

2025

會員手冊

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

California H3038-003

生效日期為 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 《會員手冊》

2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日

您在 Molina 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》，也稱為承保範圍證明，說明到 2025 年 12 月 31 日之前，您在本計劃的給付範圍。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您的《會員手冊》的**第 12 章**。

這是重要法律文件。請保存在安全的地方。

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

本文件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、韓語、老撾語、俄語、塔加拉族語以及越南語版本。

您可以致電會員服務部電話，免費獲得本文件的其他格式，例如大字體、點字和/或音訊格式，電話：(855)665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。請注意，我們的自動電話系統可能會在 4 月 1 日至 9 月 30 日的週末和假日接聽您的電話。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, TTY: 711，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間），以首選語言更新您的記錄。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, 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或變更長期要求。您也可以聯絡照護協調員，獲得長期要求的相關協助。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。



2025 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

目錄

第1章	以會員身分開始	5
第2章	重要的電話號碼及資源	14
第3章	使用本計劃的給付範圍來獲得您的健康照護及其他承保服務	28
第4章	醫療福利表	43
第5章	獲得門診處方藥	86
第6章	您需要支付的 Medicare 和 Medi-Cal Medicaid 處方藥費用	98
第7章	要求我們支付您獲得的針對給付服務或藥物的帳單	103
第8章	您的權利和責任	108
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	127
第10章	終止本計劃的會員身分	156
第11章	法律通知	162
第12章	重要詞彙定義	165

免責聲明

- ❖ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的給付範圍稱作「最低限度必要給付範圍」的合格健康給付範圍。它滿足患者保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人共享責任要求。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 合約並與州份 Medicaid 計劃簽約的健康計劃。投保 Molina Medicare Complete Care Plus 的資格視續約情況而定。
- ❖ 在價值型的保險設計 (VBID) 模式下並不保證享有模式福利或獎勵和激勵 (RI) 計劃的資格，如果目標投保人的模式福利或 RI 計劃資格無法確保或無法在計劃年度之前確定，如適用，將在投保後由 Medicare Advantage 組織 (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劃來加以確定。
- ❖ Medicare 核准 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 提供這些福利和/或較低的共付額/共保額以作為價值型的保險設計計劃。本計劃讓 Medicare 嘗試新的方法來改善 Medicare Advantage 計劃。

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 Ocean Gate 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）

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，民權協調員可幫助您。

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事處提出民事投訴：

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 OCREmail@hhs.gov

www.hhs.gov/ocr

在此取得投訴表單 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，網址為

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

，或是透過郵件或電話：

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)

在此獲得投訴表單：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

第1章以會員身分開始

簡介

本章介紹了關於 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的資訊，該健康計劃給付您所有的 Medicare 服務，並協調您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，以及您的會員資格的資訊。它也說明服務內容和我們會給予您的其他資訊。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《會員手冊》最後一章。

目錄

A. 歡迎加入我們的計劃	6
B. Medicare 和 Medi-Cal 相關資訊	6
B1. Medicare	6
B2. Medi-Cal	6
C. 本計劃的優點	6
D. 本計劃服務區域	7
E. 要成為計劃會員需符合哪些資格	7
F. 當您首次加入本健康計劃時，會經歷哪些事	7
G. 您的照護團隊和照護計劃	8
G1. 照護團隊	8
G2. 照護計劃	8
H. 您的 Molina Medicare Complete Care Plus 每月保費	8
H1. 計劃保費	9
H2. 每月 Medicare B 部分保費	9
H3. Medicare 處方付款金額	9
I. 您的《會員手冊》	9
J. 我們向您提供的其他重要資訊	9
J1. 您的會員 ID 卡	9
J2. 醫療服務提供者與藥局名錄	11
J3. 承保藥物清單	12
J4. 福利說明	13
K. 將會員記錄保持在最新狀態	13
K1. 個人健康資訊 (PHI) 隱私	13

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

A. 歡迎加入我們的計劃

我們的計劃為有資格參加這兩個計劃的個人提供 Medicare 和 Medi-Cal 服務。我們的計劃是由醫師、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服務提供者共同組成的組織。我們也有照護協調員和照護團隊，協助您管理您的健康服務提供者和服務。這些專業人士會一起合作，提供您所需的照護。

在 Molina Healthcare，我們瞭解每位會員都是不同，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 福利結合為單一計劃，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，提供優質的健康照護服務。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劃：

- 65 歲或以上人士，
- 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 Medicaid 計劃名稱。Medi-Cal 由州政府管理，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、
- 承保的服務，以及
- 服務費用。

在遵守聯邦規則的前提之下，各州能夠自行決定如何推動其計劃。

Medicare 和加州政府已核准我們的計劃。您可以透過我們的計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務，只要：

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

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

C. 本計劃的優點

現在您可以從我們的計劃獲得您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 給付服務，包括處方藥在內。**您無需為加入本健康計劃額外付費。**

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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 您會有協助您的照護團隊。您的照護團隊可能包括您自己、看護、醫師、護士、諮詢師或其他醫療專業人士。
- 您可以照護理協調員。這名人員會與您、我們的計劃及您的照護團隊合作，以協助制定照護計劃。
- 您可以透過照護團隊和照護理協調員的協助，主導您自己的照護。
- 照護團隊和照護理協調員會與您共同合作，以提出為符合您的照護需求而特別設計的照護計劃。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一切藥物，以確定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 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。您可能仍會從前一個 Medi-Cal 健康計劃獲得額外一個月的 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 給付範圍沒有缺口。如果您有任何問題，請致電 (855) 665-4627, TTY: 711。

D. 本計劃服務區域

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。

只有我們服務地區的居民能加入我們的計劃。

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劃。請參閱《會員手冊》的**第 8 章**，進一步瞭解搬離我們的服務地區會有何影響。

E. 要成為計劃會員需符合哪些資格

只要符合以下條件，即符合本計劃的資格：

- 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**
- 目前符合 Medi-Cal 的資格

如果您喪失 Medi-Cal 的資格，但預計會在 3 個月內重新獲得資格，那麼您仍然有資格參加本計劃。

請致電會員服務部以獲得更詳細的資訊。

F. 當您首次加入本健康計劃時，會經歷哪些事

當您首次加入我們的計劃時，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劃。此 HRA 所包含的問題，可用來確定您在醫療、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 的進行方式包括登門造訪、電話詢問或郵寄信件。

我們會將此 HRA 的詳細資訊寄給您。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

若您是我們的計劃的新會員，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內）。我們稱此為持續性照護。如果他們不在我們的網內，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服務提供者要求我們讓您繼續使用您目前的醫療服務提供者。
- 我們確定您與主治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，您在我們的計劃的最初投保日期前 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。
 - 我們將審查我們可獲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。您可以要求我們作出更快速的裁定，這樣我們就必須在 15 天內回應。您可以致電 (855) 665-4627, TTY: 711。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。

註：您可以向耐用性醫療器材 (DME) 提供者提出此請求，期限至少 90 天，直到我們授權新的租賃並讓網內醫療服務提供者提供租賃。儘管您不能向交通服務提供者或其他輔助服務提供者提出此要求，但是您可以向我們計劃中未包含的交通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 網內您的主治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。網內醫療服務提供者是與本健康計劃合作的醫療服務提供者。我們計劃的主治醫療服務提供者 (PCP) 隸屬於 IPA 和醫療小組。當您選擇主治醫療服務提供者 (PCP) 時，您也在選擇附屬的 IPA 或醫療小組。這表示，您的主治醫療服務提供者 (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主治醫療服務提供者 (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劃

G1. 照護團隊

照護團隊可以幫助您持續獲得所需的照護。照護團隊可能包括您的醫師、照護協調員或您所選擇的其他醫療看護。

照護協調員是指受過訓練的人員，旨在幫助您管理自己所需的照護。在您投保本計劃時，我們會給您分配一名照護協調員。此人也會將您轉介給我們的計劃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。請致電頁面底部的號碼與我們聯絡，以獲得有關您的照護協調員和照護團隊的更多資訊。

G2. 照護計劃

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

您的照護計劃包括：

- 您的醫療照護目標，以及
- 關於您獲取所需服務的時間表。

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取的服務。您的照護計劃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劃。

H. 您的 Molina Medicare Complete Care Plus 每月保費

您的費用可能包括：

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 計劃保費 (第 H1 節)
- 每月 Medicare B 部分保費 (第 H2 節)
- 處方支付計劃金額 (第 H3 節)

在某些情況下，您的計劃保費可能會更低。

H1. 計劃保費

身為計劃會員，您必須支付每月的計劃保費。2025 年，Molina Medicare Complete Care Plus 的每月保費為 \$1.60。根據您的「額外補助」補貼等級，您每月 \$1.60 的保費可能會減少至 \$0

H2. 每月 Medicare B 部分保費

許多會員必須支付其他 Medicare 保費

除了支付每月計劃保費外，有些會員還需要支付其他 Medicare 保費。如上文 E 節所述，為了符合參與本計劃的資格，您必須保持 Medi-Cal 資格，並且同時享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。針對大多數 Molina Medicare Complete Care Plus 會員，Medi-Cal 會支付您的 Medicare A 部分保費（若您未自動符合其資格）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 保費以保有本計劃的會員資格。這包括您的 Medicare B 部分的保費。其中可能還包括 Medicare A 部分的保費，這會影響沒有資格享受免費 Medicare A 部分的會員。**此外，請聯絡會員服務部或您的照護協調員並告知他們這一變化。**

H3. Medicare 處方付款金額

如果您參加了 Medicare 處方付款計劃，您將收到計劃開具的處方藥帳單（而不是支付給藥局）。每月的帳單是根據您所欠的處方藥費用加上上個月的結欠，除以該年剩餘的月份數得出的。

第二章詳細介紹了 Medicare 處方付款計劃。如果您不同意作為此付款選項一部分的賬單金額，您可以按照**第 9 章**的步驟進行投訴或上訴。

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。瞭解上訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**，或是致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以致電頁面底部的號碼致電會員服務部，索取《會員手冊》。您也可以造訪網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 查閱《會員手冊》。

本合約在您投保本計劃的期間（2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日）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 ID 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 ID 卡

根據我們的計劃，您將會有一張用於 Medicare 和 Medi-Cal 服務的卡片，包括 LTSS、特定的行為健康服務及處方藥。在您獲得任何服務或處方藥時，都需要出示這張卡。以下是會員卡範例：

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。





如果您的會員卡損壞，遺失或遭竊，請致電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。

只要您是本計劃的會員，即無需使用紅色、白色和藍色的 Medicare 卡，或是 Medi-Cal 卡來獲得大多數服務。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，而不是我們的計劃，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：

- 針灸
- AIDS 豁免計劃
- 救護車服務
- 聽力學服務
- 行為健康治療 (BHT)
- 血液及血液衍生物
- 心肺
- 認證家庭專科護理師
- 脊骨神經醫學
- 慢性透析服務
- 社區成人服務 (CBAS)
- 產期前後綜合服務計劃 (預防性服務)
- 牙科
- 診斷 X 光檢查
- 透析
- 耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品
- 醫師看診
- 早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT)
- 急診治療
- 腸道配方
- 計劃生育服務和用品
- 聯邦核准的健康中心服務 (FQHC)
- 聽障
- 為功能性障礙長者提供居家和社區照護 (僅限豁免)
- 居家健康照護機構服務
- 居家照顧輔助服務

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 安寧服務
- 住院醫療
- 中繼照護機構
- 腎臟疾病和病症
- 實驗室、放射學和放射性同位素服務
- 執業助產士服務
- 餐食
- 非急診交通
- 麻醉護理師服務
- 門診心理健康
- 門診處方藥
- 門診康復
- 門診服務
- 個人照護服務
- PERS - 個人緊急應變系統 (PERS)
- 足病學
- 預防性服務
- 義肢裝置
- 心理服務
- 鄉村健康診所服務 (RHC)
- 手語翻譯服務
- 專業照護機構
- 特殊照護服務
- 移植
- 交通/非交通服務
- 緊急治療服務
- 視力
- 氣喘預防服務
- 牙科服務
- 陪產士服務

此並非一份詳述完整內容的清單。您可以在第 4 章 F 部分找到我們計劃之外給付的福利清單。

J2. 醫療服務提供者與藥局名錄

醫療服務提供者與藥房名錄列出了本計劃網內的醫療服務提供者及藥房。只要您是本計劃的會員，您就必須使用網內醫療服務提供者來獲得給付服務。

您可以致電頁面底部的號碼致電會員服務部，索取醫療服務提供者與藥房名錄（電子版或紙本版）。如果索取《醫療服務提供者與藥房名錄》的紙本版，我們將在三個工作日內郵寄給您。

您也可以到網站參閱醫療服務提供者與藥房名錄，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醫師 (PCP)、醫院和其他醫療服務提供者。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 醫師和其他健康照護提供者的資訊：

- ❖ 姓名
- ❖ 地址

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- ❖ 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，醫師辦公室為他們提供獲得照護所需的所有協助。列出以下各項的實體無障礙資訊：

- ❖ 基本權限
- ❖ 有限權限

我們還在《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是否接受新患者，或透過我們的網站線上查詢 www.MolinaHealthcare.com/Medicare

網內醫療服務提供者定義

- 我們的網內醫療服務提供者包括：
 - 醫師、護士和其他健康照護專業人士，您可以將其用作我們計劃的會員；
 - 診所、醫院、照護機構和其他在本計劃中提供醫療服務的地方；**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。

網內醫療服務提供者同意接受由我們的計劃全額支付給付服務。

網內藥房定義

- 網內藥房是指已簽約同意提供處方藥給計劃會員的藥房。請使用 *醫療服務提供者與藥房名錄*，尋找您要使用的網內藥房。
- 除非在急診下，如果您希望我們的計劃協助您支付費用，則必須在我們的網內藥房領取處方藥。

如需更多資訊，請致電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內藥房和醫療服務提供者的變動情形，為您提供最新資訊。

J3. 承保藥物清單

本計劃提供承保藥物清單。我們將此簡稱為「藥物清單」。它告訴您我們計劃給付哪些處方藥。

「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**。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

我們每年都會給您寄送關於如何獲取藥物清單的資訊，但有些變更可能會在年中發生。若要獲得經給付藥物的最新資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站（位於頁面底部的地址）。

J4. 福利說明

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 (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 具有更多關於您服用的藥物的資訊。《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給付範圍。

您也可以索取一份 EOB。若要獲得副本，請致電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

若您要將會員記錄保持在最新狀態，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。我們的網內醫療服務提供者和藥房也需要您的正確資訊。他們會使用您的會員記錄，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：

- 變更您的名字、地址或電話號碼；
- 變更任何其它的健康保險給付範圍（例如由僱主、配偶的僱主、同居伴侶的僱主或勞工賠償所提供之保險）；
- 任何責任理賠，例如車禍意外事故理賠；
- 入院照護機構或醫院；
- 在醫院或急診室的照護；
- 您的照顧者（或您的負責人員）的變動；以及
- 如果您參與臨床研究。（註：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，請致電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 ID 會員卡、獲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。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，可幫助您回答有關本計劃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照護協調員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》最後一章。

目錄

A. 會員服務部	15
B. 您的照護協調員	17
C. 醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP)	18
D. 照護諮詢專線	19
E. 行為健康危機專線	19
F. 品質改善組織 (QIO)	20
G. Medicare	21
H. Medi-Cal	21
I. Medi-Cal 管理式照護計劃及申訴專員辦公室	22
J. 郡社工服務	22
K. 郡級行為健康服務機構	23
L. 加州管理式健康照護部 (California Department of Managed Health Care)	24
M. 協助參與者支付他們處方藥費用的計劃	24
M1. 額外補助 (Extra Help)	25
N. 社會保障局 (Social Security)	25
O. 鐵路職工退休委員會 (RRB)	26
P. 僱主提供的集體保險或其他保險	26
Q. 其他資源	26
R. Medi-Cal Dental 計劃	26

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

A. 會員服務部

致電	(855) 665-4627。這是免付費專線。 每週7天，上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間） 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。 我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。
TTY	711。這是免付費專線。 此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有特殊電話設備才能致電。 週一至週五，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00
傳真	醫療服務： 傳真：(310) 507-6186 D 部分（處方藥）服務： 傳真：(866) 290-1309
寫信	醫療服務： 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 D 部分（處方藥）服務： 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
網站	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

請聯絡會員服務部，獲得以下事項的協助：

- 計劃相關問題
- 理賠或帳單相關問題
- 健康照護相關給付裁定
 - 和您的健康照護有關的給付裁定是涉及以下項目的裁定：
 - 您的福利及給付服務相關問題，**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。
 - 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。
 - 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（包括非網內或網內醫療服務提供者）提出投訴。網內醫療服務提供者是與本計劃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）。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 您可以向我們致電並說明您的投訴，電話：(855) 665-4627, TTY: TTY/TDD: 711，每週7天，上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。
- 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）。
- 您可以將您對本計劃的投訴寄至 Medicare。您也可以透過網站 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 使用線上表格。或者請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
- 您可以向 Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提出對本計劃的投訴，電話：1-855-501-3077。
- 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：
 - 有關您的福利及給付藥物，**或是**
 - 我們為您的藥物所支付金額。
 - 非 Medicare 給付藥物，例如非處方藥 (OTC) 藥物和某些維他命，可能由 Medi-Cal Rx 給付。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以獲得更多資訊。或者致電 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。
 - 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。
 - 進一步瞭解如何針對您的處方藥提出上訴，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房提出投訴。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。（請參閱前一部分。）
 - 您可以將您對本計劃的投訴寄至 Medicare。您也可以透過網站 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 使用線上表格。或者請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
 - 若欲進一步瞭解如何針對您的處方藥提出投訴，請參閱《會員手冊》第 9 章。
- 您已支付的醫療保健或藥物費用
 - 若欲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，您可以對我們的裁決提出上訴。請參閱《會員手冊》第 9 章。

B. 您的照護協調員

Molina Medicare Complete Care Plus 個案經理是您的主要聯絡人。此人士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。您和/或您的看護可以根據需要致電照護協調員或會員服務部，要求更改指定的照護協調員。此外，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，變更為您指派的照護協調員。請聯絡會員服務部以獲得更詳細的資訊。

致電	(855) 665-4627。這是免付費專線。 每週7天，上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間） 輔助技術，包括自助服務和語音信箱選項，在節假日、正常營業時間後以及週六和週日提供。我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。
TTY	711。這是免付費專線。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。
寫信	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
網站	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

請聯絡您的照護協調員，獲得以下事項的協助：

- 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
- 和醫療預約的交通服務有關的問題
- 有關長期服務和支援 (LTSS) 的問題，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幫助。

您也許可以獲得這些服務：

- 社區成人服務 (CBAS)
- 專業照護
- 物理治療
- 職能治療
- 言語治療
- 醫療社工服務
- 居家健康照護
- 透過您的郡社工服務機構提供的居家扶助服務 (IHSS)
- 有時，您可在日常健康照護及生活需求上獲得幫助。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

C. 醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP)

The State Health Insurance Assistance 計劃 (SHIP) 為 Medicare 參與者提供免費健康保險諮詢。在加州，SHIP 稱作醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP)。HICAP 諮詢人員能回答您的問題，並幫助您瞭解如何處理您的問題。HICAP 在每個郡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劃無關。

致電	<p>Los Angeles 郡: (213) 383-4519 週一至週五，上午 8:30 至 下午 4:30 (當地時間)。</p> <p>Riverside 和 San Bernardino 郡: (909) 256-8369 週一至週五，上午 9 點至下午 4 點 (當地時間)。</p> <p>San Diego 郡: (858) 565-8772, 辦公室 – San Diego (760) 353-0223, 辦公室 – Imperial</p>
TTY	711
寫信	<p>Los Angeles 郡: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057</p> <p>Riverside 和 San Bernardino 郡: HICAP Information 2280 Market Street, Ste.140 Riverside, CA 92501</p> <p>San Diego 郡: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123</p>
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劃的問題，並能幫助您：
 - 瞭解您的權利，
 - 瞭解您的計劃選項，
 - 對健康照護或治療提出投訴，以及
 - 解決和帳單有關的問題。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

D. 照護諮詢專線

請致電 Molina Healthcare 照護諮詢專線，24 小時提供服務，365 天全年無休。此項服務讓您聯絡合格護士，用您的語言為您提供健康照護諮詢，並幫助您找到所需的照護地點。我們的照護諮詢專線可以為美國各地的所有 Molina Healthcare 會員提供服務。照護諮詢專線是經由使用審查認證委員會 (URAC) 認證的健康電話中心。URAC 認證所代表的，是我們的照護專線已能展現出優質照護、改進流程和改善患者療效的全面承諾。我們的照護諮詢專線同時經由 NCQA 在健康資訊產品方面的認證，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，以適用於健康計劃標準。

照護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 的照護協調員。如需更多資訊，請致電 (855) 665-4627 聯絡 Molina Medicare Complete Care Plus。

如果您需要立即幫助或不確定該怎麼辦，請致電照護諮詢專線。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致電 911。

如果您有關於健康或健康照護的問題，請致電照護諮詢專線。

致電	(888) 275-8750 此電話是免費。 全天候提供服務 我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。
TTY	711。這是免付費專線。 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊電話設備才能致電。 全天候提供服務

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劃以尋求協助。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。

致電	<p>Los Angeles 郡： Los Angeles 郡心理健康部 1-800-854-7771（全天候協助專線）- TTY: 711</p> <p>Riverside 郡： Riverside 大學健康系統 - 行為健康部 1-800-499-3008</p> <p>San Bernardino 郡： 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）</p> <p>San Diego 郡： San Diego 行為健康服務（全天候協助專線） 1-888-724-7240（全天候提供及危機專線）- TTY: 711</p>
-----------	---

您可以致電行為健康危機專線以尋求協助：

- 有關諮詢行為健康及物質濫用服務。

有關諮詢郡提供的專科心理健康服務，請參閱第 K 節。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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健康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 與本計劃無關。

致電	(877) 588-1123
TTY	711 此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有特殊電話設備才能致電。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 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，
 - 認為住院期太早結束，**或者**
 - 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 是聯邦醫療保險計劃，適用於 65 歲或以上老年人、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。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此號碼是免費電話，可全天候提供服務。
TTY	1-877-486-2048。這是免付費專線。 此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有特殊電話設備才能致電。
網站	www.medicare.gov 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、住院康復機構和安寧服務所的資訊。 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。 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其電腦造訪此網站。或致電上方的號碼致電 Medicare，告訴對方您要尋找什麼資訊。他們會在網站找到資訊並與您一起查看。

H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃。這是一項公共健康保險計劃，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和支援。

您已投保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您對自己的 Medi-Cal 福利有任何問題，請致電您的計劃照護協調員。如果您對 Medi-Cal 計劃的投保有任何問題，請致電 Health Care Options。

致電	1-800-430-4263 週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00
TTY	1-800-430-7077 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊電話設備才能致電。
寫信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

I. Medi-Cal 管理式照護計劃及申訴專員辦公室

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。他們與我們的計劃或任何保險公司或健保計劃無關。他們的服務免費。

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

J. 郡社工服務

如果您需要居家扶助服務 (IHSS) 的協助，請與您當地的郡社工服務部門聯絡。居家支援服務 (IHSS) 計劃可以提供服務，讓享有居家安全。IHSS 被視為居家外照護的替代方式，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。

請與您的郡社工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，請與您的郡社工服務機構聯絡。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

致電	<p>Riverside 郡: (877) 410-8827 週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (當地時間)。這是免付費專線。</p> <p>Los Angeles 郡: (888) 822-9622 週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (當地時間)。</p> <p>San Bernardino 郡: (909) 387-2240-4544, 這是免付費專線。 週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (當地時間)。</p> <p>San Diego 郡: San Diego 郡範圍: (800) 510-2020 這是免付費專線。 San Diego 郡範圍之外: (800) 339-4661 這是免付費專線。週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 (當地時間)。</p>
TTY	711 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊電話設備才能致電。
寫信	<p>洛杉磯郡公共社工服務部 (Los Angeles County Department of Public Social Services) 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007</p> <p>河濱郡居家支援服務 (County of Riverside In-Home Supportive Services) 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557</p> <p>聖貝納迪諾郡居家支援服務 (County of San Bernardino In-Home Supportive Services) 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640</p> <p>健康與人類服務機構 聖地牙哥郡居家支援服務 (Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services) 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101</p>
網站	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. 郡級行為健康服務機構

如果您符合准入標準，您可以透過縣獲得 Medi-Cal 專科心理健康服務和物質使用疾患服務。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

致電	<p>Los Angeles 郡心理健康部： (800) 854-7771 這是免付費專線。全天候提供服務</p> <p>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)： (800) 499-3008 這是免付費專線。週一至週五，當地時間上午 8 時至下午 5:30。</p> <p>San Bernardino 郡 - 行為健康部： (888) 743-1478 這是免付費專線。全天候提供服務</p> <p>San Bernardino 郡 - 心理健康服務部： (888) 724-7240 這是免付費專線。本專線全年無休 我們為不會說英語的人士提供免費口譯員服務。</p>
TTY	<p>711。這是免付費專線。</p> <p>此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊電話設備才能致電。</p>

您可以向郡級行為健康機構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
- 有關郡提供的物質使用疾患服務的問題

L. 加州管理式健康照護部 (California Department of Managed Health Care)

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

致電	<p>1-888-466-2219</p> <p>DMHC 代表的服務時間是週一至週五上午8:00 至下午 6:00。</p>
TDD	<p>1-877-688-9891</p> <p>此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊電話設備才能致電。</p>
寫信	<p>幫助中心 加州管理式健康照護部 (California Department of Managed Health Care) 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725</p>
傳真	<p>1-916-255-5241</p>
網站	<p>www.dmhc.ca.gov</p>

M. 協助參與者支付他們處方藥費用的計劃

Medicare.gov 網站 (<https://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劃，如下所述。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

M1. 額外補助 (Extra Help)

由於您符合 Medi-Cal 資格，您有資格從 Medicare 獲得「額外補助」(Extra Help) 以支付其處方藥計劃費用。您無須採取任何動作，就能獲得「額外補助」(Extra Help)。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此號碼是免費電話，可全天候提供服務。
TTY	1-877-486-2048。這是免付費專線。 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

N. 社會保障局 (Social Security)

社會保障局判定 Medicare 的投保資格並處理 Medicare 的投保事宜。年滿 65 歲、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。

如果您搬家或變更郵寄地址，請務必聯絡並通知社會保障局。

致電	1-800-772-1213 此號碼為免費電話。 服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。 您可以使用其全天無休的自動化電話服務獲得錄音資訊與處理部分事宜。
TTY	1-800-325-0778 此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有特殊電話設備才能致電。
網站	www.ssa.gov

O. 鐵路職工退休委員會 (RRB)

RRB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劃。如果您透過RRB得到Medicare，當您搬家或變更郵寄地址時，請務必通知他們。如果您對RRB提供的福利有任何疑問，請與該機構聯絡。

致電	1-877-772-5772 此號碼為免費電話。 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。 如果您按「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。
TTY	1-312-751-4701 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。 此號碼並非免費電話。
網站	www.rrb.gov

P. 僱主提供的集體保險或其他保險

如果您（或配偶或同居伴侶）透過您（或配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員集體計劃取得福利，當您有疑問時，可以致電僱主/工會福利的管理人員或會員服務部。您可以詢問您（或配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員健康福利、保費或投保期事宜。您也可以撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，詢問有關您在本計劃下所包含的Medicare給付範圍問題。

如果您享有自己（或配偶或同居伴侶）僱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劃配合運作。

Q. 其他資源

Medicare Medi-Cal Ombuds Program 提供免費協助，協助難以獲得或維持健康保險者，並解決其健康計劃問題。

如果您有下列方面的問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康計劃
- 獲得醫療服務
- 上訴遭否決的服務、藥物、耐用性醫療器材 (DME)、心理健康服務等。
- 醫療帳單
- IHSS (居家支援服務)

Medicare Medi-Cal Ombuds 計劃協助處理投訴、上訴和聽證。Ombuds 計劃的電話號碼為 1-855-501-3077。

R. Medi-Cal Dental 計劃

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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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

牙科福利可透過 Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS)、Dental Managed Care (DMC) 計劃和 Health Plan of San Mateo 獲得。

致電	1-800-322-6384 此為免付費電話。 Medi-Cal Dental FFS 計劃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。
TTY	1-800-735-2922 此電話號碼適用於聽障或言語障礙者。您必須要有特殊電話設備才能致電。
網站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

