

適用  
2024  
福利年度

# 會員手冊

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



IE  HP

DualChoice

1-877-273-IEHP (4347)

1-800-718-4347 TTY

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

# IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 《會員手冊》

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

## 您在 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 之健康和藥物承保範圍

### 《會員手冊》簡介

本《會員手冊》，也稱為《承保證明》，向您介紹了於 2024 年 12 月 31 日之前您在本計劃下的承保範圍。它解釋了醫療保健服務、行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務、處方藥保險以及長期服務與支援。長期服務與支援可幫助您留在家中，而不必前往療養院或醫院。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於《會員手冊》的**第 12 章**中。

這是一份重要的法律文件。請務必將其保存在安全的地方。

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

**ATTENTION:** If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

**ATENCIÓN:** Si usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

注意：如果您使用其他語言，可以免費獲得語言援助服務。請撥打 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。此服務電話免付費。

**LƯU Ý:** Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chương trình sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ Chuẩn Thái Bình Dương - PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請撥打本頁底部的號碼致電會員服務部。電話服務免費。

我們提供免費口譯服務，回答您對我們的健保或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請致電 1-877-273-IEHP (4347)。會說英語以外語言的人可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.



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

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم سيقوم شخص ما يتحدث . ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية العربية.



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

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Khmer:** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាខ្មែរ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរអ្វីមួយដែលអ្នកអាចមាន អំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីឱ្យបាន អ្នកបកប្រែ សូមហៅយើង លេខ 1-877-273-IEHP (4347)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

**Armenian:** Մենք մեր առողջապահական կամ դեղերի ծրագրի մասին ունեցած հարցերին պատասխանելու համար ունենք բանավոր թարգմանչի ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ձեռք բերելու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-877-273-IEHP (4347) դամարով: Փոխարինող լեզվով խոսող մի անձ կարող է ձեզ օգնել: Սա անվճար ծառայություն է:

**Laotian:** ພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາ ຂອງພວກເຮົາ. ຕ້ອງການນາຍພາສາພຽງ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-877-273-IEHP (4347). ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອື່ນສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

**Hmong:** Peb muaj kev pab txhais lus pub dawb txhawm rau los teb cov nqe lus nug uas koj muaj ntsig txog peb txoj kev npaj kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug neeg pab txhais lus ces



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

tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj 1-877-273-IEHP (4347). Qee tus neeg uas hais tau lwm hom lus yuav tuaj yeem pab koj tau. Qhov no ogi b qho kev pab dawb xwb.

**Mien:** Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a ' fai ndie nyei sou-gorn. Liouh tov longc faan waac mienh tengx faan waac bun muangx korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-877-273-IEHP (4347). Maaih faan waac mienh haih gorngv mienh waac tengx faan waac bun meih muangx oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.

**Punjabi:** ਸਾਡੇ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ 1-877-273-IEHP (4347) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Thai:** เรามีบริการล่ามฟรี ซึ่งจะช่วยตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนประกันสุขภาพหรือยา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-877-273-IEHP (4347) บุคคลที่พูดภาษาอื่นจะช่วยให้คุณได้รับความช่วยเหลือคุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

**Ukrainian:** Ми надаємо безоплатні послуги перекладача, завдяки яким ви можете отримати відповіді на будь-які запитання про наш план медичного страхування або ліки. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-273-IEHP (4347). Вам зможе допомогти людина, яка розмовляє іншою мовою. Це безоплатна послуга.

**Farsi:**

ما خدمات مترجم رایگان برای پاسخ دادن به هرگونه سوالی که ممکن است درباره طرح سلامت یا طرح دارویی ما داشته باشید، تماس بگیرید. شخصی که قادر (1-877-273-IEHP (4347) ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم فقط کافیست با ما به شماره است به زبان دیگری صحبت کند، می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمات رایگان است.

如欲提出長期要求，以收到英文以外之其他語言版本或其他格式的資料，或者如欲變更長期要求，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務處聯絡，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。IEHP DualChoice 會將您的資訊視為長期要求，以用於今後的郵件往來和通訊，因此您無需每次都單獨提出要求。



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

---

## 目錄

第 1 章：會員入門 .....	6
第 2 章：重要的電話號碼和資源 .....	15
第 3 章：使用本計劃承保您的醫療保健和其他承保服務 .....	32
第 4 章：福利表 .....	51
第 5 章：獲取門診處方藥 .....	89
第 6 章：您為 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥支付的費用 .....	103
第 7 章：要求我們支付您收到的承保服務或藥物帳單 .....	109
第 8 章：您的權利和責任 .....	114
第 9 章：如果您有問題或投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦 .....	124
第 10 章：終止您在我們計劃中的會員資格 .....	165
第 11 章：法律聲明 .....	171
第 12 章：重要詞彙的定義 .....	174

---

## 免責聲明

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。
- ❖ IEHP DualChoice 下的承保範圍涵蓋的合格健康承保範圍稱為「最低基本承保範圍」。它可滿足《病患保護與平價醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。有關個人分擔責任要求的更多資訊，請造訪美國國稅局 (IRS)，網站：[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。



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

# 第1章：會員入門

## 簡介

本章包含有關 IEHP DualChoice 的資訊，這是一項 Medicare Medi-Cal 計劃，承保您所有的 Medicare 服務並協調您和 Medi-Cal 服務的健保計劃。以及告知您預期會發生什麼以及您將從我們這裡獲得的其他資訊。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於《會員手冊》的最後一章中。

## 目錄

A. 歡迎您加入本計劃.....	7
B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊.....	7
B1. Medicare .....	7
B2. Medi-Cal .....	7
C. 本計劃的優勢.....	8
D. 本計劃的服務地區.....	8
E. 成為計劃會員的資格條件.....	9
F. 首次加入我們的健保計劃時會發生什麼 .....	9
G. 您的照護團隊和照護計劃.....	10
G1. 護理團隊 .....	10
G2. 護理計劃 .....	10
H. IEHP DualChoice 每月計劃保費.....	11
您的費用可能包括以下內容： .....	11
• 計劃保費（H1 部分） .....	11
在某些情況下，您的計劃保費可能會較低。 .....	11
H1. 計劃保費 .....	11
I. 您的《會員手冊》 .....	11
J. 您可從我們這裡獲取的其他重要資訊.....	11
J1. 您的計劃會員卡 .....	11
J2. 《醫療服務提供者與藥房名錄》 .....	12
J3. 《承保藥物清單》 .....	13
J4. 《福利說明》 .....	13
K. 保持更新您的會員紀錄 .....	13
K1. 個人健康資訊 (PHI) 隱私權 .....	14



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

---

## A. 歡迎您加入本計劃

本計劃向有資格參加 Medicare 和 Medi-Cal 這兩個計劃的個人提供服務。本計劃包括醫生、醫院、藥房、長期服務與支持提供者、行為健康提供者以及其他提供者。我們還有護理協調員和護理團隊來幫助您管理您的提供者和及其服務。他們齊心協力為您提供所需的護理。

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

IEHP 與網絡簽約，該網絡包含超過 1,000 名基本保健醫生 (Primary Care Provider, PCP)、超過 4,000 名專科醫生、400 名視力服務提供者、31 家醫院以及超過 725 家藥房，因此您將可獲得您所需的護理。

請參閱本 IEHP DualChoice 《會員手冊》的第 4 章 (福利表) 以瞭解與您福利有關的更多資訊。

---

## B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

### B1. Medicare

Medicare 是聯邦健康保險計劃，適用於：

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

### B2. Medi-Cal

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

各州自行決定：

- 哪些可算作收入和資源，
- 誰有資格，
- 哪些服務受承保，以及
- 服務的費用。

只要計劃遵守聯邦規則，各州可以自行決定如何運行自己的計劃。

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



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



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

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

---

## C. 本計劃的優勢

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

我們幫助您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利更好地聯合起來，以便更好地為您服務。一些優勢包括：

- 您可以與我們協作，滿足您**所有**的醫療保健需求。
- 您有一個由您幫助組建的照護團隊。您的照護團隊可能包括您自己、您的照護人員、醫生、護士、顧問或其他健康專業人士。
- 您可以聯繫護理協調員。此人與您、本計劃以及您的照護團隊一起幫助制定您的照護計劃。
- 您可以在照護團隊和護理協調員的幫助下引導您自己的照護。
- 您的照護團隊和護理協調員與您一起制定旨在滿足**您的**健康需求的照護計劃。照護團隊會幫助協調您需要的服務。例如，您的照護團隊會確保：
  - 您的醫生知道您服用的所有藥物，因此他們可以確保您服用的是正確的藥物，並可以減少您可能因藥物而遭受的任何副作用。
  - 您的測試結果將酌情與您所有的醫生和其他提供者共享。

**成為 IEHP DualChoice 新會員：**在大多數情況下，在請求參保 IEHP DualChoice 後，您從次月第一天開始加入 IEHP DualChoice，享受您的 Medicare 福利了。您仍可以從之前的 Medi-Cal 健保計劃中獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。那之後，您將開始透過 IEHP DualChoice 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍不會中斷。如果您有任何疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與我們聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

---

## D. 本計劃的服務地區

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

只有居住於我們服務地區以內的人才能加入本計劃。

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



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

---

## E. 成為計劃會員的資格條件

只要您符合以下條件，就有資格參加本計劃：

- 居住於我們的服務地區（被監禁的個人不被視為居住於地理服務地區之內，即使他們實際上居於其中。），**並且**
- 加入計劃時年滿 21 歲，**並且**
- 同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，**並且**
- 是美國公民或在美國合法居住，**並且**
- 目前有資格獲得 Medi-Cal，**並且**

如果您失去資格，但可以合理地預期在 3 個月內重新獲得會員資格，那麼您仍然有資格成為本計劃的會員。

請致電會員服務部瞭解更多資訊。

---

## F. 首次加入我們的健保計劃時會發生什麼

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

我們必須為您完成健康風險評估 (HRA)。該 HRA 是制定您的護理計劃的基礎。它內含一系列問題，用於確定您的醫療、長期服務與支持 (LTSS) 以及行為健康和功能需求。

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

我們將向您發送有關該 HRA 的更多資訊。

**如果本計劃對您來說是一項新計劃**，而您現在使用的醫生不在我們的網路中，那麼您仍可以繼續使用他們一段時間。我們稱之為護理的延續性。如果他們不在我們的網路中，但滿足以下所有條件，那麼您可以在參保時保留當前的醫療提供者和服務授權長達 12 個月：

- 您、您的代表或您的醫療服務提供者要求我們讓您繼續使用您當前的提供者。
- 我們確定您與基本保健醫或專科照護提供者存在既有的關係，除了某些例外情況。我們說的「既有關係」，是指您在首次加入本計劃的日期之前的 12 個月內至少有過一次因非急診情況就診於一位網路外醫療服務提供者。
  - 我們根據查看您現有的可用健康資訊或您提供給我們的資訊來確定既有關係。
  - 我們會在 30 天內回復您的請求。您也可以要求我們更快地做出決定，那麼我們就必須在 15 天內做出回應。
  - 您或您的提供者必須出示表明既有關係的文檔並在您提出請求時同意某些特定條款。



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

**注意：**您可以向耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) 提供者提出此請求，要求使用器材至少 90 天，直到我們對新的租賃提供授權並讓網絡提供者交付租賃器材為止。雖然您無法針對非急診醫療交通運輸 (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)、非醫療交通運輸 (Non-Medical Transportation, NMT) 的服務提供者或其他輔助醫療服務提供者提出此項要求，但您可針對未包含在本計劃中的交通運輸服務或其他輔助醫療服務提出要求。

在延續性照顧期結束後，除非我們與您的網絡外醫生進行安排，否則您將需使用 IEHP DualChoice 網絡內與您基本保健醫生隸屬於相同醫療團體的醫生和其他醫療服務提供者。網絡醫療服務提供者是指與健保計劃有合作關係的醫療服務提供者。本計劃的基本保健醫生 (PCP) 隸屬於醫療團體或獨立醫生協會 (Independent Physician Association, IPA)。當您選擇您的基本保健醫生 (PCP) 時，您同時也選擇了其所隸屬的醫療團體。這表示您的基本保健醫生 (PCP) 會將您轉介給也隸屬於其醫療團體的專科醫生和服務。醫療團體或獨立醫生協會 (IPA) 是一個由醫生、專科醫生及其他為 IEHP 會員看診的保健服務提供者所組成的團體。您的基本保健醫生 (PCP) 與醫療團體或獨立醫生協會 (IPA) 會一起為您提供醫療護理。其中包括獲得授權以接受專科醫生看診或醫療服務，如化驗檢查、X 光檢查和 / 或住院。在某些情況下，IEHP 將會是您的醫療團體或獨立醫生協會 (IPA)。有關獲得照護的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章。

---

## G. 您的照護團隊和照護計劃

### G1. 護理團隊

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

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

### G2. 護理計劃

您的護理團隊會與您一起制定護理計劃。護理計劃會告訴您和您的醫生您需要哪些服務以及如何獲得這些服務。它包括您的醫療、行為健康和長期服務與支持 (LTSS) 需求。

您的護理計劃包括：

- 您的醫療保健目標，以及
- 獲得所需服務的時間表。

在您完成健康風險評估後，您的護理團隊會與您會面。他們會與您討論您需要的服務。他們還會告訴您一些您可能會想要考慮獲取的服務。您的護理計劃是依據您的需求而建立的。您的護理團隊至少每年一次與您一起更新您的護理計劃。



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

## H. IEHP DualChoice 每月計劃保費

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（H1 部分）

在某些情況下，您的計劃保費可能會較低。

### H1. 計劃保費

作為計劃會員，您每月支付一筆計劃保費。IEHP DualChoice 2024 年的月保費為 \$0-\$41.00。由於您符合「額外補助」的資格，因此政府已代您支付基本 D 部分的保費。如果您的「額外補助」狀態有變更，您需負責支付您的保費。請參閱第 6 章以瞭解詳情。

## I. 您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是我們與您簽訂的合同的一部分。這意味著我們必須遵守此文件中的所有規則。如果您認為我們的行為違反了這些規則，您可以對我們的決定提出上訴。上訴相關資訊，請參閱《會員手冊》第9章或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

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

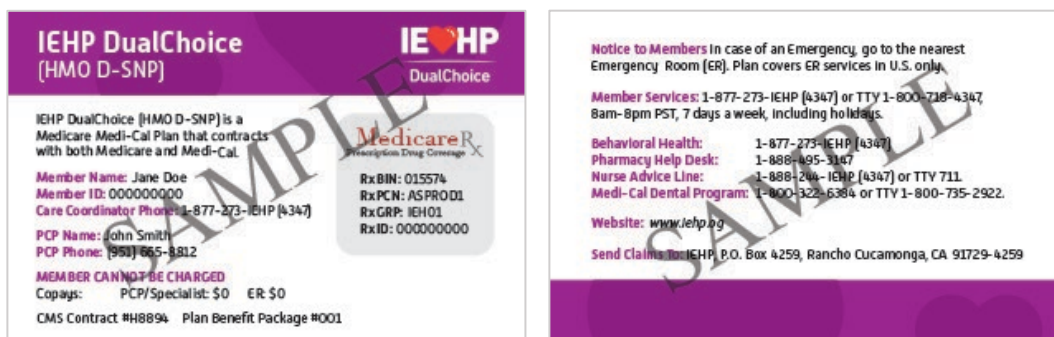
合同在您參保本計劃的月份期間有效：2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日。

## J. 您可從我們這裡獲取的其他重要資訊

我們提供給您的其他重要資訊包括您的會員卡、如何獲取《醫療服務提供者與藥房名錄》，以及如何獲取《承保藥物清單》。

### J1. 您的計劃會員卡

受保本計劃時，您會擁有一張用於本計劃承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服務的會員卡，包括長期服務與支持、某些行為健康服務和處方藥。您在獲得任何服務或 D 部分處方藥時請出示此卡。此圖為一張樣本會員卡：



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

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

只要您是本計劃的會員，您就不需要使用您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡。將此卡保存在安全的地方，以備日後需要時使用。如果您出示 Medicare 卡而不是該會員卡，醫療服務提供者可能會向 Medicare 而非本計劃開具帳單，您可能會因此收到帳單。請參閱您的《會員手冊》第 7 章，瞭解如果您從醫療服務提供者處收到帳單時該怎麼做。

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

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

## J2. 《醫療服務提供者與藥房名錄》

《醫療服務提供者與藥房名錄》列出了本計劃網路的服務提供者和藥房。當您是本計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者來獲得承保服務。

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

您還可以從頁面底部的網址查閱《醫療服務提供者和藥房名錄》。

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

### 網絡醫療服務提供者的定義

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

網絡醫療服務提供者同意接受本計劃對承保服務的付款為全額付款。

### 網絡藥房的定義

- 網絡藥房是同意為本計劃會員配藥的藥房。使用《醫療服務提供者與藥房名錄》查找您想要使用的網路藥房。



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

- 除非發生緊急情況，否則如果您希望本計劃協助您支付處方藥的費用，您將必須在本計劃的其中一家網絡藥房領取處方藥。

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

### J3. 《承保藥物清單》

本計劃有一份《承保藥物清單》。我們簡稱為「藥物清單」。它會告訴您本計劃承保哪些處方藥。

此「藥物清單」還會告訴您任一藥物是否有任何規則或限制（例如您可以獲得的藥量限制）。相關詳細資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。

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

### J4. 《福利說明》

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

EOB 會告知您或代表您的其他人在您的 D 部分處方藥上花費的總金額，以及我們在當月為您的每一種 D 部分處方藥支付的總金額。EOB 還有更多關於您服用的藥物的資訊。您的《會員手冊》第 6 章提供了有關 EOB 及其如何幫助您跟蹤藥物承保範圍的更多資訊。

您也可以索要《福利說明》(EOB)。要獲取副本，請透過頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。

---

## K. 保持更新您的會員紀錄

您可以在您的資訊發生變化時告訴我們，以便保持您會員紀錄的更新。

我們需要這些資訊來確保我們的紀錄中包含您的正確資訊。我們的網絡醫療服務提供者和藥房也需要有關您的正確資訊。他們透過您的會員紀錄來瞭解您獲得了哪些服務和藥物以及它們花費了您多少錢。

請立即告知我們以下內容：

- 有關您的姓名、地址或電話號碼的變更。
- 任何其他健康保險的變更，例如您的雇主、您配偶的雇主或您同居伴侶的雇主提供的保險或工傷賠償。
- 任何責任索賠，例如車禍索賠。
- 入住療養院或醫院。
- 醫院或急診室提供的護理。



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

- 您的看護人（或對您負責的任何人）發生了變化；以及
- 您參加了一項臨床研究。（**注意：**您不需要告訴我們您參加或參與的臨床研究的具體情況，但我們鼓勵您這樣做。）

如果任何資訊發生了變化，請致電會員服務部。

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

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

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

### **K1. 個人健康資訊 (PHI) 隱私權**

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



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

## 第 2 章：重要的電話號碼和資源

---

### 簡介

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

### 目錄

A. 會員服務部 .....	16
B. 您的護理協調員 .....	18
C. 健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ...	19
D. 護士諮詢熱線 .....	20
E. 行為健康危機熱線 .....	20
F. 品質改進組織 (QIO) .....	21
G. Medicare .....	22
H. Medi-Cal .....	23
I. Medi-Cal 管理式護理和心理健康監察員辦公室 .....	24
J. 縣社會服務部 .....	25
K. 縣專業心理健保計劃 .....	26
L. 加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) .....	27
M. 幫助人們支付處方藥費用的計劃 .....	27
M1. 額外補助 .....	27
M2. 艾滋病藥物援助計劃 (ADAP) .....	28
N. 社會安全局 .....	28
O. 鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) .....	29
P. 雇主提供的團體保險或其他保險 .....	29
Q. 其他資源 .....	30
R. Medi-Cal 牙科計劃 .....	31



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



## A. 會員服務部

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

聯繫會員服務獲得以下方面的協助：

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



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

- 關於您的醫療保健的上訴
  - 上訴是要求我們審查我們對您的承保範圍做出的決定、並在您認為我們犯了錯誤或不同意該決定時要求我們更改決定的正式方式。
  - 要瞭解有關提出上訴的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。
- 關於您針對醫療保健的投訴
  - 您可以投訴我們或任何服務提供者（包括網絡或非網絡醫療服務提供者）。網絡醫療服務提供者是與本計劃合作的服務提供者。您也可以向我們或品質改進組織投訴您所獲照護的品質（請參閱第 F 部分[品質改進組織 {QIO}]）。
  - 您可致電 1-877-273-IEHP (4347) 與我們聯絡並說明您的投訴，服務時間為每週 7 天（包括假日），太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。
  - 如果您的投訴是關於您的醫療保健的承保決定，您可以提出上訴（請參閱上述部分）。
  - 您可以向 Medicare 投訴本計劃。您可以使用網上表格，網址為 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。
  - 您可以致電 1-888-804-3536，向 Medicare Medi-Cal 監察員計劃投訴我們的計劃。
  - 要瞭解如何就您的醫療保健提出投訴的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。
- 關於您的 Medicare 承保藥物的承保決定
  - 關於您的 Medicare 藥物的承保決定是關於以下方面的決定：
    - 您的福利和 Medicare 承保的藥物或
    - 我們為您的 Medicare 藥物支付的金額。
  - Medi-Cal Rx 可能涵蓋非 Medicare 承保的藥物，例如非處方 (OTC) 藥物和某些維他命。請造訪 Medi-Cal Rx 網站（[medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)）瞭解更多資訊。您也可以撥打 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。
  - 有關您的 Medicare 處方藥承保決定的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。
- 關於您的 Medicare 藥物的上訴
  - 上訴是要求我們更改承保決定的一種方式。
  - 有關對您的 Medicare 處方藥提出上訴的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。
- 對您的 Medicare 藥物的投訴
  - 您可以投訴我們或任何藥房。這包括關於您的 Medicare 處方藥的投訴。
  - 如果您的投訴是關於您的 Medicare 處方藥的承保決定，您可以提出上訴。（請參閱上述部分。）



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

- 您可以向 Medicare 投訴本計劃。您可以使用網上表格，網址為 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。或者您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。
- 有關對您的 Medicare 處方藥提出投訴的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。
- 您已經支付的醫療保健或 Medicare 藥物的付款
  - 有關如何要求我們向您還款或支付您收到的帳單的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 7 章。
  - 如果您要求我們支付帳單而我們拒絕了您的請求中的任一部分，您均可以對我們的決定提出上訴。請參閱您的《會員手冊》第 9 章。

## B. 您的護理協調員

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

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

聯繫您的護理協調員獲得以下方面的協助：



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

- 關於您的醫療保健的問題
- 關於獲得行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務的問題
- 關於交通的問題
- 關於長期服務與支持 (LTSS) 的問題

長期服務與支持 (LTSS) 包括社區型成人服務 (CBAS) 和專業護理設施 (NF)。

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

您或許可以獲得以下服務：

- 社區型成人服務 (CBAS)，
- 專業照護，
- 物理治療，
- 職業治療，
- 言語治療，
- 醫療社會服務，
- 家庭保健，以及
- 居家支援服務 (IHSS)（透過縣提供），
- 多元化老年人服務計劃 (Multipurpose Senior Service Program, MSSP) (透過 Medi-Cal 按服務收費 [Fee-For-Service, FFS] 計劃提供)。

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

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

HICAP 與任何保險公司或健保計劃均無關聯。

致電	(909) 256-8369 週一至週五，上午 9 時至下午 4 時
書信	2280 Market St, Suite 140 Riverside, CA 92501
網站	<a href="https://www.coasc.org/programs/hicap">https://www.coasc.org/programs/hicap</a>



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

請聯絡 HICAP 尋求以下方面的幫助：

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

## D. 護士諮詢熱線

若您在非營業時間無法與您的醫生取得聯繫，請致電 IEHP 24 小時護士諮詢專線以尋求進一步協助。您每天 24 小時，甚至在假日也可獲得醫療建議。如有需要，我們的護士可為您轉接，以讓您透過電話或視訊通話諮詢醫生。如果您需要進一步協助，我們的護士將會指引您前往附近有營業的緊急照顧診所。您可以聯繫護士諮詢熱線詢問有關您的健康或醫療保健的問題。

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

## E. 行為健康危機熱線

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



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

請聯絡行為健康危機熱線以與下列人士通話：

- 合格團隊會員以向發生心理健康緊急狀況的會員提供支援。

如非營業時間致電尋求行為健康危機支援，請致電或傳送簡訊至 988。

### 什麼是 988？

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

### 988 與 911 有何差別？

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

## F. 品質改進組織 (QIO)

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

致電	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
書信	10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livanta.com

聯繫 Livanta BFCC-QIO 尋求以下方面的幫助：

- 關於您的醫療保健權利的問題
- 如果您滿足以下條件，您可以就您獲得的護理提出投訴：
  - 護理品質有問題，
  - 認為您的住院時間過早結束，或
  - 認為您的家庭保健、專業護理設施的護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務過早結束。



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

## G. Medicare

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

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

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



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

## H. Medi-Cal

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

Medi-Cal 福利包括醫療、牙科、行為健康以及長期服務與支援。

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

致電	1-800-430-4263 週一至週五，上午 8 點至下午 6 點
TTY	1-800-430-7077 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
書信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>



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



## I. Medi-Cal 管理式護理和心理健康監察員辦公室

監察員辦公室作為您的代表人開展工作。如果您有問題或投訴，他們可以回答問題，並且可以幫助您瞭解該怎麼做。監察員辦公室還可以幫助您解決服務或計費問題。他們與我們的計劃或任何保險公司或健康計劃無關。他們的服務是免費的。

致電	1-888-452-8609 通話是免費的。週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00
TTY	711 通話是免費的。
書信	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
網站	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx</a>



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

## J. 縣社會服務部

如果您在居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS) 福利方面需要幫助，請聯繫您當地的縣社會服務部門。

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

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

致電	<p><b><u>Riverside 縣</u></b> 1-800-499-3008</p> <p>週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。如果是在非營業時間致電，會員可留言並在下一個工作日接獲回電。這是免付費電話。</p> <p><b><u>San Bernardino 縣</u></b> 1-877-800-4544，週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。這是免付費電話。</p>
TTY	<p><b><u>Riverside 縣</u></b> (888) 960-4477 (TTY 使用者專線 711) 週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。</p> <p><b><u>San Bernardino 縣</u></b> (909) 252-4703</p> <p>此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。</p>
書信	<p><b><u>Riverside 縣</u></b> 11070 Magnolia Ave. Riverside, CA 92505</p> <p><b><u>San Bernardino 縣</u></b> San Bernardino County IHSS 686 E. Mill Street San Bernardino, CA 92415</p>
電子郵件	<p><b><u>Riverside 縣</u></b> - <a href="mailto:IHSSHOME@rivco.org">IHSSHOME@rivco.org</a></p> <p><b><u>San Bernardino 縣</u></b> - <a href="mailto:daasciu@hss.sbcounty.gov">daasciu@hss.sbcounty.gov</a></p>



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

<b>網站</b>	<p><b><u>Riverside 縣</u></b></p> <p><a href="http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services">http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services</a></p> <p><b><u>San Bernardino 縣</u></b></p> <p><a href="http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx">http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx</a></p>
-----------	--

## K. 縣專業心理健保計劃

如果您符合醫療必要性標準，您可以透過縣心理健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專業心理健保服務。

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

聯繫縣專業心理健保計劃尋求以下方面的幫助：

- 關於縣提供的行為健康服務的問題



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

## L. 加州醫療保健計劃管理局 (DMHC)

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

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

## M. 幫助人們支付處方藥費用的計劃

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

### M1. 額外補助

由於您有資格參加 Medi-Cal，因此您有資格獲得並且正在自 Medicare 取得「額外補助」來支付您的處方藥計劃費用。您無需執行任何操作即可取得此「額外補助」。

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每週 7 天、每天 24 小時均可免費撥打此號碼。
TTY	1-877-486-2048 This call is free. 此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。
網站	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>



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

## M2. 艾滋病藥物援助計劃 (ADAP)

艾滋病藥物援助計劃 (ADAP) 旨在協助符合 ADAP 資格且患有人類免疫缺乏病毒 (HIV) / 後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 的人士取得能拯救生命的人類免疫缺乏病毒 (HIV) 藥物。Medicare D 部分處方藥若同時也列於艾滋病藥物援助計劃 (ADAP) 處方集中，則有資格透過加州公共衛生部艾滋病 (AIDS) 辦公室獲得處方藥分攤費用援助。注意：要獲得在您所在州營運的 ADAP 的資格，個人必須滿足某些標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州政府定義的低收入以及未投保/投保不足的狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您可以繼續獲得有關資格標準、承保藥物或如何參保該計劃的幫助，請致電 1-844-421-7050 或查詢艾滋病藥物援助計劃 (ADAP) 網站 [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx)。

## N. 社會安全局

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

如果您搬家或更改郵寄地址，請務必聯繫社會安全局並告知他們。

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



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

## O. 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，負責管理全國鐵路工人及其家人的綜合福利計劃。如果您透過 RRB 取得 Medicare，如果您搬家或更改郵寄地址，請務必告知他們。如果您對 RRB 的福利有疑問，請聯繫該機構。

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

## P. 雇主提供的團體保險或其他保險

作為本計劃的一部分，如果您（或您的配偶或同居伴侶）從您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體處取得福利，如果您有任何疑問，可以致電雇主/工會福利管理員或會員服務部。您可以詢問您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員健康福利、保費或參保期限。您還可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048）詢問與本計劃規定的 Medicare 承保相關的問題。

如果您透過您（或您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體取得其他處方藥承保，請聯繫該團體的福利管理員。福利管理員可以幫助您確定您當前的處方藥承保如何與我們的計劃配合。



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

---

## Q. 其他資源

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

如果您有以下方面的問題：

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

Medicare Medi-Cal 監察員計劃可協助您投訴、上訴和舉行聽證會。監察員計劃的電話號碼是 1-888-804-3536。



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

## R. Medi-Cal 牙科計劃

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃取得；包括但不限於以下服務：

- 初始檢查、X 光、洗牙和塗氟處理
- 修復和牙冠
- 根管治療
- 局部和全口假牙、調整、修復和重襯

<b>CALL</b>	<p>1-800-322-6384</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>牙科福利可透過 Medi-Cal 牙科按服務收費和牙科管理式護理 (DMC) 計劃取得。Medi-Cal 牙科按服務收費計劃代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供幫助。</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-735-2922</p> <p>此號碼適用於有聽力或語言障礙的人士。您必須有特殊的電話設備才能撥打此電話。</p>
<b>WEBSITE</b>	<p><a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a></p>

除了 Medi-Cal 牙科按服務收費計劃外，您還可以透過牙科管理式護理計劃取得牙科福利。Sacramento 縣和 Los Angeles 縣提供牙科管理式護理計劃。如果您想瞭解有關牙科計劃的更多資訊，或想要變更牙科計劃，請聯繫 Health Care Options，電話：1-800-430-4263（TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077），週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 提供服務。通話免費。



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



## 第 3 章：使用本計劃承保您的醫療保健和其他承保服務

### 簡介

本章包含您需要瞭解的特定條款和規則，以便透過本計劃獲得醫療保健和其他承保服務。以及包含與您有關的護理協調員的資訊、如何從不同類型的提供者處以及在某些特殊情況下（包括從網絡外醫療服務提供者或藥房）獲得護理、如果您因我們承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦，以及擁有耐用醫療器材 (DME) 的規則。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於《會員手冊》的最後一章中。

### 目錄

A. 有關服務和提供者的資訊.....	34
B. 獲取本計劃承保服務的規則.....	34
C. 您的護理協調員.....	35
C1. 什麼是護理協調員.....	35
C2. 如何聯繫您的護理協調員.....	36
C3. 如何更換您的護理協調員.....	36
D. 服務提供者所供護理.....	36
D1. 基本保健醫生所供護理.....	36
D2. 專科醫生和其他網絡醫療服務提供者所供護理.....	39
D3. 當提供者退出本計劃時.....	40
D4. 網絡外醫療服務提供者.....	41
E. 長期服務與支援 (Long-term services and supports, LTSS).....	41
F. 行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務.....	41
E1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務.....	41
G. 交通服務.....	43
F1. 非急診情況下的醫療交通.....	43
G2. 非醫療交通.....	44
H. 在醫療急診情況下、急需時、或在災難期間的承保服務.....	45
H1. 醫療急診情況下的照護.....	45
H2. 急需照護.....	46
H3. 災難期間照護.....	46



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

I. 如果您因本計劃承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦.....	47
I1. 如果本計劃不承保某些服務怎麼辦 .....	47
J. 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍.....	47
J1. 臨床研究的定義 .....	47
J2. 參與臨床研究時的服務費用 .....	48
J3. 更多關於臨床研究的資訊 .....	48
K. 您的醫療保健服務在宗教非醫療保健機構中如何受保.....	48
K1. 宗教非醫療保健機構的定義.....	48
K2. 宗教非醫療保健機構提供的照護.....	48
L. 耐用醫療器材 (DME) .....	49
L1. 作為本計劃會員所享有的 DME 福利.....	49
L2. 轉換至 Original Medicare 時的 DME 所有權情況 .....	49
在 Original Medicare 計劃中，租用某些類型 DME 的人在 13 個月後即可擁有該用品。 在 Medicare Advantage (MA) 計劃中，該計劃可以設定人們在擁有某些類型的 DME 之前必須租用的月數。 .....	49
注意：您可以在第 12 章中找到 Original Medicare 和 MA 計劃的定義。您還可以在 <i>Medicare &amp; You 2024</i> 手冊中找到更多相關資訊。如果您沒有本手冊的副本，您可以在 Medicare 網站 ( <a href="http://www.medicare.gov/medicare-and-you">www.medicare.gov/medicare-and-you</a> ) 獲取或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 .....	49
如果未選擇 Medi-Cal，您將必須在 Original Medicare 下連續支付 13 次款項，或者您必須 按照 MA 計劃設定的連續付款次數才能擁有 DME 用品，前提是： .....	49
• 當您參與我們的計劃時，您並未成為 DME 用品的所有者，並且 .....	49
• 您退出我們的計劃並在 Original Medicare 計劃或 MA 計劃中的任何健保計劃之外獲得您 的 Medicare 福利。 .....	49
如果您在加入我們的計劃之前根據 Original Medicare 或 MA 計劃支付了 DME 用品的款 項，則這些 Original Medicare 或 MA 計劃付款不計入您離開我們的計劃後需要支付 的款項。 .....	50
• 您必須在 Original Medicare 下連續支付 13 筆新款項或 MA 計劃設定的連續多次新款項 才能擁有 DME 用品。 .....	50
L3. 作為本計劃會員所享有的氧氣設備福利 .....	50
L4. 轉換至 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage (MA) 計劃時的氧氣設備 .....	50



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

---

## A. 有關服務和提供者的資訊

**服務**包括醫療保健（如就診和醫療）、長期服務與支援 (LTSS)、用品、行為健康服務（包括心理健康和保健）、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**是指本計劃支付的任何這些服務。承保的醫療保健、行為健康和長期服務與支持 (LTSS) 在您的《會員手冊》第 4 章中有詳細說明。承保的處方藥和非處方藥在您的《會員手冊》第 5 章中有詳細說明。

