

2026 会员手册

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



IE  **HP**
DualChoice

1-877-273-IEHP (4347)

1-800-718-4347 TTY

服务时间为每周7天, 上午8点至晚上8点
(太平洋标准时间), 包括节假日

2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日

您在 IEHP DualChoice 计划下的健康与药物承保范围

《会员手册》简介

本《会员手册》（也称为承保证明）详述您在 2026 年 12 月 31 日前所享有的计划保障内容。其中解释了医疗保健服务、行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务、药物承保以及长期服务与支持。关键术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》第 12 章中。

这是一份重要的法律文件。请妥善保管。

当本《会员手册》中提到“我们”“我们的”或“本计划”时，指的均是 IEHP DualChoice。

本文件免费提供西班牙语、中文和越南语版本。

您可以致电 1-877-273-IEHP (4347) 与会员服务部联系，免费获取其他格式版本，如大字版、盲文版及/或音频版，服务时间为每周 7 天，每日上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。

如要提出收到英文以外语言或其他格式的资料的要求，或要对要求做出更改，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。IEHP DualChoice 会将您的需求记录为长期请求，用于今后的邮寄和沟通，因此您不需要每次单独提出申请。

语言协助服务及辅助工具和服务可用性通知

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- 4347 (IEHP) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). These services are free of charge.

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

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 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, զանգահարեք 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。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 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.

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 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).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnavgv 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'nyei deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluc 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។

(Farsi) فارسی

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.

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия ТТУ: 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 ТТУ: 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.

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 serbisyong ito.

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



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.

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.

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



其他语言

您可以免费取得本《会员手册》及其他计划文件的多语言版本。IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 提供由合格翻译人员完成的书面翻译。致电 **1-877-273-IEHP (4347)**

(TTY **1-800-718-4347** 或 **711**)。此电话为免付费电话。请阅读本《会员手册》，详细了解医疗语言协助服务的信息，例如口译和翻译服务。

其他格式

您可以在合理时间内免费获取本资料的其他版本，例如盲文、20 号字体的大字版、音频版，以及无障碍电子格式（数据光盘）。致电：**1-877-273-IEHP (4347)**

(TTY **1-800-718-4347** 或 **711**)。此电话为免付费电话。

口译服务

IEHP DualChoice 提供由合格口译员提供的口头翻译服务以及手语服务，全天 **24** 小时免费提供。您不需要请家人或朋友担任口译。除紧急情况外，我们不建议使用未成年人作为口译员。口译、语言及文化服务均免费提供。帮助服务为每周 **7** 天，每天 **24** 小时提供。如需语言协助，或获取本手册的其他语言版本，请致电 **1-877-273-IEHP (4347)**

(TTY **1-800-718-4347** 或 **711**)。此电话为免付费电话。

如果您有疑问，请致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 **7** 天，上午 **8** 点至晚上 **8** 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 **1-800-718-4347**。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



目录

第 1 章：会员入门指引.....	10
第 2 章：重要的电话号码和资源.....	21
第 3 章：使用本计划承保您的医疗保健和其他承保服务.....	43
第 4 章：福利表.....	64
第 5 章：获取门诊药物.....	120
第 6 章：您为 Medicare 和 Medi-Cal 药物支付的费用.....	137
第 7 章：要求我们支付您收到的承保服务或药物账单中我们的分摊费用.....	152
第 8 章：您的权利和责任.....	158
第 9 章：如果您有问题或想投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办.....	171
第 10 章：终止您在本计划的会员资格.....	212
第 11 章：法律通知.....	220
第 12 章：重要词汇的定义.....	223

免责声明

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是与 Medicare 签订合约的 HMO 计划。参保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需视合约续约情况而定。
- ❖ IEHP DualChoice 提供的承保是符合资格的健康承保，也称“最低基本承保”。此承保符合患者保护与平价医疗法案 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的个人分摊责任要求。请访问美国国税局 (IRS) 网站：
<https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>，了解有关个人分摊责任要求的更多信息。
- ❖ 福利和/或共付额可能在 2027 年 1 月 1 日发生变更。
- ❖ 我们的药物目录、药房网络和/或医疗服务提供者网络可能随时发生变更。您将至少提前 30 天收到任何可能影响您的变更的通知。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 1 章：会员入门指引

简介

本章包含关于 IEHP DualChoice 的信息，这是一个承保您所有 Medicare 服务，并协调您的 Medicare 和 Medi-Cal 服务的健保计划，同时也介绍了您的会员资格。它还会告诉您可以期待什么，以及我们会提供哪些其他信息。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 欢迎您加入本计划.....	12
B. 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的信息	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal.....	12
C. 本计划的优势.....	13
D. 本计划的服务区域.....	13
E. 成为计划会员的资格条件	14
F. 首次加入我们的健保计划时会发生什么	14
G. 您的护理团队和护理计划	15
G1. 护理团队	15
G2. 护理计划	15
H. 重要费用汇总表	16
H1. 计划保费	16
H2. 每月 Medicare B 部分保费.....	16
H3. Medicare 处方药支付金额	16
I. 本《会员手册》	17
J. 您可从我们这里获取的其他重要信息	17
J1. 您的会员卡.....	17

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



J2. 医疗服务提供者和药房名录.....	18
J3. 承保药物清单.....	19
J4. 福利说明.....	19
K. 保持您的会员记录为最新状态.....	19
K1. 个人健康信息 (PHI) 隐私权.....	20

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

A. 欢迎您加入本计划

本计划向同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 两个计划资格的个人提供服务。本计划包含医生、医院、药房、长期服务与支援服务提供者、行为健康服务提供者及其他医疗服务提供者。我们还设有护理协调员和护理团队，帮助您管理医疗服务和提供者。他们共同协作，为您提供所需的医疗护理。

IEHP DualChoice 由 Inland Empire Health Plan (IEHP) 为您提供。IEHP 是一项本地的非营利健保计划，自 1996 年以来，为超过一百万名 Riverside 县和 San Bernardino 县的居民提供服务。IEHP 与超过 1,400 名基本保健服务提供者 (PCP)、2,500 多名专科医生、339 家眼科服务提供者、36 家医院以及加州超过 5,300 家药房签订合同，以确保其网络能为您提供所需的医疗服务。请在第 4 章中详细了解您的福利：IEHP DualChoice 会员手册的福利一览表。

B. 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的信息

B1. Medicare

Medicare 是联邦健康保险计划，适用于：

- 65 岁或以上人士，
- 有些 65 岁以下有某类残疾的人士，以及
- 患有末期肾脏病（肾衰竭）的人士。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州 Medicaid 计划的名称。Medi-Cal 由州政府管理，由州政府和联邦政府共同承担费用。Medi-Cal 帮助收入和资源有限的人士支付长期服务与支援 (LTSS) 以及医疗费用。此计划承保不属于 Medicare 承保范围的额外服务和药物。

各州自行决定：

- 收入与资源的认定标准，
- 参保资格条件，
- 服务承保范围，以及
- 服务费用。

只要计划遵守联邦规则，各州可以自行决定如何运行自己的计划。

我们的计划已获 Medicare 和加州政府批准。只要满足以下条件，您就可以通过本计划获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务：

- 我们选择提供该计划，并且

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- Medicare 和加州政府允许我们继续提供本计划。

即使本计划在未来停止运作，您享有 Medicare 和 Medi-Cal 服务的资格也不会受到任何影响。

C. 本计划的优势

您现在将从本计划中获得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服务，包括药物。您无需支付额外费用即可加入此健保计划。

我们帮助您更好地协调 Medicare 和 Medi-Cal 福利。部分优势包括：

- 您可以依靠我们满足大多数医疗保健需求。
- 您拥有一个由您参与组建的护理团队。您的护理团队可能包括您自己、您的照顾者、医生、护士、咨询师或其他健康专业人员。
- 您可使用护理协调员的服务。护理协调员是一个与您、我们的计划以及您的护理团队合作，共同制定护理计划的人。
- 在护理团队和护理协调员的帮助下，您能够自主管理自己的护理。
- 您的护理团队和护理协调员将与您一起制定一份符合您健康需求的护理计划。护理团队会协调以提供符合您需要的服务。例如，护理团队会确保：
 - 您的所有医生都知道您正在服用的药物，从而确保用药正确，并帮助减少可能产生的副作用。
 - 您的检查结果在需要时与所有医生和其他服务提供者共享。

IEHP DualChoice 的新会员：在大多数情况下，您将在要求参保 IEHP DualChoice 后的次月第 1 天参保 IEHP DualChoice 以获得 Medicare 福利。您可能仍会通过原 Medi-Cal 健保计划再获得一个月的 Medi-Cal 福利。之后，您将通过 IEHP DualChoice 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保不会出现中断。如有任何疑问，请拨打本页底部的电话号码联系我们。

D. 本计划的服务区域

我们的服务区域包括 Riverside 县和 San Bernardino 县内所有邮政编码地区。

只有居住在我们服务区域内的人才可以加入本计划。

如果您搬离服务区域，将无法继续留在本计划中。请参阅《会员手册》第 8 章，了解有关搬离服务区域影响的更多信息。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



E. 成为计划会员的资格条件

只要您符合以下条件，就有资格参加本计划：

- 居住在我们服务区域内（被监禁人士即使身处区域内，也不被视为居住在服务区域），**并且**
- 参保时年满 21 岁，**并且**
- 同时拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，**并且**
- 具备美国公民或美国合法居民身份，**并且**
- 目前符合 Medi-Cal 的资格。

如果您失去 Medi-Cal 的资格，但可合理预期将于 3 个月内重新获得资格，那么您仍然符合参加本计划的资格。

如需更多信息，请致电会员服务部。

F. 首次加入我们的健保计划时会发生什么

当您首次加入本计划时，您会在参保生效日期之前或之后的 90 天内获得一次健康风险评估 (HRA)。

我们必须为您完成 HRA。此 HRA 是制定您的护理计划的基础。HRA 内含的问题用于识别您的医疗、行为健康和功能需求。

我们会与您联系以完成此 HRA。我们可以通过亲自拜访、电话或邮寄来完成此 HRA。

我们将向您发送有关此 HRA 的更多信息。

如果您是本计划的新会员，您可以在一段时间内继续使用您目前使用的医生，即使该医生不在本计划网络中也是如此。我们称之为“延续性护理”。如果您的医生不在本网络中，且您符合下列所有条件，则您可继续使用您在参保时正在使用的医疗服务提供者和服务授权，期限最长可达 12 个月：

- 您、您的代表或医疗服务提供者可要求我们让您继续使用您目前的医疗服务提供者。
- 我们会证实您与某位基本保健医生或专业护理服务提供者有既有关系，但有一些例外。当提到“既有关系”时，我们是指您在初次参保计划日前的 12 个月内，至少有一次非急诊就诊记录，且该就诊对象是网络外服务提供者；
 - 我们会通过检视您现有的健康信息或您提供给我们的信息来判定既有关系。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



- 我们有 30 天的时间可以回复您的要求。您可要求我们更快作出决定，而我们则必须在 15 天内作出回复。您可以致电 1-877-273-IEHP (4347) 提出此请求。如果您有受到损害的风险，我们必须在 3 天内回复。
- 您或您的医疗服务提供者必须出示表明既有关系的文件并在您提出请求时同意某些特定条款。

附注：您可以向耐用医疗器材 (DME) 服务提供者提出此请求，要求使用器材至少 90 天，直到我们对新的 DME 租赁提供授权并让网络内医疗服务提供者交付租赁器材为止。虽然您无法针对交通服务提供者或其他辅助服务提供者提出此请求，但可申请本计划未包括的交通运输服务或其他辅助服务。

在延续性护理期结束之后，除非我们与您的网络外医生达成协议，否则您将需使用 IEHP DualChoice 网络中与您的基本保健服务提供者所属医疗团体关联的医生及其他服务提供者。网络内医疗服务提供者是指与健保计划有合作关系的医疗服务提供者。本计划的 PCP 隶属于医疗团体或独立医生协会 (IPA)。当您选择您的 PCP 时，您也在选择所属的医疗团体。这表示，您的 PCP 会将您转介给隶属于其医疗团体的专科医生和服务。医疗团体或 IPA 是由医生、专科医生及其他为 IEHP 会员看诊的医疗服务提供者所组成的团体。您的 PCP 将与医疗团体或 IPA 一起为您提供医疗护理。这包括获得看专科医生或接受医疗服务的授权，如化验检测、X 光和/或住院。在某些情况下，IEHP 就是您的医疗团体或独立医生协会 (IPA)。请参阅《会员手册》第 3 章以了解更多有关取得照护的信息。

G. 您的护理团队和护理计划

G1. 护理团队

护理团队可以帮助您持续获得所需的护理。护理团队可能包括您的医生、护理协调员或您选择的其他健保人员。

护理协调员受过专业培训，可帮助您管理所需的护理。当您参保本计划时，您会获得一名护理协调员。此人还会向您推荐本计划可能未提供的其他社区资源，并将与您的护理团队合作以帮助协调您的护理。请拨打页面底部的电话联系，了解有关您的护理协调员和护理团队的更多信息。

G2. 护理计划

您的护理团队会与您一起制定护理计划。护理计划会告诉您和您的医生您需要哪些服务以及如何获得这些服务。其中包括您的医疗、行为健康和 LTSS 或其他服务。

您的护理计划包括：

- 您的自我管理目标和目的，
- 您的个人医疗保健偏好，
- 专门针对您的需求量身定制的干预措施，

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 您的照顾者的角色，
- 您的医疗保健目标，以及
- 获得您所需服务的时间安排。

在您完成 HRA 后，您的护理团队会与您会面。他们会与您讨论您需要的服务。他们还会告诉您一些您可能想要考虑获取的服务。您的护理计划是依据您的需求而建立的。您的护理团队至少每年一次与您一起更新您的护理计划。

H. 重要费用汇总表

您的费用可能包括以下项目：

- 计划保费（第 H1 节）
- 每月 Medicare B 部分保费（第 H2 节）
- Medicare 处方药支付计划金额（第 H3 节）

在某些情况下，您的计划保费可能会较低。

H1. 计划保费

身为计划会员，您每月须支付一笔计划保费。IEHP DualChoice 2026 年的每月保费为 \$0.00-\$12.00。因为您符合“额外补助”的资格，所以会为您支付计划保费，也称为基本 D 部分保费。如果您的“额外补助”状态发生改变，您要负责支付您的保费。请参阅第 6 章以了解详情。

H2. 每月 Medicare B 部分保费

一些会员必须支付其他 Medicare 保费

一些会员必须支付其他 Medicare 保费。如上文第 E 节所述，您必须保持 Medi-Cal 的资格，并拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。对于大多数的 IEHP DualChoice 会员，Medi-Cal 会支付您的 Medicare A 部分保费（如果您不能自动获得 Medicare 资格的话）和 B 部分保费。

如果 Medi-Cal 不为您支付 Medicare 保费，您必须继续支付 Medicare 保费才能留在本计划中。这包括 Medicare B 部分的保费。如果您没有资格享受免保费的 Medicare A 部分，您也可以为 Medicare A 部分支付保费。此外，请联系会员服务部或您的护理协调员，并向他们通报这一变化。

H3. Medicare 处方药支付金额

如果您参加 Medicare 处方药支付计划，您会收到来自您的药物计划的账单（而不是支付给药房）。您的每月账单是基于您取得处方药所应支付费用与上月结余之和，除以当年剩余月数得出。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 2 章“重要的电话号码和资源”告诉了更多关于 Medicare 处方药支付计划的情况。如果您不同意作为这一支付选择的一部分而收取的金额，您可以根据第 9 章采取步骤提出投诉或上诉。

I. 本《会员手册》

本《会员手册》是我们与您签订的合同的一部分。意思是我们必须遵守此文件中的所有规则。如果您认为我们的行为违反了这些规则，您可以对我们的决定提出上诉。如需上诉相关信息，请参阅本《会员手册》第 9 章或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以拨打页面底部的电话号码联系会员服务部，索取《会员手册》。您也可以参阅我们网站（网址位于页面底部）上的《会员手册》。

合同在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期间您参保本计划的月份期间有效。

J. 您可从我们这里获取的其他重要信息

我们提供给您的其他重要信息包括您的会员卡、如何获取“医疗服务提供者和药房名录”的信息，以及如何获取“承保药物清单”（也称为“药物清单”或“处方集”）的信息。

J1. 您的会员卡

您参加本计划时，会拥有一张用来使用 Medicare 和 Medi-Cal 服务（包括长期服务与支援 (LTSS)、某些行为健康服务，以及处方药）的会员卡。您在获得任何服务或处方药时请出示此卡。这是会员卡的样本：



如果您的会员卡损坏、遗失或被盗，请立即拨打页面底部的电话号码联系会员服务部。我们会为您寄一张新卡。

只要您是本计划的会员，您获取大多数服务时不需要使用您的红白蓝 Medicare 卡或您的 Medi-Cal 卡。将此卡保存在安全的地方，以备日后需要时使用。如果您出示 Medicare 卡而不是您的会员卡，医疗服务提供者可能会向 Medicare 而非本计划出具账单，您可能会因此收到账单。如果您需要医院服务、临终关怀服务，或者参加 Medicare 批准的临床研究（也称为临

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



床试验），您可能被要求出示 Medicare 卡。请参阅《会员手册》第 7 章，了解如果您从医疗服务提供者处收到账单时该怎么做。

请记住，您需要您的 Medi-Cal 卡或福利识别卡 (BIC) 才能获得以下服务：

- Medi-Cal 牙科服务
- 不属于 Medicare 承保范围的门诊处方药
- 属于 Medi-Cal Rx 承保范围的非处方药和某些维生素
- 居家支援服务
- 本计划未承保的县级行为健康服务

J2. “医疗服务提供者和药房名录”

“医疗服务提供者和药房名录”列出了本计划网络中的医疗服务提供者和药房。当您是本计划的会员时，您必须使用网络内医疗服务提供者来获得承保服务。

您可以拨打页面底部的号码致电会员服务部索取“医疗服务提供者和药房名录”（电子版或纸质版）。索取纸质版“医疗服务提供者和药房名录”后，我们将在三个工作日内将其邮寄给您。

您还可以从页面底部的网址查阅“医疗服务提供者和药房名录”。

本名录列有您身为 IEHP DualChoice 会员可接受其看诊的医疗保健专业人员（例如医生、专科护理师及心理医生）、机构（例如医院或诊所）、药房及支援服务提供者（例如社区型成人服务 [CBAS]）。我们也列出了您可以用来获取处方药的药房。在使用医疗服务提供者名录时，会员应只筛选 D-SNP 的业务。

网络内医疗服务提供者的定义

- 我们的网络内医疗服务提供者包括：
 - 您作为本计划会员，可以使用的医生、护士和其他医疗保健专业人士；
 - 在本计划中提供健康服务的诊所、医院、护理机构和其他场所；**和**
 - LTSS、行为健康服务、家庭健康机构、耐用医疗器械 (DME) 供应商以及其他您通过 Medicare 或 Medi-Cal 获得的商品与服务的提供者。

网络内医疗服务提供者同意接受本计划对承保服务的支付为全额支付。

网络内药房的定义

- 网络内药房是同意为本计划会员配取处方药的药房。使用“医疗服务提供者和药房名录”查找您想要使用的网络内药房。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 除非发生紧急情况，否则如果您希望本计划协助您支付处方药的费用，您将必须在本计划的其中一家网络内药房配取处方药。

请拨打页面底部的电话号码联系会员服务部了解更多信息。会员服务部和我们的网站都可以为您提供有关我们网络内药房和医疗服务提供者变化的最新信息。

J3. 承保药物清单

本计划有一份“承保药物清单”。我们将其简称为“药物清单”。此清单会告诉您本计划承保哪些处方药。该清单中的药物由本计划在医生和药剂师团队的协助下选出。“药物清单”必须满足 Medicare 的要求。根据 Medicare 药物价格谈判方案商定价格的药物将列入您的 IEHP DualChoice “药物清单”，除非按照第 5 章第 E 节的规定予以删除和替换。

“药物清单”还会告诉您任一药物是否有任何规则或限制（例如您可以获得的药量限制）。相关详细信息，请参阅《会员手册》第 5 章。

我们每年都会寄送如何取得“药物清单”的相关信息给您，但有些更改可能会在当年期间发生。要获取有关承保药物的最新信息，请致电会员服务部或访问我们的网站（请参阅页面底部的信息）。

J4. 福利说明

当您使用您的 Medicare D 部分药物福利时，我们会向您发送一份摘要，以帮助您了解并追踪您的 Medicare D 部分药物支付。此摘要称为“福利说明”（EOB）。

EOB 会告知您或代表您的其他人在您的 Medicare D 部分药物上花费的总金额，以及我们在当月为您的每一种 Medicare D 部分药物支付的总金额。此 EOB 不是账单。EOB 提供更多关于您服用药物的信息，例如价格上涨和其他可能提供的分摊费用较低的药物。您可以和您的处方师讨论这些较低费用的选项。《会员手册》第 6 章提供了有关 EOB 及其如何帮助您追踪药物承保的更多信息。

您也可以索取 EOB。要索取一份 EOB，请通过页面底部的电话号码联系会员服务部。

K. 保持您的会员记录为最新状态

您可以在您的信息发生变化时告诉我们，以便保持您的会员记录为最新状态。

我们需要这些信息来确保我们的记录中包含您的正确信息。医生、医院、药剂师和我们计划网络中的其他医疗服务提供者使用您的会员记录来了解哪些服务和药物获得承保以及您的分摊费用。因此，帮助我们不断更新您的信息非常重要。

请立即告知我们以下内容：

- 您的姓名、地址或电话号码的更改；

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 任何其他健康保险承保的变更，例如您的雇主、您配偶的雇主或您同居伴侣的雇主提供的保险，或工伤赔偿；
- 任何责任理赔，例如车祸理赔；
- 入住护理机构或医院；
- 医院或急诊室提供的护理；
- 您的护理者（或对您负责的任何人）有变化；以及
- 如果您参与临床研究。（附注：您不需要告诉我们您打算参与的临床研究，但我们鼓励您这样做。）

如果任何信息发生了变化，请拨打页面底部的电话号码联系会员服务部。

IEHP DualChoice 为您提供安全的在线渠道，让您每周 7 天，每天 24 小时都能取得您的健康信息。如欲建立帐户，请前往 <https://members.iehp.org/App/Account/Login>，您可在该网站上：

- 更换医生
- 确认资格
- 确认转介状态
- 索取新的 IEHP DualChoice 会员卡
- 更新您的联系信息
- 查看化验记录和免疫接种信息
- 查看处方药记录
- 查看理赔记录和授权
- 查看 IEHP 的其他信息

您也可下载 IEHP Smart Care 应用程序，该应用程序可供 Android 和 iPhone 使用。

K1. 个人健康信息 (PHI) 隐私权

您会员记录中的信息可能包含了个人健康信息 (PHI)。联邦和州法律要求我们将您的 PHI 保密。我们会保护您的 PHI。有关我们如何保护您的 PHI 的更多详情，请参阅《会员手册》第 8 章。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 2 章：重要的电话号码和资源

简介

本章将会为您提供重要资源的联系信息，这些资源可协助回答您对本计划及您医疗保健福利的问题。您也可使用本章来取得信息，以了解如何与护理协调员及其他人联系以代表您维护权益。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 会员服务部	22
B. 您的护理协调员	25
C. 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP).....	27
D. 护士咨询专线.....	28
E. 行为健康危机专线.....	29
F. 品质改进组织 (QIO).....	30
G. Medicare	31
H. Medi-Cal.....	32
I. Medi-Cal 管理式护理和心理健康监察员办公室	33
J. 县级社会服务.....	34
K. 县立行为健康服务机构.....	36
L. 加州医疗保健计划管理局	37
M. 帮助人们支付药物费用的计划	38
M1. Medicare 的额外补助	38
M2. Medicare 处方药支付计划.....	38
N. 社会安全局	39
O. 铁路退休委员会 (RRB)	40
P. 其他资源.....	41
Q. Medi-Cal 牙科计划.....	42

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



A. 会员服务部

致电	<p>1-877-273-IEHP (4347)。这是免费电话。</p> <p>我们的服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。</p> <p>我们为非英语使用人士提供免费的口译服务。</p>
TTY	<p>1-800-718-4347。这是免费电话。</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p> <p>我们的服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。</p>
传真	(909) 890-5877
致函	<p>IEHP DualChoice</p> <p>Attention: Member Services</p> <p>P.O. Box 1800</p> <p>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800</p>
电子邮件	MemberServices@iehp.org
网站	www.iehp.org

联系会员服务部获得以下方面的协助：

- 关于计划的问题
- 关于理赔或账单的问题
- 关于您的医疗保健的承保决定
 - 关于您的医疗保健的承保决定是指以下方面的决定：
 - 您的福利和承保服务，或
 - 我们为您的健康服务支付的金额。
 - 如果您对有关您的医疗保健的承保决定有任何疑问，请致电联系我们。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 要了解有关承保决定的更多信息，请参阅《会员手册》**第 9 章**。
- 关于您的医疗保健的上诉
 - 上诉是一种正式程序，允许您要求我们重新审查关于您承保范围的决定，并在您认为我们出错或您不同意该决定时，请求我们作出变更。
 - 要了解有关提出上诉的更多信息，请参阅《会员手册》**第 9 章**或联系会员服务部。
- 关于您的医疗保健的投诉
 - 您可以投诉我们或任何医疗服务提供者（包括网络内或网络外医疗服务提供者）。网络内医疗服务提供者是与本计划合作的服务提供者。您也可以向我们或品质改进组织 (QIO) 投诉您所接受护理的品质（请参阅**第 F 节**品质改进组织 (QIO)）。
 - 您可以拨打 **1-877-273-IEHP (4347)** 来说明您的投诉。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 **1-800-718-4347**。
 - 如果您的投诉是关于您的医疗保健的承保决定，您可以提出上诉（请参阅上述部分）。
 - 您可以向 Medicare 投诉本计划。您可以使用网上表格，网址为 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者您可以致电 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 寻求帮助。
 - 您可以致电 **1-855-501-3077**，向 Medicare Medi-Cal 监察员计划投诉本计划。
 - 要了解如何就您的医疗保健提出投诉的更多信息，请参阅《会员手册》**第 9 章**。
- 关于您的药物的承保决定
 - 关于您药物的承保决定是关于以下方面的决定：
 - 您的福利和承保药物，**或**
 - 我们为您的药物支付的金额。
 - Medi-Cal Rx 可能承保非 Medicare 承保的药物，例如非处方 (OTC) 药物和某些维生素。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 了解更多信息。您也可以致电 **800-977-2273** 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联系。
 - 有关您的处方药承保决定的更多信息，请参阅《会员手册》**第 9 章**。
- 关于您的药物的上诉
 - 上诉是要求我们变更承保决定的一种方式。

如果您有疑问，请致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 **1-800-718-4347**。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



- 有关对您的处方药提出上诉的更多信息，请参阅《会员手册》**第 9 章**。
- 对您的药物的投诉
 - 您可以投诉我们或任何药房。这包括关于您的处方药的投诉。
 - 如果您的投诉是关于您的处方药的承保决定，您可以提出上诉。（请参阅上述部分。）
 - 您可以向 Medicare 投诉本计划。您可以使用网上表格，网址为 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求帮助。
 - 有关对您的处方药提出投诉的更多信息，请参阅本《会员手册》**第 9 章**。
- 对您已经支付的医疗保健或药物的支付
 - 有关如何要求我们向您还款或支付您收到的账单的更多信息，请参阅《会员手册》**第 7 章**。
 - 如果您要求我们支付账单而我们拒绝了您的请求中的任一部分，您可以对我们的决定提出上诉。请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

B. 您的护理协调员

护理协调员是我们为您指定的 IEHP DualChoice 工作人员，其将会与您的护理服务提供者合作以协助您取得您所需的护理。您可致电与 IEHP DualChoice 会员服务部联系以更换护理协调员。

致电	1-877-273-IEHP。这是免费电话。 我们的服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。 我们为非英语使用人士提供免费的口译服务。
TTY	1-800-718-4347。这是免费电话。 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。 我们的服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。
传真	(909) 890-5877
致函	IEHP DualChoice Attention: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
电子邮件	MemberService@iehp.org
网站	www.iehp.org

联系您的护理协调员获得以下方面的协助：

- 关于您的医疗保健的问题
- 关于获得行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务的问题
- 关于牙科福利的问题
- 关于前去医疗约诊的交通运输的问题
- 有关长期服务与支援 (LTSS)（包括社区成人服务 (CBAS) 和护理机构 (NF) 在内）的问题
- 有关可用社区资源的问题。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



您或许可以获得以下服务：

- 社区成人服务 (CBAS)
- 专业护理照护
- 物理治疗
- 职能治疗
- 言语治疗
- 医疗社会服务
- 居家医疗保健
- 通过您的县立社会服务机构提供的居家支援服务 (IHSS)
- 有时您可以获得有关日常医疗保健和生活需求的帮助。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

C. 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)

州政府健康保险协助计划 (SHIP) 是一个政府计划，每个州都有经过培训的咨询师，为您提供免费帮助、信息和 Medicare 问题的答案。在加州，SHIP 称为健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。HICAP 咨询师可以回答您的问题并帮助您了解如何处理您的问题。HICAP 在每个县都有经过培训的咨询师，且服务免费提供。

HICAP 是一个独立的州计划（与任何保险公司或医保计划无关），从联邦政府获得资金，为 Medicare 参保人提供免费的地方健康保险咨询。

致电	(909) 256-8369 周一至周五，上午 9 点至 下午 4 点
致函	2280 Market Street, Suite 140 Riverside, CA 92501
网站	https://www.coasc.org/programs/hicap/

联系 HICAP，寻求以下方面的帮助：

- 有关 Medicare 的问题
- HICAP 咨询师可以回答您有关更改为新计划的问题并帮助您：
 - 了解您的权利，
 - 了解您的计划选择，
 - 回答关于转换计划的问题，
 - 对您的医疗保健或治疗提出投诉，并且
 - 协助处理账单或索赔问题。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



D. 护士咨询专线

若您无法与您的医生取得联系，请致电 IEHP 24 小时护士咨询专线以寻求进一步协助。您每天 24 小时，甚至在节假日也可获得医疗建议。如有需要，我们的护士可为您转接，以让您通过电话或视频通话咨询医生。如果您需要进一步协助，我们的护士将会指引您前往附近正在营业的紧急护理诊所。您可以联系护士咨询专线询问有关您的健康或医疗保健的问题。

致电	1-888-244-IEHP (4347)。这是免费电话。 服务时间为每天 24 小时，包括假日和周末。 我们为非英语使用人士提供免费的口译服务。
TTY	711 这是免费电话。 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。 服务时间为每天 24 小时，包括假日和周末。

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

E. 行为健康危机专线

行为健康危机热线服务为经历心理健康或物质滥用危机的个人提供即时支持。拨打以下号码后，您将会与一位受过专业培训的 IEHP 行为健康团队成员连线，其可以为您提供情绪安抚和心理方面的支持，并帮助转介至 988 自杀与危机生命线等相关资源。如在工作时间之外打电话，请联系我们的护士咨询专线或拨打 988。

致电	<p>1-877-273-IEHP (4347)。这是免费电话。</p> <p>我们的服务时间为周一至周五，上午 8 点至下午 5 点（太平洋标准时间），包括节假日。</p> <p>我们为非英语使用人士提供免费的口译服务。</p>
TTY	<p>1-800-718-4347。这是免费电话。</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p> <p>我们的服务时间为周一至周五，上午 8 点至下午 5 点（太平洋标准时间），包括节假日。</p>

联系行为健康危机专线，寻求以下方面的帮助：

- 有关行为健康和物质滥用服务的问题
- 联系合格团队成员向发生心理健康危机的会员提供支援。

如果您或您认识的人处于危机中，请联系 988 自杀与危机生命线：请致电或发送短信至 988 或在网上交谈，网址 988lifeline.org/chat。

什么是 988？ 988 自杀与危机生命线为经历情绪困扰、自杀或物质滥用危机的人士提供每周 7 天，每天 24 小时的保密支援。与受过培训的危机处理咨询师联系，他们将会倾听、提供情绪支持并为您联系必要的资源。请随时致电或发送短信至 988。

988 与 911 有何差别？ 拨打 988 以使用生命线网络和危机支援。此专线与 911 公共安全电话截然不同，911 的主要工作是视需要派遣急诊医疗服务、消防人员及警察。

有关您的县级专业心理健康服务的问题，请参阅第 K 节。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



F. 品质改进组织 (QIO)

我们州有一家称为“Commence Health BFCC-QIO”的组织。这是由一组医生和其他医疗保健人士组成的团体，他们帮助提高 Medicare 参保人的照护品质。Commence Health BFCC-QIO 是一个独立组织。与本计划并无关联。

致电	1-877-588-1123
TTY	711 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。
致函	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
网站	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/california

联系 Commence Health BFCC-QIO，寻求以下方面的帮助：

- 关于您的医疗保健权利的问题
- 如果您满足以下条件，您可以就您获得的照护提出投诉：
 - 存在护理质量问题，如获得错误的药物、不必要的检测或程序，或误诊，
 - 认为您的住院时间过早结束，或
 - 认为您的家庭医疗保健、专业护理机构的照护或综合门诊复健机构 (CORF) 服务过早结束。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



G. Medicare

Medicare 是针对年满 65 岁人士、部分未满 65 岁残疾人士和末期肾脏病（需要透析或肾移植的永久性肾功能衰竭）患者的联邦健康保险计划。

负责 Medicare 的联邦机构是 Medicare 与 Medicaid 服务中心，简称 CMS。该机构与包括我们的计划在内的 Medicare Advantage 组织签订合同。

致电	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每周 7 天、每天 24 小时均可免费拨打此号码。
TTY	1-877-486-2048。这是免费电话。 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。
即时聊天	即时聊天，网址为 www.Medicare.gov/talk-to-someone
致函	写信给 Medicare，地址为 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
网站	<p>www.medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • 请了解您所在地区的 Medicare 健康与药物计划，包括费用和服务。 • 寻找参加 Medicare 的医生或其他医疗保健服务提供者和供应商。 • 查找 Medicare 的承保范围，包括预防服务（如筛检、注射或疫苗，以及每年的“保健”看诊）。 • 获得 Medicare 上诉信息和表格。 • 了解计划、疗养院、医院、医生、家庭保健机构、透析设施、临终关怀中心、住院康复设施和长期护理医院提供的护理质量。 • 查看有用的网站和电话号码。 <p>要向 Medicare 提交投诉，可转往 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 会认真处理您的投诉，且将会使用此信息来协助改善 Medicare 计划的品质。</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 计划。这是一项公共健康保险计划，提供低收入个人所需的医疗保健服务，包括有孩子的家庭、老年人、残疾人士、寄养儿童和青少年，以及孕妇。Medi-Cal 由州和联邦政府资金资助。

Medi-Cal 福利包括医疗、牙科、行为健康以及长期服务与支援。

您已参保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您对 Medi-Cal 福利有疑问，请致电您所属计划的护理协调员。如果您对参保 Medi-Cal 计划有疑问，请致电 Health Care Options。

致电	1-800-430-4263 服务时间为周一至周五，上午 8 点至晚上 6 点。
TTY	1-800-430-7077 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
网站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



I. Medi-Cal 管理式护理和心理健康监察员办公室

监察员办公室帮助从中立的立场解决问题，以确保我们的会员获得所有医疗所需的承保服务。他们将听取、回答您的问题，分析您的情况，解释政策和程序，提供信息、建议和选择，并提出适当的转介建议。他们的工作是帮助制定公平解决医疗保健可获得性方面问题的办法。他们与本计划或任何保险公司或健保计划均无关联。他们的服务是免费的。

致电	1-888-452-8609 服务时间为周一至周五，上午 8 点至下午 5 点
TTY	1-800-430-7077 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
电子邮件	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
网站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



J. 县级社会服务

如果您在居家支援服务 (IHSS) 福利方面需要帮助，请联系您当地的县立社会服务机构。

请联系您当地的县立社会服务机构申请居家支援服务，这将有助于支付为您提供服务的费用，以便您可以安全地留在自己的家中。服务类型可能包括帮助准备膳食、洗澡、穿衣、洗衣、购物或交通运输。

如果对您的 Medi-Cal 资格有任何疑问，请联系您所在县的社会服务部门。

<p>致电</p>	<p><u>Riverside 县</u></p> <p>1-888-960-4477</p> <p>服务时间为周一至周五，上午 7:30 至下午 5:30。如果是在非营业时间致电，会员可留言并在下一个工作日接获回电。这是免费电话。</p> <p><u>San Bernardino 县</u></p> <p>1-877-800-4544</p> <p>服务时间为周一至周五，上午 8:00 至下午 5:00。这是免费电话。</p>
<p>TTY</p>	<p><u>Riverside 县</u></p> <p>(888) 960-4477 (TTY 711)</p> <p>服务时间为周一至周五，上午 7:30 至下午 5:30</p> <p><u>San Bernardino 县</u></p> <p>(877) 800-4544 (TTY 711)</p> <p>服务时间为周一至周五，上午 8:00 至下午 5:00</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p> <p style="text-align: right;"><i>本部分延续到下一页</i></p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



致函	<p><u>Riverside 县</u> 11070 Magnolia Ave. Riverside, CA 92505</p> <p><u>San Bernardino 县</u> San Bernardino County IHSS 686 E. Mill Street San Bernardino, CA 92415</p>
电子邮件	<p><u>Riverside 县</u> IHSSHOMER@rivco.org</p> <p><u>San Bernardino 县</u> daasciu@hss.sbcounty.gov</p>
网站	<p><u>Riverside 县</u> https://riversideihss.org</p> <p><u>San Bernardino 县</u> http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx</p>



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

K. 县立行为健康服务机构

如果您符合使用标准，您可以通过县政府获得 Medi-Cal 专业心理健康服务和物质使用障碍服务。

<p>致电</p>	<p><u>Riverside 县</u></p> <p>1-800-499-3008</p> <p>服务时间为周一至周五，上午 8:00 至下午 5:00。在非营业时间，电话将会转接至 HelpLine Community Connect。这是免费电话。</p> <p><u>San Bernardino 县</u></p> <p>1-888-743-1478</p> <p>服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。这是免费电话。</p> <p>我们为非英语使用人士提供免费的口译服务。</p>
<p>TTY</p>	<p><u>Riverside/San Bernardino 县</u></p> <p>TTY 使用者应拨打加州中继服务电话 711。这是免费电话。</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p> <p>服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。</p>

联系县立行为健康机构，寻求以下方面的帮助：

- 关于县提供的专业心理健康服务的问题
- 关于县提供的物质使用障碍相关服务的问题。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



L. 加州医疗保健计划管理局

加州医疗保健计划管理局 (California Department of Managed Health Care, DMHC) 负责监管健保计划。DMHC 帮助中心可以帮您处理有关 Medi-Cal 服务的上诉和投诉。

致电	1-888-466-2219 DMHC 代表可在周一至周五上午 8:00 至晚上 6:00 之间提供服务。
TDD	1-877-688-9891 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。
致函	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
传真	1-916-255-5241
网站	www.dmhc.ca.gov

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



M. 帮助人们支付药物费用的计划

Medicare 网站 (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有关如何降低药物费用的信息。对于收入有限的人，还有其他计划可以提供帮助，如下所述。

M1. Medicare 的“额外补助”

由于您符合 Medi-Cal 的资格，因此您有资格且目前正通过 Medicare 获得“额外补助”以支付您的药物计划费用。您不需要做任何事即可取得此“额外补助”。

致电	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每周 7 天、每天 24 小时均可免费拨打此号码。
TTY	1-877-486-2048 这是免费电话。 此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。
网站	www.medicare.gov

如果您觉得您为药房处方药支付了不正确的金额，我们的计划有一套流程来帮助获得正确共付额的证据。如果您已经有适当数量的证据，我们可以帮助您与我们分享这一证据。

- 若您需要帮助获取这一证据或希望分享这一证据，请拨打页面底部的号码联系会员服务部。
- 当我们得到显示正确共付额水平的证据时，我们会更新我们的系统，这样您可以在获得下一个处方药时支付正确的共付额。如果您超额支付您的共付额，我们会通过支票或未来的共付额抵扣方式来偿还您。如果药房未收取您的共付额，且您欠他们钱，则我们可以直接向药房支付。如果州相关机构代表您支付，我们可以直接向此机构支付。请拨打页面底部的号码致电会员服务部。

M2. Medicare 处方药支付计划

Medicare 处方药支付计划是一种支付选项，其将本计划承保药物的自付费用分摊到整个日历年（1 月至 12 月）的每月支付中，以帮助您管理本计划承保药物的自付费用。任何拥有 Medicare 药物计划或含药物承保的 Medicare 健保计划（例如含药物承保的 Medicare Advantage 计划）的人都可以使用此支付选项。这种支付选项可帮助您管理费用，但并不会节省金钱或降低药物费用。如果您正在参加 Medicare 处方药支付计划并留在同一个计划，您不需要做任何事情即可继续使用这个选项。无论您的收入水平如何，对符合资格的人来说，Medicare 的“额外补助”以及您的州政府药品援助计划 (SPAP) 和艾滋病药物援助计划 (ADAP) 提供的补助比只参加此支付选项更为有利，而且含药物承保的计划都必须提供此支付选项。若要了解有关此支付选项的更多信息，请致电本页底部的电话号码与会员服务部联系或访问 www.medicare.gov。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



N. 社会安全局

社会安全局决定 Medicare 的资格，并处理 Medicare 的参保。

如果您搬家或更改邮寄地址，请务必联系社会安全局并告知他们。

致电	<p>1-800-772-1213</p> <p>此为免费电话号码。</p> <p>服务时间为周一至周五，上午 8:00 至晚上 7:00 提供服务。</p> <p>您可以每天 24 小时使用他们的自动电话服务收听录制的信息，并处理一些事务。</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p>
网站	<p>www.ssa.gov</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



O. 铁路退休委员会 (RRB)

RRB 是独立的联邦机构，负责管理全国铁路工人及其家人的综合福利计划。如果您通过 RRB 取得 Medicare，当您搬家或更改邮寄地址时，请务必告知他们。关于您自 RRB 获取的福利的疑问，请与该机构联系。

致电	<p>1-877-772-5772</p> <p>此为免费电话号码。</p> <p>如果您按“0”，您可以在周一、周二、周四和周五上午 9 点至下午 3:30 以及周三上午 9 点至中午 12 点与 RRB 代表通话。</p> <p>如果您按“1”，您可以每天 24 小时（包括周末和节假日）使用自动 RRB 帮助专线并收听录制的信息。</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p> <p>此并非免费电话号码。</p>
网站	<p>www.rrb.gov</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



P. 其他资源

Medicare Medi-Cal 监察员计划提供免费协助，以帮助那些难以获得或维持健康承保的人并解决其健保计划问题。

如果您有以下方面的问题：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健保计划
- 获得医疗服务
- 对被驳回的服务、药物、耐用医疗器材 (DME)、心理健康服务等提出上诉
- 医疗计费
- IHSS（居家支援服务）

Medicare Medi-Cal 监察员计划可协助您投诉、上诉和举行听证会。监察员计划的电话号码是 1-855-501-3077。

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

Q. Medi-Cal 牙科计划

通过 Medi-Cal 牙科计划提供某些牙科服务，包括但不限于以下举例的服务：

- 初步检查、X 光检查、洗牙和氟化物治疗
- 修复和牙冠
- 根管治疗
- 局部和全口假牙、调整、修复和衬底

牙科福利可通过 Medi-Cal 牙科计划按服务收费 (FFS) 计划取得。

致电	<p>1-800-322-6384</p> <p>此电话为免付费电话。</p> <p>Medi-Cal 牙科 FFS 代表于周一至周五上午 8 点至下午 5 点为您提供协助。</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>此号码适用于有听力或语言障碍的人士。您必须有特殊的电话设备才能拨打此电话。</p>
网站	<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p> <p>smilecalifornia.org</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 3 章：使用本计划承保您的医疗保健和其他承保服务

简介

本章中有您在向本计划取得医疗保健和其他承保服务时需要知道的特定用语和规则。也告诉您有关护理协调员的信息，如何从不同类型的医疗服务提供者处以及在某些特殊情况下（包括从网络外医疗服务提供者或药房）获得护理，如果您因为我们承保的服务而直接收到账单该怎么办，以及拥有耐用医疗器材 (DME) 的规则。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 有关服务和医疗服务提供者的信息.....	45
B. 获取本计划承保服务的规则.....	45
C. 您的护理协调员	47
C1. 什么是护理协调员	47
C2. 如何联系您的护理协调员.....	47
C3. 如何更换您的护理协调员.....	47
D. 医疗服务提供者提供的护理.....	47
D1. 基本保健服务提供者 (PCP) 提供的护理.....	47
D2. 专科医生和其他网络内医疗服务提供者提供的护理.....	51
D3. 当医疗服务提供者退出本计划时	51
D4. 网络外医疗服务提供者	52
E. 长期服务与支援 (LTSS).....	52
F. 行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务.....	53
F1. 在本计划之外提供的 Medi-Cal 行为健康服务	53
G. 交通运输服务.....	55
G1. 非紧急医疗交通运输服务.....	55
G2. 非医疗交通运输.....	56

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



H. 在医疗急诊情况下、急需时，或在灾难期间的承保服务	57
H1. 医疗急诊情况下的护理	57
H2. 急需护理	58
H3. 灾难期间护理	59
I. 如果您直接收到承保服务的账单怎么办	59
I1. 如果本计划不承保服务怎么办	60
J. 临床研究中医疗保健服务的承保范围	60
J1. 临床研究的定义	60
J2. 参与临床研究时的服务费用	61
J3. 更多关于临床研究的信息	61
K. 您的医疗保健服务在宗教非医疗保健机构中如何获得承保	61
K1. 宗教非医疗保健机构的定义	61
K2. 宗教非医疗保健机构提供的护理	61
L. 耐用医疗器械 (DME)	62
L1. 作为本计划会员所享有的 DME 福利	62
L2. 转换至 Original Medicare 时的 DME 所有权情况	62
L3. 作为本计划会员所享有的氧气器材福利	62
L4. 转换至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划时的氧气器材	63

