2027 年會員手冊

Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

Alameda 縣

H2035_26_04010_DSNP_MBR_EOC_CY27_C Approved 08262026

OMB 核准編號 0938-1444
（有效期：2029 年 5 月 31 日）

2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日

您在 Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) 下的健康和藥物保險

Alameda Alliance Wellness 提供 Medi-Cal 和 Medicare 承保的福利。

《會員手冊》簡介

本《會員手冊》（也稱爲《承保項目說明書》(Evidence of Coverage)）將向您詳細描述本計畫在 2027 年 12 月 31 日結束之前的承保範圍。其中也說明了醫療保健服務、行爲健康（心理健康和物質使用障礙）服務、藥物承保以及長期服務和支援。關鍵術語及其定義按字母順序列於本《會員手冊》的**第 12 章**中。

本手冊是一份重要的法律文件。請妥善保存。

本《會員手冊》中使用的「我們」、「我們的」或「本計畫」皆指 Alameda Alliance Wellness。

本文件提供免費的西班牙文、中文、越南文、波斯文和他加祿文版本。

您可以致電會員服務部免費獲取本文件的其他格式，例如大字體、盲文和/或音頻版本，電話：1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。我們的服務時間爲每週七 (7) 天 ，每天上午 8 點至晚上 8 點。上述爲免付費電話。

您可以向我們申請始終以您需要的語言或格式提供資訊。這稱爲「長期請求」。如需立即或在日後獲取本文件的非英文版本或其他格式版本，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。我們的服務時間爲每週七 (7) 天 ，每天上午 8 點至晚上 8 點。Alliance Wellness 將記錄您偏好的語言和格式，以供未來通訊使用。如需更新您的偏好設定，請與會員服務部聯絡。

語言協助服務與輔助用具及服務的可用性通知

ATTENTION: If you need help in your language, call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. 請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。 These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。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 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。我們可爲殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). 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 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)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。 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)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)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ **ਦਿਓ**: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY:1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)
นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ
สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). 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 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

其他語言

您可以免費獲取本《會員手冊》及其他計畫材料的其他語言版本。Alameda Alliance Wellness 僱用合格譯員來提供書面翻譯。請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。上述爲免付費電話。請閱讀此《會員手冊》，瞭解更多有關醫療保健的語言協助服務，例如口譯和翻譯服務。

其他格式

您可以免費、及時地獲取本資訊的其他格式，例如盲文、20 號字體大字版、音頻格式和無障礙電子格式（資料光碟）。請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。上述爲免付費電話。

語言協助服務

Alameda Alliance Wellness 的合格口譯員可以 24 小時免費提供口譯和手語傳譯服務。您不必請家人或朋友（尤其是未成年人）擔任口譯員，除非是緊急情況。您可免費獲取語言協助服務（包括口譯服務）。口譯服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時。如需以您使用的語言獲得協助，或獲取本手冊的其他語言版本，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。上述爲免付費電話。

目錄

第 1 章：會員入門須知 13
第 2 章：重要電話號碼及資源 25
第 3 章：透過本計畫的承保福利獲取醫療保健服務及其他承保服務 47
第 4 章：福利表 70
第 5 章：領取您的門診藥物 157
第 6 章：您需支付的 Medicare 與 Medi-Cal 藥物費用 177
第 7 章：請本計畫對您收到的承保服務或藥物賬單支付費用 184
第 8 章：您的權利與責任 193
第 9 章：遇到問題或想投訴時怎麼辦（承保決定、上訴、投訴） 206
第 10 章：終止計畫成員資格 258
第 11 章：法律通知 267
第 12 章：重要詞彙定義 273

免責聲明

- Alameda Alliance Wellness是一項健康維護組織雙重資格特殊需求計畫 (Health Maintenance Organization Dual Eligible Special Needs Plan, HMO D-SNP) 計畫，與Medicare和加州Medi-Cal (Medicaid) 計畫均簽有合約。Alameda Alliance Wellness能否開放入保視合約續簽情況而定。
- Alameda Alliance Wellness提供的保險屬於合格健康保險，稱爲「最低基本保險」。它滿足《患者保護和平價醫療法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 提出的個人共同責任要求。請造訪美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families
- 福利和/或共付額可能會在 2028 年 1 月 1 日發生變化。
- 我們的承保藥物、藥房網絡和/或服務提供者網絡可能隨時發生變化。如有任何變更可能影響到您，您將至少提前 30 天收到相關通知。

第1章：會員入門須知

簡介

本章提供有關本健康計畫 Alameda Alliance Wellness 的信息。本健康計畫承保您所有的 Medicare 服務並協調您的所有 Medicare 和 Medi-Cal 服務，以及您的相關會員資格。本章還將告知您預期發生的事項以及我們將爲您提供的其他資訊。關鍵術語及其定義按字母順序列於本《會員手冊》末章。

目錄

A. 歡迎加入本計畫 15
B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊 15
B1. Medicare 15
B2. Medi-Cal 15
C. 本計畫的優勢 16
D. 本計畫的服務區域 16
E. 成爲本計畫會員的資格要求 17
F. 首次加入本計畫的預期事項 17
G. 您的護理團隊和護理計畫 18
G1. 護理團隊 18
G2. 護理計畫 19
H. 重要費用摘要 19
H1. 計畫保費 19
I. 本《會員手冊》 20
J. 您從我們這裡獲得的其他重要資訊 20
J1. 您的會員 ID 卡 20

J2.《服務提供者和藥房名錄》 21
J3.《承保藥物清單》 22
J4.《福利說明書》 22
K. 及時更新會員記錄 22
K1. 個人健康資訊 (PHI) 的隱私權 23

A. 歡迎加入本計畫

本計畫爲同時有資格參加 Medicare 和 Medi-Cal 的個人提供這兩項計畫的服務。本計畫含有醫生、醫院、藥房、長期服務和支援提供者、行爲健康服務提供者和其他服務提供者。我們還配備護理協調員和護理團隊來幫助您管理您的服務提供者和服務。他們攜手提供您所需的護理。

B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計畫，服務於：

- 年滿 65 歲的人士；
- 部分患有特定殘障狀況的不滿 65 歲人士； **以及**
- 患有終末期腎病（腎衰竭）的人士。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計畫名稱。Medi-Cal 由州政府運營，並由州和聯邦政府支付費用。Medi-Cal 幫助收入和資源有限的個人支付長期服務和支援 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 費用以及醫療費用。它額外涵蓋 Medicare 未承保的服務和藥物。

各州自主決定：

- 收入和資源的涵蓋范圍；
- 資格要求；
- 承保的服務項目； **以及**
- 服務費用。

各州可以自主決定如何運行各自的計畫，但需遵守聯邦規定。

Medicare 和加州政府已核准本計畫。只要符合以下條件，您就可以透過本計畫獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務：

- 我們選擇提供該計畫， **並且**
- Medicare 和加州政府允許我們繼續提供此計畫。

即使本計畫將來停止運營，您獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務的資格也不受影響。

C. 本計畫的優勢

您現在將從本計畫中獲得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括藥物。**您無需支付額外費用即可加入本計畫。**

我們幫助您更好地協調使用 Medicare 和 Medi-Cal 福利。一些優勢包括：

- 透過與我們合作，您的**大部分**醫療保健需求都可以得到滿足。
- 您將擁有一支由您幫助組建的護理團隊。您的護理團隊可能包括您自己、您的照顧者、醫生、護士、顧問或其他健康專業人員。
- 您將獲得護理協調員的幫助。其將與您、本計畫以及您的護理團隊合作以幫助制定護理計畫。
- 您可以在護理團隊和護理協調員的幫助下主導自己的護理。
- 您的護理團隊和護理協調員與您合作，制定專門針對您的健康需求的護理計畫。護理團隊將幫助協調您需要的服務。例如，這意味著您的護理團隊會確保：
    - 您的醫生知道您服用的所有藥物，以便他們可以確保您服用正確的藥物，並可以減少藥物可能產生的任何副作用。
    - 與您的所有醫生和其他服務提供者適當分享您的檢測結果。

Alameda Alliance Wellness 新會員須知：在普遍情況下，您將於提出參保申請後的次月 1 日起正式透過 Alameda Alliance Wellness 享有 Medicare 福利。您仍可能從之前的 Medi-Cal 健康計畫中獲得 Medi-Cal 服務，期限爲一個月。之後，您將透過 Alameda Alliance Wellness 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保將不會出現中斷。如果您有任何疑問，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與我們聯絡。TTY 用戶請撥打 1.800.735.2929。

D. 本計畫的服務區域

我們的服務區域包括加州這些縣：Alameda 縣。

僅服務區域內的居民可以加入本計畫。

如果您搬到我們的服務區域之外，您將無法留在本計畫中。請參閱本《會員手冊》**第 8 章**，以詳細瞭解有關搬出服務區域的影響。

E. 成爲本計畫會員的資格要求

只要您符合以下條件，您就有資格參加本計畫：

- 居住在我們的服務區域內（被監禁者即使身處服務區域內，也不算作居住在服務區域內）， **並且**
- 參保時年滿 21 歲， **並且**
- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分， **並且**
- 是美國公民或國民，或符合資格的非公民， **並且**
- 目前有資格獲得 Medi-Cal。
- 如果您失去了您的 Medi-Cal 資格，但預計會在三 (3) 個月內重新獲得資格，我們將繼續提供由 Alameda Alliance Wellness 承保的所有 Medicare 福利。當您的 Medi-Cal 保險到期後，我們將不再支付您的 Medi-Cal 福利，長期護理 (Long-term Care, LTC) 除外，該護理是在推定保障期間唯一承保的 Medi-Cal 福利。我們將協助您重新獲得 Medi-Cal 資格。

  如果您仍在參保本計畫提供的 Medicare 承保期間恢復了 Medi-Cal 資格，我們將重新開始支付您的 Medi-Cal 福利，您將繼續參保本計畫。如果您無法在三 (3) 個月內重新獲得 Medi-Cal 資格，我們會將您從 Alameda Alliance Wellness 退保。如果您在退保後才重新獲得 Medi-Cal 資格，您將需要聯絡我們以重新參保本計畫。

請致電會員服務部瞭解更多資訊。

F. 首次加入本計畫的預期事項

當您首次加入本計畫時，您會在參保生效日期之前或之後的 90 天內獲得健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA) 。

我們必須爲您完成 HRA。此 HRA 是爲您制定護理計畫的依據。HRA 包括用於確定您的醫療、行爲健康和功能需求的問題。

我們將會聯繫您以完成 HRA。我們可以透過面談、電話或郵件來完成 HRA。我們將會每年與您聯絡，以瞭解您的任何需求是否已發生變更。

我們將向您發送有關此 HRA 的更多資訊。

如果您是本計畫的新會員，您可以在一段時間內繼續使用您現在使用的醫生，即使其不在我們的網絡中。我們稱之爲連續護理。如果其不在我們的網絡中，只要滿足以下所有條件，您就可以在參保時保留您當前的服務提供者和服務授權長達 12 個月：

- 您、您的代表或您的服務提供者向我們申請允許您繼續使用目前的服務提供者。
- 我們確定您與初級或專科護理提供者存在現有關係，但有一些例外。我們所說的「現有關係」是指您在首次加入本計畫之日前的 12 個月內至少在該網絡外提供者處進行過一次非緊急就診。
    - 我們透過審查現有健康資訊或您提供給我們的資訊來確定現有關係。
    - 我們有 30 天的時間回覆您的請求。您可以向我們申請更快獲得決定，如此我們便必須在 15 天內給出回覆。您可以撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 提出此申請。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。如果您有受到傷害的風險，我們必須在三天內回覆。
    - 您或您的服務提供者在提出申請時必須提供現有關係的證明文件並同意某些條款。

註：您可以提出申請以繼續使用當前的耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 提供者至少 90 天時間，直到我們授權新的 DME 租賃並讓網絡服務提供者爲您提供此租賃服務。雖然您無法提出有關交通服務提供者或其他輔助服務提供者的申請，但您可以對我們計畫中未包含的交通服務或其他輔助服務提出申請。

連續護理期限結束後，您需要使用 Alameda Alliance Wellness 網絡的醫生和其他服務提供者，除非我們與您的網絡外醫生達成協議。網絡服務提供者是與本健康計畫合作的提供者。醫療團體或獨立醫師協會 (Independent Physician Association, IPA) 是根據加州法律成立的組織，該組織與健康計畫簽訂合同，向健康計畫參保者提供或安排醫療保健服務。醫療團體或 IPA 是由初級保健醫生和專家組成的協會，旨在爲您提供協調的醫療保健服務。請參閱本《會員手冊》的**第 3 章**，以瞭解有關獲得護理的更多資訊。

G. 您的護理團隊和護理計畫

G1. 護理團隊

護理團隊可以幫助您持續獲得所需護理。護理團隊可能包括您的醫生、護理協調員、您的專科醫生或您選擇的其他醫療專業人員。

護理協調員經過專業培訓，可以幫助您管理所需護理。當您加入本計畫時，您會獲得一名護理協調員。此人還可以將您轉介給本計畫可能無法提供的其他社區資源，並將與您的護理團隊合作，幫助協調您的護理。請撥打頁面底部的電話號碼與我們聯絡，以瞭解有關您的護理協調員和護理團隊的更多資訊。

G2. 護理計畫

您的護理團隊與您一起制定護理計畫。護理計畫告訴您和您的醫生您需要哪些服務以及如何獲得這些服務。它包括您的醫療、行爲健康以及LTSS或其他服務。

您的護理計畫包括：

- 您的醫療保健目標；且
- 獲得所需服務的時間表
- 您的個人醫療保健偏好
- 對根據您的需求定制的服務的描述
- 跨科護理團隊 (Interdisciplinary Care Team, ICT) 的作用
- 您的責任、您的授權代表的責任和/或您的照顧者的責任
- 確認實現目標的障礙
- 制定跟進和溝通時間表
- 根據計畫和目標評估進度，並根據需要進行修改

您的護理團隊會在您完成 HRA 後與您會面。他們將詢問您需要的服務。他們還會告訴您可能想要考慮獲得的服務。您的護理計畫是根據您的需求和目標制定。您的護理團隊至少每年都會與您合作更新一次您的護理計畫。

H. 重要費用摘要

本計畫沒有保費。

H1. 計畫保費

根據您享有的Extra Help級別，您無需爲本計畫支付保費，Extra Help是Medicare計畫，該計畫旨在幫助收入和資源有限的人士減少Medicare D部分處方藥費用，例如保費、免賠額和共付額。Extra Help亦稱爲「低收入補助」(Low-Income Subsidy, LIS)。

I. 本《會員手冊》

本《會員手冊》是我們與您簽訂的合約的一部分。這意味著我們必須遵守本文件中的所有規定。如果您認爲我們的行爲違背這些規定，您可以對我們的決定提出上訴。如需有關上訴的資訊，請參閱本《會員手冊》的**第9章**或撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部索取《會員手冊》。您也可以參考我們網站上的《會員手冊》，網址位於頁面底部。

該合約在 2027 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日期間您參保本計畫的月份內有效。

J. 您從我們這裡獲得的其他重要資訊

我們向您提供的其他重要資訊包括您的會員 ID 卡、有關如何獲取《服務提供者和藥房名錄》的資訊，以及如何獲取《承保藥物清單》（也稱爲藥物清單或處方集）的資訊。

J1. 您的會員 ID 卡

加入本計畫後，您將收到一張會員卡，用於獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括長期服務和支援 (LTSS)、某些行爲健康服務和處方。當您獲得任何服務或處方時，您需要出示此卡。會員 ID 卡如下所示：



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

只要您是我們計畫的會員，您就無需在獲得大多數服務時使用紅白藍 Medicare 卡或 Medi-Cal 卡。請妥善保存這些卡片，以備日後需要時使用。如果您出示您的 Medicare 卡而不是您的會員 ID 卡，服務提供者可能會向 Medicare 而不是本計畫收費，並且您可

能會收到帳單。如果您需要醫院服務、臨終關懷服務或參加 Medicare 批准的臨床研究（也稱爲臨床試驗），您可能會被要求出示您的 Medicare 卡。請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**，瞭解如果您從服務提供者那裡收到帳單該怎麼辦。

請記住，您需要使用 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (Benefits Identification Card, BIC) 來獲得以下方面的服務：

- Medi-Cal 牙科服務
- Medicare 未承保的門診處方藥
- 物質使用障礙
- 居家支援服務（如適用）

J2.《服務提供者和藥房名錄》

《服務提供者和藥房名錄》列出了本計畫網絡中的服務提供者和藥房。在您成爲本計畫的會員期間，您必須使用網絡服務提供者才能獲得承保服務。

您可以撥打頁面底部的電話號碼向會員服務部索取《服務提供者和藥房名錄》（電子版或紙質版）。紙質版《服務提供者和藥房名錄》將在申請後三個工作日內郵寄給您。

您也可以參考頁面底部網址中的《服務提供者和藥房名錄》。

該名錄列出了您作爲 Alameda Alliance Wellness 會員可以就診的醫療保健專業人員（例如醫生、執業護士和心理學家）、設施（例如醫院或診所）、藥房和支援服務提供者（例如社區成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS)）。

網絡服務提供者的定義

- 我們的網絡服務提供者包括：
  - 您作爲本計畫會員可以使用的醫生、護士和其他醫療保健專業人員；
    - 在本計畫中提供健康服務的診所、醫院、護理機構和其他場所；**以及**
    - LTSS、行爲健康服務、居家健康機構、耐用醫療設備 (DME) 供應商以及提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 獲得的商品和服務的其他人員。

網絡服務提供者同意接受本計畫對承保服務的付款，且視該筆金額爲全額款項。

網絡藥房的定義

- 網絡藥房是同意爲本計畫會員配藥的藥房。請使用《服務提供者和藥房名錄》來尋找您要使用的網絡藥房。

- 除緊急情況外，如果您希望本計畫支付處方費用，您必須在我們的網絡藥房之一配藥。

請撥打頁面底部的電話號碼與會員服務部聯絡以獲取更多資訊。會員服務部和我們的網站都可以爲您提供有關我們網絡藥房和服務提供者的最新變更資訊。

J3.《承保藥物清單》

本計畫有一份《承保藥物清單》。我們簡稱爲藥物清單。它告訴您本計畫涵蓋哪些藥物。本計畫在醫生和藥劑師的幫助下選定此清單上的藥物。藥物清單必須符合 Medicare 的要求。根據 Medicare 藥品價格談判計畫 (Medicare Drug Price Negotiation Program) 協商價格的藥物將包含在您的藥物清單中，除非它們已按照**第 5 章 B 節**所述被刪除和替換。Medicare 已批准 Alameda Alliance Wellness 的藥物清單。

藥物清單還會告訴您任何藥物是否有任何規則或限制，例如您可以獲得的數量限制。請參閱本《會員手冊》的**第 5 章**以獲取更多資訊。

我們每年都會向您發送有關如何獲取藥物清單的資訊，但清單可能在一年中發生某些變化。如需獲取有關承保藥物的最新資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站，網址列於頁面底部。

J4.《福利說明書》

當您使用 Medicare D 部分藥物福利時，我們會向您發送一份摘要，以幫助您瞭解和跟踪 Medicare D 部分藥物的付款情況。此摘要稱爲《福利說明書》（EOB）。

EOB 會告訴您，您或代表您的其他人在 Medicare D 部分藥物上花費的總金額，以及我們在當月爲您的每種 Medicare D 部分藥物支付的總金額。該 EOB 不是帳單。EOB 提供詳細的所用藥物資訊。本《會員手冊》的**第 6 章**提供了有關 EOB 以及它如何幫助您跟踪藥物承保情況的更多資訊。

您也可以申請獲得 EOB。如要獲取副本，請透過頁面底部的電話號碼與會員服務部聯絡。

K. 及時更新會員記錄

請在您的資訊發生變化時告知我們，以便我們更新您的會員記錄。

我們需要這些資訊來確保我們存有您的正確資訊。我們計畫網絡中的醫生、醫院、藥劑師和其他服務提供者會使用您的會員記錄來瞭解服務和藥物的承保情況以及您的費用分攤金額。因此，請務必幫助我們及時更新您的資訊。

如發生以下情況，請立即告知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼發生變更；
- 任何其他健康保險發生變更，例如來自您的雇主、您配偶的雇主或您同居伴侶的雇主的保險或工傷賠償保險；
- 任何責任索賠，例如車禍索賠；
- 入住護理機構或醫院；
- 接受醫院或急診室的護理；
- 您的照顧者（或對您負責的任何人）發生變化；**以及，**
- 如果您參加臨床研究。（**註：**我們不要求您必須告知我們您打算參加的臨床研究，但我們鼓勵您這樣做）

如果任何資訊發生變化，請透過頁面底部的電話號碼與會員服務部聯絡。

您也可以登入您的 Alliance 會員帳戶來變更資訊。您可以造訪 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 進行註冊和使用您的 Alliance 會員帳戶。

K1. 個人健康資訊 (Personal Health Information, PHI) 的隱私權

您會員記錄中的資訊可能包括個人健康資訊 (PHI)。聯邦和州法律要求我們將您的 PHI 保密。我們會保護您的 PHI。如需有關我們如何保護您的 PHI 的更多詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 8 章**。

第2章：重要電話號碼及資源

簡介

本章旨在爲您提供重要資源的聯絡資訊，幫助您解答有關本計畫與您的醫療保健福利的問題。您也可以使用本章來瞭解有關如何聯絡您的護理協調員及其他人員的資訊，從而代您維護權益。關鍵術語及其定義按字母順序列於本《會員手冊》末章。

目錄

A. 會員服務部 27
B. 護理協調員 30
C. 健康保險諮詢與倡導計畫 (HICAP) 32
D. 護士諮詢專線 33
E. 行爲健康危機熱線 34
F. 品質改善組織 (QIO) 35
G. Medicare 36
H. Medi-Cal 37
I. Medi-Cal 管理式醫療與心理健康專員服務辦公室 38
J. 縣社會服務機構 39
K. 縣行爲健康服務機構 39
L. 加州管理式醫療保健部 41
M. 健康消費者聯盟 (Health Consumer Alliance, HCA) 42
N. 協助個人支付藥物費用的計畫 42
N1. Medicare「Extra Help」 42
N2. 愛滋病藥物援助計畫 (ADAP) 42
O. 社會安全局 43

P. 鐵路退休委員會 (RRB) 44
Q. Medicare Medi-Cal 專員計畫 45
R. Medi-Cal Dental 46

A. 會員服務部

致電	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。此爲免費電話。 服務時間爲每週七 (7) 天，每天上午 8 點至晚上 8 點 本計畫爲不會講英文的人士提供免費口譯服務。
TTY 專線	1.800.735.2929。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。 服務時間爲每週七 (7) 天，每天上午 8 點至晚上 8 點
傳真	1.877.747.4504
致函	Attn: Alliance Wellness Member Service Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
傳送電子郵件	DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org
網站	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

請聯絡會員服務部，獲取以下方面的協助：

- 關於本計畫的問題
- 關於索賠或帳單的問題
- 關於您醫療保健的承保決定
  - 醫療保健承保決定是根據以下方面作出的決定：
    - 您的福利和承保服務**或者**
    - 本計畫爲您的醫療服務所支付的金額。
  - 如果您對醫療保健承保決定有疑問，請致電本計畫。
  - 如需瞭解有關承保決定的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。

- 關於醫療保健的上訴
  - 上訴是一種正式途徑，即請求本計畫審查針對您的承保範圍所作出的決定，如果您認爲決定有誤或不同意此決定，可請求本計畫更改此決定。
  - 如需瞭解有關提出上訴的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**或聯絡會員服務部。
- 關於醫療保健的投訴
  - 您可以對本計畫或任何服務提供者（包括網絡外或網絡內服務提供者）提出投訴。網絡內服務提供者是指與本計畫合作的服務提供者。您也可以對所接受的護理品質向本計畫或品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 提出投訴（請參閱 **F 部分。**）
  - 您可以撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 聯絡本計畫並說明您的投訴內容。
  - 如果您的投訴內容是關於醫療保健的承保決定，則您可以提出上訴（請參閱上文部分）。
  - 您可以向 Medicare 遞交關於本計畫的投訴。您可以填寫線上表格進行投訴，網址：www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 您可以撥打 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 專員計畫 (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) 提出關於本計畫的投訴。
  - 如需瞭解有關對您的醫療保健提出投訴的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。
- 關於藥物的承保決定
  - 藥物的承保決定是根據以下方面作出的決定：
    - 您的福利和承保藥物**或者**
    - 本計畫爲您的藥物所支付的金額。
  - Medicare 未承保的藥物，例如非處方藥 (Over-the-Counter, OTC) 和部分維生素，可能會由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以瞭解更多資訊。您也可以撥打 800-977-2273 聯絡 Medi-Cal Rx 客服中心。

- 如需瞭解有關藥物承保決定的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。

- 關於藥物的上訴
  - 申訴是一種請求本計畫更改承保決定的方式。
  - 如需瞭解有關對您藥物提出上訴的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。
- 關於藥物的投訴
  - 您可以對本計畫或任何藥房提出投訴。這包括對您的藥物提出投訴。
  - 如果您的投訴內容是關於您藥物的承保決定，則您可以提出上訴。（請參閱上文部分）
  - 您可以向 Medicare 遞交關於本計畫的投訴。您可以填寫線上表格進行投訴，網址：www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求協助。
  - 如需瞭解有關對您藥物提出投訴的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。
- 您已支付醫療保健或藥物費用的付款
  - 如需瞭解有關如何請求本計畫報銷或支付已收到帳單費用的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 7 章**。
  - 如果您請求本計畫支付帳單，而本計畫拒絕了您的任何部分請求，您可以對本計畫的決定提出上訴。請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。

B. 護理協調員

護理協調員是經過專門訓練的人員，可透過協調護理流程爲您提供協助。您的護理協調員將是您護理團隊中的一員，並且他們將作爲您的主要聯絡人提供服務。在您參保後，護理協調員將致電聯絡您，以完成您的健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA) 和個別化護理計畫 (Individualized Care Plan, ICP)。您的護理協調員將藉助這兩款工具，以幫助識別和確定適合於您的醫療保健需求。您可以透過撥打下方電話號碼聯絡您的護理協調員。

致電	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。此爲免費電話。 服務時間爲每週七 (7) 天，每天上午 8 點至晚上 8 點 本計畫爲不會講英文的人士提供免費口譯服務。
TTY 專線	1.800.735.2929。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。 服務時間爲每週七 (7) 天，每天上午 8 點至晚上 8 點
傳真	1.877.747.4504
致函	ATTN: Medicare Member Service Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
傳送電子郵件	DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org
網站	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

請聯絡您的護理協調員，獲得以下方面的協助：

- 關於醫療保健服務的問題
- 關於獲得行爲健康（心理健康和物質使用障礙）服務的問題
- 關於牙科福利的問題
- 關於前往診療地點的交通問題

- 關於長期服務與支援 (Long-term Services and Supports, LTSS) 的問題，其中包括社區成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) 和護理設施 (Nursing Facilities, NF)
- 安排醫生看診 – 旨在確保您的身心健康
- 瞭解有關社區服務和資源的資訊
- 協調您居家所需的服務和用品
- 提供工具以更好地照顧自己
- 達成您的健康目標

您可能有資格獲得這些服務：

- 社區成人服務 (CBAS)
- 專業護理
- 物理治療
- 職能治療
- 言語治療
- 醫療社會服務
- 居家醫療保健
- 透過您所在縣的社會服務機構獲得的居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)
- 有時您可獲得有關日常醫療保健和生活需求方面的協助

C. 健康保險諮詢與倡導計畫 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

州健康保險援助計畫 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是一項政府計畫，在各州均設有訓練有素的顧問，可爲您提供免費協助與資訊，並解答有關 Medicare 的問題。在加州，SHIP 被稱爲健康保險諮詢與倡導計畫 (HICAP)。HICAP 顧問可解答您的疑問，並協助您瞭解如何處理相關問題。HICAP 在各縣均設有訓練有素的顧問，且服務均免費提供。

HICAP 是一項獨立的州政府計畫（與任何保險公司或健康計畫均無關聯），由聯邦政府提供資金，旨在爲 Medicare 參保者提供免費的當地健康保險諮詢服務。

致電	1.800.434.0222 服務時間爲週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
TTY 專線	TTY:711 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
致函	Medicare Counseling (HICAP) 333 Hegenberger Rd., Suite 850 Oakland, CA 94621
網站	www.lashicap.org

請聯絡 HICAP，尋求以下方面的協助：

- 有關 Medicare 的問題
- HICAP 顧問可爲您解答有關更改新計畫的問題，並幫助您：
  - 瞭解您的權利；
  - 瞭解您的計畫選項；
  - 解答有關變更計畫的問題；
  - 針對您的醫療保健或治療提出投訴；**以及**
  - 協助處理帳單或索賠問題。

D. 護士諮詢專線

護士諮詢專線 (Nurse Advice Line, NAL) 全年無休，每天 24 小時爲您提供免費醫療資訊和建議。您可以撥打護士諮詢專線，以諮詢有關您的健康或醫療保健方面的問題。

致電	1.888.433.1876。此爲免費電話。 服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時 本計畫爲不會講英文的人士提供免費口譯服務。
TTY 專線	TTY:711。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。 服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時

E. 行爲健康危機熱線

如果您感到孤獨、不堪重負、絕望或有自殺念頭，危機服務可爲您提供情感資源。

透過撥打或發送簡訊至 988，即可獲得危機服務，服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時。

如有非緊急情況的緊急行爲健康需求，請撥打下方電話號碼聯絡本計畫的行爲健康團隊。

致電	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。此爲免費電話。 服務時間爲每週七 (7) 天，每天上午 8 點至晚上 8 點 本計畫爲不會講英文的人士提供免費口譯服務。
TTY 專線	1.800.735.2929。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。 服務時間爲每週七 (7) 天，每天上午 8 點至晚上 8 點

請聯絡行爲健康危機熱線，尋求以下方面的協助：

- 有關行爲健康和物質濫用服務的問題
- 如需諮詢您所在縣的專科心理健康服務的問題，請參閱 **K 部分**。

F. 品質改善組織 (QIO)

本州設有一個名爲「Commence Health」的組織。該組織由醫生及其他醫療保健專業人員組成，旨在幫助改善 Medicare 參保者獲得的護理品質。Commence Health 是一個獨立組織。該組織與本計畫無任何關聯。

致電	1.877.588.1123
TTY 專線	TTY:711 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
致函	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
網站	www.commencehealthqio.cms.gov

請聯絡 Commence Health，尋求以下方面的協助：

- 有關您醫療保健權利的問題
- 如果您出現以下情況，可對您獲得的護理提出投訴：
  - 對護理品質存在疑問，例如錯用藥物、接受不必要的檢查或程序，或者誤診；
  - 認爲您的住院服務過早終止；**或者**
  - 認爲您的居家醫療保健、專業護理機構提供的護理或綜合門診康復設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務過早終止。

G. Medicare

Medicare 是一項聯邦政府健康保險計畫，服務對象爲年滿 65 歲以上的年長者、部分未滿 65 歲的殘障人士，以及終末期腎病（需接受透析或腎臟移植的永久性腎功能衰竭）患者。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 是負責管理 Medicare 的聯邦機構。該機構與包括本計畫在內的 Medicare Advantage 組織簽約。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此爲免費電話，服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時
TTY 專線	1-877-486-2048。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
實時聊天	造訪 www.Medicare.gov/talk-to-someone 進行實時聊天
致函	寫信給 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	www.medicare.gov • 獲取有關您所在地區的 Medicare 健康和藥物計畫的資訊，包括費用及提供的服務。 • 尋找參與 Medicare 的醫生或其他醫療保健服務提供者及供應商。 • 瞭解 Medicare 的承保範圍，包括預防性服務（如篩查、注射或接種疫苗，以及年度的「健康」就診）。 • 獲取 Medicare 上訴資訊和表格。 • 獲取由計畫、護理設施、醫院、醫生、居家健康機構、透析設施、安寧護理中心、住院康復設施以及長期護理醫院提供的護理品質相關資訊。 • 查找實用網站和電話號碼。 如需向 Medicare 提交投訴，請造訪 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 十分重視您的投訴，並將利用此類資訊來協助改善 Medicare 計畫的服務品質。

H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計畫。該計畫是一項公共健康保險計畫，旨在爲低收入人士提供所需的醫療保健服務，服務對象包括育有子女的家庭、年長者、殘障人士、寄養兒童和青少年以及孕婦。Medi-Cal 由州和聯邦政府提供資金。

Medi-Cal 福利包括醫療服務、牙科服務、行爲健康服務以及長期服務與支援。

您已參保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您對您的 Medi-Cal 福利有疑問，請致電您的計畫護理協調員。如果您對 Medi-Cal 計畫參保有疑問，請致電 Health Care Options。

致電	1-800-430-4263 服務時間爲週一至週五，上午 8 點至下午 6 點
TTY 專線	1-800-430-7077 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal 管理式醫療與心理健康專員服務辦公室

專員辦公室站在中立角度協助解決問題，以確保本計畫的會員獲得所有具有醫療必要性的承保服務。他們將會傾聽並回答您的問題、分析您的情況、解釋政策與程序、提供資訊、建議與選項，並推薦相應的轉介服務。其職責是協助制定用於解決醫療保健獲取問題的公平方案。該辦公室與本計畫或任何保險公司或健康保險計畫均無關聯。服務均爲免費提供。

致電	1-888-452-8609 服務時間爲週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
TTY 專線	1-800-430-7077 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
傳送電子郵件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. 縣社會服務機構

如果您在居家支援服務 (IHSS)、物質濫用福利或 Medi-Cal 資格方面需要協助，請聯絡您當地的縣社會服務機構。

請聯絡您所在縣的社會服務機構申請居家支援服務，這將有助於支付向您提供的服務費用，從而讓您可以安全地居家生活。提供的服務類型可能包括協助準備餐食、沐浴、穿衣、洗衣、購物或交通接送。

請聯絡您所在縣的社會服務機構，以諮詢有關 Medi-Cal 資格的任何問題。

致電	1.800.698.1118。此爲免費電話。 服務時間爲週一至週五，上午 8 點 30 分至下午 5 點
致函	Alameda County Social Services Agency (Medi-Cal Center) 6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605
網站	https://socialservices.alamedacountyca.gov/contact-us/offices/Eastmont-Town-Center

K. 縣行爲健康服務機構

如果您符合獲得 Medi-Cal 專科心理健康服務和物質使用障礙服務的標準，則可透過所在縣獲得相關服務。

致電	1.800.491.9099。此爲免費電話。 服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時 本計畫爲不會講英文的人士提供免費口譯服務。
TTY 專線	1.800.533.5018。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。 服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時。

請聯絡縣行爲健康機構，尋求以下方面的協助：

- 關於由所在縣提供的專科心理健康服務的問題
- 關於由所在縣提供的物質使用障礙服務的問題
- 關於由所在縣提供的住院精神科服務的問題
- 關於所在縣針對持續性的嚴重心理健康狀況而提供的支援服務的問題
- 關於由所在縣提供的司法相關服務的問題
- 關於所在縣針對寄養兒童和青少年而提供的過渡期青少年服務及其他服務的問題

L. 加州管理式醫療保健部

加州管理式醫療保健部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 負責監管健康保險計畫。DMHC 協助中心可協助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴與投訴。

致電	1-888-466-2219 DMHC 代表的服務時間爲週一至週五，上午 8 點至下午 6 點。
TDD 專線	1-877-688-9891 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
致函	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	www.dmhc.ca.gov

M. 健康消費者聯盟 (Health Consumer Alliance, HCA)

健康消費者聯盟 (HCA) 是一個全州性合作機構，旨在免費提供線上、電話或面對面法律援助，幫助加州居民盡力獲得或維持健康保險，並解決健康保險計畫相關問題。如需瞭解有關 HCA 的更多資訊或尋求可能的協助，請撥打 1-888-804-3536 或造訪 www.healthconsumer.org/

N. 協助個人支付藥物費用的計畫

Medicare 網站 (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有關如何降低藥物費用的資訊。對於收入有限的個人，另設有其他計畫可提供協助，如下所述。

N1. Medicare「Extra Help」

由於您符合 Medi-Cal 資格，因此您有資格獲得 Medicare「Extra Help」，以支付您的藥物計畫費用。您無需採取任何行動即可獲得此項「Extra Help」。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此爲免費電話，服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時
TTY 專線	1-877-486-2048。此爲免費電話。 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
網站	www.medicare.gov

N2. 愛滋病藥物援助計畫 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

愛滋病藥物援助計畫 (ADAP) 幫助符合 ADAP 資格的愛滋病病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/愛滋病 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 患者獲得挽救生命的 HIV 藥物。同時列於 ADAP 處方集的 Medicare D 部分藥物，有資格透過加州公共衛生部 AIDS 辦公室獲得處方藥費用分攤協助。請注意：如要獲得所在州的 ADAP 資格，申請人必須滿足特定標準，包括提供所在州居住證明和 HIV 感染狀況證明、低收入證明（根據州規定），以及未參保/保額不足狀況證明。如果您更改了計畫，請通知您當地的 ADAP 參保工作者，以便您可以繼續獲得援助，瞭解有關資格標準、承保藥物或如何參保計畫的資訊，請撥打 1.844.421.7050 或造訪 ADAP 網站查詢，網址：https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx。

O. 社會安全局

社會安全局負責確定 Medicare 資格並處理 Medicare 參保事宜。

如果您搬家或更改郵寄地址，請務必聯絡社會安全局告知情況。

致電	1-800-772-1213 此爲免費電話。 服務時間爲週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可以使用該部門自動電話服務來獲取記錄資訊，並辦理部分可於全天候提供的業務。
TTY 專線	1-800-325-0778 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
網站	www.ssa.gov

P. 鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB)

鐵路退休委員會 (RRB) 是一個獨立的聯邦機構，負責爲全國鐵路職工及其家人管理綜合福利計畫。如果您透過 RRB 享有 Medicare，請告知該機構您是否搬家或更改郵寄地址。如需諮詢有關您從 RRB 處所獲福利的問題，請聯絡該機構。

致電	1-877-772-5772 此爲免費電話。 請於週一、週二、週四和週五上午 9 點至下午 3 點 30 分，或者週三上午 9 點至中午 12 點按一下「0」鍵，即可與 RRB 代表進行交談。 按一下「1」鍵即可接入 RRB 自助熱線，並且可以全天候獲取記錄資訊，包括週末和節假日。
TTY 專線	1-312-751-4701 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。 此電話並非免費提供。
網站	www.rrb.gov

Q. Medicare Medi-Cal 專員計畫

Medicare Medi-Cal 專員計畫旨在爲難以獲取或維持健康保險的人士提供免費援助，並協助解決其健康保險計畫問題。

如果您在以下方面遇到問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康保險計畫
- 獲取醫療服務
- 針對被拒服務、藥物、耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)、心理健康服務等提出上訴。
- 醫療帳單
- IHSS（居家支援服務）

Medicare Medi-Cal 專員計畫可協助處理投訴、上訴和聽證會事宜。專員計畫的電話號碼爲 1-855-501-3077。

R. Medi-Cal Dental

部分牙科服務可透過 Medi-Cal Dental 獲取，包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光檢查、洗牙、密封劑及氟化物治療；
- 牙齒修復及牙冠鑲配；
- 根管治療；且
- 局部及全口義齒、牙齒調整、修復及重襯

牙科福利可透過 Medi-Cal Dental 按服務收費 (Fee-for-Service, FFS) 提供。

致電	1-800-322-6384 此爲免費電話。 Medi-Cal Dental FFS 代表可於週一至週五上午 8 點至下午 5 點爲您提供協助。
TTY 專線	1-800-735-2922 此電話號碼適用於聽障或語障人士。您必須配備特殊電話設備才能撥通此電話號碼。
網站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

第3章：透過本計畫的承保福利獲取醫療保健服務及其他承保服務

引言

本章詳細說明了您在使用本計畫獲取醫療保健及其他承保服務時需瞭解的具體條款和規定。本章還介紹以下內容：您的護理協調員、如何從各類醫療服務提供者處獲取醫護服務、在特定特殊情形下（包括從網絡外醫療服務提供者或藥房處）獲取醫護服務的流程、您被直接收取承保服務費用時應如何處理，以及關於耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 所有權的相關規定。關鍵術語及其定義按字母順序列於本《會員手冊》末章。

目錄

A. 服務及服務提供者的相關資訊 49

B. 獲取本計畫承保服務的相關規則 49

C. 您的護理協調員 51

C1. 什麼是護理協調員 51

C2. 如何與您的照護協調員聯絡 51

C3. 如何更換護理協調員 51

D. 服務提供者的護理 51

D1. 主要醫療保健服務提供者 (PCP) 的護理 51

D2. 專科醫師和其他網絡內服務提供者的護理 54

D3. 當服務提供者退出本計畫時 55

D4. 網絡外服務提供者 56

E. 長期服務與支援 (LTSS) 57

F. 行爲健康（心理健康和物質使用障礙）服務 57

F1. 在本計畫之外提供的 Medi-Cal 行爲健康服務 57

G. 交通服務 60

G1. 非緊急醫療交通運輸服務 60
G2. 非醫療交通 61
H. 醫療緊急情況、急需就醫或災難下的承保服務 62
H1. 醫療緊急情況下的護理 62
H2. 緊急護理 64
H3. 災難期間的護理 65
I. 如果您直接收到承保服務帳單，該怎麼辦 65
I1. 如果本計畫不承保某項服務，該怎麼辦 65
J. 臨床研究中的醫療保健服務承保範圍 66
J1. 臨床研究的定義 66
J2. 參加臨床研究時的服務費用支付 66
J3. 臨床研究的更多相關資訊 67
K. 宗教性非醫療保健機構中的醫療保健服務承保範圍 67
K1. 宗教性非醫療保健機構的定義 67
K2. 宗教性非醫療保健機構的護理 67
L. 耐用醫療設備 (DME) 68
L1. 作爲本計畫會員享有的 DME 權益 68
L2. 如果您轉換至 Original Medicare，DME 的所有權歸屬 68
L3. 作爲本計畫會員享有的氧氣設備福利 69
L4. 當您轉換至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 計畫時的氧氣設備問題 69

A. 服務及服務提供者的相關資訊

服務指醫療保健服務、長期服務與支援 (Long-Term Services and Supports, LTSS)、用品、行爲健康服務、處方藥與市售藥品、設備，以及其他服務。**承保服務**是指本計畫給付的任何此類服務。受承保的醫療保健服務、行爲健康服務和 LTSS 列於本《會員手冊》**第 4 章**。受承保的處方藥和市售藥品列於本《會員手冊》**第 5 章**。

服務提供者是指爲您提供服務與照護，且持有州政府核發的執業執照的醫師、護士及其他專業人員。服務提供者還包括醫院、居家保健機構、診所，以及其他爲您提供醫療保健服務、行爲健康服務、醫療設備與特定 LTSS 的場所。

網絡內服務提供者是指與本計畫合作的醫療服務提供者。這些服務提供者同意接受我們的付款作爲全額費用。我們安排這些服務提供者爲您提供承保服務。網絡內服務提供者針對爲您提供的醫療服務直接向我們請款。當您使用網絡內服務提供者時，對於承保服務，您通常無需支付任何費用。

B. 獲取本計畫承保服務的相關規則

本計畫承保所有受 Medicare 承保的服務，以及大多數 Medi-Cal 服務。其中包括特定行爲健康服務和 LTSS。

只要您遵守本計畫的相關規定，對於您所接受的醫療服務、行爲健康服務及多數 LTSS，本計畫通常將支付費用。若要符合本計畫的承保資格，需滿足以下條件：

- 您接受的護理服務必須載列於本《會員手冊》**第 4 章**的醫療福利表中。
- 該護理服務必須**具醫療必要性**。所謂「醫療必要性」，指的是爲診斷及治療疾病而提供的合理且必要的服務。醫療必要護理旨在防止個人患嚴重疾病或成爲殘障人士，並透過治療疾病、病症或傷勢來減輕劇烈疼痛。
- 對於醫療服務，必須由網絡內**主要醫療保健服務提供者 (Primary Care Provider, PCP)** 負責提供並監督護理。身爲本計畫會員，您必須選擇網絡內服務提供者作爲您的 PCP（請參閱 D1 節，以瞭解更多資訊）。
    - 在大多數情況下，您必須先獲得網絡內 PCP 或本計畫的批准，之後才能使用非 PCP 服務提供者，或使用本計畫網絡內的其他服務提供者。該流程稱爲**轉介**。如果您未獲得批准，我們可能不會承保相關服務。
    - 本計畫的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇 PCP 時，則意味著您同時也選定了其隸屬的醫療團體。這表示您的 PCP 會將您轉介至同屬該

醫療團體的專科醫師及醫療服務設施。醫療團體是由主要醫療保健服務提供者 (PCP) 和專科醫師組成的協會，旨在爲您提供協調式醫療保健服務。

- 您無需經由 PCP 轉介，即可獲取急診護理或緊急護理、在婦女保健服務提供者處就診，或使用 **D1 節**所列的其他任何服務。

- **您必須從網絡內服務提供者處獲取護理**（如需更多資訊，請參閱本章 **D 節**）。對於在未與本健康保險計畫建立合作關係的服務提供者處獲得的護理，我們通常不會承保相關費用。這表示您不得不向該服務提供者支付全額服務費用。以下是此規則不適用的幾種例外情形：

  - 如果您需要從網絡外服務提供者處獲取急診護理或緊急護理（如需更多資訊，請參閱 **H 節**）。

  - 如果您需要獲取本計畫承保的護理服務，而我們的網絡內服務提供者無法提供此護理，您可以從網絡外服務提供者處獲得該服務。您需要事先向本計畫申請並取得授權，方可獲得該護理。在這種情況下，我們將以網絡內服務提供者的同等標準承保該護理服務或免費爲您提供服務。如需瞭解獲批准使用網絡外服務提供者的相關資訊，請參閱 **D4 節**。