您能透過牙科管理照護計劃獲得牙科福利，而不是 Medi-Cal Dental Fee-For-Service 計劃。Sacramento 和 Los Angeles 郡都有牙科管理照護計劃。如果您想要瞭解有關牙科計劃的更多資訊，或者想要更改牙科計劃，請在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263 (TTY 使用者致電 1-800-430-7077) 聯絡 Health Care Options。此為免付費電話。可在以下網址找到 DMC 聯絡資訊：<https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx>。

第3章使用本計劃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劃獲取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照護協調員的資訊、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劃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》最後一章。

目錄

A. 服務和醫療服務提供者相關資訊	30
B. 獲得本計劃承保服務的規定	30
C. 您的照護協調員	31
C1. 什麼是照護協調員	31
C2. 如何聯絡您的照護協調員	31
C3. 如何更換照護協調員	31
D. 醫療服務提供者所提供的照護	31
D1. 主要醫療服務提供者 (PCP) 的照護	31
D2. 如何取得專科醫師及其他網路醫療服務提供者的照護	33
D3. 醫療服務提供者離開我們的計劃	33
D4. 網路外醫療服務提供者	34
E. 長期服務和支援 (LTSS)	35
F. 行為健康（心理健康和物質使用疾患）服務	35
F1. 本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務	35
G. 交通服務	37
G1. 非緊急情況的醫療接送	37
G2. 非醫療接送服務	37
H. 在急診、緊急治療或災難期間承保服務	38
H1. 醫療緊急情況下的照護	38
H2. 緊急醫療護理	39
H3. 在災難中取得的護理	39
I. 如果您直接收到我們計劃所承保服務的帳單，該怎麼做	39
I1. 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做	40
J. 臨床研究中健康照護服務的給付範圍	40
J1. 臨床研究的定義	40
J2. 當您參與臨床研究時您的服務費用的支付	40
J3. 瞭解更多關於臨床研究的資訊	41
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	41
K1. 宗教性的非醫療健康照護機構的定義	41
K2. 從宗教性的非醫療健康照護機構取得照護	41

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

L. 耐用性醫療器材 (DME)	41
L1. 作為我們計劃會員的 DME	41
L2. 如果您轉換至 Original Medicare 時 DME 的所有權	42
L3. 作為我們計劃的會員的氧氣設備福利	42
L4. 更換到 Original Medicare or another Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備	42

A. 服務和醫療服務提供者相關資訊

服務包括健康照護、長期服務和支援 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、器材及其他服務。**給付服務**是我們計劃為您支付的所有服務。給付的健康照護、行為健康和 LTSS 列於《會員手冊》**第 4 章**。您針對處方藥和非處方藥的給付服務列於《會員手冊》**第 5 章**中。

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。

網內醫療服務提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受由我們支付全額款項。網內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。當您使用網內醫療服務提供者時，您通常不會為給付服務支付任何費用。

B. 獲得本計劃承保服務的規定

我們的計劃給付 Medicare 給付的所有服務以及大多數 Medi-Cal 服務。這包括某些行為健康和 LTSS。

當您遵守我們的規定，本計劃通常會支付您所獲得的健康照護服務、行為健康服務和許多 LTSS 服務。本計劃給付範圍：

- 您獲得的照護必須是**計劃福利**。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，您必須要由網內**主治醫療服務提供者 (PCP)** 來開立照護，或是告知您使用另一名醫師。身為計劃會員，您必須選擇一名網內醫療服務提供者作為您的 PCP。

- 在大部分情況下，您必須先獲得您的網內主治醫療服務提供者 (PCP) 或本計劃的核准，才能使用您的主治醫療服務提供者 (PCP) 以外的其他醫療服務提供者，或使用本計劃網內的其他醫療服務提供者。這稱之為**轉介**。如果您未獲得核准，我們可能將不給付該服務。
- 本計劃的主治醫療服務提供者 (PCP) 隸屬於醫療小組。當您選擇您的主治醫療服務提供者 (PCP) 時，您也選擇了醫療小組。這表示，您的主治醫療服務提供者 (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 PCP 和專科醫師的協會，旨在為您提供協調式的健康照護服務。
- 急診或緊急治療不需要您的主治醫療服務提供者 (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主治醫療服務提供者 (PCP) 醫療小組的網內醫療服務提供者處獲取照護。對於未與我們的健康計劃及您的主治醫療服務提供者 (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：

- 我們給付網外服務提供者提供的急診或緊急治療（詳情請參閱本章**第 H 節**）。
- 如果您需要我們的計劃所給付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獲得該照護。在這種情況下，我們給付如同您從網內醫療服務提供者獲得的照護，**或者**您無支付任何費用。
- 當您短暫不在我們的計劃服務區內，或服務提供者暫時無法提供或無法獲得服務時，我們將給付洗腎服務。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。如果您身處計劃服務區域外，並從計劃網外醫療服務提供者獲得洗腎醫療服務，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，且您選擇在計劃服務區域內，從計劃網外醫療服務提供者獲得服務，其洗腎醫療服務的分攤費用可能會提高。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 您可以在最初加入本計劃時，要求繼續使用目前的醫療服務提供者。若我們可以確定您與該醫療服務提供者的既有關係，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，您的照護協調員將聯絡您，幫助您找到在我們網內隸屬於您的主治醫療服務提供者 (PCP) 醫療小組的醫療服務提供者。滿12個月後，若您繼續由非隸屬於您的主治醫療服務提供者 (PCP) 的醫療小組的網外醫療服務提供者看診，我們將不再給付您的照護。

Molina Medicare Complete Care Plus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。您可能仍會從前一個 Medi-Cal 健康計劃獲得額外一個月的 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 給付範圍沒有缺口。如果您有任何問題，請致電 (855) 665-4627, TTY: 711。

C. 您的照護協調員

C1. 什麼是照護協調員

- Molina Medicare Complete Care Plus 照護協調員是您主要的聯絡人，在必要時會為您提供照護方面的幫助。個案經理幫助協調和管理您的照護服務，以確保您獲得所需幫助。

C2. 如何聯絡您的照護協調員

- 如果您需要與您的照護協調員聯絡，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。TTY: 711。或者，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

C3. 如何更換照護協調員

- 您可以透過致電個案管理部門或會員服務部來要求更換照護協調員。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，變更為會員指派的照護協調員。

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，以及主治醫療服務提供者 (PCP) 能為您做什麼

主治醫療服務提供者 (PCP) 是提供您例行健康照護的醫師、專科護理師、或健康照護專業人員和/或醫療之家或診所（聯邦核准的健康中心 - FQHC）。Molina Medicare Complete Care Plus 保有為會員提供照護的專科醫療服務提供者網內。會員必須獲得 Molina Medicare Complete Care Plus 內之主治醫療服務提供者 (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。您的主治醫療服務提供者 (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劃會員，所能獲得的其他給付服務。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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週7天，當地時間上午8:00至晚上8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

追蹤照護

「協調」您的服務包括與其他網內醫護人員商討或諮詢您的照護服務以及照護服務的進展情形。如果您需要特定類型的給付服務或用品，您必須事先獲得主治醫療服務提供者 (PCP) 的核准（例如為您開立轉介書，讓專科醫師為您看診）。在某些情況下，您的主治醫療服務提供者 (PCP) 需獲得我們的事先授權（事先核准）。由於您的主治醫療服務提供者 (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記錄寄至您主治醫療服務提供者 (PCP) 的辦公室。

醫療小組/IPA是一個由獨立醫師組成的網內，他們擁有並經營其自己的診所（而不是大型醫療保健系統的僱員）。這些醫師加入醫療小組，以便他們可以保持獨立，同時獲得照護病人所需的支援。

您所選擇的 PCP

您與主治醫療服務提供者 (PCP) 的關係相當重要。我們強烈建議您選擇離住家較近的主治醫療服務提供者 (PCP)。選擇離住家較近的主治醫療服務提供者 (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「醫療服務提供者與藥房名錄」副本，或是在選擇主治醫療服務提供者 (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，首先請確定您的主治醫療服務提供者 (PCP) 是否可為您轉介至該專科醫師，或是使用該醫院。在您選定主治醫療服務提供者 (PCP) 之後，建議您將您所有的醫療記錄轉移至該主治醫療服務提供者 (PCP) 辦公室。這樣可以讓您的主治醫療服務提供者 (PCP) 獲得您的健康記錄，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治醫療服務提供者 (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治醫療服務提供者 (PCP)。您的會員卡上有主治醫療服務提供者 (PCP) 的名稱和辦公室電話號碼。

選擇更換您的 PCP

您隨時都可以出於任何原因而更換您的主治醫療服務提供者 (PCP)。此外，您的主治醫療服務提供者 (PCP) 有可能會離開我們的計劃網內。如果您的主治醫療服務提供者 (PCP) 離開我們的網內，我們可以幫助您在我們的網內中找到新的 PCP。

本計劃的主治醫療服務提供者 (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主治醫療服務提供者 (PCP) 核准的其它已給付服務。會員服務部將協助您在更換主治醫療服務提供者 (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。但是，如果您在提出更換 PCP 的要求之時正在接受治療，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獲得任何 Molina Healthcare 醫療服務提供者的詳細資訊，並要求更換 PCP。對於某些醫療服務提供者，您可能需要您的主治醫療服務提供者 (PCP) 轉介（急診和地區外緊急治療服務除外）

不需主治醫療服務提供者 (PCP) 核准即可獲得的服務

在大部分情況下，您必須獲得主治醫療服務提供者 (PCP) 或我們計劃的核准，才能使用其他醫療服務提供者。此核准稱為轉介。您無需事先獲得您的主治醫療服務提供者 (PCP) 或本計劃核准即可獲得以下所列的服務：

- 來自網內醫療服務提供者或網外醫療服務提供者的急診治療服務
- 來自網內醫療服務提供者的緊急治療
- 當您無法前往網內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治療（例如當您在計劃服務地區外或週末期間）

註：緊急治療必須有立即需要性和醫療必要性。

- 當您在計劃服務地區外時，您在 Medicare 認證的洗腎中心獲得的洗腎服務。如果您在離開服務區域之前致電會員服務部，我們可以協助您在離開時接受洗腎服務。
- 您在網內醫療服務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計劃生育服務。此包括您在網內醫療服務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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 此外，如果您是美洲印第安人會員，您可以從您選擇的印第安人醫療服務提供者處獲得給付服務，而無需網內主治醫療服務提供者 (PCP) 的轉介或事先授權。
- 助產士服務、家庭計劃、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

專科醫師是指對於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。

作為會員，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服務提供者網內。接受專科醫師的服務可能需要您的主治醫療服務提供者 (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。您的主治醫療服務提供者 (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 章的醫療福利表。

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劃網內醫療服務提供者；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，請致電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劃

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

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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 我們會在您的醫療服務提供者退出本計劃時通知您，讓您有時間選擇新的醫療服務提供者。
 - 如果您的主要照護或行為健康提供者退出本計劃，我們會通知您在過去三年內曾經就診過的醫療服務提供者。
 - 如果您的任何其他醫療服務提供者退出本計劃，我們會通知您是否已指派給該醫療服務提供者、目前正在接受他們所提供的照護，或者在過去三個月內曾經就診過。
- 我們會幫助您選擇新的網內合格醫療服務提供者，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服務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劃選項。
- 如果我們無法找到您可使用的合格網內專科醫師，即當網內的醫療服務提供者或福利無法獲得或無法符合您的健康需求，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劃，請聯絡我們。我們可以幫助您尋找新的服務提供者和
管理您的照護。

D4. 網路外醫療服務提供者

網外醫療服務提供者指未簽約與 Molina Healthcare 合作者的醫療服務提供者。除了急診治療、家庭照護、感性
照護和 Molina Healthcare 預先核准的照護之外，您可能需要為從您所在服務區域的網外醫療服務提供者處獲得
任何照護付費。

若您需要的健康照護服務醫療必要性且網內無法提供，則您可能可免費從網外醫療服務提供者處獲得。如果您需
要的服務無法在網內獲得，或是與您的住家距離遙遠，Molina Healthcare 可能會核准轉介給網外醫療服務提供
者。如果我們將您轉介給網外醫療服務提供者，我們會支付您的照護費用。

對於 Molina Healthcare 服務區域內的緊急治療，您必須至 Molina Healthcare 網內內緊急治療醫療服務提供者。
您不需獲得預先核准（事先授權），即可獲得網內醫療服務提供者提供的緊急治療。您確實需要獲得預先核准（事
先授權）才能從 Molina Healthcare 服務區域內的網外醫療服務提供者處獲得緊急治療。

如果您從 Molina Healthcare 服務區域內的醫療服務提供者處獲得緊急治療，您可能需要支付該照護費用。

服務區域外

如果您在 Molina Healthcare 服務區域外，而您需要的照護並非急診或緊急治療，請立即致電您的 PCP。

如需急診治療，請致電 911 或前往最近的急診室。Molina Healthcare 會給付網外急診治療。如果您在加拿大或
墨西哥旅遊時，需要住院接受急診治療服務，Molina Healthcare 會給付您的照護費用。如果您在加拿大或墨西
哥以外地區旅遊時需要急診治療、緊急治療或任何醫療保健服務，Molina Healthcare 不會給付您的照護費用。

如果您在其他州或美國領土內（例如美屬薩摩亞、關島、北馬裡亞納群島、波多黎各或美屬維京群島），您可以
享受緊急治療。並非所有醫院和醫師都接受 Medicaid。（Medi-Cal 僅在 California 稱為 Medicaid。）如果您在
California 州境外需要急診治療，請盡快告訴醫院或急診室醫師您已擁有 Medi-Cal，且是 Molina Healthcare 會
員。

讓醫院影印您的 Molina Healthcare ID 卡。請醫院和醫師向 Molina Healthcare 開立帳單。如果您收到在其他州
所接受服務的帳單，請立即致電 Molina Healthcare。我們將與醫院和/或醫師合作，安排 Molina Healthcare 為
您支付醫療照護費用。如果您在加州境外，且需要緊急領取門診處方藥，則請藥房致電 Medi-Cal Rx，電話：
1-800-977-2273。

註：美國印第安人可以在網外 IHCP 獲得服務。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，
每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪
www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

如果您有關於網外或服務區域外的疑問，請致電 1-888-665-4621 (TTY/TDD: 711)。如果您在下班時間需要向 Molina Healthcare 代表尋求協助，請致電照護諮詢專線：1-888-275-8750 (英文) 或 1-866-648-3537 (西班牙文)。

如果您需要 Molina Healthcare 服務區域外的緊急治療，請前往最近的緊急治療機構。如果您在美國以外地區旅遊時需要緊急醫療，Molina Healthcare 不會給付您的照護費用。有關緊急治療的更多信息，請閱讀本章後面的「緊急治療」。

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 和/或 Medi-Cal。

- 我們不能向沒有資格參與 Medicare 和/或 Medi-Cal 的醫療服務提供者支付費用。
- 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劃獲得某些 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 計劃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 管理模式照護所承保的行為健康服務。本計劃不提供 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劃來獲得這些服務：

- 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. 本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

若您符合獲得專科心理健康服務的條件，則可透過郡心理健康計劃 (Mental Health Plan, MHP)，獲得 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 郡公共衛生服務部提供的 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
- 同伴支援服務
- 社區流動危險期干預服務

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 治療行為服務
- 寄養治療服務
- 重症照護協調服務
- 密集式居家服務

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劃，以及在 Los Angeles 郡的 Los Angeles 郡公共健康部來獲得 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務。郡心理健康計劃提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集式門診治療服務
- 圍產期住院物質使用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉藥治療計劃
- 成癮治療用藥（也稱為藥物輔助治療）
- 同伴支援服務

由 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務包括：

- 門診治療服務
- 密集式門診治療服務
- 部分住院服務
- 成癮治療用藥（也稱為藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 退出管理服務
- 麻醉藥治療計劃
- 復原服務
- 照護協調
- 同伴支援服務

除了以上所列的服務之外，若您符合條件，則可獲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服務提供者。您可以在 Molina Medicare Complete Care Plus 的會員網站查詢醫療服務提供者名單，或是致電會員服務部查詢。如需最新醫療服務提供者與藥房名錄副本，或是在選擇行為健康服務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，您可能需要獲得事先授權。您或您的行為健康提供者，或您的主治醫療服務提供者 (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 章的醫療福利表。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療養院的照護。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劃 (MHP) 獲得之 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 郡心理健康部 1-800-854-7771

Riverside 大學健康系統 – 行為健康部 1-800-499-3008

San Bernardino 郡行為健康部 1-888-743-1478

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

San Diego 郡行為健康服務部 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal 服務

Los Angeles 郡公共衛生部 1-844-804-7500

Riverside 大學健康系統 – 行為健康部 1-800-499-3008

San Bernardino 郡行為健康部 1-888-724-7240

G. 交通服務

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，則您有權使用非急診的醫療交通服務。非急診的醫療交通可用於給付服務，例如醫療、牙科、心理健康、物質使用和藥房預約。如果您需要非急診的醫療交通，您可以和您的主治醫療服務提供者 (PCP) 討論並提出要求。您的 PCP 根據您的需求決定最合適的接送方式。如果您需要非急診的醫療交通，其將透過填寫表格開立處方，然後提交給 Molina Medicare Complete Care Plus 以獲得核准。視您的健康需求而定，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急診的醫療交通需求，每 12 個月必須重新核准一次。

非急診的醫療交通是指救護車、擔架車、輪椅車或空運。當您因為約診需要交通時，Molina Medicare Complete Care Plus 可以提供最低成本的給付交通方式，並採用最適合您醫療需求之非急診的醫療交通。舉例來說，如果您在生理上或醫療上可搭乘輪椅車，Molina Medicare Complete Care Plus 就不會支付救護車的費用。只有當您的健康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，必須使用非急診的醫療交通：

經主治醫療服務提供者 (PCP) 書面授權，確定在生理上或醫療上有此需求，因為您無法使用公共汽車、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。

為您醫師開立的非急診**例行約診**要求醫療交通，請至少在約診前 2 天（週一至週五間）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。您也可致電，進一步瞭解細節。

醫療交通限制

Molina Medicare Complete Care Plus 給付符合您的健康需求的最低成本醫療交通，從您的住處到最近一個可約診的醫療服務提供者處。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不給付該項服務，則不提供醫療交通。如果約診類型受 Molina Medicare Complete Care Plus 給付，但不由健康計劃給付，Molina Medicare Complete Care Plus 將協助您安排交通。本手冊第 4 章中包含給付服務清單。除非經過事先授權，否則不給付 Molina Medicare Complete Care Plus 的網絡或服務區域以外的接送。

G2. 非醫療接送服務

非醫療交通福利包括往返醫療服務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：

- 往返於由醫療服務提供者授權的服務約診地點；或
- 領取處方和醫療用品。

Molina Medicare Complete Care Plus 允許您乘坐汽車、計程車、公共汽車或其他公共/私人交通工具，前往非醫療約診以獲得醫療服務提供者授權的服務。Molina Medicare Complete Care Plus 使用 Saferide 來安排非醫療交通。我們將承保符合您需求的非醫療交通類型的最低費用。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

有時，您可以就您安排的私人車輛獲得乘車報銷。Molina Medicare Complete Care Plus 必須在您搭乘之前核准此交通，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。請致電、透過郵件或親自告訴我們。**自行開車不能獲得退款。**

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。

若欲要求經授權服務的交通，請至少在約診前2天（週一至週五間）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。您也可致電，進一步瞭解細節。

註：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交通服務。

非醫療交通限制

Medi-Cal 提供費用最低的非醫療交通，從住處到可約診的最近醫療服務提供者以滿足您的需求。**您不得自行開車，或直接獲得退款。**

非醫療交通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急診交通服務，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 的給付範圍。

H. 在急診、緊急治療或災難期間承保服務

H1. 醫療緊急情況下的照護

急診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：

- 嚴重危害您或胎兒的健康；**或**
- 身體機能的嚴重傷害；**或**
- 任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；**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。

如果您需要急診：

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**先獲得主治醫療服務提供者 (PCP) 的核准或轉介。您不需要使用網內醫療服務提供者。您可以在美國或其領土或全球的任何地方，隨時從具有適當州許可的任何醫療服務提供者獲得需要之緊急醫療。

盡快告知本計劃您的急診。我們會追蹤您的急診治療。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。

急診下的給付服務

如果您需要救護車前往急診室，本計劃予以給付。我們也給付急診治療服務。進一步瞭解，請參閱《會員手冊》**第 4 章**的醫療福利表。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

為您提供急診治療的醫療服務提供者會決定您的狀況何時穩定，以及急診狀況何時結束。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定計劃。

本計劃給付您的追蹤照護。如果您的急診治療來自於網外醫療服務提供者，我們會盡快讓網內的醫療服務提供者接管您的照護。

如果不是急診但獲得急診治療

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治療，但醫師表示這其實並非急診。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：

- 您使用網內醫療服務提供者，或
- 您得到的額外照護被視為「緊急治療」，而您是在遵守規定的情況下獲得。請參閱下一節。

H2. 緊急醫療護理

緊急治療是您需要立即護理但非急診下獲得的照護。例如，您現有的病症突發或患有不可預見的疾病或受傷。

在我們的計劃服務區內的緊急治療

在大部分情況下，只要符合下列情況，我們都會給付緊急治療：

- 您從網內醫療服務提供者獲得此照護，以及
- 您遵守本章所述的其它規定。

若考慮到您的時間、地點或情況使用網內醫療服務提供者是不可行且不合理，我們會給付您從網外醫療服務提供者獲得的緊急治療。

在我們的計劃服務區以外的緊急治療

當您身處計劃服務地區之外時，您可能無法從網內醫療服務提供者獲得照護。在這種情況下，我們的計劃會給付您向任何提供者獲得的緊急治療。

本計劃不給付您在美國境外獲得緊急治療或任何其他非急診治療。

在下列情況下，本計劃給付全球急診和緊急治療，或美國境外的急診或緊急治療服務：

您可享受最高 \$10,000 的全球急診和緊急治療服務給付。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 California 州的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣布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劃提供的護理。

請造訪我們的網站，以瞭解如何在宣布災難期間取得所需照護的相關資訊：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

如果您在宣布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路外提供者處取得照護，您無須支付費用。如果您在宣布為災難的期間無法使用網路藥房，您可以在網路外藥房領取處方藥。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

I. 如果您直接收到我們計劃所承保服務的帳單，該怎麼做

如果醫療服務提供者將帳單寄給您而非本計劃，您應該要求我們支付該帳單。

您不應該自行支付帳單的費用。如果您支付此費用，本計劃可能無法將款項退還給您。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

如果您已支付所給付服務費用或收到所給付醫療服務的帳單，請參閱《會員手冊》**第7章**以瞭解該怎麼做。

I1. 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做

我們的計劃給付所有的服務：

- 確定為有醫療必要性服務，以及
- 列示於計劃的《會員手冊》醫療福利表中的服務（請參閱**第4章**），以及
- 您按照計劃規定所得到的服務。

如果您獲得我們計劃不給付服務，**您需要自行支付全部費用**，除非該服務是由我們計劃之外的另一 Medi-Cal 計劃給付。

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》**第9章**說明如果您要我們給付某個醫療服務或商品，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，您將需要支付全額費用，以獲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給付範圍

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。

Medicare 或我們的計劃一旦核准您想參與的研究，並且您表示有興趣之後，從事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劃。如此一來，我們的計劃將繼續為您給付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**告知我們或獲得我們或您主治醫療服務提供者的核准。為您提供研究所包含之照護的提供者，**不必**是網內醫療服務提供者。請注意此不包括本計劃所負責的福利，以及該福利中所包含的臨床試驗或登記以作為福利評估的要素部分。這些包括在「要求給付證據發展的全國性給付裁定」(National Coverage Determinations Requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) 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劃規定的限制。

我們建議您在參加臨床研究之前知會我們。

如果您計劃參與 Original Medicare 為投保人給付臨床研究，我們建議您或您的照護協調員應聯絡會員服務部，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。其中包括：

- Medicare 在您即使未參加研究時即會給付的住院食宿費用

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 研究所包含的手術或其他醫療程序
- 針對新型照護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 不核准但本計劃核准的任何費用。如果您參與的研究**未經** Medicare 或本計劃核准，您自行支付參與研究的費用。

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。TTY 使用者應致電 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獲得之照護的地方。如果在醫院或專業照護機構獲得照護違反您的宗教信仰，我們會給付由宗教性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

如果要獲得由宗教性非醫療健康照護機構所提供的照護，您必須簽署一份法律檔，說明您反對接受「非強制性」醫療。

- 「非強制性」醫療是指聯邦、州或當地法律**未要求且自願**的一切照護。
- 「強制性」醫療是指聯邦、州或當地法律**要求且非自願性**一切照護。

您向宗教性非醫療健康照護機構獲得的照護必須符合下列條件，才能納入本計劃的給付範圍：

- 提供照護的設施必須經過 Medicare 認證。
- 我們的計劃承保服務僅限於非宗教層面的照護。
- 如果您從設施獲得在該機構提供的服務：
- 您的健康狀況，必須能夠讓您獲得住院照護或專業療養院照護的承保服務。

本計劃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. 作為我們計劃會員的 DME

DME 包括由醫療服務提供者開立醫療必要性項目，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。身為本計劃的會員，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。

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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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

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

註：您可在第 12 章中找到 Original Medicare 和 MA 計劃的定義。您還可以在《Medicare & You》2025 年手冊中找到更多相關資訊。如果您沒有這份手冊，您可以在 Medicare 網站上取得 (www.medicare.gov/medicare-and-you)，也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，本專線全年無休。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 計劃規定的連續支付期數，才能擁有 DME 項目。

- 在您參與我們的計劃期間，您並未成為 DME 項目的所有人，**並且**
- 您退出我們的計劃，同時在 Original Medicare 計劃的任何健康計劃外獲得 Medicare 福利或 MA 計劃。

如果您在加入本計劃之前已在 Original Medicare 或 MA 計劃下支付了 DME 項目費用，**則這些 Original Medicare 或 MA 計劃的費用不計入您退出本計劃需支付的費用。**

- 您必須在 Original Medicare 下連續 13 期支付，或者按照 MA 計劃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. 作為我們計劃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劃的會員，包我們會給付：

- 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劃時，必須歸還氧氣設備。

L4. 更換到 Original Medicare or another Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備

若氧氣器材為醫療必需品，且您退出我們的計劃並轉換至 Original Medicare，您將可向供應商租賃氧氣器材 36 個月。您每月支付的租金包括氧氣器材以及上述用品和服務。

如果在您租賃氧氣器材 36 個月後，氧氣器材依舊為醫療必需品，您的供應商必須提供：

- 額外 24 個月的氧氣器材、用品和服務
- 如有醫療必要性，提供氧氣器材和用品最長 5 年

如果在 5 年期結束時氧氣器材仍有醫療必要性：

- 您的供應商不再需要提供設備，且您可選擇向任何供應商獲得替換設備。
- 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 個月的氧氣器材、用品和服務。
- 只要氧氣器材醫療必要性，則每 5 年即會開始一個新的週期。

當氧氣器材醫療必要性，並且您離開我們的計劃並轉到另一 MA 計劃時，該計劃將至少給付 Original Medicare 的給付款項。您可以詢問新的 MA 計劃給付哪些氧氣器材和用品，以及您的費用。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

第4章醫療福利表

簡介

本章介紹了本計劃承保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劃未給付的福利。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《會員手冊》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。您可能仍會從前一個 Medi-Cal 健康計劃獲得額外一個月的 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 給付範圍沒有缺口。如有任何問題，請致電聯絡我們，電話：(855) 665-4627, TTY: 711。

目錄

A. 您的給付服務	44
A1. 公共衛生緊急狀況期間	44
B. 針對向您收取服務費用的醫療服務提供者的規定	44
C. 關於我們計劃的醫療福利表	44
D. 我們計劃的醫療福利表	45
E. 社區支援	76
F. 本計劃之外給付的福利	80
F1. 加州社區銜接 (CCT)	80
F2. Medi-Cal Dental	80
F3. 安寧照護	81
F4. 居家支援服務 (IHSS)	81
F5. 1915(c) 家庭與社區型服務 (HCBS) 豁免計劃	81
F6. 在我們的計劃之外提供的縣級行為健康服務（心理健康和物質使用疾患服務）	83
G. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不予給付的福利	84