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

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

---

## B. 獲取本計劃承保服務的規則

本計劃承保 Medicare 服務並承保或協調所有 Medi-Cal 服務。這包括行為健康和長期服務與支持 (LTSS)。

本計劃將協調您在遵守我們的規則時獲得的醫療保健服務、行為健康服務和長期服務與支持 (LTSS)。若要由本計劃承保：

- 您獲得的照護必須是一項**計劃福利**。這意味著它包含在您的《會員手冊》第 4 章的福利表之中。
- 照護必須是**醫療所需的**。我們所說的「醫療所需」是指合理且保障生命的重要服務。會員需要此類醫療所需照護，以防止個人患上重病或致殘，以及透過治療疾患、疾病或傷害來減輕劇烈疼痛。在醫療服務方面，您必須有一個網絡**基本保健醫生 (PCP)** 來醫囑照護或告知您使用其他提供者。作為計劃會員，您必須選擇網絡醫療服務提供者作為您的 PCP。
  - 在大多數情況下，本計劃必須先給您批准，然後您才能使用並非您 PCP 的醫療服務提供者或使用我們計劃網絡中的其他醫療服務提供者。這稱為**轉介**。如果您未獲得批准，我們可能無法承保這些服務。如欲瞭解有關轉介的更多資訊，請參閱第 35 頁。
  - 本計劃中的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇您的 PCP 時，您也在選擇所屬醫療團體。這意味著您的 PCP 會將您轉介給也隸屬於他們醫療團體的專科醫生和服務。醫療團體或獨立醫生協會 (IPA) 是一個由醫生、專科醫生及其他為 IEHP 會員看診的保健服務提供者所組成的團體。您的基本保健醫生 (PCP) 與醫療團體或獨立醫生協會 (IPA) 會一起為您提供醫療護理。其中包括獲得授權以接受專科醫生看診或醫療服務，如化驗檢查、X 光檢查和 / 或住院。在某些情況下，您的基本保健醫生 (PCP) 將會直接與 IEHP 簽訂合同。



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

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

**IEHP DualChoice 新會員：**大多數情況下，在請求參保 IEHP DualChoice 後，您從次月第一天即加入 IEHP DualChoice 並可使用您的 Medicare 福利。您仍可以從之前的 Medi-Cal 健保計劃中獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。那之後，您將開始透過 IEHP DualChoice 獲得 Medi-Cal 服務。您的 Medi-Cal 承保範圍不會出現任何中斷。如果您有任何問題，請致電 1-877-273-IEHP (4347) (TTY:1-800-718-4347) 聯繫我們。

## C. 您的護理協調員

### C1. 什麼是護理協調員

跨科照護團隊的會員將會協助您使用 IEHP DualChoice 和護理服務提供者，以確保您取得您所需的護理。護理協調員可能是護士或社工。



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

## C2. 如何聯繫您的護理協調員

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

## C3. 如何更換您的護理協調員

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

---

## D. 服務提供者所供護理

### D1. 基本保健醫生所供護理

您必須選擇一個基本保健醫生(PCP) 來提供和管理您的護理。本計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇您的 PCP 時，您也在選擇所屬醫療團體。

#### PCP 的定義以及 PCP 能為您做什麼

PCP 是您的基本保健醫生。您通常會先接受基本保健醫生 (PCP) 的看診以滿足您大多數的例行醫療保健需求。您的基本保健醫生 (PCP) 也會協助您安排或協調您身為 IEHP DualChoice 會員所取得的其餘承保服務。「協調」您的服務包括向其他計劃醫療服務提供者確認或諮詢您的護理相關事宜和進展情況。其中包括：

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

#### 哪些類型的醫療服務提供者可擔任基本保健醫生 (PCP)?

身為 IEHP DualChoice 的會員，您可在《醫療服務提供者與藥房名錄》中選擇任何基本保健醫生 (PCP)。每位參保的家人均可選擇其自己的基本保健醫生 (PCP)。您的基本保健醫生 (PCP) 可以是下列其中一類的醫療服務提供者：

- 家庭醫生和全科醫生通常可為全家人看診
- 內科醫生



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

- 婦產科醫生 (Obstetrician and Gynecologist, OB/GYN) 專門提供婦女健康與妊娠護理。

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

- **基本保健醫生 (PCP) 有提供哪些服務以及有哪些服務是您可以自己取得的？**

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

### 您的基本保健醫生 (PCP) 選擇

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

1) 您在致電 IEHP DualChoice 選擇或更換基本保健醫生 (PCP) 時可能想詢問的問題包括：

- 何種類型的**基本保健醫生 (PCP)** 最適合您？
- **基本保健醫生 (PCP)** 是否有針對患者設定年齡限制？
- **基本保健醫生 (PCP)** 距離您的住家有多近？
- **基本保健醫生 (PCP)** 的診所在晚上和 / 或週末是否有營業？
- **基本保健醫生 (PCP)** 可讓您入住哪家醫院？
- **基本保健醫生 (PCP)** 和診所工作人員會說何種語言？

2) 此外，如果您有特定疑慮，您可能會想在選擇基本保健醫生 (PCP) 前先詢問這些疑慮。請致電與基本保健醫生 (PCP) 的診所聯絡，以瞭解諸如以下事項：

- **基本保健醫生 (PCP)** 是否可在一次看診期間為多名家人看診？
- **基本保健醫生 (PCP)** 是否接受無預約看診和 / 或當日看診。
- **基本保健醫生 (PCP)** 是否會針對填寫表格收費，如要收費，收費金額是多少？
- **基本保健醫生 (PCP)** 會將患者送到哪個化驗室進行化驗？



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

- 您可以接受指定的基本保健醫生 (PCP) 看診，或者您將需接受診所內的其他醫療服務提供者看診。
  - 如果您或您的家人是殘障人士，基本保健醫生 (PCP) 的診所是否有無障礙設施？
- 3) 基本保健醫生 (PCP) 通常會隸屬於特定醫院。當您選擇基本保健醫生 (PCP) 時，請謹記下列事項：
- 您必須從《醫療服務提供者與藥房名錄》中選擇您的基本保健醫生 (PCP)。如果您需要協助選擇基本保健醫生 (PCP) 或更換基本保健醫生 (PCP)，請致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡。
  - 選擇位於您住家 10 英里或 15 分鐘路程範圍內的基本保健醫生 (PCP)。
  - 您所選擇的基本保健醫生 (PCP) 僅可讓您入住特定醫院。盡量選擇可讓您入住您喜歡且位於您住家 30 英里或 45 分鐘路程範圍內之醫院的基本保健醫生 (PCP)。
  - 有些醫院有專門為住院病人提供護理的「駐院醫生」。如果您入住此類醫院之一，只要您仍在住院，「駐院醫生」便會以照顧者的身分為您提供服務。在您出院後，您將會返回基本保健醫生 (PCP) 處以滿足您的醫療保健需求。
  - 如果您因任何理由而需要更換基本保健醫生 (PCP)，您的醫院和專科醫生也可能會隨之變更。您的基本保健醫生 (PCP) 應要會說您的母語。不過如有需要，您的基本保健醫生 (PCP) 可隨時利用語言專線服務以透過口譯員取得協助。

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

### 更換 PCP 的選項

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

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

您要求更換基本保健醫生 (PCP) 的日期將會影響您何時可以開始接受新基本保健醫生 (PCP) 的看診。如果 IEHP DualChoice 是在一個月的 25 號當日或之前收到您的更換要求，則該變更將會在下個月的一號生效。如果 IEHP DualChoice 是在一個月的 25 號之後收到您的更換要求，則該變更將會在下一個月的一號生效。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡以瞭解您何時可以接受新基本保健醫生 (PCP) 的看診，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，



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

太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-IEHP (4347)。您每個月可要求更換一次基本保健醫生 (PCP)。

### 未經您的 PCP 批准即可獲得的服務

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

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

**注意：** 緊急照護必須是即刻需要並且醫療所需的。

- 當您在本計劃的服務地區之外時，您在獲得 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。在您離開服務地區之前致電會員服務部。我們可以在您外出時幫助您獲得透析。
- 流感疫苗和 COVID-19 疫苗接種以及乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗，只要您從網絡醫療服務提供者處獲取。
- 常規婦女保健和計劃生育服務。這包括乳房檢查、篩查乳房 X 光檢查（乳房 X 光片）、巴氏試驗和骨盆檢查，只要您從網絡醫療服務提供者處獲取。
- 家庭生育計劃服務（請參閱第 4 章 [福利表]），但條件是您必須透過網絡醫療服務提供者取得服務。
- 預防服務
- 性傳染病 (Sexually Transmitted Infection, STI) 的診斷與治療
- 敏感服務和保密服務
- 在當地衛生部提供的人類免疫缺乏病毒 (HIV) 檢查和諮詢
- 針對晚期或轉移性第 3 期或第 4 期癌症所提供的生物標記檢查
- 此外，如果有資格從印第安人健保提供者那裡獲得服務，您可以使用這些提供者而無需轉介。

## D2. 專科醫生和其他網絡醫療服務提供者所供護理

專科醫生是為特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。專科醫生有很多種，例如：

- 腫瘤專家照護癌症患者。



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



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

### D3. 當提供者退出本計劃時

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

- 即使我們的提供者網絡在本年度發生變化，我們也必須保證您能不間斷地獲得合格的提供者。
- 我們將通知您您的提供者將退出我們的計劃，以便您有時間選擇新的提供者。
  - 如果您的基本保健或行為健康提供者退出我們的計劃，如果您在過去三年內向該提供者求過診，我們將通知您。
  - 如果您的任何其他提供者離開我們的計劃，如果您被指派給該提供者、當前接受他們的護理或在過去三個月內向他們求過診，我們將通知您。
- 我們幫助您選擇合格的新網絡內提供者來繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您目前正在當前的醫療服務提供者處接受醫療治療或療法，您有權要求，並且我們將與您合作以確保您正在接受的醫療所需的治療或療法能夠繼續進行。
- 我們將為您提供資訊，告訴您可以選擇的不同參保期以及您可能有的變更計劃的選項。
- 如果我們找不到您可以聯繫的合格網絡專科醫生，當網絡內提供者或福利不可用或不足以滿足您的醫療需求時，我們必須安排網絡外專科醫生為您提供護理。需要事先獲得授權，請參閱第 D.4 節以瞭解其他資訊。
- 如果您認為我們沒有用合格的提供者替換您以前的提供者，或者我們沒有很好地管理您的護理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、護理品質申訴，或兩者兼而有之。（更多資訊請參閱第 9 章。）



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

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

#### D4. 網絡外醫療服務提供者

如果會員需要接受服務區域內沒有提供的醫療服務，該護理必須在 IEHP 或獨立醫生協會 (IPA) 的指示和批准下提供。基本保健醫生 (PCP) 和 / 或專科醫生必須向 IEHP 或獨立醫生協會 (IPA) 提出服務要求並附上所有佐證文件 (病情進展紀錄、化驗 / 檢查結果等)。IEHP 或獨立醫生協會 (IPA) 的工作人員將會與合同部門合作以獲得協議函。

如果您使用網絡外提供者，該提供者必須有資格參加 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我們無法向沒有資格參加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的提供者付款。
- 如果您使用的提供者不符合參加 Medicare 的資格，您必須支付您獲得的服務的全部費用。
- 提供者必須告訴您他們是否沒有資格參加 Medicare。

### E. 長期服務與支援 (Long-term services and supports, LTSS)

長期服務與支援 (LTSS) 可以幫助您留在家裡，避免在醫院或專業護理機構住院。您可以透過我們的計劃取得某些 LTSS，包括專業護理機構護理、社區型成人服務 (Community Based Adult Services, CBAS) 和社區支援。另一種 LTSS 類型是居家支援服務計劃，可透過您所在縣的社會服務機構取得。

### F. 行為健康 (心理健康和物質使用障礙) 服務

您可以獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的醫療所需行為健康服務。我們提供 Medicare 承保的行為健康服務。本計劃不提供 Medi-Cal 專業心理健康服務或縣政府物質使用障礙服務，但您可透過您當地的 Riverside 縣心理健康部及 San Bernardino 縣行為健康部取得這些服務。

#### Riverside 縣:

Department of Mental Health  
中央服務團隊: 1-800-706-7500

#### San Bernardino 縣:

Department of Behavioral Health  
服務單位: 1-888-743-1478

#### E1. 在本計劃之外提供的 Medi-Cal 行為健康服務

如果您符合獲得專業心理健康服務的標準，您可以透過縣心理健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 專業心理健保服務。由您當地 Riverside 縣心理健康部和 San Bernardino 縣行為健康部提供的 Medi-Cal 專業心理健康服務包括：

- 心理健康服務



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

- 藥物支援服務
- 日間重症治療
- 日間復健
- 危機干預
- 危機穩定
- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務
- 精神保健機構服務
- 精神住院服務
- 針對性病例管理

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

- 重症門診治療服務
- 住院治療服務
- 門診無藥服務
- 麻醉品治療服務
- 治療鴉片類藥物依賴的納曲酮服務

Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services 服務包括：

- 門診和重症門診服務
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 入院/住院
- 戒斷管理
- 麻醉品治療服務
- 康復服務
- 照護協調



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

除上述服務外，如果您符合標準，則還可以獲得自願住院戒毒服務。

行為健康服務可透過醫療服務提供者、IEHP DualChoice 行為健康護理經理的轉介或透過自行轉介取得。

#### **Riverside 縣：**

Department of Mental Health  
中央服務團隊：1-800-499-3008

#### **San Bernardino 縣：**

Department of Behavioral Health  
服務單位：1-888-743-1478

## **G. 交通服務**

### **F1. 非急診情況下的醫療交通**

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

非急診醫療交通是救護車、擔架車、輪椅車或航空交通。當您需要搭乘交通工具前往約診時，IEHP DualChoice 可為您的醫療需求提供最低費用的承保交通方式和最合適的非急診醫療交通。例如，如果從生理或醫學角度而言您可以由輪椅車運送，那麼 IEHP DualChoice 不會支付救護車費用。只有當您的病情狀況無法進行任何形式的地面交通時，您才有權使用航空交通。

在以下情況下必須使用非急診醫療交通工具：

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

如欲申請您醫生針對非緊急例行約診開立醫囑的醫療交通服務，請致電 1-855-673-3195 與 Call the Car 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請在就診前至少提前 5 個工作日 (週一至週五) 致電中繼服務電話或加州中繼服務電話 711。如需緊急約診，請儘快致電。致電時請準備好您的會員卡。如果您需要更多資訊，也可以致電我們。

#### **醫療交通限制**

IEHP DualChoice 承保從您家到滿足您醫療需求的最近可預約醫療提供者之間的最低費用醫療交通。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保該服務，則不會提供醫療交通服務。如果約診類型由 Medi-Cal 承保，而不是透過健保計劃，那麼 IEHP DualChoice 將幫助您安排交通。本手冊第 4



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

章提供了承保服務清單。IEHP DualChoice 網絡或服務地區以外的的交通不包括在內，除非獲得事前授權。

## G2. 非醫療交通

非醫療交通福利包括往返於您的約診，以獲得您的提供者授權的服務。當您滿足以下條件時，您可以免費搭乘：

- 為獲得您的提供者授權的服務而往返約診，或
- 領取處方藥和醫療用品。

IEHP DualChoice 允許您使用汽車、計程車、公共汽車或其他公共/私人交通方式前往您的提供者授權的非醫療預約以獲得服務。IEHP DualChoice 使用 Call The Car 安排非醫療交通。我們承保滿足您需求的最低費用、非醫療交通類型。

有時，您可以報銷乘坐自行安排的私家車的費用。IEHP DualChoice 必須在您搭車之前批准此安排，並且您必須告訴我們為什麼您不能以其他方式搭乘，例如乘坐公共汽車。您可以透過電話、電子郵件或親自當面告訴我們。**您若自己駕駛，則無法得到報銷。**

里程報銷需要滿足以下所有條件：

- 司機的駕駛執照
- 司機的車輛登記
- 司機的汽車保險證明

如需為已經獲得授權的服務叫車，請致電 Call The Car，電話：1-866-880-3654，每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請在就診前至少提前 5 個工作日 (週一至週五) 致電中繼服務電話或加州中繼服務電話 711。如需**緊急約診**，請儘快致電。致電時請準備好您的會員卡。如果您需要更多資訊，也可以致電我們。

**注意：**美國印第安人可以聯繫當地的印第安健康診所，要求提供非醫療交通工具。

### 非醫療交通限制

IEHP DualChoice 提供從您家到滿足您醫療需求的最近可預約醫療提供者之間的最低費用非醫療交通。**您不能自己開車或直接獲得報銷。**

在以下情況下，非醫療交通不適用：

- 需要一輛救護車、擔架車、輪椅車或其他形式的非急診醫療交通工具才能獲得服務。
- 由於身體或醫療狀況，您需要司機協助往返住所、車輛或治療地點。
- 您坐輪椅，如果沒有司機的幫助，您將無法進出車輛。
- Medicare 或 Medi-Cal 不承保該服務。



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

## H. 在醫療急診情況下、急需時、或在災難期間的承保服務

### H1. 醫療急診情況下的照護

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

- 對您或您未出生的孩子的健康造成嚴重風險；或
- 對身體機能造成嚴重損害；或
- 身體任何器官或部位的嚴重功能障礙；或
- 如是已進入分娩狀態的孕婦，發生以下情況：
  - 在分娩前沒有足夠的時間將您安全地轉移到另一家醫院。
  - 轉移到另一家醫院可能會對您或未出生孩子的健康或安全構成威脅。

如果您有醫療急診情況：

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

### 醫療急診情況下的承保服務

如果您需要乘坐救護車前往急診室，本計劃承保了這一項服務。要瞭解更多資訊，請參閱您《會員手冊》第 4 章中的福利表。

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

本計劃承保您的後續照護。如果您從網絡外醫療服務提供者處獲得急診照護，我們將嘗試讓網絡醫療服務提供者儘快接管您的照護。

### 在非急診情況下獲得急診照護

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

在醫生說這不是急診情況後，我們僅在以下情況下承保您的額外照護：



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

- 您使用網絡醫療服務提供者或
- 您獲得的額外照護被視為「急需照護」，並且您遵循了獲取該服務的規則（請參閱第 H2 節）。

## H2. 急需照護

急需照護是指您在非急診但需要立即照護的情況下獲得的照護。例如，您可能在週末突發舊疾或重度咽喉痛，需要治療。

### 本計劃服務地區之內的急需照護

在大多數情況下，我們僅在以下情況下承保急需照護：

- 您從網絡醫療服務提供者處獲得該照護，**並且**
- 您遵循本章中所述規則。

如果沒有可能或無法合理獲得網絡醫療服務提供者，我們將承保您從網絡外醫療服務提供者處獲得的急需照護。

如果您不清楚您的傷勢或疾病是否屬於緊急性質，請致電與您的基本保健醫生 (PCP) 聯絡。不論在什麼情況下，您都應前往基本保健醫生 (PCP) 處接受護理。如果您在非營業時間無法與您的基本保健醫生 (PCP) 取得聯繫，請致電 24 小時護士諮詢專線 1-888-244-IEHP (4347) 或 TTY 使用者專線 1-866-577-8355 以在您需要時取得協助。如有需要，我們的護士可為您轉接，以讓您透過電話或視訊通話諮詢醫生。如果我們的護士認為您需要進一步協助，其將會指引您前往附近有營業的緊急照顧診所。緊急照顧診所在非營業時間和週末仍有營業，且有些診所還有提供化驗和 X 光檢查。

### 本計劃服務地區之外的急需照護

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

本計劃不承保您在美國之外獲得的急需照護或任何其他照護。

## H3. 災難期間照護

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

請造訪我們的網站，瞭解有關如何在公佈的災難期間獲得所需照護的資訊：[www.iehp.org](http://www.iehp.org)。

在公佈的災難期間，如果您無法使用網絡醫療服務提供者，則可以從網絡外醫療服務提供者處免費獲得照護。如果您在公佈的災難期間無法使用網絡藥房，則可以在網絡外藥房配藥。相關詳細資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。



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

---

## I. 如果您因本計劃承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦

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

**您不應該自己支付該帳單。如果您這樣做，我們可能無法償還您已支付的費用。**

如果您為承保服務付費，或者如果您收到承保醫療服務的帳單，請參閱您的《會員手冊》第 7 章以尋找解決方法。

### I1. 如果本計劃不承保某些服務怎麼辦

本計劃承保以下所有服務：

- 被確定為醫療所需的服務，和
- 本計劃的福利表中列出的服務（請參閱您的《會員手冊》第 4 章）和
- 您可以透過遵循計劃規則獲取的服務。

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

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

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

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

---

## J. 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍

### J1. 臨床研究的定義

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

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

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

如果您想參與 Medicare 批准的臨床研究，您**無需**獲得我們或您的基本保健醫生的批准。如果為您提供照護是研究的一部分，則其提供者**不必**是網絡醫療服務提供者。請注意，這不包括我們的計劃負責給付的福利，其中包括評估福利的臨床試驗或登錄系統。其中包括國家承保範圍判定 (National



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



Coverage Determination, NCD) 和研究裝置試驗 (Investigational Device Trial, IDE) 中指定的某些福利，並且可能需要事先授權和其他計劃規則。

我們鼓勵您在參與臨床研究之前告訴我們。

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

## J2. 參與臨床研究時的服務費用

如果您自願參與 Medicare 批准的臨床研究，則無需為研究項下的服務支付任何費用。Medicare 支付研究項下的服務以及與您的照護相關的日常費用。一旦您加入 Medicare 批准的臨床研究，您獲得的作為研究一部分的大多數服務與用品均受保障。這包括：

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

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

## J3. 更多關於臨床研究的資訊

您可以透過閱讀 Medicare 網站上的「Medicare & Clinical Research Studies」瞭解更多關於加入臨床研究的資訊（[www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)）。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時開通。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

---

## K. 您的醫療保健服務在宗教非醫療保健機構中如何受保

### K1. 宗教非醫療保健機構的定義

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

此福利僅適用於 Medicare A 部分住院服務（非醫療保健服務）。

### K2. 宗教非醫療保健機構提供的照護

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

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

若由本計劃承保，您從宗教非醫療保健機構獲得的照護必須滿足以下條件：



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

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

若具有醫療必要性，本計劃承保沒有天數限制的住院。(請參閱第 4 章的福利表)。

---

## L. 耐用醫療器材 (DME)

### L1. 作為本計劃會員所享有的 DME 福利

耐用醫療器材 (DME) 包括服務提供者預訂的某些醫療所需物品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者預訂的居家使用的病床、靜脈 (IV) 輸液泵、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器和助行器。

您可以一直擁有某些用品，例如假肢。

在本節中，我們將討論您租用的 DME。在 Original Medicare 中，租用特定類型 DME 的人在為該用品支付 13 個月的共付額後就可以擁有該設備。作為本計劃的會員，無論您租用耐用醫療器材 (DME) 多長時間，您都不會獲得它的所有權。

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

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

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

在 Original Medicare 計劃中，租用某些類型 DME 的人在 13 個月後即可擁有該用品。在 Medicare Advantage (MA) 計劃中，該計劃可以設定人們在擁有某些類型的 DME 之前必須租用的月數。

注意：您可以在第 12 章中找到 Original Medicare 和 MA 計劃的定義。您還可以在 *Medicare & You 2024* 手冊中找到更多相關資訊。如果您沒有本手冊的副本，您可以在 Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) 獲取或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

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

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



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

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

- 您必須在 **Original Medicare** 下連續支付 13 筆新款項或 **MA** 計劃設定的連續多次新款項才能擁有 **DME** 用品。
- 當您返回 **Original Medicare** 或 **MA** 計劃時，也沒有例外

### L3. 作為本計劃會員所享有的氧氣設備福利

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

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

當氧氣設備對您來說已不再是醫療所需或當您退出本計劃時，您必須將氧氣設備歸還給所有者。

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

當氧氣設備是醫療所需的，並且您退出本計劃並轉而使用 **Original Medicare** 時，您可以從供應商處將其租用 36 個月。您的每月租金包括氧氣設備以及上文所列用品和服務。

如果氧氣設備在您的租用 36 個月後仍為醫療所需，您的供應商必須：

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

如果在 5 年期結束時氧氣設備仍為醫療所需，那麼：

- 您的供應商無需再提供它，您可以選擇從任何供應商處獲取替換設備。
- 新的 5 年期就開始了。
- 您從供應商處租用 36 個月。
- 您的供應商再提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備為醫療所需，則每 5 年開始一個新的週期。

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



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

## 第 4 章：福利表

---

### 介紹

本章為您介紹我們的計劃承保的服務以及對這些服務的任何限制。它也會為您介紹我們的計劃未承保的福利。關鍵術語及其定義按字母順序出現在《會員手冊》的最後一章中。

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

### 目錄

A. 您的承保服務.....	52
A1. 在公共衛生緊急情況期間.....	52
B. 針對服務提供者 向您收取服務費用的規則.....	52
C. 關於我們計劃的福利表.....	52
D. 我們計劃的福利表.....	55
E. 我們的計劃之外的承保福利.....	83
E1. 加州社區過渡 (California Community Transitions, CCT).....	83
E2. Medi-Cal 牙科方案.....	84
E3. 安寧照護.....	84
E4. 居家支援服務 (IHSS).....	85
E5. 1915(c) 家庭和社區服務 (HCBS) 豁免計劃.....	85
F. 我們的計劃、Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利.....	87



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

---

## A. 您的承保服務

本章為您介紹我們的計劃所承保的服務。您還可以瞭解未承保的服務。有關藥物益處的資訊請參閱第 5 章。本章也解釋了對某些服務的限制。

因為您從 Medi-Cal 獲得援助，所以只要您遵守我們計劃的規則，您就無需為承保服務支付任何費用。有關計劃規則的詳細資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章。

如果您在瞭解所承保的服務方面需要幫助，請致電您的護理協調員 和/或會員服務部，服務電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

### A1. 在公共衛生緊急情況期間

IEHP DualChoice 確保您在聯邦政府、州政府宣布進入緊急狀態或在公共衛生緊急狀態期間可以取得具有醫療必要性的醫療保健服務、器材及承保藥物。

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

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

---

## B. 針對服務提供者 向您收取服務費用的規則

我們不允許我們的網絡內或網絡外服務提供者向您收取承保服務的費用。我們直接向我們的服務提供者付款，我們保護您避免支付任何費用。即使我們向提供者支付的費用低於提供者收取的服務費用，情況也是如此。

您應該永遠都不會從服務提供者那裡獲得承保服務的帳單。如果您收到，請參閱《會員手冊》第 7 章或致電會員服務部。

---

## C. 關於我們計劃的福利表

福利表為您介紹我們計劃支付的服務。它按字母順序列出了承保的服務並對其進行瞭解釋。

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

- 我們必須根據 Medicare 和 Medi-Cal 制定的規則為您提供 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服務。



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

- 服務（包括醫療護理、行為健康和物質濫用服務、長期服務和支援、用品、設備和藥物）必須「具醫療必要性」。具醫療必要性描述您需要預防或診斷的服務、用品或藥物，或治療疾病，或維持您目前的健康狀況。這包括避免您前往醫院或療養院的照顧。這也意味著服務、用品或藥物符合公認的醫療實踐標準。
- 您從網絡提供者處獲得護理。網絡服務提供者是與我們合作的服務提供者。在大多數情況下，我們不會為您從網絡外提供者那裡獲得的護理支付費用。您的《會員手冊》第 3 章包含有關使用網絡和網絡外提供者的更多資訊。
- 您有一個基本保健醫生 (PCP) 或一個護理團隊來提供和管理您的護理。在大多數情況下，您的 PCP 必須授予批准，然後您才能使用不是您的 PCP 的服務提供者或使用計劃網絡中的其他服務提供者。這稱為轉介。您的《會員手冊》第 3 章有更多關於獲得轉介以及何時不需要轉介的資訊。
- 僅當您的醫生或其他網絡提供者首先獲得我們的批准時，我們才會承保福利表中列出的一些服務。這稱為事先授權。我們在福利表中用星號 (\*) 標記需要事先授權的承保服務。

面向所有參與健康和醫療保健計劃 (Wellness and Health Care Planning, WHP) 服務之參保人的重要福利資訊

- 由於 IEHP DualChoice 參與基於價值的保險設計計劃 (Value-Based Insurance Design, VBID) 模型，您將有資格獲得以下 WHP 服務，包括預先護理計劃 (Advanced Care Planning, ACP) 服務：
  - 預先護理規劃 (ACP) 是一項針對醫療護理治療選項進行規劃並設定目標的流程，用於當一個人未來因身體或心理因素而無法作決定的情況。預先護理指示 (Advance Care Directive, ACD) 讓您可以選擇在您無法自己作保健決定時由某人代您作這些決定。這可確保如果您因生病或受傷而無法作醫療保健決定時，能夠由您所信任的人來代您作決定。事先規劃可協助醫生瞭解您的意願、您的個人特質並提供適合您的選項。IEHP 可為您提供預先護理指示 (ACD) 表格及表格填寫指引來協助您完成此流程，以便您的醫生可以瞭解您的選擇。
  - 會員將有機會可以討論此預先護理規劃的內容，也可檢視預先醫療指示及其他長期規劃的選項。
  - IEHP 的「My Life. MyChoice」。此平台可讓會員在網上與家人、照顧者及醫療服務提供者一起建立、上傳並分享其預先護理規劃文件。
  - 此項服務是屬於自願性質且會員可拒絕接受此項服務。
- 針對患有某些慢性病的會員的重要福利資訊。如果您患有以下慢性病並符合某些醫療標準，您可能資格獲得額外福利：
  - 慢性病患者特別補充福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) Vibrant Health Card – 您必須至少確診下列其中一項符合資格的病症：



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

- 慢性酒精及其他藥物依賴
  - 自體免疫疾病
  - 癌症
  - 心血管疾病
  - 慢性心臟衰竭
  - 失智症
  - 糖尿病
  - 末期肝病
  - 末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD)
  - 嚴重血液疾病
  - 人類免疫缺乏病毒 (HIV) / 艾滋病 (AIDS)
  - 慢性肺病
  - 慢性且會使人失能的心理健康疾病
  - 神經系統疾病
  - 中風
- 除了患有上列至少其中一種慢性病症之外，您還必須同時符合下列兩項條件：
    - 屬於住院高風險族群且；
    - 有密集護理協調需求

上述福利是屬於慢性病患者特別補充計劃的一部分。並非所有會員皆符合資格。

如需更多資訊，請參閱福利表中的「幫助某些慢性病」欄目或聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部。

- 所有預防服務皆為免費。請尋找福利表中的預防服務旁邊的這個蘋果🍏。
- **社區支援：**您的個性化護理計劃可能提供社區支援。社區支援具醫療適當性且具有成本效益的替代服務或環境。這些服務對會員來說是可自由選擇使用的。如果您符合條件，這些服務可能會幫助您更獨立地生活。它們不會取代您已經透過 Medi-Cal 獲得的福利。我們提供的社區支援範例包括醫療支持食品和餐食或醫療定制的膳食、對您或您的照護者的幫助或淋浴扶手和坡道。如果您需要幫助或想查詢您可以使用哪些社區支援，請撥打 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。(TTY 使用者專線 1-800-718-4347 或 711) 或致電您的健康照護服務提供者。



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



## D. 我們計劃的福利表

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 <p><b>腹主動脈瘤篩查</b></p> <p>我們為有風險者支付一次性超音波檢查費用。該計劃僅在您有某些風險因素並且您從您的醫生、醫生助理、執業護士或臨床護士專家處獲得轉介的情況下才承保此篩查。</p>	\$0
<p><b>針灸*</b></p> <p>我們在任何一個日曆月內支付最多兩次門診針灸服務的費用，如果具醫療必要性，我們會支付更多費用。</p> <p>如果您患有慢性腰痛，我們還會支付 90 天內最多 12 次針灸就診的費用，定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 持續 12 週或更長時間；</li> <li>● 不具體（沒有可以確定的系統性原因，例如與轉移性疾病、發炎性疾病或感染性疾病無關）；</li> <li>● 與手術無關；且</li> <li>● 與懷孕無關。</li> </ul> <p>此外，如果您的病情有所改善，我們會額外支付 8 次針灸治療慢性腰痛的費用。您每年不得接受超過 20 次針對慢性腰痛的針灸治療。</p> <p>如果您沒有好轉或惡化，則必須停止針灸治療慢性腰痛。</p> <p>如需更多資訊，請致電 1-800-678-9133。</p>	\$0
 <p><b>酒精濫用篩查和諮詢*</b></p> <p>我們為濫用酒精但不依賴酒精的成年人支付一次酒精濫用篩查 (SABIRT) 費用。這包括孕婦。</p> <p>如果您酒精濫用篩查的結果呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格基本保健醫生 (Primary Care Provider, PCP) 或基本保健設施的執業人員所提供的簡短面對面諮詢會談 (條件是您在諮詢期間具有行為能力且能保持清醒以積極參與)。</p>	\$0