  - 若您暫離本計畫的服務區域，或者您的服務提供者暫時無法接診或您無法與其聯絡時需要腎透析服務，您可以從網絡外服務提供者處獲得護理服務。

  - 當您是本計畫的新會員，您可申請繼續使用當前的服務提供者。在某些例外情況下，若經查證您與該服務提供者已存在既有的就醫關係，本計畫必須批准您的申請。請參閱本《會員手冊》**第 1 章**。如果我們批准您的申請，您可繼續在當前的服務提供者處獲取醫療服務，最長可達 12 個月。在此期間，您的護理協調員將與您聯絡，以協助您尋找網絡內服務提供者。12 個月後，若您仍繼續使用網絡外服務提供者，本計畫將不再承保您的護理服務。

其他健康保險：當您可透過自身主要健康保險獲取相同服務時，必須先使用所有其他健康保險，再使用 Medi-Cal，因爲 Medi-Cal 是最後付款人。這意味著在大多數情況下，Medi-Cal 將作爲 Medicare 的次要付款人，承擔 Medicare 或其他健康保險未支付的許可收費，最高不超過 Medi-Cal 費率。

Alameda Alliance Wellness 新會員須知：在大多數情況下，您申請入保 Alameda Alliance Wellness 後，將於次月 1 日正式加入該計畫，並開始享有 Medicare 福利。您仍可透過先前的
Medi-Cal 健康保險計畫享有最多兩個月的 Medi-Cal 服務。此後，您的 Medi-Cal 服務將轉由 Alameda Alliance Wellness 提供。您的 Medi-Cal 保險將不會出現中斷。如果您有任何問題，請撥打頁面底部的電話號碼。

C. 您的護理協調員

C1. 什麼是護理協調員

護理協調員是跨科護理團隊中的一員，負責瞭解您的個人狀況及健康需求。您的護理協調員與您、您的醫師、照護者及其他參與您的醫療保健的人員組成團隊，並協同完成以下工作：

- 評估您的醫療保健需求
- 與您和您的護理團隊一起規劃護理方案
- 制定以您的需求及選擇爲核心的個性化護理計畫
- 協調您的護理
- 與您和您的醫師交談
- 追蹤您的健康狀況，並在必要時調整護理

C2. 如何與您的照護協調員聯絡

如需與護理協調員交談，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。

C3. 如何更換護理協調員

若要更換護理協調員，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。

D. 服務提供者的護理

D1. 主要醫療保健服務提供者 (PCP) 的護理

您必須選擇一名 PCP，由其爲您提供並管理醫療護理。本計畫有部分 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇自己的 PCP，您同時也選擇了其隸屬的醫療團體。

PCP 的定義及其爲您提供的服務

您的 PCP 是指符合州政府規定並受過專業培訓，可爲您提供基本醫療護理的醫師。

PCP 可以是：

- 診所
- 家庭醫師

- 聯邦合格醫療中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC)全科醫師
- 印第安醫療保健服務提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP)
- 內科醫師
- 執業護士
- 婦產科醫師 (Obstetrician-Gynaecologist, OB/GYN)
- 醫師助理

醫療團體或獨立醫師協會 (Independent Physician Association, IPA) 是由協同合作的醫師組成的網絡或團體，也稱爲服務提供者團體。

您的主要醫療保健服務提供者 (PCP) 會將您轉介至與其所屬醫療團體、IPA 或與 Alameda Alliance Wellness 有關聯的專科醫師及服務設施。如果您目前已在某位專科醫師處就診，請與您的 PCP 溝通，或撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。如果您符合連續護理的資格，會員服務部將協助您繼續在該服務提供者處就診。聯邦合格醫療中心 (FQHC) 是設立於醫療資源不足地區的健康中心。您可透過 FQHC 獲取基本護理和預防性保健，也可選擇將 FQHC 作爲您的 PCP。

對於某些類型的護理，您的 PCP 需要在您獲得該護理之前先徵求 Alameda Alliance Wellness 的許可。此流程稱爲徵求預先批准或事先授權。這表示本計畫必須確認該護理具醫療必要性（即確實需要護理服務）。

選擇 PCP

如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請先確認該醫師或醫院是否隸屬於您的 PCP 所屬的醫療團體。您可查閱《服務提供者和藥房名錄》，在網站 www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor 搜尋您心儀的 PCP，或者與會員服務部聯絡，以確認您心儀的 PCP 是否可將您轉介至該名專科醫師，或是否與該醫院有合作關係。

更換 PCP 的選項

您可隨時因故更換 PCP。您的 PCP 也有可能退出本計畫的網絡。如果您的 PCP 退出本計畫網絡，我們可協助您尋找新的網絡內 PCP。

您最清楚您的醫療保健需求，因此最好由您自己選擇 PCP。最好能持續使用同一名 PCP，以便其瞭解您的醫療保健需求。然而，如有需求，您隨時可以更換新的 PCP。您必須選擇加入 Alameda Alliance Wellness 服務提供者網絡且目前接收新患者的 PCP。您提出變更申請後，新選擇的 PCP 將於次月第一天起正式成爲您的醫療服務提供者。如要更換 PCP，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與 Alameda Alliance Wellness 會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。您也可以登入 Alliance 會員入口網站帳戶，在線上申請更換您的 PCP，網址：www.alamedaalliance.org/alliancewellness。

如果您選擇的 PCP 不再接收新患者、已退出 Alameda Alliance Wellness 網絡、不向您所在年齡段的人群提供醫療服務，或者該 PCP 存在尚未解決的品質問題，Alameda Alliance Wellness 可更換您的 PCP。如果您與您的 PCP 相處不順或意見不合，或者如果您多次錯過就診時間或就診時遲到，Alameda Alliance Wellness 或您的 PCP 也可能會要求您更換新的 PCP。如果 Alameda Alliance Wellness 需要更換您的 PCP，我們會發出書面通知。如果您的 PCP 發生變動，您會收到一封郵件，其中含有信函和新的 Alliance 會員識別 (Identification, ID) 卡。卡上將會有新 PCP 的姓名或名稱。選擇 PCP 時需要考慮的一些事項：

- PCP 是否在我心儀的診所提供服務？
- PCP 是否接收新患者？
- 醫師或工作人員是否可用我說的語言與我交談？
- PCP 的看診時間是否符合我的日程安排？
- PCP 是否提供我需要的服務？
- PCP 是否與我喜歡的醫院合作？
- PCP 是否與我就診的專科醫師合作？
- PCP 的診所是否離我家、工作地址或子女的學校很近？
- PCP 的診所是否在我住的地方附近，以及我是否方便前往 PCP 的診所？

本計畫有一些可能隸屬於醫療團體的 PCP。如果您更換 PCP，意味著您也是在更換醫療團體。當您申請更換 PCP 時，如果您正使用專科醫師或獲取其他需經 PCP 批准的承保服務，請告知會員服務部。在您更換 PCP 的過程中，會員服務部將協助您持續獲得專科醫護及其他服務。

您可在未經 PCP 批准的情況下獲得的服務

在大多數情況下，您需要先獲得 PCP 或本計畫的批准，才能在其他服務提供者處獲取服務。此項批准稱爲**轉介**。在未經 PCP 或本計畫事先批准的情況下，您可獲得下列服務：

- 由網絡內或網絡外服務提供者提供的急診服務
- 當您暫時離開本計畫的服務區域，或因時間、地點或實際情況等因素導致您難以向網絡內服務提供者尋求此服務時，需要即時醫療處置（但並非急診）的緊急必要承保服務。需要緊急必要服務的範例情形包括突發性疾病、傷勢，或既有病症的意外急性發作。即使您身處本計畫的服務區域之外或本計畫網絡暫時不可用，醫療上必要的常規就診（例如年度體檢）也不被視爲緊急必要服務。

- 當您身處本計畫服務區域外時，在 Medicare 認證的透析設施接受的腎透析服務。如果您在離開服務區域之前致電聯絡會員服務部，我們可協助您在外出期間順利接受腎透析服務。
- 只要您是在網絡內服務提供者處完成流感疫苗和 COVID-19 疫苗接種。
- 例行婦女保健和計劃生育服務。其中包括乳房檢查、乳房 X 光檢查（乳房 X 光透視）、抹片檢查和盆腔檢查，但前提是您需從網絡內服務提供者處獲得這些服務。
- 預防性服務與篩檢服務，例如：
  - 腹主動脈瘤篩檢
  - 骨密度檢測
  - 心血管疾病篩檢
  - 子宮頸癌與陰道癌篩檢

此外，如果您是美洲印第安裔會員，您無需網絡內 PCP 轉介或事先授權，即可從您所選的印第安醫療保健提供者處獲得承保服務。

D2. 專科醫師和其他網絡內服務提供者的護理

專科醫師是針對特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫師。專科醫師有很多種，例如：

- 爲癌症患者提供醫護服務的腫瘤科醫師。
- 爲心臟病患者提供醫護服務的心臟科醫師。
- 爲骨骼、關節或肌肉疾病患者提供醫護服務的骨科手術醫師。

當爲了維護良好健康狀況而在醫學層面有必要進行轉介時，您的 PCP 可爲您開具轉介單，讓您在網絡內專科醫師或特定其他服務提供者處看診。您的 PCP 可能會給您一份表單，讓您帶到專科醫師處。專科醫師會填寫該表單並發送給您的 PCP。只要專科醫師認爲您需要接受治療，其便會爲您提供治療。

如果您有需要長期接受特殊醫療護理的健康問題，您可能需要長期轉介。取得長期轉介表示您可以在同一位專科醫師處就診超過一次，而無需每次都經由轉介。

對於某些類型的護理，您的 PCP 或專科醫師需要在您接受護理之前先徵求 Alameda Alliance Wellness 的許可。此流程稱爲徵求預先批准或事先授權。這表示本計畫必須確認該護理具醫療必要性（即確實需要護理服務）。

在尋求網絡外醫療護理之前，您必須獲得 Alameda Alliance Wellness 的事先授權。您的 PCP 負責提交網絡外服務的事先授權請求。

醫師、護士和藥劑師等臨床或醫療人員將審核預先批准（事先授權）請求。Alameda Alliance Wellness 不會以任何方式影響審議人拒絕或批准承保或服務的決定。

如需瞭解哪些服務需事先授權，請參閱**第 4 章 D 節**中的福利一覽表。

D3. 當服務提供者退出本計畫時

您使用的網絡內服務提供者可能會退出本計畫。如果您的任一服務提供者退出本計畫，您將享有下文匯總的權利和保障：

- 即使我們的服務提供者網絡在年度內發生變動，我們也必須爲您提供不間斷的合格服務提供者就診管道。
- 我們將通知您有關服務提供者退出本計畫的事宜，以便您有充足時間選擇新的服務提供者。
    - 如果您的主要保健或行爲健康服務提供者退出本計畫，只要您過去三年內曾在該服務提供者處就診，我們即會向您發送相關通知。
    - 如果您的任何其他服務提供者退出本計畫，且您曾獲分配至該服務提供者、目前正接受其照護，或者在過去三個月內曾在該服務提供者處就診，我們會向您發送相關通知。
- 我們會協助您選擇新的合格網絡內服務提供者，以持續管理您的醫療保健需求。
- 如果您目前正透過當前服務提供者接受醫學治療或療法，您有權要求繼續從我們網絡內其他服務提供者處獲得具醫學必要性的治療或療法。我們會與您協作，確保您能持續獲得護理。
- 我們將向您提供有關可用投保期及您可能擁有的計畫變更選項等資訊。
- 若我們無法找到您實際可使用的合格網絡內專科醫師，當網絡內服務提供者或福利不可用或無法充分滿足您的醫療需求時，我們必須安排網絡外專科醫師爲您提供護理。從網絡外服務提供者處獲得護理需要獲得事先授權。
- 如果您發現您的某位服務提供者即將退出本計畫，請與我們聯絡。我們可協助您選擇新的服務提供者，以管理您的護理事宜。
- 若您認爲我們未安排合格服務提供者替代您之前的服務提供者，或認爲我們未能妥善管理您的護理，您有權向品質改進組織 (Quality Improvement

Organization, QIO) 提出護理品質投訴、護理品質申訴，或同時提出投訴和申訴。（如需瞭解更多資訊，請參閱**第 9 章**）

D4. 網絡外服務提供者

網絡外服務提供者是指沒有與 Alameda Alliance Wellness 簽訂合作協議的醫療服務提供者。您有權從網絡外服務提供者處獲得急診服務或緊急必要服務。您可能不得不向服務區域內的網絡外服務提供者支付所獲護理服務的費用，急診護理、家庭護理、敏感性護理以及經 Alameda Alliance Wellness 預先批准的護理除外。如果您需要具醫療必要性的醫療保健服務，但在網絡內無法獲得，只要此類服務獲得預先批准，您或許可以免費從網絡外服務提供者處獲得這些服務。如果您所需的服務在網絡內無法獲得或該服務地點離您家很遠，Alameda Alliance Wellness 可能會批准轉介至網絡外服務提供者。如果我們將您轉介至網絡外服務提供者，我們將支付您的醫療服務費用。 對於 Alameda Alliance Wellness 服務區域內的緊急醫療服務，您無需預先批准（事先授權），即可在網絡內服務提供者處獲取該服務。您需要獲得預先批准（事先授權），才能在 Alameda Alliance Wellness 服務區域內接受網絡外服務提供者的緊急醫療服務。此外，患末期腎病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 的會員若暫時離開 Alameda Alliance Wellness 服務區域，或者如果原本的服務提供者暫時無法接診或無法聯繫，且會員無法從與本計畫簽有合約的 ESRD 服務提供者處獲得護理，本計畫將爲該會員承保透析服務。

如果您在 Alameda Alliance Wellness 的服務區域外，且您需要不屬於急診護理或緊急護理的醫療服務，請立即打電話與您的 PCP 聯絡。如需急診護理，請撥打 911 或前往最近的急診室。如需瞭解更多詳細資訊，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。

如果您需要的醫療護理是 Medicare 和/或 Medi-Cal 規定本計畫必須承保的項目，且網絡內服務提供者無法提供，您可透過網絡外服務提供者獲取該服務。您的 PCP 負責提交網絡外服務的事先授權請求。除非您接受的是急診或緊急必要服務，否則您必須先向本計畫或您的 PCP 所屬的醫療團體取得授權，才能在網絡外服務提供者處獲取此類護理服務。在這種情況下，您需支付的費用與在網絡內服務提供者處獲得該醫療護理服務時的費用相同。

如果您使用網絡外服務提供者，則該提供者必須接受 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我們無法向不符合 Medicare 和/或 Medi-Cal 參與資格的服務提供者支付費用。
- 如果您使用不符合 Medicare 參與資格的服務提供者，則必須自行全額負擔相關服務費用。
- 服務提供者必須告知您其是否符合 Medicare 的參與資格。

E. 長期服務與支援 (LTSS)

LTSS 可協助您安全居家，避免住院或入住專業護理服務設施。您可以透過本計畫獲得特定 LTSS，包括專業護理服務設施照護、社區成人服務 (Community Based Adult Service, CBAS) 和社區支援。還有一類 LTSS，即居家支援服務計畫，您可在當地縣社會服務機構申請加入該計畫。LTSS 包括社區成人服務 (CBAS)、居家支援服務 (IHSS)、多用途長者服務計畫 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)，以及長期護理/看護。如果您符合任何一項 LTSS 計畫（包括 IHSS）標準，您的護理協調員可協助您提出申請，以確保您在家中獲得所需護理及支援。

F. 行爲健康（心理健康和物質使用障礙）服務

您有權獲得 Medicare 與 Medi-Cal 承保的具醫療必要性的行爲健康服務。我們提供 Medicare 及 Medi-Cal 管理式醫療承保的行爲健康服務。本計畫不提供 Medi-Cal 專業心理健康或縣級物質使用障礙服務，但您可以透過 Alameda 縣行爲健康護理服務局 (Alameda County Behavioral Health Care Services, ACBHCS) 全系統急性危機照顧與評估服務 (Acute Crisis Care and Evaluation for Systemwide Services, ACCESS) 計畫獲取這些服務。

F1. 在本計畫之外提供的 Medi-Cal 行爲健康服務

如果您符合獲得專業心理健康服務的資格標準，則可透過縣心理健康計畫 (Mental Health Plan, MHP) 獲得 Medi-Cal 專業心理健康服務。Alameda 縣行爲健康護理服務局 (ACBHCS) ACCESS 計畫提供的 Medi-Cal 專業心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務
- 日間治療強化服務
- 日間復健
- 危機介入服務
- 危機穩定服務
- 成人住院治療服務
- 院舍型危機治療服務
- 精神健康設施服務
- 精神科住院患者服務

- 有針對性的個案管理
- 司法涉案人員重返社會服務
- 積極社區治療 (Assertive Community Treatment, ACT)
- 司法積極社區治療 (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- 針對首次發作精神病 (First Episode Psychosis, FEP) 的協調專科照護 (Coordinated Specialty Care, CSC)
- 共建式心理健康復原服務
- 增強型社區衛生工作者 (Community Health Worker, CHW) 服務
- 支援性就業
- 同儕支援服務
- 社區爲本的流動危機介入服務
- 治療性的行爲服務
- 治療性寄養
- 重症監護協調
- 強化家庭服務

Alameda 縣行爲健康護理服務局 (ACBHCS) ACCESS 計畫提供的 Drug Medi-Cal (DMC) 服務包括：

- 強化門診治療服務
- 圍產期物質使用障礙住院治療
- 門診治療服務
- 麻醉治療計畫
- 成癮治療藥物（也稱爲藥物輔助治療）
- 社區爲本的流動危機介入服務

如果您符合這些服務的資格標準，則可透過 Alameda 縣行爲健康護理服務局 (ACBHCS)ACCESS 計畫獲取 Drug Medi-Cal 整合式醫療服務系統 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) 的服務。DMC-ODS 服務包括：

- 門診治療服務
- 強化門診治療服務
- 部分住院服務
- 成癮治療藥物（也稱爲藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉治療計畫
- 復原服務
- 護理協調
- 社區爲本的流動危機介入服務
- 早期干預服務（針對 21 歲以下的會員）
- 早期定期篩查、診斷及治療（針對 21 歲以下的會員）
- 住院治療服務

除了上述服務外，如果您符合標準，您還可以獲得自願住院戒毒服務。

您可參閱 Alameda Alliance Wellness 的《服務提供者名錄》，網址爲 www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor，或者撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡，以獲取心理健康及物質使用障礙服務。

您可撥打 988 或查閱我們的網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 上列出的資源，以獲取每週 7 天每天 24 小時提供的危機資源。您無需與本計畫聯絡，即可隨時獲取危機服務。無需事先授權。

Alameda Alliance Wellness 提供護理協調服務，以協助您獲取行爲健康護理。您可致電聯絡會員服務部（1.888.88A.DSNP 或 1.888.882.3767），以請求協助您尋找行爲健康服務提供者。

行爲健康服務不需要 PCP 轉介，且採用「單一窗口」服務獲取方式，設有多個進入點。

當您同時使用 Alameda Alliance Wellness 與縣級服務時，Alameda Alliance Wellness 將協調您的護理和福利。對於某些類型的資訊，您可能需要同意披露資訊，以便 Alameda Alliance Wellness 與縣級機構之間共享。

當一項服務對於保護生命、預防重大疾病或重大殘疾、或減輕劇烈疼痛是合理且必要時，該服務即爲「醫療上必要」或「具醫療必要性」。

G. 交通服務

G1. 非緊急醫療交通運輸服務

如果您有醫療需求但無法自行搭乘汽車、公車或計程車前往約診地點，您有權獲得非緊急醫療交通運輸 (Non-emergency Medical Transportation, NEMT) 服務。我們可針對醫療、牙科、心理健康、物質使用和藥房預約取藥等所有 Medi-Cal 承保服務提供 NEMT 服務。如需 NEMT 服務，您可與您的 PCP 或其他服務提供者溝通並提出申請。您的 PCP 或其他服務提供者會根據您的需求判斷最合適的運輸方式。如果您確實有非緊急醫療交通運輸服務需求，他們會填寫表格並提交至 Alameda Alliance Wellness 進行審批，以此開具交通需求證明。根據您的醫療需求，此項批准的有效期可長達一年。您的 PCP 或其他服務提供者將每 12 個月重新評估您對非緊急醫療交通運輸服務的需求，以辦理續批手續。

NEMT 服務包括救護車、擔架車、輪椅箱型車或航空運輸。當您需要乘車前往約診地點時，Alameda Alliance Wellness 會根據您的醫療需求，選擇費用最低的承保運輸方式和最適合的 NEMT 工具。例如，若您的身體或醫療狀況允許搭乘輪椅廂型車，Alameda Alliance Wellness 將不會承保救護車的費用。只有在您的醫療狀況不允許進行任何形式的地面運輸時，您才有權使用航空運輸。

若要使用 NEMT 服務，必須滿足以下條件：

- 經您的 PCP 或其他服務提供者出具書面授權，認定您因身體或醫療原因無法搭乘公車、計程車、汽車或廂型車前往約診地點，確實需要該服務。
- 因身體或精神障礙，在往返住所、車輛所在位置或治療地點時需要駕駛員協助。

若您的醫師已針對非緊急**常規就診**開具醫療運輸需求證明，且您申請獲取該運輸服務，請在就診日期前至少三 (3) 個工作日（週一至週五）撥打 1.866.791.4158 與 Alliance 運輸服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。如需**緊急約診**，請儘快撥打電話。打電話時請準備好您的會員 ID 卡。如需瞭解更多資訊，您也可以致電諮詢。

醫療交通運輸限制

Alameda Alliance Wellness 承保提供符合您醫療需求的最低成本醫療交通運輸服務，將您從住所送到距離最近的可約診服務提供者處。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保醫療交通運輸服務，則不會提供該服務。如果某類約診由 Medi-Cal 承保，但並非透過健康保險計畫進行承保，Alameda Alliance Wellness 將協助您安排交通運輸服務。承保服務清單載於本《會員手冊》**第 4 章**。除非事先獲得授權，否則在 Alameda Wellness 網絡或服務範圍之外的運輸服務不獲承保。

G2. 非醫療交通

非醫療交通 (Non-medical Transportation, NMT) 福利包括往返約診地點以獲取您的服務提供者所授權的醫療服務。在以下情況，您可以免費搭車：

- 往返約診地點以獲取您的服務提供者所授權的醫療服務，
  或者
- 領取處方藥和醫療用品。

Alameda Alliance Wellness 允許您搭乘汽車、計程車、公車或其他公共/私人交通工具，前往約診地點獲取服務提供者授權的醫療服務。Alameda Alliance Wellness 透過 Modivcare 安排 NMT 服務。我們將承保能滿足您需求的最低成本的 NMT 服務。

有時，若您自行安排私人車輛搭乘，可獲得報銷。您必須在乘車**前**獲得 Alameda Alliance Wellness 批准，且必須向我們解釋爲何無法透過搭乘公車等其他方式前往約診地點。您可撥打電話、發送電子郵件，或親自向我們解釋原因。**自行駕駛無法獲得報銷。**

里程報銷需要提供以下所有資料：

- 駕駛員的駕駛執照。
- 駕駛員的車輛登記證。
- 駕駛員的汽車保險證明。

如需就已授權的醫療服務預約行程，請在就診日期前至少三 (3) 個工作日（週一至週五）撥打 1.866.791.4158 與 Alliance 交通服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。如需**緊急約診**，請儘快撥打電話。打電話時請準備好您的會員 ID 卡。如需瞭解更多資訊，您也可以致電諮詢。

注意：美洲印第安裔會員可以與當地的印第安人健康診所聯絡，以申請非醫療交通服務。

非醫療交通運輸限制

Alameda Alliance Wellness 提供滿足您需求的最低成本 NMT 服務，將您從住所送到距離最近的可約診服務提供者處。**您不得自行駕駛，也不能直接獲得報銷。**

NMT 不適用於以下情形：

- 需要救護車、擔架車、輪椅廂型車或其他形式的非緊急醫療運輸工具，才能前往醫療服務地點。
- 您因身體或醫療狀況，在往返住所、車輛所在位置或治療地點時需要駕駛員協助。
- 您坐在輪椅上，在沒有駕駛員幫助的情況下無法進出車輛。
- 該服務不在 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍內。

H. 醫療緊急情況、急需就醫或災難下的承保服務

H1. 醫療緊急情況下的護理

醫療緊急情況指出現患病、劇烈疼痛、嚴重創傷或病情迅速惡化等症狀的醫療狀況。此類狀況極爲嚴重，若未及時獲得醫療救助，任何具備基本健康與醫學常識的人都認爲其將導致以下後果：

- 對您或您未出生孩子的生命構成嚴重威脅；**或者**
- 身體機能喪失或遭受嚴重損害；**或者**
- 身體任何器官或部位出現嚴重功能障礙；**或者**
- 對於處於臨產期的孕婦，符合以下情形時：
  - 在您分娩前沒有足夠時間安全地將您轉移到另一家醫院。
  - 轉院可能對您的健康或安全，或對您未出生孩子的健康或安全構成威脅。

如遇緊急醫療情況，請採取以下行動：

- **儘快尋求協助。**請撥打 911 或前往離您最近的急診室或醫院。在必要的情況下，打電話叫救護車。您**不必**事先獲得 PCP 的批准或轉介單。您不必使用網絡內服務提供者。無論您身在美國、其領土內，還是全球任何地區，只要向任何持有相關州政府執業執照的服務提供者尋求緊急醫療護理，即使他們並未加入本計畫的網絡，此類護理均可獲得承保。

- **應儘快將您的緊急情況告知本計畫。**我們會跟進您的急診護理。您或其他人應在事發後 48 小時內打電話告知本計畫您的急診救治情況。但即使您延遲通知，也無需支付急診服務費用。請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。會員服務部電話號碼列於您的會員 ID 卡上。

醫療緊急情況下的承保服務

當採用任何其他方式前往急診室將會危及您的健康狀況時，本計畫將承保救護車服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。如需瞭解更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第 4 章**的福利表。

爲您提供急診護理的服務提供者會判斷您的病情何時穩定、醫療緊急狀況何時結束。他們會繼續爲您治療，若您需要跟進護理來促進康復，他們會聯繫我們制定計畫。

本計畫承保您的跟進護理。如果您從網絡外服務提供者處獲得急診護理，我們會盡力安排網絡內服務提供者接手您的護理工作。

如果您在 Alameda Alliance Wellness 服務區域之外需要急診護理，請前往離您最近的急診室 (Emergency Room, ER) 就醫，即使該急診室不在 Alameda Alliance Wellness 網絡內。如果您前往 ER 就醫，請讓工作人員致電聯絡 Alameda Alliance Wellness。您或收治您的醫院應在您獲得急診護理後 24 小時內致電聯絡 Alameda Alliance Wellness。

Alameda Alliance Wellness 承保美國境外的急診服務，全球急診護理、全球緊急護理，以及全球急診救護車服務合併計算的最高年度給付額爲$25,000。您可能必須在接受服務時向服務提供者付款，然後再提交報銷申請。您獲得報銷的金額將不會超過年度最高給付額。

在以下情形下，本計畫會承保美國及其領土以外的全球急診服務和緊急服務：

- 急診護理
- 緊急護理
- 從緊急事故現場運送至最近的醫療設施的急診救護車運輸服務

這些服務在全球範圍內的承保條件，與其在美國境內提供時所適用的醫療必要性及適當性條件一致。從其他國家運送回美國的運輸費用不予承保。如需瞭解更多資訊，請參閱本文件**第 4 章 D 節**的醫療福利表。

在非緊急情況下尋求急診護理

有時難以判斷自身是否面臨醫療或行爲健康緊急情況。您可能想尋求緊急照護，但醫師判定當時情況實際上並非緊急情況。只要您合理地認爲自身健康受到嚴重威脅，我們即會承保您的護理。

但是，在醫師認定並非緊急情況後，我們僅在下列情形下承保您的額外護理：

- 您使用的是網絡內服務提供者，**或者**
- 您獲得的額外護理被視爲「緊急護理」，且您遵守相關就診規定。詳情請參閱下一節。

H2. 緊急護理

緊急護理是指在非急診但需立即就醫的狀況下接受的護理。例如，既有病情惡化，或突發疾病、受傷等情形。

本計畫服務區域內的緊急護理

我們僅在以下條件下承保緊急護理：

- 您透過網絡內服務提供者獲取此護理，**並且**
- 您遵守本章所述規定。

若因時間、地點或實際情況等因素導致您無法或難以前往網絡內服務提供者處獲取緊急護理，我們亦會承保您透過網絡外服務提供者獲取的此項服務。

如需緊急護理，請致電與您的 PCP 聯絡。如果您無法聯繫到您的 PCP，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。或者您可以撥打每週 7 天每天 24 小時提供服務的護士諮詢專線 1.888.433.1876 (TTY: 711)，以瞭解最適合您的護理等級。

本計畫服務區域外的緊急護理

當您身處本計畫的服務區域外時，可能無法透過網絡內服務提供者獲得護理。在此情況下，本計畫會承保您透過任何服務提供者獲得的緊急護理。然而，即使您在本計畫的服務區域之外，或者本計畫的網絡暫時不可用，醫療上必要的常規就診（例如年度體檢）也不被視爲緊急護理服務。

本計畫承保美國及其領土以外地區接受的全球急診護理和緊急護理。全球急診護理、全球緊急護理，以及全球急診救護車服務合併計算的最高年度給付額爲$25,000。您可能必須在接受服務時向服務提供者付款，然後再提交報銷申請。您獲得報銷的金額將不會超過年度最高給付額。

在以下情形下，本計畫承保美國及其領土以外地區的全球急診服務和緊急服務：

- 急診護理
- 緊急護理
- 從緊急事故現場運送至最近的醫療設施的急診救護車運輸服務

這些服務在全球範圍內的承保條件，與其在美國境內提供時所適用的醫療必要性及適當性條件一致。從其他國家運送回美國的運輸費用不予承保。如需瞭解更多資訊，請參閱本文件**第 4 章 D 節**的醫療福利表。

H3. 災難期間的護理

如果加州州長、美國健康與民眾服務部部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍然有權透過本計畫獲得護理。

請造訪我們的網站，以瞭解如何在已宣布的災難期間獲得所需護理：www.alamedaalliance.org/alliancewellness。

在已宣布的災難期間，若您無法使用網絡內服務提供者，可從網絡外服務提供者處獲取醫療服務，且無需支付費用。若您在已宣布的災難期間無法使用網絡內藥房，您可在網絡外藥房配藥。請參閱本《會員手冊》**第 5 章**，以瞭解更多資訊。

I. 如果您直接收到承保服務帳單，該怎麼辦

如果已支付承保服務費用或收到承保醫療服務的帳單，請參閱本《會員手冊》**第 7 章**，以瞭解處理方式。

您不應自行支付帳單。如果您已支付，我們可能無法向您償還費用。

I1. 如果本計畫不承保某項服務，該怎麼辦

本計畫承保所有符合以下條件的服務：

- 經認定具醫療必要性，**並且**
- 已列入本計畫的福利表（請參閱本《會員手冊》**第 4 章**），**並且**
- 您遵守本計畫的相關規定，從而獲得該服務。

若您獲取的服務不在本計畫承保範圍內，**則需自行支付全額費用**，除非該服務由本計畫外的其他 Medi-Cal 計畫承保。

若您想瞭解我們是否爲某項醫療服務或護理支付費用，您有權詢問我們。您也有權要求我們提供書面回應。若我們決定不予給付您的服務費用，您有權對此決定提出上訴。

本《會員手冊》**第 9 章**說明了若您希望我們承保某項醫療服務或物品，該採取什麼行動。該章節同時也說明了如何對我們的承保決定提出上訴。如需進一步瞭解您的上訴權利，請致電與會員服務部聯絡。

本計畫對部分服務設有給付上限。如果您超出該上限，您需自行負擔這類服務的全部費用。如需瞭解具體的福利上限資訊，請參閱**第 4 章**。請致電與會員服務部聯絡，以查詢各項福利上限以及您已使用的福利額度。

J. 臨床研究中的醫療保健服務承保範圍

J1. 臨床研究的定義

臨床研究（亦稱臨床試驗）是醫師測試新型醫療保健服務或藥物的方式。經 Medicare 批准的臨床研究通常會招募志願者參與。當您參加臨床研究時，可繼續入保本計畫，並透過本計畫獲得其他非研究相關護理。

若您想參加任何經 Medicare 批准的臨床研究，您**無需**告知我們，也無需獲得本計畫或您的主要醫療保健服務提供者的批准，但我們鼓勵您告知我們，爲您提供研究相關護理的服務提供者**不一定**必須是網絡內服務提供者。此規定不適用於需要透過臨床試驗或登記處評估效益的承保福利，包括某些要求依實證積累進行承保（依實證積累給付的全美承保範圍決定 [National Coverage Determination-Coverage with Evidence Development, NCD-CED]）及研究用器械豁免 (Investigational Device Exemption, IDE) 研究下的福利。這些福利也可能受到事先授權和其他計畫規定的約束。

如果您打算參加由 Original Medicare 爲入保者承保的臨床研究，我們鼓勵您或您的護理協調員聯繫會員服務部，告知我們您將要參加臨床試驗。

J2. 參加臨床研究時的服務費用支付

如果您自願參加經 Medicare 批准的臨床研究，您無需爲該研究內承保的服務支付任何費用。Medicare 支付研究內承保的服務費用，以及與您的護理相關的常規費用。一旦您參加經 Medicare 批准的臨床研究，您在研究中獲得的大部分服務及物品都將獲得承保，其中包括：

- 住院的食宿費用，即使您沒有參加研究，Medicare 也會支付相關費用
- 研究期間中的手術或其他醫療程序
- 對新型護理所產生任何副作用及併發症的治療

如果您參加 Medicare **尚未**批准的研究，您需要自行支付參加該研究的所有費用。

J3. 臨床研究的更多相關資訊

您可閱讀 Medicare 網站上的《Medicare 與臨床研究》(Medicare & Clinical Research Studies)，以瞭解更多關於參加臨床研究的資訊，網址：www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 進行諮詢。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

K. 宗教性非醫療保健機構中的醫療保健服務承保範圍

K1. 宗教性非醫療保健機構的定義

宗教性非醫療保健機構是提供您通常可在醫院或專業護理服務設施獲得的醫療護理的場所。如果在醫院或專業護理服務設施接受護理會違背您的宗教信仰，我們將承保在宗教性非醫療保健機構獲取的護理。

此福利僅適用於 Medicare A 部分住院服務（非醫療保健服務）。

K2. 宗教性非醫療保健機構的護理

要在宗教性非醫療保健機構接受護理，您必須簽署一份法律文件，表明您反對接受「非例外」醫學治療。

- 「非例外」醫學治療是指任何自願**接受且未經聯邦、州或地方法律強制**要求的照護或治療。
- 「例外」醫學治療是指任何**非自願接受且受到**聯邦、州或地方法律強制要求的照護或治療。

如要獲得本計畫的承保，您在宗教性非醫療保健機構接受的照護必須滿足以下條件：

- 提供照護的機構必須獲得 Medicare 認證。
- 本計畫僅承保照護服務中的非宗教性項目。
- 如果您在該機構的設施中接受服務：
  - 您存在的病症必須符合獲得住院照護或專業護理服務設施照護等承保服務的條件。
  - 您必須在入住醫療設施前獲得本計畫的批准，否則您的住院費用**不會**獲得承保。

Medicare 住院醫院承保可能有所限制。本計畫承保醫療上必要的住院天數。詳情請參閱**第 4 章 D 節**中的福利表。

L. 耐用醫療設備 (DME)

L1. 作爲本計畫會員享有的 DME 權益

DME 包含服務提供者開單指定的特定醫療必需物品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、經服務提供者開單指定的家用病床、靜脈輸液 (Intravenous, IV) 幫浦、言語生成裝置、氧氣設備及用品、霧化器和助行器。

您擁有部分 DME 物品的所有權，例如義肢。

其他類型的 DME 則必須租用。作爲本計畫的會員，無論租用時間多長，您通常**不會**擁有這些租用 DME 的所有權。

在某些特定情況下，我們會將 DME 物品的所有權轉讓給您。請撥打頁面底部的電話號碼與會員服務部聯絡，以獲取更多資訊。

即使您在加入本計畫前已在 Medicare 保險下連續使用 DME 長達 12 個月，您也**不會**擁有該設備的所有權。

L2. 如果您轉換至 Original Medicare，DME 的所有權歸屬

在 Original Medicare 計畫中，租用特定類型 DME 滿 13 個月後即可擁有該設備。在 (Medicare Advantage, MA) 計畫中，本計畫可規定個人必須租用特定類型 DME 的月數，達到該月數後方可擁有其所有權。

在某些特定情況下，我們會將 DME 物品的所有權轉讓給您。請撥打頁面底部的電話號碼與會員服務部聯絡，以獲取更多資訊。若您不再享有 Medi-Cal，且符合以下條件，則必須在 Original Medicare 保險下連續支付 13 次費用，或按 MA 計畫規定的次數連續支付費用，才能擁有 DME：

- 您在加入本計畫期間未成爲該 DME 設備的所有者，**並且**
- 您退出本計畫，且在 Original Medicare 計畫或 MA 計畫以外的任何健康保險計畫獲得 Medicare 福利。

若您在加入本計畫前，已在 Original Medicare 或 MA 計畫下爲該 DME 支付費用，**這些在 Original Medicare 或 MA 計劃下完成的付款將不會計入您退出本計劃後所需支付的費用中**。

- 您必須在 Original Medicare 下連續完成 13 次新付款，或按 MA 計畫規定的次數連續支付新費用，才能擁有該 DME 設備的所有權。
- 當您轉回 Original Medicare 或 MA 計畫時，此規定無例外。

L3. 作爲本計畫會員享有的氧氣設備福利

如果您有資格獲得 Medicare 承保的氧氣設備，我們將承保以下費用：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣及氧氣內容物的運送
- 用於輸送氧氣和氧氣內容物的輸氧管及相關配件
- 氧氣設備的維護和維修

當氧氣設備對您而言不再具有醫療必要性，或您退出本計畫時，必須歸還該設備。

L4. 當您轉換至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 計畫時的氧氣設備問題

若氧氣設備具醫療必要性，且**您退出本計畫並轉至 Original Medicare**，您可向供應商租用該設備長達 36 個月。您的月租金涵蓋上述氧氣設備及用品與服務的費用。如果您仍同時入保 Medicare 和 Medi-Cal，Medicare 和 Medi-Cal 將承保這些費用。

若**租用氧氣設備長達 36 個月後**，該設備仍具醫療必要性，您的供應商必須提供：

- 額外 24 個月的氧氣設備、用品及服務
- 最長五年的氧氣設備及用品，如果具醫療必要性

若**五年期限結束時**，氧氣設備仍具醫療必要性：

- 您的供應商不再有義務提供該設備，您可選擇向任何供應商購買替換設備。
- 新的五年期限隨即開始計算。
- 您可向供應商租用 36 個月。
- 此後，您的供應商再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備仍具醫療必要性，每**五**年便會開始一個新的週期。

當氧氣設備具醫療必要性，並且**您退出本計畫並轉換至 MA 計畫**時，本計畫將至少承保 Original Medicare 所承保的服務。您可向新的 MA 計畫查詢其承保的氧氣設備及用品範圍，以及您需承擔的費用。

第4章：福利表

簡介

本章列明了本計畫所承保的服務以及適用於該等服務的任何規定或限制。同時也列出了本計畫不承保的福利。關鍵術語及其定義按字母順序收錄於本《會員手冊》末章。

Alameda Alliance Wellness 新會員須知：在大多數情況下，您申請加入 Alameda Alliance Wellness 後，將於次月 1 日起正式透過 Alameda Alliance Wellness 享有 Medicare 福利。您仍可透過先前的 Medi-Ca 健康保險計畫額外享有一個月的 Medi-Cal 服務。此後，您的 Medi-Cal 服務將轉由 Alameda Alliance Wellness 提供。您的 Medi-Cal 保險將不會出現中斷。若您有任何疑問，請致電 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與我們聯絡。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。

目錄

A. 您的承保服務 72
B. 禁止服務提供者向您收取服務費用的規定 72
C. 關於本計畫的福利表 72
D. 本計畫的福利表 74
E. 社區支援 145
F. 本計畫未承保的福利 146
F1. 加州社區過渡計畫 (CCT) 146
F2. Medi-Cal Dental 147
F3. 居家支援服務 (IHSS) 147
F4. 1915(c) 以家庭及社區爲基礎 (HCBS) 的服務豁免計畫 149
F5. 本計畫外提供的縣行爲健康服務（心理健康與物質使用障礙服務） 152
G. 本計畫、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利 155

A. 您的承保服務

本章列明了本計畫所承保的服務，同時也列出了非承保服務。有關藥品福利的資訊，請參閱本《會員手冊》**第 5 章**。本章也會說明部分服務的使用限制。

由於您享有 Medi-Cal 補助，只要您遵守本計畫的規定，便無須爲承保服務支付任何費用。有關本計畫規定的詳細內容，請參閱本《會員手冊》**第 3 章**。

若您需要有人爲您說明哪些服務受到承保，請聯絡您的護理協調員及/或會員服務部，電話號碼爲 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。TTY 使用者可撥打 1.800.735.2929。

B. 禁止服務提供者向您收取服務費用的規定

我們不允許與本計畫合作的服務提供者向您收取網路內承保服務的費用。我們會直接向服務提供者付款，並會確保您不承擔任何費用。即便我們向服務提供者支付的金額，低於其爲該服務設定的收費標準，此規定仍然適用。

您絕不應收到服務提供者就承保服務開立的帳單。若您收到此類帳單，請參閱《會員手冊》**第 7 章**，或致電會員服務部。

C. 關於本計畫的福利表

福利表列明了本計畫所承保的服務項目（藥品保險範圍請見**第 5 章**），所有承保服務均按字母順序排列並附有說明。

當符合以下規定時，本計畫將爲福利表中列出的服務支付費用。只要您符合下述要求，您便無需爲福利表中所列的服務支付任何費用。

- 本計畫依據 Medicare 及 Medi-Cal 的規定來提供 Medicare 及 Medi-Cal 承保服務。
- 所涉及的服務（包括醫療護理、行爲健康與物質濫用治療服務、長期服務與支援、醫療用品、設備及藥品）必須具「醫療必要性」。醫療必要性涉及爲預防、診斷、治療某種醫療疾病或維持您目前健康狀況而必需的服務、用品或藥

品。這包括讓您無需住院或入住療養設施的護理。同時，這些服務、用品或藥品還需符合公認的醫療實踐標準。

- 對於新入保者，在參保後的前 90 天內，我們也可能不要求您爲任何進行中的治療提前申請核准，即便該治療由網路外服務提供者發起。
- 您從網絡內服務提供者處取得服務。網絡內服務提供者係指與本設施合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，若您透過網路外服務提供者取得服務，除非屬於緊急情況、急需護理，或已獲得本計畫/網路內服務提供者的轉介，否則該服務將不被承保。這意味著您可能需要全額支付您在網路外服務提供者處接受的服務費用。有關使用網路內與網路外服務提供者的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。
- 您有一位主要醫療保健提供者 (Primary Care Provider, PCP) 或一個護理團隊，負責提供及管理您的護理服務。在大多數情況下，您必須獲得您的 PCP 批准，才能使用非您的 PCP 的服務提供者或使用本計畫網絡內的其他服務提供者。該流程稱爲「轉介」。有關如何取得轉介，以及哪些情況**無須**轉介的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。
- 對於福利表中部分服務，只有在您的醫師或其他網路內服務提供者先獲得我們的核准後，本計畫才會承保。此流程稱爲事先授權 (Prior Authorization, PA)。福利表中需事先授權的承保服務，均會標註星號 (*)。
- 如果本計畫的服務提供者批准了某項療程的 PA 請求，則該批准的有效期必須在醫療上合理且必要，以根據承保標準、您的病歷及治療服務提供者的建議來避免護理中斷。
- 和所有 Medicare 健康保險計畫一樣，我們承保 Original Medicare 所承保的所有項目。（若要進一步了解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您的《2027 年 Medicare 與您》[Medicare & You 2027] 手冊。您可以在 www.Medicare.gov 線上查看，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。）
- 如果 Medicare 在 2027 年增加任何新的服務承保範圍，則 Medicare 或本計畫將承保這些服務。

- 如果您失去了 Medi-Cal 福利，在爲期三 (3) 個月的視同持續符合資格期間內，您在此計畫中的 Medicare 福利將繼續有效。但是，您的 Medi-Cal 服務可能不再被承保。如需瞭解您的 Medi-Cal 資格資訊，請聯絡您所在縣的資格辦公室，或 Health Care Options。您可繼續享有 Medicare 福利，但無法再享有 Medi-Cal 福利。
- 如果您失去您的 Medi-Cal 資格，但預計在三個月內恢復，我們將繼續爲您提供 Alameda Alliance Wellness 承保的所有 Medicare 福利。您的 Medi-Cal 保險終止時，我們將不再支付您的 Medi-Cal 福利，但長期照護 (Long-term Care, LTC) 福利是例外在資格認定期間唯一承保的 Medi-Cal 福利。
- 我們將協助您恢復 Medi-Cal 資格。如果您在仍透過我們註冊 Medicare 保險期間恢復了 Medi-Cal 資格，我們將恢復支付您的 Medi-Cal 福利，並且您的註冊將繼續有效。如果您無法在三 (3) 個月內恢復 Medi-Cal 資格，我們將取消您在 Alameda Alliance Wellness 的註冊。如果您在被取消註冊後恢復了 Medi-Cal 資格，您需要聯絡我們重新註冊該計畫。

所有預防性服務均免費。此蘋果標誌🍎顯示福利表中的預防性服務

D. 本計畫的福利表

承保服務		您需支付的費用
🍎	**異常主動脈瘤篩檢** 我們爲高風險人群提供一次超聲波篩檢。本計畫僅在您具有某些風險因素，並且從您的醫師、醫師助理 (Physician Assistant, PA)、專科護理師 (Nurse Practitioner, NP) 或臨床護理專家 (Clinical Nurse Specialist, CNS) 處獲得轉介時，才承保此項篩檢。	$0

