

會員手冊

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan

適用
2025
福利年度



IE  HP

DualChoice

1-877-273-IEHP (4347)

1-800-718-4347 TTY

服務時間為每週 7 天 (包括假日), 上午 8
時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。

IEHP DualChoice 會員手冊

2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日

您在 IEHP DualChoice 的健康和藥物承保

會員手冊簡介

本會員手冊(也稱為承保證明)向您說明直到 2025 年 12 月 31 日為止您透過本計劃取得的承保。其中解釋了醫療保健服務、行為健康(心理健康和物質使用障礙)服務、處方藥承保以及長期服務與支援。重要用語及其定義按英文字母順序列於會員手冊第 12 章中。

這是一份重要的法律文件。請務必將其保存在安全的地方。

當本會員手冊中提到「我們」、「我們的」或「本計劃」時，指的是 IEHP DualChoice。

本文件免費提供西班牙文、中文和越南文版本。

您可以致電會員服務部免費取得本文件的其他格式，例如大字體、盲人點字和 / 或語音版，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日在內) 太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。

如要提出收到英文以外語言或其他格式的資料的長期要求，或要對長期要求提出變更，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。對於之後寄送的郵件和通訊，IEHP DualChoice 都將按照長期要求為您提供資訊，所以您不須每次單獨提出要求。

其他語言

您可以免費取得本會員手冊及其他計劃文件的其他語言版本。IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 提供由合格翻譯人員提供的書面翻譯。請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電 1-800-718-4347 或 711)。這是免付費電話。請參閱會員手冊，進一步瞭解醫療保健語言援助服務，例如口譯和筆譯服務。



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

其他格式

您可以免費取得本資訊的其他格式，如盲人點字、20 級大字體、語音版，及無障礙閱讀電子格式。請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電 1-800-718-4347 或 711)。這是免付費電話。

口譯服務

IEHP DualChoice 免費為您提供由合格口譯員提供的口譯服務 (包括手語服務在內)，24 小時均可使用該服務。您不需要請家人或朋友擔任口譯。我們請您不要由未成年人協助口譯，除非是遇到緊急狀況。口譯、語言及文化服務均免費提供。每週 7 天，每天 24 小時均可提供幫助。如需以您所使用的語言獲得幫助，或索取本會員手冊的其他語言版本，請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電 1-800-718-4347 或 711)。這是免付費電話。

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं।

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puav leej muaj cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມ. ໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnangv meih qiexx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម

ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-273-IEHP (4347)

(TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់

ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស

សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ

ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید.
کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و
چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه
می شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем
родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP
(4347) (линия TTY: 1-800-718-4347). Также
предоставляются средства и услуги для людей с
инвалидностью, например документы крупным
шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру
1-877-273-IEHP (4347) (линия TTY: 1-800-718-4347).
Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). También
ofrecemos asistencia y servicios para personas con
discapacidades, como documentos en braille y con letras
grandes. Llame al 1-877-273-IEHP (4347)
(TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為
每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-
718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги надаються безкоштовно.



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

目錄

第 1 章：會員入門指引	11
第 2 章：重要的電話號碼和資源	22
第 3 章：使用本計劃承保您的醫療保健和其他承保服務	38
第 4 章：福利表	60
第 5 章：獲取門診處方藥	110
第 6 章：您為 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥支付的費用	127
第 7 章：要求我們支付您收到的承保服務或藥物帳單	134
第 8 章：您的權利和責任	140
第 9 章：如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼辦	151
第 10 章：終止您在本計劃的會員資格	193
第 11 章：法律聲明	201
第 12 章：重要詞彙的定義	204

免責聲明

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。
- ❖ IEHP DualChoice 的承保是合格健康承保，稱為「最低基本承保」。此計劃滿足患者保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人分擔責任要求。請造訪美國國稅局 (IRS) 網站：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解有關個人分擔責任要求的更多資訊。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 1 章：會員入門指引

簡介

本章包含有關 IEHP DualChoice (這是一項健保計劃，承保您所有的 **Medicare** 服務並協調您全部的 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 服務) 以及您在本計劃會籍的資訊。以及告知您預期會發生什麼以及您將從我們這裡獲得的其他資訊。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 歡迎您加入本計劃.....	13
B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊.....	13
B1. Medicare.....	13
B2. Medi-Cal	13
C. 本計劃的優勢.....	14
D. 本計劃的服務地區.....	15
E. 成為計劃會員的資格條件	15
F. 首次加入我們的健保計劃時會發生什麼	15
G. 您的照護團隊和照護計劃	17
G1. 照護團隊.....	17
G2. 照護計劃.....	17
H. IEHP DualChoice 的每月費用	17
H1. 計劃保費	18
I. 您的 <i>會員手冊</i>	18
J. 您可從我們這裡獲取的其他重要資訊	18
J1. 您的會員卡	18
J2. 醫療服務提供者和藥房名錄.....	19
J3. 承保藥物清單.....	20



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

J4. 福利說明.....	20
K. 保持更新您的會員紀錄.....	20
K1. 個人健康資訊 (PHI) 隱私權	21



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 歡迎您加入本計劃

本計劃向有資格參加 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 這兩個計劃的個人提供服務。本計劃包含醫生、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。我們還有護理協調員和照護團隊來幫助您管理您的提供者和及其服務。他們所有人會攜手合作提供您所需的照護。

IEHP DualChoice 是由 Inland Empire Health Plan (IEHP) 為您提供。IEHP 是一項本地的非營利健保計劃，自 1996 年以來，為超過一百萬名 Riverside 縣和 San Bernardino 縣的居民提供服務。

IEHP 與網絡簽約，該網絡包含加州境內超過 1,000 名基本保健提供者 (PCP)、超過 4,000 名專科醫生、400 名視力醫療服務提供者、31 家醫院以及超過 5,300 家藥房，因此您將可獲得您所需的照護。

請參閱本 IEHP DualChoice 會員手冊第 4 章 (福利表) 以瞭解與您的福利有關的更多資訊。

B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計劃，適用於：

- 65 歲或以上人士，
- 有些 65 歲以下有某類殘疾的人士，以及
- 患有晚期腎病 (腎衰竭) 的人士。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州 Medicaid 計劃的名稱。Medi-Cal 由州政府管理，由州政府和聯邦政府支付費用。Medi-Cal 幫助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援 (LTSS) 以及醫療費用。此計劃承保了不屬於 Medicare 承保範圍的額外服務和藥物。

各州自行決定：

- 哪些可算作收入和資源，
- 誰有資格，
- 哪些服務屬於承保範圍，以及



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 服務的費用。

只要計劃遵守聯邦規則，各州可以自行決定如何運行自己的計劃。

Medicare 和加州政府已批准本計劃。只要滿足以下條件，您就可以透過本計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供該計劃，**並且**
- Medicare 和加州政府允許我們繼續提供本計劃。

即使本計劃在未來停止運作，您享有 Medicare 和 Medi-Cal 服務的資格也不會受到任何影響。

C. 本計劃的優勢

您現在將從本計劃中獲得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括處方藥。**您無需支付額外費用即可加入此健保計劃。**

我們幫助讓您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利更好地一起為您提供服務。其中一些優點包括：

- 您可以與我們合作，滿足您**大多數**的醫療保健需求。
- 您擁有一個由您協助組成的照護團隊。您的照護團隊可能包括您自己、您的照顧者、醫生、護士、諮商師或其他健康專業人員。
- 您可使用護理協調員的服務。此人與您、本計劃以及您的照護團隊一起幫助制定您的照護計劃。
- 您可以在照護團隊和護理協調員的幫助下引導您自己的照護。
- 您的照護團隊和護理協調員將會與您合作，擬定一份符合**您**健康需求的照護計劃。照護團隊可協助協調您所需的服務。例如，您的照護團隊會確保：
 - 您的醫生知道您服用的所有藥物，因此他們可以確保您服用的是正確的藥物，並可以減少您可能因藥物而遭受的任何副作用。
 - 我們將會視情況與您所有的醫生和其他醫療服務提供者分享您的檢查結果。

IEHP DualChoice 的新會員：在大多數情況下，在請求參保 IEHP DualChoice 後，您從次月第一天即加入 IEHP DualChoice 並可使用您的 Medicare 福利。您仍然可以從之前的 Medi-Cal 健保計劃中獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 IEHP DualChoice 獲得 Medi-Cal 服務。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

您的 Medi-Cal 承保範圍不會出現缺口。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與我們聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347，提出您的任何疑問。

D. 本計劃的服務地區

我們的服務區域包括 Riverside 縣和 San Bernardino 縣的所有郵遞區號。

只有居住於我們服務地區以內的人才能加入本計劃。

如果您搬出我們的服務地區，您即無法繼續留在本計劃中。請參閱會員手冊第 8 章，瞭解有關搬出我們的服務地區會對您造成什麼影響的更多資訊。

E. 成為計劃會員的資格條件

只要您符合以下條件，就有資格參加本計劃：

- 居住於我們的服務地區 (被監禁的個人不被視為居住於服務地區中，即使他們實際上位於當地)，並且
- 參保時年滿 21 歲，並且
- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，並且
- 具備美國公民或美國合法居民身分，並且
- 目前符合 Medi-Cal 的資格。

如果您失去 Medi-Cal 的資格，但可合理預期將於 3 個月內重新獲得資格，那麼您仍然符合參加本計劃的資格。

請致電會員服務部瞭解更多資訊。

F. 首次加入我們的健保計劃時會發生什麼

當您首次加入本計劃時，您會在參保生效日期之前或之後的 90 天內獲得一次健康風險評估 (HRA)。

我們必須為您完成 HRA。此 HRA 是制定您的照護計劃的基礎。HRA 內含的問題用於識別您的醫療、行為健康和功能需求。

我們會與您聯繫以完成此 HRA。我們可以透過親自拜訪、電話或郵寄來完成此 HRA。

我們將向您發送有關此 HRA 的更多資訊。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

如果您是本計劃的新會員，您可以在一定期限內繼續使用您目前使用的醫生，即使該醫生不在本計劃網絡中也是如此。我們將此稱為延續性照顧。如果您的醫生不在本計劃網絡中，且您符合下列所有條件，則您可繼續使用您在參保時正在使用的醫療服務提供者和服務授權，期限最長可達 12 個月：

- 您、您的代表或醫療服務提供者要求我們讓您繼續使用您目前的醫療服務提供者。
- 我們證實您與某位基本保健醫生或專業照護服務提供者有既有關係，但有一些例外情形。當我們提到「既有關係」時，我們是指在您最初參保本計劃的日期之前的 12 個月期間，您曾因非急診就診而接受該網絡外醫療服務提供者看診至少一次。
- 我們會透過檢視您現有的健康資訊或您提供給我們的資訊來判定既有關係。
- 我們有 30 天的時間可以回覆您的要求。您可要求我們更快作出決定，則我們將必須在 15 天內作出回覆。您可以致電 1-877-273-IEHP (4347) 提出此請求。如果您有受到損害的風險，我們必須在 3 天內回覆。
- 您或您的醫療服務提供者必須出示表明既有關係的文件並在您提出請求時同意某些特定條款。

備註：您可以向耐用醫療器材 (DME) 服務提供者提出此請求，要求使用器材至少 90 天，直到我們對新的租賃提供授權並讓網絡醫療服務提供者交付租賃器材為止。雖然您無法針對交通運輸服務提供者或其他輔助醫療服務提供者提出此項要求，但您可針對未包含在本計劃中的交通運輸服務或其他輔助醫療服務提出要求。

在延續性照顧期結束之後，除非我們與您的網絡外醫生進行安排，否則您將需使用 IEHP DualChoice 網絡內隸屬於您基本保健醫生醫療團體的醫生及其他醫療服務提供者。網絡醫療服務提供者是指與健保計劃有合作關係的醫療服務提供者。本計劃的 PCP 隸屬於醫療團體或獨立醫生協會 (IPA)。當您選擇您的 PCP 時，您也在選擇所屬的醫療團體。這表示，您的 PCP 會將您轉介給隸屬於其醫療團體的專科醫生和服務。醫療團體或 IPA 是由醫生、專科醫生及其他為 IEHP 會員提供健康服務的醫療服務提供者所組成的團體。您的 PCP 與醫療團體或 IPA 將會一起為您提供醫療護理。其中包括獲得授權以接受專科醫生看診或醫療服務，如化驗檢查、X 光檢查和 / 或住院。在某些情況下，IEHP 就是您的醫療團體或 IPA。請參閱會員手冊第 3 章以瞭解更多有關取得照護的資訊。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G. 您的照護團隊和照護計劃

G1. 照護團隊

照護團隊可以幫助您繼續獲得所需的照護。照護團隊可能包括您的醫生、護理協調員或您選擇的其他健保人員。

護理協調員是受過專業培訓，可幫助您管理所需的照護。當您參保本計劃時，您會獲得一名護理協調員。此人還會向您推薦本計劃可能未提供的其他社區資源，並將與您的照護團隊合作以幫助協調您的照護。請撥打頁面底部的電話聯繫我們，瞭解有關您的護理協調員和照護團隊的更多資訊。

G2. 照護計劃

您的照護團隊會與您一起制定照護計劃。照護計劃會告訴您和您的醫生您需要哪些服務以及如何獲得這些服務。其中包括您的醫療、行為健康和 LTSS 或其他服務。

您的照護計劃包括：

- 您的自我管理目標和目的，
- 您的個人醫療保健偏好，
- 專門針對您的需求量身定制的干預措施，
- 您的照顧者的角色，
- 您的醫療保健目標，以及
- 獲得您需要服務所需時間。

在您完成 HRA 後，您的照護團隊會與您會面。他們會與您討論您需要的服務。他們還會告訴您一些您可能會想要考慮獲取的服務。您的照護計劃是依據您的需求而建立的。您的照護團隊至少每年一次與您一起更新您的照護計劃。

H. IEHP DualChoice 的每月費用

您的費用可能包括以下項目：

- 計劃保費 (第 H1 節)
- Medicare 處方藥付款計劃金額 (第 H2 節)

在某些情況下，您的計劃保費可能會較低。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

H1. 計劃保費

身為計劃會員，您每月須支付一筆計劃保費。IEHP DualChoice 2025 年的月保費為 \$0-\$29.70。因為您符合「額外補助」的資格，所以會為您支付基本 D 部分保費。如果您的「額外補助」狀態發生改變，您要負責支付您的保費。請參閱第 6 章以瞭解詳情。

I. 您的會員手冊

您的會員手冊是我們與您簽訂的合約的一部分。意思是我們必須遵守此文件中的所有規則。如果您認為我們的行為違反了這些規則，您可以對我們的決定提出上訴。如需上訴相關資訊，請參閱會員手冊第 9 章或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部，索取會員手冊。您也可以參閱我們網站（網址位於頁面底部）上的會員手冊。

合約在 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日期間您參保本計劃的月份期間有效。

J. 您可從我們這裡獲取的其他重要資訊

我們提供給您的其他重要資訊包括您的會員卡、如何獲取醫療服務提供者和藥房名錄的資訊，以及如何獲取承保藥物清單（也稱為處方集）的資訊。

J1. 您的會員卡

您參加本計劃時，您會擁有一張用來使用 Medicare 和 Medi-Cal 服務的會員卡，包括 LTSS、某些行為健康服務，以及處方藥。您在獲得任何服務或處方藥時請出示此卡。這是會員卡的樣本：



如果您的會員卡損壞、遺失或被盜，請立即撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。我們會為您寄一張新卡。

只要您是本計劃的會員，您即得大多數服務時不需要使用您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡或



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天（包括假日），太平洋標準時間（PST）上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

您的 Medi-Cal 卡。將此卡保存在安全的地方，以備日後需要時使用。如果您出示 Medicare 卡而不是您的會員卡，醫療服務提供者可能會向 Medicare 而非本計劃出具帳單，您可能會因此收到帳單。請參閱 *會員手冊* 第 7 章，瞭解如果您從醫療服務提供者處收到帳單時該怎么做。

請記住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC) 才能獲得以下服務：

- Medi-Cal 牙科服務
- 不屬於 Medicare 承保範圍的門診處方藥
- 屬於 Medi-Cal Rx 承保範圍的非處方藥和某些維他命

J2. 醫療服務提供者和藥房名錄

醫療服務提供者和藥房名錄列出了本計劃網絡中的醫療服務提供者和藥房。當您是本計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者來獲得承保服務。

您可以撥打頁面底部的號碼致電會員服務部索取 *醫療服務提供者和藥房名錄* (電子版或紙本)。索取紙本醫療服務提供者和藥房名錄後，我們將在三個工作日內將其郵寄給您。

您還可以從頁面底部的網址查閱醫療服務提供者和藥房名錄。

本名錄列有您身為 IEHP DualChoice 會員可接受其看診的醫療保健專業人員 (例如醫生、專科護理師及心理醫生)、機構 (例如醫院或診所)、藥房及支援服務提供者 (例如社區型成人服務 [CBAS])。我們也列出了您可以用來獲取處方藥的藥房。

網絡醫療服務提供者的定義

- 我們的網絡醫療服務提供者包括：
 - 您作為本計劃會員，可以使用的醫生、護士和其他醫療保健專業人士；
 - 在本計劃中提供健康服務的診所、醫院、護理機構和其他場所；和
 - LTSS、行為健康服務、家庭健康機構、耐用醫療器材 (DME) 供應商以及其他您透過 Medicare 或 Medi-Cal 獲得的商品與服務的提供者。

網絡醫療服務提供者同意接受本計劃對承保服務的付款為全額付款。

網絡藥房的定義

- 網絡藥房是同意為本計劃會員配取處方藥的藥房。使用 *醫療服務提供者和藥房名錄* 查找您想要使用的網絡藥房。
- 除非發生緊急情況，否則如果您希望本計劃協助您支付處方藥的費用，您將必須在本計劃



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

的其中一家網絡藥房配取處方藥。

請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部瞭解更多資訊。會員服務部和我們的網站都可以為您提供有關我們網絡藥房和醫療服務提供者變化的最新資訊。

J3. 承保藥物清單

本計劃有一份*承保藥物清單*。我們將其簡稱為「*藥物清單*」。此清單會告訴您本計劃承保哪些處方藥。

*藥物清單*還會告訴您任一藥物是否有任何規則或限制 (例如您可以獲得的藥量限制)。請參閱 *會員手冊*第 5 章瞭解更多資訊。

我們每年都會寄送如何取得*藥物清單*的相關資訊給您，但有些變更可能會在一年當中發生。要獲取有關承保藥物的最新資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站 (請參閱頁面底部的資訊)。

J4. 福利說明

當您使用您的 Medicare D 部分處方藥福利時，我們會向您發送一份摘要，以幫助您瞭解並追蹤您的 Medicare D 部分處方藥付款。此摘要稱為*福利說明* (EOB)。

EOB 會告知您或代表您的其他人在您的 Medicare D 部分處方藥上花費的總金額，以及我們在當月為您的每一種 Medicare D 部分處方藥支付的總金額。EOB 並非帳單。D 部分 EOB 包含有關您服用藥物的更多資訊。*會員手冊*第 6 章提供了有關 EOB 及其如何幫助您追蹤藥物承保的更多資訊。

您也可以索取 EOB。要獲取副本，請透過頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。

K. 保持更新您的會員紀錄

您可以在您的資訊發生變化時告訴我們，以便保持您會員紀錄的更新。

我們需要這些資訊來確保我們的紀錄中包含您的正確資訊。我們的網絡醫療服務提供者和藥房也需要有關您的正確資訊。他們透過您的會員紀錄來瞭解您獲得了哪些服務和藥物以及您對其支付的費用。

請立即告知我們以下內容：

- 有關您的姓名、地址或電話號碼的變更；
- 任何其他健康保險承保的變更，例如您的雇主、您配偶的雇主或您同居伴侶的雇主提供的保險，或工傷賠償；



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 任何責任理賠，例如車禍理賠；
- 入住護理機構或醫院；
- 醫院或急診室提供的照護；
- 您的照顧者 (或對您負責的任何人) 改變；以及
- 您參加了臨床研究。(備註：您不需要告訴我們您參加或參與的臨床研究，但我們鼓勵您要告訴我們。)

如果任何資訊發生了變化，請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。

IEHP DualChoice 為您提供網上管道，讓您每週 7 天，每天 24 小時都能取得您的健康資訊。如欲建立帳戶，請前往 www.iehp.org/App/Account/Login，您可在該網站：

- 更換醫生
- 確認資格
- 確認轉介狀態
- 索取新的 IEHP DualChoice 會員卡
- 更新您的聯絡資訊
- 查看化驗紀錄和免疫接種資訊
- 查看處方藥紀錄
- 查看理賠紀錄和授權

您也可下載 **IEHP Smart Care** 應用程式，該應用程式可供 **Android** 和 **iPhone** 使用。

K1. 個人健康資訊 (PHI) 隱私權

您會員紀錄中的資訊可能包含了個人健康資訊 (PHI)。聯邦和州法律要求我們將您的 PHI 保密。我們會保護您的 PHI。有關我們如何保護您的 PHI 的更多詳情，請參閱 **會員手冊第 8 章**。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 2 章：重要的電話號碼和資源

簡介

本章將會為您提供重要資源的聯絡資訊，這些資源可協助回答您對本計劃及您醫療保健福利的問題。您也可使用本章來取得資訊，以瞭解如何與護理協調員及其他人聯絡以代表您維護權益。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 會員服務部	23
B. 您的護理協調員	25
C. 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)	27
D. 護士諮詢專線	27
E. 行為健康危機專線	28
F. 品質改進組織 (QIO)	29
G. Medicare	30
H. Medi-Cal	30
I. Medi-Cal 管理式照護和心理健康監察員辦公室	31
J. 縣社會服務部	32
K. 縣行為健康服務機構	33
L. 加州醫療保健計劃管理局	34
M. 幫助人們支付處方藥費用的計劃	34
M1. 額外補助	34
M2. 愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)	35
N. 社會安全局	35
O. 鐵路退休委員會 (RRB)	36
P. 其他資源	36
Q. Medi-Cal 牙科計劃	37



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 會員服務部

致電	1-877-273-IEHP (4347)。這是免付費電話。 我們的服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。 我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY 使用者請致電	1-800-718-4347。這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。 我們的服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(909) 890-5877
寫信	IEHP DualChoice Attention: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
電子郵件	MemberServices@iehp.org
網站	www.iehp.org

聯繫會員服務獲得以下方面的協助：

- 關於計劃的問題
- 關於理賠或帳單的問題
- 關於您的醫療保健的承保決定
 - 關於您的醫療保健的承保決定是指以下方面的決定：
 - 您的福利和承保服務，或
 - 我們為您的健康服務支付的金額。
 - 如果您對有關您的醫療保健的承保決定有任何疑問，請致電聯繫我們。
 - 要瞭解有關承保決定的更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 9 章。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 關於您的醫療保健的上訴
 - 上訴是要求我們審查我們對您的承保範圍做出的決定、並在您認為我們犯了錯誤或不同意該決定時要求我們變更決定的正式方式。
 - 要瞭解有關提出上訴的更多資訊，請參閱 **會員手冊第 9 章** 或聯絡會員服務部。
- 關於您的醫療保健的投訴
 - 您可以投訴我們或任何醫療服務提供者 (包括網絡或非網絡醫療服務提供者)。網絡醫療服務提供者是與本計劃合作的服務提供者。您也可以向我們或品質改進組織 (QIO) 投訴您所接受照護的品質 (請參閱 **第 F 節 品質改進組織 {QIO}**)。
 - 您可致電 1-877-273-IEHP (4347) 與我們聯絡並說明您的投訴，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。
 - 如果您的投訴是關於您的醫療保健的承保決定，您可以提出上訴 (請參閱上述部分)。
 - 您可以向 Medicare 投訴本計劃。您可以使用網上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。
 - 您可以致電 1-855-501-3077，向 Medicare Medi-Cal 監察員計劃投訴本計劃。
 - 要瞭解如何就您的醫療保健提出投訴的更多資訊，請參閱 **會員手冊第 9 章**。
- 關於您的藥物的承保決定
 - 關於您藥物的承保決定是關於以下方面的決定：
 - 您的福利和承保藥物，或
 - 我們為您的藥物支付的金額。
 - Medi-Cal Rx 可能涵蓋非 Medicare 承保的藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和某些維他命。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。
 - 有關您的處方藥承保決定的更多資訊，請參閱 **會員手冊第 9 章**。
- 關於您的藥物的上訴
 - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 有關對您的處方藥提出上訴的更多資訊，請參閱 **會員手冊第 9 章**。
- 對您的藥物的投訴
 - 您可以投訴我們或任何藥房。這包括關於您的處方藥的投訴。
 - 如果您的投訴是關於您的處方藥的承保決定，您可以提出上訴。(請參閱上述部分。)
 - 您可以向 **Medicare** 投訴本計劃。您可以使用網上表格，網址為 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。
 - 有關對您的處方藥提出投訴的更多資訊，請參閱 **會員手冊第 9 章**。
- 對您已經支付的醫療保健或藥物的付款
 - 有關如何要求我們向您還款或支付您收到的帳單的更多資訊，請參閱 **會員手冊第 7 章**。
 - 如果您要求我們支付帳單而我們拒絕了您的請求中的任一部分，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱 **會員手冊第 9 章**。

B. 您的護理協調員

護理協調員是我們為您指定的 IEHP DualChoice 工作人員，其將會與您的照護服務提供者合作以協助您取得您所需的照護。您可致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡以更換護理協調員。

致電	1-877-273-IEHP (4347)。這是免付費電話。 我們的服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。 我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY 使用者請致電	1-800-718-4347。這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。 我們的服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(909) 890-5877



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

寫信	IEHP DualChoice Attention: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
電子郵件	MemberService@iehp.org
網站	www.iehp.org

聯繫您的護理協調員獲得以下方面的協助：

- 關於您的醫療保健的問題
- 關於獲得行為健康 (心理健康和物質使用障礙) 服務的問題
- 關於牙科福利的問題
- 關於前去醫療約診的交通運輸的問題
- 有關長期服務與支援 (LTSS) (包括社區成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF) 在內) 的問題
有關可用社區資源的問題。

您或許可以獲得以下服務：

- 社區成人服務 (CBAS)
- 專業護理照護
- 物理治療
- 職能治療
- 言語治療
- 醫療社會服務
- 居家醫療保健
- 透過您所在縣的社會服務機構提供的家庭支援服務 (IHSS)
- 多元化老年人服務計劃 (MSSP) (透過 Medi-Cal 按服務收費 (FFS) 計劃提供)。
- 社區組織支援



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 長期服務與支援，會員必須符合特定標準，才有資格獲得 LTSS 福利。如需更多資訊，請聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部。
- 有時您可以獲得有關日常醫療保健和生活需求的幫助。

C. 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)

州政府健康保險協助方案 (SHIP) 為享有 Medicare 的人提供免費健康保險諮詢。在加州，SHIP 稱為健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)。HICAP 顧問可以回答您的問題並幫助您瞭解如何處理您的問題。HICAP 在每個縣都配備了經過訓練的顧問，並且服務免費提供。

HICAP 與任何保險公司或健保計劃均無關聯。

致電	(909) 256-8369 週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00
寫信	2280 Market St, Suite 140 Riverside, CA 92501
網站	https://www.coasc.org/programs/hicap

請聯絡 HICAP 尋求以下方面的幫助：

- 有關 Medicare 的問題
- HICAP 顧問可以回答您有關變更為新計劃的問題並幫助您：
 - 瞭解您的權利，
 - 瞭解您的計劃選擇，
 - 對您的醫療保健或治療提出投訴，並且
 - 解決帳單問題。

D. 護士諮詢專線

若您無法與您的醫生取得聯繫，請致電 IEHP 24 小時護士諮詢專線以尋求進一步協助。您每天 24 小時，甚至在假日也可獲得醫療建議。如有需要，我們的護士可為您轉接，以讓您透過電話或



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

視訊通話諮詢醫生。如果您需要進一步協助，我們的護士將會指引您前往附近有營業的緊急照護診所。您可以聯繫護士諮詢專線詢問有關您的健康或醫療保健的問題。

致電	1-888-244-IEHP (4347) 這是免付費電話。 每天 24 小時，包括假日和週末。 我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY 使用者請致電	711 這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。 每天 24 小時，包括假日和週末。

E. 行為健康危機專線

致電	1-877-273-IEHP (4347) 這是免付費電話。 我們的服務時間為週一至週五 (假日除外)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至下午 5 時。 我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY 使用者請致電	1-800-718-4347 這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。 我們的服務時間為週一至週五 (假日除外)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至下午 5 時。

請聯絡行為健康危機專線：

- 詢問有關行為健康和物質濫用服務的危機問題
- 聯絡合格團隊會員向發生心理健康危機的會員提供支援。

如在非營業時間致電尋求行為健康危機支援，請致電或傳送簡訊至 988。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

什麼是 988?

988 自殺與危機生命線為經歷情緒困擾、自殺或物質使用危機的人士提供每週 7 天，每天 24 小時的保密支援。與受過訓練的危機處理諮商師聯絡，他們將會傾聽、提供情緒支援並為您聯繫必要的資源。請隨時致電或傳送簡訊至 988。

988 與 911 有何差別?

撥打 **988** 以使用生命線網絡和危機支援。此專線與 **911** 公共安全電話截然不同，**911** 的主要工作是視需要派遣急診醫療服務、消防人員及警察。

有關您所在縣的專科心理健康服務的問題，請參閱**第 K 節**。

F. 品質改進組織 (QIO)

我們的州有一個名為 **Livanta** 受益人和家庭為中心的照護 (BFCC) 的組織。這是一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的組織，旨在幫助提高 **Medicare** 參保人的照護品質。**Livanta BFCC-QIO** 與本計劃無關。

致電	1-877-588-1123
TTY 使用者請致電	711 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
寫信	10820 Guilford Road, Suite 312 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livanta.com

聯繫 **Livanta BFCC-QIO** 尋求以下方面的幫助：

- 關於您的醫療保健權利的問題
- 如果您滿足以下條件，您可以就您獲得的照護提出投訴：
 - 照護品質有問題，
 - 認為您的住院時間過早結束，或
 - 認為您的家庭醫療保健、專業護理機構的照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務過早結束。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G. Medicare

Medicare 是針對 65 歲或以上人群、部分 65 歲以下殘障人士和晚期腎病 (需要透析或腎移植的永久性腎功能衰竭) 患者的聯邦健康保險計劃。

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

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每週 7 天、每天 24 小時均可免費撥打此號碼。
TTY 使用者請致電	1-877-486-2048。這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的官方網站。網站為您提供有關 Medicare 的最新資訊。網站還提供有關醫院、療養院、醫生、家庭保健機構、透析設施、住院復健設施和安寧照護機構的資訊。 網站包括有用的網站和電話號碼。網站還有可以直接從電腦列印的文件。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心可能會幫助您使用他們的電腦造訪本網站。或者，您可以撥打上面的電話號碼致電 Medicare，告訴他們您在尋找什麼資訊。他們將在網站上查找並與您一起查看資訊。

H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃。這是一項公共健康保險計劃，提供低收入個人所需的醫療保健服務，包括有孩子的家庭、老年人、殘疾人士、寄養兒童和青少年，以及孕婦。Medi-Cal 由州和聯邦政府資金資助。

Medi-Cal 福利包括醫療、牙科、行為健康以及長期服務與支援。

您已參保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您對 Medi-Cal 福利有疑問，請致電您的計劃護理協調員。如果您對參保 Medi-Cal 計劃有疑問，請致電 Health Care Options。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

致電	1-800-430-4263 週一至週五，上午 8 時至晚上 6 時
TTY 使用者請致電	1-800-430-7077 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。 您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
寫信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal 管理式照護和心理健康監察員辦公室

監察員辦公室的職責是作為您的代表人。如果您有問題或投訴，他們可以回答問題，並且可以幫助您瞭解該怎麼做。監察員辦公室還可以幫助您解決服務或計費問題。他們與本計劃或與任何保險公司或健保計劃無關。他們的服務是免費的。

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



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

J. 縣社會服務部

如果您在居家支援服務 (IHSS) 福利方面需要幫助，請聯繫您當地的縣社會服務機構。

請聯繫您所在縣的社會服務部門申請居家支援服務，這將有助於支付為您提供的服務費用，以便您可以安全地留在自己的家中。服務類型可能包括幫助準備膳食、洗澡、穿衣、洗衣、購物或交通運輸。

如果對您的 Medi-Cal 資格有任何疑問，請聯繫您所在縣的社會服務部門。

致電	<u>Riverside 縣</u> (888) 960-4477 週一至週五，上午 7:30 至下午 5:30。如果是在非營業時間致電，會員可留言並在下一個工作日接獲回電。這是免付費電話。 <u>San Bernardino 縣</u> 1-877-800-4544，週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。這是免付費電話。
TTY 使用者請致電	<u>Riverside 縣</u> (888) 960-4477 (TTY 使用者請致電 711) 週一至週五，上午 7:30 至下午 5:30。 <u>San Bernardino 縣</u> (877) 800-4544 (TTY 使用者請致電 711) 週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
寫信	<u>Riverside 縣</u> 11070 Magnolia Ave. Riverside, CA 92505 <u>San Bernardino 縣</u> San Bernardino County IHSS 686 E. Mill Street



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

	San Bernardino, CA 92415
電子郵件	Riverside 縣 - IHSSHOME@rivco.org San Bernardino 縣 - daasciu@hss.sbcounty.gov
網站	Riverside 縣 http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services San Bernardino 縣 http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx

K. 縣行為健康服務機構

如果您符合使用標準，您可以透過縣獲得 Medi-Cal 專科心理健康服務和物質使用障礙服務。

致電	Riverside 縣 1-800-499-3008。週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。在非營業時間，電話將會轉接至 HelpLine Community Connect。 這是免付費電話。 San Bernardino 縣 1-888-743-1478。每週 7 天，每天 24 小時。這是免付費電話。 我們為不會說英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY 使用者請致電	Riverside/San Bernardino 縣 TTY 使用者應撥打加州中繼服務電話 711。這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。

請聯絡縣行為健康機構尋求協助：

- 關於縣提供的專科心理健康服務的問題
- 關於縣提供的物質使用障礙服務的問題。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

L. 加州醫療保健計劃管理局

加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 負責監管健保計劃。DMHC 幫助中心可以幫您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。

致電	1-888-466-2219 DMHC 代表可在週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 之間提供服務。
TDD 使用者請致電	1-877-688-9891 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。 您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
寫信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	www.dmhca.gov

M. 幫助人們支付處方藥費用的計劃

Medicare.gov 網站 (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人，還有其他計劃可以提供幫助，如下所述。

M1. 額外補助

由於您有資格參加 Medi-Cal，因此您有資格獲得並且正在自 Medicare 取得「額外補助」來支付您的處方藥計劃費用。您不需要做任何事即可取得此「額外補助」。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每週 7 天、每天 24 小時均可免費撥打此號碼。
TTY 使用者請致電	1-877-486-2048 這是免付費電話。 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
網站	www.medicare.gov



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

M2. 愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)

ADAP 旨在協助符合 ADAP 愛滋病病毒 (HIV) / 愛滋病 (AIDS) 的人士取得能拯救生命的 HIV 藥物。Medicare D 部分處方藥若同時也列於 ADAP 處方集中，則有資格透過加州公共衛生部 AIDS 辦公室獲得處方藥分攤費用援助。備註：要獲得在您所在州營運的 ADAP 的資格，個人必須滿足某些標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州政府定義的低收入以及未投保/投保不足的狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 註冊工作人員，以便您可以繼續獲得援助得到有關資格標準、承保藥物或如何註冊該計劃的資訊，請致電 1-844-421-7050 或查詢 ADAP 網站 www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

N. 社會安全局

社會安全局會確定資格並處理 Medicare 的參保。65 歲及以上的美國公民和合法永久居民，或者罹患殘疾或末期腎臟病 (ESRD) 且滿足某些條件的美國公民和合法永久居民，有資格享受 Medicare。如果您已經在接收社會安全支票，則會自動參保 Medicare。如果您沒有接收社會安全支票，您則必須參保 Medicare。如要申請 Medicare，您可以致電社會安全局或前往當地的社會安全局辦公室。

如果您搬家或變更郵寄地址，請務必聯繫社會安全局並告知他們。

致電	1-800-772-1213 撥打此號碼是免費的。 週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00 提供服務。 您可以每天 24 小時使用他們的自動電話服務收聽錄製的資訊，並處理一些事務。
TTY 使用者請致電	1-800-325-0778 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
寫信	Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
網站	www.ssa.gov



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

O. 鐵路退休委員會 (RRB)

RRB 是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路工人及其家人的綜合福利計劃。如果您透過 RRB 取得 Medicare，如果您搬家或變更郵寄地址，請務必告知他們。如果您對 RRB 的福利有疑問，請聯繫該機構。

致電	1-877-772-5772 撥打此號碼是免費的。 如果您按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9:00 至下午 3:30 以及週三上午 9 時至中午 12 時與 RRB 代表通話。 如果您按「1」，您可以每天 24 小時使用自動 RRB 幫助專線並收聽錄製的資訊，包括週末和節假日。
TTY 使用者請致電	1-312-751-4701 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。 撥打此號碼並非免費。
網站	www.rrb.gov

P. 其他資源

Medicare Medi-Cal 監察員計劃提供免費援助，以幫助那些難以獲得或維持健康承保並解決其健保計劃問題的人。

如果您有以下方面的問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健保計劃
- 獲得醫療服務
- 對被駁回的服務、藥物、耐用醫療器材 (DME)、心理健康服務等提出上訴。
- 醫療計費
- IHSS (居家支援服務)



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

Medicare Medi-Cal 監察員計劃可協助您投訴、上訴和舉行聽證會。監察員計劃的電話號碼是 1-855-501-3077。

Q. Medi-Cal 牙科計劃

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃取得；包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光檢查、洗牙和氟化物治療
- 修復和牙冠
- 根管治療
- 局部和完整假牙、調整、修復和襯底

牙科福利可透過 Medi-Cal 牙科按服務收費 (FFS) 和牙科管理式照護 (DMC) 計劃取得。

致電	1-800-322-6384 這是免付費電話。 Medi-Cal 牙科 FFS 計劃代表可於週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助。
TTY 使用者請致電	1-800-735-2922 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。 您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
網站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

您可以不使用 Medi-Cal 牙科按服務收費計劃，而是透過牙科管理式照護計劃獲得牙科福利。Sacramento 縣和 Los Angeles 縣提供牙科管理式照護計劃。如果您想瞭解有關牙科計劃的更多資訊，或想要變更牙科計劃，請聯繫 Health Care Options，電話 1-800-430-4263 (TTY 使用者請致電 1-800-430-7077)，服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。這是免付費電話。

DMC 聯絡人也可以在這裡找到：

<https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx>。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 3 章：使用本計劃承保您的醫療保健和其他承保服務

簡介

本章中有您在向本計劃取得醫療保健和其他承保服務時需要知道的特定用語和規則。也告訴您有關護理協調員的資訊、如何從不同類型的醫療服務提供者處以及在某些特殊情況下 (包括從網絡外醫療服務提供者或藥房) 獲得照護、如果您因為我們承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦，以及擁有耐用醫療器材 (DME) 的規則。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章。

目錄

A. 有關服務和醫療服務提供者的資訊	40
B. 獲取本計劃承保服務的規則	40
C. 您的護理協調員	41
C1. 什麼是護理協調員	41
C2. 如何聯繫您的護理協調員	42
C3. 如何更換您的護理協調員	42
D. 醫療服務提供者提供的照護	42
D1. 基本保健醫提供者 (PCP) 提供的照護	42
D2. 專科醫生和其他網絡醫療服務提供者提供的照護	46
D3. 當醫療服務提供者退出本計劃時	46
D4. 網絡外醫療服務提供者	47
E. 長期服務與支援 (LTSS)	47
F. 行為健康 (心理健康和物質使用障礙) 服務	48
F1. 在本計劃以外提供的 Medi-Cal 行為健康服務	48
G. 交通運輸服務	50



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G1. 非急診情況的醫療交通運輸.....	50
G2. 非醫療交通運輸	51
H. 在醫療急診情況下、急需時，或在災難期間的承保服務	52
H1. 醫療急診情況下的照護.....	52
H2. 急需照護	53
H3. 災難期間的照護	54
I. 如果您因為本計劃承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦	54
I1. 如果本計劃不承保服務怎麼辦.....	55
J. 臨床研究中醫療保健服務的承保	55
J1. 臨床研究的定義	55
J2. 參與臨床研究時的服務費用.....	56
J3. 關於臨床研究的更多資訊	56
K. 您的醫療保健服務在宗教非醫療保健機構中如何受保.....	56
K1. 宗教非醫療保健機構的定義	56
K2. 宗教非醫療保健機構提供的照護	56
L. 耐用醫療器材 (DME).....	57
L1. 作為本計劃會員所享有的 DME 福利	57
L2. 轉換至 Original Medicare 時的 DME 所有權情況	57
L3. 作為本計劃會員所享有的氧氣設備福利.....	58
L4. 轉換至 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備	58