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



我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>救護交通服務</b></p> <p>承保的救護交通工服務包括地面、固定翼和旋轉翼（直升機）救護交通服務。救護交通工具會將您帶到最近的可以為您提供護理的地方。</p> <p>您的病情必須嚴重到以其他方式前往護理場所可能會危及您的健康或生命。其他情況的救護交通服務必須得到我們的批准。</p> <p>如果不是緊急情況，我們可能會支付救護交通費用。您的病情必須嚴重到以其他方式前往護理場所可能會危及您的生命或健康。</p>	\$0
<p> <b>每年一次的健康檢查</b></p> <p>您可以每年做一次檢查。這是為了根據您目前的風險因素制定或更新預防計劃。我們每 12 個月支付一次。</p> <p><b>注意：</b> 您的首次年度健康檢查不能在您「歡迎加入 Medicare」就診的 12 個月內進行。然而，在您參加 B 部分 12 個月後，您無需接受「歡迎加入 Medicare」看診即可接受年度健康檢查。</p>	\$0
<p><b>氣喘預防服務</b></p> <p>對於氣喘控制不佳的人，您可以接受氣喘衛教和家庭環境評估，瞭解家中常見的觸發因素。</p>	\$0
<p> <b>骨質測量</b></p> <p>我們為符合條件的會員（通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆症風險者）支付某些程序費用。這些程序識別骨質、發現骨質流失或發現骨品質。</p> <p>我們每 24 個月支付一次服務費用，如果具醫療必要性，我們會更頻繁地支付服務費用。我們還支付費用請醫生查看和評論結果。</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務		您必須支付的費用
	<p><b>乳癌篩查（乳房 X 光攝影檢查）</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 至 39 歲之間的一次基線乳房 X 光攝影檢查</li> <li>• 40 歲及以上女性每 12 個月進行一次篩查性乳房 X 光攝影檢查</li> <li>• 每 24 個月進行一次臨床乳房檢查</li> </ul>	\$0
	<p><b>心臟復健服務*</b></p> <p>我們支付心臟復健服務（例如運動、衛教和諮商）的費用。會員必須符合某些情況並且有醫生的轉介。</p> <p>我們還承保了比心臟復健方案更強化的強化心臟復健方案。</p>	\$0
	<p><b>心血管（心臟）疾病風險降低就診（心臟病治療）</b></p> <p>如果具醫療必要性，我們每年為您的基本保健醫生支付一次或更多的醫療費用，以幫助降低您患心臟病的風險。在就診時，您的醫生可能會：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 討論阿斯匹靈的使用，</li> <li>• 檢查您的血壓，和/或</li> <li>• 給您一些建議，以確保您有良好的飲食。</li> </ul>	\$0
	<p><b>心血管（心臟）疾病檢測</b></p> <p>我們每五年（60 個月）支付一次驗血費用以檢查是否有心血管疾病。這些血液檢查還檢查因心臟病高風險導致的缺陷。</p>	\$0
	<p><b>子宮頸癌和陰道癌篩查</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 對於所有女性：每 24 個月一次抹片檢查和骨盆腔檢查</li> <li>• 對於子宮頸癌或陰道癌高風險的女性：每 12 個月一次抹片檢查</li> <li>• 對於過去 3 年內抹片檢查異常且處於育齡期的女性：每 12 個月一次抹片檢查</li> <li>• 對於 30-65 歲的女性：每 5 年一次人類乳突病毒 (HPV) 檢測或抹片加 HPV 檢測</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>整脊服務*</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>調整脊柱以正確對齊</li> </ul>	\$0
<p> <b>結腸直腸癌篩查</b></p> <p>我們支付以下服務的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危患者每 120 個月（10 年）承保一次，或對於非結腸直腸癌高危患者在先前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次；對於高危患者，在先前篩查結腸鏡檢查或鋇劑灌腸後每 24 個月承保一次。</li> <li>適合 45 歲及以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高危患者，在接受結腸鏡篩查後每 120 個月進行一次。對於最後一次軟式乙狀結腸鏡檢查或鋇劑灌腸後的高危患者，每 48 個月一次。</li> <li>對 45 歲及以上的患者進行糞便潛血檢查篩查。每 12 個月一次。</li> <li>45 至 85 歲且不符合高風險標準之患者的多目標糞便 DNA。每 3 年一次。</li> <li>針對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行基於血液的生物標誌物測試。每 3 年一次。</li> <li>鋇灌腸作為結腸鏡檢查的替代方案，適用於高危患者以及自上次篩查鋇灌腸或上次篩查結腸鏡檢查後 24 個月的患者。</li> <li>對於非高危且 45 歲或以上的患者，鋇劑灌腸可作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方法。在最後一次篩查鋇劑灌腸或篩查軟式乙狀結腸鏡後至少 48 個月一次。</li> </ul> <p>結腸直腸癌篩查測試包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便結直腸癌篩查測試顯示陽性結果後進行後續篩查結腸鏡檢查。</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務		您必須支付的費用
	<p><b>牙科服務</b></p> <p>我們支付某些牙科服務費用，包括但不限於洗牙、補牙和假牙。我們不承保的內容可透過 Medi-Cal 牙科計劃取得，如下方 F2 中所述。</p> <p>當某些牙科服務是受益人主要醫療病症特定治療的組成部分時，我們會支付該服務的費用。一些例子包括骨折或受傷後的頷骨重建、為頷骨癌症放射治療做準備而進行的拔牙、或腎臟移植前的口腔檢查。</p>	\$0
	<p><b>憂鬱症篩查</b></p> <p>我們每年支付一次憂鬱症篩查費用。篩查必須在可以提供後續治療和轉介的基本保健機構中進行。</p>	\$0
	<p><b>糖尿病篩查</b></p> <p>如果您有以下任何風險因素，我們會為此篩查（包括空腹血糖測試）支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高血壓</li> <li>● 有膽固醇和甘油三酯水平異常（血脂異常）的病史</li> <li>● 肥胖</li> <li>● 有高血糖（葡萄糖）病史</li> </ul> <p>在其他一些情況下，可能會承保諸如超重並且有糖尿病家族史等情況的檢測。</p> <p>根據檢測結果，您可能有資格每 12 個月進行最多兩次糖尿病篩查。</p>	\$0
	<p><b>糖尿病自我管理訓練、服務和用品</b></p> <p>我們為所有糖尿病患者支付以下費用（無論他們是否使用胰島素）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 用於監測血糖的用品，包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 血糖監測儀</li> <li>○ 血糖試紙</li> <li>○ 採血筆和採血針</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>結糖尿病自我管理訓練、服務和用品（續）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 用於檢測試紙和監測儀準確性的血糖對照溶液</li> <li>● 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： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一雙治療性訂製成型鞋（包括鞋墊），包括配鞋，每個日曆年額外兩雙鞋墊，<b>或</b></li> <li>○ 一雙深鞋，包括配鞋，每年三雙鞋墊（不包括此類鞋提供的非訂製可拆卸鞋墊）</li> </ul> </li> </ul> <p>在某些情況下，我們會為支付幫助您管理糖尿病的訓練的費用。要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。</p>	
<p><b>陪產士服務</b></p> <p>對於懷孕者，我們在產前和產後期間支付 9 次有陪產士的就診，並在分娩和分娩期間提供支援。</p>	\$0
<p><b>耐用醫療器材 (DME) 和相關用品*</b></p> <p>參考《會員手冊》第 12 章中關於「耐用醫療器材 (DME)」的定義。</p> <p>我們承保以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 輪椅，包括電動輪椅</li> <li>● 拐杖</li> <li>● 電動床墊系統</li> <li>● 床墊乾壓墊</li> <li>● 糖尿病用品</li> <li>● 服務提供者訂購的供居家使用的病床</li> <li>● 靜脈 (IV) 輸液幫和桿</li> <li>● 語音產生裝置</li> <li>● 氧氣設備和用品</li> <li>● 噴霧器</li> <li>● 助行器</li> <li>● 標準弧形手把或四腳柺和替換用品</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>耐用醫療器材 (DME) 和相關用品* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 頸椎牽引 (門上)</li> <li>● 骨刺激器</li> <li>● 透析護理設備</li> </ul> <p>其他物品可能包括在內。</p> <p>我們支付 Medicare 和 Medi-Cal 通常支付的所有具醫療必要性的 DME。承保範圍限符合您醫療需求且費用最低的耐用醫療器材 (DME)。</p>	
<p><b>急診護理</b></p> <p>急診護理是指以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 由受過急診服務訓練的服務提供者提供給予，以及</li> <li>● 需要治療醫療緊急情況。</li> </ul> <p>醫療緊急情況是指伴有劇烈疼痛或嚴重受傷的醫療病症。這種情況非常嚴重，如果不立即就醫，任何具有一般健康和醫學知識的人都可以預期它會導致：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 對您或您未出生的孩子的健康造成嚴重風險；或者</li> <li>● 對身體機能造成嚴重傷害；或者</li> <li>● 對身體任何器官或部位造成嚴重功能障礙。</li> <li>● 對於正在分娩的孕婦，在下列情況時： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在分娩前沒有足夠的時間將您安全地運送到另一家醫院。</li> <li>○ 運送到另一家醫院可能會對您或未出生孩子的健康或安全構成威脅。</li> </ul> </li> </ul> <p>本計劃僅承保美國及其領土內的急診護理。</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診護理且在急診狀況穩定下來之後需要接受住院護理，您可能需要轉到網絡醫院接受護理才能繼續獲得給付。只有當我們的計劃批准您住院時，您才能留在網絡外醫院接受住院治療。</p>
<p><b>家庭計劃生育服務</b></p> <p>法律允許您為某些家庭計劃生育服務選擇任何服務提供者。這意味著任何醫生、診所、醫院、藥房或家庭計劃辦公室。</p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家庭計劃生育檢查與醫學治療</li> <li>● 家庭計劃生育檢驗室和診斷測試</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	<p><b>\$0</b></p>



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>家庭計劃生育服務（續）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家庭計劃生育方法（IUC/IUD、植入物、注射劑、避孕藥、避孕貼片或避孕環）</li> <li>• 有處方的家庭計劃生育用品（保險套、避孕海綿、避孕泡沫劑、避孕薄膜、避孕隔膜、子宮帽）</li> <li>• 不孕症的諮詢和診斷以及相關服務</li> <li>• 性傳播感染 (STI) 的諮詢、檢測和治療</li> <li>• HIV 和 AIDS 以及其他與 HIV 相關的疾病的諮詢和檢測</li> <li>• 永久避孕（您必須年滿 21 歲才能選擇這種家庭計劃生育方法。您必須在手術日期前至少 30 天但不超過 180 天簽署聯邦節育同意書。）</li> <li>• 遺傳諮詢</li> </ul> <p>我們還為其他一些家庭計劃生育服務支付費用。但是，您必須使用我們網絡中的服務提供者來提供以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 治療不孕症（該服務不包括以人工方式受孕。）</li> <li>• 治療 AIDS 和其他與 HIV 相關的疾病</li> <li>• 基因檢測</li> </ul>	
<p> <b>健康和保健教育方案</b></p> <p>我們提供許多專注於某些病症的方案。這些包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康教育課程；</li> <li>• 營養衛教課程；</li> <li>• 戒煙和煙草戒除；和</li> <li>• 護理熱線</li> </ul>	\$0
<p><b>聽力服務*</b></p> <p>我們為您的服務提供者進行的聽力和平衡測試支付費用。這些測試會告訴您是否需要醫學治療。當您從醫生、聽力學家或其他合格的服務提供者處獲得檢測時，它們將作為門診護理承保。</p> <p>助聽器福利包括耳模、調整用品及配件。</p> <p>如果您懷孕或居住在護理機構，我們還會支付助聽器費用，包括：</p> <p style="text-align: center;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>聽力服務* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 模具、耗材和塞頭</li> <li>● 每次維修費用超過 25 美元的維修</li> <li>● 一組初始電池</li> <li>● 獲得助聽器後與同一供應商進行六次訓練、調整和適配</li> <li>● 助聽器試用期租賃</li> <li>● 輔助聽力設備、表面佩戴骨導聽力設備</li> <li>● 助聽器相關聽力學和評估後服務</li> </ul>	
<p><b>特定慢性病症協助*</b></p> <p><b>Vibrant Health Card</b></p> <p>本計劃包含慢性病患者特別補充福利 (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)。這是一項每月提供的津貼，讓會員可以用於支付公用事業費帳單。</p> <p>您可能有資格獲得 Vibrant Health Card，此卡每月提供 \$65 的津貼，以供您支付屬於承保範圍的公用事業費。</p> <p>如欲取得福利資格 (並非所有會員均符合資格)，您必須患有下列其中一項或多項慢性病症並符合下述額外的標準：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 慢性酒精及其他藥物依賴</li> <li>● 自體免疫疾病</li> <li>● 癌症</li> <li>● 心血管疾病</li> <li>● 慢性心臟衰竭</li> <li>● 失智症</li> <li>● 糖尿病</li> <li>● 末期肝病</li> <li>● 末期腎臟病 (End-Stage Renal Disease, ESRD)</li> <li>● 嚴重血液疾病</li> <li>● 人類免疫缺乏病毒 (HIV) / 艾滋病 (AIDS)</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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



我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>特定慢性病症協助 (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 慢性肺病</li> <li>● 慢性且會使人失能的心理健康疾病</li> <li>● 神經系統疾病</li> <li>● 中風；而且</li> </ul> <p>除了患有上列至少其中一種慢性病症之外，您還必須同時符合下列兩項條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 屬於住院高風險族群且；</li> <li>● 需要密集護理協調。</li> </ul> <p>此項福利是屬於慢性病患者特別補充計劃的一部分。並非所有會員皆符合資格。</p>	
<p> <b>HIV 篩查</b></p> <p>我們為以下人員每 12 個月支付一次 HIV 篩查費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 要求進行 HIV 篩查測試，或</li> <li>● 感染 HIV 的風險增加。</li> </ul> <p>對於懷孕的女性，我們在懷孕期間支付最多三次 HIV 篩查測試費用。</p> <p>當您的服務提供者推薦時，我們還會支付額外的 HIV 篩查費用。</p>	\$0
<p><b>居家醫療機構護理*</b></p> <p>在您獲得居家醫療服務之前，醫生必須告訴我們您需要這些服務，並且必須由居家醫療機構提供。</p> <p>我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 兼職或間歇性專業護理和居家醫療助理服務（要獲得居家醫療護理福利，您的專業護理和居家醫療助理服務的總時間必須每天少於 8 小時，每週少於 35 小時。）</li> <li>● 物理治療、職能治療和語言治療</li> <li>● 醫療和社會服務</li> <li>● 醫療設備和用品</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>居家輸液治療</b></p> <p>我們的計劃支付居家輸液治療，定義為將藥物或生物物質注入靜脈或皮下施用並在家中提供給您。施行居家輸液需要以下內容：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 藥物或生物物質，例如抗病毒或免疫球蛋白；</li> <li>● 設備，例如幫；和</li> <li>● 用品，例如管子或導管。</li> </ul> <p>我們的計劃承保居家輸液服務，包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 根據您的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務；</li> <li>● 會員訓練和衛教尚未包含在 DME 福利中；</li> <li>● 遠距監控；和</li> <li>● 由合格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和居家輸液藥物的監測服務。</li> </ul>	\$0
<p><b>安寧照護</b></p> <p>如果您的服務提供者和安寧照護醫療主任預診您的疾病為末期，您有權選擇安寧照護。這意味著您患有絕症，預計將有六個月或更短的生命。您可以從 Medicare 認證的任何安寧照護方案中獲得照護。該計劃必須幫助您找到獲得 Medicare 認證的安寧照護方案。您的安寧照護醫生可以是網絡服務提供者或網絡外服務提供者。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療症狀和疼痛的藥物</li> <li>● 短期喘息服務</li> <li>● 居家護理</li> </ul> <p><b>Medicare A 部分或 B 部分所承保的安寧照護服務和一般服務由 Medicare 支付。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 如需更多資訊，請參閱本章的<b>第 F 部分</b>。</li> </ul> <p><b>對於我們的計劃承保但 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 我們的計劃承保 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務。我們承保這些服務，無論它們是否與您的末期預診有關。您無需為這些服務支付任何費用。</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>安寧照護 (續)</b></p> <p>對於我們計劃的 <b>Medicare D</b> 部分福利可能承保的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安寧照護和我們的計劃絕不會同時承保藥物。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。</li> </ul> <p><b>備註：</b>如果您需要非安寧照護，請致電您的護理協調員以安排服務。非安寧照護是與您的末期預診<b>無關</b>的護理。</p> <p>我們的計劃為未選擇安寧照護福利的身患絕症的會員提供安寧照護諮詢服務（僅限一次）。</p>	
<p> <b>免疫接種</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>肺炎疫苗</li> <li>流感疫苗，每個在秋季和冬季的流感季節一次，如具醫療必要性，可額外接種流感疫苗</li> <li>如果您處於感染 B 型肝炎的高風險或中等風險中，則接種 B 型肝炎疫苗</li> <li>COVID-19 疫苗</li> <li>其他疫苗（如果您有風險並且疫苗符合 Medicare B 部分承保規則）</li> </ul> <p>我們為符合 Medicare D 部分承保規則的其他疫苗支付費用。請參閱您的《會員手冊》第 6 章瞭解更多資訊。</p>	\$0
<p><b>住院治療*</b></p> <p>我們支付以下列出的服務和其他以下未列出但具醫療必要性的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>半私人病房（或具醫療必要性的私人病房）</li> <li>餐食，包括特殊飲食</li> <li>定期護理服務</li> <li>特殊護理病房的費用，例如加護病房或心臟加護病房</li> <li>藥品和藥物</li> <li>檢驗室測試</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	<p>\$0</p> <p>在您的緊急情況穩定後，您必須獲得我們計劃的批准才能在網絡外醫院接受住院治療。</p>



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>住院治療* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● X 光和其他放射科服務</li> <li>● 所需的手術和醫療用品</li> <li>● 器具，例如輪椅</li> <li>● 手術室和恢復室服務</li> <li>● 物理、職能和語言治療</li> <li>● 住院藥物濫用服務</li> <li>● 在某些情況下，以下類型的移植：眼角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺臟、心臟/肺臟、骨髓、幹細胞和腸/多臟器。</li> </ul> <p>如果您需要移植，Medicare 批准的移植中心將審查您的病例並決定您是否適合移植。移植提供者可能在本地或服務區域之外。如果當地的移植提供者願意接受 Medicare 費率，那麼您可以在當地或社區護理模式之外獲得移植服務。如果我們的計劃在我們社區的護理模式之外提供移植服務，並且您選擇在那裡接受移植，我們會為您和其他人安排或支付住宿和交通費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 血液，包括儲存和管理</li> <li>● 醫生服務</li> </ul> <p><b>注意：</b>要成為住院患者，您的提供者必須開立醫囑，正式接納您作為醫院的住院患者。即使您在醫院過夜，您仍然可能被視為「門診患者」。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。</p> <p>您還可以在名為「您是醫院住院患者還是門診患者？如果您有 Medicare - 請詢問！」的 Medicare 情況說明書中找到更多資訊。本情況說明書可在網站 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-InPatient-or-OutPatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-InPatient-or-OutPatient.pdf</a> 上獲取，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可以每週 7 天、每天 24 小時免費撥打這些號碼。</p>	



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>精神病院的住院服務*</b></p> <p>我們為需要住院的心理健康服務支付費用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 如果您需要獨立精神病院的住院服務，我們會支付前 190 天的費用。之後，當地郡心理健康機構支付具醫療必要性的住院精神科服務。超過 190 天的護理授權與當地郡心理健康機構協調。 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 190 天的限制不適用於綜合醫院精神科提供的住院心理健康服務。</li> </ul> </li> <li>● 如果您年滿 65 歲，我們會為您<span style="font-weight: bold;">在精神疾病研究所 (IMD) 獲得的服務</span>支付費用。</li> </ul>	\$0
<p><b>住院：非承保住院期間在醫院或專業護理設施 (SNF) 的承保服務*</b></p> <p>如果您的住院費用不合理且不具醫療必要性，我們將不支付您的住院費用。</p> <p>但是，在某些不承保住院照護的情況下，我們可能會為您<span style="font-weight: bold;">在醫院或護理設施獲得的服務</span>支付費用。要瞭解更多資訊，請聯絡會員服務部。</p> <p>我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫生服務</li> <li>● 診斷測試，如檢驗室測試</li> <li>● X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務</li> <li>● 手術敷料</li> <li>● 用於骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置</li> <li>● 除牙科外的假體和矯形裝置，包括此類裝置的更換或維修。這些是替代以下全部或部分的裝置： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身體內部器官（包括鄰近組織），或</li> <li>○ 身體內部器官機能不能正常運作或發生故障。</li> </ul> </li> <li>● 腿、手臂、背部和頸部支撐帶、護具以及假腿、手臂和眼睛。這包括因破裂、磨損、遺失或病症變化而需要的調整、維修和更換</li> <li>● 物理治療、語言治療和職能治療</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>腎臟疾病服務和用品*</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 腎臟疾病衛教服務，教授腎臟護理並幫助您就您的護理做出正確的決定。您必須患有第四期慢性腎臟病，並且您的醫生必須對您進行轉介。我們承保多達六次腎臟疾病衛教服務。</li> <li>● 門診透析治療，包括臨時離開服務區時的透析治療（如《會員手冊》第 3 章所述），或暫時無法使用或無法就診您的服務提供者時。</li> <li>● 住院透析治療，如果您作為住院患者進入醫院接受特殊護理</li> <li>● 自我透析訓練，包括為您和任何幫助您進行居家透析治療者進行訓練</li> <li>● 居家透析設備和用品</li> <li>● 某些居家支援服務，例如由訓練有素的透析工作人員進行必要的探訪，以檢查您的居家透析情況、在緊急情況下提供幫助以及檢查您的透析設備和供水。</li> </ul> <p>您的 Medicare B 部分藥物福利會支付一些用於透析的藥物。 有關資訊，請參閱此表中的「Medicare B 部分處方藥」。</p>	\$0
<p> <b>肺癌篩查</b></p> <p>如果您滿足以下條件，我們的計劃將每 12 個月支付一次肺癌篩查費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 年齡在 50-77 歲之間，<b>並且</b></li> <li>● 與您的醫生或其他合格的服務提供者進行諮商和共同決策的就診，<b>以及</b></li> <li>● 20 年來每天至少吸煙 1 包，現在沒有肺癌或吸煙的跡象或症狀，或在過去 15 年內戒菸。</li> </ul> <p>第一次篩查後，我們的計劃會根據您的醫生或其他合格服務提供者的書面醫囑，每年支付另一次篩查費用。</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 <p><b>醫學營養療法</b></p> <p>此福利適用於未進行透析的糖尿病或腎臟病患者。它也適用於腎移植後由您的醫生轉介時。</p> <p>在您獲得 Medicare 醫療營養治療服務的第一年，我們會支付三個小時的一對一諮詢服務。如果具醫療必要性，我們可能會批准額外的服務。</p> <p>此後，我們每年支付兩小時的一對一諮詢服務費用。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以在醫生轉介下獲得更多小時的治療。醫生必須開具這些服務的處方，並且更新轉介，如果您在下一個日曆年需要治療，則要每年更新。如果具醫療必要性，我們可能會批准額外的服務。</p>	\$0
 <p><b>Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP)</b></p> <p>我們的計劃支付 MDPP 服務費用。MDPP 旨在幫助您提高健康行為。它提供以下方面的實際訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 長期飲食改變，以及</li> <li>● 增加體力活動，以及</li> <li>● 保持減重和健康生活方式的方法。</li> </ul>	\$0
<p><b>Medicare B 部分處方藥*</b></p> <p>這些藥物在 Medicare B 部分的承保範圍內。我們的計劃支付以下藥物的費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您通常不自己注射的藥物或輸液，一般在您獲得醫生、醫院門診或門診手術中心服務時接受注射或輸注的藥物</li> <li>● 透過耐用醫療器材提供的胰島素（例如醫療所需的胰島素幫浦）</li> <li>● 您使用我們計劃授權的耐用醫療器材（例如噴霧器）而施用的藥物</li> <li>● 如果您患有血友病，您透過注射給予自己的凝血因子</li> <li>● 免疫抑制藥物（如果您在器官移植時是參保 Medicare A 部分的話）</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>Medicare B 部分處方藥* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 注射的骨質疏鬆症藥物。如果您在家中，有經醫生證明與停經後骨質疏鬆症有關的骨折，並且不能自己注射藥物，我們會為這些藥物支付費用</li> <li>● 抗原</li> <li>● 某些口服抗癌藥和抗噁心藥</li> <li>● 用於居家透析的某些藥物，包括肝素、肝素的解毒劑（具醫療必要性時）、局部麻醉劑和紅血球生成刺激劑（如 Epoetin Alfa 或 Darbepoetin Alfa）</li> <li>● IV 免疫球蛋白用於居家治療原發性免疫缺陷疾病</li> </ul> <p>我們在 Medicare B 部分和 D 部分處方藥福利下也承保一些疫苗。</p> <p>您的《會員手冊》第 5 章解釋了我們的門診處方藥福利。它解釋了您必須遵守的規則才能獲得處方承保。</p> <p>您的《會員手冊》第 6 章解釋您透過我們的計劃為門診處方藥支付的費用。</p>	
<p><b>護理設施照護</b></p> <p>護理設施 (NF) 是為無法在家中獲得護理但無需住院者提供護理的地方。</p> <p>我們支付的服務包括但不限於以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 半私人病房（或具醫療必要性的私人病房）</li> <li>● 餐食，包括特殊飲食</li> <li>● 護理服務</li> <li>● 物理治療、職能治療和語言治療</li> <li>● 呼吸治療</li> <li>● 作為您的護理計劃的一部分給予您的藥物。（這包括體內天然存在的物質，例如凝血因子。）</li> <li>● 血液，包括儲存和管理</li> <li>● 通常由護理設施提供的醫療和手術用品</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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



我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>護理設施照護（續）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 通常由護理設施進行的檢驗室測試</li> <li>● 通常由護理設施提供的 X 光和其他放射科服務</li> <li>● 使用設備，例如通常由護理設施提供的輪椅</li> <li>● 醫生/專科護理師服務</li> <li>● 耐用醫療器材</li> <li>● 牙科服務，包括假牙</li> <li>● 視力福利</li> <li>● 聽力檢查</li> <li>● 整脊保健</li> <li>● 足病服務</li> </ul> <p>您通常從網絡護理設施獲得照護。但是，您可能可以從不在我們網絡中的設施獲得照護。如果他們接受我們計劃的付款金額，您可以從以下地方獲得護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您在去醫院之前正在居住的療養院或持續護理退休社區（只要它提供護理設施照護）。</li> <li>● 您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶正在居住的護理設施。</li> </ul>	
<p> <b>肥胖篩查和治療以減輕體重</b></p> <p>如果您的體脂指數為 30 或更高，我們會支付諮詢費用以幫助您減輕體重。您必須在基本保健機構獲得諮詢。這樣，可以透過您的全面預防計劃對其進行管理。與您的基本保健醫生交談以瞭解更多資訊。</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>鴉片類藥物治療方案 (Opioid treatment program, OTP) 服務*</b></p> <p>我們的計劃支付以下服務以治療鴉片類藥物使用障礙 (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 攝入活動</li> <li>• 定期評估</li> <li>• 經美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的藥物（如果適用的話），並且管理和向您提供這些藥物</li> <li>• 物質濫用諮商</li> <li>• 個人和團體治療</li> <li>• 測試您體內的藥物或化學物質（毒理學測試）</li> </ul>	\$0
<p><b>門診診斷測試和治療服務及用品*</b></p> <p>我們支付以下列出的服務以及以下未列出的其他具醫療必要性的服務:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光</li> <li>• 放射（鐳和同位素）治療，包括技術人員材料和用品</li> <li>• 手術用品，例如敷料</li> <li>• 用於骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置</li> <li>• 檢驗室測試</li> <li>• 血液，包括儲存和管理</li> <li>• 其他門診診斷測試</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>門診醫院服務*</b></p> <p>我們為您在醫院門診部就疾病或傷害進行診斷或治療而獲得的具醫療必要性的服務支付費用，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 急診科或門診服務，例如門診手術或觀察服務 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 觀察服務可幫助您的醫生瞭解您是否需要以「住院患者」的身份入院。</li> <li>○ 有時您可以在醫院過夜，並且仍然是「門診患者」。</li> <li>○ 您可以在此情況說明書中獲得有關住院患者或門診患者的更多資訊： <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a>。</li> </ul> </li> <li>● 由醫院收費的檢驗室和診斷測試</li> <li>● 心理健康護理，包括部分住院方案中的護理，如果醫生證明沒有該護理就需要住院治療</li> <li>● 由醫院收費的 X 光和其他放射科服務</li> <li>● 醫療用品，例如夾板和石膏</li> <li>● 整個福利表中列出的預防性篩查和服務</li> <li>● 有些藥不能自行施用</li> </ul>	\$0
<p><b>門診心理健康護理*</b></p> <p>我們支付由以下專業人員提供的心理健康服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 州政府許可的精神科醫生或醫生</li> <li>● 臨床心理師</li> <li>● 臨床社工</li> <li>● 臨床專科護士</li> <li>● 持照專業顧問 (LPC)</li> <li>● 持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)</li> <li>● 執業護士 (NP)</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>門診心理健康護理* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫生助理 (PA)</li> <li>● 適用的州法律允許的任何其他符合 Medicare 資格的心理健 康護理專業人員</li> </ul> <p>我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 診所服務</li> <li>● 日間治療</li> <li>● 心理復健服務</li> <li>● 部分住院或密集門診方案</li> <li>● 個人和團體心理健康評估和治療</li> <li>● 有臨床指徵以評估心理健康結果時的心理測驗</li> <li>● 以監測藥物治療為目的的門診服務</li> <li>● 門診檢驗室、藥物、用品和營養補充品</li> <li>● 精神科諮詢</li> </ul>	
<p><b>門診復健服務*</b></p> <p>我們支付物理治療、職能治療和語言治療的費用。</p> <p>您可以從醫院門診部、獨立治療師辦公室、綜合門診復健設施 (CORF) 和其他設施獲得門診復健服務。</p>	\$0
<p><b>門診藥物濫用服務*</b></p> <p>我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 酒精濫用篩查和諮商</li> <li>● 藥物濫用的治療</li> <li>● 由合格的臨床醫生進行團體或個人諮商</li> <li>● 住院成癮方案中的亞急性解毒</li> <li>● 密集門診治療中心的酒精和/或藥物服務</li> <li>● 緩釋納曲酮 (Vivitrol) 治療</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>門診手術*</b></p> <p>我們支付醫院門診設施和門診手術中心的門診手術和服務費用。</p>	\$0
<p><b>非處方 (Over-the-Counter, OTC) 用品</b></p> <p><b>本計劃給付的服務</b></p> <p>本計劃提供補充福利，為購買特定非處方 (Over-the-Counter, OTC) 用品提供補貼。如需關於此福利的更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部。</p> <p><b>你必須支付的費用</b></p> <p>每季度（每 3 個月）\$40 補貼。如果未使用，該金額不會結轉到下一個期間。</p>	
<p><b>部分住院服務和強化門診服務*</b></p> <p>部分住院治療是一種結構化的積極精神治療方案。它作為醫院門診服務或由社區心理健康中心提供。它比您在醫生或治療師辦公室獲得的護理更加強化。它可以幫助您避免住院。</p> <p>密集門診服務是作為醫院門診服務、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的主動行為（心理）健康治療之結構化方案，其強度比您在您醫生或治療師辦公室接受的護理更強，但不如部分住院治療強。</p>	\$0
<p><b>醫生/服務提供者服務，包括醫生診室就診*</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在以下地方提供的具醫療必要性的醫療保健或手術服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫生診室</li> <li>● 認證的門診手術中心</li> <li>● 醫院門診部</li> </ul> </li> <li>● 專科醫生的諮詢、診斷和治療</li> <li>● 由您的基本保健醫生進行的基本聽力和平衡檢查（如果您的醫生開立醫囑以確定您是否需要治療）</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 遠距醫療服務，為居家透析會員每月在醫院或重要資源醫院的腎透析中心、腎透析設施或居家提供與終末期腎臟病 (ESRD) 相關的看診</li> <li>● 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務</li> <li>● 為患有物質濫用障礙或同時發生的心理健康疾病的會員提供遠距醫療服務</li> <li>● 在以下情況下，用於診斷、評估和治療心理健康疾病的遠距醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您在第一次遠距醫療求診前 6 個月內有過親身就診</li> <li>○ 在接受這些遠距醫療服務期間，您每 12 個月進行一次面對面就診</li> <li>○ 在某些情況下可以對上述情況進行例外處理</li> </ul> </li> <li>● 農村健康診所 (Rural Health Clinics)、聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Centers) 和部落聯邦合格健康中心 (Tribal Federally Qualified Health Centers) 為心理健康就診提供遠距醫療服務。</li> <li>● 在下列情況下，由您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬診療（例如，透過電話或視訊聊天）： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新患者，<b>而且</b></li> <li>○ 該診療與過去 7 天內的診室就診無關，<b>並且</b></li> <li>○ 該診療不會導致在 24 小時內或最快的預約時間內進行診室就診</li> </ul> </li> <li>● 在下列情況下，評估您傳送給您的醫生的影片和/或圖像，並在 24 小時內由您的醫生解釋和進行後續追蹤： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新患者，<b>而且</b></li> <li>○ 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，<b>並且</b></li> <li>○ 該評估不會導致在 24 小時內或最快的預約時間內進行診室就診</li> </ul> </li> <li>● 如果您不是新患者，您的醫生透過電話、網際網路或電子健康紀錄與其他醫生進行諮詢</li> <li>● 在手術前，由其他網絡服務提供者提供的第二個意見</li> <li>● 非例行性牙科護理。承保服務僅限於：</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>醫生/提供者服務，包括醫生診室就診（續）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 頷骨或相關結構的手術</li> <li>○ 固定下頷或面部骨骼的骨折</li> <li>○ 腫瘤性癌症放射治療前拔牙</li> <li>○ 由醫生提供時將承保的服務</li> </ul>	
<p><b>足病服務*</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 足部損傷和疾病（如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和內科或外科治療</li> <li>● 為患有影響腿部的疾病（例如糖尿病）之會員提供例行性足部護理</li> </ul>	\$0
<p> <b>前列腺癌篩查檢查</b></p> <p>對於 50 歲及以上的男性，我們每 12 個月支付一次以下服務費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 直腸指檢</li> <li>● 前列腺特異性抗原 (PSA) 測試</li> </ul>	\$0
<p><b>假體裝置和相關用品*</b></p> <p>假體裝置取代全部或部分身體部位或功能。我們支付以下假體裝置的費用，可能還有此處未列出的其他裝置：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 結腸造口術袋和與結腸造口術護理相關的用品</li> <li>● 腸內和腸外營養，包括餵食套件、輸液幫浦、管道和轉接器、溶液和用於自我注射的用品</li> <li>● 心律調整器</li> <li>● 支撐帶</li> <li>● 假足鞋</li> <li>● 假手臂和假腿</li> </ul> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>假體裝置和相關用品* (續)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 乳房假體 (包括乳房切除術後的手術胸罩)</li> <li>• 用於替換因疾病、受傷或先天性缺陷而被移除或受損的外部臉部身體部位的所有部分的假體</li> <li>• 失禁乳膏和尿布</li> </ul> <p>我們支付一些與假體相關的用品。我們也支付修理或更換假體裝置的費用。</p> <p>我們在白內障摘除或白內障手術後提供一些保障。有關詳細資訊，請參閱本表後面的「視力保健」。</p> <p>我們不會支付假牙裝置的費用。</p>	
<p><b>肺部復健服務*</b></p> <p>我們為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員支付肺部復健方案費用。您必須有治療 COPD 的醫生或服務提供者的轉介才能進行肺部復健。</p>	\$0
<p> <b>性傳播感染 (STI) 篩查和諮商</b></p> <p>我們支付衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎的篩查費用。這些篩查適用於孕婦和某些性傳播感染的高風險群。基本保健醫生必須開立檢測醫囑。我們每 12 個月一次或在懷孕期間的特定時間承保這些檢測。</p> <p>我們還每年為性傳播感染風險增加的性活躍成年人支付最多兩次面對面的高強度行為諮詢治療。每次諮商最長可達 20 到 30 分鐘。僅當基本保健醫生提供這些諮詢服務時，我們才會為這些諮詢服務支付費用。諮詢必須在基本保健機構中進行，例如醫生診室。</p>	\$0



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



我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>專業護理設施 (SNF) 照護*</b></p> <p>我們為以下服務以及此處可能未列出的其他服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 半私人病房，或具醫療必要性的私人病房</li> <li>● 餐食，包括特殊飲食</li> <li>● 護理服務</li> <li>● 物理治療、職能治療和語言治療</li> <li>● 作為您的部分護理計劃獲得的藥物，包括體內天然存在的物質，例如凝血因子</li> <li>● 血液，包括儲存和管理</li> <li>● 護理設施提供的醫療和手術用品</li> <li>● 護理設施提供的檢驗室測試</li> <li>● 護理設施提供的 X 光和其他放射科服務</li> <li>● 設備，例如輪椅，通常由護理設施提供</li> <li>● 醫生/服務提供者服務</li> </ul> <p>您通常從網絡設施獲得照護。但是，您可能可以從不在我們網絡中的設施獲得照護。如果他們接受我們計劃的付款金額，您可以從以下地方獲得護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您在去醫院之前居住的療養院或持續護理退休社區（只要它提供護理設施照護）。</li> <li>● 您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶居住的護理設施。</li> </ul>	\$0
<p> <b>戒烟或戒除煙草諮商</b></p> <p>如果您使用煙草，沒有煙草相關疾病的跡象或症狀，並且想要或需要戒除：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 作為預防服務，我們會在 12 個月內為兩次戒除嘗試支付費用。這項服務對您是免費的。每次戒除嘗試包括最多四次面對面的諮商診療。</li> </ul> <p>如果您使用煙草並被診斷患有煙草相關疾病或正在服用可能受煙草影響的藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 我們為 12 個月內的兩次諮商戒菸嘗試支付費用。每次戒除嘗試諮商包括最多四次面對面的診療。</li> </ul>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>受監督的運動療法 (SET)*</b></p> <p>我們為患有症狀型外周動脈疾病 (PAD) 的會員支付 SET，這些會員需從負責 PAD 治療的醫生那裡獲得轉介。</p> <p>我們的計劃支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 如果滿足所有 SET 要求，則在 12 週內最多 36 次治療</li> <li>● 如果醫療保健提供者認為具醫療必要性，則隨著時間的推移增加 36 次治療</li> </ul> <p>SET 方案必須是：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 30 至 60 分鐘的 PAD 治療性運動訓練方案，用於因血流不順（跛行）而腿部抽筋的會員</li> <li>● 在醫院門診或醫生診室</li> <li>● 由確保利大於弊並接受過 PAD 運動療法訓練的合格人員提供</li> <li>● 在接受基本和高級生命支持技術訓練的醫生、醫生助理或專科護理師/臨床進階護理師的直接監督下</li> </ul>	\$0
<p><b>運輸：非緊急醫療運輸*</b></p> <p>此福利允許運輸是最具成本效益和可達性的。這可以包括：救護車、垃圾車、輪椅車醫療運輸服務，並與輔助運輸協調。</p> <p>在以下情況下批准運輸形式：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您的醫療和/或身體狀況不允許您乘坐公共汽車、客車、計程車或其他形式的公共或私人交通工具，<b>並且</b></li> </ul> <p>根據服務的不同，可能需要事先授權。</p>	\$0
<p><b>運輸：非醫療運輸</b></p> <p>此福利允許乘坐客車、出租車或其他形式的公共/私人交通工具前往醫療服務機構。</p> <p>為了獲得所需的醫療服務（包括前往牙科診所和領取處方藥），需要交通工具。</p> <p>此福利不會限制您的非緊急醫療交通福利。</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>緊急護理</b></p> <p>緊急護理是給予以下治療的護理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 需要立即就醫的非急診情況，<b>或</b></li> <li>● 突發疾病，<b>或</b></li> <li>● 受傷，<b>或</b></li> <li>● 需要立即護理的情況。</li> </ul> <p>如果您需要緊急護理，您應該首先嘗試從網絡服務提供者處獲得。但是，當您無法聯繫網絡提供者時，您可以使用網絡外提供者，因為根據您的情況，從網絡提供者處獲取服務是不可能或不合理的（例如，當您在計劃的服務區域外，並且您因未發現的情況需要立即接受醫療服務，但這不是醫療緊急情況時）。</p> <p>此項承保適用於美國境內以及您的醫療病症需要立即接受護理的情況。</p>	
<p> <b>視力保健</b></p> <p>我們為以下服務支付費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 每年一次例行性眼科檢查<b>和</b></li> <li>● 隱形眼鏡和 / 或眼鏡鏡框每年合計限 <b>\$350</b>。</li> <li>● 眼鏡鏡片可根據醫療必要性獲得全額承保。</li> </ul> <p>我們為眼部疾病和損傷的診斷和治療支付門診醫生服務費用。例如，這包括對糖尿病患者進行糖尿病性視網膜病變的年度眼科檢查以及對年齡相關性黃斑變性的治療。</p> <p>對於青光眼高危險群，我們每年支付一次青光眼篩查費用。青光眼高危險群包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 有青光眼家族史者</li> <li>● 糖尿病患者</li> <li>● 50 歲及以上的非裔美國人</li> <li>● 65 歲或以上的西班牙裔美國人</li> </ul> <p>每次白內障手術後，當醫生放入人工晶狀體時，我們會支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。</p> <p style="text-align: right;">下一頁繼續說明此福利</p>	\$0