承保服務		您需支付的費用
	針灸 我們支付任何日曆月內最多兩次門診針灸服務的費用，若符合醫療必要性，可增加服務次數。 如果您患有慢性下背痛，我們還在 90 天內支付最多 12 次針灸門診費用，其定義爲： ● 腰痛持續 12 週及以上； ● 非特異性腰痛（無明確全身性病因，如與轉移性疾病、炎症性疾病或感染性疾病無關）； ● 與手術無關； ● 與妊娠無關。 此外，若您的慢性腰痛经治療後有改善，我們會再支付八次針對慢性下背痛的針灸治療費用。您每年接受的慢性下背痛針灸治療不得超過 20 次。 如果您沒有好轉或病情加重，必須停止針灸治療。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	針灸（續） 服務提供者要求： 醫師可依適用的州規定提供針灸服務。 PA)、NP/CNS 和輔助人員如符合所有適用的州規定，並具備以下條件，可提供針灸服務： • 擁有由針灸及東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 認可的學校頒發的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及， • 持有美國各州、屬地、聯邦自治邦（如波多黎各）或哥倫比亞特區現行的、完整有效的針灸執業執照，且無執業限制。 提供針灸服務的輔助人員必須在醫師、PA 或 NP/CNS 的適當監督下進行操作，具體監督級別須符合本機構的規定。	$0
	酒精濫用篩檢及諮詢 我們爲濫用酒精但未酒精依賴的成年人支付一次酒精及藥物篩檢、評估、短暫干預及轉介治療 (Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment, SABIRT) 費用。這包括孕婦。 如果您的酒精濫用篩檢結果爲陽性，則您每年最多可以取得四次由合格主要醫療保健提供者 (PCP) 或初級護理設施的從業人員提供的簡短面對面輔導課程（如果您具行爲能力且在輔導過程中保持清醒）。 當醫療上需要時，您將被轉介至酒精或物質濫用治療服務。	$0

承保服務		您需支付的費用
	急救車服務 承保的救護車服務，無論是緊急還是非緊急情況，包括地面及空中（飛機及直升機）。救護車會將您送往能爲您提供護理的最近地點。 您的狀況必須十分嚴重，以至於前往其他治療地點可能會危及您的健康或生命。 其他情況（非緊急）的救護車服務必須獲得我們批准。在非緊急情況下，我們可能會支付救護車費用。您的狀況必須十分嚴重，以至於前往其他治療地點可能會危及您的生命或健康。	$0
	年度安康保健就診 您可以進行年度健康檢查。目的是根據您當前的風險因素制定或更新預防計畫。我們每 12 個月支付一次此項費用。 **請注意：** 您的首次年度安康保健就診不可在接受「歡迎加入 Medicare」就診後 12 個月內進行。然而，在已加入 B 部分計畫 12 個月以內，即使沒有進行過**「歡迎加入 Medicare」就診，也可以進行年度健康就診。**	$0
	哮喘防治服務 對於控制不佳的哮喘患者，您可以接受哮喘教育以及針對家中常見誘因的居家環境評估。	$0

承保服務		您需支付的費用
	行爲健康服務 本計畫爲符合醫療必要性的行爲健康服務提供承保。這些服務包括但不限於： ● 危機服務 ● 電休克療法* ● 住院精神科護理 ● 強化門診計畫 ● 心理健康評估與治療 ● 門診藥物治療監測服務 ● 門診藥物使用服務 ● 部分住院計畫 ● 精神科諮詢 ● 心理與神經心理測試 ● 住院式心理健康服務* ● 經顱磁刺激 (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)* 如需更多資訊，請致電會員服務部 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。 ** 可能需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	骨量測量 我們爲符合資格（通常是面臨骨質流失或骨質疏鬆症風險）的會員支付特定檢查程序的費用。這些程序用於識別骨量、發現骨質流失或查明骨骼質量。 我們每 24 個月支付一次這些服務的費用，若符合醫療必要性，可增加檢查次數。我們也支付醫生解讀及評論結果的費用。	$0
	乳腺癌篩檢（乳腺 X 光造影檢查） 我們支付以下服務的費用： ● 35 歲至 39 歲人士的一次乳房 X 光造影基準檢查 ● 每 12 個月一次乳房 X 光造影篩檢 ● 每 24 個月一次臨床乳房檢查	$0

承保服務		您需支付的費用
	心臟復健服務* 我們支付心臟復健服務的費用，例如運動、教育及諮詢。會員必須滿足特定條件並持有醫生轉介單或醫囑。 如果您符合以下至少一項條件，我們將爲您提供全面的計劃： ● 過去 12 個月內曾發生心臟病發作 ● 接受過冠狀動脈繞道手術 ● 患有穩定性心絞痛（胸痛） ● 接受過心臟瓣膜修復或置換手術 ● 曾接受冠狀動脈成形術（一種用於疏通阻塞動脈的醫療程序）或冠狀動脈支架植入術（一種用於保持動脈暢通的手術） ● 接受過心臟或心肺移植手術 ● 患有穩定性慢性心臟衰竭 承保範圍限制： 您最多可獲得 36 次心臟復健療程。每天最多可進行兩次療程（每次持續一小時），整個計劃最多持續 36 週。如果您符合條件，您或許可以獲得額外 36 次療程，這些療程可以安排在更長的時間內完成。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	心血管（心臟）疾病風險降低就診（心臟疾病治療） 我們每年支付一次與您的主要醫療保健提供者 (PCP) 的就診費用（若符合醫療必要性，可增加次數），以幫助降低您患心臟病的風險。在就診期間，您的醫生可能會： ● 討論阿司匹林的使用、 ● 檢查您的血壓、**及/或** ● 提供飲食建議以確保您營養良好。	$0
	心血管（心臟）疾病篩檢 我們每五年（60 個月）支付一次用於檢查心血管疾病的血液檢測費用。這些血液檢測也會檢查因心臟病高風險而導致的缺陷。	$0
	子宮頸癌及陰道癌篩檢 我們支付以下服務的費用： ● 所有女性：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查及骨盆檢查 ● 子宮頸癌或陰道癌高風險女性：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 ● 過去三年內曾有異常抹片檢查結果且處於育齡期的女性：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 ● 30-65 歲女性：人類乳突病毒 (Human Papillomavirus, HPV) 檢測或抹片加 HPV plus 檢測，每 5 年一次	$0

承保服務		您需支付的費用
	脊椎矯正服務* 我們支付以下服務的費用： • 脊柱調整以校正對線 • 我們每月承保兩 (2) 次無需事先授權的徒手操作脊柱治療服務。同月內任何額外的服務都需要事先授權。	$0

承保服務		您需支付的費用
	大腸直腸癌篩檢 我們支付以下服務的費用： ● 大腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者，每 120 個月（十年）可報銷一次；若患者非大腸直腸癌高風險者，則自上次接受軟性乙狀結腸鏡檢查後 48 個月起可報銷一次；至於高風險患者，自上次接受篩檢性大腸鏡檢查後，則每 24 個月可報銷一次。 ● 對於 45 歲以上且非大腸直腸癌高風險的患者，若自上次接受篩檢用電腦斷層結腸造影檢查當月起算，已過至少 59 個月；或自上次接受篩檢用軟性乙狀結腸鏡檢查或篩檢用大腸鏡檢查當月起算，已過 47 個月，則可獲得電腦斷層結腸造影檢查的給付。對於大腸直腸癌高風險患者，若自上次接受篩檢用電腦斷層結腸造影或篩檢用大腸鏡檢查的當月起，已過至少 23 個月後進行的篩檢用電腦斷層結腸造影，可獲得給付。 ● 針對 45 歲及以上患者的軟性乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險患者，自接受篩檢性結腸鏡檢查後，每 120 個月進行一次；對於高風險患者，自上次軟性乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層結腸造影檢查後，每 48 個月進行一次。 ● 針對 45 歲及以上患者的糞便隱血篩檢。每 12 個月進行一次。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	大腸直腸癌篩檢（續） • 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者，每三年進行一次多標靶糞便 DNA 檢測。 • 針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者，每三年進行一次血液生物標記檢測。 • 大腸直腸癌篩檢包括 Medicare 承保的非侵入性糞便結直腸癌篩檢結果呈陽性後進行的後續篩檢性大腸鏡檢查。 • 大腸直腸癌篩檢包括計劃性篩檢性乙狀結腸鏡檢查或篩檢性大腸鏡檢查，該檢查涉及組織或其他物質的切除，或與篩檢相關的、因篩檢而進行的、且在同一次臨床就診中進行的其他程序。	$0
	社區成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS)* 爲符合條件的會員提供專業護理、社會服務、治療、個人護理、家庭及護理人員培訓及支援、營養服務、交通運輸以及其他服務的醫療設施門診服務。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	社區衛生工作者服務 Alameda Alliance Wellness 承保醫師或其他持照從業人員建議的個人社區衛生工作者 (Community Health Worker, CHW) 服務，以此預防疾病、殘障及其他病症或病症的惡化；延年益壽；同時促進身心健康及保健效果。CHW 透過協助會員及時有效地連結到必要的計畫及服務（包括初級護理），確保每位會員在正確的時間及適當的場所獲得正確的護理。服務可包括： **健康教育：**CHW 透過提供符合文化背景的身心健康資訊和指導，促進成員的健康或消除就醫障礙。健康教育還包括指導和支持成員設定目標，以改善成員的健康狀況或提高其自我管理健康狀況的能力。 **健康導航：**CHW 協助居民了解和使用醫療保健系統，改善服務取得途徑，並促進居民積極參與自身健康管理。 CHW 協助居民首次註冊或維持 Medi-Cal 資格，包括協助取得必要的註冊文件，以及其他與改善健康相關的政府或援助項目，例如 CalWORKs 或 CalFresh 等。此外，CHW 還幫助居民聯繫社區資源，以應對健康障礙或滿足與健康相關的社會需求。 **篩檢與評估：**CHW 進行無需臨床執照的篩檢和評估，並根據已確定的需求支持成員獲得可改善其健康的服務。 **個人支援與倡導：**CHW 提供個人化支持，以幫助預防健康狀況的發生或惡化，並降低受傷或暴力風險。	$0

承保服務		您需支付的費用
	牙科服務* 我們支付部分牙科服務費用，包括但不限於預防性服務、修復性服務、活動義齒、固定義齒和輔助性一般服務。我們未承保的項目可透過下文 **F2 章節**所述的 Medi-Cal Dental 獲得。 當牙科服務是治療個人主要醫療狀況的特定療程中不可或缺的一部分時，我們會支付一些牙科服務的費用。例如：骨折或受傷後的下顎重建、爲涉及下顎的癌症放射治療做準備而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。 此外，我們還承保額外的牙科服務及程序。這些服務可能包括但不限於以下： 預防性服務 ● 口腔檢查 o 每個日曆年一 (1) 次 修復性治療* ● 牙冠 ○ 每一 (1) 顆牙齒每七 (7) 個日曆年一次 贋復牙科（活動式假牙）* ● 全口假牙及鑄造金屬支架上的丙烯酸樹脂修復 o 全口假牙及鑄造金屬支架上的壓克力修復每三 (3) 年一次 ● 假牙基底重襯（全口假牙和局部假牙） o 全口義齒或局部義齒基底重襯每兩 (2) 年一次 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	牙科服務（續） 贋復牙科（固定式假牙）* ● 牙橋（橋體和固位體冠） o 固定局部假牙（牙橋）– 每顆牙齒每七 (7) 個日曆年一 (1) 次 輔助性一般服務* ● 諮詢服務 o 每個日曆年一 (1) 次 本計畫與 Liberty Dental 合作提供您的牙科福利。有關承保範圍的詳細列表及查找網絡內牙醫，您可以造訪網站 https://findadentist.libertydentalplan.com 或致電 1.888.704.9838 (TTY: 1.877.855.8039)。營業時間：10 月 1 日至 3 月 31 日：每週 7 天（太平洋時間上午 8 點至晚上 8 點），4 月 1 日至 9 月 30 日：週一至週五（太平洋時間上午 8 點至晚上 8 點）。 建議您在獲得牙科服務前，與您的網絡內牙醫合作確認福利承保範圍。如果您選擇使用網絡外的牙醫，您所接受的服務將不在本計畫的承保範圍內。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	牙科服務（續） 有關 Medi-Cal Dental 牙科福利的更多資訊，或者如果您需要幫助尋找接受 Medi-Cal 的牙醫，請致電客戶服務 1.800.322.6384（TTY 使用者請撥打 1.800.735.2922）。此爲免費電話。Medi-Cal Dental 代表可於週一至週五上午 8:00 點至下午 5:00 點爲您提供協助。您也可以造訪網站 www.smilecalifornia.org/以獲取更多資訊。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。*需要事先授權，且由您的服務提供者負責。	$0
	憂鬱症篩檢 我們每年支付一次憂鬱症篩檢的費用。篩檢必須在可提供追蹤治療及/或轉介的主要醫療保健機構內進行。	$0
	糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們支付此項篩檢（包括空腹血糖檢測）的費用： • 高血壓（血壓過高） • 異常膽固醇及甘油三酯水平病史（血脂異常） • 肥胖 • 高血糖病史 在其他一些情況下檢查也可能被承保，例如如果您超重且有糖尿病家族史。 自您最近一次糖尿病篩檢檢測日期起，您可能每 12 個月有資格進行最多兩次糖尿病篩檢。	$0

承保服務		您需支付的費用
	糖尿病自我管理培訓、服務及用品* 我們爲所有糖尿病患者（無論是否使用胰島素）支付以下服務的費用： ● 監測血糖的用品，包括： ○ 血糖儀 ○ 血糖試紙 ○ 採血筆及採血針 ○ 用於檢查試紙及血糖儀準確性的血糖控制液 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	糖尿病自我管理培訓、服務及用品*（續） • 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者，我們支付以下費用： ○ 每日曆年一雙治療性定制模製鞋（包括鞋墊），包括配適服務，以及兩副額外鞋墊，**或** ○ 每年一雙加深鞋，包括配適服務，以及三副鞋墊（不包括此類鞋子隨附的非定制可拆卸鞋墊） • 在某些情況下，我們支付幫助您管理糖尿病的培訓費用。如需更多資訊，請聯絡會員服務部。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	

承保服務		您需支付的費用
	產婦陪護服務 對於孕婦，本計畫爲產前與產後期間的 9 次產婦陪護就診及分娩過程中的陪護支援支付費用。最多還可以提供九次額外的產後服務。	$0
	耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 及相關用品* 有關「耐用醫療設備 (DME)」的定義，請參閱本《會員手冊》**第 12 章**。 我們承保以下項目： ● 輪椅，包括電動輪椅 ● 拐杖 ● 電動床墊系統 ● 床墊用乾式壓力墊 ● 糖尿病用品 ● 由服務提供者訂購供家庭使用的病床 ● 靜脈 (Intravenous, IV) 輸液泵及輸液架 ● 語音生成設備 ● 氧氣設備及用品 ● 霧化器 ● 助行器 ● 標準彎柄或四腳拐杖及更換用品 ● 頸椎牽引裝置（門上式） **此項福利將於下一頁繼續說明**	$0

承保服務		您需支付的費用
	耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 及相關用品*（續） ● 骨刺激器 ● 透析護理設備 其他項目可能被承保。 我們支付所有 Medicare 及 Medi-Cal 通常會支付的、具醫療必要性的 DME。如果我們在您所在地區的供應商沒有特定品牌或製造商的產品，您可以詢問他們是否可以爲您特別訂購。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	

承保服務		您需支付的費用
	急診護理 急診護理是指符合以下條件的服務： ● 由受過急診服務培訓的服務提供者提供， ● 爲評估或治療醫療急症所需。 醫療急症是指迅速惡化的疾病、損傷、劇烈疼痛或醫療狀況。病情非常嚴重，以至於任何具備一般健康與醫學知識的人都會認爲，若未立即獲得醫療關注，將導致： ● 對您的健康或您未出生孩子的健康構成嚴重風險；**或** ● 對身體機能造成嚴重損害；**或** ● 任何身體器官嚴重功能障礙或 ● 肢體喪失或肢體功能喪失。 **此項福利將於下一頁繼續說明**	$0 如果您在網絡外醫院接受急診護理，並且在急診情況穩定後需要住院護理，您的醫院將致電本計畫，您可能會被轉移到網絡醫院，以便繼續獲得承保。只有在本計畫批准您留院的情況下，您才能留在網絡外醫院接受住院護理。

承保服務		您需支付的費用
	急診護理（續） ● 對於處於臨產期的孕婦，當： ○ 在分娩前沒有足夠時間安全地將您轉移到另一家醫院。 ○ 轉院可能對您的健康或安全，或您未出生孩子的健康或安全構成威脅。 我們提供全球範圍內的緊急醫療、急需醫療和緊急救護車服務，年度最高賠償額爲$25,000。您可能需要在接受服務時先向服務提供者支付費用，然後再申請報銷。您的報銷金額將不超過年度最高賠付額。	$0 如果您在網絡外醫院接受急診護理，並且在急診情況穩定後需要住院護理，您的醫院將致電 Alameda Alliance Wellness，您可能會被轉移到網絡醫院，以便繼續獲得承保。只有在 Alameda Alliance Wellness 批准您留院的情況下，您才能留在網絡外醫院接受住院護理。

承保服務		您需支付的費用
	計畫生育服務 法律允許您選擇任何服務提供者——無論是網絡內服務提供者還是網絡外服務提供者——來獲得某些計畫生育服務。這意味著任何醫生、診所、醫院、藥房或計畫生育辦公室。 我們支付以下服務的費用： ● 計畫生育檢查及醫療 ● 計畫生育實驗室及診斷測試 ● 計畫生育方法（宮內避節育器 [Intrauterine Contraceptive, IUC]/宮內避孕器 [Intrauterine Device, IUD]、植入物、注射劑、避孕藥、貼片或環） **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	計畫生育服務（續） ● 處方計畫生育用品（保險套、避孕海綿、泡沫劑、薄膜、隔膜、子宮帽） ● 有限的生育服務，例如關於生育意識技巧的諮詢及教育，及/或孕前健康諮詢、檢測及性傳播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 治療 ● 愛滋病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 及愛滋病 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) 諮詢與檢測，以及其他 HIV 相關病症 ● 永久性避孕（您必須年滿 21 歲才能選擇這總計畫生育方法。您必須在手術日期前至少 30 天但不超過 180 天簽署聯邦級絕育同意書。） ● 遺傳諮詢 我們也承保一些其他的計畫生育服務。但是，對於以下服務，您必須使用我們服務提供者網絡內的服務提供者： ● 不孕症的醫療狀況治療（此服務不包括人工受孕方式。） ● AIDS 及其他 HIV 相關病症的治療 ● 基因檢測	$0

承保服務		您需支付的費用
	健康與保健教育計畫 我們提供許多針對特定健康狀況的計畫。這些包括： • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒菸與戒除菸草使用；**以及** • 護理諮詢熱線 **護士諮詢專線：** 護士諮詢專線全年無休，每天 24 小時爲您提供免費醫療資訊及建議。 請撥打護士諮詢專線免費電話：1.888.433.1876 (TTY: 711) 以： • 與護士交談，他們將回答醫療問題、提供護理建議，並幫助您決定是否應立即就醫 • 獲得有關糖尿病或哮喘等醫療狀況的幫助，包括關於哪類服務提供者可能適合您病情的建議 護士諮詢專線無法協助處理診所約診或藥物續領。如果您需要這方面的協助，請致電服務提供者所在的診所。護士諮詢專線在您需要時可提供語言服務。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	健康與保健教育計畫（續） **健康與保健教育計畫：** 我們提供許多計畫來幫助您保持健康。這些包括： • 書面健康教育提示單及指南 • 關於以下主題的健康指導：哮喘、糖尿病、心臟病等 • 支援健康生活方式的課程及計畫，例如健康飲食、積極活動以及如何戒菸 • 針對以下狀況的醫療識別手環或項鍊：哮喘、糖尿病 要接收我們提供的計畫資訊並申請醫療識別手環或項鍊，請致電 1.510.747.4577。TTY 使用者可撥打 1.800.735.2929。	$0
	聽力服務 我們支付由您的服務提供者進行的聽力及平衡測試費用。這些測試可告知您是否需要醫療治療。當您從醫師、聽力學家或其他合格服務提供者處獲得這些測試服務時，它們會作爲門診護理被承保。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	聽力服務（續） 我們也支付以下服務的費用： ● 常規聽力檢查：每年進行一 (1) 次常規聽力檢查 ● 助聽器補助：最高$775 的助聽器補助（每耳），每年最多兩個助聽器。此補助額不得逐年累積。您需要負責支付超出此限額的任何費用。 ● 助聽器驗配/評估：每年進行一 (1) 次助聽器驗配/評估 當由醫師或其他合格服務提供者開立處方時，我們也支付助聽器的費用，包括： ● 耳模、用品及插入件 ● 維修 ● 初始套裝電池 ● 獲得助聽器後，與同一供應商進行的六次訓練、調整及驗配就診 ● 助聽器的試用期租賃 ● 輔助聽覺設備、體表佩戴式骨傳導助聽設備 ● 與助聽器相關的聽力學及後續評估服務 會員必須與 NationsHearing 聯絡，電話：1.877.408.7542 (TTY: 711)，以預約在簽約服務提供者處就診。會員體驗顧問服務時間爲當地時間上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天，包括節假日。我們的計畫與 NationsHearing 合作，爲您提供常規聽力福利。如需預約合作服務供應商，請致電 1.877.408.7542 (TTY: 711)，當地時間上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天，或造訪網站 www.alliancewellness.nationsbenefits.com/hearing。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。	

承保服務		您需支付的費用
	HIV 篩檢 我們爲符合以下條件的人每 12 個月支付一次 HIV 篩檢的費用： ● 要求進行 HIV 篩檢測試，**或** ● HIV 感染風險增加。 如果您懷孕，我們在您懷孕期間最多支付三次 HIV 篩檢的費用。 當您的服務提供者推薦時，我們也支付額外的 HIV 篩檢費用。	$0
	居家健康機構護理* 在您獲得居家健康服務之前，醫生必須告知我們您需要這些服務，並且必須由居家健康機構提供。您必須是居家不便者，這意味著離家是一項重大努力。 我們支付以下服務的費用，可能還包括此處未列出的其他服務： ● 部分時間或間歇性的專業護理及居家健康助理服務（要納入居家健康護理福利，您的專業護理及居家健康助理服務合計必須少於每天 8 小時及每週 35 小時。） ● 物理治療、職能治療及語言治療 ● 醫療及社會服務 ● 醫療設備及用品 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	居家輸液治療* 本計畫支付家庭輸液治療費用，定義爲在家中向您提供的透過靜脈注射或皮下注射的藥物或生物製劑。進行居家輸液需要以下項目： ● 藥物或生物製劑，例如抗病毒藥或免疫球蛋白； ● 設備，例如輸液泵；**以及** ● 用品，例如輸液管或導管。 本計畫承保的居家輸液服務包括但不限於： ● 專業服務，包括根據您的護理計畫提供的護理服務； ● 未包含在 DME 福利中的會員培訓及教育； ● 遙距監測；**以及** ● 由合格的居家輸液治療供應商提供的用於居家輸液治療及居家輸液藥物的監測服務。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	安寧護理 如果您的服務提供者及安寧護理醫療主任判定您處於臨終預後期，您有權選擇安寧護理。這意味著您患有末期疾病，預計壽命爲六個月或更短。您可以從任何經 Medicare 認證的安寧護理計畫處獲得護理服務。本計畫必須幫助您在計畫服務區域內尋找 Medicare 認證的安寧護理計畫，包括我們擁有、控制或在其中擁有財務利益的計畫。您的安寧護理醫生可以是網絡內服務提供者或網絡外服務提供者。 承保服務包括： ● 用於治療症狀和疼痛的藥物 ● 短期喘息服務 ● 居家照護 **當您入住臨終關懷機構時，您有權繼續使用我們的計畫。** **對於與您的末期病患相關的臨終關懷服務以及由 Medicare A 部分或 B 部分承保的服務，費用將由聯邦醫療保險支付：** ● Original Medicare（而非我們的計劃）將向您的臨終關懷機構支付您的臨終關懷服務以及任何與您的絕症相關的 A 部分或 B 部分服務的費用。在您接受臨終關懷服務期間，您的臨終關懷機構將向 Original Medicare 收取其支付的服務費用。 **對於我們的計畫承保但 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務：** ● 我們的計畫承保 MedicareA 部分或 B 部分未承保的服務。無論這些服務是否與您的末期預後相關，我們都將承保。您無需爲這些服務支付任何費用。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	安寧護理（續） **對於可能由本計畫的 Medicare D 部分福利承保的藥物：** ● 藥物絕不會同時由安寧護理及本計畫承保。更多資訊請參閱本《會員手冊》**第 5 章**。 **注意：**如果您患有嚴重疾病，您可能有資格獲得緩及療護。緩及療護提供以團隊爲基礎、以患者及家庭爲中心的護理，以改善您的生活品質。您可以在接受治癒性/常規護理的同時接受緩及療護。請參閱下面的「緩及療護」一節以獲取更多資訊。 **注意：**如果您需要非安寧護理，請致電您的護理協調員及/或會員服務部以安排相應服務。非安寧護理是指與您的臨終預後**無關**的護理服務。 本計畫爲未選擇安寧護理福利的末期疾病會員提供安寧護理諮詢服務（僅一次）。	$0

承保服務		您需支付的費用
	免疫接種 我們支付以下服務的費用： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗注射，在秋冬每個流感季節各一次，若具醫療必要性，可增加接種次數 • B 型肝炎疫苗，若您是 B 型肝炎高風險或中度風險人士 • COVID-19 疫苗 • 人類乳突病毒 (Human Papillomavirus, HPV) 疫苗 • 若有其他患病風險並符合 Medicare B 部分承保規則，則可承保接種其他疫苗的費用 我們支付符合 Medicare D 部分承保規則的其他疫苗。請參閱本《會員手冊》**第 6 章**以瞭解更多資訊。	$0

承保服務		您需支付的費用
	住院患者醫院護理* 我們支付以下服務的費用，及此處未列出的其他具醫療必要性的服務之費用： ● 半私人病房（或私人病房，若具醫療必要性） ● 膳食，包括特殊飲食 ● 常規護理服務 ● 特殊護理病房費用，例如重症監護病房或冠心病監護病房 ● 藥品及藥物 ● 化驗 ● X 光及其他放射學服務 ● 必要的手術及醫療用品 ● 用具，例如輪椅 ● 手術室及恢復室服務 ● 物理、職能及語言治療 ● 物質濫用住院服務 ● 在某些情況下，進行以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞以及腸道/多臟器移植。 ● 對於一些需要入院的主要器官移植，您可能會被轉介到該器官相應的「卓越中心」(Center of Excellence)。 **此福利在下一頁繼續**	$0 您必須獲得本計畫的批准，才能在急診情況穩定後在網絡外醫院獲得住院護理。

承保服務		您需支付的費用
	住院患者醫院護理*（續） 如果您需要移植，一個經 Medicare 批准的移植中心將審查您的個案並決定您是否是移植候選人。移植服務提供者可能在當地或服務區域外。如果當地的移植服務提供者願意接受 Medicare 的費率，那麼您可以在當地或偏離您社區常規護理模式的地方獲得移植服務。如果本計畫提供偏離我們社區常規護理模式的移植服務，並且您選擇在那裡進行移植，我們將爲您及另一名同行人員安排住宿及出行路線或支付相應費用。 ● 血液，包括儲存及輸注。全血及濃縮紅血球之給付，僅自您所需的第四品脫血液起開始適用。您必須自行負擔該曆年內取得的前三品脫血液之費用，或由您本人或他人捐贈該血液。其他所有血液成分，則自第一品脫起即納入給付範圍。 ● 醫師服務 **注意：**要成爲住院患者，您的服務提供者必須開立正式接納您爲醫院住院患者的醫囑。即使您在醫院過夜，您可能仍被視爲「門診患者」。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者，請詢問醫院工作人員。 請查看 Medicare 情況說明書 Medicare 醫院福利，以獲取更多資訊。該情況說明書可透過網址 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 查詢，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0 您必須獲得本計畫的批准，才能在急診情況穩定後在網絡外醫院獲得住院護理。

承保服務		您需支付的費用
	精神病醫院的住院服務* 我們支付需要住院治療的心理健康護理服務的費用。 ● 如果您需要在獨立精神病醫院接受住院服務，我們支付前 190 天的費用。之後，當地的縣級心理健康機構支付具醫療必要性的精神病住院服務的費用。超過 190 天護理的授權需與當地縣級心理健康機構協調。 ○ 190 天的限制**不適用於**綜合醫院精神病科提供的心理健康住院服務。 ● 如果您年滿 65 歲，我們會支付您在心理疾病診療所 (Institute for Mental Diseases, IMD) 接受的服務之費用。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
	住院期間：在不被承保的住院期間於醫院或專業護理設施 (Skilled Nursing Facility, SNF) 接受的承保服務* 如果您已用完所有住院福利，或住院不具有合理性及/或醫療必要性，我們將不會支付您的住院費用。 然而，在某些住院治療不被承保的情況下，我們可能會支付您在醫院或護理設施期間接受的服務之費用。如需更多資訊，請聯絡會員服務部。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	住院期間：在不被承保的住院期間於醫院或專業護理設施 (SNF) 接受的承保服務（續） 我們支付以下服務的費用，可能還包括此處未列出的其他服務： ● 醫生服務 ● 診斷測試，如化驗 ● X 光、鐳及同位素治療，包括技術人員材料及服務 ● 外科敷料 ● 夾板、石膏及其他針對骨折及脫臼的裝置 ● 假體及矯形裝置（牙科除外），包括此類裝置的更換或修理。這些是裝置爲了： ○ 內臟器官（包括鄰近組織），**或** ○ 功能失調或失效的內臟器官的功能。 ● 腿部、手臂、背部和頸部支架、桁架以及義肢（包括假腿、義臂和假眼）。這包括因破損、磨損、遺失或病情變化而需要的調整、維修和更換。 ● 物理治療、語言治療及職能治療 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	中級護理設施服務* 在提供 24 小時院舍型服務的長期護理設施或療養院中提供的護理服務。中級護理設施或療養院的類型包括： ● 中級護理設施/發展性障礙 (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled, ICF/DD) ● 中級護理設施/發展性障礙-康復性 (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled-Habilitative, ICF/DD-H) ● 中級護理設施/發展性障礙-護理性 (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled-Nursing, ICF/DD-N) **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
	腎臟疾病及用品* 我們支付以下服務的費用： ● 腎臟疾病教育服務，以教授腎臟護理並幫助您對護理做出明智決定。您必須患有第四期慢性腎臟病，並且您的醫生必須爲您轉介。我們承保最多六次腎臟疾病教育服務。 ● 門診透析治療，包括暫時在服務區域外時的透析治療（如本《會員手冊》**第 3 章**所述），或當爲您提供此項服務的服務提供者暫時無法提供服務或無法聯絡時 **此福利在下一頁繼續。**	$0

承保服務		您需支付的費用
	腎臟疾病及用品*（續） ● 如果您因特殊護理而入住醫院成爲住院患者，則承保透析住院治療 ● 自我透析培訓，包括爲您及任何協助您進行居家透析治療的人提供的培訓 ● 居家透析設備及用品 ● 某些居家支援服務，例如訓練有素的透析工作人員的必要訪視，以查看您的居家透析情況、在緊急情況下提供幫助以及檢查您的透析設備及水源。 Medicare B 部分支付一些用於透析的藥物。相關資訊，請參閱本福利表中的「Medicare B 部分藥物」。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	低劑量電腦斷層掃描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 肺癌篩檢 如果您符合以下條件，本計畫每 12 個月支付一次肺癌篩檢費用： ● 年齡在 50-77 歲之間，**且** ● 與您的醫生或其他合格服務提供者進行了有關諮詢及共同決策的就診，**且** ● 吸菸史有 20 年（每天至少吸 1 包菸），且無肺癌跡象或症狀，或目前吸菸或在過去 15 年內戒菸 在第一次篩檢之後，本計畫每年支付另一次篩檢的費用，但需持有您的醫生或其他合格服務提供者的書面醫囑。如果服務提供者選擇針對肺癌篩檢提供有關肺癌篩檢諮詢及共同決策的看診服務，該等看診必須符合 Medicare 對此類看診的標準。	$0

承保服務		您需支付的費用
	醫學營養治療 此福利適用於患有糖尿病或未接受透析的腎臟病患者。腎臟移植後，經醫生轉介**或**指示也可適用。 在您根據 Medicare 獲得醫學營養治療服務的第一年，我們支付三小時的一對一諮詢服務費用。若具醫療必要性，我們可能會批准額外的服務。 此後我們每年支付兩小時的一對一諮詢服務費用。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，憑藉醫生的轉介**或**醫囑，您可能會獲得更多小時數的治療。醫生必須開立這些服務的處方，並在您下個日曆年需要治療時每年更新轉介**或**醫囑。若具醫療必要性，我們可能會批准額外的服務。	$0
	Medicare 糖尿病預防計畫 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 本計畫爲符合資格的人支付 MDPP 服務的費用。MDPP 旨在幫助您增加健康行爲。它提供以下方面的實用培訓： ● 長期飲食改變，**以及** ● 增加體育活動，**以及** ● 維持減重及健康生活方式的方法。	$0

承保服務		您需支付的費用
	Medicare B 部分藥物* 這些藥物由 Medicare B 部分承保。本計畫支付以下藥物的費用： ● 在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時透過注射或輸注給藥（您通常不會自行給藥）的藥物 ● 透過耐用醫療設備（例如具醫療必要性的胰島素泵）供應的胰島素 ● 您使用本計畫授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）服用的其他藥物 ● 阿茲海默症藥物 Leqembi® (通用名: lecanemab)，透過靜脈 (IV) 注射給藥。除了藥物費用外，您可能還需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和檢查。請與您的醫生討論您的治療方案中可能需要哪些掃描和檢查。 ● 如果您患有血友病，自行注射的凝血因子 ● 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 支付了您的器官移植費用，則 Medicare 承保移植藥物治療。您在接受承保移植服務時必須擁有 A 部分保險；在接受免疫抑制藥物時必須擁有 B 部分保險。如果 Medicare B 部分不承保免疫抑制藥物，則由 Medicare D 部分承保 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	Medicare B 部分藥物*（續） ● 注射用的骨質疏鬆症藥物。如果您是居家不便者，有經醫生證明與停經後骨質疏鬆相關的骨折，並且無法自行注射藥物，我們將支付這些藥物的費用 ● 一些抗原：如果醫生製備抗原，並且由經過適當指導的人（可能是您，即患者）在適當監督下給藥，則 Medicare 承保此類抗原 ● 某些口服抗癌藥物：如果同一種藥物有注射劑型，或者該藥物是前體藥物（一種口服藥物，攝入後會分解成注射藥物中存在的相同活性成分），則 Medicare 承保您口服的一些口服癌症藥物。隨著新的口服癌症藥物問世，B 部分可能會承保此類藥物。如果 B 部分不承保，則由 D 部分承保 ● 口服抗惡心藥物：如果您在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，或用作靜脈抗惡心藥物的完全治療性替代品，並且是抗癌化療方案的一部分，則 Medicare 承保口服抗惡心藥物 ● Medicare B 部分承保的某些口服末期腎病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 藥物 ● 在 ESRD 支付系統下的鈣敏感受體調節劑及磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv®及口服藥物 Sensipar ● 某些用於居家透析的藥物，包括肝素、肝素解毒劑（具醫療必要性時）及局部麻醉劑 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	Medicare B 部分藥物*（續） ● 紅血球生成刺激劑：如果您患有 ESRD 或需要此藥物（如重組人促紅細胞生成素）來治療與某些其他狀況相關的貧血，則 Medicare 承保注射用紅血球生成素 ● 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的 IV 注射免疫球蛋白 ● 腸外及腸內營養（IV 注射及管飼） ● 某些糖尿病檢測用品 以下連結將帶您查看可能適用階梯療法的 Medicare B 部分藥物清單：www.alamedaalliance.org/alliancewellness/d-snp-rx-resources。 我們還透過 Medicare B 部分承保一些疫苗，並透過 Medicare D 部分藥物福利承保大多數成人疫苗。 本《會員手冊》**第 5 章**解釋了我們的藥物福利。此章節解釋了您必須遵守的處方藥承保規則。 本《會員手冊》**第 6 章**解釋了您透過本計畫支付藥物的費用。 *需要事先授權，且由您的服務提供者負責審查任何適用的事先授權或階梯療法標準。	$0

承保服務		您需支付的費用
	護理設施的照護服務* 護理設施 (Nursing Facility, NF) 是爲那些無法在家中得到護理但不需要住院的人提供護理的場所。 我們承保的服務包括但不限於以下內容： ● 半私人病房（或私人病房，若具醫療必要性） ● 膳食，包括特殊飲食 ● 護理服務 ● 物理治療、職能治療及語言治療 ● 呼吸治療 ● 作爲您護理計畫的一部分提供給您的藥物。（這包括體內天然存在的物質，例如凝血因子。） ● 血液，包括儲存及輸注 ● 通常由護理設施提供的醫療及外科用品 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	護理設施的照護服務（續） ● 通常由護理設施進行的化驗 ● 通常由護理設施進行的 X 光及其他放射學服務 ● 通常由護理設施提供的器具，例如輪椅 ● 醫師/執業醫師服務 ● 耐用醫療設備 ● 牙科服務，包括假牙 ● 視力福利 ● 聽力檢查 ● 脊椎按摩療法護理 ● 足病服務 您通常從網絡內設施獲得護理。但是，您可能能夠從本計畫網絡外的設施獲得護理。如果以下場所接受本計畫支付的金額，您可以從那裡獲得護理： ● 您入院前居住的護理設施或持續護理退休社區（只要它提供護理設施照護）。 ● 在您離開醫院時您的配偶或家庭伴侶居住的護理設施。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	肥胖篩檢及減重治療 如果您的體重指數爲 30 或更高，我們支付幫助您減重的諮詢費用。您必須在初級護理場所獲得諮詢。這樣，它可以與您的完整預防計畫一起管理。請諮詢您的初級護理服務提供者以瞭解更多資訊。	$0
	鴉片類藥物治療計畫 (Opioid Treatment Program, OTP) 服務* 本計畫支付透過 OTP 治療鴉片類藥物使用障礙 (Opioid Use Disorder, OUD) 的以下服務費用，其中包括： ● 入組活動 ● 定期評估 ● 美國食品藥物管理局 (Food And Drug Administration, FDA) 批准的藥物，以及管理這些藥物並向您提供這些藥物（如適用） ● 物質使用諮詢 ● 個人及團體治療 ● 檢測您體內的藥物或化學物質（毒理學檢測） **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	門診診斷測試及治療服務與用品* 我們支付以下服務的費用，及此處未列出的其他具醫療必要性的服務之費用： ● X 光檢查 ● 放射治療（鐳及同位素），包括技術人員材料及用品 ● 外科用品，如敷料 ● 夾板、石膏及其他針對骨折及脫臼的裝置 ● 化驗 ● 血液，包括儲存及輸注 ● 非化驗的診斷性檢驗，例如您的醫生或其他醫療保健提供者爲治療疾病而開立的電腦斷層掃描 (Computed Tomography, CT)、磁振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、心電圖 (Electrocardiogram, EKG)、正子斷層掃描 (Positron Emission Tomography, PET) ● 其他門診診斷測試 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**可能需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	醫院門診觀察 我們支付醫院門診觀察服務的費用，以確定您是否需要作爲住院患者入院或可以出院。 服務必須符合 Medicare 標準並被認爲是合理及必要的。觀察服務僅在經由醫師或（根據州法律及醫院工作人員細則，授權接納患者入院或安排門診檢驗的）其他人員所開立的醫囑而提供時，才予以承保。 **注意：**除非服務提供者已開立將您作爲住院患者接入醫院的醫囑，否則您屬於門診患者。即使您在醫院過夜，您可能仍被視爲門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，請詢問醫院工作人員。 請查看 Medicare 情況說明書 Medicare 醫院福利，以獲取更多資訊。該情況說明書可透過網址 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 查詢。	$0

承保服務		您需支付的費用
	醫院門診服務* 我們支付您在醫院門診部爲診斷或治療疾病或損傷而獲得的具醫療必要性服務的費用，例如： ● 急診部門或門診診所的服務，例如門診手術或觀察服務 ● 由醫院收取費用的化驗及診斷測試 ● 心理健康護理，包括部分住院計畫中的護理，如果醫生證明沒有該計畫則需要住院治療 ● 由醫院收取費用的 X 光及其他放射學服務 ● 醫療用品，例如夾板及石膏 ● 某些無法自行注射的藥物和生物製劑 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	心理健康門診護理* 我們支付由以下人員提供的心理健康服務之費用： ● 獲州級執照的精神科或非精神科醫生 ● 臨床心理學家 ● 臨床社工 (Clinical Social Worker, CSW) ● 臨床護理專家 (Clinical Nurse Specialist, CNS) ● 持照專業諮商師 (Licensed Professional Counselor, LPC) ● 持照婚姻與家庭治療師 (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) ● 專科護理師 (Nurse Practitioner, NP) ● 醫師助理 (Physician Assistant, PA) ● 適用的州法律所允許的、經 Medicare 認定符合資格的其他任何心理健康護理專業人員 我們支付以下服務的費用，可能還包括此處未列出的其他服務： ● 診所服務 ● 日間治療 ● 社會心理復健服務 ● 部分住院或強化門診計畫 ● 個人及團體心理健康評估及治療 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	心理健康門診護理*（續） ● 臨床顯示需要評估心理健康結果時的心理測驗* ● 用於監測藥物治療的門診服務 ● 門診化驗、藥物、用品及補充劑 ● 精神科諮詢 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
	門診復健服務* 我們支付物理治療、職能治療及語言治療的費用。 您可以從醫院門診部、獨立治療師診所、綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) 及其他設施獲得門診復健服務。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
	物質使用障礙門診服務 我們支付以下服務的費用，也可能支付此處未列出的其他服務 ● 酒精濫用篩檢及諮詢 ● 藥物濫用治療 ● 由合格臨床醫生進行的團體或個人諮詢 ● 在戒癮康復中心進行亞急性戒斷治療 ● 在強化門診治療中心或部分住院計畫中提供的酒精及/或藥物服務 ● 長效型納曲酮 (Vivitrol) 治療	$0

承保服務		您需支付的費用
	門診手術* 我們支付在醫院門診設施及門診手術中心進行的門診手術及服務的費用。 **注意：**如果您在醫院設施進行手術，您應與您的服務提供者確認您是作爲住院患者還是門診患者接受手術。除非服務提供者開立將您作爲住院患者接入醫院的醫囑，否則您屬於門診患者。即使您在醫院過夜，您可能仍被視爲門診患者。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	非處方 (Over the Counter, OTC) 藥品 我們提供每季$110 的津貼，用於購買符合條件的非處方 (OTC) 藥品。季度週期分別爲：1 月至 3 月；4 月至 6 月；7 月至 9 月；及 10 月至 12 月。這項津貼可用於購買非處方保健產品，例如止咳感冒藥、維生素、止痛藥、急救用品、助消化藥、防曬護膚品、口腔護理產品等等。津貼於每季的第一天生效。任何未使用的餘額均不結轉至下一季度，所有資金必須在當前計畫年度內使用完畢。 **OTC 簽帳卡：** 我們將郵寄一張預付簽帳卡及啓動說明給您，以便您購買符合資格的 OTC 藥品。首次使用前必須啓動此卡。如果您的卡片遺失、被竊或損壞，請立即聯絡 NationsBenefits 申請補辦。 **購物地點及方式：** 您可以使用金融卡從 NationsBenefits 產品目錄中購買符合條件的 OTC 非處方藥，購物方式包括實體店購物、線上購物或電話購物： • 店內購物：您可以在 CVS、Safeway、Walgreens、Walmart 等多家商店購買各種核准商品。請前往 www.alliancewellness.nationsbenefits.com 尋找您附近參與計畫的商店。 **此福利在下一頁繼續。**	$0

承保服務		您需支付的費用
	非處方 (OTC) 藥品（續） • 線上購物：請前往 www.alliancewellness.nationsbenefits.com 瀏覽各種核准產品。如果這是您第一次線上訂購，您需要在 Benefits Pro 入口網站或 Benefits Pro 應用程式上註冊建立帳戶。如果您已經建立帳戶，只需登入，選擇您需要的商品，準備好後點擊「Checkout.」。 • 電話訂購：要透過電話訂購，請前往 www.alliancewellness.nationsbenefits.com 找到您想訂購的產品。然後，請致電 1.877.408.7542 (TTY: 711)。會員體驗顧問服務時間爲當地時間上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。 **重要承保詳情：** • 並非所有參與活動的商店中的商品均可使用您的卡片購買。僅限符合資格的 OTC 藥品可享有此優惠。OTC 藥品的種類和數量可能有限制。 • 如果您的購買總額超過卡內可用餘額，則剩餘金額必須使用其他付款方式支付。 • 如果您退出此計畫，您的非處方藥優惠將終止。任何剩餘餘額將被作廢。 • 如果您因技術問題或卡片故障而無法使用金融卡，請致電 NationsBenefits。 • 此優惠不具備現金價值，不可兌換現金、信用卡或禮品卡。 **此福利在下一頁繼續。**	$0

承保服務		您需支付的費用
	非處方 (OTC) 藥品（續） 本計畫與 NationsBenefits 合作，爲您提供 OTC 藥品福利。如需更多資訊，請於當地時間上午 8 點至晚上 8 點（每週七 [7] 天）致電 1.877.408.7542（TTY 專線：711），或造訪網站 www.alliancewellness.nationsbenefits.com。 此外，您還享有 Medi-Cal Rx 的 OTC 福利。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以獲取更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話：1.800.977.2273（TTY 專線：711）。	

