



福利摘要

CareAdvantage

Dual Eligible Special Needs Plan (HMO - DSNP)

H6019_SOB_2026_M

Last Updated 09/19/2026

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。

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.

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.

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.

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。

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.

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.

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 雙重資格特別需求計劃 (HMO D-SNP)：一項結合聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 的計劃 | 2026 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。

目錄

A. 免責聲明	2
B. 常見問題 (FAQ).....	9
C. 承保服務清單	13
D. CareAdvantage 以外的承保福利	28
E. CareAdvantage、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保的服務.....	30
F. 您參加本計劃的會員權利.....	30
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.....	32
H. 如果您懷疑有欺詐情形，該怎麼辦	35



如有任何疑問，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 (聽力及語言障礙) 專線；服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

A. 免責聲明



這是 2026 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。您亦可上我們的網站 www.hpsm.org/careadvantage 參閱或下載《會員手冊》。

- ❖ CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (HMO D-SNP) 是一個健康計劃，與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 簽有合約，專為入會者提供這兩項計劃的福利。本計劃必須續約，您方可註冊加入 CareAdvantage 計劃。
- ❖ 若要了解更多關於聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的資訊，您可以參閱《Medicare & You 手冊》。手冊中摘要說明聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的福利、權利與保障，並解答有關聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的最常見問題。您可至聯邦醫療保險 (www.medicare.gov) 取得該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-877-486-2048。若要了解更多關於加州低收入醫療保險 (白卡) 的資訊，您可以瀏覽加州健康護理服務局 (DHCS) 網站 (www.dhcs.ca.gov/)，或在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-888-452-8609，聯絡加州低收入醫療保險 (白卡) 調查專員辦公室 (Medi-Cal Ombudsman Office)。如果您同時擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡)，亦可在週一至週五上午 9:00 至下午 5:00 致電 1-855-501-3077 聯絡特別調查專員。

語言協助服務以及輔助工具和服務適用性通知

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.

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



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

հայերեն (Armenian): ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: 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 խոսքեր: Չանգահարեք 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (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។

中國人 (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。

مطلب به زبان 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.

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(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。



한국인 (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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂ 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 hlou 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.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para 1-866-880-0606 (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 1-866-880-0606 (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 (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 1-800-735-2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.



Español (Spanish): ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog: 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 serbisyonang ito.

แบบไทย (Thai): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



українською (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.

- ❖ 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 (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929 或 7-1-1。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。此電話為免費服務。或可郵寄書面請求至：

Health Plan of San Mateo
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項目，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。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

B. 常見問題 (FAQ)

下表列有常見問題。

常見問題	回答
什麼是 Medi-Medi 計劃？	Medi-Medi 健康計劃與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 都有合約關係，專為入會者提供這兩項計劃的福利服務。此計劃適用於年滿 21 歲以上人士。 Medi-Medi 計劃是一個組織，由醫生、醫院、藥房、長期服務及支援 (LTSS) 提供者及其他服務提供者組成。組織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 獲得的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 福利是否會與現在相同？	您將直接透過 CareAdvantage 獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 承保的大多數福利。您將與一個服務提供者團隊合作，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 (IHSS)、專科精神健康和藥物濫用服務，或區域中心服務。 當您註冊 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。
我在 CareAdvantage 獲得的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 福利是否會與現在相同？	如果您正在服用的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 藥物是 CareAdvantage 平常不承保的藥物，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。



如有任何疑問，請致電 **CareAdvantage** 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

常見問題	回答
我可以繼續使用現在的醫生嗎？(續上頁)	• 與我們簽約的服務提供者稱為「網絡內」服務提供者。網絡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。 • 如需緊急或急診護理或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，或者和一位 CareAdvantage 網絡外服務提供者已建立穩定的醫病關係，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服務。如果您的醫生不在我們的網絡中，但符合以下所有條件，則您在註冊加入本計劃後最多 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： ◦ 您、您的代理人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，在非急診狀況下前往該網絡外服務提供者最少一次。