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 有關服務和醫療服務提供者的資訊

服務包括醫療保健、長期服務與支援 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**是指本計劃支付費用的任何這些服務。承保醫療保健、行為健康和 LTSS 的資訊列於 **會員手冊第 4 章**。處方藥和非處方藥承保的資訊列於 **會員手冊第 5 章**。

醫療服務提供者是指醫生、護士和其他為您提供服務和照護的人員。醫療服務提供者還包括醫院、家庭健康機構、診所和其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療設備以及某些 LTSS 的場所。

網絡醫療服務提供者是指與本計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的付款作為全額付款。網絡醫療服務提供者直接向我們收取他們為您提供的照護的費用。當您使用網絡醫療服務提供者時，您通常不需要為承保服務支付任何費用。

B. 獲取本計劃承保服務的規則

本計劃承保 Medicare 承保的全部服務，也承保大多數 Medi-Cal 服務。這包括行為健康和 LTSS。

本計劃通常會支付您遵守我們的規則而獲得的醫療保健服務、行為健康服務和許多 LTSS。若要是由本計劃承保：

- 您獲得的照護必須是一項**計劃福利**。意即我們將其包含在您 **會員手冊第 4 章** 的福利表中。
- 照護必須是**醫療所需的**。我們所說的醫療所需，是指合理且保障生命的重要服務。會員需要此類醫療所需照護，以防止個人患上重病或致殘，以及透過治療疾患、疾病或傷害來減輕劇烈疼痛。
- 在醫療服務方面，您必須有一個網絡**基本保健提供者 (PCP)** 來囑咐照護或告訴您要使用其他醫療服務提供者。作為計劃會員，您必須選擇網絡醫療服務提供者作為您的 PCP。
 - 在大多數情況下，本計劃必須先給您批准，然後您才能使用並非您 PCP 的醫療服務提供者，或使用本計劃網絡中的其他醫療服務提供者。這稱為**轉介**。如果您未獲得批准，我們可能無法承保這些服務。
 - 本計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇您的 PCP 時，您也在選擇所屬的醫療團體。意即您的 PCP 會將您轉介給也隸屬於他們醫療團體的專科醫生和服務。醫療團體或獨立醫生協會 (IPA) 是一個由醫生、專科醫生及其他為 IEHP 會員看診的保健服務提供者所組成的團體。您的 PCP 與醫療團體或 IPA 會一起為您提供醫療照護。其中包括獲得授權以接受專科醫生看診或醫療服務，如化驗檢查、X 光檢查和 / 或住院。在某些情況下，您的 PCP 將會直接與 IEHP 簽訂合約。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您不需要您 PCP 的轉介即可獲得急診照護或急需照護、使用女性健康醫療服務提供者，或取得本章第 D1 節所列的任何其他服務。
- **您必須從隸屬於您的 PCP 的醫療團體的網絡醫療服務提供者那裡獲得照護。**通常，我們不會承保不與我們健保計劃以及您的 PCP 的醫療團體合作的醫療服務提供者所提供的照護。意即您必須為網絡外醫療服務提供者提供的服務向其支付全額費用。以下是此規則不適用的一些情況：
 - 我們承保網絡外醫療服務提供者提供的急診或急需照護 (有關這方面的更多資訊，請參閱本章第 H 節)。
 - 如果您需要本計劃承保的照護，而我們的網絡醫療服務提供者卻無法為您提供，那麼您就可以從網絡外醫療服務提供者處獲得照護。在接受照護之前，必須先取得 IEHP 的事先授權。在此情況下，我們將會比照您透過網絡醫療服務提供者取得照護的狀況承保該照護，**或是免費為您承保該照護。**
 - 當您只是短時間位於本計劃的服務地區之外或您的提供者暫時不出診或無法造訪時，我們會承保腎透析服務。您可以在獲得 Medicare 認證的透析機構獲得這些服務。
 - 當您首次加入本計劃時，您可以要求繼續使用您當前的提供者。除了某些例外情況，如果我們可以確定您與提供者之間存在既有關係，則我們必須批准此請求。請參閱 **會員手冊第 1 章**。如果我們批准您的請求，您可以繼續使用您當前提供者的服務，時間最長為 12 個月。在此期間，您的護理協調員將與您聯繫，幫助您在我們網絡中尋找隸屬於您 PCP 醫療團體的醫療服務提供者。12 個月後，如果您繼續使用不在我們網絡內並且不隸屬於您 PCP 醫療團體的醫療服務提供者，我們將不再承保您的照護。身為本計劃的新會員，如需協助轉換屬於 Medicare 或 Medi-Cal 承保範圍的服務，您可致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

IEHP DualChoice 的新會員：在大多數情況下，在請求參保 IEHP DualChoice 後，您從次月第一天即參保 IEHP DualChoice 並可使用您的 Medicare 福利。您仍然可以從之前的 Medi-Cal 健保計劃中獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 IEHP DualChoice 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍不會出現缺口。如果您有任何疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電 1-800-718-4347) 與我們聯絡。

C. 您的護理協調員

C1. 什麼是護理協調員

跨科照護團隊的會員將會協助您使用 IEHP DualChoice 和照護服務提供者，以確保您取得您所需



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

的照護。護理協調員可能是護士或社工。

C2. 如何聯繫您的護理協調員

如欲諮詢護理協調員，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

C3. 如何更換您的護理協調員

如欲更換護理協調員，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

D. 醫療服務提供者提供的照護

D1. 基本保健提供者 (PCP) 提供的照護

您必須選擇一個 PCP 來提供和管理您的照護。本計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇您的 PCP 時，您也在選擇所屬的醫療團體。

PCP 的定義以及 PCP 能為您做什麼

PCP 是您的基本保健提供者。您通常會先接受 PCP 的看診以滿足您大多數的例行醫療保健需求。您的 PCP 也會協助您安排或協調您身為 IEHP DualChoice 會員所取得的其餘承保服務。

「協調」您的服務包括向其他計劃醫療服務提供者確認或諮詢您的照護相關事宜和進展情況。其中包括：

- X 光檢查；
- 化驗檢查；
- 治療；
- 由專科醫生所提供的照護；
- 住院；以及
- 後續照護。

哪些類型的醫療服務提供者可擔任 PCP？



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

身為 IEHP DualChoice 的會員，您可在醫療服務提供者和藥房名錄中選擇任何 PCP。每位參保的家人均可選擇其自己的 PCP。您的 PCP 可以是下列其中一類的醫療服務提供者：

- 家庭醫生和全科醫生通常可為全家人看診
- 內科醫生
- 婦產科醫生 (OB/GYN) 專門提供婦女健康與妊娠照護。

如欲查詢特定 PCP 的年齡限制，或者您對您 PCP 的醫學院教育背景、住院醫生培訓經驗或醫學會認證狀態有疑問，請致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。

PCP 有提供哪些服務以及有哪些服務是您可以自己取得的？

您通常會先接受 PCP 的看診以滿足您大多數的例行醫療保健需求，例如身體檢查、免疫接種等。當 PCP 認為您需要獲得專科治療或用品時，PCP 將需取得 IEHP DualChoice 和 / 或醫療團體的事先授權 (即事先批准)。這稱為轉介。在接受計劃專科醫生或某些其他醫療服務提供者看診之前取得 PCP 的轉介非常重要。如果您沒有在接受專科醫生服務之前取得轉介，您可能必須自行支付這些服務的費用。

您的 PCP 選擇

您可使用醫療服務提供者和藥房名錄來選擇 PCP，或是致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。如果您有想要使用的特定專科醫生或醫院，請先查看以確認您的 PCP 會轉介該專科醫生或使用該醫院。您 PCP 的姓名和診所電話號碼就列印在您的會員卡上。

1) 您在致電 IEHP DualChoice 選擇或更換 PCP 時，可能想詢問的問題包括：

- 何種類型的 PCP 最適合您？
- PCP 是否有針對患者設定年齡限制？
- PCP 距離您的住家有多近？
- PCP 的診所在晚上和 / 或週末是否有營業？
- PCP 可讓您在哪家醫院入院？
- PCP 和診所工作人員會說何種語言？



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

2) 此外，如果您有特定疑慮，您可能會想在選擇 PCP 前先提出詢問。請致電與 PCP 的診所聯絡，以瞭解諸如以下事項：

- PCP 是否可在一次約診時為多名家人看診。
- PCP 是否接受無預約看診和 / 或當日約診。
- PCP 是否會針對填寫表格收費，如要收費，收費金額是多少？
- PCP 會將患者送到哪個化驗室進行化驗？
- 您是否可以接受指定的 PCP 看診，或者您將需接受診所內的其他醫療服務提供者看診。
- 如果您或您的家人是殘障人士，PCP 的診所是否有無障礙設施？

3) PCP 通常會與特定幾家醫院有合作關係。當您選擇您的 PCP 時，請謹記下列事項：

- 您必須從醫療服務提供者和藥房名錄中選擇您的 PCP。如果您需要協助選擇 PCP 或更換 PCP，請致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。
- 請選擇位於您住家 10 英里或 15 分鐘路程範圍內的 PCP。
- 您所選擇的 PCP 僅可讓您入住特定醫院。盡量選擇可讓您入住您想要且位於您住家 30 英里或 45 分鐘路程範圍內之醫院的 PCP。
- 有些醫院有專精於為住院病人提供照護的「駐院主治醫生」。如果您入住此類醫院之一，只要您仍在住院，「駐院主治醫生」便會以照顧者的身分為您提供服務。在您出院後，您將會返回您的 PCP 處以滿足您的醫療保健需求。
- 如果您因任何理由而需要更換 PCP，您的醫院和專科醫生也可能會隨之變更。您的 PCP 應要會說您的母語。不過如有需要，您的 PCP 可隨時利用語言專線服務以透過口譯員取得協助。

如果您在加入 IEHP DualChoice 時沒有選擇 PCP，我們將會為您選擇一位。我們將會寄送包含您 PCP 資訊的信函給您。請謹記，您可隨時要求更換 PCP。

更換 PCP 的選項

您可以隨時以任何理由更換您的 PCP。此外，您的 PCP 可能會離開本計劃的網絡。如果您的 PCP 離開我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡中尋找新的 PCP。

IEHP DualChoice 會員服務部可協助您尋找和選擇其他醫療服務提供者。您可致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡以更換 PCP。請謹記，您的 PCP 與某家醫院、某些專科醫生及其他醫療保健服務提供者有合作關係。當您更換 PCP 時，您可接受其看診的其他醫療服務提供者也可能會隨之變更。您應詢問您新的 PCP 是否需要重新轉介。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

您要求更換 PCP 的日期將會影響您何時可以開始接受新 PCP 的看診。如果 IEHP DualChoice 是在一個月的 25 號當日或之前收到您的更換要求，則該變更將會在下個月的一號生效。如果 IEHP DualChoice 是在一個月的 25 號之後收到您的更換要求，則該變更將會在下下個月的一號生效。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡以瞭解您何時可以接受新的 PCP 的看診，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-IEHP (4347)。您每個月可要求更換一次 PCP。

未經您的 PCP 批准即可獲得的服務

在大多數情況下，您需要獲得您的 PCP 的批准才能使用其他醫療服務提供者。這種批准稱為**轉介**。您無需先獲得 PCP 的批准即可獲得下列服務：

- 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急需照護。
- 當您無法前往網絡醫療服務提供者處時 (例如，如果您在本計劃的服務地區之外)，由網絡外醫療服務提供者所提供的急需照護。如需更多資訊，請參閱第 4 章 (福利表) 中的「緊急照護」。

備註： 急需照護必須是即刻需要並且是醫療所需。

- 當您在本計劃的服務地區之外時，您在獲得 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。如果您在離開服務區域之前致電會員服務部，我們可以協助您在離開期間接受透析。
- 流感疫苗和 COVID-19 疫苗接種以及 B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗，但您必須從網絡醫療服務提供者處獲取。
- 例行婦女醫療保健和計劃生育服務。這包括乳房檢查、篩查乳房 X 光篩檢 (乳房 X 光片)、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，但您必須從網絡醫療服務提供者處接受服務。
- 計劃生育服務 (請參閱第 4 章 [福利表])，但條件是您必須透過網絡醫療服務提供者取得服務。
- 預防服務
- 性傳染病 (STI) 的診斷與治療
- 敏感服務和保密服務
- 在當地衛生部提供的 HIV 檢查和諮詢
- 針對晚期或轉移性第 3 期或第 4 期癌症所提供的生物標記檢查



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 此外，如果您是美洲印第安人會員，您可以從您選擇的印第安醫療保健服務提供者處獲得承保服務，無需網絡 PCP 轉介或事先授權。

D2. 專科醫生和其他網絡醫療服務提供者提供的照護

專科醫生是為特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。專科醫生有很多種，例如：

- 腫瘤專家照護癌症患者。
- 心臟病專家照護有心臟問題的患者。
- 骨科專家照護有骨骼、關節或肌肉問題的患者。
- 您通常會先接受基本保健提供者 (PCP) 的看診以滿足您大多數的例行醫療保健需求，例如身體檢查、免疫接種等。
- 當 PCP 認為您需要獲得專科治療或用品時，PCP 將需提出轉介以取得 IEHP DualChoice 和 / 或醫療團體的事先授權。事先授權是指您必須先獲得 IEHP DualChoice 和 / 或醫療團體的批准，然後才可取得特定服務或藥物。這稱為轉介。
- 您的 PCP 會將轉介資訊寄給 IEHP DualChoice 或醫療團體。在接受專科醫生或某些其他醫療服務提供者看診之前取得 PCP 的轉介非常重要。如果您沒有在接受專科醫生服務之前取得轉介，您可能必須自行支付這些服務的費用。
- PCP 通常會和特定醫院及專科醫生有合作關係。在您選擇 PCP 時，同時也決定了 PCP 可以轉介的醫院和專科醫生。

D3. 當醫療服務提供者退出本計劃時

您使用的網絡醫療服務提供者可能會退出本計劃。如果您的醫療服務提供者退出本計劃，您將享有下文概述的某些權利和保護：

- 即使我們的醫療服務提供者網絡在本年度發生變化，我們也必須保證您能不間斷地使用合格的醫療服務提供者。
- 當您的醫療服務提供者即將退出本計劃時，我們將通知您，以便您有時間選擇新的醫療服務提供者。
 - 如果您的基本保健醫生或行為健康醫療服務提供者退出本計劃，如果您在過去三年內向該醫療服務提供者就診過，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他醫療服務提供者離開本計劃，若您被指派給該醫療服務提供者、目前在接受他們的照護，或在過去三個月曾內向他們就診，我們將通知您。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 我們將幫助您選擇新的合格網絡內醫療服務提供者，繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您目前正在當前的醫療服務提供者處接受醫療治療或療法，您有權要求，並且我們將與您合作以確保您正在接受的醫療所需的治療或療法能夠繼續進行。
- 我們將為您提供資訊，告訴您可以選擇的不同參保期以及您可能有的變更計劃選項。
- 如果我們找不到您可以使用的合格網絡專科醫生，當網絡內醫療服務提供者或福利無法使用或不足以滿足您的醫療需求時，我們必須安排網絡外專科醫生為您提供照護。需要事先授權，請參閱第 D.4 節以瞭解其他資訊。
- 如果您認為我們沒有用合格的醫療服務提供者替換您之前的醫療服務提供者，或我們沒有很好地管理您的照護，您有權向 QIO 提出照護品質投訴、照護品質申訴，或兩者均提出。(更多資訊請參閱第 9 章。)

如果您發現您的醫療服務提供者將退出本計劃，請聯繫我們。我們可以幫助您尋找新的醫療服務提供者並管理您的照護。如需進一步協助，您可致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

D4. 網絡外醫療服務提供者

如果會員需要接受服務區域內沒有提供的醫療服務，該照護必須在 IEHP 或 IPA 的指示和批准下提供。基本保健提供者 (PCP) 和 / 或專科醫生必須向 IEHP 或 IPA 提出服務要求並附上所有佐證文件 (病情進展紀錄、化驗 / 檢查結果等)。IEHP 或 IPA 的工作人員將會與合約部門合作以取得協議函。

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

- 我們無法向沒有資格參加 Medicare 和 / 或 Medi-Cal 的醫療服務提供者付款。
- 如果您使用的醫療服務提供者不符合參加 Medicare 的資格，您必須支付您獲得的服務的全部費用。
- 如果醫療服務提供者沒有資格參加 Medicare，他們必須要告訴您。

E. 長期服務與支援 (LTSS)

LTSS 可以幫助您留在家裡，避免在醫院或專業護理機構住院。您可以透過本計劃取得某些 LTSS，包括專業護理機構照護、社區成人服務 (CBAS) 和社區支援。另一種 LTSS 類型是居家支援服務計劃，可透過您所在縣的社會服務機構取得。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

居家支援服務 (IHSS)

- IHSS 計劃將協助支付為您提供的服務費用，以使您可以安全地繼續在自己家中生活。IHSS 被認為是療養院或寄宿和照護機構等離家照護的替代方案。
- 可透過 IHSS 授權的服務類型包括房屋清潔、備餐、洗衣、雜貨購買、個人護理服務 (如大小便照顧、沐浴、美容和輔助醫療服務)、醫療約診陪同以及對精神障礙患者的保護性監督。
- 您的護理協調員可以幫助您向您所在縣的社會服務機構申請 IHSS。

Riverside 縣:

1-888-960-4477

週一至週五

上午 7:30 至下午 5:30。

San Bernardino 縣:

1-877-800-4544

週一至週五

上午 8:00 至下午 5:00。

如需進一步協助，您可致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

F. 行為健康 (心理健康和物質使用障礙) 服務

您可以獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的醫療所需行為健康服務。我們提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式照護承保的行為健康服務。本計劃不提供 Medi-Cal 專科心理健康服務或縣政府物質使用障礙服務，但您可透過您當地的 Riverside 大學健康體系 – 行為健康及 San Bernardino 縣行為健康部取得這些服務。

在 Riverside 縣:

Riverside 大學健康體系 – 行為健康:
1-800-499-3008

在 San Bernardino 縣:

行為健康部使用單位: 1-888-743-1478

F1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

如果您符合取得專科心理健康服務的標準，您可以透過縣心理健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專科心理健康服務。由您當地 Riverside 大學健康體系 – 行為健康和 San Bernardino 縣行為健康部提供的 Medi-Cal 專科心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 日間密集治療
- 日間復健
- 危機干預
- 危機穩定
- 成人住宿治療服務
- 危機住宿治療服務
- 精神病健康機構服務
- 精神病住院服務
- 目標個案管理
- 同儕支援服務
- 社區流動危機介入服務

您可透過 Riverside 大學健康體系 – 行為健康和 San Bernardino 縣行為健康部取得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 的服務，但條件是您必須符合接受這些服務的標準。由 Riverside 大學健康體系 – 行為健康和 San Bernardino 縣行為健康部提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 圍產期住宿物質使用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉品治療計劃
- 成癮治療藥物 (也稱為藥物輔助治療)
- 同儕支援服務
- 社區流動危機介入服務

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務包括：

- 門診治療服務



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 密集門診治療服務
- 部分住院服務
- 成癮治療藥物 (也稱為藥物輔助治療)
- 住宿治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉品治療計劃
- 康復服務
- 照護協調
- 同儕支援服務
- 社區流動危機介入服務
- 緊急管理服務

除以上所列服務外，如果您符合標準，則還可以接受自願住院戒毒服務。

行為健康服務可透過醫療服務提供者、IEHP DualChoice 行為健康照護經理的轉介或透過自行轉介取得。如需協助取得行為健康服務，您可致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

G. 交通運輸服務

G1. 非急診情況下的醫療交通運輸

如果您的醫療需求不允許您使用汽車、公車或計程車前往就診，您有權獲得非急診醫療交通運輸服務。非急診醫療交通運輸服務可提供給醫療、牙科、心理健康、物質使用和藥房預約等承保服務。如果您需要非急診醫療交通運輸服務，您可諮詢您的 PCP 或提供治療的醫療服務提供者並提出要求。您的 PCP 或提供治療的醫療服務提供者將會決定最符合您需求的交通運輸服務類型。如果您需要非急診醫療交通運輸服務，他們將會填寫表格以開立醫囑並將其提交給 IEHP DualChoice 批准。視您的醫療需求而定，批准的有效期限為一年。您的 PCP 或提供治療的醫療服務提供者將會每 12 個月重新評估一次您對非急診醫療交通運輸服務的需求以進行重新批准。

非急診醫療交通運輸是救護車、擔架車、輪椅車或航空交通運輸。當您需要搭乘交通工具前往就診時，IEHP DualChoice 可為您的醫療需求提供最低費用的承保交通方式和最合適的非急診醫療



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

交通運輸。例如，如果從生理或醫療角度而言您可以由輪椅車運送，那麼 IEHP DualChoice 不會支付救護車費用。只有當您的病症不可能使用任何形式的地面運輸時，您才有權使用空中運輸。

在以下情況下必須使用非緊急醫療交通運輸：

- 由於您無法搭乘公車、計程車、汽車或廂型車前往就診，因此經您的 PCP 或提供治療的醫療服務提供者以書面授權方式判定此服務是您身體狀況或醫療狀況所需。
- 由於身體或精神殘疾，您需要司機幫助您往返於住所、車輛或治療地點。

如欲申請您醫生針對非緊急**例行約診**開立醫囑的醫療交通運輸服務，請致電 1-855-673-3195 與 **Call the Car** 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請在約診前至少提前 2 個工作日 (週一至週五) 撥打轉接服務電話或加州中繼服務電話 711。如需**緊急預約**，請儘速致電。致電時請準備好您的會員卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。

醫療交通運輸限制

IEHP DualChoice 承保從您家到距離最近且可提供約診的醫療服務提供者之間，能滿足您醫療需求的最低費用醫療交通運輸。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保該服務，則不會提供醫療交通運輸服務。如果約診類型由 Medi-Cal 承保，而不是透過健保計劃，那麼 IEHP DualChoice 將幫助您安排交通運輸。本手冊第 4 章提供了承保服務清單。IEHP DualChoice 網絡或服務地區以外的交通運輸不屬於承保範圍，除非獲得事前授權。

G2. 非醫療交通運輸

非醫療交通運輸福利包括往返於您的約診，以獲得您的醫療服務提供者授權的服務。當您滿足以下條件時，您可以免費獲得接送服務：

- 為獲得您的醫療服務提供者授權的服務而往返約診，或
- 領取處方藥和醫療用品。

IEHP DualChoice 允許您使用汽車、計程車、公車或其他大眾 / 私人交通方式前往您的醫療服務提供者授權的非醫療預約以獲得服務。IEHP DualChoice 使用 **Call The Car** 安排非醫療交通運輸。我們承保能滿足您需求的最低費用、非醫療交通運輸類型。

有時，您可以獲得乘坐自行安排私家車費用的補償。IEHP DualChoice 必須在您搭車**之前**批准此安排，並且您必須告訴我們為什麼您不能以其他方式搭乘，例如乘坐公車。您可以透過電話、電子郵件或親自當面告訴我們。**您若自己駕駛，則無法得到補償。**

里程費補償需要提供以下全部資料：

- 司機的駕駛執照。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 司機的車輛登記證。
- 司機的汽車保險證明。

如需為已經獲得授權的服務預約接送，請致電 IEHP DualChoice 廠商 Call The Car，電話 1-855-673-3195，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請在約診前至少提前 2 個工作日 (週一至週五) 撥打轉接服務電話或加州中繼服務電話 711。如需**緊急預約**，請儘速致電。致電時請準備好您的會員卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。

備註：美國印第安人會員可以聯繫當地的印第安健康診所，要求提供非醫療交通運輸服務。

非醫療交通運輸限制

IEHP DualChoice 提供從您家到距離最近並可接受約診的醫療服務提供者之間，可滿足您醫療需求的最低費用非醫療交通運輸。**您不能自己開車或直接獲得費用補償。**

以下情形不適用非醫療交通運輸：

- 需要救護車、擔架車、輪椅車或其他形式的非急診醫療交通運輸工具才能獲得服務。
- 由於身體狀況或病症，您需要司機協助往返住所、車輛或治療地點。
- 您坐輪椅，如果沒有司機的幫助，您將無法進出車輛。
- Medicare 或 Medi-Cal 不承保該服務。

H. 在醫療急診情況下、急需時，或在災難期間的承保服務

H1. 醫療急診情況下的照護

醫療急診情況是指出現劇烈疼痛或嚴重損傷等症狀的病症。這種病況非常嚴重，如果不立即就醫，您或任何具有一般健康和醫學知識的人都可以預期將會導致：

- 對您或您未出生的孩子的健康造成嚴重風險；**或**
- 對身體機能造成嚴重損害；**或**
- 身體任何器官或部位的嚴重功能障礙；**或**
- 對於正在分娩的孕婦，在下列情況時：
 - 在分娩前沒有足夠的時間將您安全地運送到另一家醫院。
 - 運送到另一家醫院可能會對您或未出生孩子的健康或安全構成威脅。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

如果您有醫療急診情況：

- **盡快獲得幫助。**撥打 911 或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要 PCP 的批准或轉介。您不需要使用網絡醫療服務提供者。您可以隨時在美國或其領土的任何地方從任何持有適當州許可證的醫療服務提供者處獲得需要的急診醫療照護。
- **儘快將您的緊急情況告知本計劃。**我們將跟進您的急診照護。您或其他人通常應該在 48 小時內打電話告訴我們您的急診照護情況。但是，如果您延遲告訴我們，您也無需支付急診服務費用。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

醫療急診情況下的承保服務

如果您需要搭乘救護車前往急診室，本計劃會承保此服務。我們也承保緊急情況期間的醫療服務。要瞭解更多資訊，請參閱會員手冊**第 4 章**中的福利表。

為您提供急診照護的醫療服務提供者將決定您的病情何時穩定以及醫療急診何時結束。他們將繼續為您治療，並在您需要後續照護以改善病情時與我們聯繫制定計劃。

本計劃會承保您的後續照顧。如果您從網絡外醫療服務提供者處獲得急診照護，我們將試著讓網絡醫療服務提供者儘快接手您的照護。

在非急診情況下獲得急診照護

有時很難知道您是否有醫療或行為健康急診情況。您可能會去看急診，而醫生說這並不是真正的急診情況。只要您合理認為您的健康處於嚴重危險之中，我們就會為您提供照護。

在醫生說這不是急診情況後，我們僅在以下情況下承保您的額外照護：

- 您使用網絡醫療服務提供者，或
- 您獲得的額外照護被視為「急需照護」，並且您遵循獲取該服務的規則。請參閱下一節。

H2. 急需照護

急需照護是指您在非急診但需要立即照護的情況下獲得的照護。例如，您現有的病況可能會突然發作，或發生不可預見的疾病或受傷。

本計劃服務地區之內的急需照護

在大多數情況下，我們僅在以下情況下承保急需照護：

- 您從網絡醫療服務提供者處獲得該照護，並且



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您遵循本章中所述規則。

如果考慮到您的時間、地點和特殊情況，沒有可能或無法合理向網絡醫療服務提供者就診，我們將承保您從網絡外醫療服務提供者處獲得的急需照護。

如果您不清楚您的傷勢或疾病是否屬於緊急性質，請致電與您的基本保健提供者 (PCP) 聯絡。您應該都要前往 PCP 處接受照護。如果您在非營業時間無法與您的 PCP 取得聯繫，請致電 24 小時護士諮詢專線 1-888-244-IEHP (4347) 或 TTY 使用者專線 711 以在您需要時取得協助。如有需要，我們的護士可為您轉接，以讓您透過電話或視訊通話諮詢醫生。如果我們的護士認為您需要進一步協助，其將會指引您前往附近有營業的緊急照護診所。緊急照護診所非營業時間和週末仍有營業，且有些診所還有提供化驗和 X 光檢查。

本計劃服務地區之外的急需照護

當您不在本計劃的服務地區內時，您可能無法從網絡醫療服務提供者處獲得照護。在這種情況下，本計劃承保您從任何醫療服務提供者處獲得的急需照護。

本計劃不承保您在美國之外獲得的急需照護或任何其他照護。

H3. 災難期間照護

如果您所在州的州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權獲得本計劃承保的照護。

請造訪我們的網站，瞭解有關如何在宣布的災難期間獲得所需照護的資訊：www.iehp.org。

在宣布的災難期間，如果您無法使用網絡醫療服務提供者，則可以從網絡外醫療服務提供者處免費獲得照護。如果您在宣布的災難期間無法使用網絡藥房，則可以在網絡外藥房配取處方藥。請參閱會員手冊第 5 章瞭解更多資訊。

I. 如果您因本計劃承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦

如果醫療服務提供者向您發送帳單而不是將其發送給本計劃，您應該要求我們支付此帳單費用。

您不應該自己支付該帳單。如果您這麼做，我們可能無法償還您已支付的費用。

如果您為承保服務付費，或者如果您收到承保醫療服務的帳單，請參閱會員手冊第 7 章查詢解決方法。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

I1. 如果本計劃不承保服務怎麼辦

本計劃承保以下所有服務：

- 被確定為醫療所需的服務，和
- 本計劃福利表中所列出者 (請參閱 **會員手冊第 4 章**)，和
- 您可以透過遵循計劃規則獲取的服務。

如果您獲得本計劃未承保的服務，**您將自行支付全部費用**，除非服務由本計劃之外的其他 **Medi-Cal** 計劃承保。

如果您想知道我們是否支付任何某項醫療服務或照護費用，您有權詢問我們。您也有權以書面形式詢問。如果我們說我們不會為您的服務付費，您有權對我們的決定提出上訴。

會員手冊**第 9 章**說明如果您希望我們承保某項醫療服務或用品時該怎麼做。其中還告訴您如何對我們的承保決定提出上訴。致電會員服務部瞭解有關您的上訴權利的更多資訊。

我們為某些服務支付一定額度的費用。如果您超出了該額度，您就需要支付全額費用以獲得更多此類服務。具體福利額度請參閱**第 4 章**。請致電會員服務部瞭解福利限額以及您已經使用了多少福利。

J. 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍

J1. 臨床研究的定義

臨床研究 (也稱為臨床試驗) 是醫生測試新型醫療保健或藥物的一種方式。**Medicare** 批准的臨床研究通常會邀請志願者參與研究。

一旦 **Medicare** 批准了一項您想參與的研究，從事該研究的人員會與您聯繫。此人會告知您該研究的情況，並確定您是否有資格參與其中。只要您符合要求的條件，您就可以參與研究。您必須瞭解並接受您在研究中必須做的事情。

在研究期間，您可以繼續受保於本計劃。如此，本計劃將繼續為您提供與研究無關的服務和照護。

如果您想參與 **Medicare** 批准的臨床研究，您**無需**告訴我們或獲得我們或您的基本保健醫生的批准。在研究中為您提供照護的醫療服務提供者不必是網絡醫療服務提供者。請注意，這不包括本計劃負責給付的福利，其中包括評估福利的臨床試驗或登錄系統。其中包括按依實證發展需提供承保的國家承保判定 (NCDs-CED) 和研究性裝置豁免項目 (IDE) 試驗中指定的特定福利，並且可能需取得事先授權和遵循其他計劃規則。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

我們鼓勵您在參與臨床研究之前告訴我們。

如果您計劃參與由 Original Medicare 為參保人提供承保的臨床研究，我們鼓勵您或您的護理協調員聯繫會員服務部，讓我們知道您將參與一項臨床試驗。

J2. 參與臨床研究時的服務費用

如果您自願參與 Medicare 批准的臨床研究，則無需為研究項下的服務支付任何費用。Medicare 支付研究中的服務以及與您的照護相關的例行費用。一旦您加入 Medicare 批准的臨床研究，您在研究中獲得的大多數服務與用品均屬於承保範圍。其中包括：

- 即使您未參與研究，Medicare 也會支付的住院費用
- 作為研究的一部分的手術或其他醫療程序
- 對新照護產生的任何副作用和併發症的治療

如果您參與了一項 Medicare 未批准的研究，您需要支付參與研究的任何費用。

J3. 更多關於臨床研究的資訊

您可以透過閱讀 Medicare 網站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) 上的「Medicare & Clinical Research Studies」(Medicare 與臨床研究)，瞭解更多關於加入臨床研究的資訊。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

K. 您的醫療保健服務在宗教非醫療保健機構中如何受保

K1. 宗教非醫療保健機構的定義

宗教非醫療保健機構是為您提供通常在醫院或專業護理機構獲得的照護的地方。如果在醫院或專業護理機構接受照護違背了您的宗教信仰，我們會承保在宗教非醫療保健機構的照護。

此福利僅適用於 Medicare A 部分住院服務 (非醫療保健服務)。

K2. 宗教非醫療保健機構提供的照護

要從宗教非醫療保健機構獲得照護，您必須簽署一份法律文件，說明您反對接受「非例外」醫療。

- 「非例外」醫療是任何聯邦、州或地方法律不要求的自願照護。
- 「例外」醫療是聯邦、州或地方法律要求的非自願照護。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

若要由本計劃承保，您從宗教非醫療保健機構獲得的照護必須滿足以下條件：

- 提供照護的機構必須經過 Medicare 認證。
- 本計劃的服務承保範圍僅限於非宗教方面的照護。
- 如果您從這個機構獲得的服務是在某個設施中提供給您的，那麼：
 - 您的病情狀況必須允許您獲得醫院住院照護或專業護理機構照護的承保服務。
 - 在您進入機構住院之前，您必須獲得我們的批准，否則您的住院將**不予**承保。

若具有醫療必要性，本計劃承保不限天數的住院。(請參閱第 4 章的福利表)。

L. 耐用醫療器材 (DME)

L1. 作為本計劃會員所享有的 DME 福利

DME 包括醫療服務提供者囑咐的某些醫療所需物品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、醫療服務提供者囑咐的居家使用病床、靜脈 (IV) 輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器和助行器。

您可以一直擁有特定用品，例如義體。

本節中我們將討論您租用的 DME。作為本計劃的會員，無論您租用 DME 多長時間，您通常都不會獲得其所有權。

在某些有限的情況下，我們會將 DME 用品的所有權轉讓給您。請致電 IEHP DualChoice 會員服務部，瞭解您必須滿足的要求以及您需要提供的文件。

即使您在加入本計劃之前已在 Medicare 保險下連續擁有 DME 長達 12 個月，您也不會獲得該設備的所有權。

L2. 轉換至 Original Medicare 時的 DME 所有權情況

在 Original Medicare 計劃中，租用某些類型 DME 的人在 13 個月後即可擁有該用品。在 Medicare Advantage (MA) 計劃中，該計劃可以設定針對某些類型的 DME 人們必須先租用多少個月，才能獲得其所有權。

備註：您可以在第 12 章中找到 Original Medicare 和 MA 計劃的定義。您還可以在 *Medicare & You 2025* 手冊中找到更多相關資訊。如果您沒有本手冊的副本，您可以在 Medicare 網站 (www.medicare.gov/medicare-and-you) 獲取，或致電索取，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

如果未選擇 **Medi-Cal**，您將必須在 **Original Medicare** 下連續支付 13 次款項，或者您必須連續付款達到 **MA** 計劃設定的付款次數，才能擁有 **DME** 用品，但前提是：

- 當您參與本計劃時，您並未成為 **DME** 用品的所有者，**並且**
- 您退出本計劃並在 **Original Medicare** 計劃或 **MA** 計劃中的任何健保計劃之外獲得您的 **Medicare** 福利。

如果您在加入本計劃之前根據 **Original Medicare** 或 **MA** 計劃支付了 **DME** 用品的款項，則這些 **Original Medicare** 或 **MA** 計劃付款不計入您離開本計劃後需要支付的款項。

- 您必須在 **Original Medicare** 下連續支付 13 筆新款項或 **MA** 計劃設定的連續多次新款項才能擁有 **DME** 用品。
- 當您返回 **Original Medicare** 或 **MA** 計劃時，也同樣須遵守以上規定

L3. 作為本計劃會員所享有的氧氣設備福利

如果您有資格獲得 **Medicare** 承保的氧氣設備並且您是本計劃的會員，那麼我們將承保：

- 氧氣設備的租賃
- 氧氣和氧氣內容物的輸送
- 輸送氧氣和氧氣內容物的管線和相關附件
- 氧氣設備的維護和修理

當氧氣設備對您來說已不再是醫療所需或當您退出本計劃時，您必須歸還氧氣設備。

L4. 轉換至 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備

當氧氣設備是醫療所需，並且您退出本計劃並轉至 **Original Medicare** 時，您可以向供應商租用設備 36 個月。您的每月租金包括氧氣設備以及前文所列用品和服務。

如果氧氣設備在您租用 36 個月後仍為醫療所需，您的供應商必須：

- 再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 如為醫療所需，提供長達 5 年的氧氣設備和用品。

如果在 5 年期間結束時氧氣設備仍為醫療所需，那麼：

- 您的供應商無需再提供設備，您可以選擇從任何供應商處獲取替代設備。
- 新的 5 年期間自此開始。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您從供應商處租用 36 個月。
- 您的供應商再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備為醫療所需，則每 5 年開始一個新的週期。

當氧氣設備為醫療所需並且您離開本計劃並轉換到另一個 MA 計劃時，該計劃將至少承保 Original Medicare 承保的內容。您可以詢問您的新 MA 計劃承保哪些氧氣設備和用品，以及您的費用是多少。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 4 章：福利表

簡介

本章為您介紹本計劃承保的服務以及對這些服務的任何限制。也會為您介紹本計劃未承保的福利。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章。

IEHP DualChoice 的新會員：在大多數情況下，在請求參保 IEHP DualChoice 後，您從次月第一天即加入 IEHP DualChoice 並可使用您的 Medicare 福利。您仍然可以從之前的 Medi-Cal 健保計劃中獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 IEHP DualChoice 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍不會出現缺口。如果您有任何疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電 1-800-718-4347) 與我們聯絡。

目錄

A. 您的承保服務.....	61
A1. 在公共衛生緊急情況期間.....	61
B. 針對醫療服務提供者向您收取服務費用的規則	61
C. 關於本計劃的福利表	61
D. 本計劃的福利表	65
E. 社區支援	99
F. 本計劃以外的承保福利.....	101
F1. 加州社區過渡 (CCT).....	101
F2. Medi-Cal 牙科	102
F3. 安寧照護	102
F4. 居家支援服務 (IHSS).....	103
F5.1915(c) 居家和社區型服務 (HCBS) 豁免計劃	103
F6. 在本計劃之外提供的縣行為健康服務 (心理健康和物質使用障礙服務).....	106
G. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利	108



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 您的承保服務

本章為您介紹本計劃所承保的服務。您還可以瞭解未承保的服務。有關藥物福利的資訊請參閱 *會員手冊* 第 5 章。本章也解釋了對某些服務的限制。

因為您從 Medi-Cal 獲得援助，所以只要您遵守本計劃規則，您就無需為承保服務支付任何費用。請參閱會員手冊第 3 章，瞭解計劃規則的更多資訊。

如果您需要幫助瞭解哪些服務屬於承保範圍，請致電您的護理協調員和 / 或會員服務部，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)。TTY 使用者請致電 1-800-7128-4347。

A1. 在公共衛生緊急情況期間

IEHP DualChoice 確保您在聯邦、州或公共衛生緊急狀態期間可以取得具有醫療必要性的醫療保健服務、器材及承保藥物。

IEHP DualChoice 將會告知您緊急狀態的性質以及我們在緊急狀態期間所進行的變更，以確保您能夠繼續獲得具有醫療必要性的服務。其中包括但不限於：某些藥物和服務不需要獲得事先授權；如果您的 IEHP DualChoice 網絡內醫療服務提供者因為緊急狀態而無法提供服務，准許您接受 IEHP DualChoice 網絡外醫生看診；以及暫停處方藥的續配限制並准許您在 IEHP DualChoice 網絡外的藥房續配處方藥。

如果您需要更多資訊，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

B. 針對醫療服務提供者向您收取服務費用的規則

我們不允許我們的醫療服務提供者向您收取網絡內承保服務的費用。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，而且我們保護您不須支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用低於其收取的服務費用，也同樣是如此。