承保服務		您需支付的費用
	緩及療護* 本計畫承保緩及療護。緩及療護適用於患有嚴重疾病的人。緩及療護提供以患者及家庭爲中心的護理，透過預期、預防及治療痛苦來改善其生活質量。緩及療護**不是**安寧護理，因此您不需要有六個月或更短的預期壽命才有資格獲得緩及療護。緩及療護與治癒性/常規護理同時提供。 緩及療護包含以下內容： ● 事前護理規劃 ● 緩及療護評估與諮詢 ● 包含所有授權的緩及療護及治癒性護理的護理計畫，包括心理健康及醫療社會服務 ● 來自您指定護理團隊的服務 ● 護理協調 ● 疼痛及症狀管理 如果您年滿 21 歲，您不能同時接受安寧護理及緩及療護。如果您正在接受緩及療護，並符合安寧護理的資格，可以隨時申請變更爲安寧護理。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	部分住院服務及強化門診服務* 部分住院服務是一個結構化的積極精神科治療計畫。它作爲醫院門診服務或由社區心理健康中心提供，其強度超過您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮商師診所處獲得的護理。它可以幫助您避免必須住院。 強化門診服務是一個結構化的積極行爲（心理）健康治療計畫，作爲醫院門診服務、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或農村健康診所提供，其強度超過您在醫生、治療師、LMFT 或持照專業諮商師診所處獲得的護理，但低於部分住院服務的強度。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	醫師/服務提供者服務，包括醫生診所就診* 我們支付以下服務的費用： ● 在諸如以下場所提供具醫療必要性的健康護理或手術服務： ○ 醫師診所 ○ 認證的門診手術中心 ○ 醫院門診部 ○ 其他任何地點 ● 專科醫生的諮詢、診斷及治療 ● 由您的初級保健服務提供者***或***專科醫生進行的基本聽力及平衡檢查，如果您的醫生爲確定您是否需要治療而開立這些服務的醫囑 ● 某些遙距醫療服務，包括用於治療普通內科、皮膚科及心理健康的非急診狀況的醫師及從業人員服務。 ○ 您可以選擇透過電話或視訊獲得這些服務。如果您選擇透過遙距醫療獲得其中一項服務，您必須使用提供相應遙距醫療服務的網絡內服務提供者。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	醫師/服務提供者服務，包括醫生診所就診*（續） ○ Teladoc 提供醫師諮詢服務，您可以透過電話或視訊在家中舒適地進行，服務時間爲每週 7 天，每天 24 小時。透過致電 Teladoc，電話：1.800.TELADOC (1.800.835.2362) 或透過 Teladoc 應用程式預約視訊聊天與醫生交談，以治療非急診醫療問題。 ● 爲在家透析的會員在醫院或關鍵通道醫院附屬的腎透析中心、腎透析設施或家中進行的每月末期腎病 (ESRD) 相關就診提供的遙距醫療服務 ● 用於診斷、評估或治療中風症狀的遙距醫療服務 ● 無論您身在何處，爲患有物質使用障礙或同時患有心理健康障礙的會員提供的遙距醫療服務 ● 用於診斷、評估及治療心理健康障礙的遙距醫療服務，條件是： ● 由鄉村健康診所及聯邦合格健康中心提供的心理健康門診遙距醫療服務。 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	醫師/服務提供者服務，包括醫生診所就診*（續） ● 與您的醫生進行的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊聊天），時長 5-10 分鐘，**條件是：** ○ 您不是新患者，**以及** ○ 該檢查與過去 7 天內的診所就診無關，**以及** ○ 該檢查不會導致在 24 小時內或最早可約診時間進行診所就診 ● 對您向醫生發送的視訊及/或圖像進行評估，並由您的醫生在 24 小時內進行解讀及複診，**條件是**： ○ 您不是新患者，以及 ○ 該評估與過去 7 天內的診所就診無關，**以及** ○ 該評估不會導致在 24 小時內或最早可約診時間進行診所就診 ● 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子健康記錄進行的會診，如果您不是新患者 ● 手術前另一名網絡內服務提供者提供的第二診斷意見 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	足病服務* 我們支付以下服務的費用： • 足部損傷或足部疾病的診斷及醫療或外科手術治療（例如錘狀趾或足跟骨刺）。 • 爲患有影響腿部狀況（如糖尿病）的會員提供的常規足部護理 • 腳踝及與足部相連肌腱的治療 • 控制足部功能的腿部肌肉及肌腱的非手術治療 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
🍎	**HIV 暴露前預防 (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP)** 若您未感染 HIV，但您的醫生或其他醫療保健從業人員判定您感染 HIV 的風險增加，我們將承保暴露前預防 (PrEP) 藥物及相關服務。 若您符合資格，承保的服務包括： • FDA 批准的口服或注射用 PrEP 藥物，包括注射藥物的費用（如有）。 • 每 12 個月最多 8 次個人諮詢會議（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低及用藥依從性）。 • 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢。 • 一次 B 型肝炎病毒篩檢。	$0

承保服務		您需支付的費用
	前列腺癌篩檢 對於 50 歲及以上的男性，我們每 12 個月支付一次以下服務的費用： • 直腸指檢 • 前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢測	$0
	假體及矯形裝置及相關用品* 假體裝置旨在完全或部分替代身體某部位或功能。這些裝置包括但不限於： • 假體與矯形裝置的使用測試、裝配或訓練 • 結腸造口袋及與造口照護相關的用品 • 腸內及腸外營養，包括餵食套件、輸液泵、輸液管及接頭、溶液以及用於自行注射的用品 • 心律調節器 • 支架 • 義肢鞋 • 假臂及假腿 • 義乳（包括乳房切除術後的外科胸衣） • 用於替代因疾病、損傷或先天缺陷而被移除或損壞的外部面部身體部位全部或部分的假體 • 失禁霜及尿布 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	假體及矯形裝置及相關用品*（續） 我們支付一些與假體及矯形裝置相關的用品。我們也支付修理或更換假體及矯形裝置的費用。 我們在白內障移除或白內障手術後提供部分承保。詳情請參閱本表後面的「視力照護」。	
	肺復健服務* 我們爲患有中度至極重度慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 的會員支付肺復健計畫的費用。您必須獲得治療 COPD 的醫生或服務提供者所開具的肺復健轉診*或*醫囑。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
	C 型肝炎病毒感染篩檢 如果您的初級保健醫生或其他合格的醫療保健提供者開立醫囑並且您符合以下條件之一，我們將承保一次 C 型肝炎篩檢： ● 您因使用或曾使用非法注射藥物而處於高風險。 ● 您在 1992 年以前輸過血。 ● 您出生於 1945 年至 1965 年之間。 如果您出生於 1945 年至 1965 年之間且不被認爲是高風險人群，我們將支付一次篩檢費用。如果您處於高風險（例如，自上次 C 型肝炎篩檢陰性後您持續使用非法注射藥物），我們承保年度篩檢。	$0

承保服務		您需支付的費用
	性傳播感染 (STI) 篩檢與諮詢 我們支付披衣菌、淋病、梅毒及 B 型肝炎的篩檢費用。這些篩檢適用於孕婦及一些 STI 風險增加的人。必須由初級保健服務提供者開立檢驗單。我們每 12 個月承保一次此類檢驗，或在懷孕期間的特定時間承保。 我們還每年爲性活躍且 STI 風險增加的成年人支付最多兩次面對面、高強度的行爲諮詢會議費用。每次會議可持續 20 至 30 分鐘。這些諮詢會議僅在由初級保健服務提供者進行時，我們才將其作爲預防性服務承保。會議必須在初級保健場所進行，例如醫生診所。	$0
	專職護理設施 (SNF) 照護* 有關專業護理設施照護的定義，請參閱**第 12 章**。 我們支付以下服務的費用，也可能支付此處未列出的其他服務 ● 半私人病房，或私人病房，若具醫療必要性 ● 膳食，包括特殊飲食 ● 專業護理服務 ● 物理治療、職能治療及語言治療 ● 作爲您護理計畫的一部分而獲得的藥物，包括體內天然存在的物質，例如凝血因子 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	專職護理設施 (SNF) 照護*（續） ● 血液，包括儲存及輸注 ● SNF 提供的醫療及外科用品 ● 由 SNF 進行的化驗 ● 由護理設施進行的 X 光及其他放射學服務 ● 通常由護理設施提供的用具，例如輪椅 ● 醫師/服務提供者服務 您通常從網絡內設施獲得 SNF 照護。在某些條件下，您可能能夠從非本計畫網絡內的設施處獲得照護。如果以下場所接受本計畫支付的金額，您可以從那裡獲得護理： ● 您入院前居住的護理設施或持續護理退休社區（只要它提供護理設施照護）。 ● 在您離開醫院時您的配偶或家庭伴侶居住的護理設施。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	戒菸與戒除菸草使用 對於符合以下標準的人員可享有戒菸和戒菸諮詢服務，包括門診和住院服務： • 菸草使用，無論他們是否表現出菸草相關疾病的跡象或症狀 • 在諮詢期間意識清楚且警覺 • 由合格的醫師或其他 Medicare 認可的從業人員提供諮詢 我們每年承保兩次戒菸嘗試（每次嘗試最多可包括四次中度或強化課程，每年最多八次課程）。	$0
	亞急性護理設施服務（成人或兒科）* 本計畫可能承保長期照護設施，該設施爲需要特殊服務（例如吸入治療、氣切護理、靜脈管灌食及複雜傷口管理照護）的體弱會員提供全面照護。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	監督式運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET)* 我們爲有症狀的周邊動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 會員支付 SET 的費用，條件是他們有負責 PAD 治療的醫生開立的 PAD 轉診。 本計畫支付： ● 在 12 週內最多 36 次課程，如果滿足所有 SET 要求 ● 如果醫療保健提供者認爲具醫療必要性，隨時間推移可可增加 36 次課程 SET 計畫必須是： ● 針對因血流不暢（跛行）導致腿部抽筋的會員，進行每次 30 至 60 分鐘的 PAD 治療性運動訓練計畫 ● 在醫院門診或醫師診所內進行 ● 由合格人員提供，他們確保益處大於危害，並受過 PAD 運動治療培訓 ● 在受過基礎及高級生命支援技術培訓的醫師、PA 或 NP/CNS 的直接監督下進行 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	交通：非急診醫療運輸* 此福利允許爲您的計畫及 Medicare 所承保的服務提供無限次的醫療運輸。這可能包括：救護車、擔架車、輪椅車醫療運輸服務，以及與輔助客運服務協調。 以下情況可獲授權以使用這些運輸形式： ● 您的醫療服務提供者判定您的醫療及/或身體狀況不允許您乘坐公車、客車、計程車或其他形式的公共或私人交通工具，**並且**需要事先授權，您需要致電您的計畫安排接送服務。 運輸服務透過我們的交通供應商 Modivcare 提供。如需申請已批准服務的接送服務，請至少於約診日期前三 (3) 個工作日（週一至週五），撥打免費電話 1.866.791.4158 與 Alliance 交通服務部聯絡。如果您有緊急約診，請盡快致電。TTY 使用者可撥打 1.800.735.2929。致電時請準備好您的 Alameda Alliance Wellness 會員識別卡。超過 50 英里的行程需要事先授權。 **需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0

承保服務		您需支付的費用
	交通：非醫療運輸 此福利允許乘坐客車、計程車或其他形式的公共/私人交通工具前往醫療服務地點。 運輸目的必須是爲了獲得 Medi-Cal 所承保的必要醫療護理，包括前往牙科就診處及領取藥物。對於同時被 Medi-Cal 及 Medicare 承保的服務，我們也予以承保。 運輸服務透過我們的交通供應商 Modivcare 提供。如需申請已批准服務的接送服務，請至少於約診日期前三 (3) 個工作日（週一至週五），撥打免費電話 1.866.791.4158 與 Alliance 交通服務部聯絡。如果您有緊急約診，請盡快致電。TTY 使用者可撥打 1.800.735.2929。致電時請準備好您的 Alameda Alliance Wellness 會員識別卡。	$0

承保服務		您需支付的費用
	急症護理 急症護理是爲治療以下情況而提供的護理： ● 需要立即醫療護理的非緊急情況，**或** ● 未預見的疾病，**或** ● 損傷，**或** ● 需要立即護理的狀況。 如果您需要急症護理，您應首先嘗試從網絡內服務提供者處獲得。但是，當您因時間、地點或環境原因無法找到網絡內服務提供者，以致不可能或不合理從網絡內服務提供者處獲得此服務時 （例如，當您在計畫服務區域外，並且因未預見的狀況需要醫療上必要的立即服務，但這不是醫療急症時），您可以使用網絡外服務提供者。 我們提供全球範圍內的緊急醫療、急需醫療和緊急救護車服務，年度最高賠償額爲$25,000。您可能需要在接受服務時先向服務提供者支付費用，然後再申請報銷。您的報銷金額將不超過年度最高賠付額。	$0

承保服務		您需支付的費用
	視力護理* 我們支付以下服務的費用： ● 常規眼科檢查：每年一 (1) 次常規眼科檢查，**以及** ● 常規眼鏡津貼：每兩 (2) 年可領取最高$150，用於購買一 (1) 副處方眼鏡（鏡架）或處方隱形眼鏡。標準鏡片（單焦、雙焦或三焦）每兩 (2) 年可獲得全額給付。眼鏡津貼不可跨年度結轉。若費用超出限額，超出部分需由您自行負擔。 本計劃與 Vision Service Plan (VSP) 合作，爲您提供常規眼科檢查和常規眼鏡福利。如需尋找 VSP Advantage 網路內的合作醫療機構，請致電 1.855.492.9028（TTY 專線：711），服務時間爲每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點，或造訪 www.vsp.com/advantageretail。如果您選擇在 VSP 網路外的醫療機構接受常規眼科護理服務，則該服務將不在本計畫承保範圍內。 我們支付門診醫生診療費用，用於診斷和治療眼部疾病和損傷。例如，治療老年黃斑部病變。 對於青光眼高風險族群，我們每年支付一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險族群包括： ● 有青光眼家族史的人士 ● 糖尿病患者 ● 50 歲及以上的非裔美國人 ● 65 歲及以上的西班牙裔美國人 **此福利在下一頁繼續**	$0

承保服務		您需支付的費用
	視力護理*（續） 對於糖尿病患者，我們每年支付一次糖尿病視網膜病變篩檢費用。 當醫生植入人工水晶體後，我們在每次白內障手術後支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 如果您進行兩次獨立的白內障手術，您必須在每次手術後獲得一副眼鏡。即使您在第一次手術後沒有獲得眼鏡，您也不能在第二次手術後獲得兩副眼鏡。 請與您的服務提供者交談並獲得轉診。**需要事先授權，且由您的服務提供者負責。*	$0
	「歡迎加入 Medicare」預防性就診 我們承保一次的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。該就診包括： ● 您的健康狀況檢視； ● 關於您需要的預防性服務（包括篩檢及注射）的教育及諮詢；**以及** ● 如果您需要，轉診以接受其他護理。 **注意：**我們僅在您擁有 Medicare B 部分的前 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」預防性就診。當您約診時，請告知醫生診所您想安排「歡迎加入 Medicare」預防性就診。	$0

E. 社區支援

您可以透過您的個人護理計畫獲得支援。社區支援是指具醫療適當性且具有成本效益的替代服務或環境，可替代 Medi-Cal 州計畫所承保的服務或環境。會員可以選擇性地接受這些服務。如果您符合條件，這些服務可能會幫助您更加獨立地生活。社區支援不會取代您已獲得的 Medi-Cal 福利。

Alameda Alliance Wellness 提供下列適用的社區支援：

- 住房過渡引導服務－可協助會員獲得住房。
- 住房押金－協助會員識別、協調、取得或資助一次性服務和改造，以幫助會員建立基本生活設施（不包括食宿）。
- 房屋租賃和維持服務－協助會員獲得租賃和維持服務，目標是在獲得住房後維持安全穩定的租約。
- 康復護理（醫療緩及護理）服務：爲不再需要住院但仍需傷痛或病痛（包括行爲健康狀況）中康復的患者提供短期整合式臨床護理。
- 醫療定制膳食/醫療支援性食品服務：可配送到家以滿足有特定營養敏感症患者的獨特飲食需求的膳食/食品。
- 哮喘補救服務：對居家環境進行物理改造，以確保患者的健康、福祉及安全，或是讓患者能夠在家中正常生活，並且如果不改造，就可能導致因急性哮喘發作而需要急救服務或住院治療。
- 緩及（護理者）服務：當會員的主要護理者無法提供服務時，爲會員提供的短期、臨時護理服務。
- 個人護理與家事服務：爲需要協助才能完成日常活動 (Activities of Daily Living, ADL) 的會員提供支援，例如沐浴、穿衣、如廁、行走或餵食；在日常護理者及/或監護者缺席或需要休息時而提供的短期服務，且該服務本質上屬於非醫療性質。
- 環境無障礙改造（房屋改造）服務：爲確保會員的安全與健康，或讓會員能夠提升在家中生活的獨立性而對房屋進行的物理改造服務。

- 輔助生活設施過渡服務：協助會員過渡至社區環境的服務，包括輔助生活設施、年長者院舍型護理設施及成人院舍型設施。
- 社區或居家過渡服務：協助會員從護理設施過渡至社區中的房屋/私人住所的服務。
- 過渡性租金－爲會員提供長達六個月的臨時和永久住房租金援助。

如果您需要協助，或想要瞭解您可以獲得哪些社區支援服務，請撥打 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 與會員服務部聯絡。 TTY 使用者可撥打 1.800.735.2929。或是致電您的醫療保健提供者。

F. 本計畫未承保的福利

本計畫不承保以下服務，但可透過 Medi-Cal 按服務收費獲取此類服務。

F1. 加州社區過渡計畫 (California Community Transitions, CCT)

加州社區過渡計畫 (CCT) 利用地方主要組織來協助符合條件（曾在住院設施連續居住至少 60 天）的 Medi-Cal 受益人過渡至社區環境並維持安全居住狀態。 CCT 計畫爲過渡前及過渡後的 365 天期間的過渡協調服務提供資助，以協助受益人搬回到社區環境。

您可以從所在縣的任何提供服務的 CCT 主要組織處獲取過渡協調服務。您可造訪醫療保健服務部網站查詢 CCT 主要組織清單及其服務縣，網址：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

關於 CCT 過渡協調服務

Medi-Cal 會支付過渡協調服務費用。您無需爲這些服務支付任何費用。

與 CCT 過渡無關的服務

服務提供者會向本計畫收取相關服務費用。本計畫會支付您過渡後所獲取服務的費用。您無需爲這些服務支付任何費用。

在您接受 CCT 過渡協調服務期間，本計畫將支付福利表 **D 節**中所列的服務費用。

藥物承保福利無變動

CCT 計畫**不**承保藥物。您可透過本計畫繼續獲取您的常規藥物福利。更多資訊請參閱本《會員手冊》**第 5 章**。

請注意：如果您需要非 CCT 過渡護理服務，請致電您的護理協調員以安排服務。非 CCT 過渡護理是指與您從機構或設施過渡**無**關的護理。

F2. Medi-Cal Dental

部分牙科服務可透過 Medi-Cal Dental 獲取。

更多資訊請造訪網站 SmileCalifornia.org。Medi-Cal Dental 提供的服務包括但不限於，例如：

- 初步檢查、X 光檢查、洗牙及氟化物治療
- 牙齒修復及牙冠鑲配
- 根管治療
- 局部及全口義齒、牙齒調整、修復及重襯

如需瞭解有關 Medi-Cal Dental 牙科福利的更多資訊，或者如果您需要協助尋找接受 Medi-Cal 的牙醫，請撥打客服專線 1-800-322-6384（TTY 使用者請撥打 1-800-735-2922）。此爲免費電話。Medi-Cal Dental 代表可於週一至週五上午 8 點至下午 5 點爲您提供協助。您也可以造訪網站 smilecalifornia.org/，以瞭解更多資訊。

註：本計畫提供額外牙科服務。請參閱福利表 **D 節**，以瞭解更多資訊。

F3. 居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)

- 居家支援服務 (IHSS) 計畫將協助向已加入計畫的護理服務提供者支付爲您提供服務的費用，以便您能夠安全居家。IHSS 被視爲居家範圍外護理（如療養院或寄宿與護理設施）的替代方案。
- 爲了獲得服務，本計畫會進行評估，以根據每位參與者的需求確定其可獲得授權的服務類型。可透過 IHSS 獲得授權的服務類型包括：打掃房屋、準備膳食、洗衣物、食品雜貨採購、個人護理服務（例如腸道與膀胱護理、沐浴、儀容整理及輔助醫療服務）、陪同就診以及爲精神障礙人士提供的保護性監護服務。

- 您的護理協調員可協助您向所在縣的社會服務機構申請 IHSS 服務。您也可以聯絡縣機構網站中的 IHSS 機構，網址：https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx。

F4. 1915(c) 以家庭及社區爲基礎 (HCBS) 的服務豁免計畫

輔助生活豁免計畫 (Assisted Living Waiver, ALW)

- 輔助生活豁免計畫 (ALW) 爲符合 Medi-Cal 資格的受益人提供輔助生活環境的居住選擇，該選擇將作爲長期安置於護理設施的替代方案。ALW 的目標旨在協助受益人從護理設施過渡回到家庭及社區環境，或防止將需要緊急入住護理設施的受益人安置於專業護理設施。
- 已加入 ALW 的會員在享有本計畫提供的福利同時仍可繼續保留 ALW 資格。本計畫與您的 ALW 護理協調機構合作，以協調您接受的服務。
- ALW 目前僅在以下縣提供：Alameda、Contra Costa、Fresno, Kern、Los Angeles、 Orange, Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara 及 Sonoma。
- 您的護理協調員可協助您申請 ALW。請撥打 1.415.750.4111 聯絡當地的 ALW 護理協調機構 Institute for Aging。

具發展障礙之加州人的 HCBS 豁免計畫 (HCBS-DD)

加州自決 (California Self-Determination Program, SDP) 豁免計畫，面向有發展障礙的人士

- 現有兩項根據第 1915(c) 條規定實施的豁免計畫，分別是具發展障礙之加州人的 HCBS 豁免計畫 (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD) 以及加州自決 (SDP) 豁免計畫，此類計畫旨在爲確診發育障礙（18 歲前確診且預計將終身伴隨）的人士提供服務。這兩項豁免計畫旨在爲發育障礙人士提供部分服務資助，以協助其居家或融入社區生活，而不是入住持照醫療設施。這些服務的費用由聯邦政府的 Medicaid 計畫及加州政府共同承擔。您的護理協調員可協助您獲取 DD 豁免計畫服務。

居家及社區服務替代 (Home and Community-Based Alternative, HCBA) 豁免計畫

- 居家及社區替代 (HCBA) 豁免計畫旨在爲面臨安置於療養院或護理設施的人士提供個案管理服務。 個案管理服務由護士及社工組成的多學科照護管理團隊提供。該團隊負責協調豁免計畫及州計畫服務（例如醫療服務、行爲健康及居家支援服務等），並安排當地社區提供的其他長期服務與支援。個案管理及豁免計畫服務均在參與者的社區住所內提供。 該住所可以是參與者個人所有、透過租約合法所得，或屬於參與者家庭成員的住所。

- 參與 HCBA 豁免計畫的會員在享受本計畫所提供福利的同時，仍可繼續參與 HCBA 豁免計畫。本計畫與您的 HCBA 豁免計畫協調機構合作，以協調您接受的服務。

- 您的護理協調員可協助您申請 HCBA。請撥打 1.510.318.7375 聯絡當地的 HCBA 機構 Centers for Elders' Independence。

Medi-Cal 豁免計畫 (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Medi-Cal 豁免計畫 (MCWP) 旨在爲 HIV 患者提供綜合個案管理與直接護理服務，作爲入住護理設施接受護理或住院的替代方案使用。個案管理是採用以參與者爲中心、團隊協作的方式，個案管理團隊由註冊護理師及社工個案管理師組成。個案經理與參與者、初級保健提供者、家人、照護者及其他服務提供者合作，評估照護需求，以讓參與者能留在自己的家中及社區中生活。

- MCWP 的目標是：(1) 爲 HIV 感染者提供居家及社區爲基礎的服務，否則他們可能需要機構式服務；(2) 協助參與者進行 HIV 健康管理；(3) 改善社會及行爲健康支援的獲取管道，以及 (4) 協調服務提供者並消除服務重複。

- 參加 MCWP 豁免計畫的會員可以繼續參加 MCWP 豁免計畫，同時也享有本計畫提供的福利。本計畫與您的 MCWP 豁免機構合作，協調您接受的服務。

- 您的護理協調員可以幫助您申請 MCWP。請致電當地 MCWP 機構：Primary Care at Home, Inc.，電話 1.510.822.2588。

多功能年長者服務計畫 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- 多功能年長者服務計畫 (MSSP) 提供社會及醫療照護管理服務，以協助個人留在自己的家中及社區中生活。
- 雖然大多數計畫參與者也接受家庭支援服務，但 MSSP 提供持續的護理協調，將參與者與其他所需的社區服務及資源聯絡起來，與醫療保健提供者協調，並購買一些否則無法獲得的必要服務，以預防或延遲機構式照護。照護管理及其他服務的年度總成本必須低於在專業護理設施接受照護的成本。
- 一個由健康及社會服務專業人員組成的團隊爲每位 MSSP 參與者提供完整的健康及心理社會評估，以確定所需的服務。然後，該團隊與 MSSP 參與者、他們的醫師、家人等合作，制定個人照護計畫。服務包括：
    - 照護管理
    - 成人日間照護
    - 小型家居修繕/維護
    - 補充性家務、個人照護及保護性監督服務
    - 緩及服務
    - 交通服務
    - 諮商與治療服務
    - 餐飲服務
    - 通訊服務
- 參加 MSSP 豁免計畫的會員可以繼續參加 MSSP 豁免計畫，同時也享有本計畫提供的福利。本計畫與您的 MSSP 服務提供者合作，協調您接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 MSSP。請致電當地 MSSP 機構：加州老齡化部門 1.510.238.3762 或 Fremont 市 1.510.574.2041。

F5. 本計畫外提供的縣行爲健康服務（心理健康與物質使用障礙服務）

您可獲得 Medicare 與 Medi-Cal 承保之具醫療必要性的行爲健康服務。我們提供 Medicare 及 Medi-Cal 管理式醫療承保的行爲健康服務。本計畫不提供 Medi-Cal 特殊心理健康或縣級藥物濫用障礙服務，但您可以透過縣級行爲健康機構獲得這些服務。

如果您符合獲得專業心理健康服務的標準，則可透過縣級心理健康計畫 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專業心理健康服務。由您的縣級 MHP 提供的 Medi-Cal 專業心理健康服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務
- 日間治療強化服務
- 日間康復
- 危機介入服務
- 危機穩定服務
- 成人住院治療服務
- 院舍型危機治療服務
- 精神衛生設施服務
- 精神科住院醫院服務
- 有針對性的個案管理
- 同儕支援服務
- 社區爲本的流動危機介入服務
- 治療行爲服務
- 治療性寄養
- 重症監護協調
- 密集的家庭服務
- 涉及正義的重返社會
- 積極社區治療 (ACT)

- 司法積極社區治療（FACT）
- 針對首次發作精神病 (FEP) 的協調專業照護 (CSC)
- 俱樂部會所服務

強化型社區健康工作者 (Community Health Worker, CHW) 服務如果您符合接受這些服務的標準，可以透過您的縣級行爲健康機構獲得藥物 Medi-Cal (DMC) 服務。

- 強化門診治療服務
- 圍產期住院藥物濫用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉治療計畫
- 成癮治療藥物（也稱爲藥物輔助治療）
- 同儕支援服務
- 社區爲本的流動危機介入服務
- 早期干預服務（針對 21 歲以下的會員）
- 早期定期篩查、診斷及治療（針對 21 歲以下的會員）

藥物 Medi-Cal 組織化服務系統 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) 服務包括：

- 門診治療服務
- 強化門診治療服務
- 部分住院服務
- 成癮治療藥物（也稱爲藥物輔助治療）
- 院舍型治療服務，包括此環境下的戒斷管理
- 戒斷管理服務
- 麻醉治療計畫
- 復原服務
- 護理協調

- 同儕支援服務
- 社區爲本的流動危機介入服務
- 早期干預服務（針對 21 歲以下的會員）
- 早期定期篩查、診斷及治療（針對 21 歲以下的會員）
- 住院治療服務

除了上述服務外，如果您符合標準，您還可以獲得自願住院戒毒服務。

您可以透過 Alameda Alliance Wellness 服務提供者名錄 www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor 或致電會員服務部：1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 獲得心理健康及藥物濫用服務。

您可透過撥打 988 或查看我們的網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 上列出的資源獲得全天 24 小時的危機資源。危機服務可隨時獲得，無需聯絡 Alameda Alliance Wellness。無需事先授權。

Alameda Alliance Wellness 提供護理協調，以協助您獲取行爲健康照護。請致電會員服務部：1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 請求協助，以尋找行爲健康服務提供者。

獲取行爲健康服務不需要 PCP 轉診，並且採用「單一窗口」服務獲取方式，擁有多個進入點。

當您在 Alameda Alliance Wellness 及縣之間獲得服務時，Alameda Alliance Wellness 將協調護理及福利。您可能需要同意釋出某些類型的資訊，以便在計畫及縣之間共享。

當一項服務對於保護生命、預防重大疾病或重大殘疾、或減輕劇烈疼痛是合理且必要時，該服務即爲「醫療上必要」或具有「醫療必要性」。

Alameda Alliance Wellness 與縣遵循雙方同意的審核流程，以便及時解決臨床及行政爭議。

G. 本計畫、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

本節將說明本計畫排除的福利。「排除」意味著我們不承保這些福利。Medicare 及 Medi-Cal 也不承保這些福利。

以下清單描述了我們在任何情況下都不承保的一些服務及項目，以及我們僅在某些情況下排除的一些項目。

除非列出特定條件，否則我們不支付本節（或本《會員手冊》中其他任何章節）所列的排除醫療福利的費用。即使您在急診機構獲得服務，本計畫也不會支付該服務的費用。如果您認爲本計畫應該支付某項不承保的服務，您可以提出上訴。有關上訴的資訊，請參閱本《會員手冊》**第 9 章**。

除了福利表中描述的任何排除或限制外，本計畫不承保以下項目及服務：

- 根據 Medicare 及 Medi-Cal，被認爲不「合理且醫療上必要」的服務，除非列爲承保服務
- 實驗性的內科及外科治療、項目及藥物，除非由 Medicare、Medicare 批准的臨床研究或受本計畫承保。請參閱本《會員手冊》**第 3 章**，以瞭解有關臨床研究的更多資訊。實驗性治療及項目是指未被醫學界普遍接受的治療及項目。
- 病態肥胖的外科治療，除非具醫療必要性且 Medicare 支付相應費用
- 醫院的私人病房，除非具醫療必要性
- 私人護士
- 您在醫院或護理設施房間中的個人物品，例如電話或電視
- 在您家中的全職護理照護
- 由您的直系親屬或家庭成員收取的費用
- 送餐到家
- 選擇性或自願性的改善處置術或服務（包括減重、生髮、性功能、運動表現、美容目的、抗衰老及心智表現），除非具有醫療必要性

- 美容手術或其他美容工作，除非是因爲意外損傷或爲了改善身體畸形部位所需。但是，我們支付乳房切除術後的乳房重建費用，以及爲使另一側乳房對稱而進行的治療費用。
- 脊椎按摩療法照護，除了符合承保準則的脊椎手動操作之外
- 常規足部照護，除了福利**表 D 節**中足病服務所描述的情況
- 矯形鞋，除非該鞋是腿支架的一部分並已包含在支架的成本中，或者是爲糖尿病足病患者提供的鞋
- 足部支撐裝置，除了糖尿病足病患者的矯形或治療鞋之外
- 放射狀角膜切開術、LASIK 手術及其他低視力輔具
- 絕育逆轉程序
- 自然療法服務（使用自然或替代療法）
- 在退伍軍人事務部 (VA) 機構向退伍軍人提供的服務。但是，當退伍軍人在 VA 醫院獲得急診服務，且 VA 的分攤費用超過本計畫下的分攤費用時，我們將向該退伍軍人退還差額。您仍然需要負責您的分攤費用部分。

第5章：領取您的門診藥物

簡介

本章說明有關領取門診藥物的規定。此類藥物由您的醫療服務提供者開立處方，然後您可透過從藥房或郵購方式領取。這些藥物包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保的藥物。關鍵術語及其定義按字母順序列於本《會員手冊》末章。

儘管以下藥物在本章中沒有提及，但我們也承保這些藥物：

- **Medicare A 部分承保範圍內的藥物。**這些通常包括您在醫院或照護設施住院期間獲得的藥物。
- **Medicare B 部分承保範圍內的藥物。**這些藥物包括某些化療藥物、您在醫生或其他醫療服務提供者處進行門診期間注射的某些藥物，以及您在透析診所接受的藥物。如需瞭解更多關於哪些 Medicare B 部分藥物可承保的資訊，請參閱本《會員手冊》**第 4 章**中的福利表。
- 若您正接受 Medicare 安寧護理服務，除本計畫的 Medicare D 部分及醫療福利保障外，您的藥物也可能由 Original Medicare 承保。詳情請參閱**第 5 章 F3 節**「若您參與 Medicare 認證的安寧護理計畫」。

本計畫的門診藥物承保規則

只要您遵守本節中的規則，我們通常會承保您的藥物。

您必須請服務提供者（醫生、牙醫或其他處方開立者）開立處方，且該處方須符合適用州法律的規定。此人通常是您的主要醫療保健服務提供者 (Primary Care Provider, PCP) 。若經您的 PCP 轉介治療，也可由其他醫療服務提供者開立處方。

您的處方開立者**不得**在 Medicare 的除外或排除名單 (Exclusion or Preclusion Lists) 或任何類似的 Medi-Cal 名單上。

您通常必須在網絡藥房配藥。（請參閱 **A1 節**以取得更多資訊）。或者您可以透過本計畫的郵購服務來配藥。

您的處方藥必須列在我們計畫的《承保藥物清單》上。我們簡稱爲「藥物清單」。（請參閱本章 **B 節**。）

- 若該藥物未列入藥物清單，我們或許可例外予以給付。

- 有關申請例外許可的相關說明請參閱**第 9 章**。
- 另請注意，您的處方藥承保請求將根據 Medicare 和 Medi-Cal 的標準進行評估。

藥物只能用於符合醫學界認可的適應症。這意味著該藥物的使用是經食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准或受某些醫療參考資料支持。您的處方開立者或許能夠幫助您找到醫療資料，以支持您申請的處方藥用途。

您的藥物可能需要根據某些標準獲得我們計畫的批准，然後才能受到承保。（請參閱本

目錄

A. 取得您的處方藥 160
A1. 在網絡藥房配藥 160
A2. 配藥時請使用您的會員 ID 卡 160
A3. 如果您更換了您的網絡藥房，該如何處理？ 160
A4. 如果您使用的藥房退出網絡，該怎麼辦？ 160
A5. 使用專科藥房 161
A6. 使用郵購服務取得藥物 161
A7. 取得長期用藥供應 163
A8. 使用不在本計畫網絡內的藥房 163
A9. 償還您的處方費用 164
B. 本計畫的藥物清單 164
B1. 我們藥物清單上的藥物 164
B2. 如何在我們的藥物清單中找到藥物 165
B3. 不在藥物清單上的藥物 165
B4. 藥物清單費用分攤層級 166
C. 對某些藥物的限制 167

D. 藥物不受承保的原因 169
D1. 取得臨時藥物供應 169
D2. 申請臨時藥物供應 170
D3. 申請例外處理 171
E. 藥物的承保範圍變更 171
F. 特殊情況下的藥物承保 173
F1. 本計畫承保的醫院或專業護理服務設施住院服務 173
F2. 在長期照護服務設施 173
F3. 在 Medicare 認證的安寧護理計畫中 173
G. 關於藥物安全及管理的計畫 174
G1. 幫助您安全使用藥物的計畫 174
G2. 藥物管理計畫 174
G3. 藥物管理計畫 (Drug Management Program, DMP)
旨在幫助會員安全使用阿片類藥物 175

A. 取得您的處方藥

A1. 在網絡藥房配藥

在多數情況下，我們僅在您於我們的網絡藥房之一調配處方時，才會支付處方費用。網絡藥房是同意爲我們的計畫會員調配處方的藥房。您可以使用我們的任何一間網絡藥房。（請參閱**第 A8 節**，以便瞭解我們在何種情況下將承保由網絡外藥房提供的配藥服務。）

如要尋找網絡藥房，請參閱《服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站，或聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A2. 配藥時請使用您的會員 ID 卡

若需配藥，請向網絡藥房**出示您的會員 ID 卡**。網絡藥房會向我們收取您的承保藥品費用。

請記住，您需要使用 Medi-Cal 卡或福利識別卡 (Benefits Identification Card, BIC) 來獲得 Medi-Cal Rx 承保的藥物。

如果您在取藥時沒有攜帶會員 ID 卡或 BIC，請讓藥房致電我們以獲取必要的資訊，或者您可以要求藥房查找您的計畫註冊資訊。

若藥房無法獲得必要的資訊，您在配藥時則須支付全部費用。然後您可以要求我們向您退還費用。**若您無法負擔藥品費用，請立即聯絡會員服務部。**我們將竭盡所能提供協助。

- 如需要求我們退還費用，請參閱本《會員手冊》**第 7 章**。
- 如果您需要協助來取得處方，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A3. 如果您更換了您的網絡藥房，該如何處理？

如果您更換了藥房並需要續配藥物，您可以要求醫療服務提供者開立新處方，或者如果原藥房還有剩餘的續配藥物，您可以要求原藥房將處方轉到新藥房。

如果您在更換網絡藥房時需要協助，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A4. 如果您使用的藥房退出網絡，該怎麼辦？

如果您使用的藥房退出了我們的計畫網絡，您需要尋找新的網絡藥房。

如要尋找新的網絡藥房，請參閱《服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站，或聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A5. 使用專科藥房

有時處方藥必須在專科藥房獲取。專科藥房包括：

- 供應居家注射治療藥物的藥房。
- 爲住在長期護理機構（例如照護設施）的人士提供藥物的藥房。
    - 通常，長期護理機構都設有自己的藥房。如果您是長期照護設施的住戶，我們會確保您能夠在該機構的藥房取得所需的藥物。
    - 如果您所在的長期照護設施的藥房不在我們的網絡內，或者您在長期照護設施取得藥物有困難，請聯絡會員服務部。
- 印第安醫療保健服務提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP) 藥房。美洲印第安和阿拉斯加原住民會員可以在印第安醫療保健服務提供者 (IHCP) 處使用藥房，前提是該名服務提供者設有參與本計畫的零售藥房。如果您不是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，但您被分配至該診所或出於急診需要，您仍然可以從 IHCP 的零售藥房獲得服務。
- 所售藥品受到 FDA 限制的藥房，這些藥物需要分發至特定地點或需要特殊處理、與其他服務提供者協調或進行使用培訓。（註：這種情況應很少發生。）
- 如要尋找專科藥房，請參閱《服務提供者和藥房名錄》、瀏覽我們的網站，或聯絡會員服務部或您的護理協調員。

A6. 使用郵購服務取得藥物

對於某些類別的藥物，您可使用我們計畫的網絡郵購服務。一般來講，透過郵購方式提供的藥物是您需要定期服用且用於治療慢性病或長期病症的藥物。不可透過本計畫的郵購服務提供的藥物在藥物清單中被標記有「NM」（不提供郵購服務 (No Mail)）。

本計畫的郵購服務允許您訂購至少 30 天用量的藥物及不多於 90 天用量的藥物。90 天供應量的共付額與一個月供應量的相同。

郵購處方藥

如需瞭解郵購處方藥的相關資訊，請聯絡：

Birdi Patient Care Center
免費電話：1.855.873.8739 (TTY: 711)
週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（東部時間）

週六上午 9 點至下午 5 點（東部時間）
電子郵箱：patientcare@birdirx.com

通常，郵購處方會在 14 天內送達。如果會員的處方延誤，郵購藥房會透過語音（自動或即時電話）或書面（電子郵件、簡訊或信件）溝通方式向其通知延誤情況。若患者面臨治療中斷風險，藥房將免費爲患者加急配送，或安排當地藥房免費提供短期藥品供應。如果郵購處方延誤，請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡您的護理協調員或會員服務部。

郵購流程

對於從您處取得的新處方、直接從您的醫療服務提供者的診所取得的新處方以及郵購處方的續藥，郵購服務設有不同的流程。

1. 藥房從您處取得的新處方

藥房會自動配藥並配送您提供的新處方。

2. 藥房從您的醫療服務提供者的診所取得的新處方

藥房收到醫療服務提供者的處方後，會與您聯絡，以瞭解您是否需要立即配藥還是稍後配藥。

- 這讓您有機會確保藥房配送的藥品正確無誤（包括藥品規格、數量和劑型），如果需要，您可以在發貨前取消或延遲訂單。
- 每當藥房聯繫您時，請立即回覆，告知他們如何處理新處方，以避免任何發貨遭到延誤。

3. 郵購處方藥續配服務

對於藥品的續配，您可以選擇註冊自動續配藥物計畫。根據此計畫，當我們的記錄顯示您的藥品即將用完時，我們將開始自動處理您的下一次續藥。

- 藥房會在每次寄送續配藥物前與您聯繫，以確認您是否需要更多藥物。如果您的藥物足夠或藥物有變更，您可以取消已安排的續配藥物。
- 如果您選擇不使用我們的自動續配藥物計畫，請在您目前處方用完前 14 天聯絡您的藥房，以確保您的下一個訂單能夠及時寄送。

如需退出我們的自動郵購續配藥物計畫，請撥打1.855.873.8739與我們聯絡，以便與Birdi溝通選擇退出郵購續配藥物計畫的相關事宜。

請告知藥房與您聯繫的最佳方式，以便他們在發貨前與您聯繫並確認您的訂單。請撥打1.855.873.8739與我們聯絡，以便與Birdi溝通確認郵購處方藥的相關事宜。

A7. 取得長期用藥供應

您可以獲取本計畫藥物清單中維持性藥物的長期用量。維持性藥物是指定期服用的用於治療慢性病或長期疾病的藥物。

網絡內的部分藥房允許您獲取長期用量的維持性藥物。90 天供應量的共付額與一個月供應量的相同。《服務提供者和藥房名錄》介紹哪些藥房可爲您提供長期用量的維持性藥物。您也可以致電您的護理協調員或會員服務部以取得更多資訊。

針對特定類別的藥物，您可透過本計畫的網絡郵購服務，獲取長期供應的維持性藥物。請參閱 **A6 節**以瞭解郵購服務。

A8. 使用不在本計畫網絡內的藥房

一般情況下，只有在您無法使用網絡藥房的情況下，我們才會爲在網絡外藥房獲取的藥物付費。我們在服務區域外有網絡藥房，會員可在這些藥房配藥。在這些情況下，請先諮詢您的護理協調員或會員服務部，以瞭解附近是否有網絡藥房。

在以下情況下，我們將支付在網絡外藥房配藥的費用：

- 如果承保的 D 部分藥物與醫療緊急情況的治療相關。
- 如果某種承保的 D 部分藥物（例如，罕見疾病藥物或其他通常直接從製造商或特殊供應商發貨的特製藥品）在您可使用的網絡零售藥房或郵購藥房沒有定期庫存。
- 會員在急診部、醫療服務提供者診所、門診手術室或其他門診機構接受治療時，由機構藥房配發了承保的 D 部分藥物。
- 您正在旅行，並且您的 D 部分藥物用完或丟失，並且無法前往網絡藥房。
- 在任何聯邦災難或其他公共衛生緊急事件中，入保者被疏散或以其他方式離開其居住地。
- 在入保者無法使用網絡藥房的緊急情況下，我們將支付一次性 30 天的普通非專利藥物費用。針對品牌藥，我們將支付一次性的 30 天供應量。在這些情況下，請先諮詢會員服務部，以瞭解附近是否有網絡藥房。

A9. 償還您的處方費用

如果您必須使用網絡外藥房，則通常必須在獲得處方時支付全額費用。您可以請我們向您補償費用。

如果您全額支付了應由 Medi-Cal Rx 承擔的處方藥費用，待該計畫支付藥費後，您可向藥房申請退款。或者，您可以透過提交「Medi-Cal 自付費用報銷 (Conlan)」申請，要求 Medi-Cal Rx 償還您費用。如需瞭解更多資訊，請造訪 Medi-Cal Rx 網站：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

如需詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 7 章**。

B. 本計畫的藥物清單

我們有一份《承保藥物清單》。我們簡稱爲「藥物清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的協助下選定藥物清單中的藥品。藥物清單也告知您在領取藥物時需遵循的規則。

如果您遵循本章中解釋的規則，我們通常會爲您承保本計畫藥物清單上的藥物。

B1. 我們藥物清單上的藥物

我們的藥物清單包含 Medicare D 部分承保的藥物。

您從藥房取得的大部分藥物皆屬本計畫承保範圍。其他藥物（如部分非處方藥物 [over-the-counter, OTC] 及特定維他命）可能由 Medi-Cal Rx 承保。詳情請參閱 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 領取您的處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡 (Beneficiary Identification Card, BIC)。

我們的藥物清單含有品牌藥、普通非專利藥和生物製品（可能包括生物相似藥）。

品牌藥是指以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的藥品。生物製品比普通藥物更複雜。在我們的藥物清單中，當我們提到「藥物」時，可能指藥品或生物製品。

普通非專利藥與品牌藥所含的活性成分相同。生物製品的替代品稱爲生物相似藥。通常，普通非專利藥和生物相似藥的效果與品牌藥或原研生物藥一樣好，而且通常價格更低。許多品牌藥都有普通非專利藥替代品，有些原研生物藥也有生物相似藥替代品。部分生物相似藥屬於可互換生物相似藥，且根據州法律規定，可以在藥房作爲原研生物藥的替代品取得，而無需新的處方，就像普通非專利藥可以替代品牌藥一樣。

