



L.A. Care
*Covered*TM



COVERED
CALIFORNIA

TM

您醫療保健福利 的實用指南

2025



2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日

福利和承保範圍摘要：計劃承保範圍及費用承保對象：個人+家庭 | 計劃類型：HMO



福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 會顯示您和計劃將如何分攤承保醫療保健服務的費用。注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將單獨提供。這只是一份摘要。如需您的承保範圍的更多資訊，或獲取完整保險條款的副本，請致電 1-855-270-2327 或瀏覽我們的網站 lacare.org 以獲取資訊。有關常見術語的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險金、共付額、自付額、醫療服務提供者或其他以底線標示的術語，請參閱術語表。您可以瀏覽 healthcare.gov/sbc-glossary 查看術語表或致電 1-855-270-2327 索取副本。

重要問題	解答	此問題的重要性：
總自付額是多少？	個人 \$0 / 家庭 \$0。 每個日曆年	一般來說，您必須在此計劃開始之前向醫療服務提供者支付所有費用，最高可達自付額。如果您的計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須達到自己的個人自付額，直到所有家庭成員支付的自付額總額達到整個家庭的自付額。
在您達到自付額之前是否有承保服務？	是的。家庭、醫師和專科醫生診室看診、預防保健以及其他不受自付額限制的服務。	即使您尚未達到自付額，該計劃仍承保一些項目和服務，但共付額或共同保險金可能適用。例如，該計劃承保某些預防服務，無需分攤費用且在您達到自付額之前。請參閱承保的預防服務清單： https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
還有其他具體的自付額嗎？	否	您不必達到具體服務的自付額
該計劃的自付上限是多少？	個人 \$1,150 / 家庭 \$2,300。	自付上限是您一年內可以為承保服務支付的最高限額。如果您還有其他家庭成員參保此計劃，他們必須達到自己的自付上限，直到達到家庭的總自付上限。
什麼不包括在自付上限中？	保費、差額收費及本計劃不承保的醫療保健。	雖然您支付這些費用，但這些費用不計入自付上限中。
如果您使用網絡醫療服務提供者，您的費用會減少嗎？	是的。請參見 lacare 網站 lacare.org 或致電 1-855-270-2327 (TTY 711) 獲取提供者網絡清單。	本計劃使用醫療服務提供者網絡。如果您使用計劃網絡內的參與醫療服務提供者，您將支付較少的金額。如果您使用非參與計劃的醫療服務提供者，您將支付最多的金額，並且您可能會收到醫療服務提供者的賬單，其中包含醫療服務提供者的費用與您的計劃支付的費用之間的差額（差額收費）。請注意，您的參與計劃的醫療服務提供者可能會使用非參與計劃的醫療服務提供者來提供某些服務（例如實驗室檢測）。在獲得服務之前請諮詢您的醫療服務提供者。
我需要轉診才能去看專科醫生嗎？	是的。	如果您在去看專科醫生之前有轉診，本計劃將會就承保服務給付專科醫生看診的部分或全部費用。

 此表中顯示的所有[共付額](#)和[共同保險金](#)費用都是在滿足您的[自付額](#)之後（如果有[自付額](#)）。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 （您將支付最少的費用）	網絡外服務提供者 （您將支付最多的費用）	
如果您去一家醫療保健服務提供者的診室或診所就診	治療傷勢或疾病的基本保健護理就診	\$5 共付額 / 就診	不予承保	無
	專科醫生 看診	\$8 共付額 / 就診	不予承保	需經由 轉診 *
	預防保健/篩檢/免疫	不收費	不予承保	您可能需要為非 預防性 服務付費。詢問您的 醫療服務提供者 您所需的服務是否為預防性服務。然後檢查一下你的 計劃 將支付哪些費用。
如果您需要接受檢查	診斷檢查 （X 光造影、驗血）	\$8 共付額 / 測試（用於實驗室測試）。 \$8 共付額 / 測試（用於 X 射線診斷成像和超音波）。	不予承保	無
	造影（CT / PET 掃描、MRI）	\$50 共付額 測試	不予承保	需要 預先授權 。*
如果您需用藥物來治療疾病或病症 如需更多關於 處方藥承保範圍 的資訊，可瀏覽以下網址獲得： http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services	第 1 級 - 大部分學名藥	零售 - \$3 共付額 / 處方 郵購 - \$6 共付額 / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天的供應量。*
	第 2 級 - 首選品牌藥	零售 - \$10 共付額 / 處方 郵購 - \$20 共付額 / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天的供應量。*
	第 3 級 - 非首選品牌藥	零售 - \$15 共付額 / 處方 郵購 - \$30 共付額 / 處	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天的供應量。*

* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 [lacare.org](http://www.lacare.org)。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外服務提供者 (您將支付最多的費用)	
		方		
	第 4 級 - 專科藥物	每個處方 10% 共同保險金 最高 \$150 共付額	不予承保	需要 預先授權 。不支持郵購。*
如果您需要接受門診手術	機構費 (如門診手術中心)	10% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。*
	醫師 / 外科醫師費	10% 共同保險金	不予承保	無
	門診就診	10% 共同保險金	不予承保	無
如果您需要立即接受治療	急診室護理	\$50 共付額 不收取醫師費	\$50 不收取醫師費	如果入院，則免除 共付額 。
	急診醫療交通	\$30 共付額	\$30	無
	緊急護理	\$5 共付額 / 就診	\$5 / 就診	無
如果您需要住院	機構費 (如醫院病房)	10% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。
	醫師 / 外科醫師費	10% 共同保險金	不予承保	無
如果您需要心理健康、行為健康或物質濫用服務	門診服務	\$5 共付額 / 診室就診 10% 共同保險金 最高 \$5 共付額 (用於其他門診服務)	不予承保	心理測驗需取得 預先授權 。*
	住院服務	10% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。
如果您懷孕了	診所就診	不收費	不予承保	用於產前護理和孕前檢查
	生產/分娩專業服務	10% 共同保險金	不予承保	無
	生產/分娩設施服務	10% 共同保險金	不予承保	

* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 [lacare.org](https://www.lacare.org)。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您需要協助康復或有其他特殊的健康需求	家庭健康保健	\$3 共付額 / 就診	不予承保	每名會員每個日曆年最多 100 次就診，由居家醫療保健機構提供者提供。需要 預先授權 。*
	復健服務	\$5 共付額 / 就診	不予承保	門診服務 需要 預先授權 。*
	復健服務	\$5 共付額 / 就診	不予承保	門診服務 需要 預先授權 。*
	專業護理	10% 共同保險金	不予承保	每名會員每個日曆年最多可享 100 天。需要 預先授權 。
	耐用醫療設備	10% 共同保險金	不予承保	需要 預先授權 。*
	臨終關懷服務	不收費	不予承保	需要 預先授權 。*
如果您的孩子需要牙科或眼科保健	兒童眼科檢查	不收費	不予承保	每個日曆年 1 次就診
	兒童眼鏡	不收費	不予承保	每年 1 副眼鏡（或用隱形眼鏡代替眼鏡）。
	兒童牙科檢查	不收費	不予承保	口腔檢查和預防性清潔僅限每 6 個月 1 次。 請參閱您的 計劃 文件，以瞭解有關服務的其他資訊。

* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 lacare.org。

除外服務及其他承保的服務：

您的計劃通常不承保的服務（查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他除外服務的清單。）

- | | | |
|------------|------------------|--------------|
| • 脊椎矯正護理 | • 不孕症治療 | • 私人看護 |
| • 整容手術 | • 長期護理 | • 例行眼科保健（成人） |
| • 牙科護理（成人） | • 在美國境外旅行時的非急救護理 | • 減重方案 |
| • 助聽器 | | |

其他承保服務（限制可能適用於這些服務。本文件並非完整清單。請參閱您的計劃文件。）

- | | | |
|--------|------------------|------------|
| • 針灸 | • 具有醫療必要性的常規足部護理 | • 與墮胎有關的服務 |
| • 減肥手術 | | |

您的續保權利：

如果您想在保險結束後續保，有一些機構可以幫助您。這些機構的聯繫資訊是：加州醫療保健管理部 **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** 或 hmohelp.ca.gov；衛生及公共服務部 **1-877-267-2323 x61565** 或 www.cciio.cms.gov；Covered California **1 (800) 300-1506** 或 coveredca.com；或聯繫 L.A. Care Health Plan **1- 855-270-2327**。我們每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆為您提供服務。您也可以選擇其他保險選項，包括透過醫療保險市場購買個人保險承保。如需有關市場的更多資訊，請瀏覽 www.HealthCare.gov 或致電 1-800-318-2596。

您申訴和上訴的權利：如果您針對計劃的索賠遭到拒絕而提出投訴，有一些機構可以提供幫助。此投訴稱為申訴或上訴。有關您的權利的更多資訊，請查看您將收到的醫療索賠的福利說明。您的計劃文件還提供了有關如何就您的計劃（出於任何原因）提交索賠、上訴或申訴的完整資訊。有關聯繫您的權利、本通知或協助的更多資訊，請聯繫 L.A. Care 客戶服務部 **1- 855-270-2327**。我們每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆為您提供服務。此外，您可以透過以下方式聯繫加州醫療保健管理部 (DMHC)：**1-888-466-2219** 或瀏覽 dmhc.ca.gov。

此計劃是否提供最低基本承保？ 是

最低基本承保通常包括計劃、透過 Covered California 或其他個人市場保單提供的醫療保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及某些其他保險。如果您有資格獲得某些類型的最低基本承保，則您可能沒有資格獲得 保費稅收抵免。

此計劃是否符合最低價值標準？ 是

如果您的計劃未達到最小值標準，您可能沒有資格獲得保費稅收抵免以幫助您透過 Covered California 支付計劃費用

語言協助服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1- 855-270-2327**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1- 855-270-2327**

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 **1- 855-270-2327**

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1- 855-270-2327**

若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一節。

書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act, PRA) 披露聲明：根據 1995 年書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act of 1995) 的規定，除非文件上載有有效的預算管理局 (Office of Management and Budget, OMB) 管制編號，否則任何人皆無需對資訊蒐集的請求作出回覆。本資訊蒐集的有效 OMB 管制編號為 **0938-1146**。完成本資訊蒐集的所需時間預估為每次回覆平均 **0.08** 小時，其中包括檢視說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料以及完成並檢查資訊蒐集的時間。如果您對上述預估時間的準確性有意見或是您有改善此表格的建議，請寫信至 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

關於這些承保範例：



這不是一份費用估計表。所示的治療僅為該計劃如何承保醫療護理的範例。您的實際費用會有所不同，具體取決於您實際接受的護理服務、您醫療服務提供者收費的價格及許多其他因素。專注於計劃項下的分攤費用金額（自付額、共付額和共同保險金）和除外服務。使用此資訊比較您在不同健康計劃下可能支付的費用部分。請注意，這些承保範圍範例基於僅自付保險。

Peg 即將生產

(9 個月的網絡內產前護理和醫院分娩)

■ 計劃的總自付額	\$0
■ 專科醫生 [分攤費用]	\$8
■ 醫院（機構） [分攤費用]	10%
■ 其他 [分攤費用]	\$8

此範例事件包括以下服務：

專科醫生診室就診（產前護理）
 生產/分娩專業服務
 生產/分娩機構服務
 診斷檢查（超音波和驗血）
 專科醫生就診（麻醉）

總範例費用	\$12,700
-------	----------

在此範例中，Peg 將支付：

分攤費用	
自付額	\$0
共付額	\$200
共同保險金	\$1,000
未承保的內容	
限額或除外項目	\$60
Peg 將支付的總費用為	\$1,210

管理 Joe 的 2 型糖尿病（一年的

常規網絡內護理，病情控制良好）

■ 計劃的總自付額	\$0
■ 專科醫生 [分攤費用]	\$8
■ 醫院（機構） [分攤費用]	10%
■ 其他 [分攤費用]	\$8

此範例事件包括以下服務：

基本保健醫生診室就診（包括疾病教育）
 診斷檢查（驗血）
 處方藥
 耐用醫療設備（血糖儀）

總範例費用	\$5,600
-------	---------

在此範例中，Joe 將支付：

分攤費用	
自付額	\$0
共付額	\$300
共同保險金	\$80
未承保的內容	
限額或除外項目	\$20
Joe 將支付的總費用為	\$400

Mia 的簡單骨折

（網絡內急診室就診和追蹤護理）

■ 計劃的總自付額	\$0
■ 專科醫生 [分攤費用]	\$8
■ 醫院（機構） [分攤費用]	10%
■ 其他 [分攤費用]	\$8

此範例事件包括以下服務：

急診室護理（包括醫療用品）
 診斷檢查（X 光造影）
 耐用醫療設備（拐杖）
 康復服務（物理治療）

總範例費用	\$2,800
-------	---------

在此範例中，Mia 將支付：

分攤費用	
自付額	\$0
共付額	\$200
共同保險金	\$30
未承保的內容	
限額或除外項目	\$0
Mia 將支付的總費用為	\$230

計劃將負責這些範例承保服務的其他費用。

Language Assistance

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-855-270-2327** (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-855-270-2327** (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទ្រព្យជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-270-2327** (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-855-270-2327** (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-855-270-2327** (TTY: 711)。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 **1-855-270-2327** (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

فارسی زبان به مطلب (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-855-270-2327** (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-855-270-2327** (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-855-270-2327** (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-855-270-2327** (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-855-270-2327** (TTY: 711). 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 **1-855-270-2327** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 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。 **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 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 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. 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 **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

福利摘要⁴³

個人與家庭計劃 HMO計劃

Silver 94 HMO

福利摘要列出了會員在本福利計劃中的承保服務分攤費用，且僅代表福利計劃的簡短說明。請仔細閱讀《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC) 以瞭解各項規定、各項福利、除外項目、預先授權以及與本福利計劃有關之其他重要資訊的完整說明。

醫療服務提供者網絡：

L.A. Care網絡

視力網絡：

VSP

行為健康網絡：

Carelon

小兒牙科網絡：

Liberty Dental

藥房網絡：

Navitus

保險內藥物處方集：

標準保險內處方集

曆年自付額^{2,11}

曆年自付額是L.A. Care根據本計劃規定開始給付承保服務之前，會員每個曆年需支付的金額。

若使用參與計劃的醫療服務提供者^{3,11}

曆年自付額	個人保險	\$0
	家庭保險	\$0：個人 \$0：家庭
曆年藥房自付額	個人保險	\$0
	家庭保險	\$0：個人 \$0：家庭

曆年自付上限^{4,14}

自付上限是會員在每個曆年需為承保服務支付的費用上限。若有任何例外情況，均列於 EOC中。

沒有年度或終身金額上限

若使用參與計劃的醫療服務提供者^{3,11}

個人保險	\$1,150
家庭保險	\$1,150：個人 \$2,300：家庭

根據本計劃規定，L.A. Care為承保服務給付的金額沒有年度或終身金額上限。

各項福利⁵

您的費用¹⁵

	若使用參與計劃的醫療服務提供者 ^{3,11}	自付額 ² 適用
預防保健服務⁶		
預防保健服務	\$0	否
例行身體檢查	\$0	
兒童預防保健檢查 (至23個月大為止)	\$0	
醫師服務²²		
基本保健診所就診	每次就診\$5	否
專科醫生護理診所就診 ³⁶	每次就診\$8	
門診機構醫師或外科醫師服務	10%	
住院機構醫師或外科醫師服務	10%	
其他專業服務		
其他醫療執業人員的診所就診 ³⁵ <u>包括執業護士、醫師助理及治療師。</u>	每次就診\$5	否
針灸服務	每次就診\$5	
家庭生育計劃	\$0	
過敏檢測和治療		
另外購買的治療用過敏血清	10%	
診所就診 (包括過敏血清注射就診)	每次就診\$8	
足科服務	每次就診\$5	
懷孕及產科護理		
醫師診所就診：產前及首次產後： 包括產前遺傳性疾病的診斷 (若為高風險懷孕)	\$0	否
正常生產、剖腹產及懷孕併發症的住院病人醫院服務	10%	
例行新生兒包皮環切術 ⁷	10%	
終止懷孕相關服務	\$0	
急診服務		
急診室服務 (若住院則免共付額)	每次就診\$50	否
急診室醫師服務	\$0	
緊急護理中心服務	每次就診\$5	否
救護服務¹⁶		
<u>此費用適用於緊急或獲得授權的 非緊急交通運輸服務。</u>	每次交通運輸服務 \$30	否

	若使用參與計劃的醫療服務提供者 ^{3,11}	自付額 ² 適用
門診機構服務		
門診手術中心	10%	否
醫院門診部：手術	10%	
醫院門診部：疾病或傷勢治療、放射線治療、化療及必要用品 ²¹	10%	
住院機構服務^{19,20}		
醫院服務及住院 (包括性別確認護理、減肥手術、顫下頷關節病 [Temporomandibular Joint Disorder, TMJ] 及重建手術)	10%	否
診斷性X光造影、造影、病理科及實驗室服務		
• 門診實驗室及病理科	每次就診\$8	否
• <u>診斷性實驗室服務若是為了診斷疾病和傷勢而提供，則每項服務或每項檢測均可獲得承保</u>		
• 門診診斷性X光造影和造影	每次就診\$8	
• <u>包括在門診放射科中心或門診醫院進行的乳房X光檢查和超音波</u>		
• 醫學造影服務	每次就診\$50	
• <u>包括在醫院門診部或獨立門診中心進行的電腦斷層掃描 (Computed Tomography, CT)、正子斷層掃描 (Positron Emission Tomography, PET)、核磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 及核子醫學造影。需取得預先授權。</u>		
復健與生活適應服務		
<u>包括物理治療、職業治療、呼吸療法及言語治療</u>		
診所地點		否
醫院門診部	每次就診\$5	
醫院復健科病房具有醫療必要性的天數	每次就診\$5	
在住院機構，此共付額在收費時將納入住院病人醫院服務的一部分	10%	
耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)		
DME (包括但不限於義肢、矯正裝置、胰島素幫浦等。)	10%	否
擠奶器	\$0	

若使用參與計劃的醫療服務提供者 ^{3,11}	自付額 ² 適用
居家醫療保健服務 <u>每位會員每個曆年以100次訪視為上限，所有居家健康和居家輸液／居家注射服務的福利合併計算。如果您的福利計劃有曆年醫療自付額，天數是從服務一開始提供時便計入上限中，即使尚未達到曆年醫療自付額也一樣。</u> - 居家醫療保健機構服務，包括由護士、居家健康助理、醫療社工、物理治療師、言語治療師或職業治療師所進行的居家訪視 - 居家輸液／居家注射治療福利 (例如：血液因子及其他居家輸液產品和相關醫療用品) - 由輸液護士所進行的居家訪視 (居家輸液機構護士訪視不受居家醫療保健和居家輸液／居家健康注射服務曆年訪視限制的約束。) - 與輸液／注射治療相關的醫療用品 - 自我施用的居家非靜脈注射藥物屬於門診處方藥福利的承保範圍，標準會員共付額適用	每次訪視\$3 否
專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 服務¹⁹ <u>每位會員每個曆年以100天為福利上限。</u> <u>這些服務有曆年天數上限，但透過由參與計劃之臨終關懷機構所提供的臨終關懷計劃取得的服務除外。此天數上限是將所有專業護理服務的福利上限合併計算，不論服務是在醫院還是在獨立專業護理機構提供。</u> <u>如果您的福利計劃有曆年醫療自付額，天數是從服務一開始提供時便計入上限中，即使尚未達到曆年醫療自付額也一樣。</u>	10% 否
臨終關懷計劃服務¹⁸ <u>為已被獲得核准的臨終關懷計劃接受的會員提供的承保服務。所有臨終關懷計劃福利皆必須獲得L.A. Care的預先授權，且必須透過參與計劃的臨終關懷機構取得。</u> <u>包括臨終關懷前諮詢、例行居家護理、24小時連續居家護理、緩和療護及住院病人喘息護理。</u>	\$0 否
其他服務和用品 糖尿病護理服務 - 裝置、設備及用品 - 自我管理訓練¹⁷ - 醫療營養治療¹⁷	10% \$0 \$0 否

心理健康和物質濫用障礙福利

您的費用¹⁵

心理健康和物質濫用障礙福利是透過Carelton提供。

	若使用 Carelon 參與計劃的醫療 服務提供者 ^{3,11}	自付額 ² 適用
門診服務 診所就診，包括醫師診所就診 其他門診服務 ⁴⁴ ，包括密集門診護理、電痙攣治療、經顱磁刺激、在診所、住家或其他非機構設施進行的廣泛性發展障礙或自閉症行為健康治療 ²⁶ ，以及在診所提供的鴉片類藥物治療 部分住院計劃 ²⁵ 心理測驗	每次就診\$5 10%，最多\$5 10%，最多\$5 每次就診\$5	否
住院服務 醫師住院服務 醫院服務 住宿護理 ²⁴	10% 10% 10%	否

處方藥福利^{7,8,27,28,29,30,31,32,33}

您的費用¹⁵

	若使用參與計 劃的藥房 ^{3,11}	自付額 ² 適用
零售藥房處方藥 <u>每份處方，最多30天藥量。註：如果承保處方藥、用品或補充劑的零售價格低於共付額，則您將需支付金額較低者。您所支付的金額將會計入您的自付上限中。</u> 避孕藥及避孕裝置 ³⁴ 層級1藥物（大多數學名藥） 層級2藥物（首選品牌藥） 層級3藥物（非首選品牌藥） 層級4藥物（專科藥物—需獲得預先授權） 層級四應包含美國衛生及公共服務部的美國食品與藥物管理局或製造商規定必須透過專科藥房分發的藥物、需要參保者接受自我施用特殊訓練或臨床監控的藥物，或是健康計劃為一個月藥量需支付超過六百元（\$600）淨還款額的藥物。	\$0 每份處方\$3 每份處方\$10 每份處方\$15 10%，每份處方最多\$150	否
郵購服務藥房處方藥 <u>每份處方，最多90天藥量。</u> 避孕藥及避孕裝置 ³⁴ 層級1藥物（大多數學名藥） 層級2藥物（首選品牌藥） 層級3藥物（非首選品牌藥）	\$0 每份處方\$6 每份處方\$20 每份處方\$30	否

小兒科福利

您的費用¹⁵

小兒科福利提供至會員年滿19歲當月月底為止。	若使用參與計劃的牙醫 ^{3,11}	自付額 ² 適用
小兒牙科^{9,39,40}		
診斷與預防服務		
• 口腔檢查	\$0	
• 預防性 – 洗牙	\$0	
• 預防性 – X光造影	\$0	
• 密封劑(每顆牙齒)	\$0	
• 局部塗氟	\$0	
• 空間維持器 - 固定式	\$0	
基本服務		
• 修復程序	請參閱《承保內容證明》中的牙科共付額費用表	否
• 牙周保養		
• 一般輔助服務		
主要服務		
• 口腔手術	請參閱《承保內容證明》中的牙科共付額費用表	
• 牙髓治療		
• 牙周病治療(保養除外)		
• 牙冠和鑄造體		
• 義齒		
齒列矯正(具有醫療必要性者) ⁴¹	50%	
小兒科視力^{10,38}		
綜合眼睛檢查		
<u>每曆年一次檢查</u>		
• 眼科就診	\$0	
• 驗光科就診	\$0	
處方眼鏡	\$0	否
<u>包括鏡框和鏡片(每年一副)</u>		
隱形眼鏡	\$0	
<u>包括為了治療下列疾病而具有醫療必要性的隱形眼鏡：圓錐角膜、病理性近視、無水晶體症、雙眼屈光參差、雙眼不等像、虹膜缺損、角膜疾病、創傷後疾病及不規則散光</u>		

定義

1 《承保內容證明》(EOC):

《承保內容證明》(EOC) 說明了適用於本計劃承保範圍的各項福利、限制及除外項目。請檢閱EOC以瞭解更多有關本福利摘要所述之承保範圍的詳情。您可隨時索取一份EOC。

以大寫字母標示的術語在EOC中有定義說明。請參閱EOC以瞭解本福利摘要中所使用之術語的說明。

2 曆年自付額(自付額):

曆年自付額說明如下。曆年自付額是L.A. Care根據本計劃規定開始給付承保服務之前,您每個曆年需支付的金額。

如果此計劃有任何曆年自付額,需受到自付額約束的承保服務在前文福利表中以「是」標示。

3 使用參與計劃的醫療服務提供者:

參與計劃的醫療服務提供者簽約為會員提供醫療保健服務。當您透過參與計劃的醫療服務提供者取得承保服務時,在達到任何曆年自付額後,您僅需負擔共付額或共同保險金。

4 曆年自付上限 (Out-of-Pocket Maximum, OOPM):

曆年自付上限的說明如下。自付上限是您在每個曆年需為承保服務支付的費用上限。在您達到自付上限後,在該曆年的剩餘時間,L.A. Care將會全額給付承保服務的許可費用。

在您達到曆年OOPM後的費用。您將繼續為不屬於承保範圍的服務、超過許可費用的費用以及超過任何福利上限的服務費用支付所有費用。

家庭保險在家庭OOPM內有個人OOPM。這表示,擁有家庭保險的人在一個曆年內若其在其家庭達到家庭OOPM之前先達到個人OOPM,則該人士便算已達到OOPM。您所支付並計入個人OOPM中的任何金額將會同時計入個人OOPM和家庭OOPM中。

5 在接受多項承保服務時的個別會員費用:

每次當您接受多項承保服務時,您可能需為每項服務支付個別的費用(共付額或共同保險金)。若發生此情況,您可能需負擔多項共付額或共同保險金。例如,當您前往醫生處就診以接受過敏注射時,除了過敏血清費用之外,您可能還需支付診所就診費用。

6 預防保健服務:

如果您在醫師診所就診期間僅接受了預防保健服務,則您無需為該次就診支付任何共付額或共同保險金。如果您在醫師診所就診期間同時接受了預防保健服務及其他承保服務,則您可能需為該次就診支付共付額或共同保險金。

7 例行新生兒包皮環切術

若服務是在門診手術機構進行,則在診所、門診手術中心(Ambulatory Surgical Center, ASC)或門診醫院機構進行例行新生兒包皮環切術的共付額適用。

8 門診處方藥保險：

在有學名藥可供使用之情況下的品牌藥承保範圍。如果您、醫師或醫療保健服務提供者在有同等學名藥可供使用的情況下選擇了品牌藥，您將需負責向L.A. Care支付品牌藥及同等學名藥之間的差額，外加層級1共付額或共同保險金。此費用差額將不會計入任何曆年藥房自付額、醫療自付額或曆年自付上限中。

申請醫療必要性審查。如果您或您的醫師認為某項品牌藥具有醫療必要性，則您或您的醫師可申請醫療必要性審查。如獲得核准，品牌藥將會以適用的藥物層級共付額或共同保險金獲得承保。

短期專科藥物計劃。若經您同意，此計劃可讓您在首次領取特定專科藥物處方藥時，領取15天的藥量。若發生此情況，共付額或共同保險金將按比例調整。

專科藥物。專科藥物僅透過網絡專科藥房提供，最多30天藥量。

口服抗癌藥物。您最多需為由參與計劃之藥房提供的口服抗癌藥物支付\$250，最多30天藥量。由參與計劃之藥房提供的口服抗癌藥物不需受到任何自付額的約束。

9 小兒牙科保險：

小兒牙科福利是透過L.A. Care的牙科計劃管理者 (Dental Plan Administrator, DPA) 提供。

齒列矯正承保服務。即使療程持續超過一個曆年，具有醫療必要性之齒列矯正承保服務的共付額或共同保險金適用。只要會員仍參保本計劃，此規定便適用。

此計劃符合小兒牙科基本健康福利 (Essential Health Benefit, EHB) 基準計劃的規定，包括在提早定期篩檢、診斷和治療 (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) 福利中所定義之具有醫療必要性的情況下所提供的服務承保範圍。

10 小兒科視力保險：

小兒科視力福利是透過L.A. Care的視力計劃管理者 (Vision Plan Administrator, VPA) 提供。

鏡框承保範圍。如果選擇的鏡框比本福利所規定的鏡框許可金額還要貴，您將需支付許可金額和醫療服務提供者費用之間的差額。

由參與計劃的醫療服務提供者所提供的「系列鏡框」可獲得承保，會員無需付費。參與計劃的零售連鎖醫療服務提供者通常不會以「系列」的形式展示鏡框，但將會有類似的精選鏡框。

「非系列鏡框」承保上限為\$150的許可金額；但如果參與計劃的醫療服務提供者使用：

- 批發價，則許可金額最多為\$99.06。
- 大宗商品批發價，則許可金額最多為\$103.64。

使用批發價且參與計劃的醫療服務提供者在醫療服務提供者名錄中有註明。

為了確保遵守州政府和聯邦政府的規定，計劃內容可能會修改。

尾註

- 11 針對網絡內承保服務所支付的任何及所有分攤費用均可計入自付上限中。如果自付額適用於該服務，則針對所有網絡內服務所支付的分攤費用均可累計至自付額中。網絡內服務包括由網絡外服務提供者所提供但獲得保險公司核准可比照網絡內服務處理的服務。
- 12 在接受網絡外護理時，除非提供的服務被認定為是醫療急診或者提供的服務已獲得計劃的核准，否則會員將需支付所有費用。在某些情況下，非計劃醫療服務提供者可能會在您獲得授權接受護理服務的網絡內機構提供承保服務。若您在我們授權您接受護理服務的計劃機構或網絡內機構接受承保服務，您將無需負擔超過分攤費用的任何金額。
- 13 未列於保險內處方集但獲得例外處理核准的藥物分攤費用可累計至計劃的網絡內自付上限中。
- 14 針對僅本人參保之保險以外的保險，個人所支付的自付額(如有)以個人年度自付額金額為限。針對僅本人參保之保險以外的保險，個人所支付的自付費用以個人年度自付上限為限。在家庭達到家庭自付上限之後，保險公司將會為所有家庭成員給付承保服務的所有費用。
- 15 共付額絕對不會超過計劃實際的服務費用。例如，如果實驗室檢測費用低於共付額 \$45，則金額較低者即為適用的分攤費用額。
- 16 使用飛機、客車、計程車或其他形式的大眾交通工具所提供的交通運輸服務不屬於承保範圍。
- 17 健康保險公司可能不會向會員收取糖尿病自我管理的分攤費用，糖尿病自我管理的定義是針對糖尿病門診自我管理訓練、衛教及醫療營養治療所提供的服務，目的在讓會員能夠正確使用裝置、設備、藥物及用品；也包括由會員的醫師所指示或開立處方的任何其他門診自我管理訓練、衛教及醫療營養治療。其中包括但不限於可讓糖尿病病人及其家屬瞭解糖尿病病程的說明以及糖尿病治療的日常管理，以避免經常需要住院及發生併發症。
- 18 不論服務地點在何處，臨終關懷服務的分攤費用均適用。
- 19 在Gold Copay Plan中，在醫院和專業護理機構連續住院頭5天後，即不需要額外的分攤費用。
- 20 與機構分開收費之任何醫師(例如：外科醫師)的住院醫師分攤費用可能適用。若會員的基本保健醫生或專科醫生在會員於醫院或專業護理機構的期間有進行看診，則診所就診分攤費用可能適用。針對住院，若機構沒有分開收取機構費用和醫師／外科醫師費用，保險公司可能會將機構費用的分攤費用規定適用於整體費用中。
- 21 在門診服務類別中的門診就診項目包括但不限於下列類型的門診就診：門診化療、門診放射線治療、門診輸液治療和門診透析及類似門診服務。
- 22 為了診斷或確定治療而進行的首次門診／診所就診不需要獲得預先授權。為了診斷或治療心理健康或物質濫用障礙的例行診所門診護理若由網絡內醫療服務提供者提供則不需要獲得預先授權。門診／診所就診沒有次數限制。
- 23 Covered California可能會按個案情況核准修改某些服務的福利計劃設計(如有需要)，以遵守《加州心理健康平等法案》或《聯邦心理健康平等和成癮公平法案》(Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA)。
- 24 在高度結構化的環境中採用高度密集且多樣化療法以及在包括但不限於社區住院復健、個案管理及後續護理計劃中進行的住院物質濫用治療均歸類為物質濫用障礙住院服務。
- 25 門診部分住院服務包括短期醫院門診密集護理。針對門診部分住院服務，護理期是從病人加入部分住院計劃當日開始算起，並在病人出院或退出部分住院計劃當日結束。在這兩個日期之間所接受的任何服務均屬於護理期的一部分。如果病人在之後的日期需要重新住院，則屬於另外一個護理期。
- 26 自閉症和廣泛性發展障礙的行為健康治療屬於心理／行為健康門診服務的承保範圍。

