

2025

# 福利摘要

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



**1-877-273-IEHP (4347)**

**1-800-718-4347 TTY**

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

# IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | 2025 年福利摘要

## 簡介

本文件是 IEHP DualChoice 承保福利和服務的簡短摘要。本文件包含了常見問題的解答、重要聯絡資訊、提供的福利與服務概述，以及與您身為 IEHP DualChoice 會員之權利有關的資訊。重要用語和其定義按英文字母順序列於 *會員手冊* 的最後一章。

## 目錄

### 簡介 1

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| A. 免責聲明 .....                                        | 2  |
| B. 常見問題 (FAQ) .....                                  | 10 |
| C. 承保服務清單 .....                                      | 14 |
| D. IEHP DualChoice 範圍外的承保福利 .....                    | 25 |
| E. IEHP DualChoice、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務 ..... | 27 |
| F. 您身為計劃會員的權利 .....                                  | 28 |
| G. 如何對遭到拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴 .....                     | 30 |
| H. 如果您懷疑有詐欺行為該怎麼辦 .....                              | 31 |



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

## A. 免責聲明



本文件摘要說明 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 於 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日期間所承保的健康服務。這僅是一份摘要。請閱讀 *會員手冊* 以取得完整的福利清單。

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。
- ❖ 有關 **Medicare** 的更多資訊，您可以閱讀 *Medicare & You* 手冊。其中摘要說明 Medicare 福利、權利和保障，並回答有關 Medicare 的最常見問題。您可以在 Medicare 網站下載 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。有關 **Medi-Cal** 的更多資訊，您可以查看加州醫療保健服務部 (DHCS) 網站 ([www.dhcs.ca.gov/](http://www.dhcs.ca.gov/))，或聯絡 Medi-Cal 監察員辦公室，電話 1-888-452-8609，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。您也可以在週一至週五上午 9:00 至下午 5:00 間撥打 1-855-501-3077 聯絡為擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的民眾服務的特別監察員。

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

### (Arabic) العربية

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.



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

## **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 փնջոցներ 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:

## **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 ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



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

## 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。

## فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با

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

## 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।



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

## **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.

## **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.



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

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃ

ຫ໌ໂທຫາເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍ

ລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມ. ໃຫຍ່ ໃຫ໌ໂທຫາເບີ

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

## Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnangv meih qiex zuqc longc mienh tengx faan

benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo

corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx

nzangc-pokc bun 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.



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

## **Русский (Russian)**

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

## **Español (Spanish)**

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



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

## **Tagalog (Filipino)**

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

## **ภาษาไทย (Thai)**

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

## **Українська (Ukrainian)**

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



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

## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

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

- ❖ You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. Call 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.
- ❖ Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- ❖ 您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 IEHP DualChoice 會員服務處，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。電話服務免費。
- ❖ Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1877273IEHP (4347), 8 giờ sáng 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 18007184347.
- ❖ This document is available for free in Spanish, Chinese and Vietnamese.
- ❖ To make a standing request to receive materials in languages other than English or alternate format, or to make changes to a standing request, please call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. IEHP DualChoice will keep your information as a standing request for future mailings and communications so you do not need to make a separate request each time.
- ❖ Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alterno, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1877273IEHP (4347), 8am8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la



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

semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 18007184347. IEHP DualChoice conservará su información como una solicitud permanente para envíos y notificaciones futuros, para que no tenga que hacer una solicitud por separado cada vez.

- ❖ 如需長期獲取非英語或其他格式的資料，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務處聯絡，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。IEHP DualChoice 會將您的資訊視為長期要求，以用於今後的郵件往來和通訊，因此您無需每次都單獨提出要求。
- ❖ Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc ở định dạng thay thế hoặc để thay đổi yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1877273IEHP (4347), 8 giờ sáng 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 18007184347. IEHP DualChoice sẽ lưu giữ thông tin của quý vị như yêu cầu cố định cho việc gửi thư và thông tin liên lạc trong tương lai, do đó quý vị không cần phải đưa ra yêu cầu riêng cho mỗi lần.

## B. 常見問題 (FAQ)

下表列出常見問題。

| 常見問題                        | 回答                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 什麼是 Medicare - Medi-Cal 計劃? | Medicare - Medi-Cal 計劃是與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約的健保計劃，旨在為計劃參加者提供這兩項計劃的福利。適合年滿 21 歲的人。Medicare - Medi-Cal 計劃是由醫生、醫院、藥房、長期服務與支援 (LTSS) 提供者，以及其他醫療服務提供者組成的組織。此計劃也有照護協調員可協助您管理您所有的醫療服務提供者以及服務和支援。他們所有人會攜手合作提供您所需的照護。 |



