CA H3038-003

# 2024 年
# 《會員手冊》

## Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal 計畫

**California H3038-003**

服務區域包括下列各郡：Los Angeles、Riverside、San Bernardino 與 San Diego

**生效日期：2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日**

MOLINA HEALTHCARE

# *Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員手冊*

**01/01/2024 – 12/31/2024**

## 您在 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的健康和藥物保險

## *會員手冊*簡介

本*《會員手冊》*，也稱為保險證明，說明您到 12/31/2024 之前的承保範圍。同時也解釋健康照護服務、行為健康（心理健康和物質使用疾患）服務、處方藥給付以及長期服務和支援。關鍵術語及其定義按字母順序列示在*《會員手冊》*的**第 12 章**。

**這是重要的法律文件。請保存在安全的地方。**

本*《會員手冊》*中提到「我們」、「我們的」或「我們的計畫」均指 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)。

本文件免費提供西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、法語、法語克里奧爾語、印地語、苗族語、義大利語、德語、日語、韓語、寮語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、他加祿語、泰語、烏克蘭語、越南語。

您可以撥打本頁底部的電話致電會員服務部，並免費取得本文件的其他格式。例如，大字版、點字及/或音訊版。此為免付費電話。

我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此為長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在我們寄送資訊時另外提出要求。

如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話：(800) 541-5555，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間）以更新您偏好語言的紀錄。如需此文件的其他版本，請致電聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。代表人員可協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡個案經理，取得長期要求的相關協助。

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at. Someone that speaks can help you. This is a free service. Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, Vietnamese, and any additional languages required by the state.

*Spanish:*

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al *(855) 665-4627 TTY: 711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.*

*Arabic:*

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم *(855) 665-4627* وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم *TTY*، فيمكنهم الاتصال على:. 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمينية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

*Armenian:*

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարեք մեզ *(855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կհմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տագալոգ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ոք կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:*

*Cambodian:*

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ *(855) 665-4627 TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ង អ៊ីតាលី អាល្លឺម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ មៀន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬវៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។*

*Chinese:*

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 *(855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。*

*Farsi:*

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهیکافی است از طریق شماره *711(855) 665-4627 TTY:* با ما تماس بگیریدفردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

*French:*

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au *(855) 665-4627 TTY: 711. Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

*Creole:*

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan *(855) 665-4627 TTY: 711. Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

*Hindi:*

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें *(855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।*

*Hmong:*

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob.Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm *(855) 665-4627 TTY: 711. Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj.Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

*Italian:*

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero *(855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, tailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

*German:*

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter *(855) 665-4627 TTY: 711. Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

*Japanese:*

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、*(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。*

*Korean:*

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 *(855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.*

*Laotian:*

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ *(855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມນຽນ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອິຕາລີ, ເຍຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, �โปแลนด, ປອກຕຸຍການ, ປັນจาบิ, ລັດເຊຍ, ตากาลอก, ไท, ອູເກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ*

*Mien:*

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a’ fai ndie nyei sou-gorn.Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv *(855) 665-4627 TTY: 711.Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba’ miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a’ fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih.Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.*

*Polish:*

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer *(855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendżabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.*

*Portuguese:*

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone *(855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.*

*Punjabi:*

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (855) 665-4627 *TTY:* 771 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکدا اے۔ ایہہ اک مفت سروس اے۔

*Russian:*

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.*

*Tagalog:*

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa *(855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.*

*Thai:*

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่*(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมี่ยน โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษายูเครนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ*

*Ukrainian:*

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.*

*Vietnamese:*

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số *(855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.*

# 目錄

第 1 章：會員入門 ..... 11
第 2 章：重要的電話號碼及資源 ..... 21
第 3 章：使用本計畫的給付範圍來獲得您的健康照護及其他承保服務 ..... 36
第 4 章：醫療福利表 ..... 54
第 5 章：獲得門診處方藥 ..... 100
第 6 章：您需要支付的 Medicare 和 Medi-Cal Medicaid 處方藥費用 ..... 115
第 7 章：針對您取得的給付服務或藥物，要求我們支付應分攤的帳單費用 ..... 124
第 8 章：您的權利和責任 ..... 129
第 9 章。如果您有問題或需要投訴（給付裁定、上訴、投訴）該怎麼辦 ..... 144
第 10 章：終止本計畫的會員身份 ..... 182
第 11 章：法律通知 ..... 189
第 12 章：重要詞彙定義 ..... 192

## 免責聲明

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的承保範圍稱為「最低限度必要承保範圍」的合格健康承保範圍。其符合「患者保護與平價醫療法案」(Patient Protection and Affordable Care Act，ACA) 的個人共同責任要求。請瀏覽國家稅務局 (Internal Revenue Service，IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解有關個人共同責任要求的更多資訊。
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) 是附有 Medicare 合約並與州 Medicaid 計畫簽約的健康計畫。投保 Molina Medicare Complete Care Plus 的資格視續約情況而定。
- 在 VBID 模式下並不保證享有模式福利或 RI 計畫的資格，如果目標投保人的模式福利或 RI 計畫資格無法確保或無法在計畫年度之前確定，如適用，將在投保後由 MAO 根據相關標準，例如臨床診斷、資格標準、參與疾病狀態管理計畫來加以判斷。
- Medicare 核准 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 提供這些福利及/或較低的共付額/共保額以做為以價值為本的保險設計計畫。該計畫讓 Medicare 嘗試新的方法來改善 Medicare Advantage 計畫。

## 反歧視聲明

Molina Healthcare (Molina) 遵循適用的聯邦民權法，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而歧視他人。

如果您認為 Molina 基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、社會性別、性別認同或性取向方面歧視他人，您可以向以下單位提出申訴：

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
電話：(866) 606-3889，週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。
聽障及語障電話專線 (TTY)：711
傳真：(562) 499-0610
電子郵件：civil.rights@MolinaHealthcare.com

您可以親訪或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提出申訴方面需要協助，民權協調員可協助您。

您也可以透過電話、書面或電子方式向加州健康照護服務部民權辦公室提出民事投訴：

Deputy Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

您可以前往以下網址取得投訴表單：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您認為 Molina 基於種族、膚色、國籍、殘疾、年齡、性別，您也可用電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站，向美國衛生及公共服務部民權辦公室提出投訴，網址是：

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
或透過電子郵件或電話提出投訴：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1–800–868–1019 或 800–537–7697 (TDD)
您可以前往以下網址取得投訴表單：
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

# 第 1 章：會員入門

## 簡介

本章包含關於 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的資訊，該健康計畫包含您所有的 Medicare 服務，並協調您與 Medicare 及 Medi-Cal 的所有服務與您在其中的會員資格。它也說明服務內容和我們將提供給您的其他資訊。關鍵術語及其定義按字母順序列示在*《會員手冊》*的最後一章。

## 目錄


A. 歡迎加入我們的計畫 ..... 12

B. Medicare 和 Medi-Cal 相關資訊 ..... 12

B1. Medicare ..... 12

B2. Medi-Cal ..... 12

C. 本計畫的優點 ..... 13

D. 本計畫的服務區域 ..... 13

E. 要成為計畫會員需符合哪些資格 ..... 14

F. 當您首次加入本健康計畫時，會經歷哪些事 ..... 14

G. 您的照護團隊和照護計畫 ..... 15

G1. 照護團隊 ..... 15

G2. 照護計畫 ..... 15

H. 您每月的 Molina Medicare Complete Care Plus 費用 ..... 16

H1. 計畫保費 ..... 16

H2. 每月 Medicare B 部分保費 ..... 16

H3. 自選附加福利保費 ..... 16

I. 您的《會員手冊》 ..... 16

J. 我們向您提供的其他重要資訊 ..... 17

J1. 您的會員卡 ..... 17

J2. *醫療服務提供者與藥局名錄* ..... 17

J3. 承保藥物一覽表 ..... 19

J4. *福利解說* ..... 19

K. 將會員記錄保持在最新狀態 ..... 19

K1. 個人健康資訊 (PHI) 隱私 ..... 20

## A. 歡迎加入我們的計畫

我們的計畫為有資格參加這兩個計畫的個人提供 Medicare 和 Medi-Cal 服務。我們的計畫是由醫師、醫院、藥局、長期服務與扶助提供者、行為健康提供者及其他醫療提供者共同組成的組織。我們也有個案經理和照護團隊，可協助您管理您的醫療服務提供者和服務。這些專業人員會一起合作，提供您所需的照護。

在 Molina Healthcare，我們瞭解每位會員都是不同的，並擁有獨特的需求。基於這個原因，Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 將您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利結合為單一計畫，讓您能安心享有個人化的協助。

Molina Healthcare 創辦於 35 年前，旨在為更多的人，特別是那些最需要的人，提供優質的健康護理服務。自創辦之初，Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 一直將會員的需求放在首位，至今依然如此。

歡迎加入 Molina Healthcare。您的大家庭。

## B. Medicare 和 Medi-Cal 相關資訊

### B1.Medicare

Medicare 是針對以下人群的聯邦醫療保險計畫：

- 65 歲以上的人士，
- 65 歲以下且患有特定殘疾的人士，以及
- 患有末期腎臟病（腎衰竭）的人士。

### B2.Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medi-Cal 計畫名稱。Medi-Cal 由州政府經營，費用由州政府和聯邦政府支付。Medi-Cal 協助收入和資源有限人士支付長期服務和支援 (LTSS) 以及醫療費用。它給付 Medicare 未給付的額外服務和藥物。

各州政府決定：

- 可計為收入和資源的項目、
- 符合資格的人士、
- 涵蓋的服務，以及
- 服務費用。

在遵守聯邦規則的前提之下，各州可自行決定如何經營其計畫。

Medicare 和加州政府已核准我們的計畫。您可透過我們的計畫獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務，但前提是：

- 我們選擇提供這項計畫，以及
- Medicare 和加州允許我們繼續提供這項計畫。

即使未來這項計畫停止運作，您享有 Medicare 和 Medi-Cal 服務的資格將不會受到影響。

## C. 本計畫的優點

現在您可以從我們的計畫取得您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 承保服務，包括處方藥在內。**您無需為加入本健康計畫額外付費**。

我們將協助讓您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利更妥善地相互運作，為您提供更好的服務。部分優勢包括：

- 您可以與**我們**合作，滿足您大部分健康照護需求。
- 您會有協助您的照護團隊。您的照護團隊可能包括您自己、照護者、醫師、護士、諮詢師或其他醫療專業人員。
- 您可以諮詢個案經理。這個人將與您、我們的計畫及您的照護團隊合作，並協助制訂照護計畫。
- 您可以透過照護團隊和個案經理的協助，來主導您自己的照護。
- 照護團隊和個案經理會與您共同合作，以提出為符合您的照護需求而特別設計的照護計畫。此照護團隊會協助協調您所需要的服務。例如，這代表您的照護團隊會確保：
    - 讓醫師知道您所服用的所有藥物，以判斷您所服用的是正確的藥物，而醫師也能減少藥物可能對您產生的副作用。
    - 您的檢測結果會視情況與您所有的醫師和其他醫療服務提供者分享。

**Molina Medicare Complete Care Plus 的新會員：**在大多數情況下，在您要求投保 Molina Medicare Complete Care Plus 後下一個月的第一天起，您即投保 Molina Medicare Complete Care Plus 以獲得 Medicare 福利。您可能仍會從先前的 Medi-Cal 健康計畫獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Molina Medicare Complete Care Plus 獲得您的 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍沒有缺口。請致電：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：如果您有任何疑問，請撥打 711。

## D. 本計畫的服務區域

我們的服務地區包括加州內的這些郡：

- Los Angeles, San Diego, Riverside 和 San Bernardino 郡，除以下郵遞區號例外：

只有我們服務地區的居民能加入我們的計畫。

**如果您搬到我們的服務地區以外，就無法繼續使用我們的計畫。**請參閱*《會員手冊》***第 8 章**，以進一步瞭解搬離我們的服務地區會有何影響。

## E. 要成為計畫會員需符合哪些資格

只要符合以下條件，即符合本計畫的資格：

- 居住在我們的服務區域內（即使實際位於服務地區內，監禁個人不視為居住在服務區域）**，以及**
- 在投保時年滿 21 歲及以上，**以及**
- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，**以及**
- 是美國公民或具有美國合法居留權，**以及**
- 目前具備 Medi-Cal 的資格，**以及**

如果您失去 Medi-Cal 資格，但預計會在 3 個月內重新獲得資格，則您仍然有資格參加我們的計畫。

請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。

## F. 當您首次加入本健康計畫時，會經歷哪些事

當您首次加入我們的計畫時，您會在投保生效日之前或之後 90 天內接受健康風險評估 (HRA)。

我們必須為您完成 HRA。我們將以此 HRA 為基礎，為您規劃個人照護計畫。此 HRA 所包含的問題，可用來判斷您在醫療、行為健康與機能方面的需求。

我們會與您聯絡以完成 HRA。此 HRA 的進行方式包括親自拜訪、電話詢問或郵寄信件。

我們會將此 HRA 的詳細資訊寄給您。

**若您是我們的計畫的新會員**，您可以在一定時間內，繼續使用目前的醫師（如果他們不在我們的網路）。我們稱此為持續性照護。如果他們不在我們的網路，只要符合以下所有條件，您就能保留您投保當時的醫療服務提供者和服務授權，最多 12 個月：

- 您、您的代表或您的醫療提供者要求我們讓您繼續使用您目前的醫療提供者。
- 我們確定您與主要醫療服務提供者或專科照護提供者之間的現有關係，但有一些例外情形。我們指的「現有關係」是，您在我們的計畫的最初投保日期前 12 個月內，至少有一次到網外醫療服務提供者處進行非急診看診。
    - 我們將審查我們可取得的健康資訊或您給我們的資訊，以確定是否存在現有關係。
    - 我們有 30 天的時間來回應您的要求。您可以要求我們做出更快速的裁定，這樣我們就必須在 15 天內回應。如果您有受到傷害的風險，我們必須在3 天內做出回應。

- 您或您的醫療服務提供者必須出示現有關係的文件，並在您提出要求時同意某些條款。

**注意：**您可以要求提供耐用性醫療器材 (DME) 至少 90 天，直到我們授權新的租賃並讓網路醫療服務提供者提供租賃。儘管您不能向運輸醫療服務提供者或其他輔助醫療服務提供者提出此要求，但是您可以向我們計畫中未包含的運輸服務或其他輔助服務提出要求。

在持續性照護期間終止之後，您就必須使用隸屬於 Molina Medicare Complete Care Plus 網內您的主要醫療服務提供者醫療小組的醫師及其他醫療服務提供者，除非我們與您的網外醫師達成協議。網路醫療提供者是與本健康計畫合作的醫療提供者。我們計畫的 PCP 隸屬於 IPA 和醫療團體。當您選擇 PCP 時，您也在選擇附屬的 IPA 或醫療小組。這表示，您的 PCP 將會為您轉介隸屬於他/她的 IPA 或醫療小組的專科醫師和服務。IPA 或醫療小組是一個由 PCP 和專科醫師組成的協會，旨在為您提供一致的健康照護服務。請參閱*《會員手冊》***第 3 章**，瞭解關於取得照護的更多資訊。

## G. 您的照護團隊和照護計畫

### G1.照護團隊

照護團隊可以協助您持續獲得所需的照護。照護團隊可能包括您的醫師、個案經理或您所選擇的其他醫療照護人員。

個案經理是指受過訓練的人員，旨在協助您管理自己所需的照護。在您投保本計畫時，我們會為您分配一名個案經理。此人也會將您轉介給我們的計畫可能不提供的其他社區資源，並將與您的照護團隊合作，協助您的照護。請撥打頁面底部的號碼與我們聯絡，以取得有關您的個案經理和照護團隊的更多資訊。

### G2.照護計畫

照護團隊也會與您一起擬定照護計畫。照護計畫會向您和您的醫師介紹您所需要的服務以及獲得這些服務的方式。它包括您的醫療、行為健康和 LTSS 或其他服務。

您的照護計畫包括：

- 您的醫療照護目標，**以及**
- 關於您獲得所需服務的時間表。

在您的 HRA 之後，您的照護團隊會與您見面。他們會詢問您需要的服務。他們還會向您介紹您可能考慮獲得的服務。您的照護計畫是基於您的需求和目標而建立。您的照護團隊每年至少會與您一起更新一次您的照護計畫。

## H. 您每月的 Molina Medicare Complete Care Plus 費用

您的費用可能包括：

- 計畫保費（第 H1 節）
- 每月 Medicare B 部分保費（第 H2 節）
- 自選附加福利保費（第 H3 節）

**在某些情況下，您的計畫保費可能會更低**

### H1.計畫保費

身為計畫會員，您必須支付每月的計畫保費。2024 年，Molina Medicare Complete Care Plus 的每月保費為 $0。

### H2.每月 Medicare B 部分保費

**許多會員必須支付其他 Medicare 保費**

有些會員必須支付其他 Medicare 保費如上文 E 節所述，為符合參加我們計畫的資格，您必須維持 Medi-Cal 的資格，且同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。對於大多數 Molina Medicare Complete Care Plus 會員，Medi-Cal 將支付您 Medicare A 部分的保費（如果您並不自動符合資格）和 Medicare B 部分保費。

**如果 Medi-Cal 沒有為您支付 Medicare 保費，則您必須繼續支付 Medicare 保費以保有本計畫的會員資格。**這包括您的 Medicare B 部分的保費。還可能包括 Medicare A 部分的保費，這會影響不符合免費 Medicare A 部分資格的會員。**此外，請聯繫會員服務部或您的個案經理並告知他們此變化。**

### H3.自選附加福利保費

如果您簽署了額外福利（也稱為「自選附加福利」），則您每月需要為這些額外福利支付額外保費。請參閱**第 4 章**第 E 節，以瞭解更多資訊。

## I. 您的《會員手冊》

*《會員手冊》*是我們與您合約的一部分。這表示我們必須遵守本文件中的所有規定。如果您認為我們所做的事違反這些規定，您可以提出上訴我們的裁定。若要瞭解上訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**，或致電 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，索取*《會員手冊》*。您也可以瀏覽網站 MolinaHealthcare.com/Medicare 查閱*《會員手冊》*。

本合約在您從**1/1/2024** 至 **12/31/2024** 之間加入我們計畫的月份起生效。

# J. 我們向您提供的其他重要資訊

我們提供給您的其他重要資訊包括您的會員卡，如何存取醫療服務提供者與藥局名錄的相關資訊，以及如何存取*承保藥物清單（也稱為《處方集》）*的相關資訊。

## J1.您的會員卡

在我們的計畫下，您將會有一張 Medicare 和 Medi-Cal 計畫承保服務的卡片，包括 LTSS、特定的行為健康服務及處方藥。當您取得任何服務或處方藥時，都必須出示這張卡片。以下是會員卡範例：

如果您的會員卡損壞，遺失或遭竊，請立即撥打該頁面底部的電話號碼致電會員服務部。我們會寄給您一張新卡。

只要您是本計畫的會員，即無需使用紅色、白色和藍色的 Medicare 卡，或是 Medi-Cal 卡即可取得大多數的服務。請將這些卡存放在安全地方，以備日後需要使用。如果您出示 Medicare 卡而非您的會員卡，醫療服務提供者可能會向 Medicare 請款，而不是我們的計畫，導致您可能會收到帳單。請參閱《*會員手冊*》**第 7 章**，瞭解如果您收到醫療服務提供者的帳單該怎麼辦。

**請記住，您需要使用 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC) 才能存取下列服務：**

## J2.*醫療服務提供者與藥局名錄*

*醫療服務提供者與藥局名錄*列出了本計畫網內的醫療服務提供者及藥局。只要您是本計畫的會員，您就必須使用網路醫療服務提供者來取得承保服務。

您可以撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，索取*醫療服務提供者及藥局名錄*（電子版或紙本版）。如果您索取《醫療服務提供者及藥局名錄》的紙本版，我們將在三個工作日內郵寄給您。

您也可以參閱*醫療服務提供者與藥局名錄*網址：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

本名錄列出了您身為 Molina Healthcare 會員可以使用的主要醫療服務提供者 (PCP)、醫院和其他健康照護提供者。您還可以在您的醫療服務提供者名錄中找到以下關於 Molina Healthcare 醫師和其他醫療照護提供者的資訊：

- 姓名
- 地址
- 電話號碼
- 使用的語言
- 服務地點的可用性
- 醫院特權/附屬機構
- 醫療小組

患者必須能夠方便地前往醫師處就診，醫師診間為他們提供獲得照護所需的所有協助。需提供以下列出的各項實體無障礙資訊：

- 基本進出
- 有限進出

我們還會在《醫療服務提供者名錄》中使用以下無障礙指示符號來顯示醫療服務提供者辦公室的其他無障礙領域：

- P = 停車場
- EB = 建築物外部
- IB = 建築物內部
- W = 候診室
- R = 洗手間
- E = 檢驗室
- T = 檢驗桌
- S = 輪椅式體重秤

您可以在醫療服務提供者名錄中查詢某個醫療服務提供者（醫師、醫院、專科醫師或醫療門診）是否接受新患者，或透過我們的網站在線上查詢 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

**網路醫療提供者定義**

- 我們的網路醫療提供者包括：
  - 身為我們計畫的會員，您可以使用我們的醫師、護士和其他健康照護專業人員；
  - 診所、醫院、照護機構和其他在本計畫中提供健康服務的地方；**以及**
  - LTSS、行為健康服務、家庭健康機構、耐用性醫療器材(DME) 供應商以及其他透過 Medicare 或 Medi-Cal 提供商品和服務的供應商。

網路醫療服務提供者同意接受由我們的計畫全額支付承保的服務。

**網路藥局定義**

- 網路藥局是指已簽約同意提供處方藥給計畫會員的藥局。請使用*醫療服務提供者與藥局名錄*，尋找您要使用的網路藥局。
  - 除非在緊急情況下，如果您希望我們的計畫協助您支付費用，則*必須*在我們的網路藥局領取處方藥。

如需更多資訊，請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部。會員服務部和我們的網站都能針對網路藥局和醫療服務提供者的變動情形，為您提供最新資訊。

### J3.承保藥物一覽表

本計畫提供*承保藥物清單*。我們將此簡稱為「藥物清單」。它將告訴您我們計畫承保哪些處方藥。

「藥物清單」還告知您，對任何藥物是否有任何規定或限制，例如對您可以獲得的數量的限制。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**。

我們每年都會給您寄送關於如何獲得藥物清單的資訊，但有些變更可能會在年中發生。若要取得承保藥物的最新資訊，請致電會員服務部或瀏覽我們的網站（位於頁面底部的網址）。

### J4.福利解說

當您使用 Medicare D 部分處方藥福利時，我們會寄一份摘要給您，協助您瞭解並追蹤 Medicare D 部分處方藥的付款情形。此摘要稱為*福利說明*（或稱為 EOB）。

EOB 會向您說明，在當月您或代表您的其他人花在 Medicare D 部分處方藥的總金額，以及我們為您的每一項 Medicare D 部分處方藥支付的總金額。這份 EOB 不是一份帳單。EOB 可對您服用的藥物提供更多資訊：例如，價格調漲以及其他可能有較低分攤費用的藥物。您可以和您的處方開立者討論這些費用較低的選項。《會員手冊》**第 6 章**除了提供 EOB 的詳細資訊外，也說明了它如何協助您追蹤藥物承保範圍。

您也可以索取一份 EOB。若要取得副本，請撥打頁面底部的電話號碼，聯絡會員服務部。

## K. 將會員記錄保持在最新狀態

若您要將會員紀錄保持在最新狀態，請在您的資訊變動時告知我們。

我們需要這些資訊，以確保我們有您的正確資訊。我們的網路醫療提供者和藥局也需要您的正確資訊。**他們會使用您的會員紀錄，瞭解您獲得哪些服務和藥物，以及您必須為這些服務和藥物支付的費用。**

請立即告知我們有關下列事項：

- 您的名字、地址或電話號碼發生變更；

- 變更任何其它的健康保險給付範圍（例如由雇主、配偶的雇主、同居伴侶的雇主或勞工賠償所提供之保險）；
- 任何責任索賠，例如車禍意外事故索賠；
- 入院療養院或醫院；
- 在醫院或急診室的照護；
- 您的照護者（或您的負責人員）的變動；以及
- 如果您參與臨床研究。（**注意：**您不需要告訴我們您目前參與或即將參與的臨床研究，但我們鼓勵您這麼做。）

如果有任何資訊變更，請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。

會員可以建立線上 My Molina 帳戶以變更醫師、聯絡資訊、申請新會員卡、取得所需服務的健康提醒，或檢視服務記錄。請瀏覽 https://member.molinahealthcare.com 以建立或使用 My Molina 帳戶。

## K1.個人健康資訊 (PHI) 隱私

您的會員紀錄中所含的資訊可能包括個人健康資訊 (Personal Health Information, PHI)。聯邦和州法律要求我們保護您的 PHI 隱私。我們保護您的 PHI。要瞭解我們如何保護您的 PHI 的更多細節，請參閱*《會員手冊》***第 8 章**。

# 第 2 章：重要的電話號碼及資源

## 簡介

本章提供重要資源的聯絡方式，可協助您回答有關本計畫及您的健康照護福利的問題。您還可透過本章瞭解如何聯絡您的個案經理及其他能代表您發言的人員的資訊。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

## 目錄


A. 會員服務部 ..... 22

B. 您的個案經理 ..... 24

C. 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) ..... 25

D. 護理諮詢專線 ..... 26

E. 行為健康危機專線 ..... 27

F. 品質改善組織 (QIO) ..... 27

G. Medicare ..... 28

H. Medi-Cal ..... 29

I. Medi-Cal 管理式照護計畫及申訴專員心理健康辦公室 ..... 29

J. 郡社會服務 ..... 30

K. 郡專科心理健康計畫 ..... 31

L. 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care) ..... 31

M. 協助參與者支付他們處方藥費用的計畫 ..... 32

M1. 額外補助 (Extra Help) ..... 32

M2. 愛滋病藥物援助計畫 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ..... 32

N. 社會保障局 (Social Security) ..... 32

O. 鐵路職工退休委員會 (RRB) ..... 33

P. 雇主提供的團體保險或其他保險 ..... 34

Q. 其他資源 ..... 34

R. Medi-Cal Dental 計畫 ..... 34

## A. 會員服務部

| | |
|---|---|
| **請致電：** | (855) 665-4627。此電話是免費的。<br>每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。<br>我們在假日、正常營業時間之後，以及星期六和星期日提供輔助技術，包括自助服務和語音郵件選項。<br>我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711。此電話是免費的。<br>此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。<br>週一至週五，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00 |
| **傳真** | **醫療服務：**<br>傳真：(310) 507-6186<br>**D 部分（處方藥）服務：**<br>傳真：(866) 290-1309 |
| **寫信** | **醫療服務：**<br>200 Oceangate, Suite 100<br>Long Beach, CA 90802<br>**D 部分（處方藥）服務：**<br>7050 Union Park Center, Suite 200<br>Midvale, UT 84047 |
| **網站** | www.MolinaHealthcare.com/Medicare |

請聯絡會員服務部，取得以下事項的協助：

- 計畫的相關問題
- 索賠或帳單的相關問題
- 健康照護的相關給付裁定
  - 和您的健康照護有關的給付裁定是涉及以下項目的裁定：
    - 和您的福利及給付服務有關的裁定，**或是**
    - 我們為您的健康服務所支付的金額。
  - 如果您對您的健康照護相關給付裁定有疑問，請致電我們。
  - 若要進一步瞭解給付裁定，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。
- 有關健康照護的上訴

  - 如果您認為我們處置有誤，或是不同意我們的決策，提出上訴是要求我們審查給付裁定並加以變更的正式方式。
  - 若要進一步瞭解如何提出上訴，請參閱*《會員手冊》***第 9 章***或*聯絡會員服務部。
- 有關健康照護的投訴
  - 您可以對我們或任何醫療服務提供者（包括非網路或網路醫療服務提供者）提出投訴。網路醫療服務提供者是與本計畫合作的醫療服務提供者。您也可以就您所得到的照護品質，向我們或是品質改進組織 (QIO) 提出投訴（請參閱**第 F 節**）。
  - 您可以致電給我們並解釋您的申訴，電話：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。
  - 如果您的投訴涉及您的健康照護給付裁定，您可以提出上訴（請參閱上述小節）。
  - 您可以將您對本計畫的投訴寄至 Medicare。您也可以透過網站www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx使用線上表格。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 您可以向 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提出對本計畫的投訴，電話：1-888-804-3536。
  - 若要進一步瞭解如何對您的健康照護提出投訴，請參閱*《會員手冊》***第 9 章**。
- 有關您的藥物的給付裁定
  - 和您的藥物有關的給付裁定是指：
    - 和您的福利及給付藥物有關的裁定，**或是**
    - 我們為您的藥物所支付的金額。
  - 非 Medicare 承保藥物，例如非處方藥 (OTC) 藥物和某些維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得更多資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。
  - 若要進一步瞭解和您的處方藥有關的給付裁定，請參閱*《會員手冊》***第 9章**。
- 和您的藥物有關的上訴
  - 上訴是要求我們變更給付裁定的方式。
  - 若要進一步瞭解如何針對您的 Medicare 處方藥提出上訴，請參閱*《會員手冊》第 9 章*。
- 和您的藥物有關的投訴
  - 您可以對我們或是任何藥局提出投訴。這包括和您的處方藥有關的投訴。
  - 如果您要對您的處方藥給付裁定提出投訴，您可以提出上訴。（請參閱前一節。）
  - 您可以將您對本計畫的投訴寄至 Medicare。您也可以透過網站www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx使用線上表格。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。

  - 若要進一步瞭解如何針對您的 Medicare 處方藥提出投訴，請參閱*《會員手冊》*第
  - *9 章*。
- 您已支付的醫療保健或藥物費用
  - 若要進一步瞭解如何要求我們將款項退還給您，或是支付您所收到的帳單，請參閱*《會員手冊》***第 7 章**。
  - 如果您要求我們支付帳單，而我們拒絕支付其中任何部分的款項，您可以對我們的裁定提出上訴。請參閱*《會員手冊》***第 9 章**。

## B. 您的個案經理

Molina Medicare Complete Care Plus 個案經理是您的主要聯絡人。此人員會協助您管理所有醫療服務提供者和服務，並確保您獲得您所需要的項目。您及/或您的照護者可視需要致電個案經理或會員服務部，要求更換所指派的個案經理。此外，Molina Molina Medicare Complete Care Plus 員工亦可根據您的需求（文化/語言/身體/行為健康）或地點，變更為您指派的個案經理。請聯絡會員服務部以取得更詳細的資訊。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | (855) 665-4627。此電話是免費的。<br>每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。<br>假日、非正常工作時間以及週六和週日提供輔助技術，包括自助服務和語音郵件選項。我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711。此電話是免費的。<br>服務時間為：週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間） |
| **寫信** | 200 Oceangate, Suite 100<br>Long Beach, CA 90802 |
| **網站** | www.MolinaHealthcare.com/Medicare |

請聯絡您的個案經理，取得以下事項的協助：

- 和您的健康照護有關的問題
- 和行為健康（心理健康和物質使用疾患）服務有關的問題
- 和牙科福利有關的問題
- 和醫療預約的交通接送服務有關的問題

長期服務與支援 (LTSS) 包括社區成人服務 (CBAS)，以及照護機構 (NF)。

有時，您可在日常健康護理及生活需求上獲得協助。

您也許可以獲得這些服務：

- 社區成人服務 (CBAS)，
- 專業護理，
- 物理治療，
- 職能治療，
- 言語治療，
- 醫療社工服務，**以及**
- 居家醫療保健。
- 透過您的郡社會服務機構提供的居家扶助服務。
- 若需關於 LTSS 服務的更多資訊，請致電 (855) 665-4627 聯絡 Molina Medicare Complete Care Plus。

## C. 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)

州醫療保險輔助計畫 (SHIP) 為 Medicare 參與者提供免費的健康保險諮詢。在加州，SHIP 稱為醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)。HICAP 諮詢人員能回答您的問題，並協助您瞭解如何處理您的問題。HICAP 在每個郡都有訓練有素的諮詢師，服務免費。

HICAP 與任何保險公司或健康計畫無關。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | **Los Angeles 郡：**<br>(213) 383-4519，週一至週五上午 8:30 至下午 4:30 (當地時間)。<br><br>**Riverside 郡和 San Bernardino 郡：**<br>(909-256-8369<br>週一至週五上午 9 點至下午 4 點 (當地時間)。<br><br>**San Diego 郡：**<br>(858) 565-8772, office – San Diego<br>(760) 353-0223, office – Imperial |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711。此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |

| | |
|---|---|
| **寫信** | **Los Angeles 郡：**<br>Center for Health Care Rights<br>520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057<br><br>**Riverside 郡和 San Bernardino 郡：**<br>HICAP Information<br>2280 Market Street, Ste. 140<br>Riverside, CA 92501<br><br>**San Diego 郡：**<br>Elder Law & Advocacy<br>5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123 |
| **網站** | http://www.cahealthadvocates.org/HICAP |

聯絡 HICAP 尋求以下方面的協助：

- 有關 Medicare 的問題
- HICAP 諮詢人員能回答您有關轉換至新計畫的問題，並能協助您：
  - 瞭解您的權利，
  - 瞭解您的計畫選項，
  - 對醫療保健或治療提出投訴，**以及**
  - 解決和帳單有關的問題。

## D. 護理諮詢專線

您可以致電 Molina Healthcare 護理諮詢專線，24 小時提供服務，365 天全年無休。此項服務將您與合格護士進行聯繫，用您的語言為您提供醫療照護諮詢，並協助您找到所需的照護地點。我們的護理諮詢專線可以為美國各地的所有 Molina Healthcare 會員提供服務。護理諮詢專線是經由 URAC 認證的健康電話中心。URAC 認證所代表的，是我們的護理專線已能展現出優質護理、改進流程和改善患者療效的全面承諾。我們的護理諮詢專線同時通過 NCQA 在健康資訊產品 (HIP) 方面的認證，能夠提供全年無休的健康諮詢專線。NCQA 旨在遵守 NCQA 健康資訊標準，以適用於健康計畫標準。

護理諮詢專線會對您的安全進行評估，為您提供緊急服務，尋找行為健康提供者和社會資源，並將您轉介至 Molina Medicare Complete Care Plus 的個案經理。如需更多資訊，請致電 (855) 665-4627 聯絡 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP)。

如果您需要立即協助或不確定該怎麼辦，請致電護理諮詢專線。如果您遇到可能對您或他人造成傷害或死亡的緊急情況，請前往最近的醫院急診室或撥打 911。

如果您有關於健康或健康照護的問題，可以致電護理諮詢專線。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | (888) 275-8750 此電話是免費的。<br>本專線全年無休。<br>我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711 此電話是免費的。<br>此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有專用的電話設備才能撥打。<br>本專線全年無休。 |

## E. 行為健康危機專線

如果您需要緊急心理健康照護，您可以致電您郡內的郡心理健康計畫以尋求協助。您還可以致電或傳送訊息 988 以尋求免費且保密的危機支援，該服務全天候提供。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | **Los Angeles 郡：**<br>Los Angeles 郡心理健康部 1-800-854-7771（全天候協助專線）- 聽障及語障電話專線 (TTY)：711<br><br>**Riverside 郡：**<br>Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008<br><br>**San Bernardino 郡：**<br>San Bernardino 郡行為健康部 1-888-743-1478（全天候協助專線）或1-800-968-2636（物質使用疾患全天候協助專線）<br><br>**San Diego 郡：**<br>San Diego Behavioral Health Services 1-888-724-7240（全天候服務與危機專線）- 聽障及語障電話專線 (TTY)：711 |

## F. 品質改善組織 (QIO)

本州有一個名為 Livanta 的組織。這是一個由醫師及其他醫療照護專家組成的團體，協助改善提供給 Medicare 保戶的照護品質。Livanta 與本計畫無關。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | (877) 588-1123 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711 此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |

| | |
|---|---|
| **寫信** | Livanta<br>BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 |
| **網站** | https://livantaqio.com/en/states/california |

如需以下方面的協助，請聯絡 Livanta：

- 和您的健康照護權利有關的問題
- 以下情況下，對您獲得的照護提出投訴：
  - 照護品質存在問題，
  - 您認為您的住院期太早結束，**或是**
  - 認為居家醫療保健、專業療養機構醫護，或是綜合門診康復機構 (CORF) 服務太早結束。

## G. Medicare

Medicare 是聯邦醫療保險計畫，適用於 65 歲或以上的老年人、部分 65 歲以下具有特定殘疾者，以及患有末期腎臟病（需要洗腎或腎移植的永久性腎衰竭）者。

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

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>此號碼是免費電話，可全天候提供服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 1-877-486-2048。此電話是免費的。<br>此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **網站** | www.medicare.gov<br>這是 Medicare 的官方網站。可以為您提供 Medicare 的最新資訊。還提供有關醫院、照護機構、醫師、家庭健康機構、透析機構、住院康復機構和收容所的資訊。<br>它包括有用的網站和電話號碼。亦提供可直接從電腦列印的手冊。<br>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心或許可以協助您使用電腦瀏覽此網站。或撥打上方的號碼致電 Medicare，告訴對方您要尋找什麼資訊。他們會在網站上找到資訊並與您一起查看。 |

## H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計畫。這是一項公共健康保險計畫，提供低收入戶所需的健康照護服務，包括有兒童的家庭、年長者、殘障人士、寄養照護的兒童和青少年，以及孕婦。Medi-Cal 是由州政府和聯邦政府出資。

Medi-Cal 福利包括醫療、牙科、行為健康和長期服務與支援。

您已投保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您對自己的 Medi-Cal 福利有任何問題，請致電您的計畫個案經理。如果您對 Medi-Cal 計畫的投保有任何問題，請致電 Health Care Options。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-800-430-4263<br>服務時間為：週一至週五上午 8:00 至晚上 6 點。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 1-800-430-7077<br>此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **寫信** | CA Department of Health Care Services Health Care Options<br>P.O.Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850 |
| **網站** | www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/ |

## I. Medi-Cal 管理式照護計畫及申訴專員心理健康辦公室

申訴專員辦公室會擔任您的權益倡導者。如果您有任何問題或投訴，他們能回答您的問題，並協助您瞭解該怎麼做。申訴專員辦公室也可以協助您處理服務或帳單問題。他們與我們或任何保險公司或健保計畫無關。他們的服務免費。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-888-452-8609<br>此電話是免費的。星期一到星期五，<br>上午 8:00 至下午 5:00 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711<br>此電話是免費的。 |
| **寫信** | California Department of Healthcare Services<br>Office of the Ombudsman<br>1501 Capitol Mall MS 4412<br>PO Box 997413<br>Sacramento, CA 95899-7413 |

| | |
|---|---|
| **電子郵件** | MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov |
| **網站** | www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx |

## J. 郡社會服務

如果您需要居家扶助服務 (IHSS) 的協助，請與您當地的郡社會服務部門聯絡。居家扶助服務 (IHSS) 計畫可以提供服務，讓您能享有居家安全。IHSS 被視為家庭外照護的替代方式，例如療養院或寄宿機構。如需申請 IHSS，請與您當地的郡 IHSS 辦公室聯絡。

請與您的郡社會服務機構聯絡並申請居家扶助服務，能協助支付為您提供的服務，以享有居家安全。服務類型包括餐點、洗澡、穿衣、洗衣、購物或交通。

有關 Medi-Cal 資格的任何問題，請與您的郡社會服務機構聯絡。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | **Riverside 郡：**<br>(877) 410-8827<br>當地時間週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。此為免付費專線。<br>**Los Angeles 郡：**<br>(888) 822-9622<br>週一至週五，當地時間上午 8:00 至下午 5:00。<br>**San Bernardino 郡：**<br>(877) 800-4544 此為免付費專線。<br>週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (當地時間)<br>**San Diego 郡：**<br>在 San Diego 郡內：(800) 510-2020 此電話在 San Diego 郡外免費：(800) 339-4661 此電話是免費的。服務時間為：週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (當地時間)。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **寫信** | **Los Angeles County Department of Public Social Services**<br>2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007<br>**County of Riverside In-Home Supportive Services**<br>12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557<br>**County of San Bernardino In-Home Supportive Services**<br>686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640<br>**Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services**<br>1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101 |
| **網站** | https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices |

## K. 郡專科心理健康計畫

若您符合條件，則可透過郡心理健康計畫 (Mental Health Plan, MHP)，取得 Medi-Cal 專科心理健康服務。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | **Los Angeles 郡心理健康部：**<br>(800) 854-7771 此電話是免費的。本專線全年無休。<br>**Riverside 大學健康系統行為健康部 - 社區訪問和轉診、評估和支援熱線 (CARES)：**<br>(800) 499-3008 此電話是免費的。週一至週五，當地時間上午 8:00 至下午 5:30。<br>**San Bernardino - 行為健康部：**<br>(888) 743-1478 此電話是免費的。本專線全年無休。<br>**San Diego - 心理健康服務：**<br>(888) 724-7240 此電話是免費的。本專線全年無休。<br>我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 711 此電話是免費的。<br>此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |

您可以向郡專科心理健康計畫尋求以下事項的協助：

- 有關郡提供的專科心理健康服務的問題

## L. 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care)

加州健康照護管理部 (DMHC) 負責制訂健保計畫。DMHC 協助中心可以協助您提出有關 Medi-Cal服務的上訴和投訴。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-888-466-2219<br>DMHC 代表的服務時間是週一至週五上午 8:00 至下午 6 點。 |
| **TDD** | 1-877-688-9891<br>此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **寫信** | 協助中心<br>加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care)<br>980 Ninth Street, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725 |

| | |
|---|---|
| **傳真** | 1-916-255-5241 |
| **網站** | www.dmhc.ca.gov |

## M. 協助參與者支付他們處方藥費用的計畫

Medicare.gov 網站 (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) 提供如何降低您處方藥費用的相關資訊。對於收入有限的人士，也有其他可提供協助的計畫，如下所述。

### M1.額外補助 (Extra Help)

由於您符合 Medicaid 資格，您有資格從 Medicare 獲得「額外補助」(Extra Help) 以支付其處方藥計畫費用。您無須再採取任何動作，就能獲得「額外補助」(Extra Help)。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>此號碼是免費電話，可全天候提供服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 1-877-486-2048。此為免付費專線。<br>此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **網站** | www.medicare.gov |

### M2.愛滋病藥物援助計畫 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP 計畫協助符合條件的 HIV/AIDS 患者取得救命藥物。在 ADAP 處方集內的 Medicare D 部分處方藥亦符合處方藥分攤費用援助資格。為符合在您所在州運作之 ADAP 的資格，個人必須符合特定條件，包括下列證明：州居住狀態、HIV 狀態、該州所定義的低收入，以及無保險/保險不足狀態。如果您改變計畫，請通知您當地的 ADAP 註冊工作人員，以便您可以繼續獲得相關資格標準、承保藥物或如何註冊該計畫的協助，請致電 (844) 421-7050。

## N. 社會保障局 (Social Security)

社會保障局將判定 Medicare 的投保資格與處理 Medicare 的投保事宜。年滿 65 歲或以上、患有殘疾或末期腎臟病 (ESRD) 且符合特定條件的美國公民和合法永久居民，皆有資格投保 Medicare。如果您已在收取社會保障局支票，則會自動投保 Medicare。如果您沒有收取社會保障局支票，則必須自行投保 Medicare。如要申請 Medicare，請致電社會保障局或前往您當地的社會保障局辦公室。

如果您搬家或變更通訊地址，請務必聯絡並通知社會保障局。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-800-772-1213<br>此號碼為免費電話。<br>週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00。<br>您可以使用全天無休的社會保障局自動化電話服務取得錄音資訊與處理部分事宜。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 1-800-325-0778<br>此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **寫信** | Office of Public Inquiries and Communications Support<br>1100 West High Rise<br>6401 Security Blvd.<br>Baltimore, MD 21235 |
| **電子郵件** | https://secure.ssa.gov/emailus |
| **網站** | www.ssa.gov |

## O. 鐵路職工退休委員會 (RRB)

鐵路退休委員會是獨立的聯邦機構，負責管理美國鐵路工作人員及其家屬的全方位福利計畫。如果您是透過鐵路退休委員會獲得 Medicare，當您搬家或變更通訊地址時，請務必通知他們。如果您對鐵路退休委員會提供的福利有任何疑問，請與該機構聯絡。

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-877-772-5772<br>此號碼為免費電話。<br>如果按「0」，可以在週一、二、四、五上午 9:00 至下午 3:30，以及週三上午 9:00 至中午 12:00，與 RRB 代表通話。<br>如果按「1」，可存取自動化 RRB 服務熱線和錄音資訊，此服務全天提供，週末和假日無休。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 1-312-751-4701<br>此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。<br>此號碼*並非*免費電話。 |
| **網站** | www.rrb.gov |

## P. 雇主提供的團體保險或其他保險

如果您（或配偶或同居人）透過您（或配偶或同居人）的雇主或退休人員的團體計畫取得福利，當您有疑問時，可以致電雇主/工會福利的管理人員或會員服務部。您可以詢問您（或配偶或同居人）的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期事宜。您也可以致電 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227；聽障及語障電話專線 (TTY)：1-877-486-2048）詢問與本計畫下的 Medicare 承保相關的問題。

如果您享有自己（或配偶或同居人）雇主或退休人員團體提供的其他處方藥給付，請聯絡**該團體的福利管理人員。**福利管理人員可協助您判定您目前的處方藥給付範圍如何與本計畫配合運作。

## Q. 其他資源

Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提供免費服務，可協助難以獲得或維持健康保險者解決其健康計畫問題。

如果您遇到以下問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康計畫
- 取得醫療服務
- 上訴遭否決的服務、藥物、耐用性醫療設備 (DME)、心理健康服務等。
- 醫療帳單
- IHSS (居家扶助服務)