27 針對治療疾病或病症的藥物，共付額或共同保險金最多適用於30天藥量的處方藥。例如，如果處方藥是一個月藥量，則可收取一次共付額或共同保險金。本備註中沒有任何內容可阻止保險公司以較低的分攤費用提供郵購處方藥。

28 藥物層級的定義如下：

層級	定義
	1) 大多數學名藥和低費用首選品牌藥。
	1) 非首選學名藥
	2) 首選品牌藥及；
	3) 由計劃的藥物和治療 (Pharmaceutical and Therapeutics, P&T) 委員會根據藥物安全性、療效及費用所建議的藥物。
	1) 非首選品牌藥或；
	2) 由 P&T委員會根據藥物安全性、療效及費用所建議的藥物或；
	3) 一般而言在較低層級有通常費用較低的首選治療替代選項。
	1) 美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 或製藥商規定必須透過專科藥房分發的藥物
	2) 規定參保人必須接受特殊訓練、臨床監控的藥物
	3) 健康計劃為一個月藥量需支付(淨還款額)超過六百元 (\$600) 淨還款額的藥物。

*某些藥物可根據預防服務規定享有零分攤費用。

29 保險公司必須遵守2015年2月27日所發布之《聯邦法規彙編》(Code of Federal Regulations, CFR) 第45篇第 156.122(d) 節的規定，該節規定健康計劃必須在其保險內處方集中公布最新、正確且完整的所有承保藥物清單，包括保險內處方集所採用的任何層級結構。

30 計劃的保險內處方集必須包含例外處理流程的清楚書面說明，例外處理流程可讓參保者用於取得未包含在計劃保險內處方集中之藥物的承保。

31 根據州法律(《健康及安全法案》第1367.656節《保險業條例》第10123.206節)規定，會員為口服抗癌藥物支付的分攤費用每份處方最多30天藥量不得超過\$250。

32 如果醫療服務提供者授權被計劃認定為不具有醫療必要性的品牌藥，會員可選擇接受替代學名藥，否則會員需負責支付同等品牌藥的適用共付額。

33 針對獲得FDA核准的所有戒煙藥物，在計劃年度期間，不得針對療程(不論是單一治療或合併治療)設定任何天數限制。

34 避孕藥和避孕裝置沒有共付額或共同保險金，但若有同等學名藥可供使用的情況下要求使用品牌避孕藥，則會員需負責支付同等品牌避孕藥的適用共付額。此外，特定避孕藥可能需要獲得預先授權才能在沒有共付額或共同保險金的情況下獲得承保。

35 其他醫療執業人員類別可能包括執業護士、註冊護士助產士、物理治療師、職業治療師、呼吸治療師、臨床心理醫師、言語及語言治療師、持照臨床社工、婚姻與家庭治療師、應用行為分析治療師、足科醫師、針灸醫療執業人員、註冊營養師及其他營養諮詢人員。本尾註中沒有任何內容可阻止計劃將由上述任一醫療執業人員所提供的服務歸類為專科醫生看診類別以外的其他類似福利類別。由其他醫療執業人員針對心理健康或物質濫用障礙病症治療所提供的服務應歸類為心理／行為健康或物質濫用障礙門診服務。

36 專科醫生是專精下列專科的醫師：過敏科、麻醉科、皮膚科、心臟科和其他內科專科醫生、新生兒科、神經科、腫瘤科、眼科、骨科、病理科、精神科、放射科、任何外科專科、耳鼻喉科、泌尿科以及其他適當指定的專科。由專科醫生針對心理健康或物質濫用障礙病症治療所提供的服務應歸類為心理／行為健康或物質濫用障礙門診服務。

- 37** 這包括心律調節器、人工水晶體、人工耳蝸植入體、骨整合助聽裝置和髖關節。
- 38** 視力保健檢查、鏡框和鏡片每曆年提供一次。鏡片包括單焦、分段雙焦或雙凸透鏡，聚碳酸酯、塑膠或玻璃材質可獲得全額承保，抗紫外線 (Ultraviolet, UV) 和抗刮塗層可獲得全額承保。Pediatric Exchange Collection的鏡框可獲得全額承保。代替眼鏡的隱形眼鏡可獲得全額承保。標準，每年一副。每月一次 (6個月份)、每兩週一次 (3個月份) 及每天一次 (1個月份)。限制包括下列項目：代替雙焦鏡片的兩副眼鏡；替換鏡片、鏡框或隱形眼鏡；醫學或手術治療、視軸矯正、視力訓練或追加檢查。不屬於隱形眼鏡承保範圍的項目：保險保單或服務協議、有美工塗層的鏡片或非處方鏡片、額外隱形眼鏡病理科診所就診以及隱形眼鏡調整、拋光或清潔。雷射視力矯正折扣，正常價格可折價 15% 或促銷價格可折價 5%；僅有簽約機構才提供折扣。
- 39** 在適用情況下，針對福利設計中的兒童牙科部分，保險公司可針對兒童牙科標準福利選擇共付額或共同保險金制，無論保險公司在福利設計中的非牙科部分選擇的是共付額還是共同保險金制。在重大傷病計劃中，自付額必須適用於非預防性兒童牙科福利。
- 40** 使用兒童牙科標準福利共付額制的健康計劃福利設計必須遵守Covered California 2025年牙科共付額費用表。
- 41** 具有醫療必要性之齒列矯正服務的會員分攤費用適用於整個療程，而非多年度療程中的個別福利年度。只要會員仍參保本計劃，此會員分攤費用便適用於整個療程。
- 42** 針對未規定僅限個人或僅限小型企業使用之 Covered California (Covered California for Small Business, CCSB) 計劃的任何福利計劃設計，該福利計劃設計應適用於個人和小型團體市場。如果健康計劃希望同時在這兩個市場提供此類福利計劃設計，則為了符合法規要求，這些計劃應被視為獨立的福利計劃設計。
- 43** 適用於不屬於基本健康福利但屬於承保服務的分攤費用條款和累計規定不適用於以病人為中心的福利計劃設計。
- 44** 心理健康／物質濫用障礙其他門診用品和服務包括但不限於部分住院、跨科密集門診精神科治療、日間治療計劃、密集門診計劃、廣泛性發展障礙 (Pervasive Developmental Disorder, PDD)／自閉症居家行為健康治療，以及介於住院護理和常規門診診所就診之間的其他中級門診服務。
- 45** 在Bronze HDHP中，自付上限不得超過國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 在其稅收程序中針對2025曆年根據通貨膨脹調整的高自付額健康計劃 (High Deductible Health Plan, HDHP) 連結健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA) 所規定的自付上限金額，此規定是根據《美國法典》(United States Code, U.S.C)第26篇第223節發布。
- 46** 在規定情況下，前三次非預防性就診免自付額，其中可能包括基本保健就診、其他醫療執業人員診所就診、專科醫生看診、緊急護理就診或門診心理健康／物質濫用障礙就診。
- 47** 這些尾註不會使保險公司需遵守適用聯邦、州或地方法律、規定或法規的義務受到限制。如果保險公司受到新制定或新修訂之法律、規定或法規的約束，而這些法律、規定或法規與這些尾註的規定互相衝突，保險公司應遵守該法律、規定或法規以及由其監管機關所提供的任何適用指南。如果這些尾註的規定超過法律實施的規定範圍，保險公司應遵守這些尾註中的規定。

瞭解您的承保範圍

在您剛加入 L.A. Care 時以及之後的每年，您都會收到一份包含您醫療保健承保重要資訊的資訊包。如果您有任何疑問，請閱讀該資訊包並致電與我們聯絡。您可瀏覽 L.A. Care 的網站 lacare.org 以瞭解下列資訊及其他更多詳情：

基本資訊

- 承保的各項福利與服務
- 不承保的各項福利與服務
- 您的健康計劃如何決定新的治療何時將納入福利
- 當您不在洛杉磯縣或 L.A. Care 網絡內時，您可以取得及無法取得的護理
- 當您不在洛杉磯縣時如何取得護理
- 如何更換您的基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP)
- 如何取得有關醫生的資訊
- 如何透過 PCP 取得護理
- 如何獲得轉診以接受專科護理、行為健康護理服務或至醫院就診
- 當您立即需要護理或需要護理但診所已關門時該怎麼辦
- 如果您需要急診該怎麼辦
- 如何領取處方藥、獲得其他藥房計劃資訊與更新內容
- 共付額與其他收費
- 收到帳單時該怎么做
- 您與家人如何保持健康的指南
- 您的健康計劃如何評估新技術以決定新技術是否應納入承保福利
- 如何取得語言協助服務和輔助

特殊計劃

L.A. Care 提供以下特殊計劃：

- 品質改善計劃以協助為會員改善護理品質和公平性、安全性及服務。這些計劃可協助您保持健康。這些計劃也可協助 L.A. Care 確保會員取得其所需的護理。
- 護理管理計劃適用於有棘手醫療問題的會員
- 幫助您進一步妥善控制如糖尿病和／或氣喘等疾病的計劃

我們如何決定有關您護理的事宜

- 我們的醫生及職員如何僅根據需求及福利決定有關您護理的事宜。我們不鼓勵醫生提供不及您需求的護理，醫生並不會因拒絕提供護理而獲得報酬。
- 如果您想進一步瞭解有關您護理的事宜是如何決定的，該如何聯絡我們
- 如何針對與您護理有關的決定提出上訴，包括外部獨立審查
- L.A. Care 有一個承保藥物清單稱為保險內處方集

- 保險內處方集每月更新並發布一次，您可以在我們的網站**lacare.org**上找到保險內處方集和其更新內容。
- 某些承保藥物設有限制規定，例如漸進式治療 (Step Therapy, ST)，藥量限制 (Quantity Limits, QL) 和／或需要預先授權 (Prior Authorization, PA)。
- 在大多數情況下將會使用美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的學名藥，即使有品牌藥可用也一樣。
- 如果您的藥物不在保險內處方集中，或有限制，您的醫生需要向L.A. Care提出申請。如果有書面記錄註明的醫療需求，此申請將會獲得核准。
- 如欲查看完整的藥物管理流程和限制清單與說明，請瀏覽 L.A. Care 的網站 **lacare.org**。

會員問題

- 身為健康計劃會員的權利與責任
- 當您感到不滿時如何投訴
- 如果您遭您的計劃退保，該怎麼做
- L.A. Care 如何保護及使用您的個人健康資訊

如果您需要印刷版的《承保內容證明》(《投保人協議與會員手冊》)，請致電 **1.855.270.2327** 與我們聯絡 (失聰或聽障人士請致電 TTY 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時(包含假日)。

L.A. Care *Covered*™ 會員手冊

投保人協議與承保內容證明及資訊披露聲明聯合表

Table of Contents

客戶服務.....	7
歡迎!.....	7
此份出版刊物是什麼?.....	7
此份《投保人協議》、更新版及修訂版的期限.....	7
如果我還需要協助該怎麼辦?.....	8
健康資訊隱私.....	8
會員識別卡(識別卡).....	11
醫療服務提供者名單及名錄.....	11
語言協助及殘障人士輔助.....	12
服務區域.....	14
及時取得護理服務.....	15
心理健康和物質濫用障礙服務.....	15
lacare.org 網站上的實用資訊.....	16
會員權利法案.....	17
如何取得護理服務.....	19
基本保健醫生 (PCP).....	19
會員／參保者與參保受撫養人有何不同?.....	19
安排約診.....	19
如何更換您的 PCP.....	20
如何獲取有與 L.A. Care 合作之醫生和專科醫生的資訊.....	20
健康評估.....	20
行為健康服務.....	22
第二專家意見.....	28
如何尋找藥房.....	29
藥房共付額.....	30
急診及緊急護理服務.....	32
非合格服務.....	34
持續護理.....	34
申訴及上訴.....	36
如何提出申訴.....	36
如何針對緊急個案提出申訴.....	37
獨立醫療審查.....	38

由加州醫療保健管理部進行的審查	39
資格和參保	40
開放參保期	41
特殊參保	41
付款責任	43
什麼是保費(預付費用)?	43
月保費	43
保險證明	44
什麼是共付額(其他費用)?	44
分攤費用	44
年度自付額	45
年度自付上限 (OOPM)	45
發送書面通知後請求終止承保	46
終止承保書面通知	47
計劃福利	49
減肥手術	49
行為健康服務	49
癌症服務	52
臨床試驗	53
牙科及齒列矯正服務	53
糖尿病護理	54
診斷 X 光造影及實驗室服務	54
透析護理	55
耐用醫療設備 (DME)	56
急救護理服務	56
家庭計劃	57
健康教育服務與保健計劃	58
人類免疫缺乏病毒 (HIV) 服務	59
居家醫療保健	60
臨終關懷	60
醫院住院護理	61
產科護理	62
醫療營養治療 (MNT)	63
醫療運輸服務	63
門診醫院服務和門診機構服務	64
造口術及泌尿用品	64

疼痛管理	65
兒科服務	65
足科服務(足部護理)	66
產前護理	66
處方藥、用品及補充劑(門診)	66
預防保健服務	68
專業服務、診所就診及門診服務	70
義肢及矯正裝置	70
重建手術	71
專業護理	72
物質濫用障礙服務	72
治療 – 物理治療、職業治療、言語治療及其他治療	72
變性服務	72
移植	73
加州兒童服務 (CCS)	73
除外項目及限制	74
一般資訊	78
參與福利計劃	78
通知	78
醫療服務提供者如何獲得報酬	78
補償規定—如果您收到帳單	78
獨立承包商	79
由醫療保健管理部 (DMHC) 進行的審查	79
福利協調	79
第三方責任	79
公共政策參與	79
區域社區顧問委員會 (RCAC)	80
資訊聲明通知	80
適用法律	80
新科技	80
天然災害、承保中斷、限制	80
接受《投保人協議與會員手冊》	80
完整協議	81
定義	82
重要電話號碼	90
服務區域圖	91

客戶服務

歡迎！

歡迎加入 L.A. Care Health Plan (L.A. Care)。L.A. Care 是一個公共實體，正式名稱為 Local Initiative Health Authority for Los Angeles County。L.A. Care 是一項由加州政府核發執照的獨立公共管理式護理健康計劃。L.A. Care 與醫生、診所、醫院和其他醫療服務提供者合作，向您（稱為會員或參保者）提供優質的醫療保健服務。

此份出版刊物是什麼？

此份出版刊物稱為《投保人協議與承保內容證明及資訊披露聲明聯合表》（也稱為《投保人協議與會員手冊》）。這是一份法律文件，其中說明您的醫療保健計劃並回答有關福利的許多重要問題。這份文件包含了一些您可能不熟悉的詞彙和術語。請參閱本《會員手冊》最後面的定義部分，以確保您瞭解這些詞彙和慣用語的定義。不論您是保險的主要參保者還是您是以家人身分參保，此份《投保人協議與會員手冊》均是協助您妥善利用會員資格的重要資源。您將會瞭解有關重要主題的資訊，例如如何選擇基本保健醫生以及如果您需要住院該怎麼做。

此份《投保人協議》、更新版及修訂版的期限

此份《投保人協議與會員手冊》的期限

此份《投保人協議與會員手冊》自 2025 年 1 月 1 日起生效（或自您會員資格生效日期起生效 [如為較晚日期]），有效期至 2025 年 12 月 31 日為止，除非本《投保人協議與會員手冊》發生下列情況：

- 根據後述「修訂流程」進行修改；或
- 根據終止部分內容所述終止

更新部分

如果您遵守本《投保人協議與會員手冊》的所有條款，我們將會為您更新本《投保人協議與會員手冊》，自 2025 年 1 月 1 日起生效。我們將會寄給您新的協議／手冊（或者如果您已選擇透過網路收到這些文件，我們將會在我們的網站上發布新的文件），這些文件會在本《投保人協議與會員手冊》終止後即刻生效，或者我們根據後述修訂流程延長本《投保人協議與會員手冊》的期限。

修訂流程

我們可能會隨時修訂本《投保人協議與會員手冊》，我們會在修訂版生效日期前至少提前 30 天寄書面通知給您（如果您已選擇透過電子方式收到這些文件與通知，我們將會透過電子郵件寄通知給您）。其中包括各項福利、除外項目或限制的任何變更。所有此類修訂均被視為已被接受，除非您（會員）在通知日期起的 30 天內向我們提供您不接受的書面通知，在此情況下，本《投保人協議與會員手冊》會在修訂版生效日期前一天終止。請參閱通知部分以瞭解當您對任何修訂版有異議時該如何寄送書面通知給我們的其他資訊。

如果我還需要協助該怎麼辦？

如果您在熟悉自己的福利之後仍需要協助，請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。

註：本《投保人協議與會員手冊》提供了 L.A. Care 保險的條款與條件。每個人在參保 L.A. Care 前均有權檢視這些文件。有特殊健康需求的人士應特別注意適用於其的一些章節。

如果您對 L.A. Care Covered™ 的福利計劃與服務有特定疑問，您可聯絡或造訪 L.A. Care。我們的資訊如下所列：

L.A. Care Health Plan
1200 W. 7th Street
Los Angeles, CA 90017
1.855.270.2327 (TTY 711)
lacare.org

參保 L.A. Care Covered™ 並接受其所提供的健康服務，即代表會員同意遵守本《投保人協議與會員手冊》中的所有條款與條件。

健康資訊隱私

L.A. Care 非常重視您（稱為會員或參保者）對我們的信任。我們希望您能繼續成為 L.A. Care 的會員。正因為如此，我們希望讓您瞭解 L.A. Care 為保護您及您家人健康資訊的隱私所採取的措施。

為了保護您和家人的健康資訊隱私，L.A. Care 會：

- 使用安全的電腦系統
- 每次均以相同的方式處理健康資訊
- 檢查健康資訊的處理方法
- 遵守所有有關健康資訊隱私的法律

所有能取得您健康資訊的 L.A. Care 職員都受過隱私權法律的培訓。他們均遵循 L.A. Care 的指南。他們還簽署了一份協議，確認其會保護所有健康資訊的隱私。L.A. Care 不會向任何依法無權獲得健康資訊的個人或團體透露健康資訊。L.A. Care 需要一些有關您的資訊，以便我們可以為您提供優質的醫療保健服務。我們依慣例會收集、使用及披露您受保護的健康資訊和其他種類的私人資訊，其中包括：

- 姓名
- 性別
- 出生日期
- 性傾向
- 性別認同
- 教育程度
- 您的口頭、閱讀及書寫語言
- 種族
- 族裔
- 住家地址
- 住家或工作電話號碼

- 手機號碼
- 健康記錄

L.A. Care 可能透過下列任一來源取得這些資訊：

- 您本人
- Covered California™
- 其他健康計劃
- 為您提供醫療保健服務的醫生或醫療服務提供者
- 您的醫療保健承保申請表
- 您的健康記錄

我們可在法律許可範圍內分享您的資訊。可能的情況包括：

- 法庭、仲裁人或類似機構需要您的健康資訊
- 申請了傳票或搜索令
- 驗屍官需要您的健康資訊
- 法律要求提供您的健康資訊

L.A. Care 可基於以下目的將您的健康資訊提供給其他健康計劃或團體：

- 診斷或提供治療
- 支付您的醫療保健費用
- 審查您醫療保健的品質

有時候，我們也會將您的健康資訊提供給：

- 發照給醫療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

醫療資訊的保密

根據加州法律，L.A. Care 必須對每位會員的醫療資訊保密。由於 L.A. Care 保存醫療資訊以讓個人或醫療保健服務提供者可以取得資訊，以用於管理資訊或用於診斷和治療，因此根據本部分規定，L.A. Care 被視為是醫療保健服務提供者。此界定僅適用於本部分，不適用於任何其他法律。根據《民法》第 56.05 和 56.06 節規定，醫療資訊包括生殖健康或性健康服務申請資訊。

我們為了達到此目標而採取的措施包括：

- 我們不會規定受保護人士*必須取得主要投保人或其他會員的授權才能接受敏感性服務。**
- 我們會將與受保護人士接受敏感性服務有關的通訊資訊***：
 - 直接發送至受保護人士指定的替代通訊地址、電子郵件地址或電話號碼；或者
 - 若沒有指定替代地址或電話號碼，我們會以受保護人士為收件人將通訊資訊發送至檔案中的電話號碼。

- 在未經受保護人士明確授權的情況下，我們將不會向主要投保人或任何其他計劃會員披露與提供給受保護人士之敏感性醫療保健服務有關的醫療資訊。
- 如有其他州的法律授權個人針對允許兒童接受性別確認醫療保健服務或性別確認心理健康護理的人士或機構提起民事訴訟，我們將不會為了回應根據該法律對個人或機構所提起的民事訴訟而披露與接受性別確認醫療保健服務或心理健康護理之兒童有關的醫療資訊。
- 如果資訊是與允許兒童接受性別確認醫療保健服務或心理健康護理的個人或機構有關，且是根據其他州的法律索取資訊，而該其他州的法律授權個人針對允許兒童接受性別確認醫療保健服務或心理健康護理的人士或機構提起民事訴訟，我們將不會向索取該資訊且根據《民法》第 56.10 (c) 節規定獲得法律授權可取得該資訊的人士或機構公開該醫療資訊。《民法》第 56.109 節。

*受保護人士是指任何受保於投保人健康計劃的成年人或無需父母或法定監護人同意即具有同意權可接受醫療保健服務的未成年人。

**敏感性服務是指與心理健康或行為健康、性健康及生殖健康、性傳播感染、物質濫用障礙、性別確認護理及親密伴侶暴力有關的所有醫療保健服務。

***通訊資訊包括：

- 帳單與追討費用的信函
- 不利福利判定通知
- 福利說明通知
- 索取索賠相關其他資訊的信函
- 有爭議之索賠的通知
- 醫療服務提供者的姓名／名稱和地址、提供之服務的說明以及與就診相關的其他資訊
- 由計劃提供且包含受保護健康資訊的任何書面、口頭或電子通訊資訊。

任何人均可致電 **1.855.270.2327** 或以普通郵件寄送書面申請至下列地址與 L.A. Care 會員服務部聯絡，以申請透過保密方式寄送通訊資訊：

L.A. Care Health Plan
Attention: Director of Customer Solution Center
1200 W. 7th Street
Los Angeles, CA 90017

申請中必須包含會員的資訊以及替代聯絡資訊。所有申請都將在收到電話申請後的 7 天內或在收到普通郵件申請後的 14 天內執行。在該人士撤銷申請或提出新的保密通訊申請之前，該通訊方式將持續維持有效。

我們有說明 L.A. CARE 病歷保密政策與程序的聲明可供索取且將會應您的要求提供給您。

如果您有任何疑問或想進一步瞭解您的健康資訊，或者您想索取一份 L.A. Care 的「隱私權聲明通知」，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。

會員識別卡 (識別卡)

您將會收到一張識別卡，證明您是 L.A. Care 的會員。請隨時隨身攜帶您的會員識別卡。在您尋求護理服務時，請向醫生、藥房、醫院或其他醫療保健服務提供者出示會員識別卡。您的會員識別卡包含專業醫護人員所需的資訊，以確保您的護理服務可獲得承保。若在尋求護理服務時沒有提供您的會員識別卡，可能會導致帳單出現錯誤資訊。

Member Services:	1.855.270.2327 (TTY 711)
Nurse Advice Line:	1.800.249.3619 (TTY 711)
Behavioral Health Services:	1.877.344.2858 (TTY 711)
Telehealth:	1.855.270.2327 (TTY 711)

Providers can call for:	Submit Medical Claims to:
Pre-authorizations*: 1.877.431.2273	L.A. Care Health Plan
Pharmacy Help Desk: 1.844.268.9787	Attn: Claims Mail Room
	P.O. Box 811580
	Los Angeles, CA 90017

*Pre-authorization is required for all non-emergent hospital admissions.

Access your personal online account with L.A. Care Connect™: members.lacare.org

 	
Effective Date:	Plan Level:
Name:	
Member ID:	RxBIN: 610602
PCP/Clinic:	RxPCN: NVT
PCP Phone:	RxGroup: LCC
Medical Group:	
Medical Group Phone:	
Office Visit:	Urgent Care: ER Visit (Waived if admitted):

千萬不要讓任何人使用您的 L.A. Care 會員識別卡。蓄意讓別人使用您的 L.A. Care 會員識別卡屬於詐欺行為。

如欲進一步瞭解您會員識別卡上的資訊，請瀏覽

www.lacare.org/members/la-care-covered/your-member-id-card。

醫療服務提供者名單及名錄

L.A. Care 在其網站上有一份目前隸屬於 L.A. Care 網絡的所有醫生、醫院、藥房及心理健康服務清單，網址為 [lacare.org](https://www.lacare.org)。您可以按地區、專科、使用的語言、可使用性和其他醫療服務提供者特性來搜索醫療服務提供者。您也可致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）以索取一份醫療服務提供者名錄。某些醫院及其他醫療服務提供者可能會基於道德理由而拒絕提供某些服務。此外，部分醫院和其他醫療服務提供者可能不提供下列一項或多項根據您計劃合約可能屬於承保範圍且您或您家人可能需要的服務：

- 家庭計劃
- 避孕服務，包括緊急避孕法
- 絕育，包括在分娩和生產時進行的女性絕育
- 不孕症治療
- 人工流產

您應在參保之前索取更多資訊。請致電您未來的醫生、醫療團體、獨立執業醫師協會或診所，或致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711），以確保您能夠取得您所需的醫療保健服務。

語言協助及殘障人士輔助

L.A. Care 可能會詢問您的語言偏好、書面通訊的格式以及種族／族裔資訊，以協助您取得符合您需求的服務並獲得更優質的護理。

這些資訊將用來為您提供您偏好語言版本和格式的書面資料，以及為您的醫生約診提供免費口譯服務，包括美國手語。

L.A. Care 絕對不會使用這些資訊來拒絕您的承保及福利。L.A. Care 將會保護您的隱私且我們僅有基於少數目的才可使用或披露這些資訊。我們不會使用個別會員的基本資訊來進行承銷、設定費率或決定福利。

L.A. Care 不會將您的資訊提供給未獲得授權的使用者。

以您所需語言和格式提供的書面資訊

English: Free language assistance services are available. You can request interpreting or translation services, information in your language or in another format, or auxiliary aids and services. Call L.A. Care at **1.855.270.2327** (TTY 711 if you are deaf or hard of hearing), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.

Spanish: Los servicios de asistencia de idiomas están disponibles de forma gratuita. Puede solicitar servicios de traducción e interpretación, información en su idioma o en otro formato, o servicios o dispositivos auxiliares. Llame a L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Chinese: 提供免費語言協助服務。您可申請口譯或翻譯服務。您使用之語言版本或其他格式的資訊或輔助援助和服務。請致電 L.A. Care 電話 **1.855.270.2327** (TTY 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。上述電話均為免費。

Vietnamese: Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ biên dịch hoặc phiên dịch, thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc bằng các định dạng khác, hay các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ ngôn ngữ. Xin vui lòng gọi L.A. Care tại **1.855.270.2327** (TTY 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog: Available ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng pag-interpret o pagsasaling-wika, impormasyon na nasa iyong wika o nasa ibang format, o mga karagdagang tulong at serbisyo. Tawagan ang L.A. Care sa **1.855.270.2327** (TTY 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga holiday. Libre ang tawag.

Korean: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 또는 번역 서비스, 귀하가 사용하는 언어 또는 기타 다른 형식으로 된 정보 또는 보조 지원 및 서비스 등을 요청하실 수 있습니다. 공휴일을 포함해 주 7일, 하루 24시간 동안 L.A. Care, **1.855.270.2327** (TTY 711) 번으로 문의하십시오. 이 전화는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Armenian: Տրամադրելի են լեզվական օգնության անվճար ծառայություններ: Կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանչական կամ թարգմանչական ծառայություններ, Ձեր լեզվով կամ տարբեր ձևաչափով տեղեկություն, կամ օժանդակ օգնություններ և ծառայություններ: Զանգահարեք L.A. Care **1.855.270.2327** համարով (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Այս հեռախոսազանգն անվճար է:

Farsi:

خدمات رایگان امداد زبانی موجود می باشد. می توانید برای خدمات ترجمه شفاهی یا کتبی، اطلاعات به زبان خودتان یا فرمت دیگر، یا امدادها و خدمات اضافی درخواست کنید. با L.A. Care به شماره **1.855.270.2327** (TTY 711) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته شامل روزهای تعطیل تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги перевода. У Вас есть возможность подать запрос о предоставлении устных и письменных услуг перевода, информации на Вашем языке или в другом формате, а также вспомогательных средств и услуг. Звоните в L.A. Care по телефону **1.855.270.2327** (TTY 711) 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, включая праздничные дни. Этот звонок является бесплатным.