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



A. 有关服务和医疗服务提供者的信息

服务包括医疗保健、长期服务与支援 (LTSS)、用品、行为健康服务、处方药和非处方药、设备和其他服务。**承保服务**是指本计划支付费用的任何这些服务。承保医疗保健、行为健康和 LTSS 的信息列于本《会员手册》第 4 章。您的处方药和非处方药承保服务的信息列于本《会员手册》第 5 章。

医疗服务提供者是指医生、护士和其他为您提供服务和护理的人员，且这些人士均有州政府核发的执照。医疗服务提供者还包括医院、家庭健康机构、诊所和其他为您提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗器材以及某些 LTSS 的场所。

网络内医疗服务提供者是指与本计划合作的医疗服务提供者。这些医疗服务提供者同意接受我们的支付作为全额支付。网络内医疗服务提供者直接向我们收取他们为您提供的护理的费用。当您使用网络内医疗服务提供者时，您通常无需为承保服务支付任何费用。

B. 获取本计划承保服务的规则

本计划承保 Medicare 承保的全部服务，以及多数 Medi-Cal 服务。其中包括行为健康和 LTSS。

只要您获得医疗保健服务、行为健康服务和许多 LTSS 时遵守我们的规则，本计划通常会支付其费用。若要由本计划承保：

- 您获得的护理必须是包括在本《会员手册》第 4 章医疗福利表中的护理。
- 护理必须是**医疗所需**。我们所谓医疗所需，是指诊断和治疗医疗病症时合理和必要的服务。会员需要此类医疗所需的护理，以防止个人患上重病或致残，以及通过治疗疾患、疾病或受伤来减轻剧烈疼痛。
- 在医疗服务方面，您必须有一个由提供并监督您的护理的**基本保健服务提供者 (PCP)** 所组成的网络。作为计划会员，您必须选择网络内医疗服务提供者作为您的 PCP（如需更多信息，请前往本章的**第 D1 节**）。
 - 在大多数情况下，本计划必须先给您批准，然后您才能使用并非您 PCP 的医疗服务提供者，或使用本计划网络中的其他医疗服务提供者。这称为**转介**。如果您未获得批准，我们可能无法承保这些服务。
 - 本计划的 PCP 隶属于各医疗团体。当您选择 PCP 时，您同时也选择了附属的医疗团体。这意味着您的 PCP 会将您转介给也隶属于其医疗团体的专科医生和服务。医疗团体或独立医生协会 (IPA) 是由医生、专科医生及其他为 IEHP 会员看诊的保健服务提供者所组成的团体。您的 PCP 将与医疗团体或 IPA 一起为您提供医疗护理。这包括获得看专科医生或接受医疗服务的授权，如化验检测、X 光和/或住院。在某些情况下，您的 PCP 将会直接与 IEHP 签订合同。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 您不需要您 PCP 的转介即可获得急诊护理或急需护理、使用女性健康医疗服务提供者，或取得本章**第 D1 节**所列的任何其他服务。
- **您必须从网络内提供者处获取护理**（如需更多信息，请前往本章的**第 D 节**）。通常，我们不会承保不与我们健保计划合作的医疗服务提供者所提供的护理。这就是说，您必须全额支付您自医疗服务提供者处获取的服务。以下是此规则不适用的一些情况：
 - 我们承保网络外医疗服务提供者提供的急诊或急需护理（如需更多信息，请前往本章的**第 H 节**）。
 - 如果您需要本计划承保的护理，但我们的网络内医疗服务提供者却无法为您提供，那么您就可以从网络外医疗服务提供者处获得护理。在接受护理之前，必须先取得 IEHP 的事先授权。在这种情况下，我们免费为您承保护理。如需关于申请批准使用网络外医疗服务提供者的信息，请前往本章的**第 D4 节**。
 - 当您只是短时间位于本计划的服务区域之外或您的医疗服务提供者暂时不提供服务或您无法获取其服务时，我们会承保肾脏透析服务。如果可能，请在离开服务区域前拨打页底的电话号码联系会员服务部，以便我们能帮助安排您在出行时接受维持透析。
 - 当您首次加入本计划时，您可以要求继续使用您当前的医疗服务提供者。除了某些例外情况，如果我们确定您与医疗服务提供者之间存在既有关系，则我们必须批准此请求。请参阅本《会员手册》的**第 1 章**。如果我们批准您的请求，您可以继续使用您当前医疗服务提供者的服务，时间最长为 12 个月。在此期间，您的护理协调员将与您联系，帮助您在我们的网络中寻找隶属于您 PCP 医疗团体的医疗服务提供者。12 个月后，如果您继续使用不在我们网络内并且不隶属于您 PCP 医疗团体的医疗服务提供者，我们将不再承保您的护理。

其他健康承保 (OHC)：只要您的健康承保提供同样的服务，Medi-Cal 会员都必须先使用全部的其他健康承保 (OHC)，因为 Medi-Cal 是最后付款者。这意味着，在大多数情况下，Medi-Cal 将是位列 Medicare OHC 之后的第二付款者，负责支付本计划或其他 OHC 不支付的允许费用，直到达到 Medi-Cal 费率。

IEHP DualChoice 的新会员：在大多数情况下，您将在要求参保 IEHP DualChoice 后的次月第 1 天参保 IEHP DualChoice 以获得 Medicare 福利。您仍可以通过之前的 Medi-Cal 健保计划获得额外一个月的 Medi-Cal 服务。之后，您将通过 IEHP DualChoice 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保不会出现中断。请致电与我们联系，电话 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)，提出您的任何疑问。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



C. 您的护理协调员

C1. 什么是护理协调员

跨科护理团队的成员将会通过 IEHP DualChoice 和您的医疗服务提供者协助您，以确保您取得您所需的护理。护理协调员可能是护士或社工。

C2. 如何联系您的护理协调员

如欲咨询护理协调员，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

C3. 如何更换您的护理协调员

如欲更换护理协调员，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

D. 医疗服务提供者提供的护理

D1. 基本保健服务提供者 (PCP) 提供的护理

您必须选择一个 PCP 来提供和管理您的护理。本计划的 PCP 隶属于各医疗团体。当您选择 PCP 时，您同时也选择了附属的医疗团体。

PCP 的定义以及 PCP 能为您做什么

PCP 是您的基本保健服务提供者。您通常会先接受 PCP 的看诊以满足您大多数的例行医疗保健需求。您的 PCP 也会协助您安排或协调您身为 IEHP DualChoice 会员所取得的其余承保服务。

“协调”您的服务包括向其他计划医疗服务提供者确认或咨询您的护理相关事宜和进展情况。其中包括：

- X 光检查；
- 化验检测；
- 治疗；
- 由专科医生所提供的护理；
- 住院；以及
- 后续护理

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



哪些类型的医疗服务提供者可担任 PCP？

身为 IEHP DualChoice 的会员，您可在“医疗服务提供者和药房名录”中选择任何 PCP。每位参保家人均可选择其自己的 PCP。您的 PCP 可以是下列其中一类的医疗服务提供者：

- 家庭医生和全科医生通常可为全家人看诊。
- 内科医生，专为成年人提供综合护理，经常处理复杂的问题。
- 妇产科医生 (OB/GYN) 专门提供妇女健康与孕产护理。

如欲查询特定 PCP 的年龄限制，或者您对您 PCP 的医学院教育背景、住院医师培训经验或医学会认证状态有疑问，请致电与 IEHP DualChoice 会员服务部联系。

PCP 提供哪些服务以及有哪些服务是您可以自己取得的？

您会先接受 PCP 的看诊以满足您大多数的例行医疗保健需求，例如身体检查、免疫接种等。当 PCP 认为您需要获得专科治疗或用品时，PCP 将需取得 IEHP DualChoice 和/或医疗团体的事先授权（即事先批准）。这称为转介。在接受计划专科医生或某些其他医疗服务提供者看诊之前，务必要先取得 PCP 的转介。如果您没有在接受专科医生服务之前取得转介，您可能必须自行支付这些服务的费用。

您的 PCP 选择

您可使用“医疗服务提供者和药房名录”来选择 PCP，亦可致电与 IEHP DualChoice 会员服务部联系。如果您有想要使用的特定专科医生或医院，请先查看以确认您的 PCP 确实会转介该专科医生或使用该医院。您 PCP 的姓名/名称和诊所电话号码就列印在您的会员卡上。

1) 您在致电 IEHP DualChoice 选择或更换 PCP 时，可能想询问的问题包括：

- 何种类型的 PCP 最适合您？
- PCP 是否针对患者设定年龄限制？
- PCP 距离您的住处有多远？
- PCP 的诊所在晚上和/或周末是否营业？
- PCP 可让您在哪家医院入院？
- PCP 和诊所工作人员会说哪些语言？

2) 此外，如果您有特定疑虑，您可能会想在选择 PCP 前先进行咨询。请致电与 PCP 的诊所联系，以了解诸如以下事项：

- PCP 是否可在一次约诊时为多名家人看诊。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- PCP 是否接受无预约看诊和/或当日约诊。
- PCP 是否会针对填写表格收费，如要收费，收费金额是多少？
- PCP 会将患者送到哪个化验室进行化验？
- 您是否能由指定的 PCP 为您看诊，还是会由诊所内的其他医疗服务提供者为您看诊？
- 如果您或您的家人是残疾人士，PCP 的诊所是否有无障碍设施？

3) PCP 通常会与特定几家医院有合作关系。当您选择您的 PCP 时，请谨记下列事项：

- 您必须从“医疗服务提供者和药房名录”中选择您的 PCP。如果您需要协助选择 PCP 或更换 PCP，请致电与 IEHP DualChoice 会员服务部联系。
- 请选择位于您住处 10 英里或 15 分钟路程范围内的 PCP。
- 您所选择的 PCP 仅可让您入住特定医院。尽量选择可让您入住您想要且位于您住处 30 英里或 45 分钟路程范围内之医院的 PCP。
- 有些医院有专精于为住院病人提供护理的“驻院主治医生”。如果您入住此类医院之一，只要您仍在住院，“驻院主治医生”便会以护理者的身份为您提供服务。在您出院后，您将会返回您的 PCP 处以满足您的医疗保健需求。
- 如果您因任何理由而需要更换 PCP，您的医院和专科医生也可能会随之更改。您的 PCP 应该会说您的母语。不过如有需要，您的 PCP 可随时利用语言专线服务以通过口译员取得协助。
- 如果您在加入 IEHP DualChoice 时没有选择 PCP，我们将会为您选择一位。我们将会寄送包含您 PCP 信息的信函给您。请谨记，您可随时要求更换 PCP。

更换 PCP 的选项

您可以随时以任何理由更换您的 PCP。此外，您的 PCP 可能会离开本计划的网络。如果您的 PCP 离开我们的网络，我们可以帮助您在我们的网络中寻找新的 PCP。

IEHP DualChoice 会员服务部可协助您寻找和选择其他医疗服务提供者。您可致电与 IEHP DualChoice 会员服务部联系以更换 PCP。请谨记，您的 PCP 与某家医院、某些专科医生及其他医疗保健服务提供者有合作关系。当您更换 PCP 时，您可接受其看诊的其他医疗服务提供者也可能会随之更改。您应询问您新的 PCP 是否需要重新转介。

您要求更换 PCP 的日期将会影响您何时可以开始接受新的 PCP 看诊。如果 IEHP DualChoice 在一个月的 25 号当日或之前收到您的更换要求，则该更改将会在下个月的一号生效。如果 IEHP DualChoice 在一个月的 25 号之后收到您的更换要求，则该更改将会在下下个月的一号生效。请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，了解您何时可以

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



接受新的 PCP 看诊，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者可拨打 1-800-718-IEHP (4347)。您每个月可要求更换一次 PCP。

本计划的 PCP 隶属于各医疗团体。如果您更换 PCP，您的医疗团体可能也会随之更改。当您要求更换时，请告知会员服务部您使用专科医生或获取其他承保服务时是否必须得到 PCP 的批准。会员服务部帮助您在更换 PCP 时可继续获取您的专科护理和其他服务。

未经您的 PCP 批准即可获得的服务

在大多数情况下，您需要获得您的 PCP 的批准才能使用其他医疗服务提供者。这种批准称为**转介**。您无需先获得 PCP 的批准即可获得以下所列的服务：

- 网络内医疗服务提供者或网络外医疗服务提供者提供的急诊服务。
- 如果您暂时在您计划的服务区域外，或考虑到您的时间、地点及自网络内医疗服务提供者获取此服务的情况而无法合理达成时，需要立即医治的急需承保服务（但不是急诊情况）。急需服务的例子包括意外的医疗疾病和伤害或现有病况的意外突发。医疗所需的常规医疗服务提供者看诊（如年度检查）不视为急需，即使您不在计划的服务区域内或我们的网络暂时无法提供服务也是如此。
- 当您在本计划服务区域外时，在经 Medicare 认证的透析机构接受的肾脏透析服务。如果您在离开服务区域之前致电会员服务部，我们可以协助您在离开期间接受透析。
- 流感疫苗和 COVID-19 疫苗接种以及乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗，但您必须从网络内医疗服务提供者处获取。
- 常规妇女医疗保健和计划生育服务。这包括乳房检查、筛检乳房 X 光筛检（乳房 X 光片）、子宫颈抹片检查和骨盆检查，但您必须从网络内医疗服务提供者处接受服务。
- 计划生育服务（参阅第 4 章 [福利表]）
- 预防服务
- 性传染病 (STI) 的诊断与治疗
- 敏感服务和保密服务
- 在当地卫生部提供的 HIV 检查和咨询
- 针对晚期或转移性第 3 期或第 4 期癌症所提供的生物标记检查
- 常规心理健康服务（个人治疗、团体治疗和门诊药物管理），但您必须从网络内医疗服务提供者处接受服务

此外，如果您是**美国印第安人**会员，您可以从您选择的**印第安医疗保健服务提供者**处获得承保服务，无需网络内 PCP 转介或事先授权。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



D2. 专科医生和其他网络内医疗服务提供者提供的护理

专科医生是为特定疾病或身体部位提供医疗保健的医生。专科医生有很多种，例如：

- 负责照顾癌症患者的肿瘤科医生。
- 负责照顾心脏病患者的内科医生。
- 负责照顾骨骼、关节或肌肉病症患者的骨科医生。

您通常需先接受 PCP 的看诊以满足您大多数的常规医疗保健需求，例如身体检查、免疫接种等。

- 当 PCP 认为您需要获得专科治疗或用品时，PCP 将需提出转介以取得 IEHP DualChoice 和/或医疗团体的事先授权。事先授权是指您必须先获得 IEHP DualChoice 和/或医疗团体的批准，然后才可以取得特定服务或药物。这称为转介。
- 您的 PCP 会将转介信息寄给 IEHP DualChoice 或医疗团体。在接受专科医生或某些其他医疗服务提供者看诊之前，务必要先取得 PCP 的转介。如果您没有在接受专科医生服务之前取得转介，您可能必须自行支付这些服务的费用。
- PCP 通常会与特定几家医院和特定专科医生有合作关系。在您选择 PCP 时，同时也决定了 PCP 转介的医院和专科医生。

D3. 当医疗服务提供者退出本计划时

您使用的网络内医疗服务提供者可能会退出本计划。如果您的医疗服务提供者退出本计划，您将享有下文概述的某些权利和保障：

- 即使我们的医疗服务提供者网络在当年期间发生变化，我们也必须让您能不间断地使用合格的医疗服务提供者。
- 当您的医疗服务提供者即将退出本计划时，我们将通知您，以便您有时间选择新的医疗服务提供者。
 - 如果您的基本保健服务提供者或行为健康服务提供者退出本计划，如果您在过去三年内曾向该医疗服务提供者求诊过，我们将通知您。
 - 如果您的任何其他医疗服务提供者离开本计划，若您被指派给该医疗服务提供者、目前正在接受他们的护理，或在过去三个月内曾向他们求诊，我们将通知您。
- 我们将帮助您选择新的合格网络内医疗服务提供者，继续管理您的医疗保健需求。
- 如果您正在接受当前医疗服务提供者的治疗或疗法，您有权要求继续获得医疗所需的治疗或疗法。我们会与您一同努力让您可以继续获取护理。
- 我们会告诉您关于可使用参保期以及您改变计划时享有的选项的信息。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 如果我们找不到您可以使用的合格网络内专科医生，当网络内医疗服务提供者或福利无法使用或不足以满足您的医疗需求时，我们必须安排网络外专科医生为您提供护理。需要事先授权，请参阅第 D.4 节以了解其他信息。
- 如果您发现您的医疗服务提供者将退出本计划，请联系我们。我们可以帮助您选择新的医疗服务提供者来管理您的护理。
- 如果您认为我们没有用合格的医疗服务提供者替换您之前的医疗服务提供者，或我们没有很好地管理您的护理，您有权向品质改进组织 (QIO) 提出护理质量投诉、护理质量申诉，或两者均提出。（更多信息请参阅第 9 章。）

D4. 网络外医疗服务提供者

如果会员需要接受服务区域内没有提供的医疗服务，则 IEHP 或 IPA 必须对护理提供指示和批准。PCP 和/或专科医生必须向 IEHP 或 IPA 提出服务请求并附上所有佐证文件（病情进展记录、化验/检测结果等）。IEHP 或 IPA 的工作人员将会与合同部门合作以取得协议函。

如果您使用网络外医疗服务提供者，该医疗服务提供者必须接受 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我们无法向没有资格参加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的医疗服务提供者支付费用。
- 如果您使用的医疗服务提供者不符合参加 Medicare 的资格，您必须支付您所获得服务的全部费用。
- 如果医疗服务提供者没有资格参加 Medicare，他们必须要告诉您。

E. 长期服务与支援 (LTSS)

LTSS 可以帮助您留在家中，避免在医院或专业护理机构住院。您可以通过本计划取得某些 LTSS，包括专业护理机构护理、社区成人服务 (CBAS) 和社区支援。另一种 LTSS 类型是居家支援服务计划，可通过您的县立社会服务机构取得。

居家支援服务 (IHSS)

- IHSS 计划将帮忙支付您所获得的服务，以便您可以安全留在自己家中生活。IHSS 属于机构护理（如疗养院或寄宿式护理机构）的替代方案。
- 可以通过 IHSS 授权的服务类型包括家务清洁、备餐、洗衣、采购食品杂货、个人护理服务（如排便和排尿护理、洗澡、仪容整理和辅助医疗服务）、陪同前往医疗就诊地点以及对精神障碍人士的保护性监督。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 您的护理协调员可以帮助您向县政府社会服务机构申请 IHSS。

<u>Riverside 县:</u>	<u>San Bernardino 县:</u>
1-888-960-4477	1-877-800-4544
周一至周五	周一至周五
上午 7:30 至下午 5:30	上午 8 点至下午 5 点

如需更多帮助，您可致电本页底部的电话号码与 IEHP DualChoice 会员服务部联系。

F. 行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务

您有权获得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的医疗所需行为健康服务。我们提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理承保的行为健康服务。本计划不提供 Medi-Cal 专业心理健康服务或县政府物质使用障碍服务，但您可通过您当地的 Riverside 大学健康体系 – 行为健康及 San Bernardino 县政府行为健康部门取得这些服务。

<u>在 Riverside 县:</u>	<u>在 San Bernardino 县:</u>
Riverside 大学健康体系 – 行为健康 (Riverside University Health System – Behavioral Health): 1-800-499-3008	行为健康部接入科: 1-888-743-1478

F1. 在本计划之外提供的 Medi-Cal 行为健康服务

如果您符合获得专业心理健康服务的标准，您可以通过县心理健保计划 (MHP) 获得 Medi-Cal 专业心理健康服务。由 Riverside 大学健康体系 – 行为健康和 San Bernardino 县政府行为健康部门提供的 Medi-Cal 专业心理健康服务包括：

- 心理健康服务
- 药物支援服务
- 日间治疗加强服务
- 日间康复
- 危机介入服务
- 危机稳定服务
- 成人住宿治疗服务
- 危机住宿治疗服务

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 精神病健康机构服务
- 精神病住院服务
- 目标个案管理
- 司法再入
- 积极社区治疗 (ACT)
- 司法积极社区治疗 (FACT)
- 针对首次精神病发作 (FEP) 的协调专科护理 (CSC)
- 会所服务
- 加强社区健康工作者 (CHW) 服务
- 支持就业
- 同侪支援服务
- 社区流动危机介入服务
- 治疗行为服务
- 治疗式寄养
- 重症监护协调
- 密集家庭服务

由 Riverside 大学健康体系 – 行为健康和 San Bernardino 县政府行为健康部门提供的 Drug Medi-Cal 服务包括：

- 密集门诊治疗服务
- 围产期住宿式物质使用障碍治疗
- 门诊治疗服务
- 麻醉品治疗计划
- 成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）
- 同侪支援服务
- 社区流动危机介入服务

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



您可以通过 Riverside 大学健康体系 – 行为健康和 San Bernardino 县立行为健康部取得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) 的服务，但条件是必须符合接受这些服务的标准。DMC-ODS 服务包括：

- 门诊治疗服务
- 密集门诊治疗服务
- 部分住院服务
- 成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）
- 住宿治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉品治疗计划
- 康复服务
- 护理协调
- 同侪支援服务
- 社区流动危机介入服务
- 紧急管理服务
- 住院治疗服务

除以上所列服务外，如果您符合标准，则还可以接受自愿住院戒毒服务。

行为健康服务可通过医疗服务提供者、IEHP DualChoice 行为健康护理经理的转介或通过自行转介取得。如需协助取得行为健康服务，您可致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

G. 交通运输服务

G1. 非紧急医疗交通运输服务

如果您的医疗需求不允许您使用汽车、公车或出租车前往就诊，您有权获得非紧急医疗交通运输服务。可针对医疗、牙科、心理健康、物质滥用和药房预约等承保服务提供非紧急医疗交通运输服务。如果您需要非紧急医疗交通运输服务，您可洽询您的 PCP 或其他医疗服务提供者并提出要求。您的 PCP 或其他医疗服务提供者将会决定最符合您需求的交通运输服务类型。如果您需要非紧急医疗交通运输服务，他们将会填写表格以开立医嘱并将其提交给 IEHP DualChoice

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



批准。视您的医疗需求而定，批准的有效期限为一年。您的 PCP 或其他医疗服务提供者将会每 12 个月重新评估一次您对非紧急医疗交通运输服务的需求以进行重新批准。

非紧急医疗交通运输服务是救护车、担架车、轮椅车或航空交通运输。当您需要搭乘交通工具前往约诊时，IEHP DualChoice 可为您的医疗需求提供最低费用的承保交通方式和最合适的非紧急医疗交通运输服务。例如，如果从生理或医疗角度而言您可以由轮椅车运送，那么 IEHP DualChoice 不会支付救护车费用。只有当您的病症不可能使用任何形式的地面运输时，您才有权使用空中运输。

在以下情况下必须使用非紧急医疗交通运输服务：

- 由于您无法搭乘公车、出租车、汽车或厢型车前往就诊，因此经您的 PCP 或其他医疗服务提供者以书面授权方式判定此服务是您身体状况或医疗状况所需。
- 由于身体或精神残疾，您需要司机帮助您往返于住所、车辆处或治疗地点。

如欲申请您医生针对非紧急**常规约诊**开立的医疗交通运输服务，请致电 1-855-673-3195 与 IEHP DualChoice 服务商联系，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 使用者请在约诊前至少提前 5 个工作日（周一至周五）拨打中继服务电话或加州中继服务电话 711。如需**紧急预约**，请尽快致电。致电时请准备好您的会员卡。如果您需要更多信息，也可以致电。

医疗交通运输限制

IEHP DualChoice 承保从您家到距离最近且可提供约诊的医疗服务提供者之间，能满足您医疗需求的最低费用医疗交通运输。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保这项服务，就不会提供医疗交通运输。如果约诊类型由 Medi-Cal 承保，而不是通过健保计划承保，那么 IEHP DualChoice 将帮助您安排交通运输。本手册第 4 章列有承保服务清单。IEHP DualChoice 网络或服务区域以外的交通运输不属于承保范围，除非获得事先授权。

G2. 非医疗交通运输

非医疗交通运输福利包括为获得医疗服务提供者授权的服务而往返于您的约诊时所产生的交通服务。当您满足以下条件时，您可以免费获得接送服务：

- 为获得您的医疗服务提供者授权的服务而往返约诊，**或**
- 领取处方药和医疗用品。

IEHP DualChoice 允许您使用汽车、出租车、公车或其他大众/私人交通方式前往您的医疗服务提供者授权的预约以获得服务。IEHP DualChoice 使用 Call The Car 安排非医疗交通运输。我们承保能满足您需求的最低费用、非医疗交通运输类型。

有时，您可以获得乘坐自行安排私家车费用的补偿。IEHP DualChoice 必须在您搭车**之前**批准此安排，并且您必须告诉我们为什么您不能以其他方式搭乘，例如乘坐公车。您可以通过电话、电子邮件或亲自当面告诉我们。**您自行驾车则不能获得补偿。**

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



里程费补偿需要提供以下全部资料：

- 司机的驾驶执照。
- 司机的车辆登记证。
- 司机的汽车保险证明。

如需为已经获得授权的服务预约接送，请致电 IEHP DualChoice 服务商 **Call The Car**，电话 **1-855-673-3195**，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 使用者请在约诊前至少提前 5 个工作日（周一至周五）拨打中继服务电话或加州中继服务电话 **711**。如需**紧急预约**，请尽快致电。致电时请准备好您的会员卡。如果您需要更多信息，也可以致电。

附注：美国印第安人会员可以联系当地的印第安健康诊所，要求提供非医疗交通运输服务。

非医疗交通运输限制

IEHP DualChoice 提供从您家到距离最近并可接受约诊的医疗服务提供者之间，可满足您医疗需求的最低费用非医疗交通运输。**您自行驾车时无法直接获得补偿。**

在下列情况下**不适用**非医疗交通运输：

- 需要救护车、担架车、轮椅车或其他形式的非紧急医疗交通运输服务工具才能获得服务。
- 由于身体状况或病症，您需要司机协助往返住所、车辆处或治疗地点。
- 您坐轮椅，如果没有司机的帮助，您将无法进出车辆。
- Medicare 或 Medi-Cal 不承保这项服务。

H. 在医疗急诊情况下、急需时，或在灾难期间的承保服务

H1. 医疗急诊情况下的护理

医疗急诊情况是指有疾病、剧痛、严重伤害等症状的医疗病症，或迅速恶化的医疗病症。这种情况非常严重，您或任何具有一般健康和医学知识的人都可以预期如果不立即就医将会导致：

- 对您或您未出生的孩子的生命造成严重风险；**或**
- 失去身体机能或对身体机能造成严重损害；**或**
- 身体任何器官或部位的严重功能障碍；**或**

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 对于正在分娩的孕妇，在下列情况时：
 - 在分娩前没有足够的时间将您安全地运送到另一家医院。
 - 运送到另一家医院可能会对您或未出生孩子的健康或安全构成威胁。

如果您有医疗急诊情况：

- **尽快获得帮助。**拨打 911 或前往最近的急诊室或医院。如果需要，请叫救护车。您不需要 PCP 的批准或转介。您不需要使用网络内医疗服务提供者。您可以随时在美国或其领土的任何地方从任何持有适当州许可证的医疗服务提供者处获得需要的承保急诊医疗护理，即使它们不属于我们的网络。

尽快将您的紧急情况告知本计划。我们将跟进您的急诊护理。您或其他人通常应该在 48 小时内打电话告诉我们您的急诊护理情况。但是，如果您延迟告诉我们，您也无需支付急诊服务费用。请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

医疗急诊情况下的承保服务

如果以任何其他方式到达急诊室可能危及您的健康，则本计划会承保救护车服务。我们也承保急诊情况时的医疗服务。如要了解更多信息，请参阅本《会员手册》第 4 章中的福利表。

为您提供急诊护理的医疗服务提供者将决定您的病情何时稳定以及医疗急诊情况何时结束。他们将继续为您治疗，并在您需要后续护理以改善病情时与我们联系制定计划。

本计划会承保您的后续护理。如果您从网络外医疗服务提供者处获得急诊护理，我们将试着让网络内医疗服务提供者尽快接手您的护理。

在非急诊情况下获得急诊护理

有时很难知道您是否有医疗或行为健康急诊情况。您可能会去看急诊，而医生说这并不是真正的急诊情况。只要您合理认为您的健康处于严重危险，我们就会承保您的护理。

在医生说这不是急诊情况后，我们仅在以下情况下承保您的额外护理：

- 您使用网络内医疗服务提供者，**或**
- 您获得的额外护理被视为“急需护理”，并且您遵循获取该服务的规则。请参阅下一节。

H2. 急需护理

急需护理是指您在非急诊但需要立即护理的情况下获得的护理。例如，您现有的病况可能会突然发作，或发生不可预见的疾病或受伤。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



本计划服务区域内的急需护理

在大多数情况下，我们仅在以下情况下承保急需护理：

- 您从网络内医疗服务提供者处获得该护理，且
- 您遵循本章中所述规则。

如果没有可能或无法合理向网络内医疗服务提供者就诊，我们将承保您从网络外医疗服务提供者处获得的急需护理。

如果您不确定伤势或疾病是否属于紧急性质，请致电您的 PCP。您始终应该前往 PCP 处接受护理。如果您在非营业时间无法与您的 PCP 取得联系，请致电 24 小时护士咨询专线 1-888-244-IEHP (4347)，以在需要时获得协助。如有需要，我们的护士可为您转接，以让您通过电话或视频通话咨询医生。如果我们的护士认为您需要进一步协助，其将会指引您前往附近正在营业的紧急护理诊所。紧急护理诊所一般在一般诊所非营业时间和周末均有开放，部分诊所还提供化验及 X 光检查。

本计划服务区域外的急需护理

当您不在本计划的服务区域内时，您可能无法从网络内医疗服务提供者处获得护理。在这种情况下，本计划会承保您从任何医疗服务提供者处获得的急需护理。然而，医疗所需的常规医疗服务提供者看诊（如年度检查）不视为急需，即使您不在计划的服务区域内或本计划的网络暂时无法提供服务也是如此。

本计划不承保您在美国及其领土以外地方获得的急需护理或任何其他护理。

H3. 灾难期间护理

如果加州州长、美国卫生与公众服务部部长或美国总统宣布您所在的地理区域处于灾难或紧急状态，您仍有权自本计划获取护理。

请访问我们的网站，了解有关如何在宣布的灾难期间获得所需护理的信息：www.iehp.org。

在宣布的灾难期间，如果您无法使用网络内医疗服务提供者，则可以从网络外医疗服务提供者处免费获得护理。如果您在宣布的灾难期间无法使用网络内药房，则可以在网络外药房配取药物。相关详细信息，请参阅《会员手册》第 5 章。

I. 如果您直接收到承保服务的账单怎么办

如果您为承保服务付费，或者如果您收到承保医疗服务的账单，请参阅本《会员手册》第 7 章查询该怎么办。

您不应该自行支付账单费用。如果您这么做，我们可能无法偿还您已支付的费用。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



I1. 如果本计划不承保服务怎么办

本计划承保以下所有服务：

- 被判定为医疗所需的服务，和
- 本计划福利表中所列出的服务（请参阅本《会员手册》的**第 4 章**），和
- 您通过遵循计划规则而获取的服务。

如果您获得本计划未承保的服务，**您将自行支付全部费用**，除非服务由本计划以外的其他 Medi-Cal 计划承保。

如果您想知道我们是否支付任何医疗服务或护理的费用，您有权询问我们。您也有权以书面形式询问。如果我们说我们不会为您的服务付费，您有权对我们的决定提出上诉。

本《会员手册》**第 9 章**说明如果您希望我们承保某项医疗服务或用品时该怎么做。其中还告诉您如何对我们的承保决定提出上诉。致电会员服务部了解有关您的上诉权利的更多信息。

我们为某些服务支付一定限额的费用。如果您超出了该限额，您就需要支付全额费用以获得更多此类服务。具体福利限额请参阅**第 4 章**。请致电会员服务部了解福利限额以及您已经使用了多少福利。

J. 临床研究中医疗保健服务的承保范围

J1. 临床研究的定义

临床研究（也称为临床试验）是医生测试新型医疗保健或药物的一种方式。**Medicare** 批准的临床研究通常会邀请志愿者参与研究。当您参与临床研究时，您可以继续参保本计划，并继续通过本计划获得您的其他护理（与研究无关的护理）。

如果您想参与 **Medicare** 批准的临床研究，您**无需**告诉我们或获得我们或您的基本保健服务提供者的批准。在研究中为您提供护理的医疗服务提供者**不必**是网络内医疗服务提供者。这并不适用于需要临床试验或注册来评估福利的承保福利，包括需要证据开发承保 (NCDs-CED) 和研究性器械豁免 (IDE) 研究的某些福利。这些福利也可能需要获得事先授权，且需遵守其他计划规则。

我们鼓励您在参与临床研究之前告诉我们。

如果您计划参与由 **Original Medicare** 为参保人提供承保的临床研究，我们鼓励您或您的护理协调员联系会员服务部，让我们知道您将要参与临床试验。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



J2. 参与临床研究时的服务费用

如果您自愿参与 Medicare 批准的临床研究，则无需为研究项下的服务支付任何费用。Medicare 支付研究中的服务以及与您的护理相关的常规费用。一旦您加入 Medicare 批准的临床研究，您在研究中获得的大多数服务与用品均属于承保范围。其中包括：

- 即使您未参与研究，Medicare 也会支付的住院膳宿费用
- 作为研究的一部分的手术或其他医疗程序
- 对新护理产生的任何副作用和并发症的治疗

如果您参与了一项 Medicare 尚未批准的研究，您需要支付参与研究的任何费用。

J3. 更多关于临床研究的信息

您可以通过阅读 Medicare 网站 (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf) 上的“Medicare & Clinical Research Studies”（Medicare 与临床研究），了解更多关于加入临床研究的信息。您也可拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。

K. 您的医疗保健服务在宗教非医疗保健机构中如何获得承保

K1. 宗教非医疗保健机构的定义

宗教非医疗保健机构是为您提供通常在医院或专业护理机构获得的护理的地方。如果在医院或专业护理机构接受护理违背了您的宗教信仰，我们会承保在宗教非医疗保健机构的护理。

此福利仅适用于 Medicare A 部分住院服务（非医疗保健服务）。

K2. 宗教非医疗保健机构提供的护理

要从宗教非医疗保健机构获得护理，您必须签署一份法律文件，说明您反对接受“非例外”医疗。

- “非例外”医疗是任何联邦、州或地方法律不要求的自愿护理。
- “例外”医疗是联邦、州或地方法律要求的非自愿护理。

若要由本计划承保，您从宗教非医疗保健机构获得的护理必须满足以下条件：

- 提供护理的机构必须经过 Medicare 认证。
- 本计划仅承保护理的非宗教方面。
- 如果您从该机构获得的服务是在某个设施中提供给您的，那么：
 - 您的医疗病症必须允许您能获得医院住院护理或专业护理机构护理的承保服务。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 在您进入机构住院之前，您必须获得我们的批准，否则您的住院**将不予**承保。

适用 Medicare 住院承保限制。作为 Medi-Cal 会员，医疗所需时可承保额外的住院天数。（请参阅第 4 章的福利表。）

L. 耐用医疗器材 (DME)

L1. 作为本计划会员所享有的 DME 福利

DME 包括由医疗服务提供者开具医嘱且医疗所需的某些用品，例如轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由医疗服务提供者开具医嘱的居家用病床、静脉 (Intravenous, IV) 输液泵、语音生成设备、氧气器材和用品、雾化器和助行器。

您拥有某些 DME 用品的所有权，如义体。

其他类型的 DME 必须租借。作为本计划的会员，您通常**不会**拥有租借之 DME 用品的所有权，无论您租借多长时间。

即使您在加入本计划之前已通过 Medicare 连续拥有该 DME 长达 12 个月，您**也不会**获得该器材的所有权。

L2. 转换至 Original Medicare 时的 DME 所有权情况

在 Original Medicare 计划中，租借某些类型之 DME 的人在 13 个月后即可拥有该用品的所有权。在 Medicare Advantage (MA) 计划中，该计划可以设定针对某些类型的 DME，人们必须先租借多少个月才能获得其所有权。

如果您不再拥有 Medi-Cal，您将必须通过 Original Medicare 连续支付 13 次款项，或者您必须连续付款达到 MA 计划设定的付款次数，才能获得 DME 用品的所有权，但前提是：

- 当您参与本计划时，您尚未成为该 DME 用品的所有者，**并且**
- 您退出本计划并在 Original Medicare 计划或 MA 计划中的任何健保计划之外获得您的 Medicare 福利。

如果您在加入本计划之前于 Original Medicare 或 MA 计划中支付了 DME 用品的款项，**则这些 Original Medicare 或 MA 计划款项不计入您在退出本计划后所需支付的款项中。**

- 您必须通过 Original Medicare 重新连续付款 13 次，或重新连续付款达到 MA 计划所设定的次数，才能获得 DME 用品的所有权。
- 当您返回 Original Medicare 或 MA 计划时，也同样须遵守以上规定。

L3. 作为本计划会员所享有的氧气器材福利

如果您有资格获得 Medicare 承保的氧气器材，我们会承保：

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 氧气器材的租赁
- 氧气和氧气内容物的输送
- 输送氧气和氧气内容物的管线和相关附件
- 氧气器材的维护和修理

当氧气器材对您来说已不再是医疗所需或当您退出本计划时，您必须归还氧气器材。

L4. 转换至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划时的氧气器材

当氧气器材是医疗所需，并且您退出本计划并转换至 **Original Medicare** 时，您可以向供应商租借器材 36 个月。您支付的每月租金包括氧气器材以及前文所列的用品和服务。如果您仍参保 Medicare 和 Medi-Cal，Medicare 和 Medi-Cal 将承保这些款项。

如果氧气器材在您租借 36 个月后仍为医疗所需，您的供应商必须：

- 再提供 24 个月的氧气器材、用品和服务
- 如为医疗所需，提供最多 5 年的氧气器材和用品

如果在 5 年期限结束时，氧气器材仍为医疗所需：

- 您的供应商无需再提供该器材，而您可以选择通过任何供应商获取替代器材。
- 新的 5 年期限从此开始计算。
- 您通过供应商租借 36 个月。
- 然后您的供应商再提供 24 个月的氧气器材、用品和服务。
- 只要氧气器材为医疗所需，则每 5 年开始一个新的周期。

当氧气器材为医疗所需并且您退出本计划并转换到其他 **MA** 计划时，该计划将至少承保 **Original Medicare** 承保的内容。您可以询问您的新 **MA** 计划承保哪些氧气器材和用品，以及您的费用是多少。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 4 章：福利表

简介

本章为您介绍本计划承保的服务以及对这些服务的任何限制或限额。本章也会为您介绍本计划未承保的福利。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

IEHP DualChoice 的新会员 在大多数情况下，您将在要求参保 IEHP DualChoice 后的次月第 1 天参保 IEHP DualChoice 以获得 Medicare 福利。您仍可以通过之前的 Medi-Cal 健保计划获得额外一个月的 Medi-Cal 服务。之后，您将通过 IEHP DualChoice 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保不会出现中断。如果您有任何疑问，请致电 1-877-273- IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 与我们联系。

目录

A. 您的承保服务.....	65
B. 禁止医疗服务提供者向您收取服务费用的规定	65
C. 关于本计划的福利表	65
D. 本计划的福利表	67
E. 社区支援.....	107
F. 本计划以外的承保福利.....	111
F1. 加州社区过渡 (CCT)	111
F2. Medi-Cal 牙科.....	112
F3. 居家支援服务 (IHSS)	112
F4. 1915(c) 居家和社区型服务 (HCBS) 豁免计划.....	112
F5. 在本计划之外提供的县行为健康服务（心理健康和物质使用障碍服务）	115
G. 本计划、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利	117

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

A. 您的承保服务

本章为您介绍本计划所承保的服务。您还可以了解不属于承保范围的服务。有关药物福利的信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**。本章也说明了对某些服务的限制。

由于您从 **Medi-Cal** 获得援助，因此只要您遵守本计划规定，您就无需为承保服务支付任何费用。请参阅本《会员手册》的**第 3 章**，了解本计划规定的详情。

如果您需要协助了解哪些服务属于承保范围，请致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 与您的护理协调员和/或会员服务部联系。服务时间为每周 7 天，包括节假日。TTY 使用者应拨打 **1-800-718-4347**。

B. 禁止医疗服务提供者向您收取服务费用的规定

我们不允许我们的医疗服务提供者向您收取网络内承保服务的费用。我们直接向我们的医疗服务提供者付款，而且我们保护您不须支付任何费用。即使我们向医疗服务提供者支付的费用低于其收取的服务费用，也同样如此。

您绝对不应收到医疗服务提供者的承保服务帐单。如果您收到帐单，请参阅本《会员手册》的**第 7 章**或致电会员服务部。

C. 关于本计划的福利表

福利表为您介绍本计划会支付费用的服务。其中按英文字母顺序列出承保服务并对其提供说明。

当满足以下规定时，我们会为福利表中列出的服务支付费用。只要您满足下述要求，您就无需为福利表中列出的服务支付任何费用。

- 我们根据 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 制定的规定提供 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保服务。
- 这些服务（包括医疗护理、行为健康和物质使用障碍服务、长期服务与支援、用品、器材和药物）必须是“医疗所需”。医疗所需是指您用来预防、诊断或治疗病症或维持您目前健康状态所需的服务、用品或药物。其中包括为避免您住院或入住护理机构而需要的护理。也指服务、用品或药物符合公认的医疗实践标准。
- 对于新计划参加者，在头 90 天，我们可能不会要求您对任何正在进行中的疗程获取事先批准，即使该疗程的服务最初是由网络外医疗服务提供者开始提供。
- 您自网络内医疗服务提供者取得护理。网络内医疗服务提供者是与我们合作的医疗服务提供者。在大多数情况下，您通过网络外医疗服务提供者获得的护理不会获得承保，除非是急诊或急需护理，或除非您的计划或网络内医疗服务提供者已为您

如果您有疑问，请致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 与 **IEHP DualChoice** 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 **1-800-718-4347**。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



转介。本《会员手册》的**第 3 章**包含有关使用网络内和网络外医疗服务提供者的更多信息。

- 您有一名基本保健服务提供者 (PCP) 或一个护理团队来提供和管理您的护理。在大多数情况下，您必须先获得 PCP 的批准，然后才能使用您 PCP 以外的医疗服务提供者，或使用本计划网络内的其他医疗服务提供者。这称为转介。本《会员手册》的**第 3 章**包含有关获得转介以及何时**不需要**转介的更多信息。
- 对于福利表中所列的部分服务，只有当您的医生或其他网络内医疗服务提供者先获得我们的批准时，我们才会承保这些服务。这称为事先授权 (Prior Authorization, PA)。我们在福利表中用星号 (*) 标记需要 PA 的承保服务。
- 如果您的计划批准某项疗程的 PA 要求，则该批准必须根据承保标准、您的病史以及提供治疗之医疗服务提供者的建议，在医疗上合理且医疗所需的期间保持有效，以避免护理中断。
- *如果您失去 Medi-Cal 福利，在被视为持续符合续保资格的 3 个月内，您在本计划中的 Medicare 福利将会继续有效。但是，您的 Medi-Cal 服务可能不属于承保范围。请联系您所在县的资格办公室或 Health Care Options，以了解有关您 Medi-Cal 资格的信息。您可以保留您的 Medicare 福利，但不能保留您的 Medi-Cal 福利。如果您有关于 Medi-Cal 的疑问或需要这方面的协助，我们可以提供协助，请致电 1-888-860-1296。*

所有预防服务皆为免费。此苹果 🍏 标示出福利表中的预防服务。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

