

Health Net Cal MediConnect 計劃 (Medicare-Medicaid 計畫) 會員手冊

2022 年 1 月 1 日 - 2022 年 12 月 31 日

您的 Health Net Cal MediConnect 醫療與藥品承保範圍

會員手冊介紹

本手冊將會告訴您至 2022 年 12 月 31 日為止，您在 Health Net Cal MediConnect 計畫下的承保範圍。本手冊將會為您說明醫療保健服務、行為健康服務 (精神健康與物質使用失調)、處方藥承保範圍，以及長期服務與支援。長期服務與支援將可協助您居家照護，而無需前往療養院或醫院。主要用語及其定義按照字母順序顯示在會員手冊的最後一章。

此為重要的法律文件。請妥善保管。

本 Cal MediConnect 計畫是由 Health Net Community Solutions, Inc. 提供。本會員手冊中所提及的「本公司」、「我們」或「我們的」是指 Health Net Community Solutions, Inc.，「計畫」或「我們的計畫」則是指 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)。

注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。

CA2CNCEOC76964C_0001

H3237_001

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա.8:00-ից կ.հ.8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារស័ព្ទបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

- 請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午8點到下午8點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下一個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 알림:귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-464-3571** (聽障專線 : **711**)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를남기실 수 있습니다. 다음영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика.Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия ТTY: 711)。 Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера.В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение.Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo.Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje.Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.La llamada es gratuita.
- PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil.Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes.Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe.Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo.Libre ang tawag.
- XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chú ng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị.Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu.Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn.Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau.Cuộc gọi này miễn phí.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



您可以免費獲得本文件的其他格式，例如大字版、點字版和/或語音版。請致電 **1-855-464-3571** (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。

如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電聯絡 **Health Net Cal MediConnect** 會員服務部，電話是 **1-855-464-3571** (聽障專線：711)。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 **Health Net Cal MediConnect**，電話是 **1-855-464-3571** (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

2022 Health Net Cal MediConnect 會員手冊**目錄**

第 1 章：會員入門指南.....	7
第 2 章：重要電話號碼與資源.....	20
第 3 章：利用計畫的承保範圍取得醫療保健服務及其他承保服務.....	41
第 4 章：福利表.....	62
第 5 章：透過本計畫領取您的門診處方藥.....	110
第 6 章：您需為 Medicare 與 Medi-Cal 處方藥支付的費用.....	127
第 7 章：要求本計畫為您所取得的承保服務或藥品帳單支付分攤費用.....	138
第 8 章：您的權利和責任.....	144
第 9 章：如果您有問題或需要投訴 (承保範圍決定、上訴、投訴) 該怎麼辦.....	176
第 10 章：終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍.....	223
第 11 章：法律聲明.....	232
第 12 章：重要用語的定義.....	236

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



免責聲明

- ❖ Health Net Community Solutions, Inc. 是與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的健保計畫，同時為計畫參加者提供這兩項方案的福利。
- ❖ 網絡外 / 非簽約醫療服務提供者沒有義務治療 Health Net Cal MediConnect 會員，但急診情況除外。請致電會員服務部或查看會員手冊瞭解更多資訊，包括適用網絡外服務的分攤費用。
- ❖ Health Net Cal MediConnect 符合稱為「最低基本承保」的健康承保範圍。本計畫符合《病人保護與平價照護法案》(ACA) 的個人分攤責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 取得更多有關個人分攤責任規定的資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



第 1 章：會員入門指南

簡介

本章包含關於 Health Net Cal MediConnect 的資訊、承保您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 服務的健保計畫，以及您的會員資格。本章也將告知您在 Health Net Cal MediConnect 中可預計的事項，以及其他相關資訊。主要用語及其定義按照字母順序顯示在 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 歡迎您加入 Health Net Cal MediConnect.....	9
B. 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊.....	10
B1. Medicare	10
B2. Medi-Cal	10
C. 本計畫的優勢.....	11
D. Health Net Cal MediConnect 的服務區域.....	12
E. 成為計畫會員的資格.....	13
F. 初加入健保計畫時的程序.....	13
G. 您的照護團隊及照護計畫.....	14
G1. 照護團隊	14
G2. 照護計畫	15
H. Health Net Cal MediConnect 的計畫月保費	15
I. <i>會員手冊</i>	15
J. 我們會向您提供的其他資訊	16
J1. 您的 Health Net Cal MediConnect 會員卡	16
J2. <i>醫療服務提供者與藥房名錄</i>	17
J3. <i>承保藥品清單</i>	18
J4. <i>《福利說明》</i>	18

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



K. 如何更新您的會籍記錄資訊 19

 K1. 個人健康資訊的隱私權 (PHI)..... 19

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



A. 歡迎您加入 Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect 是一個 Cal MediConnect 計畫。Cal MediConnect 計畫是一個由醫師、醫院、藥房、長期服務與支援服務提供者、行為健康服務提供者，及其他醫療服務提供者共同組成的組織。本計畫還有照護協調員與照護團隊可協助您管理您所有的醫療服務提供者和服務。他們會共同合作為您提供您所需的照護。

Health Net Cal MediConnect 已獲得加利福尼亞州政府及 Medicare & Medicaid Services (CMS) 中心的核准，來為您提供 Cal MediConnect 的服務。

Cal MediConnect 是由 California 與聯邦政府共同監控的示範計畫，可為同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人提供更好的照護。在本示範中，州政府及聯邦政府想測試新方法，來改善您獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務的方式。

值得您信賴的豐富經驗

您已投保一項您能信賴的健保計畫。

Health Net 協助超過一百萬名投保 Medicare 與 Medi-Cal 的人士取得其所需的服務。我們使用的方法包括為您提供更方便的管道讓您能夠取得 Medicare 與 Medi-Cal 的福利與服務，以及其他許多方式：

- 我們以提供絕佳的客戶服務而驕傲；我們達到這一目標的方式是為我們的會員您提供集中、正面、個性化的照護。我們訓練有素的會員服務部雇員不會讓您久等，並且可透過口譯員即可提供多種語言的服務。我們將為您提供「禮賓」等級的服務，助您瞭解您的福利，就像我們對待自己的家人一樣。這樣將讓您迅速得到您需要的答案，以取得照護。
- 約 25 年來，我們致力於建立高品質的醫師網絡。我們 Cal MediConnect 網絡內的醫師和專科醫師在醫療團體內合作，保證您在需要的時候取得您所需的照護。
- 我們與您同在 – 我們是一家位於南加利福尼亞州的公司，因此我們的員工均與您住在同一地區。我們為當地社區提供下列支援：
 - 在當地的保健活動期間與社區中心提供健康篩檢
 - 免費的健康教育課程

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 關於 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是適用於下列人士的聯邦健康保險方案：

- 年滿 65 歲以上的人士，
- 部分未滿 65 歲且有特定殘障的人士；以及
- 患有末期腎臟病 (腎衰竭) 的人士。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加利福尼亞州 Medicaid 方案的名稱。Medi-Cal 是由州政府所管理，並獲得州政府和聯邦政府的資助。Medi-Cal 可協助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援 (LTSS) 的費用以及醫療費用。Medi-Cal 還承保了不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務與藥品。

各州決議：

- 收入和資源的定義，
- 資格的認定，
- 服務之承保範圍，和
- 服務的費用。

只要符合聯邦政府的規定，州政府可以決定其計畫的運作方式。

Medicare 及 California 政府已核准了 Health Net Cal MediConnect。只要下列情況成立，您即可透過我們的計畫取得 Medicare 與 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供本計畫；且
- Medicare 和加利福尼亞州允許我們繼續提供本計畫。

即使未來我們的計畫停止營運，您取得 Medicare 與 Medi-Cal 服務的資格將不會受到影響。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 本計畫的優勢

現在您將可從 Health Net Cal MediConnect 獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務，包括處方藥。而且，您無需為加入本健保計畫支付額外費用。

Health Net Cal MediConnect 將會協助您讓您的 Medicare 與 Medi-Cal 福利更有效地運作，並讓您更容易使用。本計畫的好處還包括：

- 您可以透過一項健保計畫，滿足您所有健康保險的需求。
- 您將會有一個由您協助組成的照護團隊。您的照護團隊成員可包括您本人、您的照護提供者、醫師、護士、諮詢人員或其他健康專業人員。
- 您將可使用照護協調員提供的服務。照護協調員將會與您、Health Net Cal MediConnect 以及您的照護團隊合作，以協助擬訂照護計畫。
- 您將可主導您自己的照護，並獲得來自照護團隊和照護協調員的協助。
- 照護團隊與照護協調員將會與您合作，以擬訂一份針對您的健康需求而量身打造的照護計畫。照護團隊將會幫您協調您所需的服務。舉例來說，這表示：
 - 您的照護團隊會確保您的醫師瞭解您服用過的所有藥物，以便醫師能夠確認您服用的是適當的藥物，並藉此減少您因藥物可能產生的任何副作用。
 - 您的照護團隊會確保您的所有醫師和其他適當醫療服務提供者獲得您的測試結果。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



D. Health Net Cal MediConnect 的服務區域

我們的服務區域包括 California 以下各縣：Los Angeles，但下列郵遞區號除外：94704。

只有居住在我們服務區域的人士才可加入 Health Net Cal MediConnect。

如果您搬離了我們的服務區域，您將無法保留本計畫的服務。詳請參閱第 174 頁的第 8 章 K 部分，以瞭解更多搬離服務區域的影響相關資訊。您將需與您所在縣的資格審查工作人員聯絡：

電話	<p><u>當地免付費電話：</u> 1-866-613-3777</p> <p><u>全州通用免付費電話：</u> 1-800-541-5555</p> <p>上述電話為免付費電話。 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p>
寫信	<p>請參閱您電話簿上「縣政府」(COUNTY GOVERNMENT) 之下的白頁，查詢離您最近的社會服務部辦公室。</p>
網站	<p>http://dpss.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



E. 成為計畫會員的資格

您只要符合以下條件即具備加入本計畫的資格：

- 居住於本計畫的服務區域；且
- 在投保時已年滿 21 歲；且
- 同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分；且
- 目前符合 Medi-Cal 的資格且享有 Medi-Cal 的所有福利，包括：
 - 符合下述分攤費用規定的人士：
 - 居住於護理機構並有支付分攤費用的人士，以及
- 美國公民或美國合法居民。

您所在郡縣可能還有其他資格規定。請致電與會員服務部聯絡以索取更多資訊。

F. 初加入健保計畫時的程序

剛加入本計畫時，我們會在前 45 和 90 天內，根據您的健康狀況 (即高風險或低風險) 進行健康風險評估 (HRA)。

按規定，我們必須為您進行一次 HRA。我們將會根據 HRA 來研擬您的個人照護計畫 (ICP)。HRA 中將會包含各種問題，以確認您的醫療需求、LTSS 需求，以及行為健康和生活機能需求。

我們將會與您聯絡以為您完成 HRA。您可透過親自前來就診，或是透過電話或郵件方式來完成 HRA。

我們將會寄給您更多有關 HRA 的資訊。

如果您是 Health Net Cal MediConnect 的新會員，您在一定時間內將可繼續請您目前的醫師為您看診。如果您符合下列所有條件，在投保屆滿 12 個月時，您將可保留您目前的醫療服務提供者和服務授權：

- 您本人、您的代表或您的醫療服務提供者可直接向我們提出申請，以繼續請您目前的醫療服務提供者為您看診。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 我們可以證實您和某位主治醫療服務提供者或專科照護服務提供者的既有關係，但有一些例外。當我們提及現有關係時，指的是您在 **Health Net Cal MediConnect** 最初投保日期前的 12 個月期間，曾經爲了非緊急病況而至少前往網絡外醫療服務提供者處就診一次。
 - 我們將會審查您可用的健康資訊或您提供給我們的資訊，以判定您與醫療服務提供者間的既有關係。
 - 我們有 30 天的時間可以回覆您的申請。您也可以要求我們在較短時間內作決定，那麼我們將必須在 15 天內回覆您。
 - 如果您因照護中斷而蒙受危害健康風險，我們會在 3 個曆天內回覆您的要求。
 - 如果您有可能因爲照護中斷而有受到傷害的風險，我們會在 3 個曆日內回覆您的要求。
 - 當您提出申請時，您或您的醫療服務提供者必須出示文件證明你們的既有關係，並且同意遵守特定條款。

註：此申請**不適用**於以下服務類別的醫療服務提供者：耐用醫療器材 (DME)、交通運輸服務、其他輔助服務，或不屬於 **Cal MediConnect** 承保範圍的服務。

在照護期屆滿後，您需要向 **Health Net Cal MediConnect** 網絡中且隸屬於您的主治醫師醫療團隊的醫師和其他醫療服務提供者看診，除非我們與您的網絡外醫師簽訂合約。網絡醫療服務提供者是指與本健保計劃合作的醫療服務提供者。當您投保本計劃時，您會從我們的網絡選擇一個特約醫療團體。醫療團體是由一同合作並與我們計劃簽約合作之 PCP、專科醫師及其他醫療保健服務提供者所組成的團體。您也必須在這個特約醫療團體中選擇一位主治醫師 (PCP)。如果您沒有選擇醫療團體和特約 PCP，我們會指定一位給您。請參閱第 45 頁的第 3 章 D 部分，以瞭解有關取得照護的詳細資訊。

G. 您的照護團隊及照護計畫

G1. 照護團隊

您在取得您所需的服務時需要幫助嗎？照護團隊能幫助您。照護團隊可能包括您的醫師、照護協調員或其他您選擇的保健人士。

照護協調員是經過訓練，能協助您管理您所需照護的人士。在您投保 **Health Net Cal MediConnect** 時，您將取得一名照護協調員。如果 **Health Net Cal MediConnect** 未提供所需服務，此人也會協助將您轉介至社區資源。

您可以致電我們，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711) 要求照護團隊。服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，此爲免付費電話。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 **Health Net Cal MediConnect**，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G2. 照護計畫

您的照護團隊將會與您合作，以擬訂一份照護計畫。照護計畫可告知您和您的醫師您需要何種服務以及如何取得這些服務。其中包括您的醫療、行為健康以及 LTSS 需求。照護計畫是專門針對您和您的需求所制定的。

您的照護計畫將包括：

- 您的健康照護目標。
- 您應該何時取得所需服務的時間表。

在您接受過健康風險評估之後，您的照護團隊將會與您會面，以討論您所需的服務。他們還會使您瞭解您可以考慮接受的服務。照護計畫將會以您的需求為依據。照護團隊將會與您合作，每年至少更新一次您的照護計畫。

H. Health Net Cal MediConnect 的計畫月保費

Health Net Cal MediConnect 沒有計畫月保費。

I. 會員手冊

本會員手冊是我們與您簽訂之合約的一部分。換言之，我們必須遵守本文件中的所有規定。如果您認為我們的某些行為未遵守規定，您可以針對我們的行動提出上訴或質疑。如需有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 181 頁的第 9 章 D 部分，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可致電會員服務部來索取會員手冊：1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您也可以在此網址 mmp.healthnetcalifornia.com 查閱會員手冊，或從該網站下載。

此合約將於您投保 Health Net Cal MediConnect 的月份生效，及介於 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日之間。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



J. 我們會向您提供的其他資訊

您應該已收到 Health Net Cal MediConnect 的會員卡、關於如何取得醫療服務供應商與藥房名錄的資訊，以及關於如何取得承保藥品清單的資訊。

J1. 您的 Health Net Cal MediConnect 會員卡

根據本計畫規定，您在接受 Medicare 和 Medi-Cal 服務時將使用同一張會員卡，這些服務包括長期服務與支援、特定行為健康服務以及處方藥。您在接受任何服務或領取處方時均必須出示此會員卡。以下為會員卡的樣本，您的會員卡外觀將如下所示：



如果您的 Cal MediConnect 會員卡受損、遺失或遭竊，請立即致電與會員服務部，我們會寄發新卡給您。您可以致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

只要您還是本計畫的會員，您在接受 Cal MediConnect 的服務時就無需使用您的 Medicare 紅藍白卡或 Medi-Cal 卡。請將這些卡存放在安全的地方，以免您日後還需要用到這些卡。如果您出示 Medicare 卡，而非 Health Net Cal MediConnect 會員卡，醫療服務提供者會向 Medicare 而非我們的計畫收費，並且您會收到帳單。請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分，以瞭解若您從供應商處收到帳單時該怎麼做。

請謹記，針對透過縣政府心理健康計畫 (MHP) 取得的心理健康服務，請出示您的 Medi-Cal 會員卡才能獲得服務。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



J2. 醫療服務提供者與藥房名錄

醫療服務提供者與藥房名錄列出了 Health Net Cal MediConnect 網絡內的醫療服務提供者與藥房。只要您還是本計畫的會員，您就必須利用網絡醫療服務提供者取得承保服務。在您剛加入本計畫時，會有一些可以例外處理的情況 (請參閱第 13 頁)。

您可致電索取**醫療服務提供者與藥房名錄**：1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您也可以在此網址 mmp.healthnetcalifornia.com 查閱**醫療服務提供者與藥房名錄**，或從該網站下載。

我們的會員服務部和網站均能為您提供網絡醫療服務提供者和藥房變更的最新資訊。本**醫療服務提供者與藥房名錄**列出了您身為 Health Net Cal MediConnect 會員可以使用的醫療保健專業人士 (例如：醫師、職業護理師及心理醫師)、設施 (例如：醫院或診所) 和支援服務提供者 (例如：成人日間保健和居家照護服務提供者)。我們也列出您可領取處方藥的藥房。列於**醫療服務提供者與藥房名錄**中的藥局涵蓋零售商、郵購、居家輸液及長期照護 (LTC)。

網絡醫療服務提供者的定義

- Health Net Cal MediConnect 網絡醫療服務提供者包括：
 - 本計畫會員可以前往看診的醫師、護士及其他醫療保健專業人士；
 - 診所、醫院、護理機構，以及提供本計畫健康服務的其他場所；以及
 - LTSS、行為健康服務、居家照護機構、耐用醫療器材供應商，以及提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 取得之用品和服務的其他機構。

網絡醫療服務提供者已同意接受本計畫針對承保服務所提供的給付作為全額給付。

網絡藥局的定義

- 網絡藥房是同意為本計畫會員發配處方的藥房 (藥店)。請利用**醫療服務提供者與藥局名錄**查詢您想使用的網絡藥局。
- 除非發生緊急情況，否則如果您希望本計畫為您支付處方藥費，您將必須在本計畫的網絡藥房配領處方。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



請致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711) 以取得更多資訊。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。會員服務部和 Health Net Cal MediConnect 的網站，均能為您提供有關網絡藥房與醫療服務提供者變更的最新資訊。

J3. 承保藥品清單

本計畫有一份承保藥品清單。我們簡稱它為「藥品清單」。「藥品清單」將會告訴您哪些處方藥屬於 Health Net Cal MediConnect 的承保範圍。

「藥品清單」同時也會告知您，您用的藥品的限制和規定，如您所能得到的總額限制。請參閱第 118 頁的第 5 章 C 部分，以取得有關這些規則和限制的更多資訊。

每年，我們將會寄給您關於如何取得藥品清單的資訊，但在該年度期間清單可能會有所變更。如欲取得有關承保範圍之藥品的最新資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com 或致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

J4. 《福利說明》

當您使用 D 部分處方藥福利時，我們會寄一份摘要給您，幫助您瞭解並追蹤您 D 部分處方藥的付款情況。這份摘要報告稱為《福利說明》(EOB)。

EOB 會告訴您在該月份當中您或其他人代您支付的 D 部分處方藥總金額，以及我們就您的各項 D 部分處方藥所給付的總金額。EOB 會針對您所服用的藥物提供更多資訊，例如價格上漲以及其他可能擁有較低共同負擔費用的藥物。您可以和開立您處方的醫師討論這些較低費用的選項。第 130 頁的第 6 章 A 部分提供更多有關 EOB 的資訊，以及該文件能如何幫助您追蹤您的藥品承保範圍。

您也可以向我們索取 EOB。若要取得副本，請聯繫會員服務部：1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



K. 如何更新您的會籍記錄資訊

您可在您的資訊發生變更時通知我們，以使您的會籍記錄隨時保持在最新狀態。

計畫的網絡醫療服務提供者和藥局必須持有您的正確資訊。他們透過您的會籍記錄來瞭解您獲得了哪些服務和藥品，以及這些服務和藥品的費用。因此，協助我們隨時更新您的資訊非常重要。

如發生以下情況，請通知我們：

- 姓名、地址或電話號碼的變更。
- 其他健康保險承保範圍有任何變更，例如您的雇主、您配偶的雇主、您同居伴侶的雇主或勞工賠償獲得的保險。
- 任何責任理賠，例如汽車意外事故的理賠。
- 您入住療養院或醫院。
- 在醫院或急診室接受照護。
- 您的照護提供者之變更 (或任何負責照顧您的人)。
- 您正在參與臨床研究。

如果您的資訊有任何變更，請致電會員服務部通知我們，電話號碼為 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

K1. 個人健康資訊的隱私權 (PHI)

您的會籍紀錄資訊中可能包括您的個人健康資訊 (PHI)。州和聯邦法律規定我們應對您的個人健康資訊保密。我們將確保您的個人健康資訊得到保護。如需我們如何保護您個人健康資訊 (PHI) 的詳細資訊，請參閱第 160 頁的第 8 章 C1 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

第 2 章：重要電話號碼與資源

簡介

本章將提供您重要資源的聯絡資訊，以回答您對 Health Net Cal MediConnect 和您對醫療保健福利的疑問。您也可運用本章來瞭解如何聯絡您的照護協調員和能為您辯護的其他人士。主要用語及其定義按照字母順序顯示在會員手冊的最後一章。

目錄

A. 如何聯繫 Health Net Cal MediConnect 會員服務部	22
A1. 您可針對下述事項與會員服務部聯絡	22
B. 如何與照護協調員聯絡	25
B1. 您可針對下述事項聯絡您的照護協調員	26
C. 如何與護士諮詢電話專線聯絡	28
C1. 您可針對下述事項聯絡護士諮詢電話專線	28
D. 如何與行為健康危機處理專線聯絡	29
D1. 您可針對下述事項聯絡行為健康危機處理專線	29
E. 如何與健康保險諮詢與促進方案 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡	30
E1. 您可針對下述事項聯絡健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)	30
F. 如何與品質改善組織 (QIO) 聯絡	31
F1. 您可針對下述事項聯絡加利福尼亞州品質改善組織 (Livanta)	31
G. 如何與 Medicare 聯絡	32
H. 如何與 Medi-Cal 醫療保健選項部門聯絡	33
I. 如何與 Cal MediConnect 監察方案聯絡	34
J. 如何與縣政府的社會服務部聯絡	35
K. 如何與您所在縣的精神健康專科計畫聯絡	36

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



K1. 您可針對下述事項與縣政府的精神健康專科計畫聯絡： 36

L. 如何與 California Department of Managed Health Care 聯絡 37

M. 其他資源..... 38

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



A. 如何聯繫 Health Net Cal MediConnect 會員服務部

電話	<p>1-855-464-3571 此為免付費電話。</p> <p>週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。下班時間、週末及假日請留言。我們將會在下個工作日回電給您。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。下班時間、週末及假日請留言。我們將會在下個工作日回電給您。</p>
傳真	1-800-281-2999 或 1-866-461-6876
寫信	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
網站	mmp.healthnetcalifornia.com

A1. 您可針對下述事項與會員服務部聯絡

- 與計畫有關的問題
- 與理賠、請款或會員卡有關的問題
- 與您健康照護有關的承保決定
 - 與您的醫療保健服務有關的承保決定是指與下列事項有關的決定：
 - 您的福利和承保服務，或
 - 我們針對您的保健服務給付的金額。
 - 如果您對與您健康照護有關的承保決定有疑問，請致電與我們聯絡。
 - 若要進一步瞭解承保決定，請參閱第 181 頁的第 9 章 D 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 與您健康照護有關的上訴
 - 上訴是指透過正式方式要求我們審查我們所作的承保決定，且若您認為我們的決定有誤，要求我們變更我們的決定。
 - 若要進一步瞭解如何提出上訴，請參閱第 181 頁的第 9 章 D 部分。
- 與您健康照護有關的投訴
 - 您可以針對我們或針對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指與本健保計畫合作的醫療服務提供者。您也可以向我們或向品質改善組織 (請參閱以下第 31 頁的 F 部分) 提出有關照護品質的投訴。
 - 您可以致電給我們說明您的投訴內容。請致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
 - 如果您的投訴是與您的醫療保健服務承保決定有關，您可以提出上訴 (請參閱第 22 頁的上述部分)。
 - 您可以向 Medicare 提出與 Health Net Cal MediConnect 有關的投訴。您可以使用線上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
 - 您可向 Cal MediConnect 監察方案提出與 Health Net Cal MediConnect 有關的投訴，電話：1-855-501-3077 (聽障專線：711)，服務時間週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00，假日不提供服務。
 - 如欲瞭解有關提出醫療保健相關投訴的詳情，請參閱第 218 頁的第 9 章 J 部分。
- 與您藥品有關的承保決定
 - 與您的藥品有關的承保決定是指與下列事項有關的決定：
 - 您的福利和承保藥品；或
 - 我們針對您藥品的給付金額。
 - 這些決定適用於您的 D 部分藥品、Medi-Cal 處方藥及 Medi-Cal 非處方藥。
 - 如需有關處方藥承保決定之詳細資訊，請參閱第 200 頁的第 9 章 F4 部分。
- 與您藥品有關的上訴
 - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。
 - 如欲進一步瞭解如何透過電話提出關於您 D 部分處方藥的上訴，請致電 1-855-464-3571 與會員服務部聯絡 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您也可以將您的

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



要求傳真到 1-866-388-1766。若您想以書面提出上訴或投訴，請將您的上訴內容寄到下列地址。

Health Net Community Solutions, Inc.
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

- 如欲進一步瞭解如何透過電話提出關於您 Medi-Cal 藥物的上訴，請致電 1-855-464-3571 與會員服務部聯絡 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您也可以將您的要求傳真到 1-877-713-6189。若您想以書面提出上訴或投訴，請將您的上訴內容寄到下列地址。

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Appeals & Grievances Dept.
PO Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

- 如欲瞭解有關提出處方藥相關上訴的詳情，請參閱第 203 頁的第 9 章 F5 部分。
- 與您藥品有關的投訴
 - 您可以針對我們或針對任何藥房提出投訴。其中包括與您的處方藥有關的投訴。
 - 如果您的投訴是與您的處方藥承保範圍決定有關，您可以提出上訴。(請參閱第 22 頁的上述部分。)
 - 您可以向 Medicare 提出與 Health Net Cal MediConnect 有關的投訴。您可以使用線上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
 - 如欲瞭解更多有關您處方藥的投訴，請參閱第 197 頁的第 9 章 J 部分。
- 針對您已付費的健康照護或藥品提供的給付
 - 如欲進一步瞭解如何要求本計畫償還您所支付的費用，或如何要求本計畫支付您所收到的帳單，請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分。
 - 如果您要求我們支付某份帳單，而我們拒絕您任一部分的要求，您可以針對我們的決定提出上訴。如需關於上訴的更多資訊，請參閱第 203 頁的第 9 章 D 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 如何與照護協調員聯絡

照護協調員是一個主要是對您本人、健康計畫和您的照護提供者共事的人，以確保您取得您所需之健康醫療。當您成為計畫的會員後，我們將會指派一名照護協調員給您。投保本計畫時，您的照護協調員將會聯絡您。

會員服務部也可告知您如何與照護協調員聯絡。照護協調員將會協助您整合醫療保健服務，以滿足您的醫療保健需求。照護協調員會與您合作一起擬訂照護計畫。其會協助您決定照護團隊的成員。照護協調員會為您提供管理醫療保健服務所需的資訊。這些資訊也將協助您作出適合自己的決定。若您需要協助聯絡照護協調員，您可致電與會員服務部聯絡。

如果您想更換照護協調員或有任何其他疑問，請致電下列電話號碼與我們聯絡。

您也可在照護協調員聯絡您之前先致電照護協調員。致電下列電話號碼並要求與您的照護協調員通話。

電話	<p>1-855-464-3571 此為免付費電話。</p> <p>週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。下班時間、週末及假日請留言。我們將會在下個工作日回電給您。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。下班時間、週末及假日請留言。我們將會在下個工作日回電給您。</p>
寫信	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



B1. 您可針對下述事項聯絡您的照護協調員

- 與您醫療保健有關的問題
- 與取得行為健康 (精神健康與藥物濫用障礙) 服務有關的問題
- 與交通運輸服務有關的問題
- 與長期服務與支援 (LTSS) 相關的問題

長期服務與支援 (LTSS) 包括成人社區服務 (CBAS) 和護理機構 (NF)。

有時您可以取得日常醫療保健服務以及生活上所需的協助。

您可能可取得下列服務：

- 成人社區服務 (CBAS)、
- 特護療養、
- 物理治療、
- 職能治療、
- 言語治療、
- 醫療社會服務；及
- 居家醫療保健。

成人社區服務 (CBAS)：

凡在年滿 18 歲以後發生生理、精神或社交障礙，且可能可藉由成人社區服務 (CBAS) 受益的 Medi-Cal 會員均可能符合資格。

符合資格的會員還必須滿足下列其中一項條件：

- 需求顯著，足以達到護理機構 A 級照護 (NF-A) 以上的標準
- 中度到重度的認知障礙，包括中度到重度的阿茲海默症或其他癡呆症
- 發育障礙

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



輕度到中度的認知障礙，包括阿茲海默症或癡呆症，且在從事下述任兩項活動時需要旁人的協助或監督：

- 沐浴
- 更衣
- 自我進食
- 如廁
- 步行
- 移動
- 藥物管理
- 衛生

有慢性精神疾病或腦部傷害，且在從事下述任兩項活動時需要旁人的協助或監督：

- 沐浴
- 更衣
- 自我進食
- 如廁
- 步行
- 移動

藥物管理，或在從事上述任一活動及下述任一活動時需要旁人的協助或監督：

- 衛生
- 金錢管理
- 取得資源
- 膳食準備
- 交通運輸服務
- 可以合理預期預防服務將可維持或改善目前的身體機能 (如因創傷或感染引起的腦部傷害)
- 如果沒有接受 CBAS，情況極可能會進一步惡化並可能需要住院 (如腦部腫瘤或與 HIV 相關的癡呆症)

護理機構 (NF)：

會員必須取得由醫師開立的 24 小時短期或長期醫療保健服務，才有資格被安置於長期照護 (LTC) 或特護療養機構 (SNF)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

C. 如何與護士諮詢電話專線聯絡

Health Net Cal MediConnect 護士諮詢專線是由受過訓練的臨床醫護人員提供免付費電話輔導和護士諮詢的服務，該服務時間為每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天。護士諮詢專線提供即時的醫療保健評估，以協助會員判定其在當時所需的照護等級。護士將會提供一對一的諮詢、回答健康問題並提供症狀管理支援，以讓會員能夠在有自信的情況下作出有關其照護和治療的適當決定。會員可致電其會員卡背面所列的 Health Net Cal MediConnect 會員服務部電話號碼使用護士諮詢專線。

電話	<p>1-855-464-3571 此為免付費電話。</p> <p>您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天皆可使用該專線，以向受過訓練的臨床醫護人員尋求輔導和護士諮詢。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天皆可使用該專線，以向受過訓練的臨床醫護人員尋求輔導和護士諮詢。</p>

C1. 您可針對下述事項聯絡護士諮詢電話專線

- 與您醫療保健有關的問題

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

D. 如何與行為健康危機處理專線聯絡

Managed Health Network (MHN) 提供每週 7 天，每天 24 小時的行為健康危機處理專線，為需要此協助的會員提供此服務。在通話期間的任何時候，會員可要求與持照臨床醫護人員交談，他們可以幫助會員獲得所需的服務。會員可以利用此危機處理專線，號碼如下。

電話	<p>1-855-464-3571 此為免付費電話。</p> <p>持照行為健康臨床醫護人員每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均提供服務。</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>持照行為健康臨床醫護人員每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均提供服務。</p>

D1. 您可針對下述事項聯絡行為健康危機處理專線

- 與行為健康和藥物濫用服務有關的問題
- Health Net Cal MediConnect 全天候均可為您提供醫療資訊與建議。當您致電時，我們的行為健康專科醫師將會回答您提出的保健相關問題。若您有緊急的健康需求，但又不到急診的程度，您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均可致電我們的行為健康危機處理專線，以諮詢行為健康方面的臨床問題。

如對您所在郡縣提供的精神健康專科服務有疑問，請參閱第 36 頁。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



E. 如何與健康保險諮詢與促進方案 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 聯絡

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 為投保 Medicare 的人士提供免費的健康保險諮詢。HICAP 諮詢人員可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。

HICAP 與任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。

電話	1-213-383-4519 在 Los Angeles 縣內：1-800-824-0780 服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點。
聽障專線	在 Los Angeles 縣內：711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 9 點至下午 5 點。
寫信	HICAP Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
網站	www.healthcarerights.org

E1. 您可針對下述事項聯絡健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)

- 與 Cal MediConnect 計畫有關的問題或其他 Medicare 問題
 - HICAP 諮詢人員可回答您有關轉換至新計畫的問題，並協助您：
 - 瞭解您的權利、
 - 瞭解您的計畫選擇、
 - 針對您的醫療保健或治療提出投訴，以及
 - 協助您解決帳單問題。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



F. 如何與品質改善組織 (QIO) 聯絡

加利福尼亞州有一個名為 **Livanta** 的組織。這是一個由醫師和其他醫療保健專業人員所組成的團體，旨在協助為投保 **Medicare** 的人士改善照護品質。**Livanta** 與本計畫並沒有關聯。

電話	1-877-588-1123
聽障專線	1-855-887-6668 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livantaqio.com

F1. 您可針對下述事項聯絡加利福尼亞州品質改善組織 (Livanta)

- 與您醫療保健有關的問題
 - 如果您發生以下情況，您可以針對您所接受的照護提出投訴：
 - 您有關於照護品質的問題；
 - 您認為您的住院時間太短；或
 - 您認為您的居家醫療保健、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



G. 如何與 Medicare 聯絡

Medicare 是專為年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的殘疾人士以及末期腎臟病 (需要洗腎或腎臟移植的永久性腎功能衰竭) 患者所提供的聯邦健康保險方案。

主管 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)。

電話	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>此為免付費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。</p>
聽障專線	<p>1-877-486-2048 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p>
網站	<p>www.medicare.gov</p> <p>此為 Medicare 的官方網站。網站提供有關 Medicare 的最新資訊。其亦提供醫院、療養院、醫生、居家健康機構、透析設施、住院復健機構、安寧照護等相關資訊。</p> <p>其中包括實用的網站和電話號碼。該網站亦包括您可以從電腦直接列印的手冊。</p> <p>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心或許能協助您使用其電腦瀏覽此網站。或者，您可透過上列電話號碼致電 Medicare，告訴他們您要尋找的資訊。他們會在網站上找到您要的資訊，然後將其列印出來寄給您。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



H. 如何與 Medi-Cal 醫療保健選項部門聯絡

如果您對選擇 Cal MediConnect 計畫或對其他投保事宜有疑問，Medi-Cal 醫療保健選項部門可協助您。

電話	1-844-580-7272 醫療保健方案處的代表可於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 為您提供服務。
聽障專線	1-800-430-7077 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。
寫信	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

I. 如何與 Cal MediConnect 監察方案聯絡

Cal MediConnect 監察方案可作為代表您的辯護者。如果您有問題或投訴，他們能回答問題並協助您瞭解該怎麼做。Cal MediConnect 監察方案也可協助您處理服務或請款上的問題。Cal MediConnect 監察方案與本計畫或是任何保險公司或健保計畫均沒有關聯，其服務均為免費。

電話	1-855-501-3077 此為免付費電話。 週一至週五，早上 9 點至下午 5 點，假日除外。
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 週一至週五，早上 9 點至下午 5 點，假日除外。
寫信	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County Health Consumer Center 13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331 1102 East Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
網站	calduals.org/background/cal-mediconnect/problem-resolution/ombudsman/

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



J. 如何與縣政府的社會服務部聯絡

如果您需要縣政府社會服務的相關協助，例如適用福利，請與您所在郡縣的社會服務部聯絡。

電話	<p>1-866-613-3777 此為免付費電話。</p> <p>假日除外：</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 7 點半至晚上 7 點半。</p> <p>週六上午 8 點至下午 4 點半。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 7 點半至晚上 7 點半。</p> <p>週六上午 8 點至下午 4 點半。</p>
寫信	<p>請參閱 dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html 或您電話簿上「縣政府」(COUNTY GOVERNMENT) 之下的白頁，查詢最近的社會服務部辦公室。</p>
網站	<p>dpss.lacounty.gov</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

K. 如何與您所在縣的精神健康專科計畫聯絡

如果您符合醫療必要性的條件，您將可透過縣政府的精神健康健保計畫 (MHP) 取得 Medi-Cal 的精神健康專科服務。

電話	<p>Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 專線：</p> <p>1-800-854-7771 此為免付費電話。</p> <p>每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天</p> <p>我們為非英語使用者提供免費的口譯服務。</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務) 此為免付費電話。</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天</p>

K1. 您可針對下述事項與縣政府的精神健康專科計畫聯絡：

- 與縣政府提供之行爲健康服務有關的問題
- 您可隨時致電 Los Angeles Department of Mental Health 專線，以取得免費且保密的心理健康資訊、醫療服務提供者的服務轉介以及危機處理諮詢。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



L. 如何與 California Department of Managed Health Care 聯絡

California Department of Managed Health Care (DMHC) 負責管理健保計畫。DMHC 協助中心可協助您針對您的健保計畫提出與 Medi-Cal 服務有關的上訴與投訴。

電話	1-888-466-2219 DMHC 的代表可於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 為您提供服務。
語障專線 (TDD)	1-877-688-9891 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。
寫信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	www.dmhc.ca.gov

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



M. 其他資源

區域性老人服務機構

您當地的區域性老人服務機構可為您提供資訊，並幫助老年人協調其可利用的服務。

電話	<p>1-800-510-2020</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外</p>
聽障專線	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)</p> <p>此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。</p> <p>服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外</p>
網站	<p>https://wdacs.lacounty.gov/services</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



Department of Health Care Services (DHCS)

身為本計畫的會員，您有資格同時加入 Medicare 與 Medi-Cal (Medicaid)。Medi-Cal (Medicaid) 是一個聯邦和州政府聯合方案協助部分收入，旨在協助部分資源有限的人支付醫療費用。如果您對 Medi-Cal (Medicaid) 為您提供的協助有疑問，請與健康照護服務部 (DHCS) 聯絡。

電話	1-888-452-8609 此為免付費電話 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外
聽障專線	711 (全國聽語障人士轉接服務) 此電話號碼供有聽障或語障的人士使用。您必須要有特殊的電話設備才能致電。 服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 5 點，假日除外
網站	www.dhcs.ca.gov/individuals

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



社會安全局

社會安全局負責判定 Medicare 的資格並處理投保事宜。凡年滿 65 歲以上，或是有殘疾或末期腎臟病且符合特定條件的美國公民，均符合 Medicare 的資格。如果您已開始領取社會安全局的福利支票，則會自動入保 Medicare。如果您尚未領取社會安全局的福利支票，則須投保 Medicare。社會安全局處理 Medicare 的投保流程。若想申請 Medicare，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局還負責判定收入較高的人士是否應為 D 部分處方藥支付額外的金額。如果您接獲社會安全局的信函，通知您必須支付額外費用而您對應付費用有疑問，或者如果您因生活發生變故而導致收入減少，您可以致電社會安全局要求其重新審查。

如果您搬家或您的郵寄地址有所變更，請務必聯絡告知社會安全局。

電話	<p>1-800-772-1213 此為免付費電話。</p> <p>服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。</p> <p>您可利用社會安全局每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天的自動電話服務，以聽取錄音資訊和處理部分業務。</p>
聽障專線	<p>1-800-325-0778 此為免付費電話。</p> <p>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障的人士使用。</p> <p>服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。</p> <p>您可利用社會安全局每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天的自動電話服務，以聽取錄音資訊和處理部分業務。</p>
網站	<p>www.ssa.gov</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



第 3 章：利用計畫的承保取得醫療保健服務及其他承保服務

簡介

本章含有您透過 Health Net Cal MediConnect 獲得醫療保健和其他承保服務時應瞭解的特定條款和規定。本章也提供以下內容：有關於照護協調員的資訊；如何從不同醫療服務提供者處獲得照護；如何在某些特殊情況下 (包括從網絡外醫療服務提供者或藥房) 獲得照護；當您直接收到本計畫承保服務的帳單時該怎麼辦；以及耐用醫療器材 (DME) 所有權的規定。主要用語及其定義按照字母順序顯示在會員手冊的最後一章。

目錄

A. 關於「服務」、「承保服務」、「醫療服務提供者」及「網絡醫療服務提供者」的資訊.....	43
B. 接受計畫承保之醫療保健服務、行為健康服務及長期服務與支援 (LTSS) 時的規定.....	43
C. 關於您的照護協調員的資訊.....	45
C1. 什麼是照護協調員.....	45
C2. 您如何與您的照護協調員聯絡.....	45
C3. 如何更換您的照護協調員.....	45
D. 透過主治醫師、專科醫師、其他網絡醫療服務提供者、及網絡外醫療服務供者得到照護.....	45
D1. 透過主治醫師得到照護.....	45
D2. 透過專科醫師和其他網絡醫療服務提供者得到照護.....	48
D3. 如果醫療服務提供者退出本計畫該怎麼做.....	49
D4. 如何透過網絡外醫療服務提供者取得照護.....	49
E. 如何取得長期服務與支援 (LTSS).....	50
F. 如何獲得行為健康 (精神健康與物質使用失調) 服務.....	50
F1. 非由 Health Net Cal MediConnect 提供而是透過 Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 和 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 提供的 Medi-Cal 行為健康服務有哪些.....	50
G. 如何取得交通運輸服務.....	53

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



H. 當您有急診狀況或緊急照護需求或在災難發生期間如何取得承保服務	54
H1. 在您有急診狀況時得到照護.....	54
H2. 緊急需求照護	55
H3. 在災難期間取得照護	56
I. 如果您直接收到本計畫承保服務下的帳單該怎麼做	57
I1. 如果服務不屬於本計畫的承保範圍該怎麼做	57
J. 當您參與臨床研究時，您的醫療保健服務如何獲得承保	58
J1. 臨床研究的定義	58
J2. 當您參與臨床研究時，您的醫療服務費用	58
J3. 瞭解有關臨床研究的詳情	58
K. 您在宗教性非醫療保健機構接受的醫療保健服務如何獲得承保	59
K1. 宗教性非醫療保健機構的定義	59
K2. 透過宗教性非醫療保健機構獲得的照護	59
L. 耐用醫療器材 (DME)	60
L1. 作為本計畫一分子的 DME：	60
L2. 當您轉換到 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時 DME 的所有權.....	60
L3. 本計畫會員的氧氣設備福利	61
L4. 當您轉換到 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的氧氣設備	61

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



A. 關於「服務」、「承保服務」、「醫療服務提供者」及「網絡醫療服務提供者」的資訊

服務泛指醫療保健服務、長期服務與支援、用品、行為健康服務、處方與非處方藥品、器材以及其他服務。**承保服務**是指任何可獲得本計畫給付的服務。承保的醫療保健服務、行為健康服務，以及長期服務與支援 (LTSS) 列於第 65 頁的第 4 章 D 部分之「福利表」中。

醫療服務提供者是指為您提供服務和照護的醫師、護士及其他人士。醫療服務提供者一詞還包括了為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療器材和部分長期服務與支援 (LTSS) 的醫院、居家健康機構、診所及其他場所。

網絡醫療服務提供者是指與本健保計畫合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者已同意接受我們的給付作為全額給付。網絡醫療服務提供者會針對其為您提供的照護直接向我們請款。當您請網絡醫療服務提供者為您看診時，您通常無需為承保服務支付任何費用。

B. 接受計畫承保之醫療保健服務、行為健康服務及長期服務與支援 (LTSS) 時的規定

Health Net Cal MediConnect 承保所有由 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務。此包括行為健康服務及長期服務與支援 (LTSS)。

