CA H5810-016

2023 《會員手冊》

Medicare Medi-Cal 計劃之 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

California H5810-016

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

生效日期為 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

MOLINA® HEALTHCARE

Medicare Medi-Cal 計劃之 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)《*會員手冊*》

01/01/2023 – 12/31/2023

您在 Medicare Medi-Cal 計劃之 Molina Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的健康和藥物承保

《*會員手冊*》簡介

本《*會員手冊*》，*也稱為承保範圍證明*，說明至 12/31/2023 為止，您在 Molina Medicare Complete Care Plus 中的承保範圍。其中說明健康照護服務、行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務、處方藥保險以及長期服務和支援。長期服務和支援可協助您居家調養，無需前往療養院或醫院。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。

這是重要的法律文件。請保存在安全的地方。

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

注意：如果您說：英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、塔加拉族語、越南語，可為您提供免費的語言協助服務。撥打 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。The call is free

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 665-4627 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (855) 665-4627（TTY：711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (855) 665-4627 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (855) 665-4627 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (855) 665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (855) 665-4627 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (855) 665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បីរអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (855) 665-4627 (TTY: 711)។

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，請致電聯絡州政府，電話：(800) 541-5555，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至下午 5 p.m.，以更新您的偏好語言紀錄。 如需此文件的其他格式版本，請聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。代表人員可協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡個案經理，取得長期要求的相關協助。

2023 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

目錄

第1章 *會員入門* 6

第2章 *重要的電話號碼與資源* 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它承保服務* 28

第4章 *醫療福利表* 43

第5章 *獲得門診處方藥* 83

第6章 *您需要支付的 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥費用* 96

第7章 *要求我們支付服務或藥物費用* 109

第8章 *您的權利和責任* 113

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* 133

第10章 *終止本計劃的會員身份* 167

第11章 *法律聲明* 173

第12章 *重要詞彙定義* 176

免責聲明

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 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。
- 您可以免費取得本文件的非英語版本或其他格式版本，例如，大字體、點字或語音。請撥打 (855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711。此為免付費電話。
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的承保範圍稱作「最低限度必要承保範圍」的合格健康承保範圍。其符合「患者保護與平價醫療法案」(Patient Protection and Affordable Care Act，ACA) 的個人共同責任要求。請瀏覽國家稅務局 (Internal Revenue Service，IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解有關個人共同責任要求的更多資訊。

- 可能受限制、自付額及約束條件的限制。如需更多資訊，請致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部或閱讀 Molina Medicare Complete Care Plus《會員手冊》。這表示您可能需要支付某些服務的費用並遵守特定規則，Molina Medicare Complete Care Plus 才會為您的服務付費。

  反歧視聲明

  Molina Healthcare (Molina) 遵循適用的聯邦民權法，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而歧視他人。
  如果您認為 Molina 基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、社會性別、性別認同或性取向方面歧視他人，您可以向以下單位提出申訴：
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate Long Beach, CA 90802
  電話：(866) 606-3889 週一至週五，當地時間上午 8:00 a.m. 至晚上 8:00 p.m.。
  電傳打字機 (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 OCRMail@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、性別方面歧視他人，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：
  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
  200Independence Avenue SW, Room 509F
  HHH Building
  Washington, DC 20201
  1–800–868–1019 或 800–537–7697 (TDD)
  在此取得投訴表單：
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

第1章會員入門

簡介

本章包含關於 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的資訊，該健康計劃包含您所有的 Medicare 服務，並協調您所有的 Medi-Cal 服務。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*》的最後一章。

目錄

第1部分 歡迎加入我們的計劃 7
第2部分 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊 7
第2.1部分 Medicare 7
第2.2部分 Medi-Cal 7
第3部分 本計劃的優點 8
第4部分 本計劃的服務區域 8
第5部分 要成為計劃會員需符合哪些資格 8
第6部分 當您首次加入本健康計劃時，會經歷哪些事 9
第7部分 您的照護團隊和照護計劃 9
第7.1部分 照護團隊 9
第7.2部分 照護計劃 10
第8部分 每月計劃保費 10
第9部分 您的《*會員手冊*》 10
第10部分 我們向您提供的其它重要資訊 10
第10.1部分 您的計劃 ID 卡 10
第10.2部分 *醫療服務提供者與藥房名錄* 11
第10.3部分 *承保藥物清單* 12
第10.4部分 *福利解說* 12
第11部分 將會員記錄保持在最新狀態 13
第11.1部分 個人健康資訊 (PHI) 隱私 13

第1部分　歡迎加入我們的計劃

我們的計劃為符合兩個計劃資格者提供 Medicare 和 Medi-Cal 服務。我們的計劃包括醫師、醫院、藥房、長期服務和支援的醫療提供者、行為健康服務提供者和其他醫療服務提供者。我們也有個案經理和照護團隊，協助您管理您的醫療服務提供者和服務。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的，並擁有獨特的需求。基於這個原因，Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 將您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利結合為單一計劃，讓您能安心享有個人化的協助。

Molina Healthcare 創辦於 35 年前，旨在為更多的人提供優質的健康護理服務，特別是那些最需要的人。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。

第2部分　關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

第2.1部分　Medicare

Medicare 是聯邦醫療保險計畫，適用對象包括：

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

第2.2部分　Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計畫名稱。Medi-Cal 由州政府經營，並由州政府和聯邦政府支付款項。Medi-Cal 協助收入和資源有限的人，支付長期服務和支援 (LTSS) 與醫療方面的費用。它涵蓋 Medicare 未承保的額外服務與藥物。

各州自行決定：

- 計為收入和資源的項目、
- 資格規定、
- 承保的服務，**以及**
- 服務費用。

各州可決定如何運營其計畫，只要遵守聯邦規則即可。

Medicare 和加州政府已核准我們的計劃。在符合以下條件時，您可以透過我們的計劃取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供這項計劃，**以及**
- Medicare 和加州容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。

第3部分　本計劃的優點

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

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。部分優點包括：

- 您可以與**我們**合作，滿足您**所有**的健康照護需求。
- 您會有協助您的照護團隊。您的照護團隊可能包括您自己、您的照顧者、醫師、護理人員、諮詢人員，或其他健康專業人士。
- 您可以諮詢個案經理。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個案經理的協助，主導您自己的照護。
- 照護團隊和個案經理會與您共同合作，以提出為符合您的照護需求而特別設計的照護計劃。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 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 承保範圍沒有缺口。如有任何問題，請致電 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間為當地每天早上 8 點至晚上 8 點。

第4部分　本計劃的服務區域

我們的服務地區包括加州內的這些郡：

- Los Angeles 郡
- San Diego 郡
- Riverside 和 San Bernardino 郡，除以下郵遞區號例外：
  - 92225、92226、92239、92275、92382、92385、92386、92391、92397、92398、92409、93562、93592、92242、92252、92256、92267、92268、92277、92278、92280、92284、92285、92286、92304、92305、92309、92310、92311、92312、92314、92315、92317、92321、92322、92323、92325、92326、92327、92332、92333、92338、92339、92341、92342、92347、92352、92356、92363、92364、92365、92366、92368、92372

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**第 8 章**，進一步瞭解搬離我們的服務地區會有何影響。

第5部分　要成為計劃會員需符合哪些資格

只要符合以下條件，即可加入我們的計劃：

- 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**
- 入會時年齡在 21 歲以上，**以及**

- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，**以及**
- 目前具備 Medi-Cal 的資格，**以及**
- 是美國公民，或合法居住在美國。

請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。

請注意：若您喪失資格，但可合理預期在 6 個月內恢復資格，則您仍符合本計劃的會員資格（第 4 章第 A 節說明在這段期間，又稱作持續符合資格期，您的給付項目和分攤費用）。

第6部分　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、LTSS，以及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。

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絡）。我們稱此為持續性照護。如果他們不在我們的網絡，只要符合以下所有條件，您就能保留您投保當時的醫療服務提供者和服務授權，最多 12 個月：

- 您、您的代表或您的醫療提供者要求我們讓您繼續使用您目前的醫療提供者。
- 我們確定您與主要醫療服務提供者或專科照護提供者之間的現有關係，但有一些例外情形。我們指的「現有關係」是，您在我們的計劃的最初投保日期前12個月內，至少有一次到網絡外醫療服務提供者處進行非急診看診。
  - 我們將審查我們可取得的健康資訊或您給我們的資訊，以確定是否存在現有關係。
  - 對於您的請求，我們會有 30 天的回應時間。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。
  - 您或您的醫療服務提供者必須提供現有關係的證明文件，並在您提出要求時同意某些條款。

注意：您只能針對本計劃未包含的耐用醫療設備 (DME)、交通或其它輔助服務提出此要求。您**無法**對 DME、交通或其它輔助服務提供者提出此要求。

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 網絡內您的主要醫療服務提供者醫療小組的醫師及其他醫療服務提供者，除非我們與您的網絡外醫師達成協議。網絡醫療服務提供者是與健康計畫合作的醫療服務提供者。我們計畫的主要醫療服務提供者 (Primary Care Provider, PCP) 隸屬於獨立醫師協會 (Independent Physician Association, IPA) 和醫療小組。您在選擇主要醫療服務提供者 (PCP) 時，也是在選擇其所隸屬的獨立醫師協會 (IPA) 或醫療小組。這表示，您的主要醫療服務提供者 (PCP) 將會為您轉介隸屬於其獨立醫師協會 (IPA) 或醫療小組的專科醫師和服務。獨立醫師協會 (IPA) 或醫療小組是專門為您提供協調健康照護服務的主要醫療服務提供者 (PCP) 和專科醫師的聯合團隊。請參閱《*會員手冊*》**第 3 章**，瞭解關於取得照護的更多資訊。

第7部分　您的照護團隊和照護計劃

第7.1部分　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、個案經理或您所選擇的其他健康照護人員。

個案經理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個案經理。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。請撥打頁面底部的號碼與我們聯絡，以取得有關您的個案經理和照護團隊的更多資訊。

第7.2部分　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。它含有您的醫療、行為健康以及 LTSS 需要。

您的照護計劃包括：

- 您的醫療照護目標。
- 關於您獲取所需服務的時間表。

在您的健康風險評估之後，您的照護團隊會與您見面。他們會就您所需要的服務與您進行溝通。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設計。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。

第8部分　每月計劃保費

我們的計劃沒有每月計劃保費。

第9部分　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**，或是撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，索取*《會員手冊》*。您也可以造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 查閱*《會員手冊》*，或是從這個網站下載該手冊。

本合約在您投保 Molina Medicare Complete Care Plus 的期間（01/01/2023 至 12/31/2023）生效。

第10部分 我們向您提供的其它重要資訊

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房名錄的相關資訊，以及如何存取*承保藥物清單*的相關資訊。

第10.1部分 您的計劃 ID 卡

根據我們的計劃，您將會有一張 Medicare 和 Medi-Cal 本計劃承保服務的卡片，包括長期服務與扶助、特定的行為健康服務及處方藥。在您取得任何服務或 D 部分處方時，都必須出示這張卡。以下是會員 ID 卡範例：



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

只要您是本計劃的會員，即無需使用紅色、白色和藍色的 Medicare 卡。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 ID 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：

- 您可以透過郡心理健康計畫 (MHP) 取得的專科心理健康服務
- Medi-Cal Rx 承保藥物

第10.2部分 *醫療服務提供者與藥房名錄*

*醫療服務提供者與藥局名錄*列出了本計劃網絡內的醫療服務提供者及藥局。只要您是本計劃的會員，您就必須使用網絡醫療服務提供者來取得承保服務。

您可以撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，索取*醫療服務提供者及藥房名錄*。您亦可透過頁面底部的網址，參閱*醫療服務提供者及藥房名錄*。

該名錄列有向 Molina Healthcare 會員提供服務的主要醫療服務提供者 (PCP)、醫院和其他健康照護提供者。您可以在您的「醫療服務提供者名錄」中找到關於 Molina Healthcare 醫師及其他健康照護提供者的下列資訊：

- 姓名
- 地址
- 電話號碼
- 所用語言
- 可就診的服務地點
- 醫院特權/附屬機構
- 醫療小組

重點在於患者能輕易前往醫師處看診，並且該醫師的診室能夠提供患者獲得照護所需的任何幫助。所列的實體無障礙資訊用於指出：

- 基礎進出權限

- 受限進出權限

我們還在「醫療服務提供者名錄」中使用了下列無障礙指示符號，以說明在醫療服務提供者名錄診間的其他無障礙區域：

- P = 停車處
- EB = 外部建築
- IB = 內部建築
- W = 候診室
- R = 洗手間
- E = 診療室
- T = 診療桌
- S = 輪椅體重秤

您還可以在醫療服務提供者名錄中或登入頁面底部的網址來瞭解某一醫療服務提供者（包括醫師、醫院、專科醫師或醫療診所）是否接受新患者。

網內提供者定義

- 我們的網絡醫療提供者包括：
  - 計畫會員可使用的醫師、護理人員及其他健康照護專業人員；
  - 診所、醫院、照護機構和其它在本計劃中提供健康服務的地方；**以及**
  - 長期服務和支援(LTSS)、行為健康服務、居家健康機構、耐用性醫療器材供應商，以及其他提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 取得商品及服務的提供者。

網絡醫療服務提供者同意接受由我們的計劃全額支付承保的服務。

網內藥房定義

- 網絡藥房是已簽約同意提供處方藥給計劃會員的藥房。請使用*醫師名錄*、*醫療服務及藥局手冊*，尋找您要使用的網內藥局。
- 除非在緊急情況下，如果您希望由我們的計畫協助您給付處方藥，您必須在我們的網絡藥房取得處方藥。

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

第10.3部分 *承保藥物清單*

本計劃有*承保藥物一覽表*。我們將此簡稱為「藥物清單」。它告訴您我們的計劃承保哪些處方藥。

「藥物清單」同時說明藥物是否有任何規定或限制，例如您能取得的數量限制。如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》**第 5 章**。

我們每年都會給您寄送關於如何獲取藥物清單的資訊，但有些變更可能會在年中發生。若要取得經承保藥物的最新資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站（請參閱頁面底部的資訊）。

第10.4部分 *福利解說*

當您使用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D部分處方藥的付款情形。此摘要稱為*福利解說* (EOB)。

EOB 會向您說明，在當月您或代表您的其他人花在 D 部分處方藥的總金額，以及我們為您的每一項 D 部分處方藥支付的總金額。福利說明 (EOB) 會有您所服用藥物的詳細資訊。《*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承保範圍。

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

第11部分 將會員記錄保持在最新狀態

若您要將會員紀錄保持在最新狀態，請在您的資訊變動時告知我們。

我們需要這些資訊，以確保我們有您的正確資訊。

我們的網絡醫療提供者和藥房也需要您的正確資訊。**他們會使用您的會員紀錄，瞭解您獲得哪些服務和藥物，以及您必須為這些服務和藥物支付的費用**。

請立即告訴我們下列事項：

- 您的名字、地址或電話號碼的變更。
- 您的其它健康保險給付範圍的變更（例如由雇主、配偶的雇主、同居伴侶的雇主或勞工賠償所提供之保險）。
- 任何責任索賠，像是汽車意外事故索賠。
- 住進療養院或醫院。
- 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
- 您參與臨床研究。（**注意：**您不需要告訴我們您目前參與或即將參與的臨床研究，但我們鼓勵您這麼做。）

如果有任何資訊變更，請致電會員服務部。

第11.1部分 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章重要的電話號碼與資源

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個案經理及其他能代表您發言的人員的資訊。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

目錄

第1部分 會員服務部 15
第2部分 您的個案經理 17
第3部分 護理諮詢專線 18
第4部分 行為健康危機專線 18
第5部分 醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 19
第6部分 品質改善組織 (QIO) 20
第7部分 Medicare 21
第8部分 Medi-Cal 21
第9部分 申訴專員辦公室 22
第10部分 郡社會服務 22
第11部分 郡專科心理健康計劃 24
第12部分 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care) 25
第13部分 其他資源 26

第1部分　會員服務部

致電	(855) 665-4627 這是免付費專線。 每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點 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。 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	711 本電話免付費。 週一至週五上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.（當地時間）
傳真	**醫療服務：** 傳真：(310) 507-6186 **D 部分 (Rx) 服務：** 傳真：(866) 290-1309
寫信	**醫療服務：** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **D 部分 (Rx) 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，取得以下事項的協助：

- 本計畫的相關問題
- 索賠或帳單的相關問題
- 和您的健康照顧有關的給付裁定
  - 和您的健康照護有關的給付裁定涉及以下項目：
    - 您的福利及承保服務的相關問題，**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給付裁定有疑問，請撥電話給我們。
  - 進一步瞭解給付裁定，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。
- 和您的健康照護有關的上訴
  - 上訴是一種正式程序，用於要求我們重審對您的給付範圍所做出的裁定，並在您認為我們有誤時，要求我們進行更改。或不同意這個裁定。
  - 進一步瞭解如何提出上訴，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。
- 和您的健康照護有關的投訴
  - 您可以對我們或是任何醫療服務提供者（包括非網絡或網絡醫療服務提供者）提出投訴。網絡醫療服務提供者是與本計劃合作的醫療服務提供者。您也可以針對您所得到的照護品質，向我們或是向品質改善組織提出投訴（請參閱**第 F 節**）。

  - 您可致電給我們說明您的投訴，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。
  - 如果您要對您的健康照護給付裁定提出投訴，您可以提出上訴（請參閱上一部分）。
  - 您可以將您對本計劃的投訴寄至 Medicare。您也可以透過網站 medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 使用線上表格。或者您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以尋求協助。
  - 您可以向 Ombuds 計劃提出對本計劃的投訴，電話：(855) 452-8609。
  - 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**。
- 關於您的 Medicare 承保藥物的給付裁定
  - 和您的 Medicare 藥物有關的給付裁定是涉及以下項目的裁定：
    - 您的福利及 Medicare 承保藥物，**或是**
    - 我們為您的 Medicare 藥物所支付的金額。
  - 非 Medicare 承保藥物，例如非處方藥 (OTC) 藥物和某些維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得更多資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。
  - 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 Medicare 藥物有關的上訴
  - 上訴是要求我們改變給付裁定的一種方式。
  - 進一步瞭解如何針對您的 Medicare 處方藥提出上訴，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。
- 和您的 Medicare 藥物有關的投訴
  - 您可以對我們或是任何藥局提出投訴。這包括和您的 Medicare 處方藥有關的投訴。
  - 如果您的投訴涉及您的 Medicare 處方藥給付裁定，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 medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 使用線上表格。或者您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以尋求協助。
- 若欲進一步瞭解如何針對您的 Medicare 處方藥提出投訴，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。
- 您已支付的健康照護或 Medicare 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，您可以對我們的裁定提出上訴。請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

第2部分　您的個案經理

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

致電	(855) 665-4627 這是免付費專線。 每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點 我們在假日、非營業時間，以及週六和週日提供輔助技術，包括自助服務和語音郵件選項。 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	711 本電話免付費。 週一至週五上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.（當地時間）
寫信	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
網站	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

請聯絡您的個案經理，取得以下事項的協助：

- 和您的健康照護有關的問題
- 和如何取得行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務有關的問題
- 和接送有關的問題
- 和長期服務和支援 (LTSS) 有關的問題

長期服務和支援 (LTSS) 包括社區成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) 和照護機構 (Nursing Facility, NF)。

有時您可以取得日常健康照護和生活需求方面的協助。

您也許能夠取得下列服務：

- 社區成人服務 (CBAS)、
- 專業護理、
- 物理治療、
- 職業治療、
- 言語治療、
- 醫務社會服務，**以及**
- 居家健康照護。

第3部分　護理諮詢專線

您可以隨時撥打 Molina Healthcare 的護理諮詢專線，此專線全年無休。該服務會為您聯絡一名合格的護理人員，可使用您所用的語言為您提供健康照護建議並指引您獲得所需照護的地點。我們的護理諮詢專線可為全美各地 Molina Healthcare 會員提供服務。護理諮詢專線是經利用審查認可委員會 (Utilization Review Accreditation Commission, URAC) 認可的健康話務中心。利用審查認可委員會 (URAC) 認證代表我們的護理專線致力於提供完善高品質照護、更好的流程，並可改善病患的狀況。我們的護理諮詢專線提供全年無休的健康資訊專線，也獲得國家品質保證委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) 的健康資訊產品 (Health Information Product, HIP) 認證。國家品質保證委員會 (NCQA) 是為遵循國家品質保證委員會 (NCQA) 健康資訊標準所設計，以符合健保計畫的適用標準。

護理諮詢專線可評估您的安全性、為您聯絡急診服務、查詢行為健康服務提供者和社區資源，並將您轉介給一名 Molina 個案經理。

如果您遇到可能對您或他人造成傷害或死亡的緊急情況，請前往最近的醫院急診室或撥打 911。

致電	(888) 275-8750 這是免付費專線。 全天候提供服務 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	711 本電話免付費。 全天候提供服務

第4部分　行為健康危機專線

致電	(888) 858-2150 這是免付費專線。 全天候提供服務 Molina 提供 24 小時全年無休的持證行為健康專業人員服務，以針對心理健康和物質濫用相關問題提供諮詢，詳情請致電會員服務部。可提供口譯服務給有需要的會員。 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	711. 這是免付費專線。 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 全天候提供服務

請聯絡行為健康危機專線，尋求以下的協助：

- 與行為健康和藥物濫用服務有關的問題
- 有關藥物濫用服務的問題
- 行為健康危機可能由下列環境因素造成：

  - 失去工作

- 近期有家人或好友過世
- 罹患重大疾病
- 離婚
- 非預期的財務負擔
- 酒癮或其他成癮
- 物質濫用或成癮
- 精神疾病
- 親密伴侶施暴（家庭暴力）

如果您有郡專科精神健康服務方面的問題，請參閱第 24 頁。

第5部分　醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP)

醫療保險顧問和權益促進計劃 (HICAP) 為具有 Medicare 的人提供免費的醫療保險諮詢。醫療保險顧問和權益促進計畫 (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。醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 在每個郡都設有受過訓練的諮詢人員，提供免費服務。

HICAP 與保險公司或健康計劃無關。

致電	(800) 434-0222 週一至週五上午 9 點至下午 4 點（當地時間）。
TTY	711 週一至週五上午 9 點至下午 4 點（當地時間）
寫信	Los Angeles 郡： Center for Health Care Rights 520 S.Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Riverside 郡和 San Bernardino 郡： Inland Agency HICAP 9121 Haven Ave, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91739 San Diego 郡： Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
網站	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

聯絡 HICAP 尋求以下方面的協助：

- 關於您的計劃或 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：
  - 了解您的權利，
  - 了解您的計劃選項，
  - 對醫療保健或治療提出投訴，**以及**
  - 解決和帳單有關的問題。

第6部分　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 與本計畫無關。

致電	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	https://www.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
- 在下列情況下，您可以對您所得到的照護提出投訴：
  - 您有照護品質方面的問題，
  - 您認為您的住院期太早結束，**或是**
  - 您認為您的居家醫療保健、專業的療養院醫護，或是綜合門診康復機構 (CORF) 服務太早結束。

第7部分 Medicare

Medicare 是聯邦醫療保險計畫，適用於 65 歲以上的人士、65 歲以下且患有特定殘疾的人士，以及患有末期腎臟病（需要洗腎或腎移植的永久性腎衰竭）的人士。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services，或簡稱 CMS。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 這是免付費專線，本專線全年無休。
TTY	1-877-486-2048，這是免付費專線。 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。 您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的官方網站。它可以為您提供有關 Medicare 的最新資訊。它也提供關於醫院、療養院、醫師、居家健康機構、洗腎機構、門診復健設施和安寧機構的資訊。 其中包括實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，當地圖書館或老人中心也許能協助您使用其電腦來瀏覽此網站。或是您可以撥打上方的電話給 Medicare，告訴對方您要尋找什麼資訊。他們會在網站上找資訊，並與您一起審閱資訊。

第8部分 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、孕婦，和患有肺結核、乳癌或 HIV/AIDS 等特定疾病者。Medi-Cal 是由州政府和聯邦政府出資。

致電	1-844-580-7272 週一至週五，上午 8 點至晚上 6 點。
TTY	1-800-430-7077 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
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/

第9部分　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，並幫助您了解該怎麼做。申訴專員辦公室也可以協助您處理服務或帳單問題。申訴專員辦公室不會自動在投訴中表明立場。他們會以公正客觀的方式考量所有面向。他們的工作是協助制定醫療照護存取問題的公平解決方案，其服務均為免費。

致電	1-888-452-8609 這是免付費專線。 週一至週五，當地時間上午 8 點至下午 5 點
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	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

第10部分 郡社會服務

如果您在居家扶助服務 (In-Home Supportive Services, IHSS) 福利方面需要協助，請聯絡當地的郡社會服務部。居家扶助服務 (IHSS) 計畫可提供服務，確保您能夠安全地待在家中。居家扶助服務 (IHSS) 被視為是療養院或寄宿和照護機構等離家照護的替代選擇。若要申請居家扶助服務 (IHSS)，請洽詢您所在郡的居家扶助服務 (IHSS) 辦公室。

Los Angeles 郡

致電	(888) 822-9622 這是免付費專線。 週一至週五，當地時間上午 8 點至下午 5 點
TTY	711
寫信	Los Angeles County Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
網站	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center

Riverside 郡

致電	(888) 960-4477 這是免付費專線。 週一至週五，當地時間上午 8 點至下午 5 點
TTY	711
寫信	County of Riverside In-Home Supportive Services 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557
網站	http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services

San Bernardino 郡

致電	(877) 800-4544 這是免付費專線。 週一至週五，當地時間上午 8 點至下午 5 點
TTY	711
寫信	County of San Bernardino In-Home Supportive Services 686 E.Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640
網站	http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx

San Diego 郡

致電	San Diego 郡：(800) 510-2020 這是免付費專線。 San Diego 郡以外地區：(800) 339-4661 這是免付費專線。 週一至週五上午 8:00 a.m. 至晚上 5:00 p.m.（當地時間）
TTY	711
寫信	Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
網站	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/ index.html

第11部分 郡專科心理健康計劃

若您符合醫療必要條件，則可透過郡精神健康計劃 (MHP)，取得 Medi-Cal 專科精神健康服務。

Los Angeles 郡精神健康部：

致電	(800) 854-7771 這是免付費專線。 全天候提供服務 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	(562) 651-2549 這是免付費專線。 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 全天候提供服務

Riverside 大學健康系統行為健康部 (Riverside University Health Systems Behavioral Health) - 社區就診和轉診、評估及支援熱線 (CARES, Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line)：

致電	(800) 706-7500 這是免付費專線。 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點 30 分。（當地時間）。 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	(800) 915-5512 這是免付費專線。 週一至週五上午 8 a.m. 至晚上 5:30 p.m.（當地時間）

San Bernardino - 行為健康部：

致電	(888) 743-1478 這是免付費專線。 全天候提供服務 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	711 本電話免付費。 全天候提供服務

San Diego - 精神健康服務：

致電	(888) 724-7240 這是免付費專線。 全天候提供服務 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
TTY	(619) 641-6992 這是免付費專線。 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。 全天候提供服務

您可以向郡專科心理健康計劃尋求以下事項的協助：

- 貴郡所提供之行為健康服務的相關問題 - 透過上方所列的電話號碼，與貴郡的精神健康部聯絡。

如需精神健康福利的相關資訊，請參閱**第 3 章**。

第12部分 加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care)

加州健康照護管理部 (DMHC) 負責制定健康計畫。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	1-888-466-2219 加州健康照護管理部 (DMHC) 代表的服務時間是週一至週五上午 8:00 a.m. 至下午 6:00 p.m.。
TDD	1-877-688-9891 此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。
寫信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	www.dmhc.ca.gov

第13部分 其他資源

Health Consumer Alliance Ombuds Program (HCA) 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
- 取得醫療服務
- 上訴遭否決的服務、藥物、耐用性醫療設備 (DME)、心理健康服務等。
- 醫療帳單
- IHSS (居家扶助服務)

醫療保健消費協會會協助您進行投訴、上訴和聽證會。醫療保健消費協會的電話號碼為1-888-804-3536。

如要舉報虐待老人的情形，請聯絡貴郡的加州社會服務部 - 成人保護服務 (California Department of Social Services - Adult Protective Services)：

致電	(877) 477-3646 全天候提供服務 Riverside 郡：(800) 491-7123 24 小時熱線 San Bernardino 郡：(877) 565-2020 24 小時熱線 San Diego 郡：(800) 339-4661 24 小時熱線
TTY	711 全天候提供服務
寫信	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010 Riverside 郡： Department of Public Social Services Adult Services Division 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92501 San Bernardino 郡： Human Services System 784 E.Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415 San Diego 郡： Aging & Independence Services P.O.Box 23217 San Diego, CA 92193-321
網站	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf

第3章使用本計劃的給付範圍來獲得您的健康照護及其它承保服務

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個案經理的資訊、如何在某些特殊情況下從不同類型的醫療服務提供者處獲得照護（包括網絡外醫療服務提供者或藥房）、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*》的最後一章。

目錄

第1部分 服務和醫療服務提供者的相關資訊 30
第2部分 獲得本計劃承保服務的規定 30
第3部分 您的個案經理 31
第3.1部分 何謂個案經理 31
第3.2部分 如何聯絡個案經理 31
第3.3部分 如何更換個案經理 31
第4部分 醫療服務提供者所提供的照護 31
第4.1部分 來自主治醫療提供者的照護 31
第4.2部分 來自專科醫師及其他網內醫療提供者的照護 33
第4.3部分 醫療服務提供者離開我們的計劃 33
第4.4部分 網絡外醫療服務提供者 34
第5部分 行為健康（心理健康和物質使用疾患）服務 34
第5.1部分 本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務 34
第6部分 接送服務 36
第6.1部分 非緊急情況的醫療接送 36
第6.2部分 非醫療接送服務 37
第7部分 在醫療緊急情況、緊急需要或災難期間承保的服務 38
第7.1部分 醫療緊急情況下的照護 38
第7.2部分 緊急醫療護理 38
第7.3部分 在災難中取得的護理 39
第8部分 如果您直接收到我們計劃所承保服務的帳單，該怎麼做 39
第8.1部分 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做 39
第9部分 臨床研究中健康照護服務的承保範圍 40
第9.1部分 臨床研究的定義 40
第9.2部分 當您參與臨床研究時您的服務費用的支付 40
第9.3部分 瞭解更多關於臨床研究的資訊 40
第10部分 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
第10.1部分 宗教性的非醫療健康照護機構的定義 41
第10.2部分 從宗教性的非醫療健康照護機構取得照護 41

第11部分 耐用性醫療器材 (DME) 41
第11.1部分 作為本計劃會員的 DME 41
第11.2部分 如果您轉換至 Original Medicare 時 DME 的所有權 41
第11.3部分 本計劃會員的氧氣設備給付 42
第11.4部分 當您轉換至 Original Medicare 時的氧氣設備 42

第1部分　服務和醫療服務提供者的相關資訊

服務包括健康照護（例如醫師就診和醫療治療）、長期服務和支援(LTSS)、用品、行為健康服務（包括心理健康和保健）、處方和非處方藥、設備和其它服務。**給付服務**是指上述服務中，由我們的計劃付費的項目。承保的健康照護、行為健康及長期服務和支援(LTSS)列於《*會員手冊*》**第4章**的醫療福利表。承保的處方藥和非處方藥在《會員手冊》**第 5 章**中。

醫療服務提供者是指醫師、護理人員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，以及其它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(LTSS) 的地方。

網絡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。網絡醫療服務提供者會針對為您提供的照護，直接向我們請款。對於給付服務，您在使用網絡醫療服務提供者時通常不需要支付任何費用。

第2部分　獲得本計劃承保服務的規定

我們的計劃承保 Medicare 服務，並承保或協調所有的 Medi-Cal 服務。這包括行為健康與長期服務和支援 (LTSS)。

當您遵守我們的規定，本計劃會協調您所獲得的健康照護服務、行為健康服務和LTSS。要想納入本計畫的給付範圍：

- 您所取得的照護必須是**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，您必須要由網絡**主要醫療服務提供者 (PCP)** 來開立照護，或是告知您使用另一名醫師。身為計畫會員，您必須選擇一名網絡醫療服務提供者作為您的主要醫療服務提供者(PCP)。
  - 在大部分情況下，您必須先取得我們計劃的核准，才能使用您的PCP以外的其他醫療服務提供者，或使用本計劃網絡內的其他醫療服務提供者。這稱為**轉診**。如果您未獲得批准，我們可能將不承保該服務。使用某些專科醫師無需轉診，例如：婦女健康專科醫師。
  - 我們計畫的主要醫療服務提供者 (PCP) 隸屬於醫療小組。您在選擇主要醫療服務提供者 (PCP) 時，也是在選擇其所隸屬於的醫療小組。這表示，您的主要醫療服務提供者 (PCP) 將會為您轉介隸屬於其醫療小組的專科醫師和服務。醫療小組是專門為您提供協調健康照護服務的主要醫療服務提供者 (PCP) 和專科醫師的聯合團隊。
  - 若您需要急診或緊急照護，或是要使用婦女健康醫療服務提供者，則無需由主要醫療服務提供者(PCP)轉診。您可以在沒有PCP轉診的情況下獲得其它種類的照護（如需瞭解更多資訊，請參閱本章第 D1 節）。
- **您必須從隸屬於您的 PCP 醫療小組的網內醫療提供者處獲取照護。**對於未與我們的健康計劃及您的 PCP 的醫療小組合作的醫療服務提供者，我們通常不給付由該醫療服務提供者所提供的照護。這代表您必須向網絡外醫療服務提供者全額支付其所提供服務的全額費用。在下列情況下，本規定並不適用：
  - 我們承保網絡外服務提供者提供的急診或緊急醫療護理（詳情請參閱本章第 H 節）。
  - 如果您需要我們的計畫所承保但網絡內醫療服務提供者未提供的照護，您可以從網絡外醫療服務提供者取得該照護。在這種情況下，我們承保如同您從網路醫療服務提供者取得的照護，或者您無支付任何費用。