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

| 常見問題                                                                               | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>我在 <b>IEHP DualChoice</b> 是否可獲得與現在相同的 <b>Medicare</b> 和 <b>Medi-Cal</b> 福利？</p> | <p>您將會直接透過 <b>IEHP DualChoice</b> 獲得您大多數的 <b>Medicare</b> 與 <b>Medi-Cal</b> 承保福利。您將與醫療服務提供者團隊合作，他們將協助確定哪些服務最能滿足您的需求。意思是，您現在獲得的一些服務可能會根據您的需求以及您的醫生和照護團隊的評估而改變。您還可以像現在一樣直接從州或縣機構獲得健保計劃以外的其他福利，例如居家支援服務（IHSS）、專業心理健康和物質使用障礙服務，或區域中心服務。</p> <p>當您參保 <b>IEHP DualChoice</b> 時，您和您的照護團隊將會一起擬定一份反映您個人偏好和目標的照護計劃，以滿足您的健康與支援需求。</p> <p>如果您目前正在服用 <b>IEHP DualChoice</b> 通常不承保的任何 <b>Medicare D</b> 部分處方藥，您可獲得暫時藥量，且我們將會協助您改用其他藥物或獲得例外處理以讓 <b>IEHP DualChoice</b> 承保您的藥物（如具有醫療必要性）。如需進一步資訊，請致電列於本文件頁尾的電話號碼與會員服務部聯絡。</p>                                                                                                                                                                     |
| <p>我可以去看我目前的醫生嗎？<br/>（下頁繼續）</p>                                                    | <p>通常可以。如果您的醫療服務提供者（包括醫生、醫院、治療師、藥房及其他醫療保健服務提供者）有與 <b>IEHP DualChoice</b> 合作且與我們簽有合約，您可以繼續使用這些醫療服務提供者。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 與我們簽有協議的醫療服務提供者是屬於「網絡內」。網絡醫療服務提供者均參與 本計劃。這意味著他們接受本計劃的會員並提供本計劃所承保的服務。<b>您必須使用 <b>IEHP DualChoice</b> 網絡內的醫療服務提供者</b>。如果您使用本計劃網絡外的醫療服務提供者或藥房，本計劃可能不會給付這些服務或藥物。</li> <li>• 如果您需要緊急照護或急診照護或區域外洗腎服務，您可使用 <b>IEHP DualChoice</b> 計劃外的醫療服務提供者。</li> <li>• 如果您目前正在接受 <b>IEHP DualChoice</b> 網絡外醫療服務提供者所提供的治療，或者您與 <b>IEHP DualChoice</b> 網絡外的醫療服務提供者已建立醫病關係，請致電與會員服務部聯絡以確認您是否可繼續使用該醫療服務提供者，並要求延續照護。如果您目前所使用的醫生不隸屬於本計劃網絡，您也許可以在一定期限內繼續請其為您看診。我們將此稱為延續照護。如果其不隸屬於本計劃網絡，您在參保時可保留您目前的醫療</li> </ul> <p style="text-align: right;">（下頁繼續）</p> |



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

| 常見問題                                            | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 我可以去看我目前的醫生嗎？<br>(接前頁)                          | <p>服務提供者和服務授權一段時間，最長可達 12 個月。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IEHP 可以判定您與醫療服務提供者存在既有的醫病關係。</li> <li>• 醫療服務提供者願意與 IEHP 簽約。</li> <li>• 醫療服務提供者符合適用的專業規範且沒有照護品質方面的問題。</li> </ul> <p>如欲確認您的醫生是否隸屬於本計劃網絡，請致電列於本文件頁尾的電話號碼與會員服務部聯絡，或參閱計劃網站上 IEHP DualChoice 的醫療服務提供者和藥房名錄，網址為 <a href="http://www.iehp.org">www.iehp.org</a>。</p> <p>如果您是新加入 IEHP DualChoice，我們將與您合作制定照護計劃來滿足您的需求。</p> |
| 什麼是 IEHP DualChoice 照護協調員？                      | IEHP DualChoice 照護協調員是您的主要聯絡人。此人士將會協助管理您所有的醫療服務提供者和服務，並確保您獲得您所需的一切。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 什麼是長期服務與支援 (LTSS)？                              | 長期服務與支援 (LTSS) 為需要協助完成日常事務（如洗澡、如廁、穿衣、烹飪和服藥）的人提供協助。這些服務大多數在您家中或社區內提供，但也可以在療養院或醫院提供。在某些情況下，縣或其他機構可能會管理這些服務，您的照護協調員或照護團隊將與該機構合作。                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 什麼是多元化老年人服務計劃 (MSSP)？                           | MSSP 與醫療保健服務提供者合作提供持續的照護協調，服務範圍超出您健保計劃已提供的內容，並可以將您與其他所需的社區服務和資源聯繫起來。此計劃可協助您獲得有助於您在家中獨立生活的服務。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 如果我需要某項服務，但 IEHP DualChoice 的網絡內沒有人可提供此服務，該怎麼辦？ | 大多數服務將會由本計劃的網絡醫療服務提供者提供。如果您需要某項無法在本計劃網絡內提供的服務，IEHP DualChoice 將會給付網絡外醫療服務提供者的費用。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