Japanese: 言語支援サービスを無料でご利用いただけます。通訳・翻訳サービス、日本語や他の形式での情報、補助具・サービスをリクエストすることができます。L.A. Careまでフリーダイヤル**1.855.270.2327 (TTY 711)**にてご連絡ください。祝休日を含め毎日24時間、年中無休で受け付けています。

:Arabic

خدمات المساعدة اللغوية متاحة مجانًا. يمكنك طلب خدمات الترجمة الفورية أو الترجمة التحريرية أو معلومات بلغتك أو بتنسيق آخر أو مساعدات وخدمات إضافية. اتصل بـ L.A. Care على الرقم **1.855.270.2327 (TTY 711)** على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. المكالمات مجانية.

Panjabi: ਪੰਜਾਬੀ: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕਸਿ ਹੋਰ ਫੋਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। L.A. Care ਨੂੰ **1.855.270.2327 (TTY 711)** ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਇੱਕ ਦਿਨ ਵਿੱਚ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 7 ਦਿਨ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਸਮੇਤ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

Khmer: សេវាជំនួយខាងភាសា គឺមានដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬការបកប្រែ ស្នើសុំព័ត៌មាន ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់មួយទៀត ឬជំនួយប្រោមជ្រុង និងសេវា។ ទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care តាមលេខ **1.855.270.2327 (TTY 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj tuaj yeem thov kom muab cov ntaub ntawv txhais ua lus lossis txhais ua ntawv rau koj lossis muab txhais ua lwm yam lossis muab khoom pab thiab lwm yam kev pab cuam. Hu rau L.A. Care ntawm tus xov tooj **1.855.270.2327 (TTY 711)**, tuaj yeem hu tau txhua txhua 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib vij thiab suab nrog cov hnuv so tib si, tus xov tooj no hu dawb xwb.

Hindi: मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। आप दुभाषिया या अनुवाद सेवाओं, आपकी भाषा या कसि अन्य प्रारूप में जानकारी, या सहायक उपकरणों और सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप L.A. Care को **1.855.270.2327 (TTY 711)** नंबर पर फ़ोन करें, दनि में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दनि, छुट्टियाँ सहति। कॉल मुफ्त है।

Thai: มีบริการช่วยเหลือภาษาฟรี คุณสามารถขอรับบริการการแปลหรือล่าม ข้อมูลในภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่น หรือความช่วยเหลือและบริการเสริมต่าง ๆ ได้ โทร L.A. Care ที่ **1.855.270.2327 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์รวมทั้งวันหยุด โทรฟรี

Lao: ພາສາອັງກິດ ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ ຫຼື ແບພາສາໄດ້, ສຳລັບຂໍ້ມູນໃນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ, ຫຼື ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການເສີມ. ໃຫ້ໂທຫາ L.A. Care ໄດ້ທີ່ **1.855.270.2327 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງວັນພັກຕ່າງໆ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

免費口譯服務

在接受醫療保健服務時，您有權獲得免費口譯服務。L.A. Care 以您使用的語言提供包括美國手語在內的免費口譯服務。您每週七 (7) 天、每天 24 小時皆可使用這些服務。在醫生看診時，使用專業口譯員協助您與醫生溝通十分重要，這樣一來，您才能瞭解自己的健康狀況以及照顧自己的方式。專業口譯員受過訓練並瞭解醫療用語，其將會為您正確且完整地口譯您與醫生所談論的所有談話內容。口譯員將會對您與醫生的對話內容保密並保護其隱私。您不應請朋友或家人為您口譯，特別是由兒童為您口譯。如果您需要口譯服務，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。我們可使用您的語言透過電話協助您，並確保您在下次赴診時有口譯員為您提供服務。如欲申請口譯員：

步驟 1：與您的醫生約診

步驟 2：在您赴診之前，請至少提前十個工作日致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）並提供下列資訊：

- 您的姓名
- 您的會員識別號碼

- 您約診的日期／時間及地址
- 醫生姓名、專科及電話號碼

如果您與醫生的約診變更或取消了，請盡快致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。

殘障人士便利設施資訊

許多醫生辦公室和診所均有便利設施以讓殘障人士能夠更輕鬆地進行醫療就診，例如無障礙停車位、坡道、寬敞的檢查室以及可供輪椅使用者使用的體重機。您可在醫療服務提供者名錄中找到備有上述便利設施的醫生。L.A. Care 會員服務部亦可協助您尋找符合您需求的醫生。

醫生辦公室、診所或醫院不得因為您是殘障人士而拒絕提供服務給您。如果您無法取得您所需的服務或在取得所需服務時遭遇困難，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。

投訴

如果您有以下情況，您有權提交投訴：

- 您認為自己因殘障或不會說英文而服務遭拒
- 您無法取得口譯員服務
- 您欲針對口譯員提出投訴
- 您無法取得您所需之語言版本或格式的資訊
- 您的文化需求沒有獲得滿足

您可在本《投保人協議與會員手冊》的「申訴及上訴」一節進一步瞭解這些資訊。

服務區域

L.A. Care Covered™ 的服務區域是洛杉磯縣 (Catalina Island 除外)。您和您符合條件的受撫養人必須居住在服務區域內，且必須選擇或有接獲指定的基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP)，該醫生必須經 L.A. Care 判定距離您的住所或工作場所夠近，以確保您能夠合理地取得護理。在您搬家到 L.A. Care 的服務區域外之後，您在 L.A. Care Covered™ 的承保將會依 Covered California™ 的規定終止。

如果您到洛杉磯縣外旅行

身為 L.A. Care Covered™ 的會員，您的服務區域是洛杉磯縣 (Catalina Island 除外)。洛杉磯縣以外的所有地點（包括美國境外）都不屬於您的服務區域。在服務區域外接受的例行護理不屬於承保範圍。但洛杉磯縣外的急救和緊急護理服務可獲得承保。

在洛杉磯縣外？

如果您在洛杉磯縣外時發生緊急情況，您可在離您最近的急診設施（醫生辦公室、診所或醫院）接受急診服務，包括在您至加州以外的地區或美國境外旅行時。急診服務無需經由您 PCP 的轉診或同意。如果您入住的醫院不屬於 L.A. Care 的網絡，或不是您 PCP 或其他醫生任職的醫院，則 L.A. Care 有權在醫療安全無虞的情況下盡快將您轉至網絡醫院。您的 PCP 必須在您出院後為您提供追蹤護理。請參閱「急診服務」一節，以瞭解更多有關急救護理的詳情。

及時取得護理服務

加州法律要求健康計劃提供及時的護理服務。這表示您獲得醫療保健約診和電話諮詢的等候時間有上限。

如果您無法及時取得護理服務，您應致電識別卡上的電話號碼與 L.A. Care Covered™ 聯絡。如果 L.A. Care Covered™ 無法解決您的問題，請瀏覽 www.HealthHelp.ca.gov 或致電 **1.888.466.2219** 與醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 協助中心聯絡。

約診等候時間

健康計劃會員有權在下列時間範圍內針對醫療護理及心理健康或物質濫用障礙護理取得約診：

緊急約診	等候時間
針對不需要事先核准的服務	48 小時
針對需要事先核准的服務	96 小時
例行約診	等候時間
基本保健約診	10 個工作日
專科醫生約診，包括心理健康和物質濫用障礙 (Mental Health and Substance Use Disorder, MH/SUD) 服務的專科醫生。	15 個工作日
與心理健康服務提供者或物質濫用障礙護理提供者 (非醫師) 約診	10 個工作日*
以診斷或治療健康病症為目的之其他服務的約診	15 個工作日

*這並不代表追蹤約診只能限每 10 個工作日一次。

心理健康和物質濫用障礙服務

如果您無法前往由 L.A. Care 所提供的約診，我們將會繼續安排和預約新的約診，以確保提供具有醫療必要性的 MH/SUD 服務。

如果無法在最初提出申請之日起的 90 個曆日內提供醫療服務提供者的約診或住院，則會員可安排在 90 天期限後之最早日期的約診或住院，只要該約診或住院是在 90 天內獲得確認即可。

致電等候時間

- 您每週 7 天、每天 24 小時均可致電與合格健康專業人士交談，以確認您的健康問題是否屬於緊急性質。如果對方必須回電給您，他們必須在 30 分鐘內致電給您。請查看您識別卡上所列的電話號碼。
- 如果您致電 L.A. Care 的會員服務部電話號碼 **1.855.270.2327** (失聰或聽障人士請致電 TTY 711)，在正常營業時間工作人員應在 10 分鐘內接聽您的電話。

例外情形

- 及時取得護理服務的法律規定其目的是要確保您獲得您所需的護理。有時候，您需要取得約診的時間甚至比法律規定的期限更短。
- 在此情況下，您的醫生可提出申請以讓您較快取得約診。

- 有時候，等候較長時間再接受護理服務並無大礙。
- 如果等候較長時間不會損害您的健康，您的醫療服務提供者可能會讓您等候較長時間。您的記錄中必須要有註明等候較長時間將不會損害您的健康。
- 如果因為沒有足夠的醫療服務提供者而導致您無法在您的地區及時取得約診，您的健康計劃必須協助您取得適當醫療服務提供者的約診。

請致電 **1.800.249.3619** 與 L.A. Care 護士諮詢專線聯絡，您每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆可透過電話取得傷病分類或篩檢服務。

lacare.org 網站上的實用資訊

您使用網際網路嗎？我們的網站 **lacare.org** 是一個很棒的資源。您可以：

- 尋找醫生
- 要求更換醫生
- 瞭解自己的各項福利
- 瞭解支付保費的各種選項
- 索取會員文件和表格
- 瞭解更多有關隱私權的資訊
- 瞭解自己的權利與責任
- 提出投訴（稱為「申訴」）

您可以查看自己是否符合取得醫療承保的資格。您甚至可以要求更換醫生或醫療團體。由於這些資訊是屬於您的隱私，因此您必須登入 L.A. Care Connect。（請務必準備好您的會員識別卡，因為我們會要求您提供會員識別號碼）。您可瀏覽 **lacare.org** 以使用您的 L.A. Care Connect 帳戶，並處理下列事宜：

- 點選「Member Sign in」（會員登入）
- 點選「Eligibility」（資格）以確認資格。
- 點選「Change My Doctor」（更換醫生）以更換您的醫生。

會員權利法案

身為 L.A. Care 的會員，您享有下列權利.....

獲得受尊重且有禮貌的對待。您有權獲得 L.A. Care 醫療服務提供者及職員以尊重、能讓您保有尊嚴且禮貌的方式對待。為自己的護理作決定時，您有權免受報復或任何形式的暴力威脅。您有權免受他人使用任何形式的約制（包括身體、器具及藥物上的約制）來作為強迫、懲戒、貪圖便利或報復的手段。

隱私及保密。您有權要求我們對您與醫療服務提供者的關係並對您的病歷保密。您還有權取得病歷影印本並要求更正其中的內容。如果您是未成年人，您有權取得某些不需要家長同意的服務。

選擇及參與自己的護理。您有權獲得與 L.A. Care、其服務、醫生及其他醫療服務提供者有關的資訊。您有權從 L.A. Care 網站或醫療服務提供者名錄所列的醫生及診所中選擇自己的基本保健醫生（醫生）。您還有權在合理的時間範圍內獲得約診。您有權與您的醫生討論您的醫生提供或建議的任何護理服務。您有權徵詢第二專家意見。您有權獲得治療方面的資訊，不論其費用或您享有的福利為何。您有權「拒絕」接受治療。您有權事先決定當自己發生危及生命的疾病或傷害時，希望接受哪種醫護服務。

獲得及時的客戶服務。在 L.A. Care 正常營業時間內，您有權等候不超過 10 分鐘即與客戶服務代表通話。表達您的顧慮。您有權針對 L.A. Care、我們的醫療服務提供者或您接受的護理服務提出投訴，而不用害怕會失去您的福利。L.A. Care 將會在投訴過程中協助您。如果您不同意某項決定，您有權要求重審該決定。您有權隨時從 L.A. Care 退保。

L.A. Care 醫療服務提供者網絡外的服務。您有權在 L.A. Care 醫療網外的某些設施接受急診、緊急護理和／或服務。您有權在任何時候、任何地點獲得所需的急診治療。如果您在美國境外接受急救護理，您有權就急診服務的費用獲得補償，以許可費用上限為限。

以您的母語提供服務及資訊。您有權申請免費的口譯員，而不用請家人或朋友為您口譯。您不應請子女為您口譯。您有權要求以您能夠瞭解的語言或格式（例如大字版或語音版）提供其他會員資料。

瞭解自己的權利。您有權取得與您權利及責任有關的資訊。您有權針對這些權利及責任提出建議。

身為 L.A. Care 的會員，您需負擔下列責任.....

以禮貌及尊重的態度對待他人。您有責任以禮貌且尊重的態度對待您的 L.A. Care 醫生以及我們所有的醫療服務提供者和職員。您有責任準時赴診，或在就診前至少 24 小時致電醫生辦公室取消預約或重新安排時間。

提供最新、準確及完整的資訊。您有責任向您所有的醫療服務提供者提供正確的資訊。您有責任接受常規健康檢查，並在健康問題變嚴重之前告知您的醫生。如果某醫療服務提供者因作業疏失而向您請款，您有責任盡快通知 L.A. Care。

遵從醫生的建議並參與自己的護理事宜。您有責任和醫生討論自己的醫療保健需求、制定並達成一致的目標、盡力瞭解自身的健康問題並遵從經雙方同意的治療。



僅在緊急情況下使用急診室。您有責任僅在緊急情況發生時或根據醫生或 L.A. Care 24 小時免費護士諮詢專線的指示使用急診室。如果您不確定自己是否發生緊急情況，您可以致電您的醫生或我們的免費護士諮詢專線，電話號碼為 **1.800.249.3619**。

舉報不當行為。您有責任向 L.A. Care 舉報醫療保健詐欺或不當行為。您可致電 L.A. Care 免費合規專線 **1.800.400.4889** 以進行匿名舉報。

如何取得護理服務

請閱讀下列資訊，以瞭解您可以如何及從何處取得護理服務。

基本保健醫生 (PCP)

請閱讀下列資訊，以瞭解您可以透過哪些人或哪個醫療服務提供者團體取得醫療保健服務。所有 L.A. Care 會員都必須有一位基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP)。您可在您的 L.A. Care 會員識別卡上找到您 PCP 的姓名及電話號碼。除急診服務外，您的 PCP 將安排您所有的醫療保健服務需求、將您轉診給專科醫生以及辦理住院安排。每位 PCP 均與一個參與計劃的醫療服務提供者團體 (Participating Provider Group, PPG) 合作，PPG 是醫療團體的別稱。每個 PPG 與某些專科醫生、醫院和其他醫療保健服務提供者合作。您所選擇的 PCP 將決定您可使用哪些醫療保健服務提供者。

會員／參保者與參保受撫養人有何不同？

雖然 L.A. Care 的所有會員／參保者都是會員，但參保者與參保受撫養人有所不同。會員／參保者是指經 Covered California™ 判定符合條件後參保 L.A. Care 的會員。會員／參保者為自己及任何參保受撫養人的醫療保健承保向 L.A. Care 支付月保費。參保受撫養人是指因具備會員／參保者的受撫養人身份（例如子女）而使其能夠成為 L.A. Care 會員的人士。

為何要瞭解兩者間的差異？因為會員／參保者通常需承擔特別的責任，包括與任何參保受撫養人分享福利更新資訊。會員／參保者還需承擔本出版刊物中所註明的一些特別責任。如果您是會員／參保者（以下統稱為會員）（受撫養人以下稱為參保受撫養人），請注意特別針對您提供的任何指示。

安排約診

步驟 1：致電您的 PCP

步驟 2：解釋您致電的原因

第三步：要求約診

您 PCP 的診所職員將會告訴您何時應前來看診，以及 PCP 看診需要多長時間。（如需瞭解哪些服務需要支付共付額，請參閱「福利摘要」一節）。

您通常可在週一至週五上午 8 時至下午 4 時 30 分期間與診所和醫生約診。L.A. Care 部分地點的診所 / 醫生辦公室可能有開放夜間及週六的約診。請致電 PCP 診所以確認營業時間或者您可以查看我們的線上《醫療服務提供者名錄》，lacare.org 網站上有提供名錄。

如果您在診所 / 醫生辦公室的營業時間期間需要醫療建議，您可致電您的 PCP 並與其交談或致電 L.A. Care 的護士諮詢專線 1.800.249.3619。如果您在 PCP 診所的非營業時間（例如正常營業時間過後、週末或假日）需要接受護理服務，請致電與您 PCP 的診所聯絡。請要求轉接您的 PCP 或值班醫生。即會有醫生回電給您。

您也可以致電您會員識別卡上的護士諮詢專線號碼。該服務每週七 (7) 天，每天 24 小時皆為您提供，註冊護士可協助您解答醫療保健方面的疑問，並為您評估健康問題與症狀。此服務為免費提供，且您可選擇您欲使用的語言。PCP 或 L.A. Care 護士將會解答您的疑問並協助您決定您是否需要前來診所 / 醫生辦公室就診。

若需緊急護理（指病症、疾病或傷勢雖不會危及生命，但需要立即接受醫療護理），請致電或前往離您最近的緊急護理中心。L.A. Care 的許多醫生在夜間、週末或假日均有緊急護理服務時間。您也可以透過洛杉磯縣特定 CVS 藥房內的 MinuteClinic™ 零售商店附設診所和透過 Teladoc™ 遠距醫療服務尋求緊急護理（如需更多資訊，請參閱第 33 頁的「零售商店附設診所」和「遠距醫療服務」）。

如果您無法赴診，您應盡早提前致電告知診所或醫生辦公室。您可在致電時另行約診。如果醫療服務提供者判定延長等候時間不會對您的健康造成有害影響，其可能會延長約診的等候時間。在重新安排約診時間時應配合您的醫療保健需求並確保護理得以持續。

L.A. Care 將會透過電話提供或安排每週 7 天，每天 24 小時的傷病分類或篩檢服務。電話傷病分類或篩檢服務的等候時間將不會超過 30 分鐘。

L.A. Care 將會確保所有健康醫療服務提供者在非營業時間期間備有電話應答服務或電話答錄機，可提供緊急護理或急救護理指示，以便聯絡值班的健康醫療服務提供者。

如何更換您的 PCP

您家中參保 L.A. Care Covered™ 的每位會員均可以選擇不同的 PCP。在參保後，您應致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）以選擇一位 PCP。如果您和您的參保受撫養人沒有在參保後主動選擇一位 PCP，L.A. Care 將會根據下列標準各自為你們指定一位 PCP：

- 您使用的語言；
- 您住家附近之 PCP 診所距離您住家的距離。我們會盡量為您指定位於 10 英里範圍內的 PCP；以及
- 最適合會員年齡層的 PCP 專科。

如果您想更換自己或您參保受撫養人的 PCP，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。您也可以瀏覽 lacare.org 網站並遵循以下步驟來進行此項變更：

- 點選「**Member Sign in**」（會員登入）
- 點選「**Change My Doctor**」（更換醫生）
- 遵循指示以更換醫生。
- 我們必須在該月的 20 日之前收到您的申請，變更才能在下一個月第一天生效。如果我們是在該月的 20 日之後才收到您的申請，則變更可能要等到再下個月的一號才會生效。
- 如果您的新 PCP 與不同的 PPG 合作，這亦可能會使您可取得醫療保健服務的醫院、專科醫生和其他醫療保健服務提供者發生變更。

如何獲取有與 L.A. Care 合作之醫生和專科醫生的資訊

我們為我們的醫生和他們所接受的專業訓練感到自豪。如果您對網絡醫生和專科醫生的專業資格有疑問，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。L.A. Care 可告知您醫生所就讀的醫學院、其在住院醫師實習期間的經歷或其持有的醫學會認證。

健康評估

當您參保 L.A. Care Covered™ 時，讓我們瞭解如何為您提供協助非常重要。您的歡迎文件包包含了一份稱為健康評估 (Health Appraisal, HA) 的文件。這份 HA 包含了一些問題，這些問題可協助我們進一步瞭解您

的醫療保健需求，以及我們可如何為您提供協助。您所提供的資訊將會獲得保密且我們僅會與您的 PCP 或護理團隊分享這些資訊。請務必在您成為 **L.A. Care Covered™** 會員後的前四 (4) 個月或 120 天內完成此健康評估。在 120 天內成功完成 HA 的成年人可能符合條件可以獲得一張 \$25 的 **Target GiftCard®**。

您可到 **lacare.org** 網站登入您的線上會員帳戶，以在線上完成您的健康評估。如欲取得更多有關如何完成 HA 的資訊，請致電 **1.855.270.2327** 與 **L.A. Care** 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。

新會員健康檢☑

讓新會員接受健康檢查非常重要，即使他們沒有生病也一樣。請務必在您成為 **L.A. Care Covered™** 會員後的前三 (3) 個月內預約健康檢☑。請今天立即致電您的 **PCP** 以預約「新會員健康檢查」。這次就診又稱「體檢」或「預防保健看診」。此次就診無需支付共付額。您 PCP 的電話號碼就列在您的 **L.A. Care** 會員識別卡上。此首次健檢非常重要。您的 PCP 會查看您的醫療記錄、瞭解您目前的健康狀況，並開始為您提供任何您可能需要的新治療。您和您的 PCP 還會針對預防保健進行討論。此類護理可協助您「預防」生病或防止某些病症惡化。請謹記，兒童即使沒有生病，每年仍需接受健康檢查，以確保他們身體健康且發育正常。

婦產科 (OB/GYN) 醫師服務

女性會員可以安排由非其指定個人醫生的產科醫生／婦科醫生或家庭醫學科醫師提供產科和／或婦科 (Obstetrical/Gynecological, OB/GYN) 服務。此類服務無需經由您的 PCP 或其所隸屬的 PPG 轉診。但是，產科醫生／婦科醫生或家庭醫學科醫師必須與您的 PCP 隸屬於相同 PPG。產科和婦科服務的定義為：

- 與產前、圍產期和產後（懷孕）護理相關的醫師服務
- 為診斷和治療女性生殖系統和生殖器疾病而提供的醫師服務
- 為治療乳房疾病而提供的醫師服務
- 例行年度婦科檢查

請務必注意，在未經授權的情況下由 PCP 醫療團體以外的 OB/GYN 或家庭醫學科醫師提供的服務將不屬於本福利計劃的承保範圍。在進行約診之前，您應該致電會員識別卡上所示的電話號碼與您的 PCP 診所或會員服務部聯絡，以確認該 OB/GYN 隸屬於 PPG。OB/GYN 醫師服務有別於下文「轉診至專科醫師」中所述的專科醫生服務。

轉診和預先授權

轉診是針對通常不是由您 PCP 提供的醫療保健服務所提出的申請。所有醫療保健服務在您接受服務之前，均需先獲得 PCP 的 PPG 核准。這稱為預先授權。部分網絡內及所有網絡外醫療服務提供者需要取得預先授權。轉診申請有不同類型且期限也不盡相同，詳情如下所示：

- 例行或常規轉診 – 5 個工作日
- 緊急轉診 – 24 至 48 小時
- 急診轉診 – 同日

如果您在上述期限內未得到回應，請致電與 **L.A. Care** 聯絡。

下列服務不需要取得預先授權：

- 急診服務（詳情請參閱「急救護理服務」一節）
- 預防保健服務（包括免疫接種）

- 網絡內的婦產科服務
- 網絡內的性健康與生殖醫療保健服務

如果 L.A. Care 醫療網內的醫療服務提供者無法提供您所需的服務，您可能會被轉診給 L.A. Care 醫療網外的醫療服務提供者。由獲得轉診核准之網絡外服務提供者所提供的所有服務均可按照這些服務由網絡內醫療服務提供者提供時的相同分攤費用獲得承保。此類轉診將會根據前文所規定的標準及時進行。

所有醫療保健服務的審查、核准或拒絕皆是以醫療必要性為依據。如果您欲取得用於決定某項服務是否具有醫療必要性的政策和程序副本，請致電與 L.A. Care 會員服務部聯絡。請致電 **1.855.270.2327** (失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**)。

行為健康服務

行為健康服務包括心理健康與物質濫用障礙病症的治療。您的 PCP 將會根據其所受的訓練並在其執業範圍內為您提供某些行為健康服務。當您需要超過您 PCP 訓練和執業範圍的行為健康服務時，您將會被轉診至行為健康專科醫生處就診。行為健康服務包括產前與產後妊娠心理健康治療。您或您的 PCP 可致電 **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD (如果您是失聰或聽障人士) 與 L.A. Care 的行為健康服務供應商 Carelon Behavioral Health 聯絡以取得約診。每週 7 天，每天 24 小時 (包含假日) 均有人可協助您轉介服務。

承保福利包括但不限於中級服務，其中包括各種等級的護理服務 (如《加州法規》第 28 篇第 1300.74.72.01 節所規定)，包括但不限於住宿治療、部分住院及密集門診治療。L.A. Care 不會將心理健康和物質濫用障礙的福利或承保範圍限制於短期或急性治療。這些福利如下所述：

L.A. Care 將會根據獲得普遍認可的最新心理健康和物質濫用障礙護理標準承保為了預防、診斷及治療心理健康疾病和物質濫用障礙而對會而言具有醫療必要性的醫療保健福利，其中包括但不限於下列項目：

(I) 基本醫療保健服務，包括下列項目：

- (A) 根據《Knox-Keene 法案》規定在適用網絡的服務區域內和服務區域外提供如《健康及安全法案》第 1317.1 節所定義的急診醫療保健服務。
- (B) 根據《Knox-Keene 法案》規定在適用網絡的服務區域內和服務區域外提供的緊急護理服務。
- (C) 醫師服務，包括但不限於諮詢和轉診給其他醫療保健服務提供者，以及由醫療保健服務提供者或醫療保健機構所提供或施用的處方藥。
- (D) 住院服務，包括持照一般急性護理醫院、急性精神病院以及藥物依賴康復醫院的服務。
- (E) 門診護理服務，包括但不限於物理治療、職業治療、言語治療及輸液治療。
- (F) 診斷化驗服務、診斷性和治療性放射科服務及其他診斷性和治療服務。
- (G) 居家醫療保健服務。
- (H) 預防醫療保健服務，不論會員是否已確診心理健康疾病或物質濫用障礙。

- (I) 臨終關懷，必須至少等同於由聯邦 Medicare 計劃根據《社會安全法》第十八篇（《美國法典》[United States Code, U.S.C.] 第 42 篇第 1395 節以下條款）規定所提供的臨終關懷（2022 年 12 月），並實施《聯邦規則彙編》第 42 篇第四章第 418 部分中《社會安全法》第十八篇所採用的臨終關懷法規（2022 年 12 月），但不包括 A、B、G 和 H 子部分。
- (2) 根據《健康及安全法案》第 1374.73 節規定所提供之廣泛性發展障礙或泛自閉症障礙的行為健康治療。
- (3) 為了治療首次精神病發作所提供的協調式專科護理。
- (4) 日間治療。
- (5) 初步和確定性藥物檢測，包括在物質濫用障礙治療期間針對病人所進行的初步和持續性評估。
- (6) 電痙攣治療。
- (7) 針對性別不安，由世界跨性別健康專業協會所制訂之最新版《護理標準》中所定義的所有醫療保健福利。
- (8) 住院服務，包括但不限於下列所有項目：
 - (A) 美國成癮醫學會 (American Society of Addiction Medication, ASAM) 物質濫用障礙復健和戒斷管理的住院護理等級（第 3 版），或如最新版的《ASAM 標準》中所述。
 - (i) 3.7，有醫療監控的密集住院服務（成人）或高強度住院服務（青少年）。
 - (ii) 4，有醫療管理的密集住院服務。
 - (B) 高強度急症醫療管理住宿計劃護理等級使用評估系統 (Level of Care Utilization System, LOCUS) 和兒童及青少年護理／服務等級強度使用評估系統 (Child and Adolescent Level of Care/Service Intensity Utilization System, CALOCUS-CASII) (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 6A 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
 - (C) 有醫療管理的長期護理住宿計劃 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 6B 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
- (9) 密集社區治療，包括積極社區治療和密集個案管理。
- (10) 密集居家治療。
- (11) 密集門診治療。
- (12) 藥物管理。
- (13) 麻醉劑（鴉片類藥物）濫用治療計劃。
- (14) 門診處方藥（如有提供門診處方藥承保）。針對心理健康和物質濫用障礙藥物治療而開立的門診處方藥，包括在診所進行的鴉片類藥物濫用治療。
- (15) 門診專業服務，包括但不限於個人、團體及家庭物質濫用和心理健康諮商。
- (16) 部分住院。
- (17) 睡眠多項生理檢查。
- (18) 精神健康機構服務，包括《健康及安全法案》第 1250.2 節所述的制度化門診服務。
- (19) 心理測驗和神經心理測驗。

(20) 根據《健康及安全法案》第 1374.72 節規定所進行的重建手術。針對性別不安，根據專精重建手術的醫生所遵從的護理標準進行主要性徵和第二性徵的重建手術，以改善機能或在可行範圍內建立與會員自認性別相符的正常外觀，該醫生必須具備能力可以評估與申請之護理有關的具體臨床問題。

(21) 住宿治療機構服務，包括下列所有項目：

- (A) 短期密集住宿服務 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 5A 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
- (B) 中級中期住宿治療計劃 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 5B 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
- (C) 中級長期住宿治療計劃 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 5C 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
- (D) ASAM 住宿護理等級 (第 3 版)，或如最新版的《ASAM 標準》所述：
 - (i) 3.1，有臨床管理的低強度住宿服務。
 - (ii) 3.6，有臨床管理且針對特定族群的高強度住宿服務。
 - (iii) 3.5，有臨床管理的高強度 (成人) 或中強度 (青少年) 住宿服務。

(22) 根據《健康及安全法案》第 1374.722 節的規定提供給在校會員的心理健康疾病或物質濫用障礙學校服務。

(23) 經顱磁刺激。

(24) 戒斷管理服務，包括下列所有 ASAM 等級 (第 3 版)，或如最新版的《ASAM 標準》中所述：

- (A) 1-WM，沒有長時間現場監控的門診戒斷管理。
- (B) 2-WM，有長期現場監控的門診戒斷管理。
- (C) 3.2-WM，有臨床管理的住宿戒斷管理。
- (D) 3.7-WM，有醫療監控的住院戒斷管理。
- (E) 4-WM，有醫療管理的密集住院戒斷管理。

居家醫療保健服務。

L.A. Care 將會承保符合下列所有條件的居家醫療保健服務：

- 除了罕見或相對短時間的外出，或是除了因為需要接受醫學治療而外出之外，會員由於心理健康疾病或物質濫用障礙而無法離開家中。
- 為了評估或治療會員的心理健康疾病或物質濫用障礙或其症狀，間歇性專業護理、物理治療、職業治療或言語／語言病理服務具有醫療必要性。這些服務 (意指上述服務) 應是為了改善會員目前的狀況、維持會員目前的狀況，或為了預防或減緩會員的狀況進一步惡化而合理所需。
- 會員的醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護理師證明，服務符合上述承保條件，並制定一份護理計劃且至少每 60 天定期審查一次該計劃，該計劃包括下列服務並規定了訪視的頻率和持續時間。

L.A. Care 將會承保以下由會員醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護理師所準備之護理計劃中所列的所有居家醫療保健服務：

- 兼職專業護理，包括由註冊護士、在註冊護士監督下由持照實習護士或由接受過精神科訓練的護士所提供的專業護理服務。

- 針對個人護理所提供的兼職居家健康助理服務。
- 物理治療。
- 言語／語言病理服務。
- 職業治療。
- 醫療社會服務。
- 由家庭健康機構在會員參加居家健康護理計劃的期間所提供的醫療用品。
- 在會員參加居家健康護理計劃的期間所提供的耐用醫療設備，但條件是會員的健康計劃合約包含耐用醫療設備的承保。

L.A. Care 將會承保兼職專業護理服務和兼職居家健康助理服務，無論每週提供多少天，但前提是專業護理服務和居家健康助理服務合計每天提供不超過八小時且每週不超過 35 小時。

L.A. Care 將會承保預防醫療保健服務，包括下列項目：

- (1) 篩檢、簡短介入措施和治療轉診、基本保健介入措施及專科服務，適用對象為有物質濫用傷害危險、有物質濫用風險或有物質濫用傷害但未達到物質濫用障礙診斷標準的人士，或是尚無足夠資訊可以記錄為有物質濫用或成癮障礙的人士，詳如 ASAM 護理等級 0.5（第3版）或最新版的《ASAM 標準》中所述。
- (2) 用於預防用途和保持健康的基本服務，包括：心理健康、發展障礙及童年逆境經驗篩檢；跨科評估；專家評估；轉診；心理健康臨床醫護人員諮詢與諮商；急診評估、簡短介入措施和處置；危急情況介入措施和穩定；社區推廣預防和介入計劃；創傷或災難受害者心理健康急救；以及健康維護與暴力預防教育，詳如 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 護理等級零（2020 年版）或最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述。
- (3) 《健康及安全法案》第 1367.002 節所規定的心理健康疾病或物質濫用障礙預防醫療保健服務。

L.A. Care 將會承保下列針對心理健康疾病或物質濫用障礙所提供的服務：

- (1) 根據第 30-35 頁所述的規定以及《加州法規》第 1300.74.72 和 1300.74.721 節的規定具有醫療必要性的醫療保健福利，且根據適用州法律規定在醫療服務提供者或機構執照或證照的執業範圍內由醫療保健服務提供者或機構提供或交付，或在醫療保健服務提供者或機構的指示下提供或交付。
- (2) 根據適用州法律規定在醫療服務提供者或機構執照或證照的執業範圍內由醫療保健服務提供者或機構提供或交付，或在醫療保健服務提供者或機構的指示下提供的急診醫療保健服務，包括由持照或經認證的醫療保健服務提供者提供或在持照或經認證的機構提供，且該機構是由政府分支機構所持有或經營、受政府分支機構雇用或與政府分支機構簽約，以提供急診醫療保健服務或行為健康危急情況服務，不論健康計劃是否有與該醫療保健服務提供者、機構或政府分支機構簽約以向其會員提供急診醫療保健服務或行為健康危急情況服務。

不需要取得預先授權的行為健康服務：

- 初步行為健康評估
- 預防醫療保健服務，不論會員是否已確診心理健康疾病或物質濫用障礙。
- 由 988 中心、行動危急情況處理團隊或其他行為健康危急情況服務提供者提供且具有醫療必要性的心理健康或物質濫用障礙治療
- 急診室服務

- 個人治療
- 團體治療
- 診斷評估
- 門診藥物管理
- 麻醉劑（鴉片類藥物）濫用治療
- 門診心理健康與物質濫用服務
- 危急情況介入措施
- 透過社區協助、康復及賦能 (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE) 法院協議或 CARE 計劃取得之處方藥以外的服務。
- 醫師服務，包括但不限於諮詢和轉診給其他醫療保健服務提供者，以及由醫療保健服務提供者或醫療保健機構所提供或施用的處方藥。

可能需要取得預先授權的行為健康服務包括但不限於：

- 危急病情住宿服務
- 心理健康住院和服務
- 物質濫用障礙住院服務
- 住院服務，包括但不限於下列所有項目：
 - 美國成癮醫學會 (ASAM) 物質濫用障礙復健和戒斷管理的住院護理等級（第 3 版），或如最新版的《ASAM 標準》中所述：
 - 3.7，有醫療監控的密集住院服務（成人）或高強度住院服務（青少年）。
 - 4，有醫療管理的密集住院服務。有臨床管理的低強度住宿服務
 - 高強度急症醫療管理住宿計劃護理等級使用評估系統和兒童及青少年護理／服務等級強度使用評估系統 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 6A 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
 - 有醫療管理的長期護理住宿計劃 (LOCUS CALOCUS-CASII 6B 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
- 針對心理健康和物質使用的住院病人所提供的非醫療過渡性住院康復服務
- 密集社區治療，包括積極社區治療和密集個案管理。
- 治療解毒急性醫療併發症的住院服務
- 門診病人部分住院
- 心理測驗
- 精神科觀察服務
- 物質濫用障礙日間治療
- 物質濫用障礙密集門診治療計劃
- 心理健康密集門診治療計劃

- 戒斷管理服務，包括下列所有 ASAM 等級（第 3 版），或如最新版的《ASAM 標準》中所述：
 - 1-WM，沒有長時間現場監控的門診戒斷管理。
 - 2-WM，有長期現場監控的門診戒斷管理。
 - 3.2-WM，有臨床管理的住宿戒斷管理。
 - 3.7-WM，有臨床監控的住院戒斷管理。
 - 4-WM，有臨床管理的密集住院戒斷管理。
- 應用行為分析 (Applied Behavior Analysis, ABA) 服務
- 經顱磁刺激 (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) 電痙攣治療 (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- 住宿治療機構服務，包括下列所有項目：
 - 短期密集住宿服務 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 5A 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
 - 中級中期住宿治療計劃 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 5B 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
 - 中級長期住宿治療計劃 (LOCUS 和 CALOCUS-CASII 5C 等級 [2020 年版]，或如最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述)。
 - ASAM 住宿護理等級（第 3 版），或如最新版的《ASAM 標準》中所述：
 - 3.1，有臨床管理的低強度住宿服務。
 - 3.3，有臨床管理且針對特定族群的高強度住宿服務。
 - 3.5，有臨床管理的高強度（成人）或中強度（青少年）住宿服務。

如需更多有關行為健康服務的資訊，請致電 **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD（如果您是失聰或聽障人士）與 L.A. Care 的行為健康服務供應商 Carelon Behavioral Health 聯絡。每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）均有人可協助您轉介服務。

您有權在有需要時及時獲得地理位置方便的心理健康／物質濫用障礙 (Mental Health/Substance Use Disorder, MH/SUD) 服務。如果 L.A. Care 未能安排由健康計劃網絡內的適當醫療服務提供者為您提供這些服務，健康計劃必須承保並安排由網絡外服務提供者為您提供您所需的服務。如果發生此情況，除了常規的網絡內分攤費用之外，您無需支付任何其他費用。

如果您不是緊急需要接受該服務，健康計劃必須在您向健康計劃申請服務之日起的 10 個工作日內為您提供約診。如果您緊急需要接受該服務，L.A. Care 必須在您提出申請後的 48 小時內（如果 L.A. Care 沒有規定該約診需要取得預先授權）或 96 小時內（如果 L.A. Care 有預先授權規定）為您提供約診。

如果 L.A. Care 沒有在上述期限內並在服務地理位置標準範圍內為您安排接受服務，您可安排透過任何持照醫療服務提供者接受服務，即使該醫療服務提供者不屬於 L.A. Care 網絡也沒關係。如欲獲得 L.A. Care 的承保，您與醫療服務提供者的首次約診必須是在您最初向 L.A. Care 申請 MH/SUD 服務之日起的 90 個曆日內。

在 L.A. Care 可將會員轉給網絡內醫療服務提供者之前，L.A. Care 應至少提前 90 個曆日向會員、會員的代表（如有）及為會員提供治療的醫療服務提供者提供通知。該通知應告知會員計劃打算為會員轉換之網絡內醫療服務提供者的姓名和聯絡資訊，以及如果會員、會員的代表或會員的醫療服務提供者認為將會員轉

給網絡內醫療服務提供者將會對會員造成傷害或者不符合護理標準，會員可如何針對計劃提出投訴的資訊。如果會員或會員的代表對轉換至網絡內醫療服務提供者的事宜表達不滿，L.A. Care 將會根據《健康及安全法案》第 1368 節的規定將該拒絕視為申訴。

如果您對如何取得 MH/SUD 服務有疑問，或者您無法取得服務，您可以：1) 致電您健康計劃識別卡背面所列的電話號碼與 L.A. Care 聯絡；2) 致電 **1.888.466.2219** 與加州醫療保健管理部的協助中心聯絡；或 3) 透過 **www.healthhelp.ca.gov** 網站與加州醫療保健管理部聯絡，以尋求取得 MH/SUD 服務的協助。

專科醫師轉診

專科醫生是在一個醫學領域內受過訓練、具有知識且在此領域執業的醫生。例如，心臟科醫師是受過多年專門訓練，能夠處理心臟問題的心臟專科醫生。如果您的 PCP 認為您應該請專科醫生看診，其會申請預先授權。

轉診至不具醫師身分的醫療服務提供者

您可能會透過您 PCP 診所內的非醫師醫療服務提供者取得服務。非醫師醫療服務提供者可能包括但不限於臨床社工、家庭治療師、執業護士及醫師助理。

長期轉診

您可能患有慢性、會危及生命或會導致失能的病症或疾病，如人類免疫缺乏病毒／後天免疫缺乏症候群 (Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS)。若是如此，您可能需要長期接受專科醫生或其他合格的專業醫護人員看診。您的 PCP 可能會建議或者您可申請所謂的長期轉診。

長期轉診至專科醫生或合格的專業醫護人員需要預先授權。獲得長期轉診後，您每次想要請專科醫生或合格的專業醫護人員為您看診時即無須取得授權。您可以申請長期轉診至與您 PCP 或與合約專科護理中心合作的專科醫生處。

專科醫生或合格的專業醫護人員將會為您擬定一份治療計劃。治療計劃將會註明您多久需要看一次醫生。治療計劃獲得核准後，專科醫生或合格的專業醫護人員將會獲得授權提供健康服務。專科醫生將根據治療計劃，在其受過訓練的專業領域提供健康服務。

第二專家意見

什麼是第二專家意見？

第二專家意見是指您在下列情況下，需找另一位醫生看診：

- 對某一診斷有疑問，或
- 您不同意 PCP 的治療計劃，或
- 希望確認治療計劃。

第二專家意見必須由 L.A. Care 網絡或您 PPG 網絡內的合格專業醫護人員提供。若網絡內沒有合格的專業醫護人員，則 L.A. Care 或您的 PPG 將會安排一位合格的專業醫護人員。您有權要求並獲得第二專家意見，並要求及時提供常規及緊急的專家意見。

您該採取什麼行動？

步驟 1：與您的 PCP 或 L.A. Care 討論，告訴他們您想接受其他醫生看診並說明原因。

步驟 2：您的 PCP 或 L.A. Care 會將您轉診至合格的專業醫護人員處。

步驟 3：請致電與為您提供第二專家意見的醫生約診。

如果您不同意該第二專家意見，您可以向 L.A. Care 提出申訴。請參閱「申訴及上訴」一節以瞭解詳情。

如何尋找藥房

L.A. Care 與許多藥房均有合作。您可在某些合約藥房領取 90 天藥量的慢性疾病藥物。請您的醫生開立 90 天份的處方。由您 PCP 或專科醫生所開立的藥物均必須在合約藥房領取。

尋找您附近的藥房：

瀏覽 L.A. Care 的網站 lacare.org 以尋找您社區的 L.A. Care 合約藥房。點選下列各項目：

- 「**For Members**」(會員專區)
- 「**Pharmacy Services**」(藥房服務)
- 「**Find a Pharmacy**」(尋找藥房) 部分中的「**Search Now**」(立即搜尋)

在藥房領取處方藥時，請務必出示您的 L.A. Care 會員識別卡。

有些藥物根據美國食品與藥物管理局的規定有分發上的限制、或者需要特殊處理、需要醫療服務提供者協調或是需要特別用藥衛教，此類藥物無法在您當地的藥房提供。抗腫瘤藥物就是此類特殊藥物的例子之一，這些藥物在保險內處方集中標有特殊代碼 SP (專科藥房可提供)、MSP (必須由專科藥房提供)、LMSP (必須由 Lumicera 專科藥房提供)。您可到 L.A. Care 的網站 lacare.org 上參閱保險內處方集，以取得某項藥物是否必須在專科藥房領取的相關資訊。點選下列各項目：

- 「**For Members**」(會員專區)
- 「**Pharmacy Services**」(藥房服務)
- 「**Resources**」(資源) 部分中的「**L.A. Care Covered™ Formulary**」(L.A. Care Covered™ 保險內處方集)

您也可致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡 (失聰或聽障人士請致電 TTY 711)。有些藥物需要特別處理且需要由 L.A. Care 的合約專科藥房處理並郵寄給您。

郵購藥房

郵購服務讓您可以領取最多 90 天藥量的慢性疾病藥物。慢性疾病藥物是您為了長期健康病症 (如高血壓或糖尿病) 而可能需要服用的藥物。如需更多有關如何設立郵購帳戶或如何針對尚未過期的處方訂購加配藥物的資訊，請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡 (失聰或聽障人士請致電 TTY 711) 或瀏覽 L.A. Care 的網站 lacare.org。點選下列各項目：

- 「**For Members**」(會員專區)
- 「**Pharmacy Services**」(藥房服務)
- 「**Mail Order Pharmacy Form**」(郵購藥房表格)

如果藥物已沒有加配額度，您將需透過醫生或其他處方開立者取得新的處方。郵購服務是選擇性的免費服務，您可自由選擇使用。

有哪些藥物屬於承保範圍？

L.A. Care 使用一份稱為保險內處方集的核准藥物清單，以確保您可以取得最適當、安全且有效的處方藥。如果您的醫生或其他處方開立者表示您需要某些藥物來改善或維持健康，並且您是在 L.A. Care 的合約藥房領取處方藥，則 L.A. Care 將會承保保險內處方集中所有具有醫療必要性的藥物。針對未列於保險內處方集中的藥物，您的醫生或其他處方開立者必須在您領取處方藥之前取得核准。請參閱「非保險內處方集藥物」一節。保險內處方集每個季度均會由一個醫師和藥劑師所組成的委員會進行審查和核准，保險內處方集中包括屬於處方藥物福利承保範圍的學名藥、品牌藥和專科藥物。您可在 L.A. Care 網站 lacare.org 上檢視保險內處方集，並點選下列各項目：

- 「**For Members**」(會員專區)
- 「**Pharmacy Services**」(藥房服務)
- 「**Resources**」(資源) 部分中的 「**L.A. Care Covered™ Formulary**」(L.A. Care Covered™ 保險內處方集)

如果先前獲得核准的藥物被從保險內處方集中移除，但您的醫生目前仍為您開立此藥物，則只要醫生有開立該藥物的適當處方且該藥物對治療您病症而言屬於安全有效的藥物，L.A. Care 便會繼續承保此藥物。如欲獲得持續承保的授權，請參閱本手冊中「非保險內處方集藥物」一節所述的程序。

若某項品牌藥有同等學名藥可供使用，則不論該同等學名藥和品牌藥是否有列於保險內處方集中，L.A. Care 均會確保計入會員費用的分攤費用為最低的分攤費用。請參閱《加州法規》第 1342.73(a)(7) 節。

如欲瞭解有關處方藥分攤費用或預先授權規定的詳細資訊，您可在我們的會員入口網站 L.A. Care Connect 透過 L.A. Care 的線上保險內處方集取得即時資訊。您也可致電 **1.855.270.2327** (失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**) 與 L.A. Care 會員服務部聯絡，以索取一份保險內處方集。您也可以申請您慣用語言版本或格式 (例如大字版或語音版) 的保險內處方集。

藥房共付額

L.A. Care 承保學名藥、品牌藥和專科藥物。您需負責為在藥房領取的每項藥物支付共付額。您需支付的共付額金額將視藥物類別和／或保險內處方集中所示的層級 (例如：層級 1、2、3、4) 以及您的福利計劃 (例如：金級、銀級或銅級) 而定。請參閱「福利摘要」以瞭解可能適用的藥房共付額、自付額、整合式自付額和／或自付上限。

登入您在 members.lacare.org 網站的會員帳戶，以查看您是否符合取得處方藥的條件並查看您的處方藥資訊，例如：

- 保險內藥物處方集狀態以及是否有限制或特殊規定
- 共付額資訊
- 藥房資訊

您可在 lacare.org 網站找到最新版的保險內處方集。

L.A. Care 保險內處方集包括：

- 經過核准的處方藥
- 糖尿病用品：胰島素、胰島素注射器、血糖試紙、採血針、持續血糖監測器及其相關用品。
- EpiPens 和 Anakits
- 吸入器分隔器與輔助延伸裝置；

- **緊急避孕藥：**經您的醫生開立處方後，您即可透過醫生或藥房免費獲得緊急避孕藥。您亦可在未持有處方的情況下透過經認證的藥劑師獲得緊急避孕藥。

如需有關無需處方即可由經認證的藥劑師提供緊急避孕藥的藥房資訊，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。

- 在您接受急救護理服務時，緊急避孕藥也屬於承保範圍。您可透過醫生、醫院、藥房或其他專業醫護人員獲得急救護理服務，無論他們是否有與 L.A. Care 簽約。
- 加州通過了藥房法案 AB 1048 (Arambula)。醫療保健：疼痛管理和第二級管制藥物處方。從 2018 年 7 月 1 日開始，如果病人或處方開立者提出要求，該法律授權藥劑師可以配發第二級管制物質的部分藥量。該法律規定，藥房必須保留原始處方，並註明已領取的處方藥藥量、每次部分配藥的日期和藥量，以及每次部分配藥時配發藥物的藥劑師姓名縮寫，直到該處方的藥量已完全配發為止。該法案將授權藥劑師可以收取專業配藥費，以用於支付與配發原始處方每次部分配藥相關的實際用品和人工費用。

在您領取處方藥時，您可領取部分藥量。您可能只需為處方的完整藥量支付一次全額共付額。如果您已經被收取了兩次費用（一次為部分配藥，一次為完整配藥），請致電 **1.855.270.2327**（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）與 L.A. Care 會員服務部聯絡，以獲得有關如何就超額支付的共付額取得補償的資訊。

- 您可能需要提供藥房收據的副本，以證明您為處方藥支付了多次共付額。

非保險內處方集藥物

有時候，醫生可能會開立未列入保險內處方集中的藥物。在此情況下，在您領取處方藥之前，醫生將需取得 L.A. Care 的授權。為了決定是否要承保非保險內處方集藥物，L.A. Care 可向醫生和 / 或藥劑師索取更多資訊。在 L.A. Care 收到其所索取的醫療資訊後，其將會在 24 小時內（緊急申請）或 72 小時內（標準申請）回覆醫生和 / 或藥劑師。當健康病症可能嚴重危及生命、損害健康或恢復身體最佳機能的能力時，或當您正在使用非保險內處方集藥物進行療程時，則屬於緊急情況。醫生或藥劑師將會告訴您該藥物是否獲得核准。在藥物獲得核准後，您可以在計劃藥房領取藥物，請參閱第 29 頁的「如何尋找藥房」一節。如果非保險內處方集藥物遭到拒絕，您有權提出上訴。請參閱「申訴及上訴」一節以瞭解詳情。

限制或特殊規定

某些藥物有承保規定或您可取得的藥量限制。在某些情況下，您的醫生或其他處方開立者必須採取某些行動，而後您才能領取處方藥。例如：

事先核准（或預先授權）：在取得某些藥物時，您的醫生或其他處方開立者必須先獲得 L.A. Care 的核准，而後您才能領取處方藥。如果您沒有獲得核准，L.A. Care 可能不會承保該藥物。

藥量限制：為了您的安全，L.A. Care 可能會就某些藥物限制每份處方您可獲得的藥量，或限制您可加配某些藥物的次數。如果您的醫生或其他處方開立者認為限制的藥量不足以治療您的病症，則您可以申請針對藥量限制規定進行例外處理。

漸進式治療：有些藥物設有特殊規定，稱為漸進式治療。這表示，您必須先嘗試保險內處方集中的另一項藥物，而後開立的藥物才能獲得承保。如果您的醫生或其他處方開立者認為第一種藥物對您沒有療效，或不符合提供具有醫療必要性之承保服務的優良執業規範，則您可以申請針對漸進式治療規定進行例外處理。

承保例外處理：針對藥量限制或漸進式治療規定所提出的例外處理申請或針對非保險內處方集藥物所提出的承保申請，可由您的醫生或其他處方開立者以預先授權的形式向 L.A. Care 提出，並附上可以為醫療服務提供者的判定提供佐證的正當理由與臨床文件。例外處理申請的核准或拒絕決定可在 24 小時內作出（若為緊急性質）或在 72 小時內作出（若非緊急性質）。如果您對承保例外處理的決定感到不滿，您有權針對該決定向 L.A. Care 提出上訴，或者向 3 種不同的審查人員提交申訴：

1. L.A. Care；
2. 外部審查員；以及
3. 醫療保健管理部的獨立醫療審查員。請參閱「申訴及上訴」一節以瞭解詳情。

L.A. Care 將不會禁止也不會取代《加州法規》第 136.206(b) 節所述的漸進式治療例外處理申請。

急診及緊急護理服務

緊急護理服務

急需護理的情況和急診情況不同。緊急護理是針對不會危及生命但需要立即接受醫療護理之病症、疾病或傷勢而提供的。L.A. Care 的許多醫生在夜間和週末均安排了緊急護理服務時間。可能需要緊急護理的常見狀況包括：

- 感冒／流感
- 嘔吐／腹瀉
- 皮疹
- 泌尿道感染
- 耳痛／頭痛
- 背痛
- 扭傷／拉傷
- 皮膚／眼睛感染
- 喘鳴或咳嗽
- 腹痛

如何獲取緊急護理

1. 請致電您的 PCP 醫生。您可能會與接線生通話，接線生會在您 PCP 醫生診所的非營業時間（如正常營業時間過後、週末或假日）接聽您的電話。
2. 要求與您的 PCP 醫生或值班醫生通話。即會有醫生回電給您。如果您的 PCP 醫生無法接聽您的電話，可能會有另一位醫生接聽您的電話。您每週 7 天，每天 24 小時都可以利用電話和醫生聯絡，包括週末和假日。
3. 將您的病症告訴醫生，並遵照醫生的指示。

如果您不在洛杉磯縣，則您在取得緊急護理服務之前將無需致電您的 PCP 醫生也無需取得預先授權。請務必讓您的 PCP 醫生知道您有接受緊急護理。您可能需要接受 PCP 醫生的追蹤護理。

零售商店附設診所

L.A. Care 已與 MinuteClinic™ 合作，透過其零售商店附設診所提供緊急護理的替代服務管道。MinuteClinic™ 在洛杉磯縣附近的特定 CVS 藥房設有診所。MinuteClinic™ 診所所有執業護士和／或醫師助理駐診。如欲尋找您附近的零售商店附設診所：

- 請瀏覽 <https://www.lacare.org/health-plans/la-care-covered/find-provider>
- 請瀏覽 www.cvs.com/minuteclinic 並輸入您的郵遞區號

遠距醫療服務

L.A. Care 已與 Teladoc™ Health, Inc. 合作，為我們的會員提供遠距醫療服務，以作為緊急護理的另一種替代服務管道。不論您身在何處，Teladoc™ 均可透過電話或視訊提供護理。如果您使用 Teladoc™ 服務，您有權查看您使用服務後的病歷，且除非您反對，否則這些記錄將會與您的基本保健服務提供者分享。

如欲透過 Teladoc™ 取得護理：

- 請瀏覽 www.teladoc.com – 點選「Log in/Register」（登入／註冊）
- 請致電 1.800.835.2362 與 Teladoc™ 聯絡
- 請致電 1.855.270.2327（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）與 L.A. Care 會員服務部聯絡

您使用遠距醫療服務的費用將不會超過您透過醫生、執業護士或醫師助理當面看診接受相同服務所需的費用。無論您是透過 Teladoc™ 取得遠距醫療服務，還是透過參與計劃的醫療服務提供者團體或基本保健服務提供者提供的獨立或私人遠距醫療服務取得遠距醫療服務，此規定皆適用。如果您使用 Teladoc™ 服務，您有權查看您使用服務後的病歷，且除非您反對，否則這些記錄將會與您的基本保健服務提供者分享。

急診服務

在全球各地接受的急診服務每週 7 天、每天 24 小時均可獲得承保。急救護理是指會員為了中止或緩解下列情況合理認為必要的服務：

- 嚴重疾病或症狀；
- 傷勢、劇痛或臨產；
- 需要立即診斷及治療的病症

急診服務及護理包括救護車、醫療篩檢以及醫生或適當人員所進行的檢查和評估。急診服務包括生理和精神科緊急病症以及臨產服務。

急診的例子包括但不限於：

- 呼吸困難
- 顛癇發作（抽搐）
- 大量出血
- 失去意識／昏迷（無法醒來）
- 非常疼痛（包括胸口痛）
- 吞服毒物或用藥過量
- 骨折
- 頭部受傷
- 眼睛受傷
- 有自殘或傷害其他人的想法或行動

如果您認為自己發生健康方面的緊急情況，請致電 **911**。您無需致電與您的醫生聯絡即可前往急診室就診。請不要為了接受例行醫療保健服務而使用急診室。

發生緊急情況時該怎麼辦：

如果您發生緊急情況，請致電 911 或前往最近的急診室。急救護理在任何時間以及任何地點都屬於承保範圍。如果您不在美國境內，您將需自付您所接受的急診服務費用。L.A. Care 將會根據許可費用上限為您提供補償。

如果您不確定自己是否發生緊急情況，該怎麼辦：

如果您不確定自己是否發生急診狀況或是否需要緊急護理，請致電 1.800.249.3619 與 L.A. Care 的護士諮詢專線聯絡，以取得傷病分類或篩檢服務，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

急診後的穩定後護理和追蹤護理

在您的緊急病症在醫院得到治療且因病情穩定而不再存有緊急情況後，為您診治的醫生可能會要求您在醫院多呆一段時間，直到您可以安全出院為止。您在緊急病症穩定後所接受的服務稱為「穩定後服務」。如果您接受急診服務的醫院不是 L.A. Care 合約網絡內的醫院（「非合約醫院」），則該非合約醫院將會與 L.A. Care 聯絡，以申請核准讓您在該非合約醫院住院。如果 L.A. Care 核准您在非合約醫院繼續住院，您只需針對住院負擔會員的分攤費用，但需遵守適用的自付額規定。不過請注意，如果任何分攤費用是以帳單費用的百分比計算，則非合約醫院的費用通常會較高。如果 L.A. Care 通知非合約醫院，表示您可以安全轉院到 L.A. Care 的任一合約醫院，L.A. Care 將會為您安排從非合約醫院轉院到合約醫院的事宜並支付相關費用。如果 L.A. Care 判定您可以安全轉院到合約醫院，但您本人、您的配偶或法定監護人不同意轉院，非合約醫院必須為您、您的配偶或法定監護人提供書面通知，說明您需支付您在急診狀況穩定之後，在非合約醫院接受穩定後服務的全額費用。此外，如果非合約醫院不知道您的姓名，無法獲得 L.A. Care 的聯絡資訊，因此無法先申請核准再為您提供穩定後服務，您可能亦須支付服務費用。

如果您認為您因接受非合約醫院提供的穩定後服務而遭到不當收費，請致電 **1.855.270.2327** 與 **L.A. Care** 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 771**）。

非合格服務

非合格服務是指在急診室所接受的任何非急診服務。L.A. Care 將會根據審慎非專業人士對急診服務的定義來審查提供給會員的所有急診室服務。會員必須支付任何非合格服務的費用。（請參閱「急診服務」一節以瞭解詳情。）

持續護理

由終止合約的醫療服務提供者提供持續護理 目前因急性病症、嚴重慢性病症、懷孕（包括產後即刻護理）或絕症而正在接受治療的會員、或出生至 36 個月大的兒童、或已經獲得授權可以透過目前已終止合約的醫療服務提供者接受屬於既定療程之手術或其他診療程序的會員，可以在某些情況下要求由一位即將退出 L.A. Care Covered™ 或 L.A. Care Covered Direct™ 醫療網的醫療服務提供者完成護理服務。請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**），以取得與資格條件有關的資訊並取得協助申請由已終止合約的醫療服務提供者提供持續護理。在由不再與 L.A. Care Covered™ 或 L.A. Care Covered Direct™ 簽約的醫療服務提供者完成護理服務的期間，您可能需要支付共付額、需達到自付額或有其他分擔費用。

由非合約醫療服務提供者為新會員提供持續護理

目前因急性病症、嚴重慢性病症、懷孕（包括產後即刻護理）或絕症而正在接受治療的新受保會員、或出生至 36 個月大的兒童、或已經獲得授權可以透過某位醫療服務提供者接受屬於既定療程之手術或其他診療程序的新受保會員，或如果先前的保險在某些情況下遭計劃終止、或任何先前的保險被從市場上撤回，則可以在某些情況下要求由在會員的 L.A. Care Covered™ 保險生效時為會員提供服務的非合約醫療服務提供者完成護理服務。請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**），以取得與資格條件有關的資訊並取得協助申請由非合約醫療服務提供者提供持續護理。在由未與 L.A. Care Covered™ 簽約的醫療服務提供者完成護理服務的期間，您可能需要支付共付額、需達到自付額或有其他分擔費用。