- 當您短暫不在我們的計劃服務區內，或服務提供者暫時無法提供或無法獲得服務時，我們將承保洗腎服務。您可以在 Medicare 認證的洗腎中心取得這些服務。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，並從計劃網絡外醫療服務提供者取得洗腎醫療服務，您的分攤費用不得超過您在網絡內所需支付的分攤費用。然而，如果您熟悉的網絡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，從計劃網絡外醫療服務提供者取得服務，其洗腎醫療服務的分攤費用可能會提高。
- 您可以在最初加入本計劃時，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**。如果我們核准了您的要求，那麼您可以在最多 12 個月內繼續使用您現在使用的醫療服務提供者。在此期間，您的個案經理將聯絡您，幫助您找到在我們網絡內隸屬於您的主要醫療服務提供者 (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 PCP 的醫療小組的網絡外醫療服務提供者看診，我們將不再承保您的照護。

***Molina Medicare Complete Care Plus* 的新會員：**在大多數情況下，在您要求投保 Molina Medicare Complete Care Plus 後下一個月的第一天起，您即投保 Molina Medicare Complete Care Plus 以獲得 Medicare 福利。您可能仍會從前一個 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 承保範圍沒有缺口。若有疑問，請撥打(855) 665-4627，電傳打字機 (TTY)：711，每週 7 天，當地時間上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.。

第3部分　您的個案經理

第3.1部分　何謂個案經理

- Molina Medicare Complete Care Plus 個案經理是您主要的聯絡人，在必要時會為您提供照護方面的幫助。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。

第3.2部分　如何聯絡個案經理

- 如果您需要與您的個案經理聯絡，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。TTY：711。 或者請造訪 www.molinahealthcare.com/Medicare

第3.3部分　如何更換個案經理

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

第4部分　醫療服務提供者所提供的照護

第4.1部分　來自主治醫療提供者的照護

您必須選擇主要醫療服務提供者 (PCP) 為您提供及管理您的照護。我們計畫的主要醫療服務提供者 (PCP) 隸屬於醫療小組。您在選擇主要醫療服務提供者 (PCP) 時，也是在選擇其所隸屬於的醫療小組。

PCP 的定義，以及 PCP 能為您做什麼

主要醫療服務提供者 (PCP) 是指固定提供健康照護給您的醫師、護理師或健康照護專業人員，以及/或醫院或診所（聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Centers, 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絡。會員必須取得 Molina Medicare Complete Care Plus 內之 PCP 的轉診書，才能獲得專科服務；不過不需要事先授權。會員可直接取得婦女健康專科醫師的例行性和預防性健康照護，無需轉診服務。您的主要醫療服務提供者 (PCP) 會為您提供大部分的照護，並協助您安排或協調身為本計畫會員，所能取得的其他給付服務。這包括：

- 您的 X 光
- 檢驗室檢測
- 治療
- 專科醫師的照護
- 住院
- 後續照護

「協調」您的服務是指針對您的照護及其進度進行查核，或是諮詢其他網絡醫療服務提供者。如果您需要特定類型的給付服務或用品，您必須事先取得主要醫療服務提供者 (PCP) 的核准（例如為您開立轉診書，讓專科醫師為您看診）。在某些情況下，您的主要醫療服務提供者 (PCP) 需取得我們的事先授權（事先核准）。由於您的主要醫療服務提供者 (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紀錄寄至您主要醫療服務提供者 (PCP) 的辦公室。

選擇 PCP

您與主要醫療服務提供者 (PCP) 的關係相當重要。我們強烈建議您選擇離住家較近的主要醫療服務提供者 (PCP)。選擇離住家較近的主要醫療服務提供者 (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。如需最新的「醫療服務提供者與藥局名錄」副本，或是在選擇主要醫療服務提供者 (PCP) 方面需要額外的協助，請洽詢會員服務部。若您想由特定專科醫師或在特定醫院就診，請確認其是否隸屬於您的 PCP 醫療小組。您可參閱醫療服務提供者及藥房名錄或諮詢會員服務部，以確認您指定的 PCP 是否可將您轉診至該位專醫師或者該醫院。

更換 PCP

您隨時都可以出於任何原因而更換您的主要醫療服務提供者 (PCP)。而且，您的主要醫療服務提供者 (PCP) 可能會離開我們的計畫網絡。如果您的 PCP 離開我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡中找到新的 PCP。

我們計畫的主要醫療服務提供者 (PCP) 隸屬於醫療小組。如果您更換您的主要醫療服務提供者 (PCP)，您可能也會更換醫療小組。當您請求更換時，請務必告知會員服務部您是否使用專科醫師或接受必須 PCP 批准的其它已承保服務。會員服務部將協助您在更換 PCP 時，可以繼續獲得專科照護及其它服務。

您隨時都可以更換主要醫療服務提供者 (PCP)。在大多數情況下，更改將在下一個日曆月的首日生效。但是，如果您在提出更換主要醫療服務提供者 (PCP) 的要求之時正在接受治療，則可能有例外。您可以登入www.mymolina.com，在個人網頁上變更 PCP；或聯絡會員服務部，了解有關 Molina Healthcare 醫師的更多資訊並申請變更 PCP。對於某些醫療服務提供者來說，您可能需要主要醫療服務提供者 (PCP) 提供轉診（急診和區域外緊急照護服務除外）。

不需 PCP 核准即可取得的服務

在大部分情況下，您必須取得 PCP 的核准，才能使用其他醫療服務提供者。您無需事先取得 PCP 的核准即可取得以下所列的服務：

- 由網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者所提供的急診服務。
- 由網絡醫療服務提供者提供的緊急照護。
- 當您無法前往網絡醫療服務提供者處就診時，由網絡外醫療服務提供者提供的緊急醫療護理（例如當您在計劃服務地區外或週末期間）。

注意：緊急醫療護理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 認證的洗腎中心取得的洗腎服務。請在離開服務地區之前，先致電會員服務部。我們可以在您前往其他地區時，協助您取得洗腎服務。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗接種，只要是從網絡醫療服務提供者處取得即可。
- 例行性的婦女健康照護和計劃生育服務。這包括乳房檢查、乳房X光攝影篩檢（乳房X光檢查）、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，只要是從網絡醫療服務提供者處取得即可。
- 此外，如果有資格獲得印第安人健康醫療服務提供者的服務，您可以使用這些醫療服務提供者，而不需要透過轉診。
- 助產士服務、計劃生育、愛滋病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 檢測與諮詢、性傳播疾病 (Sexually Transmitted Disease, STD) 治療

第4.2部分　來自專科醫師及其他網內醫療提供者的照護

專科醫師是指，為一種特定疾病或身體特定部位提供醫療保健的醫師。有許多種類的專科醫師，例如：

- 腫瘤醫師，負責治療患有癌症的患者。
- 心內科醫師，負責治療心臟有問題的患者。
- 骨科醫師，負責骨頭、關節或肌肉有問題的患者。
- 肝膽腸胃科醫生，負責消化系統或腸道有問題的患者。
- 腎臟科醫師，負責腎臟有問題的患者。
- 泌尿科醫師，負責泌尿系統與膀胱有問題的患者。
- 身為會員，您不會受限於特定的專科醫師。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絡。會員需要取得 PCP 開立的轉診書才能接受專科服務，但不需要轉診服務，即可直接取得婦女健康專科醫師的例行性和預防性醫療。對於某些服務，您可能需要取得事先授權。您的 PCP 可根據所要求服務的緊急程度，透過電話、傳真或郵件，向 Molina Healthcare 的使用管理部要求事先授權。
- 欲了解哪些服務需要事先授權，請參閱**第 4 章**的福利表。

第4.3部分　醫療服務提供者離開我們的計劃

您所使用的網絡醫療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絡在一年內發生變化，我們仍必須讓您可以不間斷的使用合格的服務提供者。
- 我們將善意地在至少 30 天前通知您，讓您有時間選擇新的醫療提供者。
- 我們會協助您選擇新的合格醫療提供者，以繼續管理您的醫療照護需求。
- 若您正在接受醫療，您有權詢問且我們也會與您合作，確保您正在接受的有醫療必要性的治療不會中斷。
- 如果我們無法找到您可使用的合格網絡專科醫師，我們必須安排網絡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。（請參閱第 9 章，以瞭解更多資訊。）

- 如果您的服務提供者離開我們的網絡，您的醫療服務提供者必須同意與我們的服務提供者簽訂合約，以讓您繼續獲得照護服務。

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。撥打本頁面底部的號碼致電會員服務部。

第4.4部分　網絡外醫療服務提供者

如果您需要醫療照護而網絡內醫療服務提供者無法提供這項照護，包括長期服務與輔助 (LTSS)，您可以從網絡外醫療服務提供者處取得這項照護。網絡外服務需要事先授權。您或您的醫療服務提供者可以要求這項事先授權。請洽詢會員服務部以取得協助。如果您在未取得事先授權的情況下，自網絡外醫療服務提供者取得例行性照護，Medicare/Medi-Cal 或本計劃都不會給付所產生的費用。

如果您使用網絡外醫療服務提供者，該醫療服務提供者必須符合參加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的資格。

- 我們無法付款給不具有 Medicare 和/或 Medi-Cal 參加資格的醫療服務提供者。
- 如果您前往不具有 Medicare 參加資格的醫療服務提供者處就診，您必須為您所接受的服務支付全額款項。
- 醫療服務提供者必須告訴您，他們是否具有 Medicare 的參加資格。

若您短期處在計劃服務區域外，本計劃將承保末期腎臟病 (ESRD) 的洗腎服務。您可以在 Medicare 認證的洗腎中心取得這些服務。請致電會員服務部，以便我們協助您在外出時獲得洗腎服務。

長期服務和支援 (LTSS) 包含社區成人服務 (CBAS) 和照護機構 (NF)。這些服務的提供地點可能是您的住家、社區或療養機構。以下是幾種不同類型的長期服務和支援 (LTSS)：

- **Community-Based Adult Services（CBAS，社區成人服務）：**以門診機構為主的服務計劃，提供專業護理照護、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家屬/照顧者訓練與輔助、營養服務、接送以及其他服務（若您符合相關資格條件）。
- **Nursing Facility（NF，護理機構）**：此類機構為無法安全地住在家中但不需要住院的人提供照護。

您的個案經理會協助您瞭解各項計畫。如需任何這些計劃的更多資訊，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 點至晚上 8 點。

第5部分　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 Medicare 所承保的行為健康服務。我們的計劃不提供 Medi-Cal 承保的行為健康服務，但這些服務可透過 Riverside 大學健康系統 – 行為健康部、San Bernardino 郡 - 行為健康部、San Diego 郡 - 行為健康服務部和 Los Angeles 郡 - 心理健康服務部取得。

第5.1部分　本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

若您符合取得專科心理健康服務的條件，則可透過郡心理健康計劃 (Mental Health Plan, MHP)，取得 Medi-Cal 專科心理健康服務。透過 Riverside 大學健康系統 – 行為健康部、San Bernardino 郡 - 行為

健康部、San Diego 郡 - 行為健康服務部和 Los Angeles 郡 - 心理健康服務部提供的 Medi-Cal 專科心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健
- 危險期干預
- 危險期穩定
- 成人住宿治療服務
- 危險期住宿治療服務
- 精神衛生機構服務
- 精神科住院服務
- 針對性的個案管理

如果您符合獲得這些服務的條件，您可透過 Riverside 大學健康系統 – 行為健康部、San Bernardino 郡 - 行為健康部、San Diego 郡 - 行為健康服務部和 Los Angeles 郡 - 心理健康服務部，使用 Medi-Cal 或 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務。透過 Riverside 大學健康系統 – 行為健康部、San Bernardino 郡 - 行為健康部、San Diego 郡 - 行為健康服務部和 Los Angeles 郡 - 心理健康服務部提供的 Drug Medi-Cal 服務*包括*：

- 密集的門診治療服務
- 住宿治療服務
- 門診戒毒服務
- 麻醉劑治療服務
- 適用於鴉片依賴的那曲酮服務

由 Drug Medi-Cal 管理的配送系統服務包括：

- 門診和密集型門診服務
- 成癮治療用藥（也稱為藥物輔助治療）
- 住院
- 戒斷管理
- 麻醉劑治療服務
- 復原服務
- 照護協調

除了以上所列的服務之外，若您符合條件，則可取得自願住院戒毒服務。

Molina Medicare Complete Care Plus 提供眾多心理健康和物質使用的醫療服務提供者。您可以在 Molina Medicare Complete Care Plus 的會員網站上查詢醫療服務提供者名單，或是致電會員服務部查詢。如需最新的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，您可能需要取得事先授權。您或您的行為健康服務提供者或主要醫療服務提供者 (PCP) 可根據所要求服務的緊急程度，透過電話、傳真或郵件，向 Molina Healthcare 的使用管理部要求事先授權。

欲瞭解哪些服務需要事先授權，請參閱第 4 章的福利表。此照護必須經認定為必要照護。所謂必要，是指您需要這項服務，以預防、診斷或治療您的症狀，或是維持目前的心理健康狀況。這包括可讓您免於住院或入住療養院的照護。這也表示服務、用品或藥物符合公認的行為健康和醫療實務標準。

如果您正接受，或是需要可透過郡心理健康計畫 (MHP) 取得之 Medi-Cal 專科心理健康服務或藥物服務，Molina Medicare Complete Care Plus 的個案經理可協助將您轉介至適當的郡資源，以進行評估。您可以致電會員服務部請求援助。您也可以直接洽詢郡立機構。請參閱下方資訊中，適當的郡立機構電話號碼。

專科精神健康服務

Los Angeles 郡心理健康部 1-800-854-7771

Riverside 大學健康系統 - 行為健康部 1-800-706-7500

San Bernardino 郡行為健康部 1-888-743-1478

San Diego 郡行為健康服務 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal 服務

Los Angeles 郡公共衛生部 1-844-804-7500

Riverside 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 1-888-724-7240

第6部分　接送服務

第6.1部分　非緊急情況的醫療接送

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

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

在下列情況下，必須使用非緊急情況的醫療接送：

- 經 PCP 或其他醫療服務提供者書面授權，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。

為您醫師開立的非緊急**例行約診**要求醫療接送，請至少在約診前 2 天（週一至週五間）致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時

間上午 8 點至晚上 8 點。如需**緊急預約**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員 ID 卡。您也可以致電，進一步瞭解細節。

醫療接送限制

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

第6.2部分　非醫療接送服務

非醫療接送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，前往非醫療約診以取得醫療服務提供者授權的服務。我們將承保符合您需求的非醫療接送類型的最低費用。

有時，您可以就您安排的私人車輛獲得乘車補償。Molina Medicare Complete Care Plus 必須在您搭乘**前**核准此乘車，您必須告訴我們為何您無法以其他方式前往，例如搭乘公車。您可以透過來電、寄送電子郵件或面對面進行說明。**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接送，請至少在約診前 2 天（週一至週五間）致電 Molina Medicare Complete Care Plus 會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。如需**緊急預約**，請盡快致電。致電時，請準備好您的會員ID卡。您也可以致電，進一步瞭解細節。

注意：美國印第安人可聯絡其當地的印第安人健康診所要求非醫療接送服務。

非醫療接送限制

Molina Medicare Complete Care Plus 提供滿足您的需求的最低成本的非醫療接送，從您的住處到最近一處可約診的醫療服務提供者處。**您不得自行開車，或直接取得退款。**

非醫療接送服務**不**適用於以下情況：

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

第7部分　在醫療緊急情況、緊急需要或災難期間承保的服務

第7.1部分　醫療緊急情況下的照護

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

- 您的健康或您未出世的孩子的健康遭受重大風險；**或**
- 身體機能受到嚴重損害；**或**
- 身體的任何器官或部位發生嚴重的功能障礙；**或**
- 如果是處於分娩活躍期的孕婦，則為：
  - 在孕婦生產前，沒有足夠的時間轉移至另一家醫院。
  - 轉移至另一家醫院可能會對孕婦或未出生的嬰兒造成健康或安全威脅。

如果您有醫療急診狀況：

- **儘快取得協助。**撥打 911 或前往最近的急診室或醫院。如有需要，可叫救護車。您**不**需要先取得 PCP 的核准或轉診書。您不需要使用網絡醫療服務提供者。您可以在美國或其全球領土的任何地方，隨時從具有適當州許可的任何醫療服務提供者獲得需要之緊急醫療照護。
- **儘快告知本計劃您的急診。**我們會追蹤您的急診照護。您或其他人通常應在48小時內，打電話告訴我們您的急診照護情況。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ID卡背面找到會員服務部的電話號碼。

醫療急診下的給付服務

除了有限的情況以外，Medicare 和 Medicaid 的給付範圍不包括美國及其領土以外地區的急診醫療照護。如需瞭解詳情，請聯絡計畫。

如果您需要救護車以便前往急診室，我們的計畫有給付這個部分的服務。進一步瞭解，請參閱《*會員手冊*》**第 4 章**的醫療福利表。

- 急診結束之後，您可能需要後續治療，確定您的狀況有所好轉。您的後續治療費用將由我們支付。如果您的急診照護是向網絡外醫療服務提供者取得，我們會試著盡快由網絡醫療服務提供者接手您的照護工作。在下列任何一種情況下，Molina Medicare Complete Care Plus 皆會給付網絡內或網絡外醫療服務提供者所提供且具有醫療必要性的穩定後服務：
  - 本計畫已授權該服務
  - 服務是為了維持及穩定會員症狀而提供

如果並非急診而獲得急診護理

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

在醫師表示這並非急診狀況之後，只有在下列情況，我們才會給付額外的照護：

- 您使用網絡內醫療服務提供者，**或**
- 您所得到的額外照護被視為「緊急醫療護理」，而您遵守取得該照護的規定（請參閱第H2節）。

第7.2部分　緊急醫療護理

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

在我們的計劃服務區內的緊急醫療護理

在大部分情況下，只要符合下列情況，我們都會給付緊急醫療護理：

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

使用網絡醫療提供者是不可行且不合理，我們會給付您從網絡外提供者取得的緊急醫療護理。

當網絡醫療提供者暫時無法使用或無法取得時，您可以透過任何可用的緊急護理中心，取得急診照護。您還可以撥打 24 小時護理諮詢專線，電話：(888) 275-8750。TTY 使用者請撥打 711。

在我們的計劃服務區以外的緊急醫療護理

當您身處計劃服務地區之外時，您可能無法從網絡醫療提供者取得護理。在這種情況下，我們的計劃會給付您向任何提供者取得的緊急醫療護理。

您可享有最高 $10,000 的全球急診和緊急護理服務給付。如需更多資訊，請參閱第 4 章的醫療福利表。

第7.3部分　在災難中取得的護理

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部 (U.S. Secretary of Health and Human Services) 部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權接受本計劃提供的護理。

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

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

第8部分　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。

此帳單費用不該由您支付。如果您支付此費用，本計劃可能無法將款項退還給您。

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

第8.1部分　如果我們的計劃不承保服務該怎麼做

我們的計劃承保所有的服務：

- 確定為有醫療必要性的服務，**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。

如果您取得我們計劃不承保的服務，**您需要自行支付全額費用。**

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。您有權採用書面形式詢問此類問題。如果我們表示不為您的服務付費，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項目，可以怎麼做。該章節同時說明，如何對我們所做的給付裁定提出上訴。請致電會員服務部，進一步瞭解您提出上訴的權利。

我們會在一定限度內支付某些服務。如果超出此限制，您就必須支付全額費用，以取得更多此類型的服務。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。

第9部分　臨床研究中健康照護服務的承保範圍

第9.1部分　臨床研究的定義

臨床研究（也稱為臨床試驗）是醫師測試新型醫療保健或藥物的方式。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要參與的研究，該研究的工作人員就會與您聯絡。該人員會向您說明研究內容，確認您是否符合參加資格。只要符合規定的條件，即可參與該研究。您也必須瞭解和接受您在研究中必須做的事。

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

如果您要參與 Medicare 核准的臨床研究，您***不***需要取得我們或您的主治醫療提供者的核准。為您提供研究所包含之照護的提供者，***不***必是網絡醫療提供者。

我們建議您在參加臨床研究之前知會我們。

如果您計劃參與臨床研究，您或您的個案經理應聯絡會員服務部，讓我們知道您將參與臨床試驗。

第9.2部分　當您參與臨床研究時您的服務費用的支付

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

- Medicare 會支付住院期間的食宿費用，即使您未參加研究。
- 研究所包含的手術或其他醫療程序。
- 針對新型護理所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，您自行支付參與該研究的費用。

第9.3部分　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》來了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。

第10部分 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

第10.1部分 宗教性的非醫療健康照護機構的定義

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

第10.2部分 從宗教性的非醫療健康照護機構取得照護

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

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

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

- 提供照護的設施必須經過 Medicare 認證。
- 我們的計畫給付的服務僅限於非宗教層面的照護。
- 如果您從設施取得在該機構提供的服務：
  - 您的醫療狀況，必須能夠讓您取得住院照護或專業照護機構照護的經承保服務。

我們計畫的承保範圍不限制患者的住院天數。（請參閱第 4 章的福利表）。

第11部分 耐用性醫療器材 (DME)

第11.1部分 作為本計劃會員的 DME

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

您當然可以擁有特定項目，例如人造的身體部分。

在本節中，我們所討論的，是您租用的 DME。根據 Original Medicare，租用特定類型 DME 者，在支付該設備的共付額 13 個月之後，即可擁有該設備。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。

第11.2部分 如果您轉換至 Original Medicare 時 DME 的所有權

如果您在投保本計劃期間未取得 DME 項目的所有權，那麼在您轉換至 Original Medicare 之後，您必須重新連續支付 13 期款項以擁有該項目。您在投保本計劃期間所支付的款項**不會**計入這 13 期的連續付款中。

在您加入我們的計劃**之前**，若您為 Original Medicare 下的 DME 項目付費的期數少於 13 期，則您加入本計劃之後，先前支付的款項同樣不會計入連續 13 期的付款中。在您回歸 Original Medicare 之後，

您必須重新連續支付 13 期款項，才能擁有該項目。當您回歸 Original Medicare 時，此一情形亦無例外。

第11.3部分 本計劃會員的氧氣設備給付

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
- 氧氣和氧含量的供應
- 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

若您在醫療上不需要氧氣設備，或是您退出我們的計劃，則必須將氧氣設備交回給擁有人。

第11.4部分 當您轉換至 Original Medicare 時的氧氣設備

若氧氣設備為醫療必需品，且**您退出我們的計劃並轉換至 Original Medicare**，您將可向供應商租賃氧氣設備 36 個月。您的月租費用涵蓋氧氣設備，以及上述耗材和服務。

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

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

如果**在 5 年期間結束時**，氧氣設備仍為醫療必需品：

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

第4章醫療福利表

簡介

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

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的**新會員**：在大多數情況下，在您要求投保 Molina Medicare Complete Care Plus 後下一個月的第一天起，您即投保 Molina Medicare Complete Care Plus 以獲得 Medicare 福利。您可能仍會從前一個 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 承保範圍沒有缺口。如有任何問題，請致電 (855) 665-4627，TTY：711。

目錄

第1部分 您的給付服務 44
第1.1部分 公共衛生緊急狀況期間 44
第2部分 針對向您收取服務費用的醫療提供者的規定 44
第3部分 關於我們計劃的醫療福利表 44
第4部分 我們計劃的醫療福利表 45
第5部分 本計劃之外承保的福利 79
第5.1部分 加州社區過渡 (California Community Transition, CCT) 79
第5.2部分 Medi-Cal Dental 計劃 80
第5.3部分 安寧照護 80
第6部分 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 不予給付的福利 81

第1部分　您的給付服務

本章說明我們的計劃承保的服務以及您為每項服務支付的費用。您也可以瞭解未承保的服務。關於藥物福利的資訊請見第 5 章。本章亦說明部分服務的限制。由於您是從 Medi-Cal 取得協助，只要您遵守本計畫的規定，即無需為承保的服務付費。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承保的服務，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627。

第1.1部分　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。

第2部分　針對向您收取服務費用的醫療提供者的規定

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

您不應該收到提供者的給付服務帳單。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。

第3部分　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承保的服務，並說明這些服務。

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

- 我們必須依照 Medicare 和 Medi-Cal 所制定的規定提供您 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務。
- 此服務 (包括醫療照護、行為健康和物質使用服務、長期服務與支援、用品、器材和藥物) 必須是具有醫療必要性的服務。醫療必要性是指預防、診斷或治療您的醫療症狀或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括可讓您免於住院或入住療養院的照護。這也表示服務、用品或藥物符合公認的醫療實務標準。當一項服務對於保護生命、防止重大疾病或嚴重殘疾或緩解劇痛屬合理且必要時，該服務即為具有醫療必要性的服務。
- 您會從網絡醫療服務提供者處取得照護。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。在大部分情況下，對於您從網絡外醫療服務提供者取得的照護，我們不會支付其費用。《*會員手冊*》**第 3 章**有使用網絡內和網絡外醫療服務提供者的更多相關資訊。
- 您的主治醫療服務提供者 (PCP) 或照護團隊會提供和管理您的照護。在大部分情況下，您必須先取得 PCP 的核准，才能使用您的 PCP 以外的其他醫療服務提供者，或使用本計劃網絡內的其他醫療服務提供者。這稱為轉診。《*會員手冊*》**第 3 章**有關於獲得轉診以及何時不需要轉診的更多資訊。
- 您必須從隸屬於您主要醫療服務提供者 (PCP) 醫療小組的醫療服務提供者處取得照護。如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》**第 3 章**。
- 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絡醫療服務提供者取得我們的核准後才會承保。這稱為事先授權。我們在醫療福利表中標示出需要事先授權的承保服務，並以**粗體**標示。

- 如果您在本計劃視為持續符合資格的(6)個月期間內，我們將繼續提供所有Medicare Advantage計劃給付的Medicare福利。我們將繼續承保適用的Medicaid State Plan所包含的Medicaid福利，並將繼續支付Medicare保費或分攤費用，否則在您未喪失Medicaid資格的前提下，這些費用均應由州政府承擔。在這段期間，Medicare對Medicare基本和附加福利的分攤費用金額不變。