您應該永遠都不會從醫療服務提供者處收到承保服務的帳單。如果您收到，請參閱 *會員手冊* 第 7 章或致電會員服務部。

C. 關於本計劃的福利表

福利表為您介紹本計劃支付費用的服務。其中按字母順序列出承保服務並對其提供解釋。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

當滿足以下規則時，我們會為福利表中列出的服務支付費用。只要您滿足下述要求，您無需為福利表中列出的服務支付任何費用。

- 我們必須根據 Medicare 和 Medi-Cal 制定的規則為您提供 Medicare 和 Medi-Cal 承保服務的承保。
- 這些服務包括醫療照護、行為健康和物質使用障礙服務、長期服務和支援、用品、設備和藥物，必須具有「醫療必要性」。醫療必要性是指您用來預防、診斷或治療病症或維持您目前健康狀態所必需的服務、用品或藥物。其中包括避免您到醫院或護理機構接受照護。也指符合通用醫療慣例標準的服務、用品或藥物。
- 對於新的計劃參加者，計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計劃可能不需要任何積極療程的事先授權，即使療程是針對由網絡外醫療服務提供者開始的服務亦然。
- 您自網絡醫療服務提供者取得照護。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，我們不會為您從網絡外醫療服務提供者處獲得的照護支付費用，除非是急診或急需照護，或除非您的計劃或網絡醫療服務提供者已為您轉介。會員手冊第 3 章包含有關於使用網絡和網絡外醫療服務提供者的更多資訊。
- 您有一位基本保健提供者 (PCP) 或一個照護團隊來提供和管理您的照護。在大多數情況下，您的 PCP 必須授予批准，然後您才能使用不是您 PCP 以外的醫療服務提供者或使用計劃網絡中的其他醫療服務提供者。這稱為轉介。會員手冊第 3 章有更多關於獲得轉介以及何時不需要轉介的資訊。
- 對於福利表中所列的部分服務，只有當您的醫生或其他網絡醫療服務提供者先獲得我們的批准時，我們才會承保這些服務。這稱為事先授權 (PA)。我們在福利表中用星號 (*) 標記需要 PA 的承保服務。
- 如果您的計劃批准對療程的 PA 請求，則根據承保標準、您的病史和提供治療的醫療服務提供者的建議，該批准必須在醫療上合理且必要期間內有效，以避免照護中斷。
- 如果您失去 Medi-Cal 福利，在視為續保資格的 3 個月內，您在此計劃中的 Medicare 福利將會繼續。但是，您的 Medi-Cal 服務可能不屬於承保範圍。請聯絡您所在縣的資格辦公室或 Health Care Options，以瞭解有關您 Medi-Cal 資格的資訊。您可以保留您的 Medicare 福利，但不能保留您的 Medi-Cal 福利。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

針對患有某些慢性病的計劃參加者的重要福利資訊

- 如果計劃醫療服務提供者診斷您患有以下一種或多種慢性病並符合特定醫療標準，則您可能
有資格獲得公用事業費津貼，這是針對特定對象的補充福利：
 - 自體免疫疾病，
 - 癌症，
 - 心血管疾病，
 - 慢性酒精及其他藥物依賴，
 - 慢性和殘疾心理健康疾病，
 - 慢性心臟衰竭，
 - 慢性肺病，
 - 失智症，
 - 糖尿病，
 - 末期肝病，
 - 末期腎臟病，
 - 嚴重血液疾病，
 - 愛滋病病毒 (HIV) / 愛滋病 (AIDS)，
 - 神經系統疾病，
 - 中風

- 除了患有上列一種或數種慢性病症以外，您還必須處於高風險健康狀態。

Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。

- 欲瞭解更多詳細資訊，請查看下面福利表中的 **VBID** 列。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果您被診斷出同時患有糖尿病和心血管疾病，並且符合以下特定醫療標準，您可能也有資格獲得健康膳食，這是針對特定對象的補充福利。
- 除了患有以上所列的兩種慢性病以外，您還必須符合以下條件：
 - 您處於高風險健康狀態，且
 - 您居住地方的地區剝奪指數 (ADI) 的州得分為 9 或 10。若要查看您是否有資格享有此福利，請致電 IEHP DualChoice 會員服務部，電話 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電：1-800-718-4347) 或造訪 IEHP DualChoice Vibrant Health 網頁：<https://www.iehp.org/en/browse-plans/dualchoice/vibrant-health>，瞭解更多資格資訊並使用州的 ADI 排名工具。

Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。

- 欲瞭解更多詳細資訊，請查看下面福利表中的 **VBID** 列。

所有預防服務皆為免費。您會在福利表中的預防服務旁這個蘋果  標示。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

D. 本計劃的福利表

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 我們為有風險的人支付一次超音波篩檢費用。該計劃僅在您有某些風險因素並且您從您的醫生、醫生助理、專科護理師或臨床專家護理師處獲得轉介的情況下才承保此篩檢。	\$0
針灸* 我們在任何一個曆月內支付最多兩次門診針灸服務的費用，如果具醫療必要性，我們會支付更多次費用。 如果您患有慢性腰痛，我們還會支付 90 天內最多 12 次針灸就診的費用，慢性腰痛的定義是： • 持續 12 週或更長時間； • 非特定 (沒有可以確定的系統性原因，例如與轉移性疾病、發炎性疾病或感染性疾病無關)； • 與手術無關；且 • 與懷孕無關。 此外，如果您的病情有所改善，我們會額外支付八次針灸治療慢性腰痛的費用。您每年不得接受超過 20 次針對慢性腰痛的針灸治療。 如果您沒有好轉或惡化，則必須停止針灸治療。 請致電 1-800-678-9133 聯絡 American Specialty Health (ASH) 以瞭解更多資訊。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
 酒精濫用篩檢和諮詢 我們為濫用酒精但並未依賴酒精的成年人支付一次酒精濫用篩檢 (SABIRT) 費用。其中包括孕婦。 如果您酒精濫用篩查的結果呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格基本保健提供者 (PCP) 或基本保健設施的執業人員所提供的簡短面對面諮詢會談 (條件是您在諮詢期間具有行為能力且能保持清醒狀態)。	\$0
救護交通服務 承保的救護交通服務 (無論是緊急情況或非緊急情況) 包括地面和空中 (飛機和直升機)。救護交通工具會將您帶到距離最近且可以為您提供照護的地方。 您的病情必須嚴重到以其他方式前往照護場所可能會危及您的健康或生命。 其他情況的 (非緊急) 救護交通服務必須得到我們的批准。如果不是緊急情況，我們可能會支付救護交通費用。您的病情必須嚴重到以其他方式前往照護場所可能會危及您的生命或健康。	\$0
 年度健康檢查 您可以接受年度檢查。這是為了根據您目前的風險因素制定或更新預防計劃。我們每 12 個月支付一次費用。 備註： 您的首次年度健康檢查不能在您「歡迎加入 Medicare」就診的 12 個月內進行。然而，在您參加 B 部分 12 個月後，您無需接受「歡迎加入 Medicare」看診即可接受年度健康檢查。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務		您必須支付的費用
	氣喘預防服務 對於氣喘控制不佳的人，您可以接受氣喘衛教和家庭環境評估，瞭解家中常見的觸發因素。	\$0
	骨質測量 我們為符合條件的會員 (通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆症風險者) 支付某些診療程序的費用。這些診療程序可偵測骨質、發現骨質流失或檢查骨骼品質。 我們每 24 個月支付一次服務費用，如果具醫療必要性，我們會支付服務費用更多次。我們還支付費用請醫生查看檢查結果並提供意見。	\$0
	乳癌篩檢 (乳房 X 光篩檢) 我們支付以下服務的費用： • 35 至 39 歲之間的一次基線乳房 X 光篩檢 • 40 歲及以上女性每 12 個月進行一次篩查乳房 X 光篩檢 • 每 24 個月進行一次臨床乳房檢查	\$0
	心臟復健服務* 我們支付心臟復健服務 (例如運動、衛教和諮商) 的費用。會員必須符合某些條件並且有醫生的轉介。 我們還承保了比心臟復健方案強度更大的密集心臟復健方案。	\$0
	心血管 (心臟) 疾病風險降低就診 (心臟病治療) 我們每年為您向基本保健提供者 (PCP) 就診支付一次 (如有醫療必要性則支付更多次) 費用，以幫助降低您患心臟病的風險。在就診時，您的醫生可能會： • 討論阿斯匹靈的使用， • 檢查您的血壓，和 / 或 • 給您一些建議，以確保您有良好的飲食。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務		您必須支付的費用
	心血管 (心臟) 疾病檢測 我們每五年 (60 個月) 支付一次驗血費用以檢查是否有心血管疾病。這些血液檢查還檢查因心臟病高風險導致的缺陷。	\$0
	子宮頸癌和陰道癌篩檢 我們支付以下服務的費用： - 對於所有女性：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆腔檢查 - 對於子宮頸癌或陰道癌高風險的女性：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 - 對於過去三年內子宮頸抹片檢查異常且處於育齡期的女性：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 - 對於 30-65 歲的女性：每 5 年一次人類乳突病毒 (HPV) 檢測或子宮頸抹片加 HPV 檢測	\$0
	整脊服務* 我們支付以下服務的費用： 調整脊柱以正確對齊	\$0
	大腸癌篩檢 我們支付以下服務的費用： - 大腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危患者每 120 個月 (10 年) 承保一次，或對於非結腸直腸癌高危患者在先前接受過軟式乙狀大腸鏡檢查後每 48 個月承保一次；對於高危患者，在先前篩檢大腸鏡檢查或鉍劑灌腸後每 24 個月承保一次。 - 適合 45 歲及以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高危患者，在接受大腸鏡篩檢後每 120 個月進行一次。對於前一次軟式乙狀結腸鏡檢查或鉍劑灌腸後的高風險患者，每 48 個月一次。 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
大腸癌篩檢 (續) • 45 歲及以上患者的篩查糞便潛血檢查。每 12 個月一次。 • 45 至 85 歲且不符合高風險標準之患者的多目標糞便 DNA。每 3 年一次。 • 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標記檢測。每 3 年一次。 • 鋇灌腸作為大腸鏡檢查的替代方案，適用於高危患者以及自前一次篩查鋇灌腸或上次篩查大腸鏡檢查後 24 個月的患者。 • 對於非高危且 45 歲或以上的患者，鋇劑灌腸可作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方法。在前一次篩查鋇劑灌腸或篩檢軟式乙狀結腸鏡後至少 48 個月一次。 大腸癌篩查測試包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便大腸癌篩查測試顯示陽性結果後進行後續篩查大腸鏡檢查。	
牙科服務* 我們支付某些牙科服務費用，包括但不限於洗牙、補牙和假牙。我們不承保的服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃取得，如下文 F2 中所述。 當某些牙科服務是受益人主要病症特定治療的組成部分時，我們會支付該服務的費用。一些例子包括骨折或受傷後的頷骨重建、為頷骨癌症放射治療做準備而進行的拔牙，或腎臟移植前的口腔檢查。	\$0
 憂鬱症篩檢 我們每年支付一次憂鬱症篩檢費用。篩檢必須在可以提供後續治療和轉介的基本保健機構中進行。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們會為此篩檢 (包括空腹血糖測試) 支付費用： • 高血壓 • 有膽固醇和甘油三酯水平異常 (血脂異常) 的病史 • 肥胖症 • 有高血糖 (葡萄糖) 病史 在其他一些情況下，可能會承保諸如體重超重並且有糖尿病家族史等情況的檢測。 自您最近一次糖尿病篩查檢測之日起，您可能資格每 12 個月進行最多兩次糖尿病篩檢。	\$0
 糖尿病自我管理訓練、服務和用品 我們為所有糖尿病患者支付以下費用 (無論其是否使用胰島素)： • 用於監測血糖的用品，包括以下各項： ○ 血糖監測儀 ○ 血糖試紙 ○ 採血裝置和採血針 ○ 用於檢查試紙和監測儀準確性的血糖對照溶液 • 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者，我們支付以下費用： ○ 一雙治療用訂製鞋 (包括鞋墊)，包括配鞋在內，以及每曆年額外兩副鞋墊，或 ○ 一雙深鞋，包括配鞋在內，每年三副鞋墊 (不包括此類鞋提供的非訂製可拆卸鞋墊) • 在某些情況下，我們會為支付幫助您管理糖尿病的訓練的費用。要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
陪產士服務 對於懷孕者，我們在產前和產後期間支付九次陪產士就診，並在分娩和分娩期間提供支援。	\$0
耐用醫療器材 (DME) 和相關用品* 請參閱 <i>會員手冊</i> 第 12 章中關於「耐用醫療器材 (DME)」的定義。 我們承保以下項目： • 輪椅，包括電動輪椅 • 拐杖 • 電動床墊系統 • 床墊乾壓墊 • 糖尿病用品 • 醫療服務提供者囑咐的居家使用病床 • 靜脈 (IV) 輸液幫浦和吊桿 • 語音產生裝置 • 氧氣設備和用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準弧形手把或四腳枴和替換用品 • 頸椎牽引 (門上) • 骨刺激器 • 透析照護設備 • 其他物品可能屬於承保範圍。 我們支付 Medicare 和 Medi-Cal 通常支付的所有具醫療必要性的 DME。如果您所在地區的供應商沒有特定品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
急診照護 急診照護是指以下服務： • 由受過急診服務訓練的醫療服務提供者提供，以及 • 治療醫療緊急情況所需。 • 醫療緊急狀況是指伴隨劇痛或嚴重受傷的病症。病情非常嚴重，如果 不立即就醫，任何具有一般健康和醫學知識的人都可以預期將會導致： • 對您或您未出生的孩子的健康造成嚴重風險；或 • 對身體機能造成嚴重損害；或 • 對身體任何器官或部位造成嚴重功能障礙。 • 對於正在分娩的孕婦，在下列情況時： ○ 在分娩前沒有足夠的時間將您安全地運送到另一家醫院。 ○ 運送到另一家醫院可能會對您或未出生孩子的健康或安全構成威脅。 本計劃僅承保美國及其領土內的急診照護。	\$0 如果您在網絡外醫院接受急診照護且在急診狀況穩定下來之後需要接受住院護理，您可能需要轉到網絡醫院接受照護才能繼續獲得給付。只有當本計劃批准您住院時，您才能留在網絡外醫院接受住院照護。
計劃生育服務 法律允許您為特定計劃生育服務選擇任何醫療服務提供者，無論是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。意即任何醫生、診所、醫院、藥房或計劃生育診所。 我們支付以下服務的費用： • 計劃生育檢查與治療 • 計劃生育化驗和診斷測試 • 計劃生育方法 (宮內節育器 (IUC/IUD)、植入裝置、注射、避孕藥、避孕貼劑或避孕環) • 處方提供的計劃生育用品 (保險套、避孕海棉、避孕泡棉、避孕膜、避孕隔膜、宮頸帽) 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
計劃生育服務 (續) • 有限的生育服務，例如有關生育意識技巧的諮詢和教育，和 / 或性傳染病 (STI) 的孕前健康諮詢、檢測和治療 • HIV 和 AIDS 以及其他與 HIV 相關的疾病的諮詢和檢測 • 永久避孕 (您必須年滿 21 歲才能選擇這種計劃生育方法。您必須在手術日期前至少 30 天但不超過 180 天簽署聯邦絕育同意書。) • 遺傳諮詢 我們還為其他一些計劃生育服務支付費用。但是，您必須使用我們醫療服務提供者網絡中的醫療服務提供者來提供以下服務： • 治療不孕症 (此服務不包括以人工方式受孕。) • 治療 AIDS 和其他與 HIV 相關的疾病 • 基因檢測	
 健康和保健教育方案 我們提供許多專注於特定病症的方案。這些包括： • 健康教育課程； • 營養衛教課程； • 戒菸和菸草戒除；和 • 護理專線	\$0
聽力服務* 我們為您的醫療服務提供者進行的聽力和平衡測試支付費用。這些測試會告訴您是否需要治療。當您從醫生、聽覺治療師或其他合格的醫療服務提供者處接受檢測時，服務將視為門診照護而獲得承保。 助聽器福利包括耳模、調整用品及配件。 當醫生或其他合格的醫療服務提供者開立處方時，我們也會支付助聽器費用，包括： 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
聽力服務* (續) • 耳模、用品和插入裝置 • 修理 • 一組初始電池 • 獲得助聽器後與同一供應商進行六次訓練、調整和適配 • 助聽器試用期租賃 • 輔助聽力設備、表面佩戴骨導聽力設備 • 助聽器相關聽力檢查和評估後服務	
 HIV 篩檢 我們為以下人士每 12 個月支付一次 HIV 篩檢費用： • 要求進行 HIV 篩查檢測，或 • 感染 HIV 的風險較高。 對於懷孕的女性，我們在懷孕期間支付最多三次 HIV 篩查檢測費用。 當您的醫療服務提供者建議時，我們還會支付額外的 HIV 篩檢費用。	\$0
居家醫療機構照護* 在您獲得居家醫療服務之前，醫生必須告訴我們您需要這些服務，並且必須由居家醫療機構提供。您必須是因病而無法出門，意即離開家門是很不容易的事。 我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用： • 兼職或間歇專業護理和居家醫療輔助服務 (屬於居家醫療照護福利的承保範圍，您的專業護理和居家醫療輔助服務合計總時數必須少於每天 8 小時，每週 35 小時。) 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
居家醫療機構照護* (續) • 物理治療、職能治療和語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療器材和用品	
居家輸液治療* 本計劃支付居家輸液治療，其定義為將藥物或生物物質注入靜脈或皮下施用並在家中向您提供。施行居家輸液需要以下內容： • 藥物或生物物質，例如抗病毒或免疫球蛋白； • 設備，例如幫浦；和 • 用品，例如管子或導管。 本計劃承保居家輸液服務，包括但不限於： • 根據您的照護計劃提供的專業服務，包括護理服務； • 尚未包含在 DME 福利中的會員訓練和衛教； • 遠距監控；和 • 由合格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和居家輸液藥物的監測服務。	\$0
安寧照護 如果您的醫療服務提供者和安寧照護醫療主任對您的疾病判定的預後為末期，您有權選擇安寧照護。意即您患有絕症，預計生命為六個月或更短時間。您可以從 Medicare 認證的任何安寧照護方案中獲得照護。本計劃必須幫助您找到獲得 Medicare 認證的安寧照護方案。您的安寧照護醫生可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。 承保服務包括： • 治療症狀和疼痛的藥物 • 短期喘息照護 • 居家照護 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
安寧照護 (續) 安寧照護服務和 Medicare A 部分或 Medicare B 部分所承保與您的末期預後相關的服務由 Medicare 支付費用。 - 如需更多資訊，請參閱本章第 F 節。 對於本計劃承保但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分未承保的服務： - 本計劃承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分未承保的服務。我們承保這些服務，無論其是否與您的末期預後有關。您 無需 為這些服務支付任何費用。 對於本計劃的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物： - 藥物絕不會同時由安寧照護和本計劃提供承保。如需更多資訊，請參閱 <i>會員手冊</i> 第 5 章。 備註： 如果您患有嚴重疾病，您可能有資格獲得緩和照護，這種照護提供團隊式患者和家庭中心照護，以改善您的生活品質。 您可以在接受治療 / 例行照護的同時接受緩和照護。請參閱下文的緩和照護部分以瞭解更多資訊。 備註： 如果您需要非安寧照護，請致電您的護理協調員和 / 或會員服務部以安排服務。非安寧照護是與您的末期預後無關的照護。 本計劃為未選擇安寧照護福利的絕症會員提供安寧照護諮詢服務 (僅限一次)。	
 免疫接種 我們支付以下服務的費用： - 肺炎疫苗 - 流感疫苗，秋冬時的每個流感季節一次，如具醫療必要性，可額外接種流感疫苗 - 如果您具有感染 B 型肝炎的高風險或中等風險，則接種 B 型肝炎疫苗 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
免疫接種 (續) • COVID-19 疫苗 • 人類乳突病毒 (HPV) • 其他疫苗 (如果您有風險並且疫苗符合 Medicare B 部分承保規定) 我們為符合 Medicare D 部分承保規定的其他疫苗支付費用。 請參閱 <i>會員手冊</i> 第 6 章瞭解更多資訊。	
住院治療* 我們支付以下列出的服務以及以下未列出的其他具醫療必要性的服務： • 半私人病房 (或具醫療必要性時的私人病房) • 餐食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特殊照護病房的費用，例如加護病房或心臟照護病房 • 藥品和藥物 • 化驗檢測 • X 光和其他放射科服務 • 所需的手術和醫療用品 • 器具，例如輪椅 • 手術室和恢復室服務 • 物理、職業和語言治療 • 住院物質濫用服務 • 部分情況下，以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟 / 胰臟、心臟、肺臟、心 / 肺、骨髓、幹細胞，及腸道 / 多器官。 此福利於次頁繼續	\$0 您的急診狀況穩定後，您必須獲得本計劃批准才能在網絡外醫院接受住院照護。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
住院照護 (續) 如果您需要移植，Medicare 批准的移植中心將審查您的個案並決定您是否是可接受移植。移植醫療服務提供者可位於服務區域內或區域外。如果當地移植醫療服務提供者願意接受 Medicare 費率，則您可以在當地或在您社區照護模式之外獲得移植服務。如果本計劃在社區照護模式之外提供移植服務，且您選擇在該處接受移植，則我們會安排或支付您和另一人的住宿費和旅費。 • 血液，包括儲存和管理 • 醫生服務 備註：要成為住院患者，您的醫療服務提供者必須開立醫囑，正式讓您成為醫院的住院患者。即使您在醫院過夜，您仍然可能被視為「門診患者」。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。 您還可以在名為「您是醫院住院患者還是門診患者？如果您有 Medicare – 請詢問！」的 Medicare 資訊簡介中找到更多資訊。此資訊簡介可在以下網址取得： es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可撥打這些免付費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。	
精神病院的住院服務* 我們會支付必須住院的心理健康照護服務。 • 如果您需要在獨立精神病院接受住院服務，我們會支付一開始 190 天的費用。此後，當地縣心理健康機構支付醫療上必要的住院精神科服務費用。超過 190 天的照護授權要和當地的縣心理健康機構協調。 ○ 190 天的限制不適用於在綜合醫院精神科病房提供的住院心理健康服務。 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
精神病院的住院服務* (續) - 如果您年滿 65 歲，我們會為您在精神疾病研究所 (IMD) 獲得的服務支付費用。 住院：非承保住院期間在醫院或專業護理機構 (SNF) 的承保服務* 如果您已用盡您全部的住院福利，或如果您的住院不合理且不具醫療必要性，我們將不支付您的住院費用。 但是，在某些不承保住院照護的情況下，我們可能會為您在醫院或護理機構獲得的服務支付費用。要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。 我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用： - 醫生服務 - 診斷測試，如化驗測試 - X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務 - 手術敷料 - 用於骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置 - 除牙科外的義體和矯形裝置，包括此類裝置的更換或維修。這些是替代以下全部或部分的裝置： - 身體內部器官 (包括鄰近組織)，或 - 無法運作或失能的身體內部器官的功能。 - 腿部、手臂、背部和頸部支架、桁架以及人造腿、手臂和眼睛。其中包括因為破損、耗損、遺失或您的情況改變而需要的調整、修復和替換 - 物理治療、語言治療和職能治療	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
腎臟疾病服務和用品* 我們支付以下服務的費用： • 腎臟疾病教育服務，教導腎臟照護並幫助您對自己的照護作出正確決定。您必須患有第四期慢性腎臟病，並且您的醫生必須對您進行轉介。我們承保最多六次腎臟疾病衛教服務。 • 住院透析治療，包括暫時離開服務區域時 (如 會員手冊第 3 章 所解釋)，或當此服務的醫療服務提供者暫時無法提供服務或無法使用時的透析治療。 • 您成為住院患者入院接受特殊照護時的住院透析治療 • 自我透析訓練，包括為您和任何幫助您進行居家透析治療者進行訓練 • 居家透析設備和用品 • 特定居家支援服務，例如由訓練有素的透析工作人員進行必要的探訪，以檢查您的居家透析情況、在緊急情況下提供幫助以及檢查您的透析設備和供水。 您的 Medicare B 部分藥物福利會支付一些用於透析的藥物。有關資訊，請參閱此表中的「Medicare B 部分處方藥」。	\$0
 肺癌篩檢 如果您滿足以下條件，本計劃將每 12 個月支付一次肺癌篩檢費用： • 年齡在 50-77 歲之間，並且 • 與您的醫生或其他合格的醫療服務提供者進行諮商和共同決策的就診，以及 • 20 年來每天至少吸菸 1 包，現在沒有肺癌或吸菸的跡象或症狀，或在過去 15 年內戒菸。 第一次篩檢後，本計劃會根據您的醫生或其他合格醫療服務提供者的書面醫囑，每年支付另一次篩檢費用。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫療營養療法* 此福利適用於糖尿病或未進行透析的腎臟病患者。也適用於腎臟移植後由您的醫生轉介時。 在您獲得 Medicare 醫療營養治療服務的第一年，我們會支付三個小時的一對一諮商服務。如果具醫療必要性，我們可能會批准額外的服務。 此後，我們每年支付兩小時的一對一諮商服務費用。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以在醫生轉介下獲得更多小時的治療。如果您在下個曆年需要治療，醫生必須每年開具這些服務的處方，並且更新轉介。如果具醫療必要性，我們可能會批准額外的服務。	\$0
 Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP) 本計劃支付 MDPP 服務費用。MDPP 旨在幫助您增加健康行為。此方案提供以下方面的實際訓練： • 長期飲食改變，以及 • 增加體力活動，以及 • 保持減重和健康生活方式的方法。	\$0
Medicare B 部分處方藥* 這些藥物在 Medicare B 部分的承保範圍內。本計劃支付以下藥物的費用： • 您通常不自己注射的藥物或輸液，而是在您接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸注的藥物 • 透過耐用醫療器材提供的胰島素 (例如醫療所需的胰島素幫浦) • 您使用本計劃授權的耐用醫療器材 (例如噴霧器) 而施用的藥物 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
Medicare B 部分處方藥 (續) - 阿茲海默症藥物 Leqembi (Lecanemab 的普通藥)，透過靜脈注射 (IV) - 如果您患有血友病，您透過注射給予自己的凝血因子 - 移植 / 免疫抑制藥物：如果 Medicare 支付您的器官移植費用，則 Medicare 承保移植藥物治療。您在接受承保移植時必須擁有 A 部分，並且在您獲得免疫抑制藥物時必須擁有 B 部分。如果 Medicare B 部分不承保免疫抑制藥物，則 D 部分會此藥物 - 注射的骨質疏鬆症藥物。如果您因病而無法出門，有經醫生證明與停經後骨質疏鬆症有關的骨折，並且不能自己注射藥物，我們會為這些藥物支付費用 - 一些抗原：如果醫生製備抗原並且經過適當指導的人 (可能是您，患者) 在適當的監督下提供抗原，則 Medicare 承保抗原 - 某些口服抗癌藥物：Medicare 承保您口服的某些口腔癌藥物，前提是該藥物有注射劑型，或者該藥物是前驅藥物 (藥物的口服形式，攝入後會分解為與注射劑藥物中相同的活性成分)。隨著新的口腔癌藥物上市，B 部分可能會承保這些藥物。如果 B 部分未承保這些藥物，D 部分將會承保 - 口服抗噁心藥物：Medicare 承保作為抗癌化療方案一部分使用的口服抗噁心藥物，條件是這些藥物在化療之前、化療時或化療後 48 小時內施用，或者是作為靜脈注射抗噁心藥物的完整治療替代品 - 特定口服末期腎臟病 (ESRD) 藥物，條件是相同藥物有注射劑型且 B 部分 ESRD 福利承保此藥物 - ESRD 支付系統下的擬鈣藥物，包括靜脈注射藥物 Parsabiv 和口服藥物 Sensipar 此福利於次頁繼續	



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
Medicare B 部分處方藥 (續) • 用於居家透析的某些藥物，包括肝素、肝素解毒劑 (具醫療必要性時) 和局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有 ESRD 或需要該藥物來治療與某些其他病症相關的貧血 (例如 Epoetin Alfa、Darbepoetin Alfa®、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epotin beta)，則 Medicare 承保注射促紅血球生成素 • IV 免疫球蛋白用於居家治療原發性免疫缺陷疾病 • 腸外和腸內營養 (靜脈注射和管飼) 我們透過 Medicare B 部分承保一些疫苗，並透過 Medicare D 部分處方藥福利承保大多數成人疫苗。 會員手冊第 5 章解釋我們的門診處方藥福利。其中解釋您獲得處方承保時必須遵守的規則。 會員手冊第 6 章解釋您透過本計劃為門診處方藥支付的費用。	
護理機構照護* 護理機構 (NF) 是為無法在家中獲得照護但不需要住院的人提供照護的地方。 我們支付的服務包括但不限於以下項目： • 半私人病房 (或具醫療必要性時的私人病房) • 餐食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 呼吸治療 • 作為您的照護計劃的一部分給予您的藥物。(其中包括體內天然存在的物質，例如凝血因子。) • 血液，包括儲存和管理 • 通常由護理機構提供的醫療和手術用品 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
護理機構照護 (續) • 通常由護理機構提供的化驗測試 • 護理機構提供的 X 光和其他放射科服務 • 使用設備，例如輪椅，通常由護理機構提供 • 醫生 / 執業人員服務 • 耐用醫療器材 • 牙科服務，包括假牙 • 視力福利 • 聽力檢查 • 整脊照護 • 足病服務 您通常從網絡設施獲得照護。但是，您可能可以從不在我們網絡中的設施獲得照護。如果他們接受本計劃的付款金額，您可以從以下地方獲得照護： • 您在去醫院之前居住的護理機構或持續照護退休社區 (只要該處有提供護理機構照護)。 • 您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶居住的護理機構。	
肥胖篩檢和治療以減輕體重 如果您的身體質量指數為 30 或更高，我們會支付諮詢費用以幫助您減輕體重。您必須在基本保健機構獲得諮詢。這樣，可以透過您的全面預防計劃對其進行管理。與您的基本保健醫生交談以瞭解更多資訊。	\$0
鴉片類藥物治療方案 (OTP) 服務* 本計劃支付以下服務以治療鴉片類藥物濫用障礙 (OUD): • 攝入活動 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
鴉片類藥物治療方案 (OTP) 服務* (續) • 定期評估 • 經 FDA 批准的藥物 (如果適用的話)，以及管理和向您提供這些藥物 • 物質使用障礙諮商 • 個人和團體治療 • 測試您體內的藥物或化學物質 (毒理學測試)	
門診診斷測試和治療服務及用品* 我們支付以下列出的服務以及以下未列出的其他具醫療必要性的服務： • X 光 • 放射 (鐳和同位素) 治療，包括技術人員材料和用品 • 手術用品，例如敷料 • 用於骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置 • 化驗檢測 • 血液，包括儲存和管理 • 其他門診診斷測試	\$0
門診醫院服務* 我們支付您在醫院門診部因為疾病或受傷診斷或治療而接受具醫療必要性的服務，例如： • 急診部或門診診所的服務，例如門診手術或觀察服務 ○ 觀察服務幫助您的醫生瞭解您是否需要住院成為「住院患者」。 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
門診醫院服務* (續) ○ 有時您可能在醫院過夜但仍視為「門診患者」。 ○ 您可在此資訊簡介中查詢更多有關是住院患者或門診患者的資訊：es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf。 ● 由醫院收費的化驗和診斷測試 ● 心理健康照護，包括在部分住院方案中提供的照護，但必須由醫生證明若未提供此照護則患者即需要接受住院治療 ● 由醫院收費的 X 光和其他放射科服務 ● 醫療用品，例如夾板和石膏 ● 整個福利表中列出的預防性篩檢和服務 ● 您不能自行施用的一些藥物	
門診心理健康照護* 我們支付由以下人員提供的心理健康服務： ● 州政府許可的精神科醫生或醫生 ● 臨床心理師 ● 臨床社工 ● 臨床專家護理師 ● 持照專業顧問 (LPC) ● 持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) ● 專科護理師 (NP) ● 醫生助理 (PA) ● 適用的州法律允許的任何其他符合 Medicare 資格的心理健 康照護專業人員 我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用： 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
門診心理健康照護* (續) • 診所服務 • 日間治療 • 心理復健服務 • 部分住院或密集門診方案 • 個人和團體心理健康評估和治療 • 有臨床指徵而用於評估心理健康結果時的心理測驗 • 以監測藥物治療為目的的門診服務 • 門診化驗、藥物、用品和營養補充品 • 精神病諮詢	
門診復健服務* 我們支付物理治療、職能治療和語言治療的費用。 • 您可以從醫院門診部、獨立治療師辦公室、綜合門診復健機構 (CORF) 和其他設施獲得門診復健服務。	\$0
門診物質使用障礙服務* 我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用： • 酒精濫用篩檢和諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格的臨床醫生進行團體或個人諮商 • 住宿成癮方案中的亞急性解毒 • 密集門診治療中心的酒精和 / 或藥物服務 • 緩釋型 Naltrexone (vivitrol) 治療	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
門診手術* 我們支付醫院門診設施和門診手術中心的門診手術和服務費用。	\$0
非處方 (OTC) 用品 本計劃提供補充福利，為購買特定非處方 (OTC) 用品提供補貼。有關此福利的更多資訊，請造訪 www.iehp.org 或撥打本頁最下方的電話號碼與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。 ○ 每季提供一次 \$40 津貼。每季 (每 3 個月) 未使用的金額不會結轉到下一個季度。承保 OTC 藥物的類型可能會有所限制。請參閱 IEHP DualChoice 的 <i>承保藥物清單 (藥物清單)</i> 以瞭解詳情。 此外，您還可以享有 Medi-Cal OTC 福利。用完此 DSNP OTC 津貼後，您可以透過 Medi-Cal 計劃取得 OTC 用品。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。	\$0
緩和照護* 本計劃承保緩和照護。緩和照護適用於患有嚴重疾病的人。此服務提供以病患和家人為主的照護，透過預期、預防和治療痛苦的方式改善生命品質。緩和照護不是安寧照護，因此預期壽命不超過六個月並非接受緩和照護的資格條件。緩和照護與治療 / 例行照護同時提供。 緩和照護包括以下內容： ● 預先護理規劃 ● 緩和照護評估和諮詢 ● 照護計劃，包括所有授權的緩和照護和治療照護，包括心理健康和醫療社會服務 ● 由您指定的照護團隊提供的服務 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
緩和照護* (續) • 照護協調 • 疼痛和症狀管理 如果您年滿 21 歲，您可能無法同時獲得緩和照護和安寧照護。如果您正在接受緩和照護並且符合安寧照護的資格，您可隨時要求變更為安寧照護。	
部分住院治療和密集門診服務* 部分住院是積極精神病治療的結構化方案。作為醫院門診服務或由社區心理健康中心提供。此服務比您在醫生、治療師、持證婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持證專業諮詢師辦公室獲得的護理強度更高。此服務可以幫助您不必住院。 密集門診服務是結構化的主動行為 (心理) 健康治療方案，作為醫院門診服務而提供，在社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供，強度高於在醫生診室、治療師診室、LMFT 診室，或持照專業諮商師診所提供的服務，但強度低於部分住院服務。	\$0
醫生 / 醫療服務提供者服務，包括醫生門診* 我們支付以下服務的費用： • 在以下地方提供具醫療必要性的醫療保健或手術服務，例如： • 醫生診室 • 認證的門診手術中心 • 醫院門診部 • 專科醫生的諮詢、診斷和治療 • 由您的基本保健醫生進行的基本聽力和平衡檢查 (如果您的醫生囑咐此檢查以確定您是否需要治療) 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫生 / 醫療服務提供者服務，包括醫生門診 (續) - 某些遠距醫療服務，包括急需服務、初級保健醫生服務、專科醫生服務、心理健康專科服務的個人 / 團體治療、精神科服務的個人 / 團體治療、鴉片類藥物治療計劃服務、透析服務，和 Medicare 承保的零元預防性服務。您可以選擇透過親自拜訪或遠距醫療來獲得這些服務。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，則必須使用提供遠距醫療服務的網絡醫療服務提供者 - 遠距醫療服務，為居家透析會員每月在醫院或重症醫院的腎透析中心、腎透析設施或居家提供與終末期腎臟病 (ESRD) 相關的看診 - 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務 - 為患有物質濫用障礙或同時發生的心理健康疾病的會員提供遠距醫療服務 - 診斷、評估或治療心理健康疾病的遠距醫療服務，條件是： - 您在第一次遠距醫療就診前 6 個月內進行過面對面就診 - 在接受這些遠距醫療服務期間，您每 12 個月進行一次現場就診 - 在特定情況下可對上述情況進行例外處理 - 由農村健康診所和聯邦合格健康中心提供心理健康就診的遠距醫療服務。 - 由您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬診療 (例如，透過電話或視訊聊天)，條件是 - 您不是新患者，而且 - 該診療與過去 7 天內的診室就診無關，而且 - 該診療不會導致在 24 小時內進行診室就診或最快可取得的約診 - 評估您傳送給您的醫生的影片和 / 或圖像，並在 24 小時內由您的醫生解釋和進行後續追蹤，條件是： 此福利於次頁繼續	



