Evidence of Coverage

Member Handbook

承保范围说明书

会员手册

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association.

Medi-Cal

Los Angeles County | 2019

blue california®

Promise Health Plan

L.A. Care HEALTH PLAN®

会员手册

您需要了解的福利

L.A. Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）综合承保范围说明书（EOC）与信息披露声明表

2019

其它语言与格式

其它语言

您可以免费获取本会员手册和其它计划资料的其它语言版本。请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。此电话为免付费专线。

其它格式

您可以免费获取本信息的其它辅助格式，例如盲文点字、18号大字体以及音频。请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。此电话为免付费专线。

口译员服务

您不必依赖亲友（特别是未成年人）为您进行口译。如欲获取免费口译、语言及文化服务和帮助，或获取本手册的其它语言版本，请致电第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部1-800-605-2556（听障和语障专线：711），每周7天、每天24小时均提供服务。此电话为免付费专线。请在约诊日期前至少十个工作日致电会员服务部，要求语言和文化服务。如果您的约诊发生改变，请致电会员服务部。

English:

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-605-2556. (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese):

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-605-2556 (TTY：711)。

한국어 **(Korean):**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-605-2556 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian-Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-605-2556 (TTY: 711).

Français (French):

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-605-2556 (TTY: 711).

Português (Portuguese):

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-605-2556 (TTY: 711).

Italiano (Italian):

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-605-2556 (TTY: 711).

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，
上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

فارسی (Farsi):

توجه: با .اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد
تماس بگیرید 1-800-605-2556 (TTY: 771).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ैं।
1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711).

Español (Spanish):

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese):

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog - Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
1-800-605-2556 (711:YTT)

Polski (Polish):

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-605-2556 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-605-2556 (TTY: 711).

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-800-605-2556（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร
1-800-605-2556 (TTY: 711).

λληνικά (Greek):

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-605-2556 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ ਦੇ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-605-2556 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-605-2556 (TTY: 711)**។**

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，
上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY (հեռատիպ)՝711):

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

禁止歧视通知

歧视是违法行为。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）遵守适用的联邦和州民权法律，不会因种族、肤色、出生国、信仰、血统、宗教、语言、年龄、婚姻状况、性别、性取向、性别认同、健康状况、生理或心理残障，或“刑法法典”第422.56条中定义的任何其他人或群体的认同而进行歧视（排除或区别对待），且第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将以文化和语言方面适当的方式提供所有承保服务。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：

- 为残障人士提供免费帮助和服务，帮助他们与我们交流沟通，例如：
  - 合格手语译员
  - 以其它格式制作的书面信息（盲文点字、大字体、音频、供残障人士使用的电子格式等）
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - 合格口译员
  - 以其它语言书写的信息

如果您需要这些服务，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）联系会员服务部。

如果您认为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）未能提供这些服务或因种族、肤色、出生国、信仰、血统、宗教、语言、年龄、婚姻状况、性别、性取向、性别认同、健康状况、生理或心理残障，或“刑法法典”第422.56条中定义的任何其他人或群体的认同而进行歧视（排除或区别对待），则可以向以下部门提出申诉：

Grievance Coordinator
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA.91755
1-800-605-2556
1-800-889-6236（传真）
www.blueshieldca.com/promise/medical

您可以致电第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部申诉/投诉，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

您可亲自提交申诉，也可通过邮件、传真或电邮方式提交。如果您需要提交申诉方面的帮助，民权协调员可为您提供帮助。

您也可以电子方式通过民权投诉门户网站向美国健康与人类服务部民权办公室提出民权投诉，网址为https://ocrportal.hhs.gov，或通过邮件或电话提交：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019，800-537-7697（听障和语障专线）

网站也提供投诉表https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr

其他语言及为残障人士所提供的协助：我如何取得协助？

以您使用的语言与格式提供的书面资料

您有权以下列任何语言收到第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的书面信息：西班牙文、阿拉伯文、亚美尼亚文、中文、波斯文、高棉文、韩文、塔加拉文、俄文、越南文及英文。

您也可以收到大字体版、音频版和其他格式的书面信息。

免费口译帮助

您有权在接受健康护理时获取免费口译服务。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）以您的语言和美国手语提供免费的口译帮助。您每周七（7）天，每天24小时均可获取帮助。

您应在向医生求诊时使用经过培训的口译员。口译员的工作是将口语或手语转换成另一种口语或手语。这样您的医生会了解您，您也将了解自己的健康并能更好地照顾自己。口译员是经过培训的专业人士，他们了解健康护理词汇。他们将以正确的方式翻译您与您医生之间的一切对话。他们将保持您和您医生谈话的私密性。您不应找朋友、家人，特别是子女为您口译。

如果您需要口译帮助，请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部。我们会通过电话用您的语言协助您，并确保您在下一次看诊时有口译员在场。

步骤1 和您的医生安排预约

步骤2 至少在您约诊前十个工作日致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）联系第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan)。随时准备好以下信息：

- 您的姓名
- 您的计划会员号码
- 您约诊的日期与时间
- 医生姓名
- 医生的地址和电话号码

如果您更改或取消与医生的预约，请尽快致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）。

听障和语障专线

丧失听力和有听力障碍的会员可拨打**711**使用听障和语障设备。这个电话号码会为您与加州残障转接服务（California Relay Service, CRS）取得联系。CRS受过训练的接线生会协助您与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）或您的医生取得联系。如欲使用语音服务，请致电1-888-877-5379（Sprint）或1-800-735-2922（MCI）。

残障人士的无障碍信息

许多医生办公室和诊所都提供帮助，使医疗看诊更容易。他们可能提供无障碍停车位、坡道、大型检查室和适合轮椅的体重秤。您可以在医疗服务提供者名录上找到提供这类帮助的医生。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部也能协助您找到符合您特殊需求的医生。

医生办公室、诊所或医院不得因为您有残障而拒绝为您提供帮助。如果您没有取得您所需的帮助或在取得服务时遭遇困难，请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部。

请记住：如果您在看诊期间需要额外时间或额外帮助，请告诉您医生的办公室。

投诉

如果有下列情况，您可以提出投诉：

- 您觉得您因为残障或您不会说英语而帮助遭拒
- 您无法取得口译员服务
- 您要投诉口译员
- 您无法以您的语言取得信息
- 不符合您文化的需求

您可了解有关如何提出投诉的详情。请前往本手册“报告与解决问题”一节。

欢迎使用 L.A.Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）！

会员手册

该会员手册向您介绍L.A. Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）规定的承保。请仔细完整阅读。手册会帮助您了解并使用您的福利和服务，也解释您身为L.A. Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员的权利和责任。如果您有特殊健康需求，请务必阅读所有适用您的章节。

您的会员手册也称为综合承保范围说明书（Evidence of Coverage, EOC）与信息披露声明表，是L.A. Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）规则和政策的摘要，并且基于L.A. Care与DHCS签订的合同。如果您想了解确切的承保条款和条件，您可以向L.A. Care会员服务部索取完整合同的副本，电话1-888-839-9909（听障和语障专线：711）。

请致电1-888-839-9909（听障和语障专线：711）索取L.A. Care和DHCS签订的合同的副本。您也可以免费索取会员手册的另一份副本，或访问第一健保（Blue Shield Promise）网站www.blueshieldca.com/promise/medical查看会员手册。您也可以免费索取第一健保（Blue Shield Promise）非专有临床和管理政策和程序的副本，或如何在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网站上浏览此信息的文件。

联系我们

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在此提供帮助。如果您有任何疑问，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield Promise）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。

您也可随时上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，
上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

目录

其它语言与格式 3
其它语言 3
其它格式 3
口译员服务 3

欢迎使用 L.A.Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）！ .. 11
会员手册 11
联系我们 11

目录 12

1. 会员入门 14
如何获取帮助 14
谁能成为会员 14
会员卡 15
会员反馈的方式 17

2. 关于您的保健计划 19
保健计划概览 19
您计划的运作方式 21
更换保健计划 21
持续护理 22

3. 如何获取护理 26
获取健康护理服务 26
在何处获取护理 30
医疗服务提供者网络 31
主治医生（PCP） 34

4. 福利与服务 40
您保健计划承保的内容 40
Medi-Cal福利 41
协调护理计划（CCI）福利 52
道德层面的反对 53

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，
上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

您保健计划不承保的内容 54
为享有Medi-Cal的民众提供的其它方案和服务 58
福利协调 59
对新技术和现有技术的评估 60

5. 权利和责任 61
您的权利 61
您的责任 62
隐私惯例通知 62
法律相关通知 71
关于Medi-Cal作为最后付款人的通知 71
关于遗产追讨的通知 71
行动通知 71

6. 报告与解决问题 73
投诉 73
上诉 75
如果您不同意上诉决定该怎么办 77
独立医疗审查（IMR） 77
州听证会 78
诈欺、浪费和滥用 79

7. 应了解的重要号码与词汇 81
重要电话号码 81
应了解的词汇 83

1. 会员入门

如何获取帮助

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）希望您对自己的健康护理感到满意。如果您对自己的护理有任何疑问或疑虑，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）希望听到您的意见和建议。

会员服务部

第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部在此为您提供帮助。第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部能：

- 解答您保健计划和承保服务的疑问
- 帮助您选择主治医生（primary care provider, PCP）
- 告诉您在哪里获取您所需的护理
- 如果您不说英语，提供口译服务
- 以其它语言和格式提供信息
- 如果您需要帮助，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。

您也可随时上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

谁能成为会员

您符合第一健保（Blue Shield Promise）的资格，因为您符合Medi-Cald的资格，居住在Los Angeles县并且已选择L.A. Care Health Plan/L.A.Care与四（4）个保健计划合作者（L.A.Care被视为“保健计划合作者”）合作为我们的会员提供健康护理服务。当Medi-Cal会员加入L.A.Care时，会员可选择通过以下所列的任何保健计划合作者获取服务，前提是所选择的计划提供服务：

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

- Anthem Blue Cross
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）
- Kaiser Permanente
- L.A.Care Health Plan

如果您对Medi-Cal的承保范围或何时需要续约Medi-Cal有疑问，请致电您的Medi-Cal个案工作人员。您也可致电Los Angeles公共社会服务部，电话1-866-613-3777。您也可能符合社会安全局提供的Medi-Cal的资格。如果您对社会安全或补充社会收入有疑问，请致电1-800-772-1213联系社会安全管理局。如有关于参保的疑问，请致电医疗保健方案处，电话1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）。或访问www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov。

过渡性Medi-Cal又称为“工薪族的Medi-Cal”。如果您因为以下原因而不再取得Medi-Cal，您可能可以取得过渡性Medi-Cal：

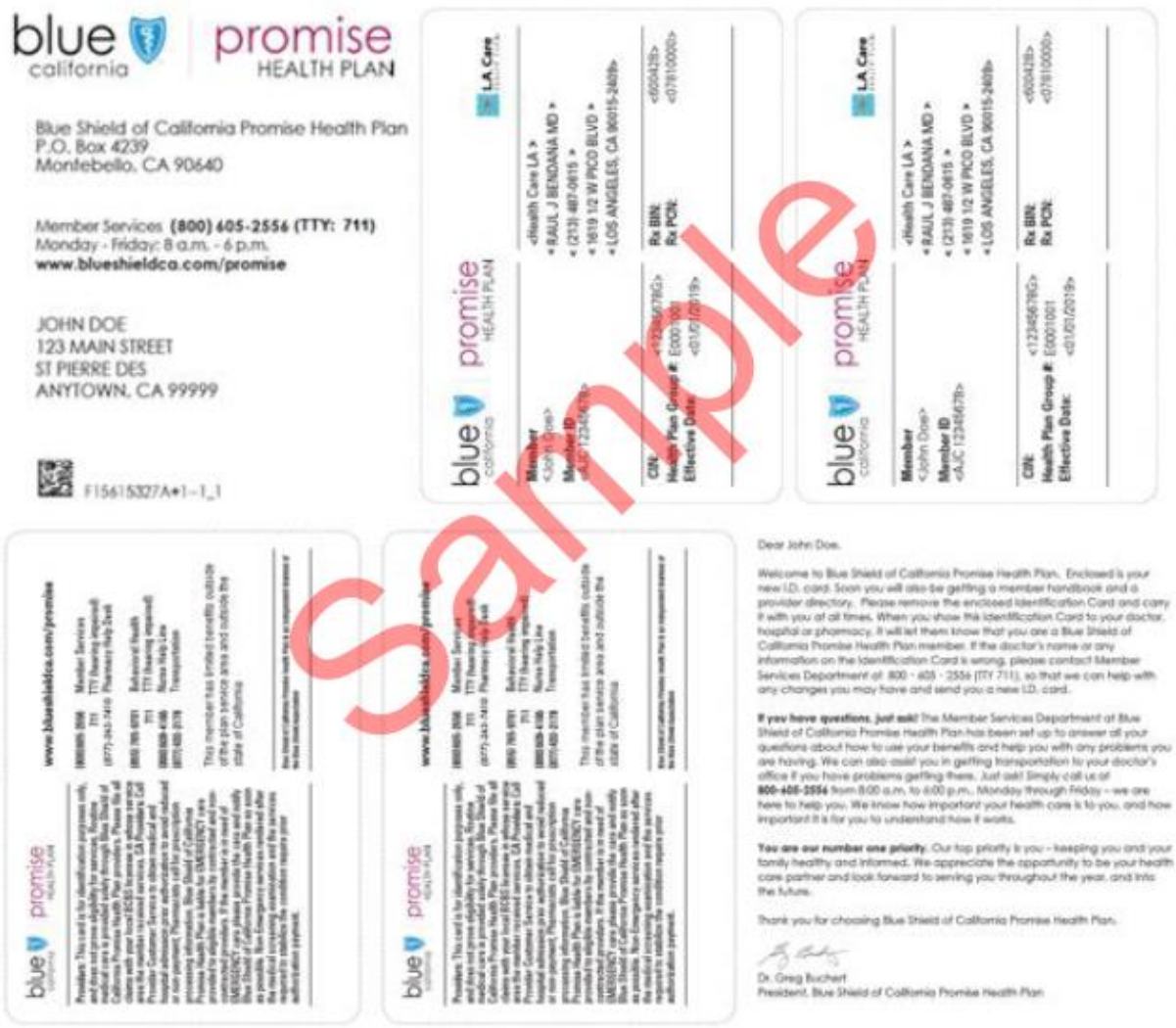
- 您的收入开始增加。
- 您家庭所取得的子女或配偶抚养费开始增加。

您可以在您当地的县健康和人类服务办公室询问有关Medi-Cal资格的问题。请在以下网站查找您当地的办公室：www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx。或致电医疗保健方案处，电话1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）。

会员卡

身为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员，您将收到第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡。当您获取任何健康福利服务或处方药时，您必须出示您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡和您的Medi-Cal福利身份卡（BIC）。您应该随时随身携带所有健康护理会员卡。以下是第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡的示例，向您展示您的会员卡的样子：

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。



请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，
上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您在参保后几周内没有收到您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡，或您的会员卡损坏、丢失或被盗，请立即致电会员服务部。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会寄一张新卡给您。请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

会员反馈的方式

Blue Shield Promise希望听到您的意见和建议。身为L.A.Care/Blue Shield Promise的会员，您有许许多多的参与方式。比方说，每个季度，Blue Shield Promise都会开会讨论做得好的方面和Blue Shield Promise可以改进的地方。

Blue Shield of California Promise Health Plan会员咨询委员会

Blue Shield Promise设置了称为Blue Shield Promise会员咨询委员会的团体。团体成员包括Blue Shield Promise医疗服务服务提供者、社区代表、雇员和像您一样的会员。该团体讨论如何改进Blue Shield Promise的政策、计划、服务，并负责以下事务：

- 讨论会员和保健计划的相关问题。
- 谈论会员的文化和语言需求。
- 教育与培力社区的健康护理相关议题。

如需更多信息，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711)。

L.A.Care公共咨询委员会

L.A.Care有一个名为L.A.Care公共顾问委员会的团体。该团体由L.A.Care雇员和像您一样的会员组成。该团体讨论如何改进L.A.Care的政策，并负责以下事务：

- 讨论会员和保健计划的相关问题。

如果您希望成为该团体成员，请致电1-888-839-9909（听障和语障专线：711)。

欢迎您参加任何一场会议。

L.A. Care区域社区顾问委员会（RCAC）

Los Angeles县有十一个L.A.Care区域社区顾问委员会（L.A. Care Regional Community Advisory Committees, RCAC）（RCAC的发音和单词“rack”相同）。委员会的目的是要为L.A.Care理事会提供意见，而这些意见可能会影响政策、程序、计划和惯例。

RCAC成员的职责包括：

- 讨论会影响到L.A.Care会员的健康与健康护理服务事宜。
- 向L.A.Care理事会提出建议。
- 教育与培力社区的健康护理相关议题。

RCAC每个月开会一次。RCAC中包括了L.A.Care的会员、与第一健保（Blue Shield Promise）会员和健康护理服务提供者合作的社区组织。如欲了解有关RCAC的详情，请致电与L.A.Care社区推广和参与部门联系，免费电话1-888-LA-CARE2（1-888-522-2732）。

