並且會影響您的變更

藥物清單中的某些變更將會**立即**生效：例如：

有新的普通藥可供使用。有時，市面上會出現全新非品牌藥或生物仿製藥，且和此藥物清單中的品牌藥或原創生物製品具有相同藥效。如果發生這種情況，我們可能會移除品牌藥並將新的非品牌藥添加進來，但您購買新藥的費用將會維持不變或將更低。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。

- 在進行此變更前，我們可能不會通知，但一旦進行變更，我們即會將完成的具體變更資訊寄送給您。
- 您或您的醫護人員可從這些變更當中申請「例外處理」。我們會向您寄送通知，其中包含您請求例外處理可以採取的步驟。如需更多關於例外處理的資訊，請參閱本手冊的**第 9 章**。

移除不安全的藥物以及已從市場下架的其他藥物。有時某種藥物可能被發現為不安全的，或由於其他原因從市場下架。如果發生此類情況，我們可能會立即將該藥物從藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們將在做出變更後向您寄送通知。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：

- 食品及藥物管理署 (FDA) 提供了新的指引或有關於藥物的新臨床準則。

當這些變動發生時，我們會：

- 對於我們對本計劃的*藥物清單*所做的變更，我們會提前至少 30 天告知您**或**
- 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*上是否有您可改用的類似藥物**或者**
- 您是否應該要求對這些變更進行例外處理，以繼續承保該藥物或您一直服用的藥物版本。若要進一步瞭解要求例外處理，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

在該計劃年度不會對您造成影響的*藥物清單*變更

我們可能會對您現在服用的非上述藥物，做出不會影響您的變更。對於這類變更，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。

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。
如果您正在服用的藥物發生任何這些變更（上一節中提到的變更除外），則該變更在明年 1 月 1 日之前不會影響您的使用。

我們不會在目前年度直接告訴您這些類型的變更。您需要查看下一個計劃年度的*藥物清單*（將在開放入保期提供），以瞭解是否將在下一個計劃年度發生對您有影響的變更。

F. 特殊情況下的藥物承保範圍

F1. 在醫院或專業護理院於本計劃承保的情況下住院

如果您入住醫院或專業護理院且該住院服務屬於本計劃的承保範圍，我們通常會承保您在住院期間的藥物費用。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。

若要進一步瞭解藥物承保範圍以及您支付的費用，請參閱本《會員手冊》的**第 6 章**。

F2. 在長期護理設施

通常，長期護理設施（如護理院）都有其自己的藥房或為其所有住院者提供藥物的藥房。如果您住在長期護理設施中，您可透過該設施的藥房取得您的藥物，但條件是該藥房必須隸屬於本計劃的網絡。

請查看《保健業者和藥房名錄》以瞭解您長期護理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，請聯絡會員服務部。

F3. 在 Medicare 認證的安寧護理計劃

藥物不會同時屬於安寧護理服務和本計劃的承保範圍。

- 您可能會入保 Medicare 安寧服務計劃，並且需要您的安寧服務計劃不承保的特定藥物（例如止痛藥、抗噁心藥物、瀉劑或抗焦慮藥物），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。有關安寧福利的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 4 章**。

G. 藥物安全及藥物管理計劃

G1. 協助安全使用藥物的計劃

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
- 藥量（劑量）可能錯誤
- 含有不安全的鴉片類止痛藥用量

如果我們發現您在用藥上的可能問題，我們將會與醫護人員合作以改正問題。

G2. 協助管理藥物的計劃

我們的計劃有一項可協助有複雜健康需求之會員的計劃。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。該計劃屬於自願性質且免費。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。如果您符合加入該計劃的條件，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。
- 個人藥物清單，包括您服用的所有藥物、服用量、服用時間和原因。
- 有關安全棄置管制處方藥的資訊。

有關您的行動計劃和用藥清單，最好與您的處方醫師討論。

- 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(MTM)計劃對符合資格的會員來說是自願且免費的。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，我們會讓您退出該計劃。

如果您對這些計劃有疑問，請和會員服務部聯絡。

G3. 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有一項計劃可以協助確保會員安全使用鴉片類處方藥，和其他經常遭到濫用的藥物。此計劃稱為「藥物管理計劃」(Drug Management Progrm, DMP)。

如果您使用鴉片類藥物且您透過多名處方醫師或多家藥房取得鴉片類藥物，或者您近期曾有鴉片類藥物過量，我們可能會向您的處方醫師洽詢以確認您的使用鴉片類藥物方式適當且是醫療上必要的。如果我們和您的處方醫師共同判定您使用阿片類處方藥或苯二氮平類 (benzodiazepine) 藥物可能並不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將您列入藥物管理計劃 (DMP) 中，限制可能包括：

- 規定您透過特定藥房取得您所有這些藥物的處方藥
- 規定您透過特定處方醫師取得您所有的阿片類處方藥或苯二氮平類處方藥
- 限制我們為您承保的鴉片類藥物或苯二氮平類藥物藥量。

如果我們要限制您取得這些藥物的途徑或您能得到的藥量，我們會提前向您發出信函。該信函將告知您我們是否會限制對這些藥物的承保，或者您是否需要僅從特定保健業者或藥房取得這些藥物的處方。

您將有機會可以告訴我們您希望使用哪位處方醫師或哪家藥房，以及您認為我們需要瞭解的任何資訊。在您有機會做出回應後，如果我們決定限制您使用這些藥物的承保範圍，我們將向您發送另一封確認限制的信函。

如果您認為我們的決定有誤或者您不同意我們的決定或限制，您和您的處方醫師可以上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的案件並做出新決定。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 (Independent Review Organization, IRO)。（若要進一步瞭解上訴，請參閱本*《會員手冊》*的**第 9 章**。）

如果您有以下情況，則藥物管理計劃 (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，
- 正在取得安寧、姑息或臨終護理，**或**
- 住在長期護理設施。

第 6 章：您為 Medicare 與Medi-Cal處方藥所需支付的費用

前言

本章會介紹您需為門診藥物支付的費用。「藥物」是指：

- Medicare 計劃 D 部分藥物，**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 部分藥物的費用。我們已另外寄給您一份名為「Evidence of Coverage Rider for People Who Get 『Extra Help』 Paying for Prescription Drugs」（享有處方藥費用額外補助者的承保範圍說明書附約）（也稱為「Low-Income Subsidy Rider」（低收入補助附約）或「LIS Rider」（LIS 附約））的插文，其中說明了您的藥物承保範圍。如果您未收到此份插文，請致電會員服務並索取「LIS 附約」。

> **額外補助**是 Medicare 計劃，協助收入和資源有限者減輕 Medicare D 部分藥物費用，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」。

其他重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》的最後一章中。

如欲瞭解有關藥物的更多資訊，您可以查看以下位置：

- 本計劃的承保藥物清單。
  - 我們稱之為「藥物清單」。這告訴您：
    - 我們給付哪些藥物
    - 每項藥物屬於 6 個層級中的哪一個
    - 是否有任何對於藥物的限制
  - 如果您需要本計劃的藥物清單副本，請致電會員服務部。您也可以在我們的網站 kp.org/seniorrx 找到藥物清單的最新副本。
  - 您從藥房取得的大部分藥物都在 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃的承保範圍內。其他如部分非處方藥(OTC)等藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) 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 獲取處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡(BIC)。

- 本《會員手冊》的**第 5 章。**
  - 介紹如何透過本計劃取得門診藥物。
  - 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藥物。
  - 當您使用本計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保範圍時（請參閱**第 5 章B2節**），顯示的費用是您預計支付的自付費用估計金額。您可以致電會員服務部取得更多資訊。
- 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。
  - **《保健業者**和藥房名錄》列出我們的網絡藥房。有關網絡藥房的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

第 6 章 目錄

A. 理賠說明 (EOB)....177

B. 如何追蹤您的藥物費用....177

B1. 若您發現本摘要有錯誤，該怎麼辦？....178

B2. 對於可疑的詐欺該怎麼辦？....178

C. Medicare D部分藥物的藥物付款階段....179

D. 第1階段：初始承保階段....179

D1. 您的藥房選擇....180

D2. 取得長期藥量....180

D3. 您需支付的費用....180

D4. 初始承保階段結束....181

E. 第 2 階段：重大傷病承保階段....181

F. F. 若醫生開立的藥量少於一個完整月份的藥量，您需支付的藥物費用....181

G. 您需為 D 部分疫苗支付的費用....182

G1. 取得疫苗前的須知事項....182

G2. 您需為 Medicare D 部分承保的疫苗支付的費用....182

A. 理賠說明 (EOB)

本計劃會追蹤您的藥物費用以及您在藥房取得處方時支付的費用。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。這包括您取得承保D部分藥物時支付的內容、家人或朋友為您的藥物支付的任何款項，以及 Medicare「額外補助」、雇主或聯合保健計劃、印第安健康服務、AIDS 藥物補助計劃、慈善機構和大部分的州政府藥物協助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) 為您的藥物支付的任何款項。

- 您的**藥物總費用**。這是指為您的 D 部分承保藥物所支付的所有費用總額。這包括本計劃支付的費用，以及其他計劃或組織為承保的 D 部分藥物支付的費用。

您透過本計劃取得藥物時，我們會寄給您稱為理賠說明 ***(EOB)*** 的摘要。我們將理賠說明簡稱為 EOB。《理賠說明》(EOB)不是帳單。EOB 包含有關您所服用藥物的詳細資訊。EOB 包括：

- **當月資訊**。此概要說明您上個月配領了哪些藥物。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。

- **今年 1 月 1 日迄今累計金額**。這會顯示本年迄今的總藥物費用以及各方為您的藥物所支付的費用總額。

- **藥價資訊**。該資訊指的是藥物總價，以及每份相同藥量的處方理賠與首次配藥相比的價格變化資訊。

- **費用較低的替代藥物**。適用情況下，這將包含關於每個處方成本分擔較低的其他可用藥物的資訊。

我們提供 Medicare 不承保的藥物保險。

- 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藥物都在本計劃的承保範圍內。其他如部分非處方藥 (OTC) 等藥物和某些維他命則可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) 瞭解更多資訊。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。

B. 如何追蹤您的藥物費用

為了追蹤統計您的藥費和您支付的藥費，我們利用從您以及從藥房取得的記錄。以下是您可以協助我們的方式：

1. 使用會員卡

請在每次領取處方藥時出示會員卡。這有助於我們瞭解您配領的處方藥以及您支付的費用。

2. 確保我們擁有所需資訊。

您可要求我們償還您我們應分擔的藥物費用。若要請求我們給付由網絡保健業者開立處方並在網絡藥房配領的 Medicare 計劃D部分藥物費用，請寫信至：

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

您應何時向我們提供收據的副本，舉例以下：

- 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患者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
- 在特殊情況下支付承保藥物的全額時

若要進一步瞭解要求我們償還我們分擔的藥物費用，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，愛滋病藥物協助計劃 (AIDS drug assistance program, ADAP)、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。當您達到重大傷病承保階段時，本計劃將支付您當年剩餘時間內 Medicare D 部分藥物的所有費用。

4. 查看我們寄給您的理賠說明 (EOB)。

當您透過郵件取得理賠說明 (EOB) 時，請確認內容完整且正確。

- **您是否認得每間藥房的名稱？**檢查日期。那天您有拿藥嗎？
- **您是否取得列出的藥物？**這些藥物與您收據上列出的相符嗎？這些藥物與您的醫生開立的處方藥物相符嗎？

B1. 若您發現本摘要有錯誤，該怎麼辦？

如果此《理賠說明》(EOB) 上有任何令人困惑或看起來不正確的內容，請致電 Kaiser Permanente Dual Complete 會員服務部。

B2. 對於可疑的詐欺該怎麼辦？

如果本摘要列出了您未服用的藥物或有任何其他您看起來可疑的資訊，請與我們聯絡。

- 致電會員服務。
- 您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些電話號碼。

- 如果您懷疑獲得Medi-Cal的保健業者存在詐欺、浪費或濫用行為，您有權撥打機密的免費電話1-800-822-6222進行舉報。其他檢舉Medi-Cal詐騙的方法可見於www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您認為有錯誤或遺漏，或者如有任何疑問，請致電會員服務部聯絡我們。您也可在選擇在線上查看**理賠說明 (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**理賠說明 (EOB)** 的詳細資訊。將這些 EOB 保留好。這些報告是藥費的重要記錄。

C. Medicare D部分藥物的藥物付款階段

根據本計劃，您的Medicare D部分藥物承保有兩個支付階段。您針對每份處方支付的金額會依據您配藥或續配時的所屬階段而定。

共有兩個階段：

第1階段：初始承保階段	**第2階段：重大傷病承保階段**
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付額。 您在一年當中首次配藥時，便開始進入此階段。	在此階段，我們將支付您在2026 年 12 月 31 日之前的所有藥物費用。 在您支付了一定金額的自付費用後就會開始此階段。

D. 第1階段：初始承保階段

在初始保險階段，本計劃支付您承保藥物的成本分擔，而您也支付您的成本分擔。您應分擔的部分稱為共付額。共付額會依據藥物所屬的成本分擔層級以及您從何處取得該藥物而定。

成本分擔層級是具有相同共付額的藥物組。本計劃藥物清單內的所有藥物分屬六個成本分擔層級的其中一個層級。一般來說，層級越高，共付額就越高。要查詢您的藥物的成本分擔層級，請參閱我們的「藥物清單」。

- 成本分擔**層級 1** 適用於首選非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔**層級 2** 適用於非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔**層級 3** 適用於首選品牌藥。
- 成本分擔**層級 4** 適用於非首選藥物（此層級包括非品牌藥和品牌藥）。
- 成本分擔**層級 5** 適用於專科層級藥物（此層級包括非品牌藥和品牌藥）。
- 成本分擔**層級 6** 適用於 D 部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

D1. 您的藥房選擇

您需為藥物支付的藥費依您取得藥物的管道而定：

- 網絡內的零售藥房**或**
- 網絡外的零售藥房。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。請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**以瞭解我們這麼做的時機。
- 本計劃的郵購藥房。

若要進一步瞭解這些選項，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**以及我們的《保健業者和藥房名錄》。

D2. 取得長期藥量

針對某些藥物，您在領取處方藥時可以取得長期藥量（也稱「延長藥量」）。此長期藥量最多為 100 天藥量。此費用和一個月藥量的費用相同。

如需取得長期藥量的地點和方式的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**或本計劃的《保健業者和藥房名錄》。

D3. 您需支付的費用

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。

您透過以下方式取得承保藥物的一個月或長期藥量時的成本分擔：

	網絡內零售藥房或本計劃的郵購服務	**網絡內長期護理藥房**	**網絡外藥房**承保範圍僅限於某些情況。請參閱**第 5 章**瞭解詳細資訊。
	一個月或最多 100 天藥量	最多 31 天藥量	最多 30 天藥量。
成本分擔**層級 1**：首選非品牌藥	**$0-$5.80**，取決於您的額外補助等級		
成本分擔**層級 2**，適用於非品牌藥	**$0-$5.80**，取決於您的額外補助等級		
成本分擔**層級 3** 適用於首選品牌藥	**$0-$14.40**，取決於您的額外補助等級		
成本分擔**層級 4** 適用於非首選藥物	**$0-$14.40**，取決於您的額外補助等級		

	網絡內零售藥房或本計劃的郵購服務	**網絡內長期護理藥房**	**網絡外藥房**承保範圍僅限於某些情況。請參閱**第 5 章**瞭解詳細資訊。
	一個月或最多 100 天藥量	最多 31 天藥量	最多 30 天藥量。
成本分擔**層級 5** 適用於專科等級藥物	**$0-$14.40**，取決於您的額外補助等級		
成本分擔**層級 6** 適用於 D 部分疫苗	**$0**（層級 6 中的藥物無法以郵購方式取得）		

