Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

會員手冊

PASC-SEIU* Homecare Worker Health Care Plan
for In Home Home Supportive Services (IHSS) Workers

2010

*Personal Assistance Service Council–Service Employee International Union

會員手冊包括：

第1節	**會員手冊**	**i到52頁**
第2節	**重要通知**	**第2節-3到第2節-9**
	隱私權實施辦法通知	
	事先醫療指示	
	有關獎勵的聲明	

COMMUNITY HEALTH PLAN

PASC-SEIU 家庭護理從業人員健保計劃

承保範圍說明書與聲明書

（會員手冊）

http://chp.dhs.lacounty.gov

福利年度 2009 年 7 月 1 日到 2010 年 6 月 30 日

用您的語言

親愛的*會員*：

我們知道清楚的溝通，對您能獲得您需要的*醫療保健服務*至爲重要。

在美國，如果您不會說英文，您會受到 1964 年人權法案等法律的保障。如果您聽不到或有重聽（聽力障礙）或*殘障*、老邁或眼盲，您同樣也會受到 1990 年美國殘障人士法案（ADA）的保障。ADA 是保障*殘障*人士免於受到歧視，ADA 確保*殘障*人士在聘雇、州及地方政府服務方面能有均等機會。

醫生辦公室、診所、或*醫院*不得因您不會說英文或有聽力障礙而拒絕服務。當您從您的健保計劃獲得醫療保健服務或任何相關服務時，您有權獲得免費*口譯*員服務。口譯員是指將一種語言口頭翻譯成另一種語言的人。如此可讓不同語言的人能夠互相交談及互相瞭解。

斜體字的定義可從本會員手冊後段的「術語表」內找到。

重要通知：本計劃不承保您的配偶及您的孩子。新生兒或依法收養孩子在出生 31 天之後，將不再符合本計劃福利的資格要求。然而，他們可能符合其他醫療保健計劃的資格。**Community Health Plan**（CHP）會幫助您爲您的受撫養人尋求承保。欲知詳情，請撥 1（800）475-5550 與 CHP 會員服務部門聯絡。

承保範圍說明書與聲明書也稱爲會員手冊。會員手冊告訴您如何獲得醫療保健，也會說明您的醫療*福利*承保的條款及細則。您應仔細讀完會員手冊。

如果您有特殊健康需要，您應閱讀與您相關的部份。

會員手冊及福利摘要只是 **Community Health Plan 政策及法則的摘要。**您應參閱合約以決定精確的承保條款及細則。如果您對承保服務、特定條文有疑問、或您想要求一份合約，請打電話給 **Community Health Plan。**

Community Health Plan
1000 S. Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803-8859
免費電話： 1（800）475-5550
傳真：1（626）299-7258 或 7259
TDD 服務： 1（800）353-7988
星期一到星期五早上 8 點到下午 5 點

目錄

歡迎加入 Community Health Plan 1

您的權利與責任 2
會員權利 2
會員責任 3

顧客服務 4

如何使用 COMMUNITY HEALTH PLAN 7
您的會員（ID）證 7
全科醫生（PCP） 7
如何轉換您的 PCP 醫生 7
我們醫生的專業資格 8
我如何獲得醫療保健服務 8
如何獲得例行護理 8
如何與醫生預約 8
取消或更改醫生的預約 8
如何看專科醫生 8
如何看行爲健康專科醫生 9
事前授權與轉診 9
如何獲得第二意見 10
如何獲得固定轉診 11
如果您的醫生退出您的保健計劃，如何才能繼續看原來的醫生 11
如何獲得急診護理 12
如何獲得急迫護理 14
如何獲得緊急交通服務 14
如何獲得非緊急交通服務 15
如何依處方買藥 15

付款責任 17
預付費用 17
投保人責任 17

健保計劃福利 18

承保福利摘要 27
福利與收費變更 27

非承保服務摘要 31

目錄

特別服務 32
兒童特別服務 32
美國印第安人的特別服務 32
婦幼糧食補助計劃 (WIC) 32
聯邦合格健康中心 (FQHC) 32

投訴/控訴及申訴 33
投訴/申訴 33
向管理式保健部（DMHC）提出申訴 34
獨立醫療審查 34
實驗與研究性質治療的獨立醫療審查（IMR- EIT） 36
仲裁 36

福利終止 38
終止原因 38
恢復條文 38
計劃合約取消 39

繼續及轉換承保 40
COBRA 承保 40
COBRA 承保如何運作 40
如何獲得 COBRA 承保 40
COBRA 承保的會員費用 41
Cal-COBRA 承保 41
延長繼續承保 42
轉換承保 42
年齡 60 歲或以上會員終止聘雇 43

更多重要資訊：我還需要知道其他哪些事？ 44
如果您搬家 44
如果您收到帳單 44
如果您有其他保險 44
提供者如何獲得付款 44
財務鼓勵聲明 44
新科技 45
器官捐贈 45
什麼是預立事先醫療指示？ 45
勞工賠償 45
監管法令 46

目錄

第三者責任及福利協調 46
第三者責任 46
承保福利協調 46

參加公共政策會議 47
理事會會議 47
政策變更通知 47

其他服務 47

術語表 48

重要電話號碼 52

歡迎加入 Community Health Plan

謝謝您選擇 **Community Health Plan** 的醫療保健承保。請仔細閱讀本指南中的資料。這些資料會幫助您有效的使用本計劃的醫療服務。

您的醫療看護會由我們醫生辦公室、診所或醫院裏的合格醫療保健專業人員提供。您的全科醫生會與其他所有主要專科醫生、藥劑師、護士、及其他健康專業人員共同努力，以確保您獲得最佳的醫療保健。

如果您對 **Community Health Plan** 有任何問題或評論、或您想獲得更多 ***PASC – SEIU 家庭護理從業人員健保計劃***醫療保健福利的資料，請與在您選擇獲得醫療保健的診所/醫生辦公室（請參閱 **Community Health Plan** 的提供者名錄）內的計劃代表聯絡，或您可以寫信或打電話給我們：

Community Health Plan
Member Services Department
1000 S. Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803-8859
1 (800) 475-5550
TDD： 1（800） 353-7988

除了這本手冊，您應另外收到 **Community Health Plan** 的會員（ID）證。與 **Community Health Plan** 會員服務部門聯絡，您可以收到郵寄的*提供者名錄*，或您可以從 http://chp.dhs.lacounty.gov 網站上自行刊印。

我們會很樂於回答您的問題並聆聽您的意見。

您的權利與義務

會員權利

身爲 Community Health Plan 會員，您有權：

獲得受尊重及有禮貌的對待。您有權獲得保健計劃服務提供者及職員尊重、尊嚴及禮貌的對待。當您在做您的保健決定時，您有權免受任何形式的報復或暴力威脅。

隱私權及保密權。您有權與提供者保持隱密的關係，並要求對您的醫療記錄保密。您亦有權取得一份您的醫療記錄影印本並修訂及要求更正其中的內容。如果您是未成年人士，您有權取得各種不需要家長批准的服務。

選擇及親身參與自己的醫療護理服務。您有權獲得關於您自己的保健計劃及服務的資訊。您有權從保健計劃提供者名錄所列的醫生及診所中選擇自己的全科醫生（醫生）。您亦有權在合理的時間內預約就診。您有權與醫生討論醫生所提供或建議的任何護理服務。您有獲得第二意見的權利。無論是否需付費或您享有哪些福利，您都有權獲得治療的資料。您有權拒絕接受任何治療。您有權預先作出決定，申明當自己發生危及性命的病況或傷害時，想要接受的醫護服務。

表達您的意見。您有權提出對 **Community Health Plan**、我們合作的保健計劃、或我們的提供者提出投訴，而無需害怕失去您的福利。**Community Health Plan** 將在投訴過程中協助您。如果您不同意某項決定，您有權要求重審。您有權隨時退出您的保健計劃。

您的保健計劃醫療網外的服務。您有權從保健計劃網絡外獲得緊急護理服務、以及家庭計劃和性交傳染病等服務。您有權在任何時候、任何地點獲得必要的緊急治療服務。

以您慣用的語言提供服務及資訊。您有權要求獲得免費口譯員的協助，而無需由家人或親友爲您翻譯。您有權取得其他語言版本或形式的會員手冊和其他資訊。

清楚自己的權益。您有權獲得關於您自己的權益和責任的資訊。您也有權針對相關權益和責任提出建議。

會員責任

身為 Community Health Plan 會員，您有責任：

以禮貌及尊重的態度對待他人。您有責任以禮貌及尊重他人的態度對待您的醫生、所有提供者及職員。您有責任準時赴診，或在預約時間至少 24 小時前致電醫生辦公室取消預約或另約時間。

提供最新、正確及完整的資訊。您有責任向您所有的提供者提供正確的資訊。您有責任進行例行健康檢查，並告訴醫生您自己的健康問題，以免該問題變得嚴重。

依照醫生的建議，並參與自己的醫療護理事務。您有責任和醫生討論自己的醫療護理需求，並遵從經雙方同意的治療計劃與方案。

只有在緊急情況下才可使用急診室服務。 您有責任只有在緊急情況或在醫生的指示之下，才使用急診室服務。

檢舉錯誤行為。您有責任向 **Community Health Plan** 檢舉任何醫療保健詐欺或錯誤行為。您可以匿名身份致電 **Community Health Plan** 詐欺及濫用服務免費專線 1-800-475-5550 檢舉這類行為。

顧客服務

醫療資料隱私權

Community Health Plan 重視您對我們的信任。我們希望您繼續會是 **Community Health Plan** 的會員。這就是爲什麼我們希望與您分享 **Community Health Plan** 醫療資料隱私方面所做的努力。

爲了維護您和您家人的私人醫療資料，**Community Health Plan** 會：

- 使用安全的電腦系統
- 每次都以相同方法處理醫療資料
- 檢查醫療資料的處理方法
- 遵守所有有關保護醫療資料隱私權和機密性的法律

所有能取得您醫療資料的 **Community Health Plan** 職員都受過隱私權的培訓。他們也會遵守 **Community Health Plan** 的醫療資料處理規定，職員甚至還簽訂備忘錄，保證他們會爲所有醫療資訊保密。**Community Health Plan** 不會向任何未經法律批准獲得資料的個人或團體透露醫療資訊。

爲了向您提供良好的醫療保健服務，**Community Health Plan** 需要一些有關您的資料。這些資訊包括：

- 姓名
- 性別
- 出生日期
- 您會說的語言
- 住家地址
- 住家或工作電話號碼
- 僱主和職業
- 已婚或未婚
- 健康記錄

Community Health Plan 可能從您或下列來源取得這些資訊：

- 您
- 父母、監護人或監管人
- 其他醫療保健計劃
- 您的醫生
- 您的醫療保健計劃申請表
- 您的醫療記錄

在 **Community Health Plan** 向其他個人或團體透露您的醫療資訊之前，會事先取得您的書面同意。當有下列情形出現，我們會如此做：

- 法庭、仲裁人或類似機構需要您的醫療資訊
- 需要發傳票或搜索令
- 驗屍官需要您的醫療資訊
- 依法需要提供您的醫療資訊

Community Health Plan 可能會將您的醫療資訊透露給其他保健計劃或團體，以便他們：

- 診斷或提供治療
- 支付您的醫療保健服務費用
- 審核醫療服務的品質

有時候，我們也會向下列個人或組織透露您的醫療資訊：

- 發照給保健服務提供者的團體
- 公共機構
- 調查人員
- 遺囑認證法庭
- 器官捐贈團體
- 聯邦或州政府機構，依法律規定
- 疾病管理計劃

有時候 **Community Health Plan** 可能會從您的雇主取得一些您工作方面的資料，例如：彎腰、舉重或蹲下等。這些資料會幫助決定您醫療的承保或我們管理您的保健計劃。

如果您有任何問題或想瞭解更多有關您的醫療資訊，請打電話給 **Community Health Plan** 的會員服務部門。

會員證（ID Card）

在您的新投保人資料帶內附有您及所有投保 **Community Health Plan** 合格家人的會員證。請檢查會員證上的資料是否準確，如有任何錯誤，請撥 1（800）475-5550，與 **Community Health Plan** 的會員服務部門聯絡。**請隨時攜帶您的會員證。當您尋求醫護時，請出示您的會員證給您的醫生、藥劑師、醫院、或其他醫療保健*提供者*。**當預約時，請準備好您的會員證。

遇緊急狀況時，有會員證在您身邊是很重要的。會員證的正面印有您的 **Community Health Plan** 會員編號，而會員證的反面會告訴非計劃醫院或診所如何通知 **Community Health Plan** 有關您的緊急狀況及如何能得到 **Community Health Plan** 的付款。如果您被送進非 **Community Health Plan** 的醫院時，**Community Health Plan** 必須在入院的 48 小時內接獲通知。

如果您忘記您投保時選擇的主治診所/提供者，請撥 1(800)475-5550)，與 **Community Health Plan** 會員服務部門聯絡。您的主治診所/提供者是您獲得一般醫療保健的地方，務必將診所/醫生辦公室的地址、電話號碼及營業時間放在易找的地方。

提供者及藥房名錄

*提供者名錄*及藥房名錄包括一份 **Community Health Plan** *網絡*內所有醫生、*醫院*、*藥房*、及精神健康服務的名單。*提供者*及藥房*名錄*列出我們提供者及藥房的地址、電話號碼、營業時間及所說的語言。請將這些指南放在容易找的地方並在您需要獲得醫護時參閱。與 **Community Health Plan** 會員服務部門聯絡，您可以收到郵寄的*提供者和藥房名錄*，或您可以從 http://chp.dhs.lacounty.gov 網站上自行刊印。

語言及口譯員服務

Community Health Plan 爲那些與醫療保健提供者說不同語言的會員，提供 24 小時免費的的口譯員服務。您不需要用您的家人或朋友當口譯員。如果您未獲得以您要求的語言進行的服務，您有權向 **Community Health Plan** 提出投訴。如果您有任何問題，請打電話給 **Community Health Plan**。