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫生 / 醫療服務提供者服務，包括醫生門診 (續) ○ 您不是新患者，而且 ○ 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，而且 ○ 該評估不會導致在 24 小時內進行診室就診或最快可取得的約診 ● 如果您不是新患者，您的醫生透過電話、網際網路或電子健康紀錄與其他醫生進行諮詢 ● 在手術前，由其他網絡醫療服務提供者提供的第二意見 ● 非例行性牙科護理。承保服務僅限於： ○ 下頷或相關構造的外科手術 ○ 固定下頷或面部骨骼的骨折 ○ 腫瘤性癌症放射治療前拔牙 ○ 由醫生提供時將承保的服務	
足病服務* 我們支付以下服務的費用： ● 足部損傷和疾病 (如錘狀趾或足跟骨刺) 的診斷和內科或外科治療 ● 為患有影響腿部的疾病 (例如糖尿病) 之會員提供例行性足部照護	\$0
 前列腺癌篩查檢查 對於 50 歲及以上的男性，我們每 12 個月支付一次以下服務費用： ● 直腸指檢 ● 前列腺特異性抗原 (PSA) 測試	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
義體和矯形裝置及相關用品* 義體裝置取代全部或部分身體部位或功能。例子可能包括但不限於： • 義體和矯形裝置使用的測試、裝配或培訓 • 結腸造口術袋和與結腸造口術照護相關的用品 • 腸內和腸外營養，包括餵食套件、輸液幫浦、管道和轉接器、溶液和用於自我注射的用品 • 心律調整器 • 支撐帶 • 義肢鞋 • 人造手臂和腿足 • 乳房義體 (包括乳房切除術後的手術胸罩) • 用於替換因疾病、受傷或先天性缺陷而被移除或受損的外部臉部身體部位的所有部分的義體 • 失禁乳膏和尿布 我們支付一些與義體和矯形裝置相關的用品。我們也支付修理或更換義體和矯形裝置的費用。 我們在白內障摘除或白內障手術後提供一些承保。有關詳細資訊，請參閱本表後面的「視力照護」。	\$0
肺部復健服務* 我們為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員支付肺部復健方案費用。您必須有治療 COPD 的醫生或醫療服務提供者的轉介才能接受肺部復健。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
 性傳染病 (STI) 篩檢和諮商 我們支付衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎的篩檢費用。這些篩檢適用於孕婦和某些 STI 的高風險族群。基本保健醫生必須開立檢測醫囑。我們每 12 個月一次或在懷孕期間的特定時間承保這些檢測。 我們還每年為 STI 風險增加的性活躍成年人支付最多兩次面對面的高強度行為諮詢治療。每次諮商時間為 20 到 30 分鐘。僅當基本保健醫生提供這些諮詢服務時，我們才會為這些諮詢服務支付費用。諮詢必須在基本保健機構中進行，例如醫生診室。	\$0
專業護理機構 (SNF) 照護* 我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用： • 半私人病房，或具醫療必要性的私人病房 • 餐食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 作為您的部分照護計劃而獲得的藥物，包括體內天然存在的物質，例如凝血因子 • 血液，包括儲存和管理 • 護理機構提供的醫療和手術用品 • 護理機構提供的化驗測試 • 護理機構提供的 X 光和其他放射科服務 • 設備，例如輪椅，通常由護理機構提供 • 醫生 / 醫療服務提供者服務 您通常從網絡設施獲得照護。但是，您可能可以從不在我們網絡中的設施獲得照護。如果他們接受本計劃的付款金額，您可以從以下地方獲得照護： 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
專業護理機構 (SNF) 照護* (續) - 您在去醫院之前居住的設理設施或持續照護退休社區 (只要那裡有提供護理機構照護) - 您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶居住的護理機構	
 戒菸或戒除菸草諮商 如果您使用菸草，沒有菸草相關疾病的跡象或症狀，並且想要或需要戒除： - 作為預防服務，我們會在 12 個月內為兩次戒除活動支付費用。這項服務對您是免費的。每次戒除活動包括最多四次面對面的諮商診療。 如果您使用菸草並被診斷患有菸草相關疾病或正在服用可能受菸草影響的藥物： - 我們為 12 個月內的兩次諮商戒菸活動支付費用。每次諮商戒除活動包括最多四次面對面的診療。	\$0
監督式運動療法 (SET)* 我們為患有症狀型外周動脈疾病 (PAD) 的會員支付 SET 的費用，這些會員需從負責 PAD 治療的醫生處獲得轉介。 本計劃支付： - 如果滿足所有 SET 要求，則在 12 週內最多 36 次治療 - 如果醫療保健服務提供者認為具醫療必要性，則在一段期間內增加 36 次治療 SET 方案必須是： 30 至 60 分鐘的 PAD 治療性運動訓練方案，用於因血流不順 (跛行) 而腿部抽筋的會員 - 在醫院門診地點或醫生診室 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
監督式運動療法 (SET)* (續) • 由確保利大於弊並接受過 PAD 運動療法訓練的合格人員提供 • 在接受基本和高階維生技術訓練的醫生、醫生助理或專科護理師 / 臨床專家護理師的直接監督下	
交通運輸：非緊急醫療交通運輸* 此福利允許最具成本效益和可達性的交通運輸。這可以包括：救護車、擔架車、輪椅車醫療交通運輸服務，並與輔助運輸協調。 在以下情況下獲得授權的交通運輸形式： • 您的醫療和 / 或身體狀況不允許您乘坐公車、客車、計程車或其他形式的公共或私人交通運輸工具，並且 • 根據服務的不同，可能需要事先授權。	\$0
交通運輸：非醫療交通運輸 此項福利讓會員可搭乘客車、計程車或其他形式的大眾 / 私人交通運輸工具前往接受醫療服務。 為了獲得所需的醫療服務 (包括前往牙科約診和領取處方藥) 而需要的交通運輸。 此福利不會限制您的非緊急醫療交通運輸福利。 作為 IEHP DualChoice 會員，您的 Medi-Cal 福利允許您要求接送您前去接受已授權的服務。如要預約，請致電 IEHP DualChoice 廠商 Call the Car，電話 1-855-673-3195，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請在約診前至少提前 2 個工作日 (週一至週五) 撥打轉接服務電話或加州中繼服務電話 711。如需緊急預約，請儘速致電。致電時請準備好您的會員卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。 備註：美國印第安人會員可以聯繫當地的印第安健康診所，要求提供非醫療交通運輸服務。	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
急需照護 急需照護是給予以下治療的照護： • 需要立即就醫的非急診情況，或 • 不可預見的疾病，或 • 受傷，或 • 需要立即接受照護的病症。 如果您需要急需照護，您應該先嘗試從網絡醫療服務提供者處取得。不過，若考慮到時間、地點或情況等因素，您不可能或無法合理自網絡醫療服務提供者處取得服務 (例如，當您在計劃服務地區外，而您因為無法預見但不屬於緊療緊急情況的病症而必需接受具醫療必要性的服務)，因而無法前去網絡醫療服務提供者處，則您可以使用網絡外醫療服務提供者。 此項承保適用於美國境內以及您的病症需要立即接受照護的情況。	\$0
價值基準保險設計 (VBID) 模型 患有慢性病症人士的健康餐食 此福利承保計劃年度中上限 365 天，每天最多 2 餐。 要符合此福利的資格，您必須患有以下慢性病：糖尿病和心血管疾病，並符合以下額外標準。並非所有會員都符合資格。除了患有上列兩種慢性病症以外，您還必須同時符合下列兩項條件： • 高風險健康狀況；和 • 居住在指定區域剝奪指數 (ADI) 為 9 或 10 的地理區域。 健康膳食選項必須從 IEHP 批准的服務提供者訂購。餐點透過網上表格訂購並直接交付給您。 不會僅根據您的病症即保證可獲得此福利的資格。在提供福利之前，必須滿足所有適用的資格要求。 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
價值基準保險設計 (VBID) 模型 (續) Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。 公用事業費津貼 此福利每月提供 \$65 津貼，可用於支付瓦斯、水費、垃圾清運費或電費等公用事業帳單。這筆津貼透過 IEHP DualChoice Vibrant 健康卡提供，此借記卡可用於支付符合資格的公用事業費用。 如欲取得此福利資格，您必須患有下列其中一項或多項慢性病並符合下述額外標準： ● 慢性酒精及其他藥物依賴 ● 自體免疫疾病 ● 癌症 ● 心血管疾病 ● 慢性心臟衰竭 ● 失智症 ● 糖尿病 ● 末期肝病 ● 末期腎臟病 (ESRD) ● 嚴重血液疾病 ● 愛滋病病毒 (HIV) / 愛滋病 (AIDS) ● 慢性肺病 ● 慢性和殘疾心理健康疾病 ● 神經系統疾病 ● 中風 此福利於次頁繼續	



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務	您必須支付的費用
價值基準保險設計 (VBID) 模型 (續) 除了患有上列至少其中一種慢性病症以外，您還必須有高風險健康狀態：並非所有會員都符合資格。 不會僅根據您的病症即保證可獲得此福利的資格。在提供福利之前，必須滿足所有適用的資格要求。 Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。 若要瞭解您是否有資格獲得患有慢性疾病人士適用的一項或多項福利，請致電 IEHP DualChoice 會員服務部，電話 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者請致電：1-800-718-4347) 或造訪網站：www.iehp.org。	
 視力照護 我們支付以下服務的費用： - 每年一次例行性眼睛檢查，和 - 隱形眼鏡和 / 或眼鏡鏡框每年合計限 \$350。 - 眼鏡鏡片可根據醫療必要性獲得 100% 承保。 我們為眼部疾病和損傷的診斷和治療支付門診醫生服務費用。例如，這包括對糖尿病患者進行糖尿病性視網膜病變的年度眼科檢查以及對年齡相關性黃斑變性的治療。 對於青光眼高危險群，我們每年支付一次青光眼篩檢費用。青光眼高危險群包括： - 有青光眼家族史者 - 糖尿病患者 50 歲及以上的非裔美國人 65 歲或以上的西班牙裔美國人 此福利於次頁繼續	\$0



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃支付的服務		您必須支付的費用
	視力照護 (續) 每次手術中醫生放置人工水晶體的白內障手術後，我們會支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 如果您接受兩次單獨的白內障手術，您必須在每次手術後取得一副眼鏡。即使您在第一次手術後沒有取得一副眼鏡，您也無法在第二次手術後取得兩副眼鏡。	
	「歡迎加入 Medicare」預防看診 我們承保了一次性的「歡迎加入 Medicare」預防看診。該就診包括： • 查看您的健康狀況， • 關於您需要的預防服務 (包括篩檢和注射) 的衛教和諮詢，以及 • 如果您需要，轉介以接受其他照護。 備註：我們僅在您擁有 Medicare B 部分一開始的 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」預防看診。當您約診時，請告訴您的醫生辦公室您想安排您的「歡迎加入 Medicare」預防看診。	\$0

E. 社區支援

您可以根據您的個人化照護計劃獲得支援。社區支援是 Medi-Cal 州政府計劃所承保服務和場所的替代項目，不但具醫療適當性，而且符合成本效益。會員可自由選擇使用這些服務。如果您符合資格，這類服務能幫助您生活更為獨立。這類服務不會取代您在 Medi-Cal 下已經獲得的福利。

我們提供的社區支援範例包括醫療支持食品和餐食或醫療定制膳食、對您或您的照顧者的幫助，或淋浴扶手和坡道。

請參閱下文，以瞭解有關 Medi-Cal 計劃提供福利的更多資訊。以下清單列舉的福利可能與您的初級醫療保健無關，但包含在針對慢性病而提供的福利中。

- 餐點
- 食品和農產品



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 室內空氣品質設備和服務
- 房屋結構改造
- 一般生活支援

氣喘補助措施：環境觸發氣喘補救措施是對居家環境進行實體改造，以確保個人的健康、福祉和安全，或使個人能在家中正常活動。如果沒有這些措施，急性氣喘發作可能會導致需要緊急服務和住院治療。

社區過渡服務 / 護理機構過渡到家庭：這項服務幫助會員在社區中生活並避免進一步遭到機構收容。這些服務是為從有執照的機構過渡到私人住宅生活安排的個人 (在此處個人要直接負擔自己的生活費用) 提供的非經常性設置費用。

環境無障礙調整 (居家改造)：環境無障礙調整 (EAA) (也稱為居家改造) 是對住居進行的實體調整，這些調整是確保個人健康、福利和安全所必需，或使個人能在家中更獨立地生活：沒有這些調整，會員將遭到機構收容。

住房押金：住房押金有助於識別、協調、確保或資助一次性的必要服務和修改，使個人能建立不含食宿在內的基本住居。

住房租賃和維持服務：此服務提供租賃和維持服務，目標是在獲得住房後維持安全穩定的租賃。

住房過渡指引服務：住房過渡服務協助會員取得住房。

醫療支持食品 / 膳食 / 醫療定制膳食：營養不良和營養不足可能導致破壞性的健康結果、更高的使用率和增加的費用，尤其是對於患有慢性病的會員更是如此。膳食幫助個人在關鍵時刻達到營養目標，幫助他們恢復並維持健康。結果包括改善會員健康狀況、降低再入院率、維持良好的營養健康狀況、提高會員滿意度。

從護理機構過渡 / 轉換至生活輔助機構：護理機構過渡 / 轉換服務協助個人在社區中生活和 / 或盡可能避免被機構收容。其目標是促進自護理機構過渡至有家庭氛圍的社區環境和 / 或防止急需護理機構照護層級 (LOC) 的會員至專業護理機構入院。當滿足資格要求時，個人可以選擇居住在輔助生活環境中，作為在護理機構中長期安置的替代方案。

休養照護 (醫療喘息服務)：休養照護 (也稱為醫療喘息照護)，是為不再需要住院但仍需要從受傷或疾病 (包括行為健康病症) 中恢復且其病症會因不穩定的居住環境而惡化的個人提供的短期住宿照護。在康復照護機構延長住院期間，使個人能繼續康復並接受出院後治療，同時獲得基本保健、行為健康服務、個案管理和其他支援社會服務，例如交通運輸、食物和住房。

出院後短期住房：出院後短期住房為沒有住所且有較高醫療或行為健康需求的會員提供在出院後 (無論是急性或精神科或化學依賴和康復醫院) 立即繼續其醫療 / 精神科 / 物質濫用障礙康復的機會、住宿物質使用障礙治療或復原機構、住宿心理健康治療機構、矯症機構、護理機構或休養照



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

護，並避免繼續再使用州政府計劃服務。

戒癮中心：戒癮中心是 (由於酒精和 / 或其他藥物) 昏睡於公共場合的人替代收容地點，否則這些人將被送往急診室或監獄。戒癮中心為這些人 (主要是無家可歸者或生活狀況不穩定的人) 提供安全、支持的環境讓其恢復清醒。

日間生活適應能力訓練計劃：日間生活適應能力訓練計劃在參與者家中或外面、非設施的環境中提供。這類計劃旨在幫助參與者獲得、保留和提升在其自然環境中順利居住所需的自助、社會化和適應技能。

喘息服務：這些服務提供給需要間歇性臨時監督之參與者的照顧者。這些服務通常是因為照護和 / 或監督他們的人 (非醫療人員) 不在或需要喘息而提供的短期服務。

個人護理和家事服務：這項服務是為需要日常生活活動 (ADL) 輔助的人提供的服務，例如洗澡、穿衣、如廁、走動或進食。個人護理服務還可以包括功能性日常生活活動 (IADL) 方面的援助，例如備餐、雜貨購物和金錢管理。

如果您需要幫助或想查詢您可以使用哪些社區支援，請撥打 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時 (TTY 使用者請致電 1-800-718-4347 或 711)，或致電您的醫療保健服務提供者。

F. 本計劃以外的承保福利

我們不承保以下服務，但可透過 Original Medicare 或 Medi-Cal 按服務收費服務獲得這些服務。

F1. 加州社區過渡 (CCT)

加州社區過渡 (CCT) 方案使用當地的領導組織來幫助符合條件的 Medi-Cal 受益人，他們在住院設施中至少連續居住了 90 天，現在要過渡回到社區環境並安全地留在社區環境中。CCT 方案在過渡前期間和過渡後 365 天內資助過渡協調服務，以幫助受益人搬回社區環境。

您可自在您居住的縣內提供服務的任何 CCT 領導組織獲得過渡協調服務。您可以在醫療保健服務部網站上找到 CCT 領導組織及其提供服務的縣的清單，網址：

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

對於 CCT 過渡協調服務

Medi-Cal 支付過渡協調服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

對於與您的 CCT 過渡無關的服務

服務提供者向我們收取您的服務費用。本計劃支付為您過渡後提供的服務費用。您無需為這些服務支付任何費用。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

當您獲得 CCT 過渡協調服務時，我們會為**第 D 節**福利表中列出的服務支付費用。

藥物承保福利沒有變更

CCT 方案不承保藥物。您繼續透過本計劃獲得正常的藥物福利。如需更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 5 章。

備註：如果您需要非 CCT 過渡照護，請致電您的護理協調員以安排服務。非 CCT 過渡照護是與您從機構或設施過渡**無關**的護理。

F2. Medi-Cal 牙科

特定牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科提供。更多資訊位於 SmileCalifornia.org 網站。Medi-Cal 牙科包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光檢查、洗牙和氟化物治療
- 修復和牙冠
- 根管治療
- 局部和完整假牙、調整、修復和襯底

如需關於 Medi-Cal 牙科可提供之牙科福利的更多資訊，或若您需要幫助找尋可接受 Medi-Cal 的牙醫，請撥打客戶服務部專線 1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922)。這是免付費電話。Medi-Cal 牙科代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助。您也可以造訪該網站 smilecalifornia.org/ 查詢更多資訊。

在 Sacramento 縣和 Los Angeles 縣，您可以透過牙科管理式照護 (DMC) 計劃獲得 Medi-Cal 牙科福利。如果您想瞭解有關 Medi-Cal 牙科計劃的更多資訊或想要變更，請聯絡 Health Care Options，電話 1-800-430-4263 (TTY 使用者請致電 1-800-430-7077)，服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。這是免付費電話。DMC 聯絡人也可以在這裡找到：
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

F3. 安寧照護

如果您的醫療服務提供者和安寧照護醫療主任對您的疾病判定的預後為末期，您有權選擇安寧照護。意即您患有絕症，預計生命為六個月或更短時間。您可以從 Medicare 認證的任何安寧照護方案中獲得照護。該方案必須幫助您找到獲得 Medicare 認證的安寧照護方案。您的安寧照護醫生可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。

有關在您獲得安寧照護服務期間我們所支付費用的更多資訊，請參閱**第 D 節**的福利表。

對於安寧照護服務和 Medicare A 部分或 Medicare B 部分所承保與您的末期預後疾病相關的



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

服務

- 安寧照護醫療服務提供者會為您的服務向 Medicare 收費。Medicare 支付與您的末期預後疾病相關的安寧照護服務。您無需為這些服務支付任何費用。

對於 Medicare A 部分或 Medicare B 部分所承保與您的末期預後疾病無關的服務

- 醫療服務提供者將為您的服務向 Medicare 收費。Medicare 將支付 Medicare A 部分或 Medicare B 部分所承保的服務。您無需為這些服務支付任何費用。

對於本計劃的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物

- 藥物絕不會同時由安寧照護和本計劃提供承保。如需更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 5 章。

備註：如果您患有嚴重疾病，您可能資格獲得緩和照護，這種照護提供團隊式患者和家庭中心照護，以改善您的生活品質。您可以在接受治療 / 例行照護的同時接受緩和照護。請參閱前文的緩和照護部分以瞭解更多資訊。

備註：如果您需要非安寧照護，請致電您的護理協調員以安排服務。非安寧照護是與您的末期預後疾病無關的照護。

F4. 居家支援服務 (IHSS)

- IHSS 計劃將協助支付為您提供的服務費用，以使您可以安全地繼續在自己家中生活。IHSS 被認為是療養院或寄宿和照護機構等離家照護的替代方案。
- 可透過 IHSS 授權的服務類型包括房屋清潔、備餐、洗衣、雜貨購買、個人護理服務 (如大小便照顧、沐浴、美容和輔助醫療服務)、醫療約診陪同以及對精神障礙患者的保護性監督。
- 您的護理協調員可以幫助您向您所在縣的社會服務機構申請 IHSS。

Riverside 縣：

1-888-960-4477

週一至週五

上午 7:30 至下午 5:30。

San Bernardino 縣：

1-877-800-4544

週一至週五

上午 8:00 至下午 5:00。

F5.1915(c) 居家和社區型服務 (HCBS) 豁免計劃

輔助生活豁免 (ALW)

- 輔助生活豁免 (ALW) 為符合 Medi-Cal 資格的受益人提供了居住在輔助生活場所中的選擇，作為在護理機構中長期安置的替代方案。ALW 的目標是促進從護理機構過渡回具有



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

家庭氛圍的社區環境，或防止急需護理機構安置的受益人在專業護理機構住院。

- 參加 ALW 的會員可以持續參加 ALW，同時還可以獲得本計劃提供的福利。本計劃與您的 ALW 照護協調機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 ALW。
ALW 照護協調機構 - Institute on Aging (415) 750-4111。

針對有發展障礙的加州民眾的 HCBS 豁免 (HCBS-DD)

針對發展障礙人士的加州自決計劃 (SDP) 豁免

- 有兩項 1915(c) 豁免，即 HCBS-DD 豁免和 SDP 豁免，為被診斷出患有發育障礙的人提供服務，此障礙在個人 18 歲生日之前開始，預期將無限期地持續下去。這兩項豁免計劃都是資助特定服務的一種方式，讓發展障礙人士能住在家中或社區，而不是住在執照醫療機構。這些服務的費用由聯邦政府的 Medicaid 計劃和加州政府共同資助。您的護理協調員可以幫助您聯繫 DD 豁免服務。

居家和社區型替代方案 (HCBA) 豁免

- HCBA 豁免計劃為面臨療養院或機構安置風險的人士提供照護管理服務。照護管理服務由護士和社工人員組成的跨科照護管理團隊提供。該團隊協調豁免計劃和州政府計劃服務（例如醫療、行為健康、居家支援服務等），並安排當地社區中可提供的其他長期服務和支援。照護管理和豁免計劃服務在參與者的社區住所提供。此住所可以是私人擁有，透過租戶租賃安排獲得，也可以是參與者家人的住所。
- 參加 HCBA 豁免計劃的會員可持續參加 HCBA 豁免計劃，同時還可以獲得本計劃提供的福利。本計劃與您的 HCBA 豁免計劃機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 HCBA。
ALW 照護協調機構 - Institute on Aging，電話 (415) 750-4111

Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP) 為 HIV 感染者提供全面的個案管理和直接照護服務，是護理機構照護或住院治療的替代方案。個案管理是一種以參與者為中心的團隊方法，由註冊護士和社會工作個案經理組成。個案經理與參與者和基本保健醫生、家人、照顧者和其他服務提供者合作，評估將參與者留在家中和社區的照護需求。
- MCWP 的目標是：(1) 為可能需要機構服務的 HIV 感染者提供居家和社區服務；(2) 協助參與者進行 HIV 健康管理；(3) 提高獲得社會和行為健康支援的機會；及 (4) 協調服務提供者並避免重複提供服務。
- 參加 MCWP 豁免計劃的會員可以繼續參加 MCWP 豁免計劃，同時享有本計劃提供的福



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

利。本計劃與您的 MCWP 豁免機構合作，協調您取得的服務。

- 您的護理協調員可以幫助您申請 MCWP。
Desert Aids Project: (760) 323-2118。

多元化老年人服務計劃 (MSSP)

- 多元化老年人服務計劃 (MSSP) 提供社會和醫療保健管理兩種服務，幫助個人留在自己的家中和社區。
- 雖然大多數計劃參與者也接受居家支援服務，但 MSSP 提供持續的照護協調，將參與者與其他所需的社區服務和資源聯繫起來，與醫療保健提供者進行協調，並且購買一些無法透過其他方式獲得的所需服務，從而預防或延遲機構收容。照護管理和其他服務的年度合計費用必須低於在專業護理機構接受照護的費用。
- 健康和社會服務專業人士團隊為每個 MSSP 參與者提供完整的健康和社會心理評估，以確定所需的服務。然後，該團隊與 MSSP 參與者、他們的醫生、家人和其他人合作擬定個人化照護計劃。服務包括：
 - 照護管理
 - 成人日托
 - 小規模房屋維修 / 保養
 - 家務、個人護理和保護性監督補充服務
 - 喘息服務
 - 交通運輸服務
 - 諮詢和治療服務
 - 膳食服務
 - 溝通服務 (例如筆譯 / 口譯)。
- 參加 MSSP 豁免計劃的會員可以繼續參加 MSSP 豁免計劃，同時享有本計劃提供的福利。本計劃與您的 MSSP 服務提供者合作，協調您接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 MSSP。
 - San Bernardino 縣 MSSP (877) 565-2020
 - Riverside 縣 MSSP (877) 932-4100



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

F6. 在本計劃之外提供的縣行為健康服務 (心理健康和物質使用障礙服務)

您可以獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的醫療所需行為健康服務。我們提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式照護承保的行為健康服務。本計劃不提供 Medi-Cal 專科心理健康服務或縣政府物質使用障礙服務，但這些服務會透過縣行為健康機構向您提供。

如果您符合取得專科心理健康服務的標準，您可以透過縣心理健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專科心理健康服務。您所在縣的 MHP 所提供的 Medi-Cal 專科心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務
- 日間密集治療
- 日間復健
- 危機干預
- 危機穩定
- 成人住宿治療服務
- 危機住宿治療服務
- 精神病健康機構服務
- 精神病住院服務
- 目標個案管理
- 同儕支援服務
- 社區流動危機介入服務

如果您符合接受 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務的標準，您可以透過您所在縣的行為健康機構獲得這些服務。您所在縣提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 圍產期住宿物質使用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉品治療計劃
- 成癮治療藥物 (也稱為藥物輔助治療)



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 同儕支援服務
- 社區流動危機介入服務

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服務包括：

- 門診治療服務
- 密集門診治療服務
- 部分住院服務
- 成癮治療藥物 (也稱為藥物輔助治療)
- 住宿治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉品治療計劃
- 康復服務
- 照護協調
- 同儕支援服務
- 社區流動危機介入服務
- 緊急管理服務

除以上所列服務外，如果您符合標準，則還可以接受自願住院戒毒服務。

您可以獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的醫療所需行為健康服務。我們提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式照護承保的行為健康服務。本計劃不提供 Medi-Cal 專科心理健康服務或縣政府物質使用障礙服務，但您可透過您當地的 Riverside 大學健康體系 – 行為健康及 San Bernardino 縣行為健康部取得這些服務。

在 Riverside 縣：

Riverside 大學健康體系 – 行為健康：

1-800-499-3008

在 San Bernardino 縣：

行為健康部使用單位：

1-888-743-1478



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G. 本計劃、Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利

此部分告訴您本計劃排除的福利。「排除」是指我們不支付這些福利。Medicare 和 Medi-Cal 也不支付這些福利的費用。

下面的清單描述了一些我們在任何情況下都不提供承保的服務和用品，部分服務和用品僅在某些情況下被我們排除在外。

除非在列出的特定條件下，否則我們不支付此部分 (或本會員手冊其他任何地方) 中列出的排除醫療福利。即使您在急診設施接受服務，計劃也不會支付服務費用。如果您認為本計劃應支付未承保的服務，您可以提出上訴。有關上訴的資訊，請參閱會員手冊第 9 章。

除了福利表中所述的任何排除或限制之外，本計劃不承保以下用品和服務：

- 根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準，服務被視為「不合理且不具有醫療必要性」，除非我們將這些服務列為承保服務
- 實驗性的醫療和外科治療、物品和藥物，除非 Medicare、Medicare 批准的臨床研究或本計劃對其提供承保。有關臨床研究的更多資訊，請參閱會員手冊第 3 章。實驗性的治療和用品是尚未獲得醫學界普遍接受的治療和用品。
- 病態肥胖症的手術治療，除非具醫療必要性且由 Medicare 付費
- 醫院的私人病房，除非具醫療必要性
- 私人值班護士
- 醫院或護理機構病房內的個人物品，例如電話或電視
- 在家中的全日制護理
- 您的近親屬或您的家庭成員收取的費用
- 遞送到您府上的膳食
- 自選或自願性加強診療程序或服務 (包括減重、植髮、性能力、體育表現、整容目的、抗老及精神表現)，但具有醫療必要性者不在此限
- 整容外科手術或其他整容服務，除非是因為意外傷害或為了改善畸形身體部位所需。但我們將會給付乳房切除術後的乳房重建手術以及為了建立對稱外觀而針對非患側乳房所提供的治療
- 整脊照護，不包括符合承保準則的脊椎徒手推拿



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 例行足部照護，除非如**第 D 部分**福利表的足病服務所述
- 矯形鞋，除非鞋子屬於腿部支架的一部分，並且包含於支架費用中，或者是供糖尿病足病患者使用的鞋子
- 足部支撐裝置，除非是供糖尿病足病患者使用的矯形鞋或治療鞋
- 放射狀角膜切開術、LASIK 外科手術和其他弱視輔具
- 逆轉絕育診療程序
- 自然療法服務 (使用自然治療或替代治療)
- 為退伍軍人事務部 (VA) 設施中的退伍軍人提供的服務。但是，當退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務且 VA 分攤的費用超過本計劃規定的分攤費用時，我們將向退伍軍人補償差額。您仍需負責支付您的分攤費用。
- 個人用品：個人舒適用品或便利用品和服務，例如電視、健康俱樂部會籍和 / 或類似用品
- 勃起功能障礙醫療器材



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 5 章：獲取門診處方藥

簡介

本章說明獲取門診處方藥的規則。門診處方藥是您的醫療服務提供者囑咐您使用的藥物，您可以從藥房或透過郵購獲得藥物。其中包括 Medicare D 部分及 Medi-Cal 承保的藥物。

雖然本章未對其加以討論，但我們還承保以下藥物：

- **Medicare A 部分承保的藥物。** 這些藥物通常包括您在醫院或護理機構時給您開立的藥物。
- **Medicare B 部分承保的藥物。** 這些藥物包括部分化療藥物、您在醫生或其他醫療服務提供者診間就診時為您提供的部分注射藥物，以及您在透析診所時為您提供的藥物。要瞭解有關 Medicare B 部分承保藥物的更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 4 章中的福利表。
- 除本計劃的 Medicare D 部分和醫療福利承保外，如果您在 Medicare 安寧照護機構，您的藥物可能由 Original Medicare 提供承保。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 F 節「如果您在 Medicare 認證的安寧照護方案」。

本計劃的門診藥物承保規定

只要您遵循本節中的規則，我們通常會承保您的藥物。

必須由醫療服務提供者 (醫生、牙醫或其他處方師) 為您開立處方，且處方必須符合適用的州法律。這個人通常是您的基本保健提供者 (PCP)。若您的 PCP 將您轉介給其他醫療服務提供者接受照護，也可以是該醫療服務提供者。

您的處方師不得出現在 Medicare 的排除或禁止清單或任何類似的 Medi-Cal 清單中。

您通常必須透過網絡藥房配取處方藥。或者您可以透過計劃的郵購服務配取處方藥。

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

- 如果該藥物不在 *藥物清單* 上，我們也許可提供例外處理而為您承保該藥物。
- 請參閱第 9 章 (若您有問題或投訴該怎麼辦 [承保決定、上訴、投訴]) 瞭解如何要求例外處理。
- 另請注意，我們將根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準對您的處方藥承保申請進行評估。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

您的藥物必須用於醫學上可接受的適應症。意即此藥物的使用已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准，或者已得到某些醫學參考文獻的支持。您的處方師可能會幫助您確定醫學參考文獻，以支持您對該處方藥的使用要求。

您的藥物可能需要先獲得批准，我們才會承保。請參閱本章**第 C 節**。

目錄

A. 配取處方藥	113
A1. 在網絡藥房配取處方藥	113
A3. 如果您變更您的網絡藥房該怎麼辦	113
A4. 如果您的藥房退出了網絡該怎麼辦	113
A5. 使用專科藥房	114
A6. 使用郵購服務來取得藥物	114
A7. 獲取長期藥量	115
A8. 使用不在本計劃網絡中的藥房	115
A9. 將處方藥費用退還給您	116
B. 本計劃的藥物清單	116
B1. 我們藥物清單上的藥物	116
B2. 如何在我們的藥物清單上查找藥物	117
B3. 不在我們藥物清單上的藥物	117
C. 某些藥物的限制	118
D. 您的藥物可能不在承保範圍內的原因	119
D1. 取得臨時藥量	120
D2. 要求臨時藥量	121
D3. 要求例外處理	121
E. 藥物承保變更	122



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

F. 特殊情況下的藥物承保.....	124
F1. 在醫院或專業護理機構內獲取本計劃承保的住院治療	124
F2. 長期照顧機構	124
F3. Medicare 認證的安寧照護方案	124
G. 藥物安全和藥物管理方案	124
G1. 幫助您安全用藥的方案.....	124
G2. 幫助您管理藥物的方案.....	125
G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理方案.....	126



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 配取處方藥

A1. 在網絡藥房配取處方藥

大多數情況下，只有在我們的網絡藥房配取處方藥時，我們才會支付藥費。網絡藥房是同意為本計劃會員配取處方藥的藥房。您可以使用我們的任何一家網絡藥房。

要查找網絡藥房，請查看 *醫療服務提供者和藥房名錄*，造訪我們的網站或聯繫會員服務部或您的護理協調員。

A2. 配取處方藥時使用您的會員卡

若要配取處方藥，請在您的網絡藥房出示您的會員卡。網絡藥房向我們收取您的承保處方藥費用。

請記住，您需要出示 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (BIC)，才能獲得 Medi-Cal Rx 承保的藥物。

如果您在配取處方藥時沒有攜帶會員卡或 BIC 卡，請讓藥房聯繫我們以獲得必要的資訊，或者您可以請藥房查詢您的計劃參保資訊。

如果藥房無法獲取必要資訊，您在領取藥物時可能必須支付處方藥的全額費用。然後您可以要求我們將費用退還給您。如果您無法支付藥物費用，請立即與會員服務部聯絡。我們將盡全力提供幫助。

- 如欲要求我們退還費用，請參閱 *會員手冊* 第 7 章。
- 若您需要幫助配取處方藥，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。

A3. 如果您變更您的網絡藥房該怎麼辦

如果您變更藥房並需要續配處方藥，您可以要求醫療服務提供者開立新的處方，或如果仍有任何可續配的藥物，您可以請您的藥房將處方移轉到新的藥房。

如果您需要協助變更您的網絡藥房，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A4. 如果您的藥房退出了網絡該怎麼辦

如果您使用的藥房退出了本計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。

要查詢新的網絡藥房，請查看 *醫療服務提供者和藥房名錄*，造訪我們的網站，或聯繫會員服務部或您的護理協調員。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A5. 使用專科藥房

有時必須在專科藥房配取處方藥。專科藥房包括：

- 提供家庭輸液治療藥物的藥房。
- 為護理機構等長期照護機構內的居住者提供藥物的藥房。
 - 通常，長期照護機構設有自己的藥房。如果您是長期照護機構內的居住者，我們會確保您可以在該設施內的藥房獲得所需藥物。
 - 若您的長期照護機構藥房不在我們的網絡中，或者您在長期照護機構中難以取得藥物，請聯繫會員服務部。
- 為印第安人醫療保健服務提供者 (IHCP) 和城市印第安人組織 (UIO) 藥房印第安人健康服務 / 部落 / 城市印第安人健康計劃提供服務的藥房。除緊急情況外，只有美洲原住民或阿拉斯加原住民可以使用這些藥房。
- 可以配發 FDA 限制在特定地點使用的藥物或需經特殊處理、醫療服務提供者協調或使用培訓的藥物的藥房。(備註：應該很少會發生這種情況。)

要查詢專科藥房，請查看 *醫療服務提供者和藥房名錄*，造訪我們的網站，或聯繫會員服務部或您的護理協調員。

A6. 使用郵購服務來取得藥物

對於某些種類的藥物，您可以使用本計劃的網絡郵購服務。通常，透過郵購獲得的藥物是您因慢性病或長期病症需定期服用的藥物。

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 100 天的藥量。100 天藥量與一個月藥量的共付額相同。

透過郵寄方式配取處方藥

如欲取得訂購表以及與透過郵購配取處方藥相關的資訊，請致電 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。IEHP 的網站 www.iehp.org 也有提供此資訊。

郵購處方藥通常會在 7-10 天內送達。但有時您的郵購可能會延遲。如果遞送延遲，您可與您的基本保健醫生聯絡以取得緊急處方並攜帶該處方至任何附近的網絡藥房。藥房工作人員可致電 1-888-495-3147 與 MedImpact (與 IEHP DualChoice 合作的公司) 聯絡以取得因郵購流程延遲所需的緊急授權處理。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

郵購流程

郵購服務對於自您取得新處方、自您的醫療服務提供者辦公室取得新處方，以及按您的郵購處方續配藥物設有不同的程序。

1. 藥房自您取得的新處方

對於自您取得的新處方，藥房自動配取並遞送藥物。

2. 藥房自您的醫療服務提供者辦公室取得的新處方

藥房自醫療保健服務提供者取得處方後，會與您聯絡確認您要立即配取藥物或之後再配取。

- 這讓您有機會確保藥房提供正確的藥物 (包括劑型規格、數量和形式)，並在需要時能讓您在寄送前停止或延後訂單。
- 每次藥房聯繫您時做出回應，讓他們知道如何處理新處方並防止運送延遲。

3. 按郵購處方續配藥物

如需續配藥物，請在您現有的藥物用完前 21 天聯繫藥房，以確保您的下次的訂單能及時送達。

讓藥房知道與您聯繫的最佳方式，以便他們在寄送前與您聯繫以確認您的訂單。如欲提供您透好的聯絡方式，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

A7. 獲取長期藥量

您可以獲得本計劃藥物清單上所列維持藥物的長期藥量。維持藥物是您定期服用的藥物，用於治療慢性病或長期病症。

一些網絡藥房允許您取得維持藥物的長期藥量。100 天的藥量與一個月的藥量具有相同的共付額。醫療服務提供者和藥房名錄中列出了哪些藥房可以為您提供維持藥物的長期藥量。您也可以致電您的護理協調員或會員服務部瞭解更多資訊。

對於特定種類的藥物，您可以使用本計劃的網絡郵購服務獲得維持藥物的長期藥量。請參閱第 A6 節 (使用郵購服務來取得藥物) 以瞭解郵購服務。

A8. 使用不在本計劃網絡中的藥房

一般而言，只有當您無法使用網絡藥房時，我們才會支付在網絡外藥房配取的藥物。我們在我們的服務地區之外也設有網絡藥房，作為本計劃的會員，您可以前去配取處方藥。在這些情況下，請先向護理協調員或會員服務部查詢以確認附近是否有網絡藥房。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

在以下情況下，我們會為在網絡外藥房配取的處方藥付費：

前往計劃服務區域外期間生病，而當地沒有網絡藥房。如果您在網絡外藥房領取藥物，您可能必須支付費用。

如果承保 D 部分藥物與醫療緊急狀況的照護有關。

在任何聯邦災難或其他公共衛生緊急狀態期間且您當時必須撤離或被迫離開住所。

若發生您無法使用網絡藥房的緊急情況，我們將會為您藥物的 31 天藥量支付費用。

A9. 將處方藥費用退還給您

若您必須使用網絡外藥房，獲取處方藥時您通常必須支付全額費用。您可以要求我們退費給您。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 可能承保的處方藥全額費用，當 Medi-Cal Rx 支付處方藥費用後，藥房可能會向您補償這筆費用。

或者，您可以透過提交「Medi-Cal 自付費用補償 (Conlan)」理賠表，要求 Medi-Cal Rx 退款給您。如需更多資訊，請造訪 Medi-Cal Rx 網站：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

若要瞭解更多相關資訊，請參閱會員手冊第 7 章。

B. 本計劃的藥物清單

我們有一份承保藥物清單。我們將其簡稱為「藥物清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的幫助下挑選藥物列入藥物清單。藥物清單還說明了您獲得藥物時需遵循的規則。

當您遵循我們在本章中說明的規則時，我們通常會承保本計劃藥物清單上的藥物。

B1. 我們藥物清單上的藥物

我們的藥物清單中包括 Medicare D 部分承保的藥物。

您從藥房獲得的大部分處方藥均在您計劃的承保範圍內。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和特定維他命則可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站

(medi-calrx.dhcs.ca.gov) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡 (BIC)。

我們的藥物清單中包括品牌藥、普通藥和生物製劑 (可能包括生物相似藥)。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

品牌藥是以藥廠擁有的商標名稱銷售的處方藥。生物製劑是比典型藥物更複雜的藥物。在我們的藥物清單上，當我們提到「藥物」時，可能是指藥物或生物製劑。

普通藥具有與品牌藥相同的活性成分。生物製劑有稱為生物相似藥的替代品。一般來說，普通藥和生物相似藥與品牌藥和原廠生物製劑一樣有效，而且通常費用更低。許多品牌藥都有普通藥替代品，而部分原廠生物製劑也有生物相似藥替代品。部分生物相似藥是可互換的生物相似藥，且視各州法律規定而定，可以在藥房替代原廠生物製劑，無需取得新處方，就像普通藥可替代品牌藥一樣。

請參閱第 12 章，以瞭解藥物清單中可能包含的藥物類型定義。

本計劃也承保某些 OTC 藥物和產品。一些 OTC 藥物的費用低於處方藥，而且效果一樣好。如需更多資訊，請致電會員服務部。

B2. 如何在我們的藥物清單上查找藥物

若要瞭解您服用的藥物是否在我們的藥物清單上，您可以：

- 請造訪本計劃網站 www.iehp.org。我們網站上的藥物清單都是最新資訊。
- 請致電護理協調員或會員服務部，查詢某種藥物是否在我們的藥物清單上或索取清單副本。
- D 部分未承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 瞭解更多資訊

使用我們的「實時福利工具」：<https://members.iehp.org/App/Account/Login>，或致電您的護理協調員或會員服務部。使用此工具，您可以搜尋藥物清單上的藥物，以估算您將支付的費用，以及搜尋藥物清單上是否有可以治療相同病症的替代藥物。

B3. 不在我們藥物清單上的藥物

我們並不承保全部的處方藥。有些藥物不在我們的藥物清單上，因為法律不允許我們承保這些藥物。在其他情況下，我們決定不將某種藥物納入我們的藥物清單。

本計劃不支付本節所列藥物的費用。這些藥物被稱為**排除藥物**。若您的藥方是排除藥物的處方，您可能需要自己支付費用。若您認為我們應該為您的情形支付排除藥物費用，您可以提出上訴。有關上訴的更多資訊，請參閱會員手冊第 9 章。

下面是排除藥物的三個一般規則：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

1. 本計劃的門診藥物承保範圍 (包括 Medicare D 部分) 無法支付 Medicare A 部分或 Medicare B 部分已經承保的藥物。本計劃免費承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的藥物，但這些藥物不被視為您的門診處方藥福利的一部分。
2. 本計劃無法承保在美國及其領土境外所購買的藥物。
3. 必須獲得 FDA 的批准或某些醫學參考文獻的支持才能將該藥物用於對您病症的治療。即使某種藥物未獲得批准用於治療您的病症，您的醫生或其他醫療服務提供者仍可能會為您開立該藥物處方。這稱為「標示外使用」。本計劃通常不承保為標示外使用的處方藥。

此外，根據法律，Medicare 或 Medi-Cal 不能承保以下類型的藥物。

- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物*
- 用於美容或促進毛髮生長的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，產前維他命和氟化物*製劑不在此限
- 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物*
- 由表示必須僅由其進行測試或服務的公司所生產的門診藥物

*某些產品可能屬於 Medi-Cal 承保範圍。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 瞭解更多資訊。

