

L.A. Care
Medicare Plus[™]
(HMO D-SNP)

《会员手册》 2026

2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日



L.A. Medicare Plus (HMO D-SNP) 《会员手册》

2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日

L.A. Care Health Plan 的健康服务与药物承保

《会员手册》引言

本《会员手册》又称为《承保范围说明书》(Evidence of Coverage), 其会为您说明在 2026 年 12 月 31 日结束之前您在本计划享有的承保范围。本手册会说明医疗保健服务、行为健康 (心理健康和物质使用障碍) 服务、药物承保以及长期服务与支援。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的**第 12 章**。

这是一份重要法律文件。请妥善保管。

本《会员手册》提及的“我们”、“我们的”或“本计划”一律是指 L.A. Care Medicare Plus。

本文件免费提供以下语言版本: 阿拉伯语、亚美尼亚语、中文、旁遮普语、印地语、苗语、日语、韩语、老挝语、勉语、柬埔寨语、波斯语、俄语、西班牙语、他加禄语、泰语、乌克兰语及越南语。

您可免费取得本文件的其他格式, 例如大字版、盲文版和/或语音版, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与会员服务部联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。

- 您可以要求我们始终以您需要的语言或格式向您发送信息。此项要求称为“长期请求”。我们将记录您的长期请求, 此后发送信息时无需您重复提出要求。如需获取非英语版本和/或其他格式的文件, 请拨打 (833) 522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。客服代表可以帮助您提出或更改常设请求。

语言协助服务及辅助工具与服务提供通知

❖ **ATTENTION: If you need help in your language, call 1-833-522-3767 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-833-522-3767 (TTY: 711). These services are free of charge.**

OMB 批准编号 0938-1444 (到期日: 2026 年 6 月 30 日)

如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。



❖ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ
تتوفر أيضاً المساعدات (TTY: 711). **1-833-522-3767**
والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة
هذه (TTY: 711) بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767**
الخدمات مجانية.

❖ Հայերեն պիտակ (**Armenian**)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է
հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք
1-833-522-3767 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ
միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն
ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի
գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր:
Զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: 711): Այդ
ծառայություններն անվճար են:

❖ 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
1-833-522-3767 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人
的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，
也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767**
(TTY: 711)。这些服务都是免费的。



❖ **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

❖ **ਹਿੰਦੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Hindi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਅਗਰ आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

❖ **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



❖ 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄທຫຼາຍ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄຸນພການເຊນເອກະສານທັບປຸງນອກສອນນນູແລະມໂຕພມໃຫຍ່ ໃຫ້ໄທຫຼາຍ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

❖ **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសូម្បាញ់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណុះ បេអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជួនពាក្យ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរផ្សេង សម្រាប់ជួនពាក្យភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ពផ្ត ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃឡើយ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات **1-833-522-3767** (TTY: **711**) مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند (TTY: **711**).

如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。欲了解更多信息，请访问 medicare.lacare.org。



❖ **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

❖ **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.



❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

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

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. 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 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



其他语言

- ❖ 您可免费取得本《会员手册》及其他计划资料的其他语言版本。L.A. Care Medicare Plus 提供合格译者的书面翻译。请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711)。此为免付费电话。请参阅本《会员手册》以了解更多有关医疗保健语言协助服务的信息，例如口译员和翻译服务。

其他格式

- ❖ 您可免费并及时取得本资料的其他格式，例如盲文版、20 号字体大字版、语音版及无障碍电子格式（数据光盘）。请拨打 1-833-522-3767 (TTY 711)。此为免付费电话。

口译员服务

- ❖ L.A. Care Medicare Plus 每天 24 小时免费为您提供合格口译员的口译服务，包括手语。您无需请家人或朋友担任口译员。除非是紧急情况，否则我们不鼓励请未成年人担任口译员。口译员、语言及文化服务均免费提供。我们每周 7 天，每天 24 小时提供协助。如需语言协助，或欲取得本《会员手册》的其他语言版本，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711)。此为免付费电话。



目录

第 1 章: 会员入门指南	10
第 2 章: 重要电话号码与资源	22
第 3 章: 使用本计划的承保取得医疗保健服务及其他承保服务	44
第 4 章: 福利表	67
第 5 章: 取得门诊处方药	135
第 6 章: 您需支付的 Medicare 与 Medi-Cal 处方药费用	154
第 7 章: 请求本计划针对您所收到的承保服务或药物账单支付分摊费用	165
第 8 章: 您的权利与责任	171
第 9 章: 如果您有问题或想提出投诉 (承保决定、上诉、投诉) 该怎么办	192
第 10 章: 终止您在本计划的会员资格	237
第 11 章: 法律声明	246
第 12 章: 重要词汇的定义	250

免责声明

- ❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) 是一项与 Medicare 和 Medi-Cal 均签有合同的健康计划, 为参保人同时提供这两项计划的福利。能否参保 L.A. Care Medicare Plus 取决于合同是否续约。
- ❖ 福利和/或共付额可能于 2027 年 1 月 1 日发生变更。
- ❖ 我们的承保药物、药房网络和/或医疗服务提供者网络可能随时发生变更。如有影响到您的变更, 您会至少提前 30 天收到相关通知。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 1 章: 会员入门指南

引言

本章包含与 L.A. Care Medicare Plus 有关的信息, 这是一项承保您所有 Medicare 服务并为您协调所有 Medicare 和 Medi-Cal 服务以及您会员资格的健康计划。本章也会为您说明计划流程以及您将会通过我们取得的其他信息。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 欢迎加入本计划	12
B. Medicare 和 Medi-Cal 相关信息.....	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal	12
C. 本计划的优势.....	13
D. 本计划的服务区域.....	14
E. 成为计划会员需符合哪些条件	14
F. 首次加入本健康计划的预期事项	14
G. 您的护理团队与护理计划.....	15
G1. 护理团队	15
G2. 护理计划	16



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

H. 重要费用摘要.....	16
H1. 计划保费	16
根据您所获得的“额外协助”(Extra Help) 金额, 您可能无需为本计划支付保费。 “额外协助”是一项 Medicare 计划, 旨在协助收入及资源有限的人士减少 Medicare D 部分处方药费用, 例如保费、免赔额和共付额。“额外协助”也称为“低收入补 助”(Low-Income Subsidy, LIS)。	16
H2. Medicare A 部分和 B 部分月保费	17
H3. 自选补充福利保费.....	17
H4. Medicare 处方药付款计划费用金额.....	17
I. 本《会员手册》	17
J. 您可通过我们获取的其他重要信息	17
J1. 您的会员 ID 卡	18
J2.《医疗服务提供者和药房名录》	18
J3.《承保药物清单》	19
J4.《福利说明》	20
K. 及时更新您的会员记录	20
K1. 对个人健康信息 (PHI) 的保护	21



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 欢迎加入本计划

本计划为同时符合 Medicare 与 Medi-Cal 计划条件的人士提供此两项计划的服务。本计划包含医生、医院、药房、长期服务与支援服务提供者、行为健康服务提供者和其他医疗服务提供者。我们还有护理经理和护理团队,可协助您管理您的医疗服务提供者和服务。所有服务提供者将协同合作,为您提供所需的护理服务。

L.A. Care Medicare Plus 是一项 Medicare Medi-Cal Plan (MMP 或 Medi-Medi 计划),此计划是由 L.A. Care Health Plan 所提供的一项专属对齐注册双重资格特殊需求计划。

L.A. Care Health Plan 是一个公共实体,正式名称为洛杉矶县地方倡议健康管理局。L.A. Care Health Plan 是一项持有加州政府执照的独立公共管理式健康计划。L.A. Care Health Plan 与医生、诊所、医院和其他医疗服务提供者合作,为您提供优质医疗保健服务。

B. Medicare 和 Medi-Cal 相关信息

B1. Medicare

Medicare 是一项联邦医疗保险计划,适用于以下人士:

- 年满 65 岁的人士;
- 部分未满 65 岁的特定残障人士; **以及**
- 末期肾脏疾病 (肾衰竭) 患者。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州 Medicaid 计划的名称。Medi-Cal 由州政府管理,费用由州政府和联邦政府支付。Medi-Cal 帮助低收入及资源有限者支付长期服务与支援 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 费用以及医疗费用。Medi-Cal 额外承保不属于 Medicare 承保范围的服务和药物。

每个州均可决定:

- 哪些项目应计入收入和资源中;
- 哪些人符合条件;
- 哪些服务属于承保范围; **以及**
- 服务费用。

各州也可决定要如何管理自己的计划,只要其遵守联邦政府规定即可。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

Medicare 及加州政府已核准本计划。您可通过本计划取得 Medicare 和 Medi-Cal 服务, 但前提是:

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

即使将来本计划停止营运, 您的 Medicare 和 Medi-Cal 服务资格将不会受到影响。

C. 本计划的优势

现在, 您将通过本计划取得您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务, 包括药物。您**无需额外付费就能参加本项健康计划**。

我们将会帮助协调您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利, 以便您使用。其中一些优势包括:

- 您可与我们合作, 以满足您**大多数**的医疗保健需求。
- 您会有一个由您协助组成的护理团队。您的护理团队可能包括您自己、您的看护人、医生、护士、顾问或其他专业医护人员。
- 将为您指定一名护理经理。护理经理将会和您、本计划以及您的护理团队合作, 以协助拟定一份护理计划。
- 有了护理团队和护理经理的帮助, 您的护理将可由您做主。
- 您的护理团队和护理经理会和您一起制定一项专门为您量身打造的护理计划来满足**您的**健康需求。护理团队将会帮助协调您所需的服务。例如, 这代表您的护理团队将会确保:
 - 您的医生知道您服用的所有药物, 这样医生才能确保您服用的药物适当, 并可减轻药物对您可能产生的任何副作用。
 - 您的检查结果会在适当时候与您所有的医生及其他医疗服务提供者分享。

L.A. Care Medicare Plus 的新会员: 在大多数情况下, 您将会在您申请参保 L.A. Care Medicare Plus 后的下个月 1 号参保 L.A. Care Medicare Plus 以取得您 Medicare 的各项福利。您仍可通过您先前的 L.A. Care Medi-Cal 健康计划取得额外一个月的 L.A. Care Medi-Cal 服务。在那之后, 您将通过 L.A. Care Medicare Plus 取得您的服务。您的 L.A. Care Medi-Cal 保险将不会有任何缺口。如果您有任何疑问, 请拨打页面底部的电话号码与我们联系。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

D. 本计划的服务区域

我们的服务区域包含以下加州各县: 洛杉矶县。

只有居住在本计划服务区域的人士才能加入本计划。

如果您搬离我们的服务区域, 您将无法继续留在本计划。请参阅《会员手册》的**第 8 章**, 以了解更多有关搬离本计划服务区域会有哪些影响的信息。

E. 成为计划会员需符合哪些条件

只要您满足下列情况, 您便符合加入本计划的条件:

- 居住在本计划的服务区域 (受到监禁的人士即便身处服务区域, 也不算居住在服务区域); **以及**
- 参保时年满 21 岁, **以及**
- 同时拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分; **以及**
- 是美国公民或美国合法居民; **以及**
- 目前符合 Medi-Cal 的条件。

如果您丧失 Medi-Cal 资格, 但您预期能在 3 个月内重新取得资格, 则您仍符合本计划的条件。

欲了解详情, 请致电会员服务部。

F. 首次加入本健康计划的预期事项

当您首次加入本计划时, 您将需在参保生效日期前后的 90 天内接受健康风险评估 (Health Risk Assessment, HRA)。

我们必须为您完成 HRA。我们将依据 HRA 为您制定您的护理计划。HRA 包含各种问题, 以用于确定您的医疗、行为健康与机能方面的需求。

我们将会和您联系以完成这项 HRA。HRA 可能通过亲自拜访、电话或邮寄方式来完成。

我们将会寄送更多有关这项 HRA 的信息给您。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如果您是本计划的新会员, 您可继续在一定时间内使用您目前使用的医生, 即使该医生不在本计划的网络内。我们将此称为持续护理。如果您的医生不在我们的网络内, 您可继续在参保时使用您目前的医疗服务提供者以及获得授权的服务, 期限最长可达 12 个月, 但前提是您必须满足以下所有条件:

- 您本人、您的代表或医疗服务提供者要求我们让您继续使用您目前的医疗服务提供者。
- 我们确认您与某位基本保健服务提供者或专科护理服务提供者存在既有护理关系, 但某些情况除外。我们所谓的“既有护理关系”是指在您首次参保本计划之日前的 12 个月内, 您曾因非紧急情况而到该网络外服务提供者处就诊至少一次。
 - 我们将会藉由审查您现有的健康信息或您提供给我们的信息来判定既有的护理关系。
 - 我们有 30 天的时间可以回复您的申请。您可以要求我们在较短时间内作出决定, 届时我们将必须在 15 天内作出回复。您可以通过拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 来提出申请, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。如果您有受到伤害的风险, 则我们必须在 3 天内作出回复。
 - 当您提出申请时, 您或您的医疗服务提供者必须出示既有护理关系的证明文件, 并同意接受某些条款。

请注意: 您可针对耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) 的医疗服务提供者提出此类申请, 期限至少为 90 天, 直到我们授权新的 DME 租用设备并有网络医疗服务提供者可提供该租用设备为止。虽然您无法针对交通运输服务提供者或其他辅助医疗服务提供者提出此类申请, 但您可针对未包含在本计划中的交通运输服务或其他辅助服务提出申请。

在持续护理期结束后, 除非我们和您的网络外医生达成协议, 否则您将必须使用 L.A. Care Medicare Plus 网络内属于您基本保健服务提供者之医疗团体的医生和其他医疗服务提供者。网络医疗服务提供者是指与本健康计划有合作关系的医疗服务提供者。当您选择基本保健服务提供者 (Primary Care Provider, PCP) 时, 您将会被分配给该医疗服务提供者所属的医疗团体。基本保健服务提供者是您在发生大多数健康问题时最先求诊的医生或其他医疗服务提供者。医疗团体是由一群 PCP 和专科医生所组成的团体, 为患者提供协调式健康服务。欲了解获得护理服务的详情, 请参阅《会员手册》第 3 章。

G. 您的护理团队与护理计划

G1. 护理团队

护理团队可协助您继续取得您所需的护理服务。护理团队可包括您的医生、一名护理经理, 或是您选择的其他保健人员。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

护理经理是受过培训的人士,可以协助您管理您所需的护理。当您参保本计划时,您将会拥有一名护理经理。该人士也会将您转介至本计划可能没有提供的其他社区资源,且将会与您的护理团队合作以协调您的护理服务。请拨打页面最下方的电话号码与我们联系,以了解与护理经理和护理团队有关的详情。

G2. 护理计划

您的护理团队将会与您一起拟定护理计划。护理计划会向您和您的医生说明您所需的服务以及获得这些服务的方式。其中包括您的医疗、行为健康以及 LTSS 或其他服务。

您的护理计划包括:

- 您的个人医疗保健目标和偏好; **以及**
- 说明您应在何时接受您所需服务的时间表。

您的护理团队将会在您完成 HRA 后与您联系。他们将会询问您所需的服务,同时还会告诉您可以考虑接受哪些服务。您的护理计划是根据您在 HRA 的回答以及您与护理团队分享的任何其他信息所拟定。护理团队将会与您一起每年至少更新一次护理计划,或者如果您的需求有所变化,则可增加更新的频率。如果您决定不参与护理计划的制定或者您的护理经理无法与您取得联系,则我们将会根据您在 HRA 中的回答为您拟定一份护理计划。

H. 重要费用摘要

您的费用可能包括下列项目:

- 计划保费 (**H1 部分**)
- Medicare B 部分月保费 (**H2 部分**)
- 自选补充福利保费 (**H3 部分**)
- Medicare 处方药付款计划费用金额 (**H4 部分**)

在某些情况下,您的计划保费可能会减少。

H1. 计划保费

根据您所获得的“额外协助”金额,您可能无需为本计划支付保费。“额外协助”是一项 Medicare 计划,旨在协助收入及资源有限的人士减少 Medicare D 部分处方药费用,例如保费、免赔额和共付额。“额外协助”也称为“低收入补助”(Low-Income Subsidy, LIS)。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

H2. Medicare A 部分和 B 部分月保费

部分会员必须支付其他 Medicare 保费。如同上面 **E 部分** 所述, 若要符合本计划的条件, 您必须保有 Medi-Cal 的资格并同时拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。针对大多数的 L.A. Care Medicare Plus 会员而言, Medi-Cal 皆会为您支付 Medicare A 部分保费 (如果您没有自动符合资格) 及 Medicare B 部分保费。

如果 Medi-Cal 没有为您支付 Medicare 保费, 则您必须继续支付您的 Medicare 保费才能继续成为本计划的会员, 其中包括 Medicare B 部分的保费。不符合 Medicare A 部分免保费条件的会员也可能需要支付 Medicare A 部分的保费。**此外, 请联系会员服务部或您的护理协调员, 以告知他们此项变更。**

H3. 自选补充福利保费

如果您注册额外福利 (又称为“自选补充福利”), 则您每个月需为这些额外福利支付额外保费。请参阅第 4 章的 **E 部分**, 以了解更多详情。

H4. Medicare 处方药付款计划费用金额

如果您目前正在参加 Medicare 处方药付款计划, 您将会收到计划的处方药账单 (而非向药房付款)。您的每月账单是以您所领取之任何处方药应缴的费用, 外加您上个月的未付余额, 再除以该年度剩余的月份数计算得出。

第 2 章进一步说明了有关 Medicare 处方药付款计划的信息。如果您对此付款选项中所收取的金额有异议, 您可以遵循第 9 章中的步骤提出投诉或上诉。

I. 本《会员手册》

这本《会员手册》是我们与您签署之合约的一部分。这表示我们必须遵守本文件中的所有规定。如果您认为我们所做的事违反了这些规定, 您可以针对我们的决定提出上诉。欲了解有关上诉的更多信息, 请参阅《会员手册》第 9 章或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

您可拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部, 以索取一份《会员手册》。您也可以访问我们列于页面最下方的网站来查阅《会员手册》。

这份合约将在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期间您参保本计划的月份内具有效力。

J. 您可通过我们获取的其他重要信息

我们为您提供的其他重要信息包括您的会员 ID 卡、如何获取《医疗服务提供者和药房名录》的信息, 以及如何获取《承保药物清单》(又称为《药物清单》或《处方集》) 的信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

J1. 您的会员 ID 卡

根据本计划规定, 您将会收到一张卡片, 用于获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务, 包括长期服务与支援 (LTSS)、某些行为健康服务及处方药。您必须在获得任何服务或领取处方药时出示此卡。以下是会员 ID 卡的示例:

 L.A. Care Medicare Plus. <small>(HMO D-SNP)</small>		<small>In case of an emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). If you are not sure, call your Primary Care Provider (PCP) or contact our 24-Hour Nurse Advice Line.</small>	
Member Name: Member ID: H1224-001		Member Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) Behavioral Health: 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) Pharmacy Help Desk: 1-844-268-9785 Dental Services: 1-855-552-8243 24-Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711) Find My Urgent Care: 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG) Website: medicare.lacare.org	
Care Manager Phone: 1-833-522-3767 PCP Group/Name:		Send Claims To: L.A. Care Health Plan, Attn: Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081 Providers can call for Pre-authorizations: 1-877-431-2273 Claim Inquiry: 1-866-522-2736	
PCP Phone: MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0-25%		MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small> RxBIN: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: LDSNP RxID:	

如果您的会员 ID 卡受损、遗失或遭窃, 请立即拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部。我们将会寄送新卡给您。

只要您是本计划的会员, 您在获得大多数服务时就无需使用 Medicare 红白蓝卡或 Medi-Cal 卡。请妥善保存这些卡, 以备在日后需要时使用。如果您出示的是 Medicare 卡而非您的会员 ID 卡, 则医疗服务提供者可能会将账单寄给 Medicare 而非本计划, 并且您可能会收到账单。如果您需要获得住院服务、临终关怀服务或参与 Medicare 批准的临床研究 (也称为“临床试验”) 时, 相关人员可能会要求您出示 Medicare 卡。请参阅《会员手册》第 7 章, 以了解在收到医疗服务提供者的账单时该怎么做。

请谨记, 您需要使用您的 Medi-Cal 卡或福利识别卡 (Benefits Identification Card, BIC) 才能获取下列服务:

- 物质使用障碍服务
- Medi-Cal Rx
- 我们建议您最好同时携带这两张卡以获取您的服务

J2. 《医疗服务提供者和药房名录》

《医疗服务提供者和药房名录》列出了本计划网络内的医疗服务提供者和药房。在您身为本计划会员期间, 您必须使用网络医疗服务提供者来获取承保服务。

您可以拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部, 以索取一份《医疗服务提供者和药房名录》(电子版或纸本版格式)。若您需要索取《医疗服务提供者和药房名录》的纸质版副本, 我们将会在三个工作日内寄送给您。

您也可以访问页面最下方的网站来参阅《医疗服务提供者和药房名录》。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

这份名录列出了您作为 L.A. Care Medicare Plus 会员可就诊的专业医护人员 (例如医生、执业护士和心理学家)、设施 (例如医院或诊所) 以及支援型医疗服务提供者 (例如成人日间医疗保健和居家医疗保健服务提供者)。我们也列出了您可用于配领处方药的药房。请联系会员服务部, 以了解与网络医疗服务提供者有关的信息, 例如姓名、地址、电话号码、专业资质、专科领域、就读的医学院、住院医师实习期完成情况及医学会认证情况。

网络医疗服务提供者的定义

- 本计划的网络医疗服务提供者包括:
 - 您作为本计划会员可以就诊的医生、护士和其他医疗保健人员;
 - 诊所、医院、护理机构, 以及为本计划提供健康服务的其他场所; **以及**
 - 管理式长期服务与支援 (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS)、行为健康服务、居家健康机构、耐用医疗设备 (DME) 供应商以及为您提供可通过 Medicare 或 Medi-Cal 获取用品和服务的其他服务提供者。

网络医疗服务提供者同意接受本计划对承保服务的全额付款。

网络药房的定义

- 网络药房是指同意为本计划会员提供处方药的药房。请使用《医疗服务提供者和药房名录》来查找您想使用的网络药房。
- 除非是紧急情况, 否则若您希望本计划帮您支付处方药费用, 您必须在本计划的网络药房之一领取处方药。

请拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部, 以了解更多详情。会员服务部和我们的网站均可为您提供有关网络药房和医疗服务提供者变更的最新信息。

J3.《承保药物清单》

本计划有一份《承保药物清单》(List of Covered Drugs), 我们将其简称为《药物清单》。《药物清单》会向您说明本计划可承保哪些处方药, 此清单所列药物均是由本计划在医生和药剂师的协助下选定。《药物清单》必须符合 Medicare 的要求。除非药物如**第 5 章 B 部分**中所述被移除和替换, 否则 Medicare 药物价格协商计划达成定价协议的药物将列入您的《药物清单》。L.A. Care Medicare Plus 的《药物清单》已获得 Medicare 的批准。

《药物清单》还会向您说明任何药物是否有任何规定或限制, 例如您可领取的药量限制。请参阅《会员手册》**第 5 章**, 以了解更多详情。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

我们每年都会向您寄送如何获取《药物清单》的信息,但《药物清单》可能会在一年当中发生某些变化。如需获取哪些药物属于承保范围的最新信息,请致电会员服务部或访问本计划列于页面最下方的网站。

J4.《福利说明》

若您使用 Medicare D 部分处方药福利,我们将会向您寄送一份摘要,以协助您了解并跟进您的 Medicare D 部分处方药付款情况。这份摘要称为《福利说明》(Explanation of Benefits, EOB)。

EOB 将会向您说明当月您或其他人代您支付的 Medicare D 部分处方药总金额,以及当月本计划为您每项 Medicare D 部分处方药支付的总金额。EOB 并非账单。EOB 中包含了与您所服用药物有关的更多信息。《会员手册》第 6 章将会提供有关 EOB 的更多信息,并说明 EOB 如何协助您跟进药物承保情况。

您也可索取一份 EOB。如需索取一份副本,请拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部。

K. 及时更新您的会员记录

您可在信息有变更时告知我们,以便及时更新您的会员记录。

我们需要使用此信息来确认我们的记录中有您的正确信息。本计划网络内的医生、医院、药剂师及其他医疗服务提供者将使用您的会员记录来了解您有哪些承保服务和药物,以及费用分担金额。因此,协助我们及时更新您的信息至关重要。

如果出现以下情况,请立即告知我们:

- 您的姓名、地址或电话号码发生变更;
- 您的任何其他健康保险(例如由您的雇主、您配偶的雇主或同居伴侣的雇主所提供的保险或工伤赔偿)的承保范围发生变更;
- 您提出任何责任索赔,例如因车祸提出索赔;
- 入住护理机构或医院;
- 在医院或急诊室接受护理服务;
- 您的看护人(或负责照护您的任何人员)发生变更; **以及,**
- 参与临床研究(**请注意:**您并非必须要告知我们有关您打算参与临床研究的事情,但我们建议您这么做)。

如有任何信息变更,请拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

您也可以使用 L.A. Care Connect 账户来变更信息。L.A. Care Connect 是一个在线账户平台, 专供已注册的 L.A. Care Medicare Plus 会员使用。您可以访问 www.medicare.lacare.org 以注册并使用您的 L.A. Care Connect 账户。完成注册后, 您可以登录账户并使用下列服务:

- 查看您的会员资格与福利
- 申请、查看和/或打印 ID 卡
- 更换您的医生或医疗团体
- 管理药物、查看药物记录、查找药房以及获取所有其他药房福利
- 参加现有的健康计划

K1. 对个人健康信息 (PHI) 的保护

您会员记录中的信息可能包括个人健康信息 (Personal Health Information, PHI)。根据联邦和州法律规定, 我们必须保护您的 PHI 隐私。我们保护您的 PHI。欲了解我们如何保护您的 PHI 的更多详情, 请参阅《会员手册》第 8 章。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

第 2 章:重要电话号码与资源

引言

本章将会为您提供重要资源的联系信息, 这些资源将可协助您回答您对本计划和医疗保健福利的问题。您也可利用本章来取得信息, 以了解如何与护理经理以及可以代您倡导权益的其他人士联系。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 会员服务部	23
B. 您的护理经理.....	26
C. 医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP)	28
D. 护士咨询电话专线	29
E. 行为健康危机应对专线	30
F. 品质改善组织 (QIO)	31
G. Medicare	32
H. Medi-Cal	33
I. Medi-Cal 管理式护理计划及心理健康投诉专员办公室	34
J. 县政府社会服务部.....	35
K. 县政府行为健康服务机构.....	36
L. 加州医疗保健管理部.....	37
M. 协助人们支付药费的计划	38
M1. Medicare 的“额外协助”计划.....	38
M2. 艾滋病药物援助计划 (ADAP)	39
M3. Medicare 处方药付款计划	39
N. 社会安全局	40
O. 铁路员工退休管理局 (RRB).....	41
P. 其他资源.....	42
Q. Medi-Cal Dental	43



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 会员服务部

致电	1-833-522-3767。此为免付费电话。 <i>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。您可拨打上述电话号码免费获得本信息的其他格式, 例如大字版、盲文版和/或语音版。我们为不会说英语的人士免费提供口译员服务。</i>
TTY	711。此为免付费电话。 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。 <i>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)</i>
传真	1-213-438-5712
寄函	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
网站	medicare.lacare.org

请与会员服务部联系以取得下列协助:

- 计划方面的问题
- 索赔或账单方面的问题
- 与医疗保健服务有关的承保决定
 - 与医疗保健服务有关的承保决定是指与下列事项有关的决定:
 - 您的福利和承保服务; **或**
 - 本计划将会为您的健康服务给付的金额。
 - 如果您对医疗保健服务的承保决定有疑问, 请致电与我们联系。
 - 若要进一步了解有关承保决定的信息, 请参阅《会员手册》**第 9 章**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 与医疗保健服务有关的上诉
 - 上诉是指正式要求本计划针对我们所作的承保决定进行复审, 以及如果您认为我们的决定有误或对其有异议, 要求我们变更该决定。
 - 若要进一步了解有关提出上诉的信息, 请参阅《会员手册》第 9 章或与会员服务部联系。
- 与医疗保健服务有关的投诉
 - 您可针对我们或任何医疗服务提供者 (包括非网络或网络医疗服务提供者) 提出投诉。网络医疗服务提供者是指和本计划有合作关系的医疗服务提供者。您还可针对您所获得的护理品质向我们或品质改善组织 (Quality Improvement Organization, QIO) 提出投诉 (请参阅 **F 部分**)。
 - 您可拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与我们联系以说明您的不满之处, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。
 - 如果您的投诉是与医疗保健服务的承保决定有关, 您可以提出上诉 (请参阅上一部分)。
 - 您可将您针对本计划所提出的投诉寄给 Medicare。您可以使用线上表格, 网址为 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者, 您可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求协助。
 - 您可拨打 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 投诉专员计划提出与本计划有关的投诉。
 - 若要进一步了解如何针对您的医疗保健服务提出投诉, 请参阅《会员手册》第 9 章。
- 与药物有关的承保决定
 - 与药物有关的承保决定是指与下列事项有关的决定:
 - 您的福利和承保药物; **或**
 - 本计划将会为您的药物给付的金额。
 - 非处方 (Over-The-Counter, OTC) 药和某些维他命等非 Medicare 承保药物可能属于 Medi-Cal Rx 的承保药物。请浏览 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以了解详情。您也可拨打 800-977-2273 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联系。
 - 若要进一步了解有关药物承保决定的信息, 请参阅《会员手册》第 9 章。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 与药物有关的上诉
 - 上诉是要求我们变更承保决定的一种途径。
 - 若要进一步了解有关针对药物提出上诉的信息, 请参阅《会员手册》第 9 章。
- 与药物有关的投诉
 - 您可投诉我们或任何药房。这包括与药物有关的投诉。
 - 如果您的投诉是与药物的承保决定有关, 您可以提出上诉 (请参阅上一部分)。
 - 您可将您针对本计划所提出的投诉寄给 Medicare。您可以使用线上表格, 网址为 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者, 您可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 寻求协助。
 - 若要进一步了解有关针对药物提出投诉的信息, 请参阅《会员手册》第 9 章。
- 您已付费之医疗保健服务或药物的给付
 - 若要进一步了解如何向我们申请费用偿还或支付您所收到的账单, 请参阅《会员手册》第 7 章。
 - 如果您向我们申请支付账单而我们拒绝您申请的任何项目, 您可以针对我们的决定提出上诉。请参阅《会员手册》第 9 章。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

B. 您的护理经理

什么是护理经理?

- 护理经理是一名护士或其他持照人员,其将会掌握您的情况并了解您的健康需求。该人员可能是您医疗团体或 L.A. Care Health Plan 的人员。您的护理经理会与您、您的医生、看护人以及参与您医疗保健服务的其他人员合作。护理经理会评估您所需的护理、与您共同拟定护理计划以确定您将通过什么方式取得您所需的护理、协调您的护理并进行后续跟进以了解事情进展情况。

您可以咨询护理经理,请其协助回答问题并寻找适当支援,以确保您尽可能保持健康。

如何联系您的护理经理?

- 您可以拨打下列电话号码与会员服务部联系。会员服务部将会为您转接护理管理单位。

如何变更您的护理经理?

请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部,服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。

致电	1-833-522-3767。此为免付费电话。 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。您可拨打上述电话号码免费获得本信息的其他格式,例如大字版、盲文版和/或语音版。我们为不会说英语的人士免费提供口译员服务。
TTY	711。此为免付费电话。 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。 <i>服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)</i>
传真	1-213-438-5712
寄函	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
网站	medicare.lacare.org



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

请与您的护理经理联系以取得下列协助:

- 与医疗保健服务有关的问题
- 接受行为健康 (心理健康和物质使用障碍) 服务方面的问题
- 眼科和牙科福利方面的问题
- 用于赴诊的交通服务问题
- 长期服务与支援 (Long Term Services and Supports, LTSS) 方面的问题, 包括成人社区服务 (Community Based Adult Services, CBAS) 和护理机构 (Nursing Facilities, NF)
- 协助您保持居家安全的社区支援问题 (例如: 看护人服务、家居改造、住房和送餐计划)

您或许能接受以下服务:

- 辅助生活设施过渡服务
- 社区成人服务 (CBAS)
- 社区或过渡服务
- 家居改造
- 临终关怀
- 县政府社会服务机构提供的居家支援服务 (In-Home Support Services, IHSS)
- 专业护理
- 物理治疗
- 职业治疗
- 语言治疗
- 医疗社会服务
- 居家保健
- 护理机构或发展障碍中期护理机构 (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD) 的长期护理 (Long Term Care, LTC) 服务 (注意: 如果设施与 L.A. Care 签有合约, 则无需获得预先授权)。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 姑息治疗
- 个人护理与家事服务 (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
- 看护人喘息服务
- 房屋改造
- 护理机构过渡和转移服务
- 在某些情况下, 您可以取得日常医疗保健和生活需求方面的协助

C. 医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP)

州政府医疗保险协助计划 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是一项政府计划, 在每个州都配备有专业顾问, 可以免费提供帮助、信息和解答关于 Medicare 的问题。在加州, SHIP 称为医疗保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。HICAP 顾问可回答您的问题并协助您了解该如何处理问题。HICAP 在每个县都配备有接受过培训的顾问, 且免费提供服务。

HICAP 是一项独立的州计划 (与任何保险公司或健康计划都无关联), 从联邦政府获得资金支持, 为享有 Medicare 的人士免费提供本地的医疗保险咨询服务。

致电	1-800-434-0222 预约与本地 HICAP 办公室的顾问面谈
TTY	711 此为免付费电话。 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
寄函	Los Angeles County HICAP Office 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
网站	www.cahealthadvocates.org/HICAP/



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

请联系 HICAP 以获得下列方面的协助:

- 与 Medicare 相关的问题
- HICAP 顾问可回答有关更换至新计划的问题并协助您:
 - 了解您的权利;
 - 了解您的计划选项;
 - 回答有关更换计划的问题;
 - 针对您的医疗保健或治疗提出投诉; **以及**
 - 协助解决账单或索赔问题。

D. 护士咨询电话专线

您可致电护士咨询专线询问任何健康相关问题, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。我们的护士是受过训练的专业人员, 可以提供适当的健康信息、指导及建议, 包括协助您取得紧急或急诊等级的护理服务。如果您有与持续性治疗有关的特定问题, 您应致电与您医生的诊所联系。护士咨询专线不能取代前往医生诊所就诊。您可拨打护士咨询电话专线以询问与您的健康状况或医疗保健服务有关的问题。

致电	<p>1-800-249-3619 此为免付费电话。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。您可拨打上述电话号码免费获得本信息的其他格式, 例如大字版、盲文版和/或语音版。</p> <p>我们为不会说英语的人士免费提供口译员服务。</p>
TTY	<p>711 此为免付费 电话。</p> <p>此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

E. 行为健康危机应对专线

如果您感到孤单、情绪不堪负荷、绝望或有自杀的想法, 您可使用危机应对服务, 以获得情绪支持与资源。

致电	<p>988 此为免付费电话。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。您可拨打上述电话号码免费获得本信息的其他格式, 例如大字版、盲文版和/或语音版。</p> <p>我们为不会说英语的人士免费提供口译员服务。</p>
TTY	<p>988 此为免付费电话。</p> <p>此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)</p>

如果您有紧急行为健康需求但不需要急诊, 您可拨打行为健康服务专线以询问临床行为健康问题。

致电	<p>如需心理健康服务: 1-877-344-2858 此为免付费电话。</p> <p>如需物质使用服务: 1-844-804-7500 此为免付费电话。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。您可拨打上述电话号码免费获得本信息的其他格式, 例如大字版、盲文版和/或语音版。</p> <p>我们为不会说英语的人士免费提供口译员服务。</p>
TTY	<p>711 此为免付费电话。</p> <p>本专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)</p>

请使用行为健康危机应对专线以获得下列方面的协助:

- 行为健康和物质滥用服务方面的问题

若有县政府精神健康专科服务方面的问题, 请参阅 **K 部分**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

F. 品质改善组织 (QIO)

本州有一个组织名为 Commence Health。这个由医生及其他专业医护人员所组成的团体能协助拥有 Medicare 的人士改善护理品质。Commence Health 是一个独立组织, 与本计划没有关联。

致电	1-877-588-1123
TTY	711 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
寄函	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
网站	www.livantaqio.com

请联系 Commence Health 以获得下列方面的协助:

- 与医疗保健权利有关的问题
- 若发生以下情况, 您可针对您所获得的护理服务提出投诉:
 - 您有护理品质方面的问题, 例如关于拿到错误的药物、不必要的检测或医疗程序, 或者误诊;
 - 您认为您的住院过早结束, **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复健机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服务过早终止。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G. Medicare

Medicare 是为年满 65 岁人士、部分未满 65 岁的残障人士及末期肾脏疾病 (需进行透析或肾脏移植的永久性肾衰竭) 患者所提供的联邦医疗保险计划。

负责管理 Medicare 的联邦机构是 Medicare 及 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)。此机构与包括本计划在内的 Medicare Advantage 组织签有合约。

致电	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打此号码不收取费用, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。
TTY	1-877-486-2048。此为免付费电话。 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
实时聊天	访问 www.Medicare.gov/talk-to-someone 进行线上沟通
寄函	寄函至 Medicare, 地址为 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
网站	<p>www.medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • 获取关于 Medicare 健康和药物计划的本地信息, 包括相关费用和服务。 • 寻找参加 Medicare 计划的医生或其他医疗保健服务提供者和供应商。 • 了解 Medicare 承保范围, 包括预防性服务 (例如筛查、注射或疫苗接种, 以及年度健康检查)。 • 获取 Medicare 上诉信息和表格。 • 获取计划、护理院、医院、医生、居家健康机构、透析设施、临终关怀中心、住院康复机构以及长期护理医院的护理品质信息。 • 查找实用网站和电话号码。 <p>如需向 Medicare 提交投诉, 请访问 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 会认真处理您的投诉, 并利用相关信息来提升 Medicare 计划的服务品质。</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 Medicaid 计划。这是一项为低收入人士提供必要医疗保健服务的公共医疗保险计划, 服务对象包括有儿童的家庭、老年人、残障人士、接受寄养的儿童与青少年, 以及孕妇。Medi-Cal 的资金来自州政府和联邦政府。

Medi-Cal 福利包括医疗、牙科、行为健康以及长期服务与支援。

您已参保 Medicare 和 Medi-Cal。如果您对您的 Medi-Cal 福利有疑问, 请致电与您的计划护理经理联系。如果您对 Medi-Cal 计划参保事宜有疑问, 请致电医疗保健方案处 (Health Care Options)。

致电	1-800-430-4263 服务时间为周一至周五, 上午 8 点至晚上 6 点
TTY	1-800-430-7077 此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
寄函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
网站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

I. Medi-Cal 管理式护理计划及心理健康投诉专员办公室

投诉专员办公室从客观公正的角度解决问题, 以确保我们的会员获得所有具备医疗必要性的承保服务。投诉专员会聆听并解决您的提问, 分析您的处境, 解释相关政策和医疗程序, 提供信息、建议和选项, 并建议适当的服务转介。他们的职责是提出公平的方案, 以解决医疗保健服务的获取问题。他们与本计划或任何保险公司或健康计划均无关联。其免费提供服务。

致电	1-888-452-8609 服务时间为周一至周五, 上午 8 点至下午 5 点
TTY	1-800-430-7077 此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
寄函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
电子邮箱	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
网站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

J. 县政府社会服务部

如果您需要协助申请居家支援服务 (IHSS)、社会安全生活补助金 (Supplemental Security Income, SSI)、心理健康或物质滥用福利, 请联系您当地的县政府社会服务机构。在洛杉矶县寻找健康、公众和社会服务的洛杉矶县社区成员, 请拨打 2-1-1 获取额外支持、资源和/或转介。

请联系县政府社会服务机构, 以申请居家支援服务, 这些服务将会协助给付您所获得的服务, 以便您可以安全地留在家中生活。服务类型可能包括协助准备餐点、沐浴、更衣、洗衣、购物或接送。

如对你的 Medi-Cal 资格有任何疑问, 请联系县政府社会服务机构。

致电	1-866-613-3777 此为免付费电话。 服务时间为周一至周五, 上午 7:30 至晚上 6:30, 节假日除外。 客户服务中心 (Customer Service Center, CSC) 是“单一联络窗口”, 目前以下列语言为 33 个区域办公室提供与下列补助计划有关的服务: 以亚美尼亚语、柬埔寨语、英语、西班牙语、越南语、中文、波斯语、他加禄语、俄语及韩语提供与 CalWORKs、CalFresh、Medi-Cal 及 General Relief 有关的服务。
TTY	711 此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
寄函	<i>Los Angeles County Department of Public Social Services 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746</i>
网站	<i>http://dpss.lacounty.gov</i>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

K. 县政府行为健康服务机构

如果您符合取得标准, 您可通过县政府获得 Medi-Cal 精神健康专科服务和物质使用障碍服务。

致电	<p>1-800-854-7771 此为免付费电话。</p> <p>如需精神健康服务, 请按 1 如需物质使用服务, 请按 2</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)</p> <p>我们为不会说英语的人士免费提供口译员服务。</p>
TTY	<p>711 此为免付费电话。</p> <p>此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。</p> <p>服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)</p>

请联系县政府行为健康机构以获得下列方面的协助:

- 县政府精神健康专科服务方面的问题
- 县政府物质使用障碍服务方面的问题
- 洛杉矶县心理健康服务部 (Department of Mental Health, DMH) 提供精神健康专科服务, 包括门诊心理健康服务、日间复健或治疗强化服务、危急病情介入和稳定、目标个案管理、药物支援服务、成人和危急病情住院治疗服务及移动危机援助服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

L. 加州医疗保健管理部

加州医疗保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 负责管理健康计划。DMHC 协助中心可协助您提出与 Medi-Cal 服务有关的上诉与投诉。

致电	1-888-466-2219 DMHC 代表的服务时间为周一至周五, 上午 8 点至晚上 6 点。
TDD	1-877-688-9891 此专线是为有听力或言语问题的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
寄函	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
传真	1-916-255-5241
网站	www.dmhca.gov



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

M. 协助人们支付药费的计划

Medicare 网站 (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供如何减少药费的信息。对于收入有限的人士, 也有其他计划可提供协助, 请参阅下列信息。

M1. Medicare 的“额外协助”计划

由于您符合 Medi-Cal 的条件, 因此您有资格获得 Medicare 的“额外协助”来支付您的药物计划费用。您无需采取任何行动即可获得此“额外协助”。

致电	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打此号码不收取费用, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。
TTY	1-877-486-2048 此为免付费电话。 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
网站	www.medicare.gov

如果您认为您在药房支付的处方费用有误, 本计划有专门的流程可帮助您获得正确金额的共付额证明。如果您已经有正确金额的相关证明, 我们可以帮助您将这些证据提供给我们。

- 当我们取得表明正确共付额层级的证据后, 我们会更新我们的系统记录, 以便您在下次获取处方药时支付正确的共付额。如果您超额支付了共付额, 我们会以支票或未来共付额抵扣的方式退还给您。如果药房没有向您收取共付额, 而是记为欠款, 我们将直接向该药房付款。如果州政府已经代您付款, 我们会直接付款给州政府。如有疑问, 请拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

M2. 艾滋病药物援助计划 (ADAP)

艾滋病药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 帮助符合 ADAP 计划资格的人类免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 感染者/获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) 患者获取拯救生命的抗艾滋药物。同样在 ADAP 处方集中的 Medicare D 部分药物可依各州 ADAP 计划信息获得处方费用分摊协助。请注意: 如要符合所在州 ADAP 的资格, 需要满足特定标准, 包括具备州居住证明和 HIV 证明, 低收入证明 (根据所在州规定), 以及未参保或参保不足证明。如果您变更了计划, 请通知您当地的 ADAP 登记人员, 以便您继续接受有关资格标准、承保药物、计划登记方式的信息援助, 联系方式: 1-844-421-7050, 服务时间为周一至周五, 上午 8:00 至下午 5:00 (节假日除外)。

M3. Medicare 处方药付款计划

Medicare 处方药付款计划是一种付款方案, 与您当前的药物保险相结合, 将本计划承保的药物费用分摊至整个日历年 (1 月至 12 月), 从而协助您管理自付费用。任何拥有 Medicare 药物计划或 Medicare 健康计划药物保险 (例如附带药物保险的 Medicare Advantage 计划) 的人士均可选择此付款方案。**此付款方案可以帮助您管理您的支出, 但不能为您省钱或减少您的药费。如果您参加 Medicare 处方药付款计划且未变更保险计划, 则无需执行任何操作即可继续使用此方案。**Medicare 的“额外协助”, 州政府药物补助计划 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 和 ADAP 的补助对于符合相应资格的人士而言, 无论其收入水平如何, 都比选择此付款方案更具优势, 而且附带药物保险的计划必须提供此付款方案。如需了解有关此付款方案的更多信息, 请拨打列于本页底部的电话号码联系会员服务部或访问 www.medicare.gov。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

N. 社会安全局

社会安全局负责判定参保 Medicare 的资格并处理参保事宜。

如果您搬家或是变更您的邮寄地址, 请务必与社会安全局联系以告知他们。

致电	<p>1-800-772-1213</p> <p>拨打此号码不收取费用。</p> <p>服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 7:00。</p> <p>您可以利用社会安全局的 24 小时全天候自动电话服务听取录音信息及进行某些业务。</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。</p>
网站	<p>www.ssa.gov</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

O. 铁路员工退休管理局 (RRB)

铁路员工退休管理局 (Railroad Retirement Board, RRB) 是独立的联邦机构, 负责管理全国铁路员工及其家属的综合福利计划。如果您通过 RRB 获得 Medicare, 当您搬家或变更您的邮寄地址时, 请务必告知他们。如果您对 RRB 提供给您的福利有疑问, 请与该机构联系。

致电	<p>1-877-772-5772</p> <p>拨打此号码不收取费用。</p> <p>按“0”与 RRB 代表谈话, 服务时间为周一、周二、周四及周五上午 9 点至下午 3:30, 以及周三上午 9 点至中午 12 点。</p> <p>按“1”接通 RRB 自动语音帮助专线, 以听取录音信息, 服务时间为每天 24 小时, 包括周末和节假日。</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。</p> <p>拨打此号码收费。</p>
网站	<p>www.rrb.gov</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

P. 其他资源

Medicare Medi-Cal 投诉专员计划提供免费协助, 以帮助无法获得或难以保有健康保险的人士并解决其健康计划方面的问题。

如果您有下列方面的问题:

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康计划
- 取得医疗服务
- 针对遭到拒保的服务、药物、耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME)、心理健康服务等提出上诉
- 医疗账单
- IHSS (居家支援服务)

Medicare Medi-Cal 投诉专员计划负责协助处理投诉、上诉及听证会事宜。投诉专员计划的电话号码为 1-855-501-3077。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

Q. Medi-Cal Dental

您可以通过 Medi-Cal Dental 计划取得某些牙科服务; 其中包括但不限于以下服务:

- 初步检查、X 光造影、洗牙以及涂氟治疗
- 牙齿修复与牙冠
- 根管治疗
- 局部和全口义齿、调整、修补和换衬底

您可以通过 Medi-Cal Dental 按服务收费 (Fee-for-Service, FFS) 计划和牙科管理式护理 (Dental Managed Care, DMC) 计划获得牙科福利。

致电	1-800-322-6384 此为免付费电话。 Medi-Cal Dental FFS 代表可在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供协助。
TTY	1-800-735-2922 此专线是为有听力或言语障碍的人士所提供。您必须有特殊的电话设备才能拨打此专线。
网站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

若不使用 Medi-Cal Dental 按服务收费计划, 您也可通过牙科管理式护理计划取得牙科福利。Sacramento 和洛杉矶县均有牙科管理式护理计划。如果您需要更多有关牙科计划的信息或者想更换牙科计划, 请于周一至周五上午 8:00 至晚上 6:00 拨打 1-800-430-4263 (TTY 使用者请拨打 1-800-430-7077) 与医疗保健方案处联系。上述电话均为免费。您也可在下列网站找到牙科管理式护理计划的联系方式:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 3 章: 使用本计划的承保取得医疗保健服务及其他承保服务

引言

本章包含您为了通过我们计划取得医疗保健服务及其他承保服务而需要了解的具体条款与规定。本章也会向您说明护理经理、如何通过不同类型的医疗服务提供者以及如何在某些特殊情况下(包括通过网络外服务提供者或药房)获取护理服务、当您直接收到本计划承保服务的账单时该怎么办,以及获得耐用医疗设备(Durable Medical Equipment, DME)的规定。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 与服务及医疗服务提供者有关的信息	46
B. 获取本计划承保服务的规定	46
C. 您的护理经理.....	48
C1. 什么是护理经理	48
C2. 如何联系您的护理经理	48
请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时(包括节假日)	48
C3. 如何更换您的护理经理	48
D. 由医疗服务提供者提供的护理服务	48
D1. 由基本保健服务提供者 (PCP) 提供的护理服务	48
D2. 由专科医生和其他网络医疗服务提供者提供的护理服务.....	51
D3. 若医疗服务提供者退出本计划.....	52
D4. 网络外服务提供者.....	53
E. 长期服务与支援 (LTSS)	53
F. 行为健康(心理健康和物质使用障碍)服务	55
F1. 在本计划范围外提供的 Medi-Cal 行为健康服务	55



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G. 交通运输服务.....	58
G1. 非急诊医疗运输服务.....	58
G2. 非医疗运输服务	59
H. 在医疗紧急情况、有紧急需求或在灾难期间的承保服务	60
H1. 医疗紧急情况下的护理服务.....	60
H2. 紧急需求护理.....	61
H3. 在发生灾难期间获取护理服务.....	62
I. 如果您直接收到本计划的承保服务账单该怎么办	62
I1. 如果本计划不承保服务该怎么办.....	62
J. 您在参与临床研究期间享有的医疗保健服务承保	63
J1. 临床研究的定义	63
J2. 在您参与临床研究期间的服务付款.....	63
J3. 进一步了解临床研究	63
K. 您在非医疗性质的宗教性医疗保健机构接受的医疗保健服务如何获得承保.....	64
K1. 非医疗性质的宗教性医疗保健机构的定义	64
K2. 从非医疗性质的宗教性医疗保健机构获取的护理服务	64
L. 耐用医疗设备 (DME)	65
L1. 本计划会员可获取的 DME	65
L2. 转投 Original Medicare 后的 DME 所有权	65
L3. 本计划会员可享有的氧气设备福利	66
L4. 转投 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划后的 氧气设备服务.....	66



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 与服务及医疗服务提供者有关的信息

服务是指医疗保健服务、长期服务与支援 (Long-Term Services and Supports, LTSS)、医疗用品、行为健康服务、处方药和非处方药、设备及其他服务。**承保服务**是指由本计划支付的上述任何服务。承保的医疗保健服务、行为健康服务以及 LTSS 均列于《会员手册》第 4 章。承保的处方药和非处方药服务则列于《会员手册》第 5 章。

医疗服务提供者是指医生、护士以及持有加州政府执照可为您提供服务和护理的其他人士。医疗服务提供者也包括医院、居家健康机构、诊所以及为您提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗设备和某些 LTSS 的其他场所。

网络医疗服务提供者是指与本计划有合作关系的医疗服务提供者。这些医疗服务提供者已同意接受本计划的付款作为全额付款。我们已安排这些医疗服务提供者为您提供承保服务。网络医疗服务提供者会针对其为您提供的护理服务直接向我们请款。当您使用网络医疗服务提供者时，您通常无需为承保服务支付任何费用。

B. 获取本计划承保服务的规定

本计划承保属于 Medicare 承保范围的所有服务以及大多数 Medi-Cal 服务。其中包括某些行为健康服务和 LTSS。

若您遵守本计划的规定，本计划通常会支付您所获得的医疗保健服务、行为健康服务及多数 LTSS。若要获得本计划的承保：

- 您所接受的护理服务必须包含在《会员手册》第 4 章的医疗福利图表中。
- 该护理服务必须**具有医疗必要性**。具有医疗必要性是指为诊断和治疗您的医疗状况而提供合理且必要的服务。具有医疗必要性的护理服务是指为防止病情恶化、避免发生残障状况，以及通过治疗疾病或损伤来缓解剧烈疼痛所需的医疗服务。
- 如需获取医疗服务，您必须由网络**基本保健服务提供者 (Primary Care Provider, PCP)** 为您提供护理服务并监督护理状况。作为计划会员，您必须选择一名网络医疗服务提供者担任您的 PCP (详情请参阅本章 **D1 部分**)。
 - 在大多数情况下，您必须事先经过网络 PCP 或本计划的核准，才能使用 PCP 以外的医疗服务提供者或使用本计划网络内的其他医疗服务提供者。这称为“**转诊**”。如果您没有获得核准，我们可能不会承保相关服务。
 - 本计划的 PCP 属于其各自的医疗团体。选择 PCP 也代表您选择了其所属的医疗团体。这表示您的 PCP 会将您转诊至其所属医疗团体的专科医生和服务。医疗团体是由一群 PCP 和专科医生所组成的团体，旨在为患者提供协调式医疗保健服务。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 您不需要经由 PCP 的转诊即可接受急症护理或紧急需求护理、使用妇女健康服务提供者或是本章 **D1 部分** 所列的任何其他服务。
- **您必须通过网络医疗服务提供者获取护理服务** (详情请参阅本章 **D 部分**)。一般而言, 我们将不会承保与本健康计划没有合作关系的医疗服务提供者所提供的护理服务。这表示您将必须向此类医疗服务提供者全额支付所接受服务的费用。这项规定不适用于下列某些情况:
 - 我们承保网络外服务提供者所提供的急症护理或紧急需求护理 (详情请参阅本章 **H 部分**)。
 - 如果您需要属于本计划承保范围但网络医疗服务提供者无法为您提供的护理服务, 您可以通过网络外服务提供者获得该护理服务。在寻求非紧急护理服务之前必须先获得 L.A. Care Medicare Plus 对该服务的授权。在此情况下, 我们将会免费为您承保该护理服务。欲了解如何获得核准以使用网络外医疗服务提供者信息, 请参阅本章 **D4 部分**。
 - 若您暂时位于本计划的服务区域外, 或者您的医疗服务提供者暂时无法为您提供服务或您暂时无法使用其服务, 则我们会承保肾脏透析服务。
 - 在您首次加入本计划时, 您可请求继续使用您目前的医疗服务提供者。如果我们确认您与该医疗服务提供者有既有护理关系, 我们必须核准这项申请, 但某些情况除外。请参阅《会员手册》**第 1 章**。如果我们核准您的申请, 则您可以继续使用您目前使用的医疗服务提供者接受服务, 期限最长可达 12 个月。在此期间, 您的护理经理将会联系您, 以协助您寻找本计划网络内属于您 PCP 医疗团体的医疗服务提供者。在 12 个月过后, 如果您继续使用本计划网络外且不属于您 PCP 医疗团体的医疗服务提供者, 我们将不会再承保您的护理服务。

其他健康保险: 由于 Medi-Cal 是最后付款方, 因此当您的健康保险承保相同服务时, Medi-Cal 会员必须在使用 Medi-Cal 之前先使用所有其他健康保险 (Other Health Coverage, OHC)。这表示在大多数情况下, Medi-Cal 将作为 Medicare OHC 的次要付款方, 按照 Medi-Cal 费率承保本计划或其他 OHC 未支付的补贴费用。

L.A. Care Medicare Plus 新会员: 在大多数情况下, 您将会在您申请参保 L.A. Care Medicare Plus 后的次月第 1 天参保 L.A. Care Medicare Plus, 以获取您 Medicare 的各项福利。您仍可通过您先前的 Medi-Cal 健康计划获得额外一个月的 Medi-Cal 服务。在那之后, 您将会通过 L.A. Care Medicare Plus 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 保险将不会有任何缺口。如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系我们, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

C. 您的护理经理

C1. 什么是护理经理

护理经理是一名护士或其他持照人员，其将会掌握您的情况并了解您的健康需求。该人员可能是您医疗团体或 L.A. Care Health Plan 的人员。您的护理经理会与您、您的医生、看护人以及参与您医疗保健服务的其他人员合作。

您的护理经理将会与您一起处理下列事项：

- 讨论您的医疗保健需求
- 与您及您的护理团队一起规划您的护理服务
- 根据您的需求和选择制定个性化护理计划
- 帮助协调您的护理
- 与您及您的医生沟通
- 进行后续跟进以确认您的状况并进行必要的变更

C2. 如何联系您的护理经理

请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。

C3. 如何更换您的护理经理

请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。

D. 由医疗服务提供者提供的护理服务

D1. 由基本保健服务提供者 (PCP) 提供的护理服务

您必须选择一名负责为您提供并管理护理服务的 PCP。本计划的 PCP 属于其各自的医疗团体。选择 PCP 也代表您选择了其所属的医疗团体。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

PCP 的定义以及 PCP 可为您提供服务

在您成为本计划的会员后，您必须选择一名网络医疗服务提供者担任您的 PCP。您的 PCP 可以是内科医生、家庭执业医生、普通执业医生或妇产科 (Obstetrics and Gynecology, OB-GYN) 医生，他们必须符合州政府规定且接受过培训，从而能够为您提供基本医疗护理。您将会通过 PCP 获得您的常规护理或基本护理。您还可以选择联邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 作为您的 PCP。FQHC 指的是设立在医疗保健服务提供者匮乏地区的健康中心。

您的 PCP 将会协调您作为本计划的会员能获取的其他承保服务。例如，如果您要在专科医生处就诊，您可能需要先让 PCP 将您转诊至专科医生（这称为获得专科医生服务“转诊”）。需要获得转诊的专科服务示例包括：

- X 光检查
- 化验室检测
- 治疗
- 专科医生提供的护理服务
- 住院治疗
- 后续护理

“协调”您的服务包括向其他参与计划的医疗服务提供者咨询您的护理事宜。若您需要特定类型的承保服务或用品，您必须事先获得 PCP 的核准（例如为您提供专科医生服务转诊）。在某些情况下，您的 PCP 需要获得我们的预先授权（事先核准）。由于您的 PCP 将会为您提供并协调医疗护理服务，因此您应将所有既往医疗记录寄送至您 PCP 所在的诊所。

联邦合格健康中心 (FQHC) 是一家可担任您 PCP 的诊所。由于 FQHC 设立在医疗保健服务匮乏的地区，因此由联邦政府为其提供资金支持。请致电 L.A. Care Medicare Plus Plan 以查询与 L.A. Care Medicare Plus 合作的 FQHC 名称及地址，或查阅《医疗服务提供者名录》。

L.A. Care Medicare Plus 与众多医生、专科医生、药房、医院和其他医疗保健服务提供者合作。其中一些医疗服务提供者是在网络内共同合作，该网络有时称为“医疗团体”或“独立执业医生协会” (Independent Practice Association, IPA)。这些医疗服务提供者还可以直接与 L.A. Care Medicare Plus 签约。

您的基本保健服务提供者 (PCP) 会为您转诊其所属医疗团体、IPA 内或 L.A. Care Medicare Plus 网络内的专科医生和服务。如果您已预约在专科医生处就诊，请与您的 PCP 沟通或拨打 1-833-522-3767 (TTY 711) 联系会员服务部。如果您有资格获得持续性护理，会员服务部将会协助您在该医疗服务提供者处就诊。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

选择 PCP

作为 L.A. Care Medicare Plus 会员, 您将会通过 L.A. Care 获取 Medicare 和 Medi-Cal 计划的福利。计划将会为您分配一名 Medicare PCP 作为您的基本保健医生, 该医生将会同时为您协调 Medicare 和 Medi-Cal 服务, 因而不会为您再分配 Medi-Cal 基本保健医生。您可随时更换 PCP。

首先, 您需要选择一名 PCP。您可以让专科医生担任您的 PCP。专科医生是指针对特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。您可以选择让专科医生担任您的 PCP, 前提是该医生是列于《医疗服务提供者名录》中的 PCP。您可以从我们网络内任何愿意接收新会员的医疗服务提供者处获得服务。

- 选择您目前正在使用的 PCP; 或者
 - 由您信任的人所推荐的 PCP; 或者
 - 所在诊所便于您赴诊的 PCP。
 - 如果您在选择 PCP 时需要协助, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。此为免付费电话。或者, 请访问 medicare.lacare.org。

如果您对我们是否会支付您想要或需要的任何医疗服务或护理有任何疑问, 请在获取服务或护理前致电咨询会员服务部。

如果您想要使用特定的专科医生或医院, 请确认该医生或医院是否属于您 PCP 的医疗团体。您可以查阅《医疗服务提供者和药房名录》或咨询会员服务部, 以确认您想选择的 PCP 是否可将您转诊至该专科医生或使用该家医院。

选择更换您的 PCP

您可随时以任何理由更换 PCP。此外, 您的 PCP 也有可能退出本计划网络。如果您的 PCP 退出本计划网络, 我们可协助您在本计划网络内寻找一名新的 PCP。

请致电会员服务部以更换您的 PCP。如果您在当月最后一个工作日向前向会员服务部提出更换 PCP 的申请, 该变更将于次月首日生效。会员服务部将会确认您所选择的 PCP 目前是否接收新患者。会员服务部将更改您的会员记录, 以显示新 PCP 的姓名, 并告知您该变更的生效日期。会员服务部将会向您寄送一张新的会员卡, 卡片上列有新 PCP 的姓名与电话号码。

本计划的 PCP 属于其各自的医疗团体。若您更换 PCP, 您可能也需要更换医疗团体。当您提出变更申请时, 请告知会员服务部您是否有使用专科医生或者正在接受需由 PCP 核准的其他承保服务。会员服务部将会协助您在更换 PCP 期间继续获得专科护理及其他服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

无需 PCP 核准即可获得的服务

在大多数情况下，您都需要获得 PCP 或本计划的核准才能使用其他医疗服务提供者。这项核准称为“转诊”。您无需事先获得 PCP 或本计划的核准即可接受以下所列服务：

- 由网络医疗服务提供者或网络外医疗服务提供者提供的紧急服务
- 因需立即就医（但非紧急状况）的情况而接受的紧急需求承保服务，前提是您暂时位于本计划的服务区域外，或因时间、地点和相关情况而无法合理地从网络医疗服务提供者处获得此类服务。紧急需求服务示例包括突发性疾病和受伤或既有医疗状况突然发作。即使您位于本计划的服务区域外或我们的网络内服务暂时不可用，具有医疗必要性的常规服务提供者就诊（例如年度体检）也不被视为紧急需求服务。
- 当您位于本计划的服务区域外时，在 Medicare 认证的透析设施接受的肾脏透析服务。如果您在离开服务区域前先致电会员服务部，我们可协助您在您离开服务区域期间获得透析服务。
- 流感预防针和 COVID-19 疫苗接种，以及 B 型肝炎和肺炎疫苗接种服务，但前提是您必须通过网络医疗服务提供者获得此类服务。
- 常规妇女医疗保健和家庭生育计划服务。其中包括乳腺检查、乳房 X 光检查、子宫颈抹片检查及骨盆检查，但前提是您必须通过网络医疗服务提供者获得此类服务。

此外，如果您是美国印第安会员，您无需经由网络 PCP 的转诊或获得预先授权即可通过您所选择的印第安医疗保健服务提供者获得承保服务。

D2. 由专科医生和其他网络医疗服务提供者提供的护理服务

专科医生是指针对特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。专科医生分为多种类型，例如：

- 为癌症患者提供护理服务的肿瘤科医生。
- 为患有心脏疾病的患者提供护理服务的内科医生。
- 为患有骨骼、关节或肌肉疾病的患者提供护理服务的骨科医生。

您的医疗服务提供者可能会将您转诊至网络专科医生或其他特定医疗服务提供者，但前提是该服务对您保持健康而言具有医疗必要性。针对某些类型的转诊，您的医疗服务提供者可能需要事先获得您的医疗团体或 L.A. Care Medicare Plus 的核准。这称为获得“预先授权”。

在网络专科医生或其他特定医疗服务提供者处就诊前，请务必获得预先授权。这项规定有些例外情况，包括上一部分所述的常规妇女医疗保健服务。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

如果您从专科医生或其他特定医疗服务提供者处接受服务前未获得预先授权, 您可能必须自行支付这些服务的费用。

如果专科医生或其他特定医疗服务提供者希望您复诊以接受更多护理, 请先确认您初次就诊时获得的预先授权是否承保多次复诊的费用。

如果您希望使用特定专科医生服务, 请先确认您的医疗服务提供者是否会将患者转诊至这些专科医生。请参阅第 4 章, 以了解有关哪些服务需获得预先授权的信息。

D3. 若医疗服务提供者退出本计划

您使用的网络医疗服务提供者可能会退出本计划。如果您的医疗服务提供者之一退出本计划, 您即可享有特定权利和保障, 内容概述如下:

- 即使本计划的医疗网络可能会在一年当中有所变更, 我们必须确保您能够持续使用合格医疗服务提供者的服务。
- 我们将会通知您有关您的医疗服务提供者即将退出本计划的事宜, 以便您有时间选择新的医疗服务提供者。
 - 如果您的基本保健服务提供者或行为健康服务提供者退出本计划, 且您最近三年内曾在该医疗服务提供者处就诊, 我们将会通知您。
 - 如果您的任何其他医疗服务提供者退出本计划, 并且其是您的指定医疗服务提供者、您目前正通过该医疗服务提供者接受护理服务, 或者您最近三个月内曾在该医疗服务提供者处就诊, 我们将会通知您。
- 我们将会协助您选择一名新的合格网络医疗服务提供者, 以继续管理您的医疗保健需求。
- 如果您目前正通过您现有的医疗服务提供者接受治疗, 您有权请求继续获得具有医疗必要性的治疗或疗法。我们将会与您合作, 以便您可以继续获得护理服务。
- 我们将为您提供有关可选参保期及变更计划选项的信息。
- 如果我们无法找到您可以使用的合格网络专科医生, 我们必须安排由网络外专科医生为您提供护理服务, 但前提是网络医疗服务提供者或福利无法或不足以满足您的医疗需求。需要获得预先授权。
- 如果您发现您的医疗服务提供者之一将退出本计划, 请联系我们。我们可协助您选择新的医疗服务提供者来管理您的护理服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 如果您认为我们没有以合格医疗服务提供者替代您先前的医疗服务提供者，或者您认为我们没有妥善管理您的护理服务，您有权向品质改善组织 (Quality Improvement Organization, QIO) 提出护理品质投诉、护理品质申诉或同时提出投诉和申诉。(请参阅**第 9 章**，以了解更多信息)。

D4. 网络外服务提供者

当为了确保患者能够获得持续性护理而判定某项特定医疗服务具有医疗必要性，且网络医疗保健服务提供者无法提供该特定医疗服务时，L.A. Care Medicare Plus 或会员所属的医疗团体将会寻找能够提供该医疗服务的合适网络外服务提供者。L.A. Care Medicare Plus Plan 或医疗团体将会与找到的网络外服务提供者签订一份特殊合约。除非是急救护理和紧急需求服务，否则您必须在前往 L.A. Care Medicare Plus 服务区域内的网络外服务提供者处就诊前获得事先核准（预先授权）。如果您从专科医生或其他特定医疗服务提供者处接受服务前未获得预先授权，您可能必须自行支付这些服务的费用。

如果您是 L.A. Care 的新会员，且您有一项正在执行中的治疗计划或您正在接受不属于 L.A. Care Medicare Plus Plan 网络内的医疗服务提供者所提供的服务，L.A. Care Medicare Plus 或医疗团体将会与网络外服务提供者签订一份特殊合约。需遵守某些限制规定。请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。

如果您使用的是网络外服务提供者，则该医疗服务提供者必须接受 Medicare 和/或 Medi-Cal。

- 我们不会向不符合 Medicare 和/或 Medi-Cal 参与资格的医疗服务提供者付款。
- 如果您使用的是不符合 Medicare 参与资格的医疗服务提供者，则您必须为您获得的服务自行支付全额费用。
- 如果医疗服务提供者不符合 Medicare 的参与资格，他们必须告知您相关情况。

E. 长期服务与支援 (LTSS)

LTSS 可协助您居家生活，并避免您住院或入住专业护理机构。您可通过本计划获得某些 LTSS 服务，包括：

- 成人社区服务 (Community Based Adult Services, CBAS)
 - 会员可通过此计划在白天前往中心获取日常需求方面的协助。
- 社区支援服务
 - 个人护理与家事服务 (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 为需要获得日常生活协助 (如房屋清洁、餐食准备或杂货采购) 的人士所提供的临时服务。可提供其他服务。
- 喘息服务护理
 - 此项服务仅向会员的主要看护人提供休息支持。
- 家居改造服务
 - 为保障会员的健康、福祉与安全而进行的必要房屋改造服务。
- 辅助生活设施过渡服务
 - 协助患者从护理机构过渡至家庭般的社区环境, 或从护理机构转诊的服务。这些服务旨在协助会员尽可能在社区中生活和/或避免入住机构。
- 临终关怀服务
 - 临终关怀是一种针对临终会员的全面服务, 其中包括医疗、护理、社会、心理、情感及精神方面的关怀服务。临终关怀服务包括侧重于生活品质的干预措施 (包括全人护理服务)。
 - 请参阅第 4 章: 福利图表 - 临终关怀承保服务, 以了解更多信息。
- 居家支援服务计划 (In Home Supportive Services program, IHSS)
 - IHSS 是一项加州政府计划, 该计划通过您所在县的社会服务机构提供。IHSS 提供日常生活层面 (如房屋清洁、餐食准备或杂货采购) 的居家护理协助。可提供其他服务。
- 中期护理机构的护理服务
 - 为患有发育障碍的会员提供 24 小时护理的社区住所。
- 姑息治疗
 - 侧重于预防、治疗及缓解重症与慢性病引发的疼痛及导致身体虚弱的其他症状的护理服务。
- 专业护理机构的护理服务
 - 为需要不间断的持续性护理的生理或心理疾病患者提供医疗、社会及个人护理服务。

如果您符合任何 LTSS 计划的标准, 我们将会帮助协调这些服务, 以确保您拥有所需的居家护理和支援服务。您可致电 LTSS 部门, 以讨论这些计划或向您的医疗保健服务提供者咨询您的护理需求。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

F. 行为健康 (心理健康和物质使用障碍) 服务

您可以获取属于 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围且具有医疗必要性的行为健康服务。我们提供属于 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理计划承保范围的行为健康服务。本计划不提供 Medi-Cal 精神健康专科服务或县政府物质使用障碍服务, 但您可从洛杉矶县心理健康服务部或洛杉矶县公共卫生部下属的物质滥用预防与控制机构处获取这些服务。

L.A. Care 负责处理由精神障碍引发的轻中度功能损伤, 这类服务被称为非专科心理健康服务 (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS), 由 L.A. Care 的合作供应商 Carelon Behavioral Health 提供。这些服务包括但不限于:

- 心理健康评估与治疗, 包括个体、团体及家庭心理治疗
- 门诊服务, 包括实验室检查、药物及医疗用品
- 监测药物治疗的门诊服务
- 精神科咨询
- 用于评估心理健康状况的心理测试
- 精神科住院收治

F1. 在本计划范围外提供的 Medi-Cal 行为健康服务

如果您符合获得精神健康专科服务的标准, 您可通过县政府心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 获得 Medi-Cal 精神健康专科服务。由洛杉矶县心理健康服务部 (Department of Mental Health, DMH) 提供的 Medi-Cal 精神健康专科服务包括:

- 心理健康服务
- 药物援助服务
- 日间密集治疗服务
- 日间康复服务
- 危机干预服务
- 危急病情稳定服务
- 成人住院治疗服务
- 紧急住院治疗服务
- 精神健康机构服务



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 精神科住院医疗服务的
- 目标个案管理
- 涉司法案件人员重返社会服务
- 主动社区治疗 (Assertive Community Treatment, ACT)
- 涉司法群体主动社区治疗 (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- 首次精神病发作 (First Episode Psychosis, FEP) 的协同专科护理 (Coordinated Specialty Care, CSC)
- 会所服务
- 强化社区健康工作者 (Enhanced Community Health Worker, CHW) 服务
- 支持性就业服务
- 同伴支持服务
- 基于社区的移动危机干预服务
- 行为治疗服务
- 治疗型寄养服务
- 强化护理协调服务
- 强化家庭式服务

由洛杉矶县公共卫生部下属的物质滥用预防与控制机构 (Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC) 提供的 Drug Medi-Cal 服务包括：

- 强化门诊治疗服务
- 围产期住院物质使用障碍治疗
- 门诊治疗服务
- 麻醉品治疗计划
- 成瘾治疗药物 (也称为药物辅助治疗)

如果您符合接受这些服务的条件，可通过洛杉矶县公共卫生部下属的物质滥用预防与控制机构 (DPH-SAPC) 获得 Drug Medi-Cal 统筹服务系统 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) 服务。DMC-ODS 服务包括：



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 门诊治疗服务
- 强化门诊治疗服务
- 成瘾治疗药物 (也称为药物辅助治疗)
- 住宿式治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉品治疗计划
- 康复服务
- 个案管理
- 早期干预服务 (针对 21 岁以下成员)
- 早期定期筛查、诊断与治疗 (针对 21 岁以下成员)
- 住院治疗服务

除了上列服务之外, 如果您符合标准, 您可能还可获得自愿性住院戒毒服务。

需要行为健康服务 (包括心理健康和物质滥用服务) 的双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) 会员可通过 L.A. Care 的行为健康服务供应商 Carelon Behavioral Health、洛杉矶县心理健康服务部 (DMH) 以及洛杉矶县公共卫生部物质滥用预防与控制机构 (DPH-SAPC) 获得服务。会员可使用的医疗服务提供系统, 取决于症状以及损伤情况的类型和严重程度。获取行为健康服务无需 PCP 转诊, 且采用“无错误入口”原则, 设有多个服务接入点。当一项服务对于保护生命、预防严重疾病或严重残疾, 或缓解剧烈疼痛而言是合理且必要的, 那么该服务就属于“医疗必需”或“具有医疗必要性”的范畴。

当 D-SNP 会员通过县属机构获取行为健康服务时, L.A. Care 将根据需要为其协调行为健康服务; 必要时, 需签署相应的同意书。L.A. Care 与县属机构遵循双方商定的审核流程, 以促进临床和行政纠纷的及时解决。

如需获取本计划涵盖的心理健康服务, 请致电 Carelon Behavioral Health, 电话: 1-877-344-2858。

如需专科心理健康服务, 请致电洛杉矶县 DMH 求助热线, 电话: 1-800-854-7771。

如需洛杉矶县 DPH-SAPC 提供的物质使用服务, 请拨打物质滥用服务热线 (Substance Abuse Services Hotline, SASH), 电话: 1-844-804-7500。

每天 24 小时, 每周 7 天均有人为您提供服务对接帮助, 包括节假日。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G. 交通运输服务

G1. 非急诊医疗运输服务

如果您有医疗上的需求使您无法搭乘私家车、公交车或出租车赴诊, 您有权获得非急诊医疗运输服务。非急诊医疗运输服务可用于承保服务, 例如医疗、牙科、心理健康、物质使用和药房预约。如果您需要非急诊医疗运输服务, 您可告知您的 PCP 或其他医疗服务提供者并提出申请。您的 PCP 或其他医疗服务提供者将会决定最适合的运输服务类型以满足您的需求。如果您需要非急诊医疗运输服务, 医疗服务提供者将会开立医嘱, 即填写一份表格并将表格提交给 L.A. Care Medicare Plus 审核。视您的医疗需求而定, 批准的有效期限为一年。您的 PCP 或其他医疗服务提供者将会每 12 个月重新评估一次您非急诊医疗运输服务的需求以重新批准。

非急诊医疗运输服务包括救护车、担架车、轮椅车或空中运输工具。若您需要使用接送服务赴诊, L.A. Care Medicare Plus 会根据您的医疗需求, 选择费用最低且最合适的承保运输方式作为非急诊医疗运输工具。例如, 如果从身体或医疗角度而言, 您可以乘坐轮椅车出行, L.A. Care Medicare Plus 将不会为救护车付费。仅有在您的病症使您无法使用任何形式的地面交通运输工具时, 您才有权使用空中交通运输服务。

在下列情况下必须使用非急诊医疗运输服务:

- 根据您 PCP 或其他医疗服务提供者的书面授权判定, 由于您无法乘坐公交车、出租车、私家车或面包车赴诊, 因此从身体或医疗角度而言, 您需要非急诊医疗运输服务。
- 您由于身心障碍而在往返住处、接送地点或治疗地点时需要司机的协助。

如需申请医生为非紧急**常规预约**开具的医疗运输服务, 请在就诊前至少提前两个工作日 (周一至周五) 拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与 L.A. Care Medicare Plus 联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。如为**紧急预约**, 请尽快致电。致电时请准备好您的会员识别卡。您也可以致电咨询更多信息。

医疗运输服务限制

L.A. Care Medicare Plus 承保符合您医疗需求且费用最低的医疗运输服务, 范围为从您的住所到您前往距离最近且能为您看诊的医疗服务提供者处。如果 Medicare 或 Medi-Cal 均不承保该服务, 则我们将不会提供医疗运输服务。如果约诊类型属于 Medi-Cal 的承保范围, 但未被本健康计划涵盖, L.A. Care Medicare Plus 将会协助您预约交通运输服务。承保服务清单列于本手册的**第 4 章**。除非获得预先授权, 否则网络外或服务区域外的交通运输服务不在 L.A. Care Medicare Plus 的承保范围内。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G2. 非医疗运输服务

非医疗运输福利包括往返约诊地点以接受您的医疗服务提供者授权的服务。若您有以下需求，您将可获得免费接送服务：

- 往返约诊地点以接受您的医疗服务提供者授权的服务；**或**
- 领取处方药和医疗用品。

L.A. Care Medicare Plus 允许您搭乘私家车、出租车、公交车或其他公共/私人交通运输工具赴诊以接受您的医疗服务提供者授权的服务。L.A. Care Medicare Plus 使用 Call the Car 来安排非医疗运输服务。我们承保满足您需求且费用最低的非医疗运输方式。

有时候，您可以获得自己安排的私人车辆出行的费用报销。您必须在获得该接送服务之前获得 L.A. Care Medicare Plus 对该服务的批准，且您必须告知我们为何您无法使用其他形式的交通工具（例如搭乘公交车）。您可致电告知我们。**若您自己开车，您将无法获得费用报销。**

报销里程费用需要提供以下所有证明：

- 司机的驾驶执照。
- 司机的车辆登记证。
- 司机的车辆保险证明。

如需为已获授权的服务申请乘车，请在就诊前至少提前两个工作日（周一至周五）拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与 L.A. Care Medicare Plus 联系，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。如为**紧急预约**，请尽快致电。致电时请准备好您的会员识别卡。您也可以致电咨询更多信息。

请注意：美国印第安安会员可与其当地的印第安健康诊所联系以申请非医疗运输服务。

非医疗运输服务限制

L.A. Care Medicare Plus 提供满足您需求且费用最低的非医疗运输服务，范围为从您的住所到可预约的最近医疗服务提供者处。**您不得自己开车或直接获得报销。**

如有以下情况，非医疗运输服务则**不适用**：

- 需要使用救护车、担架车、轮椅车或其他形式的非急诊医疗运输服务工具来获取服务。
- 您由于身体障碍或疾病而在往返住处、接送地点或治疗地点时需要司机的协助。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 您坐轮椅且在没有司机协助的情况下, 您无法自己上下车。
- 该服务不属于 Medicare 或 Medi-Cal 的承保范围。

H. 在医疗紧急情况、有紧急需求或在灾难期间的承保服务

H1. 医疗紧急情况下的护理服务

医疗紧急情况指出现疾病、剧痛、严重受伤或病情迅速恶化等症状的健康状况。状况十分严重, 致使若不立即就医, 您或任何具有一般健康和医学常识的人均可预期会发生以下结果:

- 严重威胁您或您腹中胎儿的健康; **或**
- 严重损害身体机能; **或**
- 任何身体器官或部位严重失能; **或**
- 若为临产孕妇, 则是指发生以下情况时:
 - 时间不够, 无法将您安全转送到另一家医院分娩。
 - 转送至其他医院可能会对您或您腹中胎儿的健康或安全造成威胁。

若您遭遇医疗紧急情况:

- **请尽快寻求协助。**请致电 911 或前往最近的急诊室或医院。如有必要, 请打电话叫救护车。您**不需要**获得 PCP 的批准或转诊。您**不需要**使用网络医疗服务提供者。只要您需要, 您可随时在美国或美国领土的任何地点, 通过持有相应的州政府执照的任何医疗服务提供者获得急诊医疗护理, 即使他们不在我们的网络内也可。
- **请尽可能尽快通知本计划您的急诊情况。**我们会跟进您的紧急护理情况。您本人、您的护理经理或其他人通常应在 48 小时内致电告诉我们您接受急救护理的事宜。不过, 如果您延迟告知我们, 您仍无需支付急诊服务的费用。请拨打 1-833-522-3767 与会员服务部联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。

医疗紧急情况下的承保服务

当以其他任何方式前往急诊室可能危及您的健康时, 本计划将承保救护车服务。我们也会承保急诊期间的医疗服务。如需了解更多信息, 请参阅《会员手册》第 4 章的“福利表”。

提供急救护理的医疗服务提供者将会判断您的情况何时稳定下来, 以及医疗紧急情况何时结束。他们将会持续为您提供治疗, 且如果您需要追踪护理以让病情好转, 他们将会与我们联系以拟定计划。

Medicare 不承保在美国及其领土之外接受的紧急医疗护理。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

本计划将会承保您的追踪护理。如果您通过网络外服务提供者接受急救护理，我们将会尽快安排网络医疗服务提供者接手您的护理。

在非紧急情况下接受急救护理

有时候，您可能很难判断自己是否有紧急医疗状况或紧急行为健康状况。也许您前往医院接受急救护理，但医生表示您的情况其实并不是紧急状况。只要您有理由认定您的健康正在遭受严重威胁，我们就会承保您的护理。

在医生表示这并非紧急情况后，我们仅会在符合以下条件时才会承保您的其他护理服务：

- 您使用的是网络医疗服务提供者；**或**
- 您额外接受的护理服务属于“紧急需求护理”，而且您遵守接受此类护理服务的规定。请参阅下一部分。

H2. 紧急需求护理

紧急需求护理是指您因不危及生命但需要立即接受护理服务的情况所接受的护理服务，例如既有病症发作或发生突发疾病或伤害。

本计划服务区域内的紧急需求护理

我们只有在您符合下列条件时才会承保紧急需求护理：

- 您从网络医疗服务提供者处获得该护理服务；**且**
- 您遵守本章所述的规定。

若考虑到时间、地点或具体情况，前往网络医疗服务提供者处获取护理不现实或不合理，我们将承保您从网络外医疗服务提供者处获得的紧急需求护理。

如何获取紧急护理

- 如需查找您附近的紧急护理中心，请拨打 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG)，服务时间为每天 24 小时、每周 7 天（包括节假日）。

本计划服务区域外的紧急需求护理

当您在本计划的服务区域外时，您可能无法从网络医疗服务提供者处获取护理服务。在这种情况下，本计划将会承保您从任何医疗服务提供者处所获取的紧急需求护理。然而，医学上必需的常规医疗服务就诊，如年度体检，不被视为紧急需求，暂无法在本计划服务区域外或本计划网络外获得承保。

L.A. Care Medicare Plus 可在美国境外任何地方提供全球紧急医疗承保。我们承保的急诊/紧急护理费用总计最高可达 \$10,000。如需了解更多信息，请参阅第 4 章的“福利表”。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

本计划不承保您在美国境外所接受的紧急需求护理或任何其他非急救护理。

H3. 在发生灾难期间获取护理服务

如果加州州长、美国卫生及公共服务部部长或美国总统宣布您的地区进入灾难或紧急状态, 您仍然有权获得本计划的护理服务。

请访问我们的网站, 以了解如何在政府宣布进入灾难状态的期间获得您所需的护理服务: medicare.lacare.org。

在政府宣布进入灾难状态的期间, 如果您无法使用网络医疗服务提供者, 您可按照网络内费用分摊标准从网络外服务提供者处获取护理服务。若在已宣布的灾难状态期间您无法使用网络药房, 可在网络外药房配药。请参阅《会员手册》第 5 章, 以了解更多详情。

I. 如果您直接收到本计划的承保服务账单该怎么办

如果您为承保服务支付的费用超过计划的分摊费用, 或者您收到承保医疗服务的全额费用账单, 请参阅《会员手册》第 7 章了解应对方法。

您不应自行支付账单。如果您自行支付账单, 本计划可能无法为您退款。

II. 如果本计划不承保服务该怎么办

本计划承保符合下列条件的所有服务:

- 获认定为具有医疗必要性; **并且**
- 列于本计划的“福利表”中(请参阅《会员手册》第 4 章); **并且**
- 您在接受服务时有遵守计划规定。

如果您接受不属于本计划承保范围的服务, 除非该服务属于本计划范围以外之其他 Medi-Cal 计划的承保范围, 否则**您将需自行支付全额费用**。

如果您想了解我们是否会为某项医疗服务或护理付费, 您有权向我们咨询。您也有权以书面方式提问。如果我们表示我们将不会给付您的服务, 您有权针对我们的决定提出上诉。

《会员手册》第 9 章将会说明如果您希望我们承保某项医疗服务或用品该怎么做。该章也会为您说明如何针对我们的承保决定提出上诉。请致电与会员服务部联系, 以进一步了解您的上诉权利。

我们为某些服务的付费设有一定限额。如果您超出该限额, 您在获取更多该类型服务时便需支付全额费用。请参阅第 4 章了解具体的福利限制。致电会员服务部, 了解福利限制以及您已使用的福利额度。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

J. 您在参与临床研究期间享有的医疗保健服务承保

J1. 临床研究的定义

L.A. Care 为已获准参加临床试验 (包括列于 <https://clinicaltrials.gov> 网站的美国癌症临床试验) 的患者承保例行患者护理费用。Medi-Cal Rx 是按服务收费 (Fee-For-Service, FFS) Medi-Cal 的一部分, 承保大多数门诊处方药。

临床研究 (又称为临床试验) 是医生用来测试新型医疗保健服务或药物的一种方法。获得 Medicare 批准的临床研究通常会招募志愿者参与。当您参与临床研究时, 您可以继续加入我们的计划, 并通过我们的计划获得其余的护理服务 (与研究无关的护理)。

若您想参与任何经 Medicare 批准的临床研究, 您**无需**告知我们, 也无需获得我们或您的基本保健服务提供者的批准。为您提供研究相关护理的医疗服务提供者**无需**是网络医疗服务提供者。这不适用于需要通过临床试验或登记来评估效益的承保福利, 例如某些需要在证据开发条件下作出全国承保决定 (National Coverage Determination Requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) 和研究性装置豁免 (Investigational Device Exemption, IDE) 研究的福利。获取这些福利可能还需预先授权及遵从其他计划规定。

我们鼓励您在参加临床研究之前先告知我们。

如果您打算参加某项由 Original Medicare 为参保者承保的临床研究, 我们鼓励您或您的护理经理与会员服务部联系, 以告知我们您将要参加临床试验的事宜。

J2. 在您参与临床研究期间的服务付款

如果您自愿参加获得 Medicare 批准的临床研究, 您无需为属于该研究承保范围的服务支付任何费用。Medicare 将会给付属于该研究承保范围的服务以及与您护理服务有关的例行费用。在您加入获得 Medicare 核准的临床研究后, 您在研究期间所获得的大多数服务和用品均属于承保范围。其中包括:

- 即使您未参加研究, Medicare 仍会付费的住院食宿费用
- 属于该项研究范围的手术或其他医疗程序
- 新护理服务所引起的任何副作用和并发症的治疗

如果您参加**未经** Medicare 批准的研究, 您需自行支付参加研究的所有费用。

J3. 进一步了解临床研究

您可以阅读 Medicare 网站上的“Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare 与临床研究), 以了解更多关于参与临床研究的信息 (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)。您也可拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

K. 您在非医疗性质的宗教性医疗保健机构接受的医疗保健服务如何获得承保

K1. 非医疗性质的宗教性医疗保健机构的定义

非医疗性质的宗教性医疗保健机构是提供护理服务的场所，这些护理服务是您通常可在医院或专业护理机构获取的护理服务。如果在医院或专业护理机构接受护理服务违背您的宗教信仰，我们会承保由非医疗性质的宗教性医疗保健机构提供的护理服务。

此项福利仅适用于 Medicare A 部分住院服务（非医疗性质的医疗保健服务）。

K2. 从非医疗性质的宗教性医疗保健机构获取的护理服务

如果要从非医疗性质的宗教性医疗保健机构获取护理服务，您必须签署一份法律文件，表明您反对接受“非特例”医疗服务。

- “非特例”医疗服务是指任何**出于自愿且非任何联邦法律、州法律或地方法律所规定的**护理服务。
- “特例”医疗服务则指任何**并非出于自愿且是联邦法律、州法律或地方法律所规定**的护理服务。

非医疗性质的宗教性医疗保健机构为您提供的护理必须符合以下条件，我们的计划才会承保：

- 提供护理的设施必须经 Medicare 认证。
- 本计划承保的服务仅限于非宗教性的护理服务。
- 如果您接受此类机构在机构内所提供的服务：
 - 您的健康状况必须符合获得住院医疗护理或专业护理机构护理等承保服务的条件。
 - 您必须事先获得本计划的批准才能入住此类机构，否则您入住期间的费用将**无法**获得承保。

针对住院服务，如果医院是健康计划网络内的医院，Medicare 承保限制将不适用。详情请参阅第 4 章的“福利表”。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

L. 耐用医疗设备 (DME)

L1. 本计划会员可获取的 DME

DME 包括具有医疗必要性且由医疗服务提供者开立医嘱的特定用品, 例如轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由医疗服务提供者开立医嘱以供居家使用的病床、静脉 (Intravenous, IV) 输液泵、语言生成装置、氧气设备和用品、喷雾器与助行器。

某些特定的 DME 将永远归您所有, 例如假肢。

其他类型的 DME 则必须租赁。作为本计划的会员, 无论租借 DME 多久, 您通常**无法**拥有该设备的所有权。

在某些有限情况下, 我们会将 DME 用品的所有权转让给您。如需更多信息, 请拨打本页底部的会员服务部电话。

即使您在加入本计划之前已根据 Medicare 规定持有 DME 长达连续 12 个月的时间, 您仍**无法**拥有该设备的所有权。

Medicare 通常只支付您在家中使用的医疗设备费用。但 Medi-Cal 还可以支付您在家外 (例如在社区) 所需的设备费用。

L2. 转投 Original Medicare 后的 DME 所有权

在 Original Medicare 计划中, 会员租借某些类型的 DME 满 13 个月之后即可拥有该设备的所有权。在 Medicare Advantage (MA) 计划中, 计划可以规定会员在租借某些类型的 DME 时必须达到几个月才能拥有该设备的所有权。

如果您不再享有 Medi-Cal 且满足以下条件, 您将需根据 Original Medicare 规定连续支付 13 期的费用, 或者您将需根据 MA 计划的规定连续支付一定期数的费用, 才能拥有 DME 设备的所有权:

- 您在参保本计划的期间并未获得该 DME 设备的所有权; **并且**
- 您退出本计划, 并且通过 Original Medicare 计划或 MA 计划所属的任何健康计划以外的资源获得您的 Medicare 福利。

如果您在加入本计划之前曾在 Original Medicare 或 MA 计划中支付过 DME 设备的费用, **您在 Original Medicare 或 MA 计划中所支付的这些费用将不计入您在退出本计划后所必须支付的费用当中。**

- 您将需根据 Original Medicare 规定重新连续支付 13 期的费用, 或者根据 MA 计划的规定重新连续支付一定期数的费用, 才能拥有 DME 设备的所有权。
- 即使您重回 Original Medicare 或 MA 计划, 这项规定也没有例外。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

L3. 本计划会员可享有的氧气设备福利

如果您有资格获得属于 Medicare 承保范围的氧气设备且您是本计划的会员, 我们会承保:

- 氧气设备的租借
- 氧气及含氧介质的配送
- 用于输送氧气及含氧介质的管材和相关配件
- 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, 或者如果您退出本计划, 您必须归还氧气设备。

L4. 转投 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划后的氧气设备服务

当氧气设备具有医疗必要性, 且您退出本计划并转换至 **Original Medicare** 时, 您可向供应商租赁该设备 36 个月。您每个月的租借费用涵盖氧气设备以及上列用品与服务。若您仍同时参加 Medicare 和 Medi-Cal 计划, 则这些费用由 Medicare 和 Medi-Cal 承保。

如果在您租借氧气设备满 36 个月后, 该设备对您而言仍具有医疗必要性, 您的氧气供应商必须提供:

- 额外 24 个月的氧气设备、用品和服务
- 如果具有医疗必要性, 最长 5 年的氧气设备和用品

如果 5 年期满时, 氧气设备仍具有医疗必要性:

- 您的供应商不再有义务提供该设备, 您可选择从其他任何供应商处获取替换设备。
- 5 年期限将重新开始计算。
- 您向供应商租借 36 个月。
- 您的供应商再额外提供 24 个月的氧气设备、用品及服务。
- 只要氧气设备具有医疗必要性, 每 5 年便会重新开始计算一个新的周期。

当氧气设备具有医疗必要性时, 且您退出本计划并转换至其他 **MA** 计划, 该计划至少将会承保 Original Medicare 承保的项目。您可向您的新 MA 计划咨询其承保哪些氧气设备和用品以及您将需支付多少费用。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 4 章：福利表

引言

本章将会为您说明本计划的承保服务以及适用于这些服务的任何限制或限额。本章也会为您说明不属于本计划承保范围的各项福利。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

L.A. Care Medicare Plus 新会员：在大多数情况下，您将会在您申请参保 L.A. Care Medicare Plus 后的次月第 1 天参保 L.A. Care Medicare Plus，以获取您的各项 Medicare 福利。您仍可通过您先前的 Medi-Cal 健康计划取得额外一个月的 Medi-Cal 服务。在那之后，您将会通过 L.A. Care Medicare Plus 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 保险将不会有任何缺口。如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系我们，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。

目录

A. 您的承保服务.....	68
B. 医疗服务提供者不得向您收取服务费用的规定	68
C. 本计划的福利表相关信息.....	68
D. 本计划的福利表	71
E. 社区支援	124
F. 本计划范围外的承保福利.....	126
F1. 加州社区过渡 (CCT) 计划.....	126
F2. Medi-Cal Dental	127
F3. 居家支援服务 (IHSS) 计划	127
F4. 1915(c) 居家与社区服务 (HCBS) 豁免计划	128
F5. 在本计划范围外提供的县政府行为健康服务 (心理健康与物质使用障碍服务)	130
G. 本计划、Medicare 或 Medi-Cal 均不承保的福利.....	133



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

A. 您的承保服务

本章将会为您说明本计划承保的服务。您还可以了解未承保的服务。有关药物福利的信息列于《会员手册》的**第 5 章**。本章还会说明某些服务的限制。

由于您获得 Medi-Cal 的补助，因此只要您遵守本计划的规定，您就不必为承保服务支付任何费用。欲了解本计划规定的详情，请参阅《会员手册》的**第 3 章**。

如果您需要协助来了解哪些服务属于承保范围，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。

B. 医疗服务提供者不得向您收取服务费用的规定

我们不允许本计划的医疗服务提供者向您收取网络承保服务的费用。我们会直接向本计划的医疗服务提供者付款，并且会保护您不被收取任何费用。即使我们向医疗服务提供者付款的金额低于其收取的服务费用，此规定仍然适用。

您不应收到医疗服务提供者开具的承保服务账单。如果您收到账单，请参阅《会员手册》的**第 7 章**或致电会员服务部。

C. 本计划的福利表相关信息

福利表将会为您说明本计划会支付的服务。福利表按字母顺序列出承保服务，并附带相关说明。

若您符合下列规定，我们将会支付“福利表”中所列的服务。只要您符合下列规定，您就无需为“福利表”中所列的服务支付任何费用。

- 我们依据 Medicare 和 Medi-Cal 的规定提供 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务。
- 服务（包括医疗护理、行为健康服务和物质使用服务、长期服务与支援、用品、设备及药物）必须具有“医疗必要性”。“具有医疗必要性”是指为预防、诊断或治疗医疗状况，或维持您当前的健康状况所需的服务、用品或药物。其中包括为防止您必须住院或入住护理机构而接受的护理服务。同时也指服务、用品或药物符合公认医疗执业规范。
- 针对新参保者，我们不会在前 90 天内要求您事先获得任何进行中的治疗的核准，即使该治疗服务最初是由网络外服务提供者提供。

如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。



- 您通过网络医疗服务提供者获得护理服务。网络医疗服务提供者是指与本计划有合作关系的医疗服务提供者。在大多数情况下，除非是急救护理或紧急需求护理，或者您的计划或网络医疗服务提供者为您提供了转诊，否则您通过网络外服务提供者获得的护理服务将无法获得承保。《会员手册》第 3 章列有使用网络医疗服务提供者及网络外服务提供者的更多详情。
- 您拥有为您提供和管理护理服务的基本保健服务提供者 (Primary Care Provider, PCP) 或护理团队。在大多数情况下，您必须事先经过 PCP 的核准，才能使用 PCP 以外的医疗服务提供者或使用本计划网络内的其他医疗服务提供者。这称为“转诊”。《会员手册》第 3 章包含有关如何获得转诊以及何时**无需**转诊的更多详情。
- “福利表”中有部分服务需要您的医生或其他网络医疗服务提供者事先获得本计划的核准，方能获得承保。这称为获得“预先授权”(Prior Authorization, PA)。在“福利表”中，我们将需要获得 PA 的承保服务以星号 (*) 标示。
- 如果您的计划核准了某项疗程的 PA 申请，则该核准根据承保标准、您的医疗记录以及主治医疗服务提供者的建议，在医疗合理范围内及必要的情况下必须保持有效，以避免造成护理中断。
- 如果您丧失了 Medi-Cal 福利，在认定持续符合资格的 3 个月期限内，您在此计划的 Medicare 福利将继续处于有效状态。然而，您的 Medi-Cal 服务可能无法获得承保。请联系您所在县的资格审查办公室或医疗保健方案处 (Health Care Options)，以了解有关 Medi-Cal 资格的信息。您可保留 Medicare 福利，但无法保留 Medi-Cal 福利。

适用于患有某些慢性疾病的会员的重要福利信息：

要获得 SSBCI 资格，您必须患有一种或多种符合资格标准的慢性疾病（如上所列）。此外，您必须患有影响日常生活的严重长期健康问题，且住院或出现其他重大健康问题的风险较高，并且需要大量援助来管理护理。您的健康风险评估 (HRA) 和医疗记录将用于协助确定您是否符合资格。您也可以请您的医生向 L.A. Care 提交申请，以验证您符合资格的医疗状况以及其他 SSBCI 资格标准。请记住，SSBCI 福利和您的资格（经批准后）将在福利年度结束时终止。并非所有人都符合资格。

- 若您患有下列任何一种慢性疾病且符合特定医疗标准，则您可能有资格获得额外福利：
 - 慢性酒精和其他药物依赖症
 - 自身免疫性疾病
 - 癌症
 - 心血管疾病



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 慢性心力衰竭
- 痴呆症
- 糖尿病
- 超重、肥胖和代谢综合征
- 慢性胃肠道疾病
- 慢性肾病 (Chronic Kidney Disease, CKD)
- 严重血液疾病
- 人类免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)
- 慢性肺部疾病
- 慢性且致残的精神健康疾病
- 神经系统疾病
- 中风
- 器官移植后症状
- 免疫缺陷和免疫抑制性疾病
- 与认知障碍相关的疾病
- 导致功能障碍的疾病
- 损害视觉、听觉 (致聋)、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病
- 导致需要持续接受治疗以维持或保持身体机能的疾病
- 要获得慢性病患者特殊补充福利 (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI) 资格, 您必须患有的一种或多种符合上述标准的慢性疾病。此外, 您还必须患有影响日常生活的严重长期健康问题、面临较高住院或患上其他严重健康问题的风险, 且需要大量协助来管理护理事宜。您的健康风险评估 (Health Risk Assessment, HRA) 结果将用于帮助确定您是否符合资格。然而, 请在我们告知应完成评估时再填写 HRA。您通常需在每年参保本计划时填写一次 HRA。此外, 您还可以请求您的医疗服务提供者向我们提交一份名为“SSBCI Provider Form” (SSBCI 医疗服务提供者表) 的表格, 以核实您是否患有符合条件的医疗状况。您每年仅需获得一次核准即可享有福利。并非所有人都有资格获得这些额外福利。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 请参阅福利表中“特定慢性疾病协助”一栏，以了解更多详情。
- 欲了解其他信息，请联系本计划。

大多数**或者**所有预防性服务均为免费提供。“福利表”中的预防性服务旁带有一个苹果  符号。

D. 本计划的福利表

承保服务	您需支付的费用
 腹主动脉瘤筛查 我们会为面临患病风险的人士支付一次性超声波筛检。仅在您有特定风险因素，且获得您的医生、医生助理、执业护士或临床专科护理师转诊的情况下，本计划才会承保此项筛检的费用。	\$0
针灸治疗 在任何一个日历月中，我们会支付最多两次门诊针灸治疗的服务费用，或者若该服务具有医疗必要性，我们支付的次数将会增加。 此外，若您患有符合以下定义的慢性腰背痛，我们还会支付在 90 天内最多 12 次针灸治疗的服务费用： <ul style="list-style-type: none"> • 症状持续长达 12 周或更长时间； • 没有具体原因（无法找到系统性病因，例如与癌细胞转移、炎症或传染病均无关）； • 不是因手术所引起；以及 • 不是因怀孕所引起。 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>针灸治疗 (续)</p> <p>此外, 如果您的病情有所改善, 我们还将额外支付八次慢性腰背痛针灸治疗的费用。您每年针对慢性腰背痛的针灸治疗次数不得超过 20 次。</p> <p>如果病情未得到改善或恶化, 则您必须停止针灸治疗。</p> <p>医疗服务提供者要求:</p> <p>医生 (如《社会保障法》(简称“法案”) 第 1861(r)(1) 项规定) 可根据适用州法律提供针灸治疗。</p> <p>如果医生助理 (Physician Assistant, PA)、执业护士 (Nurse Practitioner, NP)/临床专科护理师 (Clinical Nurse Specialists, CNS) (如法案第 1861(aa) (5) 项规定所述) 以及辅助人员符合所有适用州规定且拥有以下文件, 便可提供针灸诊疗:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 拥有经美国针灸及东方医学认证委员会 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 授权的学校颁发的针灸或东方医学硕士学位或博士学位; 以及, • 持有可在美国所属州、领地、联邦 (如 Puerto Rico) 或哥伦比亚特区提供针灸服务的完整有效且不受限制的执照。 <p>根据《美国联邦法规》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 卷第 410.26 和第 410.27 项规定, 辅助人员在提供针灸服务时需接受医生、PA 或 NP/CNS 的适当级别监督。</p>	



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>常规针灸和脊椎矫正治疗 (补充服务)</p> <p>针对 Medicare 和 Medi-Cal 未承保的针灸和常规脊椎矫正服务，本计划每年最多承保合计 45 次就诊。在大多数情况下，您必须使用签约的医疗服务提供者来获得承保服务。若您对如何使用此福利有疑问，请联系会员服务部。</p> <p>承保的针灸服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 评估和检查 • 穴位按压 • 疼痛综合征的物理治疗与疗法 • 肌肉骨骼疾病 • 恶心 <p>承保的脊椎矫正服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 评估和检查 • X 光检查 • 脊椎矫正推拿治疗、物理疗法及治疗程序 • 在诊所提供以及通过远程医疗服务选项提供的脊椎和四肢肌肉骨骼疾病的物理康复治疗 	\$0
<p> 酒精滥用筛检与咨询</p> <p>我们会为滥用酒精但尚未酒精成瘾的成人支付一次酒精滥用筛检费用，此服务称为筛检、评估、初步干预以及转介治疗 (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT)。服务对象包括孕妇。</p> <p>如果您的酒精滥用筛检结果呈阳性，您每年最多可获得四次由合格基本保健服务提供者 (PCP) 或医疗执业人员在基本保健场所提供的面对面简短咨询会谈（前提是您必须具有行为能力且在咨询期间保持清醒状态）。</p>	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>救护车服务*</p> <p>承保的救护车服务 (无论是紧急或非紧急情况) 包括地面救护和空中救护 (飞机和直升机)。救护人员会将您送往能够为您提供护理服务的最近地点。</p> <p>您的状况必须十分严重, 致使以其他方式前往护理场所可能会危及您的健康或生命。</p> <p>其他情况下 (非紧急) 的救护车服务必须获得本计划的核准。有时即使不是紧急情况, 我们也可能支付救护车费用。您的状况必须十分严重, 致使以其他方式前往护理场所可能会危及您的生命或健康。</p>	\$0
<p>年度体检</p> <p>除年度健康就诊外, 我们每年会支付一次年度体检费用。年度体检包含详细的病史/家族病史检视, 以及全身详细评估和触诊检查。</p>	\$0
<p> 年度健康就诊</p> <p>您可获得年度健康检查。旨在根据您目前的风险因素拟定或更新预防计划。我们会每 12 个月支付一次此服务的费用。</p> <p>请注意: 您的首次年度健康就诊不得在“欢迎参保 Medicare”就诊的 12 个月内进行。然而, 在您参保 B 部分超过 12 个月后, 您不必接受“欢迎参保 Medicare”就诊即可获得年度健康就诊服务。</p>	\$0
<p>气喘预防性服务</p> <p>您可接受气喘教育及居家环境评估以确认家中常见诱因 (针对气喘控制不佳的患者)。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>行为健康服务</p> <p>L.A. Care Medicare Plus 为因心理障碍而导致的轻度、中度或重度功能损害的患者提供支援服务, 这类服务通过 Carelon Behavioral Health 提供。服务包括但不限于:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 心理健康评估与治疗, 包括个体、团体及家庭心理治疗 • 门诊服务, 包括实验室检查、药物及医疗用品 • 监测药物治疗的门诊服务 • 精神科咨询 • 用于评估心理健康状况的心理测试 • 精神科住院收治 <p>欲了解更多详情, 请联系 Carelon Behavioral Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 电话: 1-877-344-2858/1-800-735-2929 TTY/TDD • 欲了解有关 Carelon Behavioral Health 的更多服务信息, 请访问: www.carelonbehavioralhealth.com/ <p>每天 24 小时, 每周 7 天均有人为您提供服务对接帮助, 包括节假日。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>福利预付卡补贴 – 非处方 (OTC) 产品</p> <p>您将获得每月 \$110 的补贴额度, 该款项将预存至您的 Benefits Mastercard® Prepaid Card 中, 可用于购买经核准的各类非处方 (Over-The-Counter, OTC) 健康产品, 包括咳嗽药、感冒药、维生素、止痛药、绷带等。您加入本计划后约 7-10 日内, 我们将向您邮寄预付卡及激活说明。您还将收到我们邮寄的 OTC 产品和健康食品目录, 其中列明所有经核准的可购物品。自保险生效且完成卡片激活后, 您即可开始订购符合规定的物品。配送免运费, 大部分物品可在约两日内送达。</p> <p>该补贴仅限用于购买经核准的物品。您可通过纸质目录或访问 lacare.nationsbenefit.com 网站查询符合条件的产品。请注意: 当月未使用的补贴额度不会累积至下一月。为充分享受福利, 我们鼓励您每月将补贴额度用尽。</p> <p>获取所需物品轻松便捷! 您可在参与本计划的药房及零售门店店内、在线平台或通过电话, 使用 Benefits Mastercard® Prepaid Card 进行订购。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 店内: 您可在 Albertsons、CVS、Food-4-Less、Ralphs、Walgreens、Walmart 等商店选购各种获得核准的产品。请访问 lacare.nationsbenefits.com 以查找您附近的商店。 • 在线: 请访问 lacare.nationsbenefits.com 以查阅各种获得核准的产品。如果这是您第一次在线订购, 您将需在 Benefits Pro Portal 入口网站或 Benefits Pro 应用程序注册账户。如果您已创建账户, 您只需登录、选择您的商品并在挑选好后点击「Checkout」(结账) 即可。 • 致电: 请翻阅 OTC 目录或访问 lacare.nationsbenefits.com 以查找您想要订购的产品。如需致电订购, 请拨打 1-833-571-7587 (TTY: 711)。 <p>会员服务代表的服务时间为当地时间上午 8:00 至晚上 8:00。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>骨质测量</p> <p>我们会为符合资格的会员（通常是指有骨质流失或骨质疏松风险的人士）支付某些程序的费用。这些程序是为了确定骨质密度、检查骨质流失情况或检测骨质。</p> <p>我们会每 24 个月支付一次这些服务费用，或者如该服务具有医疗必要性，我们可增加付款次数。我们也会支付医生判读和说明检查结果的费用。</p>	\$0
 <p>乳腺癌筛检（乳腺 X 光检查）</p> <p>我们会支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 岁至 39 岁期间仅限一次的基线乳腺 X 光检查费用 • 每 12 个月仅限一次的乳腺 X 光检查费用 • 每 24 个月仅限一次的临床乳腺检查费用 	\$0
<p>心脏疾病康复服务*</p> <p>我们会支付心脏疾病康复服务的费用，例如锻炼、教育和咨询。会员必须符合某些条件并由医生转诊。</p> <p>我们还承保心脏疾病康复强化计划，此计划的强度高于心脏疾病康复计划。</p>	\$0
 <p>心血管（心脏）疾病风险降低就诊（心脏病治疗）</p> <p>我们每年会支付一次由基本保健服务提供者 (PCP) 提供的看诊费用，以协助您降低罹患心脏病的风险。在此次或每次就诊期间，您的医生可能会：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 讨论阿司匹林的使用； • 检查您的血压；以及/或者 • 提供建议以确保您饮食健康。 	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 心血管 (心脏) 疾病筛检 我们每五年 (60 个月) 支付一次用于检查心血管疾病的验血费用。此类验血还会检查因心脏病高风险所导致的缺陷。	\$0
 子宫颈癌与阴道癌筛检 我们会支付下列服务的费用： <ul style="list-style-type: none"> • 针对所有女性: 每 24 个月支付一次子宫颈抹片检查和骨盆检查费用 • 针对面临子宫颈癌或阴道癌高风险的女性: 每 12 个月支付一次子宫颈抹片检查费用 • 针对在过去三年内曾出现子宫颈抹片检查结果异常且正值生育年龄的女性: 每 12 个月支付一次子宫颈抹片检查费用 • 针对年龄介于 30-65 岁的女性: 每 5 年支付一次人乳头状瘤病毒 (Human Papillomavirus, HPV) 检测或子宫颈抹片检查外加 HPV 检测费用 	\$0
脊椎矫正服务 我们会支付下列服务的费用： <ul style="list-style-type: none"> • 矫正脊椎错位的整脊服务 请参阅 “针灸和脊椎矫正治疗 (补充服务)”一节, 以了解其他福利。	请注意: 针对由针对由脊椎矫正医生所开立的任何其他服务或检测 (包括 X 光检查), 您将需自行支付所有费用。
慢性疼痛管理与治疗服务 我们为患有慢性疼痛 (疼痛持续或反复发作的时间超过 3 个月) 的患者提供每月承保服务。服务包括疼痛评估、药物管理、护理协调与规划。	此类服务的分摊费用将因治疗过程中提供的个人服务而有所不同。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>结肠直肠癌筛检</p> <p>我们会支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 结肠镜检查没有最低或最高年龄限制，且针对不属于高风险群体的患者每 120 个月 (10 年) 承保一次，或者针对不属于结肠直肠癌高风险群体的患者在前一次软式乙状结肠镜检查后 48 个月承保一次，以及针对属于高风险群体的患者在前一次结肠镜检查后每 24 个月承保一次。 • 针对已年满 45 岁且不属于结肠直肠癌高风险群体的患者，在其接受前一次计算机断层结肠镜检查至少 59 个月后支付一次计算机断层结肠镜检查，或者在患者接受前一次软式乙状结肠镜检查或结肠镜筛查后 47 个月支付一次计算机断层结肠镜检查。针对属于结肠直肠癌高风险群体的患者，在患者前一次接受计算机断层结肠镜筛检或结肠镜筛查后至少 23 个月支付一次计算机断层结肠镜检查。 • 针对年满 45 岁的患者的软式乙状结肠镜检查。针对不属于高风险群体的患者，在患者接受结肠镜检查后，每 120 个月支付一次费用。针对属于高风险群体的患者，在患者前一次接受软式乙状结肠镜检查或计算机断层结肠镜检查后，每 48 个月支付一次费用。 • 针对年满 45 岁的患者的粪便潜血检测，每 12 个月支付一次费用。 • 针对年龄介于 45 岁至 85 岁之间且不符合高风险标准之患者的多目标粪便脱氧核糖核酸 (Deoxyribonucleic Acid, DNA) 检查，每 3 年支付一次费用。 • 针对年龄介于 45 岁至 85 岁之间且不符合高风险标准之患者的血液生物标记检测，每 3 年支付一次费用。 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>结肠直肠癌筛检 (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> 结肠直肠癌筛检包含一项追踪结肠镜检查, 将在患者接受属于 Medicare 承保范围之非侵入性粪便结肠直肠癌筛检且结果呈阳性后提供。 结肠直肠癌筛检测试包括计划性软式乙状结肠镜检查或结肠镜检查, 其涉及切除组织或其他物质, 或与筛检测试有关、由筛检测试导致且在同一临床诊疗中提供的其他程序。 	
<p>社区健康工作者服务</p> <p>L.A. Care 为个人承保社区健康工作者 (Community Health Worker, CHW) 服务, 但前提是该服务是由医生或其他持照医疗执业人员出于以下目的而建议: 为了预防疾病、残障及其他健康问题或为了预防其恶化, 为了延长寿命以及为了促进身体健康与心理健康和疗效。服务可能包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康教育和培训, 包括控制和预防慢性疾病或传染性疾病, 预防行为、围产期和口腔健康问题, 以及预防受伤 <p>健康促进与辅导, 包括设定目标和拟定行动计划, 以加强疾病的预防和管理</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>牙科服务</p> <p>我们支付某些牙科服务的费用，其中包括但不限于牙齿清洁、修补及义齿服务。我们未承保的服务将通过 Medi-Cal Dental 提供，详情如下文 G2 部分 所述。</p> <p>我们支付会员主要病症之具体治疗中不可或缺的某些牙科服务的费用。示例包括骨折或受伤后的下颚重建、为了准备进行下颚相关癌症放射治疗而进行的拔牙，或是在肾脏移植手术前所进行的口腔检查。</p> <p>其他牙科服务 (补充服务)</p> <p>本计划承保其他牙科服务和诊疗程序。这些服务可能包括但不限于下列项目：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 预防性服务 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 口腔检查 – 每年 1 次 ◦ 牙齿清洁 – 每年 1 次 ◦ 涂氟治疗 – 每年 1 次局部涂抹 ◦ X 光检查 – 每年 1 次 • 综合服务 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 修复服务* ◦ 牙髓病* – 终身每颗牙齿限 1 次 ◦ 牙周病* ◦ 义齿 (固定式与活动式) * ◦ 口腔/颌面手术* ◦ 辅助性综合诊疗服务* <p>本计划与 Liberty Dental 合作，旨在为您提供牙科福利。</p> <p>某些福利可能存在除外责任和限制条款。如具医学必要性，可能存在例外情况。请注意，某些服务需要事先经过临床审查以获得预先授权。在提出此类预先授权申请时，必须提交特定证明文件。临床审查人员将会使用提供的证明文件并根据业界标准判定</p> <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>牙科服务 (续)</p> <p>这些服务是否具有必要性和适当性, 以及这些服务是否符合 Liberty 临床标准和指南中适用于此类服务的所有规定。LIBERTY 牙科主任认为不具有必要性或不符合计划标准的任何治疗将不予承保。若未提供必要的文件记录, 将无法针对服务进行适当的审查, 因此服务申请将会遭到拒绝。若预先授权因任何理由而遭到拒绝, 服务将不会获得承保, 您将自行承担所有相关费用。因整容或美容原因而进行的牙科程序不属于承保范围。承保范围仅限福利一览表所列的服务。</p> <p>如需获取承保范围的详细清单, 您可访问 medicare.lacare.org 网站或拨打 1-855-552-8243, 服务时间为周一至周五, 当地时间上午 8:00 至晚上 8:00。本计划未承保的服务可通过 Medi-Cal Dental 计划提供。</p> <p>如需查找网络牙医, 您可拨打 1-855-552-8243 联系会员服务部, 或者浏览线上牙科服务提供者名录, 网址为 libertydentalplan.com/lacaremedicare。建议您在接受牙科服务前, 与您的网络牙医一同确认服务的承保范围。如果您选择的是网络外牙医, 您所接受的服务将不属于本计划的承保范围。</p> <p>自 2026 年 7 月 1 日起, 不符合相关移民身份要求的会员将不再享有牙科福利。</p>	
<p> 抑郁症筛检</p> <p>我们会每年支付一次抑郁症筛检的费用。筛检必须在可以提供后续治疗和/或转诊的基本保健场所进行。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>糖尿病筛检</p> <p>如果您有以下任何风险因素，我们会支付这项筛检（包括空腹血糖检测）的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 高血压 • 胆固醇和三酸甘油酯水平异常（血脂异常）病史 • 肥胖 • 高血糖病史 <p>我们也可能会在其他某些情况下承保检测费用，例如您的体重过重且有糖尿病家族病史。</p> <p>在最近一次糖尿病筛检后，您可能有资格每 12 个月获得最多两次糖尿病筛检。</p>	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p> 糖尿病自我管理培训、服务与用品*</p> <p>我们会为所有糖尿病患者（无论是否使用胰岛素）支付以下服务费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 监测血糖的用品，包括下列项目： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 血糖监测仪 ◦ 血糖试纸 ◦ 采血针装置与采血针 ◦ 用于检查试纸和监测仪精确度的血糖控制解决方案 • 针对患有严重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，我们会支付下列项目费用： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每个日历年一双定制的治疗鞋（含鞋垫），包括调整以及两副额外的鞋垫；或者 ◦ 每年一双治疗性加深鞋（含调整）及三副鞋垫（不含此类鞋款随附的非定制可拆式鞋垫） • 在某些情况下，我们会支付协助您管理糖尿病的培训费用。欲了解更多详情，请联系会员服务部。 <p>糖尿病会员有资格参加 L.A. Cares About Diabetes® 计划。这是一项协助会员控制糖尿病的免费计划，其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> – 糖尿病健康资料邮件 – “MyHIM Wellness” 入口网站登录说明 – 糖尿病自我管理教育课程（可选择在线课程） – 注册营养师提供的服务包括： <ul style="list-style-type: none"> • 指导您如何控制血糖水平 • 提供健康饮食指引 • 提供实用建议指导您如何与医生讨论有关糖尿病的问题 	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>导乐服务</p> <p>我们可为孕妇承保围产期导乐服务 (含产前及产后共九次就诊) 以及分娩过程中的全程陪护支援。此外, 我们最多还可提供九次额外产后服务。</p>	\$0
<p>耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME) 及相关用品*</p> <p>欲了解“耐用医疗设备 (DME)”的定义, 请参阅《会员手册》第 12 章。</p> <p>我们承保下列用品:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 轮椅 (包括电动轮椅) • 拐杖 • 电动床垫系统 • 干式减压床垫褥 • 糖尿病用品 • 由医疗服务提供者开立医嘱以供居家使用的病床 • 静脉 (Intravenous, IV) 输液泵及输液架 • 言语生成装置 • 氧气设备和用品 • 雾化器 • 助行器 • 标准弯柄手杖或四脚手杖及替代用品 • 颈椎牵引器 (门悬式) • 骨生长刺激器 • 透析护理装置 <p>我们还可承保其他用品。</p> <p>我们承保 Medicare 和 Medi-Cal 通常会支付费用且具有医疗必要性的所有 DME。如果您当地的供应商没有某个品牌或制造商的产品, 您可询问其是否能为您特别订购。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>急救护理</p> <p>急救护理是指符合以下条件的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由受过急诊服务训练的医疗服务提供者提供；并且 • 用于治疗医疗紧急情况。 <p>医疗紧急情况是指病情迅速恶化的疾病、损伤、剧烈疼痛或医疗状况。状况十分严重，致使若不立即就医，任何具有一般健康和医学常识的人均可预期会发生以下结果：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 严重威胁您或您腹中胎儿的健康；或 • 严重损害身体机能；或 • 任何身体器官严重失能；或 • 肢体缺失或肢体功能丧失。 • 若为临产孕妇，则是指发生以下情况时： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 时间不够，无法将您安全转送到另一家医院分娩。 ◦ 转送至其他医院可能会对您或您腹中胎儿的健康或安全造成威胁。 <p>急诊与紧急需求服务在全球均可获得承保，无需预先授权。我们在每个日历年承保的费用最高可达 \$10,000。如需更多信息，请联系会员服务部。</p>	<p>\$0</p> <p>如果您在网络外医院接受急救护理且在紧急情况稳定下来之后需要住院护理，您必须返回网络医院，您的护理才能继续获得给付。只有在本计划核准的情况下，您才能留在网络外医院接受住院护理。</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>家庭生育计划服务</p> <p>根据法律规定, 您可选择任何医疗服务提供者 (不论是网络医疗服务提供者或网络外服务提供者) 为您提供特定家庭生育计划服务。换言之, 您可选择任何医生、诊所、医院、药房或家庭生育计划诊所。</p> <p>我们支付以下服务的费用:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭生育计划检查和医疗服务 • 家庭生育计划化验和诊断检测 • 避孕措施 (子宫内避孕器 [Intrauterine Contraceptives, IUC]/子宫内避孕装置 [Intrauterine Device, IUD]、植入型避孕装置、避孕针、避孕药、避孕贴片或阴道环) • 处方避孕用品 (保险套、避孕海绵、避孕泡沫、避孕膜、子宫颈隔膜、子宫颈帽) • 有限的生育服务, 例如与排卵期预测方法有关的咨询和教育 and/或孕前健康咨询、性传播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 的检测和治疗 • HIV、AIDS 及其他 HIV 相关病症的咨询与检测 • 永久性避孕 (您必须年满 21 岁才可选择此类避孕方式。必须在手术前至少 30 天, 但不得超过 180 天签署一份联邦绝育同意书。) • 遗传咨询 <p>我们也会支付其他某些家庭生育计划服务。 但如果是以下服务, 您必须通过本计划的网络医疗服务提供者获得:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 不孕症病症的治疗 (此项服务不包括人工受孕。) • AIDS 及其他 HIV 相关病症的治疗 • 基因检测 	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>健身福利 (SilverSneakers)</p> <p>本计划通过 SilverSneakers® 提供健身福利。SilverSneakers 不只是一项传统健身计划。SilverSneakers 可改善您的健康并让您活出您想要的人生。不论您喜欢参加团体健身课程、从事体育活动、使用肌力和心肺功能训练器材, 还是想在家运动, SilverSneakers 均让您有机会可以改善自己的健康、获得自信并与您的社区保持联系。SilverSneakers 为您提供:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由全国各地参与计划的健身房和社区健身中心所组成的网络 1, 且特定健身中心提供团体健身课程 2 —— 您可在您喜欢的多家健身中心注册 • 由受过专门训练的教练所带领的 SilverSneakers 线上直播课程和座谈会, 每周 7 天的上午、下午及晚上均有提供; • SilverSneakers 点播服务, 200 多个在线健身视频, 全天 24 小时可用 • SilverSneakers GO 移动应用程序具备可调整的运动计划以及其他更多功能 <p>三步轻松开始</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 访问 SilverSneakers.com/StartHere 网站创建在线账户。 2. 登录以查看您的会员识别号码, 并携带该号码前往参与场所。 3. 您还可以通过您的新账户在线享受虚拟健身课程。 <p>作为 SilverSneakers 的会员, 您只要在参与计划的 SilverSneakers 健身中心运动, 就能为您的亲人省下几千美元的费用。这很简单, 且完全免费。欲了解更多信息, 请访问 SilverSneakers.TuitionRewards.com</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 参与计划的健身中心 (Participating Locations, PL) 并非由 Tivity Health, Inc. 或其附属企业持有或经营。使用 PL 设施和设备需遵守 PL 基本会员资格的条款与条件限制。设施和设备因 PL 而异。 2. 会员可参与 SilverSneakers 由教练指导的团体健身课程。某些健身中心为会员提供额外课程。课程因地点而异。 <p>SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 的注册商标。 © 2025 Tivity Health, Inc. 版权所有。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org)。

承保服务	您需支付的费用
 <p>健康与保健教育计划</p> <p>我们针对特定健康状况提供多项计划。其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 保健教育课程； • 营养教育课程； • 戒烟和戒断烟草；以及 • 护士咨询专线，每周 7 天，每天 24 小时提供服务，可帮助解答关于您症状的问题、提供一般健康信息并发送健康教育材料。 • 个人电话咨询、现场团体约诊、各种主题的线上保健座谈会，包括营养、预防跌倒、骨质疏松、心脏健康、体重管理、哮喘以及糖尿病预防。 • 与注册健康辅导员进行个人电话咨询。 • 由注册营养师提供的医学营养治疗（需经 PCP 转诊） • 名为 <i>My Health In Motion (MyHIM)</i> 的健康与保健入口网站，提供书面信息、视频和聊天功能 • 针对哮喘、慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)、糖尿病、伴有慢性肾病的糖尿病和高危妊娠的教育和支持计划 • 使用科技来取得医疗保健服务和信息的教育与协助（数位健康素养） • 以简单易懂的语言和格式提供的健康教育资料，包括大字版。 	



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>听力服务</p> <p>我们为您的医疗服务提供者提供的听力和平衡感检测付费。这些测试会告知您是否需要接受医学治疗。这类检测若由医师、听力学家或其他合格医疗服务提供者进行, 将按照门诊护理承保。</p> <p>我们也支付由医师或其他合格医疗服务提供者所开立的助听器相关费用, 包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 耳模、耗材和耳塞 • 维修 • 初始配套电池 • 获得助听器后, 在同一供应商处进行的 6 次培训、调试和适配服务 • 助听器租借试用期 • 辅助听力装置、耳挂式骨传导听力装置 • 助听器相关听力科服务及评估后服务 <p>请与您的医疗服务提供者沟通并获得转介。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>特定慢性疾病协助</p> <p>慢性病患者特殊补充福利 (SSBCI) 计划是为患有严重长期健康问题的患者提供额外援助的专项计划。该计划旨在改善患者日常生活便利性, 帮助会员更好地在家中实现健康管理。</p> <p>若您符合资格, 您将有更多消费选择, 可以使用 Benefits Mastercard 预付卡中 \$110 的月度补助, 购买包括但不限于非处方 (OTC) 健康产品在内的各类核准物品。您还可以用其:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 购买健康食品, 如水果、蔬菜和全谷物 • 支付家庭公用事业费, 如电费、燃气费、水费和垃圾处理费 • 在加油站购买汽油, 以方便您出行 <p>重要提示: 您的补贴不会结转至下个月。请尽量每月用完 \$110, 以充分享受您的福利。</p> <p>请注意, 并非所有人都符合资格。</p> <p>您如何取得资格?</p> <p>您必须:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 存在影响日常生活的严重长期健康问题, 并且 • 就医风险高或存在其他重大健康问题, 并且 • 需要大量帮助来照顾自己的健康, 并且 <p>如要符合 SSBCI 资格, 您必须有一种或多种符合资格标准的慢性疾病:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病; • 超重、肥胖和代谢综合征; • 慢性胃肠道疾病; • 慢性肾脏病 (CKD); • 器官移植后; • 免疫缺陷和免疫抑制性疾病; <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>特定慢性疾病协助 (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 与认知障碍相关的疾病; • 功能障碍; • 损害视力、听觉 (致聋)、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病; • 导致需要持续治疗才能维持或保有身体机能的疾病; • 慢性酒精使用障碍和其他物质使用障碍 (SUD); • 自体免疫疾病; • 癌症; • 心血管疾病; • 慢性心脏衰竭; • 痴呆症; • 严重血液系统疾病; • HIV/AIDS; • 慢性肺部疾病; • 慢性及致残性精神疾病; • 神经系统疾病; • 中风 <p>您的健康风险评估 (HRA) 和医疗记录将用于协助确定您是否符合资格。您也可以请您的医生向 L.A. Care 提交申请, 以验证您符合资格的医疗状况以及其他 SSBCI 资格标准。请记住, SSBCI 福利和您的资格 (经批准后) 将在福利年度结束时终止。并非所有人都符合资格。如需协助, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与会员服务部联系。</p>	



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>HIV 筛检</p> <p>我们每 12 个月为符合以下条件的人士给付一次 HIV 筛检：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要求进行 HIV 筛检；或 • 感染 HIV 的风险较高。 <p>针对怀孕者，我们最多在其孕期支付三次 HIV 筛检费用。</p> <p>若您的医疗服务提供者建议，我们也会支付额外的 HIV 筛检费用。</p>	\$0
<p>家庭健康机构护理*</p> <p>在您可以接受家庭健康服务之前，医生必须告知我们您需要此类服务，而且这些服务必须由家庭健康机构提供。您必须只能居于家中，即离开家对您而言非常费力。</p> <p>我们会支付以下服务的费用，也可能会给付未列于此处的其他服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼职或间歇性的专业护理与家庭健康助理服务（若要获得居家医疗保健福利的承保，您每天的专业护理与家庭健康助理服务时数合计不得超过 8 小时，且每周不得超过 35 小时。） • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 医疗和社会服务 • 医疗设备与用品 <p>请与您的医疗服务提供者沟通并获得转介。</p>	



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>居家输液治疗</p> <p>本计划会给付居家输液治疗, 居家输液治疗的定义是通过静脉或皮下给药方式施用并在居家环境中提供的药物或生物制剂。进行居家输液需要下列项目:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 药物或生物制剂, 例如: 抗病毒药物或免疫球蛋白; • 设备, 例如: 泵; 以及 • 用品, 例如: 管材或导管。 <p>本计划会承保居家输液服务, 其中包括但不限于:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 专业服务, 包括根据您护理计划提供的护理服务; • 未包含在 DME 福利中的会员训练和教育; • 远端监控; 以及 • 由符合资格的居家输液治疗提供者针对居家输液治疗及居家输液药物施用所提供的监控服务。 	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>临终关怀</p> <p>如果您的医疗服务提供者和临终关怀医疗主任认定您的预后为终末期，您有权选择接受临终关怀。这表示您患有绝症且预期寿命只剩六个月或不到六个月。您可从任何经 Medicare 认证的临终关怀计划处获得护理服务。本计划必须帮助您在计划服务区域内找到经 Medicare 认证的临终关怀计划，包括我们拥有、管理或在其中拥有经济利益的计划。您的临终关怀医生可以是网络医疗服务提供者，也可以是网络外服务提供者。</p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用于缓解症状和疼痛的药物 • 短期喘息护理 • 家庭护理 <p>临终关怀服务以及由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的终末期预后相关服务将由 Medicare 付费：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare（而非本计划）将向您的临终关怀提供者支付您的临终关怀服务以及与您的终末期疾病相关的任何 A 部分或 B 部分服务的费用。在您参与临终关怀计划期间，您的临终关怀提供者将向 Original Medicare 报销 Original Medicare 所涵盖服务的费用。 <p>对于本计划涵盖但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不涵盖的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 本计划将会承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不予承保的服务。无论这些服务是否与您的终末期预后相关，本计划均会承保这些服务。您不必为这些服务支付任何费用。 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>临终关怀 (续)</p> <p>可能由本计划的 Medicare D 部分福利承保的药物：</p> <ul style="list-style-type: none"> 临终关怀计划和本计划不会同时承保同一种药物。请参阅《会员手册》第 5 章，以了解更多详情。 <p>请注意：如果您患有严重疾病，您可能符合姑息治疗的条件，姑息治疗是由一个团队提供以患者和家属为中心的护理，以改善您的生活质量。您可同时接受姑息治疗和治疗性/常规护理。请参阅后文“姑息治疗”一节以了解详情。</p> <p>请注意：如果您需要非临终关怀护理，请致电与护理协调员和/或会员服务部联系以安排服务。非临终关怀护理是指与您的终末期预后无关的护理服务。</p> <p>本计划为尚未选择临终关怀福利的绝症会员承保临终关怀咨询服务（仅限一次）。</p>	<p>当您加入经 Medicare 认证的临终关怀计划时，您的临终关怀服务以及与您的终末期预后相关的 A 部分和 B 部分服务由 Original Medicare 付费，而非 L.A. Care Medicare Plus。</p> <p>您无需为临终关怀咨询服务支付任何费用（仅限一次）。</p>
<p> 免疫接种</p> <p>我们会支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> 肺炎疫苗 流感疫苗，每个秋冬流感季节一次，如有医疗必要可额外接种流感疫苗 乙型肝炎疫苗（若您感染乙型肝炎的风险为高或中等） COVID-19 疫苗 人乳头状瘤病毒 (HPV) 疫苗 其他疫苗，前提是您有患病风险且该疫苗符合 Medicare B 部分的承保规定 <p>我们支付符合 Medicare D 部分承保规定的其他疫苗费用。请参阅《会员手册》第 6 章，以了解更多信息。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>住院护理*</p> <p>我们支付以下服务以及其他未列出的医疗必需服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房（在有医疗必要性的情况下可承保单人房） • 膳食，包括特殊饮食 • 一般护理服务 • 加护病房费用，例如重症监护病房或冠心病护理病房 • 药品和药物 • 化验检测 • X 光检查及其他放射科服务 • 必要的手术与医疗用品 • 器具，例如轮椅 • 手术室与恢复室服务 • 物理治疗、职业治疗及言语治疗 • 物质滥用住院服务 • 在某些情况下还包括以下类型的移植：眼角膜、肾脏、肾脏/胰脏、心脏、肝脏、肺脏、心脏/肺脏、骨髓、干细胞和肠道/多脏器移植。 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	<p>\$0</p> <p>急症稳定后，若要在网络外医院接受住院治疗，您必须获得本计划的批准。</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>住院护理* (续)</p> <p>如果您需要器官移植, 经 Medicare 批准的移植中心会审核您的病例, 然后决定您是否符合器官移植的受赠者条件。移植服务提供者可能位于您所在地区, 也可能位于服务区域外。如果您当地的移植服务提供者愿意接受 Medicare 的费率, 则您可以选择在当地或在您社区的护理区域外接受移植服务。如果本计划在您社区的护理区域外提供移植服务, 而且您选择在该处接受移植, 我们会安排或给付您及一名陪同者的住宿与交通费用。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 血液, 包括保存和输注 • 医生服务 <p>请注意: 要成为住院患者, 您的服务提供者必须开具正式的住院医嘱。即便在医院过夜, 您仍可能会被视为“门诊患者”。如果不确定自己是住院患者还是门诊患者, 您应询问医院工作人员。</p> <p>更多信息请参阅 Medicare 宣传册: <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Medicare 住院福利)。该宣传册可在 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 网站获取, 或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 咨询。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。</p>	
<p>精神病院住院患者服务</p> <p>我们支付需要住院的精神健康护理服务费用。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您需要独立精神病院的住院服务, 我们会给付前 190 天的费用。之后, 您当地的县政府心理健康机构会给付具有医疗必要性的精神科住院服务。针对超过 190 天的护理服务授权, 我们会与您当地的县政府心理健康机构协调。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 在综合医院的精神科病房所提供的心理健康住院服务不适用这项 190 天的限制规定 • 如果您已年满 65 岁, 我们会给付您在心理疾病机构 (Institute for Mental Diseases, IMD) 所取得的服务。 	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org)。

承保服务	您需支付的费用
<p>住院: 在非承保的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</p> <p>如果您已用完所有的住院福利, 或者您的住院不合理不具有医疗必要性, 我们将不会支付您的住院费用。</p> <p>然而, 在某些住院护理不属于承保范围的情况下, 我们可能会给付您在医院或护理机构住院期间所接受的服务。欲了解更多信息, 请联系会员服务部。</p> <p>我们会支付以下服务的费用, 也可能会给付未列于此处的其他服务:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医生服务 • 诊断检测, 如化验检测 • X 光检查、镭与同位素治疗, 包括技师材料与服务 • 手术敷料 • 用于骨折和脱臼的夹板、石膏及其他器械 • 除牙科外的义体和矫形器械, 包括此类器械的更换或维修。这些器械用于替代以下全部或部分: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 体内器官 (包括邻接组织) ; 或 ◦ 无法正常运作或故障的体内器官功能。 • 腿部、手臂、背部和颈部支架、疝气带以及人工腿、人工手臂和义眼。其中包括因断裂、磨损、遗失或患者身体状况改变所进行的必要调整、修复和更换 • 物理治疗、言语治疗及职业治疗 	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>肾脏疾病服务及用品</p> <p>我们会支付下列服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肾脏疾病教育服务, 旨在教导肾脏护理并协助您作出明智的护理决定。您必须患有第四期慢性肾脏病而且您的医生必须将您转诊。我们最多会承保六次肾脏疾病教育服务。 • 门诊透析治疗, 包括暂时位于服务区域外的透析治疗 (如《会员手册》第 3 章所述) 或如果您的医疗服务提供者暂时无法提供此项服务或您暂时无法使用该医疗服务提供者的此项服务。 • 因特殊护理而住院时的住院透析治疗 • 自助透析训练, 包括训练您自己或是协助您进行居家透析治疗的任何人 • 居家透析设备与用品 • 某些居家支援服务, 例如在必要时由受过训练的透析工作人员进行家访, 查看您的居家透析情况, 在紧急情况下提供帮助, 并检查您的透析设备和供水。 <p>您的 Medicare B 部分支付部分透析药物的费用。详情请参阅本清单中的“Medicare B 部分药物”。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p> 低剂量计算机断层扫描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 肺癌筛查</p> <p>如果您符合以下条件, 本计划每 12 个月支付一次肺癌筛查费用:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 年龄介于 50-77 岁; 并且 • 曾接受过由您医生或其他合格医疗服务提供者所进行的咨询及共同决策看诊; 并且 • 曾持续 20 年每天至少抽 1 包烟, 但没有肺癌的征兆或症状或是目前有抽烟或戒烟尚未超过 15 年 <p>在首次筛检之后, 凭医生或其他合格提供者的书面医嘱, 本计划每年支付一次额外筛查费用。若提供者选择提供肺癌筛查咨询和共同决策访问, 该访问必须符合 Medicare 对此类访问的标准。</p>	\$0
<p>餐食福利</p> <p>L.A. Care 的 “Meals As Medicine” 计划旨在帮助会员了解健康食品和良好的饮食习惯。该计划还提供送餐上门服务或可在家烹调的健康食品。加入后, 您将获得:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 依照您的健康需求量身订制的健康食品。 • 送餐上门服务。 • 根据您的健康需求和目标, 每天至少 2 餐或 1 个餐盒, 最长持续 12 周。 • 与营养专家交流的机会, 以了解更多健康饮食知识。 <p>如欲加入该计划, 您必须患有可以通过特殊饮食改善的疾病, 例如糖尿病、肾脏疾病、高血压或其他心脏疾病。L.A. Care 的注册营养师会询问您一些问题, 以确定该计划是否适合您。在参与计划期间, 您必须每周都能接受送餐服务。您还需要妥善储存和准备餐点。如需了解更多信息, 请拨打 (855) 856-6943 联系 “Meals As Medicine” 计划。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>医学营养治疗</p> <p>此项福利适用于糖尿病患者或不需要进行透析的肾脏疾病患者。此项福利还适用于肾脏移植手术后, 但需您的医生转诊。</p> <p>在您参保 Medicare 后接受医学营养治疗服务的第一年, 我们会支付三小时的一对一咨询服务费用。如具有医疗必要性, 我们可能会核准额外的服务。</p> <p>之后每年, 我们支付两小时的一对一咨询服务费用。如果您的健康情况、治疗或诊断发生变化, 您也可经由医生转诊获得更多治疗时数。医生必须为这些服务开立处方, 且如果您在下一个日历需要接受治疗, 医生应每年重新转诊。如具有医疗必要性, 我们可能会核准额外的服务。</p>	\$0
 <p>Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP)</p> <p>本计划为符合条件的会员支付 Medicare 糖尿病预防计划 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 服务费用。MDPP 旨在协助您培养健康行为。MDPP 针对下列项目提供实际的训练:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 长期饮食改变; 以及 • 增加体能活动; 以及 • 维持减重以及健康生活习惯的方式。 	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>Medicare B 部分药物*</p> <p>这些药物属于 Medicare B 部分的承保范围。本计划支付以下药物的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常不是由您自行使用，而是在您接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输注的药物 • 通过耐用医疗设备用品（例如具有医疗必要性的胰岛素泵）提供的胰岛素 • 您使用本计划授权的耐用医疗设备（例如雾化器）施用的其他药物 • 阿兹海默症药物 Leqembi®（通用名 lecanemab），通过静脉（IV）给药 • 如果您患有血友病，可自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制药物：如果 Medicare 为您给付器官移植，则 Medicare 会承保移植药物治疗。在接受属于承保范围的移植时，您必须拥有 A 部分，且在您获得免疫抑制药物时，您必须拥有 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制药物，则 Medicare D 部分将会承保该药物。 • 注射用骨质疏松药物。如果您是只能居于家中的患者、有医生证明与绝经后骨质疏松相关的骨折、且无法自行注射该药物，我们会支付这些药物的费用 • 某些抗原：Medicare 承保抗原，但条件是抗原是由获得适当指导的人（可能是您自己，即患者）在适当监督下施用 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>Medicare B 部分药物 (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 某些口服抗癌药物: Medicare 承保某些口服癌症药物, 但条件是该相同药物有注射剂型可供使用或者该药物是前体药物 (口服剂型的药物, 在吞下后会分解为注射型药物中所含有的相同活性成分)。在新口服癌症药物可供使用后, B 部分可能会承保该药物。如果 B 部分没有承保该药物, 则 D 部分会承保。 • 口服止吐药: 如果口服止吐药作为抗癌化疗方案的一部分, 在化疗前、化疗时或化疗后 48 小时内使用, 或作为静脉止吐药的完全治疗替代药物, 则 Medicare 会承保 • 某些末期肾脏疾病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 口服药物, 但条件是 Medicare B 部分会承保该药物 • 属于 ESRD 给付系统范围内的拟钙剂和磷酸盐结合剂药物, 包括静脉注射药物 Parsabiv® 和口服药物 Sensipar • 某些居家透析药物, 包括肝素、肝素的解毒剂 (若具有医疗必要性) 和局部麻醉剂 • 促红细胞生成剂: 如果您患有 ESRD 或者您需要此药物来治疗与某些其他病症有关的贫血, 则 Medicare 会承保红血球生成素的注射 • 原发性免疫缺乏疾病居家治疗所需的 IV 注射免疫球蛋白 • 肠外和肠内营养 (IV 营养和管喂) <p>以下链接可查看可能受阶梯疗法限制的 Medicare B 部分药物清单: medicare.lacare.org。</p> <p>我们的 Medicare B 部分也承保一些疫苗, 且我们的 Medicare D 部分处方药福利承保大多数成人疫苗。</p> <p>《会员手册》第 5 章将会说明本计划的药物福利。其中说明了处方药获得承保必须遵循的规定。</p> <p>《会员手册》第 6 章将会说明您需为通过本计划获得的药物支付多少费用。</p>	



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>护理机构护理*</p> <p>护理机构 (Nursing Facility, NF) 是为无法在家中接受护理服务但不需住院的人士提供护理服务的场所。</p> <p>我们支付的服务包括但不限于以下内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房 (在有医疗必要性的情况下可承保单人房) • 膳食, 包括特殊饮食 • 护理服务 • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 呼吸疗法 • 根据护理计划提供给您的药物。(这其中包括原本就存在于体内的物质, 例如凝血因子。) • 血液, 包括保存和输注 • 通常由护理机构提供的医疗与手术用品 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>护理机构护理* (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常由护理机构进行的化验检测 • 通常由护理机构进行的 X 光检查及其他放射科服务 • 使用护理机构通常提供的器具, 如轮椅 • 医生/医疗从业人员的服务 • 耐用医疗设备 • 牙科服务, 包括义齿 • 视力福利 • 听力检查 • 脊椎指压治疗 • 足病服务 <p>您的护理服务通常应由网络机构提供。但是, 您可能也可以获得非网络机构提供的护理服务。如果下列场所愿意接受本计划支付的金额, 您也可以通过下列场所获得护理服务:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在住院前所居住的护理机构或退休人士长期护理社区 (前提是其提供护理机构护理) • 在您出院时您配偶或同居伴侣所居住的护理机构。 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	
<p> 肥胖症筛检和减轻体重的治疗</p> <p>如果您的体重指数达到 30 或以上, 我们支付帮助您减重的咨询费用。您必须在基本保健场所接受咨询。如此一来, 才能将咨询服务纳入您完整的预防计划中。请咨询您的基本保健服务提供者以了解更多信息。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>鸦片类药物治疗计划 (Opioid treatment program, OTP) 服务*</p> <p>本计划会给付用于治疗鸦片类药物使用障碍 (Opioid Use Disorder, OUD) 的下列服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 初诊评估活动 • 定期评估 • 经美国食品与药物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的药物, 以及在适用的情况下为您管理和提供这些药物 • 物质使用障碍咨询 • 个人与团体治疗 • 检测您体内的药物或化学物质 (毒物检测) 	\$0
<p>门诊诊断检测与治疗服务和用品*</p> <p>我们支付以下服务以及其他未列出的医疗必需服务的费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光检查 • 放射线 (镭与同位素) 治疗, 包括技师材料与用品 • 手术用品, 例如敷料 • 用于骨折和脱臼的夹板、石膏及其他器械 • 化验检测 • 血液, 包括保存和输注 • 诊断性非实验室检查, 如计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT)、磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、心电图 (Electrocardiogram, EKG) 和正电子发射断层扫描 (Positron Emission Tomography, PET), 但需要您的医生或其他医疗服务提供者治疗某种疾病而开具这些检查 • 其他门诊诊断检查 <p>需要预先授权和转诊, 但与 COVID-19 有关的诊断程序和服务除外。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>门诊医院观察*</p> <p>我们支付医院门诊观察服务的费用，以确定您是需要住院还是可以出院。</p> <p>这些服务必须符合 Medicare 标准，并被认为是合理且必要的。观察服务仅在由医生或经州法律和医院员工章程授权可收患者住院或开具门诊检查单的其他人开单提供时才会被承保。</p> <p>请注意：除非提供者开具了将您收为医院住院患者的医嘱，否则您即为门诊患者。即便在医院过夜，您仍可能会被视为“门诊患者”。如果您不确定自己是否为门诊患者，请咨询医院工作人员。</p> <p>更多信息请参阅 Medicare 宣传册《Medicare 住院福利》。</p> <p>该宣传册可在 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 网站获取</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 [medicare.lacare.org](https://www.Medicare.lacare.org)。

承保服务	您需支付的费用
<p>医院门诊服务*</p> <p>我们支付您在医院门诊部门接受的、用于诊断或治疗疾病或损伤的医疗必需服务的费用，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 急诊科或门诊诊所的服务，如门诊手术或观察服务 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 观察服务帮助您的医生判断您是否需要作为“住院患者”住院。 ◦ 有时您可能在医院过夜但仍为“门诊患者”。 ◦ 您可以在以下宣传册中获取更多关于住院患者或门诊患者的信息：es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf。 • 由医院收费的化验和诊断检测 • 心理健康护理，包括部分住院计划内的护理（前提是医生证实患者不接受部分住院护理即须住院治疗） • 由医院收费的 X 光检测及其他放射科服务 • 医疗用品，例如夹板和石膏 • 福利表中列出的预防性筛检与服务。 • 您无法自行施用的某些药物 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org)。

承保服务	您需支付的费用
<p>门诊心理健康护理*</p> <p>我们支付由以下人员提供的精神健康服务费用：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持有州政府执照的精神科医生或医生 • 临床心理医生 • 临床社工 • 临床专科护理师 • 持照专业咨询师 (Licensed Professional Counselor, LPC) • 持照婚姻与家庭治疗师 (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • 执业护士 (NP) • 医师助理 (PA) • 任何其他符合 Medicare 资格且获得适用州法律许可的心理 健康护理专业人员 <p>我们会支付以下服务的费用, 也可能会给付未列于此处的其他服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 诊所服务 • 日间治疗, 但您必须符合精神健康专科服务的医疗必要性标准 • 心理社会复健服务, 但您必须符合精神健康专科服务的医疗必要性标准 • 部分住院或密集门诊计划 • 个人和团体心理健康评估和治疗 • 在有临床需要的情况下进行的心理测试, 以评估心理健康状况 • 用于监控药物治疗的门诊服务 • 门诊化验、药物、用品和补充剂 • 精神科咨询 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>门诊康复服务*</p> <p>我们支付物理治疗、职业治疗和言语治疗的费用。</p> <p>您可以从医院门诊部门、独立治疗师诊所、综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) 和其他机构获得门诊康复服务。</p> <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	\$0
<p>门诊物质使用障碍服务*</p> <p>我们会支付以下服务的费用, 也可能会给付未列于此处的其他服务:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 酒精滥用筛检与咨询 • 药物滥用的治疗 • 由合格临床医护人员提供的团体或个人咨询 • 由住院戒瘾计划提供的亚急性戒毒服务 • 在门诊密集治疗中心提供的戒酒和/或戒毒服务 • 长效型纳曲酮 (vivitrol) 治疗 	
<p>门诊手术*</p> <p>我们支付医院门诊设施和门诊手术中心的门诊手术及服务费用。</p> <p>请注意: 如果您要在医院设施内进行手术, 您应向您的提供者确认您将是住院患者还是门诊患者。除非提供者开具了将您收为医院住院患者的医嘱, 否则您即为门诊患者。即便在医院过夜, 您仍可能会被视为“门诊患者”。</p> <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>姑息治疗</p> <p>姑息治疗属于本计划的承保范围。姑息治疗面向患有严重疾病的人。姑息治疗是提供以患者和家庭为中心的护理, 通过预见、预防和治理痛苦来提高生活质量。姑息治疗并非临终关怀服务, 因此您不一定要只剩下六个月以下的预期寿命才符合姑息治疗的资格。姑息治疗是和治疗性/常规护理同时提供。</p> <p>姑息治疗包括下列项目:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 预先护理计划 • 姑息治疗评估和咨询 • 护理计划, 包括所有获得授权的姑息治疗和治疗性护理, 其中又包括心理健康和医疗社会服务 • 来自您指定护理团队的服务 • 护理协调 • 疼痛及症状管理 <p>如果您已年满 21 岁, 您可能无法同时接受临终关怀和姑息治疗。如果您目前正在接受姑息治疗且您符合临终关怀的资格, 您可随时要求改为接受临终关怀。</p>	\$0
<p>部分住院服务和密集门诊服务*</p> <p>部分住院治疗是一种结构化的积极精神病治疗计划。此计划作为医院门诊服务提供或由社区精神健康中心提供, 比您从医生、治疗师、持照婚姻与家庭治疗师 (LMFT) 或持照专业咨询师办公室处获得的护理更为密集, 且可以协助您免于住院。</p> <p>密集门诊服务是一项结构化的积极行为 (心理) 健康治疗计划, 提供于医院门诊服务、社区心理健康中心、联邦合格健康中心或乡村健康诊所; 此服务比您从医生、治疗师、LMFT 或持照专业咨询师的诊所接受的护理更加密集, 但比部分住院治疗的密集度低。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>个人应急响应系统 (Personal Emergency Response System, PERS)</p> <p>承保一个个人应急响应系统 (PERS)。个人应急响应系统是一个医疗警示监控系统, 可每周 7 天, 每天 24 小时提供协助, 患者可在需要时按下按钮。</p>	\$0
<p>医生/医疗服务提供者的服务, 包括医生诊所就诊*</p> <p>我们会支付下列服务的费用:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在诸如以下场所提供且具有医疗必要性的医疗保健服务或手术服务: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 医生诊所 ◦ 经认证的门诊手术中心 ◦ 医院门诊部 • 专科医生咨询、诊断和治疗 • 由您的基本保健服务提供者或专科医生提供的基本听力与平衡感检查, 但前提是您的医生是为了确认您是否需要接受治疗而开立医嘱 • 特定远程医疗服务, 包括适用于感冒、流感、咳嗽、鼻窦、胸腔感染、过敏、皮肤、发烧、喉咙痛及耳部感染的服务。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您可选择亲自就诊或通过远程医疗方式来接受这些服务。如果您选择通过远程医疗方式来接受上述任一服务, 您必须使用可以通过远程医疗方式提供服务的网络医疗服务提供者。您的 PCP 或 PCP 的医疗团体可提供远程医疗服务。您应咨询医疗服务提供者以确认他们是否提供远程医疗服务。 ◦ 电话问诊: Teladoc 将会为会员提供没有次数限制且由持有州政府执照的医生所进行的免费电话问诊, 请拨打 1-800-835-2362 (TTY: 711), 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。 ◦ 视频看诊: Teladoc 将会为会员提供由持有会员所在州的州政府执照的医生所提供且保有隐私的安全视频看诊, 服务时间为上午 7 点至晚上 9 点, 每周 7 天。 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>医生/医疗服务提供者的服务, 包括医生诊所就诊 (续)</p> <p>您可在您的移动设备上下载 Teladoc 应用程序以接受视频看诊。 请浏览 https://www.teladoc.com/mobile/ 以下载该应用程序。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 针对进行居家透析的会员每个月在医院或急症医院的肾脏透析中心、肾脏透析机构或家中所提供并与末期肾脏疾病 (ESRD) 看诊有关的远程医疗服务 • 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务 • 针对患有物质使用障碍或心理健康障碍共病症的会员所提供的远程医疗服务 • 为了诊断、评估及治疗心理健康障碍而提供的远程医疗服务, 但条件是: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您在首次远程医疗看诊之前的 6 个月内曾接受现场看诊 ◦ 在接受这些远程医疗服务的期间, 您需每 12 个月接受一次现场看诊 ◦ 在某些情况下, 可针对上述规定进行例外处理 • 由乡村健康诊所和联邦合格健康中心所提供的心理健康看诊远程医疗服务。 <p style="text-align: right;">下页继续说明此项福利</p>	



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>医生/医疗服务提供者的服务, 包括医生诊所就诊 (续)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由医生提供的 5 至 10 分钟虚拟检查 (例如通过电话或视频通话进行), 但有以下条件 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是新患者; 并且 ◦ 该检查与最近 7 天内的诊所就诊无关; 并且 ◦ 该检查并未导致您在 24 小时内必须至诊所就诊或预约最近的门诊 • 您寄送给医生的录像和/或图像评估以及由医生在 24 小时内所提供的结果判读和后续护理, 但条件是: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是新患者; 并且 ◦ 该评估与最近 7 天内的诊所就诊无关; 并且 ◦ 该评估并未导致您在 24 小时内必须至诊所就诊或预约最近的门诊 • 由您医生与其他医生通过电话、网络或电子健康记录所进行的会诊, 但前提是您不是新患者 • 由其他网络医疗服务提供者在手术前所提供的第二专家意见 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	
<p>足病服务*</p> <p>我们会支付下列服务的费用:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部伤害和疾病的诊断及治疗或手术 (例如锤状趾或脚跟骨刺) • 针对患有会影响腿部的病症 (例如糖尿病) 的会员所提供的例行足部护理 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>例行足病服务*</p> <p>针对不属于 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围的足科服务, 本计划每年最多承保 14 次例行足部护理看诊。</p> <p>例行足部护理可能包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 剪除或切除鸡眼和老茧 • 修剪指甲 <p>卫生或其他预防性维护, 如清洁和泡脚</p> <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	\$0
<p> 旨在预防 HIV 的暴露前预防治疗 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP)</p> <p>若您未感染 HIV, 但经医生或其他医疗专业人员评估认为存在较高感染风险, 我们将承保暴露前预防 (PrEP) 药物及相关医疗服务。</p> <p>如果您符合条件, 可享受的承保服务包括:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FDA 批准的口服或注射型 PrEP 药物。如果您使用注射药物, 我们还将承保注射费用。 • 每 12 个月最多可提供 8 次个人咨询服务 (包括 HIV 风险评估、HIV 风险降低措施及药物依从性指导)。 • 每 12 个月最多可提供 8 次 HIV 筛检。 • 一次性乙型肝炎病毒筛检。 	\$0
<p> 前列腺癌筛检</p> <p>我们为年满 50 岁的男性给付下列服务, 但每 12 个月仅限一次:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 直肠指检 • 前列腺特异抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 检测 	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>义体及矫正装置和相关用品*</p> <p>义体装置旨在取代全部或部分身体部位或功能。其中包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 义体及矫正装置的测试、调整或使用训练 • 与结肠造口术护理有关的结肠造口袋及用品 • 肠内与肠外营养, 包括喂养用品工具组、输液泵、喂食管与诱导管、营养液及自行注射用品 • 心脏起搏器 • 支架 • 义肢鞋 • 人工手臂和人工腿 • 义乳 (包括乳房切除术后穿戴的术后胸罩) • 用于取代因生病、受伤或先天性缺陷而切除或受损的所有或部分外部颜面部部位的义体 • 失禁乳霜及尿布 <p>我们会给付与义体及矫正装置有关的部分用品。我们还会给付维修或替换义体及矫正装置的费用。</p> <p>我们承保摘除白内障或白内障手术后的某些服务。详情请参阅本表后面的“视力保健”。</p>	\$0
<p>肺部康复服务*</p> <p>我们会为患有中度至极重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的会员给付肺部康复计划。您必须由治疗 COPD 的医生或医疗服务提供者转诊才能接受肺部康复治疗。</p> <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>丙型肝炎病毒感染筛检</p> <p>我们将承保一次丙型肝炎筛检，前提是您的基本保健医生或其他合格的医疗保健提供者开立了筛检医嘱，并且您符合以下条件之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您因使用或曾使用非法注射药物而属于高风险人群。 • 您在 1992 年前接受过输血。 • 您出生于 1945 年至 1965 年之间。 <p>如果您出生于 1945 年至 1965 年之间且不属于高风险人群，我们会给付一次筛检费用。如果您属于高风险人群（例如，自上次丙型肝炎筛检结果为阴性后仍继续使用非法注射药物），我们会每年承保一次筛检费用。</p>	\$0
 <p>性传播感染 (STI) 筛检和咨询</p> <p>我们会给付衣原体、淋病、梅毒和乙型肝炎的筛检。对孕妇和部分罹患 STI 风险较高的人群而言，这些筛检属于承保范围。此类检测必须由基本保健服务提供者开立医嘱。我们每 12 个月承保一次此类检测，或在怀孕期间的特定时间承保。</p> <p>针对有性行为且罹患 STI 风险较高的成人，我们每年也会给付最多两次面对面的高强度行为辅导咨询。每次咨询时间可能从 20 至 30 分钟不等。我们会以预防性服务的形式给付这些咨询，前提是这些咨询必须由基本保健服务提供者提供。咨询必须在医生诊所等基本保健场所进行。</p>	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>专业护理机构 (SNF) 护理*</p> <p>关于专业护理机构护理的定义, 请参阅第 12 章。</p> <p>我们会支付以下服务的费用, 也可能会给付未列于此处的其他服务:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房 (在有医疗必要性的情况下可承保单人房) • 膳食, 包括特殊饮食 • 专业护理服务 • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 您根据护理计划所取得的药物, 包括原本就存在于人体内的物质, 例如凝血因子 • 血液, 包括保存和输注 • 由 SNF 提供的医疗与手术用品 • 由 SNF 进行的化验检测 • 由护理机构提供的 X 光检查和其他放射科服务 • 通常由护理机构提供的用具, 例如轮椅 • 医生/医疗服务提供者的服务 <p>您的 SNF 服务通常应由网络机构提供。但是, 在特定情况下, 您也可以获得网络外机构提供的护理服务。如果下列场所愿意接受本计划支付的金额, 您可以通过下列场所获得护理服务:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在住院前所居住的护理机构或退休人士长期护理社区 (前提是其提供护理机构护理) • 在您出院时您配偶或同居伴侣所居住的护理机构 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>戒烟和戒断烟草</p> <p>符合以下条件的门诊和住院患者可享有戒烟和烟草使用咨询服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 使用烟草，无论是否出现烟草相关疾病的征兆或症状 • 在咨询过程中有行为能力且保持清醒 • 由合格医生或其他 Medicare 认可的执业医师提供咨询 <p>我们每年承保两次戒烟尝试（每次尝试最多可包含四个中级或加强疗程，每年最多八个疗程）。</p>	\$0
<p>受到监督的运动治疗 (Supervised exercise therapy, SET)*</p> <p>针对患有外周动脉疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 且出现相关症状的会员，我们会给付受到监督的运动治疗 (SET)。</p> <p>本计划会：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每 12 周最多给付 36 次疗程，条件是必须符合所有 SET 规定 • 若医疗保健服务提供者认定具有医疗必要性，则可在上述期限过后额外再给付 36 次疗程 <p>SET 计划必须是：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 针对因为血液循环不良而导致腿部痉挛（跛行）的会员所提供 30 分钟至 60 分钟疗程的 PAD 治疗性运动训练计划 • 在医院门诊场所或医生诊所提供 • 由符合资格且受过 PAD 运动治疗训练的人员提供，以确保治疗的益处大于伤害 • 在受过基本和进阶维生技能训练的医生、医生助理或执业护士/临床专科护理师的直接监督下进行 <p>请咨询医疗服务提供者并获得转诊。</p>	\$0



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>交通运输服务: 非急诊医疗运输*</p> <p>此项福利可为您的计划和 Medicare 承保的医疗服务提供医疗运输服务。这可能包括: 救护车、担架车、可载送轮椅的厢型车提供的医疗交通运输服务, 且会与辅助客运服务业者进行协调。</p> <p>我们将会在下述情况下授权交通运输服务:</p> <ul style="list-style-type: none"> 您的医疗服务提供者确定您的医疗状况和/或身体状况不允许您搭乘公交车、轿车、出租车或其他形式的公共或私人交通运输工具, 而且需要预先授权, 您需要致电您的计划以安排行程。L.A. Care 将会与您的医生合作, 以协助您预约您所需的交通运输服务, 以便您可以往返接受 L.A. Care Medicare Plus 承保服务的场所。预约可能需要由医疗服务提供者提出申请并获得 L.A. Care 的核准。请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与 L.A. Care Medicare Plus 会员服务部联系, 以进一步了解有关交通运输服务选项以及如何预约接送服务的信息, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。 	\$0
<p>交通运输服务: 非医疗运输</p> <p>这项福利允许您搭乘轿车、出租车或其他形式的公共/私人交通运输工具以获取医疗服务。</p> <p>为了获得 Medi-Cal 承保的必要医疗护理而必须使用的交通运输服务, 包括前往牙科约诊和领取药物。将承保由 Medi-Cal 和 Medicare 双重承保的服务的相关交通运输服务</p> <p>L.A. Care 可协助您预约您所需的交通运输服务, 以便您往返接受 L.A. Care Medicare Plus 承保服务的场所。请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与 L.A. Care Medicare Plus 会员服务部联系, 以进一步了解有关交通运输服务选项以及如何预约接送服务的信息, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p>紧急需求护理</p> <p>紧急需求护理是指为了治疗以下各项状况而提供的护理：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 需要立即接受医疗护理的非紧急状况；或 • 突发疾病；或 • 受伤；或 • 需要立即接受护理服务的状况。 <p>如果您需要接受紧急需求护理，您应先尝试通过网络医疗服务提供者获得。但如果您的时间、地点或状况使您不能或在合理情况下无法通过网络医疗服务提供者获得服务（例如：您在本计划的服务区域外且您因为不需要医疗急诊的非预期状况而需要立即接受具有医疗必要性的服务），则您可使用网络外医疗服务提供者。</p> <p>急诊与紧急需求服务在全球均可获得承保，无需预先授权。我们在每个日历年承保的费用最高可达 \$10,000。如需更多信息，请联系会员服务部。</p> <p>请选择与您所属医疗团体合作的紧急救护中心。您可在会员识别卡上找到所属医疗团体信息。</p>	<p>\$0</p>



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
<p> 视力保健 常规视力服务</p> <p>我们会给付通过视力服务提供者 (Vision Services Provider, VSP) 网络中的服务提供者所获得的常规视力服务。请浏览本计划的医疗服务提供者名录以查找位于您附近的网络服务提供者。</p> <p>您的常规视力福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每个日历年一次常规眼睛检查* • 每两个日历年最多 \$500, 可购买一副眼镜 (镜框) 或隐形眼镜 • 每两个日历年一次的基本处方类镜片承保, 例如玻璃或塑胶材质的单焦镜片、有线双光镜片、有线三光镜片或透镜式镜片。渐进镜片、防刮涂层、其他涂层和附加组件等升级和增强功能不在承保范围内。 <p>请注意: 基本处方镜片不计入 \$500 的限额。</p> <p>如欲了解更多有关通过 L.A. Care Medicare Plus 承保的视力保健信息, 请拨打 1.855.492.9028 (TTY 711), 服务时间为每周 7 天上午 8:00 至晚上 8:00, 或在我们的网站上浏览其医疗服务提供者名录: www.vsp.com/advantageonly</p> <p>Medicare 承保服务*</p> <p>我们会给付为了诊断及治疗眼部疾病和伤害所提供的门诊医生服务。例如治疗老年性黄斑退化。</p> <p>针对青光眼高风险人群, 我们会每年给付一次青光眼筛检。青光眼高风险人群包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有青光眼家族病史的人士 • 糖尿病患者 • 年满 50 岁的非裔美国人 • 年满 65 岁的西班牙裔美国人 <p>对于糖尿病患者, 我们每年给付一次糖尿病视网膜病变筛检费用。</p> <p>我们会在每次白内障手术后给付一副眼镜或隐形眼镜, 前提是医生有植入人工晶状体。</p> <p>如果您分别接受了两次白内障手术, 您必须在每次手术后配一副眼镜。即使您在第一次手术后没有配眼镜, 您在第二次手术后也不得配两副眼镜。</p> <p>请与您的医疗服务提供者沟通并获得转介。</p>	\$0



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

承保服务	您需支付的费用
 <p>“欢迎参保 Medicare”（预防性就诊）</p> <p>我们承保一次性的“欢迎参保 Medicare”（预防性就诊）。该就诊包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 检查您的健康状况； • 您需要的预防性服务教育和咨询（包括筛检和预防针注射）； 以及 • 在必要时提供其他护理的转诊。 <p>请注意：我们只在您参保 Medicare B 部分的前 12 个月期间承保“欢迎参保 Medicare”（预防性就诊）。在您进行约诊时，请告知医生诊所您想预约“欢迎参保 Medicare”（预防性就诊）。</p>	\$0

E. 社区支援

您可通过您的个人护理计划获得支援。社区支援是具有医疗适当性和经济效益且可替代 Medi-Cal 州政府计划承保服务的替代服务或设施。会员可选择是否要接受这些服务。如果您符合资格，这些服务可协助您生活得更加独立。这些服务不会取代您已通过 Medi-Cal 获得的福利。

您可通过您的个人护理计划获得支援。社区支援是具有医疗适当性和经济效益且可替代 Medi-Cal 州政府计划承保服务的替代服务或设施。会员可选择是否要接受这些服务。如果您符合资格，这些服务可协助您生活得更加独立。

这些服务不会取代您已通过 Medi-Cal 获得的福利。社区支援可能包括协助寻找住房或保有住房、医疗定制餐，或是为您或您的看护人提供的其他协助。如果您需要协助或者想要了解您可获得哪些社区支援，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包含节假日），或者致电联系您的医疗保健服务提供者。会员无需为社区支援服务付费。

以下是由 L.A. Care Health Plan 提供的社区支援：

- 住房过渡指导服务及住房租赁和住房维持服务
 - 服务包括协助会员寻找住房以及维持安全和稳定的租赁关系



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 医疗定制餐
 - 协助会员管理其健康状况并了解健康食物的膳食计划。符合资格的会员可获得最多 12 周的送餐到府服务。
- 恢复性护理 (医疗喘息护理)
 - 为不再需要住院但伤势或疾病 (包括行为健康病症) 仍在复原中的会员所提供的短期整合式临床护理
- 住房保证金
 - 协助确定、协调、保障或提供一次性服务及必要的改造措施, 以帮助个人建立基本的家庭生活。但该服务并不包括住宿和餐饮费用。
- 醒酒中心
 - 针对被发现在公共场所醉酒且原本应被送往急诊部或监狱的会员所提供的替代设施
- 个人护理与家事服务
 - 为需要协助从事日常活动 (例如沐浴、更衣、保持个人卫生、备餐和用餐) 的会员提供支持
- 喘息服务
 - 针对需要偶尔临时监督患者的看护人所提供的短期服务, 以减轻看护人的负担
- 环境无障碍改造 (住家改造)
 - 改造住家环境以确保个人的健康和​​安全, 或者让会员能够更独立地在家中生活
- 哮喘改善
 - 提供对住家环境的必要改造, 以确保会员的健康、福祉和安全, 或者让会员能够在​​家中生活而不会导致急性哮喘发作需要接受急诊服务和住院治疗。
- 从护理机构过渡/转移至生活辅助机构
 - 帮助会员从护理机构回到居家型社区机构, 或者预防有迫切需求的会员入住护理机构来协助会员留在社区生活。
- 社区过渡服务/从护理机构过渡至家中
 - 为从持照机构过渡至私人住所生活的会员提供一次性安置费用, 以协助会员在社区中生活, 进而避免需要再次入住护理机构。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 短期医院住宿
 - 让没有住所且有高医疗或行为健康需求的会员有机会可以在刚从住院机构设施出院之后继续接受医疗、精神或物质滥用方面的康复治疗
- 日间能力训练计划
 - 在会员的家中或其他地方提供服务，以协助他们获得、维持和提升自助能力。为了成功居住在社区所需的社交和适应能力

如果您需要协助或者想要了解您可获得哪些社区支援，请拨打 1-833-522-3767，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包含节假日）（TTY: 711），或者致电联系您的医疗保健服务提供者。

F. 本计划范围外的承保福利

本计划不承保下列服务，但您可通过 Medi-Cal 按服务收费计划获得这些服务。

F1. 加州社区过渡 (CCT) 计划

加州社区过渡 (California Community Transitions, CCT) 计划使用当地领导组织来协助符合条件且曾在住院机构连续居住至少 60 天的 Medi-Cal 受益人回到社区并安全地留在社区生活。CCT 计划会在受益人回到社区前的期间以及回到社区后的 365 天内给付过渡协调服务，以协助受益人适应社区生活。

您可以通过在您居住县提供服务的任何 CCT 领导组织获得过渡协调服务。医疗保健服务部的网站上有 CCT 领导组织及其服务县的清单，网址是：

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

关于 CCT 过渡协调服务

Medi-Cal 会给付过渡协调服务。您不必为这些服务支付任何费用。

关于与您的 CCT 过渡计划无关的服务

医疗服务提供者将会针对您的服务向本计划请款。本计划会给付您在过渡期后所获得的服务。您不必为这些服务支付任何费用。

在您获得 CCT 过渡协调服务的期间，我们会给付列于福利表 **D 部分** 的服务。

药物承保福利没有变更

CCT 计划**不**承保药物。您将继续通过本计划获得您平常的药物福利。请参阅《会员手册》**第 5 章**，以了解更多详情。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

请注意：如果您需要非 CCT 过渡护理，请致电与护理协调员联系以安排服务。非 CCT 过渡护理是指与您从护理设施或机构回到社区**无关**的护理服务。

F2. Medi-Cal Dental

您可通过 Medi-Cal Dental 取得某些牙科服务。如需了解更多信息，请访问 SmileCalifornia.org 网站。Medi-Cal Dental 包括但不限于以下服务：

- 初步检查、X 光造影、洗牙以及涂氟治疗
- 牙齿修复与牙冠
- 根管治疗
- 局部和全口义齿、调整、修补和换衬底

如需更多与 Medi-Cal Dental 所提供的牙科福利有关的信息，或是需要协助来寻找接受 Medi-Cal 承保的牙医，请拨打客户服务专线 1-800-322-6384 (TTY 使用者请拨打 1-800-735-2922)。此为免付费电话。Medi-Cal Dental 代表可在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供协助。您也可浏览 smilecalifornia.org/ 网站以了解详情。

在 Sacramento 和洛杉矶县，您可通过牙科管理式护理 (Dental Managed Care, DMC) 计划获得 Medi-Cal 牙科福利。如果您需要更多有关 Medi-Cal 牙科计划的信息或者想进行变更，请于周一至周五上午 8:00 至晚上 6:00 拨打 1-800-430-4263 (TTY 使用者请拨打 1-800-430-7077) 与医疗保健方案处联系。此为免付费电话。您也可在下列网站找到 DMC 的联系方式：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。
www.hpsm.org/dental

请注意：本计划提供其他牙科服务。请参阅 **D 部分** 的“福利表”以了解详情。

F3. 居家支援服务 (IHSS) 计划

- 居家支援服务 (In-Home Supportive Services, IHSS) 计划将会协助向参与计划的护理提供者给付其为您提供服务，以便您可以安全地留在自己家中生活。IHSS 是离家接受护理服务 (例如：看护中心或提供食宿的护理机构) 的替代方案。
- 为了获得服务，将对每位计划参与者进行评估，以确定根据其需求可授权的具体服务类型。可通过 IHSS 获得授权的服务类型包括打扫房屋、准备餐食、洗衣、购买食品杂货、个人护理服务 (例如大小便护理、沐浴、梳洗及医疗辅助服务)、陪同赴诊以及为智力障碍人士提供的保护监督。
- 您的护理协调员可协助您向县政府社会服务机构申请 IHSS。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

F4. 1915(c) 居家与社区服务 (HCBS) 豁免计划

生活辅助机构豁免计划 (ALW)

生活辅助机构豁免计划 (Assisted Living Waiver, ALW) 让符合 Medi-Cal 条件的受益人可以选择居住在生活辅助设施, 以作为长期安置于护理机构的替代选项。ALW 的目标是协助受益人从护理机构回到居家和社区型设施, 或是预防需要立即接受护理机构安置的受益人入住专业护理机构。

参与 ALW 的会员同时也可获得本计划提供的福利。本计划与您的 ALW 护理协调机构合作, 以协调您所接受的服务。

ALW 目前仅在以下县提供: 阿拉米达县、康特拉科斯塔县、弗雷斯诺县、凯恩县、洛杉矶县、橙县、河滨县、萨克拉门托县、圣伯纳迪诺县、圣地亚哥县、旧金山县、圣华金县、圣马特奥县、圣克拉拉县和索诺玛县。

您的护理协调员可协助您申请 ALW。您可在下列网站找到最新的护理协调机构清单：
<https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>

适用于患有发育性障碍的加州居民的 HCBS 豁免计划 (HCBS-DD)

适用于患有发育性障碍的人士的加州自我裁决计划 (SDP) 豁免计划

- 有两项 1915(c) 豁免计划为确诊罹患发育性障碍且在年满 18 岁之前发病, 同时预期会永久持续下去的人士提供服务, 这两项计划分别是适用于患有发育性障碍的加州居民的居家与社区服务豁免计划 (Home and Community Based Services Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD) 以及加州自我裁决计划 (California Self-Determination Program, SDP) 豁免计划。这两项豁免计划为特定服务筹资, 以让患有发育性障碍的人士可以在家中或社区中生活, 而不需要居住在持照保健机构。这些服务的费用是由联邦政府的 Medicaid 计划和加州政府共同支付。您的护理协调员可协助您联系发育性障碍人士 (Developmental Disability, DD) 豁免计划服务。

居家与社区替代方案 (HCBA) 豁免计划

- 居家与社区替代方案 (Home and Community-Based Alternative, HCBA) 豁免计划为有看护中心或机构安置风险的人士提供护理管理服务。护理管理服务是由护士和社工所组成的跨专业护理管理团队提供。该团队会协调豁免计划和州政府计划的服务 (例如医疗、行为健康、居家支援服务等), 并且会安排在当地社区提供的其他长期服务与支持。护理管理和豁免计划服务是在计划参与者的社区住所提供。此住所可以是私人拥有的住所、通过租约获得的住所, 或是计划参与者家人的住所。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 参与 HCBA 豁免计划的会员同时也可获得本计划提供的福利。本计划与您的 HCBA 豁免计划机构合作，以协调您所接受的服务。
- 您的护理协调员可协助您申请 HCBA。

Medi-Cal 豁免计划 (MCWP)

- Medi-Cal 豁免计划 (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) 为感染 HIV 的人士提供综合个案管理和直接护理服务，以作为护理机构护理或住院的替代方案。个案管理是一种以参与者为中心并由团队提供的管理服务，该团队是由注册护士和社工个案经理组成。个案经理会与计划参与者以及基本保健服务提供者、家属、看护人和其他服务提供者合作，以评估让计划参与者留在家中和社会生活所需的护理服务。
- MCWP 的目标包括：(1) 为感染 HIV 且可能需要护理机构服务的人士提供居家和社区服务；(2) 协助感染 HIV 的计划参与者管理健康；(3) 改善获得社会支持和行为健康支持的机会；以及 (4) 协调服务提供者并避免服务重复提供。
- 参与 MCWP 豁免计划的会员同时也可获得本计划提供的福利。本计划与您的 MCWP 豁免计划机构合作，以协调您所接受的服务。
- 您的护理协调员可协助您申请 MCWP。

Dignity Health - St. Mary Medical Center	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	(866) 243-7435
AIDS Healthcare Foundation	6255 Sunset Blvd., 19th Floor, Los Angeles, CA 90028	(727) 409-0759
AltaMed Health Services Corporation	5427 E. Whittier Blvd., Los Angeles, CA 90022	(323) 869-5468
APLA Health & Wellness	611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005	(213) 201-1600
Minority AIDS Project	5149 W. Jefferson Blvd., Los Angeles, CA 90016	(323) 936-4949
Tarzana Treatment Centers	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	(888) 777-8565

多用途老年服务计划 (MSSP)

- 多用途老年服务计划 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) 同时提供社会和医疗保健管理服务，以协助个人留在自己家中和社区生活。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 虽然大多数计划参与者也在接受居家支援服务, 但 MSSP 可提供持续性护理协调、为计划参与者介绍其所需的其他社区服务和资源、与医疗保健服务提供者进行协调, 以及购买一些必要服务以预防或延后入住护理机构。护理管理和其他服务的年度合计金额必须低于在专业护理机构接受护理服务的费用。
- 由健康和社会服务专业人员所组成的团队将会为每位 MSSP 参与者提供一次完整的健康状况与社会心理评估, 以判定计划参与者所需的服务。接着, 该团队会与 MSSP 参与者、其医生、家属及其他人合作, 以拟定一份个人护理计划。这类服务包括:
 - 护理管理
 - 成人日间护理
 - 小规模房屋维修/保养
 - 家务、个人护理及保护监督等补充服务
 - 喘息服务
 - 交通运输服务
 - 咨询与治疗服务
 - 膳食服务
 - 沟通服务。
- 参与 MSSP 豁免计划的会员同时也可获得本计划提供的福利。本计划与您的 MSSP 豁免计划机构合作, 以协调您所接受的服务。
- 您的护理协调员可协助您申请 MSSP。

F5. 在本计划范围外提供的县政府行为健康服务 (心理健康与物质使用障碍服务)

您可以获取属于 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围且具有医疗必要性的行为健康服务。我们提供属于 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理计划承保范围的行为健康服务。本计划不提供 Medi-Cal 心理健康专科服务或县政府物质使用障碍服务, 但您可通过县政府行为健康机构获得这些服务。

如果您符合获得精神健康专科服务的标准, 您可通过县政府心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 获得 Medi-Cal 精神健康专科服务。由县政府 MHP 提供的 Medi-Cal 心理健康专科服务包括:

- 心理健康服务



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 药物援助服务
- 日间密集治疗服务
- 日间能力训练
- 危机干预服务
- 危急病情稳定服务
- 成人住院治疗服务
- 紧急住院治疗服务
- 精神健康机构服务
- 精神科住院服务
- 定向个案管理服务
- 行为治疗服务
- 治疗型寄养服务
- 强化护理协调服务
- 强化家庭式服务
- 涉司法案件人员重返社会服务
- 主动社区治疗 (Assertive Community Treatment, ACT)
- 涉司法群体主动社区治疗 (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- 首次精神病发作 (First Episode Psychosis, FEP) 的协同专科护理 (Coordinated Specialty Care, CSC)
- 会所服务
- 强化社区健康工作者 (Enhanced Community Health Worker, CHW) 服务

如果您符合接受这些服务的标准，您可通过县政府的行为健康机构取得 Drug Medi-Cal 管理服务系统的服务。

- 强化门诊治疗服务
- 围产期住院物质使用障碍治疗



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 门诊治疗服务
- 麻醉品治疗计划
- 成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）
- 早期干预服务（针对 21 岁以下成员）
- 早期定期筛查、诊断与治疗（针对 21 岁以下成员）

由 Drug Medi-Cal 管理服务系统提供的服务包括：

- 门诊治疗服务
- 强化门诊治疗服务
- 成瘾治疗药物（也称为药物辅助治疗）
- 住宿式治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉品治疗计划
- 康复服务
- 护理管理
- 早期干预服务（针对 21 岁以下成员）
- 早期定期筛查、诊断与治疗（针对 21 岁以下成员）
- 住院治疗服务

除了上列服务之外，如果您符合标准，您可能还可获得自愿性住院戒毒服务。

需要行为健康服务（包括心理健康和物质滥用服务）的双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) 会员可通过 L.A. Care 的行为健康服务供应商 Carelon Behavioral Health、洛杉矶县心理健康服务部 (DMH) 以及洛杉矶县公共卫生部物质滥用预防与控制机构 (DPH-SAPC) 获得服务。会员可使用的医疗服务提供系统，取决于症状以及损伤情况的类型和严重程度。获取行为健康服务无需 PCP 转诊，且采用“无错误入口”原则，设有多个服务接入点。当一项服务对于保护生命、预防严重疾病或严重残疾，或缓解剧烈疼痛而言是合理且必要的，那么该服务就属于“医疗必需”或“具有医疗必要性”的范畴。

当 D-SNP 会员通过县属机构获取行为健康服务时，L.A. Care 将根据需要为其协调行为健康服务；必要时，需签署相应的同意书。L.A. Care 与县属机构遵循双方商定的审核流程，以促进临床和行政纠纷的及时解决。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

G. 本计划、Medicare 或 Medi-Cal 均不承保的福利

本节会为您说明本计划的除外项目。“除外项目”是指我们不会支付这些福利费用。Medicare 和 Medi-Cal 也不会给付这些福利。

下列清单说明本计划在所有情况下一律不承保的一些服务和项目，以及只有在某些情况下才不予承保的一些服务和项目。

本计划不会给付本节（或本《会员手册》其他任何部分）所列属于除外项目的医疗福利，但是在明列的特殊情况下除外。即使您是在急诊机构接受这些服务，本计划也不会付费。如果您认为本计划应给付某项不属于承保范围的服务，您可申请上诉。若要了解有关上诉的信息，请参阅本《会员手册》第 9 章。

除了“福利表”所述的所有除外项目或限制项目之外，本计划也不承保下列用品和服务：

- 根据 Medicare 及 Medi-Cal 的规定属于“不合理且不具有医疗必要性”的服务，除非该服务被列为承保服务
- 实验性医疗及手术治疗、用品与药物，除非 Medicare 或 Medicare 核准的临床研究或本计划承保这些项目。请参阅本《会员手册》第 3 章以了解有关临床研究的进一步信息。实验性治疗和用品是指尚未获得医学界普遍认可的治疗和用品。
- 病态性肥胖症的手术治疗，除非具有医疗必要性且 Medicare 给付治疗费用
- 医院单人房，除非具有医疗必要性
- 私人护士
- 医院或护理机构病房中的私人用品，例如电话或电视
- 全职居家看护护理
- 由您的直系亲属或家人收取的费用
- 选择性或自愿性的加强程序或服务（包括涉及减重、生发、性功能、运动表现、美容用途、抗老化与心智表现），除非具有医疗必要性
- 整容手术或其他美容服务，除非是因意外受伤或为了改善身体畸形部位而必须进行的手术或服务。不过，我们会给付乳房切除术后的单侧乳房重建以及为求对称而针对另一侧乳房进行治疗的费用
- 矫正鞋，除非鞋子属于脚部支架的一部分且包含在支架费用内，或者除非鞋子是供糖尿病足部疾病患者使用
- 足部支撑装置，糖尿病足部疾病患者使用的矫正鞋或治疗鞋除外



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 放射状角膜切开术、激光原位角膜磨镶术 (Laser-Assisted In-Situ Keratomileusis, LASIK) 和其他弱视辅具
- 绝育手术的复原
- 自然疗法服务 (使用自然疗法或替代治疗)
- 在退伍军人事务部 (Veterans Affairs, VA) 机构内为退伍军人提供的服务。不过, 若退伍军人在 VA 医院接受急诊服务, 且 VA 的分摊费用高于本计划规定的分摊费用, 我们会向退伍军人提供差额补偿。您仍须负担您的分摊费用
- 常规视力眼镜镜片: 渐进镜片、防刮涂层、其他涂层和附加组件等升级和增强功能。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 5 章: 取得门诊处方药

引言

本章将会说明领取门诊药物的相关规定。这些药物是由您的医疗服务提供者为您开立, 并且您可通过药房或邮购获得。其中包括由 Medicare D 部分和 Medi-Cal 承保的药物。《会员手册》第 6 章将说明您需为这些药物支付的费用。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

本计划还承保以下药物, 但本章将不会讨论这些药物:

- **由 Medicare A 部分承保的药物。** 这些药物通常包括在您住院或入住护理机构期间提供给您药物。
- **由 Medicare B 部分承保的药物。** 这些药物包括一些化疗药物、在医生或其他医疗服务提供者处就诊期间为您施用的一些注射药物, 以及您在透析诊所获得的药物。如需进一步了解哪些 Medicare B 部分药物获得承保, 请参阅《会员手册》第 4 章的“福利表”。
- 除了本计划的 Medicare D 部分和医疗福利承保外, 如果您参加 Medicare 的临终关怀计划, 您的药物可获得 Original Medicare 的承保。如需了解更多信息, 请参阅第 5 章 D 部分“参加经 Medicare 认证的临终关怀计划”。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

本计划的门诊药物承保规定

只要您遵守本部分的规定, 我们通常都会承保您的药物。

您必须让医疗服务提供者 (医生、牙医或其他处方开立者) 为您开立处方, 该处方必须根据适用州法律具有效力。此人通常是您的基本保健服务提供者 (Primary Care Provider, PCP)。如果您的 PCP 为您转诊护理服务, 此人也可以是其他医疗服务提供者。

您的处方开立者**不得**被列于 Medicare 的“除外或排除名单”或任何类似的 Medi-Cal 名单中。

您通常必须通过网络药房领取处方药。(请参阅 **A1 部分**, 以了解更多信息)。或者您可通过计划的邮购服务领取处方药。

您的处方药必须列在本计划的《承保药物清单》中。我们将其简称为“药物清单”(请参阅本章 **B 部分**)。

- 如果您的处方药未列在药物清单中, 我们可能为您进行例外处理以承保您的处方药。
- 如需了解如何申请例外处理, 请参阅**第 9 章**。
- 另请注意, 我们将会同时根据 Medicare 和 Medi-Cal 的标准评估处方药承保申请。

您的药物必须用于医疗许可的适应症。这表示药物的使用方式需获得美国食品与药物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准或有特定医疗文献的佐证。您的处方开立者可协助您查找医疗文献, 以作为申请使用处方药的佐证。

您的药物可能需要获得本计划的核准, 方能获得我们的承保 (请参阅本章 **C 部分**。)



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

目录

A. 领取处方药	138
A1. 在网络药房领取处方药	138
A2. 在领取处方药时出示会员 ID 卡	138
A3. 如果您更换网络药房该怎么办	138
A4. 如果您的药房退出网络该怎么办	138
A5. 使用专科药房服务	139
A6. 使用邮购服务领取药物	139
A7. 获取药物的长期药量	141
A8. 使用本计划网络外的药房服务	141
A9. 偿还您所支付的处方药费用	142
B. 本计划的药物清单	142
B1. 列于本计划药物清单中的药物	142
B2. 如何在本计划的药物清单中查找药物	143
B3. 未列于本计划药物清单中的药物	143
B4. 药物清单费用分摊层级	144
C. 适用于某些药物的限制规定	145
D. 您的药物可能未受保的原因	146
D1. 获得临时药量	147
D2. 申请临时药量	148
E. 药物承保范围的变更	148
F. 特殊情况下的药物承保	150
F1. 本计划承保的医院或专业护理机构住院	150
F2. 居住在长期护理机构	151
F3. 参加经 Medicare 认证的临终关怀计划	151
G. 药物安全及药物管理计划	151
G1. 协助您安全用药的计划	151
G2. 协助您管理药物的计划	152
G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)	153



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 领取处方药

A1. 在网络药房领取处方药

在大多数情况下, 我们只会支付您在本计划任何一家网络药房所领取处方药的费用。网络药房是指同意为本计划会员发配处方药的药房。您可使用本计划任何一家网络药房 (欲了解有关我们何时承保在网络外药房领取处方药的更多信息, 请参阅 **A8 部分**)。

若要寻找网络药房, 请参阅《医疗服务提供者和药房名录》、访问本计划的网站或联系会员服务部。

A2. 在领取处方药时出示会员 ID 卡

如需领取处方药, 请在网络药房出示您的会员 ID 卡。网络药房会针对您的承保处方药费用向本计划请款。

请谨记, 您需要使用您的 Medi-Cal 卡或福利识别卡 (Benefits Identification Card, BIC) 才能领取 Medi-Cal Rx 承保的药物。

如果您在领取处方药时没有携带会员 ID 卡或 BIC, 请让药房联系我们以获得必要信息, 或者您可请求药房查看您的计划参保信息。

如果药房无法获得必要信息, 您可能必须在领药时全额支付处方药费用。您过后可请求我们向您偿还本应由我们承担的药物费用。**如果您无法支付药物费用, 请立即联系会员服务部。**我们将竭诚为您提供协助。

- 如需请求我们将费用偿还给您, 请参阅《会员手册》第 7 章。
- 如果您在领取处方药时需要协助, 请联系会员服务部。

A3. 如果您更换网络药房该怎么办

如果您更换药房且需要续配处方药, 您可请求医疗服务提供者开立新处方, 或者如果您还有任何剩余的续配额度, 请让您的药房将处方转至新药房。

如果您需要协助来更换网络药房, 请联系会员服务部。

A4. 如果您的药房退出网络该怎么办

如果您使用的药房退出本计划的网络, 您必须寻找一家新的网络药房。

若要寻找新的网络药房, 请参阅《医疗服务提供者和药房名录》、访问本计划的网站或联系会员服务部。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

A5. 使用专科药房服务

您有时必须在专科药房配领处方药。专科药房包括:

- 供应居家输液治疗药物的药房。
- 为长期护理机构 (例如疗养院) 住院者供应药物的药房。
 - 长期护理机构通常都设有自己的药房。如果您住在长期护理机构, 我们会确保您能够在机构的药房领取您所需的药物。
 - 如果该长期护理机构的药房不属于本计划网络, 或者您难以在长期护理机构领取药物时, 请联系会员服务部。
- 印第安医疗保健服务提供者 (Indian Health Care Provider, IHCP) 药房。美国印第安和阿拉斯加原住民会员可在印第安医疗保健服务提供者 (IHCP) 参与计划的零售药房获得服务。如果您不是美国印第安或阿拉斯加原住民, 在您被分配给 IHCP 诊所或出现紧急情况时, 您仍可在 IHCP 的零售药房获得服务。
- 负责配发 FDA 限制仅可在特定地点配发, 或需经过特别处理、需由医疗服务提供者进行协调, 或是需提供用药教育的药物的药房 (请注意: 此情况应极为罕见)。
- 若要寻找专科药房, 请参阅《医疗服务提供者和药房名录》、访问本计划的网站或联系会员服务部。

A6. 使用邮购服务领取药物

您可以通过本计划的网络邮购服务来领取特定类型的药物。一般而言, 可通过邮购方式获得的药物是您为了治疗慢性或长期病症而定期服用的药物。

我们计划的邮购服务可以让您订购至少 30 天药量的药物, 但最多不得超过 100 天的药量。10 天药量的共付额和一个月药量的共付额相同。

通过邮购服务领取处方药

如需索取订购表和了解有关通过邮购服务领取处方药的信息, 请访问我们的网站 medicare.lacare.org, 或拨打 **1-833-522-3767** (TTY: 711) 联系会员服务部以了解更多详情, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。

通常情况下, 您将会在 14 天内收到邮购的处方药。然而, 您的邮购订单有时候可能会有延迟。您必须向您的医生请求一份短期处方, 以弥补邮购药物延迟送达产生的药物缺口。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

邮购程序

针对通过您获得的新处方、直接通过医疗服务提供者所在诊所获得的新处方, 以及续配邮购处方药, 邮购服务设有不同的程序。

1. 您提供给药房的新处方

药房在收到您提供的新处方后, 会自动配药并寄送处方药给您。

2. 医疗服务提供者所在诊所提供给药房的新处方

如果符合下列条件, 药房将会在收到医疗服务提供者提供的新处方后, 自动配药并寄送新处方药给您, 而不会先向您进行确认:

- 您过去曾使用本计划的邮购服务; **或者**
- 您已登记自动向您寄送您通过医疗服务提供者直接获得的所有新处方药。您可立即或随时申请自动寄送所有新处方药的服务, 请访问本计划网站 medicare.lacare.org 或拨打 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 联系会员服务部, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。

如果您通过邮购寄送服务获得的处方药并不是您需要的药物, 且在发货前未与您取得联系以确认您的需求, 您可能符合退款资格。

如果您过去曾使用邮购服务, 但您不希望药房自动发配和寄送所有新处方药, 请拨打会员服务部电话 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 联系我们, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。

如果您从未使用过本计划的邮购寄送服务并/或决定终止自动发配新处方药, 药房将会在每次通过医疗服务提供者获得新处方时与您联系, 以确认您是否想要立即领取和寄送药物。

- 这使得您有机会可以确认药房寄出的药物 (包括剂量、药量和剂型) 是否无误, 且在必要时, 您还可在药物寄出前取消或延迟处理订单。
- 每当药房联系您时, 请及时回复以让药房了解该如何处理您的新处方, 并避免发生任何寄送延误的情况。

如需选择取消自动寄送您通过医疗服务提供者所在诊所直接获得的新处方药, 请拨打会员服务部电话 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 联系我们, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。



如果您有任何疑问, 请拨打 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

3. 续配邮购处方药

如需续配您的药物, 您可选择登记参加药物自动续配计划。在此计划中, 当我们的记录显示您的药物即将用完时, 我们会自动开始为您续配药物。

- 药房将会在每次寄送续配药物前与您联系, 以确认您需要获得更多药物, 且如果您的药物充足或药物有变更, 您可以取消预定的续配药物。
- 如果您选择不使用本计划的药物自动续配计划, 请在您现有处方药即将用完前提前 21 天联系药房, 以确保您订购的下一批药物能够按时送达。

如需选择退出自动准备邮购续配药物的计划, 请拨打会员服务部电话 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 联系我们, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。

请告知药房与您联系的最佳方式, 以便药房能够在寄出药物之前联系您, 以确认您的订单情况。请致电 L.A. Care Medicare Plus 会员服务部, 以告知我们您的最佳联络方式。

A7. 获取药物的长期药量

您可领取本计划药物清单中维持治疗药物的长期药量。维持治疗药物是指您定期服用, 以治疗慢性或长期病症的药物。

某些网络药房可让您领取维持治疗药物的长期药量。100 天药量的共付额和一个月药量的共付额相同。《医疗服务提供者和药房名录》会为您说明哪些药房可为您提供维持治疗药物的长期药量。您也可以致电会员服务部了解更多信息。

针对特定类型的药物, 您可使用本计划的网络邮购服务来获得维持治疗药物的长期药量。请参阅 **A6 部分**, 以了解有关邮购服务的信息。

A8. 使用本计划网络外的药房服务

一般而言, 只有在您无法使用网络药房服务时, 我们才会支付您在网络外药房所领取的药物费用。如果发生上述情况, 请先咨询会员服务部, 以确认您附近是否有网络药房。

如果发生以下情况, 我们会支付您在网络外药房领取的处方药费用:

- 如果承保的 D 部分药物与紧急医疗状况的护理有关。
- 如果可提供服务的网络零售药房或邮购药房通常没有某特定承保 D 部分药物 (例如罕见疾病药物或其他通常由制造商或特殊供应商直接寄出的专科药物) 的存货。
- 如果在参保者是急诊科、医疗服务提供者诊所、门诊手术或其他门诊机构的患者期间, 承保的 D 部分药物由该机构的附属药房发配。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 在任何联邦灾难或其他公共卫生紧急事件中, 参保者遭到疏散或被安置到其住所以外的其他场所。
- 如果参保者在紧急情况下无法使用网络药房服务, 本计划将会支付一次 30 天药量的学名药费用。针对品牌药, 我们将会支付一次 30 天药量的费用。如果发生上述情况, 请先咨询会员服务部, 以确认您附近是否有网络药房。

A9. 偿还您所支付的处方药费用

如果您必须使用网络外药房服务, 则您通常必须在领取处方药时支付全额费用, 而非支付共付额。您可以要求我们向您偿还本计划应承担的那部分费用。您可能需要支付网络外药房服务费用与网络药房承保费用之间的差额。

如果您为可能由 Medi-Cal Rx 承保的处方药支付了全额费用, 在 Medi-Cal Rx 支付这笔处方药费用后, 您可通过药房获得退款。或者, 您可提交“Medi-Cal 自付费用报销 (Conlan)” (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement [Conlan]) 索赔申请, 以请求 Medi-Cal Rx 将费用偿还给您。更多信息请访问 Medi-Cal Rx 网站: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

欲了解更多相关信息, 请参阅《会员手册》第 7 章。

B. 本计划的药物清单

本计划有一份《承保药物清单》。我们将其简称为“药物清单”。

我们在医生与药剂师团队的协助下选择列入药物清单中的药物。药物清单也会为您说明在领取药物时需遵守的规定。

如果您遵守本章所述的规定, 本计划通常会承保列于本计划药物清单中的药物。

B1. 列于本计划药物清单中的药物

本计划的药物清单包括 Medicare D 部分承保的药物。

您通过药房领取的大多数处方药均属于本计划的承保范围。某些非处方 (Over-the-Counter, OTC) 药和特定维他命等其他药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。请浏览 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/), 以了解详情。您也可以拨打 800-977-2273 联系 Medi-Cal Rx 客户服务中心。在通过 Medi-Cal Rx 领取处方药时, 请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (BIC)。

本计划的药物清单包含品牌药、学名药及生物制品 (其中可能包括生物相似药)。

品牌药是指以制药商所拥有的商标名称销售的药物。生物制品是比一般药物更为复杂的药物。在本计划的药物清单中, 我们所谓的“药物”可能包括药物或生物制品。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

学名药和品牌药具有相同的活性成分。生物制品有替代产品,称为生物相似药。一般而言,学名药和生物相似药具有与品牌药或原始生物制品相同的功效,且费用通常比较低。许多品牌药均有学名药替代品可供使用,某些原始生物制品则有生物相似替代品。视州法律而定,有些生物相似药属于可交替使用的生物相似药,可在药房作为原始生物制品的替代品取得,而无需新的处方,就如同学名药可以代替品牌药一样。

请参阅**第 12 章**,以了解可能列于**药物清单**中的药物类型的定义。

本计划也承保特定 OTC 药物和产品。某些 OTC 药物费用比处方药低,而且效果一样好。欲了解详情,请致电会员服务部。

B2. 如何在本计划的药物清单中查找药物

如需查询您所服用的药物是否列于本计划的**药物清单**中,您可以:

- 访问本计划的网站 medicare.lacare.org。本计划网站上的**药物清单**始终为最新版本。
- 致电会员服务部,以查询药物是否列于本计划的**药物清单**中或索取清单副本。
- D 部分未承保的药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。请浏览 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/),以了解详情。
- 使用本计划网站 medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search 上的“实时福利工具”(Real Time Benefit Tool)搜索**药物清单**中的药物,以估算您将需要支付的费用以及**药物清单**中是否有用于治疗相同病症的替代药物。您也可以致电会员服务部。

B3. 未列于本计划药物清单中的药物

本计划未承保所有药物。

- 有些药物未列于本计划**药物清单**中是因为法律不允许我们承保这类药物。
- 在其他情况下,则是我们决定不将某种药物列入**药物清单**中。
- 在某些情况下,您或许能够获得未列入我们**药物清单**中的药物。欲了解更多信息,请参阅**第 9 章**。

本计划不会支付本部分所述类型的药物费用。这些药物称为“**不受保药物**”。如果您持有不受保药物的处方,则您可能必须自行支付药物费用。如果您认为根据您的情况,本计划应支付某种不受保药物的费用,您可提出上诉。请参阅《**会员手册**》**第 9 章**,以了解有关上诉的更多信息。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

以下是针对不受保药物的三项通则:

1. 本计划的门诊药物承保 (包括 Medicare D 部分) 不会支付 Medicare A 部分或 Medicare B 部分已承保的药物费用。本计划也可能会免费承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分涵盖的药物, 但这些药物不算作您的门诊药物福利。
2. 本计划不能承保在美国及美国领土之外购买的药物。
3. 药物的使用方式必须获得 FDA 核准或有特定医疗文献佐证其可用于治疗您的病症。您的医生或其他医疗服务提供者可能会开立某种特定药物来治疗您的病症, 即使该药物尚未获准以用于治疗该病症。这被称为“药物仿单标示外使用”。本计划通常不承保用于药物仿单标示外用途的药物。

此外, 根据相关法律规定, Medicare 或 Medi-Cal 不承保下列类型的药物。

- 用于促进生殖的药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物*
- 用于美容用途或促进生发的药物
- 处方维他命和矿物质制品 (孕期专用维他命和氟化物*制剂除外)
- 用于治疗性功能障碍或勃起障碍的药物
- 用于治疗厌食症、减重或增重的药物*
- 制药公司规定您必须接受仅由他们所提供的测试或服务的门诊药物

*特定产品可能由 Medi-Cal 承保。请浏览 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以了解详情。

B4. 药物清单费用分摊层级

本计划药物清单中的每种药物均属于 5 个层级中的其中一个层级。费用层级是指将药物按通用类型 (例如品牌药、学名药或 OTC 药) 划分的层级。通常情况下, 费用分摊层级越高, 您需要支付的药物费用就越高。

- 1 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的首选学名药。共付额为 \$0。
- 2 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的学名药。费用分摊比例为 \$0 - \$12.65 或 25%。共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。
- 3 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的首选品牌药。费用分摊比例为 \$0 - \$12.65 或 25%。共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 4 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的非首选药物。费用分摊比例为 \$0 - \$12.65 或 25%。共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。
- 5 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的特殊药品。费用分摊比例为 \$0 - \$12.65 或 25%。共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。

如需确认您的药物处于哪一个费用分摊层级, 请查阅本计划的**药物清单**。

《会员手册》**第 6 章**将说明您在每个费用分摊层级中需支付的药物金额。

C. 适用于某些药物的限制规定

本计划对部分药物的承保方式和条件设有特殊限制规定。一般而言, 本计划鼓励您获得适合您医疗状况且安全有效的药物。当某种安全且成本较低的药物与成本较高的药物疗效一样时, 我们期望您的医疗服务提供者可以开立价格较低的那种药物。

请注意, 有时某种药物可能会多次出现在本计划**药物清单**中。这是因为相同的药物可能会因您的医疗服务提供者开立药物的剂量规格、药量或剂型而存在差异, 且不同的限制规定可能适用于不同的版本药物 (例如, 10 毫克与 100 毫克; 每日一次与每日两次; 片剂与液体之分)。

如果您的药物设有特殊规定, 这通常表示您或您的医疗服务提供者必须采取一些额外措施, 我们才能承保这类药物。例如, 您的医疗服务提供者可能需要先告知我们您的诊断结果或向我们提供血液检测结果。如果您或您的医疗服务提供者认为本计划规定无法适用于您的情况, 您可以请求我们启动承保决策流程以做出例外处理。我们可能会同意或者不同意让您无需采取额外步骤即可使用药物。

欲了解有关申请例外处理的更多信息, 请参阅《会员手册》**第 9 章**。

1. 当有学名药或可互换的生物相似药可供使用时, 对使用品牌药或原始生物制品的限制规定

一般而言, 学名药或可互换的生物相似药与品牌药或原始生物制品具有相同的功效, 且费用通常比较低。在大多数情况下, 如果某种品牌药或原始生物制品有学名药或可互换的生物相似药可供使用时, 本计划的网络药房会向您提供学名药或可互换的生物相似药。

- 当有学名药可供使用时, 本计划通常不会支付品牌药或原始生物制品的费用。
- 然而, 如果您的医疗服务提供者告知我们医疗理由, 以表明学名药、可互换的生物相似药或用于治疗相同病症的其他承保药物皆无法治疗您的病症时, 则我们将会承保品牌药费用。

如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。



- 品牌药或原始生物制品的共付额可能会高于学名药或可互换的生物相似药的共付额。

2. 预先获得计划核准

针对某些药物, 您或您的处方开立者必须先获得本计划核准才能领取处方药。这称为“预先授权”。此项规定旨在确保用药安全, 并协助指导特定药物的合理使用。如果您没有获得核准, 我们可能不会承保该药物。请拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部或访问本计划网站 medicare.lacare.org, 以了解有关预先授权的更多信息。

3. 先尝试使用其他药物

一般而言, 本计划希望您在我们承保成本较高的药物前, 先尝试使用成本较低但具有相同功效的药物。例如, 若药物 A 和药物 B 可用于治疗相同的病症, 而药物 A 的价格低于药物 B, 我们可能会让您先尝试使用药物 A。

如果药物 A **无法**治疗您的病症, 我们将会承保药物 B, 这称为“渐进式疗法”。请拨打页面最下方的电话号码联系会员服务部或访问本计划网站 medicare.lacare.org, 以了解有关渐进式疗法的更多信息。

4. 药量限制

针对某些药物, 我们会限制您可领取的药量。这称为“药量限制”。例如, 如果某种药物通常被认为每日仅可安全服用一片, 我们可能会限制您每次续配处方药的药量。

欲了解上述任何规定是否适用于您正在服用或希望服用的药物, 请查阅本计划**药物清单**。欲了解最新信息, 请致电会员服务部或访问本计划网站 medicare.lacare.org。如果您基于上述任何理由而对我们的承保决定持有异议, 您可提出上诉。请参阅《会员手册》**第 9 章**。

D. 您的药物可能未受保的原因

我们尽力让您的药物承保满足您的需求, 但有时某种药物的承保方式可能不会按照您所希望的方式进行。例如:

- 本计划不承保您希望服用的药物。您的药物可能未列于本计划的**药物清单**中。本计划可能会承保某种药物的学名药版本, 但不会承保您希望服用的品牌药版本。某种药物可能是全新药物, 且我们尚未审查其安全性和功效。
- 虽然本计划承保某种药物, 但会设有特殊规定或承保限制。如上一部分所述, 本计划承保的某些药物设有使用限制规定。在某些情况下, 您或您的处方开立者可能需要向我们申请例外处理。
- 虽然该药物受保, 但其所处的费用分摊层级导致您支付比预期更高的费用。

如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。



如果我们未按照您希望的方式承保药物, 您可以采取相应措施。

D1. 获得临时药量

在某些情况下, 当您的药物未列于本计划的药物清单中或受到某些限制时, 我们可为您提供该药物的临时药量。这使您有时间与您的医疗服务提供者讨论改用其他药物的相关事宜, 或请求我们承保该药物。

如需获得药物的临时药量, 您必须满足以下两项规定:

1. 您一直服用的药物:
 - 不再列于本计划的药物清单中**或**
 - 从未列于本计划的药物清单中**或**
 - 目前受到某些限制。
2. 您必须符合以下一种情况:
 - 您在去年已参保本计划。
 - 我们会在**日历年前的 90 天内**承保一次临时药量。
 - 最多可获得 30 天的临时药量。
 - 如果您的处方开立天数较少, 我们允许多次续配药物以提供最多 30 天的药量。您必须在网络药房配领处方药。
 - 长期护理药房可能会采用分次少量配药的方式为您提供药物, 以避免浪费。
 - 您是本计划的新会员。
 - 我们会在**您成为本计划会员后的前 90 天内**承保一次临时药量。
 - 最多可获得 30 天的临时药量。
 - 如果您的处方开立天数较少, 我们允许多次续配药物以提供最多 30 天的药量。您必须在网络药房配领处方药。
 - 长期护理药房可能会采用分次少量配药的方式为您提供药物, 以避免浪费。
 - 如果您已参保计划超过 90 天、您居住在长期护理机构且需要立即获得药量。
 - 我们会给付一次 31 天药量的费用, 或者在处方开立天数较少时承保更少用量。这是上述临时药量以外的药量。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 您接受的护理层级可能会发生变化, 且/或需要从某一机构或治疗场所过渡 (转移) 至其他机构或治疗场所。如果您接受的护理层级发生变化, 您可申请例外 (特殊情况) 处理。如果您接受的护理层级发生变化, L.A. Care Medicare Plus 将承保 30 天的临时药量 (除非处方开立的天数少于 30 天)。

D2. 申请临时药量

如需申请临时药量, 请致电会员服务部。

当您获得药物的临时药量时, 请尽快与您的医疗服务提供者讨论, 以决定临时药量用完后需采取的措施。您可以选择以下方式:

- 改用其他药物。

本计划可能会承保对您有效的其他药物。请致电会员服务部, 以索取本计划用于治疗相同病症的承保药物清单。该清单可协助医疗服务提供者寻找可治疗您病症的承保药物。

或者

- 申请例外处理。

您和您的医疗服务提供者可向我们申请例外处理。例如, 您可请求我们承保未列于本计划药物清单中的某种药物, 或请求我们取消对承保药物的限制。如果您的医疗服务提供者认为您具备正当医疗理由以申请例外处理, 其可协助您提出申请。

E. 药物承保范围的变更

大多数药物承保范围变更均发生于 1 月 1 日, 不过我们也可能会在一年当中新增或移除药物清单中的药物。我们也可能会变更药物相关规定。例如, 我们可能会:

- 决定新增或删除某项药物的事先批准 (Prior Approval, PA) 规定 (必须获得我们的许可才可领取药物)。
- 新增或变更您可领取的药量 (称为药量限制)。
- 新增或变更某项药物的渐进式治疗限制 (您必须先尝试某种药物, 而后我们才会承保其他药物)。
- 用可互换的生物相似药替代原始生物制品。

在变更我们计划的药物清单之前, 我们必须遵守 Medicare 的要求。如需更多有关上述药物规定的信息, 请参阅 **C 部分**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

如果您正在服用一种在**年初时**属于承保范围的药物, 则除非发生下列情况, 否则我们通常不会在**一年当中的剩余时间**内取消或变更该药物的承保范围:

- 有价格更低的新药物上市且药效和我们**药物清单**上的药物一样好; **或**
- 我们得知该药物不安全; **或**
- 该药物已退出市场。

如果您所用药物的承保有所变更, 该如何处理?

若要进一步了解**药物清单**发生变更时的状况, 您可随时:

- 上网查询我们最新的**药物清单**, 网址为: medicare.lacare.org; **或**
- 拨打本页底部的会员服务部电话查询我们当前的**药物清单**。

在当前计划年度内, 可能会影响到您的药物清单变更

某些**药物清单**的变更将会立即生效。例如:

有新的学名药可供使用。有时候会有新的学名药或生物相似药上市且药效和目前**药物清单**上的品牌药或原始生物制品一样好。当发生此情况时, 我们可能会移除该品牌药并添入新的学名药, 但您需为新药物支付的费用将保持不变或者会更低。当我们添入新的学名药时, 我们可能也会决定将品牌药保留在清单中, 但变更其承保规定或限制。

- 在进行此类变更之前, 我们可能不会事先通知您, 但会在变更之后向您寄送具体的变更信息。
- 您或医疗服务提供者可针对这些变更申请“例外处理”。我们将会寄送通知给您, 说明申请例外处理所需采取的步骤。有关例外处理的详情, 请参阅本手册的**第 9 章**。

移除不安全的药物和其他已退出市场的药物。有时, 某一药物可能被发现不安全或因其他原因退出市场。如果发生这种情况, 我们会立即将其从**药物清单**中移除。如果您正在服用该药物, 我们将会在进行变更后寄送通知给您。如果您收到此类信函, 请与您的医生洽谈, 以寻找您可以安全使用的其他药物。

我们可能会做出其他影响您所服用药物的变更。对于**药物清单**的这些其他变更, 我们会提前告知您。如果发生下述情况, 我们即可能会进行这些变更:

- 美国食品与药物管理局 (FDA) 提供新的指引或者对某项药物有新的临床指南。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

当这些变更发生时, 我们会:

- 在针对药物清单进行变更之前, 我们会至少提前 30 天告知您; **或**
- 通知您并在您要求续配药物时, 为您提供该药物 30 天的药量。

这让您有时间可以和医生或其他处方开立者洽谈。他们可协助您决定:

- 药物清单中是否有您可以改用的类似药物; **或**
- 您是否应针对这些变更申请例外处理, 以请求我们继续承保该药物或您一直以来所服用的药物版本。欲了解有关申请例外处理的更多信息, 请参阅《会员手册》**第 9 章**。

在本年度不会影响您的药物清单变更

我们可能会对您所服用的药物做出上述未描述且目前不会影响您的变更。对于此类变更, 如果您正在服用一种在年初时属于承保范围的药物, 我们通常不会在一年当中的剩余时间内取消或变更该药物的承保范围。

例如, 如果我们移除您正在服用的某一药物, 导致您为该药物支付的费用提高或对该药物的使用受到限制, 那么在本年度剩余时间里, 这一变更不会影响您对该药物的使用或您购买该药物的费用。

如果您正在服用的药物发生上述任何变更(上一节所述的变更除外), 这些变更要到次年 1 月 1 日才会影响您对该药物的使用。

我们将不会在目前的年度期间直接告知您关于这些类型的变更。您将需查看下个计划年度的药物清单(下个计划年度的药物清单将在开放参保期提供), 以确认是否有任何变更将会在下一个计划年度对您造成影响。

F. 特殊情况下的药物承保

F1. 本计划承保的医院或专业护理机构住院

如果您在医院或专业护理机构住院且该住院属于本计划的承保范围, 我们通常会承保您在住院期间的药物费用。您将不必支付共付额。在您从医院或专业护理机构出院之后, 只要您的药物符合我们所有的承保规定, 我们便会承保您的药物。

若要了解更多关于药物承保以及您需支付的费用信息, 请参阅《会员手册》的**第 6 章**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

F2. 居住在长期护理机构

长期护理机构 (例如疗养院) 通常都设有自己的药房, 或由某家药房供应其所有住院者的药物。如果您住在长期护理机构, 只要该机构的药房属于网络药房, 您可以通过该机构的药房获取药物。

请查阅《医疗服务提供者和药房名录》以了解您的长期护理机构的药房是否属于网络药房。如果不属于, 或者您需要更多信息, 请联系会员服务部。

F3. 参加经 Medicare 认证的临终关怀计划

临终关怀计划和本计划不会同时承保同一种药物。

- 您可能注册参加 Medicare 的临终关怀计划, 且需要某些因与您的终末期预后和末期病症无关而不属于临终关怀承保范围的药物 (例如: 止痛药、抗恶心药物、泻药或抗焦虑药物)。在该情况下, 本计划必须收到处方开立者或临终关怀服务提供者的通知, 表示该药物与您的终末期预后和末期病症无关, 而后我们才会承保该药物。
- 为了避免您延迟获得应属于本计划承保范围且与您终末期预后和相关病症无关的任何药物, 在向药房领取处方药之前, 您可要求临终关怀服务提供者或处方开立者确认我们已经收到通知, 了解该药物与您的终末期预后和相关病症无关。

如果您退出临终关怀计划, 本计划承保您的所有药物。当您的 Medicare 临终关怀福利终止时, 为了避免取药发生任何延迟, 请将文件携带至药房, 以证明您已退出临终关怀计划。

请参阅本章前面说明本计划承保药物的部分。请参阅《会员手册》第 4 章, 以了解有关临终关怀福利的进一步信息。

G. 药物安全及药物管理计划

G1. 协助您安全用药的计划

您每次领取处方药时, 我们均会注意是否可能有问题, 例如用药错误或有下列情况的药物:

- 因为您正在服用另一种效用相同的类似药物, 因而造成不必要的用药
- 就您的年龄或性别而言可能不安全的药物
- 如果同时服用可能对您有害的药物
- 含有会导致您过敏或可能会导致您过敏的成分



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 剂量可能存在错误
- 不安全的阿片类止痛药用量

如果我们发现您使用药物的方式可能有问题,我们会和您的医疗服务提供者合作以解决问题。

G2. 协助您管理药物的计划

本计划设有专门的计划来协助会员满足复杂健康需求。在此情况下,您可能符合通过药物治疗管理 (Medication Therapy Management, MTM) 计划免费获得服务的条件。这是一项自愿性计划且免费为会员提供。此项计划可协助您和医疗服务提供者确保您的药物能够有效改善您的健康。如果您符合计划资格,药剂师或其他专业医护人员将会针对您所有的药物进行全面评估并与您讨论:

- 如何从您服用的药物中获得最大益处
- 您的任何顾虑,如药物费用和药物反应
- 最佳服药方式
- 您关于处方药和非处方药的任何疑问或问题

然后,他们会为您提供:

- 此次讨论的书面摘要。摘要中有一份药物行动计划,向您建议如何通过使用药物获得最佳疗效。
- 一份个人药物清单,清单中包括您所服用的所有药物、服用剂量以及服用时间和原因。
- 关于管制类处方药的安全处置信息。

我们建议您与处方开立者讨论您的行动计划和药物清单。

- 在赴诊或只要在您与医生、药剂师以及其他医疗保健服务提供者交谈时,都请携带您的行动计划和药物清单。
- 如果您前往医院或急诊室,请携带您的药物清单。

MTM 计划按照自愿参与原则,且免费为符合资格的会员提供。如果我们有符合您需求的计划,我们会将您纳入该计划并向您发送相关信息。如果您不想参加该计划,请告知我们,我们会将您从计划中移除。

如果您对这些计划有疑问,请联系会员服务部。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)

我们有一项计划可以协助会员安全使用阿片类处方药及其他经常遭到滥用的药物。此项计划称为药物管理计划 (Drug Management Program, DMP)。

如果您在使用阿片类药物且您的阿片类药物是通过多名处方开立者或多家药房获得, 或者如果您最近曾发生阿片类药物过量用药的情况, 我们可能会与您的处方开立者洽谈以确保您对阿片类药物的使用具有适当性和医疗必要性。如果我们与您的处方开立者共同认定您使用阿片类或苯二氮平类药物的方式不安全, 我们可能会限制您获得这些药物的方式。如果我们将您纳入我们的 DMP 计划, 相关限制可能包括:

- 要求您从特定的一家或多家药房获取这些药物的所有处方
- 要求您从特定的一位或多位处方开立者获取所有阿片类或苯二氮平类药物的处方
- 限制我们为您承保的阿片类或苯二氮平类药物的数量

如果我们计划限制您获取这些药物的方式或数量, 我们会事先寄一封信函给您。该信函将会告诉您我们是否会针对您限制这些药物的承保范围, 或者您是否只能通过特定医疗服务提供者或药房才能领取这些处方药。

您将有机会可以告诉我们您想使用的处方开立者或药房以及您认为我们应了解的任何重要信息。如果我们在您有机会回应之后决定限制您此类药物的承保范围, 我们会另外寄信给您确认该限制项目。

如果您认为我们的决定有误、您不同意我们的决定或限制, 您及您的处方开立者可提出上诉。如果您提出上诉, 我们会审查您的情况并给出新的决定。如果我们在与您获得此类药物之限制有关的上诉中仍拒绝您任何一部分的要求, 我们会自动将您的案件交给独立审查组织 (Independent Review Organization, IRO) (若要进一步了解有关上诉和 IRO 的信息, 请参阅《会员手册》第 9 章)。

如果您有下列情况, DMP 可能不适用于您:

- 有特定医疗状况, 如癌症或镰状细胞病;
- 正在接受临终关怀、姑息治疗或临终护理; **或**
- 居住在长期护理机构。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 6 章: 您需支付的 Medicare 与 Medi-Cal 处方药费用

引言

本章说明您需支付的门诊药物费用。这里所说的“药物”指:

- Medicare D 部分药物; **以及**
- 属于 Medi-Cal Rx 承保范围的药物和用品; **以及**
- 属于本计划其他福利承保范围的药物和用品。

因为您符合 Medi-Cal 的条件, 您可以获得 Medicare 的“额外协助”, 以帮您支付 Medicare D 部分药物的费用。我们已向您发送了一份单独的插页, 名为“‘额外协助’处方药付款协助计划参与者的承保范围说明书附文”(也称为“低收入补贴附文”(Low Income Subsidy, “LIS 附文”), 其中说明了您的药物承保情况。如果您没有这份插页, 请致电会员服务部, 索要“LIS 附文”。

“额外协助”是一项 Medicare 计划, 旨在协助收入和资源有限的人士减少 Medicare D 部分的药物费用, 如保费、免赔额及共付额。“额外协助”也称为“低收入补助”或“LIS”。

其他重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

若要进一步了解有关药物的信息, 您可查看以下文件:

- 本计划的《承保药物清单》。
 - 我们将它称为“药物清单”。药物清单会告诉您:
 - 我们承保哪些药物
 - 每种药物属于 5 个层级中的哪一级
 - 药物是否有任何限制
 - 如果您需要一份药物清单的副本, 请致电会员服务部。您也可在本计划的网站 medicare.lacare.org 找到最新版的药物清单。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 您通过药房所领取的大多数药物均属于 L.A. Care Medicare Plus 的承保范围。某些非处方 (Over-the-Counter, OTC) 药和特定维他命等其他药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。请浏览 Medi-Cal Rx 网站 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/), 以了解详情。您也可拨打 800-977-2273 与 Medi-Cal Rx 客户服务中心联系。通过 Medi-Cal Rx 领取处方药时, 请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (Beneficiary Identification Card, BIC)。
- 《会员手册》的**第 5 章**。
 - 该章节将会说明如何通过本计划获得门诊药物。
 - 其中包括您所需遵守的规定。该章节也介绍了哪些类型的药物不属于本计划的承保范围。
 - 当您使用本计划的“实时福利工具” (Real Time Benefit Tool) 来查看药物承保范围 (请参阅**第 5 章 B2 部分**) 时, 所显示的费用是您预计需支付的自付费用估值。您可以致电会员服务部了解更多信息。
- 本计划的《医疗服务提供者和药房名录》。
 - 在大多数情况下, 您必须使用网络药房来领取承保药物。网络药房是指已同意和我们合作的药房。
 - 《医疗服务提供者和药房名录》列有本计划的网络药房。若要了解更多有关网络药房的信息, 请参阅《会员手册》**第 5 章**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

目录

A. 福利说明 (EOB).....	157
B. 如何记录您的药物费用	158
Medicare D 部分药物的支付阶段	159
C. Medicare D 部分药物的支付阶段	159
D. 第 1 阶段: 初始承保阶段.....	160
D1. 您的药房选择.....	160
D2. 获得药物的长期药量	160
D3. 您需支付的费用	161
D4. 初始承保阶段结束.....	162
E. 第 2 阶段: 重大伤病承保阶段	162
F. 当医生开立的药量少于一个月时的药物费用	163
G. 您为 D 部分疫苗支付的费用	163
G1. 接种疫苗前您需要了解的信息	164
G2. 您需为 Medicare D 部分承保疫苗支付的费用	164



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 福利说明 (EOB)

本计划会记录您在药房配药时的药物费用以及您支付的款项。我们记录以下两种费用:

- **您的自付费用。**这是您或替您付款的其他人为您的处方药支付的金额。其中包括您在获得 D 部分承保药物时所支付的费用, 由家人或朋友为您支付的任何药物费用, 由 Medicare 的“额外协助”、雇主或工会健康计划、印第安健康服务处、获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) 药物补助计划、慈善机构及大多数州药品援助计划 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 为您支付的任何药物费用。
- **您的总药费。**这是所有人为您 D 部分承保药物所支付的费用总金额。其中包括本计划及其他计划或组织为您 D 部分承保药物所支付的费用。

当您通过本计划领取药物时, 我们会寄一份《福利说明》(Explanation of Benefits, EOB) 摘要给您。我们简称它为 EOB。EOB 并非账单。EOB 包含更多关于您所服用药物的信息, 例如价格上涨以及可能存在的其他费用分担较低的药物。您可以与您的处方开立者讨论这些费用较低的选择。EOB 包括:

- **当月信息。**摘要将会说明您前一个月领取了哪些药物。摘要也会列出总药物费用、我们支付的金额以及您自己和其他人代您支付的金额。
- **自 1 月 1 日以来的年度总额。**这会显示自本年度开始以来的药物总费用和药物总支付金额。
- **药物价格信息。**这是药物的总价格以及同一处方、相同数量的药品自首次配药以来的价格变化。
- **费用较低的替代药物。**在适用情况下, 每种处方的其他可用且费用分担较低的处方药的相关信息。

我们还承保 Medicare 不承保的药物。

- 您为这些药物所支付的款项不会计入您的总自付费用中。
- 您通过药房领取的大多数药物均属于本计划的承保范围。某些非处方 (OTC) 药和特定维他命等其他药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。请浏览 Medi-Cal Rx 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov), 以了解详情。您也可拨打 800-977-2273 与 Medi-Cal 客户服务中心联系。通过 Medi-Cal Rx 领取处方药时, 请携带您的 Medi-Cal 受益人识别卡 (BIC)。
- 若要了解本计划承保哪些药物, 请参阅**药物清单**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

B. 如何记录您的药物费用

为了记录您的药物费用和您支付的款项,我们会使用通过您和药房获得的记录。您可以通过下列方式协助我们:

1. 使用您的会员识别卡。

在每次领取处方药时皆出示会员识别卡。这样将可协助我们了解您领取了哪些处方药以及您所支付的费用。

2. 确保我们持有所需的信息。

您可以要求我们向您偿还本计划应承担的那部分药物费用。请使用 L.A. Care 网站 (<https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations>) 上的处方药会员报销表提交直接会员报销申请。如果您需要帮助,请联系会员服务部。以下是您应该向我们提供收据副本的一些例子:

- 您在网络药房以特价或使用不属于本计划福利的折扣卡购买承保药物
- 您为制药商患者协助计划提供的药物支付共付额
- 您在网络外药房购买承保药物
- 当您在特殊情况下以全价购买承保药物时

如需有关要求我们将本应由我们承担的药物费用偿还给您的进一步信息,请参阅《会员手册》第 7 章。

3. 将他人为您支付药费的相关信息寄给我们。

其他特定人士和组织为您支付的款项也可计入您的自付费用中。例如,州药品援助计划、AIDS 药物补助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)、印第安健康服务处及大多数慈善机构为您支付的药费均会计入您的自付费用中。这可以帮助您获得重大伤病承保。当您达到重大伤病承保阶段时,本计划将支付您在本年度剩余时间内所有 Medicare D 部分药物的费用。

4. 查阅我们寄给您的 EOB。

当您通过邮件收到 EOB 时,请确认信息完整且正确。

- **您是否认得每家药房的名称?** 请检查日期。您是否有在当天领取药物?
- **您收到清单上的药物了吗?** 它们与您收据上列出的药物一致吗? 这些药物与医生开立的处方一致吗?



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

如果您发现摘要存在错误该怎么办?

如果本 EOB 中有信息让您感到困惑或者看起来不正确, 请致电 L.A. Care Medicare Plus 会员服务部与我们联系。您也可在我们的网站找到许多问题的解答: medicare.lacare.org。

如发现有疑似欺诈的情形该怎么办?

如果这份摘要显示了您没有服用的药物, 或者任何其他您觉得可疑的内容, 请联系我们。

- 致电 L.A. Care Medicare Plus 会员服务部。
- 或者, 请拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-800-822-6222。拨打这些电话号码不另收取费用。
- 如果您怀疑某位有参加 Medi-Cal 的医疗服务提供者存在欺诈、浪费或滥用的行为, 您有权拨打保密的免费电话 1--800--822--6222 进行举报。您可在下列网站找到举报 Medi-Cal 欺诈行为的其他方式:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您认为内容有误或有遗漏任何信息, 或者您有任何疑问, 请致电会员服务部。您也可利用 L.A. Care Connect 在线账户来查看或变更信息。L.A. Care Connect 是一个在线账户平台, 专供已注册的 L.A. Care Medicare Plus 会员使用。您可以通过访问 medicare.lacare.org 注册并登录您的 L.A. Care Connect 账户。请妥善保管这些 EOB。它们是您药物支出的重要记录。

C. Medicare D 部分药物的支付阶段

在本计划中, 您的 Medicare D 部分药物承保分为两个支付阶段。您每笔处方的支付金额取决于您配药或续药时所处的阶段。两个阶段如下:

第 1 阶段: 初始承保阶段	第 2 阶段: 重大伤病承保阶段
<p>在此阶段, 我们支付您的部分药物费用, 同时您需支付分摊费用。您分摊的那部分费用称为共付额。</p> <p>当您在一年度中第一次配取处方药时, 便进入了这个阶段。</p>	<p>在此阶段, 我们将支付您的所有药物费用, 直至 2026 年 12 月 31 日。</p> <p>当您支付的自付费用达到一定金额时, 您便进入此阶段。</p>



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

D. 第 1 阶段: 初始承保阶段

在初始承保阶段, 我们支付承保药物的部分费用, 同时您需支付分摊费用。您分摊的那部分费用称为共付额。共付额的具体金额取决于药物所处的分摊费用层级以及购药渠道。

同一费用分摊层级下的药物有着相同的共付额。本计划药物清单中的每种药物均属于 5 个费用分摊层级中的其中一个层级。一般而言, 费用分摊层级越高, 共付额越高。若要了解您所用药物的费用分摊层级, 请参阅本计划的药物清单。

- 1 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的首选学名药。共付额为 \$0。
- 2 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的学名药。共付额为 \$0-\$12.65 或 25%。共付额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。
- 3 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的首选品牌药。共付额为 \$0-\$12.65 或 25%。共付额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。
- 4 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的非首选药物。共付额为 \$0-\$12.65 或 25%。共付额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。
- 5 级药物是指 L.A. Care Medicare Plus 承保的特殊药品。共付额为 \$0-\$12.65 或 25%。共付额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。

D1. 您的药房选择

您购买药物的费用取决于您从以下哪种渠道获取药物:

- 网络零售药房, 或
- 网络外药房在有限的情况下, 我们会承保在网络外药房配取的处方。若要了解我们在哪些情况下会这样做, 请参阅《会员手册》第 5 章。
- 本计划的邮购药房。

若要了解更多关于这些选择的信息, 请参阅《会员手册》第 5 章以及本计划的《医疗服务提供者和药房名录》。

D2. 获得药物的长期药量

针对某些药物, 您可在领取处方药时获得长期药量 (又称为“延长药量”)。长期药量是指最多 100 天的药量。其费用与一个月的供应量相同。

若要了解在哪家药房及如何可以获得药物长期药量的详情, 请参阅《会员手册》第 5 章或本计划的《医疗服务提供者和药房名录》。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

D3. 您需支付的费用

在初始承保阶段, 您每次配药可能都需要支付共付额。如果您的承保药物成本低于共付额, 则您只需支付药物费用 (即二者间较低的价格)。

请联系会员服务部, 了解承保药物的共付额是多少。

您在通过以下药房或服务领取一个月或长期药量的承保药物时, 您需要承担的费用:

	网络药房	本计划的邮购服务	网络长期护理药房	网络外药房
	一个月或最多 100 天药量	一个月或最多 100 天药量	最多 31 天药量	最多 30 天药量。仅有在特定情况下才提供承保。请参阅《会员手册》第 5 章以了解详情。
费用分摊 1 级 (首选学名药)	\$0	\$0	\$0	\$0
费用分摊 2 级 (学名药)	\$0 - \$12.65 或 25% 共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。			
费用分摊 3 级 (首选品牌药)	\$0 - \$12.65 或 25% 共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。			



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

	网络药房	本计划的邮购服务	网络长期护理药房	网络外药房
	一个月或最多 100 天药量	一个月或最多 100 天药量	最多 31 天药量	最多 30 天药量。仅有在特定情况下才提供承保。请参阅《会员手册》第 5 章以了解详情。
费用分摊 4 级 (非首选药物)	\$0 - \$12.65 或 25% 共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。			
费用分摊 5 级 (特殊药品)	\$0 - \$12.65 或 25% 共保额的具体金额取决于您领取的“额外协助”金额。			

如需有关哪些药房可为您提供长期药量的信息, 请参阅本计划的《医疗服务提供者和药房名录》。

D4. 初始承保阶段结束

当您的自付费用总额达到 \$2,100 时, 初始承保阶段便结束。届时, 便进入重大伤病承保阶段。我们承保您从进入该阶段之时起至年底的所有药物费用。

您的 EOB 有助于您记录一年内为药物支付的费用。如果您达到 \$2,100 的限额, 我们会通知您。很多人在一年内不会达到这个限额。

E. 第 2 阶段: 重大伤病承保阶段

当您达到 \$2,100 的药物自付费用上限时, 便进入重大伤病承保阶段。您将一直处于重大伤病承保阶段, 直到该日历年结束。在这个阶段, 您无需为 D 部分承保的药物支付任何费用。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

F. 当医生开立的药量少于一个月时的药物费用

在某些情况下, 您需要为承保药物支付一整个月供应量的共付额。然而, 您的医生可以开立少于一个月供应量的药物。

- 有些时候, 您可能会希望让医生开立少于一个月供应量的药物 (例如, 当您第一次试用某种药物时)。
- 如果您的医生同意, 对于某些药物, 您无需支付整个月供应量的费用。

当您获取的药物少于一个月的供应量时, 您支付的金额基于您获取的药物的天数。我们会计算您每天为药物支付的金额 (即“每日费用分摊率”), 再乘以您获取药物的天数。

- 举例来说: 假设完整一个月 (30 天供应量) 的药物供应量需要您支付 \$1.35 的共付额。这意味着您为该药物支付的金额每天不到 \$0.05。如果您获取 7 天供应量的该药物, 您支付的金额是每天不到 \$0.05 乘以 7 天, 总支付金额不到 \$0.35。
- 每日费用分摊让您可以在支付整个月供应量的费用之前, 确认药物是否对您有效。
- 您也可以让您的医疗服务提供者开立少于一个月供应量的药物, 以帮助您:
 - 更好地规划续药时间、
 - 与您服用的其他药物协调续药时间, **并且**
 - 减少去药房的次数。

G. 您为 D 部分疫苗支付的费用

关于疫苗费用的重要提示: 有些疫苗被视为医疗福利, 由 Medicare B 部分承保。其他疫苗则被视为 Medicare D 部分药物。您可以在我们的**药物清单**中找到这些疫苗。本计划承保大多数 Medicare D 部分成人疫苗, 您无需支付费用。请参阅您计划的**药物清单**或联系会员服务部, 以了解有关特定疫苗的承保范围和分摊费用详情。

Medicare D 部分疫苗的承保分为两部分:

1. 承保的第一部分是**疫苗本身的费用**。
2. 承保的第二部分是**注射疫苗的费用**。例如, 有时候可能是由医生为您注射疫苗。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G1. 接种疫苗前您需要了解的信息

如果您计划接种疫苗, 我们建议您致电会员服务部。

- 我们可以告知您本计划如何承保您的疫苗, 并向您说明您需要承担的分摊费用。
- 我们可为您说明如何通过使用网络药房和网络医疗服务提供者来节省费用。网络药房与医疗服务提供者同意与本计划合作。网络医疗服务提供者会与本计划合作, 以确保您在接种 Medicare D 部分疫苗时无需事先支付任何费用。

G2. 您需为 Medicare D 部分承保疫苗支付的费用

您为疫苗支付的费用取决于疫苗的类型 (即您所接种的疫苗种类)。

- 有些疫苗被视为健康福利而非药物。这些疫苗受到全额承保, 您无需支付费用。如需了解这些疫苗的承保情况, 请参阅《会员手册》第 4 章中的福利表。
- 其他疫苗则属于 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。如果**免疫实践咨询委员会 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** 推荐成人接种某种疫苗, 那么您可免费接种该疫苗。

以下是您获取 Medicare D 部分疫苗的三种常见方式。

1. 您在网络药房获取并注射 Medicare D 部分疫苗。
 - 对于大多数 D 部分成人疫苗, 您无需支付费用。
 - 对于其他 D 部分疫苗, 您可能无需支付费用, **也**可能需要支付共付额。
2. 您在医生办公室获取 Medicare D 部分疫苗, 并由医生为您注射。
 - 您可能无需向医生支付费用, **也**可能需要为疫苗支付共付额。
 - 本计划支付注射费用。
 - 在这种情况下, 医生办公室应致电本计划, 以便我们确保他们了解您无需为疫苗支付费用**或**只需支付共付额。
3. 您在药房获取 Medicare D 部分疫苗药剂, 然后带到医生办公室接受注射。
 - 对于大多数 D 部分成人疫苗, 您无需为疫苗本身支付费用。
 - 对于其他 D 部分疫苗, 您可能无需支付费用, **也**可能需要支付共付额。
 - 本计划支付注射费用。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 7 章：请求本计划针对您所收到的承保服务或 药物账单支付分摊费用

引言

本章将为您说明您如何及何时应向我们寄送账单以申请付款。本章也会为您说明如果您不同意某项承保决定，您该如何提出上诉。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 向本计划申请服务或药物付款	166
B. 向本计划寄送付款申请	169
C. 承保决定	170
D. 上诉	170



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

A. 向本计划申请服务或药物付款

我们不允许 L.A. Care Medicare Plus 的医疗服务提供者针对这些服务或药物寄送账单给您。我们会直接向本计划的医疗服务提供者付款，并且会保护您不被收取任何费用。

如果您收到医疗保健服务或药物的全额账单，请勿支付账单并将账单寄送给我们。如需寄送账单给我们，请参阅 B 部分。

- 如果我们承保该服务或药物，我们将会直接向医疗服务提供者付款。
- 如果我们承保该服务或药物，且您已支付的费用超出您的分摊费用，您有权获得退款。
 - 如果您已为 Medicare 承保的服务付款，我们会将相关费用偿付给您。
- 如果您已为接受的 Medi-Cal 服务付费，并且满足以下所有条件，您可能有资格获得偿付（退款）：
 - 您所接受的服务是由我们负责支付费用的 Medi-Cal 承保服务。我们不会偿付任何不在 L.A. Care Medicare Plus 承保范围内的服务费用。
 - 您是在成为符合条件的 L.A. Care Medicare Plus 会员后才接受该承保服务。
 - 您是在接受承保服务日期起的一年内申请费用偿还。
 - 您提供证明证实您已为承保服务付费，例如医疗服务提供者的收据明细。
 - 您是通过 L.A. Care Medicare Plus 网络内参加 Medi-Cal 的医疗服务提供者处获得承保服务。如果您接受的是急救护理、家庭生育计划服务或 Medi-Cal 允许网络外医疗服务提供者在未经事先核准（预先授权）的情况下提供的其他服务，则您无需满足此条件。
- 如果该承保服务通常需要事先核准（预先授权），您需要提供医疗服务提供者出具的证明，以证实该承保服务具有医疗必要性。
- L.A. Care Medicare Plus 将在名为“行动通知”的信函中告知是否将为您偿付。如果您符合上述所有条件，参加 Medi-Cal 的医疗服务提供者应将您所支付的全额费用偿还给您。如果医疗服务提供者拒绝将费用偿还给您，L.A. Care Medicare Plus 会将您所支付的全额费用偿还给您。我们将会在收到索赔后的 45 个工作日内为您偿付。如果该医疗服务提供者有参加 Medi-Cal，但不在我们的网络中且其拒绝将费用偿还给您，L.A. Care Medicare Plus 会将费用偿还给您，但以按服务收费 (Fee-for-Service, FFS) 模式的 Medi-Cal 原本会付款的金额为上限。L.A. Care Medicare Plus 将全额偿还您自行支付的急诊服务、家庭生育计划服务或 Medi-Cal 允许由网络外服务提供者提供且无需事先核准之其他服务的费用。如果您不符合上述其中一项条件，我们不会将费用偿还给您。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 如果出现以下情况，我们不会将费用偿还给您：
 - 您申请为您接受的 Medi-Cal 未承保服务退款，例如整容服务。
 - 该服务并非 L.A. Care Medicare Plus 的承保服务。
 - 您在不参加 Medi-Cal 的医生处就诊，并且您签署了同意书，表示您无论如何都希望就诊且您将自己支付服务费用。
- 如果我们不承保某些服务或药物，我们将会告知您。

如果您有任何疑问，请与会员服务部联系。如果您不清楚应支付的费用，或您收到账单但不清楚该如何处理，我们可提供协助。如果您想告知我们与您已寄出的付款申请有关的信息，您也可以致电我们。

有时，您可能需要请求我们将费用偿还给您或支付您所收到的账单，例如：

1. 当您接受网络外医疗服务提供者的急诊或紧急需求医疗保健服务时

请让医疗服务提供者向我们请款。

- 如果您在接受护理时支付了全额费用，请要求我们将费用偿还给您。请将账单和您的任何付款凭证寄给我们。
- 您可能会收到医疗服务提供者要求您付款的账单，而您认为您不应支付这笔费用。请将账单和您的任何付款凭证寄给我们。
 - 如果医疗服务提供者应获得付款，我们将会直接向医疗服务提供者付款。
 - 如果您已支付的服务费用超出您的 Medicare 分摊费用，我们将会计算出您应支付的费用，且将我们应承担的分摊费用偿还给您。

2. 当网络医疗服务提供者向您发出账单

不论在何种情况下，网络医疗服务提供者皆必须向我们请款。当您获得任何服务或处方药时，请务必出示您的会员 ID 卡；但有时候网络医疗服务提供者会错误地要求您为您的服务支付费用或支付超过您分摊费用的金额。**如果您收到任何账单，请拨打本页最下方的电话号码与会员服务部联系。**

- 作为计划会员，当您接受本计划承保的服务时，您仅需支付共付额。我们绝不允许医疗服务提供者向您收取超过这一金额的费用。即使我们向医疗服务提供者支付的金额低于他们收取的服务费用也是如此。即便如果我们决定不支付某些费用，您仍无需支付那些费用。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- 无论何时您认为网络医疗服务提供者寄给您的账单费用超出您应支付的费用，请将账单寄给我们。我们将会直接与医疗服务提供者联系并解决问题。
- 如果您已支付网络医疗服务提供者针对 Medicare 承保服务所开立的账单，但您认为自己支付的费用过多，请将账单及您的任何付款凭证寄给我们。我们会将您所支付的承保服务的费用或您根据本计划规定应支付的费用之间的差额偿还给您。

3. 如果您是以追溯性的方式参保本计划

有时，您的计划参保可能具有追溯性。（这表示您参保的第一天是已过去的日期，甚至可能是去年的日期）。

- 如果您的参保具有追溯性且您在参保日期后支付了账单，您可要求我们将费用偿还给您。
- 请将账单和您的任何付款凭证寄给我们。

4. 当您使用网络外药房领取处方药时

如果您使用网络外药房，则您必须支付处方药的全额费用。

- 我们仅在少数情况下才会承保您在网络外药房所领取的处方药。如需让我们将分摊费用偿还给您，请将您的收据副本寄给我们。
- 请参阅《会员手册》第 5 章，以了解有关网络外药房的更多信息。
- 我们可能不会将您在网络外药房支付的药物费用与我们会为网络药房支付的费用之间的差额偿还给您。

5. 当您因未携带会员 ID 卡而支付 Medicare D 部分处方药的全额费用时

如果您未携带会员 ID 卡，您可以请求药房致电我们或请药房查询您的计划参保信息。

- 如果药房无法立即获取信息，您可能必须自行支付处方药的全额费用或者携带会员 ID 卡返回药房。
- 如需让我们将分摊费用偿还给您，请将您的收据副本寄给我们。
- 如果您支付的现金价格高于我们为处方药所议定的价格，我们可能不会将全额费用退还给您。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

6. 当您为 Medicare D 部分未承保的处方药支付全额费用时

由于药物不属于承保范围，因此您可能必须支付处方药的全额费用。

- 该药物可能未列于本计划网站的《承保药物清单》(药物清单) 中，或可能有您不知道或您认为不应适用于您的规定或限制。如果您决定领取该药物，则您可能需要支付全额费用。
 - 如果您没有支付药物费用且您认为本计划应承担该费用，您可向我们申请承保决定 (请参阅《会员手册》第 9 章)。
 - 如果您和您的医生或其他处方开立者认为您需要立即 (24 小时内) 获得该药物，您可申请快速承保决定 (请参阅《会员手册》第 9 章)。
- 如需请求我们将费用偿还给您，请将您的收据副本寄给我们。在某些情况下，我们可能需要向您的医生或其他处方开立者索取更多信息，才能将药物分摊费用偿还给您。如果您支付的价格高于我们为处方药所议定的价格，我们可能不会将全额费用退还给您。

当您付款申请寄给我们时，我们将会审查您的申请并决定是否应承保该服务或药物。这称为做出“承保决定”。如果我们认定该服务或药物应获得承保，我们将会支付分摊费用。

如果我们拒绝您的付款申请，您可针对我们的决定提出上诉。如需了解有关如何提出上诉的信息，请参阅《会员手册》第 9 章。

B. 向本计划寄送付款申请

请将您的 Medicare 服务账单和任何付款凭证寄给我们。付款凭证可能包括付款支票的存根或医疗服务提供者开具的收据。**建议备份您的账单及收据，以留作记录。**您可向您的护理经理寻求协助。您必须在获得服务、用品或药物之日起 365 天内向我们寄送您的信息。

请将您的付款申请连同任何账单或收据寄给我们，地址如下所示：

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Requests
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

您也可以致电我们以申请付款。请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系会员服务部，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时 (包括节假日)。您也可将您的付款申请连同收据传真至 213-438-5012

如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。



C. 承保决定

当收到您的付款申请时，我们会做出承保决定。这表示我们将决定本计划是否会承保您的服务、用品或药物。我们还将决定您必须支付的金额（如有）。

- 如果我们需要您提供更多信息，我们将会告知您。
- 如果我们认定本计划应承保该服务、用品或药物且您在获得该服务、用品或药物时遵守所有规定，则我们将会支付该服务、用品或药物的分摊费用。如果您已支付服务或药物费用，我们将会针对您所支付的费用或我们的分摊费用邮寄支票给您。如果您为某一药物支付了全额费用，您可能无法就您所支付的全额费用获得补偿（例如，如果您在网络外药房取得药物或者您所支付的现金价格高于我们的议定价格）。如果您尚未支付费用，我们将会直接向医疗服务提供者付款。

有关获得服务承保应遵守的规定，请参阅《会员手册》第 3 章。有关获得 Medicare D 部分药物承保应遵守的规定，请参阅《会员手册》第 5 章。

- 如果我们决定不支付该服务或药物的分摊费用，我们将会寄信给您以说明原因。信中也会说明您的上诉权利。
- 如需了解有关承保决定的更多信息，请参阅第 9 章。

D. 上诉

如果您认为我们拒绝您付款申请的决定有误，您可请求我们变更决定。这称为“提起上诉”。如果您不同意我们支付的金额，您也可提起上诉。

正式上诉程序包含详细的流程和截止日期。如需了解有关上诉的更多信息，请参阅《会员手册》第 9 章：

- 如需提出上诉以获得医疗保健服务的费用偿付，请参阅 **F 部分**。
- 如需提出上诉以获得药物的费用偿付，请参阅 **G 部分**。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。欲了解更多信息，请访问 medicare.lacare.org。

第 8 章：您的权利与责任

引言

本章包含您作为本计划会员的权利和责任。我们必须尊重您的权利。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 您有权以符合您需求的方式获得服务和信息	180
B. 我们有责任确保您能够及时获得承保服务和药物	184
C. 我们有责任保护您的个人健康信息 (PHI)	185
C1. 我们如何保护您的 PHI	185
C2. 您有权查阅您的医疗记录	186
D. 我们有责任为您提供信息	186
E. 网络医疗服务提供者不得直接向您收费	187
F. 您有权退出本计划	187
G. 您有权决定自己的医疗保健服务	188
G1. 您有权了解您的治疗选项并决定治疗方式	188
G2. 您有权表达在您无法为自己作医疗保健决定时, 您希望我们作何处理	188
G3. 如果您的指示没有得到遵从该怎么办	189
H. 您有权提出投诉并要求我们重新审查我们的决定	189
H1. 受到不公平待遇或想取得与您权利有关的进一步信息该怎么办	189
I. 您作为计划会员的责任	190



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.
- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy

If you have 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). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina "solicitud permanente". Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. Ծառայություններ և եղելություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հարմար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հարմար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հնոնգ, ճապոներեն, լատներեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:
Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

- ភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការបានជានិច្ច។ ការស្នើសុំនេះហៅថាសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ យើងនឹងតាមដានសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតនោះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ (833) 522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកតំណាងអាចជួយអ្នកស្នើសុំ ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិបាន។
- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់ស្ថាប័ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه‌ای قابل دسترس و متناسب با فرهنگ به شما ارائه می‌شود. ما باید شما را از حقوق و مزایای طرح ما به شیوه‌ای مطلع سازیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هر سال در صورت عضویت شما در طرح، حقوق‌تان را برای شما بازگو کنیم.

- برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما از خدمات رایگان مترجم شفاهی برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف برخوردار است.
- خدمات مترجم شفاهی موجود است. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از حمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- طرح ما مطالب را به زبان‌های دیگر غیر از انگلیسی، از جمله عربی، ارمنی، چینی، پنجابی، هندی، همونگ، ژاپنی، لائوسی، مین، کامبوجی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی و در فرمت‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی نیز ارائه می‌دهد. جهت دریافت اقلام به یکی از این فرمت‌های حایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا مکاتبه کنید با:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

- 您可以根据需要向 L.A. Care Medicare Plus 提出请求。您可以通过电话、信件或亲自前往我们的办公室。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。
- 如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。
- 如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。
- 如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。
- 如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。我们提供多种语言服务。如果您需要翻译服务，请告诉我们。

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 모든 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 펀자브어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。



- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다. 언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.
 - Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든지 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
 - Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
 - 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。



- 您可以请求, 以便我们总是向您发送信息, 在您需要的语言或格式中。这被称为永久请求。我们将跟踪您的永久请求, 因此您不需要单独请求每次, 当我们向您发送信息时。要获取此文档, 以您的语言, 不同于英语, 和/或在替代格式中, 请联系支持参与者服务电话 (833) 522-3767, 线路 TTY 711, 全天候, 每天, 包括节假日。代表可以帮助您制定或更改永久请求。
- 参与者有权利提出建议, 关于参与者的权利和他们的义务。

如果您难以从我们的计划中获得信息, 原因是语言障碍或残疾, 并且您想提出投诉, 请致电:

- 在 Medicare 计划: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 您可以全天候和每天致电。线路 TTY 用户应致电号码 1-877-486-2048。
- 在 Medi-Cal 公民权利管理办公室: 916-440-7370。线路 TTY 用户应致电 711。线路 TTY 用户应致电号码 711。
- 致电卫生与人类服务部公民权利管理办公室: 1-800-368-1019。线路 TTY: 1-800-537-7697。

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsalin-wika. Pero makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1200 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwede kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：



如果您有任何疑問，請撥打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服務時間為每周 7 天，每天 24 小時（包括节假日）。此為免付費電話。**欲了解更多信息**，請訪問 medicare.lacare.org。

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1200 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (833) 522-3767、TTY: 711 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。代表可協助您提出或變更長期申請。

- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711
- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。欲了解更多信息，请访问 medicare.lacare.org。



L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1200 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, xin gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

A. **حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلي احتياجاتك**

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإحابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。欲了解更多信息，请访问 medicare.lacare.org。



L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
West 7th Street 1200
Los Angeles, CA 90017

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 711 TTY، 522-3767 (833)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
 - يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:
- برنامج Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
 - مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 7370-440-916. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
 - مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

B. 我们有责任确保您能够及时获得承保服务和药物

您作为本计划会员的权利。

- 您有权在本计划网络内选择一位基本保健服务提供者 (Primary Care Provider, PCP)。网络医疗服务提供者是指与本计划有合作关系的医疗服务提供者。您可在《会员手册》第 3 章查询有关哪些医疗服务提供者可担任 PCP 以及如何选择 PCP 的更多信息。
 - 请致电与会员服务部联系或查阅《医疗服务提供者和药房名录》，以了解有关网络医疗服务提供者以及哪些医生目前可接收新患者的更多信息。
- 您有权在妇女健康专科医生处就诊，且无需获得转诊。转诊是指在使用 PCP 以外的医疗服务提供者前先获得 PCP 的核准。
- 您有权在合理时间范围内获得网络医疗服务提供者的承保服务。
 - 这包括您有权及时获得专科医生的服务。
 - 如果您无法在合理时间范围内取得服务，我们必须支付网络外护理服务的费用。
- 您有权获得急诊服务或紧急需求护理，且无需获得预先核准 (Prior Approval, PA)。
- 您有权在本计划任何一家网络药房领取处方药，而不受到长时间拖延。
- 您有权了解您在哪种情况下可以使用网络外服务提供者。欲了解有关网络外服务提供者的相关信息，请参阅《会员手册》第 3 章。
- 如果您符合特定条件，当您首次加入本计划时，您有权继续使用您目前的医疗服务提供者和服务授权，期限最长为 12 个月。欲了解有关继续使用您的医疗服务提供者和服务授权的更多信息，请参阅《会员手册》第 1 章。
- 您有权在护理团队和护理经理的协助下，决定自己的医疗保健服务。

如果您认为自己没有在合理时间范围内获得服务或药物，请参阅《会员手册》第 9 章，以了解您可采取的行动。该章节还会向您说明，如果我们拒绝承保您的服务或药物，但您不同意我们的决定时您可采取的行动。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

C. 我们有责任保护您的个人健康信息 (PHI)

我们根据联邦法律和州法律规定保护您的个人健康信息 (Personal Health Information, PHI)

您的 PHI 包括您在参保本计划时提供给我们的个人信息。另外也包括您的医疗记录和其他医疗与健康信息。

关于您的信息及控制您 PHI 的使用方式，您享有某些权利。我们将会为您提供一份书面通知，向您说明上述权利，同时解释我们会如何保护您 PHI 的隐私。这份通知称为“隐私声明通知”。

同意接受敏感服务的会员无需获得任何其他会员的授权即可接受敏感服务或针对敏感服务提交索赔。L.A. Care Medicare Plus 将会通过会员的指定替代邮寄地址、电子邮件地址或电话号码来进行与敏感服务有关的通讯，或者如果会员没有指定替代联络方式，则会以会员的名义通过档案中的地址或电话号码与会员通讯。未经接受护理之会员的书面授权，L.A. Care Medicare Plus 不得向任何其他会员披露与敏感服务相关的医疗信息。L.A. Care Medicare Plus 将会按照会员所要求的形式和格式配合保密通讯的申请，但条件是我们能够轻松制作会员所要求的形式和格式，或者我们能够轻松在替代地点完成。会员有关敏感服务的保密通讯要求将会持续有效，直到会员撤销该要求，或提交新的保密通讯请求。

本计划可能需要会员以书面或电子方式提出保密通讯请求。

C1. 我们如何保护您的 PHI

我们会确保未经授权的人士不能查看或更改您的档案。

除下述情况外，我们将不会向任何未向您提供护理服务或未给付您护理服务费用的人士提供您的 PHI。如果我们要向此类人士提供您的 PHI，必须事先获得您的书面许可。您本人，或依法有权代您做决定的人士均可授予书面许可。

有时我们不需要事先取得您的书面许可。以下是法律允许或规定的例外情况：

- 我们必须向检查本计划护理品质的政府机构披露 PHI。
- 若接获法院命令，我们可能会披露 PHI，但前提是在加州法律许可范围内。
- 我们必须向 Medicare 提供您的 PHI，包括有关您 Medicare D 部分药物的信息。如果 Medicare 出于研究或其他目的披露您的 PHI，其将需根据联邦法律行事。如果您拥有 Medicare 和 Medi-Cal 双重保险，为了向您提供更妥善的服务并改善您的医疗保健经验，我们可能会向 Medi-Cal 提供您的健康信息。如果 Medi-Cal 披露或使用您的信息，其将需根据联邦法律行事。根据法律规定，当我们的企业合作者与我们合作时，他们也必须保护我们与其分享之任何 PHI 的隐私，且除非是法律和本通知许可，否则他们不得向其他人提供 PHI。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

C2. 您有权查阅您的医疗记录

- 您有权查阅您的医疗记录, 并有权获得您医疗记录的副本。
- 您有权要求我们更新或修正您的医疗记录。如果您要求我们这样做, 我们会和您的医疗保健服务提供者一起决定是否要更改。
- 您有权了解我们是否因任何非常规目的而与他人分享您的 PHI 以及具体的分享方式。

如果您对 PHI 的隐私有疑问或顾虑, 请致电会员服务部。

D. 您可索取一份隐私声明通知 (NOPP), 以进一步了解您的隐私权。我们的网站 (medicare.lacare.org) 上有 NOPP, 您也可致电会员服务部索取。我们有责任为您提供信息

作为本计划的会员, 您有权向我们索取有关本计划、本计划网络医疗服务提供者, 以及您所享有的承保服务的信息。

如果您不会说英语, 我们有口译员服务可以回答您对本计划的疑问。如果您需要口译员, 请致电会员服务部。这是一项免费提供给您的服务。您可免费取得会员资料的其他语言版本, 例如阿拉伯语、亚美尼亚语、中文、韩语、柬埔寨语、波斯语、俄语、西班牙语、他加禄语和越南语。我们还可为您提供大字版、盲文版或语音版信息。

如果您想获得下列任何信息, 请致电会员服务部:

- 如何选择或更换计划
- 本计划相关信息, 包括:
 - 财务信息
 - 计划会员对我们的评价情况
 - 会员的上诉次数
 - 如何退出本计划
- 本计划的网络医疗服务提供者及网络药房相关信息, 包括:
 - 如何选择或更换基本保健服务提供者
 - 本计划网络医疗服务提供者和网络药房的资质
 - 我们如何给付网络内的医疗服务提供者



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 承保服务和药物相关信息, 包括:
 - 本计划承保的服务 (请参阅本《会员手册》第 3 章与第 4 章) 及药物 (请参阅本《会员手册》第 5 章与第 6 章)
 - 您的承保范围和药物有哪些限制
 - 您为了获得承保服务和药物必须遵守的规定
- 某项服务不属于承保范围的原因, 以及您对此可采取的行动 (请参阅本《会员手册》第 9 章), 包括向我们提出以下要求:
 - 提供书面文件解释不承保的原因
 - 变更我们的决定
 - 支付您收到的账单

E. 网络医疗服务提供者不得直接向您收费

本计划网络内的医生、医院和其他医疗服务提供者不得要求您为承保的服务付费。即使我们给付的金额少于医疗服务提供者的收费金额, 他们也不得向您收取差额或收费。若要了解网络医疗服务提供者试图向您收取承保服务费用时应怎么处理, 请参阅本《会员手册》第 7 章。

F. 您有权退出本计划

没有人能违反您的意愿强迫您留在本计划。

- 您有权通过 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划来获得您大部分的医疗保健服务。
- 您可以通过药物计划或其他 MA 计划获得您的 Medicare D 部分处方药福利。
- 请参阅本《会员手册》的第 10 章:
 - 了解您何时可以加入新的 MA 或药物福利计划的更多信息。
 - 了解在您退出本计划后, 如何获得 Medi-Cal 福利的相关信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G. 您有权决定自己的医疗保健服务

您有权通过医生和其他医疗保健服务提供者取得完整的信息, 以协助您决定您的医疗保健服务。

G1. 您有权了解您的治疗选项并决定治疗方式

您的医疗服务提供者必须以您能理解的方式, 说明您的病情及治疗选项。您有权:

- **了解您的选择。**您有权获知所有治疗选项。
- **了解风险。**您有权获知涉及的任何风险。如果任何服务或治疗是研究实验的一部分, 我们必须事先告诉您。您有权拒绝实验性质的治疗。
- **听取第二专家意见。**您有权在决定治疗方式之前去看另一名医生。
- **表示拒绝。**您有权拒绝任何治疗。这包括您有权从医院或其他医疗机构出院, 即使您的医生建议您不要这样做。您有权停止服用开立的药物。即使您拒绝治疗或停止服用开立的药物, 我们也不会将您从本计划除名。然而, 如果您拒绝治疗或停止用药, 您将对您因此出现的情况负全部责任。
- **要求我们说明医疗服务提供者拒绝提供护理的原因。**如果医疗服务提供者拒绝提供您认为您应享有的护理, 您有权要求我们作出解释。
- **要求我们承保一项被拒保或通常不承保的服务或药物。**这被称为“承保决定”。本《会员手册》第 9 章有如何要求计划作出承保决定的信息。

G2. 您有权表达在您无法为自己作医疗保健决定时, 您希望我们作何处理

有时候, 人们会无法为自己的医疗保健做决定。在这种情况下发生前, 您可以:

- **填写书面表格,**以便在您不能自行决定时, **赋予某人代您作出医疗保健决定的权利。**
- **向您的医生提供书面指示,**说明在您无法为自己作决定时, 您希望如何处理您的医疗保健服务, 包括您**不希望**接受的护理。

这种您用来提供指示的法律文件被称为“**预立医嘱**”。预立医嘱有多种类型和名称。例如生前遗嘱和医疗保健授权书。

预立医嘱并非强制要求, 但您可以选择制定。如果您想使用预立医嘱, 请依照以下步骤:

- **获取表格。**您的医生、律师、社工人员或部分办公用品商店可以提供该表格。药房和医疗服务提供者诊所通常备有这些表格。您可以在网上查找并下载免费的表格。
- **填妥表格并签名。**该表格是一份法律文件。建议您请律师或其他您信任的人协助您填写, 例如家人或您的 PCP。

如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,**请访问 medicare.lacare.org。



- **将填妥的表格副本交给需要知道这份文件的人。**将一份表格副本交给您的医生。您也应将一份表格副本交给您指定的决策代表。您也可将副本交给亲朋好友。在家中保留一份副本。
- 如果您即将住院且您已签署预立医嘱，**请携带一份副本前往医院。**
 - 医院会问您是否签署预立医嘱表格以及您是否有携带该表格。
 - 如果您还没有签署预立医嘱表格，医院可提供表格并会问您是否愿意签署。

您有权：

- 将您的预立医嘱纳入您的医疗记录中。
- 随时更改或取消您的预立医嘱。
- 了解与预立医嘱法律有关的变更。L.A. Care Medicare Plus 将会在州法律发生变更后的 90 天内告知您变更相关信息。

依据法律，任何人都不得根据您是否已签署预立医嘱，而拒绝为您提供护理服务或歧视您。欲了解详情，请致电会员服务部。

G3. 如果您的指示没有得到遵从该怎么办

如果您签署了预立医嘱，但您认为医生或医院没有遵守其中的指示，您可拨打 1-888-452-8609 向投诉专员办事处提出投诉，服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。

H. 您有权提出投诉并要求我们重新审查我们的决定

如果您对承保服务或护理有任何疑问或顾虑，请参阅本《会员手册》第 9 章，以了解您有哪些处理方式。例如，您可要求我们作出承保决定、向我们提起上诉以变更某项承保决定，或提起投诉。

您有权取得其他计划会员向我们提起过的上诉及投诉信息。若要取得这类信息，请致电会员服务部。

H1. 受到不公平待遇或想取得与您权利有关的进一步信息该怎么办

如果您认为自己遭受不公平待遇（但不是因为本《会员手册》第 11 章所列的理由而遭受歧视）或者您想获得与您权利有关的进一步信息，您可以致电：

- 会员服务部。
- 医疗保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), 电话 1-800-434-0222。如欲了解有关 HICAP 的详情，请参阅第 2 章。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

- Medi-Cal 投诉专员电话: 1-888-452-8609。欲了解关于此计划的详情, 请参阅本《会员手册》第 2 章。
- 请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。(您也可以前往 Medicare 网站阅读或下载“Medicare Rights & Protections” [Medicare 权利与保障], 网址为 www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf。)

I. 您作为计划会员的责任

作为本计划会员, 您有责任完成下列事项。如果您有任何问题, 请致电会员服务部。

- **阅读本《会员手册》**, 了解本计划承保的服务, 以及在接受承保服务和领取承保药物时必须遵守的规定。若要了解:
 - 承保服务的详情, 请参阅本《会员手册》第 3 章和第 4 章。这两章为您说明哪些服务属于承保范围、哪些服务不属于承保范围、您必须遵守的规定以及您需支付的费用。
 - 承保药物的详情, 请参阅本《会员手册》第 5 章和第 6 章。
- **告知我们您享有的任何其他健康保险或药物保险。**我们必须确保您在接受医疗保健时使用您的全部承保选项。如果您还有其他保险, 请致电会员服务部。
- **告知医生和其他医疗保健服务提供者**您是本计划的会员。请在每次接受服务或领取药物时出示您的会员 ID 卡。
- **协助医生**和其他医疗保健服务提供者为您提供最优质的护理服务。
 - 向他们提供关于您或您健康的所需信息。尽力了解您的健康问题。遵从您和您的医疗服务提供者商定的治疗计划和指示。
 - 确保您的医生及其他医疗服务提供者知道您服用的所有药物。其中包括药物、非处方药、维他命及补充剂。
 - 提出您的疑问。您的医生和其他医疗服务提供者必须以您能理解的方式向您解释。如果您提出问题但不理解收到的答复, 请再次提问。
 - 以负责任的态度使用急诊室; 在紧急情况发生时或根据医疗保健团队的指示使用急诊室。
- 通过参与您的护理计划并完成年度健康风险评估, **与您的护理管理团队合作。**



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- **体谅他人。**我们期望所有计划会员都能尊重其他人的权利。我们也期望您尊重所有参与您护理的专业医护人员, 包括护理经理、会员服务代表以及您的医生诊所、医院以及其他医疗服务提供者诊所的职员。
- **支付应付的费用。**作为计划会员, 您需负责以下费用:
 - Medicare A 部分和 Medicare B 部分的保费。针对大部分的计划会员而言, Medi-Cal 将会为您支付 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的保费。
 - 针对属于本计划承保范围的某些药物, 您在领取药物时必须支付您的分摊费用。这将是—笔共付额, 请参阅**第 6 章**中对您必须支付的药物费用的说明。
 - **针对不属于本计划承保范围的任何服务或药物, 您必须自行支付全部费用。**(**请注意:**如果您对本计划不承保某项服务或药物的决定有异议, 您可以提出上诉。若要了解如何提出上诉, 请参阅**第 9 章**。)
- **如果您搬家, 请告知我们。**如果您打算搬家, 请立即告知我们。请致电会员服务部。
 - **如果您搬离本计划的服务区域, 您不得继续参与本计划。**仅有居住在本计划服务区域的人士才可成为本计划的会员。关于本计划的服务区域, 请参阅本《会员手册》**第 1 章**。
 - 我们可以协助您确认您是否搬离本计划的服务区域。
 - 如果您搬家, 请将您的新地址告知 Medicare 和 Medi-Cal。若需要 Medicare 和 Medi-Cal 的电话号码, 请参阅本《会员手册》**第 2 章**。
 - **即使您搬家后仍在本计划的服务区域内, 您仍必须告知我们。**我们需要将您的会员记录保持在最新状态, 并且知道如何与您联系。
 - **如果您搬家, 需告知社会安全局 (或是铁路退休委员会)。**
- **如果您更换新的电话号码或有更方便的联系方式, 请告知我们。**
- **如果您有疑问或顾虑, 请致电向会员服务部寻求协助。**



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

第 9 章: 如果您有问题或想提出投诉 (承保决定、 上诉、投诉) 该怎么办

引言

本章包含与您权利有关的信息。请阅读本章以了解如何处理以下情况:

- 您对您的计划有问题或想提出投诉。
- 您需要某项服务、用品或药物而您的计划表示不会付款。
- 您不同意您的计划针对您的护理服务所作的决定。
- 您认为您的承保服务过早终止。
- 您有长期服务与支持方面的问题或您想提出投诉, 其中包括成人社区服务 (Community-Based Adult Services, CBAS) 以及护理机构 (Nursing Facility, NF) 服务。

本章分成不同的部分, 以协助您轻松找到您所需的信息。**如果您有问题或顾虑, 请阅读本章中适用于您情况的部分。**

您应获得您的医生和其他医疗服务提供者认定有必要纳入您的护理计划的医疗保健服务、药物以及长期服务与支持。**如果您有护理服务方面的问题, 您可以拨打 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 投诉专员计划寻求协助。**本章将会说明您在面对不同问题和投诉时的不同解决方案, 不过您可随时致电投诉专员计划, 以获得处理问题的指引。如果需要解决您顾虑的额外资源以及相关联系方式, 请参阅《会员手册》第 2 章。

目录

A. 如果您有问题或顾虑该如何处理.....	194
A1. 法律术语相关信息	194
B. 如何取得协助.....	194
B1. 如需获得更多信息与协助	194
C. 了解本计划中的 Medicare 与 Medi-Cal 投诉和上诉	196
D. 您的福利问题.....	196
E. 承保决定和上诉	196
E1. 承保决定.....	196
E2. 上诉	197



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

E3. 获得承保决定和上诉的协助.....	197
E4. 本章哪一部分对您有帮助.....	198
F. 医疗护理.....	198
F1. 本部分的适用情形.....	199
F2. 申请承保决定.....	199
F3. 提出第 1 级上诉.....	209
F4. 提出第 2 级上诉.....	201
F5. 付款问题.....	204
G. Medicare D 部分药物.....	211
G1. Medicare D 部分承保决定和上诉.....	212
G2. Medicare D 部分例外处理.....	213
G3. 关于请求例外处理的重要须知事项.....	214
G4. 申请承保决定, 包括例外处理.....	214
G5. 提出第 1 级上诉.....	215
G6. 提出第 2 级上诉.....	217
H. 请求我们承保更长的住院时间.....	219
H1. 了解您的 Medicare 权利.....	221
H2. 提出第 1 级上诉.....	221
H3. 提出第 2 级上诉.....	222
I. 向我们申请继续承保特定医疗服务.....	224
I1. 承保终止前的事先通知.....	225
I2. 提出第 1 级上诉.....	225
I3. 提出第 2 级上诉.....	225
J. 提出第 2 级以上的上诉.....	227
J1. 获取 Medicare 服务和用品的后续步骤.....	228
J2. 其他 Medi-Cal 上诉.....	228
J3. 针对 Medicare D 部分药物申请提出第 3 级、第 4 级及第 5 级上诉.....	229
K. 如何提出投诉.....	231
K1. 哪一类问题应使用投诉程序.....	232
K2. 内部投诉.....	233
K3. 外部投诉.....	235



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 如果您有问题或顾虑该如何处理

本章将会说明处理问题和顾虑的方式。您所使用的程序需视您的问题类型而定。需用一项程序申请**承保决定和上诉**, 再用另一项程序**提出投诉** (也称为“申诉”)。

为了确保问题获得公平且及时的处理, 每项程序都有一套您与我们均必须遵守的规定、流程及截止日期。

A1. 法律术语相关信息

本章在描述一些规定及截止期限时会提及法律术语。其中很多术语可能难以理解, 因此我们尽可能使用更简单易懂的词汇来取代某些法律术语。我们也尽量减少使用缩写词。

例如, 我们会说:

- “提出投诉” 而非 “提出申诉”
- “承保决定” 而非 “机构判定”、“福利判定”、“风险判定” 或 “承保判定”
- “快速承保决定” 而非 “加急判定”
- “独立审查组织” (Independent Review Organization, IRO) 而非 “独立审查机构” (Independent Review Entity, IRE)

了解正确的法律术语可协助您更加清晰地沟通, 因此我们也会提及这些术语。

B. 如何取得协助

B1. 如需获得更多信息与协助

有时候, 您不清楚该如何开始进行或遵循处理问题的程序。当您感到身体不适或精力有限时, 更是如此。也有时候, 您可能缺少采取下一步骤的必要信息。

通过医疗保险咨询与倡导计划获得协助

您可以致电医疗保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。HICAP 顾问可回答您的问题并协助您了解该如何处理问题。HICAP 与本计划、任何保险公司或健康计划均无关联。HICAP 在每个县都配备有接受过培训的顾问, 且提供免费服务。HICAP 的电话号码为 1-800-434-0222。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

通过 Medicare Medi-Cal 投诉专员计划获得协助

您可以致电 Medicare Medi-Cal 投诉专员计划并向倡导员咨询您的健康保险问题。他们可提供免费的法律援助。投诉专员计划与本计划、任何保险公司或健康计划均无关联。该计划的电话号码为 1-855-501-3077, 网站为 www.healthconsumer.org。

通过 Medicare 取得协助与信息

如需获得更多信息与协助, 您可与 Medicare 联系。您可通过两种方式获得 Medicare 的协助:

- 拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。
- 访问 Medicare 网站 (www.medicare.gov)。

通过加州医疗保健服务部获得协助

加州医疗保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 管理式护理计划投诉专员可为您提供协助。如果您在加入、更换或退出健康计划时发生问题, 他们可为您提供协助。如果您搬家了且无法将 Medi-Cal 转至您搬去的新居住县, 他们也可为您提供协助。您可于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 拨打 1-888-452-8609 与投诉专员联系。

通过加州医疗保健管理部获得协助

请与加州医疗保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 联系以寻求免费协助。DMHC 负责监督健康计划。DMHC 可协助民众处理与 Medi-Cal 服务或账单有关的上诉。电话号码为 1-888-466-2219。失聪、有听力障碍或有言语障碍者可使用免费 TDD 专线 1-877-688-9891。您也可以访问 DMHC 的网站 www.dmhc.ca.gov。

加州医疗保健管理部负责监管医疗保健服务计划。如果您想对您的健康计划提出申诉, 您首先需要拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与您的健康计划联系, 并使用您健康计划的申诉程序, 然后再与加州医疗保健管理部联系。使用此申诉程序并不会剥夺您可能享有的任何潜在法律权利或救济措施。如果您需要帮助处理涉及紧急情况的申诉、健康计划未针对您的申诉提出令您满意的解决方案, 或者申诉超过 30 天仍未得到解决, 您可以致电该部门寻求协助。您可能还有资格申请独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR)。如果您符合 IMR 的条件, IMR 流程将针对健康计划就前述事项所做的医疗决定进行公正的审查: 拟议服务或治疗的医疗必要性、实验性或研究性治疗的承保决定, 以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。管理部还提供免费电话 (1-888-466-2219) 以及为听障及语障人士设立的 TDD 专线 (1-877-688-9891)。管理部的网站 www.dmhc.ca.gov 提供投诉表、IMR 申请表及相关说明。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

C. 了解本计划中的 Medicare 与 Medi-Cal 投诉和上诉

您拥有 Medicare 和 Medi-Cal。本章的信息适用于您所有的 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理福利。这有时称为“整合式程序”，因为此程序结合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 程序。

有时候，Medicare 和 Medi-Cal 程序无法合并。在这些情况下，您将需针对 Medicare 福利使用一项程序，然后针对 Medi-Cal 福利使用另一项程序。**F4 部分**将会说明这些情况。

D. 您的福利问题

如果您有问题或顾虑，请阅读本章中适用于您情况的部分。下表可协助您寻找本章中适用于您的问题或投诉的部分。

<p>您的问题或顾虑是否与您的福利或承保范围有关？</p> <p>这包括有关特定医疗护理（医疗用品、服务和/或 B 部分药物）是否属于承保范围及其承保方式的问题，以及与医疗护理付款有关的问题。</p>	
<p>是。</p> <p>我的问题与福利或承保范围有关。</p> <p>请参阅 E 部分“承保决定和上诉”。</p>	<p>否。</p> <p>我的问题与福利或承保范围无关。</p> <p>请参阅 K 部分“如何提出投诉”。</p>

E. 承保决定和上诉

申请承保决定和提出上诉的程序是处理与医疗护理（服务、用品及 B 部分药物，包括付款）福利和承保范围有关的问题。为了让说明简单易懂，我们通常会将医疗用品、服务及 B 部分药物统称为“医疗护理”。

E1. 承保决定

承保决定是指我们针对福利和承保范围所作的决定，或我们针对医疗服务或药物的付款金额所作的决定。您或您的医生也可与我们联系并申请承保决定。您或您的医生可能不确定本计划是否承保某特定医疗服务，或者本计划是否可能会拒绝提供您认为您所需的医疗护理。**如果您在获得某项医疗服务前想了解我们是否承保该服务，您可请求我们为您作出承保决定。**

我们在审查服务申请或索赔时会作出承保决定。在某些情况下，我们可能会决定不承保某项服务或药物，或是某项服务或药物不再属于 Medicare 或 Medi-Cal 的承保范围。如果您不同意这项承保决定，您可提出上诉。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

E2. 上诉

如果我们作出一项承保决定, 而您不满意这项决定, 您可对该决定提出“上诉”。上诉是指通过正式途径请求我们审查并更改我们已作出的承保决定。

当您首次针对某项决定提出上诉时, 这称为“第 1 级上诉”。在此类上诉中, 我们将会审查我们所作的承保决定, 以确认我们是否已适当遵守所有规定。处理您上诉的审查员将和原本对您作出不利决定的审查员不同。

在大多数情况下, 您必须从第 1 级上诉开始。如果您的健康问题十分紧急或者会对您的健康造成立即且严重的威胁, 又或者您出现剧痛且需要立即获得决定, 您可向医疗保健管理部申请 IMR 医疗审查, 网址为 www.dmhc.ca.gov。若要了解详情, 请参阅 **F4 部分**。

我们会在完成审查后告诉您我们的决定。在某些情况下 (本章后面将会说明), 您可申请加急或“快速承保决定”或针对承保决定提出“快速上诉”。

如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们将会寄信给您。如果您的问题是与 Medicare 医疗护理的承保有关, 信中将会告知您我们已将您的个案交给独立审查组织 (IRO) 进行第 2 级上诉。如果您的问题是与 Medicare D 部分或 Medicaid 服务或用品的承保有关, 信中将会告诉您如何自己提出第 2 级上诉。请参阅 **F4 部分**, 以了解与第 2 级上诉有关的更多信息。

如果您不满意第 2 级上诉的决定, 您还可以继续提出其他级别的上诉。

E3. 获得承保决定和上诉的协助

您可向下列组织或人士寻求协助:

- **会员服务部**, 电话号码列于页面的最下方。
- **Medicare Medi-Cal 投诉专员计划**, 电话号码: **1-855-501-3077**。
- **医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP)**, 电话号码: 1-800-434-0222。
- **医疗保健管理部 (DMHC) 协助中心**提供免费协助。DMHC 可协助民众处理与 Medi-Cal 服务或账单有关的上诉, 电话号码为 1-888-466-2219。失聪、有听力障碍或有言语障碍者可使用免费 TDD 专线 1-877-688-9891。您也可以访问 DMHC 的网站 www.dmhc.ca.gov。虽然 DMHC 可为参管理式 Medi-Cal 计划的民众提供协助, 但无法为仅参保 Medicare 计划的民众, 以及参保以下县级组织卫生系统 (County Organized Health System, COHS) 的民众提供协助: Partnership Health Plan、Gold Coast Health Plan、CenCal Health、Central California Alliance for Health 和 CalOptima。联邦政府负责监管 Medicare 计划, 而医疗保健服务部负责监管 COHS 计划。
- **您的医生或其他医疗服务提供者**。您的医生或其他医疗服务提供者可代您申请承保决定或提出上诉。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

- **朋友或家人。**您可以指定其他人担任您的“代表”，代您申请承保决定或提出上诉。
- **律师。**您有权聘请律师，但申请承保决定或提出上诉**不要求聘请律师**。
 - 请致电您的私人律师，或通过当地律师协会或其他转介服务获取律师姓名。如果您符合条件，某些法律团体也会为您免费提供法律服务。
 - 请拨打 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 投诉专员计划申请法律援助律师。

如果您想聘请律师或让其他人担任您的代表，请填写代表委托书 (Appointment of Representative) 表格。此表格可授予某人许可来代您行事。

请拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系并索取“代表委托书”表格。您也可以通过访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或本计划网站 medicare.lacare.org 获得此表格。**您必须向我们提交一份已签署表格的副本。**

E4. 本章哪一部分对您有帮助

共有四种涉及承保决定和上诉的情况。每种情况的规定和截止日期各有不同。我们将会在本章的各个部分提供每种情况的详细信息。请参阅适用的部分：

- **F 部分：**“医疗护理”
- **G 部分：**“Medicare D 部分药物”
- **H 部分：**“请求我们承保更长的住院时间”
- **I 部分：**“向我们申请继续承保特定医疗服务”（本部分仅适用于以下服务：居家医疗保健、专业护理机构护理以及综合门诊康复机构 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF] 服务。）

如果您不确定该查阅哪个部分，请拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系。

F. 医疗护理

本部分说明了您在获得医疗护理承保时遇到问题或希望我们偿付我们应分摊的费用时的处理方式。欲了解有关申请更长住院时间的信息，请参阅 **H 部分**。

本部分关于《会员手册》第 4 章福利表所述的医疗护理福利。在某些情况下，Medicare B 部分药物可能设有不同的规定。如果设有不同规定，我们会说明 Medicare B 部分药物的规定与医疗服务及用品的规定之间的区别。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包括节假日）。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

F1. 本部分的适用情形

本部分说明若发生下列任何情况, 您可采取的行动:

1. 您认为我们会承保您需要但尚未获得的医疗护理。

您可采取的行动: 您可向我们申请承保决定。请参阅 **F2 部分**。

2. 我们未核准您的医生或其他医疗保健服务提供者想为您提供的医疗护理, 而您认为我们应该核准该医疗护理。

您可采取的行动: 您可针对我们的决定提出上诉。请参阅 **F3 部分**。

3. 您接受了您认为我们会承保的医疗护理, 但我们拒绝付款。

您可采取的行动: 您可针对我们拒绝付款的决定提出上诉。请参阅 **F5 部分**。

4. 您获得且支付了您认为我们会承保的医疗护理, 且您希望我们将费用偿还给您。

您可采取的行动: 您可要求我们偿付。请参阅 **F5 部分**。

5. 我们减少或终止某些医疗护理的承保, 而您认为我们的决定可能会损害您的健康。

您可采取的行动: 您可针对我们减少或终止医疗护理的决定提出上诉。请参阅 **F4 部分**。

- 如果承保的是医院护理、居家医疗保健、专业护理机构护理或 CORF 服务, 有特殊规定适用。请参阅 **H 部分** 或 **I 部分** 以了解详情。
- 针对其他所有医疗护理承保遭到减少或终止的情况, 请遵循本部分 (**F 部分**) 的指引。

6. 您的护理服务受到延迟或者您找不到医生。

您可采取的行动: 您可以提出投诉。请参阅 **K2 部分**。

F2. 申请承保决定

如果承保决定涉及您的医疗护理, 则称为“**整合机构判定**”。

您本人、您的医生或代表可通过下列方式向我们申请承保决定:

- 致电: 1-833-522-3767, TTY: 711。
- 传真: 1-213-438-5748。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 寄函:

Attn: Member Appeals and Grievances Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

标准承保决定

除非我们同意使用“快速”截止日期, 否则我们会采用“标准”截止日期来为您提供我们的决定。标准承保决定是指我们在以下时限内给您答复:

- 对于需遵循预先授权规定的医疗服务或用品, 时限为我们收到您申请后的 **5 个工作日内**。
- 对于所有其他医疗服务或用品, 我们将在收到您申请后的 **14 个日历日内**作出回复。
- 对于 **Medicare B 部分药物**, 我们将在收到您申请后的 **72 小时内**作出回复。

快速承保决定

快速承保决定的法律术语是**加急判定**。

当您需要我们针对您的医疗护理作出承保决定且需要我们快速给出回复时, 请申请“快速承保决定”。快速承保决定是指我们在以下时限内给您答复:

- 对于**医疗服务或用品**, 我们将在收到您申请后的 **72 小时内**作出回复。
- 对于 **Medicare B 部分药物**, 我们将在收到您申请后的 **24 小时内**作出回复。

如需获得快速承保决定, 您必须满足两项要求:

- 您要针对您**尚未获得的**医疗用品和/或服务申请承保。您不得针对您已获得的用品或服务的给付申请快速承保决定。
- 使用标准截止日期**可能会严重损害您的健康**或身体机能。

如果您的医生告知我们您的健康状况有此需要, 我们会自动为您提供快速承保决定。如果您在医生没有提供佐证的情况下提出申请, 我们将会判定您是否能获得快速承保决定。

- 如果我们判定您的健康状况不符合快速承保决定的规定, 我们会寄信通知您且我们会改为使用标准截止日期。该信函将会告诉您:
 - 如果您的医生提出申请, 我们会自动为您提供快速承保决定。
 - 如何就我们决定为您作出标准承保决定而非快速承保决定的事宜提出“快速投诉”。若要了解有关提出投诉(包括快速投诉)的更多信息, 请参阅 **K 部分**。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如果我们拒绝您部分或全部的申请, 我们会寄信给您解释原因。

- 如果我们**拒绝**您的申请, 您有权提出上诉。如果您认为我们的决定有误, 可采用上诉这种正式途径要求我们审查并更改我们的决定。
- 如果您决定提出上诉, 您将会进入第 1 级上诉程序 (请参阅 **F3 部分**)。

在少数情况下, 我们可能会不予受理您的承保决定申请, 这代表我们将不会针对该申请进行审查。不予受理申请的情形包括:

- 申请信息不完整;
- 有人代您提出申请, 但该人士未获得相关合法授权; **或**
- 您要求撤销申请。

如果我们不予受理某项承保决定申请, 我们将会寄通知给您说明不予受理的原因以及如何对此申请审查。此审查称为上诉。我们将会在下节中讨论上诉。

F3. 提出第 1 级上诉

如需提出上诉, 您本人、您的医生或授权代表必须与我们联系。请拨打电话 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与我们联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。

通过书面方式申请标准上诉或快速上诉, 或致电 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与我们联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。

L.A. Care Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1200 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 如果您的医生或其他处方开立者要求我们在上诉期间继续提供您已获得的某项服务或用品, 您可能需要指定该人士担任您的代表以代您行事。
- 如果由您的医生以外的人士代您提出上诉, 请附上一份授权该人士代表您的“代表委任书”表格。您可访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或在我们的网站 medicare.lacare.org 上获取该表格。
- 我们可以在没有该表格的情况下受理上诉申请, 但是我们无法在获得该表格之前开始或完成审查。如果我们没有在针对您上诉作出决定的截止日期之前获得该表格:
 - 您的申请将不予受理; 且
 - 我们会寄书面通知给您, 说明您有权要求 IRO 审查我们不予受理的决定。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

- 您必须在我们寄信告知您我们的决定之日起的 65 个日历日内申请上诉。
- 如果您错过这个截止日期, 但您有正当理由, 我们可给您更多时间提出上诉。正当理由的例子包括您罹患严重疾病, 或者我们提供给您的截止日期信息有误等。在您提出上诉时, 请解释您延迟提出上诉的理由。
- 您有权免费向我们索取一份与您上诉有关的信息副本。您和您的医生也可向我们提供更多信息, 以作为您上诉的佐证。

您也可根据您的健康状况需求申请快速上诉。

“快速上诉”的法律术语是“**加急复审**”。

- 如果您就我们所作的护理承保决定提出上诉, 您和/或您的医生可以申请快速上诉。

如果您的医生告知我们您的健康状况有此需要, 我们会自动为您提供快速上诉。 如果您在医生没有提供佐证的情况下提出申请, 我们将会判定您是否能获得快速上诉。

- 如果我们判定您的健康状况不符合快速上诉的规定, 我们会寄信通知您且我们会改为使用标准截止日期。该信函将会告诉您:
 - 如果您的医生提出申请, 我们会自动为您提供快速上诉。
 - 如何就我们决定为您提供标准上诉而非快速上诉的事宜提出“快速投诉”。若要了解有关提出投诉 (包括快速投诉) 的更多信息, 请参阅 **K 部分**。

如果我们告知您, 我们将停止或减少提供您已获得的服务或用品, 您可能可以在上诉期间继续获得这些服务或用品。

- 如果我们决定更改或停止承保您所获得的服务或用品, 我们会在采取行动之前通知您。
- 如果您对我们的决定有异议, 可提出第 1 级上诉。
- 如果您在通知函所示日期起的 10 个日历日内或在行动预定生效之日前申请第 1 级上诉 (以两者当中日期较晚者为准), 我们将会继续承保该服务或用品。
 - 如果您遵守此截止日期, 您将可在第 1 级上诉待审期间获得该服务或用品, 服务或用品内容将不会有所变更。
 - 您也可照常获得其他所有 (与上诉无关的) 服务或用品。
 - 如果您没有在上述日期之前提出上诉, 则在您等候上诉决定的期间, 您将无法继续获得您的服务或用品。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

我们将考虑您的上诉, 并给予答复。

- 在审查您的上诉时, 我们会重新仔细查看与您的医疗护理承保申请有关的所有信息。
- 我们将核查**拒绝**您的申请时是否遵守所有规定。
- 必要时, 我们会收集更多信息。我们可能会联系您或您的医生以获取更多信息。

快速上诉有截止日期。

- 当我们使用快速截止日期时, 我们必须在**收到您上诉后的 72 小时内给您答复; 或者如果您的健康状况需要更快获得答复, 我们将会在更短时间内给您答复。**我们可以根据您的健康状况需求在更短的时间内作出答复。
 - 如果我们未能在 72 小时内给予答复, 则必须将您的申请提交至第 2 级上诉程序。IRO 会接着审查您的申请。我们将会在本章后面说明有关该组织的信息并解释第 2 级上诉程序。如果您的问题是与 Medicaid 服务或用品的承保有关, 您可在期限到了之后自行向州政府提出第 2 级上诉 – 州听证会。在加州, 州听证会就称为州听证会。如欲申请州听证会, 请参阅本《会员手册》的“州听证会”部分。
- **如果我们核准您部分或全部的申请, 我们必须在收到您上诉后的 72 小时内授权或提供我们已同意提供的承保, 或者依据您的健康状况需求在更短时间内授权或提供承保。**
- **如果我们拒绝您部分或全部的申请, 我们会将您的上诉交给 IRO 以进行第 2 级上诉。**

标准上诉有截止日期。

- 当我们使用标准截止日期时, 我们必须在收到您针对尚未获得之服务的承保提出上诉后的 **30 个日历日内**给您答复。
- 如果您的申请是针对您尚未获得的 Medicare B 部分药物所提出, 我们将会在收到您上诉后的 **7 个日历日内**给您答复, 或者依据您的健康状况需求在更短时间内给您答复。
 - 如果我们未在截止日期之前给您答复, 我们 must 将您的申请提交至第 2 级上诉程序。IRO 会接着审查您的申请。我们将会在本章后面说明有关该组织的信息并解释第 2 级上诉程序。如果您的问题是与 Medicaid 服务或用品的承保有关, 您可在期限到了之后自行向州政府提出第 2 级上诉 – 州听证会。在加州, 州听证会就称为州听证会。如欲申请州听证会, 请参阅本《会员手册》的“州听证会”部分。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

如果我们核准您部分或全部的申请, 我们必须在收到上诉申请后的 30 个日历日内授权或提供我们已同意提供的承保, 或者依据您的健康状况需求尽快授权或提供承保; 如果您的申请是针对 Medicare B 部分药物所提出, 则我们必须在变更决定之日起的 72 小时内或在我们收到上诉后的 7 个日历日内授权或提供承保。

如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, **您享有额外的上诉权利:**

- 如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们会寄信给您。
- 如果您的问题是与 Medicare 服务或用品的承保有关, 信中会告诉您我们已将您的个案交给 IRO 进行第 2 级上诉。
- 如果您的问题是与 Medi-Cal 服务或用品的承保有关, 信中会告诉您如何自己提出第 2 级上诉。

F4. 提出第 2 级上诉

如果我们**拒绝**您在第 1 级上诉中的部分或全部申请, 我们会寄信给您。该信函会为您说明 Medicare、Medi-Cal 或这两项计划通常会承保该服务或用品。

- 如果您的问题是与 **Medicare** 通常会承保的服务或用品有关, 我们将会在第 1 级上诉完成后立即自动将您的个案提交至第 2 级上诉程序。
- 如果您的问题是与 **Medi-Cal** 通常会承保的服务或用品有关, 您可自行提出第 2 级上诉。该信函会提供相关说明。我们也会在本章的后面提供更多信息。
- 如果您的问题是与 **Medicare 和 Medi-Cal** 均可能会承保的服务或用品有关, 您将会自动获得由 IRO 所进行的第 2 级上诉。除了自动进行第 2 级上诉之外, 您也可向州政府申请州听证会和独立医疗审查。不过, 如果您已在州听证会中呈递证明, 则无法进行独立医疗审查。

如果您在提出第 1 级上诉时符合延续福利的资格, 则您可能也可在第 2 级上诉期间继续获得正在进行上诉之服务、用品或药物的福利。请参阅 **F3 部分** 以了解有关在第 1 级上诉期间延续福利的信息。

- 如果您的问题是与通常仅由 Medicare 承保的服务有关, 则在 IRO 进行第 2 级上诉程序的期间, 您将无法继续获得该服务的福利。
- 如果您的问题是与通常仅由 Medi-Cal 承保的服务有关, 且您在收到决定函后的 10 个日历日内提出第 2 级上诉, 则您将可继续获得该服务的福利。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如果您的问题是与通常属于 Medicare 承保范围的服务或用品有关

IRO 会审查您的上诉。IRO 是 Medicare 聘雇的独立组织。

独立审查组织 (IRO) 的正式名称是**独立审查机构**, 有时称为 **IRE**。

- 该组织与本计划无关, 并且也不是政府机构。Medicare 选择担任 IRO 的公司, 并监督其工作。
- 我们会将与您上诉有关的信息 (您的“个案文件”) 交给该组织。您有权免费索取一份您的个案文件副本。
- 您有权向 IRO 提供其他信息, 以作为您上诉的佐证。
- IRO 的审查员会仔细查看与您上诉有关的所有信息。

如果您提出的第 1 级上诉是快速上诉, 则第 2 级上诉同样也会是快速上诉。

- 如果您向我们提出的第 1 级上诉是快速上诉, 您在第 2 级上诉将会自动获得快速上诉。IRO 必须在收到您上诉后的 **72 小时内** 针对您的第 2 级上诉给您答复。

如果您的第 1 级上诉为标准上诉, 您的第 2 级上诉也将为标准上诉。

- 如果您向我们提出的第 1 级上诉是标准上诉, 您的第 2 级上诉将会自动获得标准上诉。
- 如果您的申请是针对医疗用品或服务所提出, IRO 必须在收到上诉后的 **30 个日历日内** 针对您的第 2 级上诉给您答复。
- 如果您的申请是针对 Medicare B 部分药物所提出, IRO 必须在收到上诉后的 **7 个日历日内** 针对您的第 2 级上诉给您答复。

如果 IRO 通过书面方式给您答复, 将一并说明原因。

- **如果 IRO 核准针对某项医疗用品或服务的一部分或全部申请, 我们必须立即执行该决定:**
 - 在 **72 小时内** 授权医疗护理承保; 或
 - 在我们收到 IRO 针对**标准申请**所作之决定后的 **5 个工作日内** 提供服务; 或
 - 在我们收到 IRO 针对**快速申请**所作之决定之日起的 **72 小时内** 提供服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

- **如果 IRO 核准针对 Medicare B 部分药物的部分或全部申请, 我们必须授权或提供有争议的 Medicare B 部分药物:**
 - 在我们收到 IRO 针对**标准申请**所作之决定后的 **72小时内**; 或
 - 在我们收到 IRO 针对**快速申请**所作之决定之日起的 **24 小时内**。
- **如果 IRO 拒绝上诉中的部分或所有内容**, 这表示他们同意我们不应核准您的医疗护理承保申请 (或不应核准您的部分申请)。此决定称为“维持原判”或“驳回上诉”。
 - 如果您的个案符合要求, 您可选择是否再次提出上诉。
 - 在第 2 级上诉后, 上诉程序还有另外三个层级, 共有五个层级。
 - 如果第 2 级上诉遭到驳回, 且您符合继续上诉的要求, 则必须决定是否继续进行第 3 级程序, 提出第三次上诉。有关如何继续进行上诉的详细信息, 请查阅第 2 级上诉后收到的书面通知。
 - 第 3 级上诉是由行政法法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 或律师裁判员处理。请参阅 **J 部分** 以了解与第 3 级、第 4 级及第 5 级上诉有关的进一步信息。

若您的问题是与通常属于 Medi-Cal 承保范围的服务或用品有关

您可通过两种方式针对 Medi-Cal 服务和用品提出第 2 级上诉: (1) 提出投诉或申请独立医疗审查; 或 (2) 州听证会。

(1) 医疗保健管理部 (DMHC)

您可向 DMHC 协助中心提出投诉或申请独立医疗审查 (IMR)。若提出投诉, DMHC 将会审查我们的决定。DMHC 将自行调查您的投诉, 或决定该个案是否符合 IMR 的资格。IMR 适用于属于医疗性质的任何 Medi-Cal 承保服务或用品。IMR 是由不属于本计划也不属于 DMHC 的专家审查您的个案。如果 IMR 判决您胜诉, 我们将必须为您提供您所申请的服务或用品。您无需支付 IMR 费用。

如果出现下列情况, 您可提出投诉或申请 IMR:

- 本计划认定某项 Medi-Cal 服务或治疗不具有医疗必要性, 因此拒绝、变更或延迟提供该服务或治疗。
- 本计划不承保针对严重病况的实验性或研究性 Medi-Cal 治疗。
- 本计划对某项手术服务或程序是否属于整容或重建性质提出争议。
- 本计划不给付您已接受的急诊或紧急 Medi-Cal 服务。
- 本计划未在规定期限内解决您的 Medi-Cal 服务第 1 级上诉, 即收到标准上诉的 30 个日历日内, 以及收到快速上诉的 72 小时内或您健康所需的更短时间内。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

在大多数情况下, 您必须先向本计划提出上诉, 而后才可申请 IMR。请参阅 **F3 部分** 以了解有关第 1 级上诉程序的信息。如果您对本计划的决定有异议, 您可向 DMHC 提出投诉或者向 DMHC 协助中心申请 IMR。

请注意: 如果您的医疗服务提供者代您提出上诉, 但我们没有收到您的代表委任书表格, 您将需重新向我们提出上诉, 而后才可向医疗保健管理部提出第 2 级 IMR, 除非您的上诉涉及会对您健康造成立即且严重威胁的情况, 其中包括但不限于剧痛, 可能丧失生命、肢体或重要身体机能。

您可同时申请 IMR 和州听证会, 但如果您已在州听证会中呈递证据或已针对相同问题举行州听证会, 则不得申请 IMR。

如果您的治疗因为属于实验或研究性质被拒保, 您在申请 IMR 之前将不需要完成本计划的上诉程序。

如果您的问题十分紧急或者会对您的健康造成立即且严重的威胁, 又或者您发生剧痛, 则您可直接向 DMHC 提出您的问题, 而无需事先完成本计划的上诉程序。

您必须在我们寄给您书面上诉决定后的 **6 个月内申请 IMR**。若有正当理由, DMHC 可能会在 6 个月后受理您的申请, 例如您患有使您无法在 6 个月内申请 IMR 的病症, 或者您没有通过本计划获得 IMR 程序的适当通知。

如需提出投诉或申请 IMR:

- 请填写 IMR/投诉申请表, 网址为:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
或者拨打 1-888-466-2219 与 DMHC 协助中心联系。TTY 使用者请拨打 1-877-688-9891。
- 请随附与本计划拒绝的服务或用品有关的信函或其他文件的副本 (如有)。这样可以加快 IMR 流程。请寄送文件的副本, 而非正本。协助中心不会退还任何文件。
- 如果有人协助您提出 IMR 申请, 请填写授权协助表 (Authorized Assistant Form)。您可在
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
获得该表格, 或拨打 1-888-466-2219 与医疗保健管理部的协助中心联系。TTY 使用者请拨打 1-877-688-9891。
- 将 IMR/投诉申请表及任何附件提交至 DMHC:
网上提交: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

通过邮寄或传真提交:

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

DMHC 将在 7 日内审查您的申请并寄送收件确认函给您。如果 DMHC 判定个案符合 IMR 的资格, 则会在收到所有必要文件后 30 日内作出 IMR 决定。

如果您的个案属于紧急性质且您符合 IMR 的资格, 则通常会在收到所有必要文件后 7 日内作出 IMR 决定。

如果您对 IMR 的结果感到不满, 您仍可申请州听证会。

如果 DMHC 没有通过您或您的主治医生收到所有必要的医疗记录, IMR 可能会花费更长时间。如果您使用的是不属于您健康计划网络的医生, 请您务必向该医生索取您的医疗记录并将其寄送给我们。您的健康计划必须向网络内医生索要您的医疗记录副本。

如果 DMHC 判定您的个案不符合 IMR 的资格, DMHC 将会通过常规的消费者投诉程序审查您的个案。您的投诉应在您提交妥当的申请表后 30 个日历日内获得解决。如果您的投诉十分紧急, 则将会在更短时间内获得解决。

(2) 州听证会

您可针对 Medi-Cal 的承保服务和用品申请州听证会。如果您的医生或其他医疗服务提供者申请了一项本计划不会核准的服务或用品, 或者我们不继续给付某项您已经获得的服务或用品并且我们驳回了您的第 1 级上诉, 您有权申请州听证会。

在大多数情况下, 在我们邮寄“上诉决定函”通知给您后, **您有 120 天的时间可以申请州听证会。**

请注意: 如果您要求举行州听证会的原因是我们向您表示您目前接受的服务即将变更或终止, 但您希望在州听证会待决期间继续接受这项服务, **则您可以提出申请的时间将较短。**请参阅第 16 页的“是否可以在第 2 级上诉期间继续获得福利”以了解详情。

申请州听证会的方法有两种:

1. 您可填写行动通知背面的“州听证会申请表”(Request for State Hearing)。您应提供所有必填的信息, 例如您的全名、地址、电话号码、对您采取不利行动的计名称或县名、涉及的援助计划, 以及您要求举行听证会的详细原因。然后您可采用以下一种方式提交申请:



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

- 按照通知上的地址寄给县政府福利部门。
- 寄给加州社会服务部:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- 提交至州政府听证处, 传真号码为 916-309-3487, 免费电话为 1-833-281-0903。
2. 您可拨打 1-800-743-8525 与加州社会服务部联系。TTY 使用者应拨打 1-800-952-8349。如果您决定通过电话申请州听证会, 请注意这些电话线路非常繁忙。

如果您仍然对决定有异议, 您可以:

- *申请独立医疗审查, 让与健康计划无关的外部审查员对您的个案进行审查。
- *申请州听证会, 让法官审查您的个案。

您可以同时申请独立医疗审查和州听证会。您也可以先尝试其中一种方式, 看是否能解决您的问题。例如, 如果您先申请独立医疗审查, 但对其决定有异议, 您还可以申请州听证会。但是, 如果您先申请州听证会, 且州听证会已经完成, 您便不能再申请独立医疗审查。对于您的个案, 州听证会有最终决定权。

您无需为独立医疗审查或州听证会付费。

独立医疗审查

如果您想申请独立医疗审查, 您必须在本上诉决议通知函所注日期起 180 天内提出申请。以下段落将会为您提供有关如何申请独立医疗审查的信息。请注意, “申诉” 一词同时指代“投诉” 和 “上诉”。

“加州医疗保健管理部负责管理医疗保健服务计划。如果您想对您的健康计划提出申诉, 您首先需要拨打 **1-888-839-9909** 给您的健康计划, 经过您健康计划的申诉处理程序之后, 才可联系管理部。使用此申诉程序并不会剥夺您可能享有的任何潜在法律权利或救济措施。如果您需要帮助处理涉及紧急情况的申诉、健康计划未针对您的申诉提出令您满意的解决方案, 或者申诉超过 30 天仍未得到解决, 您可以致电该部门寻求协助。您可能还有资格请求独立医疗审查 (IMR)。如果您符合 IMR 的条件, IMR 流程将针对健康计划就前述事项所做的医疗决定进行公正的审查: 拟议服务或治疗的医疗必要性、实验性或研究性治疗的承保决定, 以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。该部门还设有免费电话 (**1-888-466-2219**), 以及专为听障及语障人士设立的 **TDD 专线 (1-877-688-9891)**。管理部的网站 **www.dmhc.ca.gov** 提供投诉表、IMR 申请表及相关说明。”



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

州听证会

如果您想申请举行州听证会, 您必须在本上诉决议通知函所注日期起 120 天内提出申请。不过, 如果您的健康计划在其内部上诉程序进行期间继续为您提供有争议的服务(待审期间补助), 且您希望继续接受服务直到州听证会决定结果出来为止, 则您必须在本上诉决议通知函日期起的 10 天内申请州听证会。尽管您的健康计划在您按此方式申请州听证会后必须向您提供待审期间补助, 您仍然应该明确告知您的健康计划, 您希望在州听证会做出裁决之前持续获得待审期间补助。您应拨打 1-888-839-9909 与 L.A. Care 会员服务部联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。如果您有听力或言语障碍, 请拨打 TTY 711。

您可以通过以下方式申请州听证会:

*在线申请: www.cdss.ca.gov

*电话申请: 拨打 1-800-743-8525。该线路可能十分繁忙。您可能会听到稍后再拨的语音提示。如果您有言语或听力障碍, 请拨打 TTY/TDD 1-800-952-8349。

*书面申请: 填写州听证会申请表或写信。将其邮寄或传真至以下地址或号码:

邮寄: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

传真: (916) 309-3487 或免费电话 1-833-281-0903

如果您需要口译员, 请告知州政府听证处您使用的语言。您不必支付口译服务费用。州政府听证处将为您安排口译员。如果您身患残障, 州政府听证处可免费为您提供特别便利安排, 以帮助您参加听证会。请注明您的残障信息和所需便利安排。

如果您申请举行州听证会, 最多需要 90 天的时间来裁定您的个案并向您作出答复。如果您认为等待时间过长会损害您的健康, 您或许能够在 3 天内获得答复。您可请求您的医生或健康计划帮助您写信。该信函必须详细解释等待长达 90 天的个案裁决时间为何会严重损害您的生命、健康, 或者您获得、维持及恢复最佳身体机能的能力。然后, 请务必申请加急听证会, 并随听证会申请表一并提交所写信函。

您可以在州听证会上为自己发言。或者, 您可以委托其他人, 例如亲属、朋友、代言人、医生或律师代您发言。如果您希望由其他人士代您发言, 则您必须告知州政府听证处您允许该人士代您发言。该人士被称为“授权代表”。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

法律帮助

您可以获得免费的法律帮助。请与 Los Angeles 县消费者和商业事务部联系, 电话号码为 1-800-593-8222。您也可以与您所在县的地方法律援助协会联系, 电话号码为 1-888-804-3536。

州政府听证处会以书面形式向您告知其裁决结果, 并解释理由。

- 如果州政府听证处部分或完全**核准**医疗用品或服务的申请, 我们必须在收到其决定后的 **72 小时**内核准或提供该服务或项目。
- 如果州政府听证处部分或完全**驳回**您的上诉, 表明他们同意我们不应核准您的医疗护理承保申请 (或不应核准您的部分申请)。此决定称为“维持原判”或“驳回上诉”。

如果 IRO 或州听证会部分或完全**拒绝**您的申请, 您仍享有进一步的上诉权。

如果您的第 2 级上诉送交至 **IRO**, 只有在您想要的服务或项目达到最低限度的金额要求时, 才可以再度上诉。第 3 级上诉是由 ALJ 或律师裁判员处理。**IRO 寄给您的信函将会解释您可能享有的其他上诉权利。**

您从州政府听证处收到的信函会说明下一阶段的上诉选项。

请参阅 **J 部分**, 以进一步了解您在第 2 级上诉之后拥有的上诉权利。

F5. 付款问题

我们不允许网络医疗服务提供者向您收取承保服务和用品的费用。即使我们向医疗服务提供者支付的金额低于他们对承保服务或用品收取的费用也是如此。您在任何时候都不必支付此类差额。您唯一须按请求支付的费用是特定服务、用品和/或药物类别的共付额

如果您收到的账单金额超过承保服务和项目的共付额, 请将这张账单寄发给我们。您不应自行支付该账单。我们将会直接与医疗服务提供者联系并解决问题。如果您已支付账单, 则只要您在接受服务或用品时有遵守相关规定, 就能收到本计划的退款。

如需更多信息, 请参阅本《会员手册》的**第 7 章**。该章节说明了您可能需要请求我们退还款项或支付您从医疗服务提供者处收到的账单的相关情形。另外也说明了如何将书面文件寄发给我们以请求我们付款。

如果您请求我们将费用偿还给您, 即表示您请求做出承保决定。我们将会确认您付费的服务或用品是否属于承保范围, 并确认您在使用承保服务时是否有遵守所有规定。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 如果您付费的服务或用品属于承保范围且您遵守了所有规定, 我们通常会在收到您申请后的 30 个日历日内将服务或用品的费用中我们应承担的部分寄发给您, 最迟不会超过 60 个日历日。
- 如果您尚未支付服务或用品费用, 则我们会直接向医疗服务提供者支付费用。如果我们寄发款项, 即表示**核准**您的承保决定申请。
- 如果相关服务或项目不受保, 或您未遵守所有规定, 我们会寄发信函给您, 告知您我们不会支付相关服务或项目费用, 并解释原因。

如果您不同意我们拒绝付款的决定, **您可提出上诉**。请遵循 **F3 部分** 列出的上诉流程。在您遵循这些指示时, 请注意:

- 如果您为请求我们退还款项而提出上诉, 我们必须在收到您上诉后的 30 个日历日内给您答复。

如果我们的答复为**驳回**, 但该服务或项目通常在 **Medicare** 的承保范围内, 我们会将您的个案提交给 IRO。如果发生此情形, 我们将寄发信函通知您。

- 如果 IRO 推翻我们的决定并表示我们应向您提供给付, 我们必须在 30 个日历日内将款项寄发给您或医疗服务提供者。如果第 2 级之后的任何一级上诉程序**核准**您的上诉, 我们必须在 60 个日历日内向您或医疗服务提供者寄发款项。
- 如果 IRO **驳回**您的上诉, 这表示他们同意我们不核准申请的决定。此决定称为“维持原判”或“驳回上诉”。您将收到一封信函, 其中会解释您可能享有的其他上诉权利。请参阅 **J 部分**, 以了解更多有关其他上诉层级的信息。

如果我们的答复是**驳回**您的上诉, 但该服务或用品通常属于 Medi-Cal 的承保范围, 则您可自行提出第 2 级上诉。若要了解详情, 请参阅 **F4 部分**。

G. Medicare D 部分药物

作为本计划的会员, 您所享有的福利包括许多药物的承保。其中大部分为 Medicare D 部分药物。有些药物 Medicare D 部分不承保, 但 Medi-Cal 可能会承保。**本部分仅适用于 Medicare D 部分药物上诉**。在本节的剩余部分, 每当我们提及这些药物时, 我们均会说“药物”而非“Medicare D 部分药物”。

药物必须用于医疗上可接受适应症才能获得承保。换言之, 药物的使用方式需获得美国食品与药物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准或有特定医疗文献的佐证。请参阅本《会员手册》**第 5 章**, 以了解有关医疗上可接受适应症的更多信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

G1. Medicare D 部分承保决定和上诉

以下是请求我们就 Medicare D 部分药物作出承保决定的示例:

- 您请求我们作出例外处理, 包括:
 - 承保未列于本计划药物清单中的 Medicare D 部分药物; 或
 - 解除本计划对药物的承保限制 (例如对您可获取药量的限制)
- 您询问我们是否可以为您承保某项药物 (例如, 您的药物列于本计划的药物清单上, 但我们必须先为您核准该药物, 而后我们才会承保该药物)

请注意: 如果您的药房告诉您, 您的处方无法照单配药, 该药房会寄给您一份书面通知, 解释如何与我们联系以请求承保决定。

与您的 Medicare D 部分药物有关的初步承保决定称为“承保判定”。

- 您请求我们为您已购买的药物支付费用。这是请求与给付有关的承保决定。

如果您不同意我们所作的承保决定, 您可针对我们的决定提出上诉。本部分介绍如何请求承保决定及如何请求上诉。请使用下方表格协助您判断。

您处于以下何种情况?			
您需要未列于药物清单上的药物, 或者您需要我们解除承保药物的规定或限制。	您希望我们承保药物清单上的药物, 且您认为自己遵守了您所需药物的计划规定或限制 (如事先获得核准)。	您希望我们偿付您已获得并且付款的药物。	我们告知您, 我们无法依照您希望的方式承保或支付某种药物的费用。
您可请求我们作出例外处理。 (这是承保决定的一种。)	您可要求我们作出承保决定。	您可要求我们偿付。 (这是承保决定的一种。)	您可提出上诉。 (这代表您请求我们重新审查。)
请先阅读 G2 部分 , 再参阅 G3 及 G4 部分 。	请参阅 G4 部分 。	请参阅 G4 部分 。	请参阅 G5 部分 。

如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。



G2. Medicare D 部分例外处理

如果我们未按您希望的方式承保药物, 您可请求我们作出“例外处理”。如果我们驳回您的例外处理申请, 您可针对我们的决定提出上诉。

如您请求例外处理, 您的医生或其他处方开立者必须解释您需要这类例外处理的医疗理由。

请求承保某种未列于本计划药物清单中的药物或请求解除对药物的限制有时称为请求“**保险内处方集例外处理**”。

以下是您或您的医生或其他处方开立者可向我们申请例外处理的一些例子:

1. 承保未列于我们的药物清单上的药物

- 如果我们同意进行例外处理并承保未列于我们的药物清单中的药物, 您将需支付层级 4 所适用的共付额。
- 您无法就该药物的规定共付额获得例外处理。

2. 解除对承保药物的限制

- 本计划药物清单中的部分药物有额外的规定或限制 (如要了解详情, 请参阅《会员手册》第 5 章)。
- 适用于部分药物的额外规定和限制包括:
 - 需使用药物的学名药版本, 而非品牌药。
 - 需事先获得本计划对该药物的承保批准。此程序有时称为“预先授权”(Prior Authorization, PA)。
 - 在我们同意承保您请求的药物前, 需先试用另一种药物。此程序有时称为“渐进式治疗”。
 - 数量限制。对于部分药物, 会对您能获得的药量进行限制。

G3. 关于请求例外处理的重要须知事项

您的医生或其他处方开立者必须告知我们医疗理由。

您的医生或其他处方开立者必须向我们出具声明, 解释请求例外处理的医疗理由。如欲更快获得决定, 请在申请例外处理时附上您医生或其他处方开立者所提供的该等医疗信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

本计划的药物清单通常包含一种以上可用于治疗特定病症的药物。这些药物被称为“替代”药物。如果替代药物与您所申请的药物具备相同疗效, 而且不会引起更多副作用或其他健康问题, 我们通常**不会**核准您的例外处理申请。如果您向我们请求层级例外处理, 除非低费用分摊层级中的所有替代药物对您而言都效果不佳, 或可能引发不良反应或其他伤害, 否则我们通常不会**核准**您的例外处理申请。

我们有权核准或拒绝您的申请。

- 如果我们**核准**您的例外处理申请, 这类核准在日历年结束前通常会一直有效。只要您的医生继续为您开药, 并且这类药物对治疗您的病情而言继续安全有效, 这项规定便有效。
- 如果我们**拒绝**您的例外处理申请, 您可提出上诉。如果我们**拒绝**您的申请, 请参阅 **G5 部分**, 以了解有关提出上诉的信息。

下一节将会为您说明如何申请承保决定, 包括例外处理。

G4. 申请承保决定, 包括例外处理

- 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711)、写信或传真给我们, 以请求获取您所需的承保决定类型, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。您本人、您的代表或您的医生 (或其他处方开立者) 均可提出申请。请附上您的姓名、联系方式以及与您索赔有关的信息。
- 您本人或您的医生 (或其他处方开立者) 或代表您的其他人士均可申请承保决定。您也可聘请律师代表您。
- 请参阅 **E3 部分**, 以了解如何指定他人作为您的代表。
- 您的医生或其他处方开立者可直接代您向我们请求承保决定, 而无需事先获得您的书面许可。
- 如果您想请求我们将药物费用偿还给您, 请参阅《会员手册》**第 7 章**。
- 如果您请求例外处理, 请向我们提供“支持性声明”。该支持性声明需包含您的医生或其他处方开立者针对此次例外处理申请所提出的医学理由。
- 您的医生或其他处方开立者可将支持性声明传真或邮寄给我们。他们也可先通过电话告知我们相关内容, 而后再将声明传真或邮寄给我们。

如果您的健康状况有此需要, 可请求我们作出“快速承保决定”。

除非我们同意采用“快速截止期限”, 否则我们会采用“标准截止期限”。

- **标准承保决定**是指我们将会收到医生声明后的 72 小时内给您答复。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- **快速承保决定**是指我们将会收到医生声明后的 24 小时内给您答复。

“快速承保决定”称为“加急承保判定”。

如果您符合以下条件, 您可获得快速承保决定:

- 该承保决定是针对您尚未获得的药物所申请。如果您请求我们偿付您已购买的药物, 则您不能获得快速承保决定。
- 如果我们使用标准截止日期, 您的健康状况或身体机能将会严重受损。

如果您的医生或其他处方开立者告诉我们您的健康状况需要快速承保决定, 我们将依据快速承保决定的时间流程审查您的申请。我们将寄发信函告知您上述相关信息。

- 如果您在未获得医生或其他处方开立者支持的情况下自行请求做出快速承保决定, 我们将确定您能否获得快速承保决定。
- 如果我们认为您的医疗状况不符合快速承保决定的规定, 我们会改用标准截止日期。
 - 我们会寄发信函告知您我们将会使用标准期限。该信函也会为您说明如何针对我们的决定提出上诉。
 - 您可以提出快速投诉并在 24 小时内获得答复。若要了解有关提出投诉 (包括快速投诉) 的更多信息, 请参阅 **K 部分**。

快速承保决定的截止日期

- 如果我们采用快速截止日期, 我们必须在收到申请后的 24 小时内给您答复。如果您请求例外处理, 我们将在收到支持您请求的医生声明后 24 小时内给予答复。我们也可以根据您的健康状况需求在更短的时间内作出答复。
- 如果我们未能遵守这项截止日期, 我们会将您的申请提交至上诉程序的第 2 级, 即交给 IRO 进行审查。请参阅 **G6 部分**以了解与第 2 级上诉有关的更多信息。
- 如果我们**核准**您部分或全部的申请, 我们将在收到您的申请或您医生的支持声明后 24 小时内为您提供承保。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们会寄发信函给您说明原因。该信函还会向您说明如何提出上诉。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

有关您尚未获得的药物的标准承保决定截止日期

- 如果我们采用标准截止日期, 我们必须在收到申请后的 72 小时内给您答复。如果您请求例外处理, 我们将在收到支持您请求的医生声明后 72 小时内给予答复。我们也可以根据您的健康状况需求在更短的时间内作出答复。
- 如果我们未能遵守这项截止日期, 我们会将您的申请提交至上诉程序的第 2 级, 即交给 IRO 进行审查。
- 如果我们**核准**您部分或全部的申请, 我们将在收到您的申请或您医生的例外处理支持声明后 72 小时内为您提供承保。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们会寄发信函给您说明原因。该信函还会向您说明如何提出上诉。

有关您已购买药物的标准承保决定截止日期

- 我们必须在收到您的申请后的 14 个日历日内给予答复。
- 如果我们未能遵守这项截止日期, 我们会将您的申请提交至上诉程序的第 2 级, 即交给 IRO 进行审查。
- 如果我们**核准**您部分或全部的申请, 我们将在 14 个日历日内为您办理退款。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们会寄发信函给您说明原因。该信函还会向您说明如何提出上诉。

G5. 提出第 1 级上诉

针对 Medicare D 部分药物承保决定向本计划提出上诉称为计划“**重新判定**”。

- 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711)、写信或传真给我们, 以开始进行**标准上诉或快速上诉**, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。您本人、您的代表或您的医生 (或其他处方开立者) 均可提出申请。请附上您的姓名、联系方式以及与您上诉有关的信息。
- 您必须在我们寄信告知您我们的决定之日起的 **65 个日历日内** 申请上诉。
- 如果您错过这个截止日期, 但您有正当理由, 我们可给您更多时间提出上诉。正当理由的例子包括您罹患严重疾病, 或者我们提供给您的截止日期信息有误等。在您提出上诉时, 请解释您延迟提出上诉的理由。
- 您有权免费向我们索取一份与您上诉有关的信息副本。您和您的医生也可向我们提供更多信息, 以作为您上诉的佐证。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

您也可根据您的健康状况需求申请快速上诉。

快速上诉也称为“**加急重新判定**”。

- 如果您就我们对您尚未获得的药物作出的决定提出上诉, 您和您的医生或其他处方开立者会决定您是否需要快速上诉。
- 对快速上诉的要求与对快速承保决定的要求相同。若要了解详情, 请参阅 **G4 部分**。

我们将考虑您的上诉, 并给予答复。

- 我们将会审查您的上诉, 并重新仔细查看与您承保申请有关的所有信息。
- 我们将核查**拒绝**您的申请时是否遵守规定。
- 我们可能会联系您或您的医生或其他处方开立者以获取更多信息。

第 1 级快速上诉的截止日期

- 如果我们采用快速截止日期, 我们必须在收到您上诉后的 **72 小时**内给您答复。
 - 我们也可以根据您的健康状况需求在更短的时间内作出答复。
 - 如果我们未能在 72 小时内给予答复, 则必须将您的申请提交至第 2 级上诉程序。IRO 会接着审查您的申请。请参阅 **G6 部分**, 了解该审查组织及第 2 级上诉程序的相关信息。
- 如果我们**核准**您部分或全部的申请, 我们必须在收到您上诉后的 72 小时内提供我们已同意提供的承保。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们会寄发信函给您解释原因, 并告知您如何提出上诉。

第 1 级标准上诉的截止日期

- 在收到您针对尚未取得的药物的上诉后, 如果我们采用标准截止日期, 我们必须在 **7 个日历日**内给您答复。
- 如果您尚未取得药物且您的健康状况有需要, 我们将尽快做出决定。如果您认为您的健康状况需要我们快速做出决定, 请申请快速上诉。
 - 如果我们未在 7 个日历日内将决定告诉您, 我们会将您的申请提交至上诉程序的第 2 级。IRO 会接着审查您的申请。请参阅 **G6 部分**, 了解该审查组织及第 2 级上诉程序的相关信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如果我们**核准**您部分或全部的申请:

- 我们必须依据您的健康状况需求, 尽快**提供已同意的承保, 最晚不超过收到上诉后 7 个日历日。**
- 针对您已购买的药物, 我们必须在收到您上诉后 **30 个日历日内向您支付款项。**

如果我们**拒绝**您部分或全部的申请:

- 我们会寄发信函给您解释原因, 并向您说明如何提出上诉。
- 针对您已购买的药物, 我们必须在收到您上诉后 **14 个日历日内**向您告知我们是否会退款。
 - 如果我们未在 14 个日历日内将决定告诉您, 我们会将您的申请提交至上诉程序的第 2 级。IRO 会接着审查您的申请。请参阅 **G6 部分**, 了解该审查组织及第 2 级上诉程序的相关信息。
- 如果我们**核准**您部分或全部的申请, 我们将在收到您的申请后 30 个日历日内向您付款。
- 如果我们**拒绝**您部分或全部的申请, 我们会寄发信函给您解释原因, 并告知您如何提出上诉。

G6. 提出第 2 级上诉

如果我们**驳回**您的第 1 级上诉, 您可接受我们的决定或再次提出上诉。如果您决定提出另一项上诉, 需开启第 2 级上诉程序。**IRO** 会审查我们当初**驳回**您第 1 级上诉的决定。该组织会判定我们是否应变更我们的决定。

独立审查组织 (IRO) 的正式名称是“**独立审查机构**”, 有时称为“**IRE**”。

如欲提出第 2 级上诉, 您本人、您的代表或医生或其他处方开立者必须通过**书面方式**与 IRO 联系并要求审查您的个案。

- 如果我们**驳回**您的第 1 级上诉, 将向您寄发一封信函, 其中包含**有关如何向 IRO 提出第 2 级上诉**的说明。信中会告知您谁可以提出第 2 级上诉、您必须遵守的截止日期以及与审查组织联系的方式。
- 当您向 IRO 提出上诉时, 我们将向该组织寄发有关您的上诉的资料。该资料称为您的“**个案文件**”。**您有权免费索取一份您的个案文件副本。**如果您需要协助来免费取得个案文件副本, 请拨打 (插入适用电话号码)。
- 您有权向 IRO 提供其他信息, 以作为您上诉的佐证。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

IRO 会审查您的 Medicare D 部分第 2 级上诉, 并以书面形式向您给出答复。如要了解有关 IRO 的详情, 请参阅 **F4 部分**。

第 2 级快速上诉的截止日期

您可根据您的健康状况需求向 IRO 申请快速上诉。

- 如果 IRO 同意采用快速上诉, 其必须在收到您上诉申请后 **72 小时内** 给予答复。
- 如果 IRO 部分或完全**核准**您的申请, 我们必须在收到 IRO 的决定后 **24 小时内**, 提供经核准的药物承保服务。

第 2 级标准上诉的截止日期

如果您提出第 2 级标准上诉, IRO 必须按以下规定向您给出答复:

- 若上诉是针对您尚未取得的药物, 需在收到上诉请求后 **7 个日历日内** 答复。
- 若上诉是针对已购买药物的退款, 需在收到上诉请求后 **14 个日历日内** 答复。

如果 IRO **核准**您部分或全部的申请:

- 我们必须在收到 IRO 决定后的 **72 小时内** 提供获得核准的药物承保。
- 针对您已购买的药物, 我们必须在收到 IRO 的决定后 30 个日历日内向您退还费用。
 - 如果 IRO **驳回**您的上诉, 这表示他们同意我们不核准您申请的决定。此决定称为“维持原判”或“驳回上诉”。

如果 IRO **驳回**您的第 2 级上诉, 且您所申请的药物承保金额达到最低金额要求, 您有权提出第 3 级上诉。如果您所申请的药物承保金额低于规定的最低金额, 则无法再次提出上诉。在此情形下, 第 2 级上诉的决定即为最终决定。IRO 会向您寄发一封信函, 告知您继续提出第 3 级上诉所需达到的最低金额要求。

如果您的申请符合规定的金额要求, 您可选择是否要再次提出上诉。

- 在第 2 级上诉后, 上诉程序还有另外三个层级。
- 如果 IRO **驳回**您的第 2 级上诉, 且您符合继续上诉流程的要求, 您可以:
 - 决定是否提出第 3 级上诉。
 - 请参阅 IRO 在您提出第 2 级上诉后寄给您的信函, 以了解提出第 3 级上诉的详细信息方式。

第 3 级上诉是由 ALJ 或律师裁判员处理。请参阅 **J 部分**, 以了解与第 3 级、第 4 级及第 5 级上诉有关的信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

H. 请求我们承保更长的住院时间

当您住院时, 您有权获得诊断及治疗您的伤病所需的所有住院承保服务。如需更多有关本计划住院承保范围的信息, 请参阅本《会员手册》的**第 4 章**。

在承保住院期间, 您的医生及医院工作人员将与您一同为您出院那天做好准备。他们也会帮助安排您出院后需要的护理。

- 离开医院的日期称为“出院日期”。
- 您的出院日期确定后, 您的医生或医院工作人员会告诉您。

如果您认为出院时间过早, 或对出院后的护理感到担忧, 可请求延长住院时间。本部分将会为您说明如何提出请求。

除了在本 **H 部分** 所讨论的上诉之外, 您还可以向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查以继续住院。请参阅 **F4 部分**, 以了解如何向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查。您可以在申请第 3 级上诉之后再额外申请独立医疗审查, 或者您可以申请独立医疗审查以取代第 3 级上诉。

H1. 了解您的 Medicare 权利

在您入院后的两天内, 医院的工作人员, 例如护士或个案工作者将会为您提供一份“与您权利有关的 Medicare 重要信息”(An Important Message from Medicare about Your Rights) 通知。Medicare 的所有参保者均会在入院时收到这份通知。

如果您未获得通知, 请向医院员工索取。如果您需要帮助, 请拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系。您也可拨打 1800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1877-486-2048。

- **请认真阅读这份通知**, 如有不明白的地方请询问。该通知将介绍您作为住院患者所享有的权利, 包括:
 - 在住院期间及出院后接受 Medicare 承保的服务。您有权了解服务内容、服务将由谁给付以及获取服务的地点。
 - 参与有关您住院时间长短的任何决策。
 - 知晓如何报告对医院护理品质的顾虑。
 - 如果您认为医院过早让您出院, 您有权提起上诉。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- **签署通知**以表示您已收到通知并了解您的权利。
 - 您或代表您行事的人士可以签署该通知。
 - 签署通知**仅**表示您已获得有关您权利的信息。签署通知**并不代表**您同意医生或医院工作人员告诉您的出院日期。
- **请妥善保管已签署的通知**, 以便您在有需要时可以查阅相关信息。

如果您在出院两天之前签署通知, 则会在出院前再收到一份通知副本。

您可以通过以下方式提前查看该通知的副本:

- 拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系
- 拨打 1-800 MEDICARE (1800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。
- 访问网站:
www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出第 1 级上诉

如果您希望我们延长住院服务的承保时间, 请提出上诉。品质改善组织 (Quality Improvement Organization, QIO) 将会进行第 1 级上诉审查, 以确认您的预定出院日期对您而言是否具有医疗适当性。

QIO 是由联邦政府资助的医生及其他医疗保健专业人员组成的团体。这些专家负责检查并协助提升 Medicare 受益人获得的医疗服务品质。他们不属于本计划人员。

加州的 QIO 是 Commence Health。请拨打 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) 与他们联系。联系方式也可在“与您权利有关的 Medicare 重要信息”及本手册第 2 章中查看。

请在您出院前致电 QIO, 且不得迟于预定的出院日期。

- **如果您在出院前致电**, 在等待 QIO 针对您的上诉作出决定的期间, 您可在预定出院日期之后继续住院并且无需付费。
- **如果您未致电提出上诉**, 但您决定在预定出院日期后继续住院, 您可能必须支付您在预定出院日期后所接受之医院护理服务的所有费用。
- 由于住院同时属于 Medicare 和 Medi-Cal 的承保范围, 如果品质改善组织不愿审理您继续住院的申请, 或者您认为您的情况十分紧急、会对您的健康造成立即且严重的威胁, 或者您发生剧痛, 则您也可向加州医疗保健管理部 (DMHC) 提出投诉或申请独立医疗审查。请参阅 **F4 部分**, 以了解如何向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

若有需要, 请寻求协助。如果您在任何时候有疑问或需要协助:

- 请拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系。
- 请致电医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP), 电话 1-800-434-0222。

申请加快审查。尽快采取行动并与 QIO 联系, 以要求针对您的出院进行加快审查。

“**加快审查**”的法律术语是“**立即审查**”或“**加急审查**”。

加快审查流程

- QIO 的审查员会询问您或您的代表认为在预定的出院日期后应继续承保的理由。您无须提交书面声明, 但也可提交。
- 审查员也会查看您的医疗信息, 与您的医生交谈, 并审查医院及本计划提供的信息。
- 审查员向本计划告知您的上诉事宜后的次日中午, 您会收到一封关于计划出院日期的信函。该信函也会说明您的医生、医院及我们认为该出院日期在医学上适合您的情况的原因。

这份书面说明的法律术语为“**详细出院通知**”。您可拨打本页底部所列的会员服务专线, 或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取样本。(TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。) 您亦可通过网站 www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im 查阅通知样本。

QIO 在取得所需的所有信息后一整日内, 会就您的上诉给出答复。

如果 QIO **核准**您的上诉:

- 只要有医疗必要性, 我们将持续为您提供承保范围内的住院服务。

如果 QIO **驳回**您的上诉:

- 其认为您的计划出院日期具有医疗适当性。
- 我们对您住院服务的承保将在 QIO 对您的上诉给予答复后次日中午结束。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 在 QIO 就您的上诉给出答复后的次日中午起, 您可能需自行承担所有住院护理的费用。
- 如果 QIO 驳回您的第 1 级上诉且您在计划出院日期后继续住院, 您可提出第 2 级上诉。

H3. 提出第 2 级上诉

在第 2 级上诉期间, 您可请求 QIO 再次针对其在您第 1 级上诉中所作的决定进行审查。请拨打 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) 与他们联系。

您必须在 QIO 驳回您的第 1 级上诉后的 **60 个日历日内** 申请进行此审查。仅有在您于护理承保终止之日后继续住院的情况下, 您才能申请进行这类审查。

QIO 审查员将会:

- 再次仔细查看与您上诉有关的所有信息。
- 在收到您二次审查申请后的 14 个日历日内告知您其针对第 2 级上诉所作的决定。

如果 QIO **核准**您的上诉:

- 我们必须将我们在 QIO 驳回您第 1 级上诉之日的次日中午起所需分摊的医院护理费用偿还给您。
- 只要有医疗必要性, 我们将持续为您提供承保范围内的住院服务。

如果 QIO **驳回**您的上诉:

- 他们同意其针对您第 1 级上诉所作的决定且将不会变更该决定。
- 他们会寄信给您, 信中会告知若您希望继续进行上诉程序并提出第 3 级上诉可采取的步骤。
- 您还可以向 DMHC 提出投诉或申请独立医疗审查以继续住院。请参阅 **E4 部分**, 以了解如何向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查。

第 3 级上诉是由 ALJ 或律师裁判员处理。请参阅 **J 部分** 以了解与第 3 级、第 4 级及第 5 级上诉有关的信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

I. 向我们申请继续承保特定医疗服务

本部分仅适用于您可能会接受的三种服务:

- 居家医疗保健服务
- 在专业护理机构内提供的专业护理; 以及
- 在 Medicare 核准的 CORF 以门诊患者身份所接受的康复护理。这通常表示您因生病或发生意外事故而正在接受治疗, 或者您正处于重大手术的恢复期。

针对这三种服务当中的任何一种, 只要医生表示您需要接受承保服务, 您就有权获得此类服务。

当我们决定终止承保上述任何一种服务时, 我们必须在服务终止前告知您。当该服务的承保终止时, 我们会停止支付服务费用。

如果您认为我们过早终止您的护理服务承保, 您可针对我们的决定提出上诉。本部分将会为您说明如何提出上诉。

I1. 承保终止前的事先通知

在我们停止支付您的护理服务费用前, 我们会至少提前两天送达书面通知给您。这份通知称为“Medicare 不予承保通知”。该通知会为您说明我们何时将会终止承保您的护理服务, 以及如何针对我们的决定提出上诉。

您或您的代表应在通知上签名, 以表示您已收到通知。在通知上签名仅表示您已获得相关信息。签名不表示您同意我们的决定。

I2. 提出第 1 级上诉

如果您认为我们过早终止您的护理服务承保, 您可针对我们的决定提出上诉。本部分将向您说明第 1 级上诉程序及应采取的步骤。

- **请遵守截止日期。** 截止日期至关重要。对于您必须采取的行动, 请了解并遵守其截止日期。本计划也须遵守截止日期。如果您认为我们没有遵守截止日期, 您可以提出投诉。请参阅 **K 部分**, 以了解有关投诉的更多信息。
- **请在需要时寻求协助。** 如果您在任何时候有疑问或需要协助:
 - 请拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系。
 - 请拨打 1-800-434-0222 与 HICAP 联系。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- **请与 QIO 联系。**
 - 请参阅 **H2 部分** 或参阅《会员手册》**第 2 章**, 以了解与 QIO 有关以及如何与其联系的更多信息。
 - 请求他们审查您的上诉并判定是否应变更本计划的决定。
- **请尽快采取行动并申请“快速上诉”。** 向 QIO 咨询我们终止您医疗服务的承保是否具有医疗适当性。

与该组织联系的截止日期

- 您必须在我们发出的“Medicare 不予承保通知”生效日期的前一天中午前与 QIO 联系以开始进行上诉。
- 如果品质改善组织不愿审理您继续获得医疗保健服务承保的申请, 或者您认为您的情况十分紧急或会对您的健康造成立即且严重的威胁, 或者您出现剧痛, 则您可向加州医疗保健管理部 (DMHC) 提出投诉和申请独立医疗审查。请参阅 **F4 部分**, 以了解如何向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查。

这份书面通知的法律术语是“**Medicare 不予承保通知**”。如需索取样本, 请拨打页面最下方的电话号码与会员服务部联系, 或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。或者您可以在网上获取样本, 网址是 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices。

快速上诉程序

- QIO 的审查员会询问您或您的代表认为应继续承保的理由。您无须提交书面声明, 但也可提交。
- 审查员会查看您的医疗信息, 与您的医生交谈, 并审查本计划向其提供的信息。
- 本计划也会寄一份书面通知给您, 以说明我们终止服务承保的理由。您会在审查员通知我们上诉结果的当天结束前收到通知。

这份通知的法律术语是“**对不予承保的详细说明**”。

- 审查员会在收到所有必要信息后的一天之内提供他们的决定。

如果 QIO **核准**您的上诉:

- 我们将会提供承保服务, 但前提是该服务具有医疗必要性。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如果 QIO **驳回**您的上诉:

- 您的承保将于我们告知您的日期终止。
- 我们将于通知上所示的日期停止支付该护理服务的费用。
- 如果您决定在承保终止日期后继续接受居家医疗保健、专业护理机构护理或 CORF 服务, 则您将需自行支付该护理服务的全额费用。
- 您可决定您是否想要继续接受这些服务并提出第 2 级上诉。

13. 提出第 2 级上诉

在第 2 级上诉期间, 您可请求 QIO 再次针对其在您第 1 级上诉中所作的决定进行审查。请拨打 QIO 的电话号码与其联系。

您必须在 QIO **驳回**您的第 1 级上诉后的 **60 个日历日内**申请进行此审查。**仅有**在您于护理承保终止之日后继续接受护理的情况下, 您才能申请进行这类审查。

QIO 审查员将会:

- 再次仔细查看与您上诉有关的所有信息。
- 在收到您二次审查申请后的 14 个日历日内告知您其针对第 2 级上诉所作的决定。

如果 QIO **核准**您的上诉:

- 针对您在我们表示您的承保将会终止之日起所接受的护理服务, 我们会将应由我们支付的分摊费用偿还给您。
- 我们将会为该护理服务提供承保, 但前提是该护理服务具有医疗必要性。

如果 QIO **驳回**您的上诉:

- 他们同意我们终止您护理服务的决定且将不会变更该决定。
- 他们会寄信给您, 信中会告知若您希望继续进行上诉程序并提出第 3 级上诉可采取的步骤。
- 您还可以向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查, 以使您的医疗保健服务继续获得承保。请参阅 **F4 部分**, 以了解如何向 DMHC 申请独立医疗审查。您可以在申请第 3 级上诉之后再额外向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查, 或者您可以向 DMHC 提出投诉和申请独立医疗审查以取代第 3 级上诉。

第 3 级上诉是由 ALJ 或律师裁判员处理。请参阅 **J 部分**以了解与第 3 级、第 4 级及第 5 级上诉有关的信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

J. 提出第 2 级以上的上诉

J1. 获取 Medicare 服务和用品的后续步骤

如果您已针对 Medicare 服务或用品提出第 1 级和第 2 级上诉, 但均遭到驳回, 您可能有权提出其他级别的上诉。

如果您提出上诉的 Medicare 服务或用品金额未达到特定的最低金额要求, 您无法再进一步提出任何上诉。如果金额达到要求, 您可继续进行上诉程序。您通过 IRO 收到的第 2 级上诉信函会说明应与谁联系, 以及应采取什么行动才能申请第 3 级上诉。

第 3 级上诉

第 3 级上诉程序是由 ALJ 听审。联邦政府的 ALJ 或律师裁判员将针对上诉作出决定。

如果 ALJ 或律师裁判员**核准**您的上诉, 我们有权就对您有利的第 3 级上诉决定提出上诉。

- 如果我们针对此决定**提出上诉**, 我们会将一份第 4 级上诉申请表副本以及任何随附文件寄给您。我们可能会等到第 4 级上诉结果公布后, 才会授权或提供具有争议的服务。
- 如果我们决定**不提出上诉**, 我们必须在收到 ALJ 或律师裁判员决定后的 60 个日历日内为您授权或提供服务。
 - 如果 ALJ 或律师裁判员**驳回**您的上诉, 上诉程序不一定会就此结束。
- 如果您**接受**驳回您上诉的决定, 上诉程序则就此结束。
- 如果您**不接受**驳回决定, 您可以继续进行下一级的审查程序。您收到的通知中会说明如何提出第 4 级上诉。

第 4 级上诉

Medicare 上诉委员会 (以下简称为“委员会”) 会审查您的上诉并给您答复。委员会隶属于联邦政府。

如果委员会**核准**您的第 4 级上诉, 或拒绝我们请求审查对您有利的第 3 级上诉决定的申请, 我们有权提出第 5 级上诉。

- 如果我们针对委员会的决定**提出上诉**, 我们会以书面方式通知您。
- 如果我们决定**不提出上诉**, 我们必须在收到委员会决定后的 60 个日历日内为您授权或提供服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如果委员会**驳回**或拒绝我们的审查申请, 上诉程序可能不会就此结束。

- 如果您**接受**驳回您上诉的决定, 上诉程序则就此结束。
- 如果您**不接受**驳回您上诉的决定, 您可以继续进行下一级的审查程序。您收到的通知中会说明您是否可继续提出第 5 级上诉, 以及应采取的行动。

第 5 级上诉

- 联邦地区法院法官会审查您的上诉及所有相关信息, 并作出**核准或驳回**的决定。这称为最终决定。交送联邦地区法院审查是最高的上诉层级。

J2. 其他 Medi-Cal 上诉

如果您的上诉是与 Medi-Cal 通常承保的服务或用品有关, 您可能还享有其他上诉权利。您通过州政府听证处收到的信函将会告知如何进行后续的上诉程序。

如果您仍然对决定有异议, 您可以:

*申请独立医疗审查, 让与健康计划无关的外部审查员对您的个案进行审查。

*申请州听证会, 让法官审查您的个案。

您可以同时申请独立医疗审查和州听证会。您也可以先尝试其中一种方式, 看是否能解决您的问题。例如, 如果您先申请独立医疗审查, 但对其决定有异议, 您还可以申请州听证会。但是, 如果您先申请州听证会, 且州听证会已经完成, 您便不能再申请独立医疗审查。对于您的个案, 州听证会有最终决定权。

您无需为独立医疗审查或州听证会付费。

独立医疗审查

如果您想申请独立医疗审查, 您必须在本上诉决议通知函所注日期起 180 天内提出申请。以下段落将会为您提供有关如何申请独立医疗审查的信息。请注意, “申诉”一词同时指代“投诉”和“上诉”。

“加州医疗保健管理部负责管理医疗保健服务计划。如果您想对您的健康计划提出申诉, 您首先需要拨打 **1-888-839-9909** 给您的健康计划, 经过您健康计划的申诉处理程序之后, 才可联系管理部。使用此申诉程序并不会剥夺您可能享有的任何潜在法律权利或救济措施。如果您需要帮助处理涉及紧急情况的申诉、健康计划未针对您的申诉提出令您满意的解决方案, 或者申诉超过 30 天仍未得到解决, 您可以致电该部门寻求协助。您可能还有资格请求独立医疗审查 (IMR)。如果您符合 IMR 的条件, IMR 流程将针对健康计划就前述事项所做的医疗决定进行公正的审查: 拟议服务或治疗的医疗必要性、实验性或研究性治疗的承保决定, 以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。该部门还设有免费电话 (**1-888-466-2219**), 以及专为听障及语障人士设立的 **TDD 专线 (1-877-688-9891)**。管理部的网站 **www.dmhc.ca.gov** 提供投诉表、IMR 申请表及相关说明。”



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

州听证会

如果您想申请举行州听证会,您必须在本上诉决议通知函所注日期起 120 天内提出申请。不过,如果您的健康计划在其内部上诉程序进行期间继续为您提供有争议的服务(待审期间补助),且您希望继续接受服务直到州听证会决定结果出来为止,则您必须在本上诉决议通知函日期起的 10 天内申请州听证会。尽管您的健康计划在您按此方式申请州听证会后必须向您提供待审期间补助,您仍然应该明确告知您的健康计划,您希望在州听证会做出裁决之前持续获得待审期间补助。您应拨打 1-888-839-9909 与 L.A. Care 会员服务部联系,服务时间为每周 7 天,每天 24 小时。如果您有听力或言语障碍,请拨打 TTY 711。

您可以通过以下方式申请州听证会:

*在线申请: www.cdss.ca.gov

*电话申请: 拨打 1-800-743-8525。该线路可能十分繁忙。您可能会听到稍后再拨的语音提示。如果您有言语或听力障碍,请拨打 TTY/TDD 1-800-952-8349。

*书面申请: 填写州听证会申请表或写信。将其邮寄或传真至以下地址或号码:

邮寄: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

传真: (916) 309-3487 或免费电话 1-833-281-0903

本函随附州听证会申请表。请务必注明您的姓名、地址、电话号码、社会安全号码和/或客户识别号码 (Client Identification Number, CIN), 以及您申请举行州听证会的原因。如果有人帮助您提出州听证会申请,请在申请表或信函中列出他们的姓名、地址和电话号码。如果您需要口译员,请告知州听证会部门您使用的语言。您不必支付口译服务费用。州政府听证处将为您安排口译员。如果您身患残障,州政府听证处可免费为您提供特别便利安排,以帮助您参加听证会。请注明您的残障信息和所需便利安排。

如果您申请举行州听证会,最多需要 90 天的时间来裁定您的个案并向您作出答复。如果您认为等待时间过长会损害您的健康,您或许能够在 3 天内获得答复。您可请求您的医生或健康计划帮助您写信。该信函必须详细解释等待长达 90 天的个案裁决时间为何会严重损害您的生命、健康,或者您获得、维持及恢复最佳身体机能的能力。然后,请务必申请加急听证会,并随听证会申请表一并提交所写信函。

您可以在州听证会上为自己发言。或者,您可以委托其他人,例如亲属、朋友、代言人、医生或律师代您发言。如果您希望由其他人士代您发言,则您必须告知州政府听证处您允许该人士代您发言。该人士被称为“授权代表”。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

法律帮助

您可以获得免费的法律帮助。请与 Los Angeles 县消费者和商业事务部联系, 电话号码为 1-800-593-8222。您也可以与您所在县的地方法律援助协会联系, 电话号码为 1-888-804-3536。

J3. 针对 Medicare D 部分药物申请提出第 3 级、第 4 级及第 5 级上诉

本部分适用于已提出第 1 级和第 2 级上诉, 但均遭到驳回的情况。

如果您上诉的药物达到一定的金额, 您也许可以提出更高层级的上诉。您收到的第 2 级上诉书面回复将提供联络人及如何提出第 3 级上诉的信息。

第 3 级上诉

第 3 级上诉程序是由 ALJ 听审。联邦政府的 ALJ 或律师裁判员将针对上诉作出决定。

如果 ALJ 或律师裁判员**核准**您的上诉:

- 上诉程序就此结束。
- 我们必须在收到该决定后 72 小时内 (快速上诉为 24 小时) 授权或提供获得核准的药物承保, 或在收到决定后不迟于 30 个日历日内付款。

如果 ALJ 或律师裁判员**驳回**您的上诉, 上诉程序不一定会就此结束。

- 如果您**接受**驳回您上诉的决定, 上诉程序则就此结束。
- 如果您**不接受**驳回决定, 您可以继续进行下一级的审查程序。您收到的通知中会说明如何提出第 4 级上诉。

第 4 级上诉

委员会将审查您的上诉并给予答复。委员会隶属于联邦政府。

如果委员会**核准**您的上诉:

- 上诉程序就此结束。
- 我们必须在收到该决定后 72 小时内 (快速上诉为 24 小时) 授权或提供获得核准的药物承保, 或在收到决定后不迟于 30 个日历日内付款。

如果委员会**驳回**您的上诉或拒绝审查申请, 上诉程序可能不会就此结束。

- 如果您**接受**驳回您上诉的决定, 上诉程序则就此结束。
- 如果您**不接受**驳回您上诉的决定, 您可以继续进行下一级的审查程序。您收到的通知中会说明您是否可继续提出第 5 级上诉, 以及应采取的行动。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 5 级上诉

- 联邦地区法院法官会审查您的上诉及所有相关信息, 并作出**核准或驳回**的决定。这称为最终决定。交送联邦地区法院审查是最高上诉层级。

K. 如何提出投诉**K1. 哪一类问题应使用投诉程序**

投诉程序仅适用于特定类型的问题, 例如与护理品质、等候时间、护理协调以及客户服务有关的问题。以下举例说明投诉程序处理的各种问题。

投诉	示例
您的医疗护理品质	<ul style="list-style-type: none"> • 您对护理品质感到不满意, 例如您在医院接受的护理。
尊重您的隐私	<ul style="list-style-type: none"> • 您认为有人不尊重您的隐私权, 或分享与您有关的保密信息。
未受到尊重对待、客户服务品质不佳或出现其他不良行为	<ul style="list-style-type: none"> • 某位医疗保健服务提供者或工作人员对您没有礼貌或不尊重您。 • 我们的工作人员对您态度不佳。 • 您认为自己被迫退出本计划。
无障碍设施与语言协助	<ul style="list-style-type: none"> • 您因身体原因无法在医生或医疗服务提供者的诊所使用医疗保健服务和设施。 • 医生或医疗服务提供者没有针对您所使用的非英文语言 (例如美国手语或西班牙语) 提供口译员。 • 医疗服务提供者没有为您提供您所需要和请求的其他合理便利安排。
等待时间	<ul style="list-style-type: none"> • 您很难预约到医生或要等很久才能约到。 • 医生、药剂师或其他专业医护人员、会员服务部或其他计划工作人员让您等候太久。
环境卫生	<ul style="list-style-type: none"> • 您认为诊所、医院或医生办公室不干净。
我们为您提供信息	<ul style="list-style-type: none"> • 您认为我们未向您提供您应该收到的通知或信函。 • 您认为我们寄给您的书面信息难以理解。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

投诉	示例
与承保决定或上诉有关的及时处理	<ul style="list-style-type: none"> 您认为我们没有遵守作出承保决定或答复上诉的截止日期。 您认为在您获得对您有利的承保或上诉决定后, 我们没有遵守核准或为您提供服务或偿付特定医疗服务费用的截止日期。 您认为我们没有准时将您的个案寄给 IRO。

投诉分为不同类型。您可提出内部投诉和/或外部投诉。内部投诉是提交给本计划并由本计划审查。外部投诉是提交给与本计划没有关联的组织并由该组织审查。如果您需要协助来提出内部和/或外部投诉, 您可拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711), 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。

您可将您的投诉寄给 Medicare 以进行外部投诉。

您可于以下网址获取 Medicare 的投诉表:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

“投诉”的法律术语是“**申诉**”。

“提出投诉”的法律术语是“**提出申诉**”。

K2. 内部投诉

若要提出内部投诉, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 与会员服务部联系, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。您可随时提出投诉, 除非该投诉与 Medicare D 部分药物有关。如果投诉是与 Medicare D 部分药物有关, 您必须在问题发生后 **60 个日历日内**提出投诉。

- 如需采取任何其他行动, 会员服务部会告诉您。
- 您也可以将投诉内容写下来并寄给我们。如果您以书面方式提出投诉, 我们也会以书面方式回复您的投诉。
- 您可通过下列方式提交申诉和上诉:

致电: 1-833-522-3767 (TTY: 711), 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包含节假日)。

传真: 1-213-438-5748

邮寄: L.A.Care Health Plan

Attention: Appeals & Grievance Department -348

1200 W. 7th Street

Los Angeles, CA 90081



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

在线: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- 若会员希望由其他人担任其代表 (例如: 亲戚、律师), 其必须填写“代表委任书”(Appointment of Representative, AOR) 表格, 网址: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>, 并通过传真或上列邮寄地址交给 L.A. Care。会员的主治医师在代会员提出上诉时, 不必填写 AOR 表格。
- 提出申诉和上诉的期限

上诉

C 部分 (复审)

- 自申请遭到拒绝之日起, 会员有 60 天的时间可以提出上诉。若有正当理由, 即使已经超过 60 天的期限, 上诉也可能被受理。
- 快速处理时限: 72 小时
- 标准处理时限: 尚未接受服务则为 30 天 / 已接受服务则为 60 天

D 部分 (重新判定)

- 自申请遭到拒绝之日起, 会员有 60 天的时间可以提出上诉。若有正当理由, 即使已经超过 60 天的期限, 上诉也可能被受理。
- 快速处理时限: 72 小时
- 标准处理时限: 7 天

申诉

D 部分

- 会员可随时提出申诉或表达不满。

所有其他的投诉

- 会员可随时提出投诉或表达不满。
- 快速申诉处理时限: 24 小时
- 标准处理时限: 30 天
- 可能额外延长 14 天。
- “快速投诉”的法律术语是“加急申诉”。

“快速投诉”的法律术语是“加急申诉”。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

如有可能, 我们会立即答复您。如果您致电提出投诉, 我们可能会在接听来电时当场给予答复。如果您的健康状况需要我们尽快答复, 我们将会照做。

- 我们将在 30 个日历日内对大多数投诉做出答复。如果我们因为需要更多信息而无法在 30 个日历日内作出决定, 我们会以书面形式通知您。我们还会提供最新进展以及您可以得到答复的预估时间。
- 如果您因我们拒绝您的“快速承保决定”或“快速上诉”申请而提出投诉, 我们会自动为您进行“快速投诉”, 并在 24 小时内针对您的投诉给您答复。
- 如果您因为我们需要更长时间作出承保决定或上诉而提出投诉, 我们会自动为您进行“快速投诉”, 并在 24 小时内针对您的投诉给您答复。

如果我们不同意您部分或全部的投诉内容, 我们将会告知您并说明原因。不论我们是否同意您的投诉内容, 我们均会回复。

K3. 外部投诉

Medicare

您可向 Medicare 提出投诉或将投诉寄给 Medicare。您可于以下网址获取 Medicare 的投诉表: www.medicare.gov/my/medicare-complaint。您不需要先向 L.A. Care Medicare Plus 提出投诉, 即可向 Medicare 提出投诉。

Medicare 会认真处理您的投诉, 并利用相关信息来提升 Medicare 计划的服务品质。

如果您有任何其他反馈或顾虑, 或认为健康计划不能解决您的问题, 您也可拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。此为免付费电话。

Medi-Cal

您可拨打 1-888-452-8609 向加州医疗保健服务部 (DHCS) Medi-Cal 管理式护理计划投诉专员提出投诉。TTY 使用者请拨打 711。请于周一至周五上午 8 点至下午 5 点期间致电。

您可以向加州医疗保健管理部 (DMHC) 提出投诉。DMHC 负责管理健康计划。您可致电 DMHC 协助中心寻求帮助, 处理您有关 Medi-Cal 服务的投诉。针对非紧急事宜, 如果您对第 1 级上诉的决定有异议, 或者计划在 30 个日历日后仍未解决您的投诉, 您可向 DMHC 提出投诉。不过, 如果您需要协助处理的投诉涉及紧急问题或会对您的健康造成立即且严重的威胁、您发生剧痛、您不同意本计划针对您的投诉所作的决定, 或本计划在 30 个日历日后仍未解决您的投诉, 您可在未提出第 1 级上诉的情况下联系 DMHC。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

以下是向协助中心求助的两种方式:

- 拨打 1-888-466-2219。失聪、有听力障碍或有言语障碍者可使用免费 TTY 专线 1-877-688-9891。此为免付费电话。
- 浏览医疗保健管理部网站 (www.dmhca.gov)。

民权办公室 (OCR)

如果您认为自己遭受不公平待遇, 您可向卫生及公共服务部 (Department of Health and Human Services, HHS) 的民权办公室 (Office for Civil Rights, OCR) 提出投诉。例如, 您可就残障便利设施或语言协助事宜提出投诉。OCR 的电话号码是 1-800-368-1019。TTY 使用者应拨打 1-800-537-7697。您可浏览 www.hhs.gov/ocr 以了解更多信息。

您也可按以下方式与您当地的 OCR 办公室联系:

寄函: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

致电: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

传真: 1-202-619-3818

您可能也享有《美国残障人士法案》(Americans with Disability Act, ADA) 以及任何适用州法律所赋予您的权利。您可与投诉专员计划联系以寻求协助。电话号码为 1-888-452-8609。

QIO

若您的投诉是与护理品质有关, 您有两种选择:

- 您可直接向 QIO 提出护理品质方面的投诉。
- 您可向 QIO 和本计划提出投诉。如果您向 QIO 提出投诉, 我们会和他们一起解决您的投诉。

QIO 是由联邦政府雇用的执业医师及其他医疗保健专家所组成的团体, 负责检查及改善提供给 Medicare 患者的护理品质。如要进一步了解有关 QIO 的信息, 请参阅 **H2 部分** 或参阅《会员手册》**第 2 章**。

加州的 QIO 称为 Commence Health。Commence Health 的电话号码是 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

第 10 章: 终止您在本计划的会员资格

引言

本章将会解释您可如何终止您在本计划的会员资格以及您在退出本计划后的健康保险选项。如果您退出本计划, 只要您符合条件, 您还是会继续留在 Medicare 与 Medi-Cal 计划中。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 您何时可以终止本计划的会员资格.....	238
B. 如何终止您在本计划的会员资格.....	239
C. 如何分开获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务	240
C1. 您的 Medicare 服务	240
C2. 您的 Medi-Cal 服务	233
D. 您在本计划的会员资格终止之前的医疗用品、服务及药物.....	244
E. 您在本计划的会员资格将会终止的其他情况	244
F. 不得因任何健康相关理由要求您退出本计划的规定.....	245
G. 如果我们终止您的会员资格, 您有权提出投诉	245
H. 如何取得有关终止计划会员资格的详细信息.....	245



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 您何时可以终止本计划的会员资格

大多数拥有 Medicare 的会员仅可在一年中的特定时间内终止其会员资格。由于您还拥有 Medi-Cal,

- 所以您可在一年当中的任何月份通过一些方式终止您在本计划的会员资格。

此外, 您可在每年的下述期间终止您在本计划的会员资格:

- **开放参保期**, 即每年的 10 月 15 日到 12 月 7 日。如果您在此期间选择参加新保险计划, 您在本计划的会员资格将于 12 月 31 日终止, 新计划的会员资格将于 1 月 1 日生效。
- **Medicare Advantage (MA) 开放参保期**, 即每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日, 参保计划的新 Medicare 受益人也可在其有权参保 A 部分和 B 部分的当月开始至其有权参保的第 3 个月最后一天为止的期间内终止其在本计划的会员资格。如果您在此期间选择参加新计划, 则新计划的会员资格将于次月第一天生效。

可能还有其他情况让您能够变更参保状态。例如:

- 您搬出本计划的服务区域;
- 您的 Medi-Cal 或“额外协助”参与资格发生变化; **或者**
- 您最近刚搬进疗养院或长期护理医院、目前正在疗养院或长期护理医院接受护理, 或者最近刚搬出疗养院或长期护理医院。

您的会员资格通常会在我们收到您更改计划的请求的当月最后一天终止。例如, 如果我们在 1 月 18 日收到您的申请, 您在本计划的承保将于 1 月 31 日终止。您的新承保将从次月 1 日起生效 (在本示例中为 2 月 1 日)。

如果您退出本计划, 您可取得下列相关信息:

- **C1 部分**表格所列的 Medicare 选项。
- **C2 部分**所列的 Medi-Cal 选项与服务。

您可致电下列单位以取得有关如何终止会员资格的详细信息:

- 会员服务部, 电话号码列于页面的最下方。该处也列有 TTY 使用者专线号码。
- Medicare, 电话号码为 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

- 加州医疗保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), 电话号码为 1-800-434-0222, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的 HICAP 办公室, 请浏览 www.aging.ca.gov/HICAP。医疗保健方案处, 电话号码为 1-844-580-7272, 服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 6 点。TTY 使用者请拨打 1-800-430-7077。
- Medi-Cal 管理式护理计划投诉专员, 电话号码为 1-888-452-8609, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点, 或者发送电子邮件至 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

请注意: 如果您参加药物管理计划 (Drug Management Program, DMP), 您可能无法变更计划。请参阅《会员手册》第 5 章以了解有关药物管理计划的信息。

B. 如何终止您在本计划的会员资格

如果您决定终止您的会员资格, 您可参保其他 Medicare 计划或转换至 Original Medicare。然而, 如果您希望从本计划转到 Original Medicare, 但是您没有选择单独的 Medicare 药物计划, 您必须申请从本计划退保。您可通过两种方式从本计划退保:

- 您可以向我们提出书面申请。如果您需要更多信息以了解该怎么做, 请拨打本页最下方的电话号码与会员服务部联系。
- 请拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 使用者 (听障或语障人士) 请拨打 1-877-486-2048。您还可拨打 1-800-MEDICARE 申请参保其他 Medicare 健康计划或药物计划。若要了解您退保本计划后如何取得 Medicare 服务的更多信息, 请见第 240 页的图表。
- 拨打 1-844-580-7272 与医疗保健方案处联系, 服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 6 点。TTY 使用者请拨打 1-800-430-7077。
- 参阅下方 **C 部分**, 了解参保其他计划可采取的步骤。参保其他计划也会使您在本计划的会员资格终止。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

C. 如何分开获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务

退出本计划后, 您依旧可以通过多种方式取得您的 Medicare 和 Medi-Cal 服务。

C1. 您的 Medicare 服务

您可通过下列三种方式在一年中的任何月份获得 Medicare 服务。您也有额外方式可选择, 但仅限在一年当中的特定时间内, 包括**开放参保期**和 **Medicare Advantage 开放参保期**或 **A 部分**所述的其他情况。如果您选择下列其中一个选项, 您在本计划的会员资格将会自动终止。

<p>1. 您可以改为参保:</p> <p>Medicare Medi-Cal 计划 (Medi-Medi 计划), 这是一种 Medicare Advantage 计划。其适用于同时拥有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士, 且合并了 Medicare 和 Medi-Cal 福利。Medi-Medi 计划会协调两项计划的所有福利和服务, 包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务或老年人全方位护理计划 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) (如果您符合资格)。</p> <p>请注意: Medi-Medi 计划一词是整合式双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) 在加州的名称。</p>	<p>应采取的措施:</p> <p>拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。</p> <p>若想询问老年人全方位护理计划 (PACE) 方面的问题, 请拨打 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息:</p> <ul style="list-style-type: none"> 请拨打 1-800-434-0222 与加州医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联系, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的 HICAP 办公室, 请浏览 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或者</p> <p>参保新的 Medi-Medi 计划。</p> <p>当您的新计划承保开始生效之后, 您将会自动从本 Medicare 计划退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 计划将会变更以配合您的 Medi-Medi 计划。</p>
--	---



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。欲了解更多信息, 请访问 medicare.lacare.org。

<p>2. 您可以改为参保:</p> <p>附带独立 Medicare 药物计划的 Original Medicare, 以及 Medi-Cal 计划。</p>	<p>应采取的措施:</p> <p>拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息:</p> <ul style="list-style-type: none"> 请拨打 1-800-434-0222 与加州医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联系, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的 HICAP 办公室, 请浏览 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或者</p> <p>参保新的 Medicare 药物计划。</p> <p>当您的 Original Medicare 保险开始生效之后, 您将会自动从本计划退保。</p> <p>除非您选择其他计划, 否则您将继续参加原有的 Medi-Cal 计划。</p>
--	---



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

3. 您可以改为参保:**不含独立 Medicare 药物计划的 Original Medicare**

请注意: 如果您转到 Original Medicare 且未参保独立的 Medicare 药物计划, Medicare 可能会自动为您参保一项药物计划, 除非您告知 Medicare 您不想加入。

您不应放弃这项药物保险, 除非您可通过雇主或工会等其他来源取得药物保险。如果您对自己是否需要药物保险有疑问, 请拨打 **1-800-434-0222** 与加州医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联系, 服务时间为周一至周五, 上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的 HICAP 办公室, 请浏览 www.aging.ca.gov/HICAP/。

应采取的措施:

拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。

如果您需要帮助或更多信息:

- 请拨打 1-800-434-0222 与加州医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联系, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的 HICAP 办公室, 请浏览 www.aging.ca.gov/HICAP/。

当您的 Original Medicare 保险开始生效之后, 您将会自动从本计划退保。

除非您选择其他计划, 否则您将继续参加原有的 Medi-Cal 计划。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

<p>4. 您可以改为参保:</p> <p>任何 Medicare 健康计划, 但仅限一年当中的特定时间内, 包括开放参保期和 Medicare Advantage 开放参保期或 A 部分所述的其他情况。</p>	<p>应采取的措施:</p> <p>拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。</p> <p>若想询问老年人全方位护理计划 (PACE) 方面的问题, 请拨打 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要帮助或更多信息:</p> <ul style="list-style-type: none"> 请拨打 1-800-434-0222 与加州医疗保险咨询与倡导计划 (HICAP) 联系, 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。如需更多信息或查找您所在地区的 HICAP 办公室, 请浏览 www.aging.ca.gov/HICAP/。 <p>或者</p> <p>参保新的 Medicare 计划。</p> <p>当您的新计划承保开始生效之后, 您将会自动从本 Medicare 计划退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 计划可能会变更。</p>
--	---

C2. 您的 Medi-Cal 服务

如对您在退出本计划后如何取得 Medi-Cal 服务有疑问, 请拨打 1-844-580-7272 与医疗保健方案处联系, 服务时间为周一至周五, 上午 8 点至晚上 6 点。TTY 使用者请拨打 1-800-430-7077。或请浏览 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。咨询参保其他计划或者重新参保 Original Medicare 会如何影响您获得 Medi-Cal 承保。

您可联系您当地的县政府卫生及公共服务办公室申请退出 L.A. Care。

您可在 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> 网站查寻您当地的办公室。或致电医疗保健方案处。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

D. 您在本计划的会员资格终止之前的医疗用品、服务及药物

如果您退出本计划,可能要等一段时间您的会员资格才会终止且新的 Medicare 和 Medi-Cal 承保才会开始生效。在此期间,您将继续通过本计划取得药物和医疗保健服务,直到您的新计划开始生效为止。

- 请使用本计划的网络医疗服务提供者来接受医疗护理。
- 请使用本计划的网络药房(包括通过邮购药房服务)来领取您的处方药。
- 如果您在 L.A. Care Medicare Plus 会员资格终止的当日住院,本计划将会承保您的住院,直到您出院为止。即使您的新健康保险在您出院之前已生效,此规定也适用。

E. 您在本计划的会员资格将会终止的其他情况

在某些情况下,我们必须终止您在本计划的会员资格:

- 您的 Medicare A 部分和 B 部分承保有间断。
- 您不再符合 Medi-Cal 的资格。我们的计划适用于同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 资格的人士。请注意:如果您不再符合 Medi-Cal 的资格,您可暂时继续留在本计划中取得 Medicare 福利,请参阅下文有关资格保留期的信息。若您被认定为不再符合计划条件,加州医疗保健服务部(Department of Health Care Services, DHCS)或 Medicare 及 Medicaid 服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)可能会终止您的 Medi-Cal 保险。
- 您搬离本计划的服务区域。
- 您离开本计划的服务区域超过六个月。
 - 如果您打算搬家或长途旅行,请务必致电会员服务部,查询您要搬去或旅行的地点是否属于本计划的服务区域。
- 您因犯罪被判入狱。
- 您谎报或隐瞒为您提供药物的其他保险信息。
- 您不是美国公民或美国合法居民。
 - 只有美国公民或美国合法居民才能加入本计划。
 - 如果您因此不符合成为会员的条件, Medicare 及 Medicaid 服务中心(CMS)会通知我们。
 - 如果您不符合这项要求,我们必须终止您的保险。

如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。



如果您处于本计划为期 3 个月的资格保留期内,我们将继续为您提供 Medicare Advantage 计划承保的所有 Medicare 福利。但在该保留期内,本计划将不再承保以下费用: Medicaid 州政府计划包含的 Medicaid 福利,以及如果您未失去 Medicaid 资格时应由州政府承担的 Medicare 保费或分摊费用。您需负担的服务费用可能会发生变动。我们可基于以下理由让您退出我们的计划,前提是我们事先得到 Medicare 和 Medi-Cal 的允许:

- 如果您在参保本计划时蓄意向我们提供虚假信息,而且这类信息会对您参保本计划的资格产生影响。
- 如果您持续做出破坏性行为,妨碍我们为您或本计划的其他会员提供医疗护理。
- 如果您让别人使用您的会员 ID 卡获取医疗保健服务。(如果我们因为此项理由而终止您的会员资格,Medicare 可能会请检察长调查您的个案。)

F. 不得因任何健康相关理由要求您退出本计划的规定

我们不能以健康相关理由要求您退保本计划。如果您认为我们因健康相关理由而要求您退出本计划,请拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 **Medicare** 联系。TTY 使用者请拨打 1-877-486-2048。

G. 如果我们终止您的会员资格,您有权提出投诉

如果我们让您退保本计划,我们必须以书面方式说明理由。我们还必须说明您可如何针对我们终止您会员资格的决定提出申诉或投诉。您也可参阅《会员手册》第 9 章,以了解有关如何提出投诉的信息。

H. 如何取得有关终止计划会员资格的详细信息

如果您有疑问或想取得有关终止会员资格的详细信息,您可拨打本页面最下方的电话号码与会员服务部联系。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

第 11 章: 法律声明

引言

本章包含适用于本计划会员的法律声明。重要词汇与定义按字母顺序列于《会员手册》的最后一章。

目录

A. 法律声明	247
B. 联邦反歧视声明	247
C. Medi-Cal 反歧视声明.....	247
D. Medicare 作为第二付款方以及 Medi-Cal 作为最后付款方的相关声明.....	249
E. Medi-Cal 遗产追回声明	249



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

A. 法律声明

许多法律适用于本《会员手册》。有些法律即使未纳入《会员手册》中或未在手册中加以说明,也可能影响您的权利与责任。适用的主要法律是与 Medicare 和 Medi-Cal 计划有关的联邦法律和州法律。其他联邦法律和州法律也可能适用。

B. 联邦反歧视声明

我们不会因种族、族裔、原国籍、肤色、宗教信仰、性别、年龄、身心残障、健康状况、索赔经历、医疗记录、遗传信息、可保证明或服务区域内的地理位置而加以歧视。所有提供 Medicare Advantage 计划的组织(如本计划),均必须遵守联邦反歧视法律,包括《1964 年民权法案》(Civil Rights Act of 1964)第 6 章、《1973 年康复法案》(Rehabilitation Act of 1973)、《1975 年反年龄歧视法案》(Age Discrimination Act of 1975)、《美国残障人士法案》(Americans with Disabilities Act)、《平价医疗法案》(Affordable Care Act)第 1557 条,以及所有其他适用于获得联邦资助的组织的法律,以及因任何其他理由适用的任何其他法律与规定。

如果您想获得更多信息或者对歧视或不公平待遇有顾虑:

- 请拨打 1-800-368-1019 与卫生及公共服务部民权办公室联系。TTY 使用者请拨打 1-800-537-7697。您也可浏览 www.hhs.gov/ocr 以了解更多信息。

C. Medi-Cal 反歧视声明

我们不会因您的种族、族裔、原国籍、肤色、宗教信仰、性别、年龄、身心残障、健康状况、索赔经历、医疗记录、遗传信息、可保证明或服务区域内的地理位置而歧视或区别对待您。此外,我们也不会因血统、族群认同、性别认同、婚姻状况或医疗状况而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

如果您想获得更多信息或者对歧视或不公平待遇有顾虑:

- 请拨打 916-440-7370 与医疗保健服务部民权办公室联系。TTY 使用者请拨打 711 (电信中继服务)。如果您认为自己遭受歧视并想提出歧视申诉,请使用下方联系方式。
- **致电:** 请拨打 **1-833-522-3767** 与 L.A. Care Health Plan 首席合规专员联系,服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包含节假日)。或者,如果您有听力或言语障碍,请拨打 **TTY 711**。



如果您有任何疑问,请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天,每天 24 小时(包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**,请访问 medicare.lacare.org。

- 书面方式: 填写投诉表格或写信并寄送至:

L.A. Care Health Plan
Chief Compliance Officer

1200 West 7th Street

Los Angeles, CA 90017

- 亲自递交: 请访问您医生所在的诊所或 L.A. Care Health Plan 并表示您想提出民权申诉。
- 电子方式: 请访问 L.A. Care Health Plan 网站 www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form 或者发送电子邮件至 civilrightscoordinator@lacare.org。

如果您的申诉有关在 Medi-Cal 计划受到的歧视, 您也可通过电话、书面方式或电子方式向医疗保健服务部的民权办公室提出投诉:

- 致电: 请拨打 916-440-7370。如果您有言语或听力障碍, 请拨打 711 (电信中继服务)。
- 书面方式: 请填妥投诉表或寄信至:

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

您可访问 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 获取投诉表格。

- 电子方式: 请发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您是残障人士且在使用医疗保健服务或医疗服务提供者时需要协助, 请致电会员服务部。如果您想提出投诉 (例如使用轮椅方面的问题), 会员服务部可为您提供协助。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

D. Medicare 作为第二付款方以及 Medi-Cal 作为最后付款方的相关声明

有时候必须由其他付款方先为我们向您提供的服务付费。例如，如果您发生车祸或在工作时受伤，保险公司或工伤赔偿保险必须先付款。

对于不是以 Medicare 作为第一付款方的 Medicare 承保服务，我们有权利和责任收取费用。

有关第三方向会员提供医疗保健服务的法律责任，我们遵守联邦和州法律及法规。我们会采取所有合理措施来确保 Medi-Cal 是最后付款方。

由于 Medi-Cal 是最后付款方，因此当 Medi-Cal 会员的其他健康保险 (Other Health Coverage, OHC) 也承保相同服务时，其必须在使用 Medi-Cal 之前先使用所有其他健康保险。这表示在大多数情况下，Medi-Cal 将是排在 Medicare OHC 后的次要付款方，承担本计划或其他 OHC 未支付的允许费用 (以 Medi-Cal 费率为上限)。

E. Medi-Cal 遗产追回声明

Medi-Cal 计划必须从某些已故会员的认证遗产中追回在其 55 岁生日当天或之后获得的 Medi-Cal 福利。追回项目包括：会员在护理机构住院或接受家庭和社区服务时获得的护理机构服务、家庭和社区服务以及相关医院和处方药服务的按服务收费和管理式护理保费或按人头计费款项。追回金额不得超过会员的认证遗产价值。

欲了解更多信息，请访问医疗保健服务部的遗产追回网站 www.dhcs.ca.gov/er 或拨打 916-650-0590。



如果您有任何疑问，请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**，请访问 medicare.lacare.org。

第 12 章: 重要词汇的定义

引言

本章包含《会员手册》通篇使用的重要词汇及其定义。这些词汇按字母顺序排列。如果您找不到您想要查询的词汇或者您需要定义以外的其他信息, 请与会员服务部联系。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

日常活动 (Activities of Daily Living, ADL): 人们在日常生活中从事的活动, 例如进食、如厕、更衣、沐浴或刷牙。

行政法官: 行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 负责审理并裁决涉及政府机构的案件, 包括审查第 3 级上诉。

获得性免疫缺陷综合征药物补助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): 此计划旨在协助符合条件的人类免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) 患者获得能够拯救生命的 HIV 药物。

门诊手术中心: 专门为无需医院护理且需要护理服务的时间预计不超过 24 小时的患者提供门诊手术的机构。

上诉: 如果您认为我们的行动有误, 可通过上诉对我们提出质疑。您可通过上诉向我们申请更改承保决定。请参阅《会员手册》第 9 章, 以了解上诉详情, 包括如何提出上诉。

行为健康: 指我们的情绪、心理及社交健康状态。简单来讲: 这是关于我们的思维方式、情感状态, 以及与他人互动的方式。“行为健康”是涵盖心理健康和物质使用障碍服务的统称。

生物制品: 使用如动物细胞、植物细胞、细菌或酵母等天然和有机来源制成的药物。生物制品比其他药物更复杂且无法完全复制, 因此替代版本称为“生物相似药”。(也请参阅“原始生物制品”和“生物相似药”)。

生物相似药: 与原始生物制品非常类似但不完全相同的生物制药。生物相似药和原始生物制品一样安全有效。某些生物相似药可在药房作为原始生物制品的替代品取得, 而无需新处方。(请参阅“可交替使用的生物相似药”)。

品牌药: 由最初研发药物的制药公司制造及销售的药物。品牌药与其学名药具备相同的成分。学名药通常由其他制药公司制造及销售, 且通常在品牌药专利期满后上市。

护理经理: 与您本人、健康计划及您的护理服务提供者合作, 以确保您获得所需护理服务的主要人员。

护理计划: 请参阅“个人护理计划”。

护理团队: 请参阅“跨科护理团队”。

Medicare 及 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): 负责管理 Medicare 的联邦机构。请参阅《会员手册》第 2 章, 了解如何与 CMS 联系。

成人社区服务 (Community-Based Adult Services, CBAS): 在机构提供的门诊服务计划, 旨在为符合条件和适用资格标准的会员提供专业护理、社会服务、职业治疗和言语治疗、个人护理、家属/看护人训练和支持、营养服务、交通运输服务以及其他服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

投诉: 以书面或口头方式表达您对承保服务或护理所持有的问题或顾虑。其中包括您对服务品质、护理品质、本计划网络医疗服务提供者或网络药房的任何顾虑。“提出投诉”的正式名称为“提出申诉”。

综合门诊康复机构 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): 主要为经历疾病、意外或重大手术的患者提供康复服务的机构。该机构提供各种服务, 包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸疗法、职业治疗、言语治疗, 以及居家环境评估服务。

共付额: 您每次获得某些药物时需支付的固定分摊费用金额。例如, 您可能需要支付 \$2 或 \$5 的药物费用。

分摊费用: 您获得某些药物时需支付的金额。分摊费用包括共付额。

分摊费用层级: 共付额相同的药物类别。《承保药物清单》(List of Covered Drugs) (又称为“药物清单”) 上的每种药物均属于 4 个分摊费用层级之一。通常情况下, 费用分摊层级越高, 您需要支付的药物费用就越高。

承保决定: 有关我们承保哪些福利的决定。其中包括与承保药物和服务或与我们为您的健康服务支付多少金额有关的决定。请参阅《会员手册》第 9 章, 以了解如何向本计划申请承保决定。

承保药物: 我们用该词泛指本计划承保的所有处方药和非处方 (Over-the-Counter, OTC) 药。

承保服务: 我们用该词泛指本计划承保的所有医疗保健服务、长期服务与支持、医疗用品、处方药和非处方药、设备及其他服务。

文化能力训练: 我们为本计划的医疗保健服务提供者所提供的额外教学训练, 旨在协助他们进一步了解您的背景、价值观及信仰, 以根据您的社会、文化及语言需求调整服务。

每日分摊费率: 当您的医生针对某些药物开立的药量少于一个整月且您必须支付共付额时可能适用的费率。每日分摊费率的计算方式为: 共付额除以一个月药量的供应天数。

示例: 假设某种药物一个整月的药量 (30 天药量) 有 \$1.35 的共付额。这意味着您为该药物支付的金额每天不到 \$0.05。如果您获取该药物的 7 天供应量, 您支付的金额是每天不到 \$0.05 乘以 7 天, 总支付金额不到 \$0.35。

医疗保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS): 在加州负责管理 Medicaid 计划 (称为“Medi-Cal”) 的州政府部门。

医疗保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC): 在加州负责管理大部分健康计划的州政府部门。DMHC 会协助民众处理与 Medi-Cal 服务有关的上诉和投诉。DMHC 也会进行独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR)。

退保: 终止本计划会员资格的程序。退保可能是自愿退保 (您自己的选择) 或非自愿退保 (不是您自己的选择)。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

药物管理计划 (Drug Management Program, DMP): 协助确保会员安全使用阿片类处方药及其他常遭到滥用的药物的计划。

药物层级: 本计划药物清单中的药物类别。例如学名药、品牌药和非处方 (OTC) 药。药物清单中的每种药物均属于 5 个层级之一。

双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): 为同时符合 Medicare 和 Medicaid 条件的人士提供服务的健康计划。本计划就是一项 D-SNP 计划。

耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME): 您的医生为您开立医嘱以供居家使用的特定用品。例如: 轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由医疗服务提供者开立医嘱以供居家使用的病床、静脉 (Intravenous, IV) 输液泵、语言生成装置、氧气设备和用品、喷雾器与助行器。

急诊: 一种紧急医疗情况。在此类情况下, 您或其他具备一般健康和医学常识的任何其他人均会认为, 您的医疗症状需要立即就医, 以预防死亡、身体残障或身体机能丧失或严重失能 (如果您是孕妇, 则还包括预防流产)。医疗症状可能包括发病、受伤、遭受剧痛或快速恶化的病症。

急救护理: 由受过急诊服务训练的医疗服务提供者提供, 且旨在治疗医学或行为健康急诊情况的承保服务。

例外处理: 允许某项通常不属于承保范围的药物获得承保, 或者允许在使用某项药物时不受特定规定和限制的约束。

非承保服务: 本健康计划不承保的服务。

额外协助: 一项 Medicare 计划, 旨在协助收入及资源有限的人士减少 Medicare D 部分药物费用, 例如保费、免赔额和共付额。“额外协助” 又称为“低收入补助” (Low Income Subsidy, LIS)。

学名药: 美国食品与药物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准用于取代品牌药的药物。学名药和品牌药具备相同成分。学名药通常价格更低, 且药效与品牌药相当。

申诉: 您针对本计划或本计划任一网络医疗服务提供者或网络药房所提出的投诉。其中包括针对健康计划提供的护理品质或服务品质提出投诉。

医疗保险咨询与倡导计划 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): 免费提供有关 Medicare 客观信息和咨询服务的计划。请参阅《会员手册》第 2 章, 了解如何与 HICAP 联系。

健康计划: 由医生、医院、药房、长期服务提供者及其他医疗服务提供者组成的组织。该组织也有护理协调员, 可协助您管理您所有的医疗服务提供者及服务。他们所有人将会共同作为您提供您所需的护理服务。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

健康风险评估 (Health Risk Assessment, HRA): 检视您的病史以及目前的状况。健康风险评估旨在了解您的健康状况及未来可能发生的变化。

家庭健康助理: 家庭健康助理提供不需持照护士或治疗师运用专业技能提供的服务, 如协助进行个人护理 (如沐浴、如厕、更衣或从事医生嘱咐的运动)。家庭健康助理无需持有护理执照, 也不会提供治疗。

临终关怀: 协助有末期预后的患者改善生活舒适度的护理和支持计划。末期预后是指经医生证明患有绝症, 即预期寿命不超过 6 个月。

- 具有末期预后的参保者有权选择接受临终关怀服务。
- 受过特别训练的专业团队和看护人将为患者提供全方位的护理服务, 满足其身体、情绪、社交及精神方面的需求。
- 我们按规定必须为您提供一份您所在地区的临终关怀服务提供者清单。

错误/不当请款: 医疗服务提供者 (如医生或医院) 向您收取超过本计划分摊费用金额的服务费用。如果您收到任何您无法理解的账单, 请致电会员服务部。

作为计划会员, 当您接受本计划承保的服务时, 您仅需支付本计划的分摊费用金额。我们**绝不允许**医疗服务提供者向您收取超过这一金额的费用。

居家支援服务 (In Home Supportive Services, IHSS): IHSS 计划将会协助向参与计划的护理提供者给付其为您提供服务, 以便您可以安全地留在自己家中生活。IHSS 是离家接受护理服务 (例如看护中心或提供膳宿的护理机构) 的替代方案。如需获取此服务, 需进行评估, 以依据每位参与者的需求确定可核准提供的服务类型。可通过 IHSS 获得授权的服务类型包括打扫房屋、准备餐食、洗衣、购买食品杂货、个人护理服务 (例如大小便护理、沐浴、梳洗及医疗辅助服务)、陪同赴诊以及为智力障碍人士提供的保护监督。IHSS 由县政府社会服务机构负责管理。

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申请, 您可以提出上诉。如果您不同意我们的决定, 且您的问题是与 Medi-Cal 服务有关 (包括 DME 用品及药物), 您可向加州医疗保健管理部申请 IMR。IMR 是指由不属于本计划的专家审查您的个案。如果 IMR 判决您胜诉, 我们必须为您提供您所申请的服务或治疗。您无需支付 IMR 费用。

独立审查组织 (Independent Review Organization, IRO): 由 Medicare 聘雇以负责审查第 2 级上诉的独立组织。该组织与本计划无关, 并且也不是政府机构。该组织将会判定我们的决定是否正确或者是否应变更我们的决定。Medicare 会负责监督其工作。该组织的正式名称是“**独立审查机构**”。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。

个人护理计划 (Individualized Care Plan, ICP) (或护理计划): 向您和您的医生说明您需要哪些服务以及如何获得这些服务的计划。您的计划可能包括医疗服务、行为健康服务以及长期服务与支持。

住院患者: 表示您正式入住医院以接受专业医疗服务。如果您没有正式入院, 即使您在医院过夜, 您仍可能被视为门诊患者, 而非住院患者。

跨科护理团队 (Interdisciplinary Care Team, ICT) (或护理团队): 护理团队可能包括医生、护士、顾问或协助您取得所需护理的其他专业医护人员。您的护理团队还会协助您拟定护理计划。

整合式 D-SNP: 为同时符合 Medicare 和 Medicaid 条件的特定人群在单一健康计划中承保 Medicare 及大部分或全部 Medicaid 服务的双重资格特殊需求计划。这些人士称为“符合完整双重福利资格的人士”。

可交替使用的生物相似药: 因符合可以自动替代原始生物制品的相关额外规定, 而无需获得新处方, 即可在药房替代原始生物制品取得。在药房取得可自动作为替代的生物相似药需遵守州法律规定。

《承保药物清单》(药物清单): 本计划承保的处方药和非处方 (OTC) 药清单。我们在医生及药剂师的协助下选定清单中的药物。药物清单将会为您说明您在领取药物时是否必须遵守任何规定。药物清单有时又称为“保险内处方集”。

长期服务与支持 (Long-Term Services and Supports, LTSS): 长期服务与支持旨在协助改善慢性疾病。这些服务大多数可协助您留在家中生活, 使您不必入住护理机构或医院。属于本计划承保范围的 LTSS 包括成人社区服务 (CBAS) (又称为成人日间医疗保健服务)、护理机构 (Nursing Facilities, NF) 和社区支援。IHSS 和 1915(c) 豁免计划是在本计划范围外提供的 Medi-Cal LTSS。

低收入补助 (Low-income subsidy, LIS): 请参阅“额外协助”。

邮购计划: 某些计划可能会提供邮购计划, 以让您可以领取最多 3 个月药量的承保处方药并将处方药直接寄送到您府上。若要领取长期服用的处方药, 这可能是一种符合经济效益且便利的方式。

Medi-Cal: 这是加州 Medicaid 计划的名称。Medi-Cal 由州政府管理, 并由州政府和联邦政府支付费用。

- Medi-Cal 协助收入及资源有限的人士支付长期服务与支持和医疗费用。
- Medi-Cal 额外承保不属于 Medicare 承保范围的服务和部分药物。
- Medicaid 计划因州而异, 但如果您同时符合 Medicare 与 Medi-Cal 资格, 则大多数医疗保健费用均可获得承保。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

Medi-Cal 计划: 只承保 Medi-Cal 福利的计划, 例如长期服务与支持、医疗设备和交通运输服务。Medicare 福利另有计划提供。

Medicaid (或医疗补助): 由联邦政府和州政府管理的计划, 旨在协助收入和资源有限的人士支付长期服务与支持和医疗费用。Medi-Cal 是加州的 Medicaid 计划。

医疗必要性: 指您为了预防、诊断或治疗医疗状况或为了维持您目前的健康状况所需的服务、用品或药物。其中包括为防止您必须住院或入住护理机构而接受的护理服务。同时也代表该服务、用品或药物符合公认医疗执业规范。州政府认定的具有医疗必要性的医疗服务包括为了保护生命、预防严重疾病或严重残障或为了减轻或消除剧痛而合理需要的服务。

Medicare: 一项联邦医疗保险计划, 适用于年满 65 岁人士、部分未满 65 岁的特定残障人士以及末期肾脏疾病患者 (通常是指需接受透析或肾脏移植的永久性肾衰竭患者)。Medicare 参保者可通过 Original Medicare 或管理式护理计划获得 Medicare 健康保险承保 (请参阅“健康计划”)。

Medicare Advantage: 一项 Medicare 计划, 又称为“Medicare C 部分”或“MA”, 是通过私人公司提供。Medicare 会向这些公司付费以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 上诉委员会 (简称“委员会”): 负责审查第 4 级上诉的委员会。委员会隶属于联邦政府。

Medicare 承保服务: 由 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保的服务。所有 Medicare 健康计划 (包括本计划) 均必须承保属于 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保范围的所有服务。

Medicare 糖尿病预防计划 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): 一项结构化的健康行为改善计划, 旨在提供训练以进行长期的饮食调整、增加体能活动量, 并设法克服困难以维持减重效果和健康生活方式。

Medicare-Medi-Cal 参保者: 同时符合 Medicare 和 Medicaid 参保资格的人士。Medicare-Medicaid 参保者又称为“双重资格人士”。

Medicare A 部分: 承保大多数具有医疗必要性的医院、专业护理机构、居家保健和临终关怀服务的 Medicare 计划。

Medicare B 部分: 承保具有医疗必要性且用于治疗疾病或病症的服务 (例如化验检测、手术和医生看诊) 和用品 (例如轮椅和助行器) 的 Medicare 计划。Medicare B 部分还承保许多预防性和筛检服务。

Medicare C 部分: 通过私人医疗保险公司提供 Medicare 福利的 Medicare 计划, 又称为“Medicare Advantage”或“MA”。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

Medicare D 部分: Medicare 药物福利计划。我们将此计划简称为“D 部分”。Medicare D 部分承保门诊药物、疫苗, 以及 Medicare A 部分或 B 部分或 Medicaid 不承保的某些用品。本计划包含 Medicare D 部分。

Medicare D 部分药物: 属于 Medicare D 部分承保范围的药物。国会特别将某些药物类别排除在 Medicare D 部分的承保范围之外。Medicaid 可能会承保其中部分药物。

药物治疗管理 (Medication Therapy Management, MTM): 一项 Medicare D 部分计划, 针对有复杂健康需求、且符合特定条件或已加入药物管理计划的人士提供服务。MTM 服务通常包括与药剂师或医疗保健服务提供者的沟通, 以共同审查用药情况。请参阅《会员手册》第 5 章, 以了解更多信息。

Medi-Medi 计划: Medi-Medi 计划是一种 Medicare Advantage 计划。其适用于同时拥有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士, 且合并了 Medicare 和 Medi-Cal 福利。Medi-Medi 计划会协调两项计划的所有福利和服务, 包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保的服务。

会员 (本计划的会员或计划会员): 享有 Medicare 与 Medi-Cal 且有资格获得承保服务、已参保本计划, 且参保状态已获 Medicare 及 Medicaid 服务中心 (CMS) 和州政府确认的人士。

《会员手册》和披露信息: 包括本文件以及您的参保申请表和任何其他附件或附加条款, 这些文件说明了承保范围、我们的责任、您的权利及您作为本计划会员的责任。

会员服务部: 本计划的部门之一, 负责解答有关会员资格、各项福利、申诉及上诉的问题。请参阅《会员手册》第 2 章, 以了解有关会员服务部的更多信息。

网络药房: 同意为本计划会员发配处方药的药房 (药店)。由于这些药房已同意与本计划合作, 因此我们将其称为“网络药房”。在大多数情况下, 我们只会承保您在本计划任何一家网络药房所领取的处方药。

网络医疗服务提供者: 我们使用“医疗服务提供者”一词来泛指医生、护士以及为您提供服务和护理的其他人士。同时也涵盖医院、居家保健机构、诊所和其他为您提供医疗保健服务、医疗设备以及长期服务与支持的场所。

- 他们获得 Medicare 和州政府的执照或认证, 得以提供医疗保健服务。
- 在本计划, 同意和我们合作并接受我们的付款, 且不向会员收取额外费用的服务提供者, 统称为“网络医疗服务提供者”。
- 本计划的会员必须使用网络医疗服务提供者来获取承保服务。网络医疗服务提供者又称为“计划医疗服务提供者”。

看护中心或护理机构: 为无法在家中接受护理服务但不需要住院的人士提供护理服务的机构。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

投诉专员办公室: 以倡导者的身份代您争取权益的州政府办公室。如果您有问题或想提出投诉, 他们可以为您解答疑问并协助您了解该怎么做。投诉专员服务为免费提供。您可在《会员手册》第 2 章和第 9 章查询更多信息。

机构判定: 如果本计划或本计划的任一医疗服务提供者针对服务是否属于承保范围或针对您需为承保服务支付多少费用作出决定, 本计划便是在作机构判定。机构判定又称为“承保决定”。请参阅《会员手册》第 9 章, 以了解承保决定。

原始生物制品: 已获得 FDA 核准的生物制品, 且是制造商制造生物相似药的参照物。原始生物制品又称为“参考产品”。

Original Medicare (传统 Medicare 或按服务收费的 Medicare): 由政府提供 Original Medicare。Original Medicare 通过向医生、医院及其他医疗保健服务提供者支付国会规定的金额来承保服务。

- 您可以使用接受 Medicare 的任何医生、医院或其他医疗保健服务提供者。Original Medicare 分为两部分: Medicare A 部分 (医院保险) 和 Medicare B 部分 (医疗保险)。
- Original Medicare 在全美各地均有提供。
- 如果您不想参保本计划, 您可以选择 Original Medicare。

网络外药房: 未同意与本计划合作为本计划会员协调或提供承保药物的药房。除非有特定情况适用, 否则您通过网络外药房获得的大多数药物均不属于本计划的承保范围。

网络外服务提供商或网络外机构: 不是由本计划聘雇、拥有或经营的医疗服务提供者或机构, 并且没有与本计划签订为本计划会员提供承保服务的合约。请参阅《会员手册》第 3 章, 了解网络外服务提供商或机构。

自付费用: 会员在接受服务或领取药物时必须支付部分费用的分摊费用规定, 又称为“自付费用”规定。请参阅上文的“分摊费用”定义。

非处方 (OTC) 药: 非处方药是指人们无需获得专业医护人员的处方即可购买的药物或药品。

A 部分: 请参阅“Medicare A 部分”。

B 部分: 请参阅“Medicare B 部分”。

C 部分: 请参阅“Medicare C 部分”。

D 部分: 请参阅“Medicare D 部分”。

D 部分药物: 请参阅“Medicare D 部分药物”。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

个人健康信息 (又称为“受保护的健康信息”) (Protected Health Information, PHI): 与您及您的健康有关的信息, 例如您的姓名、地址、社会安全号码、医师看诊记录及病史。请参阅我们的《隐私声明通知》(Notice of Privacy Practices), 以详细了解我们如何保护、使用及披露您的 PHI, 以及您在 PHI 方面所享有的权利。

预防服务: 用于预防疾病或在疾病早期 (此阶段治疗效果通常最佳) 检测疾病的医疗保健服务 (例如子宫颈抹片检查、流感疫苗接种及乳腺 X 光检查)。

基本保健服务提供者 (Primary Care Provider, PCP): 是您在发生大多数健康问题时最先求诊的医生或其他医疗服务提供者。基本保健服务提供者会确保您获得保持健康所需的护理服务。

- 基本保健服务提供者还可与其他医生及医疗保健服务提供者讨论您的护理服务并为您办理转诊。
- 许多 Medicare 健康计划均规定您必须先使用基本保健服务提供者, 而后才可使用任何其他医疗保健服务提供者。
- 请参阅《会员手册》第 3 章, 以了解通过基本保健服务提供者获得护理服务的信息。

预先授权 (Prior Authorization, PA): 指您必须先获得本计划的核准, 而后才能接受特定服务、领取特定药物或使用网络外服务提供者。如果您未事先获得核准, 本计划可能不会承保该项服务或药物。

只有在您的医生或其他网络医疗服务提供者获得本计划 PA 的情况下, 本计划才会承保某些网络医疗服务。

- 需要获得本计划 PA 的承保服务在《会员手册》第 4 章有特别标示。

某些药物只有在您获得本计划 PA 的情况下才属于本计划的承保范围。

- 《承保药物清单》对需要获得本计划 PA 的承保药物加以特别标记, 且相关规定公布于本计划网站上。

老年人全方位护理计划 (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): 这项计划旨在为年满 55 岁且需要较高层级的护理服务才能居家的人士同时承保 Medicare 和 Medicaid 福利。

义肢及矫正装置: 由您的医生或其他医疗保健服务提供者开立医嘱的医疗装置, 其中包括但不限于手臂、背部和颈部支架; 义肢; 义眼; 以及代替体内器官或机能所需的装置, 包括造口术用品以及肠内和肠外营养治疗。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

品质改善组织 (Quality Improvement Organization, QIO): 由医生及其他医疗保健专家所组成的团体, 旨在协助 Medicare 参保者改善护理品质。联邦政府支付报酬给 QIO 以检查及改善提供给患者的护理品质。请参阅《会员手册》第 2 章, 以了解有关 QIO 的信息。

药量限制: 您可以获得的药物数量限制。我们可能会针对我们为每份处方所承保的药量设定限制。

实时福利工具: 一个入口网站或计算机应用程序, 旨在让参保者可以查看完整、精确、实时、具有临床适当性且适用于特定参保者的承保药物与福利信息。其中包括分摊费用额、可用于治疗相同病症的替代药物以及适用于替代药物的承保范围限制 (预先授权、渐进式治疗、药量限制)。

转诊: 转诊是指您的基本保健服务提供者 (PCP) 或我们核准您使用 PCP 以外的医疗服务提供者。如果您未事先获得核准, 本计划可能不会承保该服务。您不需要经由转诊即可使用特定专科医生, 例如妇女健康专科医生。您可在《会员手册》第 3 章和第 4 章查询有关转诊的更多信息。

康复服务: 用于协助您从疾病、意外或重大手术中恢复的治疗。请参阅《会员手册》第 4 章, 以了解有关康复服务的更多信息。

敏感服务: 与心理或行为健康、性健康和生殖健康、家庭计划生育、性传播感染 (Sexually Transmitted Infections, STI)、HIV/AIDS、性侵犯和堕胎、物质使用障碍、性别肯定护理以及亲密伴侣暴力相关的服务。

服务区域: 健康计划吸纳会员的特定地理区域 (如果该计划根据居住地点限制会员资格)。针对限制您可使用哪些医生和医院的计划, 服务区域通常也是指您可获得常规 (非急诊) 服务的区域。仅有居住在本计划服务区域的人才能参保本计划。

自付额门槛: 在您的福利生效前, 您每月可能必须支付的部分医疗保健费用。您的自付额门槛将视您的收入和资源而异。

专业护理机构 (Skilled Nursing Facility, SNF): 具有提供专业护理所需的工作人员及设备的护理机构, 在大多数情况下, 此类机构也提供专业复健服务和其他相关健康服务。

专业护理机构 (SNF) 护理: 在专业护理机构内持续每天提供的专业护理和康复服务。专业护理机构的护理包括可由注册护士或医生提供的物理治疗或静脉注射 (IV)。

专科医生: 治疗特定类型的医疗保健问题的医生。例如, 骨科医生治疗骨折; 过敏症专科医师治疗过敏; 以及心脏专科医师治疗心脏疾病。在大多数情况下, 会员将需要获得 PCP 的转诊才能在专科医生处就诊。

专科药房: 请参阅《会员手册》第 5 章, 以了解有关专科药房的更多信息。



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息,** 请访问 medicare.lacare.org。

州听证会: 如果您的医生或其他医疗服务提供者申请了一项本计划不会核准的 Medi-Cal 服务, 或者我们将不会继续支付您已获得的某项 Medi-Cal 服务, 您可以申请召开州听证会。如果州听证会判决您胜诉, 我们将必须为您提供您所申请的服务。

渐进式治疗: 一种承保规定, 要求您必须先尝试其他药物, 而后本计划才会承保您所申请的药物。

社会安全生活补助金 (Supplemental Security Income, SSI): 社会安全局 (Social Security) 为收入及资源有限的残障人士、失明人士或年满 65 岁的人士所提供的每月福利付款。SSI 福利与社会安全福利不同。

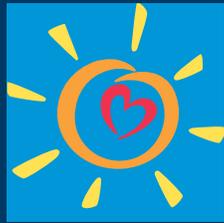
紧急需求护理: 您因突发疾病、伤势或病症而接受的护理服务, 该状况不需要急诊但需要立即得到治疗。如果您的时间、所在地点或状况使您不能或在合理情况下无法通过网络医疗服务提供者获得服务 (例如: 您身处本计划的服务区域外, 且您因突发但不属于紧急医疗情况的病症而需要立即接受具有医疗必要性的服务), 则您可通过网络外服务提供者获得紧急需求护理。

L.A. Care Medicare Plus 会员服务部

致电	1-833-522-3767 此为免付费电话。服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时, 包括节假日。 会员服务部还为非英语人士免费提供语言口译服务。
TTY	711 此专线需使用特殊的电话设备, 且仅适用于听障或语障人士。 此为免付费电话。服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时, 包括节假日。
传真	1-213-438-5712
寄函	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
网站	medicare.lacare.org



如果您有任何疑问, 请拨打 1-833-522-3767 (TTY: 711) 联系 L.A. Care Medicare Plus, 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时 (包括节假日)。此为免付费电话。**欲了解更多信息**, 请访问 medicare.lacare.org。



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.



免费电话: 1.833.522.3767 | TTY: 711



lacare.org