常見問題	回答
我可以繼續使用現在的醫生嗎？(續上頁)	▪ 我們會查看您現有的健康資訊或您本人提供的資訊，確定您是否已建立關係。 ▪ 我們有 30 天可回覆您的要求。您可以要求我們更快做決定，而我們必須在 15 天以內回覆。若您有受到傷害的風險，我們必將在 3 天內回覆。 ▪ 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。 注意：您只能針對耐用醫療設備 (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。 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。
何謂長期服務及支援 (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。



常見問題	回答
什麼是綜合式耆老服務方案 (MSSP) ?	綜合式耆老服務方案 (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。此方案會幫助您獲取獨立在家生活所需的服務。 綜合式耆老服務方案不適用於聖馬刁縣。
如果我需要一項服務，但 CareAdvantage 網絡內沒人提供，該怎麼辦？	大部分服務都將由網絡服務提供者提供。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：加州聖馬刁縣。您須居住在此區域內，方可參加本計劃。
什麼是事先授權？	事先授權是指：在您取得本網絡外的服務，或取得本網絡一般不承保的服務以前，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、品項或藥物。 如果您需要緊急或急診護理或區域外洗腎透析服務，則不需取得事先授權。CareAdvantage 可向您或您的服務提供者提供一份需要事先授權的服務或程序清單，讓您在獲得服務之前先向 CareAdvantage 提出申請。如想知道某些特定的服務、程序、品項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。
什麼是轉診？	轉診是指：您的主治醫生必須給予您核准，您才能去找主治醫生以外的服務提供者為您服務。轉診和事先授權不同。如果您未取得 PCP 的轉診單，CareAdvantage 可能不會承保這項服務。CareAdvantage 可提供您一份需要轉診的服務清單，讓您在獲取服務前先請主治醫生開轉診單。 如需詳細了解您何時需要主治醫生轉診，請參閱《會員手冊》第 3 章 D 節。



常見問題	回答
加入 CareAdvantage 之後，我是否需要支付每月費用 (亦即保費)？	不需要。由於您擁有加州低收入醫療保險 (白卡)，因此您無需為您的健康保險支付每月保費，包括聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 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	可能需要事先授權，實際取決於服務/程序的種類。
	門診手術中心 (Ambulatory surgical center, ASC) 服務	\$0	可能需要事先授權，實際取決於服務/程序的種類。



如有任何疑問，請致電 **CareAdvantage** 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您想看醫生	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) 轉診。
	健康檢查，例如體檢	\$0	每 12 個月一次健康檢查，例如體檢。
	預防疾病的護理，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，每個流感季節可注射一次)、B 型肝炎疫苗 (針對 B 型肝炎高風險者或有間接感染風險者)、COVID-19 疫苗、肺炎疫苗，以及其他疫苗 (當您有高風險且符合聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 承保規定時)。 詳情請參閱 CareAdvantage《會員手冊》第 4 章。
您想看醫生 (續)	「聯邦醫療保險 (紅藍卡) 迎新」 (只限一次的預防性就診)	\$0	您剛參加聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 計劃的最初 12 個月內，可以獲得一次「聯邦醫療 (紅藍卡) 迎新」預防性就診。 當您預約時，請告知醫生診所您要預約「聯邦醫療 (紅藍卡) 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。 當您在美國和其所屬領地以外地區時，只有在加拿大或墨西哥醫院獲得的急診服務才可獲得承保。
	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。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要醫學檢驗	診斷性放射服務 (X 光或其他影像檢查，例如 CAT scan 電腦斷層掃描或 MRI 核磁共振)	\$0	需要轉診，除了 X 光以外。需要事先授權： - 診斷性放射服務 (MRI、CT 掃描) - 治療性放射服務 (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	需要轉診。
	助聽器	\$0	需要轉診。 需要取得事先授權。 助聽器福利為每財政年度 (7 月 1 日 - 6 月 30 日) \$1,510 (雙耳)，其中包括模子、調整用品及配件。
您需要牙科護理	牙齒檢查和預防性護理	\$0	您無須為 HPSM Dental 計劃承保的服務付費，但是必須負擔自己的分攤費用 (如果有)。您必須負擔您的計劃或 HPSM Dental 計劃未承保服務的費用。 如需了解詳情 ，請參閱 CareAdvantage《會員手冊》第 4 章或瀏覽 www.hpsm.org/dental 。
	重建性和急診牙科護理	\$0	您無須為 HPSM Dental 計劃承保的服務付費，但是必須負擔自己的分攤費用 (如果有)。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 章或瀏覽 www.hpsm.org/dental 。
您需要眼科護理 (接下頁)	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) 例行性的視力檢查 (每年最多 1 次)



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。**如需了解詳情**，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要眼科護理 (續)	一般眼鏡或隱形眼鏡	\$0	每年最高承保 \$175 的 • 一般眼鏡 (鏡框與鏡片) 或隱形眼鏡
	其他眼科護理	\$0	
您需要精神健康服務 (接下頁)	精神健康服務	\$0	為了確保會員能找到合適的服務提供者並取得服務，以下服務必須先經過行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心的篩選： • 團體治療門診 • 個別治療門診 • 由精神科醫師提供的個別治療門診 • 由精神科醫師提供的團體治療門診 • 部份住院方案服務 精神健康服務由 HPSM 和聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (BHRS) 視症狀和需要提供。 如需了解詳情，請致電行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心 1-800-686-0101 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 7-1-1)。



健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	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)	需要精神健康服務者的住院和門診護理	\$0	必須取得 BHRS 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，請致電行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心 1-800-686-0101 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 7-1-1)。
您需要藥物濫用失調服務	藥物濫用服務	\$0	藥物濫用服務由聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (BHRS) 提供。 如需了解詳情，請致電行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心，電話是 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 (SNF) 住院無天數限制。
	療養院護理	\$0	需要轉診。 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。
	成人寄養和團體成人寄養	\$0	



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您中風或發生意外後需要康復治療	職能、物理或口語治療	\$0	需要轉診。 需要取得事先授權。 受益人必須符合資格條件，才能獲得非聯邦醫療保險 (紅藍卡) 承保的職能、口語或物理治療。
您需要有關取得健康服務的協助	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。
您需要有關取得健康服務的協助 (續)	前往醫療約診和服務的交通	\$0	非醫療交通 (NMT)。這項福利讓您可搭乘客車、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金為 0。我們已與「美國後勤支援公司」(American Logistics, 簡稱 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 致電 1-877-356-1080 聯絡 AL。請在就診前至少兩 (2) 個工作日預約。如果您需要非預期的服務，請儘快致電 AL 預約接送服務。可能有一些限制。需經 AL 事先授權。 非急診就醫交通 (NEMT)。這項福利包括：非急診護理用的救護車、非緊急護送車和輪椅用廂型車接送。聖馬刁健康計劃要求 NEMT 服務需經事先授權。如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 4 章。
您需要藥物來治療疾病或症狀 (接下頁)	聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part B 藥物	\$0	Part B 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。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	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症狀 (續)	聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part D 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、\$1.60 或 \$5.10。 層級 2：每次領取 30 天藥量的費用為 \$0、\$4.90 或 \$12.65。 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「承保藥物清單」(簡稱「藥物清單」)。 一旦您或其他代表您的人支付了 \$2,100，您就達到了重大疾病承保階段，此後您為所有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 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 Part D 計劃的疫苗服務，您無需支付任何費用。
您需要藥物來治療疾病或症狀 (續)	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「承保藥物清單」(簡稱「藥物清單」)。 我們還透過 OTC+ 計劃承保無需處方的 OTC (非處方) 藥物。請參閱「附加服務」一節以了解詳情。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	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。 需要轉診。 需要取得事先授權。
	洗腎透析服務	\$0	門診洗腎透析治療，包括暫時離開服務區域時的洗腎透析服務，或您的服務提供者暫時無法提供服務或您暫時到不了診所時的洗腎透析服務。您可以到聯邦醫療保險 (紅藍卡) 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) 的診斷和醫療或手術治療。 為病況會影響腿部會員提供的常規足部護理，如糖尿病。
	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。承保服務依聯邦醫療保險 (紅藍卡) 規定提供。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
您需要耐用醫療設備 (DME) 注意：這不是完整的耐用醫療設備承保清單。如需完整清單，請聯絡 CareAdvantage 部門或參閱《會員手冊》第 4 章。	輪椅、腋下拐杖和助行器	\$0	本計劃有首選的耐用醫療設備 (DME) 供應商/製造商。 如需了解詳情，請致電 CareAdvantage 部門。在住家外以使用的耐用醫療設備需要轉診。 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。在住家外以使用的耐用醫療設備需要轉診。 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。在住家外以使用的耐用醫療設備需要轉診。 需要取得事先授權。