Medicare Medi-Cal Ombuds 計畫可協助處理投訴、上訴和聽證。Ombuds 計畫的電話號碼為 1-888-804-3536。

## R. Medi-Cal Dental 計畫

透過 Medi-Cal Dental 計畫可獲得某些牙科服務；包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光、洗牙和氟化物治療
- 修復體和牙冠
- 根管治療
- 局部和全口義齒、調整、修復和換襯

| | |
|---|---|
| **請致電：** | 1-800-322-6384<br>此為免付費電話。<br>牙科福利可透過 Medi-Cal 牙科按次付費服務和牙科管理式照護 (DMC) 計畫獲得。Medi-Cal Dental Fee-For- Service 計畫代表在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 期間為您提供協助。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 1-800-735-2922<br>此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有專用的電話設備才能撥打。 |
| **網站** | www.dental.dhcs.ca.gov |

除了 Denti-Cal 按服務收費計畫，您還能透過牙科管理式照護計畫獲得牙科福利。Sacramento 和 Los Angeles 郡都有牙科管理式照護計畫。如果您想要瞭解有關牙科計畫的更多資訊，或者想要更換牙科計畫，請在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263，(聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-430-7077) 聯絡 Health Care Options。此為免付費電話。

# 第 3 章：使用本計畫的給付範圍來獲得您的健康照護及其他承保服務

## 簡介

本章載列了您透過本計畫獲得健康照護和其他承保服務時需瞭解的特定條款及規定。本章還說明了關於您的個案經理的資訊、如何在某些特殊情況下從不同類型的醫療服務提供者處獲得照護（包括網外醫療服務提供者或藥局）、如果您直接收到本計畫承保服務的帳單時該怎麼做，以及擁有耐用性醫療器材 (DME) 的規定。關鍵術語及其定義按字母順序列示在*《會員手冊》*的最後一章。

## 目錄


A. 服務和醫療服務提供者的相關資訊 ..... 38

B. 獲得本計畫承保服務的規定 ..... 38

C. 您的個案經理 ..... 39

C1. 何謂個案經理 ..... 39

C2. 如何聯絡個案經理 ..... 39

C3. 如何更換個案經理 ..... 39

D. 醫療服務提供者所提供的照護 ..... 40

D1. 主要醫療服務提供者 (PCP) 的照護 ..... 40

D2. 如何取得專科醫師及其他網路醫療服務提供者的照護 ..... 41

D3. 醫療服務提供者離開我們的計畫 ..... 42

D4. 網外醫療服務提供者 ..... 44

E. 長期服務和支援 (LTSS) ..... 44

F. 行為健康（心理健康和物質使用疾患）服務 ..... 44

F1. 本計畫之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務 ..... 44

G. 接送服務 ..... 46

G1. 非緊急情況的醫療接送 ..... 46

G2. 非醫療交通 ..... 47

H. 在醫療緊急情況、緊急需要或災難期間承保的服務 ..... 48

H1. 醫療緊急情況下的照護 ..... 48

H2. 緊急醫療護理 49
H3. 在災難中取得的護理 49
I. 如果您直接收到我們計畫所承保服務的帳單，該怎麼做 49
I1. 如果我們的計畫不承保服務該怎麼做 50
J. 臨床研究中健康照護服務的承保範圍 50
J1. 臨床研究的定義 50
J2. 當您參與臨床研究時您的服務費用的支付 51
J3. 瞭解更多關於臨床研究的資訊 51
K. 在宗教性非醫療健康照護機構內，您的健康照護服務的給付情形 51
K1. 宗教性的非醫療健康照護機構的定義 51
K2. 從宗教性的非醫療健康照護機構取得照護 51
L. 耐用性醫療器材 (DME) 52
L1. 做為我們計畫會員的 DME 52
L2. 如果您轉換至 Original Medicare 時 DME 的所有權 52
L3. 做為我們計畫的會員的氧氣設備福利 53
L4. 更換到 Original Medicare or another Medicare Advantage (MA) 計畫時的氧氣設 53

## A. 服務和醫療服務提供者的相關資訊

**服務**包括醫療照護、長期服務與扶助 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、器材及其他服務。**給付的服務**是我們計畫為您支付的所有服務。承保的醫療保健、行為健康和 LTSS 位於您*《會員手冊》***的第 4 章**。承保的處方藥和非處方藥在*《會員手冊》*的**第 5 章**。

**醫療服務提供者**是指醫師、護士及其他為您提供服務與照護的人員。醫療服務提供者包括醫院、居家健康機構、診所，以及其他為您提供健康照護服務、行為健康服務、醫療器材及某些 LTSS 的地方。

**網路醫療服務提供者**是指與本計畫合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受由我們支付全額款項。網路醫療服務提供者會針對他們提供給您的照護，直接向我們收費。當您使用網路醫療服務提供者時，您通常不會為給付的服務支付任何費用。

## B. 獲得本計畫承保服務的規定

我們的計畫涵蓋 Medicare 和 Medi-Cal 承保的所有服務。其中包括某些行為健康和 LTSS。

當您遵守我們的規定，本計畫會協調您所獲得的健康照護服務、行為健康服務和 LTSS。本計畫承保範圍：

- 您所取得的照護必須是**計畫福利**。這代表我們會包括在*《會員手冊》***第 4 章***的醫療福利表中*。
- 此照護必須**有醫療必要性**。具有「醫療必要性」是指正當合理且旨在保障生命的重要服務。具有「醫療必要性」是指是透過治療疾病或傷害，使人不至於重病或傷殘以及減少嚴重疼痛所需的服務。在醫療服務方面，您必須要由網路**主要醫療服務提供者 (PCP)**來開立照護，或是告知您使用另一名醫師。身為計畫會員，您必須選擇一名網內醫療提供者做為您的 PCP。
  - 在大部分情況下，您必須先取得您的網路 PCP 或本計畫的核准，才能使用您的 PCP 以外的其他醫療服務提供者，或使用本計畫網內的其他醫療服務提供者。這稱之為**轉介**。如果您未獲得批准，我們可能將不承保該服務。若要進一步瞭解轉介，請參閱第 45 頁。
    - 本計畫的 PCP 隸屬於醫療小組。當您選擇您的 PCP 時，您也選擇了醫療小組。這表示，您的主要醫療提供者 (PCP) 將會為您轉介隸屬於其醫療小組的專科醫師和服務。醫療小組是 PCPs 和專科醫師的協會，旨在為您提供協調式的健康照護服務。
    - 急診照護或緊急醫療照護不需要您的 PCP 轉介，即能使用女性健康提供者或任何其他在本章 D1 節所列之服務。
- **您必須從隸屬於您的 PCP 醫療小組的網內醫療提供者處獲得照護**。對於未與我們的健康計畫及您的 PCP 的醫療小組合作的醫療服務提供者，我們通常不給付由該醫療服務提供者所提供的照護。這代表您必須向醫療服務提供者所提供的服務支付全額費用。以下是一些不適用該規則的情況：
  - 我們承保網外服務提供者提供的急診或緊急醫療護理 (詳情請參閱本章第 H 節)。
  - 如果您需要我們的計畫所承保但網內醫療服務提供者未提供的照護，您可以從網外醫療服務提供者取得該照護。在這種情況下，我們承保如同您從網路醫療提供者取得的照護，***或者***您無支付任何費用。

- 當您短暫不在我們的計畫服務區內，或服務提供者暫時無法提供或無法獲得服務時，我們將承保洗腎服務。您可以在 Medicare 認證的洗腎機構獲得這些服務。您支付的洗腎醫療服務分攤費用絕不會超過在 Original Medicare 的分攤費用金額。如果您身處計畫服務區域外，並從計畫網外醫療服務提供者取得洗腎醫療服務，您的分攤費用不得超過您在網內所需支付的分攤費用。然而，如果您熟悉的網內提供者暫時無法提供洗腎醫療服務，且您選擇在計畫服務區域內，從計畫網外醫療提供者取得服務，其洗腎醫療服務的分攤費用可能會提高。
- 您可以在最初加入本計畫時，要求繼續使用目前的醫療提供者。若我們可以確定您與該醫療提供者的既有關係，則我們必須核准此要求，除去部分例外情形。請參閱《*會員手冊*》**第 1 章**。如果我們核准您的要求，您可以繼續使用現在使用的提供者之服務達12 個月。在此期間，您的個案經理將聯絡您，協助您找到在我們網內隸屬於您的主要醫療提供者 (PCP) 醫療小組的醫療提供者。滿 12 個月後，若您繼續由非隸屬於您的 PCP 的醫療小組的網外醫療提供者看診，我們將不再承保您的照護。

**Molina Medicare Complete Care Plus 的新會員**：在大多數情況下，在您要求投保 Molina Medicare Complete Care Plus 後下一個月的第一天起，您即投保 Molina Medicare Complete Care Plus 以獲得 Medicare 福利。您可能仍會從先前的 Medi-Cal 健康計畫獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Molina Medicare Complete Care Plus 獲得您的 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍沒有缺口。請致電 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：如果您有任何疑問，請撥打 711。

## C. 您的個案經理

### C1.何謂個案經理

Molina Medicare Complete Care Plus 個案經理是您主要的聯絡人，在必要時會為您提供照護方面的協助。個案經理協助協調和管理您的照護服務，以確保您獲得所需協助。

### C2.如何聯絡個案經理

如果您需要與您的個案經理聯絡，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。聽障及語障電話專線 (TTY)：711。或瀏覽 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

### C3.如何更換個案經理

您可以致電個案經理或會員服務來要求更換個案經理。Molina Medicare Complete Care Plus 健康照護服務部的員工可以根據會員的需求或地點，變更為會員指派的個案經理。

# D. 醫療服務提供者所提供的照護

## D1.主要醫療服務提供者 (PCP) 的照護

### 「PCP」的定義，以及 PCP 能為您做什麼

主要醫療服務提供者 (PCP) 是指固定提供醫療保健給您的醫師、護士或醫療照護專業人員，以及/或醫院或診所（聯邦合格健康中心 - FQHC）。Molina Medicare Complete Care Plus 負責維護為會員提供照護的專科醫療提供者網路。會員必須取得 Molina Medicare Complete Care Plus 內之 PCP 的轉介，才能獲得專科服務；不過不需要事先授權。會員可直接向女性健康專科醫師進行例行和預防性健康服務，無須轉介。您的主要醫療服務提供者 (PCP) 會為您提供大部分的照護，並協助您安排或協調身為本計畫會員，所能取得的其他給付服務。其中包括：

- 您的 X 光檢查
- 化驗檢測
- 治療
- 由專科醫師提供的照護
- 醫院入院
- 追蹤照護

「協調」您的服務包括與其他網路醫護人員商討或諮詢您的醫護服務以及醫護服務的進展情形。如果您需要特定類型的承保服務或用品，您必須事先取得主要醫療服務提供者 (PCP) 的核准（例如為您開立轉診書，讓專科醫師為您看診）。在某些情況下，您的主要醫療提供者 (PCP) 需取得我們的事先授權（事先核准）。由於您的主要醫療提供者 (PCP) 會為您提供及協調醫療照護，因此您應將過去所有的醫療紀錄寄至您主要醫療提供者 (PCP) 的辦公室。

醫療團體/IPA 是一個由獨立醫生組成的網路，他們擁有並經營自己的診所（而不是更大的醫療保健系統的僱員）。這些醫生加入醫療團體，這樣他們就可以保持獨立，同時獲得照顧病人所需的支持。

### 選擇 PCP

您與主要醫療提供者 (PCP) 的關係相當重要。我們強烈建議您選擇離住家較近的主要醫療提供者 (PCP)。選擇離住家較近的主要醫療提供者 (PCP) 可以讓您更方便接受醫療照護，並培養信任和開放的關係。如需最新的醫療服務提供者與藥局名錄副本，或是在選擇 PCP 方面需要額外的協助，請洽詢會員服務部。若您想使用特定的專科醫師或醫院，首先請確定您的主要醫療服務提供者 (PCP) 是否可為您轉介至該專科醫師，或是使用該醫院。在您選定主要醫療服務提供者 (PCP) 之後，建議您將您所有的醫療紀錄轉移至該主要醫療服務提供者 (PCP) 辦公室。這樣可以讓您的主要醫療服務提供者 (PCP) 取得您的醫療紀錄，同時知曉您目前的健康照護狀況。從現在開始，您所有的例行性健康照護服務就由您的主要醫療服務提供者 (PCP) 負責，因此當您有健康方面的疑慮時，首先應該致電您的主要醫療服務提供者 (PCP)。您的會員卡上有主要醫療服務提供者 (PCP) 的名稱和辦公室電話號碼。

### 更換 PCP

您隨時都可以基於任何原因而更換您的主要醫療提供者 (PCP)。此外，您的 PCP 有可能會離開我們的計畫網路。如果您的 PCP 離開我們的網路，我們可以協助您在我們的網路中找到新的 PCP。

本計畫的 PCP 隸屬於醫療小組。如果您更換您的 PCP，您可能也要變更醫療小組。當您請求更換時，請務必告知會員服務部您是否使用專科醫師或接受必須 PCP 批准的其它已承保服務。會員服務部將協助您在更換 PCP 時，可以繼續獲得專科照護及其它服務。

您可以隨時更換您的 PCP。在大部分情況下，更換將在下一個日曆月的第一天生效。如果您在提出變更 PCP 的要求時正在接受治療，則可能有例外。您可以透過您的個人網站：www.mymolina.com 來更換您的 PCP，您也可以聯絡會員服務部以取得任何 Molina Healthcare 醫療提供者的詳細資訊，並要求更換 PCP。對於某些醫療提供者，您可能需要您的 PCP 轉介（急診和地區外緊急照護服務除外）

### 不需 PCP 核准即可取得的服務

在大部分情況下，您在使用其他醫療提供者之前需要 PCP 或本計畫的核准，只要他們在 Molina Medicare Complete Care Plus 的網內。所有網外服務需獲得事先授權。您的 PCP 會提交「服務授權申請表」來要求其他醫療提供者的服務，通常稱為轉介。您無需事先取得您的 PCP 或本計畫核准即可取得以下所列的服務：

- 來自網路醫療提供者或網外醫療提供者的急診服務。
- 來自網路醫療提供者的緊急醫療照護。
- 當您無法前往網路醫療服務提供者處就診時，來自網外醫療服務提供者的緊急醫療照護（例如當您在計畫服務地區外或週末期間）。
- **注意：**緊急醫療照護必須有立即需要性和醫療必要性。
- 當您在計畫服務地區外時，您在 Medicare 認證的洗腎中心取得的洗腎服務。請在離開服務地區之前，先致電會員服務部。我們可以在您前往其他地區時，協助您取得洗腎服務。
- 您在*網路醫療提供者*所接種的流感疫苗注射、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗及肺炎疫苗。
- 例行女性健康照護及家庭計畫服務。此包括您在網路醫療提供者所進行的乳房檢查、乳癌篩檢（乳房 X 光攝影）、抹片檢測及盆腔檢測。
- 此外，如果有資格獲得印第安人健康醫療服務提供者的服務，您可以使用這些醫療服務提供者，而不需要透過轉介。
- 助產士服務、家庭計畫、HIV 檢測及諮詢、性傳染病治療 (Treatment for Sexually Transmitted Diseases, STD's)

## D2.如何取得專科醫師及其他網路醫療服務提供者的照護

專科醫師是指為一種特定疾病或身體部位提供健康照護的醫師。有許多種類的專科醫師，例如：

- 腫瘤科醫師，專門負責為癌症患者提供照護。
- 心臟科醫師，專門負責為心臟病患者提供照護。

- 骨科醫師，專門負責為特定骨骼、關節或肌肉疾病患者提供照護。
- 腸道科醫師，專門負責為消化或腸道疾病患者提供照護。
- 腎臟科醫師，專門負責為腎臟病患者提供照護。
- 泌尿科醫師，專門負責為和膀胱或泌尿疾病患者提供照護。

做為會員，您不限於特定的專科醫師。Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 保有為會員提供照護的專科醫療提供者網路。接受專科醫師的服務可能需要您的 PCP 轉介，會員可直接向女性健康專科醫師進行例行和預防性健康服務，無須轉介。對於某些服務，您可能需要獲得事先授權。您的 PCP 可以根據所要求服務的緊急程度，透過電話、傳真或郵件向 Molina Healthcare 的使用管理部門申請事先授權。

欲瞭解哪些服務需要事先授權的資訊，請參閱**第 4 章**的福利表。

請會員參閱**第 4 章**，以瞭解有關哪些服務需要 PA 的資訊。

書面轉介可以是一次性就診，如果您需要持續性服務，也可以是多於一次性就診的長期轉介。對於以下任何一種情況，我們都必須為您提供合格專科醫師的長期轉介：

- 慢性 (持續性) 病症；
- 危及生命的心理或身理疾病；
- 退化性疾病或殘疾；
- 任何其他嚴重或複雜到需要專科醫師治療的病症或疾病。

如果您在所需時沒有得到書面轉介，帳單可能無法給付。如需更多資訊，請撥打本頁底部的號碼，致電會員服務部。

如果我們無法為您找到合格的計畫網路醫療提供者；我們必須為您提供長期服務授權，以就任何下列病症向合格的專業醫師就診：

- 慢性 (持續性) 病症；
- 危及生命的心理或身理疾病；
- 退化性疾病或殘疾；
- 任何其他嚴重或複雜到需要專科醫師治療的病症或疾病。

如果您在所需時沒有得到我們的服務授權，帳單可能無法給付。如需更多資訊，請撥打本頁底部所列的電話號碼，致電會員服務部。

## D3.醫療服務提供者離開我們的計畫

您所使用的網路醫療提供者有可能會退出我們的計畫。如果您有一位醫療提供者退出我們的計畫，您會享有以下概述的特定權利和保護：

- 即使我們的醫療提供者網路在一年內發生變化，我們仍必須讓您可以不間斷的使用合格的服務提供者。

- 我們會在您的醫療提供者退出本計畫時通知您，讓您有時間選擇新的醫療提供者。
  - 如果您的主要照護或行為健康提供者退出本計畫，我們會通知您在過去三年內曾經就診過的醫療提供者。
  - 如果您的任何其他醫療提供者退出本計畫，我們會通知您是否已指派給該醫療提供者、目前正接受他們所提供的照護，或者在過去三個月內曾經就診過。
- 我們會協助您選擇新的合格醫療提供者，以繼續管理您的健康照護需求。
- 若您目前正在接受當前醫療提供者的醫療治療或療法，您有權詢問且我們也會與您合作，確保您正在接受的醫療必要性治療或療法不會中斷。
- 我們將為您提供有關您可以使用的不同投保期間，已及您可以擁有的更換計畫選項。
- 如果我們無法找到您可使用的合格網路專科醫師，即當網內的醫療提供者或福利無法取得或無法符合您的醫療需求，我們必須安排網外專科醫師為您提供照護。
- 如果您認為我們沒有以合格的服務提供者來替代您原本的服務提供者，或我們沒有妥善管理您的照護，您有權向 QIO 提出照護品質投訴或照護品質申訴，或兩者並行。(詳細資訊請參閱**第 9 章**。)

如果您發現其中一個您的服務提供者即將退出我們的計畫，請聯絡我們。我們可以協助您尋找新的服務提供者和管理您的照護。您所使用的網路醫療提供者有可能會退出我們的計畫。如果出現該情況，您必須更換新的醫療提供者。他們必須屬於 Molina Medicare Complete Care Plus 網路。我們會允許一段更換期間，讓您開始接受新醫療提供者的照護。若您的 PCP 退出 Molina Medicare Complete Care Plus，我們會告知您。如果有以下情況，我們將協助您更換一位新的 PCP，讓您仍然可以獲得承保服務：

您因疾病、病症或其他嚴重的醫療問題或失調而患有嚴重的慢性病，並且符合以下任一條件：

持續且未完全治癒，或病情長期惡化，或

需要持續性治療才能維持緩解或防止惡化。

如果您患有嚴重的慢性病症，您可以留在該醫師或醫院接受治療達 12 個月。

您已患有急性病症，即一種需要即時治療的突發病症。急性病症的持續時間通常比嚴重慢性病症更短。在該情況下，您可以在急性病症期間留在您的醫師或醫院接受治療。

您的孩子是新生兒或未滿 36 個月。您的孩子可以留在該醫師或醫院達 12 個月。

您患有末期疾病。如果您患有預期不會痊癒的疾病，您可以在病症期間留在您的醫師或醫院接受治療。

您出示來自您治療健康照護提供者的產婦心理健康症狀診斷書面文件。「產婦心理健康症狀」是指在妊娠、產前或產後期間的心理健康症狀，或在妊娠、產前或產後期間所產生，在分娩後達一年以上。如果您患有產婦心理健康症狀，您可以留在該醫師或醫院接受治療，從觀察或妊娠結束後達 12 個月，以較晚發生者為準。

您已獲得授權，可在您的醫生或醫院不再屬於 Molina Healthcare 的 180 天內，或在您加入 Molina Healthcare 之後的 180 天內進行手術或其他程序。

若您的服務提供者離開計畫網路，但仍留在服務區域內，且您經診斷患有產婦心理健康問題，則您仍可獲得照護。您仍可就此問題使用承保的服務，從觀察或妊娠結束後達 12 個月，以較晚發生者為準。

### D4.網外醫療服務提供者

如果您使用網外醫療服務提供者，該提供者必須有資格參與 Medicare 及/或 Medi-Cal。

- 我們無法付款給不具有參加 Medicare 及/或 Medi-Cal 資格的提供者。
- 如果您使用的醫療服務提供者沒有資格參與 Medicare，則您必須支付所獲得服務的全部費用。
- 醫療服務提供者必須告知您，他們是否沒有資格參與 Medicare。

## E. 長期服務和支援 (LTSS)

LTSS 可以協助您留在家裡，避免在醫院或專業療養機構機住院。您可以透過我們的計畫獲得某些 LTSS，包括專業療養機構照護、社區成人服務 (CBAS) 和社區支援。另一種類型的 LTSS，In Home Supportive Services 計畫可透過您所在的郡社會服務機構獲得。

## F. 行為健康（心理健康和物質使用疾患）服務

您可以使用 Medicare 和 Medi-Cal 承保的有醫療必要性的行為健康服務。我們提供由 Medicare 和 Medi-Cal 管理式照護所承保的行為健康服務。本計畫不提供 Medi-Cal 專科心理健康服務或郡級物質使用疾患服務，但您可以透過您所在郡的郡心理健康計畫來獲得這些服務：

- Los Angeles 郡心理健康部
- Riverside 大學健康系統 - 行為健康
- San Bernardino 郡行為健康部
- San Diego 郡 - 行為健康服務

### F1.本計畫之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

若您符合取得專科心理健康服務的條件，則可透過郡心理健康計畫 (Mental Health Plan, MHP)，取得 Medi-Cal 專科心理健康服務。透過 Riverside 大學健康系統 – 行為健康部、San Bernardino 郡 - 行為健康部、San Diego 郡 - 行為健康服務部和 Los Angeles 郡 - 心理健康服務部提供的 Medi-Cal 專科心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 醫療支援服務
- 日間治療密集式
- 日間復健
- 危險期干預

- 危險期穩定
- 成人住院治療服務
- 危險期住院治療服務
- 精神科健康機構服務
- 精神科住院服務
- 目標式個案管理

如果您符合獲得這些服務的條件，在 Riverside、San Diego 和 San Bernardino 等郡，您可透過您的郡心理健康計畫，以及在 Los Angeles 郡的 Los Angeles 郡公共健康部來獲得 Medi-Cal 或 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務。郡心理健康計畫提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集式門診治療服務
- 住院治療服務
- 門診藥物免費服務
- 麻醉藥治療服務
- 類鴉片依賴的那曲酮服務

由 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務包括：

- 門診和密集式門診服務
- 成癮治療用藥（也稱為藥物輔助治療）
- 門診/住院
- 戒斷管理
- 麻醉藥治療服務
- 復原服務
- 個案經理

除了以上所列的服務之外，若您符合條件，則可取得自願住院戒毒服務。

Molina Medicare Complete Care Plus 提供眾多心理健康和物質使用的醫療提供者。您可以在 Molina Medicare Complete Care Plus 的會員網站上查詢醫療提供者名單，或是致電會員服務部查詢。如需最新的醫療服務提供者與藥局名錄副本，或是在選擇行為健康提供者方面需要額外的協助，請洽詢會員服務部。對於某些服務

對於某些服務，您可能需要獲得事先授權。您或您的行為健康提供者，或您的 PCP 可以根據所要求服務的緊急程度，透過電話、傳真或郵件向 Molina Healthcare 的使用管理部門申請事先授權。

欲瞭解哪些服務需要事先授權的資訊，請參閱**第 4 章**的福利表。該照護必須確定為必要性。所謂必要性，我們的意思是您需要服務來預防、診斷或治療您的症狀，或維持您目前的心理健康狀況。這包括使您免於住進醫院或養老院的照護。這也表示服務、用品或藥物符合行為健康和醫療行為的公認標準。

如果您正接受，或是需要可透過郡心理健康計畫 (MHP) 取得之 Medi-Cal 專科心理健康服務或藥物服務，Molina Medicare Complete Care Plus 的個案經理可協助將您轉介至適當的郡資源，以進行評估。您可致電會員服務部以要求協助。您也可以直接洽詢郡所。請參閱以下資訊中相應的郡所電話。

**專科心理健康服務**
Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771
Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008
San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478
San Diego 郡行為健康服務 1-888-724-7240

**Drug Medi-Cal 服務**
Los Angeles 郡公共衛生部 1-844-804-7500
Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008
San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478
San Diego 郡行為健康服務 1-888-724-7240

## G. 接送服務

### G1.非緊急情況的醫療接送

如果您有無法使用汽車、公共汽車或計程車前往約診的醫療需求，則您有權使用非緊急情況的醫療接送服務。非緊急情況的醫療接送可用於承保的服務，例如醫療、牙科、心理健康、物質使用和藥局預約。如果您需要非緊急情況的醫療接送，您可以和您的 PCP 或其他服務提供者討論並提出要求。您的 PCP 會根據您的需求，決定最佳的接送方式。如果您需要非緊急情況的醫療接送，他們會開立處方，透過填寫表格，然後提交給 Medi-Cal 以取得核准。視您的醫療需求而定，核准有效期為一年。您的 PCP 或其他服務提供者將重新評估您的非緊急情況的醫療接送需求，每 12 個月必須重新核准一次。

非緊急情況的醫療接送是指救護車、擔架車、輪椅車或空運。當您因為約診需要搭乘時，Medi-Cal 可以提供最低成本的承保接送方式，並採用最適合您醫療需求的非緊急情況的醫療接送。舉例來說，如果您在生理上或醫療上可搭乘輪椅車，Medi-Cal 就不會支付救護車的費用。只有當您的醫療條件無法搭乘任何一種地面交通工具時，才有資格使用空運。

在下列情況下，必須使用非緊急情況的醫療接送：

- 經 PCP 書面授權，確定在生理上或醫療上有此需求，因為您無法使用公車、計程車、汽車或廂型車前去赴約。
- 由於身體或精神殘障，在往返於住所、車輛或治療地點時，您需要駕駛員提供協助。

若要請醫師為非緊急**例行預約**開立醫療交通服務，請在預約前至少提前 2 天（週一至週五）致電 Medi-Cal，電話：1-800-541-5555。如需**緊急預約**，請盡快致電。致電時，請準備好您的州會員卡。您也可以致電，進一步瞭解細節。

### 醫療接送限制

Medi-Cal 給付滿足您的醫療需求的最低成本的醫療接送，從您的住處到最近一個可約診的醫療服務提供者。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保該項服務，則不提供醫療接送。如果約診類型是由 Medi-Cal 給付，但不由健康計畫給付，Medi-Cal 將協助您安排接送時間。本手冊**第 4 章**中包含承保服務清單。除非有事先授權，否則不承保 Medi-Cal 的網路或服務區域以外的接送。

## G2.非醫療交通

非醫療接送福利包括往返醫療提供者授權的服務約診。您可以在以下情況免費享受搭乘服務：

- 往返於由醫療提供者授權的服務約診地點；或
- 領取處方和醫療用品。

  Medi-Cal 允許您乘坐汽車、計程車、公車或其他公共/私人交通工具，前往非醫療約診取得醫療服務提供者授權的服務。Medi-Cal 使用非緊急醫療接送 NEMT 來安盤非醫療接送。我們將承保符合您需求的非醫療接送類型的最低費用。

有時，您可以就您安排的私人車輛獲得乘車補償。Medi-Cal 必須在您搭乘**之前**核准此接送，並且您必須告訴我們為何您無法以其他方式搭乘，例如搭乘公車。**若您自行開車將無法獲得退款**。

里程折抵必須提供以下所有項目：

- 駕駛人的駕照。
- 駕駛人的車輛登記。
- 駕駛人的車險證明。

若要要求搭乘已授權的服務，請在預約前至少提前 2 天（週一至週五）致電 Medi-Cal，電話：1-800-541-5555。如需**緊急預約**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員卡。您也可以致電，進一步瞭解細節。

**注意：**美國印第安人可聯絡其當地的印第安人健康診所要求非醫療接送服務。

### 非醫療接送限制

Medi-Cal 提供費用最低的非醫療接送，從住處到可約診的最近醫療提供者以滿足您的需求。**您不得自行開車，或直接取得退款。**

非醫療接送服務**不適用**於以下情況：

- 需要使用救護車、擔架車、輪椅車或其他形式的非緊急醫療接送服務，才能前往服務的地點。
- 由於身體或健康狀況，您需要駕駛員提供往返於住所、車輛或治療地點的協助。
- 您乘坐輪椅，如果沒有司機的協助，無法自行上下車。
- 服務不在 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍內。

# H. 在醫療緊急情況、緊急需要或災難期間承保的服務

## H1.醫療緊急情況下的照護

醫療急診狀況是包含劇烈疼痛或嚴重傷害等症狀的醫療狀況。此狀況是如此嚴重，如果不立即就醫，您或任何具有一般健康醫學常識的人預期該症狀會導致：

- 您的健康或您未出世的孩子的健康遭受重大風險；**或**
- 身體機能受到嚴重損害；**或**
- 身體的任何器官或部位發生嚴重的功能障礙；**或**
- 對於正在分娩的孕婦，當：
  - 沒有足夠的時間在分娩前將您安全轉院。
  - 轉院可能會對您或您腹中胎兒的健康或安全造成威脅。

如果您有醫療急診狀況：

- **盡快取得協助。**撥打 911 或使用最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您不需要先取得 PCP 的核准或轉介。您不需要使用網路醫療提供者。您可以在美國或其全球領土的任何地方，隨時從具有適當州許可的任何醫療提供者獲得需要之緊急醫療照護。
- **請儘快告知本計畫您的急診。**我們會追蹤您的急診照護。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。但是，如果您延遲告訴我們，您將不會支付急診費用。您可以在本頁底部找對會員服務部的電話號碼。

### 醫療急診下的給付服務

如果您需要救護車前往急診室，本計畫予以承保。我們也承保緊急情況下的醫療服務。進一步瞭解，請參閱*《會員手冊》***第 4 章**的醫療福利表。

為您提供急診照護的醫療提供者會決定您的狀況何時穩定，以及醫療急診狀況何時結束。如果您需要追蹤照護加以改善，他們會繼續為您提供治療，並會與我們聯絡以制訂計畫。

本計畫承保您的追蹤照護。如果您的急診照護來自於網外的醫療提供者，我們會儘快讓網內的醫療提供者接管您的照護。

### 如果並非急診而獲得急診護理

有時很難得知您的狀況是否屬於醫療或行為健康急診。您可能就診接受急診照護，但醫師表示這其實並非急診狀況。只要您合理認為您的健康受到嚴重威脅，我們都會給付您的照護。

在醫師表示這並非急診狀況之後，只有在下列情況，我們才會給付額外的照護：

- 您使用網內醫療提供者，**或**
- 您得到的額外照護被視為「緊急醫療照護」，而您是在遵守規定的情況下取得。請參閱下一節。

### H2.緊急醫療護理

緊急醫療護理是您需要立即護理但非急診情況下取得的護理。例如，您可能在週末現有病症發作或產生嚴重喉嚨痛並需要治療。

**在我們的計畫服務區內的緊急醫療護理**

在大部分情況下，只要符合下列情況，我們都會承保緊急醫療護理：

- 您向網路醫療提供者取得這項護理，**以及**
- 您遵守本章所述的其它規定。

使用網路醫療提供者是不可行且不合理，我們會承保您從網外提供者取得的緊急醫療護理。

**在我們的計畫服務區以外的緊急醫療護理**

當您身處計畫服務地區之外時，您可能無法從網路醫療提供者取得護理。在這種情況下，我們的計畫會承保您向任何提供者取得的緊急醫療護理。

本計畫不承保您在美國境外獲得的緊急醫療照護或任何其他非急診護理。

在下列情況下，本計畫承保全球急診和緊急醫療照護，或美國境外的急診或緊急醫療照護服務：。

您可享有最高 $10,000 的全球急診和緊急護理服務承保。如需更多資訊，請參閱**第 4 章**的醫療福利表。

### H3.在災難中取得的護理

如果加州的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權接受本計畫提供的護理。

請瀏覽我們的網站，以瞭解如何在宣佈災難期間取得所需照護的相關資訊：
www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

如果您在宣佈災難期間無法使用網路醫療服務提供者，那麼我們允許您從網外醫療提供者處取得照護，您無須支付費用。如果您在宣佈為災難的期間無法使用網路藥局，您可以在網外藥局領取處方藥。如需更多資訊，請參閱**您的**《*會員手冊*》*的***第 5 章**。

## I. 如果您直接收到我們計畫所承保服務的帳單，該怎麼做

如果醫療服務提供者將帳單寄給您而非本計畫，您應該要求我們*支付*該帳單。

**此帳單費用不該由您支付。如果您支付此費用，本計畫可能無法將款項退還給您。**

如果您支付了承保服務的費用，**或者**您為承保服務支付的費用超出了您的計畫分攤費用，或者您收到了承保醫療服務的帳單，請參閱《*會員手冊*》**第 7 章***瞭解該*怎麼做。

### I1.如果我們的計畫不承保服務該怎麼做

我們的計畫承保所有的服務：

- 確定為醫療必要的服務，**以及**
- 列示於本計畫醫療福利表中的服務（請參閱*《會員手冊》***第 4 章**）**以及**
- 您按照計畫規定所得到的服務。

如果您獲得我們計畫不承保的服務，**您需要自行支付全部費用，除非該服務是由我們計畫之外的另一個 Medi-Cal 計畫承保。**

如果您想知道我們是否為某種醫療服務或照護付費，您有權詢問我們。您也有權以書面形式詢問。如果我們表示不給付您的服務，您有權針對我們的裁定提出上訴。

*《會員手冊》***的**第 9 章*說明*如果您要我們給付某個醫療服務或項目，可以怎麼做。它還告知您如何對我們的給付裁定提出上訴。請致電會員服務部，進一步瞭解您提出上訴的權利。

我們會在一定限度內支付某些服務。如果超出此限制，您就須支付全額費用，以取得更多此類型的服務。請參閱**第 4 章**，以瞭解福利限額。請致電會員服務部，以瞭解什麼是福利限額和您已使用的福利額度。

## J. 臨床研究中健康照護服務的承保範圍

### J1.臨床研究的定義

臨床研究（也稱為臨床試驗）是醫師測試新型健康照護或藥物的方式。由 Medicare 核准的臨床研究通常要求自願者參與研究。

一旦 Medicare 核准您想參與的研究，並且您表示有興趣之後，從事該研究的人員就會與您聯絡。該人員會向您說明研究內容，確認您是否符合參加資格。只要您符合條件，就可以參與該研究。您也必須瞭解和接受您在研究中必須做的事。

在您參與研究的這段時間，您可以繼續參加我們的計畫。如此一來，我們的計畫將繼續為您承保與研究無關的服務和照護。

如果您想參與任何 Medicare 核准的臨床研究，您**不**需要取得我們或您主要醫療提供者的核准。為您提供研究所包含之照護的提供者，**不必**是網路醫療提供者。請注意此不包括本計畫所負責的福利，以及該福利中所包含的臨床試驗或登記以做為福利評估的要素部分。這些包括在全國性給付裁定 (National Coverage Determinations, NCDs) 以及醫療器材臨床試驗 (IDE) 特定的某些福利，並可能受到事先授權和其他計畫規定的限制。

**我們建議您在參加臨床研究之前知會我們。**

如果您計畫參與 Original Medicare 為投保人承保 臨床研究，我們建議您或您的個案經理應聯絡會員服務部，讓我們知道您將參與臨床試驗。

### J2.當您參與臨床研究時您的服務費用的支付

若您自願參加 Medicare 核准的臨床研究試驗，您無需為該試驗涵蓋的服務支付任何費用。Medicare 會支付該試驗所涵蓋的服務，以及與您的照護相關的例行性費用。當您參加 Medicare 核准的臨床研究時，研究所包含的大部分服務和項目都在給付範圍內。其中包括：

- Medicare 會支付住院期間的食宿費用，即使您未參加研究
- 研究所包含的手術或其他醫療程序。
- 針對新型護理引發的副作用或併發症所進行的治療。

如果您自願參與臨床研究，我們將支付 Medicare 不核准但本計畫核准的任何費用。如果您參與的研究**未經 Medicare 或本計畫核准**，您需自行支付參與該研究的費用。

### J3.瞭解更多關於臨床研究的資訊

您可透過閱讀 Medicare 網站上的「Medicare 和臨床研究」來瞭解更多關於加入臨床研究的資訊 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research- Studies.pdf)。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

## K. 在宗教性非醫療健康照護機構內，您的健康照護服務的給付情形

### K1.宗教性的非醫療健康照護機構的定義

宗教性的非醫療健康照護機構是指，可以為您提供通常可在醫院或專業療養院取得之照護的地方。如果在醫院或專業護理機構取得照護違反您的宗教信仰，我們會給付由宗教性的非醫療健康照護機構提供的服務。

這項福利僅適用於 Medicare A 部分制住院服務 (非醫療健康照護服務)。

### K2.從宗教性的非醫療健康照護機構取得照護

如果要取得由宗教性的非醫療健康照護機構所提供的護理，您必須簽署一份法律檔，說明您反對接受「非強制性」的醫療。

- 「非強制性」的醫療是指**自願的、且聯邦、州或當地法律未要求**的一切護理。
- 「強制性」的醫療是指**非自願性且**聯邦、州或當地法律所要求的一切護理。

您向宗教性的非醫療健康照護機構取得的照護必須符合下列條件，才能納入本計畫的給付範圍：

- 提供照護的設施必須經過 Medicare 認證。
- 我們的計畫給付的服務僅限於*非宗教層面*的照護。
- 如果您從設施取得在該機構提供的服務：

- 您的醫療狀況，必須能夠讓您取得住院醫護或專業療養院醫護的給付服務。

本計畫承保患者無限期的住院天數。(請參閱**第 4 章**的福利表)。

# L. 耐用性醫療器材 (DME)

## L1.做為我們計畫會員的 DME

DME 包括由醫療服務提供者開立具有醫療必要性的項目，例如：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由提供者訂購用於您的住家的醫用床、靜脈注射 (IV) 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備與用品、噴霧器及助行器。

您當然可以擁有特定項目，例如人造的身體部分。

在本節中，我們所討論的，是您租用的 DME。身為本計畫的會員，無論租用的時間多久，您都**不會**擁有 DME。

在特定有限情況下，我們會將 DME 項目的所有權轉讓給您。請致電會員服務部，以查詢您必須符合的要求以及您需要提供的文件。

即使您在加入本計畫之前，在 Medicare 之下連續最多 12 個月擁有的 DME，您也**不會**擁有該設備。

## L2.如果您轉換至 Original Medicare 時 DME 的所有權

在 Original Medicare 計畫中，租用特定類型 DME 的人在 13 個月後即可擁有。在 Medicare Advantage (MA) 計畫中，該計畫可以規定租用特定類型 DME 的人在多少個月後即可擁有。

**注意：**您可在**第 12 章**中找到 Original Medicare 和 MA 計畫的定義。您還可在*《Medicare 與您》*2024 年手冊找到更多相關資訊。如果您沒有這份手冊，您可以在 Medicare 網站 (www.medicare.gov/medicare-and-you) 上取得，也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

如果沒有選擇 Medi-Cal，您必須在 Original Medicare 下連續支付 13 期，或者您必須按照 MA 計畫規定的連續支付期數，才能擁有 DME 項目：

- 在您參與我們的計畫期間，您並未成為 DME 項目的所有人，**並且**
- 您退出我們的計畫，同時在 Original Medicare 計畫或 MA 計畫外獲得 Medicare 福利。

如果您在加入本計畫之前已在 Original Medicare 或 MA 計畫下支付了 DME 項目費用，**則這些 Original Medicare 或 MA 計畫的費用不計入您退出本計畫需支付的費用**。

- 您必須在 Original Medicare 下連續 13 期支付，或者按照 MA 計畫規定的新連續支付期數，才能擁有 DME 項目。
- 當您轉回 Original Medicare 或 MA 時，情形也是如此。

## L3.做為我們計畫的會員的氧氣設備福利

如果您符合 Medicare 的氧氣設備給付資格且是計畫的會員，我們會給付：

- 氧氣設備租賃
- 供應氧氣和氧含量
- 用於供應氧氣和氧含量的插管和相關配件
- 氧氣設備的維護和修理

當您不再需要氧氣設備或您離開我們的計畫時，必須歸還氧氣設備。

## L4. 更換到 Original Medicare or another Medicare Advantage (MA) 計畫時的氧氣設

備若氧氣設備為醫療必需品，且您退出我們的計畫並轉換至 Original Medicare，您將可向供應商租賃氧氣設備 36 個月。您每月支付的租金包括氧氣設備以及上述用品和服務。

如果在您租賃氧氣設備**36 個月後，氧氣設備依舊為醫療必需品，**您的供應商必須提供：

- 額外 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 如有醫療必要性，提供氧氣設備和用品最長 5 年。

如果在 5 年期結束時**氧氣設備仍有醫療必要性**：

- 您的供應商不再需要提供設備，且您可選擇向任何供應商取得替換設備
- 開始新的 5 年期間。
- 您可向某一供應商租賃 36 個月
- 隨後您的供應商必須再行提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備具有醫療必要性，則每 5 年即會開始一個新的週期。

當氧氣設備具有醫療必要性，並且**您離開我們的計畫並轉到另一個 MA 計畫時**，該計畫將至少給付 Original Medicare 給付的款項。您可以詢問新的 MA 計畫給付哪些氧氣設備和用品，以及您的費用。

# 第 4 章：醫療福利表

## 簡介

本章介紹了本計畫給付的服務及有關此類服務的任何限制或約束。本章還說明了我們的計畫未給付的福利。關鍵術語及其定義按字母順序列示在*《會員手冊》*的最後一章。

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) **的新會員：**在大多數情況下，在您要求投保 Molina Medicare Complete Care Plus 後下一個月的第一天起，您即投保 Molina Medicare Complete Care Plus 以獲得 Medicare 福利。您可能仍會從先前的 Medi-Cal 健康計畫獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Molina Medicare Complete Care Plus 獲得您的 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍沒有缺口。請致電 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：如果您有任何疑問，請撥打 711。

## 目錄


A. 您的給付服務 ..... 55

A1. 公共衛生緊急狀況期間 ..... 55

B. 針對向您收取服務費用的醫療提供者的規定 ..... 55

C. 關於我們計畫的醫療福利表 ..... 55

D. 我們計畫的醫療福利表 ..... 58

E. 本計畫之外承保的福利 ..... 95

E1. 加州社區過渡 (CCT) ..... 95

E2. Medi-Cal Dental 計畫 ..... 95

E3. 安寧照護 ..... 96

E4. 居家支援服務 (IHSS) ..... 96

E5. 1915(c) 家庭與社區型服務 (HCBS) 豁免計畫 ..... 97

F. 本計畫、Medicare 或 Medi-Cal 不予給付的福利 ..... 98

## A. 您的給付服務

本章說明我們的計畫承保的服務以及您為每項服務支付的費用。您也可以瞭解未給付服務。有關藥物福利的資訊位於*《會員手冊》*的**第 5 章**。本章還說明某些服務的限制。由於您是從 Medi-Cal 取得協助，只要您遵守本計畫的規定，即無需為承保的服務付費。有關本計畫規則的更多詳細資訊，請參閱*《會員手冊》***第 3 章**。

若您需要協助以瞭解承保的服務，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627。聽障及語障電話專線 (TTY)：711。

### A1.公共衛生緊急狀況期間

如果 California 州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權接受 Molina Medicare Complete Care Plus 的照護。

請致電會員服務部，以瞭解有關如何在宣佈災難期間獲得所需護理的資訊：

## B. 針對向您收取服務費用的醫療提供者的規定

我們不容許我們的服務提供者向您索取經承保服務的費用。我們會直接付款給我們的醫療服務提供者，您無需支付任何費用。即使我們付給醫療服務提供者的款項少於該醫療服務提供者所要求的服務費用，您依舊無須支付費用。

**您永遠不應該從所給付服務的醫療服務提供者處獲得帳單**。如果您收到這類帳單，請參閱*《會員手冊》第 7 章或致電會員服務部*。

## C. 關於我們計畫的醫療福利表

本醫療福利表說明本計畫會支付的服務。本表會按字母順序列出承保的服務，並說明這些服務。

**只有在符合下列規定的情況下，我們才會為醫療福利表所列的服務付費。**只要您符合以下所述的規定，則**無需**為醫療福利表所列的服務支付任何費用。

- 我們會依照 Medicare 和 Medi-Cal 所制訂的規定提供您 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務。
- 該服務（包括醫療照護、行為健康和物質使用服務，長期服務和支持、用品、設備和藥品）必須具有醫療必要性。醫療必要性是指預防、診斷或治療您的醫療症狀或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括使您免於住進醫院或養老機構的照護。這也表示服務、用品或藥物符合醫療行為的公認標準。
- 您從網路醫療服務提供者取得照護。網路醫療提供者是與我們合作的醫療提供者。在大多數情況下，您從網外醫療服務提供者取得的照護不會獲得給付，除非是急診或緊急照護，或是您的計畫或網路醫療服務提供者將您轉診。*《會員手冊》***第 3 章***有使用*網內和網外醫療提供者的更多相關資訊。