如果您遵守計畫規定，Health Net Cal MediConnect 通常會給付您所接受的醫療保健服務、行為健康服務以及 LTSS。如欲獲得承保：

- 您所接受的照護必須是**計畫福利**，這表示，該照護必須列於本計畫的「醫療福利表」中。(該表位於本手冊第 65 頁的第 4 章 D 部分。)
- 該照護必須獲判定為**醫療所必需**。「具有必要性」是指，您需要該服務以預防、診斷或治療您的病況或維持您目前的健康狀況。這包括了讓您免於住院或免於入住療養院所需要的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品或藥品。
- 在接受醫療服務時，您必須要有為您開立照護醫囑的**網絡主治醫師 (PCP)**，或網絡主治醫師曾告知您需要請其他醫師為您看診。身為計畫會員，您必須選擇一位網絡醫療服務提供者擔任您的 PCP。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

 mmp.healthnetcalifornia.com。

- 在大部分情況下，您必須取得網絡內 PCP 的核准，才能接受其他非 PCP 或本計畫網絡內其他醫療服務提供者的看診。這稱為**轉介**。如果您未取得核准，Health Net Cal MediConnect 可能無法承保該服務。您無需轉介即可找某些專科醫師看診，例如女性健康專科醫師。如欲瞭解更多轉介詳情，請參閱第 46 頁。
- 本計畫的 PCP 隸屬於各醫療團體。當您選擇 PCP 時，您也選擇了其所隸屬的醫療團體。這代表您的 PCP 也會為您轉介隸屬於其醫療團體的專科醫師和服務。醫療團體是由一同合作並與我們計畫簽約合作之 PCP、專科醫師及其他醫療保健服務提供者所組成的團體。
- 您無需取得您 PCP 的轉介，即可獲得急診照護或緊急需求照護，也可於婦女健康醫療服務提供者處就診。在沒有您 PCP 轉介的情況下，您還可以接受其他類型的照護。如欲瞭解更多詳情，請參閱第 47 頁。
- 如欲瞭解更多有關選擇 PCP 的詳情，請參閱第 46 頁。
- **您必須從與您 PCP 的醫療團體相關的網絡醫療服務提供者取得照護。**一般而言，計畫將不會承保由未與本健保計畫以及您 PCP 的醫療團體合作之醫療服務提供者所提供的照護。下列是不適用於本規定的一些情況：
 - 本計畫承保您透過網絡外醫療服務提供者取得的急診照護或緊急需求照護。如欲進一步瞭解並查看急診照護或緊急需求照護的定義，請參閱第 54 頁的 H 部分。
 - 如果您需要屬於本計畫承保範圍的照護，但本計畫的網絡醫療服務提供者無法為您提供該照護，則您可透過網絡外醫療服務提供者取得該照護。如果您需要請網絡外醫療服務提供者為您看診，您必須取得事先授權。一旦授權獲得核准之後，提出申請的醫療服務提供者以及同意為會員看診的醫療服務提供者均會接獲核准通知。在此情況下，我們將會為您承保該照護，您將無需支付任何費用。如欲瞭解如何獲得核准以請網絡外醫療服務提供者為您看診，請參閱第 45 頁的 D 部分。
 - 本計畫承保您在計畫服務區域外短暫滯留期間所接受的洗腎服務。您可在獲得 Medicare 認證的洗腎機構接受這些服務。
 - 當您初加入本計畫時，您可向我們提出申請，以繼續請您目前的醫療服務提供者為您看診。如果您能夠出示證明證實您與該醫療服務提供者的關係，則按規定我們必須核准您的申請，但有一些例外 (請參閱第 13 頁 F 部分)。如果您的申請獲得核准，您將可繼續請該醫療服務提供者為您看診，期限最長為 12 個月。在此期間，照護協調員將會與您聯絡，協助您尋找本計畫網絡內且隸屬於您 PCP 醫療團體的醫療服務提供者。在這 12 個月的期限過後，如果您繼續請不隸屬於您 PCP 醫療團體的網絡外醫療服務提供者為您看診，我們將不再承保您的照護。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 關於您的照護協調員的資訊

C1. 什麼是照護協調員

照護協調員是一個主要是對您本人、健康計畫和您的照護提供者共事的人，以確保您取得您所需之健康醫療。照護協調員將會協助您整合醫療保健服務，以滿足您的醫療保健需求。照護協調員會與您合作一起擬訂照護計畫。其會協助您決定照護團隊的成員。照護協調員會為您提供管理醫療保健服務所需的資訊。這些資訊也將協助您作出適合自己的決定。

C2. 您如何與您的照護協調員聯絡

當您成為計畫的會員後，我們將會指派一名照護協調員給您。投保本計畫時，您的照護協調員將會聯絡您。會員服務部也可告知您如何與照護協調員聯絡。若您需要協助聯絡照護協調員，您可致電與會員服務部聯絡。

C3. 如何更換您的照護協調員

如果您想更換照護協調員，請致電與會員服務部聯絡。

若您需要協助，請致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

D. 透過主治醫師、專科醫師、其他網絡醫療服務提供者、及網絡外醫療服務提供者得到照護

D1. 透過主治醫師得到照護

您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 為您提供並管理您的照護。本計畫的 PCP 隸屬於各醫療團體。當您選擇 PCP 時，您也選擇了其所隸屬的醫療團體。

「PCP」的定義，以及 PCP 能為您做什麼？

當您成為本計畫會員時，您必須選擇一位 Health Net Cal MediConnect 的網絡醫療服務提供者擔任您的 PCP。PCP 是指符合州政府規定且受過訓練能為您提供基本醫療保健的醫師。其中包括提供一般和 (或) 家庭醫療保健服務的醫師、提供內科醫療保健服務的內科醫師，以及為婦女提供照護的婦產科醫師 (OB/GYN)。

您將透過您的 PCP 取得大部分的例行或基本照護。作為本計畫的會員，您的 PCP 還會協助您管理其他受保服務。其中包括：

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- X 光、
- 化驗、
- 治療、
- 專科醫師的照護、
- 住院；以及
- 追蹤照護。

「協調」您的承保服務包括與其他計畫醫療服務提供者確認或諮詢您的照護內容及照護情況。如果您需要某些類型的承保服務或用品，必須事先取得您 PCP 的核准 (例如為您轉介專科醫師看診)。針對特定服務，您的 PCP 將需要取得事先授權 (事先核准)。如果您需要事先授權的服務，您的 PCP 就必須取得本計畫或您醫療團體的授權。由於 PCP 會提供並協調您的醫療保健，您必須將過去所有的病歷寄給您 PCP 的診所。

如上述說明，針對您大多數的例行醫療保健需求，您通常會先請您的 PCP 為您看診。當 PCP 認為您需要接受專科治療時，其將必須為您提供轉介 (事先核准)，以讓計畫的專科醫師或其他特定醫療服務提供者為您看診。只有一些類型的承保服務您不需先取得 PCP 核准就可自行就醫，說明如下。

每位會員都會有一名 PCP。PCP 甚至也可以是一間診所。婦女可以選擇 OB/GYN (產科/婦科) 或家庭計畫診所作為其 PCP。

您可以選擇一名非醫師的醫療執業人員作為您的 PCP。非醫師執業人員包括：經認證的護士助產士、經認證的執業護理師及醫師助理。我們將會分配一位督導 PCP 給您，但您將持續透過您所選擇的非醫師執業人員接受服務。您可以透過更換督導 PCP 來更換您所選擇的執業人員。您的會員卡上印有督導 PCP 的姓名。您可能可以請專科醫師擔任您的 PCP。專科醫師必須願意且有能力的為您提供您所需的照護。

選擇聯邦合格健康中心 (FQHC) 或鄉村健康診所 (RHC) 作為您的 PCP

FQHC 或 RHC 均是診所，且其可以作為您的 PCP。FQHC 和 RHC 是提供初級照護服務的健康中心。請致電與會員服務部聯絡或瀏覽 [醫療服務提供者與藥房名錄](#)，查詢與 Health Net Cal MediConnect 合作的 FQHC 和 RHC 名稱與地址。

您的 PCP 之選擇

當您投保本計畫時，您會從我們的網絡選擇一個特約醫療團體。醫療團體是由一同合作並與我們計畫簽約合作之 PCP、專科醫師及其他醫療保健服務提供者所組成的團體。您還必須從此特約醫療團體中選擇一位 PCP。主治醫師的診所應方便您前往。您可以要求 PCP 與您住家或工作地點間的距離在 10 英里或 30 分鐘的路程範圍內。您可透過 [醫療服務提供者與藥房名錄](#) 或我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com 找到醫療團體 (以及隸屬於這些醫療團體的 PCP 與醫院)。如欲確認某醫療服務提供者是否提供服務，或要詢問某特定 PCP 的資訊，請致電 1-855-464-3571 與會員服務部

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



聯絡 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

每個醫療團體和 PCP 都會將病人轉介至特定的計畫專科醫師處，並會使用其網絡內的特定醫院。如果您想使用特定的計畫專科醫師或醫院，請先確認該專科醫師和醫院是否屬於您醫療團體和 PCP 的網絡。您的會員卡上印有您 PCP 的姓名與診所電話號碼。

如果您未選擇一個醫療團體或 PCP，或如果您選擇的醫療團體或 PCP 不屬於本計畫，我們將自動為您您家附近指定一個醫療團體和 PCP。

如需瞭解如何更換 PCP 的資訊，請參閱以下的「更換 PCP 之選擇」部分。

更換 PCP 之選擇

您可以基於任何理由、在任何時候更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會退出本計畫的網絡。如果您的 PCP 退出本計畫的網絡，我們可協助您在本計畫網絡內尋找新的 PCP。

您的申請將於本計畫收到您申請當日的次月 1 號生效。如欲更換您的 PCP，請致電 1-855-464-3571 與會員服務部聯絡 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，您將會在下一個工作天內收到回電，您也可以瀏覽我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com 以提出申請。

當您聯絡我們時，請務必告訴我們您是否需由專科醫師看診或取得需要您 PCP 核准的其他承保服務 (例如居家健康服務及耐用醫療器材)。會員服務部會告知您在更換 PCP 時如何繼續取得您正在接受的專科照護及其他服務。他們還會確認您要更換的 PCP 是否有接受新病人。會員服務部會變更您的會籍記錄以顯示新的 PCP 姓名 (名稱)，並告訴您此項變更何時生效。

他們也會寄給您新的會員卡，上面列示新 PCP 的姓名及電話號碼。

請謹記，本計畫的 PCP 隸屬於各醫療團體。如果您更換您的 PCP，您的醫療團體也可能會隨之變更。當您申請變更時，請務必告訴會員服務部您是否正在接受專科醫師的看診或是否正在接受需要 PCP 核准的其他承保服務。會員服務部會協助確保您在更換 PCP 時仍可繼續取得專科照護及其他服務。

無需事先取得您 PCP 的核准即可接受的服務

在大多數情況下，您必須先取得您 PCP 的核准，才能請其他醫療服務提供者為您看診。這項核准程序稱為轉介。您無需事先取得您 PCP 的核准即可接受的服務如下所列：

- 網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者提供的急診服務。
- 網絡醫療服務提供者提供的緊急需求照護。
- 在您無法取得網絡醫療服務提供者提供的服務時 (例如當您在本計畫的服務區域外時)，網絡外醫療服務提供者急需的照護。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 當您在本計畫的服務區域外時，在經 Medicare 認證的洗腎機構所接受的洗腎服務。(請在您離開服務區域前致電會員服務部。我們可協助您讓您在離開服務區域時接受洗腎服務。)
- 流感疫苗注射、新冠病毒 COVID-19 疫苗接種、B 型肝炎疫苗接種及肺炎疫苗接種、肺炎疫苗接種，A 條件是您必須透過網絡醫療服務提供者取得。
- 例行婦女醫療保健與家庭計畫服務。其中包括乳房檢查、乳房 X 光攝影篩檢 (乳房 X 光)、子宮頸抹片檢查及骨盆檢查，條件是您必須透過網絡醫療服務提供者取得。
- 此外，若您符合接受印第安健康醫療服務提供者所提供服務的資格，您無需取得轉介，即可請這些醫療服務提供者為您看診。
- 網絡醫療服務提供者和網絡外醫療服務提供者提供的家庭計畫服務。
- 基本產前照護、性傳染疾病服務及 HIV 檢測。

請參閱第 4 章，詳細瞭解哪些承保服務可能需要事先核准，如 PCP 的轉介或事先授權。

D2. 透過專科醫師和其他網絡醫療服務提供者得到照護

專科醫師是指針對特定疾病或特定身體部位提供醫療保健服務的醫師。專科醫師有許多種。以下是幾個例子：

- 腫瘤科醫師，照護癌症病人。
- 心臟科醫師，照顧有心臟問題的病患。
- 骨科醫師照顧有骨頭、關節或肌肉問題的病患。

您通常需要先取得 PCP 的核准才能看專科醫師 (這稱為取得專科醫師「轉介」)。在接受計畫專科醫師或其他某些醫療服務提供者的看診之前，請務必取得您 PCP 的轉介 (事先核准) (少數情況除外，其中包括例行婦女健康照護)。如果沒有取得轉介 (事先核准) 就先接受專科醫師的服務，您可能需要自行負擔這些服務的費用。

如果專科醫師要您回診接受進一步照護，請先確認您 PCP 提供的初診轉介 (事先核准) 適用於專科醫師多次看診。

每個醫療團體和 PCP 都會將病人轉介至特定的計畫專科醫師處，並會使用其網絡內的特定醫院。這意味著您選擇的醫療團體和 PCP 可決定您可以使用哪些專科醫師和醫院。如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請查明您的醫療團體或 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。如果您目前的 PCP 不能為您轉介至您想看的計畫專科醫師或醫院，通常您可以隨時更換 PCP。本章的「更換 PCP 之選擇」部分會告訴您如何更換 PCP。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



某些類型的服務可能必須事先取得本計畫或您醫療團體的核准（這稱為取得「事先授權」）。事先授權是指在接受特定服務之前取得核准的一個程序。如果您需要的服務必須要有事先授權，您的 PCP 或其他網絡內醫療服務提供者必須取得本計畫或您醫療團體的事先授權。申請必須接受審查並將決定（組織判定）告知您和您的醫療服務提供者。請參閱本手冊第 4 章的「福利表」，以瞭解需要事先授權的特定服務。

D3. 如果醫療服務提供者退出本計畫該怎麼做

您正在使用的網絡醫療服務提供者有可能會退出本計畫。如果您任何一個醫療服務提供者確實退出本計畫，您將享有特定權利和保障，內容概述如下：

- 雖然本計畫的醫療服務提供者網絡可能會在一年當中有所變更，但我們必須為您提供不間斷的管道，讓您可以使用合格的醫療服務提供者。
- 我們會盡量提前至少 30 天通知您，以便您有時間可以選擇新的醫療服務提供者。
- 我們將會協助您選擇合格的新醫療服務提供者以繼續為您管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受醫療治療，則您有權提出申請，我們將會與您合作，確保您正在接受的必要醫療治療不會中斷。
- 如果您認為我們未以合格的醫療服務提供者取代您先前的醫療服務提供者，或者您認為您的照護未獲得適當處理，您有權針對我們的決定提出上訴。

如果您得知您的醫療服務提供者即將退出本計畫，請與我們聯絡以便我們可以協助您尋找新的醫療服務提供者並為您管理您的照護。若需協助，請致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571（聽障專線：711），服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

D4. 如何透過網絡外醫療服務提供者取得照護

如果您需要特定類型的服務，但本計畫網絡未提供該項服務，您將必須取得事先授權（事先核准）。您的 PCP 會向本計畫或您的醫療團體提出事先授權申請。

在您請網絡外醫療服務提供者為您看診或在您接受網絡外服務之前，請務必取得事先核准（急診照護、緊急需求照護、家庭計畫服務以及當您暫時在本計畫的服務區域外時，在經 Medicare 認證之洗腎機構所接受的洗腎服務除外）。如果您沒有取得事先核准，則您可能要自行支付服務費用。

如需網絡外急診照護與緊急需求照護的承保範圍資訊，請參閱本章的 H 部分。

如果您前往網絡外醫療服務提供者處就診，該醫療服務提供者必須符合參與 Medicare 和（或）Medi-Cal 的資格。

- 我們無法給付不符合 Medicare 和（或）Medi-Cal 參與資格的醫療服務提供者。
- 如果您前往某醫療服務提供者處就診，而該醫療服務提供者不符合加入 Medicare 的資格，您將必須為您所接受的服務支付全額費用。
- 醫療服務提供者必須告知您，其是否符合加入 Medicare 的資格。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571（聽障專線：711），服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



E. 如何取得長期服務與支援 (LTSS)

長期服務與支援 (LTSS) 包括成人社區服務 (CBAS) 以及護理機構 (NF)。這些服務可能在您家中、社區或機構進行。有關不同類型的 LTSS 說明如下：

- **成人社區服務 (CBAS)：**如果您符合適用的資格條件，此門診機構服務方案將為您提供特護療養、社會服務、職能和言語治療、個人照護、家屬/照護提供者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務。
- **護理機構 (NF)：**為無法安全住在家中但又無需住院之人士提供照護的機構。

您的照護協調員將會協助您瞭解各方案的內容。如欲瞭解上述任一方案的詳情，請致電 1-855-464-3571 聯絡您的照護協調員 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

F. 如何獲得行爲健康 (精神健康與物質使用失調) 服務

您可以獲得醫療上必要的行爲健康服務，此服務由 Medicare 和 Medi-Cal 承保。Health Net Cal MediConnect 提供 Medicare 承保的行爲健康服務。屬於 Medi-Cal 承保範圍的行爲健康服務雖然非由 Health Net Cal MediConnect 提供，但 Health Net Cal MediConnect 的合格會員將可透過 Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 和 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 取得這些服務。

F1. 非由 Health Net Cal MediConnect 提供而是透過 Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 和 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 提供的 Medi-Cal 行爲健康服務有哪些

如果您符合 Medi-Cal 精神健康專科服務醫療必要性的條件，您將可透過縣政府的精神健康健保計畫 (MHP) 取得 Medi-Cal 的精神健康專科服務。由 Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 和 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 所提供的 Medi-Cal 心理健康專科服務包括：

- 心理健康服務 (評估、治療、復健、親屬協同治療服務及治療計畫研擬)
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健服務
- 危機介入
- 緊急情況穩定服務

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 成人住宿治療服務
- 緊急住宿治療服務
- 精神健康機構服務
- 精神科住院服務
- 目標個案管理

如果您符合 Drug Medi-Cal 醫療必要性的條件，您將可透過 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 取得 Drug Medi-Cal 服務。由 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 所提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 住宿治療服務
- 門診藥品戒除服務
- 戒毒治療服務
- 適用於鴉片類藥物依賴患者的納曲酮 (Naltrexone) 藥物治療服務

除了上列的 Drug Medi-Cal 服務之外，如果您符合醫療必要性條件，您還可取得自願性住院解毒服務。

您也可以取得屬於 Medicare 承保範圍並透過 Health Net Cal MediConnect 心理健康網絡提供醫療所必需的行為健康服務。行為健康服務包括但不限於：

- 門診服務：門診危機介入、短期評估與治療、長期專科治療，及任何與藥物濫用障礙相關的復健性照護。
- 住院服務與用品：雙人病房或多人病房膳宿，包括特殊治療病房、用品及通常由機構提供的輔助服務。
- 住院照護和其他住院替代照護：由 Medicare 認可機構提供的部分住院與密集門診服務。
- 解毒：急性中毒的住院解毒服務，以及與藥物使用失調相關的急性醫療狀況的治療。
- 急診服務：為判定是否有精神方面緊急醫療病況存在，以及判定是否需要提供照護與治療以舒緩或解除此病況而提供的篩檢、檢查及評估。

如需醫療服務提供者資訊，請參閱 *醫療服務提供者與藥房名錄*。您也可於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您，或請瀏覽我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



行為健康服務排除與限制項目

如欲取得行為健康服務排除與限制項目清單，請參閱第 106 頁的第 4 章 F 部分：Health Net Cal MediConnect、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利。

用於判定行為健康服務醫療必要性的程序

部分行為健康服務與用品必須要有本計畫的授權才可獲得承保。如欲詳細瞭解可能需要事先授權的服務，請參閱第 4 章。若要取得這些服務的事先授權，您必須致電 Health Net Cal MediConnect 會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。計畫會將您轉介給您附近的簽約心理健康專業人士，其會為您進行評估，以判定您是否需要接受進一步治療。如果您需要治療，合約心理健康專業人士會擬定一套治療計畫，並將該計畫交由 Health Net Cal MediConnect 審查。在計畫提供授權之後，包含在治療計畫中的服務即可獲得承保。如果計畫未核准治療計畫，則針對該病況所提供的進一步服務或用品將不再屬於該承保範圍。不過，計畫可能會介紹您前往縣政府的心理健康部門，以協助您取得您所需的照護。

Health Net Cal MediConnect 與 Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) 和 Los Angeles County Department of Public Health (藥物濫用預防與管制單位) (DPH/SAPC) 之間的轉介程序：

Health Net Cal MediConnect 行為健康服務的轉介可由許多人士提供，包括：縣政府的行為健康服務提供者、縣政府個案經理、PCP、會員本人及其家屬。上述欲提供轉介的人士可致電您的會員卡上所列的電話號碼與 Health Net Cal MediConnect 聯絡。Health Net Cal MediConnect 會確認資格並在適當情況下授權相關人士提供服務。

Health Net Cal MediConnect 會與 Los Angeles County 共同合作為您提供適當轉介和照護協調。

縣政府的心理健康專科服務和 (或) 酒精與藥品濫用服務可直接由您本人自行轉介。

照護協調服務包括按適當情況針對 PCP、縣政府行為健康服務提供者、縣政府個案經理、您本人以及您家屬或照護提供者所提供的服務進行協調。

如果您有行為健康服務方面的問題，或想投訴行為健康服務該怎麼辦

本部分所述的福利同其他所有福利，均需遵守相同的上訴流程。請參閱第 181 頁的第 9 章 J 部分，以瞭解投訴的相關資訊。

適用於目前正在接受行為健康服務之會員的持續照護

如果您目前正在接受行為健康服務，您可提出申請以繼續請您的醫療服務提供者為您看診。要我們核准您的申請，您需要出示您與您的醫療服務提供者在投保前 12 個月內的既有關係證明。如果您的申請獲得核准，您將可繼續請該醫療服務提供者為您看診，期限最長為 12 個月。在前 12 個月的期限過後，如果您繼續請網絡外醫療服務提供者為您看診，我們將不再承保您的照護。如需協助提出申請，請於致電 Health Net Cal MediConnect 會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G. 如何取得交通運輸服務

Health Net Cal MediConnect 與 ModivCare Solutions, LLC (先前稱為 LogistiCare) 合作，為投保本計畫的會員提供非緊急醫療交通運輸 (NEMT) 服務與非醫療交通運輸 (NMT) 服務。

非緊急醫療交通運輸服務 (NEMT)

非緊急醫療交通運輸服務必須是為取得承保醫療服務所需且需有醫師、牙醫或足科醫生所開立的書面處方，同時僅有在接受服務的人士其醫療狀況和身體狀況使其無法搭乘公車、客車、計程車或其他大眾或私人交通工具的情況下方可提供。

NEMT 交通運輸福利包括：

- 每位會員每曆年不限次數的免費往返接送
- 救護車、可載送輪椅的交通車和簡易醫療車
- 醫療約診往返接送服務或從住家前往醫療約診的接送服務
- 在服務區域內里程數沒有限制
- 可由一名家人或照護提供者陪同上車，無需另外付費
- 在從醫師辦公室返家途中，您可要求司機在藥局、放射科醫療服務提供者處或化驗機構停留

非醫療交通運輸服務 (NMT)

NMT 福利包括由未向 Medi-Cal 醫療服務提供者註冊的人員使用客車、計程車或其他大眾 / 私人交通工具載送會員前往接受醫療服務時所提供的交通運輸服務。只要駕駛不是會員，此項服務即可為駕駛提供里程報銷補助。如果您想要由朋友或家人開車接送並申請報銷補助，請致電 MotivCare。

NMT 交通運輸服務不包括使用救護車、簡易醫療車或可載送輪椅的交通車，載送生病、受傷、處於康復期、衰弱或其他體力衰竭之會員時所提供的醫療交通運輸服務。

NMT 交通運輸福利包括：

- 每位會員每曆年不限次數的免費往返接送
- 路邊接送服務
- 透過計程車、標準客車、小型休旅車和其他模式的大眾/私人交通工具所提供的交通運輸服務
- 只要駕駛不是會員，即可申請里程報銷補助
- 醫療約診往返接送服務或從住家前往醫療約診的接送服務

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 在服務區域內里程數沒有限制
- 可由一名家人或照護提供者陪同上車，無需另外付費
- 在從醫師辦公室返家途中，您可要求司機在藥局、放射科醫療服務提供者處或化驗機構停留

如欲申請上述交通運輸服務，請與 Health Net Cal MediConnect 會員服務部聯絡，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

交通運輸服務申請必須在七個曆日前事先提出，非緊急醫療交通運輸服務及非醫療交通運輸服務皆適用此規定。

如果您需要在較短時間內安排服務，我們將會依據個案的約診性質、醫療服務約診安排的時間，以及交通運輸服務提供者的排班情況來審查您的申請。

H. 當您有急診狀況或緊急照護需求或在災難發生期間如何取得承保服務

H1. 在您有急診狀況時得到照護

急診狀況的定義

急診狀況是指伴隨劇痛或嚴重傷勢等症狀的醫療狀況。該狀況相當嚴重以致於您本人或任何具備一般健康及醫學常識的人均可預期，若是未即時醫治，將會：

- 可能會對您或腹中胎兒的健康造成威脅；或
- 嚴重損害身體機能；或
- 造成任何身體器官或身體部位的嚴重失能；或
- 造成孕婦臨產，臨產是指在下列任一情況下進行分娩：
 - 沒有足夠時間在您分娩前將您安全轉送至其他醫院。
 - 轉院可能會對您或腹中胎兒的健康或安全造成威脅。

如果您有急診狀況時該怎麼辦

如果您有急診狀況時：

- **請盡快取得協助。**致電 911 或前往最近的急診室或醫院。如有需要可致電要求救護車。您**不需要**事先取得您 PCP 的核准或轉介。
- **請務必盡快告知本計畫您的緊急情況。**我們需要追蹤您的急診照護情況。通常您或其他人應在 48 小時內致電告知我們您的急診照護情況。但如果您延遲告知我們，您將不會因此而必須為急診服務付費。請致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



急診狀況下有哪些承保服務

只要您有需求，您可隨時在美國或其屬地的任何地方取得承保的急診照護。如果您在前往急診室時需要使用救護車，本計畫也會為您承保救護車服務。如需進一步了解，請參閱第 65 頁的第 4 章 D 部分之「福利表」。

您在美國境外也可以取得承保的急診醫療照護。此項福利每年限 \$50,000。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章「福利表」中的「全球急診/緊急承保」部分，或聯絡會員服務部，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

在接受完急診之後，您可能需要接受追蹤照護以確保您的狀況有好轉。您的追蹤照護屬於本計畫的承保範圍。如果您透過網絡外醫療服務提供者取得急診照護，我們將會試圖讓網絡醫療服務提供者盡快接手您的照護。

在非緊急情況時取得急診照護

有時很難判斷您是急診狀況或是行為健康緊急情況。您可能前往醫院接受急診照護，但醫師卻表示您的情況並非緊急情況。只要您合理認為您的健康受到嚴重威脅，我們即會承保您所接受的照護。

然而，若醫師表示您的情況非緊急情況，我們僅會在下列情況下才承保您接受的進一步照護：

- 您前往網絡醫療服務提供者處就診；或
- 您所接受的進一步照護是屬於「緊急需求照護」，且您在接受該照護時有遵守相關規定。(請參閱下一部分。)

H2.緊急需求照護

緊急需求照護的定義

緊急需求照護是指您因突發疾病、傷害或病況所接受的照護，該疾病、傷害或病況雖不屬於緊急情況，但需要接受即時照護。例如，您的既有病況可能突然發病，因此您需要為其接受治療。

在計畫的服務區域內取得緊急需求照護

多數情況下，我們僅會在您符合下列條件時才會承保緊急需求照護：

- 您透過網絡醫療服務提供者取得此照護；且
- 您遵守本章所述的其他規定。

然而，如果您無法前往網絡醫療服務提供者處就診，我們將會承保您透過網絡外醫療服務提供者所取得的緊急需求照護。

遭遇嚴重緊急情況：請撥「911」或前往最近的醫院。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



如果您的情況不是那麼嚴重：致電您的 **PCP** 或醫療團體，或者如果您無法給他們致電或如果您立即需要醫療保健，請前往最近的醫療中心、緊急醫療中心或醫院。

如果您不確定是否存在緊急醫療病況，您可以致電您的醫療團體或 **PCP** 尋求幫助。

您的醫療團體每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天皆提供服務，若您認為有必要立即獲得醫療照護，可隨時致電詢問。他們會評估您的狀況，並指示您該到什麼地方接受您所需的照護。

如果您不確定自己的情況是否為緊急情況或是否需要緊急照護，我們的護士諮詢電話專線隨時為您提供服務。您可以致電 **1-855-464-3571** 與護士諮詢電話專線聯繫 (聽障專線：711)。身為 **Health Net Cal MediConnect** 的會員，您每天 24 小時、每週 7 天、全年 365 天均可獲得檢傷分類或篩檢服務。您也可以致電會員服務部，電話是 **1-855-464-3571** (聽障專線：711) 若您在尋找醫療服務提供者時需要協助。會員服務部也能為您轉接至護士諮詢電話專線。會員服務部的服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

在計畫的服務區域外取得緊急需求照護

當您在計畫的服務區域外時，您可能無法透過網絡醫療服務提供者取得照護。在此情況下，本計畫將會承保您透過任何醫療服務提供者所取得的緊急需求照護。

本計畫不承保您在美國境外取得的緊急需求照護或任何其他非急診照護。

在美國境外接受的緊急需求服務可按全球急診/緊急承保範圍福利規定納入急診範圍。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章「醫療福利表」中的「全球急診/緊急承保範圍」部分。

H3.在災難期間取得照護

如果您的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍有權透過 **Health Net Cal MediConnect** 取得照護。

請瀏覽本計畫網站以瞭解如何在宣布進入災難狀態期間取得所需照護的資訊：
mmp.healthnetcalifornia.com。

在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡醫療服務提供者，我們將會允許您透過網絡外醫療服務提供者取得免費照護。在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡藥房，您將可在網絡外藥房領取處方藥。請參閱第 5 章，以瞭解更多資訊。

如果您有任何疑問，請致電 **Health Net Cal MediConnect**，電話是 **1-855-464-3571** (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽
mmp.healthnetcalifornia.com。



I. 如果您直接收到本計畫承保服務下的帳單該怎麼做

如果醫療服務提供者將帳單寄給您而不是寄給本計畫，您應要求我們就該帳單支付我們應分攤的費用。

您不應自行支付帳單。如果您自行支付帳單，本計畫有可能無法償還您所支付的費用。

如果您已為承保服務付費，或您收到承保醫療服務的全額費用帳單，請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分，以瞭解該怎麼做。

II. 如果服務不屬於本計畫的承保範圍該怎麼做

Health Net Cal MediConnect 承保符合下列條件的所有服務：

- 獲判定為醫療所必需；且
- 列於本計畫的「福利表」中 (請參閱第 65 頁的第 4 章 D 部分)；且
- 您在接受服務時有遵守計畫規定。

如果您接受了不屬於本計畫承保範圍的服務，您將必須自行支付全額費用。

如果您想知道我們是否會給付任何醫療服務或照護，您有權詢問我們。您也有權透過書面方式索取此資訊。如果我們表示我們將不會給付您的服務，您有權針對我們的決定提出上訴。

第 181 頁的第 9 章 D 部分會說明如果您希望我們承保某項醫療用品或服務時該怎麼做。該章節還會告訴您該如何針對我們的承保範圍決定提出上訴。您也可以致電會員服務部以進一步瞭解您的上訴權利。

我們將會在一定限制內給付部分服務。如果您超過該限制，您在進一步接受該類型的服務時，您便必須支付全額費用。請致電與會員服務部聯絡以瞭解您的限制是多少並瞭解您還差多少即到達該限制。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



J. 當您參與臨床研究時，您的醫療保健服務如何獲得承保

J1. 臨床研究的定義

臨床研究 (又稱為臨床試驗) 是醫師測試新型醫療保健服務或藥品的一種方式。醫師會徵求自願者協助進行研究。此類研究可協助醫師判定新型的醫療保健服務或藥品是否有效和安全。

一旦 Medicare 核准了您想要參與的研究之後，該研究的工作人員將會與您聯絡。與您聯絡的工作人員將告知您研究的相關資訊，並確認您是否符合參與研究的資格。只要您符合規定的條件，您即可參與研究。您還必須瞭解並接受您在該研究中應盡的義務。

在您參與研究期間，您可能必須持續投保本計畫。這樣一來，您才能繼續透過本計畫取得與研究無關的照護。

如果您想要參與經 Medicare 核准的臨床研究，您不需要經過本計畫或您主治醫師的核准。在研究中為您提供照護的醫療服務提供者不一定要是網絡醫療服務提供者。

不過在您開始參與臨床研究之前，您必須事先告知我們。

如果您計劃要參與臨床研究，您或您的照護協調員應與會員服務部聯絡，告知我們您將參與臨床研究。

J2. 當您參與臨床研究時，您的醫療服務費用

如果您自願參與經 Medicare 核准的臨床研究，您將無需為屬於研究範圍的服務支付任何費用，而 Medicare 將會給付屬於研究範圍的服務以及與您照護相關的例行費用。一旦您加入經 Medicare 核准的臨床研究，您在研究中取得的大多數用品和服務都將屬於承保範圍。其中包括：

- 住院期間的食宿 (就算您並非因為研究，Medicare 也會給付的住院服務)。
- 因研究而進行的手術或其他醫療程序。
- 新照護的任何副作用和併發症治療。

如果您參與了某項未經 Medicare 核准的研究，您將必須自行支付參與研究的所有費用。

J3. 瞭解有關臨床研究的詳情

您可參閱 Medicare 網站上的「Medicare & Clinical Research Studies (Medicare 與臨床研究)」一文 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)，以瞭解有關加入臨床研究的詳情。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



K. 您在宗教性非醫療保健機構接受的醫療保健服務如何獲得承保

K1. 宗教性非醫療保健機構的定義

宗教性非醫療保健機構是提供照護的場所，而這些照護是您一般在醫院或專業護理機構可取得的照護。如果在醫院或特護療養機構接受照護違反您的宗教信仰，我們將會承保在宗教性非醫療保健機構所提供的照護。

您可因任何理由隨時選擇接受醫療保健服務。此項福利僅限 Medicare A 部分的住院服務 (非醫療保健服務)。Medicare 僅會給付由宗教性非醫療保健機構提供的非醫療保健服務。

K2. 透過宗教性非醫療保健機構獲得的照護

若要透過宗教性非醫療保健機構取得照護，您必須簽署一份法律文件，表示您反對接受「非強制性」的醫療服務。

- 「非強制性」醫療服務是指任何您自願，且聯邦、州或地方法律並未規定您必須接受的照護。
- 「強制性」醫療服務是指任何並非您自願，而是聯邦、州或地方法律規定您必須接受的照護。

如欲取得本計畫的承保，您從宗教性非醫療保健機構取得的照護必須符合以下條件：

- 提供照護的機構必須經由 Medicare 認證。
- 本計畫的服務承保範圍僅限於非宗教性質的照護。
- 若您在該機構的院所中接受服務，則以下條件適用：
 - 您的醫療狀況必須讓您能夠取得住院照護或特護療養機構照護的承保服務。
 - 您必須在入住機構前取得我們的核准，否則您的住院將無法獲得承保。

只要您符合上述規定，住院照護的承保範圍將沒有限制。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



L. 耐用醫療器材 (DME)

L1. 作為本計畫一分子的 DME

DME 是指由醫療服務提供者開立醫囑以供您在家使用的特定用品。這些用品的範例是輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、病床等由醫療服務提供者所訂購居家使用的物品，靜脈 (IV) 輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。

就某些用品而言，您將始終擁有其所有權，例如義肢。

我們將在此部分為您說明您必須租借的 DME。身為 Health Net Cal MediConnect 的會員，只要 DME 為醫療所必需，且您需長期使用該器材，您便可獲得該器材的所有權。此外，該器材必須獲得您 PCP、醫療團體和/或 Health Net Cal MediConnect 的授權並由其進行安排和協調。請致電 Health Net Cal MediConnect 會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，以瞭解耐用醫療器材的租借或所有權之規定，以及您需要提供的相關文件。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

在某些情況下，我們會將 DME 器材的所有權轉移給您。請致電會員服務部，查詢您必須滿足的要求，以及您需要提供的相關文件。

如果您在具備本計畫會員身分期間獲得某項耐用醫療器材的所有權而該項器材需要維修，該醫療服務提供者可針對維修費用向本計畫請款。

L2. 當您轉換到 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時 DME 的所有權

根據 Original Medicare 方案的規定，租借特定類型 DME 的人士租借 13 個月後即擁有該器材。根據 Medicare Advantage 計畫，該計畫可規定租借特定類型 DME 的人士應租借多少個月才可擁有該器材。

註：您可以在第 12 章找到 Original Medicare 和 Medicare Advantage 計畫的定義。您也可以可以在 *Medicare & You 2022* 手冊中找到更多資訊。如果您沒有本手冊，您可以到 Medicare 網站下載 (www.medicare.gov)，或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，每天 24 小時、每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

如果發生以下情況，您將必須根據 Original Medicare 的規定連續支付 13 期的費用，或根據 Medicare Advantage 計畫的規定連續支付其規定幾期的費用，才能擁有該 DME 器材：

- 您在加入本計畫期間未取得該 DME 的所有權；且
- 您退出本計畫，並透過 Original Medicare 方案中之任何健保計畫以外的計畫或 Medicare Advantage 計畫取得 Medicare 福利。

如果您在加入本計畫前，已根據 Original Medicare 或 Medicare Advantage 計畫的規定支付 DME 器材的費用，則根據上述規定已支付的費用將不計入退出本計畫後需支付之費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 你將必須根據 **Original Medicare** 的規定重新連續支付 13 期的費用，或根據 **Medicare Advantage** 計畫的規定重新連續支付其規定幾期的費用，才能擁有該 DME 器材。
- 當您轉換回 **Original Medicare** 或 **Medicare Advantage** 計畫時，謹依此辦理絕無特例。

L3. 本計畫會員的氧氣設備福利

若您有資格獲得 **Medicare** 承保的氧氣設備，且您是本計畫的會員，我們將承保下列事項：

- 租用氧氣設備
- 提供氧氣和氧氣內容物
- 提供氧氣和氧氣內容物的管件和相關配件
- 維護和維修氧氣設備

若這對您不再具有醫療必要性或您離開本計畫，則必須將氧氣設備歸還給擁有者。

L4. 當您轉換到 **Original Medicare** 或 **Medicare Advantage** 時的氧氣設備

若氧氣設備具有醫療必要性，且您離開本計畫並轉換至 **Original Medicare**，則您將會向供應商租用 36 個月。您的每月租金涵蓋氧氣設備以及上述用品和服務。

若氧氣設備在您租用 36 個月後仍具有醫療必要性：

- 您的供應商必須再額外提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若具有醫療必要性，您的供應商必須提供最多 5 年的氧氣設備與用品。

若氧氣設備在 5 年期限終止後仍具有醫療必要性：

- 您的供應商不再需要提供，您可以選擇向任何供應商取得替代設備。
- 重新開始計算 5 年期限。
- 您將向供應商租用 36 個月。
- 接著，您的供應商必須再額外提供 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，每 5 年就會重新開始計算新的週期。

若氧氣設備具有醫療必要性，且您離開本計畫並轉換至 **Medicare Advantage** 計畫，則該計畫至少會承保 **Original Medicare** 的承保範圍。您可詢問 **Medicare Advantage** 計畫承保哪些氧氣設備和用品以及您需支付的費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



第 4 章：福利表

簡介

本章將為您說明有關 Health Net Cal MediConnect 承保的服務，以及這些服務的任何限制規定或上限。本章也告知您關於本計畫不承保的福利。主要用語及其定義按照字母順序顯示在會員手冊的最後一章。

目錄

A. 您的承保服務.....	63
A1. 公共衛生緊急情況期間.....	63
B. 針對醫療服務提供者向您收取服務費用的規定	63
C. 本計畫的福利表	64
D. 福利表	65
E. Health Net Cal MediConnect 以外承保的福利.....	104
E1. 加州社區過渡 (CCT).....	104
E2. Medi-Cal 牙科方案.....	104
E3. 安寧照護.....	105
F. Health Net Cal MediConnect、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利.....	106

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



A. 您的承保服務

本章將為您說明 Health Net Cal MediConnect 給付的服務項目。您也可以瞭解哪些服務不屬於承保範圍。與藥品福利有關的資訊位於第 114 頁的第 5 章 A 部分。本章也將說明部分服務的限制。

由於您透過 Medi-Cal 取得協助，因此只要您遵守計畫規定，您便無需為承保服務支付任何費用。如需有關計畫規定的詳細資訊，請參閱第 43 頁的第 3 章 B 部分。

如果您需要協助瞭解哪些服務屬於承保範圍，請致電 1-855-464-3571 與您的照護協調員和(或)會員服務部聯絡(聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

A1. 公共衛生緊急情況期間

Health Net Cal MediConnect 會遵循所有與公共衛生緊急情況 (PHE) 相關的指引和各州和(或)聯邦指引。在 PHE 期間，本計畫將為會員提供所有必要承保。承保範圍可能因接受的服務及 PHE 持續的期間而異。請瀏覽本計畫網站，以瞭解如何在進入 PHE 期間取得所需照護的資訊：

mmp.healthnetcalifornia.com 或致電會員服務部。您可以致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

B. 針對醫療服務提供者向您收取服務費用的規定

本計畫不允許 Health Net Cal MediConnect 醫療服務提供者針對承保服務向您收費。我們會直接給付本計畫的醫療服務提供者，且我們會保護您讓您無需支付任何費用。即使我們給付給醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者針對某服務所收取的費用，您也無需支付任何費用。

您不應收到醫療服務提供者寄給您的承保服務帳單。若有，請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分，或致電會員服務部。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 本計畫的福利表

本福利表將為您說明本計畫給付的服務項目。這按照字母順序列出服務類別並說明承保的服務。

我們僅有在您符合下述規定時才會給付「福利表」中所列的服務。只要您符合下述承保範圍規定，您便無需為「福利表」中所列的服務支付任何費用。

- 您的 Medicare 與 Medi-Cal 承保服務必須根據 Medicare 與 Medi-Cal 設立的規定提供。
- 服務 (包括醫療保健、行為健康及物質濫用服務、長期服務與支援、用品、器材及藥品) 必須為醫療所必需。醫療所必需是指，您需要該服務以預防、診斷、或治療某醫療狀況，或維持您目前的健康狀況。這包括了讓您免於住院或免於入住療養院所需的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品或藥品。為了達到保護生命、預防重大疾病或嚴重殘疾，或減輕劇痛等目的，所需的所有合理服務為醫療所必需。
- 您會透過網絡醫療服務提供者取得照護。網絡醫療服務提供者是指與本計畫合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，我們將不會給付您透過網絡外醫療服務提供者取得的照護。第 45 頁的第 3 章 D 部分有更多關於請網絡醫療服務提供者及網絡外醫療服務提供者看診的資訊。
- 您有主治醫師 (PCP) 或照護團隊為您提供和管理照護。在大部分情況下，您必須取得 PCP 的核准，才能接受其他非 PCP 或本計畫網絡內其他醫療服務提供者的看診。這稱為轉介。第 45 頁的第 3 章 D 部分有更多關於取得轉介的資訊並說明不需要轉介的情況。
- 您必須從與您 PCP 的醫療團體相關的網絡醫療服務提供者取得照護。如需詳細資訊，請參閱第 45 頁的第 3 章 D 部分。
- 部分列於福利表中的服務只有在您醫師或其他網絡醫療服務提供者取得本計畫的事先核准時才屬承保範圍。這些服務稱為「事先授權」。在福利表中，需要事先核准的承保服務會以斜體標示。
- 所有預防服務皆為免費。您將可在福利表中的預防服務項目旁看到此蘋果 🍏 標示。
- 可根據您的個人照護計畫提供照護計畫選擇性 (CPO) 服務。這些服務提供更多居家協助，例如膳食、協助您或您的照護提供者或淋浴扶手和斜坡等。這些服務可協助您的生活自主性更高，但並非取代您已獲得授權可透過 Medi-Cal 取得的長期服務與支援 (LTSS)。Health Net Cal MediConnect 過去已提供的 CPO 服務範例包括：每 6 個月為家庭照顧者提供多達 24 小時的喘息照護，並以連結我們的會員與社區資源為目標，安排和進行家庭訪視的團體特殊服務 (SSG)。若您需要協助或想要瞭解 CPO 服務的協助方式，請聯絡您的照護協調員。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



D. 福利表

本計畫給付的服務	
	<p>腹主動脈瘤篩檢</p> <p>本計畫將會為風險族群給付一次性超音波篩檢。僅有在您有特定風險因子且您透過醫師、醫師助理、執業護理師或臨床專科護士取得轉介的情況下，本計畫才會承保此項篩檢。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>針灸</p> <p>本計畫在任一曆月內最多將給付兩次門診針灸服務，或者若為醫療所必需，給付次數可更為頻繁。</p> <p>若您有慢性腰部疼痛，我們也會在 90 天內給付最多 12 次的針灸看診，慢性腰部疼痛的定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週或更長時間； • 非特定 (找不到系統性的原因，例如與轉移性、發炎性或感染性疾病無關)； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 <p>此外，若您有所改善，我們將會為慢性腰部疼痛給付額外 8 次針灸療程。對於慢性腰部疼痛，您不可取得超過 20 次針灸治療。</p> <p>若您沒有好轉或若您情況惡化，則必須停止對於慢性腰部疼痛的針灸治療。</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>酒精誤用篩檢及諮詢</p> <p>本計畫將為誤用酒精但非依賴酒精成性的成人給付一次酒精誤用篩檢 (SBIRT)。這包括孕婦在內。</p> <p>如果您的酒精誤用篩檢結果呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格主治醫師或執業人員在主要照護環境下所提供的短時間面對面諮詢會談 (條件是您必須有能力接受諮詢並在過程中保持神智清醒)。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>救護服務</p> <p>承保的救護服務包括使用定翼機、旋翼機及地面救護交通工具所提供的服務。救護服務會將您送至最近並能為您提供照護的地點。</p> <p>但您的病況必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往照護地點可能會使您的健康或生命受到威脅。針對其他情況所提供的救護服務必須獲得本計畫的核准。</p> <p>針對非緊急的情況，我們有可能會給付救護服務的費用。但您的病況必須達到一定的嚴重程度，以致於透過其他方式前往照護地點可能會使您的生命或健康受到威脅。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>年度保健看診</p> <p>您每年可接受一次健康檢查。此健康檢查的目的在於根據您目前的風險因子來擬訂或更新預防計畫。本計畫將每 12 個月給付一次。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>