如有任何疑問，請致電 **CareAdvantage** 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	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)	居家健康服務	\$0	需要轉診。需要取得事先授權。 聯邦醫療保險 (紅藍卡) 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 (CBAS)。 受益人必須年滿 18 歲，且有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)		我們會透過聖馬刁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。 環境無障礙改裝服務可為您提供住家內部實體改裝或設備安裝 (例如扶手)，協助您改善日常生活並確保安全。
	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。社區型成人服務 (CBAS) 原名成人日間健康護理 (ADHC)，這是經過評估來確定資格並根據您個人特定健康和社會需求制訂的服務計劃。社區型成人服務 (CBAS) 是一項管理式護理福利，因此可獲得 HPSM 承保。 注意：如果沒有社區型成人服務 (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。



健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	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)	日間康復服務	\$0	
	協助您獨居生活的服務 (居家健康護理服務或個人護理員服務)		我們會透過聖馬刁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。
其他服務 (接下頁)	脊柱按摩服務	\$0	限徒手治療脊柱，且以 24 次就診為限。 承保對象： • 未滿 21 歲者 • 在醫院門診部接受這類服務的成人 • 孕婦 (若症狀可能會增加懷孕風險) • 療養院或中間護理機構 (Intermediate Care Facility) 的住民 如需了解詳情，請參閱《會員手冊》第 4 章。



健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務 (續)	旅遊緊急服務福利	\$0	當您到美國境外旅行而行程不超過 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。以下情況的服務才會獲得承保： - 若未即時獲得護理，您的生命或身體功能將陷於危險之中。 - 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。 獲得護理後，一併提交付款證明、病歷表以及「直接償付會員表格 (Direct Member Reimbursement Form, DMR)」，以供我們進行索償審核。若要了解詳情，請致電以下號碼聯絡 CareAdvantage 部門，或瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。
	健身會籍計劃	\$0	CareAdvantage 承保 YMCA 會籍。會籍福利包括使用： - 使用遍佈聖馬刁縣/聖他克拉拉縣和三藩市的 YMCA 健身中心。中心的設施包括健身器材、籃球場、室內或室外健身室，以及室內或室外游泳池。 超過 600 個現場和網上小組健身課程，由認證導師指導，課程包括瑜珈、普拉提、尊巴、自行車運動、水中運動等。 現場和網上健身教練指導，幫助您實現您的健康目標。



健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	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 (續)	\$0	若要獲取 YMCA 會籍，您可以： - 前往您附近的 YMCA 健身中心，並出示您的聖馬刁健康計劃 CareAdvantage 會員卡。 - 瀏覽 www.hpsm.org/fitness，在網上報名。尋找您附近的 YMCA 健身中心，並點選「立即報名」(enroll today)。 健身會籍計劃接送服務 此福利為健身會籍計劃承保每月 12 次單程接送服務。每一程接送只適用於往返所挑選的 YMCA 健身中心。請參閱「交通：非醫療交通」部份，以了解福利規則。 我們已與「美國後勤支援公司」(American Logistics，簡稱 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個工作天前致電 1-877-356-1080 與 AL 聯絡。致電時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。



