CareAdvantage by HealthPlan OF SAN MATEO

福利摘要

CareAdvantage

Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

H6019_SOB_2027_M

Last Updated 10/30/2026

CH

我們的 CareAdvantage Unit 為您提供協助

請撥打我們的電話**1-866-880-0606**(免費)或
650-616-2174. 有聽力障礙者: TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1.**

- 電話中心服務時間是週一至週日上午8:00 至晚上 8:00。
- 辦公室的服務時間是週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

大字版需求: 若需要本手冊的大字版，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

隱私權聲明: 聖馬刁健康計劃 (HPSM) 致力保障您的病歷穩私權。
如有疑問且需要更多資訊，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

Our CareAdvantage Unit Is Available to Help You

Call us at **1-866-880-0606** (toll free) or **650-616-2174.**
Hearing Impaired: TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1.**

- Call Center Hours are Monday through Sunday 8:00 a.m. to 8:00 p.m.
- Office Hours are Monday through Friday 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

Large-print Request: If you would like a large-print copy of this book, please call the CareAdvantage Unit.

Privacy Statement: Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your medical record. For questions and more information, please call the CareAdvantage Unit.

Nuestro Departamento de CareAdvantage está a su disposición para ayudarle

Llámenos al **1-866-880-0606** (número telefónico gratuito) o al **650-616-2174**. Miembros con dificultades auditivas:
TTY **1-800-855-3000** o marque el **7-1-1.**

- El horario de nuestro centro de atención telefónica es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- El horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Solicitud de impresión en caracteres grandes: Si desea un ejemplar de este manual en letra grande, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

Declaración de privacidad: Health Plan of San Mateo asegura la privacidad de su expediente médico. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

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

Tawagan kami sa **1-866-880-0606** (walang bayad) o sa **650-616-2174**. May Kapansanan sa Pandinig:
TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1.**

- Bukas ang aming mga call center mula Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Bukas ang aming opisina mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Humiling ng Libro na Malalaki ang Pagkakalimbag ng mga Letra: Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki ang mga letra sa pagkakalimbag, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

Pahayag sa Pagiging Pribadong ng Impormasyon: Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang katanungan at impormasyon, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)：一項結合 Medicare 和 Medi-Cal 的計劃 | 2027 年福利摘要

簡介

本文件是 CareAdvantage 的承保福利和服務摘要。文件內容包括常見問題解答、重要聯絡資訊、福利和服務概覽，以及 CareAdvantage 會員權利等。重要詞彙和字詞定義會在《會員手冊》最後一章以英文字母順序顯示。

A. 免責聲明 2

B. 常見問題解答 (FAQ) 8

C. 承保服務清單 13

D. CareAdvantage 以外的承保福利 29

E. CareAdvantage、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的服務 31

F. 您參加本計劃的會員權利 31

G. 如何針對被拒絕、已延緩或更動服務的決定提出投訴或上訴 33

H. 如果您懷疑有欺詐情形，該怎麼辦 34

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

A. 免責聲明

這是 2027 年 CareAdvantage 健康服務承保摘要。本手冊僅提供摘要內容。若要查詢完整福利清單，請參閱《會員手冊》。您可以致電 *CareAdvantage* 部門索取《會員手冊》，電話號碼列於本頁頁底。您亦可造訪我們的網站 www.hpsm.org/careadvantage 參閱或下載《會員手冊》。

- CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) 是一項健康計劃，與 Medicare 和 Medi-Cal 均有合約關係，為參保人提供這兩項計劃的福利。入保 CareAdvantage 計劃視合約續約情況而定。
- 若要了解更多關於 **Medicare** 的資訊，您可以參閱《*Medicare & You*》手冊。手冊中摘要說明 Medicare 的福利、權利與保障，並解答有關 Medicare 的最常見問題。您可造訪 Medicare 網站（www.medicare.gov）獲取該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取；該電話每週 7 天、每天 24 小時提供服務。TTY（聽力及語言障礙裝置）使用者請致電 1-877-486-2048。若要了解更多關於 **Medi-Cal** 的資訊，您可以瀏覽加州健康護理服務局（Department of Healthcare Services, DHCS）網站（www.dhcs.ca.gov/），或在週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-888-452-8609，聯絡 Medi-Cal 調查專員辦公室（Medi-Cal Ombudsman Office）。如果您同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal，亦可在週一至週五上午 9 點至下午 5 點致電 1-855-501-3077 聯絡特別調查專員。

可用的語言協助服務以及輔助工具和服務的通知

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) These services are free of charge.