D. 本计划的福利表

承保服务	您支付的费用
 <p>腹主动脉瘤筛检</p> <p>我们为有风险的人支付一次超音波筛检费用。本计划仅在您有某些风险因素并且您通过您的医生、医生助理、专科护理师或临床护理专家获得转介的情况下，才承保此筛检。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
<p>针灸</p> <p>我们在任何一个日历月内最多支付两次门诊针灸服务的费用，或者如为医疗所需，可增加支付频率。</p> <p>如果您患有慢性腰痛，我们还会在 90 天内支付最多 12 次的针灸就诊费用，慢性腰痛的定义是：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持续 12 周或更长时间； • 非特定（没有可以确定的系统性原因，例如与转移性疾病、发炎性疾病或感染性疾病无关）； • 与手术无关；且 • 与怀孕无关。 <p>此外，如果您的病情有所改善，我们会额外支付八次治疗慢性腰痛的针灸疗程费用。您每年不得针对慢性腰痛接受超过 20 次的针灸治疗。</p> <p>如果您没有好转或恶化，则必须停止针灸治疗。</p> <p>医疗服务提供者要求：</p> <p>医生（根据社会安全法（简称社安法）第 1861(r)(1) 条的定义）可根据适用的州政府要求提供针灸。</p> <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>针灸（续）</p> <p>医生助理 (Physician Assistant, PA)、专科护理师 (Nurse Practitioner, NP)/临床护理专家 (Clinical Nurse Specialist, CNS)（如社安法第 1861(aa) (5) 条所载明）以及辅助人员如果符合所有适用的州政府要求并且具备以下条件，可以提供针灸：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 拥有经针灸和中医认证委员会 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 认证的学校授予的针灸或中医硕士或博士学位；及 • 在美国的某州、领土或联邦（如波多黎各）或哥伦比亚特区拥有最新、完整、有效且无限制的针灸执业许可证。 <p>按照美国联邦规则汇编 (Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 编第 410.26 和 410.27 条的要求，提供针灸的辅助人员必须接受医生、PA 或 NP/CNS 的适当监督。</p>	
<p> 酒精滥用筛检和咨询</p> <p>我们为滥用酒精但并未依赖酒精的成人支付一次酒精滥用筛检（筛检、评估、简短干预和转介治疗 [Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT]）费用。其中包括孕妇。</p> <p>如果您酒精滥用筛检的结果呈阳性，您每年最多可获得四次由合格基本保健服务提供者 (PCP) 或基本保健设施的执业人员所提供的简短面对面咨询会谈（条件是您在咨询期间具有行为能力且能保持清醒状态）。</p> <p>如果您需要超出 Medicare 承保范围的额外咨询和治疗服务，且您符合医疗必要性规定，您可能可以通过县政府获得 Medi-Cal 物质使用障碍服务。</p> <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>酒精滥用筛检和咨询（续）</p> <p>如欲上网查询各县的电话号码，请访问：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riverside University Health System: <ul style="list-style-type: none"> ○ 致电：1-800-499-3008 ○ 访问：https://www.ruhealth.org/behavioral-health • San Bernardino 县行为健康部: <ul style="list-style-type: none"> ○ 致电：1-800-968-2636 ○ 访问：https://wp.sbcounty.gov/dbhhtt 	
<p>救护服务</p> <p>属于承保范围的救护服务（无论是紧急情况或非紧急情况）包括地面和空中（飞机和直升机）救护。救护交通工具会将您带到距离最近且可以为您提供护理的地方。</p> <p>您的病症必须严重到以其他方式前往护理场所可能会危及您的健康或生命。</p> <p>其他情况的（非紧急）救护服务必须获得我们的批准。在非紧急情况，我们仍可能会支付救护费用。您的病症必须严重到以其他方式前往护理场所可能会危及您的生命或健康。</p>	\$0
<p> 年度全面健康检查</p> <p>您可以接受年度检查。这是为了根据您目前的风险因素制定或更新预防计划。我们每 12 个月支付一次此费用。</p> <p>附注： 您的首次年度全面健康检查不能在您欢迎加入 Medicare 看诊的 12 个月内进行。然而，在您参加 B 部分 12 个月后，您无需接受欢迎加入 Medicare 看诊即可接受年度全面健康检查。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务		您支付的费用
	<p>哮喘预防服务</p> <p>对于哮喘控制不佳的人，您可以接受哮喘卫教和家庭环境评估，了解家中常见的触发因素。</p>	\$0
	<p>骨质测量</p> <p>我们为符合资格的会员（通常是有骨质流失风险或骨质疏松症风险者）支付某些诊疗程序的费用。这些诊疗程序可侦测骨质、发现骨质流失或检查骨骼品质。</p> <p>我们每 24 个月支付一次服务费用，或者如为医疗所需，可增加支付频率。我们还支付请医生查看检查结果并提供意见的费用。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
	<p>乳腺癌筛查（乳房 X 光筛检）</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 岁至 39 岁期间一次基线乳房 X 光筛检 • 40 岁及 40 岁以上女性每 12 个月进行一次乳房 X 光筛检 • 每 24 个月进行一次临床乳房检查 	\$0
	<p>心脏复健服务*</p> <p>我们支付心脏复健服务（例如运动、卫教和咨询）的费用。会员必须符合某些条件并且有医生的转介。</p> <p>我们还承保比心脏复健计划强度更高的密集心脏复健计划。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务		您支付的费用
	<p>心血管（心脏）疾病风险降低就诊（心脏病治疗）</p> <p>我们每年支付一次基本保健服务提供者 (PCP) 看诊的费用，以协助降低您罹患心脏病的风险，或者如为医疗所需，可支付更多次。在就诊时，您的医生可能会：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 讨论阿斯匹林的使用； • 检查您的血压；和/或 • 为您提供一些提示，确保您饮食健康。 	\$0
	<p>心血管（心脏）疾病筛检检查</p> <p>我们每五年（60 个月）支付一次血液检查的费用以检查是否有心血管疾病。这些血液检查还会查看因心脏病高风险所导致的缺陷。</p>	\$0
	<p>子宫颈癌和阴道癌筛检</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 对于所有女性：每 24 个月一次子宫颈抹片检查和骨盆腔检查 • 对于子宫颈癌或阴道癌高风险的女性：每 12 个月一次子宫颈抹片检查 • 对于在过去三年内曾子宫颈抹片检查异常且处于育龄期的女性：每 12 个月一次子宫颈抹片检查 • 对于 30-65 岁的女性：每 5 年一次人类乳突病毒 (Human Papillomavirus, HPV) 检查或子宫颈抹片加 HPV 检查 	\$0
	<p>整脊服务*</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 调整脊柱以矫正对齐 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>整脊服务*（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medi-Cal 可能会承保在联邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 或农村健康诊所 (Rural Health Clinic, RHC) 接受的整脊服务。FQHC 和 RHC 可能需要转介才能获得服务。若要了解更多关于 FQHC 或 RHC 可提供之服务的信息，请致电会员服务部。 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	
<p>慢性疼痛管理和治疗服务 *</p> <p>为慢性疼痛（持续时间超过 3 个月的持续疼痛或反复疼痛）患者承保每月服务。服务可能包括疼痛评估、药物管理，以及护理协调和规划。</p>	<p>此服务的分摊费用将因疗程中提供的个别服务而异。</p> <p>\$0</p>
<p> 大肠癌筛查</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 结肠镜检查没有最低或最高年龄限制，对于非高危患者每 120 个月（10 年）承保一次，或对于非大肠癌高危患者，在先前接受过软式乙状结肠镜检查后，每 48 个月承保一次；对于高危患者，在先前接受过结肠镜检查筛检后，每 24 个月承保一次。 • 45 岁及 45 岁以上非大肠癌高危患者的电脑断层扫描结肠摄影属于承保范围，但条件是在上次电脑断层扫描结肠摄影筛检当月之后至少已过 59 个月，或在上次软式乙状结肠镜检查筛检或结肠镜检查筛检当月之后已过 47 个月。对于大肠癌高危患者，在上次电脑断层扫描结肠摄影筛检或上次结肠镜检查筛检当月之后，至少已过 23 个月所进行的电脑断层扫描结肠摄影筛检可能可获得费用支付。 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

承保服务	您支付的费用
<p>大肠癌筛查（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 适合 45 岁及 45 岁以上患者的软式乙状结肠镜检查。对于非高危患者，在患者接受结肠镜检查筛检后，每 120 个月一次。对于高危患者，在上次软式乙状结肠镜检查或电脑断层扫描结肠摄影后，每 48 个月一次。 • 适合 45 岁及 45 岁以上患者的粪便潜血检查筛检。每 12 个月一次。 • 适合 45 岁至 85 岁且不符合高风险标准之患者的多目标粪便 DNA 检查。每 3 年一次。 • 适合 45 岁至 85 岁且不符合高风险标准之患者的血液生物标记检查。每 3 年一次。 • 大肠癌筛查检查包括在 Medicare 承保的非侵入性粪便大肠癌筛查检查显示阳性结果后所进行的后续结肠镜检查筛检。 • 大肠癌筛查检查包括计划进行的软式乙状结肠镜检查筛检或结肠镜检查筛检（包含切除组织或其他物质），也包括与筛检检查相关、因其所致，并且在同一次临床就诊期间提供的其他诊疗程序。 	
<p>牙科服务*</p> <p>我们支付某些牙科服务费用，包括但不限于洗牙、补牙和假牙。我们不承保的服务可通过 Medi-Cal 牙科获得，如下文第 G2 节所述。</p> <p>当某项牙科服务是患者主要病症特定治疗不可或缺的一部分时，我们会支付该服务的费用。示例包括骨折或受伤后的颌骨重建、为颌骨相关癌症放射治疗做准备而进行的拔牙，或器官移植前的口腔检查。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p> <p>身为 Medi-Cal 会员，您可以通过 Medi-Cal 牙科计划获得某些牙科服务。Medi-Cal 牙科承保包括但不限于诸如以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 初步检查、X 光检查、洗牙和氟化物治疗 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>牙科服务*（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 修复和牙冠 • 根管治疗 • 局部和全口假牙、调整、修复和衬底 <p>如需更多有关通过 Medi-Cal 牙科提供的牙科福利信息，或者如果您需要帮助寻找接受 Medi-Cal 的牙医，请致电 1-800-322-6384（TTY 使用者请致电 1-800-735-2922）与电话服务中心联系。此电话为免付费电话。Medi-Cal 牙科服务代表于周一至周五上午 8 点至下午 5 点为您提供协助。您也可以访问 smilecalifornia.org 网站以获取更多信息。</p>	
<p> 抑郁症筛检</p> <p>我们每年支付一次抑郁症筛检费用。筛检必须在可以提供后续治疗和/或转介的基本保健场所进行。</p>	\$0
<p> 糖尿病筛检</p> <p>如果您有以下任何风险因素，我们会为此筛检（包括空腹血糖检查）支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 高血压 • 有胆固醇和甘油三酯水平异常（血脂异常）的病史 • 肥胖症 • 有高血糖（葡萄糖）病史 <p>在其他一些情况下，诸如体重超重并且有糖尿病家族史等情况，可能会承保检查。</p> <p>自您最近一次糖尿病筛检检查之日起，您可能有资格每 12 个月进行最多两次糖尿病筛检。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
 <p>糖尿病自我管理培训、服务和用品*</p> <p>我们为所有糖尿病患者支付以下服务费用（无论其是否使用胰岛素）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用于监测血糖的用品，包括以下各项： <ul style="list-style-type: none"> ○ 血糖监测仪 ○ 血糖试纸 ○ 采血装置和采血针 ○ 用于检查试纸和监测仪准确性的血糖控制溶液 ○ 可能必须获得事先授权 • 对于患有严重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，我们支付以下费用： <ul style="list-style-type: none"> ○ 一双治疗用订制鞋（含鞋垫），包括试穿调整以及每日历年额外两副鞋垫；或 ○ 一双加深型治疗鞋，包括试穿调整以及每年三副鞋垫（不包括随此类鞋提供的非订制可拆卸鞋垫） • 在某些情况下，我们会支付协助您管理糖尿病的培训费用。若要了解更多信息，请联系会员服务部。 • 请咨询您的医疗服务提供者并取得糖尿病自我管理培训的转介。 	\$0
<p>陪产员服务</p> <p>我们会为怀孕者支付产前和产后期间的九次陪产员随访，以及在临产和分娩期间的支援。也可以提供最多九次的额外产后服务。</p>	\$0
<p>耐用医疗器材 (DME) 和相关用品*</p> <p>请在本《会员手册》的第 12 章查询“耐用医疗器材 (DME)”的定义。</p> <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>耐用医疗器械 (DME) 和相关用品* (续)</p> <p>我们承保以下用品：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 轮椅，包括电动轮椅 • 拐杖 • 电动床垫系统 • 床垫干式减压垫 • 糖尿病用品 • 由医疗服务提供者开具的居家用病床 • 静脉 (IV) 输液泵和输液架 • 语音生成设备 • 氧气器材和用品 • 雾化器 • 助行器 • 标准弯柄手杖或四脚手杖及替换用品 • 颈椎牵引 (门式) • 骨刺激器 • 透析护理器材 <p>其他用品可能属于承保范围。</p> <p>某些 DME 用品不属于 Medicare 的承保范围。您的 Medi-Cal 可能会承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 浴缸座椅/淋浴椅 • 助听器 • 失禁用品 • 加高马桶座垫 • 楼梯升降椅 • 站立支撑步行架 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>耐用医疗器械 (DME) 和相关用品* (续)</p> <p>我们支付 Medicare 和 Medi-Cal 通常会支付费用且医疗所需的所有 DME。如果您所在地区的供应商不提供特定品牌或制造商的产品，您可以询问他们是否可以为您特别订购。</p>	
<p>急诊护理</p> <p>急诊护理是指以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由受过急诊服务培训的医疗服务提供者提供；且 • 需要评估或治疗医疗紧急情况。 <p>医疗紧急情况是指疾病、伤势、剧烈疼痛或病症迅速恶化。此情况非常严重，以致于任何具有一般健康和医学常识的人都可以预期，如果不立即就医将会导致：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 对您或您腹中胎儿的健康造成严重风险；或 • 对身体机能造成严重损害；或 • 对任何身体器官造成严重功能障碍；或 • 失去肢体或失去肢体功能。 • 对于正在分娩的孕妇，在下列情况时： <ul style="list-style-type: none"> ○ 在分娩前没有足够的时间将您安全地运送到另一家医院。 ○ 运送到另一家医院可能会对您或未出生孩子的健康或安全构成威胁。 • 本计划仅承保美国及其领土境内的急诊护理。 	<p>\$0</p> <p>如果您在网络外医院接受急诊护理且在急诊状况稳定后需要接受住院护理，您必须转到网络内医院，您的护理才能继续获得支付。只有当本计划批准您住院时，您才能留在网络外医院接受住院护理。</p>
<p>计划生育服务</p> <p>法律允许您为特定计划生育服务选择任何医疗服务提供者，无论是网络内医疗服务提供者或网络外医疗服务提供者。这包括任何医生、诊所、医院、药房或计划生育诊所。</p> <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>计划生育服务（续）</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 计划生育检查与治疗 • 计划生育化验检测和诊断检测 • 计划生育方法（宫内节育器 [Intrauterine Contraception/ Intrauterine Device, IUC/IUD]、植入装置、注射、避孕药、避孕贴剂或避孕环） • 处方计划生育用品（保险套、避孕海棉、避孕泡棉、避孕膜、避孕隔膜、宫颈帽） • 有限的生育服务，例如有关生育认知方法的咨询和教育或/或孕前健康咨询以及性传染病 (STI) 的检查和治疗 • HIV 和 AIDS 以及其他 HIV 相关病症的咨询和检查 • 永久避孕（您必须年满 21 岁才能选择这种计划生育方法。您必须在手术日期前至少 30 天但不超过 180 天签署联邦绝育同意书。） • 遗传咨询 <p>我们还为其他一些计划生育服务支付费用。但是，您必须使用我们医疗服务提供者网络内的医疗服务提供者来提供以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 不孕症病症的治疗（此服务不包括以人工方式受孕。） • AIDS 和其他 HIV 相关病症的治疗 • 基因检测 	
<p> 健康与保健教育计划</p> <p>我们提供许多专注于特定病症的计划。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 健康教育课程； • 营养教育课程； • 戒烟和烟草戒除；以及 • 护理专线 	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>听力服务*</p> <p>我们为由您医疗服务提供者进行的听力和平衡感检查支付费用。这些检查会告诉您是否需要治疗。当您通过医生、听觉治疗师或其他合格医疗服务提供者接受检查时，服务将视为门诊护理而获得承保。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p> <p>身为 Medi-Cal 会员，如果符合以下条件，我们将承保助听器：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您接受听力损失检查。 • 助听器为医疗所需。 • 您通过医生获得处方。 • 承保范围限符合您医疗需求且费用最低的助听器。我们将选择网络内供应商提供助听器。我们会承保一个助听器，除非两边耳朵各需要一个助听器才能让助听效果远优于只有一个助听器时的效果。 <p>我们将在以下情况承保替换助听器：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您的听力损失恶化，导致您目前的助听器已无法达到矫正效果。 • 您的助听器遗失、遭窃或损坏（且无法修复），但不是因为您所造成的。您必须向我们提供一份说明，告诉我们事发经过。 <p>承保不包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 替换助听器电池 <p>当医疗所需并由医生或其他合格医疗服务提供者开具处方时，我们也会支付助听器费用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 耳模、用品和插入装置 • 修理 • 一组初始电池 • 获得助听器后与同一供应商进行六次培训、调整和适配 • 助听器试用租赁期 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>听力服务* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 辅助听力设备、表面佩戴骨导听力设备 • 助听器相关听力检查和评估后服务 	
<p> HIV 筛检</p> <p>我们每 12 个月为以下人士支付一次 HIV 筛检的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要求进行 HIV 筛检检查；或 • 感染 HIV 的风险较高。 <p>如果您怀孕了，我们在怀孕期间最多支付三次 HIV 筛检的费用。</p> <p>当您的医疗服务提供者建议时，我们还会支付额外的 HIV 筛检费用。</p>	\$0
<p>家庭健康机构护理*</p> <p>在您获得家庭健康服务之前，医生必须告诉我们您需要这些服务，并且必须由家庭健康机构提供。您必须是因病而无法出门，亦即出门对您来说非常困难。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p> <p>我们为以下服务以及此处可能未列出的其他服务支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼职或间歇专业护理和家庭健康助理服务（属于居家医疗保健福利的承保范围，您的专业护理和家庭健康助理服务合计总时数必须少于每天 8 小时，每周 35 小时。） • 物理治疗、职能治疗和语言治疗 • 医疗和社会服务 • 医疗器材和用品 	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>居家输液治疗*</p> <p>本计划支付居家输液治疗，其定义为将药物或生物物质注入静脉或皮下施用并在家中向您提供。进行居家输液需要以下项目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 药物或生物物质，例如抗病毒或免疫球蛋白； • 器材，例如泵；以及 • 用品，例如管子或导管。 <p>本计划承保居家输液服务，其中包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根据您的护理计划提供的专业服务，包括护理服务； • 尚未包含在 DME 福利中的会员培训和卫教； • 远程监控；和 • 由合格居家输液治疗供应商提供的居家输液治疗和居家输液药物的监控服务。 	<p>\$0</p>
<p>安宁照护</p> <p>如果您的医疗服务提供者和安宁照护医疗主任判定您的疾病预后为末期，您有权选择安宁照护。这表示您患有绝症，且预期寿命为六个月或更短时间。您可以通过经 Medicare 认证的任何安宁照护计划获得护理。本计划必须协助您在计划的服务区域内找到经 Medicare 认证的安宁照护计划，包括我们拥有、控制或具有财务利益的计划。您的安宁照护医生可以是网络内医疗服务提供者，也可以是网络外医疗服务提供者。</p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治疗症状和疼痛的药物 • 短期喘息护理 • 居家护理 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>属于本计划承保范围但 Medicare A 部分或 B 部分不予承保的服务为 \$0。</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>安宁照护（续）</p> <p>安宁照护服务以及与您末期预后相关的 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保服务由 Medicare 支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare（而非本计划）将向您的安宁照护医疗服务提供者支付您的安宁照护服务费用以及与您绝症有关的任何 A 部分或 B 部分服务费用。在您参与安宁照护计划的期间，您的安宁照护医疗服务提供者将向 Original Medicare 收取 Original Medicare 应支付的服务费用。 <p>对于属于本计划承保范围但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不承保的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本计划承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不承保的服务。我们承保这些服务，无论其是否与您的末期预后有关。您 无需为这些服务支付任何费用。 <p>对于可能属于本计划 Medicare D 部分福利承保范围的药物：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 药物绝不会同时由临终关怀机构和本计划双重承保。如需更多信息，请参阅本《会员手册》的第 5 章。 <p>附注：如果您患有严重疾病，您可能有资格获得缓和护理，缓和护理是由团队提供以患者和家庭为中心的护理，以改善您的生活质量。您可以在接受治疗/常规护理的同时接受缓和护理。请参阅下文的缓和护理部分以了解更多信息。</p> <p>附注：如果您需要非安宁照护，请致电您的护理协调员和/或会员服务部以安排服务。非安宁照护是与您末期预后无关的护理。</p> <p>本计划为尚未选择安宁照护福利的绝症会员承保安宁照护咨询服务（仅限一次）。</p>	
<p> 免疫接种</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肺炎疫苗 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>免疫接种（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 流感/流行性感疫苗，每年秋冬流感/流行性感季节一次，如为医疗所需，可接种额外流感/流行性感疫苗 • 乙型肝炎，但条件是您感染乙型肝炎的风险较高或中等 • COVID-19 疫苗 • 人类乳突病毒 (HPV) 疫苗 • 其他疫苗，条件是您有风险并且符合 Medicare B 部分承保规定 <p>我们为符合 Medicare D 部分承保规定的其他疫苗支付费用。请参阅本《会员手册》的第 6 章了解更多信息。</p>	
<p>住院护理*</p> <p>我们支付以下列出的服务以及以下未列出的其他医疗所需服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或医疗所需的单人病房） • 餐食，包括特殊饮食 • 常规护理服务 • 特殊护理病房的费用，例如加护病房或冠心病护理病房 • 药物和药品 • 化验检测 • X 光检查和其他放射科服务 • 必要的手术和医疗用品 • 器具，例如轮椅 • 手术室和恢复室服务 • 物理治疗、职能治疗和语言治疗 • 住院物质滥用服务 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p> <p>在您的急诊状况稳定后，您必须获得本计划批准才能在网络外医院接受住院护理。</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>住院护理* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在某些情况下，以下类型的移植：角膜、肾脏、肾脏/胰脏、心脏、肺脏、心/肺、骨髓、干细胞及肠道/多器官。 <p>如果您需要移植，Medicare 批准的移植中心将审查您的个案并决定您是否适合接受移植。移植医疗服务提供者可能位于您所在地区，也可能位于服务区域外。如果当地移植医疗服务提供者愿意接受 Medicare 费率，则您可以在当地接受移植服务，或在您社区护理模式外接受移植服务。如果本计划在社区护理模式外提供移植服务，且您选择在该处接受移植，则我们会根据我们的行程和住宿承保准则安排或支付您和另一人的住宿和行程费用。</p> <ul style="list-style-type: none"> 血液，包括储存和输注 医生服务 <p>附注：若要成为住院患者，您的医疗服务提供者必须开具医嘱，正式让您成为医院的住院患者。即使您在医院过夜，您仍然可能被视为“门诊患者”。若您不确定自己是住院患者还是门诊患者，请咨询医院工作人员。</p> <p>可在 Medicare 资料单《Medicare 医院福利》中获取更多信息。此资料单可在以下网址取得：Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。</p>	
<p>精神病院的住院服务*</p> <p>我们会支付必须住院的心理健康护理服务。</p> <ul style="list-style-type: none"> 如果您需要在独立精神病院接受住院服务，我们会支付最初 190 天的费用。 <p>之后，由当地县心理健康机构支付医疗所需的住院精神科服务费用。超过 190 天的护理授权需和当地的县心理健康机构协调。</p> <ul style="list-style-type: none"> 此 190 天限制不适用于在综合医院精神科病房提供的住院心理健康服务。 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>精神病院的住院服务*（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> 如果您年满 65 岁，我们会为您支付在精神疾病专门机构 (Institute for Mental Diseases, IMD) 接受服务的费用。 	
<p>住院：在非承保住院期间的医院或专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF) 承保服务*</p> <p>如果您已用尽您所有的住院福利，或者如果住院不合理且非医疗所需，我们不会支付您的住院费用。</p> <p>但是，在某些住院护理不属于承保范围的情况下，我们可能会为您在医院或护理机构获得的服务支付费用。若要了解更多信息，请联系会员服务部。</p> <p>我们为以下服务以及此处可能未列出的其他服务支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> 医生服务 诊断检测，如化验检测 X 光检查、镭和同位素治疗，包括技术人员材料和服务 手术敷料 用于骨折和脱位的夹板、石膏和其他装置 除牙科外的义体和矫形装置，包括此类装置的更换或维修。这些装置是用于替代以下全部或部分的装置： <ul style="list-style-type: none"> 体内器官（包括相邻组织）；或 无法运作或失能的体内器官功能。 腿部、手臂、背部和颈部支架、疝气带以及人造腿、人造手臂和义眼。其中包括因为破损、耗损、遗失或您的情况改变而需要的调整、修复和替换 物理治疗、语言治疗和职能治疗 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>肾脏疾病服务和用品</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肾脏疾病卫教服务，教导肾脏护理并协助您对自己的护理作出正确决定。您必须患有第四期慢性肾脏病，并且您的医生必须为您进行转介。我们承保最多六次肾脏疾病卫教服务。 • 门诊透析治疗，包括暂时离开服务区域时（如本《会员手册》的第 3 章所解释），或当此服务的医疗服务提供者暂时无法提供服务或无法取得联系时的透析治疗。 • 您成为住院患者入院接受特殊护理时的住院透析治疗 • 自我透析培训，包括为您和任何协助您进行居家透析治疗者提供的培训 • 居家透析器材和用品 • 特定居家支援服务，例如由受过培训的透析工作人员进行必要的探访，以检查您的居家透析情况、在紧急情况下提供协助以及检查您的透析器材和供水。 <p>Medicare B 部分会支付一些用于透析的药物。如需相关信息，请参阅此表中的“Medicare B 部分药物”。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	<p>\$0</p>
<p> 通过低剂量电脑断层扫描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 进行肺癌筛检</p> <p>如果您满足以下条件，本计划将每 12 个月支付一次肺癌筛检费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年龄在 50-77 岁之间；并且 • 与您的医生或其他合格医疗服务提供者进行咨询和共同决策就诊，并且 • 20 年来每天至少吸 1 包烟，目前没有肺癌的迹象或症状，或目前仍在吸烟，或在过去 15 年内戒烟 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>通过低剂量电脑断层扫描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 进行肺癌筛检 (续)</p> <p>在首次筛检后，本计划会根据您医生或其他合格医疗服务提供者的书面医嘱，每年支付另一次筛检费用。如果医疗服务提供者选择提供肺癌筛检咨询和肺癌筛检的共同决策就诊，此就诊必须符合 Medicare 关于此类就诊的标准。</p>	
<p> 医学营养治疗</p> <p>此福利适用于糖尿病患者或未进行透析的肾脏病患者。也适用于肾脏移植后由您医生转介的情况。</p> <p>在您接受 Medicare 医学营养治疗服务的第一年，我们会支付三小时的一对一咨询服务费用。如为医疗所需，我们可能会批准额外的服务。</p> <p>之后，我们每年支付两小时的一对一咨询服务费用。如果您的病情、治疗或诊断发生变化，您可能可以在医生转介下获得更多小时的治疗。如果您在下一个日历年需要接受治疗，医生必须开具这些服务的处方，并且每年更新转介。如为医疗所需，我们可能会批准额外的服务。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
<p> Medicare 糖尿病预防计划 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>本计划为符合资格者支付 MDPP 服务的费用。MDPP 旨在协助您增加健康行为。此计划提供以下方面的实用培训：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 长期饮食改变；以及 • 增加体育锻炼；以及 • 保持减重效果和健康生活方式的方法。 	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>Medicare B 部分药物*</p> <p>这些药物属于 Medicare B 部分的承保范围。本计划支付以下药物的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常不是由您自己注射，而是在您接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输注的药物 • 通过耐用医疗器材用品提供的胰岛素（例如医疗所需的胰岛素泵） • 您使用本计划授权的耐用医疗器材（例如雾化器）施用的其他药物 • 阿兹海默症药物 Leqembi®（学名药为 lecanemab），通过静脉注射 (IV) 给药 • 如果您患有血友病，您自己注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制药物：如果 Medicare 支付您的器官移植费用，则 Medicare 会承保移植药物治疗。在您接受承保移植时，您必须拥有 A 部分，并且在您获得免疫抑制药物时，您必须拥有 B 部分。如果 Medicare B 部分不承保免疫抑制药物，则 D 部分会承保此药物 • 骨质疏松症注射药物。如果您因病而无法出门，有经医生证明与停经后骨质疏松症有关的骨折，并且不能自己注射药物，我们会为这些药物支付费用 • 部分抗原：如果抗原由医生配制，并且由经过适当指导的人（可能是您，即患者）在适当的监督下使用，则 Medicare 会承保抗原 • 某些口服抗癌药物：Medicare 承保您通过口服方式服用的某些口服癌症药物，前提是该药物有注射剂型，或者该药物是前驱药物（药物的口服剂型，摄入后会分解为与注射型药物中相同的活性成分）。随着新的口服癌症药物上市，B 部分可能会承保这些药物。如果 B 部分不承保这些药物，D 部分将会承保 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>Medicare B 部分药物* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 口服抗恶心药物：Medicare 承保作为抗癌化疗疗程一部分使用的口服抗恶心药物，条件是这些药物在化疗之前、化疗期间或化疗后 48 小时内施用，或者是作为静脉注射抗恶心药物的完整治疗替代品 • 属于 Medicare B 部分承保范围的某些口服末期肾脏病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 药物 • ESRD 支付系统下的钙模拟剂和磷结合剂药物，包括静脉注射药物 Parsabiv® 和口服药物 Sensipar • 用于居家透析的某些药物，包括肝素、肝素解毒剂（如为医疗所需）和局部麻醉剂 • 促红细胞生成剂：如果您患有 ESRD 或需要该药物（例如 Retacrit）来治疗与某些其他病症相关的贫血，则 Medicare 会承保注射型促红细胞生成素 • 用于原发性免疫缺陷疾病居家治疗的 IV 免疫球蛋白 • 肠外和肠内营养（IV 和管饲） <p>我们也通过 Medicare B 部分承保一些疫苗，并通过 Medicare D 部分药物福利承保大多数成人疫苗。</p> <p>本《会员手册》的第 5 章说明了我们的药物福利。该章节说明了您获得处方药承保时必须遵守的规定。</p> <p>本《会员手册》的第 6 章说明了您通过本计划需支付的药物费用。</p>	
<p>护理机构护理*</p> <p>护理机构 (NF) 是为无法在家中接受护理但不需要住院的人提供护理的场所。</p> <p>我们支付的服务包括但不限于以下各项：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或医疗所需的单人病房） • 餐食，包括特殊饮食 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>护理机构护理*（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 护理服务 • 物理治疗、职能治疗和语言治疗 • 呼吸治疗 • 作为您护理计划一部分而为您提供的药物（其中包括体内天然存在的物质，例如凝血因子。） • 血液，包括储存和输注 • 通常由护理机构提供的医疗和手术用品 • 通常由护理机构提供的化验检测 • 通常由护理机构提供的 X 光检查和其他放射科服务 • 器具的使用，例如通常由护理机构提供的轮椅 • 医生/执业人员服务 • 耐用医疗器材 • 牙科服务，包括假牙 • 视力福利 • 听力检查 • 整脊护理 • 足病服务 <p>您通常从网络内机构获得护理。但是，您可能可以从网络外机构获得护理。如果他们接受本计划的付款金额，您可以从以下地方获得护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在住院前居住的护理机构或退休人士持续护理社区（只要该场所有提供护理机构护理）。 • 您离开医院时，您的配偶或同居伴侣居住的护理机构。 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务		您支付的费用
	<p>肥胖筛检和治疗以减轻体重</p> <p>如果您的身体质量指数为 30 或更高，我们会支付咨询费用，帮助您减轻体重。您必须在基本保健机构获得咨询。这样，可以通过您的全面预防计划对体重进行管理。与您的基本保健服务提供者交谈，了解更多信息。</p>	\$0
	<p>阿片类药物治疗方案 (OTP) 服务*</p> <p>本计划支付以下服务，通过 OTP 治疗阿片类药物滥用障碍 (OUD)，其中包括下列服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 摄入活动 • 定期评估 • 经 FDA 批准的药物（如适用），以及管理并向您提供这些药物 • 物质使用咨询 • 个人和团体治疗 • 测试您体内的药物或化学物质（毒理学测试） <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
	<p>门诊诊断测试和治疗服务及用品*</p> <p>我们支付以下列出的服务以及以下未列出的其他医疗所需服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射（镭和同位素）治疗，包括技术人员材料和用品 • 手术用品，例如敷料 • 用于骨折和脱位的夹板、石膏和其他装置 • 化验检测 • 血液，包括储存和输注 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>门诊诊断测试和治疗服务及用品* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您的医生或其他医疗保健服务提供者开立用来治疗医疗病况时的非化验诊断检测，如 CT 扫描、MRI、EKG 和 PET 扫描 • 其他门诊诊断测试 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	
<p>门诊医院观察</p> <p>我们支付门诊医院观察服务费，以确定您是否需要住院或是否可以出院。</p> <p>这些服务必须符合 Medicare 标准，并且被认为是合理且必要的。只有在医生或州法律和医院工作人员章程授权的其他人要求患者入院或要求进行门诊检查的情况下，观察服务才会纳入承保。</p> <p>附注：除非医疗服务提供者书面要求您住院治疗，否则您就是门诊患者。即使您在医院过夜，您仍然可能被视为门诊患者。若您不能确知您是不是门诊患者，请询问医院工作人员。</p> <p>可在 Medicare 资料单《Medicare 医院福利》中获取更多信息。此说明书可在以下网址取得：Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</p>	\$0
<p>门诊医院服务*</p> <p>我们支付您在医院门诊部因为疾病或受伤诊断或治疗而接受医疗所需的服务，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 急诊部或门诊部的服务，例如门诊手术或观察服务 <ul style="list-style-type: none"> ○ 观察服务帮助您的医生了解您是否需要住院成为“住院患者”。 ○ 有时您可能在医院过夜但仍视为“门诊患者”。 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>门诊医院服务* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 您可在此说明书中查询更多有关是住院患者还是门诊患者的信息：es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ● 由医院收费的化验和诊断测试 ● 心理健康护理，包括在部分住院方案中提供的护理，但须由医生证明若不提供，部分住院则患者需要接受住院治疗 ● 由医院收费的 X 光和其他放射科服务 ● 医疗用品，例如夹板和石膏 ● 福利表各处列出的预防性筛检和服务 ● 您不能自行施用的一些药物 ● 对于网络内医疗机构提供的牙科手术，如果下列所有情况属实，我们会提供全身麻醉和与麻醉有关的医疗机构服务： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您有具有效力的 Medi-Cal 承保； ○ 您有发育障碍，或者健康受到损害； ○ 您的临床状态或基本病况使得必须在医院或门诊外科中心为您提供牙科手术； ○ 我们不承保与牙科手术有关的任何其他服务，例如牙医服务。 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	
<p>门诊心理健康护理*</p> <p>我们支付由以下人员提供的心理健康服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 州政府许可的精神科医师或医生 ● 临床心理师 ● 临床社工 ● 临床专家护理师 ● 持照专业顾问 (LPC) <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>门诊心理健康护理* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 持照婚姻与家庭治疗师 (LMFT) ● 专科护理师 (NP) ● 医生助理 (PA) ● 适用的州法律允许的任何其他符合 Medicare 资格的心理健康护理专业人员 <p>我们为以下服务以及此处可能未列出的其他服务支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 诊所服务 ● 日间治疗 ● 心理康复服务 ● 部分住院或密集门诊方案 ● 个人和团体心理健康评估和治疗 ● 在临床需要时，用于评估心理健康结果的心理测验 ● 以监测药物治疗为目的的门诊服务 ● 门诊化验、药物、用品和营养补充品 ● 精神病咨询 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	
<p>门诊康复服务*</p> <p>我们支付物理治疗、职能治疗和语言治疗的费用。</p> <p>您可以从医院门诊部、独立治疗师办公室、综合门诊康复机构 (CORF) 和其他医疗机构获得门诊康复服务。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>门诊物质使用障碍服务*</p> <p>我们为以下服务以及此处可能未列出的其他服务支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 酒精滥用筛检和咨询 • 药物滥用治疗 • 由合格的临床医生进行团体或个人咨询 • 住院式成瘾方案中的亚急性解毒 • 密集门诊治疗中心的酒精和/或药物服务 • 长效缓释型 Naltrexone (vivitrol) 治疗 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
<p>门诊手术*</p> <p>我们支付医院门诊和门诊手术中心的门诊手术和服务费用。</p> <p>附注：如果您在医院接受手术，请向您的医疗服务提供者询问您是住院患者还是门诊患者。除非医疗服务提供者书面要求让您住院，否则您就是门诊患者。即使您在医院过夜，您仍然可能被视为门诊患者。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
<p>非处方 (OTC) 用品</p> <p>本计划提供补充福利，为购买特定非处方 (OTC) 用品提供补贴。有关此福利的更多信息，请访问 www.iehp.org 或拨打本页最下方的电话号码与 IEHP DualChoice 会员服务部联系。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每季提供 \$60 津贴。每季（每 3 个月）未使用的金额不会结转到下一个季度。符合条件的 OTC 用品仅限于 Medicare 允许的物品。请参阅 IEHP DualChoice 的 OTC 批准产品清单。 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>非处方 (OTC) 用品 (续)</p> <p>此外，您还享有 Medi-Cal OTC 福利。用完此 DSNP OTC 津贴后，您可以通过 Medi-Cal 计划取得 OTC 用品。</p> <p>请访问 Medi-Cal Rx 网站 (https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) 了解更多信息。您也可以致电 Medi-Cal Rx 客户服务部，电话 1-800-977-2273，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 使用者可致电 711，服务时间为周一至周五，上午 8 点至下午 5 点。</p>	
<p>缓和护理*</p> <p>本计划承保缓和护理。缓和护理适用于患有严重疾病的人。这是以患者和家人为主的护理，通过预期、预防和治疗痛苦的方式改善生活质量。缓和护理不是临终关怀，因此预期寿命不超过六个月并非接受缓和护理的资格条件。缓和护理可以与治疗/常规护理同时提供。</p> <p>缓和护理包括以下内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 预先护理规划 • 缓和护理评估和咨询 • 护理计划，包括所有授权的缓和护理和治疗护理，包括心理健康和医疗社会服务 • 由您的指定护理团队提供的服务 • 护理协调 • 疼痛和症状管理 <p>如果您年满 21 岁，您可能无法同时获得临终关怀和缓和护理。如果您正在接受缓和护理并且符合临终关怀的资格，您可随时要求变更为临终关怀。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>部分住院服务和密集门诊服务*</p> <p>部分住院是结构化积极精神科治疗方案。此服务由医院门诊服务提供，或由社区心理健康中心提供，比您在医生诊室、治疗师诊室、持证婚姻与家庭治疗师 (LMFT) 诊室或持照专业咨询师诊室获得的护理强度更高。此服务可以帮助您不必住院。</p> <p>密集门诊服务是结构化主动行为（心理）健康治疗方案，由医院门诊服务、社区心理健康中心、联邦合格健康中心或乡村健康诊所提供，强度高于在医生诊室、治疗师诊室、持证婚姻与家庭治疗师 (LMFT) 诊室，或持照专业咨询师诊室提供的服务，但强度低于部分住院。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0
<p>医生/医疗服务提供者服务，包括医生门诊</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在以下地方提供具医疗必要性的医疗保健或手术服务，例如： <ul style="list-style-type: none"> ○ 医生诊室 ○ 认证的门诊手术中心 ○ 医院门诊部 ● 专科医生的咨询、诊断和治疗 ● 由您的基本保健服务提供者进行的基本听力和平衡检查（如果您的医生开立此检查以确定您是否需要治疗） ● 某些远程医疗服务，包括基本和专科护理、急需的服务、心理健康、精神科服务、健康教育和糖尿病自我管理培训 ● 只有当提供服务的网络内医疗服务提供者认为在临床上合适时，才能通过远程医疗提供服务。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 您可以选择通过亲自就诊或远程医疗来获得服务。如果您选择通过远程医疗获得其中一项服务，您必须使用提供远程医疗服务的网络内医疗服务提供者。 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>医生/医疗服务提供者服务，包括医生门诊（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 当网络内医疗服务提供者决定以这种形式提供护理时，通过互动视频看诊提供专业服务 ○ 在网络内医疗服务提供者决定以这种形式提供护理时，通过预定的电话预约看诊提供专业服务 ● 为某些农村地区或 Medicare 批准的其他地区的会员提供的部分远程医疗服务，包括由医生或从业人员提供咨询、诊断和治疗 ● 远程医疗服务，为居家透析会员每月在医院或偏远地区特约医院的肾脏透析中心、肾脏透析机构或居家提供与末期肾脏病 (ESRD) 相关看诊 ● 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务 ● 为患有物质滥用障碍或共患心理健康疾病的会员提供远程医疗服务 ● 诊断、评估或治疗心理健康疾病的远程医疗服务，条件是： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您在第一次远程医疗就诊前 6 个月内进行过面对面就诊 ○ 在接受远程医疗服务期间，您每 12 个月进行一次现场就诊 ○ 在特定情况下可对上述情况进行例外处理 ● 由农村健康诊所和联邦合格健康中心提供心理健康就诊的远程医疗服务 ● 由您的医生进行 5-10 分钟的虚拟诊疗（例如，通过电话或视频聊天），条件是 <ul style="list-style-type: none"> ○ 您不是新患者，而且 ○ 该诊疗与过去 7 天内的诊室就诊无关，而且 ○ 该诊疗不会导致在 24 小时内进行诊室就诊或最快可取得的约诊 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>医生/医疗服务提供者服务，包括医生门诊（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 评估您传送给您的医生的视频和/或图像，并在 24 小时内由您的医生解释和进行后续追踪，条件是： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您不是新患者，而且 ○ 该评估与过去 7 天内的诊室就诊无关，而且 ○ 该评估不会导致在 24 小时内进行诊室就诊或最快可取得的约诊 • 您的医生通过电话、互联网或电子健康纪录与其他医生进行的会诊（如果您不是新患者） • 在手术前，由其他网络内医疗服务提供者提供的第二意见 	
<p>足病服务*</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部损伤和疾病（如锤状趾或足跟骨刺）的诊断和内科或外科治疗 • 为患有影响腿部的疾病（例如糖尿病）的会员提供常规足部护理 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p> <p>根据您的 Medi-Cal 承保范围，我们会承保人体足部诊断和医疗、外科手术、机械、推拿和电治疗医疗所需的足病服务。其中包括脚踝和穿入足部的肌腱，以及控制足部功能的腿部肌肉和肌腱的非外科治疗。</p>	\$0
<p> 预防 HIV 的接触前预防 (PrEP)</p> <p>如果您没有感染 HIV，但您的医生或其他医疗保健从业人员判定您感染 HIV 的风险增加，我们提供接触前预防 (PrEP) 药物和相关服务的承保。</p> <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>预防 HIV 的接触前预防 (PrEP) (续)</p> <p>如果您符合资格，承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • FDA 批准的口服或注射 PrEP 药物。如果您正在使用注射药物，我们也会承保注射药物的费用。 • 每 12 个月最多 8 次个人咨询（包括 HIV 风险评估、减少 HIV 风险和用药依从性）。 • 每 12 个月最多 8 次 HIV 筛检。 • 一次性的乙型肝炎病毒筛检。 	
<p> 前列腺癌筛检检查</p> <p>对于年满 50 岁的男性，我们每 12 个月支付一次以下服务费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 直肠指检 • 前列腺特异性抗原 (PSA) 检测 <p>有关直肠指检，与您的医疗服务提供者交谈并取得转诊。</p>	\$0
<p>义体和矫形装置及相关用品*</p> <p>义体装置取代全部或部分身体部位或功能。这些包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 义体和矫形装置使用的测试、装配或培训 • 结肠造口袋和与结肠造口术护理相关的用品 • 肠内和肠外营养，包括喂食套件、输液泵、管线和转接器、溶液和自行注射所需用品 • 心律调整器 • 支撑带 • 义肢鞋 • 人造手臂和腿足 • 乳房义体（包括乳房切除术后的手术胸罩） <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>义体和矫形装置及相关用品*（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用于替换因疾病、受伤或先天性缺陷而被移除或受损的外部脸部身体部位的所有或部分义体 • 失禁乳膏和尿布 <p>我们支付一些与义体和矫形装置相关的用品。我们也支付修理或更换义体和矫形装置的费用。</p> <p>我们在白内障摘除或白内障手术后提供一些承保。如需详细信息，请参阅本表后面的“视力护理”。</p> <p>根据您的 Medi-Cal 承保，如果满足以下所有条件，我们会提供假肢设备：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 该用品对于恢复身体部位功能具有医疗必要性（仅限义体）。 • 为您开立该用品的处方。 • 该用品对于支撑身体部位具有医疗必要性（仅限矫形装置）。 • 该用品对于您从事日常生活活动具有医疗必要性。 • 该用品适合您的整体病况。 • 该用品由 Medi-Cal 承保。 • 该用品必须为您事先批准。其中包括植入式助听装置、义乳/乳房切除术后使用的胸罩、烧烫伤弹性压力衣，以及恢复身体部位机能或取代身体部位或支撑变虚弱或变形身体部位的义体。承保限于能充分满足您医疗需求的最低费用设备。承保用品必须由我们选定的网络内服务商或供应商提供。 	
<p>肺部康复服务*</p> <p>我们为患有中度至极重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的会员支付肺部康复方案费用。您必须有治疗慢性阻塞性肺病 (COPD) 的医生或医疗服务提供者的转诊才能接受肺部康复。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务		您支付的费用
	<p>丙型肝炎病毒感染筛检</p> <p>如果您的基本保健医生或其他合格的医疗保健服务提供者开立丙型肝炎筛检，且您符合以下条件之一，我们会承保一次这种筛检：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 因为您使用或曾使用非法注射药物而处于高风险。 • 您在 1992 年之前曾经输血。 • 您于 1945 年至 1965 年间出生。 <p>如果您于 1945 年至 1965 年间出生，且不被认为具有高风险，我们会支付一次筛检费用。如果您具有高风险（例如，您自上次接受丙型肝炎阴性筛检试验以来持续使用非法注射药物），我们会承保每年的筛检。</p>	\$0
	<p>性传染病 (STI) 筛检和咨询</p> <p>我们支付衣原体、淋病、梅毒和乙型肝炎的筛检费用。为孕妇和某些 STI 的高风险族群承保这类筛检。基本保健服务提供者必须开立检测医嘱。我们每 12 个月一次或在怀孕期间的特定时候承保这类检测。</p> <p>我们还每年为 STI 风险增加的性活跃成年人支付最多两次面对面的高强度行为咨询治疗。每次咨询时间为 20 到 30 分钟。仅当基本保健服务提供者提供这些咨询服务时，我们才会为这些咨询服务支付费用。咨询必须在基本保健场所中进行，例如医生诊室。</p>	\$0
	<p>专业护理机构 (SNF) 护理*</p> <p>关于专业护理机构的定义，请参阅第 12 章。</p> <p>我们为以下服务以及此处可能未列出的其他服务支付费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（或具医疗必要性时的私人病房） • 餐食，包括特殊饮食 • 专业护理服务 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>专业护理机构 (SNF) 护理* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 物理治疗、职能治疗和语言治疗 • 作为您护理计划的一部分而获得的药物，包括体内天然存在的物质，例如凝血因子 • 血液，包括储存和输注 • SNF 提供的医疗和手术用品 • SNF 提供的化验检测 • 护理机构提供的 X 光和其他放射科服务 • 通常由护理机构提供的设备，例如轮椅 • 医生/医疗服务提供者服务 <p>您通常从网络内医疗机构获得 SNF 护理。在特定情况下，您可以从不在我们网络中的医疗机构获得护理。如果他们接受本计划的付款金额，您可以从以下地方获得护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在去医院之前所居住的护理机构或持续护理退休社区（只要该处提供护理机构级别的护理） • 您离开医院时，您的配偶或同居伴侣居住的护理机构 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	
<p> 戒烟和烟草戒除</p> <p>为符合以下标准的门诊患者和住院患者提供戒烟和烟草戒除咨询：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 使用烟草，不论患者是否表现出烟草相关疾病的征兆或症状 • 在咨询期间有行为能力且清醒 • 合格医生或其他 Medicare 认可的执业者提供咨询 <p>我们承保每年两次的戒烟尝试（每次尝试可能包括最多四次中级或密集治疗，每年最多八次治疗）。</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>监督式运动疗法 (SET)*</p> <p>我们为患有症状型外周动脉疾病 (PAD) 的会员支付 SET 的费用，这些会员需从负责 PAD 治疗的医生处获得转诊。</p> <p>本计划支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果满足所有 SET 要求，则在 12 周内最多 36 次治疗 • 如果医疗保健服务提供者认为具医疗必要性，则在一段期间内增加 36 次治疗 <p>SET 方案必须是：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 至 60 分钟的 PAD 治疗性运动训练方案，针对因血流不顺（跛行）而腿部抽筋的会员 • 在医院门诊地点或医生诊室 • 由可确保利大于弊并接受过 PAD 运动疗法训练的合格人员提供 • 在接受基本和高阶维生技术培训的医生、医生助理或专科护理师/临床专家护理师的直接监督下 <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	<p>\$0</p>
<p>交通运输：非紧急医疗交通运输服务</p> <p>这项福利允许为您的计划和 Medicare 承保的服务提供医疗交通运输。其中可以包括：救护车、担架车、轮椅车、医疗交通运输服务，并与辅助运输协调。</p> <p>在以下情况下获得授权的交通运输形式：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您的医疗服务提供者判定您的医疗和/或身体状况不允许您乘坐公车、客车、出租车或其他形式的公共或私人交通运输工具，并且 • 需要事先批准，且您需要致电您的计划来安排乘车 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>交通运输：非紧急医疗交通运输服务（续）</p> <p>如需为已经获得授权的服务预约接送，请致电 IEHP DualChoice 交通运输代理人 Call The Car，电话 1-855-673-3195，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 使用者请在约诊前至少提前 5 个工作日（周一至周五）拨打转接服务电话或加州中继服务电话 711。如需紧急预约，请尽快致电。致电时请准备好您的会员卡。</p> <p>关于如何申请非紧急医疗运输服务的更多信息，请参阅第 3 章。</p>	
<p>交通运输：非医疗交通运输</p> <p>此项福利让会员可搭乘客车、出租车或其他形式的大众/私人交通运输工具前往接受医疗服务。</p> <p>为了获得 Medi-Cal 承保的所需医疗护理（包括前往牙科约诊和领取药物）而需要的交通运输。对于 Medi-Cal 和 Medicare 两者承保的服务，交通运输属于承保范围。</p> <p>如需为已经获得授权的服务预约接送，请致电 IEHP DualChoice 的交通运输代理人 Call The Car，电话 1-855-673-3195，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 使用者请在约诊前至少提前 5 个工作日（周一至周五）拨打转接服务电话或加州中继服务电话 711。</p> <p>如需紧急预约，请尽快致电。致电时请准备好您的会员卡。</p>	\$0
<p>急需护理</p> <p>急需护理是给予以下治疗的护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 需要立即就医的非急诊情况，或 • 不可预见的疾病，或 • 受伤，或 • 需要立即接受护理的病症。 <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	\$0