如需有關哪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》。

D4. 初始承保階段結束

在總自付費用達到 **$2,400** 時，初始承保階段結束。此時，會開始重大傷病承保階段。我們會承保您從那時起到年底的所有藥物費用。

您的理賠說明 (EOB) 可協助您追踪您在一年中為藥物支付的費用。如果您達到此 **$2,400** 的金額，我們將告知您。很多人一年都達不到上述金額。

E. 第 2 階段：重大傷病承保階段

當您對藥物的自付費用達到 **$2,400** 的上限之後，您即進入重大傷病承保階段。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，您無需為 D 部分承保藥物支付任何費用。

F. 若醫生開立的藥量少於一個完整月份的藥量，您需支付的藥物費用

通常，您需支付共付額以承保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。我們會計算您每天需為該藥物支付的金額（「每日成本分擔費率」），然後乘以您取得的藥量天數。

- 以下為範例：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。如果您取得七天的藥量，則您的付款低於每天 $0.05 乘以七天的金額，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
    - 配合其他藥物續配的時間，以便您可以減少前往藥房的趟數

G. 您需為 D 部分疫苗支付的費用

關於您支付疫苗費用的重要訊息：部分疫苗被視為醫療福利，屬於 Medicare 計劃 B 部分的承保範圍。其他疫苗則屬於 D 部分藥物。您可在本計劃的《藥物清單》中找到所列的此類疫苗。我們的計劃涵蓋大多數成人Medicare D 部分疫苗，您無需支付任何成本。請參閱本計劃的藥物清單或聯絡會員服務部瞭解有關特定疫苗的承保範圍和成本分擔詳細資訊。

我們對 Medicare D 部分疫苗的承保範圍分為兩個部分：

1. 第一部分是**疫苗本身**的費用。
2. 第二部分是**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。

G1. 取得疫苗前的須知事項

如果您計劃接種疫苗，我們建議您致電會員服務部。

- 我們可以告訴您我們的計劃如何承保您的疫苗接種。
- 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。

G2. 您需為 Medicare D 部分承保的疫苗支付的費用

您為疫苗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。若要瞭解這些疫苗的承保，請參閱本《會員手冊》**第 4 章**的福利表。
- 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 部分疫苗支付共付額。若稱為**免疫接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** 的組織建議成人接種疫苗，則您無需為該疫苗支付任何費用。

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。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您需要為疫苗支付共付額。

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。

- 您向醫生支付疫苗的共付額。
- 本計劃支付您注射疫苗的費用。
- 在這種情況下，醫生診所應致電本計劃，以便我們確保他們知道您只需支付疫苗的共付額。

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

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您需要為疫苗支付共付額。
- 本計劃支付您注射疫苗的費用。

第 7 章：要求我們針對您所收到的承保服務或藥物帳單支付分擔費用

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。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》的最後一章中。

第 7 章 目錄

A. 要求我們給付您的服務或藥物 185

B. 將付款請求寄給我們 188

C. 承保決定 189

D. 上訴 189

A. 要求我們給付您的服務或藥物

在您獲得承保服務和藥物後，我們的網絡保健業者必須向計劃請款。網絡保健業者是與保健計劃合作的保健業者。

我們不允許 Kaiser Permanente 保健業者向您收取這些服務或藥物的費用。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。

如果您收到健康護理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 **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。
    - 如果您支付了 Medicare 承保的服務費用，我們將退費給您。
- 如果您支付了您已獲得的 Medi-Cal 服務費用，並且滿足以下所有條件，您可能有資格獲得補償（償還）：
    - 您收到的服務是我們負責支付費用的 Medi-Cal 承保服務。對於 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃未承保的服務，我們不會給您補償。
    - 在您成為符合資格的 Kaiser Permanente Dual Complete 會員後，您即享有承保服務。
    - 您要求在收到承保服務之日起一年內償還費用。
    - 您提供您為承保服務付費的證明，例如保健業者提供的詳細收據。
    - 您從 Kaiser Permanente Dual Complete 網絡內的 Medi-Cal 註冊保健業者處獲得了承保服務。如果您接受了急診護理、計劃生育服務或 Medi-Cal 允許網絡外保健業者無需預先批准（事前授權）即可提供的其他服務，則您無需滿足此條件。
- 如果承保服務通常需要預先批准（事前授權），您需要提供保健業者提供的證明，證明您對承保服務有醫療需求。
- Kaiser Permanente Dual Complete 會在名為「行動通知」的信函中告訴您他們是否會補償您。如果您滿足上述所有條件，加入 Medi-Cal 的醫療服務保健業者應全額退還您所支付的金額。如果保健業者拒絕向您退款，Kaiser Permanente Dual Complete 計劃將全額退還您所支付的金額。我們將在收到索賠後 45 個工作日內向您退款。如果保健業者已加入 Medi-Cal，但不在我們的網絡內並且拒絕向您退款，Kaiser Permanente Dual Complete 計劃將向您退款，但僅限於 FFS Medi-Cal 應支付的金額。Kaiser Permanente Dual Complete 將向您全額退還急診服務、計劃生育服務或 Medi-Cal 計劃允許網絡外保健業者無需預先批准即可提供的其他服務的自付費用。如果您不符合上述條件之一，我們將不予退款。
- 如果出現以下情況，我們將不會向您退款：
    - 您請求並接受的服務不在 Medi-Cal 承保範圍內，例如美容服務。
    - 該服務不屬於 Kaiser Permanente Dual Complete 的承保服務範圍。
    - 您看了未加入 Medi-Cal 的醫生，並簽署了一份表格，表示無論如何您都想去看病，並且您將自行支付服務費用。

- 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，請與會員服務部聯絡。若您不知道自己應支付多少錢，或者如果您收到帳單後不知道應如何處理，我們可提供協助。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. 您從網絡外保健業者獲得急診或緊急需求健康護理時

要求保健業者向我們收費。

- 如果您在接受醫護服務時支付全額費用，請要求我們償還應由我們承擔的成本分擔費用。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 Medicare 服務已支付的成本超過您應分擔的成本，我們將算出您應該分擔的成本並償還您我們應分擔的成本。

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。當您接受任何服務或處方藥時，請務必出示您的會員卡；然而，有時網絡保健業者會犯錯，並要求您支付服務費用或超過您應分擔金額的費用。**若您收到帳單，您可撥打本頁面最下方的電話號碼與會員服務部**聯絡**。**

- 由於您是計劃會員，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。
- 無論什麼時候您收到網絡醫護人員寄來的帳單，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。
- 如果您已針對 Medicare 承保服務支付網絡保健業者提供的帳單，但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。我們將向您償還您已支付的費用和根據本計劃您應支付的費用之間的差額。

3. 如果您是追溯性入保本計劃

有時，您對本計劃的入保具有追溯效力。（這是指您入保的第一天已經過去。甚至可能是去年的事。）

- 如果您是追溯性地入保，並且您在入保日期之後支付了帳單，您可以要求我們向您退款。
- 將您支付的任何款項的帳單和證明寄給我們。

4. 當您使用網絡外藥房配藥

如果您使用網絡外藥房，您需支付您處方藥的全額費用。

- 僅在少數情形下，我們將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。
- 若要進一步瞭解網絡外藥房，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。
- 我們可能無法償付您在網絡外藥房取得藥物時所支付之費用，與您在網絡藥房取得該藥物時我們應支付的費用之間的差額。

5. 您因未攜帶計劃會員卡而需支付 Medicare D 部分處方藥的全額費用時

若您未攜帶計劃會員卡，您可要求藥房致電給我們或查詢您的計劃入保資訊。

- 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。
- 如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會償付您所支付的全部費用。

6. 您為未承保的藥物支付 Medicare D 部分處方的全額成本時

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。

- 藥物可能未列入本計劃網站的承保藥物清單（「藥物清單」）；或者，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（24小時內）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師處獲取更多資訊，以便償還您針對該藥物我們應分擔的費用。如果您支付的價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會償付您所支付的全部費用。

當您寄送付款要求給我們時，我們將會審查您的要求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」。如果我們決定該服務或藥物應屬於承保範圍，我們將會支付我們應為該服務或藥物支付的分擔費用。

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。請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**，瞭解如何提出上訴。

B. 將付款請求寄給我們

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，請附上您的帳單，以及您已為 Medicare 服務付款的任何證明文件。建議您留存一份帳單和收據副本。**您必須在取得服務之日起 12 個月內（適用於 C 部分醫療索賠）和 36 個月內（適用於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，以申請付款：

- 造訪 kp.org，填寫並提交電子化表格，並上傳佐證文件。
- 您可從我們的網站 (kp.org) 下載表格副本，或致電此頁底部的會員服務部號碼並請他們寄送表格給您。請將填妥的表格郵寄到下列索賠部門的地址。
- 如果您無法取得該表格，您可以將以下資訊寄送至我們的下列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，我們還需要一份填妥的「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。

請將您的給付申請連同任何帳單或收據，寄送至下列地址：

South計劃：
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

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

若要求我們支付由網絡保健業者開處方，並在網絡藥房領取的D部分藥物費用，請寫信至以下地址。所有其他 Medicare 計劃 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，請與會員服務部聯絡。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劃是否承保您的服務、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，我們將通知您。
- 如果我們判定本計劃有承保該服務、項目或藥物，而您已遵守取得上述內容的所有規定，我們將支付我們應分擔的成本。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。如果您支付了藥物的全額費用，您可能不會獲得所支付的全部金額之補償（例如，您在網絡外藥房取得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的協商價格的情況下）。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 章說明取得承保服務的規定。
本《會員手冊》的第 5 章說明取得Medicare D部分承保藥物的規定。

- 如果我們決定不支付該服務或藥物之我們應分擔的成本，我們將寄信向您說明原因。這封信還會說明您提出上訴的權利。
- 若要進一步瞭解承保決定，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

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。這項程序稱為「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，也可以提出上訴。

正式上訴流程會包含詳細的程序和期限。若要進一步瞭解上訴，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**F節**。
- 若要針對申請償還藥物費用提出上訴，請參閱 **G 節**。

第 8 章：您的權利和責任

前言

本章包含您成為本計劃會員後的權利和責任。我們必須尊重您的權利。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《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 194

B. 我們有責任讓您及時取得承保服務和藥物 202

C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI) 202

C1. 我們如何保護個人健康資訊 (PHI) 203

C2. 您有權查看醫療記錄 203

D. 我們有責任提供您資訊 203

E. 網絡內保健業者無法直接向您收費 204

F. 您有權離開本計劃 205

G. 您有權對您的健康護理做出決定 205

G1. 您有權知道您的治療選項及做出決定 205

G2. 如果您不能自己作出健康護理決定，您有權說出您希望發生的情況 205

G3. 如果您的指示沒有得到遵循該採取什麼行動 206

H. 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們的決定 206

H1. 若受到不公平的待遇或想取得關於您的權利的詳細資訊，該怎麼做 207

I. 您身為本計劃會員的責任 207

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare At 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
    - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و

- الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
- تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួឆម៍ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និងក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖
  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស
  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។

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**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。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。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料 CD 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劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare 的電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室的電話為 916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為 1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

    - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

    - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

    - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:
    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;
    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y
    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
    - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
    - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
    - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. 我們有責任讓您及時取得承保服務和藥物

您擁有身為本計劃會員的權利。

- 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基本保健業者 (PCP) 以及如何選擇 PCP 的詳細資訊。
    - 請致電會員服務部或查看《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。
- 您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》**第 3 章**所述的其他保健業者。轉介指由您的基本保健業者 (PCP) 提供的批准，讓您可使用不是您的 PCP 的保健業者。
- 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授權(PA)的情況下獲得急需的急診服務或照護。
- 您有權在本計劃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。若要進一步瞭解網絡外保健業者，請參閱本《會員手冊》的**第 3 章**。
- 在滿足特定條件的前提下，您有權在首次加入本計劃時保留目前的保健業者和服務授權最長達12個月。若要進一步瞭解保留您的保健業者和服務授權，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。

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**將會為您說明該怎麼做。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。

C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI)

我們按照聯邦和州法律的要求保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的個人健康資訊 (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。

您有權擁有您的資訊和控制您 PHI 的使用方式。我們會給您提供書面通知，其中將針對這些權利為您提出建議並說明我們如何保護您的個人健康資訊 (PHI) 隱私權。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。

會員可填寫保密通訊申請表以要求以保密方式進行通訊，您可在 kp.org 網站於「Request for confidential communications forms」（保密通訊申請表）部分找到該表格。

C1. 我們如何保護個人健康資訊 (PHI)

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記錄。

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劃醫護品質的政府機構公開個人健康資訊 (PHI)。
- 如果法院下令，我們可披露個人健康資訊 (PHI)，但前提是加州法律允許。
- 我們必須向 Medicare 提供您的個人健康資訊 (PHI)，包括有關您 Medicare D 部分藥物的資訊。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。

C2. 您有權查看醫療記錄

- 您有權查看您的醫療記錄並取得您記錄的副本。我們可能會向您收取複印醫療記錄的費用。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療記錄。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。
- 您有權瞭解我們是否以及如何出於任何非常規目的與他人共享您的個人健康資訊 (PHI)。

如果您對個人健康資訊 (PHI) 的隱私有任何疑問或疑慮，請致電會員服務。

D. 我們有責任提供您資訊

由於您是本計劃的會員，您有權向我們獲取有關本計劃、本計劃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，請致電會員服務部。這是為您提供的免費服務。本文件也提供阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、中文、波斯文、苗文、韓文、俄文、西班牙文、塔加路文和越南文版本，請致電會員服務部獲取。我們還可以為您提供大字版、點字版、音訊檔案或資料檔案的資訊。

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
  - 如何退出本計劃
- 本計劃的網絡保健業者以及本計劃的網絡藥房，包括：
  - 如何選擇或變更基本保健業者
  - 本計劃網路保健業者和藥房的資格
  - 我們如何付款給本計劃網絡中的保健業者
- 承保服務和藥物，包括：
  - 本計劃承保的服務（請參閱本《會員手冊》的**第 3 和 4 章**）和藥物（請參閱本《會員手冊》的**第 5 和 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
- 某些內容不屬於承保範圍的原因以及您可對此進行的事項（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. 網絡內保健業者無法直接向您收費

本計劃網絡中的醫生、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，他們也無法開具差額帳單或向您收費。若要瞭解如果網絡內保健業者試圖向您收取承保服務的費用該怎麼辦，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**。

F.您有權離開本計劃

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 (Medicare Advantage, MA) 計劃獲得大部分的醫療保健服務。
- 您可以從藥物計劃或其他 MA 計劃中取得您的 Medicare D 部分藥物福利。
- 請參閱本《會員手冊》的**第 10 章**：
  - 有關何時可以加入新的 MA 或藥物福利計劃的詳細資訊。
  - 有關如果您退出本計劃，您將如何取得加州醫療保健輔助計劃福利的資訊。

G. 您有權對您的健康護理做出決定

您有權向您的醫生和其他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。您有權：

- **瞭解您的選項。**您有權得知所有治療選項的資訊。
- **瞭解風險。**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。
- **取得另方意見。**您有權在決定治療方式之前由另一位醫生看診。
- **表示拒絕。** 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醫護服務的原因。**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. 如果您不能自己作出健康護理決定，您有權說出您希望發生的情況

有時人們無法為自己做出健康護理決定。在發生這種情況之前，您可以：

- 填寫書面表格**賦予某人**在您無法自行做出決定時為您做出醫療照護決定的權利。FDA
- 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健康護理，其中包括您不想要的醫護方式。

您用於給予指示的法律文件稱為「預立醫囑」。預立醫囑有各種不同的類型和名稱。例如生前遺囑和醫療照護授權委託書。

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。**您可以經由您的醫生、律師、社工或某些辦公用品商店取得該表格。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部以要求獲取此表格。
- **填寫該表格並在表格上簽名。**該表格是一種法律文件。您可以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。
- **請將表格的複本交給需要知道的人員。**請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，以便其在您無法作出決定時為您作決定。您可能希望將副本交由好友或家人儲存。在家保留一份複本。
- 如果您將要住院，而且您已經簽署預立醫囑，**去醫院時應該攜帶一份副本**。
    - 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。

您有權：

- 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。Kaiser Permanente Dual Complete 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。

