



Santa Clara Family  
Health Plan™

# CAL MEDICONNECT PLAN

(Medicare-Medicaid 划)

## 会员手册 2022

客户服务部: 1-877-723-4795

TTY: 711

周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00 这是免费电话。

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

H7890\_17002C Accepted



本页有意留空

# Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) 会员手册

2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日

## Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) 的健康和药物承保范围

### 《会员手册》简介

本手册介绍 2022 年 12 月 31 日之前 Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect (SCFHP Cal MediConnect Plan) 的承保范围，其中解释了健康护理服务、行为健康（心理健康和药物使用障碍）服务、处方药承保范围以及长期服务和支持。长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 可帮助您在家中接受医疗服务，而无需前往疗养院或医院。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

本手册是重要法律文件，请妥善保管。

Cal MediConnect 计划由 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 提供。《会员手册》中提及的“我们”或“我们的”均指 SCFHP。当提及“本计划”或“我们的计划”，则指 SCFHP Cal MediConnect Plan。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

注意：如果您说中文，您可申请免费语言援助服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY 用户请致电 711）与客户服务部联系。本电话免费。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY: 711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

H7890\_17002C Accepted

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Չանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY. 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Չանգն անվճար է:

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

ご注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY: 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時までです。通話は無料です。

LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਠੂੰ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08 00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

如有疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



ជូនចំពោះ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ໂບດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте англійською мовою, ви можете безкоштовно скористатися доступними послугами перекладача. Телефонуйте до служби підтримки клієнтів за номером 1-877-723-4795 (телефонний пристрій із текстовим вводом [Teletype TTY]: 711), понеділок-п’ятниця, з 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.

JANGX LONGX: Beiv taux meih benx gorngv ang gitv waac nyei mienh nor, duqv mbenc maaih nzie weih gong tengx wang-henh faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv nyaanh, mbenc nzoih liouh bun meih longc. Douc waac daaih lorx taux nzie weih zipv kaeqv gorn zangc yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711), yiem naaiv liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz bouc dauh, yiem 8 diemv lungv ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungv muonz. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc cuotv nyaanh oc.

您可以免费获取此文档的其他格式，例如大字版、盲文版和/或语音版。如有需要，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)。本电话免费。

无论现在还是将来，您均可以持续索取除英语之外其他语种或其他格式的本文档。我们会将本信息存档，以供将来邮寄。您无需每次都单独提出请求。如需提出或变更请求，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，或寄送书面请求至：

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect

---

### 目录

|   |     |
|---|-----|
| 第 1 章：会员入门指南 .....                            | 11  |
| 第 2 章：重要电话号码和资源 .....                         | 24  |
| 第 3 章：将本计划的承保服务用于医疗保健和其他服务 .....              | 47  |
| 第 4 章：福利图表 .....                              | 64  |
| 第 5 章：通过本计划获取门诊处方药.....                       | 108 |
| 第 6 章：您应为 Medicare 和 Medi-Cal 处方药支付哪些费用 ..... | 123 |
| 第 7 章：请求我们支付您收到的承保服务或药物账单的分摊费用.....           | 132 |
| 第 8 章：您的权利和责任 .....                           | 137 |
| 第 9 章：如有问题或要投诉该怎么办（承保裁决、上诉、投诉） .....          | 149 |
| 第 10 章：终止 Cal MediConnect 计划会籍.....           | 194 |
| 第 11 章：法律公告 .....                             | 202 |
| 第 12 章：重要词汇定义 .....                           | 216 |

### 免责声明

- Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan（Medicare-Medicaid 计划）是与 Medicare 及 Medi-Cal 签约的一项健康计划，旨在让会员同时享受到两项计划的福利。
- 非歧视公告

歧视是违法行为。SCFHP Cal MediConnect Plan 遵守州和联邦民权法律。SCFHP Cal MediConnect Plan 不会出于性别、种族、肤色、宗教信仰、血统、国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、疾病、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素而非法歧视、排挤或区别对待任何人。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



### SCFHP Cal MediConnect Plan 提供:

- 促进残疾人士沟通交流的免费援助和服务, 例如:
  - 合格的手语翻译人员
  - 其他格式的书面信息 (大字版、语音版、无障碍电子格式及其他格式)
- 针对英语非第一语言人士的免费语言服务, 例如:
  - 合格的口译人员
  - 以其他语言书写的信息

如需这些服务, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 SCFHP Cal MediConnect Plan, 电话号码为 1-877-723-4795。如果您有听说障碍, 请拨打 711。我们可根据要求提供此文件的盲文版、大字版、盒式录音磁带版或电子版。如需获取此类替代格式的副本, 请致电或写信至:

**Santa Clara Family Health Plan**  
**PO Box 18880**  
**San Jose, CA 95158**  
**1-877-723-4795**  
**TTY: 711**

---

### 如何提出申诉

如果您认为 SCFHP Cal MediConnect Plan 出于性别、种族、肤色、宗教信仰、血统、国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、疾病、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素而未能提供上述服务或以其他方式非法歧视您, 请向 [Health Plan 的民权协调员] 提出申诉。您可以通过电话、信函、亲自造访或电子方式来提出申诉:

- 电话: 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 SCFHP Cal MediConnect Plan, 电话号码为 1-877-723-4795。或者, 如果您有听说障碍, 请拨打 711。
- 信函: 请填写投诉表格或写信并寄送至:  
**Attn: Grievance and Appeals Department**  
**Santa Clara Family Health Plan**  
**6201 San Ignacio Ave**  
**San Jose, CA 95119**
- 亲自造访: 请前往您的医生办公室或 SCFHP Cal MediConnect Plan 办公室, 亲自诉说您的申诉意向。
- 电子方式: 请访问 SCFHP Cal MediConnect Plan 网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

**如有疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**

---

### 民权办公室 - 加州卫生健康服务部

您也可以通过电话、信函或电子方式向加州卫生健康服务部 (California Department of Health Care Services) 民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出民权投诉:

- 电话: 请致电 **916-440-7370**。如果您有听说障碍, 请致电 **711** (电讯转接服务)。

- 信函: 请填写投诉表格或写信并寄送至:

**Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413**

如需下载投诉表格, 请访问

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)。

- 电子方式: 请发送电子邮件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。
- 

### 民权办公室 - 美国卫生和公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别等而受到歧视, 您也可以通过电话、信函或电子方式向美国卫生和公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室提出民权投诉:

- 电话: 请致电 **1-800-368-1019**。如果您有听说障碍, 请拨打 **TTY/TDD 专线 1-800-537-7697**。

- 信函: 请填写投诉表格或写信并寄送至:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

如需下载投诉表格, 请访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

- 电子方式: 请访问民权办公室投诉门户网站  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

---

如有疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





- 语言援助服务

### **English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. These services are free of charge.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Estos servicios son gratuitos.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-4795 (TTY: 711) từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-4795 (TTY: 711) từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Các dịch vụ này đều miễn phí.

### **简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-4795 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-4795 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang mga serbisyong ito.

### **الشعار بالعربية (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى الحصول على المساعدة بلغتك، فاتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة، متوفرة أيضًا. اتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) يتم تقديم هذه الخدمة مجانًا.



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց համար, ինչպես՝ բրայլի այբուբենով և խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

**ប្រាសាទសាសនាខ្មែរ (Cambodian)**

កំណត់ចំណាំ: កំណត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងការបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយផងដែរ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៨ ល្ងាច។ (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر نیاز به دریافت کمک به زبان خودتان دارید، از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 4795-723-877-1 تماس بگیرید. (TTY: 711). کمک و خدمات رسانی به کسانی که ناتوانی خاصی دارند، مثلاً چاپ اسناد با خط بریل و حروف بزرگ نیز امکان پذیر است. از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 4795-723-877-1 تماس بگیرید. (TTY: 711). این خدمات رایگان هستند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

न दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) ये सेवाएं नि:शुल्क रूप से उपलब्ध हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau 1-877-723-4795, Hauv Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntauv ua ntauv su rau neeg dig muag thiab luam kom loj, puav leej muaj. Hu rau 1-877-723-4795, Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意：母国語での対応が必要な場合は、月～金の午前8時～午後8時の時間帯で1-877-723-4795（TTY: 711）にお問い合わせください。視覚障害者向けに点字や大活字の文書などの支援サービスも利用できます。月～金の午前8時～午後8時の時間帯で1-877-723-4795（TTY: 711）にお問い合わせください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

如有疑问，请于星期一至星期五早上8点至晚上8点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



**한국어 태그라인 (Korean)**

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오(월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시). (TTY: 711). 장애인을 위한 지원과 서비스(예: 브라우 점자 문서, 큰 활자)도 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오 (월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시). (TTY: 711). 서비스는 무료입니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ແຈ້ງເຕືອນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວໝິມໃຫຍ່ກໍ່ມີເຊັ່ນກັນ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

**Mien Tagline (Mien)**

CAU FIM JANGX LONGX: Beiv taux meih qiex zuqc heuc tengx faan benx meih nyei fingz waac nor douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Mbenc maaih sou-nzangc benx nzangc-pokc aengx caux aamz benx domh sou-daan liouh bun wuaaic fangx mienh longc. Douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Naaiv se baeqc benx wang-henh nzie weih gong maiv zuqc feix zinh nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਸੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਵਿਕਲਾਂਗ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਸੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия ТТУ: 1711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия ТТУ:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.



如有疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-723-4795  
วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711)

นอกจากนี้ยังมีบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้พิการ เช่น

เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์  
เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА. Ви можете отримати довідку вашою мовою, зателефонувавши за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Також доступна допомога та послуги для осіб з обмеженими фізичними можливостями, наприклад документи, надруковані великим шрифтом або шрифтом Брайля. Телефонуйте за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.

- SCFHP Cal MediConnect Plan 保险是名为“最低基本承保”的合格健康保险。这符合《患者保护与平价医疗法案》(ACA)中的个人分担责任要求。请访问美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 网站 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), 了解关于个人分担责任要求的更多信息。

---

如有疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 第 1 章：会员入门指南

---

### 简介

本章旨在介绍 SCFHP Cal MediConnect Plan 这一覆盖您所有 Medicare 和 Medi-Cal 服务的健康计划，以及您的会籍信息。同时，亦说明了您可从 SCFHP Cal MediConnect Plan 接受的服务及其他信息。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|   |    |
|---|----|
| A. 欢迎加入 Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan ..... | 13 |
| B. 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的信息? .....                              | 13 |
| B1. Medicare.....   | 13 |
| B2. Medi-Cal .....  | 13 |
| C. 本计划优势 .....  | 14 |
| D. SCFHP Cal MediConnect Plan 的服务区 .....                          | 15 |
| E. 怎样才有资格成为计划会员? .....  | 17 |
| F. 首次参加健康计划会发生什么 .....  | 17 |
| G. 您的护理团队和护理计划 .....  | 18 |
| G1. 护理团队 .....  | 18 |
| G2. 护理计划 .....  | 19 |
| H. SCFHP Cal MediConnect Plan 每月计划保费.....                         | 19 |
| I. 《会员手册》 .....   | 19 |
| J. 我们将向您提供的其他信息 .....   | 20 |
| J1. 您的 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员身份证.....                      | 20 |
| J2. 提供者及药房目录.....   | 20 |
| J3. 承保药物清单.....   | 21 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

|  |    |
|--|----|
| J4. 福利说明.....  | 22 |
| K. 如何使您的会籍记录保持最新 .....                                 | 22 |
| K1. 个人健康信息 (Personal Health Information, PHI) 隐私 ..... | 22 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 欢迎加入 Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan

SCFHP Cal MediConnect Plan 是一项 Cal MediConnect 计划。Cal MediConnect 计划是由医生、医院、药房、长期服务和支持提供者、行为健康提供者以及其他提供者构成的组织。该组织还包含个案管理员和护理团队，来帮助您管理所有的提供者和服务。他们共同提供您所需的医疗保健服务。

SCFHP Cal MediConnect 计划经加州政府以及 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 批准，作为 Cal MediConnect 的组成部分，为您提供相关服务。

Cal MediConnect 是由加州政府和联邦政府共同监管的示范计划，旨在为同时参保 Medicare 和 Medi-Cal 的人士提供更优质的医疗护理服务。在此示范计划中，加州政府和联邦政府希望尝试使用新的方法，以改善您获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务的方式。

感谢您选择 SCFHP Cal MediConnect Plan。SCFHP 是非营利性的地方性公共健康计划，致力于改善圣克拉拉郡居民的健康与福祉。我们期待为您服务。我们希望看到会员获得高品质的健康护理服务。我们对您承诺，我们将坚持不懈地努力达成这个目标。

---

## B. 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的信息？

### B1. Medicare

Medicare 是适用于以下人士的联邦健康保险计划：

- 年龄在 65 岁或以上的人士；
- 年龄在 65 岁以下且存在特定残障情况的部分人士；以及
- 患有晚期肾脏疾病的人士（肾功能衰竭）。

### B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是指加州 Medicaid 计划。Medi-Cal 由州政府进行管理，并由州政府和联邦政府支付费用。Medi-Cal 帮助收入和资源有限的人士支付其长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 以及医疗的费用。它包含 Medicare 未承保的额外服务和药物。

各州自行决定：

- 哪些视为收入和资源；
- 谁有资格；



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 承保哪些服务；以及
- 服务的费用。

各州可自行决定其计划的具体运营方式，只要遵从联邦法规即可。

Medicare 和加州政府批准了 SCFHP Cal MediConnect Plan。只要达到以下条件，即可享受到 Medicare 和 Medi-Cal 服务：

- 我们选择提供本计划，以及
- Medicare 和加州政府允许我们继续提供本计划。

即使我们的计划在未来停止运转，您接受 Medicare 和 Medi-Cal 服务的资格也不会受到影响。

---

## C. 本计划优势

您现在可从 SCFHP Cal MediConnect Plan 获得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服务，其中包括处方药。加入此健康计划无需额外付费。

SCFHP Cal MediConnect Plan 可协助 Medicare 和 Medi-Cal 福利更好地合作和发挥作用。其中的一些优势包括：

- 一项健康计划，即可满足您的**全部**健康保险需求。
- 您将拥有自己帮助整合的护理团队。您的护理团队可能包括您本人、看护人员、医生、护士、咨询师或其他健康专业人员。
- 您将可以接触到个案管理员。此人将与您、SCFHP Cal MediConnect Plan 以及您的护理团队展开合作，协助制定护理计划。
- 您将可以通过护理团队及个案管理员的帮助来管理个人的护理。
- 护理团队和个案管理员将与您合作，制定专门满足您的健康需求的护理计划。护理团队可帮助协调您所需的服务。这意味着，例如：
  - 护理团队将确保医生了解您所服用的各种药物，以便医生能够确保您服用恰当的药物，并有助于医生减少药物产生的副作用。
  - 在适当情况下，护理团队将确保将检验结果分享给您所有的医生及其他提供者。

---

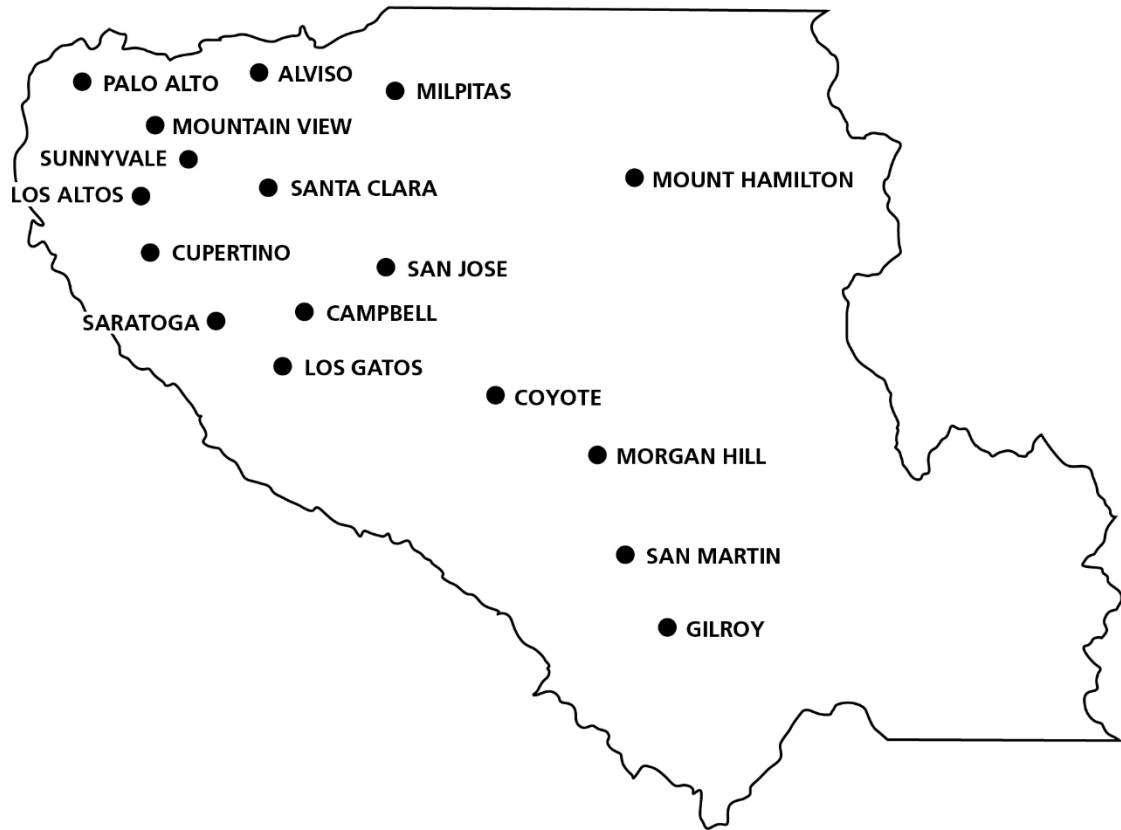
如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





---

## D. SCFHP Cal MediConnect Plan 的服务区



我们服务区域是圣克拉拉郡。

只有生活在我们服务区的居民才可加入 SCFHP Cal MediConnect Plan。



**如有疑问，** 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息，** 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果离开我们的服务区，您将无法加入本计划。请参见第 147 页第 8 章第 1 节，了解关于搬离我们服务区域的影响的更多信息。您将需要联系当地的郡资格申请工作人员：

### 圣克拉拉郡社会服务机构

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-877-96-BENEFITS (1-877-962-3633) 或 1-408-758-4600<br>电话全年全天候开通。  |
| TTY | 711  |
| 网站  | <a href="http://www.MyBenefitsCalWIN.org">www.MyBenefitsCalWIN.org</a> 或<br><a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a> |

### 福利援助中心

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-758-3800   |
| TTY | 1-408-758-3822   |
| 地点  | 1867 Senter Road<br>San Jose, CA 95112   |
| 网站  | <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a> |

### 北郡办事处

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-650-988-6200<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。  |
| TTY | 1-408-278-2403   |
| 地点  | 1330 W. Middlefield Road<br>Mountain View, CA 94043  |
| 网站  | <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 南郡办事处

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-758-3300<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。  |
| TTY | 1-408-758-3475   |
| 地点  | 379 Tomkins Court<br>Gilroy, CA 95020  |
| 网站  | <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a> |

---

## E. 怎样才有资格成为计划会员？

只要符合下列所有条件，便有资格加入我们的计划：

- 居住在我们的服务区；以及
- 注册时年满 21 岁；以及
- 同时参保 Medicare A 部分和 B 部分；以及
- 当前有资格参加 Medi-Cal，享有 Medi-Cal 全额福利，并承担费用分摊，以及
- 为美国公民或在美国合法居留。

您所在的郡县可能存在其他资格规定。有关详细信息，请致电客户服务部。

---

## F. 首次参加健康计划会发生什么

首次参加本计划时，您将在最初 90 个日历天内接受低风险会员的健康风险评估 (Health Risk Assessment, HRA)，或在最初 45 个日历天内接受高风险会员的 HRA。

我们必须完成您的 HRA。HRA 是制定个人护理计划 (Individual Care Plan, ICP) 的基础。HRA 中的问题可确定您的医疗、LTSS、行为健康和职能需求。

我们会主动联系您以完成 HRA。HRA 可通过当面拜访、电话通话或邮件的方式完成。

我们会将有关 HRA 的更多信息发送给您。



---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果您是 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 的新会员，您可以在特定时间内继续前往当前的医生处就诊。如果满足下列所有条件，则您在参保本计划时，可将自己当前的提供者和授权保留长达 12 个月：

- 您本人、您的代理人或您的提供者直接请求我们允许您继续在当前的提供者处就诊。
- 我们可以确定您与初级或专科护理提供者的既有关系，某些情况除外。我们所说的既有关系，是指在首次参保 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 当日之前 12 个月内，您曾在网络外提供者处至少就诊过 1 次（非急诊）。
  - 我们将通过审核获取到的您的健康信息或您提供的信息来确定既有关系。
  - 我们有 30 天的时间回复您的申请。您还可以请求我们更快速地做出决策，那么我们会在 15 天内给予回复。
  - 如果中断护理服务可能会导致您受到伤害，我们将在 3 个日历内做出回应。
  - 在您提出请求时，您或您的提供者必须出示表明既有关系的文件，并同意特定条款。

**注意：**该申请不适用于耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME)、交通服务、其他辅助服务或 Cal MediConnect 未涵盖的服务的提供者。

持续护理期结束后，您需要在 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 网络内的医生和其他提供者处就诊，除非我们与网络外的医生签订协议。网络提供者是指与健康计划合作的提供者。请参见第 47 页第 3 章第 B 节，了解关于获取护理的更多信息。

---

## G. 您的护理团队和护理计划

### G1. 护理团队

您是否需要帮助才能获得所需的护理？护理团队可以帮您。护理团队可能包括您的医生、个案管理员或您所选择的其他医护人员。

个案管理员是经过培训并能助您管理所需护理的人员。当您参保 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 时，将为您指派个案管理员。如果 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 不提供您所需要的服务，此人还会将您转介给社区资源。

您可以于星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点致电 1-877-590-8999 联系我们，要求获得护理团队。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## G2. 护理计划

护理团队将与您合作，共同制定护理计划。护理计划将告诉您和医生您需要哪些服务，以及如何获得这些服务。它包括您的医疗、行为健康以及 LTSS 需求。护理计划将专门针对您和您的需求制定。

您的护理计划将包括：

- 您的健康护理目标。
- 您何时应当获得所需服务的时间表。

在完成健康风险评估后，护理团队将与您会面，讨论您所需的服务。此外，他们还将告知您可以考虑哪些服务。护理计划将以您的需求为依据。护理团队将与您合作，至少每年更新一次护理计划。

---

## H. SCFHP Cal MediConnect Plan 每月计划保费

SCFHP Cal MediConnect Plan 没有每月计划保费。

---

## I. 《会员手册》

本《会员手册》是我们与您所订立协议的一部分。这意味着我们必须遵循本文件列出的所有规定。如果您认为我们所做的事情违反了这些规定，您可以上诉或质疑我们的行为。如需了解有关如何提出上诉的信息，请参见第 149 页第 9，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

如需获取《会员手册》，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。您也可以访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 查看《会员手册》，或从该网站进行下载。每个新年开始前，您将收到《会员手册》可用性通知。

本协议在 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日期间您参保 SCFHP Cal MediConnect Plan 的月份有效。



---

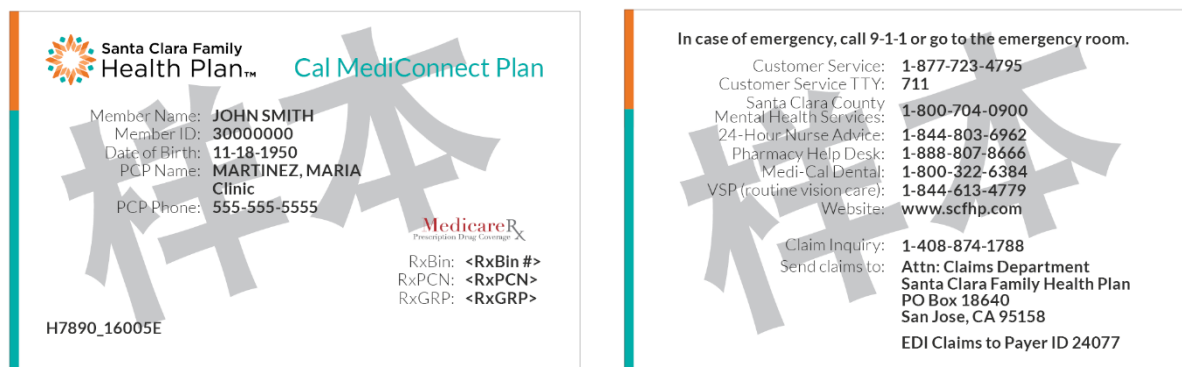
**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## J. 我们将向您提供的其他信息

您应该已收到 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员身份证、有关如何访问“提供者及药房目录”的信息、“耐用医疗设备清单”，以及有关如何访问“承保药物清单”的信息。

### J1. 您的 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员身份证

根据我们的计划，您将收到一张 Medicare 和 Medi-Cal 服务卡，其中涵盖长期服务和支 持、特定行为健康服务以及处方药。在获取服务或处方药时，您必须出示此卡。以下是样 卡以展示您的卡片的外观：



正面

背面

如果您的 Cal MediConnect Plan 卡损坏、丢失或被盗，请立即致电客户服务部，我们将为您补发新卡。您可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

只要您是我们计划的会员，便无需使用红白蓝三色的 Medicare 卡或 Medi-Cal 卡来获取 Cal MediConnect Plan 服务。请妥善保管这些卡片，以备将来需要时使用。如果您出示 Medicare 卡，而非 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员身份证，提供者可能会开具账单给 Medicare（而非本计划），并且您可能会收到账单。请参见第 133 页第 7 章第 A 节，了解在收到提供者寄送的账单时应如何处理。

请记住，对于您可能从郡心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 中享有的专业心理健康服务，您需要使用 Medi-Cal 卡来获取。

### J2. 提供者及药房目录

“提供者及药房目录”列出了 SCFHP Cal MediConnect Plan 网络中的提供者和药房。如果您是本计划的会员，您必须使用网络内的提供者，以便获取承保服务。首次参加我们的计划时，存在某些例外情况（请参见第 17 页第 F 节）。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



如需获取“提供者及药房目录”，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与客户服务部联系。您也可以访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 查看“提供者及药房目录”，或从该网站进行下载。

目录提供的信息包括提供者名称、电话号码、地址、专科、许可证编号、服务语言等。

### 网络提供者定义

- SCFHP Cal MediConnect Plan 的网络提供者包括：
  - 您作为我们计划会员可以前去就诊的医生、护士及其他健康护理专业人员；
  - 我们计划中的诊所、医院、护理机构以及提供健康服务的其他场所；以及
  - LTSS、行为健康服务机构、居家护理机构、耐用医疗设备供应商，以及您通过 Medicare 或 Medi-Cal 获取其商品和服务的其他供应商。

网络提供者已同意接受我们的计划对承保服务的付款，将其视为全额付款。

### 网络药房定义

- 网络药房是指已同意为我们计划的会员提供药物的药房（药店）。请使用提供者及药房目录查找您想光顾的网络药房。
- 除紧急情况之外，如果您希望我们的计划帮您支付费用，您必须在我们的某一网络药房配药。

如需了解更多信息，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与客户服务部联系。客户服务部和 SCFHP Cal MediConnect Plan 网站均提供关于网络药房和提供者变更的最新信息。

### 耐用医疗设备 (List of Durable Medical Equipment, DME) 清单

在本《会员手册》中，我们随寄了 SCFHP Cal MediConnect Plan 的“耐用医疗设备清单”。此清单列出了我们承保的 DME 的品牌和制造商。您也可以访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)，了解最新的品牌、制造商和供应商清单。请参见第 75 页第 4 章第 D 节，了解有关 DME 设备的更多信息。

### J3. 承保药物清单

本计划设有承保药物清单。我们将其简称为“药物清单”。其中列出了哪些处方药属于 SCFHP Cal MediConnect Plan 的承保范围。

药物清单还列出了是否存在任何针对药物的规定或限制，例如您可以获得的药物数量限制。请参见第 116 页第 5 章第 C 节，了解关于规定或限制的更多信息。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

我们每年都会向您提供有关获取“药物清单”的信息，但有些变更可能会在年中发生。如需了解有关承保药物的最新信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)，或于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）。

#### J4. 福利说明

如果您要使用 D 部分的处方药福利，我们会向您寄送汇总报告，帮助您了解和跟踪 D 部分处方药的付费情况。该汇总报告称为“福利说明”(Explanation of Benefits, EOB)。

EOB 列出了您或他人代表您花费在 D 部分处方药上的总费用以及我们在当月对每种 D 部分处方药支付的总费用。EOB 中包含您所使用药物的更多信息。第 123 页第 6 章提供有关 EOB 及其如何帮助您跟踪药物承保的更多信息。

EOB 也可应您的要求提供。如需副本，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与客户服务部联系。

---

## K. 如何使您的会籍记录保持最新

您可以在信息变更时告知我们，从而使您的会籍记录保持最新。

本计划的网络提供者和药房需要掌握关于您的正确信息。他们使用您的会籍记录来了解您获取了哪些服务和药物以及为此花费了多少费用。有鉴于此，帮助我们使您的信息保持最新至关重要。

请在出现以下情况时告知我们：

- 您的姓名、地址或电话号码有变。
- 您的其他任何健康保险承保范围有变，例如您的雇主、您配偶的雇主、您同居伴侣的雇主或劳工赔偿。
- 您有任何责任索赔事宜，例如车祸索赔。
- 您住进疗养院或医院。
- 您在医院或急诊室接受治疗。
- 您的看护人员或任何负责人有变。
- 您参与了临床研究。

如有信息变更，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与客户服务部联系，告知我们。

### K1. 个人健康信息 (Personal Health Information, PHI) 隐私

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





您会籍记录中的信息可能包括个人健康信息 (Personal Health Information, PHI)。州和联邦法律要求我们对您的 PHI 信息予以保密。我们会确保您的 PHI 受到保护。如需了解关于我们如何保护您的 PHI 的更多详细信息，请参见第 142 页第 8 章第 C 节。



---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 2 章：重要电话号码和资源

---

### 简介

本章旨在提供各种重要资源的联系信息。这些重要资源可帮助您回答有关 SCFHP Cal MediConnect Plan 以及您健康护理福利的各种疑问。同时，亦说明了如何联系您的个案管理员以及可代表您提出主张的其他人士。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|   |    |
|---|----|
| A. 如何与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系 .....                                 | 26 |
| A1. 何时与客户服务部联系.....   | 26 |
| B. 如何联系您的个案管理员 .....  | 28 |
| B1. 何时联系您的个案管理员 .....   | 29 |
| C. 如何联系护理咨询热线.....  | 29 |
| C1. 何时联系护理咨询热线.....   | 30 |
| D. 如何联系行为健康危机热线.....  | 30 |
| D1. 何时联系行为健康危机热线 .....  | 30 |
| E. 如何联系健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)..... | 31 |
| E1. 何时联系 HICAP .....  | 31 |
| F. 如何联系质量改进机构 (Quality Improvement Organization, QIO).....                      | 32 |
| F1. 何时联系 Livanta BFCC-QIO .....   | 32 |
| G. 如何联系 Medicare.....   | 33 |
| H. 如何联系 Medi-Cal Health Care Options.....                                       | 34 |
| I. 如何联系 Cal MediConnect 监察员计划 .....   | 35 |
| J. 如何联系郡社会服务部门 .....  | 35 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



|                              |    |
|------------------------------|----|
| K. 如何联系郡专业心理健康计划 .....       | 36 |
| K1. 可就以下问题联系郡专业心理健康计划: ..... | 36 |
| L. 如何联系加州健保管理局 .....         | 36 |
| M. 其他资源 .....                | 37 |



---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## A. 如何与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | <p>1-877-723-4795。本电话免费。</p> <p>星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点。</p> <p>如果您在该计划客户服务部的正常工作时间以外致电，您可以使用 SCFHP Cal MediConnect Plan 的交互式语音应答系统，或通过语音邮件留言，我们会在一个工作日内回复您的来电。有关 SCFHP Cal MediConnect Plan 的更多信息，请访问 <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>。</p> <p>对于不会讲英语的人士，我们将提供免费的口译服务。</p> |
| TTY | <p>711。本电话免费。</p> <p>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。</p> <p>星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点。</p>  |
| 写信  | <p>Attn: Customer Service Department<br/>Santa Clara Family Health Plan<br/>PO Box 18880<br/>San Jose, CA 95158</p>   |
| 网站  | <p><a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a></p>   |

### A1. 何时与客户服务部联系

- 关于计划的疑问
- 关于索赔、账单或会员身份证的问题
- 关于医疗保健的承保裁决
  - 关于健康护理的承保裁决是指有关下列问题的决策：
    - 您的福利和承保服务，或
    - 我们对您的健康服务要支付的金额。
  - 如有任何关于健康护理承保裁决的疑问，请联系我们。
  - 如需了解有关承保裁决的更多信息，请参见第 154 页第 9 第 DC 节。
- 医疗保健上诉
  - 上诉是请求我们审核对您的承保所做之决定以及在您认为我们弄错时请求我们予以更改的正规途径。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 如需了解有关上诉的更多信息，请参见第 154 页第 9 第 DC 节。
- 医疗保健投诉
  - 您可以对我们或任何提供者（包括非网络提供者和网络提供者）提出投诉。网络提供者是指与健康计划合作的提供者。您也可以向我们或质量改进机构 (Quality Improvement Organization) 投诉您所获得的护理质量（请参见第 32 页第 F 节）。
  - 您可以打电话给我们，说明您的不满。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。
  - 如果投诉内容是关于健康护理的承保裁决，您可以提出上诉（请参见上一节）。
  - 您可以将针对 SCFHP Cal MediConnect Plan 的投诉发送给 Medicare。您可以访问 [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) 填写在线表格。或可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求帮助。
  - 您可以于星期一至星期五早上 9 点至下午 5 点致电 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914)，向 Cal MediConnect 监察员计划提出对 SCFHP Cal MediConnect Plan 的投诉。
  - 如需了解对您的健康护理提出投诉的更多信息，请参见第 149 页第 9。
- 关于药物的承保裁决
  - 关于药物的承保裁决是指有关下列问题的决策：
    - 您的福利和承保药物，或
    - 我们对您的药物要支付的金额。
  - 该决策适用于您的 D 部分药物、Medi-Cal 处方药以及 Medi-Cal 非处方药。
  - 如需了解关于处方药承保裁决的更多信息，请参见第 169 页第 9 第 F 节。
- 关于药物的上诉
  - 上诉是请求我们更改承保裁决的一种途径。
  - 如果要对任何药物的承保裁决提出上诉，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系，或访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 下载上诉和申诉表格，填妥并邮寄至：  
  
Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158
  - 如需了解对处方药提出上诉的更多信息，请参见第 149 页第 9。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 关于药物的投诉
  - 您可以对我们或任何药房提出投诉。其中包括对方药药的投诉。
  - 如果投诉内容是关于处方药的承保裁决，您可以提出上诉。（请参见上一节）。
  - 您可以将针对 SCFHP Cal MediConnect Plan 的投诉发送给 Medicare。请访问 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) 填写在线表格。或可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求帮助。
  - 如需了解对方药药提出投诉的更多信息，请参见第 169 页第 9 第 F。
- 对您已付费的医疗保健或药物进行付款
  - 如需了解关于如何请求我们偿还您的付款或支付您所收账单的更多信息，请参见第 133 页第 7 章第 A 节和第 135 页第 B 节。
  - 如果您请求我们支付账单，而我们拒绝您的任何请求，您可以对我们的决定提出上诉。请参见第 154 页第 9 第 D 节，了解有关上诉的更多信息。

## B. 如何联系您的个案管理员

个案管理员是由临床医生或其他受过培训的人员担任，旨在为您提供护理协调服务，尤其是在护理过渡和出院期间。在您参保 SCFHP Cal MediConnect Plan 时，我们将会评估您的健康需求，并指定个案管理员为您提供帮助。您可以通过以下电话联系个案管理员。如需更换个案管理员，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 个案管理部。

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | 1-877-590-8999。本电话免费。<br>星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点。<br>对于不会讲英语的人士，我们将提供免费的口译服务。                   |
| TTY | 711。本电话免费。<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。<br>星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点。                |
| 写信  | Attn: Case Management<br>Santa Clara Family Health Plan<br>PO Box 18880<br>San Jose, CA 95158 |
| 网站  | <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>  |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## B1. 何时联系您的个案管理员

- 关于医疗保健的问题
- 关于获取行为健康（心理健康和药物滥用疾病）服务的问题
- 关于交通服务的问题
- 关于长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 的问题

LTSS 包含社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS) 和护理机构 (Nursing Facility, NF)。

如需了解关于 LTSS 资格要求的信息，请参见第 55 页 第 3 章第 E 节“如何获取长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS)”。如需了解更多信息，请致电客户服务部。

有时，您可以在日常医疗保健和生活需求上获得帮助。您可以获得以下服务：

- 社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS)；
- 专业护理；
- 物理治疗；
- 职能治疗；
- 言语治疗；
- 医疗社会服务；以及
- 居家医疗保健。

---

## C. 如何联系护理咨询热线

如在健康护理方面有任何疑问或顾虑，请致电 SCFHP 护理咨询热线。我们的特许医疗保健专家全年全天候为您效劳。护理咨询热线提供下列帮助：

- 居家自我护理建议
- 需要护理但医疗保健提供者办公室关闭时该怎么办
- 关于您是否应该获取医疗护理的建议
- 关于如何以及何处获得护理
- 转诊至远程医疗提供者

例如，如果您不确定您的状况是否属于紧急医疗情况，护理咨询热线的工作人员可帮助您确定是否需要紧急服务或紧急护理。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果遇到紧急情况，您随时可以致电 9-1-1，或前去距离最近的医院就诊。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-844-803-6962。本电话免费。<br>全年全天候开通。<br>对于不会讲英语的人士，我们将提供免费的口译服务。    |
| TTY | 711。本电话免费。<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。<br>全年全天候开通。 |

### C1. 何时联系护理咨询热线

- 关于医疗保健的问题。

---

## D. 如何联系行为健康危机热线

圣克拉拉郡行为健康服务部自杀及危机处理服务 (SACS) 可为陷入危机、受精神疾病或药物滥用困扰的个人和家庭提供支持。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-855-278-4204。本电话免费。<br>全年全天候开通。<br>对于不会讲英语的人士，我们将提供免费的口译服务。  |
| TTY | 711。本电话免费。<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。<br>全年全天候开通  |
| 网站  | <a href="http://www.sccgov.org/sites/bhd/Pages/home.aspx">www.sccgov.org/sites/bhd/Pages/home.aspx</a> |

### D1. 何时联系行为健康危机热线

- 关于行为健康和药物滥用服务的问题

如有关于您所在郡专业心理健康服务的问题，请参见第 55 页第 3 章第 F 节。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





## E. 如何联系健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 可为注册了 Medicare 的人士免费提供健康保险咨询。HICAP 顾问可回答您的疑问，并帮助您了解如何处理问题。HICAP 在每个郡都拥有受过培训的顾问，可免费提供服务。

HICAP 与保险公司或健康计划没有任何联系。

|      |  |
|------|--|
| 电话   | 1-408-350-3200<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。                                    |
| TTY  | 711<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。                              |
| 写信   | Sourcewise<br>3100 De La Cruz Blvd, Suite 310<br>Santa Clara, CA 95054     |
| 电子邮件 | <a href="mailto:community@mysourcewise.com">community@mysourcewise.com</a> |
| 网站   | <a href="http://www.mysourcewise.com">www.mysourcewise.com</a>             |

### E1. 何时联系 HICAP

- 关于 Cal MediConnect Plan 的疑问或关于 Medicare 的其他疑问
  - HICAP 顾问可为您解答有关变更为新计划的疑问，并协助您：
    - 了解您的权利；
    - 了解您的计划选择；
    - 提出对健康护理或治疗的投诉；以及
    - 解决账单问题。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## F. 如何联系质量改进机构 (Quality Improvement Organization, QIO)

本州设有“Livanta 受益人及家庭中心式护理” (Beneficiary and Family Centered Care, BFCC) - 质量改进机构 (Quality Improvement Organization, QIO)。该组织由医生与其他医疗保健专家构成，致力于帮助改善使用 Medicare 的人员的护理质量。Livanta BFCC-QIO 与我们的计划没有联系。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-877-588-1123<br>电话全年全天候开通。   |
| TTY | 1-855-887-6668<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。                         |
| 写信  | Livanta BFCC-QIO<br>10520 Guilford Rd, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701 |
| 网站  | <a href="http://www.livanta.com">www.livanta.com</a>                             |

### F1. 何时联系 Livanta BFCC-QIO

- 关于医疗保健的问题
  - 如果出现以下情况，您可对所获护理提出投诉：
    - 遭遇护理质量问题；
    - 您认为您的住院时间结束过早；或
    - 您认为您的居家医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务结束过早。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## G. 如何联系 Medicare

Medicare 是联邦健康保险计划，适用于年龄在 65 岁及以上的人士、某些年龄在 65 岁以下的残疾人士以及患有晚期肾脏疾病（需要进行血液透析或肾脏移植的永久性肾功能衰竭）的人士。

负责 Medicare 的联邦机构是 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>本电话免费，且全年全天候开通。   |
| TTY | 1-877-486-2048。本电话免费。<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。  |
| 网站  | <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a><br>这是 Medicare 的官方网站，提供关于 Medicare 的最新信息，另外，还提供关于医院、疗养院、医生、居家护理机构、透析机构、住院康复机构和临终关怀护理的信息。<br>其中包含实用网站和电话号码，并提供可直接从电脑打印的手册。<br>如果您没有电脑，当地图书馆或老年中心可帮助您通过其电脑访问该网站。或者，您可以致电联系 Medicare，告知您要查询的信息。他们会协助您查找网站上的信息，将其打印出来并发送给您。 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## H. 如何联系 Medi-Cal Health Care Options

如果您有任何关于选择 Cal MediConnect 计划或其他注册事宜的问题，Medi-Cal Health Care Options 可为您提供帮助。

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | 1-844-580-7272<br>Health Care Options 代表的工作时间是星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点。   |
| TTY | 1-800-430-7077<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。  |
| 写信  | California Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850 |
| 网站  | <a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>                                |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## I. 如何联系 Cal MediConnect 监察员计划

Cal MediConnect 监察员计划可代表您提出主张。如有任何疑问或者想要提出投诉，他们可回答问题，并向您告知该如何行事。Cal MediConnect 监察员计划还可协助您处理服务或账单问题。Cal MediConnect 监察员计划与我们的计划或任何保险公司或健康计划没有关联。他们的服务均为免费提供。

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | 1-855-501-3077。本电话免费。<br>星期一至星期五早上 9 点至下午 5 点。  |
| TTY | 1-855-847-7914<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。  |
| 写信  | Ombudsman Santa Clara County<br>Bay Area Legal Aid<br>4 N. Second Street, Suite 600<br>San Jose, CA 95113 |
| 网站  | <a href="http://www.healthconsumer.org">www.healthconsumer.org</a>  |

## J. 如何联系郡社会服务部门

如果您需要社会服务福利方面的帮助，请联系当地县社会服务部门。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-408-755-7100<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。  |
| 写信 | Social Services Agency Administration<br>353 West Julian Street<br>San Jose, CA 95110  |
| 网站 | <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/about_us/Pages/ssa_contacts.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/about_us/Pages/ssa_contacts.aspx</a> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## K. 如何联系郡专业心理健康计划

如果您符合医疗必要性标准，可通过郡心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 获得 Medi-Cal 专业心理健康服务。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 圣克拉拉郡行为健康服务部<br>1-800-704-0900。本电话免费。<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。<br>对于不会讲英语的人士，我们将提供免费的口译服务。 |
| TTY | 711。本电话免费。<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。              |

### K1. 可就以下问题联系郡专业心理健康计划：

- 关于郡所提供行为健康服务的问题。

## L. 如何联系加州健保管理局

加州健保管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 负责监管健康计划。DMHC 帮助中心可帮助您处理针对 Medi-Cal 服务的健康计划上诉和投诉。

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | 1-888-466-2219<br>DMHC 代表的工作时间是星期一至星期五早上 8 点至下午 6 点。  |
| TDD | 1-877-688-9891<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。  |
| 写信  | Help Center<br>California Department of Managed Health Care<br>980 Ninth St, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725 |
| 传真  | 1-916-255-5241  |
| 网站  | <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>  |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## M. 其他资源

以下列出的社区资源是作为公共服务而提供。作为您护理计划的一部分，您的 SCFHP Cal MediConnect Plan 个案管理员可协助您联系这些服务。

### M1. SCFHP 资源

#### SCFHP Blanca Alvarado 社区资源中心 (Community Resource Center, CRC)

SCFHP Blanca Alvarado CRC 是一家旨在为 SCFHP Medi-Cal 和 SCFHP Cal MediConnect Plan 成员及东圣何塞居民提供服务以推动卫生和健康的本地机构。SCFHP Blanca Alvarado CRC 所提供的服务包括：

- 现场客户服务
- 会员简介会
- 参保援助
- 卫生和健康课程
- 疫苗接种诊所
- SCFHP 会员个案管理

如需了解更多信息，请直接联系 SCFHP Blanca Alvarado CRC。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-874-1750                                   |
| TTY | 711  |
| 就诊  | 408 North Capitol Ave<br>San Jose, CA 95127      |
| 网站  | <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## SCFHP Cal MediConnect Plan 欺诈热线

如果您认为您的健康护理服务或用品提供者存在欺诈行为，请联系 SCFHP Cal MediConnect Plan 欺诈热线。

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-874-1450<br>电话全年全天候开通。   |
| TTY | 711<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。  |
| 写信  | Attn: Compliance Officer<br>Santa Clara Family Health Plan<br>PO Box 18880<br>San Jose, CA 95158 |
| 传真  | 1-408-874-1970   |
| 网站  | <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>   |

如需了解有关欺诈、浪费和滥用的更多信息，请参见第 211 页第 11 章第 F 节。

## M2. 社区资源

注意：SCFHP Cal MediConnect Plan 不是下列组织的赞助方。如需其他资源，请访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### 北加州阿兹海默症协会

阿兹海默症协会可提供有关阿茨海默病各方面问题的答案、看护者所需要的社区资源以及情感支持。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-800-272-3900（帮助热线）。<br>1-408-372-9900（主号码）。<br>全年全天候开通。    |
| 写信 | 2290 N First St, Suite 101<br>San Jose, CA 95131             |
| 网站 | <a href="http://www.alz.org/norcal/">www.alz.org/norcal/</a> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





## 美国心脏协会

提供各类心脏疾病、营养和健康生活的相关资源。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-510-903-4050   |
| 写信 | 426 17 <sup>th</sup> St, Ste 300<br>Oakland, CA 94612  |
| 网站 | <a href="http://www.heart.org/en/affiliates/california/greater-bay-area">www.heart.org/en/affiliates/california/greater-bay-area</a> |

## Aunt Bertha

Aunt Bertha 是连接人与计划的社会照护网络。在该在线平台上，您可根据邮政编码更加轻松地找到社区中的社会服务。

|    |  |
|----|--|
| 网站 | <a href="http://www.scfhp.auntbertha.com">www.scfhp.auntbertha.com</a> |
|----|--|

## 加州康复部圣何塞区办公室

为身障人士提供职能康复、培训和工作安置服务。

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | 1-408-277-1355  |
| TTY | 1-844-729-2800<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。      |
| 写信  | 100 Paseo de San Antonio, Room 324<br>San Jose, CA 95113-1479 |
| 网站  | <a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>            |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### 加州康复部吉尔罗伊分部

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-848-1345   |
| TTY | 1-844-729-2800<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。   |
| 写信  | 8060 Santa Teresa Blvd, Suite 200<br>Gilroy, CA 95020-3864 |
| 网站  | <a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>         |

### 加州康复部圣何塞北方分部

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-669-207-0014   |
| TTY | 1-844-729-2800<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。 |
| 写信  | 2160 Lundy Ave, Suite 115<br>San Jose, CA 95131          |
| 网站  | <a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>       |

### 加州吸烟者热线

提供咨询和资源，协助参与者戒烟。

|    |   |
|----|---|
| 电话 | 英语 - 1-800-987-2908<br>西班牙语 - 1-800-456-6386<br>普通话/粤语 - 1-800-838-8917<br>越南语 - 1-800-778-8440 |
| 网站 | <a href="http://www.nobutts.org/">www.nobutts.org/</a>  |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



### 家庭看护者联盟 (Family Caregiver Alliance, FCA)

FCA 提供基于社区的在线看护人员教育，将资源和支持团体与看护人员联系起来。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-800-445-8106 或 1-415-434-3388                          |
| 写信 | 101 Montgomery St, Suite 2150<br>San Francisco, CA 94104 |
| 网站 | <a href="http://www.caregiver.org">www.caregiver.org</a> |

### 农贸市场

圣克拉拉郡的绝大部分农贸市场均接受 CalFresh EBT，您可以在社区周围轻松购买当地新鲜农产品。当您在参与农贸市场的 Market Match 使用 CalFresh EBT 卡时，您的支付费用可以翻倍，每天最多免费 10 美元。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-408-793-2700   |
| 写信 | 1775 Story Rd, Suite 120<br>San Jose, CA 95122   |
| 网站 | <a href="http://www.sccgov.org/sites/phd/hi/heal/Pages/calfresh.aspx">www.sccgov.org/sites/phd/hi/heal/Pages/calfresh.aspx</a> |

### 友谊热线 (Friendship Line)

友谊热线是一条经过认证的危机干预热线，面向年满 60 岁的老人以及残障成人。友谊热线为孤独的老年人提供持续的外展服务通话。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 24 小时免费电话 1-800-971-0016   |
| 网站 | <a href="http://www.ioaging.org/services/all-inclusive-health-care/friendship-line">www.ioaging.org/services/all-inclusive-health-care/friendship-line</a> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 圣克拉拉郡居家照顾服务 (In-Home Supportive Services, IHSS)

如果您在没有援助的情况下，无法安全地居家生活，该计划可让您选择居家保健提供者。IHSS 服务可能包括但不限于：清扫房屋、膳食准备、洗衣、生活必需品采购、个人护理、陪伴就诊及其他服务。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-408-792-1600。<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。   |
| 写信 | 1888 Senter Rd<br>San Jose, CA 95112   |
| 网站 | <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/other-services/ihss/Pages/ihss.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/other-services/ihss/Pages/ihss.aspx</a> |

## 圣克拉拉郡成人保护服务

成人保护服务致力于接受和调查关于老人（年龄在 65 岁以上）或受赡养者（年龄在 18 岁到 64 岁之间，由于心理疾病或身体残疾而无法保护自己或为自己辩护）受虐或疏于照顾的举报。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-408-975-4900、1-800-414-2002 或 1-408-755-7690 等 24 小时<br>举报热线。  |
| 写信 | 333 W Julian St, 4th Floor<br>San Jose, CA 95110   |
| 网站 | <a href="http://www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Pages/ElderDepAdultAbuseReporting.aspx">www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Pages/ElderDepAdultAbuseReporting.aspx</a> |

## 第二丰收食物银行 (SHFB)

该食物银行通过各种计划和服务，在有需要的人生活、学习和工作的地方为其提供食物。可致电 SHFB 联系相关资源，例如免费食物和 CalFresh。食物联系计划 (Food Connection) 是第二丰收组织的免费热线，可帮助需要食物的人在其邻近地区寻找资源。使用多种语言的工作人员可将当地食物援助计划指示给来电者。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 1-800-984-3663                                 |
| 网站 | <a href="http://www.shfb.org">www.shfb.org</a> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 老年人法律援助 (Senior Adult Legal Assistance, SALA)

SALA 通过老年中心网络提供法律援助和教育。他们专注于公共福利、长期护理、老人受虐、住房问题、失能计划、遗嘱认证方案和简单遗嘱。

|    |   |
|----|---|
| 电话 | 中心办公室 - 1-408-295-5991<br>北郡 - 1-650-969-8656<br>南郡 - 1-408-847-7252<br>星期一至星期五早上 9 点至下午 5 点。 |
| 写信 | 1425 Koll Circle, Suite 109<br>San Jose, CA 95112   |
| 网站 | <a href="http://www.sala.org">www.sala.org</a>  |

## 老人营养计划 - 家庭送餐服务 (送餐到府)

通过送餐服务计划，在遍布整个郡县的社区网点为符合条件的老年人（年满 60 岁）提供营养餐食。

|    |  |
|----|--|
| 电话 | 老人营养计划 - 1-408-975-4860<br>送餐到府登记 - 1-408-350-3246   |
| 写信 | 333 W Julian St, 4th Floor<br>San Jose, CA 95110   |
| 传真 | 1-408-975-4830   |
| 网站 | <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/food-assistance/snp/Pages/meals_on_wheels.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/food-assistance/snp/Pages/meals_on_wheels.aspx</a> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 硅谷独立生活中心 (Silicon Valley Independent Living Center, SVILC)

SVILC 的核心计划包括：独立生活技能培训、资讯和转诊、朋辈咨询、指导和培训以及为系统及个人消费者进行维权。SVILC 还提供辅助技术服务、帮助个人从护理机构过渡到社区住宅的社区过渡计划、住房援助以及个人助理 (Personal Assistant, PA) 服务。

### 硅谷独立生活中心 (SVILC) - 总办事处

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-894-9041   |
| TTY | 1-408-894-9012<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。 |
| 写信  | 25 N. 14th St., Suite 1000<br>San Jose, CA, 95112        |
| 传真  | 1-408-894-9050   |
| 网站  | <a href="http://www.svilc.org/">www.svilc.org/</a>       |

### 硅谷独立生活中心 (Silicon Valley Independent Living Center, SVILC) - 南郡分部办事处

|     |  |
|-----|--|
| 电话  | 1-408-894-9041   |
| TTY | 1-408-894-9012<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。 |
| 写信  | 7881 Church St, Suite C<br>Gilroy, CA 95020              |
| 传真  | 1-408-842-4791   |
| 网站  | <a href="http://www.svilc.org/">www.svilc.org/</a>       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 社会安全局

|     |   |
|-----|---|
| 电话  | 1-800-772-1213<br>星期一至星期五早上 7 点至晚上 7 点。   |
| TTY | 1-800-325-0778<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。  |
| 写信  | Social Security Administration<br>Office of Public Inquiries and Communications Support<br>1100 West High Rise<br>6401 Security Blvd<br>Baltimore, MD 21235 |
| 网站  | <a href="http://www.socialsecurity.gov">www.socialsecurity.gov</a>  |

## Sourcewise

Sourcewise 是当地的老人事务总署 (Area Agency on Aging)。Sourcewise 可通过其呼叫中心和网站，为老人及其看护者提供访问综合社区资源数据库的通道。他们还提供信息和认知服务、老人就业计划、Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 以及护理管理。

|      |  |
|------|--|
| 电话   | 1-408-350-3200<br>星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。                                    |
| TTY  | 711<br>此电话适用于有听觉或语言障碍的人士。您必须拥有专门的电话设备才能致电该号码。                              |
| 写信   | 3100 De La Cruz Blvd, Suite 310<br>Santa Clara, CA 95054                   |
| 电子邮件 | <a href="mailto:community@mysourcewise.com">community@mysourcewise.com</a> |
| 网站   | <a href="http://www.mysourcewise.com">www.mysourcewise.com</a>             |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## Health Trust 送餐服务计划

Health Trust 送餐服务计划为残障者和困居家中的个人提供服务，包括老年人、刚出院或身患残疾而用轮椅代步的人。每周 5 天提供营养热食，周末提供需加工的冷冻餐食。驾驶员还提供每日健康探问。

|      |  |
|------|--|
| 电话   | 1-408-961-9870 或 1-800-505-3367  |
| 电子邮件 | <a href="mailto:mow@healthtrust.org">mow@healthtrust.org</a>                       |
| 网站   | <a href="http://healthtrust.org/provider/food/">healthtrust.org/provider/food/</a> |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





## 第 3 章：将本计划的承保服务用于医疗保健和其他服务

---

### 简介

本章旨在介绍相关术语和规定，助您顺利获得健康护理和 SCFHP Cal MediConnect Plan 其他承保服务。同时，亦介绍了您的个案管理员、如何在某些特殊情况下从各类提供者处获得护理服务（包括网络外提供者或药房）、当您直接收到我们计划承保范围内服务相关账单时该如何行事，以及拥有耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) 的规定。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|  |    |
|--|----|
| A. 有关“服务”、“承保服务”、“提供者”和“网络提供者”的信息.....   | 49 |
| B. 关于获取计划承保范围内健康护理、行为健康服务以及长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 的规定 ..... | 49 |
| C. 有关您个案管理员的信息 .....   | 50 |
| C1. 什么是个案管理员? .....  | 50 |
| C2. 如何联系您的个案管理员 .....  | 50 |
| C3. 如何变更您的个案管理员 .....  | 51 |
| D. 从初级护理提供者、专科医生、其他网络医疗提供者及网络外医疗提供者处获得护理 .....                                       | 51 |
| D1. 从初级护理提供者处获得护理 .....  | 51 |
| D2. 从专科医生及其他网络提供者处获得护理 .....   | 53 |
| D3. 如果提供者退出我们的计划，该怎么办.....   | 53 |
| D4. 如何从网络外提供者处获得护理 .....   | 54 |
| E. 如何获取长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS).....                          | 55 |
| F. 如何获取行为健康服务（心理健康和药物使用障碍）服务 .....   | 55 |
| F1. 在 SCFHP Cal MediConnect Plan 以外，圣克拉拉郡行为健康服务部还提供哪些 Medi-Cal 行为健康服务? .....         | 55 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

|   |    |
|---|----|
| G. 如何获取交通服务 .....   | 56 |
| H. 在有医疗紧急情况或急需护理时以及在灾害期间如何获得承保的服务.....                        | 57 |
| H1. 在出现医疗紧急情况时获得护理 .....                                      | 57 |
| H2. 急需的护理 .....   | 58 |
| H3. 在灾害期间获取护理 .....   | 58 |
| I. 如果您被要求直接支付本计划承保服务的费用，该怎么办 .....                            | 59 |
| I1. 如果我们的计划未承保服务，该怎么办.....                                    | 59 |
| J. 在您参加临床研究时，您的健康护理服务承保情况 .....                               | 59 |
| J1. 临床研究定义.....   | 59 |
| J2. 在您参加临床研究时，您的服务支付情况 .....                                  | 60 |
| J3. 了解有关临床研究的更多信息.....  | 60 |
| K. 如果您在宗教性非医疗健康护理机构接受护理，您的健康护理服务承保情况如何 .....                  | 60 |
| K1. 宗教性非医疗健康护理机构的定义.....                                      | 60 |
| K2. 从宗教性非医疗健康护理机构获得护理.....                                    | 61 |
| L. 耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) .....              | 61 |
| L1. 计划会员的 DME 拥有情况 .....                                      | 61 |
| L2. 当您更换为 Original Medicare 或 Medicare Advantage 时，DME 的所有权情况 | 61 |
| 61  |    |
| L3. 计划会员的氧气设备福利 .....   | 62 |
| L4. 当您更换为 Original Medicare 或 Medicare Advantage 时的氧气设备 ..... | 62 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 有关“服务”、“承保服务”、“提供者”和“网络提供者”的信息

服务是指医疗保健、长期服务和支持、医疗用品、行为健康服务、处方药和非处方药、设备以及其他服务。**承保服务**是指其中我们的计划付款的服务。如需了解承保医疗保健、行为健康以及长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS)，请参见第 67 页第 4 章第 D 节“福利图表”。

提供者是指医生、护士以及其他为您提供服务和护理的人员。术语提供者也包含医院、居家护理机构、诊所，以及其他提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗设备与特定长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 的场所。

网络提供者是指与健康计划合作的提供者。这些提供者已同意接受我们的付款，将其视作全额付款。网络提供者直接要求我们对其提供给您的护理付款。如果去网络提供者处就诊，您通常无需支付承保服务的相关费用。

---

## B. 关于获取计划承保范围内健康护理、行为健康服务以及长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 的规定

SCFHP Cal MediConnect Plan 涵盖 Medicare 和 Medi-Cal 承保的所有服务，其中包括行为健康服务以及长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS)。

只要您遵循计划的规定，SCFHP Cal MediConnect Plan 通常会为您所接受的健康护理服务、行为健康服务和 LTSS 而付款。如要我们的计划进行承保：

- 您所获取的护理必须是**计划福利**。这意味着，护理必须包含在计划的福利图表内。（图表位于本手册第 67 页第 4 章第 D 节）。
- 护理服务必须被确定为**具有医疗必要性**。具有医疗必要性是指您需要这些服务来预防、诊断或治疗疾病，或维持当前的健康状况。这包括可让您免于去医院或疗养院接受治疗的护理。这还意味着，此类服务、医疗用品或药物符合医疗实践的通用标准。
- 对于医疗服务，您必须拥有网络提供者，由该提供者安排护理或告知您前去其他医生处就诊。作为计划会员，您必须选择网络提供者担任您的**初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP)**。
  - 某些情况下，您的 PCP 必须将您转诊至计划网络内的其他提供者处，以便您使用此类提供者的服务。这就是所谓的**转介**。如果您未获得转诊，SCFHP Cal MediConnect Plan 可能不予承保服务。前往妇科健康专科医生等特定专科医生处看诊无需进行转诊。如需了解有关转诊的更多信息，请参见第 53 页。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 您无需拥有 PCP 的转介即可接受紧急护理或急需护理，或在妇科医疗保健提供者处就诊。您可以获得其他类型的护理，而无需通过 PCP 的转介。如需了解有关于此的更多信息，请参见第 53 页。
- 如需了解有关选择 PCP 的更多信息，请参见第 52 页。
- **您必须从网络提供者处获得护理。**通常，此健康计划不承保未与其合作的提供者所提供的护理。以下是此项规定不适用的几种情况：
  - 本计划承保网络外提供者所提供的紧急护理或急需的护理。如需了解更多信息，或者想查看急诊护理或急需护理的含义，请参见第 57 页第 H 节。
  - 如果您需要获取本计划承保的护理，而我们的网络提供者无法提供，则您可以从网络外的提供者处获得护理。在某些情况下，在您获取某些服务前，必须得到我们计划的批准。即所谓的**事先授权**。此外，在 SCFHP Cal MediConnect Plan 网络之外寻求护理前，必须从 SCFHP 获得授权。在此情况下，我们将承保这类护理，您无需支付任何费用。如需了解有关获取网络外提供者处就诊之授权的信息，请参见第 54 页第 D 节。如需了解有关哪些服务需要事先授权的更多信息，请参见第 67 页第 4 章第 D 节“福利图表”。
  - 在您短时间离开计划的服务区时，本计划将承保肾脏透析服务。您可以在 Medicare 认证的透析机构获取这些服务。
  - 首次参加本计划时，您可以请求继续在当前的提供者处就诊。除了某些例外情况，如果我们能够确定您与提供者的既有关系，则需要批准此请求（请参见第 17 页第 1 章第 F 节）。如果您的申请得到批准，那么您可以继续在当前的提供者处获取最长 12 个月的服务。在此期间，您的个案管理员会与您联系，以帮助您在网络中寻找提供者。12 个月后，如果您仍然在网络外提供者处就诊，则我们将不再承保您的护理。
  - 对于您当前从医生处获取的护理服务，我们可能会继续为您提供。如果您从辅助提供者处接受服务，例如 Medicare 或 Medi-Cal 的耐用医疗设备、医疗用品或尿失禁用品，SCFHP Cal MediConnect Plan 可能会将您过渡到网络内提供者。

---

## C. 有关您个案管理员的信息

### C1. 什么是个案管理员？

个案管理员由临床医生或其他受过培训、为计划服务的人员担任，旨在为您提供护理协调服务，尤其是在护理过渡和出院期间。

### C2. 如何联系您的个案管理员

请于星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点致电 1-877-590-8999 (TTY: 711) 与个案管理部联系。

---

**如有疑问，** 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息，** 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



### C3. 如何变更您的个案管理员

如需申请变更您的个案管理员，请于星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点致电 1-877-590-8999 联系个案管理部。

---

## D. 从初级护理提供者、专科医生、其他网络医疗提供者及网络外医疗提供者处获得护理

### D1. 从初级护理提供者处获得护理

您必须选择初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 来提供和管理您的护理。

#### “PCP” 的定义以及 PCP 对您而言有何作用

PCP 是您的医疗护理提供者，您在需要护理时可以优先进去就诊，紧急情况除外。您可以从 PCP 处得到常规或基本护理。您的 PCP 将协调您从 SCFHP Cal MediConnect Plan 获得的其他承保服务，包括：

- X 光检查
- 化验
- 治疗
- 专科医生的护理
- 住院
- 后续护理

在某些情况下，对于特定的服务，您的 PCP 需要提前得到 SCFHP 的授权或批准。

您可以选择下列人员作为 PCP：

- 家庭医生（通常治疗各个年龄段的患者）
- 提供初级护理的产科医生/妇科医生 (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN)（治疗妇女患者）
- 普通内科医生（治疗成年患者）
- 诊所，包括圣克拉拉郡的联邦认证保健中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC)、社区诊所或印第安人医疗保健服务设施

您可以请专科医生担任您的 PCP。专科医生是指可对特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。如果专科医生是提供者及药房目录中所列的 PCP，则您可以选择其担任您的 PCP。



---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

您可以从提供 PCP 服务的执业护士 (Nurse Practitioner, NP)、助理医师 (Physician Assistant, PA) 或持证助产士 (Certified Nurse Midwife, CNM) 处获得护理。NP、PA 或 CNM 必须在您的 PCP 的办公室工作并且由 PCP 监管。如果您已怀孕或计划怀孕，您也有权利选择计划外持证助产护士 (Certified Nurse Midwife, CNM)。

### 您的 PCP 选择

您可以选择我们网络中接受新会员的任何 PCP。如需 SCFHP 网络的提供者列表，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)，以使用 SCFHP “Find a Doctor”（查找医生）搜索工具或查看 SCFHP Cal MediConnect Plan “提供者及药房目录”。在选择 PCP 时，您可以选择：

- 您目前使用的提供者，**或者**
- 您信任的人推荐的提供者，**或者**
- 与您使用相同语言的提供者，**或者**
- 办公室地点方便的提供者。

如需了解有关提供者的更多信息（例如实习期完成地点），请与客户服务部联系。客户服务部可向您提供有关网络提供者的最新信息。

您还可在此获取关于提供者的更多信息：

- 就读医学院及其他专业资格 - 访问加州消费者事务部 (Department of Consumer Affairs, DCA) 的 BreEZe 在线服务网站 ([www.breeze.ca.gov/datamart/loginCADCA.do](http://www.breeze.ca.gov/datamart/loginCADCA.do))。
- 委员会认证 - 访问美国医学专业委员会 (Board of Medical Specialties) 的认证事务网站 ([www.certificationmatters.org](http://www.certificationmatters.org))。

如需选择 PCP，请访问 mySCFHP 会员门户 [www.member.scfhp.com](http://www.member.scfhp.com) 完成注册。如果您没有选择 PCP，SCFHP 将为您选择并告知您。如果您在选择 PCP 时需要帮助，请致电客户服务部，客户服务代表将为您提供帮助。

### PCP 变更选择

您随时可以出于任何原因更换 PCP。同时，您的 PCP 也可能会退出我们的计划网络。如果您的 PCP 退出我们的计划网络，我们可以帮您寻找计划网络内的新 PCP。

大多数情况下，如果我们依照您要求而进行 PCP 变更，则变更后的 PCP 将于次月第一天生效。例如，大多数情况下，如果您在 2 月请求我们更换 PCP，则您可以在 3 月 1 日到新的 PCP 处就诊。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 无需预先得到 PCP 批准即可获取的服务

大多数情况下，您需要得到 PCP 的批准才能在其他提供者处就诊。这种批准即是所谓的**转介**。在未得到 PCP 预先批准的情况下，您可以获取下列类似的服务：

- 从网络提供者或网络外提供者处得到紧急服务。
- 从网络提供者处得到急需护理。
- 在您无法找到网络提供者时（例如，当您离开计划服务区时），从网络外提供者处得到急需护理。
- 当您离开计划服务区时，您可以在 Medicare 认证的透析机构得到肾脏透析服务。（在离开服务区之前，请致电客户服务部。在您离开时，我们可以帮助您获得透析服务。）
- 您可以从网络提供者处获得流感疫苗、COVID-19 疫苗、乙肝疫苗和肺炎疫苗。
- 常规妇女医疗保健和计划生育服务。其中包括您可以从网络提供者处获得的乳房检查、乳房照影检查（胸部 X 光检查）、子宫颈抹片检查和盆腔检查。
- 此外，如果您有资格从印第安医疗保健提供者处获得服务，则您无需转诊即可在这些提供者处就诊。

### D2. 从专科医生及其他网络提供者处获得护理

专科医生是指可对特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。有多种类型的专科医生。以下是其中的几个示例：

- 肿瘤专家为癌症患者提供护理。
- 心脏病专家为心脏病患者提供护理。
- 骨科专家为骨骼、关节或肌肉疾病患者提供护理。

如果 PCP 无法提供您需要的服务，则 PCP 可能会向您发送专科医生或其他医疗保健提供者。如需了解某些类型的服务或处方药，或者想要查看网络外提供者、您的 PCP、专科医生或其他提供者，可能需要提前从 SCFHP Cal MediConnect Plan 处获得批准。这即是所谓的获得**事先授权**。有关哪些服务需要事先授权的更多信息，请参见第 4 章。

如果专科医生希望您接受多次护理，首先请确认您在首次就诊时获得的事先授权是否适用于针对该专科医生的多次就诊。

### D3. 如果提供者退出我们的计划，该怎么办

您正在使用的网络提供者可能会退出我们的计划。如果您的其中一个提供者确实退出计划，您享有特定的权利和保障，总结如下：



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 即使我们的提供者网络在年中发生变更，我们仍然须确保您能从符合资格的提供者处持续获得服务。
- 我们会尽量至少提前 30 天通知您，以便您有时间选择新的提供者。
- 我们将帮助您选择符合资格的新提供者，以继续管理您的健康护理需求。
- 如果您正在接受治疗，您有权提出相关要求，届时我们将竭诚与您合作，确保您所接受具有医疗必要性的治疗不会中断。
- 如果您认为我们未为您更换符合资格的提供者，或您的护理未得到适当管理，您有权就我们的决定提出上诉。

SCFHP Cal MediConnect Plan 可以帮助您在特定时间内继续获得或完成当前 PCP 提供的护理。这些特殊安排适用于下列所有病症：

- 急性病症；
- 严重慢性病症；
- 手术或其他医疗程序；
- 怀孕，包括产后护理；
- 末期疾病。

您必须向 SCFHP Cal MediConnect Plan 告知您希望该提供者继续提供和完成服务。如果提供者和 SCFHP Cal MediConnect Plan 无法就提供医疗服务的付款或其他条款而达成共识，那么 SCFHP Cal MediConnect Plan 将不会支付服务费用。在此情况下，如果您仍要接受服务，则将由您本人负责支付提供者的费用。

如果您发现某个提供者要退出我们的计划，请联系我们，以便我们帮您寻找新的提供者和管理您的护理。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

#### D4. 如何从网络外提供者处获得护理

如果 SCFHP Cal MediConnect Plan 网络内的提供者无法提供具医学必要性的专业服务，您可以从网络外提供者处获得相应服务。您的 PCP 负责提交有关网络外服务预先授权的请求。

如果您在网络外提供者处就诊，则该提供者必须有资格参加 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我们不会对没有资格参加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的提供者支付费用。
- 如果您在没有资格参加 Medicare 的提供者处就诊，则您必须全额支付获取的服务的费用。
- 提供者必须告知您他们是否有资格参加 Medicare。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





---

## E. 如何获取长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS)

长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 包括社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS) 以及护理机构 (Nursing Facility, NF)。上述服务可在您的家里、社区或专门机构里提供。不同类型的 LTSS 如下所述：

- **社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS)：** 一项机构门诊服务计划，可在您符合适用资格标准的情况下，提供专业护理、社会服务、职能治疗和言语疗法、个人护理、家庭/看护人员培训和支持、营养服务、交通服务以及其他服务。
- **护理机构 (Nursing Facility, NF)：** 该机构可为无法独自在家安全生活但无需住院的人士提供护理服务。

您的个案管理员会帮助您认识各项计划。如需了解关于此类计划的更多信息，请于星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点致电 1-877-590-8999 (TTY: 711) 与 SCFHP Cal MediConnect Plan 个案管理部联系。

---

## F. 如何获取行为健康服务（心理健康和药物使用障碍）服务

您可以获得 Medicare 和 Medi-Cal 所承保具有医疗必要性的行为健康服务，SCFHP Cal MediConnect Plan 提供获得 Medicare 承保行为健康服务的途径。Medi-Cal 承保的行为健康服务不是由 SCFHP Cal MediConnect Plan 提供，但符合资格的 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员可以通过圣克拉拉郡行为健康服务部 (Santa Clara County Behavioral Health Services Department) 获得。

### F1. 在 SCFHP Cal MediConnect Plan 以外，圣克拉拉郡行为健康服务部还提供哪些 Medi-Cal 行为健康服务？

如果您符合 Medi-Cal 专业心理健康服务的医疗必要性条件，则可以通过郡心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 享受 Medi-Cal 专业心理健康服务。圣克拉拉郡行为健康服务部提供的 Medi-Cal 专业心理健康服务包括：

- 心理健康服务（评估、治疗、康复、担保和计划制定）
- 药物支持服务
- 日间加护治疗
- 日间康复
- 危机干预
- 危机稳定



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 成人住院治疗服务
- 危机住院治疗服务
- 精神病健康机构服务
- 精神病患者住院服务
- 针对性个案管理

如果您符合 Drug Medi-Cal 的医疗必要性条件，您可以通过圣克拉拉郡酒精和药物服务部 (Santa Clara County Department of Alcohol and Drug Services) 享受 Drug Medi-Cal 服务。圣克拉拉郡酒精和药物服务部提供的 Drug Medi-Cal 服务包括：

- 加护门诊治疗服务
- 住院治疗服务
- 门诊药物免费服务
- 麻醉品治疗服务
- 阿片依赖的纳曲酮服务

除上述 Drug Medi-Cal 服务之外，如果您符合医疗必要性条件，还可获得自愿性住院解毒治疗服务。

行为健康服务无需事先授权。如果您符合圣克拉拉郡行为健康服务部专业心理健康服务和/或圣克拉拉郡酒精和药物服务部 Drug Medi-Cal 服务的医疗必要性条件，SCFHP Cal MediConnect Plan 会与适当机构联系并协调您的护理。如需直接获取圣克拉拉郡药物和酒精服务部 (Drug and Alcohol Services, DADS) 的服务，请致电 1-800-488-9919 联系诱导性毒品控制部门。

---

## G. 如何获取交通服务

非紧急医疗交通 (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) 服务要求医生填写医生认证声明 (Physician Certification Statement, PCS) 表，以便据此确定适当的服务水平。您的主治医生必须在安排或提供此项服务之前填写本表。NEMT 必须得到 SCFHP Cal MediConnect Plan 的事先批准，并在预约之前至少提前 5 个工作日进行安排。

非医疗交通 (Non-Medical Transportation, NMT) 服务要求您亲自、通过电子方式或电话证明您没有其他可选的交通方式。NMT 必须得到 SCFHP Cal MediConnect Plan 的事先批准，并在预约之前至少提前 3 个工作日进行安排。

如需安排 NEMT 或 NMT，请登录 mySCFHP 会员门户，或于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

---

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**



---

## H. 在有医疗紧急情况或急需护理时以及在灾害期间如何获得承保的服务

### H1. 在出现医疗紧急情况时获得护理

#### 医疗紧急情况定义

医疗紧急情况是指有剧痛或重伤等症状的医疗状况。该状况非常严重，如未得到立即救治，您或具有健康和医药常识的任何人都会预计到以下结果：

- 给您或您未出生的孩子的健康带来严重风险；或
- 对身体机能造成严重损害；或
- 身体器官或部位严重功能失调；或
- 对于处于活跃分娩期的孕妇而言：
  - 在分娩前，没有足够的时间将您安全转移到其他医院。
  - 将您转到另一家医院可能会对您或您未出生的孩子的健康或安全造成威胁。

#### 如果出现医疗紧急情况，该怎么办

如果您有医疗紧急情况：

- **尽快寻求帮助。**致电 911，或前去最近的急诊室或医院就诊。在需要时叫救护车。您不需要从 PCP 得到预先批准或转介。
- **尽快确保我们的计划得知您的急诊情况。**我们需要继续跟进您的急诊护理。您或其他人通常应在 48 小时内打电话告知我们您的急诊护理。然而，您不会因为延迟告知我们而支付急诊服务费用。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 将您的急诊情况告知 SCFHP Cal MediConnect Plan。您也可以在会员身份证背面找到 SCFHP Cal MediConnect Plan 的联系方式。

#### 医疗紧急情况下的承保服务

您可以在需要时于美国或其领地上随时随地享受承保的急诊护理。如果您需要救护车前去急诊室，这在我们的计划承保范围之内。如需了解更多信息，请参见第 77 页第 4 章第 D 节“福利图表”。

急诊结束之后，您可能需要后续护理，以确保身体痊愈。后续护理在我们的承保范围之内。如果您从网络外提供者处接受急诊护理，我们将尝试让网络提供者尽快接管您的护理。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 在出现非医疗紧急情况时获得急诊护理

有时候，可能很难确定您是否出现医疗或行为健康紧急情况。您可能会寻求急诊护理，而医生则表示实际上不属于紧急情况。只要您合情合理地认为您的健康处于极度危险的境地，我们都将承保您的护理。

然而，在医生宣称不是急诊后，只要满足以下条件，我们仍将承保其他护理：

- 您前去网络提供者处就诊，**或**
- 您获取的其他护理被视为“急需的护理”，而且您遵循获取此类护理的规则。（请参见下一节）。

## H2. 急需的护理

### 急需的护理定义

急需的护理是指患有急病、受伤或存在非紧急但需立即护理的疾病时获取的护理。例如，您可能突然病情加重，需要进行治疗。

### 在计划服务区内获取急需的护理

在大多数情况下，只要满足以下条件，我们即会承保急需的护理：

- 您从网络提供者处接受护理，**以及**
- 您遵守本章所述的其他规定。

但是，如果您无法前去网络提供者处接受护理，我们将会承保您从网络外提供者处接受的急需的护理。

如果您认为您出现紧急医疗问题，请致电全年全天候护理咨询热线 1-844-803-6962（TTY：711）。护理咨询热线会告知您如何获取以及何处获取护理。

### 在计划服务区外获取急需的护理

身处计划服务区之外时，您可能无法获取网络提供者的护理。在此情况下，我们的计划将承保您从任何提供者处获取的急需的护理。

我们的计划不承保您在美国及其领地以外获取的急需的护理或任何其他护理。

## H3. 在灾害期间获取护理

如果您所在州的州长、美国卫生与公共服务部 (Health and Human Services) 部长或美国总统宣布您所在地理区域有灾害或紧急事件，您依然有权从 SCFHP Cal MediConnect Plan 获得护理。

请访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)，了解如何在宣布的灾害期间获得所需的护理。

---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



在宣布的灾害期间，如果您无法使用网络提供者，我们将允许您免费从网络外提供者处获得护理。如果您在宣布的灾害期间无法使用网络药房，您将能够在网络外药房获取处方药。请参见第 111 页第 5 章第 A 节，了解更多信息。

---

## I. 如果您被要求直接支付本计划承保服务的费用，该怎么办

如果提供者将账单寄送给您，而非寄送给本计划，您应要求我们支付账单。

**您本人无需支付账单。如果您支付账单，本计划可能不会偿还给您。**

如果您已支付承保服务，或者您收到了承保医疗服务的账单，请参见第 133 页第 7 章，了解如何处理。

### I1. 如果我们的计划未承保服务，该怎么办

SCFHP Cal MediConnect Plan 承保

- 被认定具有医疗必要性的所有服务；以及
- 计划“福利图表”所列的服务（请参见自第 67 页开始的第 4 章第 D 节），以及
- 按计划规定获取的服务。

如果您获取的服务不在本计划的承保范围之内，**您必须自行支付全额费用。**

如果您想知道我们是否支付任何医疗服务或护理的费用，您有权询问我们。您也有权以书面询问我们。如果我们表明不会支付您的服务费用，您有权对我们的决定提出上诉。

第 149 页第 9 介绍当您希望我们承保医疗用品或服务时该如何做。这里还讲述了如何上诉我们的承保裁决。您还可以致电客户服务部，了解更多有关上诉权利的信息。

我们会按特定的限额对某些服务付费。如果您超过限额，您必须支付全额费用，才能获取更多的此类服务。请致电客户服务部，了解具体的限额以及您有多么接近限额。

---

## J. 在您参加临床研究时，您的健康护理服务承保情况

### J1. 临床研究定义

临床研究（也称为临床试验）是指医生测试新型医疗保健方法或药物的途径。他们会请求志愿者帮助进行研究。这类研究可帮助医生确定新型医疗保健方法或药物是否安全有效。

一旦 Medicare 批准了您希望参加的研究，此类研究的工作人员将会联系您。相关人员会向您告知研究相关事宜，并确认您是否有资格参加。只要您符合要求的条件，即可参加研究。您还必须了解和接受研究的要求。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

在您参与研究的同时，您仍然可以参与我们的计划。您继续从我们的计划获取护理的方式和研究没有关联。

如果您要参加 Medicare 批准的临床研究，您无需得到我们或初级护理提供者的批准。将护理作为研究组成部分提供给您的提供者不必是网络提供者。

**在开始参加临床研究前，您需要告知我们。**

如果您打算参加临床研究，您或您的个案管理员应与客户服务部联系，向我们告知您将参加临床试验。

## **J2. 在您参加临床研究时，您的服务支付情况**

如果您志愿参加 Medicare 批准的临床研究，您将无需为研究中的承保服务支付费用，Medicare 将支付研究中的承保服务的费用以及与您的护理相关的常规费用。您参加 Medicare 批准的临床研究后，作为研究的组成部分，您将获得承保的大部分医疗用品和服务。其中包括：

- 即使您未参与研究，Medicare 也会支付住院的食宿费用。
- 手术或研究包含的其他医疗程序。
- 新护理的任何副作用和并发症治疗。

如果 Medicare 未批准此类研究，则您必须支付参与研究的任何费用。

## **J3. 了解有关临床研究的更多信息**

您可以查看 Medicare 网站 ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)) 的“Medicare 及临床研究”，了解有关参加临床研究的更多信息。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，电话全年全天候开通。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

---

## **K. 如果您在宗教性非医疗健康护理机构接受护理，您的健康护理服务承保情况如何**

### **K1. 宗教性非医疗健康护理机构的定义**

宗教性非医疗保健机构是指提供护理的场所，这些护理通常可在医院或专业护理机构获得。如果在医院或专业护理机构接受护理违背了您的宗教信仰，我们将承保宗教性非医疗保健机构的护理。

您可以随时出于任何原因选择接受医疗保健。这项福利仅适用于 Medicare A 部分住院服务（非医疗保健服务）。Medicare 仅支付宗教性非医疗保健机构提供的非医疗保健服务。

---

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**



## K2. 从宗教性非医疗健康护理机构获得护理

要从宗教性非医疗保健机构获得护理，您必须签署法律文件，声明您不同意接受“非例外”医学治疗。

- “非例外”医学治疗是指任何自愿接受而非联邦、州或当地法律要求的护理。
- “例外”医学治疗是指任何非自愿接受而是联邦、州或当地法律要求的护理。

如要我们的计划进行承保，您从宗教性非医疗保健机构获得的护理必须符合下列条件：

- 提供护理的机构必须得到 **Medicare** 认证。
- 我们的计划服务承保仅限于非宗教方面的护理。
- 如果您从该机构接受的服务是由机构提供的，则必须符合下列条件：
  - 您的医疗状况必须可使您获取住院护理或专业护理机构护理的承保服务。
  - 您在前去机构前，必须得到我们的批准，否则您的住院费用不会得到承保。

**Medicare** 住院承保限制条件适用。请参见自第 67 页开始的第 4 章第 D 节“福利图表”。

---

## L. 耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME)

### L1. 计划会员的 DME 拥有情况

DME 是指提供者订购的特定医疗用品，以供您在自己家里使用。耐用医疗设备的示例包括轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者订购的家用病床、静脉 (Intravenous, IV) 输液泵、言语生成设备、供氧设备及耗材、雾化器和助行器。

您始终都可以拥有特定的医疗用品，例如假肢。

在本节中，我们将讨论必须租用的 DME。作为 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员，无论您租用 DME 多久，通常都不能视为您拥有该设备。

在特定情况下，我们会将 DME 的所有权转让给您。我们会在授权时根据您拥有 DME 是否具有医疗必要性来确定是否向您转让设备所有权。在某些情况下，例如定制轮椅或夹板，SCFHP Cal MediConnect Plan 会将此类 DME 用品的所有权转让给您。请致电客户服务部，了解您必须达到的要求以及必须提供的文件。

### L2. 当您更换为 Original Medicare 或 Medicare Advantage 时，DME 的所有权情况

在 Original Medicare 计划中，如租用特定类型的 DME，可在 13 个月之后拥有相应设备。在 Medicare Advantage 计划中，计划可规定用户必须租用特定类型之 DME 的具体月数，才能拥有相应设备。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**注意：**有关 Original Medicare 和 Medicare Advantage 计划的定义，请参见第 12 章。同时，您也可以查看《2022 年版 Medicare 与您手册》，了解更多信息。如未收到该手册，您可以访问 Medicare 网站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 或致电全年全天候服务电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手册。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

要拥有 DME，您必须在 Original Medicare 计划中连续支付 13 次费用，或在 Medicare Advantage 计划中连续支付规定次数的费用，同时满足下列条件：

- 您在参加我们的计划时并未成为该 DME 设备的所有者，以及
- 您退出我们的计划，并享受非 Original Medicare 计划或 Medicare Advantage 计划内健康计划的 Medicare 福利。

参加我们的计划之前，如果您曾对 Original Medicare 或 Medicare Advantage 计划中的 DME 付过款，则这些 Original Medicare 或 Medicare Advantage 付款不会计入您在退出我们计划之后所需达成的付款次数当中。

- 要拥有 DME，您必须在 Original Medicare 计划中连续支付 13 次新费用，或在 Medicare Advantage 计划中连续支付规定次数的新费用。
- 如果您重新返回 Original Medicare 或 Medicare Advantage 计划，这种情况亦没有例外。

### L3. 计划会员的氧气设备福利

如果您有资格获得 Medicare 承保的氧气设备，并且您是我们计划的会员，我们将承保：

- 氧气设备的租金
- 氧气和含氧物输送
- 用于确保氧气和含氧物输送的软管及相关配件
- 氧气设备的维修

如果氧气设备对您而言不再具有医疗必要性或者您退出我们的计划，则必须将氧气设备退还给所有者。

### L4. 当您更换为 Original Medicare 或 Medicare Advantage 时的氧气设备

如果氧气设备具有医疗必要性，并且您退出我们的计划，更换为 Original Medicare，您将需要从供应商处租用该设备，时长为 36 个月。您的月租金包含上述氧气设备、医疗用品和服务。

如果在您租用氧气设备达 36 个月后，该设备仍然具有医疗必要性：

- 您的供应商必须继续提供氧气设备、医疗用品和服务，时长为 24 个月。
- 如果具有医疗必要性，您的供应商必须提供氧气设备和医疗用品，最长可达 5 年。

---

**如有疑问，** 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





在 **5 年期满时**，如果氧气设备仍然具有医疗必要性：

- 您的供应商无需再提供该设备，并且您可选择任何供应商处的替代性设备。
- 新的 **5 年**期限开始。
- 您将从供应商处租用设备，时长为 **36 个月**。
- 您的供应商必须继续提供氧气设备、医疗用品和服务，时长为 **24 个月**。
- 只要氧气设备具有医疗必要性，每 **5 年**便会启动新一轮周期。

如果氧气设备具有医疗必要性，并且**您退出我们的计划，更换为 Medicare Advantage 计划**，该计划将至少覆盖 **Original Medicare** 的承保范围。您可以向您的 Medicare Advantage 计划咨询承保哪些氧气设备和医疗用品以及所需的费用。



---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 4 章：福利图表

---

### 简介

本章旨在介绍 SCFHP Cal MediConnect Plan 的承保服务以及这些服务的任何限制。同时，本章亦介绍了本计划未承保的福利。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|   |     |
|---|-----|
| A. 您的承保服务 .....   | 65  |
| A1. 公共卫生紧急事件期间.....   | 65  |
| B. 提供者向您收取服务费用的规定 .....                                       | 65  |
| C. 我们计划的“福利图表” .....  | 65  |
| D. 福利图表 .....   | 67  |
| E. SCFHP Cal MediConnect Plan 之外的承保福利 .....                   | 104 |
| E1. 加州社区过渡 (California Community Transitions, CCT).....       | 104 |
| E2. Medi-Cal 牙科计划.....  | 105 |
| E3. 临终关怀护理.....   | 105 |
| F. SCFHP Cal MediConnect Plan、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的福利..... | 106 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 您的承保服务

本章介绍 SCFHP Cal MediConnect Plan 为哪些服务付费。您还可以了解未承保的服务。如需了解有关药物福利的信息，请参见第 108 页第 5 章。本章还说明了某些服务的限制。

由于您是从 Medi-Cal 获取帮助，只要您遵循计划的规定，便无需对承保服务支付任何费用。请参见第 49 页第 3 章第 B 节，了解有关计划规定的详细信息。

如果您需协助理解承保服务，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。

### A1. 公共卫生紧急事件期间

在宣布的公共卫生紧急事件期间，SCFHP Cal MediConnect Plan 将遵守联邦、州和地方指南。在宣布的公共卫生紧急事件期间，如果您的医疗保健或可用资源有变，我们将在网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 上发布更新。

---

## B. 提供者向您收取服务费用的规定

我们不允许 SCFHP Cal MediConnect Plan 提供者向您收取承保服务的相关费用。我们会直接向提供者付款，并且会避免让您支付任何费用。即使我们支付给提供者的费用少于提供者收取的服务费用也是如此。

**您绝对不应从提供者处收到承保服务账单。**如果您收到账单，请参见第 133 页第 7 章第 A 节，或致电客户服务部。

---

## C. 我们计划的“福利图表”

“福利图表”讲述了计划将为哪些服务付费。它还列出了按字母顺序排列的服务目录，并解释说明了承保服务。

我们仅在符合下列规定时，才会为“福利图表”中列出的服务付费。只要您符合下列所述的承保要求，便无需对“福利图表”中列出的服务支付任何费用。

- 您的 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务必须根据两个计划各自制定的规则提供。
- 这些服务（包括医疗保健服务、行为健康服务、药物使用服务、长期服务和支持、医疗用品、设备和药物）必须具有医疗必要性。具有医疗必要性是指您需要这些服务来预防、诊断或治疗疾病，或维持当前的健康状况。这包括可让您免于去医院或疗养院接受治疗的护理。这还意味着，此类服务、医疗用品或药物符合医疗实践的通用标准。若某项服务是保护生命、预防重大疾病或重大残疾或者缓解剧痛的合理必要手段，则该服务具有医疗必要性。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 您必须从网络提供者处获得护理。网络提供者是指与我们合作的提供者。大多数情况下，我们不会支付您从网络外提供者处获得的护理的费用。有关使用网络内和网络外提供者的更多信息，请参见第 51 页第 3 章第 D 节。
- 初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 或护理团队将提供和管理您的护理。大多数情况下，在您前往非 PCP 的其他医生处就诊或使用计划网络中的其他提供者之前，您必须取得 PCP 的批准。这就是所谓的“转介”。如需关于获得转诊的更多信息以及何时无需转诊的说明，请参见第 53 页第 3 章第 B 节。
- 对于“福利图表”中列出的某些服务，只有在您的医生或其他网络提供者首先得到我们的批准时，我们才会承保。即所谓的事先授权。“福利图表”中需要得到事先授权的承保服务以脚注进行标记。此外，对于“福利图表”中未列出的以下服务，您亦须获得事先授权：
  - 失禁霜和尿片；
  - 腹壁整形术；
  - 肥胖症治疗程序；
  - 眼睑整形术；
  - 缩胸术和隆胸术；
  - 耳蜗听觉植入体；
  - 牙科手术；
  - 皮肤科治疗程序（激光治疗、皮肤注射及移植）；
  - 实验/调查性程序/服务和新技术；
  - 鼻腔和鼻窦手术；
  - 鼻整形术；
  - 鼻中隔成形术；
  - 神经及脊髓刺激器；
  - 正颌治疗程序（包括 TMJ 治疗）；
  - 脂膜切除术；
  - 整形外科重建术；
  - 脊柱手术；
  - 立体定位放射手术和立体定向体部放疗；
  - 阻塞性睡眠呼吸暂停治疗手术；
  - 静脉曲张治疗；
  - 心肺疾病康复；
  - 基因检测和咨询；
  - 高压氧治疗；
  - 评估前的移植相关服务（角膜移植除外）；
  - 跨性别者服务。
- 所有预防性服务皆免费。在“福利图表”中，预防性服务旁边带有此苹果 🍏 标记。
- 您的个性化护理计划可能会提供护理计划可选 (Care Plan Optional, CPO) 服务。这些服务可为您提供更多居家帮助，例如餐食、为您或您的看护人员而提供的帮助，或者淋浴扶手杆和坡道。这些服务旨在帮助您更加独立地生活，而不是为了代替您在 Medi-Cal 中有权获得的长期服务和支持 (Long-Term services and Supports, LTSS)。SCFHP Cal MediConnect Plan 过去提供的 CPO 服务示例包括：临时个人护理和清除害虫。如需帮助，或者希望了解 CPO 服务如何为您提供帮助，请联系您的个案管理员。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## D. 福利图表

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p> <b>腹主动脉瘤筛查</b></p> <p>我们将对处于危险的患者支付一次超声波筛查费用。仅当您存在一定风险因素，且由您的医师、医师助理、执业护士或临床护理专员转诊时，本计划才会承保此项筛查。</p>   | 0 美元       |
| <p><b>针灸</b></p> <p>在任意一个日历年内，我们最多支付每月 2 次门诊服务的费用，如具有医疗必要性，则可能增加次数。</p> <p>此类服务作为急诊或住院服务开具账单时无法报销。必须用于治疗同时属于其他治疗服务涵盖范围内的病症。在由医生、牙医、足病医生和针灸师提供的情况下属于承保范围之内。</p> <p>此为非阿片类疼痛管理的替代方案。</p> <p>如果您患有慢性下背痛，我们将在 90 天内支付最多 12 次的针灸诊治费用，该疾病定义如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 持续 12 周或以上；</li> <li>• 非特异性的（无可识别的系统性病因，例如与转移性、炎性或传染性疾病无关）；</li> <li>• 与手术无关；以及</li> <li>• 与怀孕无关。</li> </ul> <p>此外，如果您的病情有所改善，我们将额外支付 8 次针对慢性下背痛的针灸治疗费用。您每年可获得不超过 20 次针对慢性下背痛的针灸治疗。</p> <p>如果病情没有好转甚至恶化，您必须停止针对慢性下背痛的针灸治疗。</p> <p><b>注意：每月超过 2 次服务、孕妇或住在护理机构内的会员可能需要获得事先授权。</b></p> | 0 美元       |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p> <b>酒精滥用筛查和辅导</b></p> <p>我们将对滥用酒精但不依赖酒精的成人支付一次酒精滥用筛查 (SBIRT) 费用。其中包括孕妇。</p> <p>如果您的酒精滥用筛查呈阳性，您每年可以在初级保健机构中，接受合格初级护理提供者或执业者提供的四次简短的面对面辅导课程，前提是您在辅导期间表现得正常和清醒。</p>            | 0 美元       |
| <p><b>救护车服务</b></p> <p>承保救护车服务包括地面救护车、固定翼和旋转翼飞机服务。救护车将带您到距离最近的场所接受护理。</p> <p>您的状况必须足够严重，其他前往护理场所的方式可能会对您的健康或生命造成危险。其他情况的救护车服务必须得到我们的批准。</p> <p>在并非紧急的情况下，我们可能会支付救护车费。您的状况必须足够严重，其他前往护理场所的方式可能会对您的生命或健康造成危险。</p>   | 0 美元       |
| <p> <b>年度健康检查</b></p> <p>您可以得到年度体检。我们会根据您当前的风险因素，制定或更新预防计划。我们每 12 个月会支付一次此类费用。</p>   | 0 美元       |
| <p> <b>骨质密度检查</b></p> <p>我们会为合格会员（通常是存在骨质流失风险或存在骨质疏松风险的人）支付特定程序的费用。这些程序可确认骨质密度、发现骨质流失或了解骨骼品质。</p> <p>我们每 24 个月会支付一次此类服务费用，如果有医疗必要性，我们会更频繁地支付服务费用。我们还会支付给医生费用，以查看和评论检查结果。</p> | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。




| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p> <b>乳腺癌筛查（乳房 X 光检查）</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 年龄在 35 岁到 39 岁的妇女的基线乳房 X 光检查，支付一次</li> <li>• 年满 40 岁及以上的妇女的乳房造影检查，每 12 个月支付一次</li> <li>• 临床乳房检查，每 24 个月支付一次</li> </ul>                  | 0 美元       |
| <p><b>心脏康复服务</b></p> <p>我们将支付心脏康复服务费用，例如运动、教育和辅导费用。会员必须符合特定的医生转介条件。</p> <p>我们还将承保强化心脏康复计划，这要比心脏康复计划更加密集。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>   | 0 美元       |
| <p> <b>心血管（心脏）疾病风险降低门诊（心脏疾病治疗）</b></p> <p>我们每年会为您支付一次初级护理提供者门诊的费用，以帮助降低患上心脏疾病的风险，如具有医疗必要性，则可能增加次数。就诊时，您的医生可能会：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 讨论阿司匹林的使用；</li> <li>• 检查您的血压；及/或</li> <li>• 给您提示，以确保您的饮食健康。</li> </ul> | 0 美元       |
| <p> <b>心血管（心脏）疾病检验</b></p> <p>我们将支付血液检验费用，以检查您是否患有心血管疾病，每 5 年支付一次（60 个月）。这些血液检验也将检查是否存在由于高心脏病风险而带来的缺陷。</p>   | 0 美元       |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。


如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p> <b>宫颈癌和阴道癌筛查</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 对于所有女性：子宫颈抹片检查和盆腔检查，每 24 个月支付一次</li> <li>• 对于所有存在高风险子宫癌或阴道癌的女性：子宫颈抹片检查，每 12 个月支付一次</li> <li>• 对于在过去 3 年内接受过异常子宫颈抹片检查，而且处于育龄期的女性：子宫颈抹片检查，每 12 个月支付一次</li> <li>• 对于 30 至 65 岁的女性：每 5 年进行一次人乳头瘤病毒 (HPV) 或 PaP 加 HPV 检测</li> </ul> | 0 美元       |
| <p><b>整脊治疗服务</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 正确矫正脊椎（伴随文件证明的半脱位情况）</li> <li>• 在任何一个日历月内，我们最多支付 2 次门诊整脊治疗服务的费用，如具有医疗必要性，则可能增加次数</li> <li>• 注意：如每月超过 2 次服务，可能需要事先授权。</li> </ul> <p>此为非阿片类疼痛管理的替代方案。</p>   | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。







| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p> <b>结直肠癌筛查</b></p> <p>对于年龄在 50 岁及以上的人士（如果您有严重的家族病史，也可低于 50 岁），我们将为您支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 乙状结肠镜检查（或钡灌肠检查法），每 48 个月支付一次</li> <li>• 粪便潜血检验，每 12 个月支付一次</li> <li>• 基于愈创木脂的粪便潜血检验或粪便免疫化学测试，每 12 个月支付一次</li> <li>• 基于 DNA 的结直肠癌筛查，每 3 年支付一次</li> <li>• 结肠镜检查（但不在乙状结肠镜筛查的 48 个月之内），每 10 年支付一次。</li> <li>• 针对存在高直肠癌风险的人士的结肠镜检查（或钡灌肠检查法），每 24 个月支付一次</li> </ul> | 0 美元       |
| <p><b>社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS)</b></p> <p>CBAS 是机构门诊服务计划，人们可以根据安排参加。该计划提供了专业护理服务、社会服务、治疗（包括职能治疗、物理治疗和言语治疗）、个人护理、家庭/看护者培训和支持、营养服务、交通服务以及其他服务。如果您达到资格标准，我们将支付 CBAS 费用。</p> <p><b>注意：</b>如果 CBAS 机构不可用，我们将单独提供这些服务。</p> <p><b>注意：</b>可能需要事先授权。</p>  | 0 美元       |




如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p> <b>关于戒烟的辅导</b></p> <p>如果您吸烟但没有烟草相关疾病的体征或症状，并且想要或需要戒烟：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>我们将在 12 个月的期限内支付两次戒烟尝试费用，以作为预防服务。该项服务免费。每次戒烟尝试都包含多达 4 次的面对面辅导访问。</li> </ul> <p>如果您吸烟且诊断出患有烟草相关疾病或正在使用的药物可能受到烟草影响：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>我们将在 12 个月的期限内支付两次辅导戒烟尝试费用。每次辅导尝试都包含多达 4 次的面对面访问。</li> </ul> <p>如果您是孕妇，则可以接受无限制的戒烟辅导。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | 0 美元       |
| <p><b>牙科服务</b></p> <p>通过 Medi-Cal 牙科计划而获得的部分牙科服务，包括洗牙、补牙和安装假牙。请参见第 105 页第 E 节，了解更多信息。</p>   | 0 美元       |
| <p> <b>抑郁症筛查</b></p> <p>我们将支付抑郁症筛查费用，每年支付一次。筛查必须在可以提供后续治疗和转介的初级保健机构中完成。</p>  | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。




| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p> <b>糖尿病筛查</b></p> <p>如果您存在以下任何风险因素，我们将支付筛查费用（包括空腹血糖检验）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高血压（高血压病）</li> <li>• 胆固醇和甘油三酸酯水平异常史（血脂异常）</li> <li>• 肥胖症</li> <li>• 高血糖史（血糖）</li> </ul> <p>一些其他情况中可能涵盖的检验，例如体重过胖及有家族糖尿病史。</p> <p>根据检验结果，您可能有资格每 12 个月接受多达两次的糖尿病筛查。</p> | <p>0 美元</p> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p> <b>糖尿病自主管理培训、服务和医疗用品</b></p> <p>我们将对所有糖尿病患者（无论其是否使用胰岛素）支付下列服务费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用于监测血糖的医疗用品，包括下列各项： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 血糖监测仪</li> <li>○ 血糖检测条</li> <li>○ 采血设备和采血针</li> <li>○ 检查检测条和监测仪准确性的血糖控制解决方案</li> </ul> </li> <li>• 对于患有严重糖尿病足部疾病的患者，我们将支付下列费用： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 每个日历年一双定制的医疗鞋（包括鞋垫），其中包括配件和两双额外的鞋垫，<b>或</b></li> <li>○ 每年一双深型鞋（包括配件）和三双鞋垫（不包含这种鞋子附带的非定制可拆卸鞋垫）</li> </ul> </li> <li>• 在某些情况下，我们将支付帮助您管理糖尿病的培训费用。如需了解更多信息，请与客户服务部联系。</li> </ul> <p>请参见第 61 页，了解关于耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) 和相关医疗用品的更多信息。</p> <p><b>注意：如需 DME 医疗用品，可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p><b>耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) 和相关医疗用品</b></p> <p>(有关“耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME)”的定义, 请参见本手册第 221 页第 12 章。)</p> <p>以下医疗用品包含在内:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 轮椅</li> <li>• 拐杖</li> <li>• 电动床垫系统</li> <li>• 床垫干压垫</li> <li>• 糖尿病用品</li> <li>• 提供者订购的家用病床</li> <li>• 静脉 (IV) 输液泵和输液架</li> <li>• 肠内泵和医疗用品</li> <li>• 言语生成设备</li> <li>• 氧气设备和医疗用品</li> <li>• 雾化器</li> <li>• 助行器</li> <li>• 标准弯曲扶手或四支点拐杖以及备用医疗用品</li> <li>• 颈部牵引 (门上)</li> <li>• 骨刺激器</li> <li>• 透析护理设备</li> </ul> <p>其他医疗用品可能包含在内。</p> <p style="text-align: right;">此项福利将在下一页继续介绍</p> | <p>0 美元</p> |



如有疑问, 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息, 请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p><b>耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) 和相关医疗用品 (续)</b></p> <p>在本《会员手册》中，我们随寄了 SCFHP 的“DME 清单”。您可通过此清单了解我们会付费的 DME 品牌和制造商。您可以访问我们的网站 <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>，了解最新的品牌、制造商和供应商清单。</p> <p>通常，SCFHP 承保属于 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围之内且此清单中列出之品牌和制造商的任何 DME。我们将不给付其他品牌和商标，除非您的医生或其他提供商告诉我们您需要该品牌。不过，如果您是 SCFHP Cal MediConnect Plan 的新会员并且正在使用我们清单上未列出的 DME 品牌，我们将继续为您支付该品牌的费用，最长期间为 90 天。在此期间，请务必和您的医生商讨，确定在 90 天后哪个品牌最符合您的医疗需求。（如果您和您的医生有不同意见，可以请对方参考您的意见）。</p> <p>如果您（或您的医生）不同意计划的承保裁决，您或您的医生可提出上诉。您的医生会根据您的医疗情况决定您使用什么产品或品牌。如果您对此有异议，也可提出上诉。（如需了解有关上诉的更多信息，请参见第 154 页第 9 第 D 节。）</p> <p><b>注意：DME 可能需要事先授权。</b></p> | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用  |
|--|---|
| <p><b>急诊护理</b></p> <p>急诊护理是指下列服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 由接受过提供紧急服务培训的提供者提供的服务，以及</li> <li>• 需要进行紧急治疗的服务。</li> </ul> <p>急诊是指患有剧痛或重伤的医疗状况。该状况非常严重，如未得到立即救治，具有健康和医药常识的任何人都会预计到以下结果：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 给您或您未出生的孩子的健康带来严重风险；<b>或</b></li> <li>• 对身体机能造成严重损害；<b>或</b></li> <li>• 身体器官或部位严重功能失调；<b>或</b></li> <li>• 对于处于活跃分娩期的孕妇而言： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在分娩前，没有足够的时间将您安全转移到其他医院。</li> <li>○ 将您转到另一家医院可能会对您或您未出生的孩子的健康或安全造成威胁。</li> </ul> </li> </ul> <p>美国及其领地以外的急诊护理不予承保。</p> | <p>0 美元</p> <p>如果您在网络外医院接受急诊护理，在急症稳定之后需要住院护理，您必须返回网络医院，以便我们继续为您的护理付款。只有在计划批准您住院的情况下，您才可以在网络外医院接受住院护理。</p> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p><b>计划生育服务。</b></p> <p>对于特定的计划生育服务，法律允许您选择任何提供者。即任何医生、诊所、医院、药房或计划生育办公室。</p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 计划生育检测和医学治疗</li> <li>• 计划生育实验室和诊断测验</li> <li>• 计划生育方法（IUD、植入管、注射剂、避孕药、贴剂或避孕环）</li> <li>• 计划生育处方用品（避孕套、海绵、泡沫、薄膜、横膈膜、子宫帽）</li> <li>• 不孕不育的咨询和诊断及相关服务</li> <li>• 性传播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 的咨询、检测和治疗</li> <li>• HIV 和 AIDS 及其他 HIV 相关疾病的咨询和检测</li> <li>• 永久性绝育（您必须年满 21 岁及以上，才能选择此计划生育方法。您必须在手术日期前 30 天至 180 天内签署联邦绝育同意书。）</li> <li>• 遗传咨询</li> </ul> <p>我们也会支付某些其他计划生育服务费用。但是，您必须在我们的网络提供者处接受下列服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不孕不育疾病的治疗（该服务不包含人工受孕方法。）</li> </ul> | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。






| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用                              |
|--|---|
| <p><b>健身福利</b></p> <p>该健身福利为 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员而提供，旨在提倡积极生活方式，并改善会员的生活质量。会员拥有免费选择，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Silver&amp;Fit® 健康老龄化与锻炼计划包含：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入门计划：在线回答一些有关您兴趣范围的问题后，您将收到您所选锻炼项目的定制计划，包括如何入门的相关说明以及所推荐的在线健身视频。</li> <li>○ 网站和移动应用数字图书馆提供 8,000 多个点播视频，其中包含 <b>Silver&amp;Fit Signature Series 课程®</b>。</li> <li>○ 健身中心会籍：参观加入该计划的健身中心。加入计划的健身中心可提供专注于提升和增加肌肉力量及耐力、活动性、灵活性、关节活动度、平衡性、敏捷度和协调性的低强度课程。*</li> <li>○ 家庭健身设备：您有资格在每个福利年度获得一套家庭健身设备，选项包含各种健身类别。</li> <li>○ 训练有素的教练会通过电话开展健康老龄化辅导课程，与您讨论锻炼、营养、社交隔离和大脑健康等话题。</li> <li>○ 通过 <b>Silver&amp;Fit Connected™</b> 工具跟踪活动情况。</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;">此项福利将在下一页继续介绍</p> | <p style="text-align: center;">0 美元</p> |




如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p><b>健身福利</b><br/>(续)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 帽子、胸针等达到新里程的奖励。</li> <li>○ 在线健康老龄化课程。</li> <li>○ 在线季刊。</li> </ul> <p>*需要额外收费的非标准服务不属于 Silver&amp;Fit 计划的一部分，因此 Silver&amp;Fit 或 SCFHP Cal MediConnect Plan 不会报销。</p> <p>如果想要参保或者了解更多信息，请于星期一至星期五早上 5 点至晚上 6 点致电 1-877-427-4788 (TTY/TDD: 711) 与 Silver&amp;Fit 客户服务部联系，或访问 <a href="http://www.silverandfit.com">www.silverandfit.com</a>。</p> <p>Silver&amp;Fit 计划由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供。Silver&amp;Fit、Silver&amp;Fit Signature Series 和 Silver&amp;Fit Connected! 是 ASH 的商标。参与计划的机构和健身连锁店可能位于不同地点，并且可能有变。设备和奖励可能有变。此为非阿片类疼痛管理的替代方案。在您开始或改变运动习惯之前，请先咨询您的医生。</p> <p>其他提供者也可能会提供 SCFHP 健身福利。如需了解更多信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。</p> | 0 美元       |
| <p> <b>卫生和健康教育计划</b></p> <p>我们将提供许多专注于特定健康状况的计划。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康教育课；</li> <li>• 营养教育课；</li> <li>• 戒烟；以及</li> <li>• 护理热线</li> </ul> <p>注意：可能需要事先授权。</p>   | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p><b>听力服务</b></p> <p>我们将支付由您提供者完成的听力和平衡检测。这些测验可告知您是否需要医学治疗。这些服务承保在门诊护理当中，您可以从医生、听觉专家或其他合格提供者处获取。</p> <p>每位会员在每个财务年内（7 月 1 日至次年 6 月 30 日）可享受的助听器（双耳）福利最多为 1,510 美元，包括模具、改装用品和配件。</p> <p>如果您怀孕或住在护理机构内，我们还将支付助听器材的费用，其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 模具、用品和插件</li> <li>• 每次费用超过 25 美元的维修</li> <li>• 电池初始设置</li> <li>• 在您获取助听器材之后，进行 6 次访问，以接受培训、调整以及与相同的供应商进行协调</li> <li>• 试用期租用的助听器材</li> </ul> <p>更换因会员不可控事件而丢失、被盗或严重受损的助听器不包括在 1,510 美元的最高承保金额中。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | 0 美元       |
| <p> <b>HIV 筛查</b></p> <p>我们将对以下人员支付 HIV 筛查费用，每 12 个月支付一次：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请求进行 HIV 筛查检验；或</li> <li>• 受 HIV 感染的风险增加。</li> </ul> <p>对于孕妇，我们可在孕期支付多达 3 次 HIV 筛查检验的费用。</p> <p>经您的提供者建议后，我们还将支付额外的 HIV 筛查费用。</p>  | 0 美元       |



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p><b>居家护理机构护理</b></p> <p>在您获取居家健康服务前，医生必须告知我们您需要这些服务，且这些服务必须由居家健康机构提供。</p> <p>我们将支付以下服务及其他可能未列在此处的服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 兼职或间段性专业护理和居家健康助理服务（要获得居家医疗保健福利的承保，专业护理和居家健康助理服务组合的总时数必须少于每天 8 小时，每周 35 小时）</li> <li>• 物理治疗、职能治疗和言语治疗</li> <li>• 医疗和社会服务</li> <li>• 医疗设备和医疗用品</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>  | <p>0 美元</p> |
| <p><b>居家输注治疗</b></p> <p>本计划将支付居家输液治疗费用。居家输液治疗是指在您家中通过静脉给药或在皮肤下应用药物或生物物质。居家输液治疗需要以下物品：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 药物或生物物质，例如抗病毒或免疫球蛋白；</li> <li>• 设备，例如泵；以及</li> <li>• 耗材，例如导管或延长管。</li> </ul> <p>本计划将涵盖居家输液服务，包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 根据您的护理计划提供的专业服务，包括护理服务；</li> <li>• DME 福利中未包含的会员培训和教育；</li> <li>• 远程监控；以及</li> <li>• 监控服务，包括监控居家输液治疗的提供以及合格居家输液治疗供应商提供的居家输液药物。</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |


如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用  |
|--|-------------|
| <p><b>临终关怀护理</b></p> <p>您可以从 <b>Medicare</b> 认证的临终关怀计划接受护理。如果您的提供者和临终关怀医疗主任确定您有晚期预后，您有权选择临终关怀。这意味着您患有晚期疾病，并且预计仅剩六个月或更少的寿命。您的临终关怀医生可以是网络提供者或网络外提供者。</p> <p>本计划将支付您在接受临终关怀服务时产生的下列费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 治疗症状和疼痛的药物</li> <li>• 短期临时护理</li> <li>• 居家护理</li> </ul> <p><b>临终关怀服务和 Medicare A 或 B 部分承保的服务的账单将由 Medicare 支付。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请参见本章第 105 页第 E 节，了解更多信息。</li> </ul> <p><b>对于 SCFHP Cal MediConnect Plan 承保但 Medicare A 或 B 部分不承保的服务：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SCFHP Cal MediConnect Plan 将支付计划承保但 Medicare A 或 B 部分不承保的服务的费用。无论此类服务是否与晚期预后有关，本计划都将付费。您无需对这些服务支付任何费用。</li> </ul> <p><b>对于 SCFHP Cal MediConnect Plan Medicare D 部分福利承保的药物：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 临终关怀和我们的计划不会同时承保这些药物。如需了解更多信息，请参见第 120 页第 5 章第 F 节。</li> </ul> <p><b>注意：</b>如果您需要非临终关怀护理，请致电个案管理员安排服务。非临终关怀护理是与晚期预后无关的护理。</p> | <p>0 美元</p> |



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p> <b>免疫接种</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 肺炎疫苗</li> <li>• 流感疫苗，秋季和冬季的每个流感高发期一次；如有医疗必要性，还可额外注射几次流感疫苗。</li> <li>• 乙肝疫苗（如果您存在患有乙肝的高度或中度风险）</li> <li>• COVID-19 疫苗</li> <li>• 其他疫苗（如果您存在风险且此类疫苗符合 Medicare B 部分的承保规定）</li> </ul> <p>我们将支付符合 Medicare D 部分承保规定的其他疫苗费用。请参见第 123 页第 6 章，了解更多信息。</p> <p>我们还支付免疫实践咨询委员会 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 推荐的所有成人疫苗的费用。</p> <p><b>注意：B 部分药物可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用  |
|--|---|
| <p><b>住院护理</b></p> <p>我们将支付以下服务以及未列于此处但具有医疗必要性之其他服务的相关费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 半私人病房（或者具有医疗必要性的私人病房）</li> <li>• 餐食，包括特别饮食</li> <li>• 定期护理服务</li> <li>• 特护病房费用，例如重症监护病房或冠心病监护病房</li> <li>• 药物和药剂</li> <li>• 实验室化验</li> <li>• X 光检查及其他放射医疗服务</li> <li>• 所需手术和医疗用品</li> <li>• 器械，例如轮椅</li> <li>• 手术室和康复室服务</li> <li>• 物理治疗、职能治疗和言语治疗</li> <li>• 住院药物滥用服务</li> </ul> <p style="text-align: right;">此项福利将在下一页继续介绍</p> | <p style="text-align: center;">0 美元</p> <p>您必须得到计划的批准，才能在您的紧急情况稳定之后，持续在网络外医院获得住院护理。</p> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用   |
|---|--|
| <p><b>住院护理</b><br/>(续)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在某些情况下，以下类型的移植：角膜、肾脏、肾脏/胰脏、心脏、肝脏、肺脏、心脏/肺脏、骨髓、干细胞和肠道/脏器。</li> </ul> <p>如果您需要进行移植，<b>Medicare</b> 批准的移植中心将会评估您的个案，以确定您是否是移植的候选人。移植提供者可能来自当地或服务区之外的地方。如果当地移植提供者愿意接受 <b>Medicare</b> 的费用，则您可以获取当地提供的移植服务或社区护理模式之外的移植服务。如果 <b>SCFHP</b> 提供社区护理模式之外的移植服务并且您选择在此处获取移植，我们将会安排并支付您和另一人员的住宿和差旅费用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>血液，包括贮藏和管理</li> <li>医生服务</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p><b>0 美元</b></p> <p>您必须得到计划的批准，才能在您的紧急情况稳定之后，持续在网络外医院获得住院护理。</p> |
| <p><b>住院心理健康护理</b></p> <p>我们将支付需要住院的心理健康护理服务费用。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>如果您需要在独立的精神病医院接受住院服务，我们将支付前 <b>190 天</b> 的住院费用。在此之后，当地的郡心理健康机构将会支付医疗上必要的住院精神专科服务费用。必须和当地的郡心理健康机构协调 <b>190 天</b> 以后的护理授权。 <ul style="list-style-type: none"> <li><b>190 天</b> 的限制不适用于综合性医院精神科提供的住院心理健康服务。</li> </ul> </li> <li>如果您年满 <b>65 岁</b> 或以上，我们将支付您在精神病研究所 (Institute for Mental Diseases, IMD) 接受服务的费用。</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>                    | <p><b>0 美元</b></p>   |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。






| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用  |
|--|-------------|
| <p><b>住院：患者在非承保性住院期间于医院或专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF) 接受的承保服务</b></p> <p>如果您的住院不合理，并且不具有医疗必要性，我们不会支付这笔费用。</p> <p>但在某些住院护理不予承保的情况下，我们仍然会支付您在医院或护理机构所接受服务的费用。如需了解更多信息，请与客户服务部联系。</p> <p>我们将支付以下服务及其他可能未列在此处的服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医生服务</li> <li>• 诊断测验，例如实验室化验</li> <li>• X 光射线、放射镭和同位素治疗，其中包括技术员材料和服务</li> <li>• 外科敷料</li> <li>• 夹板、石膏及其他用于骨折和脱位的装置</li> <li>• 除牙科之外的假肢和矫形装置，包括此类装置的更换或修复。这些装置有： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 更换全部或部分内部身体器官（包括连接组织），或</li> <li>○ 更换全部或部分失去效用或出现故障的内部身体器官。</li> </ul> </li> <li>• 腿部、臂部、背部和颈部支具、构架以及假腿、假臂和假眼。这包括由于断裂、磨损、丢失或患者状况改变而需要进行的矫正、修复和更换</li> <li>• 物理治疗、言语治疗和职能治疗</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |





如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p><b>肾脏疾病服务和用品</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 肾脏疾病教育服务，以指导肾脏护理和帮助会员做出有关护理的良好决策。您必须患有第四阶段慢性肾脏疾病。我们将支付 6 次肾脏疾病教育服务的课程费用。</li> <li>• 门诊透析治疗，其中包括暂时离开服务区时的透析治疗，如第 49 页第 3 章第 B 节所述。</li> <li>• 住院透析治疗，您被接纳成为住院患者，在医院接受特殊护理</li> <li>• 自助透析训练，包括对您或任何帮助您进行居家透析治疗的人员的训练</li> <li>• 居家透析设备和用品</li> <li>• 特定居家支持服务，例如受过培训的透析工作人员进行必要的访问，以检查您的居家透析、在出现紧急情况时提供帮助以及检查您的透析设备和供水情况。</li> </ul> <p>您 Medicare B 部分药物福利将支付某些透析药物费用。如需了解相关信息，请参见该图表的“Medicare B 部分处方药”。</p> <p><b>注意：治疗或医疗用品可能需要事先授权。</b></p> | 0 美元       |
| <p> <b>肺癌筛查</b></p> <p>如果您属于以下情况，则计划将每 12 个月支付一次肺癌筛查费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 年龄为 50 至 80 岁；以及</li> <li>• 向您的医生或其他合格提供者进行咨询或共享决策讨论，以及</li> <li>• 已有 20 年烟龄，每天至少吸 1 包烟，未出现肺癌迹象或症状或目前吸烟或已戒烟 15 年。</li> </ul> <p>首次筛查后，计划每年将按照您的医生或其他合格提供者书面医嘱支付一次筛查费用。</p>  | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p> <b>医学营养治疗</b></p> <p>该项福利适用于患有糖尿病或肾脏疾病但无需使用透析的患者。也适用于医生嘱咐的肾脏移植治疗。</p> <p>在您第一年接受 <b>Medicare</b> 的医学营养治疗服务期间，我们将支付 3 个小时的一对一辅导服务费用。（这包括我们的计划、任何其他 <b>Medicare Advantage</b> 计划或 <b>Medicare</b>。）如具有医疗必要性，我们可能会批准其他服务。</p> <p>在此之后，我们每年会支付两个小时的一对一辅导服务费用。如果您的状况、治疗或诊断发生变化，根据医嘱，您可以接受更多时间的治疗。如果您在下一个日历年仍需要治疗，医生必须对为这些服务开具处方并每年更新医嘱。如具有医疗必要性，我们可能会批准其他服务。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | 0 美元       |
| <p> <b>Medicare 糖尿病预防计划 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>此计划将支付 MDPP 服务费用。MDPP 旨在帮助您改善健康行为。MDPP 提供关于下列各项的实践培训：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 长期饮食变化；以及</li> <li>• 加强身体锻炼；以及</li> <li>• 减肥并保持健康生活方式的方法。</li> </ul>  | 0 美元       |



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用  |
|--|-------------|
| <p><b>Medicare B 部分处方药</b></p> <p>这些药物属于 Medicare B 部分的承保范围之内。SCFHP Cal MediConnect Plan 将支付下列药物的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您在接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时，无法自行提供、注射或灌注的药物</li> <li>• 您使用耐用医疗设备（例如雾化器）搭配的经过计划授权的药物</li> <li>• 如果您患有血友病，自行注射的血凝因子</li> <li>• 免疫抑制药物，前提是您在器官移植期间参保 Medicare A 部分的计划</li> <li>• 注射的骨质疏松药物。如果您居家护理、患有骨折而医生认为可能会导致停经后骨质疏松、无法自行注射药物，我们将支付这些药物的费用</li> <li>• 抗原蛋白</li> <li>• 特定口服抗癌药物和抗呕吐药物</li> <li>• 特定居家透析治疗的药物，其中包括肝素、肝素解毒剂（具有医疗必要性时）、局部麻醉剂和红血球生成剂（例如 Retacrit®、Epogen®、Procrit® 或 Aranesp®）</li> <li>• 用于初级免疫缺陷疾病居家治疗的 IV 免疫球蛋白</li> </ul> <p>如需查看可能需要满足分步治疗要求的 B 部分药物清单，请访问以下链接：<br/> <a href="http://www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect/member-materials">www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect/member-materials</a></p> <p>我们也对 Medicare B 部分和 D 部分处方药福利中的部分疫苗进行承保。</p> <p>第 108 页第 5 章介绍有关门诊处方药的福利，并说明为承保处方药而必须遵循的规定。</p> <p>第 123 页第 6 章介绍在我们的计划下，您需要为门诊处方药支付哪些费用。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
 如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p><b>非紧急医疗交通服务</b></p> <p>这项福利可提供最具成本效益、最易使用的交通服务。其中包括：救护车、担架床厢型车、轮椅车医疗交通服务以及协调大众交通服务。</p> <p>这种形式的交通服务可在以下情况得到授权：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的医疗和/或身体状况不允许您乘坐公交车、客车、出租车或其他形式的公共或私人交通工具，以及</li> <li>• 为获取所需的医疗护理而必须采用的交通服务。</li> </ul> <p>根据服务类型，可能要求预先授权。</p> <p>非紧急医疗交通 (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) 服务要求医生填写医生认证声明 (Physician Certification Statement, PCS) 表，以便据此确定适当的服务水平。您的主治医生必须在安排或提供此项服务之前填写本表。</p> <p>NEMT 必须得到 SCFHP Cal MediConnect Plan 的事先批准，并在预约之前至少提前 5 个工作日进行安排。请登录 mySCFHP 会员门户 <a href="http://www.member.scfhp.com">www.member.scfhp.com</a> 或致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，以安排交通服务。</p> | 0 美元       |
| <p><b>非医疗交通服务</b></p> <p>这项福利允许乘坐客车、出租车或其他公共/私人交通工具前往医疗相关场所。</p> <p>这项福利不会限制您的非紧急医疗交通福利。</p> <p>非医疗交通服务 (Non-Medical Transportation, NMT) 服务要求您亲自、通过电子方式或电话证明您没有其他可选的交通方式。</p> <p>NMT 必须得到 SCFHP Cal MediConnect Plan 的事先批准，并在预约之前至少提前 3 个工作日进行安排。请登录 mySCFHP 会员门户 <a href="http://www.member.scfhp.com">www.member.scfhp.com</a> 或致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，以安排交通服务。</p>  | 0 美元       |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用                              |
|---|---|
| <p><b>护理机构护理</b></p> <p>护理机构 (Nursing Facility, NF) 是指可为无法在家接受护理但无需住院之人提供护理服务的场所。</p> <p>我们付费的服务包括但不限于以下各项：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 半私人病房（或具有医疗必要性的私人病房）</li> <li>• 餐食，包括特别饮食</li> <li>• 护理服务</li> <li>• 物理治疗、职能治疗和言语治疗</li> <li>• 呼吸治疗</li> <li>• 作为护理计划的组成部分提供给您的药物。（其中包括自然存在于体内的物质，例如血凝因子。）</li> <li>• 血液，包括贮藏和管理</li> <li>• 通常由护理机构提供的医学和手术用品</li> <li>• 通常由护理机构提供的实验室化验</li> <li>• 通常由护理机构提供的 X 光检查及其他放射医疗服务</li> <li>• 通常由护理机构提供的使用器械，例如轮椅</li> <li>• 医生/执业者服务</li> <li>• 耐用医疗设备</li> <li>• 牙科服务，包括假牙安装</li> <li>• 视力福利</li> <li>• 听力测试和助听器</li> </ul> <p style="text-align: right;">此项福利将在下一页继续介绍</p> | <p style="text-align: center;">0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p><b>护理机构护理</b><br/>(续)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 整脊护理</li> <li>• 足部医疗服务</li> </ul> <p>通常，您将从网络机构处接受护理。但您也可以从网络外机构处接受护理。如果接受我们计划的支付金额，您可以在以下场所接受护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 住院之前您所居住的疗养院或连续性照护退休社区（只要其提供护理机构护理）。</li> <li>• 您出院时配偶或同居伴侣居住的护理机构。</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>  | 0 美元       |
| <p> <b>肥胖症筛查及降低体重的疗法</b></p> <p>如果您的体重指数达到 30 以上，我们将支付辅导费用，以帮助您降低体重。您必须在初级保健机构接受辅导。这种方式是通过完整的预防计划管理的。有关更多信息，请咨询您的初级护理提供者。</p>  | 0 美元       |
| <p><b>阿片类药物治疗计划 (Opioid treatment program, OTP) 服务</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 计划将支付下列用于治疗阿片类药物使用障碍 (Opioid Use Disorder, OUD) 的服务费用：收治服务</li> <li>• 定期评估</li> <li>• 美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的药物，以及管理和提供这些药物（如适用）</li> <li>• 药物使用咨询</li> <li>• 单独和集体治疗</li> <li>• 检测体内的药物或化学物质（毒性测试）</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | 0 美元       |



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p><b>门诊诊断测验及治疗服务和用品</b></p> <p>我们将支付以下服务以及未列于此处但具有医疗必要性之其他服务的相关费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光射线、MRI 和 PET 扫描</li> <li>• 放射（放射镭和同位素）治疗及化疗，其中包括技师、材料和服务</li> <li>• 医疗用品（如伤口护理敷料）</li> <li>• 夹板、石膏及其他用于骨折和脱位的装置</li> <li>• 实验室化验</li> <li>• 血液，包括贮藏和管理。您应该与医生讨论并获得转诊。</li> <li>• 其他门诊诊断测验</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p><b>门诊医院服务</b></p> <p>我们将支付您在医院门诊部诊断或治疗疾病或伤害时所接受具备医疗必要性之服务费用，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 急诊部或门诊部的服务，例如门诊手术或观察服务 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 观察服务可帮助您的医生了解您是否需要作为“住院患者”接受入院治疗。</li> <li>○ 有时，您可以在医院过夜，但仍然是“门诊患者”。</li> <li>○ 如需了解有关住院患者或门诊患者的更多信息，请参见本情况说明书：<br/><a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> </ul> </li> <li>• 由医院收费的化验和诊断检验</li> <li>• 心理健康护理，其中包括部分住院计划护理，除非医生证明无需进行心理健康护理即可住院治疗</li> <li>• 医院开出的 X 光检查及其他放射医疗服务账单</li> <li>• 医疗用品，例如夹板和石膏</li> <li>• 福利图表中列出的预防性筛查和服务</li> <li>• 某些您无法自行给药的药物</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用  |
|---|-------------|
| <p><b>门诊心理健康护理</b></p> <p>我们将支付以下人员提供的心理健康服务费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 州许可的精神病学家或医生</li> <li>• 临床心理学家</li> <li>• 临床社会工作者</li> <li>• 临床护理专科医生</li> <li>• 执业护士</li> <li>• 助理医师</li> <li>• 根据适用的州法律，任何其他具有 <b>Medicare</b> 资格的心理健康护理专业人员</li> </ul> <p>我们将支付以下服务及其他可能未列在此处的服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 门诊服务</li> <li>• 日间治疗</li> <li>• 心理社会康复服务</li> <li>• 部分住院/强化门诊计划</li> <li>• 个人和小组心理健康评估和治疗</li> <li>• 临床上用于评估心理健康结果的心理测验</li> <li>• 用于监测药物疗法的门诊服务</li> <li>• 门诊化验室、药物、用品和保健品</li> <li>• 心理咨询</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |
| <p><b>门诊康复服务</b></p> <p>我们将支付物理治疗、职能治疗和言语治疗的费用。</p> <p>您可以从医院门诊部、独立治疗师办公室、综合门诊康复机构 (<b>Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF</b>) 及其他机构获取门诊康复服务。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>  | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p><b>门诊药物滥用服务</b></p> <p>我们将支付以下服务及其他可能未列在此处的服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 酒精滥用筛查和辅导</li> <li>• 药物滥用治疗</li> <li>• 合格临床医生提供的小组或个人辅导</li> <li>• 住院成瘾计划的亚急性排毒</li> <li>• 强化门诊治疗中心的酒精和/或药物服务</li> <li>• 缓释纳曲酮治疗</li> </ul> | 0 美元       |
| <p><b>门诊手术</b></p> <p>我们将支付在医院门诊部和门诊手术中心接受的门诊手术和服务的费用。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>   | 0 美元       |
| <p><b>部分住院服务</b></p> <p>部分住院是指主动精神治疗的结构计划。这是作为医院门诊服务提供或由社区心理健康中心提供。这要比您在医生或治疗师办公室接受的护理更加密集。该服务可使您无需住院。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>   | 0 美元       |




如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用                              |
|--|---|
| <p><b>医生/提供者服务，包括医生门诊</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 下列场所提供的具有医疗必要性的健康护理或手术服务： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医生门诊</li> <li>○ 认证门诊手术中心</li> <li>○ 医院门诊部</li> </ul> </li> <li>• 专科医生咨询、诊断和治疗</li> <li>• 您的医生为确认您是否需要治疗而安排且由初级护理提供者提供的基本听力和平衡检测</li> <li>• 远程医疗服务，适用于每月在医院或急诊医院的肾脏透析中心、肾脏透析机构或患者住所中进行居家透析的终末期肾病 (ESRD) 患者的相关就诊</li> </ul> <p>诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 为患有药物使用障碍或并发心理健康障碍的会员提供远程医疗服务 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在以下情况下，与医生进行的 5-10 分钟虚拟挂号（例如通过电话或视频聊天）： <ul style="list-style-type: none"> <li>- 您不是新病人，并且</li> <li>- 挂号与过去 7 天内的门诊无关，并且</li> <li>- 挂号不会导致 24 小时内的门诊或尽可能快速约诊</li> </ul> </li> <li>○ 如果不是新患者，会在 24 小时内评估您发送给医生的视频和/或图像，并由医生提供说明和后续服务</li> </ul> </li> <li>• 如果不是新患者，请通过电话、互联网或电子病历向其他医生进行咨询。</li> <li>• 手术之前其他网络提供者提出的第二意见</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>此项福利将在下一页继续介绍</i></p> | <p style="text-align: center;">0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p><b>医生/提供者服务，包括医生门诊（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非常规牙科保健。承保服务仅限于： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 下颚或关联结构的手术</li> <li>○ 下颚或面部骨骼的断裂矫正</li> <li>○ 肿瘤癌症放射治疗之前拔牙</li> <li>○ 医生提供的承保服务</li> </ul> </li> </ul>                                 | 0 美元       |
| <p><b>足部医疗服务</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 足部伤害和疾病的诊断及医学或手术治疗（例如锤状趾或足跟骨刺）</li> <li>• 对于患有影响腿部状况疾病（例如糖尿病）的会员提供常规足部护理</li> </ul> <p><b>注意：护理机构入住者可能需要事先授权。</b></p>   | 0 美元       |
| <p> <b>前列腺癌筛查检验</b></p> <p>对于年满 50 岁及以上的男士，我们将支付以下服务费用，每 12 个月支付一次：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 直肠指检</li> <li>• 前列腺特异抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 检验</li> </ul> | 0 美元       |




**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用  |
|--|-------------|
| <p><b>假肢装置及关联用品</b></p> <p>假肢装置用于更换全部或部分身体部位或机能。我们将支付下列假肢装置及其他可能未列在此处的装置的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 结肠造瘘袋及结肠造瘘护理相关的用品</li> <li>• 肠内和肠胃外营养，包括喂食套件、输液泵、管材和转接器、溶剂，以及自行注射所需的医疗用品</li> <li>• 心脏起搏器</li> <li>• 支具</li> <li>• 假肢鞋</li> <li>• 假臂和假腿</li> <li>• 假乳房（包括乳房切除手术之后的手术胸罩）</li> <li>• 置换因疾病、伤害或先天性缺陷而切除或受损之身体面部外观任何部分的假体</li> <li>• 失禁霜和尿片</li> </ul> <p>我们还将支付某些假肢装置关联用品的费用。我们还将支付假肢装置的修复或更换费用。</p> <p>我们将提供某些白内障切除或白内障手术后的承保。请参见第 103 页本节后续内容“视力保健”，了解详细信息。</p> <p>我们不会支付假牙装置费用。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p> | <p>0 美元</p> |
| <p><b>肺部康复服务</b></p> <p>我们将对患有中度到重度慢性阻塞性肺部疾病 (<b>Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD</b>) 的会员支付肺部康复计划费用。您必须从治疗 COPD 的医生或提供者处得到肺部康复服务的医嘱。</p> <p>我们将对呼吸器患者支付呼吸系统服务的费用。</p> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>   | <p>0 美元</p> |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p> <b>性传播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 筛查和咨询</b></p> <p>我们将支付衣原体病、淋病、梅毒和乙肝筛查的费用，我们将对孕妇及某些 STI 风险升高的人士承保这些筛查服务。这些检验必须由初级护理提供者开具医嘱。我们每 12 个月或在特定的孕期都会支付这些检验费用。</p> <p>我们每年还会对 STI 风险升高的性活跃成人支付多达两次面对面的高强度行为辅导课程费用。每次课程时间约有 20 到 30 分钟。我们会将这些辅导课程作为预防性服务进行付费，前提是其必须由初级护理提供者提供。这些课程必须在初级保健机构内提供，例如医生办公室。</p>  | 0 美元       |
| <p><b>专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF) 护理</b></p> <p>我们将支付以下服务及其他可能未列在此处的服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 半私人病房或具有医疗必要性的私人病房</li> <li>• 餐食，包括特别饮食</li> <li>• 护理服务</li> <li>• 物理治疗、职能治疗和言语治疗</li> <li>• 作为护理计划组成部分获取的药物，其中包括自然存在于体内的物质，例如血凝因子</li> <li>• 血液，包括贮藏和管理</li> <li>• 由护理机构提供的医学和手术用品</li> <li>• 由护理机构提供的实验室化验</li> <li>• 由护理机构提供的 X 光检查及其他放射医疗服务</li> <li>• 通常由护理机构提供的使用器械，例如轮椅</li> <li>• 医生/提供者服务</li> </ul> <p style="text-align: right;">此项福利将在下一页继续介绍</p> | 0 美元       |




**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p><b>专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF) 护理 (续)</b></p> <p>通常，您将从网络机构处接受护理。但您也可以从网络外机构处接受护理。如果接受我们计划的支付金额，您可以在以下场所接受护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 住院之前您所居住的疗养院或连续性照护退休社区（只要其提供护理机构护理）；</li> <li>• 您出院时配偶或同居伴侣居住的护理机构</li> </ul> <p><b>注意：可能需要事先授权。</b></p>   | 0 美元       |
| <p><b>监督运动疗法 (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>本计划将为罹患症状性外周动脉疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 且由负责 PAD 治疗之医生提供 PAD 转介服务的会员支付 SET 费用。此计划将支付下列费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 周内多达 36 堂课程（如果满足所有 SET 要求）</li> <li>• 后续的额外 36 堂课程（若医疗保健提供者认为具有医疗必要性）</li> </ul> <p>SET 计划必须为：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 至 60 分钟的 PAD 治疗性运动训练计划课程，对象为血流不畅导致腿抽筋（跛行）的会员</li> <li>• 在医院门诊部或医生办公室</li> <li>• 由接受过 PAD 运动治疗相关培训且可确保利大于弊的合格人员提供</li> <li>• 在接受过基本和高级生命支持技术培训的医生、医生助理或执业护士/临床护理专员的直接监督之下</li> </ul> | 0 美元       |

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。






| 我们的计划付费的服务   | 您本人必须支付的费用 |
|--|------------|
| <p><b>紧急护理</b></p> <p>紧急护理是指提供治疗的护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 需要立即接受医疗护理的非紧急情况；<b>或</b></li> <li>• 突发疾病；<b>或</b></li> <li>• 伤害；<b>或</b></li> <li>• 需要立即进行护理的状况。</li> </ul> <p>如果您需要紧急护理，您首先要尝试从网络提供者处获取。但您在无法前去网络提供者处就诊的情况下，可以使用网络外提供者。</p> <p>这项承保服务仅适用于美国及其领地范围。</p>   | 0 美元       |
| <p> <b>视力保健</b></p> <p>我们将支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年一次常规眼科检查（可能需要转诊）；<b>以及</b></li> <li>• 每两年支付最高 200 美元的眼镜（镜框和镜片）或最高 200 美元的隐形眼镜费用。</li> </ul> <p>我们将支付诊断和治疗眼科疾病和伤害的门诊医生服务费用。例如，其中包括针对患有糖尿病和接受年龄相关黄斑退化治疗的人士每年进行的糖尿病视网膜病变视力检查。</p> <p>对于存在高青光眼风险的人士，我们将会支付青光眼筛查费用，每年支付一次。存在高风险青光眼的人士包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有家族青光眼史的人士</li> <li>• 患有糖尿病的人士</li> <li>• 年满 50 岁及以上的非裔美国人</li> <li>• 年满 65 岁及以上的西班牙裔美国人</li> </ul> <p>每次白内障手术之后，医生植入人工晶体时，我们将支付一副眼镜或隐形眼镜的费用。（如果您要进行两次独立的白内障手术，您必须在每次手术后获得一副眼镜。您不能在第二次手术后获得两副眼镜，即使您在第一次手术后没有获得眼镜。）</p> | 0 美元       |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

| 我们的计划付费的服务  | 您本人必须支付的费用 |
|---|------------|
| <p> <b>“欢迎参加 Medicare” 预防性门诊</b></p> <p>我们将支付一次“欢迎参加 Medicare”预防性门诊费用。这项就诊包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康评估；</li> <li>• 有关您所需预防服务的教育和辅导（包括筛查和注射），以及</li> <li>• 您所需的其他护理的转介。</li> </ul> <p><b>注意：</b>我们仅在您参加 Medicare B 部分计划的前 12 个月内，支付“欢迎参加 Medicare”预防性就诊费用。在您进行预约时，请告知医生办公室您希望预约“欢迎参加 Medicare”预防性就诊。</p> | 0 美元       |

## E. SCFHP Cal MediConnect Plan 之外的承保福利

下列服务不在 SCFHP Cal MediConnect Plan 的承保范围内，但可通过 Medicare 按服务收费或 Medi-Cal 按服务收费计划而提供。

### E1. 加州社区过渡 (California Community Transitions, CCT)

加州社区过渡 (California Community Transitions, CCT) 计划利用本地牵头组织，帮助符合条件的 Medi-Cal 受益人（已在某个住院设施连续住院至少 90 天）过渡回社区机构并在社区机构安全生活。CCT 计划对预过渡期间，以及过渡后 365 天内的过渡协调服务提供资金支持，以帮助受益人迁回社区机构。

您可以从为您所在的郡服务的任何 CCT 牵头组织处获得过渡协调服务。如需查看 CCT 牵头组织及其服务的郡清单，请访问卫生健康服务部网站：

[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)。

**对于 CCT 过渡协调服务：**

Medi-Cal 将支付过渡协调服务费用。您无需对这些服务支付任何费用。

**对于与 CCT 过渡无关的服务：**

提供者会向 SCFHP Cal MediConnect Plan 出具您所接受服务的相应账单。SCFHP Cal MediConnect Plan 将支付您在过渡之后所获服务的费用。您无需对这些服务支付任何费用。

**如有疑问，** 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



当您获取 CCT 过渡协调服务时，SCFHP Cal MediConnect Plan 将为本章第 D 节“福利图表”所列的服务而支付费用。

### **SCFHP Cal MediConnect Plan 药物承保福利无变更：**

药物不在 CCT 计划的承保范围之内。您将继续通过 SCFHP 获得正常的药物福利。如需了解更多信息，请参见第 5 章。

**注意：**如果您需要非 CCT 过渡护理，请致电个案管理员安排服务。请于星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点致电 1-877-590-8999（TTY：711）。非 CCT 过渡护理是与从机构/设施过渡到社区无关的护理。

## **E2. Medi-Cal 牙科计划**

特定牙科服务可通过 Medi-Cal 牙科计划提供；例如以下服务：

- 初步检查、X 光、清洁和氟化处理
- 修复和牙冠
- 根管治疗
- 假牙、调整、修理和重衬

Medi-Cal 牙科计划提供按服务收费的牙科福利。如需了解更多信息或者需要协助查找接受 Medi-Cal 牙科计划的牙科医生，请致电客户服务热线 1-800-322-6384（TTY 用户请致电 1-800-735-2922）。本电话免费。Medi-Cal 牙科服务计划代表工作时间为星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点。您也可以访问网站 [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/) 获取更多信息。

除按服务收费的 Medi-Cal 牙科计划之外，您也可以通过牙科管理式护理计划获得牙科福利。牙科管理式护理计划在洛杉矶县提供。如果想了解有关牙科计划的更多信息、需要帮助确定牙科计划或者想更改牙科计划，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点致电 1-800-430-4263（TDD 用户请致电 1-800-430-7077）联系 Health Care Options。此电话免费。

## **E3. 临终关怀护理**

您可以从 Medicare 认证的临终关怀计划接受护理。如果您的提供者和临终关怀医疗主任确定您有晚期预后，您有权选择临终关怀。这意味着您患有晚期疾病，并且预计仅剩六个月或更少的寿命。您的临终关怀医生可以是网络提供者或网络外提供者。

请参见本章第 D 节“福利图表”，了解 SCFHP Cal MediConnect Plan 会在您获得临终关怀护理服务期间支付哪些费用。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**对于临终关怀服务和 Medicare A 或 B 部分承保的与晚期预后相关的服务：**

- 临终关怀提供者会将您的服务账单寄送给 Medicare。Medicare 将支付与晚期预后相关的临终关怀服务费用。您无需对这些服务支付任何费用。

**对于 Medicare A 或 B 部分承保的与晚期预后无关的服务（急诊护理或急需的护理除外）：**

- 提供者会将您的服务账单寄送给 Medicare。Medicare 将会支付 Medicare A 或 B 部分承保服务的费用。您无需对这些服务支付任何费用。

**对于 SCFHP Medicare D 部分福利可能承保的药物：**

- 临终关怀和我们的计划不会同时承保这些药物。如需了解更多信息，请参见第 114 页第 5 章。

**注意：**如果您需要非临终关怀护理，请致电个案管理员安排服务。非临终关怀护理是与晚期预后无关的护理。请于星期一至星期五早上 8 点半至下午 5 点致电 1-877-590-8999（TTY：711）。非临终关怀护理是与晚期预后无关的护理。

---

## **F. SCFHP Cal MediConnect Plan、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的福利**

本节讲述本计划排除的福利类型。排除是指我们不对这些福利支付任何费用。Medicare 和 Medi-Cal 均不会对其支付任何费用。

以下列表描述了我们在任何条件下都不会承保的某些服务和医疗用品，以及仅在某些情况下排除的某些服务和医疗用品。

我们不会为本节（或本《会员手册》中任何其他位置）列出的已排除医疗福利付费，但在已列出的特定情况下除外。如果您认为我们应支付未承保服务的费用，您可以提出上诉。如需了解有关上诉的信息，请参见第 159 页第 9 第 E3 节。

除了福利图表中描述的任何排除或限制条件以外，我们的计划不承保下列医疗用品和服务：

- 根据 Medicare 和 Medi-Cal 标准，被视为“不合理以及无医疗必要性”的服务，除非我们的计划将这些服务列为承保服务。
- 实验性医学和手术治疗、医疗用品和药物，除非 Medicare 或 Medicare 批准的临床研究或我们的计划将其承保在内。请参见第 59 页第 3 章第 J 节，了解关于临床研究的更多信息。实验性治疗和医疗用品是指未得到医学界普遍认可的治疗和医疗用品。
- 病态性肥胖症的手术治疗，除非具有医疗必要性，而且 Medicare 会支付其费用。
- 医院私人病房，除非具有医疗必要性。

---

**如有疑问，** 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 私人护士。
- 医院病房或护理机构的个人用品，例如电话或电视。
- 家庭全职护士。
- 您的直接亲属或家庭成员收取的费用。
- 供应给家庭的餐食，除非是有限的福利，限制在由个性化护理计划确定的特定需要。
- 选择或自愿性质的增进程序或服务（包括减肥、长发、性表现、运动表现、美容目的、抗衰老和心理表现），除非具有医疗必要性。
- 整容手术或其他美容工作，除非由于意外伤害而需要或改善塑形不当的身体部位。但在乳房切除手术之后，我们将支付乳房重建以及治疗其他乳房以进行匹配的费用。
- 常规足部护理，第 D 节“福利图表”足部医疗服务所述的内容除外。
- 矫形鞋，除非矫形鞋是腿支架的组成部分，而且包含在支架的费用之内，或矫形鞋适用于患有糖尿病足部疾病的人士。
- 足部支撑装置，糖尿病足病患者使用的矫形鞋或治疗鞋除外。
- 定期听力检查。
- 放射状角膜切开术、激光眼角膜手术和其他低视力辅助设备。
- 绝育逆转手术与非处方避孕用品。
- 自然疗法（使用自然或替代疗法）。
- 退伍军人事务部 (Veterans Affairs, VA) 机构内提供给退伍军人的服务。然而，当退伍军人在 VA 医院接受紧急服务，且 VA 分摊费用高于我们的计划所承担的分摊费用时，我们将为退伍军人报销差额。您依然负责您的分摊费用部分。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 5 章：通过本计划获取门诊处方药

---

### 简介

本章解释获取门诊处方药的规则。门诊处方药是提供者为您开具医嘱，您从药房或通过邮购方式获取的药物。这包括 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保的药物。请参见第 126 页第 6 章第 C 节，了解您需要为此类药物支付的费用。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

尽管本章未对以下药物进行讨论，但 SCFHP Cal MediConnect Plan 依然承保此类药物：

- Medicare A 部分承保的药物，包括在医院或护理机构时获取的药物。
- Medicare B 部分承保的药物，包括某些化疗药物、医生或其他提供者在就诊时给予的药物注射剂，以及透析诊所给予的药物。如需了解有关所承保 Medicare B 部分药物的更多信息，请参见第 90 页第 4 章“福利图表”。

### 本计划的门诊药物承保规则

只要遵守该部分的规则，我们通常会承保您的药物。

1. 您必须让医生或其他提供者开处方。开处方者常常便是您的初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP)。如果您的初级护理提供者将您转诊，则也可能会是其他提供者。
2. 通常，您必须在网络药房配药。
3. 您的处方药必须在本计划的承保药物清单中。我们将其简称为“药物清单”。
  - 如果处方药并未包含在“药物清单”中，我们或许可以安排例外处理。
  - 请参见第 171 页第 9 第 F3 节，了解关于要求例外的信息。
4. 必须是因为医学认可的症状才使用的药物。这意味着此药物的使用获得了美国食品药品监督管理局的批准或得到了特定医学参考文献的支持。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 目录

|  |     |
|--|-----|
| A. 配药.....                               | 111 |
| A1. 在网络药房配药 .....                        | 111 |
| A2. 配药时，请出示您的会员身份证 .....                 | 111 |
| A3. 如想更换至其他网络药房，该怎么办 .....               | 111 |
| A4. 如果您的药房退出网络，该怎么办.....                 | 111 |
| A5. 使用专业药房.....                          | 111 |
| A6. 使用邮购服务来获取药物 .....                    | 112 |
| A7. 获得长期供药.....                          | 113 |
| A8. 使用计划网络之外的药房 .....                    | 113 |
| A9. 您为处方药付款时，本计划的报销情况.....               | 114 |
| B. 本计划的药物清单 .....                        | 114 |
| B1. “药物清单”上的药物 .....                     | 114 |
| B2. 如何查找“药物清单”中的药物 .....                 | 114 |
| B3. 未列入“药物清单”的药物 .....                   | 114 |
| B4. “药物清单”费用分摊类别 .....                   | 115 |
| C. 部分药物的限制.....                          | 116 |
| D. 您药物不属于承保范围的原因 .....                   | 117 |
| D1. 获得临时供应.....                          | 117 |
| E. 您的药物的承保变化.....                        | 118 |
| F. 特殊情况的药物承保.....                        | 120 |
| F1. 如果您入住医院或专业护理机构，且该入住属于我们计划的承保范围 ..... | 120 |
| F2. 如果您住在长期护理机构 .....                    | 120 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| F3. 如果您加入 Medicare 认证的临终关怀计划..... | 120 |
| G. 药物安全与药物管理计划 .....              | 121 |
| G1. 帮助会员安全用药的计划 .....             | 121 |
| G2. 帮助会员管理药物的计划 .....             | 121 |
| G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划.....     | 122 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





---

## A. 配药

### A1. 在网络药房配药

大多数情况下，只有在我们的网络药房配药时，我们才会付款。网络药房是指同意为我们的计划会员配药的药房。您可以使用我们网络内的任何一家药房。

如需查找网络药房，您可以查看“提供者及药房目录”、访问我们的网站或者与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

### A2. 配药时，请出示您的会员身份证

如需配药，请在网络药房出示您的会员身份证。网络药房将向我们收取您承保处方药费用中由我们负担的部分。当您领取处方药时，您可能需要向药房支付共付额。

如果配药时未随身携带您的会员身份证，请让药房给我们打电话，获取必要信息。

如果药房不能获取必要信息，那么在配药时，您可能不得不支付全部费用。之后您可以要求报销我们应承担的那部分药费。如果您不能支付药物费用，请立即与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。我们将竭尽所能提供帮助。

- 如需了解如何要求我们报销，请参见第 133 页第 7 章第 A 节。
- 如需协助配药，请与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

### A3. 如想更换至其他网络药房，该怎么办

如果您更换了药房，并且需要续药，您可以要求提供者开具新处方，如果处方还有剩余的药物补充，也可以要求原药房将处方转移至新药房。

如需协助更换网络药房，请与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

### A4. 如果您的药房退出网络，该怎么办

如果常去的药房退出计划网络，则您必须寻找新的网络药房。

如需查找新的网络药房，请查看“提供者及药房目录”、访问我们的网站或者与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

### A5. 使用专业药房

有时候，某些处方必须在专业药房配药。专业药房包括：

- 提供居家输液治疗所用药物的药房。
- 提供长期护理机构（例如疗养院）住院者所用药物的药房。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 通常，长期护理机构设有自己的药房。如果您住在长期护理机构，我们必须确保您能够在该机构的药房获得所需的药物。
- 如果长期护理机构的药房不在我们的网络内，或者难以在长期护理机构享受药物福利，请与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。
- 为印第安人医疗保健服务机构/部落/城市印地安人健康计划提供服务的药房。除急诊外，只有印第安人或阿拉斯加原住民才可以使用这些药房。
- 提供使用时需特殊处理和说明的药物的药房。

如需查找专科药房，您可以查看“提供者及药房目录”，访问我们的网站或者与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

## A6. 使用邮购服务来获取药物

对于特定种类的药物，您可以使用计划中的网络邮购服务。通常而言，可通过邮购服务获取的药物是因慢性疾病或长期医疗状况而定期使用的药物。

我们计划的邮购服务允许您订购最多 90 天的药量。90 天药量的共付额与一个月药量相同。

### 通过邮购方式获取处方药

如需了解关于通过邮购方式获取处方药的信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部或访问 [www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect](http://www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect)。

通常而言，邮购的处方药将在 10 个日历日内送达。然而，有时您的邮购处方药可能会延迟。如果配送延迟，您可以联系您的提供者索要紧急处方，并将紧急处方送到任意网络药房。药房可以联系 SCFHP Cal MediConnect Plan，获取因邮购流程延迟而导致的紧急超控授权。

### 邮购流程

对于从您那里获得的新处方、直接从您的提供者办公室获得的新处方，以及基于邮购处方续药，邮购服务具有不同的流程：

#### 1. 由您向药房提供新处方

药房将直接按照从您那里获得的新处方进行配药与配送。

#### 2. 提供者办公室直接向药房提供新处方

收到来自医疗服务提供者的处方之后，药房会联系您，询问您是想立即配药还是稍后再配药。

- 这将使您有机会确认药房是否在配送正确药物（包括浓度、剂量和剂型），另外，如果需要，您可以在扣费和配送之前取消或推迟订单。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 最好保证药房每次都可以联系到您，这一点很重要。这样可以让他们知道如何处理新处方，并防止配送延迟。

### 3. 基于邮购处方续药

如需续药，请在手头药物服用完毕前 10 个日历日联系药房，以确保下一订单可及时送达。

如此，药房可以在配送之前联系您，对订单进行确认，请确保药房知道您的最佳联系方式。请于星期一至星期五早上 5 点至下午 5 点以及星期六早上 6 点至下午 2 点致电 1-855-873-8739 与 MedImpact Direct 客户服务部联系，以更新您的联系信息。TTY 用户请致电 711。

#### A7. 获得长期供药

您可以获得本计划“药物清单”中长期供应的维持药物。维持药物是指因慢性疾病或长期医疗状况而定期使用的药物。获取长期供应的药物时，共付额可能会更低。

有些网络药房允许您获得长期供应的维持药物。90 天药量的共付额与一个月药量相同。*提供者及药房目录*可告知您哪些药房可以长期提供维持药物。您也可以致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，了解更多信息。

对于特定种类的药物，您可以使用本计划的网络邮购服务获得长期供应的维持药物。请参见上一节，了解邮购服务。

#### A8. 使用计划网络之外的药房

通常，只有无法使用网络药房时，我们才会为在非网络药房获得的药物付款。我们在服务区之外设有网络药房，您可以在那里以本计划会员身份配药。

以下情况下，我们会为从网络外药房获取的药物付款：

- 获取网络药房没有的专业药物时
- 获取有限分销的药物时
- 在无网络药房的地方因紧急情况而获取药物，例如旅行中的急症，或者在宣布的灾害期间

这些情况下，请首先与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部核实，查看附近有无网络药房。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## A9. 您为处方药付款时，本计划的报销情况

如果您必须使用网络外药房，您在配药时通常必须支付所有费用，而不只是支付共付额。您可以要求报销我们应承担的那部分药费。

如需了解有关于此的更多信息，请参见第 133 页第 7 [Chapter7](#) 章第 A 节。

---

## B. 本计划的药物清单

我们设有 *承保药物清单*。我们将其简称为“药物清单”。

“药物清单”中的药物是我们在医生和药剂师团队的帮助下筛选的。“药物清单”也将告知您是否有任何获取药物所需遵守的规则。

只要您遵守本章解释的规则，我们一般都会承保计划“药物清单”中的药物。

### B1. “药物清单”上的药物

“药物清单”罗列了 Medicare D 部分承保的药物和您 Medi-Cal 福利承保的某些处方及非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药物与产品。

“药物清单”既包含品牌药，也包含学名药。学名药具有与品牌药相同的有效成分。通常，学名药与品牌药效果相当，但往往更便宜。

我们的计划也承保某些 OTC 药物和产品。某些 OTC 药物比处方药便宜，但效果相同。如需了解更多信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。

### B2. 如何查找“药物清单”中的药物

如需查明您需要的某种药物是否在“药物清单”中，您可以：

- 查看我们邮寄给您的最新“药物清单”。
- 访问本计划的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。网站上的“药物清单”始终为最新版本。
- 请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，查明某种药物是否在“药物清单”中，或索要一份清单副本。

### B3. 未列入“药物清单”的药物

我们并未承保全部处方药。某些药物并未包含在“药物清单”中，因为法律不允许我们承保这些药物。还有一些情况是我们决定不在“药物清单”中包含这些药物。

SCFHP Cal MediConnect Plan 不会为本节所列的药物而付款。这些药物被称为**排除药物**。如果您收到排除药物的处方，您必须自己付款。如果您认为我们应该考虑您的病情，并为排除药物付款，您可以提出上诉。（如需了解如何提出上诉，请参见第 171 页第 9 第 F3。）

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



以下是三条排除药物的一般规则：

1. 本计划的门诊药物承保范围（包括 D 部分和 Medi-Cal 药物）不包括 Medicare A 或 B 部分已承保的药物。Medicare A 或 B 部分可能承保的药物由 SCFHP 免费承保，但不属于您门诊处方药物福利的一部分。
2. 我们的计划不承保在美国及其领地之外购买的药物。
3. 作为对疾病的治疗方式，药物使用必须经过美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 的批准或得到特定医学参考文献的支持。即使某种药物未被批准进行疾病治疗，您的医生也可能会开出这种药物。这被称为“适应症外应用”。我们的计划通常不承保为“适应症外应用”所开的药物。

另外，根据法律规定，Medicare 或 Medi-Cal 不承保下列种类的药物。

- 促进生育的药物
- 出于美容目的或促进头发生长的药物
- 用于治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药物，例如 Viagra<sup>®</sup>、Cialis<sup>®</sup>、Levitra<sup>®</sup> 和 Caverject<sup>®</sup>
- 制药公司表示必须仅由其进行测试或服务的门诊药物

#### B4. “药物清单”费用分摊类别

“药物清单”中的每种药物都属于四种费用分摊类别的其中一种。一个类别包含一组通常属于同一类型的药物（例如品牌药、学名药或非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药物）。通常，费用分摊类别越高，您为药物支付的费用越高。

- 类别 1 药物为学名药。共付额为 0 美元。
- 类别 2 药物为品牌药。根据您的具体收入，共付额为 0 美元至 9.85 美元（最高费用分摊类别）。
- 类别 3 药物为 Medi-Cal 承保范围内的非 Medicare 处方药。共付额为 0 美元。
- 类别 4 药物为 Medi-Cal 承保范围内的非 Medicare 非处方 (OTC) 药物。共付额为 0 美元。

如需查明您的药物属于哪种费用分摊类别，可在我们的“药物清单”中查找该药物。

第 127 页第 6 章第 D3 节介绍您需要为每种费用分摊类别药物支付的金额。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## C. 部分药物的限制

对于特定的处方药，特殊规则限制了本计划如何与何时承保这些药物。通常，我们的规则鼓励您使用适用于您的医疗状况，且安全有效的药物。如果安全低价的药物与高价药物的效果相同，我们期望您的提供者开出低价药物。

**如果某种药物适用特殊规则，通常意味着您或提供者必须采取额外步骤，我们才会承保该药物。**例如，您的提供者可能不得不首先告知我们您的诊断情况或提供验血结果。如果您或您的提供者认为我们的规则不应适用于您的情况，您应要求我们进行例外处理。我们可能会同意让您省去额外步骤而直接使用药物，我们也可能不会同意。

如需了解有关要求例外处理的更多信息，请参见第 171 页第 9 第 F3 节。

### 1. 当可使用学名药时，限制使用品牌药

通常，学名药与品牌药功效相同，且往往更便宜。大多数情况下，如果存在与品牌药对应的学名药，我们的网络药房将为您提供学名药。

- 存在学名药时，我们通常不会为对应的品牌药付款。
- 然而，如果您的提供者告知我们治疗相同疾病的学名药和其他承保药物对您无效的医疗原因，则我们将承保品牌药。
- 品牌药的共付额可能会高于学名药。

### 2. 事先获得计划批准

对于部分药物，您或您的医生必须先取得 SCFHP Cal MediConnect Plan 的批准，之后才可进行配药。如果您未获得批准，SCFHP Cal MediConnect Plan 可能不承保该药物。

### 3. 首先尝试其他药物

通常，我们在承保价格更高的药物前，都希望您先尝试价格较低的药物（这些药物常常同样有效）。例如，如果 A 药与 B 药可治疗同样的疾病，而 A 药比 B 药便宜，那么我们可能要求您首先尝试 A 药。

如果 A 药对您的病情无效，那么我们便会承保 B 药。这被称为分步疗法。

### 4. 数量限制

对于某些药物，我们限制您可以获得的药物数量。这被称为数量限制。例如，我们可能限制您每次配药时能够获得某种药物的数量。

如需查明以上所有规则是否均适用于您使用或想要使用的某种药物，请查看“药物清单”。如需了解最新信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，或查看我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**



## D. 您药物不属于承保范围的原因

我们尽力使药物承保范围满足您的需要，但有时我们不会以您希望的方式承保某种药物。例如：

- 您想要使用的药物未获计划承保。该药物可能没有在“药物清单”中。我们可能承保了相应的学名药，但是未承保您想要使用的品牌药。药物可能是新药，我们还未检查其安全性和有效性。
- 药物得到承保，但是承保该药物有特殊规则或限制。正如上一节解释的那样，我们的计划承保的某些药物有限制其使用的规则。某些情况下，您或您的开处方者可能会要求我们作为规则例外处理。

如果药物未以您希望的方式得到承保，您也可以做一些事情。

### D1. 获得临时供应

某些情况下，当药物不在“药物清单”中或以某种方式受到限制时，我们可以向您临时供药。这将给予您一些时间，您可以与提供者讨论使用其他药物或要求我们承保该药物。

**如需获得临时供药，您必须满足以下两个规则：**

#### 1. 您一直在使用的药物：

- 不再列于我们的“药物清单”中；或
- 从未列入我们的“药物清单”中；或
- 现在以某种方式受到限制。

#### 2. 您必须属于以下情况之一：

- 您去年就是本计划的会员。
  - 在该日历年度的**最初 90 天内**，我们将承保您的临时供药。
  - 这种临时供药最多持续 **31 天**。
  - 如果处方所针对的天数较少，我们将允许多次补充药物，以供应最长 **31 天** 的药物。您必须在网络药房配药。
  - 长期护理药房可能每次提供较少量的处方药，以防浪费。
- 您是我们计划的新会员。
  - 在您成为计划会员的**最初 90 天内**，我们将承保您的临时供药。
  - 这种临时供药最多持续 **31 天**。
  - 如果处方所针对的天数较少，我们将允许多次补充药物，以供应最长 **31 天** 的药物。您必须在网络药房配药。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 长期护理药房可能每次提供较少量的处方药，以防浪费。
- 您加入本计划的时间超过 90 天，且住在长期护理机构，需要立即供药。
  - 我们将承保 31 天的供药，或如果您的处方所针对的天数较少，则我们可能负责更少的量。此为上述临时供应的补充。
  - 如果您正在不同等级的护理之间过渡（例如进出长期护理机构或医院），SCFHP 将承保最多一个月的药物供应，以便您在新环境中继续使用。此举旨在确保您在过渡期间逐步适应可能存在的任何限制。
  - 如需临时供药，请致电客户服务部。

获得临时供药时，您应与提供者讨论，以决定供药用完之后该怎么办。以下是您的选项：

- 您可以换为另一种药物。

可能存在我们的计划所承保的、同样有效的不同药物。您可以致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，索取治疗相同疾病的承保药物清单。该清单能够帮助提供者找到可能对您有效的承保药物。

或

- 您可以要求例外处理。

您和您的提供者可以要求我们进行例外处理。例如，即使某种药物不在“药物清单”中，您也可以要求我们承保该药物。或者，您可以要求我们无限制承保该药物。如果提供者表明您有要求例外处理的适当医疗原因，他们可以帮助您要求进行例外处理。

如需了解有关要求例外处理的更多信息，请参见第 171 页第 9 第 F3 节。

如需协助要求例外处理，请与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

---

## E. 您的药物的承保变化

药物承保的大多数变化都发生于 1 月 1 日，但我们亦可能在一年之内的任何时间增删“药物清单”中的药物。我们也可能更改关于药物的规定。例如，我们可以：

- 决定某种药物需要或不需要预先批准。（事先批准是指在 SCFHP Cal MediConnect Plan 允许后您才能获得药物。）
- 添加或更改您可以获得的药物量（称为“数量限制”）。
- 添加或更改关于药物的分步治疗限制。（分步治疗是指您必须先试用一种药物，然后我们才会承保另一种药物。）

有关这些药物规定的更多信息，请参见本章前文第 C 节。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





如果您正在使用**年初**列于承保范围内的药物，我们通常不会在**当年余下时间内**删除或更改该药物的承保情况，除非：

- 市场上出现与目前“药物清单”所列药物相比价格更低但效果相同的新药物；**或**
- 我们了解到药物不安全；**或**
- 药物下架。

有关“药物清单”变更时所需了解的更多信息，您始终可以：

- 访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 查看最新的“药物清单”，**或**
- 致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系，以查询现有“药物清单”。

“药物清单”的部分变更会**立即**生效。例如：

- **出现新的学名药。**有时，市场上会出现效果与目前“药物清单”所列品牌药相同的新学名药。此时，我们可能会删除品牌药并添加新的学名药，但您的新药费用将保持不变或更低。

当我们增加新的学名药时，我们亦可能决定将品牌药保留在清单上，但变更该药物的承保规定或限制。

- 更改之前，我们可能不会向您告知相关决定，但只要做出更改，我们便会向您发送关于具体变更的信息。
- 您或您的提供者可要求对这些变更进行“例外处理”。我们将向您发送通知，告知如何申请例外。有关例外情况的更多信息，请参见本手册第 9 章。
- **药物下架。**如果美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 通告您正在服用的药物不安全，或者如果药物生产商下架某药物，我们会将其从“药物清单”中删除。如果您正在使用该药物，我们会通知您。您应当联系您的提供者，讨论应如何处理您的医疗状况。

**我们可能会做出影响您所使用药物的其他更改。**如果我们对药物清单做出其他更改，会提前告知您。发生以下情况时，可能会进行更改：

- FDA 提供新指南或有药物相关的新临床指南。
- 我们增加了一种并非新上市的学名药，**并且**
  - 替换了目前在药物清单中的一种品牌药，**或**
  - 更改了该品牌药的承保规定或限制。

若做出此类变更，我们会：

- 在变更“药物清单”前至少 30 天向您告知，**或**



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 在您要求补充药物后向您告知，并为您提供 31 天的药物供应。

这样，您就有时间与医生或其他开药者讨论。他们可帮助确定：

- “药物清单”上是否有可以替代的类似药物，或
- 是否要求针对这些变更进行例外处理。如需了解有关要求例外处理的更多信息，请参见第 171 页第 9 第 F3 节。

我们可能会做出目前不会影响您所使用药物的更改。对于此类更改，如果您正在使用年初列于我们承保范围内的药物，我们通常不会在当年余下时间内删除或更改该药物的承保情况。

例如，倘若我们删除您正在服用的药物或限制其使用，那么这一变化将不会影响您在当年剩余时间内继续使用此药物。

---

## F. 特殊情况的药物承保

### F1. 如果您入住医院或专业护理机构，且该入住属于我们计划的承保范围

如果医院或专业护理机构允许您入住，且该入住属于我们计划的承保范围，则我们通常会负责您入住期间使用的处方药的费用。您不需要支付共付额。您离开医院或专业护理机构后，只要所用药物符合所有的承保规则，我们便将承保您的药物。

如需了解有关药物承保及您需要支付哪些费用的更多信息，请参见第 126 页的第 6 章第 C 节。

### F2. 如果您住在长期护理机构

通常，长期护理机构（例如疗养院）拥有自己的药房或为所有住院者提供药物的专门药房。如果您住在长期护理机构，只要该机构的药房属于我们的网络药房，那么您便可以从其药房配药。

请查看 *提供者及药房目录*，以确认长期护理机构的药房是否属于我们的网络药房。如果不属于，或者需要更多信息，请与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

### F3. 如果您加入 Medicare 认证的临终关怀计划

临终关怀和我们的计划不会同时承保这些药物。

- 如果您参加了 Medicare 的临终关怀计划，并要求使用您的临终关怀计划未承保的止痛、止呕、缓泻或抗焦虑药物，由于这些药物与您的晚期预后和相关病情无关，我们的计划必须在收到开处方者或临终关怀提供者说明这些药物属于无关药物的通知后，才可以承保此类药物。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 为了防止我们的计划承保的任何无关药物出现接收延迟，您可以让您的临终关怀提供者或开处方者确认我们收到此类药物属于无关药物的通知后，再让药房配药。

如果您退出临终关怀服务，我们的计划将承保您的所有药物。为了防止您的 Medicare 临终关怀福利结束后药房出现延迟，您应携带文件到药房确认您已退出临终关怀计划。请参见本章之前关于 D 部分承保药物获取规则的部分。

如需了解有关临终关怀福利的更多信息，请参见第 64 页第 4 章。

---

## G. 药物安全与药物管理计划

### G1. 帮助会员安全用药的计划

您每次配药时，我们都会查找各种可能存在的问题，例如药物错误，或药物：

- 可能不需要使用，因为您正在服用另一种具有相同功效的药物
- 对您的年龄或性别而言可能不太安全
- 如果同时使用，可能对您有害
- 含有您对其过敏或可能对其过敏的成分
- 包含不安全剂量的阿片类止痛药物

如果我们在您使用处方药的过程中发现任何潜在问题，我们将与您的提供者一起着手更正。

### G2. 帮助会员管理药物的计划

如果您因不同的病情而使用各种药物，及/或参加旨在协助安全服用阿片类药物的药物管理计划，您或许有资格通过药物治疗管理 (Medication Therapy Management, MTM) 计划获得免费服务。该计划可帮助您和您的提供者确保您的药物正对改善您的健康发挥作用。药剂师或其他健康专业人员将对您的所有药物进行全面评估，并与您讨论以下内容：

- 如何确保您使用的药物发挥最大作用
- 您的所有顾虑，例如药物费用和药物反应
- 如何最有效地使用您的药物
- 与处方药和非处方药相关的所有疑问或问题

您将获得这些讨论的书面摘要。该摘要包括建议您如何实现药物最佳功效的服药计划。您还将获得一份个人药物清单，包括您正在使用的所有药物以及使用原因。此外，您还将获得安全处置管制处方药的相关信息。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

最好在每年的“健康检查”前安排进行药物评估，这样您便可以与医生讨论用药计划和药物清单。在接受健康检查或者与您医生、药剂师及其他医疗保健提供者讨论时，请随身携带您的用药计划和药物清单。请在去医院或急诊室时同样随身携带药物清单。

符合条件的会员可以自愿、免费加入药物治疗管理计划。如果我们有适合您需求的计划，我们将邀请您加入该计划，并为您发送信息。如果您不想加入计划，请告知我们，我们将安排您退出计划。

如有与这些计划相关的问题，请与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

### **G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划**

SCFHP Cal MediConnect Plan 推出了一项计划，旨在帮助会员安全服用处方阿片类药物及其他经常被滥用的药物。本计划称之为“药物管理计划”(Drug Management Program, DMP)。

如果您服用从数名医生或数家药房处获得的阿片类药物，或者您近期曾过量服用阿片类药物，我们可能会与您的医生进行讨论，确保阿片类药物对您而言使用适当且具有医疗必要性。与您的医生讨论后，如果我们认定您服用阿片类或苯二氮类药物不太安全，我们可能会限制您获得这些药物的方式。限制可能包括：

- 要求您从**特定药房**和/或**特定医生**处获得这些药物的所有处方
- 限制我们对这些药物的**承保金额**

如果我们认定应对您施行一个或多个限制，我们将提前向您寄送信函。信函将说明我们认为应该施行的限制。

**您将有机会告知我们您更愿意选择哪些医生或哪些药房，以及您认为必须告知我们的任何信息。**如果我们在给予您机会做出回应后决定限制这些药物的承保范围，我们将再次向您发送一封信函，以确认这些限制。

如果您认为我们裁定有误，不同意您具有处方药物误用的风险，或不同意接受限制，您和您的开药者可提起上诉。如果您提起上诉，我们将审查您的个案，并向您告知我们的裁定结果。如果我们继续否决您的上诉中与您获取这些药物的限制有关的任何部分内容，我们将自动将您的个案发送给独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE)。(如需了解如何提起上诉以及有关 IRE 的更多信息，请参见第 159 页第 9 第 E3 节。)

如出现下列情况，DMP 可能不适用：

- 患有特殊疾病，例如癌症或镰状细胞病，
- 正在接受临终关怀护理、姑息治疗或生命终期护理，或
- 住在长期护理机构。

---

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**



## 第 6 章：您应为 Medicare 和 Medi-Cal 处方药支付哪些费用

### 简介

本章介绍您应为门诊处方药支付哪些费用。这里的“处方药”是指：

- Medicare D 部分的处方药，以及
- Medi-Cal 承保的药物和项目；以及
- 本计划作为额外福利承保的药物和医疗用品。

由于您满足 Medi-Cal 的条件，您可以从 Medicare 获得“额外帮助”，以对您的 Medicare D 部分处方药付款。

**额外帮助**是一项 Medicare 计划，旨在帮助收入和资源有限的人员减少 Medicare D 部分的处方药费用，例如保费、自付额或定额手续费。额外帮助还被称为“低收入补贴”或“LIS”。

其他关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

如需了解处方药的更多信息，您可以在以下地方查找：

- 我们的“承保药物清单”。
  - 我们称之为“药物清单”。它会告诉您：
    - 我们为哪些药物付款
    - 各种药物属于四种费用分摊类别的哪一种
    - 药物是否存在限制
  - 如需“药物清单”副本，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。您也可以访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 查看“药物清单”。网站上的“药物清单”始终为最新版本。
- 此《会员手册》第 5 章。
  - 第 108 页第 5 章介绍如何通过我们的计划获取门诊处方药。
  - 其中包含您需要遵守的规则。此处还介绍了我们的计划承保哪些类型的处方药。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 我们的“提供者及药房目录”。
  - 大多数情况下，您必须使用网络药房获取承保药物。网络药房是指同意与我们合作的药房。
  - *提供者及药房目录*含有网络药房清单。您可以在第 111 页的第 5 章第 A 节获取网络药房的更多信息。

## 目录

|   |     |
|---|-----|
| A. 福利说明 (Explanation of Benefits, EOB).....                   | 125 |
| B. 如何记录您的药物费用.....  | 125 |
| C. Medicare D 部分药物支付阶段.....                                   | 126 |
| D. 阶段 1: 初始承保阶段.....  | 126 |
| D1. 您的药房选择.....   | 127 |
| D2. 获得长期供药.....   | 127 |
| D3. 您支付的费用.....   | 127 |
| D4. 初始承保阶段结束.....   | 128 |
| E. 阶段 2: 重病承保阶段.....  | 129 |
| F. 如果您的医生开出的药物少于一个月的供药量，则您应支付药费.....                          | 129 |
| G. HIV/AIDS 患者处方药费用分摊援助.....                                  | 129 |
| G1. AIDS 药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 是什么..... | 129 |
| G2. 如果您未加入 ADAP，该怎么办.....                                     | 130 |
| G3. 如果您已加入 ADAP，该怎么办.....                                     | 130 |
| H. 接种疫苗.....  | 130 |
| H1. 疫苗接种须知.....   | 130 |
| H2. 您应为 Medicare D 部分疫苗接种支付多少费用.....                          | 130 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 福利说明 (Explanation of Benefits, EOB)

我们的计划将记录您的处方药。我们记录两类费用：

- 您的**自付费用**。这是您或其他代付人为您的处方药支付的费用。
- 您的**药物总费用**。这是您或其他代付人为您的处方药支付的费用加上我们支付的费用总额。

当您通过我们的计划获取处方药时，我们会向您发送一份名为“福利说明”的汇总报告。我们将其简称为 EOB。EOB 中包含您所使用药物的更多信息。EOB 包含：

- **当月信息**。该汇总报告会说明您获取了哪些处方药。报告显示药物总费用、我们支付的费用，以及您和其他代付人支付的费用。
- **“年初至今”信息**。这是从 1 月 1 日起的药物总费用和付款总额。
- **药物价格信息**。此为药品总价格以及自首次配置以来药品价格的百分比变化。
- **更低廉的替代药物**。如果存在，此类药物会列入您的当前药物汇总报告。如需了解更多信息，请咨询您的开药者。

我们提供 Medicare 未承保药物的承保。

- 这些药物产生的费用不会计入您的自付费用总额。
- 如需查明我们的计划承保哪些药物，请参见“药物清单”。

---

## B. 如何记录您的药物费用

我们利用从您和从您的药房获取的档案来记录您的药物费用和付款金额。以下是您可以帮助我们方式：

### 1. 使用您的会员身份证。

每次配药时，出示您的会员身份证。这将帮助我们了解您拿了什么药，以及您支付了多少费用。

### 2. 确保我们拥有所需信息。

为我们提供您已付款药物的收据副本。您可以要求报销我们应该承担的那部分药费。

以下情况下，您应该为我们提供收据副本：

- 当您以特价或使用不属于本计划福利的折扣卡在网络药房购买承保药物时
- 当您为获取的药物制造商病人援助计划之药物支付共付额时



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 当您在网络外药房购买承保药物时
- 当您为承保药物支付全价时

如需了解如何要求我们对承保药物费用进行报销，请参见第 133 页第 7 章第 A 节。

### 3. 将其他人为您代付的相关信息发送给我们。

某些其他人和组织的代付也将计入您的自付费用。例如，由 AIDS 药物援助计划、印第安人健康服务机构和大多数慈善机构支付的款项均计入您的自付费用。这样可以帮您获得重病承保的资格。当您达到重病承保阶段的要求，SCFHP Cal MediConnect Plan 将在本年度剩余时间内为您支付 D 部分药物的所有费用。

### 4. 查看我们寄送给您的 EOB。

当您收到邮寄的 EOB 时，请确保此文件完整准确。如果您认为报告存在错误或遗失，或者您有任何疑问，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。请务必妥善保存 EOB。它们是您的药物费用的重要记录。

---

## C. Medicare D 部分药物支付阶段

根据 SCFHP Cal MediConnect Plan，您的 Medicare D 部分处方药承保分为两个支付阶段。当您配药或续药时，您所支付的费用多少取决于您处于哪个阶段。以下是两个阶段：

| 阶段 1：初始承保阶段  | 阶段 2：重病承保阶段   |
|--|---|
| 在此阶段，我们会支付部分药物费用，而您则需支付由您自己承担的那部分费用。您的分摊费用称为共付额。<br>您在某年第一次配药时，即进入此阶段。 | 在此阶段，我们会支付截至 2022 年 12 月 31 日的全部药物费用。<br>当您支付一定数量的自付费用后，即进入此阶段。 |

---

## D. 阶段 1：初始承保阶段

在初始承保阶段，我们会支付您承保处方药的部分费用，而您则需支付由您自己承担的那部分费用。您的分摊费用称为共付额。共付额取决于药物的费用分摊类别以及您从何处获取药物。

费用分摊类别是具有相同共付额的药物组。本计划“药物清单”中的每种药物都属于四种费用分摊类别的其中一种。通常，类别编号越大，共付额越高。如需查明您的药物属于哪种费用分摊类别，可在“药物清单”中查找该药物。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





- 类别 1 药物为学名药。共付额为 0 美元。
- 类别 2 药物为品牌药。根据您的具体收入，共付额为 0 美元至 9.85 美元（最高费用分摊类别）。
- 类别 3 药物为 Medi-Cal 承保范围内的非 Medicare 处方药。共付额为 0 美元。
- 类别 4 药物为 Medi-Cal 承保范围内的非 Medicare 非处方 (OTC) 药物。共付额为 0 美元。

### D1. 您的药房选择

要支付的药物费用取决于药物来源：

- 网络药房；或
- 网络外药房。

在少数限定情况下，我们会承保在网络外药房获取的处方药。请参见第 111 页第 5 章第 A 节，查看我们的具体规定。

如需了解有关此类房选择的更多信息，请参见本手册第 111 页第 5 章第 A 节以及我们的“提供者及药房目录”。

### D2. 获得长期供药

对于某些药物，您可以在配药时获得长期供药（也称为“延长天数供药”）。长期供药是指最多 90 天的药物量，其费用与一个月药量费用相同。

如需了解有关在何处及如何获得长期供药的详细信息，请参见第 113 页第 5 章第 A7 节或“提供者及药房目录”。

### D3. 您支付的费用

在初始承保阶段，您每次配药时可能需支付共付额。如果您的承保药物费用低于共付额，您将支付较低的价格。

您可以与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系，了解任何承保药物的共付额是多少。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

从下列药房获得一个月或长期承保处方药供应时的费用分摊额：

|   | 网络药房<br><br>一个月或最多<br>90 天供药 | 本计划的邮购<br>服务<br><br>一个月或最多<br>90 天供药 | 网络长期护理<br>药房<br><br>最多 90 天供药 | 网络外药房<br><br>最多 31 天供<br>药。承保仅限<br>于某些情况。<br>请参见第 116<br>页第 5 章第<br>C 节，了解有<br>关上诉的详细<br>信息。 |
|---|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| 费用分摊<br>类别 1<br>(学名药)   | 0 美元                         | 0 美元                                 | 0 美元                          | 0 美元   |
| 费用分摊<br>类别 2<br>(品牌药)   | 0 至 9.85 美元                  | 0 至 9.85 美元                          | 0 至 9.85 美元                   | 0 至 9.85 美元  |
| 费用分摊<br>类别 3<br>(非 Medicare<br>处方药)                                   | 0 美元                         | 0 美元                                 | 0 美元                          | 0 美元   |
| 费用分摊<br>类别级 4<br>(非 Medicare<br>非处方 (Over-<br>The-Counter,<br>OTC) 药) | 0 美元                         | 0 美元                                 | 0 美元                          | 0 美元   |

如需了解有关哪些药房可为您提供长期供药的信息，请参见我们的“提供者及药房目录”。

#### D4. 初始承保阶段结束

当您的自付费用总额达到 7,050 美元时，初始承保阶段即结束。此时您便进入重病承保阶段。从那时起到该年年底，我们将承保您的全部药物费用。

您的 EOB 可供您跟踪该年之内您为药物支付的费用。如果达到 7,050 美元限额，我们会通知您。许多人在一年之内不会达到该限额。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## E. 阶段 2：重病承保阶段

当您达到处方药自付费用限额 7,050 美元时，即进入重病承保阶段。在该日历年结束前，您将一直处于重病承保阶段。在此阶段，计划会支付 Medicare 药物的全部费用。

---

## F. 如果您的医生开出的药物少于一个月的供药量，则您应支付药费

在某些情况下，您需要为承保药物一个月的供药量支付共付额。但是，您的医生开出的药物可能少于一个月的供药量。

- 有时，您可能会要求您的医生开出少于一个月供药量的药物（例如，您第一次尝试使用某种已知有严重副作用的药物。）
- 如果您的医生同意，您无需为特定药物支付一个月供药的费用。

当您获得少于 1 个月供药量的药物，您支付的金额将根据您所获药物的可用天数来计算。我们将计算您每天为药物支付的费用（“每日费用分摊率”），并乘以您获得的药物的可用天数。

- 以下为示例：假设 1 个月（31 天药量）供药的共付额为 1.35 美元。这表示您所支付的药物费用低于每天 0.05 美元。如果您获得 7 天的供药量，您应支付的费用低于每天 0.05 美元乘以 7 天，总费用低于 0.35 美元。
- 每日费用分摊允许您先确保药物对您有用，然后再支付一个月供应的费用。
- 您也可以要求提供者开出少于 1 个月供药量的药物，只要此举能帮助您：
  - 更好地计划续药时间，
  - 与您使用的其他药物搭配续药，以及
  - 减少去药房的次数。

---

## G. HIV/AIDS 患者处方药费用分摊援助

### G1. AIDS 药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 是什么

AIDS 药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 旨在帮助确保患有 HIV/AIDS 且符合条件的个人可以获得用于挽救生命的 HIV 药物。对于加入 ADAP 的个人，同样由 ADAP 承保的门诊 Medicare D 部分处方药符合通过加州公共卫生局 (California Department of Public Health) AIDS 办公室获取处方药费用分摊援助的资格。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## G2. 如果您未加入 ADAP，该怎么办

如需了解关于资格标准、承保药物以及如何加入该计划的信息，  
请致电 1-844-421-7050 或访问 ADAP 网站

[www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx)。

## G3. 如果您已加入 ADAP，该怎么办

ADAP 可继续针对 ADAP 处方集中的药物为 ADAP 客户提供 Medicare D 部分处方药  
费用分摊援助。为了保证您能继续获得此项援助，请告知当地 ADAP 入会工作人员  
Medicare D 部分计划名称或保单号码的任何变更。如需协助寻找离您最近的 ADAP 注册  
地点和/或注册工作人员，请致电 1-844-421-7050 或访问上述网站。

---

## H. 接种疫苗

我们承保 Medicare D 部分的疫苗。我们承保的 Medicare D 部分疫苗有两个部分：

1. 承保第一部分为**疫苗本身**的费用。这类疫苗为处方药。
2. 承保第二部分为**疫苗接种**的费用。例如，有时您的医生可能会为您注射疫苗。

### H1. 疫苗接种须知

当您计划接种疫苗时，建议您首先致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。

- 我们能够向您介绍我们的计划如何承保您的疫苗并说明您的分摊费用。
- 我们能够告知您如何利用网络药房和提供者降低费用。网络药房是指同意与我们的计划合作的药房。网络提供者是指与健康计划合作的提供者。网络提供者应与 SCFHP Cal MediConnect Plan 合作，确保您不必为 D 部分疫苗预付任何费用。

### H2. 您应为 Medicare D 部分疫苗接种支付多少费用

您为疫苗接种支付的费用取决于疫苗类型（您接种哪种疫苗）。

- 某些疫苗被视为健康福利，而不是药物。此类疫苗由我们承保，您无需支付任何费用。如需了解有关疫苗承保的信息，请参见 84 页第 4 章第 D 节“福利图表”。
- 其他疫苗被认为是 Medicare D 部分药物。您可以在本计划的“药物清单”中找到这些疫苗。您可能需要为 Medicare D 部分疫苗支付共付额。

以下是您获得 Medicare D 部分疫苗的三种常见方式。

1. 您可以在网络药房获得 Medicare D 部分疫苗，并在药房注射疫苗。
  - 您需为疫苗支付共付额。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



2. 您在医生办公室获得 **Medicare D** 部分疫苗，并由医生为您注射疫苗。
  - 您需向医生支付疫苗的共付额。
  - 我们的计划将支付注射费用。
  - 在这种情况下，医生办公室应致电联系计划，以便我们确保他们知道您只需为疫苗支付共付额。
3. 您在药房获得 **Medicare D** 部分疫苗，并在医生办公室注射疫苗。
  - 您需为疫苗支付共付额。
  - 我们的计划将支付注射费用。

请参见本《会员手册》第 84 页第 4 章第 D 节或查看“药物清单”，了解特定疫苗相应的共付额。



---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 7 章：请求我们支付您收到的承保服务或药物账单的分摊费用

---

### 简介

本章旨在介绍如何以及何时向我们寄送账单要求付款。同时，还介绍了当您不同意承保裁决时，该如何提出上诉。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|                        |     |
|------------------------|-----|
| A. 请求我们为您的服务或药物付款..... | 133 |
| B. 寄送付款请求 .....        | 135 |
| C. 承保裁决 .....          | 136 |
| D. 上诉.....             | 136 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 请求我们为您的服务或药物付款

对于您已经获得的承保服务和药物，我们的网络提供者必须向本计划开具账单。网络提供者是指与健康计划合作的提供者。

**如果您收到了医疗保健或药物的全额费用账单，请将其寄送给我们。**如需向我们寄送账单，请参见第 135 页第 7 章第 B 节。

- 如果是承保服务或药物，我们将直接向提供者付款。
- 如果您已经为承保服务或药物支付超出分摊额的费用，您有权要求我们报销。
- 如果是未承保服务或药物，我们将告知您。

如有任何疑问，请与 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 客户服务部联系。如果您不知道应支付哪些费用，或者您收到账单后不知该如何处理，我们可以提供帮助。如果您想将已发送给我们的付款请求信息告知我们，您也可以致电。

以下情况下，您可能需要请求我们报销或支付您收到的账单：

### 1. 当您从网络外提供者获取紧急护理或急需护理时

您应要求提供者向我们开具账单。

- 如果您在获得护理时支付了全额，可要求我们进行报销。将您付款的账单和证明寄给我们。
- 您可能会从提供者处获得您认为不该由您支付的账单。将您付款的账单和证明寄给我们。
  - 如果应该向提供者付款，我们将直接向其支付费用。
  - 如果您已经为服务付款，我们将为您报销。

### 2. 当网络提供者向您寄送账单时

网络提供者必须始终向我们开具账单。当您接受任何服务或获得任何处方时，请出示 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 会员身份证。当提供者（如医生或医院）向您开具的账单金额超出计划对服务的费用分摊金额时，发生计费错误/不当的情况。**如果您收到了任何账单，请致电与 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 客户服务部联系。**

- 由于 **SCFHP Cal MediConnect** 计划会支付全部的医疗服务费用，因此您无需支付任何费用。提供者不应就这些服务向您开具任何账单。
- 无论何时，当您收到网络提供者的账单后，请将账单寄给我们。我们将直接联系提供者，并处理问题。



**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**

- 如果您已经支付了网络提供者的账单，则将您支付的账单和证明寄给我们。我们将为您的承保服务进行报销。

### 3. 当您使用网络外药房配药时

如果前往网络外药房配药，您必须支付处方药的全部费用。

- 只有在某些情况下，我们才会承保在网络外药房获取的处方药。当您要求报销我们应承担的那部分费用时，请将收据副本寄给我们。
- 请参见第 111 页第 5 章第 A 节，了解有关网络外药房的更多信息。

### 4. 当您因未随身携带会员身份证而支付处方药的全额费用时

如果未随身携带会员身份证，您可以让药房给我们打电话或者查看您的计划登记信息。

- 如果药房无法立即获得所需信息，您可能不得不自己支付处方药的所有费用。
- 当您要求报销我们应承担的那部分费用时，请将收据副本寄给我们。

### 5. 当您为未承保药物支付处方的所有费用时

您可能因药物不属于承保范围而支付处方的所有费用。

- 药物可能不在我们的*承保药物清单*（“药物清单”）中，或者存在您不知道或认为不适用于自身情况的要求或限制。如果决定获取这些药物，您可能需要支付所有费用。
  - 如果您不为药物付款，并且认为药物应属于承保范围，您可以要求我们做出承保裁决（请参见第 154 页第 9 第 D 节）。
  - 如果您和您的医生或其他开药者认为您需要立即服用药物，您可以要求我们快速做出承保裁决（请参见第 157 页第 9 第 E2 节）。
- 当您要求我们报销时，请将收据副本寄给我们。某些情况下，我们可能需要从您的医生或其他开处方者那里获得更多信息，以便为您报销我们应承担的药物费用。

当您向我们发送付款请求时，我们将审核您的请求，并决定是否应该承保相关服务或药物。这即是所谓的做出“承保裁决”。如果我们认为应该承保，我们将为服务或药物支付计划需承担的那部分费用。如果我们拒绝您的付款请求，您可以对我们的决定提出上诉。

如需了解如何提出上诉，请参见第 154 页第 9 第 D 节。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





---

## B. 寄送付款请求

### 医疗保健服务和医疗用品

将您的账单和付款证明寄给我们。付款证明可以是您开具的支票副本或提供者开具的收据副本。**您最好复印账单和收据，以供日后查看。**您可以致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部寻求帮助。

为确保您向我们提供做出决定所需的全部信息，您可以填写我们的申请表，提出付款申请。

- 虽然您并不是必须使用此表单，但它会帮助我们更快地处理信息。
- 您可以从我们的网站 ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) 下载表单副本，也可以致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部索要表单。

请将付款申请与账单或收据邮寄到以下地址：

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

您也可以致电我们请求付款。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

您必须在接受服务或药品后的 **180 天内将付款申请提交给 SCFHP。**

### 处方药

将您的账单和付款证明寄给 MedImpact。付款证明可以是您开具的支票副本或提供者开具的收据副本。**您最好复印账单和收据，以供日后查看。**您可以致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部寻求帮助。

为确保您向我们提供做出决定所需的全部信息，您可以填写我们的申请表（D 部分处方药申请表），提出付款申请。

- 虽然您并不是必须使用此表单，但它会帮助我们更快地处理信息。
- 您可以从我们的网站 ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) 下载表单副本，也可以致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部索要表单。

请将付款申请与账单或收据通过以下地址邮寄给 MedImpact:

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



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

或者将申请传真到 1-858-549-1569，或通过电子邮件发送到 [claims@medimpact.com](mailto:claims@medimpact.com)。

如需寻求帮助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部联系。

必须在获得医疗用品或药物后的 **180 天内**将付款申请提交给 **MedImpact**。

---

## C. 承保裁决

收到您的付款申请后，我们将做出承保裁决。这意味着我们将决定您的医疗保健或药物是否属于本计划的承保范围。如果需要您支付部分费用，我们还将决定您必须为医疗保健或药物支付的金额。

- 如果我们需要更多信息，我们将通知您。
- 如果我们决定健康护理或药物属于承保范围，且您遵守了所有相关规则，我们将为其支付计划需承担的那部分费用。如果您已经为服务或药物付款，我们将向您邮寄计划分摊费用的支票。如果您还没有为服务或药物付款，我们将直接付款。

第 49 页第 3 章第 B 节介绍接受承保服务的规则。第 5 章解释 Medicare D 部分处方药的承保规则。

- 如果我们决定不为服务或药物支付计划需承担的那部分费用，我们将向您寄信解释原因。该信件也将解释您提出上诉的权利。
- 如需了解有关承保裁决的更多信息，请参见第 154 页第 9 第 D 节。

---

## D. 上诉

如果您认为我们在拒绝您的付款申请时犯了错误，您可以要求我们更改决定。这即是所谓的提出上诉。如果不同意我们支付的金额，您也可以提出上诉。

上诉程序是一个包含具体流程和重要期限的正式程序。如需了解有关上诉的更多信息，请参见第 154 页第 9 第 D 节。

- 如果想要针对医疗服务报销提出上诉，请参见第 159 页。
- 如果想要针对药物报销提起上诉，请参见第 174 页。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 第 8 章：您的权利和责任

---

### 简介

本章旨在介绍您作为计划会员的权利与责任。我们必须尊重您的权利。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|   |     |
|---|-----|
| A. 您有权利获得信息以满足需求 .....                                      | 138 |
| B. 我们有责任确保您及时获得承保服务和药物 .....                                | 141 |
| C. 我们有责任保护您的个人健康信息 (Personal Health Information, PHI) ..... | 142 |
| C1. 我们如何保护您的 PHI .....                                      | 142 |
| C2. 您有权查看您的病历 .....   | 142 |
| D. 我们有责任向您提供关于我们计划、网络提供者和承保药物的信息 .....                      | 143 |
| E. 网络提供者不能直接向您寄送账单 .....                                    | 144 |
| F. 您有权退出我们的 Cal MediConnect 计划 .....                        | 144 |
| G. 您有权为您的健康护理做出决定 .....                                     | 144 |
| G1. 您有权了解您的治疗方案，并做出有关健康护理的决定 .....                          | 144 |
| G2. 您有权说明当您不能为自己做出健康护理决定时，您希望如何处理 .....                     | 145 |
| G3. 如果未按照您的说明执行该怎么办 .....                                   | 145 |
| H. 您有权提出投诉，并要求我们重新考虑已做出的决定 .....                            | 146 |
| H1. 如果您认为自己受到了不公平对待或希望获得关于您权利的更多信息 .....                    | 146 |
| I. 您作为本计划会员的责任 .....  | 146 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## A. 您有权利获得信息以满足需求

我们必须以您能够理解的方式向您告知本计划的福利和您的权利。我们必须向您告知，您在参与计划期间每年所拥有的权利。

- 如果想要以您能够理解的方式获取信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。我们的计划雇有能用不同语言回答问题的员工。
- 我们的计划也可以为您提供除英语之外其他语种以及大号字体、盲文或音频等格式的资料。若您需要，我们可提供英语、西班牙语、越南语、中文或塔加拉族语等语种的书面信息。无论是现在还是将来，如果您想持续请求获得除英语、西班牙语、越南语、中文或塔加拉族语之外其他语种或其他格式的文档，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，或寄送书面请求至：

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. The Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman helps people who are enrolled in Medi-Cal. They can help you file a complaint. You can call them at 1-888-452-8609.

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sobre sus derechos de manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que pertenezca a nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a Servicio al Cliente de SCFHP Cal MediConnect Plan. Nuestro plan tiene personas que pueden responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle material en idiomas distintos del inglés y en formatos, como letra grande, braille o audio. Si lo necesita, podemos proporcionarle información escrita en inglés, español, vietnamita, chino o tagalo. Si desea hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y de aquí en adelante, en un idioma distinto al inglés, español, vietnamita, chino o tagalo, o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de SCFHP Cal MediConnect Plan o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



Attn: Customer Service Department  
 Santa Clara Family Health Plan  
 PO Box 18880  
 San Jose, CA 95158

Si tiene problemas para obtener la información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1800-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. La Oficina del Ombudsman para los servicios médicos administrados por Medi-Cal ayuda a las personas que están inscritas en Medi-Cal. Ellos podrán ayudarlo a presentar una queja. Puede llamarlos al 1-888-452-8609.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị còn trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect Plan. Chương trình của chúng tôi có người có thể trả lời các câu hỏi bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và trong những định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin cho quý vị dưới dạng văn bản bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog nếu quý vị cần. Nếu quý vị muốn yêu cầu nhận tài liệu lâu dài, cả hiện tại và trong tương lai, bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog, hay nhận tài liệu ở định dạng khác, hãy gọi tới Phòng Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect Plan hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến:

Attn: Customer Service Department  
 Santa Clara Family Health Plan  
 PO Box 18880  
 San Jose, CA 95158

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình của chúng tôi vì trở ngại ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, xin gọi Medicare tại số 1800MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Văn Phòng Thanh Tra của Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý thuộc Medi-Cal giúp đỡ những người ghi danh vào Medi-Cal. Họ có thể giúp quý vị gửi khiếu nại. Quý vị có thể gọi tới số 1-888-452-8609.



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

我们必须以您能够理解的方式向您告知本计划的福利和您的权利。我们必须向您告知，您在参与计划期间每年所拥有的权利。

- 若要以您能够理解的方式获取信息，请致电 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 客户服务部。我们的计划雇有能用不同语言回答问题的员工。
- 我们的计划也可以为您提供除英语之外其他语种以及大号字体、盲文或音频等格式的资料。若您需要，我们可提供英语、西班牙语、越南语、中文或塔加拉族语等语种的书面信息。无论现在还是将来，如果您想持续请求获得除英语、西班牙语、越南语、中文或塔加拉族语之外其他语种或其他格式的文档，请致电 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 客户服务部或寄送书面请求至：

Attn: Customer Service Department  
 Santa Clara Family Health Plan  
 PO Box 18880  
 San Jose, CA 95158

如果您因语言问题或残疾而无法获取我们计划的信息，并且您要提出投诉，请致电 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 与 Medicare 联系。我们提供全年全天候的专线服务。TTY 用户请致电 **1-877-486-2048**。Medi-Cal 管理式护理监察专员办公室可以为 Medi-Cal 投保人提供帮助。他们可以帮您提出投诉。您可以致电 **1-888-452-8609** 与他们联系。

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa isang paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa plano namin.

- Upang makakuha ng impormasyon sa isang paraang nauunawaan mo, tumawag sa Customer Service ng SCFHP Cal MediConnect Plan. Ang aming plano ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maari ka din bigyan ng mga materyales kahit anong wika bukod sa Ingles at sa mga format na tulad ng malalaking imprenta, braille, o audio. Maaari ka naming bigyan ng nakasulat na impormasyon sa Ingles, Espanyol, Vietnamese, Tsino, o Tagalog kung kailangan mo ito. Kung gusto mong gumawa ng patuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales, ngayon at sa hinaharap, sa ibang wikang hindi Ingles, Espanyol, Vietnamese, Tsino, o Tagalog, o sa isang alternatibong format, tumawag sa Customer Service ng SCFHP Cal MediConnect Plan o magpadala ng nakasulat na kahilingan sa:

Attn: Customer Service Department  
 Santa Clara Family Health Plan  
 PO Box 18880  
 San Jose, CA 95158

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 **1-877-723-4795 (TTY : 711)** 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
 如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Ang Tanggapan ng Ombudsman ng Med-Cal Managed Care ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medi-Cal. Matutulungan ka nilang maghain ng reklamo. Maaari mo silang tawagan sa 1-888-452-8609.

## B. 我们有责任确保您及时获得承保服务和药物

如果您不能在合理时间内获得服务，我们必须为网络外护理付款。

作为我们计划的会员：

- 您有权在我们网络内选择初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP)。网络提供者是指与我们合作的提供者。有关哪些提供者类型可担任 PCP 以及如何选择 PCP 的更多信息，请参见第 51 页第 3 章第 D 节。请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部或查看“提供者及药房目录”，了解哪些医生正在接受新患者。
- 女性有权无需转诊便可看妇科健康专科医生。转诊表示您获得 PCP 批准，可前往非 PCP 的其他医生处就诊。
- 您有权在合理的时间内获得网络提供者提供的承保服务。
  - 这包括从专科医生那里获得及时服务的权利。
  - 如果您不能在合理时间内获得服务，我们必须为网络外护理付款。
- 您有权未经提前批准获得急需的紧急服务或护理。
- 您有权在不出现长时间延迟的情况下在任意一家我们的网络药房配药。
- 您有权了解何时可以前往网络外提供者处就诊。如需了解网络外提供者的信息，请参见第 47 页第 3 章。
- 当您首次加入我们的计划时，如果满足特定条件，您有权继续接受当前提供者的护理与维持服务授权，最长可达 12 个月。如需了解有关保持当前提供者和服务授权的更多信息，请参见第 17 页第 1 章第 F 节。
- 您有权在您的护理团队和个案管理员协助下自我管理护理事宜。

第 149 页第 9 介绍当您认为未在合理时间内获得服务或药物时该怎么办。第 154 页第 9 第 D 也介绍了在我们拒绝承保服务或药物但您不同意我们裁决时该怎么办。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## C. 我们有责任保护您的个人健康信息 (Personal Health Information, PHI)

我们按照联邦与州法律要求来保护您的个人健康信息 (Personal Health Information, PHI)。

您的 PHI 包括您加入本计划时提供给我们的信息。该信息还包含您的病历和其他治疗与健康信息。

您有权获取信息，并控制您 PHI 的使用方式。我们将给您一份书面公告，告知这些权利，并同时解释我们如何保护您的健康信息隐私。该公告被称为“隐私条例公告”。

### C1. 我们如何保护您的 PHI

我们确保您的病历不会被未经授权的人员查看或更改。

大多数情况下，我们绝不会将您的 PHI 提供给未向您提供护理或为您护理付款的任何人士。如果我们要提供信息，一定首先获得您的书面许可。书面许可可以由您提供或有合法权利为您做决定的人提供。

某些情况下，我们并不一定要首先获得您的书面许可。法律允许或要求出现这些例外情况。

- 我们需要向检查我们护理质量的政府机构发布健康信息。
- 我们需要遵照法院命令发布健康信息。
- 我们需要向 Medicare 提供您的健康和药物信息。如果 Medicare 因研究或其他用途发布您的信息，一定会根据联邦法律执行。我们还需要向 Medi-cal 提供您的健康和药物信息。如果 Med-cal 因研究或其他用途发布您的信息，一定会根据联邦法律执行。

### C2. 您有权查看您的病历

- 您有权查看您的病历，并获取病历副本。我们有权对复印病历收取费用。
- 您有权要求我们更新或更改您的病历。如果您要求我们这样做，我们将与您的医疗保健提供者商量决定是否应该做出更改。
- 您有权知晓您的 PHI 是否已与他人共享，以及如何共享。

如有 PHI 隐私方面的问题或疑虑，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。

请参见第 204 页第 11 章第 E 节关于 SCFHP 的隐私条例公告，了解有关隐私权利的更多信息。您也可以访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 或致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部，了解“隐私条例公告”。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





---

## D. 我们有责任向您提供关于我们计划、网络提供者和承保药物的信息

作为 SCFHP Cal MediConnect Plan 的会员，您有权向我们索取相关信息。如果您不讲英语，我们的口译服务人员可以回答您可能遇到的有关我们健康计划的所有疑问。如需口译服务，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与我们联系。这是您可以享受的免费服务。我们还可为您提供大字版、盲文版、语音版或其他语言版信息。

如需下列任何信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部：

- 如何选择或更改计划
- 我们的计划，包括：
  - 财务信息
  - 计划会员对我们的评价如何
  - 会员提出的上诉数量
  - 如何退出我们的计划
- 我们的网络提供者和网络药房，包括：
  - 如何选择或更改初级护理提供者
  - 我们网络提供者和药房的资格证书
  - 我们如何对网络提供者付款
- 承保服务和药物，以及您必须遵守的规则，包括：
  - 我们的计划承保的服务和药物
  - 您的承保和药物限制
  - 为了获得承保服务和药物所必须遵守的规则
- 未承保原因和您该怎么办，包括要求我们：
  - 提供未承保原因的书面说明
  - 更改做出的决定
  - 支付您收到的账单



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## E. 网络提供者不能直接向您寄送账单

网内医生、医院和其他提供者不可让您为承保服务付款。即使我们支付的比提供者实际收费少，他们也不能向您收费。如需了解网络提供者试图就承保服务向您收费时该怎么办，请参见第 133 页第 7 章第 A 节和第 135 页第 B 节。

---

## F. 您有权退出我们的 Cal MediConnect 计划

如果您不想待在我们的计划中，没有人可以强迫您。如果您退出我们的计划：

- 您有权通过 Original Medicare 或 Medicare Advantage 计划获得大多数医疗保健服务。
- 您可以从处方药计划或 Medicare Advantage 计划获得 Medicare D 部分的处方药福利。
- 请参见第 196 页第 10 章第 C 节，了解关于您何时可加入新 Medicare Advantage 或处方药福利计划的更多信息。
- 除非您选择了郡内可用的其他计划，否则可继续通过 SCFHP 享受您的 Medi-Cal 福利。

---

## G. 您有权为您的健康护理做出决定

### G1. 您有权了解您的治疗方案，并做出有关健康护理的决定

接受服务时，您有权从您的医生和其他医疗保健提供者那里获取全部信息。您的提供者必须以您可以理解的方式解释您的病情和治疗方案。您有权：

- **了解您的选择。**您有权知晓所有类型的治疗。
- **了解风险。**您有权知晓所包含的任何风险。如果服务或治疗属于研究实验的一部分，那么必须提前通知您。您有权拒绝实验性治疗。
- **获得其他人的意见。**下定治疗决定之前，您有权前往其他医生处就诊。
- **说“不”。**您有权拒绝任何治疗。这包括出院或离开其他医疗机构的权利，即使您的医生建议您不要这样做。您也有权停止使用处方药。如果您拒绝治疗或停止使用处方药，您不会被我们的计划除名。然而，如果拒绝治疗或停止使用药物，您要为自身情况担负所有责任。
- **要求我们说明提供者为何拒绝护理。**如果提供者拒绝您认为自己应该得到的护理，您有权得到我们的解释。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 要求我们承保遭到拒绝或通常不在承保范围之内的服务或药物。这即是所谓的“承保裁决”。请参见第 154 页第 9 第 D 节和第 169 页第 F 节，了解如何要求本计划做出承保裁决。

## G2. 您有权说明当您不能为自己做出健康护理决定时，您希望如何处理

有时，人们无法为自己做出医疗保健决定。在这种情况下发生在您身上之前，您可以：

- 填写书面表格，赋予某人为您做出医疗保健决定的权利。
- 给医生书面说明，表明当您无法为自己做出决定时，您希望他们如何处理您的医疗保健。

这种可以用于传达您指示的法律文书被称为预设医疗指示。预设医疗指示分为不同种类，并带有不同名称。例如，生前遗嘱和健康护理委托书。

您并非必须使用预设医疗指示，但是如果愿意可以使用。操作方法是：

- **获得表格。**您可以从您的医生、律师、法律服务代理或社工那里获得表格。为人们提供 Medicare 或 Medi-Cal 相关信息的组织，例如 Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 也可能有预设医疗指示表格。您也可以从 SCFHP 网站 ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) 下载表格，或联系 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部索要表格。
- **填写表格并签字。**该表格为法律文书。您应该考虑请律师帮您准备。
- **将副本交给需要了解这些文书的人。**您应该给您的医生一份表格副本。也应该给您指定的替您做出决定的人一份。您也可以将副本给亲密朋友或家庭成员。确保在家留一份副本。
- 如果要住院，且已经签署了预设医疗指示，**则携带副本到医院。**
  - 医院将询问您是否已经签署了预设医疗指示表格，以及是否随身携带。
  - 如果您没有签署预设医疗指示表格，医院可以提供表格，并询问您是否想要签署。

记住，填写或不填写预设医疗指示由您选择。

## G3. 如果未按照您的说明执行该怎么办

如果您已签署预设医疗指示，且您认为医生或医院并未按照指示中的说明执行，您可以：

- 向 SCFHP Cal MediConnect Plan 提出投诉；或
- 向加州医学委员会提出有关医生的投诉。有关如何向加州医学委员会提出投诉的信息，请致电 1-800-633-2322



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 向加州公共卫生局 (California Department of Public Health, CDPH) 提出有关医院的投诉。
  - 如需向 CDPH 提出投诉，请访问 <http://hfcis.cdph.ca.gov/longtermcare/consumercomplaint.aspx> 填写在线消费者投诉表。
  - 您还可以联系 CDPH 许可和认证区办公室，了解医院位于哪个区；或
  - 您可以致电 1-800-236-9747 与 CDPH 消费者信息系统联系。

---

## H. 您有权提出投诉，并要求我们重新考虑已做出的决定

第 149 页第 9 介绍了当您承保服务或护理有任何疑问或疑虑时该怎么办。例如，您可以要求我们做出承保裁决、提出上诉要求更改承保裁决，或提出投诉。

您有权获取有关其他会员针对我们计划提出的上诉和投诉的信息。如需获取此信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。

### H1. 如果您认为自己受到了不公平对待或希望获得关于您权利的更多信息

如果您认为自己受到了不公平对待，但不是第 203 页第 11 章第 B 节所列原因而导致的歧视，或者您希望获得关于您权利的更多信息，您可以致电：

- 客户服务部：
- Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)：如需了解有关该组织及其联系方式的详细信息，请参见第 31 页第 2 第 E 节。
- Cal MediConnect 监察员计划。如需了解有关该组织及其联系方式的详细信息，请参见第 35 页第 2 第 I 节。
- 全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。（您也可以访问 Medicare 网站 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)，以查阅或下载《Medicare 权利与保护》。）

---

## I. 您作为本计划会员的责任

作为本计划的会员，您有责任执行以下列出的事项。如有任何疑问，请致电 SCFHP Cal MediConnect Plan 客户服务部。

- 阅读《会员手册》，了解承保范围，以及您需要遵守哪些规则才可获得承保的服务和药物。有关您的下列详细信息：

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 有关承保服务，请参见第 47 页第 3 章和第 64 页第 4 章。这些章节向您介绍哪些属于承保范围、哪些不属于承保范围、您需要遵守的规则，以及付款情况。
- 有关承保药物，请参见第 108 页第 5 章和第 123 页第 6 章。
- **将有关任何其他健康或处方药承保服务的信息告知我们。** 我们需要确保您接受健康护理时，正在使用全部承保选项。如有其他承保，请致电客户服务部。
- **告知您的医生和其他医疗保健提供者您加入了我们的计划。** 获得服务或配药时，始终出示您的会员身份证。
- **帮助您的医生和其他医疗保健提供者给予您最佳护理。**
  - 将他们所需的有关您个人与健康的信息给他们。尽可能多地了解您的健康问题。遵循您与提供者商量好的治疗计划和说明。
  - 确保您的医生和其他提供者了解您正在使用的所有药物。这包括处方药、非处方药、维他命和补充剂。
  - 如果您有任何疑问，一定要提出来。您的医生和其他提供者必须以您能够理解的方式加以解释。如果您提出问题，但您不理解答案，则再次提问。
- **体谅他人。** 我们期望所有会员尊重其他患者的权利。我们也期望您在医生办公室、医院和其他提供者的办公室时尊重别人。
- **支付应支付部分。** 作为计划会员，您负责支付这些费用：
  - 在符合享受 Medi-Cal 福利的资格前，某些 Medi-Cal 受益人必须支付或同意支付一定金额的每月医疗费用。这即是费用分摊，类似于私人保险计划的自付额。
  - Medicare A 部分和 Medicare B 部分保险费。对于大多数 SCFHP Cal MediConnect Plan 会员，Medi-Cal 支付 A 部分保险费和 B 部分保险费。
  - 对于本计划承保的部分药物，您在获取时必须支付分摊费用。这就是共付额（固定费用）。第 126 页第 6 章第 C 节阐明了您必须支付的药费。
  - **如果您获取未被我们的计划承保的服务或药物，您必须支付全部费用。** 如果您不同意我们不承保某服务或药物的决定，您可以提出上诉。请参见第 154 页第 9 节第 D 节，了解如何提出上诉。
- **如果您要搬家，请告知我们。** 如果您打算搬家，请一定立即告知我们。请致电客户服务部。
  - **如果离开我们的服务区，您将无法加入本计划。** 只有生活在我们服务区的居民才可以加入 SCFHP Cal MediConnect Plan。第 15 页第 1 章第 D 节介绍了我们的服务区。
  - 我们可以帮助确定您是否搬到了我们的服务区之外。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 同样，搬家时，务必告知 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。请参见第 24 页第 2，了解 Medicare 和 Medi-Cal 的电话号码。
- 如果您在我们的服务区内搬家，仍需要告知我们。我们需要保持您的会员档案为最新状态，并知道如何联系您。
- 如果您有疑问或顾虑，请致电客户服务部寻求帮助。

---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 第 9 章：如有问题或要投诉该怎么办（承保裁决、上诉、投诉）

---

### 简介

本章介绍有关您的权利的信息。阅读本章，明白如何应对以下情况：

- 您对本计划有问题或想要投诉。
- 您需要本计划表明不进行付款的服务、医疗用品或药物。
- 您不同意本计划针对您的护理情况所做决定。
- 您认为承保服务结束太早。
- 对于长期服务和支持，包括社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS) 和护理机构 (Nursing Facility, NF) 服务，您有任何问题或者想要投诉。

如果有问题或疑虑，您仅需阅读本章中适合您情况的部分。本章分为不同小节，可帮助您轻松找到所寻找的内容。

### 如果您在健康或长期服务与支持方面遇到问题

如果您的医生和其他提供者确定作为护理计划一部分的某些健康护理、药物和长期服务和支持，是您的护理所必需的，您应该接受这些。如果您有护理方面的问题，您可以致电 **Cal MediConnect 监察员计划寻求帮助，联系电话为 1-855-501-3077**。本章对您所拥有的针对不同问题和投诉的不同选项进行了解释，但是您可以随时致电 **Cal MediConnect 监察员计划** 要求帮助您解决问题。如需了解可供解决疑虑的其他资源及其联系方式，请参见第 35 页第 2 第 1 节，获取有关监察员计划的更多信息。

### 目录

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| A. 如果遇到问题该怎么办 .....      | 152 |
| A1. 关于法律术语 .....         | 152 |
| B. 何处寻求帮助 .....          | 152 |
| B1. 何处获得更多信息和帮助 .....    | 152 |
| C. 福利问题 .....            | 153 |
| C1. 使用承保裁决和上诉或投诉流程 ..... | 153 |
| D. 承保裁决与上诉 .....         | 154 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

|  |     |
|--|-----|
| D1. 承保裁决与上诉概述 .....  | 154 |
| D2. 获得帮助进行承保裁决和上诉 .....  | 154 |
| D3. 使用对您有帮助的本章小节 .....   | 155 |
| E. 服务、医疗用品和药物（非 D 部分药物）的相关问题.....  | 156 |
| E1. 何时查看本节 .....   | 156 |
| E2. 要求作出承保裁决.....  | 157 |
| E3. 服务、医疗用品和药物（非 D 部分药物）的一级上诉 .....  | 159 |
| E4. 服务、医疗用品和药物（非 D 部分药物）的第二级上诉.....  | 163 |
| E5. 付款问题 .....   | 168 |
| F. D 部分药物 .....  | 169 |
| F1. 如果您获取 D 部分药物有困难，或者希望我们报销您 D 部分药物的费用，您该怎么做.....   | 169 |
| F2. 什么是例外 .....  | 170 |
| F3. 关于请求例外的重要须知 .....  | 171 |
| F4. 如何请求针对 D 部分药物做出承保裁决或请求报销 D 部分药物的药费，包括如何请求例外 .....  | 172 |
| F5. D 部分药物一级上诉 .....   | 174 |
| F6. D 部分药物二级上诉 .....   | 176 |
| G. 住院时间延长的承保请求 .....   | 177 |
| G1. 了解您的 Medicare 权利 .....   | 178 |
| G2. 更改出院日期的一级上诉 .....  | 178 |
| G3. 更改出院日期的二级上诉 .....  | 180 |
| G4. 如果我错过了上诉期限会怎样 .....  | 181 |
| H. 如果认为居家医疗保健、专业护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务结束太早，应该怎么做..... | 183 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| H1. 我们将在承保即将结束时提前告知您 .....         | 183 |
| H2. 继续接受护理的一级上诉 .....              | 184 |
| H3. 继续接受护理的二级上诉 .....              | 186 |
| H4. 错过一级上诉最后期限会怎么样 .....           | 186 |
| I. 提出二级以上上诉 .....                  | 188 |
| I1. 获得 Medicare 服务和医疗用品的后续行动.....  | 188 |
| I2. 获得 Medi-Cal 服务和医疗用品的后续行动 ..... | 189 |
| J. 如何提出投诉 .....                    | 189 |
| J1. 应该投诉哪类问题.....                  | 189 |
| J2. 内部投诉 .....                     | 191 |
| J3. 外部投诉 .....                     | 192 |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## A. 如果遇到问题该怎么办

本章将告知您如果遇到有关您的计划、服务或付款的问题时应该怎么办。Medicare 和 Medi-Cal 已批准这些流程。每个流程都有一套我们与您必须遵循的规则、程序和期限。

### A1. 关于法律术语

本章部分规则和期限涉及较难的法律术语。此类法律术语晦涩难懂，因此我们采用更为简单的词语予以代替。我们也尽可能少地使用缩写词。

例如，我们会使用：

- “提出投诉”，而非“提出申诉”
- “承保裁决”，而非“组织决定”、“福利裁定”、“风险裁定”或“承保裁定”
- “快速承保裁决”，而非“加急裁定”

了解某些法律术语有助于您更清楚地交流，所以我们也列出了这些术语。

---

## B. 何处寻求帮助

### B1. 何处获得更多信息和帮助

有时，开始或遵循该流程处理问题会让人感到困惑。如果您感觉不太舒服或身心疲惫时，尤其如此。有时，您可能不知道下一步需要做什么。

您可以从 **Cal MediConnect 监察员计划** 获得帮助

如需协助，您随时都可以致电 Cal MediConnect 监察员计划。Cal MediConnect 监察员计划旨在回答您的问题，并帮助您了解如何处理自己的问题。Cal MediConnect 监察员计划与我们或任何保险公司或健康计划没有关联。他们可以帮助您理解使用哪个流程。Cal MediConnect 监察员计划的电话是 1-855-501-3077。这些服务都是免费提供。请参见第 35 页第 2 第 1 节，了解有关监察员计划的更多信息。

您可以从 **Health Insurance Counseling & Advocacy Program** 获得帮助

您也可以致电健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。HICAP 顾问可回答您的疑问，并帮助您了解如何处理问题。HICAP 与我们或保险公司或健康计划没有任何联系。HICAP 在每个郡都拥有受过培训的顾问，可免费提供服务。HICAP 的联系电话是 1-800-434-0222。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 从 Medicare 获得帮助

您可以直接致电 Medicare 寻求帮助解决问题。有两种方式可以从 Medicare 获得帮助：

- 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，电话全年全天候开通。  
TTY: 1-877-486-2048。本电话免费。
- 访问 Medicare 网站 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)。

## 您可以从加州健保管理局获得帮助

在此段落中，术语“申诉”指针对 Medi-Cal 服务、您的健康计划或您的提供者之一而提起的上诉或投诉。

加利福尼亚州健保管理局负责监管健康护理服务计划。如果想对健康计划提出申诉，则在联系管理局之前，请先致电 **1-877-723-4795** (TTY: 711) 与健康计划联系，并按照健康计划的申诉流程提出申诉。通过此申诉程序提出申诉，并不会妨碍您享有的任何潜在法律权利或可采取的纠正措施。如需协助处理涉及急诊的申诉、针对健康计划处理结果不满意的申诉或者超过 30 天仍未获得解决的申诉，您可以致电管理局寻求协助。您也许符合独立医疗审查 (IMR) 的条件。如果您符合获得 IMR 的条件，则 IMR 程序将会就健康计划所做关于提议服务或治疗是否为医疗所需的医疗决定、是否承保实验性或研究性治疗的承保裁决以及有关急诊或紧急医疗服务的付款争议进行公正审查。管理局也设有免付费电话 **(1-888-466-2219)** 及专为听障和语障人士而设的 TDD 专线 **(1-877-688-9891)**。管理局网站 [www.dmhc.gov](http://www.dmhc.gov) 提供投诉表格、IMR 申请表格和在线说明。

## 您可以从质量改进机构 (Quality Improvement Organization, QIO) 获得帮助

本州的 QIO 组织是 Livanta BFCC-QIO。该组织由医生与其他医疗保健专家构成，致力于帮助改善使用 Medicare 的人员的护理质量。

如果您所接受的护理存在质量方面的问题、您认为您的住院时间太短或您认为您的居家医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务时间太短，请联系 Livanta BFCC-QIO。

请参见第 32 页第 2 第 F 节，了解 Livanta BFCC-QIO 的联系信息。

---

## C. 福利问题

### C1. 使用承保裁决和上诉或投诉流程

如果有问题或疑虑，您仅需阅读本章中适合您情况的部分。以下图表将帮助您找到本章关于问题或投诉的正确部分。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### 您的问题或顾虑是否关于福利或承保？

(这包括有关特定医疗护理、长期服务与支持或处方药是不是在承保范围内、承保方式的问题，以及有关医疗护理或处方药付款的问题。)

#### 是的。

我的问题是关于福利和承保。  
请参见第 D 节：“承保裁决和上诉”  
(第 154 页)。

#### 否。

我的问题不是关于福利和承保。  
跳至第 J 节：“如何提出投诉”  
(第 189 页)。

## D. 承保裁决与上诉

### D1. 承保裁决与上诉概述

寻求承保裁决与提出上诉的流程处理与您的福利和承保相关的问题。该流程还包括付款问题。您不负责除 D 部分共付额以外的其他 Medicare 费用。

#### 何为承保裁决？

承保裁决是我们针对您的福利和承保或我们将为您的医疗服务、医疗用品或药物支付金额所做出的最初决定。我们在决定为您承保什么和支付多少费用时便是在做出承保裁决。

如果您或医生不确定某项服务、医疗用品或药物是否属于 Medicare 或 Medi-Cal 的承保范围，您或医生可以在医生提供服务、医疗用品或药物之前要求做出承保裁决。

#### 何为上诉？

上诉是一种在您认为我们所做裁决有误时要求我们审查裁决并予以更改的正式方式。例如，我们可能决定您想要的某项服务、医疗用品或药物不属于承保范围，或不再属于 Medicare 或 Medi-Cal 的承保范围。如果您或您的医生不同意我们的决定，则可提起上诉。

### D2. 获得帮助进行承保裁决和上诉

#### 我可以联系谁寻求帮助要求做出承保裁决或提出上诉？

您可以寻求这些人的帮助：

- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。
- 请致电 Cal MediConnect 监察员计划，以获取免费帮助。Cal MediConnect 监察员计划帮助加入 Cal MediConnect 的人们处理服务或账单问题。电话号码为 1-855-501-3077。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 致电 **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** 寻求免费帮助。HICAP 是独立组织，与本计划无关。电话号码为 1-800-434-0222。
- 致电 **健管理理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)** 的帮助中心，获取免费帮助。DMHC 负责管理健康计划。DMHC 帮助加入 Cal MediConnect 的人们处理有关 Medi-Cal 服务或账单问题的上诉。电话号码为 1-888-466-2219。失聪、听力不好或语言能力受损的人士可以使用免费 TDD 专线：1-877-688-9891。
- 与**医生或其他提供者**交谈。医生或其他提供者可以代表您要求做出承保裁决或提出上诉。
- 与**好友或家人**交谈，让他们代您行使权利。您可以指定其他人作为您的“代理人”替您行使权利，要求做出承保裁决或提出上诉。
  - 如果您想要好友、亲人或其他人担任您的代理人，请致电客户服务部，索要“代理人委托”表格。您也可以访问 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或我们的网站 ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) 以获取表格。此表格允许其他人替您行使权利。您必须给我们一份签名的表格副本。
- **您也有权让律师**替您行使权利。您可以致电自己的律师，或从当地律师协会或其他咨询处获得律师的名字。如果您符合条件，某些法律团体将为您提供免费法律服务。如果想要律师作为您的代理人，您需要填写“代理人委托”表格。您可以致电 1-888-804-3536 与医疗保健消费者联盟 (Health Consumer Alliance) 联系，由其为您安排一名法律援助律师。
  - 然而，**您并不是必须要有律师**替您要求做出某种承保裁决或提出上诉。

### D3. 使用对您有帮助的本章小节

存在四种涉及承保裁决和上诉的不同情况。每种情况都具有不同的规则和期限。我们将本章分为不同小节，以帮助您找到需要遵守的规则。**您仅需阅读您的问题适用的小节：**

- 如有关于服务、医疗用品和药物（但**并非 D 部分药物**）的相关疑问，请参见 **第 156 页第 E 节**。例如，出现以下情况时查看该节：
  - 您没有获得想要的医疗护理，而您认为该护理属于我们计划的承保范围。
  - 我们没有批准您的医生想要给予的服务、医疗用品或药物，而您认为这些应该属于承保范围。
    - **注意：**只有当这些药物**不在 D 部分承保范围内**时，才可使用第 E 节。“**承保药物清单**”（也称为“**药物清单**”）中带星号 (\*) 的药物不在 D 部分承保范围内。对于 D 部分药物上诉，请参见第 169 页第 F 节。
  - 您获得了您认为应该承保的医疗护理或服务，但我们没有为其付款。
  - 您获得了您认为属于承保范围的医疗服务或用品，并付款，而您想要我们报销此费用。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 您被告知所获护理的承保服务将被缩减或停止，而您不同意我们的决定。
  - **注意：**如果即将被停止的承保是针对住院治疗、居家医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务，您需要阅读本章的单独小节，因为这些类别的护理适用于特殊规则。请参见第 177 页和第 183 页第 G 节和第 H 节。
- **第 169 页第 F 节**提供有关 D 部分药物的信息。例如，出现以下情况时查看该节：
  - 您希望我们对不在我们药物清单上的 D 部分药物安排进行例外处理。
  - 您想要让我们取消对可获药物的数量的限制。
  - 您想要让我们承保需要提前批准的药物。
  - 我们没有批准您的请求或例外处理要求，而您、您的医生或其他开处方者认为我们应该批准。
  - 您想要让我们为您已购买的处方药付款。(这是请求针对付款做出承保裁决。)
- 如果您认为医生给予的住院时间太短，请参见**第 177 页第 G 节**，了解如何要求我们承保更长的住院时间。以下情况查看本节：
  - 您在住院，且认为医生过早让您出院。
- 如果您认为您的居家医疗保健、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务时间太短，请参见**第 183 页第 H 节**。

如果您不确定应该查看哪一节，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。

如果您需要其他帮助或信息，请致电 1-855-501-3077 联系 Cal MediConnect 监察员计划。

---

## E. 服务、医疗用品和药物（非 D 部分药物）的相关问题

### E1. 何时查看本节

本节介绍您遇到针对您的医疗保健、行为健康和长期服务与支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 的福利问题时应如何处理。您也可以参见本节，了解如何处理不在 D 部分承保范围内的药物，包括 Medicare B 部分药物。“药物清单”中，带星号 (\*) 的药物不在 D 部分承保范围内。对于 D 部分药物上诉，请参见第 F 节。

本节介绍遇到以下情况时应该怎么办：

1. 您认为我们应承保您所需要的医疗保健、行为健康或长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS)，但您却并未获得承保。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



**您可以这样做：**您可以要求我们做出承保裁决。请参见第 157 页第 E2 节，了解有关要求做出承保裁决的信息。

2. 我们未批准医生想要为您提供的护理，而您认为应该批准。

**您可以这样做：**您可以针对我们未批准护理的决定提出上诉。请参见第 159 页第 E3 节，了解有关提出上诉的信息。

3. 您接受了您认为我们应承保的服务或医疗用品，但我们没有付款。

**您可以这样做：**您可以针对我们做出的不付款决定提出上诉。请参见第 159 页第 E3 节，了解有关提出上诉的信息。

4. 您获得了您认为属于承保范围内的医疗服务或用品，并已为之付款，而您想要我们报销服务或医疗用品费用。

**您可以这样做：**您可以要求我们进行报销。请参见第 168 页第 E5 节，了解有关要求本计划付款的信息。

5. 我们减少或停止了特定服务的承保，而您不同意我们的决定。

**您可以这样做：**您可以针对我们做出的缩减或停止服务的决定提出上诉。请参见第 159 页第 E3 节，了解有关提出上诉的信息。

**注意：**如果即将被停止的承保是针对住院治疗、居家医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务，则适用于特殊规则。请参见第 177 页第 G 节或第 183 页第 H 节，了解更多信息。

## E2. 要求作出承保裁决

如何要求做出承保裁决，以获取医疗保健、行为健康或者特定的长期服务与支持（**CBAS** 或 **NF** 服务）

如要求做出承保裁决，可给我们打电话、写信或发传真，或者让您的代理人或医生要求我们做出决定。

- 您可以致电 1-877-723-4795。TTY: 711。
- 您可以给我们发送传真：1-408-874-1957。
- 您可以给我们写信：

Attn: Utilization Management  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 得到承保裁决需要多长时间？

除非您的请求针对 **Medicare B** 部分处方药，否则在您提出请求并且我们收到全部所需信息后，我们通常需要 5 个工作日内做出决定。如果您的请求是针对 **Medicare B** 部分处方药，我们将在收到您的请求后 72 小时内向您告知决定。如果我们未在 14 个日历日内（**Medicare B** 部分处方药为 72 小时内）向您告知决定，您可以提出上诉。

有时，我们需要更长时间，这种情况我们将给您发送信件，告知我们还需要最多 14 个日历日。该信件将解释需要更长时间的原因。如果您的请求是针对 **Medicare B** 部分处方药，我们不会花费更长时间向您告知决定。

## 我是否可以更快得到承保裁决？

是的。如果由于健康情况，您需要更快的回应，可以要求我们做出“快速承保裁决”。如果我们批准了请求，我们将在 72 个小时内（**Medicare B** 部分处方药为 24 小时内）向您告知决定。

然而，有时我们需要更长时间，这种情况我们将给您发送信件，告知我们还需要最多 14 个日历日。该信件将解释需要更长时间的原因。如果您的请求是针对 **Medicare B** 部分处方药，我们不会花费更长时间向您告知决定。

“快速承保裁决”的法律术语为“加急裁定”。

## 要求做出快速承保裁决

- 请首先致电我们或向我们发送传真，要求我们承保您想要的护理。
- 致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与我们联系，或发送传真至 1-408-874-1957。
- 如需查找关于我们联系方式的更多信息，请参见第 26 页第 2 第 A 节。

您还可以要求您的提供者或您的代理人为您请求获得快速承保裁决。

## 此处为要求快速承保裁决的规则：

您必须满足以下两个要求才可以得到快速承保裁决：

1. 只有在要求对尚未获得的护理或医药用品进行承保时，您才可以获得快速承保裁决。（如果请求是关于已获护理或医疗用品的付款问题，则不能要求快速承保裁决。）
2. 只有当标准 14 个日历日期限（**Medicare B** 部分处方药的期限为 72 小时）可能导致您的健康受到严重危害或伤害您的行动能力时，您才可以获得快速承保裁决。
  - 如果您的医生表明您需要快速承保裁决，我们自然会给予。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





- 如果您在没有医生支持的情况下要求快速承保裁决，我们将决定您是否可以获得快速承保裁决。
  - 如果我们决定您的健康情况不符合快速承保裁决的要求，我们将寄信给您。我们还将采用标准 14 个日历日期限（Medicare B 部分处方药的期限为 72 小时）。
  - 此信件将告知您如果您的医生要求快速承保裁决，我们将自动给予快速承保裁决。
  - 此信件还将告知您如何针对我们决定给予您标准承保裁决，而非快速承保裁决的情况提出“快速投诉”。（如需了解有关提出投诉的更多信息，包括快速投诉，请参见第 189 页第 J 节。）

### 如果承保裁决是拒绝，我如何知道？

如果回答是**否决**，我们将向您发送信件，告知我们**否决**的原因。

- 如果我们**否决**，您有权通过提出上诉要求我们更改该决定。提出上诉意味着要求我们重新审查我们拒绝承保的决定。
- 如果您决定提出上诉，这意味着您已处于一级上诉流程（有关更多信息，请参见下一节）。

### E3. 服务、医疗用品和药物（非 D 部分药物）的一级上诉

#### 何为上诉？

上诉是一种在您认为我们所做裁决有误时要求我们审查裁决并予以更改的正式方式。如果您、您的医生或其他提供者不同意我们的决定，您可以上诉。

大多数情况下，您必须从一级上诉开始。如果您不想针对 Medi-Cal 服务向本计划提出首次上诉，但您的问题非常紧急或涉及直接和严重健康威胁，或者如果您正承受剧烈疼痛并需要立即做出决定，那么您可以访问 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)，向健保管理局 (Department of Managed Health Care) 申请独立医疗审查。请参见第 163 页，了解更多信息。如果您在上诉过程中需要帮助，可以联系 Cal MediConnect 监察员计划，电话 1-855-501-3077。Cal MediConnect 监察员计划与我们或任何保险公司或健康计划没有关联。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 何为一级上诉？

一级上诉是针对我们计划的第一次上诉。我们将审查我们的承保裁决是否正确。审查者不能是做出最初承保裁决的人。当我们完成审查时，我们将通过书面形式通知您我们的决定。

如果我们审查后告知您服务或医疗用品不属于承保范围，您的个案可以进入二级上诉。

## 我该如何提出一级上诉？

- 要提出上诉，必须由您本人、您的医生、其他提供者或者您的代理人与我们联系。您可以致电 1-877-723-4795 与我们联系。如需有关如何联系我们提出上诉的更多详细信息，请参见第 24 页第 2。
- 您可以要求我们进行“标准上诉”或“快速上诉”。
- 如果您要求标准上诉或快速上诉，请以书面形式提出上诉或打电话联系我们。
  - 您可以将书面请求提交至以下地址：

**Attn: Grievance and Appeals Department**  
**Santa Clara Family Health Plan**  
**PO Box 18880**  
**San Jose, CA 95158**
  - 您可以在线提交要求：[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。
  - 您也可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)，向我们提出上诉。
- 我们将在收到上诉要求之后的 5 个日历日内向您发送信件，告知您我们收到了上诉要求。

“快速上诉”的法律术语为“加急复议”。

## 方法一览：如何提出一级上诉

您本人、医生或者您的代理人可以通过书面形式将您的请求邮寄或传真给我们。您也可以通过电话提出上诉。

- 请在我们做出决定后 **60 个日历日内**提出上诉。如果出于正当理由而错过了期限，您仍然可以上诉（请参见第 181 页）。
- 如果您因得知自己正在使用的服务将发生变更或停止而提出上诉并希望在上訴处理过程中继续获得该服务，则**您可利用的上诉期间会更短**（请参见第 162 页）。
- 请继续阅读本节，以了解适用于您的上诉的期限。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



### 其他人是否可以代我提出上诉？

是的。医生或其他提供者可以替您提出上诉。另外，除医生或其他提供者之外的其他人也可以替您提出上诉，但是首先您必须完成“代理人委托”表格。此表格允许其他人替您行使权利。

如需“代理人委托”表格，请致电客户服务部索取，或访问 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果由除您本人、医生或其他提供者之外的其他人提出上诉，我们需要在收到完整的“代理人委托”表格之后才会审查该上诉。

### 我需要在多长时间之内提出上诉？

您必须在收到我们发送的决定通知信件之后的 **60 个日历日内** 要求上诉。

如果您错过期限但有正当理由，我们可以给您更多时间提出上诉。充分理由示例：您得了严重疾病，或我们给予您的上诉期限信息出现错误。提起上诉时，您应解释延迟上诉的原因。

**注意：**如果您因得知自己正在使用的服务将发生变更或停止而提出上诉并希望在上诉处理过程中继续获得该服务，则**您可利用的上诉天数较短**。请参见第 162 页“我是否可以在一级上诉过程中继续获得我的福利”，了解更多信息。

### 我是否可以拿到我的个案文件副本？

是的。如需索取免费副本，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。

### 我的医生是否可以提交有关上诉的更多信息？

是的，您和您的医生可以为我们提供更多信息以支持您的上诉。

### 我们会如何做出上诉决定？

我们会仔细查看有关医疗护理承保请求的所有信息。接下来，我们会检查我们**否决**您的请求时是否遵守了所有规则。审查者不能是做出最初决定的人。

如果我们需要更多信息，我们可能会向您或您的医生咨询。

### 我何时可以得知“标准”上诉决定？

我们必须在收到您的上诉后 30 个日历日内（或在我们收到您对 Medicare B 部分处方药上诉后 7 个日历日内）给您答复。如果您的健康状况有特殊要求，我们将更快给出我们的决定。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 如果我们没有在 30 个日历日之内（或在我们收到您针对 Medicare B 部分处方药的上诉后 7 个日历日之内）针对您的上诉给出答复，并且您的问题涉及 Medicare 服务或医疗用品的承保，那么我们会直接将您的个案发送至二级上诉流程。出现这种情况时，您会得到通知。
- 如果您的问题与 Medi-Cal 服务或医疗用品承保有关，您需要自己提出二级上诉。如需了解有关二级上诉流程的更多信息，请参见第 163 页第 E4 节。

**如果我们同意**您要求的部分或全部内容，那么我们必须收到您的上诉后 30 个日历日内（或在我们收到您的 Medicare B 部分处方药上诉后 7 个日历日内）批准或进行承保。

**如果我们拒绝**您要求的部分内容或全部内容，我们将写信给您。如果您的问题与 Medicare 服务或医疗用品承保有关，该信件将告知您我们将您的个案发送给了独立审查机构进行二级上诉。如果您的问题与 Medi-Cal 服务或医疗用品承保有关，该信件将告知您如何自己提出二级上诉。如需了解有关二级上诉流程的更多信息，请参见第 163 页第 E4 节。

### 我何时可以得知“快速”上诉决定？

如果您要求快速上诉，我们将在收到上诉后 72 个小时内给出答复。根据您的健康状况，我们可能会更快给您答复。

- 如果我们没有在 72 个小时内就您的上诉而给出答复，而您的问题与 Medicare 服务或医疗用品承保有关，那么我们会直接将您的个案发送至二级上诉流程。出现这种情况时，您会得到通知。
- 如果您的问题与 Medi-Cal 服务或医疗用品承保有关，您需要自己提出二级上诉。如需了解有关二级上诉流程的更多信息，请参见第 163 页第 E4 节。

**如果我们同意**您要求的部分内容或全部内容，那么我们必须收到上诉之后的 72 小时之内批准或提供承保。

**如果我们拒绝**您要求的部分内容或全部内容，我们将写信给您。如果您的问题与 Medicare 服务或医疗用品有关，该信件将告知您我们将您的案例发送给了独立审查机构进行二级上诉。如果您的问题与 Medi-Cal 服务或医疗用品有关，该信件将告知您如何自己提出二级上诉。如需了解有关二级上诉流程的更多信息，请参见第 163 页第 E4 节。

### 我是否可以在一级上诉过程中继续获得我的福利？

如果我们决定更改或停止之前已批准的某项服务或医疗用品的承保，我们会在采取行动之前向您发送通知。如果您对我们的行动有异议，可以提出一级上诉，要求我们继续为您提供该服务或医疗用品的福利。您必须在下列期限内较迟的日期当天或之前提出申请，以便继续享受福利：

- 我们受理通知邮寄日期后的 10 天内；或
- 预计的行动生效日期。

---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



如果您在此期限前提出请求，则可以在上诉处理期间继续获得有争议的服务或医疗用品。

#### **E4. 服务、医疗用品和药物（非 D 部分药物）的第二级上诉**

##### **如果本计划在第一级时表示拒绝，接下来会怎么样？**

如果我们否决了您一级上诉的部分内容或全部内容，我们将写信给您。该信件将告知您服务或医疗用品通常是否属于 Medicare 或 Medi-Cal 的承保范围。

- 如果您的问题与 **Medicare** 服务或医疗用品有关，我们将在一级上诉结束后尽快自动将您的案例发送到二级上诉流程。
- 如果您的问题与 **Medi-Cal** 服务或医疗用品有关，您可以自己提出二级上诉。该信件将告知您如何做。下面也给出了信息。

##### **何为二级上诉？**

二级上诉是第二次上诉，由与本计划无关的独立组织进行处理。

##### **我的问题与 Medi-Cal 服务或医疗用品有关。我可以如何提出二级上诉？**

有两种针对 Medi-Cal 服务和医疗用品提出二级上诉的方式：(1) 提出投诉或申请独立医疗审查或 (2) 州听证会。

##### **(1) 独立医疗审查**

您可以提出投诉，或要求加州健保管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 的帮助中心展开独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR)。提出投诉后，DMHC 将对我们的决定进行审查并做出裁定。IMR 可用于所有 Medi-Cal 承保的基于医疗的服务或医疗用品。IMR 是由不属于我们计划范围内或 DMHC 内的医生对您的个案展开审核。如果 IMR 的决定对您有利，则我们必须提供您请求的服务或医疗用品。您无需为 IMR 支付任何费用。

如果我们的计划采取以下行动，您可以提出投诉或申请 IMR：

- 因为本计划确定某项 Medi-Cal 服务或治疗不具有医疗必要性，而拒绝、改变或推迟该服务或治疗。
- 不承保用于严重医疗状况的实验性或研究性 Medi-Cal 治疗。
- 不为您已经接受的急诊或紧急 Medi-Cal 服务付款。
- 对于标准上诉，未在 30 个日历日之内解决您针对 Medi-Cal 服务的一级上诉；对于快速上诉，未在 72 个小时之内解决。

**注意：**如果您的提供者为您提起上诉，但我们并未收到您的“代理人委任”表格，那么您需要重新向我们提起上诉，之后才能向健保管理局 (Department of Managed Health) 提出二级 IMR。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

您有权申请举行 IMR 和州听证会，但如果您已就同一问题而举行过州听证会，则不可以再要求 IMR。

大多数情况下，您必须向我们提出上诉之后才可以请求 IMR。请参见第 159 页，了解关于我们一级上诉流程的信息。如果您不同意我们的决定，您可以向 DMHC 提出投诉，或要求 DMHC 帮助中心进行 IMR。

如果您的治疗因为属于实验性或研究性治疗而被拒绝，您并非必须执行我们的上诉流程之后才可以申请 IMR。

如果您的问题较为紧急或涉及直接和严重健康威胁，或者正在承受剧烈疼痛，您可以立即要求 DMHC 关注此问题，而无需先经过我们的上诉流程。

您必须在我们向您发送上诉相关书面决定之后的 **6 个月内申请 IMR**。鉴于各种充分理由，例如您的身体状况使您不能在 6 个月之内申请 IMR，或您未收到我们有关 IMR 流程的充分通知，DMHC 可能会在 6 个月之后才接受您的申请。

若要申请 IMR：

- 请访问 [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx)，填写“独立医疗审查申请/投诉表格”。或致电 1-888-466-2219 联系 DMHC 帮助中心。TDD 用户请致电 1-877-688-9891。
- 如果您有与我们拒绝服务或医疗用品相关的信件或其他文件，则附上这些文件的副本。这可以加快 IMR 进程。寄送文件副本，并非原件。帮助中心无法寄回任何文件。
- 如果是别人帮您申请 IMR，则填写“援助授权书”。如需表格，请访问 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)，或致电 1-888-466-2219 与部门帮助中心联系。TDD 用户请致电 1-877-688-9891。
- 将您的授权书和所有附件邮寄或传真至：

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

如符合 IMR 的资格条件，DMHC 将审查您的个案，并于 7 个日历日内以信函方式告知您符合 IMR 条件。在收到您计划寄送的您的申请和支持文件后，将于 30 个日历日内做出 IMR 决定。您应该会在提交填妥的申请后 45 个日历日内收到 IMR 决定。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



如果您的个案较为紧急，并且符合 IMR 的条件，DMHC 将尽快审查您的个案，并在 2 个日历日内以信函方式告知您符合 IMR 条件。在收到您计划寄送的您的申请和支持文件后，将于 3 个日历日内做出 IMR 决定。您应该会在提交填妥的申请后 7 个日历日内收到 IMR 决定。如果您不满意 IMR 结果，您还可以要求举行州听证会。

如果 DMHC 没有收到来自您或您的主治医生的所有病历，则 IMR 可能需要更长时间。如果您使用的医生不在您的健康计划网络内，请务必从该医生处获取您的医疗记录并寄送给我们。您的健康计划要求从网络中的医生处获得病例副本。

如果 DMHC 决定您的案例不符合请求 IMR 的条件，DMHC 将通过其常规消费者投诉流程审查您的案例。您的投诉应该会在提交填妥的申请后 30 个日历日内得到解决。如果您的投诉较为紧急，则会更快解决。

## (2) 州听证会

您可以针对 Medi-Cal 承保的服务和医疗用品请求举行州听证会。如果您的医生或其他提供者要求我们不会批准的服务或医疗用品，或者我们不为您已经获取的服务或医疗用品付款并且我们已经否决您的一级上诉，那么您有权要求举行州听证会。

多数情况下，在“您的听证权利”通知寄送给您之后，您拥有 120 天时间要求举行州听证会。

**注意：**如果您因得知自己正在使用的服务将发生变更或停止而申请举行州听证会并希望听证会期间继续获得该服务，则**您可利用的申请天数较少**。请阅读第 166 页“我是否可以在二级上诉过程中继续获得我的福利”了解更多信息。

有两种要求举行州听证会的方式：

1. 您可以在收到受理通知后完成“州听证会请求书”。您应该提供所有需要的信息，例如您的全名、地址、电话号码、针对您采取行动的计或郡的名称、所包含的援助计划，以及您想要举行听证会的详细原因。然后将您的请求提交至以下地址之一：
  - 使用通知上所显示的地址，提交至该郡福利部门。
  - 提交至加州社会服务部：  
  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430
  - 使用传真号 916-651-5210 或 916-651-2789 提交至州听证部。
2. 您可以致电 1-800-952-5253 与加州社会服务部联系。TTY 用户请致电 1-800-952-8349。如果您决定通过电话申请举行州听证会，您应事先了解电话线路会十分繁忙这一情况。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 我的问题与 Medicare 服务或医疗用品有关。二级上诉时会发生什么？

独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE) 将对一级上诉决定进行仔细审查，并决定是否应该更改。

- 您无需要求二级上诉。我们会直接将拒绝决定（整个或部分）发送到 IRE。出现这种情况时，您会得到通知。
- IRE 受雇于 Medicare，与本计划无关。
- 您可以致电客户服务部 (1-877-723-4795) 向我们索取您的文件副本。

IRE 必须在收到您的上诉后 30 个日历日内（或在我们收到您对 Medicare B 部分处方药上诉后的 7 个日历日内）对您的二级上诉给出答复。该规则适用于您在获得医疗服务或用品之前发送上诉请求的情况。

- 然而，如果 IRE 需要收集更多可能有利于您的信息，则可能还需要最多 14 个日历日。如果 IRE 需要更多时间做出决定，其将写信通知您。如果您的上诉是针对 Medicare B 部分处方药，则 IRE 不会花费更长时间做出决定。

如果您在一级上诉时获得了“快速上诉”，那么您将直接获得二级上诉的快速上诉。IRE 必须在收到您的上诉之后的 72 小时内给予答复。

- 然而，如果 IRE 需要收集更多可能有利于您的信息，则可能还需要最多 14 个日历日。如果 IRE 需要更多时间做出决定，其将写信通知您。如果您的上诉是针对 Medicare B 部分处方，则 IRE 不会花费更长时间做出决定。

## 我是否可以在二级上诉过程中继续获得我的福利？

如果您的问题与 Medicare 承保的服务或医疗用品相关，那么在向独立审查机构提出二级上诉期间，您将不能继续享受该服务或医疗用品的福利。

如果您的问题与 Medi-Cal 承保的服务或医疗用品相关，且您要求举行州听证会，那么您可以继续享受该服务或医疗用品的 Medi-Cal 福利，直到做出听证会决定。您必须在下列期限内较迟的日期当天或之前请求举行听证会，以便继续享受福利：

- 我们向您寄出维持不利福利决定（一级上诉决定）通知之日起的 10 日内；或
- 预计的行动生效日期。

如果您在此期限前提出请求，则可以在做出听证会决定之前继续获得有争议的服务或医疗用品。

## 我如何知道决定？

如果您的二级上诉是独立医疗审查，那么健保管理局将给您寄送一封信件，该信件会针对审查您案例的医生做出的决定进行解释。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





- 如果独立医疗审查的决定**同意**了您要求的部分或全部内容，我们必须提供该服务或治疗。
- 如果独立医疗审查的决定**否决**了您要求的部分或全部内容，这意味着他们同意一级上诉的决定。您依然可以举行州听证会。请参见第 165 页，了解有关要求举行州听证会的信息。

如果您的二级上诉由州听证会处理，加州社会服务部将给您寄送信件，解释其做出的决定。

- 如果州听证会的决定**同意**了您要求的部分或全部内容，我们必须服从该决定。我们必须在收到决定副本之后的 30 个日历日内完成所述动作。
- 如果州听证会的决定**否决**了您要求的部分或全部内容，这意味着他们同意一级上诉的决定。我们可能在您正在接受期间停止任何已支付的援助。

如果您的二级上诉由 Medicare 独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE) 处理，该机构将向您发送解释其决定的信件。

- 如果 IRE **同意**您要求的部分或全部内容，我们必须在 72 个小时之内批准医疗护理承保，或在收到 IRE 决定后的 14 个日历日之内给予您服务或医疗用品。如果您获得快速上诉，我们必须在收到 IRE 决定后的 72 个小时之内批准医疗护理承保或给予您服务或医疗用品。
- 如果 IRE **同意**您 Medicare B 部分处方药标准上诉中的部分或全部请求，那么我们必须收到 IRE 决定后 72 小时内授权或提供 Medicare B 部分处方药。如果您获得快速上诉，我们必须在收到 IRE 决定后 24 小时内授权或提供 Medicare B 部分处方药。
- 如果 IRE **否决**您要求的部分或全部内容，这意味着他们同意一级上诉的决定。（这称为“支持原决定”，或“驳回上诉”。

### 如果决定拒绝了我要求的部分或全部内容，我是否可以再提起上诉？

如果您的二级上诉由独立医疗审查处理，那么您可以要求举行州听证会。请参见第 165 页，了解有关要求举行州听证会的信息。

如果二级上诉是州听证会，那么您可以在收到决定之后的 30 天内要求复审。您也可以收到决定之后的一年内在高等法院填写请愿书（《民事诉讼法典》第 1094.5 节），要求对州听证会的拒绝决定进行司法审查。如果您已经针对同一问题要求举行了州听证会，那么便不能要求 IMR。

如果您的二级上诉由 Medicare 独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE) 处理，那么只有您想要的服务或医疗用品的金额满足某最小值时，您才可以再次提出上诉。您从 IRE 获得的信件将解释您可能拥有的其他上诉权利。

请参见第 188 页第 I 节，了解有关其他上诉等级的更多信息。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## E5. 付款问题

我们不允许网络提供者向您收取承保服务和医疗用品的费用。即使我们支付给提供者的费用少于提供者收取的承保服务和医疗用品的费用也是如此。您永远不需要支付任何账单差额。您唯一需要支付的费用是类别 2 药物（如适用）的共付额。

如果您收到的账单金额大于您应为承保服务和医疗用品支付的共付额，请将账单寄送给我们。您本人无需支付账单。我们将直接联系提供者，并处理问题。

有关更多信息，请先阅读第 7 章：请求我们支付您所收承保服务或药物账单的分摊费用。第 7 章描述了何种情况下您可能需要要求报销或支付从提供者那里收到的账单。此章还告知如何向我们发送要求我们付款的文书。

### 对于我已经付款的服务或医疗用品费用，我可否要求计划报销？

记住，如果您收到承保服务和医疗用品的账单，您本人无需支付账单。但是，如果您支付了账单，只要您遵守获取服务和医疗用品的规则，即可获得退款。

如果您要求报销，便是在要求做出承保裁决。我们将查明您付款的服务或医疗用品是否属于承保的服务或医疗用品，并且我们将检查您是否遵守了使用承保范围的所有规则。

- 如果您付款的服务或医疗用品受到承保，并且您遵守所有规则，那么我们将在收到您的请求后 60 个日历日内将服务或医疗用品款项寄送给您的提供者。然后，您的提供者会将款项寄送给您。
- 或者，如果您还没有为该服务或医疗用品付款，那么我们会直接将款项寄送给提供者。当我们寄送款项时，便表示我们同意了您的承保裁决要求。
- 如果此项服务或医疗用品未受承保，或者您未遵守所有规则，我们将向您寄送信函，告知您我们不会为服务或医疗用品付款，并解释原因。

### 如果我们表示不会付款，应该怎么办？

如果您不同意我们的决定，您可以提出上诉。请按照第 159 页第 E3 节规定的上诉流程提出上诉。当您按照这些指示执行时，请注意：

- 如果您就报销问题而提出上诉，那么我们必须收到上诉后 30 个日历日内给出答复。
- 如果您要求我们为您已经获得且自己付款的服务或医疗用品进行报销，那么您不能要求快速上诉。

如果我们“否决”了您的上诉，且此服务或医疗用品通常受 Medicare 承保，那么我们会直接将您的案例发送给独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE)。对于这种情况，我们会通过信件通知您。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 如果 IRE 推翻我们的决定，认为我们应该付款给您，则我们必须在 30 个日历日内将款项支付给您或提供者。如果在二级上诉流程以后的任何一个阶段，您的上诉获得的答复为**同意**，则我们必须在 60 个日历日内将您请求的款项支付给您或提供者。
- 如果 IRE **否决**您的上诉，则表明他们同意我们的决定，即不批准您的请求。这称为“支持原决定”，或“驳回上诉”。您收到的信函中将说明您可能拥有的其他上诉权利。只要您请求的服务或医疗用品的美元价值达到某个最低额度，您便可以再次上诉。请参见第 188 页第 I 节，了解有关其他上诉等级的更多信息。

如果我们**否决**您的上诉，而服务或医疗用品属于 Medi-Cal 的常规承保范围，您可以自行提出二级上诉（请参见第 163 页第 E4 节）。

## F. D 部分药物

### F1. 如果您获取 D 部分药物有困难，或者希望我们报销您 D 部分药物的费用，您该怎么做

作为我们的会员，您还可以申报我们的计划所承保的很多处方药物。这些药物多数是“D 部分药物”。有些药物不在 Medicare D 部分承保范围内，但可能属于 Medi-Cal 承保范围。本节仅适用于 D 部分药物上诉。

药物清单中包含一些带星号 (\*) 的药物。这些药物**不是** D 部分药物。针对带星号 (\*) 标记的药物，其上诉或承保裁决遵循第 156 页第 E 节中的流程。

#### 我是否可以针对 D 部分处方药物而请求做出承保裁决或提出上诉？

**是的。**以下是您可以请求我们针对 D 部分药物作出承保裁决的一些示例：

- 您请求我们进行例外处理，例如：
  - 请求我们承保未列入本计划药物清单的 D 部分药物
  - 请求我们撤销对本计划的药物承保范围的限制（例如，对您能够获取的药物数量的限制）
- 询问我们是否为您承保某种药物（例如，您的药物包含在本计划的药物清单中，但在为您承保此药物前，我们要求您事先获得批准）。

**注意：**如果药房告知您不能按处方配药，您将收到通知，其中说明如何与我们联系以请求我们做出承保裁决。

- 您请求我们为您已购买的处方药物付款。这是请求针对付款做出承保裁决。

有关 D 部分药物的承保裁决的法律术语为“承保裁定”。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果您不同意我们的承保裁决，您可以针对我们的决定提出上诉。本节告诉您如何请求做出承保裁决以及如何提出上诉。

请使用下表帮助确定哪一节有符合您情况的信息：

| 以下哪些情况与您的情况相符？   |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p>您需要我们的药物清单中没有的药物，或需要我们撤销对承保的某种药物的规定或限制？</p> <p><b>您可以请求我们进行例外处理。</b><br/>(这是一种类型的承保裁决。)</p> <p>自第 170 页第 F2 节开始。<br/>请参见第 171 页和第 172 页第 F3 节和第 F4 节。</p> | <p>您希望我们承保药物清单中包含的某种药物，并且您认为您符合任何计划对所需药物的规定或限制（例如提前获得批准）？</p> <p><b>您可以请求我们做出承保裁决。</b></p> <p>跳至第 172 页第 F4 节。</p> | <p>您想要请求我们报销您已获得并已付款的药物的费用？</p> <p><b>您可以请求我们报销药费。</b><br/>(这是一种类型的承保裁决。)</p> <p>跳至第 172 页第 F4 节。</p> | <p>我们是否已告知您我们不会按照您请求的方式承保药物或支付药费？</p> <p><b>您可以提出上诉。</b><br/>(这意味着您请求我们重新考虑。)</p> <p>跳至第 174 页第 F5 节。</p> |

## F2. 什么是例外

例外是对药物清单中通常不包括的药物进行承保的许可，或在使用药物时排除某些规定和限制的许可。如果某种药物未列入我们的药物清单中，或承保方式不符合您的期望，您可以请求我们进行“例外处理”。

如果您请求进行例外处理，您的医生或其他开药者需说明您需要例外处理的医疗原因。

以下是您或者您的医生或其他开药者能够请求我们例外处理的一些示例：

- 对未列入我们药物清单的 D 部分药物进行承保。
  - 如果我们同意例外处理并承保未列入药物清单的药物，您将需要支付适用于类别 2 药物的分摊费用。
  - 您不能请求对我们要求您为药物支付的共付额或共同保险进行例外处理。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



2. 去除我们的某项承保限制。“药物清单”中的某些药物适用于额外的规定或限制（如需了解更多信息，请参见第 116 页第 5 章第 C 节）。
  - 对某些药物的额外承保规定和限制包括：
    - 要求使用药物的通用名称而不是品牌名称。
    - 在为您承保药物前需先获得计划批准。（这有时称为“事先授权”。）
    - 要求先尝试使用其他药物，然后再决定是否同意承保您要求的药物。（这有时称为“分步疗法”。）
    - 数量限制。对于某些药物，我们限制您可以获得的药物数量。
  - 如果我们同意进行例外处理，并为您撤销某项限制，您仍然可以请求对我们要求您为药物支付的共付额进行例外处理。

请求去除对某种药物的承保限制的法律术语有时称为请求“处方例外”。

### F3. 关于请求例外的重要须知

#### 您的医生或其他开药者必须告知我们医疗原因

您的医生或其他开药者必须向我们提供一份声明，说明请求例外的医疗原因。在您请求例外处理时，如果提供了来自医生或其他开药者的说明信息，我们做出例外决定的速度将更快。

通常，我们的药物清单中会包含针对特定疾病治疗的不只一种药物。这些药物被称为“替代”药物。如果替代药物与您要求的药物功效相同，且不会产生更多副作用或导致其他健康问题，我们一般不会批准您的例外请求。

#### 我们将针对您的例外请求做出“同意”或“否决”的答复

- 如果我们**同意**您的例外请求，则例外通常持续到日历年结束。只要医生继续为您开药，并且这种药物对治疗您的病情仍然安全有效，这一期限就不会改变。
- 如果我们**否决**您的例外请求，您可以通过提出上诉要求审查我们的决定。第 174 页第 F5 节介绍当我们**否决**您的请求时该如何提出上诉。

下一节将告诉您如何请求做出承保裁决，包括如何请求例外。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

#### F4. 如何请求针对 D 部分药物做出承保裁决或请求报销 D 部分药物的药费，包括如何请求例外

##### 该做什么

- 请求做出您需要的那类承保裁决。给我们打电话、写信或发传真提出请求。您本人、您的代理人或者医生（或其他开药者）都可以提出请求。您可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与我们联系。
- 您或医生（或其他开药者）或者代表您行事的其他人可以请求做出承保裁决。您还可以聘请一位律师来代表您行事。
- 请参见第 154 页第 D 节，了解如何授权其他人担任您的代理人。
- 在授权您的医生或其他开药者代表您请求我们做出承保裁决时，您不需要向他们提供书面许可。
- 如果您想请求我们报销药费，请参见本手册第 133 页第 7 章第 A 节。第 7 章介绍您可能需要请求报销药费的一些情况。其中还介绍了如何向我们发送书面文件，以请求报销我们应该承担的那部分药费。
- 如果您是请求例外，请提供“支持性声明”。您的医生或其他开药者必须告诉我们请求药物例外的医疗原因。我们将这称为“支持性声明”。
- 您的医生或其他开药者可以通过传真或邮件将声明发送给我们。他们也可以先通过电话告知我们，然后再发传真或邮件。

##### 方法一览：如何请求对药物或付款做出承保裁决

您可以通过给我们打电话、写信或发传真提出请求，或者授权您的代理人或医生/其他开药者提出请求。对于标准承保裁决，我们将在 72 个小时内给您答复。对于您已经付款的 D 部分药物的报销，我们将在 14 个日历日内给您答复。

- 如果您是请求例外，请提供医生或其他开药者的支持性声明。
- 您或者您的医生或其他开药者可以请求做出快速决定。（快速决定通常在 24 个小时内可予答复。）
- 请阅读本节，以确定您是否有资格请求快速裁决！并了解有关决定期限的信息。

##### 根据您的健康状况，您可以请求我们做出“快速承保裁决”

除非我们同意使用“快速期限”，否则我们将使用“标准期限”。

- **标准承保裁决**意味着我们将在收到您的医生提供的声明后 72 个小时内给您答复。
- **快速承保裁决**意味着我们将在收到医生提供的声明后 24 个小时内给您答复。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



### “快速承保裁决”的法律术语为“加急承保裁定”。

仅当您在请求尚未收到的药物时，您才能获得快速承保裁决。（如果您是针对已经购买的药物请求我们报销药费，则您不能获得快速承保裁决。）

仅当使用标准期限可能对您的健康造成严重危害或伤害您的行动能力时，您才能够获得快速承保裁决。

如果您的医生或其他开药者告知我们您的健康状况需要“快速承保裁决”，我们会自动同意为您做出快速承保裁决，并在信函中告知您这一情况。

- 如果您是自行请求快速承保裁决（没有医生或其他开药者的支持），我们将决定是否为您做出快速承保裁决。
- 如果我们认为您的身体状况不满足做出快速承保裁决的要求，我们将使用标准期限。
  - 我们将向您写信告知此事。信函中将告知您如何就我们决定为您做出标准决定提出投诉。
  - 您可以提出“快速投诉”，这样可以在 24 个小时内获得我们对投诉的回复。有关提出投诉的更多信息，包括提出快速投诉的流程，请参见第 189 页第 J 节。

#### “快速承保裁决”的期限

- 如果我们使用快速期限，则我们必须在 24 个小时内给您答复。这是指在我们收到您的请求后 24 个小时内。或者，如果您请求例外处理，则是在我们收到医生或开药者支持您请求的声明后 24 个小时内。根据您的健康状况，我们可能会更快给您答复。
- 如果我们未能在这个期限内给您答复，我们会将您的请求发送到二级上诉流程。在二级上诉流程中，独立审查机构将对您的请求进行审查。
- **如果我们同意**您的部分或全部请求，则我们必须在收到您的请求或者医生或开药者的支持性声明后 24 个小时内满足您的承保请求。
- **如果我们否决**您的部分或全部请求，我们将发函告知您我们之所以**否决**的原因。信函中还会说明如何针对我们的决定提出上诉。

#### 有关您尚未收到的药物的“标准承保裁决”之期限

- 如果使用标准期限，则我们必须在收到您的请求后 72 个小时内给您答复。或者，如果您请求例外处理，则是在我们收到医生或开药者的支持声明后 72 个小时内。根据您的健康状况，我们可能会更快给您答复。
- 如果我们未能在这个期限内给您答复，我们会将您的请求发送到二级上诉流程。在二级上诉流程中，独立审查机构将对您的请求进行审查。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- **如果我们同意**您的部分或全部请求，则我们必须在收到您的请求后 **72 个小时**内批准或满足您的承保请求；如果您请求例外，则是在收到医生或开药者的支持性声明后 **72 个小时**内批准或满足您的承保请求。
- **如果我们否决**您的部分或全部请求，我们将发函告知您我们之所以**否决**的原因。信函中还会说明如何针对我们的决定提出上诉。

### 有关已购买的药物费用支付的“标准承保裁决”之期限

- 我们必须在收到您的请求后 **14 个**日历日内给您答复。
- 如果我们未能在这个期限内给您答复，我们会将您的请求发送到上诉流程的第二级。在二级上诉流程中，独立审查机构将对您的请求进行审查。
- **如果我们同意**您的部分或全部请求，我们将在 **14 个**日历日内付款给您。
- **如果我们否决**您的部分或全部请求，我们将发函告知您我们之所以**否决**的原因。信函中还会说明如何针对我们的决定提出上诉。

### F5. D 部分药物一级上诉

- 如需提出上诉，必须由您、您的医生或其他开药者或者您的代理人与我们联系。
- 如果您请求标准上诉，您可以通过发送书面请求的方式提出上诉。您也可以于星期一至星期五早上 **8 点**至晚上 **8 点**致电 **1-877-723-4795** (TTY: **711**)，向我们提出上诉。
- 如果您希望快速上诉，您可以通过书面形式或者致电给我们提出上诉。
- 请在我们向您发送通知告知您我们的决定后 **60 个**日历日内提出上诉请求。如果您错过期限但有正当理由，我们可以给您更多时间提出上诉。例如您患了重病无法与我们取得联系，或者我们给您提供的上诉期限的信息不正确或不完整，都可以是错过最后期限的正当理由。
- 您有权向我们索要有关上诉的信息。如需索取副本，请于星期一至星期五早上 **8 点**至晚上 **8 点**致电 **1-877-723-4795** (TTY: **711**) 与客户服务部联系。

#### 方法一览：如何提出一级上诉

您本人、医生或开药者或者您的代理人可以通过书面形式将您的请求邮寄或传真给我们。您也可以通过电话提出上诉。

- 请在我们做出决定后 **60 个**日历日内提出上诉。如果出于正当理由而错过了期限，您仍然可以上诉。
- 您本人、医生或开药者或者您的代理人可以致电给我们请求快速上诉。
- 请阅读本节，以确定您是否有资格请求快速裁决！并了解有关决定期限的信息。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





针对 D 部分药物的承保裁决向计划提出上诉的法律术语为计划“再裁定”。

如果您愿意，您本人和您的医生或其他开药者可以向我们提供更多信息来支持您的上诉。

### 根据您的健康状况，您可以请求“快速上诉”

- 如果您上诉的对象是我们对您尚未收到的药物做出的决定，您本人和您的医生或其他开药者需要决定您是否需要“快速上诉”。
- 获得“快速上诉”的要求与第 172 页第 F4 节所述获得“快速承保裁决”的要求相同。

“快速上诉”的法律术语为“加急再裁定”。

### 本计划将审查您的上诉，并给出我们的决定

- 我们将再次仔细审查有关您的承保请求的所有信息。我们会检查我们否决您的请求时是否遵守了所有规则。我们可能会联系您本人或者您的医生或其他开药者以获取更多信息。审查者不能是做出最初承保裁决的人。

### “快速上诉”的期限

- 如果我们使用快速期限，则我们将在收到您的上诉后 72 个小时内给您答复，或根据您的健康状况加快答复。
- 如果我们未能在 72 个小时内给您答复，我们会将您的请求发送到上诉流程的第二级。在二级上诉流程中，独立审查机构将对您的上诉进行审查。
- 如果我们同意您的部分或全部请求，我们将在收到您的上诉后 72 个小时内满足您的承保请求。
- 如果我们否决您的部分或全部请求，我们将发函告知您我们之所以否决的原因。

### “标准上诉”的期限

- 如果我们使用标准期限，则我们必须在收到您的上诉后 7 个日历日内给您答复，或根据您的健康状况加快答复，但针对已购买药物而请求我们报销药费的情况除外。如果您要求我们报销已购买药物的费用，我们必须在收到您的上诉请求后 14 个日历日内给予回复。您应根据自己的健康状况请求“快速上诉”。
- 如果我们未能在 7 个日历日内或在您要求我们报销您已购买药物的费用后 14 个日历日内做出决定，我们会将您的请求发送到二级上诉流程。在二级上诉流程中，独立审查机构将对您的上诉进行审查。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- **如果我们同意您的部分或全部请求：**
  - 如果我们批准了承保请求，则我们必须根据您的健康状况尽快实现承保，但不会晚于我们收到您的上诉后 7 个日历日或您要求我们报销您已购药物的费用后 14 个日历日。
  - 如果我们批准您报销已购买的药物之费用的请求，我们将在收到您的上诉请求后的 30 个日历日内付款给您。
- **如果我们否决您的部分或全部请求，我们将发函告知您我们之所以否决的原因，同时告知您如何对我们的决定提出上诉。**

## F6. D 部分药物二级上诉

如果我们**否决**您的全部或部分上诉，您可以选择接受此决定，或再次提出上诉。如果您决定提出二级上诉，则独立审查机构 (IRE) 将对我们的决定进行审查。

- 如果您希望 IRE 审查您的个案，您必须以书面形式提出上诉请求。在一级上诉中我们会将我们的决定发函告知您，在信函中同时还说明了如何请求二级上诉。
- 当您向 IRE 提出上诉时，我们会将您的个案文件发送给他们。您有权于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系，向我们索取您的个案文件副本。
- 您有权向 IRE 提供其他信息来支持您的上诉。
- IRE 是 Medicare 聘请的独立组织。该机构与本计划无关，也不是政府机构。
- IRE 的审查人员将认真审查与您上诉有关的所有信息。该组织将通过信函向您说明他们的决定。

### 方法一览：如何提出二级上诉

如果您希望独立审查机构审查您的个案，您必须以书面形式提出上诉请求。

- 请在我们做出决定后 **60 个日历日内**提出上诉。如果出于正当理由而错过了期限，您仍然可以上诉。
- 您本人、医生或其他开药者或者您的代理人都可以请求二级上诉。
- 请阅读本节，以确定您是否有资格请求快速裁决！并了解有关决定期限的信息。

针对 D 部分药物的承保裁决向 IRE 提出上诉的法律术语为“再裁定”。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 二级上诉中“快速上诉”的期限

- 根据您的健康状况，您可以请求独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE) 执行“快速上诉”。
- 如果 IRE 同意执行“快速上诉”，则其必须在收到您的上诉请求后 72 个小时内对您的二级上诉做出答复。
- 如果 IRE 同意您的部分或全部请求，则我们必须在收到决定后 24 个小时内授权或满足您的药物承保请求。

## 二级上诉中“标准上诉”的期限

- 如果是二级标准上诉，独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE) 必须在收到您的上诉请求后 7 个日历日内或在您要求我们报销您已购买药物之费用后 14 个日历日内对您的二级上诉做出答复。
- 如果 IRE 同意您的部分或全部请求，则我们必须在收到决定后 72 个小时内授权或满足您的药物承保请求。
- 如果 IRE 批准您报销已购买药物之费用的请求，则我们将在收到决定后 30 个日历日内付款给您。

### 如果独立审查机构否决您的二级上诉，将会怎样？

否决表明独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE) 同意我们的决定，对您的请求不予批准。（这称为“支持原决定”，或“驳回上诉”。

如果您希望进入三级上诉流程，则您请求的药物金额必须达到最低额度。如果其美元价值低于最低水平，则您无法继续上诉。如果其美元价值足够高，则您可以请求三级上诉。IRE 将发函告知您继续上诉所需的美元价值。

---

## G. 住院时间延长的承保请求

如果您被接收住院，您有权享有我们承保的诊断和治疗您的疾病或损伤所必须的所有医院服务。

在承保的住院期间，医生和医务人员将与您一道为出院作准备。他们还会帮助安排您出院后可能需要的任何护理。

- 您出院的当天称为“出院日期”。
- 您的医生或医务人员将告知您出院日期。

如果您认为出院时间太早，您可以要求延长住院时间。本节将告知您如何提出请求。



---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## G1. 了解您的 Medicare 权利

在您住院后两日内，个案工作者或护士将给您一份通知，名为关于您的 Medicare 权利的重要信息。如果您没有收到此通知，请向医务人员索要。如果您需要帮助，请致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，电话全年全天候开通。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

请认真阅读此通知，不理解的内容请提问。重要信息告知您作为一名住院患者所享有的权利，包括：

- 在住院期间和出院后获得 Medicare 所承保的服务。您有权了解这些服务的内容，谁为这些服务买单，以及在哪里可以获得这些服务。
- 参与决定您住院时间的长短。
- 了解您对于住院治疗质量问题的疑虑应该向谁报告。
- 在认为出院时间太早时提出上诉。

您应该在 Medicare 通知上签字，以表明您已经拿到该通知并且已了解您的权利。在通知上签名不代表您同意医生或医务人员告知您的出院日期。

请保留已签字的通知，以便需要时可以参考上面的信息。

- 如果想要提前查看通知内容，您可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。您也可以致电 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 全年全天候服务电话。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。本电话免费。
- 您也可以访问 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)，在线查看通知内容。
- 如需帮助，请致电 1-877-723-4795 与客户服务部联系，或致电上述号码与 Medicare 联系。

## G2. 更改出院日期的一级上诉

如果您希望我们承保时间更久的住院病人服务，您必须请求上诉。质量改进机构将对一级上诉进行审查，从医学角度判断您的计划出院日期是否合适。加州的质量改进机构是 Livanta BFCC-QIO。

要提出更改出院日期的上诉，请致电 Livanta BFCC-QIO，电话 1-877-588-1123，全年全天候开通。TTY 用户请致电 1-855-887-6668。

### 立即致电！

请在出院之前致电质量改进机构，不要晚于您的计划出院日期。关于您的 Medicare 权利的重要信息中包含了有关如何联系质量改进机构的信息。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 如果您在出院前联系质量改进机构，您可以在计划出院日期之后继续免费住院，直到该组织对您的上诉做出决定。
- 如果您未通过电话提出上诉，而决定在计划出院日期之后继续住院，您可能需要支付延长住院阶段的所有医院治疗费用。
- 如果您错过了联系质量改进机构以提出上诉的最后期限，您可以直接向我们的计划提出上诉。如需了解详细信息，请参见第 181 页第 G4 节。

#### 方法一览：如何提出更改出院日期的一级上诉

请致电 1-877-588-1123 联系您所在州的质量改进机构 并请求“快速审查”。

请在出院前以及计划出院日期前致电。

- 因为 Medicare 和 Medi-Cal 均承保住院费用，如果质量改进机构不听取您继续住院的请求，或者您认为您的情况较为紧急或涉及直接和严重健康威胁，或者您正在承受剧烈疼痛，您还可以向加州健管理理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出投诉或要求其展开独立医疗审查。请参见第 163 页第 E4 节，了解如何提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查。

我们希望确保您了解需要采取的行动以及最后期限。

- 如有需要请寻求帮助。无论何时，如果心存疑问或者需要帮助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。您也可以致电 1-800-434-0222 与健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。或者，请致电 1-855-501-3077 与 Cal MediConnect 监察员计划联系。

### 质量改进机构是什么？

这是一个由医生和其他医疗保健专业人员组成的团体，薪酬由联邦政府发放。这些专家不属于我们的计划管辖。他们的薪酬由 Medicare 支付，任务是检查并帮助改进 Medicare 计划为其会员提供的服务之质量。

### 请求“快速审查”

您必须请求质量改进机构对您的出院进行“快速审查”。请求“快速审查”是指请求该组织使用快速上诉期限，而不是标准期限。

“快速审查”的法律术语为“即时审查”。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 快速审查期间会发生什么？

- 质量改进机构的审查人员会询问您或您的代理人为什么认为承保范围应该延长到计划出院日期之后。您无需准备任何书面材料，是否准备这些材料随您个人意愿。
- 审查人员将查看您的病历，与您的医生交谈，并审查与您的住院情况相关的所有信息。
- 在审查人员告知我们您的上诉情况后的第二天中午之前，您将收到一封告知您计划出院日期的信函。信中将说明您的医生、医院以及我们认为该出院日期符合您的情况的原因。

这一书面说明的法律术语称为“详细出院通知”。您可以于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系以索取样本。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 全年全天候服务电话。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。您也可以访问 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)，在线查看样本通知。

## 如果上诉结果是同意会怎样？

- 如果质量改进机构**同意**您的上诉，我们必须延长承保您的住院服务，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。

## 如果上诉结果是否决会怎样？

- 如果质量改进机构**否决**您的上诉，这说明他们认为计划出院日期在医学上符合您的情况。如果是这样，在质量改进机构通知您上诉结果后的第二天中午，我们对您的住院服务承保即结束。
- 如果质量改进机构**不同意**并且您决定继续留在医院，则您必须支付接下来的住院费用。自质量改进机构给出答复后的第二天中午开始，您可能需要自行支付住院的所有费用。
- 如果质量改进机构**否决**您的上诉，而您在计划出院日期后继续住院，那么您可以提起二级上诉（请参见下一节内容）。

## G3. 更改出院日期的二级上诉

如果质量改进机构否决了您的上诉，而您在计划出院日期后继续住院，那么您可以进行二级上诉。您需要再次联系质量改进机构，请求进一步审查。

请在质量改进机构**否决**您的一级上诉后 **60 个日历日内** 请求二级审查。只有在医疗承保日期结束后您继续住院时，您才可以请求进行二级审查。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



加州的质量改进机构是 Livanta BFCC-QIO。您可以联系 Livanta BFCC-QIO，电话：**1-877-588-1123**。

- 质量改进机构的审查人员将再次认真审查与您上诉有关的所有信息。
- 质量改进机构的审查人员将在收到您的第二次审查请求之后 14 个日历日内做出决定。

#### 如果上诉结果是同意会怎样？

- 我们必须报销自您收到第一次上诉决定后的第二天中午开始，您所获得的住院治疗产生的费用中我们需要承担的那部分费用。我们必须继续承保您的住院治疗，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。
- 您必须继续支付需要您自己承担的那部分费用，并且可能适用承保限制。

#### 方法一览：如何提出更改出院日期的二级上诉

请致电 1-877-588-1123 联系您所在州的质量改进机构，请求再次审查。

#### 如果上诉结果是否决会怎样？

这意味着质量改进机构同意一级上诉的决定，保持原决定不变。您收到的信函将告知您如果您希望继续提出上诉应该怎么做。

如果质量改进机构否决了您的二级上诉，您可能需要支付计划出院日期之后产生的所有住院费用。

您也可以向 DMHC 提出投诉或请求 DMHC 展开独立医疗审查，以便让您继续住院。请参见第 163 页第 E4 节，了解如何提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查。

#### G4. 如果我错过了上诉期限会怎样

如果您错过了上诉期限，有另一个途径可以进行一级和二级上诉，称为“替代上诉”。但上诉的前两个级别是不同的。

#### 更改出院日期的一级替代上诉

如果您错过了联系质量改进机构的最后期限（即 60 天内或不晚于您的计划出院日期，以较早者为准），您可以向我们提出上诉，请求“快速审查”。快速审查是指使用快速期限而非标准期限的上诉。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 在此审查期间，我们会检查有关您住院情况的所有信息。我们会查看有关您出院时间的决定是否公平，以及是否遵循了所有规定。
- 就此审查提供答复时，我们将使用快速期限，而非标准期限。这意味着我们将在您请求“快速审查”后的 72 个小时内做出决定。
- **如果我们在快速审查后决定同意您的上诉**，这意味着我们同意您在出院日期之后需要继续住院。我们将继续承保您的住院服务，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。
- 这还意味着，我们同意报销自我们此前认为您的承保应该结束之日起，您所获得的护理所产生的费用中我们需要承担的那一部分费用。
- **如果我们在快速审查后否决了您的上诉**，则意味着我们认为计划出院日期在医学上符合您的情况。我们对您住院服务的承保将于我们认为承保应该结束的当天终止。
  - 如果您在计划出院日期之后继续住院，那么此后产生的住院治疗费用**可能需要由您自己全额承担**。
- 为确保我们在**否决**您的快速上诉时遵循了所有规定，我们会将您的上诉发送给“独立审查机构”。这意味着您的个案**自动**进入二级上诉流程。

#### 方法一览：如何提出一级替代上诉

请致电我们的客户服务部，请求对您的出院日期进行“快速审查”。

我们将在 72 个小时内做出决定。

“快速审查”或“快速上诉”的法律术语为“加急上诉”。

### 更改出院日期的二级替代上诉

我们将在做出一级上诉的决定后 24 个小时内将您的二级上诉相关信息发送给独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE)。如果您认为我们没有遵守此最后期限或其他最后期限规定，您可以投诉。请参见第 189 页第 J 节，了解如何提出投诉。

二级上诉期间，IRE 将对**我们否决您“快速审查”**的决定进行审查。该组织将决定是否应该更改我们的决定。

- IRE 将对您的上诉进行“快速审查”。审查人员通常会在 72 个小时内给您答复。
- IRE 是 Medicare 聘请的独立组织。该组织与我们的计划无关，也不是政府机构。

#### 方法一览：如何提出二级替代上诉

您无需采取任何行动。本计划会自动将您的上诉发送到独立审查机构。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





- IRE 的审查人员将认真审查与您的出院上诉有关的所有信息。
- 如果 IRE 同意您的上诉，则我们必须报销您从计划出院日期开始获得的住院治疗产生的费用中我们需要承担的那部分费用。我们还必须继续承保您的住院治疗服务，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。
- 如果该组织否决您的上诉，这说明他们同意我们的决定，认为计划出院日期在医学上符合您的情况。
- IRE 将发函告知您如果您希望进行进一步审查应该怎么做。该信函将提供如何进入三级上诉的详细说明，三级上诉由法官处理。

您也可以向 DMHC 提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查，以便让您继续住院。请参见第 163 页第 E4 节，了解如何提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查。您可以同时要求三级上诉和独立医疗审查，或只要求独立医疗审查。

---

## H. 如果认为居家医疗保健、专业护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务结束太早，应该怎么做

本节内容仅针对以下几类护理：

- 居家医疗保健服务
- 专业护理机构的专业护理。
- 您在 Medicare 批准的综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 接受的针对门诊病人的康复护理。通常，这表明您在接受疾病或意外伤害的治疗，或者正在接受大手术后的恢复治疗。
  - 对于这三类护理中的任何一类，只要医生认为您确实需要，您都有权利一直享受这些被承保的服务。
  - 如果我们决定停止承保这些服务中的任何一类，我们必须在服务结束前告知您。当护理承保结束时，我们将停止为您的护理支付费用。

如果您认为我们太早结束对您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节将告知您如何请求上诉。

### H1. 我们将在承保即将结束时提前告知您

您会在我们停止支付护理费用前至少两天收到通知。该通知名为“Medicare 不承保通知”。该书面通知将向您告知我们停止承保的日期以及如何对此决定提出上诉。

您或您的代理人应该在书面通知上签字，以表明您已经拿到该通知。签名不代表您同意停止接受护理的安排。



---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

当您的承保结束时，我们将停止支付。

## H2. 继续接受护理的一级上诉

如果您认为我们太早结束对您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节将告知您如何请求上诉。

在开始上诉前，请了解您需要采取的行动以及最后期限。

- **遵守最后期限的规定。**最后期限很重要。请务必了解并遵守与您必须采取的行动相关的最后期限规定。我们的计划也同样存在必须遵守的最后期限。（如果您认为我们没有遵守最后期限规定，您可以投诉。第 189 页本章第 J 节介绍如何提出投诉。）
- **如有需要请寻求帮助。**无论何时，如果心存疑问或者需要帮助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。您也可以致电 1-800-434-0222 与州健康保险协助计划（健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)）联系。

在一级上诉期间，质量改进机构将审查您的上诉，然后决定是否更改我们的决定。加州的质量改进机构是 Livanta BFCC-QIO。您可以联系 Livanta BFCC-QIO，电话：1-877-588-1123。Medicare 不承保通知还包含关于对质量改进机构提出上诉的信息。当您获知我们将停止承保您的护理时，您会收到此通知。

### 质量改进机构是什么？

这是一个由医生和其他医疗保健专业人员组成的团体，薪酬由联邦政府发放。这些专家不属于我们的计划管辖。他们的薪酬由 Medicare 支付，任务是检查并帮助改进 Medicare 计划为其会员提供的服务之质量。

### 您应该提出哪些要求？

要求他们进行“快速上诉”。这是就结束服务承保在医学上是否适当进行独立审查。

### 联系该组织的期限是多久？

- 您与质量改进机构取得联系的时间，不得晚于在收到书面通知告知您我们将结束承保之后第二天的中午。
- 如果您错过了联系质量改进机构以提出上诉的最后期限，您可以直接向我们提出上诉。如需了解关于提出上诉的其他方式，请参见第 186 页第 H4 节。

#### 方法一览：如何提出请求本计划继续提供护理承保的一级上诉

请致电 1-877-588-1123 联系您所在州的质量改进机构，并请求“快速上诉”。

请在离开护理机构前以及计划出院日期前致电。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- 如果质量改进机构不听取您继续承保医疗保健服务的请求，或者您认为您的情况较为紧急或涉及直接和严重健康威胁，或者您正在承受剧烈疼痛，您可以向加州健保管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出投诉，并要求其展开独立医疗审查。请参见第 163 页第 E4 节，了解如何提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查。

书面通知的法律术语为“**Medicare 不承保通知**”。

如需获取样本副本，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电

1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 全年全天候服务电话。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

或访问 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html)，在线查看副本

### 质量改进机构审查期间会发生什么？

- 质量改进机构的审查人员将询问您或您的代理人为何认为应该继续承保这些服务。您无需准备任何书面材料，是否准备这些材料随您个人意愿。
- 当您请求上诉时，本计划必须撰写一封信函给您和质量改进机构，说明为何应该结束您的服务。
- 审查人员还将查看您的病历，与您的医生交谈，并审查我们的计划所提供的信息。
- **审查人员将在获得所有需要的信息后一天内告知您他们的决定。**您将收到一封信函，解释他们的决定。

说明为何应该结束承保的信函的法律术语为“**不承保的详细说明**”。

### 如果审查人员同意您的上诉会怎样？

- 如果审查人员**同意**您的上诉，我们必须继续承保您的服务，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。

### 如果审查人员否决您的上诉会怎样？

- 如果审查人员**否决**您的上诉，则承保将于我们告知您的日期结束。我们将停止支持您的护理费用中我们需要承担的那部分费用。
- 如果您决定在承保结束后继续接受居家医疗保健、专业护理机构的护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 的服务，那么这些护理产生的所有费用必须由您自行承担。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### H3. 继续接受护理的二级上诉

如果质量改进机构否决您的上诉，而您选择在承保的护理结束后继续接受护理，则您可以提出二级上诉。

在二级上诉过程中，质量改进机构将再次审查他们在一级上诉中做出的决定。如果质量改进机构同意一级上诉的决定，您在我们告知您的承保即将结束之日后可能必须支付居家医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务的所有费用。

加州质量改进机构名为 Livanta BFCC-QIO。您可以致电 1-877-588-1123 联系 Livanta BFCC-QIO。请在质量改进机构否决您的一级上诉后 **60 个日历日内** 请求二级审查。只有在护理承保日期结束后您继续接受护理时，您才可以请求进行二级审查。

- 质量改进机构的审查人员将再次认真审查与您上诉有关的所有信息。
- 质量改进机构将在收到您的上诉请求后 **14 个日历日内** 做出决定。

#### 方法一览：如何提出请求本计划 延长护理承保的二级上诉

请致电 1-877-588-1123 联系您所在州的质量改进机构，请求再次审查。

请在离开护理机构前以及计划出院日期前致电。

#### 如果审查组织同意您的上诉会怎样？

- 我们必须报销自我们此前认为您的承保应该结束之日起，您所获得的护理所产生的费用中我们需要承担的那一部分费用。我们必须继续承保您的护理，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。

#### 如果审查组织否决您的上诉会怎样？

- 这意味着他们同意一级上诉的决定，保持原决定不变。
- 您收到的信函将告知您如果您希望继续进行审查应该怎么做。该信函将提供如何进入三级上诉的详细说明，三级上诉由法官处理。
- 您可以向 DMHC 提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查，以便继续承保您的医疗保健服务。请参见第 163 页第 E4 节，了解如何请求 DMHC 展开独立医疗审查。您可以向 DMHC 提出投诉，并在要求 DMHC 展开独立医疗审查的同时提出三级上诉，或只要求 DMHC 展开独立医疗审查。

### H4. 错过一级上诉最后期限会怎么样

如果您错过了上诉期限，有另一个途径可以进行一级和二级上诉，称为“替代上诉”。但上诉的前两个级别是不同的。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 继续接受护理的一级替代上诉

如果您错过了联系质量改进机构提出上诉的最后期限，您可以向我们提出上诉，请求“快速审查”。快速审查是指使用快速期限而非标准期限的上诉。

- 快速审查期间，我们将审查有关您居家医疗保健、专业护理机构护理或您通过综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 所获护理的全部信息。我们会查看有关您服务结束时间的决定是否公平，以及是否遵循了所有规定。
- 就此审查提供答复时，我们将使用快速期限，而非标准期限。我们将在您请求“快速审查”后的 72 个小时内做出决定。
- **如果我们同意**您的快速审查，则意味着我们同意继续承保您的服务，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。
- 这还意味着，我们同意报销自我们此前认为您的承保应该结束之日起，您所获得的护理所产生的费用中我们需要承担的那一部分费用。
- **如果我们否决**您的快速审查，意味着我们认为停止您的服务在医学上符合您的情况。我们的承保将于我们认为承保应该结束的当天终止。

### 方法一览：如何提出一级替代上诉

请致电我们的客户服务部，请求进行“快速审查”。

我们将在 72 个小时内做出决定。

如果此后您继续接受服务，**则您可能需要负担这些服务产生的所有费用。**

为确保我们在**否决**您的快速上诉时遵循了所有规定，我们会将您的上诉发送给“独立审查机构”。这意味着您的个案自动进入二级上诉流程。

“快速审查”或“快速上诉”的法律术语为“加急上诉”。

## 继续接受护理的二级替代上诉

我们将在做出一级上诉的决定后 24 个小时内将您的二级上诉相关信息发送给独立审查机构 (Independent Review Entity, IRE)。如果您认为我们没有遵守此最后期限或其他最后期限规定，您可以投诉。请参见第 189 页第 J 节，了解如何提出投诉。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

二级上诉期间，IRE 将对我们否决您“快速审查”的决定进行审查。该组织将决定是否应该更改我们的决定。

- IRE 将对您的上诉进行“快速审查”。审查人员通常会在 72 个小时内给您答复。
- IRE 是 Medicare 聘请的独立组织。该组织与我们的计划无关，也不是政府机构。
- IRE 的审查人员将认真审查与您上诉有关的所有信息。
- 如果 IRE 同意您的上诉，则我们必须报销我们需要承担的那部分费用。我们还必须继续承保您享受的服务，直到达到从医疗角度认为有必要的期限。
- 如果 IRE 否决您的上诉，这说明他们同意我们的决定，认为停止承保服务在医学上符合您的情况。

### 方法一览：如何提出请求本计划继续承保护理的二级上诉

您无需采取任何行动。本计划会自动将您的上诉发送到独立审查机构。

IRE 将发函告知您如果您希望进行进一步审查应该怎么做。该信函将提供如何进入三级上诉的详细说明，三级上诉由法官处理。

您也可以向 DMHC 提出投诉并请求 DMHC 展开独立医疗审查，以便继续承保您的医疗保健服务。请参见第 163 页第 E4 节，了解如何请求 DMHC 展开独立医疗审查。您可以提出投诉，并在要求展开独立医疗审查的同时提出三级上诉，或只要求展开独立医疗审查。

## I. 提出二级以上上诉

### I1. 获得 Medicare 服务和医疗用品的后续行动

如果您对 Medicare 服务或医疗用品进行了一级和二级上诉，且两次上诉均被否决，则您有权利提出更高级别的上诉。独立审查机构将发函告知您，如果您希望继续进行上诉应该做些什么。

三级上诉由行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 听讯。针对三级上诉做出决定的人员为 ALJ 或律师裁决员。如果您希望 ALJ 或律师裁决员审查您的个案，您所申请的医疗用品或医疗服务必须达到金额下限。如果其美元价值低于最低水平，则您无法继续上诉。如果达到相应的金额标准，您可以请求 ALJ 或律师裁决员倾听您的上诉。

如果您不同意 ALJ 或律师裁决员的决定，您可以求助于 Medicare 上诉委员会。之后，您可能有权请求联邦法庭审查您的上诉。

如果您在上诉流程的任何一个阶段需要帮助，可以联系 Cal MediConnect 监察员计划，电话 1-855-501-3077。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 12. 获得 Medi-Cal 服务和医疗用品的后续行动

如果您的上诉针对的服务或医疗用品可能由 Medi-Cal 承保，则您还拥有更多上诉权。如果您不同意州听证会做出的决定并希望另一位法官对该决定进行审查，您可以请求进行再次听证和/或司法审查。

如需请求复审，请将书面请求（信函）寄送至：

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

此信函必须在您收到决定后 30 日内寄出。如果您因正当理由延迟寄出，此期限可延长至 180 天。

在复审理求中，请说明您收到决定的日期，以及您认为应该准予复审的原因。如果您希望提供其他证明，请对这些证据加以描述，并说明之前未提供的原因，以及这些证明对于审查决定有怎样的影响。您可以联系法律服务部寻求帮助。

如需请求司法审查，您必须在收到决定后一年内向高等法院呈交诉状（依据民事诉讼法第 1094.5 节）。请向您收到的决定中提到的郡县的高等法院呈交诉状。您可以呈交诉状而不请求复审。不收取诉讼费。如果法院最终做出对您有利的裁决，您可能有权索取合理的律师费。

如果已经进行复审而您不同意复审决定，您可以请求司法审查，但不能再次请求复审。

---

## J. 如何提出投诉

### J1. 应该投诉哪类问题

投诉流程只适用于某些类型的问题，例如与护理质量、等待时间和客户服务相关的问题。以下是投诉流程适用的问题类型的示例。

#### 关于质量的投诉

- 您对护理（例如您在医院接受的护理）质量不满意。

#### 关于隐私的投诉

- 您认为有人不尊重您的隐私权，或将您的私密信息泄露给他人。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

### 关于客户服务不佳的投诉

- 医疗保健提供者或员工行为粗鲁或对您不尊重。
- SCFHP 员工对您态度不好。
- 您认为自己被排除在计划之外。

### 关于无障碍设施的投诉

- 您不能在医生或医务人员的办公室内亲身享受医疗保健服务和设施。
- 您的医疗提供者没有以恰当方式满足您的需求（例如美式手语翻译）。

### 关于等待时间的投诉

- 您在预约就医时有困难，或等待时间太长。
- 医生、药剂师或其他健康专业人员、客户服务部或其他工作人员让您等待太长时间。

### 关于清洁的投诉

- 您认为诊所、医院或医生的办公室不清洁。

### 关于语言沟通的投诉

- 您的医生或医务人员在预约过程中没有为您提供翻译人员。

### 关于通信不畅的投诉

- 您认为我们没能将您本该收到的通知或信函寄送给您。
- 您认为我们寄送给您的书面信息难以理解。

### 关于我们采取的与承保裁决或上诉相关的行动之时效性的投诉

- 您认为我们没有在最后期限之前做出承保裁决或答复您的上诉。
- 您认为我们在收到对您有利的承保或上诉决定后，没有在最后期限之前批准或提供服务，或没有及时报销某些医疗服务的费用。
- 您认为我们没有按时将您的个案转交给独立审查机构。

#### 方法一览：如何提出投诉

您可以向我们的计划提出内部投诉，和/或向与我们计划无关的某个组织提出外部投诉。

若要提出内部投诉，请致电客户服务部或向我们寄送信函。

有不同的组织处理外部投诉。如需了解更多信息，请参见第 192 页第 J3 节。

“投诉”的法律术语为“申诉”。

“提出投诉”的法律术语为“提出申诉”。

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





## 是否存在不同类型的投诉？

是的。您可以提出内部投诉和/或外部投诉。内部投诉是向我们的计划提出，并由我们的计划审查。外部投诉是向与我们计划无从属关系的组织提出，并由该组织审查。如果您在提出内部和/或外部投诉时需要帮助，可致电 1-855-501-3077 与 Cal MediConnect 监察员计划联系。

### J2. 内部投诉

若要提出内部投诉，请致电客户服务部，电话 1-877-723-4795。您可以随时提出投诉，但关于 D 部分药物的投诉除外。关于 D 部分药物的投诉必须在您遇到需要投诉的问题后 60 个日历日内提出。

- 如果另外还有需要您完成的事项，客户服务部将告知您。
- 您也可以撰写投诉文件，然后寄送给我们。如果您以书面形式提出投诉，我们也会以书面形式答复您的投诉。
- 您可以访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)，获取“Cal MediConnect 会员申诉和上诉表格”。所有计划提供者都可向您提供此表，我们也可以将此表邮寄给您。您也可以在线提出申诉。您可以将填写完的表格交给我们的计划提供者，或者将表格寄送给我们，地址如下：

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

我们将在 5 天内向您致电或给您回信，确认我们已收到您的申诉。我们将努力处理投诉事宜，期间可能联系您或您的医疗提供者以了解更多信息。

整个流程将在 30 天内完成。我们将在这个期限内写信给您，解释我们所作的决定。

如果我们决定对您所请求的承保裁决或上诉不予加急处理，或我们决定对承保裁决或上诉的期限予以延长，倘若对此类决定有任何异议，您可以提出“快速投诉”。我们将在收到您的请求后 24 小时内答复您的快速投诉。

“快速投诉”的法律术语为“加急申诉”。

如果可能，我们会立即答复您。如果您通过电话投诉，我们可能会在该次电话通话中给您答复。如果您的健康状况需要我们立即答复，我们将立即答复。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 我们将在 30 个日历日内对大多数投诉给出答复。如果我们需要更多信息，因而无法在 30 个日历日内做出决定，我们将以书面形式通知您，同时还会说明最新处理状态以及我们能够给出答复的大概时间。
- 如果您是由于我们否决您的“快速承保裁决”或“快速上诉”而投诉，我们将自动按照“快速投诉”处理，在 24 个小时内给您答复。
- 如果您是由于我们花费额外时间做出承保裁决而投诉，我们将自动按照“快速投诉”处理，并在 24 个小时内给您答复。
- 如果我们不同意您的部分或全部投诉内容，我们将告知您并给出原因。不论我们是否同意您的投诉，我们都会给出答复。

### J3. 外部投诉

#### 您可以向 Medicare 提出投诉

您可以将投诉内容寄送到 Medicare。请访问 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)，获取 Medicare 投诉表。

Medicare 非常重视您的投诉，这些信息将用于帮助改进 Medicare 计划的质量。

如果您有任何其他反馈或疑问，或者如果您认为本计划未解决您的问题，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。本电话免费。

#### 您可以向 Medi-Cal 提出投诉

Cal MediConnect 监察员计划同样会站在中立的立场帮助解决问题，以确保我们的会员享受到我们必须提供的所有承保服务。Cal MediConnect 监察员计划与我们或任何保险公司或健康计划没有关联。

Cal MediConnect 监察员计划的电话是 1-855-501-3077。这些服务都是免费提供。

#### 您可以向加州健保管理局提出投诉

加州健保管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 负责监管健康计划。您可以致电 DMHC 帮助中心，寻求有关 Medi-Cal 服务投诉方面的帮助。如需协助就紧急情况或涉及直接和严重健康威胁的问题而提出投诉、正在承受剧烈疼痛、您不同意本计划对您投诉所做的决定或者本计划在 30 个日历日后仍未解决您的投诉，您可以联系 DMHC。

有以下两个途径可以获得帮助中心的帮助：

- 请致电 1-888-466-2219。失聪、听力不好或语言能力受损的人士可以使用免费 TDD 专线：1-877-688-9891。本电话免费。
- 访问健保管理局网站 ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## 您可以向民权办公室提出投诉

如果您认为受到了不公正对待，请向卫生和公众服务部的民权办公室投诉。例如，您可以就残疾人士服务或语言帮助提出投诉。民权办公室的电话是 1-800-368-1019。TTY 用户请致电 1-800-537-7697。您也可以访问 [www.hhs.gov/ocr/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/index.html) 获取更多信息。

您也可以通过以下地址联系当地的民权办公室：

Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

客户响应中心：1-800-368-1019  
传真：1-202-619-3818  
TDD：1-800-537-7697  
电子邮件：[ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

您可能还享有美国残疾人士法案及任何可能适用的州法律赋予的权利。您可以与 Cal MediConnect 监察员计划联系请求他们的帮助。电话号码为 1-855-501-3077。

## 您可以向质量改进机构提出投诉

如果您的投诉与护理质量有关，您也有两个选择：

- 如果您愿意，您可以直接向质量改进机构投诉护理质量问题（而无需向我们投诉）。
- 或者，您也可以同时向我们和质量改进机构投诉。如果您向该组织投诉，我们将与他们共同处理您的投诉。

质量改进机构是由执业医师及其他医疗保健专家组成的团体，他们的薪酬由联邦政府发放，任务是检查并帮助改进 Medicare 为患者提供的护理。如需了解有关质量改进机构的更多信息，请参见第 24 页第 2。

加州的质量改进机构是 Livanta BFCC-QIO。Livanta BFCC-QIO 的电话号码为 1-877-588-1123。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 10 章：终止 Cal MediConnect 计划会籍

---

### 简介

本章将介绍终止 Cal MediConnect 计划会籍的方法，以及退出计划后的健康保险选择。如果您退出了我们的计划，只要您符合条件，您将依然是 Medicare 与 Medi-Cal 计划的会员。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|   |     |
|---|-----|
| A. 何时可终止 Cal MediConnect 计划会籍 .....             | 195 |
| B. 如何终止 Cal MediConnect 计划会籍.....               | 196 |
| C. 如何加入其他 Cal MediConnect 计划.....               | 196 |
| D. 如何单独获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务.....           | 196 |
| D1. 获得 Medicare 服务的方式.....                      | 196 |
| D2. 如何获得 Medi-Cal 服务.....                       | 198 |
| E. 在您的会籍终止之前，继续通过我们的计划获得医疗服务和 药物.....           | 199 |
| F. 终止您 Cal MediConnect 计划会籍的其他情况 .....          | 199 |
| G. 针对出于任何健康相关原因要求您退出 Cal MediConnect 计划的规定..... | 200 |
| H. 如果我们终止您在本计划下的会籍，您有权提出投诉.....                 | 200 |
| I. 如何获得有关终止计划会籍的更多信息 .....                      | 201 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



## A. 何时可终止 Cal MediConnect 计划会籍

您可以通过注册加入其他 Medicare Advantage 计划、注册加入其他 Cal MediConnect 计划或变更至 Original Medicare，在一年内随时终止您的 SCFHP Cal MediConnect Plan（Medicare-Medicaid 计划）会员身份。

收到您改变计划的请求后，我们将在当月的最后一天终止您的会籍。例如，如果我们在 1 月 18 日收到您的请求，则您的计划保险会在 1 月 31 日结束。您的新保险将于次月第一天开始（在此例中为 2 月 1 日）。

终止本计划的会籍时，您将注册到 SCFHP 中以获取 SCFHP 服务，除非您选择其他 Cal MediConnect 计划或其他仅限 Medi-Cal 的计划。终止本计划的会籍时，您还可以选择 Medicare 注册选项。如果您退出我们的计划，您可以获得以下与您有关的信息：

- 有关 Medicare 选择，请参见第 196 页表格。
- 有关 Medi-Cal 服务，请参见第 198 页。

有关如何终止会籍的更多信息，请致电：

- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与客户服务部联系。
- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077。
- 请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与州健康保险协助计划 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 以及加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需了解更多信息或者查找您所在地区的当地 HICAP 办公室，请访问 [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)。
- 请于星期一至星期五早上 9 点至下午 5 点致电 1-855-501-3077 与 Cal MediConnect 监察员计划联系。TTY 用户请致电 1-855-847-7914。
- 全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

**注意：**如果您参与了药物管理计划，您可能无法更改计划。请参见第 122 页第 5 章第 G 节，了解有关药物管理计划的更多信息。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## B. 如何终止 Cal MediConnect 计划会籍

如果您决定终止会籍，请向 Medi-Cal 或 Medicare 告知您想要退出 SCFHP Cal MediConnect Plan：

- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077；或
- 全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户（听觉或语言障碍人士）应致电 1-877-486-2048。致电 1-800-MEDICARE 时，您还可以参保其他 Medicare 健康计划或药物计划。有关退出本计划时获取 Medicare 服务的更多信息，请参见第 196 页图表。

---

## C. 如何加入其他 Cal MediConnect 计划

如果希望通过单个计划同时获取 Medicare 和 Medi-Cal 福利，您可加入其他 Cal MediConnect 计划。

要注册其他 Cal MediConnect 计划：

- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077。向他们告知您想要退出 SCFHP Cal MediConnect Plan 并加入其他 Cal MediConnect 计划。如果不太确定要加入哪项计划，他们会提供您所在区域其他计划的信息。

收到您的请求后，我们将于当月最后一天终止您的 SCFHP Cal MediConnect Plan 保险。

---

## D. 如何单独获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务

如果您在退出 SCFHP Cal MediConnect Plan 后不希望参保其他 Cal MediConnect 计划，则您将重新单独获取 Medicare 和 Medi-Cal 服务。

### D1. 获得 Medicare 服务的方式

您可选择获取 Medicare 福利的方式。

您有获取 Medicare 服务的三个选项。选择其中一个选项后，您的 Cal MediConnect 计划会籍将自动终止：

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



|   |   |
|---|---|
| <p><b>1. 您可以变更到：</b></p> <p><b>Medicare 健康计划</b>（例如 <b>Medicare Advantage 计划</b>），或<b>全包式老年人健康护理计划 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</b>（如果您符合资格要求且居住在服务区内）</p> | <p><b>操作方法是：</b></p> <p>全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1- 877-486-2048。</p> <p>如需针对 PACE 进行咨询，请致电 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如需帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需了解更多信息或者想要查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>新计划的保险开始生效时，您将自动从 SCFHP Cal MediConnect Plan 退保。</p> |
| <p><b>2. 您可以变更到：</b></p> <p><b>Original Medicare</b>，包含单独的 <b>Medicare 处方药计划</b></p>  | <p><b>操作方法是：</b></p> <p>全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1- 877-486-2048。</p> <p>如需帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需了解更多信息或者想要查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>Original Medicare 保险开始生效时，您将自动从 SCFHP Cal MediConnect Plan 退保。</p>                                    |



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

|   |   |
|---|---|
| <p><b>3. 您可以变更到：</b></p> <p><b>Original Medicare，不含单独的 Medicare 处方药计划</b></p> <p><b>注意：</b>如果更换为 Original Medicare 而不参保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您参保一项药物计划，除非您告知 Medicare 不想参保。</p> <p>只有当您从雇主或工会等其他来源获取药物承保时，才应该退出处方药保险。如果您对是否需要药物保险心存疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 联系加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</p> | <p><b>操作方法是：</b></p> <p>全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。</p> <p>如需帮助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需了解更多信息或者想要查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>。</li> </ul> <p>Original Medicare 保险开始生效时，您将自动从 SCFHP Cal MediConnect Plan 退保。</p> |
|---|---|

## D2. 如何获得 Medi-Cal 服务

如果您退出 Cal MediConnect 计划，您可通过 SCFHP 继续获取 Medi-Cal 服务，除非您选择了其他计划来提供 Medi-Cal 服务。

Medi-Cal 服务包含大部分长期服务、支持和行为健康护理。

如果您想选择其他计划来提供 Medi-Cal 服务，则您需在请求终止 Cal MediConnect 计划会籍时告知 Health Care Options。

- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077。向他们告知您想要退出 SCFHP Cal MediConnect Plan 并加入其他 Medi-Cal 计划。如果不太确定要加入哪项计划，他们会提供您所在区域其他计划的信息。

在终止 Cal MediConnect 计划会籍时，您将获得针对 Medi-Cal 保险的新会员 ID 卡、新的会员手册和新的提供者及药房目录。

**如有疑问，** 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





---

## E. 在您的会籍终止之前，继续通过我们的计划获得医疗服务和药物

如果退出 SCFHP Cal MediConnect Plan，可能需要一段时间之后您的会籍才会终止，然后新的 Medicare 和 Medi-Cal 保险才会开始。请参见第 195 页，了解更多信息。在此期间，您将继续通过我们的计划获得医疗保健和药物保险。

- 您应在我们的网络药房按处方配药。通常，我们仅承保您在网络药房获得的处方药，包括通过我们的邮购药房服务获得的处方药。
- 如果会籍终止之日您在住院，住院费用通常由我们的 **MediConnect** 计划支付，直到您出院。即使新的健康保险在您出院之前开始也是如此。

---

## F. 终止您 Cal MediConnect 计划会籍的其他情况

如果发生以下情况，SCFHP Cal MediConnect Plan 必须终止您的会籍：

- 您的 Medicare A 和 B 部分保险中断。
- 您不再符合 Medi-Cal 资格。我们的计划是针对同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 资格的人。要成为 SCFHP Cal MediConnect Plan 的会员，您必须始终符合 Medi-Cal 和 Medicare 的资格。如果确定您不再符合 Cal MediConnect 的资格，州政府或 Medicare 可能终止您的会籍。
- 您搬离我们的服务区。
- 您离开我们的服务区超过六个月。
  - 如您搬家或进行长途旅行，您需致电客户服务部，了解新的居住地点或旅行地点是否在我们的服务区内。
- 您因犯罪而入狱。
- 您就您也有其他处方药保险一事撒谎或隐瞒信息。
- 您不是美国公民或在美国合法居留的人士。
  - 您必须是美国公民或在美国合法居留，方能成为我们计划的会员。
  - 如果您据此条件不符合继续成为会员的资格，Medicare 和 Medicaid 服务中心将通知我们。
  - 如果您不符合此项要求，我们必须将您除名。



---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

如果您不再符合 **Medi-Cal** 的资格，或因情况有变而不再符合 **Cal MediConnect** 的资格，您将在接下来的两个月内继续获得来自 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 的福利。如果您认为您仍具有资格，您可以在此额外时间内修改资格信息。您将会收到来自我们的一封信，内容为资格的变动以及修改资格信息的说明。

- 如果想保有 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 会员身份，您必须在两个月内再次获得资格。
- 如果您未能在两个月内再次获得资格，您将从 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 退保。

如果出于以下原因，我们会在获得 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 的许可后让您退出计划：

- 您在注册加入计划时有意提供不正确的信息，而这些信息会影响您加入计划的资格。
- 您持续表现出破坏性的行为，让我们很难为您和本计划的其他会员提供医疗保健服务。
- 您让其他人使用您的会员身份证获得医疗保健服务。
  - 如果我们出于这些原因终止您的会籍，**Medicare** 可能会让检察长调查您的个案。

---

## G. 针对出于任何健康相关原因要求您退出 **Cal MediConnect** 计划的规定

如果您认为自己因健康相关的原因而被要求退出计划，您应致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 **Medicare** 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。我们提供全年全天候的专线服务。

或者，请于星期一至星期五早上 9 点至下午 5 点致电 1-855-501-3077 与 **Cal MediConnect** 监察员计划联系。TTY 用户请致电 1-855-847-7914。

---

## H. 如果我们终止您在本计划下的会籍，您有权提出投诉

如果我们终止您的 **Cal MediConnect** 计划会籍，我们必须书面告知您终止会籍的理由。我们还必须说明您针对会籍终止提出申诉或投诉的方式。有关如何提出投诉的信息，您也可参见第 189 页第 9 第 J 节。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## I. 如何获得有关终止计划会籍的更多信息

如果您有任何疑问或希望获得有关终止会籍的更多信息，您可以：

- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与客户服务部联系。
- 请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 6 点致电 1-844-580-7272 与 Health Care Options 联系。TTY 用户请致电 1-800-430-7077。
- 请于星期一至星期五早上 8 点至下午 5 点致电 1-800-434-0222 与加利福尼亚州健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 联系。如需了解更多信息或者想要查找您所在地区的 HICAP 办公室，请访问 [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)。
- 请于星期一至星期五早上 9 点至下午 5 点致电 1-855-501-3077 与 Cal MediConnect 监察员计划联系。TTY 用户请致电 1-855-847-7914。
- 全年全天候致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 11 章：法律公告

---

### 简介

本章包含适用于您的 SCFHP Cal MediConnect Plan 会籍相关法律公告。关键术语及其定义按字母顺序排列，请参见《会员手册》最后一章。

### 目录

|   |     |
|---|-----|
| A. 有关法律的公告 .....  | 203 |
| B. 有关非歧视的公告 .....                                       | 203 |
| C. 有关 Medicare 作为第二付款人和 Medi-Cal 作为最后付款人的公告 .....       | 203 |
| D. 第三方责任 .....  | 204 |
| E. 隐私条例公告 .....   | 204 |
| F. 欺诈、浪费和滥用 .....                                       | 211 |
| F1. 健康护理欺诈 .....  | 211 |
| F2. 如何报告欺诈、浪费和滥用行为 .....                                | 212 |
| G. 关于激励措施的肯定声明 .....                                    | 213 |
| H. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 如何评估新技术 ..... | 214 |
| I. 质量改进 .....   | 214 |

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



---

## A. 有关法律的公告

有许多法律适用于本《会员手册》。这些法律可能影响您的权利和责任，即使本手册未包含或解释这些法律。适用于本手册的主要法律是适用于 Medicare 和 Medi-Cal 计划的联邦法律。可能还适用其他联邦法律和州法律。

---

## B. 有关非歧视的公告

与 Medicare 和 Medi-Cal 合作的每家公司或机构均须遵守保护您免受歧视或不公平待遇的法律。我们不会因年龄、索赔经历、肤色、民族、可承保性证明、性别、遗传信息、服务区内的地理位置、健康状况、病史、心理或生理缺陷、原籍国家、种族、宗教或性别而歧视您或对您区别对待。此外，我们不会因您的出身、婚姻状况或性取向而歧视您或对您区别对待。

如需了解更多信息，或对歧视或不公平待遇存有疑虑，

- 请致电 1-800-368-1019 与卫生及公共服务部 (Department of Health and Human Services) 的民权办公室 (Office for Civil Rights) 联系。TTY 用户请致电 1-800-537-7697。您也可以访问 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 获取更多信息。
- 致电 1-800-368-1019 与当地公民权利办公室联系。TDD 用户请致电 1-800-537-7697。

如果因身患残疾而需协助获得健康护理服务或就诊提供者，请致电客户服务部。如果您想要投诉，例如轮椅通道存在问题，客户服务部可提供帮助。

---

## C. 有关 Medicare 作为第二付款人和 Medi-Cal 作为最后付款人的公告

有时，针对我们为您提供的服务，可能有其他第一付款人存在。例如，如果您遇到车祸或出现工伤，则必须首先支付保险或工伤赔偿。

我们有权利和责任对 Medicare 不是第一付款人的 Medicare 承保服务收取费用。

有关第三方对会员医疗保健服务的法律责任，Cal MediConnect Plan 遵照州法律和联邦法律法规。我们将采取所有合理的措施确保 Medi-Cal 计划是最后付款人。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## D. 第三方责任

如果您因其他人的错误或疏忽而受伤或生病，必须告诉 SCFHP。SCFHP 将让卫生健康服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 跟进您的个案。

如果服务费用应由其他来源（“第三方”）支付，则 DHCS 有权从第三方收回款项。如果 DHCS 未收回这些费用，SCFHP 可以要求收回。如果出现以下情况，DHCS 有权收回款项，并要求第三方支付您从我们这里获得的的服务的相关费用：

- 您因其他人的过错而生病或受伤，如发生车祸（第三方过错责任）
- 您受工伤（工伤赔偿）
- 有欠款（财产追讨）

当 DHCS 有权因第三方行为而收回款项时：

- 我们将在您需要时为您提供任何必要的医疗服务
- 如果了解到相关情况，我们将让 DHCS 跟进第三方的行为
- 我们将要求第三方报销所提供的服务
- 您需帮助我们我们从第三方获得必要的信息，以便快速收款

请记住：

- 如果第三方向您支付费用，则您必须向 DHCS 支付我们为您支付费用的服务。
- 您欠 DHCS 的金额不得超过您从第三方获得的金额

本协议适用范围扩展至依照任何其他州或联邦医疗保健计划，或依据其他合约或法律权利提供的服务，包括但不限于因第三方的过错或伤亡索赔（如车祸或工伤赔偿）而提供的任何医疗保健服务。其他保险是主要付款人，Medi-Cal 是最后付款人。

---

## E. 隐私条例公告

**生效日期：2016 年 1 月 1 日**

本公告介绍我们使用和披露与您相关的医疗信息的方式，以及您获取这些信息的方式。请仔细阅读。

在本公告中，“我们”是指 Santa Clara Family Health Plan。

依据州法律和联邦法律的规定，Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 有责任保护您的健康信息。同时，我们也要求所有签约提供者和供应商保护您的健康信息。我们必须向您发送本公告，以告诉您我们如何使用和分享您的信息。本公告还描述了您所享有的权利。

---

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**



## **您的信息属于个人隐私**

在您取得加入我们的健康计划的资格后，我们会从联邦、州和当地机构获得您的信息。我们还会从您的医疗保健提供者、诊所、化验室和医院获取您的医疗信息，以便我们能够批准并支付您的医疗保健费用。

### **什么是“受保护的健康信息”？**

受保护的健康信息 (Protected Health Information, PHI) 是指包含个人身份识别信息的健康信息，这些识别信息有姓名、社会安全号码和其他可透露个人身份的信息。例如病历就属于 PHI，因为其包括姓名和其他个人身份识别信息。

我们的员工按照相应的政策和程序，来保护我们以口头、书面或电子方式取得的个人健康信息。我们的员工经过相关培训，内容包括对口头、书面和电子形式的会员 PHI 进行内部使用的方式，以及在组织范围内披露的方式。所有可访问会员健康信息的员工都经过隐私和信息安全法的培训。员工仅可访问他们完成工作所需的信息。

我们的员工还遵守内部条例、政策和程序，以保护有关会员健康信息的任何对话。例如，员工不得在电梯或走廊谈论与会员相关的信息。员工还必须在组织范围内保护包含会员健康信息的任何书面或电子文档。

我们的电脑系统通过使用不同级别的密码保护和软件技术，随时保护会员的电子 PHI。我们谨慎保护包含会员信息的传真机、打印机、复印机、电脑屏幕、工作站和移动多媒体硬盘，以防他人窃取。员工必须确保从传真机、打印机和复印机收取会员的 PHI，并且只能由有权限的员工收取此类信息。存储 PHI 的移动多媒体设备需进行加密，并且必须设置密码保护。员工不在办公桌前和离开办公室时，电脑屏幕必须锁定。包含 PHI 的工作站抽屉和柜子设有安全锁。

### **隐私条例公告的更改**

我们必须遵守我们当前使用的公告。我们有权更改这些隐私条例。条例的任何更改将适用于您的所有医疗信息。如果我们根据法律要求对条例进行了更改，我们将通知您。

### **我们如何使用和分享您的信息**

您的信息仅使用于治疗、支付和医疗保健事务。我们使用和分享的部分信息包括：

- 您的姓名；
- 地址；
- 个人情况；
- 您接受的医疗护理；
- 您的医疗护理费用；
- 您的病史。



**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**

**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**

在执行健康计划时，我们采取的部分行动包括：

- 检查您是否在计划承保范围内；
- 批准、提供和支付服务费用；
- 调查或起诉案件（例如欺诈）；
- 检查您接受的护理质量；
- 确保您获得所需的全部医疗服务。

我们同参与您医疗保健的相关方分享您信息的部分原因包括：

- **治疗：**您接受的治疗也许需要提前获得批准。我们将与医疗保健提供者、医院及其他各方分享信息，以确保您获得所需的治疗。
- **支付：**在支付您的医疗保健费用时，我们需要使用您的 **PHI**。在付款过程中，我们会与医疗保健提供者、诊所和向我们出具您医疗费用账单的其他方分享您的信息。我们可能会将账单转发给其他健康计划或组织进行支付。
- **处理医疗保健事务：**我们可能使用您病历中的信息，来检查您所接受的医疗保健的质量。我们还可能在审计、防欺诈和滥用计划，以及规划和综合管理中使用此类信息。
- **开展业务合作：**我们可能会向协助我们运作医保系统的外部公司披露您的 **PHI**。

### **使用您健康信息的其他情况**

以下描述了我们可能（并且被允许）使用和/或披露受保护的健康信息的其他可能情况：

- 我们可能会因法律批准的活动而向卫生监督机构公布您的医疗信息。这些监督活动可能包括审计、调查、审查、执照或纪律处分。这些活动是政府监控医保制度、政府计划和民权法遵从性所必需的。
- 如果我们决定不支付您的医疗费用，您或您的医生、医院及其他医疗健康提供者也许不会同意。我们可能会使用您的健康信息来审查这些决定。
- 在我们的健康计划运作过程中，可能会有相关团体来检查我们如何提供服务，因而我们可能会与此类团体分享您的健康信息。
- 我们可能会和参与您医疗保健的相关人员或您的个人代理人分享信息。
- 当联邦政府检查我们是否满足隐私规定时，我们必须与联邦政府分享您的健康信息。
- 我们可能会与获取、储存或移植捐赠器官或组织的机构分享您的健康信息。
- 我们可能会根据您的雇主、工伤赔偿保险公司或其代表的书面请求，分享您健康信息中与工伤赔偿疾病或伤害相关的信息。
- 我们可能会因某些类型的研究而使用和分享您的健康信息。

---

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。**  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**





- 我们可能会因公共健康活动而公布您的信息。这些活动可能包括但不限于以下几项：
  - 预防或控制疾病、伤害或残疾；
  - 报告出生和死亡；
  - 报告虐待儿童或忽视；
  - 报告药物和其他医疗产品的问题；
  - 就产品的召回发出通知；
  - 向可能接触病源或可能感染或传播某种疾病或症状的相关人员发出通知。

### **何时需要书面许可**

如果我们出于上述未列出之目的而需要使用您的信息，我们必须获得您的书面许可。在同意之后，您也可随时以书面形式收回许可。

### **您享有哪些隐私权？**

您有权要求我们不得使用或分享您受保护的医疗保健信息。我们将发送一份表格供您填写，以了解您的意见。我们也可代您填写该表格。我们可能无法同意您的请求。

您有权要求我们仅通过书面形式或以不同地址、邮政信箱或电话联系您。如果为保护您的安全而有必要，我们将接受合理的请求。

您和您的个人代理人有权获得您健康信息的副本。我们将发送一份表格供您填写，以了解您想复制的内容。您可能需要支付复制和邮寄记录的费用。（我们可能出于法律允许的原因而阻止您查看某些部分的记录。）

如果记录中的信息不正确或不完整，您有权要求更改。我们将发送一份表格供您填写，以了解您想更改的内容。如有以下情况，我们可能会拒绝您的请求：

- 信息并非由 SCFHP 创建或保存；或
- 信息并非 SCFHP 所保存之标准信息集的一部分；或
- 信息已因诉讼案件或其他法律诉讼而被收集；或
- 我们认定信息准确并且完整。

无论是否同意进行您希望的更改，我们都将告知您。如果我们不同意进行您希望的更改，我们将发送一封信告知您原因。如果您不同意我们的决定，您可以要求我们重新考虑。您也可以发送声明，解释您为何不同意我们的决定。我们会将您的声明与记录一同保存。



**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 重要事项

**Santa Clara Family Health Plan 并未持有您病历的完整副本。**  
如果想查看、获取或更改病历，请联系您的医生或诊所。

在我们分享您的健康信息时，您有权要求获取一份包含以下内容的列表：

- 我们与谁分享信息，
- 我们何时分享信息，
- 分享信息的原因，以及
- 我们分享了哪些信息。

此列表不适用于我们与您分享信息、在您许可下分享信息或为进行治疗、便于支付或为处理健康计划事务而分享信息的情况。

您有权要求获取本隐私条例公告的纸质打印件。

您也可以访问我们的网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 查看此通知。

### 侵犯隐私权

违反系统安全规定意味着未经授权获取电脑化数据而损害由 SCFHP 维护的会员个人信息的安全性、保密性或完整性。SCFHP 的员工或代表为 SCFHP 之目的而善意获取会员个人信息不属于违反系统安全规定的行为，前提是此类个人信息不得用于或受到进一步的未授权披露。

个人信息是指会员的名字或名字首字母和姓氏与以下任意一个或多个数据元素的组合，而且姓名或者数据元素并未被加密：

- 社会安全号码；
- 驾驶证号码或加州身份卡号码；
- 信用卡或借记卡号码或账号，以及用于访问个人财务账户的任何必要安全代码、访问代码或密码；
- 医疗信息；或
- 健康保险信息。

个人信息不包括普通公众依法可从联邦、州或当地政府记录获取的公开信息。医疗信息是指与会员的病史、精神或身体情况或健康护理专业人士提供的治疗或做出的诊断相关的信息。健康保险信息是指会员的健康保险保单号码或用户识别号码、医疗保险公司用于识别会员的任何唯一识别信息，或会员申请和索赔历史记录中的任何信息，包括任何上诉记录。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



一旦有未经授权的人士获得 SCFHP 会员的私人健康信息，SCFHP 将尽快向受影响的会员披露此类侵犯隐私权的行为，不得无故拖延，并将配合执法机关的合法要求或采取任何必要的措施，以确定数据泄露的范围并恢复数据系统的合理完整性。

向会员发出的信息泄露通告应以通俗易懂的语言书写，并且（至少）包含有合理理由认为已经被泄露的会员的姓名和联系信息。如果在发出通告时能够确定以下信息，那么通告应包含：信息泄露的日期；或信息泄露的估计日期；或信息泄露发生的日期范围。通告还应包含：通告的日期；是否因执法机关的调查而延迟了通告；信息泄露事件的一般描述；如果会员的社会安全号码、驾驶证号码或加州身份卡号码遭到泄露，通告还应包含主要信用报告机构的免费电话和地址。经 SCFHP 自由裁决，通告还可能包含：SCFHP 为保护信息遭到泄露的会员而采取了哪些行动；和/或信息遭到泄露的会员可以采取哪些措施来保护他/她自己。

SCFHP 可以采取以下方法提供信息泄露通告：

- 书面通告；
- 电子通告；或
- 替代通告。

如果 SCFHP 证明提供通告的成本将超过二十五万美元 (\$250,000)，或受影响会员的人数超过 500,000 人，或 SCFHP 没有足够的联系信息，则 SCFHP 可以使用替代通告。替代通告应包含以下所有信息：

- 如 SCFHP 知晓受影响会员的电子邮件地址，将发送电子邮件通告；
- 在 SCFHP 网站的显眼位置发布通告；以及
- 向全州主要媒体和加州技术机构 (California Technology Agency) 的信息安全办公室 (Office of Information Security) 发送通告。

如果受信息泄露影响的会员超过 500 人，SCFHP 将向首席检察官发送一份单独的信息泄露通告样本（不包含任何个人身份识别信息）。

如您有要求，SCFHP 可向您提供我们保护病历数据机密性的政策和程序。

### *如何联系我们以行使您的权利？*

如果您想行使本公告中注明的任何隐私权，请致电联系我们或写信至：

Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

免费电话： **1-877-723-4795**  
传真： **1-408-874-1970**  
TTY： **711**

### **投诉**

如您认为您的隐私未受到保护而想要投诉，您可以通过电话或信函方式提出投诉（申诉），联系方式如下：

Attn: Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

免费电话： **1-877-723-4795**  
传真： **1-408-874-1970**  
TTY： **711**

或者，您可以联系如下机构：

隐私办公室热线/HIPAA 合规办公室 (Office of HIPAA Compliance, OHC)  
电话： **1-916-445-4646**  
免费电话： **1-866-866-0602**  
电子邮件： [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)

Attn: Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th St, Ste 4-100  
San Francisco, CA 94103  
客户响应中心： **1-800-368-1019**  
传真： **1-202-619-3818**  
TDD： **1-800-537-7697**  
电子邮件： [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

### **请自由行使您的权利**

如您提出投诉或使用本公告中规定的任何隐私权，我们不会取消您的医疗保健福利或以任何方式伤害您。

### **疑问**

如您对本公告有任何疑问并且需要进一步的信息，请通过上面提供的地址和电话联系 SCFHP 隐私官。如需获取本公告的其他语种、盲文版、大字版或音频版，请通过第 209 页所列的地址和电话与 SCFHP 隐私官联系。

---

**如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711)**  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
**如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。**



---

## F. 欺诈、浪费和滥用

健康护理欺诈是严重问题。欺诈会导致每个人的健康护理成本增加。有些形式的健康护理欺诈和滥用会危及您的健康、安全和福祉。请协助我们扼制这类浪费和滥用现象。

### F1. 健康护理欺诈

- 健康护理欺诈是一种故意的欺诈行为。例如：
  - 让他人使用您的会员 ID 卡。
  - 使用虚假信息，以获得医疗服务或福利。
  - 获取处方药，以滥用或售卖药物。
  - 前往多名医生处就诊，获取同一种药物的多个处方。
  - 让提供者就您并未接受的服务而支付费用。

欺诈属于犯罪行为。请访问 [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov) 了解更多信息。

- **保护自己免受欺诈。**任何人都可能构成欺诈，包括：
  - 会员或其看护人员
  - 医疗设备供应商
  - 医院员工
  - 收费服务
  - 医生
- **如何保护自己免受欺诈：**
  - 绝不让他人使用您的会员 ID 卡。
  - 了解访问您信息的人员，例如看护人员或亲属。
  - 接受检测或程序之前，仔细询问医生，了解他们希望您接受哪些检测或程序。同时，询问医生为何需要接受这类检测。
  - 跟踪您参与、错过或取消的所有医生看诊和预约。
  - 如果您收到了任何服务的账单或索赔，请查看账单或索赔，并确保准确无误。（注意：您不应收到 Medi-Cal 或 Cal MediConnect 承保福利的账单。
  - 如果您的医疗和/或处方药福利说明 (Explanation of Benefits, EOB) 中有任何令人困惑或错误之处，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与我们联系。
  - 警惕“免费”医疗服务。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

- 如有任何人询问您的会员身份证号码、个人识别信息或病史，请务必小心谨慎。
- 如果使用电脑，请完全退出所有受密码保护的账号。
- 如出现以下情况，请立即通知我们：
  - 您的会员卡丢失或被盗。
  - 单据显示的服务、提供者或服务日期不正确。（注意：您不应收到 **Medi-Cal** 或 **Cal MediConnect** 承保福利的账单。

如果您的记录和医生的记录不同，并非一定是欺诈。也可能只是记录出错。请致电告知我们不一致之处，以便我们展开审查。

## F2. 如何报告欺诈、浪费和滥用行为

报告欺诈，人人有责。SCFHP 非常重视欺诈、浪费和滥用行为。如果您怀疑存在欺诈行为，请尽快联系欺诈热线。您所提供的信息越多，就越有助于问题的顺利审查和拓展解决。

SCFHP 欺诈热线的所有电话均为匿名，并且严格保密。

- SCFHP 欺诈热线：
  - 电话：1-408-874-1450（全年全天候开通）。
  - TTY：711
  - 电子邮件：[ReportFraud@scfhp.com](mailto:ReportFraud@scfhp.com)
  - 传真：1-408-874-1970

Attn: Compliance Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

您亦可联系以下联邦机构：

- 加州卫生健康服务部 (Department of Health Care Services, DHCS)
    - 电话：1-800-822-6222
    - 电子邮件：[stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov)
    - 网站：在线报告欺诈行为
- PAU MS 2200  
PO Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY：711）  
与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



- HHS 检察长办公室

电话：1-800-447-8477  
TTY：1-800-377-4950  
网站：在线报告欺诈行为

HHS 提示热线  
P.O. Box 23489  
Washington, DC 20026-3489

- Medicare 和 Medicaid 服务中心

电话：1-800-633-4227  
TTY：1-877-486-2048  
网站：[www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov)  
在线报告欺诈行为：[www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/ReportFraudandSuspectedFraud.html](http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/ReportFraudandSuspectedFraud.html)

Medicare Beneficiary Contact Center  
P.O. Box 39  
Lawrence, KS 66044

---

## G. 关于激励措施的肯定声明

### Santa Clara Family Health Plan 申明：

- 使用情况管理 (Utilization Management, UM) 决定的唯一依据是护理和服务的适当性以及现有承保情况。
- 本机构不会因执业医师或其他人拒绝承保或提供护理服务而特别对其进行奖励。
- 针对 UM 决策者设置的财务激励并非旨在鼓励他们做出可导致资源未被充分利用的决定。
- 针对任何人采取的激励措施（包括报酬）的依据绝非其做出的否决决定的数量或类型。

如对本声明有疑问，请致电 1-408-874-1821 与使用情况管理部门联系。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## H. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 如何评估新技术

每一年，SCFHP 都会寻求健康护理方面的改变和进步，以进一步提升您的护理品质。我们研究新的治疗方案、药物、程序和设备。以上种种被我们称为“新技术”。

我们会参考政府和医学专家的相关科学报告和其他信息，以决定是否使用任何新技术。同时，我们也会考虑价值、运作方式和安全标准。经过仔细审查后，我们会决定是否应将新技术作为健康福利纳入承保范围。会员和提供者可直接向 SCFHP 提交请求，敦促其审查新技术。

---

## I. 质量改进

对我们而言，质量至关重要。也正因如此，SCFHP 制定了强大的质量改进计划。本计划旨在确保我们持续提升质量、安全和所有会员的护理满意度。

质量改进流程有助于：

- 识别会员护理和客户服务中需要改进之处；
- 设置审查优先项
- 制定有效方法来解决问题，以便做出改进。

SCFHP 可通过下列方法来识别需要改进之处：

- 潜在质量问题 (PQI)
- Grievances and Appeals
- 质量改进项目 (QIP)
- 消费者咨询委员会 (Consumer Advisory Board, CAB) - 请参见下文，了解更多信息。
- 健康结果调查 (Health Outcomes Survey, HOS)
- 医疗服务提供者和系统消费者评估 (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System, CAHPS) 调查
- 医疗数据有效性和信息集 (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS) 指标
- 机构现场审查 (FSR)
- 同行评审
- 提供者访问和可用性标准

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





SCFHP 成立了名为“消费者咨询委员会”(Consumer Advisory Board, CAB) 的团体。该团体由其会员、其家庭成员和/或其他照护人员以及社区组织代表所组成。该团体会讨论如何改善 SCFHP 政策，并负责：

- 提供关于服务、福利、提供者、问题以及计划管理改进方式的反馈
- 提供关于事件、活动、沟通和成员资料的反馈
- 参与质量管理计划
- 帮助 SCFHP 找到会员健康护理服务的缺陷，包括享有长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 的会员以及有其他特殊需求的会员

如果您希望加入该团体，请致电 SCFHP 客户服务部。

如需了解有关 SCFHP 质量改进计划的更多信息，请访问网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) 查看“质量改进计划说明”。



---

**如有疑问**，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

**如需了解更多信息**，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 第 12 章：重要词汇定义

---

### 简介

本章包含《会员手册》所用的关键术语及其定义。术语按字母顺序排列。如果找不到相关术语或需除定义以外的其他信息，请与客户服务部联系。

**Cal MediConnect:** 通过一个健康计划同时为您提供 Medicare 和 Medi-Cal 福利的计划。您持有一张会员身份证即可享受所有福利。

**Medi-Cal 计划:** 仅承保 Medi-Cal 福利的计划，这些福利有长期服务和支持、医疗设备和交通服务等。Medicare 福利是单独的。

**Medi-Cal:** 这是加州 Medicaid 计划的名称。Medi-Cal 由州政府进行管理，并由州政府和联邦政府支付费用。

- 该计划帮助收入和资源有限的人士支付其长期服务和支持以及医疗的费用。
- 其中包含 Medicare 未承保的额外服务和部分药物。
- 各州 Medicaid 计划均有不同，但只要您同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 资格，大多数健康护理费用都在承保范围内。
- 请参见第 24 页第 2，了解关于如何联系 Medi-Cal 的信息。

**Medicare A 部分:** 承保大部分有医疗必要性的医院、专业护理机构、居家健康和临终关怀的 Medicare 计划。

**Medicare Advantage 计划:** 一项 Medicare 计划，也称为“Medicare C 部分”或“MA 计划”，通过私人公司提供计划。Medicare 会向这些公司付款，以给付您的 Medicare 福利。

**Medicare B 部分:** 承保为治疗疾病或身体状况而有医疗必要性的各种服务（如实验室化验、手术和问诊）和医疗用品（如轮椅和助行器）的 Medicare 计划。Medicare B 部分还承保许多预防和筛查服务。

**Medicare C 部分:** 让私人健康保险公司通过 Medicare Advantage 计划提供 Medicare 福利的 Medicare 计划。

**Medicare D 部分:** Medicare 处方药福利计划。（该计划简称“D 部分”。）D 部分承保门诊处方药、疫苗，以及 Medicare A 部分、B 部分或 Medi-Cal 不承保的一些医疗用品。SCFHP Cal MediConnect Plan 包含 Medicare D 部分。

**Medicare D 部分药物:** Medicare D 部分可承保的药物。国会已特别从 D 部分承保药物中排除了某些类别的药物。Medi-Cal 可能承保其中一些药物。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



**Medicare 承保服务：** Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。所有 Medicare 健康计划，包括我们的计划都必须承保所有 Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。

**Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)：** 主管 Medicare 的联邦机构。第 24 页第 2 介绍如何联系 CMS。

**Medicare：** 针对年满 65 岁及以上的人士、某些年龄在 65 岁以下的身障人士以及患有晚期肾脏疾病（通常是需透析或肾脏移植的永久性肾衰竭）的人士的联邦健康保险计划。注册 Medicare 的人员可通过 Original Medicare 或管理式护理计划（请参见“健康计划”）获取 Medicare 健康保险服务。

**Medicare-Medi-Cal 注册者（双重资格）：** 同时拥有 Medicare 和 Medi-Cal 承保资格的人士。Medicare-Medi-Cal 注册者也被称为“双重资格人士”。

**Original Medicare（传统 Medicare 或按服务收费的 Medicare）：** Original Medicare 由政府提供。在 Original Medicare 下，Medicare 服务是通过向医生、医院及其他医疗保健提供者支付国会设定的金额来进行承保。

- 您可在需要时前往接受 Medicare 的任何医生、医院或其他医疗保健提供者处就诊。Original Medicare 有两个部分：A 部分（医院保险）和 B 部分（医疗保险）。
- Original Medicare 在美国任何地方均可用。
- 如果不想加入我们的计划，则可选择 Original Medicare。

**Silver&Fit®（健身福利提供者）：** Silver&Fit® 计划由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供。本手册中的 Silver&Fit 和 ASHConnect 是 ASH 的商标，经许可后使用。请访问 [www.silverandfit.com](http://www.silverandfit.com)，或者于星期一至星期五早上 5 点至晚上 6 点（太平洋时间）致电 1-877-427-4788 与 Silver&Fit® 客户服务部联系。请参见第 79 页第 4 章第 D 节。

**补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)：** 社会安全局为收入和资源有限且身障、失明或年满 65 岁及以上的人士提供的每月福利。SSI 福利与社会安全福利不同。

**承保裁决：** 关于我们承保哪些福利的决定。这包括针对承保的药物和服务的决定，以及针对我们为健康服务支付的金额的决定。第 149 页第 9 介绍如何请求我们做出承保裁决。

**承保服务：** 这是指我们的计划所承保的所有医疗保健、长期服务和支持、医疗用品、处方药和非处方药、设备以及其他服务。

**承保药物：** 这是指我们计划所承保的所有处方药和非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药物。

**承保药物清单（药物清单）：** 计划承保范围内的处方和非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药物清单。本计划在医生和药剂师的帮助下选择该清单中的药物。“药物清单”告知您是否有任何获取药物所需遵守的规则。药物清单有时被称为“处方集”。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP):** 初级护理提供者是您针对大部分健康问题而最先约见的医生或其他提供者。他们会确保您获得保持健康所需的护理。

- 他们还可能与其他医生和医疗保健提供者讨论您的护理，并安排您转诊。
- 在许多 Medicare 健康计划中，选择前往其他医疗保健提供者处就诊之前，必须首先前往初级护理提供者处就诊。
- 请参见第 47 页第 3 章，了解有关在初级护理提供者处接受护理的信息。

**初始承保阶段:** 您的 D 部分药物费用总额达到 7,050 美元之前的阶段。此阶段包含您支付的费用、我们计划代表您支付的费用和低收入补贴。您在某年第一次配药时，即进入此阶段。在此阶段中，计划会支付部分药物费用，而您则需支付由您自己承担的那部分费用。

**低收入补贴 (Low-Income Subsidy, LIS):** 请参见“额外帮助”。

**独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR):** 如果我们拒绝您的医疗服务或治疗请求，您可对我们提出上诉。如果您不同意我们的决定，并且您的问题与 Medi-Cal 服务（包括 DME 用品和药品）有关，那么您可请求加州健保管理局展开 IMR。IMR 是由不属于我们的计划范围内的医生审核您的个案。如果 IMR 的决定对您有利，则我们必须提供您请求的服务或治疗。您无需为 IMR 支付任何费用。

**额外帮助:** 一项 Medicare 计划，旨在帮助收入和资源有限的人员减少 Medicare D 部分的处方药费用，例如保费、自付额或共付额。额外帮助还被称为“低收入补贴”或“LIS”。

**非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药物:** 非处方药物是指个人无需医疗专家出具处方即可购买的药物。

**A 部分:** 请参见“Medicare A 部分”。

**B 部分:** 请参见“Medicare B 部分”。

**C 部分:** 请参见“Medicare C 部分”。

**D 部分:** 请参见“Medicare D 部分”。

**D 部分药物:** 请参见“Medicare D 部分药物”。

**费用分摊:** 您获取特定服务或处方药时必须支付的费用。费用分摊包括共付额。

**费用分摊:** 在 Cal MediConnect 福利生效之前，您每月必须支付的那部分医疗保健费用。您的费用分摊金额取决于您的收入和资源。

**费用分摊类别:** 具有相同共付额的一组药物。“承保药物清单”（也称为“药物清单”）中的每种药品都属于四种费用分摊类别的其中一种。通常，费用分摊类别越高，您为药物支付的费用越高。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY: 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



**分步治疗：**在承保您所请求的药物之前首先要求您尝试另一种药物的承保规则。

**服务区：**在健康计划按照居住区域对会籍实施限制的情况下，健康计划所能接受会员的地理区域。如果健康计划对可以使用的医生和医院有限制，服务区通常还指您可获得例行（非急救）服务的区域。只有生活在我们服务区的居民才可加入 **SCFHP Cal MediConnect Plan**。

**个案管理员（护理协调员）：**为您处理医疗计划并与护理提供者合作，确保您获得所需护理的主要人员。

**个人健康信息，也称为“受保护的健康信息” (Protected Health Information, PHI)：**有关您和您健康情况的信息，例如您的姓名、地址、社会安全号码、医生就诊和病史。请参见 SCFHP “隐私条例公告”，了解 SCFHP 如何保护、使用及披露您的 PHI 以及您在 PHI 方面所享有的各项权利。

**个性化护理计划 (Individualized Care Plan, ICP) (或“护理计划”)：**有关您可获得的服务及获取方式的一项计划。您的计划可能包含医疗服务、行为健康服务以及长期服务和支持。

**共付额：**您每次获取特定处方药时需支付的固定分摊费用。例如，您可能需要为某种处方药支付 2 美元或 5 美元。

**护理计划：**请参见“个性化护理计划”。

**护理计划可选服务 (Care Plan Optional Services, CPO Services)：**您的个性化护理计划 (Individualized Care Plan, ICP) 下可选的其他服务。提供这些服务并不是为了代替您在 Medi-Cal 下有权获得的长期服务和支持。

**护理团队：**请参见“跨学科护理团队”。

**会员（我们计划的会员或计划会员）：**注册了 Medicare 和 Medi-Cal、有资格享受承保服务的人员，注册了我们的计划并经 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 和州政府确认的人员。

**会员手册和披露信息：**本文档、您的注册表格及其他任何附件或附文，目的是解释您的保险、我们必须做的事情、您作为计划会员所拥有的权利以及必须做的事情。

**急诊：**在您或任何其他具备一般健康与医疗知识的人员认为您的症状需要立即就医以防止死亡、损失身体部分或丧失部分身份功能时采取的一种医疗应急措施。症状可以是重伤或剧痛。

**急诊护理：**由经过培训能够提供紧急服务的提供者所提供，并且为处理医疗或行为健康紧急情况而需要的承保服务。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY：711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**计费错误/不当：**在这种情形下，提供者（如医生或医院）向您开具的账单金额超出计划对服务的费用分摊金额。当您接受任何服务或获得任何处方时，请出示 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 会员身份证。如果您收到任何不能理解的账单，请致电客户服务部。

由于 **SCFHP Cal MediConnect Plan** 会支付全部的医疗服务费用，因此您无需支付任何分摊费用。提供者不应就这些服务向您开具任何账单。

**监察员：**您所在州内代表您提出主张的办公室。如有任何疑问或者想要提出投诉，他们可回答问题，并向您告知该如何行事。监察员的服务免费。有关 **Cal MediConnect** 监察员计划的更多信息，请参见本手册第 24 页第 2 章和第 149 页第 9 章。

**健保管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)：**负责监管健康计划的加州政府部门。DMHC 帮助 **Cal MediConnect** 的会员就 **Medi-Cal** 服务提出上诉和投诉。DMHC 还负责展开独立医疗审查 (Independent Medical Reviews, IMR)。

**健康保险咨询和宣传计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：**提供有关 **Medicare** 的免费客观信息和咨询的一项计划。第 24 页第 2 介绍如何联系 HICAP。

**健康风险评估：**对患者的病史和当前身体状况进行检查的过程，主要用于摸清患者的健康状况以及未来可能发生的变化。

**健康计划：**由医生、医院、药房、长期服务提供者和其他提供者组成的一个组织。该组织还包含个案管理员，来帮助您管理所有的提供者和服务。他们共同提供您所需的医疗保健服务。

**矫形器和假肢：**这些是您的医生或其他医疗保健提供者订购的医疗设备。承保的医疗用品包括但不限于臂部、背部和颈部支具；假肢；假眼；以及替代内部身体部位或功能所需的设备，包括造瘘术用品以及肠内和肠外营养治疗。

**紧急护理：**因突患疾病、受伤或产生非急症但需立即护理的状况时所获得的护理。当网络提供者不可用或无法获得其服务时，您可从网络外提供者处获得急需的护理。

**居家健康助理：**无需执业护士或治疗师的技能就可提供服务的个人，其提供个人护理帮助（如洗澡、入厕、穿衣或进行指定练习）等服务。居家健康助理没有护士执照，也不提供治疗。

**康复服务：**为帮助您在疾病、事故或大手术后恢复身体而提供的治疗。请参见第 64 页第 4 章，了解有关康复服务的更多信息。

**客户服务部：**我们计划内的一个部门，负责回答您有关会籍、福利、申诉和上诉的问题。请参见第 24 页第 2，了解有关如何与客户服务部联系的信息。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



**跨学科护理团队 (Interdisciplinary Care Team, ICT) (或“护理团队”):** 该护理团队可能包括帮助您获得所需护理的医生、护士、咨询师或其他健康专业人员。护理团队还会帮助您制定护理计划。

**例外:** 获取通常不承保的药物或去除使用药物的某些规定或限制的许可。

**疗养院或机构:** 为在家无法获得护理但又无需住院的人士提供护理的地方。

**临终关怀:** 一项护理和支持计划，旨在帮助有晚期预后的人舒适地生活。晚期预后是指患有晚期疾病，并且预计仅剩六个月或更少的寿命。

- 有晚期预后的注册者有权选择临终关怀。
- 经过专门培训的专业人员和护理人员将为患者提供护理，满足他们的身体、精神、社会和精神需求。
- SCFHP Cal MediConnect Plan 必须为您提供您所在区域的临终关怀提供者清单。

**每日费用分摊率:** 当您的医生开出的某种药物数量少于一个月供药量，而您需要支付共付额时，用于计算费用的比率。每日费用分摊率为共付额除以每月药物供应的天数。

以下为示例：假设 1 个月（31 天药量）供药的共付额为 1.35 美元。这表示您所支付的药物费用低于每天 0.05 美元。如果您获得 7 天的供药量，您应支付的费用低于每天 0.05 美元乘以 7 天，总费用低于 0.35 美元。

**门诊手术中心:** 为无需住院治疗且预计治疗时间不会超过 24 个小时的患者提供门诊手术的机构。

**耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME):** 医生嘱咐您在家使用的某些用品。耐用医疗设备的示例包括轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者订购的家用病床、静脉 (Intravenous, IV) 输液泵、言语生成设备、供氧设备及耗材、雾化器和助行器。

**品牌药:** 由最初生产药物的公司制造和销售的处方药。品牌药具有与其学名药版本相同的成分。学名药通常由其他药品公司生产和销售。

**全包式老年人健康护理计划 (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE):** 为年满 55 岁及以上、需在家获得更高级别护理的人士提供 Medicare 和 Medi-Cal 福利的计划。

**日常生活活动 (Activities of Daily Living, ADL):** 人们平常每天做的事情，例如用餐、入厕、穿衣、洗澡或刷牙。

**上诉:** 如您认为我们有错，您可以此种方式提出质疑。您可提出上诉以请求我们更改承保裁决。第 149 页第 9 介绍上诉相关信息，包括上诉方式。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS):** 一项机构门诊服务计划，可为符合适用的资格标准的注册者提供专业护理、社会服务、职业治疗和言语疗法、个人护理、家庭/看护人员培训和支持、营养服务、交通服务以及其他服务。

**申诉:** 您对我们或我们的网络提供者或药房提出的一种投诉。这包括对您的护理质量或您健康计划提供服务的质量而提出投诉。

**事先授权:** 必须获得 SCFHP Cal MediConnect Plan 批准，才可获得特定服务或药物，或者找网络外提供者看诊。如未获得审批，SCFHP Cal MediConnect Plan 可能不会承保该服务或药物。

某些网络医疗服务仅在您的医生或其他网络提供者从我们的计划获得预先授权的情况下为您承保。

- 有关需要本计划事先授权的承保服务，已在第 64 页第 4 章“福利图表”中予以标记。

有些药物仅在从我们这里获得预先授权的情况下承保。

需要本计划事先授权的承保药物，已在“承保药物清单”中做了相应标记。

**数量限制:** 对您可拥有的药物数量的限制。限制可能是针对我们为每份处方承保的药物数量。

**投诉:** 表示您对所承保的服务或护理有疑问或担忧的一份书面或口头声明。这包括对服务质量、护理质量、我们网络提供者或我们网络药房的任何顾虑。“提出投诉”的正式名称为“提出申诉”。

**网络提供者:** “提供者”是我们用来指代医生、护士和其他为您提供服务和护理的人员的通用说法。该术语还包含医院、居家护理机构、诊所以及其他提供医疗保健服务、医疗设备 and 长期服务及支持的场所。

- 他们经 Medicare 和州政府许可或认证，以提供医疗保健服务。
- 他们同意与健康计划合作并接受我们的付款，而不向会员收取额外金额，因此我们将他们称为“网络提供者”。
- 如果您是本计划的会员，您必须使用网络内的提供者，以便获取承保服务。网络提供者也被称为“计划提供者”。

**网络外提供者或网络外机构:** 不是本计划所雇用、拥有或运营，并且不依照合同提供承保服务给本计划会员的提供者或机构。第 47 页第 3 章介绍网络外提供者或机构。

**网络外药房:** 不同意与本计划合作以协调或提供承保药物给本计划会员的药房。您从网络外药房获得的大部分药物不由本计划承保，除非适用某些条件。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。





**网络药房：**同意为本计划的会员提供处方药的药房（药店）。我们称其为“网络药房”，因为他们已同意与我们的计划合作。在大部分情况下，我们仅承保在网络药房配置的处方药。

**卫生健康服务部 (Department of Health Care Services, DHCS)：**负责管理 Medicaid Program（在加州被称为 Medi-Cal）的加州政府部门，本手册中通常称为“州政府”。

**文化能力培训：**培训旨在为我们的医疗保健提供者提供附加说明，助其更好地了解您的背景、价值观和信仰，进而提供满足您社会、文化和语言需求的服务。

**行为健康：**涉及心理健康和药物滥用失常的总括术语。

**学名药：**联邦政府批准用于代替品牌药的处方药。学名药具有与品牌药相同的成分。这类药物通常价格更低，并且与品牌药物效果相同。

**药物类别：**“药物清单”中的药物分组。药物类别示例包括学名药、品牌药或非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药物。“药物清单”中的每种药物均属于四种类别之一。

**医疗必要性：**这用于描述为预防、诊断或治疗医疗状况或保持当前健康状态而需要的服务、医疗用品或药物。这包括可让您免于去医院或疗养院接受治疗的护理。这还意味着，此类服务、医疗用品或药物符合医疗实践的通用标准。医疗必要性是指在诊断或治疗疾病或伤害的过程中，为保护生命、预防重大疾病或重大残疾、缓解剧烈疼痛而有合理必要性的服务。

**暂时补助金：**等待一级上诉或州听证会的裁决期间，您可以继续获得福利（请参见第 149 页第 9，了解更多信息）。这一持续承保被称为“暂时补助金”。

**长期服务和支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS)：**长期服务和支持是帮助改进长期医疗状况的服务。其中的大部分服务是帮助您呆在家里，您无需前往疗养院或医院。LTSS 包含社区成人服务 (Community-Based Adult Service, CBAS) 和护理机构/亚急性护理机构 (Nursing Facility/Sub-Acute Care Facility, NF/SCF)。

**质量改进机构 (Quality Improvement Organization, QIO)：**由医生与其他医疗保健专家组成的一个团体，致力于帮助改善 Medicare 为人们提供的护理质量。他们的薪酬由联邦政府支付，任务是检查和改进为患者提供的护理。请参见第 24 页第 2，了解有关如何联系您所在州 QIO 的信息。

**重病承保阶段：**D 部分药物福利包含的阶段，由计划支付您的所有药物费用直到年终。当您的处方药费用达到 6,550 美元的限额时，即开始进入此阶段。

**州听证会：**如果您的医生或其他提供者要求提供我们不会批准的 Medi-Cal 服务，或者我们停止为您已经获得的 Medi-Cal 服务支付费用，则您可请求举行州听证会。如果州听证会的决定对您有利，则我们必须提供您所请求的服务。



如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。

如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

**住院：**是指正式入院以接受专业医疗服务。如果未正式入院，则即使在医院过夜也仍被视为门诊病人而非住院病人。

**注销：**终止本计划会籍的流程。注销可能是自愿（您自己选择）或非自愿（不是自己选择）。

**专科医生：**为特定的疾病或身体部位提供医疗保健的医生。

**专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF) 护理：**专业护理机构每日提供的持续性专业护理和康复服务。专业护理机构的护理示例包括注册护士或医生可以提供的物理治疗或静脉 (Intravenous, IV) 注射。

**专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF)：**配有人员和设备以提供专业护理，并且在大部分情况下提供康复服务和其他相关健康服务的护理机构。

**转介：**转诊是指您必须获得初级护理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 的批准，才可使用其他非 PCP 提供者的服务。如果您未获得批准，SCFHP Cal MediConnect Plan 可能不承保该服务。前往妇科健康专科医生等特定专科医生处看诊无需进行转诊。有关转诊的更多信息，请参见第 47 页第 3 章；有关哪些服务需要转诊的更多信息，请参见第 64 页第 4 章。

**自付费用：**针对会员支付所获服务或药物的部分费用的费用分摊要求，也称为“自付费用”要求。请参见前文的“费用分摊”定义。

**综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)：**主要为生病、事故或大手术后的人提供康复服务的机构。它可提供各种服务，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职能治疗、言语治疗和家庭环境评估服务。

**组织裁定：**在本计划或其提供者之一做出有关承保服务或承保服务支付金额的决定时，本计划即进行了组织裁定。在本手册中，组织决定被称为“承保裁决”。第 9 介绍如何请求我们做出承保裁决。

---

如有疑问，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY : 711) 与 Santa Clara Family Health Plan 联系。本电话免费。  
如需了解更多信息，请访问 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。



本页有意留空