殘障病人如何獲得醫療保健

Community Health Plan 瞭解應讓殘障病人能通達提供者辦公室。如果您不能找到能滿足您需要的提供者，請打電話給 **Community Health Plan**。

如何使用 COMMUNITY HEALTH PLAN

您的會員（ID）證

您的 **Community Health Plan** 會員證讓別人知道您是我們的*會員*。請隨時攜帶您的 **Community Health Plan** 會員證。請在下列情形出示您的會員證：

- 與醫生預約時，
- 去*醫院*時，
- 取*處方藥物*時，或
- 獲得任何其他醫療保健時。

切勿讓任何人使用您的 **Community Health Plan** 會員證。在知情的狀況下讓別人使用您的 **Community Health Plan** 會員證是詐欺行爲。

全科醫生（PCP）

*全科醫生（PCP）*是指您的個人醫生。當您投保時，會根據下列狀況爲您指定一位 PCP：

- 您所使用的語言。
- PCP 醫生診所離您住處的距離。
- 適合*會員年齡*的專科保健。

他/她會確保您獲得所需的所有醫療保健。當有需要時，他/她會爲您轉介給專科醫生。當您的 PCP 醫生更瞭解您及您的健康狀況時，他/她會提供您更佳品質的保健。

如何轉換您的 PCP 醫生

選擇一位 PCP 醫生
打電話給 **Community Health Plan**，更換 PCP 醫生。
如果您不滿意這項指定，您可以任何原因轉換您的 PCP 醫生。很重要的是您要定期看您的 PCP 醫生。

您可從 **Community Health Plan** 的 *提供者名錄*中挑選任何一位 *PCP* 醫生。

當選擇一位 *PCP* 醫生時，要牢記：

- 當您選擇一位 *PCP* 醫生時，您同時也選擇了在他們*網絡*內的專科醫生、*醫院*、及其他醫療保健*提供者*。
- 當您的 *PCP* 醫生爲您轉介所需服務時，會從他們的*網絡*內選擇*提供者*。

- 如果您的 *PCP* 醫生終止爲 **Community Health Plan** 服務時，您會在 30 天內接獲通知。

我們醫生的專業資格

我們對所屬醫生及他們的專業培訓引以爲傲。如果您對網絡內的醫生及專科醫生的專業資格有任何疑問，請致電 **Community Health Plan**。**Community Health Plan** 可以向您提供有關他們就讀的醫學院、他們的住院醫師經歷或執照的資訊。

我如何獲得醫療保健服務

如何獲得例行護理

一般健康檢查能幫助您維持健康。例行保健是即使沒生病，您也爲一般健康檢查去看您的 *PCP* 醫生。您需要打電話預約，就可以獲得一般健康檢查。

例行健康檢查的例子包括：

- 初始健康評估（第一次健康檢查）

如果您是 **Community Health Plan** 的新*會員*，您需要爲您的健康檢查盡快預約。健康檢查會幫助您和您的 PCP 醫生更佳瞭解彼此。它會幫助他或她提供您更好的保健。

如何與醫生預約

打電話到醫生辦公室。

從您的會員證上或*提供者名錄*中可以找到您的 *PCP* 醫生電話號碼。與 **Community Health Plan** 會員服務部門聯絡，您可以要求一份*提供者名錄*，或您可以從 http://chp.dhs.lacounty.gov 網站上自行刊印。

取消或更改醫生的預約

如果您需要取消預約，請立刻打電話讓您的醫生知道。取消您的預約，讓別人可以看到醫生。如果您錯過預約，立刻打電話給您的醫生改期。

如何看專科醫生

專科醫生是解決特殊健康問題的醫生。專科醫生是在某一醫學領域裏受過培訓、具有知識及臨床經驗的醫生。例如：心臟科醫生是經過多年特殊培訓，治療心臟問題的心臟專科醫生。

如果您的 *PCP* 醫生認爲您有*醫療必要*去看專科醫生，您的 *PCP* 醫生會爲您轉介。

如何看行爲健康專科醫生

Community Health Plan 及 PacifiCare Behavioral Health（PBH）能提供您在精神及化學藥物濫用福利方面所需要的支持。服務包括嚴重精神病（SMI）及兒童嚴重情緒障礙（SED）。

除了緊急狀況外，要得到行爲健康的服務，您必須先打電話給 PBH。只需撥 1-800-999-9585 直接與 PBH 聯絡，該電話每週 7 天，每天 24 小時開放。同時您還可以經由您的 PCP 轉診，獲得 PBH 服務。

如果您想要獲得 PBH 簽約提供者的資料、獲得專科保健轉診、或在非營業時段獲得護理，請撥每週 7 天，每天 24 小時開放的 PBH 免費電話。

事前授權與轉診

在您獲得任何*醫療保健服務*之前，必須先經過您的 *PCP* 醫生核准。這叫做*事前授權*。轉診是當您要求您的 *PCP* 醫生通常不提供的*醫療保健服務*。有些服務不需要轉診。獲得急診服務不需要事前授權。 服務項目清單請參閱「福利摘要章節」。

轉診要求有幾個不同的種類：

- 例行或普通
- 急迫

在收到您的轉診要求後，會在下列期間內審核：

- 例行 – 5 個工作日
- 急迫 – 24 到 48 小時

如果您在上述期間內未獲得任何回覆，請打電話給 **Community Health Plan**。

所有*醫療保健服務*都會根據*醫療必要性*進行審查、核准、或拒絕。如果您想要得到一份 **Community Health Plan** 用來決定服務是否屬於*醫療必要性*的政策及程序，請打電話給 **Community Health Plan**。

如何獲得第二意見

第二意見是指當您有下列情況時，需找另一位合格健康醫護專業就診：

- 您懷疑推薦手術程序的合理性和必要性。
- 您質疑對會危及您性命、喪失肢體或身體功能、或嚴重障礙的病況所作的*診斷*或計劃，包括但不限於嚴重的慢性病況。
- 臨床指標不清楚、複雜或混淆、不同檢驗結果造成診斷的可疑性、或負責治療的健康專業人士無法診斷狀況以及您要求額外的診斷。
- 在獲得診斷及治療計劃的適當期間內，治療並沒有改善病人的醫療狀況、及您對診斷或繼續治療要求第二意見。
- 如果您已經試圖遵循保健計劃或與初始提供者針對診斷及治療計劃表達深重的關切。

第二意見必須來自您的*網絡*內*適當合格的健保專業人員*。如果沒有合格健康醫護專業人士能滿足標準，您的醫生可以批准網絡外提供者的轉診您有權要求並獲得第二意見。如果您的提供者網絡內或網絡外的第二意見被核准，您必須考慮到該前往醫生處的交通問題。如果您的第二意見被核准，可能會被收取類似轉診的共付額。

您該如何做？

第一步：　與您的 *PCP* 醫生或 **Community Health Plan** 聯絡，並讓他/她知道您想要看另一位您選擇的醫生及其原因。

第二步：　您的 *PCP* 醫生或 **Community Health Plan** 會將您轉診給*適當合格的健保專業人員*。

第三步：　打電話給該合格的健保專業人員，預約第二意見。

如果您有如不立刻醫治會危及生命的狀況、或其他可能會顯著不利於您健康的狀況，會盡量在計劃收到要求的 72 小時內向您提供第二醫療意見。

您可以打電話給顧客服務部門要求一份 **Community Health Plan 的**第二意見政策聲明。

如果您不同意第二意見，您可以向 **Community Health Plan** 提出*投訴*。詳情請參閱「投訴/控訴及申訴章節」。

如何獲得固定轉診

如果您的 PCP 醫生及專科醫生判定您有需要長期接受專科診療的狀況或疾病，您會獲得「固定轉診」。

固定轉診需要經過*批准*。一旦您獲取固定轉診後，每次看專科醫生或*適當合格的健保專業人員*時都無需另外取得*批准*。獲固定轉診的專科醫生或*適當合格的健保專業人員*必須屬於您的醫療網絡或簽約的專科護理中心。想要一份*適當合格的健保專業人員名錄*，請打電話給 **Community Health Plan**。

您的專科醫生或*適當合格的健保專業人員*會為您制定一套治療計劃。治療計劃將說明您需要看醫生的頻率。一旦治療計劃獲批准，按照醫療計劃，專科醫生或*適當合格的健保專業人員*會是您的保健協調員。

如果您的醫生退出您的保健計劃，如何才能繼續看原來的醫生

如果您的醫生終止為 **Community Health Plan 工作**時，您會接獲通知。如果您的醫生停止為 **Community Health Plan** 工作，但一直在為您治療下列任何病況，您可以要求繼續看這位醫生：

- *急性狀況*
- *嚴重慢性病況*
- *末期病症*
- 懷孕，包括懷孕期間及產後坐月子
- 出生至 36 個月的嬰兒。從合約終止日開始不超過 12 個月或開始由計劃承保時算起不超過 12 個月。
- 您要進行已獲計劃批准的手術或其他醫療程式，而且這項手術或醫療程式屬記錄在案的全程治療中的一部份。這項治療已預訂要進行，在醫生或醫院停止與計劃合作當時算起的 180 天內或在投保人開始由計劃承保時算起的 180 天內。

如果您有上列任何一項情況，您就有資格繼續看您的醫生 90 天（如有必要可獲更長期間），一直到能夠進行安全轉換。

如果您懷孕，您可繼續從您的醫生處獲得服務一直到坐月子服務（生產過後六（6）個星期的保健）結束，或直到能夠進行安全轉換兩者之間的較長期間。如果您有任何問題，請打電話給 **Community Health Plan**。

終止合約提供者

Community Health Plan 需要終止合約的提供者接受之前在個人合約中所設定的條款及收費標準。如果終止合約提供者不接受這些條款及收費，**Community Health Plan** 沒有責任繼續提供服務。

非簽約提供者

Community Health Plan 也要求非簽約提供者接受本計劃制訂的條款/條件及補償費率。如果非簽約提供者不同意這些條款、條件及費率，**Community Health Plan** 沒有義務繼續提供服務。

終止合約的醫療團體

如果 **Community Health Plan** 與您被指定的醫療團體或綜合急性保健醫院終止合約，您會在 60 天前收到終止合約的書面通知。

如果**Community Health Plan**決定：

- 續約或；
- 簽訂新的合約；
- 取消終止合約

您可以選擇回去看原先的醫生或維持現有的醫生。如果您想取得一份 CHP 醫護連續性的政策或您有任何問題，請打電話與 **Community Health Plan** 的會員服務部門聯絡。

如何獲得急診護理

Community Health Plan 承保每週七天，每天 24 小時的急診護理服務。如果您相信您有危及生命，需要立刻治療的緊急狀況，請到最近的急診室。急診護理服務是醫療必要的承保服務，包括救護車服務及精神健康服務，連合理的非專業人員都認爲有必要中止或疏緩的：

- 嚴重疾病或病症，
- 受傷或劇痛，或
- 需要立即診斷及治療的情況

緊急醫療狀況是指出現嚴重急性病症（包括劇痛在內）的醫療狀況，該狀況如果不立即進行治療，可合理推斷會帶給病人或未出生胎兒嚴重的危險、嚴重的損害身體的功能、或造成身體器官或肢體的功能障礙。其中包括心理困擾及毒品濫用的症狀。

*急診服務*是二十四小時的醫療保健，其中包括醫療篩檢、檢驗、及醫師或其他適當人員在醫師督導下的評估，以決定緊急醫療狀況是否存在或是否正在分娩。如果屬實，醫師會在醫院的能力範圍內使用必要的醫護、治療、及手術，以減輕或消除緊急醫療狀況。
急診服務提供給會員出現（包括劇痛在內）嚴重急性病症的醫療狀況，連擁有中等健康與醫療知識、合理的非專業人員都可以合理的預期如果不立即進行治療，可置病人或未出生胎兒的健康於嚴重的危險、嚴重的損害身體的功能、或造成任何身體器官或肢體的功能障礙。急診服務也包括醫療對緊急醫療狀況、或進行中的分娩、以及緊急精神狀況所進行的篩檢、檢驗、評估和治療。

*急診服務*包括進行中的分娩或下列原因而進行的分娩：

- 在生產前沒有足夠時間能安全的送到另一間醫院，
- 或運送會對會員或未出生胎兒帶來健康和生命的威脅。

急診服務還包括救護車及緊急狀況的*精神健康*服務。**Community Health Plan** 承保所有的急診（包括保區外急診或*急迫需要服務*）。

急診例子包括但不限於下列：

- 呼吸困難
- 顛癇發作(抽搐)
- 大量出血
- 失去意識/昏迷 (不會醒來)
- 感到劇烈疼痛 (包括胸痛)
- 吞食毒物或用藥過量
- 斷骨
- 頭部受傷
- 眼睛受傷

當您獲得急診護理服務時，緊急避孕藥物也被承保。無論以下人士是否與 **Community Health Plan** 簽訂合約，您都可以從醫生、醫院、藥房、或其他專業人員處取得急診護理服務。

發生急診狀況時該怎麼辦？
致電 911 或到最近的急診室就診。

您應在 48 小時內打電話給您的 PCP 醫生。如果在獲得急診服務的 48 小時內無法聯絡您的 PCP 醫生，**請盡快通知。如有可能，您應儘量到最近的 Community Health Plan 簽約醫院接受急診護理服務。**

遇緊急狀況時，您可能會被送到您的 PCP 醫生工作或非工作的醫院。如果不是您的 PCP 醫生工作的醫院，當醫療安全時，**Community Health Plan** 可能會將您轉換到您的 PCP 醫生工作的醫院。