依照法律，任何人均不得因為您是否有簽署預立醫囑而拒絕向您提供醫護服務或歧視您。 致電會員服務瞭解更多資訊。

G3. 如果您的指示沒有得到遵循該採取什麼行動

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

H. 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們的決定

如果您對承保服務或醫護服務有任何問題或疑慮，本《會員手冊》**的第 9 章**將會為您說明該怎麼做。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。

H1. 若受到不公平的待遇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》**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：

- 會員服務部。
- 健康保險輔導及倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話：1-800-434-0222。如需更多關於健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 2 章 E 節**。
- 加州保健服務部投訴處理專員電話 1-888-452-8609。若要進一步瞭解本計劃，請參閱本《會員手冊》的**第 2 章**。
- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。（您也可以在 Medicare 網站 www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf 閱讀或下載「Medicare Rights & Protections（Medicare權利和保障）」。）

I. 您身為本計劃會員的責任

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。

- **請閱讀本《會員手冊》**以瞭解哪些項目屬於承保範圍以及您在獲得承保服務時需要遵守的規定。有關您的承保服務的詳情：
  - 承保服務，請參閱本《會員手冊》的**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，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章和第 6 章**。
- **告知我們**您擁有的任何其他健康或藥物承保。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。
- **告知您的醫生和其他保健業者**您是本計劃會員。在您獲得服務或藥物時，請出示您的會員卡。
- **協助醫生**和其他保健業者提供您最好的醫護服務。
  - 向他們提供他們需要的關於您和您的健康的資訊。盡可能多地瞭解您的健康問題。遵守您和保健業者商定的治療計劃和指示。
  - 確保醫生和其他保健業者瞭解您服用的所有藥物。這包括藥物、非處方藥、維他命和補充劑。
  - 有什麼問題儘管提出來。您的醫生和其他保健業者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都能尊重他人的權利。我們也希望您在醫生診所、醫院和其他保健業者診所面前表現得尊重。
- **支付您應付的費用。**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 Kaiser Permanente Dual Complete 會員，Medi-Cal 計劃支付您的 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保費。
    - 針對本計劃承保的某些藥物，您必須在獲得服務或藥物時支付您應分擔的成本。**第 6 章**將告知您必須為藥物支付的金額。
    - 如果**您獲得本計劃不承保的任何服務或藥物，您必須支付全額費用。**（**註：**如果您對我們拒絕承保某項服務或藥物的決定有異議，您可提出上訴。請參閱**第 9 章**，瞭解如何提出上訴。）
- **如果您搬家，請通知我們。**如果您打算搬家，請立即通知我們。致電會員服務部。
    - **如果您搬離我們的服務區，您不得留在我們的計劃中。**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》的**第 1 章**告知我們的服務區。
    - 我們可以幫助您瞭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 健康或藥物計劃。我們可以告訴您我們在您的新地區是否有提供計劃。
    - 搬家時請告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。請參閱本《會員手冊》的**第 2 章**，查看 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼。
    - **如果您搬家且範圍屬於我們的服務區，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。
    - **如果您搬家，請告知社會安全局（或鐵路退休委員會）。**
- **如您有新的電話號碼**或更好的聯絡方式，請告知我們。
- **如果您有問題或疑慮，請致電會員服務尋求協助。**

第 9 章。如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該如何處理

前言

本章包含有關您的權利的資訊。閱讀本章，瞭解在以下情況下該怎麼做：

- 您對本計劃有疑問或想抱怨。
- 您需要本計劃表示不會支付的服務、物品或藥物。
- 您不同意本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抱怨，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保健業者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。**如果您在醫護服務方面遇到問題，可撥打 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 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。如需其他資源以解決您的顧慮以及聯絡他們的方式，請參閱本《會員手冊》的**第 2 章**。

第 9 章 目錄

A. 如果您有問題或疑慮該怎麼辦 212

A1. 關於法律術語 212

B. 在哪裡取得協助 212

B1. 如需更多資訊和協助 212

C. 瞭解本計劃的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴 213

D. 福利問題 214

E. 承保決定和上訴 214

E1. 承保決定 214

E2. 上訴 214

E3. 協助處理承保決定和上訴 215
E4. 本章哪一節可以協助您 215
F. 醫療護理 216
F1. 使用本節 216
F2. 要求承保決定 217
F3. 提出第1級上訴 219
F4. 提出第 2 級上訴 221
F5. 付款問題 226
G. Medicare D 部分藥物 227
G1. Medicare D 部分承保決定和上訴 227
G2. Medicare D 部分例外處理 228
G3. 關於要求例外處理的重要事項須知 229
G4. 要求作出承保決定，包括例外處理 230
G5. 提出第 1 級上訴 232
G6. 提出第2級上訴 233
H. 要求我們承保較長的住院 235
H1. 瞭解您的 Medicare 權利 235
H2. 提出第 1 級上訴 236
H3. 提出第 2 級上訴 237
I. 要求我們繼續承保特定醫療服務 238
I1. 在承保結束前事先通知 239
I2. 提出第1級上訴 239
I3. 提出第 2 級上訴 240

J. 提出高於第 2 級的上訴.....241

J1. Medicare服務和項目的後續步驟 241

J2. 其他Medi-Cal上訴 242

J3. Medicare D 部分藥物的 3 級、4 級和 5 級上訴申請 242

K. 如何提出投訴.....243

K1. 哪些問題種類應為投訴.....243

K2. 內部投訴 245

K3. 外部投訴 245

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。對**承保決定和上訴**使用一套流程，而對**提出投訴**採用另一套流程（亦稱為申訴）。

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. 關於法律術語

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」(Independent Review Organization, IRO) 而不是「獨立審查機構」(Independent Review Entity, IRE)

瞭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. 在哪裡取得協助

B1. 如需更多資訊和協助

有時，開始處理問題或者處理問題的過程會令人困惑。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。

從本計劃獲得協助

您可以致電本計劃號碼 1-800-443-0815 (TTY 711)，以協助處理問題或回答問題。

來自健康保險諮詢和宣傳計劃的協助

您可以致電健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，號碼是 1-800-434-0222。您也可以查看他們的網站 https://www.aging.ca.gov/HICAP/。HICAP 顧問可以回答您的問題，並幫助您瞭解如何處理問題。HICAP與我方或與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輔導員，而且服務是免費的。

來自 Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃的協助

您可以致電Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃並與代言人討論您的健康保險問題。他們也許能夠提供免費的法律援助。投訴處理專員計劃與我方或任何保險公司或保健計劃均無關聯。他們的電話號碼是 1-855-501-3077，其網站是www.healthconsumer.org。

來自 Medicare 的協助和資訊

如需更多資訊和協助，您可以聯絡 Medicare。以下兩種方法可以從 Medicare 獲得協助：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

來自加州保健服務部的協助

加州保健計劃管理局 (Department of Health Care Services, DHCS) 的 Medi-Cal 管理式護理投訴處理專員可提供協助。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 轉至您新搬遷的縣時有困難，他們也可提供協助。您可於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-888-452-8609 與投訴處理專員聯絡。

來自加州保健計劃管理部的協助

聯絡加州保健計劃管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC)，取得免費協助。DMHC負責監督保健計劃。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 **TDD 專線**：**1-877-688-9891**。您也可以瀏覽保健計劃管理部 (DMHC) 網站 **www.dmhc.ca.gov**。

加州保健計劃管理部負責規範保健服務計劃。如果您對您的保健計劃有不滿之處，請先撥打 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 與保健計劃聯絡，並在聯絡該部門之前先利用保健計劃的申訴程序。使用此申訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或您可能有資格獲得的任何補償。如果您需要協助處理與緊急情況有關的申訴、您的保健計劃未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，申訴在30天後仍未獲得解決，您可致電該部門尋求協助。您還可能符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格。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。該部門還提供**免費電話** (**1-888-466-2219**) 並為聽障及語障人士提供 **TDD 專線** (**1-877-688-9891**)。該部門的網站 **www.dmhc.ca.gov** 提供線上投訴表格、IMR 申請表以及說明。

C. 瞭解本計劃的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴

您享有 Medicare 和 Medi-Cal 。本章資訊適用於您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 管理式保健福利。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**說明這些情況。

D. 福利問題

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抱怨的正確章節。

您的問題或疑慮是否涉及理賠或承保？ 這包括有關醫療護理（醫療用品、服務和/或B部分藥物）是否屬於承保範圍和其承保方式的問題，以及與醫療護理付款相關的問題。	
是。 我的問題涉及理賠或承保。 請參閱**E節**「承保決定和上訴」。	**否。** 我的問題不涉及理賠或承保。 請參閱**K節**「如何提出投訴」。

E. 承保決定和上訴

針對與您的福利及醫療護理（服務、項目和B部分藥物，涵蓋給付）承保相關之問題要求作出承保決定和提出上訴的流程。為求簡單起見，我們通常將醫療用品、服務和 B 部分藥物稱為醫療護理。您使用承保決定和上訴流程來處理諸如某項目是否屬於承保範圍和承保方式等問題。

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。您或您的醫生也可以聯絡我們，請求做出承保決定。您或您的醫生可能不確定我們是否承保某項特定醫療服務，或者我們是否可能拒絕提供您認為您需要的醫療護理。**如果您希望在獲得醫療服務之前先瞭解我們是否承保該服務，可要求我們為您作出承保決定。**

當我們審核服務請求或索賠時，我們會作出承保決定。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。

E2. 上訴

如果我們作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。

在大部分的情況下，您必須以第 1 級開始上訴。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，或您感到劇痛並需要更快速的決定，您可以在 www.dmhc.ca.gov向保健計劃管理部要求獨立醫療審查 (IMR)。請參閱**F4節**以獲取詳情。

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 醫療護理的承保有關，信中將告訴您，我們已將您的個案送交獨立審查組織 (IRO) 進行 2 級上訴。 如果您的問題是關於 Medicare D 部分或 Medicaid 服務或用品的承保，信中將告訴您如何自行提出2級上訴。請參閱 **F4 節**瞭解更多關於第 2 級上訴的資訊。

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。

E3. 協助處理承保決定和上訴

您可以透過以下任何方式尋求協助：

- **致電頁面底部的號碼聯絡會員服務部**。
- **Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃電話：1-855-501-3077。**
- **健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)**，電話：1-800-434-0222。
- **保健計劃管理部** (DMHC) 的求助中心提供免費協助。保健計劃管理部 (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 TDD 專線號碼 1-877-688-9891。您也可以瀏覽保健計劃管理部 (DMHC) 網站 www.dmhc.ca.gov。保健計劃管理部 (DMHC) 可以協助有Medi-Cal 管理式計劃的人士，但在下列縣政府組織健康系統 (County Organized Health Systems, COHS) 無法協助僅有 Medicare 的人士：Partnership Health Plan、Gold Coast Health Plan、CenCal Health, Central California Alliance for Health 和 CalOptima。聯邦政府監管 Medicare 和各計劃，而保健服務部監管縣政府組織健康系統 (COHS) 計劃。
- **您的醫生或其他保健業者**。您的醫生或其他保健業者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**。您有權聘請律師，但**您不需要有律師**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Medicare Medi-Cal 投訴處理專員計劃尋求法律援助律師，電話：1-855-501-3077。

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。您也可以瀏覽 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**以取得表格。您必須提供已簽署表格的副本。**

E4. 本章哪一節可以協助您

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部分藥物」

- **H 節**「要求我們承保較長的住院」
- **I 節**「要求我們繼續承保特定醫療服務」（本節僅涉及三種服務：居家健康護理、專業護理院醫療護理及綜合門診復健設施 (CORF) 服務。）

如果您不確定要使用哪個章節，請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務。您也可透過健康保險諮詢和倡導計劃等政府組織獲得幫助或資訊（本《會員手冊》**第 2 章C節**中有本計劃的電話號碼）。

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，本節將會說明該怎麼做。如需關於要求較長住院的資訊，請參閱 **H 節**。

本節是關於福利表中本《會員手冊》**第 4 章**描述的醫療護理福利。在某些情況下，Medicare B 部分藥物可能會適用不同的規定。在此情況下，我們會說明 Medicare B 部分藥物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。

   您可以做的事項：您可以要求我們作出承保決定。請參閱 **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。

   您可以做的事項：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱 **F3 節**。

3. 您獲得了您認為我們承保的醫療護理，但我們不會給付。

   您可以做的事項：您可以對我們不給付的決定提出上訴。請參閱 **F5 節**。

4. 您獲得並支付了您認為我們承保的醫療護理，並且您希望我們向您償付費用。

   您可以做的事項：您可要求我們向您償付費用。請參閱 **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。

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

   - 如果承保範圍涉及醫院醫護服務、居家健康護理、專業護理院醫護服務或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則適用特殊規則。請參閱 **H 節**或 **I 節**以獲取詳情。
   - 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。

6. 您遇到醫療護理延誤或您找不到醫生。

   您可以做的事項：您可以提出投訴。請參閱 **K2 節。**

F2. 要求承保決定

> 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：

- 致電：1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請致電 1-888-987-7247 聯絡加急審查科，服務時間為每週 7 天，上午 8:30 至下午 5 點。
- 傳真：1-888-987-2252。
- 寫信：
    - 若想申請標準保險決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱《保健業者和藥房名錄》以查詢地點）。
    - 若想申請標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕服務通知上所示的地址。如果您的保險決定、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

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。標準承保決定代表我們將在以下時間內為您答覆：

- **在我們收到您對受我們事先授權規則約束的醫療服務或用品的請求之後 5 個工作日**。
- **在我們收到您對所有其他醫療服務或用品**的請求後 **5 個工作日**，且必須在 **14 個日曆日內。**
- **在我們收到您對 Medicare B 部分藥物**的請求後 **72 小時。**

就醫療用品或服務而言，如果您請求延長時間，或者如果我們需要更多可能對您有利的資訊（如網絡外保健業者提供的醫療記錄），我們可能需要最多額外 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間作決定，我們將會透過書面方式告知您。**如果您的要求是針對 Medicare B 部分藥物，則我們不得延長時間。**

如果您認為我們**不應當**使用額外時間，您可對我們使用額外時間的決定提出「快速投訴」。如果您提出快速投訴，我們將會在 24 小時內針對您的投訴給您答覆。提出投訴的流程與承保決定和上訴的流程不同。如欲瞭解有關提出投訴（涵蓋快速投訴）的詳細資訊，請參閱 **K 節**。

快速承保決定

> **快速承保決定的法律術語**稱為**加快判定。**

如果您要求本計劃針對需要迅速回應的醫療護理做出承保決定，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定表示我們將會在以下時間範圍內給您答覆：

- **在我們收到您對醫療服務或用品**的請求後 **72 小時。**
- **在我們收到您對 Medicare B 部分藥物**的請求後 **24 小時。**

如果我們發現可能缺少對您有利的某些資訊（如網絡外保健業者提供的醫療記錄），或者如果您需要時間來提供資訊由我們審查，我們可能最多需要延長 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間作決定，我們將會透過書面方式告知您。**如果您的要求是針對 Medicare B 部分藥物，則我們不得延長時間。**

如果您認為我們**不應當**使用額外時間做出承保決定，您可對我們使用額外時間的決定提出「快速投訴」。如需更多關於提出投訴的資訊，包括快速投訴，請參閱 **K 節**。我們將會在做出決定後盡快致電給您。

如欲獲得快速承保決定，您必須符合兩個要求：

- 您要求您**沒有取得的醫療用品和/或服務承保。** 您無法對您已經取得的用品或服務付款要求快速承保決定。
- 使用標準期限**可能對您的健康**造成嚴重危害，或損害您的身體機能。

如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動同意為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫生援助的情況下提出要求，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符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（涵蓋快速投訴）的詳細資訊，請參閱 **K 節**。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函說明原因。

- 如果我們**拒絕**請求，您有權申請上訴。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（請參閱 **F3 節**）。

在少數特定情況下，我們可能會駁回針對承保決定的請求，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。這種審查稱為上訴。上訴將在下一節進行說明。