如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>骨質密度測量</p> <p>本計畫將為符合資格的會員 (通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險的人) 給付特定程序。這些程序包括測定骨質密度、診查骨質流失或確認骨質狀況。</p> <p>本計畫將每 24 個月給付一次此類服務，或者若為醫療所必需，給付次數可更為頻繁。本計畫也會給付醫師查看與說明檢查結果的費用。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)</p> <p>本計畫將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年齡介於 35 歲至 39 歲者，一次基本乳房 X 光攝影 • 年滿 40 歲以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>心臟復健功能服務</p> <p>本計畫將會給付心臟功能復健服務，例如運動、教育及諮詢。會員必須符合特定條件並取得醫師的轉介。</p> <p>本計畫亦承保密集心臟功能復健方案，此方案的服務比心臟功能復健方案的服務次數更密集。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>減少心血管 (心臟) 疾病風險門診 (心臟疾病治療)</p> <p>為幫助您降低罹患心臟疾病的風險，本計畫每年給付一次 (如有醫療必要性，可給付多次) 在主治醫師處接受的看診。您的醫師可能會在看診期間：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 與您討論阿斯匹林的使用， • 檢查您的血壓，和/或 • 給您一些建議以確保您的飲食健康。 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>心血管 (心臟) 疾病檢測</p> <p>本計畫每五年 (60 個月) 給付一次用於檢查心血管疾病的血液檢測。這些血液檢測也會檢查因心臟病高風險而可能導致的缺陷。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>子宮頸癌及陰道癌篩檢</p> <p>本計畫將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 適用所有婦女：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查及骨盆檢查 • 適用子宮頸癌或陰道癌高風險婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 • 針對過去 3 年內曾發生子宮頸抹片檢查結果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 • 針對 30-65 歲的女性：每 5 年一次人類乳突病毒 (HPV) 檢測或子宮頸抹片檢查加上 HPV 檢測 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>脊椎推拿治療服務</p> <p>本計畫將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 矯正脊椎移位的脊椎調整 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>結腸直腸癌篩檢</p> <p>針對年滿 50 歲及以上的人士，本計畫將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 軟式乙狀結腸鏡檢查 (或鋇劑灌腸篩檢)，每 48 個月一次 • 糞便潛血檢測，每 12 個月一次 • 傳統化學法糞便潛血檢測或糞便免疫化學檢測，每 12 個月一次 • DNA 結腸直腸癌篩檢，每 3 年一次 • 結腸鏡檢查，每十年一次 (但不能在乙狀結腸鏡篩檢後的 48 個月之內) • 針對結腸直腸癌的高風險人群，每 24 個月一次結腸鏡檢查 (或鋇劑灌腸篩檢)。 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>成人社區服務 (CBAS)</p> <p>CBAS 是一項門診機構服務方案，參與方案的人士係按照時間表前往機構。此方案提供特護療養、社會服務、各種治療 (包括職能、物理及言語治療)、個人照護、家屬/照護提供者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務。如果您符合資格條件，本計畫將會給付 CBAS。</p> <p>註：若沒有 CBAS 機構可供使用，本計畫可透過其他方式另行提供上述服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>戒煙諮詢</p> <p>如果您有抽煙，但沒有抽煙相關疾病的病徵或症狀，且您想要或需要戒煙：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本計畫將在每 12 個月期間以預防服務的形式給付兩次戒煙諮詢。您無需為本服務付費。每次戒煙諮詢均包括最多四次的面對面看診。 <p>如果您有抽煙並經診斷患有抽煙相關疾病，或者您正在服用可能會受到煙草影響的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本計畫將在每 12 個月期間給付兩次戒煙諮詢。每次諮詢均包括最多四次的面對面看診。 <p>如果您懷孕了，您可接受不限次數的戒煙諮詢，但需事先授權。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>牙科服務</p> <p>部分牙科服務 (包括洗牙、補牙和假牙) 透過 Medi-Cal 牙科方案提供。如需有關本福利的更多資訊，請參閱 E2 部分。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>憂鬱症篩檢</p> <p>本計畫將每年給付一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在主要照護環境下進行，以便提供追蹤治療和轉介。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務



糖尿病篩檢

如果您具備以下任何一項風險因子，本計畫將會給付此項篩檢 (包括空腹血糖測試)：

- 高血壓
- 膽固醇和三酸甘油酯指數異常 (血脂異常) 病史
- 肥胖症
- 高血糖 (葡萄糖) 病史

在其他某些情況下，檢測也有可能獲得承保，如您體重過重且有糖尿病家族病史。

視檢測結果而定，您可能符合獲得每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的資格。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。



糖尿病自我管理訓練、服務與用品

本計畫將為所有糖尿病病人 (不論其是否有使用胰島素) 給付下述服務：

- 用於監測血糖的用品，包括下列項目：
 - 血糖監測器
 - 血糖試紙
 - 採血針裝置和採血針
 - 用於檢查試紙和監測器準確度的血糖控制解決方案
- 針對患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病病人，本計畫將給付下述項目：
 - 每曆年一雙訂製的治療鞋 (包括鞋墊和試穿)，以及額外兩付鞋墊；**或**
 - 每年一雙鞋身加深的鞋子和三付鞋墊 (包括試穿，但不包括此類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊)
- 在某些情況下，本計畫將會給付協助您管理糖尿病所需的訓練費用。如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。

在藥房取得糖尿病血糖儀和用品時，限用 Accu-Chek 和 OneTouch。其他品牌不屬於承保範圍，除非獲得事先授權。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

耐用醫療器材 (DME) 與相關用品

(有關「耐用醫療器材 (DME)」的定義，請參閱本手冊第 240 頁的第 12 章。)

下述用品均屬於承保範圍：

- 輪椅
- 拐杖
- 動力床墊
- 固態氣墊床
- 糖尿病用品
- 由醫療服務提供者開立醫囑以供您在家使用的病床
- 靜脈 (IV) 輸液幫浦和支架
- 腸道幫浦與用品
- 語音溝通裝置
- 氧氣設備與用品
- 噴霧器
- 助行器
- 標準曲柄拐杖或四腳助行架和替換用品
- 頸部牽引裝置 (掛在門上)
- 骨生長刺激器
- 洗腎護理器材

其他用品亦有可能獲得承保。

本計畫將會給付 Medicare 與 Medi-Cal 通常會給付且為醫療所必需的 DME。如果本計畫的供應商未在您所在地區提供特定品牌或廠商的用品，您可以詢問他們是否可為您特別訂購。

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

耐用醫療器材 (DME) 與相關用品 (續)

若您需要協助尋找可提供特定用品的其他供應商，請與會員服務部聯絡。

不屬於 Medicare 承保範圍且非居家使用的耐用醫療器材亦可獲得承保。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

急診照護

急診照護是指符合以下條件的服務：

- 由受過訓練得以提供急診服務的醫療服務提供者提供；且
- 是治療急診狀況所需。

急診狀況是指伴隨劇痛或嚴重傷勢的醫療狀況。該病況相當嚴重以致於任何具備一般健康及醫學常識的人均可預期，若是未即時醫治，將會：

- 可能會對您或腹中胎兒的健康造成威脅；或
- 嚴重損害身體機能；或
- 造成任何身體器官或身體部位的嚴重失能；或
- 造成孕婦臨產，臨產是指在下列任一情況下進行分娩：
 - 沒有足夠時間在您分娩前將您安全轉送至其他醫院。
 - 轉院可能會對您或腹中胎兒的健康或安全造成威脅。

如果您在網絡外醫院接受急診照護並在緊急情況穩定之後需要住院照護，您必須返回網絡醫院接受照護才能繼續獲得給付。僅有在計畫核准您在網絡外醫院住院的情況下，您才可在網絡外醫院接受住院照護

- 美國境內的承保範圍。

對於美國境外的承保範圍，請參閱以下福利表中的「全球急診/緊急承保」部分。

美國泛指 50 州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Islands 與 American Samoa。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

家庭計畫服務

在接受特定家庭計畫服務時，法律允許您選擇任何醫療服務提供者。這包括任何醫師、診所、醫院、藥房或家庭計畫診所。

本計畫將給付下述服務：

- 家庭計畫檢查與醫療服務
- 家庭計畫化驗與診斷檢測
- 家庭計畫避孕方式 (IUC/IUD、植入式避孕裝置、避孕針、避孕藥、避孕貼片或避孕環)
- 家庭計畫處方用品 (保險套、避孕海綿、泡沫避孕劑、避孕薄膜、子宮隔膜、子宮頸帽)
- 不孕症的諮詢與診斷以及相關服務
- 性傳染疾病 (STI) 的諮詢、篩檢及治療
- HIV 和 AIDS 及其他 HIV 相關病況的諮詢與檢測
- 永久性節育 (您必須年滿 21 歲以上才能選擇此項家庭計畫避孕方式。您必須在手術日期的至少 30 天前簽署一份聯邦絕育同意書，但不得超過 180 天。)
- 遺傳諮詢

本計畫亦會給付部分其他的家庭計畫服務。不過，在接受下述服務時，您必須請本計畫醫療服務提供者網絡內的醫療服務提供者為您看診：

- 不孕症相關醫療狀況治療 (本服務不包括人工授孕)
- AIDS 及其他 HIV 相關病況治療
- 遺傳檢測

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務



健康與保健教育方案

本計畫提供許多著重於特定健康狀況的方案。其中包括：

- 健康教育課程
- 營養教育課程
- 戒煙；及
- 護理專線
- 健身福利

健身福利會透過參與機構提供基本健身會籍，您也可以申請居家健身計畫，其包含配戴式健身追蹤器。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

聽力服務

本計畫將會給付由您醫療服務提供者所進行的聽力與平衡感檢測。這些檢測將會告訴您，您是否需要接受醫療服務。當您透過醫師、聽力學家或其他合格醫療服務提供者取得這些服務時，這些服務將比照門診照護的承保方式。

本計畫亦會給付助聽器，範圍包括：

- 耳模、用品及耳塞
- 費用超過 \$25 的修復服務 (每次)
- 首組電池
- 六次就診，以供您在取得助聽器之後，接受同一供應商所提供的訓練、調整及配驗
- 助聽器租借試用期

屬於助聽器福利的服務費用 (包括消費稅在內) 每財政年度限 **\$1,510** (財政年度從七月至隔年六月為止)。如果您懷孕了，則 **\$1,510** 的福利上限額將不適用於您。因不在您控制範圍內之情況而導致的助聽器遺失、遭竊或損毀，其置換費用將不計入此 **\$1,510** 的福利上限額中。


您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>HIV 篩檢</p> <p>針對下列人士，本計畫將每 12 個月給付一次 HIV 篩檢檢查：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要求進行 HIV 篩檢檢測者；或 • HIV 感染風險較高者。 <p>針對懷孕婦女，本計畫將在其懷孕期間給付最多三次的 HIV 篩檢檢測。</p> <p>如果您的醫療服務提供者建議的話，我們也會支付額外的 HIV 篩檢費用。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>居家健康機構照護</p> <p>在您可以開始接受居家醫療保健服務之前，您的醫師必須告知本計畫您需要接受居家醫療保健服務，且這些服務必須由居家照護機構提供。</p> <p>本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務未列於此)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼職性或間歇性的專業護理和居家健康助理服務 (您的專業護理和居家健康助理服務時間合計每天必須少於 8 小時，且每週必須少於 35 小時，才可納入居家醫療保健福利的承保範圍。) • 物理治療、職能治療與言語治療 • 醫療及社會服務 • 醫療器材與用品 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

居家輸液治療

本計畫將給付居家輸液治療，這定義為施打於靜脈中或施用於皮下並且在家中提供的藥品或生物物質。進行居家輸液時需要下列項目：

- 藥品或生物物質，例如抗病毒劑或免疫球蛋白；
- 器材，例如幫浦；以及
- 用品，例如輸液管或導管。

本計畫不承保居家輸液服務，包括但不限於：

- 根據您的照護計畫提供的專業服務，包括護理服務；
- 會員訓練和教育尚未包括在 DME 福利內；
- 遠端監測；以及
- 監測服務，適用於由合格居家輸液治療提供者所提供的居家輸液治療和居家輸液藥品。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

安寧照護

您可透過任何經 Medicare 認證的安寧照護方案取得照護。如果您的醫療服務提供者和安寧照護醫療主任判定您有末期預後，則您有權選擇安寧照護。這表示，您患有末期疾病且您的預期壽命只剩下六個月或不到六個月。您的安寧照護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。

本計畫將會在您接受安寧照護服務期間給付下述服務：

- 治療症狀和疼痛的藥品
- 短期喘息照護
- 居家照護

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

安寧照護 (續)

安寧照護服務以及屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的服務將由 Medicare 付費。

- 如需更多資訊，請參閱本章的 F 部分。

針對屬於 Health Net Cal MediConnect 承保範圍但 Medicare A 部分或 B 部分不予承保的服務：

- Health Net Cal MediConnect 將會承保屬於計畫承保範圍但 Medicare A 部分或 B 部分不予承保的服務。不論這些服務是否與您的末期預後有關，本計畫均會承保這些服務。您無需為這些服務支付任何費用。

針對可能可獲得 Health Net Cal MediConnect Medicare D 部分福利承保的藥品：

- 不論在何種情況下，安寧照護及本計畫不會同時承保藥品。如需詳細資訊，請參閱第 124 頁的第 5 章 F3 部分。

註：如果您需要非安寧照護的照護服務，您應致電給您的照護協調員以安排服務。非安寧照護的照護服務是指與您末期預後無關的照護。您可以致電您的照護協調員，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

本計畫為尚未選擇安寧照護福利的末期疾病病人承保安寧照護諮詢服務 (僅限一次)

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務



免疫接種

本計畫將給付下述服務：

- 肺炎疫苗
- 流感疫苗注射，每個流感季節 (秋季和冬季) 一次；若為醫療所必需，則可給付額外的流感疫苗注射
- B 型肝炎疫苗 (如果您是 B 型肝炎中高風險族群)
- 新冠病毒 COVID-19 疫苗
- 其他疫苗 (如果您有罹病風險且該疫苗符合 Medicare B 部分的承保規定)

本計畫將會給付其他符合 Medicare D 部分承保規定的疫苗。請閱讀第 136 頁的第 6 章 H 部分，以進一步瞭解。

我們也會按照免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 的建議為成人給付所有疫苗。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得 B 型肝炎疫苗或其他疫苗的轉介。

肺炎疫苗或流感預防針注射無需事先授權 (事先核准)。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診、B 型肝炎疫苗或其他疫苗除外。

住院照護

本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務為醫療所必需但未列於此)：

- 雙人病房 (若是醫療所必需則單人病房亦可)
- 膳食，包括特殊飲食
- 例行護理服務
- 特殊照護病房 (例如加護病房或冠心病照護病房) 的費用
- 藥品和藥物
- 化驗
- X 光和其他放射線服務
- 必要的外科手術用品和醫療用品

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

住院照護 (續)

- 用具 (例如輪椅)
- 手術和恢復室服務
- 物理、職能及言語治療
- 物質濫用住院服務
- 在某些情況下，下述類型的移植：眼角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞，以及小腸/多重器官。

如果您需要移植，經 Medicare 核准的移植中心將會審查您的個案，以決定您是否適合接受移植。移植醫療服務提供者可能在當地或在服務區外。如果當地的移植醫療服務提供者願意接受 Medicare 的費率，則您可以選擇在當地或在社區照護範圍外的地點獲取移植服務。如果 Health Net Cal MediConnect 提供移植服務的地點在我們的社區照護範圍外，而您選擇在該地點接受移植，則我們將會為您及另外一位陪同人士安排適當的住宿和交通運輸服務或為您支付相關費用。

- 血液 (包括儲存和輸血)
- 醫師服務

在您的緊急情況獲得控制之後，您必須取得本計畫的核准才可繼續在網絡外醫院接受住院照護。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

住院心理健康照護

本計畫將會給付需要住院的心理醫療保健服務。

- 如果您需要在獨立的精神科醫院接受住院服務，我們將會給付前 190 天。在此期限之後，您所在郡縣的心理健康機構將會給付醫療所必需的精神科住院服務。本計畫將會與您所在郡縣的心理健康機構協調，以取得您住院超過 190 天後所需的照護授權。
 - 此 190 天的限制並不適用於在一般醫院精神科病房所提供的心理健康住院服務。
- 如果您已年滿 65 歲以上，本計畫將會給付您在心理疾病機構 (IMD) 中所接受的服務。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

住院照護：在醫院或是特護療養機構 (SNF) 接受的非承保住院期間的承保服務

如果您的住院並不合理且非必要，本計畫將不會給付。

然而，在某些不承保住院照護的情況下，本計畫可能仍會給付您待在醫院或護理機構期間所接受的服務。如欲瞭解詳情，請與會員服務部聯絡。

本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務未列於此)：

- 醫師服務
- 診斷檢測 (例如化驗)
- X 光、鐳放射治療以及同位素治療，包括技師準備的材料和提供的服務
- 外科敷料
- 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置
- 義體和矯正裝置 (牙科用除外)，包括此類裝置的置換或修復。這些裝置是用於：
 - 取代所有或部分的體內器官 (包括周邊組織)；或
 - 取代所有或部分失能或失常之體內器官的機能。
- 腿部、手臂、背部和頸部用支架，疝帶以及腿部義肢、手臂義肢和義眼。承保範圍包括因斷裂、磨損、遺失或病人病況改變所需的調整、修復和置換
- 物理治療、言語治療及職能治療

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

腎臟病服務與用品

本計畫將給付下述服務：

- 教導腎臟照護並協助會員針對其照護作出適當決定的腎臟病教育服務。您必須患有第 IV 階段的慢性腎臟病，且您的醫師必須為您提供轉介。本計畫將承保最多六堂腎臟病教育服務課程。
- 門診洗腎治療 (包括暫時離開服務區域時所接受的洗腎治療，如第 45 頁的第 3 章 D4 部分之說明)。
- 住院洗腎治療 (如果您是以住院病人身分住院接受特殊照護)。
- 自行洗腎訓練 (包括針對您和任何協助您進行居家洗腎治療之人士而提供的訓練)。
- 居家洗腎器材和用品。
- 部分居家支援服務 (例如，在必要的時候，由受過訓練的洗腎工作人員至您家查看您的居家洗腎情況、協助處理緊急情況，並檢查您的洗腎器材和供水)。

您的 Medicare B 部分藥品福利給付部分洗腎用藥品。如需更多資訊，請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。



肺癌篩檢

如果您符合以下條件，本計畫將每 12 個月給付一次肺癌篩檢：

- 年齡介於 50-80 歲之間；且
- 接受醫師或其他合格醫療服務提供者的諮詢與共同決策看診，且
- 曾每天至少抽 1 包煙並持續達 20 年之久且沒有肺癌的病徵或症狀，或是目前有在抽煙或已在最近 15 年內戒煙。

在首次篩檢之後，本計畫每年將在有醫師或其他合格醫療服務提供者開立書面醫囑的情況下，給付其他篩檢。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

膳食福利

自從住院醫院出院之日起，計畫將立即提供居家膳食遞送服務，以協助會員康復。完整的福利提供每天 3 餐，持續 14 天的居家膳食遞送服務，每年不限次數，每次出院後最多提供 42 餐。

請聯絡會員服務部安排膳食遞送事宜。電話號碼位於本頁下方。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。



醫療營養治療

此福利適用於罹患糖尿病或罹患腎臟病但無需洗腎的人士。此福利亦適用於已接受腎臟移植的人士，需有醫師的轉介。

在您接受 Medicare (包括本計畫、任何其他 Medicare Advantage 計畫或是 Medicare) 所提供之醫療營養治療服務的第一年期間，本計畫將會給付三小時的一對一諮詢服務。若為醫療所必需，我們可能會核准其他服務。

在其之後，本計畫每年會給付兩小時的一對一諮詢服務。如果您的病況、治療或診斷結果有所改變，在醫師的轉介下，您接受治療的時數可能可以增加。如果您的治療需要持續至下一個歷年，醫師必須每年均為這些服務開立一次處方並更新其轉介內容。若為醫療所必需，我們可能會核准其他服務。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務



Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP)

本計畫將支付 MDPP 服務的費用。MDPP 是爲了幫助您增加健康行爲而設計的。MDPP 提供實際訓練於：

- 長期飲食改變，和
- 增加身體活動量，和
- 制定策略以達成持續減肥和健康生活模式。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

Medicare B 部分處方藥

這些藥品屬於 Medicare B 部分的承保範圍。某些藥品可能要配合階段治療使用。

Health Net Cal MediConnect 將給付下述藥品：

- 通常不是由您自行施用而是在接受醫師、醫院門診或門診外科手術中心的服務時所注射或輸注的藥品
- 您使用本計畫所授權的耐用醫療器材 (例如噴霧器) 服用的藥品
- 血友病患者自行注射的凝血因子
- 免疫抑制藥品 (如果在您接受器官移植時已投保 Medicare A 部分)
- 骨質疏鬆注射藥品。如果您無法離家，且醫師證明您的骨折與停經後的骨質疏鬆有關，同時您無法自行注射藥品，則這類藥品將可獲得給付
- 抗原
- 某些口服抗癌藥品和抗噁心藥品

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

Medicare B 部分處方藥 (續)

- 部分居家洗腎藥品，包括肝素、肝素解毒劑 (醫療所必需時)、局部麻醉劑、紅血球生成刺激劑 (例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa)
- 免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏疾病病人居家治療使用

下列連結將前往可能要採用階段治療的 B 部分藥品清單：

<https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/resources.html>

我們也根據 Medicare B 部分和 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。

第 114 頁的第 5 章 A 部分會說明門診處方藥福利。此章節將會說明您必須遵守的處方承保規定。

第 134 頁的第 6 章 D3 部分會說明您透過本計畫需為門診處方藥支付的費用。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

非緊急醫療交通運輸服務 (NEMT)

此項福利可讓您使用最符合經濟效益且最容易取得的交通運輸服務。其中可能包括：救護車、簡易醫療車、由附輪椅升降機的休旅車所提供的醫療交通運輸服務，以及與輔助大眾運輸協調。

當發生下述情況時，上述類型的交通運輸服務即可獲得授權：

- 您的醫療狀況和/或身體狀況使您無法搭乘公車、客車、計程車，或其他大眾或私人交通工具；且
- 您必須使用此類交通運輸服務才能取得您所需的醫療照護。

視服務項目而定，可能需要事先授權。

如欲申請上述交通運輸服務，請與 Health Net Cal MediConnect 會員服務部聯絡，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

交通運輸服務申請必須在七個曆日前事先提出，非緊急醫療交通運輸服務及非醫療交通運輸服務皆適用此規定。

如果您需要在較短時間內安排服務，我們將會依據個案的約診性質、醫療服務約診安排的時間，以及交通運輸服務提供者的排班情況來審查您的申請。

ModivCare (先前稱為 LogistiCare) 將會協助您取得醫療服務提供者的處方 (醫師證明書)。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

視服務項目而定，可能需要事先授權 (事先核准)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

非醫療交通運輸服務 (NMT)

此項福利可讓您使用由客車、計程車或其他大眾/私人交通工具所提供的交通運輸服務，前往接受醫療服務。

此項福利不會縮減您的非緊急醫療交通運輸福利。

如需有關交通運輸服務的額外資訊，請參閱第 53 頁的第 3 章 G 部分。

如欲申請上述交通運輸服務，請與 Health Net Cal MediConnect 會員服務部聯絡，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

交通運輸服務申請必須在七個曆日前事先提出，非緊急醫療交通運輸服務及非醫療交通運輸服務皆適用此規定。

如果您需要在較短時間內安排服務，我們將會依據個案的約診性質、醫療服務約診安排的時間，以及交通運輸服務提供者的排班情況來審查您的申請。

ModivCare (先前稱為 LogistiCare) 將會協助您取得醫療服務提供者的處方 (醫師證明書)。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

護理機構照護

護理機構 (NF) 是為無法在家接受照護卻又不需要住院的人士提供照護的場所。

本計畫的給付服務包括但不限於：

- 雙人病房 (若是醫療所必需則單人病房亦可)
- 膳食，包括特殊飲食
- 護理服務
- 物理治療、職能治療與言語治療
- 呼吸治療
- 根據您的照護計畫提供給您的藥品。(這些藥品包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子。)
- 血液 (包括儲存和輸血)
- 通常由護理機構提供的醫療與外科手術用品
- 通常由護理機構提供的化驗
- 通常由護理機構提供的 X 光與其他放射線服務
- 通常由護理機構提供的用具 (例如輪椅)
- 醫師/執業人員服務
- 耐用醫療器材
- 牙科服務 (包括假牙)
- 視力福利

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>護理機構照護 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 聽力檢查 • 脊椎推拿治療 • 足科服務 <p>通常您將會透過網絡機構取得照護。但是，您可能也可以透過網絡外的機構取得照護。如果下述場所同意接受本計畫的給付金額，您將可透過下述場所取得照護：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在前往醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區 (只要其有提供護理機構照護)。 • 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的護理機構。 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>肥胖症篩檢與減重治療</p> <p>如果您的身體質量指數為 30 或以上，本計畫將會給付協助您減重的諮詢服務。您必須在主要照護環境下接受諮詢服務。這樣醫師才能配合您完整的預防計畫處理您的減重治療。請與您的主治醫師討論瞭解詳情。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>鴉片類藥物 (OTP) 治療計畫服務</p> <p>本計畫將給付下述服務，以治療鴉片類藥物使用失調 (OUD)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 服用情況 • 定期評估 • 由 Food and Drug Administration (FDA) 核准的藥物；若適用，由 FDA 管理和提供您這些藥物 • 藥物使用諮詢 • 個人和團體治療 • 體內藥品或化學物質檢測 (毒性檢測) <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>門診診斷檢測及治療服務與用品</p> <p>本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務為醫療所必需但未列於此)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射線 (鐳和同位素) 治療，包括技師準備的材料和用品 • 外科手術用品，例如敷料 • 夾板、固定用石膏，以及其他用於骨折和脫臼的裝置 • 化驗 • 血液 (包括儲存和輸血) • 其他門診診斷檢測 (包括如 CT、MRI、MRA、SPECT 等的複雜檢測) <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

醫院門診服務

本計畫將會給付您爲了診斷或治療疾病或傷害而在醫院門診部門所接受的醫療所必需之服務，例如：

- 急診部門或門診診所之服務，例如門診手術或觀察服務
 - 觀察服務可協助醫師瞭解是否需要允許您以「住院」形式住院。
 - 有時候，您可以在醫院過夜，但仍然屬於「門診」形式。
 - 您可以在此資料表中取得更多關於住院或門診的資訊：
www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
- 由醫院請款的化驗與診斷測試
- 心理健康照護，包括由部分住院方案所提供的照護，只要醫師證明不接受該照護就必須住院治療
- 由醫院請款的 X 光和其他放射線服務
- 醫療用品，例如夾板和固定用石膏
- 列於福利表中的預防性篩檢與服務
- 部分您無法自行施用的藥品

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

門診心理醫療保健

本計畫將給付由下列人士提供的心理健康服務：

- 持有州政府執照的精神科醫師或醫師
- 臨床心理醫師
- 臨床社工
- 臨床專科護士
- 執業護士
- 醫師助理
- 其他任何在適用州法律許可範圍內的合格 Medicare 心理醫療保健專業人士

本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務未列於此)：

- 臨床服務
- 日間治療
- 心理社會復健服務
- 部分住院/密集門診方案
- 個人及團體心理健康評估與治療
- 根據臨床顯示係評估心理健康狀況所需的心理測驗
- 以監測藥品治療為目的的門診服務
- 門診化驗、藥品、用品與補充品
- 精神科諮詢

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>門診復健服務</p> <p>本計畫將會給付物理治療、職能治療及言語治療。</p> <p>您可透過醫院門診部、治療師執業的獨立診所、綜合門診復健機構 (CORF) 和其他機構取得門診復健服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>門診藥物濫用服務</p> <p>本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務未列於此)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 酒精誤用篩檢及諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格臨床醫師進行的團體或個人諮詢 • 由住院戒癮方案提供的亞急性解毒服務 • 在密集門診治療中心進行的酒精和/或藥品濫用服務 • 長效納曲酮 (vivitrol) 藥物治療 <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>門診外科手術</p> <p>本計畫將會給付在醫院門診機構及門診外科手術中心進行的門診外科手術與服務。</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>非處方 (OTC) 項目</p> <p>本計畫承保有限的 OTC 項目，可經由郵購及所選 CVS 藥局零售商取得，您不需支付費用。請聯絡 Health Net Cal MediConnect 以取得詳細資訊。</p> <p>作為額外福利，我們的計畫針對合格非處方 (OTC) 項目的每季度承保最高達 55 美元。</p> <p>本 OTC 福利每個季度僅限訂購一次。任何未使用的額度不可挪到下一季使用。</p> <p>您可以每季度訂購至少九次相同項目，否則手冊中另有提及。您的訂單中的總項目數無限制。</p> <p>本福利僅可供會員訂購 OTC 項目。</p>
	<p>部分住院服務</p> <p>部分住院是一項結構化的積極精神科治療方案。該方案是醫院門診服務或在社區心理健康中心提供。部分住院治療比您在醫師或治療師的診所接受的照護更為密集。該方案可協助您免於住院。</p> <p>註：由於 Cal MediConnect 需要 Medicare 證明，因此本計畫僅會承保在醫院門診所提供的部分住院服務。</p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>
	<p>醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診</p> <p>本計畫將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在諸如下列地點所提供之醫療所必需的醫療保健或外科手術服務： <ul style="list-style-type: none"> ○ 醫師診間 ○ 經認證的門診外科手術中心 ○ 醫院門診部 ● 專科醫師的諮詢、診斷和治療 ● 由您主治醫師提供的基礎聽力與平衡感檢查，前提是您的醫師是為了確認您是否需要治療而安排此檢查 <p style="text-align: right;">此項福利內容延續至下頁</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

醫師/醫療服務提供者服務，包括醫師門診 (續)

1. 特定通話醫療服務，包括用於以下事項的醫療服務：主治醫師、專科醫師和其他醫療保健專業人員服務，以及門診精神健康專科服務，包括精神科照護。
 - 您可以選擇透過親自看診或透過通話醫療取得這些服務。若您選擇透過通話醫療，以取得其中一項服務，則您必須請能透過通話醫療提供服務的網絡醫療服務提供者為您看診。
2. 與末期腎臟病 (ESRD) 相關的每月看診通話醫療服務，適合在醫院式或偏遠地區醫院式洗腎中心、洗腎機構或會員家中的居家洗腎會員
3. Telehealth 服務可診斷、評估或治療中風症狀
4. 為藥物使用失調會員或同時存在精神健康障礙會員提供的通話醫療服務
 - 如果您不是新病人，您的醫師會進行 5-10 分鐘的虛擬檢查 (例如電話或視訊聊天)。
 - 如果您不是新病人，您的醫師會針對您向醫師傳送的影片和 (或) 影像進行評估，並在 24 小時內提供解釋和後續追蹤。
5. 如果您不是新病人，可透過電話、網路或電子健康記錄與其他醫師進行您醫師為您提供的諮詢服務
 - 在進行某項醫療程序前，由其他網絡醫療服務提供者提供的第二意見
 - 非例行牙齒照護。承保服務僅限下述服務：
 - 下顎或下顎相關部位的外科手術
 - 下顎或顏面骨骨折固位
 - 在接受腫瘤癌症的放射線治療前所進行的拔牙
 - 在由醫師提供時即屬承保範圍的服務


您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務	
	<p>足科服務</p> <p>本計畫將給付下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部傷害與足部疾病 (例如槌狀趾或足跟骨刺) 的診斷、醫療或外科手術治療 • 針對罹患會影響腿部之病況 (例如糖尿病) 的會員所提供的例行足部照護 <p>其他例行足部照護上限為每年 12 次看診，包括切割或除去雞眼和結繭以及修整、剪除或修剪指甲</p> <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p>
	<p>前列腺癌篩檢檢查</p> <p>針對年滿 50 歲以上的男性，本計畫將每 12 個月給付一次下述服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 直腸指診 • 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測 <p><i>您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。</i></p> <p><i>可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</i></p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

義體裝置和相關用品

義體裝置可取代所有或部分身體部位或身體機能。本計畫將給付下述義體裝置 (可能還有其他裝置未列於此)：

- 與結腸造口術照護相關的結腸造口袋與用品
- 腸道和靜脈營養，包括輸液配套用品、輸液幫浦、輸液管和連接裝置、溶液和自行注射用品
- 起搏器
- 支架
- 義肢鞋
- 人工手臂與人工腿
- 義乳 (包括用於乳房切除術後的外科手術胸罩)
- 用來更換因疾病、受傷或先天缺陷而除去或損傷之所有臉部部分的假體
- 失禁用乳膏和尿布

本計畫亦將給付與義肢裝置相關的部分用品。本計畫亦將給付義肢裝置的修復或置換。

本計畫針對白內障移除或白內障手術後的用品提供部分承保。請參閱第 100 頁上本部分後面的「視力照護」內容，以瞭解詳情。

我們將不會給付假牙裝置。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得失禁用用品和尿布的轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

肺部復健服務

本計畫將會為罹患中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員給付肺部復健方案。您必須持有由為治療 COPD 之醫師或醫療服務提供者所提供的肺部復健轉介。

本計畫將會為需要依賴呼吸器的病人給付呼吸照護服務。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務



性傳染疾病 (STI) 篩檢與諮詢

本計畫將會給付衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎的篩檢。針對孕婦和部分罹患 STI 風險較高的人士，這些篩檢將可獲得承保。這些檢測必須由主治醫師為您安排。這些檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間均屬承保範圍。

針對有性生活且罹患 STI 風險較高的成人，本計畫亦將給付每年最多兩次的高密集式面對面行為輔導。每次輔導的時間可能為 20 分鐘至 30 分鐘。僅有在輔導是由主治醫師所提供的情况下，本計畫才會比照預防服務給付這些輔導。這些輔導必須在主要照護環境下進行，例如醫師診所。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

特護療養機構 (SNF) 照護

本計畫將給付下述服務 (可能還有其他服務未列於此)：

- 雙人病房，或者，若是醫療所必需，則為單人病房
- 膳食，包括特殊飲食
- 護理服務
- 物理治療、職能治療與言語治療
- 您根據照護計畫所取得的藥品 (包括原本就存在於您體內的物質，例如凝血因子)
- 血液 (包括儲存和輸血)
- 由護理機構提供的醫療與外科手術用品
- 由護理機構提供的化驗
- 由護理機構提供的 X 光及其他放射線服務
- 由護理機構提供的用具 (例如輪椅)
- 醫師/醫療服務提供者服務

通常您將會透過網絡機構取得照護。但是，您可能也可以透過網絡外的機構取得照護。如果下述場所同意接受本計畫的給付金額，您將可透過下述場所取得照護：

- 您在前往醫院之前所住的療養院或持續照護退休社區 (只要其有提供護理機構照護)
- 在您離開醫院之時，您配偶或同居伴侶所住的護理機構

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

受監督的運動治療 (SET)

本計畫將會為罹患癥狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員或是經由負責 PAD 治療的醫師轉介的 PAD 病患給付 SET。本計畫將給付：

- 如果達到了 SET 方案的要求，承保最高可在 12 個星期內提供 36 次療程
- 如果醫療保健醫療服務提供者認為有其醫療必要性，則可在一段時間內再增加 36 次療程

SET 方案必須：

- 對於因血流不暢而導致腿部痙攣 (跛行) 的會員，提供 30 至 60 分鐘的運動訓練方案療程
- 在醫院門診環境或在醫師診所中進行
- 由合格的輔導人員提供，以確保益處要大過害處，且這些人員受過 PAD 運動治療的教育訓練
- 由醫師、醫師助理或執業護士/臨床專科護士直接監督，且這些人員均需受過基本和進階的續命技術訓練

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

緊急照護

緊急照護是指為了治療下述情況所提供的照護：

- 需要立即接受醫療保健的非緊急情況；或
- 突發的醫療疾病；或
- 受傷；或
- 需要立即接受照護的病況。

如果您需要接受緊急照護，您應先試著透過網絡醫療服務提供者取得。不過，若是您無法透過網絡醫療服務提供者取得，您將可使用網絡外醫療服務提供者。

在美國境外接受的緊急需求照護可能可按全球急診/緊急承保範圍福利規定納入急診範圍。如需更多資訊，請參閱第 103 頁上本福利表後面的「全球急診/緊急承保」。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

視力照護

本計畫將給付下述服務：

- 每年一次例行眼科檢查；及
- 眼鏡 (標準和非標準鏡架和基本單焦、雙焦、三焦或柱狀透鏡眼鏡鏡片) 每兩年最多 \$250。
- 特選隱形眼鏡、配驗及評估，每兩年最多 \$250*，**，***。
- 弱視檢查 (每年最多四次)****
- 弱視輔具****

*從服務購買日期開始算起，跨年度福利在後續年度可能不再提供。

**任何超過 \$250 補貼的差額，您將需負擔 100%。

***為維持視力所需的隱形眼鏡、配驗及評估可獲得全額給付，每兩年一次。

****承保範圍限符合診斷及處方開立條件的孕婦或特護療養機構的住院者。承保服務包括：檢查：專業評估、弱視輔具的配驗及後續管理 (如適用)，包括六個月的追蹤照護。

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

視力保健 (續)

弱視輔具包括：

- 手持式弱視輔具及其他非眼鏡型輔具
- 單眼眼鏡型弱視輔具
- 望遠鏡及其他複合鏡片組，包括遠距離望遠鏡、近距離望遠鏡及複合鏡片組

視力保健 (續) 眼科醫療服務：

您應與您的醫療服務提供者討論並取得 Medicare 承保的視力檢查轉介。眼科醫療服務是由您的 PCP 提供或安排。

本計畫將會給付用於診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫師服務。例如，這包括適用於罹患糖尿病視網膜病變之糖尿病患者的年度眼科檢查以及老年性黃斑部病變治療。

針對青光眼高風險群，本計畫將每年給付一次青光眼篩檢。青光眼的高風險群包括：

- 有青光眼家族病史的人士
- 糖尿病患者
- 年滿 50 歲以上的非裔美籍人士
- 年滿 65 歲以上的西班牙裔美籍人士

每次當醫師透過白內障手術置入人工水晶體後，本計畫將會給付一付眼鏡或隱形眼鏡。(如果您分別接受兩次白內障手術，您必須在每次手術後取得一付眼鏡。即使您在第一次手術後未取得眼鏡，您亦不得在第二次手術後取得兩付眼鏡。)如果您在接受未植入水晶體的白內障移除手術後需要矯正鏡片、鏡框及相關置換，我們亦將給付這些項目。

此項福利內容延續至下頁

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

視力保健 (續)

如何使用您的視力福利

本計畫每年承保一次例行眼科檢查，並每 24 個月承保一次眼鏡用品。您將透過簽約視力服務提供者而非您的醫療團體取得您的年度例行視力檢查 (以判定您是否需要矯正眼鏡用品) 以及任何適用的眼鏡用品。

請向簽約視力服務提供者安排您的年度例行視力檢查。如欲尋找簽約視力服務提供者，請致電 1-855-464-3571 與 Health Net Cal MediConnect 會員服務部聯絡 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。或者您也可在 mmp.healthnetcalifornia.com 網站上查詢。

您可透過為您提供檢查的醫療服務提供者或透過您服務區域簽約眼鏡用品提供者清單中的服務提供者購買眼鏡用品。由非簽約醫療服務提供者所提供的眼鏡用品將無法獲得承保。如欲尋找簽約眼鏡用品服務提供者，請致電 1-855-464-3571 與 Health Net Cal MediConnect 會員服務部聯絡 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。或者您也可在 mmp.healthnetcalifornia.com 網站上查詢。

您將需負擔非承保服務的費用，例如任何超過您眼鏡補貼的費用或選擇性美容鏡片 (如防刮痕鍍膜、漸進鏡片、變色鏡片等) 的費用。您為這些非承保服務所支付的費用將直接付給您的簽約眼鏡用品服務提供者。

以上是您接受例行視力檢查和取得新眼鏡或隱形眼鏡時所需進行的所有事項。

如欲取得例行視力與眼鏡用品排除項目清單，請參閱本章後面的 F 部分。



「歡迎投保 Medicare」預防門診

本計畫承保此一次性的「歡迎投保 Medicare」預防門診。此次門診包括：

- 檢視您的健康狀況，
- 提供您所需的預防服務教育與諮詢 (包括篩檢和預防針注射)；及
- 提供您所需的其他照護轉介。

註：本計畫僅在您投保 Medicare B 部分的前 12 個月為您承保「歡迎投保 Medicare」預防門診。當您預約看診時，請告知您醫師的診所您想要預約「歡迎投保 Medicare」預防門診。

您應與您的醫療服務提供者討論並取得其轉介。

可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



本計畫給付的服務

全球急診/緊急承保範圍

全球急診/緊急承保範圍。指在美國境外接受的緊急、突發和穩定後照護。¹

- 僅限屬於急診、緊急需求照護或穩定後照護範圍內且在美國境內提供的服務。¹
- 在使用任何其他方式前往急診室均有可能會危及您健康的情況下，救護服務將可獲得承保。
- 外地稅款和費用 (包括但不限於匯率換算或交易手續費) 不屬承保範圍。

全球急診/緊急承保範圍的年度上限為 \$50,000。

¹美國泛指 50 州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Islands 與 American Samoa。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



E. Health Net Cal MediConnect 以外承保的福利

以下服務不屬於 Health Net Cal MediConnect 的承保範圍，但可透過 Medicare 或 Medi-Cal 提供。

E1. 加州社區過渡 (CCT)

加州社區過渡 (CCT) 方案利用當地仲介組織來協助已住院或入住機構居住至少連續 90 天，且希望返回社區持續居住的合格 Medi-Cal 受益人。CCT 方案在受益人回到社區前期間以及回到社區後的 365 天期間資助過渡協調服務，以協助受益人搬回社區。

您可透過任何在您所在縣提供服務的 CCT 仲介組織取得過渡協調服務。您可在 Department of Health Care Services 的網站上找到 CCT 仲介組織及其服務郡縣的清單：

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

針對 CCT 過渡協調服務：

Medi-Cal 將給付過渡協調服務。您無需為這些服務支付任何費用。

針對與您 CCT 過渡無關的服務：

醫療服務提供者將會針對其為您提供的服務向 Health Net Cal MediConnect 請款。Health Net Cal MediConnect 將會在您搬回社區後給付提供的服務。您無需為這些服務支付任何費用。

在您接受 CCT 過渡協調服務期間，Health Net Cal MediConnect 將會給付列於本章 D 部分福利表中的服務。

Health Net Cal MediConnect 藥品承保福利無變更：

藥品不屬於 CCT 方案的承保範圍。您將持續透過 Health Net Cal MediConnect 取得您的普通藥品福利。如需詳細資訊，請參閱第 124 頁的第 5 章 F 部分。

註：如果您需要非 CCT 轉移照護服務，您應致電給您的照護協調員以安排服務。非 CCT 過渡照護是指與您從機構/設施遷出無關的照護。如欲與照護協調員聯絡，請與 Health Net Cal MediConnect 聯絡，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

E2. Medi-Cal 牙科方案

特定牙科服務透過 Medi-Cal 牙科方案提供；例如下列服務：

- 首次檢查、X 光片、洗牙和塗氟治療
- 修復和牙冠
- 根管治療
- 假牙、調整、修補和換底墊

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Medi-Cal 按服務收費牙科方案提供牙科福利。如需更多資訊，或需要協助尋找接受 Medi-Cal 牙科方案的牙醫，請致電客戶服務專線 1-800-322-6384 (聽障專線使用者請致電 1-800-735-2922)。此為免付費電話。Medi-Cal 牙科方案代表服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。您也可以瀏覽網站 dental.dhcs.ca.gov/ 以取得更多資訊。

除了 Medi-Cal 按服務收費牙科方案之外，您還可透過牙科管理式照護計畫取得牙科福利。牙科管理式照護計畫在 Los Angeles County 提供。如果您需要更多有關牙科計畫的資訊、需要協助尋找牙科計畫或想更換牙科計畫，請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263 (聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077) 與醫療保健方案處聯絡 (此為免付費電話)。

E3. 安寧照護

您可透過任何經 Medicare 認證的安寧照護方案取得照護。如果您的醫療服務提供者和安寧照護醫療主任判定您有末期預後，則您有權選擇安寧照護。這表示，您患有末期疾病且您的預期壽命只剩下六個月或不到六個月。您的安寧照護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。

請參閱本章 D 部分的福利表，以瞭解您在接受安寧照護服務時，Health Net Cal MediConnect 給付項目的更多資訊。

針對安寧照護服務以及與您末期預後有關的 Medicare A 部分或 B 部分承保服務：

- 安寧照護醫療服務提供者將會針對其為您提供的服務向 Medicare 請款。Medicare 將會給付與您的末期預後有關的安寧照護服務。您無需為這些服務支付任何費用。

針對與您末期預後無關的 Medicare A 部分或 B 部分承保服務 (急診照護或緊急需求照護除外)：

- 醫療服務提供者將會針對其為您提供的服務向 Medicare 請款。Medicare 將會給付 Medicare A 部分或 B 部分的承保服務。您將無需為這些服務支付任何費用。

針對可能可獲得 Health Net Cal MediConnect Medicare D 部分福利承保的藥品：

- 不論在何種情況下，安寧照護及本計畫不會同時承保藥品。如需詳細資訊，請參閱第 124 頁的第 5 章 F3 部分。

註：如果您需要非安寧照護的照護服務，您應致電給您的照護協調員以安排服務。非安寧照護的照護服務是指與您末期預後無關的照護。如欲與照護協調員聯絡，請與 Health Net Cal MediConnect 聯絡，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