C. 某些藥物的限制

對於特定處方藥，特殊規則限制了本計劃承保藥物的方式及何時可承保藥物。一般來說，我們的規則鼓勵您購買對您的病症有效且安全的藥物。當一種安全的低價藥物的藥效與高價藥物相同時，我們希望您的醫療服務提供者開立低價藥物的處方。

如果您的藥物有特殊規則，通常意即您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟才能讓我們承保該藥物。例如，您的醫療服務提供者可能需要先告訴我們您的診斷結果或提供驗血結果。如果您或您的醫療服務提供者認為我們的規則不適用於您的情況，請向我們要求例外處理。如果不採取額外步驟，我們可能會、也可能不會同意您使用該藥物。

若要瞭解有關申請例外處理的更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 9 章。

1. 當有可互換的生物相似藥普通藥時，限制使用品牌藥或原廠生物製劑



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

一般來說，普通藥或可互換的生物相似藥的作用與品牌藥或原廠生物製劑相同，而且通常費用更低。在大多數情況下，如果品牌藥或原廠生物製劑有普通藥或可互換生物相似藥，我們的網絡藥房會為您提供普通藥或可互換的生物相似藥。

- 當有普通藥時，我們通常不會為品牌藥或原廠生物製劑支付費用。
- 但是，若您的醫療服務提供商告知我們治療相同病症的普通藥或其他承保藥物對您不起作用的醫學原因，則我們可承保品牌藥。

2. 提前獲得計劃批准

對於某些藥物，您或您的處方師在您配取處方藥前必須獲得本計劃的批准。如果您未獲批准，我們可能不承保該藥物。

3. 先試用其他藥物

一般來說，我們希望您在我們承保價格更高的藥物之前先試用同樣有效但價格更低的藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 治療相同的病症，並且藥物 A 的價格低於藥物 B，我們可能會要求您先試用藥物 A。

如果藥物 A 對您無效，我們會承保藥物 B。這稱為階段療法。

4. 藥量限制：

對於某些藥物，我們會限制您可以取得的藥量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您領取處方藥時每次可以領取某種藥物多少數量。

要瞭解上述任何規則是否適用於您服用或想要服用的藥物，請查看我們的藥物清單。如需最新資訊，請致電會員服務部或查看我們的網站 www.iehp.org。如果您基於上述任何原因不同意我們的承保決定，您可以請求上訴。請參閱 *會員手冊* 第 9 章。

D. 您的藥物可能不在承保範圍內的原因

我們努力讓您的藥物承保能順利配合您的需要，但有時某一種藥物可能無法以您滿意的方式對其提供承保。例如：

- 本計劃不承保您想要服用的藥物。該藥物可能不在我們的藥物清單上。我們可能承保該藥物的普通藥，但不承保您想要服用的品牌藥。藥物可能是新藥，我們尚未對其安全性和有效性進行審查。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 本計劃承保某種藥物，但該藥物的承保範圍有特殊規則或限制。如上節所述，本計劃承保的某些藥物有限制其使用的規則。在某些情況下，您或您的處方師可能想要求我們做例外處理。

如果我們未按照您希望的方式承保某種藥物，您可以採取一些措施。

D1. 取得臨時藥量

某些情況下，當藥物不在我們的 *藥物清單* 上或受到某種限制時，我們可以為您臨時藥量。這將讓您有時間可以向醫療服務提供者諮詢有關改用其他藥物或要求我們承保該藥物的事宜。

若要獲得某種藥物的臨時藥量，必須滿足以下兩條規則：

1. 您服用的藥物：

- 已不再在我們的 *藥物清單* 上，或
- 從未在我們的 *藥物清單* 上，或
- 現在有某些限制。

2. 您必須符合以下其中一種情況：

- 去年您在本計劃中。
 - 我們會在曆年一開始 **90 天**期間承保您藥物的臨時藥量。
 - 最多提供 **31 天**的臨時藥量。
 - 若您的處方開立的天數較少，我們允許多次續配，最多可提供 **31 天**的藥量。您必須在網絡藥房配取處方藥。
 - 長期照護藥房可能會每次少量提供您的處方藥，以防止浪費。
- 您是本計劃的新會員。
 - 我們會在您成為本計劃會員一開始 **90 天**期間承保您藥物的臨時藥量。
 - 最多提供 **31 天**的臨時藥量。
 - 若您的處方開立的天數較少，我們允許多次續配，最多可提供 **31 天**的藥量。您必須在網絡藥房配取處方藥。
 - 長期照護藥房可能會每次少量提供您的處方藥，以防止浪費。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您已經在本計劃中超過 90 天，住在長期照護機構，並立即需要藥物供應。
 - 我們承保一次 31 天的藥量，但若您處方所寫的天數較少，則藥量會較少。這不包括在上述的臨時藥量。
 - 如果您是在籍會員且您的照護層級有所變更，我們將會遵守增量配發的規定允許您續配您的處方藥，直到我們為您提供的過渡期藥量達到 31 天份為止，除非您持有的處方天數較短。

D2. 要求臨時藥量

如需藥物的臨時藥量，請致電會員服務部。

當您獲得藥物的臨時藥量後，請儘快與您的醫療服務提供者聯絡，以決定在您的藥物用完後該怎麼辦。以下是您的選項：

- 換一種藥。

本計劃可能承保對您有效的另一種藥物。請致電會員服務部，索取我們所承保治療相同病症的藥物清單。此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

或者

- 要求例外處理。

您和您的醫療服務提供者可向我們申請例外處理。例如，您可以要求我們承保不在藥物清單上的藥物，或要求我們移除該藥物的承保限制。如果您的醫療服務提供者表示您有充分的醫療理由而需要例外處理，他們可以幫助您提出要求。

D3. 要求例外處理

若您服用的藥物明年將從我們的藥物清單中刪除或受到某種方式的限制，我們允許您在明年之前要求例外處理。

- 我們會告知您明年的任何藥物承保改變。您可以要求我們例外處理並於明年按照您希望的方式承保該藥物。
- 我們會在收到您的例外處理要求 (或您的處方師的佐證聲明) 後 72 小時內回覆您的要求。

若要瞭解有關申請例外處理的更多資訊，請參閱會員手冊第 9 章。

如果您需要協助要求例外處理，請與會員服務部或您的護理協調員聯絡。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

E. 藥物承保變更

大部分藥物承保變更發生在 1 月 1 日，但我們可能會在這一年中新增或刪除 *藥物清單* 上的藥物。

我們也可能改變我們對藥物的適用規則。例如，我們可能：

- 決定藥物是否必須取得事前批准 (PA) (在您獲得藥物之前得到我們的許可)。
- 增加或變更您可以獲得的藥量 (數量限制)。
- 新增或變更對藥物的階段療法限制 (在我們承保一種藥物之前，您必須先試用另一種藥物)。

有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱第 C 節。

如果您服用我們在年初時有承保的藥物，在當年的剩餘時間內，我們通常不會取消或改變對該藥物的承保，除非：

- 市場上出現了一種新的、更便宜的藥物，其藥效與我們的 *藥物清單* 上的藥物一樣好，或
- 我們得知某藥物不安全，或
- 藥物從市場中下架。

如果您正在服用的藥物的承保範圍發生變化，會發生什麼情況？

如需有關當我們的 *藥物清單* 變更時會發生什麼情況的更多資訊，您可以隨時：

- 請造訪 www.iehp.org 在網上查看我們最新的 *藥物清單*，或者
- 撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，查詢我們最新的 *藥物清單*。

我們可能在目前計劃年度中對 *藥物清單* 進行會對您造成影響的變更

某些 *藥物清單* 的變更會即刻生效。例如：

- 有新的普通藥可供使用。有時，市場上會出現新的普通藥或生物相似藥與我們目前 *藥物清單* 上的品牌藥或原廠生物製劑一樣有效。發生這種情況時，我們可能會刪除品牌藥並新增新的普通藥，但您購買新藥的費用保持不變。

當我們新增新的普通藥時，我們也可能決定將品牌藥保留在清單上，但改變其承保規定或限制。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 我們可能不會在做出此變更之前通知您，但一旦發生變更，我們將會向您發送資訊，說明我們所做的具體變更。
- 您或您的醫療服務提供者可以要求對這些變更作「例外處理」。我們將會寄通知給您，說明您可採取哪些步驟來申請例外處理。有關例外處理的更多資訊，請參閱本手冊第 9 章。

藥物從市場中下架。如果美國食品藥物管理局 (FDA) 表示您正在服用的某個藥物不安全或無效，或者藥物的製造商將該藥物從市場中下架，我們可能會立即將該藥物從藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們將在變更後向您發送通知。

我們可能進行會對您所服用之藥物造成影響的其他變更。我們會提前告訴您我們藥物清單的這類其他變更。如果有以下情形，即可能會發生這些變更：

- FDA 提供新的指南或者有與藥物有關的新臨床準則。

當發生這些變更時，我們：

- 至少會在我們對藥物清單變更前 30 天告知您，或者
- 讓您知道，並在您請求續配藥物後向您提供 31 天的藥量。

讓您有時間能與您的醫生或其他處方師溝通。他們可以幫助您做以下決定：

- 我們的藥物清單上是否有您可以服用的類似替代藥物，或者
- 您是否應該要求這些變更的例外處理，以繼續承保該藥物或您服用中的藥物。若要瞭解有關申請例外處理的更多資訊，請參閱會員手冊第 9 章。

在當前計劃年度內不影響您的藥物清單變更

我們可能會對您服用的藥物做出一些變更，但這些變更並未列於上方且現在不會影響您。對於此類變更，如果您正在服用我們在年初承保的藥物，在當年的剩餘時間內，我們通常不會移除或變更對該藥物的承保。

例如，若我們移除您正在服用的藥物或限制其使用，此類變更不會影響當年剩餘時間內您對該藥物的使用。

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

我們不會在當年直接告訴您上述這些類型的變更。您將需要查看下一個計劃年度的藥物清單 (當該清單在開放參保期提供時)，看看是否有任何變更會在下一個計劃年度影響您。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

F. 特殊情況下的藥物承保

F1. 在醫院或專業護理機構內獲取本計劃承保的住院治療

如果您入住醫院或專業護理機構，接受本計劃承保的住院治療，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。您無需支付共付額。您離開該醫院或專業護理機構後，只要您的藥物符合我們所有的承保規則，我們就會承保該藥物。

F2. 長期照顧機構

通常，療養院等長期照顧機構擁有自己的藥房或為其所有居住者提供藥物的藥房。如果您住在長期照顧機構內，並且該機構的藥房屬於我們的網路，您可以透過該藥房獲得您的處方藥。

請查看您的 *醫療服務提供者與藥房名錄*，瞭解您的長期照顧機構的藥房是否屬於我們的網路。如果不是，或者如果需要更多資訊，請聯繫會員服務部。

F3. Medicare 認證的安寧照護方案

安寧照護和本計劃絕不會同時承保藥物。

- 您可能參加了 **Medicare** 安寧照護方案，並且需要特定藥物 (例如：止痛藥、抗噁心藥、瀉藥或抗焦慮藥)，但您的安寧照護方案不承保這些藥物，因為它與您的終末期預後和病症無關。這種情況下，本計劃必須從處方師或您的安寧照護醫療服務提供者那裡得到通知，告知我們該藥物與您的終末期預後和病症無關，我們才能承保該藥物。
- 為了防止在獲得本計劃應該承保的任何不相關藥物時發生延誤，您可以要求您的安寧照護醫療服務提供者或處方師確保在您要求藥房配藥之前，我們已預先收到該藥物與您的終末期預後和病症無關的通知。

如果您離開安寧照護方案，本計劃將承保您的所有藥物。為了防止您的 **Medicare** 安寧照護福利結束時藥房出現任何延誤，請攜帶文件紀錄前往藥房確認您已退出安寧照護方案。

請參閱本章前述部分，瞭解本計劃承保的藥物。請參閱 *會員手冊* 第 4 章，瞭解有關安寧照護福利的更多資訊。

G. 藥物安全和藥物管理方案

G1. 幫助您安全用藥的方案

每次您配藥時，我們都會注意查看可能的問題，例如藥物錯誤或：

- 可能不需要的藥物，因為您在服用另一種具有相同作用的藥物



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 可能對您的年齡或性別不安全的藥物
- 同時服用時可能對您有害的藥物
- 您對其成分過敏的藥物，或可能對其成分過敏的藥物
- 含有劑量不安全的鴉片類止痛藥的藥物

如果我們發現您在服用處方藥時可能出現問題，我們會與您的醫療服務提供者一起解決該問題。

G2. 幫助您管理藥物的方案

本計劃中有一個方案，可以幫助有複雜健康需求的會員。這類情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 方案免費獲得服務。是否參加該方案純屬自願，且方案免費提供。該方案可幫助您和您的醫療服務提供者確保您的各種藥物能夠協同作用，改善您的健康。如果您符合方案資格，藥劑師或其他健康專業人士將對您的所有藥物進行全面檢查，並與您討論：

- 如何從您服用的藥物中獲得最大益處
- 您的任何疑慮，例如藥費和藥物反應
- 服用藥物的最佳方式
- 您對處方藥和非處方藥的任何疑問或問題

然後，他們會給您：

- 本次討論的書面總結。該總結中有一個藥物行動計劃，建議您怎樣做才能最好地利用您的藥物。
- 一份個人藥物清單，包括您服用的所有藥物、服用量以及服用時間和原因。
- 有關安全處置屬於受控物質的處方藥的資訊。

建議您與處方師討論您的行動計劃和藥物清單。

- 在就診或與您的醫生、藥劑師和其他醫療服務提供者交談時，請帶上您的行動計劃和藥物清單。
- 如果去醫院或急診室，請帶上您的藥物清單。

MTM 方案為自願參加，並對符合資格的會員免費提供。如果我們有適合您需求的方案，我們會讓您參加該方案並向您發送資訊。如果不想參加該方案，請告訴我們，我們會讓您退出方案。

若您對這些方案有任何疑問，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理方案

本計劃中有一個方案，可以幫助會員安全地使用其處方鴉片類藥物和其他經常被濫用的藥物。該方案稱為藥物管理方案 (DMP)。

若您使用從多個處方師或藥房取得的鴉片類藥物，或者您最近發生鴉片類藥物用藥過量的情況，我們可能會與您的處方師交談，以確保您使用鴉片類藥物適當並且具醫療必要性。在與您的處方師協商時，若我們判定您對處方鴉片類藥物或苯二氮平類藥物的使用不安全，我們可能會限制您獲取這些藥物的方式。限制可能包括：

- 要求您從某家藥房和 / 或某位處方師處獲取此類藥物的所有處方
- 限制我們為您承保的藥物藥量

如果我們認為應當對您實施一種或多種限制，我們會提前寄信給您。該信函將告訴您我們是否會針對您限制提供此類藥物的承保，或者您是否只能從特定的醫療服務提供者或藥房處獲取此類藥物的處方。

您將有機會告訴我們您偏好使用哪些處方師或藥房，以及您認為我們需要知道的任何資訊。

如果在您有機會做出回應後，我們決定限制提供對這些藥物的承保，我們會寫信給您，確認這些限制。

如果您認為我們做錯了、不認為您有濫用處方藥的風險，或者不認同該限制，您和您的處方師可以提出上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的個案並給您一份書面決定。如果我們仍然拒絕您上訴中與限制您獲得這些藥物有關的任何部分，我們會自動將您的個案發送給獨立審查組織 (IRO)。(若要瞭解有關上訴和 IRO 的更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 9 章。)

如果您滿足以下條件，DMP 可能不適用於您：

- 患有某些病症，如癌症或鎌狀細胞病，
- 正在接受安寧照護、緩和照護或臨終照顧，或
- 住在長期照顧機構內。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 6 章：您為 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥支付的費用

簡介

本章介紹您為門診處方藥支付哪些費用。我們所說的「藥物」是指：

- Medicare D 部分處方藥，以及
- Medi-Cal Rx 承保的藥物和用品，以及

因為您有資格獲得 Medi-Cal，您獲得 Medicare 提供的「額外補助」，以幫助支付您的 Medicare D 部分處方藥費用。我們已給您發送一個單獨的插頁，稱作「獲得處方藥費用額外補助之民眾的承保證明附件」(也稱為「低收入補助附件」或「LIS 附件」)，它會告訴您有關您的藥物承保範圍的資訊。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部並索要「LIS 附件」。

額外補助是 Medicare 的一項方案，旨在幫助收入和資源有限的人士降低 Medicare D 部分處方藥費用 (例如保費、自付額和共付額)。「額外補助」也稱為「低收入補助」或「LIS」。

其他重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章中。

若要瞭解有關處方藥的更多資訊，您可以查看以下章節：

- 我們的*承保藥物清單*。
 - 我們稱之為「*藥物清單*」。它會告訴您：
 - » 我們支付哪些藥物的費用
 - » 藥物是否有任何限制
 - 若您需要我們的*藥物清單*副本，請致電會員服務部。您還可以在我們的網站 www.iehp.org 上找到我們*藥物清單*的最新副本。
 - 您從藥房獲得的大部分處方藥都屬於 IEHP DualChoice 的承保範圍。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維他命則可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡 (BIC)。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- **會員手冊第 5 章。**
 - 它說明了如何透過本計劃獲取門診處方藥。
 - 它包括您需要遵循的規則。它還說明了本計劃不承保哪些類型的處方藥。
 - 當您使用計劃的「實時福利工具」查找藥物承保範圍 (請參閱第 5 章第 B2 節) 時，顯示的費用是「實時」提供的，這意味著工具中顯示的費用反映了一個時間點，可以提供您預計要支付的估算自付費用。您可以致電您的護理協調員或會員服務部以獲取更多資訊。
- 我們的**醫療服務提供者和藥房名錄**。
 - 在大多數情況下，您必須使用網絡藥房來獲取您的承保藥物。網絡藥房是同意與我們合作的藥房。
 - **醫療服務提供者和藥房名錄**列出了我們的網絡藥房。若要瞭解有關網絡藥房的更多資訊，請參閱會員手冊**第 5 章**。

目錄

A. 福利說明 (EOB).....	129
B. 如何追蹤您的藥物費用.....	129
C. 您無需為一個月或長期藥量支付任何費用。.....	131
C1. 您的藥房選擇.....	131
C2. 獲取長期供藥.....	132
C3. 您支付的款項.....	132
D. 疫苗接種.....	132
D1. 接種疫苗前您需要瞭解的事項.....	133



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 福利說明 (EOB)

本計劃會對您的處方藥進行追蹤。我們會追蹤兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額。這包括您在獲得承保 D 部分藥物時所支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用、Medicare 提供的「額外補助」為您的藥物支付的任何費用、雇主或工會健保計劃、TRICARE、印第安健康服務、愛滋病藥物援助計劃、慈善機構和大多數州政府藥品援助計劃 (SPAP)。
- 您的**總藥物費用**。這是針對您承保 D 部分藥物所支付的所有款項的總金額。包括計劃支付的費用，以及其他計劃或組織為您的承保 D 部分藥物支付的費用。

當您透過本計劃獲得處方藥時，我們會向您發送一份稱為**福利說明**的摘要。我們將其簡稱為 EOB。EOB 並非帳單。EOB 包含有關您服用藥物的更多資訊。EOB 包括：

- **當月資訊**。該摘要會顯示您在上個月獲取了哪些處方藥。它會顯示總藥物費用、我們支付的費用以及您和其他人為您支付的費用。
- **年初至今的資訊**。這是您自 1 月 1 日以來的總藥物費用和總付款。
- **藥物價格資訊**。這是藥物的總價格和自第一次配藥以來藥物價格的百分比變化。
- **費用更低的替代品**。如果可用，它們會出現在您當前藥物下方的摘要中。您可以與您的處方師交談以瞭解更多資訊。

我們承保 Medicare 不承保的藥物。

- 為這些藥物支付的費用不會計入您的自付費用總額。
- 您從藥房獲得的大部分處方藥都在計劃的承保範圍內。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維他命則可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡 (BIC)。
- 若要瞭解本計劃承保哪些藥物，請參閱我們的**藥物清單**。

B. 如何追蹤您的藥物費用

為了追蹤您的藥物費用和您支付的款項，我們使用從您和您的藥房獲得的紀錄。您可以透過以下方式幫助我們：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

3. 使用您的會員卡。

每次配藥時，請出示您的會員卡。這有助於我們瞭解您所配取的處方藥，以及您支付的費用。

4. 確保我們獲得我們需要的資訊。

向我們提供您所支付之藥物費用的收據副本。您可以要求我們退還藥費。

以下是一些您需要給我們提供收據副本的時候：

- 當您在網絡藥房以特價或使用不屬於本計劃福利的折扣卡購買承保藥物時
- 當您為根據藥物生產商的患者援助計劃獲得的藥物支付共付額時
- 當您在網絡外藥房購買承保藥物時
- 當您為承保藥物支付全額費用時

有關要求我們退還給您藥物費用的更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 7 章。

5. 向我們發送有關他人為您支付之款項的資訊。

某些其他人和組織支付的款項也會計入您的自付費用。例如，由愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務和大多數慈善機構支付的款項均會計入您的自付費用。

6. 檢查我們發送給您的 EOB。

當您收到 EOB 郵件時，請確保其完整並正確。

- 您認識每家藥房的名稱嗎？檢查日期。您是否於這些日期收到藥物？
- 您是否收到所列藥物？藥物是否與您收據上列出的相符？這些藥物與您的醫生開立的藥物是否相符？

如需更多資訊，您可致電與 IEHP DualChoice 會員服務部，或參閱 IEHP DualChoice 會員手冊。您也可在本計劃的網站 www.iehp.org 找到 IEHP DualChoice 的會員手冊。

如果您發現此摘要有錯誤怎麼辦？

如果此 EOB 上有任何令人困惑或看起來不正確的內容，請致電 IEHP DualChoice 會員服務部。您還可以在我們的網站上找到許多問題的答案：www.iehp.org。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

可能存在欺詐行為怎麼辦？

如果此摘要顯示您未服用的藥物或您認為可疑的其他任何內容，請聯繫我們。

- 請致電 IEHP DualChoice 會員服務部。
- 或者，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可撥打這些免付費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。
- 如果您懷疑獲得 Medi-Cal 的醫療服務提供者存在欺詐、浪費或濫用行為，您有權撥打保密免付費電話 1-800-822-6222 進行舉報。其他舉報 Medi-Cal 欺詐行為的方法可參見：
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您認為有問題或缺失，或者有任何疑問，請致電會員服務部。請保留這些 EOB。這些文件是您藥物費用的重要紀錄。

C. 您無需為一個月或長期藥量支付任何費用。

有了本計劃，只要您遵循我們的規則，您就無需為承保藥物支付任何費用。由於您符合「額外補助」的資格，因此只要您遵循本計劃的規則，您便無需為處方藥支付任何費用。如果您不再符合「額外補助」的資格，您的藥物費用有可能會變更。

Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供更低的共付額，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。

C1. 您的藥房選擇

您為藥物支付的費用取決於您是否從以下管道獲得藥物：

- 網絡藥房，或
- 網絡外藥房。在有限的情況下，我們承保在網絡外藥房配取的處方藥。請參閱您 *會員手冊* 的 **第 5 章**，瞭解我們何時會這樣做。
- 郵購藥房。

請參閱 *會員手冊* **第 9 章**，瞭解當您被告知某種藥物不在承保範圍內時，如何提出上訴。若要瞭解有關這些藥房選擇的更多資訊，請參閱您 *會員手冊* 的 **第 5 章** 以及我們的 *醫療服務提供者和藥房名錄*。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

C2. 獲取長期供藥

對於某些藥物，您可以在配藥時獲得長期供應（也稱為「延長供應」）。長期供應是可長達 100 天用量的供應。長期供應無需您支付任何費用。

有關在何處以及如何獲得長期藥物供應的詳細資訊，請參閱您 *會員手冊* 的**第 5 章**或者我們的 *醫療服務提供者和藥房名錄*。

C3. 您支付的費用

您從藥房獲得的大部分處方藥都在計劃的承保範圍內。其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維他命則可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡 (BIC)。

當您從以下管道獲得承保處方藥一個月或長期供應時，您應分攤的費用：

	網絡藥房	本計劃的郵購服務	網絡長期照護藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 100 天的供應量	一個月或最多 100 天的供應量	最多 31 天的供應量	最多 31 天的供應量。承保範圍僅限於某些情形。請參閱您 <i>會員手冊</i> 的 第 5 章 瞭解詳情。
分攤費用 第一層級 (普通藥、品牌藥、生物相似藥。)	\$0	\$0	\$0	\$0

由於您符合「額外補助」的資格，因此只要您遵循本計劃的規則，您便無需為處方藥支付任何費用。如果您不再符合「額外補助」的資格，您的藥物費用有可能會變更。

有關哪些藥房可以為您提供長期供應的資訊，請參閱本計劃的 *醫療服務提供者和藥房名錄*。

D. 疫苗接種

關於疫苗費用的重要資訊：某些疫苗被視為醫療福利，並由 Medicare B 部分承保。其他疫苗被視為 D 部分藥物。您可以在本計劃的 *承保藥物清單 (處方集)* 中找到這些疫苗。本計劃承保大多數



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

成人 Medicare D 部分疫苗，您無需支付任何費用。請參閱您計劃的**承保藥物清單 (處方集)** 或聯繫會員服務部，瞭解有關特定疫苗的承保詳情。

我們對 Medicare Part D 部分疫苗接種的承保範圍分為兩部分：

1. 承保的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗是處方藥。
2. 承保的第二部分是為**您注射疫苗**的費用。例如，有時您可能需要醫生為您注射疫苗。

D1. 接種疫苗前您需要瞭解的事項

若您計劃接種疫苗，我們建議您致電會員服務部。

- 我們會告知您本計劃如何承保您的疫苗接種。
- 我們會告知您如何透過使用網絡藥房和醫療服務提供者來降低費用。網絡藥房和醫療服務提供者同意與本計劃合作。網路醫療服務提供者與我們合作，確保您在獲取 D 部分疫苗時無任何預付費用。

由於您符合「額外補助」的資格，因此只要您遵循本計劃的規則，您便無需為處方藥支付任何費用。如果您不再符合「額外補助」的資格，您的藥物費用有可能會變更。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 7 章：要求我們支付您收到的承保服務或藥物帳單

簡介

本章將說明向我們發送要求付款的帳單的辦法與時間。本章還將說明，如果您不同意承保決定時提出上訴的辦法。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章中。

目錄

A. 要求我們支付您的服務或藥物費用	135
B. 向我們發送付款請求	138
C. 承保決定	138
D. 上訴	139



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 要求我們支付您的服務或藥物費用

您不應該會收到網絡內服務或藥物的帳單。在您獲得承保的服務和藥物後，我們的網絡醫療服務提供者必須向計劃收取這些服務和藥物的費用。網絡醫療服務提供者是指與健保計劃有合作關係的醫療服務提供者。

我們不允許 IEHP DualChoice 醫療服務提供者向您收取這些服務或藥物的費用。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並讓您不必支付任何費用。

如果您收到醫療保健或藥物的帳單，請不要付款，並請將帳單寄給我們。如果需要向我們發送帳單，請參閱第 B 節。

- 如果我們承保這些服務或藥物，我們將直接向醫療服務提供者付款。
- 如果您已經支付了我們承保的服務或藥物的帳單，您有權要求我們退還這些帳款。
 - 如果您支付了 Medicare 承保服務的費用，我們將向您退還費用。
- 如果您為已獲得的 Medi-Cal 服務付費，並且滿足以下所有條件，則您可能資格獲得補償 (償還)：
 - 您接受的服務是 Medi-Cal 承保的服務，我們負責支付費用。對於 IEHP DualChoice 不承保的服務，我們不會為您提供補償。
 - 您在成為合格的 IEHP DualChoice 會員後獲得了承保服務。
 - 您在接受承保服務之日起一年內要求償還費用。
 - 您提供您為承保服務付費的證明，例如醫療服務提供者提供的明細收據。
 - 您是向 IEHP DualChoice 網絡中參加 Medi-Cal 的醫療服務提供者取得承保服務。如果您接受的是急診服務、計劃生育服務，或 Medi-Cal 准許可未經預先批准 (事先授權) 即由網絡外醫療服務提供者提供的其他服務，則不須符合這項條件。
- 如果承保服務一般情況下必須取得預先批准 (事先授權)，您需要提供醫療服務提供者所提供的證明，顯示承保服務是醫療所需。
- IEHP DualChoice 將透過一封名為「行動通知」的信函告知您是否會向您提供補償。如果您滿足上述所有條件，加入 Medi-Cal 的醫療服務提供者應全額退還您所支付的金額。如果醫療服務提供者拒絕向您退款，IEHP DualChoice 將全額退還您所支付的金額。我們將在收到理賠後 45 個工作日內補償您。如果醫療服務提供者已加入 Medi-Cal，但不在我們的網絡中並且拒絕向您退款，IEHP DualChoice 將會向您退款，但最高限額為 FFS Medi-Cal 將支付的金額。IEHP DualChoice 將向您全額償還急診服務、計劃生育服務或 Medi-Cal 允許由網絡外醫療服務提供者無需預先批准而提供的其他服務的自付費用。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

如果您不符合上述條件之一，我們將不予退款。

- 如果出現以下情況，我們將不會向您退款：
 - 您要求並接受的服務不在 **Medi-Cal** 承保範圍內，例如美容服務。
 - 該服務不屬於 **IEHP DualChoice** 的承保服務範圍。
 - 您向未接受 **Medi-Cal** 的醫生求診，但您簽署了一份表格，表示無論如何您都想向該醫生求診，並且您將自行支付服務費用。
- 如果我們不承保服務或藥物，我們會告訴您。

如果您有任何疑問，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。如果您收到帳單但不知道該怎麼辦，我們可以提供幫助。如果您想告訴我們有關您已發送給我們的付款請求的資訊，您也可以致電。

以下舉例說明您在哪些情況下可能需要要求我們還款或支付您收到的帳單費用：

1. 當您從網絡外醫療服務提供者處獲得急診或緊急所需的醫療服務時

要求醫療服務提供者向我們開具帳單。

- 如果您在接受此照護時支付了全額費用，請要求我們將其退還給您。請寄給我們您已付款的帳單和付款證明。
- 您可能會收到醫療服務提供者發來的帳單，要求您支付您認為並未欠付的款項。請寄給我們您已付款的帳單和付款證明。
 - 如果應向醫療服務提供者付款，我們將直接支付給醫療服務提供者。
 - 如果您已經支付了 **Medicare** 服務的費用，我們會退還給您。

2. 當網路醫療服務提供者向您寄送帳單時

網路醫療服務提供者必須始終向我們開具帳單。當您獲取任何服務或處方藥時，請務必出示您的會員卡；然而，有時網路醫療服務提供者會犯錯，並要求您支付服務費用或超過您分攤費用的金額。**如果您收到任何帳單，請致電會員服務部**或您的護理協調員，電話號碼列於本頁下方。

- 因為我們會支付您所獲得的服務的全部費用，所以您沒有責任要支付任何費用。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的任何費用。
- 每次當您收到網路醫療服務提供者的任何帳單時，都請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡醫療服務提供者以解決問題。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 **IEHP DualChoice**，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果您已經支付了網絡醫療服務提供者針對 Medicare 承保服務的帳單，請將帳單和您的任何付款證明寄給我們。我們會退還您為承保服務所支付的費用。

3. 如果您追溯參保本計劃

有時，您可以追溯參保本計劃。(這意味著您參保的第一天已經過去了。甚至可能是去年。)

- 如果您追溯參保，並且您在參保日期之後支付了帳單費用，您可以要求我們向您退款。
- 請寄給我們您已付款的帳單和付款證明。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您使用網絡外藥房，您需要支付處方藥的全額費用。

- 只有在很少的情況下，我們會承保在網絡外藥房所配取的處方藥。在您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱您 *會員手冊* 的 **第 5 章**，瞭解有關網絡外藥房的更多資訊。
- 我們可能不會向您退還您在網絡外藥房配取藥物所支付的費用與我們會支付的網絡內藥房的藥物費用之間的差額。

5. 當您因為沒有隨身攜帶會員卡而全額支付處方藥費用時

如果您沒有隨身攜帶自己的會員卡，您可以要求藥房給我們致電或查詢您的計劃參保資訊。

- 如果藥房無法立即獲得該資訊，您可能需要自行全額支付處方藥費用或帶著您的會員卡重返藥房。
- 在您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。
- 如果您為處方藥支付的現金價格高於我們協商的價格，我們可能不會退還您支付的全額費用。

6. 當您為未承保的藥物支付全額處方藥費用時

因為該藥物不在承保範圍內，您可能需支付全額處方藥費用。

- 該藥物可能不在我們網站的 *承保藥物清單 (藥物清單)* 上，或者它可能有您不瞭解或認為不適用於自己的要求或限制。如果您決定獲取該藥物，則可能需要支付全額費用。
 - 如果您不支付藥物費用，而是認為其應在我們承保範圍內，您可以要求我們做出承保決定 (請參閱 *會員手冊* **第 9 章**)。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果您和您的醫生或其他處方師認為您需要立即獲得該藥物 (24 小時內)，您可以要求我們做出快速承保決定 (請參閱 **會員手冊第 9 章**)。
- 在您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生或其他處方師取得更多資訊，才可退還給您藥物費用。如果您為處方藥支付的價格高於我們協商的價格，我們可能不會退還您支付的全額費用。

在您向我們發送付款請求後，我們會進行審核，並決定我們是否應承保該項服務或藥物。這稱為做出「承保決定」。如果我們決定應承保該項服務或藥物，我們則將支付費用。

如果我們拒絕了您的付款請求，您可以對我們的決定提出上訴。如需瞭解如何提出上訴，請參閱 **會員手冊第 9 章**。

B. 向我們發送付款請求

請寄給我們您的帳單和您的任何付款證明。付款證明可以是您開出的支票副本或醫療服務提供者的收據。**建議您複印您的帳單和收據以留作紀錄。**請將您的付款請求連同任何帳單或收據一起郵寄到以下地址：

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

您也可以致電我們以要求付款。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

您必須在接受服務、用品或藥物之日起 365 天內向我們提出理賠申請。

C. 承保決定

當我們收到您的付款請求時，我們會做出承保決定。這意味著我們會決定本計劃是否承保您的服務、用品或藥物。如有必須由您支付的金額，我們也會對此做出決定。

- 我們會在需要您提供更多資訊時通知您。
- 如果我們決定本計劃承保該項服務、用品或藥物，同時您也遵循了取得此項服務、用品或藥物的所有規則，我們則將支付費用。如果您已經支付了這項服務或藥物的費用，我們會郵寄一張支票，以支付相關費用。如果您全額支付了藥物費用，您可能無法獲得全額補償。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

(例如，如果您在網絡外藥房獲取藥物，或者您支付的現金價格高於我們的協商價格)。如果您尚未付款，我們將直接付款給醫療服務提供者。

您的會員手冊第 3 章說明了讓您的服務能獲得承保的規則。您的會員手冊第 5 章說明了讓您的 Medicare D 部分處方藥能獲得承保的規則。

- 如果我們決定不支付服務或藥物的費用，我們會向您寄出一封信函，說明原因。這封信還將說明您可提出上訴的權利。
- 要瞭解有關承保決定的更多詳情，請參閱第 9 章 (如果您有問題或想投訴該怎麼辦 [承保決定、上訴、投訴])。

D. 上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求有誤，可以要求我們變更我們的決定。這個過程叫做「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，也可以提出上訴。

正式上訴流程有詳細的程序和截止日期。要瞭解有關上訴的更多資訊，請參閱會員手冊的第 9 章 (如果您有問題或想投訴該怎麼辦 [承保決定、上訴、投訴])：

- 若要針對取得某項醫療保健服務的退款提出上訴，請參閱第 F 節 (醫療照護)。
- 若要針對取得某項藥物的退款提出上訴，請參閱第 G 節 (Medicare D 部分處方藥)。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 8 章：您的權利和責任

簡介

本章說明本計劃會員的權利和責任。我們必須尊重您的權利。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章中。

目錄

A. 您有權以滿足您需求的方式獲取服務和資訊	141
B. 我們對您及時取得承保服務和藥物的責任	142
C. 我們保護您個人健康資訊 (PHI) 的責任	143
C1. 我們如何保護您的 PHI	143
C2. 您查看自己病歷的權利	144
D. 我們向您提供資訊的責任	144
E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您收費	145
F. 您退出本計劃的權利	146
G. 您對自己的醫療保健做出決定的權利	146
G1. 您知道自已的治療選擇和做出決定的權利	146
G2. 如果您無法為自己做出醫療保健決定，您有權說出您想要採取的行動	146
G3. 如果您的指示沒有被遵守，該怎麼辦	148
H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們的決定	148
H1. 如何處理不公平對待或取得有關您的權利的更多資訊	148
I. 計劃會員的責任	148



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲取服務和資訊

我們必須確保提供給您的**所有**服務能滿足您的文化需求，並且以無障礙的方式提供。我們還必須以您可以理解的方式告訴您本計劃的福利與您的權利。我們必須每年告訴您，您屬於本計劃會員時所享有的權利。

- 如欲以您可以理解的方式獲取資訊，請致電您的護理協調員或會員服務部。本計劃提供免費口譯員服務，可以用不同語言回答問題。
- 本計劃還可以為您提供英語以外語言版本和其他格式的資料，語言版本包括西班牙語、中文和越南語，格式包括大字體、盲人點字或語音版本。若要取得這些替代格式的資料，請致電或寫信至：

- IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

電話號碼：1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)

- 如要提出收到英文以外語言或其他格式的資料的長期要求，或要對長期要求做出變更，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。此外，可以透過會員入口網站提交或變更長期要求。
- To make a standing request to receive materials in languages other than English or alternate format, or to make changes to a standing request, please call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. Additionally standing requests can be submitted or changed through the Member Portal.
- Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alterno, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Las solicitudes permanentes adicionales se pueden enviar o cambiar a través del Portal para Miembros.
- Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc ở định dạng thay thế hoặc để thay đổi yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng – 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Ngoài ra, các yêu cầu thường trực có



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

thể được gửi hoặc thay đổi thông qua Cổng Thông Tin Hội Viên (Member Portal).