العربية (Arabic)

الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ يُرجى **1-866-880-0606** (TTY: (**1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: (**1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

Հայերեն (Armenian)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)
توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606** (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। **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (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。 **1-866-880-0606** (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。**한국어**

(Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ:ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия 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 **1-866-880-0606** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-855-3000**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-855-3000**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY: **1-800-735-2929**) **น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) **ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้**

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- 本文件有免費的英文、西班牙文、中文和他加祿文版本。
- 若您現在及以後想取得英文以外語言和/或其他格式的資料，請寄電郵至 CareAdvantageSupport@hpsm.org 或致電 1-866-880-0606 聯絡 CareAdvantage 部門，或可撥打 TTY 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。或可郵寄書面請求至：

  Health Plan of San Mateo
  Attn: CareAdvantage Unit
  801 Gateway Blvd., Suite 100
  South San Francisco, CA 94080

- 您的首選語言和格式將記錄在檔案中，可供未來郵寄資料時使用，而不必每次提出要求。
- 若想更改或取消您的首選偏好，請聯絡 CareAdvantage 部門。
- 所有會員參考資料均可上網取得，網址：www.hpsm.org/member/resources。

B. 常見問題解答 (FAQ)

下表列有常見問題解答。

常見問題	回答
什麼是 Medi-Medi 計劃？	Medi-Medi 健康計劃與 Medicare 和 Medi-Cal 都有合約關係，為參保人士提供這兩項計劃的福利。此計劃適用於 21 歲及以上人士。Medi-Medi 計劃是由醫生、醫院、藥房、長期服務及支援 (Long-term Services and Supports，LTSS) 提供者及其他服務提供者組成的組織。計劃內還有健康護理經理，可協助您管理所有服務提供者以及服務和支援。這些人員會共同合作為您提供所需的護理。
我在 CareAdvantage 獲得的 Medicare 和 Medi-Cal 福利是否會與現在相同？	您將直接透過 CareAdvantage 獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的大多數福利。服務提供者團隊將與您合作，協助您決定哪些服務最能滿足您的需求。這表示您目前獲得的部份服務可能會有變動，主要是根據您的需求以及醫生和護理團隊的評估來決定。您還可以和現在一樣，直接從州或縣政府所屬機構獲得健康計劃以外的其他福利，例如居家支援服務 (In-Home Supportive Services，IHSS)、專科精神健康和物質濫用治療服務，或區域中心服務。 當您加入 CareAdvantage 時，您和您的護理團隊將共同制訂護理計劃，以滿足您的健康和支援需求，並反映您個人的偏好和目標。 如果您正在服用的 Medicare D 部分藥物不屬於 CareAdvantage 常規承保的藥物，您可以暫時取得一定的藥量，且我們將協助您轉用另一種藥物；如果是醫療上必須，則可提出破例申請以要求 CareAdvantage 承保您的藥物。若要了解詳情，請致電聯絡 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。
我可以繼續使用現在的醫生嗎？（接下頁）	通常可以。如果您的服務提供者（包括醫生、醫院、治療師、藥房和其他健康護理提供者）與 CareAdvantage 合作且簽有合約，您就可以繼續去找他們。 與我們簽約的服務提供者稱為「網絡內」服務提供者。網絡內服務提供者會參與我們的計劃。這表示他們接受本計劃的會員，並提供本計劃所 承保的服務。**您必須使用 CareAdvantage 網絡內的服務提供者。**若您使用我們網絡外的服務提供者或藥房，本計劃可能不會為這些服務或藥物付費。

常見問題	回答
我可以繼續使用現在的醫生嗎？（續上頁）	• 如需緊急或急診護理或服務區域外的洗腎透析服務，您可以使用 CareAdvantage 網絡外的服務提供者。 如果您目前正在接受 CareAdvantage 網絡外服務提供者的治療，或者已經與一位 CareAdvantage 網絡外服務提供者建立了穩定的醫患關係，請致電 CareAdvantage 部門了解如何延續醫療並要求持續護理服務。 • 若您新加入本計劃，而且目前為您看診的醫生不在我們的網絡中，您可以在特定時間內繼續找這些醫生看診。我們稱此為持續護理。如果您的醫生不在我們的網絡中，但符合以下所有條件，則您在入保本計劃後最多 12 個月內，可以繼續使用目前的服務提供者並保留服務授權： o 您、您的代表或您的服務提供者向我們提出要求，讓您繼續使用目前的服務提供者。 我們確認您與該主治醫生或專科醫生已建立關係，但有一些例外。所謂「已建立關係」是指在您初次加入本計劃前的 12 個月內，曾在非急診狀況下使用該網絡外服務提供者最少一次。 o 我們會查看您現有的健康資訊或由您提供的資訊，確定您是否已建立關係。 o 我們有 30 天的時間對您的請求作出答覆。您可以要求我們加快做決定，這樣我們則必須在 15 天內回覆。若您有受到傷害的風險，我們必將在 3 天內回覆。 o 您或您的服務提供者提出此要求時，必須出具已建立關係的文件記錄並同意某些條件。
我可以繼續使用現在的醫生嗎？（續上頁）	注意：您只能針對耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment，DME) 服務、交通服務、或其他不包含在本計劃內的輔助服務提出此要求。您不得針對 DME、交通或其他輔助服務的服務提供者提出此要求。