F. Health Net Cal MediConnect、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

本部分將為您說明哪些類型的福利屬於本計畫的排除項目。排除項目是指本計畫不給付的福利項目。Medicare 與 Medi-Cal 亦不會給付這些福利。

下列清單將為您說明本計畫在任何情況下均不承保以及本計畫在某些情況下排除承保的部分服務與用品。

本計畫將不給付本部分 (或本會員手冊其他地方) 所列的排除醫療福利，除非是具體明列的病況。如果您認為本計畫應給付某項不屬於承保範圍的服務，您可以提出上訴。如需提出上訴的相關資訊，請參閱第 181 頁的第 9 章 D 部分。

除了「福利表」所述的所有排除項目或限制項目之外，以下用品和服務也不屬於本計畫的承保範圍：

- 根據 Medicare 與 Medi-Cal 的標準被認為是「不合理且非醫療所必需」的服務，除非這些服務被本計畫列為承保服務。
- 實驗性的醫療與外科手術治療、用品及藥品，除非其是屬於 Medicare、Medicare 所核准之臨床研究或本計畫的承保範圍。請參閱第 58 頁的第 3 章 J 部分，以瞭解更多有關臨床研究的資訊。實驗性治療與用品是指未獲得醫學界普遍接納的治療與用品。
- 病態性肥胖症的外科手術治療，但醫療所必需且可獲得 Medicare 給付者不在此限。
- 醫院的單人病房，但醫療所必需者不在此限。
- 私人看護。
- 您在醫院或護理機構病房的個人用品，如電話或電視。
- 您居家的全職護理照護。
- 由您直系親屬或家人所收取的費用。
- 選擇性或自願性的加強程序或服務 (包括減重、頭髮生長、性能力、運動能力、美容、抗老化和心智能力)，但醫療所必需者不在此限。
- 整容外科手術或其他整容程序，除非是因意外傷害或為改善身體畸形部位所需。不過，本計畫將會給付乳房切除術後以及為了治療另一側乳房以達到對稱外觀所需的乳房重建。
- 脊椎推拿治療，不包括符合承保準則的脊椎徒手推拿。
- 矯正鞋，除非鞋子是腿部支架的一部分且包含在支架的費用裡，或者鞋子是供糖尿病足部疾病患者使用。
- 足部支撐裝置，但供糖尿病足部疾病病人使用的矯正鞋或治療鞋不在此限。
- 絕育復原程序和非處方節育用品。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 自然療法服務 (使用自然或替代療法)。
- 在退伍軍人事務部 (VA) 所屬機構提供給退伍軍人的服務。但是，若退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務且 VA 的分攤費用超過本計畫規定的分攤費用，我們會為退伍軍人提供差額補償。您仍需負擔您的分攤費用額。
- 法院命令的檢測和治療，但醫療所必需和計畫合約允許的看診不在此限。
- 在住院治療中心的治療。縣政府的心理健康專科福利可能有包含此福利。
- 輔助服務，例如：職業復健以及其他復健服務 (縣政府的心理健康專科福利可能有包含此福利) 和營養服務。
- 心理測驗、神經心理測驗，但由持照心理醫師進行並且是為協助治療規劃而提供者不在此限 (治療規劃包括藥物管理或診斷說明，但具體項目不包括所有教育性、學術性和成就測驗、與醫療狀況有關或為判定外科手術意願的心理測驗，以及電腦自動化報告)。
- 您對醫院或機構所造成的損害。
- 生物反饋或催眠療法治療。
- 穿顱磁刺激 (TMS)。
- 在精神疾病診斷與統計手冊第 5 版 (DSM 5) 中診斷代碼為 V 的項目。
- Health Net Cal MediConnect 判定為是實驗性或研究性的服務。
- 在您主要居住州外接受的服務，但急診服務以及經 Health Net Cal MediConnect 授權者不在此限。
- 電痙攣治療 (ECT)，但經 Health Net Cal MediConnect 授權者不在此限。
- 例行牙齒保健，例如：洗牙、補牙或假牙。不過，特定牙科服務 (包括假牙) 將由州政府的 Denti-Cal 方案提供。如需更多資訊，請參閱福利表中的「牙科服務」。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



非 Medicare 承保的例行視力和眼鏡用品排除項目：

- 放射狀角膜切開術，和雷射原位層狀角膜塑形術 (LASIK)。請與本計畫聯絡以瞭解有關 LASIK 程序的折扣資訊。
- 斜視矯正或視力訓練及任何相關的附加檢測。
- 眼角膜屈光治療 (CRT)。
- 角膜塑型術 (一種使用隱形眼鏡來改變眼角膜形狀以降低近視度數的程序)。
- 在前 90 天適配期過後的隱形眼鏡重新配驗。
- 無度數鏡片、無度數隱形眼鏡 (屈光矯正度數少於 +.50 的鏡片)。
- 替代雙光眼鏡的兩付眼鏡。
- 非處方眼鏡和太陽眼鏡。
- 鏡片其他附加項目
- 根據本計畫規定所提供但卻遺失或損壞之鏡片及鏡框的置換，但在正常間隔時間所提供的置換服務不在此限。
- 眼部的醫療或外科手術治療 (如欲瞭解承保的外科手術治療，請參閱本章前面的「福利表」)。
- 實驗性質的視力矯正治療。
- 爲了改變眼睛顏色以達到美容目的而提供的無度數隱形眼鏡。
- 超過計畫福利准許金額的服務和 (或) 用具費用。
- 裝飾性有色隱形眼鏡。
- 隱形眼鏡的修改、拋光或清潔。
- 與隱形眼鏡所引起之病變相關的額外門診。
- 隱形眼鏡保險保單或服務協議。
- 由簽約醫療服務提供者以外的醫療服務提供者所提供的視力保健服務或用品。
- 門診處方藥或非處方藥品並不屬於視力保健照護福利的承保範圍。如需更多有關您醫療或處方藥福利下的門診處方藥資訊，請參閱本章前面的福利表 或第 5 章和第 6 章。
- 視力輔助用品 (眼鏡或隱形眼鏡除外) 或在本章前面福利表中所述的弱視輔助用品。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 雇主聘僱條件所要求的矯正眼鏡，以及安全眼鏡，除非本計畫特別註明屬承保範圍。
- 由提供視力照護的任何其他團體福利計畫所提供的視力保健服務或用具。
- 在您承保終止後才提供的視力保健服務，但在您承保終止前便已訂購，且在該訂購日期起的 31 天內所送達的用具或提供的服務不在此限。
- 因勞工賠償法或類似法規，或是依任何政府機關或政府方案 (無論是聯邦政府、州政府或是政府分支機構) 的規定而提供的視力保健服務。
- 非本會員手冊所述的視力保健服務和/或用具。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



第 5 章：透過本計畫領取您的門診處方藥

簡介

本章將為您說明領取門診處方藥的規定。這些藥品是您醫療服務提供者為您所開立，而您透過藥房或郵購取得的藥品。這包括屬於 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保範圍的藥品。第 134 頁的第 6 章 D3 部分會說明您需為這些藥物支付多少費用。主要用語及其定義按照字母順序顯示在 *會員手冊* 的最後一章。

Health Net Cal MediConnect 亦承保下述藥品，不過我們將不會在本章多作說明：

- 屬於 Medicare A 部分承保範圍的藥品。這包括您在醫院或護理機構期間提供給您的部分藥品。
- 屬於 Medicare B 部分承保範圍的藥品。這包括部分化療藥品、在醫師或其他醫療服務提供者的門診期間提供給您的部分注射藥品，以及在洗腎診所提供給您的藥品。如欲瞭解有關 Medicare B 部分承保藥品的詳情，請參閱第 65 頁上第 4 章 D 部分的「福利表」。

本計畫的門診藥品承保規定

只要您遵守本部分所述的規定，本計畫通常會承保您的藥品。

1. 您必須請醫師或其他醫療服務提供者為您開立處方。此為您開立處方的人士通常是您的主治醫師 (PCP)。如果您的主治醫師為您轉介照護，為您開立處方的人士亦可能是其他的醫療服務提供者。
2. 您通常必須使用網絡藥房領取處方。
3. 您的處方藥必須列於本計畫的 *承保藥品清單* 中。我們簡稱它為「藥品清單」。
 - 若該藥品不在「藥品清單」中，我們可能可透過例外處理為您承保該藥品。
 - 請參閱第 198 頁的第 9 章 F2 部分，以瞭解如何要求例外處理。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



4. 您的藥品必須是用於醫療認可的適應症。這表示該藥品的使用已獲得 **Food and Drug Administration** 的核准或有特定醫療參考資料的佐證。就 **Medi-Cal** 的承保藥品而言，這是指透過對疾病或傷害的診斷或治療，來達到保護生命、預防重大疾病或嚴重殘疾，或減輕劇痛等目的而需使用的合理藥品。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

目錄

A. 領取您的處方藥	114
A1. 在網絡藥房領取您的處方藥	114
A2. 領取處方藥時使用您的會員卡	114
A3. 如果您想更換到不同的網絡藥房該怎麼辦	114
A4. 如果您的藥房退出網絡該怎麼辦	114
A5. 使用專科藥房	114
A6. 使用郵購服務取得您的藥品	115
A7. 領取藥品的長期藥量	116
A8. 使用本計畫網絡外的藥房	116
A9. 償還您為處方藥所支付的費用	116
B. 本計畫的藥品清單	117
B1. 藥品清單中的藥品	117
B2. 如何在藥品清單上找到藥品	117
B3. 不在藥品清單上的藥品	117
B4. 藥品清單分攤費用層級	118
C. 部分藥品的限制	118
D. 為什麼您的藥品可能無法獲得承保	119
D1. 領取暫時藥量	120
E. 有關您藥品承保範圍的變更	122
F. 特殊個案的藥品承保範圍	124
F1. 如果您在本計畫承保範圍內之醫院或特護療養機構住院	124
F2. 如果您住在長期照護機構	124
F3. 如果您參加 Medicare 經認證的安寧照護方案	124
G. 藥品安全和藥品管理方案	125

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

G1. 協助會員安全使用藥品的方案.....	125
G2. 協助會員管理藥品的方案.....	125
G3. 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP).....	126

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

A. 領取您的處方藥

A1. 在網絡藥房領取您的處方藥

在大多數情況下，我們**僅**會給付您在本計畫任何網絡藥房所領取的處方藥。網絡藥房是指同意為本計畫會員發配處方藥的藥房。您可以選擇本計畫的任何一家網絡藥房。

如欲尋找網絡藥房，您可查詢**醫療服務提供者與藥房名錄**、瀏覽我們的網站或與會員服務部聯絡。

A2. 領取處方藥時使用您的會員卡

如欲領取處方藥，請在網絡藥房**出示您的會員卡**。網絡藥房將會針對您承保處方藥的分攤費用向我們請款。當您領取處方藥時，您可能需要支付藥房共付額。

如果您在領取處方藥時未攜帶您的會員卡，請要求藥房致電本計畫取得所需資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時便可能需要支付其全額費用。之後您可要求我們償還您計畫應分攤的部分。如果您無法支付藥品費用，請立即與會員服務部聯絡。本計畫將會盡我們所能協助您。

- 如欲瞭解如何要求本計畫償還您所支付的費用，請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分。
- 如在領取處方藥時需要協助，可與會員服務部聯絡。

A3. 如果您想更換到不同的網絡藥房該怎麼辦

如果您更換了藥房並需要續配處方藥，您可請醫療服務提供者為您開立一份新處方，或請您的藥房將處方轉至新藥房 (若有任何剩餘的續配藥量)。

如需協助更換網絡藥房，可與會員服務部聯絡。

A4. 如果您的藥房退出網絡該怎麼辦

如果您使用的藥房退出計畫網絡，您將必須尋找新的網絡藥房。

如欲尋找新的網絡藥房，您可查詢**醫療服務提供者與藥房名錄**、瀏覽我們的網站或與會員服務部聯絡。

A5. 使用專科藥房

有時處方藥必須在專科藥房領取。專科藥房包括：

- 供應居家輸液療法藥品的藥房。
- 為長期照護機構 (例如療養院) 的住院者供應藥品的藥房。
 - 通常，長期照護機構有其各自的藥房。如果您住在長期照護機構，我們必須確保您能在機構的藥房取得所需的藥品。
 - 如果您長期照護機構的藥房不在本計畫網絡內，或如果您在長期照護機構取得您的藥品福利有任何困難，請與會員服務部聯絡。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 為印地安健康服務/部落/城市印第安健康方案提供服務的藥房。除了在緊急情況之外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用這類藥房。
- 供應需要特殊處理及有特殊使用說明之藥品的藥房。

如欲尋找專科藥房，您可查詢 [醫療服務提供者與藥房名錄](#)、瀏覽本計畫的網站或與會員服務部聯絡。

A6. 使用郵購服務取得您的藥品

針對某些種類的藥品，您可以使用本計畫的網絡郵購服務。一般而言，透過郵購提供的藥品是您因慢性或長期醫療狀況而需定期服用的藥品。在我們的藥物列表中，無法透過計畫郵購服務取得之藥物會標示為「NM」。

本計畫的郵購服務允許您訂購最多 90 天份的藥量。90 天藥量與一個月藥量的共付額相同。

透過郵購領取您的處方藥

如欲取得訂購單及透過郵購領取處方藥的資訊，請瀏覽本計畫的網站 mmp.healthnetcalifornia.com，或致電會員服務部尋求協助 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

一般來說，您可在 10-14 天內取得郵購的處方藥。如果郵購寄達時間延遲，請致電會員服務部或 CVS Caremark 以尋求協助，電話是 1-888-624-1139 (聽障專線：711)。

郵購程序

郵購服務針對透過您所收到的新處方、直接透過您醫療服務提供者的診所所收到的新處方以及您的郵購處方藥續配有不同的處理程序：

1. 藥房透過您所收到的新處方

針對透過您所收到的新處方，藥房將會自動進行配送。

2. 藥房直接透過您醫療服務提供者的診所所收到的新處方

藥房在收到醫療保健服務提供者的處方後將與您聯絡，以瞭解您是否希望立即領藥或稍後再行領取。

- 您因此可以確認藥房是否寄送正確的藥品 (包括劑量、藥量及劑型)。如需要，您更可以在收到帳單，並在藥品寄出前中止或延遲訂購程序。
- 每當藥房與您聯絡時，請務必作出回應，以讓藥房知道該如何處理新處方同時避免任何耽誤寄送的情況發生。

3. 續配郵購處方

若要續配您的藥品，您可以選擇註冊自動續配方案。在此方案中，如果我們的紀錄顯示您的藥物即將用完，我們會自動開始處理您的下一次續配。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 藥房會在運送每次續配處方前聯絡您，確保您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或您的藥物已變更，您可以取消排定的續配處方。
- 若您選擇不要使用自動續配方案，請在您認為藥品即將用完的 14 天前與您的藥房聯絡，以確保您訂購的下一批藥物可以準時送達。

若選擇退出自動準備郵購續配的方案，請致電會員服務部或您的郵購藥房來聯絡我們。

CVS Caremark：1-888-624-1139 (聽障專線：711)

藥房可能會在寄送藥物之前與您聯絡以確認您訂購的內容，請務必告知藥房最方便與您聯絡的方式。每次訂購藥品時、註冊自動續配處方方案時或您的聯絡資訊有變更時，您都應該確認您的聯絡資訊。

A7. 領取藥品的長期藥量

您可以領取本計畫藥品清單上維持型藥品的長期藥量。維持型藥品是您因慢性或長期醫療狀況定期服用的藥品。

部分網絡藥房允許您領取維持型藥品的長期藥量。90 天藥量與一個月藥量的共付額相同。*醫療服務提供者與藥房名錄*會說明哪些藥房可為您提供維持型藥品的長期藥量。您也可以致電會員服務部索取更多資訊。

針對某些類型的藥品，您可使用計畫網絡的郵購服務，以取得長期藥量的維持型藥品。請參閱第 115 頁的上述部分，以瞭解郵購服務相關資訊。

A8. 使用本計畫網絡外的藥房

一般而言，只有在您無法使用網絡藥房時，我們才會給付您在網絡外藥房領取的藥品。我們有位於服務區域外的網絡藥房，身為本計畫的會員，您可從這些網絡藥房領取您的處方藥。

本計畫會在下述情況下給付您在網絡外藥房領取的處方藥：

- 您在本計畫的服務區域外旅行，無法在附近的網絡藥房取得您需要的藥物。
- 您必須緊急使用藥物，而附近沒有營業中的網絡藥房。
- 因聯邦災害或其他公共衛生緊急情況，您必須撤離您的住家。

一般而言，在這些情況下，我們將會為您承保在網絡外藥房領取一次最多 30 天份的藥量。

在上述情況下，請先與會員服務部確認您附近是否有網絡藥房。

A9. 償還您為處方藥所支付的費用

如果您必須前往網絡外藥房就診，當您領取處方藥時，您通常必須支付全額費用，而不是共付額。您可要求我們償還本計畫應分攤的費用。

如欲瞭解更多詳情，請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 本計畫的藥品清單

本計畫有一份*承保藥品清單*。我們簡稱它為「藥品清單」。

本藥品清單上的藥品是由醫師和藥劑師團隊協助本計畫挑選。藥品清單亦會告訴您，您在領取藥品時是否有任何必須遵守的規定。

只要您遵守本章所述的規定，本計畫通常會承保計畫藥品清單上的藥品。

B1. 藥品清單中的藥品

藥品清單包含 Medicare D 部分所承保的藥品，以及您 Medi-Cal 福利下所承保的部分處方藥與非處方藥 (OTC) 及產品。

藥品清單包括品牌藥品和普通牌藥品。普通藥品含有與品牌藥品相同的有效成分。其功效通常與品牌藥品相當且通常費用較低。

本計畫亦承保部分 OTC 藥品與產品。有些 OTC 藥品比處方藥的費用要低且功效相當。如欲瞭解詳情，請致電會員服務部。

B2. 如何在藥品清單上找到藥品

如欲查詢您服用的藥品是否在藥品清單中，您可以：

- 查看我們寄給您的郵件中的最近藥品清單。
- 瀏覽本計畫的網站 mmp.healthnetcalifornia.com。網站上的藥品清單隨時保持更新狀態。
- 致電會員服務部查詢特定藥品是否在本計畫的藥品清單中，或索取一份藥品清單。

B3. 不在藥品清單上的藥品

本計畫未承保所有處方藥。某些藥品不在藥品清單上是由於法律不允許本計畫承保此類藥品。在另外一些情況下，則是我們自己決定不將某藥品納入藥品清單中。

Health Net Cal MediConnect 將不會給付本部分所列的藥品。這些藥品稱為**排除藥品**。如果您領取了屬於排除藥品的處方藥，您將必須自行支付該藥品的費用。如果您認為本計畫應就您的個案給付某項排除藥品，您可以提出上訴。(若要進一步瞭解如何提出上訴，請參閱第 203 頁的第 9 章 F5 部分。)

下列為三項有關排除藥品的一般規定：

1. 本計畫的門診藥品承保範圍 (包含 D 部分和 Medi-Cal 藥品) 不給付已屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的藥品。Health Net Cal MediConnect 免費承保屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的藥品，但這些藥品不屬於門診處方藥品福利的一部分。
2. 本計畫不能承保在美國與其領土以外地區購買的藥品。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



3. 該藥品的使用必須獲得 FDA 核准，或有特定醫療參考資料的佐証藥品可治療您的病況。您的醫師可能會開立特定藥品治療您的病況，即使該藥品尚未獲得核准用於治療該病況。此稱為標示外使用。針對因標示外使用而開立的藥品，本計畫通常不予承保。

此外，根據法律規定，下列類型的藥品不屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍。

- 用於促進生育的藥品
- 爲了美容或促進毛髮生長而使用的藥品
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥品，例如 Viagra®、Cialis®、Levitra® 和 Caverject®
- 某些門診藥品 (當生產這些藥品的製藥公司表示您僅能接受他們進行的測試或提供的服務時)

B4. 藥品清單分攤費用層級

本計畫藥品清單中的各項藥品，分屬於三個費用分攤層級中的某一層級。層級是指通常屬於同類型的藥品群組 (例如品牌藥品、普通牌藥品或非處方藥 (OTC))。一般而言，分攤費用層級越高，您爲藥品支付的費用就越高。

- 層級 1 (普通牌藥品) 包括普通牌藥品。這是最低的分攤費用層級。
- 層級 2 (品牌藥品) 包括品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。這是最高的分攤費用層級。
- 層級 3 (非 Medicare Rx/OTC 藥品) 包括 Medi-Cal 承保的部分處方和非處方 (OTC) 普通牌和品牌藥品。

如欲查詢您的藥品屬於哪個費用分攤層級，請查閱本計畫的藥品清單。

第 134 頁的第 6 章 D3 部分會說明您爲每個分攤費用層級的藥品所支付的金額

C. 部分藥品的限制

某些處方藥有特殊規定，限制本計畫的承保方式和承保時機。一般而言，我們的規定鼓勵您取得適用於您醫療狀況且安全有效的藥品。當安全且費用較低的藥品與費用較高的藥品功效相當時，本計畫希望您的醫療服務提供者開立費用較低的藥品。

如果您的藥品有特殊規定，這通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取其他步驟，本計畫才會承保該藥品。例如，您的醫療服務提供者可能必須先告知我們您的診斷結果或向我們提供驗血結果。如果您或您的醫療服務提供者認爲我們的規定不應適用於您的情況，您可以要求我們進行例外處理。本計畫可同意也可不同意讓您在沒有採取其他步驟的情況下使用該藥品。

如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱第 198 頁的第 9 章 F2 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



1. 當有同等普通牌藥品可供使用時，限制使用品牌藥品

一般而言，普通牌藥品的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。在大多數情況下，如果品牌藥品有同等的普通藥品可供使用，本計畫的網絡藥局將會提供您普通藥品。

- 當品牌藥品有同等普通牌藥品可供使用時，本計畫通常不會給付品牌藥品。
- 不過，如果您的醫療服務提供者向我們說明普通牌藥品對您無效的醫療理由，我們將會承保品牌藥品。
- 您的品牌藥品共付額可能會高於普通牌藥品。

2. 事先取得計畫核准

針對部分藥品，您或您的醫師必須先取得 Health Net Cal MediConnect 的核准，您才可以領取您的處方藥。如果您未取得核准，Health Net Cal MediConnect 可能無法承保該藥品。

3. 先嘗試不同的藥品

一般而言，在本計畫承保費用較高的藥品之前，我們希望您先嘗試費用較低的藥品（通常功效相當）。例如，如果 A 藥品及 B 藥品皆可治療同一種醫療狀況，且 A 藥品的費用比 B 藥品的費用低，本計畫可能會要求您先嘗試 A 藥品。

如果 A 藥品對您無效，本計畫將會承保 B 藥品。這稱為階段療法。

4. 數量限制

針對某些藥品，本計畫會限制您可以領取的藥量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您每次領取處方藥時可以領取的藥量。

如欲瞭解是否有任何上述規定適用於您目前正在服用或想要服用的藥品，請查閱「藥品清單」。如欲取得最新資訊，請致電會員服務部或查看我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com。

D. 為什麼您的藥品可能無法獲得承保

我們努力促使您的藥品承保適用於您，但有時某項藥品可能無法按照您希望的方式獲得承保。例如：

- 您想服用的藥品不屬於本計畫的承保範圍。該藥品可能不在藥品清單中。該藥品的同等普通藥品可能屬於承保範圍，但您想服用的品牌藥品卻不屬於承保範圍。某項藥品可能為新藥品，因此我們尚未檢視其安全性與有效性。
- 該藥品屬於承保範圍，但其承保範圍有特殊規定或限制。如第 118 頁的上述部分所說明，屬於本計畫承保範圍的部分藥品有使用上的限制規定。在某些情況下，您或您的處方開立者可能需要要求我們對某規定進行例外處理。

如果您的藥品未按照您希望的方式獲得承保，您可以採取一些措施。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



D1. 領取暫時藥量

在某些情況下，如果您的藥品不在藥品清單上或存在有一些限制，我們可為您暫時提供該藥品。這讓您有時間可與您的醫療服務提供者討論更換其他藥品的事宜，或者讓您有時間可要求我們承保該藥品。

如欲領取某藥品的暫時藥量，您必須符合下述兩項規定：

1. 您持續服用的藥品必須：

- 不再列於本計畫的藥品清單中；或
- 未曾列於本計畫的藥品清單中；或
- 現在受到一些限制。

2. 您必須發生下列其中一項情況：

- 您是去年在本計畫的會員。
 - 我們將會在該日曆年的前 90 天期間為您承保一次您藥品的暫時藥量。
 - 此暫時藥量在零售藥房以最多 30 天份為限，在長期照護藥房則以 31 天份的藥量為限。
 - 如果您的處方天數較短，我們會允許您續配多次，但仍有藥量上限。零售藥房以一次 30 天份的藥量為限，在長期照護藥房則以一次 31 天份的藥量為限。您必須在網絡藥房領取處方藥。
 - 長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的處方藥。
- 您身為本計畫的新會員。
 - 我們會在您成為本計畫會員的頭 90 天期間，為您承保您藥品的暫時藥量。
 - 此暫時藥量在零售藥房以最多 30 天份為限，在長期照護藥房則以 31 天份的藥量為限。
 - 如果您的處方天數較短，我們會允許您續配多次，但仍有藥量上限。零售藥房以一次 30 天份的藥量為限，在長期照護藥房則以一次 31 天份的藥量為限。您必須在網絡藥房領取處方藥。
 - 長期照護藥房為避免浪費，可能每次提供您較少的處方藥。
- 您已成為本計畫會員超過 90 天以上，且您目前居住在長期照護機構並有立即供藥需求。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 我們將會為您承保一次 31 天份的藥量，或者如果您的處方天數較短則藥量更少。上述臨時藥量不在此列。
- 如果您的照護層級變更，我們將會為您承保您藥品的臨時藥量。照護層級會在您出院後變更。當您入住或遷離長期照護機構時，您的照護層級亦會發生變更。
- 如果您自長期照護機構或醫院返家並需要臨時藥量，我們將會為您承保 30 天的藥量。如果您的處方天數較短，則我們將會允許您續配，直到我們為您提供的總藥量達到 30 天為止。
- 如果您從自家中或醫院遷入長期照護機構並需要臨時藥量，我們將會為您承保 31 日份的藥量。如果您的處方天數較短，我們將會允許您續配，直到我們為您提供的總藥量達到 31 天份為止。
- 如欲領取某藥品的暫時藥量，請致電會員服務部。

在您領取藥品暫時藥量的期間，您應與您的醫療服務提供者討論，以決定當您暫時藥量用完之後該怎麼辦。以下為您的選擇：

- 您可以變更使用另一種藥品。

本計畫的承保藥品中可能有其他適用於您的藥品。您可致電向會員服務部索取一份治療相同醫療狀況的承保藥品清單。此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能適用於您的承保藥品。

或者

- 您可要求例外處理。

您和您的醫療服務提供者可要求我們進行例外處理。例如，即使某項藥品不在藥品清單中，您也可要求我們承保該藥品。或者您可要求我們在承保某項藥品時不要設限。若您的醫療服務提供者表示您有正當醫療理由可要求例外處理，其可協助您提出要求。

若您正在服用的藥品，將會在明年的藥品清單移除或以某種方式受到限制，我們將會允許您在明年前要求進行例外處理。

- 我們將會告知您的藥品在明年的任何承保範圍變更。然後，您就可以要求我們進行例外處理並以您明年想要的承保方式來承保該藥品。
- 我們將會在收到您要求後 (或您的開立處方者的佐證聲明) 的 72 小時內，回覆您的例外處理申請。

如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱第 198 頁的第 9 章 F2 部分。

如果您需要協助要求例外處理，您可與會員服務部聯絡。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



E. 有關您藥品承保範圍的變更

多數藥品承保範圍的變更均發生在 1 月 1 日。不過，我們也可能會年中增加或刪減藥品清單內的品項。我們也可能會改變有關藥品的規定。例如，我們會：

- 決定藥品是否需要事先核准。(事先核准是指在您獲得藥品之前得到 Health Net Cal MediConnect 的許可。)
- 增加或變更您可領取的藥量 (稱為數量限制)。
- 增加或變更藥品的階段療法限制規定。(階段療法是指在我們承保另一種藥品前您必須先嘗試一種藥品。)

如需更多關於藥品規定的資訊，可參閱本章前面的 C 部分。

如果您正在服用年初時承保的藥品，我們通常不會在一年中的其他時間移除或變更該藥品的承保範圍，除非：

- 市場上出現一種新的、更便宜的藥品，且和目前藥品清單上的藥品一樣有效，**或**
- 我們發現藥品不安全，**或**
- 藥品被從市場上移除。

如欲瞭解更多有關藥品清單變更情況下的資訊，您隨時可以：

- 線上查看我們的最新藥品清單：mmp.healthnetcalifornia.com **或**
- 若要與會員服務部聯絡以查閱目前的藥品清單，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



一些藥品清單的變更會**立即**發生。例如：

- **開始提供新的普通牌藥品。**有時候，市場上出現一種新的普通牌藥品，且和目前藥品清單上的品牌藥品一樣有效。出現這種情況時，我們可能會刪除品牌藥品，並新增新的普通牌藥品，但是新藥品的成本會保持不變或會降低。

當我們加入新的普通牌藥品時，我們也可決定將品牌藥品保留在藥品清單中，但變更其承保規定或限制。

- 在我們進行此變更之前可能不會告訴您，但一旦發生變更後，我們會通知您有關我們所做的具體變更。
- 對於這些變更，您或您的醫療服務提供者可要求「例外處理」。我們會向您發送通知，告知您要求例外處理的流程。如需更多有關例外處理的資訊，請參閱本手冊的第 9 章。

- **藥品被從市場上撤出。**如果 Food and Drug Administration (FDA) 告知您服用的藥品不安全，或藥品製造商藥品從市場上撤出，我們將在藥品清單中刪除該藥品。如果您正在服用該藥品，我們會立即讓您知道這項變更。請與醫師討論其他藥品的選項。

我們將對會影響到您正在服用的藥品做出其他變更。我們會事先通知您藥品清單的其他變更。在以下情況下可能會發生這些變更：

- FDA 提供了新的指導或有關藥品的新臨床準則。
- 我們加入一種並非新上市的普通牌藥品，且
 - 取代目前在藥品清單上的品牌藥品，或
 - 變更品牌藥品承保範圍規定或限制。

出現上述變更時，我們會：

- 變更藥品清單前至少 30 天通知您，或
- 在您要求續配後讓您知悉該變更，並提供您 30 天藥量。

這將讓您有足夠的時間與您的醫師或其他開立處方者討論。他們可以協助您決定：

- 藥品清單中是否有類似藥品可以代替，或
- 是否需針對這些變更要求例外處理。如欲瞭解有關要求例外處理的詳情，請參閱第 198 頁的第 9 章 F2 部分。

我們可能會對您服用的藥品做出變更，但目前不會影響您。對於這類變更，如果您正在服用年初時承保的藥品，我們通常不會在年中其他時間移除或變更該藥品的承保範圍。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



例如，若我們移除您正在服用的藥品，增加您對該藥品的支付金額，或限制其使用，則該項變更將不會影響您在該年剩餘時間對該藥品的使用情況或支付金額。

F. 特殊個案的藥品承保範圍

F1. 如果您在本計畫承保範圍內之醫院或特護療養機構住院

如果您在本計畫承保範圍內之醫院或特護療養機構住院，本計畫通常會承保您在住院期間的處方藥費用。您將無需支付共付額。在您離開醫院或特護療養機構之後，只要您的藥品符合本計畫的所有承保規定，本計畫便會承保該藥品。

如欲瞭解有關藥品承保範圍及您所需支付之費用的詳情，請參閱第 134 頁的第 6 章 D3 部分。

F2. 如果您住在長期照護機構

長期照護機構 (例如療養院) 通常有自己的藥房或有為其所有住院者供應藥品的藥房。如果您住在長期照護機構，您可透過該機構的藥房領取處方藥，不過該藥房必須屬於本計畫的網絡成員。

請查閱您的 *醫療服務提供者與藥房名錄*，以瞭解您長期照護機構的藥房是否屬於本計畫網絡的成員。如果不是，或者如果您需要更多資訊，請與會員服務部聯絡。

F3. 如果您參加 Medicare 經認證的安寧照護方案

不論在何種情況下，安寧照護及本計畫不會同時承保藥品。

- 如果您已參加 Medicare 的安寧照護，需要獲得安寧照護承保的止痛藥、抗噁心藥品、軟便藥或抗焦慮藥品，但這些藥品因與您末期預後及相關病況無關而無法提供，則本計畫必須在收到由開立處方者或安寧照護服務提供者提供的通知，瞭解該藥品與您的末期預後無關後才會承保該藥品。
- 為了避免您在取得任何與您末期預後無關但應屬於本計畫承保範圍的藥品時發生延誤的情形，在您向藥房領取處方藥之前，您可請您的安寧照護服務提供者或開立處方者向我們確認我們已收到通知，瞭解該藥品與您的末期預後無關。

如果您退出了安寧照護，本計畫應承保您的所有藥品。為了避免您在 Medicare 的安寧照護福利終止之後在藥房領取藥品時發生延誤的情形，您應攜帶文件前去藥房，以證明您已退出安寧照護。請參閱本章的前述內容，其將為您說明取得 D 部分藥品承保的相關規定。

如欲瞭解有關安寧照護福利的詳情，請參閱第 105 頁的第 4 章 E3 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G. 藥品安全和藥品管理方案

G1. 協助會員安全使用藥品的方案

每次您領取處方藥時，我們均會檢視可能的問題，例如藥品品項錯誤或以下藥品：

- 由於您正在服用其他效用相同的藥品而可能不需服用的藥品
- 就您的年齡或性別而言可能不安全的藥品
- 若您同時服用可能會對您有害的藥品
- 含有讓您過敏或可能會讓您過敏的成分
- 鴉片類止痛藥物的用量不安全

如果我們發現您使用的處方藥可能有問題，我們將會與您的醫療服務提供者一起修正該問題。

G2. 協助會員管理藥品的方案

如果您因不同醫療狀況而服用多種藥品和/或參與藥品管理方案以協助您安全地使用鴉片類藥物，您可能會有資格免費透過藥物治療管理 (MTM) 方案獲得服務。此方案將可協助您及醫療服務提供者確保您的藥物能有效改善您的健康。藥劑師或其他健康專業人員將會針對您的所有藥物進行全面評估，並與您討論下列事項：

- 如何藉由您所服用的藥品獲得更多益處
- 您所持有的任何疑慮，如藥物費用及藥品反應
- 服用藥物的最佳方式
- 您對處方藥及非處方藥物所持有的任何疑問或問題

您將會獲得一份討論內容的書面摘要。此摘要包含了一份藥物行動計畫，計畫中列有各項建議，告訴您該如何做才能讓您的藥物發揮最大效用。您還會獲得一份個人藥物清單，其中列有您正在服用的所有藥物以及您服用這些藥物的原因。此外，您將取得關於安全處置屬於管制藥物之處方藥的資訊。

我們建議您在接受年度「保健」看診之前預約進行用藥評估，以便您可以與您的醫師討論有關行動計畫和藥物清單的事宜。請在您前去就診或在您每次與醫師、藥劑師及其他醫療保健服務提供者洽談時，攜帶您的行動計畫及藥物清單。此外，如果您要前往醫院或急診室，也請攜帶您的藥物清單。

藥物治療管理方案係屬於自願性質，符合資格的會員可免費參加。如果我們有適合您需求的方案，我們將會為您報名參加並寄相關資訊給您。如果您不想參加該方案，請告知我們，我們將會讓您從該方案退出。

如果您對這些方案有任何疑問，請與會員服務部聯絡。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G3. 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥品管理方案 (DMP)

Health Net Cal MediConnect 有一個方案可以來確保其會員安全地使用他們的處方鴉片類藥物以及其他經常被誤用的藥物。此方案稱為藥品管理方案 (DMP)。

如果您使用的鴉片類藥物是您從好幾個醫師或藥房取得，或者若您最近過量服用鴉片類藥物，我們會與您的醫師討論，以確保您的鴉片類藥物使用是適當的，而且具有醫療必要性。與您的醫師合作後，如果我們判定您對處方鴉片類藥物或苯二氮平類藥物的使用方式不安全，我們會限制您取得這些藥物的來源。限制項目可能包括：

- 要求您從**特定藥房**和/或**特定醫師**取得所有這些藥物的處方
- **限制**這類藥品的承保量

如果我們認為其中一個或多個限制適用於您，我們將事前向您發送一封信件。該信件上面會解釋我們認為適用的限制。

您將有機會告訴我們您希望選擇哪個醫師或哪間藥房，以及您認為我們應知道的任何重要資訊。如果我們在您有機會回應後，決定對您限制這些藥物的承保範圍，我們將會傳送另一封信件，以確認這些限制。

如果您認為我們有疏忽之處、您不同意關於您存在處方藥誤用的風險，或不同意應受限制的項目，您和您的開立處方者均有權提出上訴。若您提出上訴，本計畫將會審查您的個案並告訴您我們的決定。若我們對於與取用這些藥物的限制相關的上訴，繼續拒絕其中的任何部分，我們將會自動將您的個案送交至獨立審查機構 (IRE)。(如欲瞭解提出上訴的方式並進一步瞭解 IRE，請參閱第 203 頁的第 9 章 F5 部分。)

在下列狀況下，DMP 可能不適用於您：

- 有特定醫療狀況，例如癌症或鎌狀細胞疾病，
- 取得安寧照護、緩和照護或臨終照護，或
- 如果您住在長期照護機構。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



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

簡介

本章將為您說明您需為門診處方藥支付的費用。本章所提及的「藥品」是指：

- Medicare D 部分處方藥；及
- 屬於 Medi-Cal 承保範圍的藥品和用品；及
- 屬於本計畫附加福利承保範圍的藥品和用品。

由於您符合 Medi-Cal 的資格，因此您可取得 Medicare 的「額外協助」以幫您支付 Medicare D 部分的處方藥費用。

額外協助是一種 Medicare 方案，幫助收入和資源有限的人士減少 Medicare D 部分處方藥費用，例如保費、自付額和共付額。額外協助又稱為「低收入補助」或「LIS」。

主要用語及其定義按照字母順序顯示在 *會員手冊* 的最後一章。

如欲瞭解有關處方藥的詳情，您可查閱下述文件：

- 本計畫的 *承保藥品清單*。
 - 我們稱它為「藥品清單」。此「藥品清單」將會告訴您：
 - 本計畫將給付哪些藥品
 - 各項藥品分屬三個費用分攤層級的哪一層級
 - 藥品是否有任何限制
 - 如果您需要一份藥品清單，請致電會員服務部。您也可在我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com 找到此藥品清單。網站上的藥品清單隨時保持更新狀態。
- 本 *會員手冊* 的第 5 章。
 - 第 114 頁的第 5 章 A 部分將說明您如何透過本計畫領取您的門診處方藥。
 - 其中包括您必須遵守的規定。該章節也會告訴您哪些類型的處方藥不屬於本計畫的承保範圍。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 本計畫的 *醫療服務提供者與藥房名錄*。
 - 在大多數情況下，您必須使用網絡藥房領取承保藥品。網絡藥房是指同意與本計畫合作的藥房。
 - *醫療服務提供者與藥房名錄*中有網絡藥房的清單。您可參閱第 114 頁的第 5 章 A 部分，以瞭解有關網絡藥房的詳情。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



目錄

A. 福利說明 (EOB).....	130
B. 記錄您的藥品費用.....	131
C. Medicare D 部分藥品的付款階段.....	132
D. 第 1 階段：初始承保階段.....	132
D1. 您的藥房選擇.....	133
D2. 領取藥品的長期藥量.....	133
D3. 您支付的金額.....	134
D4. 初始承保階段結束.....	135
E. 第 2 階段：重大傷病承保階段.....	135
F. 如果您的醫師開立少於一個月份藥量的處方，您的藥品費用為何.....	135
G. 適用於 HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用協助.....	136
G1. 什麼是 AIDS 藥品補助方案 (ADAP).....	136
G2. 如果您沒有加入 ADAP 該怎麼做.....	136
G3. 已加入 ADAP 後可以做什麼.....	136
H. 疫苗接種.....	136
H1. 在您接受疫苗接種之前的須知.....	136
H2. 您需為 Medicare D 部分疫苗接種支付多少費用.....	136

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



A. 福利說明 (EOB)

本計畫會針對您的處方藥作記錄。我們會記錄兩類型的費用：

- 您的**自費額**。這是您本人或代您付款的其他人為您處方藥所支付的費用。
- 您的**藥品總費用**。這是您本人或代您付款的其他人為您處方藥所支付的費用，外加本計畫所給付的費用。

當您透過本計畫領取處方藥時，我們將會寄一份**福利說明摘要**給您。我們簡稱它為**EOB**。**EOB**會針對您所服用的藥物提供更多資訊，例如價格上漲以及其他可能擁有較低共同負擔費用的藥物。您可以和開立您處方的醫師討論這些較低費用的選項。**EOB**中包括：

- **當月資訊**。該摘要會說明您領取了哪些處方藥。它會顯示藥品的總費用、本計畫給付的費用，以及您本人和代您付款的其他人所支付的費用。
- 「**本年迄今**」的**資訊**。這是您自 1 月 1 日起的藥品總費用以及總付款資訊。
- **藥品價格資訊**。此為藥品的總價格，以及初次領取後藥品價格的百分比變化。
- **更低費用的替代方案**。如有的話，這些資料會顯示在您目前藥品下的摘要中。您可以和開立您處方的醫師討論，以瞭解更多資訊。

本計畫承保不屬於 Medicare 承保範圍的藥品。

- 您為這些藥品支付的費用將不會計入您的總自費額中。
- 如欲瞭解本計畫承保哪些藥品，請參閱藥品清單。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 記錄您的藥品費用

為了記錄您的藥品費用以及您所支付的款項，本計畫使用您和您藥房所提供給我們的紀錄。以下是您可以協助我們的事項：

1. 使用您的會員卡。

每次領取處方藥時，請出示您的會員卡。這將有助於我們瞭解您領取了哪些處方藥以及您支付了哪些費用。

2. 確保我們已有所需的資訊。

請將您已付費的藥品收據副本提供給我們。您可要求本計畫償還您我們應分攤的藥品費用。

以下為您應將收據副本提供給我們的一些情況：

- 您以特惠價格或您使用不屬於本計畫福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥品
- 您為透過製藥公司的病人協助方案所取得的藥品支付了共付額
- 您在網絡外藥房購買承保藥品
- 您為承保藥品支付了全額費用

如欲瞭解如何要求本計畫償還您我們應分攤的藥品費用，請參閱第 139 頁的第 7 章 A 部分。

3. 請將其他人代您付款的資訊寄給我們。

由其他特定人士和組織所支付的款項也可計入您的自費額中。例如，由 AIDS 藥品補助方案、印第安健康服務和大多數慈善機構所支付的款項也可計入您的自費額中。這將有助於您取得重大傷病承保範圍的資格。當您達到重大傷病承保階段時，Health Net Cal MediConnect 將會在該年度的剩餘時間為您給付您 D 部分藥品的所有費用。

4. 請查收本計畫寄給您的 EOB。

當您透過郵件收到 EOB 時，請確認其中的資訊均完整且正確無誤。如果您認為資訊有誤或有疏漏，或者您有任何疑問，請致電會員服務部。您現在可以選擇接收電子文件檔的 EOB (eEOB)，而不是接收郵寄的紙本 EOB。您可以造訪此網站 www.caremark.com 以申請 eEOB。若您選擇加入，當 eEOB 可供查看、列印或下載時，您將收到電子郵件通知。eEOB 也稱為無紙化 EOB。這些 eEOB 為紙本列印的 EOB 一模一樣的副本 (影像)。請務必保留這些 EOB。這些報告是您藥品費用的重要記錄。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



C. Medicare D 部分藥品的付款階段

根據 Health Net Cal MediConnect 的規定，您的 Medicare D 部分處方藥承保範圍共有兩個付款階段。您所需支付的費用將視您在領取或續配處方藥時所處的階段而定。以下為上述的兩個付款階段：

第 1 階段：初始承保階段	第 2 階段：重大傷病承保階段
<p>在此階段，本計畫將會給付您藥品的部分費用，而您將需支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。</p> <p>您在一年當中首次領取處方藥時便進入本階段。</p>	<p>在此階段，本計畫將會給付您至 2022 年 12 月 31 日為止的所有藥品費用。</p> <p>當您所支付的自費額達到特定金額時，您便進入本階段。</p>

D. 第 1 階段：初始承保階段

在初始承保階段，本計畫將會針對您的承保處方藥支付我們應分攤的費用，而您則需支付您應分攤的費用。您的分攤費用稱為共付額。共付額將視您藥品所屬的費用分攤層級以及您領取藥品的地點而定。

費用分攤層級是具有相同共付額的藥品群組。本計畫藥品清單中的各項藥品，分屬於三個費用分攤層級中的某一層級。一般而言，層級編號越高，共付額越高。如欲查詢您藥品的分攤費用層級，您可查閱藥品清單。

- 層級 1 (普通牌藥品) 包括普通牌藥品。共付額介於 \$0 至 \$3.95，取決於個人收入。
- 層級 2 (品牌藥品) 包括品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。共付額介於 \$0 至 \$9.85，取決於個人收入。
- 層級 3 (非 Medicare Rx / OTC 藥品) 包括某些 Medi-Cal 承保的處方和非處方 (OTC) 普通牌和品牌藥品。共付額為 \$0。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

D1. 您的藥房選擇

您支付的藥品費用多寡取決於您在哪裡取得藥品：

- 網絡藥房；或
- 網絡外藥房。

在極少數情況下，本計畫將會承保您在網絡外藥房領取的處方藥。請參閱第 116 頁的第 5 章 A8 部分，以瞭解本計畫在何種情況下將會承保您在網絡外藥房領取的處方藥。

如欲瞭解有關這些藥房選擇的詳情，請參閱本手冊第 114 頁的第 5 章 A 部分，以及本計畫的 *醫療服務提供者與藥房名錄*。

D2. 領取藥品的長期藥量

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期藥量 (也稱為「延長供給」)。長期藥量最多可達 90 天的藥量。其費用與一個月藥量相同。

如欲瞭解有關領取藥品長期藥量的地點和方式的詳情，請參閱第 116 頁的第 5 章 A7 部分或 *醫療服務提供者與藥房名錄*。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

D3. 您支付的金額

在初始承保階段，每次領取處方藥時您可能皆需支付共付額。如果您的承保藥品費用低於共付額，您所需支付的費用將以較低者為準。

您可與會員服務部聯絡以瞭解您需為任何承保藥品支付多少共付額。

當您透過下列管道取得一個月或長期藥量的承保處方藥時，您應分攤的費用如下：

	網絡藥房	計畫的郵購服務	網絡長期照護藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 90 天份的藥量	一個月或最多 90 天份的藥量	最多 31 天份的藥量	最多 30 天份的藥量。僅在特定情況提供承保範圍。詳細資訊請參閱第 116 頁的第 5 章 A8 部分。
費用分攤層級 1 (普通牌藥品)	\$0 至 \$3.95 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。	\$0 至 \$3.95 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。	\$0 至 \$3.95 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。	\$0 至 \$3.95 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。
費用分攤層級 2 (品牌藥品)	\$0 至 \$9.85 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。	\$0 至 \$9.85 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。	\$0 至 \$9.85 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。	\$0 至 \$9.85 共付額 共付額的多寡將視您 Medi-Cal 的承保範圍層級而定。
層級 3 (非 Medicare Rx / OTC 藥品)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額

如欲瞭解哪些藥局可提供您長期藥量的資訊，請參閱本計畫的 [醫療服務提供者與藥房名錄](#)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



D4. 初始承保階段結束

當您的總自費額達到 \$7,050 後，初始承保階段即告終止。此時，您將開始進入重大傷病承保階段。自您進入重大傷病承保階段起至該年度結束為止，本計畫將會承保您所有的藥品費用。

您的 EOB 將協助您記錄您在該年度期間為藥品支付的費用。如果您達到 \$7,050 的上限，我們將會通知您。很多人不會在單一年度內達到此上限。

E. 第 2 階段：重大傷病承保階段

當您達到處方藥自費額上限 \$7,050 後，您即進入重大傷病承保階段。在該曆年結束前，您將會持續留在重大傷病承保階段。在本階段，本計畫將會給付您 Medicare 藥品的所有費用。

F. 如果您的醫師開立少於一個月份藥量的處方，您的藥品費用為何

在某些情況，您需支付足以領取一個月份藥量承保藥品的共付額。然而，您的醫師卻可能開立少於一個月份的藥量。

- 有時候，您可能會希望請醫師開立少於一個月份的藥量 (例如：您第一次嘗試某藥品，而該藥品有已知的嚴重副作用)。
- 如果您的醫師同意，您將無需再為某些藥品支付一個月份的藥量費用。

當您領取少於一個月份的藥量時，您的支付金額將以您領取的藥量天數為基準。我們會計算您每天需為您的藥品支付多少金額 (「每日費用分攤費率」)，然後將該金額乘上您領取的藥量天數。

- 範例如下：假設您藥品一個月份藥量 (30 天份藥量) 的共付額為 \$1.35。這表示您每天需為您的藥品支付的金額會少於 \$0.05。如果您領取 7 天藥量的藥品，您需支付的總額將少於 \$0.35 (每天 \$0.05 乘以 7 天)。
- 每日分攤費用可讓您在為一整月份的藥量付費之前，先確認該藥品適合您。
- 您也可要求您的醫療服務提供者開立少於一整月的藥品藥量，前提是此舉可以幫助您：
 - 更妥善地規劃何時需進行續配，
 - 與您服用的其他藥品協調續配，以及
 - 減少前往藥房的次數。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G. 適用於 HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用協助

G1. 什麼是 AIDS 藥品補助方案 (ADAP)

AIDS 藥品補助方案 (ADAP) 可協助確保合格的 HIV/AIDS 患者能夠取得可拯救其性命的 HIV 藥物。對加入 ADAP 的人士而言，凡屬於 ADAP 適用範圍的 Medicare D 部分門診處方藥均有資格透過加利福尼亞州公共衛生部 AIDS 辦公室獲得處方藥費用分攤補助。

G2. 如果您沒有加入 ADAP 該怎麼做

如欲取得有關資格條件、承保藥品或方案加入方式的資訊，請致電 1-844-421-7050，或瀏覽 ADAP 的網站 www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

G3. 已加入 ADAP 後可以做什麼

ADAP 可針對 ADAP 處方一覽表中的藥品持續為 ADAP 客戶提供 Medicare D 部分處方藥的費用分攤補助。為了確保您持續獲得此項補助，如果您的 Medicare D 部分計畫名稱或保單號碼有任何變更，請通知您當地的 ADAP 登記工作人員。如果您需要協助尋找離您最近的 ADAP 登記處和 (或) 登記工作人員，請致電 1-844-421-7050，或瀏覽上列網站。

H. 疫苗接種

本計畫承保 Medicare D 部分的疫苗。本計畫針對 Medicare D 部分疫苗接種所提供的承保分為兩部分：

1. 承保範圍的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗屬於處方藥。
2. 承保的第二個部分是**為您接種疫苗**的費用。例如，有時候，醫師會為您注射預防針以接種疫苗。

H1. 在您接受疫苗接種之前的須知

無論您在何時計畫接受疫苗接種，我們建議您事先致電會員服務部與我們聯絡。

- 我們會告訴您本計畫將如何承保您的疫苗接種，並說明您應分攤的費用。
- 我們會告訴您如何使用網絡藥房和網絡醫療服務提供者以降低您的費用。網絡藥房是指同意與本計畫合作的藥房。網絡醫療服務提供者是指與本健保計畫合作的醫療服務提供者。網絡醫療服務提供者應與 Health Net Cal MediConnect 合作，以確保您無需為 D 部分的疫苗支付任何預付費用。

H2. 您需為 Medicare D 部分疫苗接種支付多少費用

您需為疫苗接種所支付的費用取決於疫苗的類型 (您接受疫苗接種的目的)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 有些疫苗被歸類為是健康福利而非藥品。這些疫苗將可獲得免費承保。如欲瞭解這類疫苗的承保範圍，請參閱第 65 頁上第 4 章 D 部分的「福利表」。
- 另外有些疫苗則被歸類為是 Medicare D 部分藥品。您可以在本計畫的藥品清單中找到這類疫苗。您可能需為 Medicare D 部分疫苗支付共付額。

下列是您可取得 Medicare D 部分疫苗接種的三種常見方式。

1. 您可在網絡藥房購買 Medicare D 部分的疫苗，然後在藥房接受疫苗接種。
 - 您將需支付疫苗的共付額。
2. 您可在醫師診所取得 Medicare D 部分疫苗，然後由醫師為您進行疫苗接種。
 - 您將需向醫師支付疫苗的共付額。
 - 本計畫將會給付您接受疫苗接種的費用。
 - 在此情況下，醫師診所應致電給本計畫，以便我們可確保醫師診所瞭解您僅需為疫苗支付共付額的事宜。
3. 您可在藥房購買 Medicare D 部分的疫苗，然後將其帶到醫師診所接受疫苗接種。
 - 您將需支付疫苗的共付額。
 - 本計畫將會給付您接受疫苗接種的費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



第 7 章：要求本計畫為您所取得的承保服務或藥品帳單支付分攤費用

簡介

本章將告知您如何及何時向我們發送要求給付的帳單。本章也會告知您若不同意我們的承保決定該如何提出上訴。主要用語及其定義按照字母順序顯示在 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 要求本計畫給付您的服務或藥品	139
B. 發送付款請求	142
C. 承保範圍決定	143
D. 上訴	143

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

A. 要求本計畫給付您的服務或藥品

本計畫的網絡醫療服務提供者必須針對您已取得的承保服務和藥品向本計畫請款。網絡醫療服務提供者是指與本健保計畫合作的醫療服務提供者。

如果您收到**健康照護或藥品的全額費用帳單**，請將帳單寄給我們。若要寄帳單給我們，請參閱第 142 頁的 B 部分。

- 如果該服務或藥品屬於承保範圍，我們將會直接給付給醫療服務提供者。
- 如果該服務或藥品屬於承保範圍，且您已支付超過您分攤費用的金額，您有權獲得我們償還給您的費用。
- 如果該服務或藥品**不屬於**承保範圍，我們將會告知您。

如果您有任何疑問，請與會員服務部聯絡。如果您不清楚您應支付哪些費用，或者如果您收到帳單而不知道該怎麼做，我們可協助您。如果您想針對您已寄出的給付申請提供更多資訊，您也可以致電給我們。

下列為您可能必須要求本計畫將費用償還給您或要求本計畫為您支付帳單費用的部分情況：

1. 當您透過網絡外醫療服務提供者取得急診或緊急需求健康照護

您應要求醫療服務提供者向我們請款。

- 如果您在接受照護時支付了全額費用，請要求我們償還您。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。請將帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。
 - 如有任何應付款項應支付給醫療服務提供者，我們將會直接給付給該醫療服務提供者。
 - 如果您已經支付了服務的費用，我們將償還您。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。上述電話均為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



2. 當網絡醫療服務提供者向您寄送帳單時

不論在何種情況下，網絡醫療服務提供者皆必須向我們請款。當接受服務或領取處方藥時，請出示您的 Health Net Cal MediConnect 會員卡。當醫療服務提供者 (如醫師或醫院) 針對服務向您收取高於本計畫分攤費用額之費用，即為不正確/不當收費。如果您收到任何帳單，請致電會員服務部。

- 身為 Health Net Cal MediConnect 的會員，您在取得本計畫承保的服務時，只需要支付共付額。本計畫不允許醫療服務提供者向您收取高於此金額的費用。即使我們給付給醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者針對某服務所收取的費用，您也無需支付任何費用。如果我們決定不給付部分費用，您仍不必支付這些金額。
- 當您收到網絡醫療服務提供者的帳單且您認為這超過您應支付的金額時，請將帳單寄給我們。我們將會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該問題。
- 如果您已支付了網絡醫療服務提供者給您的帳單，但您認為您支付了過多的費用，請將帳單寄給我們，並附上您的任何付款證明。我們會針對您支付的金額與您在計劃中所積欠的金額之間的差額償還給您。

3. 當您使用網絡外藥房領取處方藥時

如果您使用網絡外藥房，您將必須支付處方藥的全額費用。

- 僅有在少數情況下，本計畫才會承保您在網絡外藥房領取的處方藥。當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱第 116 頁的第 5 章 A8 部分，以進一步瞭解網絡外藥房。

4. 當您因為沒有攜帶會員卡而支付處方藥的全額費用時

如果您沒有攜帶會員卡，您可以要求藥房致電與本計畫聯絡或查閱您的計畫投保資訊。

- 如果藥房無法立即取得他們所需的資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。
- 當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請將收據副本寄給我們。

5. 當您為不屬於承保範圍的處方藥支付了全額費用時

您可能會因為處方藥不屬於承保範圍而為其支付了全額費用。

- 該藥品可能不在本計畫的承保藥品清單 (藥品清單) 上，或者該藥品有您不知道或是您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定取得該藥品，您可能需要支付其全額費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。上述電話均為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽

 mmp.healthnetcalifornia.com。

- 如果您並未支付該藥品的費用，且認為該藥品應獲得承保，您可以要求本計畫作承保決定 (請參閱第 200 頁的第 9 章 F4 部分)。
- 如果您和您的醫師或其他處方開立者認為您需要立即取得該藥品，您可以要求本計畫作快速承保決定 (請參閱第 200 頁的第 9 章 F4 部分)。
- 當您要求本計畫償還您所支付的費用時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要您的醫師或其他處方開立者提供更多資訊，才能向您償還我們應分攤的藥品費用。

當您把給付申請寄給我們時，我們會針對您的申請進行審查，並決定該服務或藥品是否應獲得承保。這稱為「承保範圍決定」。如果我們決定該服務或藥品應獲得承保，我們將會支付我們應分攤的服務或藥品費用。如果我們拒絕您的給付申請，您可以針對我們的決定提出上訴。

若要瞭解如何提出上訴，請參閱第 200 頁的第 9 章 F4 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。上述電話均為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 發送付款請求

請將您的帳單寄給我們並附上您的任何付款證明。付款證明可以是您開的支票複本或是醫療服務提供者的收據複本。**我們建議您影印您的帳單和收據以作備份。**您可向您的照護協調員尋求協助。

為了確保您有將我們作決定所需的所有資訊提供給我們，您可以填寫我們的理賠表來提出給付申請。

- 您不一定要使用該表格，不過使用該表格將有助於我們加速處理您的資訊。
- 您可在我們的網站 (mmp.healthnetcalifornia.com) 上取得表格，也可致電會員服務部索取。

請將您的給付申請及證明，連同所有帳單或收據一併寄至此地址給我們。請提供經核准的付款證明，可以是已取消的支票副本、信用卡或簽帳金融卡對帳單，或是電匯收據：

醫療理賠地址：

Health Net Cal MediConnect
Health Net Community Solutions, Inc.
PO Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

您必須在取得服務或用品當日起的一個曆年內，向我們提出您的理賠申請。

藥房理賠地址：

Health Net Cal MediConnect
D 部分處方藥理賠
Attn: Pharmacy Claims
PO Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

您必須在取得藥品當日算起的三年內，向我們提出您的理賠申請。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。上述電話均為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 承保範圍決定

當本計畫收到您的給付申請時，我們將會作出承保範圍決定。這表示，我們將會決定您的醫療保健服務或藥品是否可獲得本計畫的承保。我們亦會決定您應為該健康照護或藥品支付的費用金額 (如有)。

- 如果我們需要您提供更多資訊，我們將會告知您。
- 如果我們決定該醫療保健或藥品屬於承保範圍，且您遵守取得醫療保健或藥品的所有規定，我們將會給付我們應分攤的費用。如果您已支付了該服務或藥品的費用，我們將會寄一張支票給您，償還您我們應分攤的費用。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們將會直接給付給醫療服務提供者。

第 43 頁的第 3 章 B 部分將說明取得承保服務的規定。第 114 頁的第 5 章 A 部分將說明取得 Medicare D 部分承保處方藥的規定。

- 如果我們決定不給付我們應分攤的服務或藥品費用，我們將會寄信給您，並向您說明原因。信函中亦會說明您提出上訴的權利。
- 若要進一步了解承保決定，請參閱第 198 頁的第 9 章 F4 部分。

D. 上訴

如果您認為我們不當拒絕您的給付申請，您可要求我們更改我們的決定。這稱為提出上訴。如果您不同意我們的給付金額，您也可以提出上訴。

上訴程序是一道具有詳細流程和重要期限的正式程序。若要進一步瞭解上訴，請參閱第 181 頁的第 9 章 D 部分。

- 如果您想針對醫療保健服務的償還費用提出上訴，請參閱第 195 頁的第 9 章 E5 部分。
- 如果您想針對藥品的償還費用提出上訴，請參閱第 203 頁的第 9 章 F5 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。上述電話均為免費電話。如需更多資訊，請瀏覽

 mmp.healthnetcalifornia.com。

第 8 章：您的權利和責任

簡介

在本章，您將可瞭解有關您身為本計畫會員的權利和責任。我們必須讓您行使您的權利。主要用語及其定義按照字母順序顯示在《會員手冊》的最後一章。

目錄

A. Your right to get information in a way that meets your needs	145
B. 確保您適時取得承保服務和藥品是我們的責任	159
C. 保護您的個人健康資訊是我們的責任 (PHI)	160
C1. 我們如何保護您的 PHI	160
C2. 您有權檢閱您的病歷	160
D. 為您提供本計畫、網絡醫療服務提供者以及承保服務的相關資訊為我們的責任	169
E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您請款	170
F. 您有權退出 Cal MediConnect 計畫.....	170
G. 您有權決定您自己的醫療保健服務	171
G1. 您有權知道您的治療方案並參與您醫療保健服務相關的決策	171
G2. 當您無法為自己作醫療保健決定時，您有權表明個人意願.....	171
G3. 如果您的指示未獲得遵循該怎麼辦.....	172
H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所作的決定.....	172
H1. 如果您認為自己受到不公平待遇或您想要瞭解更多權利相關資訊時該怎麼辦	172
I. 您有權對我們的會員權利和責任隱私權提出建議.....	173
J. 新技術及現有技術的評估.....	173
K. 您作為本計畫會員的責任.....	174

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

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

We must tell you about the 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 people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you want to get documents in a different language and/or format for future mailings, please call Member Services. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:
 - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
 - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Health Net Cal MediConnect Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711). Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you are having 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. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



لديك الحق في الحصول على المعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. خطتنا لديها أشخاص يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبصيغ مختلفة مثل الطباعة بأحرف طباعة كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي. إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو صيغة أخرى للمراسلات المستقبلية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. تريد خطة Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بصيغة بديلة إذا طلبت ذلك. وهذا يسمى "طلب دائم". وستقوم بتوثيق اختيارك. يُرجى الاتصال بنا في حالة:
 - كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التايوانية أو الفيتنامية أو بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة.
 - كنت تريد تغيير اللغة أو الصيغة التي نرسل المواد بها إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فُرجى الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). ساعات العمل من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو عجز وتريد تقديم شكوى، فاتصل بخطة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللحصول على المعلومات حول تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Ձեր իրավունքը ստանալ տեղեկություններ այնպես, որը բավարարում է ձեր կարիքները

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով։ Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք։

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ։ Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով։
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր անզլերենից տարբերվող այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակ, բրեյլ կամ ձայնագրություն։ Եթե հետագա առաքումների համար փաստաթղթերը ցանկանում եք ստանալ մեկ այլ լեզվով և/կամ ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին։ Health Net Cal MediConnect Plan-ը (Medicare-Medicaid Plan) ցանկանում է հավաստիանալ, որ դուք հասկանում եք ձեր առողջապահական ծրագրի տեղեկատվությունը։ Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն։ Մա կոչվում է «մշտական խնդրանք»։ Մենք կարձանագրենք ձեր ընտրությունը։ Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.
 - Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով։ Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով։
 - Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում։

Եթե ձեր ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք դիմել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711)։ Աշխատանքային ժամերն են՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին։ Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել։ Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում։

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել, գանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք գանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់លោកអ្នកជាវៀងរាល់ឆ្នាំដែលលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់លោកអ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈដល់លោកអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងក្នុងទម្រង់ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសម្លេង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារជាភាសា និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើតាមសំបុត្រនាពេលអនាគត សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោង Health Net Cal MediConnect (គម្រោង Medicare-Medicaid) ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា លោកអ្នកយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ យើងខ្ញុំអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកអ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងខ្ញុំនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់លោកអ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើ៖
 - លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
 - លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសាឬទម្រង់នៃព័ត៌មានដែលយើងធ្វើទៅកាន់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចទំនាក់ទំនងសេវាបម្រើសមាជិក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711)។ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ វៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



ប្រសិនបើលោកម្នាក់កំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ នោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយលោកម្នាក់ចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ លោកម្នាក់អាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ ម្នាក់ប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការរៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកម្នាក់អាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកម្នាក់វិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

您有權以符合您需求的方式取得資訊

我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關計畫的福利及您的權利。只要您尚在本計畫中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計畫有精通不同語言的人士可為您解答疑問。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若您想要取得其他語言和/或格式的文件以供未來郵寄使用，請致電會員服務部。**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：
 - 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語（高棉語）、中文（繁體字）、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
 - 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電 **1-855-464-3571**（聽障專線：711）聯絡 **Health Net Cal MediConnect** 會員服務部。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您因語言問題或殘疾，而在向本計畫取得資訊時遭遇困難，因此想要提出投訴，請致電 **Medicare**，電話是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。如需有關向 **Medi-Cal** 提出投訴的資訊，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點聯繫會員服務部，電話是 **1-855-464-3571**（聽障專線：711）。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您有任何疑問，請致電 **Health Net Cal MediConnect**，電話是 **1-855-464-3571**（聽障專線：711），服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



حق شما برای دریافت اطلاعات به نحوی که متناسب با نیازتان باشد

ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوییم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی را که در برنامه درمانی ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برنامه درمانی ما افرادی را در استخدام دارد که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌ها پاسخ دهند.
 - برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و قالب‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و قالب صوتی برای شما فراهم کند. اگر می‌خواهید در آینده این سند را به زبان و/یا قالب دیگری با ارسال پستی دریافت کنید، لطفاً با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** می‌خواهد مطمئن شود که شما اطلاعات برنامه درمانی خود را درک می‌کنید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:
- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
 - تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

اگر برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. ساعات اداری از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه است. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

اگر به‌خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را ارائه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه شکایت به Medi-Cal، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리

당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 고객께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 고객의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 향후 우편 발송 시 다른 언어 및 형식으로 작성된 문서를 수신하기 원하시면 가입자 서비스에 문의해 주십시오.
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 연락하십시오.
 - 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
 - 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하길 원하시면, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 문의해 주십시오. 연중무휴 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의해 주십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대한 자세한 내용은 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 8시에 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

О страховом покрытии плана и ваших правах мы должны сообщать вам в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания участников плана. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в других форматах, например напечатанными крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате аудиозаписи. Если вы желаете в будущем получать документы на другом языке и/или в ином формате, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы укажем ваш выбор в документах. Позвоните нам, если:
 - вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате;
 - вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь, чтобы понять информацию, представленную в материалах плана, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Время работы: с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

Если у вас возникли сложности с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Чтобы узнать, как подать жалобу в Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender e informarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos, como en braille, en audio o en letra grande. Si quiere recibir los documentos en otro idioma o formato en la correspondencia que se le envíe en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

En Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3571 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con 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. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Ang inyong karapatang makakuha ng impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga tao na makakasagot sa inyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Kung gusto ninyong makuha ang mga dokumento sa ibang wika at/o format para sa mga mailing sa hinaharap, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Gustong masiguro ng Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) na nauunawaan ninyo ang impormasyon sa inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Tumawag sa amin kung:
 - Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
 - Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo ang mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa ng mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Cal MediConnect sa 1-855-464-3571 (TTY: 711). Ang mga oras ay mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Nếu quý vị muốn nhận tài liệu bằng ngôn ngữ và/hoặc định dạng khác để trao đổi thư từ trong tương lai, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu rõ thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:
 - Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khơ-me), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và/hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở một định dạng thay thế.
 - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch vụ hội viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn than phiền với Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch vụ hội viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 確保您適時取得承保服務和藥品是我們的責任

如果您無法及時取得約診以接受承保服務，且您的醫師認為您無法再等待門診，您可致電 Health Net Cal MediConnect 的會員服務部，讓該部門的人員協助您。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

身為本計畫的會員：

- 您有權選擇本計畫網絡內的 PCP。網絡醫療服務提供者是指與本計畫合作的醫療服務提供者。更多有關哪些類型的醫療服務提供者可作為 PCP 提供服務，以及如何選擇 PCP 的資訊，請參閱第 45 頁第 3 章的 D 部分。
 - 請致電會員服務部或查閱 *醫療服務提供者與藥房名錄*，以進一步瞭解網絡醫療服務提供者，以及接受新病人的醫師。
- 女性會員有權在無轉介的情況下就診婦女健康專科醫師。轉介是指得到您 PCP 的核准讓您給不是您 PCP 的其他人看診。
- 您有權在合理的時間範圍內透過網絡醫療服務提供者取得承保服務。
 - 這包括您透過專科醫師即時取得服務的權利。
 - 如果您無法在合理的時間範圍內取得服務，我們將必須給付網絡外照護。
- 您有權在未獲得事先核准的情況下接受有緊急需求的急診服務或急診照護。
- 您有權在本計畫的任何網絡藥局領取處方藥而不受嚴重耽擱。
- 您有權瞭解您何時可使用網絡外醫療服務提供者。若要瞭解網絡外醫療服務提供者，請參閱第 49 頁第 3 章的 D4 部分。
- 當您初次加入本計畫時，您有權保留您目前的醫療服務提供者和服務授權，期限最長為 12 個月，前提是您必須符合特定條件。如欲進一步瞭解如何保留您的醫療服務提供者和服務授權，請參閱第 13 頁第 1 章的 F 部分。
- 您有權在您照護團隊和照護協調員的協助下主導您自己的照護。

第 184 頁第 9 章的 E 部分將會告訴您，如果您認為自己未能在合理的時間範圍內取得服務或藥品，您可以怎麼做。第 181 頁第 9 章的 D 部分亦會告訴您，如果我們拒絕為您的服務或藥品提供保險，而您不同意我們的決定，您可以怎麼做。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 保護您的個人健康資訊是我們的責任 (PHI)

我們根據聯邦法律和州法律的規定保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的個人健康資訊包括您在投保本計畫時提供給我們的資訊。您的個人健康資訊亦包括您的病歷及其他醫療和健康資訊。

您有權取得這些資訊並控制您 PHI 的使用方式。我們會提供一份書面通知給您，告訴您這些權利並說明我們如何保護您 PHI 的隱私。該通知稱為「隱私權行使聲明」。

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們會確保未經授權的人士不會看到或變更您的記錄。

在大多數情況下，我們均不會將您的 PHI 提供給任何非為您提供照護或非為您照護提供給付的人士。如果我們這麼做，我們將需事先取得您的書面許可。書面許可由您本人或由具有法定權力可代您做決定的其他人士提供。

在某些情況下，我們可不必事先取得您的書面許可。這些例外情況為法律允許或規定。

- 我們必須向檢查我們照護品質的政府機構公開 PHI。
- 我們必須應法院命令公開 PHI。
- 我們必須向 Medicare 提供您的 PHI。如果 Medicare 因研究或其他用途公開您的資訊，Medicare 將依聯邦法律行事。如果我們與 Medi-Cal 分享您的資訊，我們亦會依聯邦法律和州法律行事。

C2. 您有權檢閱您的病歷

- 您有權查閱您的病歷並取得您病歷的複本。我們可以向您收取您病歷的影印費用。
- 您有權要求我們更新或更正您的病歷。如果您對我們提出此要求，我們將會與您的醫療保健服務提供者一起決定是否應進行此變更。
- 您有權瞭解我們是否有與他人共享您的 PHI 以及我們透過何種方式與他人共享您的健康資訊。

如果您對您的 PHI 隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



隱私權行使聲明

本聲明將為您說明本計畫可能會如何使用和透露您的醫療資訊，並說明您可如何獲取這些資訊。
請仔細閱讀這份聲明。

2017 年 8 月 14 日生效

承保機構的責任：

Health Net** (下文中稱為「我們」或「計畫」) 是 1996 年《健康保險可攜性和問責性法案》(HIPAA) 中界定與規定的承保機構。根據法律的規定，Health Net 必須維護您受保護健康資訊 (PHI) 的隱私，並提供您本聲明，本聲明內含我們的法律責任與您 PHI 有關的隱私權行使規定；同時如果您的 PHI 因未獲得妥善保管而遭到侵害，按本聲明的條例 (目前已生效) 我們也必須通知您。PHI 是與您有關的資訊 (包括基本資訊)，這些資訊在合理情況下可用於識別您的身分，且這些資訊是與您過去、現在或未來的生理或心理健康或病況以及您所接受的醫療保健服務或照護給付有關。

本聲明說明我們會如何使用及透露您的 PHI。聲明也說明您獲取、修訂和管理您的 PHI 的權利，以及如何行使這些權利。我們唯有在取得您的書面授權後，才會透過本聲明未提及的其他方式使用或透露您的 PHI。

****本隱私權行使聲明亦適用於下列任何 Health Net 機構的計畫參加者：**

Health Net of California, Inc.、Health Net Community Solutions, Inc.、Health Net Health Plan of Oregon, Inc.、Managed Health Network, LLC 以及 Health Net Life Insurance Company 皆為 Health Net, LLC. 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, LLC. 的註冊服務標章。本文件所提及的其他所有商標/服務標章仍屬其各自公司所有。保留所有權利。
2018 年 4 月 6 日

Health Net 保留變更本聲明內容的權利。我們也保留將修訂版或更新版的聲明適用於我們已持有以及我們將來會獲得之任何您 PHI 的權利。每當本聲明中下列內容有重大變更時，Health Net 都會立即修改並發布本聲明：

- 使用或透露方式
- 您的權利
- 我們的法律責任
- 其他隱私權行使規定

我們會在我們的網站和我們的會員手冊上提供任何經修訂的聲明。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



口頭、書面或電子 PHI 的內部保護規定：

Health Net 會保護您的 PHI。我們擁有隱私權和安全程序的協助。我們可以用這些方法保護您的 PHI。

- 我們訓練我們的員工依循隱私權和安全程序。
- 我們要求我們的商業夥伴遵循隱私權和安全程序。我們隨時都能維護我們辦事處的安全。
- 我們只會出於公事緣由透露您的 PHI，且只向需要知道的人透露。
- 當我們透過電子方式傳送或儲存 PHI 時，我們會確保其安全。
- 我們利用科技技術來防止不當人員取得您的 PHI。

允許使用和透露您 PHI 的情況：

下方列出了我們在未取得您的許可或授權下，可使用或透露您 PHI 的情況：

- **治療**- 我們可能會使用或透露您的 PHI 給提供治療給您的醫師或其他醫療服務提供者，以協調各醫療服務提供者間的治療，或協助我們對您的相關福利做出事先授權決定。
- **給付**- 我們可能會使用和透露您的 PHI，為您提供醫療保健服務的福利給付。基於給付之目的，我們可向其他健保計畫、醫療保健醫療服務提供者或其他受到聯邦隱私權規則批准的機構透露您的 PHI。付款活動可能包含：
 - 處理理賠
 - 判定資格或理賠給付
 - 發出保費帳單
 - 審查服務是否具有醫療必需性
 - 執行理賠的使用評議
- **醫療保健作業**- 我們可能會使用並透露您的 PHI 以執行我們的醫療保健作業。這些活動可能包含：
 - 提供客戶服務
 - 回應投訴和上訴
 - 提供個案管理及照護協調
 - 進行理賠和其他品質評定的醫療評估
 - 改善活動

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



在醫療保健作業中，我們也可能向商業夥伴透露您的 PHI。我們會與這些夥伴簽訂書面協議，以保護您 PHI 的隱私權。基於聯邦隱私權規則，我們可能向其他機構透露您的 PHI。此機構也必須與您有關係，才能進行醫療保健作業。這包含下列項目：

- 品質評估及改善活動
- 審查醫療保健專業人士的專業能力或資格
- 個案管理及照護協調
- 偵測或預防醫療保健詐欺和濫用

團體健保計畫/計畫贊助者透露：我們可能會將您受保護的健康資訊透露給團體健保計畫的贊助者，例如雇主或其他為您提供健康照護計畫的實體，若贊助者能同意使用或透露這些受保護健康資訊的特定限制 (例如同意不會將受保護的健康資訊用於聘用相關行動或決策)。

PHI 的其他允許或必要的透露：

- **募款活動：**我們可能會使用或透露您的 PHI 進行募款活動，例如為慈善基金會或類似實體募款，以協助資助他們的活動。如果我們有因募款活動而與您聯絡，我們將會讓您可以選擇退出或停止在日後繼續收到此類通訊。
- **核保目的：**我們可能會將您的 PHI 用於核保用途，例如決定承保申請或要求。如果我們有為了核保目的而使用或透露您的 PHI，我們將不得在核保過程中使用或透露與您遺傳資訊有關的 PHI。
- **約診提醒/治療替代方案：**我們可能會使用和透露您的 PHI，提醒您接受我們的治療約診和醫療照護，或向您提供關於治療替代方案或其他健康相關福利與服務的資訊，例如如何戒菸或減重的資訊。
- **依法律規定：**如果聯邦、州和/或當地法律要求使用或透露您的 PHI，我們得在符合此類法律之範圍內以及僅限於此類法律之規定下使用或透露您的 PHI。如果有兩個或多個的法律或法規產生相同的使用或透露衝突，我們將依照限制性更強的法律或法規。
- **公共衛生活動：**我們可能會將您的 PHI 透露給公共衛生當局，以供防止或控制疾病、傷害或殘疾。為了確保 Food and Drug Administration (FDA) 管理範疇下的產品或服務的品質、安全或效果，我們可向 FDA 透露您的 PHI。
- **受虐及受忽視的受害者：**我們可能會將您的 PHI 透露給當地、州立或聯邦政府主管機關，包括社會服務或法律授權的保護服務機構，在我們合理相信有虐待、忽視或家庭暴力的情況下讓他們收到此類報告。
- **司法和行政程序：**我們可能會在司法和行政程序中透露您的 PHI。我們也可能為了回應下列項目而透露您的 PHI：
 - 法院命令

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 行政審判庭命令
 - 傳票
 - 傳喚
 - 拘票
 - 請求查詢
 - 類似的法律要求
- **執法單位：**我們可能會在有必要時向執法機關透露您的相關 PHI。例如爲了回應：
 - 法院命令
 - 法院拘票
 - 傳票
 - 轄區警員核發的傳喚
 - 大陪審團傳票爲了指認或找到嫌犯、罪犯、重要證人或失蹤人口時，我們也可透露您相關的 PHI。
 - **驗屍官、醫事檢驗師和喪葬承辦者：**我們可能會將您的 PHI 告知驗屍官或醫事檢驗師。這可能有其必要性，例如判定死因時。我們可能會視需要將您的 PHI 透露給禮儀師，以方便他們執行職務。
 - **器官、眼睛及組織捐贈：**可能會向器官採購組織透露您的 PHI。我們也可能向從事採購、保存或移植下列器官的機構透露您的 PHI：
 - 死體器官
 - 眼睛
 - 組織
 - **健康和安全的威脅：**如果在出於善意下，我們相信有必要使用和透露您的 PHI 來防止或減輕某人或大眾的健康或安全的嚴重或迫在眉睫的威脅，我們可使用或透露您的 PHI。
 - **特殊政府職能：**如果您是美國軍隊的一員，我們可在軍事指揮機關的要求下，透露您的 PHI。我們也可能向下列機構透露您的 PHI：
 - 獲得授權之聯邦官員，以從事國家安全和情報活動
 - 國務院，以判定醫療適用性
 - 總統或其他獲得授權人員之保護活動
 - **勞工賠償：**我們可能會透露您的 PHI 以遵守與勞工賠償相關的法律或法律規定的其他類似計畫，這些計畫與工作有關的傷害或疾病提供福利，而不考慮過失。
 - **緊急情況：**我們可能會在緊急情況下透露您的 PHI，或在您體力衰竭或不在場的時候，向家屬、親近的好友、經授權的救災機關，或是任何您先前已指定的其他人士透露。我們會使用專業判斷和經驗來判定透露 PHI 是否合乎您的最大利益。如果透露 PHI 合乎您的最大利益，我們只會將 PHI 透露給參與您照護的直接相關者。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- **囚犯**：如果您是教化機構或受執法人員監管下的囚犯，我們可能會將您的 PHI 釋出給教化機構或執法人員，若該機構需要此類資訊為您提供醫療照護、保護您的健康或安全，或是其他人的健康或安全，或是為了該教化機構的安全。
- **研究**：在特定情況下，我們可能會在臨床研究獲得核准時，向研究人員透露您的 PHI，此時已設有特定保護措施以確保您 PHI 的隱私與保護。

需要您書面授權才能使用或透露您 PHI 的情況

按規定我們必須獲得您的書面授權才能基於以下理由使用或透露您的 PHI，但有少數情況例外：

PHI 之銷售：在我們做出任何被認定為是銷售您 PHI 之透露前，我們將會向您索取書面授權，代表我們會在此情況下收到透露之報償。

行銷：我們會在有限的例外情況下向您索取書面授權使用或透露您的 PHI 以供行銷之用，例如我們與您面對面進行行銷溝通，或是在我們提供有價之促銷禮品時。

心理治療記錄：在使用或透露任何我們可能所持有與您有關的心理治療記錄時，我們將會向您索取書面授權，但少數情況例外，例如基於特定治療、給付或醫療保健作業目的情況。

個人權利

以下是與您 PHI 有關的權利。如果您想要使用以下任何權利，請使用本聲明末尾的資訊聯絡我們。

- **撤銷授權的權利**：您隨時可以撤銷授權，請務必以書面形式撤銷您的授權。撤銷會立即生效，除非我們在收到您的書面撤銷通知前，我們已根據您的授權採取了相應的行動。
- **要求限制的權利**：您有權在治療、給付或醫療保健作業時要求限制使用和透露您的 PHI，以及限制向涉及您的照護或照護給付之人員透露，例如家人或親友。您的請求應說明您所要求的限制，並說明此限制適用於何人。我們並不一定要同意這個請求。若我們同意，除非有資訊是要在提供給您緊急治療下所需，否則我們將會遵守您的限制要求。不過，當您是自費支付某項服務或項目的全額費用的狀況下，我們會在給付健保計畫或進行健保計畫健康保健作業時，限制使用或透露您的 PHI。
- **要求機密通訊的權利**：您有權要求我們以替代方法或替代地點，針對您的 PHI 與您溝通。此權利僅適用於下列情況：(1) 通訊內容會透露與接受敏感服務相關之醫療資訊或提供者姓名及地址，或是 (2) 透露所有或部分醫療資訊或提供者姓名及地址可能讓您陷於危險，如果不是透過替代方式進行透訊，或是在您需要的替代位置進行。您不需要說明自己請求的原因，但您的請求必須明確說明通訊內容是否會透露與接受敏感服務相關之醫療資訊或提供者姓名及地址，或是透露所有或部分醫療資訊或提供者姓名及地址可能讓您陷於危險，如果通訊方式或位置並未變更。如果您的要求合理，且有特別指定傳達您 PHI 的替代方式或地點，我們必須採納您的請求。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- **存取和接收您的 PHI 複本之權利：**除了有限的例外情況，您有權查看或取得載於指定記錄集的您的 PHI 副本。您可要求我們以影本以外的格式提供複本。我們會使用您要求的格式，除非我們在切實可行範圍內無法實行。您須以書面形式提出取得您 PHI 的申請。如果我們拒絕您的請求，我們將會為您提供書面說明，告知您我們是否會針對該拒絕理由進行重新審查以及該如何提出重新審查申請；或者如果我們無法針對該拒絕決議進行重新審查，我們亦會告知您。
- **修訂您的 PHI 之權利：**若您認為其中含有不正確的資訊，您有權要求我們修訂或變更您的 PHI。您必須以書面形式提出請求，且必須說明為什麼需要修訂此資訊。基於某些原因，我們可以拒絕您的請求，例如，如果我們並不是您想要修訂資訊的創建者，且您 PHI 的創建者能夠自行執行這項修正。如果我們拒絕您的要求，我們會提供給您一份書面說明。您可以回覆一份聲明，表示您不同意我們的決定，我們會將您的聲明附加至您要求我們修訂的 PHI 中。如果我們接受您修訂資訊的請求，我們會作出合理的努力通知他人，包括通知您指定的人士、通知此修定和在未來透露此資訊時列出所做的修訂。
- **收到帳目透露的權利：**您有權收取到我們或我們的商業夥伴在過去 6 年內透露您的 PHI 的情況清單。這不適用於基於治療、給付、醫療保健作業之目的而透露您 PHI 的狀況，或者是您授權的狀況下和其他特定活動中。如果您在 12 個月期間請求帳目紀錄次數超過一次，我們會就這些額外請求向您收取合理、僅反映處理成本的費用。我們會在您提出請求時，向您提供有關我們費用的詳細資訊。
- **提出投訴的權利：**如果您認為您的隱私權已受到侵犯，或是我們已違反我們自己的隱私權實踐，您可以利用本聲明末尾的聯絡資訊，以書面或電話方式向我們提出投訴。針對 Medi-Cal 會員的投訴，會員也可與下一部分所列的 California Department of Health Care Services 聯絡。

您也可向 U.S. Department of Health and Human Services 的民權辦公室提出民權投訴，您可郵寄投訴，地址是：200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，或撥打 1-800-368-1019 (聽障專線：1-866-788-4989) 或造訪 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



我們不會因您提出投訴而對您採取任何行動。

取得本聲明副本的權利：您隨時可以使用本聲明末尾的聯絡資訊清單，要求我們提供聲明的副本。如果您是透過網站或電子郵件 (e-mail) 取得本聲明，您也有權索取一份本聲明的紙本副本。

聯絡資訊

如果您對本聲明、我們與您 PHI 相關的隱私權實踐或如何行使您權利有任何問題，您可以使用本聲明末尾列出的聯絡資訊向我們以書面形式或透過電話提出投訴。

Health Net 隱私權辦公室

Attn: Privacy Official

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409

電話：1-855-464-3571 (聽障專線：711)

傳真：1-818-676-8314

電子郵件：Privacy@healthnet.com

如果您認為我們未保護您的隱私並想提出投訴，您可以致電或透過書面方式提出投訴 (僅限 Medi-Cal 會員)：

Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 0010

P.O.Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

電話號碼：1-916-445-4646 或 1-866-866-0602 (聽障專線：1-877-735-2929)

電子郵件：Privacyofficer@dhcs.ca.gov

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



財務資訊隱私權聲明

本聲明將為您說明您的**財務資訊**可能會透過何種方式遭到使用和透露，以及您可如何獲取這些資訊。請仔細閱讀這份聲明。

我們致力於維護您個人財務資訊的保密性。在本聲明中，「個人財務資訊」是指與計畫參加者或申請人的醫療保健承保有關，且包含該人士的身分識別資訊，同時通常無法透過公開方式取得，而需透過向該人士蒐集，或藉由為該人士提供醫療保健承保而取得的資訊。

我們收集的資訊：我們將會透過下列來源蒐集與您有關的個人財務資訊：

- 我們透過您申請表或其他表格所取得的資訊，例如姓名、地址、年齡、醫療資訊及社會安全號碼；
- 與您和我們、我們的附屬機構或其他人士進行交易有關的資訊，例如保費支付和理賠紀錄；以及
- 透過消費者報告所取得的資訊。

資訊透露：我們將不會向任何第三方透露與計畫參加者或前計畫參加者有關的個人財務資訊，但法律所規定或允許的情況除外。例如，在進行一般業務作業的過程中，我們可在未經您授權的情況下，在法律允許的範圍內向下列類型的機構透露任何我們所收集並與您有關的個人財務資訊：

- 向我們企業的附屬機構，例如其他保險公司；
- 基於日常業務目的向非關係企業透露，例如為了處理您的交易、維護您的帳戶，或回應法院命令和司法調查；以及
- 向為本公司提供服務的非關係企業透露，其中包括代本公司寄送宣傳訊息者。

保密性與安全性：我們將會根據適用的州政府與聯邦政府標準來採取實體、電子及程序上的安全措施，以保護您的個人財務資訊，使其免於承擔諸如遺失、損壞或遭盜用等風險。這些措施包括針對電腦實施安全措施、妥善管理檔案和建築物，以及限制可取得您個人財務資訊的對象。

與本聲明有關的問題：如果您對本聲明有任何疑問：

請致電您會員卡背面所列的免付費電話號碼或致電與 Health Net 聯絡，電話是：1-855-464-3571 (聽障專線：711)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



D. 為您提供本計畫、網絡醫療服務提供者以及承保服務的相關資訊為我們的責任

身為 Health Net Cal MediConnect 的會員，您有權取得本計畫的資訊。如果您不會說英文，我們有口譯員服務可為您解答您對本健保計畫可能持有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免費服務。您也可以免費獲得本手冊的下列語言版本：

- Arabic
- 亞美尼亞文
- 柬埔寨文
- 中文
- Farsi
- 韓語
- 俄文
- 西班牙文
- 菲律賓語
- 越南語

我們也可以為您提供大字版、點字版或語音版的資訊。

如果您希望取得下列任何資訊，請致電會員服務部：

- 如何選擇或更換計畫
- 我們的計畫，其中包括：
 - 財務資訊
 - 本計畫會員對本計畫的評等
 - 會員提出上訴的次數
 - 退出計畫的方式

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

 mmp.healthnetcalifornia.com。

- 本計畫之網絡醫療服務提供者與網絡藥房，包括：
 - 選擇或更換主治醫師的方式
 - 本計畫網絡醫療服務提供者與藥房的資格
 - 本計畫給付網絡醫療服務提供者的方式
- 承保服務與藥品以及您必須遵守之規定的相關資訊，其中包括：
 - 本計畫的承保服務與藥品
 - 您承保範圍與藥品的限制
 - 您在取得承保服務與藥品時必須遵守的規定
- 某些項目不屬於承保範圍的原因，以及您可以怎麼做，包括要求我們：
 - 以書面方式說明某些項目不屬於承保範圍的原因
 - 變更我們所作的決定
 - 我們給付您所收到的帳單

E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您請款

本計畫網絡內的醫師、醫院及其他醫療服務提供者不得要求您為承保服務付費。即使我們的給付金額低於醫療服務提供者的收費金額，他們也不得向您收費。如欲瞭解當網絡醫療服務提供者企圖針對承保服務向您收費時該怎麼做，請參閱第 139 頁第 7 章的 A 部分。

F. 您有權退出 Cal MediConnect 計畫

沒有人可以違反您的意願強迫您留在本計畫。

- 您有權透過 Original Medicare 或 Medicare Advantage 計畫取得您大多數的醫療保健服務。
- 您可透過處方藥計畫或 Medicare Advantage 計畫取得您的 Medicare D 部分處方藥福利。
- 欲知更多關於您何時可加入新的 Medicare Advantage 或處方藥福利方案的資訊，請參閱第 226 頁第 10 章的 C 部分。
- 除非您選擇此郡縣內其他可用的計畫，否則您的 Medi-Cal 福利將繼續由 Health Net Community Solutions Inc. 提供。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G. 您有權決定您自己的醫療保健服務