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

A. 您的給付服務

本章說明我們的計劃給付的服務。您也可以瞭解非給付服務。《會員手冊》第5章介紹了關於藥物福利的資訊。本章還說明了關於部分服務的限制。

由於您是從Medi-Cal獲得協助，只要您遵守本計劃的規定，即無需為給付服務付費。更多本計劃的詳細資訊，請參閱《會員手冊》第3章。

若您需要協助以瞭解給付服務，請致電您的照護協調員和/或會員服務部：<(855) 665-4627, 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，以瞭解如何在災難期間取得所需照護的相關資訊。

B. 針對向您收取服務費用的醫療服務提供者的規定

我們不容許我們的醫療服務提供者向您索取經給付服務的費用。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. 關於我們計劃的醫療福利表

本醫療福利表說明本計劃會支付的服務。本表會按字母順序列出給付服務，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。


- 我們依照 Medicare 和 Medi-Cal 所制定的規定提供給付的 Medicare 和 Medi-Cal 服務。
- 該服務（包括醫療照護、行為健康和物質使用服務，長期服務和支援、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、診斷或治療您的健康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。
- 當為本計劃的新會員，本計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，該新的 MA 計劃不需要任何積極治療過程的事先授權，即使該治療過程是針對以網外醫療服務提供者。
- 您從網內醫療服務提供者獲得照護。網內醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，您從網外醫療服務提供者獲得的照護不會獲得給付，除非是急診或緊急治療，或是您的計劃或網內醫療服務提供者將您轉介。《會員手冊》第3章有使用網內和網外醫療服務提供者的更多相關資訊。
- 您有一名主治醫療服務提供者 (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，您必須先獲得主治醫療服務提供者 (PCP) 的核准，才能使用您的主治醫療服務提供者 (PCP) 以外的其他醫療服務提供者，或使用本計劃網內的其他醫療服務提供者。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內醫療服務提供者獲得我們的核准後才會給付。這稱之為事先授權 (PA)。我們在醫療福利表中標示出需要 PA 的給付服務，並以星號 (*) 標示。
- 如果您的計劃核准了治療過程的 PA 請求，那麼該核准必須在醫學上合理和必要的時間內有效，以避免根據給付標準、您的病史以及提供治療的醫療服務提供者的建議而中斷照護。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


- 如果您失去 Medi-Cal 福利，在被視為繼續符合資格的 3 個月期限內，您在此計劃中的 Medicare 福利將繼續。但是，您的 Medi-Cal 服務可能不在給付範圍。請聯絡您所在郡的資格辦公室或 Health Care Options，以瞭解有關您的 Medi-Cal 資格的資訊。您可以保留您的 Medicare 福利，但不能保留您的 Medi-Cal 福利。

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：
 - 慢性酒精中毒和其他藥物依賴
 - 自體免疫性疾病
 - 癌症
 - 心血管疾病
 - 慢性心臟衰竭
 - 失智症
 - 糖尿病
 - 末期肝衰竭
 - 末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD)
 - 嚴重的血液疾病
 - HIV/AIDS
 - 慢性肺病
 - 慢性和心理障礙狀況
 - 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，獲得更多資訊。
- 有關更多資訊，請聯絡我們。






大部分預防性服務都是免費。您會在醫療福利表中的預防性服務旁看到這個蘋果 。

D. 我們計劃的醫療福利表



	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	腹部主動脈瘤篩檢 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，並獲得您的醫師、醫師助理、專科護理師或臨床照護專家的轉介時，本計劃才會給付該項篩檢。	\$0 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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>針灸</p> <p>我們在任何一個日曆月支付最多兩次門診針灸服務，或者如果是醫療必要性則多次。</p> <p>如果您患有慢性下背痛問題，90 天內可享有至多 12 次針灸診療，慢性下背痛的定義如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週以上； • 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）； • 非手術相關；並且 • 非妊娠相關。 <p>此外，如果您的下背痛問題確實有改善，本計劃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。</p> <p>如果症狀沒有好轉或甚至加重，則必須停止針灸治療。</p>	<p>\$0</p> <p>針對每次 Medicare 給付的治療，您支付 \$0</p>
	<p>酒精誤用篩檢和諮詢</p> <p>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。</p> <p>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治醫療服務提供者 (PCP) 或執業人員以基本照護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）。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付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。</p>
	<p>救護車服務</p> <p>給付的救護車服務，無論是急診或非急診，都包括地面和空中（飛機和直升機）。救護車會送您前往最近可提供照護的地點。</p> <p>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。救護車服務在其他情況（非急診）下必須獲得我們的核准。</p> <p>在非急診情況下，我們可能會支付救護車費用。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。</p>	<p>針對每次 Medicare 給付的單程救護車行程，您支付 \$0。只有非急診的救護車交通需要事先授權。如果您需要急診治療，請致電 911 並要求救護車。如果您在美國境外需要急診救護車交通，請參閱本表中的「全球急診/緊急醫療服務給付」。</p>
	<p>年度體檢（附加）</p> <p>年度例行體檢可針對僅能由醫師、專科護理師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。</p>	<p>\$0</p> <p>如果需要額外服務，您的醫療服務提供者會轉介您給專科醫師，或是在必要時提交事先授權。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>年度健康就診</p> <p>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定或更新預防計劃。我們每 12 個月支付一次該費用。</p> <p>註： 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給付。</p>	<p>\$0</p> <p>年度健康就診沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>氣喘預防服務</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>這些氣喘預防服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>骨質測量</p> <p>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）給付特定程序的費用。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。</p> <p>我們每 24 個月為該服務給付一次費用，如果醫療必要性則多次。我們也給付醫師檢查及評論結果的費用。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的骨質測量沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>乳癌篩檢（乳房 X 光攝影）</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 至 39 歲之間，一次基準的乳房 X 光攝影 • 年滿 40 歲或以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查 	<p>\$0</p> <p>給付的乳房 X 光攝影篩檢沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>心臟復健服務*</p> <p>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。</p> <p>我們也給付密集式心臟復健計劃，比心臟復健計劃的強度更高。</p>	<p>\$0</p> <p>這些心臟復健服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>心血管（心臟）疾病風險降低就診（心臟疾病治療）</p> <p>我們給付您每年一次主治醫療服務提供者 (PCP) 就診費用，若醫療必要性則多次，以幫助您降低心臟疾病的風險。就診期間，醫師可能會：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 討論阿斯匹靈的使用、 • 檢查您的血壓，和/或 • 向您提供建議以確保飲食健康。 	<p>\$0</p> <p>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。</p>
	<p>心血管（心臟）疾病檢測</p> <p>我們給付每五年（60個月）一次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。</p>	<p>\$0</p> <p>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。</p>



如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>子宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 適用於所有女性：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 子宮頸癌或陰道癌高風險女性：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查 • 過去 3 年中子宮頸抹片檢查結果曾經異常的女性：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查 • 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 	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的預防性子宮頸和骨盆檢查沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>整脊服務</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 調整脊椎以矯正排列 	<p>針對這些 Medicare 給付服務，您每次就診支付 \$0。</p>
	<p>結腸直腸癌篩檢</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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）給付一次；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 個月給付一次；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 個月給付一次。 • 對 45 歲及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。 • 對 45 歲及以上患者進行的糞便潛血檢測。每 12 個月一次。 • 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。 • 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。 • 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。 • 對於 45 歲或以上非高風險患者，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。 <p>結腸直腸癌篩檢包括在 Medicare 給付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。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的大腸直腸癌篩檢沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>牙科服務 (Medicare 給付)</p> <p>我們給付某些牙科服務，包括但不限於洗牙、補牙和假牙。我們不給付的項目可透過 Medi-Cal Dental 計劃獲得，詳見下文 F2。</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的牙科服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>牙科服務 (附加)</p> <p>我們提供額外的牙科福利包括洗牙、補牙和假牙等牙科服務。每個日曆年，您在所有附加綜合牙科服務（包括假牙）享有最高 \$1,000 的津貼。年度津貼上限不適用於您的附加預防性牙科服務。僅給付下列服務，而且每項服務都有特定限制（例如津貼上限、療程次數和/或服務頻率）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 口腔檢查 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 2 次；每個提供者或每顆牙終身最多 1 次 (D0120、D0140、D0150 或 D0180)。 ◦ 牙科 X 光檢查 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 4 片咬翼 (D0272/D0274、D0273) ◦ 每個日曆年最多 6 次根尖檢查 (D0220/D0230) ◦ 每 5 個日曆年 1 次全景片 (D0330) ◦ 每 5 個日曆年 1 次口腔內斷層合成綜合系列 (D0372) ◦ D0330 和 D0372 每 5 個日曆年允許一次，同一日曆年內 D0272 或 D0274 不包括在內 ◦ 預防性治療 (洗牙) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 2 次 (D1110)。 ◦ 氟化物治療 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年 (D1206、D1208) 最多 2 次。 ◦ 牙周病 (深層洗牙) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每 2 個日曆年最多 4 象限。給付範圍包括 D4341 或 D4342 的任意組合。 ◦ 牙周病 (清創) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 1 次 (D4355) 或 ◦ 每個日曆年最多 2 次 (D4910) ◦ 修復服務 (補牙) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年使用給付的汞合金或樹脂基修復劑 ADA 代碼 (D2140-D2161、D2330-D2335 和 D2391-D2394) 程序，最多 6 次修復。 ◦ 拔牙 (簡單性) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 8 次 (D7140) ◦ 拔牙 (手術) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 3 次 (D7210、D7220、D7230、D7240、D7241) ◦ 切開排膿 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每顆牙終身最多 1 次 (D7510、D7511、D7520、D7521) ◦ 牙冠和牙冠修復 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多 2 次；每顆牙每 5 年一次 (D2510-D2530、D2542-D2544、D2620、D2630、D2642-D2644、D2650-D2652、D2662-D2664、D2710-D2722、D2740、D2750、D2751、D2752、D2781-D2783、D2790-D2794、D2799、D2951-D2954、D2980) 	<p>無共保額、共付額或自付額。</p> <p>如果某項服務不在給付範圍，或是您超過津貼上限，您可能需要承擔費用。</p> <p>可能會有限制和排除項目。</p> <p>註：此保險適用於 Medicare 附加牙科福利。一些牙科服務可透過 Medi-Cal Dental 計劃獲得。Medi-Cal Dental 計劃提供按服務收費的牙科福利。欲瞭解更多資訊，或者需要協助查找接受 Medi-Cal Dental 計劃的牙醫，請致電客服專線：1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922)。此為免付費電話。Medi-Cal Dental Services 計劃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。您也可以瀏覽網站 dental.dhcs.ca.gov/ 瞭解更多資訊。</p> <p>在 Medi-Cal 牙科醫療服務提供者處就診時，您可能有資格透過 Medi-Cal Dental 計劃獲得額外的牙科服務。如需 Medi-Cal Dental 計劃給付的更多資訊，請參閱 F2 節。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 牙髓病學/根管治療 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年每顆牙最多1次 (D3220、D3310-D3330、D3410、D3421、D3425、D3426) ◦ 假牙 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每3個日曆年最多1組假牙(全口、臨時或部分)；最高可達本計劃年度給付上限金額 (D5110-D5140、D5211-D5214、D5221-D5228) ◦ 假牙修復和調整 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多4次 (D5511、D5512、D5520、D5611、D5612、D5621、D5622、D5630、D5640、D5650、D5660、D5670、D5671、D5710、D5711、D5720、D5721、D5725、D5730、D5731、D5740、D5741、D5750、D5751、D5760、D5761、D5765) ◦ 緊急緩和治療 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每個日曆年最多4次 (D9110) ◦ 麻醉(深度鎮靜和靜脈注射) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 與口腔手術一起給付 (D9222、D9223、D9239、D9243) <p>美國牙科協會 (American Dental Association, ADA) 可能會在年中更新這些代碼。如果您對於牙科ADA代碼有任何疑問，請致電會員服務部。您可以在您的計劃會員ID卡背面找到他們的電話號碼。有些牙科服務需要事先授權。您的醫療服務提供者會為您處理計劃所需的授權。</p> <p>本計劃不給付美容服務與牙科植入物。</p>	
	<p>憂鬱症篩檢</p> <p>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和/或轉介的主要照護環境下進行。</p>	<p>\$0</p> <p>年度憂鬱症篩檢就診沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>糖尿病篩檢</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 高血壓 • 膽固醇和三酸甘油酯異常(血脂異常)的病史 • 肥胖 • 高血糖(葡萄糖)病史 <p>在其他情況下，如超重和有糖尿病家族史，也可以進行檢測。</p> <p>自您最近一次糖尿病篩檢測試之日起，您可能資格每12個月進行最多兩次糖尿病篩檢。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare給付的糖尿病篩檢沒有共保額、共付額或自付額。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務和用品</p> <p>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）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 血糖監測用品，包括以下項目： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 血糖監測儀 ◦ 血糖試紙 ◦ 採血裝置和採血針 ◦ 用以檢查試紙和血糖監測儀準確性血糖控制解決方案。 • 對於有糖尿病足部疾病的糖尿病患者，我們給付以下項目： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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 ◦ 每年一雙深口鞋，包括調整，以及三雙鞋墊（不包括隨類附帶的非訂製可拆式鞋墊） • 在某些情況下，我們會給付訓練費用來幫助您管理糖尿病。如需瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。 	<p>此項福利您支付\$0。只要您持有處方，並在網內零售藥房或透過郵寄服務藥房計劃來領取用品，用品即可獲得給付。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服務 (Medical Nutrition Therapy, MNT)，請參閱本表中的「醫學營養治療」。</p> <p>可能需要事先授權的糖尿病用品，糖尿病用鞋和鞋墊。</p> <p>Medicare 給付的糖尿病自我管理訓練不需要事先授權。</p>
	<p>陪產士服務</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>陪產士服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>


本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品*</p> <p>請參閱您的《會員手冊》第 12 章，以瞭解耐用醫療器材 (DME) 的定義，我們給付下列項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 輪椅，包括電動輪椅 • 拐杖 • 動力床墊系統 • 床墊專用的乾式壓力墊 • 糖尿病用品 • 由醫療服務提供者醫囑用於住家的醫用床 • 靜脈注射 (IV) 輸液幫浦和輸液架 • 言語發聲裝置 • 氧氣器材與用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準彎柄手杖或四腳手杖及替換用品 • 頸椎牽引器 (門掛式) • 骨質生長刺激器 • 洗腎照護器材 <p>可給付的其他項目。</p> <p>對於 Medicare 和 Medi-Cal 給付所有醫療上必要性耐用性醫療器材 (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。</p>	<p>針對由 Medicare 給付的耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品，您支付 \$0。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>急診治療</p> <p>急診治療是指符合下列條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由受過急診治療服務訓練的醫療服務提供者提供，以及 • 為治療急診所需。 <p>急診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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 嚴重危害您或胎兒的健康；或 • 身體機能的嚴重傷害；或 • 身體的任何器官或部位發生嚴重的功能障礙。 • 對於正在分娩的孕婦，當： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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。 <p>除有限定情況外，急診治療照護僅限於美國境內及其屬地。詳情請與本計劃聯絡。</p> <p>作為附加福利，我們每個日曆年都提供高達 \$10,000 的全球急診保險，供急診交通、緊急治療、急診治療和穩定後照護之用。</p>	<p>\$0</p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診照護，並在急診穩定後需要住院照護，您必須回到網絡醫院，您的照護才會繼續獲得給付。僅在我們核准您住院的情況下方可在網外醫院接受住院照護。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>計劃生育服務</p> <p>法律允許您選擇任何醫療服務提供者（無論是網內提供者還是網外提供者）來提供特定的計劃生育服務。這指的是任何醫師、診所、醫院、藥房或計劃生育辦公室。</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭計劃檢查和醫療 • 計劃生育實驗室和診斷檢測 • 計劃生育方法（IUC/IUD、植入物、注射、避孕藥、避孕貼或避孕環） • 憑處方領取的家庭計劃用品（避孕套、海綿、泡沫、薄膜、隔膜、子宮頸帽） • 有限的生育服務，如關於生育意識技術的諮詢和教育，和/或孕前健康諮詢、檢測和性傳播感染 (STI) 治療 • HIV、AIDS 以及其他 HIV 相關症狀的諮詢和檢測 • 永久性避孕（您必須年滿21歲或以上才能選擇這種家庭計劃的方法。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。） • 基因諮詢 <p>我們也支付其他一些計劃生育服務的費用。不過，您必須向網內的醫療服務提供者尋求下列服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治療不孕症（此項服務不包括人工懷孕）。 • AIDS 和其他 HIV 相關症狀的治療 • 基因檢測 <p>Medicare D 部分未給付的非處方計劃生育產品和藥物可能會在您的 Medi-Cal Rx 福利的給付範圍。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以獲得更多資訊。或者致電 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。您將需要使用 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC) 才能存取 Medi-Cal Rx 給付藥物。</p>	<p>\$0</p> <p>計劃生育服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
<p>健身福利（附加）</p> <p>您獲得進入健身中心的健身中心會員資格。如果您無法造訪健身中心，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。家庭健身選項包括選擇健身追蹤器、力量訓練或瑜伽套件。</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>在開始或變更您的例行運動之前，請務必諮詢您的醫師。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>健康和保健教育計劃</p> <p>我們提供許多針對特定健康狀況的計劃。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒除吸菸及菸草使用； 以及 • 照護熱線 	<p>\$0</p> <p>健康和保健教育計劃沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>聽力服務*</p> <p>我們給付由您的醫療服務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服務提供者處接受這些檢測時，將作為門診照護予以給付。</p> <p>根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每 2 年一次聽力檢查和每 2 年一次助聽器選配/評估的給付。本計劃給付每年一次額外助聽器選配/評估。</p> <p>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）。</p> <p>除了 Medicare 給付的聽力服務之外，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。</p> <p>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，可以每 24 個月向本計劃核准的醫療服務提供者，最多獲得 2 副預選雙耳助聽器。</p> <p>我們也會支付醫師或其他合格的醫療服務提供者開具的助聽器費用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 模具、用品和植入物 • 維修 • 一組初始電池 • 獲得助聽器後，在同一業者處接受六次訓練、調整和驗配 • 助聽器試用期租金 • 輔助聽力裝置、配戴於表面的骨傳導聽力裝置 • 與助聽器相關的聽力和後期評估服務 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>慢性疾病的特殊附加福利</p> <p>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。</p> <p>您需要每年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。您的資格將每年進行一次審核，並且可能需要事先授權。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 慢性酒精中毒和其他藥物依賴； • 自體免疫性疾病； • 癌症； • 心血管疾病； • 慢性心臟衰竭； • 失智症； • 糖尿病； • 末期肝衰竭； • 末期腎臟病 (ESRD)； • 嚴重的血液疾病； • 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) ； • 慢性肺病； • 慢性和心理障礙狀況； • 神經疾病症狀；以及 • 中風 <p>我們將協助您獲得這些福利。您可以致電會員服務部或您的照護協調員，向其提出您的要求或獲得額外資訊。</p> <p>註：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。</p> <p>會員必須使用預先存有額度的 MyChoice 卡來支付服務費用。</p> <p>餐飲：</p> <p>如果符合資格，您可以每個月獲得 \$75 享受餐飲消費的福利。每個月結束時，任何未使用的額度不會轉移至下一個月。</p> <p>您可以使用 MyChoice 卡的津貼，在您附近的參與計劃當地商店購買各種品牌與一般健康食品，或在 Members.NationsBenefits.com/Molina 線上外送至家中，無需支付額外費用。</p>	<p>\$0</p> <p>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。需要參與照護管理計劃。</p> <p>可能需要事先授權。</p>



	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>HIV 篩檢</p> <p>我們為以下人士給付每 12 個月一次 HIV 篩檢費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要求 HIV 篩檢檢測，或 • HIV 感染風險增加。 <p>對於孕婦，我們給付達三次妊娠期間的 HIV 篩檢檢測費用。</p> <p>如果您的醫療服務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。</p>	<p>\$0</p> <p>有資格接受 Medicare 給付預防性 HIV 篩檢者無需支付共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>家庭健康機構照護</p> <p>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。</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼職或間歇性專業照護以及居家照顧輔助服務（為了將此類服務納入居家健康照護福利之中，您的專業照護和居家照顧輔助服務的總計時間不得超過每天 8 小時以及每週 35 小時。） • 物理治療、職能治療和言語治療 • 醫療及社工服務 • 醫療器材和用品 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>家中注射治療*</p> <p>本計劃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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物或生物性物質，如抗病毒藥物或免疫球蛋白； • 設備，例如幫浦；以及 • 用品，如插管或導管。 <p>本計劃支付家中注射服務，其中包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根據您照護計劃所提供的專業服務，包括照護服務； • 尚未包含在 DME 福利中的會員訓練和教育； • 遠端監測；以及 • 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。 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>


本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>安寧照護</p> <p>如果您的醫療服務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。這表示您罹患絕症，預計只有六個月或更短的生命。您可以從任何經 Medicare 認證的安寧計劃獲得照護。本計劃須協助您在本計劃服務區域找到 Medicare 認證的安寧照護計劃。您的安寧醫師可以是網內醫療服務提供者，也可以是網外醫療服務提供者。</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治療症狀與疼痛的藥物 • 短期臨時照護 • 居家照護 <p>安寧服務以及由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分給付與您臨終預後有關的服務費用均由 Medicare 給付。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本章的第 F 節以瞭解更多資訊。 <p>本計劃給付，但 Medicare A 部分或 B 部分不給付服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本計劃給付，但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不給付服務。無論該服務是否與您的絕症有關。針對這些服務，您無須支付費用。 <p>對於本計劃的 Medicare D 部分福利可能給付的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 藥物不會同時由安寧照護和本計劃同時給付。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。 <p>註：如果您患有嚴重疾病，您可能有資格獲得安寧照護，該照護提供基於團隊的患者和以家庭為中心的照護，以改善您的生活品質。您可以在接受治療/常規照護的同時接受安寧照護。請參閱下方的安寧照護章節以瞭解更多資訊。</p> <p>註：如果您需要非安寧照護，請致電照護協調員和/或會員服務部以安排服務。非安寧照護是與臨終預後無關的照護。</p> <p>針對罹患絕症且未選擇安寧照護福利的會員，本計劃給付安寧照護諮詢服務（僅限一次）。</p>	<p>當您投保由 Medicare 認證的安寧照護計劃時，您的安寧照護服務費用及 A 部分和 B 部分與臨終預後相關的服務費用皆由 Original Medicare 給付，而非 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>疫苗接種</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，秋冬每個流感季一次，若醫療必要性則另增流感疫苗注射數量 • B 型肝炎疫苗，如果您有罹患 B 型肝炎的高度或中度風險 • COVID-19 疫苗 • 人類乳突病毒 (HPV) 疫苗 • 其他疫苗 - 如果您有罹患相關疾病的風險，而且這些疫苗符合 Medicare B 部分給付規定 <p>對於符合 Medicare D 部分給付規定的其他疫苗，我們支付費用。請參閱您的《會員手冊》第 6 章以瞭解更多資訊。</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>肺炎、流感、B 型肝炎疫苗、人類乳突病毒 (HPV) 和 COVID-19 疫苗沒有共保額、共付額或自付額。</p>

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>住院照護</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或是私人病房，如果在醫療上有此需要） • 膳食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 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 • 藥物和用藥 • 實驗室檢驗 • X光與其他放射服務 • 所需手術及醫療用品 • 裝置，如輪椅 • 手術室和恢復室服務 • 物理、職業和言語治療 • 戒除物質濫用住院服務 • 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。 <p>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。移植醫療服務提供者可以在當地或服務區以外。如果當地的移植醫療服務提供者願意接受 Medicare 的費率，那麼您就可以在當地或所在社區的照護模式外獲得移植服務。如果我們的計劃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。</p> <p>Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 將報銷在偏遠地區接受移植相關醫療護理時的住宿和餐費，每日最高限額為 \$150。此外，還可以按照國家稅務局 (IRS) 調整並公開發布之規定的納稅人標準里程費率申請里程報銷。根據計劃指南，每次移植的所有旅行、住宿、餐食和里程報銷的最高金額為 \$5,000。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 血液，包括儲存和管理 • 醫師服務 <p>註：要成為住院病人，您的醫療服務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。</p> <p>您也可在 Medicare 資料表中的「Are you a Hospital Inpatient or Outpatient? 如果您已參與 Medicare – 請予詢問！」中找到更多資訊。您可以造訪 es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 獲得此資料表，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。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。</p>	<p>\$0</p> <p>在您的緊急情況穩定後，您必須獲得本計劃的核准，才能在網外醫院住院治療。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>精神科醫院的住院服務</p> <p>對於需要住院的心理健康照護服務，我們支付費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您需要獨立的精神病醫院提供的住院服務，我們支付頭 190 天的費用。之後，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。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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。 • 如果您年滿 65 歲或以上，我們會為您在精神疾病學會 (Institute for Mental Diseases, IMD) 得到的服務付費。 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>住院：非給付住院期間在醫院或專業照護機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 的給付服務</p> <p>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。</p> <p>然而，在某些情況下，若住院照護不在給付範圍，我們可能會支付您在醫院或在照護機構獲得的服務。如需瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 診斷測試，如檢驗室檢測 • X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務 • 手術敷料 • 夾板、石膏和其他用於骨折和錯位的裝置 • 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： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 體內器官（包括鄰近組織），或 ◦ 體內無法運作或無法正常運作之器官的機能。 • 腿部、手臂、背部和頸部支架、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 • 物理治療、言語治療和職能治療 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>腎臟病服務和用品</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> 腎臟病教育服務，教導腎臟照護的常識，並協助您對自己的照護作出正確的決定。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。我們給付多達六次腎疾病教育服務。 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，或當該服務的醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲得。 住院洗腎治療，如果院方允許您入院接受特殊照護 自我洗腎訓練，包括對您和協助您進行居家洗腎治療的人進行的訓練 居家洗腎器材和用品 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、協助處理緊急情況，以及檢查您的洗腎設備和供水裝置。 <p>您的Medicare B部分藥物福利可以給付部分洗腎用藥。欲獲得相關資訊，請參閱本表中的「Medicare B部分處方藥」。</p>	<p>\$0</p> <p>針對這些服務，您無須支付費用。一生最多可接受6次Medicare給付的課程。</p>
	<p>肺癌篩檢</p> <p>若您符合以下條件，本計劃支付每12個月一次肺癌篩檢費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> 年齡在50-77歲，以及 與您的醫生或其他合格的醫療服務提供者進行諮詢或共同決策就診，以及 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。 <p>首次篩檢後，本計劃將根據您的醫師或其他合格醫療服務提供者的書面醫囑支付每年一次篩檢費用。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare給付的諮詢和醫病共享決策門診沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>醫學營養治療</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>有資格接受Medicare給付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。</p>