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

| 常見問題                                               | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IEHP DualChoice 在哪些地區提供服務？</b>                  | <p>本計劃的服務區域包括：加州 Riverside 縣和 San Bernardino 縣。您必須居住在上述其中一個地區才能加入本計劃。</p> <p>請撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與會員服務部聯絡，瞭解有關您居住地是否有提供該計劃的更多資訊。</p>                                                                                                                                                                                                 |
| <b>什麼是事先授權？</b>                                    | <p>事先授權是指在取得服務之前先獲得 IEHP DualChoice 的批准，才能在本計劃網絡外尋求服務，或取得通常不屬於本計劃承保範圍的服務。如果您沒有獲得事先授權，IEHP DualChoice 可能不會承保該服務、診療程序、用品或藥物。</p> <p><b>如果您需要緊急照護或急診照護或區域外洗腎服務，您不需要先取得事先授權。</b> IEHP DualChoice 可為您或您的醫療服務提供者提供一份清單，上面列有在服務提供之前必須獲得 IEHP DualChoice 事先授權的服務或診療程序。如果您對特定服務、診療程序、用品或藥物是否需取得事先授權有疑問，請撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與會員服務部聯絡以尋求協助。</p> |
| <b>什麼是轉介？</b>                                      | <p>轉介是指您必須獲得基本保健醫生（PCP）的批准，才能向 PCP 以外的醫療服務提供者就診。轉介與事先授權不同。如果您沒有獲得 PCP 的轉介，IEHP DualChoice 可能不會承保該服務。IEHP DualChoice 可為您提供一份清單，上面列有在服務提供之前必須獲得 PCP 轉介的服務。</p> <p>請參閱 <i>會員手冊</i> 以進一步瞭解您何時需要獲得 PCP 的轉介。</p>                                                                                                                        |
| <b>我是否要支付 IEHP DualChoice 規定的月費（又稱為保費）？</b>        | 否。因為您有 Medi-Cal，所以您將不需為您的健康承保支付任何月保費，包括您的 Medicare B 部分保費在內。                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>身為 IEHP DualChoice 的會員，我是否需要支付自付額？</b>          | 否。您在 IEHP DualChoice 不需支付自付額。                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>身為 IEHP DualChoice 的會員，我需為醫療服務支付的自付費用上限是多少？</b> | 在 IEHP DualChoice，醫療服務沒有分攤費用，因此您的年度自付費用將為 \$0。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



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

## C. 承保服務清單

下表簡略概述您可能需要哪些服務、您的費用以及福利相關規則。

| 健康需求或疑慮      | 您可能需要的服務                     | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                           |
|--------------|------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|
| 您需要醫院照護      | 住院                           | \$0                | 需要事先授權。<br>若具有醫療必要性，本計劃承保不限天數的住院。<br>門診醫院服務需經由轉介。 |
|              | 醫生或外科醫生照護                    | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                               |
|              | 門診醫院服務，包括觀察                  | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                               |
|              | 門診外科手術中心 (ASC) 服務            | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                               |
| 你想要醫生 (下頁繼續) | 就診治療受傷或疾病                    | \$0                |                                                   |
|              | 專科照護                         | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                               |
|              | 全面健康檢查，例如身體檢查                | \$0                |                                                   |
|              | 幫助您不會生病的照護，<br>例如注射流感疫苗和癌症篩檢 | \$0                | 在合約年度期間獲得 Medicare 批准的任何其他預防性服務均會獲得承保。            |



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

| 健康需求或疑慮      | 您可能需要的服務                               | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                         |
|--------------|----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 你想要醫生 (接前頁)  | 「歡迎加入 Medicare」(僅限一次的預防看診)             | \$0                | 在合約年度期間獲得 Medicare 批准的任何其他預防性服務均會獲得承保。                                                                          |
| 您需要急診照護      | 急診室服務                                  | \$0                | 急診照護服務將可在網絡外提供且無需事先授權規定。<br>在美國境外不承保。<br>請與本計劃聯絡以瞭解詳情。                                                          |
|              | 緊急照護                                   | \$0                | 急診照護服務將可在網絡外提供且無需事先授權規定。<br>在美國境外不承保。<br>請與本計劃聯絡以瞭解詳情。                                                          |
| 您需要進行醫療檢查    | 診斷放射學服務 (例如 X 光或其他影像服務, 如 CAT 掃描或 MRI) | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                                                                                             |
|              | 化驗檢查和診斷程序, 例如血液檢查                      | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                                                                                             |
| 您需要聽力 / 聽覺服務 | 聽力篩檢                                   | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。<br>診斷與治療聽力及平衡感問題所需的檢查。                                                                      |
|              | 助聽器                                    | \$0                | 需要事先授權。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>助聽器驗配 / 評估 (每年最多 1 次)。</li> <li>助聽器福利包括耳模、調整用品及配件。</li> </ul> |