常見問題	回答
	持續護理期結束後，除非我們與您的網絡外醫生達成協議，否則您必須使用 CareAdvantage 網絡內的醫生和其他服務提供者。網絡內服務提供者是指與本健康計劃合作的服務提供者。 詳情請參閱 CareAdvantage《會員手冊》第 1 章。 若要查詢您的醫生是否在本計劃網絡內，請致電 CareAdvantage 部門（電話號碼列於頁底），或參閱本計劃網站上的「服務提供者名錄」，網址：www.hpsm.org/careadvantage。 如果您新加入-CareAdvantage，我們將與您共同制訂符合您需求的護理計劃。
什麼是 CareAdvantage 健康護理經理？	CareAdvantage 健康護理經理是您主要的聯絡人。他們可以幫您管理所有服務提供者及服務，確保您獲得一切所需。
什麼是長期服務及支援 (LTSS)？	長期服務及支援 (LTSS) 旨在幫助需要日常起居協助的人士，例如洗澡、如廁、穿衣、煮食及服藥。這些服務多半在家中或社區內提供，但也可以在療養院或醫院內提供。在某些情況下，這些服務由縣政府或其他政府機構負責管理，而您的健康護理經理或護理團隊將與該機構合作。
什麼是綜合式耆老服務方案 (MSSP)？	綜合式耆老服務方案 (Multipurpose Senior Services Program，MSSP)與您的健康護理提供者合作，在健康計劃現已提供的範圍之外，為您提供持續性的護理協調，且能協助您聯繫上其他所需的社區服務和資源。此計劃可協助您獲得所需服務，讓您能夠在家中獨立生活。 綜合式耆老服務方案不適用於 San Mateo 縣。
如果我需要一項服務，但 CareAdvantage 網絡內沒人提供，該怎麼辦？	大部分服務都將由我們網絡內的服務提供者提供。如果您需要的服務無法在我們網絡內獲得，CareAdvantage 將支付網絡外服務提供者的費用。
CareAdvantage 在哪裡提供服務？	本計劃的服務區域包含：加州 San Mateo 縣。您須居住在此區域內，方可參加本計劃。

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

常見問題	回答
什麼是事先授權？	事先授權是指：在您取得本網絡外的服務、或本網絡常規不承保的服務**以前**，必須先取得 CareAdvantage 核准。如果您未取得事先授權，CareAdvantage 可能不會承保該服務、程序、用品或藥物。 **如果您需要緊急或急診護理或承保區域外的洗腎透析服務，則不需取得事先授權。**CareAdvantage 可為您或您的服務提供者提供一份服務或 程序清單，這些服務或程序要求您先取得 CareAdvantage 的事先授權，才能提供服務。如想知道特定的服務、程序、用品或藥物是否需要事先授權，請致電 CareAdvantage 部門尋求協助，電話號碼列於本頁頁底。
什麼是轉介？	轉介是指：您必須事先取得主治醫生（primary care provider，PCP）的核准，才能去找主治醫生以外的其他醫生看診。轉介和事先授權不同。如果您未取得 PCP 的轉介單，CareAdvantage 可能不會承保這項服務。CareAdvantage 可提供您一份需要轉介的服務清單，讓您可在獲取服務前先請主治醫生開轉介單。 如需詳細了解您何時需要在服務提供前取得 PCP 的轉介，請參閱 《會員手冊》第 3 章 D 節。
加入 CareAdvantage 之後，我是否需要支付每月費用（亦即保費）？	不需要。由於您擁有 Medi-Cal，因此無需為您的健康保險支付每月保費，包括 Medicare B 部分保費。
身為 CareAdvantage 會員，我需要支付自付額嗎？	不需要。在投保 CareAdvantage 期間，您無需支付自付額。
身為 CareAdvantage 會員，我最多需要為醫療服務支付多少自付費用？	在投保 CareAdvantage 期間，您將無需為醫療服務分攤費用，因此您的年度自付費用將是 $0。