您獲得急診護理之後。
第一步：要遵從急診室醫生的指示。
急診過後的非緊急服務必須經過 **Community Health Plan** 的批准。

第二步：打電話給您的 PCP 醫生，預約覆診時間。

急迫需要服務是指一種不可預見的病症、受傷或現有狀況的併發症發作後，為防止健康狀況嚴重惡化所需的任何服務，包括懷孕在內的症狀不得延遲到回到計劃的服務區後才治療。

急迫需要服務包括必要的產科服務以預防投保人或投保人胎兒的健康嚴重的惡化，根據投保人合理的相信她有與懷孕相關的狀況，且該狀況不能延遲到投保人回到保區後再治療。

不要使用急診室
接受例行醫療保健服務

如何獲得急迫護理

急迫護理是狀況、疾病或傷害非危及生命但立即需要醫療保健時您所需要的醫護。很多 **Community Health Plan** 的醫生在晚上及週末都提供急迫護理。

依下列步驟取得急迫護理：

第一步：　打電話給您的 *PCP* 醫生。

如果您的 *PCP* 醫生不能接您的電話，可能會由另一個醫生接。每週七天，每天 24 小時都有醫生接電話。

第二步：　告訴接電話的人您是 **Community Health Plan** 的*會員*。

第三步：　要求與您的 *PCP* 醫生或值班醫生交談。告訴醫生發生何事並遵循醫生的指示。

如果您不能聯絡上您的 *PCP* 醫生，請打電話給 **Community Health Plan**。

如何獲得緊急交通服務

定義

急診服務包括對緊急醫療狀況或分娩所做的醫療篩檢、檢驗、評估和治療。急診服務也包括對緊急心理狀況的醫護。

當您有緊急醫療狀況時，可以提供您緊急交通服務。如果您不確定您是否需要緊急交通服物，您可以打電話給 PCP 醫生，並照 PCP 醫生的話去做，或您可以打 1-800-475-5000，聯絡計劃 24 小時非營業時間醫療咨詢服務。

Community Health Plan 會支付醫療緊急狀況的救護車費用。根據 **Community Health Plan** 的急診服務定義，如果您相信您的醫療狀況屬於緊急醫療狀況，您應尋求急診服務及/或打「911」服務（包括救護車交通服務）。

如何獲得非緊急交通服務

很多 **Community Health Plan** 醫生提供非緊急交通服務。這項服務包括擔架及傷殘運送車往返運送服務。如果您希望在看診時有交通服務協助，請打電話給您的醫生或 **Community Health Plan**。

如何依處方買藥

Community Health Plan 與許多鄰近地區的藥房合作。您必須到 **Community Health Plan** *網絡*所屬的*藥房*配藥 。您的歡迎入會資料袋中的 **Community Health Plan** *提供者名錄*印有*藥房*列表。

如何依處方買藥：

第一步： 選擇一家接受 **Community Health Plan** 的*藥房*。

第二步： 帶您的*處方*到藥房，並向藥房出示您的 **Community Health Plan** 會員證。

哪些藥在承保範圍內

Community Health Plan 所用的獲准藥物列表就稱爲「處方集」。您的醫生通常會開立處方集內的處方藥。處方集也會驗證名單中的某種藥是否較名單中其他的藥較優先。**處方集裏的藥會被保健計劃裏的醫生及藥劑師所組成的委員會每月集會審查。藥物被選入名單是根據它治療某一狀況的效果如何，及該藥物跟其他現有藥物比起來有多安全。**

簽約醫師爲危及生命或慢性及嚴重虛弱狀況而批准的仿單核准適應症外的使用，或 FDA 核准的優惠藥物，如果您的提供者提供文件，支持該藥物的醫療必要性、安全及療效，就會被批准。藥物列於處方集中並不保證會被您的提供者開立。然而，只有在您的醫生證明處方集內沒有替代藥，以及因下列原因該藥是醫療必須的，非處方集的藥物才會被批准：

- 缺乏處方集的替代藥
- 對處方集的替代藥沒有反應
- 對處方集的替代藥有過敏或不良反應的記載
- 特殊病人所需需要非處方集藥物

當您的醫生開立，且是*醫療必要*時，Community Health Plan 允許您獲得下列藥物或供應品：

- 列在處方集內的處方藥或供應品。
- 治療慢性狀況所用學名藥物的維持供應，可以由我們網絡的簽約藥房提供：90 天供應量。維持藥品的品牌藥物不是承保福利。
- 我們網絡的簽約藥房可以爲治療慢性狀況提供學名藥物的維持供應：90 天供應量。

- 糖尿病供應品

  1. 血糖監視器和血糖檢驗條
  2. 爲了協助視力障礙者而設計的血糖監視器
  3. 胰島素泵及所有相關用品
  4. 尿糖測試片
  5. 刺血針和刺血針裝置
  6. 施用胰島素的筆型輸送系統
  7. 預防或治療與糖尿病併發症相關的足部裝置，如特製鞋或鞋墊
  8. 胰島素針筒
  9. 視力輔助用具（不包括眼鏡）以協助視力障礙者採用正確的胰島素劑量

- 由食品及藥物管理局（FDA）批准的避孕裝置（包括口服避孕藥及女用避孕膈膜）。

非處方集的藥物

有時候，您的醫生可能需要開出不在處方集內的藥物。您的醫生或藥劑師必須打電話，請求 **Community Health Plan** *批准才*可開藥。

爲決定是否要承保這類藥物，**Community Health Plan** 可能會向 PCP 醫生及/或藥劑師 瞭解更多資訊。**Community Health Plan** 在獲得這些資訊後 24 小時內，即會告訴您的 PCP 醫生或藥劑師。

您的醫生或藥師會告訴您該藥物是否被批准。在這類藥獲得批准，您就可到您*網絡*裏的*藥房*取藥。如果藥物未獲准，您有權就該決定提出申訴。詳情請參閱「投訴/控訴及申訴章節」。

付款責任

預付費用

您的雇住負責爲您的承保支付 **Community Health Plan** 每月定期收費（**預付費用**）。您的月保費也就是您的預付費用會從縣政府付給您的薪水中扣除。如果您的預付費用　加以支付政府機構對計劃課徵的稅款及執照費，您的雇主至少會在 30 天前通知您。如果預付費用有任何　加，您的雇主會通知您。同時您也需支付本手冊所列的共付額。任何年度您的最高共付額是 $ 1,000。

月保費收費表列於下：

投保人	月保費總額
員工部份	**$1.00**

投保人責任

1. 根據與提供者的法規及合約，在 **Community Health Plan** 未支付任何與計劃簽約提供者費用時，您不需負擔任何計劃轉診的服務。

2. 您需負責您的月保費及該付的共付額。

3. 爲您提供承保服務的共付額，應在獲得服務的當時或在您收到 **Community Health Plan** 通知的 30 天內繳付。

4. **Community Health Plan** 只會補償非計劃提供者提供經批准的服務及緊急護理。如果在非緊急狀況下，從與您的全科醫生無關連的提供者處取得未經批准的醫療保健服務，您將自行負擔整個帳單。

5. 簽約提供者接受按人頭收費的方式，按照提供者與 **CHP** 的合約，也就形同全額支付醫療保健服務。

6. **CHP** 不會將其留置權批准給簽約提供者。

健保計劃福利

在您獲得服務之前，您的 *PCP* 醫生必須安排及*批准*您所有的醫護。所有*醫療保健服務*都會根據*醫療必要性*進行審查、核准、或拒絕。

有些服務不需經過您的 *PCP* 醫生安排及*批准*。這些服務包括：

- 隱密的 HIV 檢驗
- 急診服務
- *家庭計劃服務*
- *會員*獲得某些婦產科（OB/GYN）服務（包括懷孕相關的服務）。只需打電話給與您 *PCP* 相同*網絡*的婦產科醫生預約。詳情請參閱「婦產科章節」。
- 美國印第安人*會員*從印第安健康中心或美國印第安人健康診所獲得醫療保健。
- 性交傳染病 (STD) 服務
- 婦幼糧食補助計劃 (WIC)

服務
下列服務受限於會員手冊中敘述的所有條款、細則、限制及非承保服務。這並不是完整的列表。

濫用酒精/毒品：
承保危機服務。請打電話給 **Community Health Plan** 索取更多資料或要求轉介。

癌症*臨床試驗*
如果您患有癌症，當您被您的 **Community Health Plan** PCP 醫生或治療提供者轉介，如果滿足某些條件時，您可以成爲癌症*臨床試驗*的一份子。癌症*臨床試驗*必須具備有療效的理由，並被下列一個機構核准：

1. 國家健康學院（NIH）
2. 食品及藥物管理局（FDA）
3. 美國國防部
4. 美國退伍軍人管理局

如果您是被核准癌症*臨床試驗*的成員，大多數普遍服務都被承保。

子宮頸癌篩檢
如果您獲得您的全科醫生（PCP）或治療提供者的轉介，除了子宮頸抹片檢查之外，您還可以獲得其他任何被食品及藥物管理局（FDA）核准的子宮頸癌篩檢。

人乳頭狀瘤病毒 (HPV) 篩檢及疫苗
爲子宮頸癌所做的人乳頭狀瘤病毒 (HPV) 篩檢，已獲得食品及藥物管裡局（FDA）核准。所有 **Community Health Plan** 女性會員都可做這項篩檢。此外，根據免疫醫學諮詢委員會的建議，年齡在 9 歲與 26 歲之間的 **Community Health Plan** 女性會員合格接受 HPV 疫苗注射。HPV 疫苗能幫助預防子宮頸癌，及 HPV 在女性體內引起的疾病。欲知本項服務更多資料，請問您的 **Community Health Plan** 全科醫生。

隱密的 HIV 檢驗
您無需從您的全科醫生處取得隱密的 HIV 檢驗的*事前授權*。備有敏感的服務列表。請打電話向 **Community Health Plan** 索取一份列表。您可以從下列各處取得隱密的 HIV 檢驗：

- 洛杉磯縣衛生服務部
- *家庭計劃服務提供者*
- *PCP 醫生*
- 產前護理診所

糖尿病服務
若具有*醫療必要性*，則下述關於糖尿病的服務在承保範圍之內：

- 血糖監視器和血糖檢驗條
- *爲了協助視力障礙者而設計的血糖監視器*
- 胰島素泵及所有相關用品
- 尿糖測試片
- 刺血針和刺血針裝置
- 施用胰島素的筆型輸送系統
- 預防或治療與糖尿病併發症相關的足部裝置
- 胰島素針筒
- 視力輔助用具（不包括眼鏡）以協助視力障礙者採用正確的胰島素劑量
- 胰島素
- 治療糖尿病的處方藥
- 昇糖素
- 自我管理訓練和健康教育
- 自我管理家庭教育

醫生門診
所有定期門診、檢查、治療、打針都由您的 *PCP* 醫生提供。

藥品/藥物
Community Health Plan 處方集內的*處方藥*都在承保範圍內。欲知詳情，請參閱「我如何獲得處方藥」章節。

耐用醫療器材 (DME)
DME 是指可供生病或受傷者重複使用的醫療器材。例子包括：

- 呼吸監視器
- 血糖監視器
- 胰島素泵及所有相關用品
- 噴霧式機器
- *矯形器具*
- 人造口收集袋
- 氧氣和氧氣設備
- *義肢*
- 肺輔助用具 (Pulmo-Aides) 及相關用品
- 定量呼吸器的分隔器
- 輸管和相關用品
- 導尿管及相關用品
- 預防或治療與糖尿病併發症相關的足部裝置，如特製鞋或鞋墊
- 視力輔助用具（不包括眼鏡）以協助視力障礙者採用正確的胰島素劑量

當您的 *PCP* 醫生開單，就提供這些*醫療必要*的 DME。

急診服務
緊急服務是當您有如不立刻治療，會威脅到您的生命或嚴重損害您健康的狀況、疾病、或傷害時，您所需的醫護。其中包括緊急交通服務（救護車）。

緊急服務在任何時間、任何地方都提供。

家庭計劃
您可以從任何有執照可提供這類服務的*提供者*處獲得*家庭計劃服務*和食品及藥物管理局 (FDA) 所批准的避孕用具。這些家庭計劃*提供者*包括但不限於：

- 診所
- 護士/助產士
- 婦產科服務
- *PCP 醫生*
- 家庭計劃 (Planned Parenthood) 診所

*家庭計劃服務*還包括人工流產（墮胎）輔導和手術。您可能需要這些服務的*批准*。請打電話給 **Community Health Plan**。

您有權使用不屬於 **Community Health Plan** 網絡的醫生或診所來提供*家庭計劃服務*。您不需要您的 PCP 醫生*批准*。備有*家庭計劃診所*列表。請打電話向 **Community Health Plan** 索取一份列表。

有些*醫院*及其他*提供者*可能不會提供下列一或多種屬於您的計劃合約承保範圍且您需要的服務：

- *家庭計劃服務*
- 避孕服務，包括緊急避孕；
- 結紮，包括分娩期間作的輸卵管結紮；或
- 墮胎

如果您需要更多資料，請打電話給您的醫生、*醫療團體*、獨立醫師協會（IPA）、或診所。您也可以打電話給 Community Health Plan，確保您能獲得您所需的*醫療健保服務*。

衛生服務部 (DHCS) 的家庭計劃辦事處也可以回答問題或爲您提供*家庭計劃服務*轉介。您可致電 1-800-942-1054 與他們聯絡。

健康教育

健康教育服務：

- 推廣健康生活
- 預防疾病
- 幫助您控制*慢性*疾病（例如氣喘、糖尿病、及心臟病）

通過下列方式您可以瞭解健康教育服務：

- 修課
- 諮詢
- 支援團體

可上糖尿病自我管理教育課程。請參閱「福利摘要章節」中的糖尿病服務。

向您的 *PCP* 醫生詢問健康教育的資料及課程。您也可以打電話給 **Community Health Plan**。

居家健康

當您的 *PCP* 醫生開單，會提供您*醫療必須的*居家健康服務。

安寧療護

由您的 *PCP* 醫生開單，就提供這些醫療必要的*安寧療護*。 由您的 *PCP* 醫生開立處方單的*安寧療護*包括：看護、醫療社會服務、居家健康協助服務、醫師服務、藥物、醫療供應品

及器材、諮詢與喪親服務。福利還包括物理治療、*職能治療*、及口語治療，及治療疼痛和症狀管理的短期住院醫護。福利還可能包括居家助理服務、志工服務、及短期住院舒解照顧。

限制：*安寧療護*福利是專爲預計存活一（1）年或以下，並且選擇使用安寧服務替代計劃承保的一般治療的末期患病提供的護理服務。您一旦改變想法，您隨時可以改選醫院醫護。選擇安寧療護的人士有權獲得末期疾病之外本計劃所有的治療福利。

醫院護理
提供的*醫療必要的醫院護*理包括但不限於：

- *住院*服務
- 重病特別護理
- *門診*服務

口譯員服務
口譯員是指將一種語言口頭翻譯成另一種語言的人。如此可讓不同語言的人能夠互相交談並互相瞭解。

每週 7 天，每天 24 小時都提供您的語言服務。請打電話給 **Community Health Plan** 或您的 *PCP* 醫生。

檢驗服務
如果您的醫生開單，會在*網絡內或網絡外診所爲了急診服務*、及/或*服務區外急迫服務*提供這些服務（如驗血、驗尿、及喉嚨細菌培養）：

- 醫生診所
- *醫院*
- 化驗室

乳房切除術
乳房切除術是由於癌症而切除乳房的手術。乳房切除術後，**Community Health Plan** 承保*義乳*及重建整形外科手術。請參閱「福利摘要章節」中的重建整形外科手術。

視*醫療必要*，您和醫生可決定手術後需要*住院*的時間長短。

產科護理
產科護理包括：

- 懷孕期間的定期醫生就診 （「產前」）
- *診斷*和基因檢驗
- 營養諮詢

- 分娩和生產護理
- 分娩後 6 週的醫療保健 （「產後」）

如果您認爲您已懷孕，請打電話給您的醫生。務必立刻及在懷孕期間獲得醫護。

您可以從您的醫療*網絡*內的醫生中選擇一位產科醫生。詳情請詢問您的 *PCP*。您也可以打電話給 **Community Health Plan**。自然生產後，您有權留在*醫院*至少 48 個小時。剖腹生產後，您有權留在*醫院*至少 96 個小時。

生產後，如有需要，您將接受餵哺母乳教育，並收到特定用具。如果您有任何問題，請問您的醫生、或與 **Community Health Plan** 聯絡。

請查閱「婦幼糧食補助計劃 (WIC) 章節」中的營養及食物券資料。

精神健康服務

*精神健康福利*的提供與其他疾病相同。福利包括：

- 門診服務
- 醫院住院服務
- 半住院服務及處方藥

屬於承保範圍的門診及住院精神健康服務如下：

- 兒童嚴重情緒障礙（SED）的門診和住院福利沒有限制。
- 各年齡層的嚴重精神疾病（SMI）的門診和住院福利沒有限制。
- 門診精神健康服務（非 SED/SMI）看診限每年 20 次。
- 在計劃醫院獲授證的管制區內接受急性階段精神健康狀況治療，住院精神健康服務（非 SED/SMI）限每福利年度 30 天。

SMI 包括：

- 精神分裂症
- 情感性精神分裂症
- 雙極性病症（躁鬱症）
- 重度憂鬱症
- 恐慌症
- 強迫症
- 廣泛性發展障礙應包括：
    - 與精神失調的診斷及統計手冊一致的自閉症、**Rett** 氏疾患、兒童期崩解症 、**Asperger** 氏疾患、非特定性的廣泛性發展障礙（包括非典型自閉症）
- 厭食症
- 暴食症

SED 被最新版精神失調的診斷及統計手冊證實，是 18 歲以下兒童的一種精神狀況。不同於會造成兒童異於正常發展的不當行爲之主要物質濫用或發展障礙，並符合福利與機構法典第 5600.3 條（a）節第 2 段所列的標準。

軍人殘障
我們會與軍方協調殘障方面的服務，讓會員能合理的使用其設施。

新生嬰兒護理
在出生 31 天之後，您的新生兒不再屬於 **Community Health Plan** 的承保範圍內。請致電 DPSS 免費電話 1-877-481-1044，將您的嬰兒*投保*到 *Medi-Cal 及/或 Healthy Families Program*。

Community Health Plan 您的*網絡*的醫生會在嬰兒出生的頭兩個星期內看您的嬰兒。

某些可治療遺傳疾病的新生兒篩檢在承保範圍內。這些遺傳疾病包括：
- 苯酮尿症 （PKU）
- 半乳糖血症
- 甲狀腺官能不足病
- 鐮狀血液細胞病
- 相關血液疾病

護士/助產士及執業護士
您可以從您的 *PCP 網絡*中的護士/助產士及持有合格證書的執業護士處取得服務。您不需要經過*事前授權*。欲知詳情，請問您的 *PCP*，或打電話給 **Community Health Plan**。

婦產科 (Ob/Gyn)
去看您*網絡*中的在 OB/GYN 醫生，您不需要從您的 PCP 醫生處或從 **Community Health Plan** 取得*事前授權*。如果您有任何問題，請與 **Community Health Plan** 聯絡。

個人健康諮詢(Personal Health Advisor®)護士建議專線
什麼是個人健康諮詢護士建議專線？
這是以電話爲基礎，提供給所有 **Community Health Plan** 會員的服務。當您有任何健康問題時，您可以隨時打電話給他們。關懷您的註冊護士親自回答您的問題及協助您對保健醫護訂立良策。

使用個人健康諮詢護士建議專線的好處？
- 獲得免費專業協助
- 電話每週 7 天，每天 24 小時開放
- 您無須付任何費用
- 省掉大量的時間及往返交通

在去急診室或醫生診所前，您需要事先打電話嗎？

不要。在取得醫護時，您不需要先打電話。

當您打這個電話時，護士會先問您幾個問題。這些問題有助於做出您是否需要立刻看醫生的決定。或，他們可以告訴您如何讓您在家感覺好些。如果您覺得您不需要立刻獲得醫護，您可以省下共付額，以及任何其他費用。護士會確定您及您的家人得到您需要的最佳醫護。

護士建議專線其他的特色：

- 健康語音圖書館
  管內藏有超過 1,100 個預先錄好的健康訊息。您可以打電話索取健康題材的資料及對您健康有益的竅門。
- 完善的決策支持
  此項特色會提供會員深度的諮詢及決策支持。如此，會員可以做出良好的醫護決策。
- 導向服務
  如有需要，此項服務在建議專線電話結束前會為會員轉介。可以轉介到其他計劃，如疾病管理及行為健康。

個人健康諮詢護士建議專線：
1-800-475-5550
TTD 1-800-353-7988

產前護理

請參閱「福利摘要章節」中的產前護理。

重建整形外科手術

重建手術指修復身體不正常的部份、改善身體功能或恢復正常外觀。當*醫療必要*時，重建手術在承保範圍內。當治療您的 *PCP 醫生*或外科醫師要求並經 **Community Health Plan** *批准*，會提供您*重建整形外科手術*。

性交傳染病 (STD) 服務

STD 服務包括：

- 預防護理
- 篩檢
- 化驗
- *診斷*
- 諮詢
- 治療
- 覆診

您可以接受任何醫生或診所提供的 STD 服務。您不需要您的 *PCP* 醫生*事前授權*。

專業看護設施
當您的 *PCP* 醫生開單，就提供這些*專業看護設施*的*醫療必要*醫護。

治療 – 物理、職能和口語治療
當治療您的醫生開單並經 **Community Health Plan** *批准*，就提供這些*醫療必要的職能*、*物理和口語治療*。

欲知承保視力醫護詳情，請打電話給 **Community Health Plan**。

X 光服務
如果您的醫生開單，會在*網絡內或網絡外設施爲了緊急服務*、*及/或服務區外急迫服務*提供這些服務：

- 醫生診所
- *醫院*
- 化驗室

承保福利摘要

福利與收費變更

Community Health Plan 保留變更本計劃福利及收費的權利。任何福利和收費的變更，雇主或您在會在三十一（31）天前收到書面通知。

福利	投保人的共付額	限制
門診服務		
醫生門診包括： 注射藥品 過敏測試	$5.00/門診共付額	
預防式健康服務 定期體檢 癌症篩檢 疫苗注射 視力/聽力篩檢 健康教育 健康兒童醫護	 $5.00/門診共付額 沒有共付額 沒有共付額 沒有共付額 沒有共付額 沒有共付額	限終身 31 天
產前及產後醫護	沒有共付額	
家庭計劃： 諮詢 自動終止懷孕 輸卵管結紮 輸精管結紮	 沒有共付額 沒有共付額 沒有共付額 沒有共付額	
專科醫護諮詢/門診	$2.00/門診共付額	需計劃醫師轉診
診斷性化驗室、放射線、ECG、EEG	沒有共付額	需計劃醫師轉診
治療性放射線、化療、洗腎	沒有共付額	需計劃醫師轉診
門診手術	沒有共付額	需計劃醫師轉診
麻醉	沒有共付額	需計劃醫師轉診
血液、血液產品、及注射	沒有共付額	需計劃醫師轉診
急迫護理門診	$5.00/門診共付額	
急診部門診： 24 小時急診服務及醫護，包括對緊急醫療狀況、或進行中的分娩、以及精神緊急狀況的醫療進行篩檢、檢驗、評估和治療。	$35.00/門診共付額（如住進醫院則減免）	
物理、職能及口語治療	$5.00/門診共付額	具醫療必要性時提供

福利	投保人的共付額	限制
住院服務		
• **醫療必要服務的病房及伙食** • **短期醫院、專業看護設施或精神病院的醫生服務** • **一般及特殊護理服務** • **手術房及恢復室、其他特殊醫護病房、醫療必要的醫藥供應品**	在計劃網絡內或記載完整的緊急狀況下全部沒有共付額。	
• **藥物** • **麻醉** • **血液、血液產品、及注射** • **產科醫護及分娩（包括剖腹生產）** • **當母親還在住院及出生的頭 31 天，新生兒的護理** • **診斷性化驗室及放射線服務**		
• **呼吸治療** • **物理、職能及口語治療** • **爲醫療必要的戒毒而住院醫療酒精/毒品濫用** • **洗腎** • **協調出院計劃**		
其他服務		
• **濫用酒精/毒品：** **住院：** 只承保醫療必要的戒毒	沒有共付額	
門診：對經短期治療能顯著改善的病狀之評估、危機干預及治療。	$5.00/門診共付額	每福利年度限 20 天。

福利	投保人的共付額	限制
• **救護車** 空中/陸地，如果會員合理的相信有緊急狀況需要救護車運送服務。	沒有共付額	
• **牙科醫護** 只有當計劃醫生認爲具醫療必須性。	沒有共付額	不承保例行牙科服務（例如：洗牙。美容性）。
• **洗腎** 只爲急性腎臟衰竭及末期腎臟疾病。	沒有共付額	
• **耐用醫療器材** 適合在家使用的醫療器材，例如：氧氣設備	沒有共付額	
• **居家醫療保健** 醫療適當的專業醫護	沒有共付額	不包括私人看護。
• **安寧療護**	沒有共付額	具醫療必要性時提供。
• **精神健康住院：**	沒有共付額	在簽約醫院獲授證的管制區內接受急性階段精神健康狀況的治療，每福利年度限於 30 天。 兒童嚴重情緒障礙（SED）及各年齡層的嚴重精神疾病（SMI）的福利沒有限制。
門診： 主要精神健康門診篩檢、評估及治療。	$5.00/門診共付額	每福利年度限 20 次看診。. 兒童的 SED 及各年齡層會員的 SMI 沒有限制。
門診： 專科精神健康門診	$2.00/門診共付額	
• **鐵鞋與義肢**	沒有共付額	

福利	投保人的共付額	限制
• **處方藥** 計劃醫師開立處方集內醫療必須的處方藥治療短期或急性病症，最多 30 天供應量。藥物應由我們網絡內簽約藥房提供。	每份藥$5.00 共付額。	藥房計劃承保學名藥或品牌藥最多 30 天的供應量。如果醫生指明「照單給藥」或「不得替代」，會配給您品牌藥。 未被藥房計劃承保的藥物必須先取得批准，才能被福利承保。
• **維持性藥物** 由我們網絡內簽約藥房爲慢性狀況提供治療：90 天供應量	每份藥$5.00 共付額	僅限學名藥。 經藥房計劃批准非處方集的學名藥可以被福利承保。 品牌藥非承保福利。
• **復健服務（物理、職能及口語治療）** **住院：** **門診：**	 沒有共付額 $5.00/門診共付額	有醫療必要時
• **專業護理醫護**	沒有共付額	有醫療必要時，每年度在持照專業護理中心的頭 100 天免費。
• **移植** 醫療必要的器官和骨髓移植；捐贈者或可能捐贈者的醫療和醫院費用；檢驗費用及取得捐贈者器官相關的收費。	沒有共付額	
• **個人健康諮詢護士建議專線** 關懷您的註冊護士親自回答您的問題及協助您對保健醫護訂立良策。 護士建議專線包括：健康語音圖書館、知情決定支援、及導向服務。	沒有共付額	沒有

非承保服務摘要

- 針灸
- 生物回饋
- 脊骨治療服務
- 人工受孕
- 不需要開立處方（除非計劃醫師認爲有醫療必要性）的避孕藥/器材
- 個人舒適用品 (例如電話、電視等）
- 整容手術 (爲改善外觀而改變或重塑身體原有結構所實施的手術)
- 私人看護
- 例行牙科服務
- 實驗或研究性質的服務/供應品（詳情請參閱外部獨立審查章節）
- 助聽器/服務
- 住所/車輛改進
- 移植（除非具醫療必要性）
- 治療不孕症（除非治療被計劃醫師認爲生殖系統的醫療狀況具醫療必要性）；例如體外受精、精卵輸卵管植入、或其他形式的誘發性懷孕、代理孕母手術或服務所衍生或相關的人工代理孕母都是非承保服務
- 長期醫護
- 過重（除非計劃醫師認爲有醫療必要性的治療）
- 骨科用裝置/其他供應品：除非在矯正鞋墊或義肢名義下提供
- 非處方藥、供應品、器材
- 陰莖植入裝置
- 工作、旅遊等所需的體檢及免疫注射（除非該檢查屬於預防性健康服務中排定的例行體檢）
- 足科服務（糖尿病足科服務除外）
- 私人護士
- 性別轉換手術
- 除醫療必要外的非生理因素性功能障礙
- 交通服務（救護車提供的接送除外）
- 輸精管結紮及輸卵管結紮後重接
- 視力醫護（不承保：眼鏡、隱形眼鏡、例行眼睛檢查，但是預防性醫護所包括的例行檢查除外）
- 勞工賠償福利或其他責任

如果您對哪些項目被承保有問題，請聯絡 **Community Health Plan**。

特別服務

兒童特別服務

加州兒童福利局 (California Children's Services, CCS)
CCS 專為 21 歲以下的*殘障*人士服務。如果您的子女患*慢性疾病*，他/她可能*符合資格*接受 CCS 服務。向您孩子的醫生詢問 CCS。

兒童健康和殘障預防計劃 (Child Health and Disability Prevention, CHDP)
您的子女可以經由就讀的當地學校接受預防性服務。如果您有任何疑問，請致電 CHDP，電話：**1-800-993-2437**。

美國印第安人的特別服務

美國印第安*會員*有權獲得印第安健康中心和美國印第安人健康診所的*醫療保健服務*。美國印第安人獲得印第安健康中心或美國印第安人健康診所的*醫療保健服務*時，您不必*退出* **Community Health Plan** 的保健計劃。詳情請致電印第安健康服務處，電話為 1-916-930-3927。您可以瀏覽印第安健康服務處網站 www.ihs.gov 瞭解詳情。

婦幼糧食補助計劃 (WIC)

婦幼糧食補助計劃 (WIC) 為孕婦、剛生產的母親提供營養資訊和糧食券。請向您的醫生或產科護士查問有關 WIC 的資訊。您可以直接致電 WIC，電話為 1-888-942-2229 或 1-888-WIC-baby。

聯邦合格健康中心（FQHCs）

FQHC 是接受聯邦政府金錢補助的健康中心。身為 **Community Health Plan** 的*會員*，您有權從與 **Community Health Plan** 簽約的 FQHC 取得*醫療保健服務*。打電話給 **Community Health Plan**，詢問與 **Community Health Plan** 簽約的 FQHC 名稱及地址。

投訴/控訴及申訴

投訴/申訴

Community Health Plan 有意解決任何與您所獲服務有關的問題。

我們鼓勵您先與您的醫生討論，試圖與您的 PCP 合作解決您的投訴。如果不滿意，您隨時可以寫信、蒞臨、或打電話給 **Community Health Plan**。您還可以透過 **Community Health Plan** 的網站，http://chp.dhs.lacounty.gov，線上提出投訴。

Community Health Plan
Member Services
1000 S. Fremont Avenue
Building A-9, East Second Floor Unit 4
Alhambra, CA 91803-8859
免費電話： 1-800-475-5550

非急迫投訴

在收到您的申訴後五個日曆天之內，您就會收到 **Community Health Plan** 的信件，表明我們收到了投訴。**Community Health Plan** 收到投訴後，會在三十（30）天內解決您的投訴。

急迫投訴

急迫投訴是當您不滿意您獲得的醫療保健服務，並覺得任何決定的延遲會造成「危及生命」或使身體「逐漸衰微」的狀況。**Community Health Plan** 收到投訴後，會在三（3）天內解決您的急迫投訴。**Community Health Plan** 在收到您投訴的 24 小時內，會寄給您確認信件。

急迫投訴的程序

- **Community Health Plan** 會立刻通知您，對您的投訴您有權與管理式醫療保健部（DMHC）聯絡。
- 當您、或您的授權代表、或治療醫師提供一份通知給我們，**Community Health Plan** 會加速審核您的投訴。可用文件及/或打電話給顧客服務部來提供通知。
- **Community Health Plan** 收到投訴後，會在三（3）天內解決您的急迫投訴。
- 當決定回覆期限時，會考慮您的醫療狀況。
- **Community Health Plan** 在收到您*投訴*的 24 小時內，會寄給您確認信件。
- 在向管理式醫療保健部門申請審核您的急迫投訴前，您不需要參與 **Community Health Plan** 的投訴程序。

如果您不滿意投訴的結果，您可以向管理式醫療保健部門（DMHC）對結果提出申訴。

向管理式醫療保健部門的提出申訴

加州管理式醫療保健部門負責管理健康護理服務計劃。

如果您對您的健保計劃有任何投訴，首先請致電您的健保計劃，電話爲（**1-800-475-5550**），並在與該部門聯繫之前，先採用您健保計劃的申訴程序。

使用此投訴程序不會對任何法律權利，或可獲得的補償造成任何妨礙。

若您的投訴牽涉到緊急狀況、您的健保計劃未能在 30 天圓滿解決您的投訴、或投訴超過 30 天仍未解決時，您可以致電保健部門尋求協助。

您也許亦符合獨立醫療審查（IMR）的條件。若您符合 IMR 的資格，IMR 程序將以公正無私的態度重審健保計劃對於建議服務或療程的醫療必要性之決定、或將實驗或調查性質的醫療措施的承保決定，以及就有關急診或緊急醫療服務的款項支付糾紛等。請注意在您要求對建議治療因屬於實驗或研究性而被拒絕的決定一事進行獨立醫療審查之前，您沒有必要向 **Community Health Plan** 提出投訴。該部門設有免費電話號碼（**1-888-HMO-2219**）以及聽力及語言殘障人士專線（**1-877-688-9891**）。該部門的網站 http://www.hmohelp.ca.gov 中亦有線上投訴表格、IMR 申請表及說明。

獨立醫療審查

獨立醫療審查（IMR）
如果您相信醫療保健服務不應該被 **Community Health Plan** 拒絕、變更或延遲，獨立醫療審查（IMR）是另一個申訴程序。您可以在被拒絕日期後的六（6）個月內提出 IMR 申請。在申請 IMR 之前，您必須先完成 **Community Health Plan** 的投訴程序。急迫狀況下，您可以向 DMHC 申請快速 IMR 程序。

IMR 是免費的服務。您有權提供相關資訊做爲要求 IMR 的佐證。遞交 IMR 申請表後，如果您決定不參與 IMR 程序，您可能會喪失對 Community Health Plan 採取法律行動的某些法律權利。

IMR 是向管理式醫療保健部門（DMHC）提出的。從您被拒絕的信中，您可以獲得如何提出 IMR 的資料。您可以撥 **1-888-HMO-2219 或 1-888-466-2219 與** DMHC 聯絡。

何時提出進行獨立醫療審查 (IMR)
如果您符合下列條件，就可以申請 IMR：

1.
   a) 您的醫生認爲您因爲有*醫療必要性*而需接受醫療保健服務，但該服務卻遭拒絕；或
   b) 您接受已確認爲必要的*急迫*護理或*急*診服務，而該服務遭拒絕；或
   c) 您找*網絡內*醫生或 PCP 醫生爲您尋求獨立審查的健康狀況進行*診斷*或治療（即使醫療保健服務沒有被網絡內*提供者*推薦）。

2. 這項*爭議性的醫療保健服務*已經被 **Community Health Plan** 拒絕、改變、或延遲。保健是完全或部份基於醫療保健服務並不符合*醫療必要*而決定。

3. 您向 **Community Health Plan** 提出*投訴*，但 30 天後，醫療保健服務仍然遭到拒絕、變更或延遲或是*申訴*仍未解決。

如果*符合*進行 IMR 的*資格*，我們會將爭議交給 DMHC 的醫療專家。醫療專家將作出獨立裁決，決定被建議的治療是否會比任何可用的標準療法更具效益。DMHC 會將 IMR 裁決的副本寄給您。如果確定該服務有其*醫療必要*性，**Community Health Plan** 會爲您提供該項醫療保健服務。

如果您的投訴需要快速審查，您涉及 **Community Health Plan** 的投訴程序不會超過三天。

當您的資料正由獨立醫療審查組織審查中（核准審核要求的 24 小時內），如您的健康受到立即和嚴重的威脅時，DMHC 可能會免除您遵守 **Community Health Plan** 投訴程序的要求。

非急迫個案
IMR 必須在 30 天內作出裁決。30 天的期限是從 DMHC 收到您的申請表和全部文檔時開始算起。

急迫個案
如果您的*投訴*是*急迫*的並需要快速審查，您可以立即請 DMHC 處理。您在 **Community Health Plan** *投訴*程序裏不會超過三（3）天。

如果爲急迫個案，DMHC 必須在收到您的資料後三（3）個日曆天內作出 IMR 決定。急迫個案的例子包括但不限於：

- 嚴重的疼痛
- 有喪失生命、肢體或主要身體機能的可能
- 健康狀況迅速、嚴重惡化

如果醫療服務、治療、藥物、或器材因屬於*實驗或研究性質*而遭到否決，您會被通知：
- 在做出否決承保決定的 5 個工作日內收到書面決定，和
- 您有權提出實驗或研究性質治療的獨立醫療審查 (IMR-EIT)。

實驗與研究性質治療的獨立醫療審查 (IMRs for Experimental and Investigational Therapies, IMR-EIT)

在透過管理式醫療保健部門(DMHC)要求進行 IMR-EIT 之前,您沒有必要向 **Community Health Plan** 提出投訴。當醫療服務、藥物或設備因屬*實驗或研究性質*而被拒絕時，您可透過 DMHC 要求進行 IMR-EIT。您可以在被拒絕日期後的六個月內提出 IMR-EIT 申請。您可以向 IMR-EIT 小組提供資料。IMR-EIT 小組會在接獲您的要求後的 30 天內作出書面決定。如果您的全科醫生認爲其建議的治療措施的效果會因拖延時間而降低，該小組將進行快速審查，並在接獲要求後的七（7）天內做出判決。如果爲急迫個案，IMR-EIT 小組會在收到您的資料後的三（3）個工作日內做出決定。

IMR-EIT 是向管理式醫療保健部門（DMHC）提出的。從您被拒絕的信中，您可以獲得如何提出 IMR-EIT 的資料。您可以撥免費電話 **1-888-HMO-2219** 或 **1-888-466-2219** 與 DMHC 聯絡。

何時提出 IMR-EIT

如果您符合下列所有條件，就可以申請 *IMR-EIT*：

1. 所患疾病非常嚴重（會*危及生命*或使身體嚴重地*逐漸衰微*）
2. 您的醫生必須證明：
   - 標準的治療方法無效，或
   - 標準的治療方法在醫療上不適合您的病情，或
   - 所提議的治療將是療效最好的措施。
3. 您的醫生書面證實：

   - 某種藥物、器材、程序或其他療法很可能比標準的治療方法更有效
   - 以兩份醫療及科學文獻爲根據，所建議的治療很可能比標準的治療方法更有效。
4. 由您的醫生所建議或要求的藥物、器材、程序或其他治療遭到否決。
5. 藥物、器材、程序或其他治療原應屬於承保的福利，但是 CHP 已決定其爲實驗或研究性質。

如果*符合*進行 IMR-EIT 的*資格*，我們會將爭議交給 DMHC 的醫療專家。醫療專家將作出獨立裁決，決定被要求的治療是否會比任何標準的治療方法更具效益。DMHC 會將 IMR-EIT 裁決的副本寄給您。如果確定該服務有其*醫療必要性*，**Community Health Plan** 會爲您提供該項醫療保健服務。

如需瞭解詳情、獲得 IMR-EIT 程序的協助、或索取申請表，請致電 **Community Health Plan**。

仲裁

1. 投保 **Community Health Plan** 時，所有會員同意將會員（或任何爲會員送交爭議或理賠的人）與 **Community Health Plan**、CHP 的醫療提供者及/或 PASC – SEIU 家庭護

理從業人員健保計劃之間任何及所有的爭議及理賠（包括誤醫理賠）送交給中立仲裁，而不交與法庭或陪審團聽證。這意味 Community Health Plan 及會員都放棄陪審團及法庭審判的權利。

2. 除非會員無法負擔他或她應分攤的中立仲裁人的費用，仲裁的費用將由會員及涉及會員理賠或爭議的各單位（Community Health Pla、CHP 的醫療提供者及/或 PASC – SEIU 家庭護理從業人員健保計劃）平均分擔。

3. 任何仲裁的處理都遵循美國仲裁協會的商業法則。請您以書面方式向 Community Health Plan 會員服務部門索取一份現行的規則及仲裁所需表格及資料的詳細資料，其地址是：1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4, Alhambra, CA 91803-8859，或打電話 1（800）475-5550,，與 **Community Health Plan** 會員服務部門聯絡。

福利終止

終止原因

如有下列狀況發生，您（又稱投保人）可能會被 PASC-SEIU 從家庭護理從業人員健保計劃*退保*並終止福利：

- 您連續兩個月未獲 PASC-SEIU 批准每月工作 80 或更多小時。
- 在接獲通知後您未付共付額、或未付給計劃任何其他收費。
- PASC-SEIU 未替您繳交月保費給 **Community Health Plan**。
- 您的行爲太容易起摩擦或太具破壞性，以致於對員工、提供者、會員及/或病人的安全造成威脅。
- 您一再重複的行爲顯著的妨礙計劃爲您或其他會員提供或安排服務，或提供者爲其他病人提供服務的能力。
- 您在使用計劃或計劃提供者服務或機構時採用欺詐或詐騙的手段，或知情狀況下允許他人運用欺詐或詐騙的手段。
- 您不再受雇於您的雇主（在離參與提供者所在地法定距離內工作或居住的投保人或會員，會繼續符合醫療保健福利）。