在接受妊娠心理健康疾病治療時的持續護理

如果某位人士因下列原因而正在接受由 L.A. Care 醫療網外的醫療服務提供者所提供的妊娠心理健康疾病治療：

- 該人士將醫療保險計劃更換成 L.A. Care 且目前為其看診的醫療服務提供者不隸屬於 L.A. Care 的醫療網；或
- L.A. Care 醫療服務提供者是在該人士開始接受治療後才退出 L.A. Care 醫療網，L.A. Care 將應要求安排該人士繼續透過目前的醫療服務提供者接受服務，從診斷日期起或孕期結束起（以時間較晚者為準）最多 12 個月。

申訴及上訴

L.A. Care 申訴及上訴

如果我對服務感到不滿意該怎麼辦？

如果您對您所獲得的服務或護理不滿意、有問題或疑問，請告知我們。許多問題和顧慮可由我們的會員服務部及時解決。如果您尚未與會員服務部聯絡，請先致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。不過，您可以隨時向 L.A. Care 提出申訴，而不必在向 L.A. Care 提出申訴前先與 L.A. Care 會員服務部聯絡。

什麼是申訴？

申訴是會員表達不滿的一種方式，也稱為投訴。申訴可透過書面或口頭方式提出。您有權提出申訴。從您感到不滿當日開始算起，您必須在 180 個曆日內提出申訴。部分例子是有關針對下列項目所提出的投訴：

- 您的基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP) 或其他醫療服務提供者提供的服務或護理
- 您 PCP 的醫療團體為您提供的服務或護理
- 您的藥房提供的服務或護理
- 您的醫院提供的服務或護理
- L.A. Care 提供的服務或護理

如何提出申訴

提出申訴的方式有許多種。您可以選擇以下任一種：

- 寫信、造訪或致電 L.A. Care。您也可以透過 L.A. Care 的網站 **www.lacare.org/members/member-support/file-grievance** 在線上以英文或西班牙文提出申訴。
- 如果您需要西班牙文或英文以外之其他語言版本或其他格式（例如大字版或語音版）的申訴表，您可透過下列資訊與 L.A. Care 聯絡。

L.A. Care Health Plan

Member Services Department

1200 W. 7th Street

Los Angeles, CA 90017

1.855.270.2327

TTY: 711

www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form

- 在醫生辦公室填寫申訴表

L.A. Care 可透過電話或請人當面協助您填寫申訴表。如果您需要口譯服務，我們將會與您合作以確保我們能以您的慣用語言和您溝通。喪失聽力或言語能力的會員可以致電 L.A. Care 會員服務部的 TTY 專線電話號碼 **711**。

L.A. Care 會在收到您申訴後的五個曆日內寄信告訴您我們收到了您的申訴並正在處理中。接著，L.A. Care 會在收到您申訴後的 30 個曆日內寄信向您說明申訴的解決方法。

提出申訴並不會使您的醫療福利受到影響。如果您提出申訴，在申訴解決期間，您仍可繼續取得醫療服務。如欲瞭解有關繼續使用醫療服務的詳情，請致電與 L.A. Care 聯絡。

如果您不同意申訴結果

如果您在 30 個曆日內沒有收到 L.A. Care 的回覆，或者您不同意我們針對您申訴所作的決定，您可以向醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出申訴。如需有關如何向 DMHC 提出申訴的資訊，請參閱「由醫療保健管理部 (DMHC) 進行的審查」一節。

如何針對醫療保健服務因不具有醫療必要性而遭拒或受到延遲提出申訴

如果您認為某項醫療保健服務因被認定不具有醫療必要性而被 L.A. Care 不當拒絕、變更或延遲，您可以提出申訴。這就是所謂的「有爭議的醫療保健服務」。

L.A. Care 會在收到您申訴後的五個曆日內寄信告訴您我們收到了您的申訴並正在處理中。該信函還會告訴您負責處理您申訴的人員姓名。然後，您會在 30 個曆日內收到一封信，向您說明申訴的解決方法。

提出申訴並不會使您的醫療福利受到影響。如果您提出申訴，在申訴解決期間，您仍可繼續取得醫療服務。如欲瞭解有關繼續使用醫療服務的詳情，請致電與 L.A. Care 聯絡。

如果您不同意醫療保健服務因不具有醫療必要性而遭拒或受到延遲的申訴結果

如果您在 30 個曆日內沒有收到 L.A. Care 的回覆，或者您不同意我們針對您申訴所作的決定，您可以向醫療保健管理部 (DMHC) 提出申訴。如需有關如何向 DMHC 提出申訴的資訊，請參閱「由醫療保健管理部 (DMHC) 進行的審查」一節。

如何針對緊急個案提出申訴

緊急個案的例子包括：

- 劇痛
- 有可能喪失生命、肢體或主要身體機能
- 針對會使您健康立即且嚴重惡化的緊急個案，您可以要求我們針對您的申訴進行「快速審查」。您將會在 24 小時內接到有關您申訴的電話。L.A. Care 將會在收到您申訴後的三個曆日內作出決定。

您有權在不向 L.A. Care 提出申訴的情況下，向 DMHC 提出緊急申訴。如需有關如何向 DMHC 提出申訴的資訊，請參閱「由醫療保健管理部 (DMHC) 進行的審查」一節。

如果您不同意緊急個案的申訴結果

如果您沒有在三個曆日內收到 L.A. Care 的回覆，或者您不同意我們針對您申訴所作的決定，您可以向醫療保健管理部 (DMHC) 提出申訴。如需有關如何向 DMHC 提出申訴的資訊，請參閱「由醫療保健管理部 (DMHC) 進行的審查」一節。

如何提出申訴以針對處方藥預先授權決定提出上訴

如果您不同意某項承保例外處理的決定結果，您本人、您的代表或醫療服務提供者有權針對該決定提出上訴。您本人、您的代表或醫療服務提供者也可提出申請，要求透過獨立審查組織 (Independent Review Organization, IRO) 的外部審查員重新評估該承保例外處理申請。您本人、您的代表或醫療服務提供者也可提出申請，要求由醫療保健管理部 (DMHC) 透過獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 重新評估該承保例外處理的決定。請參閱「獨立醫療審查」一節。您將會連同拒絕函一併收到有關如何提出上訴、外部審查和／或 IMR 的資訊。

獨立醫療審查

您可以向 DMHC 申請獨立醫療審查 (IMR)。自您服務遭拒之日起，您有長達六個月的時間可以申請 IMR。您將會連同拒絕函一併收到有關如何申請 IMR 的資訊。申訴解決函還會包括有關申請 IMR 的資訊，申訴解決函也會附上一份 IMR 申請表／印有收件者為 DMHC 的信封。您可致電免費電話 **1.888.466.2219** 與 DMHC 聯絡。

IMR 是免費的服務。您有權提供資訊以作為您申請 IMR 的佐證。在遞交 IMR 申請表後，如果您決定不參與 IMR 程序，您可能會喪失對計劃採取法律行動的某些法律權利。

何時該提出獨立醫療審查 (IMR) 申請

如果您符合下列規定，您可以申請 IMR：

- 您的醫生根據醫療必要性認為您需某項醫療保健服務，但該服務卻遭到拒絕；或
- 您接受了獲認定就有必要性的緊急護理或急診服務，但該服務遭到拒絕；或
- 您接受某位網絡醫生的看診以診斷或治療您的病症，即使醫生並未建議該醫療保健服務。
- L.A. Care 以某項醫療保健服務不具有醫療必要性的決定作為其全部或部分的依據，並以此拒絕、變更或延遲有爭議的醫療保健服務；和／或
- 您已向 L.A. Care 提出申訴，但該醫療保健服務仍然遭到拒絕、變更或延遲，或者申訴在 30 天後仍未得到解決。

如果符合 IMR 的條件，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，決定護理是否具有醫療必要性。DMHC 會將 IMR 判決書的副本寄給您。如果確定該服務具有醫療必要性，L.A. Care 將會為您提供這項醫療保健服務。

非緊急個案

針對非緊急個案，則必須在 30 天內作出 IMR 判決。30 天的期限是從 DMHC 收到您申請表和所有文件之日開始算起。

緊急個案

如果您的申訴屬於緊急個案並需要快速審查，您可以立即請 DMHC 處理。您不會被要求參加健康計劃的申訴程序。

針對緊急個案，則必須在收到您資訊後的三個曆日內作出 IMR 判決。

緊急個案的例子包括：

- 劇痛
- 有可能喪失生命、肢體或主要身體機能
- 健康狀況迅速且嚴重惡化

實驗性／研究性治療被拒絕後的獨立醫療審查

如果我們拒絕承保我們判定為實驗性或研究性的治療，您可能還有權透過醫療保健管理部申請 IMR。

- 在作出拒絕承保實驗性／研究性治療之決定後的五 (5) 個工作日內，我們會以書面方式通知您有關您可以針對該決定申請 IMR 的事宜。
- 在針對我們拒絕承保實驗性／研究性治療的決定申請 IMR 之前，您無需參與 L.A. Care 的申訴程序。
- 如果醫師表示所建議的治療若不及時施行，其效果會大幅降低，則應在收到完整快速審查申請後的七 (7) 天內做出 IMR 判決。

由加州醫療保健管理部進行的審查

加州醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care) 負責管理醫療保健服務計劃。如果您想對 L.A. Care 提出申訴, 您首先應致電 1.855.270.2327 與 L.A. Care 聯絡 (失聰或聽障人士請致電 TTY 711) 並使用 L.A. Care 的申訴程序, 而後再與 DMHC 聯絡。使用此申訴程序並不會使您喪失任何法定權利, 或您可能可以獲取的救濟措施。如果您需要協助處理涉及急診的申訴, L.A. Care 沒有就您的申訴提出令您滿意的解決方案, 或您的申訴在 30 天後仍未得到解決, 您可以致電向 DMHC 尋求協助。您可能還符合申請 IMR 的條件。如果您符合申請 IMR 的條件, IMR 程序將會針對健康計劃就後述事項所作的醫療決定進行公正的審閱: 所提服務或治療的醫療必要性、實驗或研究性質之治療的承保決定以及急診和緊急醫療服務的給付爭議。管理部還提供免費電話 1.888.466.2219 以及為聽障及語障人士設立的 TDD 專線 (1.877.688.9891)。管理部的網站 www.dmhc.ca.gov 有提供線上投訴申請表、IMR 申請表及說明。DMHC 的網站 www.dmhc.ca.gov 有提供線上投訴表、IMR 申請表及說明。

L.A. Care 的申訴程序及 DMHC 的投訴審查程序並未包含在您可以使用的任何其他爭議解決程序中, 且即使您未使用這些程序, 您仍可以使用法律所規定的任何其他救濟措施。

如果您使用英文以外的其他語言, L.A. Care 將會協助您取得口譯服務。如果您是失聰或有聽力障礙的會員, 您可以使用「如何提出申訴」一節所列的免費 TTY 電話號碼。在您的書面同意下, 您的醫生也可以代表您提出上訴。

資格和參保

會員資格要求

為了符合參加 L.A. Care Covered™ 的條件，您與您的受撫養人必須滿足 Covered California™ 所決定的所有資格規定，包括下列項目：

- 具備加州合法居民身分
- 居住在洛杉磯縣

受撫養人承保

在福利年度期間年滿 26 歲的參保受撫養子女可繼續以受撫養人的身分參保直到福利年度結束為止。參保受撫養人的承保應在參保受撫養子女喪失資格該福利年度的最後一天終止。年滿 26 歲以上的參保受撫養子女可以續留在您的 L.A. Care Covered™ 計劃。只要您的參保受撫養子女符合以下兩項條件，L.A. Care 就不會終止您參保受撫養人的承保：

1. 您的子女由於會導致身心障礙的傷勢、疾病或病症而沒有能力從事自給自足的工作；
2. 您的子女主要仰賴投保人扶養和維持生計。

此外，自 2023 年 1 月 1 日起，您居住或定居在 L.A. Care Covered™ 服務區域的合格受扶養父母或繼父母也符合參保條件。如果您在前一個曆年期間為您的父母或繼父母提供超過一半以上的扶養費，則他們便符合受撫養人的資格。Covered CA™ 將會在辦理參保時提供當地醫療保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 的地址和電話號碼相關資訊。這將可確保個人在為符合 Medicare 條件或參保受扶養父母參保個人醫療保健承保時知曉並瞭解其具體的權利和醫療保健選項。

稅務優惠及分攤費用減免的資格

Covered California™ 使用一份申請表來判定您是否有資格參保本 L.A. Care Covered™ Plan，並評估您是否有資格獲得財務補助以降低您的醫療保險費用。自 2014 年起，將會提供兩種新類型的計劃。1) 稅務優惠：將會降低您的月保費費用；以及 2) 分攤費用減免：將會減少您的自付費用。這些計劃將會提供給符合特定收入規定且沒有管道可以取得其他平價保險的人士與家庭。請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**），或致電 **1.888.975.1142** 與 Covered California™ 聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 1.888.889.4500**）以取得有關這些計劃資格規定的詳情。

重大傷病計劃的資格

未滿 30 歲的人士符合參保重大傷病計劃的資格，該計劃又稱為最低承保計劃。這是一種高自付額健康計劃，旨在為最壞的情況提供承保，但除了預防保健之外僅對例行護理提供最低的承保。30 歲以上的人士如果透過 Covered California™ 申請並獲得費用負擔或一般紓困的豁免資格核准，則其可購買重大傷病承保。最低承保計劃不符合可降低月保費之稅務優惠的資格。

適用於美國印第安原住民和阿拉斯加原住民的特殊規定

根據《平價醫療法案》規定，經 Covered California™ 判定符合條件且屬於聯邦認可部落成員或阿拉斯加原住民索賠解決法 (Alaska Native Claims Settlement Act, ANCSA) 公司利益關係者的美國印第安原住民和阿拉斯加原住民 (Native American Indians and Alaskan Natives, AI/AN) 可以隨時參保 Covered California™ 計劃，並可每月更換最多一次的計劃。AI/AN 合格會員可能也有資格參加無需負擔基本健康福利分攤費用的福利計劃。

收入高於 300% 聯邦貧窮標準 (Federal Poverty Level, FPL) 的 AI/AN 合格會員可以參保分攤費用有限的計劃，如果是由參與計劃的醫療服務提供者提供服務且該參與計劃的醫療服務提供者也是印第安健康服務處、印第安部落、部落組織或城市印第安組織的醫療服務提供者，或透過合約健康服務轉診，則基本健康福利無需支付分攤費用。

收入低於 300% FPL 的 AI/AN 會員可以參保零分攤費用的計劃，如果是由參與計劃的醫療服務提供者提供屬於基本健康福利的服務或者這些服務是由印第安服務處、印第安部落、部落組織或城市印第安組織提供，則基本健康福利無需支付分攤費用。如欲符合此福利的資格，您必須向 Covered California™ 提供適當的文件。如果您想瞭解與此計劃有關的進一步詳情，請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**），或致電 **1.888.975.1142** 與 Covered California™ 聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 1.888.889.4500**）。

Covered California™ 將會針對所有健康福利承保和補助等級進行資格判定，包括預付保費稅務優惠和分攤費用補助。任何會員資格狀態的變更（包括終止、計劃更換和補助等級）只有在經過 Covered California™ 確認後，L.A. Care 才會進行處理。

請致電 **1.800.300.1506**（失聰或聽障人士請致電 **TTY/TDD 1.888.889.4500**）向 Covered California™ 通報所有收入高低變更、家庭人口數變更、地址變更、公民身分和合法居民身分變更、失去或獲得雇主贊助的醫療保險以及其他基本資訊的變更。上述變更將有助於重新判定您的資格以及您有資格獲得的保費援助或補助金額。

開放參保期

根據加州法律，合格健康計劃 (Qualified Health Plan, QHP) 會員的開放參保期從每年的 11 月 1 日開始，並持續到隔年的 1 月 31 日為止。在 11 月 1 日至 12 月 15 日期間收到的參保申請，保險將於 1 月 1 日開始生效。在 12 月 16 日至 1 月 31 日期間收到的參保申請，保險將於 2 月 1 日開始生效。在開放參保期期間，在籍會員可以向 Covered California™ 更新其申請資訊，以新增符合條件的受撫養人、通報基本資訊的變更、更換保險公司或變更福利計劃。如欲更新申請資訊，您可瀏覽 **www.coveredca.com**、致電 **1.800.300.1506** (**TTY 1.888.889.4500**) 與 Covered California™ 聯絡，或致電 **1.855.222.4239** 與 L.A. Care Covered™ 參保支援服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。我們將會在您的參保期開始時通知您並告知您需要採取的行動（如有）。

新生兒保險

投保人或其配偶的新生兒子女從出生起便會自動獲得承保，承保至其出生後的第 30 天為止。為了讓保險在 30 天後能夠持續，您必須在孩子出生後的 31 天內向 Covered California™ 提交參保申請並支付任何適用的投保費用來為孩子參保。如果您沒有在孩子出生後的 31 天內為孩子參保，則您的孩子將符合條件可在出生後的六十 (60) 天內透過特殊參保期參保。

特殊參保

如果您沒有在開放參保期或在首次符合條件時參保，但您在之後想要參保，則您只有在因為經歷了 Covered California™ 根據適用聯邦法律（《聯邦規則彙編》第 45 篇第 155.420(c)(2) 節）和州法律（《加州法規》第 10 篇第 6504 節）、規定和法規所定義的某些合格生活事件而符合條件時才可以參保。合格生活事件的例子包括：符合資格的人士或受撫養人失去了最低基本保險，或者該人士之前不是美國公民、美國國民或美國合法居民，但現在獲得了此類身分。請瀏覽 **www.coveredca.com** 或 **https://www.lacare.org/health-plans/la-care-covered/special-enrollment** 以瞭解更多有關特殊參保的資訊，或致電 **1.800.300.1506** 與 Covered California™ 聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 1.888.889.4500**）。

合格生活事件包括：

- 失去醫療保險，包括 Medi-Cal
- 永久搬遷至加州／在加州境內搬遷
- 生產
- 領養孩子
- 結婚
- 失去受撫養人身分
- 具備同居伴侶關係
- 從現役軍人退役
- 出獄
- 獲得公民身分／合法居民身分
- 美國印第安人／阿拉斯加原住民
- 家暴虐待或遭配偶遺棄
- 剛獲得資格可以取得透過應用程式提供服務之司機的津貼
- 其他法律定義的合格生活事件。

也有美國印第安原住民或阿拉斯加原住民適用的每月特殊參保期。如果您對這些特殊參保期或其他合格生活事件有疑問，請致電 **1.855.222.4239** 與 L.A. Care Covered™ 參保支援服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 771**）。如欲符合特殊參保期的資格，您必須在發生合格生活事件後的六十 (60) 天內申請保險。

申請流程

如欲申請 L.A. Care Covered™，個人可與 L.A. Care、Covered California™ 或是位於洛杉磯縣眾多經認證的協助機構（完整列表公布於 Covered California 的網站 www.coveredca.com）之一聯絡。若不需要協助，個人也可在 www.coveredca.com 網站上完成線上申請。

保險開始日期

僅有 Covered California™ 可以核准申請和保險的生效日期。您可以在成功完成申請後提交首期保費付款，或者您可以選擇等到收到 L.A. Care 的帳單後再付款。在申請獲得核准且我們收到您第一個月的全額付款後，L.A. Care 將會寄給您一份新會員歡迎文件包和一張 L.A. Care 會員識別卡，卡上包含了保險的生效日期。首月之後的保費付款必須支付給 L.A. Care Covered™，付款地址列於每月的請款單上。

新增受撫養人至您的保險

如果您因為結婚、生產、領養或領養安置而有新的受撫養人，您可以為您的受撫養人參保，前提是您有在結婚、生產、領養或領養安置後的六十 (60) 天內申請參保。所有受撫養人皆必須符合 Covered California™ 所決定的資格標準，且必須在獲得 Covered California™ 的核准後，L.A. Care 才可以開始提供承保。如果您需要其他資訊，請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**），或致電 **1.800.300.1506** 與 Covered California™ 聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 1.888.889.4500**）。

付款責任

什麼是保費（預付費用）？

保費是會員每月支付的費用，以支應其自己及任何參保受撫養人醫療保健承保組合的基本費用。您必須在保費到期時直接向 L.A. Care 支付健康計劃保費。某些會員的保費可能由補助全額支付，因而不需要支付月保費。

月保費

您的月保費是以三項主要因素為依據：1) 您所選擇的福利計劃（銀級、金級等）；2) 您的年齡及居住地；3) 您的稅務優惠金額（金額是以您的收入高低為依據）。請參閱 Covered California™ 寄給您的資格核准通知或 L.A. Care 保費帳單，以確認您每個月必須支付的金額。請注意，Medicare 及 Medicaid 中心 (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) 規定您的總保費中有 \$1 是用於另外支付屬於非海德修正案涵蓋範圍的墮胎服務。此另外的金額必須包含在您所支付的保費中，且不得來自於您可能獲得的任何聯邦補助（預付保費稅務優惠 [Advanced Premium Tax Credit, APTC]）。目前所有會員不論收入高低均可獲得 \$1 的加州保費優惠。屬於非海德修正案涵蓋範圍的墮胎服務包括並非因強姦、亂倫所需的墮胎或並非對產婦生命構成威脅所需的墮胎。非海德修正案涵蓋範圍的墮胎服務保費 \$0，因為此服務是屬於加州保費優惠的涵蓋範圍。這些另外（或分開管理）的資金存放在獨立帳戶中，且僅用於支付我們會員所接受的墮胎服務。L.A. Care 必須在每年的年底向加州政府通報一次該帳戶的資金總金額以及在該年度期間從該帳戶所支付的墮胎索賠總金額，以確保沒有使用聯邦資金來支付墮胎費用。如果您透過 Covered California™ 成功申請 L.A. Care 的保險，則您需負責支付首期保費款項才能成為會員並開始使用您的健康福利。在您參保 L.A. Care Covered™ 後，您將會透過郵件收到月保費帳單。請瀏覽 lacare.org 以瞭解更多有關如何支付保費的詳情。從您的生效日期開始算起，您有 60 天的時間可以提交您的首筆付款。如果您未在到期日期前寄送首期保費款項給我們，您的保險將會遭到取消。您將會透過郵件收到通知，告知您的保險因未支付首期保費款項而遭到取消。如果您的保險是在開放參保期遭到取消，您將可以再次提出申請。如果您的保險是在開放參保期結束後才遭到取消，則您將只有在發生本《投保人協議與會員手冊》中所述之合格生活事件的情況下才可申請保險。

L.A. Care 提供各種不同選項與方式讓您可以支付月保費：

線上付款

註冊或登入您的會員帳戶，網址為 members.lacare.org。您可進行一次性付款，或者設定定期付款。自動付款的款項將會在保費到期當日或在承保月份開始生效的前一天自動從您的帳戶中扣繳。

郵寄付款

請寄送抬頭為 L.A. Care Health Plan 的個人支票、商業支票、匯票或銀行本票。

請將您的款項郵寄至：

L.A. Care Health Plan
L.A. Care Covered™
PO Box 512546
Los Angeles, CA 90051-9865

電話付款 (自助式服務)

如果您想使用自助式服務選項進行電話付款，請致電 **1.855.270.2327**、聆聽問候語，然後選擇選項 3。

請備妥列於您識別卡背面的 L.A. Care 會員識別號碼或是列於您請款單上的帳號。

電話付款服務每週 7 天，每天 24 小時 (包含假日) 均可使用。

除非您通報的基本資訊變更可能會導致您的資格和保費金額受到影響，而我們因此獲得 Covered California™ 的授權，否則 L.A. Care 將不會在曆年期間調漲您的保費。如果您的保費變更，您必須與 Covered California 聯絡。L.A. Care 並未獲得更新保費金額的授權。重要事項：如果您的地址變更，請致電 **1.888.975.1142** 與 Covered California™ 聯絡 (失聰或聽障人士請致電 **TTY 1.888.889.4500**)。

保險證明

在您尋求護理服務時，請向醫生、藥房、醫院或其他醫療保健服務提供者出示您的會員識別卡。您的會員識別卡包含專業醫護人員所需的資訊，以確保您的護理服務可獲得承保。若在尋求護理服務時沒有提供您的會員識別卡，可能會導致帳單出現錯誤資訊。

什麼是共付額 (其他費用)？

除了月保費之外，您在接受承保服務時可能需負責支付一筆費用。該費用稱為共付額，該費用在《福利摘要》中將有概述說明。如果您查看《福利摘要》，您會發現共付額的金額取決於您所接受的服務。請您務必在就診期間準備好向您的 PCP、專科醫生或任何其他醫療服務提供者支付共付額。

註：預防保健服務、產前護理或孕前就診無需支付共付額。預防保健包括但不限於：

- 在醫師診所進行的兒童免疫接種。
- 在醫師診所或 L.A. Care 合約藥房進行的成人免疫接種。
- 兒童保健看診

請參閱本《會員手冊》的「預防保健服務」一節，以瞭解更多有關哪些服務可獲得免費承保的資訊，或致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡 (失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**)。

分攤費用

一般規定、例子及例外情況

分攤費用是您必須為承保服務支付的費用，例如：自付額、共付額或共同保險金。您為承保服務支付的分攤費用將為您在接受服務當日有效的分攤費用，在您的診斷檢查期間，醫療服務提供者會確認以下例外情況：

- 如果您在本《投保人協議與會員手冊》的生效日期接受屬於承保範圍的住院服務或專業護理機構服務，您需支付在您住院日期當日有效的分攤費用直到您出院為止，前提是該服務屬於您先前健康計劃保險的承保範圍且保險沒有發生中斷。不過，如果服務不屬於您先前健康計劃保險的承保範圍或者如果保險曾發生中斷，則您需支付在您接受服務當日有效的分攤費用。
- 針對事先訂購的用品，您需支付在訂購日期當日有效的分攤費用（雖然我們將不會承保該用品，除非您在收到用品當日仍享有適用於該用品的保險），且您可能需在訂購用品時即支付該分攤費用。針對門診處方藥，訂購日期是指藥房在收到配發處方藥所需的所有資訊後處理訂單的日期。

收到帳單

在大多數情況下，我們將會要求您在就診報到時支付您的分攤費用。請謹記，該款項可能僅支付了您所接受之承保服務總分攤費用的一部分。提供服務的醫療服務提供者將會針對您應支付的任何其他分攤費用寄帳單給您。下列例子是您可能會收到帳單的情況：

- 您在就診期間接受了您在報到付款時並沒有預定接受的服務。例如，如果您預定要針對既有病症接受治療，在報到時，我們將會要求您支付適用於這些服務的分攤費用。如果在您就診期間，醫療服務提供者發現您有其他健康問題，醫療服務提供者可能會進行額外非預定服務或開立額外非預定服務的醫囑，例如實驗室檢測或其他診斷檢測。除了您在報到時為您既有病症的治療所支付的分攤費用額之外，您可能還必須為這些每項額外的非預定服務支付另外的分攤費用額。
- 您在就診期間透過第二名醫療服務提供者接受了您在報到付款時並未預定接受的服務。例如，如果您預定接受診斷檢查，在報到時，我們將會要求您支付適用於這些服務的分攤費用。如果醫療服務提供者在診斷檢查期間確認您的健康問題，醫療服務提供者可能會向其他醫療服務提供者尋求協助以進行額外的非預定服務（例如門診程序）。則除了您在報到時為診斷檢查所支付的分攤費用額之外，您可能還必須為第二名醫療服務提供者所提供的非預定服務支付另外的分攤費用額。
- 如果您就診是為了接受預防保健服務，但您在就診期間接受了您在報到付款時並未預定接受的非預防性服務。例如，如果您就診是為了接受例行身體健康檢查，在報到時，我們將會要求您支付適用於這些服務的分攤費用（分攤費用可能為「免費」）。
- 如果在您接受例行身體健康檢查的期間，醫療服務提供者發現您有健康問題，醫療服務提供者可能會開立非預防性服務的醫囑以診斷您的問題（例如實驗室檢測）。則除了您在報到時為例行身體健康檢查所支付的分攤費用額之外，您可能還必須為診斷您問題所進行的非預防性服務支付另外的分攤費用額。
- 如果您透過 L.A. Care 醫療網內的健康設施接受承保服務，但承保服務是由我們網絡外的個人專業醫護人員提供：您在 L.A. Care 醫療網外接受的承保服務分攤費用將不會超過您在 L.A. Care 醫療網內接受相同承保服務所需支付的分攤費用。

年度自付額

年度自付額是您一個曆年期間針對某些承保服務必須支付的金額，之後在該曆年 L.A. Care 才會承保這些服務，您則僅需支付適用的共付額或共同保險金。自付額是以 L.A. Care 和參與計劃的醫療服務提供者所簽訂的合約費率為依據，自付額適用於「福利摘要」中所定義的某些服務類別。有參保受撫養人的會員必須達到較低的個人自付額金額，但每位參保受撫養人所支付的自付額會累加在一起以達到適用於家中所有會員的家庭自付額。例如，如果個人的自付額是 \$2,000，兩人以上家庭的自付額是 \$4,000，而您針對需遵守自付額規定的服務所支付的費用已達到 \$2,000，則您在該曆年剩餘期間將無需再支付任何分攤費用。但是，您的參保受撫養人在該曆年期間將必須繼續支付分攤費用，直到您的家庭達到 \$4,000 的家庭自付額為止。

年度自付上限 (OOPM)

年度自付上限（又稱為「自付上限」）是您或您家人（如果您有獲得健康保險的參保受撫養人）在福利年度期間所需支付的最高費用金額。L.A. Care Covered™ 會員的福利年度是從 1 月 1 日開始並於 12 月 31 日結束。請參閱《福利摘要》以瞭解您的「自付上限」。

會計入自付上限中的付款

您為網絡內服務支付的任何分攤費用款項（包括計入您自付額中的費用金額）將會累積計入自付費用上限中。您為需遵守自付額規定的承保服務所支付的任何金額也會計入年度自付上限中。

追蹤記錄您的自付額與自付上限

L.A. Care 將會追蹤記錄計入您自付額和自付上限 (Out of Pocket Maximum, OOPM) 的費用。我們將會針對您有使用福利的每個月為您提供自付額與自付上限的結餘，直到年度結餘達到自付額總額或自付上限 (OOPM) 總額為止。您也可以隨時要求 L.A. Care 提供自付額和 OOPM 的累計結餘資訊。除非您選擇退出以郵寄方式收到通知，否則 L.A. Care 將會以郵寄方式寄給您這些更新資訊。如欲在任何時候索取累計結餘的資訊，或欲選擇退出收到更新資訊郵件，請致電 **1.855.270.2327** 與 **L.A. Care** 會員服務部聯絡或使用 **L.A. Care Connect** 會員入口網站帳戶，網址為 **lacare.org**。您可隨時選擇恢復收到紙本通知。您也可透過會員入口網站取得您的《福利說明》(Explanation of Benefits, EOB) 和符合門檻條件證明。L.A. Care 將會盡其所能確保及時為您提供準確的資訊，但醫療服務提供者在通報就診和付款資訊時可能會有所延遲，而這可能會對最終累計費用資訊造成影響。請索取並保存您針對承保服務向醫療保健服務提供者支付費用的所有收據，以供您作記錄。