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

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
<p><b>視力保健（續）</b></p> <p>如果您有兩次單獨的白內障手術，您必須在每次手術後配戴一副眼鏡。即使您在第一次手術後沒有獲得一副眼鏡，您也無法在第二次手術後獲得兩副眼鏡。</p>	
<p> <b>「歡迎加入 Medicare」預防性就診</b></p> <p>我們承保了一次性的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。該就診包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 查看您的健康狀況，</li> <li>• 關於您需要的預防服務（包括篩查和注射）的衛教和諮詢，以及</li> <li>• 如果您需要，轉介以接受其他護理。</li> </ul> <p><b>備註：</b>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。當您預約時，請告訴您的醫生診室您想安排您的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。</p>	\$0

## E. 我們的計劃之外的承保福利

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

### E1. 加州社區過渡 (California Community Transitions, CCT)

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

您可以從為您居住的郡所提供服務的任何 CCT 領導組織獲得過渡協調服務。您可以在健康照護服務部 (Department of Health Care Services) 網站上找到 CCT 領導組織及其服務的郡的清單：[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)。

#### 對於 CCT 過渡協調服務

Medi-Cal 支付過渡協調服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

#### 對於與您的 CCT 過渡無關的服務

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



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

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

### 藥物承保福利沒有變化

CCT 方案不承保藥物。您繼續透過我們的計劃獲得正常的藥物福利。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

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

## E2. Medi-Cal 牙科方案

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科方案獲得；包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光檢查、清潔和氟化物治療
- 修復體和牙冠
- 根管治療
- 假牙、調整、修理和義齒墊底

Medi-Cal 牙科方案中的牙科福利是按服務收費的。如需更多資訊，或者如果您在尋找接受 Medi-Cal 牙科方案的牙醫方面需要幫助，請撥打客戶服務熱線 1-800-322-6384（TTY 使用者請撥打 1-800-735-2922）。通話是免費的。Medi-Cal 牙科服務方案代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供幫助。您也可以訪問該網站 [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/) 以瞭解更多資訊。

除了按服務收費的 Medi-Cal 牙科方案外，您還可以透過牙科管理式護理方案獲得牙科福利。洛杉磯郡提供牙科管理式護理計劃。如果您想瞭解有關牙科計劃的更多資訊、需要幫助確定您的牙科計劃或想要更改牙科計劃，請在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 1-800-430-4263（TTY 使用者請撥打 1-800-430-7077）聯絡 Health Care Options。通話是免費的。

## E3. 安寧照護

如果您的服務提供者和安寧照護醫療主任預診您的疾病為末期，您有權選擇安寧照護。這意味著您患有絕症，預計將有六個月或更短的生命。您可以從 Medicare 認證的任何安寧照護方案中獲得照護。該方案必須幫助您找到獲得 Medicare 認證的安寧照護方案。您的安寧照護醫生可以是網絡服務提供者或網絡外服務提供者。

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

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

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

對於 Medicare A 部分或 B 部分承保的與您的末期預診疾病無關的服務（急診護理或急需護理除外）



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

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

#### 對於我們計劃的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物

- 安寧照護和我們的計劃絕不會同時承保藥物。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

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

### E4. 居家支援服務 (IHSS)

- IHSS 計劃將幫助支付為您提供的服務之費用，以便您可以安全地留在自己的家中。IHSS 被認為是療養院或寄宿和護理機構等住家以外護理的替代方案。
- 可透過 IHSS 授權的服務類型包括房屋清潔、備餐、洗衣、雜貨購買、個人護理服務（如腸道和膀胱護理、沐浴、美容和輔助醫療服務）、醫療約診陪同以及對精神障礙患者的保護性監督。
- 您的護理協調員可以幫助您向您所在縣的社會服務機構申請 IHSS。

#### Riverside 縣：

1-888-960-4477

週一至週五

上午 8:00 至下午 5:00

#### San Bernardino 縣：

1-877-800-4544

週一至週五

上午 8:00 至下午 5:00

### E5. 1915(c) 家庭和社區服務 (HCBS) 豁免計劃

#### 輔助生活豁免 (ALW)

- 輔助生活豁免(ALW) 為符合 Medi-Cal 資格的受益人提供了居住在輔助生活環境中的選擇，作為長期安置在護理機構中的替代方案。ALW 的目標是促進護理機構恢復為家庭般的社區環境，或阻止急需護理機構安置的受益人接受專業護理人員的接納。
- 加入 ALW 並轉入 Medi-Cal 管理式護理的會員可以繼續加入 ALW，同時還可以獲得我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 ALW 護理協調機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 ALW。

#### 針對有發育障礙的加州人的 HCBS 豁免 (HCBS-DD)

#### 針對有發育障礙人士的加州自決計劃 (SDP) 豁免

- 有兩項 1915(c) 豁免，即 HCBS-DD 豁免和 SDP 豁免，為被診斷出患有發育障礙的人提供服務，該障礙在個人 18 歲生日之前開始，預計將無限期地持續下去。這兩項豁免都是資助某些服務的一種方式，這些服務允許發育障礙人士住在家里或社區，而不是住在有執



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

照的醫療機構。這些服務的費用由聯邦政府的 Medicaid 計劃和加州共同資助。您的護理協調員可以幫助您聯繫 DD 豁免服務。

### 基於家庭和社區的替代方案 (HCBA) 豁免

- HCBA 豁免為面臨療養院或機構安置風險的人士提供護理管理服務。護理管理服務由護士和社工組成的多學科護理管理團隊提供。該團隊協調豁免和州政府計劃服務（例如醫療、行為健康、居家支援服務等），並安排當地社區提供的其他長期服務和支援。護理管理和豁免服務在參與者的社區住所提供。該住宅可以是私人擁有，透過租戶租賃安排獲得保障，也可以是參與者家庭會員的住宅。
- 加入 HCBA 豁免並轉入 Medi-Cal 管理式護理的會員可以繼續加入 HCBA 豁免，同時還可以獲得我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 HCBA 豁免機構合作，協調您獲得的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請居家與社區替代方案 (HCBA) 豁免計劃。

### Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免計劃 (MCWP) 為艾滋病毒感染者提供全面的病例管理和直接護理服務，是護理機構護理或住院治療的替代方案。個案管理是一種以參與者為中心的團隊方法，由註冊護士和社會工作個案經理組成。個案經理與參與者和基本保健醫生、家人、護理人員和其他服務提供者合作，評估將參與者留在家中和社區的護理需求。
- MCWP 的目標是：(1) 為可能需要機構服務的艾滋病毒感染者提供家庭和社區服務；(2) 協助參與者進行艾滋病健康管理；(3) 改善獲得社會和行為健康支援的機會；(4) 協調服務提供者並消除重複服務。
- 加入 MCWP 豁免並轉入 Medi-Cal 管理式護理的會員可以繼續加入 MCWP 豁免，同時享受我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 MCWP 豁免機構合作，協調您收到的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 MCWP。

### 多元化老年人服務計劃 (MSSP)

- 多元化老年人服務計劃 (MSSP) 提供社會和醫療保健管理服務，以幫助個人留在自己的家中和社區。
- 雖然大多數計劃參與者也接受居家支援服務，但 MSSP 提供持續的護理協調，將參與者與其他所需的社區服務和資源聯繫起來，與醫療保健提供者進行協調，並且購買一些無法透過其他方式獲得的所需服務，從而防止或延遲收容。護理管理和其他服務的年度綜合費用必須低於在專業護理機構接受護理的費用。
- 健康和社會服務專業人士團隊為每個 MSSP 參與者提供完整的健康和社會心理評估，以確定所需的服務。然後，該團隊與 MSSP 參與者、他們的醫生、家人和其他人合作擬定個人化護理計劃。服務包括：
  - 護理管理



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

- 成人日托
  - 小型房屋維修/保養
  - 家務、個人護理和保護性監督補充服務
  - 暫托服務
  - 交通服務
  - 諮詢和治療服務
  - 膳食服務
  - 通訊服務（例如翻譯/口譯）。
- 加入 MSSP 豁免並轉入 Medi-Cal 管理式護理的會員可以繼續加入 MSSP 豁免，同時還可以獲得我們計劃提供的福利。我們的計劃與您的 MSSP 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。

---

## F. 我們的計劃、Medicare 或 Medi-Cal 未承保的福利

此部分為您介紹我們的計劃不包括的福利。「排除」是指我們不支付這些福利。Medicare 和 Medi-Cal 也不支付這些福利的費用。

下面的清單描述了一些我們在任何情況下都沒有承保的服務和項目，而一些服務和項目僅在某些情況下被我們排除在外。

除非在列出的特定條件下，否則我們不支付此部分（或本《會員手冊》其他任何地方）中列出的「排除」醫療福利。即使您在緊急設施接受服務，計劃也不會支付服務費用。如果您認為我們的計劃應支付未承保的服務，您可以提出上訴。有關上訴的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。

除了福利表中描述的任何排除或限制之外，我們的計劃不承保以下項目和服務：

- 除非我們將這些服務列為承保服務，否則根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準被認為非「合理且具醫療必要性」的服務。
- 實驗性醫療和外科治療、物品和藥物，除非 Medicare、Medicare 批准的臨床研究或我們的計劃承保它們。有關臨床研究的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 3 章。實驗性治療和項目是醫學界普遍不接受的治療和項目。
- 病態肥胖症的手術治療，除非具醫療必要性且由 Medicare 支付。
- 醫院的私人病房，除非具醫療必要性。
- 私人值班護士。



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



- 醫院或護理設施病房內的個人物品，例如電話或電視。
- 在家中的全日制照護。
- 您的直系親屬或您的家庭會員收取的費用。
- 送到家的餐食。
- 選擇性或自願增強程序或服務（包括減肥、頭髮生長、性能力、運動表現、美容目的、抗衰老和心理表現），除非具醫療必要性。
- 整容手術或其他整容工作，除非因意外傷害或改善身體形狀不正確的部位而需要。但是，我們會支付乳房切除術後乳房的重建費用以及治療另一個乳房以加以匹配的費用。
- 符合承保範圍準則的除脊椎指壓治療外的整脊保健。
- 例行性足部護理，但 D 部分福利表中的足病服務中所述除外。
- 矯形鞋，除非鞋子是腿支撐帶的一部分並且包含在支撐帶的費用中，或者鞋子是供糖尿病足病患者使用。
- 足部支撐裝置，糖尿病足病患者的矯形鞋或治療鞋除外。
- 放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助手術。
- 逆轉節育程序和非處方避孕用品。
- 自然療法服務（使用自然療法或替代療法）。
- 為退伍軍人事務部 (VA) 設施中的退伍軍人提供的服務。但是，當退伍軍人在退伍軍人醫院接受急診服務並且退伍軍人分攤的費用超過我們計劃下的分攤費用時，我們將補償退伍軍人的差額。您仍需對您的費用分攤金額負責。
- 個人用品：個人舒適用品或便利用品和服務，例如電視、健康俱樂部會籍和 / 或類似用品。
- 勃起功能障礙醫療器材



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

## 第 5 章：獲取門診處方藥

---

### 簡介

本章說明獲取門診處方藥的規則。門診處方藥是您的醫療服務提供者為您開具的藥物，您可以從藥房或透過郵購獲得。它們包括 Medicare D 部分及 Medi-Cal 承保的藥物。

我們還承保以下藥物，但本章未對其做詳述：

- **Medicare A 部分承保的藥物。** 它們通常包括您在醫院或護理設施時給您開具的藥物。
- **Medicare B 部分承保的藥物。** 它們包括一些化療藥物、到醫生或其他醫療服務提供者診室就診期間給您注射的一些藥物，以及您在透析診所開具的藥物。要瞭解 Medicare B 部分承保藥物的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 4 章中的福利表。

### 本計劃的門診藥物承保規則

只要您遵循本節中的規則，我們通常會承保您的藥物。

必須有醫生或其他醫療服務提供者為您開具處方，處方必須符合適用的州法律。此人通常是您的基本保健醫生 (PCP)。若您的基本保健醫生將您轉介給其他醫療服務提供者進行治療，也可以是該醫療服務提供者。

您的處方醫生不得出現在 Medicare 的排除或禁止清單或任何類似醫療補助清單中；不得出現在州醫療補助排除清單和州制裁醫療補助清單，或任何類似的州醫療補助清單中。

您通常必須透過網絡藥房配藥。

您的處方藥必須在本計劃的《承保藥物清單》上。我們簡稱為「藥物清單」。

- 如果該藥物不在藥物清單上，我們或許可以破例為您承保該藥物。
- 請參閱第 9 章（若您有問題或投訴該怎麼辦 [承保決定、上訴、投訴]）瞭解如何請求破例。
- 另請注意，我們將根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準對您的處方藥承保申請進行評估。
- 您的藥物必須用於醫學上可接受的適應症。這意味著此藥物的使用已獲得美國食品藥品監督管理局的批准，或者已得到某些醫學參考文獻的支持。您的醫生可能會幫助您確定醫學參考文獻，以支援您要求使用的處方藥。



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

## 目錄

A. 獲取處方配藥.....	91
A1. 在網絡藥房配藥.....	91
A2. 配藥時使用您的計劃會員卡.....	91
A3. 如果您更換了網絡藥房該怎麼辦.....	91
A4. 如果您的藥房退出了網路該怎麼辦.....	91
A5. 使用專科藥房.....	91
A6. 利用郵購服務獲取藥物.....	92
A7. 獲取長期供藥.....	93
A8. 使用不屬於本計劃網路內的藥房.....	93
A9. 將藥費退還給您.....	94
B. 本計劃的藥物清單.....	94
B1. 我們藥物清單上的藥物.....	94
B2. 如何在我們的藥物清單上查找藥物.....	94
B3. 不在我們藥物清單上的藥.....	95
C. 某些藥物的限制.....	96
D. 您的藥物可能不在承保範圍內的原因.....	97
D1. 獲取臨時供藥.....	97
E. 藥物承保變更.....	99
F. 特殊情況下的藥物承保.....	100
F1. 在醫院或專業護理設施內獲取本計劃承保的住院治療.....	100
F2. 長期護理設施.....	100
F3. Medicare 認證的安寧照護方案.....	101
G. 藥物安全和藥物管理方案.....	101
G1. 幫助您安全用藥的方案.....	101
G2. 幫助您管理藥物的方案.....	101
G3. 安全使用阿片類藥物的藥物管理方案.....	102



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

## A. 獲取處方配藥

### A1. 在網絡藥房配藥

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

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

### A2. 配藥時使用您的計劃會員卡

若要配藥，請在您的網絡藥房出示您的計劃 ID 卡。網絡藥房向我們收取您的承保處方藥費用。

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

如果您在配藥時沒有攜帶計劃會員卡或 BIC，請讓藥房聯繫我們以獲得必要的資訊。

若藥房無法獲得必要的資訊，您可能需要在獲取處方藥時先支付全部費用。然後您可以要求我們將費用退還給您。若您無法支付藥費，州和聯邦法律允許藥房在緊急情況下為您提供不少於 72 小時的所需處方藥。立即聯繫會員服務部。我們將盡我們所能提供幫助。

- 若要請求我們將費用退還給您，請參閱《會員手冊》第 7 章。
- 若您在處方藥配藥方面需要幫助，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。

### A3. 如果您更換了網絡藥房該怎麼辦

若您更換了藥房並需要按處方續配藥物，可以要求醫療服務提供者開具新處方，或讓您的藥房將處方轉交給有該藥物的其他藥房。

若您在更改網絡藥房時需要幫助，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。

### A4. 如果您的藥房退出了網路該怎麼辦

如果您開藥的藥房退出了本計劃的網路，您需要尋找新的網絡藥房。

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

### A5. 使用專科藥房

有時必須在專科藥房配藥。專科藥房包括：

- 提供家庭輸液治療藥物的藥房。
- 為療養院等長期護理設施內的居住者提供藥物的藥房。



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

- 通常，長期護理設施設有自己的藥房。如果您是長期護理設施內的居住者，我們會確保您可以在該設施內的藥房獲得所需藥物。
- 若您的長期護理機構藥房不在我們的網絡中，或者您在長期護理機構中難以獲得藥物福利，請聯繫會員服務部。
- 為印第安人健康服務/部落/城市印第安人健康計劃服務的藥房。除緊急情況外，只有美洲原住民或阿拉斯加原住民可以使用這些藥房。
- 可以配髮美國食品藥物管理局（FDA）限制在某些地方使用的藥物或需經特殊處理、提供者協調或使用培訓的藥物的藥房。（注：這種情況應該很少發生。）

要查找專業藥房，請查看《醫療服務提供者與藥房名錄》，造訪我們的網站或聯繫會員服務部或您的護理協調員。

## A6. 利用郵購服務獲取藥物

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃里的網絡郵購服務。通常，透過郵購獲得的藥物是您因慢性病或長期疾病需定期服用的藥物。

我們計劃里的郵購服務允許您訂購長達 90 天用量的供應量。一個 90 天的供應量與一個月供應量具有相同的共付額。

### 透過郵寄方式配藥

如欲取得訂購表以及與透過郵購領取處方藥有關的資訊，請致電 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。

TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。IEHP 的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 也有提供此資訊。

郵購的處方藥通常會在 7-10 天內送達。但有時候，您的郵購可能會延遲。如果處方藥延遲送達，您可與您的基本保健醫生聯絡以索取緊急處方並將該處方攜帶至任何附近的網絡藥房。藥房工作人員可致電 1-888-495-3147 與 MedImpact (與 IEHP DualChoice 合作的公司) 聯絡以取得因郵購流程延遲所需的緊急授權處理。

### 郵購流程

郵購服務對從您那裡或直接從您的醫療服務提供者診室獲得新處方和按您的郵購處方續配藥物都有不同的程式。

#### 1. 藥房從您那裡獲得新處方

藥房會自動按您提供的新處方來配藥並配送。

#### 2. 藥房從您的醫療服務提供者診室獲得新處方

在藥房從醫療服務提供方獲得處方後，它會與您聯繫，瞭解您是希望立即配藥還是稍後再配藥。



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

- 這使您有機會確保藥房提供正確的藥物（包括濃度、數量和形式），並在需要時能使您在發貨前停止或延遲訂單交付。
- 每次藥房與您聯繫時都應回復，以便讓他們知道如何處理新處方並防止運輸出現延誤。

### 3. 按郵購處方續配藥物

如需續配藥物，請在您現有的藥物用完前 21 天聯繫藥房，以確保您的下一個訂單能及時送達。

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

### A7. 獲取長期供藥

您可以獲得我們計劃里藥物清單上所列維持藥物的長期供應。維持藥物是您定期服用的藥物，用於治療慢性病或長期疾病。

一些網絡藥房提供維持藥物的長期供應。90 天的供應量與一個月的供應量具有相同的共付額。

《醫療服務提供者與藥房名錄》中列出了哪些藥房可以為您提供維持藥物的長期供應。您也可以致電會員服務部瞭解更多資訊。

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃里的網絡郵購服務獲得維持藥物的長期供應。請參閱第 A6 節（*使用郵購服務來領取藥物*）以瞭解郵購服務。

### A8. 使用不屬於本計劃網路內的藥房

通常情況下，只有當您無法透過網絡藥房配藥時，我們才會為網絡外藥房配藥付費。我們在我們的服務地區之外也設有網絡藥房，作為我們計劃的會員，您可以前去配藥。

在以下情況下，我們會為網絡外藥房配藥付費：

在前往計劃服務區域外沒有網絡藥房之地區旅行的期間生病如果您在網絡外藥房領取藥物，您可能必須付款。

如果承保 D 部分藥物與醫療緊急狀況的護理有關。

在任何聯邦政府所宣布且您必須撤離或是被迫離開住所的災難或其他公共衛生緊急狀態期間。

若發生您無法使用網絡藥房的緊急情況，我們將會給付您藥物 31 天的藥量。

在這些情況下，請先與會員服務部聯絡以瞭解附近是否有網絡藥房。



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

## A9. 將藥費退還給您

若您必須使用網絡外藥房，獲取處方藥時您通常必須支付全部費用。您可以要求我們向您退還費用。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 可能承保的藥物的全部費用，藥房可能會在 Medi-Cal Rx 支付了藥費後給您報銷。或者，您可以透過提交「Medi-Cal 自付費用報銷 (Conlan)」索償表，要求 Medi-Cal Rx 退款給您。更多資訊請造訪 Medi-Cal Rx 網站：[medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)。

若要瞭解更多資訊，請參閱《會員手冊》第 7 章。

---

## B. 本計劃的藥物清單

我們有一份《承保藥物清單》，簡稱為「藥物清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的幫助下挑選出藥物清單上的藥物。藥物清單還說明了獲得藥物需要遵循的規則。

當您遵循我們在本章中說明的規則時，我們通常會承保本計劃的藥物清單上的藥物。

### B1. 我們藥物清單上的藥物

我們的藥物清單中包括 Medicare 承保的藥物。

您從藥房獲得的大部分處方藥均在您的計劃的承保範圍內。其他藥物，如一些非處方 (OTC) 藥物和某些維他命，可能在 Medi-Cal Rx 的承保範圍內。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心，電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份証 (BIC)。

我們的藥物清單中包括品牌藥、普通藥和生物仿製藥。

品牌藥是一種以藥物製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比典型藥物更複雜的品牌藥（例如基於蛋白質的藥物）稱為生物製品。在我們的藥物清單上，當我們提到「藥物」時，可能是指一種藥物或一種生物製品。

普通藥具有與品牌藥相同的活性成分。一般來說，普通藥和品牌藥一樣有效，而且通常成本更低。許多品牌藥都有普通藥替代品。若您對普通藥或品牌藥是否能滿足您的需求有疑問，請諮詢您的醫療服務提供者。

我們的計劃也涵蓋某些非處方藥和產品。一些非處方藥的成本低於處方藥，而且效果相同。如需更多資訊，請致電會員服務部。

### B2. 如何在我們的藥物清單上查找藥物

若要瞭解您服用的藥物是否在我們的藥物清單上，您可以：

- 請造訪我們計劃的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org)。我們網站上的藥物清單始終是最新的。
- 請致電會員服務部，瞭解某種藥物是否在我們的藥物清單上或索要清單副本。



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

- D 部分未承保的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) 瞭解更多資訊
- 使用我們的「實時福利工具」：<https://members.iehp.org/App/Account/Login> 或致電您的護理協調員或會員服務部。使用此工具，您可以搜尋藥物清單上的藥物，以估算您將支付的費用以及藥物清單上是否有可以治療相同病症的替代藥物。

### B3. 不在我們藥物清單上的藥

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

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

下面是排除藥物的三個一般規則：

1. 本計劃的門診藥物承保範圍（包括 D 部分）無法支付 Medicare A 部分或 B 部分已經承保的藥物。本計劃免費承保 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物，但這些藥物不被視為您的門診處方藥福利的一部分。
2. 本計劃不能承保在美國及其領土以外購買的藥物。
3. 必須獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准或某些醫學參考文獻的支持才能將該藥物用作對您病症的治療。即使某種藥物未獲得批准用於治療您的病症，您的醫生仍可能會為您處方該藥物。這稱為「標示外使用」。本計劃通常不承保為標示外使用的處方藥。

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

- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物\*
- 用於美容或促進毛髮生長的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，產前維他命和氟化物\*製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物\*
- 一家聲明必須由他們進行測試或服務的公司生產的門診藥物

\*某些產品可能屬於 Medi-Cal 承保範圍。請訪問 Medi-Cal Rx 網站 ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) 瞭解更多資訊。



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



## C. 某些藥物的限制

對於某些處方藥，特殊規則中限制了本計劃承保的方式和時間。一般來說，我們的規則鼓勵您購買對您的病症有效且安全的藥物。當一種安全的低價藥物的藥效與高價藥物相同時，我們希望您的醫療服務提供者開具低價藥物處方。

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

若要瞭解有關申請破例的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。

### 1. 當普通藥可得時限制品牌藥的使用

一般來說，普通藥的作用與品牌藥相同，而且通常成本更低。若有品牌藥的普通藥版本，我們的網絡藥房為您提供普通藥版本。

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

### 2. 提前獲得計劃批准

對於某些藥物，您或您的醫生在您配藥前必須獲得本計劃的批准。如果您未獲批准，我們可能不承保該藥物。

### 3. 先試用其他藥物

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

如果藥物 A 對您無效，我們會承保藥物 B。這稱為階段療法。

### 4. 數量限制

對於某些藥物，我們會限制您可以服用的藥量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您每次配藥時可以獲得的藥量。

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



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

## D. 您的藥物可能不在承保範圍內的原因

我們努力讓您的藥物保險很好地配合您的需要，但有時某一藥物可能無法按您滿意的方式進行承保。例如：

- 本計劃不承保您想要服用的藥物。該藥物可能不在我們的藥物清單上。我們可能承保該藥物的普通藥，但不承保您想要服用的品牌藥。藥物可能是新藥，我們尚未對其安全性和有效性進行審查。
- 我們的計劃承保某種藥物，但該藥物的承保範圍有特殊規則或限制。如上節所述，我們計劃承保的某些藥物有限制其使用的規則。在某些情況下，您或您的開藥者可能想要求我們破例。

如果我們未按照您希望的方式承保某種藥物，您可以採取一些措施。

### D1. 獲取臨時供藥

某些情況下，當藥物不在我們的藥物清單上或以某種方式受到限制時，我們可以為您臨時供藥。這會給您留出時間來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。

**若要獲得某種藥物的臨時供應，必須滿足以下兩條規則：**

#### 1. 您服用的藥物：

- 已不再在我們的藥物清單上**或**
- 從未在我們的藥物清單上**或**
- 現在以某種方式受到限制

#### 2. 您必須符合以下其中一種情況：

- 去年您在我們的計劃中。
  - 我們會在**日曆年的前 90 天**承保您的臨時藥物供應。
  - 此臨時供應最多可用於 **31 天**。
  - 若您的處方寫的天數較少，我們允許多次補充，最多可提供 **31 天**的藥物用量。您必須在網絡藥房配藥。
  - 長期護理藥房可能會每次少量提供您的處方藥，以防止浪費。
- 您首次參加我們的計劃。
  - 我們會在**您成為我們計劃會員的前 90 天**承保您的臨時藥物供應。
  - 此臨時供應最多可供應 **31 天**用量。



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

- 若您的處方寫的天數較少，我們允許多次補充，最多可提供 31 天的藥物用量。您必須在網絡藥房配藥。
- 長期護理藥房可能會每次少量提供您的處方藥，以防止浪費。
- 您已經在我們的計劃中超過 90 天，住在一個長期護理機構，並需要立即供應。
  - 我們承保一個 31 天用量供應，若您的處方寫的天數較少，供應量也較少。這是對上述臨時供應的補充。
  - 如果您是在籍會員且您的護理層級有變更，我們將會遵守增量配發的規定允許您續配您的處方藥，直到我們為您提供的過渡期藥量達到 31 天份為止，除非您持有的處方天數較短。

## D2. 要求臨時供應

如需臨時供應藥物，請致電會員服務部。

當您獲得臨時藥物供應後，請儘快與您的醫療服務提供者溝通，以決定在您的藥物用完後該怎麼辦。有以下幾種選擇：

- 換一種藥。

本計劃可能承保對您有效的另一種藥物。請致電會員服務部，索要我們承保的治療相同病症的藥物清單。該清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

### 或者

- 申請破例。

您和您的醫療服務提供者可以向我們申請破例。例如，您可以要求我們承保不在藥物清單上的藥物，或要求我們無限制地承保該藥物。如果您的醫療服務提供者表示您有充分的醫學原因需要破例，他們可以幫助您申請破例。

## D3. 申請破例

若您服用的藥物明年將從我們的藥物清單中刪除或以某種方式受到限制，我們允許您在明年之前申請破例。

- 我們會告知您明年的任何藥物承保變化。您可以要求我們破例並且明年按照您希望的方式承保該藥物。
- 我們會在收到您的破例申請（或您的處方師的支持聲明）後 72 小時內答覆您的申請。

若要瞭解有關申請例外的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。

若您在申請破例情況時需要幫助，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。



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

## E. 藥物承保變更

大部分藥物承保變更發生在 1 月 1 日，但我們可能會在這一年中不時添加或刪除藥物清單上的藥物。我們也可能會改變針對藥物的規則。例如，我們可能：

- 決定是否需要對藥物進行事前批准（在您獲得藥物之前得到我們的許可）。
- 添加或更改您可以獲得的藥量（數量限制）。
- 添加或更改對藥物的階段療法限制（在我們承保一種藥物之前，您必須先試用另一種藥物）。

有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱**第 C 節**。

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

- 市場上出現了一種新的、更便宜的藥物，其藥效與我們的藥物清單上的藥物一樣好，**或**
- 我們得知某藥物不安全，**或**
- 某藥物被撤出市場。

如需更多地瞭解當我們的藥物清單變更時會發生什麼情況，您可以隨時：

- 請造訪 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 在線查看我們當前的藥物清單，**或者**
- 撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，查詢我們當前的藥物清單。

藥物清單的某些變更會**立即**發生。例如：

- **一種新的普通藥上市**。有時，市場上會出現一種新的普通藥，它與我們當前藥單上的品牌藥一樣有效。發生這種情況時，我們可能會刪除品牌藥並添加新的普通藥，但您購買新藥的費用保持不變。

當我們添加新的普通藥時，我們也可能決定將品牌藥保留在清單上，但改變其承保規則或限制。

- 我們可能不會在做出此變更之前通知您，但一旦發生變更，我們將會向您發送資訊，說明我們所做的具體變更。
- 您或您的醫療服務提供者可以要求對這些更改的「破例」。我們將會向您發送通知，其中包含您可以採取的請求破例的步驟。有關破例情況的更多資訊，請參閱本手冊**第 9 章**。
- **一種藥物從市場上撤下**。若美國食品藥品監督管理局 (FDA) 認為您正在服用的藥物不安全，或者藥物製造商將某種藥物從市場上撤下，我們會將其從藥物清單中刪



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

除。若您正在服用此藥，我們會告知您。您的醫療服務提供者也會知道此項變更。其會與您一起尋找適用於您病症的其他藥物。

我們可能會做出會影響您服用藥物的其他變更。我們會提前告知您我們藥物清單的此類其他變更。在以下情況下，可能會發生這些變更：

- FDA 提供了新的指南或存在關於某種藥物的新的臨床指導。
- 我們添加了一種對市場來說並不新鮮的普通藥，**並且**
  - 替換當前在我們藥物清單上的品牌藥，**或者**
  - 更改品牌藥的承保規則或限制。

當發生此類變化時，我們：

- 至少在我們更改藥物清單前 30 天告知您，**或者**
- 讓您知道，并在您請求續配藥物后向您提供 31 天的藥物用量。

這給您留出了時間來與您的醫生或其他處方師溝通。他們可以幫助您決定：

- 我們的藥物清單上是否有您可以服用的類似藥物**或者**
- 您是否應該對這些變更申請破例。若要瞭解有關申請破例的更多資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。

我們可能會對您服用的藥物做出一些變更，但這些變更現在不會影響您。對於此類變更，如果您正在服用我們在年初承保的藥物，在當年的剩餘時間內，我們通常不會取消或改變對該藥物的承保。

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

---

## F. 特殊情況下的藥物承保

### F1. 在醫院或專業護理設施內獲取本計劃承保的住院治療

如果您入住醫院或專業護理設施，接受本計劃承保的住院治療，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。您無需支付共付額。一旦您離開該醫院或專業護理設施，只要您的藥物符合我們所有的承保規則，我們就會承保該藥物。

### F2. 長期護理設施

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

請查看您的《醫療服務提供者與藥房名錄》，瞭解您的長期護理設施的藥房是否屬於我們的網路。如果不是，或者如果需要更多資訊，請聯繫會員服務部。



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

### F3. Medicare 認證的安寧照護方案

安寧照護和本計劃絕不會同時承保藥物。

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

如果您離開安寧照護方案，本計劃將承保您的所有藥物。為了防止您的 Medicare 安寧照護福利結束時藥房出現任何延誤，請攜帶文檔到藥房確認您已離開安寧照護方案。

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

---

## G. 藥物安全和藥物管理方案

### G1. 幫助您安全用藥的方案

每次您配藥時，我們都會注意查看可能的問題，例如藥物錯誤或：

- 可能不需要的藥物，因為您在服用另一種具有相同作用的藥物
- 可能對您的年齡或性別不安全的藥物
- 同時服用時可能對您有害的藥物
- 您對其成分過敏或可能過敏的藥物
- 含有劑量不安全的阿片類止痛藥的藥物

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

### G2. 幫助您管理藥物的方案

您可能會根據不同的病症服用不同的藥物和/或參加藥物管理方案以幫助您安全地使用阿片類藥物。這種情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 方案免費獲得服務。該方案可幫助您和您的醫療服務提供者確保您的各種藥物能夠協同作用，改善您的健康。藥劑師或其他健康專業人士將對您的所有藥物進行全面檢查，並與您討論：

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

然後，他們會給您：



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

- 本次討論的書面總結。該總結中有一個藥物行動計劃，建議您怎樣才能最好地利用您的藥物。
- 一份個人藥物清單，其中包含了您服用的所有藥物以及服用這些藥物的原因。
- 有關安全處置屬於受控物質的處方藥的資訊。

您最好在年度「健康」檢查之前安排藥物檢查，以便可以與醫生討論您的行動計劃和藥物清單。

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

藥物治療管理方案為自願參加，並對符合條件的會員免費。如果我們有適合您需求的方案，我們會為您註冊該方案並向您發送資訊。如果不想參加該方案，請告訴我們，我們會將您移出方案。

若您對這些程式有任何疑問，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。

### G3. 安全使用阿片類藥物的藥物管理方案

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

若您使用從多個醫生或藥房獲得的阿片類藥物，或者您最近服用阿片類藥物過量，我們可能會與您的醫生交談，以確保您使用阿片類藥物適當並且在醫學上屬於必要。在與您的醫生協商時，若我們判定您對處方阿片類藥物或苯二氮平類藥物的使用不安全，我們可能會限制您獲取這些藥物的方式。限制可能包括：