- 您有一名主要醫療提供者 (PCP) 或一個照護小組負責提供並管理您的照護服務。
- 在大部分情況下，您必須先取得 PCP 的核准，才能使用您的 PCP 以外的其他醫療提供者，或使用本計畫網內的其他醫療提供者。這稱之為轉介。*《會員手冊》***第 3 章***有關於*獲得轉介以及何時**不需要**轉介的更多資訊。
- 對於醫療福利表所列的部分服務，我們只在您的醫師或其他網路醫療提供者取得我們的核准後才會承保。這稱之為事先授權 (PA)。我們在醫療福利表中標示出需要事先授權的承保服務，並以星號 (*) 標示。

所有投保人參與保健和健康照護計畫 (Wellness and Health Care Planning, WHP) 服務的重要福利資訊

- 由於 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 參與以價值為本的保險設計 ( Value Based Insurance Design, VBID) 模式，您將享有以下 WHP 服務的資格，包括預先照護計畫 (Advance Care Planning, ACP) 服務：
  - 若您在無法為自己做出健康照護的決定時，ACP 可協助您做好準備。「預立醫囑」是供您在無法親自提供醫囑時使用的法律文件。預立醫囑有不同的類型和名稱，如生前遺囑和持久授權書。
- Molina Medicare Complete Care Plus 可以多種方式協助您訂立 ACP：
  - Molina Medicare Complete Care Plus 在我們的網站www.MolinaHealthcare.com/Medicare. 上提供 ACP 的相關資訊。
  - 您可瀏覽以下網站以獲得預立醫囑表格：
    - Caringinfo 網站，CaringInfo.org；
- Molina Caregiving for Medicare 網站：https://www.molinacaregiving.com。滾動到頁面底部，選擇您所在的州份。點擊 Caregiving。然後點擊 Durable Power of Attorney (持久授權書) 前往相應表格。
  - 您可以在接到歡迎電話時詢問更多資訊。歡迎電話的專門人員能協助您有關預立醫囑以及如何取得的問題。
  - 如需詳細資訊，請洽詢您的 Molina Medicare Complete Care Plus 主要醫療提供者。
  - 詳情請洽詢您的個案經理。
  - 請致電會員服務部 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。
  - 您可以在**第 9 章**第 節中瞭解更多有關健康照護制訂決策的資訊。
  - E. 參加 ACP 是自願的。您可以決定是否需要預立醫囑以及需要何種預立醫囑。如果您不想要預立醫囑，您可以拒絕。任何人都不得因為您是否有預立醫囑，而拒絕為您提供照護或對您歧視。

- 投保人符合「額外補助」的重要福利資訊：
  - Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 參與以價值為本的保險設計 (Value Based Insurance Design, VBID) 模式。VBID 模式讓 Medicare 嘗試新的方法來改善 Medicare Advantage 計畫。做為 VBID 模式的一部分，Molina Medicare Complete Care Plus 免除了 D 部分的費用分攤。取得「額外補助」的會員在所有承保階段的所有 D 部分藥物，將會減免費用分攤 ($0)。如需詳細資訊，請參閱**第 6 章**，您為 D 部分處方藥支付的費用。如果您對此項福利以及如何協助您有任何疑問，也可以致電會員服務部。

**患有特定慢性病症會員須知重要福利資訊。**如果您患有以下慢性病症並符合特定醫療標準，您可能符合獲得附加福利的資格：

- 慢性酒精和其他藥物依賴
- 自體免疫疾病
- 癌症
- 心血管疾病
- 慢性心臟衰竭
- 失智症
- 糖尿病
- 末期肝病
- 末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD)
- 嚴重的血液疾病
- HIV/AIDS
- 慢性肺病
- 慢性和失能的心理健康症狀
- 神經疾病
- 中風

請參閱醫療福利表中「特定慢性病症的援助」一列，取得更多資訊。

大部分預防性服務都是免費的。您會在醫療福利表中的預防性服務旁看到這個蘋果。

## D. 我們計畫的醫療福利表

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **腹部主動脈瘤篩檢**<br><br>我們對處於危險狀況下的患者，支付一次超音波篩檢費用。僅在您有某些風險因素，並取得您的醫師、醫師助理、專科護士或臨床護理專家的轉介時，本計畫才會承保該項篩檢。 | $0<br><br>有資格接受此預防性篩檢的會員無須支付共保額、共付額或自付額。 |
| | **針灸**<br><br>我們在任何一個日曆月支付最多兩次門診針灸費用，或者如果是具有醫療必要性則多次。<br><br>• 如果您患有慢性下背痛問題，90 天內可享有至多 12 次的針灸診療，慢性下背痛的定義如下：<br>• 持續 12 週以上；<br>• 無特定病因（沒有確切的全身性病因，即與轉移性、發炎性或傳染性疾病無關）；<br>• 非手術相關；**並且**<br>• 非妊娠相關。<br><br>此外，如果您的下背痛問題確實有改善，本計畫還會額外支付八次針灸療程。您每年可以獲得給付的慢性下背痛針灸治療不得超過 20 次。<br><br>如果症狀沒有好轉或甚至加重，則必須停止針灸治療。 | 針對每次 Medicare 承保的治療，您支付 $0 |
| | **酒精濫用篩檢和諮詢**<br><br>對於酒精誤用但非酒精依賴的成人，我們支付一次酒精誤用篩檢 (SABIRT) 費用。此包括孕婦。<br><br>如果酒精誤用篩檢呈陽性，您每年最多可獲得四次與合格的主要醫療提供者 (PCP) 或執業人員以基本護理形式進行的面對面諮詢會談（如果您能夠在諮詢期間具有行為能力且保持清醒）。 | $0<br><br>Medicare 承保的減少酒精濫用篩檢和諮詢預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **救護車服務**<br><br>承保的救護車服務包括地面和空中（飛機和直升機）。救護車會送您前往最近可提供照護的地點。<br><br>您的病情必須足夠嚴重，以至於透過其他方式前往照護地點可能會危及您的健康或生命。<br><br>救護車服務在其他情況（非緊急）下必須獲得我們的核准。在非緊急情況下，我們可能會給付救護車費用。您的病情必須足夠嚴重，以至於透過其他方式前往照護地點可能會危及您的生命或健康。 | 針對每次 Medicare 承保的單程救護車行程，您支付 $0。**只有非緊急的救護車接送需要事先授權。**如果您需要急診照護，請撥打 911 並要求救護車。如果您在美國境外需要急診救護車接送，請參閱本表的「全球急診/緊急服務給付」。 |
| | **年度體檢（附加）**<br><br>年度例行體檢可針對僅能由醫師、專科護士或醫師助理提出的額外體檢服務提供給付。這是將重點放在預防和篩檢的大好機會。在例行體檢中，臨床醫護人員會透過目視檢查、觸診、聽診和叩診來檢查您是否有任何問題。最後三項涉及直接的身體接觸，對於確認是否有身體病況有其必要性。 | $0<br><br>如果需要額外服務，您的醫療提供者會轉介您給專科醫師，或是在必要時提交事先授權。 |
| | **年度健康就診**<br><br>您可以每年進行一次檢查。這是為了根據您目前的風險因素來制訂或更新預防計畫。我們每 12 個月支付一次該費用。<br><br>**注意：**您的首次年度健康就診不得在**「歡迎參加 Medicare」**就診的 12 個月內進行。但是，在您擁有 B 部分達 12 個月之後，您無須進行**「歡迎參加 Medicare」**就診便可獲得年度健康就診承保。 | $0<br><br>年度健康就診沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **氣喘預防服務**<br><br>您可以接受氣喘教育及居家環境評估，以瞭解氣喘控制不佳患者在居家環境中常見的氣喘觸發因素。 | $0 |
| | **骨質測量**<br><br>我們針對符合資格的會員（通常是有骨質流失或骨質疏鬆風險者）承保特定程序的費用。這些程序可以識別骨質密度、發現骨質流失或瞭解骨骼品質。<br><br>我們每 24 個月為該服務給付一次費用，如果具有醫療必要性則多次。我們也給付醫師檢查及評論結果的費用。 | $0<br><br>Medicare 承保的骨質測量沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **乳癌篩檢（乳房 X 光攝影）**<br>我們給付下列服務費用：<br>35 歲至 39 歲之間的一次首次乳房 X 光攝影<br>40 歲以上女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢<br>每 24 個月一次臨床乳房檢查 | $0<br>承保的乳房 X 光攝影篩檢沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **心臟康復服務***<br>我們支付心臟復健服務的費用，例如運動、教育和諮詢。會員必須符合特定條件並有醫師轉介 **或** 醫囑。<br>我們也承保密集式心臟復健計畫，比心臟復健計畫的強度更高。 | **可能需要事先授權。** |
| | **心血管（心臟）疾病的風險降低就診（治療心臟疾病）**<br>我們給付您每年一次的主要醫療提供者 (PCP) 就診費用，若具有醫療必要性則多次，以協助您降低心臟疾病的風險。就診期間，醫師可能會：<br>• 討論阿斯匹靈的使用、<br>• 檢查您的血壓，**及/或**<br>• 向您提供建議以確保飲食健康。 | $0<br>密集式行為治療心血管疾病預防福利沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **心血管（心臟）疾病檢測**<br>我們給付每五年（60 個月）一次的心血管疾病血液檢測費用。這些血液檢測還能檢查由於心臟病高風險所導致的缺陷。 | $0<br>每 5 年給付一次的心血管疾病檢測沒有共保額、共付額 或 自付額。 |
| | **宮頸癌和陰道癌篩檢**<br>我們給付下列服務費用：<br>• 所有婦女：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查<br>• 子宮頸癌或陰道癌高風險婦女：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查<br>• 過去三年中子宮頸抹片檢查結果曾經異常的婦女：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查<br>• 30-65 歲的女性：每 5 年進行一次人類乳突狀瘤病毒 (HPV) 檢測或子宮頸抹片加 HPV 檢測 | $0<br>Medicare 承保的預防性子宮頸 和骨盆檢查沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **脊柱按摩服務**<br><br>我們給付下列服務費用：<br><br>• 調整脊椎以矯正排列 | 針對這些 Medicare 承保的服務，您每次就診支付 $0。 |
| | 結腸直腸癌篩檢<br><br>我們給付下列服務費用：<br><br>• 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 (10 年) 承保一次；對於非結腸癌高風險患者，在之前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高風險患者，在之前接受過結腸鏡或鋇劑灌腸篩檢後，每 24 個月承保一次。<br>• 對 45 歲以上患者進行的軟式乙狀結腸鏡檢查。非高風險患者在接受結腸鏡篩檢後，每 120 個月一次。高風險患者從上次接受軟式乙狀結腸鏡或鋇劑灌腸篩檢起，每 48 個月一次。<br>• 對 45 歲以上患者進行的糞便潛血檢測。每 12 個月一次。<br>• 對 45 至 85 歲不符合高風險標準患者進行的多目標糞便 DNA 檢驗。每 3 年一次。<br>• 對 45 至 85 歲不符合高風險標準患者進行的血液生物標記檢測。每 3 年一次。<br>• 鋇劑灌腸篩檢：結腸鏡檢查的替代方法，適用於高風險患者，且距離上次鋇劑灌腸篩檢或上次結腸鏡篩檢時間已滿 24 個月。<br>• 對於 45 歲或以上的非高風險患者，鋇劑灌腸篩檢可替代軟式乙狀結腸鏡檢查。在最後一次鋇劑灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡檢查後至少 48 個月進行一次。<br><br>結腸直腸癌篩檢包括在 Medicare 承保的非侵入式糞便結腸直腸癌篩檢呈陽性結果後的結腸鏡追蹤篩檢。 | $0<br><br>Medicare 承保的大腸直腸癌篩檢沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **牙科服務 (Medicare 承保)**<br><br>我們給付某些牙科服務，包括但不限於洗牙、補牙和假牙。我們不承保的項目可透過 Medi-Cal Dental Program 取得，詳見下文 F2。<br><br>當某些牙科服務是在受益人主要醫療狀況下特定治療的一部分時，我們會給付該費用。例如，骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨所涉癌症的放射治療所進行的拔牙，或腎移植前的口腔檢查。 | $0 |

| 由我們的計畫付費的服務 | 您必須付費的項目 |
|---|---|
| **牙科服務（附加）**<br><br>一般而言，預防性牙科服務（例如洗牙、定期牙齒檢查與牙齒 X 光檢查）不在 Original Medicare 的承保範圍內。<br><br>我們承保 Original Medicare 不承保的額外牙科福利。<br><br>這些福利在牙科服務（附加）類別下另有詳細說明。<br><br>附加牙科服務給付包括但不限於：<br><br>例行預防性牙科照護：<br><br>• 預防性牙科 - 口腔檢查：每年 2 次就診<br>• 預防性牙科 - 預防性治療：每年 2 次就診<br>• 預防性牙科 - 氟化物治療：每年 2 次就診<br>• 預防性牙科 - 牙科 X 光檢查：牙根尖檢查每年最多 6 次，咬翼片檢查每年最多 4 次，全口檢查每 5 年最多 1 次<br><br>若要尋找您附近網內的例行預防性牙科醫療提供者，您可以：<br><br>• 線上搜尋 – 在 MolinaHealthcare.com/Medicare 上使用我們的附加牙科醫療提供者線上搜尋工具。<br><br>我們與牙科業者合作，為您的例行牙科護理需求提供更多選擇。如果您使用我們牙科業者中的醫療提供者，您將免費獲得上述預防性牙科服務。此外，您的 MyChoice 卡上將有 $1,000 可用於在該醫療提供者處接受任何額外服務。<br><br>如果您選擇使用業者網外的牙科醫療提供者，所提供的任何及所有服務（包括任何預防性或綜合牙科服務）只有在您使用 MyChoice 卡時才會獲得承保，且給付津貼達 $1,000。<br><br>MyChoice 卡是一張簽帳金融卡（非信用卡），僅供會員用於您的牙科需求。該牙科給付津貼會在您的福利期開始時（每年）存入您的 MyChoice 卡中。在每個福利期結束時，任何未使用的給付津貼不會延至下一期或計畫年度。<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | 如果您使用的是您的 MyChoice 卡，則無需支付共保額，共付額或自付額。<br><br>如果某項服務不在承保範圍內，或是您超過津貼上限，您可能需要承擔費用。<br><br>可能會有限制和排除項目。<br><br>在 Medi-Cal 牙科醫療醫療提供者處就診時，您可能有資格透過 Medi-Cal 牙科計畫獲得額外的牙科服務。如需 Medi-Cal 牙科計畫給付的更多資訊，請參閱 F2 節。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **牙科服務（附加）（續）*** <br><br> 重要須知： <br><br> MyChoice 卡的津貼不能兌換成現金。此津貼僅供會員使用，不適用於任何其他福利或費用。本計畫不承保美容服務，且您不得使用您的 MyChoice 卡予以支付。MyChoice 卡的津貼僅供定義上限內特定的附加福利使用。 <br><br> 如果您超過年度津貼上限，您可能需要負擔費用。如果您退出本計畫，任何未使用的分配資金將在退保生效日退回本計畫。 | |
| | **憂鬱症篩檢** <br><br> 我們每年支付一次憂鬱症篩檢的費用。此篩檢必須在能夠提供追蹤治療及/或轉診的主要照護環境下進行。 | $0 <br><br> 年度憂鬱症篩檢就診 沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **糖尿病篩檢** <br><br> 如果您有下列風險因素，我們支付此篩檢（包括空腹血糖測試）的費用： <br> • 高血壓 <br> • 膽固醇和三酸甘油酯異常（血脂異常）的病史 <br> • 肥胖 <br> • 高血糖（葡萄糖）病史 <br><br> 在其他情況下，如超重和有糖尿病家族史，也可以進行檢測。 <br><br> 根據該檢測結果，您可能符合每 12 個月達兩次的糖尿病篩檢資格。 | $0 <br><br> Medicare 承保的糖尿病篩檢沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **糖尿病自我管理訓練、服務和用品**<br><br>對於所有糖尿病患者，我們支付下列服務的費用（無論他們是否使用胰島素）：<br>• 血糖監測用品，包括以下項目：<br>○ 血糖監測儀<br>○ 血糖試紙<br>○ 採血裝置和採血針<br>○ 用以檢查試紙和血糖監測儀準確性的血糖控制解決方案。<br>• 對於有糖尿病足部疾病的糖尿病患者，我們給付以下項目：<br>○ 每個日曆年一雙治療用訂製成型鞋（含鞋墊），包括調整，以及兩雙額外鞋墊，**或**<br>○ 每年一雙深鞋（包括調整）及三雙鞋墊（不包括此鞋隨附的非定做可移除鞋墊）<br>• 在某些情況下，我們會給付訓練費用來協助您管理糖尿病。若要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。 | 此項福利您支付 $0。只要您持有處方，並在網路零售藥局或透過郵寄服務藥局計畫來領取用品，用品即可獲得承保。如果您需要進行糖尿病視網膜病變的眼科檢查或青光眼篩檢，請參閱本表中的「視力保健」以瞭解醫師提供的服務。如果您患有糖尿病，需要醫師為您進行足部檢查，請參閱本表中的「足療服務」。如果您患有糖尿病，並需要醫學營養治療 (Medical Nutrition Therapy, MNT) 服務，請參閱本表中的「醫學營養治療」。**可能需要事先授權的糖尿病用品，糖尿病用鞋和鞋墊。Medicare 承保的糖尿病自我管理培訓不需要事先授權**。 |
| | **陪產士服務**<br><br>對於懷孕的人，我們會在產前和產後期間支付九次有陪產士的就診費用，並在分娩和生產期間提供支援。 | $0 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品*** <br> 請參閱*《會員手冊》***第 12 章**，以瞭解耐用醫療設備 (DME) 的定義， <br> 我們承保下列項目： <br> • 輪椅，包括電動輪椅 <br> • 拐杖 <br> • 動力床墊系統 <br> • 床墊專用的乾式壓力墊 <br> • 糖尿病用品 <br> • 由醫療服務提供者訂購於家中使用的醫院病床 <br> • 靜脈注射 (IV) 輸液幫浦和輸液架 <br> • 言語發聲裝置 <br> • 氧氣器材與用品 <br> • 噴霧器 <br> • 助行器 <br> • 標準彎柄手杖或四腳手杖及替換用品 <br> • 頸椎牽引器 (門掛式) <br> • 骨質生長刺激器 <br> • 洗腎照護器材 <br> 可承保的其他項目。 <br> 對於 Medicare 和 Medi-Cal 給付所有醫療上必要性的耐用性醫療器材 (DME)，我們予以給付。如果我們在您所在地區的供應商不提供特定品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。 <br> **下一頁繼續介紹此項福利** | 針對由 Medicare 承保的耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品，您支付 $0。 <br> **可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **緊急醫療**<br><br>急診照護是指符合下列條件的服務：<br>• 由受過急診服務訓練的醫療服務提供者提供，**以及**<br>• 為治療醫療急診狀況所需。<br><br>醫療急診狀況是帶有劇烈疼痛或嚴重傷害的醫療狀況。該狀況非常嚴重，如果不立即就醫，任何具有一般健康和醫學常識的人預期該症狀會導致：<br>• 您的健康或您未出世的孩子的健康遭受重大風險；**或**<br>• 身體機能受到嚴重損害；**或**<br>• 任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙。<br>• 對於正在分娩的孕婦，當：<br>  ○ 沒有足夠的時間在分娩前將您安全轉院。<br>  ○ 轉院可能會對您或您腹中胎兒的健康或安全造成威脅。<br><br>除有限定情況外，急診照護僅限於美國境內及其屬地。詳情請與本計畫聯絡。<br><br>做為附加福利，我們每個日曆年都提供高達 $10,000 的全球急診承保，供急診運送、緊急護理、急診照護和穩定後照護之用。 | $0<br><br>如果您在網外醫院接受急診照護，並在急診穩定後需要住院照護，如果我們的計畫核准住院，您可以住在網外醫院並獲得住院照護。<br><br>您必須回到網路醫院，這樣我們才會繼續支付您的照護費用。只有在我們的計畫許可的情況下，您才能留在網外醫院接受住院治療。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **計畫生育服務**<br><br>法律允許您選擇任何提供者（無論是網路提供者還是網外提供者）來提供某些計畫生育服務。這指的是任何醫師、診所、醫院、藥局或家庭計畫辦公室。<br><br>我們給付下列服務費用：<br>• 家庭計畫檢查和醫療<br>• 家庭計畫實驗室和診斷檢測<br>• 家庭計畫方法（IUC/IUD、植入物、注射、避孕藥、避孕貼或避孕環）<br>• 憑處方領取的家庭計畫用品（避孕套、海綿、泡沫、薄膜、隔膜、子宮頸帽）<br>• 不孕症諮詢和診斷及相關服務<br>• 性傳播感染 (STIs) 的諮詢、檢測和治療<br>• HIV、AIDS 以及其他 HIV 相關症狀的諮詢和檢測<br>• 永久性避孕（您必須年滿 21 歲或以上才能選擇這種家庭計畫的方法。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）。<br>• 基因諮詢<br><br>我們也支付其他一些家庭計畫服務的費用。不過，您必須向網內的醫療提供者尋求下列服務：<br>• 治療不孕症（此項服務不包括人工懷孕）。<br>• AIDS 和其他 HIV 相關症狀的治療<br>• 基因檢測<br><br>Medicare D 部分未承保的非處方計畫生育產品和藥物可能包含在您的 Medi-Cal Rx 福利中。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得更多資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。您需要使用 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC) 才能獲得 Medi-Cal Rx 承保藥物。 | $0 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **健身福利（附加）**<br><br>您獲得進入健身中心的健身中心會員資格。如果您無法瀏覽健身中心，或偏好在家鍛鍊，您可以選擇家居健身套件。此套件可讓您在舒適的住家環境中積極運動。如果您選擇在健身中心鍛鍊，您可以參閱網站並選取一個參與地點，或者您可以直接前往參與的健身中心開始運動。參與的設施和連鎖健身中心可能因地點而異，且可能有所變更。健身器材可能會有所變更。 | 這項福利沒有共保額、共付額或自付額。<br><br>在開始或變更您的例行運動之前，請務必諮詢您的醫師。 |
| | **衛生和健康教育計畫**<br><br>我們提供許多針對特定健康狀況的計畫。其中包括：<br><br>• 健康教育課程；<br>• 營養教育課程；<br>• 戒除吸煙及煙草使用；**以及**<br>• 護理熱線 | $0 |
| | **聽力服務***<br><br>我們給付由您的醫療提供者所進行的聽力和平衡檢測。這些檢測可以告訴您是否需要接受治療。當您從醫師、聽力師或其他合格的醫療提供者處接受這些檢測時，將做為門診照護予以承保。<br><br>根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每年一次聽力檢查和每 2 年一次助聽器選配/評估的承保。本計畫給付每年一次的額外助聽器選配/評估。<br><br>根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，如果您被告知您需要助聽器，您就有每年 $1510 的助聽器津貼（兩耳合計）。<br><br>除了 Medicare 承保的聽力服務之外，您每個日曆年都能接受一次例行的聽力測試。完成例行的聽力測試之後，可能會為您選配助聽器。<br><br>每個日曆年可進行一次助聽器選配/評估。如果您得知需要使用助聽器，可以在每二十四個月向本計畫核准的醫療服務提供者，最多取得 2 副預選雙耳助聽器。<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | $0<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **聽力服務* (續)**<br><br>如果您已懷孕或是居住在療養院，我們也會支付助聽器的費用，包括：<br><br>• 模具、用品和植入物<br>• 每次維修費用超過 $25 的維修<br>• 一組初始電池<br>• 獲得助聽器後，在同一業者處接受六次訓練、調整和驗配<br>• 助聽器試用期租金<br>• 輔助聽力裝置、配戴於表面的骨傳導聽力裝置<br>• 與助聽器相關的聽力和後期評估服務 | |
| | **慢性疾病的特殊附加福利**<br><br>如果您經診斷患有下列慢性病並符合特定標準，您可能符合獲得慢性病患者特定附加福利的資格。<br><br>您需要提交一份健康風險評估表，以確認您在沒有獲得下列特殊附加福利之一的情況下，可能會使其中一項所列出的病症惡化。<br><br>• 慢性酒精中毒和其他藥物依賴；<br>• 自體免疫性疾病；<br>• 癌症；<br>• 心血管疾病；<br>• 慢性心臟衰竭；<br>• 失智症；<br>• 糖尿病；<br>• 末期肝衰竭；<br>• 末期腎臟病 (ESRD)；<br>• 嚴重血友病；<br>• HIV (人類免疫缺陷病毒, Human Immunodeficiency Virus) /AIDS (後天免疫缺乏症候群, Acquired immunodeficiency syndrome)；<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | 如果您使用的是您的 MyChoice 卡，則無需支付共保額，共付額或自付額。<br><br>可能需要參與照護管理計畫。<br><br>可能需要事先授權。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | 您必須付費的項目 |
|---|---|
| **慢性疾病的特殊附加福利（續）**<br>• 慢性肺病；<br>• 慢性和心理障礙狀況；<br>• 神經疾病症狀；以及<br>• 中風<br>我們將協助您取得這些福利。您可以致電會員服務部或您的個案經理，向其提出您的要求或取得額外資訊。<br>注意：申請此福利，即表示您授權 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 的代表能夠以電話、郵件或任何其他通訊方式與您聯絡，如您在申請中明文所述。<br>若經核准，每個季度將根據您的資格有 $150 自動加入至您預付的 MyChoice 卡中，用以使用 SSBCI 福利。害蟲控制，服務性動物用品，非 Medicare 承保的基因檢測套件和心理健康保健應用每 3 個月共用綜合津貼，但最大限額為每季 $150。每個季度結束時，任何沒有使用的資金不會延續至下一個季度。<br>**服務性動物用品**<br>• 根據《美國殘疾人法》(Americans with Disabilities Act, ADA)，具有殘疾或慢性病症的會員要求服務動物狗的協助時，必須予以協助。<br>• 若要符合此福利的資格，我們要求您的醫師根據《美國殘疾人法》(ADA) 提供服務動物狗之需求確認。<br>• 可用來向任何定義為寵物店的零售商或線上商店（例如，Petco、PetSmart、Chewy 等），購買罐裝食品或用品<br>• 服務動物狗的取得、訓練或任何獸醫相關的服務不在給付的範圍內。<br>• 會員必須使用有預付款的 MyChoice 卡來支付服務費用。<br>**害蟲控制：**<br>• 這項福利僅限於您目前居住地（本計畫登記的地址）的例行預防性害蟲控制服務。<br>**下一頁繼續介紹此項福利** | |