	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>Medicare 糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>本計劃支付 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 服務費用。MDPP 旨在幫助您加強健康行為。提供以下方面的實際訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 長期飲食變化，以及 • 增加身體活動，以及 • 維持減重和健康生活的方法。 	<p>\$0</p> <p>Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>Medicare B 部分處方藥*</p> <p>這些藥物屬於 Original Medicare B 部分的給付範圍。我們的計劃給付下列藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 透過耐用性醫療器材（例如醫療必要性胰島素幫浦）提供的胰島素 • 您透過本計劃授權的耐用性醫療器材（例如噴霧器）所使用的其他藥物 • 靜脈注射 (IV) 的治療阿爾茨海默病的藥物 Leqembi（通用名 lecanemab） • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 支付您的器官移植費用，則 Medicare 給付移植藥物治療。您在接受給付移植時必須享有 A 部分，在獲得免疫抑制藥物時必須享有 B 部分。如果 B 部分不給付免疫抑制藥物，則 Medicare D 部分給付免疫抑制藥物 • 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 • 部分抗原藥物：如果抗原藥物是由醫師準備，並且是由經過適當指導的人士（可能是您或患者本人）在適當的監督下給藥，則 Medicare 給付抗原藥物 • 某些口服抗癌藥物：Medicare 給付您口服的某些口腔癌藥物，前提是該藥物有注射劑型或該藥物是前藥（藥物的口服形式，攝入後會分解為與注射劑藥物中相同的活性成分）。隨著新型口腔癌藥物的上市，B 部分可能會加以給付。如果 B 部分不給付，D 部分將給付 • 口服抗噁心藥物：Medicare 給付作為抗癌化療方案一部分使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物是在化療之前、化療時或化療後 48 小時內服用，或用作靜脈內抗噁心藥物的全面治療替代品 • 某些口服末期腎臟病 (ESRD) 藥物，前提是相同藥物有注射劑型，且 B 部分 ESRD 福利給付該藥物 • 在 ESRD 支付系統下的擬鈣化藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv 和口服藥物 Sensipar • 某些用於居家透析的藥物，包括肝素、肝素解毒劑（醫療需要時）和局部麻醉劑 	<p>針對每次 Medicare B 部分處方藥，您支付 \$0。</p> <p>B 部分藥物可能會因階段治療而異。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> • 紅血球生成刺激劑：如果您患有 ESRD 或您需要這種藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血（例如 Procrit®），則 Medicare 給付注射促紅血球生成素 • 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的 IV 免疫球蛋白 • 腸外和腸內營養（靜脈注射和管飼） <p>以下連結將前往可能受階段治療限制的 Medicare B 部分藥物清單：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。</p> <p>我們也給付 Medicare B 部分下的一些疫苗和 Medicare D 部分處方藥福利下的大多數成人疫苗。</p> <p>《會員手冊》第 5 章說明我們的門診處方藥給付。其說明您必須遵守的規定以獲得處方藥給付。</p> <p>《會員手冊》第 6 章說明透過我們的計劃，您需要為門診處方藥支付的費用。</p>	
<p>MyChoice 卡</p> <p>MyChoice 卡是預付的福利簽帳金融卡，可用於支付特定的附加計劃福利，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非處方項目 • 餐飲* <p>*需適用相關的資格規定。</p> <p>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。本福利卡並未給付美容程序。額度會在每個月存入卡片一次。如果您退出本計劃，任何未使用的分配額度會在您的退保生效日期歸還至本計劃。</p> <p>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。</p> <p>如需更多關於您的 OTC 福利或如何獲得餐飲資格，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「慢性病患者特別補充保險福利」。</p>	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>營養諮詢</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 電話訪問的時間長度是 30 至 60 分鐘。 • 您會得到聯絡資訊，以供您在需要或想要獲得進一步資訊和/或後續追蹤時使用。 <p>根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，營養/飲食個別課程不受限制。</p> <p>本計劃給付額外 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獲得這些服務。</p>	<p>\$0</p> <p>營養諮詢沒有共保額、共付額或自付額。</p>
<p>照護機構照護*</p> <p>照護機構 (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。</p> <p>由我們付費的服務包括但不限於以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或是如有醫療上必要的私人病房） • 膳食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療和言語治療 • 呼吸治療 • 作為您照護計劃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） • 血液，包括儲存和管理 • 通常由照護機構提供的醫療和手術用品 • 通常由照護機構提供的實驗室檢驗 • 通常由療養院給予的 X 光及其他放射科服務 • 通常由照護機構提供例如輪椅等裝置的使用 • 醫師/醫療從業人員服務 • 耐用性醫療器材 • 牙科服務，包括假牙 • 視力福利 • 聽力檢查 • 整脊照護 • 足療服務 <p>您通常會從網內機構獲得照護。但是，您可能會在我們網外機構接受照護。如果以下地點接受本計劃的給付金額，您就可以在這些機構接受照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在您住院之前，您所居住的照護機構或持續照護退休社區（只要其提供照護機構的照護）。 • 在您出院時，您的配偶或同居伴侶所居住的照護機構。 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>肥胖篩檢和治療以維持減重</p> <p>如果您的身體質量指數在 30 或以上，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劃一同管理。請洽詢您的主治醫療服務提供者以瞭解詳情。</p>	<p>\$0</p> <p>預防性肥胖篩檢和治療沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>鴉片治療計劃 (OTP) 服務</p> <p>本計劃將支付以下鴉片使用失調 (Opioid Use Disorder, OUD) 治療服務的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 攝取活動 • 定期評估 • 經 FDA 核准的藥物，以及在適用情況下，這些藥物的管理與提供 • 物質使用疾患諮詢 • 個人治療與團體治療 • 檢測您體內的藥物或化學物質（毒理學檢測） 	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的鴉片治療門診沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>Medicare 給付的門診鴉片類治療計劃服務不需要事先授權，但如果您要求獲得鴉片類治療藥物，則可能需要獲得事先授權。</p>
	<p>門診診斷檢測和治療服務與用品*</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射（鐳和同位素）治療，包括技術人員的材料和用品 • 手術用品，如敷料 • 夾板、石膏和其他用於骨折和錯位的裝置 • 實驗室檢驗 • 血液，包括儲存和管理 • 其他門診診斷檢測 	<p>\$0</p> <p>門診診斷檢測和治療服務與用品沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>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。</p>
	<p>門診醫院服務*</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 急診部或門診診所的服務，例如門診手術或留觀服務 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 留觀服務可協助醫師瞭解您是否需要入院接受「住院」治療。 ◦ 有時候您可能會在醫院待上整晚，卻仍屬於「門診」病患。 ◦ 關於門診病患或住院病患的更多資訊，請參閱此資料表，網址：es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf。 • 由醫院收費的實驗室和診斷檢測 • 心理健康照護，包括部分制住院計劃中的照護（如果醫師證明無該項則需住院治療） • 由醫院收費的 X 光與其他放射服務 • 醫療用品，如夾板和石膏模 • 醫療福利表中所列出的預防性篩檢和服務 • 某些您無法自行施用的藥物 	<p>\$0</p> <p>門診醫院服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>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。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>門診心理健康照護*</p> <p>我們支付由下列人員提供之心理健康服務的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 州立執照的精神科醫師或醫師 • 臨床心理醫師 • 臨床社會工作者 • 臨床照護專家 • 認證專業諮詢師 (LPC) • 認證婚姻與家庭治療師 (LMFT) • 護理師 (NP) • 醫師助理 (PA) • 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 <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 診所服務 • 日間治療 • 心理復健服務 • 部分制住院或密集門診計劃 • 個人和團體心理健康評估與治療 • 臨床所顯示的心理測驗，以評估心理健康結果 • 以監測藥物治療為目的而提供的門診服務 • 門診實驗室、藥物、用品和補充劑 • 精神科諮詢 <p>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劃外給付。請參閱第 3 章 E.1 節，瞭解有關這些服務的更多資訊以及如何獲得這些服務。</p>	<p>\$0</p> <p>門診心理健康照護沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>門診復健服務</p> <p>我們支付物理治療、職能治療和言語治療的費用。</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>每次門診物理治療 (PT)、職業治療 (OT) 和/或言語語言 (SP) 就診沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>門診物質使用疾患服務*</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 酒精誤用篩檢和諮詢 • 藥物濫用的治療 • 由合格的臨床醫師提供團體或個人諮詢 • 在住宿戒斷計劃中進行亞急性戒毒 • 在密集型門診治療中心接受酒精和/或藥品服務 • 長效緩釋型的那曲酮 (Vivitrol) 治療 	<p>\$0</p> <p>門診物質使用疾患服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>門診手術</p> <p>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。</p>	<p>\$0</p> <p>針對每個給付的門診手術事件，包括但不限於醫院或其他設施費用以及醫師或手術費用，沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>非處方 (Over-The-Counter, OTC) 項目 (附加)</p> <p>您每月可使用 MyChoice 卡在計劃核准的 OTC 項目、產品及藥物上花費 \$100。</p> <p>如果您未用完月福利金額，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個月。</p> <p>您的給付範圍包括維生素、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。</p> <p>您可以訂購：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 線上 – 請造訪 NationsOTC.com/Molina • 透過電話 – 請致電 (877) 208-9243 與 NationsOTC Member Experience Advisor (國民非處方會員體驗顧問) 交談 (TTY 711)，全天候提供服務，全年無休。 • 透過郵寄 – 填寫並交回產品目錄中的訂購單。 • 透過參與計劃的零售地點。 <p>有關計劃核准的 OTC 項目完整清單，請參閱您的2025 OTC 產品目錄，或致電 OTC 支援人員以獲得更多資訊。您將在2025 OTC 產品目錄中找到重要資訊 (訂購指南)。</p>	<p>\$0</p> <p>如果您超過月津貼上限，您可能需要負擔費用。</p> <p>可能會有限制和排除項目。</p>


如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>安寧照護</p> <p>我們的計劃給付安寧照護。安寧照護是為患有嚴重疾病人士提供的。安寧照護是以病患和家庭為中心的照護，藉由預測、預防和治療痛苦來提高生活品質。安寧照護不是是臨終關懷，因此您的預期壽命不必為六個月或更少才有資格獲得安寧照護。安寧照護可與治療/常規照護同時提供。</p> <p>安寧照護包括以下內容：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 預先照護規劃 • 安寧照護評估與諮詢 • 照護計劃，包括所有授權的安寧和治療照護，包括心理健康和醫療社工服務 • 由您指定的照護團隊提供的服務 • 照護協調 • 疼痛與症狀管理 <p>如果您年滿21歲以上，您可能無法同時獲得善終服務和安寧照護。如果您正在接受安寧照護並符合安寧照護的資格，您可以隨時要求變更為安寧照護。</p>	<p>\$0</p> <p>安寧照護服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
<p>部分制住院服務和密集式門診服務*</p> <p>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。其比您在醫師、治療師、認證婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或執業專業諮詢師辦公室獲得的照理更為深入。它可以幫助您免於住院。</p> <p>密集式門診服務是一種積極的行為（心理）健康治療的結構化計劃，在醫院門診服務、社區心理健康中心、聯邦合資格健康中心或鄉村健康診所提供，其所提供的照護比您在醫師、治療師、LMFT 或有執照的專業諮商師診所得到的照護更為密集，但沒有部分制住院治療密集。</p> <p>註：由於我們的網內沒有社區心理健康中心，因此我們給付部分制住院作為醫院門診服務。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的部分制住院服務沒有共保額、共付額或自付額。您必須符合特定要求才能得到給付，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。</p> <p>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。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 提供醫療上必要的健康照護或手術服務之地點，例如： • 醫師診間 • 通過認證的門診手術中心 • 醫院門診部門 • 由專科醫師進行諮詢、診斷和治療 • 如果您的醫師要求以確定是否需要治療，而由您的主治醫療服務提供者或專科醫師進行的基本聽力和平衡檢查 • 特定遠距醫療服務，包括額外的遠距醫療福利。 	<p>\$0</p> <p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。


	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>◦ 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內醫療服務提供者。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 • 為診斷、評估，或治療中風症狀的遠距醫療服務 • 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。 • 在下列情況下，針對心理健康疾病的診斷、評估和治療提供遠距醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> • 您在第一次遠距醫療就診前的 6 個月內親自就診 • 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務 • 在某些情況下，上述情況可能會有例外 • 心理健康就診的遠距醫療服務由鄉村健康診所 (Rural Health Clinics) 和聯邦核准的健康中心 (Federally Qualified Health Centers) 提供。 • 由合格的職業治療師 (OT)、物理治療師 (PT)、語言病理學家 (SLP) 和聽力學家提供的遠端醫療服務 <p style="text-align: right;">此項福利續下頁</p>	


	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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）。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是新病患，以及 ◦ 該看診與過去 7 天內的診間就診無關，以及 ◦ 該看診不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診。 • 若為以下情況，由醫師評估所傳送的影片和/或圖片，並在 24 小時內為您判讀並追蹤情況。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是新病患，以及 ◦ 該評估與過去 7 天內的診間就診無關，以及 ◦ 該評估不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診。 • 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 • 由另一網內醫療服務提供者在手術前提供的第二意見 • 非例行牙科照護。給付服務僅限於： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 下顎或相關結構的手術 ◦ 顎骨或顏面骨的骨折固位 ◦ 腫瘤癌症放射治療前拔牙 ◦ 由醫師提供的給付服務 	
	<p>足療服務*</p> <p>我們給付下列服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 	<p>\$0</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>前列腺癌篩檢</p> <p>對於 50 歲及以上男性，我們會每 12 個月給付一次以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肛門指診 • 一次前列腺特异性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢查 	<p>\$0</p> <p>年度前列腺特异性抗原 (PSA) 檢查沒有共保額、共付額或自付額。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>義肢和矯具及相關用品*</p> <p>義肢裝置用以取代人體全部或部分的部位或功能。其中可能包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 義肢和矯具使用的測試、組裝或訓練 • 結腸造口術袋和結腸造口術照護相關用品 • 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 • 起搏器 • 支架 • 義肢鞋 • 人工手臂和腿 • 乳房假體（包括乳房切除術後的術後胸罩） • 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。 • 失禁乳霜及尿布 <p>我們會支付與義肢和矯具有關的部分用品費用。我們也會支付維修或更換義肢和矯具的費用。</p> <p>我們為白內障摘除術或白內障手術後提供部分給付。欲瞭解詳細資訊，請參閱本表稍後的「視力保健」部分。</p>	<p>\$0</p> <p>每個 Medicare 給付的義肢和矯具（包括此類裝置的更換或維修以及相關用品）均沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>肺部復健服務*</p> <p>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劃的費用。您必須具有治療 COPD 的醫師或醫療服務提供者的肺部復健醫囑。</p> <p>對於需要依賴呼吸器的患者，我們支付呼吸服務的費用。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的肺部復健問診沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>性傳播疾病 (Sexually transmitted infections, STIs) 篩檢和諮詢</p> <p>我們給付披衣菌、淋病、梅毒和 B 型肝炎篩檢的費用。這些篩檢的給付範圍適用於懷孕女性以及某些 STI 的高風險群。主治醫療服務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給付一次這些檢測。</p> <p>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。我們為這些作為預防性服務的諮詢課程付費，但這些課程必須由主治醫療服務提供者提供。這些課程必須在主要照護環境中提供，例如醫生診間。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的 STI 篩檢和 STI 諮詢預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>專業療養機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 照護*</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房，或是私人病房，如果在醫療上必要 • 膳食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療和言語治療 • 作為照護計劃一部分的藥物，包括人體內天然存在的物質，例如凝血因子 • 血液，包括儲存和管理，從您所需要的首次三品脫血液開始給付。包括貯血和輸血 • 由療養機構提供的醫療和手術用品 • 由療養機構提供的實驗室檢驗 • 由療養機構提供的 X 光與其他放射服務 • 由療養機構提供例如輪椅等裝置 • 醫師/醫療服務提供者服務 <p>您通常會從網內機構獲得照護。但是，您可能會在我們網外機構接受照護。如果以下地點接受本計劃的給付金額，您就可以在這些機構接受照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在您住院之前，您所居住的療養院或持續照護退休社區（只要其提供照護機構的照護） • 在您出院時，您的配偶或同居伴侶所居住的照護機構。 	<p>\$0</p> <p>您無需支付專業照護機構 (SNF) 照護費用。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>戒除吸菸及菸草使用</p> <p>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：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我們在 12 個月內給付兩次戒菸嘗試費用，以作為預防性服務。此項服務對您免費。每次戒菸嘗試包括最多四次面對面諮詢診查。 <p>如果您使用菸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菸草影響的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我們在 12 個月內支付兩次戒菸嘗試諮詢費用。每次戒菸嘗試諮詢包括最多四次面對面就診。 <p>如果您是孕婦，則可在事先授權下，獲得無限制的戒煙輔導。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的戒除吸菸及菸草使用的預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>監督運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET)*</p> <p>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。</p> <p>我們的計劃給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果符合所有 SET 規定，可在 12 週內進行最多達 36 次治療 • 如果醫療服務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 <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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劃 • 在醫院門診環境或醫師診間進行 • 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。 • 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理師/臨床照護專家的直接監督下進行 	<p>\$0</p> <p>Medicare 給付的監督運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET) 就診沒有共保額、共付額或自付額</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>交通：非急診交通</p> <p>若您的健康約診為給付服務，本計劃將給付您往返該醫療約診的交通服務。本計劃每年給付最多 12 次單程行程。超過 100 英里的單程行程需要事先授權。</p> <p>非急診交通的類型包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您可以走路，則會使用轎車、廂型車、計程車或共乘服務。 • 如果您行動不便，則會使用配備輪椅升降機的車輛。 <p>這項福利用完後，如果您享有 Medicaid 醫療給付，則可使用 Medicaid 非急診交通福利，這項福利可給付您前往主治醫療服務提供者和其他醫療服務提供者處的交通費。</p> <p>請參閱第 3 章第 F 節，以瞭解更多資訊。</p>	<p>\$0</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>緊急治療</p> <p>緊急治療是為治療以下所提供的照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非急診但需要立即就醫，或 • 不可預見的疾病，或 • 受傷，或 • 需要立即就醫的症狀。 <p>如果您需要緊急治療，應先嘗試從網內醫療服務提供者處獲得。但是，如果您無法從網內醫療服務提供者處獲得服務，因為根據您的時間、地點或情況，從網內醫療服務提供者處獲得服務是不可能或不合理的（例如，當您在計劃服務區之外，因不明症狀需要醫療上必要的立即服務，但此不屬於急診），則您可以使用網外醫療服務提供者。</p> <p>作為附加福利，我們每個日曆年都提供高達 \$10,000 的全球急診保險，供急診交通、緊急治療、急診治療和穩定後照護之用。</p>	<p>針對 Medicare 給付的緊急治療，每次您支付 \$0。無論是網內或網外緊急治療，您都支付相同的分攤費用。</p>
	<p>視力保健</p> <p>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，這包括為糖尿病患者進行糖尿病視網膜病變的年度眼科檢查，以及老年性黃斑部退化治療。</p> <p>對於青光眼罹患風險較高的人，我們每年支付一次青光眼篩檢的費用。青光眼高風險群包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> — 有青光眼家族史者 — 患有糖尿病的人士 — 50 歲及以上非裔美國人 — 65 歲或以上西班牙裔美國人 <p>如果您有兩次單獨進行的白內障手術，您必須在每一次手術後，獲得一副眼鏡。您不能在第二次手術後獲得兩副眼鏡，即使您在第一次手術後並未獲得眼鏡也是如此。</p>	<p>\$0</p>

	本計劃給付服務	您必須支付的費用
	<p>視力保健（附加）</p> <p>我們與 VSP 合作，為您的例行視力保健需求提供更多價值！</p> <p>給付範圍包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每個日曆年一次例行性眼科檢查 • 眼鏡津貼 <p>您可以使用您的眼鏡津貼來購買：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 隱形眼鏡* • 眼鏡（鏡片和鏡框） • 眼鏡鏡片和/或鏡框 • 升級類（例如有色鏡片、抗 UV 鏡片、偏光鏡片或光致變色鏡片）。 <p>*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。矯正眼鏡超出本計劃眼鏡津貼限額的部分必須由您支付。</p> <p>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 \$200 的眼鏡津貼。</p> <p>若要進行例行眼科檢查，您可以就近尋找一家網內常規預防性視力醫療服務提供者：線上搜尋 - 在MolinaHealthcare.com/Medicare上使用我們的附加視力醫療服務提供者線上搜尋工具。</p> <p>附加福利由本計劃提供，以幫助處理醫療保險通常不給付的項目或服務。所有給付必須在計劃年度內使用，並且只有在提供服務時您已投保計劃才能使用。</p> <p>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。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能會有限制和排除項目。</p>
	<p>「歡迎參加 Medicare」預防性就診</p> <p>本計劃給付一次「歡迎參加 Medicare」預防性就診。該就診包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 檢查您的健康， • 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 • 視需要進行其他照護的轉介。 <p>註：我們僅在您投保 Medicare B 部分的前 12 個月給付「歡迎參加 Medicare」預防性就診。預約時，請告知醫師您想要安排「歡迎參加 Medicare」預防性就診。</p>	<p>\$0</p> <p>「歡迎參加 Medicare」預防性就診沒有共保額、共付額或自付額。</p>

本計劃給付服務	您必須支付的費用
<p>全球急診/緊急醫療給付（附加）</p> <p>這項附加福利的給付範圍包括：每個日曆年針對美國境外的全球急診/緊急醫療服務提供最高 \$10,000 的給付。</p> <p>此福利僅適用於歸類為在美國提供的急診或緊急治療。全球範圍給付包括急診或緊急治療，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。</p> <p>救護車服務的給付條件是無法以救護車之外的其他方式前往急診室，否則會危及您的健康。發生這類情況時，我們會要求您或您的看護致電我們。一旦您的病症與情況許可，我們將盡快安排網內醫療服務提供者為您提供照護。</p> <p>從其他國家返回美國的交通費不在給付範圍。例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在給付範圍。</p> <p>外國稅金和費用（包括但不限於換匯或交易費）不在給付範圍。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。</p>	<p>\$0</p> <p>如果您在美國境外接受急診治療，並在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的健康費用，或者您必須在本計劃授權的網外醫院住院治療。您的費用是您在網內醫院會支付的分攤費用。適用計劃上限。您可能需要提出索賠，要求報銷在美國境外接受的急診/緊急醫療服務。本計劃每個日曆年最多給付 \$10,000 的此福利。</p>

E. 社區支援

您可以根據您的個人化護理計劃獲得支援。社區支援是具醫療正當性以及成本效益的替代服務或環境，適用於 Medi-Cal State 計劃給付的對象。會員可選擇是否接受這些服務。如果您符合資格，這些服務可幫助您更獨立地生活。它們不會取代您已在 Medi-Cal 下獲得之福利。

住房銜接指導服務：透過提供住房申請、福利宣傳、確保可用資源以及在搬入時向房東提供幫助等支持，幫助無家可歸的會員獲得住房。

資格：

- 透過當地無家可歸者協調進入系統 (CES) 或類似系統優先獲得永久支持性住房單元或租金補貼資源的會員；或者
- 符合住房和城市發展 (HUD) 對無家可歸者的定義並正在接受 Enhanced Care Management (ECM) 的會員，或患有一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重精神疾病和/或有被入住機構的風險的會員或因物質使用疾患而需要住宿服務的會員；或者
- 符合《聯邦法規》第 24 章第 91.5 節中定義的 HUD 對無家可歸風險定義的會員；或者
- 面臨無家可歸風險並患有一種或多種嚴重慢性疾病的會員；有嚴重的精神疾病的會員；因物質使用疾患或有嚴重情緒障礙（兒童和青少年）而面臨入住機構或藥物過量或需要住宿服務的風險的會員；正在接受 ECM 的會員；或者是過渡年齡青年的會員，在住房穩定性方面存在重大障礙，例如一次或多次定罪，寄養史，涉及少年司法或刑事司法系統，及或者有嚴重的精神疾病，及或者患有嚴重情緒障礙，及或者遭受人口販運或家庭暴力的兒童或青少年。

住房押金：幫助無家可歸的會員確定、協調、確保或資助一次性服務和改造，以使他們能夠創建不包含食宿的基本安家條件。這些服務必須在個人的個性化住房支持計劃中被認為合理且必要的，並且僅在會員無法承擔此類費用時才提供。會員必須正在接受或被轉介參加住房銜接指導服務 CS。

資格：

- 接受住房銜接指導服務 CS 的會員；或者

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 透過當地無家可歸 CES 或類似系統優先獲得永久支持性住房單元或租金補貼資源的會員；或者
- 符合 HUD 對無家可歸者的定義並正在接受 ECM 的會員，或患有一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重精神疾病和/或有被送入機構的風險的會員或因物質使用疾患而需要住宿服務的會員。
- 規範/限制：會員一生只能使用一次。住房押金只能額外獲得一次核准。轉介人必須提供有關情況變化的檔，以證明為什麼第二次提供住房押金時會更成功。

房屋租賃和維持服務：在為無家可歸者和新安置會員獲得住房後，提供租賃和維持服務，以幫助會員維持安全和穩定的居所。

資格：

- 接受住房銜接指導服務 CS 的會員；或者
- 透過當地無家可歸 CES 或類似系統優先獲得永久支持性住房單元或租金補貼資源的會員；或者
- 符合 HUD 對無家可歸者的定義並正在接受 ECM 的會員，或患有一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重精神疾病和/或有被送入機構的風險的會員或因物質使用疾患而需要住宿服務的會員；或者
- 符合《聯邦法規》第 24 章第 91.5 節中定義的 HUD 對無家可歸風險定義的會員；或者
- 面臨無家可歸風險並患有一種或多種嚴重慢性疾病的會員；有嚴重的精神疾病的會員；因物質使用疾患或有嚴重情緒障礙（兒童和青少年）而面臨入住機構或藥物過量或需要住宿服務的風險的會員；正在接受 ECM 的會員；或者是過渡年齡青年的會員，在住房穩定性方面存在重大障礙，例如一次或多次定罪，寄養史，涉及少年司法或刑事司法系統，及或者有嚴重的精神疾病，及或者患有嚴重情緒障礙，及或者遭受人口販運或家庭暴力的兒童或青少年。
- 規範/限制：住房租賃和維持服務在個人一生中僅提供一次，並且可以額外獲得核准一次。轉介人必須提供有關情況變化的文件，以證明為什麼第二次提供住房租賃和維持服務時會更成功。

短期出院後住房：沒有住所且有較高醫療或行為健康需求的會員，在離開住院醫院、住院藥物使用障礙治療或康復機構、住院精神科後，有機會立即繼續其醫療/精神/藥物濫用障礙康復健康治療設施、懲教設施、護理設施或復健護理，並避免進一步利用國家計劃服務。

資格：

- 有醫療/行為健康需求的會員，例如在離開醫院、物質濫用或精神健康治療機構、懲教機構、護理機構後將會無家可歸，或復健護理可能會導致住院、再住院或重新入院；以及
- 即將退出復健護理的會員；或者
- 即將離開住院服務（急性、精神病或化學依賴和復健醫院）、住院物質使用障礙治療/復健機構、住院精神健康治療機構、懲教機構或護理機構並且符合以下三 (3) 條件之一的會員：
- 符合 HUD 對無家可歸者的定義並正在接受 ECM 的會員，或患有一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重精神疾病和/或有被送入機構的風險的會員或因物質使用疾患而需要住宿服務的會員；或者

復健護理（醫療暫託）：需要短期住宿護理的會員，不再需要住院治療，但仍需要從傷害或疾病（包括行為健康狀況）中恢復，並且其病情會因不穩定的居住環境而惡化。必須提供臨床資訊。

資格：

- 有住院風險或出院後獨自生活且沒有正式支持的成員；或面臨住房不安全或住房若不加以修改就會危及健康與安全；或者
- 符合住房和城市發展部 (HUD) 對無家可歸者的定義並正在接受強化護理管理 (ECM) 的會員，或患有一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重精神疾病和/或有被入住機構的風險的會員或因物質使用疾患而需要住宿服務的會員；或者
- 符合住房和城市發展部 (HUD) 對無家可歸者的定義並有無家可歸風險的會員；或者

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 面臨無家可歸風險並患有一種或多種嚴重慢性疾病的會員；有嚴重的精神疾病的會員；因物質使用疾患或有嚴重情緒障礙（兒童和青少年）而面臨入住機構或藥物過量或需要住宿服務的風險的會員；正在接受 ECM 的會員；或者是過渡年齡青年的會員，在住房穩定性方面存在重大障礙，例如一次或多次定罪，寄養史，涉及少年司法或刑事司法系統，及或者有嚴重的精神疾病，及或者患有嚴重情緒障礙，及或者遭受人口販運或家庭暴力的兒童或青少年。
- 規範/限制：復健護理連續持續時間不超過九十 (90) 天。如果會員在最初九十 (90) 天授權期間和/或之後因不同的診斷而再次住院，且符合復健護理標準，則九十 (90) 天復健護理期間可以重新開始。

暫託服務：當對於維護會員在自己家中的生活以及預防看護倦怠以避免機構服務來說是有用且必要時，向看護提供此項服務。由於看護不在或需要調劑緩解辛苦，這些服務都是短期提供的，並且本質上是非醫療性。此項服務僅供看護休息，並僅用於避免長期照護安排。

- 符合《聯邦法規》第 24 章第 91.5 節中定義的 HUD 對無家可歸風險定義的會員；或者
- 面臨無家可歸風險並患有一種或多種嚴重慢性疾病的會員；有嚴重的精神疾病的會員；因物質使用疾患或有嚴重情緒障礙（兒童和青少年）而面臨入住機構或藥物過量或需要住宿服務的風險的會員；正在接受 ECM 的會員；或者是過渡年齡青年的會員，在住房穩定性方面存在重大障礙，例如一次或多次定罪，寄養史，涉及少年司法或刑事司法系統，及或者有嚴重的精神疾病，及或者患有嚴重情緒障礙，及或者遭受人口販運或家庭暴力的兒童或青少年。
- 規範/限制：住院後短期住宿在會員一生中提供一次，不能超過六 (6) 個月（但可以根據會員的需要授權更短的時間）。