請參閱**第 12 章**，以瞭解藥物清單中可能包含的藥品類型的定義。

Medi-Cal 也涵蓋某些 OTC 藥品和產品。某些 OTC 藥品的價格低於處方藥物，而且藥效一樣好。 請致電會員服務部瞭解更多資訊。

B2. 如何在我們的藥物清單中找到藥物

如要確認您服用的藥物是否在我們的藥物清單中，您可以：

- 造訪我們計畫的網站：www.alamedaalliance.org/alliancewellness。我們網站上的藥物清單始終是最新的藥物清單。
- 致電您的護理協調員或會員服務部，以詢問某種藥物是否列於我們的藥物清單中，或者索取該清單。
- D 部分不承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。詳情請參閱 Medi-Cal Rx 網站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)。
- 請造訪網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 使用我們的「即時福利工具 (Real Time Benefit Tool)」，以搜尋藥物清單上的藥物，估算您需要支付的費用，並查看藥物清單上是否有可以治療相同病症的替代藥物。您也可以致電您的護理協調員或會員服務部。

B3. 不在藥物清單上的藥物

我們並未承保所有藥物。

- 某些藥物不在我們的藥物清單上，因爲法律不允許我們承保這些藥物；
- 或者是因爲我們決定不將這些藥物列入我們的藥物清單。
- 在某些情況下，您可能可以獲得不在我們藥物清單上的藥物。詳情請參閱**第9章。**

本計畫不支付本節所述的藥物種類。此類藥物稱爲**排除藥物**。如果您取得了排除藥物的處方，您可能需要自行支付費用。如果您認爲我們根據您的情況應該支付排除藥物的費用，您可以提出上訴。請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**以獲取關於上訴的更多資訊。

以下是排除藥物的三項基本規則：

1. 本計畫的門診藥物保險（包括 Medicare D 部分）不涵蓋 Medicare A 部分或 Medicare B 部分已承保的藥物。本計畫免費承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的藥物，但這些藥物不屬於您的門診藥物福利。

2. 本計畫不能承保在美國及美國領土之外的地方購買的藥物。
3. 該藥物的用途必須經 FDA 批准或有特定醫學文獻支持該藥物能用於治療您的病情。您的醫師或其他醫療服務提供者可能開立特定藥物治療您的病症，即使該藥物未獲核准用於治療您的病症。此稱爲「仿單標示外使用」(off-label use)。本計畫通常不承保「仿單標示外使用」的藥物。

此外，根據法律規定，Medicare 或 Medi-Cal 不得承保下列類別的藥物：

- 用於促進生育能力的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物*
- 用於美容或促進毛髮生長的藥物
- 處方維他命及礦物質產品（產前維他命及氟化物*製劑除外）
- 治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物
- 治療厭食症、用於減肥或增肥的藥物*
- 由一家聲稱您必須接受僅由他們進行的檢測或服務的公司所製造的門診藥物

*部分產品可能在 Medi-Cal 的保障範圍內。詳情請參閱 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)。

B4. 藥物清單費用分攤層級

我們藥物清單上的每一種藥物都屬於一 (1) 個層級。層級是指一組通常屬於相同類型的藥物（例如品牌藥、學名藥或 OTC 藥物）。一般而言，費用分攤層級越高，您的藥物費用就越高。

第 1 層級包括承保的 D 部分藥物（學名藥及品牌藥/所有其他藥物）。

如需查詢您的藥物屬於哪個費用分攤層級，請在我們的藥物清單上查找該藥物。

本《會員手冊》第 **6 章**說明了您在每個層級中需支付的藥物費用。

C. 對某些藥物的限制

對於某些藥物，有特殊規則限制本計畫如何及何時承保這些藥物。一般情況下，我們的規則鼓勵您獲取對您病症有效並且安全的藥物。如果有一種安全、低成本的藥物與一種高成本藥物效果相同時，我們期望您的醫療服務提供者開立低成本藥物。

請注意，有時某種藥物可能會在我們的藥物清單中出現多次。這是因爲同一種藥物可能因您的醫療服務提供者開立的藥物強度、劑量或劑型而異，並且不同版本的藥物可能適用不同的限制（例如，10 毫克與 100 毫克；每日一片與每日兩片；片劑與液體）。

如果您的藥物有特殊規定，通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取額外措施才能使該藥物獲得我們的承保。 例如，您的醫療服務提供者可能必須先告知我們您的診斷結果或提供血液檢測結果。如果您或您的醫療服務提供者認爲我們的規定不適用於您的情況，請要求我們根據承保決策流程進行例外處理。我們可能會同意讓您在不採取額外措施的情況下使用該藥物，但也可能不同意。

關於申請例外處理的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

1. 在有普通非專利藥或可互換生物相似藥可用的情況下，限制使用品牌藥或原研生物藥

通常，普通非專利藥或可互換生物相似藥的效果與品牌藥或原研生物藥相同，而且通常價格更低。如果有品牌藥或原研生物藥的普通非專利藥或可互換生物相似藥可用，我們的網絡藥房會爲您提供普通非專利藥或可互換生物類似藥。

- 在有普通非專利藥可用的情況下，我們通常不支付品牌藥或原研生物藥的費用。
- 但是，如果您的醫療服務提供者告知我們普通非專利藥或可互換生物相似藥對您無效的醫學原因，那麼我們將承保品牌藥。

2. 事先獲得計畫批准

對於某些藥物，您或您的處方開立者在配取處方之前必須獲得本計畫的批准。這稱爲事先授權。實施這項措施是爲了確保藥物安全並幫助指導某些藥物的正確使用。如果您未獲得批准，我們可能不會承保該藥物。如需瞭解更多關於事先授權的資訊，請撥打頁面底部的會員服務部電話或造訪我們的網站：www.alamedaalliance.org/alliancewellness。

3. 先試用其他藥物

一般來說，我們希望您先嘗試效果相同但價格較低的藥物，然後我們才承保價格較高的藥物。例如，藥物 A 及藥物 B 治療相同的病症，且藥物 A 的價格低於藥物 B，我們可能要求您先試用藥物 A。

如果藥物 A 對您**無效**，我們會承保藥物 B。這稱爲分步療法。如需瞭解更多關於分步療法的資訊，請撥打頁面底部的會員服務部電話或造訪我們的網站：www.alamedaalliance.org/alliancewellness/d-snp-rx-resources。

4. 數量限制

對於部分藥物，我們限制您可獲得的數量。這被稱爲數量限制。例如，如果通常認爲某種藥物每天只服用一片是安全的，我們可能會限制您每次取藥時可以獲得的劑量。

若希望確定上述任何規則是否適用於您正服用或希望服用的藥物，請查閱藥物清單。如需最新資訊，請致電會員服務部或查看我們的網站：www.alamedaalliance.org/alliancewellness。如果您基於上述任何原因不同意我們所做的承保決定，您可以提出上訴。請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

D. 藥物不受承保的原因

我們會盡力爲您提供最佳的藥物承保方案，但有時某些藥物的承保方式可能不符合您的期望。例如：

- 我們的計畫不承保您想使用的藥物。該藥物可能不在我們的藥物清單上。我們可能承保該藥物的普通非專利藥版本，而不是您期望的品牌藥版本。該藥物可能是新藥，而我們尚未對其安全性和有效性進行審查。
- 本計畫承保該藥物，但承保範圍有特殊規定或限制。如上文所述，本計畫承保的某些藥物有使用限制。在某些情況下，您或您的處方開立者可能需要我們例外處理。

如果我們沒有按照您希望的方式承保某種藥物，您可以採取一些措施。

D1. 取得臨時藥物供應

在某些情況下，當某種藥物不在我們的藥物清單上或受到某種限制時，我們可以爲您提供臨時藥物供應。這讓您有時間與您的醫療服務提供者討論獲取其他藥物或要求我們承保該藥物。

如要取得臨時藥物供應，您必須滿足以下兩項規定：

1. 您一直在服用的藥物：
   - 不再在我們的藥物清單上，**或**
   - 從未列在我們的藥物清單上，**或**
   - 現在受到某些限制。
2. 您必須處於這些情況之一：
   - 您去年已參與本計畫。
   - **在日曆年的最初 90 天內**，我們會承保您的臨時供藥。
   - 臨時供藥最長可達 30 天用量。
   - 如果您的處方藥使用天數較少，我們允許多次續藥，最多可提供 30 天的藥量。您必須在網絡藥房配藥。
   - 長期照護藥房可能會以少量的方式提供您的藥物，以避免浪費。

- 您是本計畫的新會員。
  - **在您成爲我們會員的最初 90 天內**，我們會承保您的臨時供藥。
  - 臨時供藥最長可達 30 天用量。
  - 如果您的處方藥使用天數較少，我們允許多次續藥，最多可提供 30 天的藥量。您必須在網絡藥房配藥。
  - 長期照護藥房可能會以少量的方式提供您的藥物，以避免浪費。
- 您已參加本計畫超過 90 天，且您住在長期照護設施，並且需要立即獲得藥物供應。
  - 我們會承保 31 天用量的藥物。若處方開立的用藥天數不足 31 天，則按處方承保。這是上述臨時供藥之外的福利。
  - 您接受的護理層級可能會發生變更，且/或您可能需要過渡或搬往另一個設施或治療機構。如果您的護理層級發生變更，我們將承保臨時 30 天藥量（除非您處方開立的天數較少）。

D2. 申請臨時藥物供應

如需申請臨時藥物供應，請致電會員服務部。

您在獲得臨時藥物供應後，請盡快與您的醫療服務提供者溝通，以確定藥物用完後該如何處理。以下是您可以選擇的方案：

- 改換爲另一種藥物。

  本計畫可能會承保其他對您有效的藥物。請致電會員服務部，索取一份可治療同種病症的承保藥物清單。該清單可幫您的服務提供者找到一種可能對您有效的承保藥物。

  或者

- 提請例外處理。

  您和您的醫療服務提供者可以要求我們例外處理。例如，您可以要求我們承保不在藥物清單上的藥物，或要求我們取消藥物承保限制。如果您的醫療服務提供者表示您有充分的醫療理由要求例外處理，他們可以幫助您提出申請。

D3. 申請例外處理

如果您正在服用的藥物明年將從我們的藥物清單中移除，或以某種方式受限，我們允許您在明年之前申請例外處理。

- 我們會告知您有關明年藥物承保的任何變更。您可要求我們作出例外處理，並按照您希望的方式承保明年的藥物。
- 我們會在收到您申請（或您的處方開立者提供的支持性聲明）後的72小時內對您的例外處理申請作出回覆。
- 如果我們批准您的申請，我們將在變更生效前授權承保該藥物。

如需瞭解有關申請例外處理的更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第9章**。

如果您在申請例外處理方面需要協助，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。

E. 藥物的承保範圍變更

大多數藥物承保範圍變更發生在 1 月 1 日，但我們可能會在一年內添加或刪除藥物清單上的藥物。我們也可能會更改有關藥物的規定。例如，我們可能會：

- 決定要求對某種藥物進行事先授權（即在您獲得藥物之前必須獲得我們的許可）。
- 添加或更改您可以獲得的藥物數量（數量限制）。
- 添加或更改對一種藥物的分步療法限制（您必須先嘗試一種藥物，然後我們才承保另一種藥物）。
- 用可互換的生物相似藥取代原研生物藥。

在變更本計畫的藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱 **C 節**。

如果您使用我們在**年初**就承保的藥物，我們通常不會**在當年剩餘時間內**取消或更改該藥物的承保範圍，除非：

- 市面上出現了一種價格更低的新藥物，且其效果與我們目前藥物清單上的藥物一樣好；**或**
- 我們瞭解到該藥物不安全；**或**
- 該藥物已下市。

若您目前服用藥物之保險發生變更，將會如何？

如需詳細瞭解藥物清單發生變更的影響，您可以隨時：

- 造訪網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 查看我們最新的藥物清單，**或**
- 撥打本頁底部的號碼聯絡會員服務部，以查看我們最新的藥物清單。

可能在當前計畫年度內對您產生影響的藥物清單變更

藥物清單的某些變更將立即生效。例如：

新的普通非專利藥上市。有時，市面上會出現新的普通非專利藥或生物相似藥，其療效與藥物清單上的品牌藥或原研生物藥一樣好。在這種情況下，我們可能會移除品牌藥並添加新的普通非專利藥，但您購買新藥的費用將保持不變。當我們添加新的普通非專利藥時，我們還可能決定將品牌藥保留在藥物清單上，但會對該藥物的承保規定或限制進行變更。

- 我們可能不會在做出此變更之前告知您，但一旦變更生效，我們會向您發送有關具體變更的資訊。
- 您或您的醫療服務提供者可以針對這些變更申請「例外處理」。我們將向您發送通知，其中包含您可以採取的申請例外處理的步驟。有關例外處理的更多資訊，請參閱本手冊**第 9 章**。

刪除不安全藥物和其他已下架的藥物。有時，某種藥物可能因其他原因被發現不安全或遭到下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將其從我們的藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們會在變更後向您發送通知。如果您收到其中一份通知，請與您的醫生討論，以查找適合您的其他安全藥物。

我們可能會做出其他影響您所使用藥物的變更。我們會提前告知您藥物清單的這類其他變更。這類變更可能在出現以下情況時發生：

- FDA 發布了新的指南，或出現了有關某種藥物的新臨床指南。

發生這類變更時，我們會：

- 在變更藥物清單前至少 30 天通知您，或
- 在您要求續配藥物後，告知您並提供 30 天的藥品供應。

如此便於您有時間與您的醫生或其他處方開具者溝通。他們可以幫助您確認：

- 我們的藥物清單上是否有類似的藥物可供您選擇，**或**
- 您是否應該針對這些變更申請例外處理，以繼續獲得您正在服用的藥物或藥物版本的承保。關於申請例外處理的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

在當前計畫年度內對您沒有影響的藥物清單變更

我們可能會對您正在服用而未在上文描述的藥物進行變更，且這類變更目前不會對您產生影響。對於此類變更，如果您使用我們在**年初**就承保的藥物，我們通常不會**在當年剩餘時間內**取消或更改該藥物的承保範圍。

例如，如果我們將您正在服用的藥物刪除或限制對該藥物的使用，則此類變更不會影響您在當年剩餘時間內對該藥物的使用。

若您目前使用的藥物發生任何上述變更（上節所述變更除外），在明年 1 月 1 日之前，該變更不會影響您的使用。

我們不會在本年度內直接告知您上述此類變更。您需要查看下一個計畫年度的藥物清單（該清單可在開放註冊期間取得），以瞭解是否有任何變更會在下一個計畫年度對您產生影響。

F. 特殊情況下的藥物承保

F1. 本計畫承保的醫院或專業護理服務設施住院服務

若您接受本計畫承保的醫院或專業護理服務設施住院服務，我們通常會承保您住院期間的藥品費用。您無需支付共付額。在您出院或離開專業護理服務設施後，我們會承保符合我們所有保險規則的藥物。

F2. 在長期照護服務設施

一般情況下，長期照護服務設施（例如護理院）有其自設藥房，或者有一個爲其所有住戶供應藥物的藥房。若您居住在長期照護服務設施內，您可透過該設施的藥房（如果該藥房在我們的網絡內）獲得您的藥物。

請查閱您的《服務提供者和藥房名錄》，確定您的長期照護服務設施的藥房是否在我們的網絡內。如果不在網絡內，或您需要詳細資訊，請聯絡會員服務部。

F3. 在 Medicare 認證的安寧護理計畫中

藥物絕不會同時由安寧護理計畫及本計畫承保。

- 您可能已經參加了 Medicare 的安寧護理計畫，並需要某些藥物（例如止痛藥、止吐藥、瀉藥或抗焦慮藥），但您的安寧護理計畫不予承保，因爲這些藥物與您的終末期預後和病情無關。在這種情況下，本計畫必須先從處方開立者或您的安寧護理服務提供者處獲得通知，確認該藥物與您的終末期預後和病情無關，然後我們才能承保該藥物。
- 爲避免延誤取得本計畫應承保的任何無關藥物，您可以向您的安寧護理服務提供者或處方開立者提出要求，讓其確保我們能夠在您要求藥房配藥之前收到該藥物與您的終末期預後和病情無關的通知。

如果您離開安寧護理機構，本計畫將承保您的所有藥物。爲避免您在 Medicare 安寧護理福利結束後遭遇任何配藥方面的延誤，請攜帶相關證明文件前往藥房，以證明您已離開安寧護理機構。

請參閱本章前面部分，其中介紹了本計畫承保的藥物。請參閱本《會員手冊》的**第 4 章**，以獲取關於安寧護理福利的更多資訊。

G. 關於藥物安全及管理的計畫

G1. 幫助您安全使用藥物的計畫

每次您領藥時，我們會檢查可能出現的問題，例如藥物錯誤或是：

- 您可能不需要的藥物，因爲您正在服用另一種具有同樣功效的類似藥物
- 可能對您的年齡或性別來說不安全的藥物
- 同時服用可能會對您造成傷害的藥物
- 含有肯定會或可能會使您過敏的成分
- 劑量錯誤
- 含有不安全劑量的阿片類止痛藥

若我們發現您在用藥過程中可能會出現問題，我們會與您的服務提供者一同糾正問題。

G2. 藥物管理計畫

本計畫設有一項幫助會員解決複雜健康需求的計畫。在這種情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 計畫免費獲得服務。此計畫遵循自願參與原則，且爲免費提供。此計畫可協助您和您的醫療服務提供者確保您的藥物能夠有效

改善您的健康狀況。如果您符合此計畫的參與資格，一名藥劑師或其他醫療保健專業人員將全面審查您的所有藥物，並與您討論以下事項：

- 如何從您正在服用的藥物中獲得最大益處
- 您的任何疑慮，例如藥物費用和藥物反應
- 如何最妥當地服用您的藥物
- 您對處方藥和非處方藥的任何疑問或問題

然後，他們會爲您提供：

- 一份關於此次討論的書面摘要。該摘要包含一份藥物行動方案，其中將建議一些能夠最有效使用藥物的方式。
- 個人藥物清單，其中包含您服用的所有藥物、服用劑量以及服用時間和原因。
- 關於安全處置管制處方藥的資訊。

建議您與您的處方開立者討論您的行動計畫和藥物清單。

- 就診時或與醫生、藥劑師和其他醫療保健服務提供者討論時，請攜帶您的行動計畫和藥物清單。
- 如果您去醫院或急診室，請隨身攜帶您的藥物清單。

MTM 計畫遵循自願參與原則，符合條件的會員可免費參與。若我們的某項計畫符合您的需求，我們會爲您登記加入該計畫，並向您寄送有關資訊。如果您不想參加該計畫，請告知我們，我們將幫助您退出。

如果您對這些計畫有任何疑問，請聯絡會員服務部或您的護理協調員。

G3. 藥物管理計畫 (Drug Management Program, DMP) 旨在幫助會員安全使用阿片類藥物

我們有協助確保會員安全使用處方阿片類藥物及其他經常被濫用之藥物的計畫。該計畫稱爲藥物管理計畫 (DMP)。

如果您使用從多個處方開立者或藥房獲得的阿片類藥物，或者您最近曾服用過量阿片類藥物，我們可能會與您的處方開立者溝通，以確保您使用的阿片類藥物適當且具醫療必要性。如果我們與您的處方開立者討論後，認定您使用處方阿片類藥物或苯二氮平類藥物可

能不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將您納入我們的 DMP，限制條款可能包括：

- 要求您從特定藥房取得所有處方藥
- 要求您向特定處方開立者取得所有阿片類藥物或苯二氮平類藥物
- 限制我們爲您承保的阿片類藥物或苯二氮平類藥物的數量

如果我們打算限制您取得這些藥物的方式或數量，我們會提前寄信通知您。該信函將告知您我們是否會限制這些藥物的承保範圍，或者是否要求您只能從特定醫療服務提供者或藥房獲取這些藥物的處方。

您將有機會告訴我們您傾向於使用哪些處方開立者或藥房，以及您認爲我們需要瞭解的任何重要資訊。在您有機會回覆後，如果我們決定限制這些藥物的承保範圍，我們將向您發送另一封信函，確認這些限制條款。

如果您認爲我們的決定有誤，或者您不同意我們的決定或限制條款，您和您的處方開立者可以提出上訴。如果您提出上訴，我們將覆審您的個案，並作出新的決定。如果我們依然否決您上訴中與藥物限制條款相關的任何部分，我們會自動將您的案件提交給獨立審查組織 (Independent Review Organization, IRO)。（如需關於上訴和 IRO 的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**）

如果您符合以下情況，DMP 可能不適用於您：

- 患有特定疾病，例如癌症或鐮狀細胞性貧血；
- 正在接受安寧護理、緩和醫療或臨終關懷服務， **或**
- 居住在長期照護服務設施內。

第 6 章：您需支付的 Medicare 與 Medi-Cal 藥物費用

簡介

本章說明您需支付的門診藥物費用。本章所述「藥物」包含：

- Medicare D 部分藥物，**以及**
- Medi-Cal Rx 承保的藥物與用品

由於您擁有 Medi-Cal 資格，您可從 Medicare 獲得（Extra Help），以支付您的 Medicare D 部分藥物費用。

> **額外協助** 協助收入與資源有限的民眾減少 Medicare D 部分藥物費用（如保費、自付額及共付額）的 Medicare 計畫。「額外協助」亦稱爲「低收入戶補助」或簡稱「LIS」。

其他關鍵詞彙及其定義按字母順序收錄於本《計畫成員手冊》末章。

若要了解更多關於藥物的資訊，您可以查閱以下地方：

- 我們的承保的藥物清單。
  - 我們稱之爲「藥物清單」。其中載明：
    - 我們承保哪些藥物
    - 藥物是否有任何限制
  - 如需藥物清單副本，請致電計畫成員服務處。您也可以在我們的網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 上找到我們最新的藥物清單副本。
  - 您從藥房領取的多數藥物，均由 Alameda Alliance Wellness 承保。其他藥物，例如部分市售藥品（over-the-counter, OTC）與特定維生素，可能由 Medi-Cal Rx 承保。詳情請參閱 Medi-Cal Rx 網站（medicalrx.dhcs.ca.gov/）。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 領取處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡（Beneficiary Identification Card, BIC）。
- 本《計畫成員手冊》**第 5 章**。

- 說明如何透過我們的計畫取得您的門診藥物。
- 其中包含您需遵循的規則。同時列明本計畫不承保的藥物類型。
- 您使用計畫的「即時福利工具（Real Time Benefit Tool）」查詢藥物承保時（請參閱**第 5 章 B2 節**），顯示的費用是預估的自付費用。您可以致電您的護理協調員或計畫成員服務處以取得更多資訊。

- 我們的《服務提供者與藥房名錄》。
  - 在大多數情況下，您必須使用網絡內藥房來取得您的承保藥物。網絡內藥房是指已同意與我們計畫合作的藥房。
  - 《服務提供者與藥房名錄》列出了我們的網絡內藥房。如需更多關於網絡內藥房的資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**。

目錄

A. 《福利說明書》（Explanation of Benefits, EOB） 179
B. 如何追蹤您的藥物費用 180
B1. 若您在此摘要上發現錯誤該怎麼辦？ 181
B2. 關於可能的詐欺該怎麼辦？ 181
C. 您無需爲一個月或長期藥量支付任何費用 181
C1. 您對藥房的選擇 181
C2. 取得長期用藥供應 182
D. 您爲 D 部分疫苗支付的費用 183
D1. 接種疫苗前須知事項 183

A.《福利說明書》（Explanation of Benefits, EOB）

本計畫會追蹤您在藥房領取處方藥時所產生的藥物費用。我們會追蹤兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您或他人代您爲您的處方藥支付的金額。此金額包括您在已領取承保之 D 部分藥物時所支付的費用、家人或朋友爲您藥物支付的任何款項、Medicare「額外協助」爲您藥物支付的任何款項、僱主或工會健康保險計畫、印第安人健康服務、愛滋病（Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS）藥物援助計畫、慈善機構及多數州級藥物援助計畫（State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs）所支付的任何款項。
- 您的**總藥物費用**。這是爲您的承保 D 部分藥物所支付的所有款項總額。其中包括我們計畫支付的金額，以及其他計畫或組織爲您的承保 D 部分藥物所支付的金額。

您透過本計畫取得藥物時，我們會寄送稱爲《福利說明書》（EOB）的摘要給您。我們將其簡稱爲 EOB。EOB 並非帳單。EOB 包括更多關於您服用藥物的資訊。EOB 包括：

- **當月資訊**。該摘要載明您上個月領取的藥物。顯示總藥物費用、我們支付的金額，以及您與他人爲您支付的金額。
- **自 1 月 1 日起的年度總計。**此項目顯示自年初以來您的總藥物費用與總藥物付款。
- **藥價資訊**。此項目顯示藥物總價，以及自首次領取相同數量的每筆處方索償以來的藥價變化。
- **較低成本的替代方案**。在適用情況下，關於每筆處方可選用之費用分攤較低的其他藥物資訊。

我們提供 Medicare 未承保之藥物的承保。

- 爲這些藥物支付的款項不計入您的總自付費用。
- 您從藥局取得的大部分藥物皆屬本計畫承保範圍。其他藥物（如部分市售藥品（OTC）及特定維生素）可能由 Medi-Cal Rx 承保。詳情請參閱 Medi-Cal Rx 網站（www.medi-calrx.dhcs.ca.gov）。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話 800-977-2273。
- 若要查詢本計畫承保哪些藥物，請參閱我們的藥物清單。

B. 如何追蹤您的藥物費用

爲追蹤您的藥物費用與付款，我們使用從您及您藥房收到的紀錄。您可以透過以下方式協助我們：

1. 使用您的會員識別卡。

每次領取處方藥時，請出示您的會員識別卡。這有助於我們瞭解您領取了哪些處方藥以及您支付了多少藥費。

2. 確保我們獲得所需資訊。

您可以要求我們退還藥物費用。您可以將收據影本寄至郵寄地址：

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

傳真：1.858.549.1569
電子郵箱：Claims@Medimpact.com

以下是您應提供我們收據影本的範例：

- 您在網絡內藥房以特價或使用不屬於本計畫福利的折扣卡購買承保藥物時。
- 您爲在藥廠患者援助計畫下取得的藥物支付共付額時。
- 您在網絡外藥房購買承保藥物時。
- 您在特殊情況下爲承保藥物支付全額費用時。

如需瞭解更多關於要求我們退還藥物費用的資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 7 章**。

3. 寄送給我們關於他人爲您付款的憑據。

由某些其他人與組織支付的款項亦計入您的自付費用。例如，愛滋病藥物協助計劃（AIDS drug assistance program, ADAP）、印第安人健康服務及多數慈善機構所支付的款項，亦計入您的自付費用。

4. 核對我們寄送給您的 EOBs。

收到郵寄的 EOB 時，請確保其完整且正確無誤。

- **您認得每家藥房的名稱嗎？**核對日期。您當天有領取藥物嗎？

- **您有領取所列的藥物嗎？**藥品名稱與您收據上所列的相符嗎？藥物與您醫生開立的處方相符嗎？

B1. 若您在此摘要上發現錯誤該怎麼辦？

若此 EOB 上有任何令人困惑或看起來不對勁的地方，請撥打 MedImpact Healthcare Systems D-SNP 會員服務部電話 1.888.213.1531 與我們聯絡。

B2. 關於可能的詐欺該怎麼辦？

若此摘要顯示您未服用的藥物或任何其他看似可疑之處，請與我們聯絡。

- 請致電 Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處。
- 或撥打 Medicare 專線：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 專線使用者請致電 1-877-486-2048。以上號碼均可免費撥打。
- 若您懷疑領取 Medi-Cal 承保的服務提供者有詐欺、浪費或濫用行為，您有權撥打保密免付費電話 1-800-822-6222 舉報。與報 Medi-Cal 詐欺的其他方法可見於：www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

若您認為有任何錯誤或遺漏，或若您有任何疑問，請致電計畫成員服務處。請妥善保留這些 EOB。因為這是您所付藥費的重要記錄。

C. 您無需為一個月或長期藥量支付任何費用

透過本計畫，若您遵循我們的規定，您無需為承保藥物支付任何費用。

C1. 您對藥房的選擇

您的藥費依據您從以下哪類藥房配藥而定：

- 網絡內藥房，**或**
- 網絡外藥房。在有限情況下，我們會承保於非網絡藥房配藥的處方。請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**以瞭解我們何時會這麼做。
- 本計畫的郵購藥房服務。

請參閱本《計畫成員手冊》**第 9 章**，以瞭解若您被告知將不承保某藥物時，如何提出上訴。若要進一步瞭解瞭這些藥房選擇的資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**與我們的《服務提供者與藥房名錄》。

C2.取得長期用藥供應

對於某些藥物，您可在配藥時取得長期用量（也稱「療程較長用量」）。長期用藥最多爲 90 天。您無需爲長期藥量支付任何費用。

關於在何處及如何取得長期用藥供應的詳細資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**或我們的《服務提供者與藥房名錄》。

D. 您爲 D 部分疫苗支付的費用

關於您爲疫苗支付費用的重要訊息：某些疫苗被視爲醫療福利，並在 Medicare B 部分下承保。其他疫苗則被視爲 Medicare D 部分藥物。您可以在我們的藥物清單中找到這些疫苗。本計畫承保多數成人 Medicare D 部分疫苗，您無需支付費用。請參閱本計畫的藥物清單或聯絡計畫成員服務處，以取得關於特定疫苗的承保與費用分攤詳細資訊。

我們對 Medicare D 部分疫苗的承保有兩部分：

1. 第一部分是**疫苗本身**的費用。
2. 第二部分是**爲您施打疫苗**的費用。例如，有時您可能會由您的醫生爲您注射疫苗。

D1. 接種疫苗前須知事項

您若計劃接種疫苗，建議您致電計畫成員服務處。

我們可以告知您本計畫如何承保您的疫苗。

- 我們可以告知您如何透過使用網絡內藥房與服務提供者來降低您的費用。網絡內藥房與服務提供者同意與本計畫合作。網絡內服務提供者與我們合作，以確保您無需爲 Medicare D 部分疫苗支付任何預付費用。

第 7 章：請本計畫對您收到的承保服務或藥物賬單支付費用

簡介

本章將告訴您如何及何時向我們寄送賬單以申請付款，同時也說明如果您不同意承保決定，應如何提出上訴。關鍵術語及其定義按字母順序收錄於本《會員手冊》末章。

目錄

A. 要求我們支付您的服務或藥物費用 185

B. 向我們寄送付款請求 190

C. 承保決定 191

D. 上訴 192

A. 要求我們支付您的服務或藥物費用

您不應該收到網路內服務或藥物的賬單。在您取得服務與藥物後，我們的網路內服務提供者必須向本計畫寄送賬單。網路提供者係指與健康保險計畫合作的服務提供者。

我們不允許 Alameda Alliance Wellness 的服務提供者向您收取這些服務或藥物的費用。我們直接向服務提供者付款，並保護您免於任何收費。

如果您收到醫療保健或藥物的賬單，請不要支付，並將賬單寄給我們。如需寄送賬單給我們，請參閱**第 7 章 B 部分**。

- 如果我們承保此服務或藥物，我們將直接付款給服務提供者。
- 如果我們承保此服務或藥物且您已支付費用，您有權獲得退款。
  - 如果您支付了由 Medicare 承保的服務，我們將退還款項。
- 如果您爲已經接受的 Medi-Cal 服務付費，那麼只要滿足以下所有條件，就符合退費的標準：
  - 您獲得的服務是我們負責支付的 Medi-Cal 承保服務。對於非 Alameda Alliance Wellness 承保的服務，我們將不予報銷。
  - 您在成爲符合條件的 Alameda Alliance Wellness 計畫成員後獲得了承保服務。
  - 您要求在收到承保服務之日起一年內獲得退款 。
  - 您提供您支付承保服務費用的證明，例如來自服務提供者的詳細收據。
  - 您從 Alameda Alliance Wellness 網路中的 Medi-Cal 註冊服務提供者處獲得了承保服務。如果您接受了緊急醫療、家庭生育計畫服務或 Medi-Cal 允許網路外服務提供者未經預先批准（事先授權）提供的其他服務，則您無需滿足此條件。

- 如果該承保服務通常需要預先批准（事先授權），您需要提供來自服務提供者的證明，表明對該承保服務有醫療需求。

- Alameda Alliance Wellness 將在一封名爲「執行通知」（NOA）的信函中告知您其是否會爲您報銷費用。如果您符合以上所有條件，加入 Medi-Cal 的服務提供者應向您全額退還您支付的金額。如果該服務提供者拒絕向您退款，Alameda Alliance Wellness 將全額償還您所支付的款項。我們將在收到索償的 45 個工作天內退費給您。如果該服務提供者已加入 Medi-Cal，但不在我們的網路中並且拒絕向您退款，Alameda Alliance Wellness 將向您退款，但最多只能支付 FFS Medi-Cal 需支付的金額。對於緊急醫療服務、家庭生育計畫服務或 Medi-Cal 允許網路外服務提供者未經預先批准提供的其他服務，Alameda Alliance Wellness 將支付您全額自付費用。如果您不滿足上述條件之一，我們將不會向您退款。

- 在以下情況下，我們將不會向您退款：

  - 您申請並接受 Medi-Cal 未承保的服務，例如整形服務。

  - 該服務不在 Alameda Alliance Wellness 的承保範圍內。

  - 您在不接受 Medi-Cal 的醫師處求診，並簽署了表單，表明您無論如何都希望就診，並且會自行支付服務費用。

- 如果我們不承保該服務或藥物，我們會通知您。

如有任何疑問，請聯絡計畫成員服務部或您的護理協調員。若\您收到賬單，但不知道該如何處理，我們可提供幫助。如果您希望就已向我們提出的付款請求提供資訊，也可致電本計畫。

您可能需要要求我們退還費用或代您支付賬單的情況範例包括：

1. 當您從網路外服務提供者處獲得緊急或急症醫療照護時

請要求該服務提供者向我們開立賬單。

- 如果您在接受照護時支付了全額，請要求我們退還費用。請將賬單和所有付款證明發送給我們。
- 您可能收到服務提供者要求您付款的賬單，而您認爲您並不應支付這筆費用。請將賬單和所有付款證明發送給我們。
  - 如果服務提供者應獲得付款，我們將直接付款給該服務提供者。
  - 如果您已經支付由 Medicare 承保的服務，我們將退還費用。

2. 當網路內服務提供者向您開立賬單時

網路內服務提供者必須一律向我們開立賬單。當您接受任何服務或處方時，請務必出示您的會員識別卡；然而，有時網路內服務提供者會出錯，要求您支付服務費用或超過您應承擔的費用。**如果您收到任何賬單**，請參考本頁底部電話號碼**致電計畫成員服務部**或您的護理協調員。

- 由於我們將支付您服務的全部費用，您無需承擔任何費用。服務提供者不應就這些服務向您收取任何費用。
- 一旦您收到網路內服務提供者寄送的賬單，應將賬單寄送給我們。我們將直接聯繫服務提供者處理問題。
- 如果您已支付網路內提供者寄來的 Medicare 承保服務賬單，請將賬單和任何您已支付的證明寄給我們。我們將退款給您承保服務的費用。

3. 如果您以可追溯的方式加入本計畫

有時，您加入本計畫是可追溯的。（這表示您的入保第一天已經過去了。甚至可能是在去年。）

- 如果您被追溯性入保，且您在入保日期之後支付了賬單，您可要求我們退還費用。

- 請將賬單和所有付款證明發送給我們。

4. 若您透過非網路藥局配藥

如果您使用非網路藥局，則需要支付處方藥的全額費用。

- 只有在少數情況下，我們會承保在非網路藥局配藥的處方。當您要求我們退款時，請將您的收據副本發送給我們。
- 有關非網路藥局的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》**第 5 章**。
- 我們可能不會退還您在非網路藥局支付的藥物費用與我們在網路內藥局應支付金額之間的差額。

5. 若您由於未攜帶會員識別卡而支付全額 Medicare D 部分處方藥費用

若您未攜帶會員識別卡，可以請藥局致電本計畫或查詢您的計畫參與資訊。

- 如果藥局無法立即取得資訊，您可能需要自行支付處方的全額費用，或帶著您的會員識別卡返回藥局。
- 當您要求我們退款時，請將您的收據副本發送給我們。
- 如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會全額退還您的費用。

6. 當您爲未承保的藥物支付全額 Medicare D 部分處方費用時

您可能會因爲藥物未被承保而支付處方的全部費用。

- 該藥物可能不在我們網站上的承保藥物清單（藥物清單）中，或者它可能有您不知道或認爲不適用於您的要求或限制。若您決定配藥，您可能需支付全額費用。
  - 如果您沒有支付該藥物費用但認爲我們應該承保，您可以申請承保決定（請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**）。
  - 如果您與您的醫師或其他處方者認爲您需要立即（24 小時內）取得該藥物，您可以申請快速承保決定（請參閱本《會員手冊》的**第 9**

章）。

- 當您要求我們退款時，請將您的收據副本發送給我們。在某些情況下，我們可能需向您的醫師或其他處方者瞭解詳細情況，以向您退還藥費。如果您支付的價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會全額退還您的費用。

當您向我們寄送付款請求時，我們會對其進行審閱，並確定這些服務或藥物是否屬於承保範圍。這稱爲作出「承保決定」。如果確定這些服務或藥物應屬於承保範圍，我們會支付其費用。

若我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。如欲了解如何提出上訴，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

B. 向我們寄送付款請求

請將您的賬單和任何您已支付的 Medicare 服務證明寄給我們，或致電我們。付款證明可以是您所開立支票的副本或服務提供者的收據。**保存您的賬單和收據之副本是一種明智的做法。**您可以請您的護理協調員協助。您必須在收到服務、物品或藥品之日起一 (1) 年內將您的資訊傳送給我們。

請寄送一封信函申請報銷，並附上詳細的藥局收據，其中應包含以下資訊：

- 病患姓名
- 服務日期
- 藥物名稱
- 國家藥品代碼 (National Drug Code, NDC)
- 處方號
- 數量
- 用藥天數
- 申請金額

注意：請勿僅提交收銀機收據進行報銷，因爲其不包含足夠的資訊以供評估報銷。

- 依法律規定，在美國境外領取的處方藥物不符合 Medicare D 部分計畫的報銷資格。

請將您的藥物付款申請連同所有賬單或收據郵寄至以下地址：

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
傳真：1.858.549.1569

電子郵件地址：Claims@Medimpact.com

對於會員在服務日期起一 (1) 年內自付的醫療費用，我們可能會予以報銷。請將您的醫療付款申請連同所有賬單或收據郵寄至以下地址：

Attn: Grievance and Appeals
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

您也可以致電我們申請付款。您可以致電 1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）聯絡 Alameda Alliance Wellness。TTY 使用者請撥打 1.800.735.2929。我們的服務時間爲每週七（7）天，每天上午 8 時至晚上 8 時。

C. 承保決定

收到您的付款請求後，我們會作出承保決定。這表示我們會決定本計畫是否承保您的服務、項目或藥物。我們也會決定您必須支付的金額（如果有的話）。

- 如果我們需要您提供更多資訊，我們會通知您。
- 如果我們決定本計畫將承保該服務、項目或藥物，且您遵守了所有獲取規則，我們會支付其費用。如果您已經支付該服務或藥物的費用，我們會郵寄一張支票給您，退還您支付的金額。如果您支付了藥物的全額費用，您可能無法獲得全額報銷（例如，如果您在非網路藥局取得藥物，或者您支付的現金價格高於我們協商的價格）。如果您尚未支付，我們將直接付款給服務提供者。

本《會員手冊》的**第 3 章**說明了獲取服務承保的規則。本《會員手冊》的**第 5 章**說明了獲取 Medicare D 部分藥物承保的規則。

- 如果我們決定不支付該服務或藥物，我們會寄給您一封說明原因的信函。該信函亦說明您提出上訴的權利。

- 有關承保決定的詳細資訊，請參閱**第 9 章**。

D. 上訴

若您認爲我們在拒絕您的付款請求時有錯誤，您可以要求我們更改決定。這稱爲「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，也可以提出上訴。

正式的上訴流程有詳細的程序與時限。關於上訴的詳細資訊，請參閱本《會員手冊》的**第 9 章**。

- 若要就醫療保健服務退款提出上訴，請參閱 **F 部分**。
- 若要就藥品退款提出上訴，請參閱 **G 部分**。

第 8 章：您的權利與責任

簡介

本章節說明您作爲我們計畫成員的權利與責任。我們必須尊重您的權利。關鍵詞彙及其定義按字母順序收錄於本《計畫成員手冊》末章。

目錄

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務與資訊 194
B. 我們對您及時取得承保服務與藥品的責任 195
C. 我們保護您的受保護健康資訊 (PHI) 的責任 196
C1. 我們如何保護您的 PHI 197
C2. 您有權查閱您的醫療記錄 198
D. 我們向您提供資訊的責任 198
E. 網路內服務提供者不得直接向您收費 200
F. 您有權退出我們的計畫 200
G. 您有權就個人醫療保健事宜做出決定 200
G1. 您有權知道您的治療選項並做出決定 201
G2. 您有權表達在無法自行做出醫療保健決定時希望如何處理 201
G3. 如果您的指示未獲遵循時，該怎麼辦 202
H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮決定 203
H1. 遇到不公平待遇或想取得更多權利相關資訊時，該怎麼辦 203
I. 您作爲計畫成員的責任 204

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務與資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床與非臨床）均能以具備文化能力的可及方式向您提供，包括針對英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或擁有多元文化與族裔背景的人士。我們也必須以您能理解的方式告訴您關於我們計畫的福利，以及您的權利。只要您仍是計畫成員，我們每年均須向您告知個人的權利。

- 若要以您能理解的方式取得資訊，請致電與您的護理協調員或計畫成員服務處聯絡。本計畫提供免費口譯服務，以便用不同語言解答問題。這些服務全天候 24 小時提供。您不需要讓家庭成員或朋友擔任口譯人員。我們不鼓勵讓未成人擔任口譯員，除非是緊急情況。若要使用口譯服務，請致電 1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）與計畫成員服務處聯絡。TTY 專線使用者請致電 1.800.735.2929。

- 我們的計畫也提供包括西班牙語、中文、越南語、波斯語和他加祿語等非英語語言版本的材料，以及大字體印刷、點字或音訊等格式。如需取得以上任一替代格式的文件，請致電計畫成員服務處或寄函至：

  Attn: Member Services
  Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- 您可以請求我們始終以您需要的語言或格式發送資訊。這稱爲「長期請求」。如需立即和在日後獲取非英文或其他格式的此文件，請致電 1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）與計畫成員服務處聯絡。TTY 專線使用者請致電 1.800.735.2929。我們的服務時間爲每週七（7）天，上午 8 點至晚上 8 點。

- 會員服務部將保留您偏好的語言和格式，以供未來通訊使用。

- 如需更新您的偏好設定，請聯絡計畫成員服務處。

- 若要以您偏好的語言或格式取得更多資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 11 章**。

如果您因語言或殘障問題而無法取得我們計畫的相關資訊，且希望提出投訴，請致電：

- Medicare 專線 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室專線 1-916-440-7370。TTY 專線使用者請致電 711。
- 美國衛生與公眾服務部民權辦公室專線 1-800-368-1019。TTY 專線使用者請致電 1-800-537-7697。

B. 我們對您及時取得承保服務與藥品的責任

身爲本計畫成員，您享有以下權利：

- 您有權在我們的網路中選擇主要醫療保健服務提供者（Primary Care Provider, PCP）。網路內服務提供者係指與本機構合作的醫療服務提供者。若要深入了解哪類服務提供者可擔任 PCP，以及如何選擇 PCP，請參閱本《計畫成員手冊》的**第 3 章**。
  - 若要深入了解網路內服務提供者以及哪位醫生收治新患者，請致電您的護理協調員或計畫成員服務，或前往《服務提供者與藥房名錄》。
- 您有權在無需轉介的情況下前往婦女健康專科醫師看診。轉介係指由您的 PCP 核准您選擇非 PCP 的服務提供者看診。
- 您有權在合理的時間內，從網路內服務提供者處取得承保服務。
  - 這包括您有權及時取得專科醫生的服務。
  - 如果您無法在合理時間內取得服務，則我們必須支付網路外護理的費用。
- 您有權在無需事先授權 Prior Authorization, PA)的情況下，取得急診服務或緊急需要的護理。
- 您有權在不延遲很長時間的情況下，在我們網路內的任何藥房配藥。
- 您有權知道何時可以使用網路外服務提供者。若要了解網路外服務提供者，請參閱本《計畫成員手冊》的**第 3 章**。

- 當您首次加入我們的計畫時，如果符合特定條件，您有權在最長 12 個月內保留您目前的服務提供者與服務授權。若要深入了解如何保留您的服務提供者與服務授權，請參閱本《計畫成員手冊》的**第 1 章**。
- 您有權在護理團隊與護理協調員的協助下，做出自己的醫療保健決策。

本《計畫成員手冊》的**第 9 章**將說明，如果您認爲無法在合理時間內取得服務或藥品，可以怎麼做。該章節也會說明，如果我們拒絕承保您的服務或藥品，而您不同意該決定時，可以怎麼做。

C. 我們保護您的受保護健康資訊 (PHI) 的責任

我們會依照聯邦與州法律的規定保護您的受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI)。

您的 PHI 包括您在加入我們計畫時提供的個人資訊。它還包括您的病歷與其他醫療及健康資訊。

您對於您的資訊以及 PHI 的使用方式擁有權利。我們會向您提供一份書面通知，以說明這些權利並解釋我們如何保護您的 PHI 隱私。這份通知稱爲「隱私權政策通告」。

同意接受敏感服務的計畫成員不需獲得任何其他計畫成員的授權，也能接受敏感服務或針對敏感服務提出索償。Alameda Alliance Wellness 會將敏感服務的相關通訊郵件寄送至計畫成員的指定備用通訊地址、電子郵件地址或是以電話號碼（如未指定則使用計畫成員名下的地址或登錄在案的電話號碼）來聯絡計畫成員。未經接受護理服務之計畫成員書面授權，Alameda Alliance Wellness 不會將與敏感服務相關的病歷資訊透露給任何其他計畫成員。Alameda Alliance Wellness 會配合計畫成員要求，以其指定的形式和格式進行保密的通訊聯絡，但必須是容易複製的形式和格式或備用地址。計畫成員對敏感服務提出的保密通訊要求效力會持續到計畫成員撤銷要求，或提出新的保密通訊要求爲止。