| 由我們的計畫付費的服務 | 您必須付費的項目 |
|---|---|
| **慢性疾病的特殊附加福利（續）**<br>• 執行害蟲控制的醫療提供者，必須具有登記商家 ID，以表明他們是害蟲控制服務。<br>• Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 首選的害蟲控制醫療提供者為 Terminix。Terminix 直接與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 簽約，以事先協議的費率提供例行預防性害蟲控制服務。如果會員願意，可以靈活地使用其他害蟲防治提供者。<br>• 會員必須使用預付的 MyChoice 卡來支付服務費用。**非 Medicare 承保的基因檢測套件：**<br>• 檢測包括，但不限於：食物敏感、室內外過敏、睡眠與壓力等。<br>• 此福利旨在協助可能無法取得家族醫療病史的會員，他們可能無法辨識未來潛在的健康疑慮。<br>• 會員可在線上網站購買這些檢測，該網站必須具有登記商家 ID，以表明他們是基因檢測提供者。<br>• Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 與 Everlywell 直接簽有合約，以事先協議的費率提供檢測。<br>• 會員必須使用有預付款的 MyChoice 卡來支付服務費用。<br>**心理健康及保健應用津貼**<br>• 心理健康及保健應用旨在提供寶貴的工具，協助會員具有處理殘疾的能力。<br>• 心理健康及保健應用的實例包括：Talkspace、Headspace、Calm 等。<br>• 會員必須使用有預付款的 MyChoice 卡來支付服務費用。**餐飲：**<br>如果符合條件，您每月可以獲得 $80 元用於食品和農產品的支出。此每月津貼上限不與下列的 SSBCI 福利共用：害蟲控制、服務動物用品、Medicare 不承保的基因檢測套件和心理健康及保健應用。每個月結束時，任何未使用的資金不會轉移至下一個月中。<br>您可以使用 MyChoice 卡的津貼，在您附近參與計畫的當地商店購買各種品牌與一般的健康食品，或在線上由 Members.NationsBenefits.com/Molina 外送至家中，無需支付額外費用。 | |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **愛滋病毒篩檢**<br><br>我們為以下人士給付每 12 個月一次的 HIV 篩檢費用：<br>• 要求 HIV 篩檢檢測，**或**<br>• HIV 感染風險增加。<br><br>對於孕婦，我們給付達三次妊娠期間的 HIV 篩檢檢測費用。<br><br>如果您的醫療提供者建議進行愛滋病毒 (HIV) 篩檢，我們也會支付額外的篩檢費用。 | $0<br><br>有資格接受 Medicare 承保之預防性 HIV 篩檢者無需支付共保額、共付額或自付額。 |
| | **家庭健康機構護理***<br><br>在您獲得居家健康服務之前，醫師必須告訴我們您需要這些服務，而且這些服務必須由居家健康服務機構提供。您必須無法離家，亦即離家對您來說十分困難。<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他服務支付費用：<br>• 兼職或間歇性專業護理以及居家健康助理服務（為了將此類服務納入居家健康照護福利之中，您的專業護理和居家健康助理服務的總計時間不得超過每天 8 小時以及每週 35 小時。）<br>• 物理治療、職業治療和言語治療<br>• 醫療和社會服務<br>• 醫療設備和用品 | 針對這些服務，您支付 $0。<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **家中注射治療*** <br><br> 本計畫支付家中注射治療費用，其定義為在居家環境中，將藥物或生物性物質施用在您靜脈中或施打於您皮膚下。進行家中注射需具備以下條件： <br> • 藥物或生物性物質，如抗病毒藥物或免疫球蛋白； <br> • 設備，例如幫浦；**以及** <br> • 用品，如插管或導管。 <br><br> 本計畫支付家中注射服務，其中包括但不限於： <br> • 根據您照護計畫所提供的專業服務，包括護理服務； <br> • 尚未包含在 DME 福利中的會員訓練和教育； <br> • 遠端監測；**以及** <br> • 針對由家中注射治療的監測服務，以及由合格的家中注射治療供應商調配的家中注射藥物。 | 針對 Medicare 承保的家中注射治療，您支付 $0。 <br><br> **可能需要事先授權。** |
| | **安寧照護** <br><br> 如果您的醫療提供者和安寧醫療主任確定您為預後末期，您有權選擇安寧照護。這表示您罹患末期疾病，預計只有六個月或更短的生命。您可以從任何經 Medicare 認證的安寧計畫獲得照護。我們的計畫必須協助您在計畫的服務區域找到 Medicare 認證的安寧照護計畫。您的安寧醫師可以是網路醫療提供者，也可以是網外的醫療提供者。 <br><br> 給付服務包括： <br> • 治療症狀與疼痛的藥物 <br> • 短期暫托照護 <br> • 居家照護 <br><br> **安寧服務以及由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保與您末期預後有關的服務費用均由 Medicare 承保。** <br> • 請參閱本章的**第 F 節**以瞭解更多資訊。 <br><br> **下一頁繼續介紹此項福利** | 當您投保由 Medicare 認證的安寧療護 計畫時，您的安寧療護服務 費用及 A 部分和 B 部分與 末期預後相關的服務費用皆由 Original Medicare 承保，而非 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)。。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **善終服務（續）**<br><br>**本計畫承保，但 Medicare A 部分或 B 部分不承保的服務：**<br><br>• 本計畫承保，但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不承保的服務。無論該服務是否與您的末期疾病有關。針對這些服務，您無須支付費用。<br><br>**對於本計畫的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物：**<br><br>• 藥物不會同時由安寧照護和本計畫同時承保。如需更多資訊，請參閱您*《會員手冊》***的第 5 章**。<br><br>**注意：**如果您需要非安寧照護，請致電個案經理及/或會員服務部以安排服務。非安寧照護是與末期預後**無關**的照護。<br><br>針對罹患末期疾病且未選擇安寧照護福利的會員，本計畫給付安寧照護諮詢服務（僅限一次）。 | |
| | **免疫注射**<br><br>我們給付下列服務費用：<br><br>• 肺炎疫苗<br>• 流感疫苗，每年秋冬流感季注射一次，若具有醫療必要性則額外注射流感疫苗<br>• B 型肝炎疫苗，如果您有罹患 B 型肝炎的高度或中度風險<br>• COVID-19 疫苗<br>• 符合 Medicare B 部分承保規定的其他高風險疫苗<br><br>對於符合 Medicare D 部分承保規定的其他疫苗，我們支付其費用。請參閱您的*《會員手冊》***第 6 章**以瞭解更多資訊。<br><br>我們還給付美國疫苗接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 推薦的所有成人疫苗費用。 | $0<br><br>肺炎、流感、B 型肝炎疫苗和 COVID-19 疫苗沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | 您必須付費的項目 |
|---|---|
| **住院病人醫院護理***<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他醫療必要性服務支付費用：<br>• 半私人病房（或是私人病房，如果在醫療上有此需要）<br>• 膳食，包括特殊飲食<br>• 定期護理服務<br>• 特殊照護病房（例如密集式照護或冠狀動脈照護病房）的費用<br>• 藥物和用藥<br>• 實驗室檢測<br>• X 光及其他放射科服務<br>• 所需手術及醫療用品<br>• 裝置，如輪椅<br>• 手術室和恢復室服務<br>• 物理、職業和言語治療<br>• 物質濫用住院服務<br>• 在某些情況下，下列類型的移植：角膜、腎臟、腎/胰、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞和腸/多器官。<br><br>如果您需要移植，Medicare 核准的移植中心會審查您的情況，裁定您是否為移植的候選人。<br><br>移植醫療提供者可以在當地或服務區以外。如果當地的移植醫療提供者願意接受 Medicare 的費率，則您就可以在當地或所在社區的照護模式外獲得移植服務。如果我們的計畫在我們的社區的照護模式之外提供移植服務，且您選擇在那裡獲得移植，我們將為您及除您以外的另一名人員安排或支付住宿和交通費用。<br>• 血液，包括儲存和管理<br>• 醫師服務<br><br>**注意：**要成為住院病人，您的醫療提供者必須開立書面醫囑讓您正式入院。即使您留在醫院過夜，仍可能被視為「門診患者」。如果您不確定自己是住院病患還是門診病患，應詢問醫院工作人員。<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | $0<br><br>在您的緊急狀況穩定後，您須取得本計畫的核准後，才能在網外醫院住院治療。<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **住院病人醫院護理（續）**<br><br>您也可在 Medicare 資料表中的「Are you a Hosptial Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」中找到更多資訊。您可以在網站上取得此資料表：www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或致電：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，全天候提供服務。 | |
| | **精神科醫院的住院服務***<br><br>對於需要住院的心理健康照護服務，我們支付其費用。<br><br>• 如果您需要獨立的精神病醫院提供的住院服務，我們支付前 190 天的費用。之後，具有醫療必要性之精神科住院服務的費用，將由當地的郡心理健康機構支付。超過 190 天的照護授權，將與當地的郡心理健康機構進行協調。<br>  ○ 190 天的限制**不**適用於在綜合醫院精神科病房提供的住院心理健康服務。<br>• 如果您年滿 65 歲，我們會為您在精神疾病學會 (Institute for Mental Diseases, IMD) 得到的服務付費。 | $0<br><br>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。<br><br>**可能需要事先授權。** |
| | **住院：於非給付住院期間在醫院或專業療養院 (SNF) 獲得的給付服務***<br><br>如果您已經用盡住院給付，或是住院不合理且非醫療的必要，則我們不給付您的住院費用。<br><br>然而，在某些情況下，若住院照護不在承保範圍內，我們可能會支付您在醫院或在照護機構獲得的服務。若要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他服務支付費用：<br><br>• 醫師服務<br>• 診斷測試，如檢驗室檢測<br>• X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務<br>• 手術敷料<br>• 夾板、石膏和其他用於骨折和錯位的裝置<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | $0<br><br>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **住院：於非給付住院期間在醫院或專業療養院 (SNF) 獲得的給付服務*（續）**<br>• 義肢和矯形裝置，牙科除外，包括更換和維修該裝置。這些是取代全部或部分的裝置：<br>  ○ 體內器官（包括鄰近組織），**或**<br>  ○ 體內無法運作或無法正常運作之器官的機能。<br>• 腿部、手臂、背部和頸部支撐、疝帶以及人工腿、人工手臂和義眼。這包括因斷裂、磨損、丟失，或您的症狀有變而進行的調整、修理和更換<br>• 物理治療、言語治療和職業治療 | |
| | **腎臟病服務和用品**<br>我們給付下列服務費用：<br>• 腎臟病教育服務，教導腎臟護理的常識，並協助您對自己的照護做出正確的決定。您必須患有第四期慢性腎臟病，而且您的醫師必須將您轉介。我們承保多達六次的腎疾病教育服務。<br>• 門診洗腎治療，包括暫時離開服務地區時的洗腎治療，如*《會員手冊》***第 3 章**的說明，或當該服務的醫療提供者暫時無法使用或無法取得。<br>• 住院洗腎治療，如果院方允許您入院接受特殊照護<br>• 自我洗腎訓練，包括對您和協助您進行家中洗腎治療的人進行的訓練<br>• 家中洗腎器材和用品<br>• 某些居家支援服務，例如由受過訓練的洗腎工作人員進行訪視以確認您的居家洗腎情形、協助處理緊急狀況，以及檢查您的洗腎設備和供水裝置。<br>您的 Medicare B 部分藥物福利會支付某些洗腎藥物的費用。欲取得相關資訊，請參閱本表中的「Medicare B 部分處方藥」。 | $0<br>針對這些服務，您支付 $0。一生最多可接受 6 次 Medicare 承保的課程。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **肺癌篩檢**<br><br>若您符合以下條件，本計畫支付每 12 個月一次的肺癌篩檢費用：<br>• 年齡在 50-77 歲，**以及**<br>• 與您的醫生或其他合格的醫療提供者進行諮詢或共同決策就診，**以及**<br>• 20 年來每天至少吸 1 包菸，且無肺癌前兆或症狀，或現在有吸菸，或已在過去 15 年內戒菸。<br><br>首次篩檢後，本計畫將根據您的醫師或其他合格醫療提供者的書面醫囑支付每年一次的篩檢費用。 | $0<br><br>Medicare 承保的諮詢和醫病共享決策門診沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **醫學營養治療**<br><br>此福利適用於未洗腎的糖尿病或腎臟病患者。當醫師開立醫囑時，也適用於 腎臟移植後的患者。<br><br>我們會在您透過 Medicare 獲得醫療營養治療服務的第一年期間，支付為時三小時的一對一諮詢服務費。如有醫療必要性，我們可能會核准額外的服務。<br><br>之後我們將每年為您支付為時兩小時的一對一諮詢服務費。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以根據醫師醫囑獲得更多的治療時數。如果下個日曆年您還需要接受治療，醫師每年都必須開立這些服務，同時更新醫囑。如有醫療必要性，我們可能會核准額外的服務。 | $0<br><br>有資格接受 Medicare 承保之醫學營養治療服務的會員無需支付共保額、共付額或自付額。 |
| | **Medicare 糖尿病預防計畫 (MDPP)**<br><br>本計畫支付 Medicare 糖尿病預防計畫 (MDPP) 服務費用。MDPP 旨在協助您加強健康行為。提供以下方面的實際訓練：<br>• 長期飲食變化，**以及**<br>• 增加身體活動，**以及**<br>• 維持減重和健康生活的方法。 | $0<br><br>Medicare 糖尿病預防計畫 (MDPP) 福利沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | 您必須付費的項目 |
|---|---|
| **Medicare B 部分處方藥*** | $0 |
| 這些藥物涵蓋在 Medicare 的 B 部分之下。我們的計畫承保下列藥物：<br>• 您通常不會自行使用的藥物，而是在接受醫師、醫院門診或門診手術中心服務時進行注射或輸液。<br>• 透過耐用性醫療器材（例如具有醫療必要性的胰島素幫浦）提供的胰島素<br>• 您透過本計畫授權的耐用性醫療器材（例如噴霧器）所使用的其他藥物<br>• 血友病患者自行注射的凝血因子<br>• 免疫抑制藥物，如果您在器官移植時已投保 Medicare A 部分<br>• 注射用骨質疏鬆症藥物。如果您是患有骨折（經醫師證明與停經後骨質疏鬆有關）、只能在家休養且無法自行注射藥物的病患，我們會支付這些藥物的費用<br>• 抗原<br>• 特定口服抗癌藥和抗噁心藥物<br>• 某些用於居家洗腎的藥物、包括肝素、肝素解毒劑（當醫療上必要）、外用麻醉劑，以及紅血球生成刺激劑（例如 Procrit® 或 Epoetin Alfa）<br>• 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的 IV 免疫球蛋白<br>以下連結將前往可能受階段治療限制的 B 部分藥物清單：www.MolinaHealthcare.com/Medicare<br>我們還承保 Medicare B 部分和 Medicare D 部分處方藥物福利所規定的某些疫苗。<br>*《會員手冊》* **第 5 章***說明* 我們的門診處方藥承保。其說明您必須遵守的規定以獲得處方藥承保。<br>*《會員手冊》* **第 6 章***說明* 透過我們的計畫，您需要為門診處方藥支付的費用。 | $0<br>針對每次 Medicare B 部分處方藥，您支付 $0。<br>B 部分藥物可能會因階段治療而異。<br>**可能需要事先授權。**<br>$0 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **MyChoice 卡**<br><br>MyChoice 卡是預付的福利簽帳金融卡，可用於支付特定的附加計畫福利，例如：<br><br>• 非處方項目<br>• 牙科<br>• 視力<br>• 餐飲*<br>• 慢性疾病的特殊附加福利*<br><br>*需適用相關的資格規定。<br><br>預存簽帳卡並非信用卡。您無法將卡片轉換為現金，或將卡片借給他人。本福利卡並未承保美容程序。資金會在每個福利期存入卡中一次。福利期可以按月、按季或按年計算，視福利而定。在每個福利期結束時，任何未使用的分配款項將不會延續至下一個期間或計畫年。如果您退出本計畫，任何未使用的分配資金會在您的退保生效日期歸還至本計畫。<br><br>MyChoice 卡的津貼僅供定義上限內特定的附加福利使用。此津貼僅供會員使用，不適用於任何其他福利或費用。<br><br>如需更多關於您的 OTC、牙科與視力福利或如何取得餐飲資格，以及慢性疾病的特殊附加福利 (SSBCI) 的資訊，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員服務部。會員若要獲得慢性疾病的特殊附加福利 (SSBCI) 津貼，必須具有：符合資格的慢性疾病；針對會員現有的 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 投保所完成的有效的健康風險評估 (HRA)；以及與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Case Management 一併提供醫師核准。如需詳細資訊，請參閱本表中的「慢性病症患者特別補充保險福利」。 | MyChoice 卡沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **營養諮詢**<br><br>我們可以應要求為您提供個人電話營養諮詢。您的醫療服務提供者必須填妥並簽署一份健康教育轉介表，讓我們能在致電給您之前清楚瞭解您的需求。<br><br>• 電話訪問的時間長度是 30 至 60 分鐘。<br>• 您會得到聯絡資訊，以供您在需要或想要取得進一步資訊及/或後續追蹤時使用。<br><br>根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，營養/飲食個別課程不受限制。<br><br>本計畫承保額外 12 次團體/個人電話會談。您的醫療服務提供者會將您轉介給網內的營養師以取得這些服務。 | $0 |
| | **療養院醫護***<br><br>護理機構 (Nursing Facility, NF) 是為無法在家中得到照護但又無需住院的人士所提供的照護地點。<br><br>由我們付費的服務包括但不限於以下項目：<br><br>• 半私人病房 (或是如有醫療上必要的私人病房)<br>• 膳食，包括特殊飲食<br>• 護理服務<br>• 物理治療、職業治療和言語治療<br>• 呼吸治療<br>• 做為您照護計畫一部分所提供的藥物。(這包括人體內天然存在的物質，例如凝血因子)<br>• 血液，包括儲存和管理<br>• 通常由護理機構提供的醫療和手術用品<br>• 通常由護理機構提供的實驗室檢測<br>• 通常由療養院給予的 X 光及其他放射科服務<br>• 通常由護理機構提供例如輪椅等裝置的使用<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | $0<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **療養院醫護（續）**<br>• 醫師/醫療從業人員服務<br>• 耐用性醫療器材<br>• 牙科服務，包括假牙<br>• 視力福利<br>• 聽力檢查<br>• 整脊照護<br>• 足療服務<br>您通常會從網路機構取得照護。但是，您可能會在我們網外的機構接受照護。如果以下地點接受本計畫的給付金額，您就可以在這些機構接受照護：<br>• 在您住院之前，您所居住的療養院或持續照護退休社區（只要其提供護理機構的照護）<br>• 在您出院時，您的配偶或同居伴侶所居住的護理機構。 | |
| | **肥胖篩檢和治療以減輕體重**<br>如果您的身體質量指數在 30 以上，我們會支付諮詢費用以協助您減輕體重。您必須在主要照護環境中接受諮詢。這樣，就能與您的完整預防計畫一同管理。請洽詢您的主要醫療提供者以瞭解詳情。 | $0<br>預防性肥胖篩檢和治療沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **鴉片治療計畫 (OTP) 服務**<br>本計畫將支付以下鴉片使用失調 (Opioid Use Disorder, OUD) 治療服務的費用：<br>• 攝取活動<br>• 定期評估<br>• 經美國食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的藥物，以及在適用情況下，這些藥物的管理與提供<br>• 物質使用諮詢<br>• 個人與團體治療<br>• 檢測您體內的藥物或化學物質（毒理學檢測） | 針對 Medicare 承保的門診鴉片類治療計畫服務，您支付 $0。<br>Medicare 給付的門診鴉片類治療計畫服務不需要事先授權，但如果您要求取得鴉片類治療藥物，則可能需要獲得事先授權。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **門診診斷檢測和治療服務與用品**<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他醫療必要性服務支付費用：<br><br>• X 光<br>• 放射（鐳和同位素）治療，包括技術人員的材料和用品<br>• 手術用品，如敷料<br>• 夾板、石膏和其他用於骨折和錯位的裝置<br>• 實驗室檢測<br>• 血液，包括儲存和管理<br>• 其他門診診斷檢測 | 針對 Medicare 給付的門診，您支付 $0：<br><br>**可能需要事先授權。**<br><br>門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要授權。基因實驗室檢測需要事先授權。 |
| | **門診醫院服務***<br><br>我們給付您在醫院門診部門因疾病或受傷所接受之醫療上必要的診斷或治療服務，例如：<br><br>• 急診部門或門診診所的服務，例如門診手術或觀查服務<br>  ○ 留觀服務可協助醫師瞭解您是否需要入院接受「住院」治療。<br>  ○ 有時候您可能會在醫院待上整晚，卻仍屬於「門診」病患。<br>  ○ 您可以在此資料表中獲得關於門診或住院的更多資訊：www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf。<br>• 由醫院收費的實驗室和診斷檢測<br>• 心理健康照護，包括部分制住院計畫中的照護（如果醫師證明無該項則需住院治療）<br>• 由醫院收費的 X 光和其他放射科服務<br>• 醫療用品，如夾板和石膏模<br>• 福利表中所列出的預防性篩檢和服務<br>• 某些您無法自行施用的藥物 | $0<br><br>**可能需要事先授權。**<br><br>門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要授權。基因實驗室檢測需要事先授權。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **門診心理健康護理***<br><br>我們支付由下列人員提供之心理健康服務的費用：<br>• 州立執照的精神科醫師或醫師<br>• 臨床心理醫師<br>• 臨床社工<br>• 臨床護理專家<br>• 認證專業顧問 (LPC)<br>• 認證婚姻與家庭治療師 (LMFT)<br>• 護士 (NP)<br>• 醫師助理 (PA)<br>• 依照州法律適用之任何其他符合 Medicare 的心理健康照護專業人員<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他服務支付費用：<br>• 診所服務<br>• 日間治療<br>• 心理復健服務<br>• 部分制住院或密集門診計畫<br>• 個人和團體心理健康評估與治療<br>• 臨床所顯示的心理測試，以評估心理健康結果<br>• 以監測藥物治療為目的而提供的門診服務<br>• 門診實驗室、藥物、用品和補充劑<br>• 精神科諮詢<br><br>您的 Medi-Cal 福利包括為符合條件的個人提供專科心理健康服務。這些專科心理健康服務在本計畫外承保。請參閱**第 3 章**第 E.1 節，瞭解有關這些服務的更多資訊以及如何取得這些服務。 | 針對非醫師門診心理健康護理和精神科服務，包括藥物治療監控 及個人或團體治療就診，您每次活動支付 $0。<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **門診康復服務***<br><br>我們支付物理治療、職業治療和言語治療的費用。<br><br>您可以從醫院門診部門、獨立的治療師診所、綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) 和其他機構獲得門診復健服務。 | 針對每次具有醫療必要性的門診物理治療 (Physical Therapy, PT)、職業治療 (Occupational Therapy, OT) 及/或言語 (Speech-Language, SP) 就診，您支付 $0。<br><br>**可能需要事先授權。** |
| | **門診藥物濫用服務***<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他服務支付費用：<br><br>• 酒精濫用篩檢和諮詢<br>• 藥物濫用的治療<br>• 由合格的臨床醫師提供團體或個人諮詢<br>• 在住宿戒斷計畫中進行亞急性戒毒<br>• 在密集型門診治療中心接受酒精及/或藥品服務<br>• 長效緩釋型的那曲酮 (Vivitrol) 治療 | $0<br><br>**可能需要事先授權。** |
| | **門診手術***<br><br>我們支付在醫院門診機構及門診手術中心之門診手術與服務的費用。 | 針對每個承保的門診手術事件，包括但不限於醫院或其他設施費用以及醫師或手術費用，您支付 $0。**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **非處方 (Over-The-Counter, OTC) 項目 (附加)**<br><br>您每個季度 (3 個月) 可使用 MyChoice 卡在計畫核准的 OTC 項目、產品及藥物上花費 $320。<br><br>如果您未用完季度福利金額，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個福利期。<br><br>您的承保範圍包括維他命、防曬霜、止痛藥、咳嗽和感冒藥，以及繃帶等非處方 OTC 健康和保健項目。<br><br>您可以訂購：<br><br>• 線上 – 請瀏覽 NationsOTC.com/Molina<br>• 透過電話 – 請撥打 (877) 208-9243 與 NationsOTC Member Experience Advisor (國民非處方會員體驗顧問) 聯絡，(聽障及語障電話專線 (TTY)：711)，全天候提供服務，全年無休。<br>• 透過郵寄 – 填寫並交回產品目錄中的訂購單。<br>• 透過參與計畫的零售地點。<br><br>如需計畫核准之非處方 (OTC) 項目的完整清單，請參閱您的 2024 年非處方 (OTC) 產品目錄，或致電非處方 (OTC) 支援人員以取得更多資訊。您會在 2024 年非處方 (OTC) 產品目錄中找到重要資訊 (訂購指南)。 | 如果您使用的是您的 MyChoice 卡，則無需支付共保額，共付額或自付額。 |
| | **部分制住院服務及重症門診服務***<br><br>部分制住院是一種結構化的積極精神治療。其以醫院門診服務形式，或由社區心理健康中心提供。該照護比您在醫師或治療師診所得到的更為密集。它可以協助您免於住院。<br><br>密集門診服務是一種積極的行為 (心理) 健康治療的結構化計畫，可做為醫院門診服務、社區心理健康中心、合格的聯邦健康中心或農村健康診所提供，其強度比您在當地醫生或治療師辦公室接受的護理更密集，但強度不如部分制住院治療。<br><br>**注意：**由於我們的網路沒有社區心理健康中心，因此我們承保部分制住院做為醫院門診服務。 | 針對您有資格享有的 Medicare 承保部分制住院服務，您每天支付 $0。您必須符合特定要求才能得到承保，而且您的醫師必須證明如果您不接受這項服務，就必須住院治療<br><br>這項治療是在日間於醫院門診部門或社區心理健康中心提供，無需過夜。<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | 您必須付費的項目 |
|---|---|
| **醫師/提供者服務，包括醫師門診**<br><br>我們給付下列服務費用：<br>• 提供醫療上必要的醫療照護或手術服務之地點，例如：<br>• 醫師診間<br>• 通過認證的門診手術中心<br>• 醫院門診部門<br>• 專科醫師的諮詢、診斷和治療<br>• 您的醫師要求判斷是否需要治療，而由您的主要醫療服務提供者**或** 專科醫師進行的基本聽力和平衡檢查<br>• 特定遠距醫療服務，包括額外的遠距醫療福利。<br>  ○ 您可以選擇親自就診或透過遠距醫療獲得這些服務。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距醫療提供服務的網路醫療提供者。<br>• *Medicare* 某些遠距醫療服務，包括醫師或醫療從業人員的諮詢、診斷和治療，適用於特定鄉村地區或由 Medicare 核准的其他地方會員。<br>• 於醫院或特約醫院附設的洗腎中心、腎臟透析機構或家中，為居家洗腎的會員提供末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 每月訪視相關的遠距醫療服務<br>• 為診斷、評估，或治療中風症狀的遠距醫療服務<br>• 為患有物質使用障礙或併發心理健康障礙會員的遠距醫療服務。<br>• 為診斷、評估，或治療心理健康障礙的遠距醫療服務，如果：<br>  ○ 您在第一次遠距醫療就診前的 6 個月內親自就診<br>  ○ 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務<br>  ○ 在某些情況下，上述情況可能會有例外<br>• 心理健康就診的遠距醫療服務，由鄉村健康診所和聯邦核准的健康中心提供。<br>• 若為以下情況，讓醫師進行 5 到 10 分鐘的虛擬問診 (例如透過電話或視訊)。<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | $0 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **醫師/醫療提供者服務，包括醫師門診（續）**<br>○ 您不是新病患，**且**<br>○ 該看診與過去 7 天內的診間就診無關，**以及**<br>○ 該看診不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診。<br>• 若為以下情況，由醫師評估所傳送的影片及/或圖片，並在 24 小時內為您判讀並追蹤情況。<br>○ 您不是新病患，**且**<br>○ 該評估與過去 7 天內的診間就診無關，**以及**<br>○ 該評估不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診。<br>• 如果您不是新病患，請以電話、網際網路或電子健康紀錄向您的醫師或其他醫師諮詢<br>• 由另一個網路醫療提供者在手術前提供的另外意見<br>• 非例行牙科護理。承保服務僅限於：<br>○ 顎骨或相關結構手術<br>○ 顎骨或顏面骨的骨折固位<br>○ 腫瘤癌症放射治療前拔牙<br>○ 由醫師提供的承保服務 | |
| | **足療服務***<br>我們給付下列服務費用：<br>• 足部（如鎚狀趾或後跟骨刺）傷害或疾病的診斷以及醫療或手術治療<br>• 為患有影響腿部病症的會員提供常規足部照護，例如糖尿病 | 這些服務沒有共保額、共付額或自付額。<br>可能需要事先授權。 |
| | **前列腺癌篩檢**<br>對於 50 歲以上的男性，我們會每 12 個月給付一次以下服務：<br>• 一次數位直腸檢查<br>• 一次前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢查 | $0<br>年度前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查沒有共保額、共付額或自付額。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **義肢和相關用品***<br><br>義肢裝置用以取代人體全部或部分的部位或功能。我們支付下列義肢裝置的費用，可能也會支付其他未列於其中之裝置的費用：<br>• 結腸造口術袋和結腸造口術照護的相關用品<br>• 腸內和腸外營養，包括餵食供應包、輸液幫浦、插管和轉接器、溶液以及自行注射用品<br>• 起搏器<br>• 支架<br>• 義肢鞋<br>• 人工手臂和腿<br>• 乳房假體（包括乳房切除術後的手術胸罩）<br>• 用於取代因生病、受傷或先天性缺陷而移除或受損的外顏面身體部位全部或部分的假體。<br>• 失禁乳霜及尿布<br>我們支付與義肢裝置有關的部分用品費用。我們也會支付義肢裝置的維修或更換費用。<br><br>我們為白內障摘除術或白內障手術後提供部分承保。欲瞭解詳細資訊，請參閱本表稍後的「視力保健」部分。 | 針對 Medicare 承保的每個義肢或矯具，包括此類裝置的更換或維修及相關用品，您支付 $0。<br><br>**可能需要事先授權。** |
| | **肺康復服務***<br><br>對於罹患中度至極重度慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 的會員，我們支付其肺部復健計畫的費用。您必須具有治療 COPD 的醫師或醫療提供者的肺部復健醫囑。<br><br>對於需要依賴呼吸器的患者，我們支付呼吸服務的費用。 | 針對 Medicare 承保的每次肺部復健就診，您支付 $0。<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **性傳播感染 (STI) 篩檢和諮詢**<br><br>我們給付披衣菌、淋病、梅毒和 B 型肝炎篩檢的費用。這些篩檢的承保範圍適用於懷孕婦女以及某些 STI 的高風險群。主要醫療提供者必須開立醫囑檢測。我們每 12 個月或在懷孕特定時間承保一次這些檢測。<br><br>對於 STI 風險較高的性活躍成人，我們每年也支付兩次面對面的高度密集行為諮詢課程費用。每次課程可長達 20 至 30 分鐘。我們為這些做為預防性服務的諮詢課程付費，但這些課程必須由主要醫療提供者提供。課程必須在主要照護環境下，例如醫生診間。 | $0<br><br>Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 諮詢預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **專業療養院 (SNF) 照護***<br><br>我們針對下列服務，以及可能未列示於此的其他服務支付費用：<br><br>• 半私人病房，或是私人病房，如果在醫療上必要<br>• 膳食，包括特殊飲食<br>• 護理服務<br>• 物理治療、職業治療和言語治療<br>• 做為照護計畫一部分的藥物，包括人體內天然存在的物質，例如凝血因子。<br>• 血液，包括儲存和管理<br>• 由護理機構提供的醫療和手術用品<br>• 由護理機構提供的實驗室檢測<br>• 由護理機構提供的 X 光和其他放射科服務<br>• 由護理機構提供例如輪椅等裝置<br>• 醫師/醫療提供者服務<br><br>您通常會從網路機構取得照護。但是，您可能會在我們網外的機構接受照護。如果以下地點接受本計畫的給付金額，您就可以在這些機構接受照護：<br><br>• 在您住院之前，您所居住的療養院或持續照護退休社區 (只要其提供護理機構的照護)<br>• 在您出院時，您的配偶或同居伴侶所居住的護理機構。 | $0<br><br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **戒除吸煙及煙草使用**<br>如果您使用菸草，但沒有與菸草有關的疾病前兆或症狀，並且想要或需要戒菸：<br>• 我們在 12 個月內給付兩次戒菸嘗試費用，以做為預防性的服務。此項服務對您免費。每次戒煙嘗試包括最多四次的面對面諮詢診查。<br>如果您使用煙草而且被診斷出患有和吸菸相關疾病，或正在服用可能受到煙草影響的藥物：<br>• 我們在 12 個月內支付兩次戒菸嘗試的諮詢費用。每次戒菸嘗試的諮詢包括最多四次的面對面就診。<br>如果您是孕婦，則可在事先授權下，獲得無限制的戒煙輔導。 | $0<br>Medicare 承保的戒除吸煙及煙草使用的預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **監督運動治療 (SET)***<br>我們將為患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 且擁有負責 PAD 治療的醫師提供的 PAD 轉介書的會員支付 SET 費用。<br>我們的計畫承保：<br>• 如果符合所有 SET 規定，可在 12 週內進行最多達 36 次治療<br>• 如果醫療提供者認為具有醫療上的必要，則隨時間增加額外 36 次治療<br>SET 計畫必須：<br>• 為因血流循環不良 (跛行) 導致腿部抽筋的 PAD 會員提供 30 至 60 分鐘的治療性運動訓練計畫<br>• 在醫院門診環境或醫師診間進行<br>• 由符合資格且受過 PAD 運動治療訓練的人員提供，以確保益處大於傷害。<br>• 在醫師、醫師助理或受過基本及進階生命支持技術訓練的專科護士/臨床護理專家的直接監督下進行。 | 針對 Medicare 承保的監督運動治療 (SET) 就診，您支付 $0。<br>**可能需要事先授權。** |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **接送：非急診醫療交通**<br><br>這項福利使接送最為經濟且便捷。此可包括：救護車、擔架車、輪椅車等醫療運輸服務，並與輔助交通進行協調。<br><br>這些接送方式可在以下情況下獲得核准：<br>• 您的醫療及/或身體狀況不容許您搭乘公車、客運、計程車，或是其他形式的公共或私人交通工具，**以及**<br>• 根據服務，可能需要事先授權。<br><br>請參閱**第 3 章**第 F 節，以瞭解更多資訊。<br><br>這項福利允許您搭乘客車、計程車或其他形式的公共/私人交通工具前往醫療機構。<br><br>需要接送才能取得所需要的醫療照護，包括前往牙科約診和領取處方藥。<br><br>此項福利不會限制您的非緊急醫療接送福利。 | $0 |
| | **緊急醫療護理**<br><br>緊急醫療照護是為治療以下所提供的照護：<br>• 需要立即就醫的非緊急情況，**或**<br>• 突發醫療疾病，**或**<br>• 受傷，**或**<br>• 需要立即照護的症狀。<br><br>如果您需要緊急醫療照護，應先嘗試從網路醫療提供者處獲得。但是，如果您無法從網路醫療提供者處獲得服務，因為根據您的情況，從網路醫療提供者處獲得服務是不可能或不合理的（例如，當您在計畫服務區之外，因不明症狀需要醫療上必要的立即服務，但此不屬於醫療急診），則您可以使用網外的醫療提供者。<br><br>做為附加福利，我們每個日曆年都提供高達 $10,000 的全球急診承保，供急診運送、緊急護理、急診照護和穩定後照護之用。 | 針對 Medicare 承保的緊急醫療護理，每次您支付 $0。無論是網內或網外的緊急護理，您都支付相同的分攤費用。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **視力照護**<br><br>對於眼疾和眼部傷害的診斷與治療，我們支付門診醫師服務的費用。例如，這包括每年為糖尿病患者進行糖尿病視網膜病變的眼科檢查以及老年黃斑部病變的治療。對於青光眼高風險族群，我們每年支付一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險族群包括：有青光眼家族史者，糖尿病患者，50 歲及以上的非裔美國人，65 歲或以上的西班牙裔美國人，如果您進行過兩次單獨的白內障手術，每次手術後您必須配一副眼鏡。您不能在第二次手術後取得兩副眼鏡，即使您在第一次手術後並未取得眼鏡也是如此。 | $0 |
| | **視力保健（附加）**<br><br>我們與視力業者合作，為您的例行視力照護需求提供更多價值！<br><br>承保範圍包括:<br><br>• 每個日曆年一次例行性眼科檢查<br>• 眼鏡津貼<br><br>您可以使用您的眼鏡津貼來購買：<br><br>• 隱形眼鏡*<br>• 眼鏡（鏡片和鏡框）<br>• 眼鏡鏡片及/或鏡框<br>• 升級（例如有色鏡片、抗 UV 鏡片、偏光鏡片或光致變色鏡片）。<br><br>*如果您選擇隱形眼鏡，您的眼鏡津貼還可用於支付隱形眼鏡驗配的全部或部分費用。矯正眼鏡超出本計畫眼鏡津貼限額的部分必須由您支付。<br><br>您在每個日曆年支付 $0 為配鏡進行一次例行眼科檢查（和驗光）。您每個日曆年有 $500 的眼鏡津貼。<br><br>若要進行例行眼科檢查，您可以就近尋找一家網路常規預防性視力醫療提供者：線上搜尋 – 在 MolinaHealthcare.com/Medicare 上使用我們的附加視力醫療提供者線上搜尋工具。<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | 這項福利沒有共保額、共付額或自付額。<br><br>可能會有限制和排除項目。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **視力保健（附加）（續）**<br><br>附加福利由本計畫提供，以協助處理醫療保險通常不承保的項目或服務。所有給付必須在計畫年度內使用，並且只有在提供服務時您已投保計畫才能使用。<br><br>您可以透過 Medi-Cal 福利獲得額外的驗光、眼部器材和弱視輔具服務。 | |
| | **「歡迎參加 Medicare」預防性就診***<br><br>本計畫給付一次「歡迎參加 Medicare」預防性就診。該就診包括：<br>• 檢查您的健康，<br>• 針對您所需要的預防性服務提供教育與諮詢（包括某些篩檢和注射），**以及**<br>• 視需要進行其他照護的轉介。<br><br>**注意：**我們只在您擁有 Medicare B 部分的前 12 個月期間，給付「歡迎參加 Medicare」預防性就診。請在進行約診時，告訴醫師診間您要安排「歡迎參加 Medicare」預防性就診。 | $0<br><br>「歡迎參加 Medicare」預防性就診沒有共保額、共付額或自付額。 |
| | **全球急診/緊急承保（附加）**<br><br>這項附加福利的承保範圍包括：每個日曆年針對美國境外的全球急診/緊急照護服務提供最高 $10,000 的承保。<br><br>此福利僅適用於歸類為在美國提供的急診或緊急照護。全球範圍承保包括急診或緊急醫療照護，從緊急現場的急診救護車送往最近醫學治療機構，以及穩定後照護。<br><br>救護車服務的承保條件是無法以救護車之外的其他方式前往急診室，否則會急及您的健康。發生這類情況時，我們會要求您或您的照護者致電我們。一旦您的病症與情況許可，我們將儘快安排網路醫療提供者為您提供照護。<br><br>從其他國家返回美國的交通費不在承保範圍內。例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在承保範圍內。<br><br>**下一頁繼續介紹此項福利** | $0<br><br>如果您在美國境外接受急診照護，並在急診狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網內醫院，這樣我們才會繼續支付您在網外醫院住院治療的醫療費用。您的費用是您在網內醫院會支付的分攤費用。適用計畫上限。對於在美國之外接受的緊急/緊急護理，您可能需要提出索賠。本計畫每個日曆年最多可申請此福利 10,000。 |

| 由我們的計畫付費的服務 | | 您必須付費的項目 |
|---|---|---|
| | **全球急診/緊急服務給付（附加）（續）**<br><br>外國稅金和費用（包括但不限於換匯或交易費）不在承保範圍內。美國指的是 50 個州、哥倫比亞特區、波多黎各、維京群島、關島、北馬里安納群島和美屬薩摩亞。 | |

## E. 本計畫之外承保的福利

我們不承保下列服務，但可按服務付費由 Original Medicare 或 Medi-Cal 提供。

### E1.加州社區過渡 (CCT)

加州社區過渡 (CCT) 計畫利用本地主要機構，協助至少連續 90 天居住在某一住院設施中的合格 Medi-Cal 受益人轉換至社區環境並確保其安全。CCT 計畫為過渡前期和過渡後 365 天的過渡協調服務提供資金，協助受益人返回至社區環境中。

您可以從任何服務您所在郡的 CCT 主要機構那裡獲得過渡協調服務。您可以透過健康照護服務部網站尋找 CCT 主要機構及其所服務郡的清單，網址為：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

#### 在 CCT 過渡協調服務方面

Medi-Cal 會支付過渡協調服務的費用。針對這些服務，您無須支付費用。

#### 與您的 CCT 過渡不相關的服務

醫療服務提供者向我們收取您的服務費用。我們的計畫會在您過渡後支付服務費用。針對這些服務，您無須支付費用。

當您獲得 CCT 過渡協調服務時，我們會支付醫療福利表內**第 D 節**所列的服務。

#### 藥物承保福利沒有改變

CCT 計畫**不**承保藥物。您會繼續透過我們的計畫獲得正常的藥物福利。如需更多資訊，請參閱您*《會員手冊》*的**第 5 章。**

**注意：**如果您需要非 CCT 過渡照護，請致電給個案經理以安排服務。非 CCT 的過渡照護是指與您從機構/設施過渡**無關**的照護。

### E2.Medi-Cal Dental 計畫

透過 Medi-Cal Dental (Medi-Cal 牙科) 計畫可獲得某些牙科服務；包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光、洗牙和氟化物治療
- 修復體和牙冠

- 根管治療
- 局部和全口義齒、調整、修復和換襯

Medi-Cal 牙科按服務收費計畫提供牙科福利。欲瞭解更多資訊，或者需要協助尋找接受 Medi-Cal Dental 計畫的牙醫，請撥打客服專線：1-800-322-6384（聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請撥打 1-800-735-2922）。此為免付費電話。Medi-Cal Dental Services 計畫代表在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 期間為您提供協助。如需更多資訊，您也可以瀏覽網站，網址為 www.dental.dhcs.ca.gov。

除了 Denti-Cal 按服務收費計畫，您還能透過牙科管理式照護計畫獲得牙科福利。Sacramento 和 Los Angeles 郡都有牙科管理式照護計畫。如果您想要瞭解有關牙科計畫的更多資訊，需要協助確定您的牙科計畫，或者想要更換牙科計畫，請在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263（聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者致電 1-800-430-7077）聯絡 Health Care Options。此為免付費電話。

**注意：**我們的計畫提供額外的牙科服務。請參閱醫療福利表**第 D 節**以瞭解更多資訊。

## E3.安寧照護

如果您的醫療提供者和安寧醫療主任確定您為預後末期，您有權選擇安寧照護。這表示您罹患末期疾病，預計只有六個月或更短的生命。您可以從任何經 Medicare 認證的安寧計畫獲得照護。該計畫必須協助您找到經 Medicare 認證的安寧計畫。您的安寧醫師可以是網路醫療提供者，也可以是網外的醫療提供者。

請參閱醫療福利表內**第 D 節**，以瞭解關於在您獲得安寧照護服務時，我們會支付哪些服務的更多資訊。

**安寧服務，以及由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分給付並與您的末期預後有關的服務**

- 安寧醫療服務提供者會向 Medicare 收取您的服務費用。Medicare 會支付與您的末期預後相關的安寧醫療服務費用。針對這些服務，您無須支付費用。

**由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分給付並與您的末期預後有關的服務**

- 醫療服務提供者會向 Medicare 收取您的服務費用。Medicare 將支付 Medicare A 部分或 Medicare B 部分所給付的服務費用。您無需為這些服務支付任何費用。

**對於本計畫的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物**

- 藥物不會同時由安寧照護和本計畫同時承保。如需更多資訊，請參閱您*《會員手冊》*的**第 5 章。**

**注意：**如果您需要非安寧照護，請致電給個案經理以安排服務。非安寧照護是與末期預後無關的照護。

## E4.居家支援服務 (IHSS)

- IHSS 計畫會協助支付為您提供的服務，讓您能夠享有居家安全。IHSS 被視為家庭外照護的替代方式，例如療養院或寄宿機構。
- 透過 IHSS 能獲得授權的服務類型包括家居清潔、餐點準備、洗衣、購物、個人照護服務（如腸道和膀胱照護、洗澡、梳洗和輔助醫療服務）、陪同就診，以及對心智障礙者的保護監督。
- 您的個案經理可以協助您向所在郡的社會服務機構申請 IHSS。

## E5.1915(c) 家庭與社區型服務 (HCBS) 豁免計畫

### 輔助生活豁免 (ALW)

- 輔助生活豁免 (ALW) 為符合 Medi-Cal 資格的受益人提供居住在輔助生活環境中的選擇，此可做為長期安置在照護機構中的替代方案。ALW 的目標是促進護理機構成為像家庭一樣的社區環境，或避免急需護理機構安置的受益人接受熟練護理人員的照護。
- 參加 ALW 並轉入 Medi-Cal Managed Care 的會員可以繼續參加 ALW，同時享受我們計畫提供的福利。我們的計畫與您的 ALW 個案經理合作，並協調您獲得的服務。
- 您的個案經理可以協助您申請 ALW。

### 針對患有發展障礙的加州人 HCBS 豁免 (HCBS-DD)

### 針對有發展障礙的加州人自決計畫 (SDP) 豁免

- 有兩項 1915(c) 豁免，即 HCBS-DD 豁免和 SDP 豁免，為被診斷患有發展障礙的人提供服務，該障礙在該人滿18 歲生日之前開始，預計將無限期地持續下去。這兩項豁免都是用於資助某些服務的方式，這些服務允許有發展障礙的人住在家裡或社區，而不是住在持照的醫療機構。這些服務的費用由聯邦政府的 Medicaid 計畫和加州共同資助。您的個案經理可以協助您聯絡 DD 豁免服務。

### 家庭與社區服務 (HCBA) 豁免

HCBA 豁免為面臨療養院或機構安置風險的人員提供護理管理服務。護理管理服務由護士和社工人員組成的多專科護理管理團隊提供。該團隊協調豁免和州計畫服務（例如，醫療、行為健康、家庭支持服務等），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在參與者的社區住所提供。該住宅可以是私人擁有的，透過租戶租賃安排獲得擔保，也可以是參與者家庭成員的住宅。

- 參加 HCBA Waiver 並轉入 Medi-Cal Managed Care 的會員可以繼續參加 HCBA Waiver，同時也可以享受我們計畫提供的福利。我們的計畫與您的 HCBA 豁免機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的個案經理可以協助您申請 ALW。

### Medi-Cal 豁免計畫 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免計畫 (MCWP) 為 HIV 感染者提供完善的個案管理和直接護理服務，可做為護理機構護理或住院治療的替代方案。個案管理是一種以參與者為中心的團隊方法，由註冊護士和社工個案經理組成。個案經理與參與者和主要醫療提供者、家人、照護者和其他服務提供者合作，評估將參與者留在家中和社區的照護需求。
- MCWP 的目標是：(1) 為可能需要機構服務的 HIV 感染者提供家庭和社區服務；(2) 協助參與者進行 HIV 健康管理；(3) 改善獲得社會和行為健康支持的機會；(4) 協調服務提供者和消除重複的服務。

- 參加 MCWP Waiver 並轉入 Medi-Cal Managed Care 的會員可以繼續參加 MCWP Waiver，同時也可以享受我們計畫提供的福利。我們的計畫與您的 MCWP 豁免機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的個案經理可以協助您申請 MCWP。

**多用途老人服務計畫 (MSSP)**

- 多用途老人服務計畫 (MSSP) 提供社會和健康照護管理服務，協助個人留在自己的家中和社區。
- 雖然大多數計畫參與者也接受居家支援服務，但 MSSP 提供持續的個案經理，將參與者與其他所需的社區服務和資源連結，與健康照護提供者協調，並購買一些無法封鎖或延遲機構化的所需要服務。照護管理和其他服務的年度綜合費用必須低於在專業療養機構接受照護的費用。
- 健康和社會服務專業人員團隊為每位 MSSP 參與者提供完整的健康和心理社會評估，以確定需要的服務。然後，該團隊與 MSSP 參與者、他們的醫師、家人和其他人合作，制訂個人化照護計畫。服務包括：
    - 照護管理
    - 成人日間照護
    - 住宅小型維修/維護
    - 附加家務、個人照護，以及保護性監督服務
    - 暫托服務
    - 接送服務
    - 諮詢和治療服務
    - 餐飲服務
    - 通訊服務。
- 參加 MSSP Waiver 並轉入 Medi-Cal Managed Care 的會員可以繼續參加 MSSP Waiver，同時也可以享受我們計畫提供的福利。我們的計畫與您的 MSSP 醫療服務提供者合作，協調您獲得的服務。
- 您的個案經理可以協助您申請 MSSP。

## F. 本計畫、Medicare 或 Medi-Cal 不予給付的福利

本節說明我們的計畫排除的福利。「不包含」表示我們不支付這些福利的費用。Medicare 和 Medi-Cal 也不支付這些費用。

下表說明我們在任何情況下都不給付的部分服務與項目，以及我們只在某些情況下排除的部分服務與項目。

除在所列的特殊情況之外，對於本節內（或是《*會員手冊*》其他地方）所列排除的醫療福利，我們將不支付其費用。即使您在急診機構接受服務，本計畫也不會支付服務費用。如果您認為我們的計畫應該為某項不給付的服務付費，您可以要求上訴。如需與上訴相關的資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

除了醫療福利表所述的所有排除項目或限制之外，我們的計畫也不給付以下項目和服務：

- 依據 Medicare 和 Medi-Cal 被視為「不合理且非醫療上必要」的服務（除非我們將其列為承保服務）。
- 實驗性質的醫療和手術治療、項目和藥物（除非 Medicare、屬於 Medicare 核准的臨床研究，或我們的計畫會給付）。若要進一步瞭解臨床研究，請參閱*《會員手冊》***第 3 章**。實驗性治療和項目是指那些不被醫學界普遍接受的治療和項目。
- 病態肥胖的手術治療，除非具有醫療必要性且由 Medicare 付費。
- 醫院的私人病房，除非具有醫療必要性
- 私人護理服務。
- 醫院或照護機構病房中的私人物品，例如電話或電視。
- 在家中提供全職護理照護。
- 由直系親屬或家庭成員提供費用。
- 送至您家中的餐點
- 選擇性或自願的增強程序或服務（包括減重、頭髮生長、性表現、運動表現、美容目的、抗衰老和心理表現），除非具有醫療必要性。
- 整形手術或其他整形項目，除非是因為意外受傷或為了改善形狀不佳的身體部位而需要。然而，我們將支付乳房切除手術後的胸部重建費用，以及支付匹配另一邊乳房的治療費用。
- 整脊照護，且非依照承保指引的人工作業治療脊柱。
- 常規足部照護，除醫療福利表第 D 節所述的足療服務。
- 矯形鞋，除非該鞋是腿支架的一部分且包含在支架費用中，或者患有糖尿病足病的人士使用的鞋。
- 足部支撐裝置，患有糖尿病足病的人士使用的矯形鞋或按摩鞋除外。
- 放射狀角膜切開術、LASIK 手術，以及其他低視力助視器。
- 絕育復通手術和非處方避孕用品。
- 自然療法服務（使用自然或替代療法）。
- 在退伍軍人事務部 (VA) 機構中為退伍軍人提供的服務。然而，當退伍軍人在 VA 醫院獲得急診服務，並且 VA 的分攤費用超過我們計畫下的分攤費用時，我們將補償退伍軍人的差額。您仍需要負責您的分攤費用金額。

# 第 5 章：獲得門診處方藥

## 簡介

本章解釋獲得門診處方藥的規則。這些藥由您的提供者為您開立，您可以透過藥局或郵購方式取得。它們包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保的藥物。您的*《會員手冊》***第 6 章***將告訴您為*這些藥物支付的費用。關鍵術語及其定義按字母順序列示在*《會員手冊》*的最後一章。

我們也給付下列藥物，儘管它們不在本章討論範圍內：

- **Medicare A 部分給付的藥物。**這些一般包括您在醫院或照護機構時取得的藥物。
- **Medicare B 部分給付的藥物。**這些包括某些化學治療藥物、醫師或其他醫療服務提供者門診時提供給您的某些藥物注射，以及洗腎診所提供給您的藥物。若要進一步瞭解 Medicare B 部分給付哪些藥物，請參閱*《會員手冊》***第 4 章**的醫療福利表。
- 除了該計畫的 Medicare D 部分和醫療福利給付範圍外，如果您身在 Medicare 安寧服務，Original Medicare 可能會給付您藥物的費用。如需更多資訊，請參閱**第 5 章**第 F 節「如果您參與 Medicare 認證的安寧服務計畫」。

### 我們計畫的門診藥物給付規定

通常只要您遵循本節的規定，我們就會給付您的藥物。

您必須有醫師或其他醫療提供者開立的處方，且處方必須在適用的州法律之下有效。此人員通常是您的主要醫療服務提供者 (PCP)。在您的主要醫療服務提供者開立轉診單情況下，這也可能是其他醫療提供者。

您的處方藥劑師**不得**列於 Medicare 的排除或防止清單。

您通常必須使用網路藥局領取處方藥。

您的處方藥必須列在計畫的*承保藥物清單*內。我們將此簡稱為「藥物清單」。

- 如果它不在藥物清單上，我們可能會為您提供例外並給付該費用。
- 請參閱**第 9 章**，以瞭解有關請求例外情況的資訊。

另請注意，您的處方藥保險要求將以 Medicare 和 Medi-Cal 的標準來評估。

藥物必須用於醫療許可的適應症。這代表該藥物的使用經過美國食品藥物管理局 (FDA) 批准，或得到某些醫療參考文件的佐證。您的醫師可能可以協助您判讀醫療參考資料，以佐證使用處方藥物的要求。

# 目錄

A. 領取處方藥 103
A1. 到網路藥局領取處方藥 103
A2. 當您領取處方藥時，請出示您的會員卡 103
A3. 如果您更換網路藥局，該怎麼辦 103
A4. 如果您的藥局退出網路，該怎麼辦 103
A5. 使用專科藥局 103
A6. 使用郵購服務獲得藥物 104
A7. 取得長期藥物供應 105
A8. 使用非本計畫網內的藥局 105
A9. 針對您支付的處方藥給予退款 105
B. 本計畫的藥物清單 106
B1. 藥物清單中的藥物 106
B2. 如何在藥物清單中尋找藥物 106
B3. 不在我們藥物清單上的藥物 107
B4. 藥物清單的費用分攤 107
C. 某些藥物的限制 108
D. 您的藥物可能不受保障的原因 109
D1. 獲得暫時供應 109
D2. 要求暫時供應 110
D3. 要求例外處理 110
E. 您的藥物承保變更 110
F. 特殊情況下的藥物給付 112
F1. 入住本計畫給付的醫院或專業護理機構 112
F2. 在長期照護機構 112
F3. 在 Medicare 認證的安寧療護計畫 112

G. 藥物安全與管理藥物計畫 113

G1. 協助您安全用藥的計畫 113

G2. 協助您管理藥物的計畫 113

G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計畫 114

# A. 領取處方藥

## A1.到網路藥局領取處方藥

大多數情況下，我們只會支付在我們網路藥局領取處方藥的費用。網路藥局是指同意為我們的計畫會員提供處方藥的藥局。您可以到我們任何的一家網路藥局領藥。

若要尋找網路藥局，您可以查閱*醫療服務提供者及藥局名錄*、瀏覽我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的個案經理。

## A2.當您領取處方藥時，請出示您的會員卡

若要領取處方藥，請向網路藥局**出示您的會員卡**。網路藥局會針對我們應負擔的承保處方藥向我們收取費用。當您領取處方藥時，必須向藥局支付您的共付額。

請記住，您需要使用 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC) 才能存取 Medi-Cal Rx 承保藥物。

如果您領取處方藥時未攜帶會員卡或 BIC，可以請藥局致電給我們以取得必要資訊。

- 如果藥局無法取得必要的資訊，您可能需要全額支付處方藥費用，才能完成領藥。之後，您可以申請將我們應負擔的藥物費用退還給您。**如果您無法支付該藥物，請立即與會員服務部聯繫。**我們會盡力提供協助。
- 向我們要求退款，請參閱*會員手冊***第 7 章**。
- 如果您需要協助領取處方藥，請與會員服務部或您的個案經理聯絡。

## A3.如果您更換網路藥局，該怎麼辦

如果您更換藥局且需要續領處方藥物時，您可以請求醫療提供者開立新處方，或是請求您的藥局將該處方轉到新藥局 (仍有續領處方藥物時)。

如果您需要協助更換網路藥局，請與會員服務部或您的個案經理聯絡。

## A4.如果您的藥局退出網路，該怎麼辦

如果您使用的藥局退出本計畫的服務網，您需要重新找一家網路藥局。

若要尋找新的網路藥局，您可以查閱*醫療服務提供者及藥局名錄*、瀏覽我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的個案經理。

## A5.使用專科藥局

有時處方必須在特殊的專科藥局領取。專科藥局包括：

- 提供居家注射治療藥物的藥局。

- 為長期照護機構（例如療養機構）院友提供藥物的藥局。
  - 通常，長期照護機構擁有自己的藥局。如果您居住在長期照護機構，我們會確保您可以在其藥局獲得所需的藥物。
  - 如果您所居住的長期照護機構不在我們網內，或者您在長期照護機構獲得藥物時遇到困難，請聯絡會員服務部。
- 提供印地安裔健康服務/部落/都市印地安裔健康計畫服務的藥局。除了緊急狀況外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民可以使用這些藥局。
- 受到美國食品藥物管理局 (FDA) 的限制，只能在特定地點發放藥物，或是所發放的藥物需要特殊處理、醫療服務提供者協調，或需要針對用途進行教育的藥局。（注意：這種情況應該很少發生。）

若要尋找專科藥局，您可以查閱*醫療服務提供者與藥局名錄*、瀏覽我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的個案經理。

## A6.使用郵購服務獲得藥物

對於特定種類的藥物，您可以使用計畫的網路郵購服務。通常，可郵購取得的藥物是您因慢性或長期醫療情況而需定期服用的藥物。**無法**透過計畫的郵購服務取得的藥物在藥物清單中會加註「**NM**」。

我們計畫的郵購服務允許您訂購至少 (31) 天，但不超過 (90) 天的用藥。(90) 天供應量與單月供應量的共付額相同。

### 透過郵寄領取處方藥

若要獲得訂購單和郵寄領取處方藥的資訊，請致電會員服務部。

您通常會在 (14) 天內收到郵購的處方藥。如有緊急需求或時間延遲，請致電會員服務部（會員服務部的電話號碼印在本手冊封底），以協助您取得臨時處方藥的藥量。

### 郵購流程

郵購服務對於從您手中取得的新處方、直接從醫療提供者辦公室取得的新處方，以及郵購處方的續藥均有不同的程序。

#### 1. 藥局從您手中收到的新處方

對於從您手中取得的新處方，藥局會自動配藥並寄送。

#### 2. 藥局直接從醫療提供者辦公室取得的新處方

藥局會在收到健康照護醫療提供者的處方後與您聯絡，瞭解您是要立刻或稍後領取藥物。

- 如此一來，您便可以確定該藥局是否提供合適的藥物（包括效力、數量和型態），如有必要，您還可以在運送藥物前停止或延遲藥物訂購：您已收到帳單並已出貨。
- 請在每次藥局聯絡您時給予回覆，讓藥局知道如何處理新的處方以及避免寄送延遲。

**3. 郵購處方的續藥**

如需續藥，請於目前處方即將使用完畢前 (14) 天聯絡您的藥局，確保下次訂單即時送達。如果您遇到困難並需要協助，請致電聯絡您的個案經理：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。

讓藥局知道與您聯絡的最佳方式，以便他們在寄送前與您聯絡以確認訂單。

## A7.取得長期藥物供應

您可以在本計畫的藥物清單中找到長期藥量的支持藥物。支持藥物是指您因慢性或長期醫療病症而需要定期服用的藥物。

某些網路藥局可讓您領取長期藥量的支持藥物。(31) 天供應量與單月供應量的共付額相同。*醫療服務提供者與藥局名錄*會告訴您，哪些藥局提供支援藥物的長期供應。您也可以致電您的個案經理或會員服務部，進一步瞭解詳情。

對於某些種類的藥物，您可以使用計畫的網路郵購服務來取得支持藥物的長期藥量。請參閱**第 A6 節**，以瞭解郵購服務。

## A8.使用非本計畫網內的藥局

通常，我們只有在您無法使用網路藥局時，才會支付您在網外藥局配藥的費用。我們提供服務區域以外的網路藥局，讓您能以本計畫會員的身分在該處配領您的處方藥。

於下列情況中，我們會支付在網外藥局領取處方藥的費用：

- 如果處方與緊急醫療照護相關。
- 如果這些處方與醫療急診的照護相關。
- 給付上限為 31 天藥量，除非處方開立的天數更少。

在上述情況下，請先洽詢您的個案經理或會員服務部，瞭解附近是否有網路藥局。

## A9.針對您支付的處方藥給予退款

如果您必須使用網外藥局，通常您必須支付全額，而非共付額才能取得處方藥。您可要求我們償還您我們應分擔的費用。

如果您為由 Medi-Cal Rx 承保的處方全額付款，您可能可以在 Medi-Cal Rx 支付處方後得到藥局的退款。或者，您可以透過提交「Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)」(Medi-Cal 自付額退款 (Conlan)) 要求 Medi-Cal Rx 退款。如需更多資訊，請參閱 Medi-Cal Rx 網站：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》**第 7 章**。

## B. 本計畫的藥物清單

我們有*承保藥物清單*。我們將此簡稱為「藥物清單」。

我們在醫師和藥劑師團隊的協助下選擇藥物清單上的藥物。藥物清單也會告訴您，藥物的取得是否設有規定。

只要您遵守本章所述的規定，我們通常會給付我們計畫藥物清單上藥物。

### B1.藥物清單中的藥物

我們的藥物清單包括 Medicare D 部分的給付藥物。

您的計畫承保大部分您在藥局取得的處方藥物。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得更多資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC)。

我們的藥物清單包括原廠藥，非專利藥物和生物相似性藥物。

原廠藥物是一種處方藥，並以製藥商擁有的商標名稱出售。比典型藥物更複雜的原廠藥 (例如以蛋白質為基礎的藥物) 稱為生物製品。在我們的藥物清單上，我們提到的「藥物」可能是藥物或生物製品。

非專利藥物的有效成份與原廠藥相同。由於生物製品比一般藥物更為複雜，它們具有一個稱為生物相似性藥物的替代形式，而非基因形式。一般來說，學名藥和生物相似性藥品的效用與原廠藥或生物製藥相同，而且價格通常較低。許多原廠藥和生物製品都有替代的非專利藥或生物相似性藥物。如欲瞭解非專利藥或原廠藥能否滿足您的需求，請洽詢您的醫療服務提供者。

我們的計畫也給付某些 OTC 藥與商品。有些 OTC 藥價格比處方藥低，但效用卻一樣好。如需詳細資訊，請致電會員服務部。

### B2.如何在藥物清單中尋找藥物

想要知道您正服用的藥物是否在藥物清單上，您可以：

- 查看我們郵寄給您的最新藥物清單。
- 請瀏覽本計畫的網站 MolinaHealthcare.com/Medicare。網站上的藥物清單一律是最新的版本。
- 請致電您的個案經理或會員服務部，洽詢藥物是否在本計畫藥物清單上，或索取一份清單副本。
- D 部分未承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得更多資訊
- 使用我們的「即時福利工具」，或致電您的個案經理或會員服務部。使用該工具，您可以搜索藥物清單上的藥物來估算您將支付的費用，以及藥物清單上是否有可以治療相同病症的替代藥物。

## B3.不在我們藥物清單上的藥物

我們不會給付所有的處方藥。某些藥物不會納入藥物清單，因為法律禁止我們承保那些藥物。另外一種情況是，我們決定不將某個藥物納入藥物清單。

我們的計畫不會支付本節所述的藥物種類。這些被稱為**排除藥物**。如果您取得的處方有除外藥物，您需要自付全額。如果您認為我們應該根據您的情況支付除外藥物，您可以提出上訴。關於更多關於上訴的資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

以下是排除藥物的三個一般規則：

1. 我們的計畫的門診藥物承保（包括 Medicare D 部分）不能給付 Medicare A 部分或 Medicare B 部分已經給付的藥物。我們的計畫免費承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分給付的藥物，但這些藥物不視為您門診處方藥福利的一部分。
2. 我們的計畫不給付美國和其領地之外購買的藥物。
3. 藥物用途通過 FDA 批准，或有某些醫療參考文件做為治療您病情的佐證。您的醫師可能為了治療您的病情而開立特定藥物的處方，即使該藥物尚未獲得治療該病情的批准。這稱為「藥品仿單適應症外的使用」。我們的計畫通常不承保藥品仿單所載適應症外的使用的處方用藥。

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

用於促進生育的藥物

用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物*

用於美容或促進頭髮生長的藥物

處方維他命和礦物質產品，產前維他命和氟化物*製劑除外 用於治療性或勃起功能障礙的藥物

用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物*

製藥廠商表示需僅由他們向您進行檢測或提供服務的門診藥物

*Medi-Cal 可能給付部分產品。如需更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站（www.medi-calrx.dhcs.ca.gov）。