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

| 健康需求或疑慮        | 您可能需要的服務  | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|-----------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要牙科照護        | 牙科檢查和預防照護 | \$0                | Medi-Cal 承保牙科檢查和預防照護。<br><br>某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃或 FFS Medi-Cal 取得。如果您有疑問或想進一步瞭解牙科服務，請撥打 Medi-Cal 牙科計劃電話 1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922 或 711)。您也可以造訪 Medi-Cal 牙科計劃網站，網址 <a href="https://smilecalifornia.org/contact-us/">https://smilecalifornia.org/contact-us/</a> 。                                                                                                                |
|                | 修復和急診牙科照護 | \$0                | Medicare 承保的服務需要事先授權。<br>Medicare 承保的服務需經由您的醫生轉介。<br>Medi-Cal 承保牙科修復和急診牙科照護。<br>某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃或 FFS Medi-Cal 取得。如果您有疑問或想進一步瞭解牙科服務，請撥打 Medi-Cal 牙科計劃電話 1-800-322-6384 (TTY 使用者請致電 1-800-735-2922 或 711)。您也可以造訪 Medi-Cal 牙科計劃網站，網址：<br><a href="https://www.dental.dhcs.ca.gov">https://www.dental.dhcs.ca.gov</a> 或 <a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a> 。 |
| 您需要眼睛照護 (下頁繼續) | 眼睛檢查      | \$0                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare 承保的診斷與治療眼睛疾病和病症的檢查 (包括年度青光眼篩檢)。</li> <li>Medicare 承保的青光眼篩檢。</li> <li>每年一次例行眼睛檢查。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           |



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

| 健康需求或疑慮            | 您可能需要的服務                   | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要眼睛照護 (接前頁)      | 眼鏡或隱形眼鏡                    | \$0                | 我們會支付下列補充視力服務的費用：<br>每年一次例行眼睛檢查；每年眼鏡鏡框和 / 或隱形眼鏡的費用最高 \$350。<br>根據醫療需要，眼鏡鏡片可 100% 承保。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                    | 其他視力照護                     | \$0                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 您需要心理健康服務          | 心理健康服務                     | \$0                | <ul style="list-style-type: none"> <li>治療</li> <li>精神病科</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                    | 為需要心理健康服務的人提供住院和門診照護以及社區服務 | \$0                | 需要事先授權。<br>若具有醫療必要性，本計劃承保不限天數的住院。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 您需要物質使用障礙服務 (下頁繼續) | 物質使用障礙服務                   | \$0                | <p>需要事先授權。</p> <p>需經由醫生轉介。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人治療就診。</li> <li>團體治療就診。</li> </ul> <p>透過 IEHP DualChoice 提供的物質使用障礙服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>酒精和藥物篩檢、評估、簡短干預和轉介治療 (SABIRT)</li> <li>有醫療必要性時，住院醫療解毒</li> <li>鴉片類藥物治療計劃</li> </ul> <p>縣心理健康計劃提供的物質使用障礙服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>門診物質使用障礙服務 <ul style="list-style-type: none"> <li>住宿治療服務</li> </ul> </li> </ul> |



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

| 健康需求或疑慮            | 您可能需要的服務        | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要物質使用障礙服務 (接前頁)  |                 |                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 藥物輔助治療</li> <li>● 縣心理健康計劃物質使用障礙服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riverside: 1-800-499-3008</li> <li>○ San Bernardino: 1-800-968-2636</li> </ul> </li> </ul> |
| 您需要在有人可為您提供幫助的地方居住 | 專業護理照護          | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                                                                                                                                                                                             |
|                    | 療養院照護           | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。                                                                                                                                                                                             |
|                    | 成人寄養照護和團體成人寄養照護 | \$0                |                                                                                                                                                                                                                 |
| 您在中風或事故後需要治療       | 職業、物理或語言治療      | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 非 Medicare 職業治療服務</li> <li>● 適用於成人社區服務 (CBAS) 計劃參加者的語言治療、物理治療及職業治療</li> </ul> 受益人必須符合資格標準。<br>受益人必須年滿 18 歲以上且符合護理機構的照護等級。                       |
| 您需要協助獲得健康服務 (下頁繼續) | 救護服務            | \$0                | 非緊急狀況救護交通運輸。                                                                                                                                                                                                    |
|                    | 緊急狀況交通運輸        | \$0                |                                                                                                                                                                                                                 |
|                    | 前往醫療約診和服務的交通運輸  | \$0                | 提供來回接送前往計劃批准地點的交通運輸。此項福利讓會員可搭乘客車、計程車或其他形式的大眾 / 私人交通運輸工具前往接受醫療服務。此項福利授權會員搭乘地面交通運輸工                                                                                                                               |