C. 承保服務清單

下表概要列出您可能需要的服務、您需要支付的費用，以及這些福利的相關規定。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要住院治療	住院	$0	本計劃每次承保的住院天數無限制。 除急診情況外，您的醫生必須通知本計劃您即將住院。
	一般醫生或外科醫生護理	$0	需要事先授權（住院層級的護理）。
	醫院門診服務，包括觀察	$0	視服務/程序的類型而定，可能需要事先授權。
	門診手術中心 (Ambulatory surgical center, ASC) 服務	$0	視服務/程序的類型而定，可能需要事先授權。
您想看醫生 (接下頁)	治療外傷或疾病的就診	$0	部分服務需經事先授權。
	專科醫生護理	$0	需由您的主治醫生 (PCP) 轉介。
您想看醫生（續）	健康檢查，例如體檢	$0	每 12 個月一次健康檢查，例如體檢。
	預防性的護理，例如施打流感疫苗和癌症篩檢	$0	疫苗，包括流感疫苗（在秋季和冬季，每個流感季節可接種一次）、乙型肝炎疫苗（針對乙型肝炎感染風險高或中等的人士）、COVID-19 疫苗、肺炎疫苗，以及其他疫苗（若您有高風險且符合 Medicare B 部分承保規定）。 詳情請參閱 CareAdvantage《會員手冊》第 4 章。
	「Medicare 迎新」（只限一次的預防性就診）	$0	您剛參加 Medicare B 部分計劃的最初 12 個月內，可以獲得一次「Medicare 迎新」預防性就診。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
			當您預約時，請告知醫生診所您要預約「Medicare 迎新」預防性就診 ("Welcome to Medicare" preventive visit)。
您需要急診護理	急診室服務	$0	網絡內和網絡外的急診室服務均可獲得承保，無需事先授權。 您在美國及其領土外享有的急診服務，涵蓋全球急診護理和急診服務。
	緊急護理	$0	網絡內和網絡外的緊急護理均可獲得承保，無需事先授權。 您在美國境外地區獲得的緊急護理服務不受承保。
您需要醫學檢驗	診斷性放射科服務（例如 X 光或其他影像檢查，包括 CAT 掃描或 MRI 等）	$0	需要轉介（X 光除外）。以下服務需要事先授權： • 診斷性放射科服務（MRI、CT 掃描） • 治療性放射科服務（例如癌症放射治療）
	化驗檢查和診斷程序，例如驗血	$0	在非承保住院期間提供的部分服務需經事先授權。
您需要聽力/聽覺服務	聽力篩檢	$0	需要轉介。
	助聽器	$0	需要轉介。 需要取得事先授權。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
			助聽器福利為每財政年度（7 月 1 日 – 次年 6 月 30 日）$1,510（雙耳），其中包括耳模、調整用品及配件。
您需要牙科護理（接下頁）	牙科檢查和預防性護理	$0	您無須為 HPSM Dental 計劃承保的服務付費，但是必須負擔您的分攤費用（如有）。 您必須負擔您的計劃或 HPSM Dental 計劃未承保服務的費用。若要了解詳情，請參閱 CareAdvantage《會員手冊》第 4 章或造訪 www.hpsm.org/dental。
	修復性和急診牙科護理	$0	您無須為 HPSM Dental 計劃承保的服務付費，但是必須負擔您的分攤費用（如有）。您必須負擔您的計劃或 HPSM Dental 計劃未承保服務的費用。若要了解詳情，請參閱 CareAdvantage《會員手冊》第 4 章或造訪 www.hpsm.org/dental。
您需要眼科護理	眼科檢查	$0	為診斷及治療眼疾而做的檢查（包括年度青光眼篩檢） 例行性的眼科檢查（每年最多 1 次）
	普通眼鏡或隱形眼鏡	$0	每年最高承保 $175 用於 • 普通眼鏡（鏡框與鏡片）或隱形眼鏡
	其他眼科護理	$0	

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要精神健康服務（接下頁）	精神健康服務	$0	HPSM 和 San Mateo 縣行為健康和康復服務部 (Behavioral Health and Recovery Services，BHRS) 根據症狀和需求提供精神健康服務。如需了解詳情，請致電 BHRS ACCESS（資源團隊）電話中心 1-800-686-0101（TTY 請撥 7-1-1）。 為了確保會員能聯絡適當的服務提供者並取得服務，會員應致電 (BHRS) 資源團隊電話中心。 服務包括： • 門診治療 • 藥物支援 • 部份住院計劃服務 • 寄宿服務 • 危機服務 部分服務可能需要事先授權。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要精神健康服務（續）	為需要精神健康服務的人士提供的住院和門診護理，以及社區型服務	$0	部分服務可能需要事先授權。 本計劃最多承保 190 天精神病院的精神健康住院護理。此住院護理限制不適用於在一般醫院接受的精神健康住院服務。 190 天後，當地縣立精神健康管理局將協調授權事宜，並且支付精神疾病住院服務費用。 如需了解詳情，請致電 BHRS ACCESS（資源團隊）電話中心 1-800-686-0101（TTY 請撥 7-1-1）。
您需要物質濫用治療服務	物質濫用治療服務	$0	物質濫用治療服務由 San Mateo 縣行為健康和康復服務部 (BHRS) 提供。 如需了解詳情，請致電 BHRS 資源團隊電話中心：1-800-686-0101 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 7-1-1)。
您需要住在有人協助的居所	專業護理服務	$0	需要取得事先授權。 本計劃承保的專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 無天數限制。
	療養院護理	$0	需要轉介。 如果您在醫院住院不到 3 天，則需要您的 PCP 授權，才能住進專業護理機構。
	成人寄養護理和集體成人寄養護理	$0	