## B4.藥物清單的費用分攤

我們藥物清單上的每一種藥物都會歸類在一種等級。每個等級都有一組類型大致相同的藥物（如原廠藥、非專利或 OTC 藥）。一般來說，分攤費用等級越高，您要支付的藥物費用就越高。

若要瞭解您的藥物屬於哪種費用分攤範圍，請查看我們藥物清單上的藥物。

《*會員手冊*》**第 6 章**說明各等級藥物的給付金額。

## C. 某些藥物的限制

對於某些處方藥，某些特殊規定限制計畫承保該藥物的方式與時間。一般而言，我們的原則是建議您取得最適合您醫療症狀且安全有效的藥物。若安全且較便宜的藥物與較貴的藥物有相同效力時，我們會希望您的醫療提供者使用較便宜的藥物。

**如果您的藥物有特殊規定，通常代表您或您的醫療提供者必須採取額外的步驟，我們才會給付該藥物。**例如，您的醫療提供者可能必須先告訴我們您的診斷結果，或提供血液檢測結果。如果您或您的醫療提供者認為我們的規定不適用您的情況，您應該申請例外處理。我們可能同意，也可能不同意讓您在未採取額外步驟的情況下使用藥物。

若要進一步瞭解申請例外處理，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章。**

### 1. 有非專利版時，限制使用原廠藥

一般來說，非專利藥的效用與原廠藥相同，但價格比較便宜。在大多數情況下，如果原廠藥有非專利版，我們的網路藥局將會提供非專利藥。

- 當有非專利版的藥物時，我們一般不會支付原廠藥。
- 但是，如果您的提供者告訴我們該專利藥對您不起作用的醫療原因，或者在您的原廠藥處方上寫下「無替代品」，或者告訴我們該專利藥或其他給付藥物治療的醫療原因，同樣的情況也適用於您，則我們將承保原廠藥。

### 2. 事先取得計畫批准

對於某些藥物，您或您的醫師必須先取得本計畫的核准，才能領取處方藥。如果您未獲得核准，我們可能不承保該藥物。

### 3. 先試用不同的藥物

一般來說，在我們給付更貴的藥物之前，我們希望您先試用較便宜的藥物（療效相同）。舉例來說，如果 A 藥物和 B 藥物用於治療相同的醫療病症，而 A 藥物費用低於 B 藥物，我們可能會要求您先試用 A 藥物。

如果 A 藥物對您**無效**，則我們承保 B 藥物。這稱為階段治療。

### 4. 數量限制

對於某些藥物，我們會限制您可取得的藥物數量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您的處方每次可領取的藥物數量。

想知道您服用的或想要服用的藥物是否適用上述規定，請查閱藥物清單。如需最新的資訊，請致電會員服務部，或瀏覽我們的網站：MolinaHealthcare.com/Medicare。如果您不同意我們的承保範圍或例外處理要求決定，您可以提出上訴。若要瞭解更多資訊，請參閱**第 9 章**的第 E 節。

## D. 您的藥物可能不受保障的原因

我們致力讓您的藥物承保範圍符合您的需求，但有時候，藥物可能不會按照您所希望的方式納入承保範圍。例如：

- 我們的計畫不承保您想服用的藥物。藥物可能不在藥物清單上。我們可能承保非專利版的藥物，但不承保您想要服用的原廠名稱版。藥物可能是新藥，尚未審查其安全與功效。
- 我們承保該藥物，但該藥物的承保設有特殊規定或限制。如上節所述，我們計畫承保的某些藥物設有相關規定限制使用。某些情況下，您或您的處方藥劑師可能會要求我們做出例外處理。

如果我們不以您希望承保的方式承保某藥物，您可以採取一些行動。

### D1.獲得暫時供應

某些情況下，當藥物不在藥物清單上，或設有某些限制時，我們會提供臨時藥量。這樣您就有時間與您的醫療提供者討論更換藥戶，或要求我們承保該藥物。

#### 要取得暫時的藥物供應，您必須符合以下兩項規定：

1. 您目前正在服用的藥物：
   - 不再納入我們的藥物清單，**或**
   - 未曾納入我們的藥物清單，**或**
   - 目前設有特定限制。
2. 您必須屬於下述其中一種情況：
   - 您已在去年加入本計畫。
     - 我們會在該日曆年的**前 90 天支付您藥物的暫時供應量費用**。
     - 此臨時供應將提供至多 (31) 天的藥量。
     - 如果您處方的用藥天數較少，我們會允許您多次續藥，最多提供 (31) 天的藥量。您必須到網路藥局領取處方藥。
     - 長期照護藥局可能會一次性提供少量處方藥以避免浪費。
   - 您是本計畫的新會員。
     - 我們會在您成為**計畫會員的前 (90**) 天**，給付您藥物的臨時藥量。**
     - 此臨時供應將提供至多 (31) 天的藥量。
     - 如果您處方的用藥天數較少，我們會允許您多次續藥，最多提供 (31) 天的藥量。您必須到網路藥局領取處方藥。
     - 長期照護藥局可能會一次性提供少量處方藥以避免浪費。
   - 您加入本計畫已超過 90 天，且住在長期照護機構內並需要立即取得藥物。

- 我們會給付單次 (31) 天的藥量，或按照您處方開立的更少天數。這是附加於上述的臨時供應情況。
- 請注意，我們的過渡政策僅適用於屬於「D 部分」藥物並在網路藥局配藥的藥物。過渡政策無法用於購買非 D 部分藥物或在網外藥局購買的藥物，除非您符合網外領藥資格。

### D2.要求暫時供應

要取得暫時的藥物供應，請致電會員服務部。

當您取得藥物的暫時供應時，諮詢您的醫療服務提供者，決定當您的藥服用完畢時該怎麼做。我們提供以下選擇：

- 換成另一種藥物。

  我們的計畫可能承保對您有效的不同藥物。您可以致電會員服務部，索取我們用於治療相同醫療症狀的承保藥物清單。此列表可協助您的醫療服務提供者尋找到可能適合您的承保藥物。

  **或**

- 要求例外處理。

  您和您的醫療服務提供者可以要求我們例外處理。例如，您可以要求我們給付某種不在藥物清單上的藥物，並要求我們以不受限制的方式給付該藥物。如果您的醫療服務提供者表示，您有正當醫療理由適用例外處理，他們可以協助您進行申請。

### D3.要求例外處理

如果您服用的藥物在明年將從藥物清單中刪除或設有些限制，我們將會允許您在明年之前申請例外處理。

- 我們會告訴關於您藥物在明年的承保範圍的變動。要求我們例外處理，並按您想要的方式在明年承保藥物。
- 我們會在收到您申請 (或是您的處方藥劑師的支持聲明) 後的 72 小時內，回覆您的例外處理申請。

若要進一步瞭解申請例外處理，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章。**

如果您需要協助申請例外處理，請與會員服務部或您的個案經理聯絡。

## E. 您的藥物承保變更

藥物承保範圍變更通常發生在 1 月 1 日，但是，我們也可能在這一年中新增或刪除藥物清單中的藥物。我們也可以變更有關藥物的規則。例如，我們可能會：

- 決定某種藥物是否需要獲得事先批准 (PA) (在您獲得藥物之前獲得我們的許可)。
- 新增或變更您可以取得的藥物數量 (數量限制)。
- 新增或變更對藥物的階段治療限制 (您必須先嘗試一種藥物，我們才會承保另一種藥物)。

關於這些藥物規則的更多資訊，請參閱**第 C 節**。

如果您服用的藥物在**年初**仍承保，我們通常不會**該年剩餘的時間**刪除或更改該藥物的承保範圍，除非：

- 市面上出現了價格更低的新藥物，且與現有藥物清單中的藥物療效相同，

  **或**

- 我們發現藥物不安全，**或**
- 藥物退出市場。

如需獲得更多藥物清單變更後的變動相關資訊，您可以：

- 請瀏覽 www.MolinaHealthcare.com/Medicare **查看我們最新的藥物清單，或者**
- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，查看我們目前的藥物清單。

藥物清單的某些變更會**立即**生效。例如：

- **出現一種新的非專利藥物。**有時，市面上會出現新的非專利藥物，其與現有藥物清單列有的原廠藥療效相同。在這種情況下，我們可能會刪除原廠藥並加入新的非專利藥，但您的新藥物費用將保持不變。

  當我們新增非專利藥物時，我們也可以決定將該原廠藥保留在清單上，但變更其給付規則或限制。

  - 做出此變更之前，我們可能不會告訴您，但我們會向您寄送有關我們所做的特定變更或更改的資訊。
  - 您或您的醫療服務提供者可以要求這些變更的「例外情況」。我們會給您發送一份包含申請例外處理所需採取的步驟的通知。請參閱本手冊**第 9 章**，瞭解關於例外處理的更多資訊。
- **藥物退出市場。**如果 FDA 表示，您服用的藥物不安全或藥物製造商將該藥物撤出市場，我們會從藥物清單中刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會告知您。

**我們可能會做出其他影響您所服用的藥物的變更。**關於藥物清單上的其他變更，我們將提前告知您。以下情況下，可能會發生這些變更：

- FDA 提供新的指導，或者有關於一種藥物的新的臨床指導。
- 我們加入一種並非新上市的非專利藥物，**以及**
  - 取代現有藥物清單中的原廠藥，**或者**
  - 變更原廠藥的給付規則或限制。
- 我們新增一種非專利藥**並且**
  - 更換現有藥物清單中的原廠藥**或者**
  - 變更原廠藥的給付規則或限制。

出現這些變更時，我們會：

- 在對藥物清單做出變更至少 30 天前通知您，**或**
- 在您要求續藥後，告知您並提供 (31) 天份的藥物。

您可利用這段時間與您的醫師或其他處方藥劑師討論。他們可以協助您決定：

- 是否可服用藥物清單上的類似藥物，**或**
- 您是否應該針對這些變更申請例外處理。若要進一步瞭解申請例外處理，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章。**

**我們可能會對您服用的藥物做出變更但不會立即影響您。**。針對該等變更，如果您正服用的藥物在**年初**仍承保，我們通常不會**該年度的剩餘時間**刪除或更改該藥物的承保範圍。

例如，如果我們刪除您正在服用的藥物；增加您為該藥物支付的費用，或限制其使用，則該更改不會影響您對該藥物的使用：或您在今年剩餘時間內為藥物支付的費用。

## F. 特殊情況下的藥物給付

### F1.入住本計畫給付的醫院或專業護理機構

如果您入住本計畫承保的醫院或專業護理機構，我們通常會給付您住院期間的處方藥費用。您無需支付共付額。出院或離開專業護理機構後，只要您的藥物符合我們所有的給付規定，我們便會給付您的藥物。

若要進一步瞭解藥物承保範圍與您需支付的金額，請參閱《*會員手冊*》**第 6 章。**

### F2.在長期照護機構

通常，長期照護機構（如療養機構）會有自己的藥局，或設有提供藥物給其所有院友的藥局。如果您住在長期照護機構，您可以透過該院的藥局（必須是我們網內的藥局）取得處方藥。

請查閱*醫療服務提供者與藥局名錄*，瞭解您長期療養院的藥局是否在我們的服務網內。若否，或者您需要更多資訊，請聯絡會員服務部。

### F3.在 Medicare 認證的安寧療護計畫

藥物不會同時由安寧照護和本計畫同時承保。

- 您可能投保了 Medicare 安寧療護服務，且需要您的安寧療護服務不給付的疼痛、反噁心、瀉劑或抗焦慮的藥物，因為其與您的末期預後和病症無關。在這種情況下，我們的計畫必須收到處方藥劑師或您的安寧療護服務提供者的通知，說明該藥物的無關性，我們才能給付該藥物。
- 為防止延遲收到我們計畫應給付的任何無關藥物，您可以讓安寧療護服務提供者或處方藥劑師向我們確認是否收到此無關藥物的通知，然後再讓藥局領取您的藥物。

您退出安寧療護服務後，我們的計畫給付您所有的藥物。為了避免在您的 Medicare 安寧療護服務福利終止時藥局出現任何延遲，請攜帶文件到藥局，證明您已經退出安寧療護服務。

請參閱本章前述部分，瞭解我們計畫承保的藥物。若要瞭解有關**安寧療護**服務給付*的更多資訊，請參閱《會員手冊》***第 4 章***。

## G. 藥物安全與管理藥物計畫

### G1.協助您安全用藥的計畫

每次您開立處方藥時，我們都會尋找可能的問題，例如藥物錯誤或以下藥物：

- 您服用的另一藥物有同樣的療效，因此可能不需要服用
- 藥物是否可能對您的年齡或性別不安全
- 藥物是否可能在您同時服用時造成傷害
- 含有您過敏或可能讓您過敏的成分
- 所含鴉片類止痛藥物的含量不安全

如果我們發現您使用的處方藥可能有問題，我們會洽詢您的醫療服務提供者，以修正問題。

### G2.協助您管理藥物的計畫

我們設有計畫，可協助擁有複雜醫療需求的會員。在此情況下，您可能有資格免費獲得藥物治療管理 (MTM) 計畫提供的服務。這項計畫為自願參加性質。該計畫協助您和您的醫療服務提供者確保您的藥物能夠改善您的健康。如果您符合計畫的資格，藥劑師或其他健康專業人員會綜合檢視您的全部藥物並就以下事宜與您溝通：

- 如何從您服用的藥物中獲得最大的益處
- 您有任何疑慮，例如藥物費用和藥物反應
- 如何最好地服用藥物
- 您對處方和非處方藥有任何疑問或問題

然後，他們會給您：

- 一份該討論的書面總結。該總結制訂了一個藥物行動計畫，建議您的藥物最佳的使用方式。
- 一份個人藥物清單，該清單上包含您服用的所有藥物以及服用藥物的原因。
- 含管制物質的處方藥的安全棄置資訊。

建議您與您的醫師討論動作計畫和藥物清單。

- 請在每次健康檢查或與您的醫師、藥劑師和其他健康照護提供者交談時隨身攜帶您的行動計畫和藥物清單。

- 前往醫院或急診室時攜帶您的藥物清單。

藥物治療管理計畫為自願參加性質，並且對符合條件的會員不收取任何費用。如果我們有符合您需求的計畫，我們會自動將您加入該計畫，並發送相關資訊給您。如果您不想參加本計畫，請告訴我們，我們會讓您退出計畫。

如果您對這些計畫有疑問，請聯絡會員服務部或個案經理。

## G3.安全使用鴉片類藥物的藥物管理計畫

我們設有計畫，可協助會員安全使用鴉片類處方藥以及其他經常被濫用的藥物。這項計畫稱為藥物管理計畫 (Drug Management Program, DMP)。

如果您從數個醫師或藥局領取鴉片類藥物，或者最近發生鴉片使用過量情事，我們可能會聯繫您的醫師，以確保您的鴉片類用藥適量且具有醫療必要性。如果我們與您的醫師一同判定您無法安全使用鴉片類或苯二氮平類處方用藥，我們可能會限制您領取這些藥物。限制可能包括：

- 要求您從某個藥局及/或從某個醫師領取這些藥物的所有處方藥
- 限制我們為您給付的這些藥物數量

如果我們認為一個或多個限制應該適用您，我們將提前給您郵寄一封信函。本通知函將告知您，我們是否會為您限制這些藥物的給付範圍，或者您是否需要只從特定醫療服務提供者或藥局處獲得這些藥物的處方。

**您可以告知想要選用哪個醫師或藥局，以及您認為我們應該知道的任何重要資訊**。在您回應之後，若我們決定針對您的用藥採取限制給付，我們會再寄一封用藥限制的確認信函給您。

如果您認為我們判斷有誤，您不認為您有處方藥濫用風險，或者您不同意該限制，您及您的處方藥劑師可提出上訴。若您提出上訴，我們會審查您的案例並做出書面裁定。如果我們還是駁回您針對這些藥品領用相關限制的上訴的任何部分，我們會自動將您的案子轉交獨立審查機構。若要瞭解有關上訴和獨立審查組織 (IRO) 的更多資訊，(要瞭解有關上訴和 IRO 的更多資訊，請參閱*《會員手冊》*的**第 9 章**。)

以下情況下，DMP 可能適用：

- 您有特定的醫療狀況，例如罹患癌症或鐮狀細胞貧血症，
- 您正在獲得安寧服務、緩和醫療、臨終照護，**或者**
- 您住在長期照護機構。

# 第 6 章：您需要支付的 Medicare 和 Medi-Cal Medicaid 處方藥費用

## 簡介

本章說明您為門診處方藥所支付的費用。「藥物」是指：

- Medicare D部分處方藥，**以及**
- Medi-Cal Rx 承保的藥物和項目，**以及**
- 我們計畫做為額外福利承保的藥物及項目。

由於您符合 Medi-Cal 資格，所以可從 Medicare 取得「額外補助」，協助支付您的 Medicare D 部分處方藥。我們已納入一份名為「得到處方藥費用「額外補助」(Extra Help) 者適用的承保範圍證明附約」的單獨插頁 (也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」)，說明您的藥物給付範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部以索取「LIS 附約」。

> **Extra Help (額外補助)** 是一項 Medicare 計畫，旨在協助收入和資源有限的人降低 Medicare D 部分處方藥費用，例如：保費、自付額和共付額。額外補助也稱為「低收入補貼」(Low-Income Subsidy, LIS)。

其他關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

想要瞭解有關處方藥的更多資訊，請參閱以下出處：

- 我們的*承保藥物清單*。
  - 我們將此稱為「藥物清單」。該清單說明：
    - 我們給付哪些藥物的費用
    - 藥物是否有任何限制
  - 如果您需要一份藥物清單副本，請致電會員服務部。您亦可在我們的網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare.，獲得最新版的藥物清單副本。
  - Molina Medicare Complete Care Plus 承保您從藥局獲得的大部分處方藥。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得更多資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。透過 Medi-Cal Rx 領取處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC)。」
- 《*會員手冊*》的**第 5 章。**
  - 說明如何透過我們的計畫取得門診處方藥。
  - 其中包括您需要遵守的規則。也會說明我們的計畫不承保哪些類型的處方藥。
  - 當您使用計畫的「即時福利工具」來尋找藥物承保範圍時 (請參閱**第 5 章**，第 B2 節)，顯示的費用是「即時」提供的，這表示工具中顯示的費用反映了提供服務的時間，以及您需要支付的自付額的估算。您可以致電您的個案經理或會員服務部，進一步瞭解詳情。

- 我們的*醫療提供者與藥局名錄*。
  - 在大多數情況下，您必須使用網路藥局獲得承保的藥物。網路藥局是指同意與我們合作的藥局。
  - *醫療提供者與藥局名錄*列有網路藥局。有關網路藥局的更多資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。

## 目錄


A. 福利解說 (EOB) 117

B. 如何記錄您的藥物費用 117

如果您發現此摘要有錯誤怎麼辦？ 118

存在可能的詐欺行為怎麼辦？ 118

C. 您不用支付一個月或長期用藥的費用 119

C1. 取得長期用藥 119

C2. 您個人支付的範圍 119

C3. 您選擇的藥局 120

C4. 取得長期用藥 120

C5. 您個人支付的範圍 120

D. 醫師開立的處方藥量不足一整個月時您的藥物費用 121

E. HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用援助*Medicare* 121

E1. 愛滋病藥物援助計畫 (ADAP) 121

E2. 如果您未註冊 ADAP 121

E3. 如果您已註冊 ADAP 121

F. 疫苗接種 122

F1. 接種疫苗前您需要瞭解的事項 122

F2. 您為 Medicare D 部分承保的疫苗支付的費用 122

## A. 福利解說 (EOB)

我們的計畫追蹤您的處方藥。我們會持續記錄您的兩種費用:

- 您的**自付額**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額。
- 您的**藥物總費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額，加上我們支付的金額。

當您透過我們的計畫取得處方藥時，我們會發給您一份叫做*福利解說*的報告。我們將此簡稱為 EOB。這份 EOB 不是一份帳單。EOB 對您服用的藥物有更多資訊，例如價格調漲以及其他可能有較低分攤費用的藥物。您可以和您的處方開立者討論這些費用較低的選項。EOB 包括：

- **該月份資訊**。摘要會告知您上個月購買的處方藥。其中顯示藥物總費用、我們支付的金額，以及您本人和他人代您支付的金額。
- **「年初至今」的資訊。**這是您自 1 月 1 日以來的藥物總費用和總付款金額。
- **藥價資訊**。這是藥物的總價格以及自第一次給藥以來藥物價格的百分比變更。
- **降低費用的替代方案。**如果可用，它們會出現在您當前藥物下方的摘要中。您可以和您的處方藥劑師溝通以瞭解更多資訊。

我們為 Medicare 未給付的藥物提供給付服務。

- 支付這些藥物的費用，不會記入您的自付總額內。
- 我們也會支付部分非處方藥的費用。您無需為這些藥物付費。
- 您從藥局獲得的大部分處方藥都在本計畫的承保範圍內。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)以取得詳細資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal 客戶服務中心。透過 Medi-Cal Rx 取得處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC)，以瞭解我們的計畫承保哪些藥物，請參閱我們的藥物清單。

## B. 如何記錄您的藥物費用

若要繼續記錄您的藥物費用和您為藥物支付的金額，我們使用您和藥局提供的記錄。以下是您可以協助我們的方法：

**1. 使用您的會員卡。**

請於每次領取處方藥時出示您的 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員卡。這可以協助我們知道，您領取的處方藥是什麼，以及您支付要多少費用。

**2. 請確保我們擁有所需的資訊。**

將您支付的給付藥物費用收據副本提供給我們。您可以要求我們將我們的藥物分攤費用退還給您。

以下是您應該將收據副本提供給我們的情況：

- 當您在網路藥局購買特價的給付藥物，或使用不屬於我們計畫福利的折扣卡購買給付藥物時

- 當您針對藥物製造商病患補助計畫所提供之藥物支付共付額時
- 當您在網外藥局購買給付的藥物時
- 當您為給付的藥物支付全額費用時

關於要求我們退還您藥物分攤費用的更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第 7 章。**

**3. 將他人代您支付的費用相關資訊寄給我們。**

其他特定人員和組織代為支付的費用也會計入您的自付額部分。例如，由 AIDS（愛滋病）藥物援助計畫 (ADAP)、印地安裔健康服務和大多數慈善機構所支付的款項，均會計入您的自付額。這有助於您達到重大傷病給付的資格。當您達到重大傷病給付階段時，我們的計畫會在該年剩餘的時間內支付您 Medicare D 部分藥物的所有費用。

**4. 請查看我們寄給您的福利說明 (EOB)。**

當您收到 EOB 郵件時，請確認內容完整且正確無誤。

- **您認識每間藥局的名字嗎？**檢查日期。那天您有取得藥物嗎？
- **您有取得所列的藥物嗎？**它們與收據上列出的相符嗎？這些藥物與您的醫生開立的藥物相符嗎？

如需更多資訊，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部或閱讀 Molina Medicare Complete Care Plus*《會員手冊》*。

## 如果您發現此摘要有錯誤怎麼辦？

如果此 EOB 上有任何令人困惑，或看起來不正確的內容，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部。您也可以在我們的網站上找到許多問題的答案：MolinaHealthcare.com/Medicare。

## 存在可能的詐欺行為怎麼辦？

如果此摘要顯示您沒有服用藥物，或有任何其他您認為可疑的情況，請與我們聯絡。

- 請致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部。
- 或致電 Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，全天候提供服務。
- 如果您懷疑獲得 Medi-Cal 的提供者有詐欺、浪費或濫用行為，您有權可以撥打保密免費電話 1-800-822-6222 舉報。可以在以下網址找到舉報 Medi-Cal 詐欺的其他方法：www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您認為其中有錯誤或缺漏，或是您有疑問，請致電會員服務部。請保留這些 EOB。它們是您藥物費用的重要記錄。

## C. 您不用支付一個月或長期用藥的費用

加入我們計畫，只要您遵守計畫規定，即無需為承保的藥物付費。

如果您被告知某種藥物將不被承保，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章***以瞭解*如何提出上訴。想要進一步瞭解這些藥局選擇，請參閱《*會員手冊*》的**第 5 章**和我們的*醫療提供者與藥局名錄*。

### C1.取得長期用藥

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期用藥（也稱為「延長供給」）。長期用藥是指長達 (90) 天的用藥。

若要瞭解取得長期供藥地點和方式的詳細資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**或*醫療服務提供者與藥局名錄*。

### C2.您個人支付的範圍

請聯絡會員服務部，瞭解您對任何承保藥物的共付額。

您從藥局獲得的大部分處方藥都在本計畫的承保範圍內。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得詳細資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal 客戶服務中心。透過 Medi-Cal Rx 領取處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC)。

**承保的處方藥一個月藥量的分攤費用：**

| | **網路藥局**<br>一個月或最多 31 天的用藥 | **本計畫的郵購服務**<br>一個月或最多 31 天的用藥 | **網內長期照護藥局**<br>最多 31 天藥量 | **網外藥局**<br>最多 31 天藥量。承保僅限特定情況。詳情請參閱《會員手冊》**第 5 章**。 |
|---|---|---|---|---|
| **非專利藥物（無品牌名）** | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 |
| **原廠藥** | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 |

若要瞭解哪些藥局提供長期用藥，請參閱計畫的*醫療服務提供者與藥局名錄*。

## C3.您選擇的藥局

配藥時，您應支付的金額取決於您取得藥物的地方：

- 網路藥局**或**
- 網外藥局。

在有限的情況下，我們會給付網外藥局領取的處方藥。請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**以瞭解我們的給付時間。

若要進一步瞭解這些選擇，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**和我們的*醫療服務提供者與藥局名錄*。

## C4.取得長期用藥

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期用藥（也稱為「延長供給」）。長期用藥是指長達 (90) 天的用藥。

若要瞭解取得長期供藥地點和方式的詳細資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**或醫療服務*提供者與藥局名錄*。

## C5.您個人支付的範圍

您可能會在每次領取處方藥時支付共付額。如果您的承保藥品費用低於共付額，您將支付較低的費用。

請聯絡會員服務部，瞭解您對任何承保藥物的共付額。

**承保的處方藥一個月或長期藥量的分攤費用：**

| | **網路藥局**<br>一個月或最多 31 天的用藥 | **本計畫的郵購服務**<br>一個月或最多 31 天的用藥 | **網內長期照護藥局**<br>最多 31 天藥量 | **網外藥局**<br>最多 31 天藥量。承保僅限特定情況。詳情請參閱《*會員手冊*》第 5 章。 |
|---|---|---|---|---|
| **非專利藥物（無品牌名）** | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 |
| **原廠藥** | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 | 低收入補貼/額外補助的 31 天用藥為 $0。 |

若要瞭解哪些藥局提供長期用藥，請參閱計畫的*醫療服務提供者與藥局名錄*。

## D. 醫師開立的處方藥量不足一整個月時您的藥物費用

在某些情況，您支付的共赴額含括一整個月的給付藥物用量。不過，您的醫師可以開立少於一個月的藥量。

- 您有時可能會想請醫師開立少於一個月的藥量（例如，在您第一次嘗試某種已知有嚴重副作用的藥物）。
- 如果您的醫師同意，您將不必支付特定藥物一整個月的藥量費用。

當您取得的藥物供應量不足一個月時，您所支付的金額將根據您獲得的藥物天數而定。我們會計算您每天為藥物支付的金額（即「每日分攤費用率」），並將其乘以您獲得的藥物天數。

- 這是一個例子：假設您整個月藥量（即 30 天藥量）的共付額為 $1.35。這代表您每天支付的藥物金額少於 $0.05。如果您獲得 7 天的藥物供應量，您的付款金額為每天不到 $0.05 乘以 7 天，總付款金額不到 $0.35。
- 每日分攤費用可讓您先確認藥物是否適用於您，再為整個月的藥量支付費用。
- 您也可以要求您的醫療服務提供者開立少於一個月的藥物供應量，這能協助您：
  - 為續配藥物作更好的規劃，
  - 與其它服用中的藥物協調續配，**以及**
  - 減少前往藥局的次數。

## E. HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用援助*Medicare*

### E1.愛滋病藥物援助計畫 (ADAP)

ADAP 計畫能為協助符合條件的 HIV/AIDS 患者取得救命藥物。也由 ADAP 承保的門診 Medicare D 部分處方藥符合透過 AIDS 加州公共健康辦公室取得處方分攤費用援助的資格，提供給投保 ADAP 者。

### E2.如果您未註冊 ADAP

如需資格標準、承保藥物或如何投保計畫的資訊，請致電 1-844-421-7050 或查看 ADAP 網站：www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

### E3.如果您已註冊 ADAP

ADAP 可針對 ADAP 處方集上的藥物，繼續為 ADAP 客戶提供 Medicare D 部分處方藥分攤費用援助。為確保您持續收到這項援助，當您的 Medicare D 部分計畫名稱或保單號碼變動時，通知您當地的 ADAP 投保人員。如果您需要協助尋找最近的 ADAP 登記投保地點及/或投保人員，請致電 1-844-421-7050 或查看上列網站。

# F. 疫苗接種

**關於您為疫苗支付的金額的重要訊息**某些疫苗視為醫療福利。視為 Medicare D 部分藥物的其他疫苗。您可以在本計畫*承保藥物清單（處方集）*所列的清單中找到這些疫苗。我們的計畫為您免費承保大多數成人的 Medicare D 部分疫苗。請參閱您計畫的*承保藥物清單（處方集）*或聯絡會員服務部，以瞭解有關特定疫苗的承保和費用分攤詳細資訊。

我們的 Medicare D 部分疫苗給付有兩部分：

1. 第一部分的給付是**疫苗本身的費用**。疫苗是一種處方藥。
2. 第二部分的給付是**為您注射疫苗的費用**。例如，有時您的醫生可能以注射的形式給您接種疫苗。

## F1.接種疫苗前您需要瞭解的事項

我們建議您在安排接種疫苗前，事先致電會員服務部。

- 我們可以說明本計畫的疫苗承保方式和您的分攤費用。
- 我們會告訴您，如何使用網路藥局和醫療提供者，確保您繳納較低的費用。網路藥局和醫療服務提供者同意與我們的計畫合作。網內醫療服務提供者會與我們合作，確保您無需預付 Medicare D 部分疫苗的費用。

## F2.您為 Medicare D 部分承保的疫苗支付的費用

您支付的疫苗接種費用取決於疫苗類型（您所接種的疫苗）。

- 有些疫苗被視為對健康有益，而非藥物。這些疫苗會免費替您承保。進一步瞭解這些疫苗的給付，請參閱*《會員手冊》***第 4 章***的醫療福利表*。
- 視為 Medicare D 部分藥物的其他疫苗。您可以在本計畫的藥物清單中找到這些疫苗。您可能需要為 Medicare D 部分疫苗支付共付額。如果**諮詢委員會或免疫實務 (ACIP) 組織**向成年人推薦該疫苗，則您無需支付任何費用。

以下是您可能會接種 Medicare D 部分疫苗的三種常見方法。

1. 您接種 Medicare D 部分疫苗且在網路藥局注射疫苗。
   - 對於大多數的成人 D 部分疫苗，您無須付費。
   - 對於其他 D 部分疫苗，您無須支付，**或**僅需支付疫苗共付額。
2. 您在您的醫師診所取得並接種 Medicare D 部分疫苗。
   - 您不用支付，**或**僅需向醫師支付任何疫苗費用。
   - 我們的計畫將支付您接種的費用。
   - 在此情況下，醫師診所應致電我們的計畫，以便我們確保他們知道您不用為疫苗支付費用**或**僅需支付共付額。

3. 您自行在藥局取得 Medicare D 部分藥物，並至您的醫師診所接種。
   - 對於大多數的成人 D 部分疫苗，您無須為疫苗付費。
   - 對於其他 D 部分疫苗，您無須支付，**或**僅需支付疫苗共付額。
   - 我們的計畫將支付您接種的費用。

# 第 7 章：針對您取得的給付服務或藥物，要求我們支付應分攤的帳單費用

## 簡介

本章介紹了如何及何時給我們寄送帳單，要求我們付款。本章還說明了如果您不同意給付判定如何提出上訴。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

## 目錄

A. 要求我們支付服務或藥物費用 ..... 125

B. 寄送付款申請給我們 ..... 127

C. 給付判定 ..... 128

D. 上訴 ..... 128

## A. 要求我們支付服務或藥物費用

您不應收到網內服務或藥品的帳單。在您已獲得承保的服務和藥物後，網路醫療提供者必須將帳單季給我們。網路醫療提供者是與本健康計畫合作的醫療提供者。

我們不允許 Molina Medicare Complete Care Plus 提供者向您收取這些服務或藥物的費用。我們會直接付款給我們的醫療服務提供者，您無需支付任何費用。

**如果您拿到健康照護或藥物的全額帳單，請不要付款並將該帳單寄給我們。**若要向我們發送帳單，請致電會員服務部。

- 如果我們承保該服務或藥物，我們將直接向醫療提供者付款。
- 如果我們承保該服務或藥物，而您已支付該帳單時，則您有權得到退款。
  - 如果您已支付 Medicare 承保的服務費用，我們將會退款給您。
- 如果您對於已接受的 Medi-Cal 服務支付費用，如果符合以下所有條件，您可能有資格獲得補償（退款）：
  - 您接受的服務屬於 Medi-Cal 承保服務，我們有責任予以給付。對於非 Molina Medicare Complete Care Plus 承保的服務，我們不予以補償。
  - 在您成為合格的 Molina Medicare Complete Care Plus 會員後，您就能獲得承保服務。
  - 您要求在接受該承保服務之日起一年內獲得退款。
  - 您提供您已支付承保服務之證明，例如醫療提供者開立的詳細收據。
  - 您從本計畫網內的 Medi-Cal 註冊網路醫療提供者處獲得承保服務。如果您接受了急診照護、家庭計畫服務或 Medi-Cal 允許網外醫療提供者無需事先核准（事先授權）的其他服務，則無需符合此條件。
- 如果承保服務需要事先核准（事先授權），則您需要提供醫療提供者出具的證明，表示該承保服務為醫療所需。
- Molina Medicare Complete Care Plus 會在一封名為「行動通知」的信中向您說明他們是否會予以補償。如果您符合上述所有條件，Medi-Cal 註冊的醫療提供者應向您退還您已支付的全額費用。如果醫療提供者拒絕向您退款，Molina Medicare Complete Care Plus 將向您退還您已支付的全額費用。我們將在收到索賠後 45 個工作天內向您補償。如果醫療提供者已在 Medi-Cal 註冊，但不在我們的網內，並且拒絕向您退款，則 Molina Medicare Complete Care Plus 將向您退款，但最多不超過 FFS Medi-Cal 會支付的金額。對於急診服務、家庭計畫或 Medi-Cal 允許網外醫療提供者無需事先核准的其他服務，Molina Medicare Complete Care Plus 將向您退還您已支付的全額費用。如果您不符合上述條件之一，我們將不會向您退款。
- 如果出現以下情況，我們不會向您退款：
  - 您要求並已接受非 Medi-Cal 承保的服務，如美容服務。
  - 該服務不屬於 Molina Medicare Complete Care Plus 的承保服務。

  - 您看的醫師未使用 Medi-Cal，但您於一份表格上簽字，表示您在無論何種情況下都要前往看診，而且您會自行支付該服務費用。
- 如果我們不承保該服務或藥物，我們會向您說明。

如果您有任何疑問，請洽詢會員服務部或您的個案經理。如果您不知道已經支付過哪些費用，或者收到帳單但不知道該怎麼辦，我們可以提供協助。如果您想告訴我們有關您已向我們提交的給付申請資訊，您也可以致電與我們聯絡。

當您可能需要要求我們退款或支付您所收到的帳單時，舉例說明如下：

**1. 當您從網外醫療提供者獲得急診或急需醫療照護時**

要求該醫療提供者將帳單寄給我們。

- 如果您在獲得照護時自行支付全額費用，請向我們申請退款，要求我們支付應付的分攤費用。請將帳單和付款證明寄給我們。
- 您可能會從該醫療提供者處收到您不認為自己有欠款的帳單。請將帳單和付款證明寄給我們。
  - 如果應向醫療提供者支付任何費用，我們將直接給付費用給醫療提供者。
  - 如果您已為 Medicare 服務付費，我們會向您退款。

**2. 當某個網內醫療提供者寄帳單給您時**

- 網路醫療提供者必須將帳單寄給我們。在接受取得任何服務或處方藥時，請務必出示您的會員卡。但他們有時可能會犯錯，並要求您支付服務的費用。如果您收到任何帳單，請撥打本頁底部的電話號碼致電會員服務部或您的個案經理。
- 由於我們會全額給付您的服務費用，因此您沒有義務要支付任何費用。醫療提供者不應對於這些服務向您收取任何費用。
- 做為計畫會員，您只需在接受我們承保的服務時支付共付額。我們不允許醫療提供者向您收取超過此金額的費用。即使我們向醫療提供者付給的費用低於該醫療提供者要收取的服務費用，情況也是如此。即使我們決定不給付某些費用，您也無需向他們支付。
- 當您收到網路醫療服務提供者帳單，且您認為該帳單超過您應支付的金額，請將該帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療提供者並處理該問題。
- 如果您已經支付網路醫療提供者的 Medicare 承保服務的帳單，但您認為支付太多，請把帳單和付款證明寄給我們。我們將退還您已給付服務的金額，***或者***償還您的支付金額與您根據本計畫應付金額間的差額。

**3. 如果您對本計畫的投保具有追溯效力**

有時，您投保計畫的時間可以追溯（這代表您的投保第一天已經過去。甚至可能是去年。）

- 果您追溯投保，並且在投保日期之後支付帳單，您可以要求我們退款。
- 請將帳單和付款證明寄給我們。

**4. 當您使用網外藥局房來領取處方藥時**

如果您使用網外藥局，則需要支付處方藥的全額。

- 我們僅在有限的情況下對在網外藥局配領的處方藥進行給付服務。當您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**，瞭解更多關於網外藥局的資訊。

**5. 當您沒有隨身攜帶會員卡而支付 *Medicare D 部分*處方藥的全額費用時**

如果您沒有隨身攜帶會員卡，可以要求藥局致電給我們或查詢您的計畫投保資訊。

- 如果藥局無法立即取得資訊，您可能需要自行支付全額處方藥費用，或持會員卡返回藥局。
- 當您要求我們退還我們應分攤的費用時，請將收據副本寄給我們。

**6. 當您為非承保的藥物支付 *Medicare D 部分*處方藥的全額費用時**

因為我們不承保藥物，您可能需要支付處方藥的全額費用。

- 該藥物可能不在我們的*承保藥物清單*（藥物清單）中，或該藥物可能有您不知道或不適用於您的要求或限制。如果您決定要領取該藥物，您可能需要支付全額費用。
  - 如果您未支付該藥物，但認為我們應該給付，您可以要求給付裁定（請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**）。
  - 如果您和您的醫師或其他處方藥劑師認為您立即（24 小時內）需要該藥物，您可以要求快速給付裁定（請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**）。
- 當您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫師或其他處方藥劑師獲得更多資訊，才能把藥物費用退還給您：我們分擔的藥物費用。

當我們收到您的付款要求時，我們會審查並裁定該服務或藥物是否應該承保。這稱為「給付裁定」。如果我們決定承保該服務或藥物，我們就會給付我們應分攤的費用。

如果我們拒絕您的給付申請，您可以對我們的裁定提出上訴。若需瞭解如何提出上訴，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

## B. 寄送付款申請給我們

請將 Medicare 服務的帳單以及您支付之所有款項的證明寄給我們或致電給我們。付款證明可以是支票影本或來自醫療提供者的收據。**建議您影印一份帳單與收據留作記錄。**您可以向您的個案經理尋求協助。自您獲得服務、品項或藥物的日期起算，您必須在一 (1) 個日曆年內向我們提供相關資訊。

將您的付款要求以及任何帳單或收據一併寄到這個地址給我們：

**醫療服務：**
ATTN: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

**D 部分（處方藥）服務：**
Molina Healthcare
ATTN: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

**您必須在取得服務及/或項目之日起 365 天**內，**或者在 36 個月內**，向我們提交索賠。

## C. 給付判定

**當我們收到您的付款要求時，我們會做出給付裁定。這代表我們會決定我們的計畫是否承保您的服務、項目或藥物。**我們也會決定您必須支付的金額（如果有的話）。

- 我們將讓您知道是否需要您提供更多資訊。
- 如果我們決定給付該服務、項目或藥物，並且您也遵守了取得服務、項目或藥物的所有規定，我們將支付我們應分攤的費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們將向您郵寄一張支票以支付費用：您支付的費用***或***我們分擔的費用。如果您尚未付款，我們將直接付款給醫療服務提供者。

《*會員手冊*》**第 3 章**說明讓您的服務獲得給付的規定。《*會員手冊*》**第 5 章**說明讓您的 Medicare D 部分處方藥獲得給付的規定。

- 如果我們決定不給付我們應分攤的服務或藥物，我們將郵寄一封信函給您說明原因。該信函也會說明您對這項裁定提出上訴的權利。
- 若要進一步瞭解給付裁定，請參閱**第 9 章**。

## D. 上訴

如果您認為我們否決您的付款請求是錯誤的裁定，您可以要求我們改變裁定。這稱為「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，也可以提出上訴。

正式上訴程序有詳細的程序和期限。如需更多關於上訴資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

- 提出上訴以取得健康照護服務的退款，請參閱**第 F 節**。
- 如果您要提出上訴以取得藥物的退款，請參閱**第 G 節**。

# 第 8 章：您的權利和責任

## 簡介

本章介紹了您做為本計畫會員所享有的權利和責任。我們必須尊重您的權利。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

## 目錄


A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊 ..... 130

B. 我們有責任確保您即時獲得承保的服務和藥物 ..... 130

C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI) ..... 131

C1. 我們如何保護您的 PHI ..... 131

C2. 您有權查看您的醫療紀錄 ..... 132

D. 我們有責任提供資訊給您 ..... 138

E. 網路醫療提供者不得直接向您收費 ..... 139

F. 您有權離開我們的計畫 ..... 139

G. 您有權決定您的醫療照護 ..... 140

G1. 您有權瞭解您的治療選擇並做出決定 ..... 140

G2. 如果您無法為自己做出健康照護裁定，您有權說出您想怎麼做 ..... 140

G3. 如果未遵照您的指示處理，該怎麼辦 ..... 141

H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮所做的裁定 ..... 141

H1. 如何處理不公平待遇或取得更多關於您權利的資訊 ..... 141

I. 您身為計畫會員的責任 ..... 142

## A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計畫福利和您的權利。我們必須在您參與本計畫的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的個案經理或會員服務部。本計畫提供免費的口譯服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計畫也可以為您提供英語以外的資料，以及大字體、點字或音訊格式。要獲得這些替代格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。針對醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802.
- 如需現在和以後能持續接收英語以外的語言或替代格式的內容，請致電會員服務部 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計畫資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

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

## B. 我們有責任確保您即時獲得承保的服務和藥物

如果您在取得照護時遭遇困難，請致電會員服務部：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。

您享有我們計畫的會員權利。

  - 您有權選擇我們網內的主要醫療提供者 (Primary Care Provider, PCP)網路醫療提供者是與我們合作的醫療提供者。您可以在《*會員手冊*》**第 3 章**中找到更多相關資訊，包括哪些類型的醫療提供者可擔任 PCP，以及如何選擇 PCP。
  - 請致電個案經理或會員服務部，或查閱*醫療提供者與藥局名錄*，以瞭解更多關於網路醫療提供者的資訊，以及哪些醫師接受新病患。
- 您也有權選擇女性健康專科醫師，無需取得轉介。轉介是指您的 PCP 核准您使用 PCP 以外的其他醫療提供者。
- 您有權在合理的時間範圍內獲得網路醫療提供者的承保服務。
  - 這包括有權即時獲得專科醫師提供的服務。
  - 如果您無法在合理的時間範圍內獲得服務，我們將會支付網外照護的費用。

- 您有權在未經事先核准 (Prior Approval, PA) 的情況下獲得急診服務或急需的照護。
- 您有權在我們的任何一家網路藥局領取您的處方藥，不會發生長時間的延誤。
- 您有權知道何時可以使用網外醫療提供者。想要瞭解網外醫療提供者，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章**。
- 當您首次加入我們的計畫時，如果滿足特定條件，您有權保留您當前的醫療提供者和服務授權達 12 個月。想要進一步瞭解有關保留您的醫療提供者和服務授權的更多資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 1 章**。
- 您有權在您的照護團隊和個案經理的協助下做出自己的健康照護決定。

《*會員手冊*》**第 9 章**會向您說明，如果您認為不會在合理的時間範圍內獲得服務或藥物時，該如何處理。並向您說明，如果您的服務或藥物給付遭拒，而且您不同意我們的裁定時，您可以如何處理。

## C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI)

我們根據聯邦和州法律的要求保護您的 PHI。

您的 PHI 包括當您註冊本計畫時提供給我們的資訊。還包括您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。

您有權取得您的資訊並控制您的 PHI 的使用方式。我們會提供一份書面通知書給您，說明這些權利，並解說我們如何保護您的 PHI 隱私。該通知被稱為《隱私慣例通知》。

可能同意收到敏感服務的會員不需要取得任何其他會員的授權，即可收到敏感服務或是提交敏感服務索賠。Molina Medicare Complete Care Plus 會將涉及敏感服務的通訊轉至會員指定的備用通訊地址、電子郵件地址或電話號碼，或者若無上述指定，則依據檔案上該地址或電話號碼下的會員名字。沒有接收照護的會員書面授權，Molina Medicare Complete Care Plus 不會向任何其他會員揭露與敏感服務相關的醫療資訊。若 Molina Medicare Complete Care Plus 可使用所要求的表格和格式或備用地點，則允許以所要求的表格和格式進行機密通訊的申請。會員就敏感服務機密通訊的請求在其撤回申請或提交機密通訊新的申請前有效。