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

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

請參閱醫療福利表中「特定慢性病症的援助」一列，取得更多資訊。

大部分預防性服務都是免費的。您會在醫療福利表中的預防性服務旁看到這個蘋果。

第4部分　我們計劃的醫療福利表

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	**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。您必須有特定風險因素，並且獲得醫師、醫師助理、護理師或臨床護理專家的轉診書，本計畫才會給付這項篩檢服務。	$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。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	針灸 我們在任何一個日曆月支付最多兩次門診針灸費用，或者如果是具有醫療必要性，則會提高服務頻率。 如果您患有慢性下背痛問題，90天內可享有至多12次的針灸診療，慢性下背痛的定義如下： • 持續 12 週以上； • 無特定病因（沒有確切的全身性病因，例如與轉移性、發炎性或感染性疾病無關）； • 非手術相關；**並且** • 非懷孕相關。 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 8 次針灸療程。您為治療慢性下背痛而接受的針灸療程，每年以20次為限。 您的慢性下背痛如果沒有改善或者變得更嚴重，則必須停止針灸治療。	$0 針對每次 Medicare 給付的治療，您支付 $0
	酒精濫用篩檢和諮詢 對於濫用酒精但不依賴酒精的成人，我們支付一次酒精濫用篩檢 (SABIRT)。這包括懷孕婦女。 如果酒精濫用篩檢呈陽性反應，您每年最多可以取得 4 次（如果您能在諮詢期間保持清醒）與合格的主治醫療服務提供者或主要照護環境中的從業人員的簡短、面對面諮詢課程。	$0 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。
	救護車服務 承保的救護車服務包括地面、定翼、旋翼（直升機）救護車服務。救護車會帶您前往可為您提供照護的最近地點。 您的狀況必須非常嚴重，以至於如果是以其他方式前往照護地點，可能會對您的健康或生命造成危害。其他狀況下的救護車服務必須經過我們核准。 如果不是緊急狀況，我們可能會支付救護車費用。您的狀況必須非常嚴重，以至於如果是以其他方式前往照護地點，可能會對您的生命或健康造成危害。	$0 針對每次 Medicare 給付的單程救護車行程，您支付 $0。 **只有非緊急的救護車接送需要事先授權。** 如果您需要急診照護，請撥打 911 並請求派出救護車。如果您在美國境外需要急診救護車接送，請參閱本表的「全球急診/緊急服務給付」。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	年度體檢（附加） 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，臨床醫師會透過目視檢查、觸診、聽診和敲打來檢查您是否有任何問題。最後三項會直接接觸身體，對於確認是否有身體病況不可或缺。	$0 如果需要額外服務，您的醫療提供者會將您轉診給專科醫師，或是在必要時提交事先授權。
	年度健康就診 您應該取得年度檢查。這是為了根據您目前的危險因素，制定或更新預防計畫。我們每 12 個月支付一次年度檢查費用。	$0 年度健康檢查沒有共保額、共付額或自付額。
	氣喘預防服務 對於患有氣喘且難以控制病況的人，您可以接受氣喘教育及居家環境評估，以瞭解居家環境中常見的氣喘觸發因子。	$0
	骨質測量 我們針對符合資格的會員（通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆症的人）支付特定程序的費用。這些程序可確定骨質密度、尋找骨質流失，或是查明骨質。 我們每24個月為此服務支付一次費用，如果具有醫療必要性，則會提高服務頻率。請醫師解讀檢驗結果並發表意見的費用也由我們支付。	$0 Medicare 給付的骨質測量沒有共保額、共付額或自付額。
	乳癌篩檢（乳房 X 光攝影） 我們支付下列服務的費用： • 35 至 39 歲之間，一次基準的乳房 X 光攝影 • 40 歲以上的婦女每 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	$0 承保的乳房 X 光攝影篩檢沒有共保額、共付額或自付額。
	心臟復健服務 我們支付心臟復健服務的費用，例如運動、教育和諮詢。會員必須符合一定的條件並有醫師的轉診書或醫囑。 我們也給付密集心臟復健計畫，其密集程度高於心臟復健計畫。	$0 **可能需要事先授權。**
	心血管（心臟）疾病的風險降低就診（治療心臟疾病） 我們每年為您支付一次（如有醫療必要性，可支付多次）前往主治醫療服務提供者就診的費用，以降低罹患心臟疾病的風險。在診視期間，您的醫師可能會： • 討論阿司匹林的使用情形、 • 檢查您的血壓，**及/或** • 給您相關提示，確保您維持適當飲食。	$0 密集行為療法心血管疾病預防福利沒有共保額、共付額或自付額。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	心血管（心臟）疾病檢測 我們每五年（60 個月）支付一次血液檢測費用，以檢查心血管疾病。這些血液檢測也會檢查因心臟疾病的高風險所造成的缺陷。	$0 每 5 年給付一次的心血管疾病檢測沒有共保額、共付額或自付額
	宮頸癌和陰道癌篩檢 我們支付下列服務的費用： • 適用於所有婦女：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 適用於子宮頸癌或陰道癌罹患風險較高的婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 • 適用於在過去 3 年內出現子宮頸抹片檢查異常且正值生育年齡的婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 • 適用於 30 至 65 歲女性：人類乳突病毒 (Human Papillomavirus, HPV) 檢測，或是每 5 年一次的子宮頸抹片外加 人類乳突病毒 (HPV) 檢測	$0 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。
	脊柱按摩服務 我們支付下列服務的費用： • 脊柱的調整復位	針對這些 Medicare 承保服務，您每次就診需要支付 $0。
	結腸直腸癌篩檢 對於 50 歲以上人士，我們支付下列服務的費用： • 每 48 個月一次軟式乙狀結腸鏡（或鋇劑灌腸篩檢） • 每 12 個月一次糞便潛血檢測 • 每 12 個月一次癒創木脂糞便潛血檢測或糞便免疫化學檢測 • 每 3 年一次 DNA 大腸癌篩檢 • 每十年一次結腸鏡檢查（不得在篩檢乙狀結腸鏡後的 48 個月內） • 有結腸直腸癌高風險人士，每 24 個月一次結腸鏡檢查（或鋇劑灌腸篩檢）。	$0 Medicare 給付的大腸直腸癌篩檢沒有共保額、共付額或自付額。
	社區成人服務 (CBAS) 社區成人服務 (CBAS) 是機構門診服務計畫，人們會按照時間表參加這項計畫。這項計畫提供專業的護理照護、社會服務、治療（包括職業、物理和語言）、個人照護、家人/照顧者的訓練與支援、營養服務、接送及其他服務。如果您符合資格標準，我們支付社區成人服務 (CBAS) 的費用。 **注意：**如果沒有可用的 CBAS 機構，我們會分別提供這些服務。	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	停止吸煙或停用煙草的相關諮詢 如果您使用煙草，但沒有與煙草有關的疾病前兆或症狀，且想要或需要戒煙： • 我們在 12 個月內支付兩次戒煙嘗試費用，以此作為預防性的服務。這項服務免費提供給您。每次戒煙嘗試包括最多四次的面對面諮詢診查。 如果您使用煙草而且被診斷出患有和吸菸有關的疾病，或是正在服用可能受到煙草影響的藥物： • 我們在 12 個月內支付兩次戒煙輔導費用。每次諮詢課程包括最多四次的面對面診查。 如果您是孕婦，則可在事先授權下，獲得無限制的戒煙輔導。	$0 Medicare 給付的戒除吸煙和煙草使用預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。
	牙科服務 某些牙科服務可以透過 Medi-Cal Dental Program（Medi-Cal 牙科計劃）或 FFS Medi-Cal 獲得，包括但不限於洗牙、補牙和假牙。 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，您在所有附加綜合及預防性牙科服務（包括假牙）享有最高 $4,000 的津貼。本計劃不給付美容服務，且您不得使用您的 MyChoice 卡支付該服務。津貼是用於 Original Medicare 或 Medi-Cal (Medicaid) 尚未承保的服務。	若您使用 MyChoice 卡，針對這些服務您支付 $0。
	憂鬱症篩檢 我們每年支付一次憂鬱症篩檢的費用。此篩檢必須在能給予後續治療和轉診的主要照護環境中提供。	$0 年度憂鬱症篩檢就診沒有共保額、共付額或自付額。
	糖尿病篩檢 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： • 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 在其他某些狀況下，本測試也包含在承保範圍內，例如您體重過重及有糖尿病家族史。 根據測試結果，您可能有資格每 12 個月接受多達兩次的糖尿病篩檢。	$0 Medicare 給付的糖尿病篩檢沒有共保額、共付額或自付額。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	糖尿病自我管理訓練、服務和用品 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）： • 血糖監測用品，包括以下項目： • 血糖監測機 • 血糖試紙 • 採血裝置和採血針 • 用以檢查試紙和血糖監測機精確度的血糖控制解決方案 • 我們承保首選製造商提供的糖尿病用品，無需事先授權。其他品牌僅限在您得到我們的事先授權後才能獲得給付。 • 對於有糖尿病足疾病的糖尿病患者，我們支付以下項目的費用： ◦ 每年一雙客製化的治療鞋（包括鞋墊和調整），以及兩雙額外的鞋墊，**或** ◦ 每年一雙深鞋（包括調整）及三副鞋墊（不包括此鞋隨附的非訂做可移除鞋墊） • 在某些情況下，我們會支付訓練費用以幫助您管理糖尿病。若要瞭解更多，請聯絡會員服務部。	這項福利您支付 $0。 只要您有處方並在網絡零售藥局或透過郵寄服務藥局計劃領取用品，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(MNT)，請參閱本表中的「醫學營養治療」。 **可能需要事先授權的糖尿病用品，糖尿病用鞋和鞋墊。** **Medicare 承保的糖尿病自我管理培訓不需要事先授權。**
	陪產士服務 對於懷孕的人，我們會在產前和產後期間支付九次有陪產士的就診費用，並在分娩和生產期間提供支援。	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品 請參閱您《*會員手冊*》的最後一章，以瞭解「耐用醫療設備 (DME)」的定義， 我們給付下列項目： • 輪椅，包括電動輪椅 • 拐杖 • 動力床墊系統 • 床墊的乾性壓力墊 • 糖尿病用品 • 由醫療服務提供者訂購用於您的住家的醫用床 • 靜脈注射 (Intravenous, IV) 點滴幫浦和點滴架 • 腸道幫浦和耗材 • 言語發聲裝置 • 氧氣設備與用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準曲型把手或四角拐杖，以及替換耗材 • 頸椎牽引器（門邊） • 骨生長刺激器 • 透析照護設備 其他項目可能也在承保範圍中。 對於 Medicare 和 Medi-Cal 通常支付的所有具有醫療必要性的耐用性醫療器材 (DME)，我們支付它們的費用。如果我們在您所在地區的供應商不具備特定的品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。	$0 針對由 Medicare 給付的耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	緊急醫療 急診照護是指下列性質的服務： • 由受過急診服務訓練的提供者給予的服務，**以及** • 為治療醫療急診狀況所需要的服務。 醫療急診狀況是帶有劇烈疼痛或嚴重傷害的醫療狀況。此狀況是如此嚴重，如果不立即就醫，任何具有一般健康醫學常識的人預期該症狀會導致： • 您的健康或您未出世的孩子的健康遭受重大風險；**或** • 身體機能受到嚴重損害；**或** • 身體的任何器官或部位發生嚴重的功能障礙；**或** • 如果是處於分娩活躍期的孕婦，則為： ◦ 在孕婦生產前，沒有足夠的時間轉移至另一家醫院。 ◦ 轉移至另一家醫院可能會對孕婦或未出生的嬰兒造成健康或安全威脅。 除了有限的情況以外，急診照護只在美國及其領土以內的地區提供。如需瞭解詳情，請聯絡計畫。 作為附加福利，我們每個日曆年都提供高達 $10,000 的全球急診給付，供急診運送、緊急護理、急診照護和穩定後照護之用。	$0 如果您在網絡外醫院取得急診照護，而在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡醫院，這樣我們才會繼續支付您的照護費用。只有在我們的計劃許可的情況下，您才能留在網絡外醫院接受住院治療。 您必須回到網絡醫院，這樣我們才會繼續支付您的照護費用。只有在我們的計劃許可的情況下，您才能留在網絡外醫院接受住院治療。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	計劃生育服務 法律允許您選擇任何醫療服務提供者來提供特定的計劃生育服務。這表示任何醫師、診所、醫院、藥局或計劃生育辦公室。 我們支付下列服務的費用： • 計劃生育檢查和藥物治療 • 計劃生育檢測室和診斷試驗 • 計劃生育方法（避孕器 (Intrauterine Contraceptive, IUC)/避孕裝置 (Intrauterine Device,IUD)、植入、注射、避孕藥、避孕貼或避孕環） • 由簽約藥劑師或非簽約醫療服務提供者在發生醫療緊急事件時提供的緊急避孕措施。 • 對於您使用計劃生育服務提供者開立的避孕法引起的任何問題進行追蹤護理。 • 計劃生育用品與處方（保險套、海綿、泡沫、薄膜、子宮帽、宮頸套） • 不孕症諮詢與診斷，以及相關服務 • 性傳播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 諮詢、檢測和治療 • 愛滋病毒 (HIV) 和愛滋病 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) 及其他與愛滋病毒 (HIV) 有關之病情的諮詢與檢測 • 永久避孕（您必須達到21歲或以上才能選擇這種計劃生育方法。您必須在手術日期前至少 30 天但不超過 180 天簽署一份聯邦絕育同意書。） • 基因諮詢 我們也支付其他一些計劃生育服務的費用。不過，您必須向網絡內的醫療服務提供者尋求下列服務： • 不孕症醫療狀況的治療（這項服務不包括以人工方式受孕。） • 愛滋病 (AIDS) 及其他與愛滋病毒 (HIV) 有關之病情的治療 • 基因檢測 **下一頁繼續介紹此項福利**	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	計劃生育服務（續） 欲取得您所在地區可用之計劃生育服務的相關資訊，請撥加州衛生服務部計劃生育辦公室的免費電話：1(800) 942-1054。 • 注意：某些醫院和其他醫療服務提供者，可能不會提供一些屬於計劃合約所承保的計劃生育服務。這些可能包括計劃生育諮詢，以及避孕服務（包括緊急避孕）、絕育（包括陣痛和分娩時做輸卵管結紮術）或人工流產。請致電您的醫師、醫療小組或診所，或是撥打會員服務部的免費電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點，確保您獲得所需的健康照護服務。	
	健身福利（附加） 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。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。	$0 使用這項福利不需要轉診或事先授權。 在開始或變更您的例行運動之前，請務必諮詢您的醫師。
	**衛生和健康教育計劃** 我們提供多種以特定健康狀況為重點的計畫。包括： • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 護理熱線	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	聽力服務 我們支付由您的醫療服務提供者進行的聽力和平衡測試。這些測試會告訴我們，您是否需要醫療治療。當您從醫師、聽力學家或其他合格醫療服務提供者取得這些測試時，這些測試會被視為經承保的門診照護。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，您享有每年一次聽力檢查和每2年一次助聽器選配/評估的給付。我們的計劃給付每年一次的額外助聽器選配/評估。 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）。我們的計劃給付 2 副由計劃核准提供者所提供的預選助聽器。 如果您已懷孕或是居住在照護機構，我們也會支付助聽器的費用，包括： • 模子、用品和填充料 • 每次維修費用超過 $25 的維修費 • 最初的電池組 • 在您取得助聽器之後，六次造訪同一個廠商，以接受訓練、調整及試用 • 助聽器的試用期租金	$0 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	特定慢性病的協助 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。 • 慢性酒精和其他藥物依賴 • 自體免疫疾病 • 癌症 • 心血管疾病 • 慢性心臟衰竭 • 失智症 • 糖尿病 • 末期肝病 • 末期腎臟病 (ESRD) • 嚴重的血液疾病 • HIV/AIDS • 慢性肺病 • 慢性和失能的心理健康症狀 • 神經疾病 • 中風 您需要提交由醫師填寫的健康風險評估表，以確認您在沒有獲得下列特殊附加福利之一的情況下，可能會使列出的病症之一惡化。如要獲得資格，需完成下列程序： 請致電會員服務部或您的個案經理，提出獲得這些福利的要求。注意：要求此福利，即代表授權 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 的代表以電話、郵件或任何其他通訊方式與您聯絡，如您於申請時所明確概述。 在收到您要求獲得慢性疾病的特殊附加福利(SSBCI)時，如果Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 目前沒有您的相關資訊，會員服務部代表或您的個案經理將寄送健康風險評估及SSBCI轉診表給您的醫療服務提供者填寫。 **下一頁繼續介紹此項福利**	$0 MyChoice 卡沒有共保額、共付額或自付額。 **可能需要參與照護管理計畫。在缺乏歷史醫療資訊的情況下，會員還必須有醫師的簽核以進行檢測。** **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	特定慢性病的協助 (續) 您（會員）需要與您的主治醫生預約看診以進行評估，填寫您的健康風險評估表，並選擇 SSBCI 轉診表中列出的每個符合資格的病症。 您的健康風險評估和 SSBCI 轉診表必須經過您的醫療服務提供者填寫並簽名，接著將兩者傳真到 SSBCI 轉診表上列出的號碼。 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 將傳送接收確認通知，並於核准後通知您的 MyChoice 卡將會新增額外的 SSBCI 資金。 若經核准，每個季度將會有 $150 自動加入至您的 MyChoice 卡中，用以使用 SSBCI 福利。根據您的情況，下列 SSBCI 福利可合併，但每個季度的津貼上限為 $150。每個季度結束時，任何沒有使用的資金不會延續至下一個季度。 **服務性動物用品：** 為患有殘疾或慢性病且需服務性動物協助的會員提供支援。為確保符合申領此福利的資格，我們的計劃要求完成健康風險評估 (HRA)，且須確認需要使用服務性動物。服務性動物用品津貼可用來向任何認定為寵物店的零售商或線上商店（例如 Petco、PetSmart、Chewy 等），購買動物食品或用品。服務性動物的取得、訓練或任何獸醫相關的服務不在此津貼給付的範圍內。 **害蟲控制：** 這項福利僅限於您目前居住地（本計劃登記的地址）的例行預防性害蟲控制服務。 執行害蟲控制的提供者，必須具有登記商家 ID，以表明他們是害蟲控制服務。 **下一頁繼續介紹此項福利**	

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	特定慢性病的協助 (續) Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 首選的害蟲控制提供者為 Terminix。Terminix 直接與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 簽約，以折扣費率提供例行預防性害蟲控制服務。 會員必須使用 MyChoice 卡來支付服務費用。 **Medicare 不承保的基因檢測套件：** 檢測包括但不限於：食物敏感，室內和戶外過敏，睡眠壓力等。 此福利旨在幫助可能無法取得家族醫療病史的會員，他們可能無法辨識未來潛在的健康疑慮。 會員可在線上網站購買這些檢測，該網站必須具有登記商家 ID，以表明他們是基因檢測提供者。 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 與 Everlywell 直接簽有合約，以折扣費率提供檢測。 會員必須使用預先存有資金的 MyChoice 卡來支付這些服務費用。 **心理健康及保健應用津貼：** 心理健康及保健應用旨在提供寶貴的工具，協助會員具有處理殘疾的能力。 心理健康及保健應用的範例包括：Talkspace，Headspace，Calm 等。 會員必須使用預先存有資金的 MyChoice 卡來購買這些應用。下列 SSBCI 福利每個月有 $35 的津貼上限。此每月津貼上限不與上述的 SSBCI 福利共用。每個月結束時，任何未使用的資金不會轉移至下一個月中。 **下一頁繼續介紹此項福利**	

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	特定慢性病的協助 (續) **餐飲：** 如果符合資格，您可以獲得 $80 享受食飲消費的福利。此每月津貼上限不與下列 SSBCI 福利共用：害蟲控制、服務性動物用品、Medicare 不承保的基因檢測套件，以及心理健康及保健應用.每個月結束時，任何未使用的資金不會轉移至下一個月中。 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。	
	**愛滋病毒篩檢** 我們針對以下人士，支付每 12 個月一次的愛滋病毒 (HIV) 篩檢： • 要求進行愛滋病毒篩檢的人，**或** • 罹患愛滋病毒 (HIV) 感染風險較高的人。 對於懷孕婦女，我們支付懷孕期間最多三次的愛滋病毒 (HIV) 篩檢費用。 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。	$0 有資格接受 Medicare 給付之預防性 HIV 篩檢者無需支付共保額、共付額或自付額。
	家庭健康機構護理 在您取得居家健康服務之前，必須由醫師告訴我們您需要這項服務，而且這些服務必須由居家健康機構提供。 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： • 兼職或間歇性專業護理以及居家健康助理服務（為了將此類服務納入居家健康照護福利之中，您的專業護理和居家保健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、職業治療和言語治療 • 醫療及社會服務 • 醫療器材和用品	針對這些服務，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	家中注射治療 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。家中注射需要以下項目： • 藥物或生物性物質，例如抗病毒物質或免疫球蛋白； • 設備，例如幫浦；**以及** • 耗材，例如插管或導管。 本計劃支付家中注射服務，其中包括但不限於： • 根據您的照護計畫所提供的專業服務，包括療養服務； • 尚未納入耐用性醫療器材 (DME) 福利的會員訓練與教育； • 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。	針對 Medicare 給付的家中注射治療，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	安寧療護服務 如果您的醫療服務提供者和安寧醫療總監認為您具有極其嚴重的預後，您有權選擇安寧服務。這意味著，您患有絕症且預計存活期為六個月或更短的時間。您可以從 Medicare 認證的任何安寧計畫取得照護。本計劃必須幫助您找到 Medicare 認證的安寧療護計劃。您的安寧醫師可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。 在您獲得安寧療護服務時，本計劃支付下列項目費用： • 症狀和疼痛治療藥物 • 短期臨時照護 • 居家照護 **Medicare 會支付安寧療護服務以及由 Medicare A 部分或 B 部分給付的服務的費用。** • 請參閱本章的**第F節**以瞭解更多資訊。 **本計劃給付、但 Medicare A 部分或 B 部分不給付的服務：** • 本計劃給付 Medicare A 部分或 B 部分不給付的服務。無論服務是否與您的末期預後相關，我們都會給付。您無需支付這些服務的費用。 **對於本計劃的 Medicare D 部分福利可能給付的藥物：** • 安寧服務和我們的計畫絕不會同時給付藥物。如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》**第 5 章**。 **注意：**如果您需要非安寧照護，請打電話給個案經理以安排服務。非安寧照護是與末期預後**無關**的照護。 本計畫給付的安寧諮詢服務（僅限一次），適用於罹患絕症且未選擇安寧福利的人。	當您投保由 Medicare 認證的安寧療護計劃時，您的安寧療護服務費用及 A 部分和 B 部分與末期預後相關的服務費用皆由 Original Medicare 給付，而非 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	**疫苗接種** 我們支付下列服務的費用： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，秋冬每個流感季一次，若具有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 • 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 對於符合 Medicare D 部分給付規定的其他疫苗，我們支付其費用。請參閱您的《*會員手冊*》**第 6 章**以瞭解更多資訊。 我們同時依據美國疫苗接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 的建議，支付所有成人疫苗。	$0 肺炎、流感、B 型肝炎疫苗和 COVID-19 疫苗沒有共保額、共付額或自付額。
	到府看護服務（附加） 您可以獲得居家輔助服務，包括清掃、家務和膳食準備，以及其他日常生活輔助活動的協助。您每年最多可獲得 90 個小時。	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	住院照護 我們計畫的承保範圍不限制患者的住院天數。 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： • 半私人病房（或是私人病房，如果具有醫療必要性） • 膳食，包括特殊飲食 • 定期的護理服務 • 特殊照護單位（例如密集照護或冠狀動脈照護單位）的費用 • 藥物 • 檢驗室檢測 • X 光及其他放射科服務 • 必要的手術及醫療用品 • 裝置，例如輪椅 • 手術室和恢復室服務 • 物理、職業和言語治療 • 住院病人藥物濫用服務 • 在某些情況下，下列類型的移植：角膜、腎臟、腎/胰腺、心臟、肝臟、肺臟、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸/多種內臟。 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。移植服務提供者可能為服務地區當地或以外的醫療服務提供者。如果當地移植服務提供者願意接受 Medicare 的費率，您可在當地或您的社區的照護模式之外獲得移植服務。如果 Molina Medicare Complete Care Plus 在我們的社群的照護模式之外提供移植服務，且您選擇在該處獲得移植，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。欲進一步瞭解移植及承保的服務，請洽詢會員服務部。 • 血液，包括儲存和管理 • 醫師服務	$0 在您的緊急狀況穩定後，您必須取得本計劃的核准，才能在網絡外醫院住院治療。 **可能需要事先授權。**
	精神科醫院的住院服務 對於需要住院的心理健康照護服務，我們支付其費用。 • 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，具有醫療必要性之精神科住院服務的費用，將由當地的郡心理健康機構支付。超過 190 天的照護授權，將與當地的郡心理健康機構進行協調。 ◦ 190 天的限制不適用於在綜合醫院的精神科提供的住院病人心理健康服務。 • 如果您年滿 65 歲，我們會為您在精神疾病學會 (Institute for Mental Diseases, IMD) 得到的服務付費。	$0 這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	住院：於非給付住院期間在醫院或專業護理機構 (SNF) 獲得的承保服務 如果您的住院不合理且不具有醫療必要性，我們不會給付。 然而，在某些情況下，若住院照護不在承保範圍內，我們可能會支付您在醫院或在照護機構獲得的服務。若要瞭解更多，請聯絡會員服務部。 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： • 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 • 外科敷料 • 夾板、石膏及用於骨折和脫臼的其他器材 • 義肢和矯型器（牙科除外），包括更換和維修此器材。這些是取代全部或部分的裝置： ◦ 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、背部和頸部支撐、疝帶以及人工腿、人工手臂和義眼。這包括因斷裂、磨損、丟失，或您的症狀有變而進行的調整、修理和更換 • 物理治療、言語治療和職業治療	$0 這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 **可能需要事先授權。**
	腎臟病服務和用品 我們支付下列服務的費用： • 腎臟病教育服務，教導腎臟護理的常識，並協助您對自己的照護作出正確的決定。您必須罹患第四期的慢性腎病，而且需由醫師轉診。我們給付多達六次的腎疾病教育服務。 • 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取得。 • 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檢查您的居家洗腎情形、協助處理緊急狀況，以及檢查您的洗腎器材和供水裝置。 您的 Medicare B 部分藥物福利會支付某些洗腎藥物的費用。欲取得相關資訊，請參閱本表中的「Medicare B 部分處方藥」。	$0 針對這些服務，您支付 $0。一生最多可接受 6 次 Medicare 給付的課程。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	肺癌篩檢 若您符合以下條件，本計劃支付每 12 個月一次的肺癌篩檢費用： • 您的年齡在 50-77 歲，**且** • 您向您的醫生或其他合格的醫療提供者進行諮詢或與其共同制定決策，**以及** • 您持續 20 年每天至少抽 1 包菸且無任何肺癌跡象或症狀，或者您現在有抽菸習慣，或已在過去 15 年內戒煙。 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的篩檢費用。	$0 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。
	膳食福利（附加） 這項福利的目的是讓您在離開醫院或專業療養機構 (SNF)，或者您有醫療狀況或潛在醫療狀況，需要留在家一段時間時，保持健康和強壯。您的個案經理或醫師會決定您是否需要這項福利。如果您有特定的慢性疾病，醫師可為您申請這項福利。 這項福利每天提供 2 餐，總計 14 天共 28 餐。餐點類型會根據您的飲食需求而定。若獲得核准，您可能也有資格享有額外 14 天共 28 餐的服務。本計劃每個日曆年最多給付 4 週共 56 餐的膳食。 您的個案經理會為您訂餐，並將餐點送到您的家中。第一次送餐通常會在訂單處理後的 72 小時（3 個工作天）內送達。我們會在送餐日之前與您聯絡。	$0 **可能需要事先授權。**
	醫學營養治療 這項福利適用於有糖尿病或腎臟病但不需洗腎的患者。此外，若有醫師的醫囑，這項福利也適用於腎臟移植後的患者。 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。若具有醫療必要性，我們可能會核准額外服務。 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、治療或診斷有變化，您可以在醫師的囑咐下，多得到幾小時的治療。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。若具有醫療必要性，我們可能會核准額外服務。	$0 有資格接受 Medicare 給付之醫學營養治療服務的會員無需支付共保額、共付額或自付額。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 本計劃支付Medicare糖尿病預防計劃(MDPP)服務費用。Medicare糖尿病預防計畫 (MDPP) 旨在幫助您改善健康狀況。它提供以下方面的實用訓練： • 長期飲食變化，**以及** • 增加身體活動，**以及** • 減肥和保持健康生活的方法。	$0 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 福利沒有共保額、共付額或自付額。
	Medicare B 部分處方藥 這些藥物為 Medicare 的 B 部分承保項目。我們的計劃給付下列藥物： • 您通常不會自行使用，而是在取得醫師、醫院門診或門診手術中心服務時，以注射或輸入方式給予的藥物 • 您透過本計劃授權的耐用性醫療器材（例如噴霧器）所使用的藥物。 • 如果您有血友病，您透過注射方式輸送給自己的凝血因子 • 免疫抑制藥物，如果您在器官移植時已投保 Medicare A 部分 • 注射的骨質疏鬆症藥物。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 • 抗原 • 某些口服抗癌藥物和止嘔藥物 • 某些用於居家洗腎的藥物、包括肝素、肝素解毒劑（在醫療上有此需要的情況下）、局部麻醉劑，以及紅血球生成刺激劑（例如 Procrit© 或 Epoetin Alfa） • 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的靜脈注射免疫球蛋白 以下連結將前往可能受階段治療限制的 B 部分藥物清單：www.molinahealthcare.com/Medicare 我們亦依據我們的 Medicare B 部分和 D 部分的處方藥物給付規定支付疫苗費用。 《*會員手冊*》**第 5 章**說明我們的門診處方藥給付。該章節說明您必須遵守哪些規定，您的處方才會包含在給付範圍中。 《*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。	$0 針對每次 Medicare B 部分處方藥，您支付 $0。 **B 部分藥物可能會因階段治療而異。** **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	MyChoice 卡 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： • 非處方項目 • 牙科 • 視力 • 接送 • 餐飲* • 慢性疾病的特殊附加福利 *需適用相關的資格規定。 預付簽帳卡不是信用卡。您無法將卡片轉換為現金，或將卡片借給他人。本福利卡並未承保美容程序。資金會在每個福利期存入卡中一次。福利期可以按月或按季計算，視福利而定。在每個福利期結束時，任何未使用的分配款項將不會延續至下一個期間或計劃年。如果您退出本計劃，任何未使用的分配資金會在您的退保生效日期歸還至本計劃。MyChoice 卡津貼僅可用於存取定義上限內的指定附加福利。此津貼僅供會員使用，不適用於任何其他福利或費用。如需更多關於您的OTC福利或如何取得餐飲資格，以及慢性疾病的特殊附加福利(SSBCI)的資訊，請致電Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)會員服務部。會員若要獲得慢性疾病的特殊附加福利 (SSBCI) 津貼，必須具有：符合資格的慢性疾病；針對會員現有的 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 投保所完成的有效的健康風險評估 (HRA)；以及與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Case Management 一併提供醫師核准。	$0
	營養諮詢 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診表，讓我們能在致電給您之前清楚瞭解您的需求。 • 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取得進一步資訊和/或後續追蹤時使用。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，營養/飲食個別課程不受限制。 我們的計劃給付額外 12 堂團體/個人電話課程。您的醫療服務提供者會將您轉診給網絡內的營養師以取得這些服務。	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	療養院照護 照護機構(NF)是指可以為無法在家中取得照護，但無需住院的人提供照護的地方。 由我們付費的服務包括但不限於以下項目： • 半私人病房（或是私人病房 - 如果有醫療必要性） • 膳食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職業治療和言語治療 • 呼吸治療 • 依據照護計畫提供給您的藥物。（這包括自然存在於體內的物質，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檢驗室檢測 • 通常由照護機構提供的 X 光及其他放射科服務 • 裝置使用，例如通常由照護機構提供的輪椅 • 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 • 眼科福利 **下一頁繼續介紹此項福利**	$0 **可能需要事先授權。**
	療養院醫護（續） • 聽力檢查 • 整脊照護 • 足療服務 您通常會從網絡機構取得照護。不過，您也可以從網絡外機構取得照護。下列地點只要接受由我們的計畫支付的款項，您就可以從這些地點取得照護： • 在您前往醫院之前，您所居住的療養院或連續照護退休者住宅社區（只要提供照護機構照護即可）。 • 在您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶所居住的照護機構。	
	肥胖篩檢和治療以減輕體重 如果您的身體質量指數在30以上，我們會支付諮詢費用以協助您減輕體重。您必須在主要照護環境中取得諮詢服務。這樣一來，就可以和您的完整預防計畫一起管理。請洽詢您的主治醫療服務提供者以瞭解詳情。	$0 預防性肥胖篩檢和治療沒有共保額、共付額或自付額。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	鴉片治療計劃 (OPT) 服務 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： • 攝取活動 • 定期評估 • 經美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的藥物，以及管理與提供該等藥物（如適用） • 物質使用諮詢 • 個人治療與團體治療 • 檢測體內藥物或化學物質（毒性測試）	$0 針對 Medicare 給付的門診鴉片類治療計劃服務，您支付 $0。 **Medicare 給付的門診鴉片治療計劃服務不需要事先授權，但如果您要求取得鴉片治療藥物，則可能需要獲得事先授權。**
	門診診斷檢測和治療服務與用品 我們會針對下列服務，以及可能未列示於此的其他醫療必要性服務支付費用： • X 光 • 放射（鐳和同位素）治療，包括技術人員材料和用品 • 手術用品，如敷料 • 夾板、石膏及用於骨折和脫臼的其他器材 • 檢驗室檢測 • 血液，包括儲存和管理。您應該與您的醫療服務提供者洽談並取得轉診。 • 其他門診診斷檢測	$0 針對這些服務，您支付 $0。 **可能需要事先授權。** **門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要授權。基因檢驗室檢測需要事先授權。**
	門診醫院服務 如果您因診斷或治療疾病或受傷，而需要在醫院門診部門接受具有醫療必要性服務，我們將支付該等服務的費用，例如： • 急診室或門診服務，例如門診手術或留觀服務 ◦ 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：www.medicare.gov/media/11101 • 由醫院開立帳單的檢驗室和診斷檢測 • 心理健康照護，包括部分住院計畫中的照護（如果醫師證明要是沒有這項照護，則需住院治療） • 由醫院開立帳單的 X 光及其他放射科服務 • 醫療用品，如夾板和石膏 • 列於福利表內的預防性篩檢與服務 • 您無法自行服用的某些藥物	$0 **可能需要事先授權。** **門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要授權。基因檢驗室檢測需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	門診精神健康護理 我們支付由下列人員提供之心理健康服務的費用： • 擁有國家執照的精神科醫師或醫師 • 臨床心理學家 • 臨床社會工作者 • 臨床護理專家 • 護理師 • 醫師助理 • 在適用的州法律許可範圍內，任何其他經 Medicare 檢定合格的心理健康照護專業人士 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： • 診療服務 • 日間治療 • 心理社會復健服務 • 部分住院或密集門診計劃 • 個人和團體心理健康評估與治療 • 在臨床指示需評估心理健康結果時，進行心理測驗 • 為監控藥物治療而提供的門診服務 • 門診檢驗室、藥物、用品和補充品 • 精神科會診	$0 針對非醫師門診心理健康護理和精神科服務，包括藥物治療監控及個人或團體治療就診，您每次活動支付 $0。 **可能需要事先授權。**
	門診復健服務 我們支付物理治療、職業治療和言語治療的費用。 您可以從醫院的門診部門、獨立的治療師辦公室、綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 及其他機構取得門診復健服務。	$0 針對每次具有醫療必要性的門診物理治療 (Physical Therapy, PT)、職業治療 (Occupational Therapy, OT) 和/或言語 (Speech-Language, SP) 就診，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**
	藥物濫用門診治療服務 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： • 酒精濫用篩檢和諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格臨床醫師進行團體或個人輔導 • 住院戒毒計畫中的亞急性解毒 • 密集門診治療中心的戒酒和/或戒毒服務 • 長效那曲酮 (Vivitrol) 治療	$0 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	門診手術 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。	$0 針對每個承保的門診手術事件，包括但不限於醫院或其他設施費用以及醫師或手術費用，您支付$0。 **可能需要事先授權。**
	非處方 (OTC) 項目（補充） 您每個季度可使用 MyChoice 卡在計劃核准的 OTC 項目、產品及藥物上花費 $400。如需更多資訊，請參閱「MyChoice 卡」章節。 如果您未用完季度福利金額，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個福利期。 您的給付範圍包括非處方 (OTC) 衛生和健康產品，如維他命、防曬霜、止痛藥、咳嗽與感冒藥和繃帶。 您可以用以下方式訂購： • **網路** – 請造訪 NationsOTC.com/Molina • **透過電話** – 請撥打 (877) 208-9243 與 Nations OTC Member Experience Advisor（國民非處方 (OTC) 會員體驗顧問）聯絡，(TTY 711)，全天候提供服務，全年無休。 • **透過郵寄** – 填寫並交回非處方 (OTC) 產品目錄中的訂購單。透過電話、郵寄、網路或親自在部分零售商店取得非處方 (OTC) 項目。 • **非處方 (OTC) 簽帳金融卡** – 在參與的零售地點。 如需計劃核准之非處方 (OTC) 項目的完整清單，請參閱您的 2023 年非處方 (OTC) 產品目錄，或致電非處方 (OTC) 支援人員以取得更多資訊。您會在 2023 年非處方 (OTC) 產品目錄中找到重要資訊（訂購指南）。	若您使用 MyChoice 卡，針對這些服務您支付 $0。 您每個季度（3 個月）有 $400 可花費在計劃核准的 OTC 項目、產品及藥物上。 一個季度（或季度期間）為 3 個月。您的非處方 (OTC) 給付福利的季度期間為： • 1 月到 3 月 • 4 月到 6 月 • 7 月到 9 月 • 10 月到 12 月 您每個季度的 $400 在季度期間結束時到期。這筆費用不會延續到下一個季度期間，所以請確保在季度期間結束前花掉任何尚未使用的金額。如果您超過年度津貼上限，您可能需要負擔費用。可能會有限制和排除項目。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	部分住院服務 部分住院是積極心理治療的結構化程序。它作為一項醫院門診服務，或是由社區心理健康中心提供。它所提供的照護，比您在醫師或治療師辦公室所得到的照護更為密集。它有助於讓您無需住院。 **注意：**由於我們的網絡沒有社區心理健康中心，因此我們僅承保部分制住院作為醫院門診服務。	$0 針對您有資格享有的 Medicare 給付部分制住院服務，您每天支付 $0。您必須符合特定要求才能得到給付，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 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。 **可能需要事先授權。**
	個人緊急應變系統 (PERS)（附加） 個人緊急應變系統 (PERS) 是居家醫療警報系統，可在緊急情況下為您提供幫助。如果您符合資格，您將會獲得行動電話或固定電話裝置，以及應隨時佩戴的小型懸吊裝置。懸吊裝置可佩戴在頸部，手腕或腰帶上。按下按鈕，即可將您與監控公司的照護中心代表連線。 接線員全天候提供服務，全年無休，並會在緊急情況下與您保持連線。無論您需要緊急醫療服務或家庭成員為您提供協助，照護中心代表都將為您提供所需的幫助。 符合資格的會員也會收到 PERSPlus 等級服務。使用您的行動裝置或居家 PERS 裝置，您可以啟用非緊急需要的按鈕。如果您感到孤單或想要與某人交談，需要幫助安排醫生約診，安排交通運輸或需要其他協助，照護中心代表將會提供協助，並可能為您聯繫 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員服務部或您的個案經理，以利您獲得所需的協助。	$0 **您的個案經理將決定您是否符合這項福利的資格。需要事先授權。**
	醫師/提供者服務，包括醫師門診 我們支付下列服務的費用： • 在以下地點提供的必要健康照護或手術服務： ◦ 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 • 為瞭解您是否需要治療，在醫師的指示下，由您的主要醫療服務提供者或專科醫師給予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*。	$0

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	◦ 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絡醫療提供者。 • 一些遠距醫療服務（包括醫師或從業人員的諮詢、診斷及治療）會提供給某些鄉村地區的會員，或其他 Medicare 核准的場所 • 於醫院或特約醫院內的腎臟中心、腎臟透析機構或家中，為居家洗腎的會員提供每月末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 相關的遠距醫療服務 • 遠距醫療服務可診斷、評估，或治療中風症狀 • 為有物質使用障礙或併發心理健康障礙的會員提供的遠距醫療服務 • 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： ◦ 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 • 由鄉村健康診所和聯邦核准的健康中心提供的心理健康門診遠距醫療服務。 **下一頁繼續介紹此項福利**	