若要申請保密（私人）醫療通訊，您必須填寫並提交我們網站提供的表單：www://alamedaalliance.org/members/member-forms。您可以透過郵寄、傳真或電子郵件將該表單提交至：

Attn: Member Services – Privacy Preferences
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road,
Alameda, CA 94502

傳真：1.877.747.4504
電子郵件：DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org

如果您需要協助來提出保密通訊的申請，請致電您會員 ID 卡上的電話號碼與計畫成員服務處聯絡。

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們會確保沒有未經授權人士查看或變更您的記錄。

除以下所列情況外，我們不會將您的 PHI 提供給非負責您護理或支付您護理費用的人。若要提供，我們必須先取得您的書面同意。您或經依法授權替您做出決定的人，可提供書面許可。

有時候，我們不需要先取得您的書面許可。法律允許或規定這些例外情形：

- 我們必須將 PHI 提供給政府機構，以檢查我們計畫的護理品質。
- 若經法院命令，我們可能必須提供 PHI，但僅限於加州法律允許的情況下。
- 我們必須將您的 PHI 提供給 Medicare，包括有關您的 Medicare D 部分 (Medicare Part D) 藥物的資訊。如果 Medicare 爲研究或其他用途而發佈您的 PHI，他們會依據聯邦法律進行。如果您同時擁有 Medicare 與 Medi-Cal 保險福利，爲進一步服務您並改善您的醫療保健服務，我們可能會向 Medi-Cal 提供您的健康資訊。如果 Medi-Cal 發佈或使用您的資訊，將依據聯邦法律進行。依據法律要求，當我們的業務合作夥伴與我們合作時，亦須保護我們向他們分享的任何 PHI 隱私且不得將 PHI 提供給他人，除非法律與本通知允許。

- 在與 Medi-Cal 分享資訊以進行護理協調、計畫監督或監管用途時，您也有權要求我們不要分享某些資訊且可要求提供一份記錄，載明我們何時以及與誰分享了您的 PHI。如需更多關於您權利與我們責任的詳細資料，請參閱您的《隱私權政策通告》。

C2. 您有權查閱您的醫療記錄

- 您有權查閱您的醫療記錄，並有權取得記錄的副本。Alameda Alliance Wellness 不會保管您服務提供者的醫療記錄。如果您想查閱或取得臨床記錄副本，請直接與您的醫療保健服務提供者聯絡。如果您需要協助來檢閱或取得記錄，請致電 1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）與計畫成員服務處聯絡。TTY 專線使用者請致電 1.800.735.2929。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療記錄。請直接與您的服務提供者來處理此事宜。如果您要求我們協助，我們將與您的醫療保健服務提供者合作，以確定是否應作出相關變更。
- 您有權知悉我們是否以及如何將您的 PHI 與他人分享。

如果您對 PHI 隱私有疑問或顧慮，請致電計畫成員服務處討論或要求索取《隱私權政策通告》副本。

D. 我們向您提供資訊的責任

作爲我們的計畫成員，您有權從我們這裡取得關於本計畫、網路內服務提供者和承保服務的資訊。

如果您不會說英語，我們提供的口譯服務可解答您對我們計畫的疑問。如需口譯服務，請致電計畫成員服務處。此項服務免費爲您提供。您可以免費取得包以西班牙語、中文、越南語、波斯語和他加祿語等其他語言提供的計畫成員材料。我們也可以用大字體印刷版、點字或音訊等格式爲您提供資訊。

如果您需要以下任何資訊，請致電計畫成員服務處：

- 如何選擇或變更計畫

- 關於我們的計畫，包括：
  - 財務資訊
  - 計畫成員對我們的評分
  - 計畫成員提出的上訴數量
  - 如何退出我們的計畫
- 我們的網路內服務提供者與網路內的藥房，包括：
  - 如何選擇或變更主要醫療保健服務提供者
  - 我們網路內服務提供者與藥房的資格
  - 我們如何支付給網路內服務提供者
- 承保的服務與藥品，包括：
  - 我們計畫承保的服務（請參閱本《計畫成員手冊》**第 3 章和第 4 章**）和藥品（請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章和第 6 章**）
  - 您的保險服務與藥品的限制
  - 您必須遵循的規則，以取得承保服務與藥品
- 爲什麼某些項目不在承保範圍，以及您可以採取的行動（請參閱本《計畫成員手冊》**第 9 章**），包括要求我們：
  - 提供書面說明，說明爲什麼不承保某些項目
  - 變更我們做出的決定
  - 支付您收到的醫療帳單

E. 網路內服務提供者不得直接向您收費

我們網路內的醫生、醫院及其他服務提供者不得向您收取承保服務的費用。如果我們支付的金額低於該服務提供者收取的費用，他們也不得採用差額收費或另外向您收費。如果網路內服務提供者試圖就承保服務向您收費，請參閱本《計畫成員手冊》**第 7 章**。

F. 您有權退出我們的計畫

如果您不想繼續參加，沒有人可以強迫您繼續使用我們的計畫。

- 您有權透過原始 Medicare 或另一種 Medicare Advantage（MA）計畫充分利用醫療保健服務。
- 您也可以透過藥品計畫或其他 MA 計畫取得 Medicare D 部分的藥品福利。
- 請參閱本《計畫成員手冊》**第 10 章**：
  - 了解您何時可以加入新的 MA 或藥品福利計畫。
  - 了解在退出我們的計畫後，如何取得您的 Medi-Cal 福利。

G. 您有權就個人醫療保健事宜做出決定

您有權從醫生及其他醫療保健服務提供者處取得完整資訊，以協助您做出醫療保健的相關決定。

G1. 您有權知道您的治療選項並做出決定

您的服務提供者必須以您可理解的方式，向您說明您的狀況及治療選擇方案。您有權：

- **知悉選擇：**您有權獲悉所有治療選項。
- **知悉風險：**您有權獲悉任何涉及的風險。我們必須事先告知您，如果任何服務或治療屬於研究實驗的一部分，您有權拒絕任何實驗性治療。
- **尋求第二意見：**您有權在決定治療前，尋求另一名醫師的意見。
- **說「不」：**您有權拒絕任何治療。這包括離開醫院或其他醫療設施的權利，即使您的醫生建議您不要離開。您有權停止服用處方藥。如果您拒絕治療或停止服用處方藥，我們不會將您從計畫中除名。但是，如果您拒絕治療或停止服用藥物，則須對因此而出現的狀況承擔全部責任。
- **要求我們解釋服務提供者拒絕提供護理的原因。**如果服務提供者拒絕提供您認爲自己應取得的護理服務，則您有權請我們作出解釋。
- **要求我們承保我們先前拒絕，或通常不在承保範圍內的服務或藥品。**這稱爲承保決定。本《計畫成員手冊》**第 9 章**說明了如何向我們申請承保決定。

G2. 您有權表達在無法自行做出醫療保健決定時希望如何處理

有時，人們可能無法替自己做出醫療保健決定。在這種情況發生之前，您可以：

- 填寫書面表單，**授權某人在您無法自行決定時，**替您做出醫療保健決定。
- **向您的醫生提供書面指示**，說明在您無法自行做決定時，應如何處理您的醫療保健服務，包括您**不**希望接受的護理。

這份用來表達您意願的法律文件稱爲「預先立囑」。預先立囑有多種不同類別及多種不同名稱。範例包括生前遺囑與醫療保健服務委託書。

您不一定需要擁有預先立囑，但您可以選擇使用。如果您想使用預先立囑，可以這樣做：

- **取得表單。**您可以從醫生、律師、社工，或部分辦公室用品商店取得表單。藥房與服務提供者的診所通常也有這些表單。您還可以在線上查找免費的表單並下載。或者，您可以聯絡計畫成員服務處索取表單。
- **填妥表單並簽名。**此表單屬於法律文件。建議您請律師或其他值得信賴的人（例如家庭成員或您的 PCP）協助填寫。
- **將表單副本交給需要知情的人。**提供一份副本給您的醫生。您也應將表單副本交予您所列出以在您不便時代爲做決定的人士。您可能希望將副本交予親朋好友。在家中保留一份副本。
- 如果您住院並已簽署預先立囑，**請攜帶一份副本至醫院**。
    - 醫院將詢問您是否有已簽署的預先立囑表單，以及您是否隨身攜帶。
    - 如果您尚未簽署預先立囑表單，醫院可提供表單並詢問您是否希望簽署一份。

您有權：

- 將您的預先立囑放入您的病歷中。
- 隨時變更或取消您的預先立囑。
- 了解預先立囑法律的相關變更。Alameda Alliance Wellness 將在州法律變更發生後的 90 天內通知您。

依據法例，任何人均不得根據您是否已簽署預先立囑而拒絕爲您提供醫療護理服務或歧視您。請致電計畫成員服務處，了解詳細資訊。

如需了解更多資訊或取得加州官方的醫療照護事前指示 (Advance Health Care Directive) 表格，您可以聯絡加州醫療照護事前指示登記處（由加州州務卿管理），電話：1.916.653.3984。

G3. 如果您的指示未獲遵循時，該怎麼辦

如果您已簽署預先立囑，並且認爲醫生或醫院未遵循您的指示，可致電 1.877.588.1123（TTY：711）向 Commence Health（加州品質改善機構）提出投訴。

H. 您有權提出投訴並要求我們重新考慮決定

如果您對承保服務或護理出現任何疑問或顧慮，請參閱本《計畫成員手冊》**第 9 章**，了解處理方法。例如，您可以請我們爲您做出承保決定、提出上訴以變更某項承保決定，或提出投訴。

您有權取得其他計畫成員向我們所提出之上訴與投訴的資訊。請致電計畫成員服務處，以取得這項資訊。

H1. 遇到不公平待遇或想取得更多權利相關資訊時，該怎麼辦

如果您認爲我們對您有不公平待遇，但**不是**因爲本《計畫成員手冊》**第 11 章**所列原因之歧視，或是想取得更多權利相關資訊，請致電：

- 計畫成員服務處。
- 健康保險諮詢與利益維護計畫（Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP）專線 1.800.434.0222。如需更多關於 HICAP 的詳細資料，請參閱**第 2 章**（重要電話號碼和相關資源）。
- Medi-Cal 情況調查員服務診所專線 1-888-452-8609。如需更多關於本計畫的詳細資料，請參閱**第 2 章**（重要電話號碼和相關資源）。
- Medicare 專線 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 專線使用者請致電 1-877-486-2048。（您也可以在 Medicare 網站閱讀或下載《Medicare 權利與保護》：www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf。）

I. 您作爲計畫成員的責任

作爲計畫成員，您有責任遵循下列事項。如果您有任何疑問，請致電計畫成員服務處。

- **請閱讀本《計畫成員手冊》**，了解我們計畫的承保內容以及取得承保服務與藥品時需要遵循的規則。如需以下事項的詳細資料：
    - 承保服務，請參閱本《計畫成員手冊》**第 3 章和第 4 章**。這些章節將告訴您有哪些承保項目、哪些未承保項目、您需要遵循哪些規則，以及您需要支付的費用。
    - 承保藥品，請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章和第 6 章**。
- **請告訴我們您是否有其他健康或藥品**保險福利。我們必須確保您在接受醫療保健服務時，使用您所有的承保選項。如果您有其他保險福利，請致電計畫成員服務處。
- **請將您是我們計畫成員的情況，告訴您的醫生及其他醫療保健服務提供者**。在取得服務或藥品時，請出示您的會員識別卡。
- **協助您的**醫生及其他醫療保健服務提供者爲您提供最佳護理。
    - 向他們提供關於您與您健康狀況的必要資訊。儘量學習並了解您的健康問題。遵從您與服務提供者議定的治療方案及方法。
    - 確保您的醫生及其他服務提供者知道您正在服用的所有藥品，包括處方藥、市售藥品、維生素和補充劑。
    - 提出您所有的疑問。您的醫生及其他服務提供者必須以您能理解的方式向您作出解釋。如果您提出某個問題後無法理解該回答，應再次詢問。
- **與您的護理協調員合作**，包括完成年度的健康風險評估。

- **請體諒他人。**我們期望所有計畫成員均能尊重他人的權利，也期望您在醫生診所、醫院及其他服務提供者的診所時，能夠以尊重的態度行事。
- **支付所應付的費用。**作爲計畫成員，您必須承擔以下費用：
    - Medicare A 部分與 Medicare B 部分保費。對大多數 Alameda Alliance Wellness 的計畫成員來說，Medi-Cal 會代爲支付您的 Medicare A 部分和 B 部分保費。
    - **如果您接受了我們計畫未承保的服務或藥品，則須支付全部費用（請注意：**如果您不同意我們拒絕承保某項服務或藥品的決定，可提出上訴請參閱**第 9 章**了解如何提出上訴）。
- **如果您搬家，請告訴我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。請致電您的護理協調員或計畫成員服務處。
    - **如果您搬離我們的服務區域，您將無法繼續參加我們的計畫。**只有住在我們服務區域內的人，才能成爲本計畫的成員。本《計畫成員手冊》**第 1 章**會告訴您關於我們服務區域的資訊。
    - 我們可協助您確認是否搬到服務區域外。
    - 搬家時，請將您的新地址通知 Medicare 與 Medi-Cal。如需 Medicare 與 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱本《計畫成員手冊》**第 2 章** 。
    - **如果您搬家後仍在我們的服務區域內，還是請告訴我們。**我們需要將您的計畫成員資格記錄保持在最新狀態，並確認與您聯絡的方式。
    - **如果您搬家，請通知社會安全管理局（或鐵路職工退休管理委員會）。**
- **告訴我們您是否有新的電話號碼，**或更合適的聯絡方式。
- **如果您有任何疑問或顧慮，請致電您的護理協調員或計畫成員服務處尋求協助。**

第9章：遇到問題或想投訴時怎麼辦（承保決定、上訴、投訴）

簡介

本章包含關於您權利的資訊。請閱讀本章以瞭解在以下情況下該怎麼做：

- 您對本的計畫有問題或想投訴。
- 您需要的服務、用品或藥物，本的計畫表示不予給付。
- 您不同意本的計畫就您的護理所做的決定。
- 您認爲您的承保服務結束得太快。
- 您對您的長期服務與支持有問題或想投訴，包括社區型成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) 與療養設施 (Nursing Facility, NF) 服務。

本章分爲不同章節，以幫助您輕鬆找到所需內容。**若您遇到問題或疑慮，請參閱本章適用於您狀況的相關段落。**

您應獲得您的醫生及其他服務提供者根據您的護理計畫，爲您的護理所決定之必要的醫療保健、藥物及長期服務與支持。**若您對您的護理有問題，可致電 Medicare Medi-Cal 申訴專員計畫，電話 855-501-3077 尋求協助。**本章說明您針對不同問題與投訴可採取的不同選項，但您隨時可以致電申訴專員計畫，協助您處理問題。如需瞭解處理您疑慮的其他資源及其聯絡方式，請參閱您《計畫成員手冊》的**第 2 章**。

目錄

A. 若您存有疑問或顧慮該如何辦 209
A1. 關於法律術語說明 209
B. 協助管道 209
B1. 更多資訊與協助 209
C. 瞭解本計畫中的 Medicare 與 Medi-Cal 投訴與上訴 211
D. 關於您福利的問題 211
E. 承保決定與上訴 212
E1. 承保決定 212
E2. 上訴 212
E3. 承保決定與上訴的協助 213
E4. 本章哪個章節可以幫助您 214
F. 醫療護理 215
F1. 本節使用說明 215
F2. 申請承保決定 216
F3. 提出第 1 級上訴 219
F4. 提出第 2 級上訴 222
F5. 付款問題 229
G. MedicareD 部分藥物 230
G1. Medicare D 部分承保決定與上訴 230
G2. Medicare D 部分例外情形 232
G3. 關於申請例外情形的重要事項 233
G4. 申請承保決定，包括例外情形 234

G5. 提出第 1 級上訴 236
G6. 提出第 2 級上訴 239
H. 要求我們承保較長的住院期間 241
H1. 瞭解您的 Medicare 權利 241
H2. 提出第 1 級上訴 242
H3. 提出第 2 級上訴 244
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務 245
I1. 在您承保結束前的預先通知 246
I2. 提出第 1 級上訴 246
I3. 提出第 2 級上訴 248
J. 將您的上訴提升至第 2 級及以上 249
J1. Medicare 服務與用品的後續步驟 249
J2. 額外的 Medi-Cal 上訴 251
J3. Medicare D 部分藥物申請的第 3、4、5 級上訴 251
K. 如何提出投訴 252
K1. 哪些類型的問題應視爲投訴 252
K2. 內部投訴 254
K3. 外部投訴 256

A. 若您存有疑問或顧慮該如何辦

本章說明如何處理問題與疑慮。您應採用的流程取決於您問題的類型。**承保決定與上訴**採用一種流程，而**提出投訴**（亦稱爲冤情申訴）則採用另一種流程。

爲確保公平與效率，每項程序均設有規則、流程及期限，我們與您皆須遵守。

A1. 關於法律術語說明

本章中某些規則與截止日期使用了法律術語。這些術語許多可能難以理解，因此在可能的情況下，我們使用較簡單的詞彙來替代某些法律術語。我們盡量減少使用縮寫詞。

例如，我們說：

- 「提出投訴」而非「提出冤情申訴」
- 「承保決定」而非「組織裁定」、「福利裁定」、「風險裁定」或「承保裁定」
- 「快速承保決定」而非「加速裁定」
- 「獨立審查組織 (Independent Review Organization, IRO)」而非「獨立審查實體 (Independent Review Entity, IRE)」

瞭解正確的法律術語有助於您更清晰地溝通，因此我們也一併提供。

B. 協助管道

B1. 更多資訊與協助

啓動或遵循問題處理流程時，有時會令人困惑。您身體不適或精力有限時，尤其可能需要協助。有時，您可能沒有採取下一步所需的資訊。

來自本保險計畫的協助

您可以致電我們的求助專線 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。TTY 使用者請致電 1.800.735.2929 尋求協助或解答疑問。

來自健康保險諮詢與權益倡導計畫的協助

您可以致電健康保險諮詢與權益倡導計畫 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 的電話 1-800-434-0222。您也可以造訪他們的網站 www.lashicap.org。HICAP 諮詢員可回答您的問題，並協助您瞭解該如何處理您的問題。HICAP 與我們或任何保險公司或健康保險計畫均無關。HICAP 在每個縣都設有受過訓練的諮詢員，且服務是免費的。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。

來自 Medicare Medi-Cal 申訴專員計畫的協助

您可以致電 Medicare Medi-Cal 申訴專員計畫，與權益倡導者討論您的健康承保問題。他們或許能提供免費的法律協助。申訴專員計畫與我們或任何保險公司或健康保險計畫無關。他們的電話號碼是 855-501-3077，網站是 www.healthconsumer.org。

來自 Medicare 的協助與資訊

如需瞭解更多資訊與協助，您可以聯 絡 Medicare。以下是從 Medicare 獲得協助的兩種方式：

- 請撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 專線使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

來自加州管理式醫療保健部的協助

加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 管理式醫療保健申訴專員可提供幫助。如果您在加入、更換或退出一項健康保險計畫時出現問題，他們可提供幫助。如果您搬家了而無法順利把您的 Medi-Cal 轉到新的居住縣，他們也可以提供幫助。您可以在週一至週五，上午 8 時至下午 5 時致電 1-888-452-8609 聯絡調查員。

來自加州統一管理醫療保健部門的協助

請聯絡加州統一管理醫療保健部門 (California Department of Managed Health Care, DMHC) 以獲得免費協助。DMHC 負責監督健康保險計畫。DMHC 協助民眾處理 Medi-Cal 服務或帳務問題的上訴。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、聽力不佳或有語言障礙的個人可使用免付費聽障專用電信設備 (TDD) 號碼 1-877-688-9891。您亦可造訪 DMHC 的網站 www.dmhc.ca.gov。

加州統一管理醫療保健部門負責管控醫療保健服務計畫。若您對您的健康保險計畫有冤情申訴，在聯絡該部門前，您應先致電您的健康保險計畫，電話 **1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767)**，並採用您健康保險計畫的冤情申訴程序。使用這一申訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或者您可能有資格獲得的任何補償。如果您需要幫助以解決涉及緊急情況的申訴、您的健康保險計畫尚未妥善解決的申訴或者在超過 30 天後仍未得到解決的申訴，您可以致電聯絡該部門請求協助。您可能有資格請求進行獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)。如果您符合申請 IMR 的條件，IMR 程序將提供一次公平複審，以審查某個健康保險計畫所作的醫療決定，其中包括擬議的服務或治療之醫療必要性、就試驗性或研究用的治療所作的保險計畫承保決定，以及就緊急醫療或急症治療服務費用支付問題而產生的爭議。該部門亦設有免付費電話 **(1-888-466-2219)** 及爲聽語障人士提供的 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該部門的網站 **www.dmhc.ca.gov** 線上提供投訴表、IMR 申請表以及說明文件。

C. 瞭解本計畫中的 Medicare 與 Medi-Cal 投訴與上訴

您同時擁有 Medicare 與 Medi-Cal。本章中的資訊適用於您所有的 Medicare 與 Medi-Cal 管理式醫療福利。這有時被稱爲「整合式流程」，因爲它結合或整合了 Medicare 與 Medi-Cal 的流程。

有時 Medicare 與 Medi-Cal 的流程無法結合。在那些情況下，您對 Medicare 福利採用一種流程，對 Medi-Cal 福利則採用另一種流程。**F4 節**說明了這些情況。

D. 關於您福利的問題

若您遇到問題或疑慮，請參閱本章適用於您狀況的相關段落。下表幫助您找到本章中處理問題或投訴的正確章節。

您提出的問題或疑慮是否與您的保險福利或承保服務相關？	
這包括關於特定醫療護理（醫療用品、服務及/或 B 部分藥物）是否被承保、承保方式，以及關於醫療護理付款的問題。	
可以。 我的問題是關於福利或承保 請參閱 **E 節**：「承保決定與上訴」。	**不需要。** 我的問題並非關於福利或承保 請參閱 **K 節**：「如何提出投訴」。

E. 承保決定與上訴

申請承保決定與提出上訴的流程，處理與您的福利及醫療護理（服務、用品及 B 部分藥物，包括付款）承保相關的問題。爲求簡便，我們通常將醫療用品、服務及 B 部分藥物統稱爲醫療護理。您可以使用承保決定和申訴流程來解決諸如某項服務是否在承保範圍內以及承保方式等問題。

E1. 承保決定

承保決定是我們就您的福利與承保，或就我們爲您的醫療服務或藥物支付的金額所做的決定。您本人或您的醫生也可以聯絡我們，申請承保決定。您本人或您的醫生可能不確定我們是否承保某項特定的醫療服務，或我們是否可能拒絕提供您認爲需要的醫療護理。**若您想在接受某項醫療服務前，知道我們是否會承保，您可以要求我們爲您做出承保決定。**

我們在審查服務申請或索償時，即做出承保決定。在某些情況下，我們可能決定某項服務或藥物不被 Medicare 或 Medi-Cal 承保，或不再爲您承保。若您不同意該項承保決定，可提出上訴。

E2. 上訴

若我們做出承保決定而您對此決定不滿意，您可以對該決定「提出上訴」。上訴是要求我們審查並變更我們所做之承保決定的正式方式。

您首次對承保決定提出上訴時，稱爲第 1 級上訴。在此上訴中，我們將審查我們先前做出的承保決定，以確認我們是否適當地遵循了所有規則。您的上訴將由與做出原始不利決定不同的審查員處理。

在大多數情況下，您必須從第 1 級上訴開始。若您的健康問題屬急迫情況或涉及對您健康的立即且嚴重威脅，或若您處於劇烈疼痛中且需要更快的決定，您可以向統一管理醫療保健部門申請 IMR 醫療審查，網址爲 www.dmhc.ca.gov。請參閱 **F4 節**以取得更多資訊。

我們完成審查後會告知您我們的決定。在某些情況下（將於本章後續說明，請參閱 **F2 節**），您可以申請加速承保決定或「快速承保決定」或「快速上訴」。

若我們**拒絕**您部分或全部請求，我們會寄通知函給您。若您的問題是關於 Medicare 醫療護理的承保，該通知函將告知您我們已將您的案件送至獨立審查組織 (IRO) 進行第 2 級上訴。若您的問題是關於 Medicare D 部分或 Medicaid 服務或用品的承保，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴的資訊，請參閱 **F4 節**。

若您對第 2 級上訴的決定不滿意，您或許能進入額外的上訴層級。

E3. 承保決定與上訴的協助

您可以向以下任何一方尋求協助：

- **計畫成員服務處**，電話號碼在本頁底部。
- **Medicare Medi-Cal 上訴專員計畫，電話 1-855-501-3077。**
- **健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)**，電話 1-800-434-0222。
- **統一管理醫療保健部門 (DMHC) 的協助中心**，以獲得免費協助。DMHC 協助民眾處理 Medi-Cal 服務或帳務問題的上訴。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、聽力不佳或有語言障礙的個人可使用免付費聽障專用電信設備 (TDD) 號碼 1-877-688-9891。您亦可造訪 DMHC 的網站 www.dmhc.ca.gov。雖然加州醫療保健部可協助參與管理式醫療補助計畫者，但無法協助僅參加聯邦醫療保險計畫者，以及下列縣立醫療系統 (County Organized Health Systems, COHS) 的參與者：合作醫療計畫、黃金海岸醫療計畫、中加州健康計畫、中

加州健康聯盟及加州優選計畫。聯邦政府監管 Medicare 計畫，而醫療保健服務部監管 COHS 計畫。

- **您的醫生或其他服務提供者**。您的醫生或其他服務提供者可以代表您申請承保決定或提出上訴。
- **朋友或家人**。您可以指定他人作爲您的「代表」，爲您申請承保決定或提出上訴。
- **律師**。您有權聘請律師，但**並非必須有律師才能**申請承保決定或提出上訴。
  - 請致電您自己的律師，或從當地律師公會或其他轉介服務處取得律師的聯絡資訊。若您符合資格，某些法律團體將提供您免費的法律服務。
  - 請向 Medicare Medi-Cal 上訴專員計畫申請法律援助律師，電話 1-855-501-3077。

若您希望由律師或其他人作爲您的代表，請填寫代表指定表格。該表格授權某人爲您行事。

請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處，索取「代表指定」表格。您也可以造訪 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 取得此表格。**您須向我們提交一份已簽署表格的副本。**

E4. 本章哪個章節可以幫助您

有四種情況涉及承保決定與上訴。每種情況都有不同的規則與截止日期。我們在本章的獨立章節中詳細說明每一種。請參閱適用的章節：

- **F 節**，「醫療護理」
- **G 節**，「Medicare D 部分藥物」
- **H 節**，「要求我們承保較長的住院期間」

- **I 節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務」（本節僅適用於以下服務：居家健康護理、專業護理服務設施護理及綜合性門診康復機構 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF] 服務。）

若您不確定該使用哪個章節，請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處。

F. 醫療護理

本節說明若您在取得醫療護理承保方面遇到問題，或希望我們退還我們應分攤的護理費用時該怎麼做。關於申請較長住院期間的資訊，請參閱 **H 節**。

本節是關於您在本《計畫成員手冊》**第 4 章**福利圖表中所述之醫療護理的福利。在某些情況下，不同的規則可能適用於 Medicare B 部分藥物。若有此情況，我們將解釋 Medicare B 部分藥物的規則與醫療服務及用品的規則有何不同。

F1. 本節使用說明

本節說明您在以下任何情況下可以做什麼：

1. 您認爲我們承保您需要但未獲得的醫療護理。

   您可以做什麼：您可以要求我們做出承保決定。請參閱 **F2 節**。

2. 我們未核准您的醫生或其他醫療保健服務提供者希望給予您的醫療護理，而您認爲我們應該核准。

   您可以做什麼：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱 **F3 節**。

3. 您已接受您認爲我們承保的醫療護理，但我們不願給付。

   您可以做什麼：您可以對我們不支付的決定提出上訴。請參閱 **F5 節**。

4. 您已接受並支付了您認爲我們承保的醫療護理費用，並希望我們退款給您。

   您可以做什麼：您可以要求我們退款。請參閱 **F5 節**。

5. 我們減少或停止了您對某些醫療護理的承保，而您認爲我們的決定可能損害您的健康。

   您可以做什麼：您可以對我們減少或停止醫療護理的決定提出上訴。請參閱 **F4 節**。

   - 若承保是針對住院護理、居家健康護理、專業護理服務設施護理或 CORF 服務，則適用特殊規則。請參閱 **H 節**或 **I 節**以瞭解更多資訊。
   - 對於所有其他涉及減少或停止您對某些醫療護理承保的情況，請使用本節（**F 節**）作爲您的指南。

6. 您在獲得護理方面遇到延遲，或您找不到醫生。

   您可以做什麼：您可以提出投訴。請參閱 **K2 節**。

F2. 申請承保決定

> 當承保決定涉及您的醫療護理時，稱爲**整合式組織裁定**。

您、您的醫生或您的代表可以透過以下方式向我們申請承保決定：

- 致電：1.855.891.9161，TTY：1.800.735.2929。
- 傳真：1.855.891.7174。
- 書面聯絡：Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502。

標準承保決定

除非我們同意採用「快速」截止日期，否則我們告知您我們的決定時都會採用「標準」截止日期。標準承保決定意指我們將在以下時間內給予您答覆：

- 在我們收到您對受我們事前授權規則約束之醫療服務或用品的申請後 5 個工作日，且最遲不得超過七個日曆日內。

- 在我們收到您對所有其他醫療服務或用品的申請後 5 個工作日內，且不晚於 14 個日曆日。
- 在我們收到您對 Medicare B 部分藥物的申請後 72 小時內。

對於醫療用品或服務，如果我們需要更多時間或需要更多可能對您有益的資訊（例如來自非合作醫療機構的醫療記錄），**我們最多可以延長 14 個日曆日的處理時間**。如果我們需要額外時間做出決定，我們會以書面通知您。**如果您申請的是 Medicare B 部分 (Medicare Part B) 藥物，則無法延長處理時間。**

如果您認爲我們**不應該**延長處理時間，您可以就我們延長處理時間的決定提出「快速投訴」。如果您提出快速投訴，我們會在 24 小時內回覆您。投訴流程與承保決定和上訴流程不同。有關投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱 **K 部分 (Section K)**。

快速承保決定

> 快速承保決定的法律術語是**加速裁定**。

您要求我們就您的醫療護理做出需要快速回應的承保決定時，請要求我們做出「快速承保決定」。快速承保決定意指我們將在以下時間內給予您答覆：

- 在我們收到您對醫療服務或用品的申請後 72 小時。
- 在我們收到您對 Medicare B 部分藥物的申請後 24 小時。

對於醫療用品或服務，如果我們發現缺少可能對您有利的資訊（例如來自非合作醫療機構的醫療記錄），或者您需要時間提供資訊以供審核，**我們最多可以延長 14 個日曆日**。如果我們需要額外時間做出決定，我們會以書面通知您。**如果您申請的是 Medicare B 部分 (Part B) 藥物，則無法延長處理時間。**

如果您認爲我們**不應該**延長處理時間，您可以就此決定提出「快速投訴」。有關投訴（包括快速投訴）的更多信息，請參閱 **K 部分 (Section K)**。一旦我們做出決定，我們會立即與您聯絡。

若想提請快速承保決定，您必須符合兩項要求：

- 您申請的是您**尚未獲得**之醫療用品及/或服務的承保。您無法就已獲得的用品或服務之付款申請快速承保決定。
- 採用標準截止日期**可能對您的健康造成嚴重傷害**，或損害您的功能能力。

若您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動給予您快速承保決定。若您在沒有醫生支持的情況下提出申請，我們將決定您是否能獲得快速承保決定。

- 若我們決定您的健康狀況不符合快速承保決定的要求，我們會寄送信函給您說明此事，並改用標準截止日期。該信函會告知您：
  - 若您的醫生提出要求，我們會自動給予您快速承保決定。
  - 如何就我們決定給予您標準承保決定而非快速承保決定的決定，提出「快速投訴」。如需瞭解更多關於提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱 **K 節**。

若我們拒絕您請求的部分或全部內容，我們會寄送解釋理由的信函給您。

- 若我們**拒絕**您的請求，您有權提出上訴。若您認爲我們犯了錯，提出上訴是要求我們審查並變更我們決定的正式方式。
- 若您決定提出上訴，您將進入上訴流程的第 1 級（請參閱 **F3 節**）。

在有限情況下，我們可能會駁回您的承保決定申請，意即我們將不審查該申請。申請將被駁回的例子包括：

- 若申請資料不完整，
- 若他人代表您提出申請但未獲法律授權，**或**
- 若您要求撤回您的申請。

若我們駁回承保決定的申請，我們將寄送通知給您，解釋申請被駁回的原因以及如何要求審查駁回決定。此審查稱爲上訴。下一節將討論上訴。

F3. 提出第 1 級上訴

若要針對遭拒付的服務或項目提起上訴，或希望繼續接受您目前正在使用的服務或項目，，您、您的醫生或您的授權代表必須與我們聯絡。請致電 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)，TTY 使用者可致電 1.800.735.2929。

請以書面或致電 1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767) 向我們要求標準上訴或快速上訴，TTY 使用者可致電 1.800.735.2929。

- 若您的醫生或其他服務提供者要求在您的上訴期間繼續您已在接受的服務或用品，您可能需要指定他們爲您的代表以代表您行事。
- 若醫生以外的其他人爲您提出上訴，請附上代表指定表格，授權此人代表您。您可以造訪--www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 取得此表格。
- 我們可以在未附表格的情況下接受上訴申請，但在收到表格前，我們無法開始或完成我們的審查。若我們在做出上訴決定的截止日期前未收到表格：
    - 我們將駁回您的申請，且
    - 我們將寄送書面通知給您，解釋您有權要求 IRO 審查我們駁回您上訴的決定。
- 您必須在我們寄送給您告知我們決定的信函日期後 65 個日曆日內提出上訴。
- 若您錯過截止日期但有正當理由，我們可能會給予您更多時間提出上訴。正當理由的例子包括您患有嚴重疾病，或我們給予您錯誤的截止日期資訊。請在提出上訴時，解釋您延遲上訴的理由。
- 您有權向我們要求關於您上訴資訊的免費副本。您與您的醫生也可以提供我們更多資訊以支持您的上訴。

若您的健康狀況需要，請要求快速上訴。

> 「快速上訴」的法律術語是「**加速重新審議**」。

- 若您對我們就護理承保所做的決定提出上訴，您及/或您的醫生可以要求快速上訴。

若您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動給予您快速上訴。若您在沒有醫生支持的情況下提出申請，我們將決定您是否能獲得快速上訴。

- 若我們決定您的健康狀況不符合快速上訴的要求，我們會寄送信函給您說明此事，並改用標準截止日期。該信函會告知您：
  - 若您的醫生提出要求，我們會自動給予您快速上訴。
  - 如何就我們決定給予您標準上訴而非快速上訴的決定，提出「快速投訴」。如需瞭解更多關於提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱 **K 節**。

若我們告知您我們將停止或減少您已在接受的服務或用品，您或許能在上訴期間繼續接受那些服務或用品。

- 若我們決定變更或停止您所接受之服務或用品的承保，我們會在採取行動前寄送通知給您。
- 若您不同意我們的決定，您可以提出第 1 級上訴。
- 若您在我們信函日期後 10 個日曆日內或在行動的預定生效日期前（以較晚者爲準）提出第 1 級上訴，我們將繼續承保該服務或用品。
  - 若您符合此截止日期，您將在第 1 級上訴待決期間，無變動地獲得該服務或用品。
  - 您也將無變動地獲得所有其他服務或用品（非您上訴標的者）。
  - 若您未在這些日期前提出上訴，則在您等待上訴決定期間，您的服務或用品將不會繼續。

我們審理您的上訴並給予您我們的答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細檢視所有關於您醫療護理承保申請的資訊。
- 我們會確認我們在**拒絕**您申請時是否遵循了所有規則。
- 若有需要，我們會收集更多資訊。我們可能聯絡您本人或您的醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴有截止日期。

- 當我們採用快速截止日期時，我們必須**在收到您上訴後 72 小時內給予您答覆，或若您的健康狀況需要更快速的回應，則會更早**。如果我們駁回您的快速上訴，我們將以口頭方式向您、您的醫生、處方醫生或代表確認駁回決定。
    - 若我們未在 72 小時內給予您答覆，我們必須將您的申請送至上訴流程的第 2 級。屆時將由 IRO 審查。IRO 收到您的申訴後會以書面通知您。本章後續將介紹此組織並解釋第 2 級上訴流程。若您的問題是關於 Medi-Cal 服務或用品的承保，您可在時間到期後立即自行向州政府提出第 2 級－州聽證會。在加州，州聽證會稱爲。若要提出州聽證會，請參閱本《計畫成員手冊》中的州聽證會章節（若適用）。
- **若我們同意您要求的部分或全部內容，**我們必須在收到您上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保，或若您的健康狀況需要則更早。
- **若我們拒絕您要求的部分或全部內容，**我們會將您的上訴送至 IRO 進行第 2 級上訴。

標準上訴有截止日期。

- 當我們採用標準截止日期時，我們必須在收到您對未獲得之服務承保的上訴後 **30 個日曆日**內給予您答覆。
- 若您的申請是關於您未獲得的 Medicare B 部分藥物，我們將在收到您上訴後 **7 個日曆日內**給予您答覆，或若您的健康狀況需要則更早。
    - 若我們未在截止日期前給予您答覆，我們必須將您的申請送至上訴流程的第 2 級。屆時將由 IRO 審查。本章後續將介紹此組織並解釋第 2 級上訴流程。若您的問題是關於 Medi-Cal 服務或用品的承保，您可在時間到期後立即自行向州政府提出第 2 級－州聽證會。在加州，州聽證會稱爲「State Hearing」。若要提出州聽證會，請參閱本《計畫成員手冊》中的州聽證會章節（若適用）。

若我們同意您要求的部分或全部內容，我們必須在收到您上訴申請之日起 30 個日曆日內授權或提供我們同意提供的承保，或視您健康狀況所需之速度盡快提供，且在我們變更決定之日起 72 小時內，或若您的申請是關於 Medicare B 部分藥物，則在我們收到您上訴之日起 7 個日曆日內。

若我們**拒絕**您要求的部分或全部內容，**您有額外的上訴權利：**

- 若我們**拒絕**您要求的部分或全部內容，我們會寄送信函給您。
- 若您的問題是關於 Medicare 服務或用品的承保，該信函將告知您我們已將您的個案送至 IRO 進行第 2 級上訴。
- 若您的問題是關於 Medi-Cal 服務或用品的承保，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。

F4. 提出第 2 級上訴

若我們**拒絕**您第 1 級上訴的部分或全部內容，我們會寄送信函給您。此信函告知您該服務或用品通常是由 Medicare、Medi-Cal 或兩者共同承保。

- 若您的問題是關於 **Medicare** 通常承保的服務或用品，我們會在第 1 級上訴完成後，自動將您的個案送至上訴流程的第 2 級。
- 若您的問題是關於 **Medi-Cal** 通常承保的服務或用品，您可以自行提出第 2 級上訴。該信函將告知您如何操作。我們亦在本章後續提供更多資訊。
- 若您的問題是關於 **Medicare 與 Medi-Cal** 可能共同承保的服務或用品，您將自動獲得向 IRO 提出的第 2 級上訴。除自動的第 2 級上訴外，您也可以向州政府要求州聽證會與獨立醫療審查。然而，若您已在州聽證會中呈交證據，則無法再申請獨立醫療審查。

若您在提出第 1 級上訴時符合福利持續的資格，您上訴中的服務、用品或藥物的福利也可能在第 2 級期間持續。請參閱 **F3 節**以取得關於在第 1 級上訴期間持續您的福利的資訊。

- 若您的問題是關於通常僅由 Medicare 承保的服務，您該服務的福利在向 IRO 提出的第 2 級上訴流程中不會持續。
- 若您的問題是關於通常僅由 Medi-Cal 承保的服務，若您在收到我們決定信函後 10 個日曆日內提交第 2 級上訴，您該服務的福利將會持續。

當您的問題是關於 Medicare 通常承保的服務或用品時

IRO 將審查您的上訴。IRO 是由 Medicare 聘請的獨立組織。

> 獨立審查組織 (IRO) 的正式名稱是**獨立審查實體**，有時稱爲 **IRE**。

- 此組織與我們無關，也非政府機構。Medicare 選擇該公司作爲 IRO，且 Medicare 監督其工作。
- 我們會將關於您上訴的資訊（您的「案卷」）寄送給此組織。您有權獲得免費的案卷副本。
- 您有權向 IRO 提供額外資訊以支持您的上訴。

- IRO 的審查員會仔細檢視所有與您上訴相關的資訊。

若您在第 1 級有快速上訴，您在第 2 級也會有快速上訴。

- 若您向我們提出第 1 級快速上訴，您將自動獲得第 2 級快速上訴。IRO 必須在收到您上訴後 **72 小時內**給予您第 2 級上訴的答覆。

若您在第 1 級有標準上訴，您在第 2 級也會有標準上訴。

- 若您向我們提出第 1 級標準上訴，您將自動獲得第 2 級標準上訴。
- 若您的申請是關於醫療用品或服務，IRO 必須在收到您上訴後 **30 個日曆日內**給予您第 2 級上訴的答覆。
- 若您的申請是關於 Medicare B 部分藥物，IRO 必須在收到您上訴後 **7 個日曆日內**給予您第 2 級上訴的答覆。

IRO 會以書面形式給予您答覆並解釋理由。

- **若 IRO 同意醫療用品或服務申請的部分或全部內容，**我們必須立即執行該決定：
  - **在 72 小時內**授權醫療護理承保，**或**
  - 在我們收到 IRO 對**標準申請**的決定後 **5 個工作日**內提供服務，或
  - 在我們收到 IRO 對**加速申請**的決定之日起 **72 小時內**提供服務。
- **若 IRO 同意 Medicare B 部分藥物申請的部分或全部內容，我們必須授權或提供爭議中的 Medicare B 部分藥物：**
  - 在我們收到 IRO 對標準申請的決定後 72 小時內，或
  - 在我們收到 IRO 對加速申請的決定之日起 24 小時內。
- **若 IRO 拒絕您上訴的部分或全部內容，**意即他們同意我們不應核准您（或您部分）的醫療護理承保申請。這稱爲「維持原決定」或「駁回您的上訴」。

- 若您的個案符合要求，您需要決定是否希望進一步上訴。
- 第 2 級之後的上訴流程還有三個額外的層級，總共五個層級。
- 若您的第 2 級上訴被駁回，且您符合繼續上訴流程的要求，您必須決定是否要進入第 3 級並提出第三次上訴。關於如何操作的詳細資訊，請見您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
- 行政法法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 或律師裁決官處理第 3 級上訴。請參閱 **J 節**以取得更多關於第 3、4、5 級上訴的資訊。

當您的問題是關於 Medi-Cal 通常承保的服務或用品時

有兩種方式可就 Medi-Cal 服務與用品提出第 2 級上訴：(1) 提出投訴或獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

(1) 統一管理醫療保健部門 (DMHC)

您可以向 DMHC 的協助中心提出投訴或申請獨立醫療審查 (IMR)。透過提出投訴，DMHC 將審查我們的決定。DMHC 將對您的投訴獨立調查，或決定案件是否符合 IMR 資格。任何具醫療性質的 Medi-Cal 承保服務或用品皆可申請 IMR。IMR 是由不屬於我們計畫或 DMHC 的專家對您的個案審查。若 IMR 的決定對您有利，我們必須提供您所申請的服務或用品。您無需爲 IMR 支付任何費用。

若我們的計畫符合以下情況，您可以提出投訴或申請 IMR：

- 因我們的計畫裁定其不具醫療必要性而拒絕、變更或延遲 Medi-Cal 服務或治療。
- 不願承保嚴重醫療狀況的實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 對某項外科服務或程序本質上是美容性還是重建性存有爭議。
- 不願支付您已接受的緊急或急迫性 Medi-Cal 服務費用。
- 未在標準上訴的 30 個日曆日內，或若您的健康狀況需要，在快速上訴的 72 小時或更短時間內，解決您對 Medi-Cal 服務的第 1 級上訴。

在大多數情況下，您必須先向我們提出上訴，才能申請 IMR。請參閱 **F3 節**以取得關於我們第 1 級上訴流程的資訊。若您不同意我們的決定，您可以向 DMHC 提交 IMR 申請/投訴表。

注意：若您的服務提供者爲您提出上訴，但我們未收到您的代表指定表格，您將需要重新向我們提出上訴，才能向 DMHC 提出第 2 級 IMR，除非您的上訴涉及對您健康的立即且嚴重威脅，包括但不限於劇烈疼痛、可能喪失生命、肢體或主要身體功能。

您可以要求 IMR 與州聽證會，但若您已在州聽證會中呈交證據或就相同問題舉行過州聽證會，則不允許您再申請 IMR。

若您的治療因屬實驗性或研究性而被拒絕，您在申請 IMR 前無需參與我們的上訴流程。

若您的問題屬急迫情況或涉及對您健康的立即且嚴重威脅，或若您處於劇烈疼痛中，您可以立即將其提請 DMHC 注意，而無需先經過我們的上訴流程。

您必須在我們寄送給您關於您上訴的書面決定後 **6 個月內申請 IMR**。若有正當理由，DMHC 可能在 6 個月後接受您的申請，例如您有醫療狀況使您無法在 6 個月內要求 IMR，或您未從我們這裡獲得關於 IMR 流程的充分通知。

若要提出投訴或要求 IMR：

- 請填寫 IMR/投訴表格，可於 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 取得，或致電 DMHC 協助中心 1-888-466-2219。TTY 使用者請致電 1-877-688-9891。
- 若持有相關文件，請附上關於我們拒絕之服務或用品的信函或其他文件副本。這可以加速 IMR 流程。請寄送文件影本，而非正本。協助中心無法退還任何文件。
- 若有人協助您處理 IMR，請填寫授權助理表格。您可以造訪 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 或致電該部門的協助中心 1-888-466-2219 取得該表格。TTY 使用者請致電 1-877-688-9891。