### C1.我們如何保護您的 PHI

我們會確保未獲授權的人無法查看或更改您的紀錄。

除了以下情況，我們不會將您的 PHI 給任何沒有提供您照護的人或沒有支付您照護的人。如果我們這樣做，我們必須事先獲得您的書面許可。您或合法授權為您作決定的人可以開立書面許可。

有時候，我們不需要先取得您的書面許可。這些例外情況是受到法律允許或要求的。

- 我們必須向檢查計畫照護品質的政府機關提供 PHI。
- 我們必須依法院命令提供 PHI。
- 我們必須將您的 PHI 提供給 Medicare。如果 Medicare 為研究或其他用途而提供您的 PHI，他們會依照聯邦法規進行。

## C2.您有權查看您的醫療紀錄

- 您有權查看您的醫療記錄，並且可以取得您的記錄副本。
- 您有權要求我們更新或修正您的醫療記錄。如果您要求我們這樣做，我們會與您的健康照護服務提供者合作以決定是否應該變更。
- 您有權知道您的 PHI 以何種方式與他人進行分享。

如果您對於您的 PHI 隱私有問題或疑慮，請致電會員服務部。

### 您的隱私權

**親愛的 Molina Medicare 會員：**

**我們十分重視您的隱私權**。我們尊重並保護您的隱私權。Molina 使用並分享您的資訊，為您提供健康福利。Molina 希望讓您知道如何使用或分享您的資訊。

**PHI** 是指*受到保護的健康資訊*。PHI 包括您的姓名、會員號碼、種族、民族、語言需求或其他識別您身份的資訊。Molina 希望您瞭解我們如何使用或分享您的 PHI。

### Molina 為什麼使用或共用會員的 PHI？

- 為您提供治療
- 支付健康照護費用
- 審查您獲得的照護品質
- 告知您照護選擇
- 經營我們的健康計畫
- 為法律要求或允許的其他目的使用或分享 PHI。

### Molina 何時需要您的書面授權（批准）來使用或分享您的 PHI？

Molina 需要您的書面批准才能基於上方未列出的目的使用或分享您的 PHI。

### 您享有的隱私權是什麼？

- 查看您的 PHI
- 獲得 PHI 的副本
- 若要修改您的 PHI
- 要求我們不要以某些方式使用或分享您的 PHI
- 要獲得我們與之分享 PHI 的某些人士或地點的清單

### Molina 如何保護您的 PHI？

Molina 在我們的健康計畫中使用許多方法來保護 PHI。這包括書面、口頭或電腦中的 PHI。以下是 Molina 保護 PHI 的一些方法：

- Molina 制訂保護 PHI 的政策和規則。
- Molina 限制可以看到 PHI 的人員。只有需要瞭解 PHI 的 Molina 員工才能使用它。
- Molina 員工已接受如何保護和保障 PHI 的訓練。
- Molina 員工必須書面同意遵守保護和保障 PHI 的規則和政策
- Molina 保護我們電腦中的 PHI。我們電腦中的 PHI 透過使用防火牆和密碼來保護隱私權。

**Molina 如何遵守法規？**

- 將您的 PHI 保密。
- 向您提供書面資訊，例如我們關於您的 PHI 的職責和隱私政策。
- 請遵守我們的《隱私慣例通知》條款。

**如果您認為您的隱私權沒有受到保護，您能夠做些什麼？**

- 給 Molina 打電話或寫信投訴。
- 向美國衛生及公共服務部投訴。

我們不會對您不利。您的行動不會以任何方式改變您的照護。

**以上僅是大概內容。我們的《隱私權政策通知》中有更多有關我們如何使用和分享會員的受保護健康資訊 (PHI) 的資訊。我們的《隱私權政策通知》位於本會員手冊的下列章節。它會發佈在我們的網站上：www.molinahealthcare.com。您也可以透過撥打 (855) 665-4627 致電我們的會員服務部，獲得《隱私慣例通知》，聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請撥打 711。**

## 隱私權慣例通知 MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

**本通知為您介紹我們如何使用與分享您的醫療資料，以及您獲得此資料的方法。請仔細閱讀。**

Molina Healthcare of California（下文簡稱「**Molina Healthcare**」、「**Molina**」、「**我們**」或「**我們的**」）使用和分享您受保護的健康資料，為您提供做為 Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP 會員所享有的健康福利。我們使用並分享您的資訊來執行治療、支付和健康照護業務。我們還基於法律允許和要求的其他原因使用和分享您的資訊。我們有義務對您的健康資訊保密，並遵守本通知的條款。本通知的生效日期為 2013 年 9 月 23 日。

**PHI** 是指受到保護的健康資訊。受保護健康資訊 (PHI) 是包括您姓名、會員編號或其他識別資訊，並由 Molina 使用或分享的健康資訊。

### Molina 為什麼使用或分享您的 PHI？

我們使用和分享您的 PHI，為您提供健康照護福利。您的 PHI 用於治療、支付和健康照護業務或分享。

### 用於治療

Molina 可以使用或分享您的 PHI，為您提供或安排醫療照護。這種治療還包括您的醫師或其他健康照護服務提供者之間的轉診。例如，我們可能會與專科醫師分享有關您健康狀況的資訊。這有助於專科醫師與醫師討論您的治療方法。

### 用於付款

Molina 可以使用或分享 PHI 來做出付款決定。這可能包括索賠、治療批准和醫療需求裁定。帳單上可能寫明您的姓名、病症、治療和所提供的用品。例如，我們可以讓醫師知道您具有我們的福利。我們還會告知醫師我們將要支付的帳單金額。

### 用於醫療保健業務

Molina 可能會使用或分享您的 PHI 來執行我們的健康計畫。例如，我們可能會使用索賠中的資訊，讓您瞭解可以協助您的健康計畫。我們也可能使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI) 來解決會員的疑慮。您的 PHI 還可用於確保索賠得到正確支付。

健康照護業務涉及許多日常商業需要。包括但不限於下列內容：

- 改良品質；
- 透過健康計畫活動協助患有某些症狀（例如哮喘）的會員；
- 進行或安排醫學檢查；
- 法律服務，包括欺詐與濫用偵查及起訴行為；
- 協助我們遵守法律的行動；
- 回應會員需求，包括解決投訴和申訴。

我們將與為我們的健康計畫開展各種活動的其他公司（「**業務夥伴**」）共用您的 PHI。我們還可以使用 PHI 提醒您有關約診的資訊。我們可能會使用您的 PHI 為您提供有關其他治療，或者其他與健康相關的福利和服務的資訊。

**Molina 何時可以不經您書面授權（核准）而使用或分享您的 PHI？**
除了治療、付款和保健業務以外，法律也允許或要求 Molina 基於其他幾個目的使用和分享您的受保護健康資訊 (PHI)，包括下列各項：

**法律要求**
我們將根據法律要求使用或分享關於您的資訊。當衛生及公共服務部投訴 (HHS) 部長要求時，我們將分享您的 PHI。這可能是由於法院案件、其他法律審查，或者基於執法需要。

**公共衛生**
可以為公共衛生活動使用或分享您的 PHI。這可能包括協助公共衛生機構預防或控制疾病。

**醫療監管**
我們可能與政府機構使用或分享您的 PHI。他們可能需要您的 PHI 進行稽核。

**研究**
在某些情況下，您的 PHI 可能會基於研究需要而使用或分享，例如：當隱私或機構審查委員會批准時。

**法律或行政訴訟**
您的 PHI 可能因為法律程序而被使用或分享，例如為了回應法院命令。

**法律實施**
您的 PHI 可能會基於執法目的而提供給警察使用，例如：為了協助尋找嫌犯、證人或失蹤者。

**健康與安全**
可能會分享 PHI，以防止對公共健康或安全造成嚴重威脅。

**政府職能**
您的 PHI 可能會提供給政府以用於特殊職能，例如國家安全活動。

**被虐待、忽略、家庭暴力的受害人**
如果我們相信您是被虐待或忽略的受害人，我們可能會將您的 PHI 提供給適當的執法機關。

**工作人員的補償**
為了遵守勞工賠償法律，可能會使用或分享您的 PHI。

**其他揭露**
您的 PHI 可能會提供給喪葬承辦人或驗屍官，以便其履行職責。

**Molina 何時需要您的書面授權（批准）來使用或分享您的 PHI？**Molina 需要您的書面核准才能使用或分享您的 PHI，以用於本通知所載項目以外的其他目的。在 Molina 針對下列目的揭露您的 PHI 之前，必須先取得您的授權：(1) 在多數情形下心理治療記錄的使用及揭露；(2) 基於行銷目的之使用和揭露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和揭露。您可以取消您提供給我們的書面核准。您的取消不適用於我們已採取的行動，因為您已提供給我們核准。

**您的健康資訊權是什麼？**
您有權：

- **要求限制使用或揭露 PHI（分享您的 PHI）**
  您可以要求我們在進行治療、付款或健康照護業務時不分享您的 PHI。您可以要求我們不要與家人、朋友或您指名之其他健康照護涉入者分享您的 PHI。但是，我們不需要同意您的要求。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。

- **要求 PHI 通訊保密**

  您可以要求 Molina 以某種方式或在某個地點為您提供您的 PHI，以保護您的 PHI 隱私。如果您讓我們知道，若您的部分或全部 PHI 被分享出去的話會如何對您的生命構成危險，我們會依照您的合理要求辦事。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。

- **檢視和影印您的 PHI**

  您有權檢視我們所持有您的 PHI，並索取副本。這可能包括以 Molina 會員身分辦理投保、索賠和進行其他決定時使用的記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。我們可能會向您收取合理的費用以複製和郵寄記錄。在某些情況下，我們可以否決這些要求。*重要事項：我們沒有您的病歷完整副本。如果您希望檢視、取得副本或更改您的醫療記錄，請與您的醫師或診所聯絡。*

- **修改您的 PHI**

  您可以要求我們修改（更改）您的 PHI。這僅涉及我們為您保管的會員記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。如果我們拒絕您的要求，您可以郵寄信函表示不同意。

- **接收 PHI 揭露（分享您的 PHI）的記錄**

  您可以要求我們向您提供清單，列明在您要求日期前六年之間，我們與之分享您 PHI 的特定當事人清單。以下情況下，該清單將不包括分享的 PHI：

  - 用於治療、支付或健康照護業務；
  - 向人員揭露其個人 PHI；
  - 在您的授權下進行分享；
  - 適用法律允許或要求的使用或揭露事件；

- 為維護國家安全利益或為獲得情報之目的而發佈的 PHI；或者
- 根據適用法律做為受限制資料集的一部分時；或
- 為維護國家安全利益或為獲得情報之目的而發佈的 PHI。

如果您在 12 個月的期限內多次索取此清單，我們將對每份清單收取合理的費用。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Molina 的表單提出要求。

您可提出上述任何一項要求，或索取本通知副本。請致電 Molina 會員服務部，電話：(855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請撥打 711。

**如果您的權利未受到保護該怎麼辦？**
如果您認為您的隱私權受到侵犯，可以向 Molina 和衛生及公共服務部投訴。我們不會因為您提出投訴而對您不利。您的照護和福利不會以任何方式改變。

您可透過下列方式向我們投訴：

電話：
Molina 會員服務部(855) 665-4627
每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請撥打 711。

書面方式：
Molina Healthcare of California Inc.
ATTN: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

您可以向美國衛生及公共服務部民權辦公室部長提出投訴：
U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(202) 619-3818 (傳真)

**Molina 有哪些責任？**
Molina 需要：

- 將您的 PHI 保密；
- 向您提供書面資訊，例如我們關於您的 PHI 的職責和隱私政策；
- 在您未受保護的 PHI 外洩時向您發出通知；
- 不得基於承保目的使用或揭露您的基因資訊；
- 遵守本通知的條款。

**本通告之內容可能會有變更**
**Molina 保留隨時更改其資料管理制度與本通知條款的權利。如果我們做出變更，新的條款和政策將適用於我們保存的所有 PHI。如果進行了重大更改，Molina 會將已修訂的通告張貼在我們的網站上，並在下次年度郵寄件中，將已修訂告的通告或與重大更改有關的資訊，以及如何獲得已修訂的通告之資訊郵寄給我們的會員（在 Molina 的給付範圍內）。**

**聯絡資訊**
如果您有任何問題，請聯絡以下辦公室：

電話：
Molina 會員服務部
(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。

書面方式：
Molina Healthcare of California Inc.
ATTN: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

此資訊免費提供其他語言的版本。請聯絡我們的客戶服務部，電話：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas.Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00, hora local.

## D. 我們有責任提供資訊給您

身為我們計畫的會員，您有權向我們取得關於計畫、網內服務提供者和您承保服務的資訊。

如果您不會說英語，我們提供翻譯服務，來解答您對我們計畫的任何疑問。若要獲得口譯員，請致電會員服務部。這是一項免費服務。我們還可以為您提供西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、法語、法語克里奧爾語、印地語、苗語、義大利語、德語、日語、韓語、寮語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、他加祿語、泰語、烏克蘭語和越南語的書面資料及/或訊息。我們還可以為您提供大字體、點字或語音資訊。如需現在和以後能持續接收英語以外的語言或替代格式的內容，請致電會員服務部 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711 每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。

如果您想要瞭解以下任何一項的資訊，請致電會員服務部：

- 如何選擇或更換計畫
- 我們的計畫，包括：
  - 財務資訊
  - 計畫會員給我們的評分

  - 會員所提出的上訴數量
  - 如何停保我們的計畫
- 有關我們網內醫療服務提供者和我們網路藥局的資訊，包括：
  - 如何選擇或更換主要醫療服務提供者
  - 我們的網路醫療服務提供者和藥局的資格
  - 我們如何支付網路醫療服務提供者
- 給付得服務和藥物，包括：
  - 我們的計畫給付的服務（請參閱《*會員手冊*》**第 3 章和第 4 章**）和藥物（請參閱《*會員手冊*》**第 5 章和第 6 章**）
  - 您的給付與藥物的限制
  - 您必須遵守才能得到承保的服務與藥物的規定
- 某些項目不受給付的原因以及該如何處理此狀況的資訊（請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**），包括要求我們：
  - 書面說明某項服務不受給付的原因
  - 更改我們所做的決裁定
  - 支付您收到的帳單

## E. 網路醫療提供者不得直接向您收費

我們網內的醫師、醫院及其他醫療提供者不能要求您支付給付服務的服務。如果我們支付的金額低於醫療服務提供者的收費，他們也不能向您收費。瞭解網路醫療服務提供者向您收取已承保服務的費用時該如何處理，請參閱《*會員手冊*》**第 7 章**。

## F. 您有權離開我們的計畫

如果您不願意，則無人可以讓您保有我們的計畫。

- 您有權透過 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage MA 計畫充分使用您的健康照護服務。
- 您可以從處方藥計畫或從另一個 MA 計畫取得 Medicare D 部分處方藥福利。
- 請參閱您的《*會員手冊*》**第 10 章：**
  - 瞭解更多關於您何時可以加入新的 MA 或處方藥福利計畫的資訊。
  - 瞭解關於若您退保我們的計畫，您如何取得 Medi-Cal 福利的資訊。

## G. 您有權決定您的醫療照護

您有權向醫師和其他醫療照護提供者索取完整的資訊，協助您為您的醫療照護作決定。

### G1.您有權瞭解您的治療選擇並做出決定

您的醫療服務提供者必須以您能夠理解的方式解釋您的病情和治療選項。您有權：

- **知道您的選擇。**您有權被告知不同的治療選項。
- **知道風險。**您有權瞭解是否有任何風險。我們事先必須告知您，如果任何服務或治療屬於研究實驗。您有權拒絕實驗性治療。
- **獲得第二診療意見。**您有權在決定治療之前，諮詢另一個醫師的意見。
- **否決。**您有權拒絕任何治療。這包括，即使醫師建議您不要離開醫院或其他醫療機構，您仍有權離開。您有權停止服用處方藥物。如果您拒絕治療或停止服用處方藥物，我們不會將您從我們的計畫退保。然而，如果您拒絕接受治療或停止使用藥物，您必須對因此發生的狀況負起全責。
- **要求我們解釋醫療提供者否決照護的原因。**如果某位醫療服務提供者拒絕您認為應該得到的照護，您有權要求我們加以說明。
- **要求我們給付已拒絕或通常不給付的服務或藥物。**這稱為「給付裁定」。《會員手冊》**第 9 章**說明*如何要求*我們做出給付裁定。

### G2.如果您無法為自己做出健康照護裁定，您有權說出您想怎麼做

如需更多資訊，請聯絡 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP 會員服務部，免付費電話為 (855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，如果您是聽障、重聽或語言障礙者，請致電聽障及語障電話專線 (TTY)：711 尋求加州殘障轉接服務。

有時候，人們會無法自行做出健康照護裁定。發生這種情況之前，您可以：

- 填寫書面表格，**給予某人為您做健康照護決定的權利**。
- **向醫師提供書面指示**，告訴他們如果您無法自己作決定時，該如何處理您的健康照護，包括您**不要**的照護。

您用來提供指示的法律文件稱為「醫療事前指示」。醫療事前指示有不同的類型和名稱。例如生前遺囑和健康照護授權書。

您不需要有醫療事前指示，但您可以。如果您想要使用醫療事前指示，應該怎麼做：

- **索取表格。**可以向您的醫師、律師、法律服務機構或社工索取表格。藥局和醫療服務提供者辦公室通常具有表單。您可以在線上找到免費表單並下載。您也可以致電會員服務部以索取表格。
- **填寫表格並簽名。**該表單是一份法律文件。您應考慮請一名律師或其他您信任的人，例如家人或您的 PCP，協助您完成。

- **把副本交給應知情的人。**您應該將表單副本交付給您的醫師。您也應該將副本交給您指名為您作決定的人。您也可以把副本交給好朋友或家人。在家中保留一份副本。
- 如果您要入院，並且有已簽名的醫療事前指示，**請帶一份副本到醫院**。
  - 醫院會問您是否有已簽名的醫療事前指示表格，以及是否帶在身上。
  - 如果您尚未在醫療事前指示表格上簽名，醫院有表格，他們會詢問您是否要簽署一份。

您有權：

- 把您的醫療事前指示放在您的病歷中。
- 隨時變更或取消您的醫療事前指示。
- 瞭解醫療事前指示法律的變更。Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP 會在變更後的 90 天內告知您州法律的變更。

請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。

### G3.如果未遵照您的指示處理，該怎麼辦

如果您簽好一份醫療事前指示，但是您認為醫師或醫院沒有遵照指示執行，您可向 Ombuds 計畫提出投訴，電話：1-855-501-3077。此電話是免費的。聽障及語障電話專線 (TTY)：1-855-847-7914。此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有專用的電話設備才能撥打。

寫信投訴：**Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

網站：http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

## H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮所做的裁定

*《會員手冊》***第 9 章**說明如果您對承保的服務或照護有任何問題或疑慮，該怎麼做。例如，您可以要求我們做出給付裁定、可以提出上訴要求更改給付裁定，或提出投訴。

您有權獲得其他會員對我們提出的上訴和投訴的相關資訊。請致電會員服務部以取得此資訊。

### H1.如何處理不公平待遇或取得更多關於您權利的資訊

如果您認為我們不公平地對待您，而且**不是**因為*《會員手冊》***第 11 章**所列的原因而受到歧視，或者您想瞭解更多關於您權利的資訊，您可以致電：

- 致電會員服務部。
- 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)：(714) 560-0424。HICAP 的詳情，請參閱**第 2 章**。
  - Los Angeles 郡：(213) 383-4519
  - San Diego 郡：(858) 565-8772

  - Imperial 郡：(760) 353- 0223
  - Riverside 郡和 San Bernardino 郡：(909) 256-8369
- Ombuds 計畫，撥打 1-888-452-8609。有關此計畫的詳細資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 2 章**。
- Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。(您也可以在 Medicare 網站 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf 閱讀或下載《Medicare 權利與保障》)。

## I. 您身為計畫會員的責任

身為本計畫的會員，您有履行下列事務的責任。如果您有任何問題，請致電會員服務部。

- **閱讀《*會員手冊*》**以瞭解計畫承保範圍以及您需要遵守的規定，以便您獲得承保的服務和藥物。有關您的詳細資訊：
  - 有關承保服務，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章和第 4 章。**這些章節會說明哪些項目承保、哪些項目不保、該遵守的規定以及您該付的費用是多少。
  - 有關承保藥物，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章和第 6 章**。
- **請告訴我們您所享有的任何其他健康或處方藥保險**。我們必須確保您在接受健康照護時，充分使用您所有的保險選項。如果您有其他保險，請致電會員服務部。
- **請向您的醫師和其他健康照護提供者說明**您是我們的計畫的會員。當您取得服務或藥物時，請出示您的會員卡。
- **協助您的醫師**和其他醫療提供者為您提供最好的照護。
  - 將有關於您和您健康的必要資訊提供給他們。儘可能瞭解自己的健康問題。遵守您和您的醫療提供者所商定的治療計畫和指示。
  - 確保您的醫師和其他醫療提供者知道您正在服用的所有藥物。這包括處方藥、非處方藥、維他命和補充品。
  - 提出您的問題。您的醫師和其他醫療提供者必須以您可以理解的方式向您說明。如果您問了一個問題，但不理解所得到的回答，請再問一次。
- **與您的個案經理合作，**包括完成年度健康風險評估**。**
- **體諒他人。**我們期待所有的會員都能夠尊重其他病患的權利。我們也期待您的行為方式能協助您的醫師診所、醫院和其他醫療提供者的辦公室保持良好運作。
- **請告訴我們您在本計畫外接受的任何服務。**
- **支付您該支付的帳目。**身為計畫會員，您有責任支付下列款項：
  - Medicare A 部分和 Medicare B 部分保費。對於大部分的計畫會員，Medi-Cal 將給付您的 Medicare A 部分保費和 Medicare B 部分保費。

  - **如果您接受任何不在我們的計畫給付範圍內的服務或藥物，您就一定要全額支付費用。**（**注意：**如果您不同意我們否決為某服務或藥物給付服務的裁定，您可以提出上訴。請參閱**第 9 章**，以瞭解如何提出上訴。）

- **如果您搬家一定要告訴我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。致電您的個案經理或會員服務部。
  - **若您搬離我們的服務地區，則無法繼續參加本計畫。**只有我們服務地區的居民能成為本計畫的會員。《*會員手冊*》**第 1 章**說明我們的服務區。
  - 我們可協助您瞭解您是否搬離我們的服務區域。在特殊投保期間內，您可以在新地點轉入 Original Medicare 或投保 Medicare 健康計畫或處方藥計畫。我們會向您說明我們在您的新區域是否有計畫。
  - 在您搬家時，請告訴 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。請參閱《*會員手冊*》**第 2 章**，以取得 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼。
  - **如果您搬遷後的地方在我們的服務區域內，我們還是需要知道。**我們需要更新您的會員紀錄並知道如何與您聯繫。
- **請告訴我們您是否有新的電話號碼**或更好的聯絡方式。
- **如果您有任何問題或疑慮，請致電您的個案經理或會員服務部尋求協助。**

# 第 9 章。如果您有問題或需要投訴（給付裁定、上訴、投訴）該怎麼辦

## 簡介

本章提供有關您的權利的資訊。閱讀本章，瞭解在以下情況下該怎麼辦：

- 您對您的計畫有疑問或投訴。
- 您需要某項服務、項目或藥物，但您的計畫卻說它不會支付。
- 您不同意您的計畫對您的照護所做出的裁定。
- 您認為您的給付服務結束得太早。
- 您對長期服務和支援有疑問或投訴，包括社區成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF) 服務。

本章分為各個小節，讓您易於找尋所要的資訊。**如果您有問題或疑慮，閱讀本章適用於您情況的部分。**

做為您照護計畫的一部分，您應該獲得醫師和其他醫療服務提供者認為對您的照護有必要的健康照護、藥物及長期服務和支援。**如果您有照護上的問題，可以致電 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 尋求協助，電話：1-855-501-3077。**本章說明各類問題和投訴所對應的選項，您也可以隨時致電 Ombuds 計畫，協助引導您解決問題。解決您疑慮的額外資源及其聯絡方式，請參閱《*會員手冊*》**第 2 章**。

## 目錄


A. 如果您有問題或疑慮時該怎麼做 ..... 147

A1. 關於法律名詞 ..... 147

B. 哪裡可以取得協助 ..... 147

B1. 取得更多資訊和協助 ..... 147

C. 瞭解本計畫中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴 ..... 148

D. 您的福利問題 ..... 148

E. 給付裁定和上訴 ..... 149

E1. 給付判定 ..... 149

E2. 上訴 ..... 149

E3. 給付裁定和上訴的協助 ..... 150

E4. 本章哪一節可協助您 ..... 150

F. 醫療照護 ..... 151

F1. 請使用本節 ..... 151

F2. 要求給付裁定 151
F3. 提出第 1 級上訴 153
F4. 提出第 2 級上訴 155
F5. 支付問題 159
G. Medicare D 部分處方藥 160
G1. D 部分給付裁定和上訴 161
G2. D 部分例外處理 161
G3. 要求例外處理的重要須知事項 163
G4. 要求給付裁定，包括例外處理 163
G5. 提出第 1 級上訴 165
G6. 提出第 2 級上訴 166
H. 要求我們給付更長的住院時間 168
H1. 瞭解您的 Medicare 權利 168
H2. 提出第 1 級上訴 169
H3. 提出第 2 級上訴 170
H4. 提出第 1 級替代上訴 171
H5. 提出第 2 級替代上訴 172
I. 要求我們繼續給付特定醫療服務 172
I1. 給付終止前的事先通知 172
I2. 提出第 1 級上訴 173
I3. 提出第 2 級上訴 174
I4. 提出第 1 級替代上訴 175
I5. 提出第 2 級替代上訴 175
J. 提出第 2 級以上的上訴 176
J1. Medicare 服務和項目的後續步驟 176
J2. 其他 Medi-Cal 上訴 177

J3. D 部分藥物要求的第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴 177

K. 如何提出投訴 178

K1. 哪些問題需經由投訴程序處理 178

K2. 內部投訴 179

K3. 外部投訴 180

# A. 如果您有問題或疑慮時該怎麼做

本章說明如何處理問題和疑慮。您採用的程序取決於您的問題類型。**給付裁定和上訴**有一套採用程序，以及**提出投訴；**也稱為申訴，有另一套採用程序。

為確保公平性和立即性，每個程序都有一套我們和您必須遵守的規則、程序和時限。

## A1.關於法律名詞

本章中有些規定和期限有法律術語。大部分的人對這些術語都很難理解，所以我們用較簡單的字眼來取代特定的法律術語。我們盡量少用縮寫。

例如，我們會使用：

- 「提出投訴」而不是「提出申訴」
- 「給付裁定」而不是「組織裁定」、「福利裁定」、「風險裁定」或「給付裁定」
- 「快速給付裁定」而不是「加快裁定」
- 「獨立審查組織」(IRO) 而不是「獨立審查實體」(IRE) 瞭解正確的法律術語可以協助您更清楚地溝通，因此我們也提供這些術語。

# B. 哪裡可以取得協助

## B1.取得更多資訊和協助

有時候，在處理某個問題時，要開始或依照程序行事可能會令人混亂。特別是當您感覺不適或精力有限時，更是如此。有時候，您可能沒有足夠的必要資訊可以採取下一個步驟。

### 從 Health Insurance Counseling and Advocacy 計畫取得協助

您可以致電醫療保險顧問和權益促進計畫 (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)。HICAP 諮詢人員能回答您的問題，協助您瞭解該如何處理您的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健保計畫無關。HICAP 在每個郡都有訓練有素的諮詢師，服務免費。HICAP 電話號碼為 1-800-434-0222。

### 來自 Medicare Medi-Cal Ombuds 計畫的協助

您可以致電 Medicare Medi-Cal Ombuds 計畫，並與倡導者討論您的健康承保問題。他們提供免費的法律協助。Ombuds 計畫與我們或任何保險公司或健保計畫無關。他們的電話號碼是 1-888-804-3536，網站 www.healthconsumer.org。

### 從 Medicare 取得協助和資訊

取得資訊和協助，您可以聯絡 Medicare。從 Medicare 獲得協助的方式有兩種：

- 撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

**從 Medi-Cal 取得協助與資訊**

請致電：(916) 449-5000，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間）。
聽障及語障電話專線 (TTY)：711

**從加州健康照護服務部取得協助**
加州健康照護服務部 (California Department of Health Care Services, DHCS)，Medi-Cal 管理式照護申訴專員可以提供協助。如果您在加入、改變或退出健康計畫時遇到問題，他們可以為您提供協助。如果您搬家並且將 Medi-Cal 轉移到新郡時遇到困難，他們也可以為您提供協助。您可於週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00 致電申訴專員 1-888-452-8609。

**從加州管理式醫療照護部取得協助**
如需免費協助，請聯絡加州管理式醫療照護部 (DMHC)。DMHC 負責管理健康計畫。DMHC 可協助對 Medi-Cal 服務或帳單有問題者提出相關上訴。電話號碼為 1-888-466-2219。聽障、重聽或語言障礙者可使用免費 TDD 號碼 1-877-688-9891。您也可以瀏覽 DMHC 的網站：www.HealthHelp.ca.gov。

加州健康照護管理部負責管理各種健康照護服務計畫。如果您對自己的健康計畫感到不滿，應首先致電您的健康計畫 (855) 665-4627，*聽障及語障電話專線 (TTY)：711* 在聯繫該部門之前，請先使用您的健康計畫的申訴流程。利用該申訴程序，不會妨礙您享有任何可獲得的潛在法律權利或救濟。如果您需要協助進行涉及急診的申訴、您的健康計畫尚未圓滿解決的申訴，或未處理時間超過 30 天的申訴，您可以致電該部門尋求協助。您還可能有資格享有獨立醫療審查 (IMR)。如果您符合 IMR 資格，IMR 程序將公正審查健康計畫針對建議服務或治療之醫療必要性所做的裁定、公正審查對實驗性或研究性治療所做的給付裁定，以及公正審查急診或急救醫療服務之款項爭議。有關聽覺和語言障礙方面的問題，可撥打該管理局的免費電話**(1-888-466-2219)** 及 TDD 專線 **(1-877-688-9891) 尋求協助**。該部門的網站 www.dmhc.ca.gov 也提供線上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表格以及相關指示。

## C. 瞭解本計畫中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴

您擁有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的資訊適用於您的**所有**Medicare 和 Medi-Cal 福利。這有時稱為「整合程序」，因其結合或整合 Medicare 和 Medi-Cal 程序。

有時 Medicare 和 Medi-Cal 程序無法合併。在這些情況下，您為 Medicare 福利使用一個程序，並為 Medi-Cal 福利使用另一個程序。**第 F4 節**說明這些情況。

## D. 您的福利問題

如果您有問題或疑慮，閱讀本章適用於您情況的部分。下表將協助您找到本章中說明問題或投訴的正確章節。

| **您的問題或疑慮與您的福利或給付服務有關嗎？**<br><br>這包括特定健康照護或處方藥是否可獲得給付、它們獲得給付的方式，以及健康照護或處方藥付款的相關問題。 | |
|---|---|
| **是的。**<br>我的問題是關於福利或給付。<br><br>請參閱**第 E 節**，「給付裁定和上訴。」 | **否。**<br>我的問題不是關於福利或給付。<br><br>請參閱**第 K 節**，「如何提出投訴」。 |

## E. 給付裁定和上訴

要求給付裁定與提出上訴的程序處理與您的給付和承保範圍有關的問題。還包括付款相關的問題。

### E1.給付判定

給付裁定是我們針對您的福利和給付範圍，或我們會為您的醫療服務或藥物支付多少金額所作的裁定。例如，您的計畫網路醫師會在每次您取得健康照護時，為您做出有利的給付裁定（請參閱《*會員手冊*》**第 4 章**第 H 節）。

您或您的醫師也可以聯絡我們，要求給付裁定。您或您的醫生可能不確定我們是否承保特定醫療服務，或者我們是否可能拒絕提供您認為需要的醫療照護。**如果您想要在接受醫療服務前瞭解我們是否給付該服務，您可以要求我們為您做出給付裁定。**

每當我們為您裁定給付服務的項目以及我們應支付多少時，即表示我們正做出給付裁定。在某些情況下，我們可能會判定服務或藥物不在給付範圍內，或者 Medicare 或 Medi-Cal 不再為您提供給付。如果您不同意此給付裁定，可以提出上訴。

### E2.上訴

如果我們做出給付裁定，而您不滿意此裁定，您可以對該裁定提出「上訴」。上訴是要求我們審查和變更所做給付裁定的正式方式。

第一次對裁定提出上訴稱為第 1 級上訴。在此上訴中，我們會審查所做的給付裁定，確認我們是否正確遵守所有規定。處理上訴的審查人員將不同於做出原始不利裁定的人員。

大多數情況下，您必須在第 1 級開始您的上訴。如果您的健康問題十分緊急或者可能立刻危及您的健康，或者您正承受巨大痛苦且需要立即裁定，請要求加州健康照護管理部進行獨立醫療審查，網址：www.dmhc.ca.gov。詳細資訊請參閱第 190 頁。

完成審查後，我們會向您提供裁定。在特定情形時，您可以在要求加速或「快速給付裁定」或給付裁定的快速上訴。此資訊將在本章後半段說明。

如果我們**否決**您部分或所有的要求，我們會寄發通知信給您。如果您的問題是關於 Medicare 服務或 B 部分藥物的給付，通知書會說明我們已將您的個案轉給獨立審查機構進行第 2 級上訴。如果您的問題是關於 Medicare D 部分或 Medicaid 服務或項目的給付，通知書會告訴您，如何自行提出第 2 級上訴。請參閱**第 F4 節**以瞭解第 2 級上訴的更多資訊。如果您的問題涉及 Medicare 和 Medicaid 所承保的服務或項目的承保範圍，該信函將為您提供有關這兩種類型的 2 級上訴的資訊。

如果您不滿意第 2 級上訴的裁定，或可繼續進行其它級別的上訴。

## E3.給付裁定和上訴的協助

您可以向以下單位要求協助：

- **會員服務部**的號碼在頁面底部。
- **Medicare Medi-Cal Ombuds Program 電話：1-855-501-3077。**
- **醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)**，電話 1-800-434-0222。
- **健康照護管理部協助中心** (DMHC) 提供免費協助。DMHC 負責管理健康計畫。DMHC 可協助對 Medi-Cal 服務或帳單有問題者提出相關上訴。電話號碼為 1-888-466-2219。聽障、重聽或語言障礙者可使用免費 TDD 號碼 1-877-688-9891。您也可以瀏覽 DMHC 的網站：www.HealthHelp.ca.gov。
- **您的醫師或其他醫療服務提供者**。您的醫師或其他醫療服務提供者可以代表您要求給付裁定或上訴。
- **朋友或家人**。您可以指名另外一個人來擔任您的「代表」，要求給付裁定或提出上訴。
- **律師**。您有權向律師諮詢，但**您不需要請律師**來要求給付裁定或提出上訴。
  - 您可以聯絡您自己的律師，或者向您當地的律師協會或其他轉介服務索取律師的姓名。如果您符合資格，一些法律團體將向您提供免費法律服務。
  - 致電 1-888-804-3536 要求 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提供一位法律援助律師。

如果您需要律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表委任書表格。此表給予他人代表您行事的許可權。

請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，索取「代表委任書」表格。您亦可瀏覽網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *或在我們的網站* MolinaHealthcare.com/Medicare *上取得此表格。***您必須將簽名後的表格副本交給我們。**

## E4.本章哪一節可協助您

涉及給付裁定和上訴的情況類型有四種。每種情況都有不同的規定和截止日期，我們會在本章的不同章節中詳細說明各個情況。請參閱適用的章節：

- **第 F 節**，「醫療照護」

- **第 G 節**，「Medicare D 部分處方藥」
- **第 H 節**，「要求我們給付更長的住院時間」
- **第 I 節**，「要求我們繼續給付特定醫療服務」（本節僅適用於這些服務：居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務。）

如果您不確定所要使用的章節，請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部。

## F. 醫療照護

本節說明在遇到醫療照護給付問題，或您希望我們償還您照護的費用時該怎麼做。

本節是關於您在《*會員手冊*》**第 4 章**所述之醫療照護和服務的福利。本節其餘段落中，我們通常稱為「醫療照護承保」或「醫療照護」。「醫療照護」一詞包括醫療服務和項目，以及通常由醫師或健康照護專業人員施用的 Medicare B 部分處方藥物。Medicare B 部分處方藥可能適用於不同的規定。若是如此，我們會說明 B 部分處方藥的規定與醫療服務和項目的規定有何不同。

### F1.請使用本節

本節會說明如何處理下列情況：

1. 您認為我們承保您需要的醫療照護，但您無法獲得。**您可以這樣處理：**您可以要求我們做出給付裁定。請參閱**第 F2 節**。
2. 我們並未核准您的醫師或其他醫療照護提供者要給予您的醫療照護，但您認為我們應該核准。**您可以這樣處理：**您可以對我們的決定提出上訴。請參閱**第 F3 節**。
3. 您認為我們會承保的醫療照護，但我們不支付。**您可以這樣處理：**您可以針對我們的不支付裁定提出上訴。請參閱**第 F5 節**。
4. 您已得到並支付您認為我們會承保的照護，您想要求我們將費用退還給您。**您可以這樣處理：**您可以申請退款。請參閱**第 F5 節**。
5. 我們減少或停止承保特定醫療照護，而您認為我們的決定可能有害您的健康。

**您可以這樣處理：**您可以針對我們的減少或停止醫療照護裁定提出上訴。請參閱 **第 F4 節**。

- 如果承保範圍與住院照護、居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務有關，將適用特殊規定。請參閱**第 H 節**或**第 I 節**以瞭解更多資訊。
- 關於減少或停止特定醫療照護承保的所有其它情況，請參閱本節（**第 F 節**）做為您的指引。

6. 您的照護遭到延誤，且您找不到醫師。**您可以這樣處理：**您可以提出投訴。請參閱**第 K2 節**。

### F2.要求給付裁定

當給付裁定涉及您的健康照護時，稱為「**整合組織裁定**」。

您本人、您的醫師或您的代表可以透過以下方式，要求我們做出給付裁定：

- 致電：(855) 665-4627 聽障及語障電話專線 (TTY): 711。
- 傳真：(844) 834-2155。
- 郵寄：ATTN: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste.100 Long Beach, CA 90802。

### 標準給付裁定

向您提供裁定時，除非我們同意採用「快速」期限，否則我們會採用「標準」期限。標準給付裁定代表我們給您答覆的期限為：

- 在我們收到您的要求後的 14 個日曆日內就醫療服務或項目提供答覆給您。對於 Knox-Keene 計畫，我們會在收到您的請求後 5 個工作天內，且不晚於 14 個日曆日內。
- 在我們收到您的要求後的 72 小時內就 Medicare B 部分處方藥提供答覆給您。

### 快速給付裁定

「快速給付裁定」的法律術語稱為「**加速裁定**」。

當您要求我們就您的健康照護做出給付裁定，且您的健康狀況需要我們快速回覆時，請要求我們做出「快速給付裁定」。快速給付裁定代表我們給您答覆的期限為：

- 在我們收到您的要求後的 72 小時內，就醫療服務或項目提供答覆給您。
- 我們在收到您的請求後 24 小時內提供 Medicare B 部分醫療服務或物品，如果您的身體狀況需要更快的回覆，則可提前提供。

如果您認為我們的給付裁定**不**應花費額外的天數，您可以對我們花費額外天數的裁定提出「快速投訴」。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第 K 節**。我們將在做出裁定後儘快致電給您。

若要得到快速給付裁定，您必須符合下列兩項要求：

- 您要求的是**您尚未獲得的**健康照護給付。（對於您已獲得的健康照護的支付，您不能要求快速給付裁定。）
- 使用標準期限**可能會對您的健康造成嚴重傷害**，或傷害您的身體機能。

**如果您的醫師告知我們您的健康狀況有需要，我們會自動為您提供快速給付裁定。**如果您自己要求，而沒有您的醫師的支持，則由我們決定是否要為您做出快速給付裁定。

  - 如果我們判定您的醫療情況不符合快速給付裁定的要求，我們將寄送信函向您說明，且將改為採用標準期限。信件內容說明：

- 如果您的醫師要求，我們會自動為您提供快速給付裁定

- 您可以如何針對我們給您標準給付裁定而非快速給付裁定的狀況提出「快速投訴」。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第 K 節**。

**如果我們否決您的部分或全部要求，**我們會寄一封信給您，說明原因。

- 如果我們**否決**，您有權提出上訴。如果您認為我們犯了錯，提出上訴是要求我們審查裁定並加以變更的正式方式。
- 如果您決定提出上訴，這表示您要進入第 1 級上訴程序（請參閱**第 F3 節**）。

在少數情況中，我們可能會駁回您的給付裁定要求，這表示我們將不重新審查該要求。要求遭到駁回的例子包括：

- 若要求不完整，
- 若有人代表您提出要求，但未獲得合法授權，或
- 若您要求撤回要求。

如果我們駁回給付裁定的要求，我們會寄送通知給您，說明為何駁回要求，以及如何要求審查該駁回決定。這項審查稱為上訴。上訴將在下一節討論。

## F3.提出第 1 級上訴

**若要開始上訴**，您本人、您的醫師或您的代表必須聯絡我們。請致電 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。

**要求「標準上訴」或「快速上訴」，**寫信或來電：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。

- 如果您的醫師或其他處方藥劑師要求在上訴期間，繼續取的您已獲得的服務或項目，您可能需要將他們列為您的代表，以代表您採取行動。
- 如果是醫師以外的人為您提出上訴，請附上 Appointment of Representative（代表委任書）表格，授權此人代表您行事。您可瀏覽 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *或在我們的網站* MolinaHealthcare.com/Medicare *上取得表格。*
- 雖然我們可以接受沒有表單的上訴要求，但在收到表單前，我們無法開始或完成審查。如果我們在收到您的上訴要求後 44 個日曆日內沒有收到表單：
  - 我們會駁回您的要求，且
  - 我們會向您寄送書面通知，說明您有權要求審查我們駁回您上訴的裁定。

您必須在 **60 個日曆日**內提出上訴要求（起算日期為我們寄出信函告知我們裁定的日期）。

如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，我們可能會給您更多的時間來提出上訴。正當的理由包括您患有重大疾病，或是我們提供了關於期限的錯誤資訊。提出上訴時，請說明造成您的上訴延遲的原因。

  - 您有權要求我們免費提供一份有關您上訴資料的副本。您和您的醫師可以提供額外的資訊來支持您的上訴。

**如果您有健康上的需求，可以要求「快速上訴」**

「快速上訴」的法律術語稱為**「加速重新考慮」。**

- 如果您就我們對您未接受的照護之給付裁定提出上訴，您本人及/或您的醫師可決定您是否需要快速上訴。
- 快速上訴的程序與快速給付裁定相同。若想要求快速上訴，請按照**第 F2 節**快速給付裁定的指示進行。
- 如果您的醫師向我們告知您的健康情況有需要，我們會為您提供快速上訴。

**如果我們告訴您我們要停止或減少您已經獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續這些服務或項目。**

- 如果我們決定更改或停止您獲得的服務或項目給付，那麼我們將在採取行動前向您發送通知。
- 如果您不同意我們的決定，您可以提出第 1 級上訴。
- 如果您在我們的信函上日期起 10 個日曆日內或在行動預期生效日（以較晚者為準）提出第 1 級上訴要求，我們將繼續給付該服務或項目。
  - 如果您符合時限要求，在第 1 級上訴待決期間，您將獲得服務或項目，且不會有任何變更。
  - 您也將獲得所有其他（與您的上訴無關的）服務或項目，且不會有任何變更。
  - 如果您在上述日期之前沒有提出上訴，則在等待您的上訴裁定期間，您的服務或藥物將不會繼續。

**我們考量您的上訴，並向您提供我們的答覆。**

- 審查您的上訴時，我們會針對您的醫療照護給付要求，重新仔細檢視所有相關資訊。
- 我們會檢查在**否決**您的要求時是否遵守所有規定。
- 我們會視需要收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫師以取得更多資訊。

**快速上訴有時限。**

- 當我們採用快速期限時，則須**在收到您的上訴後 72 小時內**向您提供答覆。如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。
  - 如果我們未能在 72 小時內答覆，則我們必須將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後 IRO 對其進行審核。本章稍後將向您介紹該組織，並說明第 2 級上訴程序。*如果您的問題與 Medicaid 服務或項目的承保範圍有關，您可以在時間一到即逕行向州提交第 2 級 - 州聽證會。在加州，州聽證會又稱為州聽證會部門。若要提交到州聽證會，請參閱（若適用）。*
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須在收到上訴後的 72 小時內，授權或提供我方同意提供的給付。
- **如果我們否決您的部分或全部要求，**我們會將您的上訴傳送到獨立審查組織以進行第 2 級上訴。

**標準上訴有時限。**

- 如果我們採用標準期限，在您針對未獲得之服務的給付提出上訴後，我們必須在收到上訴的 **30 個日曆日內**向您提供答覆。
- 如果您的要求是針對您未獲得的 Medicare B 部分處方藥，我們會在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**答覆您，或者如果您的健康狀況有需要，則會更快答覆您。
  - 如果我們未能在期限內答覆，我們必須將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後 IRO 對其進行審核。本章稍後將向您介紹該組織，並說明第 2 級上訴程序。*如果您的問題與 Medicaid 服務或項目的承保範圍有關，您可以在時間一到即逕行向州提交第 2 級 - 州聽證會。在加州，州聽證會又稱為州聽證會部門。要提交州聽證會，請參閱（如適用）*

**如果我們對您的部分或全部請求表示同意，**我們必須在收到您的上訴請求之日起 30 個日曆日內，或根據您的健康狀況要求盡快並在收到您的上訴請求後 72 小時內授權，或提供我們同意提供的承保範圍。我們更改決定的日期，或者如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，則在我們收到您的上訴之日起 7 個日曆日內。

如果我們**否決**您的部分或全部請求，**您有額外的上訴權利：**

- 如果我們**否決**您部分或所有的要求，我們會發出通知信。
- 如果您的問題是關於 Medicare 服務或項目的給付，該信函會說明我們已將您的個案轉給獨立審查機構進行第 2 級上訴。
- 如果您的問題是關於 Medi-Cal 服務或項目的給付，該信函會說明如何自行提出第 2 級上訴。