- 要求您從某家藥店和/或某位醫生處獲得此類處方藥
- 限制我們為您承保的藥物數量

如果我們認為應當對您實施一種或多種限制，我們會提前寫信給您。這封信中會說明我們認為應當實施的限制。

**您將有機會告訴我們您喜歡使用哪些醫生或藥房以及任何您認為對我們至關重要的資訊。**如果在您有機會做出回應後，我們決定限制對這些藥物的承保，我們會寫信給您來確認這些限制。

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

如果您滿足以下條件，DMP 可能不適用於您：

- 患有某些疾病，如癌症或鎌狀細胞病，
- 正在接受安寧照護、姑息治療或臨終照護，或
- 住在長期護理設施內。



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

## 第 6 章：您為 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥支付的費用

### 簡介

本章介紹您為門診處方藥支付哪些費用。我們所說的「藥物」是指：

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

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

**額外補助**是一項 Medicare 計劃，旨在幫助收入和資源有限的人士降低 Medicare D 部分處方藥費用（例如保費、自付額和共付額）。「額外補助」也稱為「低收入補助」或「LIS」。

其他關鍵術語及其定義按英文字母順序列於《會員手冊》的最後一章中。

若要瞭解有關處方藥的更多資訊，您可以查看以下章節：

- 我們的《承保藥物清單》。
  - 我們稱之為「藥物清單」。它會告訴您：
    - » 我們為哪些藥物付費
    - » 藥物是否有任何限制
  - 若您需要我們的藥物清單副本，請致電會員服務部。您還可以在我們的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 上找到我們藥物清單的最新副本。
  - IEHP DualChoice 承保您從藥房獲得的大多數處方藥。Medi-Cal Rx 可能涵蓋其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥和某些維他命。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) 瞭解更多資訊。您也可以撥打 Medi-Cal Rx 客戶服務中心電話 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份証 (BIC)。
- 《會員手冊》第 5 章。
  - 它會告訴您如何透過本計劃獲得門診處方藥。
  - 它包含您需要遵循的各項規則。它還說明了本計劃不承保哪些類型的處方藥。



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



- 當您使用計劃的「實時福利工具」查找藥物承保範圍（請參閱第 5 章 B2 節）時，顯示的費用是「實時」提供的，這意味著工具中顯示的費用反映了藥物承保的某個時刻。提供您預計支付的自付費用的估計。您可以致電您的護理協調員或會員服務部以獲取更多資訊。
- 我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》。
  - 在大多數情況下，您必須使用網絡藥房來獲取您的承保藥物。網絡藥房是同意與我們合作的藥房。
  - 《醫療服務提供者與藥房名錄》列出了我們的網絡藥房。若要瞭解有關網絡藥房的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

## 目錄

A. 福利說明 (EOB).....	105
B. 如何跟蹤您的藥物費用 .....	105
C. 您無需為一個月或長期藥物供應支付任何費用 .....	107
C1. 您的藥房選擇 .....	107
C2. 獲取長期供藥 .....	107
C3. 您支付的費用 .....	107
D. 疫苗接種.....	108
D1. 接種疫苗前您需要瞭解的事項 .....	108



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

---

## A. 福利說明 (EOB)

我們的計劃會跟踪您的處方藥。我們跟踪兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額。
- 您的**總藥物費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額加上我們支付的金額。

當您透過我們的計劃獲得處方藥時，我們會向您發送一份稱為 **D 部分福利說明** 的摘要。我們簡稱它為 **D 部分 EOB**。D 部分 EOB 包含有關您服用藥物的更多資訊。D 部分 EOB 包括：

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

我們承保 Medicare 未涵蓋的藥物。

- 您從藥房獲得的大部分處方藥都在此計劃的承保範圍內。Medi-Cal Rx 可能涵蓋其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥和某些維他命。請造訪 [Medi-Cal Rx 網站 \(medi-calrx.dhcs.ca.gov/\)](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份證 (BIC)。
- 若要瞭解本計劃承保哪些藥物，請參閱我們的藥物清單。

---

## B. 如何跟蹤您的藥物費用

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

### 1. 使用您的計劃會員卡。

每次配藥時，請出示您的 IEHP DualChoice ID 卡。這有助於我們瞭解您所使用的處方藥，以及您支付的費用。

### 2. 確保我們獲得我們需要的資訊。

向我們提供您支付藥物費用的收據副本。您可以要求我們退還藥費。

以下是一些您需要給我們提供收據副本的時候：

- 當您在網絡藥房以特價或使用不屬於本計劃福利的折扣卡購買承保藥物時



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

- 當您為根據藥物生產商的患者援助計劃獲得的藥物支付共付額時
- 當您在網絡外藥房購買承保藥物時
- 當您為承保藥物支付全額時

有關要求我們退還給您藥物費用的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 7 章。

### 3. 向我們發送有關他人為您支付款項的資訊。

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

### 4. 檢查我們發送給您的 EOB。

當您收到 D 部分 EOB 郵件時，請確保其完整並正確。

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

如需更多資訊，您可致電與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，或參閱 IEHP DualChoice 《會員手冊》。您也可在本計劃的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 找到 IEHP DualChoice 的《會員手冊》。

### 如果您發現此摘要有錯誤怎麼辦？

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

### 可能存在欺詐行為怎麼辦？

如果此摘要顯示您未服用的藥物或您認為可疑的其他任何內容，請聯繫我們。

- 請致電 IEHP DualChoice 會員服務部。
- 或致電 Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以每週 7 天、每天 24 小時免費撥打這些號碼。
- 如果您懷疑獲得 Medi-Cal 的提供者存在欺詐、浪費或濫用行為，您有權撥打保密免費電話 1-800-822-6222 舉報。其他舉報 Medi-Cal 欺詐行為的方法可參見：  
[www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)。

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



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

## C. 您無需為一個月或長期藥物供應支付任何費用

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

### C1. 您的藥房選擇

您為藥物支付的費用取決於您是否從以下管道獲得藥物：

- 網絡藥房，或
- 網絡外藥房。在有限的情況下，我們也承保網絡外藥房的配藥。請參閱您的《會員手冊》第 5 章，瞭解我們何時會這樣做。
- 郵購藥房。

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

### C2. 獲取長期供藥

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

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

### C3. 您支付的費用

您從藥房獲得的大部分處方藥都在此計劃的承保範圍內。Medi-Cal Rx 可能涵蓋其他藥物，例如一些非處方 (OTC) 藥和某些維他命。請造訪 Medi-Cal Rx 網站 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) 瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話是 800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲得處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人身份證 (BIC)。

當您從以下管道獲得一個月或長期承保處方藥供應時，您應分攤的費用：



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

	網絡藥房	我們計劃中的郵購服務	網絡長期照護藥房	網絡外藥房
	一個月或最多 100 天的供應量	一個月或最多 100 天的供應量	長達 31 天的供應量	最多可供應 31 天用量。覆蓋範圍僅限於某些情形。請參閱您的《會員手冊》第 5 章瞭解詳情。
<b>費用分攤</b> <b>第一層級 (Tier 1)</b>  (普通藥、品牌藥、生物仿製藥)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

有關哪些藥房可以為您提供長期供應的資訊，請參閱我們計劃的《醫療服務提供者與藥房名錄》。

## D. 疫苗接種

**關於疫苗費用的重要資訊：**有些疫苗被認為具有醫療效益。其他疫苗被視為 Medicare D 部分藥物。您可以在本計劃的**承保藥物清單（處方集）**中找到這些疫苗。我們的計劃承保大多數成人 Medicare D 部分疫苗，您無需支付任何費用。請參閱您計劃的**承保藥物清單（處方集）**或聯繫會員服務部，瞭解有關特定疫苗的承保詳情。

我們對 Medicare Part D 部分疫苗接種的承保範圍分為兩部分：

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

### D1. 接種疫苗前您需要瞭解的事項

若您計劃接種疫苗，我們建議您致電會員服務部。

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

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



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

## 第 7 章：要求我們支付您收到的承保服務或藥物帳單

---

### 簡介

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

### 目錄

A. 要求我們支付您的服務或藥物費用 .....	110
B. 向我們發送付款請求 .....	113
C. 承保決定 .....	113
D. 上訴 .....	113



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

## A. 要求我們支付您的服務或藥物費用

您不應該會收到網絡內的醫療服務或藥物帳單。在您獲得承保的服務和藥物後，我們的網絡服務提供者必須向健保計劃收取這些服務和藥物的費用。網絡提供者會聯絡健保計劃以取得這些費用的款項。

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

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

- 如果我們承保這些服務或藥物，我們將直接向提供者付款。
- 如果您已經支付了我們承保的服務或藥物的帳單，您有權要求我們退還這些帳款。
  - 如果您支付了 Medicare 承保服務的費用，我們將向您退還費用。
- 如果您已為已獲得的 Medi-Cal 服務付費，並且滿足以下所有條件，則您可能資格獲得報銷（償還）：
  - 您收到的服務是 Medi-Cal 承保的服務，我們負責支付費用。對於 IEHP DualChoice 未承保的服務，我們不會為您報銷。
  - 您在成為合格的 IEHP DualChoice 會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償還費用。
  - 您提供您為承保服務付費的證明，例如提供者提供的明細收據。
  - 您從 IEHP DualChoice 網絡中的 Medi-Cal 提供者處獲得了承保服務。如果您接受了緊急護理、計劃生育服務或 Medi-Cal 允許網絡外提供者無需預先批准（事先授權）即可提供的其他服務，則您無需滿足此條件。
- 如果承保服務通常需要預先批准（事先授權），您需要提供提供者提供的證明，證明您對承保服務有醫療需求。
- IEHP DualChoice 將透過一封名為「行動通知」的信函告知您是否會向您提供補償。如果您滿足上述所有條件，加入 Medi-Cal 的醫療服務提供者應全額退還您所支付的金額。如果提供者拒絕向您退款，IEHP DualChoice 將全額退還您所支付的金額。我們將在收到索賠後 45 個工作日內向您退款。如果提供者已加入 Medi-Cal，但不在我們的網絡中並且拒絕向您退款，IEHP DualChoice 將會向您退款，但最高限額為 FFS Medi-Cal 將支付的金額。IEHP DualChoice 將向您全額償還緊急服務、計劃生育服務或 Medi-Cal 允許由網絡外提供者無需預先批准而提供的其他服務的自付費用。如果您不符合上述條件之一，我們將不予退款。



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

- 如果出現以下情況，我們將不會向您退款：
  - 您要求並接受的服務不在 Medi-Cal 承保範圍內，例如美容服務。
  - 該服務不屬於 IEHP DualChoice 的承保服務範圍。
  - 您向未接受 Medi-Cal 的醫生求診，但您簽署了一份表格，表示無論如何您都想向該醫生求診，並且您將自行支付服務費用。
- 如果我們不承保服務或藥物，我們會告訴您。
- 如果您有任何疑問，請聯繫會員服務部或您的護理協調員。如果您不知道應該支付什麼，或者收到帳單但不知道該怎麼辦，我們可以提供幫助。如果您想告訴我們有關您已發送給我們的付款請求的資訊，您也可以致電。

以下舉例說明您在哪些情況下可能需要要求我們還款或支付您收到的帳單：

### 1. 當您從網絡外服務提供者獲得急診或緊急所需的醫療服務時（請參閱第 36 頁的第 3 章第 D4 節 [網絡外提供者]）

要求提供者向我們開具帳單。

- 如果您在接受此項服務時支付了全額費用，請要求我們將其退還給您。請寄給我們您已支付的帳單和付款證明。
- 您可能會收到提供者發來的帳單，要求您支付您認為並未虧欠的款項。將帳單和您的任何付款證明發送給我們。
  - 如果應向提供者付款，我們將直接支付給提供者。
  - 如果您已經支付了 Medicare 服務的費用，我們會退還給您。

### 2. 網路醫療服務提供者向您寄送帳單時

網路醫療服務提供者必須始終向我們開具帳單。當您獲得任何服務或處方時，請出示您的計劃會員卡。如果提供者（如醫生或醫院）向您開具的帳單金額超過了我們應分擔的服務費用金額，就屬於不恰當或不適當的收費。**如果您收到任何帳單，請致電會員服務部。請勿支付帳單。**

- 因為我們會支付您所獲得的服務的全部費用，所以您沒有責任要支付任何費用。服務提供者不應向您收取這項服務的任何費用。
- 每次當您收到網路服務提供者的任何帳單時，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡服務提供者以解決這個問題。
- 如果您已經支付了網路服務提供者針對 Medicare 承保服務的帳單，請將帳單和您支付的任何付款證明寄給我們。我們會退還您所支付的承保服務的費用。

### 3. 如果您追溯參保我們的計劃



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



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

- 如果您追溯參保，並且您在參保日期之後支付了帳單費用，您可以要求我們向您退款
- 請將帳單和您所付款項的證明寄給我們。

#### 4. 當您使用網絡外藥房給處方配藥時

如果您使用網絡外藥房，您需要支付處方藥的全部費用。

- 只有很少的情況下，我們會承保在網絡外藥房所配的處方藥。在您要求我們退還您我們應付的分攤部分時，請寄給我們收據的副本。
- 請參閱您的《會員手冊》第 5 章，瞭解有關網絡外藥房的更多資訊。

#### 5. 當您因為沒有隨身攜帶計劃會員卡而全額支付處方藥費用時

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

- 如果藥房無法立即獲得該資訊，您可能需要自行全額支付處方藥費用或帶著您的計劃會員卡重返藥房。
- 在您要求我們退還您我們應付的分攤部分時，請寄給我們收據的副本。

#### 6. 當您為未承保的藥物支付全額處方藥費用時

因為該藥物不在承保範圍內，您可能需支付全額處方藥費用。

- 該藥物可能不在我們網站的《承保藥物清單》（藥物清單）上，或者它可能有您不瞭解或認為不適用於自己的要求或限制。如果您決定購買該藥物，可能需要支付全額費用。
  - 如果您不支付藥物費用，而是認為其應在我們承保範圍內，可以要求做出承保決定（請參閱您的《會員手冊》第 9 章）。
  - 如果您和您的醫生或其他處方師認為您需要立即獲得該藥物，可以要求作出快速承保決定（請參閱您的《會員手冊》第 9 章）。
- 在您要求我們退款時，請將收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生或其他開藥者處取得更多資訊，才可退還給您藥物費用。

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

如果我們拒絕了您的付款請求，您可以對我們的裁決提出上訴。如需瞭解如何提出上訴，請參閱《會員手冊》第 9 章。



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

---

## B. 向我們發送付款請求

請寄給我們您的帳單和您所支付的任何款項的證明。付款證明可以是您開出的支票副本或服務提供者的收據。**建議您複印您的帳單和收據以保留紀錄。**

請將您的付款請求連同任何帳單或收據一起郵寄到以下地址：

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

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

您必須在接受服務、物品或藥物日起 365 天內向我們提出理賠申請。

---

## C. 承保決定

當我們收到您的付款請求時，我們會作出承保決定。這意味著我們會裁決我們的計劃是否承保您的服務、物品或藥物。如有必須由您支付的金額，我們也會對此作出裁決。

- 我們會在需要您提供更多資訊時通知您。
- 如果我們決定我們的計劃承保該項服務、物品或藥物，同時您也遵守了取得此項服務、物品或藥物的所有規定，我們則將支付費用。如果您已經支付了這項服務或藥物的費用，我們會郵寄一張支票，以支付相關費用。如果您尚未支付，我們將直接付款給服務提供者。
- 您的《會員手冊》第 3 章說明了讓您的服務進入承保範圍的規則。您的《會員手冊》第 5 章說明了讓您的 Medicare D 部分處方藥進入承保範圍的規則。
- 如果我們決定不支付服務或藥物的費用，我們會向您寄出一封信函，說明原因。這封信還將說明您可提出上訴的權利。
- 要瞭解有關承保決定的更多詳情，請參閱第 9 章（*如果您有疑問或投訴 [承保決定、上訴和投訴]，您該怎麼辦*）。

---

## D. 上訴

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

正式上訴流程有詳細的程序和截止日期。如需瞭解有關上訴的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章：*如果您有疑問或投訴 [承保決定、上訴和投訴]，您該怎麼辦*。若要針對取得某項醫療保健服務的退款提出上訴，請參閱 **F 節**（*醫療服務*）

- 若要針對取得某項藥物的退款提出上訴，請參閱 **G 節**（*Medicare D 部分處方藥*）。



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

## 第 8 章：您的權利和責任

---

### 簡介

本章說明我們計劃會員的權利和責任。我們必須尊重您的權利。關鍵術語及其定義按英文字母順序出現於《會員手冊》的最後一章中。

### 目錄

A. 您有權要求以你需要的方式獲取服務和資訊 .....	115
B. 我們對您及時取得有承保的服務和藥物的責任 .....	116
C. 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任 .....	117
C1. 我們如何保護您的 PHI .....	117
C2. 您查看自己的醫療紀錄的權利 .....	118
D. 我們向您提供資訊的責任 .....	118
E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您收費 .....	119
F. 您退出本計劃的權利 .....	119
G. 您對自己的醫療保健做出決定的權利 .....	120
G1. 您知道自己的治療選擇和做出決定的權利 .....	120
G2. 如果您無法為自己做出醫療保健決定，您有權說出您想要採取的行動 .....	120
G3. 如果您的指示沒有被遵守，該怎麼辦 .....	121
H. 您有權力提出投訴並要求我們重新考慮我們的決定 .....	121
H1. 如何處理不公平對待或取得有關您的權利的更多資訊 .....	121
I. 計劃會員的責任 .....	122



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 [www.iehp.org](http://www.iehp.org)。

## A. 您有權要求以你需要的方式獲取服務和資訊

我們必須確保提供給您的**所有**服務的方式能在文化上和可取得方式上滿足您的需求。我們還必須以您可以瞭解的方式告訴您我們計劃的福利與您的權利。我們必須讓您知道，您每年在我們計劃中可享受的權利。

- 如需獲取您能瞭解的資訊，您可致電會員服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃還可以使用英語以外的語言和大字體、盲文或音頻等格式提供您資料。若要取得這些替代形式的資料，請致電或寫信至：

IEHP DUALCHOICE

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

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

- To make a standing request to receive materials in languages other than English or alternate format, or to make changes to a standing request, please call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. IEHP DualChoice will keep your information as a standing request for future mailings and communications so you do not need to make a separate request each time.
- Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alterno, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. IEHP DualChoice conservará su información como una solicitud permanente para envíos y notificaciones futuros, para que no tenga que hacer una solicitud por separado cada vez.
- 如需長期獲取西班牙語或其他格式的資料，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務處聯絡，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。IEHP DualChoice 會將您的資訊視為長期要求，以用於今後的郵件往來和通訊，因此您無需每次都單獨提出要求。
- Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc ở định dạng thay thế hoặc để thay đổi yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. IEHP DualChoice sẽ lưu giữ thông tin của quý vị như yêu cầu cố định cho việc gửi thư và thông tin liên lạc trong tương lai, do đó quý vị không cần phải đưa ra yêu cầu riêng cho mỗi lần.



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

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計劃中獲取資訊，並且您想提出投訴，請致電：

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

---

## B. 我們對您及時取得有承保的服務和藥物的責任

作為我們計劃的會員，您享有會員的權利。

- 您有權在我們的網絡中選擇基本保健醫生 (PCP)。網絡服務提供者是與我們合作的服務提供者。您可以在《會員手冊》的**第 3 章**中找到有關哪些類型的服務提供者可以擔任 PCP，以及如何選擇 PCP 等更多的資訊。
  - 致電會員服務部或查看《醫療服務提供者與藥房名錄》以瞭解有關網絡內的服務提供者以及哪些醫生正在接受新病人等的更多資訊。
- 女性有權獲得女性健康專科醫生的服務而無需轉介。轉介是您的 PCP 核准您使用不是您的 PCP 的服務提供者。我們不要求您獲得轉介。
- 您有權在合理的時間內從網絡服務提供者獲得有承保的服務。
  - 這包括獲得專科醫生及時服務的權利。
  - 如果您無法在合理的時間內獲得服務，我們必須支付網絡外護理費用。
- 您有權在未經事先核准的情況下獲得急需的急診服務或護理。
- 您有權在我們任何一家網絡藥房取得處方藥的配藥，不會有長期耽誤。
- 您有權知道何時可以使用網絡外服務提供者。若要瞭解網絡外服務提供者的詳情，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。
- 在您初次加入我們的計劃時且您的條件符合時，您有權保留您目前的服務提供者和授權的服務 12 個月。若要瞭解如何保留您的服務提供者和授權服務的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 1 章**。
- 您有權在護理團隊和護理協調員的協助下，您為您自己的醫療保健做出決定。

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



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

## C. 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任

我們會根據聯邦和州法律的要求保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的個人健康資訊 (PHI) 包括您在加入本計劃時提供給我們的資訊。它還包括您的醫療紀錄和其他醫療和健康資訊。

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

凡是同意接受敏感服務的會員無需取得任何其他的會員授權即可接受敏感服務或提出敏感服務的理賠。IEHP DualChoice 會將有關敏感服務的通訊發送至會員的備用指定郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，或者在沒有指定的情況下，發送至存檔的會員地址或電話號碼。未經取得接受護理的會員的書面授權，IEHP DualChoice 不會向任何其他會員披露與敏感服務相關的醫療資訊。IEHP DualChoice 將以所請求的形式和格式滿足保密通訊的請求，但前提是所請求的形式及格式可便利地生成，或在替代地點便利地生成。會員對與敏感服務相關的保密通訊請求將維持有效，直到會員撤銷此請求或提交新的保密通訊請求。

您可要求我們將與您敏感服務\*有關的資訊寄送至您指定的郵寄地址或電子郵件地址。如欲這麼做，您將需提出要求並填寫一份「保密通訊要求 (Confidential Communication Request, CCR)」表格。您也可在 IEHP 網站下載 / 找到保密通訊要求 (CCR)。請注意，IEHP 將會在收到透過電子方式傳送或電話所提出之要求後的 7 個曆日內或者在收到透過普通郵件所提出之要求後的 14 個曆日內處理保密通訊要求 (CCR) 表格。IEHP 將會確認收到保密通訊要求，且如果您與我們聯絡，我們將會告知您該要求的實施狀態。

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

### C1. 我們如何保護您的 PHI

我們確保沒有未經授權的人能夠查看或更改您的紀錄。

除下述情況外，我們不會將您的 PHI 提供給不為您提供護理或支付護理費用的任何人。如果我們需要這樣做，我們必須首先獲得您的書面許可。您或合法授權為您做出決定的人可以給予書面許可。

有時我們不需要事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律允許或要求的：

- 我們必須向政府機構公佈 PHI，以便他們檢查本計劃的護理品質。
- 我們必須依據法院命令公佈 PHI。
- 我們必須向 Medicare 提供您的 PHI。如果 Medicare 披露您的 PHI 以供研究或其他用途，他們在執行時必須遵守相關的聯邦法律。



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

## C2. 您查看自己的醫療紀錄的權利

- 您有權查看自己的醫療紀錄並獲取其副本。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療紀錄。如果您要求我們這樣做，我們將與您的醫療服務提供方一起決定是否應該做出更改。
- 您有權知道我們是否與他人分享您的 PHI 以及分享方式。

如果您對您 PHI 的隱私有疑問或疑慮，請致電會員服務部。

## D. 我們向您提供資訊的責任

我們計劃的會員有權從我們這裡獲取有關我們的計劃、我們的網絡服務提供者和對您提供的承保服務等資訊。

如果您不會說英語，我們會提供口譯服務來回答您對我們的計劃提出的問題。如需口譯服務，請致電會員服務部。這是為您提供的免費服務。我們還可以為您提供大字體、盲文或音頻等格式的資訊。

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

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 IEHP DualChoice 會員服務處，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），每週 7 天，包括節假日。TTY 使用者應撥打 1-800-718-4347。電話服務免費。

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

如果您想瞭解以下任何資訊，請致電會員服務部：

- 如何選擇或更換計劃
- 我們的計劃，包括：
  - 財務資訊
  - 計劃會員如何評價我們
  - 會員提出上訴的次數
  - 如何退出我們的計劃



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

- 我們的網絡醫療服務提供者和我們的網絡藥房，包括：
  - 如何選擇或更換基本保健醫生
  - 我們的網路醫療服務提供者和藥房的資質
  - 我們如何支付我們網路內的醫療服務提供者
- 承保的服務和藥物，包括：
  - 我們計劃承保的服務（請參閱《會員手冊》第 3 章和第 4 章）和藥物（請參閱《會員手冊》第 5 章和第 6 章）
  - 您的承保項目與藥物的限制
  - 為了取得承保的服務和藥物您必須遵守的規則
- 為什麼某些項目沒有承保，以及您將如何處理（請參閱《會員手冊》第 9 章），包括要求我們：
  - 提供書面說明為什麼某些項目沒有承保
  - 改變我們做出的決定
  - 支付您收到的帳單

---

## E. 網絡醫療服務提供者無法直接向您收費

我們網絡內的醫生、醫院和其他提供者不可以讓您支付承保服務的費用。即使我們向提供者支付的金額低於提供者收取的服務費用，他們也不可以向您結帳或收費。若要瞭解如果網絡醫療服務提供者試圖向您收取承保服務的費用時該怎麼做，請參閱您的《會員手冊》第 7 章。

---

## F. 您退出本計劃的權利

如果您不願意，沒有人可以強迫您留在我們的計劃中。

- 您有權透過 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage 計劃獲得大部分的醫療保健服務。
- 您可以從處方藥計劃或其他 Medicare Advantage 計劃中獲得您的 Medicare D 部分處方藥福利。
- 請參閱《會員手冊》第 10 章：
  - 查詢何時可以加入新的 Medicare Advantage 計劃或處方藥福利計劃的更多資訊。
  - 有關如果您退出我們的計劃，您將如何獲得 Medi-Cal 福利的資訊。



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



## G. 您對自己的醫療保健做出決定的權利

您有權從您的醫生和其他醫療保健提供者那裡取得全部資訊，以協助您自己做出有關您的醫療保健的決定。

### G1. 您知道自己的治療選擇和做出決定的權利

您的服務提供者必須以您可以瞭解的方式解釋您的病情和您的治療選擇。您有權：

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

### G2. 如果您無法為自己做出醫療保健決定，您有權說出您想要採取的行動

有時候，人們會無法為自己做出醫療保健決定。在您發生這種情況之前，您可以：

- **填寫一份書面表格，授予某人為您做出醫療保健決定的權利。**
- **向您的醫生提供一份書面指示，說明如果您變成無法為自己做出決定時（包括您不想接受的護理）如何處理您的醫療護理。**

您用來給出指示的法律文件稱為「預先醫療指示」。有多種不同類型的預先醫療指示及其不同的名稱。例如生前遺囑和醫療保健授權書。

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

- **取得這份表格。** 您可以從您的醫生、律師、法律服務機構或社工取得這份表格。藥房和服務提供者的辦公室通常有這份表格。您可以從網上找到免費表格並下載。
- **填寫表格並簽名。** 這份表格是一份法律文件。您應該考慮讓律師或您信任的其他人（例如家人或您的 PCP）幫您填寫此份表格。



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

- **將副本提供給需要知道的人。**您應該給您醫生一份此表格的副本。您還應該給您指定為您做出決定的人提供一份副本。您可能還想給親密的朋友或家人提供一份副本。請在家裡保留一份副本。
- 如果您正在住院並且您已經簽妥一份預先醫療指示，**請將這份指示的副本帶到醫院。**
  - 醫院會詢問您是否有已簽名的預先指示以及您是否隨身攜帶。
  - 如果您沒有簽名這份預先醫療指示表格，醫院可提供表格並會詢問您是否要簽署。

您有權：

- 將您的預先醫療指示放在您的醫療紀錄中。
- 隨時更改或取消您的預先醫療指示。
- 瞭解預先醫療指示法律的變化。IEHP DualChoice 將在州法更改後的 90 天內通知您更改的內容。

請致電會員服務部瞭解更多資訊。

### **G3. 如果您的指示沒有被遵守，該怎麼辦**

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

---

## **H. 您有權力提出投訴並要求我們重新考慮我們的決定**

您的《會員手冊》第 9 章告訴您如果您對承保的服務或護理有任何問題或疑慮，您可以做什麼。例如，您可以要求我們做出承保決定、提出上訴以更改承保決定或提出投訴。

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

### **H1. 如何處理不公平對待或取得有關您的權利的更多資訊**

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

- 會員服務部。
- 健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。有關 HICAP 的更多詳細資訊，請參閱第 2 章（重要的電話號碼和資源）。
- 監察員計劃，電話：1-888-452-8609。有關此計劃的更多詳細資訊，請參閱《會員手冊》第 2 章。



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

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 每週 7 天, 每天 24 小時。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。(您也可以閱讀或下載「Medicare 權利與保護」, 請前往 Medicare 網站: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。)

---

## I. 計劃會員的責任

計劃會員的責任包括以下所列事項。如果您有任何疑問, 請致電會員服務部。

- **閱讀《會員手冊》**, 瞭解我們的計劃的承保範圍以及獲得承保服務和藥物的規則。有關您在以下事項的詳細資訊:
  - 承保的服務, 請參閱《會員手冊》**第 3 章和第 4 章**。這些章節會說明您的承保及不承保的服務、您需要遵守的規則以及您需要支付的費用。
  - 承保的藥物, 請參閱《會員手冊》**第 5 章和第 6 章**
- **告訴我們您擁有的任何其他健康或處方藥承保的項目**。我們必須確保您在接受醫療照護時可使用所有的保險項目。如果您有其他保險, 請致電會員服務部。
- **告訴您的醫生和其他醫療保健提供者**您是我們計劃的會員。在您取得服務或藥物時, 請出示您的計劃 ID 卡。
- **協助您的醫生和其他醫療保健提供者**為您提供最佳的照護。
  - 向他們提供他們需要的關於您和您的健康的資訊。盡可能瞭解您的健康問題。遵守您和您的提供者所同意的治療計劃和指示。
  - 確保您的醫生和其他服務提供者瞭解您服用的所有藥物, 其中包括處方藥、非處方藥、維他命和營養補充品。
  - 心中有任何疑問都可提問。您的醫生和其他服務提供者必須以您可以瞭解的方式解釋事情。如果您提出問題但是您不瞭解他們的回答, 請再問。
- **與您的護理協調員合作**, 包括完成年度健康風險評估。
- **尊重他人**。我們希望所有計劃會員都尊重他人的權利。我們還希望您您的醫生診所、醫院和其他服務提供者的地方都以尊重的態度對待他人。
- **支付您的待繳費用**。計劃會員有責任支付以下款項:
  - 由於您符合「額外補助」的資格, 因此只要您有遵守本計劃的規定, 您便無需為處方藥支付任何費用。如果您不再符合額外補助的資格, 您的藥物費用有可能會變更。
  - 如果您取得我們的計劃未承保的任何服務或藥物, 您必須支付全額費用。(注: 如果您不同意我們不承保服務或藥物的決定, 您可以提出上訴。請參閱第 9 章 [如果您有問題或投訴 {承保決定、上訴、投訴}, 您該怎麼辦] 瞭解如何提出上訴。)



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

- **如果您搬家，請告訴我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。請致電會員服務部。
  - **如果您搬出我們的服務區域，您將不得繼續留在我們的計劃中。**只有住在我們服務區域的人才能成為計劃的會員。《會員手冊》第 1 章將向您說明我們的服務區域。
  - 我們可以幫助您瞭解，您是否會搬離我們的服務區域。
  - 在您搬家時，請告訴 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。若要查詢 Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼，請參閱《會員手冊》第 2 章。
  - **如果您搬家但是仍然在我們的服務區，我們仍然需要知道。**我們需要更新您的會員紀錄並知道如何與您聯絡。
- **如果您有新的電話號碼或更好的聯絡方式，請告訴我們。**
- **如果您有任何疑問或疑慮，請致電會員服務部尋求協助。**



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

## 第 9 章：如果您有問題或投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦

---

### 介紹

本章包含有關您的權利的資訊。閱讀本章以瞭解在以下情況下的對策：

- 您對自己的計劃有疑問或投訴。
- 您需要某項服務、用品或藥物，而您的計劃說它不會支付此費用。
- 您不同意您的計劃對您的照護做出的裁決。
- 您認為自己的承保服務結束得過早。
- 您對自己的長期服務與支持有疑問或投訴，其中包括社區型成人服務 (CBAS) 和照護設施 (NF) 服務。
- 本章分為幾個不同部分，以幫助您輕鬆找到所需資訊。**如果您有疑問或疑慮，請閱讀本章中適用於您的情況的部分。**
- 您應該獲得經您的醫生以及其他提供者確定對您的照護而言有必要作為您的照護計劃一部分的醫療保健、藥物以及長期服務與支持。**如果您對自己的照護有任何疑問，可以撥打 1-888-452-8609 致電監察員計劃尋求幫助。**本章說明了您在不同問題和投訴上擁有的不同選擇，但您可以隨時致電監察員計劃來幫助指導您解決問題。有關解決您疑慮的其他資源及其聯繫方式，請參閱您的《會員手冊》第 2 章。



如果您有疑問，請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。這是免付費電話。如需進一步資訊，請前往 [www.iehp.org](http://www.iehp.org)。

## 目錄

A. 如果您有問題或疑慮怎麼辦 .....	127
A1. 關於法律術語 .....	127
B. 獲得幫助的管道 .....	127
B1. 如需瞭解更多資訊和說明 .....	127
C. 瞭解我們計劃中的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴 .....	128
D. 您的福利問題 .....	128
E. 承保決定和上訴 .....	129
E1. 承保決定 .....	129
E2. 上訴 .....	129
E3. 承保決定和上訴方面的幫助 .....	130
E4. 本章的哪一節可以幫助您 .....	130
F. 醫療保健 .....	131
F1. 使用本節 .....	131
F2. 要求作出承保決定 .....	132
F3. 提出 1 級上訴 .....	133
F4. 提出 2 級上訴 .....	136
F5. 付款問題 .....	141
G. Medicare D 部分處方藥 .....	142
G1. D 部分承保決定和上訴 .....	142
G2. D 部分例外處理 .....	143
G3. 關於請求例外的重要事項 .....	144
G4. 要求承保決定，包括例外情況 .....	144
G5. 提出 1 級上訴 .....	146
G6. 提出 2 級上訴 .....	148
H. 要求我們承保更長的住院時間 .....	149
H1. 瞭解您的 Medicare 權利 .....	150
H2. 提出 1 級上訴 .....	151



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

H3. 提出 2 級上訴.....	152
H4. 提出 1 級替代上訴.....	153
H5. 提出 2 級替代上訴.....	154
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務 .....	154
I1. 您的承保結束前的提前通知 .....	155
I2. 提出 1 級上訴.....	155
I3. 提出 2 級上訴.....	156
I4. 提出 1 級替代上訴 .....	157
I5. 提出 2 級替代上訴 .....	158
J. 將您的上訴超過 2 級.....	158
J1. Medicare 服務和項目的後續步驟.....	158
J2. 額外的 Medi-Cal 上訴 .....	159
J3. D 部分藥物申請的 3、4 和 5 級上訴.....	160
K. 如何投訴.....	161
K1. 什麼樣的問題應該投訴.....	161
K2. 內部投訴.....	162
K3. 外部投訴.....	163



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

---

## A. 如果您有問題或疑慮怎麼辦

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

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

### A1. 關於法律術語

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

例如，我們使用：

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

瞭解正確的法律術語可以幫助您更清楚地溝通，因此我們也提供了這些術語。

---

## B. 獲得幫助的管道

### B1. 如需瞭解更多資訊和說明

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

#### 來自健康保險諮詢與倡導方案的幫助

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

#### 來自 Medicare Medi-Cal 監察員計劃的幫助

您可以致電 Medicare Medi-Cal 監察員計劃並與倡導員討論您的健康承保問題。他們提供免費的法律幫助。監察員計劃與我們或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。他們的電話號碼是 1-888-804-3536，他們的網站是 [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org)。

#### 來自 Medicare 的幫助和資訊

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



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



- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

### 加州醫療保健服務部的幫助

加州醫療保健服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式醫療監察員可以提供幫助。如果您在加入、更改或退出健康計劃時遇到問題，他們可以提供幫助。如果您搬家並且無法將您的 Medi-Cal 轉移到您的新縣，他們也可以提供幫助。您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間致電 1-888-452-8609 聯繫監察員。

### 來自加州醫療保健計劃管理局的幫助

聯繫加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 以獲得免費幫助。DMHC 負責監管健康計劃。DMHC 幫助人們就 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、聽力障礙或語言障礙人士可以使用免費 TDD 號碼 1-877-688-9891。您也可以訪問 DMHC 的網站 [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)。