理事会会议

理事会负责为L.A.Care制定政策。任何人皆可参加这些会议。理事会于每个月第一个星期四的下午2点开始。如欲了解详情，请致电L.A.Care，电话1-213-694-1250。

2. 关于您的保健计划

保健计划概览

L.A. Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）是为Los Angeles县拥有Medi-Cal的民众提供的保健计划。L.A.Care与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作帮助您获取您所需的健康护理。

您可以和第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部的代表交谈，了解保健计划的详情以及如何让计划适合您的情况。请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

您的承保开始和终止的时间

您参保第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）时，您应该会在参保的两周内收到第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡。您每次接受第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）保健计划规定提供的服务时，都请出示这张会员卡。

您承保的生效日期是完成保健计划参保后月份的第1天。检查邮寄给您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡，查看承保生效日期。

您可随时要求终止您的第一健保（Blue Shield Promise）承保并选择另一个保健计划。如需关于选择新计划方面的帮助，请致电医疗保健方案处，电话1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）。或访问www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov。您也可要求终止您的Medi-Cal。

有时第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）无法再为您提供服务。如果发生以下情况，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则必须终止您的承保：

- 您搬出目前所在县或入狱
- 您不再享有Medi-Cal
- 您符合特定豁免方案的资格
- 您需要主要器官移植（不包括肾脏）
- 您有其他非政府或政府资助的健康承保。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您是强制性或自愿性会员，发生下列情况时，即使您不愿意，也可能会将您从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）退保：

- 您涉及与计划服务、福利或机构有关的任何诈欺行为。
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）基于正当理由无法向您提供健康护理服务。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将会尽全力提供所需的服务。如果您对其他会员、医疗服务提供者及其职员或第一健保（Blue Shield Promise）职员有威胁行为，第一健保（Blue Shield Promise）可能会劝告您从第一健保（Blue Shield Promise）退保。威胁行为包括：
  - 制造可信的暴力威胁，而被认为是知情且故意的声明或行动方针，可能将一个具有理性的人置于对已身或他人安全的恐惧中。
  - 不合法的暴力
  - 骚扰式的监视，又称为“纠缠行为”，故意、恶意且重复地跟踪医疗服务提供者及其职员或第一健保（Blue Shield Promise）职员
  - 针对医疗服务提供者、医疗服务提供者职员或第一健保（Blue Shield Promise）职员的威胁电话、威胁信或其它书面形式或电子沟通的威胁
  - 非法持有枪枝、武器或任何其它危险装置，或将其不适当地使用于医疗服务提供者或第一健保（Blue Shield Promise）的办公地点
  - 蓄意破坏或威胁破坏医疗服务提供者、保健计划或第一健保（Blue Shield Promise）所拥有、经营或管制的财产

如果您是美洲印第安人，则有权在印第安健康服务机构获取健康护理服务。从这些地点获取健康护理服务的同时，您可继续留在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）或从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）退保。美国印地安人有权不参保Medi-Cal管理式护理计划，也可以随时因任何理由退出原来的保健计划并重新参保一般（按服务收费）的Medi-Cal。请致电**1-916-930-3927**联系印地安健康服务或浏览印地安健康服务的网站www.ihs.gov了解详情。

您计划的运作方式

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）是与L.A. Care签订了合同的保健计划。第一健保（Blue Shield Promise）是管理式护理保健计划。管理式护理计划以经济有效的方式使用健康护理资源，可改善健康护理的使用情况并确保护理质量。第一健保（Blue Shield Promise）与第一健保（Blue Shield Promise）服务地区的医生、医院、药房和其他健康护理服务提供者合作，为会员您提供健康护理。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部代表将告诉您第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）如何运作，如何获取您所需的护理，如何与医疗服务提供者预约，以及如何确定您是否有资格使用交通服务。

如欲了解详情，请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可上网查找会员服务部信息www.blueshieldca.com/promise/medical。

更换保健计划

您可随时退出第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）并加入另一个保健计划。如果您希望推出第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan），请致电L.A.Care，电话1-888-839-9909（听障和语障专线：711）选择新计划。您可于周一至周五，上午8:00至下午5:00致电，或上网www.lacare.org。如果您希望退出L.A.Care和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan），请致电医疗保健方案处，电话1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）选择新计划。您可于周一至周五，上午8:00至下午5:00致电，或上网www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov。

处理您退出第一健保（Blue Shield Promise）的请求需要预定时间。如果您在某个月20日之前致电，转换则将于下个月1日生效。如果您在某个月20日当天或之后致电第一健保（Blue Shield Promise），转换则将于再下个月的1日生效。举例来说，如果您在6月15日致电要求转换保健计划，转换将于7月1日开始生效。如果您在6月20日当天或之后致电要求转换保健计划，转换将于8月1日开始生效。当您转换保健计划时，您会取得新保健计划的会员卡。请务必剪掉您旧的保健计划会员卡。如欲了解医疗保健方案处何时批准了您的请求，请致电1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）。

如果您希望更快退出L.A.Care，可要求医疗保健方案处进行加急（快速）退保。如果您请求的原因符合加急退保的规定，您则将收到信函，告诉您您已获得退保。

可以要求加急退保的受益人包括但不限于：根据寄养或领养援助计划接受服务的儿童；有特殊健康护理需求（包括但不限于主要器官移植）的会员；以及已经参加了另一项Medi-Cal、Medicare或商业管理式护理计划的会员。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

您可以前往您当地的县健康和人类服务办公室亲自要求退出L.A.Care。请上网查找您当地的办公室，网址www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/CountyOffices.aspx或致电医疗保健方案处1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）。有些保健计划的服务范围未涵盖整个Los Angeles县。转换计划前，请先致电给您欲转换的保健计划，询问他们的服务地区，并确定他们可为您提供服务。您不可以在自己的保健计划服务地区外取得如健康检查等例行护理。相反的，您在有需要时随时都可以在美国、加拿大或墨西哥境内任何地方取得紧急或急症护理。

搬到新县的大学学生

如果您搬到加州的一个新县上大学，L.A.Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则将承保您新所在县的急症服务。全州所有Medi-Cal参保人均可获取急症服务，无论其居住县为何。

如果您参保Medi-Cal并将在不同的县上大学，则无需在该县申请Medi-Cal。只要您还未满21岁，只是暂时不在家中，并且报税时仍属于家中的受扶养人，则不需重新申请Medi-Cal。

当您暂时离家去上大学时，您有两个选项。您可以：

- 通知您当地的县社会服务办公室您暂时搬家去上大学，并提供您新所在县的地址。县政府将使用您的新地址和县代码更新您在州数据库中的个案记录。如果L.A.Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不在您的新所在县运营，您则需要将您的保健计划更改为新县可用的选项。如有其它疑问，并且为了避免参保新的保健计划遭到延迟，您应致电1-800-430-4263（听障和语障专线：1-800-430-7077）联系医疗保健方案处，获取参保方面的协助。

  或

- 当您暂时前往其他县上大学时，选择不更改您的保健计划。您只能在新所在县使用急诊室服务。针对例行或预防健康护理，您需要使用L.A.Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在您家庭居住县的常规医疗服务提供者网络。例外情况是如果L.A.Care/第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在您的新居住县运营，如上所述。

持续护理

如果您现在向不在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络中的医疗服务提供者求诊，在某些情况下，您可能能够持续向其求诊，最长达12个月。如果您的医疗服务提供者在12个月结束前未加入第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络，您则将需要转换到第一健保（Blue Shield of California Promise

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

Health Plan）网络中的医疗服务提供者。当有以下情况时，您可以继续向您的医疗服务提供者求诊：

- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）确定您与网络外以料服务提供者之间存在现存的关系。现存的关系指的是您在首次参保第一健保（Blue Shield Promise）日期之前的12个月期间中，您至少有一次请网络外PCP或专科医生为您作非急症看诊。
- 您的网络外医疗服务提供者愿意接受第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合约费率或Medi-Cal FFS费率两者中较高的费率。
- 您的网络外医疗服务提供者符合第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的适用专业标准而且没有不合格护理质量的问题。
- 您的网络外医疗服务提供者是加州计划批准的医疗服务提供者；并且
- 该医疗服务提供者向您的网络外医疗服务提供者符合第一健保（Blue Shield Promise）提供相关的治疗信息。

会员、其授权代表或医疗服务提供者可以通过书面或电话方式直接向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）申请持续护理。

会员可以随时将医疗服务提供者更改为属于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络的医疗服务提供者。

退出第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络的医疗服务提供者

如果您的医疗服务提供者停止与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作，您可能可以继续从该医疗服务提供者处获取服务。这是另外一种形式的持续护理。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）针对以下情况提供持续护理：

- 急性病况：由于需要立即就医并且持续时间有限的疾病、受伤或其它医疗问题而突然出现症状的医疗病况。会在急性病病况的持续时间内提供持续护理（COC）
- 慢性病况：通常进展缓慢且持续时间长，并且除了严重的慢性病况外需要持续护理的医疗病况。会在慢性病况期间提供COC，但自合同终止日期起不得超过90天。
- 严重慢性病况：由于性质严重并且在长时间内持续而没有完全治愈或恶化或需要持续治疗以维持缓解状态或防止恶化的疾病或其它医学问题或医学疾病所导致的医疗病况。会在慢性病况期间提供COC，但自合同终止日期起或承保生效日期起不得超过12个月。
- 怀孕：会在怀孕的三个孕期（即怀孕的持续时间）和产后初期提供COC。

- 终末期疾病：经医生证明，如果遵循其自然病程，则导致一年或更短的生命预后之个人医疗病况。在终末期疾病期间应完成承保服务。
- 新生儿护理：会在出生至36个月之间提供COC，但不得超过合同终止日期起12个月。
- 执行外科手术或其它程序：由计划授权作为记录的治疗过程的一部分，并由医疗服务提供者推荐并记录，在合同终止日期的180个日历日内进行。
- 心理健康急性病况：涉及症状突然发作，需要及时关注心理健康并且持续时间有限的心理健康病况。90天过渡期或直至疾病的急性期结束（以较短者为准），继续由未签约的心理健康专科医生提供治疗疗程。
- 心理健康严重慢性病况：性质严重，且需要持续治疗以维持缓解状态或防止恶化的心理健康病况。90天过渡期或直至疾病的急性期结束（以较短者为准），继续由未签约的心理健康专科医生提供治疗疗程。

如果出现以下情况，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不会提供持续护理：

- 医疗服务提供者不愿意继续为会员提供治疗或不愿意接受第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的付款或其它条款。
- 会员被分配给医疗服务提供者团体，而非个别医疗服务提供者，并且可以继续向签约团体中的医疗服务提供者求诊。
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）根据1986年健康护理质量改进法案（修订版）（42 U.S.C. §11101及以下章节）中定义的专业审查行动，或加州商业和职业法典第805条中定义的医学纪律原因或理由，或诈欺或其它犯罪活动而终止合同。
- 服务不属于Medi-Cal承保范围。
- 持续护理请求适用于耐用医疗器材、交通服务、其它辅助服务或外包服务。

如欲了解持续护理和资格认证的详情，请致电第一健保（Blue Shield Promise）会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

费用会员费用

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为符合Medi-Cal资格的人士提供服务。第一健保（Blue Shield Promise）会员**无需**支付承保服务费用。您不需支付保费或自付额。如欲查看承保服务的清单，请参阅“福利与服务”。

您可能需要每月支付共同分担费。您共同分担费的金额取决于您的收入和资源。您每个月都会支付自己的医疗账单费用，直到您支付的金额等于您的共同分担费为止。此后，您该月的护理将受第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保。在您支付完您该月的共同分担费前，您都不会受第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保。

医疗服务提供者如何获得报酬

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）通过以下方式向医疗服务提供者付款：

- 按人头付费
  - 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）每月针对每位第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员向部分医疗服务提供者支付固定金额的费用。这就是所谓的“按人头付费”。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）和医疗服务提供者合作决定付款金额。
- 按服务收费付费
  - 部分医疗服务提供者向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员提供护理，然后向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）寄发他们所提供服务的账单。这就是所谓的“按服务收费付费”。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）和医疗服务提供者合作决定每项服务的费用。

如欲了解第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）如何向医疗服务提供者付款的详情，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

要求第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）支付账单费用

如果您收到针对承保服务的账单，请立即致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

如果您支付了您认为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）应承保的服务之费用，则可提出理赔申请。请使用理赔表并以书面方式告诉第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为何您需要付款。请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）索取理赔表。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将审查您的理赔，以判定您是否能获得补偿。

3. 如何获取护理

获取健康护理服务

请阅读以下信息，以了解您可以从何者或哪个医疗服务提供者团体处获取健康护理服务。

您可从您承保生效日期开始获取健康护理服务。请始终随身携带您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡和Medi-Cal BIC卡。务必不能让其他人使用您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）卡或BIC卡。

新会员必须选择第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的主治医生（PCP）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络是与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的医生、医院和其他医疗服务提供者的团体。您必须于您成为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员之日起30天内选择PCP。如果您没有选择PCP，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则将为您选择。

您可为家中所有第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员选择相同或不同的PCP。

如果您已有医生并希望持续向其求诊，或希望寻找新的PCP，可于医疗服务提供者名录中查找。该名录有第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络中所有PCP的清单。医疗服务提供者名录还提供其它帮助您做选择的信息。如果您需要医疗服务提供者名录，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网站上找到医疗服务提供者名录，网址：www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您无法从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内医疗服务提供者处获取您需要的护理，您的PCP必须要求第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）批准将您转诊至网络外的医疗服务提供者处。

请阅读本章剩余部分了解PCP、医疗服务提供者名录和医疗服务提供者网络的详情。

初始健康评估（IHA）

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）建议您在成为第一健保（Blue Shield Promise）新会员的最初90天内向您的新PCP求诊，接受初始健康评估（IHA）。IHA的目的是帮助您的PCP了解您的健康护理记录和需求。您的PCP可能会询问您关于您健康记录的问题，也可能要求您填写健康问卷。您的PCP也会告诉您可能会对您有帮助的健康教育咨询和课程。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

当您致电预约IHA时，请告诉接电话的人您是第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员。请提供您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员号。

请带上您的BIC和您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡赴诊。最好罗列药物清单和您的问题，一并带上赴诊。请准备好与您的PCP谈论您的健康护理需求和顾虑。

如果您会迟到或无法赴诊，请务必致电您的PCP诊所。

例行护理

例行护理是常规健康护理，包括预防护理（也称为保健护理），帮助您保持健康，避免生病。预防护理包括常规检查和健康教育及咨询。除预防护理外，例行护理还包括您生病时的护理。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保由您PCP提供的例行护理。

您的PCP将：

- 为您提供您的所有例行护理，包括常规检查、接种、治疗、处方和医疗建议
- 维护您的健康记录
- 将您转诊至专科医生处（如有需要）
- 嘱咐进行X光、乳房X光检查或化验（如您需要）

在您需要例行护理时，您应致电您的PCP预约。请务必在您获取医疗护理前致电您的PCP，否则则视为急症护理处理。如需急症护理，请拨打**911**或前往最近的急诊室。

如欲了解您计划承保和不承保的健康护理和服务的详情，请阅读本手册第4章。

紧急护理

紧急护理是您需要在24小时内接受的护理，但**不是**急症或危及生命的护理。紧急护理需求可能是感冒或喉咙痛、发烧、耳痛或肌肉扭伤。

如需紧急护理，请致电您的PCP。如果您联系不上您的PCP，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711)。或者，您每周7天，每天24小时均可致电护士咨询热线1-800-609-4166（听障和语障专线：711），或免费与护士在线聊天。请浏览www.blueshieldca.com/promise/medical并进行会员登录，以便使用护士聊天功能。

如果您需要区域外紧急护理，请前往最近的紧急护理设施。您不需要预先批准（事前授权）。

如果您的护理与心理健康紧急护理相关，请拨打县心理保健计划免费电话号码，每周7天、每天24小时均提供服务。如欲寻找所有县的免费电话号码，请上网http://dmh.lacounty.gov/wps/portal/dmh。

急症护理

如需急症护理，请拨打**911**或前往最近的急诊室（ER）。如是急症护理，您不需要预先批准（事前授权）。

急症护理是关于急症病况的护理，针对以下疾病或伤害：对健康和医学有一般了解的合理非专业人士（非健康护理专业人员）能预见，如果您不立即获取护理，您的健康（或您未出生的婴儿的健康）则可能会有危险，或身体机能、身体器官或身体部位可能会遭到严重伤害。例子包括：

- 临产
- 骨折
- 剧烈疼痛，尤其是胸痛
- 严重烧伤
- 药物过量
- 晕倒
- 严重出血
- 精神病急症病况（例如对自己或他人有危险或无法获取食物、住所或衣物的人士）。

请勿前往ER接受例行护理。您应从您的PCP处接受例行护理，因为PCP最了解您的情况。如果您不清楚某种病况是否为急症，请致电您的PCP。您也可拨打全天候服务的护士咨询热线1-800-609-4166（听障和语障专线：711）。

如果您在旅行时需要急症护理，请前往最近的急诊室（ER），即使该急诊室并不属于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络。如果您前往ER，请要求他们致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）。您或您入住的医院应于您获取急症护理后24小时内致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）。

如果您需要急症交通服务，请致电**911**。在前往ER前，您不需先获得您PCP或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的批准。

如果您于急症护理后（稳定后护理）需要网络外医院的护理，医院应致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）。

请谨记：除非是急症情况，否则请不要致电**911**。只在有急症情况才获取急症护理，而不要将急症护理用于例行护理或小病（如感冒或喉咙痛）。如果是急症情况，请拨打**911**或前往最近的急诊室。

敏感护理

未成年自主服务

您可以在未经父母或监护人同意的情况下接受医生以下类型的护理：

- 针对以下情况的门诊心理健康（仅限12岁或以上的未成年人）：
  - 性虐待或身体虐待
  - 当您可能伤害自己或他人时
- 怀孕
- 计划生育（绝育除外）
- 性侵害（包括强暴）
- HIV/AIDS检测（仅限12岁或以上的未成年人）
- 性传播疾病检测（仅限12岁或以上的未成年人）
- 药物和酒精滥用（仅限12岁或以上的未成年人）

提供这些未成年人自主服务的医生或诊所不必是第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络医生或诊所，您也不需要PCP的转诊即可获取这些服务。如需帮助查找提供这些服务的医生或诊所，您可拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可拨打全天候服务的护士咨询热线1-800-609-4166（听障和语障专线：711）。

未成年人可以致电全天候服务的护士咨询热线，与代表私下讨论其健康顾虑，电话1-800-609-4166（听障和语障专线：711）。

成人敏感服务

身为成人，您可能不希望从您的PCP处获取敏感或私人护理。如是这样，您则可以针对以下类型的护理选择任何医生或诊所：

- 计划生育
- HIV/AIDS测试
- 性传播疾病

医生或诊所不必是第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络医生或诊所。您不需要您PCP的转诊即可获取这些类型的服务。如需帮助查找提供这些服务的医生或诊所，您可拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可拨打全天候服务的护士咨询热线1-800-609-4166（听障和语障专线：711）。

预先指示

预先健康指示是法律文件。您可以在该表格上列出您以后无法说话或做出决定时希望获取的健康护理。您可列出您**不**希望获取的护理。如果您不能自己做出健康护理决定，您可以指定某人（如配偶）为您做出决定。

您可以在药妆店、医院、律师事务所和医生诊所索取预先指示表格。您可能需要支付表格费用。您也可以上网查找并下载免费表格。您可以让您的家人、PCP或您信任的人帮助您填写表格。

您有权将您的预先指示加入您的医疗记录中保管。您有权随时更改或取消您的预先指示。

您有权了解预先指示法律的变更。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将在相关州法变更后的90天内告知您相关变更。

在何处获取护理

您的主治医生将为您提供大部分护理。您的主治医生将为您提供您的所有例行预防（保健）护理。您生病时也将向您的PCP求诊。请务必在您获取医疗护理前致电您的PCP。如果您有需要，您的PCP会将您转诊至专科医生处。

如需关于您健康问题的帮助，您也可致电全天候服务的护士咨询热线1-800-609-4166（听障和语障专线：711)。

如需紧急护理，请致电您的PCP。紧急护理是您急需的护理，但不是急症护理。紧急护理包括针对感冒、喉咙痛、发烧、耳痛或肌肉扭伤的护理。

如需急症护理，请拨打**911**或前往最近的急诊室。

部分医院和其他医疗服务提供者不提供您的计划合同可能承保且您或您的家人可能需要的以下一项或多项服务：计划生育、避孕服务（包括紧急避孕）、绝育（包括分娩和分娩时输卵管结扎）、不孕症治疗或堕胎。您应该在参保前获取更多信息。请致电您未来的医生、医疗团体、独立执业协会或诊所，或致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部1-800-605-2556（听障和语障专线：711），确保您可以获取所需的健康服务。

医疗服务提供者名录

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录列出第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的医疗服务提供者。该网络是与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的医疗服务提供者团体。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录列出了医院、药房、PCP、专科医生、执业护士、护士助产士、医生助理、计划生育服务提供者、联邦合格健康中心（FQHC）和乡村健康诊所（RHC）。

医疗服务提供者名录包含姓名/名称、医疗服务提供者地址、电话号码、营业时间和语言。说明医疗服务提供者是否接受新病人。说明所在建筑对残障人士进出的方便程度。

您也可上网查找医疗服务提供者名录www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您需要打印版医疗服务提供者名录，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

医疗服务提供者网络

医疗服务提供者网络是与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的医生、医院和其他医疗服务提供者的团体。您将通过第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络获取您的承保服务。

如果您网络中的医疗服务提供者（包括PCP、医院或其他医疗服务提供者）在道德层面反对向您提供承保服务（例如计划生育或堕胎），请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。请参阅第4章了解关于道德反对的详情。

如果您的医疗服务提供者在道德层面反对提供服务，他或她可以帮助您查找能够为您提供所需服务的其他医疗服务提供者。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也可以与您合作查找医疗服务提供者。

网络内

您要使用第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的医疗服务提供者满足您的健康护理需求。您的PCP将为您提供预防和例行护理。您也要使用第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的专科医生、医院和其他医疗服务提供者。

如欲索取网络医疗服务提供者名录，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可上网查找医疗服务提供者名录www.blueshieldca.com/promise/medical。

如需急症护理，请拨打**911**或前往最近的急诊室。

除急症护理以外，您可能需要为从网络外医疗服务提供者处获取的护理支付费用。

网络外

网络外医疗服务提供者是未与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）签订合作协议的医疗服务提供者。除急症护理以外，您可能需要为从网络外医疗服务提供者处获取的护理支付费用。如果您支付了您认为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）应承保的服务之费用，则可提出理赔申请。请使用理赔表并以书面方式告诉第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为何您需要付款。请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）索取理赔表。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将审查您的理赔，以判定您是否能获得补偿。

如果您需要承保健康护理服务，只要服务具有医疗必要性，不在网络中提供并且您获取事前批准，您就可以免费从网络外获取。

如果您需要网络外服务的相关帮助，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

如果您位于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）服务区域外且需要**非**急症或紧急护理，请立即致电您的PCP。或者，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

如需急症护理，请拨打**911**或前往最近的急诊室。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保网络外急症护理。如果您前往加拿大或墨西哥且需要必须住院的急症服务，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将承保您的护理。如果您于国外（加拿大或墨西哥以外的地方）旅行且需要急症护理，在大多数情况下第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）都不会承保您的护理。

如果您有关于网络外或区域外护理的疑问，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。如果办公室关门，或您希望获取服务代表的帮助，请拨打全天候服务的护士咨询热线1-800-609-4166（听障和语障专线：711）。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）与众多医生、专科医生、药房、医院和其他医疗服务提供者合作，其中一些医疗服务提供者通过名称为“网络”的团体或“医疗团体”提供服务。

当您选择主治医生（PCP）时，您也将选择网络。这意味着，您的主治医生会为您转诊至与其医疗团体相关联的专科医生和服务。如果您已经在向某位专科医生求诊，或希望使用特定医院，请与您的PCP交谈或致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。如果您有资格获得持续护理，会员服务部则将帮助您向该医疗服务提供者求诊。如欲了解持续护理的详情，请前往本手册“持续护理”一节。

医生

您要从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录中选择选择主治医生（PCP）。您的PCP必须是网络内医疗服务提供者。这意味着该医疗服务提供者属于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络。如欲索取第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

您也应该致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）确认您希望选择的PCP是否接受新病人。

如果您于成为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员前向某位医生求诊，您可能能够在特定时限内继续向其求诊。这称为持续护理。您可在本手册内阅读持续护理的详情。如欲了解详情，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

如果您需要专科医生，您的PCP会将您转诊至第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的专科医生处。

请记住，如果您没有选择PCP，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则将为您选择。您最了解自己的健康护理需求，所以最好由您自己进行选择。

如果您希望更换您的PCP，则必须从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录中选择PCP。请确保PCP接受新病人。如欲更换您的PCP，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

医院

如是急症情况，请拨打**911**或前往最近的急诊室。

如果不是急症情况且您需要住院护理，则您的PCP会决定您应前往哪间医院。您需要前往网络内的医院。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的医院列于医疗服务提供者名录中。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保的医院护理包括但不限于：

- 住院服务
- 加强护理
- 门诊服务
- 外科手术服务（减重、重建外科手术等）

主治医生（PCP）

您必须于参保第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的30天内选择PCP。取决于您的年龄和性别，您可以选择全科医生、妇产科医生、家庭执业医生、内科医生或儿科医生作为您的主治医生。执业护士（NP）、医师助理（PA）或认证护士助产士也可以作为您的主治医生。如果您选择NP、PA或认证护士助产士，您可能会被指派一名医生来监督您的护理。

您也可以选择联邦合格健康中心（FQHC）或乡村健康诊所（RHC）作为您的PCP。这些健康中心位于未提供许多健康服务的地区。

取决于医疗服务提供者的类型，您可能可以为身为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员的所有家人选择一名PCP。如果您未在30天内选择PCP，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将为您指派PCP。如果您被指派PCP但希望更换，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。更换将于次月第一天生效。

您的PCP将：

- 逐渐了解您的健康记录和需求
- 维护您的健康记录
- 为您提供您所需的预防和例行健康护理
- 如果您有需要，将您转诊至专科医生处
- 如果您有需要，安排医院护理

您可参考医疗服务提供者名录查找第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的PCP。医疗服务提供者名录包含与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的FQHC和RHC的清单。

您也可在网上找到第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录，网址www.blueshieldca.com/promise/medical。您还可拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可致电查询您希望选择的PCP是否接受新病人。

医生和医疗服务提供者选择

您最了解自己的健康护理需求，所以最好由您自己选择PCP。

最好持续使用同一个PCP，这样他或她就能逐渐了解您的健康护理需求。不过，如果您希望更换成新的PCP，可随时进行更换。您必须选择第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内且接受新病人的PCP。

您新选择的PCP将于您做出更换后次月第一天成为您的PCP。

如欲更换您的PCP，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果PCP不接受新病人、已离开第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络或不为您这个年纪的病人提供护理，第一健保（Blue Shield Promise）则可能要求您更换PCP。如果您和您的PCP无法相处或您不同意您的PCP，或您看诊失约或迟到，第一健保（Blue Shield Promise）或您的PCP则可能要求您更换至新的PCP。如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）需要更换您的PCP，则会以书面方式告知您。

如果您更换PCP，则会通过邮件收到新的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡。新卡上会有您新PCP的名字/名称。如果您对收到新会员卡有疑问，请致电会员服务部。

预约和看诊

当您需要健康护理时：

- 请致电您的PCP
- 通话时准备好您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员号
- 如果办公室关门，请留言并留下您的姓名和电话号码
- 请带上您的BIC和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡赴诊
- 请准时赴诊
- 如果您无法赴诊或将迟到，请立即致电
- 请准备好您的问题和药物信息，以备医生询问

如果您有急症情况，请拨打**911**或前往最近的急诊室。

付款

您**无需**为承保服务付费。在大多数情况下，您不会收到医疗服务提供者的账单。您可能会收到福利说明（EOB）或医疗服务提供者的对账单。EOB和对账单不是账单。

如果您收到账单，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。请告知第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）您被收取的金额、服务日期和收费原因。您**不需**对第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）应付之任何承保服务的任何金额向医疗服务提供者付款。

如果您收到账单或被要求支付共付金，但您认为您不应支付，则还可提交理赔表格。您需要以书面方式告诉第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）您为何需要支付项目或服务的费用。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将审查您的理赔申请，以判定您是否能获得补偿。如有关于理赔表的疑问或欲索取理赔表，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

转诊

如果您有需要，您的PCP会将您转诊至专科医生处。专科医生是在某个医学领域接受了额外教育的医生。您的PCP会与您合作选择专科医生。您PCP的诊所能帮助您预约向专科医生求诊的时间。

其它可能需要转诊的服务包括诊所内程序、X光检查、化验、特殊治疗、居家护理以及选择入住医疗机构。

您的PCP可能会给您一张表格，让您带到专科医生处。专科医生会通知PCP您的进度，并且他们将合作确定您需要继续向专科医生求诊多长时间。

如果您的健康问题需要长期特殊医疗护理，您则可能需要长期转诊。这意味着，通过特殊授权，您可以在较长时间内向同一位专科医生求诊，而无需获取新的转诊。

如果您在获取长期转诊时有困难，或希望索取第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的转诊政策副本，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

以下情况不需转诊：

- PCP看诊
- 妇产科医生看诊
- 紧急或急症护理看诊
- 计划生育（如欲了解详情，请拨打1-800-942-1054联系加州计划生育信息和转诊服务）
- HIV检测和咨询（仅限12岁或以上的未成年人）
- 性传播疾病治疗（仅限12岁或以上的未成年人）

针对以下情况，未成年人也不需获取转诊：

- 针对以下情况的门诊心理健康（仅限12岁或以上的未成年人）：
    - 性虐待或身体虐待
    - 当您可能伤害自己或他人时
- 怀孕护理
- 性侵害（包括强暴）护理
- 药物和酒精滥用治疗（仅限12岁或以上的未成年人）

预先批准

针对某些类型的护理，您的PCP或专科医生需要在您获取护理之前向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）取得许可。这称为要求事前授权、事前批准或预先批准。这意味着第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）必须确保护理属于医疗所需或有需求。

如果护理在保护您的生命，让您免于病重或致残，或减轻剧痛方面是合理和必要的，该护理则属于医疗所需。

即使您从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的医疗服务提供者处接受以下服务，这些服务也始终需要预先批准：

- 住院
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）服务区域外的服务
- 门诊外科手术
- 长期治疗
- 专业治疗

您永远无需为急症护理取得预先批准，即使于网络外获取护理也如此。这包括生宝宝。

针对部分服务，您需要预先批准（事前授权）。根据健康与安全法第1367.01(h)(2)条规定，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）获得合理需要用于裁定个案的信息后5个工作日内对例行护理的预先批准做出决定。

针对医疗服务提供者指示或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）判定通过标准时限做出决定可能会严重危害您的生命或健康或获得、维持或恢复最大机能的能力之请求，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将作出加急（快速）授权决定。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将在您的健康状况需要的情况下尽快发出通知，最迟不超过收到服务请求后72小时。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）**不会**向审核人员支付费用以拒绝承保或服务。如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）未批准或修改请求，则将向您发送行动通知（NOA）函。NOA函将告诉您如果您不同意相关决定时如何提出上诉。

如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）需要更多时间来审核您的请求，第一健保（Blue Shield Promise）则将与您联系。

第二意见

您可能需要关于您医疗服务提供者说明您需要的护理或关于您的诊断或治疗计划的第二意见。例如，如果您不确定是否需要接受处方治疗或外科手术，或者您曾尝试遵循治疗计划但却无效，您则可能需要第二意见。

如欲获取第二意见，请致电您的PCP。您的PCP能将您转诊至网络医疗服务提供者处获取第二意见。您还可拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

如果您或您的网络医疗服务提供者提出要求，并且您从网络医疗服务提供者处获得取第二意见，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则会支付获取第二意见的相关费用。您无需第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的许可即可从网络医疗服务提供者处获取第二意见。

如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络中没有能为您提供第二意见的医疗服务提供者，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则将支付从网络外医疗服务提供者处获取第二意见的费用。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会在5个工作日内告诉您您选择为您提供第二意见的医疗服务提供者是否获得批准。如果您患有慢性疾病或可能失去生命、肢体或主要身体部位，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则会在72小时内做出决定。

如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）拒绝您获取第二意见的请求，您则可以提出上诉。如欲了解上诉详情，请前往本手册第6章。

女性健康专科医生

您可以前往网络内的女性健康专科医生处获取必要的承保服务，由他们为您提供女性例行和预防性健康护理服务。您不需要您PCP的转诊就可以获取这些服务。如需帮助查找女性健康专科医生，您可拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可拨打全天候服务的护士咨询热线1-800-249-3619（听障和语障专线：711）。

及时获取护理

预约类型	必须于以下时限获得预约
不需要预先批准（事前授权）的紧急护理预约	48小时
需要预先批准（事前授权）的紧急护理预约	96小时
非紧急主要护理预约	10个工作日
非紧急专科医生	15个工作日
非紧急心理健康服务提供者（非医生）	10个工作日
诊断或治疗伤害、疾病或其它健康病况的辅助服务非紧急预约	15个工作日
正常营业时间内的电话等待时间	10分钟
分诊——全天候服务	全天候服务——不超过30分钟

4. 福利与服务

您保健计划承保的内容

本节介绍第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员享有的所有承保服务。只要是医疗所需，您的承保服务都是免费。如果护理在保护生命、让您免于病重或致残，或减轻已诊断疾病或伤害产生的剧痛方面是合理和必要的，该护理则属于医疗所需。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提供以下这些服务类型：

- 门诊服务
- 急症服务
- 善终和姑息护理
- 住院
- 产妇和新生儿护理
- 处方药物
- 康复和创建服务和设备
- 化验服务
- 预防和保健服务以及慢性病管理
- 心理健康服务
- 药物使用失调服务
- 儿科服务
- 视觉服务
- 非急症情况医疗交通服务（NEMT）
- 非医疗交通服务（NMT）
- 长期服务与支持（LTSS）
- 变性服务

请阅读以下每个部分，了解您可以获得的服务之详情。

Medi-Cal福利

门诊服务

- *过敏护理*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保过敏测试和治疗，包括过敏脱敏、减敏或免疫疗法。

- *脊椎推拿服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）每月承保两次脊椎推拿服务，仅限于通过手动操作治疗脊柱的情况。

- *透析/血液透析服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保透析服务。如果您的PCP和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）批准，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）还承保血液透析（慢性透析）服务。

- *门诊外科手术*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保门诊外科手术程序，但诊断目的或急症护理所需，被认为是选择性的程序除外；并且指定的门诊医疗程序需要预先批准（事前授权）。

- *麻醉师服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保您在接受门诊护理时医疗所需的麻醉服务。

- *医生服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保医疗所需的医生服务。

- *足科（足部）服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保医疗所需的足科服务。足科服务可能需要第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）和/或您医生的批准。足科服务仅限于对以下情况的医疗和外科手术服务：用于治疗插入足部，继发于慢性疾病或使慢性疾病复杂化，或影响您行走能力的足部、脚踝或肌腱失调。

- *治疗疗法*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保不同治疗疗法，包括：

  - 化疗
  - 放疗

急症服务

- *治疗医疗急症情况所需的住院和门诊服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保所有治疗医疗急症情况所需的服务。医疗急症情况是产生剧烈疼痛或导致严重受伤的医疗病况。病况非常严重，如果没有立即得到医疗护理，具有一般健康和医学知识的任何人会预见其导致以下情况：

  - 对您的健康造成严重风险；***或***
  - 严重损害身体机能；***或***
  - 任何身体器官或部位出现严重功能障碍；***或***
  - 对于临产孕妇，意味着在下列任何一种情况发生时进行分娩：
    - 在分娩前没有足够的时间将您安全地转移到另一家医院。
    - 转移可能对您或您未出生的孩子的健康或安全构成威胁。

- *急症情况交通服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保救护服务，帮助您在发生急症情况时前往最近的护理场所。这意味着您的病情非常严重，以至于通过其他方式到达护理场所可能会危害您的健康或生命。

- *急诊室服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保治疗医疗急症所需的急诊室服务。请记住，医疗急症情况是产生剧烈疼痛或导致严重受伤的医疗病况。病况非常严重，如果没有立即得到医疗护理，则可能会对您的健康或身体造成严重伤害。

善终和姑息护理

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保善终和姑息护理，为患有严重疾病的会员减轻生理、心理、社交和心灵层面的不适。

住院

- *麻醉师服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保住院期间的麻醉师服务。麻醉师是专门为病人提供麻醉的医疗服务提供者。
  麻醉是在某些医疗程序中使用的一类药物。

- *住院医院服务*

  当您入院时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保住院护理。

- *外科手术服务*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保在医院进行的外科手术。

产妇和新生儿护理

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保以下产妇和新生儿护理服务：

- 母乳喂养教育
- 分娩和产后护理
- 护士助产士服务
- 产前护理
- 分娩中心服务

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员有权获取网络外（OON）认证护士医疗（CNM）服务。如果没有网络内CNM或认证执业护士（CNP），第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）必须以不低于适用Medi-Cal按服务收费（FFS）费率的水平向受益人提供OON服务。

处方药物

承保药物

您的医疗服务提供者能为您开立第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）首选药物清单（PDL）上药物的处方。这有时也称为处方药一览表。处方药一览表上所列的药物安全有效。医生和药剂师团队负责更新这份清单。

- 更新此清单有助于确保其中的药物安全有效。
- 如果您的医生认为您需要服用未列于此清单中的药物，您的医生则需要在您取得药物前致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）要求预先批准。

要查找某个药物是否在PDL上或欲获取PDL副本，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。您也可访问第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的网站：www.lacare.org/members/member-services/pharmacy-services。

有时第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）需要批准医疗服务提供者开立处方的药物。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会在24小时内进行审核并对这些请求做出决定。

- 如果药剂师或医院急诊室认为您有需要，则可能会为您提供72小时的紧急补给。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会支付紧急补给的费用。
- 如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）拒绝请求，则会向您发送信函，告诉您拒绝原因以及您可以尝试的其它药物或治疗方法。

药房

如果您正在领取处方药或续补处方药，则必须从与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的药房处获取处方药。您可以在网站上的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）医疗服务提供者名录中找到与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的药房清单，网址www.blueshieldca.com/promise/medical。您也可拨打1-800-605-2556（听障或语障专线：711），查找您附近的药房。

选择药房后，请将处方带到药房。请向药房出示您的处方和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡。请确认药房了解您目前正在服用的所有药物及您对任何药物产生的任何过敏。如果您对您的处方有任何疑问，请务必询问药剂师。

康复和创建服务和设备

本计划承保：

- *针灸*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保针灸服务，以预防、改变或减轻由普遍认可的医疗病况引起的严重、持续慢性疼痛。门诊针灸服务（有或没有电针刺激）在任何一个月内仅限两次服务，并且如为医疗所需，则可通过第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）预先批准（事前授权）提供额外服务。

- *行为健康治疗*

  行为健康治疗（BHT）包括服务和治疗计划，例如在最大可行范围内发展或恢复个人机能的应用行为分析和基于实证的行为干预方案。BHT治疗旨在帮助患有自闭症谱系障碍（影响人际关系的病况）的儿童和青少年。

  BHT服务通过使用行为观察和强化，或通过提示教授目标行为的每个步骤来教授技能。BHT服务基于可靠实证，而非实验性的服务。

  BHT服务的示例包括行为干预、认知行为干预配套，综合行为治疗和应用行为分析。

  BHT服务必须为医疗所需，由持照医生或心理学家开立处方，由计划批准，并以遵循获批准治疗计划的方式提供。

- *心脏康复*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保住院和门诊心脏康复服务。

- *耐用医疗器材*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保由医生开立处方之医疗用品、器材和其它服务的购买或租赁。

- *助听器*

  如果您接受了听力损失测试并收到您医生开立的处方，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则会承保助听器。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）还可能为您的第一个助听器提供助听器租赁和更换，并提供电池。

- *家庭健康服务*

  由您的医生开立处方时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则会承保于您家中提供的健康服务。

- *医疗用品、器材和器具*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保由医生批准的医疗用品（包括植入式听力设备）。

- *职能治疗*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保职能治疗服务，包括职能治疗评估、治疗规划、治疗、指导和咨询服务。

- *矫形器I假肢*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保医疗所需并由医生开立处方的矫形器和假肢器具和服务。

- *物理治疗*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保物理治疗服务，包括物理治疗评估、治疗规划、治疗、指导、咨询服务和外用药物。

- *肺部康复*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保医疗所需并由医生开立处方的肺部康复服务。

- *专业护理机构服务*

  如果您身患残障且需要高水平的护理，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则会承保医疗所需的专业护理机构服务。这些服务包括于每天24小时提供专业护理的持照机构中住院的食宿。

- *言语治疗*

  第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保医疗所需的言语治疗。每月您能向言语治疗师求诊的次数可能有限制。

化验室服务

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保门诊和住院化验和X光服务。不同的进阶造影程序如为医疗所需则属于承保范围。

预防和保健服务以及慢性病管理

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保：

- 免疫接种实践咨询委员会推荐的疫苗
- 计划生育服务
- 健康资源和服务管理局的Bright Futures建议
- 医学研究所推荐的女性预防服务
- 戒烟服务
- 美国预防服务工作小组A和B建议的预防服务

向育龄会员提供计划生育服务，使他们能够确定子女的数量和年龄间隔。这些服务包括由食品药物管理局批准的所有避孕方法。身为会员的您可选择位于您附近，并能为您提供所需服务的医生。

本计划的PCP和妇产科专科医生可提供计划生育服务。针对计划生育服务，您也可以选择与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）无关的医生或诊所，而无需获得第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的预先批准。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会向为您提供计划生育服务的医生或诊所支付费用。

心理健康服务

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保：

- *门诊心理健康服务*
  - 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为会员提供心理健康服务承保。您不需要您PCP的转诊即可向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的专科医生求诊。心理健康专家可以确定您的损伤程度。如果您的心理健康筛查结果确定您具有轻度或中度痛苦或心理、情绪或行为功能受损，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则可以提供心理健康服务。我们承保以下心理健康服务：
    - 个人和团体心理健康评估和治疗（心理治疗）
    - 当有临床指征时评估心理健康状况的心理测试
    - 用于监测药物治疗的门诊服务
    - 精神科咨询
    - 门诊化验、用品和补品
  - 如需帮助查找由第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提供的心理健康服务的详情，请拨打1-877-344-2858。
  - 如果您的心理健康筛查结果确定您需要专科心理健康服务（SMHS），您的PCP或心理健康专科医生则会将您转诊至县心理健康计划以接受评估。
- *专科心理健康服务*
  - 县心理健康计划为符合医疗必要标准的Medi-Cal受益人提供专科心理健康服务（SMHS）。SMHS可能包括以下住院和门诊服务：
    - 门诊服务：
      - 心理健康服务（评估、计划制定、治疗、康复和相关内容）
      - 药物支持服务
      - 日间治疗密集服务
      - 日间康复服务
      - 危机干预服务
      - 危机稳定服务
      - 目标个案管理服务
      - 治疗行为服务

        - 重症监护协调（ICC）
        - 密集居家服务（IHBS）
        - 治疗寄养（TFC）
    - 住宿服务：
        - 成人住宿治疗服务
        - 危机住宿治疗服务
    - 住院服务：
        - 急性精神病住院服务
        - 精神病住院医院专业服务
        - 精神病健康机构服务
- 如需了解有关县心理健康计划提供的专科心理健康服务的更多信息，请致电Los Angeles县心理健康部门，电话1-800-854-7771。如欲寻找所有县的免费电话号码，请上网http://dmh.lacounty.gov。

药物使用失调服务

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保由主治医生提供的药物滥用筛查和简单干预。如欲获取更密集的药物使用失调服务（包括住宿服务），您的PCP或心理健康专科医生可以将您转诊至Los Angeles县药物滥用预防和控制中心（SAPC）。您无需Los Angeles县的转诊即可要求服务。您可以拨打844-804-7500联系SAPC。

儿科服务

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保：

- 早期和定期筛查、诊断和治疗（EPSDT）服务
    - 这些服务也称为儿童保健就诊。这些就诊包括儿童的健康筛查、诊断、治疗和接种，直至21岁生日当月结束。这些服务包括：
        - 物理治疗
        - 言语治疗
        - 职能治疗
        - 行为健康治疗（BHT）
        - 免疫接种
        - 血铅筛查
        - 衣原体筛查
        - 在必要时提供的EPSDT补充服务

- 个案管理和辅助护理服务
- 旨在帮助儿童获得必要的医疗、社交、教育和其它服务的有针对性的个案管理服务
- 治疗或改善在EPSDT看诊中发现的病况所需的任何服务，无论服务是否被特别确定为Medi-Cal福利

- 视觉护理

视觉服务

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保：

- 由第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）确定符合资格21岁以下会员的眼镜
- 为孕妇提供眼镜，直至产后
- 24个月内进行一次例行眼睛检查

非急症情况医疗交通服务（NEMT）

当您因身体状况或医疗病况无法通过汽车、公共汽车、火车或出租车前往您的医疗约诊地点时，您有权使用非急症情况医疗交通服务（NEMT），并且第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会针对您的医疗病况或身体状况付款。在获取NEMT之前，您需要通过您的医生申请服务，医生将为您确定正确的交通服务类型并开立批准单，以满足您的医疗病况。

NEMT包括救护车、面包车、轮椅车或航空交通服务。NEMT不包括小轿车、公共汽车或出租车。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在您需要乘车前往约诊地点时允许提供能满足您医疗需求成本最低的NEMT。举例说明，这意味着如果您的身体状况或医疗病况使您能通过轮椅车接送，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则不会支付救护车费用。如果您的医疗病况使您不可能接受任何形式的地面交通接送，您才有权使用航空交通服务。

只有在以下情况时才能使用NEMT：

- 由医生通过书面授权确定您因身体状况或医疗病况而需要交通服务；或者您因身体状况或医疗病况无法使用公共汽车、出租车、汽车或面包车前往约诊地点。
- 由于身体或心理残障，您需要司机协助往返您的住所、治疗场所或上下车。
- 经第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）事先批准，并获得医生的书面授权。

如欲要求您的医疗服务提供者已开立批准单的NEMT服务，请在您的约诊日期前至少24小时致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan），电话1-800-605-2556（听障或语障专线：711）。如需紧急预约，请尽快致电。请在致电时准备好您的会员卡。

NEMT次数限制

当医疗服务提供者为您开立交通服务批准单时，接受前往第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保的医疗约诊地点的NEMT没有次数限制。如果约诊类型由Medi-Cal承保，但未通过本保健计划承保，您的保健计划则会提供或帮助您安排交通服务。

不适用的情况？

如果您的身体状况和健康病况允许您通过汽车、公共汽车、出租车或其它易于使用的交通方式到达您的医疗约诊地点，则不会提供交通服务。如果服务不属于Medi-Cal承保范围，则不提供交通服务。本会员手册中列出了承保服务清单。

会员需支付的费用

无需为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）授权的交通服务付费。

非医疗交通服务（NMT）

出现下列情况时您可以使用非医疗交通服务（NMT）：

- 往返于由医疗服务提供者授权的Medi-Cal服务约诊地点。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）允许您使用汽车、出租车、公共汽车或其它公共/私人方式前往Medi-Cal承保服务的医疗约诊地点。当交通服务是由受益人安排的私人车辆提供，而不是通过交通服务经纪人、公共汽车通行证、出租车代金券或火车票提供时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则会提供里程补偿，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）允许提供能满足您医疗需求成本最低的NMT。

如欲要求由您医疗服务提供者授权的NMT服务，请于您的约诊日期前至少一个工作日（周一至周五）致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部，电话1-800-605-2556（听障或语障专线：711）；当您有紧急约诊时，则请尽快致电。请在致电时准备好您的会员卡。

NMT次数限制

当医疗服务提供者已授权时，接受前往第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保的医疗约诊地点的NMT没有次数限制。如果约诊类型由Medi-Cal承保，但未通过本保健计划承保，您的保健计划则会提供或帮助您安排交通服务。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

不适用的情况？

如果出现以下情况，NMT则不适用：

- 您因医疗状况需要救护车、面包车、轮椅车或其它形式的NEMT才能前去接受承保服务。
- 由于身体状况或医疗病况，您需要司机协助往返住所、治疗场所或上下车。
- 该服务不属于Medi-Cal承保范围。

会员需支付的费用

无需为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）授权的交通服务付费。

长期服务与支持（LTSS）

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为符合条件的会员提供以下LTSS福利：

- 专业护理机构服务（91天以上）
- 个人护理服务
- 自我指导个人协助服务
- 社区首选方案（Community First Choice Option）
- 家庭和社区服务机构长期护理

变性服务

在医疗所需时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为符合条件的会员承保以下服务：

- 心理治疗
- 持续贺尔蒙治疗
- 监督贺尔蒙治疗的化验测试
- 非美容性质的性别重置手术

协调护理计划（CCI）福利

此为协调护理计划（CCI）最低福利的清单。如欲了解CCI福利的详情，请参阅本手册的协调护理计划（CCI）部分。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保：

- 共同为您提供服务的医疗服务提供者网络
- 确保您能获得所需护理和支持的个人护理协调员
- 对您健康需求和护理计划进行的个性化回顾。
- 一张健康保险卡
- 每周7天、每天24小时可致电的护士咨询热线

道德层面的反对

部分医疗服务提供者在道德层面反对提供部分服务。这意味着如果他们基于道德因素不同意提供部分服务，则有权不提供服务。这些服务可能包括：

- 计划生育服务
- 人工流产
- 避孕服务，包括紧急避孕药
- 绝育手术，包括在分娩和生产时进行的输卵管结扎手术
- 不孕症治疗

如果您的医疗服务提供者在道德层面反对提供服务，他或她则会帮助您查找能够为您提供所需服务的其他医疗服务提供者。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也可以与您合作查找医疗服务提供者。如果您需要帮助获取前往其他医疗服务提供者处就诊的转诊，请拨打1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

部分医院和其他医疗服务提供者不提供您的计划合同可能承保且您或您的家人可能需要的以下一项或多项服务：

- 计划生育
- 避孕服务，包括紧急避孕药
- 绝育手术，包括在分娩和生产时进行的输卵管结扎手术
- 人工流产

您应该在参保前获取更多信息。请致电您未来的医生、医疗团体、独立执业协会或诊所，或致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部1-800-605-2556（听障和语障专线：711），确保您可以获取所需的健康护理服务。

您保健计划不承保的内容

您可以通过按服务收费（FFS）Medi-Cal获取的其它服务

有时第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不承保某些服务，但您仍然可以通过FFS Medi-Cal获取。本节列出了这些服务。如欲了解详情，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

牙科服务

Medi-Cal为21岁以下的儿童提供部分牙科服务，包括：

通常由牙医、正牙医生或口腔外科医生提供的牙科服务，以及牙科用具。您必须通过Denti-Cal获取牙科服务，请拨打免费电话1-800-322-6384了解详情。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保首次健康检查时所做的牙科筛查，并且会将会员转诊至Medi-Cal牙科医疗服务提供者处。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在有医疗必要性的情况下会承保下列项目：处方药物、化验服务、门诊外科手术服务，以及住院服务。针对未满七（7）岁、有发育障碍的会员，或在医疗所需时进行牙科服务所需的全身麻醉属于承保范围。

如果您有任何疑问或想要了解有关牙科服务的更多信息，请致电Denti-Cal，电话1-800-322-6384（听障和语障专线：1-800-735-2922）。您也可以浏览Denti-Cal的网站denti-cal.ca.gov。

机构长期护理

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保您入住护理机构当月以及之后一个月的住院时间。如果您住院时间更长，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则**不会**承保长期护理。如果住院持续时间超过您入住护理机构的月份，普通Medi-Cal则会承保您的住院时间。如欲了解详情，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

具体排除和限制项目

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不承保以下服务和用品；仅适用于特定服务的额外排除项目列于“福利”一节中针对该服务的说明。但是，部分服务可能是通过州Medi-Cal按服务收费方案提供的福利。

1. 根据州和联邦法律规定，不属于医疗所需的服务、用品、物品、程序或器材属于承保排除项目。

2. 除非满足以下条件，否则为实验性或研究性的医疗、外科（包括植体）或其它健康护理程序、服务、产品、药物或设备：

   - 您有危及生命或使您严重衰弱的病况或
   - 标准疗法没有效果或者不合适的病况，或者
   - 没有Medi-Cal所承保的标准疗法比所提议的疗法更有益。

如果实验性或研究性疗法遭到延迟、拒绝或修改，您则可以寻求独立医疗审查（Independent Medical Review, IMR）。

3. 非急症病况使用急症设施服务（除非您认为存在急症情况，即使后来确定不存在急症情况）。

4. 诊断和治疗不孕症（除非与承保的妇科服务一并提供）。治疗生殖系统的医疗病况不属于排除项目。

5. 有资格通过保险、工伤补偿福利计划获得报销，或由任何其它保险或健康护理服务计划承保的服务。HPSM应在需要时提供服务，会员应合作确保HPSM获得此类福利的报销。

6. 个人或舒适物品，如电话、电视、客人托盘、个人卫生用品、一次性用品（造口袋或导尿管除外）以及Medi-Cal计划指南未承保的其它用品。

7. 由牙医或口腔外科医生执行的牙科口腔外科医生服务。由非医生牙科口腔外科医生（即牙医）执行的牙科口腔外科医生服务不属于Medi-Cal承保范围。

   Medi-Cal福利承保由医生口腔外科医生执行的任何外科手术程序。针对全身麻醉属于医疗所需的会员，在医院或外科手术中心提供的牙科程序的全身麻醉和相关设施费用也属于承保福利。会员的临床状态或潜在的医疗病况必须要求对通常不会在全身麻醉情况下进行的牙科手术施用全身麻醉。请咨询Denti-Cal了解所有其它承保，电话**1-800-322-6384**。请注意，除了有限的急症程序外，针对21岁及以上的Medi-Cal受益人，牙科护理不再是Medi-Cal（Denti-Cal）福利，以下人士除外：可能需要治疗可能会使妊娠情况变得复杂的牙齿病况之孕妇和在护理机构接受长期护理的会员。

8. 美容用药物。

9. 仅用于改变或重塑身体的正常结构，以改善外观的整形外科手术，或任何旨在改善外观并且不旨在改善机能或非医疗所需的外科手术。

10. 运动和卫生器材；实验性或研究性器材；不属于医疗用途的设备，如桑拿浴室和电梯，或住家改造或汽车改装；豪华器材；超过一件具有相同功能的器材（除非为医疗所需）。

11. 矫正鞋和足弓支撑（糖尿病患者的治疗鞋除外）；非刚性设备，如弹性膝盖支撑、紧身胸衣、弹力袜和吊袜带、牙科器具、电子发声器（除非为医疗所需）。

12. 并非医疗所需的家庭健康监护和物理治疗和康复。

13. 善终服务包括提供与终末期疾病相关的疼痛和其他症状的姑息医学治疗，但不进行治愈疾病的努力。选择善终护理的会员无权享受治疗终末期疾病的任何其它福利。不过，会员可以随时撤销对善终护理的选择。21岁以下的会员除了可接受与善终服务相关诊断的治愈服务外，还可以同时接受善终服务。

14. 需要会员退保的排除服务：第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将继续为必须退保且通过Medi-Cal按服务收费计划接受主要器官移植的会员提供承保并确保提供所有医疗所需的服务，直到退保日期生效为止。

A. 主要器官移植
除肾脏移植外，属于Medi-Cal FFS福利的主要器官移植程序不属于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保范围。当会员被确定为潜在的主要器官移植候选人时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）应将会员转诊至Medi-Cal批准的移植中心。如果移植中心医生认为该会员是合适的候选人，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则应向DHCS旧金山Medi-Cal当地办公室（针对成人）或加州儿童服务计划（针对儿童）提交事前授权请求以获得批准。当发生以下所有情况时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）应启动会员的退保程序：将会员转诊到器官移植机构；该机构的评估同意该会员是主要器官移植的候选人；并且，主要器官移植获得DHCS的Medi-Cal当地办公室（针对成人）或加州儿童服务计划（针对儿童）授权。

B. 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将继续提供所有医疗所需的承保服务，直至会员已从计划退保。在退保生效之日，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）应将会员的所有医疗文件转交给移植医

生，从而确保护理的连续性。退保生效日期将回溯到该会员获得批准成为主要器官移植候选人的当月月初。

C. 如果会员获得评估并经确定不是主要器官移植的候选人或DHCS拒绝移植授权，则该会员将不会被退保。

您保健计划不承保的内容您可以通过按服务收费（FFS）Medi-Cal获取的其它服务

有时第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不承保某些服务，但您仍然可以通过FFSMedi-Cal获取。本节列出了这些服务。如欲了解详情，请致电第一健保（Blue Shield Promise）1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

加州儿童服务（California Children's Services, CCS）

请阅读以下每个部分了解详情。或者，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

加州儿童服务（California Children's Services, CCS）

CCS是州政府方案，旨在为患有某些健康病况、疾病或慢性健康问题并符合CCS方案规则的21岁以下儿童提供治疗。如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）或您的PCP认为您的子女有CCS病况，您的子女则将被转介到CCS方案。

CCS方案的工作人员将决定您的孩子是否有资格获得CCS服务。如果您的子女有资格接受此类护理，CCS医疗服务提供者则将针对其CCS病况提供治疗。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将继续承保与CCS病况无关的服务类型，如体检、疫苗和儿童保健检查。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不承保CCS方案提供的服务。要让CCS承保这些服务，CCS必须批准医疗服务提供者、服务和器材。

CCS不承保所有健康病况。CCS承保大多数导致身体残障的健康病况或需要通过药物、外科手术或康复疗法治疗的健康状况。CCS为有以下健康病况的儿童提供承保：

- 先天性心脏病
- 癌症
- 肿瘤
- 血友病
- 镰状细胞性贫血
- 甲状腺问题
- 糖尿病
- 严重慢性肾脏问题
- 肝脏疾病

- 肠道疾病
- 唇裂/腭裂
- 脊柱裂
- 听力丧失
- 白内障
- 脑瘫
- 特定情况下癫痫发作
- 类风湿关节炎
- 肌营养不良症
- 艾滋病（AIDS）
- 严重头部、脑部或脊髓损伤
- 严重烧伤
- 严重牙齿不整

州政府为CCS服务支付费用。如果您的子女没有资格获得CCS方案服务，则将继续从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）获得医疗所需的护理。

如欲了解CCS的详情，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

为享有Medi-Cal的民众提供的其它方案和服务

为享有Medi-Cal的民众提供的其它方案和服务包括：

- 协调护理计划（CCI）
- 器官和组织捐献
- 儿童健康与残障预防（CHDP）
- 妇幼营养补助方案（WIC）

请阅读以下每个部分，了解为享有Medi-Cal的民众提供的其它方案和服务之详情。

协调护理计划（CCI）

加州协调护理计划（CCI）致力为享有双重资格的民众（有资格获得Medicaid和Medicare的民众）改善护理协调情况。计划有两个主要部分：

- Cal MediConnect：Cal MediConnect方案旨在为享有双重资格的民众改善护理协调情况，使这些民众能参保单一计划来管理其所有福利，而不必分开使用Medi-Cal和Medicare计划。该方案还力求提供优质护理，帮助民众尽可能长时间保持健康并住在家中。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

- 管理式Medi-Cal长期支持和服务（MLTSS）：所有Medi-Cal受益人（包括双重资格民众）都必须加入Medi-Cal管理式护理保健计划，以获取其Medi-Cal福利（包括LTSS和Medicare全套福利）。

如欲了解CCS的详情，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

器官和组织捐献

任何人都可以成为器官或组织捐献者，拯救他人生命。如果您的年龄介于15至18岁之间，您可以在有父母或监护人书面同意的情况下成为捐献者。您可以随时改变是否愿意捐献器官的决定。如果您想了解有关器官或组织捐献的详情，请咨询您的PCP。您也可以访问美国健康与人类服务部网站organdonor.gov。

Medi-Cal会员有权获取第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不提供的其它健康护理福利及服务。

儿童健康与残障预防（CHDP）

您的子女可能可以通过其当地学校获取CHDP预防服务。这些服务可协助儿童避免生病，服务项目包括常规健康检查、免疫（预防针）、教育与咨询，以及视力与听力测试。

如果您有任何疑问，可致电619-692-8808联系CHDP。

妇幼营养补助方案（WIC）

妇幼营养补助方案（Women, Infants and Children Supplemental Nutrition Program, WIC）为怀孕妇女和新手妈妈提供营养信息及可用于购买健康食品的代金券。请询问您的医生或产科护士以了解WIC的详情。您可以直接致电**1-888-942-9675**与WIC联系。

福利协调

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提供免费服务，帮助您协调您的健康护理需求。如果您对自己或子女的健康有疑问或顾虑，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

对新技术和现有技术的评估

新技术

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会研究新治疗方法、新药物、新程序及新设备，跟随健康护理领域变动和进步的脚步。我们统称这些为“新技术”。我们会审阅并使用政府及医学专家的科学报告和信息，然后决定是否要将新技术纳入承保范围。会员和医疗服务提供者可向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）要求审查新技术。

5. 权利和责任

身为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员，您享有特定权利，也需要负起特定责任。本章将解释这些权利和责任。本章还包括您身为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员所享有的权利之法律声明。

您的权利

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员享有以下权利：

- 获得尊重，尊严得到承认，充分考虑您的隐私权以及保持您医疗信息机密性的必要性。
- 在您为自己作护理决定时免于遭受任何形式之不良后果。
- 若您在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的正常营业时间与客户服务代表交谈，等候时间不超过10分钟。
- 在合理的时间内获得约诊。
- 获得下列相关信息：计划及其服务（包括承保服务）、其执业者和医疗服务提供者以及会员的权利和责任。
- 对组织的会员权利和责任政策提出建议。
- 能够在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的网络中选择主治医生。
- 参与关于自己健康护理的决定（包括拒绝治疗和/或获取第二意见的权利）。
- 决定当自己发生会危及生命的疾病或伤害时，希望接受何种护理。
- 坦诚讨论针对其病况的合适或医疗所需的治疗选项，无论费用或福利承保为何。
- 通过口头或书面方式提出对组织、所接受的护理或服务的申诉或上诉（如果您不同意某项决定）。
- 获取护理协调。
- 要求对拒绝、推迟或限制服务或福利的决定提出上诉。
- 免费获取所使用语言的口译服务。
- 免费获取所使用语言的书面计划材料。
- 如果您的语言需求未得到满足，提出申诉或投诉。
- 获得免费辅助和服务。
- 在当地法律援助办公室或其它团体获得免费法律协助。
- 制定预先指示。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

- 根据联邦法律规定，在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络外接受计划生育服务、联邦合格健康中心、印第安健康服务机构、性传播疾病服务和急症服务。
- 要求举行州听证会（包括有关可以举行加急听证会的情况之信息）。
- 在法律层面适当的情况下，查看、修改或更正您的病历，以及收到病历副本。
- 要求退保。可以要求加急退保的受益人包括但不限于：根据寄养护理或领养援助方案规定接受服务的受益人；以及有特殊健康护理需求的会员。
- 获取未成年自主服务。
- 根据要求并按照W & I法典第14182(b)(12)节的规定，及时收到替代格式的书面会员通知材料（包括盲文点字、大字体印刷版和音频格式）。
- 免于胁迫、惩戒、便利或报复手段之任何形式的束缚或隔离。
- 以适合您病况和理解能力的方式接收有关可用治疗方案和替代方案的信息。
- 自由行使这些权利，而不会对承包商、医疗服务提供者或州政府对待您的方式产生不利影响。

您的责任

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员有以下责任：

- 以礼貌及尊重的态度对待您的医生、所有医疗服务提供者及职员。您有责任准时赴诊，或在就诊前至少24小时打电话至医生诊所取消或重新约诊。
- 向所有医疗服务提供者和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提供正确且尽可能详细的信息。您有责任接受常规健康检查，并在健康问题变严重之前告知您的医生。
- 与您的医生讨论您的健康护理需求，制定并商定目标，尽力了解您的健康问题，并遵守双方同意的治疗计划和指示。
- 向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）报告健康护理诈欺或不当行为。您可以匿名拨打第一健保（Blue Shield Promise）免费合规热线**1-877-837-6057**，上网www.lacare.ethicspoint.com，或拨打加州卫生保健服务部（DHCS）Medi-Cal诈欺及滥用免费热线**1-800-822-6222**检举这类行为。
- 仅在发生急症情况时或根据医生指示使用急诊室。

隐私惯例通知

我们提供关于保护病历机密性之第一健保（BLUE SHIELD OF CALIFORNIA PROMISE HEALTH PLAN）政策和程序声明，并可在您索取时为您提供。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

本通知说明可能使用和披露您医疗信息的方式，以及您获取此信息的方式。请仔细阅读。

您通过第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）获取您的健康护理。根据法律规定，第一健保（Blue Shield Promise）必须保护您的受保护健康信息（PHI）。第一健保（Blue Shield Promise）也必须向您提供该通知。该通知告诉您我们使用和分享您PHI的方式，也说明您的权利。根据州法律规定，您可能享有额外或更严格的隐私权。

何为"受保护健康信息"？

受保护健康信息（"PHI"）是包含您姓名、社会安全号码或其它信息，且可让他人知道您身份的健康信息。例如：因为您的健康记录有您的名字，所以属于PHI。

我们保护您PHI的方式

PHI的形式可以是口头、书面或电子（储存于电脑上的）形式。根据法律规定，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）必须保护您的PHI并告诉您我们的法律责任和隐私惯例。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）必须告诉您未经保护的PHI是否遭泄露。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）职员在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）接受如何使用或分享PHI方面的培训。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）职员只能接触到完成工作所需的信息。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）职员保护他们谈论您PHI的内容。例如：职员不会在走廊等公共区域谈论您。职员也会保护含有您PHI的书面或电子文档。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）电脑系统会一直保护您的PHI。其中一种保护措施是使用密码。

传真机、打印机、复印机、电脑屏幕、工作站和含有PHI的便携式媒体磁盘不会与没有访问权限的他人共享。职员必须拾起留在传真机、打印机和复印机上的PHI。他们必须确保只有需要相关文件的人才能收到文件。 含有PHI的便携式媒体设备受密码保护。电脑屏幕和工作站在不使用时会被锁定。抽屉和柜子也上了锁。

您的信息是个人和私密的信息

当您加入我们的保健计划时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会获取有关您的信息。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）使用这些信息为您提供您所需的护理。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也从您的医生、实验室和医院那里获取PHI。这些PHI用于批准和支付您的健康护理费用。

本通知的变更

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）必须遵守我们现在所使用通知的规定。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）有权更改这些隐私惯例。任何更改都将适用于您的所有PHI，包括我们在更改之前所拥有的信息。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在对该通知进行更改时会通知您。

我们可能使用和分享您信息的方式

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）仅限出于健康护理原因使用或分享您的信息。我们使用和分享的部分信息包括：

- 您的姓名
- 地址
- 向您提供的健康护理
- 您护理的费用
- 您的健康记录
- 您使用的语言
- 种族/族裔

根据州法律规定，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）收集有关您种族/族裔和语言偏好的信息。您可以放心提供这些信息，因为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）保护您的隐私，并且只允许出于有限目的使用或披露这些信息。我们不会因执行核保、费率设定或福利判定而使用这些信息。

以下是我们可能使用和分享PHI的方式：

- **治疗：**在获取部分护理前必须先经过批准。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将与医生、医院和其他人分享PHI，以便为您提供所需的护理。
- **付款：**第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能会向其他保健计划或医生发送账单以便付款。
- **健康护理营运：**第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能使用PHI来检查您的健康护理质量。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也可能使用PHI进行审计，开展防止诈欺的方案，进行规划和进行日常作业。

其它使用您PHI的情况

根据法律规定，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能使用或分享部分PHI：

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能使用您的PHI来审查付款决定或检查第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提供护理的情况。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也可能与向提供健康护理的人士或您的指定人员分享您的PHI。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在美国政府检查第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）符合隐私规则的情况时，必须与美国政府分享您的PHI。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能与帮助我们工作的其它团体分享您的信息。除非这些团体以书面形式同意将您的信息保密，否则第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不会这样做。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能出于公共健康原因提供您的PHI，以便：

- 预防或控制疾病、伤害或残障
- 报告出生和死亡
- 报告虐待或忽视儿童的行为
- 报告药物和其它健康产品的问题
- 告知人们产品召回情况
- 告知某人他/她可能有患病或传播疾病的风险。

如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）认为您是虐待、忽视或家庭暴力的受害者，也可能告知政府相关部门。只有在您同意或法律规定的情况下，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）才会这样做。

根据法律规定，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可以向监督机构提供PHI用于审计、检查或纪律处分。政府使用这些信息来监控健康护理系统、政府方案，并检查民权法的遵守情况。

如果您涉及诉讼或争议，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能会根据法院命令提供您的PHI。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也可能根据争议中的其他人所提出的传票，审前披露请求或其它合法流程要求提供您的PHI。只有当提出要求的人试图告诉您相关要求或者索要您PHI的人士已做出合理努力获得保护信息的命令时，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）才会这样做。

如果执法人员要求，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能：

- 提供PHI回应法院命令、传票、搜查令或传唤
- 提供PHI寻找嫌犯、逃犯、物证或失踪人士
- 当我们无法取得犯罪受害者同意时，提供其相关PHI

- 提供关于我们认为可能由犯罪行为引起的死亡之PHI
- 提供关于在我们保健计划发生的犯罪行为之PHI。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能向验尸官或验尸员提供PHI，以辨别死者身份或找出死因。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能将PHI交给葬礼负责人，以便他们完成丧葬工作。

如果您是器官捐献者，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能会将您的PHI提供给在器官和组织捐赠领域效力的团体。

在某些情况下，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能出于健康研究原因使用并提供您的PHI。所有研究项目都会经过特殊审批流程。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能使用并提供PHI以防止对某个人或公众健康和安全的严重威胁。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）只会将PHI提供给可以帮助防止威胁的人士。我们也可能根据执法部门捕获罪犯所需使用或提供信息。

如果您是武装部队成员，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能会将您的PHI向军事部门披露。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）也可能向外国军事机关提供有关外国军事人员的信息。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能出于国家安全目的向联邦官员提供PHI。这些官员将使用相关信息来保护总统、其他人士或国家元首，或开展调查。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能提供PHI以遵守工伤赔偿或其它法律。

何时需要书面许可

如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）希望以未在此处列出的方式使用您的PHI，我们
必须获取您的书面同意。例如：出于营销或销售目的使用或共享PHI需要您的书面同意。如果我们使用或分享心理治疗记录，我们可能也需要您的同意。如果您同意我们这么做，您可以随时以书面形式撤销。

您的隐私权为何？

您有权要求我们不要使用或分享您的PHI。 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将向您发送表格填写，以便您告诉我们您的需求。或者，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可以为您填写表格。第一健保（Blue Shield of

California Promise Health Plan）可能无法批准您的请求。如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）无法批准您的请求，我们会通知您。

您有权要求我们仅以书面形式或通过其它地址、邮政信箱或电话与您联系。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将向您发送表格填写，以便您告诉我们您的需求。或者，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可以为您填写表格。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将在合理范围内批准请求。

您有权查看并获取PHI的副本。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将向您发送表格填写，以便您告诉我们您的需求。或者，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可以为您填写表格。您可能需要支付复制和邮寄费用。根据法律规定，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）有权阻止您查看您记录的某些部分。

如果记录不正确，您有权要求更改记录。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将向您发送表格填写，以便您告诉我们您希望更改的地方。或者，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可以为您填写表格。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会通知您我们是否能进行更改。如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）无法进行更改，我们会寄信给您告诉您原因。如果您不同意该决定，您可以要求第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）审查决定。您也可以寄一份声明，告诉我们您不同意的原因。 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会将您的声明与您的记录保留在一起。

您有权获得我们分享您PHI情形的清单，包括：

- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）与谁分享了相关信息
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）何时分享了相关信息
- 分享的原因为何
- 分享的信息为何

该清单将涵盖过去六年时间，或您要求查看的更短时间。该清单不会包含2003年4月14日前分享的信息。该清单不会包括第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）与您分享信息的情形，您同意分享信息的情形，或针对治疗、付款或保健计划营运分享信息的情形。

您有权索取此通知的纸质副本。您可以在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网站上找到
该通知，网址：www.blueshieldca.com/promise/medical。或者，您可以致电我们的会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

您如何联系我们以使用您的权利？

如果您想行使本通知中的权利，请致电或写信给我们：

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755
电话：1-800-605-2556

听障和语障专线：711

投诉

如果您认为第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）未保护您的PHI，您有权提出投诉。您可以通过以下方式联系我们提出投诉（或申诉）：

L.A. Care Member Services

1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

电话：**1-888-839-9909**

听障和语障专线：**711**

PrivacyOfficer@lacare.org

或

Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755
电话：**1-800-605-2556**

听障和语障专线：**711**

您也可以联系：

U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights

Attention: Regional Manager

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

电话：1-800-368-1019

传真：1-415-437-8329

听障和语障专线：1-800-537-7697
电子邮件：ocrmail@hhs.gov

仅限Medi-Cal会员：
California Department of Health Care Services
Office of HIPAA Compliance
Privacy Officer
1501 Capitol Avenue, MS0010
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
电话：1-866-866-0602
听障和语障专线：(877) 735-2929
传真：(916) 440-7680
电子邮件地址：privacyofficer@dhcs.ca.gov

无需恐惧行使您的权利

如果您提出投诉或行使本通知中的隐私权，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不得取消您的健康护理，或以任何方式伤害您。

生效日期

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的隐私政策于2003年4月14日生效。本通知经过修订，并于2015年9月1日及之后有效。

疑问

如果您对本通知有疑问并希望了解更多信息，请致电或写信给我们。地址：

L.A. Care Privacy Officer
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
电话：**1-888-839-9909**
听障和语障专线：**711**

电子邮件：PrivacyOfficer@lacare.org

或

Blue Shield of California Promise Health Plan

601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755
电话：1-800-605-2556

听障和语障专线：711

您是否需要本通知其它语言或格式的版本

如欲获取本通知的其它语言（阿拉伯语、亚美尼亚语、中文、波斯语、印地语、苗语、日语、高棉语、韩语、老挝语、旁遮普语、俄语、西班牙语、他加禄语、泰语或越南语）、大字体、音频或其它格式版本（经要求），请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部，电话1-800-605-2556，周一至周五，上午8点至下午6点办公。听障和语障专线用户应拨打711。

您也可以写信给我们：

L.A. Care Privacy Officer

L.A. Care Health Plan

1055 West 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

电话：**1-888-839-9909**

听障和语障专线：**711**

电子邮件：PrivacyOfficer@lacare.org

或

Blue Shield of California Promise Health Plan

601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

电话：1-800-605-2556

听障和语障专线：711

法律相关通知

许多法律都适用于本会员手册。即使本手册中未包含或未解释这些法律，这些法律也可能会影响您的权利和责任。适用于本手册的主要法律是关于Medi-Cal方案的州和联邦法律。其它联邦和州法律也可能适用。

关于Medi-Cal作为最后付款人的通知

有时其他人必须先支付第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）为您提供的服务。例如：如果您发生车祸或在工作中受伤，保险或工伤赔偿则必须先付款。

加州卫生保健服务部有权利和责任针对Medi-Cal不是第一付款人的Medi-Cal服务收取款项。

Medi-Cal方案符合州和联邦法律规定，也符合有关第三方向受益人提供健康护理服务的法律责任的法规规定。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将采取一切合理措施确保Medi-Cal方案是最后付款人。

关于遗产追讨的通知

加州政府必须从已故第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员的遗产中寻求针对以下服务的还款补偿：

- 会员在其55岁生日当日或之后接受的服务。
- 会员从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络外医疗服务提供者处获取的服务之任何其它付款。

如欲了解遗产追讨的详情，请致电(916) 650-0590。

行动通知

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）将在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）要拒绝、延迟、终止或修改健康护理服务请求的任何时候向您发送行动通知（NOA）函。如果您不同意计划的决定，则可随时向L.A.Care或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提出上诉。

仲裁

无需诉诸法庭即可解决问题

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）了解，部分会员希望为他们提供健康护理服务的保健计划使用仲裁流程。当您选择仲裁时，您则放弃由法官或陪审团解决您问题的权利。在仲裁期间，中立（无偏见）的仲裁员将听取所有人的意见并作出决定。您和您的医生或保健计划必须遵守该决定。这就是为什么这个流程通常被称为“约束性”仲裁。除非仲裁员另有决定，否则败诉方将支付费用。话虽如此，胜诉方将永远不会承担超过法律费用和成本，或超过一半成本的费用。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）如果提供仲裁，可以在会员有巨大财务困难的情况下支付仲裁员的部分或全部费用和开支。请联系第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）获取相关信息和申请方式。仲裁不适用于涉及医疗事故的理赔或争议。

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）并未规定使用约束性仲裁来解决问题。

6. 报告与解决问题

您可能对第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）有两种类型的问题：

- 如果您对第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）或医疗服务提供者，或您从医疗服务提供者处获取的健康护理或治疗有问题，则可提出**投诉**（或**申诉**）
- 如果您不同意我们不承保或更改服务的决定，则可提出**上诉**

您可以使用L.A.Care或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）申诉和上诉流程告诉我们您的问题。这并不会剥夺您的任何法定权利和补救措施。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不会因您向我们提出投诉而歧视或报复您。让第一健保（Blue Shield Promise）了解您的问题将有助于我们改善对所有会员的护理水平。

您应始终首先联系L.A.Care或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan），告诉我们您的问题。
您可每周7天，每天24小时（包括假期）致电L.A. Care：1-888-839-9909或周一至周五，上午8点至下午6点致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：p.m. 1-800-605-2556（听障和语障专线：711），告诉我们您的问题。这不会剥夺您的任何法定权利。L.A.Care和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不会因您向我们提出投诉而歧视或报复您。让我们了解您的问题将有助于我们改善对所有会员的护理水平。

如果您的申诉或上诉仍未得到解决，或者您对结果不满意，则可致电**1-888-HMO-2219（听障和语障专线：1-877-688-9891）**联系加州医疗保健管理局（DMHC）。

加州卫生保健服务部（DHCS）Medi-Cal管理式护理监察员也可提供帮助。如果您在加入、更改或退出保健计划时遇到问题，他们可以提供帮助。如果您搬家并且无法将Medi-Cal转移到您的新居住县，他们也可以提供帮助。您可于周一至周五上午8:00至下午5:00致电监察员，电话：**1-888-452-8609**。

您还可以向县资格办公室提出有关您Medi-Cal资格的申诉。如果您不确定可以向谁提出申诉，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

投诉

如果您对从第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）或医疗服务提供者处获取的服务有问题或不满意，则可提出投诉（或申诉）。提出投诉没有时限。您可以随时通过电话，书面或在线方式，或亲自上门向第一健保（Blue Shield of California

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

Promise Health Plan）提出投诉。

- **电话：**您可每周7天，每天24小时（包括假期）致电L.A. Care：**1-888-839-9909（听障和语障专线：711）**，或周一至周五，上午8点至下午6点致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：**1-800-605-2556**。请提供您的保健计划会员号、您的姓名和您投诉的原因。
- **邮件：**您可每周7天，每天24小时（包括假期）致电L.A. Care：**1-888-839-9909（听障和语障专线：711）**，或周一至周五，上午8点至下午6点致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：**1-800-605-2556**，要求我们寄表格给您。收到表格后请填妥表格。请务必提供您的姓名、保健计划会员号以及投诉原因。告诉我们发生的情况以及我们如何能为您提供帮助。

  请将表格邮寄至：

  L.A. Care
  Member Services Department
  1055 West 7th Street, 10th Floor
  Los Angeles, CA 90017

  - 传真

  (213) 438-5748

  或

  Blue Shield of California Promise Health Plan
  601 Potrero Grande Drive
  Monterey Park, CA. 91755

  - 传真

  (323) 889-2228

您医生的诊所会提供投诉表。

在线：浏览L.A. Care网站。请前往**lacare.org**。或浏览第一健保（Blue Shield Promise）网站。请前往www.lacare.org或www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您需要帮助提交投诉，我们可以为您提供帮助。我们可以为您提供免费语言服务。您可拨打**1-888-839-9909**或**1-800-605-2556（听障和语障专线：711）**联系L.A. Care。

在收到您投诉后的5天内，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会寄信给您，通知您我们收到了投诉。在30天内，我们会向您寄另一封信，告诉您我们解决您问题的方式。

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您希望第一健保（Blue Shield Promise）做出快速决定（因为解决您投诉问题所需的时间会危及您的生命、健康或发挥机能的能力），则可以要求加急（快速）审查。如欲要求加急审查，请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield Promise）的相关人员将审核您的请求和医疗病况，以便在收到您的投诉后72小时内做出决定。

上诉

上诉和申诉不一样。上诉是要求L.A. Care或第一健保（Blue Shield Promise）审查和更改我们对所请求服务的承保范围做出的决定。如果我们寄给您行动通知（NOA）函，告知您我们将拒绝、延迟、更改或终止服务，并且您不同意我们的决定，您则可以提出上诉。您的PCP也可以在获得您书面许可的情况下为您提出上诉。

您必须于收到NOA之日起60个日历日内提出上诉。如果您目前正在接受治疗且希望继续接受治疗，则必须于NOA邮递给您的日期起10个日历日内，或者第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）说明相关服务将终止的日期前要求上诉。当您要求上诉时，请告诉我们您想继续接受服务。

您可以通过电话或传真，书面或在线方式，或亲自上门向我们提出上诉：

- **电话：**您可每周7天，每天24小时（包括假期）致电L.A. Care：**1-888-839-9909（听障和语障专线：711）**，或周一至周五，上午8点至下午6点致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：**1-800-605-2556**。请提供您的姓名、保健计划会员号和您上诉涉及的服务。

  邮件：请致电L.A. Care的

  L.A.Care Privacy Officer

  L.A.Care Health Plan

  1055 West 7th Street, 10th Floor

  Los Angeles, CA 90017

  电话：**1-888-839-9909**

  听障和语障专线：**711**

- 电子邮件：PrivacyOfficer@lacare.org，每周7天，每天24小时（包括假期）致电L.A. Care（**听障和语障专线：711**），或周一至周五，上午8点至下午6点致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：**1-800-605-2556**，要求我们寄表格给您。收到表格后请填妥表格。请务必提供您的姓名、保健计划会员号以及上诉涉及的服务。

请将表格邮寄至：

L.A. Care
Member Services Department
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

- 传真：
  (213) 438-5748

  或

  Blue Shield of California Promise Health Plan
  601 Potrero Grande Drive
  Monterey Park, CA. 91755

- 传真：
  (323) 889-2228

您医生的诊所会提供上诉表。

- **在线：**浏览L.A. Care网站。请前往www.lacare.org。或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网站www.blueshieldca.com/promise/medical。

如果您需要帮助提交上诉，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可以为您提供帮助。我们可以为您提供免费语言服务。请致电**1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。**

在收到您上诉后的5天内，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会寄信给您，通知您我们收到了上诉。第一健保（Blue Shield Promise）会在30天内告诉您我们的上诉决定。

如果您或您的医生希望我们做出快速决定（因为解决您上诉问题所需的时间会危及您的生命、健康或发挥机能的能力），则可以要求加急（快速）审查。如欲要求加急审查，请于每周7天，每天24小时（包括假期）致电1-800-605-2226（听障和语障专线：711），或周一至周五，上午8点至下午6点致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）：1-800-605-2556。第一健保（Blue Shield Promise）的相关人员会在收到您上诉后的72小时内审查您的请求和医疗病况。

如果您不同意上诉决定该怎么办

如果您提出上诉且收到第一健保（Blue Shield Promise）的信函（上诉决议通知），告知您我们没有改变我们的决定，或您从未收到信函告知您我们的决定且已超过30天，则可以：

- 要求DSS举行**“州听证会”**，法官将审查您的个案。
- 要求DMHC进行**“独立医疗审查”（IMR）**，与第一健保（Blue Shield Promise）没有关系的外部审查员将审查您的个案。

您无需为州听证会或IMR付费。

您可同时要求州听证会和IMR。您也可先要求其中一项，看看是否会解决您的问题。如果您先要求IMR，但不同意相关决定，您之后仍可以要求州听证会。但是，如果您先要求州听证会，但已经进行了听证会，则不能要求IMR。在这种情况下，州听证会的决定为最终决定。

以下部分将为您提供有关如何要求州听证会或IMR的详情。

独立医疗审查（IMR）

IMR是指由与保健计划无关的外部审查员审查您的个案。如果您希望进行IMR，则必须首先向L.A.Care或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提出上诉。如果您未于30个日历日内收到您保健计划的回复，或不满意您保健计划的决定，之后则可以要求进行IMR。您必须于告知您上诉决定之通知日期的6个月内要求进行IMR。

您可能可以立即进行IMR，而不需要首先提出上诉。相关情况如下：您的健康处于紧急危险的情况，或相关要求因治疗被认为是实验性或研究性而遭到拒绝。

以下段落将为您提供如何要求IMR的相关信息。请注意，“申诉”这个词描述的是“投诉”和“上诉”两者。

加州医疗保健管理局负责监管健康护理服务计划。如果您欲对您的保健计划提出申诉，应先致电您的保健计划1-800-605-2556（听障和语障专线：711）并在联系管理局之前使用您保健计划的申诉流程。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法律权利或可能使用的补救措施。如果您的申诉涉及紧急情况，或是保健计划的解决方式未能令您满意，又或是超过30天仍未获得解决，您便可致电管理局请求协助。您也可能符合申请独立医疗审查（IMR）的资格。如果您符合IMR的资格，则IMR流程将会针对保健计划对提议的服务或治疗是否为医疗所必需、实验性或研究性的治疗是否属于承保范围的决定，以及有关急诊或紧急医疗服务给付争议而作成的医疗决定，进行公正无私的审查。管理局也设有免付费电话号码（**1-888-HMO-2219**），以及为听障和语障人士提供的听障专线

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

（**1-877-688-9891**）。管理局网站**http://www.hmohelp.ca.gov**提供投诉表格、IMR申请表和说明。

州听证会

州听证会是与社会服务部（DSS）人员的会面。法官将帮助您解决问题。只有在您已经向L.A.Care或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提出上诉并且您仍然对相关决定不满意，或者您在30天后未收到有关您上诉的决定时，您才可以要求州听证会。

您或您的代表必须于告知您上诉决定之通知日期的120天内要求举行州听证会。但是，如果您目前正在接受治疗且希望继续接受治疗，则必须于本函邮戳或递送给您的日期起10天内，或者您的服务将终止的日期前要求举行州听证会。您必须在要求举行州听证会时说明您希望继续接受治疗。您的PCP可在获得您书面许可，且获得DSS批准的情况下为您要求州听证会。您也可以致电DSS，要求州政府批准您PCP的州听证会请求。

您可以通过电话或邮件方式要求州听证会。

- **电话：**致电DSS公众响应小组（DSS Public Response Unit），电话**1-800-952-5253（听障和语障专线：1-800-952-8349）**。
- **邮件：**填写上诉决议通知中提供的表格。将表格邮寄至：

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, MS 09-17-37
  Sacramento, CA 94244-2430

如果您需要帮助要求举行州听证会，我们可以为您提供帮助。我们可以为您提供免费语言服务。请致电1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

在听证会上，您或您的代表将提出您的观点。我们则将提出我们的观点。法官可能需要最多90天时间来决定您的个案。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）必须遵守法官的决定。第一健保（Blue Shield Promise）也会在您等待听证会结束和法官决定您个案时为您提供护理。

如果您希望DSS做出快速决定（因为举行州听证会所需的时间会危及您的生命、健康或发挥机能的能力），您或您的PCP则可以联系DSS并要求举行加急（快速）州听证会。DSS必须在收到您的请求后3个工作日内做出决定。

诈欺、浪费和滥用

如果您怀疑医疗服务提供者或享有Medi-Cal的人士出现欺诈、浪费或滥用行为，您有权进行举报。

医疗服务提供者诈欺、浪费和滥用行为包括：

- 伪造病历
- 开立超过医疗所需的药物处方
- 提供超过医疗所需的健康护理服务
- 针对未提供的服务开立账单
- 专业人员未执行专业服务却针对该服务开立账单

获取福利人士的欺诈、浪费和滥用行为包括：

- 将保健计划会员卡或Medi-Cal福利身份卡（BIC）出借、出售或提供给其他人
- 从多个医疗服务提供者处获取相似或相同的治疗或药物
- 在非急症情况下前往急诊室
- 使用其他人的社会安全号码或保健计划会员号

如欲举报欺诈、浪费和滥用行为，请记下出现欺诈、浪费或滥用行为人士的姓名、地址和会员号。尽可能详细地提供有关此人的信息，例如电话号码或专科（如果是医疗服务提供者）。提供事件的日期以及确切发生之情况的摘要。

将报告邮寄至：

L.A. Care
Special Investigations Unit
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

或致电全天候服务的合规帮助热线：(800) 400-4889。

或通过电子邮件将相关信息寄至：**ReportingFraud@lacare.org**。

或上网报告相关信息：**lacare.ethicspoint.com**。

或

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA. 91755

或致电1-877-837-6057

所有举报都可以通过匿名方式完成。

7. 应了解的重要号码与词汇

重要电话号码

- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部免付费电话1-800-605-2556（听障和语障专线711）
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）24小时护士咨询热线1-855-699-5557
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合规帮助热线1-800-400-4889
- L.A.Care会员服务部1-888-839-9909（听障和语障专线：711）
- L.A.Care 24小时服务的护士咨询热线1-800-249-3619（听障和语障专线：711）
- L.A.Care合规帮助热线1-800-400-4889
- L.A.Care家庭资源中心——1-877-287-6290
- L.A.Care家庭资源中心——Boyle Heights 1-213-294-2840
- L.A.Care家庭资源中心——Inglewood 1-310-330-3130
- L.A.Care家庭资源中心——Lynwood 1-310-661-3000
- L.A.Care家庭资源中心——Pacoima 1-213-438-5497
- L.A.Care家庭资源中心——Palmdale 1-213-438-5580
- 残障服务
  - 加州残障转接服务（CRS）——（听障和语障专线：711）
  - Sprint 1-888-877-5379
  - MCI 1-800-735-2922
  - 美国残障人士法案（ADA）信息1-800-514-0301（听障和语障专线：1-800-514-0383）

- 儿童服务
  - 加州儿童服务（CCS）1-800-288-4584
  - 儿童健康和残障预防（CHDP）1-800-993-2437（1-800-993-CHDP）

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

- 加州州政府服务
  - 加州健康服务部（DHCS）1-916-445-4171
  - Medi-Cal管理式护理监察员办公室1-888-452-8609
  - Denti-Cal受益人1-800-322-6384（听障和语障专线：1-800-735-2922）
  - 加州社会服务部（CDSS）1-800-952-5253
  - 医疗保健管理局（DMHC）1-888-466-2219（1-888-HMO-2219）（听障和语障专线：1-877-688-9891）

- 医疗保健方案处：
  - 阿拉伯语1-800-576-6881
  - 亚美尼亚语1-800-840-5032
  - 柬埔寨语1-800-430-5005
  - 广东话1-800-430-6006
  - 英语1-800-430-4263
  - 波斯语1-800-840-5034
  - 苗语1-800-430-2022
  - 韩语1-800-576-6883
  - 老挝语1-800-430-4091
  - 普通话1-800-576-6885
  - 俄罗斯语1-800-430-7007
  - 西班牙语1-800-430-3003
  - 他加禄语1-800-576-6890
  - 越南语1-800-430-8008
  - 听障和语障专线：1-800-430-7077

- 美国民权办公室1-866-627-7748
- 社会安全生活补助金（SSI）1-800-772-1213
- Los Angeles县——公众社会服务部（DPSS）：客户服务部1-866-613-3777（听障和语障专线：1-800-660-4026）
- DPSS公众负担信息热线
  - Los Angeles县健康服务部1-213-250-8055
  - Los Angeles县心理健康服务部1-800-854-7771
  - 妇幼营养补助方案（WIC）1-888-942-9675

应了解的词汇

临产：女性处于分娩三个阶段的时间段，并且在分娩之前无法及时安全地转移到另一家医院，或者转移可能会损害女性或未出生婴儿的健康和安全。

急性：突然发生的医疗病况，需要快速医疗治疗并且持续时间不长。

上诉：会员要求L.A.Care或第一健保（Blue Shield Promise）审查和更改对所请求服务的承保范围做出的决定。

行为健康治疗（BHT）：服务和治疗计划，例如在最大可行范围内发展或恢复个人机能的应用行为分析。该治疗旨在帮助患有自闭症谱系障碍和相关病况的会员。

福利：本保健计划承保的健康护理服务和药物。

加州儿童服务（California Children's Services, CCS）：为21岁以下患有特定疾病和健康问题的儿童提供服务的方案。

儿童健康与残障预防（Child Health and Disability Prevention, CHDP）：针对发现或预防儿童和青少年疾病和残障的早期健康评估，向公共和私人健康护理服务提供者提供补偿的公共健康方案。该方案帮助符合资格的儿童和青少年获得定期健康护理。您的PCP能提供CHDP服务。

个案经理：能帮助您了解主要健康问题并与您的医疗服务提供者一起为您安排护理的注册护士或社工。

慢性病况：不能完全治愈或随着时间的推移变得更糟或必须治疗才不会变得更糟的疾病或其它医疗问题。

诊所：诊所是指会员可以选择作为主治医生（Primary Care Provider, PCP）的机构。诊所可包括联邦合格健康中心（Federally Qualified Health Center, FQHC）、社区诊所、乡村健康诊所（Rural Health Clinic, RHC）、美国印地安健康诊所或其他主要护理机构。

社区成人服务（Community-based adult services, CBAS）：为符合条件的会员提供之针对专业护理、社会服务、治疗、个人护理、家庭和看护培训和支持、营养服务、交通运输和其它服务的门诊机构型服务。

投诉：会员以口头或书面方式对第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）、医疗服务提供者或提供的护理质量或服务质量所表达的不满。投诉也称为申诉。

持续护理：如果医疗服务提供者和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）同意，计划会员能继续从现在的医疗服务提供者处获得Medi-Cal服务最多12个月而不会遭到中断。

共付金：除了保险公司的付款之外，您通常在服务时支付的款项。

承保（承保服务）：根据Medi-Cal合同条款、条件、限制和排除项目的规定，以及如本EOC和任何修订文件中所列，向第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员提供的健康护理服务。

DHCS：加州卫生保健服务部。这是监督Medi-Cal方案的州办公室。

退保：因为您不再符合资格或更改为新的保健计划而停止使用本保健计划。您必须签署一份表格，表明您不再希望使用本保健计划或致电HCO并通过电话退保。

DMHC：加州医疗保健管理局。这是监督管理式护理保健计划的州办公室。

耐用医疗器材（DME）：您的医生或其他医疗服务提供者嘱咐的医疗所需的器材。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会决定是否租赁或购买DME。租赁费用不得超过购买费用。承保医疗器材的维修。

早期和定期筛查、诊断和治疗（EPSDT）：帮助发现和预防从出生到21岁的Medi-Cal儿童健康问题的联邦方案。在加州，该方案称为儿童健康与残障预防（Child Health and Disability Prevention, CHDP）方案。

急症医疗病况：有严重症状的医疗或精神（心理）病况，例如临产（见上文定义）或严重疼痛，具备合理外行的健康和医学知识之人士可合理认为如不立即获得医疗护理则可能：

- 将您或您未出生婴儿的健康置于严重危险之中
- 导致身体机能受损
- 导致身体部位或器官无法正常运作

急诊室护理：由医生（或在法律允许的情况下，在医生指导下由工作人员）进行，以确定是否存在急症医疗病况的检查。在机构的能力范围内使您的临床情况变得稳定所需的医疗所需之服务。

急症医疗交通服务：通过救护车或紧急运输车辆运送到急诊室以接受急症医疗护理的交通服务。

参保人：保健计划会员并通过计划获取服务的人士。

排除服务：第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不承保的服务；非承保服务。

计划生育服务：预防或延迟怀孕的服务。

联邦合格健康中心（Federally Qualified Health Center, FQHC）：在没有很多健康护理服务提供者的地区中的健康中心。您可以在FQHC获取主要和预防护理。

按服务收费（FFS）：这意味着您未参保管理式护理保健计划。根据FFS规定，您的医生必须接受传统Medi-Cal并针对您所接受的服务直接向Medi-Cal开立账单。

追踪护理：检查病人在住院后或治疗过程中进展情况的定期医生护理。

处方药一览表：符合特定标准且批准会员使用的药物或用品清单。

诈欺：由了解欺骗行为可能会导致该人或其他人获得某些未经授权的福利之人士所采取之故意欺骗或歪曲事实的行为。

独立生育中心：是非医院的健康机构，且是计划在孕妇居住地之外进行分娩的场所，由州政府许可或以其它方式批准提供计划所包括的产前护理和分娩或产后护理以及其它门诊服务；并且符合州政府制定的由机构为个人提供服务之健康和安全有关的其它规定。

申诉：会员以口头或书面方式对第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）、医疗服务提供者或提供的护理或服务质量所表达的不满。投诉也称为申诉。

创建服务及设备：帮助您保持、学习或提高日常生活技能和机能的健康护理服务。

医疗保健方案处（Health Care Options, HCO）：能让您参加或退出保健计划的方案。

健康护理服务提供者：医生和专科医生，如外科医生或治疗癌症的医生或治疗身体特殊部位的医生，并与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作或属于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络的医生。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络医疗服务提供者必须具备在加州执业的执照，并为您提供第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）承保的服务。

您**不**需要获取您PCP的转诊就能接受某些类型的服务，例如计划生育、急症护理、妇产科护理或敏感服务。

健康护理服务提供者类型：

- 听力科医生是测试听力的医疗服务提供者。
- 认证护士助产士是在怀孕和分娩期间照顾您的护士。
- 家庭执业医生是为所有年龄段的人士治疗常见医疗问题的医生。
- 全科医生是治疗常见医疗问题的医生。
- 内科医生是接受了内科医学（包括疾病）特别培训的医生。
- 持照职业护士是与您的医生合作的持照护士。
- 咨询师是帮助您解决家庭问题的人。
- 医疗助理或经认证的医疗助理是帮助您的医生为您提供医疗服务的非持照人员。
- 中级执业人员是用于以下健康护理服务提供者的名称：例如护士助产士，医生助理或执业护士。
- 护士麻醉师是为您施打麻醉药的护士。
- 执业护士或医生助理是指在诊所或医生办公室工作，在有限范围内为您进行诊断、治疗和提供护理的人士。
- 妇产科医生（Ob/Gyn）是照顾女性健康（包括怀孕和分娩期间）的医生。

- 职业治疗师是帮助您在生病或受伤后重新获得日常生活技能和重新开始活动的医疗服务提供者。
- 儿科医生是为从出生到青少年时期的儿童提供治疗的医生。
- 物理治疗师是帮助您在生病或受伤后重新恢复体力的医疗服务提供者。
- 足科医生是为您的足部提供护理的医生。
- 心理学医生是治疗心理健康问题但不会开立药物处方的人士。
- 注册护士是接受的培训多过持照职业护士且具备执照能与您的医生一起完成某些任务的护士。
- 呼吸治疗师是帮助您呼吸的医疗服务提供者。
- 言语病理师是帮助您讲话的医疗服务提供者。