PASC-SEIU 的承保終止前的 15 天內，您會收到退保生效日期的書面通知。福利會在生效日當天零時終止。

如果您因未付保費被*退保*，或因持續醫療狀況住院或獲得治療期間定期被收費時，您的全科醫生會幫助您獲得替代承保以確保醫護的持續。

如果您相信您的會員資格被終止或沒被續新，是因爲您的健康狀況或需要的醫護保健服務，您可以要求管理式醫療保健部門的專員對這項取消進行審查。

重新恢復條文

如果因積欠保費而被終止承保，而計劃在下次付款到期做之前收到欠繳保費時，會恢復您的承保，就如同從未被終止過。

如果您連續兩個月每月獲批准工作時數達 80 小時，滿足 PASC-SEIU 家庭護理從業人員健保計劃的資格要求，您會獲得通知並有機會重新申請付費的醫護保健福利。

如果承保被終止，只有 PASC-SEIU 才可以因本段所列原因，重新恢復承保。欲知重新恢復詳情，請撥 1-877-325-4644 與 PASC-SEIU 聯絡。

計劃合約取消

當縣府終止與 **Community Health Plan** 間的計劃合約時，計劃提供給會員的所有福利將在計劃合約終止生效日當天零時起終止，除非在合約終止時正住院的會員外，計劃對其他會員的醫護不再負有任何義務或責任。

當縣府終止與 **Community Health Plan** 間的計劃合約時，任何在合約終止生效日當天正住院的會員，將自行負擔計劃在終止日之後提供所有服務的財務責任。終止生效日時醫院提供住院病人的產科服務，本計劃繼續負責住院的產科醫護直到出院爲止。其他所有與住院無關的福利將在計劃合約終止生效日當天終止。您將自行負擔終止生效日之後所提供服務的財務責任。

繼續及轉換承保

COBRA 承保

*Personal Assistance Service Council（PASC）*遵從 1995 年綜合多項預算調節法案（COBRA）的條文。 COBRA 要求二十（20）人或更多員工的公司，當某些會讓員工及/或他或她的受撫養人喪失團體承保的事件發生時，繼續提供團體承保（COBRA 承保）。

*C*OBRA 承保如何運作

Community Health Plan（計劃）根據計劃與 PASC – SEIU 家庭護理從業人員健保計劃（計劃合約）同意書的條款，爲 PASC 提供 COBRA 承保。根據計劃合約，當您（或您投保的受撫養人）因「合格事件」而終止您的計劃承保時，您（或您的受撫養人）可能有權獲得 COBRA 承保。合格事件包括但不限於：

- 您的聘雇因非重大惡行的任何原因終止。
- 您的工作時數減少而導致喪失醫療福利的資格。
- 您的往生。
- 您與配偶離婚或法定分居。
- 您投保的子女喪失受撫養人資格。

如果您符合並及時選擇 COBRA 承保，您有權從喪失計劃承保日開始獲得此項承保。視合格事件而定，從喪失計劃承保日開始，COBRA 承保可從十八（18）個月延長到三十六（36）個月。

若包括但不限於下列事件發生時，COBRA 承保可能會在繼續期間結束前終止：

- PASC 終止提供任何員工任何團體健保計劃。
- 在保費到期後的三十（30）天內，您未繳交該付的保費。
- 您被另一個團體健保計劃承保，而該計劃並不因您的現有狀況而排除或限制承保。
- 您不再永久居住在服務區內。

還有，如果在合格事件發生時您（或您的受撫養人）有其他的承保，您（或他們）不符合 COBRA 承保的資格要求。您可以從會員服務部門得到 COBRA 承保合格及終止事件以及資格要求的完整資料。

如何獲得 COBRA 承保

PASC 負責通知您有權（及您的受撫養人）獲得 COBRA 承保。您必須在「合格事件」發生的當天、您接獲能夠被 COBRA 繼續承保通知當日、或您的計劃終止當天三者最晚那天之後六十（60）天內，將書面通知（以可靠的傳送方式）寄到計劃辦公室，其地址是

1000 S. Fremont Ave., Bldg. A-9E, Alhambra, CA 91803-8800，您才符合 COBRA 承保的資格要求。計劃會在收到通知的十四（14）天內提供您 COBRA 承保的相關資料。收到計劃資料之後，需在六十（60）天內將您購買 COBRA 承保的書面通知寄到計劃辦公室。

如果計劃合約在您的 COBRA 承保終之前先結束且如果有接替計劃，您可以從接替團體福利計劃選擇 COBRA 承保，期限爲繼續承保的剩餘部份。如果您未履行您投保新計劃的要求，以及在收到計劃合約終止通知的三十（30）天內，未繳交保費給新的計劃，您的 COBRA 承保將會終止。

COBRA 承保得會員費用

在 COBRA 承保的初始期，您會被收取計劃承保的全部費用，再加上百分之二（2%）的行政費用。計劃在收到您選擇 COBRA 承保的通知後，會提供您精確的保費。
您必須按月繳交 COBRA 承保的保費。第一次繳費應包含從您計劃承保結束到您選擇 COBRA 承保那天，必須在您提供計劃選擇 COBRA 承保書面通知的四十五（45）天內繳交。在四十五（45）期限內未繳交正確的保費金額，會讓您喪失 COBRA 承保的資格。

Cal-COBRA 承保

加州繼續福利替代法案（Cal-COBRA）要求員工少於十九（19）人的公司，當某些會讓員工喪失團體承保的事件發生時，繼續提供員工及/或他們的受撫養人團體承保。
一般而言，PASC 不受到 Cal-COBRA 條文的限制，因爲它受限於 COBRA。 然而，有一條 PASC。這項條文規定 PASC 在某些員工及其受撫養人的 COBRA 承保結束後，爲他們提供額外的團體繼續承保。本計劃在計劃合約內爲 PASC 提供此項額外的承保。

如果您（或您的受撫養人）有權獲得、選擇並用盡少於三十六（36）個月的 COBRA 承保，您及/或他們符合這項額外承保資格。如果您符合並及時選擇 Cal-COBRA 承保，您及/或您的受撫養人會從 Cal-COBRA 獲得額外足夠月份的承保，以至於從 COBRA 承保開始後，您一共獲得三十六（36）個月的團體繼續承保。

在某些狀況下，您（及/或您的受撫養人）不符合 Cal-COBRA 的繼續承保資格。這些狀況包括但不限於：

- 計劃合約終止。
- 您符合 Medicare 福利的資格。
- 您未永久居住在服務區內。

此外，在某些狀況下，從 Cal-COBRA 獲得的繼續承保，可能會在延長承保期結束前被終止。這些狀況包括但不限於：

- 您未付保費或自動退保。

- 您符合另一個健康福利計劃資格要求，而該計劃並不因您的現有狀況而排除承保。
- 計劃合約終止。
- 您符合 Medicare 福利的資格。

您 Cal-COBRA 承保的保費費率最高會是您 COBRA 承保費率的百分之一百一十（110%）。在通知您 COBRA 承保即將終止時，計劃會通知您 Cal-COBRA 承保的條款及細則、還有精確的承保保費。

延長繼續承保

在某些狀況下，您、您的配偶及您的前配偶可能有權獲得 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保的延長。如果終止聘雇或減少工作時數，或在 COBRA 承保的頭六十（60）天內，您因社會福利之故被認定殘障，並滿足某些標準時，在合格事件發生後，您有權獲得最多三十六（36）個月的 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保。同時，當您停止 PASC 的工作時，如果您至少六十（60）歲並且從工作結束前推五（5）年都在 PASC 工作，而您有選擇 COBRA 承保時，您可能有權獲得額外五（5）年的 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保。

如果發生某些事件，延長 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保可能會在期限結束前提前終止。您可以從會員服務部門獲得延長 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保的合格及終止事件的完整資料。

您必須要在初始 COBRA 承保/Cal COBRA 的承保到期前三十（30）天，以書面方式通知計劃， 才可以申請延長 COBRA 承保/Cal COBRA 承保。在您完全殘障及年滿六十（60）歲後，您可能會從會員服務部門接獲延長 COBRA 承保資格要求、其條款與狀況的完整資料。

在您完全殘障或六十（60）歲之後的延長 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保保費會較初始 COBRA 承保/Cal COBRA 的承保期間的保費爲高。在計劃收到延長 COBRA 承保/Cal-COBRA 承保所需所有資料後，計劃會提供您保費的詳細資料。

轉換承保

當包括任何 COBRA 承保及 Cal-COBRA 承保（如果有的話）在內的計劃承保結束時，投保人可能無須提供計劃可保性證明就符合個人承保的資格要求。在計劃合約下，如果您的承保因下列原因被終止時，您不符合轉換承保的資格要求：

- 計劃終止但由另一個團體合約的承保及時替代。
- 您未繳計劃的保費。
- 依據計劃合約的條文，被計劃終止。
- 被任何團體保險中的個人承保安排承保或符合其資格要求。
- 您符合 Medicare 福利的資格。

- 您從個人健保計劃中獲得類似的福利承保。
- 在計劃承保終止前的最後三（3）個月，您未被計畫承保。

PASC 負責在您的計劃終止的十五（15）天內通知您，是否有繼續承保、其條款與狀況、及選項。

欲獲得繼續承保，您必須將書面申請表及第一個月的保費，在您計劃承保終止的六十三（63）天內送交給計劃。轉換承保的生效日是您計劃承保終止的次日。

年齡 60 歲或以上會員終止聘雇

如果您（又稱會員）結束聘雇前，在 PASC 全職工作滿五（5）年，且在結束聘雇時您（又稱會員）的年齡達 60 歲，在 COBRA/Cal-COBRA 承保結束後，您（又稱會員）、您的配偶、及您的前配偶合格延長轉換承保。

當某些狀況發生時，延長轉換承保會自動被終止。這些狀況包括但不限於：

- 您的年齡到達 65 歲。
- 您符合 Medicare 福利的資格。
- 您未付保費或自動退保。
- 您符合另一個健康福利計劃資格要求，而該計劃並不因您的現有狀況而排除承保。
- 計劃合約終止。
- 從 BRA/Cal-COBRA 得到的繼續承保結束五（5）年後，配偶或前配偶的承保將會終止。
- 此外，在某些狀況下，從 Cal-COBRA 獲得的繼續承保，可能會在延長承保期結束前被終止。

您必須要在 COBRA/Cal COBRA 的承保到期前 30 天，以書面方式通知計劃， 才可以申請延長繼續承保。

更多重要資訊：我還需要知道其他哪些事？

如果您搬家

當您搬家時，通知下列人員是很重要的：

- 打電話給 **Community Health Plan** 會員服務部門

您需要更新您的資料（地址和電話號碼）。如此，**Community Health Plan** 才能夠將新的會員證及您醫護保健*福利*的重要資料寄給您。

如果您收到帳單

Community Health Plan 支付所有由您 *PCP* 醫生提供的承保醫療服務或急診費用。您應該不會收到任何 **Community Health Plan** 承保服務的帳單。如果您收到醫療服務的帳單，請與 **Community Health Plan** 聯絡。

如果您有其他保險

如果您擁有除了 **Community Health Plan** 以外的任何其他醫療保險，務必讓我們知道。如果您被多個團體健保計劃或團體保險承保，**Community Health Plan** 將會與其他保險公司協調福利。如果您有任何問題，請與 **Community Health Plan** 聯絡。我們會將所有帳單寄往相關單位付款。

提供者如何獲得付費

醫療保健*提供者*依下列一種方式獲得酬勞：

- 按人頭收費 – 每月按*會員人數*獲得固定付款

如果您想要知道更多您醫生如何獲得給付、財務獎勵或獎金的資料，請與 **Community Health Plan** 聯絡。

財務獎勵聲明

爲確保所有 **Community Health Plan** 會員獲得最適當的醫療照護，我們設立團隊用所謂運用管理（UM）程序來審查某些治療、檢驗或住院。我們要求所有處理運用管理業務的 UM 員工、簽約醫生及管理職員對下列事項，簽下認知聲明：

- 運用管理的決策是根據醫護、服務及現有的承保的適當性。
- 對醫師或其他人員拒絕承保、服務或醫護，CHP 絕不直接或間接給予酬庸。

- CHP 絕不給予運用管理決策者任何財務獎勵，以鼓勵減少運用服務。

如果您對財務獎勵聲明有任何問題，請撥 **1-800-475-5550** 與 **Community Health Plan** 會員服務部門聯絡。

新科技

Community Health Plan 會跟隨醫療保健的變動和進步的腳步。我們會隨時研究新治療方法、新藥物、新程式及新設備。這就是我們所說的「新科技」。我們會查閱政府及醫學專家的科學報告和資訊。然後再決定是否要採行新科技。會員及提供者可要求 **Community Health Plan** 審閱新科技。如果您不滿意計劃對新科技的決定，您可以提出投訴（又稱控訴）。請參閱第 33 頁**投訴/控訴及申訴**章節。加州管理式醫療保健部門（DMHC）負責管理健康護理服務計劃。但您也許符合獨立醫療審查（IMR）的條件。若您符合 IMR 的資格，IMR 程序將以公正無私的態度重審健保計劃對於建議服務或療程的醫療必要性之決定、或實驗或調查性質的醫療措施的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的款項支付糾紛等。加州管理式醫療保健部門亦提供免費電話號碼 **(1-888-HMO-2219)**，並爲聽障及語言障礙人士提供 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該部門的網站http://www.hmohelp.ca.gov中亦有線上投訴表格、IMR 申請表及說明。

器官捐贈

美國很需要器官捐贈者。您可以同意在您死亡後捐贈您的器官。如果您希望成爲器官或組織捐贈者，加州車輛監理所 (California Department of Motor Vehicle, DMV) 會給您一張器官捐贈卡。此外，DMV 會給您一張器官捐贈標籤貼在您的駕駛執照或會員證上。

什麼是事先醫療指示？

預立事先醫療指示允許您選擇一個人，在您本身無法作決定時爲您作醫療保健的選擇。例如，當您昏迷不醒時。預立事先醫療指示必須在您還可自己作決定時簽署。請問您的醫生或致電 **Community Health Plan**，查詢預立事先醫療指示的詳情。

勞工賠償

Community Health Plan 不會支付任何由勞工賠償保險 (Workers' Compensation) 承保的工作相關損害賠償。當傷害是否與工作有關還有問題存在時，**Community Health Plan** 提供您所需的醫療保健服務。在 **Community Health Plan** 爲您提供服務以前，您必須同意爲 **Community Health Plan** 提供所有必要的資訊及文檔，以便我們能收回所提供服務的費用。

監管法令

Community Health Plan 的承保受到加州 Knox-Keene 法案、加州健康安全法規第二部第 2.2 章要求的管制及加州行政法規第 3 章第 5.5 及 5.8 節所訂立規則。Knox-Keene 法案或規定求本計劃必須包含的任何條文，既使沒列入承保範圍說明書與聲明書或團體服務同意書內，在 **Community Health Plan** 都具有法律約束效力。

第三者責任
及福利協調

第三者責任

如果您因別人（「第三者」）的行爲或疏失而受傷，只有會員在下列狀況下，**Community Health Plan** 才會對受傷所需要的服務提供福利：

- 會員書面同意在會員經由法律行動、和解、或其他方法獲得傷害賠償後，將 **Community Health Plan**、醫療團體、或獨立醫療機構對非按人頭計費的醫療保健服務的總費用立刻補償給 **Community Health Plan** 或

- 如是按人頭計費方式提供的醫療保健服務，要按照醫療提供者以非按人頭計費方式對同樣服務收取通常及特別費用的百分之八十，補償 **Community Health Plan**。

承保福利協調

如果您被多個團體健保計劃或團體保險承保，**Community Health Plan** 將會於其他保險公司協調福利。如果在團體健保計劃下，其他保險公司是主要福利計劃時，**Community Health Plan** 或其提供者會向該保險公司要求補償 **Community Health Plan** 所提供的福利承保。您將會得到本計劃所有該得的福利，不多也不少。**Community Health Plan** 會根據加州管理式健保部門相關的法則進行福利協調。

當進行福利協調時，**Community Health Plan** 決定主要福利計劃是：

- 如果您是投保人，您因聘雇而得到的承保是主要福利計劃。

*附註：*即使您有其他承保，如果由 **Community Health Plan** 提供者提供並根據 **Community Health Plan** 的法則獲得批准，您只能獲得 **Community Health Plan** 承保的福利。

參加公共政策會議

Community Health Plan 的很多政策都由 *SDHCS* 決定。其他的政策則由 **Community Health Plan** 和*會員*（比如您）決定。

理事會會議

理事會決定 **Community Health Plan** 的政策。

政策變更通知

您將獲得影響您的護理服務的所有政策變動資訊。所有重要資訊都包含於會員簡訊或特別郵件內。

其他服務

如果在診所正常營業時間過後、週末或假日，您需要醫療諮詢或您認爲需要醫療照顧，您可以打電話給計劃的醫藥咨詢服務，與值班的計劃醫生或護士討論。他們會告訴您該如何在家處理能的醫療問題或送您到急診室。非營業期間電話號碼是 **1-800-475-5550.** 。

術語表

本術語表將幫助您理解這本『會員手冊』中使用的詞語。如果您對列在此處的詞語或找不到的詞語有任何問題，請打電話給 **Community Health Plan**。

急症是指持續時間短暫的嚴重和急發性病症。不是慢性病。例如包括心臟病發、肺炎或盲腸炎。

適當合格的健保專業人員是指持照行醫的專業人員。醫生受過訓練同時也專精於治療病人特定的醫療狀況。當要求第二意見或固定轉診時，*會員*會被轉診給此醫生（*PCP* 或專科醫師）。

批准是指健康計劃同意承保的*醫療健保服務*。*會員*需要爲所有未獲得批准的治療付費。

福利是指具*醫療必要*的*醫療健保服務*、用品、藥物和設備。

慢性病是指長期、持續的病症。不是急症。例子包括糖尿病、氣喘、過敏症和高血壓。

臨床試驗是指爲癌症病患進行的一種研究調查，以決定新的癌症治療或藥物對您罹患癌症是否安全及有效。

繼續承保是指計劃爲團體承保該結束的會員、受撫養人、前配偶繼續提供團體承保。

轉換承保是指當包括任何 COBRA 及 Cal-COBRA 承保（如果有的話）在內的計劃承保結束時，投保人可能無須提供計劃可保性證明就符合個人承保資格要求。

美容手術是指爲改善外在而對身體正常結構所做的變更或整型手術。

可治療是指有能力治療或癒合。

診斷/確診是指醫生確定一種病症或疾病。

殘障是指完全或嚴重限制個人一或多項主要生活活動的身體或心理病症。

退保/投保是指*會員*離開/加入健康計劃。

合格的/符合資格是指個人符合從 Medi-Cal、加州兒童服務局 (CCS) 和兒童健康殘障計劃 (Child Health Disability Program, CHDP) 等計劃獲得居家支持服務等*福利*的某些特定條件。

緊急醫療狀況是指出現（包括劇痛在內）嚴重急性病症的醫療狀況，該狀況如果不立即進行治療，可合理推斷會帶給病人或未出生胎兒嚴重的危險、嚴重的損害身體的功能、或造成身體器官或肢體的功能障礙。其中包括心理困擾及毒品濫用。

急診服務是 24 小時的緊急醫護，其中包括對緊急醫療狀況或分娩所做的醫療篩檢、檢驗、評估及治療。急診服務也包括對緊急心理狀況的醫護。

試驗或研究性質是指尚且處於試驗階段、並未證明可治療某種病症的新的醫學治療方法。

家庭計劃服務可以利用避孕方法幫助人們瞭解並規劃他們生育幾名子女以及子女間隔的歲數。

投訴/控訴是指一種*會員*表達他或她不滿健康治療的程序。*投訴*是針對所得到或未得到醫護的服務。

醫療保健服務包括下列各項：

- 醫生服務（包括醫生一對一的就診和轉診）
- 急診服務（包括救護車服務和保區外承保服務）
- 居家健康服務
- *住院病人*和*門診病人*的各項醫院服務
- 化驗室服務
- *藥房*服務
- 預防式健康服務
- 放射學服務

安寧療護是指爲診斷爲末期疾病的人士提供的護理和服務。這些服務在家中或院所中提供，用以減輕疼痛並提供支持。

醫院爲*住院病人*和*門診病人*提供醫生或護士的護理服務。

監禁是指一個人被長期送進看守所、監獄或神經病院。

不孕症是指一個人在定期發生無保護措施性行爲的情況下，超過 12 個月未能懷孕及生育。

住院病人是指一個人住進*醫院*或其他保健院所（過夜）。

非自願的/非自願地是指一些事沒有選擇的餘地。

有責任的/責任是指根據法律規定，一方或個人的職責。

Medi-Cal 是爲低收入家庭設立的一項加州及聯邦健康承保計劃。

醫療團體是由協同工作的 *PCP*、專科醫生和其他保健服務*提供者*組成的組織。

具有醫療必要性的/醫療必要性是指根據確立及被接受的行醫標準，對治療疾病或受傷所提供的服務。

投保人/會員是指加入健康計劃的人士。

會員服務部是幫助*會員*解決問題和事務的健康計劃部門。

心理健康服務是指對心理或情緒疾病的*診斷*或治療。

網絡是與健康計劃簽約以提供服務的保健服務*提供者*團隊。保健服務*提供者*可以直接與健康計劃簽約，也可以透過*醫療團體*與之簽約。

職能治療用來改善並維持有殘障情形之患者的日常生活技巧。

矯正治療用於支持、矯正、補正或改善可活動的身體部位的功能。

門診病人是指在*醫院*或其他保健院所停留不到一天接受醫療服務的人士。

PASC – SEIU 家庭護理從業人員健保計劃是指 Personal Assistance Services Council（PASC）與 Service Employees International Union（SEIU）之間，對提供合格且投保員工本手冊所述健康治療福利的同意書。

藥房是獲取所開立藥物的地方。

物理治療是利用運動來改善並維持生病或受傷後患者的官能。

醫師是指醫生。

處方是持有執照的醫療*提供者*所開出的有關藥物和設備的書面票單。

全科醫生（PCP 醫生）是指個人醫生。*PCP* 照顧會員保健需求並與*會員*協作使其保持身體健康。當有*醫療必要*時，*PCP* 醫生還會做專科轉診。

義肢是人工器具用於代替喪失的身體部位。

提供者與健康計劃簽約，提供投保的*醫療保健服務*。例子包括：

- 醫生
- *醫院*
- *專業看護設施*

- 居家護理機構
- *藥房*
- 化驗室
- X 光設施
- 耐用醫療器材供應者

提供者名錄是與健康計劃簽約提供承保*醫療保健服務*的*提供者*列表。名錄中包括 *PCP*、*醫院*、*專業看護設施*、緊迫護理、*藥房*及視力醫護*提供者*。

專業看護設施是獲得許可能夠爲非*急性病症*提供醫療服務的設施。

語言治療用於治療語言問題。

急迫需要服務是指一種不可預見的病症、受傷或現有狀況的併發症發作後爲防止健康狀況嚴重惡化所需的任何服務，包括懷孕在內的症狀不得延遲到回到服務區後才治療。

重要電話號碼

殘障服務

美國殘障法案協調專員	(916) 324-4695
聽力殘障/加州殘障轉接服務（TTY）	1-800-735-2929

兒童服務

加州兒童福利局 (California Children's Services, CCS)	1-800-288-4584
兒童健康和殘障預防計劃 (Child Health and Disability Prevention, CHDP)	(323) 890-7941

加州政府服務

衛生服務部 (Department of Health Care Services, DHCS)	(916) 445-4171
DHCS 協調員辦公室	1-888-452-8609
社會服務部（Department of Social Services）	1-800-952-5253
管理式醫療保健部門 (Department of Managed Health Care, DMHC)	1-888-466-2219 (1-888-HMO-2219)
社會福利生活補助（Supplemental Social Income, SSI）	1-800-772-1213

PASC –SEIU

1-877-325-4644

洛杉磯縣服務

公眾與社會服務部 (Department of Public and Social Services, DPSS)	1-888-678-4477
洛杉磯縣衛生服務部	(213) 250-8055
洛杉磯縣心理衛生部	1-800-854-7771
婦幼糧食補助計劃 (Women, Infant and Children, WIC)	1-888-942-2229 1-888-WIC-Baby

Community Health Plan
1000 S. Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803
1 (800) 475-5550
1（626）299-7258 或 7259
TDD: 1（800）353-7988
http://chp.dhs.lacounty.gov

Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

第2節：重要通知

隱私權實施辦法通知..... 第**2**節-3

事先醫療指示..... 第**2**節-8

有關獎勵的聲明..... 第**2**節-9

生效日期：2003年4月14日

洛杉磯縣衛生服務部
Community Health Plan

隱私權實施辦法通知

04142003.2

本通知說明您的醫療資訊如何可能會被使用和披露，以及您如何可以獲得這些資訊。請仔細閱讀。

誰會遵循這份通知

本通知說明洛杉磯縣衛生服務部（LACDHS）Community Health Plan及其所有員工、職員及其他人員所遵行的實施辦法。

我們對您醫療資料的誓言

我們瞭解您和您的健康資料是私人的。我們致力於保護您的醫療資料。為了管理目的，我們建立了經Community Health Plan補償的醫療保健索償記錄檔案。我們需要這項紀錄以便提供您高品質的服務及遵循一些法律的要求。本通知適用於所有我們維護的紀錄。我們會確保在盡我們的義務時，只在有需要及適當的時候，透露最少的必要資料。

本通知會告訴您我們如何使用及透露您醫療資料的方式。我們也說明在使用及透露您的醫療資料方面，您有的權利及義務。

我們依法需要：

- 隱密保存您的醫療資料，也是所謂的「被保護的健康資料」或「PHI」。
- 將我們的法律責任及保持您PHI隱私的施行法則通知提供給您。
- 遵循本通知已施行的條款。

注意

我們提供以您自己語言刊印的通知及口譯員。如需影本，請撥免費電話 1（800）475-5550，向COMMUNITY HEALTH PLAN索取。

我們如何使用及透露您被保護的健康資料

下列的分類說明我們採用不同的方法使用和透露被保護的健康資料。對每一類的使用及透露，我們會說明我們的意思並試圖舉些例子。我們並沒有列出每個種類中所有的使用及透露方法。然而，我們獲准使用及透露的所有方式都會屬於其中一類。

為治療

我們可能會使用及透露您的PHI以方便提供者給予治療和服務。我們可能將您的PHI透露給醫生、護士、技師、醫科學生、或涉及照顧您的其他機構裡的工作人員，例如，我們可能會將您過去的處方藥提供給藥劑師，以便決定是否有新的處方與您其他藥物相容。

為收費

我們可能會使用及透露您的PHI以決定是否符合Community Health Plan福利的資格要求、或決定Community Health Plan的福利責任、或協調Community Health Plan的承保。例如，我們可能用您醫生送來的您門診資料以便決定門診費用是否該由Community Health Plan支付。

為醫療保健運作

我們可能會使用及透露您的PHI，以完成經營Community Heath Plan必要的活動，以及確保我們所有會員獲得高品質的服務。例如，我們可能會使用及透露健康資料，以審查我們網絡內醫療保健提供者提供保健的品質。

另類治療和與健康相關的產品和服務

我們可能會使用及透露您的PHI來建議您可能感興趣的治療選項或替代療法。此外，我們也能會使用及透露您的PHI，告訴您您可能感興趣的健康相關福利或服務。

涉及您保健或您保健付費的人士

我們可能會透露您的PHI給涉及您醫療保健或與您保健相關的費用給付的朋友或家人，這項透露必須先經過您同意，或我們會給您機會提出反對。然而如果您不在或無法同意或反對，我們會用專業判斷來決定這項透露是否合乎您的最佳利益。

救災目的

我們可能會透露您的PHI給協助救災的單位，以便能夠通知您家人您的狀況、狀態及位置。除非我們決定我們需要透露您的PHI以便對緊急場合做出反應外，我們會給您機會同意或反對這項透露。

不需要您授權而使用或透露您的醫療資料

當法令要求

當聯邦、或地方法令州要求下，我們會透露您的PHI。

避免對健康及安全的嚴重威脅

當需要預防對您、公眾、或別人的健康及安全造成嚴重威脅，我們可能會使用及透露您的PHI。然而，只會對那些能預防這些威脅的人透露。

勞工賠償

我們可能會透露您的PHI給勞工賠償或類似的計劃。這些計劃會提供福利給工作相關的傷害或疾病。

公眾健康風險

我們可能會將您的醫療健康資料透露給大眾健康活動，例如預防或控制疾病、預防受傷或殘障、或報告虐待或忽略兒童、老人或受撫養成人移植。

軍人或退伍軍人

如果您是軍事人員，我們可能會應軍事指揮部門的要求透露您的PHI。我們可能也會將外國軍事人員的健康資料透露給適當的外國軍事當局。

健康督導活動

我們可能會為了經法律授權的活動透露您的PHI給健康督導機構。這些督導活動的例子包括審查、調查、檢查及執照核發。這些活動是政府監督醫療保健系統、政府計劃、和民權法律的遵行所必要的措施。

訴訟及爭議

如果您涉及訴訟或爭議，我們可能會應法院或行政命令要求透露您的PHI。我們也會回應涉及爭議的另一方要求的傳票、證據蒐集或其他法律程序，但是只有在告訴您這樣的要求（包括給您的書面通知）或獲得要求保護PHI的命令後，才會透露您的PHI。

04142003.2

法律執行

在下列情況下，我們會透露PHI給政府執法機構：

- 回應法院發佈的法院命令、拘捕令、傳票、傳喚及類似程序。
- 用以證實或找到在逃嫌犯、主要證人、或失蹤人口。
- 如果您是犯罪的受害者，在某些有限的狀況下，而且我們沒辦法獲得您的同意。
- 可能因犯罪行為而導致的死亡。
- 在緊急狀況下報告犯罪、犯罪地點或受害人、或罪犯的身份、容貌、或所在地。

驗屍官、法醫及殯儀館業者

我們可能會透露PHI給驗屍官或法醫。例如，對於驗證死者或決定死亡原因可能有其必要。有必要時，我們也可能將機構裏的病人的醫療資料透露給殯儀館業主，以便他們完成任務。

特殊政府功能

我們可能會透露您的PHI給獲授權的聯邦官員，以便進行法律授權的情報、反情報及其他國家安全活動。我們可能會透露您的PHI給獲授權的聯邦官員，以便他們能夠提供總統、其他獲授權人員或外國元首的保護、或進行特別調查。

囚犯

如果您是囚犯或被執法人員居留，我們可能會透露您的PHI給監獄或執法人員。這種透露是必須的（1）使監獄為您提供醫護保健；（2）保護您的或她人的健康和安全； 或（3）為監獄的安全及警戒。

其他使用您的醫療資料

只有在您書面授權後，您的PHI才可以被使用和透露於其他未被本通知或適用於我們的法律包括的其他地方。如果您授權我們使用和透露您的PHI，您可以在任何時間書面撤銷您的授權。如果您撤銷授權，除了那些我們在授權生效期間已經透露而無法收回的PHI之外，我們不再因授權中的原因而使用和透露您的PHI，而且我們必須保存我們提供給您服務的紀錄。

您的PHI權利

對我們記錄中您的PHI，您享有下列權利：

有權視察及複印

除一些例外，您有權視查及複印您的PHI，可用來決定您的Community Health Plan福利。

您必須提出書面要求，才能夠視察及複印可能會用來為您做決定的PHI。提出要求後，我們會給您一份表格。如果您要求一份您的PHI，我們會收取影印、郵寄或其他與您的要求相關的費用。

在某些狀況下，我們可能會拒絕您要求視查及複印您的PHI。如果您被拒絕視查及複印我們記錄中您的PHI的要求，除了少數不受理審查的例外，對於您被拒絕一事，您可以要求審查。會交給Community Health Plan網絡中另一位未涉及拒絕決定的持照醫療保健專業人員審查這項決定。我們會遵循這項審查的結果。

重要事項

The COMMUNITY HEALTH PLAN
沒有您完整的病歷。
如果您想要視查、得到影本、
或更改您的病歷，
請與您的醫生或診所聯絡。

04142003.2

要求更正的權利

如果您覺得我們記錄中您的PHI不正確或不完整，您可以要求我們更正資料。只要我們保持您的PHI，您有權要求更正。如要更正，先要求一份「更正受保護的健康資料」表格，填妥後並將表格寄回給Community Health Plan，地址列於本通知上。

此外，您必須提供理由以支持您的要求。如果不是書面要求或沒有包括原因，我們可能會拒絕您的要求。此外，我們可能因下列理由拒絕您的要求：

- 非由我們建立的。除非您能提供我們合理的根據，讓我們相信建立PHI的個人或機構已不再可以更正。
- 不是由/為Community Health Plan保持的PHI。
- 不是您獲允許視查及複印的PHI。
- 資料是準確且完整的。

即使我們拒絕您要求更正，您有權提出「禁止查閱審查要求」表格，並對您相信紀錄中不完整或不正確的事項或聲明，附上不超過250字的說明。如果您很清楚以書面指出您希望這份表格成為您醫療記錄的一部份，我們會將它附在您的紀錄中，並且在我們透露您認為不完整或不正確的項目或聲明時，也會附上這份表格。

有權獲得透露記載

您有權要求「透露記載」。這是一份除了我們自己使用於治療、付款及醫療保健業務（如上述之功能）及與法律相關的例外，另外透露您的PHI的清單。

想要求這份透露記載，先要一份「透露記載要求」表格，填妥後並將表格寄回給Community Health Plan，地址列於本通知上。在您的要求中，必須註明時段，不得超過六年以及不得早於2003年4月14日。12個月期間內第一份要求免費。額外的要求，我們會酌收提供清單的成本費。我們會通知您所需費用的金額，在衍生任何費用之前，您可以撤銷或改變您的要求。

有權要求限制

您有權要求我們在為治療、付款及醫療保健業務使用或透露您的PHI時，要遵守額外、特別的限制。當使用或透露您的PHI給涉及您保健、或醫療保健付費的人士如家人或朋友，您也有權要求我們遵守額外、特別的限制。例如，您能要求我們不要使用或透露您剛動的手術。

我們沒有必要同意您的要求。除非需要資料以提供緊急治療，我們會遵循您的要求。

如需要求限制，先要求一份「受保護的健康資料使用或透露額外限制要求」表格，填妥後將表格寄回給Community Health Plan，地址列於本通知上。在您的表格上，您必須告訴我們（1）什麼資料您要加以限制；（2）您想限制使用、透露、或兩者皆要；（3）您想要限制的對象，例如透露給您的配偶。

有權要求保持通訊隱密

您有權要求我們在特定的時間或特定的地點，對您的預約或其他有關您的治療，與您進行溝通。例如，您能要求我們只有在工作時與您聯絡或通信聯絡。

想要求隱密通訊，先要求一份「由替代方式或在替代地點獲得隱密通訊要求」表格，填妥後將表格交給負責治療您的人士。在表格上您必須註明要如何及在哪裡與您接觸。我們不會問您要求的原因。我們會儘量配合您合理的要求。

您有權獲得紙印的通知

您有權獲得紙印的通知。您可以在任何時間要求我們給您一份本通知。即使您同意以電子方式接受本通知，您仍然有權獲得一份紙印的本通知。

我們備有本通知待您索取。請撥免費電話 **1(800) 475-5550**，向COMMUNITY HEALTH PLAN索取一份。

04142003.2

您同時也可以在我們網站上
http://chp.dhs.lacounty.gov 獲得一份本通知。

本通知之更改

我們保有權利更改本通知的條款。對我們現有或任何在未來獲得有關您的醫療資料，我們保有權利讓修正或更改的通知生效。我們也會將最新的通知張貼在我們的網站 **http://chp.dhs.lacounty.gov** 上。本通知第一頁的右上角印有生效日期。 如果本通知有重大修訂，我們會在修訂的60天內張貼或寄給Community Health投保人一份。Community Health Plan至少每三年會通知現有投保人有這份通知，及獲得這份通知的方法。

有問題嗎？

如果您對本通知有任何問題，或希望我們更多隱私權的資料，請撥免費電話
1（800）475-5550，
與COMMUNITY HEALTH PLAN聯絡。

投訴

如果您相信您的隱私權受到違犯，您可以提出投訴。所有的投訴都必須是書面投訴。提出投訴，您不會損失權益或遭到報復。請向下列辦公室提出投訴：

向Community Health Plan提出投訴，請聯絡：

Community Health Plan Privacy Officer
1000 S. Fremont Avenue, Bldg. A-9E, 2nd Fl.
Alhambra, CA 91803-8859
1(800) 475-5550

向洛杉磯縣提出投訴，請聯絡：

Los Angeles County Chief Privacy Officer
HIPAA Compliance Unit
c/o Los Angeles County Auditor-Controller
500 West Temple Street, Suite 410
Los Angeles, CA 90012
熱線：(213) 974-2164
電子郵件：HIPAA@auditor.co.la.ca.us

或您可以向下列機構提出投訴：

CA Department of Health Care Services Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS0010
Sacramento, CA 95899-7413
1(916) 255-5259 或 1(877) 735-2929 TTY/TDD

Secretary of the US Department of Health
and Human Services
c/o Office of Civil Rights, Attention Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
1(800) 368-1019

或聯絡：

1(866) OCR-PRIV ，美國民權辦公室
1(866) 627-7748 或 1(866) 788-4989 TTY

04142003.2

事先醫療指示

您有權決定您自己的醫療照顧

作為CHP (Community Health Plan)的會員，您可以共享我們對預防醫療和保持健康的用心。我們認為應及早開始考慮與健康相關的重要決定，並與家人、朋友和相關人士討論這些問題。

CHP訂有條文以確保您對醫療的意願受到尊重。請記住有一點很重要的是，保健計劃並不一定會提供所有的治療，因此，請參考您的保健福利以決定希望享有的服務。

聯邦法律要求我們給予您有關事先醫療決定的資料，以助您萬一無法言語時可以代您作決定。我們希望在這方面給予您協助。

常問的問題

誰決定「我的」醫療治療？

您自己。醫生會給您有關治療的資訊和建議，而您有權決定是否要遵從醫生的建議。

我要是病得太嚴重，無法決定怎麼辦？

如果您無法作治療的決定，您的醫生會要求您最親近的親戚或指定的朋友協助，以決定最適合您的治療。

如果他們不願意為我作決定怎麼辦？

通常所有的人很難達到統一的決定。這就是為什麼您應事先指示，如果一旦不能言語您希望得到的醫療照顧。

我如何能作這項決定？

「事先醫療指示」有很多種。這些指示讓您說明您希望怎麼做，以及誰能代替您發言。

我可以選誰代替我作這些醫療決定？

您可以選擇一位您相信的成人親戚或朋友作您的「代言人」。當您病得太嚴重不能自己作決定時，為您代言。在您作選擇之前，請和這位人士先討論您的意願。

誰可以填這類的表格？

任何心智成熟、超過18歲的人士即可。您不需要交由律師辦理。

我必須填這些表格嗎？

不需要，如果您不想的話，您可以要求醫生在您的醫療病歷上寫下您的意願。只是如果寫在適當的表格上，您的意願比較會實現。

如果我不要任何人替我作決定，怎麼辦？

您可以使用另一種叫做生前遺囑(LIVING WILL)的「事先醫療指示」。生前遺囑讓您在能表達自己意見時作決定。加州自然死亡法案(California Natural Death Act)允許您簽署一項宣言(DECLARATON)。

如果我沒有填寫這些表格怎麼辦？

我們要確定您瞭解您的權利，如果您病得太嚴重時，別人可能會替您作決定。

最後請記得…

健康照顧的永久性委任狀

您可以指定某人在您無法言語時替您作決定。您也可以使用表格表示您想或不想再接受某種特別的治療。

自然死亡法案宣言

這項宣言指出當您病危或長期昏迷時，您不希望接受延長生命的治療。

CHP 310.2 (Revised 08/05)

有關獎勵的聲明

為了確保您和所有的Community Health Plan會員獲得最適當的醫療護裡，CHP有一群人士負責審核某些治療、測試或住院情況，這個流程稱為「醫療使用管理」（UM）。CHP要求所有涉及醫療使用管理活動的UM員工、簽約醫生和管理人員簽訂一項確認聲明，確認以下內容：

✓ 僅根據護理的適當性和承保範圍做出醫療使用管理的決定。

✓ CHP不會直接或間接向拒絕承保、服務或治療的執業者或其他人士提供獎勵。

✓ CHP不會向醫療使用管理決策者提供財務激勵或報酬，以鼓勵他們減少服務使用。

如果您有任何問題，請致電**1-800-475-5550**與Community Health Plan會員服務部聯繫。

如果您想要一份提供者名錄/藥房名錄，請將所附卡片撕下，填妥背面空格後放入信箱內。不需貼郵票。

請將2009-2010 IHSS 提供者名錄/藥房名錄寄到我家:

姓名 _____

地址 _____

公寓單位 _____

城市 _____

州 _____ 郵遞區號 _____

您的名錄會在10個工作天內送達。

如果您有任何問題，或您需要協助，請撥1-800-475-5550（聽力障礙人士專線TDD/TTY1-800-353-7988）與Community Health Plan會員服務部門聯絡。

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 5 ATWOOD CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

COMMUNITY HEALTH PLAN
PO BOX 825
ATWOOD CA 92811-9900

ORDER YOUR 2009-2010 IHSS PROVIDER/PHARMACY DIRECTORY TODAY!

PLEASE SEE THE ATTACHED CARD LOCATED IN THE BACK OF THIS PUBLICATION

NO POSTAGE NECESSARY

Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

如欲索取更多資訊，
請聯絡會員服務部門。

郵寄地址
Community Health Plan
1000 South Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803-8859

會員服務 1-800-475-5550

http://chp.dhs.lacounty.gov