



# 計劃會員手冊

## 與承保說明書

# HealthWorx HMO

Last Updated: 12/01/2023

## 我們的會員服務部可為您提供協助

請撥打我們的電話 **1-800-750-4776**  
(免費) 或 **650-616-2133**

有聽力障礙者：  
TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**

星期一到星期五  
電話：上午 8:00 至晚上 6:00  
辦公室服務時間：上午 8:00 至下午 5:00

### 大字版需求

若您需要本手冊的大字版，請致電會員服務部

### 隱私權聲明

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會為您保密病歷資訊。  
如有疑問或需要更多資訊，請致電會員服務部

## Our Member Services department Is Available to Help You

Call us at **1-800-750-4776** (toll free)  
or **650-616-2133**

Hearing Impaired:  
TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**

Monday-Friday:  
**Phone** 8:00am-6:00pm  
**Office hours** 8:00am-5:00pm

### Large-print Request

If you would like a large-print copy of this book, please call  
Member Services

### Privacy Statement

Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your  
medical record. For questions and more information, please  
call Member Services.

## Nuestra Unidad de Servicios al Miembro está disponible para ayudarlo

Llámenos al **1-800-750-4776** (número  
telefónico gratuito) o al **650-616-2133**

Miembros con dificultades auditivas:  
TTY **1-800-855-3000** o marque el **7-1-1**

De lunes a Viernes:  
**Por teléfono** 8:00am-6:00pm  
**Horario de oficina** 8:00am-5:00pm

### Solicitud de impresión en caracteres grandes

Si desea una copia de este manual en letra grande,  
llame al Departamento de Servicios al Miembro.

### Declaración de privacidad

El Health Plan of San Mateo garantiza la privacidad de su  
registro médico. Si tiene alguna pregunta o desea obtener  
más información, llame a Servicios al Miembro.

## Handa kayong Tulungan ng aming Yunit para sa mga Serbisyo sa mga Miyembro

Tawagan kami sa **1-800-750-4776**  
(walang bayad) o sa **650-616-2133**

May Kapansanan sa Pandinig:  
TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**

Lunes hanggang Biyernes  
Telepono: 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m.  
Mga oras ng opisina: 8:00 a.m.  
hanggang 5:00 p.m.

### Paghiling para sa Pagkakalimbag na may Malalaking Letra

Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki  
ang mga letra sa pagkakalimbag, mangyaring tawagan ang  
mga Serbisyo para sa mga Miyembro

### Pahayag tungkol sa pagiging pribado ng impormasyon

Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging  
pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang  
katanungan at impormasyon, mangyaring tawagan ang  
Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

# 聖馬刁健康計劃

## HealthWorx 健康維護組織

### 會員手冊和保險範圍證明

## 目錄

隱私政策實施通知.....	2
不歧視公告 .....	8
關於語言協助服務以及輔助工具和服務的可用性通知 .....	11
簡介 .....	15
歡迎.....	15
關於聖馬刁健康計劃.....	15
居家支援服務 (IHSS) 服務提供者的保費、參加資格、註冊登記和保險終止.....	16
聖馬刁市政府兼職員工的保費、參加資格、註冊登記和保險終止 .....	17
第 1 部分：字詞定義 .....	22
第 2 部分：會員的權利與責任 .....	29
第 3 部分：使用本健康計劃 .....	32
第 4 部分：取得健康護理服務的程序 .....	38
第 5 節：會員的財務責任 .....	50
第 6 節：承保服務、福利和共付金 .....	51
第 7 節：福利不承保服務和限制 .....	70
第 8 節：申訴和上訴程序 .....	76
第 9 節：一般資訊 .....	79

# 隱私政策實施通知

本通知說明我們可能會如何使用和披露您的醫療資料，以及您可以如何取得這些資訊。請仔細閱讀。

聖馬刁健康計劃致力保護您的健康資料，包括以下相關的任何資料：

- 您過去或現在的身體或精神健康。
- 任何能辨識您個人身份的健康服務付款資訊。

舉例而言，健康資訊包括您的姓名、出生日期、診斷資料、醫療治療、醫藥索償，種族、族裔、語言、性別認同和性取向。

本通知書總結了聖馬刁健康計劃的隱私政策實施辦法，以及您作為聖馬刁健康計劃的會員在健康資訊方面的權利。當中說明：

- 聖馬刁健康計劃如何依照加州及聯邦法律規定保護您的健康醫療資料。
- 聖馬刁健康計劃如何能合法地使用和披露您的健康醫療資訊。（「使用」一詞指的是我們如何在聖馬刁健康計劃內分享資訊；「披露」一詞是指向聖馬刁健康計劃以外分享資訊。）
- 您如何能夠取得您的健康資訊。

本通知書只涵蓋聖馬刁健康計劃的隱私政策實施辦法。關於在診所內所收集的健康資訊，每位服務提供者可能有不同的使用和披露政策。

如果您對本通知書有任何疑問，請致電聖馬刁健康計劃會員服務部，電話是 **1-800-750-4776**。服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。聖馬刁健康計劃 CareAdvantage 會員應致電 1-866-880-0606。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。聽力或語言障礙會員可使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (CRS)，電話為 **1-800-735-2929** 或撥打 **711**。

本通知的生效日期為：2024 年 10 月 1 日

## 聖馬刁健康計劃關於健康資訊的法律要求

我們依法必須：

- 維持電子和書面資訊的安全性和隱私，包括文件、技術和行政程序，以防止他人未經授權存取您的受保護健康資訊。
- 確保可辨識您身份的健康資訊獲保密處理。
- 為您提供此隱私政策實施通知書。
- 遵守本通知書的現行有效條款。

## 我們如何可以使用或披露您的健康資訊

州際和聯邦法例允許聖馬刁健康計劃 (HPSM) 無需書面授權也可以使用 and 披露本計劃會員的健康資訊。以下所列的是健康資訊類別和允許使用和/或披露的例子，當中沒有包括一切可能允許使用和披露資訊的情況，列表的目的也不在於限制合法使用和披露的行為。但是，我們獲准使用和透露您健康資訊的每一種情況都是屬於以下其中一項類別。

- **支付健康服務費用。**在核准您服務提供者所要求的治療付款以前，我們將審查您的健康資訊，確定這是醫療上必須提供的治療。

- **改善聖馬刁健康計劃的運作。**我們可能會使用會員的健康資訊，用來審查我們服務提供者的表現並比較我們與其他健康計劃的服務。
- **護理管理。**與您的服務提供者分享您的健康資訊，讓我們能夠審查您的治療和藥物，以確保兩者之間不存在衝突。
- **資源轉介。**我們可能會根據您的健康資訊來確認並建議聖馬刁健康計劃的福利、服務和/或計劃。
- **協助我們運作的合約方。**合約方同意保密和安全處理您的健康資訊，並僅在協助我們時使用這些資訊。例如，我們與「醫藥福利管理方」簽訂合約並為他們提供所需資訊，用來支付本計劃會員的藥房索償款項。
- **健康保險計劃贊助者。**僱主和其他組織與聖馬刁健康計劃簽訂合約，以便我們能夠提供健康護理服務和支付索償費用。他們同意保密和安全處理您的健康資訊，並僅在協助我們時使用這些資訊。如果您擁有計劃贊助者，我們可能會通知他們您已註冊加入或退出本計劃。我們亦會向贊助者披露您的健康資訊，以便他們審核聖馬刁健康計劃的服務績效。
- **家人或是參與您護理或為您支付醫療費用的人士。**我們可能向您的家人和為您支付健康護理費用的其他人士提供您的健康資訊。若需要讓他們支付您的護理費用或作出您的護理決定時，我們便會這樣做。只有當您在場且同意披露時，我們才能披露您的健康資訊，除非是以下情況：
  - 您的醫療狀況讓您無法作出決定，且我們相信披露您的資訊對您最有利時。
  - 您不幸身故 (除非您事前已告訴我們不要透露您的資訊)。
- **學校。**法律可能要求學校出示登記入讀或已被取錄的學生的防疫注射證明。在這些情況下，我們可以向學校提供該學生的防疫注射記錄。

## 特殊情況

我們會在下列情況下披露您的健康資訊：

- 在聯邦、州政府或地方法律的要求下。
- 為避免您或他人的健康及安全受到嚴重威脅時。我們只向能協助防止威脅的人士披露此資訊。
- 若您是現役或退伍軍人，且我們需要應軍事機關的要求，或協助機關認定您的退伍軍人福利資格。
- 若您被懲戒機構扣押，且我們需要協調您的護理。
- 向提供工傷賠償的計劃以及因工傷或生病提供福利的計劃披露資訊。
- 為公共衛生活動披露資訊，例如：
  - 預防或控制疾病、受傷或殘障。
  - 通報兒童虐待或疏忽案件。
  - 通報出生或死亡。
  - 通報藥物反應或產品問題。
  - 通知您正在使用的產品需要回收。
  - 通知您可能已接觸某疾病、或者面臨染病或傳播疾病的危險。
  - 當我們認為您受到虐待、疏忽或家庭暴力時，通知相關的政府主管機關。但我們

只有在得到您的同意或在法律授權下，才會披露這些資訊。

- **向醫療保健監督機構披露資訊**，以利他們執行法律授權的活動。例如，我們可能向負責監督聖馬刁健康計劃營運的公家機關披露您的健康資訊。這些是可讓政府監督健康護理系統和政府健康福利計劃而必需進行的活動。
- **為訴訟和爭議** (已有法院、法庭、傳票或其他合法程序的命令) 披露資訊。我們只有在已盡力通知您相關要求或已盡力取得保護所要求資訊的命令，但所有方法都不成功時才會這樣做。
- 在少數情況下**向執法官員**披露資訊 (即若官方要求或舉報違法行為的情況下)。一般而言，這種情形必須與刑事調查、法院命令、搜索票或合法授權的國土安全活動有關。
- 在**協助軍事任務**或其他有關情資、國土安全或保護總統等政府活動時。
- **向驗屍官、法醫和殯儀館主管**披露資訊，以便他們執行會員離世後的職務。
- **向器官移植組織**披露資訊，以便他們處理器官或組織移植，進而執行移植工作。
- **死亡滿 50 年**。在會員死亡至少 50 年以後，我們可以向任何行政機關披露會員的健康資訊。
- **向災害救濟組織披露資訊**。若您不希望我們因災害救濟披露您的資訊，您有權阻止我們這樣做。

上述所有例子須受到生殖健康護理相關的禁令和條件規限，我們將在下文作出說明。

## 法律限制

我們遵守限制或防止上述披露情況的法律。例如：

- 法律有特別限制披露關於 HIV/AIDS 狀況、精神健康治療、發育障礙及藥物和酒精濫用治療等健康資訊。
  - 根據《聯邦規則法典》第 42 章第 2 部分的規定，我們不會在針對您的民事、刑事、行政或立法訴訟中使用或披露我們收到的記錄或轉述此類記錄內容的證詞，除非我們得到您的書面同意或法院命令，且您已獲得通知和在法庭上陳述的機會。我們收到任何使用或披露這些記錄的法院命令必須附有傳票或其他法律義務，我們才能使用或披露這些記錄。
- 在核保、設定費率、拒絕服務、承保服務和確定福利時，不能使用關於種族、族裔、語言、性別認同和性取向的資訊。
- 我們不會出售您的資訊。

## 授權

除非得到您的書面許可或授權，我們絕不允許在前文所述以外的情況下使用和披露您的健康資訊。例如，只有當我們取得您的授權後，才能為了研究目的使用和分享您的健康資訊。無論您決定是否授權，都不會影響您的醫療治療、健康計劃福利、治療給付和入保資格。即使您已簽字授權我們使用或披露您的健康資訊，您仍然有權撤回授權。在此情況下，我們將不再為該目的使用或披露您的健康資訊。然而，我們無法收回在您同意期間已披露的任何資訊。

- **使用和披露與生殖健康護理相關的資訊**。除非我們得到您的授權，否則當他人 (非您本人或您自己的代理人) 提出要求以進行以下其中一項活動時 (「違禁目的」)，我們不得披露您的健康資訊：

- 對任何僅尋求、獲得、提供或幫助提供生殖健康護理的人士進行刑事、民事或行政調查，或追究其刑事、民事或行政責任，條件是此類健康護理是在合法的情況下提供的。
- 為進行此類調查或追究此類責任而識別任何人士的身份。

例如，我們可能收到一張傳票，要求提供會員記錄，而發出傳票的目的是起訴某服務提供者開立可能會終止懷孕或影響生育能力的藥物，或起訴某會員服用此類藥物。在這種情況下，若該處方藥是在合法的情況下開立或服用的話，我們將不得按要求提供任何受保護健康資訊 (PHI)。

如果我們收到他人 (而非您本人或您自己的代理人) 索取記錄的要求，而所要求的記錄含有可能與生殖健康護理有關的受保護健康資訊，且該要求是用作以下任何一個目的時，我們必須收到請求者的證明書：

- 醫療保健監督活動
- 司法和行政訴訟程序
- 強制執法
- 向驗屍官和法醫披露資料

證明書必須包含關於該請求的具體資料，並聲明該請求並非用作任何「違禁目的」，以及聲明若證明書簽名人虛報身份時將受到聯邦法律的刑事處分；證明書必須由請求者簽名。即使已收到證明書，但若證明書不符合所有法律要求時，我們也不得回覆該請求。

例如，我們可能會收到州執法官員要求索取會員記錄的傳票，而事件涉及因他人被指控向保險公司提交虛假索償而對之進行刑事起訴，與生殖健康護理並無關係。雖然調查目的並非屬於「違禁目的」，但所要求的記錄包含受保護健康資訊，而這類資訊可能與生殖健康護理有關 (如：為懷孕相關疾病所支付的索償費)。在這種情況下，在回覆請求之前，我們將要求執法官員提供有效的連署證明。

即使我們收到有效的證明，在披露任何受保護健康資訊前，我們仍然要確定該請求符合所有聯邦法律的要求。

**請注意，向第三方披露的資料有可能已不在《健康保險可攜性和責任法案》(HIPAA) 的保護範圍內，因此這些第三方可能會繼續披露您的資料。**

### 關於您健康資訊的權利

您有以下權利：

- **索取本隱私通知書列印副本。**您也可到網站查閱本通知，網址是：  
[www.hpsm.org/privacy-policy](http://www.hpsm.org/privacy-policy)。
- **指派代理人。**您可以授予他人醫療代理權，讓他們代您決定如何處理您的健康資訊。即使您有法定監護人，這項權利也適用。在作出任何行動前，我們將採取合理步驟，來確認聲稱是您代理人的任何人士已獲得授權。
- **要求約束或限制我們使用或披露您的健康資訊。**提出要求時，您必須清楚告訴我們：
  - 您想對哪些健康資訊設限；
  - 您想對使用或披露資訊設限，或兩者都設限；
  - 設限適用的對象。



- **掌控您所獲敏感服務的資訊。**敏感服務包括精神健康諮詢、生殖健康服務、性傳染病服務、性侵犯服務和藥物治療。適齡及有能力同意獲得敏感服務的人士無需取得任何人的授權，即可取得敏感服務或自行提交相關的索償。
- **要求保密通訊。**您有權要求我們就醫療相關事宜 (包括敏感服務) 私下與您聯絡，並且以特別方式處理。在這情況下，除非得到您的書面許可，否則我們不會將您指定的資訊交給任何人。
  - 您可以要求我們將關於醫療相關事宜或敏感服務的通訊發送至您選擇的另一個郵遞地址、電郵地址或電話號碼。如果您不提供其他聯絡方式，我們會將通訊寄到您登記的地址，或撥您登記的電話號碼與您聯絡。
  - 我們將尊重您的要求，以您要求的形式和格式發送保密通訊資料。或者，我們會確保您要求的形式和格式方便傳送通訊資料。
  - 您提出保密通訊的要求將維持不變，直到您撤銷有關要求或提出新的保密通訊要求為止。
  - 我們不會詢問您提出要求的原因。儘管我們會盡全力滿足您提出的合理要求，我們不一定要同意您的要求。如果我們同意，我們即會依要求行事，除非我們需要這些資訊才能為您提供急診治療。

若對與您聯絡的方式有保密通訊或特別處理的要求，您必須寄信向聖馬刁健康計劃隱私專員提出。

- **獲取健康資訊披露記錄。**您有權索取我們披露您健康資訊的記錄列表。此列表不包括一些可披露資料的情況，例如為您的治療、您的護理費用以及我們的營運而作出的披露。此列表亦不包括我們雖未經您授權但必須或獲准披露的大部分其他情況 (例如：政府機構審查本計劃，或您授權我們披露資訊)。欲索取一份「健康資訊披露記錄」(accounting of disclosures)，請以郵遞方式向聖馬刁健康計劃 (HPSM) 隱私專員提出書面要求。您的要求必須只限於請求日期前六年之內。

**請寄信向聖馬刁健康計劃隱私專員提出要求：**

Health Plan of San Mateo  
Attn: Privacy Officer  
801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, California 94080

- **取得您的健康資訊。**
- 除某些例外情況外，您有權查看保留在我們記錄內、與您的護理或護理決定或護理付款相關的受保護健康資訊，或索取一份副本。欲索取一份摘要副本或此健康資訊的說明，請以郵遞方式向聖馬刁健康計劃隱私專員提出書面要求。我們可能會收取合理費用。
- 在少數情況下，我們可能會拒絕您獲取記錄的部份或全部要求；但當我們作出這個決定時，我們會以書面告訴您原因，並向您說明您是否有權要求他人 (而非拒絕您要求的人士) 重審我們的否決。我們會遵從審查結果。
- **獲得侵權通知。**若有人以侵害隱私權法的方式取得、使用或透露受保護健康資訊，即構成侵權行為。我們必須給您寄上一份通知，說明：
  - 發生什麼事。
  - 涉及洩露的資訊類別。
  - 保護您個人資料的做法。
  - 聖馬刁健康計劃正採取哪些行動調查情況、將您的傷害降至最低和防止日後任何



侵權行為。

- **更改錯誤或不完整的健康與索償記錄。**只要我們還保留您的資訊，您就有權提出修正資訊的要求。書面意見將被納入您在聖馬刁健康計劃的健康資訊存檔內。若想要求修改，請寄信向聖馬刁健康計劃隱私專員提出，指出不準確或不正確的健康資訊以及支持您請求的理由或證據。
  - 如果我們拒絕修改您健康資訊的要求，我們將告訴您原因，並說明您有權提交書面異議聲明。如果您希望我們將您的聲明納入您的記錄中，作為日後披露資料時的考慮因素，您必須以書面清楚地告訴我們。我們可能會納入摘要而不是您的聲明。
  -

欲進一步了解您的隱私權，請瀏覽加州政府衛生服務部網站：

[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)。

### 您將收到修訂本通知書內容的通知

我們有權修訂本通知書的內容，並使之對您所有的健康資訊生效，包括我們原已保存和未來將取得的資訊。修訂內容後 60 天內，我們將以郵寄方式通知您本通知書的變更。我們也會在網站 [www.hpsm.org/privacy-policy](http://www.hpsm.org/privacy-policy) 公佈最新的通知內容。

### 如何針對您的隱私權提出申訴

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，可向聖馬刁健康計劃提出申訴。您不會因提出申訴而被懲罰。您亦可向美國衛生及公共服務部 (U.S. 衛生及人民服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出投訴。

<b>Health Plan of San Mateo</b> Attn: Grievance and Appeals Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 <b>1-888-576-7557 或 650-616-2850</b>	<b>Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services</b> Office of Civil Rights Attn: Regional Manager 90 7 <sup>th</sup> St., Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 <b>1-800-368-1019 或 (TTY 聽力及語言障礙裝置) 1-800-537-7697</b>	<b>加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services)</b> Attn: Privacy Officer c/o Office of Legal Services 1501 Capitol Avenue P.O. Box 997413, MS0010 Sacramento, CA 95899-7413 <b>1-916-445-4646 或 1-866-866-0602</b>
--	--	--

# 不歧視公告

---

任何歧視皆屬違法行為。聖馬刁健康計劃遵守州和聯邦民權法律，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，對任何人非法歧視、排擠或給予差別待遇。

聖馬刁健康計劃提供：

- 免費的殘障人士協助和服務，幫助他們能更有效溝通，例如：
  - ✓ 合格的手語傳譯員
  - ✓ 其他格式的書面資料（大型字體、有聲版、無障礙電子版、其他版本）
- 免費語言服務（針對主要語言非英語的人士），例如：
  - ✓ 合格的口譯員
  - ✓ 其他語言的書面資料

如果需要這些服務，請於週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 致電聖馬刁健康計劃會員服務部，電話是 **1-800-750-4776**。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY（聽力及語言障礙）專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。本文件有盲人點字版、大型字體版、電子版或音訊格式，可應要求提供。如需索取這些其他格式版本，請致電或寫信到：

## Health Plan of San Mateo

Attn.: Member Services

801 Gateway Boulevard, Suite 100

South San Francisco, CA 94080

1-800-750-4776 或 650-616-2133

TTY/TDD (聽力及語言障礙) 專線：1-800-735-2929 7-1-1

## 如何提出申訴

如果您認為聖馬刁健康計劃基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族裔群體認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，不提供服務或以其他方式非法歧視，您可以向聖馬刁健康計劃提出申訴。您可以用電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- 透過電話投訴：請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 **1-800-750-4776**。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY（聽力及語言障礙）專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。
- 書面：填寫投訴表或寫信，寄到：

## Health Plan of San Mateo

Attn.: Civil Rights

Coordinator

801 Gateway Boulevard, Suite 100

South San Francisco, CA 94080

- 親自辦理：親自前往醫生診所或聖馬刁健康計劃，向他們表示您要提出申訴。
- 電子方式：瀏覽聖馬刁健康計劃網站：[grievance.hpsm.org](http://grievance.hpsm.org)

## **民權辦事處 – 加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services)**

您亦可透過電話、書面或電子方式，向加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 的民權辦事處 (Office of Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 透過電話投訴：致電 **916-440-7370**。如果您有語言或聽力障礙，請撥打 **7-1-1** (電訊傳譯服務)。
- 書面：填寫一份投訴表或寫信寄至：

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

投訴表可至以下網址取得：[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- 電子方式：發送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## **民權辦事處 – 美國衛生及公共服務部**

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而受到歧視，亦可透過電話、書面或電子方式，向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 書面：填寫一份投訴表或寫信寄至：

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

投訴表可至以下網址取得：[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

- 電子方式：前往民權辦事處投訴網站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。





如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

## 關於語言協助服務以及輔助工具和服務的 可用性通知

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic):** يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

**հայերեն (Armenian):** Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian):** ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ

**1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមផ្គុំ

ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)។

**សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។**

**中文 (Chinese):** 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

**(Farsi) مطلب به زبان فارسی:** اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Hmoob (Hmong):** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本 (Japanese):** 注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

如有問題，請致會員服務部： **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置： **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



す。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

### **한국인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Lao):** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາບີ **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນລູກການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາບີ **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien:** LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)**. Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)**. Tais serviços são gratuitos.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-750-4776 (линия 1-800-735-2929)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog:** ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Libre ang mga serbisyong ito.