福利終止

您將會因下列原因被從 L.A. Care Covered™ 退保：

- 會員未在到期日期支付保費
- 會員搬離洛杉磯縣
- 會員提出自 Covered California™ 退保的申請。申請必須向 Covered California™ 提出。如果會員希望在合約期限之前終止承保，會員必須至少提前十四天提供通知。
- 會員申請轉換至其他合格健康計劃 (Qualified Health Plan, QHP)
- Covered California™ 通知 L.A. Care 表示會員不再符合加州合法居民身分的規定
- Covered California™ 通知 L.A. Care 表示會員不再符合 QHP 福利計劃的資格
- L.A. Care 與 Covered California™ 的合約或健康計劃終止
- 會員過世

發送書面通知後請求終止承保

L.A. Care 可以因下列原因在發送書面通知後要求 Covered California™ 終止您的承保：

- 在獲取或試圖獲取本計劃福利時詐欺或欺騙；以及
- 蓄意允許他人就本計劃相關事宜進行詐欺或欺騙，例子包括但不限於允許他人尋求本計劃的福利，或向 L.A. Care 不當索取所提供之福利的給付。

根據本節所述取消承保將會使承保終止並在向會員郵寄終止承保通知後即刻生效。在任何情況下，會員都不會因健康狀況或因對醫療保健服務的需求而被終止承保。任何會員若認為其參保是因自己的健康狀況或因對醫療保健服務的需求而遭到終止，會員可以向加州醫療保健管理部申請以對終止決定進行審查。

如欲取得更多資訊，請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障會員請致電 **TTY 711**）。

因撤銷本福利計劃而終止承保：

L.A. Care 可終止本福利計劃。在此情況下，您將會提前九十 (90) 天收到書面通知，並有機會參保任何其他個人和家庭福利計劃，而無需考慮健康狀況相關因素。

終止承保書面通知

在根據本節所述寄送終止承保或不續保的書面通知給會員時，該通知應註明日期，且寄送至計劃最後所知的會員地址，並應說明以下內容：

- 終止承保或不續保的原因，以及本《投保人協議與會員手冊》中說明終止承保或不續保權利的具體參考章節；
- 終止承保或不續保的原因不是由於會員的健康狀況或對醫療保健服務的需求；
- 終止承保或不續保的生效日期與時間；以及
- 儘管本《投保人協議與會員手冊》中規定了會員的上訴（申訴）程序，但如果會員認為其健康計劃會員資格是因自己的健康狀況或對醫療保健服務的需求而遭到終止，您可以要求由加州醫療保健管理部主任進行審查。

註：如果會員遭 L.A. Care 終止承保，則 L.A. Care 只需將通知寄送至其最後所知的會員地址即可。

因未支付保費而遭 L.A. Care 終止承保

L.A. Care 可因您未準時支付規定的保費而終止您的承保。如果您因未支付規定的保費而被終止承保，則保險將在保費到期日期後的三十 (30) 天終止。我們將會在終止日期前至少提前三十 (30) 天寄送終止承保書面通知給您。在本福利計劃的承保持續有效的期間，您將需負責支付所有累積的保費，包括在這三十 (30) 天緩衝期內所累積的保費。L.A. Care Covered™ 的退保確認通知將會告知您下列事項：

- 您的承保已遭到終止以及終止的原因；
- 您自己與您所有參保受撫養人承保終止的具體日期與時間；以及
- 您針對承保終止決定申請審查的權利。通知中也將告知您，如果您認為您或您受撫養人的健康計劃參保遭到不當終止，您可以向醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 主任申請審查。該信函將會包含 DMHC 的所有聯絡資訊。

獲得預付稅務優惠的人士未支付保費的聯邦緩衝期

聯邦緩衝期是為獲得預付稅務優惠的會員所提供的緩衝期。如果您和／或您的參保受撫養人正獲得預付保費稅務優惠以支付您的月保費費用，但您未在到期日期前向 L.A. Care 支付會員應負擔的月保費部分，L.A. Care 將會寄送一份逾期通知給您（聯邦緩衝期開始通知），告知您的保險將會因未支付保費而遭到終止，自聯邦緩衝期第一 (1) 個月的最後一天起生效。通知將會說明您有連續三 (3) 個月的聯邦緩衝期可以在保險遭到終止前支付全額款項。三 (3) 個月的聯邦緩衝期僅提供給有獲得預付保費稅務優惠的人士。L.A. Care 將僅會在聯邦緩衝期的第一個月期間為您提供承保服務。在聯邦緩衝期的第二 (2) 和第三 (3) 個月期間，您的保險將會暫停。這表示，L.A. Care 將不會在聯邦緩衝期的第二 (2) 和第三 (3) 個月期間為您所接受的任何服務提供承保。如果您沒有在三 (3) 個月聯邦緩衝期的最後一天之前支付這三 (3) 個月的所有逾期保費，您可能就您在第二 (2) 個月和第三 (3) 個月期間所接受的任何服務收到帳單並需支付這些服務的費用。如果您未在第三個月的最後一天之前支付全額保費，則在保險終止後的五 (5) 個工作日內，L.A. Care 將會郵寄一份 L.A. Care Covered™ 保險終止通知給您，其中包含上節中所列的資訊（項目 a-c）。如果您在三 (3) 個月聯邦緩衝期的最後一天之前支付了所有逾期三 (3) 個月的保費，您的保險將會恢復至該聯邦緩衝期第一 (1) 個月的第一 (1) 天。如果您沒有在聯邦緩衝期的第 3 個月結束時或結束之前恢復您的保險，則您將需負責支付您在聯邦緩衝期第二 (2) 個月和第三 (3) 個月期間所接受的任何服務費用。

恢復保險

如果您因為未支付保費而承保遭到終止，您可致電 **1.855.270.2327** (TTY: 711) 與 L.A. Care 聯絡以申請恢復您遭到取消的保單，但前提是該申請是在聯邦緩衝期／緩衝期結束後的一個月內提出。除非您發生符合定義的生活事件，讓您能夠根據特殊參保期的規定參保，否則，在下個開放參保期之前，您將不符合重新參保醫療保險承保的條件。

退保與取消

如果您想從 L.A. Care Covered™ 退保，請致電 **1.800.300.1506** 與 Covered California™ 聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY **1.888.889.4500**）或登入您在 www.coveredca.com 網站的申請，或致電 **1.855.270.2327** (TTY 711) 與 L.A. Care 會員服務部聯絡。您必須在合約期限終止之前至少提前十四天提出通知。如果您是自願退保且已預先支付保費款項，您可能資格獲得補償。L.A. Care 將會計算任何超額付款並退款給您，但為了協助補償程序的進行，請致電 **1.855.270.2327** 與會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）以申請退款。

計劃福利

請參閱《福利摘要》以瞭解會員分攤費用資訊。

減肥手術

如果進行減肥手術是為了透過改變腸胃道來減少營養攝取和吸收以治療肥胖症且符合以下所有規定，我們將會承保與減肥手術程序相關的醫院住院護理（包括食宿、造影、實驗室檢測、特殊診療程序及參與計劃的醫師服務）：

- 您完成了醫療團體核准的術前教育準備計劃，內容包括達到長期減肥手術成功所需的生活方式改變
- 若參與計劃且具備減肥護理專科醫生身分的醫生確定該手術對您所接受且與減肥手術程序有關的承保服務而言具有醫療必要性，則您將需支付當服務與減肥手術程序無關時您所需支付的相同分攤費用。例如，請參閱《福利摘要》中「住院」一節，以瞭解適用於醫院住院護理的分攤費用。

如果會員獲得轉診的醫療機構距離會員住家超過 50 英里，行程費用也將獲得承保。不過，如果您獲得轉診的醫療機構距離您的住家未超過 50 英里，我們將不會補償您任何行程費用。

行為健康服務

行為健康服務包括心理健康與物質濫用障礙病症的治療。L.A. Care 會為具有醫療必要性的行為健康病症治療提供承保。L.A. Care 也會承保由法院命令且根據社區協助康復與賦能 (Community Assistance Recovery and Empowerment, CARE) 計劃規定或建議所提供的醫療保健服務。根據 CARE 計劃的規定，這些服務在提供時免分攤費用，但必要的處方藥除外。不論服務是由網絡內或網絡外服務提供者提供，此規定均適用。

注意：您、您的代表和／或醫療服務提供者可索取資源使用審查判定標準及教育計劃資料。我們必須免費提供這些資訊。

如需更多資訊，請致電 **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD 與 L.A. Care 的行為健康服務供應商 Carelon Behavioral Health 聯絡以進行約診。每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）均有人可協助您轉介服務。

心理健康住院服務

精神科緊急情況是指會危及生命且需立即就醫的事件。在發生精神科緊急情況的期間，可聯絡 911 或前往最近的醫院以取得服務，無需預先授權。L.A. Care 承保下列心理健康住院服務：

- 精神科住院
- 為了治療首次精神病發作所提供的協調式專科護理。
- 針對心理健康疾病所提供的非醫療過渡性住宿機構住院護理
- 透過危急情況住院計劃在每天 24 小時均有臨床醫護人員監控以穩定急性精神病危急狀況的持照精神病治療機構所提供的治療

承保範圍包括食宿、治療精神異常的藥物，以及由持照醫師及其他專業醫護人員所提供的服務。

門診心理健康服務

L.A. Care 承保下列門診心理健康服務：

- 心理健康評估、治療及護理
- 個人、團體及家庭治療
- 門診護理服務，包括但不限於物理治療、職業治療、言語治療及輸液治療。
- 心理測驗和神經心理測驗。
- 藥物管理
- 部分住院
- 針對急性精神病危急狀況所提供的精神科觀察服務
- 心理健康密集門診治療
- 門診經顱磁刺激 (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)
- 電痙攣治療 (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- 日間治療
- 密集門診治療
- 睡眠多項生理檢查 (睡眠檢測)
- 精神健康機構服務，包括《健康及安全法案》第 1250.2 節所述的制度化門診服務。
- 根據《健康及安全法案》第 1374.722 節的規定提供給在校會員的心理健康疾病或物質濫用障礙學校服務。
- 門診處方藥 (如有提供門診處方藥承保)。針對心理健康和物質濫用障礙藥物治療而開立的門診處方藥，包括在診所進行的鴉片類藥物濫用治療。
- 門診專業服務，包括但不限於個人、團體及家庭物質濫用和心理健康諮商。

請參閱本文件的「專科醫生護理」一節 (第 26 頁) 以瞭解更多有關不需要預先授權之行為健康門診服務的完整清單資訊。

危急情況服務

L.A. Care 承保由 988 中心、行動危急情況處理團隊或其他行為健康危急情況服務提供者所提供的行為健康危急情況服務，以針對心理健康或物質濫用障礙提供具有醫療必要性的治療。這些服務可能包括但不限於為有自殺危險或情緒困擾的人提供每週 7 天，每天 24 小時的保密情緒支援。這些服務不需要獲得預先授權，且不論服務是由網絡內或網絡外服務提供者或機構提供，均可獲得承保。

針對經 988 系統處理而使行為健康危急情況穩定下來後所提供之具有醫療必要性的心理健康或物質濫用障礙服務，視所需的護理等級而定，這些服務可能需要也可能不需要獲得預先授權 (請參閱第 26 頁以確認哪些行為健康服務需要和不需要預先授權)。當 988 中心、行動危急情況處理團隊或其他行為健康危急情況服務提供者與 L.A. Care 聯絡時，L.A. Care 應在醫療服務提供者首次致電索取資訊之時起的 30 分鐘內授權穩定後護理，或告知醫療服務提供者 L.A. Care 會安排將會員的護理及時轉給其他醫療服務提供者。

988 中心、行動危急情況處理團隊或其他行為健康危急情況服務提供者不應針對穩定後護理向具備 L.A. Care 會員身分的病人收費，但網絡內分攤費用額除外。若違反此規定，可向 L.A. Care 和醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 通報。如果會員透過網絡外服務提供者接受服務

和護理，L.A. Care 會員所支付的費用不應超過會員在透過網絡內醫療服務提供者接受相同服務時所需支付的相同分攤費用，該分攤費用應稱為「網絡內分攤費用額」。除了網絡內分攤費用額之外，網絡外服務提供者不應向會員收取或索取 988 服務的費用。

行為健康治療 (包括應用行為分析)

L.A. Care 為未滿 21 歲的會員承保包括應用行為分析 (Applied Behavioral Analysis, ABA) 在內的行為健康治療，但需持有由持照醫師、外科醫師或心理醫師所提供的建議，表示經實證的行為健康治療服務具有醫療必要性。L.A. Care 承保根據《健康及安全法案》第 1374.73 節規定所提供之廣泛性發展障礙或泛自閉症障礙的行為健康治療。現在已不再需要確診泛自閉症障礙才能獲得這些服務的授權。

妊娠心理健康服務

L.A. Care 承保與妊娠心理健康疾病有關且可能會對懷孕、臨產或產後婦女造成影響的服務。其中包括陪產員服務的承保。L.A. Care 所有參與計劃且提供產前和產後護理的醫療保健執業人員皆必須確保為孕婦及產婦提供妊娠心理健康疾病的篩檢或確保孕婦及產婦有接受適當的妊娠心理健康疾病篩檢。這些篩檢將在孕期及產後的至少下列一個期間進行：

- 產前期間 (生產前的懷孕期間)
- 產後期間 (最多在生產後的 1 年)
- 圍產期期間 (懷孕期間及產後期間)

請參閱本文件的「持續護理」一節 (第 34 頁) 以瞭解有關由目前醫療服務提供者提供持續護理的資訊。

住院解毒

L.A. Care 僅有在因解毒引起戒斷症狀、急性醫療併發症而需要進行醫療管理時，才會承保在參與計劃的醫院所提供的住院，包括食宿、住院專業服務、參與計劃的醫師服務、藥物、藥物依賴康復服務、衛教和諮詢。

門診物質濫用障礙服務

L.A. Care 承保下列為了治療物質濫用障礙所提供的服務：

- 日間治療
- 密集門診治療
- 個人與團體物質濫用障礙評估、諮詢及治療
- 戒斷症狀的治療
- 部分住院
- 睡眠多項生理檢查 (睡眠檢測)
- 根據《健康及安全法案》第 1374.722 節的規定在學校提供的 物質濫用障礙 學校服務
- 藥物管理
- 門診處方藥 (如有提供門診處方藥承保)。針對心理健康和物質濫用障礙藥物治療而開立的門診處方藥，包括在診所進行的鴉片類藥物濫用治療。
- 門診專業服務，包括但不限於個人、團體及家庭物質濫用和心理健康諮商。

其他特殊類別的物質濫用障礙

L.A. Care 為所有會員承保在醫療團體核准的持照治療中心所提供且具有醫療必要性的鴉片類藥物替代療法治療。

過渡性住宿康復服務

L.A. Care 承保在醫療團體書面核准的非醫療過渡性住宿康復機構所提供的物質濫用障礙治療。這些機構在組織完善的環境中提供諮詢與支援服務。

物質濫用障礙服務除外項目

- 替代療法，除非該治療是剛獲得核准的實證服務
- 生物回饋療法，除非該治療具有醫療必要性，且是由持照醫師和外科醫師或持照心理醫生開立處方
- 由非持照人士所進行的服務

除外項目不適用於屬於加州行為健康服務相關法律許可範圍且由心理健康專業人員提供的實證服務。

L.A. Care 的行為健康服務供應商使用由非營利專業協會或其後繼組織所制定的臨床標準來進行屬於該標準範圍內的資源使用審查判定。如需非營利專業協會的完整清單，請致電 **1.844.858.9940** 與 L.A. Care 聯絡。

癌症服務

癌症篩檢

L.A. Care 承保所有醫學上公認的癌症篩檢檢測，其中包括下列項目：

- 一般癌症篩檢
- 子宮頸癌篩檢
 - 人乳頭狀瘤病毒 (Human Papilloma Virus, HPV) 篩檢
 - HPV 疫苗接種，包括但不限於針對 9 歲至 45 歲的會員所提供的 Gardasil®。
 - L.A. Care 將不會對 HPV 疫苗的承保實施自付額、共同保險金、共付額或任何其他分攤費用規定。
- 用於乳癌篩檢的乳房 X 光檢查
- 前列腺癌篩檢
- Diethylstilbestrol 服務
- 結腸直腸癌篩檢，包括糞便免疫化學測試 (Fecal Immunochemical Test, FIT)、糞便潛血檢查 (Fecal Occult Blood Test, FOBT)、多目標糞便 DNA 檢測和結腸鏡檢查。

婦女健康與癌症權利法案

如果您已經進行過乳房切除術或淋巴結切除術或即將進行此類手術，您可能有權根據《婦女健康與癌症權利法案》獲得某些福利。針對獲得乳房切除術相關福利的人士，將按照主治醫師與病人商量後所確定的方式提供承保，承保範圍包含進行乳房切除術之該側乳房重建的所有階段、為了達到對稱外觀而針對另一側乳房所進行的手術與重建、假體以及乳房切除術之身體併發症（包括淋巴水腫）的治療。您和醫生應根據醫療必要性決定手術後所需的住院時間長度。在提供這些福利時，您將需支付分攤費用，金額與我們根據本計劃規定提供其他醫療和手術福利時適用的分攤費用相同。

臨床試驗

如果您患有會危及生命的疾病（包括癌症），您可能可以參加臨床試驗。臨床試驗是一種與預防、檢測或治療會危及生命之疾病有關的調查研究，目的在確認某項治療或藥物是否安全並能治療會員的疾病。如果您是由 L.A. Care 的醫生或提供治療的醫療服務提供者為您轉介，該臨床試驗必須符合特定規定。該臨床試驗必須在實質意義上對您有潛在的益處，且必須獲得下列任一單位的核准：

- 美國國家健康研究所 (National Institute of Health, NIH)
- 美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA)
- 美國疾病控制與預防中心
- 醫療保健研究與品質管理局
- Medicare 及 Medicaid 中心
- 上述任何實體或是國防部或退伍軍人事務部的合作小組或中心
- 經美國國家健康研究所定義有資格領取研究中心支援補助金的合格非政府研究實體；或
- 退伍軍人事務部或國防部或能源部，但前提是該研究或調查已透過符合美國衛生及公共服務部部長規定的同儕審查系統進行審查並獲得核准。

如果您參加了獲得核准的臨床試驗，L.A. Care 將會承保所有與臨床試驗有關的例行病人護理費用。

針對與臨床試驗有關的承保服務，您需支付的分攤費用將與您在接受與臨床試驗無關的服務時所需支付的分攤費用相同。

下列臨床試驗服務不屬於承保範圍：

- 僅為了滿足資料收集和分析需求而提供但非用於您臨床管理的服務
- 通常由研究贊助商免費提供給參與臨床試驗之會員的服務

如果您患有會危及生命或會使身體逐漸衰微的病症，或者您符合條件參加癌症臨床試驗但卻遭到拒絕承保，您有權在遭到拒絕後要求進行獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)。您可在「如果我對服務感到不滿意該怎麼做？」一節瞭解更多有關這方面的資訊。

牙科及齒列矯正服務

我們不為年滿 19 歲以上的成人承保牙科及齒列矯正服務，但我們會根據本「牙科及齒列矯正服務」一節所述為年滿 19 歲以上的成人承保部分牙科及齒列矯正服務。

為了進行放射線治療所需的牙科服務

我們承保牙齒評估、X 光造影、塗氟治療，以及為頭部或頸部癌症放射線治療準備下頷所需的拔牙，前提是服務是由參與計劃的醫師提供或者醫療團體授權轉診至參與計劃的牙醫處接受服務。

牙科麻醉

針對在參與計劃的機構所進行的牙科程序，如果滿足以下所有條件，我們將會提供全身麻醉和與麻醉相關的機構服務：

- 您未滿 7 歲，或者您有發育性障礙，或者您的健康受到損害
- 您因臨床狀況或潛在病症而需要在醫院或門診手術中心提供牙科程序
- 牙科程序通常不需要全身麻醉

我們不承保與牙科程序相關的任何其他服務，例如牙醫服務。

針對腭裂所進行的牙科及齒列矯正服務

如果符合以下所有規定，我們承保拔牙、為拔牙準備口腔所需的牙科程序以及齒列矯正服務：

- 該服務屬於我們在本「計劃福利」一節「重建手術」中所承保之腭裂重建手術的必要部分
- 該服務是由參與計劃的醫師提供或者醫療團體授權轉診至參與計劃的牙醫或齒列矯正醫師處接受服務

牙科及齒列矯正服務的分攤費用

屬於本「牙科及齒列矯正服務」一節之承保範圍的牙科及齒列矯正服務包括：

- 醫院住院護理
- 門診諮詢、檢查及治療
- 門診手術：如果是在門診或門診手術中心或醫院手術室提供，或者是在任何場所提供且您有使用藥物以減少知覺或盡量減輕不適，而在您恢復知覺的期間有持照工作人員為您監測生命體徵

糖尿病護理

若具有醫療必要性，下述適用於糖尿病的服務將可獲得承保：

- 糖尿病驗尿用品和胰島素給藥裝置：我們承保用於糖尿病驗尿的酮試紙以及血糖或丙酮測試錠或測試帶。
- 胰島素給藥裝置：我們承保下列胰島素給藥裝置：筆式給藥裝置、一次性針頭和注射器以及為了確保劑量正確所需的視覺輔助設備（眼鏡除外）。
- 處方藥：請參閱後文的藥物一節
- 用於預防或治療糖尿病相關併發症的足部裝置（例如特殊鞋具或鞋墊），但需由參與計劃的醫師或由參與計劃且具備足科醫師身分的醫療服務提供者開立處方
- 具有醫療必要性的糖尿病足部護理。
- 自我管理訓練和健康教育
- 自我管理家庭教育

診斷 X 光造影及實驗室服務

診斷 X 光造影、實驗室檢測、造影及掃描服務按每次服務或每次檢測承保。

- 屬於預防保健服務的造影服務：
- 預防性乳房 X 光檢查
- 預防性主動脈瘤篩檢
- 骨質電腦斷層 (Computed Tomography, CT) 掃描
- 骨質雙能量 X 光吸光式測定儀 (Dual-Energy X-ray Absorptiometry, DEXA) 掃描
- 其他所有 CT 掃描以及所有核磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 和正子斷層掃描 (Positron Emission Tomography, PET) 等掃描均屬於承保範圍。
- 核子醫學屬於承保範圍

實驗室檢測：

L.A. Care 根據處方承保具有醫療必要性的生物標記檢測（包括全基因體定序），目的是為了診斷、治療、適當管理或持續監控會員的疾病或病症，以作為決定處方治療的指引。

- 為了監控透析療效的實驗室檢測
- 糞便潛血檢查、糞便免疫化學測試及多目標糞便 DNA 檢測
- 屬於預防保健服務的例行實驗室檢測和篩檢，例如預防性子宮頸癌篩檢、前列腺特異抗原檢測、膽固醇檢測（血脂化驗與檢查）、糖尿病篩檢（空腹血糖檢測）、某些性交傳染病 (Sexually Transmitted Disease, STD) 檢測及人類免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 檢測
- 針對第 3 期或第 4 期晚期轉移性癌症所進行的生物標記檢測或針對罹患第 3 期或第 4 期晚期轉移性癌症之病人所進行的癌症進展或復發檢測屬於承保範圍，無需獲得預先授權。
- 非用於獲得 FDA 核准之第 3 期或第 4 期晚期或轉移性癌症治療的生物標記檢測需獲得預先授權。
- 其他所有實驗室檢測（包括可獲得遺傳諮詢的特定遺傳性疾病檢測）
- 例行預防性視網膜攝影篩檢
- 由參與計劃但不具有醫師身分的醫療服務提供者所提供的其他所有診斷程序（例如心電圖 [Electrocardiography, EKG] 和腦電圖 [Electroencephalography, EEG]）
- 放射線治療
- 紫外線治療
- 性交傳染病居家檢測組實驗室處理費用，但前提是該檢測是由網絡內醫療服務提供者為您開立醫囑。
- 診斷化驗服務、診斷性和治療性放射科服務及其他診斷性和治療服務。
- 初步和確定性藥物檢測，包括在物質濫用障礙治療期間針對病人所進行的初步和持續性評估。

透析護理

在您於我們所指定的透析機構接受適當訓練之後，我們也會承保位於我們服務區域內之居家血液透析和居家腹膜透析所需的設備和醫療用品。

承保範圍限足以滿足您醫療需求的標準設備項目或用品。我們會負責判定是要租借還是要購買設備和用品，且我們將會選擇供應商。當我們不再承保這些設備和用品時，您必須將這些設備以及任何未使用的用品歸還給我們，或向我們支付這些設備以及任何未使用之用品的公平市價。

下列項目屬於與透析有關的承保服務：

- 住院透析護理
- 在計劃機構進行血液透析治療
- 其他所有門診諮詢、檢查及治療

除外項目：

- 為了舒適、便利或享受而提供的設備、用品及功能
- 非醫療用品，例如為了讓居家透析設備在旅行時便於攜帶所需的發電機或配件

耐用醫療設備 (DME)

耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 是根據您醫師的醫囑開立、適合於家中使用並具有醫療必要性的設備。在我們的服務區域內，我們根據我們的耐用醫療設備保險內處方集指南承保本節所述且供您在家中 (或在您作為住家之其他地點) 使用的耐用醫療設備。

居家用 DME 是指符合下列條件的用品：

- 可反覆使用
- 主要且通常用於醫療用途
- 一般而言，對沒有生病或受傷的人沒有用處
- 適合在住家使用。

我們會提供屬於承保範圍的 DME (包括修理或替換屬於承保範圍的設備，但因遺失或使用方式錯誤所造成者除外)。我們會負責判定是要租借還是要購買設備，且我們將會選擇供應商。當我們不再承保這些設備時，您必須將這些設備歸還給我們，或向我們支付這些設備的公平市價。

DME 的例子包括：

- 用於糖尿病驗血的血糖監測儀、連續血糖監測儀及相關用品 (例如血糖監測儀試紙、採血針及採血裝置)。
- 輸液幫浦 (例如胰島素幫浦) 及為了操作幫浦所需的用品
- 尖峰吐氣流量測量筒
- 靜脈 (Intravenous, IV) 輸液架
- 骨生長刺激器
- 頸椎牽引裝置 (門懸式)

除外項目：

- 為了舒適、便利或享受而提供的設備或功能

急救護理服務

L.A. Care 每週 7 天、每天 24 小時承保急救護理服務。急診室就診屬於承保範圍，且如果您住院，將免付共付額 (如適用)。急救護理服務是具有醫療必要性的承保服務，包括會員合理認為是中止或緩解下列狀況所需的救護及心理健康服務：

- 嚴重疾病或症狀；
- 傷勢、劇痛或臨產；
- 需要立即診斷及治療的病症。

急診服務包括由醫生或其他適當人員所進行的醫療篩檢、檢查和評估。急診服務還包括生理和心理方面的緊急狀況。

部分急診例子包括但不限於：

- 呼吸問題
- 顛癇發作 (抽搐)
- 嚴重出血

- 失去意識／昏迷（無法醒來）
- 劇痛（包括胸痛）
- 吞服毒物或用藥過量
- 骨折

在醫療篩檢後提供的非急診服務以及穩定病症所需的服務需要醫療服務提供者獲得 L.A. Care 的授權。

您的 PCP 必須提供急診服務的追蹤護理。您為承保急診服務所支付的所有費用均可獲得補償，包括由未參與計劃的醫療服務提供者所提供的醫療運輸服務（包括救護車和空中救護）。您所支付的金額將不會超過您在透過參與計劃的醫療服務提供者接受相同承保服務時所需支付的分攤費用金額。

服務區域外的急診服務

如果在服務區域外或在美國境外發生緊急情況，您可在最近的急診機構（醫生處、診所或醫院）接受急診服務。您必須在 48 小時內或盡您所能盡快向 L.A. Care 通報此類服務。未經您 PCP 或 L.A. Care 授權而提供的任何治療，若稍後經 L.A. Care 判定不屬於本《投保人協議與會員手冊》所定義的急診服務，將不予承保。如果您不在美國境內，您將需為您所接受的急診服務付費。L.A. Care 將會針對屬於承保範圍的急診服務提供補償，以許可費用上限為限。當您提交索賠時，您必須提交病歷、醫生對帳單以及付款證明以供審查。

急診後的穩定後護理和追蹤護理

在您的緊急病症在醫院得到治療且因病情穩定而不再存有緊急情況後，為您診治的醫生可能會要求您在醫院多呆一段時間，直到您可以安全出院為止。您在緊急病症穩定後所接受的服務稱為「穩定後服務」。

如果您接受急診服務的醫院不屬於 L.A. Care 的合約網絡（「非合約醫院」），則該非合約醫院將會與 L.A. Care 聯絡，以申請核准讓您在該非合約醫院住院。如果 L.A. Care 核准您繼續在非合約醫院住院，您將無需支付服務費用。

如果 L.A. Care 通知非合約醫院，表示您可以安全轉院到 L.A. Care 的任一合約醫院，L.A. Care 將會為您安排從非合約醫院轉院到合約醫院的事宜並支付相關費用。

如果 L.A. Care 判定您可以安全轉院到合約醫院，但您本人、您的配偶或法定監護人不同意轉院，非合約醫院必須為您、您的配偶或法定監護人提供書面通知，說明您需支付您在急診狀況穩定之後，在非合約醫院接受穩定後服務的全額費用。

此外，如果非合約醫院不知道您的姓名，無法獲得 L.A. Care 的聯絡資訊，因此無法先申請核准再為您提供穩定後服務，您可能亦須支付服務費用。如果您認為您因接受非合約醫院提供的穩定後服務而遭到不當收費，請致電 1.855.270.2327 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 771）。

家庭計劃

家庭生育計劃服務是專為正值生育年齡的會員所提供，目的在協助他們決定生育幾名子女並規劃子女間隔的歲數。這些服務包括獲得美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准的所有避孕方法。您可透過任何參與計劃且持有執照可提供此類服務的醫療保健服務提供者接受家庭生育計劃服務以及獲得 FDA 核准的避孕服務（包括一次配發 12 個月藥量且自我施用的荷爾蒙避孕藥）。與門診避孕與裝置有關的服務（例如裝置的植入和／或移除、副作用的追蹤護理及持續遵循醫囑使用諮詢）也可獲得免費承保（\$0 共付額）。家庭生育計劃服務提供者的例子包括：