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>急需护理（续）</p> <p>如果您需要急需护理，您应该先尝试从网络内医疗服务提供者处取得。不过，若考虑到时间、地点或情况等因素，您不可能或无法合理自网络内医疗服务提供者处取得服务（例如，当您在计划服务区域外，而您因为无法预见但不属于医疗紧急情况的病症而必需接受医疗所需的迫切服务），因而无法前去网络内医疗服务提供者处，则您可以使用网络外医疗服务提供者。</p> <p>急需护理只有在美国及其领土才能获得承保，且您需遵循计划规则。</p>	
<p> 视力护理*</p> <p>我们支付以下服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年一次例行性眼睛检查，和 • 每年最多为眼镜（镜框）支付 \$350，或最多为隐形眼镜支付 \$350 • 若具有医疗必要性并且自网络内医疗服务提供者处获取时，眼镜镜片可获得免费承保。 <p>我们为眼部疾病和损伤的诊断和治疗支付门诊医生服务费用。例如，治疗与年龄有关的黄斑退化。</p> <p>对于青光眼高危人士，我们每年支付一次青光眼筛检费用。青光眼高危人士包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有青光眼家族史者 • 糖尿病患者 • 50 岁及以上的非裔美国人 • 65 岁及以上的西裔美国人 <p>对于糖尿病患者，我们每年支付一次糖尿病视网膜病变筛检费用。</p> <p>每次医生放置人工水晶体的白内障手术后，我们会支付一副眼镜或隐形眼镜的费用。</p> <p style="text-align: right;">此福利于次页继续</p>	<p>\$0</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



承保服务	您支付的费用
<p>视力护理*（续）</p> <p>如果您接受两次单独的白内障手术，您必须在每次手术后取得一副眼镜。即使您在第一次手术后没有取得一副眼镜，您也无法在第二次手术后取得两副眼镜。</p> <p>请咨询您的医疗服务提供者并取得转介。</p>	
<p> “欢迎加入 Medicare” 预防看诊</p> <p>我们承保一次性的“欢迎加入 Medicare”预防看诊。该看诊包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 查看您的健康状况， • 关于您需要的预防服务（包括筛检和注射）的卫教和咨询，以及 • 如果您需要，转诊以接受其他护理。 <p>附注：我们仅在您拥有 Medicare B 部分一开始的 12 个月内承保“欢迎加入 Medicare”预防看诊。当您约诊时，请告诉您的医生办公室您想安排您的“欢迎加入 Medicare”预防看诊。</p>	\$0

E. 社区支援

您可以根据您的个人化护理计划获得支援。社区支援是 Medi-Cal 州政府计划所承保服务和场所的替代项目，不但具医疗适当性，而且符合成本效益。会员可自行选择使用这些服务。如果您符合资格，这类服务能帮助您更加独立地生活。这类服务不是要取代您已经通过 Medi-Cal 获得的福利。

下文介绍社区支援服务的例子。并非所有会员都符合资格接受社区支援服务。您必须满足特定的 Medi-Cal 要求。请致电会员服务部了解关于社区支援的更多信息。

请参阅下文，以了解有关 Medi-Cal 计划提供福利的更多信息。以下清单列举的福利可能与您的基本医疗保健无关，但包含在针对慢性病的福利中。

一般生活支援

住房服务

喘息和护理者服务

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



住房押金：住房押金有助于识别、协调、确保或资助一次性的必要服务和改造，使个人能建立不含食宿在内的基本住居。资格标准：

- 1) 符合关于无家可归或面临无家可归风险的住房和城市发展 (HUD) 定义；
- 2) 具有以下一种或多种条件：符合 Medi-Cal 特殊心理健康服务 (SMHS) 的标准；符合 Drug Medi-Cal (DMC) 或 Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) 的标准；一种或多种严重的慢性身体健康病况；一种或多种身体、智力或发育残疾；或从怀孕直到产后 12 个月的妇女；或
- 3) 有资格获得过渡性租金；或
- 4) 通过“协调进入系统”优先提供长期支助性住房或房租补贴

住房租赁和维持服务：此服务提供租赁和维持服务，目标是在获得住房后维持安全稳定的租赁。资格标准：

- 1) 符合关于无家可归或面临无家可归风险的住房和城市发展 (HUD) 定义；
- 2) 具有下列一种或多种条件：
 - a. 符合 Medi-Cal 特殊心理健康服务 (SMHS) 的标准；
 - b. 符合 Drug Medi-Cal (DMC) 或 Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) 的标准；
 - c. 一种或多种严重的慢性身体健康病况；
 - d. 一种或多种身体、智力或发育残疾；
 - e. 或从怀孕直到产后 12 个月的妇女；或
- 3) 有资格获得过渡性租金；或
- 4) 通过“协调进入系统”优先提供长期支助性住房或房租补贴

住房过渡指引服务：住房过渡服务帮助成员寻找、申请和获得住房。资格标准：

- 1) 符合关于无家可归或面临无家可归风险的 HUD 定义，及
- 2) 具有下列一种或多种条件：
 - a. 符合 Medi-Cal 特殊心理健康服务 (SMHS) 的标准；

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

- b. 符合 Drug Medi-Cal (DMC) 或 Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) 的标准；
 - c. 一种或多种严重的慢性身体健康病况；
 - d. 一种或多种身体、智力或发育残疾；
 - e. 或从怀孕直到产后 12 个月的妇女；或
- 3) 有资格获得过渡性租金；或
- 4) 通过“协调进入系统”优先提供长期支助性住房或房租补贴

辅助生活机构 (ALF) 过渡： 辅助生活机构过渡服务协助个人在社区中生活和/或尽可能避免被机构收容。其目标是促进从护理机构过渡到有家庭氛围的社区环境和/或防止需要即刻接受护理机构级别照护 (LOC) 的参保人入住专业护理机构。当满足资格要求时，个人可以选择居住在辅助生活环境中，作为在护理机构中长期安置的替代方案。

- 1) 护理机构过渡的资格标准：
- a. 在护理机构居住 60 天或更长时间，
 - b. 愿意在辅助居住环境中生活，将其作为护理机构的替代办法，能够在有适当且符合成本效益支援的辅助居住机构中安全居住。
- 2) 护理机构转送的资格标准：
- a. 愿意留在社区中，
 - b. 愿意并能够在有适当且符合成本效益支援的辅助居住机构中安全居住，及
 - c. 目前接受医疗所需的护理机构水平的护理或符合需要护理机构水平的护理的标准。

休养护理（医疗喘息）： 休养护理（也称为医疗喘息护理）是为不再需要住院但仍需要从受伤或疾病（包括行为健康病症）中恢复且其病症会因不稳定的居住环境而恶化的个人提供的短期住宿护理。在康复护理机构延长住院期间，使个人能继续康复并接受出院后治疗，同时获得基本保健、行为健康服务、个案管理和其他支援社会服务，例如交通、食物和住房。资格标准：

- 1) 需要康复、从伤病中恢复的人士；及
- 2) 无家可归或面临无家可归风险。

出院后短期住房： 出院后短期住房为没有住所且有较高医疗或行为健康需求的会员提供在出院后（无论是急性或精神科或化学依赖和康复医院）或离开住宿式物质使用障碍治疗或复原机构、

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

住宿式心理健康治疗机构、矫症机构、护理机构或休养护理中心后立即继续其医疗/精神科/物质滥用障碍康复的机会，并避免继续再使用州政府计划服务。资格标准：

- 1) 自康复护理出院或住院后出院；及
- 2) 符合关于无家可归或面临无家可归风险的 HUD 定义，及
- 3) 满足以下其中一项标准：
 - a. 正在接受加强护理管理 (ECM)；
 - b. 罹患一种或多种严重慢性病症；
 - c. 罹患严重心理疾病；或
 - d. 由于物质使用障碍而被机构安置或需要住宿式治疗服务的风险；及
- 4) 存在持续的身体或行为健康需求，若无此服务便可能需要继续接受机构护理。

戒瘾中心：戒瘾中心是为被发现于公共场所喝醉/吸毒（因酒精和/或其他药物）的人提供的替代去处，若无此服务便可能被送往急诊部或拘留所。戒瘾中心为他们（主要是无家可归者或生活状况不稳定的人）提供安全、支持性的环境让其恢复清醒。资格标准：

- 1) 18 岁或以上人士，
- 2) 醉酒/中毒但有意识、愿意合作、能够行走、无暴力倾向，且无任何医疗病痛，
- 3) 若无此服务便可能被送往急诊部或拘留所，及
- 4) 在急诊部就诊并适合转送至戒瘾中心。

喘息服务：这些服务提供给需要间歇性临时监督的参与者的护理者。这些服务通常是因为平常负责护理和/或监督患者的人不在或需要休息而短期提供，且属于非医疗性质。资格标准：

- 1) 在社区中生活，及
- 2) 无法正常做日常生活活动。

个人护理和家事服务：这项服务是为需要日常生活活动 (ADL) 辅助的人提供的服务，例如洗澡、穿衣、如厕、走动或进食。个人护理服务还可以包括功能性日常生活活动 (IADL) 方面的援助，例如备餐、采购杂货和金钱管理。资格标准：

- 1) 有住院风险或在入住护理机构的风险，或
- 2) 有功能缺陷且没有其他适当的支援系统，

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

过渡租金：这项支援向无家可归或有无家可归风险并具有某些临床危险因子的会员提供最多六个月的租金补助。

- 1) 必须符合 Medi-Cal 特殊心理健康服务 (SMHS) 的标准；符合 Drug Medi-Cal (DMC) 或 Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) 的标准。
- 2) 无家可归或面临无家可归风险。

如果您需要帮助或想查询您可以使用哪些社区支援，请拨打 1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日（TTY：1-800-718-4347 或 711），或致电您的医疗保健服务提供者。

F. 本计划以外的承保福利

我们不承保以下服务，但这些服务可通过 Medi-Cal 按服务收费计划获得。

F1. 加州社区过渡 (CCT)

加州社区过渡 (CCT) 方案使用当地的领导组织来帮助符合条件的 Medi-Cal 受益人，他们在住院机构中至少连续居住了 60 天，现在要过渡回到社区环境并安全地留在社区环境中。CCT 方案在过渡前期和过渡后 365 天内资助过渡协调服务，以帮助受益人搬回社区环境。

您可以从任何在您居住的县提供服务的 CCT 领导组织获得过渡协调服务。您可以在医疗保健服务部网站上找到 CCT 领导组织及其提供服务的县的清单：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

对于 CCT 过渡协调服务

Medi-Cal 支付过渡协调服务的费用。您无需为这些服务支付任何费用。

对于与您的 CCT 过渡无关的服务

医疗服务提供者向我们收取您的服务费用。本计划支付在您过渡后提供服务的费用。您无需为这些服务支付任何费用。

当您获得 CCT 过渡协调服务时，我们会为**第 D 节**福利表中列出的服务支付费用。

药物承保福利没有变更

CCT 计划不承保药物。您继续通过本计划获得正常的药物福利。如需更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



附注：如果您需要非 CCT 过渡护理，请致电您的护理协调员以安排服务。非 CCT 过渡护理是与您从机构或设施中转出过渡无关的护理。

F2. Medi-Cal 牙科

特定牙科服务可通过 Medi-Cal 牙科提供。更多信息可在 SmileCalifornia.org 网站上找到。

Medi-Cal 牙科包括但不限于以下列举的服务：

- 初步检查、X 光检查、洗牙和氟化物治疗
- 修复和牙冠
- 根管治疗
- 局部和全口假牙、调整、修复和衬底

如需更多有关通过 Medi-Cal 牙科提供的牙科福利信息，或者如果您需要帮助寻找有接受 Medi-Cal 的牙医，请拨打客户服务电话 1-800-322-6384（TTY：1-800-735-2922）。此电话为免付费电话。Medi-Cal 牙科服务代表于周一至周五上午 8 点至下午 5 点为您提供协助。您也可以访问网站 smilecalifornia.org/ 查询更多信息。

F3. 居家支援服务 (IHSS)

IHSS 计划将帮您向参加计划的护理服务提供者支付您所获得的服务，以便您可以安全留在自己家中生活。IHSS 属于机构护理（如疗养院或寄宿式护理机构）的替代方案。

如要获得服务，将进行评估以确定根据每个参与者的需求可授权提供哪些类型的服务。可以通过 IHSS 授权的服务类型包括家务清洁、备餐、洗衣、采购食品杂货、个人护理服务（如排便和排尿护理、洗澡、仪容整理和辅助医疗服务）、陪同前往医疗就诊地点以及对精神障碍人士的保护性监督。

您的护理协调员可以帮助您向县政府社会服务机构申请 IHSS。

Riverside 县：

1-888-960-4477

周一至周五

上午 7:30 至下午 5:30

San Bernardino 县：

1-888-960-4477

周一至周五

上午 8:00 至下午 5:00

F4. 1915(c) 居家和社区型服务 (HCBS) 豁免计划

辅助生活豁免 (ALW)

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

- 辅助生活豁免 (ALW) 为符合 Medi-Cal 资格的受益人提供了居住在辅助生活场所中的选择，作为在护理机构中长期安置的替代方案。ALW 的目标是促进从护理机构过渡回具有家庭氛围的社区环境，或防止急需护理机构安置的受益人至专业护理机构入院。
- 参加 ALW 的会员可以持续参加 ALW，同时还可以获得本计划提供的福利。本计划与您的 ALW 护理协调机构合作，协调您获得的服务。
- 目前只在下列县提供 ALW：Alameda、Contra Costa、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara 和 Sonoma。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 ALW。ALW 护理协调机构 - Institute on Aging (415) 750-4111。

针对有发育障碍的加州民众的 HCBS 豁免 (HCBS-DD)

针对发育障碍人士的加州自决计划 (SDP) 豁免

- 有两项 1915(c) 豁免，即 HCBS-DD 豁免和 SDP 豁免，为被诊断出患有发育障碍的人提供服务，此障碍在个人 18 岁生日之前开始，预期将无限期地持续下去。这两项豁免计划都是资助特定服务的一种方式，让发育障碍人士能住在家中或社区，而不是住在执照医疗机构。这些服务的费用由联邦政府的 Medicaid 计划和加州政府共同资助。您的护理协调员可以帮助您联系 DD 豁免服务。

居家和社区型替代方案 (HCBA) 豁免

- HCBA 豁免计划为面临疗养院或机构安置风险的人士提供护理管理服务。护理管理服务由护士和社工人员组成的跨科护理管理团队提供。该团队协调豁免计划和州政府计划服务（例如医疗、行为健康、居家支援服务等），并安排当地社区中可提供的其他长期服务和支援。护理管理和豁免计划服务在参与者的社区住所提供。此住所可以是私人拥有，通过租户租赁安排获得，也可以是参与者家人的住所。
- 参加 HCBA 豁免计划的会员可持续参加 HCBA 豁免计划，同时还可以获得本计划提供的福利。本计划与您的 HCBA 豁免计划机构合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 HCBA。ALW 护理协调机构 - Institute on Aging (415) 750-4111

Medi-Cal 豁免计划 (MCWP)

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- **Medi-Cal 豁免计划 (MCWP)** 为 HIV 感染者提供全面的个案管理和直接护理服务，是护理机构护理或住院治疗的替代方案。个案管理是一种以参与者为中心的团队方法，由注册护士和社会工作个案经理组成。个案经理与参与者和基本保健服务提供者、家人、护理者和其他服务提供者合作，评估将参与者留在家中和社区的护理需求。
- **MCWP 的目标是：** (1) 为可能需要机构服务的 HIV 感染者提供居家和社区服务； (2) 协助参与者进行 HIV 健康管理； (3) 提高获得社会和行为健康支援的机会；及 (4) 协调服务提供者并避免重复提供服务。
- 参加 **MCWP 豁免计划** 的会员可持续参加 **MCWP 豁免计划**，同时还可以获得本计划提供的福利。本计划与您的 **MCWP 豁免计划** 机构合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 **MCWP**。Desert Aids Project 电话 (760) 323-2118。

多元化老年人服务计划 (MSSP)

- 多元化老年人服务计划 (**MSSP**) 提供社会和医疗保健管理两种服务，帮助个人继续在自己家中和社区中生活。
- 虽然大多数计划参与者也接受居家支援服务，但 **MSSP** 提供持续的护理协调，将参与者与其他所需的社区服务和资源联系起来，与医疗保健服务提供者进行协调，并且购买一些无法通过其他方式获得的所需服务，从而预防或延迟机构收容。护理管理和其他服务的年度合计费用必须低于在专业护理机构接受护理的费用。
- 健康和社会服务专业人士团队为每个 **MSSP** 参与者提供完整的健康和社会心理评估，以确定所需的服务。然后，该团队与 **MSSP** 参与者、他们的医生、家人和其他人合作拟定个性化护理计划。服务包括：
 - 护理管理
 - 成人日托
 - 小规模房屋维修/维护
 - 家务、个人护理和保护性监督补充服务
 - 喘息服务
 - 交通运输服务

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 咨询和医疗服务
- 膳食服务
- 通信服务。
- 参加 MSSP 豁免计划的会员可持续参加 MSSP 豁免计划，同时还可以获得本计划提供的福利。本计划与您的 MSSP 服务提供者合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 MSSP。

Riverside 县:

MSSP (877) 932-4100

San Bernardino 县:

MSSP (877) 565-2020

F5. 在本计划之外提供的县行为健康服务（心理健康和物质使用障碍服务）

您可以获得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的医疗所需行为健康服务。我们提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理承保的行为健康服务。本计划不提供 Medi-Cal 专业心理健康服务或县政府物质使用障碍服务，但这些服务会由县行为健康机构向您提供。

如果您符合获得专业心理健康服务的标准，您可以通过县心理健保计划 (MHP) 获得 Medi-Cal 专业心理健康服务。您所在县的 MHP 所提供的 Medi-Cal 专业心理健康服务包括：

- 心理健康服务
- 药物支援服务
- 日间治疗加强服务
- 日间康复
- 危机介入服务
- 危机稳定服务
- 成人住宿治疗服务
- 危机住宿治疗服务
- 精神病健康机构服务
- 精神病住院服务

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 目标个案管理
- 同侪支援服务
- 社区流动危机介入服务
- 治疗行为服务
- 治疗式寄养
- 重症监护协调
- 密集家庭服务
- 司法再入
- 积极社区治疗 (ACT)
- 司法积极社区治疗 (FACT)
- 针对首次精神病发作 (FEP) 的协调专科护理 (CSC)
- 会所服务
- 加强社区健康工作者 (CHW) 服务

如果您符合接受 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务的标准，您可以通过您所在县的行为健康机构获得这些服务。

- 密集门诊治疗服务
- 围产期住宿式物质使用障碍治疗
- 门诊治疗服务
- 麻醉品治疗计划
- 成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）
- 同侪支援服务
- 社区流动危机介入服务

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务包括：

- 门诊治疗服务

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 密集门诊治疗服务
- 部分住院服务
- 成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）
- 住宿治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉品治疗计划
- 康复服务
- 护理协调
- 同侪支援服务
- 社区流动危机介入服务
- 紧急管理服务
- 住院治疗服务

除以上所列服务外，如果您符合标准，则还可以接受自愿住院戒毒服务。

您可以获得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的医疗所需行为健康服务。我们提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理承保的行为健康服务。本计划不提供 Medi-Cal 专业心理健康服务或县政府物质使用障碍服务，但您可通过您当地的 Riverside 大学健康体系——行为健康及 San Bernardino 县行为健康部取得这些服务。

在 Riverside 县：

Riverside 大学健康体系 – 行为健康
(Riverside University Health
System – Behavioral Health):
1-800-499-3008

在 San Bernardino 县：

行为健康部接入科：
1-888-743-1478

G. 本计划、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

此部分告诉您本计划排除的福利。“排除”是指我们不支付这些福利。Medicare 和 Medi-Cal 也不支付其费用。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



下面的清单描述了一些我们在任何情况下都不提供承保的服务和用品，部分服务和用品仅在某些情况下被我们排除在外。

我们不支付本节（或本《会员手册》的其他部分）所列的未承保的医疗福利，除非在特定情况下另有规定。即使您在急诊机构接受了这些服务，本计划也不会支付相关费用。如果您认为本计划应支付未承保的服务费用，您可以提出上诉。有关上诉的信息，请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。

除了《福利表》中描述的任何排除或限制外，本计划不承保以下项目和服务：

- 根据 Medicare 和 Medi-Cal 标准，服务被视为“不合理且不具有医疗必要性”，除非我们将这些服务列为承保服务
- 实验性的医疗和外科治疗、物品和药物，除非 Medicare、Medicare 批准的临床研究或本计划对其提供承保。有关临床研究的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 3 章**。实验性治疗和物品是指尚未被医学界普遍接受的项目。
- 病态肥胖手术治疗（除非属于医疗必需且由 Medicare 保险支付）
- 医院单人病房，除非属于医疗必需
- 私人护理护士
- 医院或护理机构病房内的个人物品，例如电话或电视
- 在家中提供的全日制护理
- 由您的直系亲属或家庭成员收取的费用
- 送餐上门服务
- 非医疗必需的选择性或自愿性增强手术或服务（包括减肥、生发、性功能提升、运动表现增强、美容目的、抗衰老及脑力提升），除非存在医疗必要性
- 整容手术或其他美容项目，除非因意外受伤或用于矫正身体异常形态所需。但我们支付乳腺切除术后的乳房重建费用，以及为使另一侧乳房对称而进行的治疗
- 整脊护理，符合承保范围规定的脊椎按摩治疗除外
- 常规足部护理，除非如《福利表》**D 部分**的足病治疗服务中另有说明
- 矫形鞋，除非鞋子属于腿部支架的一部分，并且包含于支架费用中，或者是供糖尿病足病患者使用的鞋子
- 足部支撑装置，除非是供糖尿病足病患者使用的矫形鞋或治疗鞋

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

- 放射状角膜切开术、LASIK 外科手术和其他低视力辅助设备
- 绝育手术逆转
- 生育力保存服务和人工受孕。包括体外受精、合子输卵管内移植、卵子移植和配子输卵管内移植等服务（不包括 Medicare 承保的人工授精及相关服务）
- 自然疗法服务（使用自然治疗或替代治疗）
- 在退伍军人事务部（VA）医疗机构提供的服务但是，当退伍军人在 VA 医院接受急诊服务且 VA 自付费用高于本计划自付标准时，我们将补足差额。您仍需承担分摊费用部分。
- 房屋或车辆改造
- 未经美国食品药品监督管理局批准的服务。我们不承保任何依法须经美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准方可在美国销售，但未获 FDA 批准的药物、补充剂、检测、疫苗、器械、放射性物质及其他服务。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 5 章：获取门诊药物

简介

本章说明了获取门诊药物的规则。这些药物是您的医疗服务提供者为您开具的，您可以从药房或通过邮购获得药物。它们包括 Medicare D 部分及 Medi-Cal 承保的药物。本《会员手册》第 6 章将告诉您这些药物的费用情况。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

虽然本章未提及，但我们还承保以下药物：

- **Medicare A 部分承保的药物。** 这些药物通常是您在住院期间或护理机构中使用的药物。
- **Medicare B 部分承保的药物。** 这包括部分化疗药物、在医生或其他提供者处就诊时为您注射的部分药物，以及透析诊所提供的药物。要了解有关 Medicare B 部分承保药物的更多信息，请参阅本《会员手册》第 4 章中的福利表。
- 除本计划 Medicare D 部分和医疗福利外，若您正在接受 Medicare 临终关怀服务，您的药物费用可能由 Original Medicare 承担。如需更多信息，请参阅第 5 章第 D 节“若您参与 Medicare 认证的临终关怀项目”。

本计划的门诊药物承保规定

只要您遵循本节中的规则，我们通常会承保您的药物。

必须由医疗服务提供者（医生、牙医或其他处方师）为您开立处方，且处方必须符合适用的州法律规定。这个人通常是您的基本保健服务提供者 (PCP)。若您的 PCP 将您转介给其他医疗服务提供者接受护理，也可以是该医疗服务提供者。

您的处方师不得出现在 Medicare 的排除或禁止名单，以及任何类似的 Medi-Cal 名单上。

您通常必须通过网络内药房配药。（请参阅第 A1 节了解更多信息。）或者您可以通过计划的邮购服务配药。

您的处方药必须在本计划的“承保药物清单”上。简称“药物清单”。（请参阅本章的第 B 节。）

- 如果该药物不在“药物清单”上，我们也许可以通过例外条款来承保。
- 请参阅第 9 章（如果您有问题或想投诉该怎么办）了解如何申请例外处理。
- 另请注意，我们将根据 Medicare 和 Medi-Cal 标准对您的处方药承保申请进行评估。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



您的药物必须用于医学上可接受的适应症。这指的是此药物的使用已获得美国食品药品监督管理局 (FDA) 的批准，或者得到某些医学参考文献的支持。您的处方师可协助查找医学文献以支持所申请处方药的用途。

在我们承保某些药物之前，可能需要根据特定标准事先获得本计划的批准。（请参阅本章第 C 节。）

目录

A. 获取您的处方药	123
A1. 在网络内药房配药.....	123
A2. 使用会员卡配药	123
A3. 更换网络内药房须知	123
A4. 如果您的药房退出了网络该怎么办.....	123
A5. 使用专科药房.....	123
A6. 通过邮购服务获得药物	124
A7. 获取长期药物供应.....	125
A8. 使用我们计划网络外的药房	125
A9. 处方药费用报销	126
B. 本计划的“药物清单”	126
B1. 我们“药物清单”上的药物	126
B2. 如何在我们的“药物清单”上查找药物.....	126
B3. 未列入“药物清单”的药物	127
B4. “药物清单”费用分摊层级	128
C. 某些药物的限制	128
D. 您的药物可能不属于承保范围的原因	130
D1. 获取临时用药供应	130
D2. 申请临时药物供应	131
D3. 请求例外处理	131

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



E. 药物承保变更.....	132
F. 特殊情况下的药物承保.....	134
F1. 在医院或专业护理机构住院期间（限本计划承保的住院）.....	134
F2. 在长期护理机构.....	134
F3. 在 Medicare 认证的临终关怀项目中.....	134
G. 药物安全和药物管理方案.....	134
G1. 帮助您安全用药的方案.....	134
G2. 帮助您管理药物的计划.....	135
G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP).....	136

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

A. 获取您的处方药

A1. 在网络内药房配药

大多数情况下，只有在我们的网络内药房配药时，我们才会支付药费。网络内药房是同意为本计划会员配取处方药的药房。您可以使用我们的任何一家网络内药房。（关于我们何时会承保网络外药房配药的情况，请参阅**第 A8 节**。）

要查找网络内药房，请查看“医疗服务提供者和药房名录”，访问我们的网站或联系会员服务部或您的护理协调员。

A2. 使用会员卡配药

在网络内药房配药时，请**出示您的会员卡**。网络内药房将向我们收取您所承保药物费用中的相应份额。您领取处方药时可能需要向药房支付共付额。

请记住，您需要出示 Medi-Cal 卡或福利识别卡 (BIC)，才能获得 Medi-Cal Rx 承保的药物。

若您配药时未携带会员卡或 BIC 卡，请要求药房致电我们获取必要信息，或可请药房查询您的计划参保信息。

如果药房无法获取必要信息，您在领取药物时可能必须支付处方药的全额费用。随后，您可申请报销我们应承担的费用份额。**如果您无法支付药物费用，请立即联系会员服务部**。我们将尽全力提供帮助。

- 如需要我们退还款项，请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。
- 如果您在配药时需要帮助，请联系会员服务部或您的护理协调员。

A3. 更换网络内药房须知

如果您变更药房并需要续配处方药，您可以要求医疗服务提供者开立新的处方，或请原药房将处方转到新药房（前提是处方仍有剩余次数）。

如果您需要协助变更您的网络内药房，请联系会员服务部或您的护理协调员。

A4. 如果您的药房退出了网络该怎么办

如果您使用的药房退出了本计划的网络，您需要寻找新的网络内药房。

可通过“医疗服务提供者及药房名录”查询、访问官网，或联系会员服务部/护理协调员获取新网络内药房信息。

A5. 使用专科药房

某些处方药必须在专业药房配药。专科药房包括：

- 提供家庭输液治疗药物的药房。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



- 为长期护理机构（如疗养院）中的居民提供药物的药房。
 - 通常，长期护理机构会有自己的药房。如果您是长期护理机构内的居住者，我们会确保您可以在该机构的药房获得所需药物。
 - 若您的长期护理机构药房不在我们的网络中，或者您无法在该机构中取得药物，请联系会员服务部。
- 印第安医疗保健服务提供者 (IHCP) 药房。美洲印第安人和阿拉斯加原住民会员可以使用印第安医疗保健服务提供者 (IHCP) 的药房，但前提是该机构设有参保的零售药房。如果您不是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，但被分配给该类诊所或发生紧急情况，您仍可以通过 IHCP 的零售药房获得服务。
- 此类药房配发受 FDA 限制的药物或需要特殊处理、提供者协调或使用指导的药物。（附注：应该很少会发生这种情况。）
- 要查找专科药房，请查看“医疗服务提供者和药房名录”，访问我们的网站，或联系会员服务部或您的护理协调员。

A6. 通过邮购服务获得药物

对于某些种类的药物，您可以使用本计划的网络内邮购服务。通常，通过邮购获得的药物是您因慢性病或长期病症需定期服用的药物。

我们的邮购服务允许您订购最多 100 天的用量。100 天药量与一个月药量的共付额相同。

通过邮寄方式配药

获取邮寄处方药的订购表格及相关信息，请致电 1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天，每天上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。相关信息亦可通过 IEHP 官网查询：www.iehp.org。

邮购的处方药通常会在 7-10 天内送达。但有时您的邮购可能会出现延迟。若配送延迟，您可与您的基本保健服务提供者联系，以取得紧急处方并携带该处方至任何附近的网络内药房。药房工作人员可致电 1-888-495-3147 与 MedImpact（IEHP DualChoice 合作机构）联系，以取得因邮购流程延迟所需的紧急授权处理。

邮购流程

邮购服务针对以下三种情况设有不同流程：您提交的新处方、直接来自您医疗服务提供者诊所的新处方，以及邮购处方的续配。

1. 您提交给药房的新处方

对于您提交的新处方药，药房会自动配药并寄送。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



2. 药房自您的医疗服务提供者诊所取得的新处方

药房收到医疗保健服务提供者开具的处方后，将联系您确认是否需要立即配药或延配药。

- 这让您有机会确保药房配送的药物是否正确（包括剂量、数量和剂型），并在必要时于账单生成和发货前取消或延迟订单。
- 每次药房联系您时请及时回复，让他们知道如何处理新处方，避免配送延误。

3. 邮购处方续配服务

如需续配药物，请在您现有的药物用完前 21 天联系药房，以确保您下次的订单能及送达。

请告知药房您的最佳联系方式，以便他们在寄送前与您联系以确认订单。如欲提供您的通信偏好，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 会员服务部联系，服务时间为每周 7 天，每天上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

A7. 获取长期药物供应

您可通过本计划的“药物清单”获取长期维持性用药的供应。维持性药物是指为治疗慢性或长期疾病而需定期服用的药物。

部分网络内药房允许您获取维持性药物的长期供应。100 天药量与一个月药量的共付额相同。

“医疗服务提供者和药房名录”中列出了哪些药房可以提供维持性药物的长期供应。您也可以致电您的护理协调员或会员服务部了解更多信息。

对于某些类型的药物，您可以使用我们计划的网络内邮购服务来获取长期维持药物供应。请参阅 **A6 节**（*使用邮购服务获取药物*）以了解邮购服务。

A8. 使用我们计划网络外的药房

一般而言，只有当您无法使用网络内药房时，我们才会支付在网络外药房配药的费用。我们在服务区外也设有网络内药房，您可以作为我们计划的会员去那里配药。在这些情况下，请先向护理协调员或会员服务部查询，以确认附近是否有网络内药房。

在以下情况下，我们会支付在网络外药房配药的费用：

在计划服务区域外旅行期间患病且无网络内药房可用时。如果您在网络外药房购买药物，您可能需要自行承担费用。

如果承保的 D 部分药物与医疗急诊护理相关。

在任何联邦灾难或其他公共卫生紧急事件中，如果您被迫撤离或以其他方式离开居住地。

在您无法使用网络内药房的紧急情况下，我们将支付您 31 天的药物费用。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



A9. 处方药费用报销

若必须使用网络外药房，您通常需全额支付处方药费用而非共付额。您可申请报销我们应承担的费用份额。

若您全额支付了本应由 Medi-Cal Rx 的处方药费，当 Medi-Cal Rx 支付完处方药费用后，您可能有资格向药房申请退款。或者，您可以通过提交“Medi-Cal 自付费用报销 (Conlan)”理赔表，要求 Medi-Cal Rx 退款给您。查看更多信息，请访问 Medi-Cal Rx 网站：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

详情请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。

B. 本计划的“药物清单”

我们有一份“承保药物清单”。简称“药物清单”。

该“清单”所列药物由医生和药剂师团队协助筛选。“药物清单”还规定了您获得药物时需遵循的规则。

如果您遵循本章中解释的规则，我们通常会承保我们计划“药物清单”上的药物。

B1. 我们“药物清单”上的药物

我们的“药物清单”中包括 Medicare D 部分承保的药物。

您从药房获得的大部分药物都属于您计划的承保范围。其他药物，例如一些非处方 (OTC) 药和某些维生素则可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 了解更多信息。您也可以致电 800-977-2273 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联系。通过 Medi-Cal Rx 获得处方药时，请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (BIC)。

我们的“药物清单”中包括品牌药、学名药和生物制剂（可能包括生物相似药）。

品牌药是指以药物制造商注册商标名称销售的药物。生物制剂是比常规药物更复杂的药物。在我们的“药物清单”上，“药物”一词可能指代药物或生物制品。

学名药与品牌药具有相同的活性成分。生物制品有替代品，称为生物类似药。通常，学名药和生物类似药的效果与品牌药或原研生物制品一样好，而且通常价格更低。许多品牌药都有对应的学名药替代品，部分原研生物制品也有生物类似药替代品。某些生物类似药属于可互换生物类似药，根据各州法律规定，在药房可直接替代原研生物制品，无需新处方——如同学名药可替代品牌药那样。

请参阅**第 12 章**，以了解“药物清单”中可能包含的药物类型定义。

B2. 如何在我们的“药物清单”上查找药物

若要了解您服用的药物是否在我们的“药物清单”上，您可以：

- 请访问本计划网站 www.iehp.org。我们网站上的“药物清单”都是最新版本。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 请致电护理协调员或会员服务部，查询某种药物是否在我們的“药物清单”上，或索取清单副本。
- D 部分不承保的药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 了解更多信息。
- 使用我们在网站 <https://members.iehp.org/App/Account/Login> 上的“实时福利工具”，查询“药物清单”中的药物，以估算您将支付的费用，并了解“药物清单”上是否有可以治疗相同病症的替代药物。您也可以致电您的护理协调员或会员服务部。

B3. 未列入“药物清单”的药物

并非所有药物都属于我们的承保范围。

- 有些药物不在我們的“药物清单”上，因为法律不允许我们承保这些药物。
- 在某些情况下，我们决定不将某种药物纳入我們的“药物清单”。
- 有些情况下，您仍可能获得未在“药物清单”上的药物。更多信息请参阅第 9 章。

本计划不支付本节所描述药物的费用。这些药物被称为**排除药物**。若您的处方药包含排除药物，您可能需要自己支付费用。若您认为基于您的情况，我们应该为您支付排除药物费用，您可以提出上诉。有关上诉的更多信息，请参阅本《会员手册》的第 9 章。

下面是排除药物的三个基本规则：

1. 本计划的门诊药物承保范围（包括 Medicare D 部分）不能支付已由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的药物费用。本计划免费承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的药物，但这些药物不属于您的门诊药物福利的一部分。
2. 本计划无法承保在美国及其领土境外所购买的药物。
3. 必须获得 FDA 的批准或某些医学参考文献的支持，才能将该药物用于对您病症的治疗。您的医生或其他医疗服务提供者可能会为治疗您的病情而开具某种药物，即使该药物并未被批准用于该病症的治疗。这被称为“超适应症用药”。我们的计划通常不承保因“超适应症用药”而开具的药物。

此外，根据法律，Medicare 或 Medi-Cal 不能承保以下类型的药物。

- 用于促进生育的药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物*
- 用于美容或促进毛发生长的药物
- 处方维生素和矿物质制剂，孕期维生素和含氟*制剂除外

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 用于治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药物
- 治疗厌食症、减肥或增重药物*
- 由药企生产的门诊药物若规定必须由其指定机构进行检测或提供相关服务，则不予承保

*某些产品可能由 Medi-Cal 承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 了解更多信息。

B4. “药物清单”费用分摊层级

我们的“药物清单”上的每一种药物均属于 6 个层级之一。属于同一类的药物通常会被列入一个层级（例如：品牌药、学名药或非处方药）。一般而言，层级越高，您为药物支付的费用越高。

层级 1：包含首选学名药，无分摊费用。

层级 2：包含学名药及部分品牌药。您的分摊费用取决于您获得的额外补助金额。

层级 3：包括首选品牌药和一些学名药。您的分摊费用取决于您获得的额外补助金额。

层级 4：包括非首选品牌药和学名药。您的分摊费用取决于您获得的额外补助金额。

层级 5：包括特殊品牌药和学名药。您的分摊费用取决于您获得的额外补助金额。

层级 6：包括特定护理药物，无分摊费用。

如要了解您的药物在哪一个费用分摊层级，请在我们的“药物清单”上查找该药物。

本《会员手册》的**第 6 章**说明了您为每个层级药物支付的金额。

C. 某些药物的限制

对于特定处方药，特殊规则限制了本计划承保药物的方式以及时间。一般来说，我们的规则鼓励您购买对您的病症有效且安全的药物。当一种安全的低价药物的药效与高价药物相同时，我们希望您的医疗服务提供者开具低价药物的处方。

请注意，某些药物可能在我们的“药物清单”中出现多次。这是因为同样的药物可能因为您医疗服务提供者开立的剂量、数量或剂型不同而有所差异，且不同版本的药物可能适用不同的限制（例如 10 毫克和 100 毫克；每天 1 颗和每天 2 颗；片剂和液体）。

如果您的药物有特殊规则，通常意味着您或您的医疗服务提供者必须采取额外步骤才能让我们承保该药物。例如，您的医疗服务提供者可能需要先告诉我们您的诊断结果或提供验血结果。如果您或您的医疗服务提供者认为我们的规则不适用于您的情况，可要求我们启动承保决定流程，申请例外处理。我们可能同意也可能不同意您在不采取额外步骤的情况下使用该药物。

了解有关申请例外处理的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



1. 当存在学名药或可互换生物类似药时，限制对品牌药或原厂生物制剂的使用

一般来说，学名药或可互换生物类似药的效果与品牌药或原厂生物制剂相同，并且通常费用更低。在大多数情况下，**或**当品牌药或原厂生物制剂有学名药或可互换生物类似药版本时，我们的网络内药房会为您提供学名药或可互换生物类似药版本。

- 当有可用的学名药时，我们通常不会支付品牌药或原厂生物制剂的费用。
- 但是，若您的医疗服务提供者告知我们，学名药或可互换生物类似药无法满足您的医疗需求，或者其他同类治疗药物对您无效，则我们可承保品牌药。
- 您购买品牌药或原厂生物制剂的共付额可能高于购买学名药或可互换生物类似药的共付额。

2. 提前获得计划批准

对于某些药物，您或您的处方师在您配药前必须获得本计划的批准。这称为事先授权。制定此规定是为了确保药物安全，并帮助指导某些药物的适当使用。如果您未获批准，我们可能不承保该药物。请拨打页面底部的电话号码联系会员服务部，或到我们的网站 www.iehp.org 了解关于事先授权的更多信息。

3. 先试用另一种药物

通常情况下，在承保高价药物前，我们希望您先尝试同等疗效的低价药物。例如，如果药物 A 和药物 B 治疗相同的病症，药物 A 的价格低于药物 B，我们可能会要求您先试用药物 A。

如果药物 A 对您**无效**，我们会承保药物 B。这称为阶段疗法。请拨打页面底部的电话号码联系会员服务部，或访问我们的网站 <https://www.iehp.org/en/member-materials> 了解关于阶段疗法的更多信息。

4. 药量限制

对于某些药物，我们会限制您可以获得的药物数量。这称为药量限制。例如，若某药物通常每日仅需服用一片即可确保安全，我们可能会限制您每次配药的数量。

要了解上述任何规则是否适用于您服用或想要服用的药物，请查看我们的“药物清单”。如需了解最新信息，请致电会员服务部或查看我们的网站 www.iehp.org。如果您基于上述任何原因不同意我们的承保决定，您可以请求上诉。请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

D. 您的药物可能不属于承保范围的原因

我们努力让您的药物承保切实有效，但有时药物的保障方式可能并不是您所期望的。例如：

- 本计划不承保您要服用的药物。该药物可能不在我们的“药物清单”上。我们可能承保该药物的学名药，但不承保您想要服用的品牌药。药物可能是新药，而我们尚未对其安全性和有效性进行审查。
- 本计划虽然承保该药物，但有特殊规定或限制。如上文所述，我们计划中某些药物的使用受到规则限制。在某些情况下，您或您的处方师可向我们申请例外处理。
- 药物虽在保障范围内，但所处费用分摊等级导致您的自付费用高于预期。

若您对药物的承保方式有异议，可采取以下措施。

D1. 获取临时用药供应

某些情况下，当药物未列入我们的“药物清单”或存在使用限制时，我们可提供临时用药供应。这将让您有时间与医疗服务提供者商讨更换药物，或向我们申请承保该药物。

获取临时药物供应须满足以下两项条件：

1. 您正在服用的药物：

- 已从我们的“药物清单”中移除，或
- 从未列入我们的“药物清单”，或
- 现存在某种限制。

2. 您必须符合以下一种情况：

- 去年您已加入本计划。
 - 我们将在**日历年度前 90 天**内承保您的药物临时供应。
 - 此临时供应最长为 **31 天**。
 - 若您的处方开立的天数较少，我们允许多次续配，最多可提供 **31 天**的药量。您必须在网络内药房配药。
 - 长期护理药房可能分次提供小剂量药物以避免浪费。
- 您是新加入本计划的会员。
 - 我们会在您**成为本计划会员前 90 天**内承保您的临时药物供应。
 - 此临时供应最长为 **31 天**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 若您的处方开立的天数较少，我们允许多次续配，最多可提供 31 天的药量。您必须在网络内药房配药。
- 长期护理药房可能分次提供小剂量药物以避免浪费。
- 若您已参保超过 90 天，居住于长期护理机构且需紧急用药：
 - 我们承保一次 31 天的药量，若处方天数少于 31 天则按处方天数提供。此服务不包括上述的临时药量。
 - 如果您是现有会员，且护理级别发生了变化，我们将允许您续配处方药，直到为您提供一个 31 天的过渡性供应为止（符合配药增量规定），除非您的处方天数更少。

D2. 申请临时药物供应

如需申请临时药物供应，请致电会员服务部。

获取临时药物供应后，请尽快与您的医疗服务提供者联系，共同规划用完后的处理方案。 您可选择以下方案：

- 更换为其他药物。

本计划可能承保其他适合您的替代药物。请致电会员服务部，索取我们所承保治疗相同病症的“药物清单”。此清单可帮助您的医疗服务提供者找到可能对您有效的承保药物。

或者

- 申请例外处理。

您和您的医疗服务提供者可向我们申请例外处理。例如，您可以要求我们承保不在“药物清单”上的药物，或要求我们不加限制地承保该药物。如果您的医疗服务提供者表示您有充分的医疗理由需要获得例外处理，他们可以帮助您提出请求。

D3. 请求例外处理

若您服用的药物明年将从我们的“药物清单”中移除或受到某种方式的限制，我们允许您在明年之前申请例外处理。

- 我们会告知您明年药物承保范围的任何变更。请向我们申请例外处理，以便我们明年按您期望的方式承保该药物。
- 我们会在收到您的例外处理申请（或您处方师的佐证声明）后的 72 小时内回复您。
- 如果您的申请获得通过，我们将在变更生效之前批准承保该药物。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。 服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息，请访问 www.iehp.org。**



若要了解有关申请例外处理的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。

如果您需要协助申请例外处理，请与会员服务部或您的护理协调员联系。

E. 药物承保变更

药物承保变更多于 1 月 1 日生效，但我们可能会在年内新增或删除“药物清单”上的药物。我们也可能调整药物的相关适用规则。例如，我们可能：

- 决定药物是否必须取得事先批准 (PA)（即您获取药物前须获得我们的许可）。
- 增加或调整您可以获得的药量（数量限制）。
- 新增或调整某药物的阶段疗法限制（在我们承保一种药物之前，您必须先试用另一种药物）。

我们必须遵循 Medicare 的要求，才能调整计划的“药物清单”。有关这些药物规则的更多信息，请参阅 **C 部分**。

若您在**年初**使用的药物已获本计划承保，我们通常不会在**年内**取消或变更该药物的承保范围，除非：

- 市场上出现价格更低的新药，且疗效等同于现有“药物清单”中的药物，**或**
- 我们得知该药物不安全，**或**
- 药物从市场中下架。

如果您正服用药物的承保发生变化，会出现什么情况？

要了解当我们的“药物清单”发生变化时会出现什么情况，您可以：

- 在 www.iehp.org 查看我们最新的“药物清单”，**或**
- 拨打页面底部的会员服务热线，查询最新的“药物清单”。

我们在本计划年度内可能对“药物清单”作出的、会影响到您的变更

“药物清单”的某些变更会即刻生效。例如：

新学名药上市。有时，新学名药或生物类似药上市后，其疗效与“药物清单”中现有品牌药或原厂生物制剂相当。此时我们可能移除品牌药并新增学名药，但您的新药自付费用保持不变。当我们增加新的学名药时，我们也可能在清单中保留品牌药，但会调整其承保规定或限额。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



- 此类变更可能不会提前通知，但实施后我们将寄送具体变更说明。
- 您或您的医疗服务提供者可以申请对这些变更进行“例外处理”。我们将向您发送包含例外处理申请步骤的通知。有关例外处理的更多信息，请参阅本手册第 9 章。

移除不安全药物和其他已停产的药物。有时，某种药物可能被证实不安全，或因其他原因而停产。如果发生这种情况，我们可能会立即将其从“药物清单”中移除。若您正在使用该药物，变更发生后我们将向您发送通知。如果您受到此变更的影响，将收到立即停用该药物并将其退回药房的指示。我们还将指导您如何获取新药物的供应。如果对因安全问题或停产而移除的药物存在疑问，会员可致电 IEHP 会员服务部。

我们可能实施其他影响您用药的变更。对于“药物清单”的其他变更，我们将提前告知您。如果有以下情形，可能会发生这些变更：

- FDA 发布新指导意见，或推出针对该药物的最新临床指南。

当发生这些变更时，我们：

- 在调整“药物清单”前至少提前 30 天通知您，**或者**
- 在您申请续药后告知您，并提供 31 天的药物供应量。

让您有时间能与您的医生或其他处方师沟通。他们可以帮助您做以下决定：

- 是否可改用我们“药物清单”中类似的替代药物，**或者**
- 是否应申请例外处理，以继续获得您正在服用的药物或您服用的药物版本。了解有关申请例外处理的更多信息，请参阅本《会员手册》的第 9 章。

本计划年度内不会对您造成影响的“药物清单”改变

我们可能会对您正在使用的药物做出一些未在上述说明中提及、且目前尚未对您产生影响的变更。对于此类变更，若您在**年初**使用的是我们承保的药物，我们通常不会在**本年度剩余时间**内取消或更改该药物的承保范围。

例如，若我们移除您正在服用的药物、提高您的药物费用，或限制其使用，则此变更不会影响当年剩余时间内您对该药物的使用。

如果您正在服用的药物发生任何这类变更（上述条款所述变更除外），则相关变更在明年 1 月 1 日之前不会影响您的使用。

对于上述类型变更，我们不会在当年直接通知您。您需要查看下一个计划年度的“药物清单”（该清单于开放参保期间提供），以确认是否存在影响您下个计划年度的变更。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



F. 特殊情况下的药物承保

F1. 在医院或专业护理机构住院期间（限本计划承保的住院）

如果您入住医院或专业护理机构，接受本计划承保的住院治疗，我们通常会承保您住院期间的药物费用。您不需支付共付额。您离开该医院或专业护理机构后，只要您的药物符合我们所有的承保规定，我们仍将承担其费用。

要了解更多关于药物承保和您自付费用详情，请参阅本《会员手册》的**第 6 章**。

F2. 在长期护理机构

通常，长期护理机构（如疗养院）设有专属药房或由统一药房为全体居住者供药。如果您住在长期护理机构内，且该机构的药房属于我们的网络，您可以通过该药房获得您的药物。

请查看您的“医疗服务提供者与药房名录”，了解您长期护理机构的药房是否属于我们的网络。如果不是，或者如果需要更多信息，请联系会员服务部。

F3. 在 Medicare 认证的临终关怀项目中

药物绝不会同时由临终关怀机构和本计划双重承保。

- 若您已加入 Medicare 临终关怀项目，且需要某些药物（如止痛药、止吐药、泻药或抗焦虑药），但您的临终关怀项目因为这些药物与您的末期预后和病症无关，而不承保这些药物。本计划必须收到处方师或临终关怀服务提供者的无关性通知，方可承担该药物费用。
- 为避免延误本计划应承保的非相关药物，您可在向药房配药前，要求临终关怀服务提供者或处方师确保我们已收到该药物无关性的通知。

若您退出临终关怀计划，本计划将承保您的全部药物。当您的 Medicare 临终关怀福利终止时，请携带证明文件至药房验证您已退出临终关怀计划，以避免配药延误。

有关本计划承保药物的说明，请参阅本章前文。请参阅本《会员手册》的**第 4 章**，了解临终关怀福利详情。

G. 药物安全和药物管理方案

G1. 帮助您安全用药的方案

每次配药时，我们会排查潜在问题，例如用药错误或存在以下情况的药物：

- 可能不需要的药物，因为您在服用另一种具有相同作用的药物
- 可能因您的年龄或性别存在不安全隐患的药物

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 可能因同时服用导致健康损害的药物
- 含有您已知或可能过敏成分的药物
- 数额（剂量）可能有误
- 含有超安全剂量的阿片类止痛药

若发现用药潜在问题，我们将协同您的医疗服务提供者予以纠正。

G2. 帮助您管理药物的计划

我们设有专项计划，为具有复杂健康需求的会员提供支持。这类情况下，您可能有资格通过药物治疗管理 (MTM) 计划免费获得服务。本计划为自愿参与且免费。该计划可帮助您和您的医疗服务提供者确保您的各种药物能够有效改善您的健康状况。如果您符合资格，药剂师或其他健康专业人士将为您全面评估所有用药情况，并就以下事项进行沟通：

- 如何最大化药物疗效
- 您关心的问题（如药物费用及药物反应）
- 最佳服药方式
- 处方药与非处方药相关疑问或问题

随后，他们将为您提供：

- 本次讨论的书面摘要。此摘要包含用药行动计划，建议您如何优化药物使用效果。
- 个人药物清单，包括您服用的全部药物、服用量以及服用时间和原因。
- 关于管制类处方药安全处置的信息。

建议您与处方师讨论您的行动计划和药物清单。

- 请将用药计划与药物清单带至就诊现场，或在与医生、药剂师及其他医疗保健服务提供者沟通时随时出示。
- 如果去医院或急诊室，请带上您的药物清单。

MTM 计划为自愿参加，符合资格的会员可免费加入。若我们有符合您需求的计划，将为您办理参保并寄送相关资料。如果您不想参加该计划，请告诉我们，我们会让您退出。

若您对这些计划有任何疑问，请联系会员服务部或您的护理协调员。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)

我们设有专项计划，确保会员安全使用处方阿片类药物及其他易滥用药物。此计划称为药物管理计划 (DMP)。

若您从多位处方医师或药房获取阿片类药物，或近期曾发生阿片类药物过量情况，我们可能会与您的处方师交谈，以确保您的阿片类药物使用符合医疗必要性且安全合理。经与您的处方师协商，若我们判定您使用处方阿片类或苯二氮平类药物存在安全隐患，可能会限制您获取这些药物的途径。如果您加入 DMP，则限制可能包括：

- 要求您在特定药房（或多家药房）领取所有相关处方药物
- 要求您仅从特定处方师处获取阿片类或苯二氮平类药物处方
- 限制我们为您承保的阿片类药物或苯二氮平类药物用量

如果要限制您获取这类药物的渠道或数量，我们将提前向您发送信函。该信函将告知您是否将限制此类药物的承保范围，或要求您仅从特定医疗服务提供者或药房获取处方药。

您将有机会告诉我们您偏好使用哪些处方师或药房，以及您认为我们需要知道的任何信息。在您作出回应后，若我们决定限制您对这些药物的承保范围，我们将再次致函确认限制条款。

如果您认为我们弄错了、您不同意我们的决定或此限制，您和您的处方师可以提出上诉。如果您提出上诉，我们将会审查您的个案并向您告知新的决定。如果我们仍然拒绝您上诉中与限制获得这些药物有关的任何部分，我们会自动将您的个案发送给独立审查组织 (IRO)。（若要了解有关上诉和 IRO 的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。）

若您符合以下情况，DMP 可能不适用于您：

- 患有某些疾病，如癌症或镰状细胞病，
- 正在接受临终关怀、姑息治疗或生命末期护理，**或**
- 住在长期护理机构内。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 6 章：您为 Medicare 和 Medi-Cal 药物支付的费用

简介

本章将介绍您需支付的门诊药物费用。我们所说的“药物”是指：

- Medicare D 部分药物，以及
- Medi-Cal Rx 承保的药物和用品，以及

因您符合 Medi-Cal 资格，可获得 Medicare 提供的“额外补助”，以支付您的 Medicare D 部分药物费用。我们已为您寄送了一份单独的文件，名为“处方药额外补助参保者承保证明附加条款”（也称为“低收入补助附约”或“LIS 附加条款”），其中详述了您的药物承保信息。如果您未收到该文件，请致电会员服务部并索要“LIS 附加条款”。

额外补助是 Medicare 的一项方案，旨在帮助收入和资源有限的人降低 Medicare D 部分处方药费用（例如保费、自付额和共付额）。“额外补助”也称为“低收入补助”或“LIS”。

其他重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

若要了解有关药物的更多信息，您可以查看以下内容：

- 我们的“承保药物清单”。
 - 我们称之为“药物清单”。其中会告诉您：
 - 我们支付哪些药物的费用
 - 每种药物列于 6 层级中的哪个层级
 - 药物是否有任何限制
 - 若您需要我们的“药物清单”副本，请致电会员服务部。您还可以在我们的网站 www.iehp.org 上找到我们“药物清单”的最新内容。
 - 您从药房获得的大部分药物都属于 IEHP DualChoice 的承保范围。其他药物，例如一些非处方 (OTC) 药和某些维生素则可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 了解更多信息。您也可以致电 800-977-2273 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联系。在通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时，请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (BIC)。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 本《会员手册》的**第 5 章**。
 - 解释了如何通过本计划获取门诊药物。
 - 其中包括您需要遵循的规则。还会说明本计划不承保哪些类型的药物。
 - 当您使用计划的“实时福利工具”来查看药物承保时（参见**第 5 章第 B2 节**）时，所示费用是您预期要支付的自付费用的预估值。您可以致电您的护理协调员或会员服务部以获取更多信息。
- 我们的“医疗服务提供者和药房名录”。
 - 在大多数情况下，您必须使用网络内药房来获取您的承保药物。网络内药房是同意与我们合作的药房。
 - “医疗服务提供者和药房名录”列出了我们的网络内药房。若要了解有关网络内药房的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**。

目录

A. “福利说明” (EOB).....	140
B. 如何追踪您的药物费用.....	141
C. Medicare D 部分药物的药物付款阶段.....	142
C1. 本计划有 6 个分摊费用层级.....	142
C2. 您的药房选择.....	143
C3. 获取药物的长期药量.....	143
C4. 您支付的费用.....	143
D. 第 1 阶段：初始承保阶段.....	146
D1. 您的药房选择.....	146
D2. 获取药物的长期药量.....	146
D3. 您支付的费用.....	146
D4. 初始承保阶段结束.....	149
E. 第 2 阶段：重大伤病承保阶段.....	149
F. 医生开立处方的药物不足一个月药量时您的药物费用.....	149

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



G. 您为 D 部分疫苗支付的费用.....	150
G1. 接种疫苗前您需要了解的事项.....	150
G2. 您为 Medicare D 部分承保疫苗支付的费用.....	150

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

A. “福利说明” (EOB)

本计划会记录您的药费及您在药房获取处方药时支付的费用。我们会记录两类费用：

- 您的**自付费用**。这是您或代表您的其他人为您的处方药支付的金额。这包括您在获得承保 D 部分药物时所支付的费用、家人或朋友为您的药物支付的任何费用，以及 Medicare 提供的额外补助、雇主或工会健保计划、印第安人健康服务、艾滋病药物援助计划、慈善机构和大多数州政府药品援助计划 (SPAP) 为您的药物支付的任何费用。
- 您的**药物总费用**。这是针对您的承保 D 部分药物所支付的全部款项总计。其中包括计划支付的费用，以及其他计划或组织为您的承保 D 部分药物支付的费用。

当您通过本计划获取药物时，我们会向您发送一份称为“福利说明” (EOB) 的摘要。我们将其简称为 EOB。EOB 不是账单。EOB 列出有关您使用药物的更多信息，例如价格上涨和可能有其他分摊费用较低的药物。您可以和您的处方师讨论这些较低费用的选项。EOB 内容包括：

- **当月信息**。此摘要会显示您在上个月获取了哪些药物。其中会显示药物总费用、我们支付的费用以及您和其他人为您支付的费用。
- **自 1 月 1 日至今的年度总计**。此信息表明自年初以来的药物总费用和对药物支付的总额。
- **药物价格信息**。这是药物的总价和自第一次配药以来针对同样数量的每次处方药理赔，药物价格的变化。
- **费用更低的替代药物**。在适用情况下，有关每种处方药是否有较低分摊费用的其他药物的信息。

我们承保 Medicare 不承保的药物。

- 为这些药物支付的费用不会计入您的自付费用总额。
- 您从药房获取的大部分药物都属于计划的承保范围。其他药物，例如一些非处方 (OTC) 药和某些维生素则可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以了解更多信息。您也可以致电 Medi-Cal 客户服务中心，电话 800-977-2273。在通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时，请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (BIC)。
- 若要查询本计划承保哪些药物，请参阅我们的“药物清单”。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



B. 如何追踪您的药物费用

为了追踪您的药物费用和您支付的款项，我们使用从您和您的药房获得的记录。您可以通过以下方式帮助我们：

1. 使用您的会员卡。

每次配取处方药时，都要出示您的会员卡。这有助于我们了解您所配取的处方药，以及您支付的费用。

2. 确保我们获得我们需要的信息。

您可以要求我们偿还药物费用中我们应分摊的部分。请参阅第 7 章第 A 节，以了解如何要求我们退还款项给您的详情。以下举例说明您何时应该将您的收据副本提供给我们：

- 当您在网络内药房以特价或使用不属于本计划福利的折扣卡购买承保药物时
- 当您为根据药厂的患者援助计划获取的药物支付共付额时
- 当您在网络外药房购买承保药物时
- 当您在特殊情况下为承保药物支付全额费用时

有关请求我们退还给您我们应分摊药物费用的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。

3. 向我们发送有关他人为您支付款项的信息。

某些其他人和组织支付的款项也会计入您的自付费用。例如，由州政府药品援助计划、艾滋病药物援助计划 (ADAP)、印第安人健康服务和大多数慈善机构支付的款项均会计入您的自付费用。这可以帮助您符合重大伤病承保的资格。当您达到重大伤病承保阶段时，本计划会在今年剩余期间支付您的 Medicare D 部分药物的全部费用。

4. 查看我们发送给您的 EOB。

当您收到邮寄给您的 EOB 时，请确保其内容完整正确。

- **您认得每家药房的名称吗？** 检查日期。您是否于该日期获取了药物？
- **您是否有收到所列的药物？** 这些药物是否与您收据上列出的药物相符？这些药物是否与您的医生开立处方的药物相符？

如果您发现此摘要上有错误怎么办？

如果此 EOB 上有任何令人困惑或看起来不正确的内容，请致电 IEHP DualChoice 会员服务部。您还可以在我们的网站上找到许多问题的答案：www.iehp.org。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果可能有欺诈情形怎么办？

如果此摘要显示您并未服用的药物或您认为可疑的其他任何内容，请联系我们。

- 请致电 IEHP DualChoice 会员服务部。
- 或者，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。您可以免费拨打上述电话号码。
- 如果您怀疑参加 Medi-Cal 的医疗服务提供者有欺诈、浪费或滥用行为，您有权拨打保密免费电话 1-800-822-6222 进行举报。其他举报 Medi-Cal 欺诈行为的方法可参见：www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您觉得有问题或漏了什么信息，或者有任何疑问，请致电会员服务部。请保留这些 EOB。这些文件是您药物费用的重要记录。

C. Medicare D 部分药物的药物付款阶段

根据本计划规定，您的 Medicare D 部分药物承保包含两个付款阶段。您需为每份处方药支付的费用取决于您在配取或续配处方药时所处的阶段。有两个阶段：

第 1 阶段：初始承保阶段	第 2 阶段：重大伤病承保阶段
<p>在此阶段期间，本计划将支付您药物的部分费用，而您则支付您的分摊费用。您的分摊费用称为共付额。</p> <p>当您在一年当中第一次配取处方药时，您便开始进入此阶段。</p>	<p>在此阶段，本计划将支付您至 2026 年 12 月 31 日之前的所有药物费用。</p> <p>当您已经支付了一定数额的自付费用时，您便开始这个阶段。</p>

C1. 本计划有 6 个分摊费用层级

分摊费用层级是将相同共付额的药物放在同一类。我们“药物清单”上的每种药物分属于 6 个分摊费用层级中的某个层级。一般而言，层级数字越大，共付额就越高。若要查询您的药物的分摊费用层级，请参阅我们的“药物清单”。

- 层级 1 药物是首选学名药。您为这个层级的药物支付 \$0.00。
- 层级 2 至 5 包括学名药和品牌药。学名药的共付额从 \$0.00 至 \$5.10，品牌药的共付额从 \$0.00 至 \$12.65。您的共付额将取决于您获得的“额外补助”金额。
- 层级 6 药物是特定护理药物。这些药物是管理慢性病（如糖尿病）所需的维持药物。您为这个层级的药物支付 \$0.00。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



请参阅 LIS 附约，了解适用于您的药物共付额。您也可以致电本页底部的电话号码与会员服务部联系获得协助。

C2. 您的药房选择

您为药物支付的费用取决于您是否从以下渠道获取药物：

- 网络内药房，或
- 网络外药房。在少数情况下，我们会承保在网络外药房配取的处方药。请参阅本《会员手册》的**第 5 章**，了解我们何时会这样做。
- 本计划的邮购药房。

请参阅本《会员手册》的**第 9 章**，了解当您被告知某种药物不属于承保范围时如何提出上诉。若要了解有关这些药房选择的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**以及我们的“医疗服务提供者和药房名录”。

C3. 获取药物的长期药量

对于某些药物，您可以在配药时获得长期药量（也称为“延长药量”）。长期药量是可长达 100 天的药量。您的费用与一个月药量相同。

有关在何处以及如何获得药物长期药量的详细信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**或者我们的“医疗服务提供者和药房名录”。

C4. 您支付的费用

当您配取处方药时，您可能要支付共付额。如果您的承保药物费用低于共付额，您将支付较低的价格。

请联系会员服务部，了解您对任何承保药物应支付多少共付额。

您从药房获取的大部分药物都属于计划的承保范围。其他药物，例如一些非处方 (OTC) 药和某些维生素则可能由 Medi-Cal Rx 提供承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 了解更多信息。您也可以致电 Medi-Cal 客户服务中心，电话 800-977-2273。在通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时，请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (BIC)。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



当您从以下渠道获得承保药物一个月或长期药量时，您的分摊费用：

	网络内药房	本计划的 邮购服务	网络内长期 护理药房	网络外药房
	一个月或最多 100 天药量	一个月或最多 100 天药量	最多 31 天药量	最多 31 天药量。 仅限于特定情形提 供承保。请参阅本 《会员手册》的 第 5 章 了解详情。
分摊费用 层级 1 (首选学名药。)	\$0.00。	\$0.00。	\$0.00。	\$0.00。
分摊费用 层级 2 (学名药。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助”金额 及该药物是学名药 或品牌药而不同。
分摊费用 层级 3 (品牌药。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助”金额 及该药物是学名药 或品牌药而不同。

此部分延续到下一页。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



	网络内药房	本计划的 邮购服务	网络内长期 护理药房	网络外药房
	一个月或最多 100 天药量	一个月或最多 100 天药量	最多 31 天药量	最多 31 天药量。 仅限于特定情形提供承保。请参阅本《会员手册》的 第 5 章 了解详情。
分摊费用 层级 4 (非首选药物。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。
分摊费用 层级 5 (特殊药物。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的“额外补助”金额及该药物是学名药或品牌药而不同。
分摊费用 层级 6 (特定护理药物。)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

有关哪些药房可以为您提供长期药量的信息，请参阅本计划的“医疗服务提供者和药房名录”。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



D. 第 1 阶段：初始承保阶段

在初始承保阶段，我们将支付您承保药物的分摊费用，而您则支付您的分摊费用。您的分摊费用称为共付额。共付额取决于药物的分摊费用层级以及您在何处领取药物。

分摊费用层级是将相同共付额的药物放在同一类。本计划“药物清单”上的每种药物分属于 6 个分摊费用层级中的某个层级。一般而言，层级数字越大，共付额就越高。若要查询您的药物的分摊费用层级，请参阅我们的“药物清单”。

- 层级 1 药物是首选学名药。您为这个层级的药物支付 \$0.00。
- 层级 2 至 5 药物包括学名药和品牌药。学名药的共付额从 \$0.00 至 \$5.10，品牌药的共付额从 \$0.00 至 \$12.65。
- 层级 6 药物是特定护理药物。您为这个层级的药物支付 \$0.00。

D1. 您的药房选择

您为药物支付的费用取决于您是否从以下渠道获取药物：

- 网络内零售药房，或
- 网络外药房。在少数情况下，我们会承保在网络外药房配取的处方药。请参阅本《会员手册》的**第 5 章**，了解我们何时会这样做。
- 本计划的邮购药房。

若要了解有关这些选择的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**以及我们的“医疗服务提供者和药房名录”。

D2. 获取药物的长期药量

对于某些药物，您可以在配药时获得长期药量（也称为“延长药量”）。长期药量是可长达 100 天的药量。您的费用与一个月药量相同。

有关在何处以及如何获得药物长期药量的详细信息，请参阅本《会员手册》的**第 5 章**或者本计划的“医疗服务提供者和药房名录”。

D3. 您支付的费用

在初始承保阶段期间，每次配取处方药时，您都需支付共付额。如果您的承保药物费用低于共付额，您将支付较低的价格。

请联系会员服务部，了解您对任何承保药物应支付多少共付额。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



当您从以下渠道获得承保药物一个月或长期药量时，您的分摊费用：

	网络内药房	本计划的 邮购服务	网络内长期 护理药房	网络外药房
	一个月或最多 100 天药量	一个月或最多 100 天药量	最多 31 天药量	最多 31 天药量。 仅限于特定情形提 供承保。请参阅本 《会员手册》的 第 5 章了解详情。
分摊费用 层级 1 (首选学名药。)	\$0.00。	\$0.00。	\$0.00。	\$0.00。
分摊费用 层级 2 (学名药。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助”金额 及该药物是学名药 或品牌药而不同
分摊费用 层级 3 (品牌药。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助”金额 及该药物是学名药 或品牌药而不同

此部分延续到下一页。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



	网络内药房	本计划的 邮购服务	网络内长期 护理药房	网络外药房
	一个月或最多 100 天药量	一个月或最多 100 天药量	最多 31 天药量	最多 31 天药量。 仅限于特定情形提 供承保。请参阅本 《会员手册》的 第 5 章 了解详情。
分摊费用 层级 4 (非首选药物。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助”金额 及该药物是学名药 或品牌药而不同
分摊费用 层级 5 (特殊药物。)	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助” 金额及该药物是 学名药或品牌药 而不同	\$0.00、\$1.60、 \$4.90、\$5.10、 \$12.65。 共付额视您获得的 “额外补助”金额 及该药物是学名药 或品牌药而不同。
分摊费用 层级 6 (特定护理药物。)	\$0.00。	\$0.00。	\$0.00。	\$0.00。

有关哪些药房可以为您提供长期药量的信息，请参阅我们的“医疗服务提供者和药房名录”。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



D4. 初始承保阶段结束

当您的自付费用总额达到 \$2,100 时，初始承保阶段即结束。届时，重大伤病承保阶段即开始。我们将承保您从那时开始到年底为止的所有药物费用。

您的 EOB 帮助您追踪您在一年中为药物支付多少费用。当您达到 \$2,100 上限时，我们会通知您。许多人一年都不会达到此上限。

E. 第 2 阶段：重大伤病承保阶段

当您达到药物自付费用上限 \$2,100 时，重大伤病承保阶段即开始。您将留在重大伤病承保阶段直到日历年结束为止。在此阶段，您无需为 D 部分承保药物支付任何费用。

F. 医生开立处方的药物不足一个月药量时您的药物费用

通常，您要为承保药物一整个月药量支付一笔共付额。不过，您的医生可以开立少于一个月药量的处方。

- 有时您会想请医生开立少于一个月药量的处方（例如当您第一次试用某种药物时）。
- 如果您的医生同意，您不需支付特定药物一整个月药量的费用。

当您得到少于一个月药量的药物时，您支付的金额根据您获取药物的天数计算。我们会计算您为药物支付的每日金额（“每日分摊费率”），然后将此金额乘以您获取药物的天数。

- 以下举例说明：假设一整个月药量（31 天药量）的药物共付额为 \$1.60。这就是说，您每天为药物支付的金额不到 \$0.05。如果您获取 7 天的药量，您的费用为每天不到 \$0.05 乘以 7 天，总付款金额不到 \$0.35。
- 每日分摊费用让您能先确定药物对您有效，然后才支付整个月药量的费用。
- 您也可要求医疗服务提供者开立少于一整个月药量的处方，以帮助您：
 - 更好地计划何时续配您的药物；
 - 配合您服用的其他药物进行续配，以及
 - 减少前往药房的次数。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



G. 您为 D 部分疫苗支付的费用

关于您支付疫苗费用的重要信息：某些疫苗被视为医疗福利，并由 Medicare B 部分承保。其他疫苗则被视为 D 部分药物。您可以在我们的“药物清单”中找到这些疫苗。本计划为您免费承保大多数成人 Medicare D 部分疫苗。请参阅您计划的“药物清单”，或联系会员服务部，以查询特定疫苗的承保范围和分摊费用详情。

我们对 Medicare Part D 部分疫苗的承保分为两部分：

1. 第一部分是**疫苗本身**的费用。
2. 第二部分是**为您注射疫苗**的费用。例如，有时可能是由您的医生为您注射疫苗。

G1. 接种疫苗前您需要了解的事项

若您打算接种疫苗，我们建议您致电会员服务部。

- 我们可以告诉您本计划如何承保您的疫苗，并解释您的分摊费用。
- 我们可以告诉您如何通过使用网络内药房和医疗服务提供者来降低费用。网络内药房和医疗服务提供者同意与本计划合作。网络内医疗服务提供者与我们合作，确保您在获取 Medicare D 部分疫苗时无任何预付费用。

G2. 您为 Medicare D 部分承保疫苗支付的费用

您为疫苗支付的费用取决于疫苗的类型（您接种的是什么疫苗）。

- 有些疫苗被视为健康福利，而非药物。这些疫苗均免费为您提供。如要了解这些疫苗的承保范围，请参阅本《会员手册》**第 4 章**中的福利表。
- 其他疫苗则被视为 Medicare D 部分药物。您可以在本计划的“药物清单”中找到这些疫苗。您可能需要为 Medicare D 部分疫苗支付共付额。如果是由称为**免疫实践咨询委员会 (ACIP)** 的组织建议成人应接种的疫苗，则您不需为疫苗支付任何费用。

您通过三种常见方式获取 Medicare D 部分疫苗。

1. 您获取 Medicare D 部分疫苗，然后在网络内药房接种疫苗。
 - 您不需为大多数成人 D 部分疫苗支付费用。
 - 至于其他 D 部分疫苗，您无需支付任何费用**或**只需支付疫苗的共付额。
2. 您在医生诊室获取 Medicare D 部分疫苗，并由医生为您接种疫苗。
 - 您无需支付任何费用**或**只需向医生支付疫苗的共付额。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 本计划会支付接种疫苗的费用。
 - 这种情况下医生办公室应该致电本计划，这样我们才能确保医生知道您无需支付任何费用 **或** 只需支付疫苗的共付额。
3. 您在药房获取 Medicare D 部分疫苗，然后您带到医生诊室接种疫苗。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您不需支付疫苗本身的费用。
 - 至于其他 D 部分疫苗，您无需支付任何费用 **或** 只需支付疫苗的共付额。
 - 本计划会支付接种疫苗的费用。

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

第 7 章：要求我们支付您收到的承保服务或药物账单中我们的分摊费用

简介

本章将说明向我们发送账单要求付款的方法及何时应发送。其中还告诉您，如果您不同意承保决定时提出上诉的方法。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 要求我们支付您的服务或药物费用	153
B. 向我们发送付款请求	156
C. 承保决定	156
D. 上诉	157

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



A. 要求我们支付您的服务或药物费用

我们不允许 IEHP DualChoice 医疗服务提供者向您收取这些服务的费用。我们直接向我们的医疗服务提供者付款，而且我们保护您不须支付任何费用。

如果您收到医疗保健或药物的账单，请不要付款，并将账单寄给我们。如果需要向我们发送账单，请参阅第 B 节。

- 如果我们承保这些服务或药物，我们将直接向医疗服务提供者付款。
- 如果我们承保服务或药物的费用，而您已经支付的费用超过您应分摊的份额，您有权获得退款。
 - 如果您支付了 Medicare 承保服务的费用，我们将向您退还费用。
- 如果您为已接受的 Medi-Cal 服务付费，并且符合以下全部条件，则您可能有资格获得补偿（退款）：
 - 您接受的服务是我们应负责支付费用的 Medi-Cal 承保服务。对于不属于 IEHP DualChoice 承保范围的服务，我们不会向您补偿。
 - 您在成为合格的 IEHP DualChoice 会员后接受了承保服务。
 - 您在接受承保服务之日起一年内要求偿还费用。
 - 您提供您为承保服务付费的证明，例如医疗服务提供者提供的明细收据。
 - 您是从 IEHP DualChoice 网络中已参加 Medi-Cal 的医疗服务提供者处接受承保服务。如果您接受的是急诊护理、计划生育服务，或 Medi-Cal 准许未经预先批准（事先授权）即可由网络外医疗服务提供者提供的其他服务，则不须符合这项条件。
- 如果承保服务一般情况下必须取得预先批准（事先授权），您需要提供医疗服务提供者所提供的证明，显示承保服务是医疗所需。
- IEHP DualChoice 将通过一封名为“行动通知”的信函告知您是否会向您提供补偿。如果您满足上述所有条件，Medi-Cal 的参保医疗服务提供者应全额退还您所支付的金额。如果医疗服务提供者拒绝向您退款，则 IEHP DualChoice 将全额退还您所支付的金额。我们必须在收到理赔申请后 45 个工作日内补偿您。如果医疗服务提供者已加入 Medi-Cal，但不在我们的网络中且拒绝向您退款，则 IEHP DualChoice 将会向您退款，但最高限额为 FFS Medi-Cal 将会支付的金额。IEHP DualChoice 将向您全额偿还急诊服务、计划生育服务或 Medi-Cal 允许无需预先批准即可由网络外医疗服务提供者提供的其他服务的自付费用。如果您未满足上述条件之一，我们不会向您退款。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。详情见 www.iehp.org。



- 如果有以下情形，我们不会向您退款：
 - 您请求并接受的服务不属于 **Medi-Cal** 的承保范围，例如美容服务。
 - 该服务不是 **IEHP DualChoice** 的承保服务。
 - 您向不接受 **Medi-Cal** 的医生求诊，且您签署了一份表格，表明无论如何您都想向该医生求诊，并且您将自行支付服务费用。
- 如果我们不承保服务或药物，我们会告诉您。

如果您有任何疑问，请联系会员服务部或您的护理协调员。如果您不清楚您应该要支付什么费用，或如果您收到账单但不知道该怎么办，我们可以提供帮助。如果想告诉我们有关您已发送给我们的付款请求的信息，您也可以致电。

以下举例说明您在哪些情况下可能需要请求我们退款或支付您收到的账单费用：

1. 当您从网络外医疗服务提供者处接受急诊或急需医疗保健时

要求医疗服务提供者向我们开具账单。

- 如果您在接受此护理时支付了全额费用，请要求我们将我们的分摊费用退还给您。请寄给我们您已支付任何款项的账单和付款证明。
- 您可能会收到医疗服务提供者发来的账单，请您支付您认为并未欠付的款项。请寄给我们您已支付任何款项的账单和付款证明。
 - 如果应向医疗服务提供者付款，我们将直接支付给医疗服务提供者。
 - 如果您已支付了超过您对 **Medicare** 服务的分摊费用，我们会计算您的应付金额，然后将我们的分摊费用退还给您。

2. 当网络内医疗服务提供者向您寄送账单时

网络内医疗服务提供者必须始终向我们开具账单。当您获取任何服务或处方药时，请务必出示您的会员卡；然而，有时网络内医疗服务提供者会犯错，并要求您支付服务费用或超过您分摊费用的金额。**如果您收到任何账单**，请拨打本页下方的电话号码**致电会员服务部**或您的护理协调员。

- 作为计划会员，您获取我们承保的服务时仅需支付共付额。我们不允许医疗服务提供者向您收取超过此金额的费用。即使我们向医疗服务提供者支付的费用低于其收取的服务费用，也同样是如此。即使我们决定不支付部分费用，您仍不需支付这些费用。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 **IEHP DualChoice** 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。详情见 www.iehp.org。



- 当收到来自网络内医疗服务提供者的账单，但您认为超过您应该支付的金额时，请将账单寄给我们。我们会直接联系医疗服务提供者以解决问题。
- 如果您已经支付了网络内医疗服务提供者针对 **Medicare** 承保服务的账单，但觉得您多付了费用，请将账单和您的任何付款证明寄给我们。我们将向您偿付您已付金额和您根据本计划应付金额之间的差额。

3. 如果您追溯参保本计划

有时，您可以追溯参保计划。（这意味着您参保的首日是过去的日期。甚至可能是去年。）

- 如果您追溯参保，并且您在参保日期之后支付了账单费用，您可以要求我们向您退款。
- 请寄给我们您已支付任何款项的账单和付款证明。

4. 当您使用网络外药房配取处方药时

如果您使用网络外药房，您需要支付处方药的全额费用。

- 只有在很少的情况下，我们会承保在网络外药房所配取的处方药。在您请求我们退还我们的分摊费用时，请将收据副本寄给我们。
- 请参阅本《会员手册》的**第 5 章**，了解有关网络外药房的更多信息。
- 我们可能不会向您退还您在网络外药房配取药物所支付的费用与我们会支付的网络内药房药物费用之间的差额。

5. 当您因为没有随身携带会员卡而全额支付处方药费用时

如果您没有随身携带自己的会员卡，您可以请药房打电话给我们或查询您的计划参保信息。

- 如果药房无法立即获得该信息，您可能需要自行全额支付处方药费用或带着您的会员卡重返药房。
- 在您请求我们退还我们的分摊费用时，请将收据副本寄给我们。
- 如果您为处方药支付的现金价格高于我们协商的价格，我们可能不会退还您支付的全额费用。

6. 当您为不属于承保范围的药物支付全额 Medicare D 部分处方药费用时

因为该药物不属于承保范围，所以您可能需支付全额处方药费用。

- 该药物可能不在我们网站的“承保药物清单”（“药物清单”）上，或者药物可能有您不了解或认为不适用于自己的要求或限制。如果您决定获取该药物，则可能需要支付全额费用。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。详情见 www.iehp.org。



- 如果您不支付药物费用，而是认为我们应承保该药物，您可以请求我们做承保决定（请参阅本《会员手册》的**第 9 章**）。
- 如果您和您的医生或其他处方师认为您需要立即获得该药物（24 小时内），您可以要求我们做快速承保决定（请参阅本《会员手册》的**第 9 章**）。
- 在您要求我们退款时，请将收据副本寄给我们。在某些情况下，我们可能需要向您的医生或其他处方师取得更多信息，才能将我们对药物的分摊费用退还给您。如果您为处方药支付的价格高于我们协商的价格，我们可能不会退还您支付的全额费用。

在您向我们发送付款请求后，我们会进行审核，并决定我们是否应承保该服务或药物。这称为做出“承保决定”。如果我们决定应承保该服务或药物，则将支付我们的分摊费用。

如果我们拒绝了您的付款请求，您可以对我们的决定提出上诉。如需了解如何提出上诉，请参阅本《会员手册》的**第 9 章**。

B. 向我们发送付款请求

请寄给我们您的账单和您对 Medicare 服务的任何付款证明，或致电联系我们。付款证明可以是您开出的支票副本或医疗服务提供者的收据。**建议您复印您的账单和收据以留作记录。**您必须在接受服务、用品或药物之日起 **365** 天内将您的信息发送给我们。

请将您的付款请求连同任何账单或收据一起邮寄到以下地址：

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

您也可以致电我们以要求付款。请致电 1-877-273-IEHP (4347) 联系 IEHP DualChoice 会员服务部，服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

C. 承保决定

当我们收到您的付款请求时，我们会做出承保决定。这意味着我们会决定本计划是否承保您的服务、用品或药物。如有必须由您支付的金额，我们也会对此做出决定。

- 我们会在需要您提供更多信息时通知您。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。详情见 www.iehp.org。



- 如果我们决定本计划应承保该服务、用品或药物，同时您也遵循了取得此服务、用品或药物的全部规则，则我们将支付我们的分摊费用。如果您已经支付了服务或药物费用，我们会寄给您金额为我们的分摊费用的支票。如果您已支付药物全额费用，您可能无法获得所支付费用的全额补偿（例如，如果您在网络外药房获取药物，或者您支付的现金价格高于我们的协商价格）。如果您尚未支付，我们将直接付款给医疗服务提供者。

本《会员手册》的**第 3 章**说明了让您的服务能获得承保的规则。本《会员手册》的**第 5 章**说明了让您的 **Medicare D** 部分处方药能获得承保的规则。

- 如果我们决定不支付我们对服务或药物的分摊费用，我们会向您寄出一封说明原因的信函。这封信还将说明您可提出上诉的权利。
- 要了解有关承保决定的更多详情，请参阅**第 9 章**（如果您有问题或想投诉 [承保决定、上诉、投诉] 该怎么办）。

D. 上诉

如果您认为我们拒绝您的付款请求有误，您可以要求我们变更我们的决定。这个过程叫做“提出上诉”。如果您不同意我们支付的金额，也可以提出上诉。

正式上诉流程有详细的程序和截止日期。要了解有关上诉的更多信息，请参阅本《会员手册》**第 9 章**（如果您有问题或想投诉 [承保决定、上诉、投诉] 该怎么办）。

- 若要对医疗保健服务的退款提出上诉，请参阅**第 F 节**（医疗保健）。
- 若要对药物的退款提出上诉，请参阅**第 G 节**（Medicare D 部分处方药）。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。详情见 www.iehp.org。



第 8 章：您的权利和责任

简介

本章说明本计划会员的权利和责任。我们必须尊重您的权利。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息.....	159
B. 我们对您及时取得承保服务和药物的责任	163
C. 我们保护您个人健康信息 (PHI) 的责任	164
C1. 我们如何保护您的 PHI	164
C2. 您查看自己病历的权利	165
D. 我们向您提供信息的责任	165
E. 网络内医疗服务提供者无法直接向您收费	166
F. 您退出本计划的权利	166
G. 您对自己的医疗保健做出决定的权利	167
G1. 您知道自己的治疗选择和做出决定的权利	167
G2. 如果您无法为自己做出医疗保健决定，您有权表达您想要采取的行动	167
G3. 如果您的指示没有得到遵守，该怎么办？	168
H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定	168
H1. 如何处理不公平对待或取得有关您的权利的更多信息	169
I. 您身为计划会员的责任	169

If you have questions, please call IEHP DualChoice at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free. **For more information**, visit www.iehp.org.



A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Chinese, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, audio, accessible electronic formats, and other formats. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

IEHP DualChoice

PO Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

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

- To request to receive materials in languages other than English or an alternate format, you can 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. The Member portal can also be used to submit standing requests.
- Once a standing request is made to receive materials in languages other than English or an alternate format, all future mailings and communications will be received in this format, unless the Member requests a change.
- To request a change to materials received in alternative languages or formats, 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. The Member portal can also be used to modify standing requests.

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

If you have questions, please call IEHP DualChoice at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free. **For more information**, visit www.iehp.org.



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

Debemos asegurarnos de que se le brinden **todos** los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, de una manera competente y accesible a nivel cultural, incluso para las personas con conocimientos limitados del inglés, capacidad limitada de lectura o deficiencias auditivas, o de diversos orígenes culturales y étnicos. Tenemos también la obligación de avisarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, que incluyen español, chino y vietnamita, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

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

Para solicitar recibir los materiales en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 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.

Una vez realizada una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos del inglés o en un formato alternativo, todos los futuros correos y comunicaciones se recibirán en ese formato, a menos que el miembro solicite un cambio.

Para solicitar un cambio a los materiales recibidos en idiomas o formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los

 如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. El portal para miembros también puede utilizarse para modificar las solicitudes permanentes.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697.

我们必须确保以文化上适当且无障碍的方式向您提供**所有**临床和非临床服务，包括针对那些英语水平有限、阅读能力有限、有听力障碍或具有不同文化和种族背景的人。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利和您享有的权利。在您参保我们计划期间，每一年我们都必须告知您所享有的权利。

- 如需以您能理解的方式获取信息，请致电会员服务部。我们的计划提供免费的口译员服务，可以用不同的语言回答问题。
- 我们的计划还可为您提供使用除英语以外其他语言的材料，包括西班牙语、中文和越南语，并且能以大字体、盲文或音频等格式提供。要获取这些任一替代格式的材料，请致电会员服务部或写信至：

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

电话号码：1-877-273-IEHP (4347) (TTY 专线使用者请致电：1-800-718-4347)。

如需要接收除英语以外的其他语言或替代格式的材料，您可以致电 IEHP DualChoice 会员服务部，电话：1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天（包括节假日），上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间）。TTY 专线使用者请致电 1-800-718-4347。

一旦提出接收除英语以外的其他语言或替代格式的材料的要求，所有未来的邮件和通信都将以此格式接收，除非会员要求更改。

如需要更改以替代语言或格式接收材料，请致电 IEHP DualChoice 会员服务部，电话：1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天（包括节假日），上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间）。TTY 专线使用者请致电 1-800-718-4347。也可使用会员门户网站更改长期要求。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



如果您因语言问题或残障的原因，而在获取我们计划的信息时遇到困难，并想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 专线使用者请致电 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民权办公室，电话：916-440-7370。TTY 专线使用者请致电 711。
- 美国卫生与公众服务部民权办公室，电话：1-800-368-1019。TTY 专线使用者请致电 1-800-537-7697。

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không liên quan đến lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị về các phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung Quốc và tiếng Việt ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc bằng âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư tới:

Chương trình IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

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

Để yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên Chương Trình IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-718-4347.

Khi có yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế, tất cả thư từ và thông tin liên lạc trong tương lai sẽ được nhận theo định dạng này, trừ khi Hội viên yêu cầu thay đổi.

Để yêu cầu thay đổi tài liệu nhận được bằng ngôn ngữ hoặc định dạng thay thế khác, vui lòng gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên Chương Trình IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347),

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-718-4347. Cổng Thông Tin Hội Viên cũng có thể được sử dụng để sửa đổi các yêu cầu cố định.

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

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

B. 我们对您及时取得承保服务和药物的责任

身为本计划会员，您享有权利。

- 您有权在我们的网络中选择基本保健服务提供者 (PCP)。网络内医疗服务提供者是与我们合作的医疗服务提供者。您可以在本《会员手册》的**第 3 章**中找到有关哪些类型的医疗服务提供者可以担任 PCP，以及如何选择 PCP 的更多信息。
 - 致电您的护理协调员或会员服务部，或查看“医疗服务提供者和药房名录”，以了解有关网络内医疗服务提供者以及哪些医生正在接受新患者的更多信息。
- 女性有权无需转介即获得女性健康专科医生的服务。转介是指您的 PCP 批准您使用不是您 PCP 的医疗服务提供者。我们不要您必须获得转介。
- 您有权在合理的时间内从网络内医疗服务提供者处获得承保服务。
 - 这包括有权及时获得专科医生的服务。
 - 如果您无法在合理的时间内获得服务，我们必须支付网络外护理费用。
- 您有权未经事先批准 (PA) 即获得急需的急诊服务或护理。
- 您有权在我们任何一家网络内药房配取处方药，不会有长时间延迟。
- 您有权知道何时可以使用网络外医疗服务提供者。若要了解网络外医疗服务提供者的详情，请参阅本《会员手册》的**第 3 章**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 在您初次加入本计划且若符合特定条件时，您有权保留您目前的医疗服务提供者和服务授权最多 12 个月。若要了解如何保留您的医疗服务提供者和服务授权的更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 1 章**。
- 您有权在护理团队和护理协调员的协助下，为您自己的医疗保健做出决定。

本《会员手册》**第 9 章**说明，如果您认为自己没有在合理的时间内获得服务或药物，您可采取的处理办法。其中还说明，如果我们拒绝为您的服务或药物提供承保但您不同意我们的决定，您可采取的处理办法。

C. 我们保护您个人健康信息 (PHI) 的责任

我们会根据联邦和州法律的要求保护您的 PHI。

您的 PHI 包括您在参保本计划时提供给我们的个人信息。还包括您的病历和其他医疗和健康信息。

您有权获取您的信息并控制您 PHI 的使用方式。我们会向您发出书面通知，告知您这些权利并解释我们如何保护您 PHI 的隐私。该通知称为“隐私惯例通知”。

可能同意接收敏感服务的会员无需获得任何其他会员的授权即可接受敏感服务或提交针对敏感服务的理赔。IEHP DualChoice 会直接将有关敏感服务的通讯寄至会员指定的备用邮寄地址、电子邮件地址，或通过指定的备用电话号码传达。如果没有指定备用联系信息，则会通过档案记录的地址或电话号码联系会员本人。未经接受护理的会员书面授权，IEHP DualChoice 不会向任何其他会员披露与敏感服务相关的医疗信息。IEHP DualChoice 将以所要求的形式和格式满足保密通讯请求（前提是原本即可制作这些形式和格式的信息），或在替代地点提供通讯。会员提出的与敏感服务相关的保密通信请求将一直有效，直至会员撤销该请求或提交新的保密通信请求。

您可以请求将有关敏感服务*的信息发送到指定的邮寄地址，如无指定地址，则会通过档案记录的地址或电话号码联系您本人。如需就提交的表格进行跟进，IEHP DualChoice 仅会使用电话号码或电子邮件联系会员。成员可申请并填写名为“保密通讯要求”(CCR) 表的表格。您也可在 IEHP 的网站 www.iehp.org 上下载/找到 CCR。请注意，IEHP 将会在收到通过电子方式传送或电话所提出之要求后的 7 个日历日内，或者在收到通过普通邮件所提出之要求后的 14 个日历日内处理 CCR 表格。IEHP 将会确认收到保密通讯要求，且如果您与我们联系，我们将会告知您该请求的实施状态。

C1. 我们如何保护您的 PHI

我们会确保未经授权的人无法查看或更改您的记录。

除下述情况外，我们不会将您的 PHI 提供给为您提供护理或支付护理费用的人员之外的任何人。如果我们需要这样做，我们必须首先获得您的书面许可。您或已获合法授权可为您做出决定的人可以提供书面许可。

有时我们不需要事先获得您的书面许可。这些例外情况是法律允许或要求的：

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 我们必须向政府机构公开 PHI，以便他们能检查本计划的护理质量。
- 如果法院下令，我们可以公开 PHI，但仅限于加州法律允许时。
- 我们必须向 Medicare 提供您的 PHI，包括关于您的 Medicare D 部分药物的信息。如果 Medicare 公开您的 PHI 以供研究或其他用途，他们在执行时必须遵守相关的联邦法律。

C2. 您查看自己病历的权利

- 您有权查看自己的病历并获取其副本。
- 您有权要求我们更新或更正您的病历。如果您要求我们这样做，我们将与您的医疗保健服务提供者一起决定是否应该做出更改。
- 您有权知道我们是否基于任何非常规目的与他人分享您的 PHI 以及分享方式。

如果您对您的 PHI 的隐私有疑问或疑虑，请致电会员服务部。

D. 我们向您提供信息的责任

本计划的会员有权从我们这里获取有关本计划、我们的网络内医疗服务提供者以及您的承保服务的信息。

如果您不会说英语，我们会提供口译员服务来解答您对本计划的疑问。如需口译员服务，请致电会员服务部。这是为您提供的免费服务。此外，书面材料还有供西班牙语、中文及越南语版本，可致电会员服务部索要。我们也可以用大字体、盲文、音频、无障碍电子格式和其他格式向您提供信息。

如果您想了解以下任何信息，请致电会员服务部：

- 如何选择或更换计划
- 本计划，包括：
 - 财务信息
 - 计划会员如何评价我们
 - 会员提出上诉的次数
 - 如何退出本计划
- 我们的网络内医疗服务提供者和我们的网络内药房，包括：
 - 如何选择或更换基本保健服务提供者

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 我们的网络内医疗服务提供者和药房的资质
- 我们如何向我们网络内的医疗服务提供者付款
- 承保的服务和药物，包括：
 - 本计划承保的服务（请参阅本《会员手册》的**第 3 章**和**第 4 章**）和药物（请参阅本《会员手册》的**第 5 章**和**第 6 章**）
 - 您承保范围与药物的限制
 - 您取得承保服务和药物时必须遵循的规则
- 为什么某些项目没有承保，以及您可以如何处理（请参阅本《会员手册》的**第 9 章**），包括要求我们：
 - 书面写下为何不提供承保
 - 改变我们原本所作的决定
 - 支付您收到的账单

E. 网络内医疗服务提供者无法直接向您收费

我们网络内的医生、医院和其他医疗服务提供者不能让您支付承保服务的费用。即使我们向医疗服务提供者支付的金额低于医疗服务提供者收取的服务费用，他们也不能向您开立账单或收费。若要了解当网络内医疗服务提供者试图向您收取承保服务的费用时该怎么做，请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。

F. 您退出本计划的权利

如果您不愿意，没有人可以强迫您留在本计划。

- 您有权通过 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划获得大部分的医疗保健服务。
- 您可以从处方药计划或其他 MA 计划获得您的 Medicare D 部分药物福利。
- 请参阅本《会员手册》的**第 10 章**。
 - 查询有关何时可以加入新的 MA 计划或药物福利计划的更多信息。
 - 查询有关您退出本计划时将如何获得 Medi-Cal 福利的信息。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



G. 您对自己的医疗保健做出决定的权利

您有权从您的医生和其他医疗保健服务提供者处取得全部信息，以协助您做出有关您医疗保健的决定。

G1. 您知道自己的治疗选择和做出决定的权利

您的医疗服务提供者必须以您可以理解的方式解释您的病症和您的治疗选择。您有权：

- **知道您有哪些选项。** 您有权被告知全部的治疗选项。
- **知道治疗的风险。** 您有权被告知所涉及的任何风险。如果任何服务或治疗属于研究性实验的一部分，我们必须提前告知您。您有权拒绝接受实验性治疗。
- **取得第二意见。** 在决定治疗之前，您有权咨询另一位医生。
- **拒绝。** 您有权拒绝任何治疗。这包括离开医院或其他医疗机构的权利，即使您的医生建议您不要这么做，您仍可这么做。您有权停止服用处方药。如果您拒绝治疗或停止服用处方药，我们不会因而让您退出本计划。但是，如果您拒绝治疗或停止服药，您将对发生在您身上的后果承担全部责任。
- **要求我们解释为什么某位医疗服务提供者拒绝提供护理。** 如果医疗服务提供者拒绝提供您认为您应该获得的护理，您有权要求我们做出解释。
- **要求我们承保我们已经拒绝或通常不承保的服务或药物。** 这称为承保决定。本《会员手册》的**第 9 章**说明如何要求我们做出承保决定。

G2. 如果您无法为自己做出医疗保健决定，您有权表达您想要采取的行动

有时人们无法自己做出医疗保健决定。在还未发生这种情况时，您可以：

- 填写一份书面表格，**授予某人在您一旦无法为自己做出决定时为您做出医疗保健决定的权利。**
- **向您的医生提供一份书面指示**，说明当您无法为自己做出决定时该如何为您提供医疗保健（包括您不想接受的护理）。

您用来给出指示的法律文件称为“预先医疗指示”。预先医疗指示有不同类型，名称也各不相同。例如生前遗嘱和医疗保健授权书。

您并非一定要有预先医疗指示，但您可以有。如果您想使用预先医疗指示，请您这么做：

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- **取得表格。**您可以从您的医生、律师、社工处，或一些办公用品商店取得这份表格。药房和医疗服务提供者的办公室通常会有这类表格。您可以在网上找到并免费下载表格。您也可联系会员服务部索要表格。
- **填写表格并签名。**此表格是法律文件。您应该考虑让律师或您信任的其他人（例如家人或您的 PCP）帮您填写此表格。
- **将表格副本拿给需要知道这件事的人。**您应该将此表格的副本给您的医生。您还应该将表格副本给您指定为您做出决定的人。我们还建议您将表格副本给亲密的朋友或家人。请在家里保留一份副本。
- 如果您正在住院并且您已经签妥一份预先医疗指示，**请将这份指示的副本带到医院。**
 - 医院会询问您是否有已签名的预先医疗指示以及您是否随身携带。
 - 如果您尚未签署预先医疗指示表格，医院可提供表格并会询问您是否希望签署表格。

您有权：

- 将您的预先医疗指示纳入您的病历中。
- 随时更改或取消您的预先医疗指示。
- 了解预先医疗指示法律的变化。IEHP DualChoice 将在州法更改后的 90 天内通知您更改事宜。

根据法律，任何人都不得以您是否签署预先医疗指示为由拒绝为您提供护理或歧视您。如需更多信息，请致电会员服务部。

G3. 如果您的指示没有得到遵守，该怎么办？

如果您已经签署了预先医疗指示，并且您认为医生或医院没有遵守其中的指示，您可以向以下机构提出投诉：Department of Social Services State Hearing Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430。您可以拨打他们的免费电话 1-800-743-8525。TTY 使用者可拨打 916-263-0935。

H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定

本《会员手册》的**第 9 章**说明，如果您对承保的服务或护理有任何问题或疑虑，您可采取的处理办法。例如，您可以要求我们做出承保决定、提出上诉以更改承保决定或提出投诉。

您有权获得有关其他计划会员对我们提出之上诉和投诉的信息。请致电会员服务部获取此信息。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



H1. 如何处理不公平对待或取得有关您的权利的更多信息

如果您认为我们没有公平对待您 – 并且不是因为本《会员手册》第 11 章中列出的原因而受到歧视 – 或者您想了解有关您的权利的更多信息，您可以致电：

- 会员服务部。
- 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，电话：1-800-434-0222。有关 HICAP 的更多详细信息，请参阅第 2 章（重要的电话号码和资源）。
- Medi-Cal 监察员，电话 1-888-452-8609。有关此计划的更多详细信息，请参阅本《会员手册》的第 2 章。
- Medicare，电话：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。（您也可以阅读或下载“Medicare 权利与保护” (Medicare Rights & Protections)，载于 Medicare 网站：www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf。）

I. 您身为计划会员的责任

您是计划会员，您的责任包括以下所列事项。如果您有任何疑问，请致电会员服务部。

- **阅读《会员手册》**，了解本计划的承保内容以及获得承保服务和药物的规则。关于以下事项的详细信息：
 - 承保服务，请参阅本《会员手册》的**第 3 章和第 4 章**。这些章节会说明您的承保服务及不承保的服务、您需要遵循的规则，以及您需要支付的费用。
 - 承保药物，请参阅本《会员手册》的**第 5 章和第 6 章**。
- **告诉我们您拥有的任何其他医疗或药物承保**。我们必须确保您在接受医疗保健服务时会使用您全部的承保选项。如果您有其他承保，请致电会员服务部。
- **告诉您的医生和其他医疗保健服务提供者**您是本计划的会员。在您取得服务或药物时，请出示您的会员卡。
- **协助您的医生和其他医疗保健服务提供者**为您提供最佳护理。
 - 向他们提供他们所需要的、与您和您的健康相关的信息。您要尽可能了解自己的健康问题。遵守您和您的医疗服务提供者已达成共识的治疗计划和指示。
 - 确保您的医生和其他医疗服务提供者了解您服用的所有药物，其中包括药物、非处方药、维生素和营养补充品。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 无论您有任何疑问都可提问。您的医生和其他医疗服务提供者必须以您可以理解的方式解释相关信息。如果您提出问题但是您不理解他们的回答，请再次询问。
- **与您的护理协调员合作**，包括完成年度健康风险评估。
- **尊重他人**。我们希望所有计划会员都尊重他人的权利。我们还希望您到您的医生诊室、医院和其他医疗服务提供者的诊所都以尊重的态度对待他人。
- **支付您的待缴费用**。您是计划会员，您有责任应支付以下款项：
 - Medicare A 部分和 Medicare B 部分保费。对于大多数 IEHP DualChoice 会员，Medi-Cal 会支付您的 Medicare A 部分保费和您的 Medicare B 部分保费。
 - 对于本计划所承保的部分药物，您在获取药物时必须支付您应分摊的费用。这就是共付额（固定金额）。第 6 章介绍您必须为药物支付的费用。
 - **如果您取得不属于本计划承保范围的任何服务或药物，您必须支付全额费用。**（附注：如果您不同意我们不承保某项服务或药物的决定，您可以提出上诉。请参阅第 9 章（如果您有问题或想投诉该怎么办）了解如何提出上诉。）
- **如果您搬家，请告诉我们**。如果您打算搬家，请立即告诉我们。请致电护理协调员或会员服务部。
 - **如果您搬出我们的服务区域，您将不得继续留在本计划**。只有住在我们服务区域的人才能成为本计划的会员。本《会员手册》第 1 章向您说明了我们的服务区域。
 - 我们可以帮助您了解，您是否会搬离我们的服务区域。
 - 当您搬家时，请告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。若要查询 Medicare 和 Medi-Cal 的电话号码，请参阅本《会员手册》的第 2 章。
 - **如果您搬家且留在我们的服务区域，我们仍然需要知道**。我们需要更新您的会员记录并知道如何与您联系。
 - **如果您搬家，请通知社会安全局（或铁路退休委员会）。**
- **请告诉我们您是否有新的电话号码或更好的联系方式。**
- **如果您有疑问或疑虑，请致电您的护理协调员或会员服务部寻求协助。**

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 9 章：如果您有问题或想投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办

简介

本章包含关于您的权利的信息。请阅读本章，了解出现以下情况时您可以采取的行动：

- 您对您的计划有问题或想投诉。
- 您需要某项服务、用品或药物，但您的计划却表示不会支付其费用。
- 您不同意您的计划对您的护理做出的决定。
- 您认为您的承保服务结束得过早。
- 您对自己的长期服务与支援有问题或想投诉，其中包括社区成人服务 (CBAS) 和护理机构 (NF) 服务。

本章分为几个不同部分，以帮助您轻松找到所需信息。**如果您有问题或疑虑，请阅读本章中适用于您的情况的部分。**

您应该获得经您的医生以及其他医疗服务提供者判定，对您的护理而言有必要且应作为您护理计划一部分的医疗保健、药物以及长期服务与支援。**如果对自己的护理有任何问题，您可以致电 Medicare Medi-Cal 监察员计划寻求帮助，电话 1-855-501-3077。**本章说明了您针对不同问题和投诉所拥有的不同选项，但无论如何您都可以致电监察员计划来寻求帮助，让其指导您解决问题。有关解决您疑虑的额外资源及其联系方式，请参阅您的《会员手册》第 2 章。

目录

A. 如果您有问题或疑虑怎么办.....	174
A1. 关于法律术语.....	174
B. 获得帮助的渠道	174
B1. 查询更多信息和帮助	174
C. 了解本计划的 Medicare 和 Medi-Cal 投诉和上诉	175
D. 您的福利问题.....	176
E. 承保决定和上诉	176
E1. 承保决定.....	176

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



E2. 上诉.....	176
E3. 承保决定和上诉方面的帮助	177
E4. 本章的哪一节可以为您提供帮助	178
F. 医疗护理.....	178
F1. 使用本节.....	178
F2. 要求我们做出承保决定.....	179
F3. 提出 1 级上诉	181
F4. 提出 2 级上诉	183
F5. 支付问题.....	189
G. Medicare D 部分药物.....	190
G1. Medicare D 部分承保决定和上诉.....	190
G2. Medicare D 部分例外处理	191
G3. 关于申请例外处理的重要须知事项	192
G4. 申请承保决定，包括例外处理	193
G5. 提出 1 级上诉.....	195
G6. 提出 2 级上诉.....	197
H. 要求我们承保更长时间的住院	198
H1. 了解您的 Medicare 权利.....	199
H2. 提出 1 级上诉.....	200
H3. 提出 2 级上诉.....	201
I. 要求我们继续承保某些医疗服务	202
I1. 在您的承保结束前提前通知.....	202
I2. 提出 1 级上诉.....	203
I3. 提出 2 级上诉.....	204
J. 将您的上诉提升至 2 级以上	205

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



J1. 针对 Medicare 服务和项目的后续步骤.....	205
J2. 额外 Medi-Cal 上诉	206
J3. 针对 Medicare D 部分药物请求的 3、4 和 5 级上诉	206
K. 如何提出投诉.....	207
K1. 哪些类型的问题属于投诉.....	207
K2. 内部投诉.....	209
K3. 外部投诉.....	210

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



A. 如果您有问题或疑虑怎么办

本章说明如何处理问题和疑虑。您使用的流程取决于您遇到的问题类型。其中一个流程是处理承保决定和上诉，另一个是用于提出投诉（也称作申诉）。

为确保公平和及时处理，每个流程都有一套我们和您都必须遵循的规则、程序和截止日期。

A1. 关于法律术语

本章包含关于某些规则和截止期限的法律术语。其中许多术语可能难以理解，因此我们尽可能使用更简单的词语代替某些法律术语。我们尽量少用缩写字。

例如，我们使用：

- “提出投诉” 替代 “提起申诉”
- “承保决定” 替代 “组织判定” “福利判定” “风险判定” 或 “承保判定”
- “快速承保决定” 替代 “特急判定”
- “独立审查组织” (IRO) 替代 “独立审查实体” (IRE)

了解正确的法律术语可以帮助您更清楚地沟通，因此我们也提供了这些术语。

B. 获得帮助的渠道

B1. 查询更多信息和帮助

有时开始或遵循处理问题的流程会令人感到困惑。尤其是在您身体不舒服或精力有限时，更是如此。而其他时候，您可能没有获得采取下一步行动所需的信息。

来自健康保险咨询与倡导计划的帮助

您可以致电健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。HICAP 咨询师可以解答您的疑问并帮助您了解如何处理您的问题。HICAP 与本计划或任何保险公司或健保计划均无关联。HICAP 在每个县都有经过培训的咨询师，且服务免费提供。HICAP 电话号码是 1-800-434-0222。

来自 Medicare Medi-Cal 监察员计划的帮助

您可以致电 Medicare Medi-Cal 监察员计划并与服务人员讨论您的健康承保问题。他们可以免费提供法律援助。监察员计划与本计划或任何保险公司或健保计划均无关联。他们的电话号码是 1-855-501-3077，网站是 www.healthconsumer.org。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



来自 Medicare 的帮助和信息

如需更多信息与帮助，您可与 Medicare 联系。以下是您可通过 Medicare 取得帮助的两种方式：

- 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。
- 访问 Medicare 网站 (www.medicare.gov)。

来自加州医疗保健服务部的帮助

加州医疗保健服务部 (DHCS) Medi-Cal 管理式护理监察员可以提供帮助。如果您在加入、变更或退出健保计划时遭遇到困难，他们可以提供帮助。如果您搬家，但在将您的 Medi-Cal 移转到新的县时遭遇到困难，他们也可以提供帮助。您可以在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 致电联系监察员，电话 1-888-452-8609。

来自加州医疗保健计划管理局的帮助

请联系加州医疗保健计划管理局 (DMHC) 以获得免费帮助。DMHC 负责监管健保计划。DMHC 可协助民众对 Medi-Cal 服务或账单问题提出上诉。电话号码是 **1-888-466-2219**。失聪、听障或语障人士可使用免费 TDD 使用者专线 **1-877-688-9891**。您也可以访问 DMHC 的网站 www.dmhc.ca.gov。

加州医疗保健计划管理局负责监管医疗保健服务计划。如果您想针对您的健保计划提出申诉，您应先致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 联系您的健保计划，并使用您健保计划的申诉流程，然后才联系管理局。使用该申诉程序将不会使您失去您可能享有的任何潜在法定权利或可能可以使用的补救措施。如果您需要帮助来处理涉及紧急情况的申诉、您的健保计划未圆满解决的申诉或超过 30 天仍未解决的申诉，可以致电管理局寻求帮助。您可能还有资格申请独立医疗审查 (IMR)。如果您符合 IMR 的资格，IMR 流程将对健保计划对后述事项所做的医疗决定进行公正的审查：拟议服务或治疗的医疗必要性、试验性或研究性治疗的承保决定，以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。管理局还提供免费电话 (**1-888-466-2219**) 以及为听语障人士提供的 TDD 专线 (**1-877-688-9891**)。管理局的互联网网站 www.dmhc.ca.gov 在线提供投诉表、IMR 申请表和说明。

C. 了解本计划的 Medicare 和 Medi-Cal 投诉和上诉

您享有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的信息适用于您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理福利。这有时称为“综合流程”，因为结合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 流程。

有时，Medicare 和 Medi-Cal 流程无法结合使用。在这些情况下，您要使用一个流程来获得 Medicare 福利，并使用另一个流程来获得 Medi-Cal 福利。**第 F4 节**说明了这些情况。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



D. 您的福利问题

如果您有问题或疑虑，请阅读本章中适用于您的情况的部分。以下图表可帮助您找到本章中对问题或投诉适用的小节。

<p>您的问题或疑虑是否涉及您的福利或承保范围？</p> <p>这包括特定医疗护理（医疗用品、服务和/或 B 部分药物）是否属于承保范围、获得承保的方式，以及医疗护理的付款问题。</p>	
<p>是。</p> <p>我的问题是关于福利或承保范围。</p> <p>请参阅第 E 节“承保决定和上诉”。</p>	<p>否。</p> <p>我的问题不是关于福利或承保范围。</p> <p>请参阅第 K 节“如何投诉”。</p>

E. 承保决定和上诉

要求我们做出承保决定和提出上诉的流程涉及与您的医疗护理（服务、用品和 B 部分药物，包括付款）福利和承保相关的问题。为了简单起见，我们通常将医疗用品、服务和 B 部分药物称为医疗护理。

E1. 承保决定

承保决定是我们就您的福利和承保或我们为您的医疗服务或药物支付的金额所做出的决定。您或您的医生也可以联系我们并要求我们做出承保决定。您或您的医生可能不确定我们是否承保特定医疗服务，或者我们是否可能拒绝提供您认为需要的医疗护理。**如果您想在接受医疗服务之前了解我们是否为其提供承保，您可以要求我们为您做出承保决定。**

我们在审查服务或理赔申请时，做的是承保决定。在某些情况下，我们可能会决定某项服务或药物不属于或不再属于 Medicare 或 Medi-Cal 为您提供的承保范围。如果您不同意此承保决定，您可以提出上诉。

E2. 上诉

如果我们做出了承保决定而您对该决定不满意，您可以对该决定提出“上诉”。上诉是要求我们审查和变更我们所做出的承保决定的一种正式途径。

当您首次对某个决定提出上诉时，这种上诉叫做 1 级上诉。在这种上诉中，我们会审查我们所做出的承保决定，以检查我们是否适当遵循了所有规则。您的上诉将由做出最初不利决定的人以外的其他审查人员进行处理。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



在大多数情况下，您必须从 1 级上诉开始进行。如果您的健康问题很紧急或对您的健康造成直接且严重的威胁，或者如果您感到剧烈疼痛并需要我们立即做出决定，您可以在 www.dmhc.ca.gov 上向医疗保健计划管理局要求进行 IMR 医疗审查。请参阅**第 F4 节**了解更多信息。

当我们完成审查时，我们会告知您我们的决定。在某些情况下（本章稍后会解释），您可以要求我们对承保决定做出特急或“快速承保决定”或提出“快速上诉”。

如果我们**拒绝**您部分或全部的要求，我们会寄信给您。如果您的问题与 Medicare 医疗护理的承保有关，该信函将告诉您我们已将您的个案寄给独立审查组织 (IRO) 进行 2 级上诉。如果您的问题与 Medicare D 部分或 Medicaid 服务或用品的承保有关，该信函将告诉您如何自行提出 2 级上诉。请参阅**第 F4 节**了解关于 2 级上诉的更多信息。

如果您对 2 级上诉的决定不满意，您也许可以进行额外级别的上诉。

E3. 承保决定和上诉方面的帮助

您可以通过以下任一渠道寻求帮助：

- **会员服务部**，电话号码列于页面底部。
- **Medicare Medi-Cal 监察员计划**，电话 **1-855-501-3077**。
- **健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)**，电话 1-800-434-0222。
- **医疗保健计划管理局 (DMHC) 帮助中心**提供免费帮助。DMHC 可协助民众对 Medi-Cal 服务或账单问题提出上诉。电话号码是 1-888-466-2219。失聪、听障或语障人士可使用免费 TDD 使用者专线 1-877-688-9891。您也可以访问 DMHC 的网站 www.dmhc.ca.gov。虽然 DMHC 可以帮助参加管理式 Medi-Cal 计划的人，但无法帮助只参加 Medicare 计划的人和以下县级统筹医疗体系 (COHS) 的人：Partnership Health Plan、Gold Coast Health Plan、CenCal Health、Central California Alliance for Health 和 CalOptima。联邦政府管理 Medicare 计划，医疗保健服务部管理 COHS 计划。
- **您的医生或其他医疗服务提供者**。您的医生或其他医疗服务提供者可以代表您要求我们做出承保决定或提出上诉。
- **朋友或家人**。您可以指定另一个人作为您的“代表”并要求我们做出承保决定或提出上诉。
- **律师**。您有权聘请律师，但**您并非必须聘请律师**才可以要求我们做出承保决定或提出上诉。
 - 致电您自己的律师，或从当地律师协会或其他转介服务处获取律师的姓名。如果您符合条件，一些法律团体会免费为您提供法律服务。
 - 致电 1-855-501-3077 要求 Medicare Medi-Cal 监察员计划提供法律援助律师。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果您希望律师或其他人担任您的代表，请填写代表委托书表格。该表格可用来准许某人代您行事。

请拨打页面底部的电话号码致电会员服务部并索取“代表委托书”表格。您也可以通过访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或在我们的网站 www.iehp.org/en/browse-plans/dualchoice/important-resources 上获取表格。您必须向我们提供一份签名表格的副本。

E4. 本章的哪一节可以为您提供帮助

承保决定和上诉涉及四种情况。每种情况都有不同的规则和截止日期。我们会在本章的单独小节中详细介绍每种情况。请参阅适用的小节：

- **第 F 节：**“医疗护理”
- **第 G 节：**“Medicare D 部分药物”
- **第 H 节：**“要求我们承保更长时间的住院”
- **第 I 节：**“要求我们继续承保某些医疗服务”（本节仅适用于下列服务：居家医疗保健、专业护理机构照护和综合门诊复健机构 (CORF) 服务。）

如果您不确定该使用哪一节，请拨打页面底部的号码致电会员服务部。

F. 医疗护理

本节解释以下内容：如果您在获得医疗护理承保时遇到问题或您希望我们向您偿还我们应分摊的护理费用，该怎么办。关于申请延长住院时间的信息，请参阅**第 H 节**。

此部分涉及您的医疗护理福利，本《会员手册》**第 4 章**在福利表中有相关说明。在某些情况下，Medicare B 部分药物可能适用不同的规则。出现这种情况时，我们会说明 Medicare B 部分药物的规则与医疗服务和用品的规则有何不同。

F1. 使用本节

本节说明您在以下任何情况下可以采取的行动：

1. 您认为我们有承保您需要的医疗护理，但却未获得此护理。

您可以采取的行动：您可以要求我们做出承保决定。请参阅**第 F2 节**。

2. 我们没有批准您的医生或其他医疗保健服务提供者想要为您提供的医疗护理，而您认为我们应该批准。

您可以采取的行动：您可以对我们的决定提出上诉。请参阅**第 F3 节**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



3. 您接受了您认为我们有提供承保的医疗护理，但我们却不付款。

您可以采取的行动：您可以对我们不予付款的决定提出上诉。请参阅**第 F5 节**。

4. 您接受了您认为我们有提供承保的医疗护理并支付了费用，您希望我们补偿您。

您可以采取的行动：您可以要求我们向您退款。请参阅**第 F5 节**。

5. 我们减少或停止对您某些医疗护理的承保，而您认为我们的决定可能会损害您的健康。

您可以采取的行动：您可以对我们减少或停止医疗护理的决定提出上诉。请参阅**第 F4 节**。

- 如果承保涉及医院护理、居家医疗保健、专业护理机构护理或 CORF 服务，则适用特殊规则。请参阅**第 H 节**（*要求我们承保更长时间的住院*）或**第 I 节**（*要求我们继续承保某些医疗服务*），了解更多信息。
- 对于涉及减少或停止您某些医疗护理承保的所有其他情况，请使用本节（**第 F 节**）作为指南。

6. 您在护理方面遭遇到延误，或者您找不到医生。

您可以采取的行动：您可以提出投诉。请参阅**第 K2 节**。

F2. 要求我们做出承保决定

当承保决定涉及您的医疗护理时，则称为**综合组织判定**。

您、您的医生或您的代表可以通过以下方式要求我们做出承保决定：

- 来电：1-877-273-IEHP (4347)，TTY 专线使用者请致电：1-800-718-4347。
- 传真：(909) 890-5877。
- 写信：IEHP DualChoice, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800。

标准承保决定

除非我们同意使用“快速”截止日期，否则我们向您提供我们的决定时会使用“标准”截止日期。标准承保决定是指我们会按以下截止日期向您提供针对以下事项的答复：

- 在我们收到您提出**必须遵守我们事先授权规则的医疗服务或用品的请求后 5 个工作日**。
- 在我们收到您提出**所有其他医疗服务或用品的请求后 5 个工作日**，且不晚于**14 个日历日**。
- 在我们收到您提出**Medicare B 部分药物**的请求后**72 小时**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



快速承保决定

快速承保决定的法律术语是**特急判定**。

当您要求我们就您的医疗护理做出承保决定并且您的健康状况需要我们快速回应时，请要求我们做出“快速承保决定”。快速承保决定是指我们会按以下截止日期向您提供关于以下事项的答复：

- 在我们收到您提出**医疗服务或用品**的请求后 **72 小时**。
- 在我们收到您提出 **Medicare B 部分药物**的请求后 **24 小时**。

若要获得快速承保决定，您必须满足两项要求：

- 您要求对于您**无法得到**的医疗用品和/或服务提供承保。您无法针对您已获得的用品或服务的付款要求我们做出快速承保决定。
- 使用标准截止日期**可能给您的健康造成严重损害**或损害您的身体机能。

如果您的医生告知我们您的健康状况有此需要，我们会自动为您提供快速承保决定。如果您在没有医生支持的情况下提出要求，我们将决定您是否可以获得快速承保决定。

- 如果我们认定您的健康状况不符合快速承保决定的要求，我们会寄信给您说明情况，并改用标准截止日期。信中会告诉您：
 - 如果您的医生要求，我们会自动为您提供快速承保决定。
 - 您如何就我们为您提供标准承保决定而非快速承保决定的决定提出“快速投诉”。有关提出投诉（包括快速投诉）的更多信息，请参阅**第 K 节**（*如何提出投诉*）。

如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们会向您致函说明原因。

- 如果我们**拒绝**，您有权提出上诉。如果您认为我们犯了错误，提出上诉是要求我们审查并更改我们决定的正式方式。
- 如果您决定提出上诉，您将进入上诉流程的**第 1 级**（请参阅**第 F3 节** [*提出 1 级上诉*]）。

在少数情况下，我们可能会驳回您的承保决定请求，这意味着我们不会审查该请求。要求何时会被驳回的示例包括：

- 如果要求不完整；
- 如果有人代表您提出要求，但未经法律授权这样做；**或**
- 如果您请求撤回您的要求。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果我们驳回承保决定要求，我们将寄送通知给您，说明要求被驳回的原因以及如何针对驳回决定申请审查。此类审查称为上诉。上诉将在下一节讨论。

F3. 提出 1 级上诉

如欲开始上诉，您、您的医生或您的授权代表必须与我们联系。请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与我们联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

以书面形式申请标准上诉或快速上诉，或致电 1-877-273-IEHP (4347) 与我们联系。

- 如果您的医生或其他处方师要求我们在您上诉期间继续提供您已经获得的服务或用品，您可能需要指定他们担任您的代表，以代您行事。
- 如果由您医生以外的其他人为您提出上诉，请附上一份授权该人士可代表您的代表委托书。您可以通过访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我们的网站 <https://www.iehp.org/en/browse-plans/dualchoice/important-resources> 获取该表格。
- 我们可以在没有表格的情况下接受上诉要求，但在收到表格之前我们无法开始或完成审查。如果我们没有在对您上诉做出决定的截止日期之前收到表格：
 - 我们会驳回您的要求，并且
 - 我们会寄送书面通知给您，说明您有权向 IRO 申请审查我们驳回您上诉的决定。
- 您必须在我们寄送之决定通知函上所示日期起的 65 个日历日内申请上诉。
- 如果您错过了截止日期并且有正当理由，我们可能会给您更多时间来提出上诉。正当理由的示例包括您患有严重疾病或我们向您提供了关于截止期限的错误信息。当您提出上诉时，请解释延迟提出上诉的原因。
- 您有权向我们索取有关您上诉信息的免费副本。您和您的医生也可向我们提供更多信息，以作为您上诉的佐证。

如果您的健康状况需要，请申请快速上诉。

“快速上诉”的法律术语是“特急复审”。

- 如果您针对我们对护理承保所做的决定提出上诉，您和/或您的医生可以要求快速上诉。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果您的医生告诉我们您的健康状况需要，我们会自动为您提供快速上诉。如果您在没有医生佐证的情况下提出申请，我们将决定您是否可以获得快速上诉。

- 如果我们认定您的健康状况不符合快速上诉的要求，我们会寄信给您说明情况，并改用标准截止日期。信中会告诉您：
 - 如果您的医生提出申请，我们会自动为您提供快速上诉。
 - 您可如何针对我们向您提供标准上诉而非快速上诉的决定提出“快速投诉”。有关提出投诉（包括快速投诉）的更多信息，请参阅第 K 节（如何提出投诉）。

如果我们告诉您我们将停止或减少您已经获得的服务或用品，您可能可以在您上诉期间继续获得这些服务或用品。

- 如果我们决定变更或停止您获得之服务或用品的承保，我们会在采取行动之前寄送通知给您。
- 如果您不同意我们的决定，您可以提出 1 级上诉。
- 如果您在我们信函日期起的 10 个日历日内或行动的预定生效日期之前（以较晚者为准）申请 1 级上诉，我们将继续承保该服务或用品。
 - 如果您符合此截止日期，您将在 1 级上诉待决期间获得服务或用品，而不会有任何变化。
 - 您也将获得所有其他（不属于您上诉内容的）服务或用品，不会有任何变化。
 - 如果您没有在上述日期之前提出上诉，那么在您等待上诉决定期间，您的服务或用品将不会继续提供。

我们会审查您的上诉并给您答复。

- 当我们审查您的上诉时，我们会再次仔细查看有关您医疗护理承保要求的所有信息。
- 如果我们拒绝您的要求，我们会确认我们是否有遵循所有规定。
- 如果需要，我们会收集更多信息。我们可能会联系您或您的医生以获取更多信息。

快速上诉有截止日期。

- 当我们使用快速截止日期时，我们必须在收到您上诉后的 72 小时内给您答复。如果您的健康状况需要我们更快提供回应，则会更快。如果您的健康状况需要，我们会更快给您答复。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 如果我们未在 72 小时内给您答复，我们则必须将您的要求发送至 2 级上诉流程。然后由 IRO 对其进行审查。在本章后面，我们将向您介绍该组织并解释 2 级上诉流程。如果您的问题与 Medi-Cal 服务或用品的承保有关，您可以在时间一到时就自行向州政府提出 2 级 - 州政府听证会申请。在加州，州政府听证会称为州政府听证会。若要提出州政府听证会申请，请参阅您上诉决议函中的信息、访问 www.cdss.ca.gov 或致电 (800) 743-8525 查询。
- 如果我们同意您部分或全部的要求，我们必须在收到您上诉后的 72 小时内授权或提供我们同意提供的承保。如果您的健康状况需要，则会更快。
- 如果我们拒绝您部分或全部的要求，我们则会将您的上诉发送给 IRO 进行 2 级上诉。

标准上诉有截止日期。

- 当我们使用标准截止日期时，我们必须在收到您就您未获得之服务的承保所提出的上诉后 30 个日历日内给您答复。
- 如果您的要求是针对您未获得的 Medicare B 部分药物所提出，我们会在收到您上诉后的 7 个日历日内给您答复。如果您的健康状况需要，则会更快。
 - 如果我们没有在截止日期前给您答复，我们则必须将您的要求发送到 2 级上诉流程。然后由 IRO 对其进行审查。在本章后面，我们将向您介绍该组织并解释 2 级上诉流程。如果您的问题与 Medi-Cal 服务或用品的承保有关，您可以在时间一到时就自行向州政府提出 2 级 - 州政府听证会申请。在加州，州政府听证会称为州政府听证会。若要提出州政府听证会申请，请参阅您上诉决议函中的信息、访问 www.cdss.ca.gov 或致电 (800) 743-8525 查询。

如果我们同意您部分或全部的要求，我们则必须在收到您上诉要求之日起的 30 个日历日内授权或提供我们同意提供的承保，或者如果您的健康状况需要，我们必须尽快并在我们变更决定之日起的 72 小时内授权或提供，或者如果您的要求是针对 Medicare B 部分药物提出，则我们必须在收到您上诉之日起的 7 个日历日内授权或提供。

如果我们拒绝您部分或全部的要求，您享有额外上诉权利：

- 如果我们拒绝您部分或全部的要求，我们会寄信给您。
- 如果您的问题与 Medicare 服务或用品的承保有关，此信函会告知您我们已将您的个案发送至 IRO 进行 2 级上诉。
- 如果您的问题与 Medi-Cal 服务或用品的承保有关，此信函会告知您如何自行提出 2 级上诉。

F4. 提出 2 级上诉

如果我们拒绝您 1 级上诉的部分或全部内容，我们会寄信给您。此信函会告知您 Medicare、Medi-Cal 或这两项计划通常会承保该服务或用品。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 如果您的问题与 **Medicare** 通常承保的服务或用品有关，一旦 1 级上诉完成，我们会自动将您的个案发送至 2 级上诉流程。
- 如果您的问题与 **Medi-Cal** 通常承保的服务或用品有关，您可以自行提出 2 级上诉。该信函会告诉您该如何做。我们也在本章后面提供了更多信息。
- 如果您的问题与 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 两者都可能承保的服务或用品有关，您会自动获得由 IRO 进行审查的 2 级上诉。除了自动 2 级上诉外，您还可以向州政府申请州政府听证会并进行独立医疗审查。但是，如果您已经在州政府听证会上提供了证据，则无法进行独立医疗审查。

如果您在提出 1 级上诉时有资格继续享受福利，那么在 2 级上诉期间，您提出上诉之服务、用品或药物的福利也可能继续有效。请参阅第 F3 节（*提出 1 级上诉*），了解关于在 1 级上诉期间继续享受福利的信息。

- 如果您的问题与通常仅由 Medicare 承保的服务有关，那么在由 IRO 完成 2 级上诉流程期间，您针对该服务的福利不会继续有效。
- 如果您的问题与通常仅由 Medi-Cal 承保的服务有关，且您在收到我们决定函后的 10 个日历日内提交 2 级上诉，您针对该服务的福利将继续有效。

当您的问题与 Medicare 通常承保的服务或用品有关时

IRO 会审查您的上诉。该组织是 Medicare 聘请的独立组织。

独立审查组织 (IRO) 的正式名称是**独立审查实体**，有时称为 **IRE**。

- 该组织与我们无关，也不是政府机构。Medicare 选择该公司作为 IRO，且 Medicare 会监督他们的工作。
- 我们会将您的上诉信息（您的“个案档案”）发送给该组织。您有权获得您个案档案的免费副本。
- 您有权向 IRO 提供额外信息来作为您上诉的佐证。
- IRO 的审查人员会仔细查看与您上诉相关的所有信息。

如果您在 1 级上诉时获得了快速上诉，那么您在 2 级上诉时也会获得快速上诉。

- 如果您在 1 级上诉时获得了我们的快速上诉，那么您在 2 级上诉时将自动获得快速上诉。IRO 必须在收到您上诉后的 **72 小时内**对您的 2 级上诉给您答复。

如果您在 1 级上诉时获得了标准上诉，那么您在 2 级上诉时也会获得标准上诉。

- 如果您在 1 级上诉时获得了我们的标准上诉，那么您在 2 级上诉时将自动获得标准上诉。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 如果您的要求是针对医疗用品或服务提出，IRO 必须在收到您上诉后的 **30 个日历日内** 对您的 2 级上诉给您答复。
- 如果您的要求是针对 Medicare B 部分药物提出，IRO 必须在收到您上诉后的 **7 个日历日内** 针对您的 2 级上诉给您答复。

IRO 为您做出答复时会采用书面形式并说明原因。

- **如果 IRO 同意针对医疗用品或服务所提出的部分或全部要求**，我们则必须立即执行该决定：
 - 在 **72 小时内** 授权医疗护理的承保；或
 - 在我们收到 IRO 的**标准要求**决定之日起的 **5 个工作日内** 提供服务；或
 - 在我们收到 IRO **特急要求**决定之日起的 **72 小时内** 提供服务。
- **如果 IRO 同意针对 Medicare B 部分药物所提出的部分或全部要求**，我们则必须**授权或提供有争议的 Medicare B 部分药物**：
 - 在我们收到 IRO **标准要求**决定之日起的 **72 小时内**；或
 - 在我们收到 IRO **特急要求**决定之日起的 **24 小时内**。
- **如果 IRO 拒绝您部分或全部的上诉**，则表示他们同意我们不应批准您的医疗护理承保要求（或您部分的要求）。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。
 - 如果您的个案符合要求，您可以选择您是否要提出进一步上诉。
 - 在 2 级上诉后，还有三个额外的上诉流程级别，共五个级别。
 - 如果您的 2 级上诉被驳回，并且您符合继续进行上诉流程的要求，您必须决定是否要继续进行 3 级上诉流程并提出第三次上诉。有关如何进行 3 级上诉的详细信息，请参阅您在 2 级上诉后所收到的书面通知。
 - 行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 或律师审裁官会处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的更多信息，请参阅**第 J 节**（*将您的上诉提升至 2 级以上*）。

当您的问题与 Medi-Cal 通常承保的服务或用品有关时

针对 Medi-Cal 服务和用品提出 2 级上诉的方式有两种：(1) 提出投诉或要求进行独立医疗审查或 (2) 州政府听证会。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



(1) 医疗保健计划管理局 (DMHC)

您可以向 DMHC 的协助中心提出投诉或申请独立医疗审查 (IMR)。通过提出投诉，DMHC 将审查我们的决定。DMHC 将自行调查您的投诉，或决定您的个案是否符合 IMR 的资格。任何属于 Medi-Cal 承保范围的服务或属于医疗性质的用品都可以进行 IMR。IMR 是由不属于本计划或不属于 DMHC 的专家对您个案所进行的审查。如果 IMR 判决您胜诉，我们便必须为您提供您所要求的服务或用品。您无需为 IMR 支付任何费用。

如果本计划出现以下情况，您可以提出投诉或申请 IMR：

- 拒绝、变更或延迟 Medi-Cal 服务或治疗，因为本计划判定其不具有医疗必要性。
- 不承保针对严重医疗病症的实验性或研究性 Medi-Cal 治疗。
- 外科手术服务或程序属于美容还是重建性质的争议。
- 不支付您已接受的急诊或紧急 Medi-Cal 服务。
- 未在 30 个日历日（标准上诉）或 72 小时（快速上诉，如果您的健康状况需要，则会更快）内解决您针对 Medi-Cal 服务所提出的 1 级上诉。