健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務 (續)	健康食物/食品	\$0	我們透過健康食物計劃免費為您提供部分食物產品。您每季度 (每 3 個月) 將獲得一個容許額度 (即花費上限)，可用來向零售店或透過我們廠商的網站購買食物。這項福利從每季度的第一天開始提供：1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日、10 月 1 日。卡上任何未使用的福利將不會結轉到下個季度。 您可以用這項福利購買的物品包括：水果、蔬菜、肉品和罐裝食品，以及廠商網站上和/或零售店內的其他合條件產品 (根據核准清單認定)。 • 每季容許額度 \$25 若要符合這項福利的資格條件，您必須患有特定慢性疾病。 購買的品項必須在授權的核准食物產品清單上。
	醫療警示裝置	\$0	此項福利將承保一部個人醫療警示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的 OTC (非處方) 產品。您每季度 (每 3 個月) 將獲得一個容許額度 (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：1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日、10 月 1 日。卡上任何未使用的福利將不會結轉到下個季度。 您可以用此福利購買的品項包括：乙醯胺酚止痛藥 (acetaminophen)、繃帶、感冒藥和咳嗽藥，以及郵購目錄上、廠商網站上和零售店內的其他合條件產品 (根據 CMS 核准清單認定)。 • 每季容許額度 \$75 購買的品項必須屬於 CMS 授權的 OTC 核准產品清單上。
	糖尿病用品及服務	\$0	不在藥方集上的用品需要事先授權。 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	可能需要事先授權，實際取決於服務/程序的種類。



健康需求或顧慮	您可能需要的服務	使用網絡服務提供者的費用	限制、破例狀況及福利資訊 (福利相關規定)
其他服務 (續)	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	加州綜合護理管理 (CICM) 的服務對象是符合 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 聯絡聖馬刁健康計劃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：請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1 。)或者，您可以發電郵至 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 部門或瀏覽 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，而是由聯邦醫療保險 (紅藍卡)、加州低收入醫療保險 (白卡)，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)。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

其他由聯邦醫療保險 (紅藍卡)、加州低收入醫療保險 (白卡) 或州政府機構承保的服務	您的費用
特定牙科服務 透過聖馬刁健康計劃 (HPSM) 在聖馬刁縣獲取牙科服務。 - 聖馬刁健康計劃加州低收入醫療保險 (白卡) 會員 - 請致電 (800) 750-4776 或 (650) 616-2133 - TTY 聽力及語言障礙裝置請撥：1-800-735-2929 或撥 7-1-1。 關於 Medi-Cal Dental 的按服務收費方案，請致電 1-800-322-6384 聯絡 Medi-Cal Dental，或瀏覽網站 smilecalifornia.org 或 sonriecalifornia.org。	\$0
某些在 CareAdvantage 以外承保的安寧療護服務	\$0
心理社會康復服務	\$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) 我們會透過聖馬刁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
精神健康和藥物濫用失調專門服務	\$0
輔助生活費用減免 (ALW)	\$0



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

其他由聯邦醫療保險 (紅藍卡)、加州低收入醫療保險 (白卡) 或州政府機構承保的服務	您的費用
綜合式耆老服務方案 (MSSP) 綜合式耆老服務方案 (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。此方案會幫助您獲取獨立在家生活所需的服務。 綜合式耆老服務方案不適用於聖馬刁縣。	\$0
區域中心服務	\$0

E. CareAdvantage、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 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承保，請致電 CareAdvantage 部門 (電話號碼列於頁底)。

CareAdvantage、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 不承保的服務	
全時居家護理	本計劃不承保全職居家護理服務。
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	本計劃不承保美容手術。

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。您也可以使用這些權利而不會失去您的健康護理服務。我們每年至少會告訴您一次您擁有哪些權利。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：

- 您有權獲得尊重、公平和有尊嚴的對待。這項權利包括：



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

- 獲得承保服務，而不考慮您的醫療狀況、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 (包括性別刻板印象和性別認同)、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰或公共補助
- 免費獲得其他語言和格式 (例如：大型字體版、盲人點字版或有聲版) 的資訊
- 不受任何形式的身體約束或隔離
- **您有權獲得有關您的健康護理資訊。**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。這項權利包括獲得以下相關資訊：
 - 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
 - 看婦科健康護理提供者時不需轉診
 - 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
 - 尋求第二方診療意見。CareAdvantage 將支付您尋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辦公室。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



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

- 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
- 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，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
 - 您可撥打免費電話號碼 (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。醫療管理局的網站上 (www.dmh.ca.gov/) 有投訴表格、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和相關說明。
 - 要求醫療管理局對加州低收入醫療保險 (白卡) 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，並免費索取用來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，您可致電聯絡 **CareAdvantage** 部門，電話號碼列於本頁頁底。

如果您同時擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡)，亦可在週一至週五上午 9:00 至下午 5:00 致電 1-855-501-3077 聯絡特別調查專員，或者在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-888-452-8609 聯絡加州低收入醫療保險 (白卡) 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。



如有任何疑問，請致電 **CareAdvantage** 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

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 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)

傳真：1-650-616-2190

上網：grievance.hpsm.org

郵寄：Grievance and Appeals Unit

Health Plan of San Mateo

801 Gateway Blvd., Suite 100

South San Francisco, CA 94080

若您不同意聖馬刁健康計劃對您所做的承保決定，或不滿意本計劃對您的投訴所採取的解決程序，您可以向醫療管理局 (DMHC) 的協助中心提出投訴或要求進行獨立醫療審查 (IMR)。醫療管理局的獨立醫療審查聯絡方式如下：

電話：1-888-466-2219 (TDD 聽力及語言障礙裝置請撥 1-877-688-9891)

傳真：1-916-255-5241

上網：<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx>

郵寄：Help Center

Department of Managed Health Care

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814

提出投訴之後，醫療管理局將審查我們的決定並作出裁決。任何加州低收入醫療保險 (白卡) 承保且具備醫療性質的服務或項目，都可使用獨立醫療審查。獨立醫療審查是指將您的個案交給不屬於本計劃或醫療管理局的醫生審查。若獨立醫療審查同意您的要求，本計劃就必須提供您所要求的服務或用品。獨立醫療審查是免費服務。

如果本計劃有以下情況，您可以提出投訴或申請獨立醫療審查：

- 由於本計劃認定不是醫療上必須的服務，因此拒絕、變更或延遲提供一項加州低收入醫療保險 (白卡) 服務或治療。
- 不會承保嚴重醫療狀況的實驗性或調查性加州低收入醫療保險 (白卡) 治療。
- 不會支付您已經接受的緊急或急迫加州低收入醫療保險 (白卡) 服務。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

- 在 30 天 (曆日) 內尚未解決您對加州低收入醫療保險 (白卡) 服務提出的標準一級上訴，或者在 72 小時內未解決快速上訴。
- 對於一項外科服務或程序屬於美容或重建性質有爭議。

注意：如果您的服務提供者代您提出上訴，但我們未收到您的代理人委任書，您需要先向我們重新提出上訴，才能向醫療管理局申請二級獨立醫療審查。

您有權要求進行獨立醫療審查並且召開州級聽證會；但如果同一問題已召開州級聽證會，則不可再進行獨立醫療審查。

多數情況下，您必須先向我們提出上訴，才可要求進行獨立醫療審查。若想了解一級上訴的程序，請參閱《會員手冊》第 9 章。若您不同意我們的決定，可以向醫療管理局提出投訴，或向醫療管理局協助中心提出獨立醫療審查要求。

若您的治療因為是實驗性質或調查性質而被拒絕，您不需使用本計劃的上訴程序，即可申請獨立醫療審查。

如果您的病況緊迫，或者會立即嚴重威脅到您的健康，或者您處在劇烈疼痛中，您可以立即聯絡醫療管理局，而不必先使用我們的上訴程序。

您必須在收到我們的上訴書面決定後 **6 個月內申請**獨立醫療審查。若您有充分理由，醫療管理局可在 6 個月後受理您的申請，例如：您因為有醫療狀況而無法在 6 個月內提出獨立醫療審查申請，或者您並未在充分時間內收到我們的獨立醫療審查程序通知。

如果您有資格獲得獨立醫療審查，醫療管理局將審查您的個案，並且在 **7 天 (曆日)** 內寄信通知您有資格獲得獨立醫療審查。在收到您的申請表和和健康計劃提供的證明文件後，醫療管理局必須在 **30 天 (曆日)** 內作出獨立醫療審查決定。當您提交完整的申請表後，應可在 **45 天 (曆日)** 內收到獨立醫療審查決定。

如果您的個案屬於緊迫狀況，且您有資格獲得獨立醫療審查，則醫療管理局將審查您的個案，並且在 **2 天 (曆日)** 內寄信通知您有資格獲得獨立醫療審查。在收到您的申請書和健康計劃提供的證明文件後，醫療管理局必須在 **3 天 (曆日)** 內作出獨立醫療審查決定。當您提交完整的申請表後，應可在 **7 天 (曆日)** 內收到獨立醫療審查決定。若您不滿意獨立醫療審查的結果，仍可要求召開州級聽證會。

如果 DMHC 未收到您或治療醫生提供的所有必要病歷表，則 IMR 可能需要較長時間。如果您正在使用非健康計劃網絡內的醫生，您必須向該醫生索取您的病歷表並寄給我們。您的健康計劃必須向網絡內醫生索取您的病歷表副本。

若醫療管理局決定您的個案不符合獨立醫療審查條件，醫療管理局將會透過其標準消費者投訴程序審查您的個案。當您提交完整的申請表後，您的投訴應可在 **30 天 (曆日)** 內得到決定。若您的投訴問題緊迫，應可更快得到決定。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

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。

- 您可以致電 CareAdvantage 部門，電話號碼列於本頁頁底。
- 或致電加州低收入醫療保險 (白卡) 客戶服務中心，電話是 1-800-541-5555。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可撥打 1-800-430-7077。
- 或者，您也可以致電聯邦醫療保險 (紅藍卡)，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可撥打 1-877-486-2048。來電均為免費。



如有任何疑問，請致電 CareAdvantage 部門，電話是 1-866-880-0606 (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 1-800-735-2929 或 7-1-1)，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。該電話為免費服務。如需了解詳情，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

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。

若會員希望使用非英語的語言，**CareAdvantage** 亦可為他們免費提供口譯員服務。

TTY (聽力及語言障礙) 專線為 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

此號碼必須使用特殊電話設備，僅供聽障人士或使用此類語音輔助設備的人士使用。

所有來電均為免費。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：

打電話給您的主治醫生 (PCP)。當診所休診時，請遵照 PCP 的指示取得護理。

如果您的主治醫生診所休診，您也可以致電護理諮詢專線 (NAL)，有護士會聆聽您的問題，並告訴您如何取得護理。(例如：便利護理，緊急護理，急診室)。護理諮詢專線的電話號碼是：

1-833-846-8773

所有來電均為免費。該電話每週 7 天每天 24 小時提供服務。

CareAdvantage 亦可為不會說英語的人提供免費口譯服務。

TTY (聽力及語言障礙) 專線為 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

所有來電均為免費。週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。

如需要立即的行為健康護理，請致電行為健康和康復服務資源團隊 (BHRS ACCESS) 電話中心：

1-800-686-0101。TTY 聽力及語言障礙裝置請撥：**7-1-1**

所有來電均為免費。該電話每週 7 天每天 24 小時提供服務。

CareAdvantage 亦可為不會說英語的人提供免費口譯服務。

TTY (聽力及語言障礙) 專線為 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

所有來電均為免費。週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。





「讓人人擁有健康」



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.