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	醫師/醫療提供者服務，包括醫師門診 • **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）。 ◦ 您不是首次看診，**且** ◦ 此次問診與過去 7 天內到診間約診的內容無關，**且** ◦ 此次問診不會導致必須在 24 小時內前往診間看診或預約最近的約診 • **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。 ◦ 您不是首次看診，**且** ◦ 此次評估與過去 7 天內到診間約診的內容無關，**且** ◦ 此次評估不會導致必須在 24 小時內前往診間看診或預約最近的約診 • 若您不是新病患，則可透過電話、網際網路或電子健康紀錄諮詢醫師或其他醫師 • 手術前，由另一名網絡內醫療服務提供者提供第二意見 • 非常規牙科護理。經承保的服務僅限於： ◦ 下顎或相關結構的手術 ◦ 固定下顎或顏面骨骨折 ◦ 對腫瘤癌症進行放射治療前拔牙 ◦ 由醫師提供時將予以給付的服務	
	足療服務 我們支付下列服務的費用： • 足部損傷或疾病（鎚狀趾或後跟骨刺）的診斷和醫療或外科治療 • 常規足部護理，適用於所罹患之疾病（例如糖尿病）會影響腿部的會員 除了您的 Medi-Cal (Medicaid) 承保範圍，本計劃每日曆年額外提供 12 次附加的例行足部護理門診。 您不需要有原發病症就能利用這項福利。給付範圍包括一般足部護理，如去除雞眼和硬繭、剪腳指甲、皮膚皸裂治療，以及其他足部問題。	$0 **可能需要事先授權。**
	前列腺癌篩檢 對於年滿 50 歲的男性，我們每 12 個月會支付一次下列服務的費用： • 數位直腸檢查 • 前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢測	$0 年度前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查沒有共保額、共付額或自付額。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	義肢和相關用品 以義肢裝置更換全部或部分的身體部位或功能。我們支付下列義肢裝置的費用，可能也會支付其他未列於其中之裝置的費用： • 與結腸造口照護有關的結腸造瘺袋和用品 • 腸道與靜脈營養，包括餵食耗材組、點滴幫浦、插管與轉接頭、溶液，以及自我給藥注射的耗材 • 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手術胸罩） • 取代因疾病、外傷或遺傳缺陷而移除或缺損之臉部五官外部的假體 • 尿失禁乳霜劑和尿布 我們支付與義肢裝置有關的部分用品費用。我們也會支付義肢裝置的維修或更換費用。 我們承保白內障移除或白內障手術後的部分服務。欲瞭解詳細資訊，請參閱本表稍後的「視力保健」部分。	$0 針對 Medicare 給付的每個義肢或矯具，包括此類裝置的更換或維修及相關用品，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**
	肺部復健服務 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。您必須有負責治療慢性阻塞性肺病 (COPD) 的醫師或醫療服務提供者為肺部復健所開立的醫囑。 對於需要依賴呼吸器的患者，我們支付呼吸服務的費用。	$0 針對 Medicare 給付的每次肺部復健就診，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**
	性傳播感染 (STI) 篩檢和諮詢 我們支付披衣菌、淋病、梅毒和 B 型肝炎篩檢的費用。這些篩檢給付範圍適用於懷孕婦女及 STI 風險較高的人。這些檢測必須在主要醫療服務提供者的指示下進行。我們的給付範圍包括每 12 個月一次的檢測，以及在懷孕期特定時間進行的檢測。 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。每個課程為時 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要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，例如醫師診間。	$0 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。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	專業療養機構 (SNF) 照護 我們的計畫給付 Medicare 和非 Medicare 的專業照護機構 (SNF) 住院費用，無需事先住院授權。 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： • 半私人病房（或是私人病房，如果具有醫療必要性） • 膳食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職業治療和言語治療 • 根據照護計畫服用的藥物，包括自然存在於體內的物質，例如凝血因子 • 血液，包括儲存和管理 • 由照護機構提供的醫療和手術用品 • 由照護機構提供的檢驗室檢測 • 由照護機構提供的 X 光及其他放射科服務 • 裝置，例如通常由照護機構提供的輪椅 • 醫師/醫療服務提供者服務 您通常會從網絡機構取得照護。不過，您也可以從網絡外機構取得照護。下列地點只要接受由我們的計畫支付的款項，您就可以從這些地點取得照護： • 在您前往醫院之前，您所居住的療養院或連續照護退休者住宅社區（只要提供照護機構照護即可） • 在您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶所居住的照護機構	$0 **可能需要事先授權。**
	監督運動治療 (SET) 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 轉診書的會員支付 SET 費用。 我們的計劃給付： • 12 週最多 36 節課程，若滿足所有監督運動治療 (SET) 要求 • 額外 36 節課程，若健康照護提供者認為具有醫療必要性 監督運動治療 (SET) 計畫必須： • 為針對血流不暢導致腿部痙攣（跛行）的會員提供的30至60分鐘的周邊動脈疾病 (PAD) 治療性運動訓練計畫課程 • 在醫院門診環境或醫師診間提供 • 由確保好處大於傷害且接受過周邊動脈疾病(PAD)運動治療培訓的合格人員提供 • 在醫師、醫師助理或接受過基本及高級生命維持技術訓練的護理師或臨床護理專家的直接監督下進行。	$0 針對 Medicare 給付的監督運動治療 (SET) 就診，您支付 $0。 **可能需要事先授權。**

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	交通：非緊急醫療接送服務 這項福利以最具成本效益、最容易取得的方式，提供接送服務。這可能包括：救護車、垃圾車、輪椅車醫療接送服務，並與輔助客運系統協調。 這些接送形式會在下列情況下獲得授權： • 您的醫療和/或身體狀況不容許您搭乘公車、客運、計程車，或是其他形式的公共或私人交通工具，**以及** • 根據不同的服務，可能需要事先授權。 請參閱第 3 章第 F 節，以瞭解更多資訊。	$0 如果您需要急診照護，請撥打 911 並請求派出救護車。
	交通：非醫療接送服務 這項福利容許您搭乘客運、計程車或其他形式的公共/私人交通工具，前往接受醫療服務。 需要接送才能取得所需要的醫療照護，包括前往牙科約診和領取處方藥。 根據您的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，接送服務不受限制。我們的計劃每季（3 個月）為您的 Molina MyChoice 卡額外提供 $200 津貼，供您斟酌用於支付往返健康相關地點的交通費用。此金額不會對應到「接送」的次數，但可用於購買非緊急接送直到福利上限。 如果您未用完季度福利金額，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個福利期。您可以使用 MyChoice 卡搭配叫車應用程式、計程車服務或其他形式的非緊急運輸（如公車通行證、火車票證或其他形式的大眾運輸）購買搭乘服務。 建議會員善加運用此津貼提供的搭乘次數上限。對於腎臟透析中心或物理治療機構等常見目的地，請直接聯絡提供機構，瞭解在安排叫車或零售接送服務之前，是否有更具經濟效益的交通服務。 這項福利不會限制您的非緊急醫療接送福利。	若您使用 MyChoice 卡，針對這些服務您支付 $0。 如果您超過年度津貼上限，您可能需要負擔費用。 可能會有限制和排除項目。 如果您需要急診照護，請撥打 911 並請求派出救護車。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	急診照護 緊急照護是為了治療下列病症而給予的照護： • 需要立即進行醫療照護的非緊急狀況，**或** • 突然罹患的醫療疾病，**或** • 受傷，**或** • 需要立即照護的狀況。 如果您需要緊急照護，您應該先試著尋求網絡內醫療服務提供者的服務。然而，當您無法前往網絡醫療服務提供者處就診時，您可以使用網絡外醫療服務提供者（例如當您身處計劃服務地區外，或是在週末時）。 作為附加福利，我們每個日曆年都提供高達 $10,000 的全球急診給付，供急診運送、緊急護理、急診照護和穩定後照護之用。	$0 針對 Medicare 給付的緊急醫療護理，每次您支付 $0。無論是網絡內或網絡外的緊急護理，您都支付相同的分攤費用。
	**視力保健** 我們支付下列服務的費用： • 每年一次例行性的眼睛檢查；以及 • 每兩年最多 $100 的眼鏡（鏡架和鏡片）或最多 $100 的隱形眼鏡。 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，這些費用包括糖尿病患者糖尿病視網膜病變的年度眼部檢查，以及老年性黃斑病變的治療。 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。青光眼罹患風險較高的人包括： • 有青光眼家族史的人 • 糖尿病患者 • 50 歲以上的非裔美國人 • 65 歲以上的拉丁裔美國人 我們在每次醫師植入人工水晶體的白內障手術後，支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。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，取得一副眼鏡。您不能在第二次手術後取得兩副眼鏡，即使您在第一次手術後並未取得眼鏡也是如此。我們會支付矯正鏡片和鏡架的費用，如果您在移除白內障（未植入水晶體）之後，需要更換鏡片和鏡架，我們也會支付其費用。 除了您的 Medi-Cal (Medicaid) 承保範圍，我們的計劃每年額外提供 $500 津貼，用於支付例行眼科檢查與眼鏡的併計費用。您可以持 MyChoice 卡行使視力福利。本計劃不給付美容服務，且您不得使用您的 MyChoice 卡支付該服務。津貼是用於 Original Medicare 或 Medi-Cal (Medicaid) 尚未承保的服務。	若您使用 MyChoice 卡，針對這些服務您支付 $0。

	由我們的計劃付費的服務	您必須付費的項目
	**「歡迎參加 Medicare」預防性就診** 我們給付單次的「歡迎參加 Medicare」預防性就診。本就診包括： • 檢查您的健康狀況， • 針對您所需要的預防性服務提供教育與諮詢（包括篩檢和注射），以及 • 如有需要，則為您轉介至其他照護。 **注意：**我們只在您投保 Medicare B 部分的前 12 個月內，承保「歡迎參加 Medicare」預防性就診。當您約診時，請告訴您的醫師診所，您想要安排您的「歡迎參加 Medicare」預防性就診。	$0 「歡迎參加 Medicare」預防性就診沒有共保額、共付額或自付額。
	全球急診/緊急服務給付（附加） 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/緊急照護服務提供最高 $10,000 的給付。 此福利僅限於在美國的全球承保範圍內，被歸類為急診或緊急照護的服務，包括急診或緊急需求照護，緊急情況下送往最近醫療處置設施的急診救護車和穩定後照護。 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，否則會急及您的健康。 發生這類情況時，我們會要求您或您的照護者致電我們。一旦您的病症與情況許可，我們將儘快安排網絡醫療服務提供者為您提供照護。 從其他國家返回美國的交通費不在給付範圍內。例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在給付範圍內。 外國稅金和費用（包括但不限於換匯或交易費）不在給付範圍內。U.S.意指 50 州、哥倫比亞特區、波多黎各、美屬維爾京群島、關島、北馬里亞納群島和美屬薩摩亞。	$0 如果您在美國境外接受急診照護，並在急診狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡內醫院，這樣我們才會繼續支付您的醫療費用，或者您必須在本計劃授權的網絡外醫院住院治療。您的費用是您在網絡內醫院會支付的分攤費用。適用計劃上限。 您可能需要針對在美國境外接受的急診/緊急照護提出補償要求。 每個日曆年最多給付 $10,000 的計劃上限適用於此福利。

第5部分　本計劃之外承保的福利

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

第5.1部分　加州社區過渡 (California Community Transition, CCT)

加州社區過渡(CCT)計畫利用當地主要機構，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。加州社區過渡 (CCT) 計畫為過渡前期和過渡後 365 天的過渡協調服務提供資金，協助受益人返回至社區環境中。

您可以從任何服務您所在郡的CCT主要機構那裡獲取過渡協調服務。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 過渡協調服務

Medi-Cal 會支付過渡協調服務的費用。您無需支付這些服務的費用。

與您的 CCT 過渡不相關的服務

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。您無需支付這些服務的費用。

取得 CCT 過渡協調服務時，我們會支付醫療福利表內第 4 部分所列的服務。

藥物承保福利沒有改變

CCT 計劃**不**承保藥物。 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，請參閱您的《*會員手冊*》第 5 章。

注意：如果您需要非 CCT 的過渡照護，請致電您的個案經理或會員服務部為您安排服務，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。非 CCT 的過渡照護是指與您從機構/設施過渡無關的照護。

第5.2部分　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：

- 初步檢查、X 光攝影、洗牙和氟化治療
- 修復體和牙冠
- 根管治療
- 假牙、調整、修復和重新填充

Medi-Cal Dental 計劃有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，請撥打客服專線：1-800-322-6384（TTY 使用者請撥打 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 點至下午 5 點期間為您提供協助。您也可以造訪網站 dental.dhcs.ca.gov/ 以瞭解更多資訊。

除了按服務收費的 Medi-Cal Dental 計劃，您還能透過牙科管理照護計劃獲得各項牙科福利。牙科管理照護計劃可在 Los Angeles 郡提供。欲了解有關牙科計劃的更多資訊、需要協助確認牙科計劃或者希望更改牙科計劃，請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 期間撥打免付費專線 1-800-430-4263 聯絡 Health Care Options（TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077）。

注意：我們的計劃提供額外的牙科服務。請參閱醫療福利表**第 4 部分**以瞭解更多資訊。

第5.3部分　安寧照護

如果您的醫療服務提供者和安寧醫療總監認為您具有極其嚴重的預後，您有權選擇安寧服務。這意味著，您患有絕症且預計存活期為六個月或更短的時間。您可以從 Medicare 認證的任何安寧計畫取得照護。本計劃必須幫助您找到 Medicare 認證的安寧療護計劃。您的安寧醫師可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。

請參見醫療福利表內第 4 部分，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。

在安寧療護服務，以及由 Medicare A 部分或 B 部分給付服務、與您的極其嚴重的預後有關的服務方面：

- 安寧療護服務提供者會向 Medicare 收取您的服務費用。Medicare 會支付與您的末期預後相關的安寧療護服務費用。您無需支付這些服務的費用。

由 Medicare A 部分或 B 部分給付的服務、與您的極其嚴重的預後無關的服務（除了緊急醫療或緊急護理之外）：

- 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 B 部分承保的服務。您無需支付這些服務的費用。

對於本計劃的 Medicare D 部分福利可能給付的藥物：

- 安寧服務和我們的計畫絕不會同時給付藥物。如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》第 5 章。

注意：如果您需要非安寧療護的照護，請致電您的個案經理或會員服務部為您安排服務，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。非安寧照護是與末期預後無關的照護。

第6部分　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，我們將不支付其費用。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的服務付費，您可以要求上訴。如需提出上訴的相關資訊，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 的標準視為「不合理且非醫療上必要」的服務（除非我們將其列為承保服務）。
- 實驗性質的醫療和手術治療、項目和藥物（除非 Medicare、屬於 Medicare 核准的臨床研究，或我們的計劃會給付）。欲進一步瞭解臨床研究，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章**，第 40 頁。實驗性質的治療和項目是指未普遍為醫學界接受的治療和項目。
- 病態肥胖的手術治療，除非具有醫療必要性且由 Medicare 付費。
- 醫院的私人病房，除非具有醫療必要性。
- 私人護理師。
- 醫院或照護機構病房中的私人物品，例如電話或電視。
- 您家中的全職護理照護。
- 直系親屬或家庭成員收取的費用。
- 遴選或自願性的增強程序或服務（包括減重、生髮、性功能、體育表現、美容目的、防老化和心智表現），但具有醫療必要性者除外。
- 整形手術或其他整形工作，除非因為意外傷害而有必要時，或是為了改善身體某個無法正確矯正的部位。然而，我們將支付乳房切除手術後的胸部重建費用，以及支付匹配另一邊乳房的治療費用。
- 整脊照護，且非依照承保指引的人工作業治療脊柱。
- 矯形鞋，除非該鞋是腿支架的一部分且包含在支架費用中，或患有糖尿病足病的人士所使用的鞋子。
- 足部輔助設備，除患有糖尿病足病的人士使用的矯形鞋或按摩鞋。
- 放射狀角膜切開術、LASIK 手術，以及其他低視力助視器。

- 絕育復通手術和非處方避孕用品。
- 自然療法服務（使用自然或替代療法）。
- 提供給退伍軍人事務 (Veterans Affairs, VA) 機構之退伍軍人的服務然而，當退伍軍人在退伍軍人事務 (VA) 醫院獲得急診服務，且退伍軍人事務 (VA) 的分攤費用高於我們計畫下的分攤費用時，我們將給退伍軍人報銷差額。您仍須負責您的分攤費用。

第5章獲得門診處方藥

簡介

本章說明獲取門診處方藥的規定。這些藥由您的醫療服務提供者為您開具，您可以透過藥局或郵購方式取得。包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保的藥物。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

我們也給付下列藥物，儘管它們不在本章討論範圍內：

- **Medicare A 部分承保的藥物**。這些一般包括您在醫院或照護機構時取得的藥物。
- **Medicare B 部分承保的藥物**。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。

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。

1. 您必須有醫師或其他醫療提供者開立的處方，且處方必須在適用的州法律之下有效。這個人通常就是您的主要醫療服務提供者 (PCP)。在您的主要醫療服務提供者開立轉診單的情況下，這也可能是其他醫療服務提供者
2. 您的處方藥劑師**不得**列於 Medicare 的排除或防止清單。
3. 通常情況下，您必須到網絡藥局領取處方藥。
4. 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」。
   - 如果您的藥物不在藥物清單內，我們可以透過例外處理的方式提供給付。
   - 請參閱第 9 章，瞭解如何申請例外處理。
   - 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。
5. 您的藥物必須使用於醫療許可的適應症。這是指該藥物用途通過美國食品藥物管理局批准，或得到某些醫療參考文件的佐證。您的醫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。

目錄

第1部分 領取處方藥 85
第1.1部分 到網內藥局領取處方藥 85
第1.2部分 當您領取處方藥時，請出示您的計劃 ID 卡 85
第1.3部分 如果您更換網絡藥局，該怎麼辦 85
第1.4部分 如果您的藥局退出網絡，該怎麼辦 85
第1.5部分 使用專科藥局 85
第1.6部分 使用郵購服務領取藥物 86
第1.7部分 取得長期用藥 86
第1.8部分 使用非本計劃網內的藥局 87
第1.9部分 針對您支付的處方藥給予退款 87

第2部分 本計劃的藥物清單 87
第2.1部分 藥物清單中的藥物 87
第2.2部分 如何在藥物清單中查找藥物 88
第2.3部分 不在我們藥物清單上的藥物 88
第2.4部分 藥物清單的分攤費用等級 89
第3部分 某些藥物的限制 89
第4部分 您的藥物可能不受保障的原因 90
第4.1部分 取得暫時的藥物供應 90
第5部分 您的藥物承保變更 91
第6部分 特殊情況下的藥物給付 93
第6.1部分 入住本計劃給付的醫院或專業護理機構 93
第6.2部分 在長期照護機構 93
第6.3部分 在 Medicare 認證的安寧療護計劃 93
第7部分 藥物安全與管理藥物計劃 93
第7.1部分 協助您安全用藥的計劃 93
第7.2部分 協助您管理藥物的計劃 94
第7.3部分 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 94

第1部分　領取處方藥

第1.1部分　到網內藥局領取處方藥

大多數情況下，我們**只會**支付在我們網絡藥房領取處方藥的費用。網絡藥局是指同意為我們的計劃會員提供處方藥的藥局。您可以使用任一間網絡藥局。

欲尋找網絡藥局，您可以查閱*醫療服務提供者與藥房名錄*、瀏覽我們的網站，或是洽詢會員服務部或您的個案經理。

第1.2部分　當您領取處方藥時，請出示您的計劃 ID 卡

若要領取處方藥，請向網絡藥局**出示您的計劃 ID 卡**。網絡藥局會針對承保的處方藥向我們收取費用。

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

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

如果藥局無法取得必要的資訊，您可能需要全額支付處方藥費用，才能完成領藥。然後您可以向我們申請退款。**如果您無法支付藥物費用，在緊急情況時州和聯邦法律允許藥局為您需要的處方開立不少於 72 小時的藥量。立即聯絡會員服務部**。我們會盡力提供協助。

- 向我們要求退款，請參閱*會員手冊***第 7 章**。
- 如果您需要協助領取處方藥，請與會員服務部或您的個案經理聯絡。

第1.3部分　如果您更換網絡藥局，該怎麼辦

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

如果您需要協助更換網絡藥局，請與會員服務部或您的個案經理聯絡。

第1.4部分　如果您的藥局退出網絡，該怎麼辦

如果您使用的藥局退出本計劃的服務網，您需要重新找一家網絡藥局。

欲尋找新的網絡藥局，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個案經理。

第1.5部分　使用專科藥局

有時處方必須在特殊的專科藥局領取。特殊的專科藥局包括：

- 提供居家注射治療藥物的藥局。
- 提供長期照護設施（如療養院）所需藥品的藥局。
  - 通常，長期照護設施有自己的藥局。如果您居住在長期照護機構，我們會確保您可以在其藥局獲取所需的藥物。
  - 如果您所居住的長期照護機構不在我們網絡內，或者您在長期照護設施獲取藥物時遇到困難，請聯絡會員服務部。
- 提供印地安裔健康服務/部落/都市印地安裔健康計劃服務的藥局。除了緊急狀況外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民可使用這些藥局。

- 受到美國食品藥物管理局 (FDA) 的限制，只能在特定地點發放藥物，或是所發放的藥物需要特殊處理、醫療提供者協調，或需要針對用途進行教育的藥房。（注意：這種情況應該很少發生。）

欲尋找專科藥局，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個案經理。

第1.6部分　使用郵購服務領取藥物

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

我們計畫的郵購服務允許您訂購至少 31 天，但不超過 90 天的用藥。90 天補給量與單月補給量的自付額相同。

透過郵寄領取處方藥

透過郵寄方式取得配取處方藥的訂購表格和資訊，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點至晚上8點，或造訪網站：www.MolinaHealthcare.com/Medicare。

您通常會在(14)天內收到郵購的處方藥。如果您的郵購有所延誤，請致電會員服務部尋求幫助，以取得您的臨時處方藥供應，電話：(855)665-4627，TTY：711，每週7天，當地時間上午8點至晚上8點。

郵購流程

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

1. **藥局從您手中收到的新處方**

   對於從您手中取得的新處方，藥局會自動配藥並寄送。

2. **藥局直接從醫療服務提供者辦公室取得的新處方**

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

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

3. **郵購處方的續藥**

   如欲續藥，請於目前處方即將使用完畢前 (14) 天聯絡您的藥局，確保下次訂單及時送達。如果您遇到困難並需要協助，請致電 (855) 665-4627，TTS：711，聯絡您的個案經理。

讓藥局知道與您聯絡的最佳方式，以便他們在寄送前與您聯絡以確認訂單。藥局將撥打您提供的電號號碼，透過電話聯絡您。必須確保您的藥局有最新的聯絡資訊。

第1.7部分　取得長期用藥

您可以取得我們計畫藥物清單內的支援藥物之長期供應。支持藥物是指，您因慢性或長期醫療情況而需定期服用的藥物。

某些網絡藥局會允許您取得支持藥物的長期供應。90天補給量與單月補給量的自付額相同。*醫師名錄*、*醫療服務及藥局手冊*會告訴您，哪些藥局提供支援藥物的長期供應。您也可以致電會員服務部，進一步瞭解細節。

對於某些種類的藥物，您可以使用計劃的網絡郵購服務來取得支持藥物的長期供應。請參閱**第 A6 節**，瞭解郵購服務。

第1.8部分　使用非本計劃網內的藥局

通常，我們只有在您無法使用網絡藥局時，才會支付您在網絡外藥局配藥的費用。我們有位於服務區域之外的網絡藥局，可讓您以計畫會員的身分取得處方藥。

於下列情況中，我們會支付在網絡外藥局領取處方藥的費用：

- 如果處方藥與緊急照護有關
- 如果這些處方藥與醫療緊急狀況有關
- 給付範圍僅限於 31 天藥量，或按照您處方規定的更少天數的用藥

在上述情況下，請先洽詢會員服務部，瞭解附近是否有網絡藥局。

第1.9部分　針對您支付的處方藥給予退款

如果您必須使用網絡外藥局，通常您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 支付處方後得到藥局的退款。或者，您可以透過提交「Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)」（Medi-Cal 自付費用退款 (Conlan)）要求 Medi-Cal Rx 退款。如需更多資訊，請參閱 Medi-Cal Rx 網站：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

如需更多資訊，請參閱您的《*會員手冊*》**第 7 章**。

第2部分　本計劃的藥物清單

我們有*承保藥物清單*。我們將此簡稱為「藥物清單」。

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

只要您遵守本章所述的規定，我們通常會給付我們計劃藥物清單上藥物。

第2.1部分　藥物清單中的藥物

我們的藥物清單包括 Medicare 承保的藥物。

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

我們的藥物表包括原廠藥，非專利藥物和生物相似性藥物。

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

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

我們的計劃也給付某些 OTC 藥與商品。某些 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。

第2.2部分　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：

- 查看我們寄給您的最新藥物表。
- 瀏覽本計劃的網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 網站上的藥物清單一律是最新的版本。
- 請致電會員服務部，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 部分未承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得更多資訊。

第2.3部分　不在我們藥物清單上的藥物

我們不會給付所有的處方藥。某些藥物不會納入藥物清單，因為法律禁止我們承保那些藥物。另外一種情況是，我們決定不將某個藥物納入藥物清單。如果開立處方的藥物不在我們的藥物清單上，您的處方藥需求一律根據我們的計劃承保政策以及 Medicare 承保規定來評估。

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

除外藥物適用的三個一般規定如下：

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

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

- 用於促進受孕的藥物
- 用於美容與促進毛髮生長的藥物
- 用於治療性功能障礙或勃起機能障礙的藥物，例如 Viagra®、Cialis®、Levitra® 和 Caverject®
- 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

第2.4部分　藥物清單的分攤費用等級

我們藥物清單上的每一種藥物會歸類在五 (5) 種等級的其中一種。等級是大體相同類型的一組藥物（例如原廠藥、非專利藥或非處方藥(OTC)）。一般來說，分攤費用等級越高，您要支付的藥物費用就越高。

- 第 1 級 - 首選非專利藥（分攤費用最低）
- 第 2 級 - 非專利藥
- 第 3 級 - 首選原廠藥
- 第 4 級 - 非首選藥物
- 第 5 級 - 專門藥物等級（分攤費用最高）

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。

《*會員手冊*》**第 6 章**說明各分攤費用等級藥物您所支付的金額。

第3部分　某些藥物的限制

對於某些處方藥，某些特殊規定限制計劃承保該藥物的方式與時間。一般而言，我們的原則是建議您取得最適合您醫療症狀且安全有效的藥物。若安全且較便宜的藥物與較貴的藥物有相同效力時，我們會希望您的醫療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需要先告知您的診斷或提供驗血報告。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。

欲進一步瞭解申請例外處理，請參閱《*會員手冊*》第 9 章。

事先授權 (Prior Authorization, PA) 是指必須在藥物給付前滿足特定標準。例如，診斷、化驗值或之前嘗試各種治療但失敗。

階段治療 (Step Therapy, ST) 是指必須在給付其他更貴的藥物前使用更具成本效益的藥物。例如，某些原廠藥僅在首先嘗試了非專利替代藥的情況下才進行給付。

數量限制 (Quantity Limit, QL) 是指某些藥物有最大給付數量限制。例如，經美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的日服一次藥物的給付數量限制為 30 天 30 次。

B 與 D - 某些藥物可能屬於 Medicare D 部分或 B 部分承保範圍，視具體情況而定。

1. **有非專利版時，限制使用原廠藥**

   一般來說，非專利藥的效力與原廠藥相同，但價格比較便宜。如果原廠藥有非專利版，我們的網絡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。
   - 不過，如果您的醫療服務提供者將醫療原因告訴我們，治療相同疾病的非專利藥或其它承保藥物都不適合您時，我們將會給付原廠藥。

2. **事先取得計劃批准**

   對於某些藥物，您或您的醫師必須先取得我們的批准，才能領取處方藥。如果您未獲得批准，我們可能不承保該服務。

3. **先試用不同的藥物**

   一般來說，在我們給付更貴的藥物之前，我們希望您先試用較便宜的藥物（療效相同）。例如，如果藥物 A 和藥物 B 治療相同的醫療症狀，而藥物 A 比藥物 B 便宜，我們會要求您先試用藥物 A。

   如果 A 藥物對您無效，則我們承保 B 藥物。這有時稱作階段治療。

4. **數量限制**

   我們對您可以取得的藥物設有數量的限制。這被稱為數量限制。例如，我們可能會限制您的處方每次可領取的藥量。

想知道您服用的或想要服用的藥物是否適用上述規定，請查閱藥物清單。如需最新的資訊，請致電會員服務部，或瀏覽我們的網站：www.MolinaHealthcare.com/Duals 如果您不同意我們的承保範圍或例外處理要求決定，您可以提出上訴。如需瞭解更多資訊，請參閱第 9 章的第 5 部分。

第4部分　您的藥物可能不受保障的原因

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

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

如果我們不以您希望承保的方式承保某藥物，您可以採取一些行動。

第4.1部分　取得暫時的藥物供應

某些情況下，當藥物不在藥物清單上，或設有某些限制時，我們會提供暫時的藥物供應。在這段時間內，您可以諮詢您的醫療服務提供者是否可以取得另一種藥物，或是要求我們給付該藥物。

要取得暫時的藥物供應，您必須符合以下兩項規定：

1. 您目前正在服用的藥物：
   - 已不在我們的藥物表上，**或**
   - 未曾納入我們的藥物表，**或**
   - 目前設有特定限制。
2. 您必須符合下列其中一種情況：

- 您已在去年加入本計劃。
  - 我們會**在日曆年的頭 90 天**給付您藥物的暫時供應量。
  - 暫時供應將提供至多 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。您必須到網絡藥局領取處方藥。
  - 長期照護藥房可能一次供應少量處方藥，以防浪費。
- 您是我們計畫的新會員。
  - 我們會在您**成為計劃會員的頭 (90) 天**，給付您藥物的暫時供應量。
  - 此暫時供應將提供至多 (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。您必須到網絡藥局領取處方藥。
- 長期照護藥房可能一次供應少量處方藥，以防浪費。

- 您加入本計劃已超過 (90) 天，且住在長期照護機構內並需要立即取得藥物供應。
  - 我們會給付單次 (31) 天的供應量，或按照您處方開立的更少天數的用藥。這是附加於上述的暫時供應情況。
  - 請注意，我們的轉換政策僅適用於屬於「D 部分」藥物並在網絡藥局配藥的藥物。轉換政策無法用於購買非 D 部分藥物或在網絡外藥局購買的藥物，除非您符合網絡外領藥資格。
  - 要取得暫時的藥物供應，請致電會員服務部。

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

- 換成另一種藥物。

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

  或

- 要求例外處理。

  您和您的醫療服務提供者可向我們提出例外處理的申請。例如，您可以要求我們給付某種不在藥物清單上的藥物。或者，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適用例外處理的正當醫療理由，其可以協助您進行申請。

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

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

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個案經理聯絡。如果您不同意我們的承保範圍或例外處理要求決定，您可以提出上訴（詳情請參閱第 9 章的第 E 節）。

第5部分　您的藥物承保變更

藥物承保範圍變更通常發生在 1 月 1 日，但是，我們也可能在這一年中添加或刪除藥物清單中的藥物。我們也可能變更關於藥物的規定。例如，我們可能會：

- 決定某種藥物需要或不需要事先核准。（您必須先獲得 Molina Medicare Complete Care Plus 的允許，才能取得藥物）。
- 新增或變更您可以取得的藥物數量（數量限制）。
- 針對某種藥物，新增或變更階段治療限制。（您必須先嘗試使用一種藥物，我們才會承保其他藥物）。

關於這些藥物規則的更多資訊，請參閱**第 C 節**。

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

- 市面上出現了價格更低的新藥物，且與現有藥物清單中的藥物療效相同，**或**
- 我們發現藥物不安全，**或**
- 藥物退出市場。

如需獲得更多藥物清單變更後的變動相關資訊，您可以：

- 造訪 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 查看我們最新的藥物清單，或者
- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，查看我們目前的藥物清單：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。

藥物清單的某些變更會**立即**生效。例如：

- **出現一種新的非專利藥物**。有時，市面上會出現新的非專利藥物，其與現有藥物清單列有的原廠藥療效相同。在這種情況下，我們可能會移除原廠藥並加入新的非專利藥，但您的新藥物費用將保持不變。當我們添加新的非專利藥物時，我們可能還會決定繼續保留藥物清單中的原廠藥，但會改變其給付規則或限制。
  - 做出此變更之前，我們可能不會告訴您，但我們會向您寄送有關我們所作的特定變更或更改的資訊。
  - 針對這些變更，您或您的醫療服務提供者可以申請「例外處理」。我們會給您發送一份包含申請例外處理所需步驟的通知。請參閱《*會員手冊*》第 9 章，瞭解關於例外處理的更多資訊。
- **藥物退出市場**。如果美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 表示，您服用的藥物不安全或藥物製造商將該藥物撤出市場，我們會從藥物清單中刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會告知您。如果您收到通知，請聯絡給您開處方的醫師。

我們可能會做出其他影響您所服用的藥物的變更。

關於藥物清單上的其他變更，我們將提前告知您。這些變更可能會發生在以下情況下：

- 美國食品藥物管理局 (FDA) 所提供的新指南或某種藥物有新的臨床指南。
- 我們添加一種新上市的非專利藥，**以及**
  - 取代現有藥物清單中的原廠藥，**或者**
  - 更改該原廠藥的給付規則或限制。

出現這些變更時，我們會：

- 在對藥物清單作出變更至少 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。其可以協助您決定：

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

我們可能會針對您服用的藥物做出變更，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**仍承保，我們通常不會**該年度的剩餘時間**刪除或更改該藥物的承保範圍。

例如，如果我們刪除您正在服用的藥物或限制其使用，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。

第6部分　特殊情況下的藥物給付

第6.1部分　入住本計劃給付的醫院或專業護理機構

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

第6.2部分　在長期照護機構

通常，長期照護機構（如療養院）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（必須是我們網絡內的藥局）取得處方藥。

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

第6.3部分　在 Medicare 認證的安寧療護計劃

安寧服務和我們的計畫絕不會同時給付藥物。

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

您退出安寧療護服務後，我們的計劃給付您所有的藥物。為了避免在您的 Medicare 安寧療護服務福利終止時藥局出現任何延遲，請攜帶文件到藥局，證明您已經退出安寧療護服務。請參閱本章前述部分，瞭解我們計劃承保的藥物。如需瞭解有關安寧療護服務給付的更多資訊，請參閱《*會員手冊*》第 4 章。

第7部分　藥物安全與管理藥物計劃

第7.1部分　協助您安全用藥的計劃

每次領取處方藥時，我們會檢查潛在問題，例如藥物錯誤或有以下情況的藥物：

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

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

第7.2部分　協助您管理藥物的計劃

您可以服用針對不同醫療病症的藥物和/或藥物管理計劃內的藥物，以幫助您安全地使用鴉片類藥物。在此情況下，您可能有資格免費獲得藥物治療管理 (MTM) 計劃提供的服務。本計劃可協助您和您的醫療提供者，確保您的用藥能改善健康狀況。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：

- 如何從服用的藥物中獲得最大的益處
- 您的任何疑慮，例如藥物費用和藥物反應
- 怎樣服藥能夠獲得最佳效果
- 您對於處方和非處方藥的任何疑問或問題

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。
- 一份個人藥物清單，該清單上包含您服用的所有藥物以及服用藥物的原因。
- 含管制物質的處方藥的安全棄置資訊。

您最好在「年度健康檢查」之前安排藥物檢視，以便與您的醫師就行動計劃和藥物清單事宜進行溝通。

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

藥物治療管理計劃為自願參加性質，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，並發送相關資訊給您。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個案經理。

第7.3部分　安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃

我們的計劃有一項計劃能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。該計劃稱為藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)。

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

- 要求您在向**特定藥局**和/或**特定醫師**領用這些處方藥物
- **限制**我們為您給付的這些藥物數量

如果我們認為應對您實行一種或多種限制，我們將提前寄送通知函給您。該函說明我們認為適用於您的限制。

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

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

在以下情況下，藥物管理計畫 (DMP) 可能不適用於您：

- 您有特定的醫療症狀，例如罹患癌症或鐮狀細胞貧血症，
- 您正在獲得安寧療護、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 處方藥費用