- 請將線上提交 IMR/投訴表格及任何附件至 DMHC：
  www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

  郵寄或傳真提交：

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

在 7 天內，DMHC 將審查您的申請並寄送給您收件確認函。若 DMHC 裁定個案符合 IMR 資格，則將在收到所有必要文件後 45 天內做出 IMR 決定。

若您的個案屬急迫情況且您符合 IMR 資格，通常將在收到所有必要文件後 7 天內做出 IMR 決定。

若您對 IMR 的結果不滿意，您仍可要求州聽證會。

若 DMHC 未從您本人或您的主治醫生處收到所有必要的醫療紀錄，IMR 可能需要更長時間。若您使用的醫生不在您健康保險計畫的網絡內，您務必從該醫生處取得並寄送您的醫療紀錄給我們。您的健康保險計畫必須從網絡內的醫生處取得您的醫療紀錄副本。

若 DMHC 決定您的個案不符合 IMR 資格，DMHC 將透過其常規的消費者投訴流程審查您的個案。您的投訴應在提交完整申請後 30 個日曆日內解決。若您的投訴屬急迫情況，將會更快解決。

(2) 州聽證會

您可以就 Medi-Cal 承保的服務與用品要求州聽證會。若您的醫生或其他服務提供者申請我們不予核准的服務或用品，或我們不願繼續支付您已在接受的服務或用品，且我們拒絕您的第 1 級上訴，您有權要求州聽證會。

在大多數情況下，您在「上訴決定函」通知郵寄給您後**有 120 天可以要求州聽證會**。

注意：若您因我們通知您目前所接受的服務將遭變更或停止，**而要求舉行州聽證會，**且您希望在聽證會待決期間繼續接受該服務，則您必須在更短的期限內提交申請。請閱讀第 16 頁的「在第 2 級上訴期間我的福利會持續嗎」以取得更多資訊。

您可以透過以下方式要求召開州聽證會：

- 線上申請：請造訪網站 www.cdss.ca.gov。
- 電話申請：請致電 1-800-743-8525。此號碼可能繁忙，您可能會聽到稍後再撥的提示。如果您聽力或說話不便，請撥打 TTY/TDD 專線 1-800-952-8349。
- 書面申請：填寫州聽證會申請表或撰寫信函。透過郵件或傳真寄至：
- 郵寄地址：California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 傳真號碼：(916) 309-3487 或免費電話：1-833-281-0903
- 您可以在行動通知書背面填寫「州聽證會申請表 (Request for State Hearing)」。請務必填寫您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼和/或憑證識別號碼 (Credential Identification Number, CIN)，以及您申請州聽證會的理由。如果您需要他人協助申請州聽證會，請在表格或信函中註明他們的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯員，請告知州聽證會部門您的語言。您無需支付口譯費用。州聽證會部門會為您安排。如果您有殘疾，州聽證會部門可以免費為您提供特殊便利，以幫助您參加聽證會。請提供您的殘疾情況以及您需要的便利措施。

州聽證會部門會以書面形式給予您決定並解釋理由。

- 若州聽證會部門**同意**醫療用品或服務申請的部分或全部內容，我們必須在收到其決定**後 72 小時內**授權或提供該服務或用品。
- 若州聽證會部門**拒絕**您上訴的部分或全部內容，意即他們同意我們不應核准您（或您部分）的醫療護理承保申請。這稱為「維持原決定」或「駁回您的上訴」。

若 IRO 或州聽證會的決定**拒絕**您申請的全部或部分內容，您有額外的上訴權利。

若您的第 2 級上訴送至 **IRO**，您僅在您所希望之服務或用品的金額價值達到特定最低金額時，才能再次上訴。第 3 級上訴由行政法法官 (ALJ) 或律師裁決官處理。**您從 IRO 收到的信函解釋了您可能擁有的額外上訴權利。**

您從州聽證會部門收到的信函描述了下一個上訴選項。

請參閱 **J 節**以取得更多關於第 2 級之後您的上訴權利的資訊。

F5. 付款問題

我們不允許我們的網絡內服務提供者就承保的服務與用品向您收費。即使我們支付給服務提供者的費用低於服務提供者就承保服務或用品收取的費用，此項規定仍然適用。您絕無需支付任何帳單的餘額。

若您收到承保服務與用品的帳單，請將帳單寄送給我們。請勿自行支付帳單。我們將直接聯絡服務提供者並處理問題。若您確實支付了帳單，若您遵循了獲得服務或用品的規則，您可以從我們的計畫獲得退款。

如需瞭解更多資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 7 章**。其中描述了您可能需要要求我們退款或支付您從服務提供者處收到之帳單的情況。其中也介紹應如何向我們寄送請我們付款的書面文件。

若您要求退款，您即是在申請承保決定。我們將確認您支付的服務或用品是否獲承保，以及您是否遵循了所有使用您承保的規則。

- 若您支付的服務或用品被承保且您遵循了所有規則，我們通常將在收到您申請後 30 個日曆日內，但不晚於 60 個日曆日，將該服務或用品的款項寄送給您的服務提供者。您的服務提供者屆時會將款項轉交給您。
- 若您尚未支付該服務或用品的費用，我們將直接將款項寄送給服務提供者。當我們寄送款項時，即等同於**同意**您的承保決定申請。
- 若該服務或用品不被承保或您未遵循所有規則，我們將寄送信函給您，告知我們將不支付該服務或用品的費用並解釋原因。

若您不同意我們不支付的決定，**您可以提出上訴**。請遵循 **F3 節**所述的上訴流程。當您遵循這些指示時，請注意：

- 若您提出上訴要求我們退款，我們必須在收到您上訴後 30 個日曆日內給予您答覆。

若我們對您上訴的答覆是**拒絕**，且該服務或用品通常由 **Medicare** 承保，我們將把您的個案送至 IRO。若發生此情況，我們將寄送信函給您。

- 若 IRO 推翻我們的決定並表示我們應該付款，我們必須在 30 個日曆日內將款項寄送給您或服務提供者。若在第 2 級之後的任何上訴階段，您上訴的答覆是**同意**，我們必須在 60 個日曆日內將款項寄送給您或醫療保健服務提供者。
- 若 IRO **拒絕**您的上訴，意即他們同意我們不應核准您的申請。這稱爲「維持原決定」或「駁回您的上訴」。您將收到信函，解釋您可能擁有的額外上訴權利。請參閱 **J 節**以取得更多關於額外上訴層級的資訊。

若我們對您上訴的答覆是**拒絕**，且該服務或用品通常由 Medi-Cal 承保，您可以自行提出第 2 級上訴。請參閱 **F4 節**以取得更多資訊。

G. MedicareD 部分藥物

您作爲我們計畫會員的福利包括許多藥物的承保。其中多數是 Medicare D 部分藥物。有少數 Medicare D 部分不承保的藥物，Medi-Cal 可能承保。**本節僅適用於 Medicare D 部分藥物上訴。**在本節的其餘部分，我們將說「藥物」而非每次都說「Medicare D 部分藥物」。對於僅由 Medi-Cal 承保的藥物，請遵循 **E 節**的流程。

藥物必須用於醫療上可接受的適應症，才能獲得承保。意即該藥物經食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准或受某些醫療參考資料支持。請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**以取得更多關於醫療上可接受之適應症的資訊。

G1. Medicare D 部分承保決定與上訴

以下是您要求我們就您的 Medicare D 部分藥物做出的承保決定例子：

- 您要求我們判定例外情形，包括要求我們：

- 承保不在我們計畫藥物清單上的 Medicare D 部分藥物，或
- 撤銷我們對某藥物承保的限制（例如您可獲得的數量限制）

- 您詢問某藥物是否爲您承保（例如當您的藥物在我們計畫的藥物清單上，但在我們承保前必須先爲您核准）

注意：若您的藥房告知您您的處方無法照原樣調配，藥房會給您書面通知，解釋如何聯絡我們以申請承保決定。

> 關於您的 Medicare D 部分藥物的初始承保決定，稱爲**「承保裁定」。**

- 您要求我們支付您已購買的藥品費用。這是申請關於付款的承保決定。

若您不同意我們做出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。本節告知您如何申請承保決定以及如何提出上訴。請使用下表以協助您。

以下哪些情況適用於您？			
您需要不在我們藥物清單上的藥物，或需要我們撤銷對我們承保之藥物的規則或限制。	您希望我們承保我們藥物清單上的某種藥物，且您認爲您符合您所需藥物的計畫規則或限制（例如事先獲得核准）。	您希望要求我們退還您已領取並支付費用的藥物款項。	我們告知您，我們將不以您希望的方式承保或支付某藥物的費用。
您可以請我們作例外考慮。（這是一種承保決定。）	**您可以請我們作出一項承保決定**	**您可以請我們補償您已支付的費用。**（這是一種承保決定。）	**您可以提出上訴。**（意即您要求我們重新審議。）
從 **G2 節**開始，然後參閱 **G3 與 G4 節**。	請參閱 **G4 節**。	請參閱 **G4 節**。	請參閱 **G5 節**。

G2. Medicare D 部分例外情形

若我們不以您希望的方式承保某藥物，您可以要求我們裁定「例外情形」。若我們駁回您的例外情形申請，您可以對我們的決定提出上訴。

當您申請例外情形時，您的醫生或其他開立處方者需要解釋您需要例外情形的醫療理由。

> 申請承保不在我們藥物清單上的藥物，或移除對某藥物的限制，有時稱爲申請**「處方集例外情形」**。

以下是您本人或您的醫生或其他開立處方者可以要求我們裁定的例外情形例子：

1. 承保不在我們藥物清單上的藥物

- 若我們同意裁定例外情形並承保不在我們藥物清單上的藥物。

- 您無法就該藥物規定的共付額金額獲得例外情形。

2. 移除對承保藥物的限制

- 額外的規則或限制適用於我們藥物清單上的某些藥物（請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**以取得更多資訊）。
- 某些藥物的額外規則與限制包括：
  - 須使用普通非專利藥物，而非品牌藥物。
  - 在我們同意爲您承保該藥物前，先獲得我們的核准。這有時稱爲「事前授權 (prior authorization, PA)」。
  - 在我們同意承保您所申請的藥物之前，必須先嘗試另一種藥物。這有時被稱爲「階梯式治療」。
  - 數量限制。對於部份藥物，會限制您可獲得的供藥量。

G3. 關於申請例外情形的重要事項

您的醫生或其他開立處方者必須告知我們醫療理由。

您的醫生或其他開立處方者必須提供我們聲明，解釋申請例外情形的醫療理由。若希望加快決定過程，請在要求例外處理時提供您的醫生或其他開處方者出具的此醫療資料。

我們的**藥物清單**通常包括多於一種治療特定病況的藥物。這些稱爲「替代」藥物。若替代藥物與您申請的藥物同樣有效，且不會引起更多副作用或其他健康問題，我們通常**不**核准您的例外情形申請。

我們可以「同意」或「不同意」您的申請。

- 若我們**同意**您的例外情形申請，該例外情形通常持續至該日曆年度結束。祇要您的醫生繼續爲您開藥，而且該藥物對您的病症而言繼續安全、有效，此規定便有效。

- 若我們**駁回**您的例外情形申請，您可以提出上訴。若我們**駁回**您的申請，請參閱 **G5 節**以取得關於提出上訴的資訊。

下一節將介紹如何提請保險決定，包括例外處理。

G4. 申請承保決定，包括例外情形

- 請透過致電 1.888.213.1531（TTY 專線使用者可撥打致電 711）（該專線 24 小時全天候服務，每週 7 天無休、書面聯絡或傳真給我們，以申請您想要的承保決定類型。您、您的代表或醫生（或其他開處方者）均可提出該請求。請附上您的姓名、聯絡資訊及關於索償的資訊。
- 您本人或您的醫生（或其他開立處方者）或代表您的其他人可以申請承保決定。您也可聘請律師作爲代表。
- 請參閱 **E3 節**以瞭解如何指定某人爲您的代表。
- 您的醫生或其他開立處方者代表您申請承保決定，無需您的書面許可。
- 若您希望要求我們退還藥物費用，請參閱本《計畫成員手冊》**第 7 章**。
- 若您申請例外情形，請提供我們「佐證聲明」。佐證聲明包括您的醫生或其他開立處方者就例外情形申請所提出的醫療理由。
- 您的醫生或其他開立處方者可將佐證聲明傳真或郵寄給我們。他們也可以透過電話告知我們，然後再傳真或郵寄聲明。

若您的健康狀況需要，請向我們要求「快速承保決定」。

我們採用「標準截止日期」，除非我們同意採用「快速截止日期」。

- **標準承保決定**意指我們在收到您醫生的聲明後 72 小時內給予您答覆。
- **快速承保決定**意指我們在收到您醫生的聲明後 24 小時內給予您答覆。

> 「快速承保決定」也稱爲**「加快承保決定」。**

若您符合以下情況，可獲得快速承保決定：

- 是針對您尚未獲得的藥物。若您是要求我們退還您已購買的藥物費用，則無法獲得快速承保決定。
- 若我們採用標準截止日期，您的健康或功能能力將受到嚴重損害。

若您的醫生或其他開立處方者告知我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們將在快速承保決定的時間表下審查您的申請。我們將寄送包含此資訊的信函給您。

- 若您在沒有醫生或其他開立處方者支持的情況下申請快速承保決定，我們將決定您是否能獲得快速承保決定。
- 若我們決定您的醫療狀況不符合快速承保決定的要求，我們將改用標準截止日期。
    - 我們會寄送信函給您，告知我們將使用標準截止日期。該信函亦會告知您如何就我們的決定提出上訴。
        - 您可以提出快速投訴並在 24 小時內獲得回應。如需瞭解更多關於提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱 **K 節**。

快速承保決定的截止日期

- 若我們採用快速截止日期，我們必須在收到您申請後 24 小時內給您答覆。若您申請例外情形，我們將在收到您醫生的佐證聲明後 24 小時內給您答覆。若您的健康狀況需要，我們會更早給您答覆。
- 若我們未符合此截止日期，我們會將您的申請送至上訴流程的第 2 級，由 IRO 審查。請參閱 **G6 節**以取得更多關於第 2 級上訴的資訊。
- 若我們**同意**您要求的部分或全部內容，我們將在收到您申請或您醫生的佐證聲明後 24 小時內提供承保。
- 若我們**駁回**您要求的部分或全部內容，我們會寄送給您包含理由的信函。該信函亦會告知您如何提出上訴。

關於您尚未獲得之藥物的標準承保決定截止日期

- 若我們採用標準截止日期，我們必須在收到您申請後 72 小時內給您答覆。若您申請例外情形，我們將在收到您醫生的佐證聲明後 72 小時內給您答覆。若您的健康狀況需要，我們會更早給您答覆。
- 若我們未符合此截止日期，我們會將您的申請送至上訴流程的第 2 級，由 IRO 審查。
- 若我們**同意**您要求的部分或全部內容，我們將在收到您申請或您醫生就例外情形提出的佐證聲明後 72 小時內提供承保。
- 若我們**駁回**您要求的部分或全部內容，我們會寄送給您包含理由的信函。該信函亦會告知您如何提出上訴。

關於您已購買之藥物的標準承保決定截止日期

- 我們必須在收到您申請後 14 個日曆日內給您答覆。
- 若我們未符合此截止日期，我們會將您的申請送至上訴流程的第 2 級，由 IRO 審查。
- 若我們**同意**您要求的部分或全部內容，我們將在 14 個日曆日內退款給您。
- **若**我們**駁回**您要求的部分或全部內容，我們會寄送給您包含理由的信函。該信函亦會 213.1531

G5. 提出第 1 級上訴

> 向我們計畫提出的關於 Medicare D 部分藥物承保決定的上訴，稱爲計畫「**重新裁定**」。

- 請透過致電 1.888.213.1531（TTY 專線使用者可撥打致電 711）（該專線 24 小時全天候服務，每週 7 天無休）、書面聯絡或傳真給我們，以開始您的**標準**或**快速上訴**。您、您的代表或醫生（或其他開處方者）均可提出該請求。請附上您的姓名、聯絡資訊及關於您上訴的資訊。

- 您必須在我們寄送給您告知我們決定的信函日期後 **65 個日曆日內**提出上訴。
- 若您錯過截止日期但有正當理由，我們可能會給予您更多時間提出上訴。正當理由的例子包括您患有嚴重疾病，或我們給予您錯誤的截止日期資訊。請在提出上訴時，解釋您延遲上訴的理由。
- 您有權向我們要求關於您上訴資訊的免費副本。您與您的醫生也可以提供我們更多資訊以支持您的上訴。

若您的健康狀況需要，請要求快速上訴。

> 快速上訴亦稱爲「**加速重新裁定**」。

- 若您對我們就您尚未獲得之藥物所做的決定提出上訴，您與您的醫生或其他開立處方者將決定您是否需要快速上訴。
- 快速上訴的要求與快速承保決定的要求相同。請參閱 **G4** 節以取得更多資訊。

我們審理您的上訴並給予您我們的答覆。

- 我們將審查您的上訴，並再次仔細檢視所有關於您承保申請的資訊。
- 我們會確認我們在**駁回**您申請時是否遵循了規則。
- 我們會聯絡您本人或您的醫生或其他開處方者瞭解詳細資訊。

第 1 級快速上訴的截止日期

- 若我們採用快速截止日期，我們必須在收到您上訴後 **72 小時內**給您答覆。
  - 若您的健康狀況需要，我們會更早給您答覆。
  - 若我們未在 72 小時內給予您答覆，我們必須將您的申請送至上訴流程的第 2 級。屆時將由 IRO 審查。請參閱 **G6 節**以取得關於審查組織與第 2 級上訴流程的資訊。

- 若我們**同意**您要求的部分或全部內容，我們必須在收到您上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 若我們**駁回**您要求的部分或全部內容，我們會寄送給您解釋理由並告知您如何提出上訴的信函。

第 1 級標準上訴的截止日期

- 若我們採用標準截止日期，我們必須在收到您對未獲得之藥物的上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆。
- 若您未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們會更早給予您決定。若您認爲您的健康狀況需要，請要求快速上訴。
    - 若我們未在 7 個日曆日內給予您決定，我們必須將您的申請送至上訴流程的第 2 級。屆時將由 IRO 審查。請參閱 **G6 節**以取得關於審查組織與第 2 級上訴流程的資訊。

若我們**同意**您要求的部分或全部內容：

- 我們必須視您健康狀況所需盡快提供我們同意提供的承保，但不得晚於我們收到您上訴後 7 個日曆日。
- 我們必須在收到您上訴後 30 個日曆日內，爲您購買的藥物寄送付款給您。

若我們**駁回**您要求的部分或全部內容：

- 我們會寄送解釋理由並告知您如何提出上訴的信函給您。
- 我們必須在收到您上訴後 **14 個日曆日內**，給予您關於退還您購買藥物費用之決定的答覆。
    - 若我們未在 14 個日曆日內給予您決定，我們必須將您的申請送至上訴流程的第 2 級。屆時將由 IRO 審查。請參閱 **G6 節**以取得關於審查組織與第 2 級上訴流程的資訊。

- 若我們**同意**您要求的部分或全部內容，我們必須在收到您申請後 30 個日曆日內付款給您。
- 若我們**駁回**您要求的部分或全部內容，我們會寄送給您解釋理由並告知您如何提出上訴的信函。

G6. 提出第 2 級上訴

若我們**駁回**您的第 1 級上訴，您可以接受我們的決定或提出另一次上訴。若您決定提出另一次上訴，您將採用第 2 級上訴流程。**IRO** 將審查我們在您第一次上訴時**駁回**的決定。此組織決定我們是否應變更我們的決定。

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

若要提出第 2 級上訴，您、您的代表、或您的醫生或其他開立處方者必須**以書面方式**聯絡 IRO，並要求審查您的個案。

- 若我們**駁回**您的第 1 級上訴，我們寄送給您的信函將包含關於**如何向 IRO 提出第 2 級上訴的指示**。該指示說明誰可以提出第 2 級上訴、您必須遵循的截止日期，以及如何聯絡該組織。
- 當您向 IRO 提出上訴時，我們會將我們擁有的關於您上訴的資訊寄送給該組織。此資訊稱爲您的「案卷」。**您有權獲得免費的案卷副本**。若您在申請免費案卷副本方面需要協助，請致電 1.888.466.2219。
- 您有權向 IRO 提供額外資訊以支持您的上訴。

IRO 將審查您的 Medicare D 部分第 2 級上訴並以書面形式給您答覆。請參閱 **F4 節**以取得更多關於 IRO 的資訊。

第 2 級快速上訴的截止日期

若您的健康狀況需要，請向 IRO 要求快速上訴。

- 若他們同意快速上訴，他們必須在收到您上訴申請後 **72 小時內**給您答覆。

- 若他們**同意**您要求的部分或全部內容，我們必須在收到 IRO 決定後 **24 小時內**提供核准的藥物承保。

第 2 級標準上訴的截止日期

若您在第 2 級有標準上訴，IRO 必須給您答覆：

- 在收到您對未獲得之藥物的上訴後 **7 個日曆日內。**
- 在收到您對已購買之藥物還款的上訴後 **14 個日曆日內**。

若 IRO **同意**您要求的部分或全部內容：

- 我們必須在收到 IRO 決定後 **72 小時內**提供核准的藥物承保。
- 我們必須在收到 IRO 決定後 30 個日曆日內退還您購買藥物的費用。
- 若 IRO **駁回**您的上訴，意即他們同意我們不核准您申請的決定。這稱爲「維持原決定」或「駁回您的上訴」。

若 IRO **駁回**您的第 2 級上訴，且您申請的藥物承保金額價值達到最低金額時，您有權提出第 3 級上訴。若您申請的藥物承保金額價值低於規定的最低金額，您無法再提出上訴。在該情況下，第 2 級上訴的決定即爲最終決定。IRO 會寄送信函給您，告知您繼續第 3 級上訴所需的最低金額價值。

若您的申請金額價值符合要求，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 第 2 級之後的上訴流程還有三個額外的層級。
- 若 IRO **駁回**您的第 2 級上訴，且您符合繼續上訴流程的要求，您：
  - 決定是否要提出第 3 級上訴。
  - 請參閱 IRO 在您第 2 級上訴後寄送給您的信函，以取得關於如何提出第 3 級上訴的詳細資訊。

第 3 級上訴將由行政法法官 (ALJ) 或律師裁決官處理。關於第 3、4、5 級上訴的資訊，請參閱 **J 節(Section J)**。

H. 要求我們承保較長的住院期間

當您入住醫院時，您有權獲得我們承保的所有爲診斷與治療您疾病或傷害所必需的醫院服務。如需瞭解更多關於我們計畫醫院承保的資訊，請參閱本《計畫成員手冊》**第 4 章**。

在您承保的住院期間，您的醫生與醫院職員會與您合作，爲您出院當天做準備。他們也協助安排您出院後可能需要的護理。

- 您離開醫院的日期稱爲「出院日期」。
- 您的醫生或醫院職員會告知您確切出院日期。

若您認爲您被要求過早出院，或您對出院後的護理感到擔憂，您可以要求較長的住院期間。本節將介紹如何提出請求。

儘管有本 **H 節**討論的上訴，您也可以向 DMHC 提出投訴並要求獨立醫療審查以繼續您的住院。請參閱 **F4 節**以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求獨立醫療審查。您可以要求獨立醫療審查，作爲第 3 級上訴的補充或替代。

H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您住院後兩天內，醫院的人員，例如護士或個案工作者，會給您稱爲「來自 Medicare 關於您權利的重要訊息」的書面通知。每位擁有 Medicare 資格的人在每次入住醫院時都會收到此通知的副本。

若您未收到通知，請向任何醫院員工索取。若您需要協助，請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（該專線 24 小時全天候服務，每週 7 天無休）。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

- **請仔細閱讀通知**，若有不解之處請提問。該通知告知您作爲醫院患者的權利，包括您有權：
  - 在住院期間與之後獲得 Medicare 承保的服務。您有權知道這些服務是什麼、誰將支付費用，以及您可以在哪裡獲得這些服務。
  - 參與任何關於您住院期間長度的決定。

- 知道若您對醫院護理品質有任何疑慮，應向何處通報。
- 若您認爲您被過早從醫院出院，可提出上訴。

- **請簽署通知**以表示您已收到並瞭解您的權利。
  - 您本人或代表您的人可以簽署通知。
  - 簽署通知**僅**表示您已收到關於您權利的資訊。簽署**不**代表您同意您的醫生或醫院職員可能已告知您的出院日期。
- **請保留您**簽署的通知副本，以便在需要時查閱資訊。

若您在離開醫院前兩天以上簽署通知，您將在出院前收到另一份副本。

您可以透過以下方式預先查看通知副本：

- 致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處
- 致電 Medicare 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 造訪 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出第 1 級上訴

若要求我們承保您較長時間的住院服務，請提出上訴。品質改善組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 審查第 1 級上訴，以確定您預定的出院日期對您而言在醫療上是否適當。

QIO 是由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體。這些專家負責檢查並協助改善提供給 Medicare 受益人的護理品質。他們不隸屬於本計畫。

在加州，QIO 是 Commence Health。請致電 18775881123 與他們聯絡。聯絡資訊亦可見於「來自 Medicare 關於您權利的重要訊息」通知及**第 2 章**。

請在您離開醫院前，且不晚於您預定的出院日期致電 QIO。

- **若您在離開前致電**，您可以在預定出院日期後繼續住院而無需付費，同時等待 QIO 對您上訴的決定。
- **若您未致電來上訴**，且您決定在預定出院日期後繼續住院，您可能需支付您在預定出院日期後獲得的所有醫院護理費用。
- 由於住院是由 Medicare 與 Medi-Cal 共同承保，若品質改善組織不願審理您繼續住院的申請，或您認爲您的情況緊急、涉及對您健康的立即且嚴重威脅，或您處於劇烈疼痛中，您也可以向加州統一管理醫療保健部門 (DMHC) 提出投訴或要求獨立醫療審查。請參閱 **F4 節**以瞭解如何提出投訴並向 DMHC 要求獨立醫療審查。

請求提供必要的協助。若您有任何疑問或隨時需要協助：

- 請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處。
- 請致電健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222。

要求快速審查。請迅速行動並聯絡 QIO，要求對您的醫院出院快速審查。

> 「**快速審查**」的法律術語是「**立即審查**」或「**加速審查**」。

快速審查期間會發生什麼事

- QIO 的審查員會詢問您本人或您的代表，您爲何認爲在預定出院日期後應繼續承保。您無需撰寫聲明，但您可以選擇這麼做。
- 審查員會檢視您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查醫院與我們計畫提供給他們的資訊。
- 在審查員通知我們計畫您提出上訴後的中午之前，您會收到包含您預定出院日期的信函。該信函亦說明您的醫生、醫院及我們爲何認爲該出院日期對您而言在醫療上是適當的。

> 此書面解釋的法律術語是「**詳細出院通知書**」。您可以致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取樣本。（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。）您也可以在 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上參閱樣本通知。

在收到所有必要資訊後一個完整工作日內，QIO 會給予您上訴的答覆。

若 QIO **同意**您的上訴：

- 我們將在服務具醫療必要性期間，提供您承保的住院服務。

若 QIO **駁回**您的上訴：

- 他們認爲您預定的出院日期在醫療上是適當的。
- 我們對您住院服務的承保將在 QIO 給予您上訴答覆後的次日中午終止。
- 您可能需支付在 QIO 給予您上訴答覆後的次日中午之後獲得的所有醫院護理費用。
- 若 QIO 駁回您的第 1 級上訴，**且**您在預定出院日期後繼續住院，您可以提出第 2 級上訴。

H3. 提出第 2 級上訴

對於第 2 級上訴，您要求 QIO 重新檢視他們對您第 1 級上訴所做的決定。請致電 18775881123 與他們聯絡。

您必須在 QIO **駁回**您第 1 級上訴的當天後 **60 個日曆日內**要求此項審查。您**僅**在您的護理承保終止日期後繼續住院，才能要求此項審查。

QIO 審查員將：

- 再次仔細檢視所有與您上訴相關的資訊。

- 在收到您第二次審查申請的 14 個日曆日內，告知您他們對您第 2 級上訴的決定。

若 QIO **同意**您的上訴：

- 我們必須退還我們自 QIO 駁回您第 1 級上訴之日的次日中午起，所應分攤的醫院護理費用。
- 我們將在服務具醫療必要性期間，提供您承保的住院服務。

若 QIO **駁回**您的上訴：

- 他們同意他們關於您第 1 級上訴的決定，且不予變更。
- 他們會給您信函，告知您若希望繼續上訴流程並提出第 3 級上訴，可以怎麼做。
- 您也可以向 DMHC 提出投訴或要求獨立醫療審查以繼續您的住院。請參閱 **E4 節**以瞭解如何提出投訴並向 DMHC 要求獨立醫療審查。

第 3 級上訴將由行政法法官 (ALJ) 或律師裁決官處理。請參閱 **J 節**以取得關於第 3、4、5 級上訴的資訊。

I. 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅關於您可能正在接受的三種類型服務：

- 居家健康護理服務
- 在專業護理服務設施的專業護理，**以及**
- 在 Medicare 核准之 CORF 作爲門診的康復護理。這通常意指您正在爲某種疾病或意外接受治療，或您正在從大手術中恢復。

對於這三種類型服務中的任何一種，只要醫生表示您需要，您就有權獲得承保服務。

當我們決定停止承保其中任何一種時，我們必須在您的服務結束**前**通知您。當您該服務的承保結束時，我們即停止支付費用。

若您認爲我們過早結束您的護理承保，**您可以對我們的決定提出上訴**。本節將爲您介紹如何提出上訴。

I1. 在您承保結束前的預先通知

我們會在停止支付您護理費用前至少兩天，寄送書面通知給您。這稱爲「Medicare 不予承保通知書」。該通知告知您我們將停止承保您護理的日期，以及如何對我們的決定提出上訴。

您本人或您的代表應簽署通知以表示您已收到。簽署通知**僅**表示您已收到資訊。簽署**不**代表您同意我們的決定。

I2. 提出第 1 級上訴

若您認爲我們過早結束您的護理承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節告知您關於第 1 級上訴流程以及該怎麼做。

- **遵守截止時間。**截止時間至關重要。請瞭解並遵循適用於您必須做的事情的截止日期。我們的計畫也必須遵循截止日期。若您認爲我們未符合我們的截止日期，您可以提出投訴。請參閱 K 節以取得更多關於投訴的資訊。
- **請求提供必要的協助。**若您有任何疑問或隨時需要協助：
  - 請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處。
  - 請致電 HICAP，電話 1-800-434-0222。

- **聯絡 QIO。**
  - 請參閱 **H2 節**或本《計畫成員手冊》**第 2 章**，以取得更多關於 QIO 及其聯絡方式的資訊。
  - 請他們審查您的上訴並決定是否變更我們計畫的決定。
- **請迅速行動並要求「快速上訴」。**請詢問 QIO 我們結束您醫療服務承保在醫療上是否適當。

您聯絡此組織的截止日期

- 您必須在我們寄送給您的「Medicare 不予承保通知書」上所載之生效日期的前一天中午之前，聯絡 QIO 以開始您的上訴。
- 若品質改善組織不願審理您繼續您的醫療保健服務承保的申請，或您認爲您的情況緊急或涉及對您健康的立即且嚴重威脅，或若您處於劇烈疼痛中，您可以向加州統一管理醫療保健部門 (DMHC) 提出投訴並要求獨立醫療審查。請參閱 **F4 節**以瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求獨立醫療審查。

> 此書面通知的法律術語是「**Medicare 不予承保通知書**」。若要索取樣本副本，請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處或致電 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。或在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 線上取得副本。

快速上訴期間會發生什麼事

- QIO 的審查員會詢問您本人或您的代表，您爲何認爲承保應繼續。您無需撰寫聲明，但您可以選擇這麼做。
- 審查員會檢視您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查我們計畫提供給他們的資訊。

- 本計畫也會寄送書面通知給您，解釋我們結束您服務承保的理由。您將在審查員通知我們您提出上訴的當天結束前收到該通知。

> 該通知解釋的法律術語是**「不予承保詳細說明」**。

- 審查員在收到所有必要資訊後一個完整工作日內提供他們的決定。

若 QIO **同意**您的上訴：

- 我們將在服務具醫療必要性期間，提供您承保的服務。

若 QIO **駁回**您的上訴：

- 您的承保將在我們告知您的日期終止。
- 我們將在通知所載日期停止支付此項護理費用。
- 若您決定在承保終止日期後繼續接受居家健康護理、專業護理機構護理或 CORF 服務，您將自行支付此項護理的全額費用。
- 您決定是否要繼續這些服務並提出第 2 級上訴。

I3. 提出第 2 級上訴

對於第 2 級上訴，您要求 QIO 重新檢視他們對您第 1 級上訴所做的決定。請致電 1.877.588-1123 (TTY: 1.855.887.6668) 與他們聯絡。

您必須在 QIO **駁回**您第 1 級上訴的當天後 **60 個日曆日內**要求此項審查。您**僅**在您的護理承保終止日期後繼續護理，才能要求此項審查。

QIO 審查員將：

- 再次仔細檢視所有與您上訴相關的資訊。
- 在收到您第二次審查申請的 14 個日曆日內，告知您他們對您第 2 級上訴的決定。

若 QIO **同意**您的上訴：

- 我們將退還自我們表示您承保將終止之日起的護理費用。
- 我們將在護理具醫療必要性期間，提供該護理的承保。

若 QIO **駁回**您的上訴：

- 他們同意我們結束您護理的決定，且不予變更。
- 他們會給您信函，告知您若希望繼續上訴流程並提出第 3 級上訴，可以怎麼做。
- 您可以向 DMHC 提出投訴並要求獨立醫療審查以繼續您的醫療保健服務承保。請參閱 **F4 節**以瞭解如何向 DMHC 要求獨立醫療審查。您可以提出投訴並向 DMHC 要求獨立醫療審查，作爲第 3 級上訴的補充或替代。

第 3 級上訴將由行政法法官 (ALJ) 或律師裁決官處理。請參閱 **J 節**以取得關於第 3、4、5 級上訴的資訊。

J. 將您的上訴提升至第 2 級及以上

J1. Medicare 服務與用品的後續步驟

若您已就 Medicare 服務或用品提出第 1 級上訴與第 2 級上訴，且您的兩次上訴皆被駁回，您可能有權進行額外的上訴層級。

若您上訴的 Medicare 服務或用品的金額價值未達到特定最低金額，您無法再進一步上訴。若金額價值夠高，您可以繼續上訴流程。您從 IRO 收到的第 2 級上訴信函解釋了該聯絡誰以及該怎麼做以要求第 3 級上訴。

第 3 級上訴

上訴流程的第 3 級是 ALJ 聽證會。做出決定的人是爲聯邦政府工作的 ALJ 或律師裁決官。

若 ALJ 或律師裁決官**同意**您的上訴，我們有權對有利於您的第 3 級決定提出上訴。

- 若我們決定對該決定**提出上訴**，我們會寄送給您第 4 級上訴申請書的副本及任何隨附文件。我們可等待接到第 4 級上訴決定後，再批准或提供存在爭議的服務。
- 若我們決定**不對該決定提出上訴**，我們必須在收到 ALJ 或律師裁決官的決定後 60 個日曆日內授權或提供您該服務。
    - 若 ALJ 或律師裁決官**駁回**對您的上訴，上訴流程可能尚未結束。
- 若您決定**接受**此駁回您上訴的決定，上訴流程即結束。
- 若您**決定不接受**此駁回您上訴的決定，您可以繼續至審查流程的下一層級。您收到的通知將告知您該怎麼做以進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會 (Council) 審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬於聯邦政府。

若委員會**同意**您的第 4 級上訴，或駁回我們審查有利於您的第 3 級上訴決定的申請，我們有權上訴至第 5 級。

- 若我們決定對該決定**提出上訴**，我們將以書面形式告知您。
- 若我們決定**不對該決定提出上訴**，我們必須在收到委員會決定後 60 個日曆日內授權或提供您該服務。

若委員會**駁回**或駁回我們的審查申請，上訴流程可能尚未結束。

- 若您決定**接受**此駁回您上訴的決定，上訴流程即結束。
- 若您**決定不接受**此駁回您上訴的決定，您或許能繼續至審查流程的下一層級。您收到的通知將告知您是否能進入第 5 級上訴以及該怎麼做。

第 5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴與所有資訊，並做出**同意**或**駁回**的決定。此爲最終決定。聯邦地區法院之上不存在其他上訴層級。

J2. 額外的 Medi-Cal 上訴

若您的上訴是關於 Medi-Cal 通常承保的服務或用品，您亦有其他上訴權利。您從州聽證會部門收到的信函將告知您若希望繼續上訴流程，該怎麼做。

J3. Medicare D 部分藥物申請的第 3、4、5 級上訴

若您已提出第 1 級上訴與第 2 級上訴，且您的兩次上訴皆被駁回，本節可能適合您。

若您上訴的藥物價值達到特定金額，您或許能進入額外的上訴層級。您收到的第 2 級上訴書面回覆解釋了該聯絡誰以及該怎麼做以要求第 3 級上訴。

第 3 級上訴

上訴流程的第 3 級是 ALJ 聽證會。做出決定的人是爲聯邦政府工作的 ALJ 或律師裁決官。

若 ALJ 或律師裁決官**同意**您的上訴：

- 上訴流程即結束。
- 我們必須在收到決定後 72 小時（或加速上訴爲 24 小時）內授權或提供核准的藥物承保，或在不晚於 30 個日曆日內付款。

若 ALJ 或律師裁決官**駁回**對您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 若您決定**接受**此駁回您上訴的決定，上訴流程即結束。
- 若您**決定不接受**此駁回您上訴的決定，您可以繼續至審查流程的下一層級。您收到的通知將告知您該怎麼做以進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

委員會將審查您的上訴並給您答覆。該委員會隸屬於聯邦政府。

若委員會**同意**您的上訴：

- 上訴流程即結束。

- 我們必須在收到決定後 72 小時（或加速上訴爲 24 小時）內授權或提供核准的藥物承保，或在不晚於 30 個日曆日內付款。

若委員會**駁回**您的上訴，或若委員會駁回審查申請，上訴流程可能尚未結束。

- 若您決定**接受**此駁回您上訴的決定，上訴流程即結束。
- 若您**決定不接受**此駁回您上訴的決定，您或許能繼續至審查流程的下一層級。您收到的通知將告知您是否能進入第 5 級上訴以及該怎麼做。

第 5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴與所有資訊，並做出**同意**或**駁回**的決定。此爲最終決定。聯邦地區法院之上不存在其他上訴層級。

K. 如何提出投訴

K1. 哪些類型的問題應視爲投訴

投訴流程僅用於特定類型的問題，例如關於護理品質、等待時間、護理協調及客戶服務的問題。以下爲投訴程序所處理的各種問題範例。

投訴	例如
醫療保健服務品質	• 您對護理品質不滿，例如您在醫院獲得的護理。
尊重您的隱私權	• 您認爲有人未尊重您的隱私權或分享了您的機密資訊。

投訴	例如
失禮、客戶服務不好，或者其他負面行爲	● 醫療保健服務提供者或職員對您粗魯或不尊重。 ● 我們的職員對您態度不佳。 ● 您認爲您正被逼出本計畫。
無障礙環境與語言協助	● 您無法實際使用醫生或服務提供者診所的醫療保健服務與設施。 ● 您的醫生或服務提供者未爲您使用的非英語語言（例如美國手語或西班牙語）提供口譯員。 ● 您的服務提供者未提供您需要並要求的其他合理安排。
等候時間	● 您在預約方面遇到困難或等待時間過長。 ● 醫生、藥師或其他健康專業人員、計畫成員服務處或其他計畫職員讓您等待過久。
清潔情況	● 您認爲診所、醫院或醫生診所不乾淨。
您從本計畫獲得的資訊	● 您認爲我們未能提供您應收到的通知或信函。 ● 您認爲我們寄送給您的書面資訊過於難以理解。

投訴	例如
與承保決定或上訴相關的時效性	● 您認爲我們未符合我們做出承保決定或回覆您上訴的截止日期。 ● 您認爲，在獲得對您有利的承保或上訴決定後，我們未符合核准或提供您服務或退還您某些醫療服務費用的截止日期。 ● 您不認爲我們準時將您的個案送至 IRO。

投訴可分爲不同類型。 您可以提出內部投訴及/或外部投訴。內部投訴是向本計畫提出並由本計畫審查。外部投訴是向與我們計畫無關的組織提出並由該組織審查。若您在提出內部及/或外部投訴方面需要協助，您可以致電 Alameda Alliance Wellness，電話 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。TTY 使用者請致電 1.800.735.2929。我們的服務時間爲每週七 (7) 天，上午 8 時至晚上 8 時。

> 「投訴」之法律術語爲**「冤情申訴」**。
>
> 「提出投訴」之法律術語爲**「提出冤情申訴」**。

K2. 內部投訴

若要提出內部投訴，請致電計畫成員服務處，電話 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)。TTY 使用者請致電 1.800.735.2929。您可以隨時提出投訴，除非是關於 Medicare D 部分藥物。若投訴是關於 Medicare D 部分藥物，您必須在您想投訴的問題發生後 **60 個日曆日**內提出。

- 若有任何其他您需要做的事，計畫成員服務處會告知您。
- 您也可以書寫您的投訴並寄送給我們。若您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回覆您的投訴。

- 您可以使用我們的「會員申訴表」，此表可在我們的網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness 上取得。我們所有的服務提供者都有該表格，我們也能郵寄給您。您也可以在線上提出冤情申訴。您可以將填妥的表格交給 Alameda Alliance Wellness 服務提供者或寄送至下列地址給我們：

  Attn: Grievance and Appeals
  Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

> 「快速投訴」**之法律術語爲「加速冤情申訴」。**

若可能，我們會立即回覆您。若您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。若您的健康狀況需要我們快速回覆，我們會這麼做。

- 大多數投訴我們會在 30 個日曆日內回覆。若我們因需要更多資訊而未在 30 個日曆日內做出決定，我們會以書面形式通知您。我們亦將提供狀態更新及您獲得答覆的預估時間。
- 若您因我們駁回您「快速承保決定」或「快速上訴」的申請而提出投訴，我們會自動給予您「快速投訴」並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 若您因我們花費額外時間做出承保決定或上訴而提出投訴，我們會自動給予您「快速投訴」並在 24 小時內回覆您的投訴。

若我們不同意您投訴的部分或全部內容，我們會告知您並說明我們的理由。無論我們是否同意投訴，我們都會回覆。

K3. 外部投訴

Medicare

您可以告知 Medicare 您的投訴或將其寄送給 Medicare。Medicare 投訴表格可於 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 取得。在向 Medicare 提出投訴前，您無需向 Alameda Alliance Wellness 提出投訴。

Medicare 認真對待您的投訴，並利用此資訊協助改善 Medicare 計畫的品質。

若您有任何其他意見回饋或疑慮，或若您覺得健康保險計畫未處理您的問題，您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。此爲免費電話。

Medi-Cal

您可以致電加州醫療保健服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式醫療上訴專員，電話 1-888-452-8609，以提出投訴。TTY 使用者請致電 711。請於週一至週五上午 8 時至下午 5 時。

您可以向加州統一管理醫療保健部門 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責監管健康保險計畫。您可以致電 DMHC 協助中心，以尋求關於 Medi-Cal 服務投訴的協助。對於非緊急事宜，若您不同意您第 1 級上訴的決定，或若該計畫在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，您可以向 DMHC 提出投訴。然而，若您需要協助處理涉及緊急問題或對您健康有立即且嚴重威脅的投訴，若您處於劇烈疼痛中，若您不同意我們計畫對您投訴的決定，或若我們計畫在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，您可以聯絡 DMHC 而無需先提出第 1 級上訴。

以下是從協助中心獲得協助的兩種方式：

- 致電 1-888-466-2219。失聰、聽力不佳或有語言障礙的個人可使用免付費 TTY 號碼 1-877-688-9891。此爲免費電話。
- 造訪統一管理醫療保健部門網站 (www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室 (Office for Civil Rights, OCR)

若您認爲您未受到公平對待，您可以向衛生及公共服務部 (Health and Human Services, HHS) 民權辦公室 (OCR) 提出投訴。例如，您可以就殘障人士無障礙設施或語言協助提出投訴。OCR 的電話號碼是 1-800-368-1019。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。您可以造訪 www.hhs.gov/ocr 以取得更多資訊。

您也可以聯絡當地的 OCR 辦公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 994103
(916) 440-7370, 711 (California State Relay)
客戶服務中心 (Customer Response Center)：1-800-368-1019
傳真：1-202-619-3818
TDD 專線：1-800-537-7697

您亦可能享有《美國殘障人士法案》(Americans with Disability Act, ADA) 及任何適用州法律所賦予之權利。您可以聯絡上訴專員計畫以尋求協助。電話號碼是 1-888-452-8609。

QIO

當您的投訴是關於護理品質時，您有兩個選擇：

- 您可以直接向 QIO 提出關於護理品質的投訴。
- 您可以向 QIO 及本計畫提出投訴。若您向 QIO 提出投訴，我們將與他們合作解決您的投訴。

QIO 是由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療保健專家組成的團體，負責檢查並改善給予 Medicare 患者的護理。若要瞭解更多關於 QIO 的資訊，請參閱 **H2 節**或本《計畫成員手冊》**第 2** 章。

在加州，QIO 稱爲 Commence Health。Commence Health 的電話號碼是 1.877.588.1123。

第10章：終止計畫成員資格

簡介

本章說明您如何終止在本計畫的會籍，以及您離開本計畫後的健康承保選項。若您離開本計畫，只要您仍符合資格，您將仍屬於 Medicare 與 Medi-Cal 計畫。關鍵詞彙及其定義按字母順序收錄於本《計畫成員手冊》末章。