G1. 您有權知道您的治療方案並參與您醫療保健服務相關的決策

當您接受服務時，您有權獲得由您醫師及其他醫療保健服務提供者所提供的完整資訊。您的醫療服務提供者必須以您能夠瞭解的方式向您說明您的病況以及治療的選項。您有權：

- **瞭解您的選擇。** 您有權得知所有類型的治療。
- **瞭解風險。** 您有權得知任何相關的風險。如有任何服務或治療是屬於研究試驗的一部分，您必須被事先告知。您有權拒絕接受試驗性治療。
- **取得第二意見。** 您有權在決定進行某項治療前請其他醫師為您看診。
- 您有權**拒絕**接受任何治療。其中包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫師建議您不要離院。您也有權停止服用處方藥。如果您拒絕接受治療或停止服用處方藥，您將不會被退出本計畫。然而，如果您拒絕接受治療或停止服用某藥品，您應對其後果全權負責。
- 您可要求本計畫向您說明為何醫療服務提供者拒絕提供照護。如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應接受的照護，您有權要求本計畫向您說明。
- 您可要求本計畫承保某項遭拒絕或通常不屬於承保範圍的服務或藥品。這稱為承保決定。第 181 頁第 9 章的 D 部分將為您說明如何要求本計畫作出承保決定。

G2. 當您無法為自己作醫療保健決定時，您有權表明個人意願

有時候人們會無法為自己作醫療保健決定。在此情況發生在您身上之前，您可以：

- 填寫一份書面表格以授權他人代您作健康照護決定。
- 為您醫師提供一份書面指示，說明當您無法自己作決定時，您希望他們如何處理您的健康照護。

您可以使用稱為「預前指示」的法律文件提供指示。預前指示有不同的類型，其名稱也各不相同。例如，「生前遺囑」和「醫療保健委託授權書」。

您不一定要使用預前指示，但如果您希望，您可以這麼做。以下是您需採取的行動：

- **取得表格。** 您可向您的醫師、律師、法律服務機構或社工索取表格。為民眾提供 Medicare 或 Medi-Cal 相關資訊的組織，例如 HICAP (健康保險諮詢及促進方案)，也可能備有預立醫囑表格。
- **填寫表格並在表格上簽名。** 該表格屬於法律文件。您應考慮請律師協助您準備這份文件。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 將該表格的複本提供給必須知道此事宜的人士。您應將該份表格的複本交給您的醫師。您也應將該表格的複本交給您指名代您作決定的人士。您可能也應將該表格的複本交給親密朋友或家人。請務必在家中保留一份複本。
- 如果您即將住院且您有簽署預立醫囑，請攜帶一份複本前往醫院。
 - 醫院將會詢問您是否有簽署預前指示表，以及您是否有攜帶該表格。
 - 如果您尚未簽署預立醫囑表，醫院可提供表格並會詢問您是否想簽署。

切記，是否要填寫預立醫囑是屬於您的個人選擇。

G3. 如果您的指示未獲得遵循該怎麼辦

如果您已簽署預立醫囑，而您認為醫師或醫院並未遵循其中指示，您可向您當地的 Office for Civil Rights 提出投訴。

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

您可以致電 Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們所作的決定

第 187 頁第 9 章的 E 部分將為您說明，如果您對您的承保服務或照護有任何疑問或顧慮，您可以怎麼做。例如，您可要求本計畫作承保決定、提出上訴以變更某項承保決定，或提出投訴。

您有權取得其他會員針對本計畫提出上訴和投訴的資訊。如欲取得此類資訊，請致電會員服務部。

H1. 如果您認為自己受到不公平待遇或您想要瞭解更多權利相關資訊時該怎麼辦

如果您認為自己受到不公平待遇，但又並非因為第 11 章所列的理由而遭到歧視，或者您想要瞭解更多權利相關資訊，則可透過下列方式取得協助：

- 會員服務部。
- 健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)：如欲瞭解有關該組織的詳情以及聯絡方式，請參閱第 30 頁第 2 章的 E 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- Cal MediConnect 申訴專員方案。如欲瞭解有關該組織的詳情以及聯絡方式，請參閱第 34 頁第 2 章的 I 部分。
- Medicare 電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。(您也可以前往 Medicare 網站 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf 閱覽或下載「Medicare 權利與保障」。))

I. 您有權對我們的會員權利和責任隱私權提出建議

如果您對這些權利和責任有任何疑問或顧慮，或者您想提出建議來改善我們的會員權利政策，請與會員服務部聯絡與我們分享您的想法，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

J. 新技術及現有技術的評估

新技術是指最近才研發出來治療特定疾病或病況的程序、藥物、生物製品或裝置，或是指現有程序、藥物、生物製品或裝置的新用途。凡在適用時，本計畫均會遵循 Medicare 全國性與地方性的承保範圍判定。

在沒有 Medicare 承保範圍判定的情況下，本計畫將會針對同儕審查刊物中目前已出版的醫學文獻進行嚴格評讀，以評估是否要將新技術或現有技術的新應用納入適用的福利計畫中，以確保會員能夠獲得安全且有效的照護，這些醫學文獻包括能夠證實技術安全性和有效性的系統性文獻回顧、隨機對照試驗、世代研究、個案對照研究、結果具有統計顯著性的診斷檢測研究，本計畫同時也會檢閱由國家組織和經過認可的主管機關所制定之以實證為基礎的準則。本計畫亦會將由執業醫師或經國家認可的醫療協會所提供的意見、建議及評估納入考量，其中包括專科醫師協會、共識小組或其他經過國家認可的研究或技術評估組織、政府機關 (例如 Food and Drug Administration (FDA)、疾病管制中心 (CDC)、美國衛生研究院 (NIH)) 的報告和出版物。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



K. 您作為本計畫會員的責任

身為本計畫會員，您有責任遵循下列事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **請閱讀會員手冊**以瞭解承保項目及取得承保服務與藥品所需遵守的規定。欲知更多詳情關於您的：
 - 承保服務，請參閱第 43 頁的第 3 章 B 部分及第 65 頁的第 4 章 D 部分。這些章節將為您說明承保項目、非承保項目、您需遵守的規定以及您需支付的費用。
 - 承保藥品，請參閱第 114 頁的第 5 章 A 部分及第 132 頁的第 6 章 C 部分。
- **告知我們**您持有的任何其他健康承保或處方藥承保範圍。按規定我們必須確認您在接受醫療保健服務時有使用您所有的承保範圍方案。如果您有其他承保範圍，請致電會員服務部。
- **告訴您的醫師和其他醫療保健服務提供者**您有投保本計畫。在您接受服務或領取藥品時，請出示您的會員 ID 卡。
- **協助您的醫師和其他醫療保健服務提供者**為您提供最優質的照護。
 - 向他們提供與您及您健康有關的必要資訊。盡可能瞭解您自己的健康問題。遵循您和您醫療服務提供者皆同意的治療計畫和指示。
 - 確保您醫師和其他醫療服務提供者知道您正在服用的所有藥品。其中包括處方藥、非處方藥、維他命和補充品。
 - 如果您有任何疑問，請務必提問。您的醫師和其他醫療服務提供者必須以您能夠理解的方式為您說明事項。如果您提了一個問題，但卻不瞭解答案的內容，請再次提問。
- **請為他人著想**。我們期望我們的會員能尊重其他病患的權利。我們也期盼您在醫師診所、醫院和其他醫療服務提供者的診所時能以尊重的態度對待他人。
- **支付您應付的費用**。身為計畫會員，您應負責支付下列款項：
 - Medicare A 部分與 Medicare B 部分保費。針對大部分的 Health Net Cal MediConnect 會員而言，Medi-Cal 將會為您支付 A 部分與 B 部分的保費。
 - 如果您的 Medi-Cal 方案有分攤費用，則在 Health Net Cal MediConnect 給付您的 Medi-Cal 承保服務前，您將負責支付您的分攤費用金額。
 - 針對某些屬於本計畫承保範圍的藥品，您取得藥品時必須支付您應分攤的費用。這會是共付額 (固定金額)。第 134 頁第 6 章的 D3 部分會說明您必須支付的處方藥費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 如果您取得任何不屬於本計畫承保範圍的服務或藥品，您將必須支付全額費用。如果您不同意我們對某項服務或藥品所作的拒絕承保決定，您可以提出上訴。請參閱第 181 頁第 9 章的 D 部分，瞭解如何提出上訴。
- 如果您搬家，請通知我們。如果您即將搬家，請務必立即通知我們。請致電會員服務部。
 - 如果您搬離了我們的服務區域，您將無法保留本計畫的服務。只有居住在我們服務區域的人士才可加入 Health Net Cal MediConnect。第 12 頁第 1 章的 D 部分有我們服務區域的相關說明。
 - 我們可以協助您瞭解您是否遷離我們的服務區域。在特殊投保期期間，您可以轉換至 Original Medicare 或投保您所在新地區的 Medicare 健保計畫或處方藥計畫。我們可告知您我們是否有在您的新遷入的地區提供計畫。
 - 此外，在您搬家時，請務必告知 Medicare 與 Medi-Cal 您的新地址。如需 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱第 32 頁第 2 章的 G 部分和第 33 頁的 H 部分。
 - 如果您搬家了但仍在我們的服務區域內，我們依然需要知道。我們必須將您的會籍記錄保持在最新狀態，並瞭解該如何與您聯絡。
- 若您有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部尋求協助。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

第 9 章：如果您有問題或需要投訴 (承保範圍決定、上訴、投訴) 該怎麼辦

簡介

本章有與您權利相關的資訊。如果您有以下情況，請閱讀本章以瞭解該怎麼做：

- 您對您的計畫有問題或想提出投訴。
- 您需要您計畫表示其不給付的某項服務、項目或藥物。
- 您不同意您計畫針對您照護所作的決定。
- 您認為您的承保服務太快終止。
- 您對您的長期服務與支援 (包括成人社區服務 (CBAS) 以及療養機構 (NF) 服務) 有問題或想要提出投訴。

如果您有問題或顧慮，您只需閱讀本章適用於您情況的部分。本章細分為幾個不同部分，以協助輕鬆找到您所需的資訊。

如果您遇到有關您健康或有關長期服務與支援的問題

您應取得您的醫師及其他醫療服務提供者按照您的照護計畫為您提供照護時，他們所判定的必要醫療保健服務、藥品以及長期服務與支援。如果您對您的照護有問題，您可致電 **1-855-501-3077 與 Cal MediConnect 申訴專員方案聯絡以尋求協助**。本章將針對不同的問題與投訴分別說明您有哪些不同的選項，但您可隨時致電 **Cal MediConnect 監察方案**，讓其協助指引您解決問題。欲瞭解關於您可以發表問題的其他資源，以及與他們聯繫的方式，請參閱 34 頁第 2 章的 I 部分以獲得更多關於監察方案的資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



目錄

A. 如果您有問題該怎麼辦	179
A1. 關於法律術語	179
B. 應致電何處尋求協助	179
B1. 哪裡可以取得更多資訊與協助	179
C. 福利相關問題	181
C1. 使用承保範圍決定和上訴程序或用於提出投訴	181
D. 承保決定和上訴	181
D1. 承保範圍決定與上訴簡介	181
D2. 取得承保範圍決定和上訴相關協助	182
D3. 使用本章中對您有幫助的章節	183
E. 與服務、項目及藥品 (非 D 部分藥品) 相關的問題	184
E1. 何時該利用本部分內容	184
E2. 提出承保範圍決定要求	185
E3. 適用於服務、用品及藥品 (非 D 部分藥品) 的第 1 級上訴	187
E4. 適用於服務、項目及藥品 (非 D 部分藥品) 的層級 2 上訴	190
E5. 給付問題	195
F. D 部分藥品	197
F1. 如果您對領取 D 部分藥品有問題，或您希望我們償還您 D 部分藥品的費用該怎麼辦	197
F2. 什麼是例外處理	198
F3. 要求例外處理的重要須知	199
F4. 如何提出與 D 部分藥品或是 D 部分藥品補償 (包括例外處理) 有關的承保範圍決定要求	200
F5. 適用於 D 部分藥品的第 1 級上訴	203
F6. 適用於 D 部分藥品的第 2 級上訴	205
G. 要求我們承保更長的住院時間	206

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



G1. 瞭解您的 Medicare 權利	206
G2. 進行第 1 級上訴以變更您的出院日期.....	207
G3. 進行第 2 級上訴以變更您的出院日期.....	209
G4. 如果您錯過了上訴期限，將會發生什麼情況	210
H. 如果您認為自己的居家醫療保健、特護療養或綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止該 怎麼辦	212
H1. 我們會事先通知您承保範圍何時終止	212
H2. 進行第 1 級上訴以延續您的照護	212
H3. 進行第 2 級上訴以延續您的照護	214
H4. 如果您錯過了提出第 1 級上訴的期限，將會發生什麼情況	215
I. 層級 2 以外的上訴方式.....	217
I1. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟.....	217
I2. 針對 Medi-Cal 服務與項目可以採取的下一步驟	217
J. 如何提出投訴.....	218
J1. 何種類型的問題屬於投訴範圍	218
J2. 內部投訴	219
J3. 外部投訴	221

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

A. 如果您有問題該怎麼辦

本章將會告訴您，如果您對您的計畫或對您的服務或給付有問題該怎麼辦。Medicare 與 Medi-Cal 已核准這些程序。每項程序均有一套您和我們皆必須遵守的規定、流程和期限。

A1. 關於法律術語

本章中的部分規定和期限包含了艱澀的法律術語。由於這些許多術語可能不易理解，因此我們使用了較簡單易懂的詞彙來替代某些法律術語。我們也盡量少用縮寫。

例如，我們會說：

- 「提出投訴」而非「呈遞申訴」
- 「承保決定」而非「組織判定」、「福利判定」、「有風險的判定」或「承保判定」
- 「快速承保範圍決定」而非「特急判定」

瞭解正確的法律術語可協助您進行更明確的溝通，因此我們也會為您提供這些法律術語。

B. 應致電何處尋求協助

B1. 哪裡可以取得更多資訊與協助

如何啟動或遵循處理問題的程序有時可能會令人感到困惑。如果您身體不適或精力有限，尤其可能發生這種問題。有時您也可能不知道接下來該怎麼做。

您可透過 Cal MediConnect 監察方案取得協助

如果您需要協助，您可隨時致電 Cal MediConnect 監察方案。Cal MediConnect 申訴專員方案是可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題的申訴專員方案。Cal MediConnect 監察方案與本計畫或是任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。他們可協助您瞭解應使用何種程序。Cal MediConnect 監察方案的電話號碼是 1-855-501-3077。這些服務均為免費。請參閱第 34 頁第 2 章 I 部分以獲得更多關於監察方案的資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

您可透過 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 取得協助

您也可致電健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)。HICAP 諮詢人員可為您解答疑問，並協助您瞭解如何處理問題。HICAP 與本計畫或任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。

透過 Medicare 取得協助

您可直接致電 Medicare 針對您的問題尋求協助。以下為透過 Medicare 尋求協助的兩種方式：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，其每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線：1-877-486-2048。此為免付費電話。
- 瀏覽 Medicare 網站：www.medicare.gov。

您可透過 California Department of Managed Health Care 取得協助

在此段落中，「申訴」一詞意指針對 Medi-Cal 服務、您的保健計畫、或您的其中一個醫療服務提供者所提出的上訴或投訴。

California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。如果您想對您的健保計畫提出申訴，您首先應致電聯絡您的健保計畫，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)；請先使用您健保計畫的申訴流程，之後才與該部門聯絡。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能可獲得的補償。如果您需要協助處理與急診事件有關的申訴，或您的健保計畫沒有就您的申訴提出令您滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未獲得解決，您可致電 California Department of Managed Health Care 尋求協助。您可能還符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 程序將會針對健保計畫就後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：所提服務或治療是否具有醫療必要性、對實驗或研究性質的治療作承保與否的決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。California Department of Managed Health Care 還提供免付費電話 (1-888-466-2219) 以及供聽語障人士使用的聽障專線 (1-877-688-9891)。該部門的網站 www.dmhc.ca.gov 有線上投訴表、IMR 申請表及相關說明。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 福利相關問題

C1. 使用承保範圍決定和上訴程序或用於提出投訴

如果您有問題或顧慮，您只需閱讀本章適用於您情況的部分。以下表格將可幫助您找到本章中適用於您問題或投訴的章節。

<p>您的問題或顧慮是否與您的福利或承保有關？</p> <p>(這些問題包括特定醫療照護、長期服務與支援或處方藥是否屬於承保範圍、他們的承保方式，以及與醫療保健或處方藥給付相關的問題。)</p>	
<p>是。 我的問題與福利或承保範圍相關。</p> <p>請參閱 D 部分：第 181 頁的「承保決定和上訴」。</p>	<p>無關。 我的問題與福利或承保範圍無關。</p> <p>請跳至 J 部分：第 218 頁的「如何提出投訴」。</p>

D. 承保決定和上訴

D1. 承保範圍決定與上訴簡介

提出承保範圍決定要求和提出上訴的程序適用於處理與您福利和承保範圍有關的問題。其中也包括了與給付有關的問題。除了 D 部分的共付額之外，您無需負擔 Medicare 的費用。

什麼是承保決定？

承保決定是我們針對您的福利與承保範圍，或針對我們對您醫療服務、項目或藥品的給付金額所作的初步決定。每當我們要決定哪些項目屬於您的承保範圍以及我們應給付的金額時，我們便會作承保決定。

如果您或您的醫師不確定某項服務、項目或藥品是否屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍，在您的醫師提供該項服務、項目或藥品之前，您或您的醫師皆可要求我們作承保決定。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



什麼是上訴？

上訴是要求我們審查我們的決定，以及在您認為我們決定有誤時要求我們改變決定的一種正式方式。例如，我們可能決定您希望取得的某項服務、項目或藥品不屬於承保範圍或不再屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍。如果您或您的醫師不同意我們的決定，您可以提出上訴。

D2. 取得承保範圍決定和上訴相關協助

我可以致電何處尋求有關提出承保決定要求或提出上訴的協助？

您可向下列任何人士尋求協助：

- 請致電**會員服務部 1-855-464-3571** (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 請致電 **Cal MediConnect 申訴專員方案** 尋求免費協助。Cal MediConnect 申訴專員方案可協助投保 Cal MediConnect 的人士處理有關服務或請款的問題。電話號碼是 1-855-501-3077。
- 請致電**健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)** 尋求免費協助。HICAP 是一個獨立組織。它與本計畫沒有關聯。電話號碼是 1-800-434-0222。
- 請致電**管理式健康照護部 (DMHC) 協助中心** 尋求免費協助。DMHC 負責管理健保計畫。DMHC 可協助投保 Cal MediConnect 的人士處理有關 Medi-Cal 服務的上訴或請款問題。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人士可使用免付費聽障專線 1-877-688-9891。
- 請與您的**醫師或其他醫療服務提供者** 討論。您的醫師或其他醫療服務提供者可代您提出承保決定要求或代您提出上訴。
- 請與**朋友或家人** 討論，並要求其代您行事。您可以指名其他人士擔任您的「代表」，以代您提出承保決定要求或代您提出上訴。
 - 如果您想請朋友、親戚或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取「代表委任書」表格。您也可以瀏覽 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或在我們的網站 mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html 取得表格。這份表格可授權該名人士代您行事。您必須給我們一份已簽名表格的副本。
- **您也有權聘請律師** 代您行事。您可以致電給您自己的律師，或透過您當地的律師協會或其他轉介服務取得律師名單。如果您符合資格，部分法律團體將可為您提供免費的法律服務。如果您想聘請律師代表您，您將需填妥「代表委任書」表格。您可以致電 1-888-804-3536，向 Health Consumer Alliance (醫療消費者聯盟) 要求提供法律援助的律師。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



- 不過，不論您想提出任何類型的承保範圍決定要求或想提出上訴，**您都不一定要聘請律師。**

D3. 使用本章中對您有幫助的章節

與承保範圍決定和上訴有關的情況一共有四種不同的類型。每種情況都有不同的規定和期限。我們將本章細分為不同部分，以協助您找到您必須遵守的規定。**您只需閱讀適用於您問題的部分：**

- 如果您有與服務、項目及藥品 (但非 D 部分藥品) 的相關問題，**第 184 頁的 E 部分**將可為您提供相關資訊。例如，如果您發生下列情況，請利用該部分：
 - 您沒有取得您所需的醫療保健服務，而您認為本計畫應承保該照護。
 - 本計畫未核准您的醫師欲為您提供的服務、項目或藥品，而您認為該照護應獲得承保。
 - **註：**僅有在這些藥品不屬於 D 部分承保範圍的情況下才利用 E 部分。*承保藥物清單* (亦稱「藥品清單」) 中有「NT」標示的藥品不屬於 D 部分的承保範圍。請參閱第 197 頁 F 部分瞭解 D 部分藥品的上訴事宜。
 - 您接受了您認為應該獲得承保的醫療照護或服務，但我們卻未給付該照護。
 - 您取得了您認為應該獲得承保的醫療服務或項目且支付了相關費用，而您要求我們償還您所支付的費用。
 - 您被告知您目前所享有的照護承保即將減少或終止，而您不同意我們的決定。
 - **註：**如果將要停止的是醫院照護、居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的承保範圍，您需要閱讀本章的另一部分，因為這些類型的照護有特別的規定。請參閱第 206 頁和第 212 頁的 G 部分和 H 部分。
- **第 197 頁的 F 部分**載有 D 部分藥品的相關資訊。例如，如果您發生下列情況，請利用該部分：
 - 您要求我們例外承保某項不在本計畫「藥品清單」中的 D 部分藥品。
 - 您要求我們免除您能夠領取的藥量限制。
 - 您要求我們承保某項需要事先核准的藥品。
 - 我們未核准您的例外處理申請，而您或您的醫師或其他開立處方者認為我們應核准您的申請。
 - 您要求我們給付您已經購買的處方藥。(這是針對給付所提出的承保範圍決定要求。)

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- **第 206 頁的 G 部分**載有相關資訊，說明如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間。如果您發生下列情況，請利用該部分：
 - 您住院且您認為醫師太快要求您出院。
- 如果您認為您的居家健康照護、特護療養機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止，**第 212 頁的 H 部分**將可為您提供相關資訊。

如果您不確定您應利用哪一部分，請致電會員服務部：1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

如果您需要其他協助或資訊，請致電 1-855-501-3077 與 Cal MediConnect 監察方案聯絡。

E. 與服務、項目及藥品 (非 D 部分藥品) 相關的問題

E1. 何時該利用本部分內容

本部分是要告訴您，如果您有與醫療服務、行為健康服務及長期服務與支援 (LTSS) 有關的福利問題該怎麼做。如果您對**不屬於 D 部分**承保範圍的藥品有問題 (包括 Medicare B 部分藥品)，您也可以使用本部分內容。「藥品清單」中有「NT」標示的藥品**不屬於 D 部分**的承保範圍。請參閱 F 部分瞭解 D 部分藥品的上訴問題。

本部分將會告訴您，如果您發生下列任一情況，您可以怎麼做：

1. 您認為計畫有承保您所需的醫療服務、行為健康服務或長期服務與支援 (LTSS)，但您卻未取得這些服務。

您可以怎麼做：您可要求我們為您作承保範圍決定。請參閱第 185 頁的第 E2 部分，以瞭解有關提出承保範圍決定要求的資訊。

2. 本計畫未核准您的醫師欲為您提供的照護，而您認為本計畫應予以核准。

您可以怎麼做：您可針對本計畫不核准該照護的決定提出上訴。請參閱第 187 頁的 E3 部分，以瞭解有關提出上訴的資訊。

3. 您取得了您認為屬於計畫承保範圍的服務或用品，但計畫卻不給付。

您可以怎麼做：您可針對本計畫不給付的決定提出上訴。請參閱第 187 頁的 E3 部分，以瞭解有關提出上訴的資訊。

4. 您已接受您認為應承保的服務或項目並且已支付費用，而您想要求本計畫補償該服務或項目的費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



您可以怎麼做：您可要求我們償還您所支付的費用。請參閱第 195 頁的 E5 部分，以瞭解有關要求我們給付的資訊。

5. 您特定服務的承保遭到減少或終止，而您不同意我們的決定。

您可以怎麼做：您可針對本計畫減少或終止服務的決定提出上訴。請參閱第 187 頁的 E3 部分，以瞭解有關提出上訴的資訊。

註：如果即將終止的是醫院照護、居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的承保範圍，將有特殊的規定適用。請參閱第 206 頁和第 212 頁的 G 部分或 H 部分以瞭解詳情。

E2. 提出承保範圍決定要求

如何提出承保範圍決定要求以取得醫療服務、行為健康服務，或特定長期服務與支援 (CBAS 或 NF 服務)

如欲提出承保決定要求，請致電、寫信或傳真給我們，或請您的代表或醫師要求我們作承保決定。

- 您可於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 您可透過下列號碼傳真給我們：1-800-743-1655
- 您可透過下列地址寫信給我們：

Health Net Community Solutions, Inc.
Medical Management
21281 Burbank Boulevard
Woodland Hills, CA 91367-6607

取得承保範圍決定需要多久時間？

在您提出詢問而我們也取得需要的所有資訊後，我們通常需要 5 個工作天做出決定，除非您的申請是針對 Medicare B 部分處方藥。若您的申請是針對 Medicare B 部分處方藥，我們將會在收到申請後 72 小時內告知決定。如果您在 14 個曆日內 (或適用 Medicare B 部分處方藥的 72 小時內) 未取得我們的決定，您可以提出上訴。

有時我們會需要較長時間，我們將會寄信告知您我們需要超過 14 個曆日的時間。該信函將會向您說明我們需要延長時間的理由。若您的申請是針對 Medicare B 部分處方藥，恕我們無法花額外時間來向您告知決定。

我是否可在較短時間內取得承保決定？

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



是。如果您因健康狀況而需要在較短時間內得到答覆，請要求我們作「快速承保決定」。如果我們核准您的請求，我們將會在 72 小時內 (對於 Medicare B 部分處方藥則是 24 小時內) 通知您我們的決定。

然而，有時我們會需要較長時間，我們將會寄信告知您我們最多需要延長 14 個曆日的時間。該信函將會向您說明我們需要延長時間的理由。若您的申請是針對 Medicare B 部分處方藥，恕我們無法花額外時間來向您告知決定。

「快速承保範圍決定」的法律術語是「特急判定」。

提出快速承保決定要求：

- 請先致電或傳真要求我們承保您欲取得的照護。
- 請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您，或您也可以透過下列號碼傳真給我們：1-800-743-1655。
- 如需本計畫的詳細聯絡資訊，請參閱第 22 頁第 2 章的 A 部分。

您也可以詢問您的醫療照護提供者或代表，要求為您快速作出承保決定。

以下為提出快速承保決定要求的規定：

您必須符合下列兩項規定才能取得快速承保範圍決定：

1. 僅限於當您針對您尚未取得的照護或用品提出承保要求時，您才可以取得快速承保決定。(如果您的要求是有關您已取得之照護或項目的給付，您將無法取得快速承保範圍決定。)
2. 僅限於當 14 個曆日的標準期限 (或適用 Medicare B 部分處方藥的 72 小時期限) 可能會嚴重危害您的健康或傷害您的身體機能時，您才可以取得快速承保範圍決定。
 - 如果您的醫師表示您需要快速承保範圍決定，我們將會自動為您提供快速承保範圍決定。
 - 如果您在沒有醫師佐證的情況下提出快速承保決定要求，我們將會判定您是否應取得快速承保決定。
 - 如果我們判定您的健康狀況不符合快速承保決定的規定，我們將會寄信給您。我們亦會使用標準 14 個曆日的期限 (或適用 Medicare B 部分處方藥的 72 小時期限) 作為替代。
 - 此信函會告訴您，如果您的醫師要求快速承保決定，我們會自動為您提供快速承保決定。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 該信函也會告訴您，如果我們為您提供的是標準承保決定而非快速承保範圍決定，您可如何針對我們的決定提出「快速投訴」。如需更多有關投訴 (包括快速投訴) 程序的資訊，請參閱第 218 頁的 J 部分。

如果承保決定的答覆是「拒絕」，我將如何能夠得知？

如果答覆是「拒絕」，我們將會寄信向您說明我們拒絕的原因。

- 如果我們的答覆是「拒絕」，您有權提出上訴以要求我們改變此決定。提出上訴是指要求我們審查我們拒絕承保的決定。
- 如果您決定提出上訴，這表示您即將進入上訴程序的第 1 級 (請參閱下一部分以取得更多資訊)。

E3. 適用於服務、用品及藥品 (非 D 部分藥品) 的第 1 級上訴

什麼是上訴？

上訴是要求我們審查我們的決定，以及在您認為我們決定有誤時要求我們改變決定的一種正式方式。如果您或您的醫師或其他醫療服務提供者不同意我們的決定，您可以提出上訴。

在大多數情況下，您必須從第 1 級開始上訴。如果您不想針對 Medi-Cal 服務向本計畫提出第一級上訴、您的健康問題十分緊急或會對您的健康造成立即且嚴重的威脅，或者您有劇痛並需要立即決定，您可以前往 www.dmhc.ca.gov 向 Department of Managed Health Care 申請獨立醫療審查。請參閱第 191 頁取得更多資訊。如果您在上訴程序中需要協助，您可致電 1-855-501-3077 與 Cal MediConnect 監察方案聯絡。Cal MediConnect 監察方案與本計畫或是任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。

什麼是第 1 級上訴？

層級 1 上訴是您對本計畫所提出的第一級上訴。我們將會審查我們的承保決定，以確認我們所作的決定是否正確。審查人員將不會與作最初承保決定的人士相同。當審查完成時，我們會以書面方式讓您知道我們的決定。

如果我們在經審查後告知您該服務或用品不屬於承保範圍，您的案件將可進入層級 2 上訴。

概述：如何提出第 1 級上訴

您本人、您的醫師或您的代表可提出書面要求，並將其透過郵件或傳真寄給我們。您也可致電提出上訴。

- 請在您欲上訴之決定日期起的 **60 個曆日** 內提出上訴。如果您因有正當理由而錯過此期限，您也許仍然可以提出上訴 (請參閱第 181 頁)。
- 如果我們告知您有關您目前正在取得的服務即將變更或終止之事，而您因此提出上訴，且您希望在上訴程序進行期間繼續取得該服務，則您可以提出上訴的**時間將較短** (請參閱第 189 頁)。
- 請繼續閱讀本部分，進一步瞭解適用於您上訴的期限。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



我該如何提出層級 1 上訴？

- 您、您的醫師或其他服務提供者或您的代表必須與我們聯絡才能開始為您進行上訴。您可以致電我們，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。如欲進一步瞭解有關如何與我們聯絡以提出上訴的詳情，請參閱第 22 頁第 2 章的 A 部分。
- 您可要求我們進行「標準上訴」或「快速上訴」。
- 如果您欲提出標準上訴或快速上訴，請透過書面方式提出您的上訴或致電與我們聯絡。
 - 您可將您的書面申請提交至下列地址：

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Appeals & Grievances Dept.
PO Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

- 您可在線上提出申請：mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html
- 您也可致電提出上訴，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 您將會在我們收到您上訴後的 5 個曆日內收到我們的信函，告知您我們已收到您的上訴。

「快速上訴」的法律專有名詞是「特急重新審查」。

別人可以代我提出上訴嗎？

是。您的醫師或其他服務提供者可代您提出上訴。此外，您醫師或其他服務提供者以外的人士也可以代您提出上訴，但您必須先填妥「代表委任書」表格。這份表格可授權其他人士代您行事。

如欲取得「代表委任書」表格，請致電會員服務部索取，或瀏覽 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或本計畫網站 mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html。

如果上訴是由您本人或您的醫師以外的人士或其他醫療服務提供者提出，我們必須先收到填妥的「代表委任書」表格才可進行上訴審查。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



我有多少時間可以提出上訴？

您必須在我們寄信通知您我們決定的當日起 **60 個曆日內**提出上訴。

如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，我們可給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括：您罹患嚴重疾病，或我們提供給您的上訴申請期限資訊錯誤。您應在提出上訴時說明延遲提出上訴的原因。

註：如果我們告知您即將變更或終止您目前正在取得的服務，而您因此提出上訴，且您希望在上訴程序進行期間繼續取得該服務，則**您可以提出上訴的時間將較短**。請參閱第 190 頁的「在層級 1 上訴期間，我的福利是否可以持續」以取得更多資訊。

我可以獲得有關我個案的檔案副本嗎？

是。請致電會員服務部向我們索取免費複本，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

我的醫師可以向您提供更多有關本人上訴的資訊嗎？

可以，您和您的醫師可以向我們提供更多資訊以為您的上訴提供佐證。

本計畫將如何作出上訴決定？

我們會仔細審閱所有與您醫療照護承保範圍申請有關的資訊。然後，我們會查看我們在**拒絕**您的要求時是否遵守所有規定。審查人員將不會與作最初承保決定的人士相同。

如果我們需要更多資訊，我們可能會向您或您的醫師索取。

我何時可得知「標準」上訴的決定？

我們必須在收到您上訴後的 **30 個曆日內** (或在收到您的 Medicare B 部分處方藥上訴後的 **7 個曆日內**) 給您答覆。如果因您的健康病況所需，我們會更快給您我們的決定。

- 如果我們未能在 **30 個曆日內** (或在收到您的 Medicare B 部分處方藥上訴後的 **7 個曆日內**) 針對您的上訴作出答覆，且您的問題與 Medicare 服務或項目的承保有關，您的案件將會自動進入層級 2 上訴程序處理。如果發生此情形，我們將會通知您。
- 如果您的問題是與 Medi-Cal 服務或項目的承保範圍有關，您將必須自行提出第 2 級上訴。如需更多有關第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 190 頁的 E4 部分。

如果我們同意您部分或全部請求，我們將必須在收到您上訴後的 **30 個曆日內** (或在收到您的 Medicare B 部分處方藥上訴後的 **7 個曆日內**) 核准或提供承保範圍。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



如果我們拒絕您部分或全部的請求，我們將會寄信通知您。如果您的問題是與 **Medicare** 服務或用品的承保有關，信函中將會告訴您我們將您的案件送至獨立審查組織進行層級 2 上訴。如果您的問題是與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保範圍有關，信函中將會告訴您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多有關第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 190 頁的 E4 部分。

我何時可得知「快速」上訴的決定？

如果您提出快速上訴，我們將會在收到您上訴後的 72 小時內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。

- 如果我們未能在 72 小時內針對您的上訴作出答覆，且您的問題是與 **Medicare** 服務或項目的承保有關，我們將會自動把您的案件交由層級 2 上訴程序處理。如果發生此情形，我們將會通知您。
- 如果您的問題是與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保範圍有關，您將必須自行提出第 2 級上訴。如需更多有關第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 190 頁的 E4 部分。

如果我們同意您部分或全部的請求，我們將必須在收到您上訴後的 72 小時內核准或提供承保範圍。

如果我們拒絕您部分或全部的請求，我們將會寄信通知您。如果您的問題是與 **Medicare** 服務或用品的承保有關，信函中將會告訴您我們將您的案件送至獨立審查組織進行層級 2 上訴。如果您的問題是與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保範圍有關，信函中將會告訴您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多有關第 2 級上訴程序的資訊，請參閱第 190 頁的 E4 部分。

在第 1 級上訴期間，我的福利是否可以持續？

如果我們決定變更或終止某項先前已獲得核准的服務或項目承保，我們將會在採取行動之前寄通知給您。如果您不同意該行動，您可提出第 1 級上訴並要求我們繼續提供您的服務或項目福利。您必須在下列期限當日或之前提出要求 (以較晚發生者為準)，才能繼續取得您的福利：

- 行動通知郵寄日期起的 10 天內；或
- 行動預計生效日期。

如果您遵守上述期限，則在您上訴程序進行期間，您將可繼續取得具有爭議的服務或項目。

E4. 適用於服務、項目及藥品 (非 D 部分藥品) 的層級 2 上訴

如果本計畫在層級 1 上訴作出拒絕決議，接下來該怎麼辦？

如果我們**拒絕**您層級 1 上訴的部分或全部請求，我們將會寄信通知您。信函中將會告訴您該服務或項目是否通常會由 **Medicare** 或 **Medi-Cal** 承保。

- 如果您的問題是與 **Medicare** 服務或項目有關，我們將會在第 1 級上訴結束後自動將您的個案交由第 2 級上訴程序處理。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 如果您的問題是與 **Medi-Cal** 服務或項目有關，您可自行提出第 2 級上訴。信函中會向您說明提出該層級上訴的方法。您也可以藉由下方資訊瞭解詳情。

什麼是第 2 級上訴？

層級 2 上訴是第二級上訴，其是由與本計畫不相關的獨立組織進行。

我的問題是與 **Medi-Cal** 服務或項目有關。我該如何提出層級 2 上訴？

針對 **Medi-Cal** 服務及項目提出層級 2 上訴的方式有兩種：(1) 提交投訴或獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

(1) 獨立醫療審查

您可向 California Department of Managed Health Care (DMHC) 的協助中心提交投訴或申請獨立醫療審查 (IMR)。提交投訴後，DMHC 將會審查我們的決定並做出判決。IMR 適用於任何屬於醫療性質的 **Medi-Cal** 承保服務或項目。IMR 是由不屬於本計畫或不屬於 DMHC 的醫師針對您個案所進行的審查。如果 IMR 作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務或項目。您無需為 IMR 付費。

如果本計畫有下列舉動，您將可提交投訴或申請 IMR：

- 由於本計畫判定 **Medi-Cal** 服務或治療並非醫療所必需，因而拒絕、變更或延遲該服務或治療。
- 不承保嚴重醫療狀況所需的實驗性或研究性 **Medi-Cal** 治療。
- 不給付您已接受的 **Medi-Cal** 急診服務或緊急服務。
- 未在 30 個曆日內解決您針對 **Medi-Cal** 服務所提出的層級 1 標準上訴，或未在 72 小時內解決您針對 **Medi-Cal** 服務所提出的層級 1 快速上訴。

註：若您的醫療服務提供者為您提出上訴，但我們沒有取得您的「代表委任書」表格，您需要先向我們重新提出上訴，才能向 DMHC 提交層級 2 IMR。

針對同一問題，您有權利同時申請 IMR 又申請州聽證會，但如果您已舉行了州聽證會，您將不能再申請 IMR。

在大多數情況下，在申請 IMR 之前，您必須先向我們提出上訴。請參閱第 190 頁，以瞭解有關本計畫層級 1 上訴程序的資訊。如果您不同意我們的決定，您可向 DMHC 提交投訴或向 DMHC 協助中心申請 IMR。

如果您的治療因屬於實驗性或研究性而遭到拒絕，您無需使用本計畫的上訴程序即可申請 IMR。

如果您的問題十分緊急且會對您健康造成即時且嚴重的威脅，或者如果您有劇痛，您可立即請 DMHC 處理，不必先進行上訴程序。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



您必須在我們寄給您書面上訴決定後的 **6 個月內申請 IMR**。若您的理由充分，DMHC 可能會在 6 個月後接受您的申請，例如您的醫療狀況使您無法在 6 個月內要求 IMR，或者您沒有得到我們針對 IMR 程序的充分通知。

欲申請 IMR：

- 請填妥獨立醫療審查申請表/投訴表，您可在 www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx 取得該申請表，或致電 1-888-466-2219 向 DMHC 協助中心索取。聽障專線使用者請撥打 1-877-688-9891。
- 如果您有與遭拒之服務或項目有關的信函或其他文件，請將其副本隨附提出。這樣可以加速 IMR 的處理時間。請寄文件的複本，而不要寄正本。協助中心將不會退還任何文件。
- 如果有人協助您申請 IMR，請填寫授權代理人委任表。您可在下列網站取得該表格：www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 或致電 1-888-466-2219 與該部門的協助中心聯絡。聽障專線使用者請撥打 1-877-688-9891。
- 請將申請表及所有附件郵寄或傳真至：

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

如果您符合 IMR 的資格，DMHC 協助中心將在 7 個日曆日內寄送信函，通知您是否符合 IMR 的資格。在收到您的申請表和佐證文件之後，IMR 將會在 30 個日曆日內作出 IMR 決定。您應在提交完整申請後的 45 個日曆日內收到 IMR 決定。

如果您的情況屬於緊急且您符合 IMR 的資格，DMHC 將審查您的個案，並在 2 個日曆日內寄送信函，通知您是否符合 IMR 的資格。在收到您的申請表和佐證文件之後，IMR 將會在 3 個日曆日內作出 IMR 決定。您應在提交完整申請後的 7 個日曆日內收到 IMR 決定。如果您對 IMR 的結果感到不滿，您仍可申請州政府聽證會。

若 DMHC 沒有從您或提供治療的醫師收到所有需要的病歷，則 IMR 可能需要較長的時間。若您目前的看診醫師不屬於您健保計畫的網絡，則您應向該名醫師取得您的病歷並寄給我們，這十分重要。您的健保計畫需要向網絡內醫師取得病歷副本。

如果 DMHC 判定您的個案不符合 IMR 的資格，DMHC 將會透過其一般的消費者投訴程序審查您的個案。應在提交完整申請後的 30 個日曆日內解決您的投訴。若您的投訴十分緊急，個案的解決時間將會更快。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



(2) 州聽證會

您可隨時針對 Medi-Cal 承保服務及項目申請州聽證會。如果您的醫師或其他醫療服務提供者申請了我們將不會核准的服務或項目，或我們將不再繼續給付您已接受的服務或已取得的項目，且拒絕您的層級 1 上訴，則您有權申請州聽證會。

在大多數情況下，在我們寄「您的聽證權力」通知給您後，您將有 **120 天的時間可以申請州聽證會**。

註：如果我們告知您即將變更或終止您目前正在取得的服務，而您因此申請州政府聽證會，且您希望在州政府聽證會待審期間繼續取得該服務，則您可以提出申請的時間將較短。請參閱第 194 頁的「在層級 2 上訴期間，我的福利是否可以持續」以取得更多資訊。

申請州政府聽證會的方式有兩種：

1. 您可填妥行動通知背面的「州聽證會申請表」。您應提供所有必要資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取不利行動的計畫或郡縣名稱、相關的輔助計畫，以及您希望舉行聽證會的詳細原因。然後您可透過下列其中一種方式提交您的申請：

- 寄至通知上所列的縣立福利部地址。
- 寄至加利福尼亞州社會服務部：

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

- 傳真至州政府聽證處，傳真號碼為 916-651-5210 或 916-651-2789。

2. 您可致電 1-800-952-5253 與加利福尼亞州社會服務部聯絡。聽障專線使用者請致電 1-800-952-8349。如果您決定透過電話申請州聽證會，您應瞭解該電話線路可能非常忙碌。

我的問題是與 Medicare 服務或項目有關。層級 2 上訴的流程為何？

獨立審查組織 (IRE) 將仔細審查層級 1 決定，並決定是否應變更該決定。

- 您無需申請層級 2 上訴。我們會自動將所有拒絕決議 (不論是全部拒絕或部分拒絕) 交由 IRE 處理。如果發生此情形，我們將會通知您。
- IRE 是由 Medicare 聘僱，與本計畫沒有關聯。
- 您可致電會員服務部索取檔案複本，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

IRE 必須在收到您上訴後的 30 個曆日內 (或在收到您的 Medicare B 部分處方藥上訴後的 7 個曆日內)，針對您的層級 2 上訴作出答覆。如果您在取得醫療服務或項目前提出上訴，此規定即適用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 但是，如果 IRE 需要蒐集更多可能對您有利的資訊，IRE 可能最多需要延長 14 個曆日。如果 IRE 需要延長時間來作決定，其將會寄信通知您。若您的申請是針對 Medicare B 部分處方藥，IRE 恕不可花額外時間來做出決定。

如果您在層級 1 進行的是「快速上訴」，您在層級 2 的上訴將會自動以快速上訴的方式進行。IRE 必須在收到您上訴後的 72 小時內給您答覆。

- 但是，如果 IRE 需要蒐集更多可能對您有利的資訊，IRE 可能最多需要延長 14 個曆日。如果 IRE 需要延長時間來作決定，其將會寄信通知您。若您的申請是針對 Medicare B 部分處方藥，IRE 不可花費額外時間來做出決定。

在第 2 級上訴期間，我的福利是否可以持續？

如果您的問題是與 Medicare 承保服務或項目有關，在與獨立審查機構進行第 2 級上訴程序期間，您將無法繼續接受該項服務或項目的福利。

如果您的問題是與 Medi-Cal 承保服務或項目有關，且您申請的是州政府聽證會，則該項 Medi-Cal 服務或項目的福利將可持續至聽證會作出決定為止。您必須在下列期限**當日或之前提出聽證會要求 (以較晚發生者為準)**，才能繼續取得您的福利：

- 告知您不利福利判定 (第 1 級上訴決定) 維持原議的行動通知郵寄日期起的 10 天內；
或
- 行動預計生效日期。

如果您遵守上述期限，您將可繼續取得具有爭議的服務或項目直到聽證會作出決定為止。

我將如何得知決定結果？

如果您的第 2 級上訴是獨立醫療審查，Department of Managed Health Care 將會寄信向您說明審查您個案之醫師所作的決定。

- 如果獨立醫療審查的決定是「**同意**」您部分或全部的請求，我們必須提供該服務或治療。
- 如果獨立醫療審查的決定是「**拒絕**」您部分或全部的請求，這代表其同意層級 1 的決定。您仍可申請州政府聽證會。請參閱第 193 頁，以瞭解有關申請州聽證會的資訊。

如果您的第 2 級上訴是州政府聽證會，California 社會服務部將會寄信向您說明其決定。

- 如果州聽證會的決定是「**同意**」您部分或全部的請求，我們將必須遵循該決定。我們必須在收到決定函複本之日起的 30 個曆日內完成信函中所述的行動。
- 如果州聽證會的決定是「**拒絕**」您部分或全部的請求，這代表其同意層級 1 的決定。我們可終止任何您正在領取的待審期間補助給付。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