如果您因語言問題或殘障而無法自本計劃取得資訊，並且想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話 916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生與公眾服務部民權辦公室，電話 1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

B. 我們對您及時取得承保服務和藥物的責任

身為本計劃會員，您享有權利。

- 您有權在我們的網絡中選擇基本保健提供者 (PCP)。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。您可以在 *會員手冊* 的 **第 3 章** 中找到有關哪些類型的醫療服務提供者可以擔任 PCP，以及如何選擇 PCP 等更多資訊。
 - 致電您的護理協調員或會員服務部，或查看 *醫療服務提供者和藥房名錄*，以瞭解有關網絡醫療服務提供者以及哪些醫生正在接受新病人等更多資訊。
- 女性有權獲得女性健康專科醫生的服務而無需轉介。轉介是指您的 PCP 批准您使用不是您 PCP 的醫療服務提供者。我們不要求您獲得轉介。
- 您有權在合理的時間內從網絡醫療服務提供者處獲得承保服務。
 - 這包括獲得專科醫生及時服務的權利。
 - 如果您無法在合理的時間內獲得服務，我們必須支付網絡外照護費用。
- 您有權在未經事先批准 (PA) 的情況下獲得急需的急診服務或照護。
- 您有權在我們任何一家網絡藥房取得處方藥的配藥，不會有長時間延遲。
- 您有權知道何時可以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的詳情，請參閱 *會員手冊* **第 3 章**。
- 在您初次加入本計劃且您的條件符合時，您有權保留您目前的醫療服務提供者和服務授權最多 12 個月。若要瞭解如何保留您的醫療服務提供者和服務授權的更多資訊，請參閱 *會員手冊* **第 1 章**。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您有權在照護團隊和護理協調員的協助下，為您自己的醫療保健做出決定。

會員手冊第 9 章說明，如果您認為自己沒有在合理的時間內獲得服務或藥物，您可採取的處理辦法。這部分還說明，如果我們拒絕為您的服務或藥物提供承保但您不同意我們的決定，您可採取的處理辦法。

C. 我們保護您個人健康資訊 (PHI) 的責任

我們會根據聯邦和州法律的要求保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的 PHI 包括您在參保本計劃時提供給我們的資訊。它還包括您的病歷和其他醫療和健康資訊。

您有權獲取您的資訊並控制您 PHI 的使用方式。我們會向您發出書面通知，告知您這些權利並解釋我們如何保護您 PHI 的隱私。該通知稱為「隱私慣例通知」。

可能同意接收敏感服務的會員無需獲得任何其他會員的授權即可接受敏感服務或提交針對敏感服務的理賠。IEHP DualChoice 將直接將有關敏感服務的通訊寄至會員指定的備用郵寄地址、電子郵件地址，或透過指定的備用電話號碼傳達。如果沒有指定備用聯絡資訊，則會透過檔案記錄的地址或電話號碼聯絡會員本人。未經接受照護的會員書面授權，IEHP DualChoice 不會向任何其他會員披露與敏感服務相關的醫療資訊。IEHP DualChoice 將以所要求的形式和格式滿足保密通訊請求，但前提是這些形式和格式可以很容易製作，或很容易在替代地點製作。未經取得接受護理的會員的書面授權，IEHP DualChoice 不會向任何其他會員披露與敏感服務相關的醫療資訊。

您可以要求將有關敏感服務*的資訊發送至您指定的郵寄地址或電子郵件地址。如欲這麼做，您需要提出要求並填寫一份名為「保密通訊要求」(CCR) 的表格。您也可在 IEHP 網站下載 / 找到 CCR。請注意，IEHP 將會在收到透過電子方式傳送或電話所提出之要求後的 7 個曆日內，或者在收到透過普通郵件所提出之要求後的 14 個曆日內處理 CCR 表格。IEHP 將會確認收到保密通訊要求，且如果您與我們聯絡，我們將會告知您該要求的實施狀態。

***敏感服務包括與心理健康或行為健康、性健康和生殖健康、性傳播感染、物質使用障礙、性別確認照護及親密伴侶暴力有關的所有醫療保健服務。**

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們會確保未經授權的人無法查看或更改您的紀錄。

除下述情況外，我們不會將您的 PHI 提供給不為您提供照護或支付照護費用的任何人。如果我們需要這樣做，我們必須首先獲得您的書面許可。您或合法授權可為您做出決定的人可以提供書面許可。

有時我們不需要事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律允許或要求的：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 我們必須向政府機構公開 PHI，以便他們能檢查本計劃的照護品質。
- 如果法院下令，我們可以公開 PHI，但前提是加州法律允許。
- 我們必須向 Medicare 提供您的 PHI。如果 Medicare 公開您的 PHI 以供研究或其他用途，他們在執行時必須遵守相關的聯邦法律。

C2. 您查看自己病歷的權利

- 您有權查看自己的病歷並獲取其副本。
- 您有權要求我們更新或更正您的病歷。如果您要求我們這樣做，我們將與您的醫療保健服務提供者一起決定是否應該做出更改。
- 您有權知道我們是否與他人分享您的 PHI 以及分享方式。

如果您對您 PHI 的隱私有疑問或疑慮，請致電會員服務部。

D. 我們向您提供資訊的責任

本計劃的會員有權從我們這裡獲取有關本計劃、我們的網絡醫療服務提供者以及您的承保服務等資訊。

如果您不會說英語，我們會提供口譯員服務來解答您對本計劃的疑問。如需口譯員服務，請致電會員服務部。這是為您提供的免費服務。我們還可以為您提供大字體、盲人點字或語音版本等格式的資訊。

If you don't speak English, we have interpreter services to answer questions you have about our plan. To get an interpreter, call Member Services. This is a free service to you. We can also give you information in large print, braille, or audio.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Quý vị được miễn cước cho cuộc gọi này.

如果您想瞭解以下任何資訊，請致電會員服務部：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如何選擇或更換計劃
- 本計劃，包括：
 - 財務資訊
 - 計劃會員如何評價我們
 - 會員提出上訴的次數
 - 如何退出本計劃
- 我們的網絡醫療服務提供者和我們的網絡藥房，包括：
 - 如何選擇或更換基本保健醫生
 - 我們的網路醫療服務提供者和藥房的資質
 - 我們如何支付我們網路內的醫療服務提供者
- 承保的服務和藥物，包括：
 - 本計劃承保的服務 (請參閱 *會員手冊*第 3 章和第 4 章) 和藥物 (請參閱 *會員手冊*第 5 章和第 6 章)
 - 您承保項目與藥物的限制
 - 為了取得承保的服務和藥物您必須遵循的規則
- 為什麼某些項目沒有承保，以及您可以如何處理 (請參閱 *會員手冊*第 9 章)，包括要求我們：
 - 提供書面說明，解釋為什麼某些項目沒有承保
 - 改變我們做出的決定
 - 支付您收到的帳單

E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您收費

我們網絡內的醫生、醫院和其他醫療服務提供者不能讓您支付承保服務的費用。即使我們向醫療服務提供者支付的金額低於醫療服務提供者收取的服務費用，他們也不能向您開立帳單或收費。若要瞭解當網絡醫療服務提供者試圖向您收取承保服務的費用時該怎麼做，請參閱 *會員手冊*第 7 章。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

F. 您退出本計劃的權利

如果您不願意，沒有人可以強迫您留在本計劃。

- 您有權透過 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 計劃獲得大部分的醫療保健服務。
- 您可以從處方藥計劃或其他 MA 計劃獲得您的 Medicare D 部分處方藥福利。
- 請參閱 *會員手冊* 第 10 章：
 - 查詢何時可以加入新的 MA 計劃或處方藥福利計劃的更多資訊。
 - 查詢有關您退出本計劃時將如何獲得 Medi-Cal 福利的資訊。

G. 您對自己的醫療保健做出決定的權利

您有權從您的醫生和其他醫療保健服務提供者處取得全部資訊，以協助您做出有關您醫療保健的決定。

G1. 您知道自己的治療選擇和做出決定的權利

您的醫療服務提供者必須以您可以理解的方式解釋您的病症和您的治療選擇。您有權：

- **知道您有哪些選項。** 您有權被告知不同的治療選項。
- **知道治療的風險。** 您有權被告知所涉及的任何風險。如果任何服務或治療屬於研究性實驗的一部分，我們必須提前告知您。您有權拒絕實驗性治療。
- **取得第二意見。** 在決定治療之前，您有權使用另一位醫生。
- **拒絕。** 您有權拒絕任何治療。這包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使您的醫生建議您不要拒絕也是如此。您有權停止服用處方藥。如果您拒絕治療或停止服用處方藥，我們不會讓您退出本計劃。但是，如果您拒絕治療或停止服藥，您將對發生在您身上的後果承擔全部責任。
- **要求我們解釋為什麼某位醫療服務提供者拒絕提供照護。** 如果醫療服務提供者拒絕您認為您應該獲得的照護，您有權要求我們做出解釋。
- **要求我們承保我們已經拒絕或通常不承保的服務或藥物。** 這稱為承保決定。 *會員手冊* 第 9 章說明如何要求我們做出承保決定。

G2. 如果您無法為自己做出醫療保健決定，您有權說出您想要採取的行動



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

有時候，人們可能無法為自己做出醫療保健決定。在您發生這種情況之前，您可以：

- 填寫一份書面表格，**授予某人為您做出醫療保健決定的權利**。
- **向您的醫生提供一份書面指示**，說明當您變得無法為自己做出決定時如何為您提供醫療保健 (包括您不想接受的照護)。

您用來給出指示的法律文件稱為「預先醫療指示」。預先醫療指示有不同類型，名稱也各不相同。例如生前遺囑和醫療保健授權書。

您不是必須要有預先醫療指示，但您可以設立。如果您想使用預先醫療指示，請執行以下操作：

- **取得這份表格**。您可以從您的醫生、律師、法律服務機構或社工處取得這份表格。藥房和醫療服務提供者的診所通常有這份表格。您可以在網上找到並下載免費表格。
- **填寫表格並簽名**。這份表格是一份法律文件。您應該考慮讓律師或您信任的其他人 (例如家人或您的 PCP) 幫您填寫此份表格。
- **將副本提供給需要知情的人**。您應該給您醫生此表格的一份副本。您還應該給您指定為您做出決定的人提供一份副本。也建議您給親密的朋友或家人提供一份副本。請在家裡保留一份副本。
- 如果您正在住院並且您已經簽妥一份預先醫療指示，**請將這份指示的副本帶到醫院**。
 - 醫院會詢問您是否有已簽名的預先醫療指示以及您是否隨身攜帶。
 - 如果您尚未簽署預先醫療指示表格，醫院可提供表格並會詢問您是否希望簽署表格。

您有權：

- 將您的預先醫療指示納入您的病歷中。
- 隨時更改或取消您的預先醫療指示。
- 瞭解預先醫療指示法律的變化。IEHP DualChoice 將在州法更改後的 90 天內通知您更改的內容。

請致電會員服務部瞭解更多資訊。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G3. 如果您的指示沒有被遵守，該怎麼辦

如果您已經簽署了預先醫療指示，並且您認為醫生或醫院沒有遵守其中的指示，您可以向以下機構提出投訴：California Department of Social Services State Hearing Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430。您可以撥打他們的免費電話 1-800-743-8525。TTY 使用者請撥 916-263-0935。

H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們的決定

您的會員手冊第 9 章說明，如果您對承保的服務或照護有任何問題或疑慮，您可採取的處理辦法。例如，您可以要求我們做出承保決定、提出上訴以更改承保決定或提出投訴。

您有權獲得有關其他計劃會員對我們提出之上訴和投訴的資訊。請致電會員服務部獲取此資訊。

H1. 如何處理不公平對待或取得有關您的權利的更多資訊

如果您認為我們對您不公 - 並且不是因為會員手冊第 11 章中列出的原因而受到歧視 - 或者您想瞭解有關您的權利的更多資訊，您可以致電：

- 會員服務部。
- 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。有關 HICAP 的更多詳細資訊，請參閱第 2 章 (重要的電話號碼和資源)。
- 監察員計劃，電話：1-888-452-8609。有關此計劃的更多詳細資訊，請參閱會員手冊第 2 章。
- Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。(您也可以閱讀或下載「Medicare 權利與保護」(Medicare Rights & Protections)，請前往 Medicare 網站：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。)

I. 計劃會員的責任

計劃會員的責任包括以下所列事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- 閱讀會員手冊，瞭解本計劃的承保範圍以及獲得承保服務和藥物的規則。關於以下事項的詳細資訊：
 - 承保的服務，請參閱會員手冊第 3 章和第 4 章。這些章節會說明您的承保服務及不承保的服務、您需要遵循的規則以及您需要支付的費用。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 承保的藥物，請參閱 *會員手冊* 第 5 章和第 6 章。
- **告訴我們您擁有的任何其他醫療或處方藥承保。**我們必須確保您在接受醫療保健服務時會使用您的所有承保選項。如果您有其他承保，請致電會員服務部。
- **告訴您的醫生和其他醫療保健服務提供者您是本計劃的會員。**在您取得服務或藥物時，請出示您的會員卡。
- **協助您的醫生和其他醫療保健服務提供者為您提供最佳的照護。**
 - 向他們提供他們所需要之與您和您的健康相關的資訊。盡可能瞭解您的健康問題。遵守您和您的醫療服務提供者所達成共識的治療計劃和指示。
 - 確保您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解您服用的所有藥物，其中包括處方藥、非處方藥、維他命和營養補充品。
 - 心中有任何疑問都可提問。您的醫生和其他醫療服務提供者必須以您可以理解的方式解釋相關資訊。如果您提出問題但是您不理解他們的回答，請再次詢問。
- **與您的護理協調員合作，**包括完成年度健康風險評估。
- **尊重他人。**我們希望所有計劃會員都尊重他人的權利。我們還希望您您的醫生診室、醫院和其他醫療服務提供者的診所都以尊重的態度對待他人。
- **支付您的待繳費用。**計劃會員有責任支付以下款項：
 - 由於您符合「額外補助」的資格，因此只要您遵循本計劃的規則，您便無需為處方藥支付任何費用。如果您不再符合額外補助的資格，您的藥物費用有可能會變更。
 - **如果您取得本計劃未承保的任何服務或藥物，您必須支付全額費用。**(備註：如果您不同意我們不承保某項服務或藥物的決定，您可以提出上訴。請參閱第 9 章 *如果您有問題或想投訴{承保決定、上訴、投訴} 該怎麼辦*，瞭解如何提出上訴。)
- **如果您搬家，請告訴我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。請致電護理協調員或會員服務部。
 - **如果您搬出我們的服務區域，您將不得繼續留在本計劃。**只有住在我們服務區域的人才能成為本計劃的會員。*會員手冊* 第 1 章向您說明了我們的服務區域。
 - 我們可以幫助您瞭解，您是否會搬離我們的服務區域。
 - 當您搬家時，請告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。若要查詢 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱 *會員手冊* 第 2 章。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果您搬家但留在我們的服務區域，我們仍然需要知道。我們需要更新您的會員紀錄並知道如何與您聯絡。
- 請告訴我們您是否有新的電話號碼或更好的聯絡方式。
- 如果您有疑問或疑慮，請致電您的護理協調員或會員服務部尋求協助。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 9 章：如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼辦

簡介

本章包含關於您的權利的資訊。請閱讀本章，瞭解出現以下情況時您可以採取的行動：

- 您對您的計劃有問題或想投訴。
- 您需要某項服務、用品或藥物，但您的計劃卻表示不會支相關費用。
- 您不同意您的計劃對您的照護做出的決定。
- 您認為您的承保服務結束得過早。
- 您對自己的長期服務與支援有問題或想投訴，其中包括社區成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF) 服務。

本章分為幾個不同部分，以幫助您輕鬆找到所需資訊。**如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您的情況的部分。**

您應該獲得經您的醫生以及其他醫療服務提供者判定，對您的照護而言有必要且應作為您照護計劃一部分的醫療保健、藥物以及長期服務與支援。**如果您對自己的照護有任何問題，您可以致電 Medicare Medi-Cal 監察員計劃尋求幫助，電話 1-855-501-3077，TTY 使用者請撥打 711。**本章說明了您針對不同問題和投訴所擁有的不同選項，但您可以隨時致電監察員計劃來幫助指導您解決問題。有關解決您疑慮的額外資源及其聯絡方式，請參閱 **會員手冊第 2 章**。

目錄

A. 如果您有問題或疑慮怎麼辦.....	154
A1. 關於法律術語	154
B. 獲得幫助的管道	154
B1. 查詢更多資訊和幫助.....	154
C. 瞭解本計劃的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴.....	155
D. 您的福利問題.....	156
E. 承保決定和上訴	156
E1. 承保決定	156



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

E2. 上訴	157
E3. 承保決定和上訴方面的幫助	157
E4. 本章的哪一節可以為您提供幫助	158
F. 醫療保健	158
F1. 使用本節	159
F2. 要求我們做出承保決定	159
F3. 提出 1 級上訴	161
F4. 提出 2 級上訴	164
F5. 付款問題	169
G. Medicare D 部分處方藥	170
G1. Medicare D 部分承保決定和上訴	170
G2. Medicare D 部分例外處理	171
G3. 申請例外處理的重要須知事項	172
G4. 要求我們做出承保決定，包括例外處理	173
G5. 提出 1 級上訴	175
G6. 提出 2 級上訴	177
H. 要求我們承保更長時間的住院	178
H1. 瞭解您的 Medicare 權利	179
H2. 提出 1 級上訴	180
H3. 提出 2 級上訴	181
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務	182
I1. 在您的承保結束前提前通知	182
I2. 提出 1 級上訴	183
I3. 提出 2 級上訴	184



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

J. 將您的上訴提升至 2 級以上	185
J1. Medicare 服務和用品的後續步驟	185
J2. 額外 Medi-Cal 上訴.....	186
J3. Medicare D 部分藥物請求的上訴等級 3、4 和 5	186
K. 如何提出投訴.....	188
K1. 哪些類型的問題屬於投訴.....	188
K2. 內部投訴	189
K3. 外部投訴	190



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 如果您有問題或疑慮怎麼辦

本章說明如何處理問題和疑慮。您使用的流程取決於您遇到的問題類型。將一個流程用於**承保決定和上訴**，另一個用於**提出投訴** (也稱作申訴)。

為確保公平和及時處理，每個流程都有一套我們和您都必須遵循的規則、程序和截止日期。

A1. 關於法律術語

本章包含一些規則和截止期限的法律術語。其中許多術語可能難以理解，因此我們盡可能使用更簡單的詞語代替某些法律術語。我們儘量少用縮寫。

例如，我們使用：

- 「提出投訴」替代「提起申訴」
- 「承保決定」替代「組織判定」、「福利判定」、「風險判定」或「承保判定」
- 「快速承保決定」替代「特急判定」
- 「獨立審查組織 (IRO)」替代「獨立審查實體 (IRE)」

瞭解正確的法律術語可以幫助您更清楚地溝通，因此我們也提供了這些術語。

B. 獲得幫助的管道

B1. 查詢更多資訊和幫助

有時開始或遵循處理問題的流程會令人感到困惑。這種情況在您身體不舒服或精力有限時可能尤甚。在其他時候，您可能未掌握採取下一步行動所需的資訊。

來自健康保險諮詢與倡導計劃的幫助

您可以致電健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)。HICAP 顧問可以解答您的疑問並幫助您瞭解如何處理您的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健保計劃均無關聯。HICAP 在每個縣都設有訓練有素的顧問，而且服務是免費的。HICAP 電話號碼是 1-800-434-0222。

來自 Medicare Medi-Cal 監察員計劃的幫助

您可以致電 Medicare Medi-Cal 監察員計劃並與倡導員討論您的健康承保問題。他們提供免費的法律幫助。監察員計劃與我們或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。他們的電話號碼是 1-855-501-3077，TTY 使用者請撥打 711，他們的網站是www.healthconsumer.org。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

來自 Medicare 的幫助和資訊

如需更多資訊與幫助，您可與 Medicare 聯絡。以下是您可透過 Medicare 取得幫助的兩種方式：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。
TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

來自 Medi-Cal 的幫助和資訊

來自加州醫療保健服務部的幫助

加州醫療保健服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式照護監察員可以提供幫助。如果您在加入、變更或退出健保計劃時遭遇到問題，他們可以提供幫助。如果您搬家，但在將您的 Medi-Cal 移轉到新的縣區時遭遇困難，他們也可以提供幫助。您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間致電聯絡監察員，電話 1-888-452-8609。

來自加州醫療保健計劃管理局的幫助

請聯絡加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 以獲得免費幫助。DMHC 負責監管健康計劃。DMHC 可協助民眾對 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。電話號碼是 **1-888-466-2219**。失聰、聽障或語障人士可使用免費 TDD 使用者專線 **1-877-688-9891**。您也可以造訪 DMHC 的網站：www.dmhc.ca.gov。加州醫療保健計劃管理局負責監管醫療保健服務計劃。如果您對您的健保計劃有任何申訴，您首先應致電 **1-877-273-IEHP (4347)** 與您的健保計劃聯絡，並使用您健保計劃的申訴流程，之後再與管理局聯絡。使用此申訴程序將不會使您喪失任何潛在法定權利或您可能可使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健保計劃未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，或者申訴超過 30 天仍未獲得解決，您可致電聯絡管理局尋求協助。您可能也符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，IMR 流程將會針對健保計劃對下列事宜所作的醫療決定進行公正的審查：提議之服務或治療的醫療必要性、實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理局也有免費電話 (**1-888-466-2219**) 以及供聽障和語障人士使用的 TDD 使用者專線 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 www.dmhc.ca.gov 有網上投訴表、IMR 申請表和說明。

C. 瞭解本計劃的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴

您擁有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的資訊適用於您的所有 Medicare 和 Medi-Cal 福利。這有時稱為「綜合流程」，因為它結合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 流程。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

有時，Medicare 和 Medi-Cal 流程無法結合使用。在這些情況下，您要使用一個流程來獲得 Medicare 福利，使用另一個來獲得 Medi-Cal 福利。**第 F4 節**說明了這些情況。

D. 您的福利問題

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您的情況的部分。以下圖表可幫助您找到本章中對問題或投訴適用的小節。

您的問題或疑慮是否涉及您的福利或承保範圍？	
這包括特定醫療照護 (醫療用品、服務和 / 或 B 部分處方藥) 是否屬於承保範圍、獲得承保的方式以及醫療照護的付款問題。	
是。 我的問題與福利或承保有關。 請參閱第 E 節「承保決定和上訴」。	否。 我的問題與福利或承保無關。 請參閱第 K 節「如何投訴」。

E. 承保決定和上訴

要求我們做出承保決定和提出上訴的流程涉及與您的福利和醫療照護 (服務、用品和 B 部分處方藥，包括付款) 承保相關的問題。為了簡單起見，我們通常將醫療用品、服務和 B 部分處方藥稱為**醫療照護**。

E1. 承保決定

承保決定是我們就您的福利和承保或我們為您的醫療服務或藥物支付的金額所做出的決定。例如，每當您從計劃網絡醫生處接受醫療照護時，他們都會為您做出 (有利的) 承保決定 (請參閱 *會員手冊* **第 4 章第 H 節**)。

您或您的醫生也可以聯絡我們並要求我們做出承保決定。您或您的醫生可能不確定我們是否承保特定醫療服務，或者我們是否可能拒絕提供您認為需要的醫療照護。**如果您想在接受醫療服務之前瞭解我們是否為其提供承保，您可以要求我們為您做出承保決定。**

每當我們決定哪些服務屬於承保範圍以及我們支付的金額時，我們就做出了承保決定。在某些情況下，我們可能會決定某項服務或藥物不屬於或不再屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍。如果您不同意此承保決定，您可以提出上訴。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

E2. 上訴

如果我們做出了承保決定而您對該決定不滿意，您可以對該決定提出「上訴」。上訴是要求我們審查和變更我們所做出的承保決定的一種正式途徑。

當您首次對某個決定提出上訴時，這種上訴叫做 **1 級上訴**。在這種上訴中，我們會審查我們所做出的承保決定，以檢查我們是否適當遵循了所有規則。您的上訴將由做出最初不利決定的人以外的其他審查人員進行處理。

在大多數情況下，您必須從 **1 級上訴** 開始進行。如果您的健康問題很緊急或對您的健康造成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛並需要我們立即做出決定，您可以在 www.dmhc.ca.gov 上向醫療保健計劃管理局要求進行 **IMR**。請參閱**第 F4 節**瞭解更多資訊。

當我們完成審查時，我們會告知您我們的決定。在某些情況下，本章稍後會解釋，您可以要求我們提供特急或「快速承保決定」，或對承保決定提出快速上訴。

如果我們**拒絕**您的部分或全部要求，我們將給您寄一封信。如果您的問題與 **Medicare** 醫療照護的承保有關，該信函將告訴您我們已將您的個案寄給獨立審查組織 (**IRO**) 進行 **2 級上訴**。如果您的問題與 **Medicare D** 部分或 **Medi-Cal** 服務或用品的承保有關，該信函將告訴您如何自行提出 **2 級上訴**。有關 **2 級上訴** 的更多資訊，請參閱**第 F4 節**。如果您的問題涉及 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 兩者均承保之服務或用品的承保，該信函將為您提供有關兩種類型 **2 級上訴** 的資訊。

如果您對 **2 級上訴** 的決定不滿意，您可以進行額外級別的上訴。

E3. 承保決定和上訴方面的幫助

您可以透過以下任一管道尋求幫助：

- **會員服務部**號碼列於頁面底部。
- **Medicare Medi-Cal 監察員計劃**，電話 **1-855-501-3077**。
- **健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)**，電話 **1-800-434-0222**。
- **醫療保健計劃管理局 (DMHC) 幫助中心**提供免費幫助。DMHC 負責監管健保計劃。DMHC 可協助民眾對 **Medi-Cal** 服務或帳單問題提出上訴。電話號碼是 **1-888-466-2219**。失聰、聽障或語障人士可使用免費 TDD 使用者專線 **1-877-688-9891**。您也可以造訪 DMHC 的網站 www.dmhc.ca.gov。
- **您的醫生或其他醫療服務提供者**。您的醫生或其他醫療服務提供者可以代表您要求我們做出承保決定或提出上訴。
- **朋友或家人**。您可以指定另一個人作為您的「代表」並要求我們做出承保決定或提



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 **1-877-273-IEHP (4347)**，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 **1-800-718-4347**。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

出上訴。

- **律師。**您有權聘請律師，但**您無需聘請律師**即可以要求我們做出承保決定或提出上訴。
- 致電您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處獲取律師的姓名。如果您符合條件，一些法律團體會為您提供免費的法律服務。
- 致電 1-855-501-3077 要求 Medicare Medi-Cal 監察員計劃提供法律援助律師。

如果您希望律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表任命表格。該表格允許某人代您行事。

請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部並索取「代表任命」表格。您也可以透過造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.iehp.org 獲取表格。您必須向我們提供一份簽名表格的副本。

E4. 本章的哪一節可以為您提供幫助

承保決定和上訴涉及四種情況。每種情況都有不同的規則和截止日期。我們會在本章的單獨小節中詳細介紹每種情況。請參閱適用的小節：

- **第 F 節「醫療照護」**
- **第 G 節「Medicare D 部分處方藥」**
- **第 H 節「要求我們承保更長時間的住院」**
- **第 I 節「要求我們繼續承保某些醫療服務」** (本節僅適用於這些服務：居家醫療保健、專業護理機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務。)

如果您不確定該使用哪一節，請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。

F. 醫療照護

本節解釋以下內容：如果您在獲得醫療照護承保時遇到問題或您希望我們向您償還我們應分攤的護理費用，該怎麼辦。

本節介紹您所享有之 **會員手冊第 4 章** 中所述的醫療照護福利。在某些情況下，Medicare B 部分處方藥可能適用不同的規則。出現這種情況時，我們會說明 Medicare B 部分處方藥的規則與醫療服務和用品的規則有何不同。

如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

F1. 使用本節

本節說明您在以下任何情況下可以採取的行動：

1. 您認為您需要的醫療照護屬於我們的承保範圍，但卻未獲得承保。

您可以採取的行動：您可以要求我們做出承保決定。請參閱第 F2 節。

2. 我們沒有批准您的醫生或其他醫療服務提供者想要為您提供的醫療照護，而您認為我們應該批准。

您可以採取的行動：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 F3 節。

3. 您接受了您認為我們提供承保的醫療照護，但我們卻不付款。

您可以採取的行動：您可以對我們不予付款的決定提出上訴。請參閱第 F5 節。

4. 您接受了您認為我們提供承保的醫療照護並支付了費用，並希望我們補償您。

您可以採取的行動：您可以要求我們退款。請參閱第 F5 節。

5. 我們減少或停止對您某些醫療照護的承保，而您認為我們的決定可能會損害您的健康。

您可以採取的行動：您可以對我們減少或停止醫療照護的決定提出上訴。請參閱第 F4 節。

- 如果承保涉及醫院照護、居家醫療照護、專業護理機構照護或 CORF 服務，則適用特殊規則。請參閱第 H 節 (要求我們承保更長時間的住院) 或第 I 節 (要求我們繼續承保某些醫療服務) 瞭解更多資訊。
- 對於涉及減少或停止您某些醫療照護承保的所有其他情況，請使用本節 (第 F 節) 作為指南。

6. 您正在遭遇照護延遲的情況或您找不到醫生。

您可以採取的行動：您可以提出投訴。請參閱第 K2 節。

F2. 要求我們做出承保決定

當承保決定涉及您的醫療照護時，則稱為「綜合組織判定」。

您、您的醫生或您的代表可以透過以下方式要求我們做出承保決定：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 來電：1-877-273-IEHP (4347)，TTY 使用者：1-800-718-4347。
- 傳真：(909) 890-5877。
- 寫信：IEHP DualChoice, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800。

標準承保決定

除非我們同意使用「快速」截止日期，否則我們向您提供我們的決定時會使用「標準」截止日期。標準承保決定是指我們會按以下截止日期向您提供針對以下事項的答覆：

- 醫療服務或用品，在我們收到您的請求後 14 個曆日內提供。對於 Knox-Keene 計劃，我們會在收到您的請求後 5 個工作日內提供，且不會晚於 14 個曆日內提供。
- 對於 Medicare B 部分處方藥，我們會在收到您的請求後 72 小時內提供。

快速承保決定

「快速承保決定」的法律術語是「**特急判定**」。

當您要求我們就您的醫療照護做出承保決定並且您的健康狀況需要我們快速回應時，請要求我們做出「快速承保決定」。快速承保決定是指我們會按以下截止日期向您提供針對以下事項的答覆：

- 醫療服務或用品，在我們收到您的請求後 72 小時內提供。如果您的醫療病症使您需要我們更快回應，則會更快。
- Medicare B 部分處方藥，在我們收到您的請求後 24 小時內。

若要獲得快速承保決定，您必須滿足兩項要求：

- 您要求我們承保您**未獲得**的醫療用品和 / 或服務。您無法針對您已獲得之用品或服務的付款要求我們做出快速承保決定。
- 使用標準截止日期**可能給您的健康造成嚴重損害**或損害您的身體機能。

如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫生支持的情況下提出要求，我們將決定您是否可以獲得快速承保決定。

- 如果我們認為您的健康狀況不符合獲得快速承保決定的要求，我們會向您致函說明情況，並改用標準截止日期。這封信會告知您以下內容：
- 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速承保決定。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您如何就我們為您提供標準承保決定而非快速承保決定的決定提出「快速投訴」。有關提出投訴 (包括快速投訴) 的更多資訊，請參閱**第 K 節 (如何投訴)**。

如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您致函說明原因。

- 如果我們**拒絕**，您有權提出上訴。如果您認為我們犯了錯誤，提出上訴是要求我們審查並更改我們決定的正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將進入上訴流程的**第 1 級** (請參閱**第 F3 節 - 提出 1 級上訴**)。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定請求，這意味著我們不會審查該請求。請求何時會被駁回的示例包括：

- 如果請求不完整，
- 如果有人代表您提出請求但未經法律授權這樣做，**或**
- 如果您要求撤回您的請求。

如果我們駁回承保決定請求，我們將向您發送通知，說明請求被駁回的原因以及如何要求對駁回決定進行審查。這種審查稱為上訴。上訴將在下一節討論。

F3. 提出 1 級上訴

如欲開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須聯絡我們。請致電聯絡我們，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。

以書面形式**要求標準上訴或快速上訴**，或致電聯絡我們，電話 1-877-273-IEHP (4347)。

- 如果您的醫生或其他處方師要求我們在您上訴期間繼續提供您已經在接受的服務或用品，您可能需要指定他們擔任您的代表，以代您行事。
- 如果由您醫生以外的其他人為您提出上訴，請附上一份授權該人可代表您的代表任命表格。您可以透過造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 <https://www.iehp.org/en/members/iehp-dualchoice?target=important-resources> 獲取表格。
- 我們可以在沒有表格的情況下接受上訴請求，但在收到表格之前我們無法開始或完成審查。如果我們在對您的上訴做出決定的截止日期之前沒有收到表格：
- 我們會駁回您的請求，並且



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 我們會向您發送書面通知，說明您有權要求 IRO 審查我們駁回您上訴的決定。
- 您必須在我們發出決定通知函之日起 60 個曆日內提出上訴。
- 如果您錯過了截止日期並且有充分理由，我們可能會給您更多時間來提出上訴。充分理由的例子包括您患有嚴重疾病或我們向您提供了關於截止期限的錯誤資訊。當您提出上訴時，請解釋上訴延遲的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴資訊的免費副本。您和您的醫生也可以向我們提供更多資訊來支持您的上訴。

如果您的健康需要，請要求快速上訴。

「快速上訴」的法律術語是「特急複審」。

- 如果您對我們就您未獲得的照護承保所做出的決定提出上訴，您和 / 或您的醫生將決定您是否需要快速上訴。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速上訴。 如果您在沒有醫生支持的情況下提出請求，我們將決定您是否可以獲得快速上訴。

- 如果我們認為您的健康狀況不符合快速上訴的要求，我們會向您發送一封信函說明情況，並使用標準截止日期。信中會告訴您：
- 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速上訴。
- 您如何針對我們向您提供標準上訴而不是快速上訴的決定提出「快速投訴」。有關提出投訴 (包括快速投訴) 的更多資訊，請參閱第 K 節 (如何投訴)。

如果我們告訴您我們將停止或減少您已經獲得的服務或用品，您可能可以在您上訴期間繼續獲得這些服務或用品。

- 如果我們決定更改或停止您獲得之服務或用品的承保，我們會在採取行動之前向您發送通知。
- 如果您不同意我們的決定，您可以提出 1 級上訴。
- 如果您在我們信函日期的 10 個曆日內或行動的預期生效日期 (以較晚者為準) 提出 1 級上訴，我們將繼續承保該服務或用品。
- 如果您在此截止日期前提出上訴，您將在您的 1 級上訴待決期間獲得服務或用品，而不會發生任何變化。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您也將獲得所有其他 (不屬於您上訴內容的) 服務或用品，不會有任何變化。
- 如果您沒有在這些日期之前提出上訴，那麼在您等待上訴決定期間，您的服務或用品將不會繼續提供。

我們會考慮您的上訴並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您醫療照護承保請求的所有資訊。
- 如果我們**拒絕**您的請求，我們會檢查我們是否遵循了所有規則。
- 如果需要，我們會收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生以獲取更多資訊。

快速上訴有截止日期。

- 當我們使用快速截止日期時，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。**如果您的健康狀況需要我們更快提供回應，則會更快。** 如果您的健康狀況有此需要，我們將會更快為您提供答覆。
- 如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們則必須將您的請求發送上訴流程的第 2 級。然後由 IRO 會對其進行審查。在本章後面，我們將向您介紹該組織並解釋 2 級上訴流程。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品的承保有關，您可以在時間一到就自行向州政府提出第 2 級 - 州政府聽證會申請。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保。如果您的健康狀況需要，則會更快。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們則會將您的上訴發送給 IRO 進行 2 級上訴。

標準上訴有截止日期。

- 當我們使用標準截止日期時，我們必須在收到您就您未獲得之服務的承保所提出的上訴後 **30 個曆日內** 給您答覆。
- 如果您的請求是針對您未獲得的 Medicare B 部分處方藥，我們會在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。如果您的健康狀況需要，則會更快。
- 如果我們沒有在截止日期前給您答覆，我們則必須將您的請求發送到上訴流程的第 2 級。然後由 IRO 會對其進行審查。在本章後面，我們將向您介紹該組織並解釋 2 級上訴流程。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品的承保有關，您可以在時間一到就自行向州政府提出第 2 級 - 州政府聽證會申請。

如果我們同意您的部分或全部請求，我們則必須在收到您的上訴請求之日起 30 個曆日內或根據



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

您的健康狀況儘快提供授權或提供我們同意提供的承保，並且在我們更改決定之日起 72 小時內提供，或者如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，則在我們收到您的上訴之日起 7 個曆日內提供。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，**您享有額外上訴權利：**

- 如果我們**拒絕**您所要求之服務或用品的部分或全部內容，我們會向您致函說明。
- 如果您的問題與 Medicare 服務或用品的承保有關，此信會告知您我們已將您的個案提交至 IRO 進行 2 級上訴。
- 如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品的承保有關，此信會告知您自行提出 2 級上訴的流程。

F4. 提出 2 級上訴

如果我們**拒絕**您 1 級上訴的部分或全部內容，我們會向您致函說明。此信會告知您 Medicare、Medi-Cal 或這兩項計劃通常是否提供該服務或用品的承保。

- 如果您的問題與 **Medicare** 通常承保的服務或用品有關，一旦 1 級上訴完成，我們就會自動將您的個案提交至 2 級上訴流程。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 通常承保的服務或用品有關，您可以自己提出 2 級上訴。這封信會告訴您如何行動。我們也在本章後面提供了更多資訊。
- 如果您的問題與 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 兩者都可能承保的服務或用品有關，您會自動獲得由 IRO 進行的 2 級上訴。除了自動 2 級上訴外，您還可以要求舉行州政府聽證會並進行獨立醫療審查。但是，如果您已經在州政府聽證會上提供了證據，則無法進行獨立醫療審查。

如果您在提交 1 級上訴時有資格繼續享受福利，那麼您上訴涉及之服務、用品或藥物的福利也可能在 2 級上訴期間繼續。請參閱**第 F3 節 (提出 1 級上訴)**，瞭解關於在 1 級上訴期間繼續享受福利的資訊。

- 如果您的問題與通常僅由 Medicare 承保的服務有關，那麼在由 IRO 進行的 2 級上訴流程期間，您針對該服務的福利不會繼續。
- 如果您的問題與通常僅由 Medi-Cal 承保的服務有關，如果您在收到我們的決定後 10 個曆日內提交 2 級上訴，您針對該服務的福利則將繼續。

當您的問題與 Medicare 通常承保的服務或用品有關時

IRO 會審查您的上訴。該組織是 Medicare 聘請的獨立組織。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

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

- 該組織與我們無關，也不是政府機構。Medicare 選擇該公司作為 IRO，且 Medicare 會監督他們的工作。
- 我們會將您的上訴資訊 (您的「個案檔案」) 發送給該組織。您有權獲得您個案檔案的免費副本。
- 您有權向 IRO 提供額外資訊來支持您的上訴。
- IRO 的審查人員會仔細查看與您上訴相關的所有資訊。

如果您在 1 級上訴時獲得了快速上訴，那麼您在 2 級上訴時也會獲得快速上訴。

- 如果您在 1 級上訴時獲得了快速上訴，那麼您在 2 級上訴時將自動獲得快速上訴。IRO 必須在收到您的上訴之後 **72 小時內** 對您的 2 級上訴做出答覆。

如果您在 1 級上訴時獲得了標準上訴，那麼您在 2 級上訴時也會獲得標準上訴。

- 如果您在 1 級上訴時獲得了標準上訴，那麼您在 2 級上訴時將自動獲得標準上訴。
- 如果您的請求是針對醫療用品或服務，IRO 必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內** 對您的 2 級上訴做出答覆。
- 如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，IRO 必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 對您的 2 級上訴給您答覆。

IRO 為您做出答覆時會採用書面形式並闡述原因。

- 如果 IRO 同意針對醫療用品或服務的部分或全部請求，我們則必須立即執行該決定：
 - 在 **72 小時內** 授權醫療照護的承保，或
 - 在我們收到 IRO 針對**標準請求**的決定之日起 **5 個曆日內** 提供服務，或
 - 在我們收到 IRO 針對**特急請求**的決定之日起 **72 小時內** 提供服務。
- 如果 IRO 同意針對 Medicare B 部分處方藥的部分或全部請求，我們則必須授權或提供有爭議的 Medicare B 部分處方藥：
 - 在我們收到 IRO 針對**標準請求**的決定之日起 **72 小時內**，或
 - 在我們收到 IRO 針對**特急請求**的決定之日起 **24 小時內**。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果 **IRO** 拒絕您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應批准您的醫療照護承保請求 (或您的部分請求)。這稱為「維持決定」或「否絕上訴」。
- 如果您的個案符合要求，您可以選擇是否進一步提出上訴。
- 在 2 級之後的上訴流程中還有 3 個額外級別，共 5 個級別。
- 如果您的 2 級上訴被駁回，並且您符合繼續上訴流程的要求，您必須決定是否繼續進行第 3 級流程並進行第三次上訴。有關如何執行此操作的詳細資訊，請參閱您在 2 級上訴後收到的書面通知。
- 行政法官 (ALJ) 或律師審裁官會處理 3 級上訴。請參閱**第 J 節 (將您的上訴提升至 2 級以上)**，瞭解關於 3、4 和 5 級上訴的更多資訊。

當您的問題與 Medi-Cal 通常承保的服務或用品有關時

針對 Medi-Cal 服務和用品提出 2 級上訴的方式有兩種：(1) 提出投訴或要求進行獨立醫療審查或 (2) 州政府聽證會。

(1) 獨立醫療審查

您可以向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 的幫助中心提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)。透過提出投訴，DMHC 將審查我們的決定並做出判定。IMR 適用於屬於醫療性質的任何 Medi-Cal 承保服務或用品。IMR 是由不屬於本計劃或不屬於 DMHC 的專家對您的個案所進行的審查。如果 IMR 判決您勝訴，我們便必須為您提供您所要求的服務或用品。您無需為 IMR 支付任何費用。

如果本計劃出現以下情況，您可以提出投訴或申請 IMR：

- 拒絕、更改或延遲 Medi-Cal 服務或治療，因為本計劃判定其不具有醫療必要性。
- 不會承保針對嚴重醫療病症的實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 外科手術服務或程序屬於美容還是重建性質的爭議。
- 不會給付您已接受的急診或緊急 Medi-Cal 服務。
- 未在 30 個曆日 (標準上訴) 或 72 小時 (快速上訴，如果您的健康狀況需要，則會更快) 內解決您針對 Medi-Cal 服務所提出的第 1 級上訴。