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

| 健康需求或疑慮                | 您可能需要的服務                       | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要協助獲得健康服務 (接前頁)      |                                |                    | 具前往接受醫療服務，包括客車、計程車或由非 <b>Medi-Cal</b> 註冊服務提供者所提供的其他大眾 / 私人交通工具。不包括使用救護車、附擔架的廂型車或可載送輪椅的廂型車醫療交通運輸服務載送病患、傷患、病弱傷殘人士、復原期病人、年邁體弱人士或沒有行為能力的人士。為了為受益人提供往返醫療服務提供者處所需的交通運輸服務，本計劃將會確保遵守聯邦規則彙編 ( <b>Code of Federal Regulations, CFR</b> ) (第 42 篇第 431.53 條) 中提供交通運輸服務以保證受益人可獲得醫療服務的規定。 |
| 您需要藥物來治療您的疾病或病症 (下頁繼續) | Medicare B 部分處方藥               | \$0                | 某些藥物可能需要事先授權。<br><br>B 部分藥物包括醫生在診所提供的藥物、部分口腔癌藥物，以及一些與特定醫療器材一起使用的藥物。請閱讀 <i>會員手冊</i> 以獲取有關這些藥物的更多資訊。                                                                                                                                                                           |
|                        | Medicare D 部分處方藥<br>普通藥 (非品牌藥) | 31 天藥量 \$0。        | 承保藥物的類型可能會有所限制。請參閱 <b>IEHP DualChoice 的承保藥物清單 (藥物清單)</b> 以瞭解詳情。<br><br><b>關於疫苗費用的重要資訊</b> - 有些疫苗被認為具有醫療益處。其他疫苗被視為 D 部分藥物。您可以在計劃的承保藥物清單 (處方集) 中找到這些疫苗。本計劃承保大多數 D 部分疫苗，您不須支付任何費用。                                                                                              |



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

| 健康需求或疑慮               | 您可能需要的服務     | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|--------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要藥物來治療您的疾病或病症 (接前頁) | 品牌藥          | 31 天藥量 \$0。        | 承保藥物的類型可能會有所限制。請參閱 IEHP DualChoice 的承保藥物清單 (藥物清單) 以瞭解詳情。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                       | 非處方 (OTC) 藥物 | \$0                | <p>本計劃有一項補充福利，提供補貼供您購買某些非處方 (OTC) 用品。有關此福利的更多資訊，請撥打本頁最下方的電話號碼致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。</p> <p>每季提供一次 \$40 補貼。未使用的金額不會結轉至下一季。承保藥物的類型可能會有所限制。請參閱 IEHP DualChoice 的承保藥物清單 (藥物清單) 以瞭解詳情。</p> <p>此外，您還可以享有 Medi-Cal OTC 福利。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (<a href="http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact">www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact</a>) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。</p> |
| 您需要幫助復原或有特殊健康需求       | 復健服務         | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 居家照護醫療器材     | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 洗腎服務         | \$0                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 您需要足部照護               | 足部服務         | \$0                | <p>需要事先授權。</p> <p>需經由醫生轉介。</p> <p>足部檢查和治療 (如果您有糖尿病相關神經損傷且 / 或符合特定條件)。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



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

| 健康需求或疑慮                                                                               | 您可能需要的服務                    | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       | 矯具服務                        | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>您需要耐用醫療器材 (DME)</b><br><br><b>備註：這不是承保 DME 的完整清單。如需完整清單，請聯絡會員服務部或參閱會員手冊的第 4 章。</b> | 輪椅、拐杖和助行器                   | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                       | 噴霧器                         | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                       | 氧氣設備和用品                     | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>您需要幫助在家生活 (下頁繼續)</b>                                                               | 居家健康服務                      | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。<br>不需要豁免證明。                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                       | 居家服務，例如清潔或家事服務，或住家改造 (例如扶手) | \$0                | 需要事先授權。<br><br>個人照護和家事服務。有住院或入住療養機構風險的個人，或有機能缺陷且沒有其他足夠支援系統的個人。<br><br>您的照護協調員可以幫助您向您所在縣的社會服務機構申請 IHSS。<br><br>IHSS 計劃將協助支付為您提供的服務費用，以使您可以安全地繼續在自己家中生活。<br>IHSS 被認為是療養院或寄宿和照護機構等離家照護的替代方案。可透過 IHSS 授權的服務類型包括房屋清潔、備餐、洗衣、雜貨購物、個人照護服務 (如腸道和膀胱照護、沐浴、整理儀容和輔助醫事服務)、醫療約診陪同，以及對精神障礙患者的保護性監督。 |