## F4.提出第 2 級上訴

如果我們**否決**您部分或全部的第 1 級上訴要求，我們會發出通知信。此信件告訴您 Medicare 或 Medi-Cal 或兩者，一般是否會給付這項服務或項目。

- 如果您的問題是有關 **Medicare** 通常給付的服務或項目，我們會在第 1 級上訴完成時，自動將您的個案送至第 2 級上訴程序。
- 如果您的問題是有關 **Medi-Cal** 通常會給付的服務或項目，您可以自己提出第 2 級上訴。該信函會告訴您如何處理。我們也在本章稍後提供更多資訊。我們不會自動為您提出 Medi-Cal 服務或項目的 2 級上訴。
- 如果您的問題是有關 **Medicare 和 Medi-Cal** 皆可能給付的服務或項目，獨立審查組織會自動啟動第 2 級上訴。您也可以要求州政府公平聽證會。

如果您在提出第 1 級上訴時有資格繼續享有給付，您對該上訴涉及的服務、項目或藥物的給付也可能在第 2 級期間繼續。請參閱**第 F3 節**，以瞭解在第 1 級上訴期間繼續享福利的資訊。

- 如果您的問題是關於通常只由 Medicare 給付的服務，那麼在第 2 級上訴送交獨立審查機構進行處理的期間，您對於該服務的福利將不會繼續。
- 如果您的問題是關於通常只由 Medi-Cal 給付的服務，若您在收到我們的裁定信函後 10 個日曆日內提交第 2 級上訴，則該服務的福利將繼續。

### 如果您的問題是關於 Medicare 通常給付的服務或項目

獨立審查組織會審查您的上訴。該組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。

> 「獨立審查組織」的正式名稱是**「獨立審查實體」**，有時稱為**「IRE」**。

- 該機構與我們並無關聯，也不是政府機構。由 Medicare 選擇做為獨立審查組織的公司，並由 Medicare 監督其作業。
- 我們會將您上訴的相關資訊（您的「個案檔案」）傳送給該組織。您有權向我們免費索取您的個案檔案副本。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細審閱所有上訴相關資訊。

### 如果您在第 1 級已進行快速上訴，則在第 2 級也會是進行快速上訴。

- 如果您在第 1 級已進行快速上訴，則您在第 2 級會自動進行快速上訴。獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內**向您提供第 2 級上訴的答覆。
- 如果您的要求與醫療項目或服務有關，且獨立審查組織必須收集更多可能對您有所助益的資訊，那麼該組織**最多可再延長 14 個日曆日的處理時間**。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，則獨立審查組織不能延長做出裁定的時限。

### 如果您在第 1 級已進行標準上訴，則您在第 2 級也是進行標準上訴。

- 如果您在第 1 級已進行標準上訴，則您在第 2 級會自動進行標準上訴。
- 如果您的要求與醫療項目或服務相關，審查組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**向您提供第 2 級上訴的答覆。
- 如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**向您提供第 2 級上訴的答覆。
- 如果您的要求與醫療項目或服務有關，且獨立審查組織必須收集更多可能對您有所助益的資訊，那麼該組織**最多可再延長 14 個日曆日的處理時間**。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，則獨立審查組織不能延長做出裁定的時限。

獨立審查組織會透過書面方式向您告知其答覆並說明理由。

- **如果獨立審查組織同意部分或全部的醫療項目或服務要求，**我們必須立即實施此決定：
  - 在 **72 小時內**授權醫療照護給付，或
  - 在我們取得獨立審查組織對**標準要求**的決定後 **14 個日曆日內**提供服務，或
  - 在我們取得獨立審查組織對**加速要求**的決定後 **72 小時內**提供服務。
- 如果獨立審查組織對 Medicare B 部分處方藥要求給予部分或全部的**同意**，我們必須授權或提供所要求的 Medicare B 部分處方藥：

  - **在我們**取得獨立審查組織對**標準要求的決定後 72 小時內，**或
  - 在我們獲得獨立審查組織對**加速要求**的決定後 **24 小時內**。
- 如果此組織**否決**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您的醫療照護給付要求（或部分要求）。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。
  - 如果您的個案符合要求，您可選擇是否要進一步提出上訴。
  - 第 2 級之後有三個額外上訴程序層級，總共五個上訴層級。
  - 如果您的第 2 級上訴遭到駁回，但符合繼續上訴的要求，您必須決定是否要繼續進入第 3 級並提出第三次上訴。如需詳細瞭解相關做法，請參閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
  - 第 3 級上訴由行政法官或司法審裁官審理。請前往**第 J 節**，瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的更多資訊。

### 如果您的問題是關於 Medi-Cal 通常給付的服務或項目

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

您可以向加州管理式健康照護部 (DMHC) 的協助中心提出投訴或要求獨立醫療審查 (IMR)。透過提出投訴，DMHC 將審查我們的決定並做出裁定。IMR 適用於 Medi-Cal 給付的所有醫療性質的服務或項目。IMR 是由不屬於我們計畫或 DMHC 的醫師對您的個案進行的審查。如果 IMR 判定您勝訴，我們必須提供您要求的服務或項目。您無需為 IMR 支付任何費用。

如果我們的計畫符合下列情況，您可以提出投訴或申請 IMR：

- 拒絕、變更或延遲 Medi-Cal 服務或治療，因為我們的計畫確定其沒有醫療必要性。
- 不給付嚴重醫療狀況的 Medi-Cal 實驗性或試驗性治療。
- 不會為您已收到的急診或緊急 Medi-Cal 服務付費。
- 在 30 個日曆日內（適用於標準上訴）或在 72 小時內（適用於快速上訴）未在 Medi-Cal 服務上解決您的第 1 級上訴。

**注意：**如果上訴是由您的醫療服務提供者為您提出，但我們沒收到代表委任書表單，則您將必須向我們重新提出上訴，之後才能向健康照護管理部提出第 2 級 IMR。

您有權同時參加 IMR 和州聽證會，但是如果您已就同一問題舉辦州聽證會，則無權參加。

在大多數情況下，您必須在申請 IMR 之前向我們提出上訴。如需我們的第 1 級上訴程序的相關資訊，請參閱第 200 頁。如果您不同意我們的裁定，您可以向 DMHC 提出投訴，或要求 DMHC 協助中心進行 IMR。

如果您的治療因實驗性或試驗性而遭到拒絕，您在申請 IMR 之前無需參加我們的上訴程序。

如果您的問題緊急，或者涉及對您健康的直接且嚴重的威脅，或者您正在承受巨大疼痛，您可以立即提請 DMHC 注意，而無需首先通過我們的上訴程序。

您必須在我們就您的上訴向您寄送書面裁定後 **6 個月內申請 IMR**。DMHC 可能會在 6 個月後基於正當理由接受您的申請，例如您的醫療狀況使您無法在 6 個月內要求 IMR，或者未向您提供有關 IMR 程序的充分通知。

要求 IMR：

- 填寫獨立醫療審查申請/投訴表單，網址：www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx，或者致電 DMHC 協助中心，電話：1-888-466-2219。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-688-9891。
- 如果您擁有上述文件，請附上有關我們拒絕的服務或項目的信函或其他文件的副本。這可以加快 IMR 程序。寄送文件副本，而不是原件。協助中心不會返回任何文件。
- 如果有人在幫您處理 IMR，請填寫授權助理表。您可以取得表單，網址為：www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，或者致電部門的協助中心，電話為：1-888-466-2219。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-688-9891。
- 將您的表單和所有附件郵寄或傳真至：

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

如果您符合 IMR 的資格，則 DMHC 將審查您的個案，並在 7 個日曆日內向您寄送一封信函，告知您符合 IMR 的資格。從您的計畫中收到申請和支援文件後，將在 30 個日曆日內做出 IMR 裁定。您應該會在提交填妥的申請後 45 個日曆日內收到 IMR 裁定。

如果您的個案很緊急且您符合 IMR 的資格，則 DMHC 將審查您的個案，並在 2 個日曆日內向您寄送一封信函，告知您符合 IMR 的資格。從您的計畫中收到申請和支援文件後，將在 3 個日曆日內做出 IMR 裁定。您應該會在提交填妥的申請後 7 個日曆日內收到 IMR 裁決。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 DMHC 沒有從您或您的治療醫師處收到所有需要的醫療記錄，IMR 可能需要更長時間。如果您使用的醫師不在您的健康計畫網路中，請務必從該醫師處獲得醫療記錄並寄送給我們。您的健康計畫需要從網路中的醫師處獲得您的醫療記錄副本。

如果 DMHC 裁定您的個案不符合 IMR 的資格，DMHC 將透過其常規消費者投訴程序審查您的個案。應該在收到所提交填妥的申請後 30 個日曆日解決您的投訴。如果您的投訴很緊急，我們將儘快解決。

***(1) 州聽證會 (State Hearing)。***

***(2) 州聽證會 (State Hearing)***

您可以針對 Medi-Cal 承保的服務和項目，要求舉行州聽證會。如果您的醫師或其他醫療服務提供者要求我們不批准的服務或項目，或是我們將不繼續支付您已有的服務或項目，並且我們拒絕了您的第 1 級上訴，您有權要求舉行州聽證會。

大多數情況下，在「您的聽證權利」通知郵寄給您後，**您可在 120 天內要求州聽證會**。

**注意：**如果您因為您當前獲得的服務將要改變或停止而要求舉行州聽證會，而您想在州聽證會處理期間仍保持該服務，**則您可以遞交申請的天數會減少**。請詳閱第 170 頁的「第 2 級上訴期間，能繼續享有我的福利嗎」以瞭解更多資訊。

有兩種方式可以要求舉行州聽證會：

1. 您可以在行動通知背面填寫「州聽證會申請」。您應該提供所有要求的資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取行動的計畫或郡的名稱、所涉及的援助計畫，以及您想要舉行聽證會的詳細原因。然後，您可以透過以下方法之一提交申請：
   - 按照通知上顯示的地址寄送給郡福利部門。
   - 送交加州社會服務部：

     State Hearings Division
     P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37
     Sacramento, California 94244-2430

   - 致州聽證會司，傳真號碼：916-651-5210 或 916-651-2789。
2. 您可以撥打 1-800-952-5253 以聯絡加州社會服務部。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-952-8349。如果您決定透過電話要求舉行州聽證會，則應該瞭解電話線路非常忙碌。

公平聽證會辦公室會以書面形式向您通知裁定，並說明原因。

- 如果公平聽證會辦公室對醫療項目或服務的要求給予部分或全部的**同意，**我們必須在取得他們的裁定後 **72 小時內**授權或提供該服務或項目。
- 如果公平聽證會辦公室**否決**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您的醫療照護給付要求（或部分要求）。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織或公平聽證會辦公室**否決**您的部分或全部上訴，您有額外的上訴權利。

如果您的第 2 級上訴送至 Medicare **獨立審查機構**，則只有在您要的服務或項目的費用達到特定最低金額時，您才可以再次上訴。第 3 級上訴由行政法官或司法審裁官審理。**您從獨立審查機構收到的信函將說明您可以再次上訴的權利。**

您從公平聽證會辦公室收到的信函中，會說明下一個上訴選項。

請參閱**第 J 節**，瞭解您第 2 級之後的上訴權利的更多資訊。

## F5.支付問題

我們不容許我們的網路提供者向您索取經承保服務和項目的費用。即使我們付給醫療服務提供者的款項少於該醫療服務提供者所要求的給付服務或項目費用，您依舊無須支付費用。您永遠不需要支付任何帳單的餘額。您應被要求支付的唯一金額是需要共付額的*藥物類別共付額*。

如果您拿到給付服務和項目的帳單，請將該帳單寄給我們。**此帳單費用不該由您支付。**我們會直接聯絡該醫療提供者並處理該問題。如果您支付了帳單，若您遵守了獲得服務或項目的規則，則可以得到退費。

如需更多資訊，請參閱您*《會員手冊》的第 7 章*。在這些情況中，您可能會需要要求我們償還或支付醫療服務提供者給您的帳單。它還告知如何向我們寄送要求付款的書面文件。

如果您要求償還，就是在要求給付裁定。我們會檢查您所支付的服務或項目是否為給付的服務或項目，以及您是否遵照所有給付規定。

- 如果您支付的服務或項目為給付項目，且您遵守了所有規定，那麼我們會在收到您要求後 60 個日曆日內，向您***或***您的醫療服務提供者支付該筆服務*或項目的費用或我們的分攤費用*（若計畫有分攤費用）。然後，您的醫療服務提供者會將付款寄送給您。
- 如果您尚未支付服務或項目的費用，我們會直接支付給醫療服務提供者。當我們寄送費用時，這相當於**同意**您的給付裁定請求。
- 如果服務或項目不是給付項目，或者您未遵循所有規定，我們將會寄信通知您我們將不會支付該服務或項目，並說明原因。

如果您不同意我們不支付的裁定，**您可以提出上訴**。請按照**第 F3 節**所述的上訴程序。當您遵照這些指示時，請注意：

- 如果您提出上訴要求我們補償，我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內提供答覆。
- 如果您要求我們補償您已接受並已支付的健康照護，您就不能要求快速上訴。

如果我們的答覆是**否決**您的上訴，且 **Medicare** 通常給付該服務或項目，我們會將您的個案送到獨立審查組織。如果發生此情況，我們會寄信通知您。

- 如果獨立審查機構駁回我們的判決並裁定我們應該支付，我們必須在 30 個日曆日內，將款項寄給您或醫療服務提供者。如果在上訴過程第 2 級之後的任何階段中，您的上訴獲得**批准**，我們必須在 60 個日曆日內將款項寄給您或醫療照護服務提供者。
- 如果獨立審查機構裁定**否決**您的上訴，這表示他們同意我們不應批准您的要求。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。您將收到一封信函，說明您可能擁有的其他上訴權利。請參閱**第 J 節**，瞭解更多關於繼續上訴的資訊。

如果我們的答覆是**否決**您的上訴，且 **Medi-Cal** 通常給付該服務或項目，您可以自行提出第 2 級上訴我們不會自動為您提出 2 級上訴。請參閱**第 F4 節**，以瞭解更多資訊。

## G. Medicare D 部分處方藥

身為我們計畫的會員，您的福利包括多種處方藥的給付。這些藥物大部分是 Medicare 的 D 部分藥物。有少數藥物是 Medicare D 部分不承保但 Medi-Cal 可能承保的。**本節僅適用於 D 部分藥物的上訴。**我們將在本節的其餘內容中說「藥物」，而不是每次都說「D 部分藥物」。

藥物必須用於醫療許可的適應症才能獲得給付。代表該藥物通過美國食品藥物管理局 (FDA) 批准，或得到某些醫療參考文件的佐證。請參閱*《會員手冊》***第 5 章**以瞭解醫療許可的適應症的詳細資訊。

## G1.D 部分給付裁定和上訴

您可要求我們針對 D 部分藥物做出給付裁定的範例如下：

- 您要求我們做出例外處理，包括
  - 給付不在我們藥物清單中的 D 部分藥物，或
  - 擱置本計畫對某種藥物的給付限制（例如，限制可領取的藥量）
- 您詢問我們是否會給付某藥物（例如，當藥物在本計畫的藥物清單上，但我們要求您事先取得批准，我們才會給付）。

**注意：**如果藥局告知您無法按照文書所述領取處方藥，藥局會給您一份通知書，說明如何聯絡我們以要求給付裁定。

有關 D 部分藥物的初始給付裁定稱為**「給付裁決」**。

- 您要求我們支付您已購買的處方藥。這是要求就付款做出給付裁定。

如果您不同意我們做出的給付裁定，您可以對我們的裁定結果提起上訴。本節會同時說明如何要求給付裁定，以及如何提起上訴。請使用下表來協助您。

| **您是哪一個情況？** | | | |
|---|---|---|---|
| 您需要不在我們的藥物清單上的藥物，或是需要我們擱置藥物的該藥物給付的規定或限制。 | 您希望我們給付我們藥物清單上的藥物，且您認為自己符合所需藥物的計畫規定或限制（例如，取得事先批准）？ | 您要我們將您已取得且已支付的藥物之費用退還給您。 | 我們已告訴您，我們不會以您想要的方式承保或為藥物付款。 |
| **您可以要求我們做出例外處理**（這也是一種給付裁定）。 | **您可以要求我們做出給付裁定。** | **您可以申請退款。**（這也是一種給付裁定）。 | **您可以提出上訴。**（這表示您要求我們重新考慮。） |
| 先從**第 G2 節**開始，然後參閱**第 G3 和第 G4 節** | 請參閱**第 G4 節**。 | 請參閱**第 G4 節**。 | 請參閱**第 G5 節**。 |

## G2.D 部分例外處理

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

當您要求例外處理時，您的醫師或其他處方藥劑師需要說明您需要例外處理的醫療原因。

要求承保不在我們藥物清單上的藥物，或移除藥物的限制，有時稱為要求**「處方集例外處理」**。

在這些範例情況下，您或您的醫師或其他處方藥劑師可以要求我們：

**1. 給付不在我們藥物清單中的藥物。**

- 您無法獲得藥物所需共付額的例外處理。

**2. 撤除給付藥物的限制。**

- 我們藥物清單上特定藥物適用的額外規定或限制（請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**以瞭解更多資訊）。
- 特定藥物的額外規定和限制包括：
  - 需要使用非專利版的藥物，而不是原廠藥。
  - 事先取得計畫核准，然後我們才會同意給付該藥物。這有時稱為「事先授權」。
  - 需要先試過不同的藥物，然後我們才會同意給付您要求的藥物。這有時稱為「階段治療」。
  - 數量限制。針對某些藥物，您可取得的藥物數量設有限制。
- 如果我們同意您的例外處理並擱置限制，您可以針對您被要求支付的共付額要求例外處理。

**3。 將藥物給付變更為較低的分攤費用等級。**我們藥物清單中的每種藥物都會歸類在分攤費用等級中。一般來說，分攤費用等級號碼越小，您要支付的共付額金額就越少。

要求針對非首選藥物支付較低價格有時稱為要求**「分級例外處理」**。

- 我們的藥物清單包括多種用於治療特定病症的藥物。這些稱為「替代」藥物。
- 如果您的醫療病症替代藥物的分攤費用等級低於您使用的藥物，您可以要求我們以替代藥物的分攤費用金額承保該藥物。這會減少針對該藥物您的共付額金額。
  - 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最低等級生物製品替代品的費用分攤金額進行承保。
  - 如果您正在服用的是原廠藥，您可以要求我們以適用於包含原廠藥替代藥物的最低等級的分攤費用金額，承保您的藥物以治療您的病症。
  - 如果您服用的藥物是非專利藥，您可以要求我們按照適合您病情的最低等級的品牌或非專利藥替代品的最低費用分攤金額進行承保。
- 如果我們核准您的等級例外處理要求，且您無法使用的替代藥物有多個較低的分攤費用等級，您通常將會支付最低的金額。

## G3.要求例外處理的重要須知事項

### 您的醫師或其他處方藥劑師必須告訴我們醫療原因

您的醫師或其他處方藥劑師必須提供我們一份聲明，說明要求例外處理的醫療原因。如需更快速的裁定，請在要求例外處理時，附上醫師或其他處方藥劑師所提供的這類醫療資訊。

我們的藥物清單包括多種用於治療特定病症的藥物。這些稱為「替代」藥物。如果某個替代藥物的功效與您所需要的藥物一樣好，並且不會產生更多副作用或其他健康問題，我們通常**不會**批准您的例外處理要求。如果您要求我們進行分級例外處理，我們通常**不會**核准您的例外處理要求，除非較低分攤費用等級中的所有替代藥物對您的效果都沒有那麼好，或是可能造成不良反應或其他傷害。

### 我們可以同意或否決您的要求

- 如果我們**同意**您的例外處理要求，該例外處理通常會持續到日曆年結束。只要您的醫師繼續開立該藥物的處方，且該藥物對於治療您的疾病維持安全且有效時，就會持續適用。
- 如果我們**否決**您的例外處理要求，您可以提出上訴。如果我們**否決**，請參閱**第 G5 節**以瞭解提出上訴的相關資訊。

下一節會說明如何要求給付裁定，包括例外處理在內。

## G4.要求給付裁定，包括例外處理

- 要求您想要的給付裁定類型，請致電：(855) 665-4627、寫信或傳真給我們。您、您的代表或您的醫師（或其他處方醫師）可以執行此動作。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。
- 您本人或您的醫師（或其他處方藥劑師）或代表您行事的人可以要求給付裁定。您也可以要求律師代表您行事。
- 請參閱**第 E3 節**，瞭解如何將某人列為您的代表。
- 您不需要向您的醫師或其他處方藥劑師提供書面許可，他人即可代表您要求給付裁定。
- 如果您想要求我們將藥物費用退給您，請參閱《*會員手冊*》的**第 7 章**。
- 如果您要求例外處理，請向我們提供一份「支持聲明」。支持聲明包括您的醫師或其他處方醫師提供的例外情況醫療原因。
- 您的醫師或其他處方藥劑師可以將支持聲明傳真或郵寄給我們。他們可以透過電話與我們聯絡，然後傳真或郵寄聲明。

### 如果您有健康上的需求，可以要求「快速給付裁定」

除非我們已同意採用「快速期限」，否則我們將採用「標準期限」。

- **標準給付裁定**是指，我們在收到您醫師的聲明後 72 小時內會提供答覆。
- **快速給付裁定**是指，我們在收到您醫師的聲明後 24 小時內會提供答覆。

「快速給付裁定」稱為**「加速給付裁定」**。

- 如果發生以下情況，您可以獲得快速給付裁定：
- 針對您未取得的藥物。如果您要求我們針對您已購買的藥物進行退款，您將無法取得快速給付裁定。
- 如果我們使用標準時限，您的健康或身體機能可能會嚴重受損。

如果您的醫師或其他處方藥劑師向我們告知您的健康情況需要快速給付裁定，我們將同意為您提供。我們會寄給您一封信告知您。

- 如果您自己要求獲得快速給付裁定，而沒有您的醫師或其他處方藥劑師的支持，我們將決定是否要提供您快速給付裁定。
- 如果我們判定您的醫療症狀不符合快速給付裁定的條件，那麼我們會採用標準期限。
  - 我們會寄給您一封信告知您。這封信也告訴您如何對我們的決定提出投訴。
  - 您可提出快速投訴並在 24 小時以內取得回覆。若需更多關於提出投訴的資訊，包括快速投訴，請參閱**第 K 節**。

**「快速給付裁定」的期限**

- 如果我們採用快速期限，那麼我們必須在收到您的申請後 24 小時內提供答覆。如果您要求例外處理，我們將在收到您醫師的支持聲明後 24 小時內，給予您答覆。如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。
- 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審閱。請參閱**第 G6 節** 以瞭解關於第 2 級上訴的更多資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在收到您的要求或您的醫師的支持聲明後 24 小時內為您提供承保。
- 如果我們**否決**您部分或全部的要求，我們會寄信給您說明原因。這封信也告訴您如何提出上訴。

**您未取得之藥物的標準給付裁定期限**

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您的要求後 72 小時內提供答覆。如果您要求例外處理，我們將在收到您醫師的支持聲明後 72 小時內，給予您答覆。如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。
- 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審閱。
- 如果我們**同意**您部分或所有的要求，我們必須在收到您的要求或您醫師針對例外處理的支持聲明後 72 小時內進行給付。
- 如果我們**否決**您部分或全部的要求，我們會寄信給您說明原因。該信件會告訴您如何提出上訴。

### 您已購買之藥物的標準給付裁定期限

- 我們必須在收到您的要求後 14 個日曆日內提供答覆給您。
- 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審閱。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在 14 個日曆日內退款。
- **如果**我們**否決**您部分或全部的要求，我們會寄信給您說明原因。該信件會告訴您如何提出上訴。

## G5.提出第 1 級上訴

對本計畫提出有關 D 部分藥物給付裁定的上訴即稱為計畫**「重新裁決」**。

- 啟動您的**標準**或**快速上訴**，請致電：(855) 665-4627、寫信或傳真給我們。您、您的代表或您的醫師（或其他處方醫師）可以執行此動作。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。
- 您必須在 **60 個日曆日**內提出上訴要求（起算日期為我們寄出信函告知我們裁定的日期）。
- 如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，我們可能會給您更多的時間來提出上訴。正當的理由包括您患有重大疾病，或是我們提供了關於期限的錯誤資訊。提出上訴時，請說明造成您的上訴延遲的原因。
- 您有權要求我們免費提供一份有關您上訴資料的副本。您和您的醫師可以提供額外的資訊來支持您的上訴。

### 如果您有健康上的需求，可以要求「快速上訴」

快速上訴也稱為**「加速重新裁定」**。

- 如果就我們針對您尚未取得的藥物的給付裁定提出上訴，您和您的醫師或其他處方藥劑師決定您是否需要「快速上訴」。
- 「快速上訴」的要求與快速給付裁定相同。請參閱**第 G4 節**，以瞭解更多資訊。

我們考量您的上訴，並向您提供我們的答覆。

- 我們審查您的上訴，並針對您的給付上訴再次仔細檢視所有資訊。
- 我們會確認在**否決**您的要求時是否遵守所有規定。
- 我們可能會聯絡您或您的醫師或其他處方藥劑師以取得更多資訊。

### 第 1 級快速上訴的期限

- 如果我們採用快速期限，則須在收到您的上訴後 **72 小時內**向您提供答覆。
- 如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。

  - 如果我們未能在 72 小時內答覆，則我們必須將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後獨立審查組織會進行審查。請參閱**第 G6 節**瞭解審查組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，則須在收到上訴後的 72 小時內，提供我方同意提供的給付。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會寄一封信給您說明原因，並告訴您如何提出上訴。

**第 1 級標準上訴的期限**

- 如果我們採用是標準期限，針對您未獲得之藥物提出的上訴，在我們收到上訴的 **7 個日曆日內**，向您提供答覆。
- 如果您尚未獲得藥物，且您的健康情況需要，我們會更快向您提供答覆，如果您認為有健康上的需求，可以要求「快速上訴」
  - 如果我們未能在 7 個日曆日內答覆，我們會將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後獨立審查組織會進行審查。請參閱**第 G6 節**瞭解審查組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。
  - 如果我們 **同意**您的部分或全部要求：
- 我們必須**依您的**健康情況所需，盡快提供我們同意的給付，**最遲不超過我們收到您的上訴**後 7 個日曆日。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日**內，針對您已購買的藥物**退款給您**。

如果我們**同意**您的部分或全部要求：

- 我們會寄一封信給您，說明原因並告訴您如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後 **14 個日曆日內**，針對您已購買的藥物之退款向您做出答覆。
  - 如果我們未能在 14 個日曆日內答覆，我們會將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後獨立審查組織會進行審查。請參閱**第 G6 節**瞭解審查組織與第 2 級上訴程序的相關資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求後 30 個日曆日內支付您的費用。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會寄一封信給您說明原因，並告訴您如何提出上訴。

## G6.提出第 2 級上訴

如果我們**否決**您的第 1 級上訴，您可以接受我們的決定或提出另一次上訴。如果您決定提出另一次上訴，您將使用第 2 級上訴程序。當我們**拒絕** 您的初次上訴時，獨立審查**組織**會審查我們的決定。此組織決定我們是否應改變決定。

> 「獨立審查組織」的正式名稱是**「獨立審查實體」**，有時稱為**「IRE」**。

若要提出第 2 級上訴，您（或您的代表、您的醫師或其他處方藥劑師）必須**以書面方式**聯絡獨立審查組織，並要求審查您的個案。

- 如果我們**否決**您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審查組織**提出第 2 級上訴的指示**。指示將說明哪些人士可以提出第 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何聯絡組織。

- 當您向獨立審查組織提出上訴時，我們會將與您上訴相關的資訊寄給組織。此資訊稱為您的「個案檔案」。**您有權向我們免費索取您的個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊以支持您的上訴。

獨立審查組織會審查您的 D 部分第 2 級上訴，並以書面方式答覆您。請參閱**第 F4 節**以瞭解更多關於獨立審查組織的資訊。

### 第 2 級快速上訴的期限

如果您有健康上的需求，可以向獨立審查組織要求快速上訴。

- 如果他們同意快速上訴，則必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**答覆您。
- 如果他們**同意**您的部分或全部要求的內容，我們必須在獨立審查組織決定後的 **24 小時**內提供核准的藥物給付。

### 第 2 級標準上訴的期限

如果您在第 2 級是標準上訴，獨立審查組織必須答覆您。

- 在他們取得您針對未取得的藥物的上訴後 **7 個日曆日內**。
- 在取得您針對已購買的藥物退款的上訴後 **14 個日曆日內**。

如果獨立審查組織**同意**您的部分或全部要求：

- 我們必須在獲得獨立審查組織的決定後 **72 小時內**提供核准的藥物給付。
- 在我們取得獨立審查組織的裁定後 30 個日曆日內，我們必須償還您購買藥物的費用。
  - 如果獨立審查組織**否決**您的上訴，這代表他們同意我們的判決，也就是不批准您的要求。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織**拒絕**您的第 2 級上訴，您有權在的藥物給付金額達到最低金額時提出第 3 級上訴。如果您所要求的藥物給付金額低於規定的最低金額，您就不能再次提出上訴。在此情況下，第 2 級上訴決定為最終決定。獨立審查組織會寄信給您，告知您繼續進行第 3 級上訴所需的最低金額。

如果您要求的金額達到此門檻，您可選擇是否要進一步提出上訴。

- 第 2 級之後，上訴程序還有另外三級。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的第 2 級上訴，且您符合繼續上訴程序的門檻，您：
  - 決定您是否要提出第 3 級上訴。
  - 請參閱第 2 級上訴後寄給您的獨立審查組織的信函，瞭解如何提出第 3 級上訴的詳細資訊。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

## H. 要求我們給付更長的住院時間

當您獲准住院時，您有權利可獲得我們會給付的診斷和治療您疾病或受傷所必要的一切醫院服務。關於我們計畫的醫院給付的詳細資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 4 章**。

在給付服務住院期間，您的醫師和醫院工作人員會與您合作準備您要出院的那一天。他們會幫忙安排您出院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的那一天稱為「出院日」。
- 您的醫師或醫院工作人員會告訴您出院日期是哪一天。

如果您認為您被要求出院的時間過早，或您在出院後擔心您的照護，您可以要求更長的住院治療。本節將告訴您如何提出要求。

### H1.瞭解您的 Medicare 權利

在您入院的兩天內，社工或護士會給您一份通知，名稱是**「Medicare 提供的有關您權利的重要須知」(An Important Message from Medicare about Your Rights)**。每個參加 Medicare 的人在入院時都會收到一份此通知的副本。

如果您沒有收到這份通知，請向醫院工作人員索取。如果您需要協助，請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

- **請仔細閱讀此通知**，如果您不理解通知的內容，請提問。這份通知說明您身為醫院病患的權利，包括您有權：
  - 在住院期間和之後得到 Medicare 給付服務。您有權知道這些服務是哪些，誰會付費，以及您可以在哪裡得到這些服務。
  - 參與任何關於您住院停留時間的決定。
  - 知道對您的醫院照護品質有疑問時，該向哪個單位舉報。
  - 如果您認為自己太早被要求出院，可以提出上訴。
- **在通知上簽名**，表示您已收到該通知且瞭解您的權利。
  - 您或代表您的人士必須在通知上簽名。
  - **只要**在通知上簽名，就會顯示您已取得您的權利相關資訊。簽名**並不**表示您同意您的醫師或醫院工作人員告知您的出院日期。
- **請保留您已簽名的通知副本**，日後有需要，就有資料可用。

如果您在出院前兩天以上簽署通知，您將在出院前收到另一份副本。

您可以事先取得此通知副本，只要您：

- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部

- 撥打 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請瀏覽 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

## H2.提出第 1 級上訴

如果您要我們給付長期的住院服務，請提出上訴。品質改善組織會審查第 1 級上訴，瞭解預定出院日期是否符合醫療正當性。

品質改善組織是由醫師及其他醫療照護專業人員組成的團體，其薪資由聯邦政府支付。這些專家檢查並協助改善 Medicare 會員的品質。他們與本計畫並無關聯。

在加州，品質改進組織是 Livanta（加州品質改進組織）。電話：(855) 887-6668，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。「Medicare 提供的重要權利須知」通知以及**第 2 章**中也有聯絡資訊。

**致電品質改善組織，請在離開醫院之前，而且不能晚於出院日期。**

- **如果您在離院前致電，**您可以在預定出院日期之後留院，無需支付費用，同時等待品質改善組織對您的上訴的決定。
- **如果您沒有打電話上訴**，並決定要在預定出院日期之後繼續留院，您可能需支付預定出院日期之後取得之醫院照護的所有費用。
- **如果您錯過聯絡品質改善組織關於您上訴的期限**，您可以直接向我們的計畫提出上訴。請參閱**第 G4 節**以瞭解向我們提出上訴的相關資訊。
- 由於住院治療為 Medicare 和 Medi-Cal 的給付範圍，若品質改善組織不針對您的要求舉行聽證會以供您繼續進行住院治療，或者您認為您的病情非常緊急，且對您的健康造成立即嚴重的威脅，或者您正在承受巨大痛苦，您也可以向加州醫療保健管理部 (DMHC) 提出投訴，或要求其進行獨立醫療審查。請參閱第 155 頁的第 F4 節，瞭解如何提出投訴和向 DMHC 申請獨立醫療審查。

**需要時請尋求協助**。如果您有任何問題或需要協助：

- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
- 您也可以致電 Health Insurance Counseling and Advocacy 計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222。

**要求快速審查。**快速行動並聯絡品質改善組織，要求快速審查您的出院決定。

> **「快速審查」**的法律術語稱為「**立即審查**」或**「加速審查」**

### 快速審查的過程為何

- 品質改善組織的審查人員會詢問您本人或您的代表為何認為在預定的出院日期後還需要繼續獲得給付。您不需要寫下聲明，但您可以這麼做。
- 審查人員會審閱您的醫療資訊、與您的醫師會談，以及審查醫院和我們計畫提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知本計畫的次日中午，您將收到另一則通知，說明您的醫師、醫院和我們認為您的正確出院日期符合醫療正當性的原因。

本書面說明的法律術語為「**出院通知細節**」。您可以撥打頁面底部的號碼，向會員服務部索取範例 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。（聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。）您亦可透過www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.，在網路上參照通知範例。

在取得所有所需資訊後一個整天內，品質改善組織就會對您的上訴做出答覆。

如果品質改善組織**同意**您的上訴：

- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果品質改善組織**拒絕**您的上訴：

- 他們認為您的預定出院日期符合醫療正當性。
- 我們的住院服務給付會在品質改善組織回覆您的上訴的隔天中午終止。
- 在品質改善組織對您的上訴給出答覆後次日中午，您可能需要支付所接受的醫院照護的全額費用。
- 如果品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴，**且**您在預定出院日期之後留在醫院，您可以提出第 2 級上訴。

## H3.提出第 2 級上訴

在第 2 級上訴，您要求品質改善組織重新審閱其所做出的第 1 級上訴裁定。請撥打 (877) 588-1123。

您必須在品質改善組織**否決**第 1 級上訴當日後 **60 個日曆日內**，要求進行此審查。您必須在照護給付終止當日過後仍繼續住院，**才能**要求此審查。

品質改善組織審查人員將會：

- 再仔細查看有關您上訴的所有資訊。
- 在收到您的第 2 級上訴二次審查要求後 14 個日曆日內，告知您他們的決定。

如果品質審查組織**同意**您的上訴：

- 我們必須在品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴之次日中午以後，償還您所接受的醫療照護我們的分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果品質審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意其對您第 1 級上訴所作的決定，且不會變更決定。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您還可以向 DMHC 提出投訴或者申請獨立醫療審查，以繼續獲得您的健康照護服務給付。請參閱第 96 頁第 E4 節，瞭解如何提出投訴和向 DMHC 申請獨立醫療審查。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

## H4.提出第 1 級替代上訴

針對第 1 級上訴，聯絡品質改善組織的期限為 60 天以內或不晚於您預定出院日期。如果您錯過第 1 級上訴的時限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，要求我們「快速審查」您出院日期的事宜。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語稱為**「加速上訴」**。

- 我們會審閱您住院的所有相關資訊。
- 我們會確認第一個決定是否公平並遵循規則。
- 我們使用快速時限而非標準時限，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您在出院日期之後必須留院。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。
- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。

如果我們**否決**您的快速上訴：

- 我們同意您的預定出院日期符合醫療正當性。
- 本計畫提供的住院服務給付會在我們告知您的日期終止。
- 該日期後我們會止付所有的分攤費用。
- 如果您繼續留院，您可能需要支付計畫出院日期後接受的住院治療的全部費用。
- 我們會將您的上訴送至獨立審查組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的情況會自動進入第 2 級上訴程序。

### H5.提出第 2 級替代上訴

我們會在**否決**您的第 1 級上訴後的 24 小時內，將您的第 2 級上訴的相關資訊轉交獨立審查組織。我們會自動進行。您無須採取任何動作。

如果您認為我們未遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。請參閱**第 K 節**以瞭解提出投訴的相關資訊。

獨立審查組織會快速審查您的上訴。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果獨立審查組織**否決**您的上訴：

- 他們同意您的預定出院日期符合醫療正當性。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

您還可以向 DMHC 提出投訴和申請獨立醫療審查，以繼續獲得您的住院。請參閱第 155 頁第 F4 節，瞭解如何提出投訴和向 DMHC 申請獨立醫療審查。除了第 3 級上訴之外，您還可以要求獨立醫療審查。

## I. 要求我們繼續給付特定醫療服務

本節僅包含您可能獲得的三種服務類型：

- 居家醫療保健服務

專業療養機構中的專業護理照護。

- 您在 Medicare 核准的綜合門診復健機構 (CORF) 接受的病患復健照護。這一般代表您正在接受某疾病或意外傷害的治療，或是處於重大手術後的復原期。

當您接受這些類型的服務時，只要醫師表示有此需要，您就有權持續獲得承保服務。

當我們決定停止給付其中任何一項時，我們必須在您的服務結束**前**告知。該服務給付終止後，我們會終止給付您的服務。

如果您認為我們太早終止給付您的照護，**可就我們的判定提出上訴**。本節說明如何提出上訴。

### I1.給付終止前的事先通知

在我們止付照護的兩天前，您會收到我們會寄給您書面通知。該通知書被稱為「Medicare 不給付服務通知」。通知會註明我們終止照護給付的確切日期，以及如何對我們的判定提出上訴。

您本人或代理人必須在此通知上簽名，證明收到通知書。在通知上簽名**僅**代表您已取得資訊。簽名**不**代表您同意我們的決定。

## I2.提出第 1 級上訴

如果您認為我們太早終止給付您的照護，可就我們的判定提出上訴。本節說明第 1 級上訴程序和應採取的行動。

- **遵守期限規定。**期限非常重要。瞭解並遵守各必辦事項的時限規定。我們的計畫也必須遵守期限。如果您認為我們沒有遵守時限，您可以提出投訴。請參閱第**第 K 節**，瞭解有關此項投訴的更多資訊。
- **需要時請尋求協助。**如果您有任何問題或需要協助：
  - 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
  - 您也可以致電 Health Insurance Counseling and Advocacy 計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222。
- **聯絡品質改善組織**
  - 請參閱《*會員手冊*》**第 H2 節**或**第 2 章**，以瞭解關於 QIO 的更多資訊，以及其聯絡資訊。
  - 請他們審查您的上訴，並決定是否變更我們計畫的給付裁定。
- **快速採取行動並要求快速審查上訴。**詢問品質改善組織，我們終止您的醫療服務給付是否符合醫療正當性。

### 您聯絡此組織的時限

- 您必須在我們寄給您的 Medicare 不承保通知的生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以直接向我們提出上訴。請參閱**第 I4 節**以瞭解如何執行的詳情。
- 若品質改善組織不針對您的要求舉行聽證會以供您繼續進行住院治療，或者您認為您的病情非常緊急，且對您的健康造成立即嚴重的威脅，或者您正在承受巨大痛苦，您也可以向加州醫療保健管理部 (DMHC) 提出投訴，或要求其進行獨立醫療審查。請參閱第 155 頁第 F4 節，瞭解如何提出投訴和向 DMHC 申請獨立醫療審查。

此書面通知的法律術語稱為**「Medicare 不給付服務通知」(Notice of Medicare Non-Coverage)。**若要向會員服務部索取範例，請撥打頁面底部的號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。或者，請在線上取得副本 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices。

### 快速審查上訴期間情況

- 品質改善組織的審查人員會詢問您本人或您的代表為何認為需要繼續給付。您不需要寫下聲明，但您可以這麼做。

- 審查人員會審閱您的病歷、與您的醫師會談並審查本計畫提供的資料。
- 我們的計畫也會寄送書面通知給您，說明我們終止承保服務的原因。在審查人員告知我們上訴的當日結束前，您將收到通知。

通知說明的法律術語是「**不給付詳細說明**」。

- 審查人員在取得所需的全部資訊後，會在一天內告知您他們的決定。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會持續為您給付有醫療必要性的承保服務。

如果獨立審查組織**否決**您的上訴：

- 您的保險將於我們告知您的日期結束。
- 我們會在通知書上載明的日期停止支付我方應付的照護分攤費用。
- 如果您決定在保險結束後繼續居家健康照護、專業療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，您將自行支付全額照護費用。
- 您決定是否要繼續這些服務並提出第 2 級上訴。

## I3.提出第 2 級上訴

在第 2 級上訴，您要求品質改善組織重新審閱其所做出的第 1 級上訴裁定。請撥打 (877) 588-1123。

您必須在品質改善組織**否決**第 1 級上訴當日後 **60 個日曆日內**，要求進行此審查。您在照護給付終止當日過後仍繼續接受照護，**才**能要求進行審查。

品質改善組織審查人員將會：

- 再仔細查看有關您上訴的所有資訊。
- 在收到您的第 2 級上訴二次審查要求後 14 個日曆日內，告知您他們的決定。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。
- 我們必須持續為您給付有醫療必要性的照護。

如果獨立審查組織**否決**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的照護的決定，且不會改變該決定。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您可以向 DMHC 提出投訴和申請獨立醫療審查，以繼續獲得您的健康照護服務給付。請參閱第 155 頁的第 F4 節，瞭解如何向 DMHC 申請獨立醫療審查。除了第 3 級上訴之外，您還可以要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

## I4.提出第 1 級替代上訴

如**第 I2 節**所述，您必須迅速採取行動並聯絡品質改善組織，以開始您的第 1 級上訴。如果您錯過時限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，要求我們「快速審查」。

> 「快速審查」或「快速上訴」的法律術語稱為**「加速上訴」。**

- 我們會查看您個案的所有相關資訊。
- 我們會確認第一個決定是否公平，且我們在設定終止給付服務的日期時是否遵守規定。
- 我們使用快速時限而非標準時限，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要更長的服務。
- 只要是有醫療必要性，我們會持續為承保的服務給付。
- 我們同意退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。

如果我們**否決**您的快速上訴：

- 我們對這些服務的給付將於我們告知您的日期終止。
- 該日期後我們會止付所有的分攤費用。
- 如果您在我們告知的給付終止日期後仍繼續接受服務，您將支付這些服務的全額費用。
- 我們會將您的上訴送至獨立審查組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的情況會自動進入第 2 級上訴程序。

## I5.提出第 2 級替代上訴

在第 2 級上訴期間，

我們會在否決您的第 1 級上訴後的 24 小時內將您的第 2 級上訴個案的相關資訊轉交獨立審查組織。我們會自動進行。您無須採取任何動作。

如果您認為我們未遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。請參閱**第 K 節**以瞭解提出投訴的相關資訊。

獨立審查組織會快速審查您的上訴。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在 72 小時內給您答覆。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果獨立審查組織**否決**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的照護的決定，且不會改變該決定。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。

您還可以向 DMHC 提出投訴和申請獨立醫療審查，以繼續獲得您的健康照護服務給付。請參閱第 155 頁 F4 節以瞭解 如何向 DMHC 請求獨立醫療審查。除了 3 級上訴之外，您還可以提出投訴並要求獨立醫療審查。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

## J. 提出第 2 級以上的上訴

### J1.Medicare 服務和項目的後續步驟

如果您針對 Medicare 服務或項目提出第 1 和第 2 級上訴，而皆遭到駁回，您可能有權上訴到更高級。

如果您上訴的 Medicare 服務或項目的金額未達特定最低金額，您就不能繼續上訴。如果金額夠高，您可以繼續上訴程序。您從獨立審查組織收到的第 2 級上訴信函中，說明了聯絡人資訊以及如何要求第 3 級上訴。

#### 第 3 級上訴

上訴程序的第 3 級屬於行政法官 (ALJ) 聽證。裁定人是為聯邦政府工作的 ALJ 或司法審裁官。

如果 ALJ 或司法審裁官**同意**您的上訴，我們有權針對有利於您的第 3 級裁定提出上訴。

- 如果我們決定對裁定提出**上訴**，我們會將第 4 級上訴要求的副本和任何隨附文件寄給您。我們可能會先等候第 4 級上訴的裁定出爐，再授權或提供爭議當事服務。
- 如果我們決定**不**對裁定提出上訴，即須在收到 ALJ 或司法審裁官裁定後 60 個日曆日內，授權或提供您服務。
- 如果 ALJ 或司法審裁官**否決**您的上訴，上訴程序可能不會結束。
- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告訴您如何執行第 4 級上訴。

#### 第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會將審查您的上訴並向您提供答覆。此委員會隸屬聯邦政府。

如果委員會**同意**您的第 4 級上訴，或拒絕我們針對有利於您的第 3 級上訴裁定的審查要求，我們有權將上訴至第 5 級。

- 如果我們決定對裁定提出**上訴**，將以書面形式通知您。
- 如果我們決定**不**對裁定提出上訴，即須在收到委員會裁定後 60 個日曆日內，授權或提供您服務。

如果委員會**否決**或拒絕我們的審查要求，上訴程序可能不會結束。

- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**此裁定，您可能可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行第 5 級上訴，以及該怎麼做。