F3. 提出第1級上訴

若要對遭到拒絕的服務或用品展開相關上訴，或要繼續獲得您已經在接受的服務或用品，您、您的醫生或授權代表必須聯絡我們。請撥打 1-800-443-0815 (TTY 711) 與會員服務部聯絡。

要求標準上訴或快訴上訴的方式包括寫信或致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。

- 如果您的醫生或其他保健業者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。您可以造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或在我們的網站 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。如果我們在對您的上訴作出決定的截止日期之前沒有收到該表格：
    - 我們會駁回您的請求，並且
    - 我們會寄書面通知給您，其中將說明您有權要求 IRO 審查我們駁回您上訴之決定。
- 您必須自我們為告知您我們的決定而寄給您的信函上的日期起的 65 個日曆日內要求進行上訴。
- 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。

如對您的健康狀況有必要，可要求進行快速上訴。

> 「快速上訴」的法律術語是「**加快重新審查**」。

- 如果您對我們就您的護理承保做出的決定提出上訴，您和/或您的醫生可以請求快速上訴。

如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速上訴，我們將自動同意為您提供快速上訴。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上訴。

- 如果我們決定您的健康狀況不符合作出快速上訴的要求，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上訴。
- 您如何就我們決定為您提供標準上訴，而不是快速上訴提出「快速投訴」。如欲瞭解有關提出投訴（涵蓋快速投訴）的詳細資訊，請參閱 **K 節**。

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，您可能可以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。
- 如果您在我們通知上的日期起的十個日曆日內，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項目。

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。
- 我們會查看以確認在**拒絕**您的申請時，我們是否有遵守所有規定。
- 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。

- 我們使用快速期限時，必須在**收到您的上訴後 72 小時內給您我們的答覆，或者如果您的健康狀況需要更快的回應，則會更早答覆。**如果我們拒絕快速上訴，我們將會向您、您的醫生、處方醫師或代表口頭確認拒絕。
- 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 (IRO) 對其進行審查。獨立審查組織 (IRO) 在收到您的上訴後將會以書面方式通知您。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。我們會在本章後面提供更多資訊。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，如果您的健康狀況需要，也可以更早。
- **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 (IRO) 進行 2 級上訴。

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部分藥物，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 (IRO) 對其進行審查。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。我們會在本章後面提供更多資訊。我們不會自動為您的 Medi-Cal 服務或用品提出 2 級上訴。

如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴請求後的 30 個日曆日內，或根據您的健康狀況要求盡快，並在我們改變決定之日起 72 小時內，或者如果您的請求是針對 Medicare B 部分藥物，則在我們收到您的上訴之日起 7 個日曆日內授權或提供我們同意的承保。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，**您有其他上訴權利：**

- 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 IRO 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. 提出第 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的部分或全部第1級上訴，我們將寄送信函給您。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。
- 如果您的問題與 **Medicare 和 Medi-Cal** 可能承保某項服務或用品有關，您將自動進入獨立審查組織 (IRO) 的 2 級上訴。除了自動 2 級上訴外，您還可以要求州聽證會和獨立醫療審查。但是，如果您已在州聽證會上呈交證據，則無法進行獨立醫療審查。

如果您在提交第 1 級上訴時符合延續福利的資格，則您處於上訴的服務、用品或藥物福利也可能會在第 2 級上訴期間延繼。請參閱 **F3 節**瞭解關於在第 1 級上訴期間延續福利的資訊。

- 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 (IRO) 的 2 級上訴流程中，您無法繼續享有該服務的福利。

- 如果您的問題與通常僅由 Medi-Cal 承保的服務有關，並且您在收到我們的決定信函後十個日曆日內提交 2 級上訴的話，則您可以繼續享有該服務的福利。

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 (IRO) 會審查您的上訴。這是 Medicare 聘請的獨立組織。

> 獨立審查組織 (IRO) 的正式名稱是**獨立審查實體**，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 IRO，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 (IRO) 提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。
- 獨立審查組織 (IRO) 的審議人會仔細查看與您上訴有關的所有資訊。

如果您曾提出 1 級快速上訴，您的 2 級上訴也將以快速上訴的方式進行。

- 如果您在第 1 級向我們提出了快速上訴，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 (IRO) 必須在收到您上訴後的 **72 小時內**針對您的2級上訴給您答覆。

如果您曾提出 1 級標準上訴，您的 2 級上訴也將以標準上訴的方式進行。

- 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。
- 若您的請求是關於醫療用品或服務，獨立審查組織 (IRO) 必須在收到您上訴後的 **30 個曆日內**針對您的 2 級上訴給您答覆。
- 若您的請求是關於 Medicare B 部分藥物，獨立審查組織 (IRO) 必須在收到您上訴後的**七個曆日內**針對您的 2 級上訴給您答覆。

獨立審查組織 (IRO) 會以書面形式給您答覆並說明原因。

- **如果獨立審查組織 (IRO) 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**
  - 在我們收到獨立審查組織 (IRO) 對**標準請求的決定後 14 個工作日內**提供服務，或
  - 在我們收到獨立審查組織 (IRO) 對**加急請求的決定後 72 小時內**提供服務。
- **如果獨立審查組織 (IRO) 同意Medicare B部分藥物的部分或全部請求，我們必須授權或提供有爭議的 Medicare B 部分藥物：**
  - **在我們收到獨立審查組織 (IRO) 對標準請求**的決定後 **72 小時內提供服務，或**
  - **在我們收到獨立審查組織 (IRO) 對**加急請求的決定後 **24 小時內。**

- **如果獨立審查組織 (IRO) 拒絕您的部分或全部上訴，**這表示他們同意我們不應核准您的醫療護理承保之請求（或部分請求）。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 (Administrative Law Judge, ALJ) 或律師裁判官將處理3級上訴。請參閱 **J 節**瞭解更多關於第 3、4 和 5 級上訴的資訊。

當您的問題與 Medi-Cal 通常承保的服務或用品有關時

有兩種方法可以對 Medi-Cal 服務和項目提出2級上訴：(1) 提交投訴或獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

(1) 保健計劃管理部 (DMHC)

您可以向保健計劃管理部 (DMHC) 的求助中心提出投訴或申請進行獨立醫療審查 (IMR)。透過提出投訴，保健計劃管理部 (DMHC) 將審查我們的決定。保健計劃管理部 (DMHC) 將針對您的投訴自行進行調查，或是決定該個案是否符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格。獨立醫療審查 (IMR) 適用於任何 Medi-Cal 承保的醫療性質的服務或用品。獨立醫療審查 (IMR) 是由並未加入本計劃或並不屬於保健計劃管理部 (DMHC) 的專家來審查您的個案。如果獨立醫療審查 (IMR) 決定對您有利，我們就必須提供您要求的服務或項目。您無需支付任何獨立醫療審查 (IMR) 相關費用。

如果本計劃符合以下條件，您可以提出投訴或申請獨立醫療審查 (IMR)：

- 拒絕、變更或延遲 Medi-Cal 服務或治療，因為我們的計劃確定其並非醫療上必要的。
- 不承保針對嚴重疾病的實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 外科服務或手術本質上是美容還是重建的爭議。
- 將不給付您已接受的急診或緊急 Medi-Cal 服務費用。
- 您的 Medi-Cal 服務1級上訴未在標準上訴的 30 個日曆日內解決，或未在快速上訴或在您的健康需要時的 72 小時內或更早解決。

在大多數情況下，您必須在請求獨立醫療審查 (IMR) 之前向我們提出上訴。請參閱 **G5 節**瞭解關於 1 級上訴流程的資訊。如果您不同意我們的決定，您可以向保健計劃管理部 (DMHC) 提交獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表。

註：如果您的保健業者為您提出上訴，但我們沒有收到您的代表委任表格，則您需要先向我們重新提交上訴，然後才能向保健計劃管理部 (DMHC) 申請2級獨立醫療審查 (IMR)，除非您的上訴涉及對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，包括但不限於劇痛、可能喪失生命、四肢或主要身體功能。

您有權申請獨立醫療審查 (IMR) 和州聽證會，但如果您已在州聽證會上呈交了證據或就同一問題進行了州聽證會，則您無法進行IMR。

如果您的治療因為是實驗性或研究性治療而被拒絕，則您在申請獨立醫療審查 (IMR) 之前無需參與我們的上訴流程。

如果您的問題很緊急或對您的健康構成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇痛，您可以立即將其提交給保健計劃管理部 (DMHC)，而無需先經過我們的上訴流程。

您必須在我們寄送關於上訴的書面決定後**六個月內申請IMR**。保健計劃管理部 (DMHC) 可能會在六個月後以充分理由接受您的申請，例如您的病情導致您無法在六個月內申請 IMR，或是您並未獲得我們有關 IMR 流程的充分通知。

若要提交投訴或要求 IMR：

- 在 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 填寫 IMR/投訴表或致電保健計劃管理部 (DMHC) 求助中心：1-888-466-2219。TTY 使用者請致電 1-877-688-9891。
- 如果您有，請附上有關我們拒絕的服務或項目的信件或其他文件的副本。這可以加速IMR流程。寄送文件副本，而不是原件。求助中心無法退還任何文件。
- 如果有人幫助您處理IMR，請填寫授權助理表格。您可以在www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 取得表格或致電該部門的求助中心：1-888-466-2219。TTY使用者請致電1-877-688-9891。
- 在www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint向保健計劃管理部 (DMHC) 線上提交IMR/投訴表和任何附件
- 透過郵件或傳真提交：

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

保健計劃管理部 (DMHC) 會在七天內審查您的申請表並向您寄送確認接收信函。如果保健計劃管理部 (DMHC) 確定該案件符合 IMR 資格，則將在收到所有必需文件後45天內做出 IMR 決定。

如果您的案件緊急且您符合 IMR 資格，則通常會在收到所有必需文件後七天內做出 IMR 決定。

如果您對IMR的結果不滿意，您仍然可以要求舉行州聽證會

如果保健計劃管理部 (DMHC) 沒有從您或您的主治醫生處收到所需的所有醫療記錄，IMR 可能需要更長時間。如果您使用的醫生不在您的保健計劃網絡中，那麼您必須從該醫生那裡取得並將您的醫療記錄發送給我們。您的保健計劃需要從網絡中的醫生處取得您的醫療記錄副本。

如果保健計劃管理部 (DMHC) 判定您的個案不符合 IMR 資格，DMHC 將透過其一般消費者投訴流程審查您的個案。您的抱怨應在提交填妥的申請表後的 30 個日曆日內得到解決。如果您的投訴是針對緊急情況，我們會盡快解決。

(2) 州聽證會

您可以對 Medi-Cal 承保的服務和項目要求州聽證會。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。

在大部分的情況下，**您在「上訴決定信函」通知寄給您後有 120 天的時間可以要求州聽證會**。

註：如果您因為我們告知您，您目前獲得的服務將發生變更或停止而要求舉行州聽證會，而且如果您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**。請參閱 **F4 節**瞭解關於在第 2 級上訴期間延續福利的資訊。

您可以透過以下方式申請州聽證會：

- 在網站 www.cdss.ca.gov線上進行。
- 透過電話：致電 1-800-743-8525。這條電話線路可能非常繁忙。您可能會聽到讓您稍後再撥的簡訊。如果您有聽力或言語障礙，請致電 TTY/TDD 專線 1-800-952-8349。
- 書面申請：填寫州聽證會申請表或寫信。透過郵件或傳真發送至：
- 郵寄：California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 傳真號碼：(916) 309-3487，或免費專線 1-833-281-0903
- 您可以填寫行動通知書背面的「申請州聽證會」。請務必寫明您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼和/或CIN號碼，以及您想要舉行州聽證會的理由。如果有人幫助您申請州聽證會，請在申請表或信函中添加他們的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯員，請告訴州聽證會部門您使用的語言。您不必為其付費。州聽證會部門將為您安排口譯員。如果您是殘障人士，州聽證會部門可以免費為您提供特殊照顧，以幫助您參加聽證會。請提供有關您的殘障和所需特殊照顧的資訊。

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。

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（TTY 撥打1-800-977-2273 按 5，或撥打 711），提交關於 Medi-Cal Rx 藥房福利的投訴和上訴。但是，與不屬於 Medi-Cal Rx 的藥房理賠福利有關的抱怨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。

註：您在社區支援計劃下接受的用品和服務不符合IMR的要求。

州聽證會部門會以書面方式告知您其做出的決定，並說明理由。

- 如果州聽證會部門**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。
- 如果州聽證會部門**拒絕**您的部分或全部上訴，這表示他們同意我們不應核准您的醫療護理承保之請求（或部分請求）。這稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織 (IRO) 或州聽證會決定**拒絕**您的部分或全部請求，您有其他上訴權利。

如果您的 2 級上訴已移交給**獨立審查組織 (IRO)**，只有在您需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 (ALJ) 或律師裁判官負責處理3級上訴。**您從獨立審查組織 (IRO) 收到的信函會說明您可能擁有的其他上訴權利。**

您從州聽證會部門收到的信函中會描述下一個上訴選項。

請參閱 **J 節**瞭解更多關於第2級上訴之後的上訴權利資訊。

F5. 付款問題

我們不允許網絡內保健業者向您收取承保服務和項目的費用。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。唯一應要求您支付的金額是**第 4 章**（若您失去完整範圍的 Medi-Cal）或**第 6 章**（藥物適用）中福利表描述的成本分擔。

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。請勿自行支付帳單。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，則能從本計劃獲得退款。

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，我們通常將在收到您申請後的 30 個日曆日內（最遲不晚於 60 個日曆日），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。當我們寄送給付款項時，就等同於我們**核准**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。

如果您對我們不給付的決定有異議，**您可提出上訴。**按照**F3節**中描述的上訴流程。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您提出上訴，要求我們償還費用，我們必須在收到您上訴後的30個日曆日內給您答覆。

若我們對您上訴的答覆是**拒絕**且 **Medicare** 通常承保該服務或用品，我們會將您的案件送交至獨立審查組織 (IRO)。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 (IRO) 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。如果我們在您的 2 級上訴後的上訴流程中的任何階段**同意**您的上訴，我們必須在 60 個日曆日內將請款寄給您或保健業者。
- 如果獨立審查組織 (IRO) **拒絕**您的上訴，這表示他們同意我們不應核准您的請求。這稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。您將收到信函，其中說明您可能擁有的其他上訴權利。請參閱 **J 節**瞭解更多關於其他上訴等級的資訊。

若我們對您上訴的答覆是**拒絕**且 Medi-Cal 通常會承保該服務或用品，您可以自行提出 2 級上訴。請參閱 **F4 節**以獲取詳情。

G. Medicare D 部分藥物

身為本計劃的會員，您享有的理賠包括多種藥物的承保。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 Medicare D 部分藥物上訴。**在本節的其餘部分，我們會使用「藥物」一詞，而不是每次都說「Medicare 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。有關醫學上公認適應症的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**。

G1. Medicare D 部分承保決定和上訴

以下是您要求我們針對您的 Medicare 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 Medicare 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）

註：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 Medicare 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。	您需要我們承保某項在我們藥物清單上的藥物，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藥費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。
您可要求我們作出例外處理。（這是一種承保決定。） 從 **G2 節**開始，然後參閱 **G3 和 G4 節**。	**您可要求我們作出承保決定。** 請參閱 **G4 節**。	**您可要求我們向您償付費用。**（這是一種承保決定。） 請參閱 **G4 節**。	**您可以提出上訴。**（這表示您要求我們重新審查。） 請參閱 **G5 節**。

G2. Medicare D 部分例外處理

如果我們沒有按照您希望的方式承保藥物，您可要求我們進行「例外處理」。如果我們拒絕您的例外處理要求，您可針對我們的決定提出上訴。

在您申請例外處理時，您的醫生或其他處方開立者需要說明為何您需要例外處理的醫療理由。

> 請求承保不在我們藥物清單上的藥物或請求取消某項藥物的限制有時稱為申請**「承付藥物手冊例外處理」**。
>
> 要求對承保非首選藥物支付較低的價格，有時稱為要求**層級例外處理**。

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：

1. 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。
- 您不能獲得對該藥物所需共付額的例外處理。

2. 取消對承保藥物的限制

- 額外規定或限制適用於藥物清單上的某些藥物（請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**瞭解更多資訊）。