簡介

本章將說明門診處方藥的自付額。對於「藥物」，我們是指：

- Medicare D 部分處方藥**和**
- Medi-Cal Rx 給付的藥物和項目，**以及**
- 本計劃以額外福利的方式給付的藥物和品項。

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

> **額外補助**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、免賠額和自付額。額外補助也稱為「低收入補助」(Low-Income Subsidy, LIS)。

其它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。

進一步了解處方藥，您可以參閱下列資料：

- 我們的*承保藥物清單*。
  - 我們將此稱作「藥物清單」。此清單說明：
    - 我們會支付哪些藥物
    - 每一種藥物屬於五 (5) 個等級的哪一個等級
    - 藥物是否有任何限制
  - 如果您需要一份藥物清單副本，請致電會員服務部。您亦可在我們的網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare，獲得最新版的藥物清單副本。
    - Molina Medicare Complete Care Plus 承保您從藥局獲得的大部分處方藥。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命，可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 以取得更多資訊。或者撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。透過 Medi-Cal Rx 領取處方時，請攜帶您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC)。
- 《*會員手冊*》的**第 5 章**。
  - 說明如何透過我們的計劃取得門診處方藥。
  - 會包含所需遵循的規定，也會說明我們的計劃不承保哪些類型的處方藥。
- 我們的*醫療服務提供者與藥房名錄*。
  - 在大多數情況下，您必須使用網絡藥局取得給付藥物。網絡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絡藥局。有關網絡藥房的更多資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。

目錄

第1部分 *福利解說* (EOB) 98
第2部分 如何追蹤藥物費用 98
第3部分 您不用支付一個月或長期用藥的費用 99
第3.1部分 我們的分攤費用等級 99
第3.2部分 您選擇的藥局 100
第3.3部分 取得長期用藥 100
第3.4部分 您個人支付的範圍 100
第4部分 第 1 階段：初始給付階段 103
第4.1部分 您的藥局選擇 103
第4.2部分 取得長期用藥 103
第4.3部分 您個人支付的範圍 104
第4.4部分 初始給付階段結束 106
第5部分 第 2 階段：給付缺口階段 106
第6部分 第 3 階段：重大傷病給付階段 107
第7部分 醫師開具的處方藥量不足一整個月時您的藥物費用 107
第8部分 HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用援助 107
第8.1部分 愛滋病藥物援助計劃 107
第8.2部分 如果您未投保 ADAP 107
第8.3部分 如果您已投保 ADAP 107
第9部分 疫苗接種 108
第9.1部分 接種疫苗前您需要了解的事項 108
第9.2部分 您為 Medicare D 部分承保的疫苗支付的費用 108

第1部分　福利解說 (EOB)

我們的計畫會記錄您的處方藥。我們會持續記錄兩種費用：

- 您的**自付額**。這是由您支付或由他人代您支付您的處方藥的金額。
- 您的**藥費總額**。這是由您支付或由他人代您支付您的處方藥，再加上我們支付金額後的總金額。

當您透過我們的計劃取得處方藥時，我們將寄送給您一份稱為 D 部分福利說明 (Explanation of Benefits, EOB) 的摘要。我們將其簡稱為 D 部分 EOB。D 部分 EOB 對您服用的藥物有更多資訊，例如價格調漲以及其他可能有較低分攤費用的藥物。您可以和您的處方開立者討論這些費用較低的選項。D 部分 EOB 包括：

- **該月份資訊**。這份摘要會說明您已領取哪些處方藥。其中顯示藥費總額、我們支付的金額，以及您自己和他人代您支付了多少費用。
- **「年初至今」的資訊**。這是指 1 月 1 日到目前為止，您的藥費總額和支付總額。
- **藥價資訊**。這是藥物的總價格，以及初次領取藥物後的藥價變化百分比。
- **降低成本的替代方案**。若有，則會在您目前藥物下方的摘要中顯示該等資訊。您可以和您的處方藥劑師討論，以瞭解更多資訊。

我們給付 Medicare 未給付之藥物。

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

第2部分　如何追蹤藥物費用

為了記錄您的藥費和您自付的費用，我們會使用從您和您的藥局所取得的紀錄。您可以協助我們的方法如下：

1. 使用您的計劃 ID 卡。

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

2. 請確保我們擁有所需的資訊。

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

以下是您應該將收據影本提供給我們的情況：

- 當您在網絡藥局購買特價的給付藥物，或使用不屬於我們計畫福利的折扣卡購買給付藥物時
- 當您支付自付額的部分以購買屬於藥廠病人資助計畫的藥物時
- 當您在網絡外藥局購買給付藥物時
- 當您全額支付給付藥物時

關於要求我們退還您藥物分攤費用的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 7 章。

3. 將他人代您支付的費用相關資訊寄給我們。

他人和組織代為支付的費用也會計入您的自付額部分。例如，由愛滋病 (AIDS) 藥物補助計畫、印地安裔健康服務和大多數慈善機構所支付的費用，會計入您的自付額部分。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 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 D 部分 EOB 郵件時，請確認內容完整且正確無誤。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 D 部分 EOB。這些是您藥費支出的重要紀錄。

第3部分　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。

我們計劃的 Medicare D 部分處方藥給付有三個付款階段。您支付的費用取決於您在領取或續領處方藥時處於哪個階段。這三個階段如下：

第 1 階段：初始給付階段	第 2 階段：給付缺口階段	第 3 階段：重大傷病給付階段
在此階段期間，我們會支付您藥物的部分費用，您也支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。 您在該年度第一次領取處方藥時即進入本階段。	在此階段，您需要支付藥物的費用。 您在支付一定金額的自付額費用後即進入本階段。	在此階段，計劃會支付您藥物的所有費用直到 2023 年 12 日 31 日。 您在支付一定金額的自付額費用後即進入本階段。

第3.1部分　我們的分攤費用等級

分攤費用等級是具有相同共付額的藥物群。我們藥物清單中的每種藥物都會歸類在五 (5) 個分攤費用等級的其中一種。一般來說，等級越高，共付額就越高。請參閱藥物清單以瞭解藥物的分攤費用等級。

- 第 1 級（首選非專利）藥物的共付額最低。共付額範圍從$0 起。
- 第 2 級 （非專利藥）共付額範圍從非專利藥的共付額 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）到每張處方所有其他藥物的共付額 $0、$4.30 或 $10.35，視您的收入而定。
- 第 3 級（首選原廠藥）共付額範圍從非專利藥的共付額 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）到每張處方所有其他藥物的共付額 $0、$4.30 或 $10.35。
- 第 4 級（非首選藥物）共付額範圍從非專利藥的共付額 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）到每張處方所有其他藥物的共付額 $0、$4.30 或 $10.35。
- 第 5 級（專門藥物等級）藥物的共付額最高。共付額範圍從非專利藥的 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）到每張處方所有其他藥物的共付額 $0、$4.30 或 $10.35。

等級是我們藥物清單上的藥物分組。我們藥物清單上的每一種藥物會歸類在五 (5) 種等級的其中一種。針對我們藥物清單上的處方藥和 OTC 藥物，您不需支付共付額。請參閱我們的藥物清單以瞭解您藥物的等級。

第3.2部分　您選擇的藥局

配藥時，您應支付的金額取決於您取得藥物的地方：

- 網內藥局**或**
- 網絡外藥局。

在有限的情況下，我們會給付在網絡外藥局領取的處方藥。請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**以瞭解我們的給付時間。如果您被告知某種藥物將不被承保，請參閱第 9 章以瞭解如何提出上訴。

欲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房名錄。

第3.3部分　取得長期用藥

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期用藥（也稱為「延長供給」）。長期用藥是指長達 90 天的用藥。這與一個月供藥量的費用相同。

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

第3.4部分　您個人支付的範圍

當您配取處方藥時，您可能支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您將支付較低的費用。請聯絡會員服務部以瞭解對任何承保藥物您的共付額。

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

承保的處方藥一個月藥量的分攤費用（因取得方式而異）：

等級	**網內藥局** 一個月或最多 31 天的用藥	**本計劃的郵購服務** 一個月或最多 31 天的用藥	**網內長期照護藥局** 最多 31 天的用藥	**網外藥局** 最多 31 天的用藥。承保範圍僅限於特定情況。詳情請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。
費用分攤 **等級 1** （首選非專利藥）	$0	$0	$0	$0

等級	**網內藥局** 一個月或最多 31 天的用藥	**本計劃的郵購服務** 一個月或最多 31 天的用藥	**網內長期照護藥局** 最多 31 天的用藥	**網外藥局** 最多 31 天的用藥。承保範圍僅限於特定情況。詳情請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。
費用分攤等級 2 （非專利藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥） 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
費用分攤等級 3 （首選原廠藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
費用分攤等級 4 （非首選藥物）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。

等級	**網內藥局** 一個月或最多 31 天的用藥	**本計劃的郵購服務** 一個月或最多 31 天的用藥	**網內長期照護藥局** 最多 31 天的用藥	**網外藥局** 最多 31 天的用藥。承保範圍僅限於特定情況。詳情請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。
費用分攤等級 5 （專門藥物等級）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。

承保的處方藥長期藥量的分攤費用（因取得方式而異）：

等級	**標準零售分攤費用（網絡內）** （90 天用藥）	**郵購分攤費用** （90 天用藥）
分攤費用第 1 級 （首選非專利藥）	$0	$0
分攤費用第 2 級 （非專利藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
分攤費用第 3 級 （首選原廠藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
分攤費用第 4 級 （非首選藥物）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。

等級	標準零售分攤費用（網絡內） （90 天用藥）	郵購分攤費用 （90 天用藥）
分攤費用第 5 級 （專門藥物等級）	長期用藥不適用於第五 (5) 級藥物。	郵購不適用於長期供應第五 (5) 級藥物。

如需了解哪些藥局提供長期用藥，請參閱計劃的*醫師名錄*、*醫療服務及藥局手冊*。

第4部分　第 1 階段：初始給付階段

我們大多數會員均享有處方藥費用的「額外補助」。由於這項「額外補助」可支付大部分藥物費用，因此您無須另行支付藥物自付額。然而，在達到初始給付階段之前，您仍可能須支付低收入補助 (low income subsidy, LIS) 的共付額。

在初始給付階段，我們會為您的承保處方藥支付其分攤費用，而您則支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。共付額取決於藥物所屬的費用分攤等級和您獲得的地點。

分攤費用等級是具有相同共付額的藥物群。本計劃藥物清單中的每種藥物都會歸類在五 (5) 個分攤費用等級之一。一般來說，等級越高，共付額就越高。請參閱藥物清單以瞭解藥物的分攤費用等級。

等級是我們藥物清單上的藥物分組。我們藥物清單上的每一種藥物會歸類在五 (5) 種等級的其中一種。針對我們藥物清單上的處方藥和 OTC 藥物，您沒有共付額。請參閱我們的藥物清單以瞭解您藥物的等級。

- 第 1 級 - 首選非專利藥（分攤費用最低）
- 第 2 級 - 非專利藥
- 第 3 級 - 首選原廠藥
- 第 4 級 - 非首選藥物
- 第 5 級 - 專門藥物等級（分攤費用最高）

第4.1部分　您的藥局選擇

配藥時，您應支付的金額取決於您取得藥物的地方：

- 網絡藥局**或**
- 網絡外藥局。

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

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

第4.2部分　取得長期用藥

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期用藥（也稱為「延長供給」）。

瞭解在何處及如何取得長期供藥的詳細資訊，請參閱第 5 章或醫療服務提供者與藥房名錄。

第4.3部分　您個人支付的範圍

在初始給付階段，每次領取處方時您都會支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您將支付較低的費用。

您可以聯絡會員服務部，瞭解您對任何承保藥物的共付額。

承保的處方藥一個月藥量的分攤費用（因取得方式而異）：

	網內藥局 一個月或最多 31 天的用藥	**本計劃的郵購服務** 一個月或最多 31 天的用藥	**網內長期照護藥局** 最多 31 天的用藥	**網外藥局** 最多 31 天的用藥。承保範圍僅限於特定情況。詳情請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。
費用分攤等級 1 （首選非專利藥）	$0	$0	$0	$0
費用分攤等級 2 （非專利藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥） 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
費用分攤等級 3 （首選原廠藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。

	網內藥局 一個月或最多 31 天的用藥	**本計劃的郵購服務** 一個月或最多 31 天的用藥	**網內長期照護藥局** 最多 31 天的用藥	**網外藥局** 最多 31 天的用藥。承保範圍僅限於特定情況。詳情請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**。
費用分攤等級 4 （非首選藥物）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
費用分攤等級 5 （專門藥物等級）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30 或 $10.35	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。

承保的處方藥長期藥量的分攤費用（因取得方式而異）：

等級	標準零售分攤費用（網絡內） （90 天用藥）	郵購分攤費用 （90 天用藥）
分攤費用第 1 級 （首選非專利藥）	$0	$0
分攤費用第 2 級 （非專利藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。

等級	標準零售分攤費用（網絡內）（90 天用藥）	郵購分攤費用（90 天用藥）
分攤費用第 3 級（首選原廠藥）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
分攤費用第 4 級（非首選藥物）	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。	非專利藥共付額為 $0、$1.45 或 $4.15（包括視為非專利藥的原廠藥）。 每張處方之所有其他藥物的共付額為 $0、$4.30，或 $10.35。
分攤費用第 5 級（專門藥物等級）	長期用藥不適用於第五 (5) 級藥物。	郵購不適用於長期供應第五 (5) 級藥物。

如需了解哪些藥局提供長期用藥，請參閱計劃的*醫師名錄*、*醫療服務及藥局手冊*。

第4.4部分　初始給付階段結束

您的自付總額達到 **$4,660.00** 時，初始給付階段隨即結束。此時，您便進入給付缺口階段。

您的 EOB 將協助您追蹤在本年度您為藥物支付的費用。如果您達到 **$4,660.00** 上限，我們將會通知您。很多人並不會在一年當中達到上限。在每個新的日曆年開始時，您在初始給付階段支付的金額會重設為零。

第5部分　第 2 階段：給付缺口階段

當您處於給付缺口階段，Medicare Coverage Gap Discount 計劃會提供原廠藥物的製造商折扣。您支付 25% 的協商後價格以及原廠藥的部分配藥費。您支付的金額與製造商提供的折扣金額都會計入您的自付費用，如同您同時支付兩者，讓您順利度過給付缺口。

您會繼續支付這些費用，直到您的每年自付費用達到 Medicare 所設定的金額上限為止。一旦您達到此金額 ($7,400.00)，您即會脫離給付缺口階段並進入重大傷病給付階段。

本*會員手冊*中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您，因為您符合 Medi-Cal (Medicaid) 的資格，而且從 Medicare 獲得「額外補助」(Extra Help) 以支付處方藥計劃費用。您在給付缺口階段的藥物費用取決於您獲得的「額外補助」(Extra Help) 等級。我們已寄出一份單獨插頁，名為「得到處方藥費用「額外補助」(Extra Help) 者適用的承保範圍證明附約」（也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」），說明您的藥物給付範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部以索取「LIS 附約」。

第6部分　第 3 階段：重大傷病給付階段

當您達到處方藥自付額上限 **$7,400.00** 時，隨即開始重大傷病給付階段。您會一直處於重大傷病給付階段，直到該日曆年結束為止。在此階段期間，計劃會支付您 Medicare 藥物的所有費用。

第7部分　醫師開具的處方藥量不足一整個月時您的藥物費用

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

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

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

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

第8部分　HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用援助

第8.1部分　愛滋病藥物援助計劃

愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 可協助符合資格的 HIV/AIDS 患者取得 HIV 救命藥物。也由 ADAP 承保的門診 Medicare D 部分處方藥符合透過 AIDS 加州公共健康辦公室取得處方分攤費用援助的資格，提供給投保 ADAP 者。

第8.2部分　如果您未投保 ADAP

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

第8.3部分　如果您已投保 ADAP

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

第9部分　疫苗接種

關於您為疫苗支付的金額的重要訊息

我們的計劃為您免費承保大多數的 Medicare D 部分疫苗。我們的 Medicare D 部分疫苗承保分為兩部分：

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。

第9.1部分　接種疫苗前您需要了解的事項

我們建議您在安排接種疫苗前，事先致電會員服務部。

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

第9.2部分　您為 Medicare D 部分承保的疫苗支付的費用

由 Medicare D 部分承保

您支付的疫苗接種費用取決於疫苗類型（您所接種的疫苗）。

- 有些疫苗被視為對健康有益，而非藥物。這些疫苗會免費替您承保。進一步瞭解這些疫苗的給付，請參閱**第 4 章**的醫療福利表。
- 視為D部分藥物的其它疫苗。您可以在本計劃的藥物清單中找到這些疫苗。您可能需要為Medicare D 部分疫苗支付共付額。

以下是您可能會接種 Medicare D 部分疫苗的三種常見方法。

1. 您接種 Medicare D 部分疫苗且在網絡藥房注射疫苗。
   - 您不用為疫苗支付任何費用。
2. 您在您的醫師診所取得並接種 Medicare D 部分疫苗。
   - 您不用向醫師支付任何疫苗費用。
   - 我們的計劃將支付您接種的費用。
   - 在此情況下，醫師診所應致電我們的計劃，以便我們確保他們知道您不用為疫苗支付費用。
3. 您自行在藥局取得 Medicare D 部分疫苗，並至您的醫師診所接種。
   - 您不用為疫苗支付任何費用。
   - 我們的計劃將支付您接種的費用。

第7章要求我們支付服務或藥物費用

簡介

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

目錄

第1部分 要求我們支付服務或藥物費用 110
第2部分 寄送付款申請 111
第3部分 給付判定 111
第4部分 上訴 112

第1部分　要求我們支付服務或藥物費用

在您已獲得承保的服務和藥物後，網絡醫療服務提供者必須將帳單季給我們。網絡醫療服務提供者是與健康計畫合作的醫療服務提供者。

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。要將帳單寄給我們，請參閱**第 B 節**。

- 如果我們承保該服務或藥物，我們將直接向醫療服務提供者付款。
- 如果我們承保該服務或藥物，而您已支付該帳單時，那麼您有權得到退款。
- 如果我們不承保該服務或藥物，我們會告訴您。

如有任何問題，請聯絡會員服務部或您的個案經理。如果您收到帳單且不知如何處理，我們能夠幫忙。如果您想要告訴我們自己已將支付申請寄給我們，也可以打電話給我們。

以下是幾個您可能需要要求我們退費給您，或者支付您的帳單的例子：

1. 當您獲得網絡外提供者的急診或緊急健康照護時，請參閱第 3 章第 D4 節。

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自己付了全額費用，那麼您可要求我們把費用退還給您。請把帳單以及您支付之所有款項的證明寄給我們。
- 您可能會從該醫療服務提供者處收到您不認為自己有欠款的帳單。請把帳單以及您支付之所有款項的證明寄給我們。
  - 如果有積欠該醫療服務提供者的任何費用，我們會直接付給他們。
  - 如果您已為該服務付費，我們會把費用退還給您。
- 請參閱《會員手冊》**第 5 章**，瞭解更多關於網絡外藥房的資訊。

2. 當某個網內醫療提供者寄帳單給您時

網絡醫療服務提供者應該直接將帳單寄給我們。在您取得任何服務或處方時，都必須出示計劃ID卡。不適當或不恰當的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之分攤費用。**如果您收到任何帳單，請致電會員服務部。請勿支付此帳單。**

- 由於我們會全額給付服務費用，因此您沒有義務要支付任何費用。醫療服務提供者不得就這些服務向您收取任何費用。
- 無論您在何時收到網絡醫療服務提供者的帳單，您都應將該帳單寄給我們。我們會直接與該醫療服務提供者聯絡，解決帳單的問題。
- 如果您已經支付網絡醫療服務提供者的帳單，請把帳單以及您已支付之所有款項的證明寄給我們。我們會將我們給付服務的費用退還給您。

3. 當您使用網外藥局房來領取處方藥時

如果您使用網絡外藥局，則需要支付處方藥的全額。

- 我們僅在有限的情況下給付在網絡外藥房配領的處方藥。當您要求我們退款時，請將收據的副本寄給我們。
- 請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**，瞭解更多關於網絡外藥房的資訊。

4. 您沒有隨身攜帶本計劃 ID 卡，因而支付處方藥的全額費用

如果您沒有攜帶計劃 ID 卡，可以要求藥局打電話給我們來查詢您的計劃投保資訊。

- 如果藥局無法立即取得資訊，您可能需要自行支付全額處方藥費用，或帶著您的計劃ID卡再次前往藥局。
- 當您要求我們退款時，請將收據的副本寄給我們。

5. 您為不承保的藥物支付處方的全額費用

因為我們不承保藥物，您可能需要支付處方藥的全額費用。

- 該藥物可能不在我們的*承保藥物清單*（藥物清單）中，或該藥物可能有您不知道或不適用於您的要求或限制。如果您決定要領取該藥物，您可能需要支付全額費用。
  - 如果您未支付該藥物，但認為我們應該給付，您可以要求給付裁定（請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**）。
  - 如果您和您的醫師或其他處方藥劑師認為您立即需要該藥物，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，請將收據的副本寄給我們。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。

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」。如果我們決定服務或藥物應獲得給付，我們會支付其費用。如果我們否決您的付款要求，您可以對這項裁定提出上訴。

瞭解如何提出上訴，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

第2部分　寄送付款申請

請把帳單以及您支付之所有款項的證明寄給我們。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。**您可向您的個案經理求助。

將您的付款要求以及任何帳單或收據一併寄到這個地址給我們：

醫療服務：

Attn: Molina Medicare Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

D 部分 (Rx) 服務：
Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

您必須在得到服務和/或商品的日期後**365 天內**，或者在得到藥物的日期後**36 個月內向我們提交索賠申請**。

第3部分　給付判定

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承保您的服務、項目或藥物。我們也會決定您必須支付的金額（如果有的話）。

- 我們也會讓您知道是否需要您提供更多資訊。

- 如果我們決定給付該服務、項目或藥物，並且您也遵守了取得服務、項目或藥物的所有規定，我們會支付費用。如果您已經支付了服務或藥物的費用，我們會把費用以支票方式寄給您。如果您尚未付款，我們會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，我們會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。
- 進一步瞭解給付裁定，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。

第4部分　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。這稱作「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，也可以提出上訴。

- 正式上訴程序有詳細的程序和期限。如需更多關於上訴資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**。
- 提出上訴以取得健康照護服務的退款，請參閱**第 6 部分**。
- 如果您要提出上訴以取得藥物的退款，請參閱第**第 7 部分**。

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

第1部分 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊 114
第2部分 我們有責任確保您及時獲得承保的服務和藥物 121
第3部分 我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI) 122
第3.1部分 我們如何保護您的受保護健康資訊 (PHI) 122
第3.2部分 您有權查看您的醫療紀錄 122
第4部分 我們有責任提供資訊給您 128
第5部分 網內提供者不得直接向您收費 129
第6部分 您有權離開我們的計劃 129
第7部分 您有權決定您的醫療照護 129
第7.1部分 您有權瞭解您的治療選擇並作出決定 129
第7.2部分 您有權說出您想怎麼做 129
第7.3部分 如果您的指示沒被遵守該怎麼辦？ 130
第8部分 您有權提出投訴並要求我們重新考慮所做的裁定 130
第8.1部分 如何處理不公平待遇或取得更多關於您權利的資訊 131
第9部分 您身為計劃會員的責任 131

第1部分　您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner.We must also tell you about our plan’ s benefits and your rights in a way that you can understand.We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in Spanish, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Arabic and in formats such as large print, braille, or audio. To make a standing request to get materials in a language other than English or in an alternate format now and in the future, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time.
- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information.To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 541-5555, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time) to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at ((855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. A representative can help you make or change a standing request.You can also contact your Case Manager for help with standing requests.

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

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- U.S.Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.

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

Debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita, árabe y en formatos como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite.Esto se conoce como una solicitud permanente.Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información.Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a.m.a 5.00 p.m., hora local) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8.00 a. m.a 8.00 p.m., hora local.Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente.También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

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. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A. May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming ipaalam sa inyo ang mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang inyong mauunawaan. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay miyembro ng aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.Ang aming plano ay may mga taong makasasagot sa mga tanong sa iba’ t ibang wika.
- Makakapagbigay rin sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang Espanyol, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, Arabe at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio.Upang gumawa ng pangmatagalang kahilingang makuha ang mga materyales sa isang wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras .
- Maaari ninyong hilingin na ipadala namin palagi sa inyo ang impormasyon sa wika o format na gusto ninyo.Tinatawag itong palagiang kahilingan.Susubaybayan namin ang inyong palagiang kahilingan para hindi na ninyo kailanganing gumawa ng mga hiwalay na kahilingan sa bawat pagkakataong may ipapadala kaming impormasyon sa inyo.Upang makakuha ng dokumentong ito sa ibang wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang ma-update ang inyong rekord sa gustong wika.Upang makakuha ng dokumentong ito sa alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.Matutulungan kayo ng isang kinatawang gawin o baguhin ang palagiang kahilingan.Maaari din kayong makipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso para sa tulong sa mga palagiang kahilingan.

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). Matatawagan ninyo ito 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari din kayong maghain ng reklamo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa Cal MediConnect Ombudsman sa 1-855-501-3077. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

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

Chúng tôi 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 Dịch vụ Thành viên.Nhân viên trong chương trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh.Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương .
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần.Đây được gọi là yêu cầu cụ thể.Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể của quý vị.Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa.Để nhận tài liệu này ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên.Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu cụ thể.Quý vị cũng có thể liên hệ với Người Phụ Trách Hồ Sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 1-855-501-3077. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

A.본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오.본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다.

- 본 플랜에서는 또한 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공해 드릴 수 있습니다.현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627, TTY: 711, 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시에 .회원 서비스로 연락하십시오.
- 항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다.이를 상시 요청이라고 합니다.당사는 정보를 전송할 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 귀하의 상시 요청을 계속 추적합니다.이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다.이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)로 연락해서 최신 의약품 목록을 확인합니다. 담당자가 귀하의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다.케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Вы имеете право получать информацию любым удобным вам способом

Мы должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах понятным для вас способом. 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 в отдел обслуживания участников.В рамках нашего плана работают специалисты, которые могут предоставить информацию на различных языках.
- Материалы по нашему плану также доступны на испанском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, тагальском, вьетнамском, арабском языках и в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат.Чтобы подать запрос о предоставлении вам материалов на языке, отличном от английского, или в другом формате (в данный момент или в будущем), свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону (855) 665-4627, номер TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени .
- Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате.Это называется «постоянный запрос».Мы внесем такой постоянный запрос в систему, и вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы будем направлять вам информацию.Чтобы получить данный документ на языке, отличном от английского, позвоните по тел.(800) 541-5555, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 17:00 по местному времени, и попросите внести в свою карту предпочитаемый язык.Чтобы получить данный документ в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников по тел.(855) 665-4627, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени.Представитель компании поможет создать или изменить постоянный запрос.Также за помощью в работе с постоянными запросами вы можете обращаться к координатору медицинских услуг.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языковых проблем или нарушения здоровья и вы захотите подать жалобу, позвоните в Medicare по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048. Подать жалобу на Medi-Cal можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер TTY для лиц с нарушениями слуха: 711.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得資訊

我們必須以您可以理解的方式，告知您有關計劃福利和您的權利的資訊。我們必須每年告知您，關於您在我們的計劃中擁有的權利。

- 如果您想以自己能夠理解的方式獲得資訊，請致電會員服務部。我們計劃內的人員可以用不同語言回答您的問題。
- 我們的計劃也可以為您提供西班牙文、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯文、韓文、俄文、塔加洛語、越南文和阿拉伯文版本的資料，以及大字體、點字或音訊格式。如果要求現在和以後接收非英文版本或其他格式的資料，請致電會員服務部 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）.
- 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，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間），以更新您偏好語言的記錄。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，服務時間為：週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡案例經理，取得長期要求的相關協助。

如果您由於語言問題或殘障而無法獲得我們計劃的相關資訊，並且您想要提出上訴，請致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。我們 24 小時全天候接聽您的電話。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您還可以透過以下方式向 Medi-Cal 提出投訴：致電 Cal MediConnect Ombudsman，電話號碼為 1-855-501-3077。 TTY 使用者請撥 711.

أ- حقك في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي.لتقديم طلب دائم للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم ☐☐ 665-4627 (855) ، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه.ويسمى هذا طلبًا مستمرًا.وسوف نتتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات.للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم (800) 541-5555، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711☐، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8☐ صباحًا حتى 5☐ مساءً حسب التوقيت المحلي) لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة.للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره.كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم ☐ 1-877-486-2048. كما يمكنك التقدم بشكواك إلى برنامج Medi-Cal عن طريق الاتصال ببرنامج Cal MediConnect على الرقم 1-855-501-3077. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم Ombudsman 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដឹមប៊ីទទួលហានព័ត៌មានតាមរបៀបដលៃបំពញេតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតប្រែាប់លាកអ្នកអំពីអត្ថបុរយោជន៍នតៃមម្រាង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដលៃអ្នកអាចយល់ហាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតៃប្រាប់លាកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លាកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំៗ ដាយសារលាកអ្នកនៅក្នុងគម្រាងយើងខ្ញុំ ។

- ដឹមប៊ីទទួលហានព័ត៌មានតាមវិធីដលៃជ្រើឲយលាកអ្នកអាចយល់ហាន សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់សវោកម្មមបម្រើសមាជិក ។ គម្រាងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដលៃអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សងៗហាន។
- គម្រាងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឲយអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអេស៉ាញ អាមនេ ខ្មមរែ ចិន ហ្វាសី ក៉ូរ៉ រុស្សី តាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហើយមានទូរង់ទូរាយជាការហៅពុមពធំ អក្សរសមរាប់មនុស្សពិការភ្នកែ ឬសមុលងៃ។ ដឹមប៊ីសុនីសុំដឹមប៊ីទទួលហានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លសេឬទមូរង់ផ្សងៃទៀតនៅពលៃនេះ និងពលៃអនាគត សូមទាក់ទងទៅសវោកម្មមសមាជិក (855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីច្រងចៃន្ទទ - ច្រងសៅ្រពីម៉ាង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ាង 8 យប់ ម៉ាងក្នុងស្រុក។.
- ដឹមប៊ីដាក់សំណើរដឹមប៊ីទទួលហានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លសេ ឬទមូរង់ផ្សងៃទៀតនា ពលៃបច្ចុប្បន្ន និងពលៃអនាគត សូមទាក់ទងទៅសវោកម្មមសមាជិក (855) 665-4627, TTY៖ 711 ពីច្រងចៃន្ទទ - ច្រងសៅ្រពីម៉ាង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ាង 8 យប់ម៉ាងក្នុងស្រុក។.
- អ្នកអាចសុនីសុំអាយពួកយើងផ្ញើអាយអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទមូរង់ដលៃអ្នកតូ្រវការ។ តូ្រវន់នេះគហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំហាច់បង្កីតសំណើដាច់ដាយឡែករាល់ពលៃដលៃយើងផ្ញើពត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដឹមប៊ីទទួលហាងកសារនេះជាភាសាដលៃមិនមនៃជាភាសាអង់គ្លសេនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋបាលមលខេ(800) 541-5555, TTY៖ 711 ច្រងចៃន្ទទ ដល់ច្រងសៅ្រ ម៉ាង8 ព្រឹក ដល់ 5 លុងាច ម៉ាងក្នុងស្រុក) ដឹមប៊ីជ្រើបច្ចុប្បន្នភាពទិន្ននន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដលៃចង់ហាន។ ដឹមប៊ីទទួលហាងកសារនេះជាទមូរងផ្សងៃនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សវោសមាជិកតាមលខេ(855) 665-4627, TTY៖ 711 ច្រងចៃន្ទទដល់ ច្រងសៅ្រ ម៉ាង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ាងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងមនាក់អាចជួយអ្នកកុនុងការបង្កីត ឬផ្តលាស់បូតូរសំណើដលៃមានជាអចិន្ត្រយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរឿងរបស់អ្នកដឹមប៊ីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal បានផងដែរ ដោយទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលេខ1-855-501-3077 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

A.حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

باید مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که بتوانید آنها را درک کنید.باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما خاطرنشان کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که بتوانید آن را درک کنید، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند.برای درخواست جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره(855) 665-4627، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.
- می توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم.به این امر درخواست دائمی گفته می شود.ما حساب درخواست دائمی شما را نگه می داریم تا لازم نباشد که هر بار که برایتان اطلاعات ارسال می کنیم به طور جداگانه درخواست کنید.برای دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 711 :TTY، 541-5555 (800)، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید.برای دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 711 :TTY، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.یک نماینده می تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند.همچنین می توانید با مدیر پرونده برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048تماس بگیرند.همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsmanبه شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید.کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

A.Ֆուժ իրավունք ունեք ստանալ տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք զանվում եք մեր պլանում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:

- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր իսպաներեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ առադիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

- Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում ստանալու նպատակով մշտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ ‹include-if()(855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

- Կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մշտական պահանջ: Մենք կկատարենք ձեր մշտական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը ապահովող ապասարկման կենտրոնով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով)՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, Երկուշաբթիից-ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մշտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ապասարկման կենտրոնով: Դուք կարող եք զանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 ապասարկման կենտրոնով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ զանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

第2部分　我們有責任確保您及時獲得承保的服務和藥物

如果您在取得照護時遭遇困難，請致電會員服務部：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。

您享有我們計劃的會員權利。

- 您有權在我們的網絡選擇主要醫療服務提供者 (PCP)。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。您可以在《*會員手冊*》**第 3 章**中找到更多相關資訊，包括哪些類型的醫療服務提供者可擔任 PCP，以及如何選擇 PCP。
  - 請致電會員服務部或查閱*醫療服務提供者與藥房名錄*，以瞭解更多關於網絡醫療服務提供者的資訊以及哪些醫師接受新病患。
- 婦女有權在未獲轉診的情況下由女性健康專科醫師看診。轉診是指您的 PCP 批准您使用您的 PCP 以外的其他醫療服務提供者。
- 您有權在合理的時間範圍內，從網絡醫療服務提供者處獲得經承保的服務。
  - 這包括有權及時獲得專科醫師提供的服務。