**แบบไทย (Thai):** โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**українською (Ukrainian):** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Ці послуги безкоштовні.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. 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 **1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

# 聖馬刁健康計劃 HealthWorx HMO 計劃 會員手冊及承保說明

## 簡介

您有權在註冊登記前先查閱本承保說明。

## 歡迎

我們非常高興您加入 HealthWorx HMO 計劃及聖馬刁健康計劃 (HPSM)。

您必須了解聖馬刁健康計劃 (HPSM) 如何運作，以便取得您所需的健康護理。本手冊及承保說明內有您的福利、如何取得醫療護理，以及當您有疑問時如何尋求解答等重要相關資訊。

聖馬刁健康計劃位於 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080。如果您需要協助，或想要更多關於 HealthWorx HMO 計劃的資訊，請致電聯絡聖馬刁健康計劃的會員服務代表。當會員有任何疑問、遇到困難，或在選擇醫生方面需要協助時，可撥打免費電話 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (CRS)，電話為 **1-800-735-2929** 或撥打 **7-1-1**。會員服務部電話中心的服務時間是週一至週五上午 8:00 至下午 6:00；我們的辦公時間是週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

## 關於聖馬刁健康計劃

聖馬刁健康計劃是與聖馬刁縣公共管理局 (San Mateo County Public Authority) 和聖馬刁市政府簽約的管理式護理計劃，為符合 HealthWorx HMO 計劃資格的人士管理健康護理服務。您過去可能從未透過管理式護理計劃取得健康護理，所以請您務必詳閱此會員手冊及承保說明，以及任何插頁或附件。您將會瞭解到：

- 如何選擇醫生或變更您的醫生；
- 如何取得護理；
- 您有什麼福利；以及
- 若遇到問題或困難時，該怎麼處理。

聖馬刁健康計劃會為您提供個人的、符合成本效益的和方便的健康護理。聖馬刁健康計劃透過醫療網絡來滿足您的健康護理需求；該網絡中包括合格醫療團體、診所、醫院、藥房及其他位於聖馬刁縣的健康護理提供者。

作為聖馬刁健康計劃會員，您的健康護理需求將由您的主治醫生 (Primary Care Physician)

---

如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



負責管理；這位醫生是您在本健康計劃的醫生中所選擇的。您的主治醫生將照顧您大部份的健康護理需求，其中包括體檢、防疫注射和婦女子宮頸抹片檢查等預防性護理。如有需要，您的主治醫生會將您轉診到專科醫生處，並會在必要時為您安排住院。

每位聖馬刁健康計劃會員都可選擇自己的主治醫生。您的主治醫生姓名和電話號碼會列在您的聖馬刁健康計劃會員卡上。

若您需要去醫院，您通常必須到您的主治醫生服務的醫院，或是由您的主治醫生安排入院。在您的服務提供者名單中，會列出聖馬刁健康計劃醫生服務的醫院。

HealthWorx HMO 保險計劃的承保對象包括：

- 聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 僱用的居家支援服務 (IHSS) 服務提供者
- 聖馬刁市政府的兼職員工
- 具體的計劃資訊可能因員工的雇主而有所不同。這些差異都會加以註明。

## 居家支援服務 (IHSS) 服務提供者的保費、參加資格、註冊登記和保險終止

### 保費分攤額

聖馬刁健康計劃收取聖馬刁縣公共管理局支付的適額保費期間，其會員有權獲得健康護理保險。您有責任支付每月保費分攤額。聖馬刁縣公共管理局將告知您金額多少，並安排從您的工資中扣除分攤額。

### 誰有資格參加？

聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 必須依規定告知您該局訂定的資格要求。若要註冊登記，您必須符合 SMCPA 訂定且經聖馬刁健康計劃核准的資格要求，且必須在我們的服務區域內 (即聖馬刁縣) 居住或工作。您也不得有其他健康保險承保。服務區域詳述於本 HealthWorx HMO 計劃會員手冊及承保說明中的「字詞定義」一節。此外，您必須符合以下會員資格要求。

會員的註冊登記資格如下：

1. 您是受聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 管理的居家支援服務提供者，具體工作時數由 SMCPA 決定
2. 您沒有其他健康保險
3. SMCPA 還有開放名額，可讓新會員加入 HealthWorx HMO 計劃。

### 註冊登記

若想申請健康保險，您可向公共管理局提交一份健康計劃核准的註冊申請表。如果您符合資格要求，公共管理局會通知您，並說明承保生效日期。會員資格將從生效日期的凌晨 12:01 開始生效。

如果您對註冊登記有任何疑問，或是想多索取一份註冊登記資料副本，請透過以下方式聯絡公共管理局：



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

居家支援服務公共管理局  
(Public Authority for IHSS)  
225 37th Ave.  
San Mateo, CA 94403  
**650-573-3773**

### 承保終止

會員的承保將在以下情況下被終止：

1. 聖馬刁縣公共管理局未按照團體合約支付會員的保費，或
2. 會員已不在聖馬刁縣居住或工作，或
3. 會員被發現有其他健康保險。

聖馬刁縣公共管理局必須在終止生效日期以前至少提前三十 (30) 天向該會員發出書面通知。該通知必須以書面發出，並且以美國郵政服務寄到會員在公共管理局存檔的地址。該通知將清楚指明保險的最後有效日期。

## 聖馬刁市政府兼職員工的保費、參加資格、註冊登記和保險終止

### 保費分攤額

聖馬刁健康計劃收取聖馬刁市政府支付的適額保費期間，其會員有權獲得健康護理保險。您有責任支付每月保費分攤額。聖馬刁市政府將告訴您必須支付的金額，並安排從您的工資中扣除分攤額。如果您的工資不足以支付您的每月保費分攤額，市政府會扣除您下一張薪資支票的金額。如對保費付款有任何疑問，請向聖馬刁市政府的財政局薪資管理組 (Finance Department-Payroll division) 提出。

### 誰有資格參加？

聖馬刁市政府必須依規定告知您該市訂定的資格要求。若要註冊登記，您必須符合市政府訂定的資格要求，且必須在我們的服務區域內 (即聖馬刁縣) 居住或工作。這類員工包括為聖馬刁市政府工作的服務業員工國際工會 (Service Employees International Union, SEIU) 非績效制 (Non-Merit) 兼職工作人員，或 SEIU 圖書館按日計酬 (Per Diem) 工作人員。您必須達到特定的工作時數。為了維持資格，必須支付每月保費分攤額。

如果您對資格要求有任何疑問，請致電服務業員工國際工會，電話是 **408-678-3300**。

### 註冊登記

關於您是否符合資格條件和承保生效日期，服務業員工國際工會將會通知您。服務業員工國際工會也將通知您開放註冊期的開始和截止日期。如果符合資格，您只能在開放註冊期註冊登記。然而，按日計酬工作人員如在福利年度達到資格要求即可註冊登記，方法是將聖馬刁健康計劃核准的註冊申請表提交給 SEIU。

如果您對註冊登記有任何疑問，請透過以下方式聯絡服務業員工國際工會：

Service Employees International Union (SEIU), Local 521  
2302 Zanker Rd

San Jose, CA 95131  
**408-678-3300**

### 承保終止

若聖馬刁市政府未依其與聖馬刁健康計劃簽訂的合約支付會員保費，該會員的保險將會被終止。聖馬刁市政府將在終止生效日期以前向您發出書面通知。該通知必須以書面發出，並且以美國郵政服務寄到會員在聖馬刁市政府存檔的地址。該通知將清楚指明保險的最後有效日期。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



### 在聯邦或州法律的規定下延續團體承保

在《1986年統一綜合預算調整法案》(COBRA)規定下的健康福利。如果您居住在聖馬刁縣，或者您由於工時減少而失去保險，但繼續維持保險對您而言很重要，您或許能繼續使用您的 HealthWorx HMO 保險。根據聯邦和州的 COBRA 法律，如果您因失業或工時減少(少於每月 35 小時)而失去保險資格，您可自費延續保險長達 36 個月。如果您符合 COBRA 資格，聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 (Navia Benefits) 將向您寄送一份註冊表，讓您可透過 COBRA 延續保險，並隨附一封信函，告知您有機會延續您的 HealthWorx HMO 福利。您必須在這封信所示日期的 60 天內，將註冊表填妥，並寄回聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits。COBRA 每月保費應於保險生效月份的前一個月 23 日之前支付給聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits。透過 COBRA 延續保險的初次付款必須在您提交附上簽署和日期的註冊表後 45 天內支付。如果您對 COBRA 有任何疑問，則應聯絡聖馬刁縣公共管理局，電話是 **650-573-3900** 轉分機3649；或致電聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits，電話是 **877-910-8675**。

一般而言，COBRA 保險最長 18 個月。然而，如果您在 COBRA 保險生效起 60 天以內成為殘障人士，則有機會合資格獲得最多 29 個月的 COBRA 保險。請注意，若保險在任何時候中斷超過 63 天，可能會無法接續。

### 由 Cal-COBRA 延伸的 COBRA (統一綜合預算調整法案) 福利

根據加州法律，如果您已用盡 COBRA 的延續保險，且受保期少於 36 個月，您或許有資格(透過 Cal-COBRA)獲得額外 18 個月的延續保險。如果您不再合資格獲得聯邦 COBRA 保險，聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits 將向您寄一封通知信和一份註冊表，告知您關於透過 Cal-COBRA 獲得延續保險的機會。您應該會在聯邦 COBRA 保險終止前最遲 90 個日曆天收到這份通知。當您填妥註冊登記表後，請交回給聖馬刁健康計劃。如果您對此註冊表有任何疑問，或需要填表方面的協助，請聯絡聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的第三方管理人 Navia Benefits。Cal-COBRA 註冊登記表必須在您的聯邦 COBRA 福利終止前至少 30 個日曆天內提交。Cal-COBRA 保險的保費應於保險生效月份的前一個月 23 日以前支付給聖馬刁健康計劃。

### Member Services

如需其他語言協助，請致電 **1-800-750-4776**。會員亦可聯繫會員服務部，電話為 **650-616-2133**。

如果您的英語口語或閱讀能力不佳，可透過以下方式獲得協助：

- 聖馬刁健康計劃工作人員會說數種語言，包括西班牙語和他加祿語。會員服務人員的上班時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00，電話為 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。服務人員將可為您回答疑問、解決問題，或協助您選擇醫生。
- 您可以找會說您語言的醫生看診。HealthWorx HMO 計劃的服務提供者名單列有每個診所的服務語言、診所位置和可約診的時段，包括夜間和週末。如果您在選擇醫生方面需要協助或有疑問，會員服務人員可提供協助。
- 本計劃免費提供電話口譯員服務。您無需請家人或朋友翻譯。
- 本計劃也提供手語傳譯員。您無需請家人或朋友翻譯。

如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



- 您可以索取西班牙語、中文和他加祿語的 HealthWorx HMO 計劃文件。

### 無障礙設施服務

聖馬刁健康計劃盡全力確保殘障人士能無障礙地使用我們的辦公室及聖馬刁健康計劃服務提供者的辦公室和設施。如果您找不到提供無障礙設施的服務提供者，請致電免費會員服務電話 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**，我們的會員服務代表會協助您尋找另一個服務提供者。

### 有聽力障礙者的無障礙服務

聽力障礙者可透過加州聽力及語言障礙傳譯服務 (California Relay Service) 聯絡我們的會員服務代表。TTY (聽力及語言障礙裝置) 使用者應致電 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。西班牙語使用者應致電 **1-800-835-3000**。聖馬刁健康計劃也提供免費手語傳譯員。若您至少提前五 (5) 天通知我們，我們可以安排一位手語傳譯員與您一同赴診。您無需請朋友或家人翻譯。

### 視力障礙者的無障礙服務

此會員手冊及承保說明 (EOC) 和其他重要的 HealthWorx HMO 計劃資料，都有其他為視力障礙者提供的版本，包括大字版和電腦磁片放大版。如需其他版本，或在閱讀此會員手冊及承保說明和其他資料時需要直接協助，請與會員服務代表聯絡，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

### 《1990 年美國殘障人士法案》

《1990 年美國殘障人士法案》(ADA) 禁止聖馬刁健康計劃和其承包商基於殘障而歧視任何人。此法案保護您不會因殘障而受到聖馬刁健康計劃服務的歧視。如果您覺得自己因殘障而受到歧視，請致電向聖馬刁健康計劃向會員服務代表反映，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

### 如何使用此會員手冊及承保說明

請詳閱整份會員手冊及承保說明。許多章節都互相關連。因此，如果您只閱讀一兩個章節，則可能無法獲得關於 HealthWorx HMO 計劃的完整資訊。

此會員手冊及承保說明所用的許多字詞都有特殊意義。這些字詞在第 1 節「字詞定義」中有所定義，並且在英文手冊中以第一個字母大寫表示。參閱「字詞定義」能幫助您了解會員在聖馬刁健康計劃之 HealthWorx HMO 計劃的福利、權利和責任。有時候，本健康計劃與聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的合約可能會有變更。如果發生這種情況，我們將新版承保說明或此承保說明的修正內容寄給您。請將最新的承保說明保存在一個安全的地方。

### 如有任何疑問

您的 HealthWorx HMO 計劃會員手冊及承保說明和新會員資料袋內的資訊，應該可以回答您對健康護理福利的大多數疑問。如果您對聖馬刁健康計劃或者您的聖馬刁健康計劃會員福利或權利有其他疑問，請隨時聯絡會員服務代表，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。



如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 第 1 部分：字詞定義

**分娩活躍期 (Active Labor)** 意指生產前沒有足夠時間讓會員安全轉院的分娩；或者，會員轉院可能會對會員或未出生的嬰兒造成健康或安全威脅的分娩。

**急性病症 (Acute Condition)** 意指因為患病、受傷或發生需立即就醫且持續時間短暫的其他醫療問題，導致症狀突然發作的醫療狀況。

**預立醫療指示 (Advanced Health Care Directive)** 意指一份法律文件，作用是當您已沒有能力為自己作出決定時，文件可以告訴您的醫生、家人和朋友您想要的健康護理，並說明您想要或不想要的特殊治療。若要瞭解更多資訊，請聯絡本計劃或加州總檢察長辦公室 (California Attorney General's Office)。

**修訂條文 (Amendment)** 意指對 HealthWorx HMO 計劃合約之任何變更所做的書面說明；當此類變更影響承保說明時，聖馬刁健康計劃會將該書面說明寄給會員。您應該詳閱這些變更，並且將修訂條文附加在您的承保說明中。

**週年日 (Anniversary Date)** 意指投保人之 HealthWorx HMO 保險開始的日期 (月/日)，每一年日期都相同。

**申請人 (Applicant)** 意指為自己申請 HealthWorx HMO 保險的人士。

**具備適當資格的健康護理提供者 (Appropriately Qualified Health Care Provider)** 意指能夠在其執業領域內行醫，並且具有臨床背景的健康護理提供者；臨床背景包括培訓和專業能力，且與特定疾病或病況相關，或能夠為相關病況提供第二方診療意見。

**獲准的臨床試驗 (Approved Clinical Trial)** 意指第一期、第二期、第三期或第四期的臨床試驗，且是關於預防、偵測或治療癌症或其他危及生命的疾病或病況，並符合以下其中一個條件：

- 研究或調查獲得以下一個或多個機構的核准或資助 (資助可以包括實物捐贈)：
  - 國家健康研究所 (National Institute of Health)
  - 聯邦疾病管制和預防中心 (federal Centers for Disease Control and Prevention)
  - 健康護理研究與品質機構 (The Agency for Healthcare Research and Quality)
  - 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心 (The federal Centers for Medicare and Medicaid Services)
  - 以下機構或部門的合作團體或中心：國家健康研究所、聯邦疾病管制和預防中心、健康護理研究與品質機構、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心、國防部或美國退伍軍人事務部 (United States Department of Veterans Affairs)
  - 按國家健康研究所發佈的指南，符合獲得中心支持補助金的合資格非政府研究實體
  - 以下其中一個部門，條件是如果研究或調查已通過同行評審系統進行過審查並獲准，且美國衛生及公共服務部部長認定該系統與國家健康研究所使用的同行評審系統相近，並確保由與審查結果無利益關係的合資格人員按照最高科學標準進行公正審查：



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

- 美國退伍軍人事務部
  - 美國國防部
  - 美國能源局。
- 研究或調查是按研究性新藥申請進行，且該申請經由美國食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 審核。
- 研究或調查是關於藥物測試，且免除經由美國食品及藥物管理局審核的研究性新藥申請。

**授權 (Authorization)** 意指主治醫生或聖馬刁健康計劃通常在會員獲得服務之前授與的許可。

**行為健康治療 (Behavioral Health Treatment)** 意指符合特定條件且由內科醫生開立醫囑或由心理醫生制訂的專業服務和治療計劃，包括應用行為分析和實證行為介入計劃在內，其目的在於幫助具有自閉症類群障礙的個人，在實際可行的最大程度之下，發展或恢復其行為功能。

必須要有一份治療計劃並且用實證做法定期評估，以求達到治療目標。治療必須依照合格自閉症服務提供者開立的計劃提供，且由以下任一人士執行：

- 合格自閉症服務提供者。
- 由該合格自閉症服務提供者負責督導和僱用的合格自閉症服務專業人員。

由一個合格自閉症服務提供者或合格自閉症服務專業人員負責督導的合格自閉症服務專業人員助理。

**福利 (Benefits) 或 承保 (Coverage) 或 承保服務 (Covered Service)** 意指為 HealthWorx HMO 計劃會員提供的健康護理服務，其服務內容應遵守會員承保說明及修訂條文中所列的 HealthWorx HMO 合約條款、條件、限制和不承保服務。

**IHSS 服務提供者的福利年度 (Benefit Year for IHSS Workers)** 意指從該員工的 HealthWorx HMO 保險生效日期起十二 (12) 個月的期間。承保從當月 1 日開始生效。

**聖馬刁市政府員工的福利年度 (Benefit Year for City of San Mateo Employees)** 意指從該員工的 HealthWorx HMO 保險生效日期起十二 (12) 個月的期間。承保從當月 1 日開始生效。

**聖馬刁市政府合約 (City of San Mateo Contract)** 意指聖馬刁健康計劃與聖馬刁市政府簽訂的合約，其中載明聖馬刁健康計劃向會員提供 HealthWorx HMO 計劃服務時所依據的福利、不承保服務、付款要求、管理辦法和其他條件。

**診所 (Clinic)** 意指一組醫生、護士和其他服務提供者以門診方式為病患提供診療的地點。

**共付金 (Co-payment)** 意指會員必須在赴約就診時為某些特定福利支付的金額。

**承保福利 (Covered Benefits)** 意指您有權依團體合約獲得醫療上必須的服務和用品，以及

本承保說明所列或依加州健康計劃法律規定提供的服務和用品。

**承保決定 (Coverage Decision)** 意指聖馬刁健康計劃或其簽約服務提供者針對一項特定的健康護理服務是否應根據該福利計劃的條款和條件包含或排除在該承保福利之外，所做出的核准、修改或拒絕決定。

**DMHC** 意指加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care)。

**有爭議的健康護理服務 (Disputed Health Care Service)** 意指任何有資格獲得承保和付款的健康護理服務被聖馬刁健康計劃或其簽約服務提供者拒絕、變更或延遲承保，原因是該護理服務被認定為不是醫療上必須的。

**急診醫療狀況 (Emergency Medical Condition)** 是指一種明顯可看出有嚴重急性症狀的醫療狀況 (包括劇烈疼痛)；這種情形若不立即就醫，以常理推斷將造成以下任何後果：

- i) 導致患者的健康陷入嚴重危險；
- ii) 身體功能嚴重受損；或
- iii) 任何身體器官或部位嚴重失能。

**急診服務和護理 (Emergency Services and Care)** 意指 (1) 由內科醫生和外科醫生進行的醫療篩檢、檢查和評估，或在適用法律允許的範圍內，由其他適當人員在內科醫生和外科醫生監督下進行的醫療篩檢、檢查和評估，以決定是否存在急診醫療狀況或分娩活躍期；以及，如果有這些狀況的話，由上述人士在其牌照許可的範圍內和於設施的能力範圍下提供的護理、治療和手術，以緩解或消除急診醫療狀況；和/或 (2) 由醫生或其他人員在其牌照許可和臨床特權的範圍內，以及在適用法律允許的情況下，進行的額外篩檢、檢查和評估，以確定是否存在精神病急診醫療狀況，以及在設施的能力範圍內提供的必要護理和治療，以緩解或消除精神病急診醫療狀況。