資格：

- 居住在社區中且其日常生活活動 (ADL) 受到影響的會員，需要依賴合格的看護者，其為會員提供大部分支援，且需要提供看護者救濟，以避免出現會員入住機構的情況；或者
- 會員是之前根據兒科姑息治療豁免接受過暫託服務的兒童。
- 規範/限制：這些服務連同所接受的任何直接照護服務，每天的照護時間不得超過 24 小時。每個日曆年的暫託服務時間上限為 336 小時。

日間復健計劃：在會員的家中或戶外非設施環境中提供，幫助會員獲得、保持和提高自助、社交和適應技能，這些技能是在會員的自然環境中成功生活所必需的。

資格：

- 無家可歸的會員；或者
- 在過去 24 個月內擺脫無家可歸並進入住房的會員；或者
- 面臨無家可歸或收容風險的會員，其住房穩定性可以透過參加日間復原計劃來改善。

照護機構服務銜接/轉移至輔助式居住設施，例如老年人住宿式照護設施和成人住宿式設施：在可能的情況下，協助會員生活在社區和/或避免入住機構。促進照護機構重返進入家庭般的社區環境和/或防止急需照護等級 (LOC) 的會員入住專業照護機構。當符合資格要求時，會員可以選擇居住在輔助式居住環境中，而不是長期安置在照護機構中。在提供社區支持之前，必須瞭解和利用 California 社區銜接 (CCT)。

資格：

照護機構服務銜接：

- 已在照護機構居住超過 60 天；並願意居住在輔助式居住環境中作為照護機構的替代方案；並能夠在適當且具成本效益的支援下安全地居住在輔助式生活設施中。

照護機構轉移

- 想要留在社區；並願意並能夠在有適當且具有成本效益的支援和服務的輔助式生活設施中安全地居住；目前必須正在接受醫療必要的照護機構 LOC 或符合接受照護機構 LOC 的最低標準，並且選擇留在社區並繼續在輔助式生活機構接受醫療必要的照護機構 LOC 服務，而不是進入照護機構設施。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

規範/限制：會員直接負責支付自己的生活費用。

社區銜接服務/照護機構家庭銜接：透過支持會員入住私人住宅並支付非經常性安置費用，幫助一直住在照護機構的會員生活在社區中，避免進一步入院。

資格：

- 目前正在接受醫學上必需的療養院照護級別 (LOC) 服務的會員，而不是繼續留在/照護機構或醫療暫息機構，而是選擇回家並繼續接受醫學上必需的/照護機構 LOC 服務；並且
 - 在療養院和/或醫療暫息機構居住了 60 天以上；並且
 - 想要搬回社區；以及
 - 能夠在社區中安全地居住，並獲得適當且具有成本效益的支援和服務。
- 規範/限制：社區銜接服務/照護機構家庭銜接，每人一生可獲得一次「家庭銜接」的服務，終生限額為 \$7,500。只能再核准一次「社區銜接服務/照護機構家庭銜接」的服務。轉介人必須提供檔證明會員因無法控制的情況而被迫從醫療服務提供者經營的居住安排搬到私人住宅的居住安排。

社區銜接服務不包括每月租金或抵押費用、食品、常規水電費和/或家用電器或純粹用於消遣/康樂目的的品項。

個人照護及家政服務：為需要日常生活活動 (ADL) 和工具性日常生活活動 (IADL) 協助的會員提供照護。

資格：

- 有住院或入住照護機構風險或有功能缺陷且沒有其他足夠支援系統的會員：
 - 當需要額外時間（待重新評估）時，需要超出任何核准的郡居家支援服務 (IHSS) 時間；或者
 - 最初轉介至 IHSS，並在 IHSS 等待期內獲得核准並僱用一名看護者（會員必須已轉介至居家支援服務）；或者
 - 沒有資格接受居家支援服務且需要幫助以避免在專業照護機構短期停留（不得超過 60 天）的會員。

環境無障礙改造（家居改造）：對家居的物理調適改造是確保會員的健康、福利和安全所必需的，或者可讓會員能夠在家中更加獨立地生活：讓會員無需入住機構。

資格：

會員面臨入住照護機構的風險。

- 規範/限制：EAA 的終身最高支付額為 \$7500。\$7500 總最高限額的唯一例外情況是，如果會員的居住地發生變化，或者會員的狀況發生了重大變化，需要進行額外的修改以確保會員的健康、福利和安全，或需要使會員能夠在家中更加獨立地生活並避免入住機構或住院治療。

醫療支持食品/餐點/醫學客製餐食：為最近從醫院或專業照護機構出院的會員提供膳食，或滿足患有慢性病的會員的獨特飲食需求。

資格：

- 從醫院或專業照護機構出院或處於住院或療養院安置高風險且被轉介並符合標準的會員將每天獲得最多兩 (2) 餐，和/或每次住院週數最多四人份的醫療支持食物 (4)，一年內最多十二 (12) 週。
- 患有慢性疾病的個人，如但不限於糖尿病、心血管疾病、充血性心力衰竭、中風、慢性肺部疾病、人類免疫缺陷病毒 (HIV)、癌症、妊娠糖尿病或其他高風險圍產期疾病，以及慢性或致殘性精神行為健康障礙。

醒酒中心：為被發現在公共場合酒醉（由於酒精和/或其他藥物）的會員提供替代目的地，否則將被送往急診室或監獄。所給付服務持續時間不超過 24 小時。

資格：

- 18 歲及以上，酒醉但意識清醒、配合、能夠行走、無暴力性且沒有任何醫療困擾（包括危及生命的戒斷症狀或明顯的潛在症狀），否則將被送往急診室或監獄，或在急診室就診並適合轉移到醒酒中心的會員。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

哮喘治療：透過確定、協調、確保或資助家庭環境所需的服務和改造來說明會員，以確保個人的健康、福利和安全，或使個人能夠在家中正常生活，而不會出現可能需要緊急服務和住院治療的急性哮喘發作。轉介必須經有執照的健康照護專業人員簽署。

資格：

- 哮喘控制不佳（根據過去 12 個月內是否接受過急診或住院治療，或是否接受過兩次主要照護醫師 (PCP) 或緊急治療，或哮喘控制測試得分為 19 分或更低）且有執照的醫療保健提供者出具證明，這些服務很可能有助於避免與哮喘相關的住院治療、急診或其他高費用服務的會員。
- 規範/限制：必須在 CS 之前瞭解和利用哮喘緩解計劃經費。每人一生可獲得一次哮喘治療服務，終生限額為 \$7,500。能再核准一次哮喘治療。轉介人必須提供相關檔，描述需要進行額外改造以確保會員的健康、福利和安全，或使會員能夠在家中更加獨立地生活並避免入住機構或住院治療的重大變化。

除清醒中心外，所有社區支持均需獲得 Molina 的事先核准。

如果您需要協助或想知道您可以使用哪些社區支援，請致電 (888) 665-4621, TTY: 711 或致電您的醫療服務提供者。

F. 本計劃之外給付的福利

我們不給付下列服務，但可按服務付費由 Original Medicare 或 Medi-Cal 提供。

F1. 加州社區銜接 (CCT)

加州社區銜接 (CCT) 計劃利用本地主要機構，幫助至少連續 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 計劃為銜接前期和銜接後 365 天的銜接協調服務提供經費，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 主要機構那裡獲取銜接協調服務。您可以透過健康照護服務部網站查找 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。

CCT 銜接協調服務

Medi-Cal 會支付銜接協調服務的費用。針對這些服務，您無須支付費用。

與您的 CCT 銜接不相關的服務

醫療服務提供者會向我們收取您的服務費用。我們的計劃會在您轉換後支付服務費用。針對這些服務，您無須支付費用。

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

藥物給付福利沒有改變

CCT 計劃**不**給付藥物。您會繼續透過我們的計劃獲得正常的藥物福利。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 5 章**。

註：如果您需要非加州社區銜接 (CCT) 過渡照護，您應該打電話給照護協調員以安排服務。**非** CCT 的銜接照護是指與您從機構或設施銜接無關的照護。

F2. Medi-Cal Dental

一些牙科服務可透過 Medi-Cal Dental 獲得。更多資訊請造訪 SmileCalifornia.org 網站。Medi-Cal Dental 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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 根管治療
- 局部和全口假牙、調整、修復和換襯

欲瞭解更多 Medi-Cal Dental 可提供的牙科服務的資訊，或者需要協助查找接受 Medi-Cal 的牙醫，請致電客戶服務專線：1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922)。此為免付費電話。Medi-Cal Dental 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。您也可以瀏覽網站 smilecalifornia.org/ 瞭解更多資訊。

在 Sacramento 和 Los Angeles 郡，您可以 Dental Managed Care (DMC) 計劃獲得 Medi-Cal 牙科福利。如果您想要瞭解有關 Medi-Cal 牙科計劃的更多資訊，或者想要進行更改，請在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263 (TTY 使用者致電 1-800-430-7077) 聯絡 Health Care Options。此為免付費電話。可在以下網址找到 DMC 聯絡資訊：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。<http://www.hpsm.org/dental>

註：我們的計劃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。

F3. 安寧照護

如果您的醫療服務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。這表示您罹患絕症，預計只有六個月或更短的生命。您可以從任何經 Medicare 認證的安寧計劃獲得照護。該計劃必須幫助您找到經 Medicare 認證的安寧計劃。您的安寧醫師可以是網內醫療服務提供者，也可以是網外醫療服務提供者。

請參見醫療福利表內**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 部分給付並與您的臨終預後有關的服務：

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

針對由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分給付並與您的臨終預後無關的服務

- 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 部分所給付服務費用。您無需為這些服務支付任何費用。

對於本計劃的 Medicare D 部分福利可能給付的藥物

- 藥物不會同時由安寧照護和本計劃同時給付。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 5 章**。

註：如果您患有嚴重疾病，您可能資格獲得安寧照護，該照護提供基於團隊的患者和以家庭為中心的照護，以改善您的生活品質。您可以在接受治療/常規照護的同時接受安寧照護。請參閱上方的安寧照護章節以瞭解更多資訊。

註：如果您需要非安寧療護照護，您應該打電話給照護協調員以安排服務。非安寧照護是與臨終預後無關的照護。

F4. 居家支援服務 (IHSS)

- IHSS 計劃會幫助支付為您提供的服務，讓您能夠享有居家安全。IHSS 被視為居家外照護的替代方式，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。
- 您的照護協調員可以協助您向您所在郡的社工服務機構申請 IHSS。有關特定郡社工服務機構的資訊，請造訪<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices>

F5. 1915(c) 家庭與社區型服務 (HCBS) 豁免計劃

輔助式居住豁免 (ALW)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 輔助式居住豁免 (ALW) 為符合 Medi-Cal 資格的受益人提供了居住在輔助式居住環境中的選擇，作為長期安置在照護機構中的替代選擇。ALW的目標是促進照護機構重返進入家庭般的社區環境，或防止急需照護機構安置的受益人入住專業照護機構。
- 參加ALW的會員可以繼續參加ALW，同時也可以享受我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的ALW 照護協調機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請ALW。有關參與ALW 照護協調機構的資訊，請造訪dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

針對有發育障礙的加州人的 HCBS 豁免 (HCBS-DD)

針對發育障礙人士的 California 自決計劃 (SDP) 豁免

- 提供兩項 1915(c) 豁免，即 HCBS-DD 豁免和 SDP 豁免，為被診斷患有發育障礙的人士提供服務，該障礙在該個人 18 歲生日之前開始，並預計將無限期地持續下去。這兩項豁免都是資助特定服務的一種方式，此類服務允許發育障礙人士居住在家中或社區，而不是入住持照醫療機構。此類服務的費用由聯邦政府的 Medicaid 計劃和 California 州共同資助。您的照護協調員可以協助您聯絡 DD 豁免服務。

居家與社區型替代服務 (HCBA) 豁免

- HCBA 豁免為面臨療養院或機構安置風險的人員提供照護管理服務。照護管理服務由護士和社工人員組成的跨學科照護管理團隊提供。該團隊協調豁免和州計劃服務（例如醫療、行為健康、居家支援服務等），並安排當地社區提供的其他長期服務和支援。照護管理和豁免服務在參與者的社區住所提供。該住所可以是私人擁有，透過租戶租賃安排獲得保障，也可以是參與者家庭成員的住所。
- 參加 HCBA Waiver 的會員可以繼續參加 HCBA Waiver，同時也可以享受我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 HCBA 豁免機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 HCBA。有關當地 HCBA 機構的資訊，請造訪[dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)

Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP) 為 HIV 患者提供全面的個案管理和直接照護服務，作為護理機構照護或住院治療的替代選擇。個案管理是一種以參與者為中心的團隊方法，由註冊護理師和社會工作個案經理組成。個案經理與參與者和主治醫療服務提供者、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 患者提供家庭與社區型服務；(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援的機會；(4) 協調服務提供者並消除重複服務。
- 參加 MCWP Waiver 的會員可以繼續參加 MCWP Waiver，同時也可以享受我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 MCWP 豁免機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 MCWP。若需 MCWP 機構名錄，請造訪cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

多用途老人服務計劃 (MSSP)

- 多用途老人服務計劃 (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。
- 雖然大多數計劃參與者也接受居家支援服務，但 MSSP 提供持續的照護協調，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，製定個人化照護計劃。服務包括：
 - 照護管理
 - 成人日間照護

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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
- 暫託服務
- 交通服務
- 諮詢和治療服務
- 餐飲服務
- 通訊服務。
- 參加 MSSP Waiver 的會員可以繼續參加 MSSP Waiver，同時也可以享受我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 MSSP 醫療服務提供者合作，協調您獲得的服務。
- 您的照護協調員可以協助您申請 MSSP。有關 MSSP 醫療服務提供者的資訊，請造訪 https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/

F6. 在我們的計劃之外提供的縣級行為健康服務（心理健康和物質使用疾患服務）

您可以使用 Medicare 和 Medi-Cal 給付的有醫療必要性行為健康服務。我們提供由 Medicare 和 Medi-Cal 管理式照護所承保的行為健康服務。我們的計劃不提供 Medi-Cal 專業心理健康或郡級藥物使用障礙服務，但您可以透過郡級行為健康機構獲得這些服務。

若您符合獲得專科心理健康服務的條件，則可透過郡心理健康計劃 (Mental Health Plan, MHP)，獲得 Medi-Cal 專科心理健康服務。郡 MHP 所提供的 Medi-Cal 專科精神健康服務包括：

- 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
- 同伴支援服務
- 治療行為服務
- 寄養治療服務
- 重症監護協調服務
- 密集式居家服務

如果您符合接受藥物 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務的標準，您可以透過您所在郡級行為健康機構獲得這些服務。郡提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集式門診治療服務
- 圍產期住院物質使用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉藥治療計劃
- 成癮治療用藥（也稱為藥物輔助治療）
- 同伴支援服務

由 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務包括：

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 門診治療服務
- 密集式門診治療服務
- 部分住院服務
- 成癮治療用藥（也稱為藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 退出管理服務
- 麻醉藥治療計劃
- 復原服務
- 照護協調
- 同伴支援服務

除了以上所列的服務之外，若您符合條件，則可獲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服務提供者。您可以在 Molina Medicare Complete Care Plus 的會員網站查詢醫療服務提供者名單，或是致電會員服務部查詢。如需最新醫療服務提供者與藥局名錄副本，或是在選擇行為健康服務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，您可能需要獲得事先授權。您或您的行為健康提供者，或您的主要醫療服務提供者 (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療養院的照護。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劃 (MHP) 獲得之 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 郡心理健康部 1-800-854-7771

Riverside 大學健康系統 – 行為健康部 1-800-499-3008

San Bernardino 郡行為健康部 1-888-743-1478

San Diego 郡行為健康服務部 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal 服務

Los Angeles 郡公共衛生部 1-844-804-7500

Riverside 大學健康系統 – 行為健康部 1-800-499-3008

San Bernardino 郡行為健康部 1-888-724-7240

G. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不予給付的福利

本節說明我們的計劃排除的福利。「排除」代表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，我們將不支付費用。即使您在急診機構接受服務，計劃也不會支付服務費用。如果您認為我們的計劃應該為某項不給付服務付費，您可以要求上訴。如需上訴相關資訊，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，我們的計劃也不給付以下項目和服務：

- 依據 Medicare 和 Medi-Cal 視為「不合理且非醫療上必要」的服務（除非我們將其列為給付服務）。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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，或我們的計劃會給付）。欲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，除非醫療必要性且由 Medicare 付費
- 醫院的私人病房，除非醫療必要性
- 私人照護服務
- 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
- 選擇性或自願的改善程序或服務（包括減肥、毛髮生長、性能力、運動能力、美容目的、抗衰老和精神表現），除非醫療必要性
- 整容手術或其他美容手術，但因意外受傷或改善身體形狀不正確的部分所需要的除外。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，且非依照給付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
- 絕育術逆轉
- 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 醫院獲得急診治療服務，並且 VA 的分攤費用超過我們計劃下的分攤費用時，我們將報銷退伍軍人的差額。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。這些藥由您的醫療服務提供者為您開具，您可以透過藥房或郵購方式獲得。其中包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 給付的藥物。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：

- **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獲得的藥物。
- **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。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。
- 除了該計劃的 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 認證的安寧服務計劃」。

我們計劃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。

您必須有醫療服務提供者（醫師、牙醫或其他處方藥劑師）為您開立處方，開立的處方，且處方必須在適用的州法律之下有效。此人士通常是您的主治醫療服務提供者 (PCP)。在您的主治醫療服務提供者 (PCP) 開立轉診單的情況下，這也可能是其他醫療服務提供者。

您的處方藥劑師不得列於 Medicare 的排除或防止清單。

您通常必須使用網內藥房領取處方藥。或者您可以透過該計劃的郵購服務領藥。

您的處方藥必須列在計劃的承保藥物清單內。我們將此簡稱為「藥物清單」。（請參閱本章第 B 節。）

- 如果它不在「藥物清單」上，我們可能會為您提供一個例外，給付該費用。
- 請參閱第 9 章，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) 核准，或得到某些醫療參考文件的佐證。您的處方藥劑師可能可以幫助您判讀醫療參考資料，以支援使用處方藥物的要求。

在我們給付前，您的藥物可能需要獲得核准。請參閱本章第 C 節。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

目錄

A. 領取處方藥	88
A1. 到網路藥局領取處方藥	88
A2. 當您領取處方藥時，請出示您的會員 ID 卡	88
A3. 如果您更換網路藥局，該怎麼辦	88
A4. 如果您的藥局退出網路，該怎麼辦	88
A5. 使用專科藥局	88
A6. 使用郵購服務獲取藥物	89
A7. 取得長期藥物供應	89
A8. 使用非本計劃網內的藥局	90
A9. 針對您支付的處方藥給予退款	90
B. 我們計劃的藥物清單	90
B1. 「藥物清單」中的藥物	90
B2. 如何在「藥物清單」中查找藥物	91
B3. 不在我們「藥物清單」上的藥物	91
B4. 藥物清單的分攤費用等級	91
C. 某些藥物的限制	92
D. 您的藥物可能不予給付的原因	92
D1. 獲取暫時供應	93
D2. 要求暫時供應	93
D3. 要求例外處理	94
E. 您的藥物承保變更	94
F. 特殊情況下的藥物給付	95
F1. 入住本計劃給付的醫院或專業護理機構	95
F2. 在長期照護機構	95
F3. 在 Medicare 認證的安寧療護計劃	95
G. 藥物安全與管理藥物計劃	96
G1. 協助您安全用藥的計劃	96
G2. 協助您管理藥物的計劃	96
G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃	96

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內藥房領取處方藥的費用。網內藥房是指同意為我們的計劃會員提供處方藥的藥房。您可以使用我們任何的一家網內藥房。

欲尋找網內藥房，您可以查閱 *醫療服務提供者與藥房名錄*、造訪我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的照護協調員。

A2. 當您領取處方藥時，請出示您的會員 ID 卡

若要領取處方藥，請向網內藥房出示您的會員卡。網內藥房會針對給付的處方藥向我們收取應分攤的費用。當您領取處方藥時，可能需要向藥房支付共付額。

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

如果您領取處方藥時沒有計劃會員資訊，您或藥房請致電我們以獲得必要資訊，或者您可以要求藥房查找您的計劃投保資訊。

如果藥房無法獲得必要的資訊，您可能需要全額支付處方藥費用，才能完成領藥。然後您可以向我們申請退款。**如果您無法支付該藥物，請立即與會員服務部聯絡。**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照護協調員聯絡。

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，您可以請求醫療服務提供者開立新處方，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內藥局，請與會員服務部或您的照護協調員聯絡。

A4. 如果您的藥局退出網路，該怎麼辦

如果您使用的藥房退出本計劃的服務網，您需要重新找一家網內藥房。

欲尋找新的網內藥房，請查閱 *醫療服務提供者與藥房名錄*、造訪我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的照護協調員。

A5. 使用專科藥局

部分處方藥必須在專科藥房獲取。專科藥房包括：

- 提供居家注射治療藥物的藥房。
- 為長期照護機構（例如療養機構）院友提供藥物的藥房。
 - 通常，長期照護機構擁有自己的藥房。如果您居住在長期照護機構，我們會確保您可以在其藥房獲取所需的藥物。
 - 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取藥物時遇到困難，請聯絡會員服務部。
- 為印第安人醫療服務提供者 (IHCP) 和城市印第安人組織 (UIO) 藥房印第安人健康服務/部落/城市印第安人健康計劃服務的藥房。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房。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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房。（註：這種情況應該很少發生。）

欲尋找專科藥房，您可以查閱醫療服務提供者與藥房名錄、造訪我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的照護協調員。

A6. 使用郵購服務獲取藥物

對於特定種類的藥物，您可以使用計劃的網內郵購服務。通常，可郵購獲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。無法透過計劃的郵購服務獲得的藥物在「藥物清單」中會加註「NM」。

我們計劃的郵購服務允許您訂購至少 31 天，但不超過 100 天的用藥。100 天藥量與一個月藥量的共付額相同。

透過郵寄領取處方藥

欲獲得訂購單和郵寄領取處方藥的資訊，請致電會員服務部。

通常，您會在 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），以協助您獲得臨時處方藥的藥量。

郵購流程

郵購服務對於從您手中獲得的新處方、直接從醫療服務提供者辦公室獲得的新處方，以及郵購處方的續藥均有不同程序。

1. 藥房向您獲得新處方

對於從您手中獲得的新處方，藥房會自動領藥並寄送。

2. 藥房直接從醫療服務提供者辦公室獲得的新處方

藥房會在收到健康照護醫療服務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，您便可以確定該藥房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。
- 請在每次藥房聯絡您時給予回覆，讓藥房知道如何處理新的處方以及防止寄送延遲。

3. 透過郵購處方的續藥

如需續藥，請於目前處方即將使用完畢前 (14) 天聯絡您的藥房，確保下次訂單及時送達。如果您遇到困難並需要協助，請致電聯絡您的照護協調員，電話：(855) 665-4627, TTY: 711。

讓藥房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

您可以在本計劃的「藥物清單」中找到長期供應的支持性藥物。支持性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。

某些網內藥局可讓您領取長期供應的支持性藥物。31 天藥量與一個月藥量的共付額相同。醫療服務提供者與藥局名錄會向您說明哪些藥局提供支援藥物的長期供應。您也請致電您的照護協調員或會員服務部，進一步瞭解詳情。

對於某些種類的藥物，您可以使用計劃的網內郵購服務來獲得支持性藥物的長期供應。請參閱第 A6 節，瞭解郵購服務。

A8. 使用非本計劃網內的藥局

通常，我們只有在您無法使用網內藥房時，才會支付您在網外藥房領藥的費用。我們提供服務區域以外的網內藥房，讓您可以以本計劃會員的身分在該處配領您的處方藥。在上述情況下，請先洽詢您的照護協調員或會員服務部，瞭解附近是否有網內藥房。您可能必須支付下列兩者的差額：您在網外藥房的藥物費用與我們為網內藥房給付的費用。

於下列情況中，我們會支付在網外藥房領取處方藥的費用：

- 如果處方與緊急治療相關
- 如果這些處方與急診治療相關。
- 給付上限為 31 天藥量，除非處方開立的天數更少。

A9. 針對您支付的處方藥給予退款

如果您必須使用網絡外藥房，通常您必須支付全額才能取得處方藥。您可以申請退款。

如果您為由 Medi-Cal Rx 給付的處方全額付款，您可能可以在 Medi-Cal Rx 支付處方後得到藥房的退款。或者，您可以透過提交「Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)」(Medi-Cal 自付費用退款 (Conlan)) 要求 Medi-Cal Rx 退款。更多資訊可在 Medi-Cal Rx 網站上查找，網址：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. 我們計劃的藥物清單

我們有給付藥物清單。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。藥物清單也會向您說明藥物的獲得是否設有規定。

只要您遵守本章所述的規定，我們通常會給付我們計劃「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 部分承保的藥物。

您的計劃承保大部分您在藥局獲得的處方藥物。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 給付。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以獲得更多資訊。或者致電 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方時，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、非專利藥物和生物製品（可包括生物相似性藥物）。

原廠藥物是一種處方藥，並以製藥商擁有的商標名稱出售。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。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。生物製品有稱為生物相似性藥物的替代品。一般來說，非專利藥物和生物相似性藥品的效用與原廠藥或原生物製品相同，而且價格通常較低。許多原廠藥都有非專利藥替代品，一些原生物製品也有生物相似性藥物替代品。一些生物相似性藥物是可互換的生物相似性藥物，根據州法律，可以在藥局替代原生物製品，而無需新處方，就像非專利藥可以代替原廠藥一樣。

請參閱第 12 章以瞭解「藥物清單」中可能包含的藥物類型的定義。

我們的計劃也給付某些 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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

B2. 如何在「藥物清單」中查找藥物

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。
- 瀏覽本計劃網站 MolinaHealthcare.com/Medicare。網站的藥物清單一律是最新版本。
- 請致電您的照護協調員或會員服務部，洽詢藥物是否在本計劃「藥物清單」上，或索取一份清單副本。
- D 部分未給付的藥物可能由 Medi-Cal Rx 給付。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以獲得更多資訊
- 前往 Caremark.com/ 使用我們的「即時福利工具」，或致電您的照護協調員或會員服務部。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，因為法律禁止我們給付那些藥物。另外一種情況是，我們決定不將某個藥物納入藥物清單。

我們的計劃不會支付本節所述的藥物種類。這些被稱為**排除藥物**。如果您獲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. 我們的計劃的門診藥物給付（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。我們的計劃免費給付 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. 我們的計劃不給付美國和其領地之外購買的藥物。
3. 藥物用途通過 FDA 核准，或有某些醫療參考文件作為治療您病情的佐證。您的醫師或其他醫療服務提供者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核准。這稱為「藥品仿單適應症外使用」。我們的計劃通常不給付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 不能給付下列藥物類型。

- 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，不含產前維他命和氟化物*
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 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，請訪問 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)。

B4. 藥物清單的分攤費用等級

我們「藥物清單」上的每一種藥物都會歸類在一個等級。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。

欲知您的藥物屬於哪個等級，請在我們「藥物清單」上查閱該藥物。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

《會員手冊》第6章說明各等級藥物的支付金額。

C. 某些藥物的限制

對於某些處方藥，某些特殊規定限制計劃給付該藥物的方式與時間。一般而言，我們的原則是建議您獲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服務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服務提供者必須採取額外的步驟，我們才會給付該藥物。例如，您的醫療服務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。如果您或您的醫療服務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。

想要進一步瞭解申請例外處理，請參閱《會員手冊》第9章。

1. 在有非專利藥的情況下限制使用原廠藥

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

- 當有非專利版的藥物時，我們一般不會支付原廠藥。
- 但是，如果您的醫療服務提供者告知我們該非專利藥對您無效的醫療原因，或者在您的原廠藥處方上註明「無替代藥物」，或者告知我們治療同等病症的非專利藥或其他給付藥物不適用於您，那麼我們可以給付原廠藥。

2. 事先獲得計劃核准

對於某些藥物，您或您的處方藥劑師必須先獲得本計劃的核准，才能領取處方藥。如果您未獲得核准，我們可能不給付該藥物。

3. 先嘗試不同藥物

一般來說，在我們給付更貴的藥物之前，我們希望您先嘗試較便宜的藥物（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嘗試A藥物。

如果A藥物對您無效，則我們給付B藥物。這稱為階段治療。

4. 數量限制

對於某些藥物，我們會限制您可獲得的藥物數量。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。如需最新資訊，請致電會員服務部，或造訪我們的網站：molinahealthcare.com/medicare。如果您基於上述任何原因不同意我們的給付裁定，您可以要求上訴。請參閱《會員手冊》第9章。