目錄

A. 您何時能終止自己的計畫成員資格 259
B. 如何終止在本計畫的會籍 260
C. 如何分別獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務 260
C1. 您的 Medicare 服務 261
C2. 您的 Medi-Cal 服務 264
D. 您在本計畫會籍終止前的醫療物品、服務與藥物 265
E. 其他終止您在本計畫會籍的情況 265
F. 禁止因任何與健康相關的理由要求您離開我們計畫的規定 266
G. 若我們終止您在本計畫的會籍，您提出投訴的權利 266
H. 如何取得更多關於終止計畫會籍的資訊 266

A. 您何時能終止自己的計畫成員資格

大多數 Medicare 計畫成員可在一年中的特定階段終止他們的計畫成員資格。由於您有 Medi-Cal 您可在一年中的任何月份選擇終止您在本計畫的會籍。

此外，您可在每年以下期間終止您在本計畫的會籍：

- **開放入保期**，期間爲 10 月 15 日至 12 月 7 日。若您在此期間選擇新計畫，您在本計畫的會籍將於 12 月 31 日終止，而您在新計畫的會籍將於 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage (MA) 開放入保期**，期間爲 1 月 1 日至 3 月 31 日；對於已入保計畫的新 Medicare 受益人，則爲從取得 A 部分與 B 部分資格的月份起，至取得資格後第 3 個月的最後一天止。若您在此期間選擇新計畫，您在新計畫的會籍將於次月第一天開始。

可能還有其他情況，讓您有資格變更您的入保。例如，當：

- 您搬出我們的服務區域，
- 您的 Medi-Cal 或「額外協助」資格發生變動，**或**
- 如果您最近搬入、目前居住於、或剛搬離療養設施或長期護理醫院。

您的 Medicare 會籍將在我們收到您退出計畫申請的當月最後一天終止。例如，若我們在 1 月 18 日收到您的申請，您在本計畫的承保將於 1 月 31 日終止。若您入保了其他保險計畫，您的新承保將於次月第一天開始（在此例中爲 2 月 1 日）。

若您離開本計畫，您可以取得關於以下項目的資訊：

- **C1 節**表格中的 Medicare 選項。
- **C2 節**中的 Medi-Cal 選項與服務。

您可以透過致電以下單位，取得更多關於如何終止會籍的資訊：

- 計畫成員服務處，電話號碼在本頁底部。亦列有聽障專線（TTY）使用者號碼。
- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。TTY 專線使用者請撥 1-877-486-2048。

- 加州健康保險諮詢與權益倡導計畫 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8 時至下午 5 時。欲瞭解更多資訊或尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。HealthCare Options，電話 1-844-580-7272，週一至週五上午 8 時至下午 6 時。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。
- Medi-Cal 管理式醫療申訴專員，電話 1-888-452-8609，週一至週五上午 8 時至下午 5 時，或寄送電子郵件至 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注意：若您參與藥物管理計畫 (drug management program, DMP)，您可能無法變更計畫。請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**以取得關於藥物管理計畫的資訊。

B. 如何終止在本計畫的會籍

若您決定終止會籍，您可以透過註冊另一個 Medicare 計畫或轉換至 Original Medicare 來終止會籍。然而，如果您想要從本計畫轉至 Original Medicare 計畫但是尚未選取單獨的 Medicare 費用，則必須請求退出本計畫。您可透過兩種方法請求退出計畫：

- 您可採用書面形式向我們提出請求。若您需要更多關於如何操作的資訊，請致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處。
- 撥打 Medicare 專線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者（有聽力或語言困難的人士）請致電 1-877-486-2048。致電 1-800-MEDICARE 時，您也可以註冊另一個 Medicare 健康或藥物計畫。關於您離開本計畫後如何獲得 Medicare 服務的更多資訊，請見第 259 頁的圖表。
- **下文 C 節**包含您可以採取的步驟，以註冊不同的計畫，這也將終止您在本計畫的會籍。

C. 如何分別獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務

若您選擇離開本計畫，您對於獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務有不同選擇。

C1. 您的 Medicare 服務

您可在一年中的任何月份，從下列三個選項中選擇如何獲得您的 Medicare 服務。在一年中的特定期間，包括**開放入保期**與 **Medicare Advantage 開放入保期**，或 **A 節**所述之其他情況下，您還有一個額外選項。選擇這些選項之一，即會自動終止您在本計畫的會籍。

1. 您可以變更爲： **Medicare Medi-Cal 計畫（Medi-Medi 計畫）是 Medicare Advantage 計畫的一種類型。它適用於同時擁有 Medicare 與 Medi-Cal 資格的民眾，並將 Medicare 與 Medi-Cal 的福利結合在一個計畫中。Medi-Medi 計畫協調兩個計畫下的所有福利與服務，包括所有 Medicare 與 Medi-Cal 承保的服務，或若您符合資格，可選擇全方位長者護理計畫 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。** **注意**：「Medi-Medi 計畫」是在加州對整合式雙重資格特殊需求計畫 (dual eligible special needs plans, D-SNP) 的稱呼。	**做法如下：** 撥打 Medicare 專線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 專線使用者請撥 1-877-486-2048。 若要諮詢全方位長者護理計畫 (PACE)，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 若您需要協助或更多資訊： • 致電加州健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8 時至下午 5 時。欲瞭解更多資訊或尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。 **或者** 入保新的 Medi-Medi 計畫。 您的新計畫承保開始時，您將自動從我們的 Medicare 計畫中退保。 您的 Medi-Cal 計畫將會變更以配合您的 Medi-Medi 計畫。

2. 您可以變更爲： **Original Medicare 搭配獨立的 Medicare 藥物計畫及 Medi-Cal 計畫。**	**做法如下：** 撥打 Medicare 專線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 專線使用者請撥 1-877-486-2048。 若您需要協助或更多資訊： • 致電加州健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8 時至下午 5 時。欲瞭解更多資訊或尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。 **或者** 入保新的 Medicare 藥物計畫。 您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從我們的計畫中退保。 除非您選擇不同的計畫，否則您將繼續留在您的 Medi-Cal 計畫中。

3. 您可以變更爲： **Original Medicare，但不含獨立的 Medicare 藥物計畫，條件是您有合理的退保理由** **注意**：若您轉換至 Original Medicare 且未入保獨立的 Medicare 藥物計畫，除非您告知 Medicare 您不想加入，否則 Medicare 可能會爲您入保藥物計畫。 您只應在擁有其他來源的藥物承保（例如僱主或工會）時，才放棄藥物承保。若您對於是否需要藥物承保有疑問，請致電加州健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8 時至下午 5 時。欲瞭解更多資訊或尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。	**做法如下：** 撥打 Medicare 專線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 專線使用者請撥 1-877-486-2048。 若您需要協助或更多資訊： • 致電加州健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8 時至下午 5 時。欲瞭解更多資訊或尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。 您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從我們的計畫中退保。 除非您選擇不同的計畫，否則您將繼續留在您的 Medi-Cal 計畫中。

4. 您可以變更爲： 在一年中的特定期間，包括**開放入保期**與 **Medicare Advantage 開放入保期**，或 **A 節**所述之其他情況下，可選擇任何 Medicare 健康計畫。	**做法如下：** 撥打 Medicare 專線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 專線使用者請撥 1-877-486-2048。 若要諮詢全方位長者護理計畫 (PACE)，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 若您需要協助或更多資訊： • 致電加州健康保險諮詢與權益倡導計畫 (HICAP)，電話 1-800-434-0222，週一至週五上午 8 時至下午 5 時。欲瞭解更多資訊或尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 www.aging.ca.gov/HICAP。 **或者** 入保新的 Medicare 計畫。 您的新計畫承保開始時，您將自動從我們的 Medicare 計畫中退保。 您的 Medi-Cal 計畫可能會變更。

C2. 您的 Medi-Cal 服務

若您對於離開本計畫後如何獲得 Medi-Cal 服務有疑問，請聯絡 Health Care Options，電話 1-844-580-7272，週一至週五上午 8 時至下午 6 時。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。或造訪 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。請詢問加入其他計畫或返回 Original Medicare 如何影響您獲得 Medi-Cal 承保的方式。

D. 您在本計畫會籍終止前的醫療物品、服務與藥物

若您離開本計畫，從您的會籍終止到新的 Medicare 與 Medi-Cal 承保開始，可能需要一段時間。在此期間，您將繼續透過本計畫獲得您的藥物與醫療保健，直到您的新計畫開始爲止。

- 請使用我們的網絡內提供者以接受醫療護理。
- 請使用我們的網絡內藥房，包括透過我們的郵購藥房服務，來領取您的處方。
- 若您在 Alameda Alliance Wellness 會籍終止當天仍在住院，我們計畫將承保您的住院費用，直到您出院爲止。即使您的新健康承保在您出院前就已開始，此項規定仍然適用。

E. 其他終止您在本計畫會籍的情況

在以下情況下，我們必須終止您在本計畫的會籍：

- 若您的 Medicare A 部分與 Medicare B 部分承保出現中斷。
- 若您不再符合 Medi-Cal 資格。我們的計畫是爲同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 資格的人士所設。注意：若您不再符合 Medi-Cal 資格，您可以暫時繼續留在我們的計畫中並享有 Medicare 福利，請參閱下文關於視同持續符合資格期間的資訊。若加州醫療保健服務部 (California Department of Health Care Services, DHCS)裁定您不再符合資格，他們可能會將您從 Medi-Cal 退保。
- 若您搬出我們的服務區域。
- 若您離開我們的服務區域超過六個月。
    - 若您搬家或進行長途旅行，請致電計畫成員服務處，以確認您要搬遷或旅行的地點是否在我們計畫的服務區域內。
- 若您因刑事犯罪而入獄。
- 若您謊報或隱瞞您擁有的其他藥物保險資訊。
- 若您不是美國公民或國民，或符合資格的非公民。
    - 您必須是美國公民或國民，或符合資格的非公民，才能成爲我們的計畫成員。
    - 若您不符合此項要求，Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 會通知我們。
    - 若您不符合此項要求，我們必須將您退保。

若您失去了您的 Medi-Cal 資格，但預期您可以在三 (3) 個月內重新獲得資格，我們將繼續提供 Alameda Alliance Wellness 承保的所有 Medicare 福利。當您的 Medi-Cal 承保終止時，我們將不再支付您的 Medi-Cal 福利，但長期照護（LTC）福利除外，該福利是視同持續符合資格期間唯一受 Medi-Cal 承保的福利。

我們將協助您重新獲取您的 Medi-Cal 資格。若您在透過我們投保 Medicare 期間恢復了 Medi-Cal 資格，我們將恢復支付您的 Medi-Cal 福利，且您在我方的投保將持續有效。若您無法在三 (3) 個月內重新獲得 Medi-Cal 資格，我們將取消您在 Alameda Alliance Wellness 的投保。若您在退保後重新獲得了 Medi-Cal 資格，您需要聯絡我們以重新投保本保險計畫。

僅在我們先取得 Medicare 與 Medi-Cal 許可的情況下，我們才能因下列原因讓您離開我們的計畫：

- 您在入保本計畫時故意提供錯誤資料，而該資料影響您入保本計畫的資格。
- 您的行爲持續干擾並阻礙我們爲您與計畫其他成員提供醫療護理服務。
- 若您讓他人使用您的會員識別卡獲得醫療護理。（若我們因此原因終止您的會籍，Medicare 可能會要求監察長調查您的案件。）

F. 禁止因任何與健康相關的理由要求您離開我們計畫的規定

我們不能由於您的任何健康狀況而要求您退出計畫。若您認爲我們是因與健康相關的理由要求您離開本計畫，請**致電 Medicare**，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 專線使用者請撥 1-877-486-2048。

G. 若我們終止您在本計畫的會籍，您提出投訴的權利

若我們終止您的計畫成員資格，我們必須以書面形式告訴您終止您計畫成員資格的原因。我們也必須說明，您如何能就我們終止您會籍的決定提出冤情申訴或投訴。您也可以參閱本《計畫成員手冊》**第 9 章**，以取得關於如何提出投訴的資訊。

H. 如何取得更多關於終止計畫會籍的資訊

若您有疑問或希望獲得更多關於終止會籍的資訊，您可以致電本頁底部的號碼聯絡計畫成員服務處。

第 11 章：法律通知

簡介

本章節包括適用於您在我們計畫中會員資格的法律通知。關鍵術語及其定義按字母順序收錄於本《會員手冊》末章。

目錄

A. 關於法律的通知 268

B. 有關禁止歧視政策的聯邦通知 268

C. 有關 Medi-Cal 禁止歧視政策的通知 268

D. 關於聯邦醫療保險作爲第二付款人與 Medi-Cal 作爲最後付款人的通知 271

E. 有關 Medi-Cal 遺產追討的通知 271

F. 追討本計畫依據您的 Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) 所支付的福利 272

A. 關於法律的通知

許多法律適用於本《會員手冊》。即便並未納入本手冊或在本《會員手冊》中加以說明，這些法律仍會影響您的權利和責任。適用的主要法律是關於聯邦醫療保險和 Medi-Cal 計畫的聯邦法律和州法律。其他聯邦法律和州法律也可能適用。

B. 有關禁止歧視政策的聯邦通知

我們不會因種族、族裔、原國籍、膚色、宗教信仰、生理性別、年齡、身體或心理障礙、健康狀況、索償經歷、病史、遺傳資訊、承保可能性證明或服務區域內的地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計畫的機構（例如本計畫）都必須遵守有關禁止歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法案》第六條、1973 年《康復法案》、1975 年《美國殘障人士法案》、《平價醫療法案》第 1557 節、適用於接受聯邦資助機構的所有其他法律以及由於任何其他原因而適用的任何其他法律及規則。

如果您想取得更多資訊或對歧視或不公平待遇出現顧慮：

- 請致電美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障人士請撥打 1-800-537-7697（文字電話服務）。更多資訊亦請參閱 www.hhs.gov/ocr。

C. 有關 Medi-Cal 禁止歧視政策的通知

歧視屬於違法行爲。Alliance 遵守州和聯邦民權法。Alliance 不因性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法地歧視、排擠或區別對待任何人。

Alliance 提供：

- 爲殘障人士提供免費援助和服務，以便幫助他們更好地溝通，例如：
  - 合格的手語口譯員
  - 其他格式的書面資訊（大號字體印刷版、音頻資料、無障礙電子格式和其他格式）
- 爲母語不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - 合格的口譯員
  - 其他語言版本的書面資訊

如果您需要這些服務，請撥打 1.510.747.4567 或免費電話 1.877.932.2738 與 Alliance 聯絡，服務時間爲週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 1.800.735.2929 或 711，以使用加州中繼轉接電話服務。

如何提出冤情申訴

如果您認爲 Alliance 未能提供這些服務或基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向以其他方式進行非法歧視，您可向會員服務部提出申訴。

根據聯邦及州法律與法規，會員提出的歧視申訴將由指定的「歧視申訴協調員」以公平、尊重、及時、一致，且在文化與語言上皆適當的方式予以處理。

您可透過電話、郵寄、親自到訪、或線上方式提出申訴：

- 電話：於週一至週五上午 8 時至下午 5 時，撥打 1.510.747.4567 或免費電話 1.877.932.2738 與會員服務部聯絡。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 1.800.735.2929 或 711，以使用加州中繼轉接電話服務。
- 郵寄：填妥投訴表或寫信並將其寄送至：

  Attn: Grievance and Appeals Department
  Alameda Alliance for Health
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- 親自到訪：造訪您醫師的診所或 Alliance，並指出您想提出申訴。
- 線上：造訪 Alliance 網站 www.alamedaalliance.org/alliancewellness。

如果您的冤情申訴與 Medi-Cal 計畫內歧視狀況有關，您還可透過電話、書面或電子方式向醫療保健服務部的民權辦公室提出投訴：

- 電話：請撥打 916-440-7370。如果您有語言或聽力障礙，請致電 711（電信中繼轉接電話服務）。
- 書面形式：填妥投訴表或寄信至：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

您可以造訪 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得投訴表。

- 電子方式：請寄電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您有身心障礙且需要協助以取得醫療保健服務或聯絡服務提供者，請致電計畫成員服務處。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡計畫成員服務處。

民權辦公室——加州醫療保健服務部

您還可以透過電話、郵件或線上向加州醫療保健服務部（Department of Health Care Services,DHCS）的民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請撥打 1.916.440.7370。如果您有語言或聽力障礙，請撥打 711（電信中繼轉接電話服務）。
- 郵寄：填妥投訴表或寫信並將其寄送至：

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office for Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  投訴表可於以下網址取得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 線上：發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

D. 關於聯邦醫療保險作爲第二付款人與 Medi-Cal 作爲最後付款人的通知

有時，必須由他人先爲我們向您提供的服務支付費用。例如，如果您發生車禍或者您在工作中受傷，保險或僱員賠償保險須先支付費用。

如果聯邦醫療保險並非第一付款人，我們有權且有責任爲承保的聯邦醫療保險服務收款。

我們遵守有關第三方就醫療保健服務對計畫成員所負法律責任的聯邦、州法律和法規。我們將採取一切合理措施確保 Medi-Cal 是最後付款人。

如果您的醫療保險提供相同的服務，則 Medi-Cal 計畫成員必須在 Medi-Cal 之前使用所有其他醫療保險（Other Health Coverage, OHC），因爲 Medi-Cal 是最後付款人。這代表在大多數情況下，Medi-Cal 將作爲 Medicare OHC 的次要付款人，負擔我們計畫或其他 OHC 未支付的允許費用，直到 Medi-Cal 的費率標準。

E. 有關 Medi-Cal 遺產追討的通知

Medi-Cal 計畫必須從某些已故 Medi-Cal 會員的經認證遺產中追討在其 55 歲生日當天或之後獲得的理賠福利金。需退還的款項包括隨診付費和管理式醫療保健保費/護理設施服務、家庭和社區服務的論人計酬費用，以及會員在護理服務設施接受住院護理服務或接受居家及社區服務期間產生的相關醫院及處方藥服務之費用。還款金額不得超過會員的認證遺產金額。

若要詳細瞭解，請前往醫療保健服務部遺產追討網站（網址：www.dhcs.ca.gov/er）或致電 916-650-0590。

F. 追討本計畫依據您的 Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) 所支付的福利

當您受傷時：

若您因他人、公司或您自身（以下統稱「責任方」）的行爲而受傷、患病或出現健康問題，本保險計劃將針對您所接受的承保服務提供福利。然而，若您因受傷、患病或出現健康狀況而獲得款項或有權獲得款項，不論是透過和解、判決，或任何與您的受傷、患病或健康狀況相關的付款，本計畫及/或治療服務提供者保留根據適用之州法律，追討透過本計畫向您提供的任何服務價值的權利。

「責任方」一詞指任何實際或潛在應對您的傷害、疾病或健康狀況負責的人士或實體。該術語包括負責人士或實體的責任人或其他保險人。

本計畫的追討權適用於您依據適用之州法及聯邦法律從責任方獲得的任何及所有款項。

第 12 章：重要詞彙定義

簡介

本章收錄本《計畫成員手冊》中使用的關鍵詞彙及其定義。詞彙按字母順序排列。如果您找不到想查詢的詞彙，或需要比定義更詳細的資訊，請聯絡計畫成員服務處。

《計畫成員手冊》與揭露資訊（Member Handbook and Disclosure Information）：本文件，連同您的註冊表格及任何其他附件或附加條款，說明您的承保內容、我們必須做什麼、您的權利，以及您作爲我們計畫計畫成員必須做什麼。

Medicaid（或醫療援助, Medical Assistance）：由聯邦政府與州政府共同運營的計畫，協助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支持及醫療費用。Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計畫。

Medi-Cal：這是加州 Medicaid 計畫的名稱。Medi-Cal 由州政府管理，並由州與聯邦政府共同出資。

- 它協助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支持及醫療費用。
- 它承保 Medicare 未承保的額外服務與某些藥物。
- Medicaid 計畫各州不同，但若您同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 的資格，多數醫療保健費用都將獲得承保。

Medi-Cal 計畫（Medi-Cal plans）：僅承保 Medi-Cal 福利的計畫，例如長期服務與支持、醫療設備及交通。Medicare 福利是分開的。

Medicare A 部分（Medicare Part A）：承保多數醫療必要之醫院、專業護理服務設施、居家健康及安寧護理的 Medicare 計畫。

Medicare Advantage：亦稱爲「Medicare C 部分」或「MA」的 Medicare 計畫，透過私人公司提供 MA 計畫。Medicare 支付這些公司費用以承保您的 Medicare 福利。

Medicare B 部分（Medicare Part B）：承保治療疾病或狀況具醫療必要性的服務（如實驗室檢測、手術及醫生看診）與用品（如輪椅及助行器）的 Medicare 計畫。Medicare B 部分亦承保許多預防與篩檢服務。

Medicare C 部分（Medicare Part C）：亦稱爲「Medicare Advantage」或「MA」的 Medicare 計畫，讓私人健康保險公司可透過 MA 計畫提供 Medicare 福利。

Medicare D 部分（Medicare Part D）：Medicare 藥物福利計畫。我們簡稱此計畫爲「D 部分」。Medicare D 部分承保 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 未承保的門診藥物、疫苗及某些用品。我們的計畫包含 Medicare D 部分。

Medicare D 部分藥物（Medicare Part D drugs）：在 Medicare D 部分下承保的藥物。國會特別排除了某些類別的藥物在 Medicare D 部分下的承保範圍。Medicaid 可能承保其中某些藥物。

Medicare 上訴委員會（Medicare Appeals Council, Council）：審查第 4 級上訴的委員會。該委員會是聯邦政府的一部分。

Medicare 承保服務（Medicare-covered services）：由 Medicare A 部分與 Medicare B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康保險計畫，包括我們的計畫，都必須承保 Medicare A 部分與 Medicare B 部分所承保的所有服務。

Medicare 與 Medicaid 服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）：負責管理 Medicare 的聯邦機構。本《計畫成員手冊》**第 2 章**說明了如何聯絡 CMS。

Medicare 糖尿病預防計劃（Medicare diabetes prevention program, MDPP）：結構化的健康行爲改變計畫，提供長期飲食改變、增加身體活動，以及克服挑戰以維持減重與健康生活方式的策略訓練。

Medicare：爲 65 歲或以上民眾、某些 65 歲以下具特定殘障的民眾，以及末期腎臟病患者（通常指需要洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者）提供的聯邦健康保險計畫。擁有 Medicare 資格的民眾可透過 Original Medicare 或管理式護理計畫（請參閱「健康保險計畫」）獲得其 Medicare 健康承保。

Medicare-Medi-Cal 入保者（Medicare-Medi-Cal enrollee）：符合 Medicare 與 Medicaid 承保資格的人。Medicare-Medicaid 入保者亦稱爲「雙重資格者」。

Medi-Medi 計畫（Medi-Medi Plan）：Medi-Medi 計畫是 Medicare Advantage 計畫的一種類型。它適用於同時擁有 Medicare 與 Medi-Cal 資格的民眾，並將 Medicare 與 Medi-Cal 的福利結合在一個計畫中。Medi-Medi 計畫協調兩個計畫下的所有福利與服務，包括所有 Medicare 與 Medi-Cal 承保的服務。

Original Medicare（**傳統** Medicare **或按服務計費的** Medicare）：政府提供 Original Medicare。在 Original Medicare 下，服務是透過支付醫生、醫院及其他醫療保健服務提供者國會所決定的金額來承保的。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者。Original Medicare 有兩部分：Medicare A 部分（醫院保險）與 Medicare B 部分（醫療保險）。
- Original Medicare 在美國各地皆可使用。
- 若您不想加入我們的計畫，您可以選擇 Original Medicare。

上訴（Appeal）：如果您認爲我們犯了錯，可透過此方式對我們的處置提出異議。您可以透過提出上訴來要求我們變更承保決定。本《計畫成員手冊》**第 9 章**說明了上訴相關事宜，包括如何提出上訴。

不當請款（Improper/inappropriate billing）：服務提供者（如醫生或醫院）就服務向您收取的費用超過我們費用分攤金額的情況。若您收到任何不瞭解的帳單，請致電計畫成員服務處。

分步療法（Step therapy）：要求您在我們承保您所申請的藥物前，必須先嘗試另一種藥物的承保規則。

文化識能訓練（Cultural competence training）：爲我們的醫療保健服務提供者提供額外指導的訓練，幫助他們更瞭解您的背景、價值觀與信仰，以調整服務來滿足您的社交、文化與語言需求。

日常生活活動（Activities of daily living, ADL）：人們在日常生活中所做的事情，例如吃飯、如廁、穿衣、洗澡或刷牙。

日間手術中心（Ambulatory surgical center）：爲不需要住院護理且預計護理時間不超過 24 小時之患者提供門診手術的設施。

主要醫療保健服務提供者（Primary care provider, PCP）：您爲多數健康問題首先求助的醫生或其他服務提供者。他們確保您獲得保持健康所需的護理。

- 他們也可能與其他醫生及醫療保健服務提供者討論您的護理，並將您轉介給對方。
- 在許多 Medicare 健康保險計畫中，您在使用任何其他醫療保健服務提供者前，必須先使用您的主要醫療保健服務提供者。
- 請參閱本《計畫成員手冊》**第 3 章**以取得關於從主要醫療保健服務提供者處獲得護理的資訊。

可互換生物相似性藥品（Interchangeable Biosimilar）：因符合關於自動替代潛力的額外要求，而可能無需新處方即可在藥房替代的生物相似性藥品。在藥房的自動替代受州法律規範。

市售（Over-the-counter, OTC）藥品：市售藥品是指無需醫療保健專業人員處方即可購買的藥品。

A 部分（Part A）：請參閱「Medicare A 部分」。

B 部分（Part B）：請參閱「Medicare B 部分」。

C 部分（Part C）：請參閱「Medicare C 部分」。

D 部分（Part D）：請參閱「Medicare D 部分」。

D 部分藥物（Part D drugs）：請參閱「Medicare D 部分藥物」。

生物相似性藥品（Biosimilar）：與原廠生物製品非常相似但不完全相同的生物藥物。生物相似性藥品與原廠生物製品同樣安全有效。某些生物相似性藥品可能無需新處方即可在藥局替代原廠生物製品。（請參閱「可互換生物相似性藥品」）。

生物製品（Biological Product）：由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌等天然及活體來源製成的藥物。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此其替代形式稱爲生物相似性藥品。（另請參閱「原廠生物製品」及「生物相似性藥品」）。

由於我們支付您所受服務的全部費用，所以您無需承擔費用分攤金額。服務提供者不應該向您收取這些服務的任何費用。

申訴專員（Ombudsperson）：您所在州的一個辦公室，作爲您的權益倡導者。若您有問題或投訴，他們可以回答問題並協助您瞭解該怎麼做。申訴專員的服務是免費的。您可在本《計畫成員手冊》**第 2 章**與**第 9 章**中找到更多資訊。

全方位長者護理計畫（Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE）：爲 55 歲及以上、需要更高層級護理才能在家中生活的民眾，共同承保 Medicare 與 Medicaid 福利的計畫。

安全收入津貼（Supplemental Security Income, SSI）：社會安全局支付給收入與資源有限的殘疾、失明或 65 歲及以上民眾的每月福利金。SSI 福利與社會安全福利不同。

安寧療護（Hospice）：爲協助被診斷爲末期疾病的民眾舒適生活的護理與支持計畫。末期預後是指經醫療證明爲末期疾病，意即預期壽命爲六個月或更短。

- 被診斷爲末期預後的入保者有權選擇安寧療護。
- 由特別訓練的專業人員與護理者組成的團隊爲整個人提供護理，包括生理、情緒、社交與心靈需求。
- 我們必須提供您所在地理區域的安寧療護服務提供者清單。

州聽證會（State Hearing）：若您的醫生或其他服務提供者申請我們不予核准的 Medi-Cal 服務，或我們不願繼續支付您已在接受的 Medi-Cal 服務，您可以要求州聽證會。若州聽證會的決定對您有利，我們必須提供您所申請的服務。

行政法法官（Administrative law judge, ALJ）：行政法法官（ALJ）是審理並裁決涉及政府設施案件的法官。此法官負責審查第 3 級申訴。

行爲健康（Behavioral Health）：指我們的情緒、心理與社交福祉。簡單來說：就是關於我們如何思考、感受及與他人互動。這是涵蓋心理健康與藥物濫用障礙服務的總稱。

低收入戶補助（LIS）：請參閱「額外協助」

住院病人（Inpatient）：當您因專業醫療服務而正式入住醫院時使用的詞彙。若您未正式辦理住院，即使您過夜留院，您仍可能被視爲門診而非住院病人。

即時福利工具（Real Time Benefit Tool）：入保者可查詢完整、準確、即時、臨床上合適且針對個人的承保藥物與福利資訊的入口網站或電腦應用程式。這包括費用分攤金額、可用於治療特定藥物相同健康狀況的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事前授權、分步療法、數量限制）。

我們計畫僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者從我們這裡獲得 PA 後，才承保某些網絡內醫療服務。

- 需要我們計畫 PA 的承保服務標示於本《計畫成員手冊》**第 4 章**中。

我們計畫僅在您從我們這裡獲得 PA 後，才承保某些藥物。

- 需要我們計畫 PA 的承保藥物標示於承保藥物清單中，且規則張貼於我們的網站上。

投訴（Complaint）：以書面或口頭方式，陳述您對承保服務或護理有問題或疑慮。這包括對服務品質、護理品質、我們的網絡內提供者或網絡內藥局的任何疑慮。提出「投訴」的正式名稱爲「提出冤情申訴」。

事前授權（Prior authorization, PA）：您在獲得特定服務或藥物，或使用網絡外服務提供者前，必須從我們這裡獲得的核准。若您未先獲得核准，我們計畫可能不承保該服務或藥物。

例外情形（Exception）：獲准取得通常不承保的藥物，或在無特定規則與限制條件下使用藥物的許可。

具醫療必要性（Medically necessary）：描述您爲預防、診斷或治療某種醫療狀況，或爲維持您目前健康狀態所需的服務、用品或藥物。這包括讓您無需住院或入住療養設施的護理。這也表示該服務、用品或藥物符合公認的醫療實務標準。

居家支持服務（In Home Supportive Services, IHSS）：IHSS 計畫將協助支付註冊護理服務提供者爲您提供的服務費用，以便您能安全地留在家中。IHSS 是居家外護理（如療養院或護理設施）的替代方案。爲接受服務，將會評估以根據每位參與者的需求，決定可授權哪些類型的服務。可透過 IHSS 授權的服務類型包括家務清潔、備餐、洗衣、採買、個人護理服務（如腸道與膀胱護理、洗澡、儀容整理及輔助醫療服務）、陪同就醫及爲心智障礙者提供的保護性監督。縣級社會服務機構負責管理 IHSS。

居家健康助理（Home health aide）：提供不需要持照護士或治療師技能之服務的人員，例如協助個人護理（如洗澡、如廁、穿衣或執行規定的運動）。居家健康助理沒有護理執照，也不提供治療。

承保決定（Coverage decision）：關於我們承保哪些福利的決定。這包括關於承保藥物與服務的決定，或我們爲您的健康服務支付的金額。本《計畫成員手冊》**第 9 章**說明了如何向我們申請承保決定。

承保服務（Covered services）：用來指我們計畫所承保的所有醫療保健、長期服務與支持、用品、處方藥與市售藥品、設備及其他服務的總稱。

承保藥物（Covered drugs）：用來指我們計畫所承保的所有處方藥與市售藥品（OTC）的詞彙。

承保藥物清單（List of Covered Drugs, Drug List）：我們承保的處方藥與市售藥品（OTC）清單。我們在醫生與藥師的協助下選擇此清單上的藥物。藥物清單告知您在領取藥物時是否需遵循任何規則。藥物清單有時稱爲「處方集」。

服務區域（Service area）：健康保險計畫若根據居住地限制會籍時，接受計畫成員的地理區域。對於限制您可使用哪些醫生與醫院的計畫，這通常是您可以獲得常規（非緊急）服務的區域。只有居住在我們服務區域的民眾才能入保我們的計畫。

服務提供者：指經州政府核發執照，並爲您提供服務與護理的醫生、護士及其他人員。服務提供者亦包含醫院、居家照護機構、診所，以及其他提供醫療保健服務、行爲健康服務、醫療設備及 LTSS 的機構。

社區型成人服務（Community-Based Adult Services, CBAS）：門診、以設施爲基礎的服務計畫，爲符合適用資格標準的合格計畫成員提供專業護理、社交服務、職能與語言治療、個人護理、家人/護理者訓練與支持、營養服務、交通及其他服務。

長期服務與支持（Long-term services and supports, LTSS）：長期服務與支持有助於改善長期醫療狀況。這些服務大多數是協助您留在家中，以免您需要前往療養設施或醫院。我們計畫承保的 LTSS 包括社區型成人服務（Community-Based Adult Services, CBAS），亦稱爲成人日間健康護理、療養設施（Nursing Facilities, NF）及社區支持。IHSS 及 1915（c）豁免計畫是我們計畫之外提供的 Medi-Cal LTSS。

品牌藥物（Brand name drug）：由最初製造該藥物的公司所製造與銷售的藥物。品牌藥物與其學名藥版本的成分相同。學名藥通常由其他藥廠製造與銷售，且一般在品牌藥物的專利到期後才可販售。

品質改善組織（Quality improvement organization, QIO）：由醫生及其他醫療保健專家組成的團體，協助改善提供給 Medicare 受益人的護理品質。聯邦政府支付 QIO 費用，以檢查並改善給予患者的護理。請參閱本《計畫成員手冊》**第 2 章**以取得關於 QIO 的資訊。

急迫性護理（Urgently needed care）：您因非緊急但需要立即護理的未預見之疾病、傷害或狀況而獲得的護理。當您因時間、地點或情況而無法或不合理地從網絡內服務提供者處獲得服務時（例如當您在我們計畫的服務區域外，且因未預見的狀況需要醫療上立即的服務，但並非醫療緊急情況），您可以從網絡外服務提供者處獲得急迫性護理。

耐用醫療設備（Durable medical equipment, DME）：您的醫生爲您開立在家中使用的特定物品。這些物品的例子包括輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、服務提供者開立供居家使用的病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備與用品、霧化器及助行器。

計畫成員（Member，我們計畫的計畫成員或計畫成員）：擁有 Medicare 與 Medicaid 資格，有權獲得承保服務，已入保我們計畫，且其註冊已獲 Medicare 與 Medicaid 服務中心（CMS）及州政府確認的人。

計畫成員服務處（Member Services）：我們計畫中負責回答您關於會籍、福利、申訴與投訴問題的部門。請參閱本《計畫成員手冊》**第 2 章**以取得更多關於計畫成員服務處的資訊。

個人化護理計畫（Individualized Care Plan, ICP 或 Care Plan）：關於您將獲得哪些服務以及如何獲得這些服務的計畫。您的計畫可能包括醫療服務、行爲健康服務及長期服務與支持。

個人健康資訊（Personal health information），亦稱爲受保護健康資訊（Protected health information, PHI）：關於您與您健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生看診紀錄及病史。請參閱我們的《隱私權政策通告》以取得更多關於我們如何保護、使用與揭露您 PHI 的資訊，以及您對您 PHI 所擁有的權利。

冤情申訴（Grievance）：您對我們或我們的網絡內服務提供者或藥房提出的投訴。這包括對您護理品質或健康保險計畫所提供之服務品質的投訴。

原廠生物製品（Original Biological Product）：經 FDA 核准，並作爲製造商製作生物相似性藥品版本之比較基準的生物製品。它亦稱爲參考產品。

差額收費：指服務提供者向患者收取其全額帳單費用與患者健康保險計畫所支付金額之間差額的作法。

退保（Disenrollment）：終止您在我們計畫中會籍的過程。退保可能是自願的（您自己的選擇）或非自願的（非您自己的選擇）。

健康保險計畫（Health plan）：由醫生、醫院、藥房、長期服服務提供者及其他服務提供者組成的組織。它也有護理協調員來協助您管理所有服務提供者與服務。他們共同合作以提供您所需的護理。

健康保險諮詢與權益倡導計畫（Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP）：提供關於 Medicare 的免費且客觀資訊與諮詢的計畫。本《計畫成員手冊》**第 2 章**說明了如何聯絡 HICAP。

健康風險評估（Health risk assessment, HRA）：對您的病史與目前狀況的審查。它用於瞭解您的健康狀況以及未來可能如何變化。

專科醫生（Specialist）：治療特定類型醫療保健問題的醫生。例如，骨科醫生治療骨折；過敏科醫生治療過敏；心臟科醫生治療心臟問題。在多數情況下，計畫成員需要其 PCP 的轉介才能去看專科醫生。

專業藥房（Specialized pharmacy）：請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**以瞭解更多關於專業藥房的資訊。

專業護理設施（Skilled nursing facility, SNF）：擁有職員與設備，可提供專業護理，且在多數情況下，提供專業康復服務及其他相關健康服務的護理設施。

專業護理設施（SNF）護理：在專業護理設施中，持續每日提供的專業護理與康復服務。專業護理設施護理的例子包括物理治療或註冊護士或醫生可給予的靜脈（intravenous, IV）注射。

康復服務（Rehabilitation services）：您爲從疾病、意外或大手術中恢復而接受的治療。這些服務包括住院康復護理、物理治療（門診）、言語治療，以及職業治療。請參閱本《計畫成員手冊》**第 4 章**以瞭解更多關於康復服務的資訊。

排除服務（Excluded Services）：本健康保險計畫不承保的服務。

敏感服務（Sensitive services）：與心理或行爲健康、性與生殖健康、家庭生育計畫、性傳染病（sexually transmitted infections, STI）、HIV/AIDS、性侵與墮胎、藥物濫用障礙、性別肯定護理及親密伴侶暴力相關的服務。

組織裁定（Organization determination）：我們或我們的服務提供者之一，決定服務是否被承保或您爲承保服務需支付多少費用時，我們的計畫即做出組織裁定。組織裁定稱爲「承保決定」。本《計畫成員手冊》**第 9 章**說明了承保決定。

統一管理醫療保健部（Department of Managed Health Care, DMHC）：加州負責監管多數健康計畫的州政府部門。DMHC 協助民眾處理關於 Medi-Cal 服務的上訴與投訴。DMHC 亦執行獨立醫療審查（Independent Medical Reviews , IMR）。

郵購計畫（Mail-Order Program）：某些計畫可能提供郵購計畫，讓您可獲得最多 三 個月藥量的承保處方藥，並直接寄送到府。對於您定期服用的處方藥，這可能是具成本效益且方便的方式。

愛滋病藥物援助計畫（AIDS drug assistance program, ADAP）：協助符合資格的 HIV/AIDS 感染者獲得拯救生命的 HIV 藥物的計畫。

義肢與矯正用具（Prosthetics and Orthotics）：您的醫生或其他醫療保健服務提供者開立的醫療器材，包括但不限於手臂、背部及頸部支架；義肢；義眼；以及替代內部身體部位或功能所需的器材，包括造口用品及腸道與非腸道營養治療。

跨領域護理團隊（Interdisciplinary Care Team, ICT 或 Care team）：護理團隊可能包括醫生、護士、諮詢師或其他健康專業人員，他們協助您獲得所需的護理。您的護理團隊也協助您制定護理計畫。

預防性服務（Preventive services）：爲預防疾病或在疾病早期階段（此時治療效果可能最佳）檢測疾病的醫療保健（例如，預防服務包括子宮頸抹片檢查、流感疫苗及乳房攝影篩檢）。

綜合性門診康復設施（Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF）：主要在病後、意外或大手術後提供康復服務的設施。它提供多種服務，包括物理治療、社交或心理服務、呼吸治療、職能治療、語言治療及居家環境評估服務。

網絡內服務提供者（Network provider）：指與本保險計畫合作的服務提供者。這些服務提供者同意將我們的付款視爲全額付款。我們安排這些服務提供者向您提供承保範圍內的服務。網絡內服務提供者會就其向您提供的護理服務直接向我們收款。當您使用網絡內服務提供者時，通常無需爲承保範圍內的服務支付任何費用。「服務提供者」是我們用來指醫生、護士及其他爲您提供服務與護理之人員的總稱。此詞彙亦包括醫院、居家健康機構、診所及其他提供您醫療保健服務、醫療設備及長期服務與支持的場所。

網絡內藥房（Network pharmacy）：同意爲我們計畫成員調配處方的藥房（藥妝店）。我們稱之爲「網絡內藥房」，因其同意與我們計畫合作。在多數情況下，我們僅在您於我們的網絡內藥房之一調配處方時，才承保您的處方。

網絡外服務提供者（Out-of-network provider）或**網絡外設施（Out-of-network facility）：**非由我們計畫僱用、擁有或營運，且未簽約爲我們計畫成員提供承保服務的服務提供者或設施。本《計畫成員手冊》**第 3 章**說明了網絡外服務提供者或設施。

網絡外藥房（Out-of-network pharmacy）：未同意與我們計畫合作，爲我們計畫成員協調或提供承保藥物的藥房。除非符合特定條件，否則我們計畫不承保您從網絡外藥房取得的多數藥物。

緊急情況（Emergency）：當您或任何具備一般健康與醫學知識的其他人，認爲您出現需要立即就醫以防止死亡、失去身體部位或身體功能喪失或嚴重受損（若您爲孕婦，則包括失去未出生的孩子）的醫療症狀時的醫療緊急情況。醫療症狀可能是疾病、傷害、劇烈疼痛或迅速惡化的醫療狀況。

緊急醫療（Emergency care）：由受過緊急服務訓練的服務提供者所提供，且爲治療醫療或行爲健康緊急情況所必需的承保服務。

數量限制（Quantity limits）：您可擁有的藥物數量限制。我們可能限制我們每次處方所承保的藥物數量。

學名藥（Generic drug）：經美國食品與藥物管理局（Food and Drug Administration, FDA）核准，可替代品牌藥物使用的藥物。學名藥與品牌藥物的成分相同。它通常比品牌藥便宜，且效果一樣好。

整合式 D-SNP（Integrated D-SNP）：爲某些同時符合 Medicare 與 Medicaid 資格的個人群體，在單一健康保險計畫或附屬健康保險計畫下承保 Medicare 及大部分或所有 Medicaid 服務的雙重資格特殊需求計畫。這些個人稱爲完全福利雙重資格者。

獨立審查組織（Independent review organization, IRO）：由 Medicare 聘請，負責審查第 2 級上訴的獨立組織。IRO 與我們無關，也非政府機構。此組織負責裁決我們的決定是否正確或應否變更。Medicare 監督其工作。其正式名稱爲**獨立審查實體。**

獨立醫療審查（Independent Medical Review, IMR）：若我們拒絕您的醫療服務或治療申請，您可以提出上訴。若您不同意我們的決定，且您的問題是關於 Medi-Cal 服務（包括 DME 用品與藥物），您可以向加州統一管理醫療保健部門（California Department of Managed Health Care）申請 IMR。IMR 是由不屬於我們計畫的專家審查您的案件。若 IMR 的決定對您有利，我們必須提供您所申請的服務或治療。您無需爲 IMR 支付任何費用。

療養院或療養設施（Nursing home or facility）：爲無法在家中獲得護理但無需住院的民眾提供護理的設施。

轉介（Referral）：轉介是您的主要醫療保健服務提供者（PCP）或我們核准您使用 PCP 以外的服務提供者。若您未先獲得核准，我們可能不承保該服務。您無需轉介即可使用某些專科醫生，例如婦科專科醫生。 您可以在本《計畫成員手冊》的**第 3 章**和**第 4 章**中找到更多關於轉介的資訊。

醫療保健服務部門（Department of Health Care Services, DHCS）：加州負責管理 Medicaid 計畫（稱爲 Medi–Cal）的州政府部門。

雙重資格特殊需求計畫（Dual eligible special needs plan, D-SNP）：爲同時符合 Medicare 與 Medicaid 資格的個人提供服務的健康保險計畫。我們的計畫即爲 D-SNP。

額外協助（Extra Help）：協助收入與資源有限的民眾減少 Medicare D 部分藥物費用（如保費、自付額及共付額）的 Medicare 計畫。「額外協助」亦稱爲「低收入戶補助（Low-Income Subsidy, LIS）」或簡稱「LIS」。

藥物治療管理（Medication Therapy Management, MTM）：爲符合特定要求或參與藥物管理計畫的民眾提供的 Medicare D 部分計畫，以因應複雜的健康需求。MTM 服務通常包括與藥師或醫療保健服務提供者討論以審查藥物。 請參閱本《計畫成員手冊》**第 5 章**以取得更多資訊。

藥物管理計畫（Drug management program, DMP）：協助確保計畫成員安全使用處方鴉片類藥物及其他經常被濫用之藥物的計畫。

藥物層級（Drug tiers）：我們藥物清單上的藥物分組。學名藥及品牌藥物以及藥品即爲藥物層級的例子。藥物清單上的每種藥物都屬於一個（1）層級。

護理協調員（Care coordinator）：一位主要人員，負責與您、健康保險計畫及您的護理服務提供者合作，以確保您獲得所需的護理。

護理計畫（Care plan）：請參閱「個人化護理計畫」。

護理團隊（Care team）：請參閱「跨領域護理團隊」。

Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處

致電	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) 此爲免付費電話。服務時間每週七 (7) 天，上午 8 時至晚間 8 時。 計畫成員服務處還可爲不講英語的人士提供免費口譯服務。
TTY 專線	1.800.735.2929 此電話號碼僅適用於聽障及語障人士，而且必須有特殊電話設備才能使用此電話號碼。 此爲免付費電話。服務時間每週七 (7) 天，上午 8 時至晚間 8 時。
傳真	1.877.747.4504
書面聯絡	Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502 DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org
網站	www.alamedalliance.org/alliancewellness

PRA 披露聲明：

根據 1995 年《文件減量法》 (Paperwork Reduction Act, PRA)，除非資訊收集顯示有效的管理與預算辦公室 (Office of Management and Budget, OMB) 管制編號，否則任何人均無需回應該資訊收集。本資訊收集的有效 OMB 管制編號爲 0938-1444。若您對本表格有任何意見或改進建議，請郵寄信函至：*CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*。