- 如果您無法在合理的時間範圍內獲得服務，我們將會支付網絡外照護的費用。
- 您有權在不經過事先批准的情況下，獲得急診服務或照護。
- 您有權在不經過長時間等候的情況下，從任何我們的網絡藥局領取您的處方藥。
- 您有權知道何時可以使用網絡外醫療服務提供者處。瞭解網絡外醫療服務提供者，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章**。
- 當您首次加入我們的計畫時，如果符合特定條件，您有權保留目前的醫療服務提供者和服務授權最多 12 個月。進一步瞭解保留您的醫療服務提供者和服務授權，請參閱《*會員手冊*》**第 1 章**。
- 您有權在您的照護團隊和個案經理的協助下作出自己的健康照護決定。

《*會員手冊*》**第 9 章**會告訴您，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。並告訴您，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。

第3部分　我們有責任保護您的個人健康資訊 (PHI)

我們會依照聯邦和州政府法令，保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的 PHI 包括當您註冊本計劃時提供給我們的資訊。另外還包括您的醫療記錄和其他醫療和健康資訊。

您有權取得您的資訊並控制您的 PHI 的使用方式。我們會提供一份書面通知書給您，說明這些權利，並說明我們如何保護您的 PHI 隱私。這份通知書叫做「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。

第3.1部分　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紀錄。

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

有時候，我們不需要先取得您的書面許可。這些例外情況是受到法律允許或要求的情況。

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

第3.2部分　您有權查看您的醫療紀錄

- 您有權查看您的醫療紀錄，並且可以取得您的紀錄副本。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療紀錄。如果您要求我們這樣做，我們會與您的健康照護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。

如果您對於您受保護健康資訊 (PHI) 的私密性有問題或疑慮，請致電會員服務部。

您的隱私權

親愛的 Molina Medicare 會員：

我們十分重視您的隱私權。我們尊重並保護您的隱私權。Molina 使用和分享您的資訊，旨在為您提供健康福利。Molina 希望您知道您的資訊會被如何使用或分享。

PHI 是指受保護的健康資訊。受保護健康資訊 (PHI) 包括您的姓名、會員號碼、種族、民族、語言需求或其他能確認您身份的資訊。Molina 想讓您知道我們使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI) 的方式。

為什麼 Molina 要使用或分享會員的受保護健康資訊 (PHI)？

- 為您提供治療
- 為您的健康照護付費
- 用於審查您所接受之照護品質
- 告知您關於照護的選擇
- 實施我們的健康計劃
- 根據法律要求或許可之其他目的使用或分享受保護健康資訊 (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 必須取得您的書面核准，才能出於上述用途以外的目的使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)。

您享有的隱私權是什麼？

- 可查看您的受保護健康資訊 (PHI)
- 可獲取您的受保護健康資訊 (PHI) 副本
- 可修正您的受保護健康資訊 (PHI)
- 可要求我們不以某些方式使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)
- 可獲得我們將與其分享您的受保護健康資訊 (PHI) 的人員或場所清單

Molina 如何保護您的受保護健康資訊 (PHI)？

Molina 採用多種方式保護我們整個健康計畫的受保護健康資訊 (PHI)。這包括書面、口頭或電腦中的受保護健康資訊 (PHI)。以下是 Molina 保護受保護健康資訊 (PHI) 的一些方式：

- Molina 制定了保護受保護健康資訊 (PHI) 的政策和規則。
- Molina 對能夠檢視受保護健康資訊 (PHI) 的人士做出限制。僅有必須知悉受保護健康資訊 (PHI) 的 Molina 職員才可使用受保護健康資訊 (PHI)。
- Molina 職員受過如何保護受保護健康資訊 (PHI) 方面的訓練。
- Molina 職員必須以書面形式同意遵循保護受保護健康資訊 (PHI) 的規則及政策。
- Molina 將受保護健康資訊 (PHI) 安全地存放於我們的電腦中。在我們的電腦中的受保護健康資訊 (PHI) 會透過防火牆和密碼加以保密。

Molina 如何遵守法規？

- 確保您的受保護健康資訊 (PHI) 保密。
- 為您提供書面資訊，例如有關我們的責任與您的受保護健康資訊 (PHI) 隱私實務的資訊。
- 遵守我們《隱私權政策通知》內的條款。

如果您認為您的隱私權沒有受到保護，您能夠做些什麼？

- 致電或寫信給 Molina 進行投訴。
- 向衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services, HHS) 提出投訴。

我們不會採取任何對您不利的行動。您的行動不會以任何方式改變您得到的照護。

以上僅是大概內容。我們的《隱私權政策通知》中有更多有關我們如何使用和分享會員的受保護健康資訊 (PHI) 的資訊。我們的《隱私權政策通知》位於本會員手冊的下列章節。它會發佈在我們的網站 www.molinahealthcare.com 上。您也可以致電會員服務部，索取一份《隱私權政策通知》，電話為：(855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者請撥打 711。

隱私權政策通知

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

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

Molina Healthcare of California（下文簡稱「**Molina Healthcare**」、「**Molina**」、「**我們**」或「**我們的**」）使用和分享您受保護的健康資料，為您提供作為 Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 會員所享有的健康福利。我們使用和分享您的資料，以便進行治療、付款和健康照護管理。我們也可能出於某些法律要求和允許的原因，使用和分享您的資料。我們有責任保護您的健康資料隱私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 是指受保護的健康資訊。PHI 是包括您的姓名、會員號碼或其他識別號碼，並且由 Molina 使用或分享的健康資訊。

Molina 為什麼使用或分享您的 PHI？

我們為了向您提供健康照護福利而使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)。我們使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI) 進行治療、付款和健康照護業務。

用於治療

Molina 可以使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)，以為您提供或安排健康照護。這些治療也包括您的醫師或其他健康照護提供者之間的轉介。例如，我們可以與專科醫師分享您的健康狀況資訊。這有助於專科醫師與您的醫師談論您的治療事宜。

用於付款

Molina 可以使用或分享受保護健康資訊 (PHI) 以做出付款裁定。這可能包括理賠、核准治療和關於醫療需求的裁定。您的姓名、健康狀況、所接受的治療與及我們提供給您的用品均可能在帳單上列出。例如，我們可以讓醫師知道您享有我們的福利。我們也可能告訴醫師我們將支付的帳單金額。

用於醫療保健業務

Molina 可以使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI) 以經營我們的健康計畫。例如，我們可以使用您的索賠資料讓您瞭解可能對您有幫助的健康計畫。我們也可能使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI) 來解決會員的疑慮。您的受保護健康資訊 (PHI) 也可以用來檢查您的索償款項是否得到正確支付。

健康照護業務包括許多日常業務需求。它包括但不限於以下內容：

- 改進品質；
- 透過健康計畫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；
- 幫助我們遵守法律；
- 回應會員需求，包括解決投訴與不滿。

我們會與處理本健康計劃其他服務的其他公司（「**業務夥伴**」）分享您的 PHI。我們也可以使用您的受保護健康資訊 (PHI) 向您提醒您的約診。我們可以使用您的受保護健康資訊 (PHI) 向您提供關於其他治療或其他有關健康的福利及服務的資訊。

Molina 何時可以不經您書面授權（核准）而使用或分享您的 PHI？

除治療、付款和健康照護業務外，法律允許或要求 Molina 為其他目的使用和分享您的受保護健康資訊 (PHI)，包括以下各項：

法律要求

我們將根據法律要求使用或分享關於您的資訊。如果衛生及公共服務部 (HHS) 部長要求，我們將分享您的受保護健康資訊 (PHI)。這可能用於法庭案件、其他法律審查或是執法目的。

公共衛生

可以為公共衛生活動使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)。這可能包括幫助公共衛生機構防止或控制疾病。

醫療監管

可以與政府機構使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI)，這些機構可能需要您的受保護健康資訊 (PHI) 以進行稽核。

研究

在某些情況下，您的受保護健康資訊 (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批准時。

法律或行政訴訟

您的受保護健康資訊 (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

您的受保護健康資訊 (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

您的受保護健康資訊 (PHI) 可能被分享，以防止對公共健康或安全造成嚴重威脅。

政府職能

您的 PHI 可能會提供給政府以用於特殊職能，例如國家安全活動。

被虐待、忽略、家庭暴力的受害人

如果我們相信您是虐待或忽略的受害人，我們可能會將您的受保護健康資訊 (PHI) 提供給適當的執法機關。

工作人員的補償

為了遵守勞工賠償法律，可能會使用或分享您的受保護健康資訊 (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受保護健康資訊 (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，必須先取得您的授權：(1) 在多數情形下心理治療紀錄的使用及揭露；(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。您有權取消您提供給我們的書面批准。即使您取消您的書面批准，此決定不適用於我們之前在得到您批准下已採取的行動。

您的健康資訊權是什麼？

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受保護健康資訊 (PHI)。您可以要求我們不要與家人、朋友或您指明的健康照護參與人分享您的受保護健康資訊 (PHI)。但是，我們有權不接受您的要求。您需要以書面提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。

- **要求受保護健康資訊 (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受保護健康資訊 (PHI)，以保護您的受保護健康資訊 (PHI) 私密性。 我們將遵循合理的機密通訊要求，以特定形式或格式提供 PHI（若其可使用所要求的表格、格式或備用地點）。 您需要以書面或電子傳訊提出要求。

檢視和影印您的 PHI

您有權檢視我們所持有您的受保護健康資訊 (PHI)，並索取影本。這可能包括 Molina 會員辦理保險、索賠和其他決策時使用的紀錄。您需要以書面提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。複製和郵寄這些紀錄時，我們可能會向您收取合理的費用。某些情況下，我們可以否決這些要求。重要事項：我們沒有您的病歷完整副本。如果您希望檢視、取得副本或更改您的醫療記錄，請與您的醫師或診所聯絡。

修改您的 PHI

您可以要求我們修改（更改）您的受保護健康資訊 (PHI)。這僅涉及我們為您保管的會員紀錄。您需要以書面提出要求。您可以使用 Molina 的表格提出要求。如果我們否決您的要求，您可以向我們發出異議函。

接收 PHI 披露（分享您的 PHI）的記錄

您可以要求我們向您提出清單，列明在您要求之日前六年之間我們與其分享您受保護健康資訊 (PHI) 的特定當事人清單。這份清單不包括以下方所列方式分享的受保護健康資訊 (PHI)：

- 用於治療、付款或健康照護營運的受保護健康資訊 (PHI)；
- 向本人提供的受保護健康資訊 (PHI)；
- 透過您的授權分享的受保護健康資訊 (PHI)；
- 經適用法律允許或要求而使用或揭露的受保護健康資訊 (PHI)；
- 為維護國家安全利益或為獲取情報之目的而發佈的受保護健康資訊 (PHI)；或
- 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佈的 PHI。

如果您在 12 個月內要求領取本清單超過一次，我們會對每份清單收取合理的費用。您需要以書面提出要求。您可以使用 Molina 的表單申請。

您可以提出上述任何要求，或者領取本通知副本。請致電 Molina 會員服務部 (855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者請撥打 711。

如果您的權利未受到保護該怎麼辦？

如果您認為您的隱私權受到侵犯，可以向 Molina 和衛生及公共服務部投訴。我們不會由於您提出投訴而採取對您不利的任何行動。您的照護和福利不會有任何變更。

您可以寫信向我們投訴：
Molina Healthcare of California
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

電話：(855) 665-4627，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者請撥打 711。

您可以向美國衛生及公共服務部部長投訴：

U.S.Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201

(800) 368-1019；(800) 537-7697（電傳打字機）；

(202) 619-3818（傳真）

Molina 有哪些責任？

Molina 應當：

- 確保您的受保護健康資訊 (PHI) 進行保密；
- 為您提供書面資訊，例如有關我們的責任與您的受保護健康資訊 (PHI) 隱私實務的資訊；
- 在您未受保護的受保護健康資訊 (PHI) 外洩時您發出通知；
- 不得為承保目的而使用或揭露您的基因資訊；
- 遵守本通知條款。

本通告之內容可能會有變更

Molina 保留隨時更改其資料管理制度與本通知條款的權利。如果我們做出變更，新的條款和政策將適用於我們保存的所有受保護健康資訊 (PHI)。如果我們變更資料，Molina 將在我們的網站上發佈修改的通知，並將修改的通知，或者資料變更資訊以及取得修改的通知的方法，在我們的下一次年度郵件中寄送給當時投保 Molina 的會員。

聯絡資訊

如果您有任何問題，請聯絡以下辦事處：
電話：
Molina 會員服務部
(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。
書面：
Molina Healthcare of California
Attention：
Medicare Appeals and Grievances
P.O.Box 22816
Long Beach, CA 90801

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，號碼：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。
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.

第4部分　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、網絡內服務提供者和您承保服務的資訊。

如果您不會說英語，我們有口譯服務，可以為您解答有關我們健康計劃的任何疑問。如果您需要口譯員服務，請致電 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。這是提供給您的免費服務。我們也可以提供西班牙文、亞美尼亞文、阿拉伯文、越南文、高棉文、中文、俄文、波斯文、塔加拉族文和韓文的書面資料及/或資訊。我們還可以透過大字格式、點字或音頻向您提供資訊。若需長期要求現在和將來接收非英語語言或替代格式的資料，請致電會員服務部 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。

如果您需要以下任何一種類型的資訊，請致電會員服務部：

- 有關如何選擇或更換計劃的資訊
- 有關我們計劃的資訊，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
- 有關我們網內醫療服務提供者和我們網內藥局的資訊，包括：
  - 如何選擇或更換主要醫療服務提供者
  - 我們的網絡醫療服務提供者和藥房的資格
  - 我們如何支付網絡醫療服務提供者
- 有關給付服務和藥物以及您必須遵守的規定的資訊，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承保的服務與藥物的規定

- 某些項目不受給付的原因以及該如何處理此狀況的資訊（請參閱《*會員手冊*》**第 9 章**），包括要求我們：
  - 書面說明某項服務不受給付的原因
  - 更改我們所做的決裁定
  - 支付您收到的帳單

第5部分　網內提供者不得直接向您收費

我們網絡內的醫師、醫院和其他醫療服務提供者不能要求您支付已承保服務的費用。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。瞭解網絡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**。

第6部分　您有權離開我們的計劃

如果您不願意，沒有人可以逼迫您持續投保我們的計畫。

- 您有權透過 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage 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 Medicare Advantage 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 Medicare Advantage 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。

第7部分　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。

第7.1部分　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狀況和治療選擇。您有權：

- **知道您的選擇。**您有權被告知不同的治療選擇。
- **知道風險。**您有權被告知是否有任何風險。我們事先必須告知您，如果任何服務或治療屬於研究實驗。您有權拒絕實驗性的治療。
- **獲得第二診療意見。**您有權在決定治療之前，諮詢另一個醫師的意見。
- **拒絕。**您有權拒絕任何治療。這包括，您有權離開醫院或其他醫療設施，即使醫師建議您不要離開。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。當然，如果您拒絕接受治療或停止服用藥物，您必須對此舉造成的後果負起全責。
- **要求我們解釋醫療提供者否決照護的原因。**如果某位醫療服務提供者拒絕您認為應該得到的照護，您有權要求我們加以說明。
- **要求我們給付已拒絕或通常不給付的服務或藥物。**這稱為給付裁定。《*會員手冊*》第 9 章說明如何要求我們作出給付裁定。

第7.2部分　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 點至晚上 8 點。如果您是聽障人士或有嚴重聽力障礙者，請致電 TTY：711 取得 California Relay Service

有時候，人們會無法自己做醫療照護的決定。您可以在發生這些情況之前：

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

您用來提供指示的法律文件稱為「醫療事前指示」。醫療事前指示有不同的類型和名稱。生前意願書和醫療照護授權代理人就是醫療事前指示的範例。

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有表格。您可以在線上找到免費的表單並下載。
- **填寫表格並簽名。**這個表格是一份法律文件。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。**您應該把表格的副本交給您的醫師，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) 將在變更後的 90 天內告知您州法律的變更。

建立醫療事前指示是您的選擇。請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。

第7.3部分　如果您的指示沒被遵守該怎麼辦？

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。

Ombuds 計劃 1-855-501-3077。此電話是免費的。

TTY: 1-855-847-7914。此號碼是給聽障或聾啞人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能撥打。

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

網站：https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

第8部分　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。

第8.1部分　如何處理不公平待遇或取得更多關於您權利的資訊

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

- 會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program（醫療保險顧問和權益促進計劃，HICAP）：1-800-434-0222。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 和 San Bernardino 郡：(909) 256-8369
- Ombuds 計劃，撥打 1-888-452-8609。此機構的詳細資訊及聯絡方式，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。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。（您也可以閱讀並下載 Medicare 網站上的《Medicare 權利與保障》，網址：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf）

第9部分　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。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **閱讀《*會員手冊*》**以瞭解計劃承保範圍以及您需要遵守的規定，以便您獲得承保的服務和藥物。與您的以下項目相關的資訊：
  - 承保服務，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章和第 4 章**。這些章節說明承保範圍、不承保項目、您需要遵守的規定以及您的自付費用。
  - 承保藥物，請參閱《*會員手冊*》**第 5 章和第 6 章**。
- **如果您還有任何其他的健保或處方藥保險**，請告知我們。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。
- **請告訴您的醫師和其他健康照護提供者**您是我們的計劃的會員。每次領取服務或藥物時，請出示您的計劃 ID 卡。
- **幫助您的醫師**和其他醫療照護提供者為您提供更好的照顧。
  - 將有關於您和您健康的必要資訊提供給他們。您要盡量多瞭解您的健康問題。遵守您和您的醫療服務提供者都同意的治療計劃和指示。
  - 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。包括處方藥、非處方藥、維他命和營養補品。
  - 提出您的問題。您的醫師和其他醫療服務提供者應該以您能夠理解的方式向您解說。如果您問了一個問題，但不理解所得到的回答，請再問一次。
- **與您的個案經理合作**，包括完成年度健康風險評估。
- **體諒他人。**我們期待所有的會員都能夠尊重其他病患的權利。我們也期待您的行為舉止能尊重您的醫師診所、醫院和其他醫療服務提供者。
- **請告訴我們您在本計劃外接受的任何服務。**
- **支付您該支付的帳目。**身為本計畫的會員，您有支付以下付款的責任：
  - Medicare A 部分和 Medicare B 部分保費。對於大部分的計劃會員，Medi-Cal 將支付您 A 部分保費和 B 部分保費。

  - **如果您接受任何不在我們的計劃給付範圍內的服務或藥物，您就一定要全額支付費用。**
- **如果您搬家一定要告訴我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。請致電會員服務部。
  - **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，您可以轉換至 Original Medicare 或投保您新住所的 Medicare 健康或處方藥計畫。我們會告訴您我們在您的新區域是否有計劃。
  - 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**，以取得 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼。
  - **如果您搬遷後的地方在我們的服務區域內，我們還是需要知道。**這樣我們才能在您的會員紀錄中維持最新的資訊，並且知道如何與您聯絡。
- **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，請致電會員服務部。

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資訊。如果您有以下情況，請參閱本章以瞭解如何處理：

- 對於您的計畫有問題或需要投訴。
- 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。
- 您認為您的經承保服務結束得太早。
- 您有長期服務與支援方面的問題或想要投訴，這包括社區成人服務(CBAS)和照護機構(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。**

您應該獲得您的醫師和其他醫療服務提供者認為在您的照護計畫中，您的照護所必要的健康照護、藥物和長期服務與支援。**如果您有照護上的問題，可以致電 Cal Ombuds 計劃尋求協助，電話：1-888-452-8609。**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**。

目錄

第1部分 如果您有問題或疑慮時該怎麼做 136
第1.1部分 關於法律術語 136
第2部分 哪裡可以取得協助 136
第2.1部分 取得更多資訊和協助 136
第3部分 瞭解本計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴 137
第4部分 與福利相關的問題 138
第5部分 給付裁定和上訴 138
第5.1部分 給付判定 138
第5.2部分 上訴 138
第5.3部分 給付裁定和上訴的協助 139
第5.4部分 本章哪一節可協助您 139
第6部分 醫療照護 139
第6.1部分 請使用本節 140
第6.2部分 要求給付裁定 140
第6.3部分 提出第 1 級上訴 142
第6.4部分 提出第 2 級上訴 144
第6.5部分 支付問題 147
第7部分 Medicare D 部分處方藥 148
第7.1部分 D 部分給付裁定和上訴 148
第7.2部分 D 部分例外處理 149
第7.3部分 要求例外處理的重要須知事項 150
第7.4部分 要求給付裁定，包括例外處理 150
第7.5部分 提出第 1 級上訴 152
第7.6部分 提出第 2 級上訴 153
第8部分 要求我們給付更長的住院時間 154
第8.1部分 了解您的 Medicare 權利 154
第8.2部分 提出第 1 級上訴 155
第8.3部分 提出第 2 級上訴 156
第8.4部分 提出第 1 級替代上訴 157
第8.5部分 提出第 2 級替代上訴 157
第9部分 要求我們繼續給付特定醫療服務 158
第9.1部分 給付終止前的事先通知 158
第9.2部分 提出第 1 級上訴 158
第9.3部分 提出第 2 級上訴 159
第9.4部分 提出第 1 級替代上訴 160
第9.5部分 提出第 2 級替代上訴 161

第10部分 上訴到第 2 級以上 161
第10.1部分 Medicare 服務和項目的後續步驟 161
第10.2部分 其它 Medi-Cal 上訴 162
第10.3部分 D 部分藥物要求的第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴 163
第11部分 如何提出投訴 163
第11.1部分 哪些問題需經由投訴程序處理 163
第11.2部分 內部投訴 164
第11.3部分 外部投訴 165

第1部分　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。

第1.1部分　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。我們會盡量少用縮寫字。

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「組織裁決」、「福利裁決」、「風險裁決」或「給付裁決」
- 「快速給付裁定」而不是「加快裁決」
- 「投資獨立審查組織」而不是「獨立審查實體」

知道應該使用的辭彙可幫助您更清楚、準確的溝通，所以我們也會提供法律名詞。

第2部分　哪裡可以取得協助

第2.1部分　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 計劃取得協助

您可以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。醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 與我們或任何保險公司或健康計畫無關。醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 在每個郡都設有受過訓練的諮詢人員，提供免費服務。醫療保險顧問和權益促進計畫 (HICAP) 的電話號碼為 1-800-434-0222。

從醫療保健消費協會取得協助

您可以致電醫療保健消費協會 (Health Consumer Alliance)，並與倡導者討論您的健康承保問題。他們提供免費的法律協助。醫療保健消費協會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 1-888-804-3536，網站 www.healthconsumer.org。

從 Medicare 取得協助和資訊

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

- 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 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

從 Medi-Cal 取得協助與資訊

請致電：(916) 449-5000，當地時間週一至週五，上午 8 點至晚上 5 點。

TTY：711

從加州健康照護服務部取得協助

加州健康照護服務部 (California Department of Health Care Services, DHCS)，Medi-Cal 管理式照護申訴專員可以提供協助。如果您在加入、改變或退出健康計劃時遇到問題，他們可以為您提供協助。如果您搬家並且在將 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 點至下午 5 點致電申訴專員 1-888-452-8609。

從加州管理式醫療照護部取得協助

如需免費協助，請聯絡加州管理式醫療照護部 (California Department of Managed Health Care)。健康照護管理部 (DMHC) 負責規範健康計畫。DMHC 可幫助對 Medi-Cal 服務或帳單有問題者提出相關上訴。其電話號碼為 **1-888-466-2219**。聽障、重聽或語言障礙者可撥打免付費 **TDD** 號碼：**1-877-688-9891**。

加州健康照護管理部負責規範健康照護服務計畫。如果您要針對您的健康計劃提出申訴，在聯絡該部門之前，請先致電 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點，聯絡您的健康計劃，並採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。如果您需要幫助解決涉及緊急情況的申訴、您的健康計畫對申訴的解決方案未能讓您滿意，或申訴超過 30 天未解決，您可以致電該部門尋求援助。您可能也符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合獨立醫療審查 (IMR) 資格，獨立醫療審查 (IMR) 程序將公正審查健康計畫針對建議服務或治療之醫療必要性所做的裁定、公正審查對實驗性或研究性治療所做的給付裁定，以及公正審查急診或緊急醫療服務之款項爭議。部門也設有免費電話 (**1-888-HMO-2219**)，並針對聽覺及語言障礙人士設有 **TDD** 專線 (**1-877-688-9891**)。部門網站 **http://www.hmohelp.ca.gov** 也提供投訴表格、IMR 申請表格以及詳細說明。

第3部分　瞭解本計劃中 Medicare 和 Medi-Cal 的投訴和上訴

您有 Medicare 和 Medi-Cal。本章的資訊適用於您**所有** Medicare 和 Medi-Cal 的福利。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 6.4 部分**說明這些情況。

第4部分　與福利相關的問題

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。

您的問題或疑慮與您的福利或給付服務有關嗎？ 這包括特定醫療照護或處方藥是否可獲得給付、它們獲得給付的方式，以及醫療照護或處方藥付款的相關問題。	
是的。 我的問題是關於福利或給付。 請參第 138頁的**第 5 部分：「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163頁的**第 11 部分：「如何提出投訴」**。

第5部分　給付裁定和上訴

要求給付裁定與提出上訴的程序處理與您的給付和承保範圍有關的問題。這也包括與付款有關的問題。

第5.1部分　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。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。例如，您的網絡醫師會在每次您取得醫療照護，或者將您轉診給另一名專科醫師時，為您作出有利的給付裁定。

您或您的醫師也可以聯絡我們，要求給付裁定。您或您的醫師可能會確保我們承保特定的醫療服務或藥物。

如果我們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。**

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。

第5.2部分　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，您的上訴必須從第 1 級開始。您如果不打算先向 Medi-Cal 服務的計劃提出上訴，如果您的健康問題十分緊急或者可能立刻危及您的健康，或者您正承受巨大痛苦且需要立即裁定，請要求加州健康照護管理部進行獨立醫療審查，網址：www.dmhc.ca.gov。請參閱第 136 頁，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**您所有或部分的第 1 級上訴，您可以繼續進行第 2 級上訴。與我們無關聯的獨立審查組織會進行第 2 級上訴。

- 在某些情況下，您的案例會**自動傳送**給進行第 2 級上訴的獨立審查組織。如果發生這種情況，我們會告訴您。
- 在其它情況下，您**必須要求**進行第 2 級上訴。
- 請參閱**第 F4 節**以瞭解第 2 級上訴的更多資訊。

如果您不滿意第 2 級上訴的裁定，或可繼續進行其它級別的上訴。

第5.3部分　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**，電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。
- **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。
- **健康照護管理部協助中心** (DMHC) 提供免費協助。健康照護管理部 (DMHC) 負責規範健康計畫。DMHC 可幫助對 Medi-Cal 服務或帳單有問題者提出相關上訴。其電話號碼為 **1-888-466-2219**。聽障、重聽或語言障礙者可撥打免付費 **TDD** 號碼：**1-877-688-9891**。
- **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替您要求進行給付裁定或提出上訴。
- **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。若您符合資格，亦有部分團體向您提供免費的法律服務。
  - 致電 1-888-804-3536 要求一位醫療保健消費協會的法律援助律師。
- 如果您需要律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表委任書表格。此表給予他人代表您行事的許可權。請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部，索取「代表委任書」表格。您亦可透過 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 取得表格。**您必須給予我們一份簽名後的表格副本。**

第5.4部分　本章哪一節可協助您

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

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

如果您不確定所要使用的章節，請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部。

第6部分　醫療照護

本節說明在遇到醫療照護給付問題，或您希望我們償還您照護的費用時該怎麼做。

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

第6.1部分　請使用本節

本節會說明如何處理下列情況：

1. 您認為我們承保您需要的醫療照護，但您無法獲得。

   採取行動：您可以要求我們作出給付裁定。請參閱**第 6.2 部分**。

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。

   採取行動：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱**第 6.3 部分**。

3. 您認為我們會承保的醫療照護，但我們不支付。

   採取行動：您可以對我們不支付的決定提出上訴。請參閱**第 6.5 部分**。

4. 您已得到並支付您認為我們會承保的照護，您想要求我們將費用退還給您。

   採取行動：您可以要求我們償還您。請參閱**第 6.5 部分**。

5. 我們減少或停止承保特定醫療照護，而您認為我們的決定可能有害您的健康。

6. 您的照護遭到延誤，且您找不到醫師。

   採取行動：您可以對我們減少或停止該醫療照護的決定提出上訴。請參閱**第 6.4 部分**。

- 如果承保範圍與住院照護、居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務有關，將適用特殊規定。請參閱**第 8 部分或第 9 部分**以瞭解更多資訊。
- 關於減少或停止特定醫療照護承保的所有其它情況，請參閱本節（**第 6 部分**）作為您的指引。

第6.2部分　要求給付裁定

> 當給付裁定涉及您的醫療照護時，稱為「**整合組織裁決**」。

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：

- 電話：(855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點
- 傳真：(844) 834-2155。
- 信件：收件人：Medicare Member Services 200 Oceangate Ste.100 Long Beach, CA 90802。

我們會在取得決策所需資訊後的 5 個工作日內，以及不遲於收到要求後的 14 個日曆日以前，裁定得出例行性的預先批核結果。

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：

- 在取得決策所需資訊後的5個工作日內，以及不遲於收到要求後的14個日曆日以前，就醫療服務或項目提出答覆。
- 在我們收到您的要求後的 72 小時內就 Medicare B 部分處方藥提供答覆給您。

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**。

快速給付裁定

> 「快速給付裁定」的法律術語稱作「**加速裁決**」。

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」。快速給付裁定表示代表我們給您答覆的期限為：

- 在我們收到您的要求後的 72 小時內，就醫療服務或項目提供答覆給您。
- 在我們收到您的要求後的 24 小時內就 Medicare B 部分處方藥提供答覆給您。

如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第 K 節**。我們將在作出裁定後儘快打電話給您。

若要得到快速給付裁定，您必須符合下列兩項要求：

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

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

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：

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

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

第6.3部分　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，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。有關如何聯絡我們以進行上訴事宜的進一步詳細資訊，請參閱**第 2 章**。

若要提出「標準上訴」或「快速上訴」，請寫信或致電 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。

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

我們會在收到您的上訴後 5 個日曆天內，寄信給您，讓您知道我們收到了。

您必須在我們寄出信函告知我們的裁定當日算起 **60 個日曆日內**提出上訴。

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。
- 快速上訴的程序與快速給付裁定相同。若想要求快速上訴，請按照**第 F2 節**快速給付裁定的指示進行。
- 如果您的醫師向我們告知您的健康情況有需要，我們會為您提供快速上訴。

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

- 如果我們決定更改或停止您獲得的服務或項目給付，那麼我們將在採取行動前向您發送通知。
- 如果您不同意我們的決定，您可以提出第 1 級上訴。
- 如果您在我們的信函上日期起**10 個日曆日內**或在行動預期生效日（以較晚者為準）提出第 1 級上訴要求，我們將繼續給付該服務或項目。

- 如果您符合時限要求，在第 1 級上訴待決期間，您將獲得服務或項目，且不會有任何變更。
- 您也將獲得所有其他（與您的上訴無關的）服務或項目，且不會有任何變更。
- 如果您在上述日期之前沒有提出上訴，則在等待您的上訴裁定期間，您的服務或藥物將不會繼續。

我們考量您的上訴，並向您提供我們的答覆。

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

快速上訴有時限。

- 當我們採用快速期限時，則須**在收到您的上訴後 72 小時內**向您提供答覆。如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。

如果我們未能在 72 小時內答覆，則我們必須將您的要求送至第 2 級上訴程序。獨立審查組織隨後會進行審查。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。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，會將您的上訴傳送到獨立審查組織以進行第 2 級上訴。

標準上訴有時限。

- 如果我們採用標準期限，在您針對未獲得之服務的給付提出上訴後，我們必須在收到上訴的**30 個日曆日內**向您提供答覆。
- 如果您的要求是針對您未獲得的 Medicare B 部分處方藥，我們會在收到您的上訴後 **7 個曆日內**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。獨立審查組織隨後會進行審查。本章稍後將向您介紹該組織，並說明第 2 級上訴程序。

如果我們同意您的部分或全部要求，則須在收到上訴後的 30 個日曆日內授權或提供我方同意提供的給付，而若如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，則會在 **7 個日曆日內**授權或提供。

如果我們否決您的部分或全部請求，您有額外的上訴權利：

如果我們**否決**您部分或所有的要求，我們會發出通知信。

- 如果您的問題是關於 Medicare 服務或項目的給付，該信函會說明我們已將您的個案轉給獨立審查機構進行第 2 級上訴。
- 如果您的問題是關於 Medi-Cal 服務或項目的給付，該信函會說明如何自行提出第 2 級上訴。

第 1 級上訴期間，能繼續享有我的福利嗎？

如果我們決定更改或停止之前核准的服務或項目給付，那麼我們將在採取行動前向您發送通知。如果您不同意此行動，那麼您可以提交第 1 級上訴，並要求我們繼續為您提供該服務或項目的福利。您必須在以下日期或之前（以較晚者為準）提出要求，以繼續享受您的福利：

- 在我們的行動通知郵寄日期後的 10 天內；或者
- 行動的預計生效日期

如果您遵守該截止日期，那麼您在上訴處理期間可以繼續獲得爭議服務或項目。

第6.4部分　提出第 2 級上訴

如果我們**否決**您部分或全部的第 1 級上訴要求，我們會發出通知信。此信件告訴您 Medicare 或 Medi-Cal 或兩者一般是否會給付這項服務或項目。

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

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

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

如果您的問題是關於 Medicare 通常給付的服務或項目

獨立審查組織會審查您的上訴。該組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。

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

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

如果您在第 1 級已進行快速上訴，則在第 2 級也會是進行快速上訴。

- 如果您在第 1 級已進行快速上訴，則您在第 2 級會自動進行快速上訴。獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內**向您提供第 2 級上訴的答覆。

如果您在第 1 級已進行標準上訴，則您在第 2 級也是進行標準上訴。

- 如果您在第 1 級已進行標準上訴，則您在第 2 級會自動進行標準上訴。
- 如果您的要求與醫療項目或服務相關，審查組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**向您提供第 2 級上訴的答覆。
- 如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**向您提供第 2 級上訴的答覆。