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

| 健康需求或疑慮         | 您可能需要的服務                     | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要幫助在家生活 (接前頁) |                              |                    | <p>如果您符合資格標準，您的照護協調員還可以幫助您獲得以下社區支援服務：住房過渡引導服務、住房押金、住房租賃和維持服務、短期出院後住房、康復照護、喘息服務、日間康復方案、護理機構過渡 / 轉移到輔助生活設施、社區過渡服務 / 療養機構過渡到家庭、個人照護和家事服務、無障礙環境調整、醫療支援食品 / 醫療定制膳食、戒癮中心和氣喘治療。</p> <p>如欲符合資格，您必須居住在服務的服務區域內、可在多元化老年人服務計劃 (MSSP) 的費用限制範圍內接受服務、適合接受照護管理服務、目前符合 Medi-Cal 資格，且經由認證或可接受認證以證明適合安置於護理機構。</p> |
|                 | 成人日間健康、社區成人服務 (CBAS) 或其他支援服務 | \$0                | <p>需要事先授權。</p> <p>需經由醫生轉介。</p> <p>若具有醫療必要性，本計劃承保不限天數的住院。</p> <p>門診醫院服務需經由轉介。</p> <p><b>CBAS</b> 是一項設施型門診服務計劃，使用者可根據時間安排參加計劃。此計劃提供專業護理照護、社會服務、治療（包括職業、物理和語言）、個人照護、家庭 / 照顧者培訓和支援、營養服務、交通運輸和其他服務。</p> <p>如果您符合資格標準，我們將會支付 <b>CBAS</b> 的費用。請致電您的醫生或 1-877-273-IEHP</p>                              |



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

| 健康需求或疑慮         | 您可能需要的服務                        | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                          |
|-----------------|---------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您需要幫助在家生活 (接前頁) |                                 |                    | (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。                       |
|                 | 日間康復服務                          | \$0                | 需要事先授權。<br>日間康復適合過去 24 個月內無家可歸而剛獲得住房的個人，以及有無家可歸或機構收容風險的個人，這些人可透過參與日間康復計劃而提高住房穩定性。                                                |
|                 | 幫助您獨立生活的服務 (家庭醫療保健服務或個人照護服務員服務) | \$0                | 居家支援服務 (IHSS) 將支付照顧者服務的費用，使您可以安全地繼續在自己家中生活。欲符合資格，您要住在家中或您自己選擇的居住地點，有持續 12 個月或更長時間的身體或認知限制，並且提交完整的醫療保健證明表。有關 IHSS 的更多資訊，請參閱第 D 節。 |
| 額外服務 (下頁繼續)     | 整脊服務                            | \$0                | 需要事先授權。<br>需經由醫生轉介。<br>矯正半脫位 (1 節或多節脊椎骨脫位) 的整脊服務。                                                                                |



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

| 健康需求或疑慮    | 您可能需要的服務         | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------|------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 額外服務 (接前頁) | 糖尿病用品和服務         | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|            | 義肢服務             | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|            | 放射治療             | \$0                | 需要事先授權。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|            | 幫助您管理疾病的服務       | \$0                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|            | Vibrant Health 卡 | \$0                | <p>Vibrant Health 卡每月提供 \$65 津貼，可用於支付瓦斯、水費、垃圾清運費或電費等公用事業帳單。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>您必須患有至少一種慢性病（例如心血管疾病、慢性和殘疾心理健康病症、慢性肺部疾病、糖尿病和神經系統疾病），並達到其他標準，才能符合資格。可能有其他符合資格的慢性病未列出。有關其他符合資格的慢性病的資訊，請參閱您的會員手冊。不會僅根據您的病症即保證可獲得此福利的資格。在提供福利之前，必須滿足所有適用的資格要求。</li> </ul> <p>Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。</p> <p>請參閱您的會員手冊，以瞭解更多有關資格要求和福利的資訊。</p> |



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

| 健康需求或疑慮       | 您可能需要的服務 | 您要向網絡內醫療服務提供者支付的費用 | 限制規定、例外處理和福利資訊 (福利相關規則)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------|----------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 額外服務<br>(接前頁) | 健康餐食     | \$0                | <p>慢性病患的健康餐食。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>此福利承保計劃年度中上限 365 天，每天最多 2 餐。</li> <li>您必須同時患有糖尿病和心血管疾病，並符合其他標準才符合資格。不會僅根據您的病症即保證可獲得此福利的資格。在提供福利之前，必須滿足所有適用的資格要求。</li> </ul> <p>Medicare 批准 IEHP DualChoice 可提供此福利，納入價值基準保險設計方案中。此方案可讓 Medicare 嘗試新的方法來改進 Medicare Advantage 計劃。</p> <p>請參閱您的會員手冊，以瞭解更多有關資格要求和福利的資訊。</p> |