- 您的 PCP
- 診所

- 註冊護士助產士和註冊執業護士
- 婦產科 (Obstetrical/Gynecological, OB/GYN) 專科醫生

自 2024 年 1 月 1 日開始，獲得 FDA 核准且無需處方即可取得的非處方避孕藥、避孕裝置及避孕產品可獲得免費承保（共付額 \$0）。家庭生育計劃服務還包括諮詢、病人避孕衛教、女性絕育、終止妊娠的手術程序（稱為人工流產）及輸精管切除術。以上所有服務均可獲得免費承保且無需獲得預先授權。如果您需要更多有關提供這些服務的中心資訊，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY 711）。

健康教育服務與保健計劃

糖尿病預防計劃

糖尿病預防計劃 (Diabetes Prevention Program, DPP) 是一項為期一年的計劃，提供給處於糖尿病前期的人士或第 2 型糖尿病的風險族群。DPP 將會協助您對食物選擇和活動程度作出些許調整，以預防第 2 型糖尿病的發病。如果您符合以下條件，您便可能有資格參加此計劃：

- 年滿 18 歲以上
- 身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) > 25 (或者若自認為亞裔則 > 23)
- 在過去 12 個月內曾經
 - 接受糖化血紅蛋白 (HbA1C) 檢測且檢測值介於 5.7 至 6.4 之間
 - 或
 - 空腹血漿血糖為 100-125 mg/dL；或
 - 服用葡萄糖後 2 小時血糖耐受測試介於 140-199 mg/dL
- 先前未曾確診過第 1 型或第 2 型糖尿病
- 妊娠糖尿病除外
- 未患有末期腎臟病

My Health in Motion™

L.A. Care Health Plan 免費為會員提供線上健康與保健平台，稱為 *My Health In Motion™* (My HIM)。L.A. Care Health Plan (L.A. Care) 的健康教育單位已與服務供應商 MediKeeper, Inc 簽約以提供此平台。

My HIM 提倡健康生活，並為 L.A. Care 的會員提供各種工具和資源，以對生活方式作出正向的改變。透過 My HIM，會員可以完成健康評估、查看個人化的健康風險和優勢報告、根據自己的風險利用客製化的工具和座談會、與經認證的健康輔導員和營養師溝通，並瀏覽完整的健康資源資料庫。會員必須年滿 18 歲以上才可使用 My HIM。

My HIM 是透過目標線上網站為 L.A. Care Covered™ Direct (LACCD) 的會員提供。會員僅可使用適用於其保險項目 (Line of Business, LOB) 的特定網站。您可透過 L.A. Care Connect 會員入口網站 **members.lacare.org** 使用 *My Health In Motion* (MyHIM) 保健入口網站。

我們僅為參加私人保險計劃的會員提供獎勵計劃，只要參與 *My Health In Motion™* 獎勵計劃，會員每曆年便可獲得高達 \$215 的獎勵（禮品卡）。點數可在線上兌換超過 100 家零售商店的禮品卡。在一個曆年內所獲得的點數不得轉結。此計劃提供數種獲得點數的方式以兌換禮品卡。

計劃年度 2025 年的獎勵制度如下：

- 完成健康評估 - \$40
- 完成為期 3 個月的健康輔導計劃 - \$30
- 完成下列任兩項座談會：
 - 戒除煙草和尼古丁 (LivingFree) - \$30
 - 養成運動習慣 (LivingFit) - \$30
 - 管理糖尿病 (LivingWell) - \$30
 - 營養或健康飲食 (LivingLean) - \$30
 - 控制酒精攝取量 (LivingSmart) - \$30
- 年度預防檢查 - \$25 (需提交證明表)
- 糖尿病管理 - \$30 (需提交證明／證據)
- 控制血壓 - \$30 (需提交證明／證據)
- 您可透過各種管道獲得 My HIM 的相關資訊，包括但不限於會員手冊、L.A. Care 歡迎文件包、L.A. Care 網站、會員時事通訊以及寄送給目標對象的郵件。

My HIM 計劃讓會員有機會可以在進行首次註冊時完成符合全國品質保證委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) 規範和規定的健康評估。會員會根據風險分數及健康評估的結果獲得健康資源的轉介，以解決透過健康評估所發現且需要注意的健康領域，例如：

- 維持健康體重 (BMI)；
- 戒煙和戒除煙草；
- 鼓勵從事體能活動；
- 健康飲食；
- 管理壓力；
- 避免危險飲酒；
- 認識憂鬱症狀
- 及其他更多領域！

此外，會員可選擇與經認證且具備 L.A. Care 職員身分的健康輔導員和營養師預約輔導會談。

人類免疫缺乏病毒 (HIV) 服務

HIV 檢測

您可以透過任何持照得以提供這些服務的醫療保健服務提供者取得保密的 HIV 檢測。您無需經由 PCP 或健康計劃的轉診或同意即可接受保密的 HIV 檢測。您可以取得保密 HIV 檢測的管道例子包括：

- 您的 PCP
- 洛杉磯縣健康服務部
- 家庭生育計劃服務提供者
- 產前護理診所

請致電 1.855.270.2327 向 L.A. Care 索取檢測地點列表 (失聰或聽障人士請致電 TTY 711)。

居家醫療保健

L.A. Care 將會承保符合下列所有條件的居家醫療保健服務：

- 除了罕見或相對短時間的外出，或是除了因為需要接受醫學治療而外出之外，會員由於心理健康疾病或物質濫用障礙而無法離開家中。
- 為了評估或治療會員的心理健康疾病或物質濫用障礙或其症狀，間歇性專業護理、物理治療、職業治療或言語／語言病理服務具有醫療必要性。這些服務（意指上述服務）應是為了改善會員目前的狀況、維持會員目前的狀況，或為了預防或減緩會員的狀況進一步惡化而合理所需。
- 會員的醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護理師證明，服務符合上述承保條件，並制定一份護理計劃且至少每 60 天定期審查一次該計劃，該計劃包括下列服務並規定了訪視的頻率和持續時間。
- L.A. Care 將會承保以下由會員醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護理師所準備之護理計劃中所列的所有居家醫療保健服務：
- 兼職專業護理，包括由註冊護士、在註冊護士監督下由持照實習護士或由接受過精神科訓練的護士所提供的專業護理服務。
- 針對個人護理所提供的兼職居家健康助理服務。
- 物理治療。
- 言語／語言病理服務。
- 職業治療。
- 醫療社會服務。
- 由家庭健康機構在會員參加居家健康護理計劃的期間所提供的醫療用品。
- 在會員參加居家健康護理計劃的期間所提供的耐用醫療設備，但條件是會員的健康計劃合約包含耐用醫療設備的承保。

L.A. Care 將會承保專業護理服務和居家健康助理服務，無論每週提供多少天，但前提是專業護理服務和居家健康助理服務合計每天提供不超過八小時且每週不超過 35 小時。

臨終關懷

臨終關懷是一種專業的跨科醫療保健服務，旨在提供緩和療護並減輕因罹患絕症而處於生命最後階段之會員在身體、情緒及心靈方面的不適。臨終關懷也為主要看護人和會員的家屬提供支援。

選擇接受臨終關懷的會員代表其選擇接受緩和療護以減輕與絕症有關的疼痛和其他症狀，但其不接受試圖治癒絕症的護理。您可隨時變更決定以獲得臨終關懷福利。

我們承保下列臨終關懷服務，但需符合以下所有規定：

- 參與計劃的醫療服務提供者已確診您罹患絕症，且判定您的預期壽命只剩 12 月或更短時間
- 承保服務是在我們的服務區域內提供
- 服務是由屬於參與計劃之醫療服務提供者的持照臨終關懷機構提供
- 服務對緩解及管理您的絕症和相關病症而言具有必要性

如果上述所有規定均符合，則我們將會承保下列臨終關懷服務，如果這些服務對您的臨終關懷而言具有必要性，您每天 24 小時均可獲得這些服務：

- 由參與計劃的醫師所提供的服務
- 專業護理，包括護理需求的評估與個案管理、疼痛治療與症狀控制（緩和療護）、為您及您的家人提供情緒支援，以及為看護人提供指示
- 為了控制症狀或為了讓您能夠維持日常活動而進行的物理治療、職業治療或言語治療
- 呼吸療法
- 醫療社會服務
- 家庭健康助理及家務整理服務
- 為了控制因絕症所導致的疼痛和管理絕症症狀而根據保險內藥物處方集指南所開立的緩和藥物。
- 您必須透過計劃藥房取得這些藥物。
- 耐用醫療設備
- 為了減輕看護人負擔所需的喘息護理。喘息護理是指非經常性的短期住院病人護理，一次限不超過連續五天
- 諮商和喪親服務
- 飲食諮詢
- 在發生危急情況期間您需要接受持續護理以緩和病情或管理急性醫療症狀時所需的下列護理：
 - 為了讓您能夠留在家中所需的 24 小時持續護理
 - 等級為無法在家提供的短期住院護理

醫院住院護理

下列住院病人醫院服務若獲得 L.A. Care 的授權且由參與計劃的醫院提供則屬於承保範圍。若發生緊急情況，可在未獲得授權的情況下使用任何一家醫院。

- 食宿服務，包括單人病房（如具有醫療必要性）
- 專科護理和加護病房
- 一般護理和特殊護理
- 手術室與恢復室
- 由參與計劃的醫生所提供的服務，包括由專科醫生所提供的諮詢和治療
- 麻醉
- 根據保險內藥物處方集指南所開立的藥物（針對您在出院時所開立的出院藥物，請參閱本「福利與分攤費用」一節中的「門診處方藥、用品及補充劑」）
- 用於治療目的的放射線材料
- 耐用醫療設備與醫療用品
- 造影、實驗室檢測及特殊診療程序，包括 MRI、CT 及 PET 掃描
- 血液、血液製品及相關施用

- 產科護理及生產（包括剖腹產）
- 物理治療、職業治療及言語治療（包括透過組織完善的跨科復健計劃所接受的治療）
- 呼吸療法
- 醫療社會服務與出院規劃
- 住院服務，包括持照一般急性護理醫院、急性精神病院以及藥物依賴康復醫院的服務。

不屬於本「醫院住院護理」一節承保範圍的服務

下列類型的住院服務僅按照本「計劃福利」一節中下列標題下所述的內容承保：

- 減肥手術
- 臨床試驗
- 牙科及齒列矯正服務
- 透析護理
- 臨終關懷
- 義肢及矯正裝置
- 重建手術
- 專業護理機構護理
- 移植服務

除外項目：

- 醫院單人病房或是個人用品或舒適用品屬於除外項目，除非經 L.A. Care 判定具有醫療必要性。

產科護理

- 所有孕前和產前就診均屬於 L.A. Care 的承保範圍。
- 生產與住院服務屬於承保範圍。
- 產科護理包括下列項目：
 - 在您懷孕期間的定期醫生看診（稱為產前就診）：包括產前基因疾病診斷（若為高風險妊娠）。
 - 門診護理服務
 - 診斷與基因檢測，其中包括但不限於：1) α -胎兒蛋白檢測；2) 妊娠糖尿病篩檢
 - 營養諮詢、哺乳支援及用品和諮詢
 - 分娩和生產護理
 - 產後六 (6) 週的醫療保健（稱為產後護理）
 - 正常陰道分娩後的住院病人醫院護理至少承保 48 小時，剖腹產後則至少承保 96 小時。如果符合下列條件，則住院病人醫院護理的承保範圍可少於 48 小時或 96 小時：1) 產婦與診治醫師共同決定；且 2) 產婦與新生兒在出院後的 48 小時內有接受出院後追蹤看診
- 根據合理情況認為，妊娠相關病症的治療無法延遲至會員返回計劃的服務區域，而為了預防胎兒的健康嚴重惡化所需的緊急需求服務。

如果您懷孕了，請立即致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。我們希望能夠確保您獲得您所需的護理服務。L.A. Care 將會協助您從網絡內醫生中挑選一位妊娠護理醫生。詳情請詢問您的醫生。在生產完之後，您將可獲得哺乳教育以及您所需的特殊設備。如果您有任何疑問，請諮詢醫生或致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。

生殖能力保存

為了補救因醫療原因所造成的不孕症（醫源性不孕症）以保存生殖能力所需的服務屬於承保範圍。其中可能包括：

- 卵子或精子的冷凍保存
- 輻射防護罩

為了治療不孕症所需的任何其他服務均不屬於承保範圍，例如：

- 子宮內人工授精
- 體外人工受孕
- 用於增加生殖能力或促進胚胎著床的藥物。

醫療營養治療 (MNT)

醫療營養治療 (Medical Nutrition Therapy, MNT) 是一項由註冊營養師所提供的營養治療。此治療包含用於確定營養相關診斷結果的諮詢，以及為了協助管理如糖尿病、慢性腎臟病及肥胖等特定健康病症的行動方案。需要診治醫師轉診。需要醫師轉診。部分會員可能不符合資格。

醫療運輸服務

緊急交通運輸服務

L.A. Care 承保救護服務以協助您在緊急情況下前往最近的護理場所。換而言之，您的病症必須十分嚴重，致使透過其他方式前往護理場所均可能會危及您的健康或生命。

根據《加州法規》第 1371.56(a)(2) 和 1371.56(b) 節的規定，非合約地面救護服務提供者的費用不應超過需受到此節規定約束之服務的網絡內分攤費用額。L.A. Care 將會告知會員及非合約服務提供者有關會員應繳的網絡內分攤費用額，且將會披露會員的保險是否受到醫療保健管理部的規管。

會員根據此節規定所支付的網絡內分攤費用額將會計入根據第 1367.006 節所制定的年度自付上限中。根據此節規定所需支付的分攤費用將會比照支付給合約醫療服務提供者的分攤費用計入任何自付額中。

由會員根據此節規定所支付的網絡內分攤費用額將可用於滿足會員為健康服務支付分攤費用的義務。

非緊急交通運輸服務

這項福利允許使用最具有經濟效益且容易取得的交通運輸方式。其中可能包括：救護車和精神科運輸用廂型車服務。

我們將會在下列情況下授權交通運輸服務：

- 您的病症和／或身體狀況不允許您乘坐公車、轎車、計程車或其他大眾交通運輸工具或私人交通工具，而且
- 您需要交通運輸服務以從一個醫療機構轉到另外一個醫療機構或從醫療機構返家。

緊急和非緊急交通運輸服務的限制

此項緊急交通運輸福利允許病人搭乘救護車或精神科運輸用廂型車（包括具有醫療必要性的空中救護服務）前往接受急診醫療服務。

非緊急交通運輸服務僅限為了在醫療機構之間轉院或從醫療機構返家所需的交通運輸服務（如具有醫療必要性）。非緊急交通運輸福利不承保使用飛機、轎車、計程車或其他形式的大眾交通運輸工具所提供的交通運輸服務。

門診醫院服務和門診機構服務

下列門診服務若獲得 L.A. Care 授權且在參與計劃的醫院或門診機構（例如門診手術中心 [Ambulatory Surgery Center, ASC]）提供則屬於承保範圍。其中包括適當的物理治療、職業治療、言語治療及可合理在門診提供的醫院服務。相關服務及用品，其中包括：

- 手術室；
- 全身麻醉；
- 治療室；
- 輔助服務，以及
- 由醫院或醫療機構提供以供會員在該機構接受治療期間使用的藥物。

牙科診療程序所需的全身麻醉若是因為會員的病症、臨床狀況或牙科診療程序的嚴重程度而在醫院或手術中心進行，則屬於承保範圍。L.A. Care 將會與會員的牙科計劃協調此類服務。由牙醫或口腔外科醫師所提供的服務不屬於 L.A. Care 的承保範圍。

造口術及泌尿用品

在我們的服務區域內，我們承保根據非耐用用品保險內處方集指南所開立的造口術及泌尿用品。我們會負責選擇供應商，且承保範圍限足以滿足您醫療需求的標準用品。其中包括：

- 黏合劑 – 液態、附刷具塗抹器、管路、底盤或護墊
- 造口帶 – 造口術
- 疝氣帶 – 疝氣
- 導管
- 引流袋／引流瓶 – 置於病床邊及放在腿側邊
- 敷料用品
- 潤滑劑
- 其他用品：導尿連接器；氣體過濾器；造口除臭劑；引流管連接裝置；造口蓋膠布；結腸造口塞；
- 造口插入物；灌洗注射器、球囊和活塞；導管；導尿管夾、腿帶和固定裝置；陰莖或尿道夾及壓迫裝置
- 尿袋 – 泌尿用、可引流、造口術用
- 護膚用品
- 膠布 – 所有尺寸、防水與非防水

保險內處方集指南准許您取得非保險內處方集中的造口術及泌尿用品（適用於您病症但未列於非耐用用品保險內處方集中的用品），前提是這些用品通常屬於承保範圍且醫療團體判定這些用品具有醫療必要性。

除外項目：

- 為了舒適、便利或享受而提供的設備或功能不屬於承保範圍。

疼痛管理

針灸服務通常僅有在治療噁心或在綜合疼痛管理計劃中用於治療慢性疼痛時才會提供。此外，行為健康治療、儀器輔助治療、沉浸式治療及醫療裝置屬於疼痛管理的承保範圍，以協助預防鴉片類藥物的用藥過量。

兒科服務

兒童氣喘護理

福利包括噴霧器（包括面罩和管路）、吸入器分隔器、尖峰吐氣流量測量筒均屬於承保範圍。為了管理和治療氣喘而具有醫療必要性的用品正確使用方法教學服務也屬於承保範圍。

兒童牙科護理

L.A. Care 為 19 歲以下的會員承保下列牙科護理福利，直到會員年滿 19 歲當月月底為止。免年度自付額。牙科福利是由 Liberty Dental 透過其規模龐大的牙科醫療服務提供者網絡提供。會員可致電 **1.888.700.5243** 與 Liberty Dental 聯絡（失聰或聽障人士請致電 TTY/TDD **1.877.855.8039**）以瞭解有關醫療服務提供者的資訊。

承保福利包括：

- 預防保健服務和診斷護理，包括口腔檢查、預防性洗牙、溝隙封填劑及局部塗氟
- 基本和重要牙科服務，包括汞合金補牙、根管治療及拔牙服務
- 齒列矯正服務

兒童牙科護理福利的協調

針對有透過健康福利交易市場購買補充兒童牙科福利計劃的會員，屬於 L.A. Care 承保範圍的兒童牙科福利將會獲得優先給付。您的補充兒童計劃將會承保不屬於我們承保範圍的兒童牙科服務和任何分攤費用，詳如補充兒童牙科計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC) 所述。

兒童視力保健

L.A. Care 為 19 歲以下的會員承保下列視力保健福利，直到會員年滿 19 歲當月月底為止。免年度自付額。

視力福利是透過 VSP 提供。VSP 規模龐大的全國醫療服務提供者網絡為受保於團體視力保健計劃的會員提供專業的視力保健服務。如果您找不到可以使用的醫療服務提供者，請致電 VSP 免費電話 **1.800.877.7195**，客戶服務部代表將會協助您尋找其他醫療服務提供者。承保福利包括下列項目：

- 眼睛檢查，包括檢查後發現有需要進行的散瞳檢查及屈光檢查
- 每年 1（一）副處方眼鏡（同時包含鏡片和鏡框）或隱形眼鏡。可取得所有鏡片度數的單光鏡片、傳統雙焦鏡片、傳統三焦鏡片及柱狀透鏡片。可選擇玻璃鏡片、塑膠鏡片或聚碳酸酯鏡片。取得聚碳酸酯鏡片不需額外分攤費用。
- 為了治療下列疾病而具有醫療必要性的隱形眼鏡：圓錐角膜、病理性近視、無水晶體症、雙眼屈光參差、雙眼物像不等、虹膜缺損、角膜疾病、創傷後疾病及不規則散光。L.A. Care Covered 根據第 1367.005 節 (a)(2) 項的規定承保無水晶體症，沒有年齡限制。
- 弱視服務

足科服務（足部護理）

足科（足部護理）服務屬於承保範圍，包括診斷和治療會影響足部、腳踝和腿部結構的病症。

具有醫療必要性的例行足部護理屬於承保範圍。若該人士患有新陳代謝、神經系統或周邊血管疾病，因而導致嚴重血液循環不良或導致該人士腿部或腳部的某些部位知覺減少，則例行足部護理即具有醫療必要性。

- 不具有醫療必要性的例行足部護理不屬於承保範圍。

產前護理

預定產前檢查和首次產後諮詢可獲得免費承保。其他產前福利包括：

- 產前保健補充品
- 診斷和基因檢測

處方藥、用品及補充劑（門診）

我們承保本節所述的門診藥物、用品及補充劑，但條件是必須按照下述方式開立且透過計劃藥房或透過郵購服務取得：

- 由計劃醫師根據保險內藥物處方集指南所開立的項目
- 由下列非計劃醫療服務提供者所開立的項目；除非計劃醫師判定該項目不具有醫療必要性：
- 牙醫（如果該藥物是用於牙科護理）
- 非計劃醫師，但條件是醫療團體授權書面轉介至非計劃醫師處就診，且該藥物、用品或補充劑因屬於該轉介的一部分而獲得承保
- 非計劃醫師，但條件是該處方藥是在接受屬於承保範圍的急診服務、穩定後護理或區域外緊急護理期間所取得

如何取得承保用品

您必須在計劃藥房或透過郵購服務取得承保用品，除非您是在「急救護理服務」一節所述的承保急診服務、穩定後護理或區域外緊急護理期間取得該用品。請參閱「如何尋找藥房」一節以查詢您所在地區計劃藥房的地點。

如果 L.A. Care 的承保範圍有所修訂，排除了我們一直以來根據本《承保內容證明》所為您承保和提供的藥物，我們將會繼續提供該藥物，但前提是該處方藥是法律所規定且計劃醫師繼續針對相同病症開立該藥物，且該藥物是用於美國食品與藥物管理局所核准的用途。

門診避孕藥及避孕裝置

我們免費承保各種美國食品與藥物管理局 (FDA) 所核准的處方避孕方法，包括下列避孕藥及避孕裝置（\$0 共付額）：

- 口服避孕藥
- 緊急避孕藥丸
- 避孕環
- 避孕貼片
- 子宮頸帽
- 避孕隔膜

承保範圍也包括配發一次 12 個月份獲得 FDA 核准的自我施用型荷爾蒙避孕藥。

如果屬於承保範圍的避孕藥或避孕裝置無法提供，或者醫療執業人員根據醫療原因不建議您使用，您可申請由醫療執業人員所開立但不屬於承保範圍之避孕藥或避孕裝置的授權。如果授權獲得計劃核准，則我們將免費提供避孕藥或避孕裝置（\$0 共付額）。

預防性藥物和補充劑

我們免費承保下列由計劃醫療服務提供者所開立的預防性用品（\$0 共付額）：

- 阿斯匹靈
- 孕婦用葉酸補充劑
- 兒童用鐵補充劑
- 兒童用氟補充劑
- 戒煙藥物與產品

其他所有門診藥物、用品及補充劑

我們承保下列門診藥物、用品及補充劑：

- 根據法律規定需要處方才能取得的藥物以及若列於我們保險內藥物處方集中便不需要處方即可取得的某些藥物
- 注射承保藥物和補充劑所需的針頭和注射器
- 吸入承保藥物所需的吸入器分隔器

門診藥物、用品及補充劑的分攤費用，包括口服抗癌藥物

針對參加 Platinum 90 HMO、Gold 80 HMO、Silver HMO 計劃和 Bronze HMO 計劃的會員，30 天藥量的處方藥分攤費用每份處方不得超過 \$250。

(1) 儘管有任何自付額，但會員需為屬於合約承保範圍之口服抗癌處方藥支付的共付額和共同保險金總額每份處方不應超過 \$250，最多 30 天藥量。

上述分攤費用適用於美國印地安和阿拉斯加原住民計劃。

請參閱「福利摘要」以瞭解可能適用的藥房共付額、自付額、綜合自付額和／或自付上限。

註：如果承保處方藥、用品或補充劑的零售價格低於規定的共付額，則您將需支付金額較低者。您所支付的金額將會計入您的自付上限和自付額（如適用）中。

如需藥物自付額的說明，請參閱本節的「藥物自付額」：

藥物自付額：您在任何曆年可能需負責為承保藥物支付的費用。如果您的福利計劃包含藥物自付額，則您在每個曆年將需負責支付所有費用以達到藥物自付額，之後 L.A. Care Covered™ Health Plan 才會以適用的共付額承保處方藥（請參閱「門診藥物、用品及補充劑的分攤費用」一節）。如果藥物需由醫療人員施用或觀察，且是在計劃醫療診所或在居家訪視期間為您施用，則您在使用下列項目時無需達到藥物自付額：

- 用於治療先天性胺基酸代謝異常（例如苯丙酮尿症）的胺基酸改造產品
- 癌症化療藥物以及確診癌症後的某些重要輔助治療
- 為了治療會危及生命之心室性心律不整所需的某些藥物
- 避孕隔膜和子宮頸帽
- 結核病治療藥物

- 用作為局部性腸炎主要治療的基礎飲食腸道營養配方
- 緊急避孕藥丸
- 用於透析及用於治療慢性腎功能不全患者之貧血所需的造血劑
- 為了替因體內生長激素分泌不足而發育不良的兒科病人提供長期治療所需的人體生長激素
- 為了治療與移植有關的巨細胞病毒所需的免疫抑制劑以及 ganciclovir 和 ganciclovir 產品
- 用於會危及生命之血栓性疾病急性治療的低分子量肝素
- 用於為透析病人治療末期腎臟病高血磷症的磷結合劑

會計入本藥物自付額的唯一款項就是您根據本《承保內容證明》規定為需支付藥物自付額的承保藥物所支付的費用。在您達到藥物自付額後，您在該曆年的剩餘時間將需為這些項目支付適用的共付額或共同保險金。

某些靜脈注射藥物、用品及補充劑

我們承保需要進行特定類型非腸道輸液（例如靜脈輸液或脊柱內輸液）的某些自我施用型靜脈輸液藥物、液體、添加劑和營養劑以及施用這些項目時所需的用品和設備。註：注射藥物和胰島素不屬於本節的承保範圍（請參閱「門診處方藥、用品及補充劑除外項目」一節）。

糖尿病驗尿用品和胰島素施用裝置

我們免費承保（\$0 共付額）：

- 酮試紙
- 丙酮測試錠

門診處方藥、用品及補充劑除外項目：

- 實驗性或研究性藥物，除非獲得認可並根據獲得專業認可的執業規範使用
- 配藥藥房標準包裝以外之任何要求的包裝（例如藥劑包裝）
- 複方產品，除非該藥物有列於保險內藥物處方集中或者其中一種成分按法律規定需要處方才能取得
- 為了減短普通感冒的持續時間所開立的藥物

預防保健服務

即使您沒有生病，也務必每年至少看一次醫生。我們承保各種預防保健服務。根據《美國法典註釋》(United States Code Annotated, U.S.C.A.) 第 42 篇第 300gg-13(a) 節及第 1367.002 節，預防保健服務、產前護理或孕前就診均可獲得免費承保。定期健康檢查包括所有例行診斷檢測及實驗室服務。其中包括但不限於：

- 定期保健檢查，包括年度身體檢查
- 根據免疫接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 所採用之最新版的《美國兒童免疫接種建議時間表》所提供的免疫接種。承保範圍也包括免費 COVID-19 免疫接種。
 - COVID-19 檢測
- 性交傳染病 (STD) 檢測，包括居家檢測組，但前提是需由網絡內醫療服務提供者開立醫囑。
- 間隔時間合理的細胞檢查
- 其他適齡的免疫接種

- 後天免疫缺乏症候群 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 疫苗
- HIV 暴露前預防性投藥 (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) 和 HIV 暴露後預防性投藥 (Post-Exposure Prophylaxis, PEP) 及相關的必要服務，包括初次護理和追蹤護理。
- 骨質疏鬆服務
- 眼睛檢查：
 - 例行檢查
- 健康教育
- 所有醫學上公認的癌症篩檢檢測，其中包括但不限於：
 - 乳癌篩檢
 - 前列腺癌篩檢
 - 結腸直腸癌篩檢，包括糞便免疫化學測試 (FIT)、糞便潛血檢查 (FOBT)、多目標糞便 DNA 檢測和結腸鏡檢查。*
 - 一般癌症篩檢
 - 乳房 X 光檢查服務
 - 子宮頸癌篩檢
 - Diethylstilbestrol 服務
 - 童年逆境經驗 (Adverse Childhood Experience, ACE) 篩檢
- 在寶寶出生後的前兩年期間所進行的嬰兒保健檢查，其中包括：
 - 新生兒醫院看診新生兒篩檢
 - 根據美國兒科學會所採用之最新版的《兒童預防醫療保健服務建議》以及根據免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 所採用之最新版的《美國兒童免疫接種建議時間表》所提供的新生兒健康檢查及其他診所就診。
- 此外，L.A. Care 也免費承保 COVID-19 治療（例如像是 Paxlovid™ 等抗病毒藥物）。
- 預防醫療保健服務，包括下列項目：
 - 篩檢、簡短介入措施和治療轉診、基本保健介入措施及專科服務，適用對象為有物質濫用傷害危險、有物質濫用風險或有物質濫用傷害但未達到物質濫用障礙診斷標準的人士，或是尚無足夠資訊可以記錄為有物質濫用或成癮障礙的人士，詳如美國成癮醫學會 (American Society of Addiction Medicine, ASAM) 護理等級 0.5 (第3版) 或最新版的《ASAM 標準》中所述。
 - 用於預防用途和保持健康的基本服務，包括：心理健康、發展障礙及童年逆境經驗篩檢；跨科評估；專家評估；轉診；心理健康臨床醫護人員諮詢與諮商；急診評估、簡短介入措施和處置；危急情況介入措施和穩定；社區推廣預防和介入計劃；創傷或災難受害者心理健康急救；以及健康維護與暴力預防教育，詳如護理等級使用評估系統 (Level of Care Utilization System, LOCUS) 和兒童及青少年護理／服務等級強度使用評估系統 (Child and Adolescent Level of Care/Service Intensity Utilization System, CALOCUS-CASII) 護理等級零 (2020 年版) 或最新版的 LOCUS 和 CALOCUS-CASII 中所述。
 - 《健康及安全法案》第 1367.002 節所規定的心理健康疾病或物質濫用障礙預防醫療保健服務。