獨立審查組織會透過書面方式向您告知其答覆並說明理由。

- **如果獨立審查組織同意部分或全部的醫療項目或服務要求**，我們必須立即實施此決定：

  - 在 **72 小時內**授權醫療照護給付，或
  - 在我們取得獨立審查組織對**標準要求**的決定後 **14 個日曆日內**提供服務，或
  - 在我們取得獨立審查組織對**加速要求**的決定後 **72 小時內**提供服務。
- 如果獨立審查組織對 Medicare B 部分處方藥要求給予部分或全部的**同意**，我們必須授權或提供所要求的 Medicare B 部分處方藥：
  - 在我們取得獨立審查組織對**標準要求**的決定後 **72 小時內**，或
  - 在我們獲得獨立審查組織對**加速要求**的決定後 **24 小時內**。
- 如果此組織**否決**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您的醫療照護給付要求（或部分要求）。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。

如果您的個案符合要求，您可選擇是否要進一步提出上訴。

第 2 級之後有三個額外上訴程序層級，總共五個上訴層級。

如果您的第 2 級上訴遭到駁回，但符合繼續上訴的要求，您必須決定是否要繼續進入第 3 級並提出第三次上訴。如需詳細瞭解相關做法，請參閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知。

第 3 級上訴由行政法官或司法審裁官審理。請前往**第 J 節**，瞭解第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的更多資訊。

如果您的問題是關於 Medi-Cal 通常給付的服務或項目

對於 Medi-Cal 服務和項目有兩種提出第 2 級上訴的方式：(1) 提出投訴或獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

(1) 獨立醫療審查

您可以提出投訴，或要求加州健康照護管理部 (DMHC) 協助中心進行獨立醫療審查 (IMR)。提出投訴後，健康照護管理部 (DMHC) 會審查您的裁定，並做出裁決。獨立醫療審查 (IMR) 適用于任何 Medi-Cal 給付的服務，或者本質上屬於醫療範疇的事務。獨立醫療審查 (IMR) 是由與本計畫無關聯或屬於健康照護管理部 (DMHC) 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項目。您不需要為獨立醫療審查 (IMR) 支付任何費用。

如果我們的計畫有以下情況，您可以提出投訴或申請獨立醫療審查 (IMR)：

- 拒絕、更改或延遲 Medi-Cal 服務或治療，因為我們的計畫判定其不具有醫療必要性。
- 針對嚴重醫療症狀，不給付實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 不支付您已接受的急診或緊急 Medi-Cal 服務。
- 未在 30 個日曆日內（標準上訴）或 72 小時內（快速上訴）解決有關 Medi-Cal 服務的第 1 級上訴。

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

您有權進行獨立醫療審查 (IMR) 和州聽證會，但是如果您已經進行了州聽證會，則不可以就同一問題要求進行獨立醫療審查 (IMR)。

在大多數情況下，您必須在提出 IMR 請求之前向我們提出上訴。請參閱第 155 頁，瞭解我們第 1 級上訴程序的相關資訊。如果您不同意我們的裁定，您可以向 DMHC 提出投訴，或要求 DMHC 協助中心進行 IMR。

如果您的治療因為屬於實驗或研究性質而遭拒絕，您不需要先參與我們的上訴程序，即可申請獨立醫療審查 (IMR)。

如果您的問題很緊急，且對您的健康造成立即且嚴重的威脅，或者您正承受巨大痛苦，您可以立即提交給健康照護管理部 (DMHC) 處理，無須先經過我們的上訴程序。

您必須在我們寄出有關您上訴的書面裁定後 **6 個月內申請 IMR**。健康照護管理部 (DMHC) 可能會在 6 個月後接受您的申請，但必須出於正當理由，例如：您的醫療症狀讓您無法在 6 個月內申請獨立醫療審查 (IMR)，或您未收到我們有關獨立醫療審查 (IMR) 程序的通知。

如需申請獨立醫療審查 (IMR)：

- 請填寫載於 www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx 之獨立醫療審查申請表/投訴表，或撥打 DMHC 協助中心電話 1-888-466-2219。TTY 使用者應撥打 1-877-688-9891。
- 如果有我們否決之服務或項目的相關信函或其他文件的副本，請附上這些副本。這可以加速獨立醫療審查 (IMR) 程序。請郵寄文件的副本，而不是正本。協助中心無法退回任何文件。
- 如果有人協助您進行 IMR，請填寫 Authorized Assistant Form (授權助理表)。您可以在 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 取得表格，或致電部門的協助中心：1-888-466-2219。TTY 使用者應撥打 1-877-688-9891。
- 將您的表格和任何附件郵寄或傳真至：

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

如果您符合 IMR 的資格，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。收到您的計劃提供的申請表和支持文件後，DMHC 將於 30 個日曆日內作出 IMR 裁定。您應該會在提交填妥的申請後 45 個日曆日內收到獨立醫療審查 (IMR) 裁決。

如果您的個案緊急，且您符合 IMR 的資格，DMHC 將審查您的個案，並在 2 個日曆日內向您寄送一封信函，告知您符合 IMR 的資格。收到您的計劃提供的申請和支持文件後，DMHC 將於 3 個日曆日內作出 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。如果您不滿意獨立醫療審查 (IMR) 結果，您還可以要求舉行州聽證會。

如果健康照護管理部 (DMHC) 未收到您或您的治療醫師提供的所有醫療紀錄，獨立醫療審查 (IMR) 可能耗費更長的時間。您使用的醫師如果不在您的健康計畫網絡內，請務必向該醫師索取您的醫療紀錄並寄送給我們。您的健康計畫必須取得網絡內醫師所提供的醫療紀錄副本。

如果健康照護管理部 (DMHC) 裁定您的個案不符合進行獨立醫療審查 (IMR) 的資格，健康照護管理部 (DMHC) 將按照正常的消費者投訴程序審查您的個案。您的投訴應該會在提交填妥的申請後 30 個日曆日內解決。如果您的投訴十分緊急，就會加速解決。

(2) 州聽證會

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

大多數情況下，在收到《您的聽證權利》通知後，**您有 120 天的時間要求舉行州聽證會**。

注意：如果您因為您當前獲得的服務將要改變或停止而要求舉行州聽證會，而您想在州聽證會處理期間仍保持該服務，**那麼您可以遞交申請的天數會減少**。請閱讀第 156 頁的「第 2 級上訴期間，能繼續享有我的福利嗎」以瞭解更多資訊。

要求舉行州聽證會的方式有兩種：

1. 您可以填寫行動通知背面的「要求舉行州聽證會」。您應提供所有必要的資訊，如全名、地址、電話號碼、對您採取行動的計畫名稱或郡名、涉及的補助計畫，以及您希望舉行聽證會的詳細原因。然後，您可以透過下列其中一種方式提交要求：

- 送交郡福利部，地址印在通知書上。
- 送交加州社會服務部：

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

- 傳真至州聽證會部門 (State Hearings Division)，傳真號碼：916-651-5210 或 916-651-2789。

2. 您可以撥打 1-800-952-5253 以聯絡加州社會服務部。電傳打字機 (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，請瞭解電話線路經常忙線中。

公平聽證會辦公室會以書面形式向您通知裁定，並說明原因。

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

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

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

您從公平聽證會辦公室收到的信函中，會說明下一個上訴選項。

請參閱**第 J 節**，瞭解您第 2 級之後的上訴權利的更多資訊。

第6.5部分　支付問題

我們不允許我們的網絡醫療服務提供者向您收取承保的服務和項目的費用。即使我們支付醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者經承保服務或項目收取的費用，您依舊無須支付費用。您永遠不需要支付任何帳單的差額。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。

如果您拿到經承保服務和項目的帳單，請將該帳單寄給我們。**此帳單費用不該由您支付。**我們會直接與該醫療服務提供者聯絡，解決帳單的問題。如果您支付了帳單，若您遵守了獲得服務或項目的規則，則可以得到退費。

如需更多資訊，請參閱《*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。此外，該章節也會說明如何將要求我們付款的文書寄給我們。

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

- 如果您支付的服務或項目為給付項目，且您遵守了所有規定，那麼我們會在收到您要求後 60 個日曆日內，向您或您的醫療服務提供者支付該筆服務或項目的費用或我們的分攤費用（若計劃有分攤費用）。您的醫療服務提供者會再將費用退還您。

- 如果您尚未支付服務或項目，我們就會直接支付給醫療服務提供者。當我們支付時，就等於是判定**同意**您的給付要求。
- 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獨立審查組織。如果發生此情況，我們會寄信通知您。

- 如果獨立審查機構駁回我們的判決並裁定我們應該支付，我們必須在30個日曆日內，將款項寄給您或醫療服務提供者。如果在上訴過程第 2 級之後的任何階段中，對您的上訴判定**同意**，我們必須在 60 個日曆日內，將款項寄給您或寄給醫療服務提供者。
- 如果獨立審查機構裁定**否決**您的上訴，這表示他們同意我們不應批准您的要求。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。您會收到信函，說明您可以繼續上訴的權利。請參閱**第 J 節**，瞭解更多關於繼續上訴的資訊。

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

第7部分　Medicare D 部分處方藥

身為我們計畫的會員，您的福利包括多種處方藥的給付。這些藥物大部分是 Medicare D 部分藥物。有少數藥物是 Medicare D 部分不承保但 Medi-Cal 可能承保的。**本節僅適用於 D 部分藥物的上訴。**

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。

第7.1部分　D 部分給付裁定和上訴

您可要求我們針對
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
  - 給付不在我們藥物清單中的 D 部分藥物，或
  - 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，但我們要求您事先取得批准，我們才會給付）。

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

> 有關 D 部分藥物的初始給付裁定稱為「**給付裁定**」。

- 您要求我們支付您已購買的處方藥。這是指要求對付款進行給付裁定。

如果您不同意我們作出的給付裁定，您可以對我們的裁定結果提起上訴。本節會同時說明如何要求給付裁定，**以及**如何提起上訴。

請使用下表來協助您。

您是哪一個情況？			
您需要不在我們的藥物清單上的藥物，或是需要我們擱置藥物的該藥物給付的規定或限制。 **您可以要求我們做出例外處理。**（這也是一種給付裁定）。 先從**第 7.2 部分**開始，然後參閱**第** 7.3 **和第 7.4 部分**	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）？ **您可以要求我們做出給付裁定。** 請參閱**第 7.4 部分**	您要我們將您已取得且已支付的藥物之費用退還給您。 **您可以申請退款。**（這也是一種給付裁定）。 請參閱**第 7.4 部分**	我們已告訴您，我們不會以您想要的方式承保或為藥物付款。 **您可以提出上訴。**（這意味著您要求我們重新考慮。） 請參閱**第 7.5 部分**

第7.2部分　D 部分例外處理

如果我們沒有以您想要的方式承保藥物，您可以要求我們作出「例外處理」。如果我們否決您的例外處理要求，您可以對我們的決定提出上訴。

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

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

在這些範例情況下，您或您的醫師或其他處方藥劑師可以要求我們：

1. **給付不在我們藥物清單中的藥物。**
   - 如果我們同意作出例外處理並給付不在藥物清單上的藥物，您支付所有適用於第 4 級藥物的共付額。
   - 您無法獲得藥物所需共付額的例外處理。
2. **撤除給付藥物的限制。**
   - 我們藥物清單上特定藥物適用的額外規定或限制（請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**以瞭解更多資訊）。
   - 特定藥物的額外規定和限制包括：
     - 需要使用非專利版的藥物，而不是原廠藥。
     - 事先取得計劃核准，然後我們才會同意給付該藥物。這有時稱作「事先授權」。
     - 需要先試過不同的藥物，然後我們才會同意給付您要求的藥物。這有時稱作「階段治療」。
     - 數量限制。針對某些藥物，您可取得的藥物數量設有限制。
   - 如果我們同意您的例外處理並擱置限制，您可以針對您被要求支付的共付額要求例外處理。
3. **將藥物給付變更為較低的分攤費用等級。**我們藥物清單中的每種藥物都會歸類在分攤費用等級中。一般來說，分攤費用等級號碼越小，您要支付的共付額金額就越少。

要求針對非首選藥物支付較低的價格有時稱作要求「**處方集例外處理**」。

- 我們的藥物清單包括多種用於治療特定病症的藥物。這些稱為「替代」藥物。
- 如果您的醫療病症替代藥物的分攤費用等級低於您使用的藥物，您可以要求我們以替代藥物的分攤費用金額承保該藥物。這會減少針對該藥物您的共付額金額。
- 如果我們核准您的等級例外處理要求，且您無法使用的替代藥物有多個較低的分攤費用等級，您通常將會支付最低的金額。

第7.3部分　要求例外處理的重要須知事項

您的醫師或其他處方藥劑師必須告訴我們醫療原因。

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

我們的藥物清單包括多種用於治療特定病症的藥物。這些稱為「替代」藥物。如果某個替代藥物的功效與您所需要的藥物一樣好，並且不會產生更多副作用或其他健康問題，我們通常不會批准您的例外處理要求。

我們可以同意或拒絕您的要求

- 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 7.5 部分**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。

第7.4部分　要求給付裁定，包括例外處理

- 若欲要求您想要的給付裁定類型，請致電 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點、寫信或傳真給我們。您、您的代表或您的醫師（或其他處方藥劑師）都可以這樣做。您、您的代表或您的醫師（或其他處方藥劑師）都可以這樣做。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。
- 您本人或您的醫師（或其他處方藥劑師）或代表您行事的人可以要求給付裁定。您也可以請律師代您行事。
- 請參閱**第 5.3 部分**，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，請給我們一份「支持聲明」。支持聲明包括您的醫師或其他處方藥劑師要求例外處理的醫療原因。
- 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「事前快速給付裁定」

除非我們已同意採用「快速期限」，否則我們將採用「標準期限」。

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

> 「快速給付裁定」稱為**「加速給付裁定」**。

如果發生以下情況，您可以獲得快速給付裁定：

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

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

- 如果您自己要求獲得快速給付裁定，而沒有您的醫師或其他處方藥劑師的支持，我們將決定是否要提供您快速給付裁定。
- 如果我們判定您的醫療症狀不符合快速給付裁定的條件，那麼我們會採用標準期限。
  - 我們會寄給您一封信告知您。這封信也告訴您如何對我們的決定提出投訴。
  - 您可提出快速投訴並在24小時以內取得回覆。若需更多關於提出投訴的資訊，包括快速投訴，請參閱**第 11 部分**。

快速給付裁定的期限

- 如果我們採用快速期限，那麼我們必須在收到您的申請後24小時內提供答覆。如果您要求例外處理，我們將在收到您醫師的支持聲明後24小時內，給予您答覆。如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。
- 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審閱。請參閱**第 7.6 部分 節** 以瞭解關於第 2 級上訴的更多資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在收到您的要求或您的醫師的支持聲明後24小時內為您提供承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部的要求，我們會發信給您。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，我們會在獲得醫師的支持聲明後 72 小時內答覆您。如果您有健康上的需求，我們會更快給您答覆。
- 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審閱。
- 如果我們**同意**您部分或所有的要求，我們必須在收到您的要求或您醫師針對例外處理的支持聲明後 72 小時內進行給付。
- 如果我們**否決**您部分或全部的要求，我們會寄信給您說明原因。該信件會告訴您如何提出上訴。

您已購買之藥物的標準給付裁定期限

- 我們必須在收到您的要求後的 14 個日曆日內提供答覆給您。
- 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審閱。

- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們會在 14 個日曆日內退款。
- 如果我們**否決**您部分或全部的要求，我們會寄信給您說明原因。該信件會告訴您如何提出上訴。

第7.5部分　提出第 1 級上訴

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

- 若欲提出您的**標準或快速上訴**，請致電 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點、寫信或傳真給我們。您、您的代表或您的醫師（或其他處方藥劑師）都可以這樣做。包括您的姓名、聯絡資訊和索賠相關資訊。
- 您必須在我們寄出信函告知我們的裁定當日算起 60 個日曆日內提出上訴。
- 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**「加速重新裁決」**。

- 如果就我們針對您尚未取得的藥物的給付裁定提出上訴，您和您的醫師或其他處方藥劑師決定您是否需要「快速上訴」。
- 「快速上訴」的要求與
  快速給付裁定相同。請參閱**第 7.4 部分**，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。
- 我們可能聯絡您或您的醫師或其他處方藥劑師，以取得更多資訊。

第 1 級快速上訴的期限

- 如果我們採用快速期限，則須在收到您的上訴後 **72 小時內**向您提供答覆。
- 我們未能在 72 小時內答覆，我們會將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後獨立審查組織會進行審查。請參閱**第 7.6 部分 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**您的部分或全部要求，我們會寄信給您說明原因，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。要求「快速上訴」。
- 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，

如果我們未能在 7 個日曆日內給予裁定，我們會將您的要求送至第 2 級上訴程序。然後獨立審查組織會進行審查。請參閱**第 7.6 部分 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**。

如果我們拒絕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。然後獨立審查組織會進行審查。請參閱**第 7.6 部分**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。

第7.6部分　提出第 2 級上訴

如果我們**否決**您的第 1 級上訴，您可以接受我們的決定或提出另一次上訴。如果您決定提出另一次上訴，您將使用第 2 級上訴程序。當我們**拒絕** 您的初次上訴時，獨立審查**組織**會審查我們的決定。此組織決定我們是否應改變決定。

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

若要提出第 2 級上訴，您（或您的代表、您的醫師或其他處方藥劑師）必須聯絡獨立審查組織，並要求審查您的個案。

- 如果我們**否決**您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審查組織**提出第 2 級上訴的指示**。指示將說明哪些人士可以提出第 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何聯絡組織。
- 當您向獨立審查組織提出上訴時，我們會將與您上訴相關的資訊寄給組織。此資訊稱為您的「個案檔案」。**您有權向我們免費索取您的個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊以支持您的上訴。

獨立審查組織會審查您的 D 部分第 2 級上訴，並以書面方式答覆您。請參閱**第 6.4 部分 節**以瞭解更多關於獨立審查組織的資訊。

第 2 級快速上訴的期限

- 如果您有健康上的需求，可以向獨立審查組織要求快速上訴。
- 如果他們同意快速上訴，則必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**答覆您。
- 如果他們**同意**您的部分或全部要求的內容，我們必須在獨立審查組織決定後的**24 小時內**提供核准的藥物給付。

第 2 級標準上訴的期限

如果您在第 2 級是標準上訴，獨立審查組織必須答覆您。

- 在他們取得您針對未取得的藥物的上訴後 **7 個日曆日內**。
- 在取得您針對已購買的藥物退款的上訴後 **14 個日曆日內**。

如果獨立審查組織**同意**您的部分或全部要求：

- 我們必須在獲得獨立審查組織的決定後 **72 小時內**提供核准的藥物給付。
- 在我們取得獨立審查組織的裁定後 30 個日曆日內，我們必須償還您購買藥物的費用。

如果獨立審查組織**否決**您的上訴，這代表他們同意我們的判決，也就是不批准您的要求。這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。

如果獨立審查組織**拒絕**您的第 2 級上訴，您有權在的藥物給付金額達到最低金額時提出第 3 級上訴。如果您所要求的藥物給付金額低於規定的最低金額，您就不能再次提出上訴。在此情況下，第 2 級上訴決定為最終決定。獨立審查組織會寄信給您，告知您繼續進行第 3 級上訴所需的最低金額。

如果您要求的金額達到此門檻，您可選擇是否要進一步提出上訴。

- 第 2 級之後，上訴程序還有另外三級。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的第 2 級上訴，且您符合繼續上訴程序的門檻，您：
  - 決定您是否要提出第 3 級上訴。
  - 請參閱第 2 級上訴後寄給您的獨立審查組織的信函，瞭解如何提出第 3 級上訴的詳細資訊。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 10 部分**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

第8部分　要求我們給付更長的住院時間

當您獲准住院時，有權獲得診斷和治療您疾病或受傷所需的所有給付醫院服務。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。

第8.1部分　了解您的 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。

- **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 承保的服務。您有權知道有哪些服務、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。
  - 當您對住院照護品質有疑問時，知道該向哪個單位舉報。
  - 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**，日後有需要，就有資料可用。

您可以事先取得此通知副本，只要您：

- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部
- 撥打 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 造訪 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

第8.2部分　提出第 1 級上訴

如果您要我們給付長期的住院服務，請提出上訴。品質改善組織會審查第 1 級上訴，瞭解預定出院日期是否符合醫療正當性。

品質改善組織是由醫師及其他醫療照護專業人員組成的團體，其薪資由聯邦政府支付。這些專家檢查並協助改善 Medicare 會員的品質。他們與本計劃並無關聯。

在加州，品質改善組織稱為 Livanta。請致電：(877) 588-1123，TTY：(855) 887-6668。「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品質改善組織，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，同時等待品質改善組織對您的上訴的決定。
- **如果您沒有打電話上訴**，並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取得之醫院照護的所有費用。
- **如果您錯過聯絡品質改善組織關於您上訴的期限**，您可以直接向我們的計劃提出上訴。請參閱**第 G4 節**以瞭解向我們提出上訴的相關資訊。
- 由於住院屬於 Medicare 和 Medi-Cal 的給付範圍，若品質改善組織不接受您的繼續住院要求，或者您認為您的病情非常緊急，且對您的健康造成立即嚴重的威脅，或者您正在承受巨大痛苦，您也可以向加州健康照護管理部 (DMHC) 提出投訴，或要求其進行獨立醫療審查。請參閱第 144 頁第 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在任何時候需要協助

- 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
- 您也可以致電 Health Insurance Counseling and Advocacy計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222。

要求快速審查。快速行動並聯絡品質改善組織，要求快速審查您的出院決定。

> **「快速審查」**的法律術語稱作「**立即審查**」或**「加速審查」**

快速審查的過程為何

- 品質改善組織的審查人員會詢問您本人或您的代表為何認為在預定的出院日期後還需要繼續獲得給付。您不需要寫下聲明，但您可以這麼做。
- 審查人員會審閱您的醫療資訊、與您的醫師會談，以及審查醫院和我們計劃提供的資訊。

- 在審查員將您的上訴告知本計劃的次日中午，您將收到另一則通知，說明您的醫師、醫院和我們認為您的正確出院日期符合醫療正當性的原因。

本書面說明的**法律條款**為「**出院通知細節**」。您可以撥打頁面底部的號碼索向會員服務部索取範例 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (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，在網路上參照通知範例。

在取得所有所需資訊後一個整天內，品質改善組織就會對您的上訴作出答覆。

如果品質改善組織**同意**您的上訴：

- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果品質改善組織**拒絕**您的上訴：

- 他們認為您的預定出院日期符合醫療正當性。
- 我們的住院服務給付會在品質改善組織回覆您的上訴的隔天中午終止。
- 在品質改善組織對您的上訴給出答覆後次日中午，您可能需要支付所接受的醫院照護的全額費用。
- 如果品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴，**且**您在預定出院日期之後留在醫院，您可以提出第 2 級上訴。

第8.3部分　提出第 2 級上訴

在第 2 級上訴，您要求品質改善組織重新審閱其所作出的第 1 級上訴裁定。請致電 (877) 588-1123，TTY：(855) 887-6668。

您必須在品質改善組織**否決**第 1 級上訴當日後 **60 個日曆日內**，要求進行此審查。您必須在照護給付終止當日過後仍繼續住院，才能要求此審查。

品質改善組織審查人員將會：

- 再仔細查看有關您上訴的所有資訊。
- 在收到您的第 2 級上訴二次審查要求後 14 個日曆日內，告知您他們的決定。

如果品質審查組織**同意**您的上訴：

- 我們必須在品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴之次日中午以後，償還您所接受的醫療照護我們的分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果品質審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意其對您第 1 級上訴所作的決定，且不會變更決定。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您還可以提出投訴，或向健康照護管理部 (DMHC) 提出獨立醫療審查要求，以繼續住院。請參閱第 144 頁第 F4 節，瞭解如何提出投訴和向 DMHC 申請獨立醫療審查。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

第8.4部分　提出第 1 級替代上訴

針對第 1 級上訴，聯絡品質改善組織的期限為 60 天以內或不晚於您預定出院日期。如果您錯過第 1 級上訴的時限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，要求我們「快速審查」您出院日期的事宜。

> 「快速審查」或「快速上訴」的法律術語稱作**「加速上訴」**。

- 我們會審閱您住院的所有相關資訊。
- 我們會確認第一個決定是否公平並遵循規則。
- 我們使用快速時限而非標準時限，並在您要求快速審查的 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您在出院日期之後必須留院。
- 我們會持續為您給付有醫療必要性的醫院服務。
- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。

如果我們**否決**您的快速上訴：

- 我們同意您的預定出院日期符合醫療正當性。
- 本計劃提供的住院服務給付會在我們告知您的日期終止。
- 該日期後我們會止付所有的分攤費用。
- 我們會將您的上訴送至獨立審查組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的情況會自動進入第 2 級上訴程序。

第8.5部分　提出第 2 級替代上訴

我們會在**否決**您的第 1 級上訴後的 24 小時內，將您的第 2 級上訴的相關資訊轉交獨立審查組織。我們會自動進行。您無須採取任何動作。

如果您認為我們未遵守此期限或其它期限，您可以提出投訴。請參閱**第J節**以瞭解提出投訴的相關資訊。

獨立審查組織會快速審查您的上訴。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在72小時內給您答覆。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們必須退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意您的預定出院日期符合醫療正當性。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

您還可以提出投訴和向健康照護管理部(DMHC)提出獨立醫療審查，以繼續住院治療。請參閱第144頁第F4節，瞭解如何向DMHC提出投訴和申請獨立醫療審查。除了或代替第3級上訴，您還可以要求進行獨立醫療審查。

第9部分　要求我們繼續給付特定醫療服務

本節僅包含您可能獲得的三種服務類型：

- 居家醫療照護服務
- 療養院的特殊療養照護。
- 您在Medicare核准的綜合門診復健機構(CORF)接受的病患復健照護。這一般代表您正在接受某疾病或意外傷害的治療，或是處於重大手術後的復原期。

當您接受這些類型的服務時，只要醫師表示有此需要，您就有權持續獲得承保服務。

如果我們決定終止給付這三類照護服務，我們須提前通知您。該服務給付終止後，我們會終止給付您的服務。

如果您認為我們太早終止給付您的照護，**可就我們的判定提出上訴**。本節說明如何提出上訴。

第9.1部分　給付終止前的事先通知

在我們止付照護的兩天前，您會收到我們會寄給您書面通知。該通知書被稱為「Medicare不給付服務通知」。通知會註明我們終止照護給付的確切日期，以及如何對我們的判定提出上訴。

您本人或代理人必須在此通知上簽名，證明收到通知書。在通知上簽名**僅**代表您已取得資訊。簽名**不**代表您同意我們的決定。

第9.2部分　提出第 1 級上訴

如果您認為我們太早終止給付您的照護，可就我們的判定提出上訴。本節說明第1級上訴程序和應採取的行動。

- **遵守期限規定。**請務必遵守期限規定。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時限。如果您認為我們沒有遵守時限，您可以提出投訴。請參見第**第 K 節**，瞭解有關此項投訴的更多資訊。
- **需要時請尋求協助。**如果您有任何問題或需要協助：
  - 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
  - 您也可以致電Health Insurance Counseling and Advocacy計劃(HICAP)，電話1-800-434-0222。
- **聯絡品質改善組織**
  - 請參閱《*會員手冊*》**第 H2 節**或是**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。**詢問品質改善組織，我們終止您的醫療服務給付是否符合醫療正當性。

要求他們進行「快速審批上訴」。這是針對我們終止給付您的服務是否符合醫療正當性的獨立審查。

您聯絡此組織的時限

- 您必須在我們寄給您的 Medicare 不承保通知的生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織以開始上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以直接向我們提出上訴。請參閱**第 I4 節**以瞭解如何執行的詳情。
- 若品質改善組織不接受您的健康照護服務繼續給付要求，或者您認為您的病情非常緊急，或對您的健康造成立即嚴重的威脅，或者您正在承受巨大痛苦，您也可以向加州健康照護管理部(DMHC)提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。請參閱第 144 頁第 F4 節，瞭解如何向 DMHC 提出投訴和申請獨立醫療審查。

此書面通知的**法律術語**是「**Medicare 不承保通知**」。欲取得範例副本，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。電傳打字機(TTY)使用者應致電 1-877-486-2048。線上取得副本 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices。

快速審批上訴期間情況

- 品質改善組織的審查人員會詢問您本人或您的代表為何認為需要繼續給付。您不需要寫下聲明，但您可以這麼做。
- 審查人員會審閱您的病歷、與您的醫師會談並審查本計劃提供的資料。
- 我們的計劃也會寄送書面通知給您，說明我們終止承保服務的原因。在審查人員告知我們上訴的當日結束前，您將收到通知。

通知說明的法律術語是「**不給付詳細說明**」。

- 審查人員在取得所需的全部資訊後，會在一天內告知您他們的決定。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會持續為您給付有醫療必要性的承保服務。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 您的保險將於我們告知您的日期結束。
- 我們會在通知書上載明的日期停止支付我方應付的照護分攤費用。
- 如果您決定在保險結束後繼續居家健康照護、專業護理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。

第9.3部分　提出第 2 級上訴

在第 2 級上訴，您要求品質改善組織重新審閱其所作出的第 1 級上訴裁定。請致電 (877) 588-1123；TTY：(855) 887-6668。

您必須在品質改善組織**否決**第 1 級上訴當日後 **60 個日曆日內**，要求進行此審查。您在照護給付終止當日過後仍繼續接受照護，**才**能要求進行審查。

品質改善組織審查人員將會：

- 再仔細查看有關您上訴的所有資訊。
- 在收到您的第 2 級上訴二次審查要求後 14 個日曆日內，告知您他們的決定。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。
- 我們必須持續為您給付有醫療必要性的照護。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的照護的決定，且不會改變該決定。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您還可以向健康照護管理部 (DMHC) 提出投訴和提出獨立醫療審查要求，以繼續獲得健康照護服務給付。請參閱第 144 頁第 F4 節，瞭解如何向 DMHC 申請獨立醫療審查。除了或代替第 3 級上訴，您還可以向 DMHC 提出投訴和要求其進行獨立醫療審查。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

第 2 級上訴期間，能繼續享有我的福利嗎？

如果您的問題是關於 Medicare 給付的服務或項目，那麼在第 2 級上訴送交獨立審查機構進行處理的期間，您對於該服務或項目的福利將不會繼續。

如果您的問題是關於 Medi-Cal 給付的服務或項目，且您要求舉行州聽證會，那麼您對於該服務或項目的 Medi-Cal 福利可以繼續，直到聽證會做出判決為止。您必須在以下日期或之前（以較晚者為准）提出要求，以要求舉行聽證會：

- 我們向您寄送福利否決裁定（1 級上訴判定）通知後 10 日內；或者
- 行動的預計生效日期。

如果您遵守該截止日期，那麼您在舉行聽證會前可以繼續獲得爭議服務或項目。

第9.4部分　提出第 1 級替代上訴

如**第 9.2 部分**所述，您必須迅速採取行動並聯絡品質改善組織，以開始您的第 1 級上訴。如果您錯過時限，您可以使用「替代上訴」程序。

請撥打頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，要求我們「快速審查」。

> 「快速審查」或「快速上訴」的法律術語稱作**「加速上訴」**。

- 我們會查看您個案的所有相關資訊。
- 我們會確認第一個決定是否公平，且我們在設定終止給付服務的日期時是否遵守所有規定。
- 我們使用快速時限而非標準時限，並在您要求快速審查後 72 小時內告知您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要更長的服務。

- 我們同意退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。

如果我們**否決**您的快速上訴：

- 我們對這些服務的給付將於我們告知您的日期終止。
- 該日期後我們會止付所有的分攤費用。
- 如果您在我們告知的給付終止日期後仍繼續接受服務，您將支付這些服務的全額費用。
- 我們會將您的上訴送至獨立審查組織，以確保我們遵守所有規定。當我們這樣做時，您的情況會自動進入第 2 級上訴程序。

第9.5部分　提出第 2 級替代上訴

在第 2 級上訴期間，我們會在否決您的第 1 級上訴後的 24 小時內將您的第 2 級上訴個案的相關資訊轉交獨立審查組織。我們會自動進行。您無須採取任何動作。

如果您認為我們沒有遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。請參閱**第 K 節**以瞭解提出投訴的相關資訊。

獨立審查組織會快速審查您的上訴。他們會仔細查看您出院的所有資訊，通常會在72小時內給您答覆。

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 我們會退還您自我們所稱的給付終止日後之所有照護的應付分攤費用。
- 只要服務有醫療必要性，我們將為您提供承保的住院服務。

如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的照護的決定，且不會改變該決定。
- 他們會寄給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以怎麼做。
- 您還可以向DMHC提出投訴和申請獨立醫療審查，以繼續獲得您的健康照護服務給付。請參閱第 144 頁第 F4 節，瞭解如何向 DMHC 申請獨立醫療審查。除了代替第 3 級上訴之外，您還可以進行投訴以及要求進行獨立醫療審查。

行政法官或司法審裁官處理第 3 級上訴。請參閱**第 J 節**以瞭解第 3 級、4 級和 5 級上訴的相關資訊。

第10部分 上訴到第 2 級以上

第10.1部分 Medicare 服務和項目的後續步驟

如果您針對 Medicare 服務或項目提出第 1 和第 2 級上訴，而皆遭到駁回，您可能有權上訴到更高級。

如果您上訴的 Medicare 服務或項目的金額未達特定最低金額，您就不能繼續上訴。如果金額夠高，您可以繼續上訴程序。您從獨立審查組織收到的第 2 級上訴信函中，說明了聯絡人資訊以及如何要求第 3 級上訴。

第 3 級上訴

上訴程序的第 3 級屬於行政法官 (ALJ) 聽證。裁定人是為聯邦政府工作的 ALJ 或司法審裁官。

如果 ALJ 或司法審裁官**同意**您的上訴，我們有權針對有利於您的第 3 級裁定提出上訴。

- 如果我們決定對裁定提出**上訴**，我們會將第 4 級上訴要求的副本和任何隨附文件寄給您。我們可能會先等候第 4 級上訴的裁定出爐，再授權或提供爭議當事服務。
- 如果我們決定**不**對裁定提出上訴，即須在收到ALJ或司法審裁官裁決後60個日曆日內，授權或提供您服務。

如果 ALJ 或司法審裁官**否決**您的上訴，上訴程序可能不會結束。

- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告訴您如何執行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會將審查您的上訴並向您提供答覆。此委員會隸屬聯邦政府。