- 某些藥物的額外規定和限制包括：
    - 必須使用某種藥物的非品牌藥而不是品牌藥。
    - 在我們同意為您承保藥物之前，事先獲得我們的核准。有時，這稱為「事前授權」(PA)。
    - 數量限制。對於某些藥物，您可以擁有的藥量會有限制。
- 如果我們同意進行例外處理，並為您免除限制，您可要求針對我們要求您為藥物支付的共付額進行例外處理。

3. 將藥物承保更改為更低的成本分擔層級。藥物清單上的每種藥物均屬於六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級愈低，您需要支付的共付額也愈少。

- 我們的藥物清單通常包括一種以上治療特定病症的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。
- 如果可治療您疾病的替代藥物與您使用的藥物相比，該替代藥物屬於較低成本分擔層級，則您可要求我們以適用於該替代藥物的成本分擔額來承保您的藥物。這會降低您為該藥物支付的共付額。
    - 如果您服用的藥物是生物製品，您可以要求我們按照適合您病情的替代生物製品的最低層級成本分擔金額來承保。
    - 如果您服用的藥物是品牌藥物，您可以要求我們按照適合您病情的替代品牌藥的最低層級成本分擔金額來承保。
    - 如果服用的藥物是非品牌藥，您可以要求我們按照適合您病情的替代品牌藥或非品牌藥的最低層級成本分擔金額來承保。
- 您不能要求我們更改層級 5（專科層級藥物）內任何藥物的成本分擔層級。
- 如果我們批准您對層級例外處理的要求，且您不能服用的替代藥物有一個以上較低的成本分擔層級，則您通常僅支付最低金額。

G3. 關於要求例外處理的重要事項須知

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。

我們的藥物清單通常包括一種以上治療特定病症的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。如果某種替代藥物與您要求的藥物同樣有效，且不會引起更多的副作用或其他健康問題，我們一般**不會**核准您提出的例外處理請求。如果您向我們提出層級例外處理請求，除非所有較低成本分擔層級的替代藥物對您皆無效或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們一般**不會**核准您提出的例外處理申請。

我們可能會核准也可能會拒絕您的申請。

- 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，您可提出上訴。請參閱 **G5 節**瞭解在我們**拒絕**時提出上訴的相關資訊。

下一節將告訴您如何要求作出包括例外處理的承保決定。

G4. 要求作出承保決定，包括例外處理

- 您可以致電 1-800-443-0815 (TTY 711) 聯絡會員服務部、寫信或傳真給我們，要求提供您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。請註明您的姓名、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 **E3 節**，瞭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。
- 若您希望要求我們向您償還藥物費用，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**。
- 若您要求例外處理，請提供「佐證聲明」。佐證聲明包括您的醫生或其他處方開立者對於請求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，請要求我們為您提供「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**意味著我們將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**意味著我們將會在收到您醫生聲明後的 24 小時內給您答覆。

> 「快速承保決定」稱為**「加快承保判定」**。

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，我們將按照快速承保決定時間要求來審查您的請求。我們將向您寄送一封包含此資訊的信函。

- 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。
    - 我們會寄給您一封信，告訴您我們將使用標準期限。這封信還會告知您如何對我們的決定提出上訴。
    - 您可以提出快速投訴並在 24 小時內得到答覆。如欲瞭解有關提出投訴（涵蓋快速投訴）的詳細資訊，請參閱 **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 (IRO) 進行審查。請參閱 **G6 節**瞭解更多關於 2 級上訴的資訊。
- 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，我們會向您發送一封信函說明原因。這封信還會告知您如何提出上訴。

針對您未取得之藥物作出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 (IRO) 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的醫生的佐證聲明後的 72 小時內會為您承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函說明原因。這封信還告知您如何提出上訴。

與您已購藥物有關的標準承保決定期限

- 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 (IRO) 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，我們會向您發送一封信函說明原因。這封信還告知您如何提出上訴。

G5. 提出第 1 級上訴

> 針對 Medicare D 部分藥物承保決定向本計劃提出的上訴稱為計劃「**重新判定**」。

- 開始**標準上訴或快訴上訴**的方式包括致電 1-866-206-2973、寫信或傳真給我們。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。請註明您的姓名、聯絡資訊和上訴相關資訊。
- 您必須自我們為告知您我們的決定而寄給您的信函上的日期起的 **65 個日曆日內**要求進行上訴。
- 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。

如對您的健康狀況有必要，可要求進行快速上訴。

> 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。如需瞭解更多資訊，請參閱 **G4 節**。

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。
- 我們會查看以確認在**拒絕**您的申請時，我們是否有遵守所有規定。
- 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。

一級快速上訴的期限

- 如果我們使用快速期限，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內**給您答覆。
    - 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。然後由獨立審查組織 (IRO) 對其進行審查。請參閱 **G6 節**瞭解關於審查組織和 2 級上訴流程的資訊。

- 如果我們**同意**您部分或全部的請求，我們必須在收到您上訴後的 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。

一級標準上訴的期限

- 如果我們使用標準期限，我們必須在收到您對未獲得之藥物提出的上訴後，於**七個日曆日內**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。
    - 如果我們未在七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。然後由獨立審查組織 (IRO) 對其進行審查。請參閱 **G6 節**瞭解關於審查組織和 2 級上訴流程的資訊。

如果我們**同意**您的部分或所有要求：

- 我們必須視您健康狀況所需盡快**提供我們同意提供的保險**，**最遲不得超過我們收到您上訴後的七個曆日**。
- 我們必須在收到您的上訴後，於 **30個日曆日內**對您已購買的藥物**給您款項**。

如果我們**同意**您的部分或所有要求：

- 我們會寄一封信給您，說明原因並告訴您如何提出上訴。
- 我們必須在收到您上訴後的 **14 個曆日內**，針對償還您已購買的藥物費用給您答覆。
    - 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。然後由獨立審查組織 (IRO) 對其進行審查。請參閱 **G6 節**瞭解關於審查組織和 2 級上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您請求後 30 個日曆日內支付您款項。
- 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. 提出第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或提出進一步上訴。如果您決定提出進一步上訴，可以使用 2 級上訴流程。若我們**拒絕**您的首次上訴，**獨立審查組織 (IRO)** 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」(IRO) 的正式名稱是**「獨立審查實體」**，有時稱為**「IRE」**。

如要提出 2 級上訴，您、您的代表或者您的醫生或其他處方醫師必須以**書面**方式與獨立審查組織 (IRO) 聯絡，並要求審查您的個案。

- 如果我們**拒絕**您的1級上訴，我們寄給您的信函將包括有關**如何向獨立審查組織 (IRO) 提出 2 級上訴的指示說明**。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 (IRO) 提出上訴時，我們會將有關您上訴的資訊寄給該組織。這些資訊稱為您的「個案檔案」。**您有權免費獲得您個案檔案的副本**。如果您需要協助索取個案檔案的免費副本，請撥打會員服務部：1-800-443-0815。

- 您有權向獨立審查組織 (IRO) 提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。

獨立審查組織 (IRO) 會審查您的 Medicare D 部分 2 級上訴，並以書面形式給您答覆。請參閱 **F4 節**以獲取關於獨立審查組織 (IRO) 的詳情。

二級快速上訴的期限

如果您因健康狀況所需，請要求獨立審查組織 (IRO) 進行快速上訴。

- 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**您部分或全部的請求，我們必須在收到獨立審查組織 (IRO) 決定後的 **24 小時內**提供核准的藥物承保。

二級標準上訴的期限

如果您提出 2 級標準上訴，獨立審查組織 (IRO) 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七個日曆日內**。

- **針對您已購買之藥物的重新付款，在收到您上訴後的 14 個日曆日內**。

如果獨立審查組織 (IRO) **同意**您的部分或所有要求：

- 我們必須在收到獨立審查組織 (IRO) 決定後 **72 小時內**提供核准的藥物承保。

- 我們必須在收到獨立審查組織 (IRO) 的決定後的 30 個日曆日內償還您購買藥物的費用。

- 如果獨立審查組織 (IRO) **拒絕**您的上訴，這意味著他們同意我們不核准您申請的決定。這稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織 (IRO) **拒絕**您的2級上訴，則如果您所申請的藥物承保的美元價值達到最低要求，則您有 3 級上訴權利。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 (IRO) 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。

如果您申請的美元金額達到要求，您可選擇是否進一步上訴。

- 在第 2 級之後的上訴流程中還有另外三個上訴級別。

- 如果獨立審查組織 (IRO) **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，請參閱獨立審查組織 (IRO) 在您提出 2 級上訴後寄給您的信。
- 行政法官 (ALJ) 或律師裁判官負責處理3級上訴。請參閱 **J 節**瞭解關於第3、4 和 5 級上訴的資訊。

H. 要求我們承保較長的住院

在您入住醫院時，您有權獲得傷病診斷和治療所需的所有承保醫院服務。若要進一步瞭解關於本計劃醫院承保的資訊，請參閱本《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。

儘管本 **H 節**中討論了上訴情況，您還可以向保健計劃管理部 (DMHC) 提出投訴並要求進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參考 **F4 節**，瞭解如何提出投訴，並要求保健計劃管理部 (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。

H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在入住醫院兩天內，醫院的某人（例如護士或個案工作者）將會給您一份書面通知，稱為「有關您權利的 Medicare 重要訊息」(An Important Message from Medicare About Your Rights)。入保 Medicare 的每個人只要住院皆會獲得該通知。

如果您沒有收到該通知，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)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

- **請仔細閱讀該通知**，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。
    - 瞭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。

- **請簽署該通知**，表示您已收到通知並瞭解您的權利。
    - 您或您的代表可以簽署通知。
    - 簽署通知**僅**表示您有收到與您權利有關的資訊。簽署**不**表示您同意您的醫生或醫院工作人員可能已告訴您的出院日期。
- **保留您已簽署的通知副本**，以便您在需要時擁有這些資訊。

如果您在出院超過兩天之前簽署通知，您將會在出院之前收到另一份副本。

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。
- 或者，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 造訪 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出第 1 級上訴

如果想要求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 (Quality Improvement Organization, QIO) 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 (QIO) 是一個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 (QIO) 是 Commence Health。您可撥打 1-877-588-1123與他們聯絡。聯絡資訊也見於通知「An Important Message from Medicare About Your Rights」（與您權利有關的 Medicare 重要訊息）以及**第 2 章**。

在您離開醫院之前致電品質改進組織 (QIO)，且不得遲於預定出院日期。

- **如果您在出院前打電話**，在等待品質改進組織 (QIO) 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。
- 因為住院是由 Medicare 和 Medi-Cal 共同承保的，如果品質改進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，您也可以向保健計劃管理部 (DMHC) 投訴或要求獨立醫療審查。請參考**F4節**，瞭解如何提出投訴，並要求保健計劃管理部 (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。

要求快速審查。迅速採取行動，並與品質改進組織 (QIO) 聯絡，要求對您的出院事宜進行快速審查。

> **「快速審查」**的法律術語是**「立即審查」**或**「加快審查」。**

快速審查期間的步驟

- 品質改進組織 (QIO) 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。
- 在審核人員將您在上訴中告訴我們的計劃後的第二天中午，您會收到一封包含您預定出院日期的信函。這封信還說明了為什麼您的醫生、醫院和我們認為這是在醫學上適合您的正確出院日期。

> 此類書面說明的法律術語為**「詳細出院通知」。**您可以致電頁面底部的號碼或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡會員服務部，以取得範本。（TTY 使用者應致電1-877-486-2048。）您也可以透過 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上查看該通知範本。

在收到所有必要資訊後的一天內，品質改進組織 (QIO) 會針對您的上訴給您答覆。

若品質改進組織 (QIO) **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。

若品質改進組織 (QIO) **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 (QIO) 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 (QIO) 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 (QIO) 駁回您的1級上訴，**且**您在預定出院日期之後繼續住院，則您可以提出 2 級上訴。

H3. 提出第 2 級上訴

對於2級上訴，您要求品質改進組織 (QIO) 重新審查其對您的 1 級上訴作出的決定。您可撥打 1-877-588-1123 與他們聯絡。

您必須在品質改進組織 (QIO) **拒絕**您 1 級上訴次日起的 **60 個曆日內**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 (QIO) 審議人將：

- 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。

若品質改進組織 (QIO) **同意**您的上訴：

- 自品質改進組織 (QIO) 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。

若品質改進組織 (QIO) **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提出抱怨或要求進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參考 **E4 節**，瞭解如何提出投訴，並要求保健計劃管理部 (DMHC) 進行獨立醫療審查。

行政法官 (ALJ) 或律師裁判官負責處理 3 級上訴。請參閱 **J 節**瞭解關於第 3、4 和 5 級上訴的資訊。

I. 要求我們繼續承保特定醫療服務

本節僅介紹您可能會獲得的三種服務：

- 居家健康護理服務
- 專業護理院中的專業護理，**以及**
- 在 Medicare 批准的 CORF 門診接受復健醫護服務。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。

當我們決定停止為您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。

如果您認為我們太快終止您的醫護服務保險，**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. 在承保結束前事先通知

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「Notice of Medicare Non-Coverage（Medicare不承保通知）」。該通知會告訴您我們停止承保您醫護服務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。簽署通知**僅**表示您收到了資訊。簽署並**不**表示您同意我們的決定。

I2. 提出第1級上訴

如果您認為我們太快終止您的醫護服務保險，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，您可以提出抱怨。請參閱 **K 節**以獲取關於投訴的詳情。
- **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。
    - 撥打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 (QIO)。**
    - 如需關於品質改進組織 (QIO) 以及聯絡方式的詳細資訊，請參閱 **H2 節**或本《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 (QIO)，瞭解我們終止承保您的醫療服務在醫療上是否恰當。

您與該組織聯絡的期限

- 您必須與品質改進組織 (QIO) 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。
- 如果品質改進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，您可以向保健計劃管理部 (DMHC) 提出投訴，並要求獨立醫療審查。請參考 **F4 節**，瞭解如何提出投訴，並要求保健計劃管理部 (DMHC) 進行獨立醫療審查。

> 該書面通知的法律術語為「**Notice of Medicare Non-Coverage（Medicare 不承保通知）**」。若要取得範本副本，請致電頁面底部的號碼聯絡會員服務部或致電 Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。或者也可以在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 線上取得副本。

快速上訴期間的過程

- 品質改進組織 (QIO) 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。

> 該書面說明的法律術語為「**不承保項目的詳細說明**」。

- 審查人員在獲得所有需要的資訊後，會在一天內提供其決定。

若品質改進組織 (QIO) **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。

若品質改進組織 (QIO) **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，則您應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. 提出第 2 級上訴

對於 2 級上訴，您要求品質改進組織 (QIO) 重新審查其對您的 1 級上訴作出的決定。您可撥打 1-877-588-1123與他們聯絡。

您必須在品質改進組織 (QIO) 拒絕您1級上訴次日起的 **60 個曆日內**申請此項審查。**只有**您在醫護承保結束日期後繼續接受醫護的情形下，您才能要求進行此次審查。

品質改進組織 (QIO) 審議人將：

- 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。

若品質改進組織 (QIO) **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。
- 只要該醫療護理在醫療上是必要的，我們就會提供承保。

若品質改進組織 (QIO) **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。
- 您可以向保健計劃管理部 (DMHC) 提出抱怨，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**，瞭解如何要求保健計劃管理部 (DMHC) 進行獨立醫療審查。您可以向保健計劃管理部 (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 (ALJ) 或律師裁判官負責處理3級上訴。請參閱**J節**瞭解關於第 3、4 和 5 級上訴的資訊。

J. 提出高於第 2 級的上訴

J1. Medicare服務和項目的後續步驟

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特定最低限額，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。您從品質改進組織 (QIO) 收到的關於 2 級上訴的信函會說明要與誰聯絡，以及如何要求進行 3 級上訴。