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您因中風或發生意外而需要康復治療	職能治療、物理治療或言語治療	$0	需要轉介。 需要取得事先授權。 受益人必須符合資格條件，才能獲得非 Medicare 承保的職能、言語或物理治療。
您需要協助以獲取健康服務	救護車服務	$0	如遇緊急情況，請撥 9-1-1。
	急診交通	$0	如遇緊急情況，請撥 9-1-1。
	往返就醫和接受醫療服務地點的交通	$0	非醫療交通 (Non-Medical Transportation，NMT)。這項福利讓您可搭乘小客車、計程車或其他形式的公共/私人交通工具前往醫療承保服務的地點。前往承保服務的交通行程共付額為 0。我們已與 American Logistics (AL) 簽約提供此服務。 如需安排接送服務，請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 撥打 AL 電話 1-877-356-1080。請在就診前至少兩 (2) 個工作日預約。若是緊急約診，請儘快致電。此服務存在限制條件。
您需要藥物來治療疾病或健康狀況（接下頁）	Medicare B 部分藥物	$0	B 部分處方藥包括您的醫生在診所內提供的藥物、部份癌症口服藥物，以及部份與特定醫療器材並用的藥物。有關這些藥物的更多資訊，請參閱《會員手冊》。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要藥物來治療疾病或健康狀況（續）	Medicare D 部分藥物 層級 1：非專利藥 層級 2：專利藥	層級 1：每次領取 30 天藥量的費用為 $0、$1.65 和 $5.80。 層級 2：每次領取 30 天藥量的費用為 $0、$5.00 和 $14.40。 藥物的共付金可能因您獲得的額外補助計劃 (Extra Help) 金額而不同。如要了解詳情，請與本計劃聯絡。	承保的藥物種類可能有限制。如需了解詳情，請參閱 CareAdvantage 的《承保藥物清單》（「藥物清單」）。 一旦您或他人代您支付了 $2,400，您就達到了重大疾病承保階段，此後您為所有 Medicare 藥物支付的金額將是 $0。若要了解此階段的詳情，請參閱《會員手冊》。 在大部份情況下，除非 CareAdvantage 的《承保藥物清單》（「藥物清單」或「藥方集」）有特別註明，否則您可以向網絡內的零售或郵購藥房續領藥物（90 天的藥量）。續領藥量與一個月（30 天）藥量的共付金金額相同。 我們的計劃承保大部份 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。
	非處方藥（OTC）	$0	承保的藥物種類可能有限制。如需了解詳情，請參閱 CareAdvantage 的《承保藥物清單》（「藥物清單」）。 我們還透過 OTC+ 計劃承保無需處方的 OTC 藥物。請參閱「附加服務」一節了解詳情。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要康復協助或有特殊健康需求	康復服務	$0	需要取得事先授權。
	居家護理用的醫療器材	$0	本計劃有首選的耐用醫療設備 (DME) 供應商/製造商。 如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門。需要轉介。 需要取得事先授權。
	洗腎透析服務	$0	門診洗腎透析治療，包括暫時離開本計劃服務區域時的洗腎透析服務，或在您的服務提供者暫時無法提供服務、或您暫時無法前往服務提供者處的情況下進行的洗腎透析服務。您可以到 Medicare 認證的洗腎透析設施取得這些服務。
您需要足部護理	足科服務	$0	足部受傷及疾病（例如錘狀趾或腳跟骨刺）的診斷和醫學或手術治療。 為腿部受到病況（如糖尿病）影響的會員提供的常規足部護理。
	矯形服務	$0	醫療上必須的矯形服務可獲承保。可能需要事先授權。承保服務依 Medicare 規定提供。
您需要耐用醫療設備 (DME)	輪椅、拐杖和助行器	$0	本計劃有首選的耐用醫療設備 (DME) 供應商/製造商。

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
注意：這不是完整的 DME 承保清單。如需完整清單，請聯絡 CareAdvantage 部門或參閱《會員手冊》第 4 章。			如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門。在住家外使用的 DME 需要轉介。 需要取得事先授權
	噴霧器	$0	本計劃有首選的耐用醫療設備 (DME) 供應商/製造商。 如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門。在住家外使用的 DME 需要轉介。 需要取得事先授權。
	氧氣設備及用品	$0	本計劃有首選的耐用醫療設備 (DME) 供應商/製造商。如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門。在住家外使用的 DME 需要轉介。 需要取得事先授權。
您需要居家協助（接下頁）	居家健康服務	$0	需要轉介。需要取得事先授權。 Medicare 承保的居家健康訪視。以下服務承保資格僅適用於社區型成人服務 (Community-Based Adult Services，CBAS)。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要居家協助（接下頁）			受益人必須年滿 18 歲，且符合資格獲得護理機構等級的護理： • 額外時數的護理 個人護理服務
	居家服務，例如打掃或整理家務，或住宅改裝（例如加裝扶手）	$0	我們會透過 San Mateo 縣老人及殘障服務處 (San Mateo County Aging and Disability Services) 提供居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)。請致電老人及殘障服務處老人支援服務（Teamwork Insuring Elderly Support ，TIES）專線 1-844-868-0938，或撥打 7-1-1 使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (California Relay Services) TTY 專線。一名社工將回電給您，安排居家訪視，以確定您的 IHSS 資格和需求。 社區支援服務中的「環境無障礙改裝」項目，可提供住家內部實體改裝或設備安裝（例如扶手），協助您改善日常活動並確保安全。請聯絡 CareAdvantage 部門以了解更多資訊，或瀏覽我們的 HPSM 網站：https://www.hpsm.org/member/medi-cal/benefits/community-supports

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要居家協助（續）	成人日間健康服務、社區型成人服務 (CBAS) 或其他支援服務	$0	需要取得事先授權。參與 CBAS 前身為成人日間保健（Adult Day Health Care, ADHC）的資格由評估決定。CBAS 是一項管理式護理福利，因此可獲得 HPSM 承保。
	日間康復服務	$0	注意：如果沒有 CBAS 設施可用，HPSM 將尋找一個最符合您個人需求的替代設施和/或服務。
	協助您獨立生活的服務（居家健康護理服務或個人護理員服務）	$0	
其他服務	脊椎治療服務	$0	僅限於以手法矯治脊椎，且就診上限為 24 次。 承保對象： • 未滿 21 歲的人士 • 在醫院門診部接受這類服務的成人 • 病情可能導致妊娠併發症的孕婦。 • 住在療養院或中度護理機構的人士。 如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 4 章
	旅遊緊急服務福利	$0	當您到美國境外旅行且行程不超過 6 個月時，即可享有承保額高達 $25,000 的急診護理和交通服務。僅限以下情況的服務可獲得承保： • 若不即時獲得護理，生命或身體機能可能會受到威脅。 • 健康護理專家在健康護理設施（不一定是醫院）提供治療服務。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
			• 獲得護理後，一併提交付款證明、病歷表以及「直接償付會員申請表 (Direct Member Reimbursement Form, DMR)」，以供我們進行索償審核。若要了解詳情，請致電下方所列號碼聯絡 CareAdvantage 部門，或造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務（續）	健身會籍計劃	$0	CareAdvantage 免費為您提供 YMCA 會籍。會籍福利包括使用： • 全 San Mateo/Santa Clara 縣和 San Francisco 的 **YMCA 健身中心**。中心的設施可能包括健身器材、籃球場、室內或室外健身室，以及室內或室外游泳池。 • **超過 600 堂小組健身課程**，由認證導師指導，課程包括瑜珈、普拉提、尊巴、自行車、水中運動等。部分中心可能提供網上課程。 • **健康指導**，幫助您實現健康目標。部分中心可能提供網上教練指導選項。 **您可以透過以下兩種方式取得 YMCA 會籍：** • 前往您附近的 YMCA 健身中心，出示您的 HPSM CareAdvantage 會員卡。

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務（續）			• 在網上報名，請造訪 www.hpsm.org/fitness。從清單中選擇您附近的 YMCA 地點，點擊「立即註冊」並填寫申請表。 **健身會籍計劃接送服務** CareAdvantage 會員若參加健身會籍計劃，每月可獲得 12 次前往 YMCA 健身房的單程接/送服務。每一程接送只適用於往返所挑選的 YMCA 健身中心。使用者必須遵守 HPSM 乘車接送福利的所有規則。請參閱「交通：非醫療交通」部份，以了解福利規則。 我們已與 American Logistics (AL) 簽約提供此服務。如需安排接送服務，請於接送當日至少兩 (2) 個工作天前致電 1-877-356-1080 與 AL 聯絡。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。
其他服務（續）	醫療警報裝置	$0	此項福利將承保一部個人醫療警報裝置及每月的監控服務。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務（續）	非處方藥（OTC）品項	$0	我們透過 OTC+ 計劃免費為您承保部分非處方 (OTC) 產品。您將收到津貼或消費額度。我們透過我們的 OTC+ 計劃免費為您提供部分非處方 (OTC) 產品。您每季度 (每 3 個月) 將獲得一筆津貼或消費限額 (即花費上限)，可用來向零售店、OTC 郵購目錄或本計劃廠商網站購買 OTC 藥品和用品。這項福利從每季度的第一天開始提供，即 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日、10 月 1 日。卡上任何未用的福利額將不會結轉至下一季使用。 您可以用此福利購買的品項包括：acetaminophen、繃帶、感冒藥和咳嗽藥，以及郵購目錄上、廠商網站上和/或零售店內的其他合條件產品 (根據 CMS 核准清單認定)。 • **每季度津貼 $37** 購買的品項必須列於 CMS 授權的 OTC 核准產品清單上。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡內服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務（續）	糖尿病用品及服務	$0	您必須獲得事先授權，才能取得非藥方集內用品。 這包括： • 糖尿病監測用品，以及 • 治療鞋或鞋墊 本計劃承保的糖尿病用品及服務限用特定廠商。如需了解詳情，請聯絡本計劃。
	義肢服務	$0	
	放射治療	$0	視服務程序的類型而定，可能需要事先授權。
	協助您管理疾病的服務	$0	包括糖尿病自我管理訓練。
	加州綜合護理管理 (CICM)	$0	綜合護理管理的服務對象是符合加州綜合護理管理 (California Integrated Care Management，CICM)條件的弱勢會員。會員可於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 **650-616-2060** 聯絡 HPSM 的綜合護理管理部門，了解自己是否符合資格。（TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請致電 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。）或者，您可以寫電郵至 CareCoordinationRequests@hpsm.org

以上福利摘要僅供參考，並非完整福利清單。如需完整清單或想進一步了解您的福利，請參閱 CareAdvantage《會員手冊》。如果您沒有《會員手冊》，可以致電 CareAdvantage 部門索取，電話號碼列於本頁頁底。如有任何疑問，亦可致電 CareAdvantage 部門或造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

D. CareAdvantage 以外的承保福利

有一些您可以獲得的服務並非由 CareAdvantage 承保，而是由 Medicare、Medi-Cal，或州政府或縣政府機構承保。本清單並不完整。若要了解有關這些服務的詳情，請致電聯絡 CareAdvantage 部門 (電話號碼列於頁底)。

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

其他由 **Medicare**、**Medi-Cal** 或州政府機構承保的服務	您的費用
特定牙科服務 https://dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation 透過 Health Plan of San Mateo (HPSM) 提供的 San Mateo 縣牙科服務。 • HPSM Medi-Cal 會員請致電 (800) 750-4776 或 (650) 616-2133 ○ TTY：1-800-735-2929 或撥 7-1-1 關於 Medi-Cal Dental Fee-for-Service 方案，請致電 1-800-322-6384 聯絡 Medi-Cal Dental，或造訪網站 www.smilecalifornia.org 或 www.sonriecalifornia.org。	$0
在 CareAdvantage 以外承保的某些安寧療護服務	$0
社會心理康復服務	$0
特定個案管理	$0
養老院食宿	$0
Medi-Cal Rx 承保藥物	$0
居家支援服務 (IHSS) 我們會透過 San Mateo 縣老人及殘障服務處提供居家支援服務 (IHSS)。請致電老人及殘障服務處 TIES 專線 1-844-868-0938，或撥打 7-1-1 使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (California Relay Services) TTY 專線。一名社工將回電安排居家訪視，確定您的 IHSS 資格和需求。	$0
精神健康和物質濫用治療專門服務	$0
輔助生活費用減免 (Assisted living waiver，ALW)	$0

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

其他由 Medicare、Medi-Cal 或州政府機構承保的服務	您的費用
區域中心服務	$0

E. CareAdvantage、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的服務

本清單並不完整。若要知道還有其他哪些服務不獲承保，請致電 CareAdvantage 部門（電話號碼列於頁底）。

CareAdvantage、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的服務	
全天候居家護理	本計劃不承保全天候居家護理服務。
放射狀角膜切開術、LASIK 雷射手術、視力治療和其他低視力治療	本計劃不承保放射狀角膜切開術、LASIK 雷射手術、視力治療。
自然療法服務（使用自然或替代治療）	本計劃不承保自然療法服務。
整容手術	本計劃不承保整容手術。
非醫療上必須的服務	本計畫不承保非醫療上必須的服務

F. 您參加本計劃的會員權利

身為 CareAdvantage 的會員，您有特定權利。您可以行使這些權利而不被懲罰。行使這些權利，也不會讓您失去健康護理服務。我們每年至少會向您說明一次您有哪些權利。如要詳細了解您的權利，請參閱《會員手冊》。您的權利包括但不限於以下：

- **您有權獲得尊重、公平和有尊嚴的對待。**這項權利包括：
  - 不論您的醫療狀況、健康狀態、所接受的健康服務、索償記錄、醫療記錄、殘障狀況（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰或公共補助狀況如何，都有權利獲得承保服務。
  - 免費獲得其他語言和格式 (例如：大型字體版、盲文版或有聲版) 的資訊
  - 不受任何形式的身體約束或隔離

- **您有權獲得有關您健康護理的資訊。**其中包括您的治療以及治療選項等資訊。這些資訊應以您可理解的語言和格式提供。這包括您有權獲得以下相關資訊：
  - 我們承保的服務說明
  - 如何獲得服務
  - 您需要為這些服務支付多少費用
  - 健康護理提供者的名字
- **您有權對您自己的護理做決定，包括拒絕治療。**這項權利包括：
  - 選擇主治醫生 (PCP)，並可在一年中隨時更換主治醫生
  - 不需轉介即可前往婦科健康護理提供者就診
  - 迅速獲得您的承保服務和藥物
  - 了解所有治療選項，無論費用多少或可否獲得承保
  - 拒絕治療，即使您的健康護理提供者不建議如此
  - 停止服藥，即使您的健康護理提供者不建議如此
  - 徵求第二方診療意見。CareAdvantage 將支付您徵求第二方診療意見的就診費用
  - 在預立醫療指示中表達您想要的健康護理
- **您有權在沒有任何溝通或實體使用障礙的情況下，及時獲得護理服務。**這項權利包括：
  - 獲得及時的醫療護理
  - 出入健康護理提供者的診所。這表示根據《美國殘障人士法案》(Americans with Disabilities Act) 的規定，殘障人士不應有任何出入障礙
  - 有口譯員幫助您與健康護理提供者和健康計劃溝通
- **您有權在需要時尋求急診和緊急護理。**這表示您有以下權利：
  - 遇到緊急狀況時，不需事先授權即可獲得急診服務
  - 在必要時去找網絡外的服務提供者，要求提供緊急或急診護理



若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

- **您有保密權和隱私權。**這項權利包括：
  - 要求以您能夠理解的方式提供您的病歷副本，並要求更改或更正您的病歷
  - 要求對您的個人健康資訊保密
- **您有權針對被拒絕、延緩或改動的服務提出投訴或上訴，請參閱以下 G 部分。**這項權利包括：
  - 對我們或我們的服務提供者提出投訴或申訴
  - 對我們或服務提供者所做的某些決定提出上訴
  - 您可撥打免費電話 (1-888-466-2219) 或 TDD 聽力及語言障礙專線 (1-877-688-9891)，向加州醫療管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出投訴。DMHC 的網站上 (www.dmhc.ca.gov/) 有投訴表格、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和相關說明。
  - 要求醫療管理局對 Medi-Cal 承保的醫療服務和用品進行獨立醫療審查
  - 要求召開州級聽證會 (State Hearing)
  - 了解服務遭拒的詳細原因，並免費索取用於做出這項決定的全部資料副本