如果委員會**同意**您的第 4 級上訴，或拒絕我們針對有利於您的第 3 級上訴裁定的審查要求，我們有權將上訴至第 5 級。

- 如果我們決定對裁定提出**上訴**，將以書面形式通知您。
- 如果我們決定**不**對裁定提出上訴，即須在收到委員會裁定後60個日曆日內，授權或提供您服務。

如果委員會**否決**或拒絕我們的審查要求，上訴程序可能不會結束。

- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**此裁定，您可能可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行第 5 級上訴，以及該怎麼做。

第 5 級上訴

聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**否決**。這即是最終決定。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第10.2部分 其它 Medi-Cal 上訴

如果您的上訴與 Medi-Cal 通常承保的服務或項目有關，您也享有其他上訴權利。公平聽證會辦公室寄給您的信函會說明如果想繼續上訴程序該怎麼做。

若您不同意州聽證會的判決，並希望交由其他法官審理案件，您可以要求重新舉行聽證會和/或尋求司法審查。若要提出重新舉行聽證會的要求，請寄書面要求函至：

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

此信函必須在您收到判決後 30 天內寄出。如果遲交情有可原，則此截止日期最多可延長 180 天。

在重新聽證要求中，請註明收到判決的日期，以及應舉行重新聽證的原因。如果您想提出更多證據，請描述這些證據，並說明之前未提出的原因，以及其對於判決會有何影響。您可以聯絡法務服務部門尋求協助。

若想要求司法審查，您必須在收到判決後一年內向高等法院提出聲請（根據民事訴訟法第1094.5節）。請向判決中註明的郡高等法院提出聲請。您可以在不要求重新聽證的情況下提出此聲請。提出聲請不需要費用。如果法院最後做出對您有利的判決，您有權獲得合理的律師費用。

如果舉行重新聽證後，您不同意重新聽證的判決，您可以要求司法審查，但不能再要求一次重新聽證。

第10.3部分 D 部分藥物要求的第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴

如果您已提出第 1 級和第 2 級上訴，而兩個上訴皆已遭到駁回，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物金額達到特定金額，或可繼續進行其他層級的上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆會說明您該與誰聯絡，以及提出第 3 級上訴的方式。

第 3 級上訴
上訴程序的第 3 級屬於行政法官 (ALJ) 聽證。裁定人是為聯邦政府工作的 ALJ 或司法審裁官。

如果 ALJ 或司法審裁官**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 收到裁定後72小時內，我們必須授權或提供核准的藥物給付（若為加速上訴，則是24小時內），或在 30 個日曆日內付款。

如果 ALJ 或司法審裁官**否決**您的上訴，上訴程序可能不會結束。

- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**駁回上訴的決定，您可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告訴您如何執行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會將審查您的上訴並向您提供答覆。此委員會隸屬聯邦政府。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 收到裁定後72小時內，我們必須授權或提供核准的藥物給付（若為加速上訴，則是24小時內），或在 30 個日曆日內付款。

如果委員會**否決**您的上訴，上訴程序可能不會結束。

- 如果您決定**接受**您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您決定**不接受**此裁定，您可能可以繼續進入下一級的審查程序。您收到的通知將告知您是否可以繼續進行第 5 級上訴，以及該怎麼做。

第 5 級上訴

聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**否決**。這即是最終決定。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第11部分 如何提出投訴

第11.1部分 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。以下舉例說明可經由投訴程序處理的問題。

投訴	範例
您的醫療照護品質	• 您對照護品質（例如住院時接受的照護）感到不滿。

投訴	範例
尊重您的隱私權	• 您認為有人不尊重您的隱私權或洩露關於您的機密資訊。
不尊重、客戶服務品質不佳或其他負面行為	• 醫療服務提供者或工作人員沒有禮貌或不尊重您。 • 我們的員工對您的態度不佳。 • 您覺得有被慫恿退保本計劃。
輔助工具和語言協助	• 您不方便到醫師或提供者診間接受醫療服務或使用設施。 • 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	• 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	• 您認為診所、醫院或醫師的辦公室不乾淨。
您向我們索取的資訊	• 您認為我們有應通知卻未通知的情況。 • 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	• 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寄給獨立審查組織。

投訴有各種不同的類型。您可以提出內部投訴和/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 (855) 665-4627，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點。

> 「投訴」的**法律術語**稱作「**申訴**」。
>
> 「提出投訴」的**法律術語**稱作「**提出申訴**」。

第11.2部分 內部投訴

若欲提出內部投訴，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 點至晚上 8 點。您可以隨時提出投訴，但與 D 部分藥物相關的投訴除外。如果您提出的投訴與 D 部分藥物相關，您必須在您遇到想要投訴的問題後的 **60 個日曆日內**提出此類投訴。

- 如果您需要準備任何其他事項，會員服務部會告知您。
- 您還可以書寫投訴並寄送給我們。如果您以書面形式提交投訴，我們會以書面形式給予您回覆。

- 我們將在收到您的投訴後於您的健康條件允許下盡快回覆，且最遲於收到後 30 天內回覆您的投訴。若您提出投訴，我們會在收到您的投訴後 5 個日曆天內寄信給您，讓您知道我們收到了。如果您透過電話向我們提出投訴，我們將致電您或寄送回覆函給您。如果您寫信給我們，我們會寄一封信給您以告知我們的答覆。您可以致電 (800) 665-0898，TTY：711，每週 7 天，當地時間上午 8 點至晚上 8 點；或寫信至 Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances（上訴和申訴處），PO Box 22816, Long Beach, CA 90801，傳真：(562) 499-0610。

「快速投訴」的**法律術語**稱作「**加速申訴**」。

若有可能，我們會立即回覆您。如果您來電投訴，我們也許能直接在電話上解決您的問題。如果您因健康堪虞而需儘速獲得回應，我們會提早回覆您。

- 對於大部分投訴，我們會在 30 個日曆日內給予回覆。如果我們因需要更多資訊而未能在 30 個日曆日內作出裁決，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。

第11.3部分 外部投訴

Medicare

您可以向 Medicare 提出投訴，或將投訴寄給 Medicare。Medicare 投訴表格可在www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx取得。

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，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。電傳打字機 (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 使用者可撥打 711。週一至週五，上午 8 點至下午 5 點

您可以向加州健康照護管理部 (DMHC) 提出投訴。健康照護管理部 (DMHC) 負責規範健康計畫。您可以致電健康照護管理部 (DMHC) 協助中心，尋求幫助來進行有關 Medi-Cal 服務的投訴。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、正在承受巨大痛苦，或者您不同意

我們的計畫就您的投訴所做的裁決，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)。

從協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撥打免費 TTY 號碼 1-877-688-9891。此為免付費電話。
- 瀏覽醫療保健管理部網站 (www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室

如果您認為自己受到了不公正待遇，可以向衛生及公共服務部的民權辦公室提出投訴。例如，您可以針對殘疾便利設施或語言協助提出投訴。民權辦公室的電話號碼為 1-800-368-1019。TTY 使用者應撥打 1-800-537-7697。您可造訪 http://www.hhs.gov/ocr 以瞭解更多資訊。

您也可以聯絡當地民權辦公室，地址：
(877) 588-1123，
週一至週五：上午 9 點至下午 5 點（當地時間），設有 24 小時語音信箱。
TTY：(855) 887-6668
網址： https://www.livantaqio.com/en/states/california

您也擁有美國殘障者法案以及適用州法保障的權利。供您聯絡。

品質改善組織

如果您要提出的是有關照護品質方面的投訴，您還有兩個選擇：

- 您可以直接向品質改善組織提出關於照護品質的投訴。
- 您可以向品質改善組織和我們的計劃提出投訴。如果您向品質改善組織提出投訴，我們將與其合作來解決您的投訴。

品質改善組織是由執業醫師及其他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。若要進一步瞭解品質改善組織，請參閱《*會員手冊*》**第 8.2 部分**或**第 2 章**。

在加州，品質改善組織被稱為 Livanta。Livanta 的電話號碼為 (877) 588-1123，TTY：(855) 887-6668。

第10章終止本計劃的會員身份

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畫，但只要您符合資格，就仍在 Medicare 和 Medi-Cal 計畫內。關鍵術語及其定義按字母順序列示在《*會員手冊*》的最後一章。

目錄

第1部分 何時可以終止本計劃的會員身份 168
第2部分 如何終止本計劃的會員身份 168
第3部分 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務 169
第3.1部分 您的 Medicare 服務 169
第3.2部分 您的 Medi-Cal 服務 170
第4部分 如何獲得您的醫療服務和藥物，直到您的計劃會員身份終止 171
第5部分 本計劃的會員身份終止的其它情況 171
第6部分 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 171
第7部分 若我們終止您的保戶資格，您有權提出投訴 172

第1部分　何時可以終止本計劃的會員身份

大多數 Medicare 保戶都能在一年當中的某個時間點停保。由於您是 Medi-Cal 的保戶，您可能可以在下列各個**特殊投保期間**停保本計劃，或轉換到不同的計劃一次：

- 1 月到 3 月
- 4 月到 6 月
- 7 月到 9 月

除了這三個特殊投保期間以外，您可能可在下列期間停保我們的計劃：

- **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。
- **Medicare Advantage 開放投保期間**：1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，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）。

如果您退出我們的計畫，可在：

- **第 3.1 部分**的表格中獲得有關 Medicare 選項的資訊
- **第 3 部分**中獲得有關 Medi-Cal 服務的資訊

如需獲得更多關於如何停保的資訊，請致電：

- 會員服務部的號碼在頁面底部。
- 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 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 點至下午 5 點。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 點至下午 6 點。TTY 使用者請致電 1-8000-430-7077。
- 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 點至下午 5 點或電子郵件：MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

注意：如果您投保了一項藥物管理計劃，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。

第2部分　如何終止本計劃的會員身份

如果您想離開我們的計劃，您有以下選項：

- 請致電 Health Care Options，電話 1-844-580-7272，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 。TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077。

- 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）請撥打 1-877-486-2048。在致電 1-800-MEDICARE 時，您還可以投保另一個 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，請參見下方圖表。
- 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。
- 除非您已搬出您原先居住的郡，否則您仍是享有 Molina Medicare Complete Care Plus 的 Medi-Cal 會員身份。

第3部分　如何取得 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。

第3.1部分　您的 Medicare 服務

您有下列三個選項可以獲得 Medicare 服務。若選擇下列其中一個選項，您會自動停保我們的計劃。

1. 您可以轉投保： **另一個 Medicare 健康計劃**	**做法如下：** 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。 關於 PACE 的問題，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如需協助或更多資訊： • 請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (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，或查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或是** 投保新的 Medicare 計劃。 當新計劃的承保生效時，您即會自動退保 Medicare 計劃。您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。

2. 您可以轉投保： **擁有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare**	**做法如下：** 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。 如需協助或更多資訊： • 請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (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，或查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 **或** 投保新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的 Original Medicare 承保生效時，您即會自動退保我們的計劃。 您的 Medi-Cal 計劃不會改變。
3. 您可以轉投保： **無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare** **注意**：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。 請只有在投保雇主、工會等其他來源的藥物計畫的情況下，才選擇不投保處方藥計畫。如果您對是否需要藥物給付有疑問，請致電加州醫療保險顧問和權益促進計劃 (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，或查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/	**做法如下：** 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。 如需協助或更多資訊： • 請致電加州醫療保險顧問和權益促進計畫 (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，或查詢您所在區域的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 當您的 Original Medicare 承保生效時，您即會自動退保我們的計劃。 您的 Medi-Cal 計劃不會改變。

第3.2部分　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 a.m. 至下午 6:00 p.m.。電傳打字機 (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。

第4部分　如何獲得您的醫療服務和藥物，直到您的計劃會員身份終止

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。

- 使用我們的網絡內藥局，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。

第5部分　本計劃的會員身份終止的其它情況

以下是我們必須終止您的計劃會員身份的情況：

- 您未持續投保 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 資格。我們的計劃僅適用於同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 者。
- 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。
- 您因刑事犯罪而入獄。
- 您欺騙或隱瞞其他提供您處方藥給付之保險計畫的資訊。
- 您不是美國公民，或非法居住在美國。
  - 您必須是美國公民或合法居住在美國才能成為我們計畫的會員。
  - 如果您沒有資格繼續依此維持會員身分，Centers for Medicare & Medicaid Services 將會通知我們。
  - 如果您不符合此項條件，我們必須將您退保。

除非我們先取得 Medicare 和 Medi-Cal 的許可，否則我們不能因為下列原因讓您退保：

- 您投保本計劃時蓄意提供我們不實資訊，且該資訊影響您投保本計劃的資格。
- 您持續實施破壞性行為，妨礙我們為您或其他本計劃保戶提供醫療照護。
- 您讓他人冒用您的計劃 ID 卡取得醫療照護。（基於此原因，Medicare 可能會要求檢察長調查您的個案。）

第6部分　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)。電傳打字機 (TTY) 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以隨時撥打，本專線全年無休。

第7部分　若我們終止您的保戶資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，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。

第11章法律聲明

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

第1部分 管轄法律聲明 174
第2部分 反歧視行為聲明 174
第3部分 Medicare 次要保險人以及 Medi-Cal 最後保險人聲明 175

第1部分　管轄法律聲明

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。

第2部分　反歧視行為聲明

與 MediCare 和 Medi-Cal 合作的任何公司或機構，都必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因您的年齡、索賠經歷、膚色、信仰、種族、可保性證明、性別、基因資訊、服務區域內的地理位置、健康狀況、病史、精神或身體殘疾、國籍、民族、宗教、性活動或性取向，而對您區別以待。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。

如需進一步了解歧視或不公平待遇的相關資訊，或者仍有疑慮：

- 您可以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。您亦可造訪 www.hhs.gov/ocr 以瞭解更多資訊。
- 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）。
- 傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov
- 填寫投訴表格或寄信至：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O.Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  申訴表格可在此處取得：

  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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。

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：

- 透過電話：請撥打 916-440-7370。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 711（電信轉接服務）。
- 透過書面：請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：請傳送電子郵件至 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。如果您要投訴，例如無法使用輪椅進出的問題，請致電會員服務部以獲得幫助。

第3部分　Medicare 次要保險人以及 Medi-Cal 最後保險人聲明

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。

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。

Activities of daily living（ADL，日常生活活動）：每天日常起居所做的事情，例如進食、如廁、穿衣、洗澡或刷牙。

Ambulatory surgical center（門診手術中心）：專為不需住院照護且照護時間不超過 24 小時的病患提供門診手術服務的機構。

Appeal（上訴）： 如果您認為我們處理有誤，可供您對我們的行動提出異議的方式。您可以提出上訴來要求我們變更給付裁定。如需上訴的說明（包括提出上訴的程序），請參閱第 9 章。

Behavioral Health（行為健康）： 總括心理健康和物質使用疾患的用語。

Brand name drug（原廠藥）： 由研發藥物的原藥廠製造及販售的處方藥。原廠藥的成份配方與非專利版本的藥物相同。非專利藥通常由其他製藥公司製造及販售。

Care plan（照護計劃）：請參閱「個人照護計劃」。

Care Plan Optional Services（CPO 服務，照護計劃選用服務）：根據個人照護計劃 (ICP) 提供的額外選用服務。這些服務並非用來取代您有權從 Medi-Cal 接受的長期服務和支援。

Care team（照護團隊）：請參閱「跨科照護團隊」。

Case Manager（個案經理）：這位 Molina 人員負責與您、健保計劃以及醫療服務提供者進行協調，以確保您能獲得所需的醫療照護。

Catastrophic coverage stage（重大傷病給付階段）：D 部分藥物福利階段，本計劃將在此階段中支付您藥物的所有費用，直到年底。當您的處方藥金額達到 $7,400.00 的上限時，即開始此階段。

Centers for Medicare & Medicaid Services（CMS，Medicare 與 Medicaid 服務中心）：管理 Medicare 的聯邦機構。您的《*會員手冊*》**第 2 章**說明如何聯絡 CMS。

Community-Based Adult Services（CBAS，社區成人服務）：以門診機構為主的服務計劃，提供特殊護理照護、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家屬/照顧者訓練與輔助、營養服務、接送以及其他服務給符合相關資格條件的合格會員。

Complaint（投訴）：表示對於承保的服務或照護有問題或疑慮的書面或口頭聲明。這包括對於服務品質、照護品質、我們網絡醫療服務提供者或我們的網絡藥局提出的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

Comprehensive outpatient rehabilitation facility（CORF，綜合門診復健機構）：此類機構主要提供病後、傷後或重大手術後的復健服務。同時亦提供物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言治療，以及居家環境評估等各項服務。

Coverage decision（給付裁定）：關於我們承保哪些給付的裁定。這包括針對承保藥物和服務或我們為您的健康服務支付多少費用的判定。您的《*會員手冊*》**第 9 章**說明如何要求我們作出給付裁定。

Covered drugs（承保藥物）：意指本計劃給付之所有處方藥和非處方 (OTC) 藥物。

Covered services（承保服務）：泛指本計劃承保之所有醫療照護、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥物、器材以及其它服務。

Cultural competence training（文化能力訓練）：為我們的健康照護提供者提供額外指導的訓練，以幫助他們更好地瞭解您的背景、價值觀和信仰，從而提供滿足您的社會、文化和語言需求的服務。

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

Department of Managed Health Care（DMHC，健康照護管理部）：負責制定健康計劃的加州政府部門。DMHC 會幫助保戶進行有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。此外，DMHC 也會執行獨立醫療審查 (IMR)。

Disenrollment（退保）：終止計劃會員資格的程序。退保可以是自願性（您自己的選擇）或非自願性（非您自己的選擇）。

Drug tiers（藥物等級）：我們藥物清單上的藥物分組。非專利藥、原廠藥和非處方 (OTC) 藥都是藥物等級的例子。藥物清單上的每一種藥物會歸類在五 (5) 種等級的其中一種。

Durable medical equipment（DME，耐用醫療設備）：醫師囑咐您在家中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、由醫療服務提供者訂購用於您的住家的醫用床、靜脈 (IV) 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備與用品、噴霧器及助行器。

Emergency（緊急狀況）：醫療緊急狀況，表示您或任何其他具有一般健康和醫療知識的人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以避免死亡、喪失身體部位或造成身體功能損失或嚴重傷害（若您是孕婦，則包含失去胎兒）。該醫療症狀可以是嚴重外傷或劇烈疼痛。

Emergency care（急診照護）：由受過急診服務訓練的醫療服務提供者以及治療醫療或行為健康緊急狀況所需的承保服務。

Exception（例外處理）：針對通常不給付的藥物取得給付，或在沒有特定規定和限制的情況下使用藥物的許可。

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

Generic drug（非專利藥物）：經聯邦政府核准用於取代原廠藥的處方藥。非專利藥物的成份配方與原廠藥相同。非專利藥物的藥效和原廠藥相同，但價格通常較低。

Grievance（申訴）：您針對我們或我們網絡的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者您健康計畫所提供服務之品質投訴。

Health Insurance Counseling and Advocacy Program（HICAP，醫療保險顧問和權益促進計劃）：提供關於 Medicare 免費客觀資訊與諮詢的計劃。您的《*會員手冊*》**第 2 章**說明如何聯絡 HICAP。

Health plan（健康計劃）：由醫師、醫院、藥房、長期服務提供者以及其它服務提供者所組成的組織。此外，還有個案經理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。

Health risk assessment（健康風險評估）：您的病史和目前狀況檢查。此評估用來瞭解您的健康狀況，以及未來可能發生的變化。

Home health aide（居家保健輔助）：這類助理提供不需持照護士或治療師能力的服務，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）。居家健康助理不需要具有護理師執照，也不會提供治療。

Hospice（安寧療護）：幫助末期預後患者享有舒適生活的照護和支援計劃。末期預後是指患有絕症且預計生命剩下六個月或更短的時間。

- 末期預後保戶有權選擇接受安寧服務。
- 由受過專業訓練的專業人士和照顧者團隊為此類人士提供全方位的照護，包括身體、情感、社交和精神方面的需求。
- 我們必須為您提供在您所在地理區域範圍內的安寧療護服務提供者清單。

Improper/inappropriate billing（不適當/不恰當的收費）：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之分攤費用。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，因此您不欠任何分攤費用。醫療服務提供者不得就這些服務向您收取任何費用。

Independent Medical Review（IMR，獨立醫療審查）：如果我們拒絕您的醫療服務或治療要求，您可以提出上訴。如果您不同意我們的裁定，而且問題與 Medi-Cal 服務有關（包括 DME 用品和藥物），您可以要求加州健康照護管理部進行IMR。IMR是由與本計劃無關聯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。您不需要為獨立醫療審查 (IMR) 支付任何費用。

Independent Physician Association（IPA，獨立醫師協會）：IPA 是與 Molina Medicare Complete Care Plus (HMOD-SNP) 簽約的公司，負責組織一群醫師、專科醫師和其他健康服務提供者為 Molina Medicare Complete Care Plus 會員看診。您的醫師會和獨立醫師協會 (IPA) 一起照顧您所有的醫療需求，這包括取得去看專科醫師或是接受化驗、X 光及住院和門診服務等醫療服務的授權。

Individualized Care Plan (ICP or Care Plan)（ICP 或照護計劃，個人照護計劃）：照護計劃涵蓋您的主要健康問題、目標、需求以及您可能需要的服務。您的計畫可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支援。

Inpatient（住院）：正式入院接受專業醫療服務即稱為住院。如果未正式入院，即便在醫院過夜，您仍可能會被視為門診病患，或是接受留觀服務的病患。

Interdisciplinary Care Team（ICT 或照護團隊，跨科照護團隊：這類照護團隊可能包括您的主要照護醫師、個案經理，也可能包括其他特殊照護提供者。照護者或其他醫療專業人士，他們會協助您獲得所需的照護。照護團隊也會協助擬定或更新您的照護計劃。

List of Covered Drugs (Drug List)（承保藥物清單（藥物清單））：我們承保的處方藥和非處方 (OTC) 藥物清單。此清單中的藥物是我們在醫師及藥師的協助下選定的藥物。藥物清單說明是否需要遵守任何規定才能取得藥物。藥物清單有時稱為「處方集」。

Long-term services and supports（LTSS，長期服務和支援）：長期服務和支援有助於改善長期醫療狀況。其中大部分服務可協助您居家進行照護，而不必住進療養院或醫院。長期服務和支援 (LTSS) 包括社區成人服務 (CBAS) 和照護機構 (NF)。

Low-income subsidy（LIS，低收入補助）：請參閱「額外補助」。

Mail Order Program（郵購方案）：部分計劃提供郵購方案，可供您領取 3 個月份量的承保處方藥，且會直接郵寄至您的住處。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：這是加州的 Medicaid 計劃名稱。Medi-Cal 由州政府經營，並由州政府和聯邦政府支付款項。

- 此計畫旨在協助某些低收入及資源有限者支付長期服務與支援以及醫療費用。
- 它給付 Medicare 未給付的額外服務與藥物。
- Medicaid 計畫因州而異，但如果您同時具備 Medicare 和 Medicaid 的資格，大部分健康護理費用都將得到承保。
- 如需 Medi-Cal 的聯絡資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 2 章**。

Medi-Cal plans（Medi-Cal 計劃）：僅給付 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務與支援、醫療器材和交通。Medicare 福利不在其範圍內。

Medically necessary（醫療必要性）：這是指預防、診斷或治療您的醫療症狀或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括可讓您免於住院或入住療養院的照護。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：為 65 歲以上的人士、65 歲以下且患有特定殘疾的人士，以及患有末期腎臟病（通常需要洗腎或腎移植的永久性腎衰竭）的人士提供的聯邦健康保險計劃。Medicare 保戶可透過 Original Medicare 或管理照護計畫（請參閱「健康計畫」）來獲得其 Medicare 健康服務給付。

Medicare Advantage：一項 Medicare 計劃，又稱為「Medicare C 部分」或「MA」，可透過私營公司提供 MA 計劃。Medicare 向這些公司付費，以承保您的 Medicare 福利。

Medicare-covered services（Medicare 承保的服務）：Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康計劃（包括本計劃）都必須承保 Medicare A 部分和 B 部分的所有給付服務。

Medicare-Medi-Cal enrollee（Medicare-Medi-Cal 保戶）：同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 承保資格的人士。Medicare-Medi-Cal 保戶也稱為「雙重資格人士」。

Medicare Part A（Medicare A 部分）： 給付大部分具有醫療必要性的醫院、專業護理機構、居家健康和安寧照護的 Medicare 計劃。

Medicare Part B（Medicare B 部分）：給付用來治療疾病或症狀且有醫療必要性的服務（如檢驗室檢測、手術和醫師就診）以及用品（如輪椅和助行器）的 Medicare 計劃。Medicare B 部分也給付許多預防性和篩檢服務。

Medicare Part C（Medicare C 部分）：一項 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 給付。

Medicare Part D（Medicare D 部分）：Medicare 處方藥福利計劃。（我們簡稱該計劃為「D 部分」。）D 部分承保門診處方藥、疫苗，以及 Medicare A 部分或 B 部分或 Medi-Cal 不承保的部分用品。本計劃包括 Medicare D 部分。

Medicare Part D drugs（Medicare D 部分藥物）：Medicare D 部分承保的藥物。美國國會將特定類別的藥物明確排除於 D 部分承保範圍之外。Medi-Cal 可能給付其中部分藥物。

Medication Therapy Management（藥物治療管理）：由包含藥師在內的健康照護提供者，專為病患提供的一組單一或多項的服務，以確保給予病患最佳療效。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**。

Member（會員（本計劃會員，或計劃會員））：已投保本計劃，且投保資格已獲 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 以及州政府確認，可獲得經承保服務的 Medicare 和 Medi-Cal 保戶。

Member Handbook and Disclosure Information（會員手冊與揭露資訊）：本文件以及您的投保表格和任何其他附件或說明給付範圍、本計劃義務、您的權利以及身為本計劃會員的義務的附約。

Member Services（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**。

Network pharmacy（網絡藥局）：已簽約同意提供處方藥給計劃會員的藥局（藥房）。我們將之稱為「網絡藥房」是因為這些藥房與本計劃有簽約合作關係。大多數情況下，我們只會給付在我們網絡藥房領取處方藥的費用。

Network provider（網絡醫療服務提供者）：「醫療服務提供者」是我們用來泛指醫師、護理師以及提供服務和照護的其他人的用語。此用語也包括醫院、居家健康機構、診所以及提供醫療照護服務、醫療器材以及長期服務與支援的其他場所。

- 這些場所經 Medicare 和州政府許可和認證，可提供醫療照護服務。
- 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，我們將之稱為「網絡醫療服務提供者」。
- 只要您是本計畫的會員，您就必須使用網絡醫療服務提供者來取得給付服務。網絡醫療服務提供者也可稱為「計畫醫療服務提供者」。

Nursing home or facility（療養院或療養機構）：針對無法獲得居家照護，但又不需住院的人士提供照護的場所。

Ombudsman（申訴專員）：在您所在州擔任您的權益倡導者的官員。如果您有任何問題或投訴，他們能回答您的問題，並幫助您了解該怎麼做。投訴專員的服務免付費。您可以在《*會員手冊*》**第 2 章和第 9 章**找到更多資訊。

Organization determination（組織裁決）：當本計劃或其醫療服務提供者就是否承保服務或針對承保服務您的應付費用作出裁定時，即稱為組織裁決。組織裁決在本手冊中稱作「給付裁定」。《*會員手冊*》**第 9 章**說明給付裁定。

Original Medicare（傳統 Medicare 或按服務付費式 Medicare）：政府會提供 Original Medicare。在 Original Medicare 給付範圍中，服務給付方式是將美國國會制定的付款金額支付給醫師、醫院及其他醫療照護提供者。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的醫師、醫院或其他醫療照護提供者。Original Medicare 包括兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險）。
- 美國各地均提供 Original Medicare。
- 如果您不想投保本計劃，可以選擇 Original Medicare。

Out-of-network pharmacy（網絡外藥局）：未與本計劃簽約為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥局。除非符合特定條件，否則本計劃不給付您從網絡外藥房領取的大多數藥物。

Out-of-network provider or Out-of-network facility（網絡外醫療服務提供者或網絡外機構）：非本計劃所聘用、擁有或經營，且尚未簽訂合約提供經承保服務給本計劃會員的醫療服務提供者或機構。有關網絡外醫療服務提供者或機構的說明，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章**。

Over-the-counter (OTC) drugs（OTC，非處方藥）：是指無需健康照護專業人員開處方即可買到的藥品或藥物。

Part A（A 部分）：請參閱「Medicare A 部分」。

Part B（B 部分）：請參閱「Medicare B 部分」。

Part C（C 部分）：請參閱「Medicare C 部分」。

Part D（D 部分）：請參閱「Medicare D 部分」。

Part D drugs（D 部分藥物）：請參閱「Medicare D 部分藥物」。

Personal health information（PHI，個人健康資訊（又稱為受保護健康資訊）：有關您及您的健康的資訊，例如：您的姓名、住址、社會保險號碼、就診次數和病史。請參閱隱私權政策通知，瞭解更多關於我們如何保護、使用及披露您的受保護健康資訊 (PHI) 資訊，以及您就您的 PHI 所享有之權利的資訊。

Primary care provider（PCP，主要醫療服務提供者）：針對多數健康問題，您最先使用的醫師或其他醫療服務提供者。他們確保您取得維持您健康所需的照護。

- 主要醫療服務提供者亦可與其他醫師或健康照護提供者討論您的治療情況並為您辦理轉診。
- 多數 Medicare 健康計畫均規定您必須先使用主要醫療服務提供者後，才能由其他健康照護提供者看診。
- 從主要醫療服務提供者處獲得照護的相關資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 3 章**。

Prior authorization（事先授權）：您的 PCP 為獲得批准或授權而提交的服務要求，以便取得特定服務或藥物或使用網絡外醫療服務提供者。如果您未先獲得核准，本計劃可能不承保該服務或藥物。

唯有當您的醫師或其他網絡醫療服務提供者取得我們的事先授權後，本計劃才能給付某些網絡醫療服務。

- 《*會員手冊*》**第 4 章**標示出需要我們的計劃事先授權的承保服務。

唯有您取得我們的事先授權後，本計劃才能承保某些藥物。

- 承保藥物清單標有需要我們的計畫事先授權的承保藥物。

Program for All-Inclusive Care for the Elderly（PACE，老年人全面照護計劃）：此計劃提供 Medicare 和 Medi-Cal 福利，適用於 55 歲以上需要高品質照護才能居家生活的人士。

Prosthetics and Orthotics（義肢和矯具）：這是由您的醫師或其他健康照護提供者開立醫囑的醫療器材。給付的項目包括但不限於：手臂、背部和頸部支架；假肢；義眼；以及取代內部身體部位或機能所需的器材，包括腸造口用品以及腸內和腸外營養治療。

Quality improvement organization（QIO，品質改善組織）：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。聯邦政府會向 QIO 付費，以檢查並改善提供給患者的照護。更多 QIO 相關資訊，請參閱《*會員手冊*》**第 2 章**。

Quantity limits（數量限制）：領取的藥物量限制。針對每張處方箋，我們可能會設定給付藥物數量限制。

Referral（轉診）：轉診是指您取得主要醫療服務提供者 (PCP) 的批准後，可以使用您 PCP 以外的醫療服務提供者。如果您未獲得批准，我們可能不給付該服務。使用某些專科醫師無需轉診，例如：婦女健康專科醫師。您可以在《*會員手冊*》**第 3 章和第 4 章**找到更多轉診相關資訊。

Rehabilitation services（復健服務）：有助於從病後、傷後或重大手術後復原的治療。請參閱您的《*會員手冊*》**第 4 章**。獲得復健服務的更多資訊。

Sensitive services（敏感服務）：針對心理或行為健康、性與生殖健康、計劃生育、性傳播感染 (STI)、HIV/AIDS、性侵害和墮胎、物質使用疾患、性別確認照護及親密伴侶暴力的相關服務。

Service area（服務區域）：假設健康計劃依居住地限制會員資格，則此區域即是指接受會員的地理區域。如果計劃會限制您可能使用的醫師和醫院，此區域通常是您可以獲得常規（而非緊急）服務的區域。只有我們服務地區的居民能加入。

Share of cost（分攤費用）：在您福利生效之前，您每個月可能需要分攤的健康照護費用。您分攤的費用金額會視您的收入和資源而定。

Skilled nursing facility（SNF，專業護理機構）：照護機構配有員工和設備，可提供專業護理照護，並在大部分情況下提供專業復健服務和其他相關健康服務。

Skilled nursing facility (SNF) care（專業護理機構 (SNF) 照護）：在專業護理機構中提供的連續天數專業護理照護和復健服務。舉例來說，由合格護士或醫師提供的物理治療或靜脈 (IV) 注射即屬專業照護機構照護。

Specialist（專科醫師）：針對特定疾病或身體部位提供健康照護的醫師。

Specialized pharmacy（專科藥局）：請參閱《*會員手冊*》**第 5 章**，瞭解更多專科藥局的相關資訊。

State Hearing（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會核准的 Medi-Cal 服務，或是我們將止付您已接受的Medi-Cal 服務，您可以要求舉行州聽證會。如果州聽證會判定您勝訴，我們就必須提供您要求的服務。

Step therapy（階段治療）：一種給付規定，要求您先試用另一種藥物來治療您的病症，而後我們才會給付您要求的藥物。

Supplemental Security Income（SSI，社會安全生活補助金）：由社會保障局為有殘疾、失明或 65 歲（含）以上的低收入及資源有限者支付的每月福利。SSI 福利與社會保障福利 (Social Security benefits) 不同。SSI 會自動提供 Medi-Cal 保險範圍。

Urgent care（緊急照護）：是指在非緊急狀況下，為立即需要接受照護的急病、外傷或症狀所提供的照護。當網絡醫療服務提供者暫時無法提供服務或您無法前往網絡醫療服務提供者處就醫時，可由網絡外醫療服務提供者進行緊急照護。

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，當地時間上午 8 點至晚上 8 點 會員服務亦為英語非母語者提供免費的翻譯服務。 我們也針對不會說英語的人提供免費的口譯員服務。
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： Attn: Medicare Member Services D 部分 (Rx) 服務： Fax: (866) 290-1309
寫信	**醫療服務：** 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802 **D 部分 (Rx) 服務：** 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
網站	www.MolinaHealthcare.com/Medicare