如果您的層級 2 上訴是交由 Medicare 的獨立審查組織 (IRE) 處理，其將會寄信向您說明其決定。

- 如果 IRE 「同意」您標準上訴中部分或全部的請求，我們將必須在收到 IRE 決定函之日起的 72 小時內授權該醫療保健承保，或在 14 個曆日內為您提供該服務或用品。如果您要求的是快速上訴，我們將必須在收到 IRE 決定函之日起的 72 小時內授權該醫療保健承保或為您提供該服務或用品。
- 如果 IRE 同意您在 Medicare B 部分處方藥標準上訴中的部分或全部的請求，我們將必須在收到 IRE 決定後的 72 小時內，授權或提供 Medicare B 部分處方藥。如果您要求的是快速上訴，我們將必須在收到 IRE 決定函之日起的 24 小時內授權或提供 Medicare B 部分處方藥。
- 如果 IRE 「拒絕」您部分或全部的請求，這代表其同意層級 1 的決定。這稱為「維持原決定」。也稱為「駁回上訴」。

如果上訴決定是拒絕本人全部或部分的請求，我是否可提出進一步上訴？

如果您的第 2 級上訴是獨立醫療審查，您可申請州政府聽證會。請參閱第 193 頁，以瞭解有關申請州聽證會的資訊。

如果您的第 2 級上訴是州政府聽證會，您可在收到決定函後的 30 天內要求覆審。您可在您收到決定函後的一年內，根據民事訴訟法第 1094.5 部分的規定向高等法院提出請願，要求其針對州聽證會的拒絕決議進行司法審查。如果您已針對同一問題申請了州聽證會，您將不能再申請 IMR。

如果您的層級 2 上訴是交由 Medicare 的獨立審查組織 (IRE) 處理，則僅有在您欲取得之服務或項目的現金價值達到一定的最低金額標準時，您才可再次提出上訴。IRE 寄給您的信函中將會說明您可能享有的其他上訴權利。

請參閱第 217 頁的 I 部分，以瞭解更多有關其他層級上訴的資訊。

E5. 給付問題

本計畫不允許我們的網絡醫療服務提供者針對承保服務和項目向您請款。即使我們給付給醫療服務提供者的費用少於該醫療服務提供者針對承保服務或項目所收取的費用，您也無需支付任何費用。不論在何種情況下，您都無需支付任何帳單的餘額。您唯一需要支付的費用是層級 1 和/或層級 2 藥品的共付額。

如果您收到超過您共付額的承保服務和藥品帳單，請將帳單寄給我們。您不應自行支付帳單。我們將會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該問題。

如需更多資訊，請先閱讀第 7 章：「要求本計畫為您所取得的承保服務或藥品帳單支付分攤費用」。第 7 章將為您說明在何種情況下您可能需要向我們要求補償或可能需要支付您所收到的醫療服務提供者帳單。該章也會說明您該如何將要求本計畫給付的書面文件寄給我們。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



我可以要求本計畫針對我所支付的服務或項目費用償還其應分攤的費用嗎？

請謹記，如果您收到超過您承保服務和用品共付額的帳單，您不應自行支付帳單。但如果您支付了帳單，且您在取得服務和項目時有遵守規定，您將可獲得退款。

如果您欲要求我們償還您所支付的費用，您需提出承保決定要求。我們將會確認您已付費的服務或項目是否屬於承保服務或項目，且我們會查看您在使用承保範圍時是否遵守所有規定。

- 如果您已付費的服務或項目是屬於承保範圍且您有遵守所有規定，我們將會在收到您要求後的 60 個曆日內，針對該服務或項目將我們應分攤的費用款項寄給您的醫療服務提供者。您的醫療服務提供者隨後會將款項寄給您。
- 如果您尚未支付該服務或項目的費用，我們將會把費用款項直接寄給該醫療服務提供者。我們若寄出該費用款項，即表示我們同意您的承保決定要求。
- 如果該服務或項目不屬於承保範圍，或者您未遵守所有規定，我們將會寄信告知您我們不給付該服務或項目並向您說明原因。

如果我們表示我們將不會提供給付該怎麼辦？

如果您不同意我們的決定，您可以提出上訴。請遵守第 187 頁的 E3 部分所述的上訴程序。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您是針對補償提出上訴，我們必須在收到您上訴後的 30 個曆日內給您答覆。
- 如果您要求我們償還您已經取得且自行付費的服務或項目費用，您不得提出快速上訴要求。

如果我們拒絕您的上訴且該服務或項目通常是由 Medicare 承保，我們將會自動把您的案件交由獨立審查組織 (IRE) 處理。如果發生此情形，我們將會寄信通知您。

- 如果 IRE 推翻本計畫的決定並表示我們應對您進行給付，我們將必須在 30 個曆日內將給付款項寄給您或醫療服務提供者。如果您的上訴在層級 2 之後的任何上訴程序階段得到同意的答覆，我們將必須在 60 個曆日內將您要求給付的款項寄給您或醫療服務提供者。
- 如果 IRE 拒絕了您的上訴，這表示其同意我們不核准您申請的決定。(這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回上訴」。)寄給您的信函中將會說明您可能享有的其他上訴權利。僅在您欲取得之服務或項目的現金價值達到一定的最低金額標準時，您才可再次提出上訴。請參閱第 217 頁的 I 部分，以瞭解更多有關其他層級上訴的資訊。

如果我們拒絕您的上訴，且該服務或項目通常是由 Medi-Cal 承保，您將可自行提出第 2 級上訴 (請參閱第 190 頁的 E4 部分)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



F. D 部分藥品

F1. 如果您對領取 D 部分藥品有問題，或您希望我們償還您 D 部分藥品的費用該怎麼辦

身為本計畫的會員，您的福利包括許多處方藥的承保。這些大多數藥品均是「D 部分藥品」。有少數幾項藥品雖不屬於 Medicare D 部分的承保範圍，但卻可能可獲得 Medi-Cal 的承保。本部分內容僅適用於 D 部分藥品的上訴。

「藥品清單」中包括了部分有「NT」標示的藥品。這些藥品不屬於 D 部分藥品。有關有「NT」標示之藥品的上訴或承保範圍決定將遵循第 187 頁 E 部分所述的程序。

我可以針對 D 部分處方藥提出承保決定要求或提出上訴嗎？

是。以下是您可要求本計畫針對您的 D 部分藥品作承保決定的一些範例：

- 您可要求我們進行例外處理，例如：
 - 要求我們承保不在本計畫「藥品清單」中的 D 部分藥品
 - 要求我們免除本計畫對某項藥品的承保限制 (例如您能夠領取的藥量限制)
- 您可要求我們是否可為您承保某項藥品 (例如，當您的藥品有在本計畫的「藥品清單」中，但我們卻要求您必須先取得我們的核准我們才會為您承保)。

註：如果您的藥房表示您無法領取處方藥，您將會收到一份通知，說明如何與我們聯絡以提出承保決定要求。

- 您可要求我們給付您已經購買的處方藥。(這是針對給付所提出的承保範圍決定要求。)

有關您 D 部分藥品的承保範圍決定，其法律術語是「承保範圍判定」。

如果您不同意我們已經作出的承保範圍決定，您可以對我們的決定提出上訴。本部分將為您說明如何提出承保決定要求與如何提出上訴。

請利用下表協助您判定哪部分的資訊適用於您的情況：

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



您遇到下列何種情況？

<p>您需要的藥品未被納入我們的藥品清單，或需要我們免除某承保藥品相關之規定或限制？</p> <p>您可要求我們進行例外處理。(這是一種承保決定。)</p> <p>請從第 198 頁的 F2 部分開始。請參閱第 199 頁和第 200 頁的 F3 和 F4 部分。</p>	<p>您想要將藥品納入我們的藥品清單，且您認定您所需的藥品符合任何計畫規定或限制 (例如預先取得核准)？</p> <p>您可要求我們作承保決定。</p> <p>請跳到第 200 頁的 F4 部分。</p>	<p>您想要求我們針對您已取得並已付費的藥品償還費用給您？</p> <p>你可要求我們償還您所支付的費用。(這是一種承保決定。)</p> <p>請跳到第 200 頁的 F4 部分。</p>	<p>我們是否已經告知您，我們不承保或給付您想要承保或給付的藥品？</p> <p>您可以提出上訴。(也就是說，您可以要求我們重新考慮。)</p> <p>請跳到第 203 頁的 F5 部分。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

F2. 什麼是例外處理

例外處理是一項許可，其可讓您取得通常不在本計畫「藥品清單」中的藥品承保，或可讓您在沒有特定規定和限制的情況下使用某項藥品。如果某項藥品不在本計畫的「藥品清單」中，或者該藥品未以您希望的方式承保，您可要求我們進行「例外處理」。

當您要求例外處理時，您的醫師或其他開立處方者將需解釋您需要進行例外處理的醫療理由。

以下是您本人或您醫師或其他處方開立者可要求我們進行例外處理的例子：

1. 承保不在本計畫「藥品清單」中的 **D** 部分藥品。
 - 如果我們同意進行例外處理並承保不在「藥品清單」中的藥品，您將需支付適用於層級 2 品牌藥品或層級 1 普通藥品的分攤費用額。
 - 您不得要求我們針對我們規定您支付的藥品共付額或共同保險進行例外處理。
2. 移除本計畫的承保限制。本計畫「藥品清單」中的部分藥品有額外的規定或限制適用 (如需更多資訊，請參閱第 118 頁第 5 章的 **C** 部分)。
 - 適用於部分藥品的額外承保規定與限制包括：
 - 必須使用普通牌藥品以取代品牌藥品。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 在本計畫同意承保您的藥品前，事先取得本計畫的核准。(這有時稱為「事先授權」。)
- 要求先嘗試一種不同的藥品，之後我們才會同意承保您所要求的藥品。(這有時稱為「階段療法」。)
- 數量限制。針對某些藥品，本計畫會限制您可以領取的藥量。
- 如果我們同意進行例外處理並為您免除限制，您仍可針對我們規定您支付的藥品共付額要求我們進行例外處理。

要求移除某藥品承保範圍限制的法律術語有時稱為要求「處方集例外處理」。

F3. 要求例外處理的重要須知

您的醫師或其他開立處方者必須告知我們醫療理由

您的醫師或其他開立處方者必須提供一份聲明給我們，說明要求進行例外處理的醫療理由。當您要求進行例外處理時，如果您附上由您醫師或其他開立處方者所提供的聲明資訊，我們將可在較短時間內針對您的例外處理作決定。

一般而言，我們的藥品清單包括一種以上治療特定病況的藥品。這些藥品稱為「替代」藥品。如果替代藥品與您要求的藥品效力相當且不會造成較多的副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理要求。

我們可能同意也可能拒絕您的例外處理要求

- 如果我們**同意**您的例外處理要求，該例外處理通常至該曆年結束為止均有效。只要您的醫師持續開立該藥品處方給您，且該藥品能安全有效地治療您的病況，就適用上述說明。
- 如果我們**拒絕**您的例外處理要求，您可以提出上訴，要求針對我們的決定進行審查。第 203 頁的 F5 部分將為您說明如果我們**拒絕**您的要求時您該如何提出上訴。

下一部分為您說明如何要求作出承保範圍決定，包括例外處理。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



F4. 如何提出與 D 部分藥品或是 D 部分藥品補償 (包括例外處理) 有關的承保範圍決定要求

作法

- 要求您想要的承保決定類型。請透過電話、寫信或傳真提出您的要求。您、您的代表或您的醫師 (或其他開立處方者) 皆可以提出該要求。您可以致電我們，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 您本人或您的醫師 (或其他開立處方者) 或其他代表您的人士皆可提出承保決定要求。您也可以請律師代表您。
- 請參閱第 181 頁 D 部分以瞭解如何授權他人擔任您的代表。
- 您的醫師或其他開立處方者無需您的書面許可即可代您向我們提出承保範圍決定要求。
- 如果您想要求我們償還您藥品費用，請參閱本手冊第 139 頁第 7 章的 A 部分。第 7 章將為您說明在何種情況下您可能需要向我們要求補償。本章也會為您說明如何將書面文件寄給我們，要求就您已經支付的藥品償還我們應分攤的部分。
- 如果您欲提出例外處理要求，請提供「佐證聲明」。您的醫師或其他開立處方者必須告訴我們您需要進行藥品例外處理的醫療理由。我們將此稱為「佐證聲明」。
- 您的醫師或其他開立處方者可以傳真或郵寄其聲明給我們。或者您的醫師或其他開立處方者也可以透過電話告知我們，然後再將聲明傳真或郵寄給我們。

概述：如何提出與藥品或給付有關的承保決定要求

請透過電話、寫信或傳真向我們提出要求，或者請您的代表或是醫師或其他處方開立者提出要求。針對標準承保決定，我們將會在 72 小時內給您答覆。針對您已付費的 D 部分藥品補償，我們將會在 14 個曆日內給您答覆。

- 如果您欲要求例外處理，請附上您醫師或其他開立處方者的佐證聲明。
- 您本人或您醫師或其他開立處方者均可提出快速決定要求。(快速決定通常會在 24 小時內有結果。)
- 請閱讀本部分內容以確認自己有資格申請快速決定！也請參閱本部分以瞭解有關決定期限的資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



如果您因健康情況所需，請要求我們進行「快速承保決定」

除非我們同意採用「快速期限」，否則我們將會採用「標準期限」。

- **標準承保決定**代表我們將會在收到您醫師聲明後的 72 小時內給您答覆。
- **快速承保範圍決定**代表我們將會在收到您醫師聲明後的 24 小時內給予答覆。

「快速承保範圍決定」的法律術語是「特急承保範圍判定」。

僅當您針對您尚未接受的藥品提出承保要求時，您才可以取得快速承保決定。(如果您欲要求我們償還您已經購買的藥品費用，您將無法取得快速承保決定。)

僅有當採用標準期限可能會嚴重危害您的健康或損害您的身體機能時，您才可以取得快速承保決定。

如果您的醫師或其他開立處方者告訴我們您的健康情況需要「快速承保範圍決定」，我們將會自動同意為您提供快速承保範圍決定，並會寄信通知您。

- 如果您是自己提出快速承保決定要求 (且您的醫師或其他處方開立者未提供佐證文件)，我們將會判定您是否應取得快速承保決定。
- 如果我們判定您的醫療狀況不符合快速承保範圍決定的規定，我們將會改用標準期限。
 - 我們將會寄信通知您。信函中將會告訴您如何針對我們決定為您提供標準決定事宜提出投訴。
 - 您可提出「快速投訴」並在 24 小時內獲得投訴回覆。如需更多有關投訴 (包括快速投訴) 程序的資訊，請參閱第 218 頁的 J 部分。

「快速承保範圍決定」的期限

- 如果我們採用快速期限，我們將必須在 24 小時內給您答覆。也就是我們收到您要求後的 24 小時內。或者，如果您要求的是例外處理，這是指我們將會在收到您醫師或開立處方者針對您要求所提供之佐證聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由層級 2 上訴程序處理。在層級 2，獨立審查組織將會審查您的要求。
- 如果我們同意您部分或全部的請求，我們將必須在收到您要求或是在收到您醫師或開立處方者針對您要求所提供之佐證聲明後的 24 小時內為您提供承保。
- 如果我們拒絕您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們拒絕的理由。該信函也會向您說明如何針對我們的決定提出上訴。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



與您尚未領取之藥品有關的「標準承保範圍決定」期限

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您要求後的 **72 小時**內給您答覆。或者，如果您要求的是例外處理，這表示我們將會在收到您醫師或開立處方者所提供的佐證聲明後的 **72 小時**內給您答覆。如果您因健康情況所需，我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由層級 **2** 上訴程序處理。在層級 **2**，獨立審查組織將會審查您的要求。
- **如果我們同意**您部分或全部的請求，我們將必須在收到您要求後的 **72 小時**內核准或提供承保範圍，或者如果您要求的是例外處理，我們則需在收到您醫師或開立處方者所提供的佐證聲明後核准或提供承保範圍。
- **如果我們拒絕**您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們**拒絕**的理由。該信函也會向您說明如何針對我們的決定提出上訴。

與您已購藥品之給付有關的「標準承保決定」期限

- 我們將必須在收到您要求後的 **14 個曆日**內給您答覆。
- 如果我們沒有遵守該期限，我們會將您的要求交由層級 **2** 上訴程序處理。在層級 **2**，獨立審查組織將會審查您的要求。
- **如果我們同意**您部分或全部的請求，我們將會在 **14 個曆日**內給付。
- **如果我們拒絕**您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們**拒絕**的理由。該信函也會向您說明如何針對我們的決定提出上訴。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

F5. 適用於 D 部分藥品的第 1 級上訴

- 您本人、您的醫師、其他開立處方者或您的代表必須與我們聯絡才能開始為您進行上訴。
- 如果您欲提出標準上訴，您可透過書面方式提出您的上訴申請。您也可致電提出上訴，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 如果您想進行快速上訴，您可透過書面方式或致電給我們提出您的上訴。
- 請在我們寄決定通知給您當日起的 **60 個曆日內**提出上訴。如果您錯過此期限且您有正當理由，我們可給您更多時間讓您提出上訴。例如，錯過期限的正當理由可能包括您罹患嚴重疾病使您無法與我們聯絡，或我們提供給您的上訴申請期限資訊錯誤或不完整。
- 您有權向我們索取與您上訴有關的資訊複本。如欲索取複本，請致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。

概述：如何提出第 1 級上訴

您本人、您的醫師、開立處方者或您的代表可提出書面要求，並將其透過郵件或傳真寄給我們。您也可致電提出上訴。

- 請在您欲上訴之決定日期起的 **60 個曆日內**提出上訴。如果您因有正當理由而錯過此期限，您也許仍然可以提出上訴。
- 您本人、您的醫師、開立處方者或您的代表可致電給我們提出快速上訴。
- 請閱讀本部分內容以確認自己有資格申請快速決定！也請參閱本部分以瞭解有關決定期限的資訊。

向本計畫提出 D 部分藥品承保範圍決定相關上訴的**法律術語**是計畫「**重新判定**」。

根據您的意願，您和您的醫師或其他開立處方者可以向我們提供額外的資訊以支持您的上訴。

如果您因健康情況所需，請要求進行「快速上訴」

- 如果您欲針對本計畫對您尚未領取的藥品所作的決定提出上訴，您和您的醫師或其他開立處方者必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」的規定與第 200 頁的 F4 部分取得「快速承保範圍決定」的規定相同。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



「快速上訴」的法律術語是「特急重新判定」。

本計畫將會針對您的上訴進行審查並告訴您我們的決定

- 我們會再次仔細審閱所有與您承保申請有關的資訊。我們會查看以確認我們在**拒絕**您的要求時是否有遵守所有規定。我們可能會與您或您的醫師或其他開立處方者聯絡以取得更多資訊。審查人員將不會與作最初承保決定的人士相同。

「快速上訴」的期限

- 如果我們採用快速期限，我們將會在收到您上訴後的 **72 小時**內給您答覆，或者如果是因您的健康情況所需，我們將會更快給您答覆。
- 如果我們未能在 **72 小時**內給您答覆，我們會將您的申請交由層級 **2** 上訴程序處理。在第 **2 級**，獨立審查機構將會審查您的上訴。
- **如果我們同意**您部分或全部的請求，我們將必須在收到您上訴後的 **72 小時**內為您提供承保。
- **如果我們拒絕**您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們**拒絕**的理由。

「標準上訴」的期限

- 如果我們採用標準期限，我們將必須在收到您上訴後的 **7 個曆日**內給您答覆，或者如果是因您的健康情況所需，我們將會更快給您答覆，除非您是要求我們退還您已經購買的藥品費用。如果您要求我們退還您已經購買的藥品費用，我們必須在收到您上訴後 **14 個曆日**內給您答覆。如果您認為是自己健康情況所需，您應該要求進行「快速上訴」。
- 如果我們未能在 **7 個曆日**內給您答覆，或是您要求我們退還您已經購買的藥品費用的 **14 個曆日**內給您答覆，我們會將您的申請交由第 **2 級**上訴程序處理。在第 **2 級**，獨立審查機構將會審查您的上訴。
- **如果我們同意**您部分或全部的請求：
 - 如果我們核准了承保範圍申請，我們將必須按照您的健康情況所需盡快提供承保，最遲不得超過我們收到您上訴後的 **7 個曆日**，或是您要求我們退還您已經購買的藥品費用的 **14 個曆日**內。
 - 如果我們核准了您要求我們償還您已購藥品之費用的申請，我們將會在收到您上訴申請後的 **30 個曆日**內將款項寄給您。
- **如果我們拒絕**您部分或全部的請求，我們將會寄信給您說明我們**拒絕**的理由，並說明該如何針對我們的決定提出上訴。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



F6. 適用於 D 部分藥品的第 2 級上訴

如果我們**拒絕**您部分或全部的上訴，您可以選擇是否要接受或繼續提出進一步上訴。如果您決定進行第 2 級上訴，獨立審查機構 (IRE) 將會審查我們的決定。

- 如果您希望 IRE 審查您的個案，您必須透過書面方式提出上訴申請。我們寄給您的層級 1 上訴決定函中將會為您說明該如何提出層級 2 上訴。
- 當您向 IRE 提出上訴時，我們也會向 IRE 提供您案件的檔案。您有權聯絡會員服務部向我們索取您案件的檔案複本，請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 您有權向 IRE 提供其他資訊以為您的上訴提供佐證。
- IRE 是由 Medicare 所聘僱的獨立組織。其與本計畫並無關聯，也不屬於政府機構。
- IRE 的審查人員將會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。該組織將會寄信給您說明其決定。

概述：如何提出第 2 級上訴

如果您希望獨立審查組織審查您的個案，您必須透過書面方式提出上訴申請。

- 請在您欲上訴之決定日期起的 **60 個曆日**內提出上訴。如果您因有正當理由而錯過此期限，您也許仍然可以提出上訴。
- 您本人、您的醫師、其他開立處方者或您的代表皆可提出層級 2 上訴。
- 請閱讀本部分內容以確認自己有資格申請快速決定！也請參閱本部分以瞭解有關決定期限的資訊。

向 IRE 提出 D 部分藥品相關上訴的**法律術語**是「重新判定」。

第 2 級「快速上訴」的期限

- 如果是因您的健康情況所需，請向獨立審查組織 (IRE) 要求進行「快速上訴」。
- 如果 IRE 同意為您進行「快速上訴」，其必須在收到您上訴申請後的 72 小時內，針對層級 2 上訴給您答覆。
- 如果 IRE **同意**您部分或全部的請求，我們將必須在收到其決定後的 24 小時內，授權或承保您的藥品。

第 2 級「標準上訴」的期限

- 如果您提出第 2 級標準上訴，獨立審查機構 (IRE) 將必須在收到您上訴後的 7 個曆日內針對第 2 級上訴給您答覆，或是您要求我們退還您已經購買的藥品費用的 14 個曆日內給您答覆。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 如果 IRE 同意您部分或全部的請求，我們將必須在收到其決定後的 72 小時內，授權或承保您的藥品。
- 如果 IRE 核准了您要求我們償還您已購藥品之費用的申請，我們將會在收到其決定後的 30 個曆日內將款項寄給您。

如果獨立審查組織拒絕您的層級 2 上訴該怎麼辦？

拒絕決議代表獨立審查組織 (IRE) 同意我們不核准您申請的決定。這稱為「維持原決定」。也稱為「駁回上訴」。

如要繼續進行層級 3 上訴程序，您所要求的藥品現金價值必須達到最低金額的規定。如果現金價值未達最低標準，您將不能提出任何進一步上訴。如果現金價值有達到標準，您可申請層級 3 上訴。IRE 寄給您的信函中將會告訴您繼續進行上訴程序所需達到的金額。

G. 要求我們承保更長的住院時間

當您住院時，您有權取得診斷和治療您疾病或傷害所需的所有承保醫院服務。

在您的承保住院期間，您的醫師和醫院工作人員將會與您合作，一同為您出院的日子做準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的任何照護。

- 您離開醫院的日子稱為您的「出院日期」。
- 您的醫師或醫院工作人員將會告知您您的出院日期。

如果您認為自己太快被要求出院，您可以要求延長住院時間。本部分將為您說明如何提出要求。

G1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您住院後的兩天內，社福調查員或護士將會提供一份「Medicare 權益重要訊息」通知給您。如果您沒有收到此通知，請向任何醫院工作人員索取。若您需要協助，請致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

請仔細閱讀這份通知，若有不明之處歡迎提問。此「重要訊息」通知將會為您說明您身為醫院病人的權利，包括：

- 您在住院期間及出院之後取得 Medicare 承保服務的權利。您有權瞭解您可取得哪些服務、誰將給付這些服務以及您可透過何處取得這些服務。
- 您參與任何與您住院時間相關決策的權利。
- 瞭解應向何處舉報您對醫院照護品質所持有的任何顧慮。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 在您認為自己太快被要求出院時提出上訴。

您應在 Medicare 的通知上簽名，以表示您已收到通知並瞭解自己的權利。在通知上簽名並不代表您同意您醫師或醫院工作人員可能已告知您的出院日期。

請保留該簽名的通知副本以備不時之需。

- 如欲預先查看本通知，您可致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，其每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。
- 您也可以在线上瀏覽本通知，網址是 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。
- 如果您需要協助，請致電上列電話號碼與會員服務部或 Medicare 聯絡。

G2. 進行第 1 級上訴以變更您的出院日期

如果您希望我們延長您住院服務的承保時間，您必須提出上訴申請。品質改善組織將會進行層級 1 上訴審查，以確認您預定的出院日期對您而言是否具有醫療適當性。在 California，品質改善組織稱為 Livanta。

如欲提出上訴以變更您的出院日期，請致電與 Livanta 聯絡：1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。

現在立即致電！

請在您出院之前致電品質改善組織，最遲不得超過您的預定出院日期。「來自 Medicare 並與您權利有關的重要訊息」通知中包含了品質改善組織的聯絡方式相關資訊。

- 如果您在出院之前致電聯絡，在您等候品質改善組織對您上訴作出決定的期間，您可在您預定出院日期後繼續住院而不需支付費用。
- 如果您未致電要提出上訴，且您決定在您預定出院日期後繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期後所接受之醫院照護的全額費用。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織進行上訴的期限，您可以直接向本計畫提出您的上訴。如欲瞭解詳情，請參閱第 210 頁的 G4 部分。

概述：如何提出第 1 級上訴以變更您的出院日期

請致電您所在州的品質改善組織：
1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668
並要求進行「快速審查」。

請在您出院及預定出院日期前致電聯絡。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 因為住院由 Medicare 和 Medi-Cal 承保，所以如果品質改善組織不接受您想要繼續住院的請求，或者，您認為您的情況十分緊急、對您的健康造成立即且嚴重的威脅或您有劇痛，則您可能可以提交投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 190 頁 E4 部分，以瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

我們希望確保您瞭解您必須採取的行動以及相關期限。

- **如有需要請尋求協助。**如果您有疑問或是需要協助，請致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您也可致電 1-800-434-0222 聯絡 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。或者，您可致電 1-855-501-3077 與 Cal MediConnect 監察方案聯絡。

什麼是品質改善組織？

品質改善組織是由一群受雇於聯邦政府的醫師和其他醫療保健專業人士所組成。這些專家不屬於本計畫。Medicare 支付費用給該組織，以檢查並協助改善 Medicare 投保人的照護品質。

要求進行「快速審查」

您必須要求品質改善組織針對您的出院進行「**快速審查**」。要求進行「快速審查」代表您要求該組織採用上訴的快速期限而非標準期限。

「快速審查」的法律術語是「**即刻審查**」。

快速審查的流程為何？

- 品質改善組織的審查人員將會詢問您本人或您代表為何您認為本計畫應在預定出院日期後繼續提供承保。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查人員將會查看您的病歷，與您的醫師討論，並審閱所有與您住院相關的資訊。
- 在審查人員告知我們上訴結果的次日中午之前，您將會收到一封通知您預定出院日期的信函。該信函將會為您說明為何您的醫師、醫院及本計畫認為讓您在該日期出院是適當的。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



此書面說明的**法律術語**是「**詳細出院通知**」。您可致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。或者您可以在線上查看通知樣本，網址是 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

如果答覆是同意將會怎樣？

- 如果品質改善組織**同意**您的上訴，我們將必須繼續為您承保醫療所必需的醫院服務。

如果答覆是拒絕將會怎樣？

- 如果品質改善組織**拒絕**您的上訴，代表他們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。若是發生此情況，本計畫為您提供的住院病人醫院服務承保將於品質改善組織回覆上訴後的次日中午終止。
- 如果品質改善組織**拒絕**您的上訴，但您決定繼續住院，則您可能必須支付您繼續住院的費用。您可能必須支付的醫院照護費用，將自品質改善組織通知您上訴答覆次日中午開始計算。
- 如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您在預定出院日期後仍繼續住院，則您可提出第 2 級上訴，詳情如下一部分所述。

G3. 進行第 2 級上訴以變更您的出院日期

如果品質改善組織駁回您的上訴，而且您在預定出院日期後仍繼續住院，那麼您即可提出層級 2 上訴。您將必須再次與品質改善組織聯絡並要求進行再次審查。

請在品質改善組織**拒絕**您第 1 級上訴之日後的 **60 個曆日內**提出第 2 級審查要求。您必須在照護承保終止後仍然住院，才能要求此審查。

在加州，品質改善組織稱為 Livanta。您可致電 Livanta：**1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)**。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- 品質改善組織的審查人員將會在收到您再次審查請求的 14 個曆日內作出決定。

如果答覆是同意將會怎樣？

概述：如何提出層級 2 上訴變更您的出院日期

請致電您所在州的品質改善組織：
1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)
並要求進行另一項審查。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 針對您自第一次上訴決定日期次日中午起所接受的醫院照護，我們將必須償還您本計畫應分攤的費用。我們將必須繼續為您提供醫療所必需的住院病人醫院照護承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且承保範圍限制可能適用。

如果答覆是拒絕將會怎樣？

這代表品質改善組織同意層級 1 的決定，且將不會改變該決定。您收到的信函將會告訴您，如果您想繼續進行上訴程序該怎麼做。

如果品質改善組織駁回了您的層級 2 上訴，您可能必須為您在預定出院日之後的住院支付全額費用。

您可能還可以提交投訴或要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 190 頁的 E4 部分，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

G4. 如果您錯過了上訴期限，將會發生什麼情況

如果您錯過了上訴期限，還有其他方式可以提出第 1 級和第 2 級上訴，該方式稱為替代上訴。不過這前兩層級的上訴不盡相同。

進行第 1 級替代上訴以變更您的出院日期

如果您錯過聯絡品質改善組織的期限 (期限為 60 天內或不晚於您的預定出院日期，以先發生者為準)，您可以向我們提出上訴，要求進行「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。

- 在審查期間，我們會查看所有與您住院有關的資訊。我們會查看以確認有關您應何時出院的決定是否公平且有遵守所有規定。
- 我們在提供本次審查的答覆給您時將會採用快速期限而非標準期限。這代表我們會在您提出「快速審查」要求後的 72 小時內告訴您我們的決定。
- **如果我們同意您的快速審查**，這代表我們同意您在出院日期後仍需要繼續住院。我們將繼續承保醫療所必需的醫院服務。
- 這也代表，針對您自我們告知您承保範圍終止日期起所接受的照護，我們同意償還您本計畫應分攤的費用。
- **如果我們拒絕您的快速審查**，這代表我們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。我們為您提供的住院服務承保將於我們所告知您的承保終止日終止。

概述：如何提出層級 1 替代上訴

致電會員服務部，並要求我們針對您的出院日期進行「快速審查」。

我們會在 72 小時內告訴您我們的決定。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 如果您在預定出院日期後仍繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期後所接受之醫院照護的全額費用。
- 為確保我們在拒絕您的快速上訴時有遵守所有規定，我們將會把您的上訴交由獨立審查組織處理。當我們這樣做時，代表您的個案已自動進入第 2 級上訴程序。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「特急上訴」。

進行第 2 級替代上訴以變更您的出院日期

我們會在通知您層級 1 決定後的 24 小時內將您的層級 2 上訴資訊寄給獨立審查組織 (IRE)。如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。第 218 頁的 J 部分將為您說明該如何提出投訴。

在層級 2 上訴期間，IRE 將會審查我們對您「快速審查」所作的拒絕決議。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

- IRE 會針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員通常會在 72 小時內給您答覆。
- IRE 是由 Medicare 所聘僱的獨立組織。該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。
- IRE 的審查人員將會仔細查看所有與您出院上訴有關的資訊。
- 如果 IRE 同意您的上訴，則針對您自預定出院日期起所接受的醫院照護，我們將必須償還您本計畫應分攤的費用。我們也必須繼續為您提供醫療所必需的醫院服務承保。
- 如果 IRE 拒絕您的上訴，這代表他們同意我們的看法，認為您的預定出院日期具有醫療適當性。
- IRE 寄給您的信函將會告訴您，如果您想繼續進行審查程序該怎麼做。該通知也會提供您如何進行第 3 級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。

概述：如何提出層級 2 替代上訴

您無須採取任何行動。本計畫將會自動把您的上訴交由獨立審查機構處理。

您可能還可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續住院。請參閱第 190 頁的 E4 部分，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可同時申請獨立醫療審查和第 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代第 3 級上訴。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



H. 如果您認為自己的居家醫療保健、特護療養或綜合門診復健機構 (CORF) 服務太快終止該怎麼辦

本部分僅與以下三種照護類型有關：

- 居家醫療保健服務。
- 在特護療養機構提供的特護療養。
- 您以 Medicare 核准的綜合門診復健機構 (CORF) 病患身分所取得的復健照護。這通常表示您正在接受疾病或意外的治療，或您正處於重大手術後的恢復期間。
 - 針對上述任何類型的照護，只要您的醫師表示您需要，您即有權持續取得承保服務。
 - 當我們決定要停止承保上述任何照護時，我們將必須在您服務終止之前告知您。在您該項照護的承保終止之後，我們將會停止給付您的照護。

如果您認為我們太快終止您的照護承保，您可以針對我們的決定提出上訴。本部分將會為您說明該如何提出上訴。

H1. 我們會事先通知您承保範圍何時終止

在我們停止給付您的照護前，您至少會提前兩天收到通知。此通知稱為「Medicare 終止承保通知」。本書面通知會告訴您，我們將停止承保您的照護的日期，以及如何對此決定提出上訴。

您或您的代表應在該書面通知上簽名，以表示您有收到通知。在通知上簽名並不代表您同意本計畫認為您應停止取得照護的時間。

在您的保險終止之後，我們將會停止為您的照護給付我們的分攤費用。

H2. 進行第 1 級上訴以延續您的照護

如果您認為我們太快終止您的照護承保範圍，您可以針對我們的決定提出上訴。本部分將會為您說明該如何提出上訴。

在您開始進行上訴之前，請先瞭解您必須採取的行動以及相關期限。

- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵守您必須採取之行動的適用期限。另外也有本計畫必須遵守的期限。(如果您認為我們未遵守我們的期限規定，您可以提出投訴。第 218 頁的 J 部分將為您說明該如何提出投訴。)
- **如有需要請尋求協助。** 如果您有疑問或是需要協助，請致電會員服務部，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。或者致電 1-213-383-4519 與 State Health Insurance Assistance Program 聯絡。如果您在洛杉磯縣內，請致電 1-800-824-0782 (聽障專線：711)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



在第 1 級上訴期間，品質改善組織 (QIO) 將會審查您的上訴，並判定是否要變更本計畫所作的決定。在 California，品質改善組織稱為 Livanta。您可致電 Livanta：1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。您也可在「Medicare 終止承保通知」中找到有關向品質改善組織提出上訴的資訊。這是您在得知我們即將終止您的照護承保時將會收到的通知。

什麼是品質改善組織？

品質改善組織是由一群受雇於聯邦政府的醫師和其他醫療保健專業人士所組成。這些專家不屬於本計畫。Medicare 支付費用給該組織，以檢查並協助改善 Medicare 投保人的照護品質。

您應向其提出什麼要求？

要求其進行「快速上訴」。這是一項獨立審查，旨在判定我們終止您的服務承保是否具有醫療適當性。

您與該組織聯絡的期限為何？

- 在您收到書面通知得知我們將於何時停止承保您的照護後，您必須與品質改善組織聯絡，最遲不得超過您收到書面通知的次日中午。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織進行上訴的期限，您可以直接向我們提出您的上訴。如欲瞭解有關透過此其他方式提出上訴的詳情，請參閱第 215 頁的 H4 部分。
- 如果品質改善組織不接受您想要延續醫療保健服務承保範圍的請求，或者，您認為您的情況十分緊急、對您的健康造成立即且嚴重的威脅或您有劇痛，則您可能可以提交投訴並要求 California Department of Managed Health Care (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 190 頁的 E4 部分，以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

此書面通知的法律術語是「**Medicare 拒保通知**」。若要索取樣本，請致電會員服務部：1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們會在下一個工作日回電給您，或者您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，熱線每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。或者在線上查看副本，網址是 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices。

概述：如何提出層級 1 上訴以要求本計畫持續您的照護

請致電您所在州的品質改善組織：
1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668
並要求進行「快速上訴」。

請在您離開為您提供照護的機構或設施前，
以及在您的預定出院日期前致電聯絡。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下一個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



品質改善組織的審查流程為何？

- 品質改善組織的審查人員將會詢問您本人或您代表為何您認為該服務應繼續獲得承保。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 當您提出上訴時，本計畫必須寄信向您和品質改善組織說明為何您的服務應該終止。
- 審查人員也會查看您的病歷、與您的醫師討論，並審閱本計畫向其提供的資訊。
- 在審查人員取得其所需的所有資訊之後，其將會在一天之內告知您他們的決定。您將會收到一封向您說明決定的信函。

說明服務終止原因之信函的法律術語是「非承保範圍詳細說明」。

如果審查人員的答覆是同意，將會發生什麼情況？

- 如果審查人員同意您的上訴，我們將必須繼續為您提供醫療所必需的承保服務。

如果審查人員的答覆是拒絕將會怎樣？

- 如果審查人員拒絕您的上訴，那麼您的承保將於我們告知您的日期終止。我們將會停止給付該照護的分攤費用。
- 如果您決定在承保範圍終止日期後繼續接受居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您將必須自行支付該照護的全額費用。

H3. 進行第 2 級上訴以延續您的照護

如果品質改善組織拒絕您的上訴，且您選擇在您的照護承保終止之後繼續接受照護，則您即可提出層級 2 上訴。

在進行層級 2 上訴期間，品質改善組織將會重新審查其在層級 1 所作的決定。如果該組織表示他們同意第 1 級的決定，則在我們告知承保範圍終止日期後，您可能必須支付居家健康照護、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全額費用。

在 California，品質改善組織稱為 Livanta。

您可致電 Livanta：1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。請在品質改善組織拒絕您第 1 級上訴之日後的 60 個曆日內提出第 2 級審查要求。您必須在照護承保終止後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- 品質改善組織將會在收到您上訴申請後的 14 個曆日內作出決定。

概述：如何提出層級 2 上訴以要求本計畫延長您照護的承保時間

請致電您所在州的品質改善組織：
1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668
並要求進行另一項審查。

請在您離開為您提供照護的機構或設施前，以及在您的預定出院日期前致電聯絡。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



如果審查機構的答覆是同意將會怎樣？

- 針對您自我們告知您承保即將終止之日起所接受的照護，我們將必須償還您本計畫應分攤的費用。我們將必須繼續為您提供醫療所必需的照護承保。

如果審查機構的答覆是拒絕將會怎樣？

- 這代表他們同意其在層級 1 上訴所作的決定，且將不會改變該決定。
- 您收到的信函將會告訴您，如果您想繼續進行審查程序該怎麼做。該通知也會提供您如何進行第 3 級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。
- 您可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續獲得醫療保健服務的承保範圍。請參閱第 190 頁的 E4 部分，以瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可提交投訴並向 DMHC 同時申請獨立醫療審查和第 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代第 3 級上訴。

H4. 如果您錯過了提出第 1 級上訴的期限，將會發生什麼情況

如果您錯過了上訴期限，還有其他方式可以提出第 1 級和第 2 級上訴，該方式稱為替代上訴。不過這前兩層級的上訴不盡相同。

進行層級 1 替代上訴以延長您照護的承保時間

如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以向我們提出上訴，要求進行「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。

- 在審查期間，我們會查看所有與您居家醫療保健、特護療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 照護有關的資訊。我們會查看以確認有關您服務應何時終止的決定是否公平且有遵循所有規定。
- 我們在提供本次審查的答覆給您時將會採用快速期限而非標準期限。我們會在您提出「快速審查」要求後的 72 小時內告訴您我們的決定。
- **如果我們同意**您的快速審查，這代表我們同意繼續為您承保醫療所必需的服務。
- 這也代表，針對您自我們告知您承保範圍終止日期起所接受的照護，我們同意償還您本計畫應分攤的費用。
- **如果我們拒絕**您的快速審查，這代表我們認為終止您的服務具有醫療適當性。我們的承保範圍將於我們所告知的承保範圍終止日終止。

概述：如何提出層級 1 替代上訴

致電會員服務部，並要求進行「快速審查」。

我們會在 72 小時內告訴您我們的決定。

如果您在我們所告知的承保終止日之後仍繼續接受服務，您可能必須支付服務的全額費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



為確保我們在**拒絕**您的快速上訴時有遵守所有規定，我們將會把您的上訴交由「獨立審查組織」處理。當我們這樣做時，代表您的個案已自動進入第 2 級上訴程序。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「特急上訴」。

進行第 2 級替代上訴以延續您的照護

我們會在通知您層級 1 決定後的 24 小時內將您的層級 2 上訴資訊寄給獨立審查組織 (IRE)。如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。第 218 頁的 J 部分將為您說明該如何提出投訴。

在層級 2 上訴期間，IRE 將會審查我們對您「快速審查」所作的**拒絕**決議。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

- IRE 會針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員通常會在 72 小時內給您答覆。
- IRE 是由 Medicare 所聘僱的獨立組織。其與本計畫並無關聯，也不屬於政府機構。
- IRE 的審查人員將會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- 如果 IRE 同意您的上訴，則我們將必須償還您我們應分攤的照護費用。我們也必須繼續為您提供醫療所必需的服務承保。
- 如果 IRE 拒絕您的上訴，這代表他們同意我們的看法，認為終止服務承保具有醫療適當性。

概述：如何提出層級 2 上訴以要求本計畫持續您的照護

您無須採取任何行動。本計畫將會自動把您的上訴交由獨立審查機構處理。

IRE 寄給您的信函將會告訴您，如果您想繼續進行審查程序該怎麼做。該信函也會為您提供有關如何進行層級 3 上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。

您也可以提交投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續獲得醫療保健服務的承保範圍。請參閱第 190 頁的 E4 部分，以瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。您可提交投訴並同時申請獨立醫療審查和第 3 級上訴，或者您可用獨立醫療審查來替代第 3 級上訴。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



I. 層級 2 以外的上訴方式

11. 針對 Medicare 服務與項目可以採取的下一步驟

如果您已針對 Medicare 的服務或項目提出層級 1 及層級 2 上訴，但兩次上訴都遭駁回，您可能有權提出更高層級的上訴。獨立審查組織寄給您的信函將會告訴您，如果您想繼續進行上訴程序該怎麼做。

層級 3 上訴程序是由行政法官 (ALJ) 所進行的聽證。在第 3 級上訴中作出決定的人是 ALJ 或律師裁決。如果您希望由 ALJ 審查您的個案，您所申請的項目或醫療服務將必須達到最低金額標準。如果現金價值未達最低標準，您將不能進一步上訴。如果現金價值有達到標準，您可請 ALJ 或律師裁決為您的上訴進行聽證。

如果您不同意 ALJ 或律師裁決所作的決定，您可至 Medicare 上訴委員會。在那之後，您可能還有權請聯邦法院審查您的上訴。

如果您在任何階段的上訴程序需要協助，您可致電 1-855-501-3077 與 Cal MediConnect 監察方案聯絡。

12. 針對 Medi-Cal 服務與項目可以採取的下一步驟

如果您的上訴是與 Medi-Cal 可能承保的服務或項目有關，您也享有更多其他上訴權利。如果您不同意州聽證會的決定，並希望由其他法官進行審查，您可申請覆審和 (或) 尋求司法審查。

如欲申請覆審，請將書面申請 (信函) 郵寄至：

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

您必須在收到決定函後的 30 天內將申請信函寄出。如果您有延遲申請的正當理由，此期限最多可延長至 180 天。

在您的覆審申請中，請說明您收到決定函的日期以及覆審應獲得核准的原因。如果您想呈遞額外證明，請說明該額外證明，並解釋您先前為何沒有附上該證明以及該證明可以如何改變決定。您可與法律服務處聯絡以尋求協助。

如欲申請司法審查，您必須在收到決定函後的一年內根據民事訴訟法第 1094.5 部分的規定向高等法院提出請願。請向您決定函中所列之郡縣的最高法院提出您的請願。您可在未要求覆審的情況下提出請願。您無需支付申請費用。如果法院作出對您有利的最終決定，您可能有權獲得合理的律師費和訴訟費。

如果進行覆審而您不同意覆審的決定，您可尋求司法審查，但您不得要求進行再次覆審。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



