

2022

承保範圍說明書/會員手冊

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
San Diego 縣

Blue Shield of California Promise Health Plan是Blue Shield Association的獨立持牌人
CMC-EOC-SD-CH-1021

blue 
california

Promise Health Plan

2022 年 1 月 1 日 – 2022 年 12 月 31 日

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 為您提供的健康和藥物保險

會員手冊簡介

本手冊介紹了您截至 2022 年 12 月 31 日在 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 下的承保範圍。當中說明醫療保健服務、行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務、處方藥承保範圍及長期服務和支援。透過長期服務和支援，您不需前往療養院或醫院，留在家中也可享受服務。關鍵術語及其定義將在會員手冊的最後一章按字母順序列出。

這是一份重要的法律文件。請謹慎保存。

本 Cal MediConnect Plan 由 Blue Shield of California Promise Health Plan 提供。本會員手冊中出現「我們」或「我們的」時，均指 Blue Shield of California Promise Health Plan。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

ATTENTION: If you speak *English*, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您說中文，可以免費獲得語言協助服務。請撥打 1-855-905-3825（聽障和語障專線：711），每周七天辦公，早上 8:00 至晚上 8:00。此電話為免付費專線。

Tiếng Việt (Vietnamese): LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

한국어 (Korean): 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Русский (Russian): ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

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。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前 8 時から午後 8 時まで受け付けています。通話は無料です。

العربية (Arabic):

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711, ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ। ਕਾਲ ਫ਼ੀ ਹੈ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រាបពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

हिंदी (Hindi): ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।

ภาษาไทย (Thai): เรียน หากคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (Urdu) 1-855-905-3825 (TTY: 711)۔

ພາສາລາວ (Laotian): ສິ່ງສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Українська (Ukrainian): ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh (Mien): TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lung



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungn muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

您可以免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文及/或音訊版本。請致電 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

- 您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的文件。如需提出申請，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。客戶服務部會將您的首選語言及格式存檔，以便應用到將來的通訊文件中。如需更新喜好設定，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

2022 年會員手冊 目錄

以下章節與頁碼清單是本說明書的開始。關於查找所需資訊的更多幫助，請轉到章節的第一頁。您會在每章的開始處找到詳細的主題清單。

目錄

第 1 章：會員入門	6
第 2 章：重要的電話號碼和資源	16
第 3 章：使用本計劃來對您的醫療護理和其他承保服務進行承保	36
第 4 章：福利表	53
第 5 章：透過本計劃獲取您的門診處方藥	100
第 6 章：您需支付的 Medicare 和 Medi-Cal 處方藥費用	115
第 7 章：要求我們對您收到的承保服務或藥物賬單支付應承擔的費用	126
第 8 章：您的權利與責任	131
第 9 章：遇到問題或想投訴該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）	146
第 10 章：終止您的 Cal MediConnect Plan 會員資格	189
第 11 章：法律通知	197
第 12 章：重要辭彙的定義	201



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

免責聲明

- ❖ Blue Shield of California Promise Health Plan 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 簽有合約並為參保人提供這兩項計劃福利的保健計劃。
- ❖ Blue Shield of California Promise Health Plan 的承保範圍符合名為「最低基本保險」的健康保險要求。同時也達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, 瞭解個人分擔責任要求的詳細資訊。



如有疑問, 請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan, 電話 : 1-855-905-3825 (聽障專線 : 711), 服務時間為上午 8 點至晚上 8 點, 每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊, 請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第1章：會員入門

簡介

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 是一項承保您所有 Medicare 和 Medi-Cal 服務的保健計劃，本章提供關於該計劃以及您在該計劃中的會員資格的資訊。除此之外，您還將瞭解到將面臨的情況以及將從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲得的其他資訊。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 歡迎使用 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	8
B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊.....	8
B1.Medicare	8
B2.Medi-Cal	8
C. 參加本計劃的好處.....	9
D. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的服務區域.....	9
E. 要成為計劃會員需要具備哪些條件？	10
F. 首次加入保健計劃時會出現的情況	10
G. 您的護理團隊和護理計劃	11
G1.照護團隊	11
G2.護理計劃	11
H. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 月繳計劃保費	12
I. <i>會員手冊</i>	12
J. 您將從我們這裡獲取的其他資訊	12
J1.您的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員卡	12
J2.醫療服務提供者與藥房目錄.....	13
J3.承保藥物清單.....	14
J4.福利說明.....	14



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

K. 如何及時更新您的會員記錄.....	14
K1.個人健康資訊 (PHI) 的隱私權	15



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 歡迎使用 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 是 Cal MediConnect 的一項計劃。Cal MediConnect Plan 是一個機構，由醫生、醫院、藥房、長期服務和支援提供者、行為健康治療提供者和其他提供者組成。該計劃還設有護理指導員和照護團隊，幫助管理您所有的提供者和服務。他們一同努力，為您提供所需照護。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲加州和 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 批准，作為 Cal MediConnect 的一部份向您提供服務。

Cal MediConnect 是由加州與聯邦政府聯合監管的示範計劃，向同時享有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士提供更好的護理服務。在此示範計劃下，州及聯邦政府希望試驗新方案以改善您獲取 Medicare 和 Medi-Cal 服務的方式。

B. 有關 Medicare 和 Medi-Cal 的資訊

B1. Medicare

Medicare 是適用於以下人士的聯邦健康保險計劃：

- 65 歲或以上人士，
- 某些身患殘疾的 65 歲以下人士，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 由加州運營，由州和聯邦政府承擔費用。Medi-Cal 幫助收入和資源有限的人士支付長期服務和支援 (LTSS) 的費用以及醫療費用。該計劃承保 Medicare 不承保的額外服務和藥物。

各州自行決定：

- 收入和資產的計算方式；
- 誰有資格參保；
- 承保哪些服務；以及
- 服務的費用。

州政府可在遵循聯邦規則的情況下決定如何營運計劃。

Medicare 和加州已批准 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。您可以透過我們的計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal 服務，只要：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們選擇提供此計劃，**並且**
- Medicare 和加州允許我們繼續提供此計劃。

即使我們的計劃未來停止營運，您享受 Medicare 和 Medi-Cal 服務的資格不會受到影響。

C. 參加本計劃的好處

您現在可以從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲得 Medicare 和 Medi-Cal 的所有承保服務，包括處方藥。參加此保健計劃無需支付額外費用。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將幫助協調您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利，為您提供更好的服務。其中的一些好處包括：

- 您可以透過一項保健計劃滿足您的**所有**健康保險需求。
- 您將擁有一支由您幫助組建的照護團隊。您的照護團隊可以包括您本人、您的照護者、醫生、護士、顧問或其他健康專業人員。
- 您將擁有一名護理指導員。此人將與您、Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 以及您的護理團隊一起制定護理計劃。
- 您將能夠在您的照護團隊和護理指導員的幫助下自行管理護理服務。
- 照護團隊和護理指導員會與您一起量身定製一項滿足您保健需求的照護計劃。照護團隊會幫助協調您需要的服務。例如：
 - 您的照護團隊將確保您的醫生瞭解您所使用的所有藥物，以便他們確保您使用的藥物正確，且您的醫生可以減少使用藥物產生的副作用。
 - 如果合適，您的照護團隊將確保與您的所有醫生和其他提供者分享您的檢查結果。

D. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的服務區域

我們的服務區域包含加州的以下縣：San Diego。

只有居住於我們服務區域的人士方可參加 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

如果您搬離了我們的服務區域，則無法再參加本計劃。如需有關搬離我們服務區域的影響的更多資訊，請參閱第 8 章。您需要聯絡當地縣的資格審核工作人員：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

San Diego 縣 社會服務局(Department of Social Services) - 家庭 資源客戶服務中心	致電：1-866-262-9881 此為免付費電話。 聽障專線：1-619-589-4459 辦公時間：週一至週五，上午 7:00 至下午 5:00 （節假日除外）
---	---

E. 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

只要您符合以下條件，就有資格參加我們的計劃：

- 居住在我們的服務區域內，**並且**
- 在參保時年滿 21 歲，**並且**
- 同時參保 Medicare A 部份和 Medicare B 部份，**並且**
- 目前符合 Medi-Cal 的資格，**並且**
- 屬於美國公民或在美國合法居留。

您所在縣可能有額外的資格規則。如需更多資訊，請致電客戶服務部。

F. 首次加入保健計劃時會出現的情況

當您首次加入本計劃時，您將在 45 至 90 天內收到一份健康風險評估 (HRA)。

我們需要您完成這份健康風險評估 (HRA)。這份健康風險評估 (HRA) 是制定您個人照護計劃 (ICP) 的基礎。健康風險評估 (HRA) 中的問題將用於確定您的醫療、LTSS 及行為健康和身體機能需求。

我們將聯絡您完成健康風險評估 (HRA)。健康風險評估 (HRA) 可透過親自拜訪、電話或郵寄完成。

我們會寄給您更多有關此健康風險評估 (HRA) 的資訊。

如果您是首次參加 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，您可以在一定時間內繼續向您現在的醫生求診。如果符合以下所有條件，在參保後，您可以將現有提供者及服務授權最長保留 12 個月：

- 您、您的代表或您的提供者直接要求我們繼續讓您使用目前的提供者。
- 我們可以確定您與主治醫生或專科醫生存在服務關係，但存在一些例外情況。存在服務關係表示您在首次參保 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 前的 12 個月內，在非緊急情況下至少向網絡外提供者求診一次。
 - 我們將審閱能獲得的有關您的健康資訊或您提供的資訊，確定已存在的服務關係。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們將在 30 天內回覆您的要求。您也可以要求我們加快作出裁決，在此情況下我們必須在 15 天內回覆。
- 當您提出要求時，您或您的提供者必須出示存在服務關係的證明並同意若干條款。

註：對於耐用醫療設備 (DME)、交通接送服務、其他輔助服務或 Cal MediConnect 中沒有的服務，不得針對其提供者提出此要求。

在延續護理期結束後，除非我們與您的網絡外醫生簽訂協議，否則您僅能使用 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 網絡內屬於您的醫療服務提供者所在醫療團體的醫生和其他提供者。網絡內提供者是與保健計劃合作的提供者。醫療團體或獨立醫師協會 (IPA) 是一個根據加州法律成立的組織，與保健計劃簽有合約，為保健計劃參保人提供或安排保健服務。醫療團體或 IPA 由主治醫生和專科醫生組成，旨在為您提供協調性醫療保健服務。有關護理服務獲取的詳細資訊，請參見第 3 章。

G. 您的護理團隊和護理計劃

G1. 照護團隊

在獲取照護方面您是否需要幫助？照護團隊可以幫到您。照護團隊可能包含您的醫生、護理指導員或其他您選擇的保健人員。

護理指導員是經過培訓，可幫助您管理所需照護的人員。在加入 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 時，您將獲分配一名護理指導員。如果 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 無法提供您所需的服務，該人員還可引導您獲取社區資源。

您可致電 1-855-905-3825（聽障專線：711）要求我們安排護理團隊，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。

G2. 護理計劃

您的照護團隊還可與您一起制定護理計劃。護理計劃可告知您和您的醫生您需要什麼服務以及如何獲取此類服務。它將包含您的醫療、行為健康和 LTSS 需求。您的護理計劃僅針對您和您的需求制定。

您的護理計劃將包括：

- 您的保健目標。
- 您應獲得所需服務的時間表。

在對您進行健康風險評估後，您的照護團隊將與您會面。他們將與您交流您所需要的服務。他們還會告知您，您可能想要獲得的服務。您的護理計劃依您的需求而定。您的照護團隊會與您一起更新您的護理計劃，每年至少一次。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

H. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 月繳計劃保費

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 沒有月繳計劃保費。

I. 會員手冊

本會員手冊是我們與您簽訂合約的一部份。這意味著我們必須遵循本文件中的所有規則。如果您認為我們的某些行為違反了這些規則，您可以對我們的行為提出上訴或質詢。如需關於如何上訴的資訊，請參見第 9 章 D 節或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可致電客戶服務部獲取會員手冊，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。您亦可上網查看該會員手冊：

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 或從該網站上下載。

本合約在您於 2022 年 1 月 1 日到 2022 年 12 月 31 日之間參保 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的月份有效。

J. 您將從我們這裡獲取的其他資訊

您應該已收到 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員卡、有關如何獲得醫療服務提供者與藥房目錄的資訊，以及有關如何獲取承保藥物清單的資訊。

J1. 您的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員卡

根據我們的計劃，您將憑一張卡片享受 Medicare 和 Medi-Cal 服務，包括長期服務及支援、某些行為健康服務及處方藥。您在獲取任何服務或處方藥時必須出示此卡。以下是一張會員卡樣卡，用於向您展示您的卡是怎樣的：

		Promise Health Plan	PLAN NAME LINE 2 LINE 3	Website: www.blueshieldca.com/promise Customer Care (855) 905-3825 (TTY: 711) Nurse Help Line (800) 609-4166 Transportation (877) 433-2178 Pharmacy Help Desk (888) 970-8333 Behavioral Health (855) 765-9701 (TTY: 711)
Member Name: MEMBER NAME LINE 1 MEMBER NAME LINE 2		Effective Date: 01/01/2020		Submit Rx Claims to: Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072 This member has limited access to services outside of the service area and outside of California. Members can use services at a local BCBS license in whose service area the member received services. CA Providers: Rx claims should be filed with the member's IPA/Medical Group. Call Provider Customer Service to obtain medical and hospital admission prior authorization to avoid reduced co-payments. Pharmacists call for prescription processing information. Visit Provider connection at: blueshieldca.com/provider Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association.
Member ID: AMP12345678		MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER: \$0/\$0/\$0		
PCP: PCP NAME LINE 1 PCP NAME LINE 2 PCP NAME LINE 3		RxBIN: RxBIN RxPCN: RXPCN CMS ID: H0148-PBP		
PCP Ph: (555) 123-4567		Submit Medical Claims to: Blue Shield of California Promise Health Plan P.O. Box 272660 Chicago, CA 95927		
IPA NAME LA LINE 1 IPA NAME LA LINE 2		MedicareRx Prescription Drug Coverage		

如果您的 Cal MediConnect 卡損壞、丟失或被盜，請立即致電客戶服務部，我們會發給您一張新卡。您可致電我們的客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

只要您是我們計劃的會員，您無需使用紅白藍 Medicare 卡或 Medi-Cal 卡來獲得 Cal MediConnect 服務。請謹慎保存這些卡，以備日後之需。如果您出示您的 Medicare 卡而不是 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員卡，提供者可能會向 Medicare 而非向本計劃收取費用，且您可能收到賬單。請參見第 7 章 A 節，瞭解如果您收到提供者的賬單應如何處理。

請謹記，對於縣精神健康計劃 (MHP) 提供的專科精神健康服務，您需要使用 Medi-Cal 卡方可獲得這些服務。

J2. 醫療服務提供者與藥房目錄

醫療服務提供者與藥房目錄列出了 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的網絡內提供者和藥房。只要您是我們計劃的會員，就必須使用網絡內提供者獲取承保服務。但您首次參加我們的計劃時存在一些例外情況（請參見第 38 頁）。

您可致電客戶服務部獲取醫療服務提供者與藥房目錄，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。您亦可上網查看該醫療服務提供者與藥房目錄：www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 或從該網站上下載。

醫療服務提供者與藥房目錄列出了您作為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員可能會去看診的醫療護理專業人員（如醫生、執業護士和心理學家）、機構（如醫院或診所）和支援服務提供者（如成人日間保健和居家保健提供者）。該目錄還列出了您可用於獲取處方藥的藥房。除此之外，該目錄還提供了與下列問題相關的一些資訊：

- 何時需要轉診去看其他提供者、專科醫生或機構，以及
- 如何選擇醫生，以及
- 如何更換您的醫生，以及
- 如何在您所在區域和/或醫療團體/IPA 找到醫生、專科醫生、藥房或機構，以及
- 如何獲取長期服務和支援 (LTSS)、居家援助服務 (IHSS) 或多用途老年人服務計劃 (MSSP)，以及
- 關於如何使用郵購藥房、居家輸液藥房或長期護理藥房的資訊。

網絡內提供者的定義

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的網絡內提供者包括：
 - 計劃會員可以求診的醫生、護士及其他健康護理專家；
 - 在我們計劃中提供保健服務的診所、醫院、護理機構和其他機構；以及
 - 您透過 Medicare 或 Medi-Cal 獲取的 LTSS、行為健康服務、居家護理機構、耐用醫療設備供應商，及提供物品及服務的其他機構。

網絡內提供者同意接受我們計劃為承保服務的付款作為全額付款。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

網絡內藥房的定義

- 網絡內藥房是同意為我們的計劃會員配取處方藥的藥房（藥店）。請利用 *醫療服務提供者與藥房目錄* 來尋找您想要使用的網絡內藥房。
- 除非是在緊急情況下，否則若您想要本計劃支付您的藥物，您必須在我們的網絡內藥房配取處方藥。

請致電我們的客戶服務部瞭解更多資訊，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。客戶服務部和 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的網站均可為您提供有關我們的網絡內藥房及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*。我們稱之為「藥物清單」。其中介紹了 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的處方藥類型。

該藥物清單也告知對藥物是否設有任何規則或限制，如對您可獲得數量的限制。請參見第 5 章 C 節瞭解這些規則和限制的更多資訊。

我們將每年寄送給您一份有關如何獲取藥物清單的資訊，但一年中可能會對該清單作出些許改動。若要取得關於承保藥物的最新資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 或致電 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。

J4. 福利說明

當在使用您的 D 部份處方藥福利時，我們將會寄送一份摘要給您，以協助您瞭解並追蹤 D 部份處方藥的付款。此摘要稱為 *福利說明 (EOB)*。

EOB 可告訴您當月您或您的代表人已花費在 D 部份處方藥的總金額，以及我們已為您每份 D 部份處方藥支付的總金額。EOB 提供有關您所用藥物的詳細資訊，例如價格上漲以及分攤費用較低的其他可用藥物。您可向處方醫生諮詢這些費用較低的選擇。第 6 章更詳細地介紹了 EOB 以及它如何協助您追蹤您的藥物保險。

我們亦可應您要求提供一份 EOB。如需獲取一份副本，請聯絡客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。

K. 如何及時更新您的會員記錄

當您的資訊發生變更時，請通知我們更新您的會員記錄。

本計劃的網絡內提供者和藥房需要關於您的正確資訊。他們使用您的會員記錄來瞭解您獲取了哪些服務和藥物，以及您為這些服務和藥物支付的費用。因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

請告知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變化。
- 您的任何其他健康保險的變化，例如透過您的雇主、配偶的雇主或同居伴侶的雇主獲得的保險或勞工保險。
- 任何責任險賠付，例如源自車禍的賠付。
- 入住療養院或醫院。
- 在醫院或急診室接受治療。
- 您的照護者（或負責照護您的人士）發生變化。
- 您已參與或將參與臨床研究。

如果有任何資訊發生變動，請致電客戶服務部告知我們，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。

K1.個人健康資訊 (PHI) 的隱私權

會員記錄中的資訊可能包含個人健康資訊 (PHI)。州和聯邦的法律規定我們必須為您的 PHI 保密。我們會確保您的 PHI 受到保護。有關我們如何保護您的 PHI 的詳細資訊，請參見第 8 章 C 節。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第2章：重要的電話號碼和資源

簡介

本章為您提供有關如何獲取重要資源的聯絡資訊，這些資源可幫助您瞭解與 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 和您的醫療保健福利有關的問題。您還可以透過本章獲取關於如何聯絡您的護理指導員以及其他能夠代表您倡權的人士的資訊。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 如何聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部.....	18
A1. 哪些情況下聯絡客戶服務部	18
B. 如何聯絡您的護理指導員	21
B1. 哪些情況下聯絡您的護理指導員	21
C. 如何聯絡護士諮詢專線.....	23
C1. 哪些情況下使用護士諮詢專線	23
D. 如何聯絡行為健康危機專線.....	24
D1. 哪些情況下撥打行為健康危機專線	24
E. 如何聯絡健康保險諮詢和宣傳計劃(HICAP)	25
E1. 哪些情況下聯絡 HICAP	25
F. 如何聯絡 Quality Improvement Organization (QIO)	26
F1. 哪些情況下聯絡 Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)	26
G. 如何聯絡 Medicare	27
H. 如何聯絡 Medi-Cal Health Care Options	28
I. 如何聯絡 Cal MediConnect Ombuds 計劃	29
J. 如何聯絡縣社會服務部.....	30
K. 如何聯絡您的縣專科精神健康計劃	31



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

K1. 您可就以下事宜聯絡縣專科精神健康計劃：	31
L. 如何聯絡加州醫療保健計劃管理局	32
M. 其他資源.....	33



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 如何聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部

致電	1-855-905-3825 此為免付費電話。 辦公時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 您可以撥打上述電話免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文和/或音訊。 我們為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。 服務時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點。
寫信	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
網站	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. 哪些情況下聯絡客戶服務部

- 有關計劃的問題
- 關於賠付、賬單或會員卡的問題
- 有關您醫療護理的承保範圍裁決
 - 有關您醫療護理的承保範圍裁決是指：
 - 針對您的福利或承保服務作出的裁決，或
 - 針對我們為您的保健服務支付的金額作出的裁決。
 - 若對有關您醫療護理的承保範圍裁決有疑問，請聯絡我們。
 - 如需瞭解承保範圍裁決的更多資訊，請參見第 9 章 D 節。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 有關您醫療護理的上訴
 - 上訴是指以正式方式要求我們審核並更改您認為有誤的承保範圍裁決。
 - 如需瞭解提出上訴的更多資訊，請參見第 9 章 D 節。
- 有關您醫療護理的投訴
 - 您可以對我們或任何提供者（包括網絡外或網絡內的提供者）提出投訴。網絡內提供者是與保健計劃合作的提供者。您也可以就您獲取的護理品質向我們或向 Quality Improvement Organization 提出投訴（請參見下文 F 節）。
 - 您可以致電我們，解釋您為何投訴。您可致電我們的客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。
 - 如果您的投訴是關於您醫療護理的承保範圍裁決，您可以提出上訴（請參見上文章節）。
 - 您可向 Medicare 提出有關 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的投訴。您可使用載於 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 上的線上表格。或您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。
 - 您可致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃提出有關 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的投訴，電話：1-855-501-3077（聽障專線：1-855-847-7914），服務時間為週一至週五上午 9 點至下午 5 點。
 - 有關對您醫療護理進行投訴的更多資訊，請參見第 9 章 J 節。
- 有關您藥物的承保範圍裁決
 - 有關您藥物的承保範圍裁決是指：
 - 針對您的福利或承保藥物作出的裁決，或
 - 針對我們為您的藥物支付的金額作出的裁決。
 - 這適用於您的 D 部份藥物、Medi-Cal 處方藥和 Medi-Cal 非處方藥。
 - 有關您處方藥的承保範圍裁決的更多資訊，請參見第 9 章 F 節。
- 有關您藥物的上訴
 - 上訴是要求我們更改承保範圍裁決的一種方式。
 - 如要對 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保藥物清單（處方藥一覽表）上任何藥物的承保範圍裁決提出上訴，請聯絡客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。Medi-Cal 藥物在處方藥一覽表上標有星號 (*)。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如需更多關於就您的處方藥提出上訴的資訊，請參見第 9 章 J 節。
- 有關您藥物的投訴
 - 您可以對我們或任何藥房進行投訴，包括就您的處方藥提出投訴。
 - 如果您的投訴是關於您的處方藥的承保範圍裁決，您可以提出上訴。（請參見上文章節。）
 - 您可向 Medicare 提出有關 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的投訴。您可使用載於 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 上的線上表格。或您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。聽障/語障人士可致電 1-877-486-2048。
 - 有關就您的處方藥提出投訴的更多資訊，請參見第 9 章 J 節。
- 為您已支付的醫療護理或藥物付款
 - 有關要求我們向您償付或支付您收到的賬單費用的更多資訊，請參見第 7 章 A 節。
 - 如果您請求我們支付賬單費用，而我們拒絕您任何部份的請求，您可以就我們的決定提出上訴。請參見第 9 章 D2 節，瞭解更多上訴詳情。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

B. 如何聯絡您的護理指導員

護理指導員是經專業培訓，可幫助您協調照護流程的人員。您的護理指導員是您照護團隊的成員之一，將擔任您的主要聯絡員。您在加入本保健計劃時將獲分配一名護理指導員。護理指導員將給您打電話介紹自己並幫助確認您的需求。如需聯絡您的護理指導員，您可以致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，在列表中選擇護理指導員。一旦將護理指導員分配給您，您還可以撥打其電話直接聯絡本人。如需更改您的護理指導員，可致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部。

聯絡方式	致電 1-855-905-3825 此為免付費電話。 辦公時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 您可以撥打上述電話免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文和/或音訊。 我們為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。 辦公時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點
寫信	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
網站	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. 哪些情況下聯絡您的護理指導員

- 有關您醫療護理的問題
- 有關獲得行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務的問題
- 有關交通接送的問題
- 有關長期服務及支援 (LTSS) 的問題

LTSS 包括以社區為基礎的成人服務 (CBAS) 和長期護理機構 (LTC)。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

長期服務及支援 (LTSS) 係指為獨立居住在社區中或長期護理機構中、具有身體機能障礙及/和慢性疾病的成人提供的廣泛服務。LTSS 適用於在沐浴、穿衣、做飯和用藥等日常活動中需要協助的會員。如果您需要協助才能繼續獨立生活，請致電客戶服務部安排轉介。

LTSS 包含：以社區為基礎的成人服務 (CBAS)、居家援助服務 (IHSS)、多用途老年人服務計劃 (MSSP)、長期護理/看護。

有時，您可以獲得幫助，滿足日常醫療護理和生活所需。

您可能可以獲得這些服務：

- 以社區為基礎的成人服務 (CBAS)，
- 專業護理照護，
- 物理治療，
- 職業治療，
- 言語治療，
- 醫療社會服務，以及
- 居家護理。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

C. 如何聯絡護士諮詢專線

透過 Blue Shield of California Promise Health Plan 護士諮詢專線，註冊護士可全天候解答您的疑問，為您提供支援。致電護士諮詢專線，電話：(800) 609-4166（聽障專線 711）。護士可透過電話為您解答一般健康問題，並提供其他資源的說明，便於您瞭解更多資訊。致電護士諮詢專線後，會員還會收到一封有關通話摘要的電子郵件，其中介紹了所有相關資訊和連結以供參考。

聯絡方式 致電	(800) 609-4166 此為免付費電話。 辦公時間為每週七天，每天 24 小時 您可以撥打上述電話免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文和/或音訊。 我們為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。 服務時間為每週七天，每天 24 小時。

C1. 哪些情況下使用護士諮詢專線

- 有關您醫療護理的問題



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 如何聯絡行為健康危機專線

聯絡方式 致電	San Diego 縣服務與危機熱線 1-888-724-7240 此為免付費電話。 服務時間為每週七天，每天 24 小時。 我們為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。 辦公時間為每週七天，每天 24 小時
致電	Blue Shield of California Promise Health Plan 管理式行為健康組織 – Beacon Health Options 1-855-321-2211 此為免付費電話 服務時間為每週七天，每天 24 小時。 我們為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。 辦公時間為每週七天，每天 24 小時

D1. 哪些情況下撥打行為健康危機專線

- 有關行為健康和藥物濫用戒除服務的問題
- 如果您正在經歷精神健康危機，歡迎致電 **Los Angeles 服務與危機熱線**，辦公時間為每週七天，每天 24 小時。聯絡資訊見上文。
- 如果您對精神健康與藥物濫用戒除服務有疑問，請致電 **Blue Shield of California Promise Health Plan 行為健康服務**。聯絡資訊見上文。
- **Cal MediConnect 保健計劃**負責向參保人提供目前由 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保的所有醫療必需的行為健康（精神健康和藥物濫用治療）服務。

有關您所在縣的專科精神健康服務的問題，請參見第 32 頁。



如有疑問，請致電 **Blue Shield of California Promise Health Plan**，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

E. 如何聯絡健康保險諮詢和宣傳計劃(HICAP)

健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 為參加 Medicare 的人士提供免費的健康保險諮詢服務。HICAP 顧問可以回答您的問題，幫您瞭解如何解決問題。HICAP 在每個縣均設有訓練有素的顧問，並免費提供服務。

HICAP 與任何保險公司或保健計劃都沒有關係。

聯絡方式 致電	Elder Law and Advocacy 1-858-565-8772 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
聽障專線	711 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	San Diego County HICAP Office 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
網站	https://www.aging.ca.gov/HICAP

E1. 哪些情況下聯絡 HICAP

- 對 Cal MediConnect Plan 或 Medicare 有疑問
 - HICAP 顧問可回答您有關轉換至新計劃的問題，並幫助您：
 - 瞭解您的權益，
 - 瞭解您的計劃選擇，
 - 就您的醫療護理或治療提出投訴，以及
 - 解決與您的賬單有關的問題。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

F. 如何聯絡 Quality Improvement Organization (QIO)

我們州設有一個名為 Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) 的組織。這是一個由醫生和其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在幫助改善 Medicare 參保人的護理品質。Livanta BFCC-QIO 與我們的計劃無關。

聯絡方式

致電	1-877-588-1123
聽障專線	1-855-887-6668 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road.Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://www.livantaqio.com/en

F1. 哪些情況下聯絡 Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)

- 有關您醫療護理的問題
 - 在以下情況下，您可以投訴您獲得的護理服務：
 - 對護理品質有疑問，
 - 您認為您過早出院，或
 - 您認為您的居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務結束得太早。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

G. 如何聯絡 Medicare

Medicare 是適用於 65 歲或以上的人士、某些 65 歲以下的殘障人士以及患有晚期腎病的人士（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的聯邦健康保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)。

聯絡方式 致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 您可以隨時免費致電此號碼。
聽障專線	1-877-486-2048 ，此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
網站	<u>www.medicare.gov</u> 這是 Medicare 的官方網站。此網站提供最新的 Medicare 資訊，它也提供有關醫院、療養院、醫生、居家護理機構、透析設施、住院康復機構和善終服務的資訊。 其中包含有用的網站和電話號碼。它還提供了手冊，您可以從電腦直接列印。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或養老院可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您也可以撥打上述號碼致電 Medicare，告知您想查找的資訊。他們會在網站上查找資訊、列印出來並傳送給您。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。
 如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

H. 如何聯絡 Medi-Cal Health Care Options

如果您對選擇 Cal MediConnect Plan 或其他參保問題有疑問，Medi-Cal Health Care Options 可為您提供幫助。

聯絡方式 致電	1-844-580-7272 Health Care Options 的代表將在週一至週五上午 8 點至下午 6 點辦公。
聽障專線	1-800-430-7077 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

I. 如何聯絡 Cal MediConnect Ombuds 計劃

Cal MediConnect Ombuds 計劃可作為代表您的倡權者。他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。Cal MediConnect Ombuds 計劃還可以幫助您處理服務或費用問題。Cal MediConnect Ombuds 計劃與我們計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。他們的服務是免費的。

聯絡方式	致電 1-855-501-3077 此為免付費電話。 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點
聽障專線	1-855-847-7914 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	Legal Aid Society of San Diego Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
網站	www.healthconsumer.org



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

J. 如何聯絡縣社會服務部

如果您需要幫助處理 San Diego 縣健康與社會服務福利，請聯絡您當地的縣社會服務部 (Social Services Department)。

聯絡方式 致電	1-866-262-9881 （免費電話）。 衛生與公眾服務部的代表將在週一至週五上午 8 點至下午 5 點辦公。 全天候提供自助服務熱線。致電者需要輸入自己的社會安全碼 (SSN) 才能使用該系統。
聽障專線	1-619-589-4459 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	Health and Human Services Agency County of San Diego PO Box 85027 San Diego, CA 92186
網站	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

K. 如何聯絡您的縣專科精神健康計劃

如果您符合醫療必需性條件，可透過縣精神健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 的專科精神健康服務。

聯絡方式 致電	1-888-724-7240 此為免付費電話。 服務時間為每週七天，每天 24 小時。 我們為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此為免付費電話。 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。 服務時間為每週七天，每天 24 小時。

K1. 您可就以下事宜聯絡縣專科精神健康計劃：

- 有關所在縣提供的行為健康服務的問題
- 專科精神健康服務，包括但不限於：
 - 門診精神健康服務
 - 日間治療
 - 危機干預和穩定服務
 - 目標個案管理
 - 成人住院治療
 - 危機居住型治療服務



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

L. 如何聯絡加州醫療保健計劃管理局 (California Department of Managed Health Care)

加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 負責監管各種保健計劃。DMHC 幫助中心可幫助您就 Medi-Cal 服務對您的保健計劃提出上訴和投訴。

聯絡方式	致電 1-888-466-2219 DMHC 的代表將在週一至週五上午 8 點至下午 6 點辦公。
語障專線	1-877-688-9891 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	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	www.dmhca.gov



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

M. 其他資源

如何聯絡 San Diego 縣長者與獨立生活服務局 (AIS)

AIS 為老年人、殘障人士及其家人提供服務，幫助他們在家中安全生活，促進他們的健康與活力，並宣傳老年人和殘障人士的積極貢獻。

致電	1-800-510-2020 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
聽障專線	711 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
網站	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如何聯絡 San Diego 縣地區中心

地區中心是與發育服務部 (Department of Developmental Services) 簽有合約的非營利性私營企業，旨在為有發育障礙的個人提供或協調服務與支援。他們在全加州設有辦事處以提供本地資源，幫助尋找並獲取提供給個人及其家人的多種服務。加州有 21 個地區中心，在全州設有 40 多個辦事處，為發育障礙者及其家人提供服務。如需獲取地區中心目錄，請瀏覽下列網站。

致電	1-858-576-2996 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
寫信	San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
網站	www.dds.ca.gov



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如何聯絡 San Diego 縣法律援助協會

除了 San Diego 縣法律援助協會 (LASSD) 的健康消費者中心和 CMC Ombuds 服務計劃，LASSD 還提供全方位的動態法律服務。LASSD 在住所法（例如驅逐辯護、可居住性、違反公平住房等）、家庭法（離婚、監護、探視和撫養糾紛等）、移民法（以家庭為基礎的請願書、U/T 簽證等）、消費者保護（催收辯護、合同糾紛等）等方面提供法律服務。

致電	1-877-534-2524 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點
聽障專線	1-800-735-2929 此號碼適用於聽障或語障人士。撥打此號碼必須有專用電話設備。
寫信	<u>Southeast San Diego Office</u> <u>110 S. Euclid Avenue</u> <u>San Diego, CA 92114</u> <u>Midtown San Diego Office</u> <u>1764 San Diego Avenue, Suite 200</u> <u>San Diego, CA 92110</u> <u>North County Office</u> <u>216 S. Tremont Street</u> <u>Oceanside, CA 92054</u>
網站	www.lassd.org



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第3章：使用本計劃來對您的醫療護理和其他承保服務進行承保

簡介

本章包含您需瞭解的特定術語和規則，以便獲得醫療保健和 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的其他服務。本章還包含與以下問題相關的資訊：您的護理指導員、如何從多種不同類型的提供者和在某些特殊情況下獲得保健服務（包括從網絡外提供者或藥房）、直接收到我們計劃所承保服務的賬單時該如何處理以及對擁有耐用醫療設備 (DME) 的規定。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 「服務」、「承保服務」、「提供者」和「網絡內提供者」簡介	38
B. 獲得本計劃所承保的醫療護理、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS) 的規則	38
C. 護理指導員簡介	39
C1. 何謂護理指導員	39
C2. 如何聯絡您的護理指導員	39
C3. 如何更改您的護理指導員	39
D. 從主治醫生、專科醫生、其他網絡內醫療服務提供者和網絡外醫療服務提供者獲得護理	40
D1. 從主治醫生獲得護理	40
D2. 從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理	42
D3. 提供者退出我們的計劃時該如何處理	42
D4. 如何從網絡外提供者處獲得護理	43
E. 如何獲得長期服務及支援 (LTSS)	43
F. 如何獲得行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務	44
F1. 有哪些 Medi-Cal 行為健康服務不是透過 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供，而是由 San Diego 縣行為健康服務部提供的？	44
G. 如何獲得交通接送服務	45
H. 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時或在災難期間獲得承保服務	46



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

H1.在發生緊急醫療情況時獲得護理	46
H2.急症治療護理	47
H3.災難期間獲取護理	48
I. 直接收到我們計劃所承保服務的賬單時該如何處理	48
I1.我們的計劃不承保某些服務時該如何處理	48
J. 參加臨床研究時獲得醫療護理服務承保	49
J1.臨床研究的定義	49
J2.參加臨床研究期間所獲服務的付費	49
J3.臨床研究詳情	49
K. 當您在宗教性非醫療保健機構獲得護理時，您的醫療護理服務如何獲得承保.....	50
K1.宗教性非醫療保健機構的定義.....	50
K2.從宗教性非醫療保健機構獲得護理.....	50
L. 耐用醫療設備 (DME)	50
L1.作為我們計劃的會員使用 DME	50
L2.轉至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的 DME 所有權	51
L3.您作為計劃會員享有的氧氣設備福利	51
L4.轉至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的氧氣設備	52



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 「服務」、「承保服務」、「提供者」和「網絡內提供者」簡介

服務指醫療護理、長期服務及支援、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**指我們計劃支付的所有該等服務。第 4 章 D 節的福利表中列有承保的醫療護理、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS)。

提供者指向您提供服務及護理的醫生、護士及其他人士。提供者一詞還包括醫院、居家護理機構、診所和向您提供醫療護理服務、行為健康服務、醫療設備和某些長期服務及支援 (LTSS) 的其他機構。

網絡內提供者是與保健計劃合作的提供者。這些提供者同意接受我們的付款作為全額付款。網絡內提供者會直接就其向您提供的護理向我們收費。當您到網絡內提供者處就診時，通常無需為承保服務支付費用。

B. 獲得本計劃所承保的醫療護理、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS) 的規則

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保 Medicare 和 Medi-Cal 所承保的全部服務，包括行為健康和長期服務及支援 (LTSS)。

只要遵守本計劃的以下規則，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 通常會支付醫療護理服務、行為健康服務和 LTSS 的費用。本計劃承保的服務：

- 您所接受的護理必須為**計劃福利**，即必須在本計劃的福利表中列出。（該表載於本手冊第 4 章 D 節）。
- 該護理必須被認定為**醫療必需**。醫療必需表示您需要服務來預防、診斷或治療您的疾病或維持您目前的健康狀況。這包括使您不必入住醫院或療養院的護理。這還表示服務、用品或藥物符合公認的醫療執業標準。
- 對於醫療服務，您必須擁有一名**主治醫生 (PCP)** 為您開立護理醫囑或告知您向另一位醫生求診。作為計劃會員，您必須選擇一個網絡內提供者作為您的 PCP。
 - 在大多數情況下，您必須事先獲得我們計劃的批准，才能由您 PCP 以外的人員為您看診或使用本計劃網絡內的其他提供者。這稱作「**轉診**」。若您未獲得批准，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 可能不會承保該服務。您無需轉介即可去看專科醫生，例如女性健康專科醫生。有關轉診的更多資訊，請參見第 39 頁。
 - 我們計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇了 PCP 時，您同時也選擇了其所屬的醫療團體。這意味著您的 PCP 將會將您轉診至與其同屬一個醫療團體的專科醫生或服務提供者處。醫療團體由主治醫生和專科醫生組成，旨在為您提供協調性醫療保健服務。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 緊急醫療護理或急症治療護理或向女性醫療保健服務的提供者求診不需要從您的 PCP 處轉診。您無需從您的 PCP 轉診亦可獲得其他種類的護理。有關轉診的更多資訊，請參見第 39 頁。
- 如需有關選擇 PCP 的更多資訊，請參見第 39 頁。
- **您必須從屬於您的 PCP 所在醫療團體的網絡內提供者處獲取護理服務。**如果護理是由未與本保健計劃及您的 PCP 所在醫療團體合作的提供者提供，本計劃通常不予承保。下面是此規則不適用的一些情況：
 - 計劃承保網絡外提供者提供的緊急醫療護理或急症治療護理。如需瞭解更多資訊及緊急醫療護理或急症治療護理的含義，請參見第 45 頁 H 節。
 - 如果您需要的護理受本計劃承保，但網絡內提供者無法提供該護理，那麼您可從網絡外提供者處獲得該護理。但您必須在接受此護理前，取得本計劃的授權。在此情況下，我們將承保此護理，就像您從網絡內提供者處獲得此護理一樣或免費為您提供護理。有關獲得批准以便向網絡外提供者求診的資訊，請參見第 42 頁 D 節。
 - 當您暫時離開計劃服務區時，計劃可承保腎透析服務。您可在 Medicare 認證的透析機構獲取這些服務。
 - 當您首次加入本計劃時，可要求我們繼續讓您使用現有的提供者。如果我們可以確認您與提供者存在服務關係，我們會批准此要求，但存在一些例外情況（請參見第 9 頁第 1 章）。如果我們批准您的要求，您可以繼續讓您目前的提供者為您提供最長 12 個月的服務。在這段期間，您的護理指導員將聯絡您，幫您尋找我們網絡內屬於您的 PCP 所在醫療團體的提供者。12 個月後，如果您繼續使用網絡外及不屬於您的 PCP 所在醫療團體的提供者，我們將不再承保您的護理。

C. 護理指導員簡介

C1. 何謂護理指導員

護理指導員是經專業培訓，可幫助您協調照護流程的人員。您的護理指導員是您照護團隊的成員之一，將擔任您的主要通信員/聯絡員。在加入 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 時，您將獲分配一名護理指導員。護理指導員將給您打電話介紹自己並幫助確認您的需求。

C2. 如何聯絡您的護理指導員

如需聯絡您的護理指導員，您可以致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，在列表中選擇護理指導員。一旦將護理指導員分配給您，您還可以撥打其電話直接聯絡本人。

C3. 如何更改您的護理指導員

如需更改您的護理指導員，可致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），辦公時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 從主治醫生、專科醫生、其他網絡內醫療服務提供者和網絡外醫療服務提供者獲得護理

D1. 從主治醫生獲得護理

您必須選擇一位主治醫生 (PCP) 來提供和管理您的護理服務。我們計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您選擇了 PCP 時，您同時也選擇了其所屬的醫療團體。

「PCP」的定義及提供的服務

您的 PCP 是一名符合州要求的醫生，接受過訓練，可為您提供基礎醫療護理服務。根據要求，PCP 可以是家庭醫生、全科醫生、內科醫生和專科醫生。如果專科醫生同意提供一般由 PCP 提供的所有服務，您可以選擇專科醫生擔任您的 PCP。如要求您的專科醫生擔任您的 PCP，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部（電話號碼和辦公時間印在本頁面底部）。聯邦合格保健中心 (FQHC) 等診所也可以成為您的 PCP。您將從您的 PCP 處獲得常規或基礎護理服務。PCP 還可以根據您所需安排餘下的承保服務。這些承保服務包括：

- X 光
- 化驗室檢查
- 療法
- 專科醫生提供的醫療護理
- 住院服務，及
- 後續護理

我們計劃的 PCP 屬於特定的醫療團體。醫療團體或獨立醫師協會 (IPA) 是一個根據加州法律成立的組織，與保健計劃簽有合約，為保健計劃參保人提供或安排保健服務。當您選擇了 PCP 時，您同時也選擇了其所屬的醫療團體。這意味著您的 PCP 將會將您轉診至與其同屬一個醫療團體的專科醫生或服務提供者處。

大多數情況下，您必須從您的 PCP 處獲得轉診，才能向其他醫療護理提供者或專科醫生求診。您可在簽約的醫療團體或 IPA 範圍內自行轉診至婦產科專科醫生處，進行常規子宮頸塗片檢查、盆腔檢查、年度乳腺檢查。轉診請求一經您的 PCP 醫療團體批准，您即可與該位專科醫生或其他醫療服務提供者進行預約，獲得所需的治療。在您的治療或醫療服務結束後，該專科醫生會通知您的 PCP，以便 PCP 繼續管理您的護理。

您的 PCP 將需獲得本計劃的事先批准，您才可獲得某些服務，某些情況下，PCP 需獲得其所屬醫療團體的事先批准。這類事先批准稱為「事先授權」。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

選擇 PCP

當您成為我們計劃的會員時，您必須選擇一名計劃提供者來作為您的 PCP。

要選擇您的 PCP，您可以：

- 使用您的醫療服務提供者與藥房目錄。請從本目錄背頁的「主治醫生」

索引中找到您需要的醫生。（索引按醫生姓氏的字母順序排列）；或

- 瀏覽我們的網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect，搜尋您需要的 PCP；或
- 致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部尋求幫助（電話號碼和辦公時間印在本頁面底部）。

要瞭解您希望使用的醫療護理提供者是否可提供服務或接診新患者，請參閱我們網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 上的 **醫療服務提供者與藥房目錄**，或致電客戶服務部（電話號碼和辦公時間印在本頁面底部）。

如果您想使用特定的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 專科醫生或醫院的醫療服務，瞭解他們是否屬於您的 PCP 所在的醫療團體非常重要。請在我們網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 上的 **醫療服務提供者與藥房目錄** 中查找或詢問 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，以確定您想使用的 PCP 是否可將您轉診至該專科醫生處或使用該醫院。

可選擇更改您的 PCP

您可以隨時因任何原因更改您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能退出我們計劃的網絡。如果您現有的 PCP 退出了我們計劃的網絡，我們可幫您在計劃網絡內尋找新的 PCP。

要更換您的 PCP，您可按照上述「選擇 PCP」中的步驟執行。請務必致電客戶服務部，告知其您要更換您的 PCP（電話號碼和辦公時間印在本頁面底部）。

在您提出更改 PCP 請求後的次月首日即為您指派新的 PCP 和其所屬的醫療團體。

您 PCP 的姓名與辦公電話號碼印於您的會員卡上。如果您變更了 PCP，將會收到一張新的會員卡。

請記住，我們計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。如果您變更 PCP，可能也變更了醫療團隊。在您申請更換時，請務必告知客戶服務部您是否在向專科醫生求診，或是否在接受其他需要 PCP 批准的承保服務。當您更換 PCP 時，客戶服務部將會協助確保您可以繼續取得專科醫生的護理或其他服務。

無需經過您的 PCP 事先批准即可獲得的服務

在大多數情況下，您需要獲得您 PCP 的批准方能向其他提供者求診。此批准稱作「轉診」。您不需要經過您的 PCP 事先批准即可獲得下列服務：

- 從網絡內提供者或網絡外提供者處獲得的緊急醫療服務。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 從網絡內提供者處獲得的急症治療護理。
- 當您無法使用網絡內提供者時，從網絡外提供者處獲得的急症治療護理（例如，當您離開本計劃的服務區域時）。
- 當您離開本計劃的服務區域時，在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。（請在離開服務區域之前致電客戶服務部。我們可以安排您在離開期間接受透析。）
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗接種和 B 型肝炎以及肺炎疫苗，只要是從網絡內提供者處接受這些護理即可。
- 常規女性醫療保健和計劃生育服務，這包括乳腺檢查、乳腺照影篩檢（乳腺 X 光檢查）、子宮頸塗片檢查和盆腔檢查，只要是從網絡內提供者處獲得這些護理即可。
- 此外，如果您有資格從印地安保健提供者處獲得服務，無需轉診亦可使用這些提供者。

D2. 從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理

專科醫生是指為一種特定疾病或身體特定部位提供醫療護理的醫生。有許多種類的專科醫生。以下是一些例子：

- 腫瘤科醫師，負責治療癌症患者。
- 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者。
- 骨科醫生，負責治療骨頭、關節或肌肉有問題的患者。

當 PCP 無法提供您需要的專科護理或其他服務時，會將您轉診給其他醫生。轉診請求一經您的 PCP 醫療團體批准，您即可與該位專科醫生或其他醫療服務提供者進行預約，獲得所需的治療。在您的治療或醫療服務結束後，該專科醫生會通知您的 PCP，以便 PCP 繼續管理您的護理。

為使您可獲得特定的服務，您的 PCP 將需要獲得本計劃的事先批准。這類事先批准稱為「事先授權」。例如，所有非緊急醫療住院均需獲得事先授權。某些情況下，您的 PCP 所屬的醫療團體（而非我們的計劃）可能可以授權您的醫療服務。

如果您對服務的提交和批准預先授權的負責人有任何疑問，請聯絡您的 PCP 所屬醫療團體。您也可致電客戶服務部。如需詳細瞭解哪些服務需要事先授權，參見第 4 章 D 節的福利表。

D3. 提供者退出我們的計劃時該如何處理

為您提供護理的網絡內提供者可能會退出我們的計劃。如果您的其中一個提供者退出我們的計劃，您可享受以下若干權利和保護：

- 儘管我們的提供者網絡可能在年內發生變化，但我們必須保證您能繼續享受合格提供者的服務。
- 我們將竭誠提前至少 30 天將此消息告訴您，以便您有時間選擇新的提供者。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們將幫助您選擇一個新的合格提供者，繼續管理您的醫療護理需求。
- 如果您正在接受醫學治療，您有權要求且我們將幫助您確保正在獲取的醫療必需治療不被中斷。
- 如果您認為我們沒有向您提供合格的提供者，用以替代您此前的提供者，或者您的護理服務沒有得到妥善管理，您有權對我們的決定提出上訴。

如果您發現您的其中一個提供者退出我們的計劃，請聯絡我們，以便我們協助您尋找新的提供者並管理您的護理服務。請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。

D4.如何從網絡外提供者處獲得護理

如果您需要 Medicare 和/或 Medi-Cal 要求我們的計劃承保的醫療護理，但我們網絡內的提供者無法提供此護理，您可以從網絡外提供者處獲得此護理。您的主治醫生負責申請就此獲得網絡外服務預先授權。您必須獲得本計劃或您的 PCP 所屬醫療團體的預先授權才可向網絡外提供者求診。在此情況下，您所支付的費用將與從網絡內提供者處獲得護理時支付的費用相同。

如果您向網絡外提供者求診，提供者必須有資格參加 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我們不能向沒有資格參加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的提供者付款。
- 如果您求診的提供者沒有資格參加 Medicare，您必須為您獲得的服務支付全額費用。
- 提供者必須告知您，他們是否有資格參加 Medicare。

E. 如何獲得長期服務及支援 (LTSS)

長期服務及支援 (LTSS) 包括以社區為基礎的成人服務 (CBAS) 和長期護理 (LTC)。這些服務可以在您的家中、社區或護理機構中提供。以下是不同類別的 LTSS 服務：

- **以社區為基礎的成人服務 (CBAS)：**一項門診社區服務計劃，提供專業護理照護、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家庭/照護者培訓和支援、營養服務、交通接送以及您滿足適用資格條件的其他服務。
- **長期護理 (LTC)：**透過護理機構為無法在家中安全生活，但又無需住院的人士提供的長期護理。

您的護理指導員將幫助您瞭解每項計劃。要瞭解這些計劃的更多資訊，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，聯絡護理指導員（電話號碼和辦公時間印在本頁面底部）。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

F. 如何獲得行為健康（精神健康和藥物濫用障礙）服務

您將獲得由 Medicare 和 Medi-Cal 承保的醫療必需的行為健康服務。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供由 Medicare 承保的行為健康服務。Medi-Cal 承保的行為健康服務不是由 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供，而是由 San Diego 縣行為健康服務部為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的合格會員提供。

F1. 有哪些 Medi-Cal 行為健康服務不是透過 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供，而是由 San Diego 縣行為健康服務部提供的？

如果您符合 Medi-Cal 專科精神健康服務的醫療必需性條件，可透過縣精神健康計劃 (MHP) 獲得 Medi-Cal 的專科精神健康服務。Medi-Cal 專科精神健康服務由 San Diego 縣行為健康服務部提供，服務包括：

- 精神健康服務（評估、治療、康復、間接服務和計劃制定）
- 藥物支援服務
- 日間強化治療
- 日間康復
- 危機干預
- 危機穩定
- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務
- 精神病治療機構服務
- 精神病住院服務
- 目標個案管理

如果您符合藥物 Medi-Cal 的醫療必需性條件，則藥物 Medi-Cal 服務由 San Diego 縣行為健康服務部向您提供。藥物 Medi-Cal 服務由 San Diego 縣行為健康服務部提供，服務包括：

- 強化門診治療服務
- 住院治療服務
- 門診藥物免費服務
- 麻醉治療服務
- 阿片類依賴的納曲酮服務



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果您符合醫療必需性條件，除上文所列的藥物 Medi-Cal 服務外，還可以獲得自願的住院戒毒服務。

行為健康服務的可用性

您可以獲得一系列全面的服務。您可以自行轉診至簽約提供者，或由您的 PCP、家人等人員為您轉診。獲得這些服務的方式不一而足。您可以聯絡以下熱線或機構協助獲得服務：

- 縣危機與轉診熱線（請參見本手冊第 2 章第 K 節瞭解電話號碼和辦公時間）
- San Diego 縣行為健康服務部 - 藥物濫用服務（請致電 888-724-7240，聽障專線：711，辦公時間為每週七天，每天 24 小時。）
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 行為健康熱線（請參見本手冊第 2 章 D 節瞭解電話號碼和辦公時間）
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部（電話號碼和辦公時間印在本頁面底部）。

確定醫療必需服務的程序

醫療必需性由合適的持牌提供者確定。醫療必需性條件由 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 和所在縣同時採用，由行為健康專家和其他利益相關者制定，並符合法規要求。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 和縣之間的轉診程序

如果您從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 或縣獲得服務，可以轉診至與您的需求一致的其他機構。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 或縣可以致電您轉診要去的機構，對您進行轉診。此外，轉診書將由轉診提供者填寫，並傳送給您轉診去的機構。

問題解決程序

如果您與縣或 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 之間發生爭議，在爭議得到解決之前，您將繼續獲得醫療必需的行為醫療護理，包括處方藥。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 與縣合作制定了及時的解決程序，不會對您所需的服務產生負面影響。根據與您發生爭議的機構，您也可以使用 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 或縣的上訴程序。

G. 如何獲得交通接送服務

醫療交通接送服務指緊急救護車服務。緊急救護車將會員送至第一家醫院，且該醫院確實接受該會員進行緊急醫療護理，則此緊急救護車交通接送屬於緊急醫療服務，可獲得承保。這些服務包括透過「911」緊急響應系統提供的救護車和救護車交通接送服務。

非緊急醫療情況的交通接送服務 (NEMT) 由 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保。如果文件證明會員的狀況無法使用其他交通接送手段（否則可能會危及患者的健康）且使用救護車接送是醫學上需要的，則 NEMT 服務也是適當的。交通接送服務可透過救護車、擔架載送車或輪椅載送車醫療交通接送服務提供。將會員從一家醫院送至另一家醫院或機構，或從機構送至家中應符合以下條件：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 屬於醫療必需，且
- 由本計劃的提供者要求，且
- 獲得Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan事先授權。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan還提供往返您醫生診室的**非醫療交通接送 (NMT)** 服務。交通接送服務可由計程車、客車或其他形式提供。要求交通接送服務的所有會員必須在申請當月符合服務資格。非緊急醫療情況的交通接送服務和非醫療交通接送服務由Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan客戶服務部進行安排。您可以致電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan客戶服務部聯絡交通接送部門，或直接致電他們，電話：1-877-433-2178（聽障專線：711），服務時間為每週7天，每天24小時。強烈建議您至少提前二十四 (24) 小時安排行程。

H. 如何在需要緊急醫療或急症治療護理時或在災難期間獲得承保服務

H1. 在發生緊急醫療情況時獲得護理

緊急醫療情況的定義

緊急醫療情況是指出現劇痛或嚴重受傷等症狀的病症。此類病症非常嚴重，如得不到及時醫治，您或者任何具有一般健康和醫學常識的人士認為它將導致：

- 對您或胎兒的健康造成嚴重危險；或
- 嚴重損害身體機能；或
- 任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；或
- 若為臨產孕婦，倘若發生下述情況：
 - 在分娩前沒有足夠時間將您安全轉移到另一間醫院。
 - 轉院會對您或胎兒的健康或安全造成威脅。

發生緊急醫療情況時該如何處理

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **盡快尋求幫助。**撥打 911 或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要先獲得您的 PCP 批准或從您的 PCP 處轉診。
- **請務必儘快向我們的計劃通知您的緊急情況。**我們需要跟進您的緊急醫療護理。您或其他人應致電（通常在 48 小時內）說明您的緊急醫療護理情況。但是，您無需因延遲告訴我們而支付緊急醫療服務。請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。我們的客戶服務部電話號碼已印於您的會員 ID 卡上。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

緊急醫療情況下的承保服務

您可以在需要時從美國或其領土中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理。如果您需要救護車前往急診室，我們的計劃也會予以承保。如需瞭解更多資訊，請參見第 4 章 D 節中的福利表。

2022 年，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將為我們的會員承保在世界任何地方所需的緊急醫療護理。每年，美國境外的緊急醫療/急症治療服務沒有計劃承保限額。有關詳細資訊，請參見第 4 章 D 節中的福利表。

在緊急情況結束後，您可能需要後續護理，以確保您逐漸康復。您的後續護理將由我們承保。如果您接受了網絡外提供者提供的緊急醫療護理，我們將盡力安排網絡內提供者儘快接管您的護理工作。

不是緊急醫療情況時獲得緊急醫療護理

有時，可能難以判斷自己是否發生了緊急醫療情況或緊急行為健康情況。您可能要求緊急醫療護理，但醫生卻表示這根本不是緊急情況。只要您有理由認為您的健康狀況面臨嚴重危險，我們就會為您的護理承保。

不過，當醫生表示這不是緊急情況後，我們僅在下述情況下承保您的額外護理：

- 您向網絡內提供者求診，或
- 您接受的其他護理被視為「急症治療護理」，且您遵守獲得此護理的相關規則。（請參見下一節。）

H2. 急症治療護理

急症治療護理的定義

急症治療護理是您為需要立即進行護理的突發非緊急疾病、受傷或狀況獲得的護理服務。例如，您已有的疾病可能突然發作，需要得到醫治。

當您在本計劃的服務區域時獲得急症治療護理

在大多數情況下，我們只會在以下情況下承保急症治療護理：

- 您從網絡內提供者處接受此護理，且
- 您遵守本章所述的其他規則。

然而，如果您無法從網絡內提供者獲得護理，我們將承保您從網絡外提供者處獲得的急症治療護理。

當您不在本計劃的服務區域時獲得急症治療護理

如果您不在計劃的服務區域內，可能無法從網絡內提供者獲得護理。在這種情況下，我們的計劃將承保您從任何提供者獲得的急症治療護理。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將為我們的會員承保在世界任何地方所需的急症醫療護理。每年，美國境外的緊急醫療/急症治療服務沒有計劃承保限額。有關詳細資訊，請參見第 4 章 D 節中的福利表。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

H3. 災難期間獲取護理

如果您所在州州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在區域處於災難或緊急狀態，您仍有權獲取 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供的護理。

請瀏覽我們的網站以瞭解如何在所稱的災難期間獲取所需護理：

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

在災難期間，如果您無法使用網絡內提供者，我們將允許您從網絡外提供者處獲取護理，且不會向您收取任何費用。如果您在所稱的災難期間無法使用網絡內藥房，您將可在網絡外藥房配取您的處方藥。有關更多資訊，請參見第 5 章。

I. 直接收到我們計劃所承保服務的賬單時該如何處理

如果提供者向您寄送賬單，卻沒有向本計劃發出賬單，您應要求我們支付我們應承擔的賬單費用。

您不必自己支付賬單費用。否則，本計劃可能無法將費用償付給您。

如果您支付了承保服務的費用**或**如果您支付的費用超過您對承保服務應承擔的費用，**或**您收到的賬單要求您支付承保醫療服務的全部費用，請參見計劃可能插入以供參考的第 7 章內容（如適用），瞭解如何處理。

I1. 我們的計劃不承保某些服務時該如何處理

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保符合以下條件的所有服務：

- 被確定為醫療必需，且
- 列在本計劃的福利表中（請參見第 4 章 D 節），且
- 您根據本計劃的規則接受該服務。

如果您獲取不受我們計劃承保的服務，**您必須自行承擔全部費用。**

如果您希望瞭解我們是否會為任何醫療服務或護理付款，您有權諮詢我們。您亦有權對此提出書面要求。如果我們表示不會為您的服務付款，您有權對我們的決定提出上訴。

第 9 章 D、E、F 和 G 節說明了您希望我們承保醫療項目或服務時該如何做。這些章節還介紹了您如何對我們的承保範圍裁決提出上訴。您也可以致電客戶服務部，瞭解有關您上訴權利的更多資訊。

我們將遵照一定限制支付某些服務。一旦超出該限制，如需獲得更多該類服務，您將要支付全額費用。請致電客戶服務部，瞭解有哪些限制以及您是否即將達到限制。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

J. 參加臨床研究時獲得醫療護理服務承保

J1. 臨床研究的定義

臨床研究（亦稱作臨床試驗）是醫生測試新型醫療護理或藥物的一種方法。他們會要求志願者協助開展研究。這種研究可幫助醫生確定新型醫療護理或藥物是否安全有效。

一旦 Medicare 批准您希望參加的研究，負責研究工作的人士將與您聯絡。此人將向您介紹研究，瞭解您是否符合參加研究的資格。只要您符合規定的條件，便可以參與研究。您還必須瞭解並接受自己參與研究必須完成的任務。

參與研究時，您仍能參加我們的計劃。這樣，您可以繼續從我們的計劃獲得與研究無關的護理服務。

如果您想參與 Medicare 批准的臨床研究，並不需要經過我們或您主治醫生的批准。在研究中為您提供護理的提供者無需是網絡內提供者。

您務必要在參與臨床研究之前通知我們。

如果您計劃參與某項臨床研究，您或您的護理指導員應聯絡客戶服務部，告知我們您將參與臨床試驗。

J2. 參加臨床研究期間所獲服務的付費

如果您自願參加 Medicare 批准的臨床研究，研究承保的服務不需要您支付任何費用，Medicare 支付研究承保的服務以及與您的護理相關的例程序費用。在您參與 Medicare 批准的臨床研究後，您在研究中獲得的大多數項目和服務將得到承保。這包含：

- 即使不參與研究，Medicare 也會為您支付的住院食宿。
- 研究中的手術或其他醫療程序。
- 對新護理的任何副作用和併發症的治療。

如果您參加 Medicare **沒有批准**的研究，您需要負責支付加入此研究的所有費用。

J3. 臨床研究詳情

有關參與臨床研究的詳細資訊，您可細閱 Medicare 網站上的「Medicare & Clinical Research Studies」（Medicare 和臨床研究）(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

K. 當您在宗教性非醫療保健機構獲得護理時，您的醫療護理服務如何獲得承保

K1. 宗教性非醫療保健機構的定義

宗教性非醫療保健機構是為您提供一般在醫院或專業護理機構所接受護理的地方。如果在醫院或專業護理機構接受護理違反了您的宗教信仰，我們將承保您從宗教性非醫療保健機構獲得的護理。

您可以隨時因任何原因選擇獲得醫療護理。僅會為 Medicare A 部份住院服務（非醫療保健服務）提供該福利。Medicare 僅會為宗教性非醫療保健機構提供的非醫療保健服務支付費用。

K2. 從宗教性非醫療保健機構獲得護理

若要獲得宗教性非醫療保健機構的護理，您必須簽署一份法律文件，申明您反對接受「非強制性」的醫學治療。

- 「非強制性」醫學治療是指自願而並非聯邦、州或地方法律要求的任何護理。
- 「強制性」醫學治療是指並非自願，而是聯邦、州或地方法律要求的任何護理。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 我們計劃對服務的承保僅限於非宗教方面的護理。
- 如果您從該機構獲得的服務在機構中提供，則下列條件適用：
 - 您的醫療狀況必須允許您接受住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
 - 您必須在進入該機構之前得到我們的批准，否則您的住院將無法獲得承保。

每次住院不限制承保天數。如需更多資訊，請參見第 4 章 D 節中的福利表。

L. 耐用醫療設備 (DME)

L1. 作為我們計劃的會員使用 DME

DME 指提供者要求您在自己家中使用的某些物品。這些用品包括：輪椅、柺杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈 (IV) 輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器及助行器。

某些物品（例如假體）將始終由您擁有。

在本節中，我們將討論您必須租用的 DME。作為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的會員，無論您租用 DME 多長時間，通常都無法獲得其所有權。

在某些情況下，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 可能會向您轉讓 DME 的所有權，具體取決於您是否符合以下一個或所有條件：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 您有持續使用費用低於 \$150 的用品和/或非經腸道/經腸道輸液幫浦的需求
- 醫生證明
- 有關裝置或設備專為您定製

請致電客戶服務部，瞭解您必須符合的要求以及您需要提供的憑證。

L2.轉至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的 DME 所有權

在 Original Medicare 計劃，會員在租用某些類型的 DME 13 個月後即可擁有該設備。在 Medicare Advantage 計劃，計劃可設定會員在擁有某些類型的 DME 前必須租用的月數。

註：如需瞭解 Original Medicare 和 Medicare Advantage 計劃的定義，請參閱第 12 章。您亦可在 *Medicare & You 2022* 《2022 年 Medicare 與您》手冊中查閱詳細資訊。如果未收到該手冊，可以隨時瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取，辦公時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

在以下情況下，您需要在 Original Medicare 下連續支付 13 次費用，或者在 Medicare Advantage 下連續支付該計劃設定的費用次數，才能擁有該 DME：

- 您參加我們的計劃時，未獲得 DME 的所有權，且
- 您退出我們的計劃，且並非從 Original Medicare 計劃或 Medicare Advantage 計劃的任何保健計劃獲得 Medicare 福利。

如果您在加入我們計劃之前，已在 Original Medicare 或 Medicare Advantage 計劃下為 DME 支付費用，這些 **Original Medicare 或 Medicare Advantage** 付款不會計入您在退出我們的計劃後需支付的次數。

- 您需要在 Original Medicare 下重新連續支付 13 次費用，或者在 Medicare Advantage 下重新連續支付該計劃設定的費用次數，才能擁有該 DME。
- 即使您重回 Original Medicare 或 Medicare Advantage 計劃，此情況亦無例外。

L3.您作為計劃會員享有的氧氣設備福利

若您有資格享受 Medicare 承保的氧氣設備，在您成為我們計劃的會員後，我們將為您承保以下用品和服務：

- 氧氣設備的租賃
- 氧氣和含氧物質的輸送
- 用於輸送氧氣和含氧物質的管子及相關配件
- 氧氣設備的保養與修理



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果氧氣設備對您不再具有醫療必需性，或者如果您退出本計劃，則必須將氧氣設備退還給設備的所有者。

L4.轉至 Original Medicare 或 Medicare Advantage 時的氧氣設備

當氧氣設備具備醫療必需性，而您退出我們計劃並轉至 **Original Medicare** 時，您將從供應商處租用此設備 36 個月。您每月的租賃費用涵蓋氧氣設備以及上述用品和服務。

您租用的時間滿 36 個月後，若氧氣設備仍具備醫療必需性：

- 您的供應商必須再為您提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 若具備醫療必需性，您的供應商須向您提供氧氣設備和用品最長達 5 年。

在 5 年的期限結束後，如果氧氣設備仍具備醫療必需性：

- 您的供應商不必繼續為您提供此設備，您可選擇從任何供應商處獲得替代設備。
- 新的 5 年期限開始生效。
- 您將從某個供應商處租用設備 36 個月。
- 在此之後，您的供應商必須再為您提供 24 個月的氧氣設備、用品和服務。
- 只要氧氣設備具備醫療必需性，每 5 年會開始一個新的週期。

當氧氣設備具備醫療必需性，而您退出我們計劃並轉至 **Medicare Advantage 計劃** 時，本計劃至少會承保 **Original Medicare** 承保的項目。您可以諮詢您的 Medicare Advantage 計劃，瞭解其承保的氧氣設備和用品以及您需支付的費用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第4章：福利表

簡介

本章為您介紹 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的服務、這些服務的所有限制以及您需為每項服務支付的費用。此外，本章還將介紹不由我們計劃承保的福利。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 您的承保服務及您的自付費用	54
A1.在突發公共衛生事件期間	54
B. 關於提供者向您收取服務費用的規定	54
C. 我們計劃的福利表	54
D. 福利表	56
E. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 計劃外承保的福利	96
E1.加州社區過渡 (CCT) 計劃	96
E2.Medi-Cal 牙科計劃	96
E3.善終護理	97
F. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利	98



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 您的承保服務及您的自付費用

本章向您介紹 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 支付哪些服務的費用。以及您為各項服務支付的費用。您還可以瞭解哪些服務不在承保範圍內。有關藥物福利的資訊請參見第 5 章 B、C 和 D 節。本章也說明了某些服務的限制。

對於某些服務，您將支付一筆稱為「共付額」的自付費用。您在每次接受該服務時支付這筆金額固定的費用（例如，\$5）您需要在接受醫療服務時支付共付額。

如果您在瞭解哪些服務獲得承保方面需要幫助，請致電您的護理指導員和/或客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。

A1. 在突發公共衛生事件期間

計劃向受公共衛生通報事件（例如，COVID-19 大流行病）影響的會員提供所需的承保和允許的靈活性，並且在此處作出簡要的相關描述，或附上有關承保範圍和靈活性的一般資訊以及任何交叉引用（如適用）。計劃說明了有關承保和靈活性是否取決於突發公共衛生事件的持續時間（可能會也可能不會持續一整年）。計劃還提供了所有具體的聯絡資訊（如適用），會員可以在其中獲取更多詳情。

B. 關於提供者向您收取服務費用的規定

我們不允許 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的提供者向您開出承保服務賬單。我們直接向我們的提供者付款，並保障您不支付任何費用。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，這項規定也適用。

您不應收到提供者就承保服務向您開出的賬單。如果您收到賬單，請參閱第 7 章 A 節或致電客戶服務部。

C. 我們計劃的福利表

此福利表向您介紹本計劃支付的各項服務。該表以字母順序列出服務類別並說明承保服務。

只有符合以下規則，我們才將支付福利表中的服務。

- 您的 Medicare 和 Medi-Cal 承保服務必須根據 Medicare 和 Medi-Cal 制定的規則提供。
- 這些服務（包括醫療護理、行為健康和物質濫用戒除服務、長期服務及支援、用品、設備和藥物）必須是醫療必需的。醫療必需表示您需要服務來預防、診斷或治療疾病或維持您目前的健康狀況。這包括使您不必入住醫院或療養院的護理。這還表示服務、用品或藥物符合公認的醫療執業標準。當某項服務對於保護生命、預防嚴重病症或嚴重殘障或者緩解劇痛是合理且必需的，則表示它具有醫療必需性。
- 您從網絡內提供者處獲得護理。網絡內提供者是與我們合作的提供者。在大多數情況下，我們不會支付您從網絡外提供者處獲得的護理。第 3 章 D 節提供有關使用網絡內和網絡外提供者的詳細資訊。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 您有一位主治醫生 (PCP) 或一個照護團隊來為您提供和管理護理。在大多數情況下，您必須事先獲得您 PCP 的批准，才能由您 PCP 以外的人員為您看診或使用本計劃網絡內的其他提供者。這稱作「轉診」。第 3 章 D 節提供有關獲得轉診的詳細資訊，並說明您何時不需要轉診。
- 您必須從屬於您的 PCP 所在醫療團體的提供者處獲取護理服務。請參見第 3 章 D 節瞭解更多資訊。
- 只有在您的醫生或其他網絡內提供者事先經過我們批准時，福利表中所列的某些服務才能獲得承保。這稱為事先授權。福利表以斜體字標出需獲得事先批准的承保服務。請參見第 4 章 D 節瞭解更多資訊。
- 所有預防性服務均免費提供。您會在福利表中🍏預防性服務的旁邊找到這個蘋果。
- 護理計劃可選 (CPO) 服務可能會在您的個人化護理計劃下提供。這些服務可為您提供更多居家幫助，例如膳食、淋浴扶手和坡道或為您或您的照護者提供的協助。該等服務可幫助您更獨立地生活，而**不會**取代您有權在 Medi-Cal 下獲得的長期服務和支援 (LTSS)。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 以前提供過的 CPO 服務包括：協助個案管理及評估的 Care Foundation 合作夥伴、居家和社區服務以及提供送餐到家服務的 LifeSpring。如果您需要幫助，或想要瞭解 CPO 服務能為您提供什麼幫助，請聯絡您的護理指導員。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 福利表

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 我們只會為高風險人士支付一次超音波篩檢的費用。僅在您具有某些風險因素並且獲得您的醫生、醫生助理、執業護士或臨床專科護士的轉診時，本計劃才承保此篩檢。	\$0
針灸服務 在任何一個月內，我們將為最多兩次門診針灸服務付費，如果服務具有醫療必需性的話，次數還會更頻繁。 如果您患有慢性下背痛，我們還將支付 90 天內最多 12 次針灸就診的費用。慢性下背痛的定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性的（無法找到明確的系統性原因，即與轉移性、炎症性、傳染性疾病等無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 此外，對於症狀有所好轉的患者，還將額外承保 8 次用於治療慢性下背痛的針灸就診。每年用於治療慢性下背痛的針灸治療不超過 20 次。 如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止針灸治療。 相關福利透過與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽署的合約提供。若要瞭解更多資訊或者尋找 ASH 計劃的網絡內提供者，您可致電 ASH 計劃，電話：(800) 678-9133，聽障專線：(877) 710-2746，週一至週五，上午 5 點至下午 6 點。您也可以致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，或者前往 blueshieldca.com 使用「Find a doctor」（尋找醫生）工具，以尋找 ASH 計劃的網絡內提供者。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
其他遠程醫療服務 Teladoc 全天候透過電話或視訊提供醫生諮詢服務。Teladoc 醫生可以診斷和治療基本病症，還可開具某些藥物。但 Teladoc 只是一項補充服務，無法取代您在主治醫生處接受的護理服務。請登入 blueshieldca.com/teladoc 或者 Blue Shield of California 應用程式要求就診。若有疑問，請致電聯絡 Teladoc，電話：1-800-Teladoc (1-800-835-2363)，聽障專線：711，全天候服務。	\$0
酒精濫用篩檢和諮詢 我們將為濫用酒精但不依賴酒精的成人支付一次酒精濫用篩檢 (SBIRT) 的費用。此項規定的適用範圍包括孕婦。 如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療機構中的合資格主治醫生或執業醫師提供的最多四次簡短的面對面諮詢課程（若您能夠進行諮詢，並且在諮詢過程中保持清醒狀態）。 簡短的干預服務一般包括 1 到 3 次以面對面、電話或遠程醫療形式提供的治療，每次治療 15 分鐘。	\$0
救護車服務 承保的救護車服務包括地面、固定翼救護機和旋翼救護機服務。救護車會將您載送到可提供護理的最近機構。 您的狀況必須足夠嚴重，以至於使用其他手段送至護理機構可能危及您的健康或生命。其他情況使用救護車服務必須獲得我們的批准。 在非緊急情況下，我們可能支付救護車服務。您的狀況必須足夠嚴重，以至於使用其他手段送至護理機構可能危及您的生命或健康。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務		您必須支付的費用
	年度體檢 除了健康年檢，您每 12 個月還可獲承保一次常規體檢。這次就診將對您的病史和家族病史進行全面審查，對您進行詳細評估並提供其他服務，適當時還會為您轉診或提出建議。 本福利不承保醫生要求執行的任何實驗室、診斷程序或其他類型的服務，您必須為這些服務分別支付您的計劃分擔費用。	\$0
	健康年檢 您可以進行健康年度檢查。此項服務會根據您目前的風險因素制定或更新預防計劃。我們每 12 個月為此服務支付一次費用。	\$0
	骨質測量 我們將為符合資格的會員（通常是有骨質流失或骨質疏鬆症風險的人士）支付某些醫療程序的費用。這些醫療程序可以鑒定骨質、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質。 我們將每 24 個月為這些服務支付一次費用，如果醫療上有需要，我們的付費還可能更頻繁。我們也會支付醫生查看和解釋測量結果的費用。	\$0
	乳腺癌篩檢（乳腺照影） 我們支付以下服務的費用： ● 35 歲到 39 歲之間，一次基本乳房 X 光檢查 ● 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影 ● 每 24 個月一次臨床乳腺檢查	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

	我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
	心臟康復服務 我們將支付心臟康復服務的費用，例如健體、培訓和諮詢服務。會員必須滿足特定條件並獲得醫生轉診。 我們還承保強化心臟康復計劃，這些計劃比心臟康復計劃強度更大。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
	心血管（心臟）疾病風險降低就診（心臟病治療） 我們可為您支付每年一次在主治醫生處就診的費用（如具有醫療必需性也可承保多次），幫助您降低心臟病的風險。在就診期間，您的醫生可能會： • 討論阿司匹林的使用， • 檢查您的血壓，和/或 • 給予您確保膳食健康的提示。	\$0
	心血管（心臟）疾病檢查 我們每五年（60 個月）支付一次用於檢查心血管疾病的血液檢查費用。此類血液檢查還將檢查因高心臟病風險導致的異常情況。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

	我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
	宮頸癌和陰道癌篩檢 我們支付以下服務的費用： - 為所有女性承保：每 24 個月一次的子宮頸塗片檢查和盆腔檢查 - 對於高宮頸癌或陰道癌風險的女性：每 12 個月一次的子宮頸塗片檢查 - 對於在過去 3 年內子宮頸塗片檢查結果不正常且處於生育年齡的女性：每 12 個月一次的子宮頸塗片檢查 - 對於 30 歲至 65 歲之間的女性：每 5 年一次人類乳頭瘤病毒 (HPV) 檢查，或者一次「子宮頸塗片與 HPV」檢查	\$0
	脊椎推拿服務 我們支付以下服務的費用： 調整脊椎，矯正其位置	\$0
	結腸直腸癌篩檢 對於年滿 50 歲的人士，我們將支付以下服務的費用： - 每 48 個月一次軟式乙狀直腸內視鏡檢查（或鉍劑灌腸篩檢） - 每 12 個月一次糞便隱血檢查 - 愈創木脂糞便隱血檢查或糞便免疫化學檢查，每 12 個月一次 - 每 3 年一次基於 DNA 的結腸直腸癌篩檢 - 每 10 年一次結腸鏡檢查（但不在乙狀直腸內視鏡檢查的 48 個月內進行該檢查） - 對於高結腸直腸癌風險的人士，每 24 個月一次結腸鏡檢查（或鉍劑灌腸篩檢） 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
以社區為基礎的成人服務 (CBAS) CBAS 是一項門診機構服務計劃，提供給按日程參加的人士。該服務提供專業護理照護、社會服務、治療（包括職業、物理和言語治療）、個人照護、家庭/照護者培訓和支援、營養服務、交通接送以及其他服務。如果您符合資格條件，我們將支付 CBAS 服務的費用。 註：如果 CBAS 機構不可用，我們可以單獨提供這些服務。 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0
 戒菸輔導 如果您使用菸草，沒有菸草相關疾病的跡象或症狀，並想要或需要戒菸： - 我們會在 12 個月的時間內為您支付兩次作為預防性服務的戒菸輔導的費用。此項服務免費向您提供。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。 如果您吸煙且被診斷出患有菸草相關疾病，或正在使用可能受菸草影響的藥品： - 我們會在 12 個月的時間內為您支付兩次戒菸輔導的費用。每次戒菸輔導包括最多四次面對面交談。 如果您是孕婦，只要獲得事先授權，您可以獲得無限次的戒菸輔導。	\$0
牙科服務 包括洗牙、補牙或義齒在內的某些牙科服務將由 Medi-Cal 牙科計劃提供。請參見 F 節瞭解此福利的詳細資訊。 Denti-Cal 每年將承保高達\$1,800 的服務。請參閱 Denti-Cal 網站和加州 Medi-Cal 牙科服務受益人手冊瞭解更多資訊： www.denti-cal.ca.gov。 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

	我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
	憂鬱症篩檢 我們將支付每年一次的憂鬱症篩檢。您必須在可以提供後續治療和轉診的初級醫療機構中完成篩檢。	\$0
	糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們會支付此篩檢（包括空腹葡萄糖檢測）： ● 高血壓 ● 膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）史 ● 肥胖症 ● 高血糖史 在某些其他情況下，例如您超重並有糖尿病家族史，我們也可以承保檢查。 根據檢查結果，您可能有資格每 12 個月獲得最多兩次的糖尿病篩檢承保。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 糖尿病自我管理培訓、服務和用品 我們將為所有糖尿病患者（不論是否使用胰島素）支付以下服務的費用： ● 檢測血糖的用品，包括以下各項： ○ 血糖儀 ○ 血糖試紙 ○ 刺血設備和刺血針 ○ 用於檢查試紙和血糖儀精確度的血糖品管液 ○ 對於試紙和血糖監測儀，首選製造商為 Abbott。使用 Abbott 生產的 FreeStyle® 試紙和血糖監測儀時，醫生無需事先取得計劃的批准（有時也稱「事先授權」）。但其他製造商品牌的試紙和血糖監測儀需事先取得批准（有時也稱「預先授權」）。 ● 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，我們將支付以下費用： ○ 每年一對定製的治療用鞋（包括鞋墊和適配）和另外兩雙鞋墊，或 ○ 每年一雙高幫鞋（包括適配）和三雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定製可拆卸鞋墊） ● 在某些情況下，我們將支付幫您自我管理糖尿病的培訓費用。要瞭解更多資訊，請聯絡客戶服務部。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 (有關「耐用醫療設備」[DME]的定義，請參見本手冊的第 12 章。) 承保項目包括： • 輪椅 • 拐杖 • 電動床墊系統 • 用於床墊的乾燥壓力墊 • 糖尿病用品 • 提供者訂購的在家使用的醫院病床 • 靜脈 (IV) 輸液幫浦和輸液架 • 腸內營養輸注幫浦及用品 • 語音生成設備 • 氧氣設備和用品 • 霧化器 • 助行架 • 標準彎曲手柄手杖或四腳拐杖，以及更換用品 • 頸椎牽引器（掛於門上） • 骨生長刺激器 • 透析護理設備 其他項目可能獲得承保。 我們將支付 Medicare 和 Medi-Cal 通常會付費的所有具醫療必需性的 DME 的費用。如果您區域中的供應商沒有特定品牌或製藥商，您應該詢問他們是否可以特地為您預訂。 <i>授權規則可能適用。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
緊急醫療護理 緊急醫療護理是指以下服務： • 由接受過訓練可提供緊急醫療服務的提供者提供，且 • 是治療緊急醫療情況所需的服務。 緊急醫療情況是指出現劇痛或嚴重受傷等症狀的疾病。此類病症非常嚴重，如得不到及時醫治，任何具有一般健康和醫學常識的人士認為它將導致： • 對您或胎兒的健康造成嚴重危險；或 • 嚴重損害身體機能；或 • 任何身體器官或部位出現嚴重功能障礙；或 • 若為臨產孕婦，倘若發生下述情況： ○ 在分娩前沒有足夠時間將您安全轉移到另一間醫院。 ○ 轉院會對您或胎兒的健康或安全造成威脅。	\$0 對於在美國及其屬地境外接受的承保緊急醫療或急症治療服務，則沒有合併年度費用限制。會員在美國及其屬地境外接受的服務不計入計劃的最高自付費用限額。 如果您從網絡外醫院接受緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須返回網絡內醫院才能讓您的護理繼續獲得承保，或您必須在本計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
計劃生育服務 法律允許您選擇任何提供者提供某些計劃生育服務。這是指任何醫生、診所、醫院、藥房或計劃生育辦公室。 我們支付以下服務的費用： • 計劃生育檢查和醫學治療 • 計劃生育化驗和診斷檢查 • 計劃生育方法（宮內節育器/子宮避孕器、植入物、注射劑、避孕藥丸、避孕貼或避孕環） • 計劃生育處方用品（避孕套、海綿、泡沫、薄膜、隔膜、避孕帽） • 不育諮詢和診斷及相關服務 • 性傳播感染 (STI) 諮詢、檢查及治療 • HIV、AIDS 和其他 HIV 相關疾病的諮詢和檢查 • 永久性節育（您必須年滿 21 歲才能選擇此計劃生育方法。您必須在手術日期前至少 30 天但不超過 180 天內簽署聯邦絕育同意書。） • 遺傳諮詢 我們也會支付某些其他計劃生育服務的費用。不過，您必須透過我們醫療服務提供者網絡內的提供者獲得以下服務： • 治療不育疾病（此服務不包括人工受孕方式。） • 治療 AIDS 和其他 HIV 相關疾病。 • 基因檢測	醫療和診斷服務， \$0 共付額。 對於處方項目，處方共付額可能適用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

	我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
	保健和健康教育計劃 我們提供許多針對某些健康狀況的計劃。其中包含： • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒菸；以及 • 護理專線 透過 Blue Shield of California Promise Health Plan 護士諮詢專線，註冊護士可全天候解答您的疑問，為您提供支援。致電護士諮詢專線，電話：(800) 609-4166（聽障專線 711）。護士可透過電話為您解答一般健康問題，並提供其他資源的說明，便於您瞭解更多資訊。致電護士諮詢專線後，會員還會收到一封有關通話摘要的電子郵件，其中介紹了所有相關資訊和連結以供參考。	\$0
	健身俱樂部會員與健身課程 SilverSneakers® 健身計劃 包含眾多鍛煉、教育和社交活動，並提供： • 全國數千家健身機構隨時使用。 • 鍛煉設備和 SilverSneakers 課程。 • 社交活動。 • SilverSneakers FLEX™ 課程，例如瑜伽、拉丁舞和太極。 • 有了 SilverSneakers Life，不出家門也能享受跟實際課堂一樣的健身體驗	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
聽力服務 我們支付由您的提供者完成的聽覺和平衡檢查。這些檢查可告訴您是否需要醫學治療。當您從醫生、聽力專家或其他合格提供者獲得該等服務時，我們將此作為門診護理予以承保。 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 每個福利年度（1 月 1 日至 12 月 31 日）承保價值高達 \$2,000 的雙耳加總補充助聽器福利。助聽器福利包括： • 助聽器 • 耳模 • 改裝用具 • 配件 除了上文列出的補充福利，Medi-Cal 可能會承保每個財政年度（7 月 1 日至次年 6 月 30 日）高達 \$1,510 的助聽器福利。 如果您懷孕或居住於護理機構，我們還將支付助聽器費用，包括： • 耳模、用品和耳塞 • 每項修理費用超過\$25 的維修 • 第一套電池 • 您領取助聽器後從同一供應商獲得的六次會面服務，包括關於助聽器的培訓、調整和適配 • 助聽器租用試用期 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0 的共付額



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 HIV 篩檢 對於以下人士，我們每 12 個月支付一次 HIV 篩檢費用： ● 要求進行 HIV 篩檢，或 ● 感染 HIV 風險較高的人士。 對於孕婦，我們最多在懷孕期間支付三次 HIV 篩檢費用。 您的提供者有相關建議時，我們還將支付額外的 HIV 篩檢費用。	\$0
居家護理機構提供的護理 在接受居家護理服務之前，必須由醫生告知我們您需要服務，並且必須由居家護理機構提供這些服務。 我們將支付以下服務以及可能不在此處所列的其他服務的費用： ● 非全日或間斷性專業護理和居家護理服務（若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和家庭護理服務合計必須每天少於 8 小時及每週少於 35 小時。） ● 物理治療、職業治療與語言治療 ● 醫療和社會服務 ● 醫療設備和用品 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
居家輸液治療 本計劃將為居家輸液治療付費，居家輸液治療是指在家中為您將藥物或者生物製品注入靜脈中或者進行皮下注射。居家輸液所需的物品如下： ● 藥物或者生物製品，例如抗病毒藥或免疫球蛋白； ● 設備，例如幫浦；以及 ● 用品，例如管子或導管。 本計劃承保的居家輸液服務包括但不限於： ● 根據您的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務； ● 不包含在耐用醫療設備 (DME) 福利中的會員教育和培訓服務； ● 遠程監控；以及 ● 針對符合資格的居家輸液治療服務提供者提供的居家輸液治療及藥物的監控服務。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	對於每次獲承保的居家輸液治療就診，您需支付 \$0。
送餐到家服務 對於從住院機構或專業護理機構 (SNF) 返家的人士，我們承保以下服務： ● 每次出院後可獲提供 22 份正餐和 10 份點心 ● 如有需要，正餐和小吃最多將被分為三次單獨派送 ● 每年最多承保兩次出院。 如需更多資訊，您可以致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部（電話號碼印在本手冊封底）。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
善終護理 您可以從任何獲得 Medicare 認證的善終計劃接受護理。如果您的醫療服務提供者和善終醫療顧問為您作出絕症預後判斷，您有權選擇善終護理。這意味著您患有絕症且預計壽命只有六個月或更短。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 當您正在接受善終服務時，計劃將為以下服務付款： ● 治療症狀和疼痛的藥物 ● 短期臨時照顧 ● 居家護理 善終服務及 Medicare A 部份或 B 部份承保的服務將由 Medicare 付款。 ● 如需瞭解更多資訊，請參見本章 F 節。 ● 如果您參加了獲得 Medicare A 部份和 B 部份認證的善終計劃，與您絕症相關的善終服務將由 Medicare 付費。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 不支付這些服務的費用。 對於 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保，但 Medicare A 部份或 B 部份不承保的服務： ● Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將承保 Medicare A 部份或 B 部份不承保的計劃承保服務。本計劃將承保這些服務，不論其是否與您的絕症預後相關。您無需為這些服務支付任何費用。 對於 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的 Medicare D 部份福利可能承保的藥物： ● 善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。有關更多資訊，請參見第 5 章 B、C 和 D 節。 註：如果您需要非善終護理服務，應致電您的護理指導員安排服務。非善終護理是指與您的絕症預後無關的護理。如需聯絡您的護理指導員，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部並在列表中選擇「護理指導員」。 我們的計劃為沒有選擇善終福利的絕症患者承保善終諮詢服務（只有一次）。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 免疫 我們支付以下服務的費用： - 肺炎疫苗 - 流感疫苗，每年秋冬流感季接種一次，如果具有醫療必需性，可接種多次 - B 型肝炎疫苗（如果您患 B 型肝炎的風險較高或中等） - 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部份的承保規定） 我們將支付符合 Medicare D 部份承保規則的其他疫苗。請參閱第 6 章 H 節瞭解詳情。 我們還支付 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 推薦成人接種的所有疫苗的費用。	\$0
住院治療 我們將為以下服務以及其他未列出但具有醫療必需性的服務支付相關費用： - 半私人病房（或具有醫療必需性的私人病房） - 包括特殊飲食在內的膳食 - 常規護理服務 - 特殊護理病房費用，例如重症監護病房或冠心病監護病房 - 藥品和用藥 - 化驗室檢查 - X 光及其他放射服務 - 所需的手術及醫療用品 此福利將在下頁續載	\$0 在您的緊急狀況穩定後，您必須獲得本計劃的批准，才能繼續在網絡外醫院獲得住院護理。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
住院治療（續） • 器械（例如輪椅） • 手術室與康復室服務 • 物理、職業和言語治療 • 住院藥物濫用戒除服務 • 在某些情況下，以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心/肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。 如果您需要進行移植，Medicare 批准的移植中心將審查您的情況，並決定您是否需要接受移植。移植提供者必須是本地或服務區域外提供者。如果當地的移植提供者願意接受 Medicare 價格，則您可以在當地或以社區護理模式之外的方式獲得移植服務。如果 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 以社區護理模式之外的方式提供移植服務，且您選擇在那裡接受移植，我們會為您和一名其他人員安排或支付住宿和交通費用。 • 血液，包括儲存和管理 • 醫生服務 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0 在您的緊急狀況穩定後，您必須獲得本計劃的批准，才能繼續在網絡外醫院獲得住院護理。
住院精神健康護理 我們將支付需要住院的精神健康護理服務。 • 如果您需要獨立精神病院的住院服務，我們將支付前 190 天的費用。此後，當地的縣精神健康機構將支付醫療必需的精神病住院服務。超出 190 天的護理授權將與當地的縣精神健康機構協調安排。 ○ 190 天的限制不適用於綜合醫院精神科提供的住院精神健康服務。 • 如果您年滿 65 歲，我們將支付您在精神病機構 (IMD) 接受的服務。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
住院：在非承保住院期間，在醫院或專業護理機構 (SNF) 接受的承保服務 如果您的住院不合理且沒有醫療必需性，我們不會支付相關費用。 但在某些情況下，即使住院護理不受承保，我們也可能為您在醫院或護理機構接受的服務支付費用。要瞭解更多資訊，請聯絡客戶服務部。 我們將支付以下服務以及可能不在此處所列的其他服務的費用： • 醫生服務 • 診斷檢查，例如化驗 • X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏和其他用於骨折與脫臼的設備 • 假體和矯正裝置（牙科除外），包括此類裝置的更換或修理。這些裝置用於： ○ 取代全部或部份身體內部器官（包括臨近組織），或 ○ 取代永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部份功能。 • 腿部、手臂、後背和頸部支架、疝帶，以及義肢、義臂和義眼。這包括因破損、磨損、丟失或患者病情改變而需要的調整、修理和更換 • 物理治療、語言治療與職業治療 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
腎病服務和用品 我們支付以下服務的費用： - 傳授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出明智決定的腎病培訓服務。您必須患有第四期慢性腎病，且您的醫生必須將您轉診。我們將最多承保六次腎病培訓服務。 - 門診透析治療，包括第 3 章 D 節所述的暫時離開服務區域時的透析治療。 - 住院透析治療，如果您已作為住院患者入院接受特殊護理 - 自我透析培訓，包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓 - 家庭透析設備和用品 - 某些家庭支援服務，例如，由經過培訓的透析工作人員進行必要的探訪，檢查您在家的透析情況，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查。 您的 Medicare B 部份藥物福利可支付某些透析藥物。如需更多資訊，請參見本表「Medicare B 部份處方藥」。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
 肺癌篩檢 計劃每 12 個月會為以下人士支付一次肺癌篩檢費用： - 年齡在50-80歲之間，以及 - 向您的醫生或其他合格醫療服務提供者進行諮詢並共同作出決策就診，以及 - 每天至少吸一包煙且煙齡達20年，無肺癌跡象或症狀，或目前吸煙或在過去15年內戒菸。 在第一次篩檢後，若獲得您的醫生或其他合格醫療服務提供者的醫囑，計劃將每年支付另一次篩檢的費用。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 醫學營養治療 此福利適用於糖尿病患者和不進行透析的腎病患者。如果獲得醫生轉診，也適用於腎臟移植後的患者。 在您接受 Medicare 下的醫學營養治療服務的第一年中，我們將支付三小時一對一諮詢服務的費用。（此處所說的 Medicare 包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Medicare。）在具有醫療必需性的情況下，我們可能會批准額外服務。 我們將於此後支付每年兩小時一對一諮詢服務的費用。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，您可以在醫生轉診後接受更長時間的治療。醫生必須對這些服務開具處方，並且在您需要在下一年繼續接受治療時，每年重新提供轉診。在具有醫療必需性的情況下，我們可能會批准額外服務。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 本計劃將支付 MDPP 服務的費用。MDPP 旨在幫助您強化健康行為。該計劃針對以下方面提供實踐性訓練： ● 改變長期飲食習慣，以及 ● 增加體育運動，以及 ● 保持健康的體重和生活方式。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
Medicare B 部份處方藥 這些藥物由 Medicare B 部份進行承保。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將支付以下藥物的費用： • 通常不是由您自行施用，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸注的藥物。 • 經過本計劃授權使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的藥品 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 免疫抑制藥品（如果您在接受器官移植時參加 Medicare A 部份） • 用於注射的骨質疏鬆症藥物。如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行注射藥物，本計劃將支付這些藥物的費用 • 抗原 • 某些口服抗癌藥品和止吐藥品 • 用於家庭透析的某些藥品，包括醫療必需的某些肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素（例如 Epoetin Alfa-epbx 或 Aranesp®） • 用於在家治療原發性免疫缺損疾病的免疫球蛋白靜脈注射劑 我們的 Medicare B 部份和 D 部份處方藥福利還承保某些疫苗。 第 5 章介紹門診處方藥福利。包括您必須遵守才能獲得處方藥承保的規則。 第 6 章介紹您透過我們的計劃為您的門診處方藥支付的費用。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
非緊急醫療情況的交通接送服務 此福利允許使用最具成本效益和最便捷的交通接送服務。這包括：救護車、擔架載送車、輪椅載送車醫療交通接送服務，以及與輔助客運系統進行協調。 在以下情況下將批准以上形式的交通接送服務： ● 您的醫療和/或身體狀況不允許您搭乘巴士、客車、計程車或其他形式的公共或私人交通工具，且 ● 為了獲取必要的醫療護理而需要交通接送服務。 根據服務類型的不同，可能需要事先授權。 請撥打 1-877-433-2178（聽障專線：711）獲取此服務，辦公時間為每週 7 天，每天 24 小時。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
非醫療交通接送服務 此福利允許透過客車、計程車或其他形式的公共/私人交通工具獲取醫療服務。 此福利不會限制您的非緊急醫療情況的交通接送福利。 我們將針對醫療必需的承保服務提供不限次數的往返交通接送服務，這些服務包括但不限於： • 常規醫生或專科醫生就診 • 到藥房配取不能直接郵寄給您的處方藥 • 領取醫療用品、假體、矯具或其他器材 • 專科精神健康服務、藥物濫用障礙服務、Denti-Cal 服務及州或縣計劃提供的其他服務。 在某些情況下，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 甚至可為您的朋友或家庭成員按英里報銷每次送您前往獲取承保服務或地點的汽油費。此類報銷只有在沒有其他合理可用的交通方式的情況下方可獲取。如果您自己不能開車，您的朋友或家人需要用他們自己的車送您前往獲取承保服務或地點，請在安排行程前聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部獲得批准。 請撥打 1-877-433-2178（聽障專線：711）獲取此服務，辦公時間為每週 7 天，每天 24 小時。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
護理機構護理 護理機構 (NF) 是為無法在家中獲得護理，但又無需住院的人士提供護理的機構。 我們支付的服務包括但不限於以下項目： ● 半私人病房（或具有醫療必需性的私人病房） ● 包括特殊飲食在內的膳食 ● 護理服務 ● 物理治療、職業治療與語言治療 ● 呼吸治療 ● 作為您護理計劃的一部份為您提供的藥物。（其中包括人體中天然存在的物質，如凝血因子。） ● 血液，包括儲存和管理 ● 一般由護理機構提供的醫療和手術用品 ● 一般由護理機構提供的化驗 ● 一般由護理機構提供的 X 光和其他放射服務 ● 一般由護理機構提供的器械（例如輪椅）的使用 ● 醫生/執業醫生服務 ● 耐用醫療設備 ● 牙科服務，包括義齒 ● 眼科福利 此福利將在下頁續載	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
護理機構護理（續） - 聽力檢查 - 脊椎推拿護理 - 足療服務 通常，您將從網絡內機構接受護理服務。但是，您也可以從我們的網絡外機構獲得護理服務。如果這些機構接受我們計劃所支付的金額，您可以從以下地點獲得護理服務： - 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供護理機構護理）。 - 您出院時您的配偶或同居伴侶所住的護理機構。 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0
 用於減肥的肥胖症篩檢和治療 如果您的體重指數不低於 30，我們可支付幫助您減肥的諮詢服務。您必須在初級醫療機構中獲得此類諮詢服務，以便我們配合您的全面預防計劃進行管理。諮詢您的主治 醫生瞭解詳細資訊。	\$0
類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 服務 本計劃將為以下治療類鴉片藥物濫用失調 (OUD) 的服務付款： - 登記活動 - 定期評估 - 由 Food and Drug Administration (FDA) 批准的藥物，並在適用的情況下，為您管理並提供該等藥物 - 藥物濫用諮詢 - 個人和團體治療 - 檢測您體內的藥物或化學物質（毒性測試）	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
門診診斷檢查與治療服務和用品 我們將為以下服務以及其他未列出但具有醫療必需性的服務支付相關費用： • X 光 • 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科用品，例如敷料 • 夾板、石膏和其他用於骨折與脫臼的設備 • 化驗室檢查 • 血液，包括儲存和管理 • 其他門診診斷檢查 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
醫院門診觀察 觀察服務是一種醫院門診服務，旨在確定您是否需要住院或能否出院。 醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 標準且屬於合理且必須的服務。觀察服務僅在按醫囑提供，或由其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之個人要求提供以收住病人入院或進行門診檢查時，才獲得承保。 註：除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為「門診病人」。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫院工作人員。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫院門診服務 我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療所需的服務支付費用，例如： - 在急診部或門診部接受的服務，例如門診手術或觀察服務 - 觀察服務有助於醫生瞭解您是否需要住院（將您視作「住院病人」）。 - 某些情況下，即使您在醫院過夜，您可能仍會被視作「門診病人」。 - 您可查看該說明書，瞭解有關住院病人或門診病人的更多資訊： www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf - 由醫院出具賬單的化驗和診斷檢查 - 心理保健，包括部份住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療） - 由醫院出具賬單的 X 光及其他放射服務 - 醫療用品，例如夾板和石膏 - 福利表所列的預防性篩檢和服務 - 不能自行施用的某些藥物 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
門診精神健康護理 我們將支付以下人士提供的精神健康服務： ● 由州頒發執照的精神科醫生或醫生 ● 臨床心理學家 ● 臨床社工 ● 臨床專科護士 ● 執業護士 ● 醫生助理 ● 適用州法律允許的任何其他符合 Medicare 要求的精神健康護理專業人士 我們將支付以下服務以及可能不在此處所列的其他服務的費用： ● 診所服務 ● 日間治療 ● 社會心理康復服務 ● 部份住院/強化門診計劃 ● 個人和團體精神健康評估及治療 ● 有臨床症狀的心理測試，用以評估心理健康結果 ● 以監控藥物治療為目的之門診服務 ● 門診化驗服務、藥物、用品和補充用品 ● 精神病諮詢 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
門診康復服務 我們將支付物理治療、職業治療和言語治療的費用。 您可以從醫院門診部、獨立治療師診室、綜合門診康復機構 (CORF) 和其他機構獲取門診康復服務。 心臟康復服務（每天最多 2 次，每次一小時，36 週內最多 36 次）。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
門診藥物濫用戒除服務 我們將支付以下服務以及可能不在此處所列的其他服務的費用： ● 酒精濫用篩檢和諮詢 ● 藥物濫用治療 ● 由合格臨床醫生提供的團體或個人諮詢服務 ● 住院戒毒計劃的亞急性戒毒服務 ● 在強化門診治療中心的酒精和/或藥物服務 ● 緩釋劑納曲酮 (vivitrol) 治療 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
門診手術 我們將支付醫院門診機構和門診手術中心的門診手術和服務。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
非處方 (OTC) 用品 對於 OTC 藥品和用品，每季度您有權享有\$185 的補貼。 阿司匹林、維他命、感冒和咳嗽藥以及繃帶等用品在此福利的承保範圍內。化妝品和食品補充劑等物品不在此福利的承保範圍內。 OTC 商品目錄及訂購說明都可在線上獲取，網址： www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC。您可透過以下方式訂購用品：電話 1-888-628-2770（聽障專線：711），服務時間為週一至週五，上午 9 點至下午 5 點；線上 www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC。您訂購的用品將免費遞送到府。寄送大概可能需要 7-10 個工作日 該福利將在每個季度的第一天生效：一月、四月、七月及十月。您每季度可下一個訂單，但不能將未使用的補貼轉入下一季度。某些限制規則可能適用。如需瞭解更多資訊，請參閱 OTC 目錄。	\$0
部份住院服務 部份住院是提供積極精神病治療的結構化計劃。該服務作為一項醫院門診機構服務或由社區精神保健中心提供。其強度要高於您在醫生或治療師診室接受的護理。該服務能幫助您免於住院治療。 註：由於我們網絡內沒有社區精神保健中心，因此我們僅會承保醫院門診服務中的部份住院服務。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
個人緊急應答系統 (PERS) PERS 是一個醫療警報監控系統，只需按下按鈕即可全天候獲得幫助。您的 PERS 福利透過 LifeStation® 提供。您將從 LifeStation® 獲得的福利包括： ● 個人緊急應答系統 ● 可選擇使用居家系統或裝有 GPS/WiFi 的行動裝置 ● 每月監測 ● 必要的充電器和電線 如需獲取 PERS 並獲得服務，請致電 LifeStation 團隊，電話：1-855-672-3269，全天候服務，或瀏覽 www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare。	\$0
醫生/提供者服務，包括醫生診室就診 我們支付以下服務的費用： ● 在以下地點提供醫療必需的醫療護理或手術服務： ○ 醫生診室 ○ 經認證的門診手術中心 ○ 醫院門診部 ● 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 ● 由您的主治醫生進行的基本聽覺和平衡檢查，如果您的醫生要求進行這些檢查以瞭解您是否需要治療 ● 某些遠程醫療服務，包括那些適用於非急症治療的醫生服務，例如感冒和流感症狀、過敏、支氣管炎、呼吸道感染、鼻竇炎、皮疹、眼部感染以及偏頭痛等。 ○ 您可以選擇是透過當面就診還是遠程醫療來獲取這些服務。如果您選擇透過遠程醫療接受這些服務，則您必須使用可透過遠程醫療提供服務的網絡內提供者。 此福利將在下頁續載	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫師/提供者服務，包括醫生診室就診（續） ● 每月在醫院或偏遠地區特約醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或是會員家裡，為在家接受透析治療的會員進行與晚期腎病 (ESRD) 相關的遠程醫療就診服務 ● 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務 ● 為患有藥物濫用障礙或伴發精神障礙的會員提供遠程醫療服務 ○ 在您不是新患者的情況下，由醫生（例如，透過電話或視訊聊天）對您進行 5-10 分鐘的虛擬檢查，且 ○ 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，且 ○ 該檢查不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 ○ 在您不是新患者的情況下，醫生對您傳送來的視訊和/或影像進行的評估，以及在 24 小時內對其作出的解釋和跟進，且 ○ 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，且 ○ 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 ● 在您不是新患者的情況下，您的醫生與其他醫生透過手機、網際網路或電子健康記錄進行的會診 ● 手術前，其他網絡內提供者提供的第二意見 ● 非常規牙科護理。承保服務僅限於： ○ 顎部或顎部相關結構的手術 ○ 顎骨或面骨重整 ○ 腫瘤放射治療前的拔牙 ○ 由醫生提供時可獲得承保的服務 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
足療服務 我們支付以下服務的費用： - 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學與外科治療 - 為所患疾病（如糖尿病）會對腿部產生影響的會員提供的常規足部護理 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0
 前列腺癌篩檢 對於年滿 50 歲的男性，我們將支付每 12 個月一次的以下服務的費用： - 直腸指檢 - 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
假體裝置和相關用品 取代全部或部份身體部位或功能的假體裝置。我們將支付以下假體裝置以及可能不在此處所列的其他裝置的費用： • 結腸造瘻袋和與結腸造口術護理相關的用品 • 腸內和腸外營養用品，包括管飼用品包；輸液幫浦、輸液管和輸液適配器；營養液；以及自主注射用品 • 起搏器 • 支架 • 義肢用鞋 • 義臂和義肢 • 義乳（包括乳房切除術後的手術乳罩） • 用於完全或局部置換因疾病、受傷或先天性缺陷而切除或受損的外面部身體部位的假體 • 失禁乳膏及尿片 我們也會支付與假體裝置相關的某些用品的費用。我們也將承擔修理或更換假體裝置的費用。 我們提供白內障摘除或白內障手術後的一些承保福利。請參見本節後面部份的「視力護理」瞭解詳細資訊。 我們不會支付義齒裝置的費用。 Denti-Cal 可能會承保義齒裝置。請參閱本章 F 節或瀏覽 www.denti-cal.ca.gov 瞭解詳細資訊。	\$0
肺病康復服務 我們將為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員支付肺病康復計劃的費用。您必須獲得治療 COPD 的醫生或提供者的轉診，才能接受肺病康復服務。 我們將為呼吸機依賴患者支付呼吸服務費用。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
性傳播感染 (STI) 篩檢和諮詢 我們將支付衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎的篩檢費用，並為孕婦和 STI 高危人群承保這些篩檢費用。必須由主治醫生開出檢查單。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。 我們還為面臨 STI 高風險的性活躍成人承保每年最多兩次的面對面高強度行為諮詢課程。每次課程需時 20 至 30 分鐘。只有當這些諮詢課程是由主治醫生提供時，我們才會將其作為預防性服務支付其費用。這些課程必須在初級醫療機構中進行，如醫生診室。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
專業護理機構 (SNF) 護理 我們將支付以下服務以及可能不在此處所列的其他服務的費用： ● 半私人病房，或具有醫療必需性的私人病房 ● 包括特殊飲食在內的膳食 ● 護理服務 ● 物理治療、職業治療與語言治療 ● 作為您的護理計劃組成部份向您提供的藥物，包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子 ● 血液，包括儲存和管理 ● 由護理機構提供的醫療和手術用品 ● 由護理機構提供的化驗 ● 由護理機構提供的 X 光和其他放射服務 ● 一般由護理機構提供的器械，例如輪椅 ● 醫生/提供者服務 通常，您將從網絡內機構接受護理服務。但是，您也可以從我們的網絡外機構獲得護理服務。如果這些機構接受我們計劃所支付的金額，您可以從以下地點獲得護理服務： ● 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供護理機構護理） ● 您出院時您的配偶或同居伴侶所住的護理機構 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
監督運動療法 (SET) 本計劃將為患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD)、獲得負責治療 PAD 的醫生的 PAD 轉診之會員支付 SET 費用。本計劃將支付以下服務的費用： ● 符合所有 SET 要求的情況下，12 週內最多 36 次服務的費用 ● 如果醫療服務提供者認為具有醫療必需性，可支付該時間之外的額外 36 次服務的費用 SET 計劃必須： ● 為因血液流動不足而腿抽筋（跛行）的會員提供 30-60 分鐘的治療性 PAD 運動訓練計劃 ● 在醫院門診或醫生診室進行 ● 由可確保利大於弊且接受過 PAD 運動治療訓練的合格人員執行 ● 在醫師、醫師助理或接受過基礎和高級生命援助技術訓練的執業護士/臨床專科護士的直接監督下進行 服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
急症護理 急症護理可用於治療： ● 需要即時醫療護理的非緊急情況，或 ● 突發疾病，或 ● 受傷，或 ● 需要立即醫治的疾病。 如果您需要急症護理，應首先嘗試從網絡內提供者處獲得。但是，如果您無法從網絡內提供者處獲得護理，也可使用網絡外提供者。	\$0 對於在美國及其屬地境外接受的緊急醫療或急症治療服務，則沒有合併年度費用限制。會員在美國及其屬地境外接受的服務不計入計劃的最高自付費用限額。 如果您從網絡外醫院接受緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須返回網絡內醫院才能讓您的護理繼續獲得承保，或您必須在本計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們計劃支付的服務	您必須支付的費用
 視力護理 我們支付以下服務的費用： ● 每年一次的常規眼部檢查；和 ● 每兩年最多 \$500 的眼鏡（鏡架和鏡片）或最多 \$500 的隱形眼鏡。 我們將為診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫生服務支付費用。例如，這包括糖尿病患者的糖尿病視網膜病變年度眼科檢查和老年黃斑退化治療。 對於青光眼高危人群，我們將支付每年一次的青光眼篩檢費用。青光眼高危人群包括： ● 有青光眼家族史的人士 ● 糖尿病患者 ● 年滿 50 歲的非裔美國人 ● 年滿 65 歲的西班牙裔美國人 如果醫生在白內障手術中植入了人工晶狀體，我們將支付每次手術後一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。（如果您接受兩次單獨的白內障手術，您必須在每次手術後獲得一副眼鏡。您不能在第二次手術後獲得兩副眼鏡，即使在第一次手術後沒有得到眼鏡）。 <i>服務可能需遵守授權規則。您應諮詢您的醫生並獲得轉診。</i>	\$0 您負責支付超出 \$500 補助之外的材料費用
 「歡迎加入 Medicare」預防性診斷 我們可承保一次「歡迎加入 Medicare」預防性診斷。診斷包括： ● 健康評估， ● 有關您所需預防性服務（包括篩檢和注射）的培訓和諮詢，和 ● 所需的其他護理的轉診。 註：僅在您加入 Medicare B 部份後的首個 12 個月內，我們為您承保「歡迎加入 Medicare」預防性診斷。進行預約時，請告訴醫生診所，您要預定「歡迎加入 Medicare」預防性診斷。	\$0



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

E. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 計劃外承保的福利

下述服務不獲 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保但卻可透過 Medicare 或 Medi-Cal 獲得。

E1.加州社區過渡 (CCT) 計劃

加州社區過渡 (CCT) 計劃透過當地的牽頭組織幫助符合 Medi-Cal 承保資格的受益人，他們已在住院機構至少居住連續 90 天並想轉回社區環境中靜養。CCT 計劃為過渡前和過渡後 365 天的過渡協調服務提供資金，幫助受益人轉回社區環境中。

您可以從任何為您所居住縣份提供服務的 CCT Lead Organization 處獲得過渡協調服務。您可以在 Department of Health Care Services 的網站上找到 CCT Lead Organization 及其所服務縣份的清單，網址：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

對於 CCT 過渡協調服務：

Medi-Cal 將支付過渡協調服務費用。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：

提供者將就您的服務向 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 收取費用。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將就過渡後為您所提供的服務支付費用。您無需為這些服務支付任何費用。

在接受 CCT 過渡協調服務時，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將為本章 D 節的福利表中所列的服務付款。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 藥物承保福利沒有變化：

CCT 計劃不承保的藥物。您將繼續透過 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲取您的正常藥物福利。有關更多資訊，請參見第 5 章 F 節。

註：如果您需要非 CCT 過渡護理，應致電您的護理指導員安排服務。非 CCT 過渡護理是與您從護理機構/療養院過渡無關的護理。如需聯絡您的護理指導員，您可致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天，然後在列表中選擇護理指導員。

E2.Medi-Cal 牙科計劃

Medi-Cal 牙科計劃提供一些特定的牙科服務，例如：

- 初始檢查、X 光檢查、洗牙和氟化物治療
- 修復和牙冠
- 牙根管治療
- 義齒、調整、修理和重襯



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

牙科福利可透過按服務收費的 Medi-Cal 牙科計劃獲取。如需更多資訊，或者您在尋找接受 Medi-Cal 牙科計劃的牙醫時需要幫助，請聯絡客戶服務專線，電話：1-800-322-6384（聽障人士可致電 1-800-735-2922）。此為免付費電話。Medi-Cal 牙科服務計劃的代表將在週一至週五上午 8 點至下午 5 點辦公，為您提供協助。您還可以瀏覽網站 dental.dhcs.ca.gov/ 以瞭解更多資訊。

除了按服務收費的 Medi-Cal 牙科計劃外，您還可透過牙科管理式護理計劃獲得牙科福利。牙科管理式護理計劃在 Los Angeles 縣內有提供。如果您需要關於牙科計劃的更多資訊、在確定牙科計劃方面需要協助或想要變更牙科計劃，請聯絡 Health Care Options，電話：1-800-430-4263（聽障人士可致電 1-800-430-7077），服務時間為週一至週五，早上 8 點至下午 6 點。此為免付費電話。

E3. 善終護理

您可以從任何獲得 Medicare 認證的善終計劃接受護理。如果您的醫療服務提供者和善終醫療顧問為您作出絕症預後判斷，您有權選擇善終護理。這意味著您患有絕症且預計壽命只有六個月或更短。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。

請參見本章 D 節的福利表，瞭解當您在接受善終護理服務時，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會為哪些服務付款的更多資訊。

對於善終服務以及 Medicare A 部份或 B 部份承保且與您的絕症預後相關的服務：

- 善終護理提供者將根據您接受的服務向 Medicare 發出賬單。Medicare 會就與您的絕症預後相關的善終服務付款。您無需為這些服務支付任何費用。

對於 Medicare A 部份或 B 部份承保但與您的絕症預後無關的服務（緊急醫療護理或急症治療護理除外）：

- 提供者將根據您接受的服務向 Medicare 發出賬單。Medicare 將支付 Medicare A 部份或 B 部份承保的服務。您無需為這些服務支付任何費用。

對於 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的 Medicare D 部份福利可能承保的藥物：

- 善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。有關更多資訊，請參見第 5 章 F 節。

註：如果您需要非善終護理服務，應致電您的護理指導員安排服務。非善終護理是指與您的絕症預後無關的護理。如需聯絡您的護理指導員，您可致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天，然後在列表中選擇護理指導員。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

F. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan、Medicare 或 Medi-Cal 不承保的福利

本節告訴您哪些種類的福利是本計劃不承保的項目。不承保表示我們不支付這些福利的費用。Medicare 和 Medi-Cal 也不會支付其費用。

下面列出了一些在任何情況下我們都不予承保的服務和項目，以及僅在某些情況下才不受我們承保的一些服務和項目。

我們不會為本節（或本會員手冊的其他章節）中所列的不承保的醫療福利支付費用，列出的特定情況除外。如您認為我們應為某項不予承保的服務支付費用，您可提出上訴。有關提出上訴的資訊，請參見第 9 章 D、E、F 和 G 節。

除了福利表所介紹的任何不承保項目或限制，我們的計劃也不承保以下項目和服務：

- 根據 Medicare 和 Medi-Cal 的標準被視為「不合理和不必要」的服務，除非我們的計劃將這些服務列為承保服務。
- 試驗性醫學和手術治療、項目和藥物，除非獲得 Medicare 承保或在 Medicare 批准的臨床研究下獲得承保或獲得我們計劃的承保。有關臨床研究的詳細資訊，請參見第 3 章。試驗性治療和項目是指尚未得到醫學界普遍認可的治療和項目。
- 對病態肥胖的手術治療，除非是醫療所需且 Medicare 支付其費用。
- 醫院的私人病房，除非是醫療所需的。
- 私人護士。
- 醫院或護理機構病房中的私人物品，例如電話或電視。
- 在家中接受的全職護理。
- 直系親屬或家庭成員收取的費用。
- 自選或自願加強的醫療程序或服務（包括減肥、生髮、提高性能力、提高運動能力、美容、抗衰老和改善精神狀況），除非是醫療必需的。
- 整容手術或其他整容程序，除非是因意外受傷或是為了改善身體畸形部位而需要的程序。但是，我們將支付乳房切除術後的乳房重建手術費用，以及治療一側乳房以達到對稱效果的費用。
- 脊椎神經科護理，符合承保範圍指導方針的人工矯治脊椎服務除外。
- 常規足部護理，D 節的福利表中的足療服務所述的除外。
- 矯形鞋，除非鞋子是腿支架的一部份且包括在支架費用中，或者鞋子是提供給患有糖尿病足部疾病的人。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 足部輔助支撐器，除非是為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。
- 放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助工具。
- 恢復生育能力手術和非處方避孕用品。
- 自然療法服務（使用自然或替代治療方法）。
- 退伍軍人事務部 (VA) 機構為退伍軍人提供的服務。但是，如果退伍軍人在 VA 醫院接受緊急醫療服務且 VA 分攤費用高於我們計劃中的分攤費用，我們將為退伍軍人報銷差額。您仍有責任支付您的分攤費用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第5章：透過本計劃獲取您的門診處方藥

簡介

本章說明獲取門診處方藥的規則。這些是您的提供者為您開出的藥物，您可以從藥房或透過郵購服務獲得該等藥物。其中包括獲 Medicare D 部份及 Medi-Cal 承保的藥物。第 6 章介紹了您需要為該等藥物支付的費用。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 還承保以下本章不討論的藥物：

- Medicare A 部份承保的藥物。該等藥物包括您在醫院或護理機構住院時獲得的部份藥物。
- Medicare B 部份承保的藥物。該等藥物包括部份化療藥物、診室就診時醫生或其他提供者向您提供的部份注射藥物，及在透析診所獲提供的藥物。如需獲得所承保 Medicare B 部份藥物的詳細資訊，請參見第 4 章 D 節中的福利表。

本計劃門診藥物承保規則

只要您遵守本節所述規則，我們通常會承保您的藥物。

- 您必須由醫生或其他提供者為您開立處方。此人通常是您的主治醫生 (PCP)。如果您經主治醫生轉診來取得護理，此人也可以是其他提供者。
- 一般情況下，您必須使用網絡內藥房來配取您的處方藥。
- 您的處方藥必須為本計劃承保藥物清單所列藥物。我們稱之為「藥物清單」。
 - 如果不屬於藥物清單內藥物，我們或許可破例為您承保。
 - 請參見第 9 章，瞭解如何申請例外處理。
- 您的藥物必須用於治療醫學上認可的適應症。換言之，藥物使用需由 Food and Drug Administration 批准，或由某些醫療參考資料支持。未獲食品藥物管理局 (FDA) 或參考書籍支持的治療藥物被稱為「適應症外用途」藥物。「適應症外用途」藥物不獲醫療認可，因此不屬於承保福利，但以下情況除外：
 - 該「適應症外用途」在經 CMS 批准的某參考書籍中援引。
 - 該等藥物在主流專家審查醫學期刊的兩 (2) 篇文章中援引，當中列舉的資料表明建議的適應症外用途一般安全有效（這僅適用於 Medi-Cal 申請的藥物）。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

目錄

A. 配取您的處方藥	103
A1.在網絡內藥房配取您的處方藥.....	103
A2.配取處方藥時，務請使用您的會員卡	103
A3.想要更改為不同的網絡內藥房時該如何處理.....	103
A4.您的藥房退出了網絡時該如何處理.....	103
A5.使用專門的藥房	103
A6.使用郵購服務取得您的藥物	104
A7.獲得藥物的長期補給	105
A8.使用本計劃網絡外的藥房	105
A9.償付您支付的處方藥費用	106
B. 本計劃的藥物清單.....	106
B1.藥物清單上的藥物	106
B2.如何查詢某種藥物是否列於藥物清單上.....	106
B3.未列於藥物清單上的藥物.....	106
B4.藥物清單分攤費用等級	107
C. 某些藥物的限制	108
D. 您的藥物可能不受承保的原因	109
D1.獲取暫時補給	109
E. 藥物承保的更改	110
F. 特殊情況下的藥物承保.....	112
F1.如果您目前住在醫院或專業護理機構，且該住院由本計劃承保.....	112
F2.如果您住在長期護理機構.....	112
F3.如果您參與 Medicare 認證的善終計劃	112
G. 藥物安全與用藥管理的計劃.....	113



G1.協助會員安全用藥的計劃	113
G2.協助會員管理藥物的計劃	113
G3.協助會員安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃.....	114



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 配取您的處方藥

A1. 在網絡內藥房配取您的處方藥

在大多數情況下，**只有在我們的網絡內藥房配取處方藥**，我們才會支付其藥費。網絡內藥房是同意為我們的計劃會員配取處方藥的藥店。您可以前往我們網絡內的任何藥房。

如需尋找網絡內藥房，您可查詢 **醫療服務提供者與藥房目錄**，瀏覽我們的網站，或聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

A2. 配取處方藥時，務請使用您的會員卡

配取處方藥時，請在您的網絡內藥房**出示您的會員卡**。網絡內藥房將會向我們收取我們應承擔的承保處方藥費用。當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付共付額。

如果您在配取處方藥時沒有攜帶您的會員卡，請要求該藥房致電我們以取得必要的資訊。

如果該藥房無法取得必要的資訊，在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。您可以在稍後要求我們償付我們應承擔的費用。如您無法支付藥費，請立即聯絡客戶服務部。我們將會盡力協助。

- 如需瞭解如何要求我們償付，請參見第 7 章的 A 節和 B 節。
- 如需協助配取處方藥，可聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

A3. 想要更改為不同的網絡內藥房時該如何處理

若您更換藥房且需要補充處方藥，可要求提供者開立新處方，若您的處方上還留有待配取藥量，也可要求您的藥房將處方轉交新藥房。

如需協助更換您的網絡內藥房，可聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

A4. 您的藥房退出了網絡時該如何處理

如果您使用的藥房退出了計劃的網絡，您將需要尋找一間新的網絡內藥房。

如需尋找新的網絡內藥房，您可查詢 **醫療服務提供者與藥房目錄**，瀏覽我們的網站，或聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

A5. 使用專門的藥房

有時處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。
- 為療養院等長期護理機構居住者提供藥物的藥房。
 - 通常，長期護理機構擁有自己的藥房。如果您居住在長期護理機構內，我們必須確保您能夠在該機構的藥房獲得所需的藥物。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如果您的長期護理機構藥房不在我們的網絡內，或您在長期護理機構內獲取藥物福利時遇到任何困難，請聯絡客戶服務部。
- 為印地安醫療保健服務/部落/城區印地安醫療保健計劃提供服務的藥房。除非是緊急情況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民可使用這些藥房。
- 提供需要特殊處理和使用說明的藥物的藥房。

如需尋找專門的藥房，您可查詢 *醫療服務提供者與藥房目錄*，瀏覽我們的網站，或聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

A6. 使用郵購服務取得您的藥物

對於某些類型的藥物，您可以使用計劃的網絡內郵購服務購買。通常，您定期服用的藥物、慢性或長期病情的藥物可透過郵購服務購買。無法透過該計劃的郵購服務獲得的藥物在我們的藥物清單中以 [NDS] 標記。

使用我們計劃的郵購服務，您可以訂購 100 天份量的第 1 級藥物，90 天份量的第 2 級藥物及第 3 級藥物。90 天份量和 100 天份量的藥物與一個月份量藥物的共付額相同。

透過郵購服務配取處方藥

如需獲取 *訂單* 和透過郵寄配取處方藥的資訊，請撥打本頁底部的電話號碼致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部。

通常，郵購處方藥將在 10 至 14 天內送達。然而，有時郵購服務可能會有延誤。如出現此類情況，請致電客戶服務部尋求協助。我們的代表將協助您從當地網絡內零售藥房獲得充足的藥物供應，因此在收到透過郵購服務購買的藥物之前，您也能夠獲得藥物。在收到透過郵購服務購買的藥物之前，可能需要聯絡您的醫生，由醫生透過電話或傳真將新處方提供給網絡內零售藥房，以獲得所需數量的藥物。

如果延誤從郵購服務藥房訂購處方藥之日起算超過 14 天，並且延誤是由於郵購系統中的藥物丟失造成的，則客戶服務部可以與郵購服務藥房協調更換訂單。

郵購服務程序

郵購服務設有不同程序，可分別處理您提供的新處方、從您的提供者診室直接收到的新處方，以及郵購處方藥的重配：

1. 您向藥房提供的新處方

藥房將自動按您提供的新處方配藥及送藥。

2. 藥房直接從您提供者診室收到的新處方

藥房從醫療保健提供者處收到處方後，將聯絡您以瞭解您是需要立即配藥還是稍後配藥。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 這樣您將有機會確認藥房寄送的藥物是否正確（包括規格、份量和劑型），而且在必要時，您可以在自己被收費及藥物發運前，停止或延遲藥物的寄送。
- 每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道怎麼處理新處方並防止耽誤藥物發運，這一點非常重要。

3. 重配郵購處方藥

補充藥物時，您可選擇註冊一個名為「自動補充計劃」的自動補充計劃。參加此計劃後，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將自動開始處理您的下次藥物重配。

- 藥房將在每次寄送補充藥物前聯絡您，確認您是否需要更多藥物，而如果您的藥物充足或有改變，您可以取消原定的藥物補充。
- 如果您選擇不再使用自動補充計劃，請在您認為現有藥物即將用完的 **14** 天前，聯絡您的藥房，確保及時將下次藥物寄送給您。

如要退出自動準備重配郵購藥物的計劃，請透過致電 CVS Caremark 聯絡我們，電話：**1-866-346-7200**（聽障專線：**711**），全天候服務。

這樣一來，藥房可以在發運藥物前聯絡您確認訂單，請務必告知藥房聯絡您的最佳方式。請確保向 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供您的最新聯絡資訊。如果您需要更新您的電話號碼或地址，可以聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部（電話號碼列於本頁面底部）。

A7. 獲得藥物的長期補給

您可取得計劃藥物清單中維持藥物的長期供應。維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。

部份網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。**100** 天份量的第 **1** 級藥物、**90** 天份量的第 **2** 級藥物及第 **3** 級藥物與單月供藥的共付額相同。醫療服務提供者與藥房目錄介紹了哪些藥房可為您提供長期維持藥物供應。您亦可致電客戶服務部，瞭解詳細資訊。

對於某些類型的藥物，您可以使用計劃的網絡內郵購服務取得長期維持藥物供應。請參見上一節以瞭解郵購服務。

A8. 使用本計劃網絡外的藥房

通常，只有在您無法使用網絡內藥房時，我們才會為於網絡外藥房配取的藥物付費。我們在服務區外備有網絡內藥房，您可藉由計劃會員身份在這些藥房配取處方藥。

我們將在下述情況中為於網絡外藥房配取的處方藥付費：

- 在緊急情況下
- 在您持續六 (6) 個月位於服務區域外的情況下。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

建議您離開服務區域前先配取所有的處方藥，以便獲得充足的藥物補給。離開前如需協助以獲得充足藥物補給，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect 客戶服務部。

在這些情況下，請先洽詢客戶服務部，以確定附近是否有網絡內藥房。

A9. 償付您支付的處方藥費用

如果您必須使用網絡外藥房，您通常將需要在配取處方藥時支付全額的費用，而非共付額。您可以要求我們償付我們應承擔的費用。

如需瞭解更多相關資訊，請參見第 7 章 A 節。

B. 本計劃的藥物清單

我們有一份 *承保藥物清單*。我們稱之為「藥物清單」。

藥物清單上的藥物皆由我們在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。該藥物清單也說明了配取藥物時您是否需遵守任何規則。

只要您遵守本章所述規則，我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物。

B1. 藥物清單上的藥物

藥物清單包含 Medicare D 部份承保的藥物及 Medi-Cal 福利承保的部份處方藥和非處方 (OTC) 藥與產品。

藥物清單同時包含品牌藥（例如 Januvia）和普通藥（例如 Metformin）。普通藥和品牌藥具有相同的活性成分。普通藥與品牌藥的藥效相同，且通常費用更低。

我們的計劃還承保某些 OTC 藥物和產品。某些 OTC 藥物的價格比處方藥低，但療效與處方藥相同。如需更多資訊，請致電客戶服務部。

B2. 如何查詢某種藥物是否列於藥物清單上

如需瞭解您使用的藥物是否列於藥物清單上，您可：

- 查閱我們郵寄給您的最新藥物清單。
- 瀏覽本計劃網站：www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy。網站上的藥物清單將維持在最新的版本。
- 致電客戶服務部，查詢某種藥物是否列於計劃的藥物清單上，或索要一份該清單的副本。

B3. 未列於藥物清單上的藥物

我們並未承保所有的處方藥。部份藥物由於法律不允許我們承保而沒有列於藥物清單上。其他情況則是我們決定不將某種藥物包含在藥物清單內。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將不會支付本節所列藥物的費用。這些藥物稱為**不承保藥物**。如果您獲得不保藥物的處方，您必須自行支付按處方配藥的費用。如果您認為我們應視您的情況而支付不保藥物，您可提出上訴。（如需瞭解如何提出上訴，請參見第 9 章 F 節。）

下面是三條針對不保藥物的一般規則：

1. 我們計劃的門診藥物保險（包括 D 部份和 Medi-Cal 藥物）無法支付已由 Medicare A 部份或 B 部份承保藥物的費用。由 Medicare A 部份或 B 部份承保的藥物將由 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 免費承保，但該等藥物不被視為您門診處方藥福利的一部份。
2. 我們計劃無法承保於美國及其屬地境外購買的藥物。
3. 藥物的使用須經 Food and Drug Administration (FDA) 批准，或受到某些醫療參考資料支持可用於治療您的疾病。即使某種藥物未經批准用於治療您的疾病，您的醫生也可能向您開立該藥物。這稱為非適應症使用。我們的計劃通常不承保針對非適應症使用而開處的藥物。

根據法律，下列藥物類型不受 Medicare 或 Medi-Cal 承保。

- 用於促進生育的藥物
- 用作美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物，例如：Viagra®、Cialis®、Levitra®及 Caverject®
- 符合下述情況的門診藥物：其製藥公司要求您必須進行只能由該公司提供的測試或服務

B4.藥物清單分攤費用等級

我們藥物清單上的每種藥物皆屬於四 (4) 種分攤費用等級的其中一種。等級指同類藥物組別（例如，品牌藥、普通藥或非處方 (OTC) 藥）。通常，分攤費用的等級越高，您的藥物費用就越高。

- 第 1 級分攤費用（最低等級）包括首選普通藥。
- 第 2 級分攤費用包含普通藥。
- 第 3 級分攤費用（最高等級）包括品牌藥
- 第 4 級分攤費用包括非 Medicare 藥物和非處方 (OTC) 藥。

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請在我們的藥物清單中查詢該藥物。

第 6 章 C、D 和 E 節說明了您須為各分攤費用等級的藥物支付的金額。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

C. 某些藥物的限制

對於某些處方藥，特殊的規則限制了計劃如何與何時才可承保。通常，我們的規則鼓勵您取得適合您的病情且安全有效的藥物。當安全且價格較低的藥物和價格較高的藥物藥效相同時，我們希望您的提供者開具價格較低的藥物。

如果您的藥物受到特殊規則的限制，這通常表示您或您的提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。例如，您的提供者可能必須將您的診斷告知我們，或先行提供驗血結果。如果您或您的提供者認為我們的規則不適用於您的情況，則應要求我們作出例外處理。我們不一定會同意您在不採取額外步驟的情況下使用藥物。

如需瞭解要求作出例外處理的更多資訊，請參見第 9 章 F2 節。

1. 在普通藥版本可用時限制使用品牌藥

通常，「普通」藥和品牌藥的藥效相同，並且費用較低。在大多數情況下，如品牌藥有可替代的普通藥，我們的網絡內藥房將會為您提供該普通藥。

- 當有普通藥可替代時，我們通常不會為品牌藥付費。
- 然而，如果您的提供者以醫療理由告知我們，無論是普通藥還是其他治療相同病況的承保藥物都不適合您，則我們將會承保該品牌藥。
- 對於品牌藥，您的共付額可能會較普通藥高。

2. 事先取得計劃批准

對於部份藥物，您或您的醫生必須獲得 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的批准，方可配取您的處方藥。若您未獲得批准，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 可能不會承保該藥物。

3. 首先嘗試不同的藥物

通常，我們希望您在我們承保價錢較高的藥物前，先嘗試費用較低的藥物（一般藥效相同）。例如，若藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一病症，而藥物 A 較藥物 B 便宜，則我們可能要求您先嘗試使用藥物 A。

若藥物 A 對您沒有療效，則我們將會承保藥物 B。這稱為「階段治療」。

4. 數量限制

對於某些藥物，我們限制了您可以獲得的數量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您每次配取處方藥時可以取得的數量。

如要確定上述規則是否適用於您使用或想要使用的藥物，請查閱藥物清單。如需最新資訊，請致電客戶服務部或查詢我們的網站：www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 您的藥物可能不受承保的原因

我們盡力保證您的藥物承保範圍能滿足您的需要，但有時某種藥物可能並不像您所希望的那樣受到承保。例如：

- 您想要使用的藥物不受本計劃承保。該藥物可能沒有列於藥物清單。本計劃可能承保該藥物的普通藥，但不承保您想要使用的品牌藥。該藥物可能是新藥，我們尚未評估其安全性和藥效。
- 藥物受承保，但其承保有特殊規則或限制。如上節所述，本計劃承保的某些藥物有規則限制其使用。在某些情況下，您或您的處方醫生可要求我們對規則作出例外處理。

如果您的藥物並不像您所希望的那樣受到承保，您可以採取一些步驟。

D1. 獲取暫時補給

在某些情況下，當您的藥物並未列於藥物清單上或受到某些限制時，我們可以向您提供藥物的暫時補給。從而，您有時間與您的提供者商量獲取其他藥物或要求我們承保該藥物。

如需獲取藥物的暫時補給，您必須符合以下兩項規則：

1. 您一直使用的藥物：

- 不再列於藥物清單上，或
- 從未列於藥物清單上，或
- 現在受到某些限制。

2. 您必須處於下述任一情況：

- 您去年參與了本計劃。
 - 在一個日曆年的前 90 天內，我們將承保您藥物的暫時補給。
 - 此臨時性供藥最多不超過 30 天。
 - 如果您的處方天數少於此數，我們將允許多次配藥，以提供最長達 30 天份量的藥物。您必須在網絡內藥房配取處方藥。
 - 長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的處方藥以免造成浪費。
- 您是我們計劃的新會員。
 - 在您成為本計劃會員後的前 90 天內，我們將承保您藥物的暫時補給。
 - 此臨時性供藥最多不超過 30 天。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如果您的處方天數少於此數，我們將允許多次配藥，以提供最長達 30 天份量的藥物。您必須在網絡內藥房配取處方藥。
- 長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的處方藥以免造成浪費。
- 您已參與計劃超過 90 天，且居住在長期護理機構，並且立即需要藥物補給。
 - 我們將承保一次 31 天的份量，或不足 31 天的份量（如果您處方的天數較少）。這是除了上述暫時補給外的補給。
 - 如需臨時性供藥，請致電客戶服務部。

在您取得暫時補給藥物時，您應和您的提供者討論，以決定當補給藥物用盡時該如何處理。您有以下選擇：

- 您可以更換成另一種藥物。

本計劃可能承保其他對您有效的藥物。您可以致電客戶服務部，索要一份可治療相同病症的*承保藥物清單*。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

或

- 您可以要求作出例外處理。

您和您的提供者可要求我們作出例外處理。例如，您可以要求我們承保某項藥物，即使該藥並未列於藥物清單上。或者，您可以要求我們在不施加限制的情況下承保該藥。如果您的提供者表示，您有充分的醫療理由要求例外處理，則其可協助您提出要求。

如需瞭解要求作出例外處理的更多資訊，請參見第 9 章 F 節。

若您在請求例外處理時需要幫助，可聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

E. 藥物承保的更改

大部份藥物的承保在 1 月 1 日作出更改，但我們可能會在一年之中增加或刪減藥物清單上的藥物。我們也可能更改有關藥物的規則。例如，我們可能：

- 決定要求或不要求某種藥物獲得事先批准。（事先批准是您在獲得藥物之前需要從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲得的許可。）
- 增加或更改您能夠獲得的藥量（稱為藥量限制）。
- 增加或改變藥物的階段療法限制。（階段療法指您必須先嘗試一種藥物，我們才會承保另一種藥物。）

有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱本章 C 節。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

若您正在使用**年初**享有承保的藥物，我們一般不會在**該年剩下的時間內**刪除或變更此藥物的承保，除非出現以下情況：

- 市場上出現一種更便宜的新藥物，其療效與目前藥物清單上的藥物相同，**或**
- 我們得知藥物不安全，**或**
- 藥物退出市場。

如需瞭解藥物清單變更時的更多相關資訊，您可隨時：

- 請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy 查看我們最新的藥物清單，**或**
- 請致電客戶服務部查詢最新的藥物清單，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。

藥物清單在某些情況下會**立即**作出變更。例如：

- **一種新的普通藥推出。**有時市場上會出現新的普通藥，其療效與目前藥物清單上的品牌藥相同。在這種情況下，我們可能會刪除現有的品牌藥並納入新的普通藥，但是您為新藥所支付的費用將保持不變或降低。

若我們增加了新的普通藥，我們可能仍會保留清單上的品牌藥，不過會更改其承保規則或限制。

- 在作此變更前我們可能不會向您告知，但發生這種情況後，我們會向您寄送有關我們所作具體更改的資訊。
- 您或您的提供者可以就這些變更申請「例外處理」。我們將向您寄送一份通知，告知您申請例外處理的步驟。請參見本手冊第 9 章瞭解有關例外處理的更多資訊。
- **藥物退出市場。**如果 Food and Drug Administration (FDA) 表示您正在使用的藥物不安全，或藥物製造商從市場中撤除該藥物，我們會將其從藥物清單中刪除。如果您正在使用該藥，我們會通知您。您應配合您的提供者更換為另一種適合您病情並且本計劃承保的藥物。

我們可能會作出**其他影響您所用藥物的變更**。我們將提前告知您藥物清單上的其他變更。如果出現以下情況，就有可能發生這些變更：

- FDA 提供了新的指引，或藥物有了新的臨床指南。
- 我們增加了一種並非新上市的普通藥，**並**
 - 替換了現有藥物清單上的一種品牌藥，**或**
 - 變更了此品牌藥的承保規則或限制。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

在這種情況下，我們會：

- 在對藥物清單進行變更之前，至少提前 30 天告知您這一情況，或
- 在您要求重新配藥時告知您並為您提供 60 天份的藥量。

以便您有時間與您的醫生或其他處方醫生討論。他們會幫助您決定：

- 您是否可以使用藥物清單上的另一種類似藥物，或
- 是否需要就這些變更申請例外處理。如需瞭解要求作出例外處理的更多資訊，請參見第 9 章 F 節。

我們可能會對您使用的藥物作出變更，但這些變更不會影響您的現況。出現這類變更時，若您正在使用年初享有承保的藥物，我們一般不會在該年剩下的時間內刪除或變更此藥物的承保。

例如，如果我們從清單中移除您正在使用的藥物，或對其施加使用限制，那麼在該年剩下的時間內，您使用該藥物時均不會受到這些變更的影響。

F. 特殊情況下的藥物承保

F1. 如果您目前住在醫院或專業護理機構，且該住院由本計劃承保

如果您住進醫院或專業護理機構，且該住院由本計劃承保，我們通常將會在住院期間承保您處方藥的費用。您將無需支付共付額。一旦您離開該醫院或專業護理機構，只要您的藥物滿足我們所有的承保規則，我們就會承保該藥。

如需詳細瞭解藥物承保和您需要支付的費用，請參見第 6 章。

F2. 如果您住在長期護理機構

通常，長期護理機構（如療養院）擁有自己的藥房，或有藥房為其所有的居住者提供藥物。如果您住在長期護理機構，只要該機構的藥房在我們的網絡內，您即可在該藥房取得處方藥。

請查閱您的 *醫療服務提供者與藥房目錄*，以確定您長期護理機構的藥房是否在我們的網絡內。如果不是，或您需要更多資訊，請聯絡客戶服務部。

F3. 如果您參與 Medicare 認證的善終計劃

善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。

- 如果您參加了 Medicare 善終計劃，並且要求獲得止痛藥物、抗噁心、通便或抗焦慮藥物，而此類藥物因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的善終計劃承保，則在我們計劃承保該藥物前，必須收到處方醫生或您的善終服務提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症預後無關。
- 為防止耽誤您收到任何我們計劃應承保的無關藥物，您在要求藥房按處方配藥之前，可以要求您的善終服務提供者或處方醫生確認我們收到了該藥物與您的絕症無關的通知。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果您退出善終計劃，本計劃應承保您的所有藥物。當您的 Medicare 善終福利結束時，為了防止耽誤您獲得藥房服務，您應將證明文件帶到藥房，證明您已退出善終計劃。請參見本章前面部份，瞭解獲取 D 部份承保藥物的規則。

如需瞭解更多關於善終計劃福利的資訊，請參見第 4 章 D 節。

G. 藥物安全與用藥管理的計劃

G1. 協助會員安全用藥的計劃

每次您配取處方藥時，我們均會查找可能的問題，例如藥物錯誤或出現以下情況：

- 可能為不需要的藥物，因為您正使用另一種治療相同病況的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全
- 同時使用可能會造成傷害
- 含有對您致敏或可能致敏的成分
- 所含的類鴉片止痛藥超出安全劑量

如果我們在您處方藥的使用上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

G2. 協助會員管理藥物的計劃

如果您使用多種藥物治療不同疾病，和/或已參加能幫助您安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃，則可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 計劃免費獲取服務。該計劃幫助您和您的提供者確保您的藥物可改善您的健康狀況。藥劑師或其他醫療專業人士將對您的所有藥物進行綜合審查，並與您討論：

- 如何發揮您所用藥物的最大效用
- 您的任何疑慮，如藥物費用和藥物反應
- 您使用藥物的最佳方式
- 您對處方及非處方藥存有的任何疑問或問題

您將會收到一份本次討論的書面摘要。此摘要載列一份藥物行動計劃，當中建議為善用您的藥物而可採取的行動。同時，您還可得到一份個人藥物清單，其中包括所有您正在使用的藥物和服藥原因。此外，您將獲取有關安全棄置屬於管制藥物的處方藥的資訊。

最好在進行「健康年檢」前安排您的藥物審核，以便您可以跟醫生討論您的行動計劃和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療服務提供者交談時，請隨身攜帶您的行動計劃和藥物清單。另外，前往醫院或急診室時也請帶上藥物清單。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

藥物治療管理計劃屬自願性質，向合資格會員免費提供。如果我們有符合您需求的計劃，我們會將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您不想加入計劃，請告知我們，我們會將您退出計劃。

如對這些計劃有任何疑問，請聯絡客戶服務部或您的護理指導員。

G3.協助會員安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 設立了一項計劃，可幫助會員安全使用處方類鴉片藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。

如果您使用從多個醫生或藥房處獲得的類鴉片藥物，或者近期曾服用過量的類鴉片藥物，我們可能會與您的醫生商談，以確保您對類鴉片藥物的使用是適當的，而且在醫學上是必要的。在諮詢您的醫生後，如果我們認為您使用類鴉片或苯二氮類處方藥的行為不太安全，我們可能會限制您獲取這些藥物。此類限制可能包括：

- 要求您從一間**特定藥房**和/或一位**特定醫生處**獲得所有類鴉片藥物的處方
- **限制**為您承保這些藥物的數量

如果我們認為這些限制中的一項或多項適用於您，我們會提前向您寄送信函。該信函將說明我們認為適用於您的限制條件。

您有機會告訴我們您傾向於使用哪些醫生或藥房，以及您認為我們應瞭解的任何資訊。在您回覆後，如果我們決定對這些藥物的承保作出限制，我們將向您寄送另一封信函，藉此確認相關限制條件。

如果您認為我們作出錯誤的決定、您不同意您有處方藥濫用的風險或反對限制條件，您和您的處方醫生可提出上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並告知您裁決結果。如果我們仍然拒絕您的任何與藥物獲取限制相關的上訴，我們將自動將您的個案交給獨立審核實體 (IRE)。（如需瞭解如何提出上訴以及詳細瞭解 IRE，請參見第 9 章。）

在以下情況下，DMP 可能不適用於您：

- 您患有某些疾病，例如癌症或鐮狀細胞疾病，
- 正在接受善終服務、安寧療護或臨終關懷，或
- 您居住在長期護理機構。



第6章：您需支付的Medicare和Medi-Cal處方藥費用

簡介

本章介紹您需支付的門診處方藥費用。我們所說的「藥物」是指：

- Medicare D 部份處方藥，以及
- Medi-Cal 承保的藥物和項目，以及
- 本計劃作為額外福利而承保的藥物和項目。

由於您符合 Medi-Cal 的資格，您可獲取 Medicare 的「額外補助」，幫助您支付您的 Medicare D 部份處方藥。

額外補助是一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資產有限的人士節省 Medicare D 部份處方藥費用（如保費、自付額和共付額）。額外補助也稱為「低收入補助」（Low-Income Subsidy，或簡稱「LIS」）。

其他關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

如需瞭解處方藥的更多資訊，您可查詢：

- 我們的**承保藥物清單**。
 - 我們稱之為「藥物清單」。當中說明：
 - 我們支付哪些藥物的費用
 - 每種藥物屬於四 (4) 種分攤費用等級中的哪一等級
 - 藥物是否有任何限制
 - 如需一份藥物清單的副本，請致電客戶服務部。您也可以透過我們的網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 取得藥物清單。網站上的藥物清單始終為最新版本。
- 本**會員手冊**第 5 章。
 - 第 5 章介紹如何透過我們的計劃獲取您的門診處方藥。
 - 當中載列您需遵守的規則。它也介紹了何種類型的處方藥不受我們的計劃承保。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們的醫療服務提供者與藥房目錄。
 - 在大多數情況下，您必須使用網絡內藥房配取您的承保藥物。網絡內藥房是同意與我們合作的藥房。
 - 醫療服務提供者與藥房目錄列出了各網絡內藥房。您可在第 5 章 A 節找到更多關於網絡內藥房的資訊。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

目錄

A. 福利說明 (EOB)	118
B. 如何追蹤您的藥費.....	118
C. Medicare D 部份藥物的藥物付款階段	119
D. 第 1 階段：初始承保階段	120
D1. 您的藥房選擇	120
D2. 取得長期藥物供應	120
D3. 您需要支付的費用	120
D4. 初始承保階段結束	123
E. 第 2 階段：災難承保階段	123
F. 當醫生為您開立的處方藥少於一個月份量時的藥費	123
G. HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助.....	123
G1. 何謂 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)	123
G2. 未加入 ADAP 該怎麼辦	124
G3. 已加入 ADAP 該怎麼辦	124
H. 疫苗接種.....	124
H1. 接種疫苗前需瞭解的資訊.....	124
H2. 您須為 Medicare D 部份疫苗接種支付的費用	124



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 福利說明 (EOB)

我們的計劃會追蹤您的處方藥。我們會追蹤兩種費用：

- 您的**自付費用**。這是您或他人代您支付的處方藥費用。
- 您的**藥費總額**。這是您或他人代您支付的處方藥費用，加上我們支付的費用。

您透過我們的計劃配取處方藥時，我們會向您寄送被稱為**福利說明**的摘要。我們將其簡稱為 **EOB**。EOB 提供有關您所用藥物的詳細資訊，例如價格上漲以及分攤費用較低的其他可用藥物。您可向處方醫生諮詢這些費用較低的選擇。福利說明 (EOB) 包括：

- **該月的相關資訊**。摘要說明您配取的處方藥。這包含了藥費總額、我們支付的金額，以及您和他人代您支付的金額。
- **「年初至今」資訊**。這是您自 1 月 1 日起的藥費總額和付款總額。
- **藥物價格資訊**。該資訊包含藥物總價和自首次配藥以來藥物價格的變化百分比。
- **較低費用的備選藥物**。在可用的情況下，備選藥物會顯示在當前藥物下方的簡介中。您可以諮詢自己的處方醫生瞭解詳細資訊。

我們承保不受 Medicare 承保的藥物。

- 這些藥物的費用不會計入您的自付費用總額。
- 我們還支付某些非處方藥的費用。您無需為這些藥物支付任何費用。
- 要瞭解我們計劃承保的藥物，請查閱藥物清單。

B. 如何追蹤您的藥費

為了追蹤您的藥費與您支付的費用，我們將利用向您和您的藥房取得的記錄。您可透過以下方式協助我們：

1. 使用您的會員卡。

每次配取處方藥時，務請出示您的會員卡。這有助於我們瞭解您配取的處方藥及支付的費用。

2. 請確保我們能獲得所需的資訊。

請將您購藥收據的副本提供給我們。您可以要求我們償付我們應承擔的藥費。

下面是您應向我們提供您的收據副本的情況：

- 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時
- 當您為根據製藥商患者協助計劃所取得的藥物支付共付額時



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 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費用時

如需瞭解如何要求我們償付我們應承擔的藥費，請參見第 7 章 A 節和 B 節。

3. 請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。

由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中。例如，由 AIDS 藥物協助計劃、印地安醫療保健服務，以及大多數的慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。這可協助您取得災難承保資格。當您達到重大傷病承保階段時，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 將為您支付年內剩餘時間的全部 D 部份藥物費用。

4. 請查閱我們寄給您的 EOB。

當您收到 EOB 郵件時，請確保福利說明資訊完整、正確。如果您認為資訊有誤或缺失某些資訊，或您有任何疑問，請致電客戶服務部。請務必保留這些 EOB。這些報告是您藥物費用的重要記錄。

C. Medicare D 部份藥物的藥物付款階段

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的 Medicare D 部份處方藥有兩個付款階段。您支付的金額，視您按處方配藥或補充藥物時所處的階段而定。這兩個階段分別是：

第 1 階段：初始承保階段	第 2 階段：重大傷病承保階段
在此階段期間，我們將為您支付部份藥物費用，您也將支付您應承擔的費用。您承擔的部份稱為共付額。 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。	在此階段期間，我們將為您支付全部藥物費用，直至 2022 年 12 月 31 日。 當您已支付一定數額的自付費用後，此階段開始。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 第 1 階段：初始承保階段

在初始承保階段期間，我們將為您的承保處方藥支付應承擔的部份，而您也將支付您應承擔的部份。您承擔的部份稱為共付額。共付額視藥物所屬的分攤費用等級及您配取的地點而定。

分攤費用等級指共付額相同的藥物組別。計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於四 (4) 種分攤費用等級中的一種。通常情況下，等級越高，共付額就越高。如需瞭解您的藥物所屬的分攤費用等級，可查詢藥物清單。

- 第 1 級分攤費用（最低等級）包括首選普通藥。這一等級的共付額為\$0。
- 第 2 級分攤費用包含普通藥。這一等級的共付額為\$0 至\$3.95。
- 第 3 級分攤費用（最高等級）包括品牌藥。這一等級的共付額為\$0 至\$9.85。
- 第 4 級分攤費用包括非 Medicare 藥物和非處方 (OTC) 藥。這一等級的共付額為\$0。

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請在 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 處方藥一覽表（藥物清單）中查詢該藥物。

D1.您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

- 網絡內藥房，或
- 網絡外藥房。

我們僅在極少數情況下承保在網絡外藥房配取的處方藥。請參見第 5 章 A 節，瞭解這些特殊情況。

有關這些藥房選擇的細節，請參見本手冊第 5 章 A 節，以及我們的醫療服務提供者與藥房目錄。

D2.取得長期藥物供應

對於某些藥物，當您配取處方藥時，您可以取得長期供藥（也稱為「延長供藥」）。對於第 1 級藥物，長期供藥為 100 天的份量，對於第 2 級藥物和第 3 級藥物，長期供藥為 90 天的份量。長期補給的費用與一個月份量的補給費用相同。

如需關於何處及如何取得長期藥物供應的詳細資訊，請參見第 5 章 A 節或醫療服務提供者與藥房目錄。

D3.您需要支付的費用

在初始承保階段，您在每次配取處方藥時支付共付額。如果承保藥物的費用低於共付額，您將支付該筆較低的金額。

您可以聯絡客戶服務部，瞭解您應為各種承保藥物支付的共付額。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

當您自以下地點取得承保處方藥一個月份量的補給時，您分別應承擔的費用：

	網絡內藥房	計劃的郵購服務	網絡內長期護理藥房	網絡外藥房
	一個月或最高 30 天份量的補給	一個月或最高 30 天份量的補給	最高 31 天份量的補給	最高 10 天份量的補給。承保僅限於某些情況。請參見第 5 章 A 節瞭解詳情。
分攤費用 第 1 級 (首選普通藥)	\$0 的共付額	不可郵購	\$0 的共付額	\$0 的共付額
分攤費用 第 2 級 (普通藥)	\$0、\$1.35 或 \$3.95 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。	不可郵購	\$0、\$1.35 或 \$3.95 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。	\$0、\$1.35 或 \$3.95 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。
分攤費用 第 3 級 (品牌藥)	\$0、\$4.00 或 \$9.85 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。	不可郵購	\$0、\$4.00 或 \$9.85 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。	\$0、\$4.00 或 \$9.85 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。
分攤費用 第 4 級 (非 Medicare 處方藥 / 非處方藥 [OTC])	\$0 的共付額	第 4 級的藥物不可透過郵購服務購買。	\$0 的共付額	\$0 的共付額



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

當您自以下地點取得承保處方藥長期供藥時，您分別應承擔的費用：

	網絡內藥房	計劃的郵購服務
分攤費用 第 1 級： 首選普通藥 最高 100 天份量的補給	\$0 的共付額	\$0 的共付額
分攤費用 第 2 級： 普通藥 最高 90 天份量的補給	\$0、\$1.35 或 \$3.95 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。	\$0、\$1.35 或 \$3.95 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。
分攤費用 第 3 級： 品牌藥 最高 90 天份量的補給	\$0、\$4.00 或 \$9.85 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。	\$0、\$4.00 或 \$9.85 的共付額 共付額視您接受的額外補助而有所不同。
分攤費用 第 4 級： 非 Medicare 處方藥/非處方藥 (OTC) 最高 90 天份量的補給	第 4 級不提供長期供藥	第 4 級的藥物不可透過郵購服務購買。

有關可為您提供長期補給的藥房資訊，請參見我們的 *醫療服務提供者與藥房目錄*。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D4. 初始承保階段結束

當您的自付費用總額達到 \$7,050 時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。我們承保從此時直至年底的所有藥費。

您的 EOB 將協助您追蹤您在一年內為您的藥物支付了多少金額。如果您達到了 \$7,050 的限額，我們會立刻通知您。許多人在一年內未達到此限額。

E. 第 2 階段：災難承保階段

當您的處方藥達到 \$7,050 的自付費用限額時，災難承保階段開始。您將停留在重大傷病承保階段，直至當年結束。在此階段期間，本計劃將為您支付 Medicare 藥物的全部費用。

F. 當醫生為您開立的處方藥少於一個月份量時的藥費

通常，您需為一個月份量的承保藥物支付共付額。但您的醫生可開立少於一個月份量的處方藥。

- 有時候您可能會希望醫生開立少於一個月份量的處方藥（例如，當首次嘗試一種已知有嚴重副作用的藥物時）。
- 如果您的醫生同意，您將無需為特定藥物支付整個月份量的費用。

如果您獲得的藥量少於一個月的份量，您支付的費用將基於獲得藥物的天數來計算。我們將計算您每日支付的藥物費用（每日分攤費用），並乘以您獲得藥物的天數。

- 範例如下：假設一個月份量（30 天的份量）藥物的共付額是 \$1.35。換言之，您支付的藥費金額每日低於 \$0.05。如果您獲得了 7 天份量的藥物，您的共付額為每日低於 \$0.05 乘以 7 日，總付費將低於 \$0.35。
- 每日分攤費用允許您在須支付整個月份量的藥費之前，先確定藥物是否對您有效。
- 您也可以要求提供者開立少於一個月份量的某種藥物，以幫助您：
 - 更好地規劃藥物補給日期，
 - 協調配藥時間，方便與您使用的其他藥物一起配取，以及
 - 減少去藥房的次數。

G. HIV/AIDS 患者的處方藥分攤費用補助

G1. 何謂 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助確保符合資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣受 ADAP 承保的 Medicare D 部份門診處方藥，有資格獲得加州公共衛生局 AIDS 辦公室 (California Department of Public Health, Office of AIDS) 為參加 ADAP 的患者提供的處方藥分攤費用補助。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

G2.未加入 ADAP 該怎麼辦

如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 1-844-421-7050 或瀏覽 ADAP 網站：www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

G3.已加入 ADAP 該怎麼辦

對於 ADAP 處方藥一覽表上的藥物，ADAP 可繼續為 ADAP 客戶提供 Medicare D 部份處方藥分攤費用補助。為了確保您繼續獲得此項援助，若您的 Medicare D 部份計劃名稱或保單編號有任何變動，請透過以下方式通知您當地的 ADAP 參保工作人員。如果您需要幫助查找最近的 ADAP 參保點及/或參保工作人員，請致電 1-844-421-7050 或瀏覽上述網站。

H. 疫苗接種

我們承保 Medicare D 部份疫苗接種。Medicare D 部份疫苗接種承保包括兩個部份：

1. 承保的第一個部份為**疫苗本身**的費用。疫苗屬於處方藥的一種。
2. 承保的第二個部份為**疫苗接種**的費用。例如，有時您可以在您的醫生處接種疫苗。

H1.接種疫苗前需瞭解的資訊

我們建議您在打算取得疫苗接種時，先致電客戶服務部。

- 我們可以告訴您我們的計劃如何承保您的疫苗接種，並說明您應承擔的費用。
- 我們可以告訴您如何透過使用網絡內藥房與提供者來減少您的花費。網絡內藥房是同意與我們計劃合作的藥房。網絡內提供者是與保健計劃合作的提供者。網絡內提供者應與 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 合作，確保您無需預付任何 D 部份疫苗費用。

H2.您須為 Medicare D 部份疫苗接種支付的費用

您為疫苗接種支付的費用取決於疫苗類型（即您接種了哪種疫苗）。

- 有些疫苗被視作健康福利，而不是藥物。這些疫苗免費向您提供。有關這些疫苗承保的資訊，請參見第 4 章 D 節的福利表。
- 其他疫苗則被視作 Medicare D 部份藥物。您可以在計劃的藥物清單上找到這些疫苗。您可能需為 Medicare D 部份疫苗支付共付額。

以下是三種您接種 Medicare D 部份疫苗的常見方法。

1. 您在網絡內藥房取得 Medicare D 部份疫苗，接著在藥房接種疫苗。
 - 您將支付疫苗的共付額。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

2. 您在醫生的診室取得 Medicare D 部份疫苗，由醫生為您接種疫苗。

- 您將向醫生支付疫苗的共付額。
- 我們的計劃將會支付為您施打疫苗的費用。
- 在這種情況下，醫生的診室應致電我們的計劃，以便我們告知他們，您僅需支付疫苗的共付額。

3. 您在藥房取得 Medicare D 部份疫苗，接著帶到您醫生的診室施打。

- 您將支付疫苗的共付額。
- 我們的計劃將會支付為您施打疫苗的費用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第7章：要求我們對您收到的承保服務或藥物賬單支付應承擔的費用

簡介

本章向您介紹如何及何時向我們寄送賬單要求付款。還介紹了您在不同意承保範圍裁決時如何提起上訴。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用	127
B. 發送付款申請.....	129
C. 承保範圍裁決.....	129
D. 上訴.....	130



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用

您無需為網絡內服務或藥物付費。我們的網絡內提供者必須針對您已獲得的承保服務和藥物向計劃收費。網絡內提供者是與保健計劃合作的提供者。

如果您收到醫療保健服務或藥物全部費用的賬單，請將賬單寄給我們。如需向我們寄送賬單，請參見第 128 頁。

- 如果服務或藥物獲承保，我們將直接向提供者付款。
- 如服務或藥物獲承保且您所支付的費用超出您應承擔的費用，您有權獲得償付。
- 如果服務或藥物不在承保範圍內，我們將告知您。
- 如有任何疑問，請聯絡客戶服務部或您的護理指導員。如果您不清楚應支付的費用，或您收到賬單，但不知道該如何處理這些賬單，我們可提供幫助。如果您要告知我們有關已向我們發出的付款請求的資訊，也可來電。

以下是您可能需要我們向您償付費用，或就您收到的賬單付款的一些情況：

1. 當您透過網絡外提供者接受緊急醫療護理或急症治療護理時

您應該要求提供者向我們收費。

- 如果您在接受護理時支付了全部費用，請要求我們向您償付我們應承擔的費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
- 您可能會收到提供者要求您付款的賬單，而您認為您並不應支付這筆費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
 - 如果應向提供者付款，我們將直接向其付款。
 - 如果您已支付的費用超出您應承擔的服務費用，我們將確定您應支付的費用，並向您償付我們應承擔的費用。

2. 當網絡內提供者向您發出賬單時

網絡內提供者應始終向我們收費。在獲取任何服務或處方藥時，請出示您的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員卡。提供者（如醫生或醫院）對您開出的服務費用賬單超出計劃分攤費用金額即屬收費不合理/不適當。**若收到任何賬單，請致電客戶服務部。**

- 作為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的會員，在獲取我們計劃所承保的服務時，您只須支付共付額。我們不允許提供者向您收取超出此金額的費用。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，這項規定也適用。如果我們決定不支付某些費用，您也不必支付。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 一旦您收到網絡內提供者發出的賬單，而您認為其中費用超出您應支付的金額，請將賬單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者，解決此問題。
- 如果您已經支付網絡內提供者的賬單，但您認為支付的金額過多，請將賬單及您的付款憑證寄送給我們。我們將向您償付您所支付的金額與您根據計劃應支付的金額之間的差額。

3. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

若您前往網絡外藥房，您將須全額支付處方藥的費用。

- 我們僅在少數情況下承保在網絡外藥房配取的處方藥。如果要求我們償付我們應承擔的費用，請寄送一份收據副本給我們。
- 請參見第 5 章 A 節，瞭解更多關於網絡外藥房的資訊。

4. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付全額的處方藥費用時

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥房致電我們，或查閱您的計劃參保資訊。

- 如果該藥房無法立即取得所需的資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。
- 如果要求我們償付我們應承擔的費用，請寄送一份收據副本給我們。

5. 當您為未承保的處方藥支付全額費用時

您可能會因為藥物未承保，而需要支付處方藥的全額費用。

- 該藥可能未列於承保藥物清單（藥物清單）上，或者可能有某項您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定購買藥物，您可能需要支付全部藥費。
 - 如果您沒有支付藥費，並且認為該藥物應獲承保，可以申請承保範圍裁決（請參見第 9 章 F 節）。
 - 如果您和您的醫生或其他處方醫生認為您需要立即使用該藥物，您可以申請快速承保範圍裁決（請參見第 9 章 F 節）。
- 如果要求我們償付費用，請寄送一份收據副本給我們。在某些情況下，我們可能會需要向您的醫生或其他處方醫生取得更多資訊，以便向您償付我們應承擔的藥費。

在您給我們傳送付款請求，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關服務或藥物。這被稱為作出「承保範圍裁決」。如果我們決定承保，我們將向您償付我們應承擔的服務或藥物費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。

- 如需瞭解如何提出上訴，請參見第 9 章 F 節。



B. 發送付款申請

您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。付款憑證可以是您簽寫的支票副本，或者是提供者的收據。**最好備份您的賬單及收據，以作記錄。**您可以向您的護理指導員尋求幫助。

為確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的賠付表格，以請求付款。

- 您並非必須使用該表格，但使用後有助於我們更快地處理資訊。
- 您可從我們的網站 (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) 下載表格副本或致電客戶服務部索取表格。

將您的付款請求及任何賬單或收據郵寄至以下地址：

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

處方藥理賠：

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

您必須在獲得服務、用品或藥物之日起 **365** 天內向我們索款。

C. 承保範圍裁決

當我們收到您的付款請求時，將作出承保範圍裁決。這表示，我們將決定您的醫療護理或藥物是否受我們計劃的承保。我們還將決定您必須為醫療護理或藥物所支付費用的金額（如有）。

- 如果我們需要您提供更多資訊，將通知您。
- 如果我們決定有關醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有獲取護理或藥物的規則，我們將支付我們應承擔的費用。如果您已經為服務或藥物付款，我們會將您已經支付的費用和我們需要承擔的費用款項用支票郵寄給您。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接支付予提供者。
- 第 3 章 B 節說明了您在獲取承保服務時需遵守的規則。第 5 章 A 至 F 節說明了您在獲取承保的 Medicare D 部份處方藥時需遵守的規則。
- 如果我們決定不支付我們應承擔的服務或藥物費用，我們將向您發出一封函件，解釋不支付的原因。此函件還將說明您有權提出上訴。
- 如需瞭解承保範圍裁決的更多資訊，請參見第 9 章 D 節。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 上訴

如果您認為我們不該駁回您的付款請求，您可要求我們更改所作的決定。此行為稱作提出上訴。如果您不同意我們支付的金額，也可提出上訴。

- 上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。如需瞭解有關上訴的更多資訊，請參見第 9 章 D 節和 E 節。
- 如果您想要就獲得醫療護理服務費用償付提出上訴，請參閱第 169 頁。
- 如果您想要就獲得藥物費用償付提出上訴，請參閱 163 頁。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第8章：您的權利與責任

簡介

本章介紹您作為本計劃會員享有的權利與責任。我們必須尊重您的權利。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 您有權以所需方式獲得資訊.....	132
B. 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物	138
C. 我們必須保護您的個人健康資訊 (PHI)	139
C1.我們如何保護您的 PHI	139
C2.您有權查閱您的醫療記錄.....	140
C3.您可以要求我們以特定的方式聯絡您，或者向其他地址寄送郵件.....	140
C4.您有權要求我們對使用或披露的資訊進行限制	140
C5.您有權選擇您的代理人	140
D. 我們必須向您提供與我們的計劃、我們的網絡內提供者以及您的承保服務相關的資訊	140
E. 網絡內提供者不能直接向您收費	141
F. 您有權退出我們的 Cal MediConnect Plan.....	141
G. 您有權決定您的醫療護理	142
G1.您有權瞭解您的治療方案及決定您的醫療護理.....	142
G2.您有權說明在您無法自行作出醫療護理決定時希望採取的處理方式	142
G3.如果您的指示未得到遵從，該如何處理	143
H. 您有權提出投訴和要求我們重新考慮所作出的決定	143
H1.如果您認為自己遭受不公平待遇或您想要進一步瞭解自己的權益，該如何處理	143
I. 您作為計劃會員應履行的責任	144



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 您有權以所需方式獲得資訊

我們必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。每一年，我們都必須告訴您，作為計劃會員您享有哪些權利。

- 若要以您能理解的方式獲得資訊，請致電客戶服務部。我們計劃的工作人員可以用多種語言回答您的問題。
- 我們的計劃還可為您提供大號字體印刷版、盲文或音訊等格式的材料。我們還將提供亞美尼亞文、柬埔寨文、中文、波斯文、印度文、苗語、日文、韓文、寮文、勉語、旁遮普文、俄文、西班牙文、菲律賓文、泰文、烏克蘭語和越南語的資料。
 - 您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的文件。如需提出申請，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部。
 - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部會將您的首選語言及格式存檔，以便應用到將來的通訊文件中。如需更新喜好設定，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

如果您因語言或殘障問題而在獲取計劃資訊方面遇到任何困難，並且想提出投訴，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。您可以隨時撥打這個號碼。聽障人士可致電 1-877-486-2048。對於 Medi-Cal 福利，如果保健計劃拒絕、減少或終止您認為自己應得的服務，您還可以申請召開州立聽證會。要申請 Medi-Cal 州立聽證會和提出投訴，請撥打 1-800-952-5253。聽障人士可致電 1-800-952-8349。

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
 - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
 - Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) . Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在 Los Angeles 縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在 San Diego 縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保 (Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.) 會員服務部。
- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃 (Medicare)，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天 24 小時。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。關於 Medi-Cal 福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行 Medi-Cal 州公平聽證會和提出投訴，請致電 1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電 1-800-952-8349。
- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
 - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) . Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.
- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լուս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տազալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տազալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի Անդամների սպասարկում:
- Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք զանգահարել ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լուս խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լուս



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

խնդրելու և գանգատ ներկայացնելու համար, գանգահարեք
1-800-952-5253 համարով: ТТҮ-ից оգտվողները պետք է գանգահարեն
1-800-952-8349 համարով:

- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
 - Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect .
 - Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) . Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии ТТҮ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing) , если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253. Пользователям линии ТТҮ следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.
- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
 - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect .
 - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) . Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.
- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
 - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.
 - 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Medicare 에 전화하십시오. 주 7 일, 24 시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253 번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

- ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.
- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی Medi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឱ្យសំភារៈទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរព្រាស់ ឬថាសសំឡេងផងដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, វៀតណាម, ចិន, អាមេរិក, រុស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, គូរេ, ហ្វីលីពីន, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំភារៈជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់ អតិថិជន Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ បើគំរោងសុខភាព បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួល។ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والأمينية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويرجى العلم بأن إمكانيات الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 أيام في الأسبوع. (TTY) وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

B. 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

作為我們計劃的會員：

- 您有權在我們的網絡內選擇主治醫生 (PCP)。網絡內提供者是與我們合作的提供者。關於哪些類型的提供者可以擔任 PCP 以及如何選擇 PCP 的資訊，請參見第 3 章 D 節。
 - 請致電客戶服務部或查詢醫療服務提供者與藥房目錄，瞭解更多有關網絡內提供者的資訊以及哪些醫生可接診新患者。
- 女性會員無需獲得轉診書，也有權前往女性健康專科醫生的診室就診。「轉診」指您的 PCP 准許由您 PCP 以外的人員為您看診。
- 您有權在合理的時間內，從網絡內提供者獲得承保服務。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 這包括您有權及時獲得專科醫生的服務。
- 如您無法在合理時間內獲得服務，我們須為您支付網絡外護理費用。
- 您有權在不經事先批准的情況下獲得緊急醫療服務或急症治療護理。
- 您有權在無長時間的延誤下，在我們的任何網絡內藥房配取處方藥。
- 您有權瞭解您何時可以向網絡外提供者求診。如需瞭解網絡外提供者的資訊，請參見第 3 章 D 節。
- 如果您是首次加入我們的計劃，在滿足特定條件的情況下，您有權將現有提供者及服務授權最長保留 12 個月。有關保留您提供者及服務授權的詳情，請參見第 1 章 F 節。
- 您有權在您照護團隊和護理指導員的幫助下自主管理護理服務。

如果您認為您在合理的時間內未獲得服務或藥物，第 9 章 A 節和 B 節將告訴您該如何處理。如果我們已拒絕承保您的服務或藥物，且您不同意我們的決定，第 9 章 E 節至 J 節也會說明該如何處理。

C. 我們必須保護您的個人健康資訊 (PHI)

我們按照聯邦及州法律的規定，保護您的個人健康資訊 (PHI)。

您的 PHI 包括您在加入本計劃時提供給我們的資訊。它還包括您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。

您有權獲得資訊並控制您的 PHI 如何使用。我們會向您發出書面通知，通知中會為您介紹相關權利，還會說明我們如何為您的 PHI 保密。該通知稱為「隱私政策通知」。

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。

在多數情況下，我們不會向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的 PHI。若我們要這樣做，我們需要事先獲得您的書面許可。該書面許可由您親自給予，或由有法定權力來替您做決定的人士給予。

在某些情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。法律允許或規定這些例外情況。

- 我們需要向正在檢查我們護理品質的政府機構公開 PHI。
- 我們需按法院命令公佈 PHI。
- 我們需要向 Medicare 提供您的 PHI。如果 Medicare 出於研究或其他目的公開您的 PHI，將根據聯邦法律執行。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

C2. 您有權查閱您的醫療記錄

- 您有權查閱您的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們可向您收取製作醫療記錄副本的費用。
- 您有權要求我們更新或更正您的醫療記錄。若您向我們提出這些要求，我們將與您的健康護理提供者共同決定是否應作出更改。
- 您有權知道您的 PHI 是否曾向及如何向他人披露，並要求我們提供一份載列自您請求之日算起的前六年內透露您的健康資訊的次數、向之披露資訊的人士以及披露理由的清單。我們會提供除了用於治療、付款及醫療護理運營之外的所有披露資訊，以及其他一些披露資訊（例如，您要求我們披露的資訊）。我們會每年免費提供一份清單，但如果您在 12 個月內再次索要，我們將基於成本收取合理的費用。

C3. 您可以要求我們以特定的方式聯絡您，或者向其他地址寄送郵件

- 您有權請求進行保密通訊。
- 我們可能會拒絕您的請求，但我們會在 60 天內向您提供書面解釋。

C4. 您有權要求我們對使用或披露的資訊進行限制

- 您有權要求我們不得出於治療、付款或運營目的使用或披露某些健康資訊。
- 我們不一定會同意您的請求，如果您的請求影響對您的治療，我們可能會予以拒絕。

C5. 您有權選擇您的代理人

- 如果您已授予某位人士醫療護理授權書，或者某位人士是您的法定監護人，則該人士可行使您的權利並就您的醫療資訊作出選擇。

如果對您的 PHI 的保密有疑問或疑慮，請撥打 1-888-266-8080 聯絡 Blue Shield of California 隱私事務辦公室。

D. 我們必須向您提供與我們的計劃、我們的網絡內提供者以及您的承保服務相關的資訊

作為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的會員，您有權向我們索取資訊。如果您不說英語，我們可以提供口譯服務，回答您對本保健計劃的任何問題。如需口譯服務，請聯絡我們，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。口譯服務免費向您提供。您能獲取英文以外的語言的會員手冊及其他重要的資訊。我們還將提供亞美尼亞文、柬埔寨文、中文、波斯文、印度文、苗語、日文、韓文、寮文、勉語、旁遮普文、俄文、西班牙文、菲律賓文、泰文、烏克蘭語和越南語的資料。我們還可以大號字體印刷版、盲文或音訊格式為您提供資訊。

如需與以下主題相關的資訊，請致電客戶服務部：

- 如何選擇或更改計劃



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們的計劃，包括：
 - 財務資料
 - 計劃會員對我們的評價
 - 會員提出上訴的次數
 - 如何退出我們的計劃
- 我們的網絡內提供者及網絡內藥房，包括：
 - 如何選擇或更換主治醫生
 - 我們網絡內提供者及藥房的資格
 - 我們如何向網絡內的提供者付款
- 承保服務及藥物以及您必須遵守的規則，包括：
 - 本計劃承保的服務及藥物
 - 對您的保險及藥物的限制
 - 您獲取承保服務及藥物時必須遵循的規則
- 服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理，包括要求我們：
 - 對不承保的原因提供書面解釋
 - 更改所作的決定
 - 對您收到的賬單支付費用

E. 網絡內提供者不能直接向您收費

我們網絡內的醫生、醫院及其他提供者不能要求您為承保服務付款。如果我們支付的費用少於提供者收取的費用，他們也不能向您收取費用。如需瞭解在網絡內提供者向您收取承保服務費用時該如何處理，請參見第 7 章。

F. 您有權退出我們的 Cal MediConnect Plan

如果您不願繼續參加我們的計劃，無人可強迫您留在計劃中。

- 您有權透過 Original Medicare 或 Medicare Advantage 計劃獲取您的大部份醫療護理服務。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 您可從處方藥計劃或 Medicare Advantage 計劃獲得您的 Medicare D 部份處方藥福利。
- 有關您何時可以加入新的 Medicare Advantage 或處方藥福利計劃的詳細資訊，請參閱第 10 章。
- 除非您選擇該縣現有的其他計劃，否則您的 Medi-Cal 福利將繼續透過 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 提供。

G. 您有權決定您的醫療護理

G1. 您有權瞭解您的治療方案及決定您的醫療護理

您接受服務時，有權向您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的提供者必須以您可理解的方式，說明您的病情及治療選擇方案。您有權：

- **瞭解您的選擇方案。** 您有權瞭解所有治療方案。
- **瞭解風險。** 您有權瞭解所涉及的任何風險。如果任何服務或治療是研究試驗的一部份，醫生必須事先向您說明。您有權拒絕任何試驗性治療。
- **獲取第二意見。** 在決定接受治療前，您有權向其他醫生求診。
- **選擇拒絕。** 您有權拒絕任何治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止使用處方藥。即使您拒絕治療或停止使用處方藥，您也不會被我們的計劃退保。然而，如果您拒絕治療或停止用藥，您需對自己出現的各種情況負全部責任。
- **要求我們解釋提供者拒絕提供護理的原因。** 如果提供者拒絕提供您認為自己應享有的護理，您有權要求我們作出解釋。
- **要求我們承保被拒絕或通常不承保的服務或藥物。** 這稱為承保範圍裁決。第 9 章 D、E 和 F 節提供了如何要求計劃作出承保範圍裁決的資訊。

G2. 您有權說明在您無法自行作出醫療護理決定時希望採取的處理方式

有時，有些人可能無法自行作出醫療護理決定。您可以在遇到這種情況之前：

- **填寫書面表格，賦予某人代您作出醫療護理決定的權利。**
- **向您的醫生提供書面指示，說明您希望他們在您無法自行決定的情況下，如何處理您的醫療護理。**

您可以用來作出指示的法律文件稱為「預立醫療指示」。預立醫療指示有多種類型及多種名稱。例如，「生前預囑」和「醫療護理授權書」。

是否使用預立醫療指示由您自行決定，若想使用，程序如下：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- **獲取表格。**您可從您的醫生、律師、法律服務機構或社會工作者處獲取表格。向公眾提供 Medicare 或 Medi-Cal 資訊的機構，例如健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，也可提供預立醫療指示表格。您也可聯絡客戶服務部索取表格。
- **填好表格並簽名。**該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將副本交給需要瞭解表格情況的人士。**您應將表格副本交給您的醫生。您還應將表格副本交給您指定代您作決定的人士。您也可將副本交給親朋好友。請務必在家中保留一份副本。
- 如果您即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院。**
 - 醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否帶著表格。
 - 如果您尚未簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

請記住，是否填寫預立醫療指示是您自己的選擇。

G3.如果您的指示未得到遵從，該如何處理

如果您已簽署預先醫療指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向以下機構提出投訴：Livanta BFCC-QIO 計劃、加州品質改進機構 (QIO)，電話：1-877-588-1123（聽障專線：711 或 1-855-887-6668）。

H. 您有權提出投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果對您的承保服務或護理有任何問題或疑慮，請查閱第 9 章 D 至 F 節，瞭解處理方法。例如，您可要求我們作出承保範圍裁決、提出上訴以更改某項承保範圍裁決，或提出投訴。

您有權瞭解其他會員針對我們的計劃所提出的上訴及投訴的資訊。如需獲得此資訊，請致電客戶服務部。

H1.如果您認為自己遭受不公平待遇或您想要進一步瞭解自己的權益，該如何處理

如果您認為自己遭受了不公平待遇，且這與第 11 章所列的歧視原因**無關**，或如果您想要進一步瞭解自己的權益，則可透過致電以下各方獲取幫助：

- 客戶服務。
- 健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請參見第 2 章 E 節。
- Cal MediConnect Ombuds 計劃。有關該機構的詳細資訊及聯絡方式，請參見第 2 章 I 節。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。（您也可以前往 Medicare 網站，閱讀或下載《Medicare



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Rights & Protections》（Medicare 權利與保障），網址為
www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）

I. 您作為計劃會員應履行的責任

以下是作為計劃會員有責任執行的事項。若您有任何疑問，請致電客戶服務部。

- **閱讀會員手冊**，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保服務和藥物所需遵守的規則。瞭解更多詳情：
 - 承保服務資訊，請參見第 3 章及第 4 章。這兩章介紹了哪些服務承保、哪些不承保、應遵守的規則以及您支付的費用。
 - 承保藥物資訊，請參見第 5 章及第 6 章。
- **告訴我們您擁有的任何其他醫療或處方藥保險**。我們需要確保您在接受醫療保健時使用了所有保險選項。如果您有其他保險，請致電客戶服務部。
- **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療提供者**。獲取您的服務或藥物時，務請出示您的會員卡。
- **幫助您的醫生及其他醫療服務提供者為您提供最佳護理**。
 - 向他們提供有關您和您健康狀況的所需資訊。您應儘量瞭解您的健康問題。遵從您與提供者商定的治療方案及指示。
 - 確保您的醫生及其他提供者瞭解您正在使用的所有藥物，這包括處方藥、非處方藥、維生素和補品。
 - 若存有任何疑問，請務必提出。您的醫生及其他提供者必須以您能理解的方式向您作出解釋。如果您提出某問題後，不能理解其回答，應再次詢問。
- **請體諒他人**。我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。我們還希望您在醫生診室、醫院及其他提供者的診室時尊重其他人。
- **支付應付的費用**。作為計劃會員，您承擔以下費用：
 - Medicare A 部份和 Medicare B 部份保費。對於大多數 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員，Medi-Cal 將支付 A 部份保費和 B 部份保費。
 - 對於一些由計劃承保的長期服務及支援或藥物，您在獲取服務或藥物時必須支付應承擔的費用。這將屬於的共付額（固定金額）或共同保險（某百分比的總費用）。第 4 章有您就長期服務和支援所須支付的費用。第 6 章 D 節介紹了您必須支付的藥費。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如果您獲取任何並非由我們計劃承保的服務或藥物，則必須支付全部費用。如果您不同意我們不承保某項服務或藥物的決定，則可提出上訴。如需瞭解如何提出上訴，請參見第 9 章 D 至 J 節。
- **通知我們搬遷的消息。**如要搬遷，請務必立即通知我們。請致電客戶服務部。
 - 如果您搬離了我們的服務區域，則無法再參加本計劃。只有居住於我們服務區域的人士方可參加 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。有關我們的服務區域，請參見第 1 章 D 節。
 - 我們可幫助您確認您將前往的地點是否處於我們的服務地區之外。在特殊參保期，您可轉至 Original Medicare 或加入您新區域內的 Medicare 保健或處方藥計劃。我們可以告訴您我們是否在您的新區域中擁有計劃。
 - 搬遷後，也請告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。Medicare 和 Medi-Cal 的電話號碼列於第 2 章 G 節和 H 節。
 - 若您搬到我們的服務區內，您也需告知我們。我們需要更新您的會員記錄並獲得您的聯絡資訊。
- 如有任何疑問或疑慮，請致電客戶服務部尋求幫助。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第9章：遇到問題或想投訴該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）

簡介

本章介紹與您的權利有關的資訊。閱讀本章節，瞭解在以下情況中您應該怎麼做：

- 您遇到問題或想要對您的計劃提出投訴。
- 計劃表示將不支付您所需要的服務、用品或藥物的費用。
- 您不同意您的計劃就您的護理作出的裁決。
- 您認為您的承保服務結束得太早。
- 您遇到問題或想要對您的長期服務及支援提出投訴，其中以社區為基礎的成人服務 (CBAS) 以及護理機構 (NF) 服務。

如果對此存有疑問或疑慮，您只需閱讀本章中適用於您所處情形的部份。為了方便您找到所需的資訊，本章分為多個不同的小節。

如有健康或長期服務及支援方面的問題

您有權獲得您的醫生和其他提供者認為對您的護理計劃有必要的醫療護理、藥物、長期服務及支援。

如果您對您的護理有任何疑問，可致電 **Cal MediConnect Ombuds 計劃** 尋求幫助，電話：

1-855-501-3077。本章將說明您遇到不同問題和想要提出投訴時具有哪些不同選擇，但您始終可致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃，以幫助您解決問題。如需可幫助您解決問題的其他資源及其聯絡方式，請參閱第 2 章瞭解更多有關監察官計劃的資訊。

目錄

A. 遇到問題時該如何處理.....	149
A1.關於法律術語	149
B. 應致電何處求助	149
B1.應從何處獲得更多資訊和幫助.....	149
C. 與您的福利有關的問題.....	150
C1.採用承保範圍裁決和上訴或者提出投訴的程序	150
D. 承保範圍裁決和上訴	150
D1.承保範圍裁決與上訴概述.....	150



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D2.獲取關於承保範圍裁決和上訴的幫助	151
D3.根據您的具體情況參閱本章中對應的小節	152
E. 與服務、用品和藥物（非 D 部份藥物）有關的問題	153
E1.本節適用情況	153
E2.申請承保範圍裁決	154
E3.就服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）提出的第 1 級上訴	155
E4.就服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）提出的第 2 級上訴	159
E5.付款問題	163
F. D 部份藥物	165
F1.如果您在獲取 D 部份藥物方面遇到問題或希望我們就 D 部份藥物向您作出償付，該如何處理	165
F2.什麼是「例外處理」	166
F3.申請例外處理須知	167
F4.如何就 D 部份藥物或 D 部份藥物報銷申請承保範圍裁決（包括例外處理）	168
F5.就 D 部份藥物提出第 1 級上訴	170
F6.就 D 部份藥物提出第 2 級上訴	172
G. 申請延長住院承保	173
G1.瞭解您的 Medicare 權利	173
G2.為了變更出院日期提出的第 1 級上訴	174
G3.為了變更出院日期提出的第 2 級上訴	176
G4.如果我錯過上訴截止日期會如何	176
H. 如果您認為您的居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務結束得太早，該如何處理	178
H1.您的承保即將終止時，我們將提前通知您	178
H2.為了延長護理承保提出的第 1 級上訴	178
H3.為了延長護理承保提出的第 2 級上訴	180



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

H4. 錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？	181
I. 將您的上訴升級至第 2 級以上	183
I1. 關於 Medicare 服務和用品的後續步驟	183
I2. 關於 Medi-Cal 服務和用品的後續步驟	183
J. 如何提出投訴？	184
J1. 應該對哪些類型的問題提出投訴？	184
J2. 內部投訴	185
J3. 外部投訴	186



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825
(聽障專線：711)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。
如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 遇到問題時該如何處理

本章介紹遇到與您的計劃、服務或付款有關的問題時應該如何處理。Medicare 和 Medi-Cal 已核准這些處理程序。每個程序都有一套規則、手續及截止日期，您與我們均須遵守。

A1. 關於法律術語

本章中所列的某些規則及截止日期包含各種不同的法律術語。其中很多術語可能難以理解，因此我們使用了較為簡單的字詞代替某些法律術語。我們也儘量減少了對縮寫詞的使用。

例如，我們會說：

- 「投訴」而不是「提出申訴」
- 「承保範圍裁決」而不是「機構裁定」、「福利裁定」、「風險裁定」或「承保範圍裁定」
- 「快速承保範圍裁決」而不是「加急裁定」。

掌握適當的法律術語可能有助於您更清晰地表達您的想法，所以我們同時也為您提供這些術語。

B. 應致電何處求助

B1. 應從何處獲得更多資訊和幫助

有時，您可能會弄不清如何開始或完成問題處理程序。在您感覺不適或身體疲乏時，尤為如此。而在其他時候您可能不知道下一步該怎麼辦。

您可從 Cal MediConnect Ombuds 計劃獲得幫助

如果您需要幫助，可隨時致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃。Cal MediConnect Ombuds 計劃會回答您的問題，並幫助您瞭解應如何處理您的問題。Cal MediConnect Ombuds 計劃與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。他們會幫助您瞭解要使用哪一個程序。Cal MediConnect Ombuds 計劃的電話號碼為 1-855-501-3077。這些服務是免費的。有關監察官計劃的詳細資訊，請參見第 2 章。

您可以從健康保險諮詢和宣傳計劃中獲得幫助

您還可以致電健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。HICAP 顧問可以回答您的問題，幫您瞭解如何解決問題。HICAP 與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。HICAP 在每個縣均設有訓練有素的顧問，並免費提供服務。HICAP 的電話號碼為 1-800-434-0222。

從 Medicare 獲得幫助

如有問題，您可以直接致電 Medicare 獲得幫助。您可透過兩種方式從 Medicare 處取得幫助：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障專線：1-877-486-2048。此為免付費電話。
- 瀏覽 Medicare 網站：www.medicare.gov。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

您可從加州醫療保健計劃管理局 (California Department of Managed Health Care) 獲得幫助

在本段中，術語「申訴」指針對 Medi-Cal 服務、您的保健計劃或您的某位提供者提出的上訴或投訴。

加州醫療保健計劃管理局 (California Department of Managed Health Care) 負責監管各種保健服務計劃。若想對您的健康計劃提出申訴，在聯絡該部門之前，請先致電 **1-855-905-3825**

(**聽障專線：711**) 聯絡您的保健計劃，並使用您的保健計劃申訴程序。使用本申訴程序並不會使您失去任何潛在的法律權利或補償。如果您需要協助處理與急診相關的申訴、您的保健計劃對您的申訴未能提供令人滿意的解決方案，或申訴超過 30 日仍未解決，您可致電該部門要求協助。您可能還有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格申請 IMR，IMR 程序將會對保健計劃在以下方面作出的醫療決定進行公正的審查：您打算接受的服務或治療是否具有醫療必需性，實驗性或研究性治療的承保範圍裁決，以及緊急或急症醫療服務的付款爭議。該部門亦提供免費電話 **(1-888-466-2219)** 及適用於聽障和語障人士的語障專線 **(1-877-688-9891)**。該部門的網站 www.dmhca.gov 上載有投訴表、IMR 申請表與線上說明。

C. 與您的福利有關的問題**C1. 採用承保範圍裁決和上訴或者提出投訴的程序**

如果對此存有疑問或疑慮，您只需閱讀本章中適用於您所處情形的部份。下表將幫助您找到相關問題或投訴在本章中的對應部份。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？ (這包括與特定醫療護理、長期服務及支援或處方藥是否獲承保及其承保方式有關的問題，以及與醫療護理或處方藥付款有關的問題。)	
是。 我的問題 與承保範圍無關。 請參閱 D 節：「承保範圍裁決和上訴」 (第 150 頁)。	沒有。 我的問題 與承保範圍無關。 向前跳至 J 節：第 183 頁的「如何提出投訴」。

D. 承保範圍裁決和上訴**D1. 承保範圍裁決與上訴概述**

要求承保範圍裁決和上訴的程序處理與您的福利及承保範圍有關的問題，包括與付款有關的問題。除 D 部份的共付額之外，您無需承擔任何 Medicare 費用。

什麼是承保範圍裁決？



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825 (聽障專線：711)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務、用品或藥物支付的金額所作出的初始決定。我們就為您承保的服務或藥品以及支付的費用作出承保範圍裁決。

如果您或您的醫生不確定某服務、用品或藥物是否受 Medicare 或 Medi-Cal 承保，在醫生提供該服務、用品或藥物之前，您或您的醫生均可要求作出承保範圍裁決。

什麼是上訴？

上訴是指以正式方式要求我們審核並更改您認為有誤的裁決。例如，我們可能會裁決您需要的某服務、用品或藥物不受或不再受 Medicare 或 Medi-Cal 承保。如果您或您的醫生不同意我們的決定，您可提出上訴。

D2. 獲取關於承保範圍裁決和上訴的幫助

如需申請承保範圍裁決或提出上訴，我可以向誰求助？

您可以要求下述任何人員或團體提供幫助：

- 請致電**客戶服務部**，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。
- 致電**Cal MediConnect Ombuds 計劃**獲得免費幫助。Cal MediConnect Ombuds 計劃可以幫助 Cal MediConnect 的參保人處理服務或費用問題。電話號碼是 1-855-501-3077。
- 致電**健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)** 獲得免費幫助。HICAP 為獨立組織。與本計劃沒有任何關聯。電話號碼是 1-800-434-0222。
- 致電**醫療保健計劃管理局 (DMHC)** 幫助中心獲得免費幫助。DMHC 負責管理醫療保健計劃。DMHC 幫助 Cal MediConnect 參保人處理關於 Medi-Cal 服務或費用問題的上訴。電話號碼是 1-888-466-2219。失聰、聽障或語障人士可使用免費聽語障電話：1-877-688-9891。
- 諮詢您的**醫生或其他提供者**。您的醫師或其他醫療服務提供者可以代表您要求取得給付決定或提出上訴。
- 與**朋友或家人**溝通，讓他們成為您的代表人。您可以指定任何其他人士作為您的「代表」代您申請承保範圍裁決或提出上訴。
 - 如果您想讓親友或其他人士作為您的代表，請致電客戶服務部索要「代表委任書」。您也可前往 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 獲取該表格。此表格將授予該人士代表您行事的權限。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
- 您也有權**聘請律師**代您行事。您可致電您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些法律團體會為您提供免費法律服務。如需律師代表您行事，您將需填寫「代表委任書」。您可致電 1-888-804-3536，向醫療消費者聯盟申請一名法律援助律師。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 但您不必聘請律師，也可申請任何類別的承保範圍裁決或提出上訴。

D3.根據您的具體情況參閱本章中對應的小節

涉及承保範圍裁決和上訴的情況共有四種。每種情況設有不同的規則和截止日期。我們將本章分成不同的小節，以便於您找到需要遵循的規則。您只需閱讀適用於您的問題的小節：

- **第 152 頁 E 節** 介紹當您遇到與服務、用品和藥物（非 D 部份藥物）有關的問題時適用的資訊。例如，在以下情況下使用本節：
 - 您沒有獲得您想要的醫療護理，或您認為我們的計劃承保此護理。
 - 我們不批准您的醫生想要為您提供的服務、用品或藥物，而您認為該等護理應獲承保。
 - **註：** 僅在涉及到 D 部份不承保藥物時使用 E 節。承保藥物清單（也稱為藥物清單）中帶有「NPD」的藥物不受 D 部份承保。請參閱第 164 頁的 F 節瞭解如何就 D 部份藥物提出上訴。
 - 您已接受醫療護理或服務，且您認為這些醫療護理或服務應獲承保，但我們卻不支付該等護理的費用。
 - 您獲得了您認為應獲承保的醫療服務或用品並已對此付費，您想要求我們向您作出償付。
 - 您被告知我們將會縮減或終止您一直在接受的護理的承保，您不同意我們的決定。
 - **註：** 如果即將終止的保險屬於醫院護理、居家護理、專業療養院護理，或綜合門診康復機構 (CORF) 服務保險，您需閱讀本章的某個獨立章節，因為此類別的護理適用特殊規則。請參閱第 172 頁和第 177 頁 G 節和 H 節。
- **第 164 頁 F 節** 介紹關於 D 部份藥物的資訊。例如，在以下情況下使用本節：
 - 您想向我們申請例外處理，以承保我們的藥物清單上未列出的 D 部份藥物。
 - 您想向我們申請豁免您可以獲取的藥物的數量限制。
 - 您想向我們申請承保需要事先批准的藥物。
 - 我們不批准您的申請或拒絕作出例外處理，但您或您的醫生或其他處方醫生不認同我們的做法。
 - 您想要求我們支付您已購買的處方藥的費用。（這是一項與付款有關的承保範圍裁決要求。）
- **第 172 頁 G 節** 介紹如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保的相關資訊。在以下情況下使用本節：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 您已住院，且認為醫生過快讓您出院。
- **第 177 頁 H 節** 介紹如果您認為您的居家健康護理、專業護理機構護理以及綜合門診康復機構 (CORF) 服務過早結束的相關資訊。

如果您不確定您應使用哪一章節，請致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。

如果您需要其他幫助或資訊，請致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃，電話：1-855-501-3077。

E. 與服務、用品和藥物（非 D 部份藥物）有關的問題

E1. 本節適用情況

本節介紹當您遇到與您的醫療、行為健康以及長期服務及支援 (LTSS) 方面的福利有關的問題時應該如何處理。您還可在遇到關於 D 部份不承保藥物的問題時使用本節，包括 Medicare B 部份藥物。藥物清單中旁邊有「NPD」字樣的藥物不受 D 部份承保。請參閱 F 節瞭解如何就 D 部份藥物提出上訴。

本節說明了您處於以下任一種情況時，該如何處理：

1. 您認為我們應承保您需要但未獲得的醫療、行為健康或長期服務及支援 (LTSS)。

您可採取的措施： 您可要求我們為您作出承保範圍裁決。請查閱第 153 頁 E2 節，瞭解關於要求承保範圍裁決的資訊。

2. 我們不批准您的醫生想要為您提供的護理，但您認為我們應該批准。

您可採取的措施： 您可以對我們作出的不批准護理的決定提出上訴。請查閱第 155 頁 E3 節，瞭解關於提出上訴的資訊。

3. 您獲得了您認為我們應承保的服務或用品，但我們不支付費用。

您可採取的措施： 您可以對我們作出的拒絕支付的決定提出上訴。請查閱第 155 頁 E3 節，瞭解關於提出上訴的資訊。

4. 您獲得了您認為應獲承保的服務或用品並已對此付費，您要求我們就該服務或用品向您作出償付。

您可採取的措施： 您可要求我們向您作出償付。請參閱第 163 頁 E5 節，瞭解關於如何要求我們作出償付的資訊。

5. 我們縮減或終止了特定服務的承保，並且您不同意我們的裁決。

您可採取的措施： 您可以對我們作出的縮減或終止服務的決定提出上訴。請查閱第 155 頁 E3 節，瞭解關於提出上訴的資訊。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

註：如果即將終止的承保屬於醫院護理、居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的承保，則適用特殊規則。參閱第 172 和第 177 頁 G 或 H 節瞭解更多資訊。

E2.申請承保範圍裁決

如何申請承保範圍裁決以獲得醫療、行為健康或特定長期服務及支援（CBAS 或 NF 機構服務）

如果要申請承保範圍裁決，可透過致電、寫信、傳真或要求您的代表或醫生向我們申請裁決。

- 您可以撥打我們的電話：1-855-905-3825（聽障專線：711。
- 您可以向我們發傳真：1-323-889-6577
- 您可以寄信至我們的地址：Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

獲得承保範圍裁決需要多長的時間？

在您提交申請且我們收到所有必要資訊後，我們通常需要 5 個工作日才能作出裁決，但這不適用於您就 Medicare B 部份處方藥提出的申請。如果您針對 Medicare B 部份處方藥提出申請，我們將在收到您的申請後 72 小時內為您作出裁決。如果我們沒有在 14 天內（如果是 Medicare B 部份處方藥，則為 72 小時內）為您作出裁決，您可以提出上訴。

有時候我們需要更多的時間，這種情況下我們會來信告知您我們需要延長最多 14 天。該信函將告訴您為何需要更多時間。如果您就 Medicare B 部份處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。

我是否可更快地獲得承保範圍裁決？

是。如果您因健康問題而需要更快地獲得回覆，請向我們申請「快速承保範圍裁決」。如果我們批准您的申請，將會在 72 小時內（如果是 Medicare B 部份處方藥，則為 24 小時內）通知您我們的裁決。

但是，有時候我們需要更多的時間，這種情況下我們會來信告知您我們需要延長最多 14 個曆日。該信函將告訴您為何需要更多時間。如果您就 Medicare B 部份處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。

「快速承保範圍裁決」在法律上的術語為「加急裁定」。

申請「快速承保範圍裁決」：

- 首先，向我們致電或傳真，申請承保您所需的護理服務。
- 您可撥打 1-855-905-3825（聽障專線：711）聯絡我們，或發傳真至 1-323-889-5049。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 有關如何聯絡我們的其他詳細資訊，請參閱第 2 章。

您也可以要求醫療服務提供者或您的代表為您申請快速承保範圍裁決。

申請快速承保範圍裁決的規則如下：

您必須滿足下述兩項要求才可獲得快速承保範圍裁決：

1. 只有在要求承保您尚未獲得的護理或用品時，才可獲得快速承保範圍裁決。（如果您的申請與您已獲得的護理或用品的付款有關，則您不能申請快速承保範圍裁決。）
2. 只有採用 **14 天** 的標準截止日期（或者對於 **Medicare B 部份處方藥**，採用 **72 小時** 的截止日期）會嚴重危害您的健康或影響您的身體機能時，方可獲得快速承保範圍裁決。
 - 如果您的醫生表示您需要獲得快速承保範圍裁決，則我們將自動為您作出快速承保範圍裁決。
 - 如果您申請快速承保範圍裁決但未得到您的醫生的支持，我們將會裁定您是否可獲得快速承保範圍裁決。
 - 如果我們裁定您的健康狀況不符合快速承保範圍裁決的要求，我們會向您致信說明。同時，我們仍將使用 **14 天** 的標準截止日期（對於 **Medicare B 部份處方藥**，則截止日期為 **72 小時**）。
 - 此信函將告知您，如果您的醫生要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
 - 此信函也會告知您如何就我們未作出快速承保範圍裁決，而作出標準決定的事提出「快速承保範圍投訴」。有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見第 183 頁 J 節。

如果承保範圍裁決是拒絕，我將如何得知此事？

如果裁決結果為**拒絕**承保，我們將來信告訴您我們**拒絕**的理由。

- 如果我們**拒絕**您的申請，您有權提出上訴，要求我們更改裁決。提出上訴是指要求我們審核拒絕承保的決定。
- 如果您決定上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序（請參閱下節，瞭解有關詳情）。

E3.就服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）提出的第 1 級上訴

什麼是上訴？

上訴是指以正式方式要求我們審核並更改您認為有誤的裁決。如果您或您的醫生或其他提供者不同意我們的裁決，您可提出上訴。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

大部份情況下，您必須從第 1 級開始上訴。如果您不想先向計劃提出有關 Medi-Cal 服務的上訴，如果您的健康情況危急或會對您的健康造成直接、嚴重的威脅，或如果您的疼痛症狀非常嚴重且需要快速裁決，您可向醫療保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care) 申請獨立醫療審查，網址為 www.dmhc.ca.gov。請參閱第 158 頁，瞭解更多資訊。如果您在上訴程序中需要協助，可聯絡 Cal MediConnect Ombuds 計劃，電話：1-855-501-3077。Cal MediConnect Ombuds 計劃與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。

什麼是第 1 級上訴？

第 1 級上訴是指向我們的計劃提出的第一次上訴。我們將審核您的承保範圍裁決，以確定其是否正確。審核員將不會是作出原始承保範圍裁決的人員。完成審核後，我們將以書面形式告知您我們的決定。

如果我們在審核後告知您，我們不承保該服務或用品，則您的個案可以進入第 2 級上訴。

如何提出第 1 級上訴？

- 若要開始上訴，您、您的醫生或其他提供者或您的代表必須聯絡我們。您可以撥打我們的電話號碼：1-855-905-3825（聽障專線：711）。如需關於如何聯絡我們以提出上訴的更多詳情，請參見第 2 章。
- 您可向我們提出「標準上訴」或「快速上訴」。
- 如果您申請標準上訴或快速上訴，請以書面形式或致電我們提出上訴。
- 您可以將書面申請提交至以下地址：

Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

- 您可以透過以下網址線上提交申請：
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
- 您還可透過致電我們提出上訴：1-855-905-3825（聽障專線：711）。
- 我們將在收到您上訴後的 5 天內寄信給您，告知您我們已收到上訴。

概覽：如何提出第 1 級上訴

您、您的醫生或您的代表可以書面形式提出申請，並將該申請郵寄或傳真給我們。您還可致電我們提出上訴。

- 您需要在我們作出裁決後的 60 天內提出上訴。如果您因充分理由錯過截止日期，您仍可進行上訴（請參見第 156 頁）。
- 如果您因為我們告知您目前獲得的服務將被更改或終止而提出上訴，並且您想在處理您的上訴時繼續獲得該服務，則您需要在更少天數內提出上訴（請參見第 158 頁）。
- 繼續閱讀此節以詳細瞭解適用於您的上訴的截止日期。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

「快速上訴」的法律術語為「加急重新考慮」。

其他人士是否可代表我提出上訴？

是。您的醫生或其他提供者可代表您提出上訴。同時，您的醫生或其他提供者之外的人員也可為您提出上訴，但前提是您必須填寫一份「代表委任書」。此委任書將授予其他人士代表您行事的權限。

如需獲取代表委任書，請致電客戶服務部索要，或瀏覽網站：

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。

如果上訴是由您或您的醫生或其他提供者之外的人士提出，則我們必須先收到已填妥的代表委任書，才可審核上訴。

我必須在多長時間內提出上訴？

您必須在我們發出的裁決通知信函所載日期起的 **60 天內** 提出上訴。

如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由的示例為：您身患重病，或我們向您提供的上訴申請截止日期是錯誤的。您應在提出上訴時說明延遲提出上訴的原因。

註：如果您因為我們告知您目前獲得的服務將被更改或終止而提出上訴，並且您想在處理您的上訴時繼續獲得該服務，則您需要在**更少天數內**提出上訴。請閱讀第 158 頁「在第 1 級上訴期間我是否可繼續享受福利」以瞭解更多資訊。

我是否可取得我的個案檔案副本？

是。您可透過致電客戶服務部免費向我們索要一份副本，電話：**1-855-905-3825**（聽障專線：711）。

我的醫生是否可向你們提供更多與我的上訴有關的資訊？

可以，您與您的醫生可向我們提供更多資訊以支持您的上訴。

我們將如何作出上訴裁決？

我們會仔細審查關於您的醫療護理承保申請的所有資訊。然後，我們將核實我們在**拒絕**您的申請時是否遵守所有規則。審核員將不會是作出原始裁決的人員。

如果我們需要更多資訊，可能會要求您或您的醫生提供。

我將在何時收到「標準」上訴裁決？

我們必須在收到您的上訴後 **30 天內**（或者收到您就 Medicare B 部份處方藥提出的上訴後 **7 天內**）給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如果我們未能在 30 天內（對於就 Medicare B 部份處方藥提出的申請，則為收到上訴後 7 天內）對您的上訴作出答覆，且您的問題與 Medicare 服務或用品承保有關，我們會自動將您的個案移送至第 2 級上訴程序。若發生此種情況，我們將告知您。
- 如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品承保有關，您將需要自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請查閱第 158 頁 E4 節。

如果我們批准您的部份或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 30 天內（或者收到您的 Medicare B 部份處方藥上訴後 7 天內）批准或提供承保。

如果我們拒絕您的部份或全部請求，我們將向您致函。如果您的問題與 Medicare 服務或用品承保有關，信中會告知您我們將您的個案移送至獨立審核機構以進行第 2 級上訴。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品承保有關，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請查閱第 158 頁 E4 節。

我將在何時收到「快速」上訴裁決？

如果您提出快速上訴，我們將在收到您的上訴後的 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。

- 如果我們未能在 72 小時內對您的上訴做出答覆，且您的問題與 Medicare 服務或用品承保有關，我們會自動將您的個案移送至第 2 級上訴程序。若發生此種情況，我們將告知您。
- 如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品承保有關，您將需要自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請查閱第 158 頁 E4 節。

如果我們批准您的部份或全部請求，我們必須在我們收到您上訴後 72 小時內批准或提供該保險。

如果我們拒絕您的部份或全部請求，我們將向您致函。如果您的問題與 Medicare 服務或用品承保有關，信中會告知您我們將您的個案移送至獨立審核機構以進行第 2 級上訴。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或用品承保有關，該信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。如需更多關於第 2 級上訴程序的資訊，請查閱第 158 頁 E4 節。

在第 1 級上訴期間我是否可繼續享受福利？

如果我們決定更改或終止之前批准的服務或用品承保，我們將在採取行動之前給您寄送通知。如果您不同意該行動，您可以提出第 1 級上訴並要求我們繼續提供該服務或用品福利。您**必須在以下時間中較晚者之時或之前申請**才能繼續您的福利：

- 我們的行動通知的郵寄日期的 10 天內；或
- 行動的預期生效日期。

如果您遵守此截止期限，您可以在上訴處理期間繼續獲得有爭議的服務或用品。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

E4.就服務、用品及藥物（非 D 部份藥物）提出的第 2 級上訴

如果本計劃在第 1 級上訴時拒絕您的請求，接下來會怎樣？

如果我們拒絕您的第 1 級上訴的部份或全部請求，我們將向您致信說明。信中將說明該服務或用品是否通常由 Medicare 或 Medi-Cal 承保。

- 如果您的問題與 **Medicare** 服務或用品有關，我們將在第 1 級上訴結束時自動儘快將您的個案移送至第 2 級上訴程序。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或用品有關，您可以自行提出第 2 級上訴。信中將告訴您如何操作。該資訊亦載於下方。

什麼是第 2 級上訴？

第 2 級上訴是指第二次上訴，由與計劃無關的獨立機構執行。

我的問題與 Medi-Cal 服務或用品有關。如何提出第 2 級上訴？

就 Medi-Cal 服務和用品提出第 2 級上訴有兩種方法：(1) 提出投訴或獨立醫療審查，或申請召開 (2) 州立聽證會。

(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申請獨立醫療審查 (IMR)。提出投訴後，DMHC 將對我們的判定進行審查，並作出裁決。您可針對任何屬於醫療性質的 Medi-Cal 承保服務或用品提出 IMR 申請。IMR 是由本計劃網絡外或 DMHC 的醫生對您的個案進行的審查。如果 IMR 裁定您勝訴，我們必須為您提供您申請的服務或用品。您無需為 IMR 支付費用。

如果我們的計劃有以下行為，您可以提出投訴或申請 IMR：

- 我們的計劃因裁定某項 Medi-Cal 服務或治療不具醫療上的必要性而予以拒絕、變更或延期。
- 拒絕就嚴重的病症承保試驗性或研究性的 Medi-Cal 治療。
- 拒絕就您已接受的緊急或急症 Medi-Cal 服務付款。
- 沒有在收到標準上訴的 30 天內（如為快速上訴，則在 72 小時內）就 Medi-Cal 服務對您的第 1 級上訴進行裁決。

註：如果您的醫療服務提供者為您提出上訴，但我們並未收到您的代表委任書，則您需要先重新向我們提出上訴，才能向醫療保健計劃管理局(Department of Managed Health Care)提出第 2 級 IMR。

您可以同時申請 IMR 和州立聽證會，但如果您已就相同問題申請舉辦了州立聽證會，則不能再申請 IMR。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

大部份情況下，您必須先向我們提出上訴才能申請 IMR。請參見第 174 頁以瞭解關於我們的第 1 級上訴程序的資訊。如果您不同意我們的裁決，您可以向 DMHC 提出投訴或向 DMHC 幫助中心提出 IMR 申請。

如果我們因您的治療屬試驗/研究性質而拒絕承保，則您不必參加我們的上訴程序即可申請 IMR。

如果您的情況危急或者會對您的健康造成直接、嚴重的威脅，或者您的疼痛症狀非常嚴重，您可以立即告知 DMHC，而無需先完成我們的上訴流程。

您必須在我們向您發出上訴書面裁決後的 **6 個月內申請 IMR**。DMHC 可能會接受您在 6 個月後提出的申請，但須有正當理由，例如您因生病而無法在 6 個月內要求 IMR，或者您未收到我們關於 IMR 程序的確切通知。

申請進行 IMR：

- 填寫獨立醫療審查申請書/投訴表，這些表格可在 www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx 獲取或致電 DMHC 幫助中心索要，電話：1-888-466-2219。語障人士可致電 1-877-688-9891。
- 您可能需要附上關於被拒絕之服務或用品的信函或其他文件的副本（如有）。這將有助於加快 IMR 的進度。請郵寄這些文件的副本，而不是原件。幫助中心不會退還任何文件。
- 如有其他人協助您處理 IMR 事宜，則填寫《協理授權書》。您可以在 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 上獲取授權書表格，或可致電該部門幫助中心索要，電話：1-888-466-2219。語障人士可致電 1-877-688-9891。
- 將您的表格和任何附件寄送或傳真至：

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

如果您符合 IMR 資格，DMHC 將審查您的個案，並在 7 日內發函告知您是否符合 IMR 資格。收到您的計劃提交的申請和證明文件後，將於 30 日內作出 IMR 裁決。您應在提交完整申請書後的 45 日內收到 IMR 裁決。

如果您的個案十分緊急，並且您符合 IMR 資格，DMHC 將審查您的個案，並在 2 日內發函告知您是否符合 IMR 資格。收到您的計劃提交的申請和證明文件後，將於 3 日內作出 IMR 裁決。您應在提交完整申請書後的 7 日內收到 IMR 裁決。如果您對 IMR 的裁決結果不滿，您仍可以申請州立聽證會。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果 DMHC 未從您或您的主治醫生處收到所需的全部醫療記錄，IMR 可能需要更長時間來作出裁決。如果您就診的醫生不在您保健計劃的網絡內，請務必從這位醫生處取得您的醫療記錄並寄送給我們。您的保健計劃需要從網絡內醫生處取得您醫療記錄的副本。

如果 DMHC 裁定您的情況不符合申請 IMR 的資格，DMHC 將透過常規的消費者投訴程序審查您的個案。您的投訴會在提交完整申請書後的 30 日內得到裁決。如果您的投訴非常緊急，裁決速度將會更快。

(2) 州立聽證會

您可以就 Medi-Cal 承保的服務和用品申請州立聽證會。如果我們不批准您的醫生或其他提供者請求的服務或用品，或如果我們將停止就您已經獲得的服務或用品支付費用並拒絕了您的第 1 級上訴，您有權申請州立聽證會。

大多數情況下，在我們向您寄出「您申請舉行聽證會的權利」通知後，**您有 120 天的時間來申請州立聽證會。**

註：如果您因為我們告知您目前獲得的服務將被更改或終止而申請州立聽證會，並且您想在等待召開州立聽證會期間繼續獲得該服務，**則您需要在更少天數內提交請求。**請閱讀第 161 頁「在第 2 級上訴期間我是否可繼續享受福利」以瞭解更多資訊。

申請州立聽證會有兩種方式：

1. 您可以填寫行動通知背面的「州立聽證會申請」。您應提供所有必填的資訊，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、涉及的援助計劃以及您想舉行聽證會的詳細原因。然後，您可以將申請提交至以下任一部門：
 - 縣福利部門，地址如通知所示。
 - 加州社會服務局(California Department of Social Services)，地址：
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - 州立聽證會部門，傳真號碼：916-651-5210 或 916-651-2789。
2. 您可以致電加州社會服務局(California Department of Social Services)，電話：1-800-952-5253。聽障人士可致電1-800-952-8349。如果您決定透過電話申請州立聽證會，那麼請注意，電話線非常繁忙。

我的問題與 Medicare 服務或用品有關。第 2 級上訴將會發生什麼？

獨立審核機構 (IRE) 將會認真審查第 1 級上訴的裁決，並決定是否應變更裁決。

- 您無需申請第 2 級上訴。我們會自動將任何遭到拒絕的上訴（全部或部份）移送至 IRE。若發生此種情況，我們將告知您。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- IRE 受僱於 Medicare，與本計劃無關。
- 您可致電客戶服務部索要一份您的檔案副本，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。

IRE 必須在收到您的第 2 級上訴後的 30 天內（或者收到您就 Medicare B 部份處方藥提出的上訴後 7 天內）給您答覆。如果您在獲得醫療服務或用品之前提交上訴，則適用此規則。

- 但是，如果 IRE 需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 14 天。如果 IRE 需要延長作出裁決的時間，將會來信通知您。如果您就 Medicare B 部份處方藥提出上訴，IRE 將不可延長作出裁決的時間。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，那麼您的第 2 級上訴將自動成為快速上訴。IRE 必須在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆。

- 但是，如果 IRE 需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 14 天。如果 IRE 需要延長作出裁決的時間，將會來信通知您。如果您就 Medicare B 部份處方提出上訴，IRE 將不可延長作出裁決的時間。

在第 2 級上訴期間我是否可繼續享受福利？

如果您的問題與 Medicare 承保的服務或用品有關，在獨立審核機構執行第 2 級上訴程序期間，這些服務或用品福利將不會繼續。

如果您的問題與 Medi-Cal 承保的服務或用品有關，並且您要求舉行州立聽證會，那麼這些 Medi-Cal 服務或用品福利可以持續至作出聽證會裁決。您必須在以下時間中較晚者之時或之前申請才能繼續您的福利：

- 在我們向您郵寄已維持不利福利裁定（第 1 級上訴裁決）通知日期的 10 天內；或
- 行動的預期生效日期。

如果您遵守此截止期限，您可以在作出聽證會裁決之前繼續獲得有爭議的服務或用品。

我將如何得知裁決結果？

如果您的第 2 級上訴是獨立醫療審查，醫療保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care) 會來信說明審查您的個案的醫生所作的裁決。

- 如果獨立醫療審查裁決的結果是**批准**您請求的部份或全部服務或治療，則我們必須提供這些服務或治療。
- 如果獨立醫療審查裁決的結果是**拒絕**您的部份或全部請求，則表示其同意第 1 級裁決。您仍然可以申請州立聽證會。請參閱第 160 頁，瞭解關於如何申請州立聽證會的資訊。

如果您的第 2 級上訴是透過州立聽證會進行的，加州社會服務局 (California Department of Social Services) 將向您來信說明其裁決結果。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如果州立聽證會裁決的結果是**批准**您的部份或全部請求，則我們必須遵守此項裁決。我們必須在收到裁決書之日起的 **30 天**內採取規定的行動。
- 如果州立聽證會裁決的結果是**拒絕**您的部份或全部請求，則表示其同意第 **1 級**裁決。我們可能會停止任何您正在接受的聽證待裁決時的暫時補助。

如果您的第 2 級上訴進入 **Medicare 獨立審核機構 (IRE)** 的審查程序，其將向您來信說明裁決結果。

- 如果 **IRE 批准**您在標準上訴中提出的部份或全部請求，我們必須在收到 **IRE** 的裁決後的 **72 小時**內批准醫療護理承保，或在 **14 天**內為您提供服務或用品。如果您提出了快速上訴，我們必須在收到 **IRE** 的裁決後的 **72 小時**內批准醫療護理承保或為您提供服務或用品。
- 在您針對 **Medicare B 部份**處方藥提出標準上訴時，如果 **IRE 批准**您的部份或全部請求，我們必須在收到 **IRE** 的裁決後的 **72 小時**內批准或提供相應的 **Medicare B 部份**處方藥。如果您提出了快速上訴，我們必須在收到 **IRE** 的裁決後的 **24 小時**內批准或提供 **Medicare B 部份**處方藥。
- 如果 **IRE 拒絕**您的部份或全部請求，則表示其同意第 **1 級**裁決。這稱為「維持裁決」。也稱為「駁回上訴」。

如果裁決結果是拒絕我的全部或部份請求，我是否可再次提出上訴？

如果您的第 2 級上訴是透過獨立醫療審查進行的，您可以申請州立聽證會。請參閱第 160 頁，瞭解關於如何申請州立聽證會的資訊。

如果您的第 2 級上訴是透過州立聽證會進行的，您可以在收到裁決後的 **30 天**內申請重新聽證。您還可在收到裁決後的一年內，透過向高等法院遞交訴狀（根據《民事訴訟法》第 1094.5 節申請對州立聽證會駁回上訴的裁決進行司法複核。如果您已對同一個問題舉行了州立聽證會，那麼您不得再申請 **IMR**。

如果您的第 2 級上訴進入 **Medicare 獨立審核機構 (IRE)** 的審查程序，您僅在申請的服務或用品的美元價值達到特定最低金額的情況下才可重新上訴。**IRE** 的來信中將說明您可能擁有的其他上訴權利。

請參見第 182 頁 I 節，瞭解更多關於其他上訴級別的資訊。

E5.付款問題

我們不允許我們的網絡內提供者針對承保的服務和用品向您收費。即使我們向提供者支付的費用比提供者對承保服務或用品收取的費用少，這項規定也適用。我們決不會要求您支付任何賬單的差額。您唯一需要支付的金額是品牌和普通處方藥的共付額。

如果針對承保服務和用品您收到超過您的共付額的帳單，請將帳單寄送給我們。您不必自己支付賬單費用。我們將直接聯絡提供者，解決此問題。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如需更多資訊，請閱讀第 7 章：「要求我們對您收到的承保服務或藥物賬單支付應承擔的費用。」第 7 章描述了您可能要求我們就某個醫療服務提供者向您發出的賬單給予報銷或作出支付的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們付款的書面材料。

如果我已支付服務或用品的費用，可以要求你們就*你們應承擔的部份*向我作出償付嗎？

記住，如果針對承保服務和用品您收到超過您的共付額的帳單，您不應自行支付該帳單。但如果您確實支付了該賬單，只要您遵守了獲取服務和用品的規則，您可獲得退款。

如果您要求計劃對您作出償付，即是申請承保範圍裁決。我們會審查您已付款的服務或用品是否在承保範圍內，並將核實您是否遵循所有的承保規則。

- 如果您已付款的服務或用品獲承保且您遵守所有規則，我們將在接到您請求後 60 天內向您的醫療服務提供者寄出我們應承擔的服務或用品費用付款。
- 如果您尚未就服務或用品作出支付，我們將直接向提供者作出付款。我們寄出付款即表明**批准**您的承保範圍裁決請求。
- 如果服務或用品未獲承保，或如果您未遵循所有規則，我們將會寄給您一封信函，告知您我們將不會為該服務或用品付費並說明原因。

如果我們表示不會作出支付，該如何處理？

如果您不同意我們的裁決，可**提出上訴**。請遵循第 155 頁 E3 節中所述的上訴程序。遵循此類指示時，請注意：

- 如果您針對費用償付提出上訴，我們必須在收到您的上訴後 30 天內給您答覆。
- 如果您要求我們償付您已接受並自行作出支付的服務或用品之費用，則您不能申請快速上訴。

如果我們**駁回**了您的上訴且該服務或用品通常由 Medicare 承保，我們會自動將您的個案移送至獨立審核機構 (IRE)。如果發生此種情況，我們將來信通知您。

- 如果 IRE 推翻我們的裁決並表示我們應為您付費，則我們必須在 30 天內向您或提供者作出付款。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序**批准**了您的上訴，我們必須在 60 天內向您或提供者作出您所請求的付款。
- 如果 IRE **拒絕**您的上訴，即表示其同意我們的裁決，不批准您的請求。（這稱為「維持裁決」。也稱為「駁回上訴」。）您將收到一封信函，信中將說明您可能擁有的其他上訴權利。您僅在申請的服務或用品的美元價值達到特定最低金額的情況下才可重新上訴。請參見第 182 頁 I 節，瞭解更多關於其他上訴級別的資訊。

如果我們**駁回**了您的上訴，且該服務或用品通常由 Medi-Cal 承保，您可以自行提出第 2 級上訴（參閱第 158 頁 E4 節）。



F. D 部份藥物

F1. 如果您在獲取 D 部份藥物方面遇到問題或希望我們就 D 部份藥物向您作出償付，該如何處理

作為我們計劃會員，您的福利包含多種處方藥的承保。其中大部份藥物為「D 部份藥物」。有少數藥物不獲 Medicare D 部份承保，但卻可由 Medi-Cal 承保。本節僅適用於就 D 部份藥物提出上訴。

藥物清單上列有某些帶「NPD」字樣的藥物。這些藥物並非 D 部份藥物。就旁邊有「NPD」字樣的藥物提出上訴或申請承保範圍裁決均依照第 152 頁 E 節的程序進行。

我是否可就 D 部份處方藥申請承保範圍裁決或提出上訴？

是。以下是您可要求我們就 D 部份藥物作出的承保範圍裁決的示例：

- 您可要求我們作出例外處理，例如：
 - 要求我們承保不在計劃的藥物清單上的 D 部份藥物
 - 要求我們豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制）
- 您詢問我們某種藥物是否獲承保（例如，當您的藥物列於計劃的藥物清單，但我們要求在我們為您承保前，您必須先取得我們的批准）。

註：如果您的藥房告知您，無法為您配取處方藥，您將會收到一份書面通知，說明如何聯絡我們以申請承保範圍裁決。

- 您要求我們支付您已購買的處方藥。這是一項與付款有關的承保範圍裁決要求。

就 D 部份藥物作出承保範圍裁決的**法律術語**為「**承保範圍裁定**」。

如果您不同意我們作出的承保範圍裁決，可對此提出上訴。本節介紹如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴。

請利用下表來協助您確定哪一節所載資訊適用於您所處的情形：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

您處於以下哪種情形？

您是否需要未包含在我們藥物清單上的藥物，或需要我們豁免承保藥物的規則或限制？ 您要求我們作出例外處理。（這是一種承保範圍裁決的類型。） 請參見第 165 頁 F2 節。請參閱第 166 頁和第 167 頁 F3 節 和 F4 節。	您是否想要我們承保我們藥物清單上的藥物，並且您認為對於您需要的藥物，您滿足所有的計劃規則或限制（例如事先取得批准）？ 您可要求我們為您作出承保範圍裁決。 向前跳至第 167 頁 F4 節。	您是否想要求我們償付您已取得並付款的藥物？ 您可要求我們向您作出償付。（這是一種承保範圍裁決的類型。） 向前跳至第 167 頁 F4 節。	我們是否已告知您，我們將不會依照您想要的承保或支付方式來承保或支付某種藥物？ 您可提出上訴。（這就意味著您要求我們重新考慮。） 向前跳至第 169 頁 F5 節。
--	---	--	--

F2. 什麼是「例外處理」

例外處理指允許承保通常未列於我們藥物清單上的藥物，或允許在無特定規則及限制的情況下使用該藥物。如果藥物並未列於我們的藥物清單上，或並未按您期望的方式承保，您可要求我們作出「例外處理」。

當您要求作出例外處理時，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要例外處理說明醫療上的理由。

以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們作出例外處理的示例：

- 承保未列於我們的藥物清單上的 D 部份藥物。
 - 如果我們同意作出例外處理，並承保未包含在藥物清單中的藥物，您將需要為品牌藥支付第 3 級藥物的分攤費用金額，或為普通藥支付第 2 級藥物的分攤費用金額。
 - 您無法對該藥物您應支付的共付額或共同保險要求例外處理。
- 免除我們的承保範圍限制。我們藥物清單上的某些藥物具有額外的規則或限制（有關詳細資訊，請查閱第 5 章 **C 節**）。
 - 某些藥物承保範圍的額外規則與限制包含：



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 在我們同意為您承保該藥物前，需取得計劃的批准。（此步驟有時稱為「事先授權」。）
- 在同意承保您請求的藥物前，我們會要求您先嘗試一種不同的藥物。（此步驟有時稱為「階段治療」。）
- 數量限制。對於某些藥物，我們限制了您可以獲得的數量。
- 若我們同意作出例外處理，並為您解除限制，您仍可以就該藥物應支付的共付額要求作出例外處理。

請求免除藥物承保範圍限制的法律術語有時稱為申請「處方藥一覽表例外處理」。

F3. 申請例外處理須知

您的醫生或其他處方醫生必須告訴我們醫療上的理由

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供一份聲明，就申請例外處理說明醫療上的理由。在您申請例外處理時，若能附帶您的醫生或其他處方醫生出具的此資訊，則可縮短例外處理的裁決時間。

通常，我們的藥物清單對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。如果某種替代藥物和您所請求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將不會批准您的例外處理申請。

我們將批准或拒絕您的例外處理申請

- 如果我們**批准**您的例外處理申請，則該例外處理通常將持續至本年結束。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
- 如果我們**拒絕**您的例外處理申請，您可透過提出上訴要求審核我們的裁決。第 169 頁 F5 節將介紹如果我們**拒絕**您的申請，您應如何提出上訴。

下一節將介紹如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）。



F4.如何就 D 部份藥物或 D 部份藥物報銷申請承保範圍裁決（包括例外處理）

如何操作

- 瞭解您所需的承保範圍裁決的類型。透過致電、寫信或傳真方式向我們提出申請。您、您的代表或醫生（或其他處方醫生）均可提出此請求。您可以撥打我們的電話號碼：**1-855-905-3825（聽障專線：711）**。
- 您或您的醫生（或其他處方醫生）或您的代表均可申請承保範圍裁決。您可要求某律師代表您行事。
- 請參閱第 150 頁 D 節，瞭解如何授權其他人士擔任您的代表。
- 您的醫生或其他處方醫生無需您的書面授權也可代表您向我們申請承保範圍裁決。
- 如果您想要求我們報銷您的藥費，請參閱本手冊第 7 章。第 7 章說明您可能要求我們報銷的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們就您已支付的藥物，償付我們應承擔費用的書面材料。
- 如果您要求例外處理，請提供「支持聲明」。您的醫生或其他處方醫生必須就申請藥物例外處理向我們提供醫療上的理由。我們稱之為「支持聲明」。
- 您的醫生或其他處方醫生可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄聲明。

概覽：如何就藥物或付款申請承保範圍裁決

您可透過致電、寫信或傳真方式向我們提出申請，或要求您的代表或醫生或處方醫生提出申請。我們將在 72 小時內給予標準承保範圍裁決的回覆。對於您已付費的 D 部份藥物，我們將在 14 天內給予關於報銷的回覆。

- 如果您申請例外處理，請附上您的醫生或其他處方醫生出具的支持聲明。
- 您或您的醫生或其他處方醫生可要求我們作出快速裁決。（快速裁決通常在 24 小時內作出。）
- 請參閱本章節，瞭解您是否具備申請快速裁決的資格！閱讀本章，您還可找到關於裁決截止期限的資訊。

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出「快速承保範圍裁決」

除非我們同意採用「快速截止期限」，否則，我們將會採用「標準截止期限」。

- 標準承保範圍裁決**指我們將在收到您醫生的聲明後 72 小時內給您答覆。
- 快速承保範圍裁決**指我們將在收到您醫生的聲明後 24 小時內給您答覆。

「快速承保範圍裁決」的法律術語為「**加急承保範圍裁定**」。

只有在請求有關您尚未接受的藥物的承保範圍時，方可獲得快速承保範圍裁決。（如果您的請求與要求我們償付您已購買的藥物有關，則不能獲得快速承保範圍裁決。）

只有採用標準截止期限會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時，方可獲得快速承保範圍裁決。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果您的醫生或其他處方醫生告知我們您的健康狀況需要獲得「快速承保範圍裁決」，我們即自動同意對您作出快速承保範圍裁決，並會向您致信說明。

- 如果您自行申請快速承保範圍裁決（未獲得醫生或其他處方醫生支持），我們將判斷您是否需要獲得快速承保範圍裁決。
- 如果我們認為您的醫療狀況不符合快速承保範圍裁決的要求，我們將採用標準截止日期。
 - 我們會寄給您一封信告訴您這一點。該信函將告知您如何就我們向您作出標準裁決之決定提出投訴。
 - 您可提出「快速投訴」並在 24 小時內收到對投訴的答覆。有關提出投訴程序（包括快速投訴）的詳細資訊，請參見第 183 頁 J 節。

「快速承保範圍裁決」的截止日期

- 如果我們採用快速截止日期，則必須在 24 小時內給您答覆。這表示在我們收到您的申請後的 24 小時內給您回覆。或者，如果您申請例外處理，這表示我們會在收到您的醫生或處方醫生支持申請的聲明後 24 小時內回覆您。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。
- 如果我們未能在截止日期內給予您答覆，我們會將您的申請移送至第 2 級上訴程序。在第 2 級上訴程序期間，將由獨立審核機構審核您的申請。
- 如果我們的回答是批准您的部份或全部請求，則必須在收到您的申請或者您的醫生或處方醫生的支持聲明後 24 小時內提供承保。
- 如果我們拒絕您的部份或全部請求，我們將向您致信說明拒絕的原因。信中還會說明您可如何就我們的裁決提出上訴。

有關您尚未接受之藥物的「標準承保範圍裁決」截止日期

- 如果我們採用標準截止日期，則必須在接到您的申請後 72 小時內給您答覆。或者，如果您申請例外處理，這表示我們會在收到您的醫生或處方醫生的支持聲明後 72 小時內回覆您。如果您的健康狀況需要，我們會儘快給予答覆。
- 如果我們未能在截止日期內給您答覆，我們會將您的申請移送至第 2 級上訴程序。在第 2 級上訴程序期間，將由獨立審核機構審核您的申請。
- 如果我們批准您的部份或全部請求，則必須在收到您的申請，或者您的醫生或處方醫生的支持聲明（如果您申請例外處理）後 72 小時內批准或提供承保。
- 如果我們拒絕您的部份或全部請求，我們將向您致信說明拒絕的原因。信中還會說明您可如何就我們的裁決提出上訴。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

對於您已取得藥物之付款的「標準承保範圍裁決」截止日期

- 我們必須在收到您的申請後的 14 天內給您答覆。
- 如果我們未能在截止日期內給予您答覆，我們會將您的申請移送至第 2 級上訴程序。在第 2 級上訴程序期間，將由獨立審核機構審核您的申請。
- **如果我們批准**您的部份或全部請求，我們將在 14 天內向您付款。
- **如果我們拒絕**您的部份或全部請求，我們將向您致信說明**拒絕**的原因。信中還會說明您可如何就我們的裁決提出上訴。

F5.就 D 部份藥物提出第 1 級上訴

- 若要開始上訴，您、您的醫生或其他處方醫生或您的代表必須聯絡我們。
- 如果您要求標準上訴，您可透過寄送書面申請的方式提出上訴。您還可透過致電我們提出上訴：**1-855-905-3825**（聽障專線：711）。
- 如果您想要快速上訴，您可以透過書面形式或致電我們提出上訴。
- 您應在我們發出的裁決通知所載日期起的 **60 日內**提出上訴。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。舉例而言，錯過截止期限的充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您有權向我們索取有關您的上訴的資訊副本。如需索要一份副本，請致電客戶服務部，電話：**1-855-905-3825**（聽障專線：711）。

概覽：如何提出第 1 級上訴

您、您的醫生或處方醫生，或您的代表可以書面形式提出申請，並將該申請郵寄或傳真給我們。您還可致電我們提出上訴。

- 您需要在我們作出裁決後的 **60 天內**提出上訴。如果您因充分理由錯過截止日期，您仍可進行上訴。
- 您、您的醫生或處方醫生，或您的代表可以致電我們要求快速上訴。
- 請參閱本章節，瞭解您是否具備申請快速裁決的資格！閱讀本章，您還可找到關於裁決截止期限的資訊。

就 D 部份藥物承保範圍裁決向計劃提出上訴的**法律術語**為計劃「**重新裁定**」。

如果您願意，您與您的醫生或其他處方醫生可向我們提供其他資訊，支援您的上訴。

如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」

- 如果您就您尚未獲得的藥物對計劃所作裁決提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將需要確定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與獲得第 167 頁 F4 節中的「快速承保範圍裁決」的要求相同。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

「快速上訴」的法律術語為「加急重新裁決」。

我們的計劃將審核您的上訴並告知您我們的決定

- 我們會再次仔細審查有關您的承保申請的全部資訊。我們將核實我們在**拒絕**您的申請時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。審核員將不會是作出原始承保範圍裁決的人員。

「快速上訴」的截止日期

- 如果我們採用快速截止日期，我們將在收到您的上訴後 72 小時或更短時間（如果您的健康狀況需要快速回覆）內給您答覆。
- 如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們會將您的申請移送至第 2 級上訴程序。在第 2 級上訴程序期間，將由獨立審核機構審核您的上訴。
- **如果我們批准**您的部份或全部請求，則必須在收到您的上訴後 72 小時內提供承保。
- **如果我們拒絕**您的部份或全部請求，我們將向您致信說明**拒絕**的原因。

「標準上訴」的截止日期

- 如果我們採用標準截止日期，我們必須在收到您的上訴後 7 天或更短時間（如果您的健康狀況需要快速回覆）內給您答覆，除非您要求我們償付您已購買的藥物。如果您要求我們償付您已購買的藥物，我們必須在收到您的上訴申請後的 14 天內給您答覆。如果您認為您的健康狀況需要快速回覆，您應申請「快速上訴」。
- 如果我們未能在 7 天內或 14 天內（如您要求我們償付您已購買的藥物）給予您裁決，我們會將您的申請移送至第 2 級上訴程序。在第 2 級上訴程序期間，將由獨立審核機構審核您的上訴。
- **如果我們批准**您的部份或全部請求：
 - 如果我們批准承保請求，我們必須視您健康狀況的需要盡快提供承保，但不遲於收到您上訴後的 7 天或 14 天（如您要求我們償付您已購買的藥物）。
 - 如果我們批准償付您已購買之藥物的請求，我們將在收到您的上訴申請後的 30 天內向您作出付款。
- **如果我們拒絕**您的部份或全部請求，我們將向您寄送信函，說明拒絕的原因並告知如何對我們的裁決提出上訴。



F6.就 D 部份藥物提出第 2 級上訴

如果我們駁回您的部份或全部上訴，您可選擇接受此裁決，或是再次提出上訴。如果您決定進行第 2 級上訴，獨立審核機構 (IRE) 將審核我們的裁決。

- 如果您希望 IRE 審核您的個案，您必須以書面形式提出上訴申請。我們就第 1 級上訴的裁決寄出的信函中會說明如何申請第 2 級上訴。
- 當您向 IRE 提出上訴時，我們將會向其寄送您的個案檔案。您有權透過致電客戶服務部向我們索要一份您的個案檔案副本：1-855-905-3825（聽障專線：711）。
- 您有權向 IRE 提供其他資訊，以支持您的上訴。
- IRE 是 Medicare 聘請的一個獨立機構。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。
- IRE 的審核員將認真審查與您的上訴相關的所有資訊。該機構將向您致信說明其裁決結果。

概覽：如何提出第 2 級上訴

如果您希望獨立審核機構審核您的個案，您必須以書面形式提出上訴申請。

- 您需要在我們作出裁決後的 60 天內提出上訴。如果您因充分理由錯過截止日期，您仍可進行上訴。
- 您、您的醫生或其他處方醫生，或您的代表均可以申請第 2 級上訴。
- 請參閱本章節，瞭解您是否具備申請快速裁決的資格！閱讀本章，您還可找到關於裁決截止期限的資訊。

就 D 部份藥物向 IRE 提出上訴的法律術語為「重新裁定」。

第 2 級「快速上訴」的截止日期

- 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構 (IRE) 要求「快速上訴」。
- 若 IRE 同意為您進行「快速上訴」，則 IRE 必須在收到您的第 2 級上訴請求後 72 小時內給您答覆。
- 如果 IRE 批准您的部份或全部請求，我們必須在我們收到該決定後 24 小時內批准或向您提供該藥物保險。

第 2 級「標準上訴」的截止日期

- 如果您提出第 2 級標準上訴，獨立審核實體 (IRE) 必須在收到您的第 2 級上訴後的 7 天內或 14 天內（如您要求我們償付您已購買的藥物）給您答覆。
- 如果 IRE 批准您的部份或全部請求，我們必須在我們收到裁決後的 72 小時內批准或向您提供該藥物承保。
- 如果 IRE 批准償付您已購買之藥物的請求，我們將在收到該決定後 30 天內向您寄出付款。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果獨立審核機構拒絕您的第 2 級上訴，該如何處理？

拒絕意味著獨立審核機構 (IRE) 同意我們的不批准您請求的裁決。這稱為「維持裁決」。也稱為「駁回上訴」。

如果您想進入第 3 級上訴程序，您申請的藥物必須符合最低美元金額。如果價值低於最低金額，則不能進一步上訴。如果美元價值足夠高，則可要求進行第 3 級上訴。IRE 將向您致函，告知您繼續上訴程序需要達到的美元金額。

G. 申請延長住院承保

當您入院時，有權獲得診斷及治療傷病所需的所有承保住院服務。

您的承保住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一同商討您的出院日期。他們也會幫助安排您出院後需要的任何護理。

- 離開醫院的日期稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫務人員會告知您出院的日期。

如果您認為他們過快讓您出院，您可要求延長住院時間。本節將介紹如何提出要求。

G1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您入院後的兩天內，個案工作者或護士將向您提供一份名為「關於您所享權利的 Medicare 重要資訊」的通知。如果您未獲得此通知，請向醫院員工索取。如需幫助，請致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

請仔細閱讀此通知，如有不理解，請詢問。「重要資訊」將介紹您作為住院患者所享有的權利，包括：

- 在住院期間及出院後獲得 Medicare 承保服務。您有權瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
- 參與作出關於您住院時長的任何決定。
- 知悉向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
- 在認為醫院過快讓您出院時提出上訴。

您應簽署 Medicare 通知，以表示您已收到通知並瞭解您的權利。簽署該通知並不意味著您同意醫生或醫務人員可能已告知您的出院日期。

請保留一份簽署的通知的副本，以便您在需要時查閱相關資訊。

- 如需預先查看此通知副本，您可致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。您也可以隨時致電



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。

- 您也可在線上瀏覽該通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。
- 如果您需要幫助，請使用以上號碼聯絡客戶服務部或 Medicare。

G2. 為了變更出院日期提出的第 1 級上訴

如果您想要我們延長住院服務承保，您必須提出上訴。品質改進機構進行第 1 級上訴審核，以確定您的計劃出院日期從醫療角度上看是否合適。加州的品質改進機構稱為 Livanta BFCC-QIO。

如要提出上訴以變更您的出院日期，請致電 Livanta BFCC-QIO，電話：1-877-588-1123（聽障專線：1-855-887-6668）。

立即撥打電話！

請在出院前致電 Quality Improvement Organization，致電時間不得遲於您的計劃出院日期。「關於您所享權利的 Medicare 重要資訊」包含有關如何聯絡 Quality Improvement Organization 的資訊。

- 如果您在出院前致電，那麼在等待 Quality Improvement Organization 對您的上訴作出裁決期間，您可在計劃出院日期後繼續住院，且無需付費。
- 如果您未致電提出上訴，並決定在計劃出院日期後繼續住院，您可能須支付在計劃出院日期後所獲得的所有住院護理的費用。
- 如果您錯過就上訴聯絡品質改進機構的截止日期，則可直接向我們的計劃提出上訴。請參閱第 175 頁 G4 節瞭解詳情。
- 住院護理服務同時受到 Medicare 和 Medi-Cal 的承保，因此，如果品質改進機構不聽審您要求繼續住院的申請，如果您認為您的情況非常緊急或會對您的健康造成直接、嚴重的威脅，或者如果您的疼痛症狀非常嚴重，您還可向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴或者要求其執行獨立醫療審查。請參閱第 158 頁 E4 節，瞭解如何提出投訴以及要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

概覽：如何提出第 1 級上訴以變更出院日期

致電您所在州的品質改進機構，電話：
1-877-588-1123（聽障專線：1-855-887-6668）
並要求「快速審核」。

請在您出院前致電，致電時間務必早於您的計劃出院日期。

我們希望確保您瞭解您需要採取的行動以及截止日期。

- **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候有疑問或需要幫助，請致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。您還可以致電健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222。或者，您可致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃，電話：1-855-501-3077。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

什麼是 Quality Improvement Organization?

該機構是由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人士組成的團體。這些專家並不屬於我們的計劃。他們由 Medicare 資助，旨在監察及幫助改善享有 Medicare 福利之人士獲得的護理品質。

要求「快速審核」

您必須要求 Quality Improvement Organization「快速審核」您的出院時間。要求「快速審核」指您要求該組織就上訴採用快速截止日期，而非標準截止日期。

「快速審核」的法律術語為「立即審核」。

快速審核有哪些流程？

- Quality Improvement Organization 的審核員將詢問您或您的代表關於您認為應在計劃出院日期後繼續獲得承保的原因。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
- 審核員將查看您的醫療記錄，與您的醫生交談並審核所有與您住院有關的資訊。
- 在審核員告知我們您的上訴事宜後，您會在次日中午前收到一封信函，其中指明了您的計劃出院日期。該信函將說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院的原因。

此書面說明的法律術語為「詳細出院通知」。您可透過致電客戶服務部獲取一份樣本，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。或者您可以在線上查閱通知範本，網址：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

如果回答是批准會如何？

- 如果 Quality Improvement Organization 批准您的上訴，我們必須繼續承保您的住院服務，時間視醫療必需性而定。

如果回答是拒絕會如何？

- 如果 Quality Improvement Organization 拒絕您的上訴，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。如果發生此情況，我們對您的住院服務的承保將在 Quality Improvement Organization 給予您答覆後次日中午結束。
- 如果 Quality Improvement Organization 拒絕，而您決定留在醫院中，則您可能必須支付繼續住院的費用。您可能必須支付的醫院護理費用於 Quality Improvement Organization 給予您回答之日中午開始。
- 如果 Quality Improvement Organization 駁回您的上訴，而您在計劃出院日期後繼續住院，屆時您可提出第 2 級上訴（詳見下一節所述）。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

G3. 為了變更出院日期提出的第 2 級上訴

如果 Quality Improvement Organization 駁回您的上訴，而您在計劃出院日期後繼續住院，可提出第 2 級上訴。您將需要再次聯絡 Quality Improvement Organization，要求再次審核。

您應在 Quality Improvement Organization 駁回您的第 1 級上訴後 **60 天內**申請進行第 2 級審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此審核。

加州的品質改進機構稱為 Livanta BFCC-QIO。您可致電 Livanta BFCC-QIO: **1-877-588-1123** (聽障專線: **1-855-887-6668**)。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。
- 在收到您的再次審核申請後的 **14 日內**，Quality Improvement Organization 的審查員將會作出裁決。

概覽：如何提出第 2 級上訴以變更出院日期

致電您所在州的品質改進機構，電話：
1-877-588-1123 (聽障專線: **1-855-887-6668**)
並要求再次審核。

如果批准會如何？

- 對於您自第一次上訴決定之日後次日中午起獲得的住院護理，我們必須向您償付我們應承擔的費用。我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果拒絕會如何？

這意味著 Quality Improvement Organization 同意第 1 級裁決並且不會作出更改。您收到的信函將告知您，如果您希望繼續上訴程序該如何行動。

如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付計劃出院日期後的全部費用。

您亦可向 DMHC 提出投訴或者要求其執行獨立醫療審查，以繼續您的住院承保。請參閱第 158 頁 E4 節，瞭解如何提出投訴以及要求 DMHC 執行獨立醫療審查。

G4. 如果我錯過上訴截止日期會如何

如果您錯過上訴的截止日期，還有另一種提出第 1 級和第 2 級上訴的方法，稱為替代上訴，但其前兩級上訴是不同的。

針對變更出院日期提出的第 1 級替代上訴

如果您錯過聯絡品質改進機構的截止日期（60 天內或者不遲於您的計劃出院日期，以較早者為準），可向我們提出上訴，要求「快速審核」。快速審核指採用快速截止日期，而非標準截止期限的上訴。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825 (聽障專線：711)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。
如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 此審核期間，我們將查看所有住院相關資訊。我們將核實關於您何時出院的裁決是否公平以及是否遵循所有規則。
- 我們將使用快速截止日期而非標準截止日期給予您審核答覆。這表示我們將在您要求「快速審核」後 72 小時內作出決定。
- **如果我們批准您的快速審核**，即表示我們同意您在出院日期後仍需要住院。我們將繼續承保住院服務，只要該住院服務具有醫療必需性。
- 這也表示，對於您自我們提出的承保終止之日起所接受的護理，我們同意向您償付我們應承擔的費用。
- **如果我們拒絕您的快速審核**，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。自我們提出的承保終止之日起，您的住院服務承保即告終止。
 - 如果您在計劃出院日期後繼續住院，屆時**您可能須支付**您在計劃出院日期後獲得的住院護理的**全部費用**。
- 為確保我們在**駁回**您的快速上訴時遵循所有規則，我們會將您的上訴移送至獨立審核機構。如果我們這樣做，即表示您的個案即將自動進入第 2 級上訴程序。

概覽：如何提出第 1 級替代上訴

撥打我們客戶服務部的電話並要求「快速審核」您的出院日期。

我們會在 72 小時內告知您我們的決定。

「快速審核」或「快速上訴」的法律術語為「**加急上訴**」。

針對變更出院日期提出的第 2 級替代上訴

我們會在作出第 1 級上訴裁決後的 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料送交至獨立審核機構 (IRE)。如果您認為我們未遵守此截止日期或其他截止日期，您可提出投訴。第 183 頁 J 節介紹了如何提出投訴。

第 2 級上訴期間，IRE 將審核我們在**拒絕**您的「快速審核」時作出的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的決定。

- IRE 會「快速審核」您的上訴。審核員通常會在 72 小時內給予答覆。
- IRE 是 Medicare 聘請的一個獨立機構。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。
- IRE 的審核員將仔細審查您就出院問題提出的上訴的所有相關資訊。

概覽：如何提出第 2 級替代上訴

您不需要採取任何行動。計劃會自動將您的上訴送交至獨立審核機構。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 如果 IRE **批准**您的上訴，那麼對於您自計劃出院日期起獲得的住院護理，我們必須向您償付我們應承擔的費用。我們也必須繼續承保您的住院服務，時間視醫療必需性而定。
- 如果 IRE **拒絕**您的上訴，即表示他們與我們意見一致，認為您的計劃出院日期從醫療角度看屬適當。
- IRE 將致函告知您，如果您希望繼續審核程序該如何行動。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴，此上訴由法官處理。

您亦可向 DMHC 提出投訴以及要求其執行獨立醫療審查，以繼續您的住院承保。請參閱第 158 頁 E4 節，瞭解如何提出投訴以及要求 DMHC 執行獨立醫療審查。您可以要求獨立醫療審查，以作為第 3 級上訴的補充或替代。

H. 如果您認為您的居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務結束得太早，該如何處理

本節僅涉及以下類型的護理：

- 居家醫療保健服務。
- 專業護理機構的專業護理。
- 作為 Medicare 認可的綜合門診康復機構 (CORF) 的門診患者而在接受的康復護理。這通常表示您在接受疾病或事故治療，或在大手術後進行恢復。
 - 就上述三類護理而言，只要您的醫生認為您需要，您便有權繼續取得承保服務。
 - 當我們決定終止承保上述任何服務時，我們必須在服務終止前告知您。您的相關護理承保終止時，我們將終止為您的服務付費。

如果您認為我們過快終止您的護理保險，**可對我們的決定提出上訴**。本節將介紹如何要求上訴。

H1. 您的承保即將終止時，我們將提前通知您

在我們停止為您的護理付款前，您將至少提前兩天收到通知。這稱為「Medicare 不承保通知」。書面通知將說明我們終止為您承保護理的日期以及如何就該裁決提出上訴。

您或您的代表應簽署該書面通知，以表示您已收悉。簽署**並不**表示您同意本計劃作出的是時候終止護理的決定。

您的承保終止時，我們將終止為您的護理支付分攤費用。

H2. 為了延長護理承保提出的第 1 級上訴

如果您認為我們過快終止您的護理保險，**可對我們的決定提出上訴**。本節將介紹如何要求上訴。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

提出上訴之前，請先瞭解必要事項及截止日期。

- **遵守截止日期。** 截止日期至關重要。請務必瞭解並遵守適用於必要事項的截止日期。我們計劃也必須遵守某些截止日期。（如果您認為我們未遵守截止日期，可提出投訴。第 206 頁 J 節介紹了如何提出投訴。）
- **需要時請尋求幫助。** 如果您在任何時候有疑問或需要幫助，請致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。您也可致電州健康保險援助計劃，電話：1-877-839-2675。

第 1 級上訴期間，Quality Improvement Organization 將審核您的上訴，並決定是否要更改我們作出的決定。加州的品質改進機構稱為 Livanta BFCC-QIO。您可致電 Livanta BFCC-QIO：1-877-588-1123（聽障專線：1-855-887-6668）。有關向 Quality Improvement Organization 提出上訴的資訊亦載列於「Medicare 不承保通知」。這是在我們告訴您我們停止承保您的護理時您收到的通知。

概覽：如何提出第 1 級上訴以要求計劃繼續承保護理

致電您所在州的品質改進機構，電話：
1-877-588-1123（聽障專線：1-855-887-6668）
並要求「快速上訴」。

請在離開為您提供護理的機構或場所前致電，致電時間必須早於您的計劃出院日期。

什麼是 Quality Improvement Organization？

該機構是由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人士組成的團體。這些專家並不屬於我們的計劃。他們由 Medicare 資助，旨在監察及幫助改善享有 Medicare 福利之人士獲得的護理品質。

您應提出何種要求？

要求他們進行「快速跟蹤上訴」。這是一項從醫療角度判斷我們終止為您承保服務是否適當的獨立審查。

聯絡此機構的截止日期是什麼時候？

- 您聯絡 Quality Improvement Organization 的時間不得遲於收到說明護理承保終止時間的書面通知後的次日中午。
- 如果您錯過就上訴聯絡品質改進機構的截止日期，則可直接向我們提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 180 頁 H4 節。
- 如果品質改進機構不聽審您要求繼續承保您的保健服務的申請，如果您認為您的情況非常緊急或會對您的健康造成直接、嚴重的威脅，或者您的疼痛症狀非常嚴重，您可向加州醫療保健計劃管理局 (DMHC) 提出投訴並要求其執行獨立醫療審查。請參閱第 177 頁 E4 節，瞭解如何提出投訴以及要求 DMHC 執行獨立醫療審查。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

該書面通知的**法律術語**為「**Medicare 不承保通知**」。如要取得樣本副本，請隨時致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障人士可致電 1-877-486-2048。或者在線上查閱副本，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices。

Quality Improvement Organization 的審核有哪些流程？

- Quality Improvement Organization 的審核員將向您或您的代表詢問你們認為應繼續承保該服務的原因。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
- 在您要求上訴的情況下，計劃必須向您及 Quality Improvement Organization 致函說明終止您服務的原因。
- 審核員也會查看您的醫療記錄，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
- 審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。您將收到說明該決定的信函。

說明服務承保終止原因之信函的**法律術語**為「**不承保詳細說明**」。

如果審核員批准上訴會如何？

- 如果審核員**批准**您的上訴，那麼我們必須繼續為您提供承保服務，只要該承保服務具有醫療必需性。

如果審核員拒絕會如何？

- 如果審核員**駁回**您的上訴，那麼您的承保將於我們之前通知您的日期終止。我們將終止支付我們對該護理應承擔的費用。
- 如果您決定在承保終止之日後繼續接受居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則須自行承擔該等護理的全部費用。

H3.為了延長護理承保提出的第 2 級上訴

如果 Quality Improvement Organization **駁回**上訴，且您選擇在護理承保終止後繼續接受護理，您可提出第 2 級上訴。

在第 2 級上訴期間，Quality Improvement Organization 將再次審核其第 1 級中所作出的決定。如其同意第 1 級上訴的裁決，則您可能須支付我們提出的承保終止之日後的居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

加州的品質改進機構稱為 Livanta BFCC-QIO。您可致電 Livanta BFCC-QIO：1-877-588-1123（聽障專線：1-855-887-6668）。您應在 Quality Improvement Organization 駁回您的第 1 級上訴後 **60 天內**申請進行第 2 級審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。
- Quality Improvement Organization 會在收到您的上訴請求後的 **14 天內**作出裁決。

如果審核機構批准會如何？

- 我們必須就您自我們告知保險終止之日起所接受的護理，向您償付我們應承擔的費用。我們必須繼續提供護理承保，只要該護理具有醫療必需性。

如果審核機構拒絕會如何？

- 這表明該機構同意其在第 1 級上訴中作出的裁決，且不會更改。
- 您收到的信函將告知您，如果您希望繼續審核程序該如何行動。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴，此上訴由法官處理。
- 您可向 DMHC 提出投訴並要求其執行獨立醫療審查，以繼續承保您的醫療保健服務。請參閱第 177 頁 E4 節，瞭解如何要求 DMHC 執行獨立醫療審查。您可向 DMHC 提出投訴並要求其執行獨立醫療審查，以作為第 3 級上訴的補充或替代。

H4.錯過提出第 1 級上訴的截止日期該如何處理？

如果您錯過上訴的截止日期，還有另一種提出第 1 級和第 2 級上訴的方法，稱為替代上訴，但其前兩級上訴是不同的。

為了延長護理承保提出第 1 級替代上訴

如果您錯過聯絡品質改進機構的截止日期，可向我們提出上訴，要求「快速審核」。快速審核指採用快速截止日期，而非標準截止期限的上訴。

- 在此次審查中，我們會審查關於您的居家護理、專業護理機構護理，或您在綜合門診康復機構 (CORF) 接受的護理的所有資訊。我們將核實關於您的服務終止時間的裁決是否公平以及是否遵循所有規則。

概覽：如何提出第 2 級上訴以要求計劃延長護理承保

致電您所在州的品質改進機構，電話：
1-877-588-1123（聽障專線：**1-855-887-6668**）
並要求再次審核。

請在離開為您提供護理的機構或場所前致電，致電時間必須早於您的計劃出院日期。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們將使用快速截止日期而非標準截止日期給予您審核答覆。我們將在您要求「快速審核」後 72 小時內作出決定。
- **如果我們批准**您的快速審核，即表示我們同意繼續承保您的服務，時間視醫療必需性而定。
- 這也表示，對於您自我們提出的承保終止之日起所接受的護理，我們同意向您償付我們應承擔的費用。
- **如果我們拒絕**您的快速審核，即表示從醫療角度看，終止您的服務屬適當。自我們告知保險終止之日起，我們的保險即告終止。

概覽：如何提出第 1 級替代上訴

撥打我們客戶服務部的電話並要求「快速審核」。

我們會在 72 小時內告知您我們的決定。

如果您在我們提出的承保終止之日後繼續接受服務，**您可能須支付該等服務的全部費用。**

為確保我們在**駁回**您的快速上訴時遵循所有規則，我們會將您的上訴移送至獨立審核機構。如果我們這樣做，即表示您的個案即將自動進入第 2 級上訴程序。

「快速審核」或「快速上訴」的法律術語為「**加急上訴**」。

為了延長護理承保提出第 2 級替代上訴

我們會在作出第 1 級上訴裁決後的 24 小時內，將您的第 2 級上訴資料送交至獨立審核機構 (IRE)。如果您認為我們未遵守此截止日期或其他截止日期，您可提出投訴。第 183 頁 J 節介紹了如何提出投訴。

第 2 級上訴期間，IRE 將審核我們在**拒絕**您的「快速審核」時作出的決定。該機構將決定是否應更改我們作出的決定。

- IRE 會「快速審核」您的上訴。審核員通常會在 72 小時內給予答覆。
- IRE 是 Medicare 聘請的一個獨立機構。該機構與我們的計劃無關，且並非政府機構。
- IRE 的審核員將認真審查與您的上訴相關的所有資訊。
- **如果 IRE 批准**您的上訴，屆時我們必須向您償付我們應承擔的護理費用。我們也必須繼續承保您的服務，時間視醫療必需性而定。
- **如果 IRE 拒絕**您的上訴，即表示他們與我們意見一致，認為從醫療角度看，終止服務保險屬適當。

概覽：如何提出第 2 級上訴以要求計劃繼續承保護理

您不需要採取任何行動。計劃會自動將您的上訴送交至獨立審核機構。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

IRE 將致函告知您，如果您希望繼續審核程序該如何行動。其中將向您詳細介紹如何繼續第 3 級上訴，此上訴由法官處理。

您亦可向 DMHC 提出投訴並要求其執行獨立醫療審查，以繼續承保您的醫療保健服務。請參閱第 158 頁 E4 節，瞭解如何要求 DMHC 執行獨立醫療審查。您可提出投訴並要求執行獨立醫療審查，以作為第 3 級上訴的補充或替代。

I. 將您的上訴升級至第 2 級以上

I1. 關於 Medicare 服務和用品的後續步驟

如果您就 Medicare 服務或用品提出第 1 級與第 2 級上訴，且兩次上訴均遭駁回，則您可能擁有權提出更高級別的上訴。獨立審核機構將致函告知您，如果您希望繼續上訴程序該如何行動。

第 3 級上訴程序是行政法官 (ALJ) 聆訊。第 3 級上訴中的裁決者為行政法官 (ALJ) 或審裁員。如果您希望行政法官 (ALJ) 或審裁員審核您的個案，您所請求的用品或醫療服務必須達到最低美元金額。如果價值低於最低水準，則不能進一步上訴。如果美元價值足夠高，則可要求行政法官 (ALJ) 或審裁員聆訊您的上訴。

如果您不同意行政法官 (ALJ) 或審裁員的決定，您可向 Medicare 上訴委員會上訴。此後，您可能擁有權要求聯邦法院審核您的上訴。

如果您在任何一級上訴程序中需要協助，可聯絡 Cal MediConnect Ombuds 計劃，電話：1-855-501-3077。

I2. 關於 Medi-Cal 服務和用品的後續步驟

如果您的上訴與 Medi-Cal 可能承保的服務或用品有關，您還有更多的上訴權利。如果您不同意州立聽證會的裁決，並且要求由其他法官進行複核，您可以申請重新聆訊和/或尋求司法複核。

要申請重新聆訊，請將書面申請（信函）寄送至：

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

您必須在收到裁決後的 30 天內寄出該信函。如果您有正當的遲交理由，此截止日期可延長至 180 天。

請在您的重新聆訊申請中，說明您收到裁決的日期以及應舉行重新聆訊的原因。如果您需要出示其他證據，請說明這些證據，並說明為什麼之前沒有出示這些證據以及它們會對裁決有何影響。您可以聯絡法律服務人員獲得協助。

如需申請司法複核，您必須在收到裁決後的一年內向高等法院提交訴狀（根據《民事訴訟法》第 1094.5 節）。請向您的裁決書中所指定縣的高等法院提交訴狀。您可以提交此訴狀而無需申請重新聆訊。您無需支付任何訴訟費用。如果法院最終裁決您勝訴，您可能擁有權獲得合理的律師費用補償。

如果舉行了重新聆訊，且您不同意重新聆訊所作的裁決，您可以申請司法複核，但您不能再申請重新聆訊。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

J. 如何提出投訴？

J1. 應該對哪些類型的問題提出投訴？

投訴程序僅用於某些類型的問題，比如關於護理品質、等待時間及客戶服務的問題。以下為投訴程序所處理的各種問題示例。

與品質有關的投訴

- 您對護理品質不滿意，比如您在醫院獲得的護理。

與隱私權有關的投訴

- 您認為有人未尊重您的隱私權，或披露了關於您的保密資訊。

關於客戶服務欠佳的投訴

- 醫療服務提供者或工作人員無禮或不尊重您。
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的工作人員對您無禮。
- 您認為自己被迫退出計劃。

關於無障礙設施的投訴

- 您無法進入醫生或提供者的診室接受醫療保健服務。
- 您的提供者沒有為您提供您所需要的合理安排，如美國手語翻譯員。

關於等待時間的投訴

- 很難約到醫生或等很久才能約到。
- 醫生、藥劑師、其他醫療專業人士、客戶服務部或其他計劃工作人員讓您等待的時間過長。

關於清潔度的投訴

- 您認為診所、醫院或醫生診室不乾淨。

關於所用語言的投訴

- 您的醫生或提供者在您預約期間未向您提供口譯員。

關於我們傳達資訊的投訴

- 您認為我們未能向您提供您理應收到的通知或信函。

概覽：如何提出投訴？

您可以向我們的計劃提出內部投訴和/或向與我們的計劃無關的組織提出外部投訴。

要提出內部投訴，請致電客戶服務部或給我們寄信。

有不同的組織可處理外部投訴。要瞭解更多資訊，請參閱第 185 頁 J3 節。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 您認為我們向您寄送的書面資訊難以理解。

關於我們未遵守承保範圍裁決或上訴之時限的投訴

- 您認為我們並未遵守我們作出承保範圍裁決或回覆您上訴的截止日期。
- 您認為，在您取得承保範圍或上訴的勝訴裁決後，我們未遵守批准或提供服務或向您償付某些醫療服務費用的截止日期。
- 您認為我們未及時將您的個案移送至 Independent Review Entity。

「投訴」的法律術語為「**申訴**」。

「提出投訴」的法律術語為「**提出申訴**」。

是否有不同類型的投訴？

是。您可以提出內部投訴和/或外部投訴。內部投訴向我們的計劃提交並由我們的計劃審查。外部投訴向與我們的計劃無關的組織提交並由其進行審查。如果您在提出內部投訴和/或外部投訴時需要協助，可聯絡 Cal MediConnect Ombuds 計劃，電話：1-855-501-3077。

J2. 內部投訴

要提出內部投訴，請致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。您可隨時提出投訴，涉及 D 部份藥物的情況除外。若投訴涉及 D 部份藥物，您必須在發生您想要投訴的問題後的 **60 天內** 提出。

- 如需採取任何行動，客戶服務部會告知您。
- 您還可向我們寄送書面投訴。如果您提出書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
- 我們將在收到書面投訴五 (5) 日內確認收到您的投訴，並對您的問題進行審查。我們可能會需要您的醫療記錄作為審查的一部份。我們將在收到投訴的三十 (30) 天內向您寄送投訴答覆。我們必須根據您的健康狀況允許儘快向您寄送投訴答覆，但不遲於收到投訴的三十 (30) 天。
- 如果您因我們拒絕您「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」的請求而提出投訴，我們將自動將其定為「快速投訴」。如果提出「快速投訴」，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。
- 與 Medicare D 部份有關的投訴必須在發生您想要投訴之問題後的 60 天內提出。所有其他類型的投訴則必須在引起您不滿的事件或行動發生之日起 60 天內向我們或提供者提出。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 我們將儘可能快速處理您的電話投訴。如果我們無法在下一個工作日前解決您的投訴，我們將在收到您的投訴後的 5 天內寄封確認信給您，告知您投訴已收悉。
- 如果您的問題緊急並可能會對您的健康造成直接、嚴重的威脅（且未被否決），您可以申請「快速投訴」，我們將在 72 小時內給出回覆。