三級上訴

上訴流程的第 3 級是行政法官 (ALJ) 聽證會。做出決定的人是行政法官 (ALJ) 或為聯邦政府工作的律師裁判官。

若行政法官 (ALJ) 或律師裁判官**同意**您的上訴，我們有權對有利於您的 3 級上訴決定提出上訴。

- 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，我們必須在收到行政法官 (ALJ) 或律師裁判官決定後的 60 個曆日內授權或為您提供服務。
- 如果行政法官 (ALJ) 或律師裁判官**拒絕**您的上訴，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。
- 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。

四級上訴

Medicare 上訴理事會（委員會）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**，我們將會以書面方式告訴您。

- 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 個曆日內授權或為您提供服務。

如果理事會**拒絕**或駁回審查申請，上訴程序可能尚未結束。

- 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。

五級上訴

- 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**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. 其他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。您從州聽證會部門收到的信函將告訴您，如果您想繼續上訴流程該怎麼做。

J3. Medicare D 部分藥物的 3 級、4 級和 5 級上訴申請

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且兩個上訴均被拒絕，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物費用達到一定金額，您可以進行更高級別的上訴。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。

三級上訴

上訴流程的第3級是行政法官 (ALJ) 聽證會。做出決定的人是行政法官 (ALJ) 或為聯邦政府工作的律師裁判官。

如果行政法官 (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。

如果行政法官 (ALJ) 或律師裁判官**拒絕**您的上訴，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。

- 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。

四級上訴

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。

若理事會**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，或者如果理事會駁回審查申請，上訴程序可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**拒絕您上訴的決定，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。

五級上訴

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**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。

K. 如何提出投訴

K1. 哪些問題種類應為投訴

投訴流程僅用於特定類型的問題，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	• 您對醫護品質不滿意，例如您在醫院得到的醫療護理。
尊重您的私隱	• 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	• 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。
無障礙和語言協助	• 您無法實際使用醫生或保健業者診所的保健服務和設施。 • 您的醫生或保健業者沒有為您說的非英語語言（例如美國手語或西班牙語）供翻譯。 • 您的保健業者不為您提供您需要和要求的其他合理便利。
等候時間	• 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	• 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	• 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。
與承保決定或上訴相關的及時性	• 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 (IRO)。

有不同的投訴種類。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部，電話號碼：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。

「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

如要提出內部投訴，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711) 聯絡會員服務部。您可以隨時提出投訴，除非是關於 Medicare D 部分藥物。如果投訴是關於 Medicare D 部分藥物，您必須在您要投訴之問題發生後的 **60 個曆日內**提出。

- 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。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回應您的投訴。

我們必須根據您的健康所需儘快處理您的抱申訴但不得遲於收到您投訴後的30個日曆日。

「快速投訴」的法律術語是**「加快申訴」。**

如果可能，我們會立即給您答覆。如果您致電向我們抱怨，我們可能會在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。

- 我們會在 30 個日曆日內答覆大多數抱怨。如果我們因為需要更多資訊而未在 30 個日曆日內做出決定，我們會以書面形式通知您。我們還為您提供狀態更新和您獲得答覆的預計時間。
- 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

聯邦醫療保險計劃 (Medicare)

您告知 Medicare 您的投訴，或將其寄給 Medicare。Medicare 投訴表可在www.medicare.gov/my/medicare-complaint取得。在向 Medicare 提交投訴之前，您不需要向 Kaiser Permanente Dual Complete計劃提交投訴。

Medicare 將認真看待您的投訴，並會使用此資訊來協助改進 Medicare 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)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。此為免費電話。

Medi-Cal

您可以致電 1-888-452-8609，向加州保健服務部 (DHCS) 的 Medi-Cal 管理式保健投訴處理專員提出投訴。TTY 使用者請致電 711。請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點之間致電。

您可以向保健計劃管理部 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責規管保健計劃。您可以致電保健計劃管理部 (DMHC) 求助中心，尋求有關對 Medi-Cal 服務提出投訴的協助。對於非緊急事項，如果您不同意 1 級上訴中的決定，或者本計劃在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，您可以向保健計劃管理部 (DMHC) 提出投訴。然而，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，您可以聯絡保健計劃管理部 (DMHC) 而無需提出1級上訴。

以下兩種方法可以從求助中心獲得協助：

- 請致電 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人可使用免費的 TTY 電話號碼：1-877-688-9891。此為免費電話。
- 造訪保健計劃管理部 (DMHC) 網站 (www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室 (OCR)

如果您認為自己沒有受到公平對待，您可以向健康與民眾服務部 (Department of Health and Human Services, HHS) 民權辦公室 (Office for Civil Rights, OCR) 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 (OCR) 的電話號碼是 1-800-368-1019。TTY使用者應致電 1-800-537-7697。您可以造訪 www.hhs.gov/ocr 取得更多資訊。

您還可以聯絡當地民權辦公室 (OCR) 辦事處：

Office for Civil Rights
U.S.Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

客戶回應中心：1-800-368-1019
傳真：1-202-619-3818
TDD：1-800-537-7697
電子郵件：ocrmail@hhs.gov

您也可能享有《美國殘障人士法》(Americans with Disability Act, ADA) 保障的權利。

品質改進組織 (QIO)

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 (QIO) 提出有關醫護品質的投訴。
- 您可向品質改進組織 (QIO) 以及我們的計劃提出投訴。如果您向品質改進組織 (QIO) 提出投訴，我們將與其合作解決您的投訴。

品質改進組織 (QIO) 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，負責核查和改善向 Medicare 患者所提供的醫護服務。如需進一步瞭解品質改進組織 (QIO)，請參閱 **H2 節**或本《會員手冊》的**第 2 章**。

在加州，品質改進組織 (QIO) 稱為Commence Health。Commence Health 的電話號碼是 1-877-588-1123。

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。若您退出本計劃，只要您符合資格，仍將享有 Medicare 和 Medi-Cal 計劃。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》的最後一章中。

第 10 章 目錄

A. 您可在何時終止您在本計劃的會員資格 249

B. 如何終止在本計劃的會員資格 250

C. 如何分別取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務 250

C1. 您的 Medicare 服務 250

C2. 您的Medi-Cal計劃服務 253

D. 在您於本計劃的會員資格終止之前，您的醫療用品、服務和藥物 253

E. 您在本計劃的會員資格終止的其他情況 254

F. 不能因為與健康相關的任何理由而要求您離開本計劃的規定 255

G. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴 255

H. 如何取得終止計劃會員資格的詳情 255

A. 您可在何時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。由於您擁有 Medi-Cal，因此您可以選擇在一年中的任何月份終止本計劃的會員資格。

此外，您可以在每年的以下期間終止您的本計劃會員資格：

- **開放入保期**為 10 月 15 日至 12 月 7 日。若您在此期間選擇新計劃，您在本計劃的會員資格於 12月 31 日終止，而您在新計劃的會員資格於 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage (MA) 開放入保期**從 1 月 1 日至 3 月 31 日，也適用於投保某個計劃的 Medicare 新受益人，自 A 部分和 B 部分權益生效當月起，至權益第 3 個月的最後一天止。如果您在此期間選擇新計劃，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：

- 如果您搬出我們的服務區，
- 您的 Medicare 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醫院或長期醫療護理醫院。

您的會員資格將在我們收到離開本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，您在本計劃的保險於 1 月 31 日結束。若您入保另一個計劃，您的新保險於次月第一天（此例為 2 月 1 日）開始。

若退出我們的計劃，您可以獲得以下資訊：

- **C1 節**表格中的 Medicare 選項。
- **C2 節**中的 Medi-Cal 選項和服務。

若要瞭解如何終止會員資格的方式，您可以致電以下號碼：

- 本頁底部的會員服務部號碼。也列出了 TTY 使用者號碼。
- Medicare 電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者應致電1-877-486-2048。
- 加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，TTY 使用者請撥打711。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請造訪 https://www.aging.ca.gov/HICAP。
- 保健服務選項部，電話：1-800-430-4263，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點。TTY 使用者應撥打 1-800-430-7077。
- Medi-Cal管理式保健投訴處理專員電話：1-888-452-8609，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，或將電子郵件寄至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

註：如果您有加入藥物管理計劃 (DMP)，您可能無法更換計劃。關於藥物管理計劃的資訊位於本《會員手冊》的**第 5 章。**

B. 如何終止在本計劃的會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以入保另一個 Medicare 或更換為 Original Medicare。然而，如果您希望從本計劃轉換至 Original Medicare，但您尚未選擇一項獨立的 Medicare 藥物計劃，您必須要求從本計劃退保。要求退保有以下兩種方式：

- 您可以向我們提出書面申請。如果您需要有關如何執行此操作的更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者（具有聽力或言語障礙者）請致電 1-877-486-2048。在您撥打1-800-MEDICARE 時，您也可入保其他 Medicare 保健計劃或藥物計劃。若要深入瞭解在您退出本計劃後取得聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 服務的資訊，請參閱 **C1 節**中的表。
- 致電保健服務選項部，電話：1-800-430-4263，服務時間：週一至週五上午8點至下午6點。TTY使用者應撥打 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。

C. 如何分別取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

若您選擇退出本計劃，您可選擇取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務。

C1. 您的 Medicare 服務

您在一年中任一月份皆有三個可取得 Medicare 服務的選項，如下所示。您在年度特定期間有下列其他選項，包括**開放入保期**和 **Medicare Advantage 開放入保期**或 **A 節**描述的其他情況。選擇其中一個選項後，您就會自動結束在本計劃的會員資格。

1. 您可以變更為： **Medicare Medi-Cal 計劃（Medi-Medi 計劃）是 Medicare Advantage 計劃類型。它適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，同時將 Medicare 和 Medi-Cal 的福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩個計劃的所有福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 的承保服務或長者護理全包計劃 (PACE)（如果您符合資格）。** **註：**「Medi-Medi 計劃」一詞是加州整合雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) 的名稱	**以下為您說明做法：** 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 對於長者護理全包計劃 (PACE) 查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或更多資訊： • 致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，TTY 使用者請撥打 711。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請造訪 https://www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或** 入保新的 Medi-Medi 計劃。 在您新計劃的承保開始生效時，您將自動從我們的 Medicare 計劃退保。 您的 Medi-Cal 計劃將變更以便符合您的 Medi-Medi計劃。
2. 您可以變更為： **有獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare，以及 Medi-Cal 計劃。**	**以下為您說明做法：** 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： • 致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，TTY 使用者請撥打 711。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。

	或 入保新的 Medicare 藥物計劃。 您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。 除非您選擇其他計劃，否則您將繼續入保 Medi-Cal計劃。
3. 您可以變更為： **沒有獨立 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare（若您有有效的退保原因）** **註：**如果您轉至 Original Medicare，而且未入保獨立的 Medicare 藥物計劃，Medicare 可讓您入保一項藥物計劃，不過您也可通知 Medicare 您不想加入。 如果您從其他來源（例如雇主或工會）取得藥物保險，您應該只放棄藥物保險。如有關於是否需要藥物保險的疑問，請致電加州健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或找尋您當地的HICAP辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。	**以下為您說明做法：** 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)與 Medicare 聯絡。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： • 致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，TTY使用者請撥打 711。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。 除非您選擇其他計劃，否則您將繼續入保 Medi-Cal 計劃。

4. 您可以變更為： **在年度特定**期間變更為任何 Medicare 健康計劃，包括**開放入保期**和 **Medicare Advantage 開放入保期**或 **A 節**中描述的其他情況。	**以下為您說明做法：** 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 對於長者護理全包計劃 (PACE) 查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或更多資訊： • 致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，TTY 使用者請撥打 711。 如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或** 入保新的 Medicare 計劃。 在您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。 您的Medi-Cal計劃可能會改變。

C2. 您的Medi-Cal計劃服務

如有關於退出本計劃後如何取得您的 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 1-800-430-4263，與保健服務選項部聯絡。TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077。或造訪 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。詢問加入另一項計劃或轉回 Original Medicare 將會對您獲得 Medi-Cal 承保有何影響。

D. 在您於本計劃的會員資格終止之前，您的醫療用品、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的 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藥物和健康護理。

- 透過我們的網絡保健業者來取得醫療護理。
- 使用我們的網絡內藥房，涵蓋透過郵購藥房服務來取得藥房配取的處方藥。
- 若您在 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃會員資格終止當天住院，本計劃仍將承保您出院之前的住院費用。即使您的新健康保險在您出院之前開始，本計劃仍將承保您出院之前的住院費用。

E. 您在本計劃的會員資格終止的其他情況

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 Medicare B 部分承保中斷。
- 若您不再符合 Medi-Cal 資格。本計劃為同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格者提供服務。註：如果您不再符合 Medi-Cal 資格，您可以暫時繼續參加本計劃並享受 Medicare 福利，請參閱下面有關推定期限的資訊。如果您不再符合 Medi-Cal 的入保資格，我們將會透過書面方式告知您，在您必須退出 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃之前，您有四個月的寬限期可以重新獲得 Medi-Cal 入保資格。在終止您的 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃之前，我們將會與您聯絡，讓您有機會可以入保我們的其他一項 Medicare Advantage 計劃。這些計劃的福利和自付費用可能和 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃的福利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藥物的其他保險資訊。
- 如果您具備美國公民身分或國民身分，或者具備合格非公民身分。
    - 您必須是美國公民或國民，或是合格的非公民，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 (CMS) 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。

如果您失去 Medi-Cal 資格，但預計會在四個月內重新獲得資格，我們將繼續提供 Kaiser Permanente Dual Complete 承保的所有 Medicare 福利。當您的 Medi-Cal 保險結束時，我們不會支付您的 Medi-Cal 福利。您對由 Kaiser Permanente Dual Complete 承保之福利的費用分攤將會變更，如本《會員手冊》的福利表所述。您也可能會失去 Medicare 的額外補助 (Extra Help) 來幫助您支付 Medicare D 部分藥物的費用。

如果您在入保 Medicare 保險的狀態下，恢復了您的 Medi-Cal 資格，我們將會繼續支付您的 Medi-Cal 福利，且您對我們的入保狀態將會持續。如果您在四個月內無法重新獲得 Medi-Cal，我們會將您從 Kaiser Permanente Dual Complete 退保。如果您在退保之後，重新獲得 Medi-Cal 資格，您將需要聯絡我們，以重新入保計劃。

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：

- 如果您在入保本計劃時蓄意提供不實資訊，且該資訊會影響您入保本計劃的資格。
- 如果您持續做出破壞性行為，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. 不能因為與健康相關的任何理由而要求您離開本計劃的規定

我們不能因為與您健康相關的任何理由而要求您離開本計劃如果您認為您是因為健康相關理由而被要求退出本計劃，**請致電 Medicare**，電話號碼為1 800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

G. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您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。我們也必須向您解釋如果您要對我們終止您會員資格的決定提出抱怨或投訴，您該怎麼做。您也可以參閱本《會員手冊》的**第 9 章**，瞭解關於如何提出投訴的資訊。

H. 如何取得終止計劃會員資格的詳情

如果您有疑問或想瞭解有關終止會員資格的更多資訊，您可以撥打本頁底部的號碼致電會員服務部。

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。重要術語及其定義按照字母順序排列，列於本《會員手冊》中。

第 11 章 目錄

A. 法律相關聲明 258
B. 有關反歧視的聯邦聲明 258
C. Medi-Cal有關反歧視的聲明 258
D. Medicare 為第二順位給付者以及 Medi-Cal 為最後順位給付者相關聲明 259
E. Medi-Cal遺產追討相關聲明 259
F. 本《會員手冊》的管理 259
G. 申請和聲明 260
H. 轉讓 260
I. 律師及權益維權者費用 260
J. 福利協調 260
K. 僱主的責任 260
L. 《會員手冊》對會員的約束力 260
M. 政府機構的責任 260
N. 會員免責 260
O. 不棄權 261
P. 通知 261
Q. 超額付款追討 261
R. 第三方責任 261
S. 美國退伍軍人事務部 262

T. 工傷賠償或僱主責任理賠 262

U. 代孕 262

V. 具約束力的仲裁 262

A. 法律相關聲明

許多法律適用於本《會員手冊》。即使本《會員手冊》未提到或未說明這些法律，這些法律也可能會對您的權利與責任造成影響。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。

B. 有關反歧視的聯邦聲明

我們不會基於種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、保險資格證明或服務區內的地理位置等理由而歧視他人。提供 Medicare Advantage 計劃（如本計劃）的所有組織均必須遵守反歧視的聯邦法律，包括《1964 年民權法》第VI章、《1973 年復健法》、《1975 年反年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《平價醫療法案》第1557節，以及接受聯邦資助的組織適用的所有其他法律和因任何其他原因而適用的任何其他法律及規定。

如果您要瞭解更多與歧視或不公平待遇相關的訊息，或有所疑慮：

- 致電健康與民眾服務部的民權辦公室電話：1-800-368-1019。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。您可以造訪 hhs.gov/ocr/index.html 取得更多資訊。

C. Medi-Cal有關反歧視的聲明

我們不會因種族、族裔、國藉、膚色、宗教信仰、性別、年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經歷、病史、遺傳資訊、保險資格證明或在服務區內的地理位置而歧視或區別對待您。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。

如果您要瞭解更多與歧視或不公平待遇相關的訊息，或有所疑慮：

- 致電健康與民眾服務部的民權辦公室電話：916-440-7370。TTY 使用者可致電 711（電信聽障/語障接駁服務）。如果您認為自己遭受歧視，且希望提起有關歧視的投訴，請聯絡：
- 致電：請致電會員服務部，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（節假日休息除外）。
- 郵寄：請致電會員服務部，並要求我們將表格寄給您。
- 本人親自提出：在計劃設施的會員服務辦事處填寫投訴或福利索賠/申請表（請參閱《保健業者和藥房名錄》或 kp.org/facilities 查詢地址）。
- 線上：使用 kp.org 網站上的線上表格。
- 您也可透過以下地址直接與 Kaiser Permanente 民權事務協調員聯絡：

  Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
  Member Relations Grievance Operations
  P.O. Box 939001
  San Diego CA 92193

如果您的申訴與 Medi-Ca l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) 民權辦公室提出抱怨：

- 電話申請：致電916-440-7370。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 711（電信聽障/語障接駁服務）。
- 寫信：填寫投訴表或致函：

  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

  投訴表可在 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 網站取得。

- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov.

如果您有殘障，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，會員服務部可提供協助。

D. Medicare 為第二順位給付者以及 Medi-Cal 為最後順位給付者相關聲明

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。

對於 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。

由於 Medi-Cal 是最後順位付款方，因此當您的健康保險有提供相同服務時，您必須先使用所有其他健康保險 (other health coverage, OHC)，再使用 Medi-Cal。這意味著在大多數情形下，Medi-Cal 將是 Medicare 其他健康保險 (OHC) 的第二順位給付方，承保本計劃或其他 OHC 未給付且在允許範圍內的費用，最高限額為 Medi-Cal 費率。

E. Medi-Cal遺產追討相關聲明

Medi-Cal 計劃必須從某些已故會員的遺囑遺產中尋求償還在其 55 歲生日當天或之後收到的 Medi-Cal 理賠福利。還款包括會員在護理院住院或接受家庭和社區服務時收到的護理院服務、家庭和社區服務以及相關醫院和處方藥服務的按服務費和管理式護理保費/按人頭付費。還款額不能超過會員遺囑遺產的價值。

若要進一步瞭解，請至保健服務部的遺產追討網站 **dhcs.ca.gov** 或致電 916-650-0590。

F. 本《會員手冊》的管理

我們可採用合理的政策、程序及解釋，以對本《會員手冊》進行有序和高效地管理。

G. 申請和聲明

您必須按照我們正常的業務程序或本《會員手冊》**的規定填寫我們所要求的所有申請表、表格或聲明。**

H. 轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《會員手冊》或其所規定的任何權利、利益、金錢索賠權、福利或義務。

I. 律師及權益維權者費用

如果會員與 Health Plan、Medical Group 或 Kaiser Foundation Hospital（凱薩基金會醫院）發生任何爭議，除非法律另有規定，否則各方需自行負擔收費和其他費用，包括律師費、代表費和其他費用。

J. 福利協調

如果您享有其他保險，您必須將其他保險與 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃會員保險結合使用，以支付所接受的醫療服務。這稱為「福利協調」，因為這包括協調您可使用的所有健康福利。您將照例從網絡保健業者獲得承保醫護，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。有關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 **S 節**；有關工傷賠償案件中首要付款的詳細資訊，請參閱本章 **U 節**。

如果您享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，請隨時讓我們知悉。

K. 僱主的責任

對於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，則我們可向雇主追索該等服務的費用。

L. 《會員手冊》對會員的約束力

選擇本《會員手冊》的保險或接受其理賠即表示，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。

M. 政府機構的責任

對於依照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，則我們可向政府機構追索該等服務的費用。

N. 會員免責

根據我們與網絡保健業者簽訂的合約，您無需為我們所欠的任何款項負責。但是，您從網絡保健業者或網絡外保健業者處獲得的非承保服務費用應由您自行承擔。

O. 不棄權

如果我們未執行本《會員手冊》中的任何條款，這並不表示我們放棄該條款或任何其他條款，也不影響我們今後要求您嚴格執行任何條款的權利。

P. 通知

我們給您的通知將寄至我們記錄中的最新地址。如果您的地址有任何變更，您有責任通知我們。如果您搬家，請盡快致電我們的會員服務部（電話號碼列印於本手冊的封底）並致電 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) 與社會安全局聯絡，以通報您的地址變更。

Q. 超額付款追討

我們可向任何收到服務超額付款的人士或任何有義務支付服務費用的人或組織追討該超額付款。

R. 第三方責任

造成您人身傷害或疾病的第三方（及其保險公司）通常必須優先於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或我們的計劃支付賠償金。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。

註：本「第三方責任」一節的規定並不影響您為上述服務支付成本分擔的責任。

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，您必須向下列地址寄送關於索賠或法律訴訟的書面通知：

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
傳真：1-502-753-7064

為確認我們可能擁有的任何權利及行使這些權利，您必須完整填寫所有同意書、披露書、授權書、轉讓書及其他文件，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。為行使留置權及其它權利，我們可將所享有的權利進行轉讓。

S. 美國退伍軍人事務部

對於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，則我們可向退伍軍人事務部追討該等服務的費用。

T. 工傷賠償或僱主責任理賠

工傷賠償保險通常必須在 Medicare 或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳工傷賠償或雇主責任法律所規定的首要付款款項。依據工傷賠償或僱主責任的法律規定，您可能有資格獲得償付或其他福利，包括以和解形式收到的款項（統稱為「財務福利」）。即使無法確定您是否有權獲得財務福利，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雇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。

U. 代孕

在會員獲得金錢補償擔任代孕母親的情況下，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。

V. 具約束力的仲裁

下方對具約束性仲裁的描述適用於以下會員：

- 所有入保 Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual 計劃且其保險於 2008 年 1 月 1 日之前生效的會員；以及
- 所有入保 Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual 計劃且其保險生效日期為 2008 年 1 月 1 日或之後，且未在入保生效日期起 60 個日曆日內明確表示退出具約束力仲裁流程的會員。

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方式。就 Kaiser Permanente 當事方所提出的索賠而言，此「具約束力的仲裁」一節對於在本《會員手冊》**生效日期之前發生且未解決的所有索賠均具有追溯效力。**此類追溯適用僅對 Kaiser Permanente 當事方具有約束力。

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《會員手冊》或會員方與 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 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》入保的會員將因此放棄自己的法庭或陪審團審判權，並轉而接受使用具約束力的仲裁，但下列類型的索賠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 Dual Complete 計劃會員所適用之 Medicare 上訴程序辦理的索賠（請參閱**第 9 章**，以瞭解有關 Medicare 的上訴資訊）。
- 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。

「Kaiser Permanente關係方」包括：

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc
- Kaiser Foundation Hospital
- 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」是指提出上述索賠的會員方或 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

仲裁應按照獨立管理人辦公室與Kaiser Permanente及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。

送達仲裁請求

應將仲裁請求送達至 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.、Kaiser Foundation Hospital、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應訴人：

- **South 計劃：** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E.Walnut Street
  Pasadena, CA 91188
- **North 計劃：** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

被告收訖時應被視為已完成送達。依據《加州民事訴訟法》中關於民事訴訟的規定，應向所有其他應訴人（包括個人）送達仲裁請求。

申請費

每次提出仲裁時，索賠人均應向「仲裁帳戶」支付一次性不可退還的 $150 申請費，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。

仲裁人費用與開支的付款

如「程序規則」中所述特定條件下，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.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) 因索賠所涉及的同一事件、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，有一方未能出席仲裁聽證，則中立仲裁員人可在此方缺席的情況下對爭議做出裁決。

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 節**、《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 節**和**第 4 節**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。

第 12 章：重要詞彙的定義

前言

本章包括本《會員手冊》使用的關鍵字及其定義。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。

行政法官：行政法官 (ALJ) 是審理和裁決涉及政府機構案件的法官。審查3級上訴的法官。

愛滋病藥物輔助計劃 (ADAP)：旨在幫助符合資格的愛滋病毒/愛滋病患者獲得挽救生命之愛滋病毒藥物的計劃。

補助：您在購買某用品或服務時可以抵扣的特定金額。如果您所選擇的用品或服務的費用超過該承保額，則您將需支付超出承保額的金額，且該金額不會計入您的自付額上限中。

門診手術中心：為不需要住院護理以及預計無需超過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。請參閱本《會員手冊》的**第 9 章，瞭解如何提出上訴。**

餘額計費：保健業者向患者收取他們收取的全額費用與患者的保健計劃給付金額之間的差額的做法。

行為健康：指的是我們的情緒、心理和社會生活品質。簡言之：這與我們的思考方式、感受方式以及與他人的互動方式有關。這是一個通稱術語，用來指稱精神健康和藥物濫用障礙服務。

理賠期：本計劃和 Original Medicare 衡量您使用專業護理院 (SNF) 服務的方式。理賠期從您住進專業護理院的第一天開始計算。如果您連續 60 天未獲得任何專業護理院 (SNF) 的專業護理，則理賠期即結束。如果您在理賠期結束後住進專業護理院，則新的理賠期即開始。理賠期無數量限制。

生物製品：由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的藥物。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥。（另請參閱「原創生物製品」和「生物仿製藥」）。

生物仿製藥：非常類似但不同於原始生物製品的生物藥品。生物仿製藥與原創生物製品一樣安全有效。一些生物仿製藥可以在藥房替代原創生物製品，而無需新處方。（請參閱「可替換的生物仿製藥」）。

品牌藥：由最初製造該藥物的公司製造和銷售的藥物。品牌藥與學名藥具有相同的成分。但是，非品牌藥是由其他藥廠製造和銷售，通常會在品牌藥專利到期之後才會提供。

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」。

醫護團隊：請參閱「跨學科醫護團隊」。

災難承保階段：Medicare 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。當您（或代表您的其他合格方）在該年度已花費 $2,400 用於購買 D 部分承保藥物時，即進入此階段。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)：負責處理 Medicare 的聯邦機構。本《會員手冊》第 2 章說明了如何聯絡 **Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)**。

社區式成人服務 (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、我們的網絡保健業者或網絡藥房的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。

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藥物時，需支付之成本分擔中的固定費用。例如，您可能需要支付 $2 或 $5 以取得服務或藥物。

成本分擔：成本分擔係指會員在獲得服務或藥物時必須支付的金額。（這是本計劃月保費以外的額外金額）。成本分擔包括以下3類付款的任何組合：1) 在服務或藥物獲得承保之前，計劃可能收取的任何免賠額；2) 在收到特定服務或藥物時，計劃要求的任何定額共付額；或 3) 在收到特定服務或藥物時，計劃要求的任何共保額，該金額占服務或藥物支付總額的一定比例。**註：**在某些情況下，您在接受服務時可能無需支付所有適用的成本分擔，而我們會在日後將成本分擔的帳單寄給您。例如，如果您在排定的預防醫護就診期間接受非預防醫護，我們在日後可將適用於非預防醫護的成本分擔金額帳單寄給您。對於預先訂購的用品，您將需支付在訂購當日現行有效的成本分擔（除非您在收到用品當日仍享有保險，否則我們將不會承保該用品），且您可能在訂購該用品時便必須支付成本分擔。針對門診處方藥，訂購日是藥房在收到配藥所需的全部資訊後處理訂單的日期。

成本分擔層級：是具有相同共付額的藥物組。承保藥物清單（也稱為藥物清單）上的每種藥物均屬於六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高。

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：我們使用本術語來泛指屬於本計劃承保範圍的所有處方藥和非處方 (OTC) 藥物。

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，以及其他服務。

可抵免處方藥保險：平均預期給付額至少與 Medicare 標準處方藥保險相當的處方藥保險（例如，透過雇主或工會獲得的保險）。擁有這種保險的人在符合入保 Medicare 資格時如果決定之後才入保 Medicare 處方藥保險，一般可以保留該保險而無需支付罰金。

監督護理：監督護理是指當您無需專業醫療護理或專業護理時，由護理院、安寧服務或其他機構所提供的個人護理。沒有專業技能或未經培訓的人員所提供的監督護理，包括協助日常生活的活動，例如沐浴、穿衣、進食、上下床、坐下或起身、行走和使用浴室等。它也可能包括大部分人可自己完成的健康相關護理，例如點眼藥水。Medicare不會支付監督護理費用。

文化能力培訓：對我們的保健業者的額外指導，幫助他們更好地瞭解您的背景、價值觀和信仰，從而調整服務以滿足您的社會、文化和語言需求。

保健服務部 (DHCS)：負責管理聯邦/州醫療保健輔助計劃（稱為 Medi-Cal）的加州州立部門。

保健計劃管理部 (DMHC)：負責管理大部分保健計劃的加州政府部門。DMHC 會協助眾人提出有關Medi-Cal服務的上訴和抱怨。DMHC 也會執行獨立醫療審查 (IMR)。

退保：終止您在本計劃會員身分的程序。退保可能出於自願（您自己的選擇）或是非自願（不是您自己的選擇）。

藥物管理計劃 (DMP)：此項計劃可以協助確保會員安全使用鴉片類處方藥，和其他經常遭到濫用的藥物。

藥物層級：我們藥物清單上的藥品分類。普通藥、品牌藥或專科藥物是藥物層級的範例。藥物清單上的每種藥物均屬於六個層級中的其中一個層級。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)：向同時具有 Medicare 和Medicaid資格的個人提供服務的保健計劃。本計劃為雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)。

耐用醫療器材 (DME)：由您的醫生開立醫囑在您自己家中使用的特定器材。這些物品的範例包括輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由保健業者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，您出現需要即刻就醫的醫療症狀，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（如果您是孕婦，則以避免失去未出生的孩子）。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

急診醫護：由經培訓之保健業者提供急診服務，且為治療醫療或行為健康急診情況所需服務的承保服務。

急診病症：伴隨嚴重急性症狀（包括劇痛）的醫療或精神健康疾病，其嚴重程度足以使具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士可以合理預期，如果不立即就醫可能會導致以下後果：

- 嚴重威脅到個人的健康，或如果是孕婦，將嚴重威脅到孕婦和胎兒的健康；
- 嚴重損害身體機能；或
- 嚴重損害任何身體器官或肢體功能。

例外處理：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。

除外藥物：不屬於 42 U.S.C. 第1395w-102(e) 節所定義之「D 部分承保藥物」的藥物。

排除服務：本保健計劃不承保的服務。

額外補助：是一項 Medicare 計劃，協助收入和資源有限者減輕Medicare D部分藥物費用，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」。

普通藥：經食品及藥物管理署 (FDA) 核准用於代替品牌藥的藥物。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。

申訴：您對我們或我們網絡保健業者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)：可針對 Medicare 提供免費和客觀的資訊與諮詢。本《會員手冊》**第 2 章**說明了如何聯絡健康保險輔導及倡導計劃 (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。他們所有人將會共同合作為您提供您所需的醫護服務。

健康風險評估 (HRA)：審視病歷及目前狀況。其會用來瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

居家健康助理：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。末期預後是指一個人已被醫學證明患有絕症，即預期壽命為六個月或更短。

- 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/不當收費：保健業者（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瞭解的帳單，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擔金額。我們**不**允許保健業者向您收取超過此金額的費用。

居家支援服務 (IHSS)：IHSS 計劃可幫助向為您提供服務的加入計劃之保健業者支付服務費用，以便您可以安全地留在自己的家中。IHSS 是護理院或寄宿與照護設施等居家外照護的替代方案。為獲取服務，需要進行評估，以確定根據每位參與者各自的需求可授權哪些類型的服務。可透過居家支援服務 (IHSS) 授權的服務類型包括房屋清潔、餐食準備、洗衣、雜貨購物、個人護理服務（如腸道和膀胱護理、沐浴、美容和輔助醫療服務）、陪同醫療約診，以及對精神障礙者的保護性監督。縣社會服務機構負責管理居家支援服務 (IHSS)。

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。獨立醫療審查 (IMR) 是由非本計劃隸屬之專家來審查您的個案。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。

獨立審查組織 (IRO)：Medicare 聘請的獨立組織，負責審查 2 級上訴。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。此組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由 Medicare 監督。正式名稱是**獨立審查機構**。

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：您為Medicare D部分藥物支付的費用總共達 **$2,400** 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，仍可能被視為門診患者而非住院患者。

整合式雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)：一項雙重資格特殊需求計劃，根據單一保健計劃或附屬保健計劃，為同時符合 Medicare 以及 Medicaid 資格的特定人士承保 Medicare 以及大部分或所有 Medicaid 服務。這些個人被稱為「全額福利雙重資格個人」。

可互換的生物仿製劑：可在藥房作為替代品使用的生物仿製劑，不需要新的處方，因為這符合與自動替代潛力相關的其他要求。在藥房進行自動替代應遵守州法律。

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。

Kaiser Foundation Health Plan（簡稱「Health Plan」）：北加州和南加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 是一家非營利公司和 Medicare Advantage 組織。本《會員手冊》有時候會以「我們」來表示 Health Plan。

Kaiser Foundation Hospital：由 Kaiser Foundation Hospital 持有和經營的網絡醫院。

Kaiser Permanente：Health Plan、Medical Group 及 Kaiser Foundation Hospital。

Kaiser Permanente Region（簡稱「Region」）：提供直接服務型保健計劃的 Kaiser Foundation Health Plan組織。如果您在我們的服務區外，您可以透過其他 Kaiser Permanente Region 服務區的指定保健業者，獲得醫療上必要的慢性疾病保健服務和持續性醫護。請參閱**第 3 章第 4 節**，以獲取詳情。

承保藥物清單（藥物清單）：屬於本計劃承保範圍的處方藥和非處方 (OTC) 藥物清單。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。藥物清單有時稱為「承付藥物手冊」。

長期服務和支援 (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。本計劃承保的長期服務和支援 (LTSS) 涵蓋成人社區服務 (CBAS)，也稱為成人日間健康護理、護理設施 (NF) 和社區支援。長期服務和支援 (LTSS) 和1915(c) 豁免計劃是 Medi-Cal 在本計劃之外提供的。

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，讓您能取得最多達三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面的方式，可配取您定期服用的處方藥。

Medicaid（或醫療協助）：由聯邦政府和州政府實施的一項計劃，旨在幫助收入和資源有限的人們支付長期服務和支援以及醫療費用。Medi-Cal是加州Medicaid的名稱。

Medical Group：與本計劃簽訂合約以向您提供承保服務的計劃保健業者網絡。專業醫療服務集團名稱為 The Permanente Medical Group, Inc.，是一家營利性專業公司，以及 Southern California Permanente Medical Group，是一家營利性專業合作夥伴。

Medi-Cal：這是加州的Medicaid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 Medi-Cal 資格，其會承保多數健康護理費用。

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。

醫療必要性：這說明您預防、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：為 65 歲或 65 歲以上者、部分未滿 65 歲的某些殘障人士及末期腎臟病患者（通常是指需要接受洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者）所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 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上訴委員會（理事會）：審查 4 級上訴的委員會。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

Medicare承保服務：Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的服務。所有 Medicare 保健計劃（包括本計劃）均需承保 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的所有服務。

Medicare糖尿病預防計劃 (MDPP)：一項有組織的健康行為改變方案，提供長期飲食改變、增加體能活動以及策略等方面的訓練，以克服困難並進而維持減重和健康生活方式。

Medicare-Medi-Cal入保人：符合 Medicare 和 Medicaid 保險資格的人士。Medicare-Medicaid 入保人也被稱為「雙重資格個人」。

Medicare A部分：Medicare 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 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 也被稱為「Medicare Advantage」或「MA」，旨在讓私營健康保險公司可透過 MA 計劃提供 Medicare 福利。

Medicare D部分：Medicare 藥物福利計劃。我們將此計劃簡稱為「D 部分」。Medicare D 部分包含門診藥物、疫苗和 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 未承保的部分用品。本計劃涵蓋 Medicare D 部分。

Medicare 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 Medicare D部分承保範圍之外。Medicaid 可能會承保其中部分藥物。

藥物治療管理 (MTM)：一項 Medicare D 部分計劃，面向符合特定需求或藥物管理計劃的人士，以滿足其複雜的健康需求。藥物治療管理 (MTM) 服務通常涵蓋與藥劑師或保健業者探討審查藥物情況。請參閱本《會員手冊》**第 5 章，瞭解有關獲得醫護服務的更多資訊。**

Medi-Medi計劃：Medi-Medi 計劃是 Medicare Advantage 計劃類型。它適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，將 Medicare 和 Medi-Cal 的福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩個計劃的所有福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 的承保服務。

會員（本計劃會員，或計劃會員）：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申請表和任何其他附件，這些文件會向您說明您的承保範圍、我們的義務、您的權利以及您身為本計劃會員的義務。

會員服務部：本計劃中負責回答您有關會員資格、福利、申訴和上訴等問題的部門。有關會員服務部的詳細資訊，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發處方藥的藥房（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。

網絡醫生：任何與Medical Group 合作或受雇於 Medical Group 的持照醫生，或是有簽訂合約為會員提供服務的任何持照醫生（但是不包括只提供轉介服務的簽約醫生）。

網絡保健業者：與本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。「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，您必須使用網路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」。

護理之家或護理院：為無法在家中進行醫療護理，以及無需住院的人士提供醫護服務的設施。

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，並且可以協助您瞭解該採取哪些行動。投訴處理專員提供的服務是免費的。您也可在本《會員手冊》的**第 2 章和第 9 章**找到進一步資訊。

組織判定：當我們或我們的保健業者之一決定是否承保服務或您為承保的服務支付多少費用時，我們的計劃會做出組織決定。組織判定在本手冊中稱為「承保決定」。本《會員手冊》的**第 9 章說明承保決定。**

原始生物製品：經由食品及藥物管理署 (FDA) 核准並供製作生物製劑版本的製造商進行比較的生物製品。這也稱為參考製品。

Original Medicare（傳統 Medicare 或按服務收費的 Medicare）：政府提供 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 有兩個部分：Medicare A 部分（醫院保險）和 Medicare 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：非由本計劃聘用、持有或管理的保健業者或設施，或未與我們簽有合約向本計劃會員提供承保服務的保健業者或設施。 本《會員手冊》的**第 3 章**說明網絡外保健業者或設施。

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「成本分擔」的定義。

非處方 (OTC) 藥物：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。

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、使用和披露您的個人健康資訊 (PHI) 以及您享有之PHI權利的資訊，請參閱我們的「保護隱私通知」。

計劃費用：計劃費用是指以下各項費用：

- Medical Group 或 Kaiser Foundation Hospital 提供的服務：Medical Group 和 Kaiser Foundation Hospital 將按 Health Plan 費用表中的費用針對為會員提供的服務收費。

- 針對按人頭收費的保健業者（Medical Group 或 Kaiser Foundation Hospital 除外）提供的服務，Kaiser Permanente 與按人頭收費的保健業者協商之費用表中的費用。
- 針對從 Kaiser Permanente 所擁有和經營之藥房所取得的項目：如果會員的福利計劃不承保該項目，則是指藥房針對該項目向會員收取的費用（此費用是下列項目的預估費用：取得、保存與發配藥物的費用、向會員提供 Kaiser Permanente 藥房服務的直接和間接費用，以及藥房計劃針對Health Plan淨利規定所進行的供款）。
- 對於所有其他服務，則費用指 Kaiser Permanente 為服務所支付的費用，或者，如果 Kaiser Permanente 要扣除付款中的成本分擔額，則費用指在未扣除成本分擔額的情況下 Kaiser Permanente 可能要支付的費用。

病情穩定後護理：在診療醫生判斷您的病況在臨床上已經穩定後所接受之與該急診病情有關及且為醫療上必要的服務。當您的診療醫生認為，根據合理的醫療可能性和公認的醫療標準，您已經可以安全出院或轉院，而且預期您的病情不會在出院或轉院過程中惡化，或因為出院或轉院而惡化時，即視為臨床穩定。

預防性服務：預防疾病或在早期發現疾病的醫療保健，此時治療可能效果最佳（例如，預防性服務包括抹片檢查、流感疫苗和篩檢乳房X光檢查）。

基本保健業者 (PCP)：針對大多數健康問題，首先求診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。
- 請參閱本《會員手冊》**第 3 章**，瞭解有關獲得醫護服務的更多資訊。

事先授權 (PA)：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保健業者獲得本計劃的事前授權 (PA) 時，本計劃才會承保某些網絡內醫療服務。

- 需要本計劃事前授權 (PA) 的承保服務在本《會員手冊》的**第 4 章**中有標記。

只有在您獲得我們事前授權 (PA) 的情況下，某些藥物才會獲得本計劃承保。

- 需要本計劃事前授權 (PA) 的承保藥物在承保藥物清單中有標記，規定列於我們的網站。

長者護理全包計劃 (PACE)：本計劃包含 Medicare 和 Medicaid 理賠福利，適用於需要更高程度醫療護理才能居家生活的 55 歲及 55 歲以上人士。

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，以及代替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。

保健業者：醫生、護士以及為您提供服務和醫療護理且持有州政府執照的其他人士。保健業者還包括醫院、居家保健機構、診所以及為您提供保健服務、行為健康服務、醫療器材及某些長期服務與支援 (LTSS) 的其他場所。

品質改進組織 (QIO)：這是一個由醫生和其他保健專業人員所組成的團體，他們會協助為 Medicare 入保人改進醫護品質。聯邦政府會支付品質改進組織 (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，瞭解有關品質改進組織 (QIO) 的更多資訊。**

數量限制：您可獲得的藥量限制。我們可能會限制每個處方承保的藥物數量。

即時福利工具：一個入口網站或電腦應用程式，入保人可以在其中查詢完整、準確、及時、臨床適當、入保人特定承保藥物和福利資訊。這包括成本分擔金額、可用於與給定藥物健康狀況相同的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事前授權、階段治療或藥量限制）。

轉診：轉診是指您的基本保健業者 (PCP) 或我們批准您可使用您的 PCP 以外的保健業者。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。您也可在本《會員手冊》的**第 3 和 4** 章找到關於轉診的進一步資訊。

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。此類服務包括住院康復護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及職業病治療。有關復健服務的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 4 章。**

敏感服務：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：保健計劃接受會員的地理區域（如果該計劃根據人們的居住地限制會員資格）。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士才能入保本計劃。

服務區於**第 1 章**中說明，用於成本分擔、入保和退保。就獲得承保服務而言，您可以在您所在地區的服務區內任何地方獲得網絡保健業者的醫療護理（請參閱《保健業者和藥房名錄》）。

服務：保健服務、用品或項目。

成本分擔：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：由專業護理院每天連續提供的專業護理和復健服務。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。

特殊入保期：會員可以更改其保健計劃或藥物計劃，或轉至 Original Medicare 的固定時間。您可能有資格享有特殊入保期的情形包括：您搬出服務區；您獲得額外補助以支付您的處方藥費用；您搬入護理院；或是我們違反了與您簽訂的合約。

專科醫生：治療特定類型保健問題的醫生。例如，骨外科醫生治療骨折；敏感專科醫生治療過敏；以及心臟科醫生治療心臟問題。大多數情況下，會員需要其基本保健業者 (PCP) 的轉診才能去看專科醫生。

專科藥房：若要進一步瞭解專科藥房，請參閱本《會員手冊》的**第 5 章。**

專科層級藥物：我們的承付藥物手冊中經食品及藥物管理局 (FDA) 核准且費用極高的藥物。

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。

聯邦補助金 (Supplemental Security Income, SSI)：由社會安全局向收入和資源有限且殘障、失明或年滿 65 歲的人士所支付的每月福利。聯邦補助金 (SSI) 福利與社會安全福利不同。

緊急需求護理：您因未預見的疾病、受傷或非急診但需要立即護理的情況而獲得的護理。當您因時間、地點或情況而無法前往網絡保健業者處，或者從網絡保健業者處獲取服務不合理時（例如，當您不在本計劃服務區內，並且您因不可預期的疾病需要立即獲得醫療所需的服務，但這不屬於醫療急診病情），您可以從網絡外保健業者獲得緊急需求護理。

Kaiser Permanente Dual Complete會員服務部

致電	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 點至晚上 8 點。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費語言口譯服務。
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，上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	您當地的會員服務辦事處（請參閱*《保健業者和藥房名錄》*以查詢地點）。
網站	kp.org

文書減省法令 *(Paperwork Reduction Act, PRA)* 披露聲明：根據*1995*年《文書減省法令》規定，除非出示有效的預算管理局 *(Office of Management and Budget, OMB)* 管制編號，否則任何人都不需要針對資訊收集作出回應。此項資訊蒐集的有效OMB管制編號為 *0938-1444*。如果您有意見或想提出改進本表的建議，請寄信至：*CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc.及Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站**kp.org**上查阅。

歧视是违反法律的行为。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不会因年龄、人种、族群认同、肤色、原国籍、文化背景、血统、宗教、生理性别、社会性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神障碍、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente会及时提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
  - ♦ 合格的手语翻译员
  - ♦ 其他格式的书面信息（盲文版、大字版、音频版、通用电子格式和其它格式）
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - ♦ 合格的口译员
  - ♦ 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请拨打下方的电话号码联系会员服务部。此电话为免费。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周7天，上午8:00至晚上8:00。
- 加州医疗保健辅助计划：**1-855-839-7613** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。
- 所有其他计划：**1-800-757-7585** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。

我们可以根据要求为您提供本文件的盲文版、大字版、音频版或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的复本，请致电我们的会员服务部并索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente提出投诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的非法歧视，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、亲自提交或在线等方式提出投诉。详情请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage) 或*Certificate of Insurance*（保险证明）。您可致电会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- **电话：**致电我们的会员服务部。电话号码列于上方。
- **邮寄：**从**kp.org**下载表格，或致电会员服务部，请他们寄一份表格给您，以供您填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写抱怨表或福利索赔／申请表（请在**kp.org/facilities**上的保健业者名录中查找设施地址）

- **在线提交：**使用我们网站**kp.org**上的在线表格

您也可以通过以下地址直接联系Kaiser Permanente民权协调员：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州保健服务部民权办公室提出投诉*（仅适用于加州医疗保健辅助计划受益人）*

您也可以通过书面方式、电话或电邮向加州保健服务部民权办公室提出民权抱怨：

- **电话：**拨打**916-440-7370** (TTY **711**) 联系加州保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

  您可在下列网站找到加州保健服务部民权办公室的投诉表：
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **在线：**发送电邮至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国健康与民众服务部民权办公室提出投诉

您可以向美国健康与民众服务部民权办公室提出歧视抱怨。您可以通过书面、电话或在线等方式提出抱怨：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019**（TTY **711**或**1-800-537-7697**）
- **邮寄：**填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

  您可在下列网站找到美国健康与民众服务部民权办公室抱怨表：
  https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **在线：**请访问**民权办公室投诉门户网站：**
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf