

2026

《承保证明》

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

California H5649-009-000

Ventura 郡

2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日有效

2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

《承保证明》：2026

您作为 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员的 Medicare 健康福利和服务以及药物承保

本文件详细说明您从 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期间获得的 Medicare 医疗保健及药物承保。这是一份重要的法律文件。请妥善保管。

本文件解释了您的福利和权利。通过本文件，您可以了解：

- 我们的计划保费和费用分摊；
- 我们的医疗和药物福利；
- 如果您对服务或治疗不满意，如何提出投诉
- 如何联系我们
- Medicare 法律规定的其他保障内容

如对本文件有任何疑问，请致电会员服务部 (866) 314-2427。(TTY 用户请拨打 711)。服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。拨打此号码免费。

本计划 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 由 Central Health Plan of California, Inc. 提供 (本《承保证明》中的“我们”或“我们的”指 Central Health Plan of California, Inc. , “计划”或“我们的计划”指 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。)

免费提供本文件的 Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, 和 Vietnamese 版本。

您可以免费获得此文件非英文的其他格式版本，如大字版、盲文或音频。致电 (866) 314-2427 , (TTY: 711)。拨打此号码免费。

福利、和/或共付额/共同保险可能会在 2027 年 1 月 1 日发生变更。

我们的处方集、药房网络和/或提供者网络可能随时发生变更。您将至少提前 30 天收到任何可能影响您的变更通知。

Central Health Medicare Plan 是与 Medicare 签约的 HMO/HMO SNP 计划。参保取决于合同续签。

Molina Healthcare 遵守适用的联邦公民权利法律，不基于种族、民族、国籍、宗教、性别、年龄、精神或身体残疾、健康状况、医疗保健获取情况、理赔记录、病史、遗传信息、可保性证明、地理位置进行歧视。

H5649_26_009_CA_EOC_C

CA-H5649-9-EC-ZHS-26-S-V2

目录

2026 年《承保证明》**目录**

第1章	会员入门	4
第1节	您是 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 的会员	4
第2节	计划资格要求	5
第3节	重要的会员材料	6
第4节	重要费用摘要	7
第5节	有关每月计划保费的更多信息	10
第6节	更新您的计划会员记录	11
第7节	其他保险如何与我们的计划配合	11
第2章	电话号码和资源	13
第1节	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 联系方式	13
第2节	向 Medicare 寻求帮助	16
第3节	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	16
第4节	Quality Improvement Organization (QIO)	17
第5节	社会安全局	18
第6节	Medicaid	18
第7节	帮助人们支付处方药费用的计划	19
第8节	Railroad Retirement Board (RRB)	21
第9节	如果您有雇主提供的团体保险或其他健康保险	21
第3章	使用我们的计划获取医疗及其他承保服务	23
第1节	如何作为我们计划的会员获取医疗护理及其他服务	23
第2节	使用我们计划网络内提供者获取医疗护理及其他服务	24
第3节	在紧急情况、灾难或紧急护理时如何获得服务	27
第4节	如果被直接收取全额承保服务费用该怎么办？	29
第5节	临床研究中的医疗服务	29
第6节	在宗教性非医疗保健机构获取护理的规则	30
第7节	耐用医疗设备所有权规则	31
第4章	医疗福利图表 (承保范围和支付金额)	33
第1节	了解承保服务的自付费用	33
第2节	医疗福利图表显示您的医疗福利和费用	33
第3节	Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 范围外承保的服务	63
第4节	我们的计划不承保的服务	63
第5章	使用 D 部分药物的计划承保范围	65
第1节	我们计划的 D 部分药物承保的基本规则	65

目录

第2节	在网络药房或通过我们计划的邮购服务配药	65
第3节	您的药物必须在我们计划的《药物清单》中	67
第4节	有承保限制的藥物	69
第5节	如果您的某种药物未按您希望的方式获得承保，您该怎么办	70
第6节	我们的《药物清单》可能在年中发生变更	71
第7节	我们不承保的藥物类型	73
第8节	如何进行处方配药	73
第9节	特殊情况下的 D 部分藥物承保	74
第10节	藥物安全和藥物管理计划	75
第6章	您为 D 部分藥物支付的费用	77
第1节	您为 D 部分藥物支付的费用	77
第2节	Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 会员的藥物付款阶段	78
第3节	您的 D 部分福利说明解释了您所处的付款阶段	79
第4节	自付额阶段	80
第5节	初始给付阶段	80
第6节	重病给付阶段	83
第7节	您为 D 部分疫苗支付的费用	83
第7章	要求我们支付我们应承担的承保医疗服务或藥物账单	85
第1节	您应要求我们支付承保服务或藥物费用的情况	85
第2节	如何要求我们报销或支付您收到的账单	86
第3节	我们将考虑您的付款请求，并作出同意或拒绝的决定	87
第8章	您的权利和责任	88
第1节	我们的计划必须尊重您的权利和文化敏感性	88
第2节	您作为我们计划会员的责任	94
第9章	如果您有问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）	96
第1节	如果您有问题或顾虑，该怎么做	96
第2节	哪里可以获取更多信息和个性化帮助	96
第3节	您的问题应采用哪种程序	98
第4节	处理关于 Medicare 福利的问题	98
第5节	承保决定和上诉指南	99
第6节	医疗护理：如何要求承保决定或提出上诉	100
第7节	D 部分藥物：如何要求承保决定或提出上诉	105
第8节	如果您认为出院时间过早，如何要求我们延长承保住院时间	111
第9节	如果您认为您的承保过早终止，如何要求我们继续承保某些医疗服务	114
第10节	将您的上诉提升到 3、4 和 5 级	116
第11节	如何就护理质量、等候时间、客户服务或其他问题提出投诉	118

目录

第12节	处理关于 Medicaid 福利的问题	120
第10章	结束我们的计划会员身份	121
第1节	结束我们计划中您的会员身份	121
第2节	什么时候可以结束在本计划中的会员身份？	121
第3节	如何结束我们计划中您的会员身份	123
第4节	在您的会员身份终止之前，您必须继续通过本计划获得医疗物品、服务和药物	124
第5节	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 在某些情况下必须终止我们的计划 成员资格	124
第11章	法律声明	126
第1节	适用法律声明	126
第2节	反歧视声明	126
第3节	关于 Medicare 次要付款方代位求偿权的声明	126
第12章	定义	127

第1章 会员入门

第1节 您是 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 的会员

第1.1节 您已参保 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ，这是一项专门的 Medicare Special Needs Plan

您同时享有 Medicare 和 Medicaid 承保：

- **Medicare** 是为 65 岁或以上人群、部分 65 岁以下有特定残疾的人群以及终末期肾病（肾衰竭）患者提供的联邦健康保险计划。
- **Medicaid** 是联邦政府和州政府联合推出的一项计划，旨在帮助收入和资源有限的特定人群支付医疗费用。Medicaid 承保范围因州和 Medicaid 类型而异。一些享有 Medicaid 的人会获得帮助，以支付他们的 Medicare 保费和其他费用。其他人还会获得 Medicare 不承保的额外服务和药物的承保。

您已选择通过我们的计划 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 获得 Medicare 医疗保健及药物承保。我们的计划承保所有 A 部分和 B 部分服务。不过，我们计划的费用分摊和提供者准入与 Original Medicare 不同。

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 是一项专门的 Medicare Advantage Plan (Medicare Special Needs Plan)，也就是说，其福利是为有特殊医疗保健需求的人设计的。Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 专为享有 Medicare 并有权获得 Medicaid 援助的人设计。

由于您通过 Medicaid 获得 Medicare Part A 和 B 费用分摊（自付额、共付额和共同保险）的援助，您可能无需为 Medicare 服务支付费用。Medicaid 还会通过承保 Medicare 通常不承保的医疗保健服务，为您提供其他福利。您还会获得 Medicare 的 Extra Help，以支付 Medicare 药物费用。Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 将帮助您管理所有这些福利，使您获得应得的医疗服务和付款援助。

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 由一家私人公司运营。与所有 Medicare Advantage 计划一样，本 Medicare Special Needs Plan 也得到了 Medicare 的批准。我们的计划还与 California Medicaid 计划签订合同，以协调您的 Medicaid 福利。我们很高兴为您提供 Medicare 承保，包括药物承保。

第1.2节 关于《承保证明》的法律信息

本《承保证明》是我们与您签订的合同的一部分，内容涉及 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 如何承保您的护理。本合同的其他部分包括您的参保书、《承保药物清单》（处方集）以及您从我们这里收到的有关您的承保范围变更或影响您承保范围的条件的任何通知。这些通知有时被称为附加条款或修订条款。

本合同在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日您参保 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 期间有效。

第1章会员入门

在每个日历年，Medicare 都允许我们对所提供的计划进行变更。也就是说，我们可以在 2026年 12 月 31 日之后变更 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)的费用和福利。我们也可以选择在 2026 年 12 月 31 日后停止在您的服务区域提供我们的计划。

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 必须批准 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。只要我们选择继续提供我们的计划，并且 Medicare 和 Medicaid 重新批准该计划，您每年都可以作为我们计划的会员继续获得 Medicare 承保。

第2节 计划资格要求

第2.1节 资格要求

只要您符合以下所有条件即有资格成为我们计划的会员：

- 您同时拥有 Medicare Part A 和 Medicare Part B
- 您居住在我们的地理服务区域内（见第 2.3 节）。被监禁人员即使身体上位于地理服务区域内，也不被视为居住在该区域内。
- 您是美国公民或在美国合法居留
- 您符合下方所述的特殊资格要求。

我们计划的特殊资格要求

第2.2节 Medicaid

Medicaid 是一项联邦和州政府联合计划，为某些收入和资源有限的人群提供医疗费用援助。各州决定什么算作收入和资源、谁符合资格、承保哪些服务以及服务费用。各州也可以决定如何实施自己的计划，只要他们遵循联邦指导方针即可。

此外，Medicaid 还提供一些计划帮助人们支付 Medicare 费用，如 Medicare 保费。这些“Medicare Savings Program”帮助收入和资源有限的人每年节省开支：

- **Qualified Medicare Beneficiary-Plus (QMB+)**：Medicaid 支付您的 Medicare Part A 和 Part B 保费、自付额、共同保险和共付额。您获得 Medicare 费用分摊的 Medicaid 承保，并有资格获得完整的 Medicaid 福利。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus (SLMB+)**：帮助支付 B 部分保费，也有资格享受完整的 Medicaid 福利。
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE)**：有时，个人可能有资格获得 Medicare 费用分摊的有限保险以及完整的 Medicaid 福利。

第2.3节 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 的计划服务区域

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 仅提供给居住在我们计划服务区域内的人。要继续成为我们计划的会员，您必须继续居住在我们计划服务区域内。服务区域描述如下。

我们的服务区域包括以下 California 中的郡：Ventura 郡。

我们在多个州提供承保。但是，我们在各州提供的计划之间可能存在费用或其他方面的差异。

第1章会员入门

如果计划迁往其他州，请联系该州 Medicaid 办公室咨询对 Medicaid 福利的影响。Medicaid 联系电话见本文件第 2 章第 6 节。

如果您搬出我们计划的服务区域，则不能继续作为本计划的会员。请致电会员服务部，了解我们是否在新的区域提供计划。当您搬家时，您会有一个特殊参保期，让您可以转投 Original Medicare，或参保新地点的 Medicare 健康或药物计划。

如果您搬家或更改了邮寄地址，致电社会安全局也很重要。请致电社会安全局 1-800-772-1213 (TTY 用户请拨打 1-800-325-0778)。

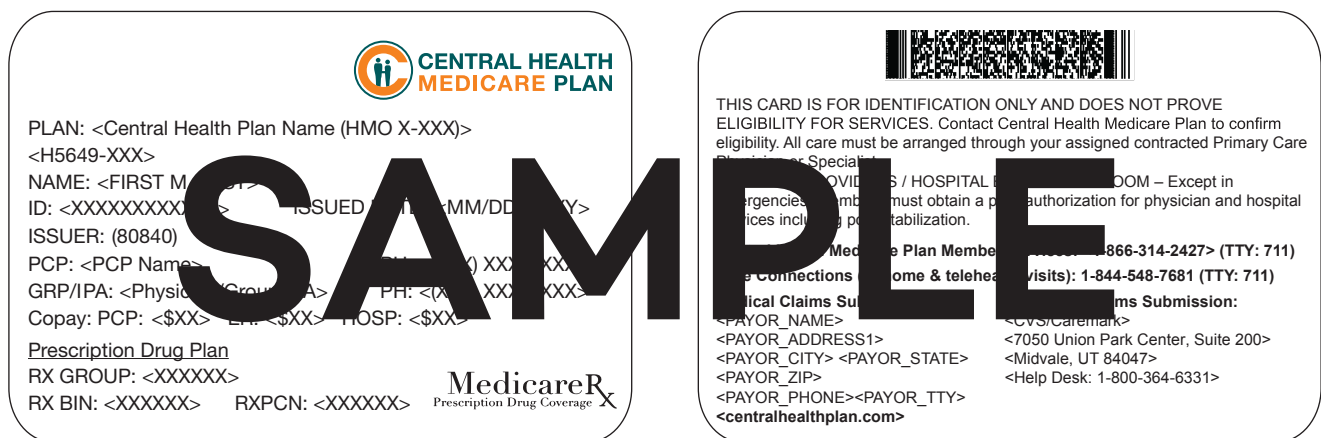
第2.4节 U.S. 公民或合法居留身份

您必须是美国公民或在美国合法居留，才能成为 Medicare 健康计划的会员。如果在此基础上您不符合我们计划保留会员资格的条件，Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 将通知 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。如果您不符合这一要求，Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 必须让您退保。

第3节 重要的会员材料

第3.1节 我们计划的会员卡

每当您接受本计划承保的服务或在网络药房领取处方药时，必须出示您的计划会员卡。每次接受护理时，请务必记得同时出示您的 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ID 卡和 California Department of Health Care Services Medicaid ID 卡。您还应向医疗服务提供者出示您的 Medicaid 卡。会员卡样本：



在您是本计划会员期间，请勿使用红白蓝色的 Medicare 卡来接受承保医疗服务。如果您使用 Medicare 卡而不是 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员卡，您可能需要自己支付医疗服务的全部费用。请妥善保管您的 Medicare 卡。如果您需要医院服务、临终关怀服务或参加 Medicare 批准的临床研究（也称为临床试验），您可能需要出示 Medicare 卡。

如果我们计划的会员卡损坏、遗失或被盗，请立即致电会员服务部，我们将为您补发新卡。

第1章会员入门

第3.2节 《提供者/药房名录》

《提供者/药房名录》列出了我们的网络提供者、网络药房和耐用医疗设备供应商。

网络药房指已同意为本计划会员配药的签约药房。非网络药房使用规则详见第 5 章第 2.5 节。

网络提供者指与我们签约的医生、其他医疗保健专业人员、医疗团体、耐用医疗设备供应商、医院和其他医疗保健机构，接受我们支付款项及任何计划费用分摊作为全额付款。

获取医疗护理和服务必须使用网络提供者。未经授权使用其他机构需自付全款。仅有的例外是急诊、网络内不可用时的急需的服务（即在网络内获取服务不合理或不可能的情况下）、区域外透析服务以及 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 授权使用非网络提供者的情况。

最新医疗服务提供者、药房及供应商名单详见官网 centralhealthplan.com。

如果您没有《提供者/药房名录》，可以向会员服务部索取一份副本（电子版或纸质版），电话：(866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。所要求的纸质版《提供者名录》将在 3 个工作日内邮寄给您。

第3.3节 《药物清单》(处方集)

我们的计划有一份《承保药物清单》（也称为《药物清单》或处方集）。它会告诉您哪些处方药属于 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 所包含的 D 部分福利的承保范围。该清单上的药物由我们的计划在医生和药剂师的帮助下选定。《药物清单》必须符合 Medicare 的要求。根据 Medicare Drug Price Negotiation Program 协商价格的药品将包含在您的《药物清单》中，除非它们已按照第 5 章第 6 节的说明被移除或替换。Medicare 已批准 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 《药物清单》。

《药物清单》还会告诉您是否有任何限制药物承保的规定。

我们将为您提供一份《药物清单》。如需了解承保药物的最新完整信息，请访问 centralhealthplan.com 或致电会员服务部，电话：(866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。

第4节 重要费用摘要

	您在 2026 年的费用
每月计划保费*	\$0
*您的保费可能高于此金额。 详见第 4.1 节。	
最高自付金额	\$9,250
这是您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的最 高自付费用。 (请参阅第 4 章第 1 节了解详情。)	您无需支付 A 部分和 B 部分承保服务的最高自付金额 范围内的任何自付费用。
初级保健诊室就诊	每次就诊 \$0 共付额
专科医生诊室就诊	每次就诊 \$0 共付额
住院	每次 Medicare 承保住院的共付额为 \$0

第1章会员入门

您在 2026 年的费用	
D 部分药物承保自付额 (请参阅第 6 章第 4 节了解详情。)	\$250 如果您获得 Extra Help ，则此自付额不适用于您。第 6 章详细介绍了承保范围和限制。
D 部分药物承保 (请参阅第 6 章了解详情，包括年度自付额、初始给付和重病给付阶段)。	初始给付阶段的共付额： 第 1 层级药物：\$0 共付额 第 2 层级药物：对于所有药物，每张处方 \$0、\$1.60 或 \$4 共付额 第 3 层级药物：对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药)，\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额。 第 4 层级药物：对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药)，\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额。 第 5 层级药物：对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药)，\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额。 第 6 层级药物：\$0 共付额 重病给付阶段： 在此付款阶段，您无需支付承保的 D 部分药物费用。

您的费用可能包括以下内容：

- 计划保费 (第 4.1 节)
- Medicare Part B 每月保费 (第 4.2 节)
- D 部分逾期参保罚金 (第 4.3 节)
- 收入相关月调整金额 (第 4.4 节)
- Medicare Prescription Payment Plan 金额 (第 4.5 节)

第4.1节 计划保费

您无需为 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 支付单独的每月计划保费。

如果您从这些计划中获得帮助，本《**承保证明**》中有关保费的信息对您不适用。我们向您寄送了一份单独的文件，名为《**获得处方药支付 Extra Help 者的承保证明附加条款**》(又称《**Low Income Subsidy 附加条款**》或《**LIS 附加条款**》)，其中向您介绍了您的药物承保情况。如果您没有此插页，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，索取《**LIS 附加条款**》。

第4.2节 Medicare Part B 每月保费

许多会员需要支付其他 Medicare 保费

有些会员还需支付其他 Medicare 保费。如上文第 2 节所述，为了有资格参保我们的计划，您必须保持 Medicaid 资格并且同时拥有 Medicare Part A 和 Medicare Part B。对于大多数 Central Health Medi-Medi Plan II 会员，Medicaid 会支付您的 A 部分保费（如果您没有自动获得资格）和 B 部分保费。

如果 Medicaid 不为您支付 Medicare 保费，您必须继续支付 Medicare 保费才能继续成为我们计划的会员。其中包括您的 B 部分保费。如果您不符合免除 A 部分保费资格，您可能也需要支付 A 部分保费。

第4.3节 D 部分逾期参保罚金

由于您具有双重资格，因此只要您保持双重资格身份，LEP 就不适用于您，但如果您失去了双重资格身份，则可能会产生 LEP。D 部分逾期参保罚金是指，如果您在初始参保期结束后的任何时候，连续 63 天或更长时间没有参保 D 部分或其他合格药物承保，则必须为 D 部分保险支付的额外保费。合格处方药承保是指符合 Medicare 最低标准的承保，因为它预计平均支付的金额至少与 Medicare 的标准药物承保相同。逾期参保罚金的费用取决于您没有 D 部分或其他合格处方药承保的时间长短。只要您享有 D 部分承保，您就必须支付该罚金。

在以下情况下，您不必支付 D 部分逾期参保罚金：

- 您从 Medicare 获得 Extra Help，以帮助支付您的药物费用。
- 您已连续少于 63 天没有合格承保。
- 您已通过其他渠道（如前雇主、工会、TRICARE 或 Veterans Health Administration [VA]）获得合格药物承保。您的保险公司或人力资源部门每年都会告诉您，您的药物承保是否属于合格承保。您可能会通过信函或该计划的通讯获得此信息。请保留这些信息，因为日后您加入 Medicare 药物计划时可能会用到这些信息。
 - 注意：任何信函或通知都必须说明您拥有合格处方药承保，其预计支付的金额与 Medicare 标准药物计划支付的金额相同。
 - 注意：处方药折扣卡、免费诊所和药物折扣网站不属于可抵扣的处方药承保范围。

Medicare 会决定 D 部分逾期参保罚金的金额。具体计算方式如下：

- 首先，计算您在符合参保资格后延迟参保 Medicare 药物计划的完整月数。或者，如果承保中断的时间为 63 天或以上，则计算您没有合格药物承保的完整月数。如果您没有合格承保，每月罚金为 1%。例如，如果您连续 14 个月没有承保，罚金百分比将为 14%。
- 然后，Medicare 确定全国 Medicare 药物计划前一年的平均每月计划保费金额（全国基本受益人保费）。2026 年，此平均保费金额为 \$38.99。
- 要计算每月罚金，需要将罚金百分比与全球基本受益人保费相乘，然后四舍五入到最接近的 10 美分。在此示例中，计算结果为 14% 乘以 \$38.99，即 \$5.46。四舍五入为 \$5.50。对于有 D 部分逾期参保罚金的人员，该金额将被添加至每月计划保费中。

关于此每月 D 部分逾期参保罚金，有三点需要注意：

- 罚金可能每年发生变化，因为全球基本受益人保费可能每年发生变化。
- 只要您参加了具有 Medicare Part D 药物福利的计划，即使您更换了计划，您仍需每月支付罚金。
- 如果您未满足 65 岁且目前加入 Medicare，D 部分逾期参保罚金将在您年满 65 岁时重置。65 岁后，您的 D 部分逾期参保罚金将仅基于您在初始 Medicare 老龄参保期后未获得承保的月份计算。

第1章会员入门

如果您对您的 D 部分逾期参保罚金有异议，您或您的代表可以要求进行复核。一般而言，您必须在收到的首封表明您必须支付逾期参保罚金的信函上注明的日期起 **60 天内** 要求进行此复核。但是，如果您在加入我们的计划之前支付了罚金，您可能没有其他机会要求复核逾期参保罚金。

第4.4节 收入相关月调整金额

如果您因收入变化而失去该计划的资格，部分会员可能需要为其 Medicare 计划支付额外费用，称为 D 部分收入相关月调整金额 (IRMAA)。这项额外费用根据您 2 年前报给 IRS 报税表上的修正调整后总收入计算得出。如果该费用超过一定金额，您需要支付标准保费以及额外的 IRMAA。有关根据您的收入可能需要支付的额外金额的更多信息，请访问 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果您需要支付额外 IRMAA，社会安全局（而非您的 Medicare 计划）会向您发送一封信件，告知您需支付的额外金额。无论您通常支付我们计划保费的方式如何，该额外费用都将从您的社会安全局、Railroad Retirement Board 或 Office of Personnel Management 发放的福利金中扣除，除非您的每月福利金额不足以支付这笔额外费用。如果您的福利金额不足以支付这笔额外费用，Medicare 将直接向您寄送账单。您必须向政府支付这笔额外 IRMAA。不能通过每月计划保费支付。如果您未支付这笔额外 IRMAA，您将被取消参保资格并失去处方药承保。

如果您不同意支付额外 IRMAA，可以要求社会安全局对该决定进行复审。如需了解如何操作，请致电社会安全局 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）。

第4.5节 Medicare Prescription Payment Plan 金额

如果您参加了 Medicare Prescription Payment Plan，每月您将支付计划保费（如果您有的话），并且您将收到健康或药物计划为您的处方药开具的账单（而不是向药房付款）。您的月账单是根据您的处方药欠费加上上个月的余额，除以一年中剩余的月份数而得出的。

第 2 章第 7 节详细介绍了 Medicare Prescription Payment Plan。如果您不同意该付款方式的账单金额，可以按照第 9 章的步骤进行投诉或上诉。

第5节 有关每月计划保费的更多信息

第5.1节 我们的每月计划保费在年内不会发生变化

我们不得在年度内变更我们计划的每月计划保费金额。如果明年的每月计划保费发生变化，我们将在 9 月份通知您，而新保费将于 1 月 1 日生效。

不过，在某些情况下，如果您拖欠逾期参保罚金，您可能可以停止支付该罚金；或者您可能需要开始支付逾期参保罚金。如果您在年度内获得 Extra Help 资格或失去 Extra Help 资格，就可能出现这种情况。

- 如果您当前正在支付 D 部分逾期参保罚金，并在年度中获得 Extra Help 资格，您将可以停止支付该罚金。
- 如果您失去 Extra Help 资格，且有连续 63 天或更长时间未拥有 D 部分或其他合格处方药承保，您可能会被收取 D 部分逾期参保罚金。

有关 Extra Help 的更多信息，请参阅第 2 章第 7 节。

第1章会员入门

第6节 更新您的计划会员记录

您的会员记录包含来自您参保书的信息，包括您的地址和电话号码。它显示您的具体计划承保范围包括您的初级保健提供者。

我们计划网络中的医生、医院、药剂师和其他医疗服务提供者使用您的会员记录来了解哪些服务和药物在承保范围内以及您的费用分摊金额。因此，帮助我们保持信息更新非常重要。

如果您有以下任何变更，请告诉我们：

- 您的姓名、地址或电话号码变更
- 您拥有的任何其他健康承保变更（例如来自您的雇主、配偶或家庭伴侣的雇主、工伤赔偿或 Medicaid）
- 任何责任索赔，例如来自汽车事故的索赔
- 如果您被送入疗养院
- 如果您在区域外或非网络医院或急诊室接受护理
- 如果您指定的责任方（例如护理人员）变更
- 如果您参与临床研究（注意：您不必向我们的计划说明您打算参加的临床研究，但我们鼓励您这样做。）

如果任何此类信息变更，请通过致电会员服务部告知我们，电话：(866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。会员可在线创建 My Molina 账户，以更换医生、更新联系方式、申请新 ID 卡、获取所需服务的健康提醒或查看服务历史。前往 www.mymolina.com 创建或访问您的 My Molina 账户。

如果您搬家或更改邮寄地址，也请务必致电社会安全局。请致电社会安全局 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）。

第7节 其他保险如何与我们的计划配合

Medicare 要求我们收集关于您所拥有的任何其他医疗或药物承保的信息，以便我们可以协调您的任何其他承保与我们计划中的福利。这称为“福利协调”。

我们每年都会给您寄一封信，列出我们知道的任何其他医疗或药物承保。请仔细阅读这些信息。如果它是正确的，您不需要做任何事情。如果信息有误，或您有其他未列出的承保，请致电会员服务部，电话：(866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。您可能需要向其他保险公司提供我们计划的会员 ID 编号（一旦您确认他们的身份），以便正确及时地支付账单。

如果您有其他保险（如雇主团体健康承保），则依据 Medicare 规则，决定由我们的计划还是您的其他保险先行支付。先行支付的保险（“主要支付者”）支付金额不超过其承保限额。随后支付的保险（“次要支付者”）仅当存在主要保险未承保的费用时才支付。次要支付者可能不会支付所有未承保费用。如果您有其他保险，请告诉您的医生、医院和药房。

这些规则适用于雇主或工会团体健康计划承保：

- 如果您有退休人员承保，Medicare 会先行支付。
- 如果您的团体健康计划承保是基于您或家庭成员当前的工作，那么谁先行支付取决于您的年龄、雇主雇用的人数，以及您是否因年龄、残疾或终末期肾病 (ESRD) 而享有 Medicare：
 - 如果您未满 65 岁且身患残疾，而您或您的家庭成员仍在工作，那么如果雇主有 100 名或更多员工，或在多雇主计划中至少有一名雇主有 100 名以上的员工，您的团体健康计划将先行支付。

第1章会员入门

- 如果您年满 65 岁，并且您或您的配偶或同居伴侣仍在工作，那么如果雇主有 20 名或更多员工，或在多雇主计划中至少有一名雇主有 20 名以上的员工，您的团体健康计划将先行支付。
- 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，您的团体健康计划将在您符合 Medicare 资格后的前 30 个月内先行支付。

这些类型的承保通常先行支付与每种类型相关的服务：

- 无过错保险 (包括汽车保险)
- 责任险 (包括汽车保险)
- 黑肺病福利
- 工伤赔偿

Medicaid 和 TRICARE 从不先行支付 Medicare 承保服务。他们只在 Medicare 和/或雇主团体健康计划支付后才支付。

第2章

电话号码和资源

第1节 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 联系方式

如需有关索赔、账单或会员卡问题的帮助，请致电或致函 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员服务部。我们很高兴为您提供帮助。

会员服务部 - 联系方式

致电	(866) 314-2427 拨打此号码免费。服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。 会员服务部也为母语非英语人士提供免费的语言口译服务。
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。 National Relay 可每周 7 天，每天 24 小时提供。
传真	(310) 507-6186
致函	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
网站	centralhealthplan.com

如何对您的医疗护理或 D 部分处方药提出承保决定或上诉

承保决定是指我们对您的福利和承保或我们将为您的医疗服务或 D 部分药物支付的金额做出的决定。上诉是要求我们审查并更改已作出的承保决定的正式方式。有关医疗护理或 D 部分药物承保决定及上诉的更多信息，请参阅第 9 章 (如果您有问题或投诉 [承保决定、上诉、投诉] 该怎么办)。

医疗护理的承保决定和上诉 - 联系方式

致电	(866) 314-2427 拨打此号码免费。服务时间为每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 5 p.m.
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。

第2章电话号码和资源

医疗护理的承保决定和上诉 - 联系方式

	National Relay 可每周 7 天，每天 24 小时提供。
传真	Advanced Imaging: (877) 731-7218; Transplants (877) 813-1206; Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450; Inpatient (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
致函	Central Health Attn: Coverage Request 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
网站	centralhealthplan.com

D 部分药物承保决定和上诉 - 联系方式

致电	电话：(800) 665-3086，服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日：每周 7 天，当地 时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。
TTY	711
传真	(866) 290-1309
致函	Molina Medicare Complete Care Attn : Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
网站	centralhealthplan.com

医疗护理投诉 - 联系方式

致电	(866) 314-2427 拨打此号码免费。服务时间为每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 5 p.m.
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。 National Relay 可每周 7 天，每天 24 小时提供。
传真	(562) 499-0610
致函	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9978
网站	centralhealthplan.com

第2章电话号码和资源**如何要求我们支付您所接受的医疗护理或药物的相应费用**

如果您收到了账单或支付了服务费用（如医疗服务提供者账单），而您认为我们应该支付这些费用，您可能需要要求我们报销或支付医疗服务提供者账单。更多信息请参阅第 7 节。

如果您向我们发送付款申请，而我们拒绝支付其中任何部分的款项，您可以对我们的决定提出上诉。请参阅第 9 章（如果您有问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）了解更多信息。

医疗护理付款申请 - 联系方式

致电	(866) 314-2427 拨打此号码免费。 服务时间为每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 5 p.m.
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。 National Relay 可每周 7 天，每天 24 小时提供。
传真	(310) 507-6186
致函	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
网站	centralhealthplan.com

D 部分药物付款申请 - 联系方式

致电	电话：(800) 665-3086，服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日：每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。
TTY	711
传真	(866) 290-1309
致函	Molina Medicare Complete Care Attn：Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
网站	centralhealthplan.com

第2章电话号码和资源

第2节 向 Medicare 寻求帮助

Medicare 是联邦健康保险计划，适用于 65 岁及以上人士、部分 65 岁以下残障人士，以及患有终末期肾病（需要透析或肾移植的永久性肾功能衰竭）的人士。

负责 Medicare 的联邦机构是 Centers for Medicare & Medicaid Services（有时简称 CMS）。该机构与包括我们计划在内的 Medicare Advantage 机构签订合同。

Medicare - 联系方式	
致电	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 拨打此号码免费。 每周 7 天，每天 24 小时提供服务。
TTY	1-877-486-2048 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。
实时聊天	通过 www.Medicare.gov/talk-to-someone 进行实时聊天。
致函	写信给 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
网站	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> 获取您所在地区的 Medicare 健康和药物计划的信息，包括费用和提供的服务。 查找参加 Medicare 的医生或其他医疗保健提供者和供应商。 了解 Medicare 的承保范围，包括预防性服务（如筛查、疫苗以及年度“健康”就诊）。 获取 Medicare 上诉信息和表格。 了解关于计划、疗养院、医院、医生、家庭保健机构、透析机构、临终关怀中心、住院康复机构和长期护理医院所提供的护理质量的信息。 查找有用的网站和电话号码。 <p>您还可以通过该网站向 Medicare 提出您对 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)的任何投诉：</p> <p>向 Medicare 提交在线投诉请访问 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。 Medicare 会认真对待您的投诉，并将利用这些信息帮助改进 Medicare 计划的质量。</p>

第3节 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一项政府计划，在各州都有训练有素的顾问，为您提供免费帮助、信息和 Medicare 问题解答。

California 的 Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging 是由联邦政府资助的独立州立计划（与任何保险公司或健康计划无关），为 Medicare 参保者提供免费本地健康保险咨询。

California 的 Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging 顾问可协助您理解 Medicare 权益、提交医疗护理或治疗投诉，并解决 Medicare 账单问题。California 的 Ventura 郡: Ventura County Area

第2章电话号码和资源

Agency on Aging 顾问还可帮助您解决 Medicare 问题或困难、帮助理解 Medicare 计划选择及解答更换计划相关问题。

Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging (California's SHIP) – 联系方式

致电	Ventura 郡: (805) 477-7310, Ventura County : 周一至周五 : 8 a.m. 至 5 p.m.
TTY	711 此号码需要特殊电话设备 , 仅适用于听力或说话有困难的人。
致函	Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310
网站	https://www.aging.ca.gov/hicap

第4节 Quality Improvement Organization (QIO)

每个州都有指定的 Quality Improvement Organization (QIO) 为 Medicare 参保人员提供服务。对于 California , Quality Improvement Organization 称为 Livanta。

Livanta 拥有一批医生和其他医疗保健专业人员 , 他们由 Medicare 支付报酬 , 负责检查并帮助改善 Medicare 参保人的护理质量。Livanta 是一个独立的组织。它与我们的计划无关。

出现以下任何情况时 , 请联系 Livanta :

- 您对所接受护理质量有意见。护理质量问题的例子包括用错药、不必要的检查或程序 , 或者误诊。
- 您认为您的住院期间承保过早终止。
- 您认为您的家庭保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的承保过早终止。

Livanta (California 的 Quality Improvement Organization) - 联系方式

致电	(877) 588-1123 服务时间为周一至周五 , 9 a.m. 至 5 p.m. ; 以及周末和节假日 , 10 a.m. 至 4 p.m.
TTY	拨打 711 (855) 887-6668 此号码需要特殊电话设备 , 仅适用于听力或说话有困难的人。
致函	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450

第2章电话号码和资源

Livanta (California 的 Quality Improvement Organization) - 联系方式

网站	https://www.livantaqio.cms.gov/
----	---

第5节 社会安全局

社会安全局负责确定 Medicare 参保资格并处理 Medicare 参保事宜。社会安全局还负责确定哪些人因收入较高需为 D 部分药物承保支付额外费用。如果收到社会安全局通知需支付额外费用的信函，或对金额有疑问，或因生活变故导致收入下降，可致电社会安全局申请重新考虑。

如果您搬家或更改邮寄地址，请致电社会安全局告知他们。

社会安全局 – 联系方式

致电	1-800-772-1213 拨打此号码免费。 周一至周五 8 a.m. 至 7 p.m. 提供服务。 可随时使用社会安全局自动电话服务获取录音信息及全天 24 小时办理部分业务。
TTY	1-800-325-0778 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。 周一至周五 8 a.m. 至 7 p.m. 提供服务。
网站	www.ssa.gov

第6节 Medicaid

Medicaid 是联邦政府和州政府联合推出的一项计划，旨在帮助收入和资源有限的特定人群支付医疗费用。各州决定什么算作收入和资源、谁符合资格、承保哪些服务以及服务费用。各州也可以决定如何实施自己的计划，只要他们遵循联邦指导方针即可。

此外，还通过 Medicaid 提供一些计划，帮助享有 Medicare 的人支付 Medicare 费用，如 Medicare 保费。这些“Medicare Savings Program”帮助收入和资源有限的人每年节省开支：

本计划的会员同时参保 Medicare 和 Medicaid。如果您对从 Medicaid 处获得的援助有任何疑问，请联系 California Department of Health Care Services。

California Department of Health Care Services , (California 的 Medicaid 计划) - 联系方式

致电	(916) 449-5000 N/A
TTY	711

第2章电话号码和资源

California Department of Health Care Services , (California 的 Medicaid 计划) - 联系方式	
	此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。
致函	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413
网站	https://www.dhcs.ca.gov/

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California 的 Ombudsman Program) 帮助参保 Medicaid 的人解决服务或账单问题。他们可以帮助您向本计划提出申诉或上诉。

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman - 联系方式	
致电	(888) 452-8609 服务时间为周一至周五，8 a.m. 至 5 p.m. PT，节假日除外
TTY	N/A 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。
致函	N/A
网站	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) 帮助人们获取关于疗养院的信息，解决疗养院与入住者或其家人之间的问题。

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) - 联系方式	
致电	(800) 231-4024 服务时间为周一至周五，8 a.m. 至 5 p.m. PST，节假日除外
致函	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

第7节 帮助人们支付处方药费用的计划

Medicare 网站 (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有关如何降低处方药费用的信息。以下计划可以帮助收入有限的人。

从 Medicare 获得的 Extra Help。

由于您符合 Medicaid 资格，您有资格并正在获得 Medicare 提供的 Extra Help 以支付处方药计划费用。您无需采取额外步骤即可享受该项 Extra Help。

如果您对“Extra Help”有疑问，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048；

第2章电话号码和资源

- 社会安全局办公室 1-800-772-1213，周一至周五 8 a.m. 至 7 p.m.。TTY 用户请拨打 1-800-325-0778；或
- 您所在州 Medicaid 办公室（申请）（联系方式请参阅本章第 6 节）。

如果您认为在药房支付的处方药金额有误，我们的计划设有流程可帮助您获取正确共付额的证据。如果您已经掌握正确金额的证据，我们可以帮助您分享这些证据。

- 最佳可用证据 (BAE) 可在 http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html 上找到。BAE 用于确定会员的 Low Income Subsidy。我们的会员服务部和药房部将识别适用于 BAE 政策的案例。会员可将 BAE 文件邮寄至第 2 章中所列的会员服务地址以确认资格。此外，如果您有任何疑问，可联系会员服务部。可接受的证明形式有：
 - SSA 奖励函
 - 奖励通知
 - 补充保障收入
- 当我们收到显示正确共付额水平的证据时，我们将更新系统，以便您下次获取处方药时支付正确的共付额。如果您多付了共付额，我们会通过支票或未来的共付额抵扣返还给您。如果药房未向您收取共付额并将其作为您的欠款，我们可能会直接向药房付款。如果州政府已代您支付，我们可能会直接向州政府付款。如有疑问，请致电会员服务部。

如果您享有 Extra Help 和 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 的承保会怎样？ 什么是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 帮助符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 感染者获取拯救生命的 HIV 药物。同时列入 ADAP 处方集的 Medicare Part D 处方药有资格通过 Office of AIDS 获得处方药费用分摊援助。注意：要符合您所在州 ADAP 的资格，个人必须满足某些条件，包括提供所在州居住证明和 HIV 状态证明、符合州定义的低收入标准，以及无保险/保险不足的状况。如果您更换了计划，请通知您当地的 ADAP 参保工作人员，以便继续获得援助。

有关资格标准、承保药物或如何参保的信息，请致电 Office of AIDS, (916) 449-5900。

Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan 是一种付款方式，可与您目前的药物承保配合使用，通过在日历年（1 月至 12 月）内分摊费用，帮助您管理本计划承保药物的自付费用。任何参保 Medicare 药物计划或有药物承保的 Medicare 健康计划（如有药物承保的 Medicare Advantage 计划）的人都可以使用此付款方式。这种付款方式可能有助于您管理费用，但不能为您省钱或降低药物费用。如果您参加了 Medicare Prescription Payment Plan，并继续留在相同的 D 部分计划中，您的参加将在 2026 年自动续约。对于符合条件的人来说，Medicare 提供的 Extra Help 以及 SPAP 和 ADAP 提供的帮助比参加 Medicare Prescription Payment Plan 更有利。如需了解有关此付款方式的更多信息，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或访问 www.Medicare.gov。

Medicare Prescription Payment Plan - 联系方式	
致电	(866) 314-2427 拨打此号码免费。 会员服务部也为母语非英语人士提供免费的语言口译服务，电话：(866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。
TTY	711

第2章电话号码和资源

Medicare Prescription Payment Plan - 联系方式

	拨打此号码免费。服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。
传真	(310) 507-6186
致函	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
网站	centralhealthplan.com

第8节 Railroad Retirement Board (RRB)

Railroad Retirement Board 是一个独立的联邦机构，负责管理全国铁路工人及其家属的综合福利计划。如果您通过 Railroad Retirement Board 获取 Medicare，那么在您搬家或更改邮寄地址时，请告知他们。如对 Railroad Retirement Board 提供的福利有任何疑问，请联系该机构。

Railroad Retirement Board (RRB)- 联系方式

致电	1-877-772-5772 拨打此号码免费。 如果按“0”，您可以在周一、周二、周四和周五 9 a.m. 至 3:30 p.m.，以及周三 9 a.m. 至 12 p.m. 与 RRB 代表通话。 如果按“1”，您可以全天 24 小时（包括周末和节假日）接入 RRB 自动帮助热线并获取录音信息。
TTY	1-312-751-4701 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码不免费。
网站	https://rrb.gov/

第9节 如果您有雇主提供的团体保险或其他健康保险

如果您（或您的配偶或同居伴侣）从您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体获得作为本计划一部分的福利，如有任何疑问，请致电雇主/工会福利管理员或会员服务部 (866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。您可以询问您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员健康福利、保费或参保期。（会员服务部的电话号码印在本文件的封底。）您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，询问有关本计划下的 Medicare 承保的任何问题。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

第2章电话号码和资源

如果您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体为您（或您的配偶或同居伴侣）提供其他药物承保，请联系该团体的福利管理员。福利管理员可以帮助您了解您当前的药物承保如何与我们的计划一起运作。

第3章

使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

第1节 如何作为我们计划的会员获取医疗护理及其他服务

第1.1节 网络提供者和承保服务

- **医疗服务提供者**是指获得州政府为提供医疗服务和护理颁发的执照的医生和其他医疗保健专业人员。医疗服务提供者一词还包括医院和其他医疗保健机构。
- **承保服务**包括我们的计划承保的所有医疗护理、医疗保健服务、用品设备和处方药。您的医疗护理承保服务列于第4章的医疗福利图表中。您的处方药承保服务将在第5章讨论。

第1.2节 我们的计划承保的医疗护理和其他服务的基本规则

作为一项 Medicare 和 Medicaid 健康计划，Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 必须承保 Original Medicare 所有承保的服务，并且可能提供 Original Medicare 承保服务之外的其他服务。

只要满足以下条件，Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 通常会承保您的医疗护理：

- 您所获得的护理包含在我们计划的医疗福利图表中（该图表位于第4章）。
- 您所获得的护理被认为是医疗上必需的。医疗上必需是指为预防、诊断或治疗您的医疗状况而必须提供的服务、用品、设备或药物，并且符合公认的医疗实践标准。
- 您有一位网络初级保健提供者 (PCP) 为您提供和监督护理。作为我们计划的会员，您必须选择一位网络 PCP（请参阅第1.2节了解更多信息）。
- 在大多数情况下，在您使用我们计划网络内的其他医疗服务提供者（如专科医生、医院、专业护理机构或家庭保健机构）之前，您必须预先征得我们计划的批准（转诊）。有关更多信息，请参阅第2.3节。
- 急诊护理或急需的服务无需 PCP 转诊。如需了解无需 PCP 预先批准即可获得的其他护理，请参阅第2.2节。
- 您必须从网络提供者处获得护理（请参阅第2节）。在大多数情况下，您从非网络提供者（不属于本计划网络的提供者）处获得的护理将不予承保。也就是说，您必须向医疗服务提供者全额支付所获得服务的费用。以下三种情况除外：
 - 我们的计划承保您在非网络提供者处获得的急诊护理或急需的服务。如需了解更多信息以及什么是急诊或急需的服务，请参阅第3节。
 - 如果您需要的医疗护理是 Medicare 要求我们计划承保的，但我们的网络中没有提供此类护理的专科医生，您可以从非网络提供者处获得此类护理，费用分摊与您通常在网络内支付的相同。在这种情况下需要预先授权。如需帮助，请联系会员服务部。如果您在没有预先授权的情况下从非网络提供者处获得常规护理，Medicare 和计划均不承担费用。在这种情况下，我们将承保这些服务，就像您从网络提供者处获得护理一样。有关申请网络外医生就诊批准的信息，请参阅第2.4节。

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

- 当您暂时不在计划服务区域内，或当为您提供该服务的医疗服务提供者暂时不可用或无法访问时，我们的计划承保您在 Medicare 认证的透析机构获得的肾透析服务。您为透析支付给我们计划的费用分摊永远不会高于 Original Medicare 的费用分摊。如果您在我们计划的服务区域之外并从计划网络之外的医疗服务提供者处获得透析，您的费用分摊不能高于您在网络内支付的费用分摊。但是，如果您通常的透析网络提供者暂时不可用，并且您选择从我们计划网络之外的医疗服务提供者处获得服务区域内的服务，透析的费用分摊可能会更高。

第2节 使用我们计划网络内提供者获取医疗护理及其他服务

第2.1节 您必须选择一名初级保健提供者 (PCP) 来提供和监督您的护理

什么是 PCP，PCP 能为您做什么？

成为我们的计划会员后，您必须选择一名网络提供者作为您的初级保健提供者 (PCP)。您的 PCP 可以是符合州政府要求并经过培训可为您提供基础医疗护理的医生、执业护士或其他医疗保健专业人员。医疗保健专业人员如果从事家庭医学、全科医学、老年医学、内科医学或妇产科医学，则有资格在我们的计划中作为 PCP 提供服务。如下所述，您将从 PCP 处获得常规或基础护理。您的 PCP 还将协调您作为我们的计划会员获得的其他承保服务。例如，要看专科医生，通常需要先获得 PCP 的批准（这称为“转诊”专科医生）。您的 PCP 将为您提供大部分护理服务，并帮助您安排或协调作为我们的计划会员获得的其他承保服务。其中包括：

- 您的 X 光检查
- 化验
- 治疗
- 专科医生提供的护理
- 医院住院
- 后续护理

“协调”您的服务包括与其他网络提供者确认或向其咨询您的护理及进展情况。如果您需要某些类型的承保服务或用品，您必须事先获得 PCP 的批准（如让您转诊去看专科医生）。在某些情况下，您的 PCP 需要获得我们的预先授权（事先批准）。由于您的 PCP 将提供并协调您的医疗护理，因此您应将过去的所有医疗记录送到您的 PCP 诊室。第 3 节会告诉我们如何将如何保护您的医疗记录和个人健康信息的隐私。

如何选择 PCP

您与 PCP 的关系非常重要。我们强烈建议您选择离家近的 PCP。如果您的 PCP 就在附近，接受医疗护理以及建立相互信任和开放的关系就会变得更加容易。如需最新的《提供者/药房名录》，或寻求选择 PCP 的其他帮助，请联系会员服务部。如果您想使用某位专科医生或某家医院，请先确认您的 PCP 是否转诊给该专科医生或使用该医院。一旦您选择了 PCP，我们建议您将所有医疗记录转移到他或她的诊室。这将使您的 PCP 了解您的病史，并让他或她知道您可能存在的任何医疗保健状况。您的 PCP 现在负责您所有的常规医疗保健服务，因此，如果您有任何健康问题，都应首先联系他或她。您的会员卡上印有 PCP 的姓名和诊室电话号码。

如何更换 PCP

您可以出于任何原因随时更换您的 PCP。您的 PCP 也有可能离开我们计划的提供者网络，届时您需要选择新的 PCP。

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 拥有持续护理 (COC) 政策，允许您在以下情况下继续使用非签约医生：

如果您是新会员，您可以继续接受最多 90 天的治疗：

- 如果您在参保时正处于非签约医生提供的疗程中。
- 如果您目前拥有 DME 设备 - Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 将确保您能继续从非签约提供者处获得所需的 DME 和维修服务。
- 如果您怀孕了，您将接受持续护理，直到产后服务结束，或者在必要时接受更长时间的护理，以便安全转移到另一位医疗服务提供者处。

如果您是现有会员，在 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 与您的执业医生或医疗机构之间的合同终止后，您可能会继续获得长达一年的持续护理服务，但须遵守以下注意事项：

- 服务是您福利的一部分。
- 医疗服务提供者并未因护理质量问题而停止服务。
- 医疗服务提供者必须同意继续为您看诊。
- 医疗服务提供者同意接受监管规定的费率。

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 工作人员将与您的非签约执业医生合作，将他们纳入 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 网络成为签约医疗服务提供者，或与您和医疗服务提供者合作，在 90 天持续护理期内将您的护理转至网络内的提供者。将在您的福利范围内提供持续护理。

政策例外：

1. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 工作人员可根据需要延长 90 天期限，以满足您的任何特殊需求。
2. 在下列情况下，Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP)将不会批准非参与提供者继续提供护理：
 - 您只需要监测慢性病。
 - 与执业医生的合同中止是基于对其不称职或不当行为的专业审查，您的福利可能会受到威胁。
 - 执业医生不愿意继续为您提供护理。
 - 接受非参与提供者的护理是在您之后参保 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP)开始的
3. 提供持续护理的医疗服务提供者过去不符合 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)的资格认证政策/标准，或在提供持续护理时试图获得资格认证。

第2.2节 无需 PCP 转诊即可获得的医疗护理和其他服务

您可以获得下列服务，而无需事先获得 PCP 的批准。

- 常规女性医疗保健，包括乳房检查、乳房筛查（乳房 X 光检查）、子宫颈抹片检查和盆腔检查，。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗，。
- 由网络提供者或非网络提供者提供的急诊服务

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

- 急需的计划承保服务是指需要立即就医（但并非急诊）的服务，前提是您暂时不在我们计划的服务区域内，或者考虑到您所处的时间、地点和情况，从网络提供者处获得此服务是不合理的。急需的服务例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有疾病的意外复发。医疗上必需的常规医疗服务提供者就诊（如年度体检）不被视为急需的服务，即使您不在我们计划的服务区域内或我们的计划网络暂时不可用。
- 当您暂时不在我们计划的服务区域内时，在 Medicare 认证的透析机构接受的肾透析服务。如果可能，请在离开服务区域之前致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，以便我们在您离开时为您安排维持性透析。

第2.3节 如何获得专科医生和其他网络提供者的护理

专科医生是为特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。专科医生有多种类型。例如：

- 肿瘤科医生为癌症患者提供护理。
- 心脏科医生为心脏病患者提供护理。
- 骨科医生为某些骨骼、关节或肌肉疾病患者提供护理。

您的 PCP 负责协调服务，包括根据需要将您转诊至专科医生和其他网络提供者。与网络专科医生的诊室就诊无需预先批准。如果您需要计划预先授权的手术或服务，您的 PCP 或专科医生将联系我们以获得必要的预先授权。需要计划预先授权的服务在本文件第 4 章第 2.1 节中列出。需要计划预先授权的服务示例包括选择性（非紧急）住院护理、专业护理机构入院和家庭保健。

如果您需要在正常工作时间之外获得护理，请致电您的 PCP。此信息列于您的 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员 ID 卡上。如果您认为这是紧急情况，请立即就医。如需更多信息，请参阅下一页第 3 节（如何在有紧急或迫切护理需求时获取承保服务）。

当专科医生或其他网络提供者退出我们的计划时

我们可能会在年内对我们计划网络中的医院、医生和专科医生（医疗服务提供者）进行变更。如果您的医生或专科医生退出本计划，您将享有以下权利和保护措施：

- 尽管我们的提供者网络可能在年内发生变化，但 Medicare 要求我们为您提供不间断的合格医生和专科医生服务。
- 我们会通知您您的医疗服务提供者将退出我们的计划，以便您有时间选择新的医疗服务提供者。
 - 如果您的初级保健或行为健康提供者退出我们的计划，且您在过去 3 年内曾就诊于该医疗服务提供者，我们将通知您。
 - 如果您的其他任何医疗服务提供者退出我们的计划，且您被分配给该医疗服务提供者、目前正接受其护理或在过去 3 个月内曾就诊于他们，我们将通知您。
- 我们将帮助您选择新的合格网络提供者以继续接受护理。
- 如果您正在接受当前医疗服务提供者的医疗治疗或疗法，您有权要求继续接受医疗上必需的治疗或疗法。我们将与您合作，让您能继续获得护理。
- 我们将向您提供有关可用参保期以及您可能有的更改计划选项的信息。
- 当网络提供者或福利不可用或不足以满足您的医疗需求时，我们将安排在我们的提供者网络之外的任何医疗上必需承保福利，费用分摊与网络内相同。
- 如果您发现您的医生或专科医生将退出我们的计划，请联系我们，以便我们帮助您选择新的医疗服务提供者来管理您的护理。

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

- 如果您认为我们没有为您提供合格的医疗服务提供者来替代您之前的提供者，或者您的护理没有得到适当管理，您有权向 QIO 提出护理质量投诉，向我们的计划提出护理质量申诉，或两者兼施（请参阅第 9 章）。

第2.4节 如何获得非网络提供者的护理

如果您需要 Medicare 要求我们的计划承保的专科医疗护理，并且我们的网络中没有提供者可以提供这种护理，您可以从非网络提供者处获得护理。其中包括唯一有资格提供您所需特定服务的医疗服务提供者提供的服务，以及专科中心或卓越中心提供的服务（如 ESRD 服务）。在我们的网络或服务区域之外，没有额外的福利限制。

在寻求非网络提供者的护理之前，您或您的 PCP 必须联系我们的计划以获得预先授权。请致电会员服务部寻求帮助。如果我们预先授权您从非网络提供者处获取护理，我们将承保这些服务，就像您从网络提供者处获取护理一样。

在您前往非网络提供者处看诊之前，获得我们计划的预先授权非常重要。如果您未获得计划批准，我们的计划可能不会承保这些服务。如果医疗服务提供者希望您返回接受更多护理，请先核实以确保我们的计划批准承保多次非网络提供者就诊。

注意：会员有权在非网络提供者处进行急诊或获取急需的服务。此外，计划必须为已前往计划服务区域以外且无法获得签约 ESRD 提供者的 ESRD 参保人承保透析服务。

第3节 在紧急情况、灾难或紧急护理时如何获得服务

第3.1节 医疗紧急情况时获取护理

医疗紧急情况是当您或任何具备基本健康医疗常识的普通人认为出现可能危及生命（孕妇还包括未出生婴儿生命）、肢体残缺、肢体功能丧失或身体功能严重受损的医疗症状，需要立即就医时。这些医疗症状可能包括疾病、损伤、剧烈疼痛，或快速恶化的医疗状况。

如果您遇到医疗紧急情况：

- **尽快寻求帮助。** 拨打 911 求助，或前往最近的急诊室或医院。如有需要，请呼叫救护车。您无需事先获得您的 PCP 的批准或转诊。您无需使用网络医生。在美国或其领土的任何地方，您都可以在需要时随时从拥有相应州执照的任何医疗服务提供者处获得承保的急诊医疗护理，即使他们不属于我们的网络。
- **尽快确保我们的计划已被告知您的紧急情况。** 我们需要跟进您的急诊护理。您或其他人应致电告知我们您的急诊护理，通常在 48 小时内。请致电会员服务，号码在您的计划会员卡背面。

医疗紧急情况下的承保服务

如果以其他方式前往急诊室可能会危及您的健康，我们的计划会承保救护运输服务。我们还承保紧急情况下的医疗服务。

为您提供急诊护理的医生将确定您的病情何时稳定以及医疗紧急情况何时结束。

紧急情况结束后，您有权接受后续护理，以确保您的病情持续稳定。您的医生将继续为您提供治疗，直到您的医生联系我们并制定额外护理计划。您的后续护理将由我们的计划承保。如果您的急诊护理由非网络提供者提供，我们会尽量安排网络提供者在您的医疗状况和情况允许时尽快接管您的护理。

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

如果不是医疗紧急情况，该怎么办？

有时很难知道自己的状况是否属于医疗紧急情况。例如，您可能认为自己的健康受到严重威胁，因此寻求急诊护理，而医生可能会表明，这根本不属于医疗紧急情况。如果事实证明这不是紧急情况，只要您合理地认为您的健康处于严重危险之中，我们将承保您的护理。

然而，在医生表示这不是紧急情况后，我们仅在您通过以下 2 种方式之一获得额外护理时承保额外护理：

- 您前往网络提供者处接受额外护理。
- 您获得的额外护理被视为“急需的服务”并且您遵循获取此紧急护理的规则。

第3.2节 急需服务时获取护理

如果您暂时不在我们计划的服务区域内，或者考虑到您所处的时间、地点和情况，从网络提供者处获得此服务是不合理的，则需要立即就医（但并非急诊）的服务属于急需的服务。急需的服务例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有疾病的意外复发。但医疗上必需的常规医疗服务提供者就诊（如年度体检）不被视为急需的服务，即使您不在我们计划的服务区域内或我们的计划网络暂时不可用。

当网络提供者暂时不可用或无法访问时，可以使用任何可用的紧急护理中心获取紧急护理。您也可以拨打护士咨询热线 英语和西班牙语 (888) 208-8809，该服务支持英语和西班牙语用户。TTY 用户请拨打 711。

在以下情况下，我们的计划承保美国境外的全球急诊和紧急护理服务：

- 您每个日历年的全球紧急承保限额为 \$50,000，可用于紧急交通运输、紧急护理、急诊护理和稳定后护理。
- 该福利仅限于在美国提供的被归类为急诊或紧急护理的服务。
- 如果您在 U.S. 以外地区接受了急诊护理，并且在状况稳定后需要住院护理，您必须返回网络医院接受护理以继续获得承保，或必须在获得计划授权的网络外医院接受住院护理。您的费用是您在网络医院内需支付的最高费用分摊。适用计划的最高限额。
- 您可能需要自付服务费用并提交报销申请。
- 外币交易中的税费（包括但不限于货币转换费或交易费）不在承保范围内。从其他国家返回 U.S. 的交通费用不在承保范围内。
- 常规护理和预定或择期手术不在承保范围内。

如果您对我们是否会支付任何服务费用有疑问，您有权在获取服务前询问我们是否会承保。您也有权以书面形式提出此请求。如果我们表示不会承保该服务，您有权对我们不承保或不报销您的护理的决定提出上诉。

第3.3节 灾难期间获取护理

如果您所在州的州长、美国 Department of Health and Human Services 部长或美国总统宣布您所在地理地区进入灾难或紧急状态，您仍有权享受我们计划提供的护理。

访问：centralhealthplan.com 获取有关如何在灾难期间获得所需护理的信息。

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

如果您在灾难期间无法使用网络提供者，我们的计划将允许您从非网络提供者处获取护理，费用分摊与网络内相同。如果您在灾难期间无法使用网络药房，您可能可以在非网络药房进行处方药配药。请参阅第 5 章第 2.5 节。

第4节 如果被直接收取全额承保服务费用该怎么办？

如果您已为承保服务付费，或如果您已支付超过您计划对承保服务的费用分摊，或如果您已收到全额费用的承保医疗服务账单，您可以要求我们为承保服务支付我们的费用份额。请参阅第 7 章以了解如何操作。

第4.1节 如果我们的计划不承保服务

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 承保第 4 章医疗福利图表中列出的所有医疗上必需服务。如果您获得不在我们计划承保范围内的服务，或未经授权而获得网络外服务，您需要自行承担全部服务费用。

对于有福利限额的承保服务，在您用完该类型承保服务的福利后，您还需支付任何服务的全额费用。

第5节 临床研究中的医疗服务

第5.1节 什么是临床研究

临床研究（也称为**临床试验**）是医生和科学家测试新型医疗护理的方式，例如新型癌症药物的效果。某些临床研究已获 Medicare 批准。Medicare 批准的临床研究通常会请求志愿者参与研究。当您参与临床研究时，您可以继续参保我们的计划并通过我们的计划获取其余护理（与研究无关的护理）。

如果您参与 Medicare 批准的研究，Original Medicare 将支付您作为研究一部分接受的承保服务的大部分费用。如果您告知我们您正在参加合格的临床试验，则您仅需负责该试验中服务的网络内费用分摊。如果您支付了更多费用，例如您已支付 Original Medicare 费用分摊金额，我们将报销您支付的金额与网络内费用分摊之间的差额。您需要提供文件以向我们展示您支付的金额。

如果您想参与任何 Medicare 批准的临床研究，您无需告知我们或获得我们或您的 PCP 的批准。作为临床研究一部分提供护理的医疗服务提供者无需是我们计划网络的一部分。（这不适用于需要临床试验或注册来评估福利的承保福利，包括国家承保判定要求证据开发承保 (NCDs-CED) 和研究性器械豁免 (IDE) 研究下指定的某些福利。这些福利还可能受预先授权和其他计划规则的约束。）

虽然您无需获得我们计划的许可即可参与临床研究，但我们鼓励您在选择参与 Medicare 合格临床试验时提前通知我们。

如果您参加未获 Medicare 批准的研究，您将负责支付参加该研究的所有费用。

第5.2节 谁来支付临床研究中的服务费用

一旦您加入 Medicare 批准的临床研究，Original Medicare 将承保您在研究过程中获得的常规物品和服务，包括：

- 住院期间的食宿，即使您没有参加研究，Medicare 也会为您支付这笔费用
- 手术或其他医疗程序（如果是研究的一部分）

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

- 新护理副作用和并发症的治疗

在 Medicare 为这些服务支付其费用份额后，我们的计划将支付 Original Medicare 的费用分摊与您作为我们计划会员的网络内费用分摊之间的差额。也就是说，您为研究中获得服务支付的费用与您在我们的计划中获得这些服务的费用相同。但是，您必须提交文件，说明您支付了多少费用分摊。请参阅第 7 章了解关于提交付款申请的更多信息。

临床试验中费用分摊的示例：假设您在研究中接受了一项实验室检查，费用为 \$100。在 Original Medicare 下，您为该检查分摊的费用为 \$20，但在我们的计划下，检查费用为 \$10。在这种情况下，Original Medicare 将为该检查支付 \$80，而您将支付 Original Medicare 规定的 \$20 共付额。您将通知我们的计划您接受了合格的临床试验服务，并向计划提交医疗服务提供者账单等文件。然后，我们的计划将直接向您支付 \$10。这使得您的检查净付款额为 \$10，与您在我们的计划福利下支付的金额相同。

当您参与临床研究时，**Medicare 和我们的计划均不会支付以下费用：**

- 一般来说，Medicare 不会为研究测试的新物品或服务支付费用，除非即使您没有参加研究，Medicare 也会承保该物品或服务。
- 仅为收集数据而提供的物品或服务，不直接用于您的医疗保健。例如，如果您的医疗状况通常只需要进行一次 CT 扫描，Medicare 将不会为研究中进行的每月 CT 扫描支付费用。
- 研究申办方为参加试验人员免费提供的物品和服务。

获取关于加入临床研究的更多信息

阅读 Medicare 出版物《*Medicare 与临床研究*》（可在以下网址获取：www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf）以获取关于加入临床研究的更多信息。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

第6节 在宗教性非医疗保健机构获取护理的规则

第6.1节 宗教性非医疗保健机构

宗教性非医疗保健机构是指为通常需在医院或专业护理机构接受治疗的状况提供护理的机构。如果在医院或专业护理机构接受护理违背了会员的宗教信仰，我们将改为承保在宗教性非医疗保健机构接受护理。此项福利仅适用于 A 部分的住院服务（非医疗保健服务）。

第6.2节 如何在宗教性非医疗保健机构获取护理

要从宗教性非医疗保健机构接受护理，您必须签署一份法律文件，表明您出于良心反对接受非强制性医疗。

- 非强制性医疗护理或治疗是指任何联邦、州或地方法律未要求且自愿的医疗护理或治疗。
- 强制性医疗是指非自愿或联邦、州或地方法律要求的医疗护理或治疗。

要获得本计划承保，您在宗教性非医疗保健机构接受的护理必须符合以下条件：

- 提供护理的机构必须经过 Medicare 认证。
- 我们的计划仅承保非宗教方面的护理。
- 如果您从此机构获得的服务是在机构内提供给您的，则适用以下条件：

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

- 您必须有符合条件的医疗状况，足以接受承保服务（住院护理或专业护理机构护理）。
- - 以及 - 您必须在入住该机构前事先获得我们计划的批准，否则您的住院将不在承保范围内。
- - 以及 - Medicare 住院承保限额可能适用（请参阅第 4 章中的福利）。

此外，您应联系会员服务部或您的州 Medicaid 办公室（联系方式列于第 2 章第 6 节）获取 Medicaid 承保服务详情，以全面了解您的承保选项。

第7节 耐用医疗设备所有权规则

第7.1节 根据我们的计划，在支付特定期数的费用后，您将不再拥有耐用医疗设备

耐用医疗设备 (DME) 包括经医疗服务提供者为会员在家中使用时开具的物品，如氧气设备和用品、轮椅、助行器、电动床垫系统、拐杖、糖尿病用品、语音生成设备、IV 输液泵、雾化器和病床等。对于某些 DME 物品，会员始终拥有其所有权，例如假体。其他类型的 DME 则必须租用。

在 Original Medicare 下，租用某些类型 DME 的人，在为该物品支付了 13 个月的共付额后，将获得设备所有权。作为 **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)** 会员，无论您在计划会员期间为租用的 DME 物品支付多少笔共付额，您通常都不会获得该设备的所有权。即使您在加入我们的计划之前已在 Original Medicare 下为该 DME 连续支付多达 12 笔款项，您也不会获得所有权。在某些有限的情况下，我们会将 DME 物品的所有权转让给您。请致电会员服务部了解更多信息。

如果您转回 Original Medicare，已支付的耐用医疗设备会如何？

如果您在本计划中未获得该 DME 物品的所有权，那么在您转回 Original Medicare 后，需要重新支付连续 13 次，才能获得该物品的所有权。您在参保我们的计划期间所支付的费用不计入这 13 笔付款中。

示例 1：您在 Original Medicare 中为某物品支付了 12 次或更少的连续费用，然后加入了本计划。您在 Original Medicare 中所支付的费用不计入。您必须向我们的计划支付 13 笔款项，才能拥有该物品。

示例 2：您在 Original Medicare 中为某物品支付了 12 次或更少的连续费用，然后加入了本计划。您在本计划中未获得该物品的所有权。之后您转回 Original Medicare。在重新加入 Original Medicare 后，您必须再次连续支付 13 次费用，才能拥有该物品。您已支付的任何费用（无论是向我们的计划还是向 Original Medicare）均不计入。

第7.2节 氧气设备、用品和维护相关规则

如果您符合 Medicare 氧气设备承保条件，Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 将承保：

- 氧气设备租赁
- 氧气和含氧物质输送
- 用于氧气和含氧物质输送的管道及相关氧气配件
- 氧气设备保养和维修

如果您退出 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 或在医疗上不再需要氧气设备，则必须归还氧气设备。

如果您退出我们的计划并回到 Original Medicare 会怎样？

Original Medicare 要求氧气供应商为您提供 5 年的服务。在最初的 36 个月里，您租用设备。其余 24 个月由供应商提供设备和维护（您仍需支付氧气的共付额）。5 年后，您可以选择留在同一家公司或去

第3章使用我们的计划获取医疗及其他承保服务

另一家公司。此时，5年周期重新开始，即使您留在同一家公司，也需要再次支付前36个月的共付额。如果您加入或退出我们的计划，5年周期将重新开始。

第4章

医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

第1节 了解承保服务的自付费用

医疗福利图表列出了您的承保服务，并显示了您作为 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员将为每项承保服务支付的费用。本节还介绍了不在承保范围内的医疗服务，并解释了某些服务的限制。

第1.1节 您可能为承保服务支付的自付费用

您可能需要支付的承保服务自付费用类型，包括：

- **共付额**：您每次接受某些医疗服务时支付的固定金额。您在获得医疗服务时支付共付额。（医疗福利图表将告诉您更多关于您的共付额的信息。）
- **共同保险**：您为某些医疗服务的总费用支付的百分比。您在获得医疗服务时支付共同保险。（医疗福利图表将告诉您更多关于您的共同保险的信息。）

第1.2节 您为 Medicare Part A 和 Part B 承保医疗服务支付的最高金额是多少？

注意：由于我们的会员还能获得 Medicaid 的帮助，因此很少有会员能达到此自付费用上限。您无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何计入最高自付金额的自付费用。

Medicare Advantage Plan 对您每年为 Medicare Part A 和 Part B 承保的医疗服务需要自付的金额设有限制。这一限额称为医疗服务的最高自付金额 (MOOP)。在 2026 日历年，MOOP 金额为 \$9,250。

您为承保服务支付的共付额和共同保险会计入这一最高自付金额。（您为 D 部分药物支付的金额不计入您的最高自付金额。此外，您为某些服务支付的金额不计入您的最高自付金额。这些服务在医疗福利图表中用星号 (*) 标记。）如果您达到了最高自付金额 \$9,250，则在当年剩余时间内您将无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何自付费用。但您仍须继续支付 Medicare Part B 的保费（除非您的 B 部分保费由 Medicaid 或其他第三方代为支付）。

第2节 医疗福利图表显示您的医疗福利和费用

下面几页的医疗福利图表列出了 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 承保的服务以及每项服务的自付金额。D 部分药物承保见第 5 章。仅在满足以下要求的情况下，医疗福利图表中列出的服务才会获得承保：

- 您的 Medicare 承保服务必须按照 Medicare 承保准则提供。
- 您享有的服务（包括医疗护理、服务、用品、设备和 B 部分药物）必须是医疗上必需的。医疗上必需是指为预防、诊断或治疗您的医疗状况而必须提供的服务、用品或药物，并且符合公认的医疗实践标准。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

- 对于新参保者，您的 MA 协调护理计划必须提供至少 90 天的过渡期，在此期间，新 MA 计划不得对任何正在进行治疗要求预先授权，即使该治疗属于最初由非网络提供者提供的服务。
- 您从网络提供者处接受护理。在大多数情况下，您从非网络提供者处接受的护理将不在承保范围内，除非是急诊或紧急护理，或者是我们的计划或网络提供者为您提供的转诊。也就是说，您向医疗服务提供者全额支付所提供网络外服务的费用。
- 您有一名初级保健提供者 (PCP) 为您提供并监督护理。在大多数情况下，在您去我们计划网络内的其他医疗服务提供者处看诊之前，您必须预先征得 PCP 批准 (转诊)。
- 医疗福利图表中列出的某些服务只有在您的医生或其他网络提供者事先获得我们的批准 (有时称为预先授权) 时才承保。需要事先批准的承保服务在医疗福利图表中用**粗体**标出。

关于我们承保范围的其他重要信息：

- 您同时享有 Medicare 和 Medicaid 承保。Medicare 承保医疗护理和处方药。Medicaid 承保您的 Medicare 服务费用分摊，包括住院服务和门诊医院服务。Medicaid 还承保 Medicare 不承保的服务，如计划生育服务。
- 与所有 Medicare 健康计划一样，我们承保 Original Medicare 承保的所有项目。(如需了解更多关于 Original Medicare 承保范围和费用的信息，请查阅2026年《Medicare 与您》手册。访问 www.Medicare.gov 在线查看，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索要副本。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。)
- 对于 Original Medicare 免费承保的预防性服务，我们也为您免费承保这些服务。
- 如果 Medicare 在 2026 年增加了对任何新服务的承保，则 Medicare 或我们的计划将承保这些服务。

如果您有资格获得 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊援助，只要满足上述承保要求，您无需为福利图表中列出的服务支付任何费用。

您同时享有 Medicare 和 Medicaid 承保。医疗保健和处方药通常由 Medicare 承保。长期护理、社区服务和计划处方集中列出的承保非处方药通常由 Medicaid 承保。

关于有慢性状况参保者的重要福利信息

如果您被诊断为下列任一慢性疾病，且符合相关标准，您可能有资格获得慢性病患者特殊补充福利。

- 心血管疾病；
- 慢性心力衰竭；
- 痴呆症；
- 糖尿病；
- 慢性肺部疾病；
- 慢性肾病 (CKD)；
- 慢性酒精使用障碍和其他物质使用障碍 (SUD)；
- 癌症；
- 自身免疫性疾病；
- 超重、肥胖和代谢综合症；
- 慢性胃肠道疾病；
- HIV/AIDS；
- 慢性且致残性心理健康状况；
- 神经系统疾病；
- 中风；

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

- 器官移植后；
- 免疫缺陷和免疫抑制性疾病；
- 与认知障碍相关的疾病；
- 存在功能障碍的疾病；
- 影响视力、听力 (耳聋)、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病；
- 需要持续治疗服务才能维持或保留个人功能的疾病；
- 严重的血液系统疾病

我们将每年审查您的资格，以确保您有资格享受该福利。可能需要预先授权。我们将协助您获取这些福利。您可以致电会员服务部或您的护理协调员，提出申请或了解更多信息。

注意：申请此项福利即表示您授权 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 代表通过电话、邮件或申请表中明确列出的任何其他通信方式与您联系。

- 有关更多详细信息，请参阅以下医疗福利图表中的慢性病特殊补充福利一行。
- 请联系我们确认您可能符合条件的具体福利。



这个苹果显示了医疗福利图表中的预防性服务。

医疗福利图表

承保服务

支付费用



腹主动脉瘤筛查

对有风险人群进行的一次性超声筛查。仅当您存在特定风险因素，并由医生、医生助理、执业护士或临床护士专家提供转诊时，我们的计划才承保该筛查。

符合此预防性筛查的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。

针灸治疗慢性腰背痛

承保服务包括：
在下列情况下，承保 90 天内最多 12 次就诊：
就本福利而言，慢性腰痛的定义是：

- 持续时间为 12 周或更长；
- 非特异性，无可识别系统性病因 (即与转移性、炎症性、感染性疾病等无关) ；
- 与手术无关；以及
- 与妊娠无关。

对于显示出改善迹象的患者，额外再承保 8 次疗程。每年最多可进行 20 次针灸治疗。

如果患者状况无改善或恶化，治疗必须中止。

医疗服务提供者要求：

医生 (定义见《社会安全法案》 (《法案》) 第 1861(r)(1) 条) 可根据适用的州规定提供针灸服务。

Medicare 承保的针灸服务无需支付共同保险或共付额。

可能需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

针灸治疗慢性腰背痛 (续)

医生助理 (PA)、执业护士 (NP)/临床专科护士 (CNS) (如《法案》1861[aa][5] 所述) 和辅助人员可以提供针灸服务，前提是符合所有适用的州规定并具备：

- 拥有由 Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM) 认证院校颁发的针灸或东方医学硕士或博士学位；以及，
- 拥有美国某州、领地、联邦自由邦 (如 Puerto Rico) 或 District of Columbia 颁发的当前、有效、活跃且无限制的针灸执照。

提供针灸的辅助人员必须接受医师、PA 或 NP/CNS 按照我们在 42 CFR § § 410.26 和 410.27 中规定的适当监督级别监管。

针灸 - 常规*

每年针灸就诊次数不限。

您需支付 \$0 共付额

可能需要预先授权。

救护运输服务

不论是急诊还是非急诊，承保的救护运输服务包括飞机、直升机和救护车运输服务，会将您送往最近的适当机构，适用于会员的医疗状况导致其他运输方式可能危及他/她的健康或已获得我们计划授权的情况。

Medicare 承保的救护运输服务无需支付共同保险或共付额。

仅非急诊救护运输需要获得预先授权。

如果该承保的救护运输服务不是用于紧急情况，需有文件证明会员的状况使得其他运输方式可能危及他/她的健康并且出于医疗原因需要救护运输服务。

年度体检 (补充) *

年度常规体检涵盖只能由医生、执业护士或医生助理提供的额外体检服务。这是集中关注预防和筛查的绝佳机会。在常规体检中，临床医生将通过视诊、触诊、听诊和叩诊来检查您的身体，以发现问题。后三项涉及直接的身体接触，对于确定是否存在身体状况是必要的。

这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。

如果需要额外服务，您的提供者会将您转诊给专科医生，或根据需要提交预先授权。



年度健康就诊

如果您已拥有 B 部分超过 12 个月，您可以每年进行一次健康就诊，以制定或更新基于您当前健康状况和风险因素的个性化预防计划。每 12 个月承保一次。

该年度健康就诊无需支付共同保险、共付额或自付额。

注意：您的第一次年度健康就诊不能在欢迎来到 Medicare 预防性就诊后 12 个月内进行。但是，若您加入 B 部分已有 12 个月，您无需进行欢迎来到 Medicare 就诊即可获得年度健康就诊承保。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用



骨量测量

对于符合条件的人 (通常指有骨量流失或患骨质疏松症风险的人) ，每 24 个月或在医疗上必需的情况下更频繁地承保以下服务：用于识别骨量、检测骨量流失或判断骨质的相关程序，包括医师对结果的解读。

对于 Medicare 承保的骨量测量，无需支付共同保险、共付额或自付额。



乳腺癌筛查 (乳房 X 光检查)

承保服务包括：

- 35 至 39 岁之间可进行一次基线乳腺 X 光检查
- 40 岁及以上女性每 12 个月可进行一次筛查性乳腺 X 光检查
- 每 24 个月一次的临床乳房检查

筛查性乳腺 X 光检查用于早期发现乳腺癌。从确诊乳腺癌，直到乳腺癌的体征或症状消失期间，正在进行的乳腺 X 光检查视为诊断性检查，归入本图表“门诊诊断性检测和治疗服务与用品”承保项。对于存在乳腺癌体征或症状的会员，筛查性乳腺 X 光检查的年度福利不可用。

承保的筛查性乳腺 X 光检查无需支付共同保险、共付额或自付额。

心脏康复服务

为符合特定条件并有医嘱的会员承保全面的心脏康复服务项目，包括锻炼、教育和咨询。我们的计划还承保强度更高或更为严格的强化型心脏康复计划。

这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。

可能需要预先授权。



心血管疾病风险降低就诊 (心血管疾病治疗)

我们承保每年一次的初级保健医生就诊，以帮助降低患心血管疾病的风险。在此就诊中，医生可能会讨论是否使用阿司匹林 (如适用) 、检测您的血压，并提供健康饮食建议。

对于此类心血管疾病强化型行为治疗的预防性福利，无需支付共同保险、共付额或自付额。



心血管疾病筛查检测

每 5 年 (60 个月) 一次的血液检测，用于筛查心血管疾病 (或与心血管疾病风险增高有关的异常) 。

每 5 年一次的心血管疾病检测无需共同保险、共付额或自付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务	支付费用
<p> 宫颈癌与阴道癌筛查</p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 所有女性：每 24 个月一次 子宫颈抹片检查和盆腔检查 • 如果您属于宫颈或阴道癌高风险人群，或为育龄女性且过去 3 年内有异常 子宫颈抹片检查结果，则每 12 个月可接受一次 子宫颈抹片检查 	<p>对于 Medicare 承保的预防性子宫颈抹片和盆腔检查，无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>
<p>整脊服务 (Medicare 承保)</p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我们仅承保对脊柱的手动推拿治疗以纠正半脱位。 	<p>Medicare 承保的整脊服务无需支付共同保险或共付额。</p>
<p>慢性疼痛管理和治疗服务</p> <p>为慢性疼痛患者 (持续或反复疼痛超过 3 个月) 承保每月服务。服务可能包括疼痛评估、药物管理以及护理协调和规划。</p>	<p>这项服务的费用分摊将根据疗程中提供的各项服务而有所不同。</p>

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用



结直肠癌筛查

承保以下筛查检测：

- 结肠镜检查没有年龄上下限的限制，对于非高风险患者，每 120 个月（10 年）可承保一次；或对于结直肠癌非高风险患者，在上一次柔性乙状结肠镜检查后 48 个月进行；对于高风险患者，在上一次筛查性结肠镜检查后每 24 个月承保一次。
- 计算机断层扫描结肠镜检查适用于 45 岁及以上结直肠癌非高风险患者，且在上一次进行筛查性计算机断层扫描结肠镜检查的月份之后至少 59 个月或上一次进行柔性乙状结肠镜检查或筛查性结肠镜检查的月份之后至少 47 个月才可获得承保。对于结直肠癌高风险患者，在上次进行筛查性计算机断层扫描结肠镜检查或上次进行筛查性结肠镜检查的月份之后至少 23 个月进行的筛查性计算机断层扫描结肠镜检查可获得赔付。
- 45 岁及以上患者的柔性乙状结肠镜检查。非高风险患者可在接受结肠镜筛查后的 120 个月后进行一次。高风险患者可在上次柔性乙状结肠镜检查或计算机断层扫描结肠镜检查后的 48 个月后进行一次。
- 45 岁及以上患者的粪便潜血筛查。每 12 个月一次。
- 45 至 85 岁且不符合高风险标准患者的多靶点粪便 DNA 检测。每 3 年一次。
- 45 至 85 岁且不符合高风险标准患者的血液生物标志物检测。每 3 年一次。
- 结直肠癌筛查检测包括在 Medicare 承保的非侵入性粪便检测结直肠癌筛查检测结果呈阳性后进行的后续结肠镜检查。
- 结直肠癌筛查检查包括计划性筛查柔性乙状结肠镜检查或筛查结肠镜检查，其中涉及组织或其他物质的切除，或与筛查检查相关的、因筛查检查而产生的、与筛查检查在同一临床诊断中提供的其他程序。

Medicare 承保的结直肠癌筛查无需支付共同保险、共付额或自付额。

如果医生在结肠镜或柔性乙状结肠镜过程中发现并切除息肉或其他组织，则该筛查检查将转为诊断性检查。

牙科服务 (Medicare 承保)

一般而言，预防性牙科服务（如洗牙、常规牙科检查和牙科 X 光）不属于 Original Medicare 的承保范围。

不过，Medicare 会在有限的几种情况下支付牙科服务费用，特别是当该服务是某人主要医疗状况具体治疗的组成部分时。示例包括颌骨骨折或受伤后的重建手术、为接受涉及颌骨的癌症放疗进行的拔牙，或器官移植前进行的口腔检查。

这些服务无需支付共同保险或共付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用



抑郁症筛查

我们每年为您提供一次抑郁筛查。筛查必须在可提供后续治疗和/或转诊的初级保健场所内进行。

年度抑郁筛查就诊无需支付共同保险、共付额或自付额。



糖尿病筛查

如果您具有以下任一风险因素，我们将为您承保该筛查（包括空腹血糖检测）：高血压（高血压）、有异常胆固醇和甘油三酯水平的病史（血脂异常）、肥胖，或有高血糖（葡萄糖）病史。如果您满足其他要求，例如超重和有糖尿病家族史，我们也可能承保检测。

Medicare 承保的糖尿病筛查测试无需支付共同保险、共付额或自付额。

在上一次糖尿病筛查检测之后的 12 个月内，您每年最多可获得 2 次糖尿病筛查。



糖尿病自我管理培训、糖尿病服务和用品

适用于所有糖尿病患者（无论是否使用胰岛素）。承保服务包括：

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

- 某些糖尿病用品，包括血糖检测产品，仅限于特定的品牌和制造商。首选的糖尿病产品为 Trividia Health 品牌 (TrueMetrix)。这些糖尿病用品的最新清单可在我们的网站上查阅。请参阅我们的计划处方集了解更多信息，或致电会员服务部了解更多信息。
- 监测血糖的用品：血糖仪、血糖试纸、采血针装置及采血针、用于检查试纸和仪器准确性的血糖控制溶液。
 - 血糖监测仪
 - 当您的医生开具处方供您在家中使用时承保。
 - 首选品牌血糖仪无需预先授权。
 - 血糖试纸
 - 首选品牌血糖试纸无需预先授权。
 - 每次灌装可能限于 30 天供应量。
 - 用于检查试纸和仪器准确性的血糖控制溶液。
- 对于患有严重糖尿病足病的糖尿病患者：每日历年承保一双定制的治疗型定制鞋（包括与鞋一起提供的鞋垫）和两双额外的鞋垫，或一双深口鞋和三双鞋垫（不包括与鞋一同提供的非定制可拆卸鞋垫）。承保范围包括适配服务。
- 糖尿病自我管理培训在符合特定条件下将获得承保。
- Medicare 承保的糖尿病服务包括：
 - 年度眼科检查和青光眼检测
 - 足部检查
 - 医疗营养治疗服务 (MNT)

我们会承保首选制造商提供的糖尿病用品，无需预先授权。

当您持有处方并在网络零售药房或通过 Mail Service Pharmacy 计划配药时，该用品将获得承保。

如果您需要眼科检查用于如糖尿病视网膜病变或青光眼筛查，请参阅本图表中的“视力保健”部分。

如果您患有糖尿病且需要足部检查，请参阅本图表中的“足病服务”部分。

如果您患有糖尿病并需要医学营养治疗服务 (MNT)，请参阅本图表中的“医学营养治疗”部分。

糖尿病用品、糖尿病鞋和鞋垫可能需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

耐用医疗设备 (DME) 及相关用品

(如需了解耐用医疗设备的定义，请参阅本文件第 12 章和第 3 章)。

承保物品包括但不限于：轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由医疗服务提供者订购在家中使用的病床、IV 输液泵、语言生成设备、氧气设备、雾化器和助行器。

我们为 Original Medicare 所承保的所有医疗上必需的 DME 提供承保。如果我们在您所在地区的供应商没有提供特定品牌或制造商的用品，您可以询问他们是否可以为您特别订购。最新的供应商名单可在我们的网站 centralhealthplan.com 上找到。

这些服务无需支付共同保险或共付额。

您每月需要分摊的 Medicare 氧气设备费用为 \$0。

可能需要预先授权。

对于首选制造商，不需要预先授权。

急诊护理

急诊护理指以下服务：

- 由具备提供急诊服务资质的医疗服务提供者提供的服务，且
- 用于评估或稳定紧急医疗状况所必需的服务。

医疗紧急情况是指您或任何具有一般健康和医学常识的普通人认为，您出现了需要立即医疗处理的症状，以防止丧命（并且，如果您是孕妇，还包括流产）、肢体丧失或肢体功能的丧失。这些医疗症状可能包括疾病、损伤、剧烈疼痛，或快速恶化的医疗状况。

网络外接受必要急诊服务的费用分摊与网络内接受此类服务相同。

美国 (U.S.) 境外的急诊护理可能由全球紧急情况承保福利承保。我们每日历年提供高达 \$50,000 的全球急诊保障，包括紧急运输、紧急护理、急诊护理及稳定后护理。请参阅本图表中的“全球急诊/护理承保”了解更多信息。

这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。

如果您在非网络医院接受急诊护理，并在急诊病情稳定后需要住院护理，您必须返回网络医院才能继续获得护理承保，或者您必须在计划授权的非网络医院接受住院护理，且您的费用为您在网络医院应支付的费用分摊。

健身福利 (补充) *

您可在参与的健身中心获得健身中心会员资格。如果您无法前往健身中心，或更喜欢在家锻炼，您可以选择家庭健身套件。该套件可帮助您在家中舒适地保持活力。家庭健身选项包括健身追踪器、力量训练或瑜伽套件。

如果您选择在健身中心锻炼，您可以查看网站并选择一个参与地点，或者直接前往参与的健身中心开始锻炼。参与的机构和健身连锁店因地区而异，可能随时更改。套件内容可能随时更改。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

开始或更改锻炼计划前，请务必咨询您的医生。



健康和保健教育计划*

健康管理计划

我们提供多项计划来帮助您管理已确诊的健康状况。计划包括：

- 哮喘管理。
- 抑郁症管理。

这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。

承保服务

支付费用



健康和保健教育计划* (续)

- 糖尿病管理。
- 高血压管理。
- 心血管疾病 (CVD) 管理
- 慢性阻塞性肺病 (COPD) 管理。
- 妊娠计划。

提供学习资料和护理技巧。我们也可以协助您与您的医疗服务提供者进行合作。

参加健康管理计划：

- 您将根据医疗或药房索赔数据，自动参保最适合您需求的计划。
- 您也可以通过医疗服务提供者或自我推荐参保。

参保需满足一定条件。

退出健康管理计划：

- 这些计划是自愿的，您可随时选择退出。

您可以致电我们的健康管理部 (866) 891-2320 (TTY: 711)，星期一至星期五，6 a.m. 至 6 p.m. (太平洋标准时间)

健康促进计划

我们还提供其他旨在丰富您的健康和生活方式的计划，例如：

- 体重控制计划

如需了解更多体重控制的信息和/材料信息，请致电 (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711)，星期一至星期五，6 a.m. 至 6 p.m. (太平洋标准时间)。

护士咨询热线

无论您是否有紧急健康问题、对某一医疗状况有疑问，或希望了解可用健康资源的一般信息，护士咨询热线每周 7 天、每天 24 小时提供服务。

护士咨询热线的免费电话号码是：

英语和西班牙语 (888) 208-8809，TTY: 711

注册护士将协助您判断，您是否可在家中管理护理，或是否需医疗专业人员协助。

无论白天还是夜间，请随时致电与注册护士讨论疾病或损伤情况。

- 无需转诊或预先授权

本服务不适用于紧急情况。如遇紧急情况，请立即拨打 911。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务	支付费用
<p>听力服务</p> <p>由您的医疗服务提供者执行的听力及平衡诊断评估，用于确定您是否需要接受医疗治疗的情况，将作为门诊护理予以承保，只要此项服务是从医师、听力学专家或其他合格医疗服务提供者处获得。</p> <p>Medicare 承保的听力和平衡诊断检查可帮助判断您是否需要医疗治疗。</p> <p>检查仅基于医疗需求，例如因疾病、损伤或手术导致的听力损失。</p>	<p>这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>
<p>听力服务 (补充) *</p> <p>除了 Medicare 承保的听力服务外，您还可以每个日历年接受一次常规听力测试。常规听力测试后，您可能会配戴助听器。</p> <p>要查找您附近的网络内听力服务提供者，您可以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 致电我们的会员服务部，或 2. 使用我们的补充听力服务提供者在线搜索工具进行在线搜索，网址：MolinaHealthcare.com/Medicare。 <p>助听器验配/评估可每个日历年进行一次。</p> <p>如果您被告知需要助听器，您可以每 2 从计划批准的提供者处获得最多 2 支预选助听器（两只耳朵合并计算）。</p>	<p>这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>
<p> HIV 筛查</p> <p>对于要求进行 HIV 筛查或 HIV 感染风险较高的人群，我们承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每 12 个月一次的筛查检查 <p>如果您怀孕了，我们承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 怀孕期间最多 3 次筛查检查。 	<p>符合 Medicare 承保的预防性 HIV 筛查资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>
<p>家庭保健机构护理</p> <p>在接受家庭保健医疗服务之前，医生必须证明您需要家庭保健医疗服务，并开医嘱由家庭保健机构为您提供家庭保健医疗服务。您必须是居家不出的，意思是出门需要付出巨大的努力。</p> <p>承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 按小时计的或间歇性的专业护理和家庭保健助理服务（要获得此家庭保健福利下的承保，您的专业护理和家庭保健助理服务的总时间必须少于每天 8 小时且每周少于 35 小时） • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 医疗和社会服务 • 医疗设备和用品 	<p>这些服务无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

居家输液治疗

居家输液治疗是指在家中进行的静脉或皮下注射药物或生物制剂。执行居家输液所需的组成部分包括药物（例如抗病毒药、免疫球蛋白）、设备（例如注射泵）和用品（例如导管和管线）。承保服务包括但不限于：

- 根据我们的护理计划提供的专业服务，包括护理服务
- 不承保在耐用医疗设备福利下的患者培训和教育
- 远程监控
- 由合格居家输液治疗供应商提供的居家输液治疗监控服务及药物

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

可能需要预先授权。

临终关怀护理

当您的医生和临终关怀医疗主任出具晚期预后证明，确认您患有不治之症且在疾病正常发展过程中预计寿命为 6 个月或更短时，您即有资格获得临终关怀福利。您可以接受任何经 Medicare 认证的临终关怀机构提供的护理。我们的计划有义务协助您寻找本计划服务区域内的 Medicare 认证临终关怀机构，包括由我们拥有、控制或有财务利益的计划。您的临终关怀医生可以是网络提供者，也可以是非网络提供者。

承保服务包括：

- 控制症状和缓解疼痛的药物
- 短期喘息护理
- 居家护理

当您入住临终关怀机构时，您有权留在我们的计划中；如果您留在我们的计划中，您必须继续支付计划保费。

对于临终关怀服务以及 Medicare Part A 或 B 承保的与您的晚期预后相关的服务：Original Medicare（而非本计划）将支付与晚期预后相关的临终关怀服务以及任何 A 部分和 B 部分服务费用。当您在临终关怀计划中时，您的临终关怀提供者将向 Original Medicare 提交由 Original Medicare 支付的服务账单。您将被收取 Original Medicare 的费用分摊。

对于由 Medicare Part A 或 B 承保但与您的晚期预后无关的服务：如果您需要 Medicare Part A 或 B 承保的非急诊、非急需的服务，且这些服务与您的晚期预后无关，则这些服务的费用取决于您是否使用我们计划网络中的医疗服务提供者并遵守计划规则（例如，是否需要获得预先授权）。

- 如果您从网络提供者处获得承保服务，并遵守获得服务的计划规则，您只需支付我们网络内服务的计划费用分摊金额
- 如果您从非网络提供者处获得承保服务，您需支付 Original Medicare 的费用分摊

当您参保 Medicare 认证的临终关怀计划时，您的临终关怀服务以及与您的晚期预后相关的 A 部分和 B 部分服务由 Original Medicare 支付，而非 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。

我们的计划为未选择临终关怀福利的绝症患者承保临终关怀咨询服务（仅限一次）。符合此福利资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

临终关怀护理 (续)

对于 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 承保但

Medicare Part A 或 B 未承保的服务：Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 将继续承保计划内承保服务 (无论是否与您的晚期预后相关)，这些服务不在 A 部分或 B 部分承保范围内。您需为这些服务支付我们计划的费用分摊金额。

对于可能由我们计划的 D 部分福利承保的药物：如果这些药物与您的临终关怀病情无关，您需支付费用分摊。如果它们与您的临终关怀病情有关，您需支付 Original Medicare 费用分摊。临终关怀与本计划不会同时承保同一种药物。如需了解更多信息，请参阅第 5 章第 9.4 节。

注意：如果您需要非临终关怀护理 (与您的晚期预后无关的护理)，请联系我们安排所需服务。

我们的计划为未选择临终关怀福利的绝症患者承保临终关怀咨询服务 (仅限一次)。



免疫接种

承保的 Medicare Part B 服务包括：

- 肺炎疫苗
- 流感/流行性感感冒疫苗，秋季和冬季每个流感季接种一次，如有医疗上必需，可额外接种流感/流行性感感冒疫苗
- 如果您有感染乙型肝炎的高风险或中风险，承保乙型肝炎疫苗
- COVID-19 疫苗
- 其他疫苗，如果您有风险且符合 Medicare Part B 承保规则

我们还根据 D 部分药物福利承保大部分成人疫苗。请参阅第 6 章第 8 节了解更多信息。

肺炎疫苗、流感疫苗、乙型肝炎疫苗和 COVID-19 疫苗无需支付共同保险、共付额或自付额。

住院护理

包括急性住院、康复住院、长期护理医院以及其他类型的住院服务。住院护理从医生开具住院医嘱并正式接收您住院当天开始计算。您出院前一天为您最后的住院日。

承保服务包括但不限于：

- 半单人间 (或在医疗上必需的情况为单人间)
- 包括特殊饮食在内的餐食
- 常规护理服务
- 特殊护理病房 (如重症监护室或冠心病监护室) 的费用
- 药物和药品
- 化验

对于每个福利期住院期间第 1 - 90 天，您需支付 \$0。

我们计划还承保 60 天的“终身储备天数”。这些是我们承保的“额外”住院天数。如果每个福利期您的住院时间超过 90 天，您可以使用这些额外的天数。但一旦您用完这额外的 60 天，您的住院承保将仅限于每个福利期 90 天。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

住院护理 (续)

- X光及其他放射学服务
- 必需的手术及医疗用品
- 医疗器械的使用，如轮椅
- 手术室和恢复室费用
- 物理、职业和言语语言治疗
- 住院药物滥用服务
- 在特定情况下，下列移植类型将予以承保：角膜、肾脏、肾胰、心脏、肝脏、肺、心/肺、骨髓、干细胞和肠道/多器官移植。如果您需要进行移植，我们将安排 Medicare 认可的移植中心审核您的案例，判断您是否符合移植条件。移植提供者可能在本地或服务区域外。如果我们的网络内移植服务位于社区常规护理模式之外，您可选择当地，前提是当地移植提供者愿意接受 Original Medicare 费率。如果 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 在您所在社区的移植护理模式之外的地点提供移植服务，而您选择在此远距离地点接受移植，我们将为您和一名陪同人员安排或支付适当的住宿和交通费用。Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 将报销在远距离地点接受移植相关医疗护理期间的食宿费用，每天最高金额为 \$150。此外，里程报销可依据与 Internal Revenue Service (IRS) 调整并公布的纳税人标准里程费率相当的金额进行申请。按照计划指南，每次移植服务的所有差旅、住宿、餐食和里程报销的最高可支付金额为五千美元 (\$5,000)。
- 血液 - 包括储存和输注。全血和浓缩红细胞的承保自您需要的第一品脱血液开始。血液其他所有成分从使用的第一品脱开始承保。
- 医师服务

如果您在紧急状况稳定后于网络外医院接受授权住院护理，您需支付与在网络医院接受护理相同的费用分摊。

可能需要预先授权。

注意：要成为住院患者，您的医疗服务提供者必须出具将您作为医院的住院患者正式收入医院的书面医嘱。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。如果您不确定自己是住院患者还是门诊患者，请咨询医院工作人员。

如需了解更多信息，请参阅 Medicare 概况介绍《*Medicare 医院福利*》。此概况介绍可在 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 上或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

精神病医院的住院服务

承保服务包括需要住院的心理健康护理医疗保健服务。

- 您可在综合医院或仅护理心理健康状况的精神病医院接受服务。
- 如果是在精神病医院（而不是综合医院）接受治疗，Medicare 仅为您终身最多支付 190 天的住院精神病医院服务。

对于每个福利期住院期间第 1 - 90 天，您需支付 \$0。

我们计划还承保 60 天的“终身储备天数”。这些是我们承保的“额外”住院天数。如果每个福

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

精神病医院的住院服务 (续)

- 如果您在参保本计划前已使用全部 190 天限制中的部分天数，则所承保的终身住院天数将减去之前由 Medicare 承保的在精神病医院接受心理健康护理治疗的住院天数。
- 190 天的限制不适用于在综合医院精神科病房提供的心理医疗服务。
- 当您在综合医院接受心理健康护理时，您能拥有的福利期天数不设限制。在精神病院接受护理时，您也可以有多个福利期，但终身限制为 190 天。

Medicare 不承保：

- 专责护理
- 病房内的电话或电视
- 单人间 (除非为医疗上必需)

住院期间：在非承保住院期间于医院或 SNF 接受的承保服务

如果您已用尽住院福利，或此次住院不具合理性或必要性，我们将不承保本次住院期间的费用。在某些情况下，当您已经在医院或专业护理机构 (SNF)，我们将承保部分服务：承保服务包括但不限于：

- 医师服务
- 诊断检测 (如化验)
- X 光、镭治疗、同位素治疗，包括技术人员材料和服务
- 手术敷料
- 固定器、石膏等用于骨折或脱位的装置
- 义肢和矫形器 (不包括牙科用具)，用于替代全部或部分体内器官 (包括相邻组织)，或替代永久性失去功能或功能异常的体内器官的全部或部分功能，包括此类装置的更换或维修
- 腿部、手臂、背部和颈部支架、桁架以及人造腿、人造手臂和人造眼睛，包括因破损、磨损、丢失或患者身体状况改变而需要的调整、修理和更换
- 物理治疗、言语治疗和职业治疗

福利期您的住院时间超过 90 天，您可以使用这些额外的天数。但一旦您用完这额外的 60 天，您的住院承保将仅限于每个福利期 90 天。

如果您在紧急状况稳定后于网络外医院接受授权住院护理，您需支付与在网络医院接受护理相同的费用分摊。

可能需要预先授权。

请参阅本图表中的福利，了解您的费用分摊情况：

- “医生/执业医师服务，包括医生诊室就诊”
- “门诊诊断检测和治疗服务及用品”
- “假肢装置和相关用品”
- “门诊康复服务”

可能需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

餐食福利 (补充) *

长期餐食：

您必须确诊患有糖尿病、慢性心力衰竭、心血管疾病 (仅限于心律失常、冠状动脉疾病、外周血管疾病和慢性静脉血栓栓塞性疾病)、痴呆症或慢性肺部疾病，才有资格享受此项福利。您的个案经理或您的医生将决定您是否需要这项福利。

这项福利每月提供 14 餐，每日历年为期 12 个月，共计 168 餐。餐食种类将根据您可能有的任何饮食需求而定。

您的个案经理将为您订餐，然后会有人送餐上门。首次送餐通常在订单处理后 72 小时 (3 个工作日) 内到达。我们将在送餐日期之前与您联系。

出院后餐食：

该福利旨在让您在住院或入住专业护理机构 (SNF) 后，或因医疗状况或潜在医疗状况需要在家休息一段时间时，保持健康和强壮。您的个案经理或您的医生将决定您是否需要这项福利。如果您患有某些慢性疾病，您的医生可以为您申请这项福利。可能需要预先授权。这项福利每天提供 2 餐，为期 14 天，共提供 28 餐。餐食种类将根据您可能有的任何饮食需求而定。这项福利每年最多可使用 4 次，每个日历年最多提供 112 餐。您的个案经理将为您订餐，然后会有人送餐上门。首次送餐通常在订单处理后 72 小时 (3 个工作日) 内到达。我们将在送餐日期之前与您联系。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

可能需要预先授权。



医学营养治疗

此项福利适用于患有糖尿病、肾病 (但未接受透析) 或接受过肾移植的会员，须由医生开具医嘱。

我们在您首次接受 Medicare 医学营养治疗服务的第一年内 (包括本计划、其他任何 Medicare Advantage 计划或 Original Medicare) 为您提供 3 小时的一对一咨询服务，此后每年提供 2 小时。如果您的状况、治疗或诊断发生变化，凭医师医嘱您可能可以获得更多治疗时间。医师必须就这些服务开具处方，并在治疗需要持续至下一日历年时每年续开。

符合 Medicare 承保的医学营养治疗服务资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。



Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)

所有 Medicare 健康计划为符合条件人士承保 MDPP 服务。

MDPP 是一项结构化健康行为改变干预计划，提供长期饮食变化、增加体育活动以及克服持续减重与维持健康生活方式挑战的解决问题型实用策略。

MDPP 福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

Medicare Part B 药物

这些药物由 Original Medicare B 部分承保。本计划会员通过本计划获得这些药物的承保。承保药物包括：

- 通常不会由患者自行使用，而是在您接受医师、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输注的药物
- 通过耐用医疗设备物品（如医疗上必需的胰岛素泵）提供的胰岛素
- 使用耐用医疗设备（如雾化器）给药的其他药物，须经本计划授权
- Alzheimer 药物 Leqembi®（通用名 lecanemab），静脉注射。除药品费用外，整体费用中还可能增加治疗前和/或治疗中需要的额外扫描和检测费用。请与医生讨论在您的治疗中可能需要哪些扫描和检测
- 血友病患者自行注射的凝血因子
- 移植/免疫抑制药物：如果 Medicare 支付了您的器官移植费用，则 Medicare 也会承保移植药物治疗。您必须在接受承保移植时享有 A 部分承保，并且必须在接受免疫抑制药物时享有 B 部分承保。如果 B 部分不承保免疫抑制药物，则 Medicare Part D 药物承保会承保这些药物
- 可注射的骨质疏松症药物，如果您居家不出、有因经医生证明绝经后骨质疏松症导致的骨折，并且无法自行注射药物
- 某些抗原：如果医生制备抗原并由经过适当指导的人员（可能是您本人）在适当监督下给予，Medicare 将承保抗原
- 某些口服抗癌药物：Medicare 承保您服用的某些口服抗癌药物，如果该药物有注射形式，或者该药物是可注射药物的前体药物（即口服药物在摄入后会分解为与可注射药物相同的活性成分）。随着新口服抗癌药物上市，B 部分可能会承保这些药物。如果 B 部分不承保，则 D 部分会承保
- 口服止吐药：如果口服止吐药是作为抗癌化疗方案的一部分，并在化疗前、化疗时或化疗后 48 小时内服用，或者是静脉注射止吐药的完整替代治疗，Medicare 将予以承保
- Medicare Part B 承保的某些口服终末期肾病 (ESRD) 药物
- ESRD 支付系统下的拟钙剂和磷酸盐结合剂药物，包括静脉注射药品 Parsabiv® 和口服药品 Sensipar®
- 用于居家透析的某些药物，包括肝素、肝素的解毒剂（在医疗上必需时）以及局部麻醉剂
- 促红细胞生成剂：如果您患有终末期肾病 (ESRD) 或需要注射用促红细胞生成素治疗与某些其他状况相关的贫血（例如 Retacrit®、Aranesp®），Medicare 承保该药物
- 用于家庭治疗原发性免疫缺陷病的静脉注射免疫球蛋白
- 肠外和肠内营养（静脉注射和管饲）

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

B 部分药物可能用于阶梯疗法。

可能需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

Medicare Part B 药物 (续)

我们还在 B 部分中承保部分疫苗，在 D 部分处方药福利中承保大部分成人疫苗。

第 5 章介绍了 D 部分处方药福利，包括您必须遵守的处方药承保规则。第 6 章解释了您通过我们的计划为 D 部分处方药支付的费用。

在某些情况下，我们要求您在我们承保用于治疗您医疗状况的某种药物前，先尝试使用治疗该状况的其他药物。例如，如果药物 A 和药物 B 都能治疗该状况，但药物 A 成本较低，您可能需要先尝试药物 A。如果药物 A 对您不起作用，我们将承保药物 B。您可以访问 centralhealthplan.com，详细了解我们如何确定是否需要阶梯疗法。

预付借记卡

资金通过借记卡提供，借记卡将根据每次福利的频率提供资金。未使用的金额不会结转。

每个福利类别的资金将存入同一张借记卡，但只能用于该类别中的物品/服务。

非处方 (OTC) 物品和 OTC 助听器*

- OTC 物品是不需要处方的药物和健康相关产品。
- 您在购买计划批准的 OTC 物品和 OTC 助听器时将获得津贴。

每 3 个月最多 \$320 未使用的 OTC 资金不会转入下一季度。

草药目录*

- 您可以使用 OTC 津贴购买保健类草药目录中的物品。

健身津贴*

- 您将有一笔津贴，可用于符合条件的健身支出或健身场所费用。

您可以在 www.centralhealthplan.com 网站上找到经批准的 OTC 和保健类草药产品的目录。您需要激活借记卡后才能使用。如需有关预付借记卡福利的帮助，请致电会员服务部 (电话号码印在本文件封底)。

每月最多 \$20。未使用的健身津贴不会结转到下个月。

**肥胖症筛查和治疗以促进持续减肥**

如果您的体重指数达到 30 或更高，我们承保强化咨询以帮助您减重。如果您在初级保健机构接受此咨询则可获承保，因其可与您的综合预防计划相协调。咨询您的初级保健医生或执业医师以了解更多。

预防性肥胖筛查和治疗无需支付共同保险、共付额或自付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

阿片类药物治疗计划服务

有阿片类药物使用障碍 (OUD) 的计划会员可以通过 Opioid Treatment Program (OTP) 获得治疗 OUD 的服务承保，包括以下服务：

- U.S. Food and Drug Administration (FDA) 批准的阿片类激动剂和拮抗剂药物辅助治疗 (MAT) 药物
- MAT 药物的配药和管理 (如适用)
- 物质使用障碍咨询
- 个人和团体治疗
- 毒理学检测
- 摄入活动
- 定期评估

对于 Medicare 承保的门诊阿片类治疗计划服务，无需支付共同保险、共付额或自付额。

Medicare 承保的门诊阿片类治疗项目服务无需预先授权，但如果您需要阿片类治疗药品，可能需要获得预先授权。

门诊诊断检测和治疗服务及用品

承保服务包括但不限于：

- X 光检查
- 放射 (镭和同位素) 治疗，包括技术人员材料和用品
- 手术用品，如敷料
- 固定器、石膏等用于骨折或脱位的装置
- 化验
- 血液 - 包括储存和输注。全血和浓缩红细胞的承保自您需要的第一品脱血液开始。血液其他所有成分从使用的第一品脱开始承保。
- 诊断性非实验室检查，如 CT 扫描、MRI、EKG 和 PET 扫描，当您的医生或其他医疗保健提供者治疗医疗问题而要求时。
- 其他门诊诊断检测 - 非放射诊断服务，如 EKG、EEG、肺功能检查、睡眠研究和跑步机负荷测试。
- 诊断性放射服务 (包括复杂和非复杂诊断)，如专业扫描、计算机断层扫描 (CT)、单光子发射计算机断层成像 (SPECT)、正电子发射计算机断层扫描术 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管成像 (MRA)、核研究、超声波检查、诊断性乳腺 X 光检查和介入性放射程序 (骨髓造影、膀胱造影、血管造影和钡餐研究)。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

可能需要预先授权。

门诊实验室服务和门诊 X 光检查服务不需要授权。基因实验室检测需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

门诊医院观察

观察服务是指为确定您是否需要作为住院患者入院或可以出院而提供的医院门诊服务。

予以承保的门诊医院观察服务，必须符合 Medicare 标准，并被认为是合理且必要的。观察服务仅在医生或其他经州执照法律及医院工作人员章程授权，有权安排患者入院或下达门诊检查指令的人员的医嘱下，才予以承保。

注意：除非医疗服务提供者有书面医嘱安排您作为住院患者入院，否则您属于门诊患者，需支付门诊医院服务的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。如果不确定自己是否为门诊患者，请向医院工作人员询问。

如需了解更多信息，请参阅 Medicare 概况介绍《*Medicare 医院福利*》。此概况介绍可在 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 上或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

门诊医院服务

我们承保您在医院门诊部获得的用于诊断或治疗疾病或损伤的医疗上必需服务。

承保服务包括但不限于：

- 急诊科或门诊诊所提供的服务，例如观察服务或门诊手术
- 由医院收费的化验和诊断检查
- 心理健康护理，包括部分住院计划中的护理（适用于经医生证明，如果不接受此类护理，则需住院治疗）
- 由医院收费的 X 光和其他放射科服务
- 医疗用品，例如夹板和石膏
- 某些您无法自行使用的药物和生物制品

注意：除非医疗服务提供者有书面医嘱安排您作为住院患者入院，否则您属于门诊患者，需支付门诊医院服务的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。如果不确定自己是否为门诊患者，应向医院工作人员询问。

您还可以 Medicare 情况说明书中找到更多信息，说明书名为“您是住院患者还是门诊患者？如果您有 Medicare，请咨询！”此概况介绍可在网站 <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 上或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。您可以每周 7 天，每天 24 小时免费拨打这些电话。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

可能需要预先授权。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

门诊医院服务属于本图表中其他福利的承保范围。在门诊医院提供护理时，请参阅这些及其他福利：

- “急诊护理”
- “全球急诊/紧急护理承保”
- “门诊诊断检测和治疗服务及用品”
- “在医院门诊机构和门诊手术中心提供的门诊手术”
- “部分住院”

可能需要预先授权。

门诊实验室服务和门诊 X 光检查服务不需要授权。基因实验室检测需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务	支付费用
<p>门诊心理健康护理</p> <p>承保服务包括：</p> <p>由州执照认证的精神科医生或医生、临床心理学家、临床社会工作者、临床护士专家、持证专业咨询师 (LPC)、持证婚姻与家庭治疗师 (LMFT)、执业护士 (NP)、医师助理 (PA) 或其他在适用州法律下符合 Medicare 资格的心理健康管理专业人员提供的心理健康医疗服务。</p> <p>您的 Medicare 门诊心理健康护理承保内容包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每个日历年度一次抑郁筛查。筛查必须在初级保健医生诊室或可提供后续治疗和转诊的初级保健诊所中进行。 • 医生或您接收这些服务所在的州允许的特定持证专业人员提供的个别及团体心理治疗。 • 如果家庭咨询的主要目的是帮助您进行治疗，则应进行家庭咨询。 • 通过检测了解您是否获得了所需的服务，以及当前的治疗是否对您有帮助。 • 精神科评估。 • 药物管理。 	<p>此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>请参阅本图表中的“抑郁筛查”了解年度抑郁筛查详情。</p> <p>如果您需要此项 Medicare 承保的门诊心理健康护理，请参阅本图表中的“部分住院治疗”。</p> <p>可能需要预先授权。</p>
<p>门诊康复服务</p> <p>承保服务包括：物理治疗、职业治疗和言语和语言治疗。</p> <p>门诊康复服务可在多种门诊场所提供，例如医院门诊部门、独立治疗师办公室和综合门诊康复机构 (CORF)。</p>	<p>此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>
<p>门诊物质使用障碍服务</p> <p>我们承保不使用药物治疗药物或酒精依赖的门诊护理。</p> <p>服务可能包括强化门诊服务和传统咨询。</p>	<p>此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>
<p>门诊手术，包括医院门诊机构和门诊手术中心提供的服务</p> <p>注意：如果您将在医院机构接受手术，应向您的医疗服务提供者确认您将被视为住院患者还是门诊患者。除非医疗服务提供者开具书面将您作为住院病人收入院的医嘱，否则您将被视为门诊患者，需支付门诊手术的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。</p>	<p>此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>
<p>部分住院治疗服务和强化门诊服务</p> <p>部分住院是一种结构化的主动精神治疗计划，可作为医院门诊服务或由社区心理健康中心提供，其治疗强度高于在医生、治疗师、持证婚</p>	<p>此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

部分住院治疗服务和强化门诊服务 (续)

姻与家庭治疗师 (LMFT) 或持证专业咨询师办公室接受的护理，是住院治疗的替代方案。

可能需要预先授权。

强化门诊服务是在医院门诊部、社区心理健康中心、联邦合格健康中心或农村健康诊所提供的积极行为（心理）健康治疗的结构化计划，其强度高于您在医生、治疗师、执业婚姻和家庭治疗师 (LMFT) 或执业专业顾问诊室接受的治疗，但低于部分住院治疗。

个人应急响应系统 (PERS) (补充) *

PERS 是一种家用医疗报警系统，可在紧急情况下为您提供帮助。如果您符合条件，您将获得一部移动、蜂窝或固定电话设备以及一个应始终佩戴的小吊坠。吊坠可佩戴在脖子、手腕或腰带上。只需按下按钮，您就会与监测公司的护理中心代表取得联系。

对于此福利，您需支付 \$0。

您的个案经理将决定您是否有资格享受这项福利。需要预先授权。

接线员每周 7 天每天 24 小时待命，并在紧急情况下与您保持通话。无论您是需要紧急医疗服务还是需要家人帮助，护理中心代表都会为您取得所需的帮助。

使用移动或家用 PERS 设备，您可以在非急诊需要时启动按钮。如果您感到孤独或想找人倾诉、需要帮助安排医生约诊、安排交通或需要任何其他帮助，护理中心代表将为您提供帮助，并且可为您联系 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员服务部或您的个案经理，帮助您获得所需的帮助。

医生/执业医生服务，包括医生诊室就诊

承保服务包括：

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

- 在医生诊室、经认证的门诊手术中心、医院门诊部或任何其他地点接受的医疗上必需的医疗护理或手术服务。可能需要预先授权。
- 专科医生提供的咨询、诊断和治疗
- 由您的 PCP 执行的基础听力和平衡检查（由医生开具医嘱，确定您是否需要医疗治疗）
- 某些远程医疗服务，包括：心脏康复服务、初级保健医生服务、整脊服务、职业治疗服务、专科医生服务、心理健康专科服务个人疗程、心理健康专科服务团体疗程、足病服务、其他医疗保健专业人员、精神科服务个人疗程、精神科服务团体疗程、物理治疗和语言病理学服务、阿片类药物治疗计划服务、药物滥用门诊个人疗程以及药物滥用门诊团体疗程。
 - 您可以选择面诊或通过远程医疗方式接受这些服务。如果选择通过远程医疗接受服务，您必须使用提供远程医疗服务的网络提供者。要查找网络提供者，请访问我们的网站 centralhealthplan.com。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

医生/执业医师服务，包括医生诊室就诊 (续)

- 虚拟医疗就诊是指虚拟提供者通过在线技术和实时音频/视频功能，在非医疗机构为您提供的医疗就诊服务。
- 注意：并非所有医疗状况都可通过虚拟就诊治疗。虚拟就诊医生将评估您是否需要面诊医生进行治疗。
- 在医院附设或重症医院附设肾脏透析中心、肾脏透析机构或会员家中为居家透析会员提供的每月终末期肾病相关就诊远程医疗服务。可能需要预先授权。
- 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务，无论您身在何处。
- 无论身处何地，为患有物质使用障碍或伴发心理健康障碍的会员提供的远程医疗服务。
- 用于诊断、评估和治疗心理健康障碍的远程医疗服务，前提是：
 - 在首次远程医疗就诊前的 6 个月内进行过一次面诊
 - 在接受远程医疗服务期间，每 12 个月进行一次面诊
 - 在某些情况下，上述规定可有例外
- 由农村健康诊所和联邦合格健康中心提供的心理健康远程就诊医疗服务
- 与医生进行 5-10 分钟的虚拟随访（例如，通过电话或视频聊天），前提是：
 - 您不是新患者，并且
 - 随访与过去 7 天内的诊室就诊无关，并且
 - 随访不会导致在 24 小时内或最快的预约时间内到诊室就诊
- 对您发送给医生的视频和/或图像进行评估，并由医生在 24 小时内进行解读和跟进，前提是：
 - 您不是新患者，并且
 - 评估与过去 7 天内的诊室就诊无关，并且
 - 评估不会导致在 24 小时内或最快的预约时间内到诊室就诊
- 您的医生通过电话、互联网或电子健康记录系统与其他医生之间进行的咨询
- 手术前由另一家网络提供者提供第二意见
- 非常规牙科护理（承保服务仅限于颌骨或相关结构的手术、颌骨或面部骨骼的骨折复位、为颌骨进行肿瘤癌症的放射治疗做准备的拔牙，或由医生提供的承保服务）。可能需要预先授权。
- 如果您正在使用抗凝药物（如 Coumadin、肝素或 Warfarin），可在医师诊室或门诊医院环境中接受监测服务。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务	支付费用
<p>足病服务 (Medicare 承保)</p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 足部损伤和疾病 (如锤状趾或足跟骨刺) 的诊断和药物或手术治疗 为患有影响下肢的某些医疗状况的会员提供常规足部护理 	<p>此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>
<p> 预防 HIV 的暴露前预防 (PrEP)</p> <p>如果您未感染 HIV，但您的医生或其他医护人员认为您感染 HIV 的风险较高，我们将承保暴露前预防 (PrEP) 药物和相关服务。</p> <p>如果您符合条件，承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> FDA 批准的口服或注射剂 PrEP 药物。如果您使用的是注射剂药物，我们还承保注射药物的费用。 每 12 个月最多 8 次个人咨询会谈 (包括 HIV 风险评估、HIV 风险降低和药物依从性)。 每 12 个月最多 8 次 HIV 筛查。 <p>一次性乙型肝炎病毒筛查。</p>	<p>PrEP 福利无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>
<p> 前列腺癌筛查检查</p> <p>针对 50 岁及以上男性，承保服务包括以下项目每 12 个月一次：</p> <ul style="list-style-type: none"> 直肠指检 前列腺特异性抗原 (PSA) 检测 	<p>年度 PSA 检测无需支付共同保险、共付额或自付额。</p>
<p>假肢和矫形器装置及相关用品</p> <p>替代全部或部分身体部位或功能的装置 (牙科除外)。包括但不限于：假肢和矫形装置的测试、安装或使用培训；以及与结肠造口护理直接相关的结肠造口袋和用品、起搏器、支架、假肢鞋、假肢和乳房假体 (包括乳房切除术后 的外科胸罩)。包括与假体和矫形器装置相关的某些用品以及假体和矫形器装置的维修和/或更换。还包括白内障摘除或白内障手术后的部分承保 – 请参阅本表后面的“视力保健”了解更多详情。</p>	<p>符合此福利资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>
<p>肺部康复服务</p> <p>对于患有中度至极重度慢性阻塞性肺疾病 (COPD)，并由负责治疗慢性呼吸系统疾病的医生开具肺部康复医嘱的会员，承保全面的肺部康复计划。</p>	<p>符合此福利资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要预先授权。</p>

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用



筛查和咨询以减少酒精滥用

我们为酒精滥用但非酒精依赖的成人 (包括孕妇) 承保一次酒精滥用筛查。

如果您的酒精滥用筛查呈阳性，您每年最多可接受 4 次由合格的初级保健医生或执业医师在初级保健机构提供的面对面简短咨询会谈 (如果您在咨询过程中具有行为能力并保持清醒)。

对于 Medicare 承保的酗酒行为筛查与干预咨询预防性福利，无需支付共同保险、共付额或自付额。



低剂量计算机断层扫描 (LDCT) 筛查肺癌

对于符合条件的人，可承保每 12 个月一次的 LDCT 筛查。

符合资格的会员是：年龄在 50-77 岁之间，没有肺癌的症状或体征，但有至少 20 包年的吸烟史，目前正在吸烟或在过去 15 年内已经戒烟，在肺癌筛查咨询和共同决策就诊期间收到 LDCT 的书面指示，且该就诊符合 Medicare 的此类就诊标准，并由医生或合格的非医生执业者提供。

对于首次 LDCT 筛查后的 LDCT 肺癌筛查：会员必须收到 LDCT 肺癌筛查的书面指示，该指示可在医生或合格的非医生执业者的任何适当就诊期间提供。如果医师或合格非医师执业者选择为后续 LDCT 肺癌筛查提供咨询及共同决策就诊，该就诊必须符合 Medicare 对此类就诊的标准。

对于 Medicare 承保的咨询和共同决策就诊或 LDCT，无需支付共同保险、共付额或自付额。



丙型肝炎病毒感染筛查

如果您的初级保健医生或其他合格的医疗保健提供者要求，且您符合以下条件之一，我们将承保一次丙型肝炎筛查：

- 因为您使用或曾经使用过非法注射药物，所以您的风险很高。
- 您在 1992 年之前接受过输血。
- 您出生于 1945-1965 年之间。

如果您出生于 1945-1965 年之间，且不属于高风险人群，我们会为您支付一次筛查费用。如果您属于高风险人群 (例如，您在上次丙型肝炎筛查检测呈阴性后继续使用非法注射药物)，我们将承保年度筛查。

Medicare 承保的丙型肝炎病毒筛查无需支付共同保险、共付额或自付额。



性传播感染 (STI) 筛查和预防 STI 咨询

我们承保性传播感染 (STI) 筛查，包括衣原体、淋病、梅毒和乙型肝炎。为孕妇及经初级保健提供者开具检测医嘱的高风险人群承保这些

对于 Medicare 承保的 STI 筛查与预防 STI 咨询福利，无需

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用



性传播感染 (STI) 筛查和预防 STI 咨询 (续)

筛查。我们承保每 12 个月一次的检测，或在妊娠期间特定时间进行的检测。

我们还为性生活活跃、STI 风险较高的成人每年承保最多 2 次 20-30 分钟的面对面高强度行为咨询会谈。只有在由初级保健提供者提供且在初级保健机构（如医生诊室）进行的情况下，我们才会将这些咨询会谈作为预防性服务承保。

支付共同保险、共付额或自付额。

肾病治疗服务

承保服务包括：

- 肾病教育服务，传授肾脏护理知识并帮助会员做出明智的护理决策。对于经医生转诊时已有 IV 期慢性肾病的会员，终身最多承保 6 次肾病教育服务。
- 门诊透析治疗（包括在第 3 章中说明的临时离开服务区域或您的医疗服务提供者暂时不可用或无法访问期间的透析治疗）
- 住院透析治疗（如果您作为住院患者入院接受特殊护理）
- 自我透析培训（包括对您本人和帮助您进行家庭透析治疗的人员进行培训）
- 家庭透析设备和用品
- 某些家庭支持服务（例如，在必要时，由训练有素的透析工作人员上门检查您的家庭透析情况，在紧急情况下提供帮助，并检查您的透析设备和供水情况）

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

某些透析药物由 Medicare Part B 承保。如需了解 B 部分药物承保的信息，请参阅本表中的 **Medicare Part B 药物部分**。

专业护理机构 (SNF) 护理

（如需了解专业护理机构护理的定义，请参阅本文件第 12 章。专业护理机构有时简称为 SNF。）

承保服务包括但不限于：

- 半单人间（或在医疗上必需的情况为单人间）
- 包括特殊饮食在内的餐食
- 专业护理服务
- 物理治疗、职业治疗和言语治疗
- 按照我们的护理计划提供的药物（包括体内天然存在的物质，如凝血因子。）
- 血液 - 包括储存和输注。全血和浓缩红细胞的承保自您需要的第一品脱血液开始。血液其他所有成分从使用的第一品脱开始承保。
- 通常由 SNF 提供的医疗和手术用品
- 通常由 SNF 提供的化验

此服务无需支付共同保险、共付额或自付额。

可能需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

专业护理机构 (SNF) 护理 (续)

- 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射科服务
- 通常由 SNF 提供的轮椅等医疗器械
- 医生/执业人员服务

您通常从网络机构获得 SNF 护理。在下列特定情况下，如果机构接受本计划的付款金额，则您有可能为不属于网络提供者的机构支付网络内费用分摊。

- 在您住院前曾居住的护理院或持续护理退休社区 (前提是此类机构提供专业护理机构护理)
- 当您出院时，您的配偶或同居伴侣居住的 SNF



吸烟和烟草使用戒断 (停止吸烟和烟草使用咨询)

符合以下标准的门诊和住院患者可获得吸烟和烟草使用戒断咨询承保：

- 使用烟草，无论是否表现出烟草相关疾病的症状或体征
- 在咨询过程中具有行为能力并保持清醒
- 由合格的医生或其他 Medicare 认可的执业人员提供咨询

我们每年承保 2 次戒烟尝试 (每次尝试可包括最多 4 次中级或强化治疗，患者每年可获得最多 8 次治疗)。

对于 Medicare 承保的戒烟及戒用烟草预防性福利，无需支付共同保险、共付额或自付额。

慢性病特殊补充福利 *

如果您被诊断为下列任一慢性疾病，且符合相关标准，您可能有资格获得慢性病患者特殊补充福利。

- 心血管疾病
- 慢性心力衰竭
- 痴呆
- 糖尿病
- 慢性肺部疾病
- 慢性肾脏疾病 (CKD)
- 慢性酒精使用障碍和其他药物使用障碍 (SUD)
- 癌症
- 自身免疫性疾病
- 超重、肥胖和代谢综合征
- 慢性胃肠疾病
- 严重血液系统疾病
- HIV/AIDS
- 慢性和致残性精神健康状况
- 神经系统疾病
- 中风
- 器官移植后

如果使用预付借记卡，则无需支付共同保险或共付额。

您需为计划批准的非医疗交通运输支付 \$0 共付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

慢性病特殊补充福利 * (续)

- 免疫缺陷和免疫抑制疾病
- 与认知障碍相关的疾病
- 存在功能障碍的疾病
- 影响视力、听力 (耳聋)、味觉、触觉和嗅觉的慢性疾病
- 需要持续治疗服务才能维持或保留个人功能的疾病

可能需要参与护理管理计划。由于缺乏历史医疗信息，会员还必须获得医生的签字才能进行检测。

可能需要预先授权。

我们将协助您获取这些福利。您可以致电会员服务部或您的护理协调员，提出申请或了解更多信息。

注意：申请此项福利即表示您授权 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 代表通过电话、邮件或申请表中明确列出的任何其他通信方式与您联系。

经批准后，您的预付借记卡 将每月自动充值，包括每月 \$200 的津贴，用于 SSBCI 福利。每月月底未使用的金额不会转入下个月。

食品与农产品

您可以使用预付借记卡 上的津贴，在附近参与计划的当地商店购买各种品牌和普通健康食品，也可以前往 Members.NationsBenefits.com/Molina 在线购买，并享受送货上门服务，无需支付额外费用。

请参阅“预付费借记卡”部分，了解包含在合计津贴中的福利和服务的完整清单。

非医疗交通运输*

要获得非医疗交通运输的资格，您必须患有上述一种或多种慢性疾病，并参加护理管理计划。您的医疗管理员将决定您是否有资格享受这项福利。

您最多可以使用交通运输 (额外常规) 福利中承保的一半单程行程。这些单程行程 (最多 50 英里) 用于往返杂货店、健身俱乐部和老年中心。这些单程行程将计入交通运输 (额外常规) 的 48 次单程行程限额。

更多信息请参阅下面的“交通运输 (额外常规)”。

监督运动疗法 (SET)

患有症状性外周动脉疾病 (PAD) 的会员享有 SET 承保。

如果符合 SET 计划要求，在 12 周内最多可承保 36 个疗程。

SET 计划必须：

- 包括持续 30-60 分钟的疗程，包含用于跛行患者的 PAD 治疗性运动训练计划
- 在医院门诊环境或医师诊室中进行
- 由接受过 PAD 运动治疗培训的合格辅助人员提供，确保治疗获益大于伤害

符合此福利资格的会员无需支付共同保险或共付额。

可能需要预先授权。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用

监督运动疗法 (SET) (续)

- 在医师、医师助理，或具有基本和高级生命支持技能培训背景的执业护士/临床护士专家的直接监督下进行

如果医疗保健提供者认为符合医疗上必需性，在完成 12 周 36 个疗程后，SET 可额外延长承保 36 个疗程。

交通运输 – 非急诊 (补充) *

您可通过签约的交通运输医疗服务提供者获得 48 次单程非紧急交通服务，前往计划批准的地点接受网络提供者提供的医疗保健服务。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

每次行程限行 50 英里。可用的交通方式包括出租车、面包车、医疗运送或共享服务。

为确保有车可用，请至少提前 2 个工作日预约运输服务。

请联系会员服务部 (电话号码印在本文件封底) 安排预约。

如需取消预约，请至少提前 24 小时通知会员服务部，以免占用您的运输福利。

急需的服务

如果您暂时不在我们计划的服务区域内，或者即使您在我们计划的服务区域内，但考虑到您所处的时间、地点和情况，从网络提供者处获取该服务是不合理的，那么需要立即就医但并非急诊的计划承保服务就属于急需的服务。我们的计划必须承保急需的服务，且仅向您收取网络内费用分摊。急需的服务例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有疾病的意外复发。医疗上必需的常规医疗服务提供者就诊 (如年度体检) 不被视为急需的服务，即使您不在我们计划的服务区域内或我们的计划网络暂时不可用。

此福利无需支付共同保险、共付额或自付额。

美国境外的急需的护理可由全球急诊/紧急承保福利承保。我们每日历年提供高达 \$50,000 的全球急诊保障，包括紧急运输、紧急护理、急诊护理及稳定后护理。请参阅本图表中的“全球急诊/紧急护理承保”了解更多信息。

 视力保健 (Medicare 承保)

承保服务包括：

- 用于诊断和治疗眼部疾病或损伤的门诊医师服务，包括老年性黄斑部病变的治疗。Original Medicare 不承保眼镜/隐形眼镜的常规眼科检查 (眼睛屈光检查)。
- 对于青光眼高风险人群，我们每年承保一次青光眼筛查。青光眼高风险人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、50 岁及以上的非裔美国人和 65 岁及以上的西班牙裔美国人。
- 对于糖尿病患者，每年承保一次糖尿病视网膜病变筛查。

符合此福利资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务

支付费用



视力保健 (Medicare 承保) (续)

- 每次白内障手术 (术中包括植入人工晶状体) 后，一副眼镜或隐形眼镜。如果您分别进行了 2 次白内障手术，则不能在第一次手术后保留福利，然后在第二次手术后购买 2 副眼镜。

视力保健 (补充) *

我们与眼科供应商合作，为您的日常视力需求提供更多选择！

补充视力承保的服务包括但不限于：

承保范围包括：

- 每个日历年一次例行眼科检查
- 眼镜津贴

您可使用 \$300 眼镜津贴购买：

- 隐形眼镜*
- 眼镜 (镜片和镜框)
- 眼镜镜片和/或镜框

*如果您选择隐形眼镜，您的眼镜津贴也可用于支付全部或部分隐形眼镜验配费。您将负责支付超出计划眼镜津贴限额的任何矫正眼镜的费用。

\$0 共付额，每个日历年最多一次常规配镜眼科检查 (和验光) 。

此福利无需支付共同保险或共付额。



欢迎来到 Medicare 预防性就诊

我们的计划承保一次性欢迎来到 Medicare 预防性就诊。就诊内容包括对您的健康状况进行检查，并就您需要的预防服务 (包括某些筛查和疫苗) 提供教育和咨询，以及在需要时转诊您接受其他护理。

重要信息：我们仅在您享有 Medicare Part B 的前 12 个月内承保欢迎来到 Medicare 预防性就诊。在您预约时，请告知您的医生诊室您想要安排欢迎来到 Medicare 预防性就诊。

欢迎来到 Medicare 预防性就诊无需支付共同保险、共付额或自付额。

全球急诊/紧急承保 (补充) *

作为一项附加福利，您的承保范围包括每个日历年最多 \$50,000 用于美国境外的全球急诊/紧急护理。

此福利仅限于在 U.S. 境内接受时将被归类为急诊情况或紧急护理的服务。全球承保内容包括急诊或急需的护理、紧急运输、紧急护理，从紧急事件发生地点前往最近医疗治疗机构的急诊救护运输，以及稳定后护理。

此福利无需支付共同保险或共付额。

如果您在 U.S. 以外地区接受了急诊护理，并且在状况稳定后需要住院护理，您必须返回网络医院接受护理以继续获得

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

承保服务	支付费用
<p>全球急诊/紧急承保 (补充) * (续)</p> <p>在以其他方式前往急诊室可能危及您健康的情况下，救护运输服务可予以承保。</p> <p>遇到此类情况，我们建议由您本人或照护您的人尽快致电我们。我们将尽快安排网络提供者在您的医疗状况和情况允许的情况下接管您的护理。</p> <p>从其他国家返回 U.S. 的交通费用不在承保范围内。常规护理和预定或择期手术不在承保范围内。</p> <p>外币交易中的税费 (包括但不限于货币转换费或交易费) 不在承保范围内。</p> <p>U.S. 指 50 个州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Island 和 American Samoa。</p>	<p>承保，或必须在获得计划授权的网络外医院接受住院护理。您的费用是您在网络医院支付的费用分摊。适用计划的最高限额。</p> <p>您可能需要为在 U.S. 境外接受的急诊/紧急护理提交索赔申请以获得报销。</p> <p>本福利适用每日历年 \$50,000 的计划最高限额。</p>

第3节 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 范围外承保的服务

作为本计划会员，您享有 Medicare Savings Program 的承保。Medicare Savings Program 帮助收入有限的人群支付 Medicare 费用，如保费或费用分摊。这些 Medicare 费用的援助取决于您的帮助级别。具体承保范围请参阅第 2 章第 6 节下的表格。对某些人而言，Medicaid 还通过额外福利提供更多援助。

如需 Medicaid 援助，请联系 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员服务部。我们很高兴为您提供帮助。您也可以直接联系 California Medicaid。您可以在第 2 章第 6 节中找到 California Department of Health Care Services 的联系方式。

第4节 我们的计划不承保的服务

本节说明哪些服务属于“除外项目”。

下表列出了在任何情况下都不被我们的计划承保，或仅在特定条件下由 Medicaid 承保的服务和物品。

如果您获得除外 (不承保) 服务，除下列特定条件外需自行支付费用。即使您在急诊机构接受了除外服务，除外服务仍不在承保范围内，本计划将不予支付。唯一例外：如果该服务经上诉并被判定：根据上诉应因您的特殊情况而由我们支付或承保的医疗服务。(关于对我们不承保医疗服务的决定提出上诉的信息，请参阅第 9 章第 6.3 节。)

Medicare 不承保的服务	仅在特定条件下承保
整容手术或程序	<p>在意外伤害或改善畸形身体部位功能的情况下承保</p> <p>承保乳房切除术后乳房重建的所有阶段，以及未受影响的乳房以使外观对称</p>
监护护理	任何情况下均不承保

第4章医疗福利图表 (承保范围和支付金额)

Medicare 不承保的服务	仅在特定条件下承保
监护护理是不需要受过培训的医疗或辅助医疗人员持续关注的个人护理，如协助日常活动（洗澡或穿衣）	
实验性医疗和外科程序、设备及药物 实验性物品和程序指被 Original Medicare 认定为未被医学界普遍接受的物品和程序	可能由 Original Medicare 在 Medicare 批准的临床研究中承保，或由本计划承保 (更多关于临床研究的信息请参阅第 3 章第 5 节)
直系亲属或家庭成员提供的护理收费	任何情况下均不承保
家中全日制护理服务	任何情况下均不承保
家政服务包括基本家务帮助，包括轻度清洁或简单餐食准备。	任何情况下均不承保
自然疗法服务（使用自然或替代治疗）	任何情况下均不承保
矫形鞋或足部支撑装置	作为腿支架一部分并包含在支架费用中的鞋子，糖尿病足病患者的矫形或治疗鞋
医院或专业护理机构房间内的个人物品，如电话或电视	任何情况下均不承保
医院私人病房	仅在医疗上必需时承保
绝育手术逆转和/或非处方避孕用品	任何情况下均不承保
放射状角膜切开术、LASIK 手术和其他低视力辅助设备	本计划提供额外视力承保。详见本章节 2.1 部分福利图表中“视力保健”说明。
常规足部护理	根据 Medicare 指南提供有限承保（如糖尿病患者）
根据 Original Medicare 标准判定非合理必要服务	任何情况下均不承保

第5章

使用 D 部分药物的计划承保范围



如何获取药物费用信息？

由于您符合 Medicaid 资格，您有资格并正在获得 Medicare 提供的 Extra Help 以支付处方药计划费用。由于您加入了 Extra Help 计划，本《承保证明》中关于 D 部分处方药费用的一些信息可能对您不适用。我们向您寄送了一份单独的插页，名为《获得处方药支付 Extra Help 者的承保证明附加条款》（又称《Low Income Subsidy 附加条款》或《LIS 附加条款》），其中向您介绍了您的药物保险情况。如果您没有此插页，请致电会员服务部，索取 LIS 附加条款。（会员服务部的电话号码印在本文件的封底。）

第1节 我们计划的 D 部分药物承保的基本规则

有关 Medicare Part B 药物福利和临终关怀药物福利的信息，请参阅第 4 章中的医疗福利图表。

除了 Medicare 承保的药物外，您的 Medicaid 福利也会承保某些处方药。

如需了解更多 Medicaid 药物承保的信息，请联系会员服务部或您所在州的 Medicaid 办公室（联系方式列于第 2 章第 6 节）。

只要您遵守这些规则，我们的计划通常会承保您的药物：

- 您必须由医疗服务提供者（医生、牙医或其他处方医生）为您开具处方，且处方在适用的州法律下有效。
- 您的处方医生必须不在 Medicare 的排除或限制名单上。
- 一般情况下，您必须使用网络药房配药（请参阅第 2 节），或者您可以通过我们计划的邮购服务配药。
- 您的药物必须在我们计划的《药物清单》中（请参阅第 3 节）。
- 您的药物必须用于医学认可适应症。“医学认可适应症”是指已获得 FDA 批准或某些参考文献支持的药物用途。（医学认可适应症详情参见第 3 节。）
- 您的药物可能需要根据某些标准获得我们计划的批准，我们才会承保。（更多信息请参阅第 4 节。）

第2节 在网络药房或通过我们计划的邮购服务配药

在大多数情况下，只有在我们计划的网络药房配药，您的处方药才会得到承保。（请参阅第 2.5 节，了解我们何时承保在非网络药房配药的处方药。）

网络药房是指与我们的计划签订合同为您提供承保药物的药房。承保药物一词是指我们计划的《药物清单》上的所有 D 部分药物。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

第2.1节 网络药房

查找您所在地区的网络药房

要查找网络药房，请查阅《药房名录》，访问我们的网站 (centralhealthplan.com)，和/或致电会员服务部 (866) 314-2427。

您可以前往我们的任何一家网络药房。

如果您的药房退出网络

如果您使用的药房退出了我们计划的网络，您必须寻找一家新的网络药房。要查找您所在地区的另一家药房，请向会员服务部寻求帮助，或使用《药房名录》。亦可访问我们的网站 centralhealthplan.com 查询信息。

专门药房

有些处方药必须在专门药房配药。专门药房包括：

- 对居家输液治疗供应药物的药房。
- 为长期护理 (LTC) 机构住宿者供应药物的药房。通常，LTC 机构（例如疗养院）有自己的药房。如果您在 LTC 机构获取 D 部分药物时遇到困难，请联系会员服务部(866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。
- 为 Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program 提供服务的药房 (Puerto Rico 不提供)。除紧急情况外，只有美洲原住民或 Alaska 原住民才能使用我们网络中的这些药房。
- 配发受 FDA 限制于特定地点或需要特殊处理、提供者协调或使用教育的药物的药房。要查找专门药房，请查阅《药房名录》或致电会员服务部(866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

第2.2节 我们计划的邮购服务

对于某些类型的药物，您可以使用计划的网络邮购服务。邮购通常提供慢性或长期医疗状况的常规用药。在我们的“药物清单”中，无法通过计划的邮购服务获得的药物会标注为“NM”（即“无法邮购”）。

我们计划的邮购服务允许您订购最多 100 天的供应量。

获取邮购处方表格及信息请致电会员服务或访问网站 centralhealthplan.com。

邮购药物通常 14 天内送达。如果有紧急需要或时间延误，请致电会员服务部寻求帮助，以获得处方临时供应。

药房直接从医生诊室收到的新处方。

药房收到医疗保健提供者提供的处方后会联系您，看您是希望立即配药还是稍后再配。重要的是，每次药房联系您时，您都要做出回应，让他们知道是否要寄送、延迟寄送或停止寄送新处方药。

邮购处方药的补药。如需补药，您可以选择注册自动补药计划。根据该计划，当我们的记录显示您的药物即将用完时，我们将自动开始处理您的下一次补药。在每次发送补充药物前，药房将与您联系以确保您需要更多药物。如果您有足够的药物或您的药物发生了变化，您可以取消预定的补药。

如果您选择不使用我们的自动补药计划，但仍希望邮购药房将处方药寄送给您，请在当前处方药即将用完之前 14 天联系您的药房。这将确保您的订单能及时送达。

退出自动邮购续药计划请致电会员服务或访问网站 centralhealthplan.com。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

如果收到不需要的自动邮购续药，可能符合退款条件。

第2.3节 如何获得长期药物供应

当您获得药物长期供应时，您的费用分摊可能会降低。我们的计划提供 2 种方式来实现我们计划《药物清单》上维持药物的长期供应（也称为延长供应）。（维持药物是指您为治疗慢性或长期医疗状况而定期使用的药物。）

1. 我们网络中的一些零售药房允许您获得维持药物长期供应。您的《药房名录》会告诉您我们网络中哪些药房可以为您提供维持药物长期供应。您也可以致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 获取更多信息。
2. 您也可以通过我们的邮购计划获得维持药物。如需更多信息，请参阅第 2.3 节。

第2.4节 使用不在我们计划网络内的药房

一般而言，只有在您无法使用网络药房的情况下，我们才会承保非网络药房配药。我们也在服务区域外设有网络药房，您作为本计划成员可在这些药房配药。请先致电会员服务部，电话：(866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，查询附近是否有网络药房。

我们仅在以下情况下承保在非网络药房配药的处方药：

- 如果处方药与急需的护理有关
- 如果这些处方药与医疗紧急情况下的护理有关
- 仅承保 31 天的供应量，除非处方开具的供应量更少。

如果必须使用非网络药房，您通常需在配药时支付全额费用（而非非常规费用分摊）。您可要求我们报销我们承担的费用份额。（请参阅第 7 章第 2 节了解如何向我们的计划申请费用返还。）您可能需要支付在非网络药房购药费用与我们网络药房承保费用之间的差额。

第3节 您的药物必须在我们计划的《药物清单》中

第3.1节 《药物清单》列出了承保的 D 部分药物

我们的计划有一份《承保药物清单》（处方集）。在本《承保证明》中，我们将其称为《药物清单》。该清单上的药物由我们的计划在医生和药剂师的帮助下选定。该清单符合 Medicare 的要求，并已获得 Medicare 的批准。

《药物清单》仅显示 Medicare Part D 承保的药物。除了 Medicare 承保的药物外，您的 Medicaid 福利也会承保某些处方药。如需了解更多 Medicaid 药物承保的信息，请联系会员服务部或您所在州的 Medicaid 办公室（联系方式列于第 2 章第 6 节）。

只要您遵守本章中说明的其他承保规则并且药物用于医学认可适应症，我们通常都会承保我们计划药物清单上的药物。医学认可适应症是指符合以下任一条件的药物用途：

- 经 FDA 批准用于诊断或处方所针对的病症，或
- 得到某些参考资料的支持，如《美国医院处方集服务药物信息》和 Micromedex DRUGDEX 信息系统。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

《药物清单》包括品牌药、仿制药和生物制品（可能包括生物类似药）。

品牌药是指以药物制造商拥有的商标名称销售的处方药。生物制品是比典型药物更复杂的药物。在《药物清单》中，当我们提到药物时，这可能指药物或生物制品。

仿制药是一种具有与品牌药相同活性成分的处方药。生物制品也有替代品，称为生物类似药。一般来说，仿制药和生物类似药的效果与品牌药或原研生物制品一样好，而且通常价格更低。许多品牌药都有仿制药替代品，一些原研生物制品也有生物类似药替代品。有些生物类似药是可互换生物类似药，根据各州的法律，可以在药房替代原研生物制品，而不需要新的处方，就像仿制药可以替代品牌药一样。

请参阅第 12 章了解《药物清单》可能包含的药品类型定义。

非处方药

我们的计划还承保某些非处方药。有些非处方药比处方药便宜，但效果一样好。如需了解更多信息，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

不在《药物清单》上的药物

我们的计划并非承保所有处方药。

- 在某些情况下，法律不允许任何 Medicare 计划承保某些类型的药物。（如需了解更多信息，请参阅第 7 节。）
- 在其他情况下，我们决定不将某种药物列入《药物清单》。
- 在某些情况下，您可以获得不在我们《药物清单》上的药物。（如需了解更多信息，请参阅第 9 章）。

第3.2节 《药物清单》列出的药品分为六 (6) 个费用分摊等级

我们计划《药物清单》上的每种药物都属于六 (6) 种费用分摊等级之一。一般来说，等级越高，您的药物费用就越高：

- 第 1 级 - 首选仿制药
- 第 2 级 - 仿制药
- 第 3 级 - 首选品牌药
- 第 4 级 - 非首选药物
- 第 5 级 - 特药层级
- 第 6 级 - 精选护理药物

要了解您的药物属于哪个费用分摊等级，请查阅我们计划的《药物清单》。第 6 章列出了各费用分摊等级中您需支付的药物费用金额。

第3.3节 如何查询特定药物是否在《药物清单》上

要查询某种药物是否在我们的《药物清单》上，您有以下几种选择：

- 查看我们提供的最新电子版《药物清单》。
- 访问我们计划的网站 (centralhealthplan.com)。网站上的《药物清单》始终是最新的。
- 致电会员服务部，了解特定药物是否在我们计划的《药物清单》上，或索要清单副本。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

- 使用我们计划的“实时福利工具”(Caremark.com) 搜索《药物清单》上的药物，查看您需支付的估计费用，以及《药物清单》上是否有可治疗相同病症的替代药物。请致电会员服务部(866)314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

第4节 有承保限制的藥物

第4.1节 为什么有些药物有限制？

对于某些处方药，特殊规定限制了我们计划承保的方式和时间。由医生和药剂师组成的团队制定了这些规则，以鼓励您和您的医疗服务提供者以最有效的方式使用药物。如需了解这些限制是否适用于您正在服用或想要服用的药物，请查看《药物清单》。

如果一种安全、费用较低的药物与费用较高的药物具有同样的疗效，那么我们计划的规定旨在鼓励您和您的医疗服务提供者使用费用较低的药物。

请注意，有时一种药物可能会在我们的《药物清单》中出现不止一次。这是因为相同药物可能因医疗保健提供者处方的剂量、数量或剂型不同而存在差异，不同版本药物可能适用不同限制或费用分摊（例如 10 mg 与 100 mg；每日一次与每日两次；片剂与液体）。

第4.2节 限制类型

以下部分将详细介绍我们对某些药物使用的限制类型。

如果您的药物受到限制，通常意味着您或您的医疗服务提供者必须采取额外措施，我们才能承保该药物。请致电会员服务部(866)314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，了解您或您的医疗服务提供者可采取哪些措施以获得该药物的承保。如果您希望我们为您免除限制，您需要使用承保决定流程并请求我们作出例外处理。我们可能同意也可能不同意为您免除限制。（请参阅第 9 章）

提前获得计划批准

对于某些药物，您或您的医疗服务提供者需要根据特定标准获得我们计划的批准，我们才会同意为您承保。这就是所谓的**预先授权**。这样做是为了确保用药安全，并帮助指导某些药物的合理使用。如果您没有获得批准，您的药物可能不在我们计划的承保范围内。如需获取本计划的预先授权标准，请致电会员服务部(866)314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或访问我们的网站 centralhealthplan.com。

先尝试不同的药物

这项要求鼓励您在我们的计划承保另一种药物之前尝试费用较低但通常同样有效的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 治疗相同的医疗状况，而药物 A 的费用较低，我们的计划可能会要求您先试用药物 A。如果药物 A 对您无效，我们的计划将承保药物 B。这种首先尝试不同药物的要求称为**阶梯疗法**。如需获取本计划的阶梯疗法标准，请致电会员服务部(866)314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或访问我们的网站 MolinaHealthcare.com/Medicare。

数量限制

对于某些药物，我们会限制您每次配药时获得的剂量。例如，如果通常认为某种药物每天只服用一片是安全的，我们可能会将您的处方药承保限制为每天不超过一片。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

第5节 如果您的某种药物未按您希望的方式获得承保，您该怎么办

在某些情况下，您服用的处方药或您和您的医疗服务提供者认为您应该服用的处方药不在我们的《药物清单》上或有限制。例如：

- 药物可能根本不在承保范围内。又或者，非专利版本的药物可能在承保范围内，但您想服用的品牌版本却不在承保范围内。
- 药物在承保范围内，但对该药物的承保有额外的规定或限制。

如果药物所处费用分摊等级使您的费用比您认为的要高，请参阅第 5.1 节了解应对方案。

如果您的药物不在《药物清单》上或受到限制，以下是应对方案选项：

- 您可能可以获得药物临时供应。
- 您可以换用另一种药物。
- 您可以申请例外处理，要求我们的计划承保该药物或取消对该药物的限制。

您可能可以获得临时供应

在某些情况下，我们的计划必须提供您已在服用药物的临时供应。这种临时供应可让您有时间与医疗服务提供者商讨换药事宜。

要获得临时供应资格，您服用的药物必须不再列入我们计划的《药物清单》，或者现在以某种方式受到限制。

- 如果您是**新会员**，我们将在您加入我们计划的前 **90 天**内为您承保药物临时供应。
- 如果您在去年加入我们的计划，我们将在该日历年度的前 90 天内为您承保药物临时供应。
- 这种临时供应最多可持续 31 天。如果您的处方开具的天数较少，我们将允许您多次配药，最多可提供 31 天的药量。处方药必须在网络药房配药。（请注意，长期护理药房可能每次提供药量较少，以防止浪费。）
- 对于加入我们的计划超过 **90 天**并生活在长期护理机构且需要立即供应的**会员**：我们将承保某种特定药物 31 天的紧急供应量，如果您的处方药使用天数较少，则承保药量会更少。这是对上述临时供应的补充。
- 如果您是 LTC 机构的新入住者，已参保我们的计划超过 90 天，并且需要一种不在我们的处方集中或受到其他限制（例如阶梯疗法或数量限制（剂量限制））的药物，我们将在会员寻求处方集例外处理期间，承保该药物的 31 天紧急临时供应（除非处方药使用天数较少）。如果您所接受的护理级别发生变化，需要您从一个机构或治疗中心转移到另一个机构或治疗中心，则可获得例外处理。在这种情况下，即使您已超过加入计划前 90 天，您仍有资格获得临时一次性例外配药。请注意，我们的过渡政策仅适用于在网络药房购买的“D 部分”药物。过渡政策不能用于购买非 D 部分药物或网络外药物，除非您符合网络外使用资格。

如有关于临时供应的问题，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

在使用临时供应药物期间，您应与您的医疗服务提供者讨论，决定临时供应用完后该怎么办。您有 2 种选择：

选项 1. 您可以换用另一种药物

请与您的医疗服务提供者讨论是否有我们计划承保的其他药物对您同样有效。请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，索取治疗相同医疗状况的承保药物清单。这份清单可以帮助您的医疗服务提供者找到可能对您有效的承保药物。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

选项 2. 您可以要求例外处理

您与您的医疗服务提供者可请求我们的计划破例按您期望的方式承保该药物。如果您的医疗服务提供者表示您有医疗原因足以向我们申请例外处理，您的医疗服务提供者可以帮您申请例外处理。例如，您可以要求我们的计划承保某种药物，即使该药物不在我们计划的《药物清单》上。或者，您可以要求我们的计划例外处理，承保该药物而不受任何限制。

如果您是现有会员，而您服用的药物明年将从处方集中移除或以某种方式受到限制，我们会在新的一年之前通知您任何变更。您可以在明年之前申请例外处理，我们将在收到您的申请（或处方医生的支持声明）后 72 小时内给您答复。如果我们批准您的申请，我们将在变更生效前授权该药物的承保。

如果您和您的医疗服务提供者想要申请例外处理，请参阅第 9 章第 7.4 节了解该怎么做。其中说明了 Medicare 规定的程序和截止日期，以确保您的申请得到及时公平的处理。

第5.1节 如果您的药物所在费用分摊等级过高，您应该怎么做？

如果您认为您的药物费用分摊等级过高，您可以采取以下措施：

您可以换用另一种药物

如果您认为您的药物费用分摊等级过高，请咨询您的提供者。可能会有费用分摊等级较低的另一种药物对您同样有效。请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，索取治疗相同医疗状况的承保药物清单。这份清单可以帮助您的医疗服务提供者找到可能对您有效的承保药物。

您可以要求例外处理

您和您的医疗服务提供者可以要求我们计划对药物的费用分摊等级做出例外处理，以便您支付更少费用。如果您的医疗服务提供者表示您有医疗原因足以向我们申请例外处理，您的医疗服务提供者可以帮您申请规则例外处理。

如果您和您的医疗服务提供者想要申请例外处理，请参阅第 9 章第 7.4 节了解该怎么做。其中说明了 Medicare 规定的程序和截止日期，以确保您的申请得到及时公平的处理。

第 5 级药物：特殊情况不符合此类例外条件的条件。我们不会降低此等级药物的费用分摊金额。

第6节 我们的《药物清单》可能在年中发生变更

大部分药物保险的变更发生在每年年初（1月1日）。不过，在年中，我们的计划可以对《药物清单》做出一些变更。例如，我们的计划可以：

- 在《药物清单》中添加或删除药物。
- 将某种药物移至更高或更低费用分摊等级。
- 增加或取消某种药物的承保限制。
- 用仿制药取代品牌药。
- 以可互换生物类似药替代原研生物制品。

在更改我们计划的《药物清单》之前，我们必须遵守 Medicare 的要求。

有关药物承保变更的信息

当《药物清单》发生变化时，我们会在网站上发布有关这些变化的信息。我们还定期更新在线《药物清单》。有时，如果我们对您服用的药物作出变更，您会直接收到通知。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

本计划年度内对您有影响的药物承保变更

- 向《药物清单》新增药物及立即移除或修改《药物清单》中同类药物。
 - 我们可能会立即从《药物清单》中移除同类药物，将同类药物移至不同的费用分摊等级，添加新的限制，或两者兼而有之。药物的新版本将采用相同或较低的费用分摊等级，并具有相同或较少的限制。
 - 仅当新增品牌药的仿制药版本或新增《药物清单》已有原研生物制品的特定生物类似药时，我们才会即时实施这些变更。
 - 我们可能会立即做出这些更改，然后再告诉您，即使您正在服用我们要删除或更改的药物。如果变更时您正在使用同类药物，我们将告知具体变更内容。
- 新增药物至《药物清单》以及移除或变更《药物清单》上的类似药物
 - 在《药物清单》中增加另一种药物时，我们可能会从《药物清单》中移除同类药物，将同类药物移至不同的费用分摊等级，添加新的限制，或两者兼而有之。我们添加的药物版本将采用相同或较低的费用分摊等级，并具有相同或较少的限制。
 - 仅当新增品牌药的仿制药版本或新增《药物清单》已有原研生物制品的特定生物类似药时，我们才会实施这些变更。
 - 我们会在作出变更前至少 30 天告知您，或告知您变更内容并承保您正在服用药物的 31 日配药量。
- 移除《药物清单》上的不安全药物和其他已退出市场的药物
 - 有时，一种药物会被认为不安全，或因其他原因而退出市场。如果出现这种情况，我们可能会立即将该药物从《药物清单》中删除。如果您正在服用这种药物，我们会在更改后告诉您。
- 对《药物清单》上的药物作出其他变更
 - 年度开始后，我们可能会对您正在服用的药物做出其他更改。例如，我们以 FDA 的盒装警告或 Medicare 认可的新临床指南为依据。
 - 我们将在作出这些变更前至少 30 天告知您，或告知您变更内容并承保您服用药物的额外 31 天配药量

如果我们对您服用的任何药物作出上述任何变更，请与您的处方医生讨论最适合您的方案，包括改用其他药物治疗您的病症，或请求承保决定以满足您正在服用的药物的任何新限制。您或您的处方医生可要求我们破例继续承保您一直服用的药物或药物版本。关于申请承保决定（包括例外）的更多信息，请参阅第 9 章。

本计划年度内对您无影响的《药物清单》变更

我们可能对《药物清单》进行上述未提及的某些变更。此类情况下，如果变更时您正在使用该药物，变更将不适用于您；但如果您继续参与同一计划，这些变更可能自下个计划年度的 1 月 1 日起生效。

一般来说，在当前计划年度内不会影响您的变更包括：

- 我们将您的药物转入更高费用分摊等级。
- 我们对您的药物使用做出了新的限制。
- 我们将您的药物从《药物清单》中移除。

如果您服用的药物发生任何上述变更（退出市场、仿制药取代品牌药或上述章节中提及的其他变更除外），则在明年 1 月 1 日前，该变更不会影响您的用药或您应支付的费用份额。在此日期之前，您可能不会看到对于使用该药物付款额增加或新增任何限制。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

在当前计划年度内，我们不会直接告诉您这些类型的变更。您需要查看下一个计划年度的《药物清单》（在公开参保期间可查阅清单），以了解您服用的药物是否有任何变更，而这些变更会在下一个计划年度对您造成影响。

第7节 我们不承保的药物类型

某些类型的处方药被排除在外。也就是说，Medicare 不会支付这些药物的费用。

如果您上诉且请求药物被认定不属于 D 部分排除范围，我们将支付或承保该药物（上诉程序详见第 9 章）。如果该药物被则您必须自行支付费用。

以下是 Medicare 药物计划 D 部分不承保药品的 3 项通用规则：

- 本计划 D 部分药物承保不包含 Medicare Part A 或 Part B 承保的药物。
- 本计划不承保美国及其领地以外购买的药物。
- 如果药物的超药品说明书使用没有得到某些参考资料的支持，如《美国医院处方集服务药物信息》和 Micromedex DRUGDEX 信息系统，则我们的计划不会承保。超药品说明书用药指未经 FDA 批准的药品说明书标注用途以外的任何使用。

此外，根据法律规定，Medicare 不承保以下列出的药物类别。但其中部分药物可能纳入您的 Medicaid 药物承保范围。

如需了解更多 Medicaid 药物承保的信息，请联系会员服务部或您所在州的 Medicaid 办公室（联系方式列于第 2 章第 6 节）。

- 非处方药物（又称非处方药）
- 促进生育类药物
- 缓解咳嗽或感冒症状类药物
- 用于美容或促进毛发生长类药物
- 处方维生素和矿物质产品，除产前维生素和氟化物制剂外
- 用于治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药物
- 用于治疗厌食症、体重减轻或增重的药物
- 门诊药物，其制造商要求作为销售条件必须仅从制造商处购买相关检测或监测服务

如果您获得 **Extra Help** 来支付处方药费用，Extra Help 不会支付通常不承保的药物。如果您通过 Medicaid 获得药物承保，您所在州的 Medicaid 计划可能会承保通常不在 Medicare 药物计划承保范围内的部分处方药。请联系您所在州的 Medicaid 计划，以确定您可以获得哪些药物承保。（请在第 2 章第 6 节中查找 Medicaid 的电话号码和联系方式。）

第8节 如何进行处方配药

若要配药，请在您选择的网络药房提供本计划会员信息，该信息可在您的计划会员卡上找到。网络药房将自动向我们的计划收取我们的药物费用份额。您需在取药时向药房支付您的费用份额。

您必须出示您的 California Medicaid 计划会员 ID 卡才能进行 Medicaid 承保的处方药配药

如果您没有随身携带我们的计划会员信息，您或药房可以致电我们的计划获取必要的信息，您也可以要求药房查询我们的计划参保信息。

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

如果药房无法获得必要的信息，您可能需要在取药时支付处方药的全额费用。（然后您可以要求我们向您报销我们的份额。请参阅第 7 章第 2 节了解如何要求我们的计划报销。）

第9节 特殊情况下的 D 部分药物承保

第9.1节 您在我们计划承保的医院或专业护理机构住院

如果您入住我们计划承保的医院或专业护理机构，我们通常会承保您住院期间的处方药费用。一旦您离开医院或专业护理机构，只要您的处方药符合本章所述的所有承保规定，我们的计划将承保您的处方药。

第9.2节 作为长期护理 (LTC) 机构的居民

通常，长期护理 (LTC) 机构（如疗养院）有自己的药房，或使用一家药房为所有住院者提供药物。如果您是 LTC 机构的入住者，您可以通过该机构的药房或其使用的药房购买处方药，只要该药房在我们的网络内。

查看您的《药房名录》，了解您的 LTC 机构的药房或其使用的药房是否在我们的网络内。如果不是，或者您需要更多信息或帮助，请联系会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。如果您住在 LTC 机构，我们必须确保您能够通过我们网络的 LTC 药房例行领取 D 部分福利。

如果您是 LTC 机构的入住者，需要的药物不在我们的《药物清单》上或以某种方式受到限制，请参阅第 5 节了解有关获取临时或紧急供应的信息。

第9.3节 如果您也从雇主或退休人员团体计划中获得药物承保

如果您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体为您（或您的配偶或同居伴侣）提供其他药物承保，请联系该团体的福利管理员。他或她可以帮助您了解您目前的药物承保如何与我们的计划配合使用。

一般来说，如果您有员工或退休人员团体承保，您从这里获得的药物承保将是团体承保的次要承保。也就是说，您的团体承保先行赔付。

关于合格承保的特别说明：

每年，您的雇主或退休人员团体都应向您发送一份通知，告知您下一日历年的药物承保是否合格。

如果团体计划的承保是合格，则意味着我们计划的药物承保预计平均支付金额不低于 Medicare 标准药物承保。

保留任何关于合格承保的通知，因为您以后可能需要这些通知来证明您维持了合格承保。如果您没有收到合格承保通知，请向您的雇主或退休人员计划的福利管理员或雇主或工会索取一份副本。

第9.4节 如果您正在接受 Medicare 认证的临终关怀

临终关怀和本计划不同时承保同一种药物。如果您已投保 Medicare 临终关怀，并需要某些临终关怀不承保的药物（如止呕药、泻药、止痛药或抗焦虑药），因为这些药物与您的末期疾病及相关病症无关，本计划必须收到处方医生或您的临终关怀服务提供者的通知，说明该药物与您的末期疾病及相关病症无

第5章使用 D 部分药物的计划承保范围

关，本计划才能承保该药物。为避免延迟获得这些应由本计划承保的药物，请要求您的临终关怀服务提供者或处方医生在配药前提供通知。

如果您撤销临终关怀的选择或从临终关怀机构出院，本计划应按照本文件的说明承保您的药物。为防止在您的 Medicare 临终关怀福利终止时药房出现任何延误，请携带文件到药房核实您的撤销或出院情况。

第10节 药物安全和药物管理计划

我们为会员开展药物使用评估，以确保他们获得安全适当的治疗。

每次配药时我们都会进行审核。我们也会定期审查用药记录。在这些审查中，我们会排查以下潜在问题：

- 可能的用药错误
- 因已使用同类药物治疗相同病症而导致的多余药物
- 因年龄或性别因素可能不安全或不适合的药物
- 同时服用可能造成伤害的特定药物组合
- 处方药物含有过敏成分
- 服用剂量可能存在错误
- 阿片类止痛药的不安全用量

如发现用药存在潜在问题，我们将协同您的医疗服务提供者进行纠正。

第10.1节 Drug Management Program (DMP) 帮助会员安全使用阿片类药物

我们有一项计划，帮助确保会员安全使用阿片类处方药和其他经常被滥用的药物。该计划被称为 Drug Management Program (DMP)。如果您使用从多个处方医生或药房获得的阿片类药物，或者如果您最近阿片类药物用药过量，我们可能会与您的处方医生沟通，以确保您使用阿片类药物是适当的且在医疗上必需。如果我们认为您使用阿片类处方药或苯二氮卓类药物可能不安全，我们会与您的处方医生合作，限制您获取这些药物的方式。如果我们将您纳入我们的 DMP，可能会有以下限制：

- 要求您从特定药房获取所有阿片类或苯二氮卓类药物的处方
- 要求您从特定处方医生处获取所有阿片类或苯二氮卓类药物的处方
- 限制我们为您承保的阿片类药物或苯二氮卓类药物的用量

如果我们计划限制您获得这些药物的方式或数量，我们会提前给您发一封信。这封信会告诉您我们是否会限制为您承保这些药物，或者是否要求您只能从特定处方医生或药房获得这些药物的处方。您将有机会告诉我们您偏好的处方医生或药房，以及任何您认为我们需要了解的其他信息。在您有机会作出答复后，如果我们决定限制这些药物的承保，我们将向您发送另一封确认限制的信件。如果您认为我们搞错了，或者您不同意我们的决定或限制，您和您的处方医生有权上诉。如果您提出上诉，我们将对您的案件进行复审，并给出新的决定。如果我们继续拒绝您申请中与用药限制有关的任何部分，我们将自动将您的案件送交本计划外的独立审查人员。请参阅第 9 章了解如何提出上诉。

如果您患有某些医疗状况，如活动性癌症相关疼痛或镰状细胞病，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，则不会被纳入我们的 DMP。

第10.2节 Medication Therapy Management (MTM) 计划帮助会员管理用药

我们有一项计划可以帮助有复杂健康需求的会员。我们的计划称为 Medication Therapy Management (MTM) 计划。该计划自愿参与，免费提供。一个由药剂师和医生组成的团队为我们制定了该计划，以帮助确保我们的会员从他们使用的药物中获得最大益处。

有些会员患有某些慢性疾病，使用的药物超过了特定的药物费用额度，或者参加了帮助他们安全使用阿片类药物的 DMP，他们可以通过 MTM 计划获得服务。如果您符合该计划的参与条件，药剂师或其他医疗专业人员会对您的所有药物进行全面审查。在审查过程中，您可以说明您的用药情况、费用以及您遇到的有关处方药和非处方药的任何问题或疑问。您将收到一份书面总结，其中包含一份建议待办事项清单，包括您为获得最佳用药效果而应采取的步骤。您还会收到一份药物清单，其中包括您正在使用的所有药物、用药量、用药时间和原因。此外，参加 MTM 计划的会员还将获得有关安全处置受管制处方药的信息。

最好与医生讨论一下您的建议待办事项清单和药物清单。就诊时或与医生、药剂师和其他医疗保健提供者交谈时，请随身携带此总结。请随身携带最新的药物清单（如和您的 ID 放在一起），以备去医院或急诊室时使用。

如果我们有适合您需求的计划，我们会自动让您参保并向您发送相关信息。如果您决定不参保，请通知我们，我们会让您退出。如有关于本计划的问题，请致电会员服务部 (866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。

第6章

您为 D 部分药物支付的费用

第1节 您为 D 部分药物支付的费用

在本章中我们使“用药”物指代 D 部分处方药。并非所有药物都属于 D 部分药物。法律规定某些药物不在 D 部分承保范围内。部分被排除在 D 部分承保范围外的药物由 Medicare Part A 或 Part B 承保。

要了解付款信息，您需要知道哪些药物在承保范围内，在哪里配药，以及获得承保药物时应遵守哪些规则。第 5 章将解释这些规则。当您使用我们计划的“实时福利工具 (Real-Time Benefit Tool)”查询药物承保 (centralhealthplan.com) 时，您所看到的费用显示的是您应支付的自付费用的估算值。您也可以致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，获取“实时福利工具”提供的信息。

如果您正在接受 D 部分处方药费用的 Extra Help，如何获取药物费用信息？

由于您符合 Medicaid 资格，您有资格并正在获得 Medicare 提供的 Extra Help 以支付处方药计划费用。由于您享有 Extra Help，本《**承保证明**》中有关 D 部分处方药费用的某些信息可能对您不适用。我们向您寄送了一份单独的插页，名为《**获得处方药支付 Extra Help 者的承保证明附加条款**》(又称《**Low Income Subsidy 附加条款**》或《**LIS 附加条款**》)，其中向您介绍了您的药物保险情况。如果您没有此插页，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)，索取《**LIS 附加条款**》。

第1.1节 您可能需要支付的承保药物自付费用类型

您可能需要支付 3 种不同的 D 部分承保药物自付费用：

- **自付额**是在本计划开始支付我们的份额之前您所支付的药物费用金额。
- **共付额**是您每次处方药配药时所支付的固定金额。
- **共同保险**是您每次处方药配药时所支付总费用的百分比。

第1.2节 Medicare 如何计算您的自付费用

Medicare 规定了哪些计入以及哪些不计入您的自付费用。

以下是我们在记录您的自付费用时必须遵守的规则。

以下付款计入您的自付费用

您的自付费用包括以下付款 (只要这些款项用于 D 部分承保药物且您遵守第 5 章所述的药物承保规则)：

- 当您处于以下任何药物付款阶段时，您所支付的药物费用金额：
 - 自付额阶段
 - 初始给付阶段

第6章您为 D 部分药物支付的费用

- 您在加入我们的计划之前，作为其他 Medicare 药物计划会员在本日历年进行的任何付款。
- 家人或朋友为您的药物支付的任何费用
- 由 Medicare 的 Extra Help、雇主或工会健康计划、Indian Health Service、AIDS Drug Assistance Program、State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) 和大多数慈善机构为您的药物支付的任何费用

进入重病给付阶段：

当您（或代您付款者）在一个日历年内自付费用累计达到 \$2,100 时，您即从初始给付阶段转入重病给付阶段。

以下付款不计入您的自付费用

您的自付费用不包括任何此类付款：

- 您在美国及其领土以外购买的药物。
- 我们的计划不承保的药物。
- 您在非网络药房获得的不符合我们计划网络外承保要求的药物。
- 非 D 部分药物，包括 A 部分或 B 部分承保的处方药以及 Medicare 不承保的其他药物。
- 您为通常不在 Medicare 药物计划承保范围内的处方药支付的费用。
- 由某些保险计划和政府资助的健康计划（如 TRICARE 和 Veteran's Health Administration [VA]）支付您的药物费用。
- 有法律义务支付处方药费用的第三方为您支付的药物费用（如工伤赔偿）。
- 药物制造商根据 Manufacturer Discount Program 支付的款项

提醒：如果上述机构等任何其他机构支付您的部分或全部自付药物费用，您必须致电会员服务部(866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）告知本计划。

记录您的自付药物费用总额

- 您收到的 *D 部分福利说明* (EOB) 载有您当前的自付费用总额。当该金额达到 \$2,100 时，*D 部分 EOB* 将告知您已脱离初始给付阶段，进入重病给付阶段。
- **确保我们掌握所需的信息。**请参阅第 3.1 节，了解您可以采取哪些措施来确保我们对您的支付费用记录是完整且最新的。

第2节 Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 会员的药物付款阶段

在 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 中，您的处方药承保分为 3 个药物付款阶段。您每次需要为处方药支付的费用取决于您在配药或重新配药时所处的阶段。本章将对各阶段详情进行说明。这些阶段包括：

第 1 阶段：年度自付额阶段

第 2 阶段：初始给付阶段

第6章您为 D 部分药物支付的费用

第 3 阶段：重病给付阶段

第3节 您的 D 部分福利说明解释了您所处的付款阶段

我们的计划会记录您的处方药费用以及您在药房配药或重新配药时所支付的费用。这样，我们就能知道您何时从一个药物付款阶段进入下一个阶段。具体来说，有两类费用我们会记录在案：

- 我们会记录您已支付的金额。这称为**自付费用**。其中包括您在获得承保 D 部分药物时支付的费用、家人或朋友为您的药物支付的任何费用，以及由 Medicare 的“Extra Help”、雇主或工会健康计划、TRICARE、Indian Health Service、AIDS Drug Assistance Program、慈善机构和大多数 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) 为您的药物支付的任何费用。
- 我们会记录您的**总药物费用**。这是为您的承保 D 部分药物支付的所有费用总额。其中包括本计划支付的费用、您支付的费用以及其他计划或组织为您的承保 D 部分药物支付的费用。

如果您在上个月通过计划配了一种或多种处方药，我们将向您发送一份 D 部分 EOB。D 部分 EOB 包括：

- **当月信息**。该报告提供了您上个月配药的支付详情。它显示了总药物费用、计划支付的费用以及您和他人代您支付的费用。
- **自 1 月 1 日以来的年度总额**。这就是所谓的年度至今信息。它显示了自年度开始以来您的总药物费用和总支付额。
- **药物价格信息**。该信息将显示药物总价，以及相同数量的每个处方报销单从首次配药起的价格上涨信息。
- **可提供费用更低的替代处方药**。如果适用，这将包括有关每项处方索赔中其他费用分摊较低的可用药物的信息。

第3.1节 帮助我们及时更新您的药物付款信息

为了记录您的药物费用和支付情况，我们使用从药房获得的记录。您可以通过以下方式帮助我们保持您的信息正确并及时更新：

- **每次取处方药时，请出示您的会员卡**。这有助于确保我们了解您所配处方药以及您所支付的费用。
- **确保我们掌握所需的信息**。有时您可能需要支付处方药的全部费用。在这种情况下，我们不会自动获得跟踪您的自付费用所需的信息。为了帮助我们记录您的自付费用，请将收据副本交给我们。您应向我们提供药物收据副本的示例情况：
 - 当您在网络药房以优惠价格或使用折扣卡购买不属于本计划福利范围的承保药物时
 - 当您为根据药物制造商患者援助计划提供的药物支付共付额时。
 - 任何时候您在非网络药房购买承保药物或在特殊情况下支付承保药物的全额费用。
 - 如果您收到承保药物的账单，您可以要求我们的计划支付我们的费用份额。如需如何操作的说明，请参阅第 7 章第 2 节。
- **向我们发送有关他人为您付款的信息**。某些其他人员和组织的付款也计入您的自付费用。例如，AIDS Drug Assistance Program (ADAP)、Indian Health Service 以及大多数慈善机构支付的费用都会计入您的自付费用。保留这些付款的记录，并将其发送给我们，以便我们跟踪记录您的费用。

第6章您为 D 部分药物支付的费用

- **检查我们寄给您的书面报告。** 当您收到 D 部分 EOB 时，请仔细查看以确保信息完整正确。如果您认为有遗漏或有疑问，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。计划会员可通过 Caremark.com 在线访问其 EOB。请务必保留这些报告。

第4节 自付额阶段

由于我们大多数会员享有处方药费用的 Extra Help，自付额阶段不适用于大多数会员。如果您获得 Extra Help，此付款阶段不适用于您。

请查看单独插页 (《LIS 附加条款》) 以了解您的自付额信息。

如果您没有获得 Extra Help，则自付额阶段是您药物保险的第一个付款阶段。这一阶段从本年度第一次处方药配药开始。在此付款阶段，**您必须支付药物的全额费用**，直至达到我们计划的自付额限额，在 2026 年为 \$250。自付额不适用于承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗，包括带状疱疹、破伤风和旅行疫苗。您每年需支付 \$250 的自付额，适用于第 2-5 级药物。**您必须为第 2-5 级药物支付全额费用**，直至达到我们计划的自付额限额。对于所有其他药物，您无需支付任何自付额。**全额费用通常低于药物的正常全价**，因为我们的计划已为网络药房大多数药物协商了较低费用。全额费用不得超过最高公允价格加上根据 Medicare Drug Price Negotiation Program 协商价格的药物配药费。

一旦您为第 2-5 级药物支付了 \$250，您将脱离自付额阶段并进入初始给付阶段。

第5节 初始给付阶段

第5.1节 您所支付的药物费用取决于药物和您的处方药配药地点

在初始给付阶段，我们的计划将支付其对于您的承保药物费用的份额，而您需支付您的份额 (您的共付额或共同保险金额)。您的费用份额因药物和配药地点而异。

我们的计划有六 (6) 个费用分摊等级

我们计划《药物清单》上的每种药物都属于六 (6) 种费用分摊等级之一。一般来说，费用分摊等级越高，您的药物费用就越高：

- 第 1 级 - 首选仿制药
- 第 2 级 - 仿制药
- 第 3 级 - 首选品牌药
- 第 4 级 - 非首选药物
- 第 5 级 - 特药层级
- 第 6 级 - 精选护理药物

要了解您的药物属于哪个费用分摊等级，请查阅我们计划的《药物清单》。

您的药房选择

您支付的药物费用取决于您获取药物的途径：

- 网络零售药房
- 不在我们计划网络内的药房。我们仅在有限的情况下承保在非网络药房配药的处方药。请参阅第 5 章第 2.5 节，了解我们何时承保在非网络药房配药的处方药。

第6章您为 D 部分药物支付的费用

- 我们计划的邮购药房。

如需了解这些药房选择和处方药配药的更多信息，请参阅第 5 章或我们计划的《提供者/药房名录》。

第5.2节 您的承保药物一个月供应量费用

在初始给付阶段，您的承保药物费用份额是共付额或共同保险。

您的 D 部分承保药物一个月供应量费用

由于您符合 Medicaid 资格，您有资格并正在获得 Medicare 提供的 Extra Help 以支付处方药计划费用。由于您加入了 Extra Help 计划，本《承保证明》中关于 D 部分处方药费用的一些信息可能对您不适用。我们向您寄送了一份单独的插页，名为《获得处方药支付 Extra Help 者的承保证明附加条款》（又称《Low Income Subsidy 附加条款》或《LIS 附加条款》），其中向您介绍了您的药物保险情况。如果您没有此插页，请致电会员服务部，索取《LIS 附加条款》。

等级	标准零售网络内费用分摊 (最多 31 天供应量)	邮购费用分摊 (最多 31 天供应量)	长期护理 (LTC) 费用分摊 (最多 31 天供应量)	网络外费用分摊 (承保仅限于某些情况；详见第 5 章)。(最多 31 天供应量)
费用分摊第 1 级 (首选仿制药)	\$0	\$0	\$0	\$0
费用分摊第 2 级 (仿制药)	对于所有其他药物，每张处方\$0、\$1.60 或 \$4 共付额	对于所有其他药物，每张处方\$0、\$1.60 或 \$4 共付额	对于所有其他药物，每张处方\$0、\$1.60 或 \$4 共付额	对于所有其他药物，每张处方\$0、\$1.60 或 \$4 共付额
费用分摊第 3 级 (首选品牌药)	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额
费用分摊第 4 级 (非首选药物)	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），\$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物，每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额

第6章您为 D 部分药物支付的费用

等级	标准零售网络内费用分摊 (最多 31 天供应量)	邮购费用分摊 (最多 31 天供应量)	长期护理 (LTC) 费用分摊 (最多 31 天供应量)	网络外费用分摊 (承保仅限于某些情况；详见第 5 章)。(最多 31 天供应量)
费用分摊第 5 级 (特药层级)	对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药 (包括被视为仿制药的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额
费用分摊第 6 级 (精选护理药物)	\$0	\$0	\$0	\$0

请参阅第 8 节了解 D 部分疫苗费用分摊的更多信息。

第5.3节 如果医生开具的处方不足一个月的供应量, 您可能无需支付整个月的供应量费用

通常情况下, 您为药物支付的金额涵盖整个月的供应量。有时, 您或您的医生可能希望您拥有少于一个月的药物供应量 (例如, 当您第一次尝试某种药物时)。您也可以要求医生开具并要求药剂师配发少于一个月的供应量, 前提是这样做有助于您更好地规划补药日期。

如果您收到的某些药物少于整个月供应量, 您无需支付整个月供应量的费用

- 如果您需承担共同保险, 则需支付总药物费用的一定比例。由于共同保险是根据总药物费用计算的, 因此您的费用会因总药物费用降低而降低。
- 如果您需要支付药物的共付额, 您只需按您接受药物的天数支付, 而非整个月。我们计算您每天要为药物支付的金额 (“每日费用分摊率”), 然后乘以您得到的药物的使用天数。

第5.4节 您的 D 部分承保药物长期 (最多 100 天) 供应费用

对于某些药物, 您可以获得长期供应 (也称为延长供应)。长期供应为最多 100 天用量。

您的 D 部分承保药物长期供应的费用

等级	标准零售费用分摊 (网络内) (100 天用量)	邮购费用分摊 (100 天用量)
费用分摊第 1 级 (首选仿制药)	\$0	\$0

第6章您为 D 部分药物支付的费用

等级	标准零售费用分摊 (网络内) (100 天用量)	邮购费用分摊 (100 天用量)
费用分摊第 2 级 (仿制药)	对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额	对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额
费用分摊第 3 级 (首选品牌药)	对于仿制药 (包括被视为仿制药 的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药 (包括被视为仿制药 的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额
费用分摊第 4 级 (非首选药物)	对于仿制药 (包括被视为仿制药 的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额	对于仿制药 (包括被视为仿制药 的品牌药), \$0、\$1.60 或 \$5.10 共付额 对于所有其他药物, 每张处方 \$0、\$4.90 或 \$12.65 共付额
费用分摊第 5 级 (特药层级)	第五级 (5) 药物不提供长期供应。	第五级 (5) 药物不提供长期供应的 邮购服务。
费用分摊第 6 级 (精选护理药物)	\$0	\$0

第5.5节 在您的年度自付费用达到 \$2,100 之前, 您一直处于初始给付阶段

在您的总自付费用达到 \$2,100 之前, 您将保持在初始给付阶段。然后您将进入重病给付阶段。

您收到的 D 部分 EOB 将帮助您跟踪您、我们的计划和任何第三方在一年内为您支付的费用。并非所有会员都会在一年内达到 \$2,100 自付限额。

如果您达到此金额, 我们将通知您。请参阅第 1.3 节了解有关 Medicare 如何计算您的自付费用的更多信息。

第6节 重病给付阶段

在重病给付阶段, 您无需支付 D 部分承保药物费用。当您的自付费用达到日历年 \$2,100 限额时, 您将进入重病给付阶段。一旦进入重病给付阶段, 您将一直处于此付款阶段, 直至当年日历年结束。

在此支付阶段, 您无需为 D 部分承保药物支付任何费用。

第7节 您为 D 部分疫苗支付的费用

关于疫苗费用的重要信息 - 某些疫苗被视为医疗福利, 由 B 部分承保。其他疫苗被视为 D 部分药物。您可以在我们计划的《药物清单》中找到这些疫苗。我们的计划免费承保大多数成人 D 部分疫苗。请参阅

第6章您为 D 部分药物支付的费用

我们计划的《药物清单》或致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) ，了解特定疫苗的承保情况和费用分摊详情。

我们的 D 部分疫苗承保分为两部分

- 第一部分是疫苗本身的费用。
- 第二部分是为您接种疫苗的费用。(这有时被称为疫苗的“接种”)。

您的 D 部分疫苗接种费用取决于 3 个因素：

1. 疫苗是否由 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 组织推荐给成人。

- 大多数成人 D 部分疫苗均由 ACIP 推荐，您无需支付任何费用。

2. 您在哪里接种疫苗。

- 疫苗本身可能由药房配发或由医生诊室提供。

3. 谁为您接种疫苗。

- 药剂师或其他提供者可能在药房接种疫苗。或者，医疗服务提供者可在医生诊室提供此服务。

您在接种 D 部分疫苗时的支付可能会因情况和您所处的药物付款阶段而异。

- 当您接种疫苗时，您可能需要支付疫苗本身和提供者接种疫苗的全部费用。您可以要求我们的计划偿还我们的费用份额。对于大多数成人 D 部分疫苗，也就是说，您支付的全部费用都将得到报销。
- 其他时候，当您接种疫苗时，您只需支付 D 部分福利下您的费用份额。对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。

以下是您可能获得 D 部分疫苗的 3 种方式示例。

情况 1：您在网络药房接种 D 部分疫苗。(您是否有此选择取决于您居住地。某些州不允许药房接种特定疫苗。)

- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。
- 对于其他 D 部分疫苗，您将向药房支付疫苗本身的共同保险或共付额，其中包括为您接种的费用。
- 我们的计划将支付剩余费用。

情况 2：您在医生诊室接种 D 部分疫苗。

- 当您接种疫苗时，您可能需要支付疫苗本身和提供者接种的全部费用。
- 您可依据第 7 章流程要求本计划支付我们承担的费用分摊部分。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您将获得您支付的全部金额的报销。对于其他 D 部分疫苗，您将获得报销，报销金额为您支付的金额减去疫苗 (包括接种) 的共同保险或共付额，再减去医生收费与我们通常支付金额之间的差额。(如果您获得了 Extra Help，我们将为您报销此差额)。

情况 3：您在网络药房购买 D 部分疫苗，然后带着疫苗去医生诊室接种。

- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付疫苗本身的费用。
- 其他 D 部分疫苗需向药房支付疫苗本身的共同保险或共付额。
- 医生接种服务可能需要您全额自费。
- 您可依据第 7 章流程要求本计划支付我们承担的费用分摊部分。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您将获得您支付的全部金额的报销。对于其他 D 部分疫苗，您将获得报销，报销金额为您支付的金额减去医生收费与我们通常支付金额之间的差额。(如果您获得了 Extra Help，我们将为您报销此差额)。

第7章

要求我们支付我们应承担的承保医疗服务或药物账单

第1节 您应要求我们支付承保服务或药物费用的情况

网络提供者会直接向我们计划结算承保服务和药物费用，如果收到医疗护理或药物的全额账单，请寄送我们以便支付。收到账单后我们将审核是否属于承保范围。如果属承保范围，我们将直接向医疗服务提供者付款。

如果您已经为我们计划承保的 **Medicare** 服务或物品支付了费用，您可以要求我们的计划将费用返还给您（将费用返还给您通常称为**报销**）。当您为本计划承保的医疗服务或药物支付时，有权向本计划申请返还超额款项。报销申请可能存在截止日期。请参阅本章第2节。提交已支付账单后，我们将审核是否属于承保范围。如果属承保范围，我们将报销相关服务或药物费用。

有时提供者可能开具全额医疗护理费用账单或超出费用分摊部分。请先与医疗服务提供者协商解决。协商无果时请将账单寄送我们而非自行支付。我们将审核是否属于承保范围。如果属承保范围，我们将直接向医疗服务提供者付款。如果拒绝支付，将通知医疗服务提供者。您支付的费用分摊金额不应超过计划允许范围。签约医疗服务提供者仍需履行治疗义务。

可申请报销或账单支付的情形示例：

1. 接受非网络提供者的紧急/急需医疗护理时

- 紧急/急需服务可接受任何提供者（无论是否属于网络）。要求提供者向我们的计划开具账单。
- 如果已全额自付，可申请报销我们承担的费用分摊部分。提交账单及已支付凭证。
- 若收到疑似错误账单，请提交我们审核。提交账单及已支付凭证。
 - 应付金额将由我们直接支付给提供者。
 - 如果已支付超出费用分摊部分，我们将核算应付金额后退还我们承担的部分。

2. 网络提供者开具疑似错误账单时

网络提供者应直接向我们的计划结算。但有时可能误向您收取服务费用。

- 收到网络提供者疑似超额账单时请提交我们。我们将直接联系提供者并解决账单问题。
- 如果您已向网络提供者支付账单，但认为支付金额过高，请将账单及付款凭证一并寄送给我们。请要求我们向您退款您支付金额与我们计划应付款项之间的差额。

3. 如果您事后补登记参保我们的计划

有时参保人的计划参保具有追溯效力。（也就是说，其参保首日已过去。参保日期甚至可能发生在去年。）

如果您追溯参保我们的计划，并且在参保日期后自付了任何承保服务或药物的费用，您可以要求我们向您偿还我们的费用份额。您需提交收据和账单等文件以便我们处理报销。

4. 当您使用非网络药房配药时

第7章要求我们支付我们应承担的承保医疗服务或药物账单

如果前往非网络药房，该药店可能无法直接向我们提交索赔。此时您需支付处方全额费用。

保存收据并在要求退款时向我们提交复印件我们应承担的费用份额。请注意我们仅在有限情况下承保非网络药房。请参阅第5章第2.5节以了解有关这些情况的更多信息。我们可能不会退还您在非网络药房支付的药费与我们网络药房应支付金额的差额。

5. 当您因未携带我们计划的会员卡而支付处方全额费用时

如果未携带会员卡，可要求药店致电我们的计划或查询您的参保信息。如果药店无法立即获取所需参保信息，您可能需要自付处方全额费用。

保存收据并在要求退款时向我们提交复印件我们应承担的费用份额。如果您支付的现金价格高于我们的协议药价，我们可能不会全额退款。

6. 当您在其他情况下支付处方全额费用时

您可能因药物未被承保而支付处方药全额费用。

- 例如该药物可能不在我们计划的《承保药物清单》(处方集)中；或存在您未知或认为不应适用的要求或限制。如果决定立即获取药物，您可能需要支付全额费用。
- 要求退款时请保存收据并向我们提交复印件。某些情况下，我们可能需要从您的医生处获取更多信息才能退还我们应承担的药物费用份额。如果您支付的现金价格高于我们的协议药价，我们可能不会全额退款。

7. 当药房出现与处方集药物有关的账单错误时。

收到付款请求后，我们将审核并决定该服务或药物是否应被承保。这称为作出承保决定。如果决定应予承保，我们将支付该服务或药物的费用份额。如果拒绝付款请求，您可对我们的决定提出上诉。第9章载有上诉程序信息。

第2节 如何要求我们报销或支付您收到的账单

您可以向我们发出书面申请，要求我们将费用返还给您。如果您以书面形式提出申请，请附上您的账单和付款凭证。最好复印一份账单和收据备存。

为确保您提供了我们做出决定所需的所有信息，您可以填写我们的索赔表，提出付款申请。您必须在接受服务和/或物品之日起一 (1) 个日历年内，或接受药物之日起 36 个月内，向我们提交索赔申请。

- 您不一定要使用此表格，但它有助于我们更快地处理信息。
- 从我们网站 centralhealthplan.com 下载表格副本或致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 索要表格。

请将您的付款申请连同任何账单或已付收据邮寄至此地址：

医疗服务报销：

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

Attn: Medicare Member Services

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

或传真至 (310) 507-6186

处方药报销：

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

第3节 我们将考虑您的付款请求，并作出同意或拒绝的决定

当我们收到您的付款申请时，我们会告知您是否需要您提供其他信息。否则，我们将考虑您的申请并做出承保决定。

- 如果我们认定该医疗护理或药物在承保范围内，且您遵守了所有规定，我们将会为该服务或药物支付我们的费用份额。如果您已为该服务或药物支付费用，我们将邮寄我们的费用份额报销单给您。如果您支付了药物的全额费用，您可能无法获得全额报销（例如，如果您在非网络药房购买了药物，或者您支付的现金价格高于我们的协议价格）。如果您尚未支付服务或药物费用，我们将直接将付款邮寄给医疗服务提供者。
- 如果我们判定该医疗护理或药物未承保，或您未遵守所有规则，我们将不支付我们应承担的费用份额的护理或药物。我们将致函给您，解释我们不付款的原因以及您对该决定提出上诉的权利。

第3.1节 如果我们告知不支付全部或部分医疗护理或药物费用，您可提出上诉

如果您认为我们在拒绝您的支付请求或支付金额时出现错误，您可以提出上诉。如果您提出上诉，意味着您要求我们更改拒绝您支付请求时所作的决定。上诉程序是一个正式流程，包含详细步骤和重要截止日期。有关如何提出上诉的详情，请查阅第9章。

第8章

您的权利和责任

第1节 我们的计划必须尊重您的权利和文化敏感性

第1.1节 我们必须以适合您且符合您的文化敏感性的方式（使用英语以外的语言、盲文、大字版或其他替代格式等）提供信息。

我们的计划必须确保所有临床和非临床服务均以符合文化习惯且无障碍的方式提供给所有参保者，包括英语能力有限、阅读能力有限、听力障碍或文化和种族背景多元的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供笔译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们计划提供免费口译服务，为非英语会员解答问题。我们还可根据需求免费提供盲文、大字体或其他替代格式的资料。我们须以无障碍且适合您的格式提供我们计划福利相关信息。若要向我们索取适合您的信息版本，请致电会员服务部 (866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。

我们的计划须可让女性参保者选择，是否要直接通过网络内女性健康专科医生获得女性常规和预防性医疗保健服务。

如果无法提供我们计划网络内某专科医疗服务提供者，则我们的计划有责任寻找非网络专科医疗服务提供者，为您提供必要的护理。在此情况下，您仅需支付网络内费用分摊。如果您所需服务的专业医生不在我们计划网络内，请致电我们的计划以获取网络内费用分摊的服务地点信息。

如果您在从本计划获取无障碍且适合您的格式的信息、前往女性健康专家处就诊或寻找网络专科医生时遇到困难，请致电会员服务部提出申诉，电话：(866) 314-2427，服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY 用户请拨打 711。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉，或直接致电 Office for Civil Rights，电话号码为 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

第1.2节 我们必须确保您能及时获得承保服务和药物

您有权选择我们计划网络中的初级保健提供者 (PCP) 来提供和安排您的承保服务。您还有权无需转诊即可前往女性健康专家（如妇科医生）处就诊。

您有权在合理时间范围内从我们计划的提供者网络中获得预约和承保服务。其中包括在需要时及时获得专科医生服务的权利。您还有权在我们的任何网络药房快速配药或续药。

如果您认为未能在合理时间内获得医疗护理或 D 部分药物，第 9 章说明了您可以采取的措施。

第1.3节 我们必须保护您个人健康信息的隐私

联邦和州法律保护您的医疗记录和个人健康信息的隐私。我们按照这些法律的要求保护您的个人健康信息。

第8章您的权利和责任

- 您的个人健康信息包括您在参保本计划时提供给我们的个人信息，以及您的医疗记录和其他医疗健康信息。
- 您拥有与您的信息相关以及控制您的健康信息使用方式的权利。我们会向您提供一份书面通知（称为**隐私惯例通知**），告诉您这些权利并说明我们如何保护您的健康信息隐私。

我们如何保护您的健康信息隐私？

- 我们确保未经授权的人不会查看或更改您的记录。
- 除下述情况外，如果我们打算将您的健康信息提供给不为您提供护理服务或支付护理费用的任何人，我们必须事先获得您或您赋予其为您做决定的法定权力的人的书面许可。
- 某些例外情况不需要我们事先获得您的书面许可。这些例外情况是法律允许或要求的。
 - 我们必须向检查护理质量的政府机构提供健康信息。
 - 由于您是通过 Medicare 加入我们计划的会员，我们必须向 Medicare 提供您的健康信息，包括您的 D 部分处方药信息。如果 Medicare 将您的信息用于研究或其他用途，则将根据联邦法规和条例进行；通常，这要求不分享能唯一识别您身份的信息。

您可以查看记录中的信息，并了解如何与他人分享这些信息

您有权查看我们计划中保存的您的医疗记录，并获得一份记录副本。我们可以向您收取复印费。您还有权要求我们对您的医疗记录进行补充或更正。如果您要求我们这样做，我们将与您的医疗保健提供者一起决定是否应该进行更改。

您有权知道您的健康信息是如何被用于任何非日常目的而与他人分享的。

如果您对个人信息健康信息隐私有任何问题或疑虑，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

您的隐私

Central Health Plan of California, Inc. (“Molina Healthcare”、“我们”或“我们的”) 使用和分享您的受保护健康信息，为您提供健康福利。我们使用和分享您的信息是为了开展治疗、付款和医疗保健业务。在法律允许和要求的条件下，我们还会出于其他原因使用和分享您的信息。我们有责任对您的健康信息保密，并遵守本通知的条款。本通知生效日期为。

PHI 指受保护健康信息。PHI 是包含您姓名、会员编号或其他标识符的健康信息，由 Molina Healthcare 使用或共享。

为何 Molina Healthcare 使用或共享您的 PHI？

我们使用或共享您的 PHI 为您提供医疗保健福利。使用或分享您的 PHI 是为了进行治疗、付款和医疗保健业务。

用于治疗

Molina Healthcare 可能使用或共享您的 PHI 为您提供或安排医疗护理。这种治疗还包括医生或其他医疗保健提供者之间的转诊。例如，我们可能会与专科医生分享有关您健康状况的信息。这有助于专科医生与您的医生讨论您的治疗方案。

用于支付

Molina Healthcare 可能使用或共享 PHI 做出支付决策。这可能包括索赔、治疗批准和有关医疗需求的决定。账单上可能写有您的姓名、病症、治疗情况和所提供的用品。例如，我们可能会让医生知道您享有我们的福利。我们还会告诉医生我们将支付的账单金额。

用于医疗保健业务

第8章您的权利和责任

Molina Healthcare 可能使用或共享您的 PHI 来运营我们的健康计划。例如，我们可能会使用您的索赔信息让您了解可以帮助您的健康计划。我们也可能使用或分享您的 PHI 以解决会员疑虑。您的 PHI 也可能用于确认索赔是否得到正确支付。

医疗保健业务涉及许多日常业务需求。其中包括但不限于以下业务：

- 提高质量；
- 在健康计划中采取行动，帮助患有某些疾病（如哮喘）的会员；
- 进行或安排医疗审查；
- 法律服务，包括欺诈和滥用检测与起诉计划；
- 采取行动帮助我们遵守法律；
- 满足会员需求，包括解决投诉和申诉。

我们将与为我们的健康计划执行不同活动的其他公司（“业务合作方”）共享您的 PHI。我们还可能使用您的 PHI 为您提供预约提醒。我们可能会使用您的 PHI 向您提供有关其他治疗或其他健康相关福利和服务的信息。

何时 Molina Healthcare 可在未经您书面授权（批准）的情况下使用或共享您的 PHI？

除治疗、支付和医疗保健业务外，法律允许或要求 Molina Healthcare 为以下目的使用和共享您的 PHI：

法律要求

我们将根据法律要求使用或共享有关您的信息。在 Department of Health and Human Services (HHS) 部长要求时，我们将分享您的 PHI。这可能是为了法庭案件、其他法律审查或执法需要。

公共卫生

可能会为公共卫生活动使用或分享您的 PHI。这可能包括帮助公共卫生机构预防或控制疾病。

健康护理监督

您的 PHI 可能会被政府机构使用或共享。他们可能需要您的 PHI 进行审计。

研究

在某些情况下，如经隐私或机构审查委员会批准，您的 PHI 可能会为研究目的而被使用或与他人共享。

法律或行政程序

可能会为法律程序（例如响应法院命令）使用或分享您的 PHI。

执法

您的 PHI 可能会被警方使用或与警方共享以用于执法目的，例如帮助寻找嫌疑人、证人或失踪人员。

健康和安

您的 PHI 可能会因防止对公共健康或安全造成严重威胁而被共享。

政府职能

您的 PHI 可能会因特殊功能而与政府共享。保护总统就是一个例子。

虐待、忽视或家庭暴力的受害者

如果我们认为某人是虐待或忽视的受害者，您的 PHI 可能会与法律机构共享。

工伤赔偿

可能会为遵守工伤赔偿法律使用或分享您的 PHI。

其他披露

您的 PHI 可能会与殡葬管理者或验尸官共享，以帮助他们开展工作。

何时 Molina Healthcare 需要您的书面授权（批准）才能使用或共享您的 PHI？

第8章您的权利和责任

Molina Healthcare 需要您的书面批准才能为本通知所列目的之外的其他目的使用或共享您的 PHI。Molina Healthcare 在以下情况下披露您的 PHI 前需要您的授权：(1) 心理治疗记录的大部分使用和披露；(2) 出于营销目的的使用和披露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和披露。您可以取消对我们的书面批准。您的取消将不适用于我们因您给予批准而已经采取的行动。

您有哪些健康信息权利？

您有权：

- **要求限制 PHI 的使用或披露 (您的 PHI 分享)**

您可以要求我们不为进行治疗、付款或医疗保健业务而分享您的 PHI。您也可以要求我们不将您的 PHI 与您的家人、朋友或您指定的与您的健康护理有关的其他人分享。但是，我们并不一定要同意您的要求。您需要以书面形式提出要求。您可以使用 Molina Healthcare 的表格提出请求。

- **要求对 PHI 进行保密通信**

您可以要求 Molina Healthcare 以特定方式或在特定地点提供您的 PHI 以保护 PHI 隐私。如果您告诉我们分享全部或部分 PHI 可能会危及您的生命，我们将遵从您的合理要求。您需要以书面形式提出要求。您可以使用 Molina Healthcare 的表格提出请求。

- **查看并复制您的 PHI**

您有权查看并获取我们持有的您的 PHI 的副本。这可能包括作为 Molina Healthcare 会员用于承保、理赔和其他决策的记录。您需要以书面形式提出要求。您可以使用 Molina Healthcare 的表格提出请求。我们可能会向您收取复印和邮寄记录的合理费用。在某些情况下，我们可能会拒绝该要求。重要提示：我们没有您完整的医疗记录副本。如果您想查看、获取医疗记录副本或更改医疗记录，请联系您的医生或诊所。

- **修改您的 PHI**

您可以要求我们修改 (更改) 您的 PHI。这涉及我们保存的关于您作为会员的记录。您需要以书面形式提出要求。您可以使用 Molina Healthcare 的表格提出请求。如果我们拒绝您的要求，您可以写信表示不同意。

- **接收 PHI 披露 (您的 PHI 分享) 记录**

您可以要求我们向您提供一份清单，列出在您提出要求之日前的六年内，我们与哪些方分享了您的 PHI。该清单不包括以下分享的 PHI：

- 用于治疗、付款或医疗保健业务；
- 向个人提供有关其自身 PHI 的信息；
- 经您授权后分享；
- 由于适用法律允许或要求的使用或披露；
- 为维护国家安全或情报目的而公布的 PHI；或
- 根据适用法律，作为有限数据集的一部分。

如果您在 12 个月内多次索取该清单，我们将对每份清单收取合理费用。您需要以书面形式提出要求。您可以使用 Molina Healthcare 的表格提出请求。

您可以提出上述任何要求，也可以获取本通知的纸质副本。请拨打您 Molina Healthcare ID 卡上的免费电话联系 Molina Healthcare 会员服务部，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请拨打 711。

如果您的权利未得到保护，该怎么办？

如果您认为隐私权受到侵犯，可以向 Molina Healthcare 和 Department of Health and Human Services 投诉。我们不会因为您提出投诉而对您采取任何不利措施。您的护理和福利不会有任何改变。

第8章您的权利和责任

您可以通过以下方式向我们提出投诉：

拨打 Molina Healthcare ID 卡上 Molina Healthcare 背面会员服务部的免费电话号码，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请拨打 711。

致函：

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O.Box 22816
Long Beach, CA 90801

您可以通过以下方式向 U.S. Department of Health and Human Services 部长提出投诉：

Molina Healthcare 的职责是什么？

Molina Healthcare 必须做到：

- 保密您的 PHI；
- 向您提供此类书面信息，说明我们对您的 PHI 的职责和隐私保护措施；
- 在您的未受保护 PHI 遭到泄露时向您发出通知；
- 不为承保目的使用或披露您的基因信息；
- 遵守本通知的条款。

本通知可能会有变更

Molina Healthcare 保留随时更改其信息惯例和本通知条款的权利。如果我们这样做，新的条款和惯例将适用于我们保存的所有 PHI。如果我们做出任何重大变更，Molina Healthcare 将在我们的网站上发布修订后的通知，并在下一次年度邮件中向届时受 Molina Healthcare 承保的会员发送修订后的通知或关于重大变更以及如何获取修订后通知的信息。

联系方式

如果您有任何疑问，请联系以下办公室：

电话方式：

拨打 **Molina Healthcare** ID 卡上 **Molina Healthcare** 会员服务部的免费电话号码，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请拨打 711。

您可以免费获得此文件的其他格式版本，如大字版、盲文或音频。拨打 **Molina Healthcare** ID 卡上 **Molina Healthcare** 会员服务部的免费电话号码，每周 7 天，当地时间 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请拨打 711。拨打此号码免费。

第1.4节 我们必须向您提供有关我们的计划、我们的网络提供者和承保服务的信息

作为 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员，您有权从我们这里获得多种信息。

如果您需要以下任何一种信息，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)：

- **关于我们计划的信息。**例如，其中包括有关我们计划财务状况的信息。
- **有关我们的网络提供者和药房的信息。**您有权了解我们网络内医疗保健提供者和药房的资质，以及我们如何向网络内医疗保健提供者支付费用。
- **有关您的承保以及您在使用承保时必须遵守的规则的信息。**第 3 章和第 4 章提供了有关医疗服务的信息。第 5 和 6 章提供关于 D 部分药物承保的信息。

第8章您的权利和责任

- 提供信息，说明不在承保范围内的原因以及您可以采取的措施。第9章提供关于要求书面解释为何不承保某项医疗服务或D部分药物或限制承保范围的信息。第9章还提供关于要求我们更改决定（也称为上诉）的信息。

第1.5节 您有权了解有关自己的治疗方案并参与有关保健的决策

您有权了解自己的治疗方案并参与有关医疗保健的决策

您有权从您的医生和其他医疗保健提供者处获得全部信息。医疗保健提供者必须以您可以理解的方式解释您的医疗状况和治疗选择。

您还有权充分参与有关您医疗保健的决策。为了帮助您与医生一起做出最适合您的治疗决定，您享有以下权利：

- **了解您的所有选择。** 您有权获知针对您的病症推荐的所有治疗方案，无论其费用是多少或是否在我们的计划承保范围内。还包括了解本计划提供的帮助会员管理药物和安全用药的计划。
- **了解风险。** 您有权被告知治疗过程中的任何风险。如果任何拟议的医疗护理或治疗是研究实验的一部分，必须事先告知您。您始终可以选择拒绝任何试验性治疗。
- **说“不”的权利** 您有权拒绝任何推荐的治疗。其中包括离开医院或其他医疗机构的权利，即使医生建议您不要离开。您也有权停止服药。如果您拒绝治疗或停止服药，您就要对自己的身体状况承担全部责任。

如果您无法为自己做出医疗决定，您有权就应采取的措施给出指示

有时，人们会因意外或重病而无法为自己做出医疗保健决定。如果您遇到这种情况，您有权说出您希望发生什么。也就是说，只要您想，您就能做到：

- 填写一份书面表格，在您无法为自己做决定时授予某人为您做出医疗决定的合法权力。
- 向医生提供书面指示，说明在您无法为自己做决定时希望他们如何处理您的医疗护理。

在这些情况下，您可以用来提前下达指示的法律文件被称为预先指示。生前遗嘱和健康护理授权书等文件就是预先指示的例子。

如何设置预先指示以下达指示：

- **获取表格。** 您可以向律师、社会工作者或一些办公用品商店索取预先指示表格。您有时可以从向人们提供 Medicare 息的组织处获得预先指示表格。您也可以致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 索要表格。
- 这些表格也可通过我们网站上的 Caring Connections 链接以及 <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/> 获取
- **填写表格并签名。** 无论您从哪里获得这份表格，它都是一份法律文件。考虑让律师帮您准备。
- **将表格副本交给合适的人。** 将表格副本交给您的医生和您在表格上指定的人员，如果您无法做出决定，该人可以代您做出决定。您可能还想将副本交给亲密的朋友或家人。在家中保存一份副本。

如果您提前知道自己将要住院，并且已经签署了预先医疗指示，请携带一份指示副本去医院。

- 医院会询问您是否签署了预先指示表格，以及您是否随身携带该表格。
- 如果您未签署预先指示表格，医院会提供相关表格，并询问您是否需要签署。

填写预先指示是您的选择（包括在住院时是否要签署预先指示）。根据法律规定，任何人都不能因为您是否签署了预先指示而拒绝为您提供护理或对您进行歧视。

第8章您的权利和责任

如果您的指示没有被遵循

如果您签署了预先指示，并且认为医生或医院未遵循其中的指示，您可以向 投诉：

针对医疗保健专业人员的投诉：

针对医疗机构和医院的投诉：

第1.6节 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们做出的决定

如果您有任何问题、疑虑或投诉，需要申请承保或提出上诉，本文件第9章将告诉您该怎么做。无论您是要求承保决定、提出上诉还是提出投诉，我们都必须公平对待您。

第1.7节 如果您认为自己受到了不公平的对待或自己的权利没有得到尊重

如果您认为自己因人种、残疾、宗教、性别、健康状况、种族、信条（信仰）、年龄或国籍而受到不公平对待或权利未得到尊重，请致电 1-800-368-1019（TTY 用户请拨打 1-800-537-7697）联系 Department of Health and Human Services **Office for Civil Rights**，或致电当地 Office for Civil Rights。

如果您认为自己受到不公平对待或权利未得到尊重，而这与歧视无关，您可通过以下方式获得帮助来解决您遇到的问题：

- 致电本计划的会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。
- 致电当地的 SHIP Ventura 郡：
(805) 477-7310
- 请致电 Medicare，电话：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 用户请拨打 1-877-486-2048)

第1.8节 如何获取更多有关您的权利的信息

通过以下方式获取更多关于您的权利的信息：

- 请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)
- 致电当地的 SHIP Ventura 郡：
(805) 477-7310
- 联系 Medicare
 - 访问 www.Medicare.gov 阅读出版物《Medicare 权益与保障》（可从以下页面获取：《Medicare 权益与保障》）
 - 拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 用户请拨打 1-877-486-2048)

第2节 您作为我们计划会员的责任

作为我们计划的会员，您需要做的事情如下。如有疑问，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

- 熟悉承保服务以及获得这些承保服务必须遵守的规则。使用本《承保证明》可了解承保内容以及获得承保服务所需遵循的规则。
 - 第3章和第4章详细介绍了医疗服务。
 - 第5和第6章详细介绍了D部分药物承保。

第8章您的权利和责任

- 如果您在我们的计划之外还有任何其他健康承保或药物承保，您必须告诉我们。第 1 章将向您介绍如何协调这些福利。
- 告诉您的医生和其他医疗保健提供者您已加入我们的计划。在获取医疗护理或 D 部分药物时出示我们计划的会员卡和您的 Medicaid 卡。
- 通过向医生和其他医疗保健提供者提供信息、询问问题和跟进护理，帮助他们为您提供帮助。
 - 为了获得最佳护理，请告诉您的医生和其他医疗保健提供者您的健康问题。遵循您和医生商定的治疗计划和指示。
 - 确保医生了解您正在服用的所有药物，包括非处方药、维生素和补充剂。
 - 如果您有疑问，请务必提出并得到您能理解的答案。
- 要考虑周到。我们希望会员都能尊重其他患者的权利。我们还希望您的行为有助于医生诊室、医院和其他办公室的顺利运行。
- 支付欠款。作为计划会员，您有责任支付这些费用：
 - 您必须支付我们计划的保费。
 - 您必须继续支付 Medicare 保费，才能继续成为我们的计划会员。
 - 对于我们计划承保的大部分医疗服务或药物，您需在获得服务或药物时支付自付费用。

- 如果您在我们计划的服务区域内搬家，我们需要知道，这样我们才能更新您的会员记录，并知道如何与您联系。
- 如果您搬到我们计划的服务区域外，则您不能继续成为我们的计划会员
- 如果您搬家，请告知社会安全局 (或 Railroad Retirement Board) 。

第9章

如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

第1节 如果您有问题或顾虑，该怎么做

本章介绍了处理问题和疑虑的程序。您用于处理问题的程序取决于 2 点：

1. 您的问题是与 **Medicare** 还是 **Medicaid** 承保的福利有关。如果您需要帮助决定是使用 **Medicare** 程序还是 **Medicaid** 程序，或同时使用这两种程序，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)
2. 您遇到的问题类型：
 - 对于某些问题，您需要使用承保决定和上诉程序。
 - 对于其他问题，您需要使用投诉流程 (也称为申诉) 。

两种程序均已获得 Medicare 的批准。每个程序都有一套我们和您都必须遵守的规则、操作和截止日期。本章中的信息将帮助您确定正确程序以及应该采取的措施。

第1.1节 法律术语

本章解释的部分规则、程序和截止日期有对应的法律术语。这些术语多数人不熟悉且难以理解。为便于理解，本章：

但了解正确的法律术语有时很重要。为帮助您了解应使用哪些术语以获得适合您的正确帮助或信息，我们在提供处理特定情况的详细信息时附上法律术语。

第2节 哪里可以获取更多信息和个性化帮助

我们随时为您提供帮助。即使您对我们对待您的方式有意见，我们也有义务尊重您投诉的权利。您应随时致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 寻求帮助。在某些情况下，您可能还需要与我们无关人员的帮助或指导。可提供帮助的两个组织是：

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

每个州都有一个配备训练有素顾问的政府项目。该项目与我们或任何保险公司或健康计划均无关联。该项目的顾问可帮助您理解应使用何种流程来处理您遇到的问题。他们还能解答疑问、提供更多信息并就应对措施给予指导。

如果需要，SHIP 顾问的服务是免费的。

Medicare

您也可联系 Medicare 获取帮助。

- 每周 7 天每天 24 小时拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 您可访问 www.Medicare.gov。

您可从 Medicaid 获取帮助和信息

方法 California Department of Health Care Services (California 的 Medicaid Program) - 联系方式	
请致电	(916) 449-5000 N/A
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。
请致信	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413
网站	https://www.dhcs.ca.gov/

方法 Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California 的 Ombudsman Program) – 联系方式	
请致电	(888) 452-8609 服务时间为周一至周五，8 a.m. 至 5 p.m. PT，节假日除外
TTY	N/A 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。
请致信	N/A
网站	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

方法 California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) - 联系方式	
请致电	(800) 231-4024 服务时间为周一至周五，8 a.m. 至 5 p.m. PST，节假日除外
请致信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
网站	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

方法 Livanta – (California 的 Quality Improvement Organization) - 联系方式	
请致电	(877) 588-1123 服务时间为周一至周五，9 a.m. 至 5 p.m.；以及周末和节假日，10 a.m. 至 4 p.m.
TTY	拨打 711 (855) 887-6668

方法 Livanta – (California 的 Quality Improvement Organization) - 联系方式	
	此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。
请致信	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
网站	https://www.livantaqio.cms.gov/

第3节 您的问题应采用哪种程序

由于您享有 Medicare 并从 Medicaid 获得帮助，您可以使用不同的程序来处理您的问题或投诉。使用哪种程序取决于问题涉及的是 Medicare 福利还是 Medicaid 福利。如果您的问题涉及 Medicare 承保的福利，则使用 Medicare 程序。如果您的问题涉及 Medicaid 承保的福利，则使用 Medicaid 程序。如果您需要帮助决定是使用 Medicare 程序还是 Medicaid 程序，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。

Medicare 程序和 Medicaid 程序将在本章的不同部分进行介绍。要想知道您应该阅读哪一部分，请使用下面的图表。

您的问题是关于 Medicare 福利还是 Medicaid 福利？

我的问题是关于 Medicare 福利。

转至第 4 节处理关于 Medicare 福利的问题。

我的问题是关于 Medicaid 承保。

转至第 12 节处理关于 Medicaid 福利的问题。

第4节 处理关于 Medicare 福利的问题

您的问题或疑虑是否与您的福利或承保有关？

其中包括有关是否承保医疗护理 (医疗物品、服务和/或 B 部分药物)、承保方式的问题，以及与医疗护理付款相关的问题。

是。

转至第 5 节承保决定和上诉指南。

否。

转至第 11 节如何就护理质量、等候时间、客户服务或其他问题提出投诉。

承保决定和上诉

第5节 承保决定和上诉指南

承保决定和上诉处理与您的福利及医疗护理 (服务、物品和 B 部分药物，包括支付) 相关的承保问题。为简单起见，我们通常将医疗物品、服务和 Medicare Part B 药物称为医疗护理。您可通过承保决定和上诉程序处理诸如某项服务是否被承保以及承保方式等问题。

在获得服务之前要求承保决定

如果您想在接受某项医疗护理前确认我们是否承保，可以要求我们为您做出承保决定。承保决定是我们关于您的福利和承保范围或我们将为您的医疗护理支付金额的决定。例如，如果我们的计划网络医生将您转诊给非网络内的医疗专科医生，则该转诊被视为有利承保决定，除非您或您的网络医生能证明您收到了该医疗专科医生的标准拒绝通知，或者《承保证明》明确说明转诊的服务在任何情况下都不在承保范围内。如果您的医生不确定我们是否会承保特定医疗服务或拒绝提供您认为需要的医疗护理，您或您的医生也可以联系我们并要求做出承保决定。在有限情况下，承保决定请求可能会被驳回，也就是说，我们将不会审查该请求。申请被驳回的情况包括：申请不完整；有人代表您提出申请但未获得法律授权；或您要求撤销申请。如果我们驳回了承保决定请求，将发送通知说明驳回原因及如何申请对驳回决定进行复审。

当我们决定您的承保内容及支付金额时，就是在做出承保决定。在某些情况下，我们可能决定某项医疗护理不在承保范围内或不再为您承保。如果您不同意该承保决定，可以提出上诉。

提出上诉

如果我们做出的承保决定 (无论在您接受福利前后) 令您不满，您可以对该决定提出上诉。上诉是要求我们审查并更改已作出的承保决定的正式方式。在特定情况下，您可以要求对承保决定进行加速或快速上诉。您的上诉将由与原始决定不同的审查人员处理。

当您第一次对决定提出上诉时，称为第 1 级上诉。在此上诉中，我们将审查已做出的承保决定，以确认是否正确遵循了规则。完成审查后，我们将向您提供决定。

在有限的情况下，第 1 级上诉申请将被驳回，也就是说，我们不会审查该申请。申请被驳回的情况包括：申请不完整；有人代表您提出申请但未获得法律授权；或您要求撤销申请。如果我们驳回了 1 级上诉请求，将发送通知说明驳回原因及如何申请对驳回决定进行复审。

如果我们全部或部分拒绝您的医疗护理 1 级上诉，您的上诉将自动进入由与我们无关的独立审查组织进行的 2 级上诉。

- 您无需采取任何措施即可启动 2 级上诉。根据 Medicare 规定，如果我们不完全同意您的 1 级上诉，必须自动将您的医疗护理上诉转至 2 级。
- 请参阅第 6.4 节了解更多关于第 2 级医疗护理上诉的信息。
- 第 7 节将讨论 D 部分上诉。

如果您对第 2 级上诉决定不满意，您可能可以继续进行其他级别的上诉 (本章介绍了第 3、4 和 5 级上诉程序)。

第5.1节 获得帮助以申请承保决定或提出上诉

如果您决定申请任何类型的承保决定或对决定提出上诉，以下资源可供参考：

- 请致电会员服务部(866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 从 State Health Insurance Assistance Program 获得免费帮助。
- 您的医生可以为您提出请求。如果您的医生协助进行 2 级以上的上诉，需被任命为您的代表。请致电会员服务部，索取代表任命表。（该表格也可在网站 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我们的网站 MolinaHealthcare.com/Medicare 上获取。）
 - 对于医疗护理，您的医生可以代表您请求承保决定或 1 级上诉，如果被拒绝，它将自动转至 2 级。
 - 对于 D 部分药物，您的医生或其他处方者可以代表您请求承保决定或 1 级上诉。如果您的 1 级上诉被拒绝，您的医生或处方者可以请求 2 级上诉。
- 您可以请人代表您行事。您可以指定另一个人作为您的代表来请求承保决定或提出上诉。
 - 如果您想让朋友、亲戚或其他人担任您的代表，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 索取代表任命表。（该表格也可在网站 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我们的网站 MolinaHealthcare.com/Medicare 上获取。）该表格授予该人代表您行事的权限。必须由您和您希望代表您行事的人签署。您必须向我们提供签署表格的副本。
 - 我们可以在没有表格的情况下接受来自代表的上诉请求，但在收到表格之前我们无法完成审查。如果我们在决定上诉的截止日期前未收到表格，您的上诉请求将被驳回。如果出现这种情况，我们将向您发送一份书面通知，说明您有权要求独立审查组织审查我们驳回您上诉的决定。
- 您也有权聘请律师。您可以联系自己的律师或从当地律师协会或其他转诊服务处获取律师姓名。有一些团体会在您符合条件时提供免费法律服务。然而，您无需聘请律师来请求任何类型的承保决定或对决定提出上诉。

第5.2节 不同情况下的规则和期限

涉及承保决定和上诉的情况有 4 种。每种情况都有不同的规则和截止日期，我们将在以下章节介绍每种情况的详细信息：

- **第 6 节** 医疗护理：如何要求承保决定或提出上诉
- **第 7 节**：您的 D 部分药物：如何要求承保决定或提出上诉
- **第 8 节**：如果您认为出院时间过早，如何要求我们延长承保住院时间
- **第 9 节**：如何在我们认为您的承保过早结束时要求继续承保特定医疗服务（仅适用于以下服务：家庭保健、专业护理机构护理及综合门诊康复机构 [CORF] 服务）

如果您不确定哪些信息适用于您，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。您还可以从 SHIP 获得帮助或信息。

第6节 医疗护理：如何要求承保决定或提出上诉

第6.1节 如果您在获得医疗护理承保时遇到问题或希望我们偿还我们应承担的费用份额时应采取的措施

第 4 章医疗福利图表中介绍了您的医疗护理福利。在某些情况下，B 部分药物申请适用不同的规则。在这些情况下，我们将解释 B 部分药物的规定与医疗物品和服务的规定有何不同。

本节介绍了在以下 5 种情况下您可以采取的措施：

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

1. 您没有得到您想要的某些医疗护理，而您认为我们的计划承保了该护理。**要求作出承保决定。第 6.2 节。**
2. 我们的计划不会批准您的医生或其他医疗服务提供者希望您提供的医疗护理，而您认为我们的计划承保该护理。**要求作出承保决定。第 6.2 节。**
3. 您接受了您认为本计划应承保的医疗护理，但我们表示不会支付该护理费用。**提出上诉。第 6.3 节。**
4. 您接受并支付了您认为本计划应承保的医疗护理，您希望要求本计划报销该护理费用。**把账单寄给我们。第 6.5 节。**
5. 您被告知您一直在接受我们之前批准的某些医疗护理的承保将被缩减或停止，而您认为缩减或停止该护理可能会损害您的健康。**提出上诉。第 6.3 节。**

注意：如果将停止的承保是医院护理、家庭保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，请参阅第 8 节和第 9 节。这些类型的护理适用特殊规则。

第6.2节 如何申请承保决定**法律术语**

涉及您的医疗护理的承保决定称为**组织判定**。

快速承保决定称为**加急判定**。

第 1 步：决定您需要的是标准承保决定还是快速承保决定。

如果医疗物品或服务受我们预先授权规定的约束，通常会在 7 个日历日内做出标准承保决定；所有其他物品和服务为 14 个日历日内；B 部分药物为 72 小时内。对于医疗服务，快速承保决定一般在 72 小时内作出，对于 B 部分药物，则在 24 小时内作出。只有在使用标准截止日期会对您的健康造成严重伤害或损害您恢复功能的能力时，您才能获得快速承保决定。

- 如果您的医生告知我们您的健康状况需要快速承保决定，我们将自动同意给予快速承保决定。
- 如果您在没有医生支持的情况下自行要求快速承保决定，我们将决定您的健康状况是否需要我们为您做出快速承保决定。如果我们不批准快速承保决定，我们将向您发送一封信：
 - 说明我们将使用标准截止日期。
 - 说明如果您的医生要求快速承保决定，我们将自动为您提供快速承保决定
 - 说明您可以就我们作出的标准承保决定而非您要求的快速承保决定提出快速投诉。

第 2 步：要求我们的计划作出承保决定或快速承保决定。

- 首先给我们的计划打电话、写信或发传真，要求我们授权或承保您想要的医疗护理。您、您的医生或您的代表都可以这样做。第 2 章提供了联系方式。

第 3 步：我们会考虑您的医疗护理承保申请并给您答复。

对于标准承保决定，我们使用标准截止日期。

也就是说，对于受我们预先授权规定约束的医疗物品或服务，我们将在收到您的申请后 7 个日历日内给您答复。如果您申请的医疗物品或服务不受我们预先授权规定的约束，我们将在收到您的申请后 14 个日历日内给您答复。如果您的申请是针对 B 部分药物，我们将在收到申请后 72 小时内给您答复。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 但如果您要求更多时间，或我们需要可能对您有利的更多信息，我们可额外占用最多 14 个日历日（医疗物品或服务申请）。如果我们需要额外的时间，我们会书面通知您。如果您的申请是针对 B 部分药物，我们无法花费额外时间作出决定。
- 如果您认为我们不应占用额外时间，您可以提出快速投诉。我们会在作出决定后尽快答复您的投诉。（投诉程序与承保决定和上诉程序不同。请参阅本章第 11 节了解关于投诉的信息。）

对于快速承保决定，我们使用加急时限。

快速承保决定意味着如果您的申请是针对医疗物品或服务，我们将在 72 小时内答复。如果您的申请是针对 B 部分药物，我们将在 24 小时内答复。

- 但是，如果您要求更多时间，或者如果我们需要更多可能对您有益的信息，我们可能需要延长最多 14 个日历日。如果我们需要额外的时间，我们会书面通知您。如果您的申请是针对 B 部分药物，我们无法花费额外时间作出决定。
- 如果您认为我们不应占用额外时间，您可以提出快速投诉。（请参阅第 11 节了解关于投诉的信息。）一旦做出决定，我们将立即致电给您。
- 如果我们的答复是拒绝您的部分或全部申请，我们将向您发送一份书面声明，解释我们拒绝的原因。

第 4 步：如果我们拒绝您的医疗护理承保申请，您可以上诉。

如果我们拒绝，您有权通过提出上诉要求我们重新考虑这一决定。也就是说，再次要求获得想要的医疗护理承保。如果您提出上诉，则意味着您将进入上诉程序的第 1 级。

第6.3节 如何进行 1 级上诉

法律术语

对医疗护理承保决定向我们的计划提出的上诉称为计划重新考虑。

快速上诉也称为加急重新考虑。

第 1 步：决定您是需要标准上诉还是快速上诉。

标准上诉通常在 30 个日历日内提出，B 部分药物则为 7 个日历日。快速上诉一般在 72 小时内提出。

- 如果您要对我们就护理承保做出的决定提出上诉，您和/或您的医生将需要判定您是否需要快速上诉。如果您的医生告诉我们您的健康状况需要快速上诉，我们将为您提供快速上诉。
- 获得快速上诉的要求与本章第 6.2 节中快速承保决定的要求相同。

第 2 步：向本计划提出上诉或快速上诉

- 如果您要求标准上诉，请以书面形式提交标准上诉。第 2 章提供了联系方式。
- 如果您要求快速上诉，请以书面形式或致电我们提出上诉。第 2 章提供了联系方式。
- 您必须在我们向您发送有关承保决定的答复书面通知之日起 65 个日历日内提出上诉请求。如果您错过了这一截止日期并有充分的理由，请在提出上诉时解释您的上诉迟交的原因。我们可能会给您更多时间提出上诉。正当理由的例子可能包括：您身患重病，无法与我们联系；或者我们向您提供了不正确或不完整的有关申请上诉截止日期的信息。
- 您可以请求获取有关您医疗决定的信息副本。您和您的医生可以添加更多信息来支持您的上诉。

第 3 步：我们会考虑您的上诉，并给您答复。

- 在审查您的上诉时，我们会仔细查看所有信息。我们会检查在拒绝你的请求时是否遵守了所有规则。
- 如果需要，我们会收集更多信息，且可能会联系您或您的医生。

快速上诉的截止日期

- 对于快速上诉，我们必须在收到上诉后 **72 小时内** 给您答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快给您答复。
 - 您要求更多时间，或我们需要可能对您有利的更多信息，我们可额外占用最多 **14 个** 日历日 (医疗物品或服务申请)。如果我们需要额外的时间，我们会书面通知您。如果您的请求涉及 B 部分药物，我们无法额外延长时间。
 - 如果我们未在 72 小时内给您答复 (如果我们多花了几天时间，则在延长期限结束前给您答复)，我们必须自动将您的请求转到上诉程序的第 2 级，由独立审查组织进行审查。第 6.4 节说明 2 级上诉程序。
- 如果我们的答复是同意您的部分或全部请求，我们必须在收到您的上诉后 72 小时内授权或提供我们同意的承保。
- 如果我们的答复是不同意您的部分或全部申请，我们将向您发送书面决定，并自动将您的上诉转给独立审查组织进行第 2 级上诉。独立审查组织收到您的上诉后将书面通知您。

标准上诉的截止日期

- 标准上诉我们须在收到您的上诉请求后 **30 个** 日历日内给予答复。如果申请涉及未收到的 B 部分药物，我们将在收到上诉后 **7 个** 日历日内答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快做出决定。
 - 但如果您要求更多时间，或我们需要可能对您有利的更多信息，我们可额外占用最多 **14 个** 日历日 (医疗物品或服务申请)。如果我们需要额外的时间，我们会书面通知您。如果您的申请是针对 B 部分药物，我们无法花费额外时间作出决定。
 - 如果您认为我们不应占用额外时间，您可以提出快速投诉。如果您提出快速投诉，我们将在 24 小时内给您答复。(请参阅第 11 节了解关于投诉的信息。)
 - 如果我们未在截止日期 (或延长期限结束前) 给予答复，将把您的请求转至 2 级上诉，由独立审查组织进行复审。第 6.4 节说明 2 级上诉程序。
- 如果我们的答复对您请求的部分或全部内容为肯定，我们必须在 30 个日历日内 (若您的请求涉及医疗物品或服务) 或 7 个日历日内 (若您的请求涉及 B 部分药物) 授权或提供承保。

如果本计划拒绝您的部分或全部计划上诉，我们将自动将计划上诉转交独立审查组织进行 2 级上诉。

第6.4节 2 级上诉程序：

法律术语

“独立审查组织”的正式名称是独立审查实体。有时也称为 **IRE**。

独立审查组织是由 Medicare 聘用的独立组织。它与我们无关，也不是政府机构。这个组织决定我们所做的决定是否正确，或者是否应该更改。Medicare 负责监督其工作。

第 1 步：该独立审查组织对您的上诉进行审查。

- 我们将把您的上诉信息发送给该组织。这些信息被称为您的案件档案。您有权要求我们提供您的案件档案。
- 您有权向独立审查组织提交补充信息以支持上诉。
- 独立审查组织的审查人员将仔细查看与您上诉相关的所有信息。

如果您在第 1 级获得快速上诉，您也将在第 2 级获得快速上诉。

- 对于快速上诉，审查组织必须在收到您的第 2 级上诉后 72 小时内给您答复。
- 如果您的申请是针对医疗物品或服务，而独立审查组织需要收集更多可能对您有益的信息，则可能需要延长最多 14 个日历日。如果您的申请是针对 B 部分药物，独立审查组织无法花费额外时间作出决定。

如果您在第 1 级获得标准上诉，您也将在第 2 级获得标准上诉。

- 对于标准上诉，如果您的申请是针对医疗物品或服务，独立审查组织必须在收到您的第 2 级上诉后 30 个日历日内给您答复。
- 如果您的申请是针对 B 部分药物，独立审查组织必须在收到您的第 2 级上诉后 7 个日历日内给您答复。

第 2 步：独立审查组织将向您提供答复。

独立审查组织将以书面形式告知您其决定并说明原因。

- 如果独立审查组织对医疗物品或服务请求的部分或全部内容表示肯定，我们必须在收到其决定后 72 小时内授权医疗护理承保，或在 14 个日历日内提供服务（标准申请）。对于加急申请，我们从收到立审查组织的决定之日起有 72 小时的时间。
- 如果立审查组织对 B 部分药物请求的部分或全部内容表示肯定，我们必须在收到其决定后 72 小时内授权或提供 B 部分药物（标准申请）。对于加急申请，我们从收到立审查组织的决定之日起有 24 小时的时间。
- 如果立审查组织拒绝您的部分或全部上诉，则意味着他们同意我们的计划不应批准您的医疗护理承保申请（或部分申请）。（这称为维持原判或驳回上诉。）此情况下，独立审查组织将向您发送信件：
 - 说明决定。
 - 如果您申请的医疗护理承保美元价值达到特定最低值，告知您有权进行第 3 级上诉。独立审查组织发给您的书面通知会告知您必须满足的金额才能继续上诉程序。
 - 告诉您如何提出第 3 级上诉。

第 3 步：如果您的案件符合要求，您可以选择是否继续上诉。

- 在第 2 级之后，上诉程序还有 3 级（共 5 级上诉）。如果您想进行第 3 级上诉，您在第 2 级上诉后收到的书面通知中会详细说明如何进行上诉。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师裁判员审理。第 10 节说明了第 3、4 和 5 级上诉程序。

第6.5节 如果您要求我们偿还我们应承担的医疗护理账单份额

申请报销即要求我方作出承保决定。

如果您提交报销申请材料，即要求我方作出承保决定。我们将核查您自付的医疗护理是否在承保范围内。同时核查您是否遵守了医疗护理报销的规则。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 如果该医疗护理在承保范围内，且您遵守了所有规定，我们通常会在收到您的申请后 30 个日历日内，最迟不超过 60 个日历日，将我们的费用份额付款寄给您。如果您尚未支付医疗护理费用，我们将直接将付款寄给医疗服务提供者。
- **如果拒绝您的请求：**如果医疗护理未被承保，或您未遵守所有规则，我们将不予支付。我们会发函说明拒付医疗护理费用的原因。

如果您不同意该决定，可提起上诉。上诉即要求我方变更此前拒付的承保决定。

提起此类上诉时，请按第 6.3 节流程进行上诉。关于报销争议上诉需注意：

- 我们必须在收到上诉后 60 个日历日内答复。如果申请已自付医疗护理费用的报销，不得申请快速上诉。
- 如果独立审查组织判定我们应该付款，我们必须在 30 个日历日内向您或医疗服务提供者付款。如果在 2 级之后上诉程序的任何阶段对您的上诉答复为肯定，我们必须在 60 个日历日内将您要求的付款发送给您或医疗服务提供者。

第7节 D 部分药物：如何要求承保决定或提出上诉

第7.1节 本节将告诉您如果在获取 D 部分药物时遇到困难或者希望我们向您偿还 D 部分药物费用该怎么做

您的福利包含众多处方药承保。药品需用于医学认可适应症方可获保。（医学认可适应症详情参见第 5 章。）有关 D 部分药物、规则、限制和费用的详细信息，请参阅第 5 章和第 6 章。本节仅涉及您的 **D 部分药物**。为简化表述，本节其余部分我们通常使用 **药物** 一词，而不重复 **承保门诊处方药** 或 **D 部分药物**。我们还使用“**药物清单**”这一术语，而非“**承保药物清单**”或“**处方集**”。

- 如果您不确定某药物是否承保或是否符合规则，可向我们咨询。某些药物需事先获得我们批准方可承保。
- 如果药房告知您的处方无法按原样配药，药房将提供书面通知说明如何联系我们以请求承保决定。

D 部分承保决定和上诉

法律术语

关于您 D 部分药物的初始承保决定称为**承保判定**。

承保决定是我们关于您的福利和承保范围或药物支付金额的决定。本节说明在以下任一情况下您可以采取的措施：

- 要求承保不在我们计划《药物清单》上的 D 部分药物。**请求例外。第 7.2 节**
- 请求免除对我们计划药物承保的限制（如获取量限制）**请求例外。第 7.2 节**
- 要求为费用分摊等级较高的承保药物支付较低的费用分摊金额**请求例外。第 7.2 节**
- 请求获得药物的事先批准。**要求作出承保决定。第 7.4 节**
- 支付已购买的处方药费用。**申请退款。第 7.4 节**

如果您不同意我们作出的承保决定，可提起上诉。

本节说明如何申请承保决定及如何请求上诉。

第7.2节 请求例外

法律术语：

请求承保未列入《药物清单》的药物称为**处方集例外**。

请求免除对药物承保的限制称为**处方集例外**。

请求以更低价格获取承保非优选药物称为**分级例外**。

如果药物未按您期望的方式承保，可请求我们作出**例外**。例外是承保决定的一种类型。

为考虑您的例外请求，您的医生或其他处方医生需说明需要批准例外的医疗原因。以下是您或您的医生或其他处方医生可请求我们作出的 3 种例外示例：

- 1. 承保未列入我们《药物清单》的 D 部分药物。**如果我们同意承保不在《药物清单》上的药物，您需要支付适用于第 4 级非首选药物的分摊费用。您不能要求对我们要求您支付的药物费用分摊金额进行例外处理。
- 2. 免除对承保药物的限制。**第 5 章描述了我们《药物清单》中某些药物适用的额外规则或限制。如果我们同意例外处理并为您免除限制，您可以要求对我们要求您支付的药物费用分摊金额进行例外处理。
- 3. 将药物承保改为较低费用分摊等级。**我们《药物清单》上的每种药物都属于六 (6) 种费用分摊等级之一。一般来说，费用分摊等级越低，您支付的药物费用份额就越少。
 - 如果我们的《药物清单》中包含用于治疗您医疗状况的替代药物，且其费用分摊等级低于您的药物，您可以要求我们按照适用于替代药物的费用分摊金额来承保您的药物。
 - 如果您正在服用的药物是品牌药，您可以要求我们按照适用于治疗您病症的品牌药最低等级的费用分摊金额来承保您的药物。
 - 如果您正在服用的药物是仿制药，您可以要求我们按照适用于治疗您病症的品牌药或仿制药替代品最低等级的费用分摊金额来承保您的药物。
 - 您不能要求我们更改第 5 级特药层级药物的任何费用分摊等级。
 - 如果我们批准了您的分级例外处理申请，并且有多个较低的费用分摊等级有您不能服用的替代药物，您通常支付最低的金額。

第7.3节 关于要求例外处理的重要事项

您的医生必须告诉我们医疗原因

您的医生或其他处方医生必须向我们提供一份声明，说明您申请例外处理的医疗原因。为了更快做出决定，请在申请例外处理时附上您的医生或其他处方医生提供的医疗信息。

我们的《药物清单》中通常包含不止一种用于治疗特定病症的药物。这些不同可能性称为**替代药物**。如果替代药物与您请求的药物同样有效且不会引起更多副作用或其他健康问题，我们通常不会批准您的例外请求。如果您向我们提出分级例外处理申请，我们通常不会批准您的例外请求，除非费用分摊等级较低的所有替代药物对您疗效不佳或可能导致不良反应或其他伤害。

我们可以答应或拒绝您的申请

- 如果我们批准了您的例外处理申请，我们的批准通常在我们的计划年度结束前有效。只要您的医生继续给您开药，而且该药物对治疗您的病症仍然安全有效，那么情况就是如此。

- 如果我们拒绝了您的申请，您可以通过提出上诉要求再次审查。

第7.4节 如何要求承保决定，包括例外处理

法律术语

快速承保决定称为加急承保判定。

第 1 步：决定您需要的是标准承保决定还是快速承保决定。

标准承保决定会在我们收到您医生的声明后 72 小时内做出。快速承保决定会在我们收到您医生的声明后 24 小时内做出。

如果您的健康状况需要，请要求我们为您做出快速承保决定。要获得快速承保决定，您必须满足 2 个条件：

- 您必须请求的是未获得的药物。（对于已购买的药物，您不能要求做出快速承保决定以获得费用返还）。
- 使用标准时限可能严重危害健康或影响身体机能。
- 如果您的医生或其他处方医生告诉我们您的健康状况需要做出快速承保决定，我们将自动为您做出快速承保决定。
- 如果您在未得到医生或处方医生支持的情况下自行要求做出快速承保决定，我们将判定您的健康状况是否需要我们为您做出快速承保决定。如果我们不批准快速承保决定，我们将向您发送一封信：
 - 说明我们将使用标准截止日期。
 - 说明如果您的医生或其他处方医生要求做出快速承保决定，我们将自动为您做出快速承保决定。
 - 告诉您如何就我们为您做出的标准承保决定而不是您要求的快速承保决定提出快速投诉。我们将在收到投诉后 24 小时内给予答复。

第 2 步：申请标准承保决定或快速承保决定。

- 首先给我们的计划打电话、写信或发传真，要求我们授权或承保您想要的医疗护理。您还可以通过我们的网站了解承保决定程序。我们必须接受任何书面请求，包括使用 *CMS* 标准承保判定请求表格提交的请求，该表格可从我们网站 centralhealthplan.com 获取。第 2 章提供了联系方式。为了帮助我们处理您的申请，请提供您的姓名、联系方式以及显示要对哪些被拒绝的索赔提出上诉的信息。

您、您的医生（或其他处方医生）或您的代表都可以这样做。您也可以让律师代表您行事。本章第 4 节介绍了您如何向他人授予书面许可，以作为您的代表。

- 如果您正在申请例外处理，请提供支持声明，即例外处理的医疗原因。您的医生或其他处方医生可以将声明传真或邮寄给我们。或者，您的医生或其他处方医生可以通过电话告诉我们，如有必要，还可以通过传真或邮寄书面声明的方式跟进。

第 3 步：我们会考虑您的申请并给予答复。

快速承保决定的截止日期

- 我们通常须在收到请求后 24 小时内给予答复。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 对于例外处理，我们将在收到您医生的支持声明后 24 小时内给予答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快给您答复。
- 如果我们未能在截止日期前给予答复，我们必须将您的申请转至第 2 级上诉程序，由独立审查组织进行审查。
- 如果我们的答复是同意您的部分或全部申请，我们必须在收到您的申请或支持您申请的医生声明后 24 小时内提供我们同意的承保。
- 如果部分或全部拒绝您的请求，我们将发送书面说明解拒绝原因。同时，我们也会告知您如何上诉。

您未收到的药物的标准承保决定的截止日期

- 我们通常须在收到请求后 72 小时内给予答复。
 - 对于例外处理，我们将在收到您医生的支持声明后 72 小时内给予答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快给您答复。
 - 如果我们未能在截止日期前给予答复，我们必须将您的申请转至第 2 级上诉程序，由独立审查组织进行审查。
- 如果我们的答复是同意您的部分或全部申请，我们必须在收到您的申请或支持您申请的医生声明后 72 小时内提供我们同意的承保。
- 如果部分或全部拒绝您的请求，我们将发送书面说明解拒绝原因。同时，我们也会告知您如何上诉。

有关您已购买的药物付款的标准承保决定的截止日期

- 我们必须在收到请求后 14 个日历日内答复。
 - 如果我们未能在截止日期前给予答复，我们必须将您的申请转至第 2 级上诉程序，由独立审查组织进行审查。
- 如果我们的答复是同意您的部分或全部申请，我们也必须在收到您的申请后 14 个日历日内向您付款。
- 如果部分或全部拒绝您的请求，我们将发送书面说明解拒绝原因。同时，我们也会告知您如何上诉。

第 4 步：如果我们拒绝了您的承保申请，您可以提出上诉。

- 如果我们拒绝，您有权通过提出上诉要求我们重新考虑这一决定。也就是说，再次要求获得您想要的药物承保。如果您提出上诉，则意味着您将进入上诉程序的第 1 级。

第7.5节 如何进行 1 级上诉**法律术语**

针对 D 部分药物承保决定向计划提出的上诉称为计划重新判定。

快速上诉也称为加急重新判定。

第 1 步：决定您是需标准上诉还是快速上诉。

标准上诉通常在 7 个日历日内提出。快速上诉一般在 72 小时内提出。如果健康状况需要，请申请快速上诉。

- 如果您对未获得药物的决定提出上诉，您和您的医生或其他处方医生需判断是否需要快速上诉。
- 获得快速上诉的要求与本章第 7.4 节中快速承保决定的要求相同。

第 2 步：您、您的代表、医生或其他处方医生必须联系我们并提出 1 级上诉。如果健康状况需要快速响应，您必须申请快速上诉。

- 对于标准上诉，提交书面请求。第 2 章提供了联系方式。
- 对于快速上诉，可提交书面请求上诉或致电 (866) 314-2427。第 2 章提供了联系方式。
- 我们必须接受任何书面请求，包括通过 CMS 模型重新判定申请表提交的请求，该表格可在我们网站 MolinaHealthcare.com/Medicare 获取。请包含您的姓名、联系方式及索赔相关信息，以帮助我们处理您的请求。
- 您必须在我们向您发送有关承保决定的答复书面通知之日起 **65 个日历日内提出上诉请求**。如果您错过了这一截止日期并有充分的理由，请在提出上诉时解释您的上诉迟交的原因。我们可能会给您更多时间提出上诉。正当理由的例子可能包括：您身患重病，无法与我们联系；或者我们向您提供了不正确或不完整的有关申请上诉截止日期的信息。
- 您可以索取上诉资料副本并补充信息。您和您的医生可以添加更多信息来支持您的上诉。

第 3 步：我们会考虑您的上诉，并给您答复。

- 复审上诉时，我们会重新仔细审查您保险请求的所有信息。我们会检查在拒绝你的请求时是否遵守了所有规则。
- 我们可能会联系您、您的医生或其他处方医生以获取更多信息。

快速上诉的截止日期

- 对于快速上诉，我们必须在收到上诉后 **72 小时内** 给您答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快给您答复。
 - 如果 72 小时内未答复，您的请求将自动转入上诉程序 2 级，由独立审查组织复审。第 7.6 节说明 2 级上诉程序。
- 如果部分或全部同意您的请求，我们必须在收到上诉后 72 小时内提供承诺的保险服务。
- 如果部分或全部拒绝您的请求，我们将发送书面说明解释拒绝原因及您如何对我们的决定上诉。

未收到药物的标准上诉截止期限

- 标准上诉我们须在收到您的上诉请求后 **7 个日历日内** 给予答复。如果您未收到药品且健康状况紧急，我们将加快处理。
 - 如果 7 个日历日内未决定，您的请求将自动转入上诉程序 2 级，由独立审查组织复审。第 7.6 节说明 2 级上诉程序。
- 如果部分或全部同意您的请求，我们将根据健康状况尽快提供保险服务，最迟不超过收到上诉后 7 个日历日。
- 如果部分或全部拒绝您的请求，我们将发送书面说明解释拒绝原因及您如何对我们的决定上诉。
- 我们必须在收到请求后 **14 个日历日内** 答复。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 如果我们未能在此截止日期前给予答复，我们必须将您的申请转至第 2 级上诉程序，由独立审查组织进行审查。
- 如果我们的答复是同意您的部分或全部申请，我们也必须在收到您的申请后 30 个日历日内向您付款。
- 如果部分或全部拒绝您的请求，我们将发送书面说明解拒绝原因。同时，我们也会告知您如何上诉。

第 4 步：如果上诉被拒，您可决定是否继续上诉程序并提交再次上诉。

- 如果选择再次上诉，意味着您的上诉将进入上诉程序 2 级。

第7.6节 如何进行 2 级上诉

法律术语

独立审查组织的正式名称是“独立审查实体”。有时也称为 IRE。

独立审查组织是由 Medicare 聘用的独立组织。它与我们无关，也不是政府机构。这个组织决定我们所做的决定是否正确，或者是否应该更改。Medicare 负责监督其工作。

第 1 步：您 (或您的代表或您的医生或其他处方医生) 必须联系独立审查组织，要求对您的病例进行审查。

- 如果我们拒绝您的第 1 级上诉，我们将在寄给您的书面通知中说明如何向独立审查组织提出第 2 级上诉。这些说明将告诉您谁可以提出第 2 级上诉、您必须遵守的截止日期以及如何联系独立审查组织。
- 您必须在书面通知之日起 65 个日历日内提出上诉请求。
- 如果我们没有在适用的时限内完成审核，或根据我们的药物管理计划对风险判定做出了不利的决定，我们将自动将您的请求转交给独立审查实体。
- 我们将把您的上诉信息发送给独立审查组织。这些信息被称为您的案件档案。您有权要求我们提供您的案件档案。
- 您有权向独立审查组织提交补充信息以支持上诉。

第 2 步：该独立审查组织对您的上诉进行审查。

独立审查组织的审查人员将仔细查看与您上诉相关的所有信息。

快速上诉截止日期

- 如果您的健康状况需要，请向独立审查组织要求快速上诉。
- 如果独立审查组织同意向您提供快速上诉，其必须在收到您的第 2 级上诉申请后 72 小时内给您答复。

标准上诉截止日期

- 对于标准上诉，如果上诉涉及您尚未收到的药物，独立审查组织必须在收到您的第 2 级上诉后 7 个日历日内给您答复。如果您要求我们偿付您已购买的药物，独立审查组织必须在收到您的第 2 级上诉申请后 14 个日历日内给您答复。

第 3 步：独立审查组织将向您提供答复。

对于快速上诉：

- 如果独立审查组织同意您的部分或全部请求，我们必须在收到独立审查组织的决定后 24 小时内提供独立审查组织批准的**药物承保**。

对于标准上诉：

- 如果独立审查组织同意您的部分或全部承保请求，我们必须在收到独立审查组织的决定后 72 小时内提供独立审查组织批准的**药物承保**。
- 如果独立审查组织同意您的部分或全部请求，向您偿付已购买药物的费用，我们必须在收到独立审查组织的决定后 30 个日历日内将付款寄给您。

如果独立审查组织拒绝了您的上诉怎么办？

如果独立审查组织拒绝您的部分或全部上诉，则表示他们同意我们不批准您的申请 (或部分申请) 的决定。(这称为**维持原判**。这也称为**驳回上诉**。) 此情况下，独立审查组织将向您发送信件：

- 说明决定。
- 如果您申请的**药物承保**金额达到一定的最低值，告知您有权提起第 3 级上诉。如果您申请的**药物承保**金额过低，您就不能再次上诉，第 2 级的决定就是最终决定。
- 告诉您继续上诉程序所需的**争议金额**。

第 4 步：如果您的案件符合要求，您可以选择是否继续上诉。

- 在第 2 级之后，上诉程序还有 3 级 (共 5 级上诉)。
- 如果您想继续第 3 级上诉，您在第 2 级上诉裁决后收到的书面通知中会详细说明如何进行上诉。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师裁判员审理。第 10 节说明了第 3、4 和 5 级上诉程序。

第8节 如果您认为出院时间过早，如何要求我们延长承保住院时间

住院时，您有权获得诊断和治疗疾病或伤害所必需的所有承保医院服务。

在承保住院期间，您的医生和医院工作人员将与您一起为出院的那一天做准备。他们将帮助安排您离开后可能需要的护理。

- 您离开医院的那一天称为**出院日期**。
- 出院日期确定后，医生或医院工作人员会告诉您。
- 如果您认为您被要求过早出院，您可以要求延长住院时间，我们会考虑您的要求。

第8.1节 住院期间，您将收到 Medicare 的书面通知，其中会告知您关于您的权利

在入院后的 2 个日历日内，您将收到一份名为《关于您权利的 Medicare 重要通知》的书面通知。每位享有 Medicare 的人都会收到一份此通知的副本。如果您没有从医院工作人员 (例如个案管理人员或护士) 那里收到通知，请向任何医院员工索取。如果您需要帮助，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。(TTY 用户请拨打 1-877-486-2048)。

1. 仔细阅读此通知，如有不明白之处请提问。它告诉您：

- 您有权在住院期间及之后获得医生开具的 Medicare 承保服务。包括了解这些服务是什么、谁将支付费用以及您可以在哪里获得这些服务的权利。
- 您有权参与有关您住院期间的任何决定。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 报告您对医院护理质量的任何疑虑的途径。
 - 如果您认为出院时间过早，您有权要求立即审查出院决定。这是一种正式的法定方式，要求延迟您的出院日期，以便我们承保更长时间的医院护理。
2. 您将被要求签署书面通知，以表明您已收到并理解您的权利。
 - 您或代表您行事的人将被要求签署通知。
 - 签署通知仅表明您已收到有关您权利的信息。通知中未给出您的出院日期。在通知上签字并不意味着您同意出院日期。
 3. 保留您的副本通知，以便在需要时获取有关提出上诉 (或报告护理质量疑虑) 的信息。
 - 如果您在出院日期前 2 个日历日以上签署通知，您将在预定出院前收到另一份副本。
 - 如需提前查看此通知的副本，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。您也可以通过 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 在线获取通知。

第8.2节 如何进行 1 级上诉以更改您的出院日期

如要求我们延长承保您的住院服务期限，请使用上诉程序提出请求。开始前请了解所需步骤及截止时间。

- 遵循流程
- 遵守截止时间
- 如需帮助请及时提出。如有疑问或需要帮助，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 。或联系 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 获取个性化帮助。Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging Ventura 郡: (805) 477-7310。SHIP 联系方式见第 2 章第 3 节。

1 级上诉期间，Quality Improvement Organization 将审查您的上诉。该组织将评估您的计划出院日期是否医学适宜。**Quality Improvement Organization** 是由联邦政府聘用的医生及医疗专业人员团队，负责监督并提升 Medicare 参保者的护理质量。包括审核 Medicare 参保者的出院日期。这些专家不属于本计划。

第 1 步：联系所在州的 Quality Improvement Organization，申请立即复核您的出院日期。您需立即行动。

如何联系该组织？

- 您收到的书面通知 (来自 Medicare 关于您权利的重要信息) 会告知您如何联系该组织。或在第 2 章中查找您所在州的 Quality Improvement Organization 的名称、地址和电话号码。

立即行动：

- 要提出上诉，您必须在 **出院前**联系 Quality Improvement Organization，且不得晚于出院日当天午夜。
 - 如果您在此期限内提出上诉，您可在 **出院日期后**继续住院无需支付费用，同时等待 Quality Improvement Organization 的决定。
 - 如果您未能在截止日期前提交申请，请联系我们。如果您决定在计划出院日期后继续住院，您可能需要自付全部费用用于计划出院日期后接受的医院护理。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 一旦您请求立即复核出院决定，Quality Improvement Organization 将联系我们。我们接到通知后次日中午前，将向您提供详细出院通知。该通知会列明您的计划出院日期，并详细说明您的医生、医院及我们认为该日期出院合理 (医学上适宜) 的原因。
- 您可致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取详细出院通知样本。(TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。) 或者您可以在 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 在线获取样本通知。

第 2 步 : Quality Improvement Organization 将对您的案例进行独立复核。

- Quality Improvement Organization 的医疗专业人员 (审查人员) 将询问您，或您的代表，为何认为应继续承保该服务。您无需准备书面材料，但可根据意愿自行准备。
- 审查人员还将查阅您的医疗信息、与您的医生沟通，并复核我们及医院提供的资料。
- 审查人员告知我们您的计划上诉后次日中午前，您将收到我们提供的列明计划出院日期的书面通知。该通知也会详细说明您的医生、医院及我们认为该日期出院合理 (医学上适宜) 的原因。

第 3 步 : Quality Improvement Organization 在获取全部所需信息后一个完整工作日内，将就您的上诉作出答复。

如果答复为“是”会怎样？

- 如果独立审查组织同意，我们必须继续为您提供承保的住院医院服务，只要这些服务在医疗上必需。
- 您需继续支付自付费用 (如适用的自付额或共付额)。此外，承保的医院服务可能存在限制。

如果答复为“否”会怎样？

- 如果独立审查组织拒绝，则表明您的计划出院日期在医疗上是适当的。如果发生这种情况，我们对您住院医院服务的承保将终止于 Quality Improvement Organization 对您上诉作出答复后的次日中午。
- 如果独立审查组织拒绝您的上诉且您决定继续住院，您可能需要自付全部费用用于 Quality Improvement Organization 对您上诉作出答复后的次日中午之后接受的医院护理。

第 4 步 : 如果 1 级上诉答复为否，您可决定是否进行再次上诉。

- 如果 Quality Improvement Organization 对您的上诉作出拒绝决定，且您在计划出院日期后继续住院，则可进行二次上诉。二次上诉意味着进入上诉程序的 2 级。

第8.3节 如何进行 2 级上诉以更改您的出院日期

2 级上诉期间，您要求 Quality Improvement Organization 重新审查他们对第一次上诉的决定。如果 Quality Improvement Organization 拒绝了您的 2 级计划上诉，您可能需要支付计划出院日期后住院的全部费用。

第 1 步 : 再次联系 Quality Improvement Organization，要求再次审查。

- 您必须在 Quality Improvement Organization 对您的 1 级上诉答复否后的 60 个日历日内请求此次审查。只有在您继续住院超过保险承保的护理结束日期后，您才能请求此次审查。

第 2 步 : Quality Improvement Organization 对您的情况进行第二次审查。

- Quality Improvement Organization 的审查人员将再次仔细查看与您的上诉有关的所有信息。

第3步：在收到您的2级上诉请求后的14个日历日内，审查人员将决定您的上诉并告知您其决定。

如果独立审查组织同意：

- 我们必须向您报销自 Quality Improvement Organization 拒绝您第一次上诉的次日中午起您所接受的医院护理费用中我们应承担的部分。我们必须继续为您的住院护理提供保险承保，只要这在医疗上必需。
- 您必须继续支付您应承担的费用，并且可能适用保险承保限制。

如果独立审查组织拒绝：

- 也就是说，他们维持对您1级上诉的原有决定。
- 您收到的通知将以书面形式告知您，如果您希望继续进行审查程序可以采取的措施。

第4步：如果答复是否定的，您需要决定是否要进一步进行3级上诉。

- 在第2级之后，上诉程序还有3级（共5级上诉）。如果您想进行3级上诉，具体方法会在您收到2级上诉决定后的书面通知中说明。
- 第3级上诉由行政法官或律师裁判员审理。本章第10节详细介绍了上诉程序的3、4和5级。

第9节 如果您认为您的承保过早终止，如何要求我们继续承保某些医疗服务

当您正在接受承保家庭保健医疗服务、专业护理或康复护理（综合门诊康复机构）时，您有权继续获得该类护理服务，只要该护理对诊断和治疗您的疾病或损伤是必要的。

当我们决定停止为您提供这3种护理中的任何一种时，我们必须提前通知您。当该护理的承保结束时，我们将停止支付我们承担的部分费用用于您的护理。

如果您认为我们过早终止了您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节将告诉您如何要求上诉。

第9.1节 我们会提前通知您保险承保何时结束

法律术语：

Medicare 不承保通知书。其中说明如何申请快速通道上诉。申请快速通道上诉是要求更改我们终止护理承保决定的正式法律途径。

1. 您将在本计划停止承保您的护理前至少2个日历日收到书面通知。该通知书载明：
 - 我们将停止为您承保的日期。
 - 如何申请快速通道上诉，要求我们继续为您提供更长时间的护理。
2. 您或您的代理人需签署书面通知以确认收悉。签署通知仅表明您知悉承保终止的相关信息。签署不表示您同意我们计划终止护理的决定。

第9.2节 如何进行1级上诉以延长我们计划对您的护理承保

如果您想让我们为您承保更长时间的护理，您需要通过上诉程序提出申请。开始前请了解所需步骤及截止日期。

- 遵循流程

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 遵守截止日期
- 如需帮助请及时提出。如有疑问或需要帮助，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711)。或联系 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 获取个性化帮助。Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging Ventura 郡: (805) 477-7310。SHIP 联系方式见第 2 章第 3 节。

1 级上诉期间，Quality Improvement Organization 将审查您的上诉。它决定您的护理结束日期在医学上是否合适。**Quality Improvement Organization** 是一个由医生和其他健康护理专家组成的小组，由联邦政府支付报酬，负责检查并帮助提高 Medicare 参保者的医疗护理质量。其中包括审查计划中关于何时停止承保某类医疗护理的决定。这些专家不属于本计划。

第 1 步：进行 1 级上诉：联系 Quality Improvement Organization 并要求快速通道上诉。您需立即行动。

如何联系该组织？

- 您收到的书面通知 (*Medicare 不承保通知书*) 会告诉您如何联系该组织。(或在第 2 章中查找您所在州的 Quality Improvement Organization 的名称、地址和电话号码。)

立即行动：

- 您必须于 *Medicare 不承保通知书* 生效日前一天中午前联系 Quality Improvement Organization 启动上诉。
- 如果您错过了截止日期，但仍想提出上诉，您仍享有上诉权利。通过 Medicare 不承保通知书上的联系方式联系 Quality Improvement Organization。您所在州的 Quality Improvement Organization 的名称、地址和电话号码也可在第 2 章找到。

第 2 步：Quality Improvement Organization 将对您的案例进行独立复核。

法律术语：

不承保详细说明。详细说明终止承保原因的通知。

审查期间会发生什么？

- Quality Improvement Organization 的医疗专业人员 (审查人员) 将询问您 (或您的代表) 为何认为应继续承保该服务。您无需准备书面材料，但可根据意愿自行准备。
- 独立审查组织还将查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查本计划提供给他们的信息。
- 在审查人员告知我们您的计划上诉当天结束前，您将收到我们提供的《*不承保详细说明*》，其中详细解释了终止您服务承保的原因。

第 3 步：在获得所需的全部信息后的一整日内，审查人员将告诉您其决定。

如果审查人员同意了，会发生什么？

- 如果审查人员接受您的上诉，只要您的承保服务是医疗上必需的，我们就必须继续提供此服务。
- 您需继续支付自付费用 (如适用的自付额或共付额)。承保服务可能有限制。

如果审查人员拒绝了，会发生什么？

- 如果审查人员 *拒绝* 您的上诉，承保将在我们告知您的日期终止。
- 如果您决定在您的承保终止日期后继续接受家庭保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，您须自费全额支付这些护理费用。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

第 4 步：如果 1 级上诉答复为否，您可决定是否进行再次上诉。

- 如果审查人员对您的 1 级上诉答复为否，且您选择在护理承保结束后继续接受护理，那么您可以进行 2 级上诉。

第9.3节 如何进行 2 级上诉以延长我们计划对您的护理承保

2 级上诉期间，您要求 Quality Improvement Organization 重新审核首次上诉决定。如果 Quality Improvement Organization 拒绝了您的 2 级上诉，您可能需要支付家庭保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的全部费用在我们告知您的保险终止日期之后。

第 1 步：再次联系 Quality Improvement Organization，要求再次审查。

- 您必须在 Quality Improvement Organization 对您的 1 级上诉答复为否后的 60 个日历日内请求此次审查。只有在护理承保终止日期后继续接受护理的情况下，您才能要求进行此审查。

第 2 步：Quality Improvement Organization 对您的情况进行第二次审查。

- Quality Improvement Organization 的审查人员将再次仔细查看与您的上诉有关的所有信息。

第 3 步：审查人员将在收到您的上诉申请后 14 个日历日内对您的上诉做出决定，并告知您其决定。

如果独立审查组织表示同意会发生什么？

- 我们必须向您报销自我们告知您的保险终止之日起您已获得护理费用中我们应承担的份额。我们必须继续承保医疗上必需的护理。
- 您必须继续支付您的费用分摊部分，可能会有适用的承保限制。

如果独立审查组织表示不同意会发生什么？

- 也就是说，他们同意对您 1 级上诉作出的决定。
- 您收到的通知将以书面形式告知您，如果您希望继续进行审查程序可以采取的措施。它会详细说明如何继续进行下一级上诉程序，该上诉由行政法官或律师裁判员处理。

第 4 步：如果答复是不同意，您需要决定是否希望继续上诉。

- 2 级上诉之后还有 3 个额外上诉级别，总共 5 个上诉级别。如果您想继续第 3 级上诉，您在第 2 级上诉裁决后收到的书面通知中会详细说明如何进行上诉。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师裁判员审理。本章第 10 节详细说明上诉程序第 3、4、5 级。

第10节 将您的上诉提升到 3、4 和 5 级

第10.1节 医疗服务请求的 3、4 和 5 级上诉

如果您已提出第 1 级上诉和第 2 级上诉，但均被驳回，则本部分可能适合您。

如果您上诉的物品或医疗服务的美元价值达到特定最低水平，您可以继续上诉到其他级别。如果美元价值低于最低水平，则不能继续上诉。您收到的第 2 级上诉书面答复将说明如何提出第 3 级上诉。

对于大多数涉及上诉的情况，后 3 级上诉的运作方式基本与前 2 级相同。以下是各级负责审查您的上诉的人员。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

第 3 级上诉 为联邦政府工作的行政法官或律师审裁员将审查您的上诉并给您答复。

- 如果行政法官或律师审裁员同意您的上诉，上诉程序*可能会或可能不会结束*。与第 2 级上诉的裁决不同，我们有权对有利于您的第 3 级裁决提出上诉。如果我们决定上诉，将进行第 4 级上诉。
 - 如果我们决定不上诉，我们必须在收到行政法官或律师审裁员的裁决后 60 个日历日内批准或向您提供医疗护理。
 - 如果我们决定对裁决提出上诉，我们将向您发送一份第 4 级上诉申请副本及任何附带文件。我们可以等待第 4 级上诉裁决，然后再批准或提供有争议的医疗护理。
- 如果行政法官或律师审裁员拒绝您的上诉，上诉程序*可能会或可能不会结束*。
 - 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉程序即告结束。
 - 如果您不想接受该裁决，可以继续下一级审查程序。您收到的通知书将告诉您第 4 级上诉该怎么做。

第 4 级上诉 Medicare Appeals Council (委员会) 将审查您的上诉并给您答复。委员会是联邦政府的一部分。

- 如果答案是肯定的，或者委员会拒绝了我们的复审对您有利的第 3 级上诉裁决的申请，则上诉程序*可能会或可能不会结束*。与第 2 级裁决不同，我们有权对有利于您的第 4 级裁决提出上诉。我们将决定是否将此裁决上诉至第 5 级。
 - 如果我们决定不对该决定提出上诉，必须在收到委员会决定后 60 个日历日内授权或向您提供医疗护理。
 - 如果我们决定对决定提出上诉，我们将以书面形式通知您。
- 如果答案是否定的，或者委员会拒绝了复审申请，那么上诉程序*可能会或可能不会结束*。
 - 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉程序即告结束。
 - 如果您不想接受该决定，您可以继续进入下一级审查程序。如果委员会拒绝您的上诉，您收到的通知将告诉您规则是否允许您继续第 5 级上诉，以及如何继续第 5 级上诉。

第 5 级上诉 联邦地区法院的法官将审查您的上诉。

- 法官将审查所有信息，并决定是否同意您的请求。这是最终答案。联邦地区法院之后不再有上诉级别。

第10.2节 D 部分药物请求的第 3、4 和 5 级上诉

如果您已提出第 1 级上诉和第 2 级上诉，但均被驳回，则本部分可能适合您。

如果您上诉药物的价值达到特定金额，您可能可以进行更高级别的上诉。如果金额较低，则无法进一步上诉。您收到的第 2 级上诉书面答复将说明应联系谁以及如何要求第 3 级上诉。

对于大多数涉及上诉的情况，后 3 级上诉的运作方式基本与前 2 级相同。以下是各级负责审查您的上诉的人员。

第 3 级上诉 为联邦政府工作的行政法官或律师审裁员将审查您的上诉并给您答复。

- 如果答复是肯定的，上诉程序即告结束。我们必须在收到决定后 72 小时内 (快速上诉为 24 小时) 授权或提供行政法官或律师审裁员批准的**药物保险**，或最迟在 30 个日历日内完成付款。
- 如果行政法官或律师审裁员拒绝您的上诉，上诉程序*可能会或可能不会结束*。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉程序即告结束。
- 如果您不想接受该裁决，可以继续下一级审查程序。您收到的通知书将告诉您第 4 级上诉该怎么做。

第 4 级上诉 **Medicare Appeals Council (委员会)** 将审查您的上诉并给您答复。委员会是联邦政府的一部分。

- 如果答复是肯定的，上诉程序即告结束。我们必须在收到决定后 72 小时内 (快速上诉为 24 小时) 授权或提供委员会批准的**药物保险**，或最迟在 30 个日历日内完成付款。
- 如果答案是否定的，或者委员会拒绝了复审申请，那么**上诉程序可能会或可能不会结束**。
 - 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉程序即告结束。
 - 如果您不想接受该决定，您可以继续进入下一级审查程序。如果委员会拒绝您的上诉，您收到的通知将告诉您规则是否允许您继续第 5 级上诉，以及如何继续第 5 级上诉。

第 5 级上诉 **联邦地区法院的法官**将审查您的上诉。

- 法官将审查所有信息，并决定**是否同意您的请求**。这是最终答案。联邦地区法院之后不再有上诉级别。

提出投诉

第11节 如何就护理质量、等候时间、客户服务或其他问题提出投诉

第11.1节 投诉程序可处理哪些问题？

投诉程序只用于处理某些类型的问题。其中包括关于护理质量、等候时间和客户服务的问题。以下是投诉程序处理的各种问题的示例。

投诉	示例
您的医疗护理质量	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否对所接受的护理 (包括医院护理) 质量感到不满？
尊重您的隐私	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人不尊重您的隐私权或共享机密信息？
不尊重客户、客户服务不佳或其他负面行为	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人对您无礼或不尊重？ • 您是否对我们的会员服务部感到不满？ • 您是否觉得有人鼓励您退出我们的计划？
等候时间	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否在预约时遇到困难，或者预约等候时间过长？ • 医生、药剂师或其他医护专业人员是否让您等候过久？还是我们的会员服务部或计划的其他工作人员让您等候过久？ <ul style="list-style-type: none"> ◦ 例如，在电话接听上、候诊室或检查室中等候时间过长，或者领取处方药时等候时间过长。
清洁度	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否对诊所、医院或医生诊室的清洁度或条件感到不满？
您从我们这里获得的信息	<ul style="list-style-type: none"> • 我们是否未能给您所需的通知？ • 我们的书面信息是否难以理解？

投诉	示例
<p>及时性 (这些类型的投诉都与我们在承保决定和上诉方面采取行动的及时性有关)</p>	<p>如果您要求作出承保决定或提出上诉，而您认为我们的响应速度不够快，您可以就我们的反应迟缓提出投诉。下面是一些示例：</p> <ul style="list-style-type: none">• 您向我们要求快速承保决定或快速上诉，但我们拒绝了；您可以提出投诉。• 如果您认为我们没有遵守承保决定或上诉的截止日期，您可以提出投诉。• 您认为我们没有在截止日期前为您承保或报销已获批准的某些医疗物品、服务或药物；您可以提出投诉。• 您认为我们没有在规定截止日期前将您的案件转交给独立审查组织；您可以提出投诉。

第11.2节 如何进行投诉

法律术语：

- 投诉也称为申诉。
- 提出投诉也称为提交申诉。
- 使用投诉流程也称为使用申诉提交流程。
- 快速投诉也称为加急申诉。

第 1 步：通过电话或以书面形式及时联系我们。

- 致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 711) 通常是第一步。如果您有其他需要做的事情，会员服务部会通知您。
- 如果您不想打电话 (或者打了电话但不满意) ，可以书面形式提出投诉并寄送给我们。如果您以书面形式提出投诉，我们将对您的投诉做出书面答复。
- 我们将尝试通过电话解决您的投诉。如果我们无法通过电话解决您的投诉，我们有一个正式的程序来审查您的投诉。我们称之为会员申诉程序。我们会在 30 个日历日内答复大多数申诉。如果您要求我们延长时间，或者我们需要更多信息，并且延迟符合您的最佳利益，我们可以延长时间。如果您要求书面答复、提交书面投诉或提出护理质量投诉，我们将给您书面答复。如果我们拒绝您的快速承保决定或快速上诉申请，或者我们需要额外时间做出承保或上诉决定，而您不同意我们应花费更多时间，我们将为您提供加急申诉。我们会在 24 小时内回复加急申诉。
- 提出投诉的截止日期为自您遇到要投诉的问题之日起 60 个日历日。

第 2 步：我们会调查您的投诉并给予答复。

- 如有可能，我们会立即答复您。如果您打电话向我们投诉，我们可能会在同一通电话中给您答复。
- 大多数投诉都会在 30 个日历日内得到答复。如果我们需要更多信息且延迟符合您的最佳利益，或者您要求更多时间，我们可能再多花最多 14 个日历日的时间 (共 44 个日历日) 来答复您的投诉。如果我们决定多花几天时间，我们会书面通知您。
- 如果您的投诉是因为我们拒绝了您的快速承保决定或快速上诉申请，我们将自动为您提供快速投诉。如果您提出快速投诉，也就是说，我们将在 24 小时内给您答复。

第9章如果您有问题或投诉 (承保决定、上诉、投诉)

- 如果我们不同意您的部分或全部投诉，或者不对您投诉的问题负责，我们将在给您的答复中说明理由。

第11.3节 您还可以向 Quality Improvement Organization 投诉护理质量

当您的投诉涉及 *护理质量* 时，您还有两个额外选择：

- 您可以直接向 **Quality Improvement Organization** 投诉。Quality Improvement Organization 是由联邦政府资助的执业医师和其他医疗专家组成的团体，负责检查和改善 Medicare 患者的护理。第 2 章提供了联系方式。

或

- 您可以同时向 **Quality Improvement Organization** 和我们投诉。

第11.4节 您还可以将您的投诉告知 Medicare

您可以直接向 Medicare 提交关于 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 的投诉。向 Medicare 提交在线投诉请访问 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 用户请拨打 1-877-486-2048。

关于 Medicaid 福利的问题

第12节 处理关于 Medicaid 福利的问题

如需了解 Medicaid 承保福利和/或程序的更多信息，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）或州 Medicaid 办公室（联系方式列于第 2 章第 6 节）。

您的问题或疑虑是否与您的福利或承保有关？

其中包括有关是否承保医疗护理（医疗物品、服务和/或 B 部分药物）、承保方式的问题，以及与医疗护理付款相关的问题。

是。

转至第 5 节承保决定和上诉指南。

否。

转至第 11 节如何就护理质量、等候时间、客户服务或其他问题提出投诉。

第10章

结束我们的计划会员身份

第1节 结束我们计划中您的会员身份

终止您在 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 的会员资格可能是自愿的（您自己的选择）或非自愿的（不是您自己的选择）：

- 您可能会因为决定要退出而退出我们的计划。第 2 和 3 节提供了有关自愿终止会员资格的信息。
- 在有限的情况下，我们必须终止您的会员资格。第 5 节介绍了在哪些情况下我们必须终止您的会员资格。

如果您退出我们的计划，我们的计划必须继续提供您的医疗护理和处方药，且您需继续支付分摊费用，直至会员资格终止。

第2节 什么时候可以结束在本计划中的会员身份？

第2.1节 您可能会因为参加了 Medicare 和 Medicaid 而终止会员资格

大多数 Medicare 参保者只能在一年中的特定时间终止会员资格。由于您享有 Medicaid，您可以在一年中的任何月份选择以下 Medicare 选项之一来终止您在我们的计划中的会员资格：

- Original Medicare 搭配单独的 Medicare 处方药计划，
- Original Medicare 不搭配单独的 Medicare 处方药计划（如果选择此选项并接受 Extra Help，除非您选择退出自动参保，否则 Medicare 可能会为您加入药物计划），或
- 如果符合条件，综合 D-SNP 在一个计划中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

注意：如果您退出 Medicare 药物承保、不再接受 Extra Help 且连续 63 天或更长时间没有合格药物承保，之后加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期参保罚金。

- 致电您所在州的 Medicaid 办公室了解您的 Medicaid 计划选项。
- 其他 Medicare 健康计划选项可在开放参保期期间选择。第 2.2 节将为您提供更多关于开放参保期的信息。
- 您的会员资格通常会在我们收到您更改计划的请求后的次月首日终止。您新计划的参保也将于同日开始。

第2.2节 您可以在开放参保期内终止会员资格

您可以在每年开放参保期内终止会员资格。在此期间，请审阅您的健康和处方药承保，并决定来年的承保选择。

- 开放参保期为 10 月 15 日至 12 月 7 日。

第10章结束我们的计划会员身份

- **选择保留当前承保或更改来年的承保选项。**如果您决定更换新计划，可选择以下任一类型计划：
 - 另一项 Medicare 健康计划，含或不含药物承保。
 - Original Medicare 搭配单独的 Medicare 药物计划
 - Original Medicare 不搭配单独的 Medicare 药物计划
 - 如果符合条件，综合 D-SNP 在一个计划中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

您从 Medicare 获得 **Extra Help**，以支付您的处方药费用：如果您转换至 Original Medicare，但未参保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您参保药物计划，除非您选择退出自动参保。

注意：如果您退出 Medicare 药物承保、不再接受 Extra Help 且连续 63 天或更久无合格药物承保，后续加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期参保罚金。

- 您的会员资格将在我们计划中终止，当您新计划的承保于 1 月 1 日生效时。

第2.3节 您可以在 Medicare Advantage 开放参保期内终止会员资格

在每年 Medicare Advantage 开放参保期内，您可以对您的医疗保险进行一次变更。

- **Medicare Advantage 开放参保期**为 1 月 1 日至 3 月 31 日，对于已参保 MA 计划的新 Medicare 受益人而言，该参保期为从享有 A 部分和 B 部分权利的当月起至享有权利的第 3 个月的最后一天止。
- **在 Medicare Advantage 开放参保期内**，您可以：
 - 转换至另一项有或没有药物承保的 Medicare Advantage Plan。
 - 退出我们的计划并通过 Original Medicare 获得承保。如果您在此期间转换为 Original Medicare，您也可以同时加入单独的 Medicare 药物计划。
- **您的会员资格**将在您参保其他 Medicare Advantage Plan 或我们收到您转投 Original Medicare 的申请后次月的第一天终止。如果您也选择参保 Medicare 药物计划，您的药物计划会员资格将在药物计划收到您的参保申请后次月的第一天开始。

第2.4节 在某些情况下，您可以在特殊参保期内终止会员资格

在某些情况下，您可能有资格在一年中其他时间终止会员资格。这称为**特殊参保期**。

如果以下任一情况适用，您可能有资格在特殊参保期内终止会员资格。这些仅为示例。完整列表可联系我们的计划、致电 Medicare 或访问 Medicare 网站 www.Medicare.gov。

- 通常，当您搬家时
- 如果您拥有 California Medicaid
- 如果您有资格获得 Extra Help 用于支付 Medicare 药物承保
- 如果我们违反与您的合约
- 如果您在机构，如疗养院或长期护理 (LTC) 医院接受护理
- 如果您参保 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)
- **注意：**如果您参与药物管理计划，您可能仅符合某些特殊参保期资格。第 5 章第 10 节将为您提供更多关于药物管理计划的信息。
- **注意：**第 2.1 节将为您提供更多关于 Medicaid 参保者的特殊参保期信息。

参保时间段因情况而异。

第10章结束我们的计划会员身份

如需确认您是否符合特殊参保期资格，请致电 Medicare，电话：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。如果因特殊情况有资格终止会员资格，您可选择同时更改 Medicare 健康承保和药物承保。您可以选择：

- 另一项 Medicare 健康计划，含或不含药物承保，
- Original Medicare 搭配单独的 Medicare 药物计划，
- Original Medicare 不搭配单独的 Medicare 药物计划。

注意：如果您退出 Medicare 药物承保、不再接受 Extra Help 且连续 63 天或更久无合格药物承保，后续加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期参保罚金。

如果您从 Medicare 获得 Extra Help 支付药物承保费用：如果您转换至 Original Medicare，但未参保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您参保药物计划，除非您选择退出自动参保。

您的会员资格通常会在请求更改我们的计划后的次月首日终止。

注意：第 2.1 和 2.2 节将向您详细介绍参保 Medicaid 和 Extra Help 人员的特殊参保期。

第2.5节 获得更多关于何时可以终止会员资格的信息

如果您对终止会员资格有任何疑问，请联系我们：

- 请致电会员服务部。
- 请在 2026 年《Medicare 与您》手册中查找相关信息。
- 每周 7 天每天 24 小时拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，联系 Medicare。(TTY 1-877-486-2048)

第3节 如何结束我们计划中您的会员身份

下表说明了您可如何终止我们计划的会员资格。

如果您想从我们的计划转换至：	您应该做以下事项：
另一个 Medicare 健康计划。	<ul style="list-style-type: none"> • 参保新的 Medicare 健康计划。 • 当您的新计划开始承保时，您将自动退保 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。
Original Medicare 搭配单独的 Medicare 处方药计划。	<ul style="list-style-type: none"> • 参保新的 Medicare 药物计划。 • 当您的新药物计划开始承保时，您将自动退保 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。
Original Medicare 不搭配单独的 Medicare 处方药计划。	<ul style="list-style-type: none"> • 向我们发送书面退保申请。如需更多信息以了解如何退保，请联系会员服务部。 • 您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare 并要求退保。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。 • 当您的 Original Medicare 开始承保时，您将自动退保 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)。

第10章结束我们的计划会员身份

注意：如果您退出 Medicare 药物承保、不再接受 Extra Help 且连续 63 天或更久无合格药物承保，后续加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期参保罚金。

如有关于 Medicaid 福利的问题，请拨打 California Department of Health Care Services, (916) 449-5000, TTY: 711, N/A。询问加入另一项计划或返回 Original Medicare 会如何影响您获得 Medicaid 承保的方式。

第4节 在您的会员身份终止之前，您必须继续通过本计划获得医疗物品、服务和药物

在您的 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员资格终止以及新的 Medicare 和 Medicaid 承保开始之前，您必须继续通过我们的计划获得医疗护理和处方药。

- 继续使用我们的网络提供者接受医疗护理。
- 继续使用我们的网络药房或邮购服务获取处方药。
- 如果您在会员资格终止当天住院，您住院期间的费用将由我们的计划承保，直到您出院为止（即使您在新的健康承保开始后出院）。

第5节 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 在某些情况下必须终止我们的计划成员资格

如果出现以下任何情况，Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 必须终止您的计划会员资格：

- 如果您不再享有 Medicare Part A 和 Part B
- 如果您搬离我们的服务区域。
- 如果您离开我们的服务区域超过 6 个月
 - 如果您搬家或长途旅行，请致电会员服务部，了解您搬家或旅行的地点是否在我们的计划区域内。
- 如果您被监禁（入狱）
- 如果您不再是美国公民或在美国合法居留
- 如果您谎报或隐瞒您参保的其他提供处方药承保的保险的信息
- 如果您在参保我们的计划时故意向我们提供错误信息，而该信息影响了您的计划参保资格。（我们不能因此而让您退出我们的计划，除非我们预先获得 Medicare 的许可。）
- 如果您的持续行为造成干扰，使我们难以为您和我们计划的其他会员提供医疗护理。（我们不能因此而让您退出我们的计划，除非我们预先获得 Medicare 的许可。）
- 如果您让他人使用您的会员卡获得医疗护理。（我们不能因此而让您退出我们的计划，除非我们预先获得 Medicare 的许可。）
 - 如果我们因此终止您的会员资格，Medicare 可能会要求 Inspector General 对您的案件进行调查。

如果您有疑问或想了解更多关于我们何时终止您的会员资格的信息，请致电会员服务部 (866) 314-2427（TTY 用户请拨打 711）。

第10章结束我们的计划会员身份

第5.1节 我们不得以任何健康相关理由要求您退出我们的计划

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 不得以任何健康相关原因要求您退出我们的计划。

如果发生这种情况该怎么办？

如果您认为自己因健康相关原因被要求退出本计划，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

第5.2节 如果我们终止您的计划会员资格，您有权提出投诉

如果我们终止您的计划会员资格，我们必须以书面形式告知您终止会员资格的原因。我们还必须向您解释如何对我们终止您会员资格的决定提出申诉或投诉。

第11章 法律声明

第1节 适用法律声明

适用于本《承保证明》的主要法律是《社会安全法案》第 XVIII 章以及 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 根据《社会安全法案》制定的法规。此外，其他联邦法律也可能适用，在某些情况下，您所在州的法律也可能适用。即使本文件未包含或说明这些法律，也可能会影响您的权利和责任。

第2节 反歧视声明

我们不会因人种、种族、国籍、肤色、宗教、性别、年龄、精神或身体残疾、健康状况、理赔经验、病史、遗传信息、可保性证明或服务区域内的地理位置而有所歧视。所有提供 Medicare Advantage Plan 的机构，如本计划，必须遵守联邦禁止歧视的法律，包括 1964 年《公民权利法》第六章 1973 年《康复法》、1975 年《年龄歧视法》、《美国残障人士法》、《平价护理法》第 1557 节、适用于获得联邦资助机构的所有其他法律，以及因任何其他原因而适用的任何其他法律和规定。

如果您想了解更多或担心受到歧视或不公平对待，请致电 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 联系 Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 或当地 Office for Civil Rights。您也可查阅 Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights 的信息，网址为 www.HHS.gov/ocr/index.html。

如果您有残疾并需要获得护理方面的帮助，请致电会员服务部 (866) 314-2427 (TTY 用户请拨打 (866) 314-2427)。如果您有意见，如轮椅通道问题，会员服务部可以提供帮助。

第3节 关于 Medicare 次要付款方代位求偿权的声明

我们有权利也有责任收取 Medicare 未作为主要付款方的 Medicare 承保服务费用。根据《联邦法规汇编》(CFR) 第 42 编第 422.108 和 423.462 条的 CMS 规定，Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 作为 Medicare Advantage Organization，将行使与部长根据 CFR 第 42 编第 411 部分 B 至 D 小节中的 CMS 法规行使的相同追偿权，且本节规定的规则取代任何州法律。

第12章 定义

门诊手术中心 – 门诊手术中心是专门为无需住院且预计停留时间不超过 24 小时的患者提供门诊手术服务的实体。

上诉 – 当您不同意我们拒绝承保医疗保健服务或处方药，或拒绝支付您已接受服务或药物的决定时，可提出上诉。如果您不同意我们停止您正在接受的服务的决定，也可提出上诉。

差额账单 – 当医疗服务提供者（如医生或医院）向患者收取的费用超过我们计划允许的费用分摊金额时。作为 Central Health Medi-Medi Plan II 的会员，您只需在获得我们计划承保的服务时支付计划规定的费用分摊金额。我们不允许医疗服务提供者进行差额账单或向您收取超过我们计划规定应支付费用分摊金额的费用。

福利期 – 我们的计划和 Original Medicare 衡量您使用医院和专业护理机构 (SNF) 服务的方式。福利期从您进入医院或专业护理机构当天开始。当您连续 60 天未接受过任何住院护理（或在 SNF 接受专业护理）时，福利期结束。如果您在一个福利期结束后再次进入医院或专业护理机构，则开始新的福利期。福利期次数没有限制。

生物制品 – 由动物细胞、植物细胞、细菌或酵母等天然生物来源制成的处方药。生物制品比其他药物更复杂且无法精确复制，因此替代形式称为生物类似药。生物类似药通常与原研生物制品一样有效和安全。（参见“原研生物制品”和“生物类似药”）。

生物类似药 – 与原研生物制品非常相似但不完全相同的生物制品。生物类似药与原研生物制品同样安全有效。某些生物类似药可在药房替代原研生物制品而无需新处方（参见“可互换生物类似药”）。

品牌药 – 由最初研发该药物的制药公司生产和销售的处方药。品牌药与仿制药具有相同的活性成分配方。但仿制药由其他制药商生产和销售，通常在品牌药专利到期后才会上市。

重病给付阶段 – D 部分药物福利中的阶段，当您（或您授权的其他合格方）在保障年度内为 D 部分承保药物花费 \$2,100 时开始。在此付款阶段，我们的计划将支付您的 D 部分承保药物的全部费用。您无需支付任何费用。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – 负责管理 Medicare 的联邦机构。

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP) - C-SNP 是一种 SNP，仅限于有特定严重慢性病的符合 MA 资格的人员参保。

共同保险 – 您可能需要支付的金额，以百分比表示（例如 20%），作为您对服务或处方药费用的分担份额在您支付任何自付额之后。

投诉 – 提出投诉的正式名称是提交申诉。投诉流程仅适用于某些类型的问题。其中包括关于护理质量、等待时间以及您所获得的客户服务的问题。还包括如果我们的计划未遵循上诉程序中的时间期限的投诉。

综合门诊康复机构 (CORF) – 主要提供疾病或受伤后康复服务的机构，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗和言语病理学服务，以及家庭环境评估服务。

共付额 – 您可能需要支付的金额，作为您对医疗服务或用品（如看医生、医院诊室就诊或处方药）费用的分担份额。共付额是一个固定金额（例如 \$10），而不是百分比。

第12章定义

费用分摊 – 费用分摊指的是会员在接受服务或药物时需要支付的金额。(这是我们计划每月计划保费之外的费用。)费用分摊包括以下3种支付类型的任意组合:(1)计划在承保服务或药物之前可能施加的任何自付额;(2)计划在接受特定服务或药物时要求的任何固定“共付额”金额;或(3)任何“共同保险”金额,即计划在接受特定服务或药物时要求的服务或药物总费用的百分比。

费用分摊等级 - 承保药物清单上的每种药物都有六(6)种费用分摊等级之一。一般来说,费用分摊等级越高,您的药物费用就越高。

承保判定 – 关于为您开具的处方药是否由我们的计划承保以及您需要为该处方支付多少金额(如果有)的决定。一般来说,如果您将处方带到药房,而药房告诉您该处方不在我们的计划承保范围内,那不属于承保判定。您需要致电或写信给我们的计划,要求对承保范围做出正式决定。在本文件中,承保判定称为**承保决定**。

承保药物 – 我们用来表示由我们计划承保的所有药物的术语。

承保服务 – 我们用来表示由我们计划承保的所有医疗保健服务和用品的术语。

合格处方药承保 – 预期平均支付至少与 Medicare 标准处方药承保相当的处方药承保(例如来自雇主或工会的承保)。在符合 Medicare 资格时拥有此类承保的人通常可以保留该承保,而无需支付罚款,如果他们后来决定参加 Medicare 处方药承保。

监护护理 – 监护护理是在疗养院、临终关怀或其他机构环境中提供的个人护理,当您不需要熟练的医疗护理或熟练的护理护理时。由没有专业技能或培训的人提供的监护护理包括帮助日常生活活动,如洗澡、穿衣、进食、上下床或椅子、移动和使用浴室。其中还可能包括大多数人自己进行的与健康相关的护理,如使用眼药水。Medicare 不支付监护护理费用。

每日费用分摊率 – 当您的医生为您开具少于一个月用量的某些药物并且您需要支付共付额时,可能会适用每日费用分摊率。每日费用分摊率是共付额除以一个月用量中的天数。以下是一个例子:如果您对一个月供应量的药物的共付额为 \$30,而我们计划中的一个个月用量为 30 天,那么您的“每日费用分摊率”为每天 \$1。

自付额 – 您必须为医疗保健或处方支付的金额,然后我们的计划才会支付。

退保或停保 – 结束您在我们计划中的会员资格的过程。

药事服务费 – 每次分发承保药物时收取的费用,用于支付填写处方的成本,如药剂师准备和包装处方的时间。

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) - D-SNP 为同时有资格享有 Medicare (《社会安全法案》第 XVIII 章)和 Medicaid 州计划医疗援助(第 XIX 章)的人员参保。各州承担部分 Medicare 费用,具体取决于各州和人员的资格。

双重资格人士 – 同时符合 Medicare 和 Medicaid 承保资格的个人。

耐用医疗设备 (DME) – 由医生根据医疗需求开具的特定医疗设备。示例包括助行器、轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、静脉输液泵、语音生成设备、氧气设备、雾化器或由医疗服务提供者开具供家庭使用的病床。

紧急情况 – 医疗紧急情况是当您或任何具备基本健康医疗常识的普通人认为出现可能危及生命(孕妇还包括未出生婴儿生命)、肢体残缺、肢体功能丧失或身体功能严重受损的医疗症状,需要立即就医时。这些医疗症状可能包括疾病、损伤、剧烈疼痛,或快速恶化的医疗状况。

急诊护理 – 包含以下条件的承保服务:1)由具备急救服务资质的提供者提供;2)用于治疗、评估或稳定紧急医疗状况。

第12章定义

《承保证明》(EOC)及披露信息 – 该文件与您的参保书及其他附加条款、附约或可选承保项目共同说明您的保障范围、我们的义务、您的权利以及作为计划成员需履行的责任。

例外 – 一种承保决定，如果获批准可获取未列入处方集的药物（处方集例外），或以更低费用分摊等级获取非优选药物（分级例外）。如果本计划要求您在使用申请药物前尝试其他药物、要求预先授权而您希望豁免限制条件，或限制申请药物的数量/剂量时（处方集例外），您也可申请例外。

Extra Help - 一项 Medicare 或州计划，帮助收入和资源有限的人群支付 Medicare 处方药计划费用，如保费、自付额和共同保险。

仿制药 – 经 FDA 批准、与品牌药具有相同活性成分的处方药。通常仿制药与品牌药疗效相同且成本更低。

申诉 – 您对本计划、医疗服务提供者或药房提出的投诉，包括对护理质量的投诉。此类投诉不涉及承保或支付争议。

家庭保健助理 – 提供无需持照护士或治疗师技能的服务人员，例如协助个人护理（如沐浴、如厕、穿衣或执行处方锻炼）。

临终关怀 – 为经医学证明预期寿命不超过 6 个月的终末期患者提供的特殊治疗福利。我们的计划必须向您提供所在地区的临终关怀机构列表。如果选择临终关怀并继续支付保费，您仍为本计划成员。您仍可获取所有医疗上必需服务及本计划提供的补充福利。

住院治疗 – 因需要专业医疗服务而正式办理入院手续的医院留宿。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。

收入相关月调整金额 (IRMAA) – 如果您 2 年前 IRS 报税显示的修正调整后总收入超过特定标准，除标准保费外还需支付收入相关月调整金额，简称为 IRMAA。IRMAA 是附加于保费的额外费用。受影响 Medicare 参保者不足 5%，因此多数人无需支付更高保费。

初始给付限额 - 初始给付阶段的最高承保限额。

初始参保期 – 首次符合 Medicare 资格时，可注册 Medicare Part A 和 Part B 的时段。如果 65 岁时符合资格，初始参保期为包含 65 岁生日当月及其前后 3 个月的 7 个月周期。

综合 D-SNP – 为同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格群体提供单一健康计划、承保 Medicare 及全部/大部分 Medicaid 服务的 D-SNP。此类人群也称为全福利双重资格人员。

Institutional Special Needs Plan (I-SNP) – I-SNP 的参保对象仅限于符合 MA 资格、居住在社区但需要机构提供的护理水平，或者在某些长期机构居住（或预计居住）至少 90 天的人员。I-SNP 包括以下类型的计划：机构等效 SNP (IE-SNP)、混合机构 SNP (HI-SNP) 和基于设施的机构 SNP (FI-SNP)。

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP) – IE-SNP 的参保对象仅限于符合 MA 资格、居住在社区但需要机构提供的护理水平的人员。

可互换生物类似药 – 一种可在药房无需新处方即可替代原研生物类似药的生物类似药，因其满足与自动替代可能性相关的额外要求。药房自动替代需遵守州法律。

《承保药物清单》（处方集或药物清单） – 我们计划承保的处方药列表。

Low Income Subsidy (LIS) – 参见 Extra Help。

Manufacturer Discount Program – 由药品制造商支付部分 D 部分品牌药和生物制剂全额费用的计划。折扣基于联邦政府与制药商之间的协议。

最高公平价格 – Medicare 为选定药物协商的价格。

第12章定义

最高自付金额 – 您在日历年内为承保服务支付的自费最高限额。您为我们计划保费、Medicare Part A 和 Part B 保费以及处方药支付的费用不计入最高自付金额。如果您有资格得到 Medicaid 对 Medicare 的费用分摊援助，您就无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何达最高自付金额的自付费用。（注意：由于我们的会员还能获得 Medicaid 的帮助，因此很少有会员能达到此自付费用上限。）

Medicaid (或 Medical Assistance) – 一项联邦与州联合计划，为部分低收入和资源有限者提供医疗费用帮助。各州 Medicaid 计划不同，但如果同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格，多数医疗费用可获承保。

医学认可适应症 - 经 FDA 批准或得到某些参考资料（如《美国医院处方集服务药物信息》和 Micromedex DRUGDEX 信息系统）支持的药物用途。

医疗上必需 – 符合医疗实践标准、用于预防、诊断或治疗您医疗状况所需的服务、用品或药物。

Medicare – 联邦健康保险计划，承保 65 岁及以上人群、部分 65 岁以下特定残障人士及终末期肾病患者（通常指需透析或肾移植的永久性肾衰竭患者）。

Medicare Advantage 开放参保期 - 1 月 1 日至 3 月 31 日期间，Medicare Advantage 会员可取消其计划参保，转至另一项 Medicare Advantage 计划或通过 Original Medicare 获得承保。如果您选择在此期间转换为 Original Medicare，您也可以在此时加入单独的 Medicare 处方药计划。Medicare Advantage 开放参保期亦适用于个人首次符合 Medicare 资格后的 3 个月内。

Medicare Advantage (MA) Plan – 有时称为 Medicare Part C。由与 Medicare 签约的私营公司提供，承保所有 Medicare Part A 和 Part B 福利。Medicare Advantage Plan 可以是 i) HMO，ii) PPO，iii) Private Fee-for-Service (PFFS) 计划或 iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) 计划。除选择上述计划类型外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 计划也可以是 Special Needs Plan (SNP)。多数情况下，Medicare Advantage 计划还提供 Medicare Part D（处方药承保）。此类计划称为**带处方药承保的 Medicare Advantage 计划**。

Medicare 承保服务 – Medicare Part A 和 Part B 承保的服务。所有 Medicare 健康计划必须承保 Medicare Part A 和 B 的全部服务。此 Medicare 承保服务术语不包含 Medicare Advantage 计划可能提供的视力、牙科或听力等额外福利。

Medicare Health Plan – Medicare 健康计划由与 Medicare 签约的私营公司提供，向参保我们计划的 Medicare 受益人提供 A 部分和 B 部分福利。此术语承保所有 Medicare Advantage Plan、Medicare Cost Plan、Special Needs Plan、Demonstration/Pilot Programs 及 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 药物承保 (Medicare Part D) – 帮助支付门诊处方药、疫苗、生物制品及部分 Medicare Part A 或 Part B 未承保用品的保险。

Medication Therapy Management (MTM) 计划 – 一项针对复杂健康需求的 Medicare Part D 计划，提供给符合特定要求或参加 Drug Management Program 的人员。MTM 服务通常包括与药剂师或医疗保健提供者进行讨论以审查药物。

Medigap (Medicare 补充保险) 保单 – 由私营保险公司销售，用于填补 Original Medicare 缺口的补充保险。Medigap 保单仅适用于 Original Medicare。（Medicare Advantage 计划不是 Medigap 保险单。）

会员 (本计划会员) – 符合条件获得承保服务、已加入本计划且其参保资格已获 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 确认的 Medicare 参保人。

会员服务部 – 本计划内负责解答会员资格、福利、申诉和计划上诉问题的部门。

网络药房 – 与本计划签约的药房，本计划会员可在此获得处方药福利。大多数情况下，只有在本计划网络药房配药才能获得承保。

第12章定义

网络提供者 - 提供者是获得 Medicare 和州政府的许可或认证而可以提供医疗保健服务的医生、其他医疗保健专业人员、医院和其他医疗保健机构的统称。**网络提供者**与本计划签订协议，接受我们全额支付，并在某些情况下协调及向本计划会员提供承保服务。网络提供者也称为**计划提供者**。

开放参保期 – 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间，会员可以更改其健康或药物计划或转入 Original Medicare。

机构判定 – 本计划关于物品/服务是否承保或您需为承保物品/服务支付金额的决定。组织判定在本文件中称为承保决定。

原研生物制品 – 经 FDA 批准、作为生物类似药参照标准的生物制品。亦称参照产品。

Original Medicare (传统 Medicare 或按服务收费 Medicare) – Original Medicare 由政府而非 Medicare Advantage 计划和处方药计划等私营健康计划提供的保险。Original Medicare 根据国会制定的标准向医生、医院及其他医疗保健提供者支付 Medicare 承保服务费用。您可选择任何接受 Medicare 的医生、医院或医疗保健提供者。您需支付自付额。Medicare 支付其承担的 Medicare 核准金额部分，您支付您承担的部分。Original Medicare 包含 2 部分：A 部分（医院保险）和 B 部分（医疗保险），全美各地均可参保。

非网络药房 – 未与本计划签约协调或向本计划会员提供承保药物的药房。从非网络药房获取的药物通常不在承保范围内，除非满足特定条件。

非网络提供者或非网络机构 – 未与本计划签约协调或向本计划会员提供承保服务的提供者/机构。非网络提供者指不受雇于、不属于或不由本计划运营的提供者。

自付费用 – 参见上文“费用分摊”定义。会员为部分服务或药物支付费用分摊的要求，也称为会员“自付”费用要求。

自付阈值 – 您为 D 部分药物支付的最高自付金额。

C 部分 – 参见 Medicare Advantage (MA) 计划。

D 部分 – 自愿参加的 Medicare 处方药福利计划。

D 部分药物 – 可纳入 D 部分承保的药物。我们可能不提供所有 D 部分药物。国会已明确排除某些药物类别纳入 D 部分承保范围。某些 D 部分药物类别必须被所有计划承保。

D 部分逾期参保罚金 – 如果您在首次符合 D 部分计划参保资格后连续 63 天或更长时间无合格保险（预期平均支付金额不低于标准 Medicare 药物承保的保险），则需在每月计划保费中额外支付的金额。如果您失去 Extra Help 资格，且有连续 63 天或更长时间未拥有 D 部分或其他合格药物承保，您可能会被收取逾期参保罚金。

Preferred Provider Organization (PPO) 计划 – Preferred Provider Organization 计划是一种 Medicare Advantage Plan，拥有签约提供者网络，这些提供者同意以特定金额为计划成员提供治疗。PPO 计划必须承保所有计划福利，无论这些福利是从网络还是非网络提供者处获得。当从非网络提供者处获得计划福利时，成员的费用分摊通常会更高。PPO 计划对从网络内（优选）提供者处获得服务的自付费用设有年度限额，并对从网络内（优选）和网络外（非优选）提供者处获得服务的总自付费用设有更高的限额。

保费 – 为健康或处方药承保向 Medicare、保险公司或健康计划支付的定期费用。

预防性服务 – 在治疗效果最佳的早期阶段预防疾病或发现疾病的医疗保健（例如，预防性服务包括子宫颈抹片检查、流感疫苗和乳房 X 光筛查）。

初级保健提供者 (PCP) – 您首先就诊以解决大多数健康问题的医生或其他提供者。在许多 Medicare 健康计划中，您必须在看其他医疗保健提供者之前先看您的初级保健提供者。

第12章定义

预先授权 – 根据特定标准获得服务或某些药物的预先批准。需要预先授权的承保服务已在第 4 章的医疗福利图表中标出。需要预先授权的承保药物在处方集中标记，我们的标准发布在我们的网站上。

假肢和矫形器 – 医疗设备，包括但不限于手臂、背部和颈部支架；假肢；假眼；以及用于替代身体内部部分或功能的设备，包括造口用品和肠内及肠外营养治疗。

Quality Improvement Organization (QIO) – 由联邦政府支付的一群执业医师和其他医疗保健专家，负责检查和改善对 Medicare 患者的护理。

数量限制 – 一种管理工具，旨在出于质量、安全或使用原因限制药物的使用。限制可能是我们每张处方或一定时间内承保的药物量。

“实时福利工具” – 一个门户或计算机应用程序，参保者可以查找完整、准确、及时、临床适当且针对特定参保者的处方集和福利信息。其中包括费用分摊金额、可用于治疗与特定药物相同健康状况的替代处方集药物，以及适用于替代药物的承保限制（预先授权、阶梯疗法、数量限制）。

转诊 – 您的初级保健医生让您去看专科医生或接受某些医疗服务的书面指示。如果没有转诊，我们的计划可能不会支付专科医生的服务费用。

康复服务 – 这些服务包括住院康复护理、物理治疗（门诊）、言语和语言治疗以及职业治疗。

选定药物 – D 部分承保的药物，Medicare 为其协商了最高公平价格。

服务区域 – 您必须居住的地理区域才能加入特定的健康计划。对于限制您可以使用哪些医生和医院的计划，通常也是您可以获得常规（非紧急）服务的区域。如果您永久搬出我们计划的服务区域，我们的计划必须取消您的参保资格。

专业护理机构 (SNF) 护理 – 在专业护理机构中连续、每日提供的专业护理和康复服务。护理示例包括只能由注册护士或医生进行的物理治疗或静脉注射。

Special Needs Plan – 一种特殊类型的 Medicare Advantage 计划，为特定人群提供更集中的医疗保健，例如同时拥有 Medicare 和 Medicaid 的人、生活在疗养院的人或患有某些慢性医疗状况的人。

阶梯疗法 – 一种使用工具，要求您首先尝试另一种药物治疗您的医疗状况，然后我们才会承保您的医生最初可能开具的药物。

补充保障收入 (SSI) – 社会安全局每月向收入有限、资源有限且残疾、失明或 65 岁及以上的人支付的福利。SSI 福利与社会安全福利不同。

急需的服务 – 如果您暂时不在我们计划的服务区域内，或者考虑到您所处的时间、地点和情况，从网络提供者处获得此服务是不合理的，那么需要立即就医但并非急诊的计划承保服务就属于急需的服务。急需的服务例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有疾病的意外复发。医疗上必需的常规医疗服务提供者就诊（如年度体检）不被视为急需的服务，即使您不在我们计划的服务区域内或我们的计划网络暂时不可用。

其他重要的医疗保健和会员资源信息

- 非歧视通知 (NDN) – 第 1557 条
- 可用性通知 (NOA) – 语言协助服务
- 隐私惯例通知 (NPP)

非歧视声明第 1557 节。 Central Health Plan



歧视是违反法律的行为。Central Health Plan 严格遵守各州及联邦公民权利相关法律的规定。Central Health Plan 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族群认同、年龄、智力障碍、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Central Health Plan 提供：

- 及时为残疾人士提供免费帮助和服务，以便进行更好的沟通，例如：
 - 有资质的手语翻译
 - 其他格式的书面信息 (大字体、音频无障碍电子格式、其他格式。)
- 为主要语言非英语的人士及时提供免费语言服务，例如：
 - 合格的翻译
 - 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请在 8:00 a.m. 至 8:00 p.m. 间致电 1-866-314-2427 联系 Central Health Plan。如果您听力或语言有困难，请拨打 711。我们可根据要求为您提供本文档的盲文、大字体印刷版、录音带或电子形式版本。要获取这些备选格式之一的副本，请致电或写信至：

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

通过电话: 1-866-606-3889。如果您听力或语言有困难，请拨打 711。

如何提出申诉

如果您认为 Central Health Plan 未能提供上述服务，或在性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族群认同、年龄、智力障碍、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向方面受到以其他方式进行的非法歧视，您可向 Central Health Plan 的公民权利协调员提出申诉。您可以通过电话、书面、亲自前往或电子方式提出申诉：

- **通过电话:** 在 8:30 a.m. 至 5:30 p.m. 间致电 1-866-606-3889，联系 Central Health Plan 的公民权利协调员。或者，如果您听力或语言有困难，请拨打 711。
- **以书面形式:** 填写投诉表或写信并致函至：
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- **亲自前往:**亲自前往您医生的办公室或 Central Health Plan, 并告知您想提出申诉。
- **电子方式:**发送电子邮件至 CivilRights@MolinaHealthcare.com。您也可以访问 Central Health Plan 的网站提出申诉: MolinaHealthcare.Alertline.com。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

您可以通过电话、书面或电子方式向 California Department of Health Care Services, Office for Civil Rights 提出公民权利投诉:

- **通过电话:**请致电 916-440-7370。如果您言语或听力不佳, 请拨打 711 (电信转接服务)。
- **以书面形式:**填写投诉表或致函至:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O.Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

投诉表格提供于 DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- **电子方式:**发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

如果您认为您因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而受到了歧视, 您可以通过电话、书面或电子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出公民权利投诉 (申诉):

- **通过电话:**请致电 1-800-368-1019。如果您言语或听力不佳, 请拨打 TTY/TDD: 1-800-537-7697。
- **以书面形式:**填写投诉表或致函至:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

投诉表格可于 HHS.gov/ocr/office/file/index.html 下载。

- **电子方式:**访问 Office for Civil Rights 投诉门户网站: OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf。

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنك الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنك الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, սպազանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրաստիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。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ご用意しております。1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໂຟມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc 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 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyo ng ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (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 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

隐私惯例通知

本通知阐述了我们将如何使用和披露关于您的医疗信息, 以及我们将如何获取这些信息。请仔细查看本通知。

本声明描述了 Molina Healthcare 的附属健康计划 (以下简称“Molina”、“我们”或“我们的”) 的隐私惯例。我们使用并共享您受保护健康信息 (简称为“PHI”), 以提供您作为 Molina 会员所享受的各种健康福利。我们使用并共享您的 PHI 来进行治疗、支付和医疗保健业务。我们也会出于法律允许和要求的其他原因使用和共享您的 PHI。我们有责任对您的健康信息保密, 并遵守此声明的条款。本通知的生效日期为 2026 年 1 月 1 日。

PHI 是健康信息 (包括您的姓名、会员编号或其他识别信息), 并由我们使用或共享。PHI 包括有关用药障碍的健康信息和生物识别信息 (如声纹)。

我们为什么需要使用或共享您的 PHI?

我们使用和共享您的 PHI, 以为您提供各种医疗保健福利。您的 PHI 还会出于治疗、支付和医疗保健业务等目的被使用或共享。

出于治疗目的

我们可能会使用或共享您的 PHI, 以为您提供或安排医疗护理。出于治疗目的的使用还包括您的医生或其他医疗保健提供者之间的转介。例如, 我们可能会与专科医生分享有关您的健康状况的信息。这有助于专科医生与您的医生讨论您的治疗方案。

出于支付目的

我们可能会使用或共享您的 PHI, 以做出付款决定。这可能包括索赔、批准治疗以及就医疗需求进行决策。您的姓名、病情、治疗方案和提供的医疗用品可能会被写在账单上。例如, 我们可能会让医生知道您享受我们的福利。我们也会告知医生我们将要支付的账单金额。

出于医疗保健业务目的

我们可能会使用或共享您的 PHI, 以运行我们的健康计划。例如, 我们可能会使用您的索赔信息, 告知您可以为您提供帮助的健康计划。我们也可能使用或共享您的 PHI 来解决您的问题。您的 PHI 也可能被用于查看索赔是否已获得支付。

医疗保健业务涉及许多日常业务需求。者包括但不限于以下内容:

- 提高质量;
- 在健康计划中采取的旨在帮助患有某些疾病 (如哮喘) 的会员的措施;
- 进行或安排医疗审查;
- 法律服务, 包括欺诈和滥用行为的检测与起诉程序;
- 帮助我们遵守法律的行动;
- 解决会员的需求, 包括解决投诉和申诉。

我们将与为我们的健康计划开展各种活动的其他公司（“**业务伙伴**”）共享您的 PHI。我们也可能会使用您的 PHI 以为您提供预约提醒。我们可能会使用您的 PHI 为您提供有关其他治疗，或者其他与健康相关的福利和服务的信息。

在没有得到您书面授权(批准)的情况下,我们何时可以使用或共享您的 PHI?

除了出于治疗、支付和医疗保健业务等目的外,法律还允许或要求 Molina 出于其他多种目的使用和共享您的 PHI,这包括:

法律要求

我们将根据法律要求使用或共享有关您的信息。在被 Department of Health and Human Services (HHS) 部长直接要求时,我们将共享您的 PHI。这可能适用于法院案件、其他法律审查,或在执法需要时使用。

公共健康

您的 PHI 可能会出于公共健康活动的目的被使用或被共享。这可能包括帮助公共卫生机构预防或控制疾病。

医疗保健监督

您的 PHI 可能被政府机构使用或共享。他们可能需要您的 PHI 以开展审计活动。

研究

在某些情况下,您的 PHI 可能会出于研究目的被使用或被共享,例如在隐私或机构审查委员会批准的时。

法律或行政程序

您的 PHI 可能出于法律程序理由被使用或被共享,例如响应法院命令。

执法

您的 PHI 可能会被警方用于或共享以满足其执法目的,例如帮助寻找嫌疑人、证人或失踪人员。

健康和安

您的 PHI 可能会被共享,以防止对个人或公众的健康或安全构成严重且迫在眉睫的威胁。

政府职能

您的 PHI 可能会与政府分享,用于特殊用途。一个例子是保护总统。

虐待、忽视或家庭暴力的受害者

如果我们认为某人是虐待或忽视的受害者,您的 PHI 可能会与法律机构共享。

劳工赔偿

您的 PHI 可能被用于或共享以遵守劳工赔偿法。

其他披露

您的 PHI 可能会与殡葬业者或验尸官分享,以帮助他们完成工作。

有关使用和披露的其他限制。

部分联邦和州法律可能要求进行特殊的隐私保护,以限制对某些类型的健康信息的使用和披露。此类法律可能会保护以下类型的信息:酒精和物质使用障碍、生物识别信息、儿童或成人被虐待或忽视情况信息

(包括性侵犯情况信息)、传染病、遗传信息、艾滋病毒/艾滋病、心理健康、未成年人信息、处方信息、生殖健康和性传播疾病信息。我们将遵守适用于我们的最为严格的法律。

物质使用障碍 (SUD) 信息。虽然根据联邦法律,我们并非物质使用障碍治疗计划(“SUD 计划”),但我们可能会从 SUD 计划处收到有关您的信息。我们不得披露 SUD 信息用于针对您的民事、刑事、行政或立法程序,除非我们获得:(i) 您的书面同意,或 (ii) 法院命令(需附带传票或其他强制披露的法律要求),且该命令必须是在我们与您均收到通知并获得陈述机会后签发的。

我们何时需要您的书面授权(批准)才能使用或共享您的 PHI ?

我们需要获得您的书面批准,才能将您的 PHI 用于除本声明所列之用途之外的其他所有用途。出于以下目的的情况下,在我们披露您的 PHI 之前,我们需要获得您的授权:(1) 心理治疗记录的大多数使用和披露;(2) 用于营销目的的使用和披露;以及 (3) 涉及 PHI 销售的使用和披露。您可以取消您给我们的书面批准。由于您已经给予我们批准,您的取消将不适用于我们已经采取的行动。

您的健康信息权利有哪些?

您有权:

- **要求限制 PHI 的使用或披露(共享您的 PHI)**

您可以要求我们不要共享您的 PHI 来开展治疗、支付或医疗保健业务。您也可以要求我们不与您的家人、朋友或其他与您的健康护理有关的人员共享您的 PHI。但是,我们并非必须同意您的要求。您需要以书面形式提出您的要求。您可以使用我们的表格提出要求。

- **要求对 PHI 进行保密沟通**

您可以要求 Molina 以某种方式或在某个地点提供您的 PHI,以帮助您保护 PHI 的私密性。如果您告诉我们共享该 PHI 的全部或部分内容可能使您的生命处于危险之中,我们将遵循合理的要求。您需要以书面形式提出您的要求。您可以使用我们的表格提出要求。

- **查看并复制您的 PHI**

您有权查看并获得我们为您提供的 PHI 副本。这可能包括用于保险、索赔和关于您作为我们会员的其他决定的记录。您需要以书面形式提出您的要求。您可以使用我们的表格提出要求。我们可能会向您收取合理的复印和邮寄费用。在特定情况下,我们可以拒绝这种要求。重要提示:我们并没有您的病历的完整副本。如果您想查看、复印或更改您的病历,请联系您的医生或诊所。

- **修改您的 PHI**

您可以要求我们修改(更改)您的 PHI。这仅涉及我们保存的有关您作为会员的记录。您需要以书面形式提出您的要求。您可以使用我们的表格提出要求。如果我们拒绝您的请求,您可以写信表示不同意我们的拒绝。

- **接收 PHI 披露的记录(共享您的 PHI)**

您可要求我们提供一份清单,列明在您提出请求之日前六年内,我们曾与哪些特定方共享您的 PHI。清单内容不包括通过如下方式共享的 PHI:

- 出于治疗、支付或医疗保健业务目的;
- 向个人提供其自身 PHI 的情况;

- 您授权的共享；
- 适用法律允许或要求的使用或披露事件；
- 为了国家/地区安全或情报目的而发布的 PHI；或
- 作为适用法律规定的有限数据集的一部分。

如果您在 12 个月内多次索取此清单,我们将对每份清单收取合理的费用。您需要以书面形式提出您的要求。您可以使用我们的表格提出要求。

您可提出上述任何一项要求,或索取本通知的打印副本。请拨打您 ID 卡背面的免费电话致电我们的会员服务部,工作时间为当地时间每周七天,每天 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请致电 711。

如果您的权利未受到保护,您可以怎么做?

如果您认为您的隐私权受到侵犯,您可以向我们和 Department of Health and Human Services 投诉。我们不会阻止您的投诉。您的护理和福利不会以任何方式改变。

您可以通过以下方式向我们投诉:

拨打您 ID 卡背面的免费电话致电会员服务部,工作时间为当地时间每周七天,每天 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请致电 711。或写信给我们:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

您可以通过以下方式向 *U.S. Department of Health and Human Services* 部长提出投诉:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

我们的责任包括哪些?

我们的责任包括:

- 维护您的 PHI 的隐私性;
- 向您提供有关我们对您的 PHI 所承担的职责及隐私保护措施的书面信息。
- 在您的未受保护的 PHI 被泄露时通知您;
- 不为承保目的使用或披露您的遗传信息;
- 遵循本通知的条款。

本通知随时可能发生变更

我们保留随时变更其信息惯例和本通知条款的权利。如果我们进行了此类变更,新的条款和惯例将适用于我们保留的所有 PHI。如果我们做出任何重大变更,我们将在我们的网站上发布修改后的通知,并将修改

后的通知, 或者有关重大变更的信息以及如何获得修改后的变更的信息, 在我们的下一次年度邮件中发送给当时由我们承保的会员。本通知可在我们的网站上获取, 网址为 www.molinahealthcare.com。

联系方式

如果您对本通知有任何疑问, 请联系我们。

拨打您 ID 卡背面的免费电话致电我们的会员服务部, 工作时间为当地时间每周七天, 每天 8 a.m. 至 8 p.m.。TTY/TDD 用户请致电 711。或致函 Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802。

您可以免费获取此文件的其他格式版本, 如大字版、盲文版或音频版。请致电 (855) 882-3901, TTY/TDD: 711。工作时间为每周七天, 当地时间每天 8 a.m. 至 8 p.m.。拨打此号码免费。



Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 会员服务部

会员服务部 - 联系方式	
方法	
请致电	(866) 314-2427 拨打此号码免费。会员服务热线全天24小时开通，若您在非工作时间致电，可选择留言。如果您需要紧急援助或处于危机情况，IVR 将为您转接至护士咨询热线，提供额外的实时支持。 会员服务部也为母语非英语人士提供免费的语言口译服务。
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。 拨打此号码免费。 National Relay 可每周 7 天，每天 24 小时提供。
传真	(310) 507-6186
请致信	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
网站	centralhealthplan.com

Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging (California 的 SHIP) 是一项州计划，由联邦政府提供资金，为拥有 Medicare 的人提供免费的当地健康保险咨询。

联系方式	
方法	
请致电	Ventura 郡: (805) 477-7310
TTY	711 此号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或说话有困难的人。
请致信	Ventura 郡: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310
网站	https://www.aging.ca.gov/hicap

PRA 披露声明根据 1995 年《减少文书工作法案》，除非显示有效的行政管理和预算局 (OMB) 控制编号，否则任何人都无需对信息收集做出回应。此信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1051。如果您对改进此表单有任何意见或建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。