「快速投訴」的法律術語為「加急申訴」。

如有可能，我們將立即答覆您。如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快答覆。

- 我們會在 30 天內答覆大部份投訴。如果我們因為需要更多資訊而未能在 30 天內作出決定，我們將以書面形式通知您。我們還會提供狀態更新和您收到答覆的估計時間。
- 如果您因我們拒絕您的「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將自動給予您「快速投訴」並在 24 小時內回應您的投訴。
- 如果您因我們花費了額外時間作出承保範圍裁決而提出投訴，我們將自動給予您「快速投訴」並在 24 小時內回應您的投訴。
- 如果我們不同意您的部份或全部投訴，我們將告知您並提供我們的理由。不論是否認同投訴，我們均會給予回覆。

J3.外部投訴

您可以將您的投訴告訴 Medicare

您可以向 Medicare 提交投訴。Medicare 投訴表可從以下位置獲得：

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他反饋或疑慮，或感到計劃不能解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。此為免付費電話。

您可向 Medi-Cal 提出投訴

Cal MediConnect Ombuds 計劃還可站在客觀的立場上幫助解決您的問題，以確保我們的會員能夠獲得所有我們必須提供的承保服務。Cal MediConnect Ombuds 計劃與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。

Cal MediConnect Ombuds 計劃的電話號碼為 1-855-501-3077。這些服務是免費的。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

您可以向加州醫療保健計劃管理局 (California Department of Managed Health Care) 提出投訴

加州醫療保健計劃管理局 (California Department of Managed Health Care) (DMHC) 負責監管各種保健計劃。您可致電 DMHC 幫助中心，獲取關於 Medi-Cal 服務投訴的幫助。以下情況您均可聯絡 DMHC 以獲得幫助：投訴關於緊急問題或對您的健康造成直接和嚴重威脅的問題，您的疼痛症狀非常嚴重，您不同意本計劃對投訴所作的裁決，或我們計劃未在 30 天內解決您的投訴問題。

您可透過兩種方式從幫助中心處獲得幫助：

- 致電 1-888-466-2219。失聰、聽障或語障人士可使用免費聽語障電話：1-877-688-9891。此為免付費電話。
- 瀏覽醫療保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care) 的網站 (www.dmhca.gov)。

您可以向民權辦公室 (Office for Civil Rights) 提出投訴

如果您認為您受到了不公平的對待，您可向衛生與公眾服務部人權辦公室提出投訴。例如，您可以對殘障人士通道或語言協助提出投訴。民權辦公室 (Office for Civil Rights) 的電話號碼為 1-800-368-1019。聽障和語障人士可致電 1-800-537-7697。您還可瀏覽 www.hhs.gov/ocr，瞭解更多資訊。

您也可以聯絡 Office for Civil Rights 的當地辦事處：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
客戶回應中心：(800) 368-1019
傳真：(202) 619-3818
聽障專線：(800) 537-7697
電子郵件：ocrmail@hhs.gov

您還可能擁有《美國殘疾人法案》與《2008 年美國殘疾人法案修正案》(P.L. 110-325)。您可致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃獲得協助。電話號碼是 1-855-501-3077。

您可向 Quality Improvement Organization 提出投訴

當您對護理品質提出投訴時，也有兩種選擇：

- 如果您願意，可直接向 Quality Improvement Organization 提出關於護理品質的投訴（無需向我們提出投訴）。
- 或者您可向我們以及 Quality Improvement Organization 提出投訴。如果您向該機構提出投訴，我們將與他們一同解決您的投訴。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Quality Improvement Organization 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家組成的團體，旨在審查和改善為 Medicare 患者提供的護理。如需瞭解更多關於 Quality Improvement Organization 的資訊，請參見第 2 章。

加州的品質改進機構稱為 Livanta BFCC-QIO。Livanta BFCC-QIO 的電話號碼為 1-877-588-1123（聽障專線：1-855-887-6668）。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第10章：終止您的 Cal MediConnect Plan 會員資格

簡介

本章介紹您可以終止 Cal MediConnect Plan 會員資格的方式，以及您退出計劃後享有的醫療保險選擇。只要您符合資格，退出計劃並不表示您將離開 Medicare 與 Medi-Cal 計劃。關鍵術語及其定義將在《會員手冊》的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 何時可終止 Cal MediConnect Plan 的會員資格.....	190
B. 如何終止 Cal MediConnect Plan 的會員資格	191
C. 如何加入其他 Cal MediConnect Plan.....	191
D. 如何單獨獲取 Medicare 和 Medi-Cal 服務	191
D1.如何獲取 Medicare 服務	191
D2.如何獲取 Medi-Cal 服務	193
E. 會員資格終止前繼續透過我們的計劃獲取醫療服務及藥物.....	194
F. 終止您 Cal MediConnect Plan 會員資格的其他情況.....	194
G. 針對因您健康方面的任何原因要求您退出 Cal MediConnect Plan 的規定	195
H. 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴	195
I. 如何獲得關於終止計劃會員資格的詳細資訊.....	195



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 何時可終止 Cal MediConnect Plan 的會員資格

您可在年度參保期透過參保其他 Medicare Advantage 計劃、Cal MediConnect Plan 或轉到 Original Medicare 隨時終止 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 會員資格。

在我們收到您變更計劃的申請後，您的會員資格將在當月最後一天終止。例如，如果我們在 1 月 18 日收到您的申請，本計劃對您的承保將於 1 月 31 日終止。您的新保險將在下個月的第一天開始（此範例中為 2 月 1 日）。

如果您終止了我們計劃的會員資格，您將繼續加入您選擇的 Medi-Cal 管理式醫療保健計劃以接受 Medi-Cal 服務，除非您選擇其他的 Cal MediConnect Plan 或純 Medi-Cal 計劃。當您終止我們計劃的會員資格時，您還可選擇 Medicare 參保選項。如果您退出我們的計劃，您可以獲得以下方面的資訊：

- 第 190 頁表中所述的 Medicare 選項。
- 第 192 頁所述的 Medi-Cal 服務。

您可透過以下方式獲得關於如何終止會員資格的更多資訊：

- 致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。
- 致電 Health Care Options: 1-844-580-7272，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077。
- 致電加州醫療保健計劃管理局(California Department of Managed Health Care) (SHIP) 與加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。
- 致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃：1-855-501-3077，服務時間：週一至週五上午 9 點至下午 5 點。聽障人士可致電 1-855-847-7914。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

註：如果您已參加藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。請參閱第 5 章，瞭解有關藥物管理計劃的資訊。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

B. 如何終止 Cal MediConnect Plan 的會員資格

如果您決定終止您的會員資格，請透過以下方式告知 Medi-Cal 或 Medicare 您想要退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan：

- 致電 Health Care Options: 1-844-580-7272，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077；或者
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障和語障人士（聽力或語言有障礙的人士）可致電 1-877-486-2048。當您致電 1-800-MEDICARE 時，您還可以加入其他 Medicare 保健或藥物計劃。本章第 191 頁中介紹退出我們的計劃時如何取得 Medicare 服務的詳細資訊。

C. 如何加入其他 Cal MediConnect Plan

若想繼續透過一個計劃同時獲得 Medicare 和 Medi-Cal 福利，您可以加入其他 Cal MediConnect Plan。

要加入其他的 Cal MediConnect Plan：

- 致電 Health Care Options: 1-844-580-7272，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077。告知他們您想要退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 並加入其他 Cal MediConnect Plan。如果您不確定要加入哪項計劃，他們可為您介紹您所在區域的其他計劃。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 對您的承保將於我們收到您申請當月的最後一天終止。

D. 如何單獨獲取 Medicare 和 Medi-Cal 服務

如果您在退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 後不想加入其他 Cal MediConnect Plan，您將回到單獨獲取 Medicare 和 Medi-Cal 服務的狀態。

D1. 如何獲取 Medicare 服務

您將可以選擇獲得 Medicare 福利的方式。

您有三個獲得 Medicare 服務的選項。透過選擇其中一種選項，您將自動終止我們的 Cal MediConnect Plan 的會員資格。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

1.您可更換成： Medicare 的保健計劃，例如 Medicare Advantage 計劃，或者老人綜合護理計劃(PACE) 計劃（若您符合資格要求且居住在服務區內）	程序如下： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。 如需諮詢 PACE 相關事宜，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如需幫助或更多資訊： 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的新計劃保險開始時，您將自動退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。
2.您可更換成： 附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	程序如下： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。 如需幫助或更多資訊： 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的 Original Medicare 保險開始時，您將自動退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

3.您可更換成： 不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 註：如果您轉至 Original Medicare 但未加入單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。 您僅應在已從僱主或工會等其他來源獲得藥物保險的情況下放棄處方藥保險。若您對您是否需要藥物保險有任何疑問，致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，早上 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。	程序如下： 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。 如需幫助或更多資訊： 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的 Original Medicare 保險開始時，您將自動退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。
---	--

D2.如何獲取 Medi-Cal 服務

退出我們的 Cal MediConnect Plan 後，您將繼續透過 Blue Shield of California Promise Health Plan 獲取 Medi-Cal 服務，除非您就 Medi-Cal 服務選擇其他計劃。

您的 Medi-Cal 服務包括大多數長期服務及支援以及行為健康護理。

如果您想就 Medi-Cal 服務選擇其他計劃，在您要求終止您的 Cal MediConnect Plan 會員資格時，您需告知醫療護理選擇部 (Health Care Options)。

- 致電 Health Care Options: 1-844-580-7272，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077。告知他們您想要退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 並加入其他 Medi-Cal 計劃。如果您不確定要加入哪項計劃，他們可為您介紹您所在區域的其他計劃。

當您終止我們的 Cal MediConnect Plan 會員資格時，您將獲得 Medi-Cal 保險的新會員卡、新會員手冊以及新醫療服務提供者與藥房目錄。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

E. 會員資格終止前繼續透過我們的計劃獲取醫療服務及藥物

如果您退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，可能需要等待一段時間會員資格才能終止，新的 Medicare 和 Medi-Cal 才能開始。請參閱第 190 頁，瞭解更多資訊。在此期間，您將繼續透過我們的計劃獲得醫療護理和藥物。

- 您應使用我們的網絡內藥房配取您的處方藥。通常，您的處方藥只有在網絡內藥房（包含透過郵購藥房服務）配取時才獲承保。
- 如果您在會員資格終止之日住院，我們的 Cal MediConnect Plan 通常會為您提供住院承保，直至您出院。即使您在新醫療保險開始後出院，我們也會為您提供承保。

F. 終止您 Cal MediConnect Plan 會員資格的其他情況

下述情況下，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 必須終止您的會員資格：

- 您的 Medicare A 部份和 B 部份保險中斷。
- 您不再符合 Medi-Cal 的資格。我們的計劃面向同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格的人士。如果醫療保健服務部 (DHCS) 或 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) 裁定您不再符合本計劃的資格，則可能會讓您退出本計劃。
- 如果您搬離我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬家或進行長途旅行，需致電客戶服務部，確定搬遷或旅行目的地是否在計劃的服務區域內。
- 如果您因為犯罪而進入拘留所或監獄。
- 您在擁有的其他處方藥保險方面說謊或是隱瞞資訊。
- 如果您不是美國公民或在美國非法居留。
 - 您必須是美國公民或在美國合法居留才能成為我們計劃的會員。
 - 如果您不符合這個基本條件而無法保持會員身份，Centers for Medicare & Medicaid Services 將通知我們。
 - 如果您不符合此要求，我們必須將您退保。

如果您不再符合 Medi-Cal 的資格，或您的情形發生變更，導致您不再符合 Cal MediConnect 的資格，您可在額外兩個月的期限內繼續從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 計劃獲得您的福利。如果您認為自己仍然符合資格，您可以利用這段時間更正您的參保資格資訊。您將收到我們寄送的信函，裡面載有您資格的變更以及更正參保資格資訊的說明。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 若想繼續保持 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員身份，您必須在兩個月期限的最後一天之前使自己再度符合資格。
- 如果您在兩個月期限結束時仍然不符合資格，您將從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 退保。

在獲得 Medicare 和 Medi-Cal 事先許可的情況下，我們可以出於下述原因讓您退出計劃。

- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。
- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。
- 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。
 - 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的個案。

G. 針對因您健康方面的任何原因要求您退出 Cal MediConnect Plan 的規定

如果您認為自己被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，應致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障人士可致電 1-877-486-2048。您可以隨時撥打這個電話。

您還應致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃：1-855-501-3077，服務時間：週一至週五上午 9 點至下午 5 點。聽障人士可致電 1-855-847-7914。

H. 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的 Cal MediConnect Plan 會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提交申訴或提出投訴。您還可參閱第 9 章 J 節瞭解如何提出投訴。

I. 如何獲得關於終止計劃會員資格的詳細資訊

如果您有任何疑問或希望詳細瞭解我們何時可終止您的會員資格，您可以：

- 您可致電我們的客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。
- 致電 Health Care Options：1-844-580-7272，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077。
- 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- 致電 Cal MediConnect Ombuds 計劃：1-855-501-3077，服務時間：週一至週五上午 9 點至下午 5 點。聽障人士可致電 1-855-847-7914。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第11章：法律通知

簡介

本章介紹適用於 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員資格的法律通知。關鍵術語及其定義將在 *會員手冊* 的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 有關法律的通告	198
B. 有關非歧視的通告	198
C. 關於 Medicare 作為第二付費者，Medi-Cal 作為最後付費者的通告	198
D. 第三方責任通告	199
E. 非歧視通知	200



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A. 有關法律的通告

許多法律均適用於本 *會員手冊*。即便相關法律並未納入本手冊或未在本手冊中說明，這些法律也可能會影響您的權利和責任。適用於本手冊的主要法律是關於 Medicare 和 Medi-Cal 計劃的聯邦法律。其他聯邦及州法律也可能適用。

B. 有關非歧視的通告

與 Medicare 和 Medi-Cal 合作的每間公司或機構，都必須遵守保護您不遭受歧視或不公平待遇的相應法律。我們不會因您的年齡、索賠經歷、膚色、族群、可保性證明、性別、基因資訊、在服務區域內的地理位置、健康狀態、病史、精神或身體殘障情況、原國籍、種族、宗教或性別認同而歧視您或給予您差別對待。此外，我們不會因您的血統、婚姻狀況或性取向而歧視您或給予您差別對待。

如需進一步瞭解有關歧視或不公平待遇的資訊，或如果您有相關疑慮：

- 致電衛生與公眾服務部人權辦公室，電話：1-800-368-1019（聽障專線：聽障人士可致電 1-800-537-7697。您還可瀏覽 www.hhs.gov/ocr，瞭解更多資訊。
- 或者，致電當地的人權辦公室。

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
客戶回應中心：(800) 368-1019
傳真：(202) 619-3818
聽障專線：(800) 537-7697
電子郵件：ocrmail@hhs.gov

如果您是殘障人士，在獲取護理服務或前往醫療服務提供者處時需要幫助，請致電客戶服務部。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡客戶服務部。

C. 關於 Medicare 作為第二付費者，Medi-Cal 作為最後付費者的通告

有時，其他方必須先行支付我們為您提供的服務的費用。舉例而言，如果您遭遇車禍或在工作中受傷，保險或勞工賠償必須先行付款。

對於 Medicare 不是第一付費者的那些承保 Medicare 服務，我們有權利和責任追索費用。

對於為會員提供的醫療服務，Cal MediConnect Plan 將遵循州和聯邦就第三方法定義務制定的法律和法規。我們將採取所有合理的措施，確保 Medi-Cal 計劃成為最後付費者。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

D. 第三方責任通告

若因第三方的過失或蓄意行為或疏忽導致您受傷或患病，我們將就為此類傷害或疾病提供的服務向您寄送一份合理收費的結算單。收費計算如下所示。但是，在透過事件調解、法庭判決或其他方式確立經濟責任之前，您無需向我們支付任何費用。

若您向負有責任的第三方索得任何款項，您必須立即通知我們。我們將針對從第三方索得的此類款項，按向您寄送的結算單所述的費用取得補償款，索款需符合下述條款規定的限制。

a) 我們申索的金額將按如下計算：

- i. 對於不按人頭付費的醫療護理服務，則為計劃、醫療團體或獨立執業醫師協會向醫療護理提供者支付的實際金額；或
- ii. 如果屬於按人頭付費的服務，此金額則為在相同地理區域提供但不按人頭付費的相同服務之慣常收費的百分之八十 (80%)。
- iii. 如果同時為您提供了不按人頭收費和按人頭收費的服務，並且我們按人頭收費的簽約提供者為您接受的服務支付了不按人頭收費的費用，那麼任何此類申索款不超過以下金額：
 - (i) 為使申索款合法化實際支付的合理費用，以及
 - (ii) 根據上述「a」和「b」確定的金額。

b) 我們的最高申索款有以下限制：

- i. 如果您聘請了律師，申索款可能不超過下述金額的較低者：
 - (i) 根據上述第1條確定的最高金額；或
 - (ii) 根據任何最終裁決、和解或調解協議，您有權獲得的款項的三分之一 (1/3)。
- ii. 如果您不聘請律師，申索款可能不超過下述金額的較低者：
 - (i) 根據上述第1條確定的最高金額；或
 - (ii) 根據任何最終裁決、和解或調解協議，您有權獲得的款項的二分之一 (1/2)。

c) 我們的申索款可能進一步減少：

- i. 如果法官、陪審團或仲裁人作出特別裁決，判定您負有部份過失責任，我們的申索款將按您的索償過失相抵的比例減少。
- ii. 對於您的合理律師費（如有）和開銷，按比例減少。

上述針對申索款的限制不適用於工人補償金申索。

在符合上述限制的範圍內，您向 **Blue Shield of California Promise Health Plan** 轉讓透過調解、審判或裁決索得的任何金額，以及授予其對此金額的索賠或申索權。您可能需要依我們的要求準備相關文件並提供必要資訊以確立此轉讓、索賠或申索權，並明確索款的權利。



如有疑問，請致電 **Blue Shield of California Promise Health Plan**，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

同時，我們亦根據合約授予我們的服務提供者針對其為會員提供或安排的醫療服務主張第三方申索權。

簽約醫療團體、醫生和獨立執業醫師協會必須根據上述規定的程序向會員主張其申索權。

E. 非歧視通知

歧視屬於違法

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵守適用的州和聯邦民權法，並且不會因種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、基因資訊、血統、宗教、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡、身體或精神殘障而歧視、拒絕接納或區別對待任何人。

Blue Shield of California Promise Health Plan 可以：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大字體、音訊、可存取的電子格式及其他格式）的書面資訊
- 向母語非英語的人士免費提供語言服務，例如：
 - 合格的翻譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡 Blue Shield of California Promise Health Plan 民權協調員。

如果您認為 Blue Shield of California Promise Health Plan 因種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、基因資訊、血統、宗教、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡、精神殘障或身體殘障而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可向以下機構提出申訴：

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
電話：(844) 883-2233 (TTY: 711)
傳真：(323) 889-2228
電子郵件：BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

您可以親自或以郵寄、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室 (Office for Civil Rights) 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子形式向美國衛生與公眾服務部人權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

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 (TDD)

投訴表格可在以下網址獲取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

第12章：重要辭彙的定義

簡介

本章介紹本 *會員手冊* 中使用的關鍵術語及其定義。這些術語將按字母順序列出。如果您未找到想找的術語，或者您需要除定義以外的其他資訊，請聯絡客戶服務部。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

A 部份： 請參見「Medicare A 部份」。

B 部份： 請參見「Medicare B 部份」。

Cal MediConnect： 透過一個保健計劃同時為您提供 Medicare 和 Medi-Cal 福利的計劃。您將透過使用會員卡享受所有福利。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)： 負責 Medicare 的聯邦機構。第 2 章介紹了如何聯絡 CMS。

C 部份： 請參見「Medicare C 部份」。

D 部份： 請參見「Medicare D 部份」。

D 部份藥物： 請參見「Medicare D 部份藥物」。

Medi-Cal： 這是加州 Medicaid 計劃的名稱。Medi-Cal 由加州運營，由州和聯邦政府承擔費用。

它幫助收入和資源有限的人士支付長期服務及支援的費用以及醫療費用。

它承保 Medicare 不承保的額外服務和某些藥物。

Medicaid 計劃因州而異，但如果您符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可承保大多數醫療護理費用。

請參閱第 2 章 H 節，瞭解關於如何聯絡 Medi-Cal 的資訊。

Medi-Cal 計劃： 僅承保 Medi-Cal 福利（例如長期服務及支援、醫療設備以及交通接送）的計劃。Medicare 福利是分開提供的。

Medicare Advantage Plan： 一項透過私營公司提供計劃的 Medicare 計劃，也稱為「Medicare C 部份」或「MA 計劃」。Medicare 向這些公司支付費用以承保您的 Medicare 福利。

Medicare A 部份： 承保大部份具有醫療必需性的住院、專業護理機構、居家健康和善終護理的 Medicare 計劃。

Medicare B 部份： 承保對於治療某種疾病或症狀而言具有醫療必需性的服務（例如化驗、手術以及醫生就診）和用品（例如輪椅和助行器）的 Medicare 計劃。Medicare B 部份還承保多種預防性和篩檢服務。

Medicare C 部份： 允許私營醫療保險公司透過 Medicare Advantage 計劃提供 Medicare 福利的 Medicare 計劃。

Medicare D 部份： Medicare 處方藥福利計劃。（我們簡稱此計劃為「D 部份」。）D 部份承保 Medicare A 部份或 B 部份，或者 Medi-Cal 不承保的門診處方藥、疫苗及部份用品。Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 包括 Medicare D 部份。

Medicare D 部份藥物： Medicare D 部份可以承保的藥物。國會特別將某些類別的藥物排除在 D 部份的承保範圍之外。Medi-Cal 可能會承保其中某些藥物。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Medicare：適用於 65 歲或以上人士、部份 65 歲以下特定殘障人士及患有末期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。擁有 Medicare 福利的人士可透過 Original Medicare 或管理式醫療保健計劃（參閱「保健計劃」）獲得其 Medicare 健康保險。

Medicare-Medi-Cal 參保人（雙重資格人士）：同時符合 Medicare 和 Medi-Cal 保險資格的人士。Medicare-Medi-Cal 參保人亦稱為「雙重資格人士」。

Medicare 承保的服務：Medicare A 部份和 B 部份承保的服務。所有 Medicare 保健計劃，包括我們的計劃，必須承保 Medicare A 部份和 B 部份所承保的所有服務。

Original Medicare（傳統 Medicare 或按服務收費的 Medicare）：Original Medicare 由政府提供。在 Original Medicare 下，Medicare 服務透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用而獲得承保。

您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療提供者求診。Original Medicare 分為兩部份：A 部份（住院保險）及 B 部份（醫療保險）。

Original Medicare 在全美均有提供。

如果您不想加入我們的計劃，可選擇 Original Medicare。

Quality Improvement Organization (QIO)：一個由醫生及其他醫療保健專家組成的團體，旨在幫助改善 Medicare 參保人的護理品質。他們的工作是監察及改善為患者提供的護理，財政由聯邦政府負擔。請參閱第 2 章，以瞭解關於如何聯絡您所在州的 QIO 的資訊。

上訴：在您認為我們作出了錯誤裁決的情況下，向我們的行動提出質疑的一種方式。您可以透過提出上訴要求我們更改承保範圍裁決。第 9 章 E 節介紹了上訴的相關資訊，包括如何提出上訴等。

主治醫生 (PCP)：您的主治醫生是您針對大多數健康問題首先就診的醫生或其他提供者。他們會確保您獲得保持健康所需的護理。

他們也可與其他醫生和醫療服務提供者討論您的護理情況，並將您轉診至其他醫生和醫療服務提供者。

在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須到您的主治醫生處就診。

請參閱第 3 章瞭解關於從主治醫生處獲得護理的資訊。



事先授權：您在獲得特定服務或藥物前，或者在向網絡外提供者求診前必須獲得 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的批准。如果您未獲得批准，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 可能不會承保服務或藥物。

有些網絡內醫療服務僅在您的醫生或其他網絡內提供者取得我們計劃的事先授權時才有承保。

第 4 章的福利表中列有需獲得我們計劃事先授權的承保服務。

某些藥物只有在取得事先授權時才能獲得承保。

需要獲得我們計劃事先授權的承保藥物在*承保藥物清單*中帶有標記。

以社區為基礎的成人服務 (CBAS)：一項門診機構服務計劃，向符合適用資格條件的參保者提供專業護理照護、社會服務、職業和語言治療、個人照護、家庭/照護者培訓和支援、營養服務、交通接送以及其他服務。

低收入補助 (LIS)：參閱「額外補助」。

住院：該術語指您被正式批准入院接受專業醫療服務。如果您未被正式批准入院，即便您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者而非住院患者。

例外處理：允許承保通常不獲承保的藥物，或允許在無特定規則及限制的情況下使用藥物。

保健計劃：一個由醫生、醫院、藥房、長期服務提供者及其他提供者組成的組織。它還設有幫助您管理您的所有提供者及服務的護理指導員。他們一同努力，為您提供所需照護。

保健計劃可選服務 (CPO 服務)：個人護理計劃 (ICP) 提供的可選附加服務。這些服務不用於取代您根據 Medi-Cal 獲得的授權長期服務及支援。

個人健康資訊（也稱為受保護健康資訊）(PHI)：有關您及您健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫生就診資訊及病史。關於 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 如何保護、使用和披露您的 PHI 以及您的 PHI 相關的權利，請參見 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的隱私規則通告瞭解更多資訊。

個人護理計劃 (ICP 或護理計劃)：關於您將獲得何種服務和如何獲得該等服務的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務和長期服務及支援。

假體和矯具：這些是您的醫生或其他醫療保健提供者要求您使用的醫療器械。承保項目包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)：一個免費提供關於 Medicare 的客觀資訊和諮詢建議的計劃。第 2 章 E 節介紹了如何聯絡 HICAP。

健康風險評估：對患者的病史和目前狀況進行的審查，用以瞭解患者的健康情況以及在未來可能會發生怎樣的變化。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

共付額： 每次獲得特定處方藥時，您應承擔的固定費用金額。例如，您可能要為處方藥支付\$2 或\$5。

分攤費用： 當您獲得特定處方藥時必須支付的金額。分攤費用包括共付額。

分攤費用等級： 共付額相同的一組藥物。*承保藥物清單*（也稱為藥物清單）上的每種藥物皆屬於四 (4) 種分攤費用等級的其中一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高。

初始承保階段： 在您的 D 部份藥物總費用達到 \$7,050 之前的階段。其中包括您已支付的金額、計劃代您支付的金額以及低收入補助。當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。在此階段期間，計劃將為您支付部份藥物費用，您也將支付您應承擔的費用。

品牌藥： 由原先製造該藥物的公司製造及出售的處方藥。品牌藥和該藥物的普通藥版本具有相同的成分。普通藥通常由其他製藥公司製造及出售。

善終計劃： 一個為絕症患者提供護理和支援以幫助他們安然度過餘生的計劃。絕症患者是指患有絕症且預計壽命只有六個月或更短的人。

患有絕症的參保人有權選擇善終服務。

由受過專業訓練的專家和護理者團隊為參保者提供全方位護理，包括身體、情感、社交及精神需求。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 必須向您提供您所在地理區域的善終服務提供者清單。

客戶服務： 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。請參見第 2 章 A 節瞭解如何聯絡客戶服務部。

專業護理機構 (SNF)： 擁有可提供專業護理的工作人員及設備的護理機構，大多數情況下，還可提供專業康復服務及其他相關保健服務。

專業護理機構 (SNF) 護理： 在專業護理機構內每日、持續性提供的專業護理和康復服務。專業護理機構護理包括由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈 (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。

居家健康助理： 提供不需要持牌護士或治療師技能的服務，如在個人護理（例如沐浴、如廁、穿衣或進行規定性練習）方面提供協助的個人。居家護理無需護理許可，也不提供治療。

州立聽證會： 如果我們不批准您的醫生或其他提供者請求的 Medi-Cal 服務，或如果我們將停止就您已經獲得的 Medi-Cal 服務支付費用，您可以申請州立聽證會。如果州立聽證會裁定您勝訴，我們必須為您提供您請求的服務。

康復服務： 幫助您從疾病、事故或重大手術中康復的治療。請參閱第 4 章，瞭解關於康復服務的更多資訊。

急症治療護理： 您為需要立即進行護理的突發非緊急疾病、受傷或狀況獲得的護理服務。若網絡內提供者不可用或您無法獲取其服務，您可從網絡外提供者處獲得急症治療護理。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

承保服務： 計劃承保的所有醫療保健、長期服務及支援、用品、處方和非處方藥、設備和其他服務的總稱。

承保範圍裁決： 就我們承保的福利作出的裁決。其中包括就承保藥物和服務，或我們為您接受的保健服務所支付的金額所作之裁決。第 9 章介紹了如何要求我們作出承保範圍裁決。

承保藥物： 我們的計劃所承保的所有處方藥和非處方藥 (OTC) 的總稱。

承保藥物清單（藥物清單）： 計劃承保的處方藥和非處方藥 (OTC) 清單。計劃在醫生及藥劑師的幫助下選擇了此清單上的藥物。該藥物清單還將告訴您是否有任何您為獲取藥物而需遵守的規則。藥物清單有時稱為「處方藥一覽表」。

投訴： 表明您對承保的服務或護理有問題或疑慮的書面或口頭聲明。這包括任何對服務品質、護理品質、網絡內提供者或網絡內藥房的疑慮。「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。

收費不合理/不適當： 提供者（如醫生或醫院）對您開出的服務費用賬單超出計劃分攤費用金額的情況。在獲取任何服務或處方藥時，請出示您的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員卡。若您收到任何您不理解的賬單，請致電客戶服務部。

作為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的分攤費用。我們不允許提供者向您收取超出此金額的費用。

數量限制： 您可獲取之藥物數量的限制。限制可能是我們每處方承保的藥物數量。

文化能力訓練： 針對醫療服務提供者提供額外指導的訓練，能幫助他們更深入地瞭解您的文化背景、價值觀和信仰，以便調整服務，適應您的社會、文化和語言需求。

日常生活活動 (ADL)： 人們日常開展的活動，比如進食、如廁、穿衣、洗澡或刷牙。

普通藥： 聯邦政府批准用於取代品牌藥的處方藥。普通藥和品牌藥具有相同成分。此種藥物通常價格較為低廉，且效果與品牌藥無異。

會員（我們計劃的會員，或計劃會員）： 同時享有 Medicare 和 Medi-Cal、有資格獲得承保服務、已加入我們的計劃且其參保經 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 和州確認的人士。

會員手冊與披露資訊： 本文件連同您的參保表及任何其他附件或附則，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

服務區域： 保健計劃接收會員（如果計劃根據居住地點限制會員資格）的地理區域。對於限制您可以使用的醫生和醫院的計劃，它還通常指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。只有居住於我們服務區域的人士方可參加 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

機構裁決： 在計劃或其某一提供者對是否承保服務或您須為承保服務支付多少費用作出決定時，即表示計劃作出了機構裁決。機構裁決在本手冊中被稱為「承保範圍裁決」。第 9 章 D、E 和 F 節介紹如何要求我們作出承保範圍裁決。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

每日分攤費用：當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付共付額時，可能適用「每日分攤費用」。每日分攤費用是指共付額除以一個月份量的天數所得到的費用。

舉例如下：假設一個月份量（30 天的份量）藥物的共付額是 **\$1.35**。換言之，您支付的藥費金額每日低於 **\$0.05**。如果您獲得了 7 天份量的藥物，您的共付額為每日低於 **\$0.05** 乘以 7 日，總付額將低於 **\$0.35**。

災難承保階段：D 部份藥物福利的一個階段，當您達到此階段時，計劃將支付您的藥物的所有費用，直至本年度結束。當您的處方藥費達到 **\$7,050** 的限額時，您開始進入這一階段。

獨立醫療審查 (IMR)：如果我們拒絕了您的醫療服務或治療請求，您可以向我們提出上訴。如果您不同意我們的裁決且您的問題與 Medi-Cal 服務（包括 DME 用品和藥物）有關，您可向加州醫療保健計劃管理局 (California Department of Managed Health Care) 申請 IMR。IMR 是由本計劃網絡外的醫生對您的個案進行的審查。如果 IMR 裁定您勝訴，我們必須為您提供您請求的服務或治療。您無需為 IMR 支付費用。

申訴：您針對我們或網絡內提供者或藥房提出的投訴。其中包括對保健計劃所提供的護理品質或服務品質提出的投訴。

療養院或護理機構：為在家中無法獲得護理但不需要住院的人士提供護理的機構。

監察官：您所在州的一個辦事處，作為代表您的倡權者。他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。監察官服務是免費的。關於 Cal MediConnect Ombuds 計劃的更多資訊，請參見本手冊第 2 章和第 9 章。

社安補助金 (SSI)：Social Security 向收入與資產有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人發放的月度福利補助。SSI 福利不同於社會保障福利。

綜合門診康復機構 (CORF)：主要提供疾病、事故或大型手術康復服務的機構。該機構提供各種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、言語治療及家庭環境評估服務。

網絡內提供者：「提供者」是醫生、護士及其他為您提供服務及護理的人員的總稱。該術語還包括醫院、居家護理機構、診所及向您提供醫療保健服務、醫療設備及長期服務和支援的其他機構。

提供者均經 Medicare 及州政府許可或認證以提供醫療保健服務。

同意與我們的保健計劃合作、接受我們的付款且不會向會員收取額外費用的提供者稱為「網絡內提供者」。

只要您是我們計劃的會員，就必須使用網絡內提供者獲取承保服務。網絡內提供者也稱為「計劃內提供者」。

網絡內藥房：同意為我們的計劃會員配取處方藥的藥房（藥店）。我們稱其為「網絡內藥房」乃因為其已同意與我們的計劃合作。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才有承保。

網絡外提供者或網絡外機構：並非由我們的計劃僱用、擁有或經營且未簽約以向計劃會員提供承保服務的提供者或機構。第 3 章 D 節介紹網絡外提供者或機構。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

網絡外藥房：未同意與我們的計劃合作來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。除某些適用情況外，您從網絡外藥房獲取的大多數藥物均不獲計劃的承保。

緊急醫療情況：緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學常識的人認為您的生理症狀需要立即進行醫療處理以防發生死亡或身體殘障的情況。生理症狀可為重傷或劇痛。

緊急醫療護理：治療醫療或行為健康方面的緊急情況所急需的承保服務，由接受過緊急服務訓練的提供者提供。

老人綜合護理計劃 (PACE)：為年滿 55 歲且需要獲得更高級居家護理的人士同時承保 Medicare 和 Medi-Cal 福利的計劃。

耐用醫療設備 (DME)：醫生為您開立以在家中使用的特定用品。這些用品包括：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器及助行器。

聽證待裁決時的暫時補助：在您等待第 1 級上訴或州立聽證會的裁決時（參閱第 9 章 E 節瞭解更多資訊），您可以繼續獲得福利。此項持續性承保稱為「聽證待裁決時的暫時補助」。

自付費用：會員需就其獲得的服務或藥物支付部份費用的分攤費用要求，亦稱為「自付費用」要求。「分攤費用」請參見上文定義。

自付額：在 Cal MediConnect 的福利開始生效前，您每月可能需支付的醫療護理費用部份。您的自付額視您的收入和資產而有所不同。

藥物等級：在藥物清單上的藥物組別。例如普通藥、品牌藥或非處方 (OTC) 藥等均為藥物等級。藥物清單上的每種藥物皆屬於四 (4) 種等級中的一種。

行為健康：一個泛指精神健康和藥物濫用障礙的術語。

衛生保健服務部 (DHCS)：加州的州立部門，負責管理 Medicaid 計劃（在加州稱為 Medi-Cal），在本手冊中一般稱為「州」。

護理團隊：參閱「跨科護理團隊」。

護理指導員：與您、您的保健計劃以及您的護理提供者合作以確保您獲得所需護理的主要人員。

護理計劃：參閱「個人護理計劃」。

跨科護理團隊 (ICT 或護理團隊)：一個旨在幫助您獲得所需護理的護理團隊，其中可能包括醫生、護士、諮詢顧問或其他醫療保健專業人士。您的護理團隊還可幫助制定護理計劃。

轉診：轉診指必須經您的主治醫生 (PCP) 批准，才能由您 PCP 以外的人員為您看診。若您未獲得批准，Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 可能不會承保該服務。您無需轉介即可去看專科醫生，例如女性健康專科醫生。您可在第 3 章中瞭解更多關於轉診的資訊，在第 4 章中查看需要轉診的服務。



退保：終止計劃會員資格的程序。退保可為自願（自己選擇）或非自願（並非自己選擇）。

醫療保健計劃管理局 (DMHC)：加州的州立部門，負責監管各種保健計劃。DMHC 旨在幫助 Cal MediConnect 參保人處理有關 Medi-Cal 服務的上訴與投訴。DMHC 還負責執行獨立醫療審查 (IMR)。

醫療必需性：用以描述您為了預防、診斷或治療某種病症或維持目前的健康狀況而需要獲得的服務、用品或藥物。這包括使您不必入住醫院或療養院的護理。這還表示服務、用品或藥物符合公認的醫療執業標準。Medi-Cal 對醫療必需性的定義為：僅限用於保護生命、預防重大疾病或嚴重殘障或者減輕劇烈疼痛的醫療護理服務。

長期服務和支援 (LTSS)：長期服務和支援指旨在幫助改善長期醫療狀況的服務。大多數此類服務可使您不必離家前往護理機構或醫院。LTSS 包括以社區為基礎的成人服務 (CBAS) 和護理機構 (NF)。

門診手術中心：向無需接受住院護理、預期護理時間不超過 24 小時的患者提供門診手術服務的機構。

階段療法：規定您在我們承保您所要求之藥物前首先嘗試另一種藥物的承保規則。

非處方 (OTC) 藥：非處方藥是指無需醫療保健專業人員開具處方即可購買的任何藥物。

額外補助：一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資產有限的人士節省 Medicare D 部份處方藥費用（如保費、自付額和共付額）。額外補助也稱為「低收入補助」（或簡稱「LIS」）。



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部

致電	1-855-905-3825 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週七天。早上 8:00 至晚上 8:00。 客戶服務部還為非英語人士提供免費的口譯員服務。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週七天。早上 8:00 至晚上 8:00。
寫信	Blue Shield of California Promise Health Plan 客戶服務部 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
網站	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



如有疑問，請致電 Blue Shield of California Promise Health Plan，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect