

3. 如何獲得護理服務

預先核准（事先授權）

在您接受某幾類護理服務前，您的初級護理醫生 (Primary Care Provider, PCP) 或專科醫生需要徵求聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的許可。這稱為徵求預先核准 (pre-approval) 或事先授權 (pre-prior authorization)。換言之，HPSM必須確認相關護理服務是醫療上必要（需要）的。

醫療上必要的服務，指的是為了保護生命、避免病情變得嚴重或失能，或減輕因已確診的疾病、病症或受傷所造成的劇烈疼痛而提供的合理且必要的護理服務。對於未滿 21 歲的會員，Medi-Cal服務包括為了解決或幫助改善身體或精神疾病或狀況而在醫療上必須的護理。

以下服務一律需要預先核准（事先授權），即使由HPSM的網絡內服務提供者提供亦是如此：

- 非急診的住院
- HPSM服務區域外的服務（急診和緊急護理除外）
- 門診手術
- 由護理機構提供的長期護理服務或專業護理服務。這些機構包括與健康護理服務局 (Department of Health Care Services) 亞急性護理部簽約的成人與兒童亞急性護理機構；或是中級護理機構，包括發展障礙者中級護理機構 (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled, ICF/DD)、ICF/DD-康復型 (ICF/DD-H)、ICF/DD-護理型 (ICF/DD-N)
- 特殊治療、影像檢驗、化驗與其他程序
- 在非緊急情況下使用的醫療交通服務

緊急救護車服務無需預先核准（事先授權）。

對於標準的預先核准（事先授權）申請，HPSM必須根據您的健康狀況盡快對您的請求作出回覆，但不得超過自HPSM收到合理索要之資訊後五個工作日，該等資訊用於對您的請求作出決定（批准、變更或拒絕）。HPSM必須在收到您的請求後七個日曆日內作出回覆。

若醫療服務提供者或HPSM認定遵循標準時限可能會嚴重危及您的生命或健康，或達到、維持或恢復最大功能的能力，HPSM將作出更快速的加急預先核准（事先授權）決定。



請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929) 聯絡會員服務部。

HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。

您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：

www.hpsm.org/member/medi-cal。

HPSM會根據您的健康狀況盡快作出回覆，但不會超過HPSM收到您的請求後 72 小時。

在某些情況下，HPSM可能需要更多資訊來對您的預先核准（事先授權）請求作出決定（批准、變更或拒絕）。若出現上述情況，HPSM作出決定的期限可延長最多 14 個日曆日。HPSM獲得所需資訊後，必須根據您的健康狀況盡快作出決定，但不得超過五個工作日（標準申請）或 72 小時（加急申請）。您的醫療服務提供者可以請求延長HPSM對標準申請作出回覆的期限。您可以申請延長針對標準或加急申請的回覆期限。臨床或醫護人員（如醫生、護理師和藥劑師）將審查預先核准（事先授權）請求。

無論審查員是決定拒絕、變更還是核准承保請求或服務，HPSM均不予以干涉。如果HPSM不同意相關請求，其將會寄一封「行動通知」(Notice of Action, NOA) 信函給您。NOA 將會說明，如果您不同意我們的決定，應如何提出上訴。

如果需要更多資訊或時間來審查您的請求，HPSM將聯絡您。

您永遠不需為急診護理取得預先核准（事先授權），即使在HPSM網絡外或服務區域外也一樣。如果您正懷孕，這也包括分娩過程。您無需為特定的敏感護理服務取得預先核准（事先授權）。若要進一步瞭解敏感護理服務，請閱讀本章後面的「敏感護理」部份。

若有關於預先核准（事先授權）的疑問，請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。

第二方診療意見

對於您的服務提供者認為您需要的護理，或者您的診斷或治療計劃，您可能會想徵求第二方診療意見。例如，如果您想確保診斷正確、不確定自己是否需要醫生指示的一項治療或手術，或者您已進行一項治療計劃但成效不好，您可能會想徵求第二方診療意見。

如果您或您的網絡內服務提供者提出此請求，且您取得一位網絡內服務提供者的第二方診療意見，則HPSM將為此服務付費。您無需HPSM的預先核准（事先授權），即可取得網絡內服務提供者的第二方診療意見。如果您想徵求第二方診療意見，我們將為您安排一名合資格網絡內服務提供者為您提供相關意見。

若要徵求第二方診療意見以及在選用服務提供者方面需要協助時，請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。如果您需要轉診單來取得第二方診療意見，您的網絡內服務提供者可幫您安排。



請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929) 聯絡會員服務部。

HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。

您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：

www.hpsm.org/member/medi-cal。

如果因HPSM網絡內沒有服務提供者能給您第二方診療意見而需要看網絡外服務提供者，HPSM將為此服務付費。HPSM會根據您的身體病況，盡快向您說明是否核准您向所選擇的服務提供者徵求第二方診療意見，但不得超過五個工作日（從HPSM收到對您的請求作出決定所需之合理索要的資訊之日算起），且HPSM必須在收到您申請後的七個日曆日內作出回覆。

如果您有慢性、嚴重或重大疾病，或面臨對健康構成即時和嚴重威脅的情況，包括但不限於：失去生命、肢體或主要身體部位或身體機能，則HPSM將在收到您請求後 72 小時內以書面方式將相關決定告知予您。

如果HPSM拒絕您尋求第二方診療意見的請求，您可以提出申訴。若要瞭解關於申訴的詳情，請查閱本手冊第 6 章的「投訴」部份。



請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929) 聯絡會員服務部。
HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。
您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：
www.hpsm.org/member/medi-cal。

4. 福利與服務

HPSM承保的Medi-Cal福利

HPSM牙科服務

如果您是HPSM (HPSM) 會員，您的Medi-Cal牙科服務也將由HPSM提供。

HPSM會員可以在尋找牙科醫生或取得牙科服務方面獲得協助，請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。如果您是 Kaiser Foundation Health Plan 的會員，且需要協助以尋找牙醫，或想瞭解關於牙科服務的詳情，請致電Medi-Cal牙科電話服務中心，電話是 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 或 711)。您也可以瀏覽Medi-Cal牙科網站：<https://www.dental.dhcs.ca.gov> 或 <https://smilecalifornia.org/>。

Medi-Cal承保牙科服務，包括：

- 全口和部分假牙
- 齒冠（預製/訂製）
- 診斷性和預防性的牙科服務，例如檢查、X 光照射和洗牙
- 疼痛控制急診護理
- 補牙
- 合資格兒童的牙齒矯正
- 根管治療（前牙/後牙）
- 牙周潔治和根面平整
- 拔牙
- 局部塗氟

兒童牙科檢查

每天用毛巾為您的寶寶輕輕擦拭牙齦，以保持寶寶的牙齦清潔。在大概四至六個月大時，寶寶會開始長出乳牙，「出牙期」隨之開始。當寶寶長出第一顆乳牙時，或快滿一歲前（以較早出現的情況為準），您應儘快為其安排首次牙科預約。

為以下對象提供的 HPSM 牙科服務為免費或低價服務：



請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929) 聯絡會員服務部。
HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。
您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：
www.hpsm.org/member/medi-cal。

0 至 3 歲的嬰兒

- 嬰兒第一次的牙科就診
- 嬰兒第一次的牙科檢查
- 牙科檢查（每6個月一次，有時更頻繁）
- X 光檢查
- 洗牙（每6個月一次，有時更頻繁）
- 塗氟（每6個月一次，有時更頻繁）
- 補牙
- 拔牙（拔除牙齒）
- 緊急牙科服務
- *鎮靜（如醫療上必要）

4 至 12 歲的兒童

- 牙科檢查（每6個月一次，有時更頻繁）
- X 光檢查
- 塗氟（每6個月一次，有時更頻繁）
- 洗牙（每6個月一次，有時更頻繁）
- 臼齒密封劑
- 補牙
- 拔牙（拔除牙齒）
- 根管治療
- 緊急牙科服務
- *鎮靜（如醫療上必要）

13 至 20 歲青少年

- 牙科檢查（每6個月一次，有時更頻繁）
- X 光檢查
- 塗氟（每6個月一次，有時更頻繁）
- 洗牙（每6個月一次，有時更頻繁）
- 為合資格者提供的牙齒矯正服務（牙套）
- 補牙
- 齒冠
- 根管治療
- 部分與全口假牙
- 牙周潔治和根面平整
- 拔牙（拔除牙齒）
- 緊急牙科服務
- *鎮靜（如醫療上必要）

* 若醫療服務提供者認定局部麻醉在醫學上不適用並記錄相應理由，且相關牙科治療已獲預先核准或無需預先核准（事先授權），應考慮鎮靜與全身麻醉。

以下是一些無法使用局部麻醉，可能會改用鎮靜或全身麻醉的原因：

- 讓患者無法對服務提供者的嘗試治療做出反應的身體、行為、發展或情緒病況
- 大型修復或外科手術
- 兒童不肯配合
- 注射部位發生急性感染
- 局部麻醉劑無法抑制痛感

如果您有疑問或想瞭解牙科服務詳情，請撥打Medi-Cal牙科客服專線 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 或 711)，或瀏覽網站 <https://smilecalifornia.org/>。

6. 通報和解決問題

州級聽證會

州級聽證會是與HPSM和加州社會服務部 (California Department of Social Services, CDSS) 法官共同進行的會議。法官將協助解決您的問題並判定HPSM所作的決定是否正確。如果您已向HPSM提出上訴，但仍對我們的決定感到不滿，或者您在提出上訴 30 天後仍未收到決定，您有權申請召開州級聽證會。

您必須在我們發出的「上訴處理結果通知」(Notice of Appeal Resolution, NAR) 信函所載日期起 120 天內申請召開州級聽證會。若我們在您的上訴期間給予您「待決補助金」，而您想繼續取得此福利，直到州級聽證會作出了裁決為止，您必須在 NAR 信函所註日期起 10 天內或在我們已通知您的服務終止日期前（以較晚者為準），申請召開州級聽證會。

若您需要協助以確保仍可繼續取得待決補助金，直到在州級聽證會上作出裁定為止，請於週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 聯絡HPSM，電話是 1-800-750-4776。如果您有聽力或言語障礙，請致電 1-800-735-2929 或 711。在取得您的書面許可後，您的授權代理人或服務提供者可為您申請召開州級聽證會。

有時，即使上訴程序還未完成，也可申請召開州級聽證會。

例如，若HPSM未正確或未及時就您的服務發出相關通知，您有權申請召開州級聽證會，而無需等到上訴程序完成。這是所謂的「視同走完程序」(Deemed Exhaustion)。以下是一些「視同走完程序」的例子：

- 我們未提供您首選語言版本的行動通知 (NOA) 或 NAR 信函
- 我們出現失誤並影響您的任何權利
- 我們未向您發出 NOA 信函
- 我們未向您發出 NAR 信函
- 我們的 NAR 信函內容有誤
- 我們未在 30 天內作出上訴決定



請致電會員服務部，電話是 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。
HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。
您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：
www.hpsm.org/member/medi-cal。

■ 我們判定您的個案具有緊急性，卻沒有在 72 個小時內回應您的上訴
您可透過以下方式申請召開州級聽證會：

■ **透過電話：**請致電 1-800-743-8525 聯絡 CDSS 州聽證部門
(TTY 1-800-952-8349 或 711)

■ **透過郵件：**填妥上訴決定通知隨附的表格，然後
郵寄到：

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

■ **線上：**在線上申請召開聽證會，網址：www.cdss.ca.gov

■ **透過電郵：**填妥上訴決定通知隨附的表格，然後透過電郵發送至
Scopeofbenefits@dss.ca.gov

▫ 注意：如果您以電子郵件傳送表格，可能會有州聽證部門以外的人士攔截電郵的風險。請考慮使用更安全的方法送交您的申請。

■ **透過傳真：**填妥上訴決定通知隨附的表格，並將其傳真至州聽證部門，傳真號碼：
916-309-3487，或使用免費傳真號碼：1-833-281-0903

若您需要協助以申請召開州級聽證會，我們可以提供協助。我們可為您提供免費的語言服務。請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。

在聽證會上，您將告訴法官為何您不同意HPSM的決定。HPSM將告訴法官如何作出相關決定。法官最長可能需要 90 天對您的個案作出裁定。HPSM必須服從法官裁定。

如果您擔心州級聽證會所需時間太長，將危及您的生命、健康或身體完整功能，因此希望 CDSS 做出快速決定，您、您的授權代理人或您的服務提供者可聯絡 CDSS，申請召開加急（快速）州級聽證會。當 CDSS 收到HPSM提供的完整個案資料後，必須在三個工作日內作出決定。



請致電會員服務部，電話是 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。
HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。
您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：
www.hpsm.org/member/medi-cal。

7. 權利與責任

身為HPSM會員，您有特定的權利與責任。本章將說明相關權利與責任。另外，本章也包含您作為HPSM會員有權獲知的法律公告。

行動通知

每當HPSM拒絕、延後處理、終止或修改您的健康護理服務請求時，都會寄一封行動通知 (NOA) 信函給您。如果您不同意HPSM的決定，可向HPSM提出上訴。請前往本手冊第 6 章「上訴」部份，瞭解關於提出上訴的重要資訊。當HPSM寄送 NOA 給您時，其內容會說明您不同意我們所作決定時所擁有的一切權利。若您收到HPSM或HPSM分包商以外人士發出的該通知，請立即聯絡HPSM。

行動通知包含的內容

若HPSM基於醫療必要性拒絕、延後處理、修改、終止、暫停或削減您全部或部分服務請求，您的 NOA 必須包含以下內容：

- HPSM打算採取行動的聲明
- HPSM就所作決定給出的清晰簡明的理由
- HPSM如何作出決定，包括HPSM所使用的規則
- 作出決定時所依據的醫療理由。HPSM必須清楚說明您的情況如何不符合規則或準則。
- 關於您有權免費索取所有與 NOA 相關的文件與紀錄副本的資訊。

翻譯

HPSM需根據會員常用的首選語言完整翻譯並提供書面會員資訊，包括所有申訴和上訴通知。

完整翻譯的通知必須包括HPSM決定拒絕、延後處理、修改、終止、暫停或削減健康護理服務請求的醫療理由。

如果翻譯版本沒有您的首選語言，HPSM需要以您的首選語言提供口語幫助，以便您理解所取得的資訊。



請致電會員服務部，電話是 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。
HPSM的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。來電均免付費用。
您亦可致電加州聽力及語言障礙傳譯專線 711。瀏覽網站：
www.hpsm.org/member/medi-cal。