備註：如果您的醫療服務提供者為您提出上訴，但我們沒有收到您的代表任命表格，則您需要先向我們重新提交上訴，之後才能向醫療保健計劃管理局要求進行 2 級 IMR。您的上訴涉及對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，包括但不限於劇烈疼痛、可能喪命或失去肢體或主要身體機能的



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

情況除外。

您有權申請 IMR 和州政府聽證會，但如果您已在州政府聽證會上提供證據或就同一問題舉行過州政府聽證會，您則無權要求進行 IMR。

在大多數情況下，您必須先向我們提出上訴，之後才能要求進行 IMR。請參閱第 160 頁，瞭解我們 1 級上訴流程的資訊。如果您不同意我們的決定，您可以向 DMHC 提出投訴或向 DMHC 幫助中心要求進行 IMR。

如果您的治療因為屬於實驗性或研究性而遭到拒絕，您不需要參與本計劃的上訴流程即可申請 IMR。

如果您的問題緊急或涉及對您的健康構成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，您可以立即向 DMHC 提交，而無需先使用我們的上訴流程。

您必須在我們寄給您上訴書面決定後的 **6 個月內申請 IMR**。如果您有正當理由 (例如：您的醫療病症導致您無法在 6 個月內要求進行 IMR，或者我們未就 IMR 流程給予您充分通知)，DMHC 則可能會在 6 個月後接受您的申請。

如欲要求進行 IMR：

- 請填寫獨立醫療審查申請/投訴表，網址為：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，
或致電 1-888-466-2219 聯絡 DMHC 幫助中心。TTY 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 如果您有被我們拒絕的服務或用品的相關信函或其他文件的副本，請附上此類文件。此舉可加快 IMR 流程。發送文件副本，而非原件。幫助中心不會退回任何文件。
- 如果有人幫助您申請 IMR，請填寫授權協助表格。您可在以下網址獲取表格
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，
或致電 1-888-466-2219 聯絡 DMHC 幫助中心。TTY 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 請將表格和任何附件郵寄或傳真至：
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
傳真：916-255-5241
- 您也可以在线上提交您的獨立醫療審查申請 / 投訴表和授權助理表：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

如果您符合 IMR 的資格，DMHC 將會審查您的個案，並在 7 個曆日內寄信向您表示您符合 IMR 的資格。在收到您的申請表及您計劃的佐證文件之後，IMR 決定將會在 30 個曆日內做出。您應會在提出填妥之申請表後的 45 個曆日內收到 IMR 決定。

如果您的個案屬於緊急性質且您符合 IMR 的資格，DMHC 將會審查您的個案，並在 48 個曆日內寄信向您表示您符合 IMR 的資格。在收到您的申請表及您計劃的佐證文件之後，IMR 決定將會在 3 個曆日內做出。您應會在提出填妥之申請表後的 7 個曆日內收到 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。

如果 DMHC 未從您或您的主診醫生處收到所有必要的病歷，IMR 則可能需要更長時間。如果您使用的醫生不在您健保計劃的網絡內，請務必向該醫生索要您的病歷並將其發送給我們。如果醫生是網絡內醫生，您的健保計劃按規定則必須向醫生索要您的病歷。

如果 DMHC 判定您的個案不符合 IMR 的資格，DMHC 將會透過其正常的消費者投訴流程審查您的個案。您的投訴應該會在提交完整申請之後的 30 個曆日內獲得處理。如果您的投訴屬於緊急情況，則會儘快獲得處理。

(2) 州政府聽證會

您可以針對 Medi-Cal 承保服務和用品申請州政府聽證會。如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求申請我們不會批准的某項服務或用品，或者我們不會繼續給付您已獲得的某項服務或用品，且我們已拒絕您的 1 級上訴，您則有權申請州政府聽證會。

大多數情況下，在「上訴決定函」通知已郵寄給您之後，您有 120 天的時間可要求舉行州政府聽證會。

備註：如果我們向您表示您目前獲得的某項服務將會變更或停止，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獲得該服務，則您提出要求的期限將縮短。請閱讀第 163 頁「2 級上訴期間我的福利會繼續嗎？」瞭解更多資訊。

申請州政府聽證會的方式有兩種：

1. 您可填寫行動通知背面的「州政府聽證會申請表」。您應提供所有必要的資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取不利行動的計劃或縣政府名稱、涉及的補助計劃，以及您希望舉行聽證會的詳細理由。接著，您可透過下列其中一種方式提出您的要求：
 - 寄送至通知上所示的地址給縣政府福利部。
 - 寄送至加州社會服務部：

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 傳真至州政府聽證會部門，號碼為 916-309-3487，免費號碼為 1-833-281-0903。
2. 您可以撥打 1-800-743-8525 聯繫加州社會服務部。TTY 使用者應致電 1-800-952-8349。如果您決定透過電話要求舉行州政府聽證會，您應該瞭解相關電話線路非常繁忙。

州政府聽證會辦公室會以書面形式向您提供他們的決定並解釋原因。

- 如果州政府聽證會部門對醫療用品或服務的部分或全部請求表示**同意**，我們必須在接獲決定後 **72 小時內**授權或提供該服務或用品。
- 如果州政府聽證會部門**拒絕**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應批准您的醫療照護承保請求 (或您的部分請求)。這稱為「維持決定」或「拒絕上訴」。

如果 IRO 或州政府聽證會的決定是**拒絕**您的全部或部分請求，您享有額外的上訴權利。

如果您的 2 級上訴由 IRO 受理，則僅當您希望享受的服務或用品的金額數值達到特定最低金額時，您方可再次上訴。ALJ 或律師審裁官會處理 3 級上訴。您自 IRO 收到的信函會解釋您可能享有的額外上訴權利。

您從州政府聽證會證部門收到的信函會介紹接下來的上訴選項。

請參閱第 J 節 (將您的上訴提升至 2 級以上)，瞭解有關您在第 2 級之後的上訴權利的更多資訊。

F5. 付款問題

我們不允許網絡醫療服務提供者針對承保服務和用品向您收費。即使我們支付給醫療服務提供者的費用低於醫療服務提供者針對承保服務或用品所收取的費用，此規定也適用。您永遠不需要支付任何帳單的餘額。

如果您收到承保服務和用品的帳單，請將帳單發送給我們。您不應該自行支付帳單費用。我們會直接聯絡醫療服務提供者以解決問題。如果您支付了帳單費用，並且遵循了獲取服務或用品的規則，您則可以自本計劃獲得退款。

如需更多資訊，請參閱會員手冊第 7 章。其中會說明您可能需要要求我們償還您的款項或支付您從醫療服務提供者處所收到之帳單費用的情況。其中也會說明如何向我們發送要求我們付款的文件。

如果您要求退款，您就是在要求我們做出承保決定。我們將會確認您已付款的服務或用品是否屬於承保範圍，以及您是否遵循了使用承保的所有規則。

- 如果您已付款的服務或用品屬於承保範圍且您遵循了所有規則，我們通常則會在收到您的要求後 30 個曆日內 (但不晚於 60 個曆日) 向您的醫療服務提供者提供服務或用品的付款款項。然後，您的醫療服務提供者會將款項發送給您。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果您尚未支付服務或用品的費用，我們將直接將款項發送給醫療服務提供者。如果我們發送款項，就相當於對您的承保決定要求表示**同意**。
- 如果該服務或用品不屬於承保範圍，或者您沒有遵循所有規則，我們則將向您發送一封信函，告知您我們不會支付該服務或用品的費用，並解釋原因。

如果您不同意我們不付款的決定，**您可以提出上訴**。請遵循**第 F3 節**中描述的上訴流程 (*提出 1 級上訴*)。當您按照這些說明進行操作時，請注意：

- 如果您要求我們退款，我們必須在收到您的上訴後 30 個曆日內答覆您。
- 如果您要求我們針對您獲得並自行支付費用的醫療照護補償您，您不能要求快速上訴。

如果我們對您上訴的答覆是**拒絕**，並且 **Medicare** 通常承保該服務或用品，我們則會將您的個案發送給 **IRO**。如果發生這種情況，我們會寫信給您。

- 如果 **IRO** 推翻我們的決定並要求我們向您付款，我們必須在 30 個曆日內將款項發送給您或醫療服務提供者。如果在第 2 級之後上訴流程的任何階段，您所收到之針對您上訴的答覆為**同意**，我們則必須在 60 個曆日內向您或醫療保健服務提供者付款。
- 如果 **IRO** 對您的上訴表示**拒絕**，則表示他們同意我們不應批准您的請求。這稱為「維持決定」或「拒絕上訴」。您將收到一封信函，解釋您可能享有的額外上訴權利。有關額外上訴級別的更多資訊，請參閱**第 J 節**。

如果我們對您上訴的答覆是**拒絕**，並且 **Medi-Cal** 通常承保該服務或用品，您則可以自行提交 2 級上訴。請參閱**第 F4 節**瞭解更多資訊。

G. Medicare D 部分處方藥

您身為本計劃會員的福利包含許多處方藥的承保。如需納入承保範圍，藥物必須用於醫學上可接受的適應症。有一些藥物 Medicare D 部分不提供承保，但 Medi-Cal 可能提供承保。**本節僅適用於 Medicare D 部分藥物上訴**。我們將在本節的其餘部分中說使用「藥物」一詞，而不是每次都使用「Medicare D 部分藥物」。對於僅由 Medi-Cal 承保的藥物，請遵循**第 E 節**中的流程。

要獲得承保，該藥物必須用於醫學上可接受的適應症。這意味著該藥物已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准或某些醫學參考文件的支持。請參閱**會員手冊第 5 章**，瞭解有關醫學上可接受的適應症的更多資訊。

G1. Medicare D 部分承保決定和上訴

以下是您要求我們就您的 Medicare D 部分藥物做出承保決定的範例：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您要求我們做出例外處理，包括要求我們：
 - 承保不在本計劃藥物清單上的 Medicare D 部分藥物，或者
 - 對我們的藥物承保設定限制 (例如：對您可獲得的藥量的限制)
- 您詢問我們您的某種藥物是否屬於承保範圍 (例如：當您的藥物在本計劃的藥物清單上，但我們必須在提供承保之前先為您批准)

備註：如果您的藥房告訴您他們無法按照原本開立的方式配藥，藥房會向您發出書面通知，說明如何聯絡我們以要求我們做出承保決定。

關於您 Medicare D 部分藥物的初始承保決定稱為「**承保判定**」。

- 您要求我們支付您已購買的藥物的費用。這是指要求我們做出有關付款的承保決定。

如果您不同意我們所做的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。本節會告訴您該如何要求我們做出承保決定以及如何提出上訴。請使用下方圖表幫助您。

您處於下列哪種情況？

您需要的藥物不在我們的藥物清單中，或需要我們對我們承保的藥物取消相關規則或限制。 您可以要求我們進行例外處理。(這是承保決定的一種類型。) 請從第 G2 節開始，然後參閱第 G3 和 第 G4 節。	您希望我們承保藥物清單上的藥物，並且您認為您符合所需藥物的計劃規則或限制 (例如提前獲得批准)。 您可以要求我們做出承保決定。 請參閱第 G4 節。	您希望要求我們償還您已經購買並且付款的藥物費用。 您可以要求我們向您退款。(這是承保決定的一種類型。) 請參閱第 G4 節。	我們告訴您，我們不會按照您希望的方式承保藥物或支付藥物費用。 您可以提出上訴。(這意味著您要求我們重新考慮。) 請參閱第 G5 節。
---	---	---	---

G2. Medicare D 部分例外處理

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

當您要求進行例外處理時，您的醫生或其他處方師需要解釋您需要進行例外處理的醫療原因。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

要求承保不在我們藥物清單上的藥物或取消對藥物的限制有時稱為要求進行「處方集例外處理」。

以下是您或您的醫生或其他處方師可以要求我們做出的一些例外處理的範例：

1. 承保不在我們藥物清單上的藥物

- 對於所需支付的藥物自付費用，您不能獲得例外處理。

2. 取消對承保藥物的限制

- 額外的規則或限制適用於我們藥物清單上的某些藥物 (請參閱您會員手冊的**第 5 章**以瞭解更多資訊)。
- 某些藥物的額外規則和限制包括：
 - 被要求使用普通藥，而不用品牌藥。
 - 您在我們同意為您承保藥物之前，請事先獲得我們的批准。這有時稱為「事先授權 (PA)」。
 - 在我們同意承保您要求的藥物之前，需要先嘗試另一種藥物。這有時稱為「階段療法」。
 - 藥量限制。對於某些藥物，您可以服用的藥物數量設有限制。

G3. 關於要求進行例外處理的重要事項

您的醫生或其他處方師必須告訴我們醫療原因。

您的醫生或其他處方師必須向我們提供一份聲明，解釋要求進行例外處理的醫療原因。如需我們更快做出決定，請在要求進行例外處理時附上您醫生或其他處方師提供的醫療資訊。

我們的藥物清單通常包括不只一種用於治療特定病症的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物一樣有效，並且不會導致更多副作用或其他健康問題，我們通常**不會**批准您的例外處理請求。

我們可能會同意或拒絕您的請求。

- 如果我們**同意**您的例外處理請求，則例外處理通常會持續到日曆年年底。只要您的醫生繼續為您開藥並且該藥物對於治療您的病症仍然安全有效，例外處理則會在此期間持續。
- 如果我們**拒絕**您的例外處理請求，您可以提出上訴。請參閱**第 G5 節 (提出 1 級上訴)**，瞭解有關在我們拒絕時提出上訴的資訊。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

下一節將告訴您如何要求我們做出承保決定，包括例外處理。

G4. 要求我們做出承保決定，包括例外處理

- 請致電 1-877-273-IEHP (4347)、寫信或傳真給我們，詢問您想要的承保決定類型。您、您的代表或您的醫生 (或其他處方師) 可以採取此行動。請註明您的姓名、聯絡資訊以及有關理賠的資訊。
- 您或您的醫生 (或其他處方師) 或代表您行事的其他人可以要求我們做出承保決定。您也可請律師代表您行事。
- 請參閱第 E3 節 (承保決定和上訴方面的幫助)，瞭解如何指定某人擔任您的代表。
- 您無需向您的醫生或其他處方師提供書面許可，即可讓其代表您要求我們做出承保決定。
- 如果您想要求我們償還您的藥物費用，請參閱您會員手冊的第 7 章。
- 如果您要求進行例外處理，請給我們一份「佐證聲明」。佐證聲明包括您的醫生或其他處方師提出例外處理請求的醫療原因。
- 您的醫生或其他處方師可以將佐證聲明傳真或郵寄給我們。他們也可以透過電話告訴我們，然後傳真或郵寄聲明。

如果您的健康狀況需要，請要求我們做出「快速承保決定」。

除非我們同意使用「快速截止日期」，否則我們將使用「標準截止日期」。

- **標準承保決定**表示我們會在收到您醫生的聲明後 72 小時內答覆您。
- **快速承保決定**表示我們會在收到您醫生的聲明後 24 小時內答覆您。

「快速承保決定」稱為「**特急承保決定**」。

如果滿足以下條件，您則可以獲得快速承保決定：

- 相關請求涉及您未獲得的藥物。如果您要求我們償還您已購買的藥物，您將無法獲得快速承保決定。
- 如果我們使用標準期限，您的健康或機能將受到嚴重損害。

如果您的醫生或其他處方師告訴我們您因為您的健康狀況而需要獲得快速承保決定，我們則會同意並為您提供快速承保決定。我們將與您聯繫並告知您情況。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果您在沒有醫生或其他處方師佐證的情況下要求我們做出快速承保決定，我們將決定您是否可以獲得快速承保決定。
- 如果我們認為您的健康狀況不符合快速承保決定的要求，我們將使用標準期限。
- 我們會向您發送一封信，告訴您我們將使用標準截止日期。這封信也會告訴您該如何對我們的決定提出投訴。
- 您可以提交快速投訴並在 24 小時內獲得回應。有關投訴 (包括快速投訴) 的更多資訊，請參閱第 K 節 (如何投訴)。

快速承保決定的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的請求後 24 小時內答覆您。如果您要求進行例外處理，我們會在收到醫生的佐證聲明後 24 小時內答覆您。如果您的健康需要，我們會儘快答覆您。
- 如果我們未能在該截止日期前答覆您，我們將您的請求發送至上訴流程的第 2 級，以供 IRO 審查。有關 2 級上訴的更多資訊，請參閱第 G6 節 (提出 2 級上訴)。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您醫生的佐證聲明後 24 小時內為您提供承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函並說明原因。這封信還告訴您該如何提出上訴。

針對您未獲得的藥物做出標準承保決定的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您的請求後 72 小時內答覆您。如果您要求進行例外處理，我們會在收到醫生的佐證聲明後 72 小時內答覆您。如果您的健康需要，我們會儘快答覆您。
- 如果我們未能在該截止日期前答覆您，我們將您的請求發送至上訴流程的第 2 級，以供 IRO 審查。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您醫生對例外處理的佐證聲明後 72 小時內為您提供承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函並說明原因。這封信還告訴您該如何提出上訴。

針對您已購買的藥物做出標準承保決定的截止日期



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 我們必須在收到您請求後的 **14 個曆日**內答覆您。
- 如果我們未能在該截止日期前答覆您，我們會將您的請求發送至上訴流程的**第 2 級**，以供 IRO 審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部要求，我們將在 **14 個曆日**內向您退款。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函並說明原因。這封信還告訴您該如何提出上訴。

G5. 提出 1 級上訴

對本計劃有關 Medicare D 部分藥物承保決定的上訴稱為計劃「**重新裁決**」。

- 開始您的**標準或快速上訴**，請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)、寫信或傳真給我們。您、您的代表或您的醫生 (或其他處方師) 可以採取此行動。請註明您的姓名、聯絡資訊以及有關您上訴的資訊。
- 您必須在我們向您發送決定通知函之日起 **60 個曆日**內提出上訴。
- 如果您錯過了截止日期並且有充分理由，我們可能會給您更多時間來提出上訴。充分理由的例子包括您患有嚴重疾病或我們向您提供了關於截止期限的錯誤資訊。當您提出上訴時，請解釋上訴延遲的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴資訊的免費副本。您和您的醫生也可以向我們提供更多資訊來支持您的上訴。

如果您的健康需要，請要求快速上訴。

快速上訴也稱為「**特急重新裁決**」。

- 如果您對我們針對您未獲得的藥物所做的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方師將決定您是否需要快速上訴。
- 快速上訴的要求與快速承保決定的要求相同。如需詳細資訊，請參閱**第 G4 節 (要求我們做出承保決定，包括例外處理)**。

我們會考慮您的上訴並給予您答覆。

- 我們會審查您的上訴，並再次仔細查看有關您承保請求的所有資訊。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果我們**拒絕**您的請求，我們會查看我們是否遵循了相關規則。
- 我們可能會與您或您的醫生或其他處方師聯絡以取得更多資訊。

1 級快速上訴的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。
- 如果您的健康需要，我們會儘快答覆您。
 - 如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們則必須將您的請求發送至上訴流程的第 2 級。然後 IRO 會對其進行審查。請參閱第 G6 節 (提出 2 級上訴)，瞭解有關審查組織和 2 級上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函解釋原因並告訴您該如何提出上訴。

1 級標準上訴的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您針對您未獲得的藥物的上訴後在 **7 個曆日內** 給您答覆。
- 如果您沒有獲得該藥物並且您的健康狀況需要，我們會儘快為您做出決定。如果您認為您的健康需要，請要求快速上訴。
- 如果我們沒有在 7 個曆日內為您做出決定，我們必須將您的請求發送至上訴流程的第 2 級。然後 IRO 會對其進行審查。請參閱第 G6 節 (提出 2 級上訴)，瞭解有關審查組織和 2 級上訴流程的資訊。

如果我們**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須儘快根據您的健康需求**提供**我們同意提供的**承保**，但**不得晚於**我們收到您的上訴後 **7 個曆日**。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內**向**您發送**您所購買之藥物的**款項**。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求：

- 我們會向您發送一封信函解釋原因，並告訴您該如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後 **14 個曆日內**向**您提供**關於償還您所購買之藥物費用的答覆。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果我們未在 14 個曆日內給您決定，我們必須將您的請求發送至上訴流程的第 2 級。然後 IRO 會對其進行審查。請參閱第 G6 節 (提出 2 級上訴)，瞭解有關審查組織和 2 級上訴流程的資訊。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的請求後 30 個曆日內向您付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函解釋原因並告訴您該如何提出上訴。

G6. 提出 2 級上訴

如果我們拒絕您的 1 級上訴，您可以接受我們的決定或再次提出上訴。如果您決定再次提出上訴，您可以使用 2 級上訴流程。如果我們拒絕您的第一次上訴，IRO 會審查我們的決定。該組織會決定我們是否應該改變我們的決定。

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

要提出 2 級上訴，您、您的代表或您的醫生或其他處方師必須以書面形式聯繫 IRO，並要求對您的個案進行審查。

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，我們向您發送的信函將包含有關如何向 IRO 提出 2 級上訴的說明。這些說明會告訴您，誰可以提出 2 級上訴、您必須遵循的截止日期以及如何聯絡該組織。
- 當您向 IRO 提出上訴時，我們會將所持有之有關您上訴的資訊發送給該組織。這些資訊稱為您的「個案檔案」。您有權獲得您個案檔案的免費副本。如果您需要協助索取案件檔案的免費副本，請致電 1-877-273-IEHP (4347)。
- 您有權向 IRO 提供額外資訊來支持您的上訴。

IRO 會審查您的 Medicare D 部分 2 級上訴並給您書面答覆。有關 IRO 的更多資訊，請參閱第 F4 節 (提出 2 級上訴)。

2 級快速上訴的截止日期

如果您的健康需要，請向 IRO 要求快速上訴。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴請求後 72 小時內給您答覆。
- 如果他們同意您的部分或全部請求，我們必須在獲得 IRO 的決定後 24 小時內提供批准的藥物承保。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

2 級標準上訴的截止日期

如果您在進行 2 級標準上訴，IRO 必須在以下期限內答覆您：

- 在他們收到您針對您未獲得的藥物的上訴後 **7 個曆日內**。
- 在收到您針對您所購買之藥物的退款上訴後 **14 個曆日內**。

如果 IRO 同意您的部分或全部請求：

- 我們必須在收到 IRO 的決定後 **72 小時內**提供批准的藥物承保。
- 我們必須在收到 IRO 的決定後 **30 個曆日內**償還您所購買之藥物的費用。
- 如果 IRO **拒絕**您的上訴，則表示他們同意我們不批准您的請求的決定。這稱為「維持決定」或「拒絕上訴」。

如果 IRO **拒絕**您的 2 級上訴，並且您要求之藥物承保的金額符合最低金額，您則有權提出 3 級上訴。如果您要求之藥物承保的金額低於最低要求，您則無法再次提出上訴。在這種情況下，2 級上訴決定為最終決定。IRO 會向您發送一封信，告知您繼續進行 3 級上訴所需的最低金額。

如果您請求的金額符合要求，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 在第 2 級之後，上訴流程還有另外三個層級。
- 如果 IRO **拒絕**您的 2 級上訴，並且您符合繼續上訴流程的要求，您：
- 可決定您是否要提出 3 級上訴。
- 請參閱 IRO 在您提出 2 級上訴後向您發送的信函，瞭解有關如何提出 3 級上訴的詳細資訊。

ALJ 或律師審裁官會處理 3 級上訴。有關 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱第 J 節 (將您的上訴提升至 2 級以上)。

H. 要求我們承保更長時間的住院

當您入院時，您有權獲得我們承保的診斷和治療您的疾病或受傷所需的所有醫院服務。有關本計劃醫院承保的更多資訊，請參閱您 *會員手冊* 的第 4 章。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員會與您一起為您出院的那一天做好準備。他們也會幫助安排您出院後可能需要的照護。

- 您出院的那一天稱為您的「出院日期」。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您的醫生或醫院工作人員會告訴您出院日期。

如果您認為您被要求過早出院或您擔心出院後的照護事宜，您可以要求延長住院時間。本節會告訴您該如何提出要求。

儘管有本 **H 節** 中討論到的上訴，您也可以向 **DMHC** 提出投訴並要求 **DMHC** 進行獨立醫療審查以繼續您的住院治療。請參閱**第 F4 節**，瞭解如何向 **DMHC** 提出投訴並要求 **DMHC** 進行獨立醫療審查。作為 3 級上訴的補充或替代，您可以要求進行獨立醫療審查。

H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您入院後的兩天內，醫院的某個人 (例如護士或社工) 會向您發出書面通知，名為「**Medicare** 關於您權利的重要資訊」。每個參加 **Medicare** 的人在入院時都會收到一份此通知的副本。

如果您沒有收到通知，請向醫院工作人員索取。如果您需要協助，請撥打頁面底部的號碼聯絡會員服務部。您也可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

- **請仔細閱讀通知**，如有不懂的地方請提問。該通知會告訴您身為醫院患者的權利，包括您的以下權利：
- 在住院期間和住院後可獲得 **Medicare** 承保的服務。您有權知道這些服務是什麼服務、誰將為這些服務付費，以及您可以在哪裡獲得這些服務。
- 參與有關住院時間長短的任何決定。
- 瞭解該向何處報告您對醫院照護品質的任何疑慮。
- 如果您認為自己被要求過早出院，可提出上訴。
- **簽署通知**以表明您已收到通知並瞭解您的權利。
- 您或代表您行事的人可以簽署該通知。
- 簽署通知**僅**表明您已瞭解有關您權利的資訊。簽名**並不**意味著您同意您的醫生或醫院工作人員可能已告訴您的出院日期。
- **保留已簽名通知的副本**，以便在需要時可查看相關資訊。

如果您在出院前兩天前簽署通知，您將在出院前收到另一份副本。

如果您符合以下條件，您可以提前查看通知副本：

- 請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 請造訪 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

H2. 提出 1 級上訴

如果您希望我們承保您的住院服務更長時間，請提出上訴。品質改進組織 (QIO) 會審查 1 級上訴，以確定您的計劃出院日期在醫學上是否適合您。

QIO 是由聯邦政府支付費用的醫生和其他醫療保健專業人士所組成的團體。這些專家會檢查並幫助提升享有 Medicare 民眾所獲得的服務品質。他們不屬於本計劃的一部分。

在加州，QIO 是 Livanta 受益人和家庭為中心的照護 (BFCC) 品質改進組織 (QIO)。請致電 1-877-588-1123 與他們聯絡。聯絡資訊也位於通知「Medicare 關於您權利的重要資訊」和第 2 章中。

請在您出院前且不晚於您計劃出院日期致電 QIO。

- 如果您在出院前致電，您可以在計劃出院日期後留在醫院，無需支付費用，與此同時等待 QIO 對您的上訴做出決定。
- 如果您沒有致電提出上訴，並且您決定在計劃出院日期後留在醫院，您可能需要支付計劃出院日期後住院治療的所有費用。
- 由於住院費用由 Medicare 和 Medi-Cal 共同承保，如果品質改進組織不受理您希望繼續住院的請求，或者您認為您的情況緊急，對您的健康構成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，您也可以向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴，或要求其進行獨立醫療審查。請參閱第 F4 節，瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

如果需要，請尋求協助。如果您在任何時候有疑問或需要協助：

- 請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
- 請致電 1-800-434-0222 聯絡健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)。

要求進行快速審查。迅速採取行動並聯絡 QIO，要求快速審查您的出院情況。

「快速審查」的法律術語是「立即審查」或「特急審查」。

快速審查期間會發生什麼



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- QIO 的審查人員會詢問您或您的代表為什麼您認為承保應在計劃出院日期後繼續。您可以寫一份聲明，但並非必須。
- 審查人員會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查醫院和本計劃向他們提供的資訊。
- 在審查人員將您的上訴告訴本計劃後的第二天中午，您會收到一封包含您計劃出院日期的信函。這封信也會說明為什麼您的醫生、醫院和我們認為這是在醫學上適合您的適當出院日期。

本書面解釋的法律術語是「**詳細出院通知**」。您可以撥打頁面底部的號碼聯絡會員服務部，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得樣本，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。(TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。) 您也可以線上參閱範例通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

在獲得所需的所有資訊後的一整天內，QIO 將針對您的上訴提供答覆。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 只要服務具有醫療必要性，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

如果 QIO **拒絕**您的上訴：

- 他們認為您的計劃出院日期在醫學上是合適的。
- 我們對您住院服務的承保將於 QIO 針對您的上訴做出答覆後的第二天中午結束。
- 在 QIO 就您的上訴做出答覆後的第二天中午之後，您可能需要支付住院治療的全部費用。
- 如果 QIO 駁回您的 1 級上訴**並且**您在計劃出院日期後留在醫院，您可以提出 2 級上訴。

H3. 提出 2 級上訴

對於 2 級上訴，您將要求 QIO 再次審查他們對您的 1 級上訴所做的決定。請致電 1-877-588-1123 與他們聯絡。

您必須在 QIO **拒絕**您的 1 級上訴之日後 **60 個曆日內**要求進行此審查。**只有**當您遇到以下情況時，您才可以要求進行此審查：您在照護承保結束後留在醫院。

QIO 審查人員將：



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 再次仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後 14 個曆日內，告訴您他們針對您 2 級上訴的決定。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 我們必須自 QIO 駁回您的 1 級上訴之日後次日中午起向您償還我們分攤的醫院照護費用。
- 只要服務具有醫療必要性，我們就會為您提供承保的醫院住院服務。

如果 QIO 拒絕您的上訴：

- 他們同意關於您 1 級上訴的決定，並且不會改變決定。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出 3 級上訴，可以怎麼做。
- 您也可以向 DMHC 提出投訴或要求 DMHC 進行獨立醫療審查以繼續住院。請參閱第 F4 節，瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

ALJ 或律師審裁官會處理 3 級上訴。有關 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱第 J 節 (將您的上訴提升至 2 級以上)。

I. 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅介紹您可能獲得的三種類型的服務：

- 居家醫療保健服務
- 在專業護理機構中提供的專業護理，和
- 在 Medicare 批准的 CORF 以門診病人身分接受的復健照護。這通常意味著您正在接受針對疾病或意外事故的治療，或者在大手術後正在恢復。

對於這三種類型服務中的任何一種，只要醫生表示您需要，您就有權獲得承保服務。

當我們決定停止承保其中任何一項時，我們必須在您的服務結束之前告訴您。當您針對該服務的承保結束時，我們將停止支付費用。

如果您認為我們過早結束您的照護承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節會告訴您如何提出上訴。

II. 在您的承保結束前提前通知



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

我們會向您發送一份書面通知，您將在我們停止支付您的照護費用之前至少兩天收到該通知。這稱為「Medicare 不承保通知」。該通知會告訴您我們停止承保您照護的日期以及該如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在通知上簽名，以表明您已收到通知。簽署通知**僅**表明您已收到相關資訊。簽名**並不代表**您同意我們的決定。

12. 提出 1 級上訴

如果您認為我們過早結束您的照護承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節會向您介紹 1 級上訴流程以及該怎麼做。

- **遵循截止日期。**截止日期十分重要。瞭解並遵循截止日期，在此之前完成您必須採取的行動。本計劃也必須遵循截止日期。如果您認為我們沒有遵循截止日期，您可以提出投訴。請參閱**第 K 節 (如何投訴)**，瞭解關於投訴的更多資訊。
- **如果需要，請尋求協助。**如果您在任何時候有疑問或需要協助：
- 請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
- 請致電 1-800-434-0222 聯絡 HICAP。
- **聯絡 QIO。**
- 請參閱**第 H2 節 (提出 1 級上訴)**或參閱您**會員手冊**的**第 2 章**，瞭解有關 QIO 的更多資訊以及如何聯絡他們。
- 要求他們審查您的上訴並決定是否更改本計劃的決定。
- **迅速採取行動並要求進行「快速上訴」。**詢問 QIO，從醫學角度來看，我們終止您的醫療服務承保是否適當。

您聯絡該組織的截止日期

- 您必須在我們向您發送的「Medicare 不承保通知」生效日期前一天中午之前聯絡 QIO 開始上訴。
- 如果品質改進組織不受理您希望繼續獲得您醫療保健承保的請求，或者您認為您的情況緊急，或對您的健康構成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，您可以要求加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱**第 F4 節**，瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

書面通知的法律術語是「**Medicare 不承保通知**」。若要取得樣本副本，請撥打頁面底部的號碼聯絡會員服務部，或致電 Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您也可以在线上取得副本：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices。

快速上訴期間會發生什麼

- QIO 的審查人員會詢問您或您的代表為什麼您認為承保應該繼續。您可以寫一份聲明，但並非必須。
- 審查人員會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查醫院和本計劃向他們提供的資訊。
- 本計劃也會向您發送書面通知，解釋我們終止為您提供服務承保的原因。您會在審查人員通知我們您的上訴當天結束時收到通知。

通知解說的法律術語是「**不承保的詳細解說**」。

- 審查人員會在獲得所需的所有資訊後一天內做出決定。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 只要具有醫療必要性，我們就會為您提供承保服務。

如果 QIO **拒絕**您的上訴：

- 您的承保將於我們告訴您的日期結束。
- 我們在通知中的日期停止支付我們應承擔的照護費用。
- 如果您決定在承保結束後繼續接受居家醫療保健、專業護理機構照護或 CORF 服務，則您需要自行支付此項照護的全部費用
- 您需要決定是否要繼續這些服務並提出 2 級上訴。

13. 提出 2 級上訴

對於 2 級上訴，您將要求 QIO 再次審查他們對您的 1 級上訴所做的決定。請致電 1-877-588-1123 與他們聯絡。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

您必須在 **QIO 拒絕**您的 1 級上訴之日後 **60 個曆日**內要求進行此審查。只有當您遇到以下情況時，您才可以要求進行此審查：您在照護承保結束之日後繼續接受照護。

QIO 審查人員將：

- 再次仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後 14 個曆日內，告訴您他們針對您 2 級上訴的決定。

如果 QIO **同意**您的上訴：

- 我們會向您償還自我們表示您的承保將終止之日起您所獲得之照護費用的份額。
- 只要具有醫療必要性，我們就會提供照護承保。

如果 QIO **拒絕**您的上訴：

- 他們同意我們終止您照護的決定並且不會改變決定。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出 3 級上訴，可以怎麼做。
- 您可以向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查，以繼續承保您的醫療保健服務。請參閱第 F4 節，瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。作為 3 級上訴的補充或替代，您可以向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查

ALJ 或律師審裁官會處理 3 級上訴。有關 3 級、4 級和 5 級上訴的資訊，請參閱第 J 節 (將您的上訴提升至 2 級以上)。

J. 將您的上訴提升至 2 級以上

J1. 針對 Medicare 服務和用品的後續步驟

如果您針對 Medicare 服務或用品提出了 1 級上訴和 2 級上訴，而兩項上訴均被駁回，您可能有权提出額外級別的上訴。

如果您上訴之 Medicare 服務或用品的價值未達到特定的最低金額，您則無法進一步上訴。如果價值夠高，您可以繼續上訴流程。您從 IRO 收到之有關 2 級上訴的信函會解釋該聯絡誰以及如何要求進行 3 級上訴。

3 級上訴

上訴流程的第 3 級是 ALJ 聽證會。做出決定的人是 ALJ 或為聯邦政府工作的律師審裁官。

如果 ALJ 或律師審裁官**同意**您的上訴，我們有權就對您有利的 3 級決定提出上訴。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 如果我們決定對相關決定**提出上訴**，我們會向您發送 4 級上訴請求的副本以及任何隨附文件。我們可能會等待 4 級上訴決定，然後再授權或提供有爭議的服務。
- 如果我們決定**不對**相關決定**提出上訴**，我們必須在收到 ALJ 或律師審裁官的決定後 60 個曆日內提供授權或為您提供服務。
- 如果 ALJ 或律師審裁官**拒絕**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。
- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您如何進行 4 級上訴。

4 級上訴

Medicare 上訴委員會 (委員會) 會審查您的上訴並給您答覆。該委員會屬於聯邦政府的一部分。

如果委員會**同意**您的 4 級上訴或拒絕我們審查對您有利的 3 級上訴決定的請求，我們有權進行 5 級上訴。

- 如果我們決定對相關決定**提出上訴**，我們將以書面形式通知您。
- 如果我們決定**不對**該決定**提出上訴**，我們必須在收到委員會的決定後 60 個曆日內提供授權或為您提供服務。

如果委員會**拒絕**我們的審查請求，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可能可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行 5 級上訴以及該怎麼做。

5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**拒絕**。這是最終決定。在聯邦地方法院之上，沒有其他上訴級別。

J2. 額外 Medi-Cal 上訴

如果您的上訴涉及 Medi-Cal 通常承保的服務或用品，您也享有其他上訴權利。您從州政府聽證會部門收到的信函將告訴您，如果您想繼續上訴流程該怎麼做。

J3. 針對 Medicare D 部分藥物請求的 3、4 和 5 級上訴



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

如果您提出了 1 級上訴和 2 級上訴，而您的兩項上訴均被駁回，則本部分可能適合您。

如果您上訴的藥物的價值達到一定的金額，您可能可以繼續進行額外級別的上訴。您收到的 2 級上訴書面答覆會解釋該聯絡誰以及如何要求進行 3 級上訴。

3 級上訴

上訴流程的第 3 級是 ALJ 聽證會。做出決定的人是 ALJ 或為聯邦政府工作的律師審裁官。

如果 ALJ 或律師審裁官**同意**您的上訴：

- 上訴流程就此結束。
- 我們必須在 72 小時內 (特急上訴則在 24 小時內) 提供授權或提供批准的藥物承保，或在收到決定後不遲於 30 個曆日內付款。

如果 ALJ 或律師審裁官**拒絕**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您如何進行 4 級上訴。

4 級上訴

委員會將審查您的上訴並給您答覆。該委員會屬於聯邦政府的一部分。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴流程就此結束。
- 我們必須在 72 小時內 (特急上訴則在 24 小時內) 提供授權或提供批准的藥物承保，或在收到決定後不遲於 30 個曆日內付款。

如果委員會**拒絕**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可能可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行 5 級上訴以及該怎麼做。

5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意或拒絕**。這是最終決定。在聯邦地方法院之上，沒有其他上訴級別。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

K. 如何提出投訴

K1. 哪些類型的問題屬於投訴

投訴流程僅適用於某些類型的問題，例如與照護品質、等待時間、護理協調和客戶服務相關的問題。以下是投訴流程處理的問題類型的範例。

投訴	範例
您醫療照護的品質	您對照護 (例如：您在醫院獲得的照護) 品質不滿意。
尊重您的隱私	您認為有人不尊重您的隱私權，或分享有關您的保密資訊。
不尊重、客戶服務不佳或其他負面行為	- 醫療保健服務提供者或工作人員對您態度粗魯或不尊重。 - 我們的工作人員對待您的方式不佳。 - 您認為我們讓您自本計劃中退保。
殘障便利設施和語言協助	- 您無法親自使用醫生或醫療服務提供者診所的醫療保健服務和設施。 - 您的醫生或或醫療服務提供者不為您所說的非英語語言 (例如美國手語或西班牙語) 提供口譯員。 - 您的醫療服務提供者不為您提供您需要和要求的其他合理便利設施。
等候時間	- 您很難約到看診時間或等待時間太長。 - 醫生、藥劑師或其他健康專業人士、會員服務部或其他計劃工作人員讓您等待太久。
清潔衛生	您認為診所、醫院或醫生辦公室不乾淨。
您從我們這裡獲取的資訊	- 您認為我們未能向您提供您本應收到的通知或信函。 - 您認為我們發送給您的書面資訊太難理解。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

投訴	範例
與承保決定或上訴相關的及時性	- 您認為我們沒有在截止日期內做出承保決定或對您的上訴提供答覆。 - 您認為，在獲得對您有利的承保或上訴決定後，我們未在截止日期內批准服務或向您提供服務，或沒有向您償還某些醫療服務的費用。 - 您認為我們沒有按時將您的個案發送給 IRO。

投訴有不同類型。您可以提出內部投訴和 / 或外部投訴。內部投訴將提交給本計劃並由本計劃進行審查。外部投訴將提交給不屬於本計劃的組織並由其進行審查。如果您需要協助提出內部和 / 或外部投訴，您可以致電 IEHP DualChoice 會員服務部，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。

「投訴」的法律術語是「申訴」。

「提出投訴」的法律術語是「提出申訴」。

K2. 內部投訴

如需提出內部投訴，請致電會員服務部：1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)。您可以隨時提出投訴，涉及 Medicare D 部分藥物的情況除外。如果投訴涉及 Medicare D 部分藥物，您必須在出現要投訴的問題後 **60 個曆日**內提出。

- 如果您還有需要採取的任何行動，會員服務部會告訴您。
- 您也可以寫下您的投訴並發送給我們。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式對您的投訴做出回覆。
- 您可以使用我們的「會員上訴和申訴表」，該表可在我們的網站上找到：www.iehp.org。我們的所有醫療服務提供者都有該表格，或者我們也可以將表格郵寄給您。您也可以在線上提出申訴。您可以向 IEHP DualChoice 醫療服務提供者提供填妥的表格，或將其發送至下列地址：

IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 有關我們流程的詳細說明 (包括時限)，請造訪我們的網站：www.iehp.org，或聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。

「快速投訴」的法律術語是「特急申訴」。

如果可能，我們會立即答覆您。如果您致電我們提出投訴，我們也許可以在同一通電話通話中答覆您。如果您的健康狀況需要我們快速答覆，我們就會快速答覆。

- 我們會在 30 個曆日內對大多數投訴做出答覆。如果我們因需要更多資訊而未在 30 個曆日內做出決定，我們會以書面形式通知您。我們也會提供狀態更新和預計獲得答覆的時間。
- 如果您因我們拒絕您的「快速核保決定」或「快速上訴」請求而提出投訴，我們會自動同意您「快速投訴」並在 24 小時內對您的投訴做出答覆。
- 如果您因我們花費額外時間才做出承保決定或上訴而提出投訴，我們會自動同意您「快速投訴」，並在 24 小時內對您的投訴做出答覆。

如果我們不同意您的部分或全部投訴，我們會告訴您並說明原因。無論我們是否同意投訴，我們都會做出回應。

K3. 外部投訴

Medicare

您可以將您的投訴告知 Medicare 或將其發送給 Medicare。Medicare 投訴表可在以下網址取得：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。在向 Medicare 提出投訴之前，您無需向 IEHP DualChoice 提出投訴。

Medicare 會認真對待您的投訴，並使用這些資訊來幫助提升 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他回饋意見或疑慮，或您認為健保計劃並未解決您的問題，您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。這是免費電話。

Medi-Cal

您可以致電 1-888-452-8609 向加州醫療保健服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式照護監察員提出投訴。TTY 使用者可致電 711。請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間致電。

您可以向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責監管健保計劃。您可以致電



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

DMHC 幫助中心尋求有關 Medi-Cal 服務投訴的協助。對於非緊急事項，如果您不同意 1 級上訴中的決定，或者計劃在 30 個曆日後仍未解決您的投訴，您可以向 DMHC 提出投訴。但是，如果您有以下情況，您可以聯絡 DMHC，而無需提交 1 級上訴：如果您需要協助處理涉及緊急問題的投訴或是會對您健康造成立即且嚴重威脅的投訴、您感到劇烈疼痛、您對本計劃針對您投訴所做的決定有異議，或者本計劃在 30 個曆日後仍未解決您的投訴。

以下是透過幫助中心取得幫助的兩種方式：

- 致電 1-888-466-2219。失聰、聽障或語障人士可使用免費 TTY 使用者專線 1-877-688-9891。這是免費電話。
- 造訪醫療保健計劃管理局的網站 (www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室 (OCR)

如果您認為自己沒有受到公平對待，您可以向健康與公眾服務部 (HHS) OCR 投訴。例如，您可針對殘障便利設施或語言協助提出投訴。OCR 的電話號碼是 1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。您可以造訪 www.hhs.gov/ocr 瞭解更多資訊。

您也可以聯絡當地 OCR 辦公室：

U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
電話：1-800-368-1019
TDD 使用者專線：1-800-537-7697
傳真：1-415-437-8329

您也可能享有美國殘障人士法案 (ADA) 和民權機構規定的權利。您可以聯絡美國司法部民權司殘障人士權利科，電話：1-800-514-0301 (TTY 使用者：1-800-514-0383)。

QIO

當您的投訴涉及照護品質時，您有兩種選擇：

- 您可以就照護品質直接向 QIO 提出投訴。
- 您可以向 QIO 和本計劃提出投訴。如果您向 QIO 提出投訴，我們將與他們合作，一起解決您的投訴。

QIO 是由聯邦政府付費的一組執業醫生和其他醫療保健專家，負責檢查和改善為 Medicare 患者提供的照護。要瞭解有關 QIO 的更多資訊，請參閱第 H2 部分 (提出 1 級上訴) 或參閱您會員手冊的第 2 章。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

在加州，QIO 稱為 Livanta 受益人和家庭為中心的照護 (BFCC) 品質改進組織 (QIO)。Livanta BFCC-QIO 的電話號碼是 1-877-588-1123。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 10 章：終止您在本計劃的會員資格

簡介

本章會介紹您如何終止在本計劃的會員資格，以及您退出本計劃後的健康承保選項。如果您退出本計劃，只要您符合資格，您仍將參保 Medicare 和 Medi-Cal 計劃。重要用語及其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章中。

目錄

A. 您何時可以終止您在本計劃的會員資格	194
B. 如何終止您在本計劃的會員資格	195
C. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務.....	195
C1. 您的 Medicare 服務.....	195
C2. 您的 Medi-Cal 服務	198
D. 當您在本計劃的會員資格終止前您的醫療用品、服務和藥物	198
E. 導致您在本計劃會員資格終止的其他情況	198
F. 禁止因任何健康相關原因要求您退出本計劃的規則	199
G. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴	200
H. 如何獲取有關終止您在本計劃會員資格的更多資訊	200



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 您何時可以終止您在本計劃的會員資格

大多數擁有 Medicare 的人可以在一年中的特定時候終止其會員資格。由於您擁有 Medi-Cal，因此您可以選擇在一年中的任何月份終止您在本計劃的會員資格。

而且，您還可以在以下期間終止您在本計劃的會員資格：

- **年度參保期**，從 10 月 15 日持續到 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在本計劃的會員資格於 12 月 31 日結束，您在新計劃的會員資格於 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage (MA) 開放參保期**，從 1 月 1 日持續到 3 月 31 日，對於參保計劃的新 Medicare 受益人來說，從有權開始享受 A 部分和 B 部分的月份到有權享受 A 部分和 B 部分的第 3 個月的最後一天。如果您在此期間選擇新計劃，新計劃的會員資格將從下個月一號開始。

可能還有其他情況讓您有資格可變更您的參保。例如，當：

- 您搬離我們的服務區域，
- 您的 Medi-Cal 或額外補助資格發生改變，或者
- 您最近搬入或剛搬出護理機構或長期照護醫院，或目前正在其中接受照護。

您的會員資格將於我們收到您更改計劃的請求當月的最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的請求，則本計劃的承保將於 1 月 31 日終止。您的新承保從下個月的第一天開始 (在這個範例中為 2 月 1 日)。

如果您退出本計劃，您可以獲得以下資訊：

- **第 C1 節 (您的 Medicare 服務)** 表格中的 Medicare 選項。
- **第 C2 節 (您的 Medi-Cal 服務)** 表格中的 Medi-Cal 選項和服務。

您可以撥打本頁底部的號碼致電會員服務部，獲取有關如何終止您會員資格的更多資訊。也列出了 TTY 使用者可使用的電話號碼。

- **Medicare**，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。Health Care Options，電話：1-844-580-7272，週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。
- Medi-Cal 管理式照護監察員，電話：1-888-452-8609，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00，或發送電子郵件至 MMCDOMBudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

B. 如何終止您在本計劃的會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以參保另一個 Medicare 計劃或轉換到 Original Medicare。但是，如果您想從本計劃轉換到 Original Medicare，但尚未選擇單獨的 Medicare 處方藥計劃，您必須要求從我們的計劃退保。您可以透過兩種方式要求退保：

- 您可以向我們提出書面請求。如果您需要有關如何採取此行動的更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡會員服務部。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者 (聽障或語障人士) 應致電 1-877-486-2048。如果在 3 個月被視為持續符合資格的期間結束時而您仍然沒有資格獲得 Medi-Cal，此時您將被退保我們的計劃。有關在退出本計劃後獲得 Medicare 服務的更多資訊，請參與第 195 頁的圖表。
- 致電 Health Care Options，電話：1-844-580-7272，週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。
- 下方第 C 節包括您參保其他計劃可採取的步驟，參保其他計劃也將終止您在本計劃的會員資格。

C. 如何分別獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您選擇退出本計劃，您可以選擇如何獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務。

C1. 您的 Medicare 服務

您在年度中的任何月份可選擇透過以下所列的三種方式獲得 Medicare 服務。在年度中的特定時候，包括年度參保期和 **Medicare Advantage 開放參保期**或第 A 節中說明的其他情況，您還有以下所列的額外選項。選擇這些選項之一，您將自動終止您在本計劃的會員資格。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

1. 您可以變更至： Medicare Medi-Cal 計劃 (Medi-Medi 計劃) 是一種 Medicare Advantage 計劃。這種計劃適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，並將 Medicare 和 Medi-Cal 福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩種計劃的全部福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 的承保服務。 備註： Medi-Medi 計劃一詞是加州的整合式雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 的名稱。	以下是您要採取的行動： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 有關老年人全方位護理 (PACE) 的查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 參保新的 Medi-Medi 計劃。 當您新計劃的承保開始時，您將會自動從我們的 Medicare 計劃退保。 您的 Medi-Cal 計劃將變更，以符合您的 Medi-Medi 計劃。
2. 您可以變更至： 含單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	以下是您要採取的行動： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

	或 參保新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將會自動從本計劃退保。
3. 您可以變更至： 不含單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 備註： 如果您轉換到 Original Medicare 並且沒有參保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您參保某個藥物計劃，除非您告訴 Medicare 您不想加入。 您應該只有在您已從其他來源 (例如雇主或工會) 獲得藥物承保的情況下，才能放棄處方藥承保。如果您對您是否需要藥物承保有疑問，請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。	以下是您要採取的行動： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將會自動從本計劃退保。
4. 您可以變更至： 任何 Medicare 健保計劃，可以在一年中的特定時候變更，包括年度參保期和 Medicare Advantage 開放參保期或第 A 節中說明的其他情況。	以下是您要採取的行動： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 有關老年人全方位護理 (PACE) 的查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如您需要幫助或更多資訊： 請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區當地的 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP/。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

	或 參保新的 Medicare 計劃。 當您新計劃的承保開始時，您將會自動從我們的 Medicare 計劃退保。 您的 Medi-Cal 計劃可能會有變更。
--	--

C2. 您的 Medi-Cal 服務

有關您如何在推出本計劃後獲取 Medi-Cal 服務的疑問，請聯絡 Health Care Options，電話：1-844-580-7272，週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。請詢問加入另一項計劃或返回 Original Medicare 會如何影響您獲得 Medi-Cal 的承保。

D. 當您在本計劃的會員資格終止前您的醫療用品、服務和藥物

如果您退出本計劃，您的會員資格可能需要一段時間才會終止，您的新 Medicare 和 Medi-Cal 承保才會開始。在此期間，您必須繼續透過本計劃取得您的處方藥和醫療保健，直到您的新計劃開始為止。

- 使用我們的網絡醫療服務提供者獲得醫療照護。
- 使用我們的網絡藥房 (包括透過我們的郵購藥房服務) 來配取處方藥。
- 如果您在 IEHP DualChoice 會員資格終止當天住院，本計劃將承保您的住院費用，直到您出院為止。即使您的新健康承保在您出院之前開始也是如此。

E. 導致您在本計劃會員資格終止的其他情況

在這些情況下，我們必須終止您在本計劃的會員資格：

- 您的 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保出現中斷。
- 您不再符合 Medi-Cal 的資格。本計劃適用於同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人士。注意：如果您不再符合 Medi-Cal 資格，您可以暫時繼續參保本計劃並享受 Medicare 福利，請參閱下方有關「視為具有持續資格」期限的資訊。
- 如果您失去 Medi-Cal 資格，並且您處於本計劃視為您具有持續資格的 3 個月期限內，我們將繼續提供 Medicare Advantage 計劃承保的所有 Medicare 福利。但是，在此期間，我們將不再承保適用的醫療補助州計劃中包含的醫療補助福利。在此期間，Medicare 基本福利和補充福利的 Medicare 分攤費用金額不會改變。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 您搬離我們的服務區域。
- 您搬離本計劃的服務區域超過六個月時間。
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，以瞭解您搬家或旅行的目的地是否在本計劃的服務區域內。
- 您因刑事犯罪而入獄。
- 您對您擁有的其他處方藥保險撒謊或隱瞞資訊。
- 您不是美國公民或沒有在美國合法居留。
 - 您必須是美國公民或在美國合法居留，才能成為本計劃的會員。
 - 如果您因此沒有資格繼續保留會員身分，Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 會通知我們。
 - 如果您不符合此要求，我們必須讓您退保。

如果您失去 Medi-Cal 資格，但可以合理預期在 3 個月內重新獲得資格，那麼您仍然有資格參保本計劃，這稱為「視為具有持續資格」。如果在 3 個月「視為具有持續資格」期間結束時，您仍然不符合 Medi-Cal 的資格，您將自本計劃退保。

只有當我們先獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的許可時，我們才可以因以下原因讓您退出本計劃：

- 如果您在參保本計劃時蓄意向我們提供錯誤資訊且該資訊會影響您參保本計劃的資格。
- 如果您持續發生破壞性行為，因而導致我們難以為您和本計劃的其他會員提供醫療照護。
- 如果您讓其他人使用您的會員卡來獲得醫療照護。(如果我們因為此原因終止您的會員資格，Medicare 可能會要求監察長調查您的個案。)

F. 禁止因任何健康相關原因要求您退出本計劃的規則

我們不能以任何與您的健康相關的原因要求您退出本計劃。如果您認為我們因健康相關原因要求您退出本計劃，請致電 Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可每週 7 天，每天 24 小時致電。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

G. 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式告訴您終止您會員資格的原因。我們還必須解釋您該如何就我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱 *會員手冊* 第 9 章，瞭解有關如何提出投訴的資訊。

H. 如何獲取有關終止您在本計劃會員資格的更多資訊

如果您有疑問或想瞭解有關終止您會員資格的更多資訊，您可以撥打本頁底部的號碼致電會員服務部。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 11 章：法律通知

簡介

本章包含適用於您在本計劃會員資格的法律通知。重要用語及其定義按英文字母順序出現於 *會員手冊* 的最後一章中。

目錄

A. 關於法律的通知	202
B. 關於禁止歧視的通知	202
C. 關於 Medicare 作為第二付款者以及 Medi-Cal 作為最後付款者的通知	203
D. 關於 Medi-Cal 遺產追回的通知	203



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

A. 關於法律的通知

許多法律都適用本會員手冊。即使會員手冊中未包含或解釋這些法律，這些法律也可能會影響您的權利和責任。適用的主要法律是有關 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 計劃的聯邦法律和州法律。其他聯邦法律和州法律也可能適用。

B. 關於禁止歧視的通知

我們不會因為您的種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性取向、心理或身體殘障、健康狀況、理賠經驗、病史、基因資訊、可保性證據或服務區域內的地理位置而歧視或區別對待您。此外，我們不會因血統、族群認同、性別認同、婚姻狀況或醫療病症而非法歧視、排斥或區別對待任何人。

如果您想瞭解更多資訊或擔心出現歧視或不公平待遇：

- 請致電健康與公眾服務部民權辦公室，電話 1-800-368-1019。TTY 使用者可以撥打 1-800-537-7697。您也可造訪 www.hhs.gov/ocr 瞭解詳情。
- 請致電醫療保健服務部民權辦公室，電話 916-440-7370。TTY 使用者可以撥打 711 (電信轉接服務)。如果您認為自己受到了歧視並想要提出歧視申訴，請聯絡

Inland Empire Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730。

如果您的申訴涉及 **Medi-Cal** 計劃中出現的歧視行為，您也可以透過電話、寫信或電子方式向醫療保健服務部民權辦公室提出投訴：

- 透過電話：請致電 916-440-7370。如果您有言語或聽力障礙，請致電 711 (電信轉接服務)。
- 寫信：填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

投訴表可在網站取得，網址 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

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

如果您有殘障並需要獲得醫療保健服務或接受醫療服務提供者看診方面的協助，請致電會員服務部。如果您有投訴 (例如輪椅通行問題)，會員服務部可以提供協助。

C. 關於 Medicare 作為第二付款者以及 Medi-Cal 作為最後付款者的通知

有時其他人必須先對我們為您提供的服務付款。例如，如果您遭遇車禍或在工作中受傷，則保險或工傷賠償必須先付款。

我們有權利和責任對 Medicare 不是第一付款者的承保 Medicare 服務收取款項。

我們遵守與下列事項相關的聯邦和州法律法規：第三方對向會員提供之醫療保健服務的法律責任。我們會採取一切合理措施，確保 Medi-Cal 是最後付款者。

D. 關於 Medi-Cal 遺產追回的通知

Medi-Cal 計劃必須從某些已故會員的遺囑認證遺產中針對在其 55 歲生日當天或之後接受的 Medi-Cal 福利尋求償還。還款包括會員在護理機構住院或接受居家和社區型服務時接受之針對下列服務的按服務收費和管理式照護保費/按人付費款項：護理機構服務、居家和社區型服務以及相關醫院和處方藥服務。還款金額不能超過會員遺囑認證遺產的價值。

要瞭解更多資訊，請造訪醫療保健服務部的遺產追回網站：www.dhcs.ca.gov/er，或致電 916-650-0590。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

第 12 章：重要詞彙的定義

簡介

本章包括 *會員手冊* 中使用的重要用語及其定義。這些用語按字母順序列出。如果您找不到所需的用語，或者您需要的資訊多於定義所包含的資訊，請聯絡會員服務部。

日常生活活動 (ADL)：人們在日常生活中所做的事情，例如吃飯、上廁所、穿衣服、洗澡或刷牙。

行政法官：審查 3 級上訴的法官。

愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)：一項幫助符合資格的愛滋病病毒 (HIV) / 愛滋病 (AIDS) 患者獲得挽救生命之 HIV 藥物的計劃。

門診外科手術中心：為不需要住院照護且預計不需要超過 24 小時照護的患者提供門診外科手術的設施。

上訴：如果您認為我們犯了錯誤，您可以透過這種方式質疑我們的行動。您可以提出上訴，要求我們更改承保決定。您的 *會員手冊* 第 9 章會對上訴進行說明，包括如何提出上訴。

行為健康：一個籠統的用語，指的是心理健康和物質使用障礙服務。

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

生物相似藥：與原始生物製劑非常相似但不相同的生物製劑。生物相似藥與原廠生物製劑一樣安全有效。一些生物相似藥可以在藥房替代原廠生物製劑，而無需新處方。(請參閱「可互換的生物相似藥」)。

品牌藥：由最初生產該藥物的公司生產和銷售的處方藥。品牌藥與普通藥具有相同的成分。普通藥通常由其他製藥公司生產和銷售。

護理協調員：與您、健保計劃以及您的照護提供者合作，以確保您獲得所需照護的主要人員。

照護計劃：請參閱「個人化照護計劃」。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

照護計劃可選服務 (CPO 服務)：您的個人化照護計劃 (ICP) 下可選的額外服務。這些服務並非旨在取代您根據 Medi-Cal 授權所可獲得的長期服務與支援。

照護團隊：請參閱「跨科照護團隊」。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)：負責 Medicare 的聯邦機構。會員手冊的第 2 章會解釋如何聯絡 CMS。

社區成人服務 (CBAS)：基於設施的門診服務計劃，為符合適用資格標準的合格會員提供專業護理、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家庭/照顧者訓練和支援、營養服務、交通運輸和其他服務。

社區支援：Medi-Cal 福利提供的服務旨在滿足與健康相關的社會需求，幫助會員過上更健康的生活，並避免更昂貴的醫療照護。

投訴：書面或口頭聲明，表明您對承保服務或照護有問題或疑慮。包括對服務品質、您照護的品質、我們網絡醫療服務提供者或我們網絡藥房的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

綜合門診復健機構 (CORF)：主要在疾病、意外事故或重大手術後提供復健服務的設施。提供多種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言治療和家庭環境評估服務。

承保決定：關於我們承保哪些福利的決定。包括有關承保藥物和服務或我們為您的健康服務支付的金額的決定。會員手冊第 9 章說明如何要求我們做出承保決定。

承保藥物：我們使用的用語是指本計劃承保的所有處方藥和非處方藥 (OTC)。

承保服務：我們使用的一般用語是指本計劃承保的所有醫療保健、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥、器材和其他服務。

文化能力訓練：此訓練為我們的醫療保健服務提供者提供額外的指導，幫助他們更好地瞭解您的背景、價值觀和信仰，從而調整服務以滿足您的社會、文化和語言需求。

醫療保健服務部 (DHCS)：加州負責管理醫療補助計劃 (稱為 Medi-Cal) 的州政府部門。

醫療保健計劃管理局 (DMHC)：加州負責監管健保計劃的州政府部門。DMHC 協助人們對 Medi-Cal 服務提出上訴和投訴。DMHC 也進行獨立醫療審查 (IMR)。

退保：終止您在本計劃會員資格的流程。退保可能是自願的 (您自己的選擇) 或非自願的 (不是您自己的選擇)。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

藥物管理計劃 (DMP)：一項幫助確保會員安全使用處方鴉片類藥物和其他經常被濫用的藥物的計劃。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)：為有資格享受 **Medicare** 和 **Medicaid** 的個人提供服務的健保計劃。本計劃是 **D-SNP**。

耐用醫療器材 (DME)：您的醫生要求您在家中使用的某些用品。這些用品的範例包括輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、醫療服務提供者訂購的家用醫院病床、靜脈輸液幫浦、語音生成裝置、氧氣設備和用品、霧化器和助行器。

緊急情況：當您或任何其他具有一般健康和醫學知識的人認為您出現需要立即就醫以防止死亡、身體部位喪失或身體機能喪失或嚴重受損 (如果您是孕婦，則會失去未出生的孩子) 的醫療症狀時，即發生了醫療緊急情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的醫療病症。

急診照護：由接受過提供急診服務訓練並需要治療醫療或行為健康緊急情況的醫療服務提供者提供的承保服務。

例外處理：獲得通常不屬於承保範圍的藥物的承保，或在沒有特定規則和限制的情況下使用相關藥物的許可。

排除的服務：本健保計劃不承保的服務。

額外補助：額外補助是一項 **Medicare** 計劃，旨在幫助收入和資源有限的人士降低 **Medicare D** 部分處方藥費用，例如：保費、自付額和共付額。額外補助也稱為「低收入補助」或「LIS」。

普通藥：經聯邦政府批准用於代替品牌藥的處方藥。普通藥與品牌藥具有相同的成分。普通藥通常更便宜，並且與品牌藥物一樣有效。

申訴：您對我們或我們的網絡醫療服務提供者或藥房之一提出的投訴。包括對您照護的品質或您的健保計劃提供之服務的品質提出的投訴。

健康教育：促進健康習慣並幫助人們獲得改善健康的知識和技能的活動。可能包括課程、線上資訊、個人化指導和印刷資料。

健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)：一項提供關於 **Medicare** 免費、客觀資訊和諮詢的計劃。
會員手冊的第 2 章會解釋如何聯絡 HICAP。

健保計劃：由醫生、醫院、藥房、長期服務提供者和其他醫療服務提供者所組成的組織。也設有護理協調員來幫助您管理您的所有醫療服務提供者和服務。他們所有人會共同努力，一起提供您所需的照護。

健康風險評估 (HRA)：對您的病史和目前狀況所進行的回顧。用於瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

家庭健康助理：提供不需要持執護士或治療師技能之服務的人士，例如個人照護幫助 (如洗澡、上廁所、穿衣或進行醫生祝福的運動)。家庭健康助理沒有護理執照，也不提供治療。

安寧照護：旨在幫助晚期預後患者舒適生活的照護和支援計劃。晚期預後是指某人已被醫學證明患有絕症，即預期壽命為 6 個月或更短。

有晚期預後計劃參加者有權選擇安寧照護。

經過專門訓練的專業人員和照顧者團隊為此人提供全人照護，包括身體、情緒、社交和精神需求。

我們按規定需要向您提供您所在地理區域的安寧照護服務提供者名單。

不當計費：醫療服務提供者 (例如醫生或醫院) 向您收取的費用高於我們的服務費用分攤金額的情況。如果您收到任何不明白的帳單，請致電會員服務部。

由於我們支付您的服務的全部費用，因此您無需分攤任何費用。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的任何費用。

居家支援服務 (IHSS)： IHSS 計劃將協助支付為您提供的服務費用，以使您可以安全地繼續在自己家中生活。IHSS 是療養院或寄宿和護理設施等住家以外照護的替代方案。可透過 IHSS 授權的服務類型包括房屋清潔、備餐、洗衣、雜貨購物、個人照護服務 (如大小便照顧、沐浴、整理儀容和輔助醫事服務)、醫療約診陪同，以及對精神障礙患者的保護性監督。縣政府社會服務機構負責管理 IHSS。

獨立醫療審查 (IMR)： 如果我們拒絕您的醫療服務或治療請求，您可以提出上訴。如果您不同意我們的決定，並且您的問題與 Medi-Cal 服務有關，包括 DME 用品和藥物，您可以向加州醫療保健計劃管理局要求進行 IMR。IMR 是指由與不屬於本計劃的醫生對您的個案進行審查。如果 IMR 的決定對您有利，我們必須為您提供您所要求的服務或治療。您無需為 IMR 支付任何費用。

獨立審查組織 (IRO)： Medicare 聘請的獨立組織，負責審查 2 級上訴。與我們無關，也不是政府機構。該組織會決定我們所做的決定是否正確或是否應該改變。Medicare 會監督其工作。正式名稱是獨立審查實體。

個人化照護計劃 (ICP 或照護計劃)： 關於您將獲得哪些服務以及如何獲得這些服務的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支援。

住院： 當您正式入院接受專業醫療服務時所使用的用語。如果您沒有正式入院，即使您過夜，您仍可能被視為門診患者而不是住院患者。

跨科照護團隊 (ICT 或照護團隊)： 可能包括醫生、護士、諮商師或其他健康專業人士的照護團隊，他們可以幫助您獲得所需的照護。您的照護團隊也會幫助您擬定照護計劃。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

整合式 D-SNP：雙重資格特殊需求計劃，針對同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的某些個人群體，在單一健保計劃下承保 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服務。這些人被稱為完全福利雙重資格個人。

可互換的生物相似藥：無需新處方即可在藥房替代的生物仿製藥，因為其滿足與自動替代潛力相關的額外要求。在藥房進行的自動替代須遵守州法律規定。

承保藥物清單 (藥物清單)：我們承保的處方藥和非處方藥 (OTC) 清單。我們在醫生和藥劑師的幫助下選擇此清單上的藥物。藥物清單會告訴您是否需要遵循任何規則才能取得您的藥物。藥物清單有時被稱為「處方集」。

長期服務與支援計劃 (LTSS)：長期服務與支援計劃有助於改善長期醫療病症。大多數這些服務可以幫助您留在家裡，這樣您就不必前往護理機構或醫院。本計劃承保的 LTSS 包括社區成人服務 (CBAS)，也稱為成人日間醫療保健、護理設施 (NF) 和社區支援。IHSS 和 1915(c) 豁免計劃是在本計劃之外提供的 Medi-Cal LTSS。

低收入補助 (LIS)：請參閱「額外補助」

郵購計劃：有些計劃可能會提供郵購計劃，讓您可以將最多 3 個月的承保處方藥直接送到您家中。這可能是您配取您定期服用處方藥時符合成本效益且方便的方式。

Medi-Cal：這是加州醫療補助 (Medicaid) 計劃的名稱。Medi-Cal 由州政府管理，由州政府和聯邦政府支付費用。

- Medi-Cal 幫助收入和資源有限的人士支付長期服務與支援計劃費用以及醫療費用。
- Medi-Cal 承保額外服務和 Medicare 未承保的一些藥物。
- 醫療補助計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 的資格，大部分醫療保健費用則屬於承保範圍。

Medi-Cal 計劃：僅承保 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務與支援計劃、醫療器材和交通運輸。Medicare 福利另外單獨提供。

Medicaid (或醫療補助)：由聯邦政府和州政府實施的一項計劃，旨在幫助收入和資源有限的人們支付長期服務與支援計劃費用以及醫療費用。Medi-Cal 是加州 Medicaid 計劃的名稱。

醫療所需 (或醫療必要性)：描述您預防、診斷或治療疾病或維持當前健康狀況所需的服務、用品或藥物。包括防止您進入醫院或護理機構的照護。也指服務、用品或藥物符合公認的醫療實踐標準。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

Medicare: 針對 65 歲或以上人群、部分 65 歲以下有某些殘障的人群以及末期腎病患者 (通常是需透析或腎移植的永久性腎衰竭患者) 的聯邦健康保險計劃。擁有 Medicare 的人可以透過 Original Medicare 或管理式照護計劃 (請參閱「健保計劃」) 獲得 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage: Medicare 計劃，也稱為「Medicare C 部分」或「MA」，透過私人公司提供 MA 計劃。Medicare 向這些公司付款以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 上訴委員會 (委員會): 審查 4 級上訴的委員會。該委員會屬於聯邦政府的一部分。

Medicare 承保服務: Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的服務。所有 Medicare 健保計劃 (包括本計劃) 都必須承保 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的所有服務。

Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP): 結構化的健康行為改變計劃，提供長期飲食改變、增加體力活動以及克服維持減肥和健康生活方式挑戰的策略方面的訓練。

Medicare-Medi-Cal 計劃參加者: 有資格享受 Medicare 和 Medicaid 承保的人。Medicare-Medi-Cal 計劃參加者也稱為「雙重資格個人」。

Medicare A 部分: 承保大多數醫療必需的醫院、專業護理機構、居家健康和安寧照護的 Medicare 計劃。

Medicare B 部分: 承保治療疾病或病症所需的醫療服務 (例如化驗測試、外科手術和醫生看診) 和用品 (例如輪椅和助行器) 的 Medicare 計劃。Medicare B 部分也承保許多預防和篩檢服務。

Medicare C 部分: 允許私人健康保險公司透過 MA 計劃提供 Medicare 福利的 Medicare 計劃，也稱為「Medicare C 部分」或「MA」。

Medicare D 部分: Medicare 處方藥福利計劃。我們將該計劃簡稱為「D 部分」。Medicare D 部分承保門診處方藥、疫苗以及 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 未承保的一些用品。本計劃包括 Medicare D 部分。

Medicare D 部分藥物: Medicare D 部分承保的藥物。國會特別將某些類別的藥物排除在 Medicare D 部分的承保範圍之外。

藥物治療管理 (MTM): 由包括藥劑師在內的醫療保健服務提供者提供的一組服務或一組獨特的服務，以確保患者獲得最佳的治療結果。相關詳細資訊，請參閱 *會員手冊* 第 5 章。

Medi-Medi 計劃: Medicare Medi-Cal 計劃 (Medi-Medi 計劃) 是一種 Medicare Advantage 計劃。這種計劃適用於同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，並將 Medicare 和 Medi-Cal 福利合併到一個計劃中。Medi-Medi 計劃協調兩種計劃的全部福利和服務，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 的承保服務。

會員 (本計劃的會員，或計劃會員): 擁有 Medicare 和 Medi-Cal 且有資格獲得承保服務、已參保



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

本計劃且其參保情況已得到 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 和州政府確認的人士。

會員手冊及披露資訊：本文件以及您的參保表格和任何其他附件，其中解釋您的承保範圍、我們必須採取的行動、您的權利以及您身為本計劃會員必須採取的行動。

會員服務部：本計劃的一個部門，負責回答您有關會員資格、福利、申訴和上訴的問題。有關會員服務部的更多資訊，請參閱 *會員手冊* 第 2 章。

網絡藥房：同意為本計劃會員配藥的藥房 (藥局)。我們稱他們為「網路藥房」，因為他們同意與本計劃合作。在大多數情況下，我們僅承保您在我們網路藥房之一配藥時的處方藥。

網絡醫療服務提供者：「醫療服務提供者」是我們對醫生、護士和其他為您提供服務和照護的人員的統稱。該用語也包括醫院、居家健康機構、診所和其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療器材以及某些長期服務與支援計劃 (LTSS) 的場所。

- 他們獲得 Medicare 和州政府的許可或認證，可以提供醫療保健服務。
- 當他們同意與本健保計劃合作、接受我們的付款並且不向會員收取額外費用時，我們將他們稱為「網絡醫療服務提供者」。
- 當您是本計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者來獲得承保服務。網絡醫療服務提供者也稱為「計劃醫療服務提供者」。

療養院或護理機構：為無法在家接受照護但不需要前往醫院的人提供照護的機構。

監察員：您所在州的一個辦公室，可代表您擔任辯護人。如果您有問題或想投訴，他們可以回答問題，並且可以幫助您瞭解該怎麼做。監察員的服務是免費提供。您可以在 *會員手冊* 的第 2 章和第 9 章中找到更多資訊。

組織判定：當我們或我們的醫療服務提供者之一判定是否承保服務或您需為承保服務支付多少費用時，本計劃即做出了組織判定。組織判定稱為「承保決定」。您的 *會員手冊* 第 9 章對承保決定進行了解釋。

原廠生物製劑：一種已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 批准的生物製劑，可作為製造生物相似藥的藥廠的對照產品。也稱為參考產品。

Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務計費 Medicare)：政府提供 Original Medicare。在 Original Medicare 下，服務透過向醫生、醫院和其他醫療服務提供者支付國會確定的金額來獲得承保。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的醫生、醫院或其他醫療服務提供者。Original Medicare 有兩個部分：A 部分 (醫院保險) 和 B 部分 (醫療保險)。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 美國各地均提供 Original Medicare。
- 如果您不想參加本計劃，您可以選擇 Original Medicare。

網絡外藥房：未同意與本計劃合作、為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非某些條件適用，否則本計劃不承保您從網絡外藥房獲得的大多數藥物。

網絡外醫療服務提供者或網絡外設施：不由本計劃僱傭、擁有或營運的醫療服務提供者或設施，並且未簽訂向本計劃會員提供承保服務的合約。您的 *會員手冊* 第 3 章對網絡外醫療服務提供者或設施進行了解釋。

非處方 (OTC) 藥物：非處方藥物是人們可以在沒有醫療保健專業人士處方的情況下購買的藥物。

A 部分：請參閱「Medicare A 部分」。

B 部分：請參閱「Medicare B 部分」。

C 部分：請參閱「Medicare C 部分」。

D 部分：請參閱「Medicare D 部分」。

D 部分藥物：請參閱「Medicare D 部分藥物」。

個人健康資訊 (也稱為受保護健康資訊, PHI)：有關您和您健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生看診和病史。有關我們如何保護、使用和披露您的 PHI 以及有關您的 PHI 權利的更多資訊，請參閱我們的隱私權實施例通知。

預防保健：例行醫療保健，包括篩檢、檢查和患者諮詢，以預防疾病或其他健康問題。

基本保健提供者 (PCP)：您在處理大多數健康問題時首先使用的醫生或其他醫療服務提供者。他們可確保您獲得保持健康所需的照護。

- 他們還可能與其他醫生和醫療服務提供者討論您的照護並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健保計劃中，您必須先使用您的基本保健提供者，然後再使用任何其他醫療服務提供者。
- 有關從基本保健提供者那裡獲得照護的資訊，請參閱您 *會員手冊* 的第 3 章。

事先授權：在您獲得特定服務或藥物或使用網絡外醫療服務提供者之前，您必須事先獲得我們的批准。如果您沒有事前獲得批准，本計劃可能不承保該服務或藥物。

僅當您的醫生或其他網絡醫療服務提供者獲得我們的 PA 時，本計劃才承保某些網絡醫療服務。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

- 需要本計劃 PA 的承保服務均在您 *會員手冊* 第 4 章中標明。

只有在您獲得我們 PA 的情況下，本計劃才會承保某些藥物。

- 需要本計劃 PA 的承保藥物均在 *承保藥物清單* 中標明，並且規則已發佈在我們的網站上。

老年人全方位護理 (PACE)：一項同時承保 Medicare 和 Medi-Cal 福利的計劃，適用於需要更高級別照護才能居家生活的 55 歲及以上人士。

義體和矯具：您的醫生或其他醫療保健服務提供者訂購的醫療器材，包括但不限於臂托、背托和頸托；義肢；人造眼睛；以及替換體內部位或機能所需的裝置，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改進組織 (QIO)：一組醫生和其他醫療保健專家，他們幫助提升 Medicare 參保人員的照護品質。聯邦政府向 QIO 支付費用以檢查和改善為病患提供的照護。有關 QIO 的資訊，請參閱您 *會員手冊* 的第 2 章。

藥量限制：您可以使用的某一藥物的數量限制。我們可能會限制每個處方承保的藥物數量。

實時福利工具：一種入口網站或電腦應用程式，計劃參加者可以在其中查找完整、準確、及時、臨床適當、計劃參加者特定的承保藥物和福利資訊。其中包括分攤費用金額、可用於與給定藥物相同的健康病症的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、階段療法、藥量限制)。

轉介：轉介是指您的基本保健提供者 (PCP) 或我們批准您使用您 PCP 以外的醫療服務提供者。如果您沒有事前獲得批准，我們可能不會承保這些服務。您無需轉介即可使用某些專科醫生，例如女性健康專科醫生。您可以在 *會員手冊* 第 3 章和第 4 章中找到有關轉介的更多資訊。

復健服務：您所接受之可幫助您在生病、發生意外事故或接受大手術後恢復的治療。請參閱您 *會員手冊* 第 4 章，瞭解有關復健服務的更多資訊。

敏感服務：與心理或行為健康、性健康和生殖健康、計劃生育、性傳播感染 (STI)、愛滋病病毒 (HIV) / 愛滋病 (AIDS)、性侵犯和墮胎、物質使用障礙、性別肯定照護以及親密伴侶暴力相關的服務。

服務區域：健保計劃接受會員的地理區域 (如果健保計劃根據人們的居住地限制會員資格)。對於限制您可以使用醫生和醫院的計劃，通常是您可以獲得例行 (非急診) 服務的區域。只有居住在我們服務區域內的人才能參保本計劃。

專業護理機構 (SNF)：配備人員和器材的護理機構，可提供專業護理，並且在大多數情況下，還提供專業的復健服務和其他相關健康服務。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。

專業護理機構 (SNF) 照護：在專業護理機構中每日持續提供的專業護理和復健服務。專業護理機構照護的範例包括註冊護士或醫生可以進行的物理治療或靜脈 (IV) 注射。

專科醫生：為特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。

專科藥房：請參閱您 *會員手冊* 的 **第 5 章**，瞭解有關專科藥房的更多資訊。

州政府聽證會：如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求提供我們不會批准的 Medi-Cal 服務，或者我們不繼續為您已獲得的 Medi-Cal 服務付款，您可以要求舉行州政府聽證會。如果州政府聽證會的裁決對您有利，我們必須為您提供您要求的服務。

階段療法：這是一項承保規則，要求您在我們承保您要求的藥物之前先嘗試另一種藥物。

社會安全生活補助金 (SSI)：社會安全局每月向收入和資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上人士支付的福利。SSI 福利與社會安全福利不同。

急需照護：因出現突發疾病、受傷或非急診但需立即照護的病症而獲得的照護。當您因時間、地點或某些情況而無法從網絡醫療服務提供者處獲得服務，或從網絡醫療服務提供者處獲得服務不合理時 (例如：當您在計劃的服務區域之外，並且您因未預見的情況需要立即獲得醫療所需的服務，但不是醫療緊急情況)，您可以從網絡外醫療服務提供者處獲得急需照護。



如果您有任何疑問，請致電聯絡 IEHP DualChoice，電話 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者應致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需更多資訊，請造訪 www.iehp.org。



IEHP DUALCHOICE 會員服務部



電話: 1-877-273-IEHP (4347)

這是免付費電話。服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。IEHP DualChoice 會員服務部也為母語非英語的民眾免費提供語言口譯服務。



TTY: 1-800-718-4347

這個號碼需透過特殊電話設備才能使用，並且僅供有聽力或言語障礙的人士使用。這是免付費電話。服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。



傳真: (909) 890-5877



郵箱: IEHP DualChoice

P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800



電子郵件: memberservices@iehp.org



網站: iehp.org

加州健康保險諮詢和倡導方案

(CALIFORNIA HEALTH INSURANCE COUNSELING AND ADVOCACY PROGRAM, HICAP)

健康保險諮詢和倡導方案是一項州政府方案，經費由聯邦政府支應，為加入 Medicare 的民眾提供免費的健康保險諮詢服務。



電話: (909) 256-8369



寫信: 9121 Haven Ave., Suite 220, Rancho Cucamonga, CA 91739



網站: <https://cahealthadvocates.org/hicap>