健康保险：通过偿还被保人疾病或受伤所产生的费用或直接向护理人员支付费用而支付医疗和外科手术费用的保险承保。

居家健康护理：在家提供的专业护理和其它服务。

居家健康护理服务提供者：在家为您提供专业护理和其它服务的医疗服务提供者。

善终服务：为患有终末期疾病（预期寿命不超过6个月）的患者所提供之减少身体、情感、社交和精神上不适的护理。

医院：您可以接受医生和护士住院和门诊护理的场所。

住院：以住院病人身份入院接受治疗。

医院门诊护理：未作为住院病人入院，在医院进行的医疗或外科手术护理。

住院护理：您必须在医院或其它地方过夜以获取的所需的医疗护理。

长期护理：在机构内提供的时间超过入院月份的护理。

管理式护理计划：仅针对参保计划的Medi-Cal接受者使用特定医生、专科医生、诊所、药房和医院的Medi-Cal计划。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）是管理式护理计划。

医疗之家：随着时间推移提供更优质的健康护理质量、改善会员对自身护理的自我管理，并降低可避免的成本之护理模式。

医疗所需（医疗必要性）：保护生命、使患者免于病重或致残，或通过对疾病或伤害的诊断或治疗减轻严重疼痛的合理和必要的服务类型。

联邦医疗保健计划（Medicare）：针对65岁或以上人群、特定残障年轻人以及罹患末期肾病（需要透析或移植的永久性肾衰竭，有时称为ESRD）患者的联邦健康保险方案。

会员：参保第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）并有权接受承保服务的任何享有Medi-Cal资格的受益人。

心理健康服务提供者：为患者提供心理健康和行为健康服务的持照人士。

网络：与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）签订了合同可提供护理的医生、诊所、医院和其他医疗服务提供者团体。

网络医疗服务提供者（或网络内医疗服务提供者）：请参看下方的“签约医疗服务提供者”。

非承保服务：第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）不承保的服务。

非急症情况医疗交通服务（NEMT）：当您无法通过汽车、公共汽车、火车或出租车到达承保医疗约诊地点时的交通服务。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）在您需要乘车前往约诊地点时会支付能满足您医疗需求成本最低的NEMT。

非处方药一览表药物：未列于处方药一览表的药物。

非医疗交通服务：往返于由医疗服务提供者授权的Medi-Cal承保服务约诊地点的交通服务。

非签约医疗服务提供者：不在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的医疗服务提供者。

矫形设备：作为支撑或支架固定在身体外部以支撑或矫正急性受伤或患病的身体部位，并且对于会员的医疗恢复而言是医疗所需的设备。

区域外服务：会员在服务区域之外的任何地方所接受的服务。

区域外医疗服务提供者：不属于第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络的医疗服务提供者。

门诊护理：您不必在医院或其它地方过夜而获取的所需的医疗护理。

门诊心理健康服务：为患有轻度至中度心理健康病况的会员提供的门诊服务，包括：

- 个人和团体心理健康评估和治疗（心理治疗）
- 当有临床指征时评估心理健康状况的心理测试
- 用于监测药物治疗的门诊服务
- 精神科咨询
- 门诊化验、用品和补品

姑息护理：为患有严重疾病的会员减轻身体、情感、社交和精神上的不适之护理。

签约医院：与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）签订了合同，可在会员接受护理时向会员提供服务的持照医院。部分签约医院可以向会员提供的承保服务受到第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的使用审查和质量保证政策或第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）与医院之合同的限制。

签约医疗服务提供者（或签约医生）：与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）签订了合同，在会员接受护理时可向会员提供承保服务的医生、医院或其他持照健康护理专业人士或持照健康机构，包括亚急性机构。

医生服务：由根据州法律许可在医学或整骨疗法领域执业的人士所提供的服务，不包括您住院时包括在医院账单中医生提供的服务。

计划：请参见管理式护理计划。

稳定后服务：您于急症医疗病况稳定后接受的服务。

预先批准（或事前授权）：在您接受特定服务之前，您的PCP必须获取第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的批准。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）仅会批准您需要的服务。如果第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）认为您可以通过第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的医疗服务提供者获取相当或更合适的服务，第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）则不会批准由非签约医疗服务提供者提供的服务。转诊不是批准。您必须获取第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）的批准。

保费：为承保所支付的金额；承保费用。

处方药物承保：对由医疗服务提供者开立处方的药物之承保。

处方药物：与不需要处方的非处方药（OTC）不同，而依法需要持照医疗服务提供者开立医嘱的药物。

首选药物清单（PDL）：您的医生可为您订购、由本保健计划批准的特选药物清单。也称为处方药一览表。

主要护理：请参见例行护理。

主治医生（PCP）：为您提供大部分健康护理的持照医疗服务提供者。您的PCP会帮助您获取您所需的护理。除非有以下情况，部分护理需要先获得批准：

- 您有急症情况。
- 您需要妇产科护理。
- 您需要敏感服务。
- 您需要计划生育护理。

您的PCP可以是：

- 全科医生
- 内科医生
- 儿科医生
- 家庭医科
- 妇产科医生
- FQHC或RHC
- 执业护士
- 医生助理

- 诊所

事前授权（预先批准）：规定健康护理服务提供者在提供特定服务或程序前需事先获取批准的正式流程。

假肢装置：附着在身体上以取代缺失身体部位的人造装置。

医疗服务提供者名录：在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的医疗服务提供者清单。

精神病急症医疗病况：症状严重到足以对您自己或他人造成直接危险，或者您因而无法提供或使用食物、住所或衣物的心理障碍。

精神病急症服务可能包括将会员转移到综合医院内的精神病房或急性精神病院。这一举措是为了避免或减轻精神病急症医疗病况。此外，主诊医疗服务提供者认为此举不会导致会员病情恶化。

公共健康服务：针对整个人群的健康服务，包括但不限于健康状况分析、健康监测、健康促进、预防服务、传染病控制、环境保护和卫生、备灾和应对以及职业健康。

合格医疗服务提供者：在适当执业领域符合资格可治疗您病况的医生。

重建外科手术：当您身体的某个部位出现问题时进行的外科手术。该问题可能是由于出生缺陷、疾病或受伤所引起的。改善该身体部位的外观或机能属于医疗所需。

转诊：您的PCP认为您可接受其他医疗服务提供者的护理时所做的事。部分承保护理和服务需要转诊和预先批准。您不需要您PCP的转诊就可以获取这些服务：

- 急症护理
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内医疗服务提供者提供的妇产科护理
    - 怀孕预防或治疗，包括节育、紧急避孕服务、怀孕测试、产前护理、堕胎和堕胎相关程序。
- 敏感服务
    - 性传播感染和性传播疾病的筛查、预防、检测、诊断和治疗。
    - 性侵犯或强奸的诊断和治疗，包括收集与声称的强奸或性侵犯相关的医疗证据。
    - 人类免疫缺陷病毒（HIV）的筛查、预防、检测、诊断和治疗。
- 计划生育护理
- 门诊专业行为健康服务

例行护理：医疗所需的服务和预防护理、儿童保健看诊、或例行追踪护理等护理。例行护理的目标是预防健康问题。

乡村健康诊所（Rural Health Clinic, RHC）：在没有很多健康护理服务提供者的地区中的健康中心。您可以在RHC获取主要和预防护理。

敏感服务：针对计划生育、性传播感染（STI）、艾滋病毒/艾滋病、性侵犯和堕胎的医疗所需服务。

严重疾病：必须接受治疗并可能导致死亡的疾病或病况。

服务区域：第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）提供服务的地理区域。包括Los Angeles县。

专业护理：由持照护士、技术人员和/或治疗师在会员于专业护理机构住院期间或会员家中提供的承保服务。

专业护理机构：提供24小时护理，且只有经过培训的健康专业人员才能提供相关护理的场所。

专科医生：治疗特定类型健康护理问题的医生。例如：骨科外科医生治疗骨折；过敏科医生治疗过敏症；心脏科医生治疗心脏问题。在大多数情况下，您需要您PCP的转诊才能向专科医生求诊。

专科心理健康服务：

- 门诊服务：
  - 心理健康服务（评估、计划制定、治疗、康复和相关内容）
  - 药物支持服务
  - 日间治疗密集服务
  - 日间康复服务
  - 危机干预服务
  - 危机稳定服务
  - 目标个案管理服务
  - 治疗行为服务
  - 重症监护协调（ICC）
  - 密集居家服务（IHBS）
  - 治疗寄养（TFC）
- 住宿服务：
  - 成人住宿治疗服务
  - 危机住宿治疗服务
- 住院服务：
  - 急性精神病住院服务
  - 精神病住院医院专业服务

- 精神病健康机构服务

终末期疾病：不能逆转、且如果疾病遵循其自然病程，最有可能在一年或更短的时间内导致死亡的医疗病况。

分诊（或筛查）：为确定您需要您所需护理的紧迫性，而由经过培训的医生或护士对您的健康状况进行的评估。

紧急护理（或紧急服务）：为治疗需要医疗护理的非急症疾病、伤害或病况所提供的服务。如果网络医疗服务提供者暂时无法提供服务或无法找到医疗服务提供者，您则可以从网络外医疗服务提供者处获取紧急护理

针对第一健保（Blue Shield Promise）会员的提示

如何配取处方

当您生病或有高血压或糖尿病等健康问题时，您的医生可能会给您开立处方。处方根据您的健康状况开立。

针对新处方：

如果您计划第一次配取处方，您必须前往与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的药房。第一健保（Blue Shield Promise）的医疗服务提供者名录提供与您保健计划合作的药房清单。如需查找您附近的药房，请访问我们的网站 **www.blueshieldca.com/promise/medical**，或**于周一至周五上午8点到下午6点正常工作时间**拨打**免费电话1-800-605-2556联系会员服务部**。如果您遇到急症情况或紧急问题，我们有工作人员可以每周7天，每天24小时为您提供帮助（包括假期）。您可以拨打 **1-800-605-2556**。在某些情况下，您也可以从药房获得紧急补给。

针对配取连续处方：

如果您要配取现有连续处方，您必须前往与第一健保（Blue Shield Promise）合作的药房。此外，
您现在可以在某些当地药房或通过邮购方式获取90天的维持型药物补给。如欲获取90天补给，请让您的医生为您开立针对您维持型药物的90天补给处方和连续处方。第一健保（Blue Shield Promise）与遍布Los Angeles县的药店合作提供此服务。

专科药房：

第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能要求您通过我们在处理专科药物方面经验丰富的签约专科药房获取部分专科药物。

- 专科药房有训练有素的临床医生和职员，可为会员提供针对其慢性疾病和复杂疾病的个性化支持。

- 由于其高成本和用途，专科药物最多只能提供一个月补给。
- 专科药房会将专科药物邮寄到您的家中。
- 必须由特定专科药房提供的专科药物列于承保药物清单（称为处方药一览表）中。
- 您可在网站www.blueshieldca.com/promise/medical找到我们的处方药一览表。
    - 请前往“会员专区”（For Members）
    - 在左侧的“会员服务”（Member Services），点击“药房服务”（Pharmacy Services）
    - 我们的Medi-Cal处方药一览表列于“资源”（Resources）下

如何在药房配取处方：

1. 选择您附近的签约药房。
2. 携带您的处方前往药房。
3. 将您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员卡和处方交给药房工作人员，以便药房为您配取处方。
4. 确认您提供给药房的是您的正确地址和电话号码。
5. 确认药房了解您目前正在服用的所有药物及您对任何药物可能产生的任何过敏。
6. 如果您对您的处方有任何疑问，请务必询问药剂师。

不应要求Medi-Cal会员支付处方药物费用。如果您是Medi-Cal会员，且被要求支付处方药费用，请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员服务部1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。

如果您遇到急症情况或紧急问题，我们有工作人员可以每周7天，每天24小时为您提供帮助（包括假期）。您可拨打**1-800-605-2556（听障和语障专线：711）**。

什么是处方药一览表?

第一健保（Blue Shield Promise）使用经核准的药物清单，称为“处方药一览表”。医生和药剂师委员会每三（3）个月会检视一次药物，确定要在处方药一览表中新增或删除哪些药物。药物必须符合下列所有条件才能新增至处方药一览表中：

- 获得食品药物管理局（FDA）的批准
- 被认为安全有效。

您的PCP通常会开立第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）处方药一览表中的药物。您的PCP只会依您的健康状况以及是否需要某药物改善您的健康来开

立药物。您可致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）索取一份您的语言版本、大字版、语音版或其它格式的处方药一览表。您也可致电L.A.Care索取比较所有保健计划合作伙伴处方药一览表的清单。

品牌药/普通药

普通药具有与品牌药相同的活性成分。普通药已获得食品药物管理局（FDA）的核准，且通常比品牌药更有成本效益。除非有记录在案的医疗因素禁止您使用普通药，或者要取代品牌药的普通药不存在，否则医生必须发配普通药。如果可以取得普通药，那么您的医生必须与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）联系取得其同意才能配发品牌药。

不在处方药一览表中的药物

有时候，您的医生可能必须开立不在处方药一览表中的药物。您的医生必须与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）联系并提出事前授权以取得其同意。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）可能会要求您的医疗服务提供者提供更多信息，以决定是否要承保该药物。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会在取得事前授权要求的24小时内通知您的医疗服务提供者和药房该药物是否获得授权。然后第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）和/或您的医疗服务提供者或药房将会告诉您该药物是否获得承保。如果药物获得核准，您可以在与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的药房取得药物。如果药物未获得核准，您有权对此决定提出上诉或提出申诉。“上诉”是指您希望审查某决定。

详情请查看本手册的“投诉：我不满意时该怎么办？”一节。

哪些药物属于承保范围？

只要是由医生开立处方，且为医疗所需，您就能获得下列药物及其他用品：

- [Plan Partner Name]处方药一览表中所列的处方药物
- [Plan Partner Name]处方药一览表所列的非处方药物（如止咳/感冒糖浆或阿司匹林）
- 处方药一览表中的糖尿病用品：胰岛素、胰岛素注射器、血糖试纸、刺血针和刺血针装置、胰岛素注射笔、血糖侦测器（包括供视力障碍患者使用的侦测器）以及尿酮试纸
- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）处方药一览表中获得FDA核准的避孕装置、避孕药、保险套及避孕膏
- 紧急避孕药
- 肾上腺素自助注射针（EpiPens）、尖峰吐气流量测量筒和分隔器

请致电会员服务部，电话1-800-605-2556（听障和语障专线：711）。
第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）周一至周五，上午8点至下午6点提供服务。此电话为免付费专线。或致电加州转接热线711。
请上网www.blueshieldca.com/promise/medical。

哪些药物不属于承保范围？

- 从非网络药房领取的药物，但因急症情况所需的药物不在此限
- 非处方药，通过事前授权获得第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）批准的情况除外
- 属于实验或研究性质的药物，但特定绝症个案不在此限。如果您在取得实验或研究性质的药物时遭到拒绝，您有权要求进行独立医疗审查（IMR）。详情请查看本手册的“投诉：我不满意时该怎么办？”一节。
- 美容药物，但因为具有医疗必要性的病况而开立的药物不在此限
- 非处方药一览表所列的膳食或营养产品，但有医疗必要性或用于治疗苯酮尿症的药物不在此限
- 任何不具有医疗必要性且非由医生开立的注射型药物
- 食欲抑制剂，但用于治疗病态肥胖症的医疗必要性药物不在此限
- 每历年（从一月到十二月）更换遗失或毁坏的药物不得超过两（2）次。
- 不孕症药物

紧急避孕药（“Plan B”）

您可以通过下列管道获取紧急避孕药：

- 您的PCP
- 药房（如果您未满17岁需要PCP处方）
- 药房（如果您已年满17岁则无需处方）
- 不在第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）网络内的药房。如果是这样，药房可能会要求您支付服务费用。第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会向您补偿该笔费用。
- 当地的计划生育诊所。请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）索取提供紧急避孕药的药房清单。

您在下班或假日期间遇到紧急状况如何取得药物？

- 第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）会员可到与第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作、每周7天，每天24小时营业的“24小时”药房获取药物。
- 您可以浏览我们的网站lacare.org找到距离您最近的“24小时”药房。

- 和第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）合作的药房随时（含急症情况）可以配取您的药物。
- 在急症情况期间，您的药剂师也有权配发三（3）天或72小时的药物补给，以避免中断医生为您目前开立的药物治疗。

联邦医疗保健计划（Medicare）D部份：同时拥有Medicare和Medi-Cal之受益人的处方药物保障

Medicare管理一项名为“Medicare D部份”的联邦处方药物计划。如果您是拥有Medicare的Medi-Cal受益人，您将可以从Medicare取得您大部份的处方药物。部分处方药物不属于Medicare承保范围，但属于Medi-Cal承保范围，且您可以通过Medi-Cal获取。但是，如果您通过第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）获取Medi-Cal，而通过其他保健计划获取Medicare D部分承保，您的药房则无法通过您的第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）Medi-Cal承保为配发您的Medicare D部分处方。请与您的Medicare D部份计划联络。请致电第一健保（Blue Shield of California Promise Health Plan）洽询详情。如欲了解有关Medicare D部份的详情或欲选择Medicare处方药物计划，请致电1-800-633-4227与Medicare联络，或上网www.medicare.gov。