**承保說明 (Evidence of Coverage)** 意指核發給會員的任何證明、協議、合約、手冊或權利證明信，其中列明會員有權享有的承保範圍。

**實驗性服務 (Experimental Services)** 意指在進行人體檢測之前，處於實驗室和/或動物研究檢測階段的藥物、設備、程序或服務。實驗性服務不會進行臨床調查。

**藥方集 (Formulary)** 意指聖馬刁健康計劃批准的藥物清單；這些藥物無需事先授權即可開立。

**申訴 (Grievance)** 意指書面或口頭表達對計劃和/或服務提供者的不滿，包括對護理品質的顧慮；這類申訴包含由會員或其代理人提出的投訴、異議、重新審議要求或上訴。若計劃無法區分是申訴或是詢問，應該一律視為申訴。

**健康計劃 (Health Plan) 或 HPSM** 意指聖馬刁健康計劃。

**健康護理提供者 (Health Care Provider)** 意指經由州政府許可或授權提供或供應健康服務的任何專業人士、醫療團體、獨立執業協會、組織、健康護理設施或其他個人或機構。

**HealthWorx HMO 計劃 (HealthWorx HMO Program)** 意指根據《加州福利及組織法》第



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

14087.51 節 (Section 14087.51 of the California Welfare and Institution Code)，為符合條件的居家支援服務 (IHSS) 服務提供者 (名義僱主為聖馬刁縣公共管理局) 或兼職員工 (名義僱主為聖馬刁市政府) 提供的健康保險計劃。

**醫源性不孕症 (Iatrogenic Infertility)** 意指由醫療介入造成的不孕症，包括但不限於所開立藥物或內科和外科程序造成的反應。

**會員卡 (Identification Card)** 意指聖馬刁健康計劃發給每一位會員的卡片。當會員任何時候需要護理服務時，應向所有服務提供者出示此卡片。

**獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)** 意指對您計劃否決、修改或延遲您的健康護理服務或治療請求所作的審查。該審查由醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提供，且由獨立醫療專家進行。如果您有資格獲得獨立醫療審查，則獨立醫療審查程序會針對以下方面公正審查您的計劃所作的醫療決定：您要求的服務或治療之醫療必須性、實驗或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。如果獨立醫療審查決定您需要這類服務，您的計劃必須為此付費。

**不孕症 (Infertility)** 意指以下任何一種情況或狀況：

- 持照醫生根據患者的醫療、性行為和生殖記錄，或患者的年齡、身體檢查結果、診斷檢驗，或這些因素的任何組合而作出的診斷結果。這個定義不應妨礙在確定不孕症的 12 個月或 6 個月之前進行不育檢驗或診斷。
- 在沒有醫療介入的情況下，個人本身或個人與伴侶無法生育的情況。
- 在定期、無避孕性交後無法懷孕或無法成功產嬰。「定期、無避孕性交」意指無避孕性行為不超過 12 個月 (35 歲以下人士) 或無避孕性行為不超過 6 個月 (35 歲或以上人士)。懷孕後流產不需要重新開始計算 12 個月或 6 個月的時間來確定是否患有不孕症。

**研究性質的服務 (Investigational Services)** 意指那些已完成實驗室和/或動物研究，並且正在進行人體研究的藥物、設備、程序或服務，但這些人體研究：

- (1) 測試還未完成；並且
- (2) 尚未確定此類服務在人體中是否有效和安全；以及
- (3) 服務不被廣泛使用。

**危及生命 (Life-Threatening)** 意指下列其一或兩種情況：

- 除非干擾疾病進程，否則極可能致死的疾病或狀況。
- 可能有致命後果的疾病或狀況，且臨床介入的最終目標是維持生命。

**醫療團體 (Medical Group)** 意指與聖馬刁健康計劃簽約、為會員安排和提供健康護理服務的一個專業團隊，包括醫生、診所、醫院和其他健康護理專業人員。



**醫療上必須 (Medically Necessary)** 意指針對會員的特定需求提供服務或產品，以預防、診斷或治療疾病、受傷、狀況或症狀，包括盡量減緩該疾病、受傷或症狀惡化；提供此服務或產品時必須符合以下所有條件：

- 依據一般人普遍接受的護理標準提供，包括一般人普遍接受的精神健康或藥物濫用護理標準。
- 其種類、頻率、程度、部位和持續時間在臨床上恰當。
- 並非主要為了健康護理服務計劃或會員的經濟利益，或為了病人、主治醫生或其他健康護理提供者的方便而提供。

**聯邦醫療保險 (紅藍卡) (Medicare)** 是為年滿 65 歲人士、部份未滿 65 歲但有特定殘障狀況的人士，以及末期腎病患者 (一般指罹患永久腎衰竭而需要洗腎透析或移植腎臟的人士) 提供的聯邦健康保險計劃。

**會員 (Member)** 意指已註冊加入 HealthWorx 計劃且承保已生效或有效的投保人、入會者、註冊僱員，或投保人或註冊僱員的家屬。

**精神健康或藥物濫用障礙 (Mental Health or Substance Use Disorder)** 意指在以下刊物中被列為屬於任何診斷類別的精神健康狀況或藥物濫用障礙：《國際疾病分類》(International Classification of Diseases) 最新版本中「精神和行為障礙」章節或《精神疾病診斷與統計手冊》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 最新版本。

**門診處方藥 (Outpatient Prescription Drug)** 意指經聯邦食品及藥物管理局批准，且可透過零售藥房或郵購藥房向公眾出售的自行施用藥物；這類藥物需要處方，且未提供住院病人使用。

**計劃內醫院 (Participating Hospital)** 意指屬於計劃內提供者且有執照的醫院。

**計劃內提供者 (Participating Provider)** 意指與聖馬刁健康計劃訂立合約，能為會員安排和提供健康護理服務的醫生、診所、醫院、安寧療護或其他健康護理專業人員或設施。

**保費 (Premium)** 意指由聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府為 HealthWorx HMO 計劃會員向聖馬刁健康計劃支付的每月分攤費用。

**醫藥福利管理方 (Pharmacy Benefits Manager, PBM)** 是健康計劃處方藥計劃的第三方管理人，主要負責授權及支付處方藥索償。醫藥福利管理方會協助健康計劃擬訂及修訂藥方集，與藥房簽約，以及與製藥廠協商折扣和退款優惠。

**處方藥 (Prescription Drug)** 或「藥物」(drug) 意指經聯邦食品及藥物管理局 (FDA) 批准向消費者出售的藥物；這類藥物需要處方，且未提供住院病人使用。「藥物」或「處方藥」的字詞包括：(A) 醫療上必須用來施用承保處方藥的拋棄式用品，例如施用噴霧式門診處方藥的吸藥輔助艙和吸入器；(B) 自行注射未預先填入的處方藥所需的針筒；(C) 根據《健康與安全法典》第 1367.002、1367.25 和 1367.51 章節的規定，處方藥產品福利承保的藥物、裝置和食品及藥物管理局批准的產品，包括任何此類非處方藥、裝置和食品及藥物管理局批准的產品；以及 (D) 根據健康計劃的選擇，HealthWorx 計劃處方藥福利承保的任何



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

疫苗或其他健康護理福利。

**主治醫生 (Primary Care Physician, PCP)** 是您自己選擇或被指派的醫生。這名醫生會在您加入聖馬刁健康計劃期間為您提供所有基本護理。您主治醫生就是您平常固定看診的醫生，也是您每次第一個去找的醫生。您的主治醫生負責在您需要時為您安排專科護理轉診，也必須了解您的健康狀況。

**服務提供者名單 (Provider List)** 意指計劃內提供者的名單，其中包括醫生、診所、醫院和其他專業服務提供者。

**精神病急診醫療狀況 (Psychiatric Emergency Medical Condition)** 意指一種表現有急性病症的精神失調，其嚴重程度足以使患者：對自己或他人構成直接危險，或因該精神失調而無法立即提供或使用食物、住所或衣物。

**重建整形外科手術 (Reconstructive Surgery)** 是針對因先天性缺陷、發育異常、外傷、感染、腫瘤或疾病所造成的異常身體構造而施行之醫療上必須的重建整形外科手術，其目的在於改善功能或盡可能建立正常外觀。這項福利包括針對乳房切除術進行重建並達到對稱的重建整形外科手術。

**轉診 (Referral)** 意指當您需要特殊護理時，您的主治醫生會為您轉介(叫您去看)一位屬於計劃內提供者的專科醫生。

**聖馬刁縣公共管理局合約 (San Mateo County Public Authority (SMCPA) Contract)** 意指聖馬刁健康計劃與聖馬刁縣公共管理局簽訂的合約，其中載明聖馬刁健康計劃向會員提供 HealthWorx HMO 計劃服務時所依據的福利、不承保服務、付款要求、管理辦法和其他條件。

**嚴重慢性疾病 (Serious Chronic Condition)** 意指因疾病或其他醫療問題或失調而造成的醫療狀況；該狀況本質嚴重，會一直持續而無法治癒或者隨著時間越久而越來越糟，或者需要持續治療才能維持正常或防止惡化。

**嚴重衰弱 (Seriously Debilitating)** 意指可能導致嚴重且不可逆發病的疾病或狀況。

**服務區域 (Service Area)** 意指計劃所指定的地理區域，且計劃應在該區域內提供健康護理服務。

**專科醫生 (Specialist) 或轉診服務提供者 (Referral Provider)** 意指只治療某些特定疾病的醫生，例如骨折或心臟問題。如果您需要特殊護理，您平常固定看診的醫生會告訴您，並且將您轉介給專科醫生。

**標準生育保存服務 (Standard Fertility Preservation Services)** 意指符合美國臨床腫瘤學會 (American Society of Clinical Oncology) 或美國生殖醫學會 (American Society for Reproductive Medicine) 所發佈既定醫療實踐和專業指引的程序。

**本州 (State)** 意指加州。

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。





**絕症 (Terminal Illness)** 意指很可能在一年內致死的病況。

**跨性別包容性健康護理 (Trans-Inclusive Health Care)** 意指具備以下條件的全面健康護理：符合跨性別、多元性別或雙性人士的個體護理標準；尊重個人的身體自主權；不對個體的性別做出假設；接受性別流動性和非傳統性別表現；並以同情、理解和尊重的態度對待每一個人。

**緊急護理 (Urgent Care)** 意指因應會員對病症或精神疾病的迅速診斷和/或治療需求而提供的服務；該病症或精神疾病若不及時診斷和/或治療，可能演變成急診狀況。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

## 第 2 部分：會員的權利與責任

作為會員，您有以下權利：

- 獲得關於您的權益和責任的資訊。
- 獲取有關您的計劃、您的計劃所提供的服務以及可為您提供護理的健康護理提供者的資訊。
- 向計劃提出關於會員權利和責任政策的建議。
- 獲取有關您所有適用健康護理服務的資訊，包括如何獲得這些服務的清晰說明，以及計劃是否可能對這些服務訂定某些限制。
- 瞭解您的護理費用，以及您是否已達到自付額或自付費用上限。
- 在您的計劃網絡中選擇一位健康護理提供者；如果您不滿意，可以更換為計劃網絡中的另一位醫生。
- 獲得及時且地理範圍內的健康護理。
- 與您計劃網絡中的健康護理提供者 (包括專科醫生) 及時預約。
- 當您的計劃無法及時提供網絡內健康護理提供者的護理時，您可以與計劃網絡外的健康護理提供者預約。
- 獲得便利殘障人士的措施安排，包括：
  - 平等取得醫療服務，包括在健康護理提供者的診所或設施內的無障礙檢查室和醫療設備。
  - 與其他公眾會員享有平等且充分的醫療設施使用權。
  - 如有需要，獲得額外的看診時間。
  - 攜帶您的服務動物進入檢查室。
- 通過加州健康福利交易所 **Covered California** 購買健康保險或確定加入加州低收入醫療保險 (白卡) 的資格。
- 得到禮貌周全的照顧，並獲得尊重和有尊嚴的對待。
- 取得多元文化的護理，包括但不限於：
  - 跨性別包容性健康護理，包括所有醫療上必須的服務，以治療性別焦慮或雙性特徵狀況。
  - 以您想用的名字和代詞稱呼您。
- 根據要求，向您的健康護理提供者索取有關您的健康問題或醫療狀況、治療計劃的資訊，以及索取任何適當或醫療上必須的建議治療替代方案等所有資訊，這包括適用的預期結果資訊 (不論費用或承保福利如何)，以便您在接受治療之前能做出明智的決定。
- 與您的健康護理提供者共同決定您的健康護理，包括在接受治療時提供知情同意書。在法律允許的範圍內，您亦有權拒絕治療。
- 討論治療您病況的適當或醫療上必須的選項 (不論費用或承保福利如何)。

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



- 即使您曾患病，仍可獲得健康護理承保。
- 接受醫療上必須的精神健康或藥物濫用治療。
- 接受某些預防性健康服務，包括許多不需共付金、共同保險費或自付額的服務。
- 對基本健康護理服務沒有年度或終身金額限制。
- 將符合資格的家屬納入您的計劃中。
- 獲得不合理費率調漲或變更的通知 (若有)。
- 獲得保護以免健康護理提供者非法要求差額負擔。
- 向您的計劃請求具備適當資格的健康護理提供者給予第二方診療意見。
- 期待您的計劃遵循其隱私政策以及州政府和聯邦法律，保密處理您的個人健康資訊。
- 向大多數的健康護理提供者查詢誰已收到您的個人健康資訊。
- 要求您的計劃或醫生只能以特定方式或在特定地點與您聯繫。
- 要求保護與機敏服務相關的醫療資料。
- 索取您的記錄副本並寫下您自己的註解。如果病歷表中的資料不正確或不完整，您可以要求您的醫生或健康計劃更改您的相關資訊。您的醫生或健康計劃可能會拒絕您的請求。如果發生這種情況，您可以在您的檔案中加入聲明，以解釋更改資訊的原因。
- 在您接受健康護理服務時，要求一位能說您語言的口譯員隨時在場。
- 要求免費提供口譯員服務。
- 在法律規定的情況下，獲取您首選語言版本的書面資料。
- 如果您是盲人、聾人或視力低，要求以您可使用的格式提供健康資訊。
- 如果您的健康護理提供者或醫療團體退出您的計劃，或您是新的計劃會員，您可要求獲得持續護理服務。
- 要求制定預立醫療指示。
- 充分瞭解您計劃的申訴程序並瞭解如何使用該程序，而無需擔心您的健康護理會被中斷。
- 以您首選語言針對以下提出投訴、申訴或上訴：
  - 您的計劃或健康護理提供者。
  - 您所接受的任何護理，或您尋求使用的護理。
  - 您計劃對於任何承保服務或福利所作的決策。
  - 任何不當的護理費用或帳單。
  - 任何基於性別認同或性別表達的歧視指控，或對於跨性別包容健康護理的不當拒絕、延遲或修改，包括治療性別焦慮或雙性特徵狀況醫療上必須的服務。
  - 沒有滿足您的語言需要。
- 瞭解您的計劃為何拒絕服務或治療。
- 如果您在使用健康護理服務時遇到困難，或對您的計劃有疑問，請聯絡醫療管理局



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

(Department of Managed Health Care, DMHC)。

- 如果您的計劃拒絕、修改或延遲提供健康護理服務，您可要求進行「獨立醫療審查」(Independent Medical Review, IMR)。

作為計劃會員，您有以下責任：

- 以尊重態度和尊嚴對待所有健康護理提供者、健康護理提供者員工和計劃員工。
- 向您的計劃和健康護理提供者盡可能提供所需的資訊，以幫助您取得適當的護理。
- 與您的健康護理提供者參與制定和彼此協議治療目標，並盡可能遵循治療計劃和指示。
- 盡可能準時就診，如果您可能會遲到或需要取消約診時，致電您的健康護理提供者。
- 請勿向您的計劃或健康護理提供者提交虛假、欺詐或誤導性的索償或訊息。
- 若您的姓名、地址或計劃內的家庭成員有變更，通知您的計劃。
- 準時支付任何非承保服務的保費、共付金和費用。
- 如果您發現帳單有誤，請盡快通知您的計劃。



## 第 3 部分：使用本健康計劃

### 設施和服務提供者地點

請閱讀下列資訊，了解您可以向哪一位醫生或哪一個服務提供者團隊取得健康護理服務。

### 選擇主治醫生

在連同本承保說明收到的聖馬刁健康計劃服務提供者名單中，列有您可用的主治醫生、診所、醫院和其他健康護理提供者與設施。此名單也包含醫生和其他服務提供者的地址、電話號碼、會說語言和合作的醫院。聖馬刁健康計劃每三 (3) 個月更新這份名單，並且會顯示哪些醫生不接受新病患。您可以寫信或致電會員服務部，索取服務提供者名單或查詢醫生的特定資訊 (包含學會教育、學會證書或專科訓練)；電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

您的主治醫生是您的主要醫生；他/她會照顧您的大部分健康護理需求。主治醫生可以是兒科醫生、全科執業醫生、家庭執業醫生、內科醫生，或在某些情況下可以是婦產科醫生。若您想要選擇特定執業護理師或醫師助理，請選擇他們工作所在的主要護理機構。

若您還未選擇主治醫生，以下提供一些想法可幫助您選擇主治醫生。

### 如何選擇或變更您的主治醫生

- 若您在名單中看到平常就診的醫生名字，可選擇這位醫生。
- 或
- 您可以選擇新的醫生。服務提供者名單列有每位醫生及其診所的實用資訊。

選擇醫生前，建議您考慮以下問題：

- 這位醫生在我想去的診所行醫嗎？
- 診所靠近我家或工作地點嗎？
- 大眾交通工具容易到達嗎？
- 醫生和/或診所醫務人員會說我的語言嗎？
- 這位醫生是否跟我喜歡的醫院合作？
- 這位醫生是否提供我可能需要的服務？
- 這位醫生的診所營業時間為何？

部分醫生、醫院和其他服務提供者並不提供下列一或多項 HealthWorx HMO 計劃可能承保且您可能需要的服務：

- 家庭計劃
- 避孕服務，包括緊急避孕措施
- 絕育手術，包括在分娩和生產時做的輸卵管結紮手術



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

- 不孕治療
- 人工流產

您選擇醫生前應先了解更多資訊。請打電話給您屬意的醫生、醫療團體、獨立執業協會或診所，或致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務代表，確認您可獲得自己需要的健康護理服務。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：

**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

您可利用三種方法重新選擇主治醫生：

- 1) 使用聖馬刁健康計劃的會員入口網站：  
[www.hpsm.org/member-portal-login](http://www.hpsm.org/member-portal-login)。
- 2) 致電會員服務部，電話是 **1-800-750-4776** (免費電話) 或 **650-616-2133**。服務時間為 週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。TTY (聽力及語言障礙裝置) 使用者應撥打：  
**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

請勿選擇標示為「EPO」的主治醫生。

(意指「限現有病人」)

EPO 代表該主治醫生現在不收治任何新病人。

使用聖馬刁健康計劃服務提供者名錄。如果您沒有印刷本名錄，可在網上查閱，網址：  
[www.hpsm.org/findprovider](http://www.hpsm.org/findprovider)。選好醫生後，請填寫隨附的「主治醫生選擇/變更表」，然後用預付郵資的回郵信封寄回 HPSM。或者，您可以將此表傳真到會員服務部，傳真號碼：  
**650-616-8581**。

您和您的主治醫生是一個團隊，您們一起合作維持您的健康。您最好採用同一位主治醫生，這樣他/她才能瞭解您的健康護理需求。若您經常變更主治醫生，可能無法獲得最好的健康護理。您選擇的主治醫生會提供、授權或協調您的健康護理，但急診和區域外緊急護理服務除外。這名醫生會照顧您大部份的健康護理服務需求，包括預防性服務。

如果您在註冊加入 HealthWorx HMO 計劃時沒有選擇主治醫生，聖馬刁健康計劃的會員服務人員會聯絡您，協助您選擇一位醫生。如果我們無法與您取得聯絡，或您不願選擇一名醫生，我們將根據您的住址、年齡和其他可用資訊為您指定一名醫生；這些資訊可協助我們為您做出明智選擇。

與您的主治醫生合作是獲得健康護理的關鍵。必要時，您的主治醫生會將您轉診給專科醫生。在授權您去找專科醫生前，您的主治醫生可能想在他/她的診所裡先見您。

在您選擇主治醫生前，如需更多資料，請致電該醫生診所。聖馬刁健康計劃的會員服務部亦可為您提供資訊，協助您選擇主治醫生。

### 預約就診

請打電話給您的主治醫生 (PCP) 預約就診時間。認識主治醫生的最佳時機是在您健康的時候，而非生病的時候。





## 初步健康檢查

我們建議所有新會員在加入 HealthWorx HMO 計劃之後，都去找自己的主治醫生進行初步健康檢查。您與醫生第一次的會面相當重要。

您和醫生可以借此機會彼此熟悉，並評估您的健康狀況。醫生會幫助您了解自己的醫療需求，並針對如何保持健康提供建言。請立即致電醫生診所預約時間。您可能需要填寫「保持健康評估工具表」(Staying Healthy Assessment Tool)，並帶去見您的主治醫生。您可致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 向會員服務代表索取這份表格，或前往聖馬刁健康計劃的官網下載。表格中會詢問有關個人生活型態、行為、環境及文化和語言需求的問題。將表格填妥並且在第一次約診時帶著，將幫助您的主治醫生更了解您。若您未填寫表格，您的主治醫生可能會在您赴約診時讓您填寫。

## 變更您的主治醫生

若您和您的醫生無法建立良好的關係，任一方均有權利要求變更。舉例而言，如果您太多次預約未到、不遵守主治醫生的醫療建議，或出現破壞或辱罵的行為，您的主治醫生可能要求您改選其他主治醫生。如果您不滿意主治醫生提供的治療或服務，可改選其他醫生。會員服務代表可能會詢問您變更理由。此資訊有助於讓聖馬刁健康計劃確保我們的服務提供者符合我們會員的需求。

如果您決定選擇不同的主治醫生，我們會盡力符合您的要求。如遇以下情況，主治醫生的選擇可能不會被批准：

1. 該主治醫生僅收治現有病人 (established patients only, EPO)，且該會員從未看過這位醫生；
2. 該主治醫生的收治名額已滿；
3. 您過去曾被該主治醫生從收治名單中剔除；或
4. 您選擇的主治醫生不收治您所屬年齡層的會員。

如果我們在當月 22 日以前收到變更要求，主治醫生的變更會從下個月第一天開始生效。

**請注意：**我們會寄給您一張新會員卡，上面列有新主治醫生的姓名和電話號碼。您的新會員卡會顯示主治醫生變更生效日期。對於您所有的健康護理需求，請繼續去看現有會員卡上所列的主治醫生，直到變更生效日期為止。若您未在十 (10) 天內收到新會員卡，或您對變更生效日期有任何疑問，請致電聯絡聖馬刁健康計劃的會員服務代表，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

## 新會員的持續護理服務

在一些情況下，若新會員正接受非計劃提供者 (如醫生或醫院) 的醫療服務，且聖馬刁健康計劃確定延續這項非計劃提供者的治療符合醫療正當性，則聖馬刁健康計劃將為新會員延續這項醫療服務。如果是新會員，您可要求允許您繼續獲得非計劃提供者的醫療服務，條件是您在註冊加入聖馬刁健康計劃以前即接受此醫療服務，且您有以下任何一種狀況：

- 急性病症。全部承保服務應在急性病症期間完成。
- 嚴重慢性疾病。全部承保服務應在完成一個療程並安全轉移至另一個服務提供者所需時間內完成；具體時間由聖馬刁健康計劃與您和非計劃提供者根據良好專業慣例



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



商定。全部承保服務的完成期限，不應超過您註冊加入聖馬刁健康計劃起十二 (12) 個月。

- 懷孕，包括產後護理。全部承保服務應在懷孕期間完成。懷孕期間的孕產婦精神健康護理從診斷或懷孕結束開始算起，不得超過十二 (12) 個月。
- 末期病症。全部承保服務應在末期病症期間完成。全部承保服務的完成期限，可超過您註冊加入聖馬刁健康計劃起十二 (12) 個月。
- 新生兒從出生到 36 個月的護理。全部承保服務的完成期限，不應超過您註冊加入聖馬刁健康計劃起十二 (12) 個月。
- 進行上一個計劃授權、屬於正式記錄療程的手術或其他醫療程序；根據該非計劃提供者的建議和記錄，這項手術或其他醫療程序應在您登記加入聖馬刁健康計劃起 180 天內進行。

如欲申請持續護理服務或索取我們的持續護理服務政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。一般而言，計劃會根據您的醫療狀況決定您是否有資格獲得持續護理服務。資格條件並非完全根據您的病況名稱來訂。如果您的申請獲准，您只需支付本計劃適用的共付金。

我們將要求該非計劃提供者接受與計劃內提供者（提供類似服務）相同的合約條款和條件，包括付款條件。

若該非計劃提供者不接受這些條款和條件，則聖馬刁健康計劃無須延續該提供者的服務。若新會員先前由個人保約承保，且於 HealthWorx HMO 保險生效時正在接受治療，聖馬刁健康計劃無須提供本節所述的持續護理服務。持續護理服務不提供此協議不涵蓋的福利承保。

會員服務代表會通知您有關聖馬刁健康計劃的決定。若我們認定您不符合持續護理服務的條件，且您不同意我們的決定，請參閱第 80 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

若您有更多關於持續護理服務的疑問，建議您撥打免費電話 **1-888-466-2219** 或 TDD 聽障專線 **1-877-688-9891** 或 **7-1-1** 聯絡醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC)，或瀏覽其網站 [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov)；該局負責保護 HMO 消費者權益。

### 服務提供者解約時的持續護理服務

如果您的主治醫生或其他健康護理提供者不再與聖馬刁健康計劃合作，則在合約終止日期前 60 天或接獲該服務提供者通知後，我們會立刻以一般郵寄方式通知您。

服務提供者解約前，如果您正在接受該服務提供者的承保服務，且您有以下任何一種狀況，聖馬刁健康計劃將為您提供持續護理服務：

- 急性病症。全部承保服務應在急性病症期間完成。
- 嚴重慢性疾病。全部承保服務應在完成一個療程並安全轉移至另一個服務提供者所需時間內提供；具體時間由聖馬刁健康計劃與您和已解約的非計劃提供者根據良好專業慣例商定。全部承保服務的完成期限，不應超過服務提供者合約終止之日起十二 (12)

---

如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



個月。

- 懷孕，包括產後護理。全部承保服務應在懷孕期間完成。懷孕期間的孕產婦精神健康護理從診斷或懷孕結束開始算起，不得超過十二 (12) 個月。
- 末期病症。全部承保服務應在末期病症期間完成。全部承保服務的完成期限，可超過該服務提供者與聖馬刁健康計劃合約終止日期起十二 (12) 個月。
- 新生兒從出生到 36 個月的護理。全部承保服務的完成期限，不應超過服務提供者合約終止之日起十二 (12) 個月。
- 進行聖馬刁健康計劃授權，且屬於正式記錄之療程的手術或其他醫療程序；根據該服務提供者的建議和記錄，這項手術或其他醫療程序應在該服務提供者的合約終止日期起 180 天內進行。

持續護理服務不適用於因醫療紀律問題、詐欺或其他犯罪活動而解約的服務提供者。解約的服務提供者必須以書面同意按照解約前與聖馬刁健康計劃協議的條款和條件為您提供服務，包括償付金額。如果該服務提供者不同意這些合約條款和條件以及償付金額，我們就無須在解約日期後延續該服務提供者的醫療服務。

如欲申請持續護理服務或索取我們的持續護理服務政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。一般而言，計劃會根據您的醫療狀況決定您是否有資格獲得持續護理服務。資格條件並非完全根據您的病況名稱來訂。持續護理服務不提供此協議不涵蓋的福利承保。如果您的申請獲准，您只需支付本計劃適用的共付金。

會員服務代表會通知您有關聖馬刁健康計劃的決定。若我們認定您不符合持續護理服務的條件，且您不同意我們的決定，請參閱第 80 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

若您有更多關於持續護理服務的疑問，建議您撥打免費電話 **1-888-466-2219** 或 TDD 聽障專線 **1-877-688-9891** 或 **7-1-1** 聯絡醫療管理局，或瀏覽其網站 [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov)；該局負責保護 HMO 消費者權益。

### 印第安人健康服務

聯邦法律規定，若美國印第安人或阿拉斯加原住民成為 HealthWorx HMO 計劃會員，可選擇任何可用的印第安健康服務提供者。該服務提供者不必屬於 HealthWorx HMO 計劃網絡；聖馬刁健康計劃將為這些會員安排和協調適當的服務。

### 敏感服務

敏感服務包括與後述相關的所有健康護理服務：心理或行為健康、性與生殖健康、性病傳染、藥物濫用失調、性別確認護理，以及親密伴侶暴力。

身為 HealthWorx 計劃會員，如果您有權同意護理時，您不需要取得 HealthWorx 投保人、主要投保人或其他 HealthWorx 會員的核准，即可接受敏感服務，也不需要他們的核准，即可提交敏感服務索償。

您將透過已登記的郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，直接收到聖馬刁健康計劃



如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

(HPSM) 所有關於您取得敏感服務的通訊。若您提出要求，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 可將所有通訊寄發至其他地址、電子郵件地址或電話號碼。請參閱下方「保密通訊」說明。

所有通訊包括：

- 1) 帳單和嘗試收取費用。
- 2) 不利的福利裁定通知書 (駁回函)。
- 3) 福利說明通知。
- 4) 要求關於索償的更多資訊。
- 5) 有爭議的索償通知。
- 6) 服務提供者的名稱和地址、服務內容，以及其他瀏覽的相關資訊。
- 7) 任何來自聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的書面、口頭或電子通訊，其中包含您的受保護健康資訊。

除非聖馬刁健康計劃 (HPSM) 取得您的書面授權，否則聖馬刁健康計劃 (HPSM) 不會將所提供敏感服務的相關醫療資料透露給任何其他 HealthWorx 計劃投保人、HealthWorx 計劃主要投保人或任何其他 HealthWorx 計劃會員。

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 可應要求提供說明病歷表保密政策和程序的聲明。

## 保密通訊

若聖馬刁健康計劃 (HPSM) 能力所及，您可要求本計劃以您偏好的形式和格式製作保密通訊；或者，您可要求將通訊寄送至其他地方，如另一個地址、電子郵件地址或電話號碼。您必須提出書面要求或透過電子傳送 (電子郵件或傳真)，以索取保密通訊。

索取保密通訊的範圍適用於所有透露醫療資料，或醫療護理相關服務提供者名稱和地址的通訊。

保密通訊要求將由聖馬刁健康計劃 (HPSM) 處理；本計劃必須於收到電子郵件或傳真後 7 天 (日曆) 內，或收到書面信件要求後 14 天 (日曆) 內處理要求。在收到您的要求後，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 將回覆確認並告知處理要求的進度。

書面申必須寄至以下地址：

Member Services Department  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

若要透過電話索取，請致電聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。(TTY 聽力及語言障礙專線：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。

您可以將關於要求的電子郵件寄到：

[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)

---

如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



或者，可以將您的要求傳真至：

傳真：650-616-8581

您的保密通訊要求將維持有效，直到您撤銷索取或提交新的保密通訊要求為止。

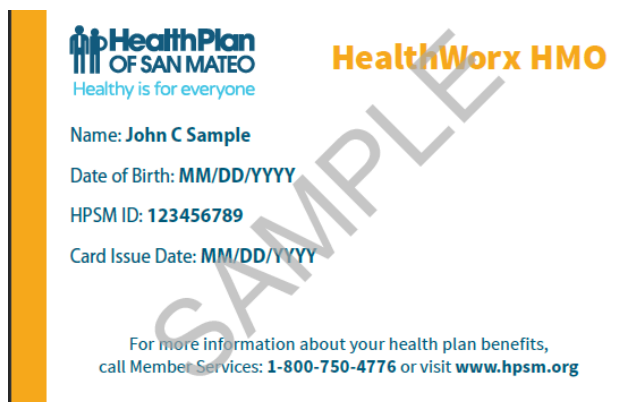
### HealthWorx HMO 計劃服務區域

HealthWorx HMO 計劃的服務區域為聖馬刁縣。您必須看聖馬刁健康計劃內的醫生，這點非常重要。

## 第 4 部分：取得健康護理服務的程序

### 會員卡 (Member Identification Card)

HealthWorx HMO 計劃承保的每一位會員都會收到自己的聖馬刁健康計劃會員卡。隨時攜帶您最新的會員卡，並且在每次尋求健康護理服務時時出示。提供護理的人需要知道您是聖馬刁健康計劃會員。



卡片正面



卡片背面  
此面說明如何使用卡片

會員卡圖樣顯示如上。

會員卡編號：                      發卡日期 (Care Issue Date)：



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

姓名 (Name) :

這是由聖馬刁健康計劃為您指定的編號。

主治醫生 (PCP) :

此日期顯示會員卡所列資訊的生效日期。

出生日期 (DOB) :

共付金 (Co-payment) :

此人有資格獲得 HealthWorx HMO 計劃所提供的福利。

這是您的主治醫生。

這是您的出生日期。

這是您必須為某些特定福利支付的金額，通常在赴約就診時支付。  
請參閱第 6 節的完整共付金列表。

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。





### 及時取得非急診健康護理服務

有時候很難知道您需要哪一種護理。您每週七天、每天 24 小時都可以用電話聯絡到您的醫生或護士，取得協助。這就是所謂的「分類」。以下是分類可以幫助您的方式。

- 他們可以為您解答健康方面的疑慮，並且教您如何在家進行所需的自我護理。
- 他們可以針對您是否需要健康護理，以及應如何和去何處取得護理提供指引(舉例而言，若您不確定您的病況是否屬於需要急診的健康問題，他們可以協助您決定您需要急診護理或者緊急護理，以及如何和去何處取得該護理)。
- 若您需要護理，而醫生的診所已經下班，他們可以告訴您該怎么做。

聖馬刁健康計劃的服務提供者會確保您在健康狀況容許的時間內通過電話諮詢醫生或護士。等待醫生或護士回電的時間不會超過 30 分鐘。

聖馬刁健康計劃會確保所有簽約的服務提供者在下班時間會有答錄服務或答錄機，能提供關於如何尋求緊急或急診服務的建議。

請撥打聖馬刁健康計劃會員卡上的號碼與您的主治醫生聯絡，使用電話分類或過濾服務，該電話 7 天 24 小時全年無休。

如果您聯絡不上醫生，護理諮詢專線 (Nurse Advice Line) 的護士可依據您的健康狀況進行分類，並且回答一些關於健康護理的問題。護理諮詢專線 7 天 24 小時全年無休提供服務。護理諮詢專線的電話號碼是 **1-833-846-8773**。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可致電 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。該電話是免費服務。

您有權利要求提供口譯員服務，以幫助您取得醫療服務。在醫療服務地點(例如醫生的診所)，一天 24 小時均有免費的電話口譯員服務。您無需讓家人、朋友或子女當口譯員。

如果您有任何疑問，請致電聖馬刁健康計劃會員服務部，電話是 **1-800-750-4776**，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。

有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

### 預約就診

當您收到會員卡時，您必須打電話您的主治醫生 (PCP) 預約就診時間。認識主治醫生的最佳時機是在您健康而非生病的時候。身為新會員，您應該在成為聖馬刁健康計劃會員的頭四 (4) 個月內進行第一次健康檢查。在第一次健康檢查中，您的醫生會記錄您的完整健康歷史，並且為您進行體檢。第一次健康檢查會評估您的健康狀態和健康風險。

若要與您的主治醫生預約，請撥打您的聖馬刁健康計劃會員卡上的電話號碼。您可以詢問診所工作人員如何預約、預約規定，以及如何前往診所。我們建議您在預定就診前 15 分鐘到達醫生的診所。**按時赴約很重要**。這是您和主治醫生彼此熟悉，以及讓您表達健康護理需求的重要方式。您將需要出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。無論是緊急或平常護理，都請致電您的主治醫生。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

當您生病時，請致電您的醫生診所預約時間。醫生診所的工作人員會跟您討論就診事宜。他們會告訴您該怎麼做和去哪裡。早點致電您的醫生，您可以避免去醫院急診室。

聖馬刁健康計劃必須確保您醫生提供的就診時間適合您的健康護理需求。下表根據您所需的約診類型列出輪候時間。

預約種類	從要求預約當日起的輪候時間	服務提供者類型/核准要求	範例
緊急護理	2 天內 (48 小時)	不需要聖馬刁健康計劃核准	
緊急護理	4 天內 (96 小時)	需要聖馬刁健康計劃核准	
非緊急護理	2 週內 (10 個工作日)	主治醫生	主治醫生
非緊急護理	3 週內 (15 個工作日)	專科醫生	眼、耳鼻喉、矯形外科
非緊急護理	2 週內 (10 個工作日)	非醫生的精神健康護理提供者	心理醫生、婚姻與家庭治療師
非緊急護理	3 週內 (15 個工作日)	診斷和治療受傷、疾病或其他健康狀況的輔助服務	X 光、物理治療

### 遠距醫療服務

您可獲得遠距醫療服務。遠距醫療意指透過資訊和通訊科技提供承保服務的模式，以為會員的健康護理作出診斷、諮詢服務、診治、輔導、護理管理和自我管理；在提供這類服務時，會員無需身處服務提供者的所在地，而是可以在自己所在的地方接受健康護理服務或傳送自己的醫療資料，包括與服務提供者進行實時的互動溝通。聖馬刁健康計劃將承保透過遠距醫療適當提供的健康護理服務，承保標準和程度與本計劃負責承保透過當面診斷、諮詢或治療的服務相同。

### 婦女服務

女性會員能直接取得婦產科服務。會員可選擇由任何主治醫生提供這些服務，包括有資格提供婦產科服務和實施小手術的家庭醫生、內科醫生和普通科醫生。會員可自行轉診至 HealthWorx HMO 計劃網絡內的任何簽約婦產科醫生或主治醫生，以取得婦產科服務。

### 須事先授權 (PA) 的服務

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



您的主治醫生將協調您的健康護理需求，並且在必要時為您安排專科服務。在某些情況下，聖馬刁健康計劃必須先授權，您才能獲得專科服務。您的主治醫生將為您取得必要的轉診和授權。有些專科服務 (例如婦產科服務) 不需要事先授權 (Prior authorization, PA) 即可獲得服務。

若您在取得必要授權前找專科醫生就診或接受專科服務，則您必須自行支付這項治療的費用。若聖馬刁健康計劃拒絕您的專科服務要求，聖馬刁健康計劃會寄信向您解釋拒絕原因，以及當您不同意時可如何對此決定提出上訴。

### 轉診至專科醫生

您的主治醫生可以決定將您轉診至專科醫生，以便接受特定醫療狀況的護理。若此服務由聖馬刁健康計劃的簽約提供者提供，則不需要聖馬刁健康計劃授權的書面轉診單。您的主治醫生在與您諮商後，會選擇可為您提供服務的計劃內專科醫生、計劃內醫院或其他計劃內提供者。您的主治醫生會給您指示，告訴您如何取得專科護理。這項指示可能以書面或口頭方式提供。如需索取專科醫生名單，請致電會員服務部，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

若要求的是網絡外專科醫生服務，聖馬刁健康計劃將要求您的主治醫生盡可能選擇一位網絡內專科醫生。如果沒有計劃內提供者能執行您所需的服務，您的主治醫生會在取得聖馬刁健康計劃的授權後，將您轉診到非計劃提供者，以便接受有關服務。

如此能確保您及時獲得最高品質的護理。轉診授權表 (Referral Authorization Form, RAF) 上的授權號碼讓專科醫生知道您的主治醫生已核准您的就診，且專科醫生會為此服務收到聖馬刁健康計劃的付款。如需繼續前往該專科醫生處就診，則由該專科醫生安排。您的主治醫生會給您指示，告訴您如何取得專科護理。這項指示可能以書面或口頭方式提供。

### 長期轉診

若您的狀況或疾病需要長期的專科醫療護理，您可能必須長期轉診給一位專科醫生，以便接受持續性的專科護理。若您取得專科醫生的長期轉診，則不必每次看該專科醫生時都需取得授權。此外，若您的狀況或疾病會危及生命、造成退化或致殘，您可能需要長期轉診至專科醫生或專長處理該狀況或疾病的特殊護理中心，讓專科醫生可以協調您的健康護理。若要取得長期轉診，請致電您的主治醫生。若您在取得長期轉診時遇到任何困難，請致電聖馬刁健康計劃，電話為 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。如果您致電本計劃後，覺得您的需求未得到滿足，請參閱第 80 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

這是聖馬刁健康計劃專科醫生轉診政策的摘要。如需索取一份政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。

未來，關於主治醫生是否需要聖馬刁健康計劃核准才能將患者轉診至專科醫生，聖馬刁健康計劃可能會修改政策。若未來有任何變更，我們將在轉診程序變更生效日期前通知您。在變更生效日期後，您可能須事先取得聖馬刁健康計劃批准的主治醫生轉診單，才可接受專科醫生服務。如果您接受服務前未取得經過批准的轉診單，可能需要自行為此服務付費。



1  
7

[www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)

文撥



## 取得第二方診療意見

有時候，您可能是對自己的疾病或主治醫生建議的護理計劃有疑問，因此可能想要獲得第二方診療意見。您可為了任何原因要求第二方診療意見，包括以下原因：

- 您質疑醫生建議的手術程序合理性或必要性。
- 您對可能導致死亡、截肢、喪失身體機能或嚴重傷殘的慢性疾病或其他病況的診療計劃有疑問。
- 您的服務提供者的建議不明確或複雜或讓人困惑。
- 您的服務提供者無法診斷您的狀況，或其診斷與檢驗結果不符而令人存疑。。
- 正在進行中的治療計劃未能在適當時間內改善您的醫療狀況。
- 您已試圖遵守該治療計劃，並且已向原服務提供者反映您對此診斷或治療計劃的疑慮。

若您需要第二方診療意見，您應該告訴您的主治醫生。

若您尋求第二方診療意見，您將從聖馬刁健康計劃網絡中選擇一位具適當資格的健康護理提供者，取得其第二方診療意見。如果聖馬刁健康計劃網絡內沒有具適當資格的健康護理提供者，則本計劃會授權向具適當資格的非計劃內健康護理提供者取得第二方診療意見。如遇這種情況，需要取得聖馬刁健康計劃授權的書面轉診單。您必須負責支付第二方診療意見的所有共付金。

若您要求取得第二方診療意見但被拒絕，且您想要針對我們的決定提出上訴，請參閱第 80 頁的聖馬刁健康計劃「申訴和上訴程序」。

這是聖馬刁健康計劃第二方診療意見政策的摘要。如需索取一份政策副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-0050** 聯絡我們。

若要求的是網絡外專科醫生意見，聖馬刁健康計劃將要求您的主治醫生盡可能選擇一位網絡內專科醫生。若沒有計劃內提供者能執行您需要的服務，您的主治醫生會在取得聖馬刁健康計劃的授權後，將您轉診給非計劃提供者，讓您可接受此服務。

## 使用評估

### 須事先授權 (PA) 的服務

部分醫療服務和藥物需要取得聖馬刁健康計劃的事先授權，本計劃才會按您的醫療福利為此付費。事先授權意指您在取得服務或藥物前，聖馬刁健康計劃和您的醫生要同意該服務為醫療上必須的治療。若要獲得這些服務，您的醫生需要向聖馬刁健康計劃寄送一份事先授權申請表，以提出事先授權申請。這是針對需要聖馬刁健康計劃事先核准的服務。



務/治療所提出的要求。當聖馬刁健康計劃收到申請表後，我們的醫療人員(醫生、護士和/或藥房人員)會審核是否批准。我們在審查事先授權申請時，會依據符合州和國家標準的最新臨床指引，決定醫生為您申請的服務或藥物是否為醫療上必須。大部分事先授權申請會獲准，但有些會被拒絕或延緩。當事先授權申請由於醫療原因被拒絕時，表示您的醫生所要求提供的服務/治療未獲批准。您和您的醫生將會收到一封信，解釋為何事先授權申請被拒絕，以及為何聖馬刁健康計劃的醫療人員認定此服務並非醫療上必須。信中也會解釋您對此決定的上訴權利，以及如何提出上訴。若您的事先授權申請是由於行政(非醫療)原因被拒絕，我們會向您和您的醫生發送通知，解釋拒絕原因。事先授權申請被拒絕的行政原因可能包括：在審核時，您並無聖馬刁健康計劃資格，或此服務是由州政府承保而非聖馬刁健康計劃。

若聖馬刁健康計劃工作人員需要向您的醫生取得更多資訊，以便決定是否批准您的醫生申請的服務/治療，此授權會被延緩。若有此情形，您將會收到一封行動通知信，說明我們已向您的服務提供者索取更多資訊，以便批准授權。

我們會在五個(5)工作天內回覆非緊急事先授權申請。若為緊急事先授權申請，我們會在**醫療上必須的時間內回覆，最遲不超過 72 小時**。我們會審核所申請的服務是否有醫療必須性。事先授權申請的審核標準和指引在制訂時，參考了執業健康護理提供者的意見，並且與可靠的臨床原則與程序一致。

我們每年至少對標準和準則評估一次，並且依所需進行更新。針對特定的事先授權申請，聖馬刁健康計劃可以向您提供我們在決定時所採用的指引和標準。請記住，這些指引和標準與醫生申請的治療或服務、HealthWorx HMO 計劃的承保福利，以及個人需求相關。聖馬刁健康計劃也可應要求，提供我們進行事先授權申請決定所採用的整體政策和程序。

### 不需要事先授權的服務

有些服務不需要取得事先授權或主治醫生的轉診。對於下列服務，您可以直接去找健康護理提供者就診。其中一些服務有限制。詳情請參閱「福利」一節。

1. 急診和服務區域外緊急服務。
2. 基層和預防性護理服務。
3. 精神健康或藥物濫用門診，以及精神科醫生、心理醫生和臨床社工人員的診療和訪視。
4. 家庭計劃/性傳染病(STD)和保密 HIV/AIDS 檢驗。

這些服務與避孕、懷孕護理或生育計劃有關，其中包括避孕措施、緊急避孕服務、驗孕、產前護理、人工流產和人工流產相關程序。另外，還包括性病傳染(STI)、性傳染病(STD)和 HIV/AIDS 的篩檢、預防、檢驗、診斷和醫療護理。這也包括有關性侵或強姦的診斷和護理服務，以及收集性侵或強姦的醫學證據。您可以找主治醫生、計劃內的家庭計劃診所、婦產科，或找任何受過訓練且提供這些服務的加州低收入醫療保險(白卡)服務提供者，為您提供這些服務。詳情請參閱第 63 頁和第 70 頁。

家庭計劃服務專為值生育年齡的會員提供，可幫助您決定何時要有孩子。如果您想保護自己，不在沒準備好的情況下生育，他們也能幫助您。這些服務包括所有食品及藥物管理局所批准的避孕方法。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

聖馬刁健康計劃的會員服務人員能幫助您尋找家庭計劃診所，或者您可致電加州家庭計劃辦公室 (California Office of Family Planning) 的資訊和轉介服務 (Information & Referral Service)，免費電話為 **1-800-942-1054**。

5. 婦女服務：

女性會員可直接取得不限次數的婦產科服務。會員可以選擇由他們的主治醫生 (主要醫生) 提供這些服務，或者會員可以自行轉至其他聖馬刁健康計劃網絡內的任何婦產科或主治醫生，取得此種服務。

6. 針灸和脊椎按摩治療服務以自行轉診的方式來提供，每種服務以每福利年度就診二十 (20) 次為上限。

7. 印第安人健康服務：

8. 自閉症類群障礙的行為健康治療

如果您是根據聯邦法律規定，而成為聖馬刁健康計劃會員的美國印第安人或阿拉斯加原住民，可選擇任何可用的印第安健康服務提供者。該服務提供者不必屬於聖馬刁健康計劃網絡；聖馬刁健康計劃將為您安排和協調服務。

### 精神健康或藥物濫用障礙臨床標準教育計劃

在審查會員就精神健康或藥物濫用障礙所使用的全部承保服務時 (包括診斷、預防和治療)，聖馬刁健康計劃會採用由非牟利專業協會就相關臨床專科所制定的治療標準最新版本規定的準則和指南。為確保能適當採用此準則，聖馬刁健康計劃會贊助由非牟利臨床專業協會推行的正規教育計劃，以指導聖馬刁健康計劃的職員 (包括聖馬刁健康計劃的任何合約第三方) 審查索償、審查所使用服務，或就臨床審查準則作出有醫療必要性的決定。在審查使用服務時所根據的裁決準則和任何教育計劃資料，將按要求免費提供給會員、會員的授權代理人 and 會員的服務提供者。

### 精神健康及藥物濫用的額外權利

當有需要時，您有權及時和在地理範圍內取得精神健康/藥物濫用 (MH/SUD) 服務。若聖馬刁健康計劃無法安排健康計劃網絡內的適當服務提供者為您提供服務，健康計劃必須為您承保和安排所需要的網絡外服務提供者服務。在這情況下，您只需如常支付網絡內的分攤費用，而無需支付其他任何費用。

如果您不急著需要服務，您的健康計劃必須為您安排預約，而約診日期不得超過您要求計劃提供服務當日後 **10** 個工作日。如果您急著需要服務，您的健康計劃必須在您提出要求後的以下時段內為您安排預約：若無需事先授權 - **48** 個小時內；若需要事先授權 - **96** 個小時內。

如果您的健康計劃無法按時間和在地理範圍的規定為您安排服務，您可以安排接受任何持照服務提供者的服務，即使該服務提供者不在您健康計劃的網絡內亦無妨。如要求健康計劃承保服務，您必須在首次要求計劃提供 **MH/SUD** 服務當日的 **90** 天 (曆日) 內看服務提供者。



如您有關於如何取得 **MH/SUD** 服務的疑問，或取得服務時遇到困難，您可以：**1) 致電您的健康計劃，電話號碼印在您的健康計劃會員卡背頁；2) 致電加州醫療管理局的服務中心，電話是：1-888-466-2219；或 3) 透過網站 [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov) 聯絡加州醫療管理局，尋求取得 MH/SUD 服務的援助。**

### **IHSS 服務提供者專屬的牙科和眼科服務**

服務業員工國際工會第 521 地方支會 (SEIU, Local 521) 為符合資格條件的 IHSS 服務提供者承保牙科和眼科服務。如想知道更多關於牙科和眼科福利的資訊，會員需聯絡 SEIU，電話是 **1-800-842-6635**。當您致電 SEIU 時，請表明您是聖馬刁縣 IHSS 服務提供者。

牙科和眼科服務不在聖馬刁市政府員工的承保福利範圍內。

### **緊急護理或平日下班時間或週末的護理**

緊急護理服務是預防健康嚴重惡化所需的服務，其起因可能是預期外的病症、受傷、持久疼痛或既有狀況 (包括懷孕) 的併發症；在此情況下，治療不得延誤。若您身處本計劃的服務區域外，聖馬刁健康計劃承保您在任何時間取得的緊急護理；若您身處本計劃的服務區域內，聖馬刁健康計劃承保您在夜間和週末取得的緊急護理。承保條件是：若您如常等候看醫生，您的病症或受傷情況將大幅惡化，因此需要緊急護理。在您第一次就診時，請與您的主治醫生討論，當診所休診但您覺得自己可能需要緊急護理時，醫生希望您怎麼做。

如果您晚上和週末需要在聖馬刁健康計劃的服務區域內取得緊急護理，即使已過了診所開放時間，都請致電您的主治醫生 (PCP) 診所。

您的主治醫生或值班醫生可隨時告訴您如何在家處理問題，或指示您前往緊急護理中心或醫院急診室就診。

緊急但不到急診醫療狀況的問題，是指通常可等待治療而不會惡化的問題，例如：

- 耳痛
- 輕微咳嗽或感冒
- 小割傷或擦傷
- 輕微發燒或皮疹
- 輕微腹瀉
- 扭傷或拉傷
- 嘔吐 (一或兩次)
- 續配藥物

當您在聖馬刁健康計劃服務區域外需要緊急護理時，請嘗試聯絡您的主治醫生。如果您聯絡不上主治醫生，請前往最近的醫療機構。就醫時一定要出示您的聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員卡。

### **急診健康護理服務**



如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

急診狀況是指一種明顯可看出有嚴重急性症狀的身體或精神狀況 (包括分娩活躍期和劇烈疼痛)；這種情形若不立即就醫，以常理推斷將造成以下任何結果：

- 導致會員的健康陷入嚴重危險；或
- 導致會員的身體功能嚴重受損；或
- 導致會員任何身體器官或部位嚴重失能。

範例包括：

- 骨折
- 胸痛
- 嚴重燒傷
- 暈厥
- 藥物過量
- 癱瘓
- 嚴重割傷而血流不止
- 精神病急診醫療狀況 (Psychiatric Emergency Medical Condition)

如有急診醫療狀況，請撥打 **9-1-1** 或前往最近的急診室。

不管是否在聖馬刁健康計劃服務區域內，亦不管是否身處聖馬刁健康計劃內的設施中，凡是急診服務和護理均可獲得承保。如有急診醫療狀況，請撥打 **9-1-1** 或前往最近的急診室求助。若有急診醫療狀況，您無需到您的主治醫生工作的醫院求診。

## 覆診護理

當您為了穩定急診醫療狀況而接受必須的急診健康護理服務之後，請務必找您的主治醫生覆診。

## 取得藥房福利

### 處方藥

您身為聖馬刁健康計劃會員，其中的一項福利是可以取得所需的處方藥物，作為您的醫療護理的一部份。您可以前往聖馬刁健康計劃服務提供者名單中的任何一間藥房，取得您的處方藥物。領取處方藥時，請向藥劑師出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。您的處方可由您的主治醫生、專科醫生、其他醫生或牙醫開立。

### 續配藥物

若您長期規律服藥，千萬不要等到沒有藥物時才去續配。有些藥物可能需要醫生開立新處方才可續配。不要前往急診室續配藥物。

### 開架式藥物/非處方藥物

大多數開架式藥物都不在 HealthWorx 計劃的承保範圍內，但聖馬刁健康計劃可能會承保某些開架式藥物 (例如《平價醫療法案》強制要求承保的阿斯匹靈 81 mg、戒煙產品、避孕藥等)。

### 聖馬刁健康計劃藥方集

聖馬刁健康計劃有一份可由您的藥房福利承保的藥物清單。此清單稱為「藥方集」(承保



藥物清單)。藥物由聖馬刁健康計劃藥房和治療委員會 (P&T) 加入藥方集。此委員會是由決定何種藥物可列入藥方集的藥劑師和醫生組成。若您想知道藥方集涵蓋什麼藥物，請前往我們的官網 [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org) 瀏覽藥方集。或者，您可致電會員服務代表索取實體文件，電話為 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

聖馬刁健康計劃藥方集會列出所有承保藥物的非專利藥名或專利藥名 (若有)。請注意，就算藥物列在聖馬刁健康計劃藥方集上，不保證您的主治醫生或專科醫生一定會開給您。

### 非專利的相似藥

如有非專利藥可用，聖馬刁健康計劃的藥房福利會承保非專利藥，而不承保專利藥。非專利藥的效用與專利藥相同。食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 批准非專利藥的方式與專利藥相同。聖馬刁健康計劃藥方集列有聖馬刁健康計劃承保的非專利藥。

### 會員要求提供的專利藥

當專利藥有非專利版本時，除非有醫療上的原因必須使用，或者此非專利版本的治療指數狹窄 (即使藥物劑量只有極小改變，也可能導致中毒)，否則一般不予承保。如果您希望聖馬刁健康計劃承保一種有非專利版本的專利藥，您的醫生必須向我們提出事先授權 (PA) 申請，以要求獲得核准。在專利藥沒有非專利的相似藥、且此藥列於 HealthWorx 計劃藥方集的情況下，聖馬刁健康計劃一般會予以承保。如果該專利藥未有列於藥方集上，您的醫生需要考慮改用另一種列於藥方集上的藥物，或者向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，讓此未列藥物經過核准 (請見「非藥方集藥物」一節)。

所謂「治療指數狹窄」 (narrow therapeutic index) 意指即使藥物劑量有極小改變，也可能導致中毒。如需索取一份「治療指數狹窄」的藥物清單，可致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃，向會員服務代表索取。有聽力和/或語言障礙的會員可使用 TTY (聽力及語言障礙) 專線：**1-800-735-2929**，或撥 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務 (California Relay Services))。

### 非藥方集藥物

聖馬刁健康計劃內的醫生和藥房有責任使用藥方集。若開立的藥物不在藥方集上，您的醫生應考慮改用另一種列於藥方集上的藥物。如果醫生認定不適合用藥方集藥物替代，醫生則需向聖馬刁健康計劃傳真一份事先授權申請表，充分解釋必須使用非藥方集藥物的醫療理由，才能讓此藥獲得承保。若根據聖馬刁健康計劃的藥劑師和醫療部主任制訂的標準，該事先授權申請表獲得批准，此非藥方集藥物則可獲承保。

處理非藥方集藥物事先授權申請的時間平均在 24 小時以內。若事先授權申請表的資訊不完整，或需要更多資訊，可能會需要更多時間。如果您在要求承保非藥方集藥物方面有任何疑問，請和您的醫生討論。

### 可提供藥物以作仿單標示外用途

聖馬刁健康計劃藥房福利承保的所有藥物，都需要經美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准。食品藥物管理局會決定藥物可使用的方式。藥廠必須向食品藥物管理局證明該藥物針對特定病況安全且有效，且此病況必須清楚列於藥物仿單上。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



然而，您可能會因為仿單上未列的病況而需要使用該藥物。這叫「仿單標示外」使用。如有足夠資訊支持用某種藥物治療處方上所列的仿單標示外病況，聖馬刁健康計劃將允許醫生開立此藥，以作仿單標示外用途。有時，若要開立藥物以作仿單標示外用途，需要事先授權才會獲得償付。

### 有事先授權、循序用藥、數量限制或其他限制的藥方集藥物

藥方集上的部份藥物有特定限制，例如事先授權要求 (PA)、循序用藥 (ST) 和數量限制 (QI)。若要獲得需事先授權的藥物，您的醫生需要向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，並經過核准。若要獲得有循序用藥或數量限制要求的藥物，但您不符合這些要求，您的醫生也需要向聖馬刁健康計劃提出事先授權申請，並經過核准。

若您有任何與採用仿單標示外藥物治療的相關疑問，請和您的醫生討論。

### 提交事先授權申請。

如上所述，有幾種情況需要提交處方藥事先授權申請表 (PA)，方能取得您要的藥物。以下為一些例子：

- 取得有非專利版本的專利藥
- 取得聖馬刁健康計劃藥方集以外的藥物
- 取得仿單標示外用途的藥物
- 取得藥方集上且需要事先授權的藥物，或者當您不符合藥方集上所列的要求時

聖馬刁健康計劃藥房職員會處理所有事先授權申請 (PA)。您的醫生或藥劑師可將事先授權申請表傳真給聖馬刁健康計劃藥房服務部，傳真號碼為 **650-829-2045**，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

藥房事先授權申請的平均處理時間為 24 小時以內。若事先授權申請表的資訊不完整，或需要更多資訊，可能會需要更多時間。如果您對事先授權申請有任何疑問，請和您的醫生討論。

### 夜間、週末或假期事先授權申請 (PA)

聖馬刁健康計劃會於週一至週五的正常上班時間 (上午 8:00 至下午 5:00) 審核事先授權申請表。若週末或假日發生緊急情況，則在等待審核決定時，會員可獲得長達三天的藥量，以便藥房有時間等到下一個工作日取得聖馬刁健康計劃的決定。藥劑師可以致電 **1-888-635-8384** 聯絡聖馬刁健康計劃醫藥福利管理方 (PBM) SS&C 的藥房電話中心，以取得應急服務。可獲授權得到單次配藥。

### 藥方集藥物的修訂

藥方集最常可能每月修訂。這些修訂包括 (但不限於) 從藥方集中增加或移除藥物，或者變更其他限制，如數量限制、事先授權或循序用藥要求。如有任何修訂會影響到您，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 將寄信通知。您可以前往我們的網站 [www.hpsm.org/drug-benefits](http://www.hpsm.org/drug-benefits)



查看最新更新，或致電會員服務代表：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。

### 受到延緩、修改或拒絕的醫療和藥房服務事先授權申請

若您要求的藥物受到延期、修改或拒絕，您將收到「行動通知」信函。「行動通知」信函會解釋延期、修改或拒絕的原因，並且提供您將如何對此決定向聖馬刁健康計劃提出上訴的資訊。

## 第 5 節：會員的財務責任

### 共付金

會員必須為一些就診和服務支付共付金，如「福利摘要」第 6 節所述。除了特定服務的共付金之外，對於依據聖馬刁健康計劃規則提供的福利 (如本承保說明所述)，會員無須負擔財務責任。會員無須為健康福利支付自付額。

### 會員的其他付款責任

對於承保服務，會員一般只需負擔共付金。然而，您可能還需負擔以下服務款項：

- 對於需要轉診或授權的服務，您並未取得主治醫生的轉診或聖馬刁健康計劃的授權，即接受該服務
- 您接受的服務不是承保服務
- 在急診室接受的非急診服務，除非會員進急診室時合理相信自己需要急診服務和護理，而這些服務是為了判定會員是否具有急診醫療狀況而提供
- 未經您的主治醫生事先授權在聖馬刁縣外接受的非急診服務
- 在未經授權的情況下，所獲服務超出本承保說明或 Knox-Keene 法案所規定的限制
- 您接受的服務由網絡外服務提供者提供。

會員應詳閱本承保說明以及任何插頁或附件中關於承保服務和福利的所有說明，以瞭解聖馬刁健康計劃會員的完整承保細節。

如果聖馬刁健康計劃未付計劃內提供者提供承保服務的費用，會員沒有責任支付聖馬刁健康計劃積欠該提供者的任何款項。然而，如果聖馬刁健康計劃未為承保服務向非計劃提供者付費，會員或許有責任向非計劃提供者支付該服務的費用。會員也可能有責任支付非承保服務的費用，無論該服務是否由計劃內提供者提供。

例如，如果聖馬刁健康計劃的服務提供者無法提供您需要的服務，您需要先與您的主治醫生或精神健康服務提供者討論。您的主治醫生或精神健康服務提供者會取得授權，將您轉診給一個非計劃提供者。如果您不去找主治醫生或精神健康服務提供者取得必要的核准，或者您沒有遵守聖馬刁健康計劃的轉診程序，您就無法得到這些服務的承保，並需要自行支付全額費用。然而，如果您需要急診護理，則無須轉診或授權，即可取得非計劃提供者的服務。請參閱本承保說明第 63 頁的「急診服務和護理」一節。另外，請參閱第 45 頁的「取得第二方診療意見」一節，瞭解關於第二方診療意見的具體事項。



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

## 償付索償金額

為了確保您的醫生知道如何為您的護理服務請款，請告訴醫生診所工作人員您是聖馬刁健康計劃會員，並且出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。如果您被要求支付服務費用，請要求醫生致電聖馬刁健康計劃，讓我們向醫生解釋如何向我們請款。不過，如果您收到某項服務的帳單，而開出帳單的服務提供者屬於聖馬刁健康計劃網絡，可將帳單提交給聖馬刁健康計劃。您必須提交帳單副本，並註明您的姓名、會員編號(在您的會員卡上)、您的電話號碼，以及帳單開立的日期和原因。如果您已支付帳單，則需向聖馬刁健康計劃提交可接受的付款證明(例如顯示付款金額及服務項目的收據)。請將帳單寄到：

Member Services Department  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080  
電郵：[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)  
傳真：650-616-8581

您的償付申請書必須在您接受服務之日起 90 天(3 個月)內，或在合理時間內儘快郵寄給聖馬刁健康計劃，最遲不得超過接受服務後 12 個月。

## 第 6 節：承保服務、福利和共付金

### 簡介

本節說明 HealthWorx HMO 計劃為會員提供的承保服務和福利。本節說明的服務若為醫療上必須，則屬於承保服務。服務是否為醫療上必須，將由您的主治醫生或聖馬刁健康計劃決定。此決定的根據為一般認可的醫療標準、加州法規和聖馬刁健康計劃的政策。急診醫療服務無需事先授權。

然而，當時是否需要急診服務和護理，可能在提供服務後才能決定。若您不同意我們對醫療必要性或者特定情形是否屬於急診醫療狀況所做的決定，可透過第 8 節所述的申訴程序要求聖馬刁健康計劃進行審核。本節一開始會先摘要說明福利、共付金和承保條件。

聖馬刁健康計劃提供本承保說明中所列的承保服務和福利。大多數的承保服務只要是醫療上必須，並且由聖馬刁健康計劃或您的主治醫生提供、轉診或授權，都可以供您使用。部份服務無須轉診，而一些服務則需要支付共付金。預防性服務沒有共付金；對於遭強姦或性侵犯後所接受的治療，會員無需為急診室醫療護理和後續健康護理治療支付共付金。HealthWorx HMO 計劃所承保的任何福利都沒有年度或終身上限。

會員應詳閱本承保說明以及任何插頁或附件中關於承保服務和福利的所有內容，以瞭解聖馬刁健康計劃會員的完整承保細節。

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥

7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽

[www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 福利、共付金和承保條件摘要

福利	共付金	承保條件
<b>醫生服務 (Physician Services)</b>		
成人的適齡防疫注射和定期健康檢	無共付金	由聖馬刁健康計劃明訂，且與美國公共衛生部 (U.S. Public Health Services) 和美國兒科學會 (American Academy of Pediatrics) 現行的預防保健標準一致。
聽力及視力檢測	無共付金	



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

福利	共付金	狀況
主治醫生和專科診所門診，包括過敏檢測和治療，以及第二方診療意見	每次就診 \$5.00，除非註明無共付金	大多數專科門診都需要主治醫生轉診 (參閱第 45 頁)。
產前護理	無共付金	
門診手術、麻醉、放射治療、化學治療、洗腎透析	無共付金	
醫院、專業護理機構、安寧療護設施，或精神健康或藥物使用失調設施內的住院就診服務	無共付金	
緊急護理服務	每次就診 \$5.00	
居家訪視	每次就診 \$5.00	
重建整形外科手術	無共付金	醫療上必須

### 醫院 (Hospital)

住院病人服務，包括醫生服務、外科服務、麻醉、化驗、X 光、藥物、醫療用品、血液和血液製品、康復治療和服務 (物理治療、職能治療、口語治療、呼吸治療)	無共付金	包括因為必須住院的既有醫療狀況、臨床狀態，或嚴重的牙科手術，提供與牙科手術相關的醫院住院服務和護理。
門診服務，不含急診室就診	無共付金	

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥

7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽

[www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。





福利	共付金	狀況
<b>急診服務和護理</b>		
急診室就診	每次就診 \$25.00	每次就診 \$25.00；如果會員從急診室轉送入院，則免付共付金。
覆診護理	每次就診 \$5.00	
救護車	無共付金	

### 處方藥

在住院環境、醫生診所或門診環境中就診時獲得的藥物 無共付金

由您的服務提供者開立、且所有經 FDA 批准的開架式避孕藥物、裝置和產品，以及緊急避孕藥物。 無共付金

如果市場上沒有治療等效的非專利藥替代，聖馬刁健康計劃將承保原產品牌避孕藥、裝置和產品，會員無需分攤費用。

由 2024 年 1 月 1 日起，FDA 核准的開架式避孕藥物、裝置和產品不需要處方即可獲得承保。網絡內藥房應該會為 FDA 核准的開架式避孕藥物、裝置和產品提供銷售點承保，會員無需支付分攤費用，或沒有醫療管理限制。

特定預防性護理用的藥物，包括戒煙用處方藥、大多數疫苗、供 50-59 歲成人使用的阿斯匹靈 81 mg、供孕婦使用的含 0.4-0.8 mg 葉酸產前維生素、供 50-75 歲成人使用的大腸鏡清腸用品、供 40-75 歲成人使用的他汀類降膽固醇藥物、HIV 暴露前預防性投藥，以及乳癌預防用藥物。 無共付金

最多 90 天供應量，除非藥方集另有註明。

福利	共付金	狀況
所有其他處方藥	每種非專利處方藥 (第 1 層級) \$3.00 每種專利處方藥 (第 2 層級) \$10.00	最多 90 天供應量，除非藥方集另有註明。

 如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 精神健康

住院病人	無共付金	由聖馬刁健康計劃授權且在其網絡內執行的精神健康護理，以在經認證的遵醫囑留院期間治療精神健康疾病。  精神健康福利依照與其他疾病相同的原則提供，包括嚴重精神疾病的治療。完整福利說明請參閱第 68 頁。
門診病人	每次就診 \$5.00	由聖馬刁健康計劃開立醫囑以及在網絡內執行的疾病評估、危機介入、服務和治療。完整福利說明請參閱第 68 頁。某些服務可能需要事先授權。
機構門診服務	無共付金	由聖馬刁健康計劃授權以及在網絡內執行的服務。
自閉症類群障礙的行為健康治療	無共付金	此福利無需事先授權。

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥

7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽

[www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



福利	共付金	狀況
<b>酒精/藥物濫用</b>		
住院病人	無共付金	醫療上必須的酒精或藥物濫用住院服務。
門診病人	每次就診 \$5.00	在計劃網絡內執行的疾病評估、服務和治療。某些服務可能需要事先授權。
機構門診服務	無共付金	醫療上必須、且由聖馬刁健康計劃授權的服務。

### 居家保健

由護士和居家健康助理 (home health aide) 提供的居家健康護理訪視和服務

無共付金

醫療上必須的居家保健。

提供物理、職能、口語和呼吸治療的居家健康護理訪視和服務

每次就診 \$5.00

### 安寧療護

安寧療護服務

無共付金

為患末期病症且經醫生確認預期壽命只剩 6 個月或更短的會員提供。

### 康復治療

物理、職能、口語和呼吸治療

住院治療無共付金

醫療上必須。

每次門診和居家服務 \$5.00

耐用醫療設備 (DME)

無共付金

福利	共付金	狀況
----	-----	----



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

義肢和矯形器具	無共付金	
家庭計劃服務、性傳染病、保密 HIV/AIDS 檢測	無共付金	無需轉診。  由 2024 年 1 月 1 日起，關於輸精管結紮服務與程序，聖馬刁健康計劃將不會收取自付額、共保額、共付金，或施以任何其他費用分攤的規定。
專業護理機構護理	無共付金	
<b>其他服務</b>		
針灸	每次就診 \$5.00	每個福利年度最多 20 次。無需轉診。
脊柱按摩	每次就診 \$5.00	每個福利年度最多 20 次。無需轉診。
器官移植	無共付金	
白內障眼鏡及鏡片	無共付金	白內障手術後所需的眼鏡、隱形眼鏡，或代替自然眼球內水晶體的人工水晶體。完成植入人工水晶體的白內障手術後，可承保一副眼鏡或隱形眼鏡。
助聽器	無共付金	
健康教育服務	無共付金	
X 光診斷和化驗室服務	無共付金	
血液和血液製品	無共付金	
非急診就醫交通	無共付金	
臨床癌症試驗	無共付金	
足科護理	每次就診 \$5.00	每個福利年度最多 24 次。無需轉診。其他足科服務 (包括額外門診) 需要根據醫療必要性取得事先授權。

福利、共付金和承保條件詳細說明

**預防性健康服務說明：**

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



- 定期健康檢查，包括所有常規診斷檢測以及適合這類檢查的化驗室服務，並且與美國公共衛生服務部(U.S. Public Health Service) 最新的建議一致。
- 這些檢查的次數不得因投保人醫療需求以外的原因而增加，包括會員為了取得或保住工作、執照或保險而想要的體檢或報告或相關服務。
- 預防性服務(含無症狀疾病的檢測服務) 包括以下服務：
  1. 定期健康檢查(包括新生兒出生後 48 或 60 小內的護理)
  2. 多種自願家庭計劃服務
  3. 產前護理
  4. 眼科及聽力測試
  5. 防疫注射
  6. 性傳染病 (STD) 檢測，包括保密 HIV/AIDS 諮詢和檢測
  7. 年度子宮頸癌篩檢，包括傳統的巴式抹片檢查以及經聯邦食品及藥物管理局批准的任何子宮頸癌篩檢選項
  8. 醫療上普遍接受的癌症篩檢，包括前列腺癌、乳癌和大腸直腸癌篩檢
  9. 有效的健康教育服務，包括關於個人健康行為和健康護理的資訊，以及建議如何善用本計劃提供的健康護理服務
  10. 由美國公共衛生服務部(U.S. Public Health Service) 最新的建議一致。

**會員費用：**  
預防性服務無共付金

## **醫生及專業服務 說明**

由醫生或其他持照的健康護理提供者在其執照許可範圍內提供之醫療上必須的專業服務和諮詢。

- 包括：
- 外科醫生、外科助理醫生和麻醉科醫生(住院病人或門診病人)
- 醫院住院和專業護理機構就診
- 專業診所就診，包括為了接受過敏檢測和治療、放射治療、化學治療、洗腎透析和性傳染病護理而進行的就診
- 醫療上必須的居家訪視
- 聽力檢測和眼睛檢查，包括兒童需要做驗光檢查，包括為了確定是否需配眼鏡矯正視力所做的屈光檢查，以及散瞳檢查。請注意，只有在接受白內障手術後，才能享有一般眼鏡或隱形眼鏡的承保福利。

## **會員費用**

每次診所就診或居家訪視需支付 \$5 共付金

醫院住院專業服務無共付金

手術或麻醉、放射治療、化學治療或洗腎透析無共付金

## **懷孕和產科護理**

**說明**



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

與產科護理相關且醫療上必須的專業和住院服務可獲承保，包括：

- 產前和產後護理及懷孕併發症
- 診斷和基因檢驗
- 營養諮商、健康教育和社交支持需求
- 分娩和生產護理，包含助產士服務
- 新生兒醫院住院治療；除非聖馬刁健康計劃授權延長住院時間，否則自然產後最多提供 48 小時護理，剖腹產後最多提供 96 小時護理。在自然產後 48 小時或剖腹產後 96 小時以內，會員無需離開醫院，除非會員和醫生共同決定出院。若會員在 48 或 96 小時前離開醫院，醫生可能會開出出院後 48 小時內的覆診單。

覆診服務包含親職教育、母乳或奶瓶餵奶協助和培訓，以及其他必要的母親或嬰兒身體狀況評估。母親和醫生將共同決定應在家中、醫院或醫生診所進行覆診，取決因素為家庭的交通需求以及環境和社會風險

**會員費用**  
無共付金

## 母乳

### 說明

若是醫療上必須的要求，從母乳庫取得經巴氏消毒的捐贈母乳可獲得承保。

**會員費用**  
無共付金

## X 光診斷和化驗室服務

### 說明

診斷性化驗服務、診斷和治療性放射服務，以及其他診斷服務，包括但不限於：

- 一般放射、電腦斷層掃描 (CT)、核磁共振 (MRI) 檢測
- 用於篩檢或診斷目的之心電圖、腦波圖和乳房 X 光攝影
- 為了妥善評估、診斷、治療和追蹤病況所需的其他服務
- 為了妥善管理糖尿病而做的化驗檢查，至少包括：膽固醇、三酸甘油酯、微白蛋白尿、高密度脂蛋白/低密度脂蛋白 (HDL/LDL) 和血紅蛋白 A-1C (糖化血色素)
- 醫療上一般接受的所有癌症篩檢，但需要醫生處方並通過使用評估
- 所有經食品藥物管理局批准的技術，包括為了診斷、治療或管理骨質疏鬆症而採用被視為符合醫療正當性的骨質密度測量技術

**會員費用**  
無共付金

## 急診服務和護理 (包括 9-1-1 服務)

### 說明

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



二十四小時急診服務和護理的承保條件為：當一個狀況造成劇烈疼痛、重病或重傷 (包括分娩活躍期) 時，一個具備判斷力的人 (仔細或小心的非醫療人員) 認為，若不迅速提供醫療護理，合理預期可能會：

- 使其健康 (若是孕婦，則包括母親和胎兒的健康) 處於嚴重危險；或
- 導致會員的身體功能嚴重受損；或
- 導致會員任何身體器官或部位嚴重失能。
- 急診服務和護理包括由醫生或其他人員在相關法律允許狀況下，並且在他們的執照和權限許可範圍內，進行的精神篩檢、檢查、評估和治療。
- 無論是否在聖馬刁健康計劃服務區域內，或是否屬於本計劃網絡之內的設施，均可獲得承保。

#### 會員費用

每次就診 \$25 共付金

若住院則無共付金

#### 急診 (9-1-1) 和非急診交通服務

##### 說明

- 應 **9-1-1** 緊急應變系統要求協助，而將會員送往第一間同意為會員提供急診護理之醫院或緊急護理中心的急診救護車交通 (**9-1-1** 服務)，條件是會員合理相信自己有急診醫療狀況，即使後來發現並非真的有急診醫療狀況。
- 若有造成劇烈疼痛、重病或重傷的醫療狀況，或出現精神急診狀況，且一個具備判斷力的人 (仔細或謹慎的非 **HealthWorx** 計劃會員) 認為這類急診狀況需要救護車載送 (即使後來確定不是急診狀況)，則急診交通服務可獲承保。
- 若符合以下條件，則將會員從一家醫院轉送至另一家醫院或設施，或從設施載送回家的非急診交通服務可獲承保：
  - 醫療上必須的
  - 由計劃內提供者提出要求
  - 事先取得聖馬刁健康計劃授權
- 由社區醫療輔助計劃、分診轉送護理計劃或流動綜合健康計劃提供的服務 (不論是計劃內或非計劃提供者)

#### 會員費用

無共付金

#### 糖尿病自我管理

##### 說明

- 讓會員有能力妥善使用承保設備、用品、藥物所需的糖尿病門診病人自我管理訓練、教育和醫療營養治療，以及依照會員的計劃內提供者指示或處方提供的額外糖尿病門診病人自我管理訓練、教育和醫療營養治療。

#### 會員費用

無共付金



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 處方藥 說明

- 由持照的醫療執業人員在其執照許可範圍內開立處方且為醫療上必須的藥物。包括但不限於：
  - 施打注射型承保藥物所需的注射用藥物、針頭和針筒
  - 施打胰島素所需的胰島素、升糖素、針筒、針頭和筆型輸送系統
  - 用來監測和治療胰島素依賴型、非胰島素依賴型和妊娠糖尿病，數量符合醫療正當性的血糖測試片、尿液苯酮測試片、刺血針和刺血針裝置
  - 需處方的孕期維他命，以及隨維他命使用或個別使用的氟化物補充品
  - 當您是休養中心、療養院、康復醫院或類似醫療設施的患者或院友時，由計劃醫生為您的承保服務開立、透過聖馬刁健康計劃指定的藥房取得、在該設施施用，且為醫療上必須的藥物
  - 施用承保藥物所需的拋棄式裝置，例如施用噴霧式處方藥所需的吸藥輔助艙和吸入器，以及門診病人自我注射未預先充填的處方藥所需的針筒。「拋棄式」一詞包括可使用一次以上才丟棄的裝置。
  - 由您的服務提供者開立的所有經 **FDA** 批准的避孕藥物、裝置和產品 (包括所有經 **FDA** 批准的開架式避孕藥物、裝置和產品) 均獲承保，包括體內植入式緩釋避孕藥物

關於聖馬刁健康計劃的處方藥承保資訊，請參閱本手冊第 50 頁「取得藥房福利」一節。

## 會員費用

以下無共付金：在住院環境中提供的處方藥、在醫生診所或門診設施中施用的藥物，以及由您的服務提供者開立的所有經 **FDA** 批准的避孕藥物、裝置和產品，包括所有經 **FDA** 批准的開架式避孕藥物、裝置和產品。

每種專利處方藥或藥方集第 2 層級藥物：\$10 共付金。

每種非專利處方藥或藥方集第 1 層級藥物：\$3 共付金。

## 醫院門診服務 說明

- 在醫院門診設施進行的診斷、治療和手術服務，包括：
  - 醫療上必須的物理、職能和口語治療
  - 可透過非住院方式合理提供的醫院服務
  - 與這些服務相關的服務和用品，包括會員在醫療機構住院時，由醫院或機構提供的手術室、治療室、輔助服務和藥物。
  - 因為必須使用醫院或門診機構的醫療狀況、臨床狀態，或嚴重的牙科手術，為門診病人提供的牙科手術相關服務。
  - 聖馬刁健康計劃將與會員的牙科保險計劃 (若有) 安排這類服務。

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 會員費用

- 無共付金，但下列服務除外：
  - 物理、職能和口語治療門診，每次就診 \$5 共付金

## 醫院住院服務說明

- 雙人或多人房的一般住院服務，含標準傢俱和設備、膳食 (包括醫療上必須的特殊飲食) 以及一般療養護理。包括所有醫療上必須的輔助服務，例如：
  - 手術室和相關設施的使用
  - 加護病房和服務
  - 藥物和生物製劑
  - 麻醉和氧氣
  - 診斷化驗和 X 光服務
  - 醫療上必須的特勤看護
  - 物理、職能和口語治療
  - 呼吸治療
  - 血液和血液製品管理
  - 其他醫療上必須的診斷、治療和康復服務
  - 協調出院規劃，包括規劃醫療上必須的持續護理

包括因為必須住院的醫療狀況、臨床狀態，或嚴重的牙科手術，為住院病人提供的牙科手術相關服務。聖馬刁健康計劃將與會員的牙科保險計劃 (若有) 安排這類服務。

## 會員費用

無共付金

## 家庭計劃服務說明

- 自願接受的家庭計劃服務可獲承保，包括：
  - 州和聯邦法律許可的絕育諮商和手術。
  - 避孕 (節育) 藥物、裝置和產品，包括由您的醫生開立且經 FDA 批准的所有避孕藥物、裝置和產品。這包含植入或移除 IUD 和 Norplant、子宮帽或其他經 FDA 批准的避孕措施。
    - ▷ 您必須有醫生處方，聖馬刁健康計劃才能承保您的避孕措施。開架式 (無醫生處方) 的避孕措施不獲承保。以及根據處方藥福利所提供的裝置，包括植入或取出 IUD 和 Norplant。
    - ▷ 您每次可從網絡藥房取得 12 個月份經 FDA 批准的荷爾蒙類避孕措施。這只包括您自行施用的避孕措施，例如避孕藥、貼片和陰道環。
  - 家庭計劃門診
  - 化驗和 X 光照射
  - 驗孕
  - 治療因家庭計劃護理造成的問題
  - 妊娠終止
  - 由藥劑師提供的緊急避孕藥



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

- 不育及生育治療服務

## 會員費用

無共付金

如果市場上沒有治療等效的非專利藥替代，聖馬刁健康計劃將承保原產品牌避孕藥、裝置和產品，會員無需分攤費用。

由 2024 年 1 月 1 日起，FDA 核准的開架式避孕藥物、裝置和產品不需要處方即可獲得承保。網絡內藥房應該會為 FDA 核准的開架式避孕藥物、裝置和產品提供銷售點承保，會員無需支付分攤費用，或沒有醫療管理限制。

由 2024 年 1 月 1 日起，關於輸精管結紮服務與程序，聖馬刁健康計劃將不會收取自付額、共保額、共付金，或施以任何其他費用分攤的規定。

由 2025 年 1 月 1 日起，聖馬刁健康計劃將承保不育和生育服務的診斷和治療，包括依照美國生殖醫學會 (American Society of Reproductive Medicine, ASRM) 的指引，完成最多三次的取卵程序和無限次的胚胎移植，並在建議下和符合醫療正當性情況下採用單胚胎移植法。

## 健康教育 說明

- 有效的健康教育服務，包括戒煙課程、關於個人健康行為和健康護理的資訊，以及關於如何善用聖馬刁健康計劃或聖馬刁健康計劃附屬護理機構提供之健康護理服務的建議。

## 會員費用

不費分文

## 耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 說明

- 在家必須使用的醫療器材，承保條件包括：
  - 主要提供醫療用途
  - 目的是要重複使用
  - 通常對未生病或受傷的人沒有用
- 聖馬刁健康計劃可決定是否租用或購買標準設備。除非使用不當或遺失，否則修補或更換費用可獲承保。可獲承保的耐用醫療設備包括：
  - 氧氣和氧氣設備
  - 血糖監測器和呼吸暫停監測器
  - 噴霧器的機器、插管和相關用品，尖峰呼氣流速計，以及定量噴霧吸入器的吸藥輔助艙

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



- 胰島素泵及相關的必要用品
- 造口袋、導尿管和用品

### 會員費用

無共付金

### 矯形器具和義肢 (Orthotics and Prosthetics)

#### 說明

- 矯形器和義肢的承保條件如下：
  - 由持照醫療執業人員在其執照許可範圍內開立的、醫療上必須的替代義肢裝置
  - 由持照醫療執業人員在其執照許可範圍內開立的、醫療上必須的替代用矯形裝置
  - 喉頭切除後為恢復說話能力，初次和其後提供的義肢裝置和安裝配件
  - 糖尿病患者治療用鞋類
  - 乳房切除後提供的義乳和重建整形外科手術
- 承保物品必須是由醫生開立、量身配製的標準型矯形器和義肢裝置，並需由聖馬刁健康計劃授權，且由計劃內提供者提供。除非使用不當或遺失，否則修理費用可獲承保。聖馬刁健康計劃可選擇更換或修補一項物品。

### 會員費用

無共付金

### 精神健康門診和機構式門診服務

#### 說明

- 精神健康門診服務由聖馬刁健康計劃授權、安排和提供。
  - 精神健康服務依照與其他疾病相同的原則提供，包括精神健康或藥物濫用狀況的治療。醫療上必須的福利包括：
    1. 門診服務
    2. 部分住院治療服務
    3. 處方藥
    4. 密集門診服務
  - 若本健康計劃認定對會員的健康和復原有益時，家庭成員可參與治療。
  - 自閉症類群障礙的患者可獲得行為健康治療 (BHT) 服務。
  - 任何精神健康疾病均無就診次數限制。
  - 如果聖馬刁健康計劃的服務網絡未根據加州法律或規則訂下的地理和時間上的就診標準，提供醫療上必須的精神健康或藥物濫用治療服務，聖馬刁健康計劃將安排承保和提供網絡外且醫療上必須的服務以及任何醫療上必須的後續服務，以盡最大可能符合這些地理和時間上的就診標準，
    - 這包括根據地理和時間上的就診標準，為您提供網絡外且醫療上必須的服務選項。您最多只需要支付網絡內的分攤費用額。

### 會員費用

每次精神健康門診 \$5 共付金

部分住院服務無共付金

自閉症類群障礙的行為健康治療無共付金。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

## 精神健康住院服務

### 說明

- 由聖馬刁健康計劃授權且由計劃內精神健康服務提供者執行的住院精神健康護理，包括長期住院治療，以在聖馬刁縣精神健康計劃內醫院及在經認證的遵醫囑留院期間，治療急性的精神健康狀況。

以下服務需經事先授權：

### 精神健康服務

- 部份住院服務
- 密集門診服務

若會員需要服務提供者和如何取得護理的相關資訊，應致電行為健康和康復服務機構的資源團隊電話中心 (**ACCESS Call Center**)，電話是 **1-800-686-0101**。

### 會員費用

無共付金

## 酒精和藥物濫用門診及機構式門診服務

### 說明

- 以門診方式為酗酒或藥物濫用者提供醫療上必須的危機介入和治療
- 密集門診服務
- 部分住院治療服務
  - 如果聖馬刁健康計劃的網絡未能根據加州法律或規則訂下的地理和時間上的就診標準，提供醫療上必須的精神健康或藥物濫用治療服務，聖馬刁健康計劃將安排承保和提供網絡外且醫療上必須的服務以及任何醫療上必須的後續服務，以盡最大可能符合這些地理和時間上的就診標準，
    - 這包括根據地理和時間上的就診標準，為您提供網絡外且醫療上必須的服務選項。您最多只需要支付網絡內的分攤費用額。

### 會員費用

每次就診 \$5 共付金

部分住院服務無共付金

## 酒精和藥物濫用住院服務

### 說明

- 住宅治療服務
- 為酗酒或濫用藥物者清除體內有毒物質提供醫療上必須的住院服務
  - 如果聖馬刁健康計劃的網絡未能根據加州法律或規則訂下的地理和時間上的就診標準，提供醫療上必須的精神健康或藥物濫用治療服務，聖馬刁健康計劃將安排承保和提供網絡外且醫療上必須的服務以及任何醫療上必須的後續服務，以盡最大可能符合這些地理和時間上的就診標準，

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。





- 這包括根據地理和時間上的就診標準，為您提供網絡外且醫療上必須的服務選項。您最多只需要支付網絡內的分攤費用額。

以下服務需經事先授權：

#### 酒精和藥物濫用服務

- 部份住院服務
- 密集門診服務

若會員需要服務提供者和如何取得護理的相關資訊，應致電行為健康和康復服務機構的資源團隊電話中心 (**ACCESS Call Center**)，電話是 **1-800-686-0101**。

#### 會員費用

無共付金

#### 居家健康護理服務

##### 說明

- 由計劃內提供者或聖馬刁健康計劃指定的其他適當權責機構所開立處方或指示的服務
- 由健康護理人員到家中提供的保健服務 (例如註冊護士、職業護士或居家健康助理訪視)
- 醫療上必須且由持照的計劃內提供者在其執照許可範圍內開立的物理治療、職能治療、口語治療和呼吸治療
- 居家健康服務僅指由計劃內提供者或聖馬刁健康計劃指定的其他適當權責機構所開立處方或指示的服務
- 如果一項基本健康服務可在不止一個醫療上必須的環境中提供，則計劃內提供者或聖馬刁健康計劃指定的其他適當權責機構有權選擇提供護理的環境。聖馬刁健康計劃實施謹慎的醫療個案管理，以確保在最適當的環境中提供醫療上必須的護理。醫療個案管理可能包括：當眼前有幾個醫療上必須的替代服務或環境可選時，考慮某個特定的服務或環境是否符合成本效益。

#### 會員費用

無共付金，除了上門進行的物理、職能及口語治療 (每次就診 \$5)

#### 專業護理服務

##### 說明

- 由計劃內提供者或執業護理師開立處方，且在有執照的專業護理機構內提供的醫療上必須的服務。包括：
  - 每天 24 小時的專業護理
  - 食宿
  - X 光和化驗室程序
  - 呼吸治療
  - 物理、職能和口語治療
  - 醫療社會服務
  - 有處方的藥物



如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

- 醫療用品
- 專業護理機構一般具備的醫療用具和設備
- 每個福利年度最多一百 (100) 天

#### 會員費用

無共付金，包括為住院病人提供的物理、職能或口語治療。

#### 物理、職能和口語治療

##### 說明

- 可由計劃內提供者在診所或其他適當的門診環境、醫院、專業護理機構或家中提供的醫療上必須的治療

#### 會員費用

住院治療無共付金

若以門診或上門方式提供，則每次就診 \$5 共付金

#### 白內障眼鏡及鏡片

##### 說明

- 白內障手術後所需的白內障眼鏡、隱形眼鏡，或代替自然眼球內水晶體的人工水晶體
- 接受植入人工水晶體的白內障手術後，若需要，可提供一副傳統眼鏡或隱形眼鏡

#### 會員費用

無共付金

#### 助聽器和聽力服務

##### 說明

- 測量聽力損失程度的聽力評估
- 決定最合適的助聽器廠牌和型號的聽力評估
- 單耳或雙耳助聽器，包括耳模、助聽器本體、第一組電池、導線和其他輔助設備
- 提供承保的助聽器後，一年內為了試戴、諮商、調整、修理而進行的就診均為免費

#### 會員費用

無共付金

#### 針灸

##### 說明

- 針灸服務以自行轉診至計劃內提供者的方式提供
- 每個福利年度以 20 次就診為上限

#### 會員費用

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



每次就診 \$5 共付金

### 脊柱按摩 說明

- 脊柱按摩服務以自行轉診至計劃內提供者的方式提供
- 每個福利年度以 20 次就診為上限

### 會員費用

每次就診 \$5 共付金

### 足科護理 說明：

- 每個福利年度提供 24 次足科門診，屬於自行轉診福利，不需由主治醫生、其他醫生或專業保健人員轉診。
- 其他足科服務 (包括 24 次自行轉診以外的額外門診) 需要根據醫療必要性取得事先授權。

### 會員費用

每次就診 \$5 共付金。

### 安寧療護服務 (Hospice Services)

#### 說明

- 安寧療護意指符合下列條件、且由有執照或經檢定的提供者所提供的護理和服務：  
(a) 專為被診斷出末期病症人士提供緩和性與支持性護理；(b) 由醫療專業人員指示和協調；(c) 取得聖馬刁健康計劃的事先授權。安寧療護福利包括：
  - 制訂和維持一套適當的護理計劃
  - 專業看護服務
  - 經檢定的居家健康助理服務
  - 家事服務
  - 喪親服務
  - 社會服務/諮商服務
  - 飲食諮詢
  - 醫生服務
  - 由受過訓練的安寧療護義工提供的義工服務
  - 短期住院護理
  - 為了控制症狀或維持日常生活活動而進行的物理治療、職能治療和口語治療
  - 在合理且必要範圍內可緩解和管理末期病症的藥品、醫療設備和用品

安寧療護僅限為以下人士提供：被診斷出末期病症，預期壽命只剩一年或更短時間，經醫生證明，且選擇以安寧療護代替本健康計劃承保的傳統服務。此安寧療護選擇可隨時撤銷。安寧療護服務包括針對絕症相關的疼痛和其他症狀提供緩和醫療，但不設法治癒疾病。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

## 臨床癌症試驗 說明

- 承保範圍如下：會員的醫生建議會員參加癌症臨床試驗（第一期至第四期），並且
- 會員符合以下條件：
  - 會員必須被診斷患有癌症
  - 會員必須獲准參加第一期、第二期、第三期或第四期的癌症臨床試驗
  - 提供承保服務和負責治療會員的醫生必須在確定參加試驗對會員的情況可能有益之後，建議會員參加臨床試驗，並且
- 試驗必須符合以下條件：
  - 試驗具有治療意圖，並且由負責治療的醫生提供文件記錄
  - 所提供的治療必須由以下任何一個單位批准：
    1. 國家衛生研究院 (National Institutes of Health)、聯邦食品及藥物管理局 (Federal Food and Drug Administration)、美國退伍軍人管理局 (U.S. Veteran's Administration)，或者
    2. 涉及的藥物免受聯邦新藥申請法規的規範
- 會員的例行病人護理費用。這涉及提供健康護理服務的費用，包括藥物、用品、裝置和服務，若不是由獲准的臨床試驗計劃提供，這些服務將會獲得承保。癌症臨床試驗的日常病患費用包含
  - 提供研究性藥物、用品、裝置或服務所需的健康護理服務
  - 針對研究性藥物用品、裝置或服務進行適當臨床監測所需的健康護理服務
  - 預防因提供研究性藥物、用品、裝置或服務而引起併發症所需的健康護理服務
  - 在提供研究性藥物、用品、裝置或服務時（包括併發症的診斷或治療），為提供合理及必要護理所需的健康護理服務。
- 會員可要求對聖馬刁健康計劃的承保決定進行獨立醫療審查 (IMR)。  
要求獨立醫療審查的資訊在第 81 頁

## 會員費用

無共付金

## 器官移植 說明

- 承保範圍包括由計劃內提供者根據全國認可的執業標準開立處方、且為醫療上必須的器官移植和骨髓移植  
捐贈者或被指定為可能捐贈者的合理醫療和醫院費用，這些費用必須與會員移植有直接關係
- 為骨髓移植配對的親屬檢驗費用
- 透過受認可的捐贈者登錄中心搜尋和檢驗非親屬骨髓捐贈者的相關費用，以及透過受認可的捐贈者移植庫募集器官的相關費用，前提是這些費用與會員預計接受的移植手術有直接關係。
- 會員可要求對聖馬刁健康計劃的承保決定進行獨立醫療審查 (IMR)。
  - 要求獨立醫療審查的資訊在第 81 頁

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 血液和血液製品

### 說明

- 門診環境中的血液和血液製品處理、保存和管理
- 包括醫療上必須的自體血液採集

### 會員費用

無共付金

## 乳房切除術和淋巴結切除術

### 說明

- 與乳房切除術和淋巴結切除術相關的住院天數由主治醫生和外科醫生與會員諮詢後決定。承保範圍包括乳房切除術的所有併發症，包括淋巴水腫。

### 會員費用

無共付金

## 遭強姦和性侵害後的護理和治療

### 說明

- 承保範圍包括按照《刑法》第 261、261.6、263、263.1、286、287 和 288.7 節的定義，為遭強姦或性侵害人士提供的急診室醫療護理和後續健康護理治療。
- 後續健康護理治療包括醫療或手術服務，以診斷、預防或治療遭強姦或性侵害後的醫療狀況。
- 聖馬刁健康計劃不要求下列任何一種情況作為承保條件：(1) 會員向警方報案指被強姦或性侵害；(2) 凶徒被落案起訴；或 (3) 凶徒被判強姦或性侵害罪名成立。
- 若聖馬刁健康計劃的服務網絡無法提供遭強姦或性侵害後醫療上必須的後續健康護理治療服務，則聖馬刁健康計劃將安排由網絡外服務提供者提供健康護理治療，以確保會員及時得到這些承保服務。
- 聖馬刁健康計劃不會就遭強姦或性侵害後的急診室醫療護理和後續健康護理治療設定自付額、共保金、共付金或任何其他分攤費用要求。

### 會員費用

無共付金

## 第 7 節：福利不承保服務和限制

本計劃不承保下列服務或用品，這些服務或用品不被納入承保範圍內，或超出本承保說明所述的限制。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



這些不承保服務和限制不適用於根據加州或聯邦法律規定涵蓋的醫療上必須的基本健康護理服務，包括但不限於醫療上必須的精神健康或藥物濫用治療，也不適用於根據加州或聯邦法律規定涵蓋的預防性服務。

這些不承保服務和限制不適用於 HealthWorx HMO 計劃承保或法律規定的服務。

## 1. 臨床試驗

- 本計劃不承保臨床試驗，除非是本承保說明第 6 節所述的經批准臨床試驗，或法律規定的臨床試驗。經批准的臨床試驗承保範圍不包括以下項目：
  - 研究性質的藥物、物品或服務本身。
  - 僅為滿足數據收集和分析需要而提供的藥物、物品、設備和服務，且不直接用於會員的臨床管理。
  - 本承保說明已特別指出不承保的藥物、物品、設備和服務，但根據州和聯邦法律規定承保的藥物、物品、設備和服務則除外。
  - 由研究贊助者免費提供給臨床試驗參與者的藥物、物品、設備及服務。
- 此項不承保服務條文不限制、禁止或修改會員要求就實驗服務或研究性質的服務進行獨立審查程序的權利 (如本承保說明第 6 節所述)，亦不限制會員要求醫療管理局 (DMHC) 進行獨立醫療審查 (IMR) 的權利 (如本承保說明第 8 節中所述)。

## 2. 實驗性服務或研究性質的服務

- 本計劃不承保實驗性服務或研究性質的服務，除非是本承保說明第 6 節所述或法律所規定的服務。
- 實驗性服務是指在進行人體檢測之前，處於實驗室和/或動物研究檢測階段的藥物、設備、程序或服務。實驗性服務不會進行臨床調查。
- 研究性質的服務是指那些已完成實驗室和/或動物研究，並且正在進行人體研究的藥物、設備、程序或服務，但這些人體研究：
  - (1) 測試尚未完成；並且
  - (2) 尚未確定此類服務在人體中是否有效和安全；以及
  - (3) 服務不被廣泛使用。
- 一項服務是否為實驗性服務或研究性質的服務，是根據以下因素來決定：
  - (1) 參考相關的聯邦法規，例如《聯邦法規》第 42 標題第 IV 章（健康護理融資管理

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



局) 和《聯邦法規》第 21 標題第 I 章 (食品及藥物管理局) 中所列明的法規；

- (2) 與相關服務的服務提供者組織、學者及專科醫生進行的諮詢；
- (3) 參考當前醫學文獻。
- 然而，如果計劃基於該服務為實驗性服務或研究性質服務而拒絕或延遲承保，且您符合以下所有資格，則計劃必須提供外部獨立審查。
- 資格
  - 1. 您必須有危及生命或嚴重衰弱的病況。
  - 2. 您的健康護理提供者必須向計劃證明您患有危及生命或嚴重衰弱的病症，且標準治療無法有效改善您的狀況或在醫學上不合適，又或計劃中沒有更有利的標準治療。
  - 3.(a) 您的健康護理提供者 (與計劃簽訂合約或受僱於本計劃) 建議使用某藥物、設備、程序或其他治療，且以書面證明建議使用的藥物、設備、程序或治療很可能比任何適用的標準治療對您有更利；或 (b) 根據兩份來自可接受的醫學和科學證據的文件，您或您的健康護理提供者所要求的治療很可能比任何適用的標準治療對您有更利，而您的健康護理提供者必須是持照、取得專科認證或具備專科認證資格，且有資格和適合在相關執業範圍內治療您病況的執業醫生。
  - 4. 計劃拒絕承保獲建議或被要求的服務。
  - 5. 若計劃沒有認定所建議或要求的服務為實驗性服務或研究性質的服務，則該服務將獲得承保。
- 外部獨立審查程序
  - 如果計劃拒絕承保建議或要求的治療，且您符合所有資格，計劃將在五個工作日內通知有關他們的決定，以及您要求對該決定進行外部審查的機會。若您的健康護理提供者認為如不立即提供所建議的服務，其療效將大幅減低，您可以要求加急審查，外部審查小組的專家將在您提出要求後的七天內作出決定。如果外部審查小組建議計劃承保所推薦或要求的服務，該服務將與其他您有權使用的福利一樣，受到相同的承保條款和細則的約束。
- 醫療管理局 (DMHC) 的獨立醫療審查 (IMR)
  - 即使服務不獲得承保，這並不限制、禁止或修改會員根據本承保說明第 8 節所述，向醫療管理局申請獨立醫療審查的權利。在某些情況下，您無需參與計劃的申訴或上訴程序，也可以對計劃拒絕的實驗性服務或研究性質服務要求進行獨立醫療審查。在此情況下，您可以立即聯繫醫療管理局以要求進行獨立醫療審查。詳情請參閱第 8 節。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

### 3. 牙科服務

- 本計劃不承保牙科服務或用品，除非是法律所規定。

### 4. 眼科護理

- 本計劃不承保視力服務，除非本承保說明第 6 節另有所述或法律另有規定。

### 5. 逆轉自願絕育

- 本計劃不承保逆轉自願絕育的服務，除非是醫療上必須的醫療併發症治療，或法律另有規定。

### 6. 美容服務、用品或手術

- 本計劃不承保為以下目的而要求的美容服務、用品或手術：減緩或逆轉衰老的影響，或為改善外觀而不是功能而改變或重塑身體原有結構；除非本承保說明第 6 節另有所述或法律另有規定。本計劃不承保任何協助生髮或預防脫髮或其他相關治療的服務、用品或手術，除非本承保說明第 6 節另有所述或法律另有規定。
- 不承保服務條文不適用於以下情況：
  - 治療因美容手術而產生的併發症 (例如感染或出血)，且是醫療上必須的情況。
  - 本承保說明第 6 節所述的重建整形外科手術。
  - 因性別焦慮而進行的主要和次要性徵重建整形外科手術，以改善功能或在可能的範圍內創造正常外觀，符合會員所認同的性別，並依據專業醫生在重建整形外科手術領域的護理標準進行，且相關的專業醫生必須如本承保說明第 6 章所述，有能力評估所請求護理中涉及的具體臨床問題。

### 7. 家用拋棄式用品

- 本計劃不承保家用的拋棄式用品，例如繃帶、紗布、膠帶、消毒劑、敷料、尿布及失禁用品，除非本承保說明第 6 節另有所述或法律另有規定。

### 8. 個人或舒適物品

- 本計劃不承保個人或舒適物品，例如互聯網、電話、個人衛生用品、食品外送服務或協助個人護理的服務，除非法律另有規定。

### 9. 處方藥物 / 門診處方藥物

- 本計劃不承保以下處方藥，除非法律另有規定：
  - 為美容服務而開立的處方藥。就不承保此處方藥條文而言，美容藥物是指僅為改變或影響身體正常結構以改善外觀而非功能所開立的藥物。
  - 僅用於治療脫髮、治療性功能障礙、提高運動表現、具美容目的、抗衰老美容及增強神經而開立的處方藥。此不承保藥物條文不適用於以下增強神經的藥物：醫療上必須、且用來治療已診斷的精神疾病或影響記憶的醫療狀況的藥物，包括但不限於

治療癡呆症或阿茲海默症狀況或症狀的藥物。

- 僅為減重而開立的處方藥，除非是醫療上必須用於治療重度肥胖的藥物。如果計劃承保此類藥物，在服用該處方藥之前或服用期間，會員可能會被要求註冊參加綜合減重計劃。
- 僅為縮短普通感冒病程而開立的處方藥。
- 開架式處方藥或與處方藥有相同功效的開架式藥物 (與處方藥具有相同的活性成分、強度和劑型)。此不承保藥物條文不適用於：
  - 胰島素
  - 作為預防性服務而承保的非處方藥，例如，美國食品及藥物管理局 (Food & Drug Administration, FDA) 批准的非處方避孕藥
  - 用於逆轉鴉片類物質過量情況的非處方藥，或
  - 開架式藥物及整個其所屬類別的處方藥
- 因遺失或被盜而獲補發的藥物。
- 由非合約服務提供者開立，且用於不承保程序和未經計劃或計劃提供者授權的藥物，除非在急診服務和護理的情況下另有承保該藥物的規定。

#### 10. 膳食或營養補充品

- 本計劃不承保飲食或營養補充品，除非本承保說明第 6 節另有註明或法律另有規定。

#### 11. 監護或居家護理

- 本計劃不承保看護照顧，其中涉及日常生活活動 (Activities of daily living, 簡稱 ADL) 的協助，包括但不限於協助行走、上下床、洗澡、穿衣、準備及餵食特殊飲食，以及監督通常自行施用的藥物，除非本承保說明第 6 節另有註明或法律另有規定。
- 不承保服務條文不適用於以下情況：
  - 定期需要由受過訓練的醫療或健康專業人員協助進行日常生活活動。
  - 所提供的日常生活活動協助屬於承保的安寧療護、專業護理機構服務或住院治療的一部份。
  - 看護照顧由健康護理設施提供。

#### 12. 非持照或非認證的服務提供者

- 本計劃不承保由非持照或非認證的健康護理提供者所提供的治療或服務，除非法律另有規定。
- 此不承保服務條文不適用於由健康護理提供者提供或指導的精神健康或藥物濫用且醫療上必須的治療；且其治療是健康護理提供者在適用州法下符合其牌照或認證的執業範圍內進行。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

13. 私人看護

- 本計劃不承保在家中、醫院或長期護理服務設施內的私人看護，除非法律另有規定。

14. 代孕懷孕

- 本計劃不承保未在本 HealthWorx HMO 計劃下受保的個人進行代孕所需的測試、服務或用品，除非法律另有規定。

15. 治療

- 本計劃不承保以下的物理治療和職業治療，除非本承保說明第 6 節另有註明或法律另有規定：
  - 按摩療法，除非是治療計劃的一部分；
  - 治療學習障礙或行為問題的培訓或療法；
  - 社交技能培訓或治療；以及
  - 職業、教育、休閒、藝術、舞蹈、音樂或閱讀治療。

16. 例行身體檢查

- 本計劃不承保僅為旅行、保險、執照、就業、學校、活動營所做的身體檢查，還有不承保僅為法院命令、參加運動項目前或其他非具預防性目的所做的身體檢查，除非法律另有規定。

17. 旅行與住宿

- 本計劃不承保交通、車程、住宿、餐飲及其他與會員相關的旅行費用，除非是本承保說明第 6 節所述的持牌救護車或精神病交通服務，或法律另有規定。

18. 體重控制計劃及運動計劃

- 本計劃不承保體重控制計劃和運動計劃，除非法律另有規定。



## 第 8 節：申訴和上訴程序

我們不僅承諾為您確保護理品質，也確保治療程序的品質。所謂治療品質是從計劃內服務提供者的專業服務，一直延伸到會員服務代表為您提供的親切服務。若對從計劃內提供者取得的服務有疑問，建議您先與服務提供者討論此事。如果您對自己獲得的服務仍有任何疑慮，請致電聖馬刁健康計劃的會員服務部，電話是 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

### 上訴 (Appeal)

如果聖馬刁健康計劃拒絕您對一項服務或其他福利的要求，且您認為此決定有誤，則可向聖馬刁健康計劃提出上訴。從聖馬刁健康計劃做出原始決定的日期起，您可以在 **180 天 (曆日)** 內提出上訴。如欲提出上訴，可撥打 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務代表，或撥打 **1-888-576-7227** 或 **650-616-2850** 聯絡申訴及上訴專員。您可以致電我們的會員服務部，索取聖馬刁健康計劃的申訴和上訴政策和程序說明文件。

### 申訴

如果您對聖馬刁健康計劃或服務提供者有其他任何類型的不滿，可提出申訴。從事件發生日期起，您可以在 **180 天 (曆日)** 內向聖馬刁健康計劃提出申訴。如欲提出申訴，可撥打 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務代表，或撥打 **1-888-576-7227** 或 **650-616-2850** 聯絡申訴及上訴專員。您可以致電我們的會員服務部，索取聖馬刁健康計劃的申訴和上訴政策和程序說明文件。

### 如何提出申訴或上訴

若要展開申訴或上訴程序，您可撥打電話、寄信或傳真給聖馬刁健康計劃：

Grievance and Appeals Unit (申訴及上訴部) 電話：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2850**  
Health Plan of San Mateo (聖馬刁健康計劃) 傳真：**650-829-2002**  
801 Gateway Boulevard, Suite 100 網站：[www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)  
South San Francisco, CA 94080

聖馬刁健康計劃會在五 (5) 天內確認收到您的申訴，並且將在三十 (30) 天內做出決議。若您的申訴涉及快將嚴重危及您健康的狀況 (包括但不限於劇烈疼痛，或可能喪失生命、肢體或主要身體功能)，您或您的服務提供者可以要求聖馬刁健康計劃加急審查申訴。聖馬刁健康計劃會評估您的加急審查要求；如果您的申訴符合緊急申訴條件，我們會在收到您的要求後三 (3) 天內做出決議。

如果您要求醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 對您的個案進行加急審查，則不必先向聖馬刁健康計劃提出申訴。若您決定向聖馬刁健康計劃提出申訴，並且要求進行加急審查，聖馬刁健康計劃會立即以書面通知您以下事項：

1. 您有權利通知醫療管理局您提出的申訴涉及快將嚴重危及您健康的狀況，以及
2. 我們會在收到您的加急審查要求後 72 小時內，以書面聲明向您作出回覆，說明這項申訴的待決狀態或解決方式。

### 獨立醫療審查

若聖馬刁健康計劃或計劃內服務提供者否決、延緩或變更為您要求的醫療護理，您可能也有資格要求進行獨立醫療審查 (IMR)。若您的個案符合條件，並且您向醫療管理局 (Department of Managed Health Care，簡稱 DMHC) 提交獨立醫療審查要求，您的個案



如有問題，請致電會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

資料將被提交給醫療專家進行審查，由他們對您的個案作出獨立裁定。您將收到裁決書副本。若獨立醫療審查專家做出該決定，聖馬刁健康計劃將會承保該健康護理服務。

### 以下情況可進行獨立醫療審查：

1. (a) 您的服務提供者建議一項醫療上必須的健康護理服務，或  
(b) 您已獲得服務提供者認為是醫療上必須的緊急護理或急診服務和護理，或  
(c) 計劃內的服務提供者已就您尋求獨立審查的醫療狀況為您提供診斷或治療，  
且
2. 聖馬刁健康計劃或其計劃提供者已決定該健康護理服務並非醫療上必須，且以此為全部或部分理由拒絕、變更或延緩提供有爭議的健康護理服務，且
3. 您已向聖馬刁健康計劃提出申訴，且爭議維持原判，或在 30 天 (曆日) 後申訴仍未得到決議。

若您的申訴符合加急審查條件，您無需在申請獨立醫療審查前向聖馬刁健康計劃提出申訴。另外，在特殊和急迫情況下，醫療管理局可豁免必須遵循聖馬刁健康計劃申訴程序的要求。

對於不緊急的個案，醫療管理局指定的獨立醫療審查機構將在收到您的申請書及支持文件後三十 (30) 天內作出裁定。對於涉及會立即嚴重危及您健康的緊急個案，包括但不限於劇烈疼痛以及可能喪失性命、肢體或主要身體功能的狀況，獨立醫療審查機構將在三 (3) 個工作天內作出裁定。若在取得所有必要文件時出現延誤，可應專家要求將截止日期最多延長三 (3) 天。

獨立醫療審查程序是您可用的任何其他程序或補救措施的額外服務。如果您決定不採用獨立醫療審查程序，則關於您要求的護理服務，您可能會喪失對本計劃採取法律行動的任何法定權利。您不必為獨立醫療審查支付申請或處理費。您有權提供資料支持您的獨立醫療審查申請。如欲獲得有關獨立醫療審查程序的更多資訊或索取申請表，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃會員服務部。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。

### 對否決實驗性/研究性療法的獨立醫療審查

若我們拒絕我們認為實驗性或研究性治療的承保，您也有權透過醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 要求進行獨立醫療審查。

- 我們將以書面告知，您有機會在我們作出拒絕承保實驗性/研究性療法的決定後五 (5) 個工作天內，要求對此決定進行獨立醫療審查。
- 在您就我們拒絕承保實驗性/研究性療法的決定尋求獨立醫療審查前，您不必參與聖馬刁健康計劃的申訴程序。
- 若醫師表示如不立即實施建議的治療法，療效將大幅減低，則獨立醫療審查決定必須在加急審查要求完全提出後的七 (7) 天內作出。

### 醫療管理局的審查

加州醫療管理局負責規範健康護理服務計劃。如果您要對自己的健康計劃提出申訴，在聯絡醫療管理局之前，應先致電 **1-800-750-4776** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**)，與健康計劃的會員服務部聯絡，並使用健康計劃的申訴程序。使用本計劃的申訴程序並不會使您失去應有的潛在合法權利或補償。如果申訴是有關急診、健康計劃未圓滿解決問題，或問題超過 30 天仍未解決，您都可以致電醫療管



理局要求協助。您也可能有資格申請「獨立醫療審查」(Independent Medical Review, IMR)。若您有資格獲得獨立醫療審查，則獨立醫療審查程序將針對健康計劃就後述事項所作的醫療決定進行公正審查：提議的服務或治療的醫療必要性、實驗或研究性治療的承保決定、急診或緊急醫療服務的付款爭議。醫療管理局還提供免費電話 **(1-888-466-2219)**，並為聽障和語障人士設有 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該局官網 (<https://www.dmh.ca.gov>) 有提供投訴表格、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和網上說明。

### 調解

您或您的授權代理人可以向聖馬刁健康計劃要求自願調解。若採用調解程序，您不需要等候超過三十 (30) 天，即可向醫療管理局提出申訴。調解程序完成後，您仍可以向該部門提交申訴。您和聖馬刁健康計劃將分攤調解費用。



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

**This page intentionally left blank.**

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.**

**此頁有意留為空白。**

**Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.**

## **第 9 節：一般資訊**

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 完整合約

聖馬刁縣公共管理局為居家支援服務 (IHSS) 提供者簽訂的合約、聖馬刁市政府為兼職員工簽訂的合約、本會員手冊及承保說明，以及任何修訂條文和附件，應共同構成完整的承保合約。

## 修訂和變更

包含任何福利變更在內的合約書面修訂條文應由聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府的授權人員以及聖馬刁健康委員會 (San Mateo Health Commission) 的授權人員簽署，並自該書面修訂條文中所述之生效日期起生效。

除非聖馬刁健康委員會收到修訂條文作為證明，且該修訂條文經聖馬刁健康委員會的授權人員簽字，否則合約中任何變更及任何條款的豁免應屬無效。任何代理人均無更改合約或豁免任何條款的權限。聖馬刁健康計劃保留因應任何法律或管理規章要求而片面修訂本協議的權利。若付款金額 (保費或共付金) 上調，或福利有任何變更，會員將至少在三十 (30) 天以前收到通知。

## 變更通知

當聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 或聖馬刁市政府的合約到期或終止時，本健康計劃應與聖馬刁縣公共管理局或聖馬刁市政府全力配合，使原先受此合約承保的會員能順利轉換到其他合約商。在聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 或聖馬刁市政府的合約到期或終止前，本健康計劃應至少提前 15 天發一份經聖馬刁縣公共管理局 (SMCPA) 或聖馬刁市政府批准的通知給所有已知會員。

## 文書作業錯誤

文書作業錯誤不應使任何會員喪失合約承保福利。即使未通報承保終止，此承保仍不應在按照合約條款安排的終止日期後繼續提供。一旦發現文書作業錯誤之後，應適當調整保健服務費用。

## 其他健康保險

如果您除了本計劃外還有其他醫療保險，將此資訊告訴您的網絡服務提供者會對您有利。大多數保險公司會互相合作以避免重複付款，但您仍可同時利用兩項計劃的福利。如果您有其他保險，有些規則會決定哪一家保險公司先付款。先付款的保險稱為「主要付款方」(primary payer)；該保險會先付款，直到金額達到承保上限為止。第二個付款的保險稱為「次要付款方」(secondary payer)；只有當主要付款方無法承保所有費用時，該保險才會付款。只要您仍在工作，HealthWorx HMO 計劃就會是您的主要付款方。

聖馬刁縣公共管理局不允許聖馬刁縣的居家支援服務 (IHSS) 服務提供者在擁有其他健康保險的情況下註冊加入 HealthWorx 計劃。如果 IHSS 服務提供者有其他健康保險，則會被 HealthWorx 計劃退保。

## 擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的會員

本計劃並未針對大多數聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃受益人而設計。如果您具備或得到聯邦醫療保險 (紅藍卡) 資格，應致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃。有聽力或語言障礙的會員可撥打 TTY 專線：**1-800-735-2929**，或撥打 **7-1-1** (加州聽力及語言障礙傳譯服務)。



如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



### 當您擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 時，哪個計劃先付款

當您有其他保險時 (如僱主團體健康保險)，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會根據一套規則決定應由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或其他保險優先付款。先付款的保險計劃稱為「主要付款方」(primary payer)，他們會先付款，直到金額達到承保上限為止。第二個付款的計劃稱為「次要付款方」(secondary payer)，只有當主要付款方無法承保所有費用時，他們才需要付款。

如果您同時擁有 HealthWorx HMO 計劃和聯邦醫療保險 (紅藍卡)，以下規則一般適用：

- 如果您仍在工作，HealthWorx HMO 計劃會先付款。
- 如果您已退休，聯邦醫療保險 (紅藍卡) 會先付款。
- 如果您年滿 65 歲且仍在工作，HealthWorx HMO 計劃會先付款。

如果您有聯邦醫療保險 (紅藍卡)，請告知您的醫生、醫院和藥房。如果您對何項計劃先付款有任何疑問，或需要更新您的其他保險資訊，請致電聖馬刁健康計劃會員服務部。

請務必將您的所有保險計劃告訴服務提供者，以便享有您應獲得的所有福利。如需更多資訊，請聯絡聖馬刁健康計劃的會員服務部。

### 第三方賠償程序和會員責任

會員同意，若提供本協議福利來治療因另一人或第三方的不當行為或疏忽所造成的受傷或疾病，且在聖馬刁健康計劃有權獲得償付以前，會員已因此不當行為或疏忽所造成的其他所有損害獲得完全補償，則會員應：

- 在透過訴訟或法律、和解或其他方式收到損害補償後，在《加州民法》(California Civil Code) 第 3040 條允許的範圍內，立即向聖馬刁健康計劃償付本計劃支付的合理服務費用；並且
- 完全配合聖馬刁健康計劃在《加州民法》第 3040 條允許的範圍內，對其提供服務的合理價值實行留置權。聖馬刁健康計劃可能向造成傷害者、其代理人或法院提出留置權。

聖馬刁健康計劃應有權從第三方賠償中獲得付款、償付和代位追償權，且會員應與聖馬刁健康計劃配合，以完整和完全實行和保護聖馬刁健康計劃的權利，包括盡快通知該計劃有關第三方可能賠償的案件。

### 福利與工傷保險賠償不得重複

若按照任何《工傷賠償法》或《僱主責任法》，或其他具有類似目的或含意的法律，第三方應負責支付聖馬刁健康計劃提供醫療服務的全額或部份費用，則我們將在需要時提供本協議的承保福利。會員將同意在聖馬刁健康計劃提供此服務的合理價值範圍內，為聖馬刁健康計劃提供此工傷賠償法醫療福利的留置權。該留置權可能會由負責的第三方、他或她的代理人或法庭提起。就此小節的目的而言，合理價值是提供服務所在地理區域認定為一般、慣例或合理的收費。一旦接受本協議提供的承保服務，即表示會員同意配合保護聖馬刁健康計劃在此條款下的權益，並且同意為了完整和完全實行和保護聖馬刁健康計劃或其指定人的權利，簽署並交付予聖馬刁健康計劃或其指定人任何及所有可能需要或適當的轉讓證明書或其他文件。

### 福利協調

一旦註冊加入聖馬刁健康計劃，即表示會員同意填寫並提交這類同意書、棄權書、轉讓

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



證明和聖馬刁健康計劃合理要求的其他任何文件給聖馬刁健康計劃，以確保本計劃獲得償付並能與其他健康福利計劃或保險契約協調承保。當這類其他計劃或保險有會員適用的福利時，無論他們是否為相同原因進行索償，應付的福利將會減少。

### 服務提供者付款

聖馬刁健康計劃以按服務收費方式向醫生和健康護理提供者付款。換言之，醫生先為會員提供健康護理服務，然後寄帳單給聖馬刁健康計劃。醫院、專業護理機構和安寧療護服務以日為單位計費。這類付款安排沒有風險分擔規定，也沒有專為限制健康護理而設計的財務罰則。事實上，對於許多為會員提供適當等級和類型健康護理的提供者，我們還提供獎勵。

### 償付條款 – 若您收到帳單

為了確保您的醫生知道如何為您的護理請款，請告訴醫生的診所工作人員您是聖馬刁健康計劃會員。尋求服務時一定要出示您的聖馬刁健康計劃會員卡。

除非以下特定情況，您不應收到服務帳單：

- 您要求並接受不獲承保的服務，例如整容手術。
- 您找網絡外醫生為您提供非急診服務。
- 您在就診時未支付您的共付金。

如果您收到這些服務的帳單，您需要支付該費用。

如果您收到的帳單是關於一項承保服務，或是在醫院或網絡內設施中，接受經聖馬刁健康計劃授權的網絡外提供者所提供的服務，**請不要支付帳單**。請立即致電服務提供者的診所，讓他們向聖馬刁健康計劃收費。服務提供者可致電聖馬刁健康計劃，我們會解釋如何向我們請款。您的會員卡上列有服務提供者可撥打的電話。如果您不確定該怎麼做，可致電詢問會員服務代表。

請勿忽略服務提供者的帳單。如果您因為一張帳單而被轉給催收公司，我們可能就無法這麼容易幫您解決問題。您最後可能需要支付部分或全部帳單。

如果您已為接受的服務(如急診服務和護理)支付帳單，我們將與服務提供者聯絡並退款給您。您必須提交帳單副本，並附上您的姓名、會員編號(在您的會員卡上)、您的電話號碼、付款收據，以及帳單開立的日期和原因。

此外還必須提交付款證明。請將帳單寄到：

Member Services Department  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

您的申請書應在您接受服務之日起 3 個月內，或在合理時間內盡快郵寄給聖馬刁健康計劃，最遲不得超過接受服務後 12 個月。

### 公共參與

代表聖馬刁健康計劃全體會員的消費者諮詢委員會 (Consumer Advisory Committee) 由聖馬刁健康計劃會員和專業權益倡導者組成，是聖馬刁健康委員會 (負責管理聖馬刁健康計



如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

劃)的常設諮詢團體。諮詢委員會就本健康計劃如何為會員提供最好服務，向聖馬刁健康委員會提出建議。諮詢委員會也對聖馬刁健康委員會即將決定的政策問題進行審查，讓會員有機會在最終定案前參與討論。聖馬刁健康計劃管理機構的消費者成員，會在聖馬刁健康計劃的品質評估與改進委員會 (Quality Assessment and Improvement Committee) 上代表全體消費者。

如果您想申請成為消費者諮詢委員會委員，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃會員服務代表。

### 通知您有關本計劃的變更

在這一年當中，我們可能會寄更新資訊給您，告知您本計劃的變更。這些更新資訊可能包括服務提供者名錄、手冊或承保說明。我們將隨時通知您最新消息，並且回答您的任何問題。如您對本計劃的變更有任何疑問，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡我們。

### 隱私政策實施

聖馬刁健康計劃會保護會員的健康資訊隱私。簽約提供者也必須保護您的健康資訊。受保護的健康資訊包含您的姓名、社會安全碼和其他能揭露您的身份的資料。您有權 (但有例外) 查看並且取得聖馬刁健康計劃為您保存的健康資訊副本、修正或更新您的健康資訊，以及要求我們提供您健康資訊的特定披露記錄。

聖馬刁健康計劃可能為了治療、付款和健康護理作業等目的使用或披露您的健康資訊，包括評量您獲得的護理和服務品質。法律有時會要求我們向政府機構提供或在司法活動中提供受保護的健康資訊。此外，除非「隱私政策實施通知」中有所說明，否則若未取得您 (或您的代理人) 的書面授權，我們不會為其他任何目的使用或披露您的健康資訊。

本會員手冊中附有一份聖馬刁健康計劃「隱私政策實施通知」。如需額外副本，請致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡聖馬刁健康計劃會員服務部。您亦可在我們的網站取得「隱私政策實施通知」，網址：[www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)。

### 授權透露資訊

聖馬刁健康計劃不會在未取得會員或會員指定人的授權之下，透露可辨識個人身份的醫療或個人資訊，但法律允許的情形不在此限。聖馬刁健康計劃可透露無法辨識個人身份的資訊。

如需為了無關治療、付款或健康護理作業的目的或應法律要求透露醫療資訊 (包括與個人具體相關的遺傳檢測資訊)，聖馬刁健康計劃將尋求會員或會員指定人的授權。

### 器官和組織捐贈

捐贈器官和組織可為社會帶來許多助益。器官和組織捐贈讓接受移植者能繼續擁有更完整、更有意義的生活。目前器官移植需求遠遠超過供應能力。如果您有興趣捐贈器官，請與您的醫生討論。當一名病人在醫院中被宣告腦死，且經識別為潛在器官捐贈者時，器官捐贈程序就會啟動。器官勸募組織會參與和協調器官捐贈作業。美國衛生及公共服務部網站 ([www.organdonor.gov](http://www.organdonor.gov)) 載有更多關於器官和組織捐贈的資訊。

---

如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。



## 預立醫療指示

《加州健康護理決定法》(California Health Care Decision Law) 提供幾種方式，讓您可以在病重或失去意識時掌控自己接受的醫療護理類型。這些方式包括：

- 寫好一份「健康護理授權書」(Power of Attorney for Health Care)，指定某人在您無法表達意見時為您做健康護理決定。該授權書也讓您可寫下自己對維生措施和其他治療的看法。
- 提供個人健康護理指示，表達您對維生措施和其他治療的意願。您可對您的醫生表達這些意願，讓醫生記錄在您的病歷表中，或可自行將它們寫成書面文字，將它附加在您的病歷表中。

若想知道更多關於預立醫療指示的資訊，包括如何索取相關表格和說明，請前往我們的網站 <https://www.hpsm.org/member/forms>，或致電 **1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務部 (Member Services Department)。

**This page intentionally left blank.**

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.**

**此頁有意留為空白。**

**Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.**



如有問題，請致會員服務部：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。

---

如有問題，請致會員服務部：1-800-750-4776 或 650-616-2133 (TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。該電話為免費服務。如要了解詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/healthworx](http://www.hpsm.org/healthworx)。







「讓人人擁有健康」



801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

tel 800.750.4776 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

**[www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)**