加州醫療保健計劃管理局負責管理健康照護服務計劃。如果您想對健保計劃提出申訴，您應先致電 **1-877-273-IEHP (4347)** 聯絡您的健保計劃並使用您健保計劃的申訴流程，之後才與管理局聯絡。使用此申訴程序並不會妨礙您使用任何潛在法定權利或您也許能使用的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健保計劃未針對您的申訴提出令您滿意的解決方案，或者申訴超過 30 天仍未獲得解決，您可致電聯絡管理局尋求協助。您可能也符合獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的資格。如果您符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格，獨立醫療審查 (IMR) 流程會對下列情況進行公正的審查：健保計劃對建議服務或治療的醫療必要性所作的醫療決定、對實驗性或研究性治療所作的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理局也有免付費電話 (1-888-466-2219) 和供聽語障人士使用的 TDD 專線 (1-877-688-9891)。管理局網站 [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) 有網上投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和說明。

---

## C. 瞭解我們計劃中的 Medicare 和 Medi-Cal 投訴和上訴

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

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

---

## D. 您的福利問題

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



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

<p><b>您的疑問或疑慮是否涉及您的福利或承保範圍？</b></p> <p>這包括有關是否承保特定醫療照護或處方藥、其承保方式的問題，以及有關醫療照護或處方藥付款的問題。</p>	
<p><b>是。</b></p> <p>我的問題涉及福利或承保範圍。</p> <p>請參閱<b>第 E 節</b>「承保決定和上訴」。</p>	<p><b>否。</b></p> <p>我的問題不涉及福利或承保範圍。</p> <p>請參閱<b>第 K 節</b>「如何投訴」。</p>

## E. 承保決定和上訴

要求作出承保決定和提出上訴的流程可處理與您的福利和承保範圍有關的問題。它還包括付款問題。

### E1. 承保決定

承保決定是我們就您的福利和承保範圍或我們為您的醫療服務或藥物支付的金額作出的裁決。例如，每當您接受醫療照護時，您的計劃網絡醫生都會為您做出（有利的）承保決定（請參閱您的《會員手冊》第 4 章 H 部分）。

您或您的醫生也可以聯繫我們並要求作出承保決定。您或您的醫生可能不確定我們是否承保特定醫療服務，或者我們是否可能拒絕提供您認為自己需要的醫療照護。**如果您想在自己獲得醫療服務之前知曉我們是否為其承保，可以要求我們為您作出承保決定。**

每當我們裁決對您的承保範圍以及我們的支付金額時，我們就會作出承保決定。在某些情況下，我們可能會裁決某項服務或藥物不在 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍內或不再屬於承保範圍。如果您不同意此承保決定，可以提出提出上訴。

### E2. 上訴

如果我們作出了承保決定而您對該裁決不滿意，可以「上訴」該裁決。上訴是一種要求我們審查和變更我們作出的承保決定的正式途徑。

當您首次對裁決提出上訴時，這種上訴叫做 1 級上訴。在這種上訴中，我們會審查我們作出的承保決定，以檢查我們是否正確遵循了所有規則。您的上訴將由作出最初不利裁決的人以外的其他審查者處理。

在大多數情況下，您必須從第 1 級開始上訴。如果您不想首先向 Medi-Cal 服務計劃提出上訴，如果您的健康問題很緊急或對您的健康造成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛並需要立即做出決定，您可以在 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 上向醫療保健計劃管理局 (DMHC) 索取獨立醫療審查。參考第 128 頁瞭解更多資訊。



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

當我們完成審查時，我們會給您我們的決定。在某些情況下，本章稍後會解釋，您可以要求加急或「快速承保決定」或對承保決定提出快速上訴。

如果我們**否絕**您的部分或全部要求，我們將給您寄一封信。如果您的問題與 **Medicare** 醫療服務或用品或 **B** 部分藥物的承保有關，該信函將告訴您我們已將您的個案寄給獨立審查組織 (IRO) 進行 2 級上訴。如果您的問題與 **Medicare D** 部分或 **Medicaid** 服務或用品的承保有關，該信函將告訴您如何自行提交 2 級上訴。有關 2 級上訴的更多資訊，請參閱 **F4 部分**。如果您的問題涉及 **Medicare** 和 **Medicaid** 承保服務或用品的承保，該信函將為您提供有關這兩種類型的 2 級上訴的資訊。

如果您對 2 級上訴裁決不滿意，可以進行更高級別的上訴。

### E3. 承保決定和上訴方面的幫助

您可以透過以下任一管道尋求幫助：

- **會員服務號碼**在頁面底部。
- **Medicare Medi-Cal 監察員計劃：1-855-501-3077。**
- **健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)**，電話：1-800-434-0222。
- **醫療保健計劃管理局 (DMHC) 的幫助中心**提供免費幫助。DMHC 負責監管健康計劃。DMHC 幫助人們就 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、聽力障礙或語言障礙人士可以使用免費 TDD 號碼 1-877-688-9891。您也可以訪問 DMHC 的網站 [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)。
- **您的醫生或其他提供者**。您的醫生或其他提供者可以代表您要求做出承保決定或上訴。
- **朋友或家人**。您可以指定另一個人作為您的「代表」並要求做出承保決定或提出上訴。
- **一名律師**。您有權聘請律師，但**您無需聘請律師**來要求承保決定或提出上訴。
  - 致電您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處獲取律師的姓名。如果您符合條件，一些法律團體會為您提供免費的法律服務。
  - 請致電 1-888-804-3536 向 Medicare Medi-Cal 監察員計劃尋求法律援助律師。

如果您希望律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表任命表。該表格允許某人為您行事。

請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部並索取「代表任命」表格。您也可以透過訪問 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或在我們的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 獲取表格。您必須給我們一份簽名表格的副本。

### E4. 本章的哪一節可以幫助您

有四種情況涉及承保決定和上訴。每種情況都有不同的規則和截止日期。我們在本章的單獨小節中詳細介紹每種情況。請參閱適用的小節：



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

- **F 節**，「醫療保健」
- **G 節**，「Medicare D 部分處方藥」
- **H 節**，「要求我們支付更長的住院時間」
- **I 節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務（本節僅適用於這些服務：家庭保健、專業護理設施護理和綜合門診康復設施 (CORF) 服務。）

如果您不確定要使用哪個部分，請撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。

## F. 醫療保健

本節解釋了如果您在獲得醫療保險時遇到問題或您希望我們退還您我們應付的分攤護理費用。

此小節介紹您所享有的《會員手冊》第 4 章中所述醫療照護和服務的福利。我們通常在此小節的其餘敘述中將它們稱為「醫療照護承保範圍」或「醫療照護」。「醫療照護」一詞包括醫療服務與用品以及 Medicare B 部分處方藥，這類處方藥通常由您的醫生或醫療保健專業人士派發。B 部分處方藥可能有不同的適用規則。出現這種情況時，我們會說明 B 部分處方藥的規則與醫療服務與用品的規則有何不同。

### F1. 使用本節

此小節說明您在以下任一情況下可以採取的對策：

1. 您認為我們承保您需要的醫療保健，卻未獲承保。

**您可以採取的對策：**您可以要求我們作出承保決定。請參閱第 F2 節。

2. 我們沒有批准您的醫生或其他醫療服務提供方想要為您提供的醫療照護，而您認為我們應該批准。

**您可以採取的對策：**您可以對我們的裁決提出上訴。請參閱第 F3 節。

3. 您獲得了自認為我們承保的醫療保健，但我們不予支付。

**您可以採取的對策：**您可以對我們不予支付的裁決提出上訴。請參閱第 F5 節。

4. 您獲得了自認為我們承保的醫療照護並支付了費用，並希望我們為您報銷。

**您可以採取的對策：**您可以要求我們退款。請參閱第 F5 節。

5. 我們減少或停止了您的某些醫療照護的承保範圍，而您認為我們的裁決可能會損害您的健康。

**您可以採取的對策：**您可以對我們減少或停止醫療照護的決定提出上訴。請參閱第 F4 節。



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

- 如果承保涉及醫院照護、家庭醫療保健、專業護理機構照護或 CORF 服務，則適用特殊規則。請參閱**第 H 節** (要求我們承保更長的住院時間) 或**第 I 節** (要求我們繼續承保某些醫療服務) 瞭解更多資訊。
- 對於涉及減少或停止某些醫療照護承保的所有其他情況，請使用本節 (**第 F 節**) 作為指南。

6. 您正在遭遇照護延誤或您找不到醫生。

**您可以採取的對策：** 您可以對我們減少或停止醫療照護的裁決提出上訴。請參閱**第 F4 節**

- 如果承保範圍是醫院護理、家庭保健、專業護理設施護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，則適用特殊規則。請參閱**第 H 節** (要求我們支付更長的住院時間) 或**第 I 節** (要求我們繼續承保某些醫療服務) 瞭解更多。
- 對於涉及減少或停止您某些醫療護理的承保範圍的所有其他情況，請使用本節 (**F 節**) 作為您的指南。

## F2. 要求作出承保決定

當承保決定涉及您的醫療照護時，這種裁決叫做「**綜合組織判定**」。

您、您的醫生或您的代表可以透過以下方式要求我們做出承保決定：

- 來電：1-877-273-IEHP (4347)，TTY 使用者：1-800-718-4347。
- 傳真：(909) 890-5877。
- 寫信：IEHP DualChoice, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800。

### 標準承保決定

除非我們同意使用「快速」截止日期，否則我們向您提供我們裁決時會使用「標準」截止日期。標準承保決定意味著我們會按以下截止日期向您提供以下方面的答覆：

- IEHP DualChoice 將在收到做出決定所需的資訊后 5 個工作日內決定例行的事先批准，並且不遲於 IEHP DualChoice 收到請求後的 14 個日曆日。
- 對於 Medicare B 部分處方藥，在我們收到您的申請後 72 小時內。

### 快速承保決定

「快速承保決定」的法律術語是「**加急判定**」。

當您要求我們就您的醫療照護作出承保決定並且您的健康狀況需要快速收到答覆時，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定意味著我們會按以下截止日期向您提供以下方面的答覆：



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

- 對於醫療服務或用品，在我們收到您的申請後 72 小時內。
- 對於 Medicare B 部分處方藥，在我們收到您的申請後 24 小時內。

若要獲得快速承保決定，您必須滿足兩項要求：

- 您要求獲得醫療照護承保**卻未得到**。您無法要求就您已獲得的醫療照護付款作出快速承保決定。
- 使用標準截止日期**可能給您的健康造成嚴重損害**或損害您的身體機能。

如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫生支持的情況下提出要求，我們將決定您是否可以獲得快速承保決定。

- 如果我們認為您的健康狀況不符合獲得快速承保決定的要求，我們會向您致函說明情況，並改用標準截止日期。這封信會告知您以下內容：
  - 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速的承保決定。
  - 您如何就我們為您提供標準承保決定而非快速承保決定的決定提出「快速投訴」。有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱第 K 節（*如何投訴*）。

如果我們否絕您的部分或全部申請，我們會向您致函說明原因。

- 如果我們說不，您有權提出上訴。如果您認為我們犯了錯誤，提出上訴是要求我們審查並更改決定的正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將進入上訴程序的第 1 級（請參閱第 F3 節 [*提出 1 級上訴*]）。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定請求，這意味著我們不會審查該請求。何時駁回請求的示例包括：

- 如果請求不完整，
- 如果有人代表您提出請求但未經法律授權這樣做，或
- 如果您要求撤回您的請求。

如果我們駁回承保決定請求，我們將向您發送通知，說明駁回請求的原因以及如何要求對駁回進行複審。這種審查稱為上訴。上訴將在下一節討論。

### F3. 提出 1 級上訴

要開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須與我們聯繫。致電我們 1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

以書面形式要求標準上訴或快速上訴，或致電 1-877-273-IEHP (4347)。



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



- 如果您的醫生或其他開藥者要求在上訴期間繼續您已經獲得的服務或物品，您可能需要指定他們為您的代表以代表您行事。
- 如果您的醫生以外的其他人為您提出上訴，請附上一份授權該人代表您的代表任命表。您可以透過訪問 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或在我們的網站 <https://www.iehp.org/en/members/iehp-dualchoice-cal-mediconnect-plan?target=important-resources> 獲取表格。
- 我們可以在沒有表格的情況下接受上訴請求，但在收到表格之前我們無法開始或完成審核。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個日曆日內沒有收到該表格：
  - 我們駁回您的請求，並且
  - 我們會向您發送書面通知，說明您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您上訴的決定。
- 您必須在我們發出通知您我們決定的信函之日起 60 個日曆日內提出上訴。
- 如果您錯過了最後期限並且有錯過它的充分理由，我們可能會給您更多時間來提出上訴。正當理由的例子包括您患有嚴重疾病或我們為您提供了有關截止日期的錯誤資訊。在您提出上訴時說明您的上訴推遲的原因。
- 您有權要求我們免費提供有關您的上訴資訊的副本。您和您的醫生也可能會向我們提供更多資訊以支持您的上訴。

### 如果您的健康需要，請要求快速上訴。

「快速上訴」的法律術語是「加急覆議」。

- 如果您對我們就您未獲得的護理承保做出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將決定您是否需要快速上訴。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速上訴。如果您在沒有醫生支持的情況下提出請求，我們將決定您是否獲得快速上訴。

- 如果我們認為您的健康狀況不符合快速上訴的要求，我們會向您發送一封信函，說明情況，並使用標準截止日期。信中會告訴你：
  - 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速上訴。
  - 您如何針對我們向您提供標準上訴而不是快速上訴的決定提出「快速投訴」。有關投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱第 K 部分（*內部投訴*）。

如果我們告訴您我們正在停止或減少您已經獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續這些服務或項目。



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

- 如果我們決定更改或停止您獲得的服務或項目的承保範圍，我們會在採取行動之前向您發送通知。
- 如果您不同意我們的決定，您可以提出 1 級上訴。
- 如果您在我們信函日期後的 10 個日曆日內或行動的預期生效日期（以較晚者為準）提出 1 級上訴，我們將繼續承保該服務或項目。
  - 如果您在此截止日期前完成，您將在您的 1 級上訴待決期間獲得服務或項目，而不會發生任何變化。
  - 您還將獲得所有其他服務或項目（不屬於您的上訴對象），不會有任何變化。
  - 如果您沒有在這些日期之前提出上訴，那麼在您等待上訴決定期間，您的服務或藥物將不會繼續。

#### 我們會考慮您的上訴並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您申請醫療保險的所有資訊。
- 當我們否絕您的請求時，我們會檢查我們是否遵守了所有規則。
- 如果需要，我們會收集更多資訊。我們可能會聯繫您或您的醫生以獲取更多資訊。

#### 快速上訴有最後期限。

- 當我們使用快速截止日期時，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆，**如果您的健康狀況需要更快的答覆，則更早**。如果您的健康需要，我們會盡快給您答覆。
- 如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們必須將您的請求發送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織對其進行審查。在本章後面，我們將向您介紹該組織並解釋 2 級上訴流程。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品的承保有關，您可以在時間一到就自行向州政府提出第 2 級 - 州聽證會申請。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保範圍。
- **如果我們否絕您的部分或全部請求**，我們會將您的上訴發送給獨立審查組織進行 2 級上訴。

#### 標準上訴有最後期限。

- 當我們使用標準截止日期時，我們必須在收到您就您未獲得的服務承保的上訴後 **30 個日曆日內** 給您答覆。
- 如果您的請求是針對您未獲得的 Medicare B 部分處方藥，我們會在收到您的上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆，如果您的健康需要，我們會提前給您答覆。



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



- 如果我們在截止日期前沒有給您答覆，我們必須將您的請求發送到上訴流程的第 2 級。然後由獨立審查組織對其進行審查。在本章後面，我們將向您介紹該組織並解釋 2 級上訴流程。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品的承保有關，您可以在時間一到就自行向州政府提出第 2 級 - 州聽證會申請。

如果我們批准了您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內授權或提供我們同意的承保；或者根據您的健康狀況需要盡快並在我們改變決定之日起 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保；或者如果您的請求針對的是 Medicare B 部分處方藥，則須在 7 個日曆日內採取以上行動。

如果我們否絕您的部分或全部請求，您有額外的上訴權利：

如果我們否絕您的部分或全部請求，我們會向您致函說明。

- 如果您的問題與 Medicare 服務或用品的承保範圍有關，此信會告知您我們已將您的個案提交至獨立審查組織進行 2 級上訴。
- 如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品的承保範圍有關，此信會告知您自行提出 2 級上訴的流程。

#### F4. 提出 2 級上訴

如果我們否絕您的部分或全部 1 級上訴，我們會向您致函說明。此信會告知您通常是 Medicare 和 Medi-Cal 計劃之一或兩者都承保該服務或用品。

- 如果您的問題與 Medicare 通常承保的服務或用品有關，一旦 1 級上訴完成，我們就會自動將您的個案提交至 2 級上訴流程。
- 如果您的問題與 Medi-Cal 通常承保的服務或用品有關，您可以自己提出 2 級上訴。這封信告訴你如何做到這一點。我們還將在本章後麵包含更多資訊。對於 Medi-Cal 服務或項目，我們不會自動為您提交 2 級上訴。
- 如果您的問題與 Medicare 和 Medi-Cal 可能都承保的服務或方案有關，您會自動獲得在獨立審查組織進行的 2 級上訴。您還可以要求進行州一級公平聽證會。除了自動 2 級上訴外，您還可以要求舉行州聽證會和進行獨立醫療審查。但是，如果您已經在州聽證會上提供了證據，則無法進行獨立醫療審查。

如果您在提交第 1 級上訴時有資格繼續享受福利，那麼您在上訴中的服務、項目或藥物的福利也可以在第 2 級期間繼續。請參閱第 F3 節（提出 1 級上訴）

- 如果您的問題與通常僅由 Medicare 承保的服務有關，那麼在獨立審查組織的 2 級上訴過程中，您對該服務的福利不會繼續。
- 如果您的問題與通常僅由 Medi-Cal 承保的服務有關，如果您在收到我們的決定信後 10 個日曆日內提交第 2 級上訴，則您對該服務的福利將繼續。



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

## 當您的問題與 Medicare 通常承保的服務或項目有關時

獨立審查組織審查您的上訴。這是 Medicare 聘請的獨立組織。

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時也稱為「**IRE**」。

- 該組織與我們無關，也不是政府機構。Medicare 選擇該公司作為獨立審查組織，Medicare 監督他們的工作。
- 我們會將您的上訴資訊（您的「個案檔案」）發送給該組織。您有權免費獲得您的個案檔案副本。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查員會仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

如果您在 1 級有快速上訴，那麼您在 2 級也有快速上訴。

- 如果您曾向我們提交過 1 級快速上訴，則可自動獲得 2 級快速上訴。獨立審查組織必須在收到上訴之後 **72 小時內**對您的 2 級上訴作出答覆。

如果您曾提交過 1 級標準上訴，則可享有 2 級標準上訴。

- 如果您在 1 級向我們提出標準上訴，您將自動在 2 級獲得標準上訴。
- 如果您的請求涉及醫療項目或服務，獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆您的第 2 級上訴。

獨立審查組織向您作出答覆時會採用書面形式並闡述原因。

- 如果獨立審查組織同意對醫療項目或服務的部分或全部請求，我們必須立即執行該決定：
  - 在 **72 小時內**授權醫療照護的承保，或
  - 在我們收到獨立審查組織對**標準請求**的決定後的 **5 個日曆日內**提供服務，或
  - 在我們收到獨立審查組織關於**加急請求**的決定之日起 **72 小時內**提供服務。
- 如果獨立審查組織同意 Medicare B 部分處方藥的部分或全部請求，我們必須授權或提供有爭議的 Medicare B 部分處方藥：
  - 在我們收到獨立審查組織對**標準請求**的決定後 **72 小時內**，或
  - 在我們收到獨立審查組織關於**加急請求**的決定之日起 **24 小時內**。



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

- 如果獨立審查組織否絕您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應批准您的醫療保險承保請求（或您的部分請求）。這被稱為「維持決定」或「否絕上訴」。
- 如果您的個案符合要求，您可以選擇是否進一步提出上訴。
- 在 2 級之後的上訴流程中還有 3 個附加級別，共 5 個級別。
- 如果您的第 2 級上訴被駁回，並且您符合繼續上訴程序的要求，您必須決定是否繼續進行第 3 級上訴並進行第三次上訴。有關如何執行此操作的詳細資訊，請參閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
- 行政法官或律師審裁官處理 3 級上訴。請參閱第 J 節（將您的上訴超過第 2 級）有關 3、4 和 5 級上訴的更多資訊。

### 當您的問題與 Medi-Cal 通常承保的服務或項目有關時

有兩種方法可以對 Medi-Cal 服務和項目提出 2 級上訴：(1) 提出投訴或獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

#### (1) 獨立醫療審查

您可以向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 的幫助中心提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)。透過提出投訴，DMHC 將審查我們的決定並做出決定。IMR 適用於任何 Medi-Cal 承保的醫療服務或醫療項目。IMR 是由不屬於我們計劃或不屬於 DMHC 的醫生對您的病例進行的審查。如果 IMR 的決定對您有利，我們必須向您提供您要求的服務或項目。您無需為 IMR 支付任何費用。

如果我們的計劃出現以下情況，您可以提出投訴或申請 IMR：

- 拒絕、更改或延遲 Medi-Cal 服務或治療，因為我們的計劃確定它在醫學上沒有必要。
- 不承保針對嚴重醫療狀況的實驗性或研究性 Medi-Cal 治療。
- 外科服務或手術本質上是美容還是重建的爭議。
- 不會為您已經接受的急診或緊急 Medi-Cal 服務付費。
- 在標準上訴的 30 個日曆日內或快速上訴的 72 小時內，尚未解決您對 Medi-Cal 服務的 1 級上訴。

**注：**如果您的服務提供者已為您提出上訴，但我們未收到您的《代表任命表》，則您需要向我們重新提出上訴，然後才能向醫療保健計劃管理局提交 2 級 IMR，除非您的上訴涉及對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，包括但不限於劇烈疼痛，可能喪失生命、肢體或主要身體機能。

您有權申請 IMR 和州政府聽證會，但如果您已就同一問題舉行過州政府聽證會，則無權再申請。

在大多數情況下，您必須在申請 IMR 之前向我們提出上訴。參考頁面 133 有關我們的 1 級上訴流程的資訊。如果您不同意我們的決定，您可以向 DMHC 投訴或向 DMHC 幫助中心申請 IMR。



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

如果您的治療因屬於實驗性質或研究性質而被拒絕，則您無需經上訴流程即可申請 IMR。

如果您的問題緊急或直接且嚴重威脅您的健康，或者如果您在經受劇烈疼痛，則可立即將其提交至 DMHC，無需首先經過我們的上訴流程。

在我們針對您的上訴發出書面裁決之後，您必須在 **6 個月內申請 IMR**。DMHC 可能會因正當理由在 6 個月後接受您的申請，例如您的身體狀況導致您無法在 6 個月內申請 IMR，或者我們未就 IMR 流程給予您充分通知。

如需申請 IMR：

- 填寫獨立醫療審查申請/投訴表，網址為：  
[www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx)  
或致電 1-888-466-2219 聯繫 DMHC 幫助中心。TTY 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 如果您有被我們拒絕的服務或用品的證明書或其他文件的副本，請附上此類文件。此舉可加快 IMR 流程。發送文件副本，而非原件。幫助中心不會退回任何文件。
- 如果有人幫助您申請 IMR，請填寫授權協助表格。您可在以下網址獲取表格  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) 或  
致電 1-888-466-2219 聯繫 DMHC 幫助中心。TTY 使用者應致電 1-877-688-9891。
- 將表格和任何附件郵寄或傳真至：

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

- 您也可以在线上提交您的獨立醫療審查申請/投訴表和授權助理表：  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

如果您符合 IMR 資格，DMHC 將對您的個案進行審查並在 7 個日曆日內向您致函，通知您符合 IMR 資格。從您的計劃收到您的申請和證明文件之後，將在 30 個日曆日內做出 IMR 裁決。您應該會在提交完整申請之後的 45 個日曆日內收到 IMR 裁決。

如果您的個案很緊急且符合 IMR 資格，DMHC 將對您的個案進行審查並在 2 個日曆日內向您致函，通知您符合 IMR 資格。從您的計劃收到您的申請和證明文件之後，將在 3 個日曆日內做出 IMR 裁決。您應該會在提交完整申請之後的 7 個日曆日內收到 IMR 裁決。如果您對 IMR 的結果不滿意，則仍可要求舉行州政府聽證會。

如果 DMHC 未從您或您的基本保健醫生處收到所有必要的醫療紀錄，則可能需要更長時間才能進行 IMR。如果您的醫生不在您的健保計劃網路內，請務必向該醫生索要您的醫療紀錄並將其發送給我們。需要您的健保計劃才能從網路內醫生處獲取您的醫療紀錄副本。



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

如果 DMHC 裁決您的個案不符合 IMR 資格，則 DMHC 將透過其常規消費者投訴流程審查您的個案。您的投訴應該會在提交完整申請之後的 30 個日曆日內得到解決。如果您的投訴屬於緊急情況，則會儘快予以解決。

## (2) 州聽證會

您可以要求就 Medi-Cal 承保的承保服務與用品舉行州政府聽證會。如果您的醫生或其他服務提供者要求提供我們不會批准的服務或用品，或者我們不會繼續為您已參保的服務或用品支付費用且已駁回了您的 1 級上訴，則您有權要求舉行州政府聽證會。

大多數情況下，在「您的聽證會權利」通知已郵寄給您之後，**您可在 120 天內決定是否要求舉行州政府聽證會。**

**注意：**如果您因為我們告訴您當前獲得的服務將被更改或停止而要求舉行州聽證會，如果您想在州聽證會未決期間繼續獲得該服務，那麼**您提交請求的天數會減少**。閱讀第 136 頁「第 2 級上訴期間我的福利會繼續嗎？」瞭解更多資訊。

可採用兩種方式要求舉行州政府聽證會：

1. 您可填寫受理通知背面的「州政府聽證會申請」。您應提供所有必要資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取不利行動的計劃或縣的名稱、所涉及的補助計劃以及您希望舉行聽證會的詳細原因。然後您可透過以下其中一種方式提交您的申請：

- 按照通知上顯示的地址向縣福利部門提交。
- 向加州社會服務部 California Department of Social Services 提交：

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

- 透過傳真號碼 916-651-5210 或 916-651-2789 致州聽證部門。
2. 您可以撥打 1-800-743-8525 聯繫加州社會服務部。TTY 使用者應致電 1-800-952-8349。如果您決定透過電話要求召開州聽證會，您應該知道電話線路非常繁忙。

公平聽證辦公室以書面形式向您提供他們的決定並解釋原因。

- 如果公平聽證辦公室**同意**醫療項目或服務的部分或全部請求，我們必須在得到他們的決定後 **72 小時內**授權或提供該服務或項目。
- 如果公平聽證辦公室**否認**您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應批准您的醫療保險承保請求（或您的部分請求）。這被稱為「維持決定」或「否認上訴」。

如果獨立審查組織或公平聽證會辦公室對您的全部或部分申請的裁決為**否**，您還有其他上訴權利。



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

如果您的 2 級上訴由**獨立審查組織**受理，則僅當您希望享受的服務或用品的金額數值達到特定最低金額時，您方可再次上訴。3 級上訴由行政法官或委託審裁員處理。**您從獨立審查組織收到的信函闡述了您可能擁有的其他上訴權利。**

您從公平聽證會證辦公室收到的信函介紹了接下來的上訴選項。

請參閱**第 J 節(將您的上訴超過第 2 級)**有關您在第 2 級之後的上訴權利的更多資訊。

## F5. 付款問題

我們不允許我們的網絡提供者向您收費承保的服務和項目。即使我們向提供者支付的費用低於提供者收取的承保服務或項目的費用，情況也是如此。您永遠不需要支付任何帳單的餘額。

如果你收到有關承保服務和項目的帳單，請將帳單寄給我們。您不應該自己支付帳單。我們將直接聯繫提供者並解決問題。如果您確實支付了帳單，而且您遵守獲取服務或項目的規則，您可以獲得退款。

更多相關資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 7 章**。其中介紹了您可能需要向我們提出退款或支付您從服務提供者處收到的帳單的情況。還介紹了如何向我們發送要求我們付款的文書資料。

如果您要求獲得退款，則您要求做出承保決定。我們將檢查您支付的服務或項目是否在承保範圍內，以及您是否遵守使用承保範圍的所有規則。

- 如果您支付的服務或項目是被承保的，並且您遵守所有規則，我們將在收到您的請求後的 60 個日曆日內向您的提供者發送服務或項目的付款。然後，您的提供者會將付款發送給您。
- 如果您尚未支付服務或項目的費用，我們會將付款直接發送給提供商。當我們發送付款時，相當於我們**同意**您的承保決定請求。
- 如果服務或項目不在承保範圍內，或者您未遵守所有規則，我們將向您發送一封信函，告知您我們不會為該服務或項目付費並解釋原因。

如果您不同意我們不付款的決定，**您可以提出上訴**。遵循**第 F3 節**中描述的上訴流程（**提出 1 級上訴**）當您按照這些說明進行操作時，請注意：

- 如果您提出上訴要求我們償還，我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內給您答覆。
- 如果您要求我們償還您自己獲得並支付的醫療費用，您不能要求快速上訴。

如果我們對您的上訴的答覆是**否定的**，並且**Medicare**通常會承保該服務或項目，我們會將您的個案發送給獨立審查組織。如果發生這種情況，我們會向您發送一封信。

- 如果獨立審查組織推翻我們的決定並說我們應該向您付款，我們必須在 30 個日曆日內將付款發送給您或提供者。如果在第 2 級之後的上訴過程的任何階段對您的上訴的答覆為「**同意**」，我們必須在 60 個日曆日內將付款發送給您或醫療保健提供者。



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



- 如果獨立審查組織**否絕**您的上訴，則表示他們同意我們不應批准您的請求。這被稱為「維持決定」或「否絕上訴」。您將收到一封信，說明您可能擁有的其他上訴權利。有關其他上訴級別的更多資訊，請參閱**第 J 部分**。

如果我們對您的上訴的答覆是**否定**的，並且 **Medi-Cal** 通常會承保該服務或項目，您可以自己提出第 2 級上訴。我們不會自動為您提出 2 級上訴。有關詳細資訊，請參閱**第 F4 節**。

## G. Medicare D 部分處方藥

作為本計劃的會員，您可享受許多處方藥均在承保範圍內的福利。其中大部分為 Medicare D 部分藥物。有些藥物 Medicare D 部分不承保，而 Medi-Cal 可能會承保。**本節僅適用於 D 部分藥物的上訴**。在本節後續部分中我們將稱其為「藥物」，而不是每次都稱其為「D 部分藥物」。對於僅由 Medi-Cal 承保的藥物，請遵循第 129 頁**第 E 節**中的流程。

如需納入承保範圍，藥物必須用於醫學上可接受的適應症。這意味著該藥物已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准或某些醫學參考文獻的支持。請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**，瞭解有關醫學上可接受的適應症的更多資訊。

### G1. D 部分承保決定和上訴

以下是您要求我們就您的 D 部分藥物做出的承保決定示例：

- 您要求我們破例，包括要求我們：
  - 承保不在我們計劃藥物清單上的 D 部分藥物，或
  - 擱置對藥物承保範圍的限制（例如對您可以獲得的金額的限制）
- 您詢問我們是否為您承保某種藥物（例如，當您的藥物在我們計劃的藥物清單上但我們必須在承保之前為您批准）

**注：**如果您的藥房告知您無法按照藥方取藥，則藥房會向您提供書面通知，說明如何聯繫我們以要求作出承保決定。

關於您的 D 部分藥物的初步承保決定稱為「**承保裁定**」。

- 您要求我們為您已經購買的藥物付款。這是要求關於付款的承保決定。

如果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。本節告訴您如何要求承保決定以及如何提出上訴。使用下面的圖表來幫助你。



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

## 您屬於下述哪一種情況？

<p>您需要未列於本計劃藥物清單中的藥物，或者您需要我們免除某項承保藥物的規定或限制。</p>	<p>您希望我們承保藥物清單中的某項藥物，且您認為您符合適用於您所需之藥物的計劃規定或限制 (例如獲得事先批准)。</p>	<p>您想要求我們償還您已取得且已付費之藥物的費用。</p>	<p>我們告知您我們將不會以您所希望的方式承保或給付某項藥物。</p>
<p>您可要求我們進行例外處理。(這是一種承保決定。)</p>	<p>您可要求我們作承保決定。</p>	<p>您可要求我們將費用償還給您。(這是一種承保決定。)</p>	<p>您可提出上訴。(這表示您要求我們重新審查。)</p>
<p>請從第 G2 節開始，然後參閱第 G3 節和第 G4 節。</p>	<p>請參閱第 G4 節。</p>	<p>請參閱第 G4 節。</p>	<p>請參閱第 G5 節。</p>

**G2. D 部分例外處理**

如果我們未按照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們作出「破例」。如果我們拒絕了您的破例申請，您可以對我們的裁決提出上訴。

當您要求我們破例時，您的醫生或其他開藥者需要解釋您需要例外的醫療原因。

要求承保不在我們藥物清單上的藥物或取消對藥物的限制有時被稱為要求「處方例外」。

以下是您或您的醫生或者其他開藥者可要求我們進行破例的示例：

**1. 對不在我們的藥物清單中的藥物予以承保**

- 對於藥物所需的共付額，您不能例外。

**2. 取消對承保藥物的限制**

- 額外的規則或限制適用於我們藥物清單中的某些藥物（有關更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章）。
- 某些藥物的額外規則和限制包括：
  - 被要求使用普通藥物而不是品牌藥物。
  - 在我們同意為您承保藥物之前，請提前獲得我們的批准。這有時被稱為「事先授權」。



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



- 在我們同意承保您要求的藥物之前，需要先嘗試另一種藥物。這有時被稱為「階梯療法」。
- 數量限制。對於某些藥物，您可以服用的藥物數量是有限制的。

### G3. 關於請求例外的重要事項

您的醫生或其他開藥者必須告訴我們醫療原因。

您的醫生或其他處方師必須向我們提供一份聲明，解釋要求例外的醫療原因。為了更快地做出決定，當您要求例外時，請包括您的醫生或其他開藥者提供的這些醫療資訊。

我們的藥物清單通常包括不止一種用於治療特定疾病的藥物。這些被稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物一樣有效並且不會引起更多副作用或其他健康問題，我們通常**不會**批准您的例外請求。

我們可以同意或否絕您的請求。

- 如果我們**同意**您的例外請求，例外通常會持續到日曆年年底。真實的情況是，只要您的醫生繼續為您開藥並且該藥物對治療您的病情繼續安全有效。
- 如果我們**否絕**您的例外請求，您可以提出上訴。請參閱**第 G5 節**（*提出 1 級上訴*）獲取如果我們否絕，有關提出上訴的資訊。

下一部分將告訴您如何請求承保決定，包括例外。

### G4. 要求承保決定，包括例外情況

- 致電 1-877-273-IEHP (4347) 詢問您想要的承保決定類型、寫信或傳真給我們。您、您的代表或您的醫生（或其他開藥者）都可以這樣做。包括您的姓名、聯繫資訊和有關索賠的資訊。
- 您或您的醫生（或其他開藥者）或代表您行事的其他人可以要求承保決定。您也可以請律師代表您行事。
- 請參閱**第 E3 節**（*幫助承保決定和上訴*）瞭解如何指定某人為您的代表。
- 您無需向您的醫生或其他開藥者提供書面許可，他們即可代表您請求承保決定。
- 如果您想要求我們為您支付藥物費用，請參閱您的《會員手冊》**第 7 章**。
- 如果您要求例外，請給我們一份「支持性聲明」。支持性聲明包括您的醫生或其他開藥者提出例外請求的醫療原因。
- 您的醫生或其他開藥者可以將支持聲明傳真或郵寄給我們。他們也可以透過電話告訴我們，然後傳真或郵寄聲明。