在大多数情况下，您必须先向我们提出上诉，之后才能要求进行 IMR。请参阅第 F3 节，了解我们 1 级上诉流程的信息。如果您不同意我们的决定，您可以向 DMHC 提出投诉或向 DMHC 协助中心申请 IMR。

附注：如果您的医疗服务提供者为您提出上诉，但我们没有收到您的代表委托书，则您需要先向我们重新提交上诉，之后才能向医疗保健计划管理局提出 2 级 IMR 申请，除非您的上诉会对您的健康造成迫切且严重的威胁，其中包括但不限于剧烈疼痛、可能丧命或失去肢体或重要身体机能的情况。

您可要求进行 IMR 和州政府听证会，但如果您已在州政府听证会上提供证据或已就同一问题举行过州政府听证会，您则不得要求进行 IMR。

如果您的治疗因为属于实验性或研究性而遭到拒绝，您不需要参与本计划的上诉流程即可申请 IMR。

如果您的问题紧急或会对您的健康造成立即且严重的威胁，或者如果您感到剧烈疼痛，您可以立即向 DMHC 提出申请，而无需先使用本计划的上诉流程。

您必须在我们寄送书面上诉决定给您后的 6 个月内申请 IMR。如果您有正当理由（例如：您的医疗病症导致您无法在 6 个月内申请 IMR，或者您未收到我们针对 IMR 流程所提供的适当通知），则 DMHC 可能会在 6 个月后接受您的申请。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



若要提出投诉或申请 IMR：

- 请填写 IMR/投诉申请表，网址为：**www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx**，或者致电 **1-888-466-2219** 与 DMHC 协助中心联系。TTY 使用者请致电 **1-877-688-9891**。
- 如果您有被我们拒绝之服务或用品的相关信函或其他文件的副本，请附上此类文件。此举可加快 IMR 流程。请寄送文件副本，而非原件。协助中心无法归还任何文件。
- 如果有人协助您申请 IMR，请填写授权助理表格。您可在以下网址获取表格 **www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx**，或致电 **1-888-466-2219** 与 DMHC 协助中心联系。TTY 使用者请致电 **1-877-688-9891**。
- 提交 IMR/投诉申请表及任何附件给 DMHC：
在线提交：

<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx>

通过邮件或传真提交：

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

DMHC 将会在 7 天内审查您的申请，并寄送收件确认函给您。如果 DMHC 确定您的个案符合 IMR 的资格，则 IMR 将在收到所有必要文件后的 30 天内做出决定。

如果您的个案属于紧急性质且您符合 IMR 的资格，则 IMR 通常会在收到所有必要文件后的 7 天内做出决定。

如果您对 IMR 的结果感到不满，您仍可申请州政府听证会。

如果 DMHC 未通过您或您的主诊医生收到所有必要的病历，IMR 则可能需要更长时间。如果您使用的医生不在您健保计划的网络内，请务必向该医生索取您的病历并将其寄给我们。如果医生是网络内医生，您的健保计划按规定必须向该医生索取您的病历。

如果 DMHC 判定您的个案不符合 IMR 的资格，DMHC 将会通过其正常的消费者投诉流程审查您的个案。您的投诉应该会在提交完整申请之后的 30 个日历日内获得解决。如果您的投诉属于紧急性质，则会更快获得解决。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



(2) 州政府听证会

您可以针对 Medi-Cal 承保服务和用品申请州政府听证会。如果您的医生或其他医疗服务提供者申请我们不会批准的某项服务或用品，或者我们不会继续支付您已获得的某项服务或用品，且我们已拒绝您的 1 级上诉，您则有权申请州政府听证会。

在大多数情况下，在“上诉决定函”通知邮寄给您之后，您有 **120 天的时间可申请州政府听证会**。

附注：如果我们向您表示您目前获得的某项服务将会变更或停止，而您因此申请州政府听证会，且您希望在州政府听证会待审期间继续获得该服务，**则您提出要求的期限将缩短**。请参阅第 16 页的“2 级上诉期间我的福利会继续有效吗？”了解更多信息。

申请州政府听证会的方式有两种：

1. 您可填写行动通知背面的“州政府听证会申请表”。您应提供所有必要的信息，例如您的全名、地址、电话号码、对您采取不利行动的计划或县政府名称、涉及的补助计划，以及您希望举行听证会的详细理由。接着，您可通过下列其中一种方式提出您的要求：

- 寄送至通知上所示的地址给县福利部。
- 寄送至加州社会服务部：

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- 传真至州政府听证会部门，号码为 916-309-3487，免费号码为 1-833-281-0903。

2. 您可以致电 1-800-743-8525 与加州社会服务部联系。TTY 使用者请致电 1-800-952-8349。如果您决定通过电话申请州政府听证会，您应该了解该电话线路非常繁忙。

州政府听证会部门会以书面形式向您提供他们的决定并解释原因。

- 如果州政府听证会部门**同意**部分或全部的医疗用品或服务要求，我们必须在接获决定后的 **72 小时内**授权或提供该服务或用品。
- 如果州政府听证会部门**拒绝**您部分或全部的上诉，则表示他们同意我们不应批准您的医疗护理承保要求（或您部分的要求）。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。

如果 IRO 或州政府听证会的决定是**拒绝**您全部或部分的要求，您享有额外的上诉权利。

如果您的 2 级上诉是由 IRO 进行审查，则只有当您希望获得之服务或用品的金额价值达到特定最低金额时，您方可再次上诉。ALJ 或律师仲裁官会处理 3 级上诉。**您通过 IRO 所收到的信函会解释您可能享有的额外上诉权利。**

您通过州政府听证会部门所收到的信函会说明接下来的上诉选项。

请参阅第 J 节（*将您的上诉提升至 2 级以上*），了解关于您在 2 级上诉后之上诉权利的更多信息。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



F5. 支付问题

我们不允许网络内医疗服务提供者针对承保服务和用品向您收费。即使我们支付给医疗服务提供者的费用低于医疗服务提供者针对承保服务或用品所收取的费用，此规定也适用。您永远不需要支付任何帐单的余额。您唯一需支付的费用只有需支付共付额的药物种类的共付额。

如果您收到帐单，且帐单金额超过承保服务和用品的共付额，请将帐单寄给我们。请勿自行支付帐单。我们会直接联系医疗服务提供者以解决问题。如果您支付了帐单，并且遵循了获取服务或用品的规定，您可以通过本计划获得退款。

如需更多信息，请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。其中会说明您可能需要要求我们偿还您款项或支付您从医疗服务提供者处所收到之帐单的情况。其中也会说明如何寄送要求我们付款的文件给我们。

如果您要求退款，您就是在要求我们做出承保决定。我们将会确认您已付款的服务或用品是否属于承保范围，以及您是否有遵循使用承保的所有规定。

- 如果您已付款的服务或用品属于承保范围且您有遵循所有规定，我们通常会在收到您要求后的 30 个日历日内（但不晚于 60 个日历日）向您的医疗服务提供者寄送我们应分摊的服务或用品费用。然后，您的医疗服务提供者会向您付款。
- 如果您尚未支付服务或用品的费用，我们会直接将款项寄送给医疗服务提供者。如果我们寄送款项，就相当于**同意**您的承保决定要求。
- 如果该服务或用品不属于承保范围，或者您没有遵循所有规定，我们将寄信给您，告知您我们不会支付该服务或用品的费用，并解释原因。

如果您不同意我们不支付费用的决定，**您可以提出上诉**。请遵循**第 F3 节**中所述的上诉流程（**提出 1 级上诉**）。当您遵循这些指示时，请注意：

- 如果您提出上诉以要求我们退款，我们必须在收到您上诉后的 30 个日历日内给您答复。

如果我们对您上诉的答复是**拒绝**，并且 **Medicare** 通常会承保该服务或用品，我们会将您的个案发送给 **IRO**。如果发生这种情况，我们会寄信给您。

- 如果 **IRO** 推翻我们的决定并表示我们应向您付款，我们必须在 30 个日历日内向您或医疗服务提供者付款。如果在 2 级上诉后之上诉流程的任何阶段，我们对您上诉的答复是**同意**，我们必须在 60 个日历日内向您或医疗保健服务提供者寄送款项。
- 如果 **IRO** **拒绝**您的上诉，则表示他们同意我们不应批准您的要求。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。您将收到一封信函，解释您可能享有的额外上诉权利。有关额外上诉级别的更多信息，请参阅**第 J 节**。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果我们对您上诉的答复是**拒绝**，并且 Medi-Cal 通常会承保该服务或用品，您可以自行提交 2 级上诉。请参阅**第 F4 节**了解更多信息。

G. Medicare D 部分药物

您身为本计划会员的福利包含许多药物的承保。这些药物大多数属于 Medicare D 部分药物。有一些药物 Medicare D 部分不提供承保，但 Medi-Cal 可能提供承保。**本节仅适用于 Medicare D 部分药物上诉。**我们将在本节的其余部分中使用“药物”一词，而不是每次都使用“Medicare D 部分药物”。对于仅由 Medi-Cal 承保的药物，请遵循**第 E 节**中的流程。

若要获得承保，该药物必须用于医学认可的适应症。这意味着该药物已获得美国食品药品监督管理局 (FDA) 的批准或某些医学参考文献的支持。请参阅本《会员手册》的**第 5 章**，了解有关医学认可之适应症的更多信息。

G1. Medicare D 部分承保决定和上诉

以下是您要求我们就您的 Medicare D 部分药物做出承保决定的示例：

- 您要求我们进行例外处理，包括要求我们：
 - 承保不在本计划“药物清单”上的 Medicare D 部分药物；或者
 - 取消我们对药物承保所设定的限制（例如：对您可获得之药量的限制）
- 您询问我们您的某种药物是否属于承保范围（例如：当您的药物在本计划的“药物清单”上，但我们必须在提供承保之前先为您批准该药物）

附注：如果您的药房告诉您他们无法按照原本的处方配药，药房会为您提供一份书面通知，说明如何与我们联系以要求我们做出承保决定。

关于您 Medicare D 部分药物的初始承保决定称为“承保裁决”。

- 您要求我们支付您已购买的药物费用。这是指要求我们做出有关付款的承保决定。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果您不同意我们所做的承保决定，您可以对我们的决定提出上诉。本节会告诉您该如何要求我们做出承保决定以及如何提出上诉。请使用下表来协助您。

您处于下列哪种情况？			
<p>您需要的药物不在我们的“药物清单”上，或者您需要我们取消药物承保的规定或限制。</p> <p>您可以要求我们进行例外处理。（这是承保决定的一种类型。）</p> <p>请从第 G2 节开始，然后参阅第 G3 节和第 G4 节。</p>	<p>您希望我们承保“药物清单”上的药物，并且您认为您符合所需药物的计划规定或限制（例如提前获得批准）。</p> <p>您可以要求我们做出承保决定。</p> <p>请参阅第 G4 节。</p>	<p>您想要求我们偿还您已获得并已付款的药物费用。</p> <p>您可以要求我们向您退款。（这是承保决定的一种类型。）</p> <p>请参阅第 G4 节。</p>	<p>我们告诉您，我们不会按照您希望的方式承保药物或支付药物费用。</p> <p>您可以提出上诉。（这意味着您要求我们重新审查。）</p> <p>请参阅第 G5 节。</p>

G2. Medicare D 部分例外处理

如果我们没有按照您希望的方式承保某种药物，您可以要求我们进行“例外处理”。如果我们拒绝您的例外处理要求，您可以对我们的决定提出上诉。

当您申请例外处理时，您的医生或其他处方师需要解释您需要进行例外处理的医疗原因。

要求承保不在我们“药物清单”上的药物或取消对药物的限制有时称为要求进行“**处方集例外处理**”。

要求支付较低的价格购买属于承保范围的非首选药物有时称为要求进行**层级例外处理**。

以下是您或您医生或其他处方师可以要求我们进行例外处理的一些示例：

1. 承保不在我们“药物清单”上的药物

- 如果我们同意进行例外处理并承保不在我们“药物清单”上的药物，您将支付适用于层级 4 药物的共付额。
- 您不得就您需为该药物支付的共付额金额获得例外处理。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



2. 取消对承保药物的限制

- 额外的规定或限制适用于我们“药物清单”上的某些药物（请参阅本《会员手册》的**第 5 章**以了解更多信息）。
- 适用于某些药物的额外规定和限制包括：
 - 必须使用药物的学名药版本，而非品牌药。
 - 在我们同意为您承保药物之前，事先获得我们的批准。这有时称为“事先授权 (PA)”。
 - 在我们同意承保您申请的药物之前，必须先尝试其他药物。这有时称为“阶段疗法”。
 - 药量限制。对于某些药物，您可以领取的药物数量设有限制。
- 如果我们同意为您进行例外处理并取消限制，您可以针对您需支付的共付额金额申请例外处理。

3. 将药物的承保变更至较低的分摊费用层级。我们“药物清单”上的每种药物分属于 6 个分摊费用层级中的某个层级。一般而言，分摊费用层级越低，您需支付的共付额金额就越少。

- 我们的“药物清单”通常包括不只一种用于治疗特定病症的药物。这些药物称为“替代”药物。
- 如果适用于您医疗病症的替代药物比您所服用之药物的分摊费用层级低，您可要求我们以替代药物的分摊费用来承保您所服用的药物。这会降低您需为该药物支付的共付额金额。
- 如果我们批准您的层级例外处理要求，且有超过一个以上分摊费用较低的层级有您无法服用的替代药物时，您通常支付最低的金額。

G3. 关于申请例外处理的重要须知事项

您的医生或其他处方师必须告诉我们医疗原因。

您的医生或其他处方师必须向我们提供一份声明，解释申请例外处理的医疗原因。如需我们更快做出决定，请在申请例外处理时附上您医生或其他处方师提供的医疗信息。

我们的“药物清单”通常包括不只一种用于治疗特定病症的药物。这些药物称为“替代”药物。如果替代药物与您申请的药物一样有效，并且不会导致更多副作用或其他健康问题，我们通常**不会**批准您的例外处理要求。如果您向我们申请层级例外处理，我们通常**不会**批准您的例外处理要求，除非较低分摊费用层级的所有替代药物对您的疗效皆不佳，或者可能会造成不良反应或其他伤害。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



我们可能会同意也可能会拒绝您的要求。

- 如果我们**同意**您的例外处理要求，则例外处理的效力通常会持续到日历年年底。只要您的医生继续为您开药并且该药物对于治疗您的病症仍然安全有效，例外处理则会在此期间持续有效。
- 如果我们**拒绝**您的例外处理要求，您可以提出上诉。请参阅**第 G5 节**（*提出 1 级上诉*），了解有关在我们**拒绝**时提出上诉的信息。

下一节将告诉您如何申请承保决定，包括例外处理。

G4. 申请承保决定，包括例外处理

- 请致电 1-877-273-IEHP (4347)、写信或传真给我们，申请您需要的承保决定类型。您、您的代表或医生（或其他处方师）均可以提出申请。请注明您的姓名、联系信息以及与理赔有关的信息。
- 您或您的医生（或其他处方师）或代表您行事的其他人均可申请承保决定。您也可以请律师代表您行事。
- 请参阅**第 E3 节**（*承保决定和上诉方面的协助*），了解如何指定某人担任您的代表。
- 您无需向您的医生或其他处方师提供书面许可，即可让其代表您申请承保决定。
- 如果您想要求我们偿还您的药物费用，请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。
- 如果您申请例外处理，请向我们提供一份“佐证声明”。佐证声明包括您医生或其他处方师提出例外处理要求的医疗原因。
- 您的医生或其他处方师可以将佐证声明传真或邮寄给我们。他们也可以通过电话告诉我们，然后传真或邮寄声明。
- 您也可以通过安全的 IEHP 会员入口网站以电子方式提交承保裁决要求。如果您如何完成此要求有任何疑问，请致电本页底部的电话号码与会员服务部联系。

如果您的健康状况需要，请向我们申请“快速承保决定”。

除非我们同意使用“快速截止日期”，否则我们将使用“标准截止日期”。

- **标准承保决定**表示我们会在收到您医生声明后的 72 小时内给您答复。
- **快速承保决定**表示我们会在收到您医生声明后的 24 小时内给您答复。

“快速承保决定”称为“**特急承保裁决**”。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果满足以下条件，您可以获得快速承保决定：

- 该承保决定要求是针对您尚未获得的药物所提出。如果您要求我们偿还您已购买的药物费用，您将无法获得快速承保决定。
- 如果我们使用标准期限，您的健康或身体机能将受到严重损害。

如果您的医生或其他处方师告诉我们您的健康需要获得快速承保决定，我们将会根据快速承保决定的期限审查您的要求。我们会寄信给您提供此信息。

- 如果您在没有医生或其他处方师佐证的情况下申请快速承保决定，我们将决定您是否可以获得快速承保决定。
- 如果我们认定您的医疗病症不符合快速承保决定的要求，我们将改用标准截止日期。
 - 我们会寄信给您，告诉您我们将使用标准截止日期。该信函也会告诉您该如何针对我们的决定提出上诉。
 - 您可以提交快速投诉并在 24 小时内获得回应。有关提出投诉（包括快速投诉）的更多信息，请参阅**第 K 节**（*如何提出投诉*）。

快速承保决定的截止日期

- 如果我们使用快速截止日期，我们必须在收到您要求后的 24 小时内给您答复。如果您申请例外处理，我们会在收到您医生佐证声明后的 24 小时内给您答复。如果您的健康状况需要，我们会更快给您答复。
- 如果我们未遵守此截止日期，我们会将您的要求发送至 2 级上诉流程，以供 IRO 审查。请参阅**第 G6 节**（*提出 2 级上诉*），了解关于 2 级上诉的更多信息。
- 如果我们**同意**您部分或全部的要求，我们会在收到您要求或您医生佐证声明后的 24 小时内为您提供承保。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的要求，我们会寄信给您并说明原因。该信函也会告诉您该如何提出上诉。

针对您未获得的药物做出标准承保决定的截止日期

- 如果我们使用标准截止日期，我们必须在收到您要求后的 72 小时内给您答复。如果您申请例外处理，我们会在收到您医生佐证声明后的 72 小时内给您答复。如果您的健康状况需要，我们会更快给您答复。
- 如果我们未遵守此截止日期，我们会将您的要求发送至 2 级上诉流程，以供 IRO 审查。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 如果我们**同意**您部分或全部的要求，我们会在收到您要求或您医生对例外处理之佐证声明后的 **72 小时内**为您提供承保。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的要求，我们会寄信给您并说明原因。该信函也会告诉您该如何提出上诉。

针对您已购买的药物做出标准承保决定的截止期限

- 我们必须在收到您要求后的 **14 个**日历日内给您答复。
- 如果我们未遵守此截止期限，我们会将您的要求发送至 **2 级**上诉流程，以供 IRO 审查。
- 如果我们**同意**您部分或全部的要求，我们将在 **14 个**日历日内向您退款。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的要求，我们会寄信给您并说明原因。该信函也会告诉您该如何提出上诉。

G5. 提出 1 级上诉

对本计划 Medicare D 部分药物承保决定所提出的上诉称为计划“**重新裁决**”。

- 请致电 **1-877-273-IEHP (4347)** (TTY: **1-800-718-4347**)、通过书面方式或传真给我们以开始提出**标准或快速**上诉。您、您的代表或医生（或其他处方师）均可以提出申请。请注明您的姓名、联系信息以及与您上诉有关的信息。
- 您必须在我们寄送之决定通知函上所示日期起的 **65 个**日历日内申请上诉。
- 如果您错过了截止期限并且有正当理由，我们可能会给您更多时间来提出上诉。正当理由的示例包括您患有严重疾病或我们向您提供了关于截止期限的错误信息。当您提出上诉时，请解释延迟提出上诉的原因。
- 您有权向我们索取有关您上诉信息的免费副本。您和您的医生也可向我们提供更多信息，以作为您上诉的佐证。

如果您的健康状况需要，请申请快速上诉。

快速上诉也称为“**特急重新裁决**”。

- 如果您对我们针对您未获得的药物所做的决定提出上诉，您和您的医生或其他处方师将决定您是否需要快速上诉。
- 快速上诉的要求与快速承保决定的要求相同。请参阅**第 G4 节**（*申请承保决定，包括例外处理*）了解更多信息。

如果您有疑问，请致电 **1-877-273-IEHP (4347)** 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 **1-800-718-4347**。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



我们会审查您的上诉并给您答复。

- 我们会审查您的上诉，并再次仔细查看有关您承保要求的所有信息。
- 如果我们**拒绝**您的要求，我们会查看我们是否有遵循相关规定。
- 我们可能会与您或您的医生或其他处方师联系以取得更多信息。

1 级快速上诉的截止日期

- 如果我们使用快速截止日期，我们必须在收到您上诉后的 **72 小时内**给您答复。
 - 如果您的健康状况需要，我们会更快给您答复。
 - 如果我们未在 **72 小时内**给您答复，我们则必须将您的要求发送至 **2 级**上诉流程。然后 IRO 会对其进行审查。请参阅**第 G6 节（提出 2 级上诉）**，了解有关审查组织和 **2 级**上诉流程的信息。
- 如果我们**同意**您部分或全部的要求，我们必须在收到您上诉后的 **72 小时内**提供我们同意提供的承保。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的要求，我们会寄信给您解释原因并告诉您该如何提出上诉。

1 级标准上诉的截止日期

- 如果我们使用标准截止日期，我们必须在收到您针对您未获得之药物所提出之上诉后的 **7 个日历日内**给您答复。
- 如果您尚未获得该药物并且您的健康状况需要，我们会更快为您做出决定。如果您认为您的健康状况需要，请申请快速上诉。
 - 如果我们没有在 **7 个日历日内**为您做出决定，我们则必须将您的要求发送至 **2 级**上诉流程。然后 IRO 会对其进行审查。请参阅**第 G6 节（提出 2 级上诉）**，了解有关审查组织和 **2 级**上诉流程的信息。

如果我们**同意**您部分或全部的要求：

- 我们必须根据您的健康状况需要尽快**提供**我们同意提供的**承保**，但不得晚于我们收到您上诉后的 **7 个日历日**。
- 我们必须在收到您上诉后的 **30 个日历日内**寄送您所购买之药物的**款项**给您。

如果我们**拒绝**您部分或全部的要求：

- 我们会寄信给您解释原因，并告诉您该如何提出上诉。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 我们必须在收到您上诉后的 **14 个日历日内** 针对偿还您所购买之药物的费用要求给您答复。
 - 如果我们未在 14 个日历日内为您做出决定，我们则必须将您的要求发送至 2 级上诉流程。然后 IRO 会对其进行审查。请参阅第 G6 节（提出 2 级上诉），了解有关审查组织和 2 级上诉流程的信息。
- 如果我们**同意**您部分或全部的要求，我们必须在收到您要求后的 30 个日历日内向您付款。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的要求，我们会寄信给您解释原因并告诉您该如何提出上诉。

G6. 提出 2 级上诉

如果我们**拒绝**您的 1 级上诉，您可以接受我们的决定或再次提出上诉。如果您决定再次提出上诉，您可以使用 2 级上诉流程。如果我们**拒绝**您的第一次上诉，IRO 会审查我们的决定。该组织会决定我们是否应变更我们的决定。

“独立审查组织 (IRO)” 的正式名称是 “**独立审查实体**”，有时称为 “**IRE**”。

若要提出 2 级上诉，您、您的代表或医生或其他处方师必须**以书面形式**与 IRO 联系，并要求对您的个案进行审查。

- 如果我们**拒绝**您的 1 级上诉，我们寄送给您的信函将包含**有关如何向 IRO 提出 2 级上诉的说明**。这些说明会告诉您，谁可以提出 2 级上诉、您必须遵循的截止日期以及如何与该组织联系。
- 当您向 IRO 提出上诉时，我们会将所持有之有关您上诉的信息发送给该组织。这些信息称为您的“**个案档案**”。**您有权获得您个案档案的免费副本**。如果您需要协助索取一份免费个案档案，请致电 1-877-273-IEHP (4347)。
- 您有权向 IRO 提供额外信息来作为您上诉的佐证。

IRO 会审查您的 Medicare D 部分 2 级上诉并给您书面答复。有关 IRO 的更多信息，请参阅第 F4 节（提出 2 级上诉）。

2 级快速上诉的截止日期

如果您的健康状况需要，请向 IRO 要求快速上诉。

- 如果他们同意快速上诉，他们必须在收到您的上诉请求后 **72 小时内** 给您答复。
- 如果他们**同意**您的部分或全部请求，我们必须在获得 IRO 决定的后 **24 小时内** 提供所批准的药物承保。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



2 级标准上诉的截止日期

如果您在进行 2 级标准上诉，IRO 必须在以下期限内答复您：

- 在他们收到您针对您未获得的药物的上诉后 **7 个日历日**内。
- 在收到您针对您所购买之药物的退款上诉后 **14 个日历日**内。

如果 IRO **同意**您的部分或全部请求：

- 我们必须在收到 IRO 的决定后 **72 小时内**提供批准的药物承保。
- 我们必须在收到 IRO 的决定后 **30 个日历日**内赔付您所购买之药物的费用。
- 如果 IRO **拒绝**您的上诉，则表示他们同意我们不批准您的请求的决定。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。

如果 IRO **拒绝**您的 2 级上诉，并且您要求之药物承保的金额符合最低金额，您则有权提出 3 级上诉。如果您要求之药物承保的金额低于最低要求，您则无法再次提出上诉。在这种情况下，2 级上诉决定为最终决定。IRO 会向您发函，告知您继续进行 3 级上诉所需的最低金额。

如果您请求的金额符合要求，您可以选择是否要进一步上诉。

- 在第 2 级之后，上诉流程还有另外三个层级。
- 如果 IRO **拒绝**您的 2 级上诉，并且您符合继续上诉流程的要求，则您：
 - 可决定您是否要提出 3 级上诉。
 - 请参阅 IRO 在您提出 2 级上诉后向您发送的函件，了解有关如何提出 3 级上诉的详细信息。

ALJ 或律师仲裁官会处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的信息，请参阅第 J 节（*将您的上诉提升至 2 级以上*）。

H. 要求我们承保更长时间的住院

当您入院时，您有权获得我们承保的诊断、治疗您的疾病或受伤所需的所有医院服务。有关本计划医院承保的更多信息，请参阅您《会员手册》的**第 4 章**。

在您的承保住院期间，您的医生和医院工作人员会与您一起为您出院的那一天做好准备。他们也会帮助安排您出院后可能需要的护理。

- 您出院的那一天称为您的“出院日期”。
- 您的医生或医院工作人员会告诉您出院日期。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果您认为您被要求过早出院或您担心出院后的护理事宜，您可以要求延长住院时间。本节会告诉您该如何提出要求。

尽管有本 **H 节** 中讨论到的上诉，您也可以向 **DMHC** 提出投诉并要求 **DMHC** 进行独立医疗审查以继续您的住院治疗。请参阅第 **F4 节**，了解如何向 **DMHC** 提出投诉并要求 **DMHC** 进行独立医疗审查。您可以要求进行独立医疗审查，作为 3 级上诉的补充或替代。

H1. 了解您的 Medicare 权利

在您入院后的两天内，医院的人（例如护士或社工）会向您发出书面通知，标题为“**Medicare** 关于您权利的重要信息”。每个参加 **Medicare** 的人在入院时都会收到一份此通知。

如果您没有收到通知，请向医院工作人员索取。如果您需要协助，请拨打页面底部的号码联系会员服务部。您也可拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。

- **请仔细阅读通知**，如有不懂的地方请提出。该通知会告诉您身为医院患者的权利，包括您的以下权利：
 - 在住院期间和住院后可获得 **Medicare** 承保的服务。您有权知道这些服务是什么服务、谁将为这些服务付费，以及您可以在哪里获得这些服务。
 - 参与有关住院时间长短的任何决定。
 - 了解该向何处报告您对医院护理品质的任何疑虑。
 - 如果您认为自己被要求过早出院，可提出上诉。
- **签署通知**以表明您已收到通知并了解您的权利。
 - 您或代表您行事的人可以签署该通知。
 - 签署通知**仅**表明您已了解有关您权利的信息。签名并不意味着您同意您的医生或医院工作人员可能已告诉您的出院日期。
- **保留已签名通知**，以便在需要时可查看相关信息。

如果您在出院两天前签署通知，您将在出院前另收到一份。

如果您符合以下条件，您可以提前查看通知副本：

- 请拨打页面底部的号码致电会员服务部
- 联系 Medicare 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。
- 请前往 www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



H2. 提出 1 级上诉

如果您希望我们承保更长的住院服务时间，请提出上诉。品质改进组织 (QIO) 会审查 1 级上诉，以确定您的计划出院日期在医学上是否适合您。

QIO 是由联邦政府支付费用的医生和其他医疗保健专业人士所组成的团体。这些专家会检查并帮助提升 Medicare 会员所获得的服务品质。它们不是我们计划的一部分。

在加州，QIO 是 Commence Health 受益人和家庭为中心的护理 (BFCC) 品质改进组织 (QIO)。请致电 1-877-588-1123 与他们联系。联系信息也位于“Medicare 关于您权利的重要信息”通知和第 2 章中。

请在您出院前且不晚于您计划出院日期致电 QIO。

- 如果您在出院前致电，您可以在计划出院日期后留在医院，无需支付费用，与此同时等待 QIO 对您的上诉做出决定。
- 如果您没有致电提出上诉，并且您决定在计划出院日期后留在医院，您可能需要支付计划出院日期后住院治疗的所有费用。
- 由于住院费用由 Medicare 和 Medi-Cal 共同承保，如果品质改进组织不受理您希望继续住院的请求，或者您认为您的情况紧急，对您的健康构成直接、严重的威胁，或者如果您感到剧烈疼痛，您也可以向加州医疗保健计划管理局 (DMHC) 提出投诉，要求其进行独立医疗审查。请参阅第 F4 节，了解如何提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查。

如果需要，请寻求协助。如果您有任何疑问或需要帮助：

- 请拨打页面底部的号码致电会员服务部。
- 请致电 1-800-434-0222 联系健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。

要求进行快速审查。迅速采取行动并联系 QIO，要求快速审查您的出院情况。

“快速审查”的法律术语是“立即审查”或“特急审查”。

快速审查期间会发生什么

- QIO 的审查人员会询问您或您的代表为什么您认为承保应在计划出院日期后继续。您可以写一份声明，但并非必须。
- 审查人员会查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查医院和本计划向他们提供的信息。
- 在审查人员将您的上诉告诉本计划后的第二天中午，您会收到一封包含您计划出院日期的信函。这封信也会说明为什么您的医生、医院和我们认为这是在医学上适合您的适当出院日期。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



本书面解释的法律术语是“**详细出院通知**”。您可以拨打页面底部的号码联系会员服务部，或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得样本。（TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。）您也可以在线上参阅范例通知：

www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

在获得所需的所有信息后的一整天内，QIO 将针对您的上诉提供答复。

如果 QIO **同意**您的上诉：

- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供承保的医院住院服务。

如果 QIO **拒绝**您的上诉：

- 他们认为您的计划出院日期在医学上是合适的。
- 我们对您住院服务的承保将于 QIO 针对您的上诉做出答复后的第二天中午结束。
- 您可能需要支付在 QIO 就您的上诉做出答复后的第二天中午之后住院治疗的全部费用。
- 如果 QIO 驳回您的 1 级上诉**并且**您在计划出院日期后留在医院，您可以提出 2 级上诉。

H3. 提出 2 级上诉

对于 2 级上诉，您将要求 QIO 再次审查他们对您的 1 级上诉所做的决定。请致电 1-877-588-1123 与他们联系。

您必须在 QIO **拒绝**您的 1 级上诉之日后 **60 个日历日**内要求进行此审查。只有当您遇到以下情况时，您才可以要求进行此审查：您在护理承保结束后留在医院。

QIO 审查人员将：

- 再次仔细查看与您的上诉相关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后 14 个日历日内，告诉您他们针对您 2 级上诉的决定。

如果 QIO **同意**您的上诉：

- 我们必须自 QIO 驳回您的 1 级上诉之日后次日中午起向您偿还我们分摊的医院护理费用。
- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供承保的医院住院服务。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



如果 QIO 拒绝您的上诉：

- 他们同意关于您 1 级上诉的决定，并且不会改变决定。
- 他们会给您一封信，告诉您如果您想继续上诉流程并提出 3 级上诉，可以怎么做。
- 您也可以向 DMHC 提出投诉或要求 DMHC 进行独立医疗审查以继续住院。请参阅第 F4 节，了解如何向 DMHC 提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查。

ALJ 或律师审裁官会处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的信息，请参阅第 J 节（*将您的上诉提升至 2 级以上*）。

I. 要求我们继续承保某些医疗服务

本节仅介绍您可能获得的三种类型的服务：

- 居家医疗保健服务
- 在专业护理机构中提供的专业护理，和
- 在 Medicare 批准的 CORF 以门诊病人身份接受的复健护理。这通常意味着您正在接受针对疾病或意外事故的治疗，或者在大手术后正在恢复。

对于这三种类型服务中的任何一种，只要医生表示您有需要，您就有权获得承保服务。

当我们决定停止承保其中任何一项时，我们必须在您的服务结束之前告诉您。当您针对该服务的承保结束时，我们将停止支付费用。

如果您认为我们过早结束您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节会告诉您如何提出上诉。

II. 在您的承保结束前提前通知

我们会向您发送一份书面通知，您将在我们停止支付您的护理费用之前至少两天收到该通知。这称为“Medicare 不承保通知”。该通知会告诉您我们停止承保您护理的日期以及该如何对我们的决定提出上诉。

您或您的代表应在通知上签名，表明您已收到通知。签署通知仅表明您已收到相关信息。签署并不意味着您同意我们的决定。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



12. 提出 1 级上诉

如果您认为我们过早结束您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节会向您介绍 1 级上诉流程以及该怎么做。

- **遵循截止日期。** 截止日期十分重要。了解并遵循截止日期，在此之前完成您必须采取的行动。本计划也必须遵循截止日期。如果您认为我们没有遵循截止日期，您可以提出投诉。请参阅**第 K 节（如何投诉）**，了解关于投诉的更多信息。
- **如果需要，请寻求协助。** 如果您有任何疑问或需要帮助：
 - 请拨打页面底部的号码致电会员服务部。
 - 请致电 1-800-434-0222 联系 HICAP。
- **联系 QIO。**
 - 请参阅**第 H2 节（提出 1 级上诉）**或参阅您《会员手册》的**第 2 章**，了解有关 QIO 的更多信息以及如何联系他们。
 - 要求他们审查您的上诉并决定是否更改本计划的决定。
- **迅速采取行动并要求进行“快速上诉”。** 询问 QIO，从医学角度来看，我们终止您的医疗服务承保是否适当。

您联系该组织的截止日期

- 您必须在我们向您发送的“**Medicare 不承保通知**”所载生效日期前一天中午之前联系 QIO 开始上诉。
- 如果品质改进组织不受理您希望继续获得您医疗保健承保的请求，或者您认为您的情况紧急，或对您的健康构成直接和严重的威胁，或者如果您感到剧烈疼痛，您可以提出投诉，要求加州医疗保健计划管理局 (DMHC) 进行独立医疗审查。请参阅**第 F4 节**，了解如何向 DMHC 提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查。

此书面通知的法律术语是“**Medicare 不承保通知**”。若要取得一份样本，请拨打页面底部的号码联系会员服务部，或致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者应拨打 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。

快速上诉期间会发生什么

- QIO 的审查人员会询问您或您的代表为什么您认为承保应该继续。您可以写一份声明，但并非必须。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



- 审查人员会查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查医院和本计划向他们提供的信息。
- 本计划也会向您发送书面通知，解释我们终止为您提供服务承保的原因。您会在审查人员通知我们您的上诉当天结束时收到通知。

此通知解说的法律术语是“**不承保的详细解释**”。

- 审查人员会在获得所需的所有信息后一天内做出决定。

如果 QIO **同意**您的上诉：

- 只要医疗上需要，我们会为您提供保险服务。

如果 QIO **拒绝**您的上诉：

- 您的承保将于我们告诉您的日期结束。
- 我们在通知中的日期停止支付我们应承担的护理费用。
- 如果您决定在承保结束后继续接受居家医疗保健、专业护理机构护理或 CORF 服务，则需要自行支付此项护理的全部费用。
- 您需要决定是否要继续这些服务并提出 2 级上诉。

13. 提出 2 级上诉

对于 2 级上诉，您将要求 QIO 再次审查他们对您的 1 级上诉所做的决定。请致电 1-877-588-1123 与他们联系。

您必须在 QIO **拒绝**您的 1 级上诉之日后 **60 个日历日内**要求进行此审查。只有当您遇到以下情况时，您才可以要求进行此审查：您在护理承保结束之日后继续接受护理。

QIO 审查人员将：

- 再次仔细查看与您的上诉相关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后 14 个日历日内，告诉他们针对您 2 级上诉的决定。

如果 QIO **同意**您的上诉：

- 我们会向您偿还自我们表示您的承保将终止之日起您所获得之护理费用的份额。
- 只要医疗上需要，我们就会提供治疗保险。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果 QIO **拒绝**您的上诉：

- 他们同意我们终止您护理的决定并且不会改变决定。
- 他们会给您一封信，告诉您如果您想继续上诉流程并提出 3 级上诉，可以怎么做。
- 您可以向 DMHC 提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查，以继续承保您的医疗保健服务。请参阅第 F4 节，了解如何要求 DMHC 进行独立医疗审查。您可以向 DMHC 提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查，作为 3 级上诉的补充或替代。

ALJ 或律师审裁官会处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的信息，请参阅第 J 节（*将您的上诉提升至 2 级以上*）。

J. 将您的上诉提升至 2 级以上

J1. 针对 Medicare 服务和项目的后续步骤

如果您针对 Medicare 服务或项目提出了 1 级上诉和 2 级上诉，而两项上诉均被驳回，您可能有权提出额外级别的上诉。

如果您上诉之 Medicare 服务或用品的价值未达到特定的最低金额，您则无法进一步上诉。如果价值够高，您可以继续上诉流程。您从 IRO 收到之有关 2 级上诉的信函会解释该联系谁以及如何要求进行 3 级上诉。

3 级上诉

上诉流程的第 3 级是 ALJ 听证会。做出决定的人是 ALJ 或为联邦政府工作的律师审裁官。

如果 ALJ 或律师审裁官**同意**您的上诉，我们有权就对您有利的 3 级决定提出上诉。

- 如果我们决定对相关决定**提出上诉**，我们会向您发送 4 级上诉请求的副本以及任何随附文件。我们可能会等待 4 级上诉决定，然后再授权或提供有争议的服务。
- 如果我们决定**不对相关决定提出上诉**，我们必须在收到 ALJ 或律师审裁官的决定后 60 个日历日内提供授权或为您提供服务。
 - 如果 ALJ 或律师审裁官**拒绝**您的上诉，上诉流程可能尚未结束。
- 如果您决定**接受**驳回您上诉的决定，上诉流程就此结束。
- 如果您决定**不接受**驳回您上诉的决定，您可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您如何进行 4 级上诉。

4 级上诉

Medicare 上诉委员会（委员会）会审查您的上诉并给您答复。该委员会属于联邦政府的一部分。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果委员会**同意**您的 4 级上诉或拒绝我们审查对您有利的 3 级上诉决定的请求，我们有权进行 5 级上诉。

- 如果我们决定对相关决定**提出上诉**，我们将以书面形式通知您。
- 如果我们决定**不对**该决定**提出上诉**，我们必须在收到委员会的决定后 60 个日历日内提供授权或为您提供服务。

如果委员会**拒绝**我们的审查请求，上诉流程可能尚未结束。

- 如果您决定**接受**驳回您上诉的决定，上诉流程就此结束。
- 如果您决定**不接受**驳回您上诉的决定，您可能可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您是否可以继续进行 5 级上诉以及该怎么做。

5 级上诉

- 联邦地方法院法官将审查您的上诉和所有信息，并决定**同意或拒绝**。这是最终决定。在联邦地方法院之上，没有其他上诉级别。

J2. 额外 Medi-Cal 上诉

如果您的上诉涉及 Medi-Cal 通常承保的服务或项目，您也享有其他上诉权利。您从州政府听证会部门收到的信函将告诉您，如果您想继续上诉流程该怎么做。

J3. 针对 Medicare D 部分药物请求的 3、4 和 5 级上诉

如果您提出了 1 级上诉和 2 级上诉，而您的两项上诉均被驳回，则本部分可能适合您。

如果您上诉的药物的价值达到一定的金额，您可能可以继续进行额外级别的上诉。您收到的 2 级上诉书面答复会解释该联系谁以及如何要求进行 3 级上诉。

3 级上诉

上诉流程的第 3 级是 ALJ 听证会。做出决定的人是 ALJ 或为联邦政府工作的律师审裁官。

如果 ALJ 或律师审裁官**同意**您的上诉：

- 上诉流程就此结束。
- 我们必须在 72 小时内（特急上诉则在 24 小时内）提供授权或提供批准的药物承保，或在收到决定后不迟于 30 个日历日内赔付。

如果 ALJ 或律师审裁官**拒绝**您的上诉，上诉流程可能尚未结束。

- 如果您决定**接受**驳回您上诉的决定，上诉流程就此结束。
- 如果您决定**不接受**驳回您上诉的决定，您可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您如何进行 4 级上诉。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



4 级上诉

委员会将审查您的上诉并给您答复。该委员会属于联邦政府的一部分。

如果委员会**同意**您的上诉：

- 上诉流程就此结束。
- 我们必须在 72 小时内（特急上诉则在 24 小时内）提供授权或提供批准的药物承保，或在收到决定后不迟于 30 个日历日内赔付。

如果委员会**拒绝**您的上诉，上诉流程可能尚未结束。

- 如果您决定**接受**驳回您上诉的决定，上诉流程就此结束。
- 如果您决定**不接受**驳回您上诉的决定，您可能可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您是否可以继续进行 5 级上诉以及该怎么做。

5 级上诉

- 联邦地方法院法官将审查您的上诉和所有信息，并决定**同意或拒绝**。这是最终决定。在联邦地方法院之上，没有其他上诉级别。

K. 如何提出投诉

K1. 哪些类型的问题属于投诉

投诉流程仅适用于某些类型的问题，例如与护理品质、等待时间、护理协调和客户服务相关的问题。以下是投诉流程处理的问题类型的示例。

投诉	示例
您医疗护理的品质	<ul style="list-style-type: none"> • 您对护理（例如：您在医院获得的护理）品质不满意。
尊重您的隐私	<ul style="list-style-type: none"> • 您认为有人不尊重您的隐私权，或分享有关您的保密信息。
不尊重、客户服务不佳或其他负面行为	<ul style="list-style-type: none"> • 医疗保健服务提供者或工作人员对您态度粗鲁或不尊重。 • 我们的工作人员对待您的方式不佳。 • 您认为我们让您自本计划中退保。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



投诉	示例
残障便利设施和语言协助	<ul style="list-style-type: none"> 您无法亲自使用医生或医疗服务提供者诊所的医疗保健服务和设施。 您的医生或或医疗服务提供者不为您所说的非英语语言（例如美国手语或西班牙语）提供口译员。 您的医疗服务提供者不为您提供您需要和要求的其他合理便利设施。
等候时间	<ul style="list-style-type: none"> 您很难约到看诊时间或等待时间太长。 医生、药剂师或其他健康专业人士、会员服务部或其他计划工作人员让您等待太久。
清洁卫生	<ul style="list-style-type: none"> 您认为诊所、医院或医生办公室不干净。
您从我们这里获取的信息	<ul style="list-style-type: none"> 您认为我们未能向您提供您本应收到的通知或信函。 您认为我们发送给您的书面信息太难理解。
与承保决定或上诉相关的及时性	<ul style="list-style-type: none"> 您认为我们没有在截止期限内做出承保决定或对您的上诉提供答复。 您认为，在获得对您有利的承保或上诉决定后，我们未在截止期限内批准服务或向您提供服务，或没有向您赔付某些医疗服务的费用。 您认为我们没有按时将您的个案发送给 IRO。

投诉有不同类型。您可以提出内部投诉和/或外部投诉。内部投诉将提交给本计划并由本计划进行审查。外部投诉将提交给不属于本计划的组织并由其进行审查。如果您需要协助提出内部和/或外部投诉，您可以致电 IEHP DualChoice 会员服务部，电话：1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天（包括假日），太平洋标准时间 (PST) 上午 8 点至晚上 8 点。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

“投诉”的法律术语是“申诉”。

“提出投诉”的法律术语是“提出申诉”。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



K2. 内部投诉

如需提出内部投诉，请致电会员服务部：1-877-273-IEHP (4347)。您可以随时提出投诉，涉及 Medicare D 部分药物的情况除外。如果投诉涉及 Medicare D 部分药物，您必须在出现要投诉的问题后 **60 个日历日内** 提出。

- 如果您还有需要采取的任何行动，会员服务部会告诉您。
- 您也可以写下您的投诉并发送给我们。如果您以书面形式提出投诉，我们将以书面形式对您的投诉做出回复。
- 您可以使用我们的“会员上诉和申诉表”，该表可在我们的网站上找到：www.iehp.org。我们的所有医疗服务提供者都有该表格，或者我们也可以将表格邮寄给您。您也可以在线上提出申诉。您可以向 IEHP DualChoice 医疗服务提供者提供填妥的表格，或将其发至下列地址：

IEHP DualChoice

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

- 有关我们流程的详细说明（包括时限），请访问我们的网站：www.iehp.org，或联系 IEHP DualChoice 会员服务部，电话：1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天（包括假日），太平洋标准时间 (PST) 上午 8 点至晚上 8 点。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。