D. 您的藥物可能不予給付的原因

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

- 我們的計劃不給付您想服用的藥物。藥物可能不在「藥物清單」上。我們可能給付非專利版的藥物，但不給付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。
- 我們給付該藥物，但該藥物的給付設有特殊規定或限制。如上節所述，我們計劃給付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作出例外處理。

如果我們不以您希望給付的方式給付某藥物，您可以採取一些行動。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週7天，當地時間上午8:00至晚上8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

D1. 獲取暫時供應

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服務提供者討論更換藥戶，或要求我們給付該藥物。

如需獲得臨時藥物供應，您必須符合以下兩項規定

1. 您目前正在服用的藥物：
 - 已不在我們的「藥物清單」上，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劃。
 - 我們會在日曆年的頭 (100) 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。您必須到網內藥房領取處方藥。
 - 長期照護藥房可能會一次性提供少量處方藥以避免浪費。
 - 您是本計劃的新會員。
 - 我們會在您成為計劃會員的頭 (100) 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。您必須到網內藥房領取處方藥。
 - 長期照護藥房可能會一次性提供少量處方藥以避免浪費。
 - 您加入本計劃已超過 (100) 天，且住在長期照護機構內並需要立即獲得藥物供應。
 - 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，我們的銜接政策僅適用於屬於「D 部分」藥物並在網內藥房領藥。銜接政策無法用於購買非 D 部分藥物或在網外藥房購買的藥物，除非您符合網外領藥資格。

D2. 要求暫時供應

要獲得暫時的藥物供應，請致電會員服務部。

當您獲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。

我們的計劃可能給付對您有效的不同藥物。您請致電會員服務部，索取用於治療相同醫療症狀的給付藥物清單。此列表可協助您的醫療服務提供者尋找到可能適合您的給付藥物。

或

- 申請例外處理。

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，或要求我們給付藥物且不設限制。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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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給付範圍的變動。要求我們例外處理，並按您想要的方式為明年給付藥物。
- 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。

欲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照護協調員聯絡。

E. 您的藥物承保變更

藥物給付範圍變更通常發生在 1 月 1 日，但是，我們也可能在這一一年中新增或刪除「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：

- 判定是否需要某種藥物的事先核准 (PA)（在您獲得藥物之前獲得我們的許可）。
- 新增或變更您可以獲得的藥物數量（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，然後我們才會給付另一種藥物）。

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給付，我們通常不會該年剩餘的時間刪除或更改該藥物的給付範圍，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。

如果您正在服用的藥物發生給付變化，會怎麼樣？

如需獲得更多藥物清單變更後的變動相關資訊，您可以：

- 造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 查看我們的最新藥物清單，或者
- 致電頁面底部的號碼致電會員服務部，查詢我們目前的藥物清單。

我們可能會對藥物清單進行的變更，可能在當前計劃年度影響您

藥物清單的一些變更會立即發生。例如：

- 一種新的非專利藥物上市。有時，市面上會出現新的非專利藥或生物相似性藥物，且與現有藥物清單中的原廠藥或原生物製品療效相同。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或將更低。

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。

- 我們可能不會在做出此變更之前告訴您，但一旦我們做出變更，我們會寄送有關該特定變更的資訊給您。
- 您或您的醫療服務提供者可以要求這些變更的「例外情況」。我們會向您寄送通知，說明申請例外處理所需採取的步驟。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無效，或藥物製造商將該藥物撤出市場，我們會立即從「藥物清單」中刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們將在做出更改後向您寄送通知。

我們可能會作出其他變更，影響您服用的藥物。

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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

出現這些變更時，我們會：

- 在對**藥物清單**作出變更至少 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
- 如果您需要對這些變更提出例外要求，以繼續給付您正在服用的藥物或藥物版本。欲進一步瞭解申請例外處理，請參閱《會員手冊》第 9 章。

本計劃年度不會對您造成影響的藥物清單變更

我們可能會對您服用的藥物進行上述未描述的更改，但現在不會對您造成影響。針對該等變更，如果您正服用的藥物在年初仍給付，我們通常不會該年度的剩餘時間刪除或更改該藥物的給付範圍。

例如，如果我們刪除您正在服用的藥物或限制其使用，則該項變更將不會影響您在當年剩餘時間中對該藥物的使用。

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

我們不會在本計劃年度中直接告訴您這些類型的變更。您將需要查看下一個計劃年度的**藥物清單**（開放投保期間提供該表後），以瞭解是否有任何會在下一個計劃年度對您造成影響的變更。

F. 特殊情況下的藥物給付

F1. 入住本計劃給付的醫院或專業護理機構

如果您入住本計劃給付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。

F2. 在長期照護機構

通常，長期照護機構（如護理機構）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（必須是我們網路內的藥局）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路。如果不是，或者您需要更多資訊，請聯絡會員服務部。

F3. 在 Medicare 認證的安寧療護計劃

藥物不會同時由安寧照護和本計劃同時給付。

- 您可能投保了 Medicare 安寧照護且某些需要您的安寧照護服務不給付的疼痛、反噁心、瀉劑或抗焦慮的藥物，因為其與您的臨終預後和病症無關。在這種情況下，我們的計劃必須收到處方藥劑師或您的安寧照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劃應給付的任何無關藥物，您可以讓安寧照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，然後再讓藥房領取您的藥物。

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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

請參閱本章前述部分，瞭解我們計劃給付的藥物。如需瞭解有關安寧照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劃

G1. 協助您安全用藥的計劃

每次您開具處方藥時，我們都會查找可能的問題，例如藥物錯誤或以下藥物：

- 您服用的另一相似藥物有一樣的療效，因此可能不需要服用
- 對於您的年齡或性別而言，藥物可能不安全
- 如果您同時服用，可能會傷害您
- 含有您過敏或可能讓您過敏的成分
- 鴉片類止痛藥物的量不安全

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

G2. 協助您管理藥物的計劃

我們設有計劃，可協助擁有複雜醫療需求的會員。在此類情況下，您可能有資格免費獲得藥物治療管理 (MTM) 計劃提供的服務。這項計劃為自願參加性質。該計劃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。如果您符合計劃的資格，藥劑師或其他健康專業人士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。該總結制定了一個藥物行動計劃，建議您的藥物最佳的使用方式。
- 個人藥物清單，此清單上將包含您正在服用的所有藥物、服用的藥量，以及服用藥物的時間和原因。
- 含管制物質的處方藥的安全棄置資訊。

建議您與您的處方藥劑師討論動作計劃和藥物清單。

- 請在每次健康檢查或與您的醫師、藥劑師和其他醫療服務提供者交談時隨身攜帶您的行動計劃和藥物清單。
- 前往醫院或急診室時攜帶您的藥物清單。

MTM 計劃為自願參加性質，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劃，我們會自動將您加入該計劃，並寄送相關資訊給您。如果您不想參加本計劃，請告訴我們，我們會讓您退出計劃。

如果您對這些計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部或您的照護協調員。

G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃

我們設有計劃，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。這項計劃稱為藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

如果您從數個處方藥劑師或藥房領取鴉片類藥物，或者最近發生鴉片使用過量情事，我們可能會聯絡您的醫師，以確保您的鴉片類用藥適量且醫療必要性。如果我們與您的處方藥劑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：

- 要求您從某些藥房和/或從**或**某些處方藥劑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房處獲得這些藥物的處方。

您可以告知想要選用哪個處方藥劑師或藥房，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，我們將審查您的案例並做出決定。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。瞭解更多關於上訴和 IRO 的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。

以下情況下，DMP 可能不適用：

- 您有特定的醫療狀況，例如罹患癌症或鎌狀細胞貧血症，
- 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 給付的藥物和項目，以及
- 本計劃作為額外福利給付的藥物及項目。

由於您符合 Medi-Cal 資格，所以可從 Medicare 獲得「額外補助」(Extra Help)，協助支付您的 Medicare D 部分處方藥。

額外補助 (Extra Help) 是一項 Medicare 計劃，旨在幫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》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**。
 - 我們將此稱作「藥物清單」。此清單說明：
 - 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 給付您從藥房獲得大部分處方藥。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 給付。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以獲得更多資訊。或者致電 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劃獲得門診處方藥。
 - 其中包括您需要遵守的規則。也會說明我們的計劃不給付哪些類型的處方藥。
 - 當您使用計劃的「即時福利工具」來查詢藥物給付範圍（請參閱第 5 章第 B2 節）時，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某個時間點來提供您預計支付的自付費用估計額。您請致電您的照護協調員或會員服務部，進一步瞭解詳情。
- 我們的**醫療服務提供者與藥房名錄**。
 - 在大多數情況下，您必須使用網內藥房獲得給付的藥物。網內藥房是指同意與我們合作的藥房。
 - **醫療服務提供者與藥房名錄**列有網內藥房。有關網內藥房的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 5 章**。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

目錄

A. 福利說明 (EOB)	100
B. 如何記錄您的藥物費用	100
C. 您不用支付一個月或長期用藥的費用	101
C1. 取得長期用藥	101
D. 疫苗接種	102
D1. 接種疫苗前您需要瞭解的事項	102

A. 福利說明 (EOB)

我們的計劃追蹤您的處方藥。我們會持續記錄您的兩種費用：

- 您的**自付費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額。其中包括您在獲得給付D部分藥物時所支付的費用，家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，透過 Medicare 的「額外補助」、僱主或工會健康計劃、TRICARE、印第安健康服務、AIDS 藥物援助計劃、慈善機構和大多數 State Pharmaceutical Assistance 計劃 (SPAP) 的為您的藥物支付的任何費用。
- 您的**藥物總費用**。這是您為承保D部分藥物支付的所有付款總額。其中包括該計劃支付的費用，以及其他計劃或組織為您的承保 D 部分藥物支付的費用。

當您透過我們的計劃獲得處方藥時，我們會發給您一份叫做**福利說明**的總結。我們將此簡稱為 EOB。EOB 不是一份帳單。EOB 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。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」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。
- 您從藥房獲得大部分處方藥都在本計劃的給付範圍。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 給付。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以取得詳細資訊。或者致電 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)。
- 欲瞭解我們的計劃給付哪些藥物，請參閱**藥物清單**。

B. 如何記錄您的藥物費用

為了繼續記錄您的藥物費用和您為藥物支付的金額，我們使用您和藥房提供的記錄。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，以及您要支付多少費用。

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。您可以向我們申請將藥物費用退還給您。

以下是您應該將收據副本提供給我們的情況：

- 當您在網內藥房購買特價的給付藥物，或使用不屬於我們計劃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劃所提供之藥物支付共付額時
- 當您在網外藥房購買給付的藥物時
- 當您為給付的藥物支付全額費用時

關於要求我們償還您藥物費用的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 7 章**。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

3. 將他人代您支付費用的相關資訊寄給我們。

其他特定人員和組織代為支付的費用也會計入您的自付費用部分。例如，由愛滋病藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)、印地安裔健康服務和大多數慈善機構所支付的款項，均會計入您的自付費用。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，我們的計劃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。

- 您是否認識每家藥房的名稱？核對日期。那天您是否獲得藥物？
- 您是否獲得清單中所列的藥物？這些藥物與您收據上列出的藥物是否相符？這些藥物與您醫師開立的藥物是否相符？

如需更多資訊，您請致電 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誤該怎麼辦？

如果此 EOB 中有任何令人困惑或看似不正確的內容，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部。您也可以在我们的網站找到許多問題的解答：MolinaHealthcare.com/Medicare。

可能存在詐欺行為怎麼辦？

如果此摘要顯示您未服用的藥物或您認為可疑的其他任何內容，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：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以免費致電這些號碼，全天候提供服務。
- 如果您懷疑獲得 Medi-Cal 的醫療服務提供者犯有欺詐、浪費或濫用行為，則您有權透過致電保密的免付費電話舉報，電話：1-800-822-6222。舉報 Medi-Cal 欺詐的其他方式可登入網站查找，網址：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

加入我們計劃，只要您遵守計劃規定，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 章和我們的醫療服務提供者與藥局名錄。

C1. 取得長期用藥

領取處方藥時，有些藥品您可以獲得長期用藥（也稱為「延長供給」）。長期用藥是指長達 (100) 天的用藥。您無需為長期用藥支付任何費用。

若要瞭解獲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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

D. 疫苗接種

關於您為疫苗支付的金額的重要訊息：某些疫苗被視為醫療福利，並由 Medicare B 部分承保。其他疫苗被視為 Medicare D 部分藥物。您可以在本計劃給付藥物清單（處方集）所列的清單中找到這些疫苗。我們的計劃為您免費承保大多數用於成人的 Medicare D 部分疫苗。請參閱您計劃的給付藥物清單（處方集）或聯絡會員服務部，以瞭解有關特定疫苗的給付範圍和分攤費用的詳細資訊。

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。

D1. 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。

- 我們可以告訴您我們的計劃如何給付您的疫苗接種。

第7章要求我們支付您獲得的針對給付服務或藥物的帳單

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	104
B. 寄送付款申請	106
C. 給付裁定	106
D. 上訴	107

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

A. 要求我們支付服務或藥物費用

您不會因享有網內服務或藥物而收到帳單。在您已獲得給付服務和藥物後，網內醫療服務提供者必須將帳單寄給計劃。網內醫療服務提供者是與本健康計劃合作的醫療服務提供者。

我們不容許 Molina Medicare Complete Care Plus 醫療服務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帳單，請不要付款並將該帳單寄給我們。 若要向我們寄送帳單，請致電會員服務部。

- 如果我們給付該服務或藥物，我們將直接向醫療服務提供者付款。
- 如果我們給付該服務或藥物，而您已支付該帳單時，那麼您有權得到退款。
 - 如果您已支付 Medicare 給付服務費用，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，您可能資格獲得報銷（退款）：
 - 您接受的服務屬於 Medi-Cal 給付服務，我們有責任予以給付。對於 Molina Medicare Complete Care Plus 不給付服務，我們不予以報銷。
 - 您成為符合資格的 Molina Medicare Complete Care Plus 會員後，才接受給付的服務。
 - 您要求在接受該給付服務之日起一年內獲得退款。
 - 您提供您已支付給付服務之證明，例如醫療服務提供者開立的詳細收據。
 - 您從 Molina Medicare Complete Care Plus 網絡中的 Medi-Cal 登記醫療服務提供者處獲得給付的服務。如果您接受了急診治療、計劃生育服務或 Medi-Cal 允許網外醫療服務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。
- 如果給付服務需要事先核准（事先授權），則您需要提供醫療服務提供者出具的證明，表示該給付服務為醫療所需。
- 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報銷。如果您符合上述所有條件，Medi-Cal 註冊的醫療服務提供者應向您退還您已支付的全額費用。如果醫療服務提供者拒絕退費，Molina Medicare Complete Care Plus 將退還您所支付的全額款項。我們將在收到理賠後 45 個工作天內向您報銷。如果醫療服務提供者已在 Medi-Cal 註冊，但不在我們的網內，並且拒絕向您退款，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。Molina Medicare Complete Care Plus 將提供急診服務、計劃生育服務，或 Medi-Cal 允許由網絡外醫療服務提供者在無需預先批准的情況下所提供之其他服務的全額自付額退費。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 給付服務，如美容服務。
 - 該服務不是 Molina Medicare Complete Care Plus 的給付服務。
 - 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。
- 如果我們不給付該服務或藥物，我們會向您說明。

如果您有任何問題，請聯絡會員服務部或您的照護協調員。如果您收到帳單且不知如何處理，我們能夠幫忙。如果您想告訴我們有關您已向我們提交的給付申請資訊，您也請致電與我們聯絡。

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. 當您從網外醫療服務提供者獲得急診或急需健康照護時

要求該醫療服務提供者將帳單寄給我們。

- 如果您在接受照護時支付了全額費用，請要求我們退款。請將帳單和付款證明寄給我們。
- 您可能從該醫療服務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。
 - 如果應向醫療服務提供者支付任何費用，我們將直接給付費用給醫療服務提供者。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 如果您已為此 Medicare 服務付費，我們會向您退款。

2. 當網內醫療服務提供者寄給您帳單時

網內醫療服務提供者必須將帳單寄給我們。當您接受任何服務或處方時，請務必出示您的會員卡；然而，有時網內醫療服務提供者會犯錯，並要求您支付服務費用或超過您分攤的費用。**如果您收到任何帳單**，請致電本頁底部的電話號碼**致電會員服務部**或您的照護協調員。

- 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。醫療服務提供者不應對於這些服務向您收取任何費用。
- 作為計劃會員，您只需在接受我們給付服務時支付共付額。我們不允許醫療服務提供者向您收取超過此金額的費用。即使我們向醫療服務提供者付給的費用低於該醫療服務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。
- 無論何時收到網內醫療服務提供者的帳單，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並處理該問題。
- 如果您已經支付網內醫療服務提供者的 Medicare 給付服務的帳單，請把帳單和付款證明寄給我們。我們將退還您的給付服務費用**或**您的支付金額與您根據本計劃應付金額間的差額。

3. 如果您對本計劃的投保具有追溯效力

有時，您投保計劃的時間可以追溯（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. 當您使用網外藥房領取處方藥時

如果您使用網外藥房，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房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房的資訊。
- 針對您在網外藥房的藥物費用與我們為網內藥房給付的費用，我們可能不會支付其間的差額。

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，可以要求藥房致電給我們或查詢您的計劃投保資訊。

- 如果藥房無法立即獲得資訊，您可能需要自行支付全額處方藥費用，或持會員卡返回藥房。
- 當您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。
- 如果您支付的現金價格高於我們協商的處方藥價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

6. 當您為非給付的藥物支付 Medicare D 部分處方藥的全額費用時

因為我們不給付藥物，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。如果您支付的價格高於我們協商的處方藥價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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給付。這稱為「給付裁定」。如果我們決定給付該服務或藥物，我們就會給付該費用。

如果我們拒絕您的給付申請，您可以對我們的裁決提出上訴。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

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聯絡我們。付款證明可以是支票影本或來自醫療服務提供者的收據。**您最好將帳單與收據影印一份，留作記錄。**您可以向您的照護協調員尋求幫助。自您獲得服務、品項或藥物的日期起算，您必須在 1 個日曆年內向我們寄送資訊。

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：

收件人：Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

D 部分（處方藥）服務：

Molina Healthcare
收件人：Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

您必須在獲得服務和/或商品之日起 **365 天內**，或者在得到藥物的日期後 **36 個月內**，向我們提交理賠申請。

C. 給付裁定

當我們收到您的付款要求時，我們會作出給付裁定。這代表我們會決定我們的計劃是否給付您的服務、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，並且您也遵守了獲得服務、項目或藥物的所有規定，我們將支付費用。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。如果您全額支付了藥品費用，您可能無法獲得全額報銷（例如，如果您在網外藥房購買藥品，或者您支付的現金價格高於我們的協商價格）。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。
- 欲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數額，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**：

- 提出上訴以獲得健康照護服務的退款，請參閱**第F節**。
 - 要提出上訴以獲得藥物的退款，請參閱**第G節**。

第8章您的權利和責任

簡介

本章介紹了您作為本計劃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	109
B. 我們有責任確保您及時獲得承保的服務和藥物	116
C. 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI)	117
C1. 我們如何保護您的受保護健康資訊 (PHI)	117
C2. 您有權查看您的醫療紀錄	117
D. 我們有責任提供資訊給您	122
E. 網路醫療提供者不得直接向您收費	123
F. 您有權離開我們的計劃	123
G. 您有權決定您的醫療照護	123
G1. 您有權瞭解您的治療選擇並作出決定	123
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	124
G3. 如果未遵照您的指示處理，該怎麼辦	124
H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮所做的裁定	125
H1. 如何處理不公平待遇或取得更多關於您權利的資訊	125
I. 您身為計劃會員的責任	125

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃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，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以為您提供英語以外其他語言（包括西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、老撾語、俄語、塔加拉族語、越南語）和格式（大字體、點字或音訊格式）的資料。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 若要長期要求現在和以後都獲得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，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獲得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

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

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. 我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyonang ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyong aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang care coordinator mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyonang Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 모든 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 히브리어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 OceanGate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках,*

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711, 每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

а также на языках фарси и хмонг. Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oseangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).

- Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

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劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃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，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以為您提供非英文版本的資料，包括西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、老撾語、俄語、塔加拉族語和越南語，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。醫療服務：200 Oseangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，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劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

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

A. **حَقُّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِالطَّرِيقَةِ الَّتِي تَلْبِي أَحْتِيَاجَاتِكَ**

تعين علينا ضمان تقديم جميع الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خططنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخططنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خططنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خططنا المواد بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهنوجية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية وبننسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈមានប្រសិទ្ធភាពតាមវប្បធម៌និងអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទៅតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន *ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ ឡាវ រុស្ស៊ី តាកាឡុក និងវៀតណាម* ហើយមានទម្រង់ជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន និងអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ:

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។
- ការិយាល័យ Medi-Cal នៃសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។
- U.S Department of Health and Human Services, ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។

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

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo. Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab. Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis suab. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam. Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການ ທັງໝົດ ແມ່ນຖືກສະໜອງໃຫ້ທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມກັບອັດທະນະທໍາ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນເຮົາ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະປີວ່າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້, ໂທຫາ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມໃນພາສາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ເອກະສານແກ່ທ່ານເປັນພາສາແອສປາໂຍນ, ອາເມເນຍ, ກໍາບຸເລຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ເກົາຫຼີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາວັອກ, ຫວຽດນາມ, ອາຣັບ ແລະ ໃນຮູບແບບຕ່າງໆເຊັ່ນ: ແບບພິມ, ອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ເພື່ອຮັບເອກະສານໃນທັງໃນຮູບແບບທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຂຽນໄປຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ເພື່ອດໍາເນີນການຮ້ອງຂໍເອກະສານເປັນພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທາງເລືອກໃນຕອນນີ້ ແລະ ອະນາຄົດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ (855) 665-4627, TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

B. ມີພວກເຮົາມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮັບຮອງຜິດຊອບ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

ທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
 - U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.
- ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
 - ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
 - U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.



ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ: ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711. ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງ U.S Department of Health and Human Services ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697. ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ: ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711. ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງ U.S Department of Health and Human Services ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

- 您有權知道何時可以使用網外醫療服務提供者。想要瞭解網路外醫療提供者，請參閱《會員手冊》第3章。
- 當您首次加入我們的計劃時，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照護協調員的協助下作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 包括當您註冊本計劃時提供給我們的資訊。還包括您的健康記錄和其他醫療與健康資訊。

如果涉及到您的資訊以及控制您的 PHI 的使用方式，您享有權利。我們會提供一份書面通知書給您，說明這些權利，並說明我們如何保護您的 PHI 隱私。該通知被稱為《隱私權政策通知》。

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郵寄地址、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。如未獲接收照護的會員之書面授權，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、格式或備用地點，則將依據所要求的表格和格式進行機密通訊。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. 我們如何保護您的受保護健康資訊 (PHI)

我們會確保未獲授權的人無法查看或更改您的記錄。

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：

- 我們必須向檢查計劃照護品質的政府機關提供 PHI。
- 如果法院命令，我們會提供 PHI，但前提是在加州法律允許的範圍內。
- 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

- 您有權查看您的健康記錄，並且可以獲得您的記錄副本。
- 您有權要求我們更新或修正您的健康記錄。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：

您的隱私權對我們至關重要。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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

PHI 是指受保護健康資訊。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分的資訊。Molina 希望您瞭解我們如何使用或分享您的 PHI。

為什麼 Molina 要使用或分享會員的 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
- 推行我們的健康計劃
- 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（核准）來使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)?

Molina 需要您的書面核准才能出於上方未列出的目的使用或分享您的 PHI。

您的隱私權有哪些?

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

Molina 如何保護您的 PHI?

Molina 在我們的健康計劃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 製定保護 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。

法律規定 Molina 必須採取哪些行動?

- 保護您的 PHI 隱私。
- 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《隱私權慣例通知》條款。

如果您認為自己的隱私權沒有得到保護，您可以採取哪些行動?

- 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。

上述內容僅為摘要。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 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。它會發布在我們的網站 www.molinahealthcare.com。您也請致電我們的會員服務部以獲得《隱私權慣例通知》，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週7天，上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。TTY 使用者請致電 711。

隱私權慣例通知

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

本通知說明如何使用和披露您的健康資訊，以及您如何可以獲取這些資訊。請仔細審查。

Molina Healthcare of California Inc. (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訊，為您提供作為 Molina 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。我們還出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 是指受保護健康資訊。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。

為什麼 Molina 要使用或分享您的 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介。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。這可能包括理賠、治療核准和醫療需求裁定。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。

用於健康照護業務

Molina 可能會使用或分享您的 PHI 來推行我們的健康計劃。例如，我們可能會使用理賠中的資訊，讓您瞭解可以協助您的健康計劃。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 還可用於確保理賠得到正確支付。

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；
- 透過健康計劃活動幫助患有某些症狀（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劃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，或者其他健康相關福利和服務的資訊。

Molina 何時可以在未獲得您書面授權（核准）的情況下使用或分享您的 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 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，或者出於執法需要。

公共健康

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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

健康照護監管

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 可能會出於研究需要而使用或分享，例如：當隱私或機構審查委員會核准時。

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。

執法

您的 PHI 可能會出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。

政府智能

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。

勞工賠償

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（核准）來使用或分享您的受保護健康資訊 (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 針對下列目的披露您的 PHI 之前，必須先獲得您的授權：(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披露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和披露。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。

您的健康資訊權利有哪些？

您有權：

- **要求限制受保護健康資訊 (PHI) 之使用或揭露（分享您的受保護健康資訊）**

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。

- **審查並複製您的 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、理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

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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、獲得副本或更改您的健康記錄，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）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；
- 向人員披露其個人 PHI；
- 在您的授權下進行分享；
- 適用法律允許或要求的使用或披露事件；
- 為維護國家安全利益或為獲取情報之目的而發布的 PHI；或者
- 根據適用法律作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取情報之目的而發布的 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 8:00。TTY 使用者請致電 711。

如果您的權利沒有得到保護，您可以採取哪些行動？

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：

透過電話：

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 8:00。TTY 使用者請致電 711。

書面：

Molina Healthcare of California Inc.
Attention: 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
民權辦公室 - 集中案例管理業務部
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)

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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；
- 不得出於給付目的使用或披露您的基因資訊；
- 遵守本通知的條款。

本通知可隨時更改

Molina 保留隨時更改其資訊實務和本通知條款的權利。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受保護健康資訊 (PHI)。如果我們變更資料，Molina 將在我們的網站發布修改通知，並將修改通知，或者資料變更資訊以及獲得修改通知的方法，在我們的下一次年度郵件寄送給當時的 Molina 投保會員。

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, 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.

Attention: 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, 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 p.m., hora local.

D. 我們有責任提供資訊給您

身為我們計劃的會員，您有權向我們取得關於計劃、網路內服務提供者和您給付服務的資訊。

如果您不會說英語，我們提供口譯員服務，來解答您對我們計劃的任何疑問。若要獲取口譯員服務，請致電會員服務部。這是一項免費服務。我們也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、苗語、韓語、寮語、俄語、他加祿語和越南語的書面資料和/或資訊。我們還可以為您提供大字體、點字或語音版資訊。如需長期請求現在和今後可以取得英語以外的語言版本或其他格式的資料，請聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627, 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：

- 如何選擇或更換計劃
- 我們的計劃，包括：
 - 財務資訊
 - 計劃會員給我們的評分
 - 會員所提出的上訴數量
 - 如何停保我們的計劃

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711, 每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 有關我們網內醫療服務提供者和我們網內藥房的資訊，包括：
 - 如何選擇或更換主治醫療服務提供者
 - 我們的網內醫療服務提供者和藥房的資格
 - 我們如何支付網內醫療服務提供者
- 給付得服務和藥物，包括：
 - 我們的計劃給付的服務（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給付服務與藥物的規定
- 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

我們網路的醫師、醫院及其他醫療提供者不能要求您支付給付服務的費用。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劃

如果您不願意，則無人可以讓您保有我們的計劃。

- 您有權透過 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage (MA) 計劃充分使用您的健康照護服務。
- 您可以從處方藥計劃或從另一個 MA 計劃取得 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 或處方藥福利計劃的資訊。
 - 瞭解關於若您退保我們的計劃，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作出決定

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：

- **瞭解您的選擇。** 您有權被告知不同的治療選項。
- **瞭解風險。** 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。
- **獲取第二意見。** 您有權在決定治療之前，諮詢另一醫師的意見。
- **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劃退保。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。
- **請我們解釋醫療服務提供者拒絕照護的原因。** 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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- **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作出給付裁定。

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。聽障或重聽者可致電 TTY: 711 尋求 California 殘障轉接服務。

有時候，人們會無法自行做出健康照護決定。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、法律服務機構或社會工作者索取表格。藥房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獲得更詳細的資訊。

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 計劃提出投訴，電話：1-855-501-3077。這是免付費專線。TTY: 1-855-847-7914。此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊電話設備才能致電。

寫信投訴：**健康照護服務部 (Department of Health Care Services)**

1501 Capitol Avenue

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

網址：<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，您可以要求我們作出給付裁定、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，您請致電：

- 致電會員服務部。
- 醫療保險顧問和權益促進計劃 (The Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話 (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 計劃，致電 1-888-452-8609。有關本計劃的詳細資訊，請參閱《會員手冊》第2章。
- 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。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. 您身為計劃會員的責任

身為本計劃的會員，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》**以瞭解計劃給付範圍以及您需要遵守的規定，以便您獲得給付服務和藥物。有關您的詳細資訊：
 - 給付服務，請參閱《會員手冊》第3章和第4章。這些章節說明給付範圍、不給付項目、您需要遵守的規定以及您的自付費用。
 - 給付藥物，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醫療服務提供者說明**您是我們的計劃的會員。當您獲得服務或藥物時，請出示您的會員卡。
- **幫助您的醫師和其他醫療服務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。盡可能瞭解自己的健康問題。遵守您和您的醫療服務提供者所商定的治療計劃和指示。
 - 確保您的醫師和其他醫療服務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服務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。
- **與您的照護協調員合作**，包括完成年度健康風險評估。
- **無微不至**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幫助您的醫師診所、醫院和其他醫療服務提供者的辦公室保持良好運作。
- **支付您應付的費用。**身為計劃會員，您有責任支付下列款項：

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週7天，當地時間上午8:00至晚上8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- Medicare A 部分和 Medicare B 部分保費。對於大部分的計劃名稱會員，Medi-Cal 將給付您的 Medicare A 部分保費和 Medicare B 部分保費。
- **如果您獲得的任何服務或藥物不在我們的計劃給付範圍，您必須支付全額費用。**（註：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，請告訴我們**如果您打算搬家，請立即告訴我們。致電您的照護協調員或會員服務部。
 - **若您搬離我們的服務地區，則無法繼續參加本計劃。**只有我們服務地區的居民能成為本計劃的會員。《會員手冊》第1章說明我們的服務區。
 - 我們可幫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 健康計劃或處方藥計劃。我們會向您說明我們在新的區域是否有計劃。
 - 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，以獲得 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記錄並知道如何與您聯絡。
- **請告訴我們您是否有新的電話號碼或更好的聯絡方式。**
- **如果您有任何問題或疑慮，請致電您的照護協調員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：

- 您對您的計劃有疑問或投訴。
- 您需要某項服務、項目或藥物，但您的計劃卻說它不會支付。
- 您不同意您的計劃對您的照護所作出的裁定。
- 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。**

作為您照護計劃的一部分，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 計劃，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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

目錄

A. 如果您有問題或疑慮時該怎麼做	130
A1. 關於法律術語	130
B. 哪裡可以取得協助	130
B1. 取得更多資訊和協助	130
C. 瞭解本計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴	131
D. 您的福利問題	131
E. 給付裁定和上訴	131
E1. 給付判定	131
E2. 上訴	132
E3. 給付裁定和上訴的協助	132
E4. 本章哪一節可協助您	133
F. 醫療照護	133
F1. 請使用本節	133
F2. 要求給付裁定	134
F3. 提出第 1 級上訴	135
F4. 提出第 2 級上訴	136
F5. 支付問題	140
G. Medicare D 部分處方藥	141
G1. Medicare D 部分給付裁定和上訴	141
G2. Medicare D 部分例外處理	142
G3. 要求例外處理的重要須知事項	142
G4. 要求給付裁定，包括例外處理	143
G5. 提出第 1 級上訴	144
G6. 提出第 2 級上訴	145
H. 要求我們給付更長的住院時間	146
H1. 瞭解您的 Medicare 權利	147
H2. 提出第 1 級上訴	147
H3. 提出第 2 級上訴	148
I. 要求我們繼續給付特定醫療服務	149
I1. 給付終止前的事先通知	149
I2. 提出第 1 級上訴	149
I3. 提出第 2 級上訴	150
J. 提出第 2 級以上上訴	151
J1. Medicare 服務和項目的後續步驟	151
J2. 其他 Medi-Cal 上訴	152
J3. D 部分藥物要求的第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴	152

K. 如何提出投訴	153
K1. 哪些問題需經由投訴程序處理	153
K2. 內部投訴	153
K3. 外部投訴	154

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. 關於法律術語

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」
- 「投資獨立審查組織」(IRO) 而不是「獨立審查實體」(IRE)。

瞭解適當的法律術語可能有助於您更清晰地溝通，因此我們也提供這些內容。

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 計劃獲得協助

您請致電醫療保險顧問和權益促進計劃 (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劃無關。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。

獲得 Medicare Medi-Cal Ombuds 計劃的協助

您請致電 Medicare Medi-Cal Ombuds 計劃，並與倡導者討論您的健康給付問題。他們提供免費法律協助。Ombuds 計劃與我們或任何保險公司或健保計劃無關。他們的電話號碼是 1-855-501-3077，網站 www.healthconsumer.org。

從 Medicare 獲得協助和資訊

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

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。
TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

從 Medi-Cal 獲得協助與資訊

致電：(916) 449-5000，週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00（當地時間）。

從加州健康照護服務部獲得協助

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、改變或退出健康計劃時遇到問題，他們可以為您提供協助。如果您搬家並且在將

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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 致電監察專員 1-888-452-8609。

從加州管理式健康照護部獲得協助

如需免費協助，請聯絡 California 州管理式健康照護部 (DMHC)。DMHC 負責監管健康計劃。DMHC 可幫助對 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撥打免費 TDD 號碼：**1-877-688-9891**。您也可以瀏覽 DMHC 的網站：www.dmhc.ca.gov。California 州健康照護管理部負責管理各種健康照護服務計劃。如果您對自己的健康計劃感到不滿，應首先致電您的健康計劃**(855) 665-4627 TTY: 711**，並在聯絡該部門之前，請先使用您健康計劃的申訴程序。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。如果您在涉及急診的申訴、未由您的健康計劃獲得滿意解決方案的申訴，或超過 30 天未解決的申訴方面需要幫助，請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劃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. 瞭解本計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴

您有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的資訊適用於您的**所有** Medicare 和 Medi-Cal 管理式醫療福利。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。下表將幫助您找到本章中說明問題或投訴的正確章節。

您是否有關於福利或給付範圍的問題或疑慮？

這包括特定醫療照護（醫療項目、服務及/或 B 部分處方藥）是否可獲得給付、它們獲得給付的方式，以及醫療照護付款相關問題。

是。
我的問題關於福利或給付。

請參閱**第 E 節**「給付裁定和上訴」。

否。
我的問題不是關於福利或給付。

請參閱**第 K 節**「如何提出投訴」。

E. 給付裁定和上訴

要求給付裁定和上訴流程處理與您的健康照護（服務、項目及 B 部分處方藥，包括付款）福利及給付範圍有關的問題。為使說明簡單易懂，我們會以醫療項目、服務以及 B 部分處方藥來表示**醫療照護**。

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，您的計劃網路醫師會在每次您取得醫療照護時，為您作出有利的給付裁定（請參閱《會員手冊》第 4 章第 G 節）。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

您或您的醫師也可以聯絡我們，要求給付裁定。您或您的醫師可能不確定我們是否給付特定的醫療服務，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作出給付裁定。**

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，即表示我們正作出給付裁定。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

如果我們作出給付裁定，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作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，或者您正感到劇烈疼痛且需要立即裁定，請要求健康照護管理部進行 IMR 醫療審查，網址：www.dmhc.ca.gov。請參閱**第 F4 節**，以瞭解更多資訊。

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 醫療照護服務的給付，通知書會說明我們已將您的個案轉給獨立審查機構 (IRO) 進行第 2 級上訴。如果您的問題是關於 Medicare D 部分或 Medicaid 服務或商品的給付，通知書會向您說明如何自行提出第 2 級上訴。請參閱第 F4 節以瞭解第 2 級上訴的更多資訊。如果您的問題是關於 Medicare 和 Medicaid 給付服務或商品的給付範圍，通知書將為您提供有關這兩種類型的第 2 級上訴的資訊。

如果您不滿意第 2 級上訴的裁定，或可繼續進行其它等級的上訴。

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。
- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (醫療保險顧問和權益促進計劃, HICAP)**，電話 1-800-434-0222。
- **健康照護管理部幫助中心 (DMHC)** 提供免費協助。DMHC 負責監管健康計劃。DMHC 可幫助對 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致電免付費 TDD 號碼：1-877-688-9891。您也可以瀏覽 DMHC 的網站：www.dmhc.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 1-855-501-3077 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。

請致電頁面底部的號碼致電會員服務部，索取「代表委任書」表格。您亦可透過 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 獲得表格。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，或您希望我們將應付的照護分攤費用退還給您時，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。在某些情況下，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 Medicare 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. 您認為我們給付您需要的醫療照護，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：您可以對我們的裁決提出上訴。請參閱第 F3 節。
3. 您認為我們會給付的醫療照護，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給付的照護，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. 我們減少或停止給付特定醫療照護，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的裁定提出上訴。請參閱第 F4 節。
 - 如果給付範圍與住院照護、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給付的所有其它情況，請參閱本節（第 F 節）作為您的指引。
6. 您的照護遭到延誤，且您找不到醫師。
您可以這樣處理：您可以提交投訴。請參閱第 K2 節。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

F2. 要求給付裁定

當給付裁定涉及您的醫療照護時，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，要求我們作出給付裁定：

- 致電：(855) 665-4627, TTY: 711。
- 傳真：(844) 834-2155。
- 郵寄：收件人：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 計劃，我們會在收到您的請求後 5 個工作天內，且不晚於 14 個日曆日內給您答覆。
- 我們在收到您的要求後的 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」的法律術語稱作「**加速裁定**」。

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

- 我們在收到您的請求後 72 小時內提供醫療服務或物品，如果您的身體狀況需要更快的回覆，則可提前提供。
- 我們在收到您的要求後的 24 小時內就 Medicare B 部分處方藥提供答覆給您。

若要得到快速給付裁定，您必須符合下列兩項要求：

- 您要求給付您**尚未獲得**的醫療商品和/或服務。您不能要求對您已獲得的商品或服務的支付做出快速給付裁定。
- 採用標準期限**會對您的健康造成嚴重傷害或損害您的機能**。

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作出快速給付裁定。

- 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，這意味著您要進入第 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：

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 若申請不完整，
- 若有人代表您提出要求，但未獲得合法授權，或
- 若您要求撤銷申請。

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, TTY: 711。

要求「標準上訴」或「快速上訴」，寫信或來電 (855) 665-4627, 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商品，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。您可透過 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 獲得表格。
- 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 IRO 來審查我們駁回上訴的裁定。
- 您必須在 65 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」的法律術語稱作「加速再議」。

- 如果您就我們對您未接受的照護之給付裁定提出上訴，您本人和/或您的醫師可決定您是否需要快速上訴。

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上訴。如果您自己要求，而沒有您的醫師的支援，則由我們決定是否要為您作出快速上訴。

- 如果我們判定您的醫療情況不符合快速上訴的要求，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上訴。
 - 您可以如何針對我們給您標準上訴而非快速上訴的狀況提出「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。

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

- 如果我們決定更改或停止您獲得的服務或商品給付，那麼我們將在採取行動前向您寄送通知。
- 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商品。
 - 如果您符合時限要求，在第 1 級上訴待決期間，您將獲得服務或商品，且不會有任何變更。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 您也將獲得所有其他（與您的上訴無關的）服務或商品，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，您的服務或商品將不會繼續。

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，我們會針對您的健康照護給付要求，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獲得更多資訊。

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，如果您的健康情況需要更快速回覆，則可提前提供。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。IRO 會進行審查。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 服務或商品的給付範圍有關，您可以在時間一到就自行向州提交第 2 級上述 - 州聽證會。在 California，州聽證會被稱為州公平聽證會。要提交申請進行州聽證會，請參閱 www.CDSS.CA.GOV
- **如果我們同意您的部分或全部要求**，則須在我們收到上訴後的 72 小時內，授權或提供我方同意提供的給付，如果您的健康情況需要更快速回覆，則可提前提供。
- **如果我們否決您的部分或全部要求**，會將您的上訴傳送到 IRO 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。IRO 會進行審查。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 服務或商品的給付範圍有關，您可以在時間一到就自行向州提交第 2 級上述 - 州聽證會。在 California，州聽證會被稱為州公平聽證會。要提交申請進行州聽證會，請參閱 www.CDSS.CA.GOV

如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴請求之日起 30 個日曆日內，或根據您的健康狀況需要盡快並在我們變更裁定之日起 72 小時內，或在我們收到您的上訴申請之日起的 7 個日曆日內（如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥）授權或提供我們同意提供的給付。

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 IRO 進行第 2 級上訴。
- 如果您的問題是關於 Medi-Cal 服務或商品的給付，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，我們會發出通知書。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商品。

- 如果您的問題是有關 **Medicare** 通常給付服務或商品，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** 通常會給付服務或商品，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 服務或商品的 2 級上訴。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 如果您的問題是有關 **Medicare 和 Medi-Cal** 皆可能給付的服務或項目，IRO 會自動啟動第 2 級上訴。除了自動的第 2 級上訴外，您還可以向州要求州聽證會和獨立醫療審查。然而，如果您已在州聽證會上提交證據，則無法進行獨立醫療審查。

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 IRO 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 通常給付服務或商品

IRO 會審查您的上訴。該組織是由 Medicare 僱用的獨立組織。

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

- 該機構與我們並無關聯，也不是政府機構。由 Medicare 選擇做為 IRO 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 IRO 提供額外資訊以支援您的上訴。
- IRO 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。IRO 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，IRO 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，IRO 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。

IRO 會透過書面方式向您告知其答覆並說明理由。

- **如果 IRO 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 IRO 對**標準要求**的決定後 **5 個工作日內** 提供服務，或
 - 在我們取得 IRO 對**加速要求**的決定後 **72 小時內** 提供服務。
- 如果 IRO 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 IRO 對**標準要求**的決定後 **72 小時內**，或
 - 在我們獲得 IRO 對**加速要求**的決定後 **24 小時內**。
- 如果 IRO **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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 第 2 級之後有三個額外上訴程序層級，總共五個上訴等級。
- 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。如需詳細瞭解相關作法，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 (ALJ) 或司法審裁官審理。請參閱第 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 通常給付服務或商品

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) 的幫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商品。IMR 是由不屬於我們計劃或 DMHC 的專家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商品。您無需為 IMR 支付任何費用。

如果我們的計劃符合下列情況，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，因為我們的計劃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。
- 爭議外科服務或手術本質上為美容或重建性質。
- 不會為您已收到的急診或緊急 Medi-Cal 服務付費。
- 對於標準上訴，未在 30 個日曆日內解決您對 Medi-Cal 服務的 1 級上訴；對於快速上訴，未在 72 小時內解決您的 Medi-Cal 服務 1 級上訴。

註：如果您的提供者為您提出上訴，但我們沒有收到您的「代表委任書」表格，則您需要先向我們重新提交上訴，然後才能向健康照護管理部 (DMHC) 申請第 2 級 IMR，除非您的上訴涉及對您的健康的緊迫嚴重威脅，包括但不限於劇烈疼痛、潛在的生命、肢體或主要身體功能喪失。

您有權參加 IMR 和州聽證會，但如果您已在州聽證會上提供證據或就同一問題舉行州聽證會，則您無權獲得 IMR。

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 級上訴程序相關資訊，請參閱第 F3 節。如果您不同意我們的裁定，您可以向 DMHC 提出投訴，或要求 DMHC 幫助中心進行 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 個月後出於正當理由接受您的申請，例如您的健康狀況使您無法在 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/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，或者致電 DMHC 幫助中心，電話：1-888-466-2219。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商品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。幫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。您可以獲得表單，網址為：www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，或者致電部門的幫助中心，電話為：1-888-466-2219。TTY 使用者請致電 1-877-688-9891。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 將您的表單和所有附件郵寄或傳真至：

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

- 您也可以在线上提交您的獨立醫療審查申請/投訴表和授權助理表，網址為：www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

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。從您的計劃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，並在收到填妥的申請表後 48 小時內向您寄送一封信函，告知您符合 IMR 的資格。從您的計劃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 裁定。如果您對 IMR 的結果不滿意，您仍然可以要求舉行州聽證會。

如果 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劃網內中，請務必從該醫師處獲取醫療記錄並寄送給我們。您的健康計劃需要從網內中的醫師處獲得您的健康記錄副本。

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。

(2) 州聽證會

您可以針對 Medi-Cal 給付服務和項目，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核准的服務或商品，或是我們將不繼續支付您已有的服務或商品，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「上訴裁決函」通知郵寄給您後，**您可在 120 天內要求州聽證會。**

註：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，**那麼您可以遞交申請的天數會減少。**請閱讀第 F4 節的「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、對您採取行動的計劃或郡的名稱、所涉及的援助計劃，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。
 - 致 California 社工服務部： 
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - 致州聽證會司，傳真號碼：916-309-3487 或免費電話號碼 1-833-281-0903。
2. 您可以致電 1-800-743-8525 以聯絡 California 社工服務部。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。

州聽證會司會以書面形式向您通知裁定，並說明原因。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 如果州聽證會司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。
- 如果州聽證會司**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IRO或州聽證會司**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**IRO**，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ALJ或司法審裁官審理。**您從IRO收到的信函將說明您可以再次上訴的權利。**

您從州聽證會司收到的信函中，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

我們不容許我們的醫療服務提供者向您索取經給付服務和項目的費用。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商品費用，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。您不應該自行支付帳單費用。我們會直接聯絡該醫療服務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，則可以得到我們計劃的退費。

如需更多資訊，請參閱《會員手冊》**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，那麼我們通常會在30個日曆天內，但不晚於收到您要求後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（若計劃有分攤費用）。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商品的費用，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醫療照護，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IRO。如果發生此情況，我們會寄信通知您。

- 如果IRO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，將款項寄給您或寄給醫療服務提供者。如果在上訴過程第2級之後的任何階段中，您的上訴獲得**核准**，我們必須在60個日曆日內將款項寄給您或健康照護服務提供者。
- 如果IRO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。請參閱**第 F4 節**，以瞭解更多資訊。

G. Medicare D 部分處方藥

身為我們計劃的會員，您的福利包括多種處方藥的給付。這些藥物大部分是 Medicare D 部分藥物。有少數藥物是 Medicare D 部分不給付但 Medi-Cal 可能給付的。**本節僅適用於 Medicare D 部分藥物上訴。**我們將在本節的其餘部分中用「藥物」這一詞彙，而不是每次都使用「Medicare D 部分藥物」來表示。對於僅由 Medi-Cal 給付的藥物，請遵循**第 E 節**中的流程。

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. Medicare D 部分給付裁定和上訴

您可要求我們針對 Medicare D 部分藥物作出給付裁定的範例如下：

- 您要求我們作出例外處理，包括：
 - 給付不在本計劃的藥物清單中的 Medicare D 部分藥物，或者
 - 擱置本計劃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，當藥物在本計劃的藥物清單上，但我們必須在給付該藥物之前對其進行核准）。

註：如果藥房告知您無法按照文書所述領取處方藥，藥房會給您一份書面通知書，說明如何聯絡我們以要求給付裁定。

有關 Medicare 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藥物。這是要求就付款做出給付裁定。

如果您不同意我們作出的給付裁定，您可以對我們的裁決提出上訴。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。

您處於以下哪些情況？			
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劃規定或限制（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給付或為藥物付款。
您可以要求我們進行例外處理。 (這是一種給付裁定。)	您可以要求我們做出給付裁定。	您可以申請退款。 (這是一種給付裁定。)	您可以提出上訴。 (這意味著您要求我們重新考量。)
先從 第 G2 節 開始，然後參閱 第 G3 和 G4 節 。	請參閱 第 G4 節 。	請參閱 第 G4 節 。	請參閱 第 G5 節 。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

G2. Medicare D 部分例外處理

如果我們沒有按照您希望的方式給付某種藥物，您可以要求我們進行「例外處理」。如果我們拒絕您的例外處理申請，您可以對我們的裁決提出上訴。

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。

要求給付不在我們「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。
 - 事先獲得計劃核准，然後我們才會同意給付該藥物。這有時稱為「事先授權」(PA)。
 - 需要先試過不同藥物，然後我們才會同意給付您要求的藥物。這有時稱作「階段治療」。
 - 數量限制。針對某些藥物，您可獲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層級。**我們「藥物清單」中的每種藥物都會歸類在其中一個分攤費用層級中。一般來說，分攤費用層級號碼越小，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「分層級例外處理」。

- 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。
- 如果您的健康病症替代藥物的分攤費用層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給付該藥物。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症的最低層級生物製品替代品的費用分攤金額對其進行給付。
 - 如果您服用的藥物是原廠藥，您可以要求我們按照適合您病症的原廠藥替代藥最低層級的費用分攤金額對其進行給付。
 - 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症的原廠藥或非專利藥替代品的最低層級的費用分攤金額對其進行給付。
- 如果我們核准您的層級例外處理要求，且您無法使用的替代藥物有多個較低的分攤費用層級，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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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**核准您的例外處理要求。如果您要求我們進行分層級例外處理，我們通常**不會**核准您的例外處理要求，除非較低分攤費用層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，致電：(855) 665-4627、寫信或傳真聯絡我們。您、您的代表或您的醫師（或其他處方醫師）可以執行此動作。請包括您的姓名、聯絡資訊和理賠相關資訊。
- 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請求的醫療原因。

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。他們還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我們將採用標準期限。這封信也告訴您如何對我們的裁定提出投訴。

- 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 IRO 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 小時內為您提供給付。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，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 IRO 進行審閱。
- 如果我們同意您的部分或所有要求，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。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，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 IRO 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。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，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

對本計劃提出有關 Medicare D 部分藥物給付裁定的上訴即稱為計劃「重新裁定」。

- 啟動您的**標準或快速上訴**，請致電 (855) 665-4627、寫信或傳真我們。您、您的代表或您的醫師（或其他處方醫師）可以執行此動作。請在您的上訴中包括您的姓名、聯絡資訊和理賠相關資訊。
- 您必須在 **65 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」。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 「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獲得更多資訊。

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，IRO 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。如果您認為您有健康上的需求，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，IRO 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**否決**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作出答覆。
 - 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，IRO 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**否決**您的初次上訴時，IRO 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 (IRO)」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**以書面形式**聯絡 IRO 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 IRO **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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 當您向IRO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。如果您需要協助索取個案檔案的免費副本，請致電 (855) 665-4627 (TTY: 711)。
- 您有權向 IRO 提供額外資訊以支援您的上訴。

IRO 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 IRO 的資訊。

第 2 級快速上訴的期限

如果您有健康上的需求，可以要求 IRO 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請求，我們必須在 IRO 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，IRO 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 IRO 同意您的部分或全部要求：

- 我們必須在獲得 IRO 的決定後 **72 小時內**提供核准的藥物給付。
- 在我們取得 IRO 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 IRO 裁定**否決**您的上訴，這表示他們同意我們的判決，也就是不核准您的要求。（這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。）

如果 IRO **否決**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。IRO 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 IRO **否決**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 IRO 的信函，瞭解如何提出第 3 級上訴的詳細資訊。

ALJ 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

當您被送進醫院時，您有權力得到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。關於我們計劃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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

儘管有本第H節中討論的上訴規定，您也可以向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F4節，瞭解如何向DMHC提出投訴和申請獨立醫療審查。除了第3級上訴之外，您還可以要求獨立醫療審查。

H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您入院後的兩天內，醫院的服務人員，例如護士或社會工作者，將會給您一份書面通知，稱為「Medicare 提供的重要權利須知」。Medicare 保戶每次住院都會拿到這份通知。

如果您沒有收到通知，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。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。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，以便日後有需要，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。

您可以查看此通知副本，只要您：

- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部
- 致電 Medicare，撥打 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 造訪 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 (QIO) 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。

QIO 是由醫師及其他健康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。他們與本計劃並無關聯。

在 California，品質改善組織被稱為 Livanta (California 的品質改善組織)。請致電：(855) 887-6668，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。

請在離開醫院之前致電 QIO，而且不能晚於預定出院日期

- **如果您在離開前致電**，您可以在預定出院日期之後留在醫院，無需支付費用，同時等待 QIO 對您的上訴的決定。
- **如果您沒有打電話上訴**，並且決定要在預定出院日期之後繼續留在醫院，您可能支付預定出院日期之後獲得之醫院照護的所有費用。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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，或者您正在感到劇烈疼痛，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 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：

- 致電頁面底部的號碼致電會員服務部。
- 請致電 Health Insurance Counseling and Advocacy 計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222。

要求快速審查。快速行動並聯絡 QIO，要求快速審查您的出院決定。

「快速審查」的法律術語稱作「立即審查」或「加速審查」。

快速審查的過程為何

- QIO 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健康資訊、與您的醫師會談，以及審查醫院和我們計劃提供的資訊。
- 在審查人員通知本計劃您提出上訴後的第二天中午之前，您會收到寫明您預定出院日期的通知函。該通知函中還將說明為什麼您的醫生、醫院和我們認為這是在醫學上適合您的正確出院日期的原因。

本書面說明的法律術語為「**出院通知細節**」。您可以致電頁面底部的號碼向會員服務部索取範例或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。（TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。）您亦可透過 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices，在網內上參照通知範例。

在取得所有所需資訊後一個整天內，QIO 會對您的上訴作出答覆。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供給付的住院服務。

如果 QIO **否決**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 QIO 回覆您的上訴的隔天中午終止。
- 在 QIO 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 QIO 否決您的第 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 QIO 重新審閱其所作出的第 1 級上訴裁定。請撥 (877) 588-1123 與其聯絡。

您必須在 QIO **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。

QIO 審查員將：

- 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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 我們必須在 QIO 否決您的第 1 級上訴之次日中午以後，償還您所接受的醫院照護我們的分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供給付的住院服務。

如果 QIO 否決您的上訴：

- 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 E4 節，瞭解如何提出投訴和向 DMHC 申請獨立醫療審查。

ALJ 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。

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：

- 居家健康照護服務
- 專業療養機構、及中的專業護理照護。
- 在 Medicare 核准的 CORF 進行的門診康復照護。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，您就有權持續獲得給付服務。

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，您可以對我們的裁決提出上訴。本節告知如何提出上訴。

I1. 給付終止前的事先通知

在我們停止給付的兩天前，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，您可以對我們的裁決提出上訴。本節說明第 1 級上訴程序和應採取的行動。

- **遵守期限。**期限非常重要。瞭解並遵守各必辦事項的時限規定。我們的計劃也必須遵守期限。如果您認為我們沒有遵守時限，您可以提出投訴。請參見第 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：
 - 致電頁面底部的號碼致電會員服務部。
 - 請致電 HICAP，電話：1-800-434-0222。

- **聯絡 QIO。**
 - 請參閱《會員手冊》第 H2 節或是第 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劃的給付裁定。
- **快速採取行動並要求快速審批上訴。** 詢問 QIO，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 不給付通知的生效日期前一天中午之前，聯絡 QIO 以開始上訴。
- 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，或者您正在感到劇烈疼痛，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 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是「**Medicare 不給付通知**」。欲獲得範例副本，請致電會員服務部，電話號碼在頁面底部，或致電 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。線上獲得副本：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices。

快速審批上訴期間情況

- QIO 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劃提供的資料。
- 我們的計劃也會寄送書面通知給您，說明我們終止給付服務的原因。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**」。

- 審查人員在獲得所需的全部資訊後，會在一天內告知您他們的決定。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 我們會持續為您給付有醫療必要性給付服務。

如果 QIO 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該照護的費用。
- 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。

13. 提出第 2 級上訴

在第 2 級上訴，您要求 QIO 重新審閱其所作出的第 1 級上訴裁定。請撥 (877) 588-1123 與其聯絡。

您必須在 QIO 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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