如果您的健康需要，請向我們要求「快速承保決定」。



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

我們使用「標準期限」，除非我們同意使用「快速期限」。

- **標準承保決定**意味著我們會在收到您的醫生聲明後 72 小時內給您答覆。
- **快速承保決定**意味著我們會在收到您的醫生聲明後 24 小時內給您答覆。

「快速承保決定」稱為「**加急承保決定**」。

你可以得到一個快速承保決定，如果：

- 是因為你沒有得到的藥物。如果您要求我們為您已經購買的藥物償還費用，您將無法獲得快速的承保決定。
- 如果我們使用標準期限，您的健康或運作能力將受到嚴重損害。

如果您的醫生或其他開藥者告訴我們您的健康需要快速做出承保決定，我們會同意並將其提供給您。我們會寄給您一封信，告訴您。

- 如果您在沒有醫生或其他開藥者支持的情況下要求快速承保決定，我們將決定您是否獲得快速承保決定。
- 如果我們確定您的健康狀況不符合快速承保決定的要求，我們將使用標準截止日期。
  - 我們會寄給您一封信，告訴您。這封信還告訴您如何投訴我們的決定。
  - 您可以提出快速投訴並在 24 小時內得到答覆。有關投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第 K 節**（*如何投訴*）。

#### 快速承保決定的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的請求後 24 小時內給您答覆。如果您要求例外，我們會在收到您醫生的支持聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康需要，我們會更快給您答覆。
- 如果我們未能在截止日期前完成，我們將您的請求發送上訴流程的第 2 級，以由獨立審查組織進行審查。請參閱**第 G6 節**（*提出第 2 級上訴*）獲取有關 2 級上訴的更多資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們在收到您的請求或您的醫生的支持聲明後 24 小時內為您提供承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封說明理由的信函。這封信還告訴您如何提出上訴。

#### 關於您沒有得到的藥物的標準承保決定的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您的請求後 72 小時內給您答覆。如果您要求例外，我們會在收到您醫生的支持聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康需要，我們會更快給您答覆。



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

- 如果我們未能在截止日期前完成，我們會將您的請求發送至上訴流程的第 2 級，以由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您的醫生的例外支持聲明後 72 小時內為您提供承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封說明理由的信函。這封信還告訴您如何提出上訴。

### 關於您已購買的藥物的標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 14 個日曆日內給您答覆。
- 如果我們未能在截止日期前完成，我們會將您的請求發送至上訴流程的第 2 級，以由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在 14 個日曆日內向您付款。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封說明理由的信函。這封信還告訴您如何提出上訴。

## G5. 提出 1 級上訴

就 D 部分藥物承保決定向我們的計劃提出上訴稱為計劃「**重新確定**」。

- 撥打 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)、寫信或傳真給我們，即可開始您的**標準或快速上訴**。您、您的代表或您的醫生（或其他開藥者）都可以這樣做。包括您的姓名、聯繫資訊和有關您的索賠的資訊。
- 您必須在我們發出通知您我們決定的信函之日起 **60 個日曆日內**提出上訴。
- 如果您錯過了最後期限並且有錯過它的充分理由，我們可能會給您更多時間來提出上訴。正當理由的例子包括您患有嚴重疾病或我們為您提供了有關截止日期的錯誤資訊。在您提出上訴時說明您的上訴推遲的原因。
- 您有權要求我們免費提供有關您的上訴資訊的副本。您和您的醫生也可能會向我們提供更多資訊以支持您的上訴。

如果您的健康狀況需要，可要求快速上訴。

快速上訴也被稱為「**加急重新判定**」。

- 如果您針對我們就您未獲得的藥物作出的裁決提出上訴，您和您的醫生或其他處方師將確定您是否需要快速上訴。



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

- 快速上訴的要求和快速承保決定的要求相同。參考 **G 部分 4** (要求承保決定, 包括例外) 瞭解更多資訊。

我們會考慮您的上訴並給您答覆。

- 我們會審核您的上訴並再次仔細查看有關您的承保申請的所有資訊。
- 當我們您的請**拒絕**求時, 我們會檢查我們是否遵守了規則。
- 我們可能會聯繫您或您的醫生或其他開藥者以獲取更多資訊。

### 1 級快速上訴的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期, 我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。
- 如果您的健康需要, 我們會更快給您答覆。
- 如果我們沒有在 **72 小時內** 給您答覆, 我們必須將您的請求發送到上訴流程的**第 2 級**。然後由獨立審查組織對其進行審查。請參閱**第 G6 節** (提出**第 2 級上訴**) 有關審查組織和 2 級上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求, 我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 提供我們同意提供的承保。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求, 我們會向您發送一封信, 解釋原因並告訴您如何提出上訴。

### 1 級標準上訴的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期, 我們必須在收到您對您沒有得到藥物的上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。
- 如果您沒有服用該藥物並且您的健康狀況需要服用, 我們會盡快為您做出決定。如果您認為您的健康需要它, 請要求快速上訴。
- 如果我們未在 **7 個日曆日內** 給您決定, 我們必須將您的請求發送至上訴流程的**第 2 級**。然後由獨立審查組織對其進行審查。請參閱**第 G6 節** (提出**第 2 級上訴**) 有關審查組織和 2 級上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求:
- 我們必須根據您的健康需要盡快**提供**我們同意提供的**承保**, 但**不得遲於**我們收到您的上訴後 **7 個日曆日**。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內** 為您購買的藥物付款。

如果我們**拒絕**您的部分或全部請求:



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

- 我們會向您發送一封信，解釋原因並告訴您如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後的 **14 個日曆日內** 就是否支付您購買的藥物給您答覆。
- 如果我們未在 **14 個日曆日內** 給您做出決定，我們必須將您的請求發送至上訴流程的 **第 2 級**。然後由獨立審查組織對其進行審查。請參閱 **第 G6 節** (提出第 2 級上訴) 有關審查組織和 2 級上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後 **30 個日曆日內** 向您付款。
- 如果我們**拒絕**您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信，解釋原因並告訴您如何提出上訴。

## G6. 提出 2 級上訴

如果我們**否決**了您的 1 級上訴，您可以接受我們的裁決或再次上訴。如果您決定再次上訴，可採用 2 級上訴流程。如果我們**否決**了您的首次上訴，**獨立審查組織 (IRE)** 會對我們的裁決進行審查。由該組織決定我們是否應改變我們的裁決。

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時也稱為「**IRE**」。

如需提出 2 級上訴，您、您的代表，或者您的醫生或其他開藥者必須以**書面形式**聯繫獨立審查組織並要求對您的個案進行審查。

- 如果我們**拒絕**您的第 1 級上訴，我們寄出的信函中包含有關如何向獨立審查組織**提出第 2 級上訴的說明**。說明會告訴誰可以提出第 2 級上訴、您必須遵守的最後期限以及如何联系該組織。
- 當您向獨立審查組織提出上訴時，我們會將我們掌握的有關您的上訴的資訊發送給該組織。此資訊稱為您的「個案文件」。您有權**免費獲得您的個案檔案副本**。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊以支持您的上訴。

獨立審查組織審查您的 D 部分第 2 級上訴，並以書面形式給您答覆。請參閱 **第 F4 節** (提出第 2 級上訴) 有關獨立審查組織的更多資訊。

## 2 級快速上訴的截止日期

如果您的健康需要，請向獨立審查組織提出快速上訴。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴請求後 **72 小時內** 給您答覆。
- 如果他們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在獲得獨立審查組織的決定後 **24 小時內** 提供批准的藥物承保。



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

## 2 級標準上訴的截止日期

如果您有第 2 級的標準上訴，獨立審查組織必須給您答覆：

- 在收到您的關於您沒有得到藥物的上訴後 **7 個日曆日內**。
- 在收到您的關於償還您購買藥物的上訴後 **14 個日曆日內**。

如果獨立審查組織**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須在獲得獨立審查組織的決定後 **72 小時內**提供批准的藥物承保。
- 我們必須在獲得獨立審查組織的決定後 **30 個日曆日內**償還您購買的藥物。
- 如果獨立審查組織**否絕**您的上訴，則表示他們同意我們不批准您的請求的決定。這被稱為「維持決定」或「否絕上訴」。

如果獨立審查組織**否決**了您的 2 級上訴，若您所要求的藥物承保的美元價值達到最低美元價值，則有權提出 3 級上訴。若您所要求的藥物承保的美元價值低於規定的最低金額，則不得再次上訴。在這種情況下，2 級上訴裁決為最終裁決。獨立審查組織會致函告知您繼續進行 3 級上訴所需的最低美元價值。

如果您要求的美元價值符合要求，則可選擇是否進一步上訴。

- 在第 2 級之後的上訴流程中還有另外三個級別。
- 如果獨立審查組織**否絕**您的第 2 級上訴，並且您滿足繼續上訴程序的要求，您：
  - 決定是否要提出第 3 級上訴。
  - 有關如何提出第 3 級上訴的詳細資訊，請參閱獨立審查組織在您的第 2 級上訴後發給您的信函。

行政法官或律師審裁官處理 3 級上訴。請參閱**第 J 節**（*將您的上訴超過第 2 級*）有關 3、4 和 5 級上訴的資訊。

---

## H. 要求我們承保更長的住院時間

當您住院時，您有權享受我們承保的對於診斷和治療您的傷病所必需的所有醫療服務。如需瞭解有關本計劃住院承保的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 4 章**。

在承保範圍內的住院期間，您的醫生和醫務人員會與您一起確定出院時間。他們還會說明安排您出院後可能需要的照護。

- 您出院的那一天被稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫務人員會告訴您具體的出院日期。



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



如果您認為自己被過早要求出院，或者您對出院後的照護有顧慮，則可要求延長住院時間。本節向您介紹如何提出此要求。

儘管有本 H 節中討論的上訴，您也可以向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查以讓您的住院治療繼續。請參閱第 136 頁的第 F4 節，瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。作為 3 級上訴的補充或替代，您可以要求進行獨立醫療審查。

## H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您住院之後的兩天內，醫院的某位工作人員（例如護士或社工）會給您一份名為「Medicare 關於您的權利的重要資訊」的書面通知。每一位 Medicare 參保人員在住院時都會收到這樣一份通知。

如果您沒有收到通知，請向任何醫院員工索取。如果您需要幫助，請致電在頁面底部的會員服務電話號碼。您也可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

- **仔細閱讀通知**，如果您不明白，請提出問題。該通知告訴您作為醫院患者的權利，您的權利包括：
  - 在您住院期間和之後獲得 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從哪裡獲得這些服務。
  - 參與有關您住院時間長短的任何決定。
  - 知道在哪里報告您對醫院護理品質的任何疑慮。
  - 如果您認為自己過早出院，請上訴。
- **簽署通知**以表明您得到通知並瞭解您的權利。
  - 您或代表您行事的人可以簽署通知。
  - 簽署通知**僅**表明您獲得了有關您的權利的資訊。簽約**不**代表您同意您的醫生或醫院工作人員可能告訴您的出院日期。
- **保留您已簽署通知的副本**，以便在需要時獲取資訊。

如果您在出院前兩天以上簽署通知，您將在出院前獲得另一份副本。

如果您符合以下條件，您可以提前查看通知的副本：

- 撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務
- 撥打 Medicare 電話 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227),每週 7 天、每天 24 小時 TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 訪問 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。



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

## H2. 提出 1 級上訴

如果您希望我們為您延長住院醫療服務予以承保，請提出上訴。品質改進組織對 1 級上訴進行審查，以確定預定出院日期在醫學上是否適合您。

品質改進組織是一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團體，由聯邦政府支付報酬。這些專家檢查並幫助提高 Medicare 參保人員所享受服務的品質。他們不屬於本計劃。

在加利福尼亞州，品質改進組織是 Livanta Beneficiary & Family Centred Care (BFCC) 品質改進組織 (QIO)。請致電 1-877-588-1123 與他們聯繫。聯繫方式也在通知中，「Medicare 關於您的權利的重要資訊」，以及第 2 章。

請於您出院之前且不遲於預定出院日期致電品質改進組織。

- 如果您在離開前打電話，您可以在計劃出院日期之後留在醫院，而無需支付費用，同時等待品質改進組織對您的上訴作出決定。
- 如果您沒有致電上訴，並且您決定在計劃出院日期後留在醫院，您可能需支付您在計劃出院日期之後獲得的所有住院護理費用。
- 如果您錯過了您的上訴聯繫品質改進組織的最後期限，請直接向我們的計劃提出上訴。請參閱第 G4 節（要求承保決定，包括例外）有關向我們提出上訴的資訊。
- 因為住院由 Medicare 和 Medi-Cal 承保，如果品質改進組織聽不到您繼續住院的請求，或者您認為您的情況緊急，對您的健康構成直接和嚴重的威脅，或者您如果疼痛嚴重，您也可以向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴或要求進行獨立醫療審查。請參閱第 136 頁 F4 部分瞭解如何提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查。

如有需要，請求助。如果您有任何疑問或需要幫助，可隨時：

- 請致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部。
- 請致電 1-800-434-0222 聯繫健康保險諮詢和倡導計劃 (HICAP)。

要求進行快速審查。迅速採取行動並聯繫品質改進組織，要求對您的出院情況進行快速審查。

「快速審查」的法律術語為「立即審查」或「加急審查」。

### 快速審查期間會發生什麼

- 品質改進組織的審查員會詢問您或您的代表，您認為在預訂出院日期之後應繼續承保的原因是什麼。不會要求您書寫聲明，但您可以寫一份。
- 審查員會查看您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查醫院以及本計劃向其提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告訴本計劃之後的當天中午之前您會收到另一份通知，解釋為什麼您的醫生、醫院以及我們認為該日期為在醫學上適合您的正確的出院日期。



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



此書面解釋的法律術語為「**詳細出院通知**」。您可致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取樣本，每週 7 天、每天 24 小時開通。(TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。)您也可在網上參考樣本通知，網址為：  
[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)。

在獲得所需的所有資訊後的一整天內，品質改進組織會給您答覆您的申訴。

如果品質改進組織**同意**您的上訴：

- 只要這些服務在醫療上是必要的，我們將為您提供承保的住院醫療服務。

如果品質改進組織**否絕**您的上訴：

- 他們認為您計劃的出院日期在醫學上是合適的。
- 我們為您承保的住院醫療服務將在品質改進組織對您的上訴作出答覆後的第二天中午結束。
- 在品質改進組織對您的上訴作出答覆後的第二天，您可能需要支付您在中午之後獲得的醫院護理的全部費用。
- 如果品質改進組織否絕了您的第 1 級上訴**並且**您在計劃出院日期後留在醫院，您可以提出第 2 級上訴。

### H3. 提出 2 級上訴

對於 2 級上訴，您要求品質改進組織重新審視他們對您的 1 級上訴做出的決定。請致電 1-877-588-1123 與他們聯繫。

您必須在品質改進組織**否絕**您的 1 級上訴之日後的 **60 個日曆日內**要求進行此審查。**僅當**您在護理的承保結束之日後住院時，您才可以要求進行此審查。

品質改進組織審核員將：

- 再次仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後的 14 個日曆日內，告訴您他們對您的第 2 級上訴的決定。

如果品質審查組織**同意**您的上訴：

- 自品質改進組織**否絕**您的 1 級上訴之日的次日中午起，我們必須向您償還我們應分擔的醫院護理費用。
- 只要這些服務在醫療上是必要的，我們將為您提供承保的住院醫療服務。

如果品質審查組織**否絕**您的上訴：

- 他們同意他們對您的 1 級上訴的決定並且不會改變它。



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

- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以做什麼。
- 您也可以向 DMHC 提出投訴或要求進行獨立醫療審查以繼續您的住院治療。請參閱第 130 頁第 E4 節瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求進行獨立醫療審查。

行政法官或律師審裁官處理 3 級上訴。請參閱第 J 節（將您的上訴超過第 2 級）有關 3、4 和 5 級上訴的資訊。

#### H4. 提出 1 級替代上訴

聯繫品質改進組織進行 1 級上訴的截止日期為 60 天內或不遲於您計劃的出院日期。如果您錯過了 1 級上訴截止日期，您可以使用「替代上訴」流程。

請透過頁面底部的電話號碼聯繫會員服務，並要求我們提供對您出院日期的「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語為「加急上訴」。

- 我們會審查有關您住院的所有資訊。
- 我們會核查首次裁決是否公平並遵循規則。
- 我們採用快速截止日期而非標準截止日期，並在您要求進行快速審查之後的 72 小時內作出裁決。

如果我們**批准**了您的快速上訴，則表明：

- 我們同意您需要在出院日期之後繼續住院。
- 我們將為您提供承保範圍內的住院醫療服務，只要這些服務屬於醫療所需。
- 我們向您退還自我們聲明您的承保終止之日起我們應分擔的您的照護費用份額。

如果我們**否決**了您的快速上訴，則表明：

- 我們同意您的預定出院日期在醫學上是適合的。
- 我們為您提供的住院醫療服務的承保將在我們已告知您的日期終止。
- 在此日期之後，我們將不分擔任何費用。
- 如果您繼續住院，則可能需要支付預定出院日期之後所享受的醫療照護的全部費用。
- 我們會將您的上訴提交至獨立審查組織，以確保我們遵循了所有規則。當我們這樣做時，您的個案會自動進入 2 級上訴流程。



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

## H5. 提出 2 級替代上訴

我們會在**否決**您的 1 級上訴之後的 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊提交至獨立審查組織。我們會自動執行此操作。您無需進行任何操作。

如果您認為我們沒有遵守此截止日期或任何其他截止日期，您可以提出投訴。請參閱**第 K 節**（*如何投訴*）有關投訴的資訊。

獨立審查組織會對您的上訴進行快速審查。該組織會仔細審查有關您出院的所有資訊且通常會在 72 小時內作出答覆。

如果獨立審查組織**批准**了您的上訴：

- 自我們宣布您的承保終止之日起，我們將向您支付我們應分擔的護理費用。
- 只要服務在醫療上是必要的，我們就會為您提供承保的住院醫療服務。

如果獨立審查組織**否決**了您的上訴：

- 他們同意您計劃的出院日期在醫學上是合適的。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以做什麼。

行政法官或律師審裁官處理 3 級上訴。請參閱**第 J 節**（*將您的上訴超過第 2 級*）有關 3、4 和 5 級上訴的資訊。

您也可以向 DMHC 提出投訴並要求進行獨立醫療審查以繼續您的住院治療。請參閱第 136 頁 F4 節瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求進行獨立醫療審查。除了或代替 3 級上訴，您可以要求進行獨立醫療審查。

---

## I. 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅介紹您可能獲取的三種服務：

- 家庭保健服務
- 專業護理機構中的專業護理，以及
- 在 Medicare 批准的綜合門診康復設施 (CORF) 中作為門診患者進行康復護理。這通常意味著您正在接受疾病或事故的治療，或者您正在從大手術中恢復。

對於這三種服務中的任何一種，只要醫生認為您需要，您就有權享受承保服務。

如果我們決定停止承保其中任何一項服務，則必須在您的服務終止**之前**通知您。當該服務的承保終止之後，我們會停止支付費用。

如果您認為我們過早終止了您的照護承保，**可對我們的決定提出上訴**。本節向您介紹了如何提出上訴。



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

## 11. 您的承保結束前的提前通知

在我們停止支付您的照護費用之前，我們會至少提前兩天向您發出書面通知。該通知稱為「Medicare 不承保通知」。該通知會告知您我們停止承保您的照護的日期，以及如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在通知上簽名以表明已收到通知。在通知上簽名**僅**表明您已獲悉有關資訊。簽名並不意味著您同意我們的決定。

## 12. 提出 1 級上訴

如果您認為我們過早終止了您照護的承保，可對我們的決定提出上訴。本節向您介紹 1 級上訴流程以及相應的對策。

- **滿足最後期限。**截止日期很重要。瞭解並遵守適用於您必須做的事情的最後期限。我們的計劃也必須遵守最後期限。如果您認為我們沒有按時完成，您可以提出投訴。請參閱**第 K 節**（*如何投訴*）有關投訴的更多資訊。
- **如果需要，請尋求幫助。**如果您有任何問題或需要幫助，請隨時：
  - 撥打頁面底部的號碼致電會員服務部。
  - 致電 1-800-434-0222 聯繫健康保險諮詢和倡導計劃 (HICAP)。
- **聯繫品質改進組織。**
  - 請參閱**第 H2 節**（*提出 1 級上訴*）或參閱《會員手冊》**第 2 章**瞭解有關 QIO 以及如何联系他們的更多資訊。
  - 請他們審查您的上訴並決定是否更改我們計劃的決定。
- **迅速採取行動並要求「快速上訴」。**詢問品質改進組織我們終止對您的醫療服務的承保是否在醫療上是合適的。

### 您聯繫該組織的截止日期

- 您必須在我們發送給您的 Medicare 不承保通知生效日期前一天中午之前聯繫品質改進組織開始您的上訴。
- 如果您錯過了聯繫品質改進組織的最後期限，您可以直接向我們提出上訴。有關如何執行此操作的詳細資訊，請參閱**第 I4 節**（*提出 1 級替代上訴*）。
- 如果品質改進組織聽不到您繼續承保您的醫療保健服務的請求，或者您認為您的情況緊急或對您的健康造成直接和嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，您可以向並要求加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 進行獨立醫療審查。請參閱第 136 頁第 F4 節瞭解如何向 DMHC 提出投訴並要求進行獨立醫療審查。



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

書面通知的法律術語是「**Medicare 不承保通知**」。要獲取樣本副本，請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部，或每週 7 天、每天 24 小時撥打 Medicare 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。或網上獲取副本 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices)。

### 快速上訴期間會發生什麼

- 品質改進組織的審查員會詢問您或您的代表，為什麼您認為承保應該繼續。你不需要寫一份聲明，但你可以這樣做。
- 審核員會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審核我們的計劃提供給他們的資訊。
- 我們的計劃還會向您發送書面通知，解釋我們終止承保您的服務的原因。您會在審查員通知我們您的上訴的當天結束之前收到通知。

通知解釋的法律術語是「**不承保的詳細解釋**」。

- 審查員在獲得所需的所有資訊後一整天內告訴您他們的決定。

如果獨立審查組織**批准**了您的上訴：

- 只要有醫療需要，我們就會為您提供承保服務。

如果獨立審查組織**否認**您的上訴：

- 您的承保在我們告訴您的日期結束。
- 我們在通知中的日期停止支付此項護理費用。
- 在承保終止日期之後，如果您決定繼續享受家庭保健、專業照護設施或綜合門診復健設施 (CORF) 提供的服務，則您需自行支付照護的全部費用
- 您決定是否想繼續享有這些服務並提出 2 級上訴。

### 13. 提出 2 級上訴

對於 2 級上訴，您要求品質改進組織重新審視他們對您的 1 級上訴做出的決定。請致電 1-877-588-1123 與他們聯繫。

您必須在品質改進組織**否決**您的 1 級上訴之日後的 **60 個日曆日**內要求進行此審查。**僅當您在照護承保終止日期之後繼續接受照護時**，才可要求進行此審查。

品質改進組織的審查員將開展以下工作：

- 再次仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後的 14 個日曆日內，告訴您他們對您的第 2 級上訴的決定。



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

如果獨立審查組織**同意**您的上訴：

- 自我們宣布您的承保終止之日起，我們將向您償還護理費用。
- 我們將提供承保醫療必要時的護理。

如果獨立審查組織**否認**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的護理的決定並且不會改變它。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以做什麼。
- 您可以向 DMHC 投訴並要求進行獨立醫療審查，以繼續承保您的醫療保健服務。請參閱第 136 頁第 F4 節瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。除了或代替 3 級上訴，您可以向 DMHC 提出投訴並要求進行獨立醫療審查。

行政法官或律師審裁官處理 3 級上訴。請參閱第 J 節（將您的上訴超過第 2 級）有關 3、4 和 5 級上訴的資訊。

#### 14. 提出 1 級替代上訴

如第 12 節所述（提出 1 級上訴），您必須迅速採取行動並聯繫品質改進組織以啟動您的 1 級上訴。如果您錯過了最後期限，您可以使用「替代上訴」程序。

致電頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部並要求我們進行「快速審查」。

「快速審查」或「快速上訴」的法律術語是「加急上訴」。

- 我們會查看有關您個案的所有資訊。
- 當我們為您的服務設定終止承保日期時，我們會檢查第一個決定是否公平並遵守規則。
- 我們使用快速截止日期而不是標準截止日期，並在您要求快速審核後的 72 小時內給您我們的決定。

如果我們**同意**您的快速上訴：

- 我們同意您需要更長的服務時間。
- 只要服務在醫療上是必要的，我們就會為您提供承保服務。
- 我們同意向您償還自我們宣布您的承保將終止之日起您所獲得的護理費用中我們應承擔的份額。

如果我們**否認**您的快速上訴：

- 我們對這些服務的承保在我們告訴您的日期結束。
- 在此日期之後，我們將不支付任何費用分攤。



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

- 如果您在我們告知您的承保終止日期之後繼續獲得這些服務，您將支付這些服務的全部費用。
- 我們將您的上訴發送給獨立審查組織，以確保我們遵守所有規則。當我們這樣做時，您的個案會自動進入第 2 級上訴程序。

## 15. 提出 2 級替代上訴

在 2 級上訴期間，

我們會在否決您的 1 級上訴之後的 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊提交至獨立審查組織。我們會自動執行此操作。您無需進行任何操作。

如果您認為我們沒有遵守此截止日期或任何其他截止日期，您可以提出投訴。請參閱第 K 節（*如何投訴*）有關投訴的資訊。

獨立審查組織會對您的上訴進行快速審查。該組織會仔細審查有關您出院的所有資訊且通常會在 72 小時內作出答覆。

如果獨立審查組織**批准**了您的上訴：

- 自我們宣布您的承保終止之日起，我們將向您償還我們應分擔的護理費用。
- 只要服務在醫療上是必要的，我們就會為您提供承保的住院醫療服務。

如果獨立審查組織**否認**您的上訴：

- 他們同意我們終止您的護理的決定並且不會改變它。
- 他們會給您一封信，告訴您如果您想繼續上訴程序並提出第 3 級上訴，您可以做什麼。

您也可以向 DMHC 投訴並要求進行獨立醫療審查，以繼續您的醫療保健服務的承保。請參閱第 136 頁第 F4 節瞭解如何要求 DMHC 進行獨立醫療審查。除了或代替 3 級上訴，您可以提出投訴並要求進行獨立醫療審查。

行政法官或律師審裁官處理 3 級上訴。請參閱第 J 節（*將您的上訴超過第 2 級*）有關 3、4 和 5 級上訴的資訊。

---

## J. 將您的上訴超過 2 級

### J1. Medicare 服務和項目的後續步驟

如果您針對 Medicare 服務或項目提出了 1 級上訴和 2 級上訴，但您的兩次上訴均被否認，您可能擁有權進行更多級別的上訴。

如果您上訴的 Medicare 服務或項目的美元金額未達到某個最低美元金額的限制，則您不能進一步上訴。如果美元金額足夠高，您可以繼續上訴程序。您從獨立審查組織收到的關於您的 2 級上訴的信函說明了聯繫誰以及如何申請 3 級上訴。



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



### 3 級上訴

上訴程序的第 3 級是行政法官 (ALJ) 聽證會。做出決定的人是為聯邦政府工作的 ALJ 或律師審裁官。

如果 ALJ 或律師審裁官**同意**您的上訴，我們有權就對您有利的第 3 級決定提出上訴。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們會向您發送一份 4 級上訴請求副本以及任何隨附文件。在授權或提供有爭議的服務之前，我們可能會等待 4 級上訴決定。
- 如果我們決定**不對決定提出上訴**，我們必須在獲得 ALJ 或律師審裁官的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供服務。
- 如果 ALJ 或律師審裁官**否認**您的上訴，上訴程序可能還沒有結束。
- 如果您決定**接受**否認上訴的決定，則上訴程序結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

### 4 級上訴

Medicare 上訴委員會審查您的上訴並給您答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

如果委員會**同意**您的第 4 級上訴或否認我們審查對您有利的第 3 級上訴決定的請求，我們有權向第 5 級上訴。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們將書面通知您。
- 如果我們決定**不對決定提出上訴**，我們必須在收到理事會決定後的 60 個日曆日內授權或為您提供服務。

如果理事會**否認**或拒絕我們的審查請求，上訴程序可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**否認上訴的決定，則上訴程序結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行第 5 級上訴以及該怎麼做。

### 5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**否認**。這是最終決定。除了聯邦地方法院，沒有其他上訴級別。

## J2. 額外的 Medi-Cal 上訴

如果您的上訴涉及 Medi-Cal 通常承保的服務或項目，您還有其他上訴權利。您從公平聽證辦公室收到的信函將告訴您如果您想繼續上訴程序該怎麼做。



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



### J3. D 部分藥物申請的 3、4 和 5 級上訴

如果您提出了第 1 級上訴和第 2 級上訴，並且您的兩個上訴都被駁回，則本部分可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到一定的金額，您可能可以繼續進行其他級別的上訴。您收到的第 2 級上訴書面答覆說明了聯繫誰以及如何申請第 3 級上訴。

#### 3 級上訴

上訴程序的第 3 級是行政法官 (ALJ) 聽證會。做出決定的人是為聯邦政府工作的 ALJ 或律師審裁官。

如果 ALJ 或律師審裁官**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 我們必須在 72 小時內（或 24 小時加急上訴）授權或提供批准的藥物承保，或在我們得到決定後的 30 個日曆日內付款。

如果 ALJ 或律師審裁官**否絕**您的上訴，上訴程序可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，則上訴程序結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

#### 4 級上訴

Medicare 上訴委員會審查您的上訴並給您答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴程序結束。
- 我們必須在 72 小時內（或 24 小時加急上訴）授權或提供批准的藥物承保，或在我們得到決定後的 30 個日曆日內付款。

如果理事會**否絕**您的上訴，上訴程序可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回上訴的決定，則上訴程序結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行第 5 級上訴以及該怎麼做。

#### 5 級上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴和所有資訊，並決定**同意**或**否絕**。這是最終決定。除了聯邦地方法院，沒有其他上訴級別。



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

## K. 如何投訴

### K1. 什麼樣的問題應該投訴

投訴流程僅用於特定類型的問題，比如護理品質、等待時間、護理協調和客戶服務等有關的問題。以下是投訴流程處理的各類問題的示例。

投訴	例子
您的醫療品質	<ul style="list-style-type: none"> <li>您對護理品質不滿意，例如您在醫院得到的護理。</li> </ul>
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為有人不尊重您的隱私權或分享有關您的機密資訊。</li> </ul>
不尊重、糟糕的客戶服務或其他負面行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>醫療保健提供者或工作人員對您粗魯或不尊重。</li> <li>我們的員工對你很差。</li> <li>你認為你被排除在我們的計劃之外。</li> </ul>
可獲得性和語言幫助	<ul style="list-style-type: none"> <li>您無法親自獲得醫生或提供者辦公室的醫療保健服務和設施。</li> <li>您的醫生或提供者不會為您說的非英語語言（例如美國手語或西班牙語）提供翻譯。</li> <li>您的提供者不會為您提供您需要和要求的其他合理便利。</li> </ul>
等待時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>您無法預約或等待時間過長。</li> <li>醫生、藥劑師或其他健康專業人員、會員服務部或其他計劃工作人員讓您等待太久。</li> </ul>
清潔度	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為診所、醫院或醫生辦公室不乾淨。</li> </ul>
您從我們這裡獲得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> <li>你認為我們沒有給你一個你應該收到的通知或信件。</li> <li>您認為我們發送給您的書面資訊太難理解。</li> </ul>
與承保決定或上訴相關的及時性	<ul style="list-style-type: none"> <li>您認為我們沒有按時做出承保決定或答覆您的上訴。</li> <li>您認為，在獲得有利於您的承保或上訴決定後，我們沒有在最後期限內批准或向您提供服務或向您支付某些醫療服務的費用。</li> <li>您認為我們沒有按時將您的個案提交給獨立審查組織。</li> </ul>



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

有**不同類型的投訴**。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴是提交給我們的計劃並由我們的計劃進行審查。外部投訴是提交給不隸屬於我們計劃的組織並由其審查。如果您在提出內部和/或外部投訴時需要幫助，您可以致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

「投訴」的法律術語為「**申訴**」。

「提出投訴」的法律術語為「**提起申訴**」。

## K2. 內部投訴

要進行內部投訴，請致電會員服務部，電話 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 使用者：1-800-718-4347)。您可以隨時提出投訴，除非是關於 D 部分藥物。如果投訴是關於 D 部分藥物的，您必須在遇到要投訴的問題後 **60 個日曆日**內提出。

- 如果您還有其他需要做的事情，會員服務部會告訴您。
- 您也可將您的投訴寫下來並寄給我們。如果您透過書面方式提出投訴，我們將會以書面方式回覆您的投訴。
- 您可使用我們的「會員上訴與申訴表」，您可在我們的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 找到該表格。我們所有的醫療服務提供者均備有該表格，或者我們可以將表格郵寄給您。您也可以在网上提出申訴。您可將填妥的表格交給 IEHP DualChoice 的醫療服務提供者或者將其寄送至下列地址給我們：  
  
IEHP DualChoice  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
- 如需有關本計劃流程 (包括期限) 的詳細說明，請前往我們的網站 [www.iehp.org](http://www.iehp.org) 或致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，太平洋標準時間 (PST) 上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 1-800-718-4347。

「快速投訴」的法律術語是「**加急申訴**」。

如有可能，我們會立即作出答覆。如果您透過電話向我們提出投訴，則我們可能會當即在通話中作出答覆。如果您的健康狀況需要我們儘快答覆，我們會如此做到。

- 我們會在 30 個日曆日內答覆大多數投訴。如果我們因為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。在您等待答案時，我們還提供狀態更新和預計等待時間。



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

- 如果您因為我們拒絕了您的「快速承保決定」或「快速上訴」請求而提出投訴，我們會自動為您提供「快速投訴」並在 24 小時內回覆您的投訴。
- 如果您因為我們花了額外時間做出承保決定或上訴而提出投訴，我們會自動為您提供「快速投訴」並在 24 小時內回覆您的投訴。

如果我們對您的部分或全部投訴有異議，則會通知您並說明原因。無論我們是否認同您的投訴，均會作出答覆。

### K3. 外部投訴

#### Medicare

您可直接向 Medicare 投訴，或將投訴發送給 Medicare。可透過以下網址獲取 Medicare 投訴單：[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。在向 Medicare 提出投訴之前，您無需向 IEHP DualChoice 提出投訴。

Medicare 會認真對待您的投訴，並利用這些資訊來幫助提高 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他回饋或疑慮，或者您認為健保計劃未能解決您的問題，也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。這是免費電話。

#### Medi-Cal

您可以致電 1-888-452-8609 向加州醫療保健服務部 (DHCS) 管理式照護監察員 (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) 提出投訴。TTY 使用者可以撥打 711。致電時間為：週一至週五上午 8 時至下午 5 時。

您可以透過以下方式向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴。DMHC 負責監管健康計劃。您可以致電 DMHC 幫助中心尋求有關 Medi-Cal 服務投訴的幫助。您可以致電 DMHC 幫助中心尋求有關 Medi-Cal 服務投訴的幫助。對於非緊急事項，如果您不同意 1 級上訴中的決定，或者計劃在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，您可以向 DMHC 提出投訴。但是，如果您在涉及緊急問題或對您的健康有直接和嚴重威脅的投訴方面需要幫助、如果您感到劇烈疼痛、如果您不同意我們的計劃對您的投訴的決定，或者如果我們的計劃在 30 個日曆日後仍未解決您的投訴，當這些情況發生時，請與 DMHC 聯絡。

以下是從幫助中心獲得幫助的兩種方式：

- 撥打 1-888-466-2219。失聰、聽力障礙或語言障礙人士可以使用免費 TTY 服務專線 1-877-688-9891。通話是免費的。
- 訪問醫療保健計劃管理局的網站 ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))。

#### 民權辦公室

如果您認為自己沒有得到公平對待，您可以向健康與公眾服務部民事權利辦公室 (Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) 提出投訴。例如，您可以就殘障人士通



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

道或語言協助提出投訴。民事權利辦公室的電話號碼是 1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。您可以造訪 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 瞭解更多資訊。