如要進一步了解您的權利，請參閱《會員手冊》。如有任何疑問，您可致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

如果您同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal，亦可在週一至週五上午 9 點至下午 5 點致電 1-855-501-3077 聯絡特別調查專員，或者在週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-888-452-8609 聯絡 Medi-Cal 調查專員辦公室。

G. 如何針對被拒絕、已延緩或更動服務的決定提出投訴或上訴

如果您想要投訴，或認為 CareAdvantage 不正確地拒絕、延緩或更動服務，可致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。您亦可將投訴以書面形式提交至 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080，或造訪 grievance.hpsm.org。您或許可以對我們的決定提出上訴。

如果您對投訴和上訴有任何疑問，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。您也可以致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。

關於投訴、申訴和上訴，您可透過以下方式聯絡我們：

電話：1-866-880-0606，TTY 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1
傳真：1-650-616-2190
線上：grievance.hpsm.org

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。

郵寄：Grievance and Appeals Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

向加州醫療管理局 (DMHC) 尋求協助

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，應先致電您的健康計劃，並使用您健康計劃的申訴程序。電話號碼為 **1-866-880-0606， TTY 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1**。使用本計劃的申訴程序，並不會使您失去您可能應得的合法權利或救濟。如果申訴是有關緊急情況、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 (IMR)。如果您有資格獲得獨立醫療審查，這類審查程序會針對健康計劃所做的以下醫療決定進行公正審查：服務或治療提議的醫療必要性、實驗性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。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**。醫療管理局網站 **www.dmhc.ca.gov** 提供有投訴表格、獨立醫療審查申請表和網上說明。

H. 如果您懷疑有欺詐情形，該怎麼辦

多數健康護理專業人員和機構都能誠實提供服務。但不幸的是，也許有些人並不誠實。

如果您認為有醫生、醫院或藥房行為不當，請與我們聯絡。

- 請致電 CareAdvantage 的 CareAdvantage 部門。電話號碼列於本頁頁底。
- 或者，您可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心，電話是 1-800-541-5555。TTY 使用者可撥打 1-800-430-7077。
- 或者，您也可以致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可撥打 1-877-486-2048。來電均為免費。

如果您有一般問題，或對我們的計劃、服務、服務區域、帳單或會員卡有疑問，請致電 CareAdvantage 部門：
1-866-880-0606
所有來電均為免費。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。
CareAdvantage 亦可為非英語使用者提供免費口譯服務。
TTY 專線為 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。
撥打此號碼必須使用特殊電話設備，且僅供有聽力或語言障礙人士使用。
所有來電均為免費。 服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

如果您對自己的健康有疑問：
請致電您的醫療護理提供者。如果您的服務提供者無法提供服務，您可以致電 Health Plan of San Mateo (HPSM) 的護理諮詢專線。註冊護士隨時可回答關於您症狀的問題。他們可以告訴您需要多快去看醫生、如果症狀惡化該怎麼辦，以及您在家中可以如何緩解症狀。
若對您的藥物或續配藥有疑問，請聯絡您的服務提供者或本地藥房。
HPSM 護理諮詢專線的號碼是：
1-833-846-8773
所有來電均為免費。 服務時間爲每週 7 天、每天 24 小時。
CareAdvantage 亦可為非英語使用者提供免費口譯服務。
TTY 專線為 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。
所有來電均為免費。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

如您立即需要行為健康護理，請致電行為健康和康復服務資源團隊 (Behavioral Health and Recovery Services Access) 電話中心：
1-800-686-0101。TTY：7-1-1
所有來電均為免費。服務時間爲每週 7 天、每天 24 小時。
1-800-686-0101。TTY：7-1-1
CareAdvantage 亦可為非英語使用者提供免費口譯服務。
TTY 專線為 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。
所有來電均為免費。TTY 專線為 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。

若您有任何疑問，請致電 1-866-880-0606 以聯絡 CareAdvantage 部門，或撥打 1-800-735-2929 或 7-1-1 以聯絡 TTY 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。來電均免付費用。**如需更多資訊**，請造訪 www.hpsm.org/careadvantage。


San Mateo County
El Condado de San Mateo
N
W
E
S
Daly City
South
San Francisco
SFO
San Bruno
Pacifica
Millbrae
Burlingame
Montara
Hillsborough
Foster City
San Mateo
Belmont
San Carlos
Moss-Beach
Redwood City
East Palo Alto
Menlo Park
Half Moon Bay
Atherton
Woodside
Portola
Valley
Santa Clara County

「讓人人擁有健康」

HealthPlan OF SAN MATEO
Healthy is for everyone

ACCREDITED NCQA HEALTH PLAN ACCREDITED
★★★★☆

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

tel 866.880.0606 toll-free
tel 650.616.0050 local
fax 650.616.0060
tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org/careadvantage

Call Center Hours:
Monday through Sunday
8:00 a.m. to 8:00 p.m.