QIO 審查員將：

- 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 QIO **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費用。
- 我們必須持續為您給付有醫療必要性的照護。

如果 QIO **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 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。

ALJ 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 IRO 收到的第 2 級上訴信函中，說明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 ALJ 聽證會。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。您收到的通知會說明如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會（以下簡稱「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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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 通常給付的服務或項目有關，您也享有其他上訴權利。州聽證會的判決郵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，或可繼續進行其他等級的上訴。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 ALJ 聽證會。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。您收到的通知會說明如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

委員會將審查您的上訴並向您提供回覆。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、等候時間、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
您的醫療照護品質	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 醫療服務提供者或工作人員對您無禮。 我們的員工對您的態度不佳。 您覺得有被懲退保本計劃。
輔助工具和語言協助	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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）。 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。
等候時間	<ul style="list-style-type: none"> 您在預約上有困難或等候太久。 醫師、藥劑師或其他健康專業人員、會員服務部或其他計劃人員讓您等待太久。
清潔度	<ul style="list-style-type: none"> 您認為診所、醫院或醫師辦公室不乾淨。
您向我們索取的資訊	<ul style="list-style-type: none"> 您認為我們沒有為您提供本該收到的通知或信函。 您認為我們給您的書面說明艱澀難懂。
給付裁定或上訴的及時性	<ul style="list-style-type: none"> 您認為我們在作出給付裁定或回應您的上訴時未遵守期限規定。 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。 您不認為我們有準時將您的個案郵寄給 IRO。

投訴有各種不同的類型。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴是提交至本計劃進行審查。外部投訴是提交至與本計劃無關的組織進行審查。如果您需要協助提出內部和/或外部投訴，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627, TTY: 711。

「投訴」的法律術語是「申訴」。

「提出上訴」的法律術語是「提出申訴」。

K2. 內部投訴

若要提出內部投訴，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627。您可以隨時提出投訴，除非是關於 Medicare D 部分藥物。如果您提出的投訴與 Medicare 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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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覆您的投訴。
- 僅在不涉及給付糾紛、涉及醫療必要性或實驗性/研究性治療的爭議性醫療保健服務且在次日營業結束時之前得以解決的情況下，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。您請致電我們，電話：(800) 665-0898, 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, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801，傳真：(562) 499-0610。

「快速上訴」的法律術語稱作「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 個日曆日內作出裁定，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 計劃的品質。

如有任何其他意見或疑慮，或認為健康計劃未能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 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。TTY 使用者可致電 711。週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00 可致電

您可以向加州健康照護管理部 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責管理健康計劃。對於有關 DMHC 幫助中心的投訴，請致電 DMHC 幫助中心尋求協助。對於非緊急事項，如果您不同意第 1 級上訴的決定，或者計劃在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，您可以向 DMHC 提出投訴。如果您需要幫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、您正在經歷劇烈疼痛，或者您不同意我們的計劃就您的投訴所做的裁定，或我們的計劃未在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) 而無需提交第1級上訴。

從幫助中心獲得幫助的方式有兩種：

- 請致電 1-888-466-2219。聽障、重聽或語言障礙者可致電免付費 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)。

民權辦公室 (OCR)

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 (HHS) 的 OCR 提出投訴。例如，您可以就殘障可及性或語言協助提出投訴。OCR 的電話號碼為 1-800-368-1019。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。您可造訪 www.hhs.gov/ocr 以瞭解更多資訊。

您也可以聯絡當地 OCR 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。

TTY: (855) 887-6668

<https://www.livantaqio.com/en/states/california>

您還可以根據《美國身心障礙者法案》享有權利 (ADA)。您可以致電 (877) 588-1123 聯絡當地 OCR 辦公室。

QIO

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 QIO 提出關於照護品質的投訴。
- 您可以向 QIO 和我們的計劃提出投訴。如果您向 QIO 提出投訴，我們將與其合作來解決您的投訴。

QIO 是由執業醫師及其他健康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 QIO，請參閱《會員手冊》第 H2 節或第 2 章。

在加州，品質改善組織 (QIO) 稱為 Livanta。Livanta 的電話號碼為 (877) 588-1123。

第10章終止本計劃的會員身分

簡介

本章說明停保本計劃的方式以及您在離開本計劃後有哪些健康保險選擇。如果您退出我們的計劃，但只要您符合資格，就仍在 Medicare 和 Medi-Cal 計劃內。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. 何時可以終止本計劃的會員身分	157
B. 如何終止本計劃的會員身分	157
C. 如何分別取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務	158
C1. 您的 Medicare 服務	158
C2. 您的 Medi-Cal 服務	160
D. 如何獲得您的醫療服務和藥物，直到您的計劃會員身分終止	160
E. 本計劃的會員身分終止的其他情況	160
F. 針對我們出於任何健康相關原因要求您退保本計劃的規定	161
G. 如果我們終止您的計劃保戶資格，您提出投訴的權利	161
H. 如何獲得有關終止計劃會員資格的更多資訊	161

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

A. 何時可以終止本計劃的會員身分

大多數 Medicare 保戶都能在一年當中的某個時間點停保。由於您擁有 Medi-Cal，因此您可以選擇在一年中的任何月份停保我們計劃。

此外，您可以在每年的以下期間停保我們計劃：

- **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劃，您會在12月31日停保我們的計劃，並自1月1日起投保新計劃。
- 每年的 **Medicare Advantage (MA) 開放投保期** 為1月1日至3月31日，而對於加入MA計劃的新 Medicare 受益人，則是從A部分和B部分的權利月份到權利第三個月的最後一天。如果您在此期間選擇新計劃，您會從次月第一天開始投保新計劃。

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，或是目前正在類似機構接受照護。

在我們收到變更計劃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，您的計劃給付將在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劃，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。TTY 使用者的號碼也列於此處。

- 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy 計劃 (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。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 或寄送電子郵件至：MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

註：如果您投保了一項藥物管理計劃 (DMP)，則可能無法更換計劃。參閱《會員手冊》第 5 章，瞭解藥物管理計劃的資訊。

B. 如何終止本計劃的會員身分

如果您決定終止您的會員資格，您可以參保另一 Medicare 計劃或轉換到 Original Medicare。不過，若要從本計劃轉換到 Original Medicare，但您尚未另外選取單獨的 Medicare 處方藥計劃，即須提出要求才能從本計劃退保。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，請致電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。TTY 使用者（聽障或語言障礙者）請致電 1-877-486-2048。在致電 1-800-MEDICARE 時，您還可以投保另一 Medicare 健康或藥物計劃。有關停保本計劃時如何接受 Medicare 服務的詳細資訊，請參見第 C1 節。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。
- 以下的第 C 節包括您可以投保不同計劃的步驟, 這也會終止您在本項計劃的會員資格。

C. 如何分別取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

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

C1. 您的 Medicare 服務

您可以透過三種方式選擇在一年中的任何月份獲得下面列出的 Medicare 服務。在一年中的某些時間, 包括**年度投保期**和**Medicare Advantage 開放投保期**或**第 A 節**中描述的其他情況, 您還有下面列出的附加選項。若選擇下列其中一個選項, 您會自動停保我們的計劃。

<p>1. 您可以轉至：</p> <p>Medicare Medi-Cal 計劃 (Medi-Medi 計劃) 是 Medicare Advantage 計劃的一種。它適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士, 並將 Medicare 和 Medi-Cal 福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩個計劃中的所有福利和服務, 包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 給付服務。</p> <p>註: Medi-Medi 計劃一詞是 California 整合的雙重特殊需求計劃 (D-SNPs) 的名稱。</p>	<p>以下為具體作法：</p> <p>請致電 Medicare, 電話: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>有關長者護理全包計劃 (PACE) 的查詢, 請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計劃 (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/。 <p>或</p> <p>投保新的 Medi-Medi 計劃。</p> <p>當新計劃的給付生效時, 您即會自動退保 Medicare 計劃。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃將變更以符合您的 Medi-Medi 計劃。</p>
---	---

如果您有問題, 請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), 電話: (855) 665-4627, TTY: 711, 每週 7 天, 當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**, 請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

<p>2. 您可以轉至：</p> <p>有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p>	<p>以下為具體作法：</p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計劃 (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/。 <p>或</p> <p>投保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 給付生效時，您即會自動退保我們的計劃。</p>
<p>3. 您可以轉至：</p> <p>無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p>註：如果您轉回 Original Medicare，但沒有另外投保 Medicare 處方藥計劃，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劃。</p> <p>僅當您有其他來源，例如僱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劃 (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/。</p>	<p>以下為具體作法：</p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計劃 (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/。 <p>當您的 Original Medicare 給付生效時，您即會自動退保我們的計劃。</p>

<p>4. 您可以轉至：</p> <p>任何 Medicare 健康計劃，在一年中的某些時間，包括年度投保期間和 Medicare Advantage 開放投保期間或第 A 節中描述的其他情況。</p>	<p>以下為具體作法：</p> <p>請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>有關長者護理全包計劃 (PACE) 的查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要幫助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請致電 California 醫療保險顧問和權益促進計劃 (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/。 <p>或</p> <p>投保新的 Medicare 計劃。</p> <p>當新計劃的給付生效時，您即會自動退保 Medicare 計劃。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。</p>
--	---

C2. 您的 Medi-Cal 服務

如對於退保我們計劃後要如何取得 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。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。詢問加入另一個計劃或轉回 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，直到您的計劃會員身分終止

如果您要退出本計劃，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劃獲得處方藥和健康照護，直到您的新計劃開始為止。

- 使用我們的網路醫療服務提供者獲得醫療照護。
- 使用我們的網路內藥局，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，我們的計劃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. 本計劃的會員身分終止的其他情況

以下是我們必須終止您的計劃會員身分的情況：

- 如果您的 Medicare A 部分和 Medicare B 部分給付出現中斷。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 資格。我們的計劃適用於同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人士。註：如果您不再符合 Medi-Cal 資格，您可以暫時繼續投保我們的計劃並享受 Medicare 福利，請參閱下文有關推定期限的資訊
 - 如果您沒有重新獲得 Medi-Cal 保險，並且不期望在 3 個月內重新獲得保險，您將從我們的計劃退保，並且將不再能夠從 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan 獲得服務。請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 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劃的服務區域內。
 - 請參閱《會員手冊》第 4 章，以瞭解有關當您不在我們計劃的服務區域時透過我們的訪客或旅行者福利取得照護的資訊
- 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，才能成為我們計劃的會員。
 - 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，我們才能出於以下原因讓您退出我們的計劃：

- 如果您在參加我們的計劃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劃的資格。
- 如果您的行為持續具有破壞性，讓我們難以為您和我們計劃的其他會員提供醫療照護。
- 您讓他人冒用您的會員卡獲得醫療照護。（基於此原因，Medicare 可能會要求檢察長調查您的個案。）

F. 針對我們出於任何健康相關原因要求您退保本計劃的規定

我們不得基於任何健康相關原因要求您退出本計劃。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)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以隨時致電本專線全年無休。

G. 如果我們終止您的計劃保戶資格，您提出投訴的權利

如果我們終止您在本計劃的會員資格，必須以書面方式向您說明停保原因。我們也必須說明您如何就我方終止您會員資格的裁定，提交申訴或投訴。您也可參閱《會員手冊》第 9 章，瞭解如何提出投訴的資訊。

H. 如何獲得有關終止計劃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劃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	163
B. 不歧視聲明	163
C. Medicare 作為次要保險人和 Medi-Cal 作為最後保險人的聲明	163
D. Medi-Cal 遺產追討聲明	164

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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。適用的主要法律為與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃相關的聯邦和州法律。其他聯邦和州法律也可能適用。

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事處，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。您也可造訪 www.hhs.gov/ocr 以瞭解更多資訊。
- 請致電健康照護服務部民權辦事處，電話：916-440-7370。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對待，並想要提出歧視申訴，請聯絡會員服務部 (855) 665-4627 TTY:711。寫信：Medicare Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801

如果您的申訴與 Medi-Cal 計劃內的歧視有關，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 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得。

- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您是殘障人士，並且需要幫助以得到健康照護服務或聯絡醫療服務提供者，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 作為次要保險人和 Medi-Cal 作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劃提供的服務。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定的法律和法規。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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

D. Medi-Cal 遺產追討聲明

Medi-Cal 計劃必須從某些已故會員的認證遺產中尋求償還在其 55 歲生日當天或之後獲得的 Medi-Cal 福利。還款包括會員在護理機構住院或接受家庭與社區型服務時獲得的護理機構服務、家庭與社區型服務以及相關醫院和處方藥服務的按服務收費和管理式護理保費/按人員付費。償還額不能超過會員認證遺產的價值。如需瞭解更多資訊，請訪問健康照護服務部的遺產追討網站 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。

日常起居活動 (Activities of Daily Living, 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。

愛滋病藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): 該計劃協助符合條件的 HIV/AIDS 患者獲得救命藥物。

門診手術中心: 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給付判定。《會員手冊》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服務的術語。

生物製品: 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物相似性藥物。（另請參閱「原生物製品」和「生物相似藥物」）

生物相似藥物: 與原生物製品非常相似，但不完全相同的生物製品。生物相似性藥物與原生物製品一樣安全有效。一些生物相似性藥物可以在藥房替代原生物製品，而無需新處方。（請參閱「可互換的生物相似性藥物」）。

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。

照護協調員: 專人負責與您、健保計劃以及醫療服務提供者進行協調，確定您能獲得所需的醫療照護。

照護計劃: 請參閱「個人照護計劃」。

個人照護計劃 (Care Plan Optional Services, CPO Services): 根據個人照護計劃 (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援。

照護團隊: 請參閱「跨科照護團隊」。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, 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 (Community-Based Adult Services, CBAS): 以門診機構為主的服務計劃，提供特殊照護、社工服務、職業和語言治療、個人照護、家屬/照顧者訓練與輔助、營養服務、交通以及其他服務給符合相關資格條件的合格會員。

投訴: 表示對於給付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、我們的網內醫療服務提供者，或網內藥房的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱是「提交申訴」。

綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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、職能治療、言語治療和家庭環境評估服務。

給付裁定: 關於我們給付哪些給付的裁定。這包括有關給付藥物和服務，或我們為您的健康服務所支付的金額。您的《會員手冊》第 9 章說明如何要求我們作出給付裁定。

給付藥物: 該術語意指本計劃給付的所有處方藥和非處方 (OTC) 藥。

給付服務: 是指本計劃給付之所有健康照護、長期服務和支援、用品、處方藥和非處方藥物、器材以及其他服務的統稱。

文化能力訓練: 為我們的醫療服務提供者提供額外指導的訓練，以幫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。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

健康照護服務部 (Department of Health Care Services, DHCS): 管理 Medicaid 計劃，也稱為 Medi-Cal 的加州政府部門。

健康照護管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC): 負責制定健康計劃的 California 州政府部門。DMHC 會幫助人們處理有關 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: 終止本計劃的會員身分的程序。退保可能出於自願 (您自己的選擇) 或是非自願 (不是您自己的選擇)。

藥物管理計劃 (Drug management program, DMP): 該計劃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。

藥物層級: 在我們「藥物清單」上的各類藥物。藥物層級例如非專利、原廠、非處方 (OTC) 藥。「藥物清單」上的每一種藥物都會歸類在一個層級。

Dual eligible special needs plan (D-SNP): 為有資格享受 Medicare 和 Medicaid 的個人提供服務的健康計劃。本計劃為 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。這些項目示例包括輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由醫療服務提供者醫囑用於住家的醫用床、IV 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備與用品、噴霧器及助行器。

急診: 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。

急診治療: 由受過急診治療服務訓練的醫療服務提供者以及治療醫療或行為健康急診所需的給付服務。

例外處理: 對於通常不在給付範圍的藥物，或在沒有特定規定和限制的情況下所使用的藥物予以給付。

非給付範圍的服務: 不在本健康計劃給付範圍的服務。

額外補助: Medicare 計劃，旨在幫助收入和資源有限的人降低 Medicare D 部分的處方藥費用，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)。

非專利藥物: 經聯邦政府核准用於取代原廠藥的處方藥。非專利藥物的有效成份與原廠藥相同。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、我們的網內醫療服務提供者或藥房所提出的投訴。這包括對您的照護品質或您的健康計劃所提供的服務品質。

醫療保險顧問和權益促進計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): 該計劃提供有關 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。

健康計劃: 由醫師、醫院、藥房、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 (Health Risk Assessments, HRA): 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。

居家健康助理: 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。

安寧服務: 幫助臨終預後患者享有舒適生活的照護和支援計劃。臨終預後是指某個人經醫學證明患有絕症，即預期壽命為 6 個月或更短。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

- 臨終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看護組成的團隊，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的安寧照護提供者清單。

不正確/不適當收費：是指醫療服務提供者（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。

由於我們會全額給付服務費用，因此您**無需**分攤任何費用。醫療服務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 (In Home Supportive Services, IHSS)： IHSS 計劃會幫助支付為您提供的服務，讓您能夠享有居家安全。IHSS 是居家外照護的替代方式，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。郡社工服務機構負責管理 IHSS。

獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)： 如果我們拒絕您的健康服務或治療要求，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健康照護部進行 IMR。IMR 是由非屬於本計劃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 (Independent Review Organization, IRO)： Medicare 聘請的獨立組織，負責審查 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 (Independent Physician Association, IPA)： IPA 是與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 簽約的公司，負責組織一群醫師、專科醫師和其他醫療服務提供者為 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。這包括在需要時獲得授權，以便專科醫師看診或接受例如實驗室檢驗、X 光、住院和門診等醫療服務。

個人照護計劃 (Individualized Care Plan, ICP) 或照護計劃： 照護計劃包括您的主要健康問題、目標、需求以及您可能需要的服務。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務和支援。

住院： 正式入院接受專業醫療服務即稱為住院。如果您未正式入院，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 (Interdisciplinary Care Team, ICT) 或照護團隊： 照護團隊可能包括您的主要照護醫師、個案經理，可能包括其他專科照護服務提供者、看護或其他可以協助您獲得所需照護的健康專業人員。照護團隊也會協助擬定或更新您的照護計劃。

整合 D-SNP： 雙重資格特殊需求計劃，針對同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的某些個人群體，在單一健康計劃下給付 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服務。這些個人被稱為全額福利雙重資格人士。

可互換生物相似性藥物： 無需新處方即可在藥房獲取替代的生物相似性藥物，因為它滿足與自動替代潛力相關的附加要求。藥房的自動替換須遵守州法律。

承保藥物清單 (藥物清單)： 我們所給付處方藥和非處方 (OTC) 藥的清單。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獲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」。

長期服務和支援 (Long-Term Services and Supports, LTSS)： 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幫助您留在家中，而不必前往照護機構或醫院。本計劃給付的 LTSS 包括社區成人服務 (CBAS)，也稱為成人日間保健，照護機構 (NF) 和社區支援。IHSS 和 1915(c) 豁免計劃之在我們計劃外提供的 Medi-Cal LTSS。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。**如需更多資訊**，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

低收入補貼 (Low-Income Subsidy, LIS): 請參閱「額外補助」(Extra Help)

郵購計劃有些計劃提供郵購計劃，可供您領取 3 個月藥量的給付處方藥，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 的計劃名稱。Medi-Cal 由州政府管理，費用由州政府和聯邦政府支付。

- 此計劃旨在協助某些低收入及資源有限者支付長期服務和支援以及醫療費用。
- 其給付 Medicare 不予給付的額外服務和某些藥物。
- Medicaid 計劃因州而異，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 計劃: 僅給付 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務和支援、醫療器材和交通。Medicare 為個別福利。

Medicaid (或 Medical Assistance): 由聯邦政府和州政府運行的一項計劃，旨在幫助收入和資源有限的人們支付長期服務和扶助以及醫療費用。Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 計劃。

醫療必要性: 是指預防、診斷或治療您的健康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療養院的照護。此外，這也是指符合公認醫療行為標準或在根據目前 Medicare 或 Medi-Cal 給付規定所需的服務、用品或藥物。

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）的聯邦健康保險計劃。Medicare 的投保人可以透過 Original Medicare 或管理式照護計劃獲得 Medicare 健康給付（請參閱「健康計劃」）。

Medicare Advantage: 一項 Medicare 計劃，又稱為「Medicare C 部分」或「MA」，並透過私營公司提供 MA 計劃。Medicare 會向這些公司給付，以給付您的 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 給付的視力服務: Medicare A 部分和 B 部分的給付服務。包含本計劃在內，均必須給付屬於 Medicare A 部分和 Medicare B 部分給付的所有服務。

Medicare 糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): 一項結構性健康行為改變計劃，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 給付的投保人。Medicare 和 Medi-Cal 雙投保人也被稱為「雙重資格人士」。

Medicare A 部分: 此 Medicare 計劃給付大部分醫療必要性醫院、專業照護機構、居家健康和安寧照護。

Medicare B 部分: 此 Medicare 計劃給付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和篩檢服務。

Medicare C 部分: 此 Medicare 計劃又稱為「Medicare Advantage」或「MA」，讓私營健康保險公司透過 Medicare Advantage 計劃提供 Medicare 福利。

Medicare D 部分: Medicare 處方藥福利計劃。我們將此計劃簡稱為「D 部分」。Medicare D 部分給付門診處方藥、疫苗和一些 Medicare A 部分或 Medicare B 部分或 Medicaid 不給付的用品。本計劃包括 Medicare D 部分。

Medicare D 部分藥物: Medicare D 部分給付的藥物。國會特別將特定類別的藥物排除在 Medicare D 部分的給付範圍之外。Medicaid 可能會給付某些該類藥物。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

醫療治療管理部 (Medication Therapy Management, MTM)： 由包含藥劑師在內的醫療服務提供者，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。

Medi-Medi計劃： Medicare Medi-Cal 計劃 (Medi-Medi 計劃) 是 Medicare Advantage 計劃的一種。它適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，並將 Medicare 和 Medi-Cal 福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩個計劃中的所有福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 給付服務。

會員 (本計劃會員，或計劃會員)： 投保 Medicare 和 Medi-Cal，符合給付服務資格，已投保本計劃，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》及揭露資訊： 本文件連同說明您給付範圍、本計劃義務、您的權利以及身為本計劃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： 本計劃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。

網內藥房： 同意為我們計劃會員提供處方藥的藥房 (藥局)。我們稱為「網內藥房」是因為他們同意與本計劃合作。大多數情況下，只有在我們的網內藥房領取處方藥時，我們才會給付該藥物。

網內醫療服務提供者： 「醫療服務提供者」是我們對醫師、護士以及提供服務和照護的人員統稱。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劃合作、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「網內醫療服務提供者」。
- 只要您是本計劃的會員，您就必須使用網內醫療服務提供者來獲得給付服務。網內醫療服務提供者又稱為「計劃提供者」。

療養院或照護機構： 針對無法獲得居家照護，但又不需住院的人士提供照護的機構。

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，並幫助您瞭解該怎麼做。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： 當我們或我們的醫療服務提供者之一決定服務是否給付，或您需為給付服務支付多少費用時，本計劃會做出組織裁決。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。

原生物製品： 一種已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的生物製品，可作為生物相似性藥物製造商的比較產品。亦稱為參考產品。

Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務收費的 Medicare)： Original Medicare 由政府提供。在 Original Medicare 下，服務給付方式是將國會制定的金額向醫師、醫院及其他健康照護提供者給付。

- 您可以使用接受 Medicare 的任何醫師、醫院或其他醫療服務提供者。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劃，可以選擇 Original Medicare。

網外藥房： 未同意與本計劃合作以協調或提供給付藥物給會員的藥房。除非符合特定條件，本計劃不給付您從網外藥房獲得的大部分藥物。

網外醫療服務提供者或網外機構： 非本計劃所僱用、擁有或經營，且未簽約向本計劃會員提供給付服務的醫療服務提供者或機構。《會員手冊》第 3 章說明網外醫療服務提供者或機構。

如果您有問題， 請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

非處方 (Over-The-Counter, OTC) 藥：非處方藥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：請參閱「Medicare A 部分」。

B 部分：請參閱「Medicare B 部分」。

C 部分：請參閱「Medicare C 部分」。

D 部分：請參閱「Medicare D 部分」。

D 部分藥物：請參閱「Medicare D 部分藥物」。

個人健康資訊 (又稱為受保護健康資訊, Protected Health Information, 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。請參閱隱私政策通知，瞭解更多關於我們如何保護、使用及披露您的 PHI，以及根據您的 PHI 所享有的權利。

主治醫療服務提供者 (Primary Care Provider, PCP)：對於大部分健康問題，您首先要找的醫師或其他醫療服務提供者。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醫療服務提供者討論您的照護情形，並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健康計劃中，您必須先找主治醫療服務提供者看診，然後才能讓任何其他的健康照護業者看診。
- 有關獲得主治醫療服務提供者照護的相關資訊，請參閱《會員手冊》第 3 章。

事先授權 (Prior Authorization, PA)：由您的主治醫療服務提供者 (PCP) 提交的服務要求以獲得 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 對特定服務或藥物的核准或授權，或使用網外醫療服務提供者。如果您沒有獲得核准，Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 可能不會給付該服務或藥物。

唯有當您的醫師或其他網內醫療服務提供者獲得我們的 PA，本計劃才能給付某些網內醫療服務。

- 《會員手冊》第 4 章標示需要本計劃事先授權的給付服務。

唯有您獲得我們的 PA 後，本計劃才能給付某些藥物。

- 需要我們計劃事先授權的給付藥物已在「承保藥物清單」中標記，規則也發布在我們的網站上。

老年人全面照護計劃 (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)：該計劃為 55 歲及以上需要較高品質照護以進行居家生活的人士給付 Medicare 和 Medicaid 福利。

義肢和矯具：由您的醫師或其他醫療服務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；義肢；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 (Quality Improvement Organization, 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。我們可能會設定給付藥物的數量限制。

即時福利工具：一個門戶網站或電腦應用程式，投保人可以在其中查詢完整、準確、及時、適合臨床、針對投保人的給付藥物和福利資訊。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給付限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

轉介：轉介是指您的主治醫療服務提供者 (PCP) 核准您使用主治醫療服務提供者 (PCP) 以外的醫療服務提供者。如果您未獲得核准，我們可能不給付該服務。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 章找到更多轉介的相關資訊。

如果您有問題，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)，電話：(855) 665-4627, TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至晚上 8:00。此為免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

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。

敏感性服務：對於心理或行為健康、性與生殖健康、家庭計劃、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相關服務。

服務區域：如果健康計劃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。如果計劃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（非急診）服務的區域。只有我們服務地區的居民才能加入我們的計劃。

專業照護機構 (Skilled Nursing Facility, SNF)：配有員工和器材的照護機構，提供專業照護，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。

專業照護機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 照護：在專業療養機構中每天持續提供的專業照護和復健服務。專業療養機構照護的例子包括物理治療，或由護理師或醫師進行靜脈 (IV) 注射。

專科醫師：對於特定疾病或身體部位提供健康照護的醫師。

專科藥房：請參閱《會員手冊》第5章以瞭解更多專科藥房的相關資訊。

州聽證會：如果您的醫師或其他醫療服務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：一種給付規定，要求您先嘗試另一種藥物，而後我們才會給付您要求的藥物。

社會安全補助金 (Supplemental Security Income, SSI)：社會安全機構每月向殘疾、失明或 65 歲及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。

緊急治療：因無法預期的疾病、受傷或出現非急診但需要立即治療的病症而獲得的照護。若您由於時間、地點或所處情況而醫療服務提供者不可用或您無法聯絡到他們時、不允許或不適合從網內醫療服務提供者處獲得服務（例如，當您在計劃服務區之外，因不明症狀需要醫療上必要的立即服務，但此不屬於急診），則您可以使用網外醫療服務提供者獲得緊急治療。



CALIFORNIA EAE NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبیه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱՆԻՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711):
Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。



ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY：711)までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY：711)までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。



주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂໍຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។



توجه: اگر می خواهید راهنمایی ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711: TTY) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711: TTY) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย



УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cỡ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員服務部

方法	聯絡資訊
致電	(855) 665-4627 此號碼為免費電話。 每週7天，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口譯員服務。
TTY	711 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。 此號碼為免費電話。
傳真	醫療服務： 收件人：Medicare Member Services 傳真：(310) 507-6186 D 部分（處方藥）服務： 傳真：(866) 290-1309
寫信	醫療服務： 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 D 部分（處方藥）服務： 收件人：Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
網站	www.MolinaHealthcare.com/Medicare