以上福利摘要僅供參考用且並非完整的福利清單。如需完整清單以及與您福利有關的更多資訊，您可參閱 **IEHP DualChoice 會員手冊**。如果您沒有會員手冊，請撥打本文件頁尾的號碼致電向 IEHP DualChoice 會員服務部門索取。如果您有疑問，您也可致電與會員服務部聯絡或前往 [www.iehp.org](http://www.iehp.org)。

## D. IEHP DualChoice 範圍外的承保福利

您可取得一些不屬於 IEHP DualChoice 承保範圍，但可獲得 Medicare、Medi-Cal 或是州政府或縣政府機構承保的服務。以下不是完整清單。請撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與會員服務部聯絡，瞭解這些服務。



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

| Medicare、Medi-Cal 或州政府機構承保的其他服務                                                                                                                                                                                                                                                           | 您的費用                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>多元化老年人服務計劃 (MSSP)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>屬於 Medi-Cal 按服務收費計劃的承保範圍。如欲瞭解詳情，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天（包括假日），太平洋標準時間 (PST) 每天上午 8 時至晚上 8 時。</p> |
| <p>居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)</p> <div> <div> <p><b><u>Riverside 縣:</u></b></p> <p>1-888-960-4477</p> <p>週一至週五</p> <p>上午 7:30 至下午 5:30。</p> </div> <div> <p><b><u>San Bernardino 縣:</u></b></p> <p>1-877-800-4544</p> <p>週一至週五</p> <p>上午 8:00 至下午 5:00。</p> </div> </div> | <p>\$0</p>                                                                                                                                  |



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

| Medicare、Medi-Cal 或州政府機構承保的其他服務                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 您的費用 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <p>某些牙科服務</p> <p>牙科管理式照護（DMC）會員聯絡資訊列於此網址：<br/> <a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation">www.dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation</a>。</p> <p>如需瞭解 Medi-Cal 牙科按服務收費計劃，請撥打 1-800-322-6384 致電 Medi-Cal 牙科，或造訪網站：<br/> <a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a> 或 <a href="http://sonriecalifornia.org">sonriecalifornia.org</a>。</p> | \$0  |
| 某些在 IEHP DualChoice（HMO D-SNP）外可獲得承保的安寧照護服務                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$0  |
| 心理社會復健                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0  |
| 目標個案管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0  |
| 休養院食宿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0  |
| 加州社區過渡（CCT）過渡前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0  |

## E. IEHP DualChoice、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務

以下不是完整清單。請撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與會員服務部聯絡，瞭解其他排除的服務。

| IEHP DualChoice、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務                   |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| 根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準，服務被視為「不合理且不具有醫療必要性」，除非我們將這些服務列為承保服務 |  |
| 實驗性的醫療和外科手術治療、用品和藥物，除非 Medicare、Medicare 批准的臨床研究或本計劃可承保。      |  |



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

## IEHP DualChoice、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務

病態性肥胖症的外科手術治療，但具有醫療必要性且可獲得 Medicare 給付者除外。

自選或自願性加強診療程序或服務（包括減重、植髮、性能力、體育表現、整容目的、抗老及精神表現），但具有醫療必要性者除外。

整容外科手術或其他整容服務，除非是因為意外傷害或為了改善畸形身體部位所需。但我們將會給付乳房切除術後的乳房重建手術以及為了建立對稱外觀而針對非患側乳房所提供的治療。

個人用品：個人舒適用品或便利用品和服務，例如電視、健康俱樂部會籍和 / 或類似用品。

勃起功能障礙醫療器材

## F. 您身為計劃會員的權利

身為 IEHP DualChoice 的會員，您享有特定權利。您可以行使這些權利而不會受到懲罰。您也可以使用這些權利而不會失去您的醫療保健服務。我們將至少每年一次將您的權利通知您。請閱讀 *會員手冊* 以獲取有關您權利的更多資訊。您的權利包括但不限於以下各項：

- **您有權獲得尊重、公平和尊嚴的對待。** 其中包括以下權利：
  - 獲得承保服務，無需擔心醫療病症、健康狀況、接受醫療服務、理賠經驗、病史、殘疾（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別刻板印象和性別認同）、性取向、國籍、種族、膚色、宗教、信仰或公共援助
  - 免費獲取其他語言和格式（例如大字體、盲文版或語音版）的資訊
  - 不受到任何形式的身體限制或隔離
- **您有權獲取有關您的醫療保健的資訊。** 其中包括有關治療和您的治療選擇的資訊。這些資訊應採用您可以理解的語言和格式。其中包括獲取以下資訊的權利：
  - 我們承保服務的說明
  - 如何取得服務