“快速投诉”的法律术语是“特急申诉”。

如果可能，我们会立即答复您。如果您致电我们提出投诉，我们也许可以在同一通电话通话中答复您。如果您的健康状况需要我们快速答复，我们会快速答复。

- 我们会在 30 个日历日内对大多数投诉做出答复。如果我们因需要更多信息而未在 30 个日历日内做出决定，我们会以书面形式通知您。我们也会提供状态更新和预计获得答复的时间。
- 如果您因我们拒绝您的“快速承保决定”或“快速上诉”请求而提出投诉，我们会自动同意您“快速投诉”并在 24 小时内对您的投诉做出答复。
- 如果您因我们花费额外时间才做出承保决定或上诉而提出投诉，我们会自动同意您“快速投诉”，并在 24 小时内对您的投诉做出答复。

如果我们不同意您的部分或全部投诉，我们会告诉您并说明原因。无论我们是否同意投诉，我们都会做出回应。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



K3. 外部投诉

Medicare

您可以将您的投诉告知 Medicare 或将其发送给 Medicare。Medicare 投诉表可在以下网址取得：www.medicare.gov/my/medicare-complaint。在向 Medicare 提出投诉之前，您无需向 IEHP DualChoice 提出投诉。

Medicare 会认真对待您的投诉，并使用这些信息来帮助提升 Medicare 计划的质量。

如果您有任何其他回馈意见或疑虑，或您认为健保计划并未解决您的问题，您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。此电话为免付费电话。

Medi-Cal

您可以致电 1-888-452-8609 向加州医疗保健服务部 (DHCS) Medi-Cal 管理式护理监察员提出投诉。TTY 使用者可拨打 711。请于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 之间致电。

您可以向加州医疗保健计划管理局 (DMHC) 提出投诉。DMHC 负责监管健保计划。您可以致电 DMHC 帮助中心寻求有关 Medi-Cal 服务投诉的协助。对于非紧急事项，如果您不同意 1 级上诉中的决定，或者计划在 30 个日历日后仍未解决您的投诉，您可以向 DMHC 提出投诉。但是，如果您有以下情况，您可以联系 DMHC，而无需提交 1 级上诉：如果您需要协助处理涉及紧急问题的投诉或是会对您健康造成迫切、严重威胁的投诉、您感到剧烈疼痛、您对本计划针对您投诉所做的决定有异议，或者本计划在 30 个日历日后仍未解决您的投诉。

以下是通过帮助中心取得帮助的两种方式：

- 致电 1-888-466-2219。失聪、听障或语障人士可使用免费 TTY 专线 1-877-688-9891。此电话为免付费电话。
- 访问医疗保健计划管理局的网站 (www.dmhc.ca.gov)。

民权办公室 (OCR)

如果您认为自己没有受到公平对待，您可以向健康与公众服务部 (HHS) OCR 投诉。例如，您可针对残障便利设施或语言协助提出投诉。OCR 的电话号码是 1-800-368-1019。TTY 使用者应拨打 1-800-537-7697。您可以访问 www.hhs.gov/ocr 了解更多信息。

您也可以联系当地 OCR 办公室：

U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
电话：1-800-368-1019
TDD 使用者专线：1-800-537-7697
传真：1-415-437-8329

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



您也可能享有美国残障人士法案 (ADA) 和民权机构规定的权利。您可以联系美国司法部民权司残障人士权利科，电话：1-800-514-0301 (TTY：1-800-514-0383)。

QIO

当您的投诉涉及护理品质时，您有两种选择：

- 您可以就护理品质直接向 QIO 提出投诉。
- 您可以向 QIO 和本计划提出投诉。如果您向 QIO 提出投诉，我们将与他们合作，一起解决您的投诉。

QIO 是由联邦政府付费的一组执业医师和其他医疗保健专家，负责检查和改善为 Medicare 患者提供的护理。要了解有关 QIO 的更多信息，请参阅第 H2 节（提出 1 级上诉）或参阅您《会员手册》的第 2 章。

在加州，QIO 称为 Commence Health 受益人和家庭为中心的护理 (BFCC) 品质改进组织 (QIO)。Commence Health BFCC-QIO 的电话号码为 1-877-588-1123。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。**如需更多信息**，请访问 www.iehp.org。



第 10 章：终止您在本计划的会员资格

简介

本章会介绍您如何终止在本计划的会员资格，以及您退出本计划后的健康承保选项。如果您退出本计划，只要您符合资格，您将仍可参保 Medicare 和 Medi-Cal 计划。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 您何时可以终止您在本计划的会员资格	213
B. 如何终止您在本计划的会员资格	214
C. 如何分别获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务.....	214
C1. 您的 Medicare 服务	214
C2. 您的 Medi-Cal 服务	217
D. 您在本计划的会员资格终止前\您的医疗项目、服务和药物情况.....	218
E. 导致您在本计划会员资格终止的其他情况	218
F. 禁止因任何健康相关原因要求您退出本计划的规则	219
G. 如果我们终止您在本计划的会员资格，您有权提出投诉	219
H. 如何获取有关终止您在本计划会员资格的更多信息	219

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



A. 您何时可以终止您在本计划的会员资格

大多数 Medicare 参保人均可在一年当中的某些时间终止其会员资格。由于您拥有 Medi-Cal,

- 因此您可以选择在一年中的任何月份终止您在本计划的会员资格。

而且，您还可以在以下期间终止您在本计划的会员资格：

- **开放参保期**，从 10 月 15 日持续至 12 月 7 日。如果您在此期间选择新计划，您在本计划的会员资格将于 12 月 31 日终止，而您在新计划的会员资格将于 1 月 1 日开始生效。
- **Medicare Advantage (MA) 开放参保期**，从 1 月 1 日持续到 3 月 31 日，对于参保计划的新 Medicare 受益人来说，从有权开始享受 A 部分和 B 部分的月份到有权享受 A 部分和 B 部分的第 3 个月的最后一天。如果您在此期间选择新计划，您在新计划的会员资格将从下个月的第一天开始生效。

您可能还有资格在其他情况下变更您的参保。例如以下情况：

- 您搬离我们的服务区域，
- 您的 Medi-Cal 或额外补助资格发生改变，或者
- 您最近搬入或刚搬出护理机构或长期护理医院，或目前正在其中接受护理。

您的会员资格将于我们收到您更改计划的请求当月的最后一天终止。例如，如果我们在 1 月 18 日收到您的请求，则本计划的承保将于 1 月 31 日终止。您的新承保从下个月的第一天开始（在这个示例中为 2 月 1 日）。

如果您退出本计划，您可以获得以下信息：

- **第 C1 节**（您的 Medicare 服务）表格中的 Medicare 选项。
- **第 C2 节**（您的 Medi-Cal 服务）表格中的 Medi-Cal 选项和服务。

您可以拨打本页底部的号码致电会员服务部，

- 获取有关如何终止您会员资格的更多信息。也列出了 TTY 使用者可使用的电话号码。
- Medicare，电话：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。
- 请致电 1-800-434-0222 与加州健康保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或要查找您所在地区的当地 HICAP 办公室，请访问 www.aqing.ca.gov/HICAP。Health Care Options，电话：

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



1-844-580-7272，服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者应拨打 1-800-430-7077。

- Medi-Cal 管理式护理监察员，电话：1-888-452-8609，周一至周五上午 8:00 至下午 5:00，或发送电子邮件至 MMCDOMBudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

附注：如果您正在参加药物管理方案，您可能无法变更计划。有关药物管理方案的信息，请参阅《会员手册》第 5 章。

B. 如何终止您在本计划的会员资格

如果您决定终止您的会员资格，您可以参保另一个 Medicare 计划或转换到 Original Medicare。但是，如果您想从本计划转换到 Original Medicare，但尚未选择单独的 Medicare 处方药计划，您必须要求从我们的计划退保。您可以通过两种方式要求退保：

- 您可以向我们提出书面请求。如果您需要有关如何采取此行动的更多信息，请拨打本页底部的电话号码联系会员服务部。
- 请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者（有听力或语言障碍的人士）请致电 1-877-486-2048。当您致电 1-800-MEDICARE 时，您也可以参保其他 Medicare 健保或药物计划。有关在退出本计划后获得 Medicare 服务的更多信息，请查看第 XX 页的图表。
- 致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系，服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者应拨打 1-800-430-7077。
- 下方第 C 节包括您参保其他计划可采取的步骤，参保其他计划也将终止您在本计划的会员资格。

C. 如何分别获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务

如果您选择退出本计划，您可以选择获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务。

C1. 您的 Medicare 服务

您可在一年当中的任何月份通过三种方式获取下列 Medicare 服务。在当年期间的特定时候，包括年度参保期和 Medicare Advantage 开放参保期或第 A 节中说明的其他情况，您还有以下所列的额外选项。选择这些选项之一，您将自动终止您在本计划的会员资格。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



<p>1. 您可以变更为：</p> <p>Medicare Medi-Cal 计划（Medi-Medi 计划）是一种 Medicare Advantage 计划。此类计划适用于同时拥有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，并将 Medicare 和 Medi-Cal 福利合并至单一计划中。Medi-Medi 计划会协调两项计划的所有福利和服务，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务，或者如果您符合资格，您可以参加老年人全方位护理 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 计划。</p> <p>附注：Medi-Medi 计划一词是加州综合双重资格特殊需求计划 (D-SNP) 的名称。</p>	<p>以下是需要采取的行动：</p> <p>请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。</p> <p>如有关于老年人全方位护理 (PACE) 方面的问题，请致电 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> 请致电加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，电话 1-800-434-0222，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解更多信息或查找您所在地区当地的 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或者</p> <p>参保新的 Medi-Medi 计划。</p> <p>当您的新计划承保开始生效时，您将自动从本计划退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 计划将会变更以配合您的 Medi-Medi 计划。</p>
--	--

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



<p>2. 您可以变更为：</p> <p>附带独立 Medicare 药物计划的 Original Medicare，以及一个 Medi-Cal 计划。</p>	<p>以下是需要采取的行动：</p> <p>请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> 请致电加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，电话 1-800-434-0222，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解更多信息或查找您所在地区当地的 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或者</p> <p>参保新的 Medicare 处方药计划。</p> <p>当您的 Original Medicare 承保开始生效时，您将自动从本计划退保。</p> <p>除非您选择不同的计划，否则您会继续参加医疗计划。</p>
<p>3. 您可以变更为：</p> <p>未附带独立 Medicare 药物计划的 Original Medicare</p> <p>附注： 如果您转换到 Original Medicare 且没有参保独立的 Medicare 药物计划，Medicare 可能会为您参保一项药物计划（除非您告知 Medicare 您不想加入）。</p> <p>仅有当您通过其他来源（例如雇主或工会）获得药物承保的情况下，您才应该放弃药物承保。如果您对您是否需要药物承保有疑问，请致电健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，电话 1-800-434-0222，服务时间周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解更多信息或查找您所在地区当地的</p>	<p>以下是需要采取的行动：</p> <p>请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> 请致电加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，电话 1-800-434-0222，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解更多信息或查找您所在地区当地的 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>当您的 Original Medicare 承保开始生效时，您将自动从本计划退保。</p>

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



<p>HICAP 办事处，请访问网站 www.aging.ca.gov/HICAP/。</p>	<p>除非您选择不同的计划，否则您会继续参加 Medi - Cal 计划。</p>
<p>4. 您可以变更为：</p> <p>任何 Medicare 健保计划，您可在一年当中的特定时间进行变更，包括开放参保期和 Medicare Advantage 开放参保期或 A 节所述的其他情况。</p>	<p>以下是需要采取的行动：</p> <p>请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。</p> <p>如有关于老年人全方位护理 (PACE) 方面的问题，请致电 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> 请致电加州健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，电话 1-800-434-0222，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。如需了解更多信息或查找您所在地区当地的 HICAP 办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或者</p> <p>参保新 Medicare 计划。</p> <p>当您的新计划承保开始生效时，您将自动从本计划退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 计划可能会有变更。</p>

C2. 您的 Medi-Cal 服务

有关您如何在退出本计划后获取 Medi-Cal 服务的疑问，请联系 Health Care Options，电话：1-844-580-7272，周一至周五上午 8:00 至晚上 6:00。TTY 使用者应拨打 1-800-430-7077。或请访问 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。询问加入其他计划或恢复 Original Medicare 会如何影响您获得 Medi-Cal 承保的方式。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



D. 在本计划的会员资格终止前您的医疗项目、服务和药物情况

如果您退出本计划，您的会员资格可能需要一段时间才会终止，您的新 Medicare 和 Medi-Cal 承保才会开始。在此期间，您必须继续通过本计划取得您的处方药和医疗保健，直到您的新计划开始为止。

- 使用我们的网络内医疗服务提供者获得医疗护理。
- 使用我们的网络内药房（包括通过我们的邮购药房服务）来配取处方药。
- 如果您在 IEHP DualChoice 会员资格终止当天住院，本计划将承保您的住院费用，直到您出院为止。即使您的新健康承保在您出院之前开始也是如此。

E. 导致您在本计划会员资格终止的其他情况

在这些情况下，我们必须终止您在本计划的会员资格：

- 您的 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保出现中断。
- 您不再符合 Medi-Cal 的资格。本计划适用于同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 资格的人士。注意：如果您不再符合 Medi-Cal 资格，您可以暂时继续参保本计划并享受 Medicare 福利，请参阅下方有关“视为具有持续资格”期限的信息。
- 如果您搬离我们的服务区域。
- 如果您搬离本计划的服务区域超过六个月。
 - 如果您搬家或长途旅行，请致电会员服务部，以了解您搬家或旅行的目的地是否在本计划的服务区域内。
- 如果您因刑事犯罪而入狱。
- 如果您对自己拥有的其他处方药保险撒谎或隐瞒信息。
- 如果您不是美国公民或美国合法居民。
 - 您必须是美国公民或在美国合法居民，才能成为本计划的会员。
 - 如果您因此没有资格继续保留会员身份，Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 会通知我们。
 - 如果您不符合此要求，我们必须让您退保。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果您处于我们计划的 3 个月续保资格期内，我们将继续提供所有 Medicare Advantage 计划和 D 部分计划承保的 Medicare 福利。但是，在此期间，我们不会继续支付适用的 Medi-Cal 州计划下的 Medi-Cal 福利，并且如果您没有丧失 Medicaid 资格，我们也不会支付州政府本应支付的 Medicare 保费或分摊费用。您为 Medicare 承保的服务支付的金额在此期间可能会增加。

只有当我们先获得 Medicare 和 Medi-Cal 的许可时，我们才可以因以下原因让您退出本计划：

- 如果您在参保本计划时蓄意向我们提供错误信息且该信息会影响您参保本计划的资格。
- 如果您有持续的破坏性行为，导致我们难以为您和本计划的其他会员提供医疗护理。
- 如果您让其他人使用您的会员卡来获得医疗护理。（如果我们因此原因终止您的会员资格，Medicare 可能会要求监察长调查您的个案。）

F. 禁止因任何健康相关原因要求您退出本计划的规则

我们不能以任何与您的健康相关的原因要求您退出本计划。如果您认为我们因健康相关原因要求您退出本计划，请致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者应拨打 1-877-486-2048。

G. 如果我们终止您在本计划的会员资格，您有权提出投诉

如果我们终止您在本计划的会员资格，我们必须以书面形式告诉您终止您会员资格的原因。我们还必须解释您该如何就我们终止您会员资格的决定提出申诉或投诉。您也可以参阅《会员手册》第 9 章，了解有关如何提出投诉的资讯。

H. 如何获取有关终止您在本计划会员资格的更多信息

如果您有疑问或想了解有关终止您会员资格的更多信息，可以拨打本页底部的号码致电会员服务部。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 11 章：法律通知

简介

本章包含适用于您在本计划的会员资格的法律通知。重要术语及其定义按英文字母顺序列于本《会员手册》的最后一章。

目录

A. 关于法律的通知	221
B. 关于禁止歧视的通知	221
C. Medi-Cal 关于禁止歧视的通知	221
D. 关于 Medicare 作为第二付款者以及 Medi-Cal 作为最后付款者的通知	222
E. 关于 Medi-Cal 遗产追回的通知	222

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



A. 关于法律的通知

许多法律都适用本《会员手册》。即使本《会员手册》并未包括或并未说明这些法律，但您的权利和责任还是可能会受相关法律影响。适用的主要法律是有关 Medicare 和 Medi-Cal 计划的联邦法律和州法律。其他联邦法律和州法律也可能适用。

B. 关于禁止歧视的通知

我们不会因为您的种族、族裔、原国籍、肤色、宗教、性别、年龄、性取向、心理或身体残障、健康状况、索赔记录、病史、基因信息、可保性证据或服务区域内的地理位置而歧视或区别对待您。所有提供医疗保健优惠计划的组织，比如我们的计划，都必须遵守联邦反歧视法律，包括 1964 年《公民权利法》第六章、1973 年《康复法》、1975 年《年龄歧视法》、《美国残疾人法》、《平价医疗法》第 1557 条、适用于获得联邦资金的组织的所有其他法律，以及任何其他原因适用的任何其他法律和规则。

如果您想了解更多信息或担心出现歧视或不公平待遇：

- 美国卫生与公众服务部民权办公室，电话：1-800-368-1019。TTY 使用者可以拨打 1-800-537-7697。您也可以访问网站 www.hhs.gov/ocr 获取更多信息。

C. Medi-Cal 关于禁止歧视的通知

我们不会因为您的种族、族裔、原国籍、肤色、宗教、性别、年龄、性取向、心理或身体残障、健康状况、索赔记录、病史、基因信息、可保性证据或服务区域内的地理位置而歧视或区别对待您。此外，我们不会因血统、族群认同、性别认同、婚姻状况或医疗病症而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

如果您想了解更多信息或担心出现歧视或不公平待遇：

- 请致电医疗保健服务部民权办公室，电话 916-440-7370。TTY 使用者可以拨打 711（电信转接服务）。如果您认为自己受到了歧视并想要提出歧视申诉，请联系：

Inland Empire Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730。

或者，会员可以拨打 IEHP DualChoice 会员服务专线 1-877-273-IEHP (4347)（TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347）或访问 www.iehp.org 提出投诉。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



如果您的申诉涉及 **Medi-Cal** 计划中出现的歧视行为，您可以通过电话、致函或电子方式向医疗保健服务部民权办公室提出投诉：

- 通过电话：请致电 916-440-7370。如果您有言语或听力障碍，请致电 711（电信中继服务）。
- 写信：填写投诉表或寄信至：

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

投诉表可在此网站取得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您有残障并需要获得医疗保健服务或接受医疗服务提供者看诊方面的协助，请致电会员服务部。如果您有投诉（例如轮椅通行问题），会员服务部可以提供协助。

D. 关于 Medicare 作为第二付款者以及 Medi-Cal 作为最后付款者的通知

有时其他人必须先对我们为您提供服务付款。例如，如果您遭遇车祸或在工作中受伤，则保险或工伤赔偿必须先付款。

我们有权利和责任对 Medicare 不是第一付款者的承保 Medicare 服务收取款项。

我们遵守与下列事项相关的联邦和州法律法规：第三方对向会员提供之医疗保健服务的法律责任。我们会采取一切合理措施，确保 Medi-Cal 是最后付款者。

只要您的健康承保提供同样的服务，Medi-Cal 会员都必须先使用全部的其他健康承保 (OHC)，因为 Medi-Cal 是最后付款者。这意味着，在大多数情况下，Medi-Cal 将是位列 Medicare OHC 之后的第二付款者，负责支付本计划或其他 OHC 不支付的允许费用，直到达到 Medi-Cal 费率。

E. 关于 Medi-Cal 遗产追回的通知

Medi-Cal 计划必须从某些已故会员的遗嘱认证遗产中针对在其 55 岁生日当天或之后接受的 Medi-Cal 福利寻求偿还。还款包括会员在护理机构住院或接受居家和社区型服务时接受之针对下列服务的按服务收费和管理式护理保费/按人付费款项：护理机构服务、居家和社区型服务以及相关医院和处方药服务。还款金额不能超过会员遗嘱认证遗产的价值。

要了解更多信息，请访问医疗保健服务部的遗产追回网站：www.dhcs.ca.gov/er，或致电 916-650-0590。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者请拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



第 12 章：重要词汇的定义

简介

本章包括《会员手册》中使用的重要术语及其定义。这些术语按英文字母顺序列出。如果您找不到所需的术语，或者您需要的信息多于定义所包含的信息，请联系会员服务部。

日常生活活动 (ADL): 人们在日常生活中所做的事情，例如吃饭、上厕所、穿衣服、洗澡或刷牙。

行政法官: 行政法官 (ALJ) 是审理和裁决涉及政府机构的案件的法官。审查 3 级上诉的法官。

艾滋病药物援助计划 (ADAP): 一项帮助符合资格的艾滋病病毒 (HIV)/艾滋病 (AIDS) 患者获得挽救生命的 HIV 药物的计划。

门诊外科手术中心: 为不需要住院护理且预计不需要超过 24 小时护理的患者提供门诊外科手术的设施。

上诉: 如果您认为我们犯了错误，可以通过这种方式质疑我们的行动。您可以提出上诉，要求我们更改承保决定。您的《会员手册》第 9 章对上诉进行了说明，包括如何提出上诉。

行为健康: 指我们的情感、心理和社会福祉。简言之：它关系到我们如何思考、感受和与他人互动。这是一个总括性的术语，指的是心理健康和物质滥用障碍服务。

生物制剂: 由动物细胞、植物细胞、细菌或酵母等天然活体来源制成的处方药。生物制剂比其他药物更复杂，无法完全复制，因此替代形式被称为生物相似药。（另请参阅“原厂生物制剂”和“生物相似药”）。

生物相似药: 与原始生物制剂非常相似但不完全相同的生物制剂。生物相似药与原厂生物制剂一样安全有效。一些生物相似药可以在药房替代原厂生物制剂，而无需新处方。（前往“可互换的生物相似药”。）

品牌药: 由最初生产该药物的公司生产和销售的处方药。品牌药与学名药具有相同的成分。学名药通常由其他制药公司生产和销售，一般要等到品牌药的专利期结束后才能上市。

护理协调员: 与您、健保计划以及您的医疗服务提供者合作，以确保您获得所需护理的主要人员。

照护计划: 请参阅“个人化护理计划”。

护理团队: 请参阅“跨科护理团队”。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



重大伤病承保阶段：Medicare D 部分药物福利阶段，我们的计划支付您药物的所有费用，直到年底。此阶段在您（或代表您的其他合格当事人）该年度为 D 部分承保的药物支出达到 \$2,100 时开始。

Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS)：负责 Medicare 的联邦机构。本《会员手册》的第 2 章解释了如何联系 CMS。

社区成人服务 (CBAS)：基于设施的门诊服务计划，为符合适用资格标准的合格会员提供专业护理、社会服务、职业和语言治疗、个人护理、家庭/护理者培训和支援、营养服务、交通运输和其他服务。

投诉：书面或口头声明，表明您对承保服务或护理有问题或疑虑。包括对服务品质、您接受的护理的品质、我们的网络内医疗服务提供者或我们的网络内药房的任何疑虑。“提出投诉”的正式名称为“提出申诉”。

综合门诊复健机构 (CORF)：主要在疾病、意外事故或重大手术后提供复健服务的设施。提供多种服务，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗、语言治疗和家庭环境评估服务。

共付额：每次获得某些药物时，您支付固定金额作为您应承担的费用份额。例如，您可能为每种药物支付 \$2 或 \$5。

分摊费用：获得某些药物时，您必须支付的数额。费用分摊包括共付额。

费用分摊层级：具有同一共付额的一组药物。“承保药物清单”上的每种药物都属于 6 个分摊费用层级中的一个。一般而言，层级越高，您为药物支付的费用越高。

承保决定：关于我们承保哪些福利的决定。包括有关承保药物和服务或我们为您的健康服务支付的金额的决定。本《会员手册》的第 9 章说明如何要求我们做出承保决定。

承保药物：我们使用的术语，指本计划承保的所有处方药和非处方药 (OTC)。

承保服务：我们使用的一般术语，指本计划承保的所有医疗保健、长期服务与支援、用品、处方药和非处方药、器材和其他服务。

文化能力培训：此培训为我们的医疗保健服务提供者提供额外的指导，帮助他们更好地了解您的背景、价值观和信仰，从而调整服务以满足您的社会、文化和语言需求。

每日费用分摊率：医生开立处方的药物不足一个月药量，并且您需要支付共付额时，可能适用的费率。每日费用分摊率是共付额除以每月供应的天数。

例如：假设您一整月的药物供应（30 天的供应）的共付额需 \$1.35。这就是说，您每天为药物支付的金额不到 \$0.05。如果您获得 7 天的药物供应，您的费用为每天不到 \$0.05 乘以 7 天，总付款金额不到 \$0.35。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



医疗保健服务部 (DHCS)： 加州负责管理医疗补助计划（称为 Medi-Cal）的州政府部门。

医疗保健计划管理局 (DMHC)： 加州负责监管健保计划的州政府部门。DMHC 协助人们对 Medi-Cal 服务提出上诉和投诉。DMHC 也进行独立医疗审查 (IMR)。

退保： 终止您在本计划会员资格的流程。退保可能是自愿的（您自己的选择）或非自愿的（不是您自己的选择）。

药物管理计划 (DMP)： 一项帮助确保会员安全使用处方阿片类药物和其他经常被滥用的药物的计划。

药物层级： 我们“药物清单”上的药物组别。学名药、品牌药或非处方药 (OTC) 是药物组别的例子。“药物清单”上的每种药物都属于 6 个层级之一。

双重资格特殊需求计划 (D-SNP)： 为有资格同时享受 Medicare 和 Medicaid 的个人提供服务的健保计划。我们的相应计划是 D-SNP。

耐用医疗器材 (DME)： 您的医生要求您在家中使用的某些用品。这些用品的示例包括轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、医疗服务提供者订购的家用医院病床、静脉输液泵、语音生成装置、氧气设备和用品、雾化器和助行器。

紧急情况： 当您或任何其他具有一般健康和医学知识的人认为您出现需要立即就医以防止死亡、身体部位丧失或身体机能丧失或严重受损（如果您是孕妇，会失去未出生的孩子）的医疗症状时，即属于医疗紧急情况。医疗症状可能是疾病、受伤、剧烈疼痛或迅速恶化的医疗病症。

急诊护理： 由接受过提供急诊服务培训并需要治疗医疗或行为健康紧急情况的医疗服务提供者提供的承保服务。

例外： 获得通常不属于承保范围的药物的承保，或在没有特定规则和限制的情况下使用相关药物的许可。

排除的服务： 此健保计划不承保的服务。

额外补助： 额外补助是一项 Medicare 计划，旨在帮助收入和资源有限的人士降低 Medicare D 部分药物费用，例如：保费、自付额和共付额。额外补助也称为“低收入补助”或“LIS”。

学名药： 经联邦政府批准用于代替品牌药的药物。学名药与品牌药具有相同的成分。学名药通常更便宜，并且与品牌药物一样有效。

申诉： 您对我们或我们的网络内医疗服务提供者或药房之一提出的投诉。包括对您护理的品质或您的健保计划提供的服务的品质提出的投诉。

健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)： 一项提供关于 Medicare 的免费、客观的信息和咨询的计划。本《会员手册》的**第 2 章**解释了如何联系 HICAP。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

健保计划：由医生、医院、药房、长期服务提供者和其他医疗服务提供者所组成的组织。它还设有护理协调员来帮助您管理您的所有医疗服务提供者和服务。他们所有人会共同努力，一起提供您所需的护理。

健康风险评估 (HRA)：对您的病史和目前状况所进行的回顾。用于了解您的健康状况以及未来可能发生的变化。

家庭健康助理：提供不需要持照护士或治疗师技能的服务的人士，例如个人护理帮助（如洗澡、上厕所、穿衣或进行医生要求的锻炼）。家庭健康助理没有护理执照，也不提供治疗。

安宁照护：旨在帮助晚期预后患者舒适生活的护理和支援计划。晚期预后是指某人已被医学证明患有绝症，即预期寿命为 6 个月或更短。

- 有晚期预后的计划参加者有权选择安宁照护。
- 经过专门培训的专业人员和护理者团队为此人提供全人护理，包括身体、情绪、社交和精神需求。
- 我们按规定需要向您提供您所在地理区域的安宁照护服务提供者名单。

不当计费：医疗服务提供者（例如医生或医院）向您收取的费用高于我们的服务费用分摊金额的情况。如果您收到任何您不理解的账单，请致电会员服务部。

作为计划会员，您获取我们承保的服务时仅需支付分摊费用。我们不允许医疗服务提供者向您收取超过此金额的费用。

居家支援服务 (IHSS)：IHSS 计划将帮您向参加计划的护理服务提供者支付您所获得的服务，以便您可以安全留在自己家中生活。IHSS 是疗养院或寄宿和护理设施等住家以外护理的替代方案。如要获得服务，将进行评估以确定根据每个参与者的需求可授权提供哪些类型的服务。可以通过 IHSS 授权的服务类型包括家务清洁、备餐、洗衣、采购食品杂货、个人护理服务（如排便和排尿护理、洗澡、仪容整理和辅助医疗服务）、陪同前往医疗就诊地点以及对精神障碍人士的保护性监督。县政府社会服务机构负责管理 IHSS。

独立医疗审查 (IMR)：如果我们拒绝您的医疗服务或治疗请求，您可以提出上诉。如果您不同意我们的决定，并且您的问题与 Medi-Cal 服务有关，包括 DME 用品和药物，您可以向加州医疗保健计划管理局要求进行 IMR。IMR 是由不属于本计划的专家对您的个案所进行的审查。如果 IMR 的决定对您有利，我们必须为您提供您所要求的服务或治疗。您无需为 IMR 支付任何费用。

独立审查组织 (IRO)：Medicare 聘请的独立组织，负责审查 2 级上诉。该组织与我们无关，也不是政府机构。该组织会决定我们所做的决定是否正确或是否应该改变。Medicare 监督其工作。正式名称是**独立审查实体**。

个人化护理计划 (ICP 或护理计划)：关于您可以获得哪些服务以及如何获得这些服务的计划。您的计划可能包括医疗服务、行为健康服务以及长期服务与支援。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



初始承保阶段：您的 Medicare D 部分药物总支出达到 \$2100 之前的阶段。这包括您支付的金额、我们的计划为您支付的金额和低收入补助。当您在一年当中第一次配取处方药时，您便开始进入此阶段。在此阶段期间，本计划将支付您药物的部分费用，而您则支付您的分摊费用。

住院：您正式入院接受专业医疗服务时所使用的术语。如果您没有正式入院，即使您在医院过夜，仍可能被视为门诊患者而不是住院患者。

跨科护理团队 (ICT 或护理团队)：可能包括医生、护士、咨询师或其他健康专业人士的照护团队，他们可以帮助您获得所需的照护。您的护理团队也会帮助您拟定护理计划。

整合式 D-SNP：双重资格特殊需求计划，针对同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格的某些个人群体，在单一健保计划下承保 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服务。这些人被称为完全福利双重资格个人。

可互换的生物相似药：无需新处方即可在药房替代的生物仿制药，因为其满足与自动替代潜力相关的额外要求。在药房进行的自动替代须遵守州法律规定。

“承保药物清单”（“药物清单”）：我们承保的处方药和非处方药 (OTC) 清单。我们在医生和药剂师的帮助下选择此清单上的药物。“药物清单”会告诉您是否需要遵循任何规则才能取得您的药物。“药物清单”有时称为“处方集”。

长期服务与支援计划 (LTSS)：长期服务与支援计划有助于改善长期医疗病症。大多数这些服务可以帮助您留在家中，让您不必前往护理机构或医院。本计划承保的 LTSS 包括社区成人服务 (CBAS)，也称为成人日间医疗保健、护理设施 (NF) 和社区支援。IHSS 和 1915(c) 豁免计划是在本计划之外提供的 Medi-Cal LTSS。

低收入补助 (LIS)：请参阅“额外补助”。

邮购计划：有些计划可能会提供邮购计划，让您可以要求将最多 3 个月的承保处方药直接送到您家中。这可能是您配取您定期服用处方药时符合成本效益且方便的方式。

Medi-Cal：这是加州医疗补助 (Medicaid) 计划的名称。Medi-Cal 由州政府管理，由州政府和联邦政府支付费用。

- Medi-Cal 帮助收入和资源有限的人士支付长期服务与支援计划费用以及医疗费用。
- Medi-Cal 承保额外服务和 Medicare 未承保的一些药物。
- Medicaid 计划因州而异，但如果您同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 的资格，大部分医疗保健费用都属于承保范围。

Medi-Cal 计划：仅承保 Medi-Cal 福利的计划，例如长期服务与支援计划、医疗器材和交通运输。Medicare 福利另外单独提供。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



Medicaid（或医疗补助）：由联邦政府和州政府实施的一项计划，旨在帮助收入和资源有限的人们支付长期服务与支援计划费用以及医疗费用。Medi-Cal 是加州 Medicaid 计划的名称。

医疗必要性：描述您预防、诊断或治疗疾病或维持当前健康状况所需的服务、用品或药物。其中包括为避免您住院或入住护理机构而需要的护理。也指服务、用品或药物符合公认的医疗实践标准。

Medicare：针对 65 岁或以上人群、部分 65 岁以下有某些残障的人群以及末期肾病患者（通常是需透析或肾移植的永久性肾衰竭患者）的联邦健康保险计划。拥有 Medicare 的人可以通过 Original Medicare 或管理式护理计划（请参阅“健保计划”）获得 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage：一项 Medicare 计划，也称为“Medicare C 部分”或“MA”，通过私人公司提供 MA 计划。Medicare 向这些公司付款以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 上诉委员会（委员会）：审查 4 级上诉的委员会。该委员会属于联邦政府的一部分。

Medicare 承保服务：Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的服务。所有 Medicare 健保计划（包括本计划）都必须承保 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的所有服务。

Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP)：结构化的健康行为改变计划，提供长期饮食改变、增加体育锻炼以及克服维持减肥和健康生活方式挑战的策略方面的培训。

Medicare-Medi-Cal 计划参保者：有资格享受 Medicare 和 Medicaid 承保的人。Medicare-Medi-Cal 计划参保者也称为“双重资格个人”。

Medicare A 部分：承保大多数医疗必需的医院、专业护理机构、居家健康和安宁护理的 Medicare 计划。

Medicare B 部分：承保治疗疾病或病症所需的医疗服务（例如化验检测、外科手术和医生看诊）和用品（例如，轮椅和助行器）的 Medicare 计划。Medicare B 部分也承保许多预防和筛检服务。

Medicare C 部分：允许私人健康保险公司通过 MA 计划提供 Medicare 福利的 Medicare 计划，也称为“Medicare C 部分”或“MA”。

Medicare D 部分：Medicare 药物福利计划。我们将该计划简称为“D 部分”。Medicare D 部分承保门诊处方药、疫苗以及 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 未承保的一些用品。本计划包括 Medicare D 部分。

Medicare D 部分药物：Medicare D 部分承保的药物。国会特别将某些类别的药物排除在 Medicare D 部分的承保范围之外。Medicaid 可能承保其中的一些药物。



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。

药物治疗管理 (MTM)： Medicare D 部分计划，针对为符合某些要求或属于药物管理计划的人提供的复杂的健康需求。MTM 服务通常包括与药剂师或医疗保健服务提供者讨论以审查药物。相关详细信息，请参阅《会员手册》第 5 章。

Medi-Medi 计划： Medi-Medi 计划是一种 Medicare Advantage 计划。此类计划适用于同时拥有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，并将 Medicare 和 Medi-Cal 福利合并至单一计划中。Medi-Medi 计划协调两种计划的全部福利和服务，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 的承保服务。

会员（本计划的会员，或计划会员）： 拥有 Medicare 和 Medi-Cal 且有资格获得承保服务、已参保本计划且其参保情况已得到 Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 和州政府确认的人士。

《会员手册》及披露信息： 本文件以及您的参保表格和任何其他附件，其中解释您的承保范围、我们必须采取的行动、您的权利以及您身为本计划会员必须采取的行动。

会员服务部： 本计划的一个部门，负责回答您有关会员资格、福利、申诉和上诉的问题。有关会员服务的更多信息，请参阅本《会员手册》的第 2 章。

网络内药房： 同意为本计划会员配药的药房（药局）。因为他们同意与本计划合作，所以我们称他们为“网络内药房”。在大多数情况下，我们仅承保您在我们网络内药房之一配取的处方药。

网络内医疗服务提供者： “医疗服务提供者”是我们对医生、护士和其他为您提供服务和照顾的人员的统称。该术语也包括医院、居家健康机构、诊所和其他为您提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗器材以及某些长期服务与支援计划 (LTSS) 的场所。

- 他们获得 Medicare 和州政府的许可或认证，可以提供医疗保健服务。
- 当他们同意与本健保计划合作、接受我们的付款并且不向会员收取额外费用时，我们将他们称为“网络内医疗服务提供者”。
- 当您是本计划的会员时，您必须使用网络内医疗服务提供者来获得承保服务。网络内医疗服务提供者也称为“计划医疗服务提供者”。

疗养院或护理机构： 为无法在家接受护理但不需要前往医院的人提供护理的机构。

监察员： 您所在州的一个办公室，代表您的利益行事。如果您有问题或想投诉，他们可以回答问题，并且可以帮助您了解该怎么做。监察员的服务是免费的。您可以在《会员手册》的第 2 章和第 9 章中找到更多信息。

组织判定： 当我们或我们的医疗服务提供者之一判定是否承保服务或您需为承保服务支付多少费用时，本计划即做出了组织判定。组织判定称为“承保决定”。您的《会员手册》第 9 章对承保决定进行了解释。

如果您有疑问， 请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



原厂生物制剂：一种已获得美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的生物制剂，可作为制造生物相似药的药厂的对照产品。也称为参考产品。

Original Medicare（传统 Medicare 或按服务计费 Medicare）：政府提供 Original Medicare。在 Original Medicare 下，服务通过向医生、医院和其他医疗服务提供者支付国会确定的金额来获得承保。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的医生、医院或其他医疗服务提供者。Original Medicare 有两个部分：A 部分（医院保险）和 B 部分（医疗保险）。
- 美国各地均提供 Original Medicare。
- 如果您不想参加本计划，可以选择 Original Medicare。

网络外药房：未同意与本计划合作从而为本计划会员协调或提供承保药物的药房。除非某些条件适用，否则本计划不承保您从网络外药房获得的大多数药物。

网络外医疗服务提供者或网络外机构：不由本计划雇佣、拥有或营运的医疗服务提供者或机构，并且未签订向本计划会员提供承保服务的合约。您的《会员手册》第 3 章对网络外医疗服务提供者或机构进行了解释。

自付费用：分摊费用要求会员支付他们获得的部分服务或药物的费用，也称为“自付”费用要求。参看上文“分摊费用”的定义。

非处方 (OTC) 药物：非处方药物是人们可以在没有医疗保健专业人士处方的情况下购买的药物。

A 部分：请参阅“Medicare A 部分”。

B 部分：请参阅“Medicare B 部分”。

C 部分：请参阅“Medicare C 部分”。

D 部分：请参阅“Medicare D 部分”。

D 部分药物：请参阅“Medicare D 部分药物”。

个人健康信息（也称为受保护健康信息，PHI）：有关您和您健康的信息，例如您的姓名、地址、社会安全号码、医生看诊和病史。有关我们如何保护、使用和披露您的 PHI 以及有关您的 PHI 权利的更多信息，请参阅我们的《隐私权实施条例声明》。

预防服务：在治疗可能效果最佳的早期预防疾病或检测疾病的保健（例如，预防服务包括 Pap 检查、流感疫苗和乳房 X 光检查）。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



基本保健服务提供者 (PCP): 您在处理大多数健康问题首先使用的医生或其他医疗服务提供者。他们可确保您获得保持健康所需的护理。

- 他们还可能与其他医生和医疗服务提供者讨论您的护理并将您转介给他们。
- 在许多 Medicare 健保计划中，您必须先使用您的基本保健服务提供者，然后再使用任何其他医疗保健服务提供者。
- 有关从基本保健服务提供者那里获得护理的信息，请参阅本《会员手册》第 3 章。

事先授权 (PA): 在您获得特定服务或药物或使用网络外医疗服务提供者之前，必须事先获得我们的批准。如果您没有事前获得批准，本计划可能不承保该服务或药物。

仅当您的医生或其他网络内医疗服务提供者获得我们的 PA 时，本计划才承保某些网络内医疗服务。

- 需要本计划 PA 的承保服务均在《会员手册》第 4 章中标明。

只有在您获得我们 PA 的情况下，本计划才会承保某些药物。

- 需要本计划 PA 的承保药物均在“承保药物清单”中标明，并且规则已发布在我们的网站上。

老年人全方位护理计划 (PACE): 一项同时承保 Medicare 和 Medi-Cal 福利的计划，适用于需要更高级别护理才能居家生活的 55 岁及以上人士。

义体和矫具: 您的医生或其他医疗保健服务提供者订购的医疗器材，包括但不限于臂托、背托和颈托；义肢；人造眼睛；以及替换体内部位或机能所需的装置，包括造口术用品以及肠内和肠外营养治疗。

品质改进组织 (QIO): 一组医生和其他医疗保健专家，他们帮助提升 Medicare 参保人员的护理品质。联邦政府向 QIO 支付费用以检查和改善为病患提供的护理。有关 QIO 的信息，请参阅《会员手册》第 2 章。

药量限制: 您可以使用的某一药物的数量限制。我们可能会限制为每种处方药承保的药物数量。

实时福利工具: 一种入口网站或电脑应用程序，计划参加者可以在其中查找完整、准确、及时、临床适当、计划参加者特定的承保药物和福利信息。其中包括分摊费用金额、可用于与给定药物相同的健康病症的替代药物，以及适用于替代药物的承保限制（事先授权、阶段疗法、药量限制）。

转介: 转介是指您的基本保健服务提供者 (PCP) 或我们批准您使用您 PCP 以外的医疗服务提供者。如果您没有事前获得批准，我们可能不会承保这些服务。您无需转介即可使用某些专科医生，例如女性健康专科医生。您可以在《会员手册》第 3 章和第 4 章中找到有关转介的更多信息。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



复健服务： 您所接受的可帮助您在生病、发生意外事故或接受大手术后恢复的治疗。请参阅《会员手册》第 4 章，了解有关复健服务的更多信息。

敏感服务： 与心理或行为健康、性健康和生殖健康、计划生育、性传播感染 (STI)、艾滋病病毒 (HIV)/ 艾滋病 (AIDS)、性侵犯和堕胎、物质滥用障碍、性别肯定照护以及亲密伴侣暴力相关的服务。

服务区域： 健保计划接受会员的地理区域（如果健保计划根据人们的居住地限制会员资格）。对于限制您可以使用医生和医院的计划，通常是您可以获得例行（非急诊）服务的区域。只有居住在我们服务区域内的人才能参保本计划。

费用份额： 您在福利生效前每月可能必须支付的您的医疗费用的部分。您的分摊费用金额视您的收入和资源而定。

专业护理机构 (SNF)： 配备人员和器材的护理机构，可提供专业护理，并且在大多数情况下，还提供专业的复健服务和其他相关健康服务。

专业护理机构 (SNF) 护理： 在专业护理机构中每日持续提供的专业护理和复健服务。专业护理机构护理的示例包括注册护士或医生可以进行的物理治疗或静脉 (IV) 注射。

专科医生： 治疗特定类型医疗保健问题的医生。例如，骨科医生治疗骨折；过敏科医生治疗过敏；以及心脏科医生治疗心脏问题。大多数情况下，会员必须经由其 PCP 转介才能去看专科医生。

专科药房： 请参阅《会员手册》第 5 章，了解有关专科药房的更多信息。

州政府听证会： 如果您的医生或其他医疗服务提供者要求提供我们不会批准的 Medi-Cal 服务，或者我们不继续为您已获得的 Medi-Cal 服务付款，您可以要求举行州政府听证会。如果州政府听证会的裁决对您有利，我们必须为您提供您要求的服务。

阶段疗法： 这是一项承保规则，要求您在我们承保您要求的药物之前先尝试另一种药物。

社会安全生活补助金 (SSI)： 社会安全局每月向收入和资源有限的残障人士、盲人或 65 岁及以上人士支付的福利。SSI 福利与社会安全福利不同。

急需护理： 因出现突发疾病、受伤或非急诊但需立即护理的病症而获得的护理。当您因时间、地点或某些情况而无法从网络内医疗服务提供者处获得服务，或从网络内医疗服务提供者处获得服务不合理时（例如：当您在计划的服务区域之外，并且您因未预见的情况需要立即获得医疗所需的服务，但不是医疗紧急情况），您可以从网络外医疗服务提供者处获得急需护理。

如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



IEHP DualChoice 会员服务部

<p>致电</p>	<p>1-877-273-IEHP (4347)</p> <p>此为免费电话号码。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。</p> <p>会员服务部还为非英语使用人士提供免费的语言口译服务。</p>
<p>TTY</p>	<p>1-800-718-4347</p> <p>此电话号码需要特殊的电话设备，且仅供有听力或言语障碍的人士使用。</p> <p>此为免费电话号码。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。</p>
<p>传真</p>	<p>(909) 890-5877</p>
<p>致函</p>	<p>IEHP DualChoice Attention: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800 MemberServices@iehp.org</p>
<p>网站</p>	<p>www.iehp.org</p>



如果您有疑问，请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与 IEHP DualChoice 联系。服务时间为每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间），包括节假日。TTY 使用者应拨打 1-800-718-4347。此电话为免付费电话。如需更多信息，请访问 www.iehp.org。



DualChoice

IEHP DUALCHOICE会员服务部



致电: 1-877-273-IEHP (4347)

致电此电话号码无需付费。服务时间为每周7天, 上午8点至晚上8点(太平洋标准时间), 包括节假日。IEHP DualChoice会员服务部也为非英语使用者提供免费语言口译员服务。



TTY: 1-800-718-4347

此电话号码需使用特殊电话设备, 且仅供有听力或言语障碍的人士使用。致电此电话号码无需付费。服务时间为每周7天, 上午8点至晚上8点(太平洋标准时间), 包括节假日。



传真: (909) 890-5877



邮寄: IEHP DualChoice
Attention: Member Services
P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga,
CA 91729-1800



电邮: memberservices@iehp.org



网站: iehp.org