### 第 5 級上訴

  - 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**否決**。這即是最終裁定。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

## J2.其他 Medi-Cal 上訴

如果您的上訴與 Medi-Cal 通常承保的服務或項目有關，您也享有其他上訴權利。公平聽證會辦公室寄給您的信函會說明如果想繼續上訴程序該怎麼做。

## J3.D 部分藥物要求的第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴

如果您已提出第 1 級和第 2 級上訴，而兩個上訴皆已遭到駁回，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物金額達到特定金額，或可繼續進行其他層級的上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆會說明您該與誰聯絡，以及提出第 3 級上訴的方式。

### 第 3 級上訴

上訴程序的第 3 級屬於行政法官 (ALJ) 聽證。裁定人是為聯邦政府工作的 ALJ 或司法審裁官。

如果 ALJ 或司法審裁官**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 收到裁定後 72 小時內，我們必須授權或提供核准的藥物給付（若為加速上訴，則是 24 小時內），或在 30 個日曆日內付款。
  - 如果 ALJ 或司法審裁官**否決**您的上訴，上訴程序可能不會結束。
- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告訴您如何執行第 4 級上訴。

### 第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會將審查您的上訴並向您提供答覆。此委員會隸屬聯邦政府。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 收到裁定後 72 小時內，我們必須授權或提供核准的藥物給付（若為加速上訴，則是 24 小時內），或在 30 個日曆日內付款。

如果委員會**否決**您的上訴，上訴程序可能不會結束。

- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**此裁定，您可能可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行第 5 級上訴，以及該怎麼做。

**第 5 級上訴**

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**否決**。這即是最終裁定。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

# K. 如何提出投訴

## K1.哪些問題需經由投訴程序處理

投訴程序僅適用於處理特定類型的問題，例如有關照護品質、等待時間、照護協調和客戶服務方面的問題。以下是投訴程序處理的各種問題的範例。

| 投訴 | 範例 |
|---|---|
| **您的健康照護品質** | • 您對照護品質不滿意，例如您在醫院獲得的照護。 |
| **尊重您的隱私權** | • 您認為有人不尊重您的隱私權或洩露關於您的機密資訊。 |
| **不尊重、客戶服務品質不佳或其他負面行為** | • 健康照護提供者或工作人員對您無禮。<br>• 我們的員工對您的態度不佳。<br>• 您覺得有被慫恿退保本計畫。 |
| **輔助工具和語言協助** | • 您不能親自前往醫師或醫療服務提供者辦公室獲得健康照護服務和機構。<br>• 您的醫師或醫療服務提供者並未提供您使用的語言的非英文口譯員（例如美國手語或西班牙文）。<br>• 您的醫療服務提供者並未提供您所需及要求的其他合理配套方案。 |

| 投訴 | 範例 |
|---|---|
| **等待時間** | • 您在預約上有困難或等候太久。<br>• 醫師、藥劑師或其他健康專業人員、會員服務部或其他計畫人員讓您等待太久。 |
| **清潔度** | • 您認為診所、醫院或醫師診間不乾淨。 |
| **您向我們索取的資訊** | • 您認為我們沒有為您提供本該收到的通知或信函。<br>• 您認為我們給您的書面說明艱澀難懂。 |
| **給付裁定或上訴的即時性** | • 您認為我們在做出給付裁定或回應您的上訴時未遵守期限規定。<br>• 您認為在您獲得給付或上訴勝訴判定後，我們並未遵守核准或提供服務或是退還某些醫療服務費用的期限規定。<br>• 您不認為我們有準時將您的個案寄給獨立審查組織。 |

**投訴有各種不同的類型。**您可以提出內部投訴及/或外部投訴。內部投訴係向我們的計畫提出，並由該計畫審查。外部投訴是提交至與本計畫無關的組織進行審查。如果您需要協助提出內部及/或外部投訴，請致電會員服務部：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。

「投訴」的法律術語稱為**「申訴」。**

「提出投訴」的法律術語稱為**「提出申訴」。**

## K2.內部投訴

若要提出內部投訴，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。您可以隨時提出投訴，但與 D 部分藥物相關的投訴除外。如果您提出的投訴與 D 部分藥物相關，您必須在您遇到想要投訴的問題後的 **60 個日曆日內**提出此類投訴。

- 會員服務部會向您告知所有必辦事項。
- 您也可以書寫投訴，並郵寄給我們。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回復您的投訴。
- 只有在不涉及承保糾紛、涉及醫療必需品或實驗/研究性治療的醫療保健服務爭議且可在次營業日結束前解決的情況下，申訴才可以口頭解決。所有其他口頭或書面申訴都必須以書面形式予以承認和答覆。您可以致電給我們：(800) 665-0898，聽障及語障電話專線 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00；或寫信至 Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances（上訴和申訴處），PO Box 22816, Long Beach, CA 90801，傳真：(562) 499-0610。

**「快速投訴」的**法律術語稱為**「加速申訴。」**

若有可能，我們會立即回覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能會在該通話期間給您答覆。如果您的健康狀況需要我們快速回覆，我們將提供該服務。

- 我們在 30 個日曆日內回覆大多數投訴。如果我們因需要更多資訊而未能在 30 個日曆日內做出裁定，我們將以書面形式通知您。我們還會提供狀態更新和您能得到回覆的估計時間。
- 如果您要投訴是因為我們否決您的「快速給付裁定」或「快速上訴」要求，我們會自動採取「快速投訴」的方式處理，並在 24 小時以內給您回覆。
- 如果您要投訴是因為我們延遲了做做出給付裁定或上訴時，我們會自動採取「快速投訴」的方式處理，並在 24 小時以內給您回覆。

如果我們不同意您的部分或全部投訴內容，我們會告知您並說明原因。不論同意您的投訴與否，我們一定會給您回覆。

## K3.外部投訴

### Medicare

您可以向 Medicare 提出投訴，或將投訴寄給 Medicare。Medicare 投訴表單位於：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

在向 Medicare 提出投訴之前，您不需要向 Molina Medicare Complete Care Plus 提出投訴。

Medicare 會審慎處理您的投訴，並且會利用此項資訊協助改善 Medicare 計畫的品質。

如有任何其他意見或疑慮，或認為健康計畫未能解決您的問題，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者可以致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。

### Medi-Cal

**您可以向加州健康照護服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式照護申訴專員提出投訴，請致電 1-888-452-8609。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者可撥打 711。週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00**

您可以向*加州健康照護管理部 (DMHC) 提出投訴。DMHC* 負責管理健康計畫。*對於有關 DMHC 協助中心的投訴，您可以致電 DMHC 協助中心尋求協助。*如果您需要協助進行涉及緊急問題或對您的健康構成立即嚴重威脅的問題的投訴、正在承受巨大痛苦，或者您不同意我們的計畫就您的投訴所做的裁定，或我們的計畫未在 30 個日曆日內解決您的投訴，您可以聯絡健康照護管理部 (DMHC)。

從協助中心獲得協助的方式有兩種：

- 請致電：*1-888-466-2219。聽障、重聽或語言障礙者可撥打免付費聽障及語障電話專線 (TTY) 號碼：1-877-688-9891。*此為免付費電話。
- 訪問管理式健康照護部的網站 (www.dmhc.ca.gov)。

### Office for Civil Rights

如果您認為自己受到了不公正待遇，可以向衛生及公共服務部的民權辦公室提出投訴。例如，您可以就殘障便利設施或語言協助提出投訴。民權辦公室的電話號碼為 1-800-368-1019。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-537-7697。您可瀏覽 www.hhs.gov/ocr 以瞭解更多資訊。

您也可以致電當地民權辦公室：

(877) 588-1123，
週一至週五：上午 9:00 至下午 5:00（當地時間），提供 24 小時語音信箱服務。
聽障及語障電話專線 (TTY)：(855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

您也擁有美國殘障者法案的保障權利。供您聯絡。

### 品質改善組織 (Quality Improvement Organization)

如果您要提出的是有關照護品質方面的投訴，您還有兩個選擇：

- 您可以直接向品質改善組織提出關於照護品質的投訴。
- 您可以向品質改善組織和我們的計畫提出投訴。如果您向品質改善組織提出投訴，我們將與其合作來解決您的投訴。

品質改善組織是由執業醫師及其他醫療照護專家組成的團體，其領取聯邦政府支付的薪酬，負責查核及改進提供給 Medicare 病患的照護品質。若要進一步瞭解品質改善組織，請參閱《*會員手冊*》**第 H2 節**或**第 2 章**。

在加州，品質改進組織稱為 Livanta（加州品質改進組織）。電話號碼為 (877) 588-1123。

# 第 10 章：終止本計畫的會員身份

## 簡介

本章說明停保本計畫的方式以及您在離開本計畫後有哪些健康保險選擇。即使您退出我們的計畫，但只要您有資格，就仍在 Medicare 和 Medi-Cal 計畫內。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

## 目錄


A. 何時可以終止本計畫的會員身份 ..... 183

B. 如何終止本計畫的會員身份 ..... 184

C. 如何分別取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務 ..... 184

C1. 您的 Medicare 服務 ..... 184

C2. 您的 Medi-Cal 服務 ..... 186

D. 如何獲得您的醫療服務和藥物，直到您的計畫會員身份終止 ..... 186

E. 本計畫的會員身份終止的其他情況 ..... 187

F. 針對我們基於任何健康相關原因要求您退保本計畫的規定 ..... 187

G. 如果我們終止您的計畫保戶資格，您提出投訴的權利 ..... 188

H. 如何取得有關終止計畫會員資格的更多資訊 ..... 188

## A. 何時可以終止本計畫的會員身份

大多數 Medicare 保戶都能在一年當中的某個時間點停保。由於您是 Medi-Cal 的保戶，您可能可以在下列各個**特殊投保期間**停保本計畫，或轉換到不同的計畫一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7月至 9 月

除了這三個特殊投保期間以外，您每年可能可在下列期間停保我們的計畫：

- **年度投保期間**：10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計畫，您會在 12 月 31 日停保我們的計畫，並自 1 月 1 日起投保新計畫。
- **Medicare Advantage (MA) 開放投保期間**：1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計畫，您會從次月第一天開始投保新計畫。

可能會有其他情況，讓您符合投保變更資格。例如，當：

- 您搬離我們的服務區域，
- 您的 Medi-Cal 或額外補助 (Extra Help) 資格有所變動，**或者**
- 如果您最近住進或剛搬出療養院或長期照護醫院，或是目前正在其中一個機構接受照護。

在我們收到變更計畫申請當月的最後一天即為停保生效日。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的申請，您的計畫給付將在 1 月 31 日終止。您的新保險將在下個月的第一天開始（本範例中為 2 月 1 日）。

如果您離開我們的計畫，可以獲得以下資訊：

- **第 C1 節**的表格中獲得有關 Medicare 選項的資訊
- **第 C 節**中獲得有關 Medi-Cal 選項和服務的資訊

可在何處取得可停保時間的詳細資訊，請致電：會員服務部，撥打本頁面底部的號碼。也有列出聽障及語障電話專線 (TTY) 的號碼。

- Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy 計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。若需要更多資訊，或查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。Health Care Options，電話 1-844-580-7272，週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-430-7077。
- Medi-Cal 管理式照護申訴專員，電話 1-888-452-8609，週一至週五，上午 8:00至下午 5:00 或傳送電子郵件至：MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注意：如果您投保了一項藥物管理計畫 (DMP)，則可能無法更換計畫。請參閱*《會員手冊》*第 5 章，瞭解藥物管理計畫的資訊。

## B. 如何終止本計畫的會員身份

如果您決定終止您的會員資格，您可以加入另一個 Medicare 計畫或切換到 Original Medicare。不過，若要從本計畫轉換到 Original Medicare，但您尚未另外選取單獨的 Medicare 處方藥計畫，即須提出要求才能從本計畫退保。您可以透過下列兩種方式要求退保：

- 您可以寫信給我們以提出要求。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。
- 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。 聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。致電 1-800-MEDICARE 時，您還可以投保另一個 Medicare 健康或藥物計畫。有關停保本計畫時如何接受 Medicare 服務的詳細資訊，請參閱第 頁的圖表 185。
- 請致電 Heath Care Options，電話 1-844-580-7272，週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者應撥打 1-800-430-7077。
- 以下的第 C 節包括您可以投保不同計畫的步驟，這也會終止您在本項計畫的會員資格。

## C. 如何分別取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

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

### C1.您的 Medicare 服務

您有下列三個選項可以獲得 Medicare 服務。若選擇下列其中一個選項，您會自動停保我們的計畫。

| | |
|---|---|
| **1. 您可以轉投保：**<br><br>**另一個 Medicare 健康計畫**包括合併您 Medicare 和 Medi-Cal 的承保範圍計畫 | **做法如下：**<br><br>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。<br><br>如需查詢老年人全包照護計畫 (PACE)，請致電 1-855-921-PACE (7223)。<br><br>如果您需要協助或更多資訊：<br><br>• 請致電加州健康保險諮詢和宣傳計畫 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00，*聽障及語障電話專線 (TTY)：711*。若要瞭解更多資訊或尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。<br><br>**或**<br><br>或是投保新的 Medicare 計畫。<br><br>當新計畫的承保生效時，您即會自動退保 Medicare 計畫：您的 Medi-Cal 計畫可能會改變。 |
| **2。您可以轉投保：**<br><br>**擁有單獨 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare** | **做法如下：**<br><br>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。<br><br>如果您需要協助或更多資訊：<br><br>• 請致電加州健康保險諮詢和宣傳計畫 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00，*聽障及語障電話專線 (TTY)：711*。若要瞭解更多資訊或尋找您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。<br><br>**或**<br><br>投保新的 Medicare 處方藥計畫。<br><br>當您的 Original Medicare 承保生效時，您即會自動退保我們的計畫。 |

| 3。您可以轉投保： | 做法如下： |
|---|---|
| **無單獨 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare**<br><br>**注意：**如果您轉回 Original Medicare，但沒有另外投保 Medicare 處方藥計畫，除非您告知 Medicare 不要加入，否則 Medicare 可能會替您投保一個藥物計畫。<br><br>僅當您有其他來源，例如雇主或工會的藥物保險時，才應放棄處方藥保險。如果您有是否需要藥物給付方面的疑問，請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計畫 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。若需更多資訊，或想要查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 | 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。<br><br>如果您需要協助或更多資訊：<br><br>• 請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計畫 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。若需要更多資訊，或想要查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。<br><br>當您的 Original Medicare 承保生效時，您即會自動退保我們的計畫。 |

### C2.您的 Medi-Cal 服務

如對於退保我們計畫後要如何取得 Medi-Cal 服務有任何問題，請聯絡 Health Care Options，電話 1-844-580-7272，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電：1-800-430-7077。詢問加入另一個計畫或轉回 Original Medicare 會對您獲得 Medi-Cal 給付有何影響。

## D. 如何獲得您的醫療服務和藥物，直到您的計畫會員身份終止

如果您要退出本計畫，可能需要經過一段時間才能結束會員資格並讓新的 Medicare 和 Medi-Cal 承保生效。在這段期間，您持續透過我們的計畫獲得處方藥和健康照護，直到您的新計畫開始為止。

- 使用我們的網路醫療服務提供者獲得醫療照護。
- 使用我們的網內藥局，包括透過我們的郵購藥局服務領取您的處方藥。
- 如果您在 Molina Medicare Complete Care Plus 會員身份終止的當天住院，我們的計畫將承保您的住院治療，直到您出院為止。(即使您是在新的健康保險給付生效後才出院)。

## E. 本計畫的會員身份終止的其他情況

以下是我們必須終止您的計畫會員身份的情況：

- 如果您的 Medicare A 部分和 Medicare B 部分給付出現中斷。
- 您不再符合 Medi-Cal 的資格。本計畫適用於同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人。
- 您搬離我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域達六個月以上。
  - » 若您打算搬家或度長假，請致電會員服務部，以查詢您欲遷往或欲前往旅行的地點是否位在本計畫的服務區域內。
    - 請參閱*《會員手冊》第 4 章*，以瞭解有關當您不在我們計畫的服務區域時透過我們的訪客或旅行者福利獲得護理的資訊。
- 如果您因刑事犯罪而入獄。
- 您欺騙或隱瞞您擁有其他為您提供處方藥給付的保險資訊。
- 您已不再是美國公民，或不再擁有美國合法居留權。
  - 您必須是美國公民或合法居住在美國，才能成為我們計畫的會員。
  - 如果您沒有資格繼續依此維持會員身分，Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 將會通知我們。
  - 如果您不符合此項條件，我們必須將您退保。

只有我們首先獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的許可，我們才能基於以下原因讓您退出我們的計畫：

- 如果您在參加我們的計畫時故意向我們提供不正確的資訊，並且這些資訊影響您參加我們計畫的資格。
- 如果您的行為持續具有破壞性，讓我們難以為您和我們計畫的其他會員提供健康照護。
- 您讓他人冒用您的會員卡取得健康照護。(基於此原因，Medicare 可能會要求檢察長調查您的個案。)

## F. 針對我們基於任何健康相關原因要求您退保本計畫的規定

我們不得基於任何健康相關原因要求您退出本計畫。如果您認為我們以健康相關因素為由要求您退保，**請致電 Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。您可以隨時撥打，本專線全年無休。

## G. 如果我們終止您的計畫保戶資格，您提出投訴的權利

如果我們終止您在本計畫的會員資格，必須以書面方式向您說明停保原因。我們也必須告訴您如何就該終止保戶資格的判定提出申訴或投訴。您也可參閱《*會員手冊*》**第 9 章**，瞭解如何提出投訴的資訊。

## H. 如何取得有關終止計畫會員資格的更多資訊

如果您有任何疑問或者想要瞭解有關終止會員資格的更多資訊，可以撥打本頁面底端的會員服務部電話。

# 第 11 章：法律通知

## 簡介

本章涵蓋適用於您於本計畫會員資格之法律通知。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

## 目錄

A. 法律聲明 ..... 190

B. 不歧視聲明 ..... 190

C. Medicare 做為次要保險人和 Medi-Cal 做為最後保險人的聲明 ..... 190

D. Medi-Cal 遺產追討聲明 ..... 191

## A. 法律聲明

本《*會員手冊*》適用多種法律規定。即使《*會員手冊*》內未納入或說明這些法規，仍可能影響您的權利與義務。本手冊所適用之主要法律為 Medicare 和 Medi-Cal 計畫的相關聯邦和州法律。此外，也可能適用其他聯邦和州法律。

## B. 不歧視聲明

我們不會基於以下原因歧視您或差別對待：種族、族裔、國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性取向、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明、服務區域內的地理位置。此外，我們不會因為血統，族群身分，性別認同，婚姻狀況或醫療狀況而非法歧視，排擠或治療他們。

如果您想瞭解更多資訊或擔心歧視或不公平對待：

- 請致電衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者可以致電 1-800-537-7697。您也可瀏覽 www.hhs.gov/ocr 以瞭解更多資訊。
- 請致電健康照護服務部民權辦公室，電話：916-440-7370。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者請致電 711（電信轉接服務）。如果您認為自己受到歧視，想要提出歧視申訴，請撥打 (855) 665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711 聯絡會員服務部。P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801。

如果您的申訴與 Medi-Cal 計畫內的歧視有關，您也可以透過電話、書面或電子方式，向健康照護服務部民權辦公室提出投訴：

- 電話：請致電 916-440-7370。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 711（電信轉接服務）。
- 書面方式：填寫投訴表格或寄信至：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O.Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  投訴表格可在：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得

- 電子方式：請傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

如果您是殘障人士，並且需要協助以得到健康照護服務或聯絡醫療提供者，請致電會員服務部。如果您提出投訴，例如無障礙輪椅相關問題，會員服務部可以提供協助。

## C. Medicare 做為次要保險人和 Medi-Cal 做為最後保險人的聲明

在某些情況下，第三方必須先給付本計畫提供的服務。例如，如果您出了車禍或因公受傷，保險或勞工賠償就必須先給付相關費用。

我們有權也有責任收取 Medicare 非主要保險人之給付 Medicare 服務保費。

我們遵守聯邦和州針對第三方對會員醫療照護服務的法律責任所制訂的法律和法規。我們會採取一切合理的措施來確保將 Medi-Cal 視為最後保險人。

## D. Medi-Cal 遺產追討聲明

Medi-Cal 計畫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 福利。還款包括會員在護理機構住院或在家和社區接受治療時所接受的按服務收費和管理式護理保費/按人頭付費的護理機構服務、家庭和社區服務以及相關醫院和處方藥服務為基礎的服務。還款不得超出會員遺產的價值。

要瞭解更多資訊，請瀏覽衛生保健服務部的遺產追回網站：www.dhcs.ca.gov/er 或致電 916-650-0590。

# 第 12 章：重要詞彙定義

## 簡介

本章包括*《會員手冊》*中使用的關鍵術語及其定義。這些術語按字母順序列示。如果您無法找到要找的術語，或者您需要定義未涵蓋的資訊，請聯絡會員服務部。

**日常生活活動 (ADL)：**每天日常起居所做的事情，例如進食、如廁、穿衣、洗澡或刷牙。

**行政法官：**審查第 3 級上訴的法官。

**愛滋病藥物援助計畫 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)：**該計畫協助符合條件的 HIV/AIDS 患者取得救命藥物。

**非住院性手術中心：**專為不需醫院照護且預計照護時間不超過 24 小時的病患提供門診手術服務的機構。

**上訴：**如果您認為我們處理有誤，可以對我們的行動提出質疑。您可以透過提出上訴要求我們更改承保判定。**第 9 章**對上訴作了說明，包括如何提出上訴。

**行為健康：**總括心理健康和物質使用疾患的用語。

**原廠藥：**由研發藥物的原藥廠製造及販售的處方藥。原廠藥與非專利版本的藥物具有相同成分。非專利藥物通常由其他藥品公司生產和銷售。

**照護計畫：**請參閱「個人照護計畫」。

**照護計畫選擇性服務：**根據個人照護計畫 (ICP) 可供選擇的額外服務。這些服務並非要取代您在 Medi-Cal 下獲得授權的長期服務和支持。

**照護團隊：**請參閱「跨科照護團隊」。

**個案經理：**負責與您和健保計畫以及醫療提供者合作，以確保您能獲得所需照護的 Molina 員工。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)：**負責 Medicare 的聯邦機構。您的*《會員手冊》*第 2 章*說明*如何聯絡 CMS。

**社區成人服務 (CBAS)：**以門診機構為主的服務計畫，提供特殊護理照護、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家屬/照護者訓練與輔助、營養服務、接送以及其他服務給符合相關資格條件的合格會員。

**投訴：**表示對於承保服務或照護有問題或疑慮的書面或口頭聲明。這包括服務品質、照護品質、我們的網路醫療提供者，或網路藥局的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱是「提交申訴」。

**綜合門診復健機構 (CORF)：**此類機構主要提供病後、傷後或重大手術後的復健服務。該設施提供各種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言治療和家庭環境評估服務。

**共付額：**每次獲得某些服務或處方藥時，您支付的固定金額做為您的費用份額。例如，您可能為服務或處方藥支付 $2 或 $5。

**費用分攤：**當您獲得某些服務或處方藥時必須支付的金額。費用分攤包含自付額。

**費用分攤層級**具有相同共付額的一組藥物。在*承保藥物清單*（也稱為藥物清單）上的每種藥物都屬於一個費用分攤層級。一般來說，分攤費用等級越高，您要支付的藥物費用就越高。

**給付裁定：**關於我們承保哪些給付的裁定。這包括有關承保藥物和服務，或我們為您的健康服務所承保的金額裁定。您的*《會員手冊》***第 9** 章*說明*如何要求我們做出給付裁定。

**給付藥物：**該術語意指本計畫承保的所有處方藥和非處方 (Over-The-Counter, OTC) 藥物。

**給付服務：**是指本計畫承保之所有醫療照護、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥物、器材以及其他服務的統稱。

**文化能力培訓：**為我們的健康照護提供者提供額外指導的訓練，以協助他們更能瞭解您的背景、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。

**每日費用分攤率：**當您的醫師針對某種藥物開立少於一整個月的藥量，且您必須支付共付額時，可能適用「每日費用分攤率」。每日費用分攤率是共付額除以一個月中的供藥天數。

此為範例：假設您整個月藥量（即 30 天藥量）的共付額為 $1.35。這代表您每天支付的藥物金額少於 $0.05。如果您獲得 7 天的藥物供應量，您的付款金額為每天不到 $0.05 乘以 7 天，總付款金額不到 $0.35。

**健康照護服務部 (Department of Health Care Services, DHCS)：管理 Medicaid 計畫，也稱為 Medi-Cal 的加州政府部門。**

**醫療保健管理部門 (DMHC)：負責制訂健康計畫的加州政府部門。DMHC 可協助人們處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。此外，DMHC 也會執行獨立醫療審查 (Independent Medical Reviews, IMR)。**

**退保：**終止本計畫會員資格的程序。退保可能基於自願（您自己的選擇）或是非自願（不是您自己的選擇）。

**藥物管理計畫 (Drug management program, DMP)：**該計畫有助於確保會員安全使用鴉片類處方藥以及其他經常受濫用的藥物。

**藥物等級：**在我們藥物清單上的各類藥物。藥物等級例如非專利、原廠、非處方藥物。我們藥物清單上的每一種藥物都會歸類在一種等級。

**雙重資格特殊需求計畫 (D-SNP)：**為符合 Medicare 和 Medicaid 資格的個人提供服務的健康計畫。我們的計畫是 D-SNP。

**耐用性醫療器材 (Durable medical equipment，DME)：**您的醫師囑咐居家使用的特定醫療器材。這些項目例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由醫療提供者開立醫囑供居家使用的病床、靜脈注射泵、語音發聲裝置、氧氣器材、噴霧器和助行器。

**急診：**醫療急診，即您或任何其他具有一般健康知識的人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以避免死亡、失去身體某部位或造成身體功能喪失或嚴重傷害（若您是孕婦，則包含失去胎兒）。醫療症狀可能是疾病、受傷、嚴重疼痛，或是迅速惡化的身體病症。

**急診照護：**由受過急診服務訓練的醫療提供者以及治療醫療或行為健康緊急狀況所需的承保服務。

**例外處理：**對於通常不在承保範圍內的藥物，或在沒有特定規定和限制的情況下所使用的藥物予以承保。

**非承保範圍的服務：**不在本健康計畫承保範圍內的服務。

**額外補助：**一項 Medicare 計畫，旨在協助收入和資源有限的人降低 Medicare D 部分處方藥費用，例如：保費、免賠額和自付額。額外補助也稱為「低收入補貼」(Low-Income Subsidy, LIS)。

**非專利藥物：**經聯邦政府核准用於取代原廠藥的處方藥。非專利藥物的成份與原廠藥相同。非專利藥物的藥效和原廠藥相同，但價格通常較低。

**申訴：**您對於我們、我們的網路醫療提供者或藥局所提出的投訴。這包括對您的照護品質或您的健康計畫所提供的服務品質。

**醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)：**該計畫提供有關 Medicare 的免費客觀資訊和諮詢。您的*《會員手冊》***第 2 章**說明如何聯絡 HICAP。

**健保計畫：**由醫師、醫院、藥局、長期服務提供者以及其他服務提供者所組成的組織。此外我們還有照護協調員，協助您管理所有醫療服務提供者和服務。他們會一起合作，提供您所需的照護。

**健康風險評估：**審查您的病史和目前狀況。此評估用來瞭解您的健康狀況，以及未來可能發生的變化。

**居家保健助理：**該人士提供無需護士或治療師證照專業的服務，例如協助進行個人照護（沐浴、如廁、更衣或進行醫師囑咐的運動）。居家健康助理沒有護理執照也不提供治療。

**善終服務：**協助末期預後患者享有舒適生活的照護和支援計畫。末期預後是指經醫學證明患有末期疾病，即預期壽命為 6 個月或更短。

末期預後的投保人有權選擇安寧服務。

一個由受過專門訓練的專業人員和照護人員組成的團隊，提供個人完整照護，包括身體、情感、社交和精神需求。

我們必須為您提供在您所在地理區域範圍內的安寧療護提供者清單。

**不適當/不恰當的收費 (Improper/inappropriate billing)：**是指醫療提供者（如醫師或醫院）向您收取的服務費用超過我們允許的費用分攤金額。如果收到任何不明帳單，請致電會員服務部。

-做為計畫會員，您只需在接受我們承保的服務時支付共付額。我們**不**允許醫療提供者向您收取超過此金額的費用。

-由於我們會全額給付服務費用，因此您**無需**分攤任何費用。醫療提供者不應對於這些服務向您收取任何費用。

**到府看護服務：**IHSS 計畫會協助支付為您提供的服務，讓您能夠享有居家安全。IHSS 是家庭外照護的替代方式，例如療養院或寄宿機構。透過 IHSS 能獲得授權的服務類型包括家居清潔、餐點準備、洗衣、購物、

個人照護服務（如腸道和膀胱照護、洗澡、梳洗和輔助醫療服務）、陪同就診，以及對心智障礙者的保護監督。郡社會服務機構負責管理 IHSS。

**獨立醫療審查：**如果我們拒絕您的醫療服務或治療要求，您可以提出上訴。如果您不同意我們的裁定，而且您的問題與 Medi-Cal 服務有關，包括 DME 用品和藥物，您可以要求加州管理式醫療照護部進行 IMR。IMR 是由非屬於本計畫的醫師審查您的個案。如果獨立醫療審查 (IMR) 判定您勝訴，我們就必須提供您要求的服務或治療。您無需為 IMR 支付任何費用。

**獨立審查組織：**由 Medicare 聘僱的獨立審查組織，負責審查第 2 級上訴。其與我們毫無關聯，也並非政府機構。該組織會裁定我們的判定是否正確或需要更改。Medicare 會監督其工作。該正式名稱為獨立審查實體。

**獨立醫師協會：**IPA 是與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-SNP) 簽約的公司，負責組織一群醫師、專科醫師和其他醫療提供者為 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員看診。您的醫師和 IPA 將負責滿足您的所有醫療需求。這包括在需要時取得授權，以便專科醫師看診或接受例如實驗室檢測、X 光、住院和門診等醫療服務。

**個人照護計畫 (ICP 或 Care Plan)：**照護計畫包括您的主要健康問題、目標、需求和您可能需要的服務。您的計畫可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務和支援。

**住院：**正式入院接受專業醫療服務即稱為住院。如果未正式入院，即便在醫院過夜，您仍可能會被視為門診病患，或是接受留觀服務的病患。

**跨科照護團隊 (ICT 或 Care team)：**護理團隊包括您的初級保健醫生、個案經理，可能還包括其他專業護理提供者、護理人員或其他健康專業人員，他們可以協助您獲得所需的護理。您的照護團隊也會協助擬定或更新您的照護計畫。

***承保藥物一覽表*(Drug List)：**我們所承保處方藥和非處方 (OTC) 藥物的清單。此清單中的藥物是我們在醫師及藥劑師的協助下選定的藥物。藥物清單會向您說明取得藥物是否有任何需要遵守的規定。藥物清單有時稱為「處方集」。

**長期服務與扶助：**長期服務和支援有助於改善長期病症。大部分的這些服務能協助您留在家中，而不必前往護理機構或醫院。我們的計畫涵蓋的 LTSS 包括社區服務、護理設施 (NF) 和社區支持。IHSS 和 1915(c) 豁免計畫是在我們計畫外提供的 Medi-Cal LTSS。

**低收入補助：**請參閱「額外補助」。

**郵購計畫：**有些計畫提供郵購計畫，可供您領取 3 個月藥量的承保處方藥，直接郵寄至您的家中。這種方式符合成本效益且便利，可讓您定期領取處方藥。

**Medi-Cal：**這是加州 Medicaid 的計畫名稱。Medi-Cal 由州政府管理，費用由州政府和聯邦政府支付。

- 其協助收入和資源有限的人們支付長期服務與支援以及醫療的費用。
- 其承保 Medicare 不予承保的額外服務和某些藥物。
- Medicaid 計畫因州而異，但如果您同時具有 Medicare 和 Medi-Cal 資格，則涵蓋大多數健康照護服務費用。

**Medi-Cal 計畫：**僅承保 Medi-Cal 福利的計畫，例如長期服務與支援、醫療器材和接送。Medicare 為個別福利。

**醫療補助（或醫療援助）：**由聯邦政府和州政府實施的一項計畫，旨在協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 是加州的 Medicaid 計畫。

**醫療必要性：**是指預防、診斷或治療您的醫療症狀或維持當前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括使您免於住進醫院或養老院的照護。這也表示服務、用品或藥物符合醫療實踐的公認標準，或根據現行 Medicare 或 Medi-Cal 承保規定的必要性。

**Medicare：**對於 65 歲或以上、部分未滿 65 歲的特定殘障人士，以及末期腎臟病病患（通常為需要洗腎或腎臟移植的永久腎功能衰竭病患）的聯邦健康保險計畫。Medicare 的投保人可以透過 Original Medicare 或管理式照護計畫（請參閱「健康計畫」）獲得 Medicare 健康承保。

**Medicare Advantage：**一項 Medicare 計畫，又稱為「Medicare C 部分」或「MA」，並透過私營公司提供 MA 計畫。Medicare 會向這些公司給付，以承保您的 Medicare 福利。

**Medicare 上訴委員會（委員會）：**審查第 4 級上訴的委員會。此委員會隸屬聯邦政府。

**Medicare 給付的服務：**Medicare A 部分和 B 部分的承保服務。包含本計畫在內，均必須承保屬於 Medicare A 部分和Medicare B 部分承保的所有服務。

**Medicare 糖尿病預防計畫：**一項結構性的健康行為改變計畫，提供長期飲食改變、增加體能活動以及問題克服策略的訓練，以維持減重和健康的生活型態。

**Medicare 和 Medi-Cal 雙投保人：**有資格同時享有 Medicare 和 Medicaid 承保的投保人。Medicare 和 Medi-Cal 雙投保人也被稱為「雙重資格人士」。

**Medicare A 部分 (Medicare Part A)：**該 Medicare 計畫承保大部分具有醫療必要性的醫院、專業護理機構、居家健康和安寧照護。

**Medicare B 部分 (Medicare Part B)：**該 Medicare 計畫承保具有醫療必要性以治療疾病或症狀的服務（如檢驗室檢測、手術和醫師就診）以及用品（如輪椅和助行器）。Medicare B 部分也給付許多預防性和篩檢服務。

**Medicare C 部分 (Medicare Part C)：**該 Medicare 計畫又稱為「Medicare Advantage」或「MA」，讓私營健康保險公司透過 Medicare Advantage 計畫提供 Medicare 福利。

**Medicare D 部分 (Medicare Part D)：**Medicare 處方藥福利計畫。我們將此計畫簡稱為「D 部分」。Medicare D 部分承保門診處方藥、疫苗和一些 Medicare A 部分或 B 部分或 Med-Cal 不承保的用品。我們的計畫包含 Medicare D 部分。

**Medicare D 部分藥物 (Medicare Part D drugs)：**Medicare D 部分承保的藥物。國會特別將特定類別的藥物排除在 Medicare D 部分的承保範圍之外。Medicaid 可能會承保某些該類藥物。

**醫療治療管理部：**由包含藥劑師在內的健康照護提供者，專為病患提供的一項獨特或一組服務，以確保病患的最佳治療效果。如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》第 5 章。

**會員（Member，本計畫會員或計畫會員）：**投保 Medicare 和 Medi-Cal，符合承保服務資格，已投保本計畫，且該投保已獲得Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 以及州政府確認的人士。

***會員手冊與揭露資訊* (Member Handbook and Disclosure Information)：**本文件連同說明您承保範圍、本計畫義務、您的權利以及身為本計畫會員應履行義務的投保表格和任何其他附件或附加條款。

**會員服務部：**本計畫內負責解答您有關會員資格、福利、申訴及上訴等相關問題的部門。更多會員服務部相關資訊，請參閱*《會員手冊》***第 2 章。**

**網路藥局：**同意為我們計畫會員提供處方藥的藥局（藥店）。我們稱為「網路藥局」是因為他們同意與本計畫合作。大多數情況下，只有在我們的網路藥局領取處方藥時，我們才會承保該藥物。

**網路醫療提供者：**「醫療提供者」是我們對醫師、護士以及提供服務和照護人員的統稱。該術語包括醫院、居家健康機構、診所以及其他為您提供健康照護服務、行為健康服務、醫療器材及某些長期服務和支援的場所。

- 他們獲得 Medicare 和州政府的證照或認證，以提供健康照護服務。
- 當他們同意與我們的健康計畫合作、接受我們的付款且不會收取會員額外的費用時，我們就稱他們為「網路醫療提供者」。
- 只要您是本計畫的會員，您就必須使用網路醫療服務提供者來取得承保服務。網路醫療提供者又稱為「計畫提供者」。

**療養院或機構：**針對無法獲得居家照護，但又不需住院的人士提供照護的設施。

**申訴專員：**在您所在州代表您倡導權益的一間辦公室。如果您有任何問題或投訴，他們能回答您的問題，並協助您瞭解該怎麼做。申訴專員的服務免費。您可以在*《會員手冊》***第 2 章和第 9 章**找到更多資訊。

**組織裁決：**當我們或其醫療提供者決定服務是否承保，或您需為承保服務支付多少費用時，本計畫會做出組織裁決。組織裁決在本手冊中稱為「給付裁定」。*《會員手冊》***第 9 章**說明給付裁定。

**Original Medicare（「傳統 Medicare」(Traditional Medicare) 或「按服務付費式」Medicare (Fee-for-service Medicare)）：**Original Medicare 由政府提供。在 Original Medicare 下，服務承保方式是將國會制訂的金額向醫師、醫院及其他醫療照護提供者承保。

- 您可以使用接受 Medicare 的任何醫師、醫院或其他醫療提供者。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 在美國各地皆可使用。
- 如果您不想投保本計畫，可以選擇 Original Medicare。

**網外藥局：**未同意與本計畫合作以協調或提供承保藥物給會員的藥局。除非符合特定條件，本計畫不承保您從網外藥局取得的大部分藥物。

**網外服務提供者 (Out-of-network provider) 或網外機構 (Out-of-network facility)：非本計畫所雇用、擁有或經營，且未簽約向本計畫會員提供承保服務的醫療提供者或機構。**有關網外醫療服務提供者或機構的說明，請參閱*《會員手冊》***第 3 章。**

**自付額。**會員支付部分服務或藥品的費用分攤要求也稱為「自付額」費用要求。請參閱上文「費用分攤」的定義。**非處方 (OTC) 藥物：**是指無需健康照護專業人員開立處方即可購買的藥品或藥物。

**A 部分 (Part A)：**請參閱「Medicare A 部分」。
**B 部分 (Part B)：**請參閱「Medicare B 部分」。
**C 部分 (Part C)：**請參閱「Medicare C 部分」。
**D 部分 (Part D)：**請參閱「Medicare D 部分」。
**D 部分藥物 (Part D drugs)：**請參閱「Medicare D 部分藥物」。

**個人健康資訊（又稱「受保護的健康資訊」，PHI）：**有關您和您健康的資訊，例如您的姓名、住址、社會安全號碼、就診次數和病史。請參閱隱私權政策通知，瞭解更多關於我們如何保護、使用及揭露您的PHI，以及根據您的 PHI 所享有的權利。

**主要醫療服務提供者 (PCP)：**對於大部分健康問題，您首先要找的醫師或其他醫療提供者。他們會確保您獲得所需的照護以保持健康。

- 他們也會與其他醫師和健康照護提供者討論您的照護情形，並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健康計畫中，您必須先找主要醫療提供者，然後才能讓任何其他的健康照護業者看診。
- 從主要醫療服務提供者處獲得照護的相關資訊，請參閱*《會員手冊》***第 3 章。**

**事先授權 (Prior Authorization, PA)：**由您的 PCP 提交的服務要求 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 以取得特定服務或藥物的核准或授權，或使用網外醫療提供者。如果您沒有獲得批准，Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 可能不會承保該服務或藥物。

唯有當您的醫師或其他網路醫療提供者取得我們的 PA 後，本計畫才能承保某些網路醫療服務。

- *《會員手冊》***第 4 章**標示需要本計畫事先授權的承保服務。

唯有您取得我們的 PA 後，本計畫才能承保某些藥物。

- 需要本計畫 PA 的承保藥物已標示在*承保藥物清單*。

**老年人全面照護計畫 (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)：**該計畫為 55 歲以上需要較高品質照護以進行居家生活的人士承保 Medicare 和 Medicaid 福利。

**義肢和矯具**：由您的醫師或其他醫療提供者訂購的醫療裝置，包括但不限於手臂、背部和頸部支架；假肢；義眼；以及取代內部身體部位或功能所需的裝置，包括腸造口用品以及腸內和腸外營養治療。

**品質改善組織 (QIO)：**由醫師及其他健康照護專家組成的團體，協助改善 Medicare 投保人的照護品質。聯邦政府會向 QIO 付費，以檢查並改善給予患者的照護。更多 QIO 相關資訊，請參閱*《會員手冊》***第 2 章**。

**數量限制：**可領取藥物的數量限制。我們可能會設定承保藥物的數量限制。

**即時福利工具：**一個入口網站或電腦應用程式，投保人可以在其中查詢完整、準確、即時、適合臨床、針對投保人的承保藥物和福利資訊。這包括費用分攤金額，可用於同一健康症狀的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

**轉介：**轉介是指您的主要醫療提供者 (Primary Care Provider, PCP) 核准您使用 PCP 以外的醫療提供者。如果您未獲得核准，我們可能不承保該服務。某些專科醫師看診無須轉介，例如女性健康專科醫師。您可以在《*會員手冊*》**第 3 章和第 4 章**找到更多轉介相關資訊。

**復健服務：**有助於從病後、傷後或重大手術後復原的治療。請參閱《*會員手冊*》**第 4 章**，瞭解更多關於復健服務的資訊。

**敏感服務：**對於心理或行為健康、性與生殖健康、家庭計畫、性傳播感染 (Sexually Transmitted Infections, STIs)、HIV/AIDS、性侵害和墮胎、物質使用疾患、性別確認照護及親密伴侶暴力的相關服務。

**服務區域：**如果健康計畫根據人們的居住地限制會員資格，則服務區域即是指接受會員的地理區域。如果計畫會限制您可以使用的醫師和醫院，則服務區域通常是您可以獲得例行（非緊急）服務的區域。只有我們服務地區的居民才能加入我們的計畫。

**費用分攤：**在您的福利生效之前，您每月可能需要支付一部分的健康照護費用。您分攤的費用金額因您的收入和資源而異。

**專業療養院 (SNF)：**配有員工和器材的護理機構，提供專業護理照護，並在大部分情況下提供專業復健服務和其他相關的健康服務。

**專業療養院照護 (Skilled nursing facility (SNF) care)：**在專業護理機構中每天持續提供的專業護理照護和復健服務。專業護理機構照護的例子包括物理治療，或由護士或醫師進行靜脈 (Intravenous, IV) 注射。

**專科醫師 (Specialist)：**對於特定疾病或身體部位提供健康照護的醫師。

**專科藥局：**請參閱《*會員手冊*》第 5 章以瞭解更多專科藥局的相關資訊。

**州聽證會：**如果您的醫師或其他醫療提供者要求一項我們不會核准的 Medi-Cal 服務，或是我們將不繼續給付您已接受的 Medi-Cal 服務，您可以要求舉行州聽證會。如果州聽證會做出對您有利的裁定，則我們必須提供您要求的服務。

**階段治療：**一種承保規定，要求您先嘗試另一種藥物，而後我們才會承保您要求的藥物。

**社會安全生活補助金 (SSI)：**社會安全機構每月向殘疾、失明或 65 歲以上低收入及資源有限者給付的每月福利。SSI 福利與社會保障福利 (Social Security benefits) 不同。

**緊急醫療照護：**因急病、受傷或出現非急診但需要立及治療的病症而獲得的照護。當網路醫療提供者無法提供服務或您無法前往時，您可以從網外醫療提供者處獲得緊急醫療照護。

## Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員服務部

| | |
|---|---|
| **請致電：** | (855) 665-4627 此號碼為免費電話。<br><br>全年無休，上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。會員服務亦為英語非母語者提供免費的翻譯服務。<br><br>我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。 |
| **聽障及語障電話專線 (TTY)** | 聽障及語障電話專線 (TTY)：711<br><br>此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。<br><br>此號碼為免費電話。 |
| **傳真** | **醫療服務：**<br><br>ATTN: Medicare 會員服務部傳真：(310) 507-6186<br><br>D 部分（處方藥）服務：傳真：(866) 290-1309 |
| **寫信** | **醫療服務：**<br>200 Oceangate, Suite 100<br>Long Beach, CA 90802<br>**D 部分（處方藥）服務：**<br>ATTN: Pharmacy Department<br>7050 Union Park Center, Suite 200<br><br>Midvale, UT 84047 |
| **網站** | www.MolinaHealthcare.com/Medicare |

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

# Language Assistance Services

免費提供如手語翻譯、書面翻譯與替代格式的書面資訊等協助及服務。請致電 1-855-665-4627，聽障及語障電話專線 (TTY)：711。

**English:**
We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish**:
Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:**
如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-855-665-4627。说 普通話 的人士会帮助您。这是免费服务。

**Chinese Cantonese:**
我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-855-665-4627 聯絡我們。能說 广东话 的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

**Tagalog:**
May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**Vietnamese:**
Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Form Approved
OMB# 0938-1421

**Korean:**

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

**Russian:**

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русский язык. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-855-665-4627. ويمكن لشخص يتحدّث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

**Hindi:**

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Japanese:**

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語 の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

**Armenian:**

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

**Cambodian:**

យើងមានសវៀអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានាដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលហានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់មួយនាក់ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកហាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនេះទេ។

H5810_24_50_CASNPStateMLI_C016

**Persian (Farsi):** برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

**Hmong:**

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj.Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627.Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

**Laotian:**

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

**Mien:**

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

**Punjabi:**

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਸਿੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਅਿਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Thai:**

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian:**

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

**French:**

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffitfit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

CAMMP03ECZH1023
CAH303803ECZH24
230911