您也可以透過以下方式聯繫當地的民事權利辦公室：

U.S. Department of Health and Human Services  
907th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
電話：1-800-368-1019  
TDD：1-800-537-7697  
傳真：1-415-437-8329

根據《美國殘疾人法案》，您可能還享有權利。您可致電 1-800-514-0301 (TTY 使用者專線：1-800-514-0383) 與美國司法部殘障人士權利部民權分部聯絡。

### 品質改進組織

當您的投訴涉及護理品質時，您有兩種選擇：

- 您可以直接向品質改進組織投訴護理品質。
- 您可以向品質改進組織和我們的計劃提出投訴。如果您向品質改進組織投訴，我們將與他們合作解決您的投訴。

品質改進組織是由聯邦政府支付費用的執業醫生和其他醫療保健專家組成的團體，用於檢查和改善對醫療保險患者的護理。要瞭解有關品質改進組織的更多資訊，請參閱**第 H2 節**（提出 1 級上訴）或參閱《會員手冊》**第 2 章**。

在加利福尼亞州，品質改進組織被稱為 Livanta Beneficiary & Family Centred Care (BFCC) 品質改進組織 (QIO)。他們的電話號碼是 1-877-588-1123。



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

## 第 10 章：終止您在我們計劃中的會員資格

---

### 簡介

本章說明您可以透過何種方式終止您在本計劃的會員資格，以及您退出本計劃後的健康承保選項。如果您退出本計劃，只要您符合資格，您仍會繼續擁有 Medicare 和 Medi-Cal 方案。重要用語與其定義以英文字母順序列於您《會員手冊》的最後一章。

### 目錄

A. 您何時可以終止本計劃會員資格 .....	166
B. 如何終止本計劃會員資格 .....	167
C. 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務 .....	167
C1. 您的 Medicare 服務 .....	167
C2. 您的 Medi-Cal 服務 .....	169
D. 在本計劃會員資格終止前如何獲得醫療服務和藥物 .....	169
E. 本計劃會員資格終止時的其他情況 .....	169
F. 禁止以任何與健康相關的理由要求您退出本計劃的規則 .....	170
G. 如果我們終止您在本計劃中的會員資格，您有權提出投訴 .....	170
H. 如何獲取有關終止計劃會員資格的更多資訊 .....	170



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

## A. 您何時可以終止本計劃會員資格

大多數擁有 Medicare 的人可以在一年中的特定時間終止其會員資格。由於您擁有 Medi-Cal，您可以在以下每個**特殊投保時段**終止您在本計劃中的會員資格或轉換到不同的計劃：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在每年的以下時段終止您在本計劃中的會員資格：

- **年度投保期**，從 10 月 15 日持續到 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在本計劃中的會員資格將於 12 月 31 日結束，而您在新計劃中的會員資格將於 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage 開放投保期**，從 1 月 1 日持續到 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，新計劃的會員資格將從下個月的第一天開始。

可能還有其他情況出現時，您也有資格更改您的投保。例如：

- 您搬出了我們的服務地區，
- 您獲得 Medi-Cal 或額外補助的資格發生了變化，**或者**
- 如果您最近剛剛搬入、搬出療養院或長期照護醫院或目前正在其中接受照護。

您的會員資格在我們收到您請求更換計劃的當月最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的請求，您在本計劃中的承保將於 1 月 31 日結束。您的新承保於下個月第一天開始生效（本例中為 2 月 1 日）。

如果您退出本計劃，您可以獲得以下資訊：

- **C1 章節**您的 *Medicare* 服務表格中的 Medicare 選項。
- **C2 章節**您的 *Medi-Cal* 服務中的 Medi-Cal 服務。

您可以聯繫以下部門，獲得有關如何終止會員資格的更多資訊：會員服務部，電話號碼詳見頁面底部。TTY 使用者的電話號碼也有列出。

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時開通。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 加州健康保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 時至下午 5 時。如需更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)。
- 健康照護選項 (Health Care Options)，電話：1-844-580-7272，週一至週五上午 8 時至晚上 6 時，TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。



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

- Medi-Cal 管理式照護監察員，電話：1-888-452-8609，週一至週五上午 8 時至下午 5 時，或發送電子郵件至 [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)。

## B. 如何終止本計劃會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以加入另一個 Medicare 計劃或轉換到 Original Medicare。但是，如果您想從我們的計劃轉換到 Original Medicare，但尚未選擇單獨的 Medicare 處方藥計劃，則必須要求從我們的計劃退保。您可以透過兩種方式要求退保：

- 您可以向我們提出書面請求。如果您需要有關如何執行此操作的更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯繫會員服務部。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，營業時間為每週 7 天、全天 24 小時。TTY 使用者（有聽力或語言障礙的人士）應撥打 1-877-486-2048。撥打 1-800-MEDICARE 時，您還可以投保另一項 Medicare 健康或藥物計劃。有關在退出本計劃時獲得 Medicare 服務的更多資訊，請參見第 167 頁上的圖表。
- 請聯繫健康照護選項 (Health Care Options)，電話：1-844-580-7272，週一至週五上午 8 時至晚上 6 時，TTY 使用者應致電 1-800-430-7077。
- 下文第 C 節介紹了投保不同計劃可以採取的步驟，這也將終止您在本計劃中的會員資格。

## C. 如何取得 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您選擇退出本計劃，可以選擇獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務。

### C1. 您的 Medicare 服務

您可以透過三種方式獲得 Medicare 服務，如下所示。選擇這些選項之一，您就將自動終止您在本計劃中的會員資格。

<p><b>1. 您可以更換至：</b></p> <p>另一個 <b>Medicare 健保計劃</b>，包括將您的 Medicare 和 Medi-Cal 承保結合起來的計劃</p>	<p><b>辦法如下：</b></p> <p>致電 Medicare 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。</p> <p>如需查詢 PACE，請撥打 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 時至下午 5 時。如需更多</li> </ul>
--	--



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



	<p>資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</p> <p><b>或者</b></p> <p>加入新的 Medicare 計劃。</p> <p>當您的新計劃承保開始時，您便自動從我們的 Medicare 計劃退保。您的 Medi-Cal 計劃可能會改變。</p>
<p><b>2. 您可以更換至：</b></p> <p>附有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p>	<p><b>辦法如下：</b></p> <p>致電 Medicare 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 時至下午 5 時。如需更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p><b>或者</b></p> <p>加入新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您便自動從我們的 Medicare 計劃退保。</p>
<p><b>3. 您可以更換至：</b></p> <p>不附帶單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p><b>備註：</b> 如果您轉換至 Original Medicare 並且沒有加入單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您加入藥物計劃，除非您告訴 Medicare 您不想加入。</p>	<p><b>辦法如下：</b></p> <p>致電 Medicare 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請致電加州健康保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling</li> </ul>



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

<p>如果您從其他來源（例如雇主或工會）獲得藥物承保，您應該只退保處方藥承保。如果您對是否需要藥物承保有疑問，請於週一至週五上午 8 時至下午 5 時撥打加州健康保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)，電話 1-800-434-0222。如需更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>。</p>	<p>and Advocacy Program, HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 時至下午 5 時。如需更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請造訪 <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您便自動從我們的 Medicare 計劃退保。</p>
--	--

## C2. 您的 Medi-Cal 服務

有關在您退出我們的計劃後如何獲得 Medi-Cal 服務的問題，請在週一至週五上午 8 時至下午 6 時致電 Health Care Options，電話：1-844-580-7272。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。詢問加入另一個計劃或返回 Original Medicare 對您取得 Medi-Cal 承保有何影響。

## D. 在本計劃會員資格終止前如何獲得醫療服務和藥物

如果您退出本計劃，可能需要一段時間才能終止您的會員資格，然後您的 Medicare 和 Medi-Cal 新承保才會開始生效。在此期間，您將繼續透過本計劃獲得處方藥和醫療照護，直至新計劃開始生效。

- 使用我們的網絡提供者接受醫療護理。
- 使用我們的網絡藥房，包括透過我們的郵購藥房服務取得處方藥的配藥。
- 如果您在 IEHP DualChoice 會員資格結束當天住院，我們的計劃將承保您的住院直至您出院。即使您的新健康承保在您出院之前開始，這種情況也會發生。

## E. 本計劃會員資格終止時的其他情況

在以下情況下，我們必須終止您在本計劃中的會員資格：

- 您的 Medicare A 部分和 B 部分承保中斷。
- 如果您不再有資格取得 Medi-Cal。我們的計劃僅適用於同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人士。
- 如果您喪失了 Medi-Cal 的資格，但您仍在本計劃為期 3 個月的認定續保資格期內，則我們將會繼續提供所有屬於 Medicare Advantage 計劃承保範圍的 Medicare 福利。不過，在此期間，我們將不會繼續承保包含在適用 Medicaid 州政府計劃中的 Medicaid 福利。適用於 Medicare 基本和補充福利的 Medicare 分攤費用額在此期間將不會有所變更。
- 您搬出了我們的服務地區。



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

- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
  - » 如果您搬家或長途旅行，請致電會員服務部，瞭解您要搬家或前往的地方是否在我們計劃的服務區內。
- 如果您因刑事犯罪而入獄或服刑。
- 您隱瞞了關於您擁有的其他處方藥承保的資訊。
- 您不是美國公民或在美國沒有合法居留權。
  - 您必須是美國公民或在美國擁有合法居留權才能成為本計劃的會員。
  - 如果您在此基礎上沒有資格繼續成為會員，Medicare 和 Medicaid 服務中心會通知我們。
  - 如果您不符合此規定，我們必須將您退保。

如果您失去 Medi-Cal 資格，但可以合理地預期在 3 個月內重新獲得資格，那麼您仍然有資格參加我們的計劃，這便稱為「被視為持續符合資格」。如果在 3 個月被視為持續符合資格的期間結束時而您仍然沒有資格獲得 Medi-Cal，此時您將被退保我們的計劃。

只有在我們先獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的許可後，我們才能出於以下原因讓您退保我們的計劃：

- 您在加入本計劃時故意向我們提供不正確的資訊，並且該資訊影響您投保本計劃的資格。
- 您不斷做出破壞性行為，使我們難以為您和本計劃的其他會員提供醫療照護服務。
- 您讓其他人使用您的計劃會員卡獲得醫療照護服務。（如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會要求監察長調查您的個案。）

---

## F. 禁止以任何與健康相關的理由要求您退出本計劃的規則

我們不能以任何與您的健康相關的理由要求您退出本計劃。如果您認為我們以健康相關理由要求您退出本計劃，請聯繫 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。每週 7 天、每天 24 小時均可撥打該電話。

---

## G. 如果我們終止您在本計劃中的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃中的會員資格，我們必須以書面形式告知您終止您的會員資格的原因。我們還必須解釋您可以如何就我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱您的《會員手冊》第 9 章，瞭解有關如何進行投訴的資訊。

---

## H. 如何獲取有關終止計劃會員資格的更多資訊

如果您有疑問或想瞭解有關終止會員資格的更多資訊，您可以撥打本頁底部的號碼致電會員服務部。



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

## 第 11 章：法律聲明

---

### 簡介

本章包含適用於您在本計劃會員資格的法律聲明。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於《會員手冊》的最後一章中。

### 目錄

A. 法律聲明 .....	172
B. 反歧視聲明 .....	172
C. Medicare 身為次要給付者及 Medi-Cal 身為最後順位給付者的聲明 .....	173
D. Medi-Cal 遺產追討聲明 .....	173



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

---

## A. 法律聲明

許多法律皆適用於本《會員手冊》。即使本《會員手冊》並未包括或並未說明這些法律，但您的權利和責任還是可能會受相關法律的影響。適用的主要法律是與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃有關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. 反歧視聲明

我們不會因為您的種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性向、身心障礙、健康狀態、索賠經驗、醫療記錄、基因資訊、可保性證明或在服務區域內的地理位置而歧視您或對您有差別待遇。此外，我們不會因為血統、族群認同、性別認同、婚姻狀態或醫療病症而非法歧視、排擠他人或對人有差別待遇。像本計劃一樣提供 Medicare Advantage 計劃的所有組織皆必須遵守禁止歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法案》第六篇、1973 年《康復法案》、1975 年《年齡歧視法案》、《美國殘障人士法案》、適用於有獲得聯邦政府資金之組織的所有其他法律以及基於任何其他理由而適用的任何其他法律和規定。

如果您需要更多資訊或是對歧視或不公平待遇有疑慮：

- 請致電 1-800-368-1019 與衛生與公眾服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。您也可前往 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 以獲得更多資訊。
- 請致電 916-440-7370 與醫療保健服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 711 (電信中繼服務電話)。如果您認為自己遭到歧視且想提出歧視申訴，請聯絡

Inland Empire Health Plan  
Attn: Civil Rights Coordinator  
10801 Sixth Street  
Rancho Cucamonga, CA 91730。

如果您的申訴是與 Medi-Cal 計劃中的歧視有關，您也可透過電話、書面方式或電子方式向醫療保健服務部民權辦公室提出投訴：

- 透過電話：請致電 916-440-7370。如果您有言語或聽力障礙，請致電 711 (電信中繼服務電話)。
- 透過書面方式：填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O.Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

投訴表可於網站取得，網址 [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)。

透過網路：傳送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。



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

如果您是殘障人士且需要協助取得醫療保健服務或使用醫療服務提供者，請致電與會員服務部聯絡。如果您想提出投訴 (例如使用輪椅的問題)，會員服務部可提供協助。

---

### C. Medicare 身為次要給付者及 Medi-Cal 身為最後順位給付者的聲明

有時候，其他單位必須先支付我們為您提供之服務的費用。例如，如果您發生車禍或在工作時受傷，必須由保險或工傷賠償先支付費用。

我們有權利和責任針對屬於 Medicare 承保範圍且 Medicare 不是第一順位給付者的服務追討費用。

我們遵守與第三方為會員提供醫療保健服務應承擔之責任有關的聯邦法律和州法律及法規。我們會採取所有合理措施以確保 Medi-Cal 是最後順位給付者。

---

### D. Medi-Cal 遺產追討聲明

Medi-Cal 計劃必須透過某些已故會員經認證的遺產追討會員在其 55 歲生日當日或之後所獲得的 Medi-Cal 福利費用償付。費用償付包括按服務收費計劃和管理式護理計劃的保費 / 護理機構服務的按人計費費用、居家和社區服務，以及會員在護理機構住院期間或在接受居家和社區服務期間所獲得的相關安寧照護和處方藥服務。費用償付不得超過會員經認證之遺產的價值。

如欲瞭解詳情，請前往醫療保健服務部的遺產追討網站 [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) 或致電 916-650-0590。



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

## 第 12 章：重要詞彙的定義

---

### 簡介

本章包括您的《會員手冊》中使用的關鍵術語及其定義。這些術語按英文字母順序列出。如果您找不到要查找的術語，或者您需要的資訊超出定義所包含的資訊，請聯繫會員服務部。

**日常生活活動 (ADL):** 人們在日常生活中所做的事情，例如吃飯、上廁所、穿衣、洗澡或刷牙。

**行政法官:** 審查 3 級上訴的法官。

**艾滋病藥物援助計劃 (ADAP):** 該計劃旨在幫助符合資格的艾滋病毒/艾滋病患者獲得挽救生命的艾滋病毒藥物。

**門診手術中心:** 為不需要住院照護且預計不需要超過 24 小時照護的病患提供門診手術的設施。

**上訴:** 如果您認為我們犯了錯誤，您可以透過此方式質疑我們的行為。您可以透過提出上訴要求我們更改承保決定。您的《會員手冊》第 9 章解釋了上訴相關事宜，包括如何提出上訴。

**行為健康:** 一個包羅萬象的術語，指的是心理健康和物質使用障礙。

**品牌藥:** 由最初研製該藥物的公司製造和銷售的處方藥。品牌藥與普通藥的成分相同。普通藥通常由其他製藥公司生產和銷售。

**護理協調員:** 一位與您、健保計劃和您的照護提供者協同工作的主要人員，以確保您獲得所需的照護。

**照護計劃:** 請參閱「個人化照護計劃 (ICP)」。

**照護計劃可選服務 (CPO 服務):** 根據您的個性化照護計劃 (ICP) 可選的附加服務。這些服務並非旨在取代您有權根據 Medi-Cal 獲得的長期服務與支援。

**照護團隊:** 請參閱「跨學科照護團隊」。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS):** 負責 Medicare 的聯邦機構。您的《會員手冊》第 2 章說明了如何聯繫 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)。

**社區型成人服務 (CBAS):** 基於設施的門診服務計劃，為符合適用資格標準的合格會員提供專業照護、社會服務、職業和言語治療、個人照護、家庭/照護人員培訓和支援、營養服務、交通和其他服務。

**投訴:** 一份書面或口頭聲明，表明您對承保的服務或照護有問題或疑慮。這包括對服務品質、您的照護品質、我們的網絡醫療服務提供者或我們的網絡藥房的任何擔憂。「投訴」的正式名稱是「提出申訴」。



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

**綜合門診復健設施 (CORF)：** 主要在疾病、事故或大手術後提供復健服務的設施。它提供多種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、言語治療和家庭環境評估服務。

**承保決定：** 關於我們承保哪些福利的決定。這包括關於承保藥物和服務或我們為您的醫療服務支付的金額的決定。您的《會員手冊》第 9 章說明了如何要求我們作出承保決定。

**承保藥物：** 我們用來指代本計劃承保的所有處方藥的術語。

**承保服務：** 我們用來指代本計劃承保的所有醫療保健、長期服務與支援 (LTSS)、用品、行為健康服務（包括醫療健康和保健）、處方藥和非處方藥、設備和其他服務的通用術語。

**文化能力訓練：** 為我們的醫療服務提供者提供額外指導的培訓，幫助他們更好地瞭解您的背景、價值觀和信仰，從而調整服務以滿足您的社會、文化和語言需求。

**健康照護服務部 (DHCS)：** 加州負責管理 Medicaid 計劃（稱為 Medi-Cal）的部門。

**醫療保健計劃管理局 (DMHC)：** 加州負責監管健保計劃的部門。DMHC 幫助人們就 Medi-Cal 服務提出上訴和投訴。DMHC 還負責進行獨立醫療審查 (IMR)。

**退保：** 終止您在本計劃中的會員資格的流程。退保可能是自願的（您自己的選擇）或非自願的（不是您自己的選擇）。

**藥物管理計劃 (DMP)：** 該計劃有助於確保會員安全使用處方阿片類藥物和其他經常遭到濫用的藥物。

**符合雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)：** 為同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的個人提供服務的健保計劃。本計劃是 D-SNP。

**耐用醫療器材 (DME)：** 遵循您醫生的醫囑在自己家中使用的某些用品。這些物品的示例包括輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、服務提供者醫囑指示在家中使用的病床、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器和助行器。

**急診：** 當您或任何其他具有一般健康和醫學知識的人認為您的醫學症狀需要立即就醫以防止死亡、喪失身體部位或嚴重損害身體功能（如果您是孕婦，則失去未出生的孩子）。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的醫療病症。

**急診照護：** 由受過急診服務培訓的提供者提供的並且需用於治療某一醫學或行為健康急診的承保服務。

**例外：** 獲得通常不承保的藥物承保或在沒有特定規則和限制的情況下使用該藥物的許可。

**排除服務：** 本健康計劃不承保的服務。

**額外補助：** 幫助收入和資源有限的人士降低 Medicare D 部分處方藥費用（例如保費、自付額和共付額）的 Medicare 計劃。額外補助也稱為「低收入補助」或「LIS」。

**普通藥：** 一種經聯邦政府批准用於代替品牌藥的處方藥。普通藥具有與品牌藥相同的成分。它通常更便宜，而且效果和品牌藥一樣好。



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



**申訴：** 您對我們或我們任一網絡醫療服務提供者或藥房的投訴。這包括針對您的健保計劃為您提供的照護或服務品質的投訴。

**健康保險諮詢與倡導方案 (HICAP)：** 一項免費提供關於 Medicare 的客觀資訊及諮詢的計劃。您的《會員手冊》第 2 章說明了瞭如何聯繫 HICAP。

**健保計劃：** 由醫生、醫院、藥房、長期服務提供者和其他提供方組成的組織。它也有護理協調員幫助您管理所有提供方和服務。他們協同工作，為您提供所需的照護。

**健康風險評估：** 對您的病史和目前狀況進行的審查。它用於瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

**家庭健康助理：** 提供無需持證護士或治療師技能的服務的人，例如個人照護方面的幫助（如洗澡、使用廁所、穿衣或進行規定的鍛鍊）。家庭健康助理沒有照護執照，也不提供治療。

**安寧照護：** 一項照護和支援計劃，旨在幫助患有晚期預後的病患過上舒適的生活。晚期預後意味著一個人患有絕症，預計還有六個月或更短的生命。

- 有晚期預後的參保者有權選擇安寧照護。
- 一支訓練有素的專業人士和照護人員團隊為其提供全方位照護，包括身體、情感、社交和精神需求。
- 我們需要向您提供您所在地理區域內的安寧照護提供方名單。

**不當/不適當計費：** 服務提供方（例如醫生或醫院）向您收取的費用超過我們的服務分攤費用的情況。如果您收到任何您不理解的帳單，請致電會員服務部。

因為我們為您的服務支付全部費用，所以您**無需**分攤任何費用。醫療服務提供者不應就這些服務向您收取任何費用。

**居家支援服務 (IHSS)：** IHSS 計劃將幫助支付為您提供的服務之費用，以便您可以安全地留在自己的家中。IHSS 是療養院或寄宿和護理機構等住家外護理的替代方案。可透過 IHSS 授權的服務類型包括房屋清潔、備餐、洗衣、雜貨購買、個人護理服務（如腸道和膀胱護理、沐浴、美容和輔助醫療服務）、醫療約診陪同以及對心理障礙患者的保護性監督。縣政府社會服務機構負責管理 IHSS。

**獨立醫療審查 (IMR)：** 如果我們拒絕您的醫療服務或治療請求，您可以提出上訴。如果您不同意我們的決定，並且您的問題與 Medi-Cal 服務有關（包括 DME 用品和藥物），您可以向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 申請獨立醫療審查 (IMR)。IMR 是由不屬於本計劃的醫生對您的病例進行的審查。如果 IMR 決定對您有利，我們必須為您提供您要求的服務或治療。您無需為 IMR 支付任何費用。

**獨立審查組織 (IRO)：** Medicare 聘請的獨立組織，負責審查 2 級上訴。該組織與我們沒有任何關聯，也不是政府機構。該組織會判定我們做出的決定是否正確或者是否應該改變。Medicare 監督其工作。正式名稱是**獨立審查實體**。



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

**個性化照護計劃 (ICP 或照護計劃)：** 關於您將獲得哪些服務以及如何獲得這些服務的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支持。

**住院病患：** 當您正式入院接受專業醫療服務時使用的一個術語。如果您沒有正式入院，即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診病患而不是住院病患。

**跨科照護團隊 (ICT 或照護團隊)：** 照護團隊可能包括醫生、護士、顧問或其他健保專業人士，他們會幫助您獲得所需的照護。您的照護團隊還可以幫助您制定照護計劃。

**《承保藥物清單》 (藥物清單)：** 我們承保的處方藥清單。我們在醫生和藥劑師的幫助下選擇此清單上的藥物。藥物清單會告訴您是否需要遵守某些規則才能獲得您的藥物。藥物清單有時被稱為「處方集」。

**長期服務與支持 (LTSS)：** 長期服務與支持幫助您改善長期病情狀況。這些服務中的大多數可以幫助您留在家中，因此您不必前往療養院或醫院。我們的計劃承保的 LTSS 包括社區型服務、護理機構 (NF) 和社區支援。IHSS 和 1915(c) 豁免計劃是在我們的計劃之外提供的 Medi-Cal LTSS。

**低收入補助 (LIS)：** 請參閱「額外補助」。

**郵購計劃：** 有些計劃可能會提供郵購計劃，允許您將最多 3 個月的承保處方藥直接寄送到您家中。這可能是一種為您的處方定期配藥的經濟高效且方便的方式。

**Medi-Cal：** 這是加州 Medicaid 計劃的名稱。Medi-Cal 由州政府管理，由州政府和聯邦政府支付費用。

- 它幫助收入和資源有限的人士支付長期服務與支持以及醫療費用。
- 它承保了 Medicare 未承保的額外服務和某些藥物。
- Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，大部分醫療保健費用都會得到承保。

**Medi-Cal 計劃：** 僅承保 Medi-Cal 福利（例如長期服務與支持、醫療設備和交通）的計劃。Medicare 福利是單獨分開的。

**Medicaid (醫療補助)：** 由聯邦政府和州政府營運的一項計劃，旨在幫助收入和資源有限的民眾支付長期服務和支援以及醫療費用。Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃。

**醫療所需：** 這描述了您預防、診斷或治療疾病或維持當前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括讓您不必進入醫院或療養院所需的照護。這也意味著服務、用品或藥物符合公認的醫療實踐標準。

**Medicare：** 聯邦健康保險計劃適用於 65 歲或以上的人、一些 65 歲以下有某些殘疾的人以及患有終末期腎病的人（通常是那些需要透析或腎移植的永久性腎衰竭病患）。擁有 Medicare 的人可以透過 Original Medicare 或管理式照護計劃獲得他們的 Medicare 健康保險（請參閱「健保計劃」）。



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

**Medicare Advantage:** 一項透過私人公司提供 MA 計劃的 Medicare 計劃，也稱為「Medicare C 部分」或「MA」。Medicare 向這些公司支付費用，以便您享有 Medicare 福利。

**Medicare 上訴委員會（委員會）：** 審查 4 級上訴的委員會。該委員會是聯邦政府的一部分。

**Medicare 承保服務：** Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健保計劃（包括本計劃）都必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。

**Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP):** 一項結構化的健康行為改變計劃，提供長期飲食改變、增加體力活動以及克服維持減肥和健康生活方式挑戰之策略方面的訓練。

**Medicare-Medi-Cal 參保人：** 一位有資格同時獲得 Medicare 和 Medi-Cal 保險的人。Medicare-Medi-Cal 參保人也被稱為「符合雙重資格個人」。

**Medicare A 部分：** 承保大多數醫療所需的醫院、專業照護設施、家庭健康和安寧照護的 Medicare 計劃。

**Medicare B 部分：** 承保治療疾病或病症所需的服務（如化驗測試、手術和醫生就診）和用品（如輪椅和助行器）的 Medicare 計劃。Medicare B 部分還承保許多預防和篩查服務。

**Medicare C 部分：** 允許私人健康保險公司透過 Medicare Advantage 計劃提供 Medicare 福利的 Medicare 計劃，也稱為「Medicare Advantage」或「MA」。

**Medicare D 部分：** Medicare 處方藥福利計劃。我們將此計劃簡稱為「D 部分」。D 部分承保門診處方藥、疫苗和 Medicare A 部分或 B 部分或 Medi-Cal 未承保的某些用品。本計劃包括 Medicare D 部分。

**Medicare D 部分藥物：** Medicare D 部分承保的藥物。國會明確將某些類別的藥物排除在 D 部分的承保範圍之外。Medi-Cal 可能承保這其中的一些藥物。

**藥物治療管理 (MTM):** 由包括藥劑師在內的醫療服務提供者提供的一組獨特的服務或多項服務組合，以確保為病患提供最佳治療效果。相關詳細資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

**會員（我們計劃的會員，或計劃會員）：** 擁有 Medicare 和 Medi-Cal 資格且有資格獲得承保服務的人，已參保本計劃，並且其參保已得到 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 和州政府的確認。

**《會員手冊》與披露資訊：** 本文件連同您的參保表和任何其他附件或附加條款，解釋了您的承保範圍、我們必須做什麼、您的權利以及您作為本計劃的會員必須做什麼。

**會員服務部：** 本計劃中的一個部門，負責回答您有關會員資格、福利、申訴和上訴的問題。有關會員服務部的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 2 章。

**網絡藥房：** 同意為本計劃會員配藥的藥房。我們稱他們為「網絡藥房」，因為他們同意與本計劃合作。在大多數情況下，只有在我們的網絡藥房配藥時，我們才會承保您的處方藥。



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

**網絡醫療服務提供者：**「醫療服務提供者」是我們對醫生、護士和其他為您提供服務和照護的人使用的通用術語。該術語還包括醫院、家庭保健機構、診所和其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療設備以及長期服務與支持的地方。

- 他們獲得 Medicare 和州政府的許可或認證，可以提供醫療保健服務。
- 如果他們同意與我們的健保計劃合作、接受我們的付款並且不向會員收取額外費用，我們稱他們為「網絡醫療服務提供者」。
- 當您是本計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者來獲得承保服務。網絡醫療服務提供者也稱為「計劃醫療服務提供者」。

**療養院或照護設施：**一個為無法在家中得到照護但又無需住院的人提供照護的地方。

**監察員：**您所在州的一個辦公室，作為您的代言人為您服務。如果您有問題或投訴，他們可以回答問題，並且可以幫助您瞭解該怎麼做。監察員的服務是免費的。您可以在《會員手冊》的**第 2 和 9 章**中找到更多資訊。

**組織判定：**當我們或我們的提供者之一決定是否承保服務或您需為承保的服務支付多少費用時，本計劃會做出組織判定。組織判定稱為「承保決定」。您的《會員手冊》**第 9 章**解釋了承保決定。

**Original Medicare（傳統 Medicare 或按服務計費 Medicare）：**政府提供 Original Medicare。在 Original Medicare 保險下，服務是透過向醫生、醫院和其他醫療服務提供者支付國會確定的金額來實現的。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的醫生、醫院或其他醫療服務提供者。Original Medicare 有兩個部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險）。
- 美國各地都有 Original Medicare。
- 如果您不想參加本計劃，您可以選擇 Original Medicare。

**網絡外藥房：**未同意與本計劃合作、為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非某些條件適用，否則本計劃不承保您從網絡外藥房獲得的大多數藥物。

**網絡外醫療服務提供者或網絡外設施：**不由本計劃僱傭、擁有或營運的提供者或設施，並且未簽訂向本計劃會員提供承保服務的合同。您的《會員手冊》**第 3 章**解釋了網絡外醫療服務提供者或設施。

**非處方 (OTC) 藥物：**非處方藥物是人們可以在沒有醫療保健專業人士處方的情況下購買的藥物。

**A 部分：**請參閱「Medicare A 部分」。

**B 部分：**請參閱「Medicare B 部分」。

**C 部分：**請參閱「Medicare C 部分」。



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

**D 部分：**請參閱「Medicare D 部分」。

**D 部分藥物：**請參閱「Medicare D 部分藥物」。

**個人健康資訊（也稱為受保護健康資訊）(PHI)：**有關您和您的健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生就診和病史。有關我們如何保護、使用和披露您的 PHI 以及有關您的 PHI 權利的更多資訊，請參閱我們的《隱私權實施例通知》。

**基本保健醫生 (PCP)：**您在處理大多數健康問題時首先使用的醫生或其他提供者。他們可確保您得到保持健康所需的照護。

- 他們還可能與其他醫生和醫療服務提供者討論您的照護並將您轉介給他們。
- 在許多 Medicare 健保計劃中，您必須先使用您的基本保健醫生，然後再使用任何其他醫療服務提供者。
- 有關從基本保健醫生那裡獲得照護的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章。

**事先授權：**在您獲得特定服務或藥物或使用網絡外醫療服務提供者之前，您必須事先獲得我們的批准。如果您沒有事前獲得批准，本計劃可能不承保該服務或藥物。

僅當您的醫生或其他網絡醫療服務提供者獲得我們的事前授權時，本計劃才承保某些網絡醫療服務。

- 需要本計劃事前授權的承保服務均在您的《會員手冊》第 4 章中標明。

只有在您獲得我們事前授權的情況下，本計劃才會承保某些藥物。

- 需要本計劃事前授權的承保藥物均在《承保藥物清單》中標明。

**長者綜合照護方案 (PACE)：**一項同時承保 Medicare 和 Medi-Cal 福利的計劃，適用於需要更高水準照護才能居家生活的 55 歲及以上人士。

**假肢和矯形器：**您的醫生或其他醫療服務提供者醫囑使用的醫療設備，包括但不限於手臂、背部和頸托；假肢；人造眼；以及替換體內部位或功能所需的設備（包括造口術用品以及腸內腸外營養療法）。

**品質改進組織 (QIO)：**一組醫生和其他醫療保健專家，他們幫助提高 Medicare 參保人員的照護品質。聯邦政府向品質改進組織 (QIO) 支付費用以檢查和改善對病患的照護。有關品質改進組織 (QIO) 的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 2 章。

**數量限制：**您可以使用的某一藥物的數量限制。我們可能會限制每個處方承保的藥物數量。

**實時福利工具：**一種入口網站或電腦應用程式，參保人可以在其中查找完整、準確、及時、臨床適當、參保人特定的承保藥物和福利資訊。其中包括分攤費用金額、可用於與給定藥物相同的健康病症的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、階段療法、數量限制）。



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

**轉介：**轉介是您的基本保健醫生 (PCP) 同意使用您的 PCP 以外的提供者的批准。如果您沒有事前獲得批准，我們可能不會承保這些服務。您無需轉介即可使用某些專科醫生，例如女性健康專科醫生。您可以在《會員手冊》的**第 3 章**和**第 4 章**中找到有關轉介的更多資訊。

**復健服務：**您獲得的可幫助您從疾病、事故或大手術中恢復的治療。請參閱您的《會員手冊》**第 4 章**瞭解有關復健服務的更多資訊。

**敏感服務：**與心理或行為健康、性健康和生殖健康、計劃生育、性傳播感染 (STI)、艾滋病毒/艾滋病、性侵犯和墮胎、物質使用障礙、性別肯定照護、親密伴侶暴力以及未成年人同意服務相關的所有醫療保健服務。

**服務地區：**一項健保計劃接受會員的地理區域（如果它根據人們的居住地限制會員資格）。適用於限制您可以使用醫生和醫院的計劃，通常承保的是您可以獲得常規（非急診）服務的區域。只有居住在我們服務地區內的人才能加入本計劃。

**專業照護設施 (SNF)：**配備人員和設備的照護設施，可提供專業的照護服務，並且在大多數情況下，還提供訓練有素的復健服務和其他相關健康服務。

**專業照護設施 (SNF) 照護：**在專業照護設施中每日持續提供的專業照護和復健服務。專業照護設施照護的範例包括註冊護士或醫生可以進行的物理治療或靜脈 (IV) 注射。

**專科醫生：**為特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。

**專科藥房：**請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**，瞭解有關專科藥房的更多資訊。

**州政府聽證會：**如果您的醫生或其他提供者要求提供我們不會批准的 Medi-Cal 服務，或者我們不繼續為您已有的 Medi-Cal 服務付費，您可以要求舉行州政府聽證會。如果州政府聽證會的裁決對您有利，我們必須為您提供您要求的服務。

**階段療法：**這是一項承保規則，要求您在我們承保您要求的藥物之前先嘗試另一種藥物。

**社會安全補助金 (SSI)：**社會保障局每月向收入和資源有限的殘疾人、盲人或 65 歲及以上的人士支付的福利。SSI 福利與社會保障福利不同。SSI 自動提供 Medi-Cal 保險。

**緊急照護：**因出現突發疾病、受傷或非急診但需立即照護的狀況而獲得的照護。當沒有網絡醫療服務提供者可用或您無法聯繫到他們時，您可以從網絡外醫療服務提供者那裡獲得急需照護。



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



## DualChoice

### IEHP DUALCHOICE 會員服務部



**電話: 1-877-273-IEHP (4347)**

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



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

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



**傳真: (909) 890-5877**



**寫信: IEHP DualChoice**

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



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



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

### 加州健康保險諮詢和倡導方案 (CALIFORNIA HEALTH INSURANCE COUNSELING AND ADVOCACY PROGRAM, HICAP)

健康保險諮詢和倡導方案是一項州政府方案, 經費由聯邦政府支應, 為加入 Medicare 的民眾提供免費的健康保險諮詢服務。



**電話: (909) 256-8369**



**寫信: 9121 Haven Ave., Suite 220, Rancho Cucamonga, CA 91739**



**網站: <https://cahealthadvocates.org/hicap>**