J. 如何提出投訴

J1. 何種類型的問題屬於投訴範圍

投訴程序僅適用於特定類型的問題，例如與照護品質、等候時間及客戶服務相關的問題。以下範例為幾個投訴流程處理的問題種類。

與品質有關的投訴

- 您對照護品質不滿意，例如您在醫院接受的照護。

與隱私有關的投訴

- 您認為有人未尊重您的隱私權，或有人與他人分享與您有關的機密資訊。

與劣質客戶服務有關的投訴

- 醫療服務提供者或工作人員態度無禮或對您不尊重。
- Health Net Cal MediConnect 工作人員對您態度不佳。
- 您認為自己遭計畫排擠。

與肢體障礙通行設施有關的投訴

- 您因肢體障礙而無法取得醫療保健服務和無法使用醫師或醫療服務提供者診所的設施。
- 您的醫療服務提供者沒有為您提供您需要的合理便利設施，例如美國手語翻譯員。

與等候時間有關的投訴

- 您無法取得約診或取得約診的等候時間過長。
- 醫師、藥劑師或其他健康專業人員或是會員服務部或其他計畫工作人員讓您等候過長時間。

與整潔有關的投訴

- 您認為診所、醫院或醫師診所不乾淨。

與語言使用有關的投訴

- 您的醫師或醫療服務提供者未在您約診期間為您提供口譯員。

概述：如何提出投訴

您可向本計畫提出內部投訴和 (或) 向與本計畫沒有關聯的組織提出外部投訴。

如欲提出內部投訴，請致電與會員服務部聯絡或寄信給我們。

有各種不同組織可為您處理外部投訴。如需更多資訊，請參閱第 218 頁的 J3 部分。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



與我們溝通有關的投訴

- 您認為我們沒有提供您應取得的通知或信函。
- 您認為我們寄給您的書面資訊太難理解。

與承保決定或上訴相關行動時效性有關的投訴

- 您認為我們沒有遵守承保決定或上訴回覆的期限。
- 您認為在取得對您有利的承保決定或上訴決定後，我們沒有在期限內核准或提供您的服務，或沒有在期限內償還您特定的醫療服務費用。
- 您認為我們沒有將您的案件即時交由獨立審查組織處理。

「投訴」的法律術語是「申訴」。

「提出投訴」的法律術語是「呈遞申訴」。

投訴是否分為不同類型？

是。您可以提出內部投訴和 (或) 外部投訴。內部投訴是向本計畫提出並由本計畫進行審查。外部投訴是向與本計畫沒有關聯的組織提出並由該組織進行審查。如果您需要協助提出內部和/或外部投訴，您可致電 1-855-501-3077 與 Cal MediConnect 監察方案聯絡。

J2. 內部投訴

如欲提出內部投訴，請致電與會員服務部聯絡，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。除非事關 D 部分藥品，否則您可隨時提出投訴。如果是事關 D 部分藥品的投訴，則投訴必須在欲投訴的問題發生後的 **60 個曆日內** 提出。

- 如果有任何其他您需要採取的行動，會員服務部將會告知您。
- 您也可以寫信告訴我們您的投訴內容。如果您提出的是書面投訴，我們就會以書面方式回覆您的投訴。

我們必須根據您的健康狀況按照您照護的需求儘快對您的投訴作出決定，但不會遲於接到您投訴後的 30 個曆日內作出決定。如果我們需要更多資訊，因而未能在 30 天內作出決定，我們將會透過書面方式通知您投訴的最新狀態，並告知您取得答覆的預計時間。例如，我們將會通知您以讓你知道 Medicare 相關申訴最多僅能延長 14 個曆日。在某些情況下，您有權要求對您的投訴進行快速審查。這稱為「快速投訴」程序。若有下列情形，當您不同意我們的決定時，您有權要求針對您的投訴進行快速審查：

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 我們拒絕您針對醫療保健或 Medicare D 部分藥品所提出的快速審查申請。
 - 我們拒絕您針對遭拒的服務或 Medicare D 部分藥品所提出的快速上訴審查申請。
 - 我們決定需要額外時間審查您的醫療保健要求。
 - 我們決定需要額外時間審查您針對醫療保健遭拒提出的上訴。
 - 如果您的問題十分緊急且會對您健康造成立即且嚴重的威脅
- 與 Medicare D 部分有關的投訴必須於您希望投訴之問題發生後的 60 個曆日內提出。其他所有類型的投訴則必須在令您感到不滿的事件或行動發生後向我們或向醫療服務提供者提出。
 - 如果我們無法在下一個工作日內解決您的投訴，我們將會在收到您投訴後的 5 個曆日內寄信告知您我們已收到您的投訴。

如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將會自動提供您「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。如果您的問題十分緊急且會對您健康造成立即且嚴重的威脅，您可申請「快速投訴」，而我們將會在 72 小時內回覆您。

「快速投訴」的法律術語是「特急申訴」。

如有可能，我們將會立刻答覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能可以在同一通電話中給您答覆。如果您的健康情況有必要我們快速答覆，我們會盡速答覆您。

- 我們會在 30 個曆日內對大多數投訴作出答覆。如果我們需要更多資訊，因而未能在 30 個曆日內作出決定，我們將會透過書面方式通知您。我們亦會提供更新狀態，並告知您取得答覆的預計時間。
- 如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將會自動提供您「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果您因為我們需要額外時間作承保決定而提出投訴，我們將會自動為您進行「快速投訴」，並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果我們不同意您部分或全部的投訴，我們將會告知您並向您說明原因。無論我們是否同意您的投訴，我們均會作出回應。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



J3. 外部投訴

您可向 Medicare 提出投訴

您可將您的投訴寄給 Medicare。您可在下列網址取得 Medicare 的投訴表：

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

Medicare 會認真處理您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 方案的品質。

如果您有其他任何意見或顧慮，或您認為本計畫未能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。

您可向 Medi-Cal 提出投訴

Cal MediConnect 監察方案也能以中立的立場協助解決問題，以確保本計畫的會員取得我們必須為其提供的所有承保服務。Cal MediConnect 監察方案與本計畫或是任何保險公司或健保計畫均沒有關聯。

Cal MediConnect 監察方案的電話號碼是 1-855-501-3077。這些服務均為免費。

您可向 California Department of Managed Health Care 提出投訴

California Department of Managed Health Care (DMHC) 負責管理健保計畫。您可致電 DMHC 協助中心，尋求提出 Medi-Cal 服務相關投訴的協助。如果您需要協助處理涉及緊急問題的投訴、或涉及對您的健康造成直接和嚴重威脅的投訴、如果您有劇痛、如果您不同意本計畫對您投訴所作的決定，或者如果本計畫在 30 個曆日後仍未解決您的投訴，您可與 DMHC 聯絡。

以下為透過協助中心尋求協助的兩種方式：

- 致電 1-888-466-2219。失聰、有聽力障礙或言語障礙的人士可使用免付費聽障專線 1-877-688-9891。此為免付費電話。
- 瀏覽 Department of Managed Health Care 的網站 (www.dmhc.ca.gov)。

您可向 Office for Civil Rights 提出投訴

如果您認為自己遭受不公平待遇，您可向 Department of Health and Human Services 的民權辦公室提出投訴。例如，您可以針對殘疾設施或語言協助提出投訴。民權辦公室的電話號碼是 1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。您也可以瀏覽 www.hhs.gov/ocr 以取得更多資訊。

您還可以透過下列地址與您當地的 Office for Civil Rights 聯絡：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
電話號碼：1-800-368-1019
聽障專線：1-800-537-7697
傳真：1-202-619-3818

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



您可能還享有《美國殘疾人士法案》和《民權法案》所賦予您的權利。您可以聯絡 Cal MediConnect 監察方案尋求協助。電話號碼是 1-855-501-3077。

您可以向品質改善組織提出投訴。

當您的投訴是與照護品質有關時，您還有兩種選擇：

- 如果您願意，您可以直接向品質改善組織提出與照護品質相關的投訴 (不必向我們提出投訴)。
- 或者您可以同時向我們和品質改善組織提出投訴。如果您向該組織提出投訴，我們會與其合作解決您的投訴。

品質改善組織是由執業醫師及其他醫療保健專家所組成，由聯邦政府所聘僱，負責檢查並改善提供給 Medicare 病人的照護。若要進一步瞭解品質改善組織，請參閱第 31 頁第 2 章的 F 部分。

在 California，品質改善組織稱為 Livanta。Livanta 的電話號碼是 1-877-588-1123 (聽障專線：1-855-887-6668)。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

第 10 章：終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍

簡介

本章將為您說明您可終止 Cal MediConnect 計畫會籍的方式以及您退出計畫之後的健康承保方案。如果您退出本計畫，只要您符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 計畫的會員。主要用語及其定義按照字母順序顯示在會員手冊的最後一章。

目錄

A. 您何時可終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍.....	224
B. 如何終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍.....	225
C. 您該如何加入其他的 Cal MediConnect 計畫？.....	225
D. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務.....	226
D1. 獲得 Medicare 服務的方法.....	226
D2. 如何獲得您的 Medi-Cal 服務.....	228
E. 在您的會籍終止前，您可繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品.....	229
F. 終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍時的其他狀況.....	229
G. 反對因任何健康相關原因而要求您離開本 Cal MediConnect 計畫的規定.....	230
H. 如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴.....	231
I. 您可如何取得更多有關終止計畫會籍的資訊.....	231

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



A. 您何時可終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍

您可以在該年期間隨時投保其他 Medicare Advantage 計畫、Cal MediConnect 計畫或更換為 Original Medicare，更換後您在 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 的會籍即終止。

您的會員將會在我們收到您變更計畫申請的當月最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的申請，您在本計畫的承保將於 1 月 31 日終止。您的新承保將於次月的第一天開始生效 (此範例中為 2 月 1 日)。

當您終止本計畫的會籍時，您將因您的 Medi-Cal 服務繼續受保於您選擇的 Medi-Cal 管理式照護計畫的，除非您選擇其他的 Cal MediConnect 計畫。當您終止本計畫的會籍時，您也可選擇您的 Medicare 投保方案。如果您退出我們的計畫，您可以獲得有關您的：

- 第 227 頁 D1 部分表格中的 Medicare 選項。
- 第 230 頁 D2 部分的 Medi-Cal 服務。

欲知更多您可終止會籍方式相關的資訊，請致電：

- 請致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 醫療保健選項部門的服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。
- State Health Insurance Assistance Program (SHIP)、California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 的服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。
- 請於週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00，致電 Cal MediConnect 申訴專員方案，電話是 1-855-501-3077。聽障專線使用者請致電 1-855-847-7914。
- Medicare 電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

註：如果您參加了藥品管理方案，則您可能無法變更計畫。請參閱第 125 頁的第 5 章 G 部分，以取得藥物管理計畫資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



B. 如何終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍

如果您決定終止您的會籍，請告知 Medi-Cal 或 Medicare 您欲退出 Health Net Cal MediConnect：

- 請於週一至週五上午 8 點至晚上 6 點致電醫療保健方案處，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077；或
- 請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障使用者 (具有聽力或言語障礙者) 請致電 1-877-486-2048。當您致電 1-800-MEDICARE 時，您也可以投保其他的 Medicare 健保計畫或藥品計畫。第 227 頁的表格有更多有關您退出本計畫時取得 Medicare 服務的資訊

C. 您該如何加入其他的 Cal MediConnect 計畫？

如果您想繼續透過單一計畫同時取得 Medicare 與 Medi-Cal 福利，您可加入其他的 Cal MediConnect 計畫。

如欲投保其他的 Cal MediConnect 計畫：

- 請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電醫療保健選項部門，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。請告知醫療保健方案處您想要退出 Health Net Cal MediConnect 並想加入其他的 Cal MediConnect 計畫。如果您不確定自己想加入什麼計畫，他們可以告訴您有關您所在區域其他計畫的資訊。

您的 Health Net Cal MediConnect 保險將會在我們收到您申請的當月最後一天終止。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

 mmp.healthnetcalifornia.com。

D. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您在退出 Health Net Cal MediConnect 之後不想投保其他的 Cal MediConnect 計畫，您將像從前一樣分別獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務。

D1. 獲得 Medicare 服務的方法

您將可選擇要如何取得 Medicare 福利。

在取得 Medicare 服務時，您享有三個方案。如果您選擇這三個方案中的其中一個，您在 Cal MediConnect 計畫的會員將會自動終止。

<p>1. 您可更換為：</p> <p>Medicare 健保計畫，例如 Medicare Advantage 計畫，或者，如果您符合資格要求且居住在服務區域內，則可加入老人全方位照護方案 (PACE)</p> <p>此表內容延續至下頁</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>針對 PACE 的問題，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的新計畫承保開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



<p>(續)</p> <p>2. 您可更換為：</p> <p>含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare</p> <p>此表內容延續至下頁</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的 Original Medicare 保險開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



<p>(續)</p> <p>3. 您可更換為：</p> <p>不含獨立 Medicare 處方藥計畫的 Original Medicare</p> <p>註：如果您更換至 Original Medicare，而且您未投保獨立的 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可能會為您投保藥品計畫，除非您告知 Medicare 您不想加入。</p> <p>僅有當您可透過雇主或工會等其他來源取得藥品承保範圍的情況下，您才應放棄處方藥承保範圍。如果您對自己是否需要藥品承保有疑問，請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-800-434-0222 與 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 聯絡。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。</p>	<p>以下是您需採取的行動：</p> <p>請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>當您的 Original Medicare 保險開始生效時，您將會自動從 Health Net Cal MediConnect 退保。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D2.如何獲得您的 Medi-Cal 服務

如果您退出 Cal MediConnect 計畫，您將投保您選擇的 Medi-Cal 管理式照護計畫。

您的 Medi-Cal 服務包含大多數的長期服務與支援以及行為健康照護。

當您提出終止 Cal MediConnect 計畫會籍時，您必須讓醫療保健選項處知道您想選擇哪個 Medi-Cal 管理式照護計畫。

- 請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電醫療保健選項部門，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。請告知醫療保健方案處您想要退出 Health Net Cal MediConnect 並想加入 Medi-Cal 管理式照護計畫。如果您不確定自己想加入什麼計畫，他們可以告訴您有關您所在區域其他計畫的資訊。

當您終止 Cal MediConnect 計畫會籍時，您將會為您的 Medi-Cal 保險收到一張新的會員 ID 卡、一份新的會員手冊以及醫療服務提供者與藥房名錄。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



E. 在您的會籍終止前，您可繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品

如果您退出了 Health Net Cal MediConnect，可能需要經過一段時間您的會籍才會終止，且您的新 Medicare 與 Medi-Cal 保險才會開始生效。請參閱第 227 頁，以取得更多資訊。在此期間，您將繼續透過本計畫取得您的醫療保健與藥品。

- 您應使用本計畫的網絡藥房領取您的處方藥。一般而言，只有在網絡藥房 (包括透過本計畫的郵購藥房服務) 領取時，您的處方藥才可獲得承保。
- 如果您在會員終止當日住院，Cal MediConnect 計畫通常會承保您的住院直到您出院為止。即使您的新健康保險在您出院之前便已開始生效，此規定仍然適用。

F. 終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍時的其他狀況

在某些情況下，Health Net Cal MediConnect 必須終止您的計畫會籍：

- 如果您的 Medicare A 部分與 B 部分承保範圍有間斷。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 的資格。本計畫是專為同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 資格的人士而提供的。California 政府或 Medicare 將會讓您自 Health Net Cal MediConnect 計畫退保，而您將轉回 Original Medicare。如果您取得為您支付 Medicare D 部分處方藥費用的額外協助，CMS 將會自動為您投保 Medicare 處方藥計畫。如果之後您重新取得 Medi-Cal 資格並希望重新投保 Health Net Cal MediConnect，您將需要於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電醫療保健選項部門，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。請告知醫療保健方案處您想要重新加入 Health Net Cal MediConnect。
- 如果您搬離我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬家或長期旅行，您必須致電會員服務部以確認您搬遷或旅行的地區是否在本計畫的服務區域內。
- 如果您因刑事犯罪而入獄或服刑。
- 如果您沒有據實以報或隱瞞有關您所擁有的其他處方藥保險資訊。
- 如果您不是美國公民或不是美國合法居民。
 - 您必須是美國公民或美國合法居民才能夠成為本計畫會員。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



- 如果您基於此原因而不符合會員資格，Medicare 與 Medicaid 服務中心將會通知我們。
- 如果您不符合此項規定，我們將必須請您退保。

如果您不再符合 Medi-Cal 資格或您的情況已發生變化，使您不再符合 Cal MediConnect 資格，您可能可以繼續透過 Health Net Cal MediConnect 取得額外兩個月的福利。如果您認為自己仍然符合資格，此額外的時間將讓您能更正您的資格資訊。您將會收到我們寄給您的一封信，內容係關於您資格的變更，以及如何更正您資格資訊的說明。

- 如欲保持 Health Net Cal MediConnect 會員資格，您必須在兩個月期間的最後一天前重新取得資格。
- 如果您沒有在兩個月期限結束前符合資格，您將自 Health Net Cal MediConnect 退保。

僅有在我們事先取得 Medicare 與 Medi-Cal 許可的情況下，我們才可根據下列理由要求您退出本計畫：

- 如果您在投保本計畫時蓄意提供我們不正確的資訊，而該資訊會影響您投保本計畫的資格。
- 如果您持續進行破壞性的行為，而且這些行為讓我們難以提供您或本計畫的其他會員醫療保健。
- 如果您讓他人使用您的會員卡取得醫療保健。
 - 如果我們因為這個理由終止您的會籍，Medicare 可能會將您的個案交由檢察總長調查。

G. 反對因任何健康相關原因而要求您離開本 Cal MediConnect 計畫的規定

如果您認為自己因健康相關理由而被要求退出本計畫，您可致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。

您也應於週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00，致電 Cal MediConnect 申訴專員方案，電話是 1-855-501-3077。聽障專線使用者請致電 1-855-847-7914。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



H. 如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴

如果我們終止您的 Cal MediConnect 計畫會籍，我們必須以書面方式告訴您我們終止您會籍的理由。我們也必須說明您如何針對我們終止您會員的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱第 218 頁的第 9 章 J 部分，以瞭解有關如何提出投訴的資訊。

I. 您可如何取得更多有關終止計畫會籍的資訊

如果您有疑問或需要更多有關我們何時可終止您會籍的資訊：

- 請致電會員服務部 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。
- 請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電醫療保健選項部門，電話是 1-844-580-7272。聽障專線使用者請致電 1-800-430-7077。
- 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。
- 請於週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00，致電 Cal MediConnect 申訴專員方案，電話是 1-855-501-3077。聽障專線使用者請致電 1-855-847-7914。
- 請致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



第 11 章：法律通知

簡介

本章包含適用於您 Health Net Cal MediConnect 會員的法律通知。主要用語及其定義按照字母順序顯示在會員手冊的最後一章。

目錄

A. 法律通知.....	233
B. 反歧視相關聲明.....	233
C. 與 Medicare 第二給付順位以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的通知.....	234
D. 獨立承包商.....	234
E. 健康照護計畫詐欺.....	234
F. Health Net Cal MediConnect 無法控制的情況.....	235

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

A. 法律通知

許多法律皆適用於本會員手冊。即使本手冊未將這些法律條文納入，也未對其詳加說明，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用於本手冊的主要法律是與 Medicare 和 Medi-Cal 方案有關的聯邦法律。其他聯邦法律和州法律也可能適用。

B. 反歧視相關聲明

所有與 Medicare 和 Medi-Cal 合作的公司或機構皆必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因為年齡、理賠記錄、膚色、族裔、可保證明、性別、遺傳資訊、服務所在地區、健康狀況、病史、身心殘疾、原國籍、種族、宗教或性向而對您有差別待遇。此外，我們不會因為您的血統、婚姻狀態、性別認同或性取向而歧視您或對您有差別待遇。

若您需要更多資訊，或者如果您有關於歧視或不公平待遇方面的顧慮：

- 請致電 1-800-368-1019 與 Department of Health and Human Services 的民權辦公室聯絡。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。您也可以瀏覽 www.hhs.gov/ocr 以取得更多資訊。
- 請致電您當地的民權辦公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
電話號碼：1-800-368-1019
聽障專線：1-800-537-7697
傳真：1-202-619-3818

如果您是殘障人士並需要協助取得健康照護服務或醫療服務提供者的服務，請致電會員服務部。如果您想投訴，例如無法取得輪椅，會員服務部可提供協助。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



C. 與 Medicare 第二給付順位以及 Medi-Cal 最後給付順位有關的通知

針對我們為您提供的服務，有時其他人將必須優先給付。例如，如果您發生車禍或者您在工作時受傷，保險公司或勞工賠償將必須優先給付。

我們有權利也有責任針對 Medicare 給付順位並非第一的 Medicare 承保服務追償費用。

Cal MediConnect 方案遵循與提供會員醫療保健服務之第三方法律責任有關的州法律及聯邦法律和法規。我們將會採取所有合理的措施，以確保 Medi-Cal 方案的給付順位位於最後。

D. 獨立承包商

Health Net Cal MediConnect 與各簽約醫療服務提供者的關係是獨立承包商關係。簽約醫療服務提供者並非 Health Net 的員工或代理人，而 Health Net 或其員工也不是簽約醫療服務提供者的員工或代理人。不論在任何情形下，Health Net 都無需為任何簽約醫療服務提供者或其他醫療保健服務提供者的過失、不當行為或疏失負責。簽約醫師 (而非 Health Net) 與會員保持醫病關係。Health Net 不是醫療保健服務提供者。

E. 健康照護計畫詐欺

醫療保健計畫詐欺的定義是由醫療服務提供者、會員、雇主或任何代表前述各方的人士所從事的欺騙行為或所作的虛假陳述。醫療保健計畫詐欺行為係屬重罪，可能會遭檢方起訴。任何人在蓄意或已知情況下，例如為了詐騙醫療保健計畫而提出載有錯誤或欺騙陳述的理賠申請時，即犯下健康照護計畫詐欺罪。

若您對帳單或福利說明表上記載的任何費用有疑慮，或您知悉或懷疑有任何非法活動，請致電本計劃的免付費詐欺舉報專線：1-800-977-3565 (聽障專線：711)。詐欺舉報專線每天 24 小時，每週 7 天，全年 365 天均提供服務。所有通話內容皆會嚴加保密。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



F. Health Net Cal MediConnect 無法控制的情況

若因 Health Net 無法控制的天災、戰爭、暴動、社會動亂、流行病、機構完全或部分毀壞、原子爆炸或其他核能釋放、重要醫療團體人員殘疾、緊急狀態或其他類似狀況，以致 Health Net 的機構或工作人員無法依本會員手冊的規定提供或安排服務或福利，Health Net 提供此類服務或福利的義務將僅限於：Health Net 應善盡誠意，努力利用目前可用的機構或工作人員來提供或安排此類服務或福利。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com。

第 12 章：重要用語的定義

簡介

本章包含 *會員手冊* 中使用的主要用語和其定義。用語按字母順序列出。如果您找不到您想找的用語，或如果您需要定義涵蓋內容以外的更多資訊，請聯絡會員服務部。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。



日常生活活動 (ADL)：人們在平日會從事的活動，例如進食、如廁、更衣、沐浴或刷牙。

待審期間補助給付：在您等候第 1 級上訴或州政府聽證會決定的期間，您可繼續取得您的福利 (請參閱第 187 頁的第 9 章 E3 部分，以取得更多資訊)。此持續承保範圍稱為「待審期間補助給付」。

門診外科手術中心：為不需要醫院照護以及預計所需照護時間不超過 24 小時的病人提供門診外科手術服務的機構。

上訴：在您認為我們的決定有誤時對我們的行動提出異議的一種方式。您可藉由提出上訴要求我們變更承保範圍決定。第 181 頁的第 9 章 D 部分會為您說明上訴事宜，包括如何提出上訴。

行為健康：泛指精神健康與物質使用失調的詞彙。

品牌藥品：由原製藥公司製作和販售的處方藥。品牌藥品和該藥品的普通牌藥品版本含有相同的成分。普通牌藥品是由其他製藥公司製作和販售。

Cal MediConnect：透過同一健保計畫同時為您提供 Medicare 與 Medi-Cal 福利的方案。您只需一張會員卡便可使用您的所有福利。

照護協調員：與您本人、健保計畫及您的照護醫療服務提供者合作，以確保您取得您所需之照護的主要人士。

照護計畫：請參閱「個人照護計畫」。

照護計畫選擇性服務 (CPO 服務)：隨附於您個人照護計畫 (ICP) 下的額外選擇性服務。這些服務旨在不在取代您已獲得授權可透過 Medi-Cal 取得的長期服務與支援。

照護團隊：請參閱「跨科照護團隊」。

重大傷病承保階段：D 部分藥品福利的階段，在此階段，計畫將會給付您藥品的全額費用，直到該年度結束為止。當您的處方藥費用達到 \$7,050 的上限時，您便開始進入本階段。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)：負責管理 Medicare 的聯邦機構。第 32 頁的第 2 章 G 部分會說明如何與 CMS 聯絡。

成人社區服務 (CBAS)：為符合適用資格條件的合格投保人提供特護療養、社會服務、職能與語言治療、個人照護、家屬/照護提供者訓練與支援、營養服務、交通運輸服務及其他服務的門診機構服務方案。

投訴：一份表示您對承保服務或照護有問題或有顧慮的書面或口頭聲明。其中包括與服務品質、照護品質、本計畫網絡醫療服務提供者或本計畫網絡藥房有關的任何顧慮。「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

綜合門診復健機構 (CORF)：以提供疾病、意外或重大手術後之復健服務為主的機構。該機構提供各種服務，其中包括物理治療、社會或心理服務、呼吸療法、職能治療、言語治療以及居家環境評估服務。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



共付額：一項固定的金額，其是您每次領取特定處方藥時需支付的分攤費用。例如，您可能必須為某項處方藥支付 \$2 或 \$5。

分攤費用：您在領取特定處方藥時需支付的金額。分攤費用包括共付額。

分攤費用層級：具有相同共付額的藥品群組。*承保藥品清單* (也稱為藥品清單) 中的每種藥品分屬於三個分攤費用層級中的各個層級。一般而言，分攤費用層級越高，您為藥品支付的費用就越高。

承保範圍決定：與本計畫的承保福利項目有關的決定。這包括與承保藥品和承保服務或是我們針對您健康服務的給付金額有關的決定。第 181 頁的第 9 章 D 部分會說明如何要求我們作出承保範圍決定。

承保藥品：我們用此用語來代表所有屬於本計畫承保範圍的處方藥和非處方藥 (OTC)。

承保服務：我們用此詞彙來統稱所有屬於本計畫承保範圍的醫療保健服務、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥、器材及其他服務。

文化能力培訓：為我們的醫療保健提供者提供額外指導的培訓，幫助他們更好地了解您的背景、價值觀和信仰，來調整服務以滿足您的社會、文化和語言需求。

每日分攤費用費率：當您的醫師針對某藥品為您開立少於一個月份的藥量且依規定您必須支付共付額時，此費率即可能適用。每日分攤費用費率的計算方式是將共付額除以一個月份藥量的天數。

範例如下：假設您藥品一個月份藥量 (30 天份藥量) 的共付額為 \$1.35。這表示您每天需為您的藥品支付的金額會少於 \$0.05。如果您領取 7 天藥量的藥品，您需支付的總額將少於 \$0.35 (每天 \$0.05 乘以 7 天)。

健康照護服務部 (DHCS)：管理 Medicaid 方案 (在 California 稱為 Medi-Cal) 的 California 政府部門，California 政府部門在本手冊中通稱為「州政府」。

管理式健康照護部 (DMHC)：負責管理健保計畫的 California 政府部門。DMHC 協助投保 Cal MediConnect 的人士處理與 Medi-Cal 服務有關的上訴和投訴。DMHC 也會進行獨立醫療審查 (IMR)。

退保：終止您在本計畫之會員的程序。退保可能是自願性 (您自行選擇) 或非自願性 (非您自行選擇)。

藥品層級：本藥品清單中的藥品群組。普通牌、品牌或非處方 (OTC) 藥品是藥品層級的範例。本計畫藥品清單中的各項藥品分屬於三個層級中的某一層級。

耐用醫療器材 (DME)：您醫師開立醫囑以供您在家中使用的特定用品。這些用品的範例是輪椅、拐杖、動力床墊、糖尿病用品、病床等由醫療服務提供者所訂購居家使用的物品，靜脈輸液幫浦、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。

急診：急診狀況是指當您或任何其他具備一般健康及醫學常識的人士認為，您的醫療症狀必須即時醫治，才能避免死亡、身體部位或身體機能喪失的狀況發生。醫療症狀可能包括重傷或劇痛。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



急診照護：由受過訓練得以提供急診服務的醫療服務提供者所提供，且是治療急診狀況或行為健康緊急情況所需的承保服務。

例外處理：使一般不屬於承保範圍的藥品得以獲得承保，或使會員得以在沒有特定規定和限制的情況下使用藥品的許可。

額外協助：幫助收入和資源有限的人士減少 Medicare D 部分的處方藥方案費用 (例如保費、自付額和共付額) 的一種 Medicare 方案。額外協助又稱為「低收入補助」或「LIS」。

普通牌藥品：經聯邦政府核准，可用於取代品牌藥品的處方藥。普通牌藥品含有與品牌藥品相同的成分。其通常費用較低且功效與品牌藥品相當。

申訴：您對本計畫或是本計畫任一網絡醫療服務提供者或藥房所提出的投訴。其中包括與健保計畫提供之照護或服務品質有關的投訴。

健康保險諮詢及促進方案 (HICAP)：以客觀立場免費提供 Medicare 相關資訊與諮詢服務的方案。第 30 頁的第 2 章 G 部分會說明如何與 HICAP 聯絡。

健保計畫：由醫師、醫院、藥房、長期服務醫療服務提供者及其他醫療服務提供者所組成的組織。健保計畫還有照護協調員可協助您管理您所有的醫療服務提供者和服務。他們會共同合作為您提供您所需的照護。

健康風險評估：針對病人的病史和目前的病況所進行的檢查。健康風險評估的目的在於瞭解病人的健康狀況以及日後可能發生的改變。

居家健康助理：提供不需要持執照或治療師專業技術之服務的人士，例如協助個人照護 (如沐浴、如廁、更衣，或從事醫師囑咐的運動)。居家健康助理沒有護士執照，也不提供治療。

安寧照護：為有末期預後的病人所提供的照護及支援方案，目的在協助其獲得舒適的生活。末期預後是指該病人患有末期疾病且預期壽命只剩下六個月或不到六個月。

- 有末期預後的計畫參加者均有權選擇接受安寧照護。
- 由受過特別訓練的專業人士及照護提供者所組成的團隊將會為患者提供全面的照護，包括生理、情緒、社會及心靈層面的需求。
- Health Net Cal MediConnect 將必須為您提供一份您所在地區的安寧照護服務提供者清單。

不當帳單：醫療服務提供者 (如醫師或醫院) 針對服務向您收取高於計畫分攤費用金額之費用的情況。當接受服務或領取處方藥時，請出示您的 Health Net Cal MediConnect 會員卡。如果您收到任何您不清楚的帳單，請致電會員服務部。

由於 Health Net Cal MediConnect 會為您的服務給付全額費用，因此您不會積欠任何分攤費用。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的費用。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



獨立醫療審查 (IMR)：如果我們拒絕您的醫療服務或治療申請，您可向我們提出上訴。如果您不同意我們的決定且您的問題是與 Medi-Cal 服務 (包括 DME 用品和藥品) 有關，您可向 California Department of Managed Health Care 申請 IMR。IMR 是由不屬於本計畫的醫師針對您個案所進行的審查。如果 IMR 作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務或治療。您無需為 IMR 付費。

個人照護計畫 (簡稱為 ICP 或「照護計畫」)：一項有關您可取得之服務項目以及服務取得方式的計畫。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。

初始承保階段：在您 D 部分藥品總費用達到 \$7,050 之前的階段。這包括了您支付的費用、本計畫代您支付的費用以及低收入補助。您在一年當中首次領取處方藥時便進入本階段。在此階段，本計畫將會給付您藥品的部分費用，而您將需支付您的分攤費用。

住院：此詞彙是用於描述您正式被醫院收容接受專業醫療服務的情況。如果您未被醫院正式收容，即使您在醫院過夜，您仍有可能會被視為是門診病人而非住院病人。

跨科照護團隊 (簡稱為 ICT 或「照護團隊」)：照護團隊中可能包括協助您取得您所需之照護的醫師、護士、諮詢人員或其他健康專業人士。您的照護團隊還會協助您擬訂照護計畫。

承保藥品清單 (簡稱為「藥品清單」)：本計畫承保的處方藥和非處方 (OTC) 藥品清單。本清單上的藥品是由醫師和藥劑師協助本計畫挑選。「藥品清單」將會告訴您，在領取藥品時是否有任何您必須遵守的規定。「藥品清單」有時也稱為「處方集」。

長期服務與支援 (LTSS)：長期服務與支援是協助改善長期醫療狀況的服務。大多數此類服務可協助您留在家中而無需入住療養院或醫院。LTSS 包括成人社區服務 (CBAS) 以及護理機構 / 亞急性照護機構 (NF/SCF)。

低收入補助 (LIS)：請參閱「額外協助」。

Medi-Cal：Medi-Cal 是 California 的 Medicaid 方案的名稱。Medi-Cal 是由州政府所管理，並獲得州政府和聯邦政府的資助。

- Medi-Cal 可幫助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援費用以及醫療費用。
- 承保不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務與藥品。
- Medicaid 方案因州而異，但您若符合 Medicare 及 Medicaid 的資格，您大部分的醫療保健費用都屬承保範圍。
- 請參閱第 33 頁的第 2 章 H 部分，以瞭解如何聯絡 Medi-Cal。

Medi-Cal 計畫：僅承保 Medi-Cal 福利的計畫，例如長期服務與支援、醫療器材及交通運輸服務。Medicare 福利另行提供。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



醫療必要性：本詞是用於形容您爲了預防、診斷或治療某醫療狀況或爲了維持您目前健康狀況所需的服務、用品或藥品。這包括了讓您免於住院或免於入住療養院所需的照護。這還包括了符合獲認可之醫療執業規範的服務、用品或藥品。醫療必要性是指，爲了透過對疾病或傷害的診斷或治療來達到保護生命、預防重大疾病或殘疾，或減輕劇痛等目的而需提供的合理承保服務。

Medicare：適用於年滿 65 歲以上的人士、部分未滿 65 歲的特定殘疾人士以及末期腎臟病 (通常是需洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭) 病人的聯邦健康保險方案。Medicare 的投保人可透過 Original Medicare 或管理式照護計畫 (請參閱「健保計畫」一詞) 取得 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage 計畫：Medicare 計畫，也稱爲「Medicare C 部分」或「MA 計畫」，由私營公司提供計畫。Medicare 支付這些公司以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 承保服務：屬於 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍的服務。所有的 Medicare 健保計畫 (包括本計畫在內) 皆必須承保屬於 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍的所有服務。

Medicare-Medi-Cal 計畫投保人 (符合雙重資格)：符合 Medicare 與 Medi-Cal 保險資格的人士。Medicare-Medi-Cal 投保人又稱爲「符合雙重資格的個人」。

Medicare A 部分：承保大部分醫療所必需之醫院照護、特護療養機構照護、居家健康照護和安寧照護的 Medicare 方案。

Medicare B 部分：承保以治療疾病或病況爲目的且爲醫療所必需之服務 (如化驗、手術及醫師看診) 與用品 (如輪椅和助行器) 的 Medicare 方案。Medicare B 部分也承保許多預防及篩檢服務。

Medicare C 部分：讓私人健康保險公司透過 Medicare Advantage 計畫提供 Medicare 福利的 Medicare 方案。

Medicare D 部分：Medicare 處方藥福利方案。(我們簡稱此方案爲「D 部分」。)D 部分承保門診處方藥、疫苗以及部分不屬於 Medicare A 部分或 B 部分也不屬於 Medi-Cal 承保範圍的用品。Health Net Cal MediConnect 包含 Medicare D 部分。

Medicare D 部分藥品：可獲得 Medicare D 部分承保的藥品。美國國會特別將某些類別的藥品排除在 D 部分藥品的承保範圍之外。Medi-Cal 可能會承保部分這類藥品。

會員 (又稱爲本計畫的會員或計畫會員)：享有 Medicare 與 Medi-Cal 且具備取得承保服務的資格，同時已投保本計畫且投保申請已獲得 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 及州政府批准的人士。

會員手冊與透露資訊：即本文件，連同您的投保登記表以及任何其他附件或附約，這些文件說明了您的承保範圍、我們的責任、您的權利以及您身爲本計畫會員應盡的義務。

會員服務部：本計畫的部門之一，負責爲您解答您對會籍、福利、申訴與上訴的疑問。請參閱第 22 頁的第 2 章 A 部分，以瞭解有關如何聯絡會員服務部的資訊。

網絡藥房：同意爲本計畫會員發配處方藥的藥房 (藥店)。由於他們同意與本計畫合作，因此我們稱其爲「網絡藥房」。大多數情況下，您的處方必須在我們網絡藥房領取才屬承保範圍。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間爲週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此爲免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



網絡醫療服務提供者：我們用「醫療服務提供者」一詞來統稱為您提供服務與照護的醫師、護士及其他人員。「醫療服務提供者」一詞也包括醫院、居家健康機構、診所及其他為您提供醫療保健服務、醫療器材及長期服務與支援的場所。

- 上述人士與機構均持有由 Medicare 和州政府所核發的執照或獲得其認證得以提供醫療保健服務。
- 如果上述人士與機構同意與本健保計畫合作，並接受我們的給付而不向我們的會員額外收費，我們便將其稱為「網絡醫療服務提供者」。
- 只要您還是本計畫的會員，您就必須利用網絡醫療服務提供者取得承保服務。網絡醫療服務提供者又稱為「計畫醫療服務提供者」。

療養院或護理機構：為無法在家接受照護但又無需住院的人士提供照護的場所。

監察人員：位於您所在的州且代表您作為辯護者的辦事處。若您有疑問或投訴時，他們可回答您的疑問，且可讓您瞭解該怎麼做。監察人員提供的服務均為免費。更多關於 Cal MediConnect 監察方案的資訊，請參閱本手冊第 34 頁的第 2 章 I 部分，以及第 179 頁的第 9 章 A 部分。

組織判定：當計畫 (或其任一醫療服務提供者) 針對某項服務是否屬於承保範圍、或針對您需要為該承保服務支付多少費用等事宜作決定時，該決定即稱為組織判定。組織判定在本手冊中又稱為「承保範圍決定」。第 181 頁的第 9 章 D 部分會說明如何要求我們作出承保範圍決定。

Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務收費 Medicare)：Original Medicare 是由政府提供。根據 Original Medicare 規定，Medicare 服務是藉由按美國國會規定的金額給付醫師、醫院和其他醫療保健服務提供者而獲得承保。

- 您可以選擇任何接受 Medicare 的醫師、醫院或其他醫療保健服務提供者。Original Medicare 包含兩部分：A 部分 (醫院保險) 及 B 部分 (醫療保險)。
- Original Medicare 在全美各地皆有提供。
- 如果您不想投保本計畫，您可以選擇 Original Medicare。

網絡外藥房：未同意與本計畫合作以為本計畫會員協調或提供承保藥品的藥房。除非特定條件適用，否則大部分透過網絡外藥房取得的藥品均不屬於本計畫的承保範圍。

網絡外醫療服務提供者或網絡外機構：非由本計畫聘僱、擁有或管理，且未與本計畫簽有合約為本計畫會員提供承保服務的醫療服務提供者或機構。第 49 頁的第 3 章 D4 部分會說明網絡外醫療服務提供者或機構。

自費額：會員需為其所接受的服務或取得的藥品支付一部分費用的分攤費用規定又稱為「自費額」費用規定。請參閱上文「分攤費用」的定義。

非處方藥品 (OTC)：非處方藥品是指一個人可以在沒有醫療保健專業人員處方的情況下購買的任何藥品或藥物。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



A 部分：請參閱「Medicare A 部分」。

B 部分：請參閱「Medicare B 部分」。

C 部分：請參閱「Medicare C 部分」。

D 部分：請參閱「Medicare D 部分」。

D 部分藥品：請參閱「Medicare D 部分藥品」。

個人健康資訊 (也稱受保護健康資訊) (PHI)：有關您和您的健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫師看診和病史。更多有關 Health Net Cal MediConnect 如何保護、使用和披露您的 PHI，以及您對 PHI 之權利的資訊，請參閱 Health Net Cal MediConnect 的隱私權行使聲明。

主治醫師 (PCP)：主治醫師是您在遇到大多數健康問題時，首先會去求助的醫師或其他醫療服務提供者。他們會確保您獲得保持健康所需的照護。

- 他們還會與其他醫師及其他醫療保健服務提供者商談您的照護，並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健保計畫中，您必須先請主治醫師為您看診才能再請任何其他醫療保健服務提供者為您看診。
- 請參閱第 45 頁的第 3 章 D 部分，以瞭解有關透過主治醫師取得照護的資訊。

事先授權：您必須先得到 Health Net Cal MediConnect 的核准，才能獲得特定服務或藥品，或前往網絡外醫療服務提供者處就診。如果您未取得核准，Health Net Cal MediConnect 可能無法承保該服務或藥品。

部分網絡醫療服務唯有在您醫師或其他網絡醫療服務提供者取得本計畫的事先授權時才可獲得承保。

- 需要本計畫事先授權的承保服務在第 65 頁的第 4 章 D 部分之「醫療福利表」中有加以標示。

部分藥品唯有在您取得本計畫的事先授權時才可獲得承保。

- 需要本計畫事先授權的承保藥品在承保藥物清單中有加以標示。

老人全方位照護方案 (PACE) 計畫：為年滿 55 歲以上且需要較高層級之照護才能居住在家中的人士同時提供 Medicare 與 Medi-Cal 承保福利的方案。

義體和矯具：由您醫師或其他醫療保健服務提供者開立醫囑的醫療裝置。承保項目包括但不限於手臂、背部及頸部支架、義肢、義眼及取代內部身體部位或機能所需的裝置，包括造口術用品以及腸道和靜脈營養治療。

品質改善組織 (QIO)：由醫師和其他醫療保健專家所組成的團體，協助為 Medicare 投保人改善照護品質。他們受雇於聯邦政府，負責檢查並改善提供給病人的照護。請參閱第 31 頁的第 2 章 F 部分，以瞭解有關如何與您所在州之 QIO 聯絡的資訊。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



藥量限制：針對您可領取的藥量所設定的限制。限制有可能是針對每份處方我們所承保的藥量所設定。

轉介：轉介是指您必須先取得您主治醫師 (PCP) 的核准，才能接受其他非 PCP 的看診。如果您未取得核准，Health Net Cal MediConnect 可能無法承保該服務。您無需轉介即可找某些專科醫師看診，例如女性健康專科醫師。更多有關轉介的資訊，請參閱第 45 頁的第 3 章 D 部分，而更多有關需要轉介的服務之資訊，請參閱第 65 頁的第 4 章 D 部分。

復健服務：協助您從疾病、意外或重大手術恢復的治療。請參閱第 65 頁的第 4 章 D 部分，以瞭解復健服務的相關資訊。

服務區域：招收會員的地理區域，而此區域不受會員因居住地限制的健保計畫所限。針對有醫師和醫院使用限制的計畫，服務區域通常是指您可以獲得例行 (非急診) 服務的區域。只有居住在我們服務區域的人士才可加入 Health Net Cal MediConnect。

分攤費用：在 Cal MediConnect 福利生效之前，您每個月可能必須為您的醫療保健服務所支付的部分費用。您需分攤的費用金額視您的收入和資源而定。

特護療養機構 (SNF)：備有人員及設備可以提供特護療養的護理機構；在大多數情況下，其提供的是專業復健服務和其他相關健康服務。

特護療養機構 (SNF) 照護：在特護療養機構所提供的持續性日常特護療養與復健服務。特護療養機構照護的例子包括由註冊護士或醫師所提供的物理治療或靜脈 (IV) 注射。

專科醫師：針對特定疾病或特定身體部位提供健康照護服務的醫師。

州政府聽證會：如果您的醫師或其他醫療服務提供者申請了我們將不會核准的 Medi-Cal 服務，或我們將不再繼續給付您已接受的 Medi-Cal 服務，您有權申請州聽證會。如果州政府聽證會作出對您有利的決定，我們將必須為您提供您所要求的服務。

階段治療：在本計畫為您承保您所申請的藥品之前您必須先嘗試其他藥品的承保範圍規定。

社會安全補助金 (SSI)：社會安全局每月為收入與資源有限的殘疾人士、失明人士或年滿 65 歲以上者提供給付的福利。SSI 與社會安全局福利不同。

緊急照護：您因突發的疾病、傷害或病況所接受的照護，且該疾病、傷害或病況雖不屬於緊急情況，但需要接受即時照護。當網絡醫療服務提供者無法為您提供服務或您無法前往網絡醫療服務提供者處就診時，您可透過網絡外醫療服務提供者取得緊急需求照護。

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽

mmp.healthnetcalifornia.com。



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

H3237_17_MLI_Accepted_09092017

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմի անվճար ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Cal MediConnect Member Multi-Language Insert

FLY015174ZO00 (8/17)

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽



mmp.healthnetcalifornia.com

Health Net Cal MediConnect 會員服務部

<p>電話</p>	<p>1-855-464-3571</p> <p>此為免付費電話。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。</p> <p>會員服務部還可為非英語使用者提供各種語言的免費口譯服務。</p>
<p>聽障專線</p>	<p>711 (全國聽語障人士轉接服務)</p> <p>本電話號碼需要使用特殊的電話設備，且僅供有聽障或語障的人士使用。</p> <p>此為免付費電話。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。</p>
<p>傳真</p>	<p>1-800-281-2999</p>
<p>寫信</p>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
<p>網站</p>	<p>mmp.healthnetcalifornia.com</p>

如果您有任何疑問，請致電 Health Net Cal MediConnect，電話是 1-855-464-3571 (聽障專線：711)，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言，我們將會在下個工作日回電給您。此為免付費電話。如需更多資訊，請瀏覽 mmp.healthnetcalifornia.com。