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

- 您將花費多少服務費用
- 醫療保健服務提供者的姓名 / 名稱
- **您有權對您的照護做出決定，包括拒絕治療。**其中包括以下權利：
  - 選擇基本保健醫生（PCP）並可於年度中任何時候更換您的 PCP
  - 不需轉介即可使用女性醫療保健服務提供者
  - 快速獲得承保服務和藥物
  - 瞭解所有治療選項，無論費用多少或是否屬於承保範圍
  - 拒絕治療，即使您的醫療保健服務提供者建議應接受治療
  - 停止服藥，即使您的醫療保健服務提供者建議應繼續服藥
  - 要求獲得第二意見。IEHP DualChoice 將會給付第二意見就診的費用
  - 在預先醫療指示中指明您的醫療保健期望
- **您有權及時獲得照護且不會有任何溝通或實際取得的障礙。**其中包括以下權利：
  - 及時獲得醫療照護
  - 進出醫療保健服務提供者的診間。意思是根據美國身心障礙者法的規定，應提供殘障人士無障礙通行
  - 讓口譯員幫助您與醫療保健服務提供者和您的健保計劃溝通
- **您有權在需要時尋求急診和緊急照護。**意即您有權：
  - 在緊急情況下不需事先授權即可獲得急診服務
  - 必要時使用網路外緊急或急診照護服務提供者
- **您有權維持保密和隱私。**其中包括以下權利：
  - 要求以您可以理解的方式取得您的病歷副本，以及要求變更或更正您的紀錄
  - 將您的個人健康資訊保密
- **您有權對遭到拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴，請參閱下文第 G 節。**其中包括以下權利：



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

- 對我們或我們的醫療服務提供者提出投訴或申訴
- 對我們或我們的醫療服務提供者所做的某些決定提出上訴
- 透過免付費電話（**1-888-466-2219**）或供聽障和語障人士使用的 **TDD 專線（1-877-688-9891）** 向加州醫療保健計劃管理局（DMHC）提出投訴。DMHC 網站（**www.dmhc.ca.gov/**）有提供線上投訴表、獨立醫療審查（IMR）申請表和說明。
- 要求 DMHC 對 Medi-Cal 服務或具醫療性質的用品進行 IMR
- 要求舉行州政府聽證會
- 取得服務遭到拒絕的詳細原因，並免費索取用於做出決定的所有資訊的副本

如需與您權利相關的更多資訊，您可參閱 *會員手冊*。如果您有疑問，請撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。

您也可以在週一至週五上午 9:00 至下午 5:00 間撥打 1-855-501-3077 聯絡為擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的民眾服務的特別監察員，或致電 Medi-Cal 監察員辦公室，電話 1-888-452-8609，服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。

---

## G. 如何對遭到拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴

如果您要投訴或認為 IEHP DualChoice 不當拒絕、延遲或修改服務，請撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與會員服務部聯絡。您可能也可針對我們的決定提出上訴。

如有投訴和上訴相關疑問，您可參閱 *會員手冊* 的**第 9 章**。您也可以撥打列於本文件頁尾的電話號碼致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。

安全傳真： 1-909-890-5877  
 郵寄： IEHP DualChoice  
 P.O. Box 1800  
 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800  
 電子郵件： MemberServices@iehp.org  
 網站： www.iehp.org



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

## 醫療保健計劃管理局 (DMHC)

致電: **1-888-466-2219**

TTY 使用者  
請致電: **1-877-688-9891**

網站: **<http://www.dmhc.ca.gov>**

---

## H. 如果您懷疑有詐欺行為該怎麼辦

大多數提供服務的醫療保健專業人員和組織都是誠實的。可惜可能有些人員或組織並不誠實。

如果您認為醫生、醫院或其他藥房有錯誤行為，請與我們聯絡。

- 請致電 IEHP DuralChoice 會員服務部與我們聯絡。電話號碼列於本文件頁尾。
- 或者，請致電 Medi-Cal 客戶服務中心：電話 1-800-541-5555。TTY 使用者可致電 1-800-430-7077。
- 或者，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。您可撥打這些免付費電話，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。



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



DualChoice

如果您對本計畫、本計畫的服務、服務區域、帳單或會員卡有疑問，請致電與 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 會員服務部聯絡：



**電話：**1-877-273-IEHP (4347)

這是免付費電話。服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。IEHP DualChoice 會員服務部也為母語非英語的民眾免費提供口譯服務。



**TTY：**1-800-718-4347

這個號碼需透過特殊電話設備才能使用，並且僅供聽力或言語障礙人士使用。這是免付費電話。服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。



**傳真：**(909) 890-5877



**寫信：**IEHP DualChoice

P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800



**電子郵件：**[memberservices@iehp.org](mailto:memberservices@iehp.org)



**網站：**[www.iehp.org](http://www.iehp.org)