* 如果結腸直腸癌篩檢檢測（結腸鏡檢查除外）的結果為陽性，則將需進行追蹤結腸鏡檢查。此項後續的結腸鏡檢查也能以預防性服務的形式獲得免費承保。

針對在預防性檢測結果出來之後為了診斷目的所進行的檢測，將需支付診斷檢測的標準共付額。

除外項目

- 會員將僅可獲得與其醫療需求有關的檢查。例如，父母若想進行身體檢查將無法獲得承保。
- 旅行所需的免疫接種。
- 由不屬於 L.A. Care 醫療網的醫療服務提供者所開立的檢測。

專業服務、診所就診及門診服務

我們承保由醫師或其他持照醫療保健服務提供者在其執照範圍內於專業診所、住院醫院、專業護理機構、病人家中、臨終關懷機構及緊急護理就診期間所提供且具有醫療必要性的服務和諮詢。您的分攤費用將根據為您看診的醫療服務提供者類型、您接受服務的地點以及您接受服務的範圍而異。

- 大多數專科醫生諮詢、檢查和治療
- 其他醫療執業人員諮詢（醫師助理、執業護士）
- 例行身體健康檢查
- 兒童預防保健檢查（至 23 個月大為止）
- 緊急護理諮詢 物理治療師 – 家庭健康服務
- 物理治療師 – 醫院門診

義肢及矯正裝置

我們不承保大多數義肢及矯正裝置，但我們有承保本「義肢及矯正裝置」一節中所述的裝置，但條件是必須符合下列所有規定：

- 該裝置是用於一般用途，可重複使用且主要及通常是用於醫療用途
- 該裝置是足以滿足您醫療需求的標準裝置
- 您是透過我們所選擇的醫療服務提供者或供應商取得該裝置

承保範圍包括這些裝置的試用和調整、修理或替換（除非是因遺失或使用方式錯誤）以及為了確認您是否需要使用義肢或矯正裝置所需的服務。如果我們承保替換裝置，則您需支付您為取得該裝置所需支付的分攤費用。

植入人體內的裝置

我們承保義肢及矯正裝置，例如心臟起搏器、人工水晶體、人工耳蝸植入體、乳房植入體、骨傳導式聽力裝置以及髖關節，但條件是這些裝置是在屬於本節其他部分承保範圍的手術期間所植入。

外部裝置

我們承保下列外部義肢及矯正裝置：

- 在切除所有或部分喉頭後為了恢復說話能力所需的假體裝置及安裝配件（此承保範圍不包含電子語音生成器，電子語音生成器不屬於義肢裝置）
- 在完成具有醫療必要性的乳房切除術後所需的義乳，包括：

- 具有醫療必要性的訂製義乳
- 為了支撐義乳所需的胸罩，每 12 個月最多三個
- 用於預防或治療糖尿病相關併發症的足部裝置（包括鞋具），但需由參與計劃的醫師或由參與計劃且具備足科醫師身分的醫療服務提供者開立處方
- 燒燙傷用壓力衣及淋巴水腫用壓力帶和壓力衣
- 根據 Medicare 指南為需要管餵的會員所提供的腸道營養配方
- 為了代替因為生病、受傷或先天性缺陷而遭到切除或受損的所有或部分外部顏面部部位所需的假體
- 為了治療像是圓錐角膜、乾性角結膜炎、虹膜缺損或無水晶體症等眼睛病症所需的隱形眼鏡。針對無水晶體症所提供且具有醫療必要性的服務不受年齡的限制。

義肢及矯正裝置除外項目

- 多焦點人工水晶體及用於矯正散光的人工水晶體
- 非硬性用品，例如彈性襪和假髮、但在本「義肢及矯正裝置」一節前面所述者除外
- 為了舒適、便利或享受而提供的設備或功能
- 鞋具或足弓墊，即使是訂製者亦然，但在本「義肢及矯正裝置」一節前面所述用於糖尿病相關併發症的鞋具除外

重建手術

我們承保下列重建手術服務：

- 重建手術，以改正或修補因先天缺陷、發育異常、創傷、感染、腫瘤或疾病所導致的身體構造異常。
- 根據《健康及安全法案》第 1374.72 節規定所進行的重建手術。針對性別不安，根據專精重建手術的醫生所遵從的護理標準進行主要性徵和第二性徵的重建手術，以改善機能或在可行範圍內建立與會員自認性別相符的正常外觀，該醫生必須具備能力可以評估與申請之護理有關的具體臨床問題。
- 在完成具有醫療必要性的部分乳房或全乳房切除術後，我們將會承保乳房的重建、手術和為了建立對稱外觀所需的非患側乳房的重建，以及身體併發症的治療（包括淋巴水腫）。

其他屬於承保範圍的重建手術服務包括：

- 門診諮詢、檢查及治療
- 門診手術：如果是在門診或門診手術中心或醫院手術室提供，或者是在任何場所提供且您有使用藥物以減少知覺或盡量減輕不適，而在您恢復知覺的期間有持照工作人員為您監測生命體徵。
- 醫院住院護理（包括食宿、藥物及參與計劃的醫師服務）

不屬於本「重建手術」一節承保範圍的服務

下列服務的承保範圍在本節中的相應標題下有加以說明：

- 屬於腭裂重建手術之必要部分的牙科及齒列矯正服務（請參閱「牙科及齒列矯正服務」）
- 門診造影和實驗室檢測（請參閱「門診造影和實驗室檢測及特殊診療程序」）
- 門診處方藥（請參閱「門診藥物、用品及補充劑」）
- 義肢及矯正裝置（請參閱「義肢及矯正裝置」）
- 整容手術（為了改變或重塑身體正常結構所進行的手術）

專業護理

我們最多承保 100 天由參與計劃的專業護理機構所提供的住院專業護理。專業住院服務必須通常由專業護理機構提供，且超過看護服務或中期護理的等級。

福利期是從您入住醫院或專業護理機構接受專業等級之護理的日期開始算起。福利期是在您沒有以住院病人身分於醫院或專業護理機構接受專業等級之護理達連續 60 天之日結束。新的福利期只有在任何現有福利期結束之後才會開始。先前不需要在急症護理醫院住院三天。

我們承保下列服務：

- 醫師服務和護理服務
- 食宿
- 由參與計劃的醫療服務提供者在參與計劃的專業護理機構根據保險內藥物處方集指南開立且屬於您護理計劃之一部分的藥物，但前期是這些藥物是在參與計劃的專業護理機構由醫療人員為您施用
- 根據耐用醫療設備保險內處方集所提供的耐用醫療設備，但前提是專業護理機構通常有提供該設備
- 專業護理機構通常有提供的造影與實驗室服務
- 醫療社會服務
- 血液、血液製品及相關施用
- 醫療用品
- 物理治療、職業治療及言語治療
- 呼吸療法

下列服務的承保範圍在本「計劃福利」一節中的相應標題下有加以說明

- 門診造影和實驗室檢測

物質濫用障礙服務

我們為具有醫療必要性的物質濫用障礙治療提供承保。請參閱具醫療必要性之心理健康或物質濫用障礙治療的定義。如需更多資訊，請參閱 EOC 的「行為健康服務」一節。

治療 – 物理治療、職業治療、言語治療及其他治療

- 物理治療是利用運動來改善和維持病人在生病或受傷後的身體機能。
- 職業治療是用於改善和維持殘障或受傷病人的日常生活技能。
- 言語治療是用於治療言語問題。
- 水療和按摩治療若具有醫療必要性則屬於承保範圍。

治療屬於承保範圍且可在醫療診所或其他適當的門診機構、醫院、專業護理機構或家中提供。在提供具有醫療必要性的治療期間，按規定 L.A. Care 可能必須進行定期評估。

變性服務

針對性別不安，L.A. Care 承保由世界跨性別健康專業協會所制訂之最新版《護理標準》中所定義的所有醫療保健福利。

這些服務會在具有醫療必要性時提供，且可能包括：

- 為了判定病人是否已準備好接受手術和／或程序所需的心理評估
- 荷爾蒙補充療法 (Hormone Replacement Therapy, HRT)
- 為監控荷爾蒙治療所需的實驗室檢測
- 性別確認手術和程序

移植

L.A. Care 承保具有醫療必要性且非實驗或研究性質的器官、組織或骨髓移植。我們承保器官、組織或骨髓移植，但條件是醫師必須向移植機構提供書面護理轉診。在轉診至移植機構後，下列規定即適用：

- 如果您的醫療團體或轉診機構判定您不符合移植相關條件，我們將僅會承保您在該判決作出之前所接受的服務。
- 健康計劃、參與計劃的醫院、您的醫療團體及參與計劃的醫師將不負責尋找、提供或確保您能找到器官、組織或骨髓捐贈者
- 根據活體移植捐贈者服務指南，我們為捐贈者或醫療團體認定為潛在捐贈者的人士提供某些捐贈相關服務（不論捐贈者是否具備會員身分）。這些服務必須直接與您的承保移植服務相關，其中可能包括為了摘取器官、組織或骨髓以及為了治療併發症所需的某些服務。您可致電與會員服務部聯絡以獲得捐贈者服務指南。
- 我們根據捐贈者服務指南為實際或潛在捐贈者提供或給付捐贈相關服務（不論捐贈者是否具備會員身分）。如果您的移植因為屬於實驗或研究性質而遭到拒絕，請參閱「申訴及上訴」一節，以瞭解有關您「針對實驗性／研究性治療的拒絕決定申請獨立醫療審查」之權利的資訊。

針對您所接受的承保移植服務，您需支付的分攤費用將與您在接受與移植無關的服務時所需支付的分攤費用相同。例如，請參閱本節中的「醫院住院護理」部分，以瞭解適用於醫院住院護理的分攤費用。

加州兒童服務 (CCS)

需要接受專業醫療護理的兒童可能符合加州兒童服務 (California Children's Services, CCS) 計劃的條件。CCS 是一項加州醫療計劃，旨在為患有特定身體病症且需要接受專業醫療護理的兒童提供治療。此項計劃提供給加州的所有兒童，但其家庭必須符合特定醫療、財務及居民資格規定。透過 CCS 計劃所提供的服務是由當地縣政府 CCS 辦公室協調。

如果會員的 PCP 懷疑或確認會員可能罹患符合 CCS 條件的病症，其可將會員轉診至當地縣政府的 CCS 計劃。CCS 計劃（當地或 CCS 區域辦公室）將會判定會員的病症是否符合接受 CCS 服務的條件。若判定符合 CCS 服務的條件，L.A. Care Covered™ 會員可繼續參保合格健康計劃 (Qualified Health Plan, QHP) 產品。會員將會獲得轉診，且應透過 CCS 療服務提供者專業網絡和／或獲得 CCS 認可的專業中心接受符合 CCS 條件之病症的治療。這些 CCS 醫療服務提供者和專業中心均受過嚴格訓練，瞭解如何治療符合 CCS 條件的病症。L.A. Care 將會根據本文件所述繼續提供與符合 CCS 條件之病症無關的基本保健服務和預防性服務。L.A. Care 也會與 CCS 計劃合作，以協調 CCS 計劃和本計劃均有提供的護理。

L.A. Care 將會繼續提供與 CCS 確診病症無關的所有其他醫療服務。

CCS 辦公室必須確認參加 CCS 計劃之每位兒童的居民身分。如果您的子女被轉診至 CCS 計劃，您將需填寫一份簡短的申請表，以確認居民身分、財務資格，並確保在轉診完成後您子女的護理有獲得妥善協調。

您可致電 **1.800.288.4584** 與洛杉磯縣 CCS 計劃聯絡，以取得有關 CCS 計劃的其他資訊並瞭解詳情。

除外項目及限制

除外項目

本「除外項目」一節中所列的用品和服務不屬於承保範圍。這些除外項目適用於原本屬於本《投保人協議與會員手冊》承保範圍的所有服務，不論該服務是否是在醫療服務提供者的執照或認證資格範圍內提供。僅適用於特定福利的其他除外項目列於「計劃福利」一節該福利的說明中。

- 成人助聽器
- 成人例行牙科服務
- 人工受精與人工受孕

與人工受精和人工受孕有關的所有服務，例如：受精卵移植、精卵植入輸卵管術 (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT)、精子和卵子（以及與精子和卵子的取得與保存有關的服務）、體外受精 (In Vitro Fertilization, IVF) 及受精卵輸卵管內植入術 (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT)。

兒童助聽器承保計劃 (Hearing Aid Coverage for Children Program, HACCP) 為 0-20 歲且符合條件的兒童和青少年提供由州政府資助的助聽器承保。如欲瞭解詳情並提出申請，請瀏覽 www.dhcs.ca.gov/HACCP。

生物回饋療法服務

所有生物回饋療法服務均不屬於承保範圍，除非該治療具有醫療必要性，且是由持照醫師、外科醫師或持照心理醫生所開立。

特定檢閱與服務

為了下列目的所進行的身體檢查及其他服務 (1) 為了取得或保有工作或是為了參與就業計劃所需；(2) 為了保險或執照所需；或 (3) 為了法院命令或為了假釋或緩刑所需。如果參與計劃的醫師判定該服務具有醫療必要性，則此除外項目便不適用。

整容服務

主要為了改變或維持外觀而提供的服務，但此除外項目不適用下列任何項目：

- 「計劃福利」一節中屬於「重建手術」承保範圍的服務
- 「計劃福利」一節中屬於「義肢及矯正裝置」承保範圍的下列裝置：在屬於承保範圍的重建手術期間所植入的睪丸植入物、乳房切除術後所需的義乳，以及為了取代所有或部分外部顏面部位所需的假體。
- 在對心理健康／物質濫用障礙治療具有醫療必要性時所提供的整容服務。

脊椎矯正服務

脊椎矯正服務以及由脊椎矯正醫師所提供的服務。

看護服務

協助從事日常活動（例如：行走、上下床、沐浴、更衣、餵食、如廁及服藥），除非對心理健康／物質濫用障礙治療而言具有醫療必要性。此除外項目不適用於在屬於承保範圍的臨終關懷、專業護理機構服務或住院醫院護理期間所提供的日常活動協助。

牙科及齒列矯正服務

牙科及齒列矯正服務，例如 X 光造影、牙科裝置、植牙、由牙醫或齒列矯正醫師所提供的服務、在牙齒意外受傷後所接受的牙科服務，以及因下顎骨手術和放射線治療等治療所需的牙科服務。

此除外項目不適用於「計劃福利」一節中屬於「牙科及齒列矯正服務」承保範圍的服務。

一次性用品

居家用一次性用品，例如繃帶、紗布、膠布、消毒劑、敷料、Ace 型繃帶、尿布、護墊及其他失禁用品。

此除外項目不適用於「計劃福利」一節中屬於「居家用耐用醫療設備」、「居家醫療保健」、「臨終關懷」、「造口術及泌尿用品」以及「門診藥物、用品及補充劑」承保範圍的一次性用品。

落髮或生髮治療

為了促進生髮、預防落髮，或為了進行其他落髮治療、生髮或與確診性別不安有關的植髮程序而開立的用品和服務，除非對心理健康／物質濫用障礙治療而言具有醫療必要性。在這些情況下，對此類決定有異議的會員可使用適當的申訴、上訴及 IMR 程序。

不孕症服務

與不孕症的診斷和治療有關的服務，但與醫源性不孕症（即由治療所導致不孕症，例如手術、化療或放射線治療）有關且具有醫療必要性的生殖能力保存服務治療除外。

不屬於醫療保健用品和服務的用品和服務

例如，我們不承保：

- 禮節與禮儀教學
- 培養規劃能力的教學與支援服務，例如日常活動規劃以及作業或工作規劃
- 可提升學術知識或技能的用品和服務
- 可提升智能的教學與支援服務
- 學業輔導或各種技能的指導，例如文法、數學及時間管理
- 教導您如何閱讀，不論您是否患有閱讀障礙
- 教育性測驗
- 教導美術、舞蹈、騎馬、音樂、戲劇或游泳
- 教導就業或職業相關技能
- 職業訓練或教導職業技能
- 專業成長課程
- 特定工作訓練或就業諮詢

為了矯正眼睛屈光缺陷所需的用品和服務

為了矯正像是近視、遠視或散光等屈光缺陷所需的用品和服務（例如為了重塑眼睛所需的眼睛手術或隱形眼鏡）。

長期護理福利

包括在持照機構所提供的長期專業護理及喘息護理。（針對短期專業護理或臨終關懷福利，請參閱「計劃福利」一節中的「專業護理」。）

不具有醫療必要性的醫療保健服務

不具有醫療必要性的任何醫療保健服務、用品、舒適用品、診療程序或設備。其中包括醫院單人病房，除非具有醫療必要性。

口服營養劑

門診口服營養劑，例如飲食補充劑、草藥補充劑、減重輔助營養補充品、配方奶粉及食物，除非對心理健康／物質濫用障礙治療而言具有醫療必要性。

此除外項目不適用於下列任何項目：

- 在「計劃福利」一節中屬於「門診藥物、用品及補充劑」承保範圍的胺基酸改造產品和基礎飲食腸道營養配方
- 在「計劃福利」一節中屬於「義肢及矯正裝置」承保範圍的腸道營養配方

其他保險

屬於任何其他保險或醫療保健服務計劃承保範圍的服務。L.A. Care 將會在有需要時提供服務。（請參閱「福利協調」一節以瞭解詳情。）

住宿護理

您在過夜的醫療機構所接受的護理，但若過夜屬於下列醫療機構承保護理的一部分，則此除外項目不適用：醫院護理、專業護理機構護理、屬於「臨終關懷」一節承保範圍的住院喘息護理、屬於「心理健康服務」一節中「精神科住院或精神科密集治療計劃」承保範圍且有提供住宿服務的持照機構護理。

例行足部護理用品和服務

不具有醫療必要性的例行足部護理用品和服務。

未獲得聯邦美國食品與藥物管理局核准的服務

根據法律規定必須獲得聯邦美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准才能在美國販售，但卻未獲得 FDA 核准的藥物、補充劑、檢測、疫苗、裝置、放射線物質及任何其他服務。此除外項目不適用於下列任何項目：

- 實驗性或研究性服務，但前提是該研究性服務已向 FDA 提出申請，且製造商或其他來源透過獲得 FDA 授權的程序為您或 L.A. Care 提供服務，不過我們不承保通常由研究贊助商在臨床試驗或其他研究治療方案中免費為會員提供的服務
- 在「計劃福利」一節中屬於「臨床試驗」承保範圍的服務

如果 L.A. Care 因為判定服務屬於實驗性或研究性而拒絕您的服務申請，您可申請 IMR。如欲瞭解有關 IMR 程序的資訊，請參閱本《投保人協議與會員手冊》的「申訴及上訴」一節。

由非持照人士所進行的服務

可由不需要持有州政府執照或證書即可提供醫療保健服務的人士安全且有效地進行的服務，且會員的病症不需要使用由持照醫療保健服務提供者所提供的服務。此不受保項目不適用於由符合心理醫生助理、臨床社工專員、註冊心理醫生、實習心理醫生、受訓人員定義的非持照人士或根據州法律規定有資格提供服務的其他非持照人士所提供的心理健康／物質濫用障礙服務。

在會員的 *L.A. Care* 保險開始生效日期前所接受的服務。

與非承保服務有關的服務

當某項服務不屬於承保範圍時，與該非承保服務有關的所有服務均屬於除外項目，但我們為了治療非承保服務的併發症所會承保的服務不在此限。例如，如果您接受了不屬於承保範圍的整容手術，我們將不會承保您為了準備接受手術或為了追蹤護理所接受的服務。如果您之後發生會危及生命的併發症（例如嚴重感染），此除外項目將不適用，且我們將會承保我們為了治療該併發症所會承保的任何服務。

代理孕母

為與代理孕母安排有關的任何人所提供的服務，但針對擔任代理孕母的會員所提供的承保服務除外。代理孕母安排是指一名女性（代理孕母）同意懷孕並同意將寶寶交給有意撫養該孩子的其他人。請參閱本「除外項目、限制、福利協調及福利縮減」一節中「福利縮減」之下的「代理孕母安排」，以瞭解有關您在安排代理孕母時需對我們履行的義務，包括您針對我們所承保的任何服務向我們提供補償的義務。

限制

若發生異常情況，導致服務延遲或導致我們無法根據本《投保人協議與會員手冊》的規定提供服務（例如重大災害、疫情、戰爭、暴動、內亂、參與計劃的醫院大多數醫護人員傷殘、醫療機構完全或部分損毀及勞工爭議），我們將會秉持誠信原則盡力在剩餘可用的機構或人力範圍內提供或安排承保服務。在上述情況下，如果您發生緊急病症，請根據「急診服務」一節所述致電 **911** 或前往最近的醫院。

僅適用於特定福利的其他限制列於「福利計劃」一節該福利的說明中。

一般資訊

參與福利計劃

L.A. Care 將會利用健康計劃合約和本《投保人協議與會員手冊》來決定您的福利。L.A. Care 將會維護所有符合條件可獲得福利者的最佳利益。

通知

屬於本《投保人協議與會員手冊》規定或許可範圍的任何通知均必須採書面形式，且由專人遞送或使用普通郵件、掛號郵件或有寄件證明的郵件、美國郵政服務快遞郵件或快遞公司隔日送達夜間快遞、郵資預付郵件寄送至下列地址：

若是寄送給 L.A. Care：

L.A. Care Health Plan

Attention: Director of Customer Solution Center 1200 W. 7th Street, Los Angeles, CA 90017

若是寄送給會員：

L.A. Care 最後已知的會員地址。

使用掛號郵件、有寄件證明的郵件或有收件收據的郵件寄送的任何通知均應視為是在收據卡上所示的送達日期提供，或者若沒有顯示送達日期，則應以郵戳日期為準。若是使用普通郵件寄送，通知應視為是在寫上收件人地址並使用郵資預付之信封寄出後的 48 小時提供。使用美國郵政服務快遞郵件或快遞公司保證隔日送達的夜間快遞寄送的通知應視為是在將通知交給美國郵政服務或快遞公司後的 24 小時提供。

醫療服務提供者如何獲得報酬

L.A. Care 透過各種不同方式來給付醫生、醫院或其他醫療服務提供者：

- 按各項服務付費；或
- 按人給付，費用金額固定，無論提供的服務為何。

醫療服務提供者有時會因向 L.A. Care 會員提供了高品質的護理服務而獲得獎勵。如果您有任何疑問，請致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。

L.A. Care 與眾多醫療服務提供者合作，以為其會員提供醫療保健服務。大多數醫生都歸屬於各個團體（亦稱為參與計劃的醫療服務提供者團體 [Participating Provider Groups, PPG] 或醫療團體）。除了收取共付額之外，PPG 不得要求會員為承保服務付費。

補償規定—如果您收到帳單

會員可以按照下列地址，將醫療服務提供者的帳單或對帳單直接提交給我們的索賠部：

L.A. Care Health Plan

Claims Department P.O. Box 811610

Los Angeles, CA 90081

您可致電 **1.855.270.2327** 與 L.A. Care 會員服務部聯絡（失聰或聽障人士請致電 **TTY 711**）。上述電話均為免費。

獨立承包商

L.A. Care 醫師、PPG、醫院及其他醫療保健服務提供者並非 L.A. Care 的代理人或員工。相反地，他們為獨立承包商。雖然 L.A. Care 會定期對為會員提供服務的醫生進行資格認證，但 L.A. Care 本身並不提供此類服務。因此，L.A. Care 將無需為了為會員提供此類服務之任何人士的行為或疏失負責。這包括任何醫生、醫院或其他醫療服務提供者或其員工。

由醫療保健管理部 (DMHC) 進行的審查

若 L.A. Care 取消會員的參保或拒絕為會員續保且會員認為這是因其健康因素或使用福利所造成，會員可要求由醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 進行審查。會員可致電 DMHC 免費電話 1.888.446.2219。

福利協調

L.A. Care 將會協調會員的各項福利，即使當會員有資格取得以下項目時：

- 其他健康福利 [例如加州兒童服務 (California Children's Services, CSS)]；
- 其他合約；或
- 其他政府計劃。

L.A. Care 將會根據加州法律和法規以及 L.A. Care 的政策來協調承保服務的給付。

倘若 L.A. Care 承保的福利超過法律規定，L.A. Care 或 PPG 有權向從超額給付中獲益的任何人或任何實體追討超額款項。身為 L.A. Care 的會員，您同意協助 L.A. Care 追討任何超額款項。

第三方責任

L.A. Care 將會為由第三方所造成的傷害或疾病提供承保服務。「第三方」一詞包括保險公司、個人或政府機構。根據加州法律，L.A. Care 或 PPG 可針對任何您因第三方所造成的傷害或疾病而獲得或可能獲得的任何給付或給付權主張留置權。該留置權的索賠款項可能包括：

- 您所取得之醫療保健服務的合理和實際費用；和
- 根據加州法律提供的其他費用。

身為會員，您也同意協助 L.A. Care 追討我們所提供之服務的給付。我們可能會需要您簽署或提供必要的文件，以保護 L.A. Care 的權利。

公共政策參與

L.A. Care 是一個公共實體，負責經營包括 L.A. Care Covered™ 在內的管理式醫療保健計劃，並由理事會管理。L.A. Care 理事會每個月開一次會。L.A. Care 鼓勵您：

- 參政理事會會議
- 在理事會會議上發表民眾意見
- 參與政策制定，確保會員及其家人以及大眾在尋求醫療保健服務時的舒適、尊嚴及便利。（《健康及安全法案》第 1369 節）

區域社區顧問委員會 (RCAC)

洛杉磯縣有 11 個 L.A. Care 區域社區顧問委員會 (Regional Community Advisory Committees, RCAC)。設立顧問委員會的目的包括：

- 針對目前及未來的健康計劃服務和營運提供意見
- 討論會員問題和顧慮
- 向 L.A. Care 理事會提出建議
- 就醫療保健相關議題為社區民眾提供教育資訊並讓委員會成員能夠成為倡導員

RCAC 每個月舉行一次會議。RCAC 成員包括了 L.A. Care 的會員、會員倡導員（支持者）和醫療保健服務提供者。如需更多有關 RCAC 的資訊，請致電 **1.888.522.2732** 與 L.A. Care 社區推廣和教育部聯絡。這是免費電話。

資訊聲明通知

《保險資訊及隱私保護法案》規定「L.A. Care 可向保險承保申請人以外的人士收集個人資訊。」除非獲得法律許可或為法律規定，否則未經書面同意，L.A. Care 將不會披露任何個人資訊。如果您已透過 L.A. Care 申請保險承保，您可以取得在申請過程中所收集之與您有關的個人資訊。

適用法律

L.A. Care 必須遵守根據下列任何法律要求必須包含在此福利計劃中的任何規定，即便此類規定並未列於本《投保人協議與會員手冊》或健康計劃合約中。[《加州Knox-Keene法》（《加州健康及安全法案》第 2 部分第 2.2 章），以及《加州法規》第 28 篇]。

新科技

L.A. Care 會緊跟隨醫療保健領域的日新月異。我們會研究新的治療方法、藥物、程序及裝置。我們將這些稱為「新科技」。我們會查閱政府及醫學專家的科學報告和資料，然後再決定是否要將新科技納入承保範圍。會員和醫療服務提供者可要求 L.A. Care 審查新科技。

天然災害、承保中斷、限制

若不幸發生重大災害、疫情、戰爭、暴動、內亂或醫療機構完全或部分損毀，我們參與計劃的醫療團體及醫院將會竭盡全力為您提供您所需的服務。在此類極端情況下，請前往離您最近的醫生處或醫院接受急診服務。L.A. Care 稍後將會提供適當的補償。

接受《投保人協議與會員手冊》

您在填妥並簽署參保申請表、選擇 L.A. Care 作為其合格健康計劃、支付相應的初期保費款項並提交給 L.A. Care 且在之後直接向 L.A. Care 支付保費，即表示您接受本《投保人協議與會員手冊》的條款、條件和規定。

完整協議

本《投保人協議與會員手冊》(包括所有附件與修訂內容) 包含會員與 L.A. Care 就本手冊相關主題所達成的所有協議，並納入雙方就該等主題所交換的所有契約、條件、承諾和協議。本協議取代會員與 L.A. Care 先前或同時就本協議相關主題所進行的任何及所有書面或口頭談判、協議、陳述或通訊。

定義

此定義列表將可協助您瞭解本《投保人協議與會員手冊》中所使用的詞彙與片語。

急性是指對健康有短暫和／或高強度的影響。

預付保費稅務優惠是指按照美國法典 (United States Code, U.S.C.) 第 26 篇第 26B 節及其實施法規授權的稅務優惠付款，此款項根據《平價醫療法案》第 1412 節的規定預先向透過 Covered California™ 參保合格健康計劃 (Qualified Health Plan, QHP) 的個人提供。

《平價醫療法案》(Affordable Care Act, ACA) 是一項法律，為各州實施全面醫療保健改革提供框架、政策、法規和指南。《平價醫療法案》將可擴大優質平價保險和醫療保健服務的取得管道。

許可費用是指費用表中經健康計劃與每位參與計劃的醫療服務提供者協商過後的費用。

門診病人服務是指無需入住醫療保健機構即可提供的醫療護理。其中包括各式醫療程序和治療，例如驗血、X 光造影、疫苗接種、噴霧治療，甚至還包含每月由小兒科醫師進行的嬰兒保健檢查。

《1990 年美國殘障人士法案》(Americans with Disabilities Act, ADA) 是一項保護殘障人士免於受到歧視的法律，並確保殘障人士在就業、接受州政府和地方政府服務時享有平等的機會。如需更多資訊，請致電 **1.800.514.0301** (語音) 或 **1.800.514.0383** (TTY/TDD, 如果您是失聰或聽障人士) 與美國司法部聯絡。

麻醉是指因藥物抑制神經功能而造成的知覺喪失。

申請人是指自行申請 L.A. Care Covered™ 的人士。申請人也指代表其負責照顧的子女提出申請的人士。子女稱為參保受撫養人。

協助人是指經 Covered California™ 認證得以協助符合條件的個人和家庭透過 Covered California™ 申請並參保合格健康計劃的人士。

授權是指承保服務必須獲得核准的規定。

泛自閉症障礙 (Autism Spectrum Disorder, ASD) 是一種行為障礙，特徵包括

- 在多種情境下，持續於社交溝通和社交互動方面能力不足；
- 行為、興趣或活動能力受限並出現重複的模式。
- 症狀在發育早期出現
- 導致在社交、就業或目前其他生活機能方面出現具有臨床意義之嚴重障礙的症狀
- 無法以智能障礙或整體發育遲緩作為更佳解釋的障礙。

請參閱《心理疾病診斷及統計手冊》(DSM-5) 中有關 ASD 的完整定義。

行為健康服務是心理健康和物質濫用障礙治療的統稱 (根據 1374.72 節規定)，其中包括但不限於由 988 中心、行動危急情況處理團隊或其他行為健康危急情況服務提供者向會員所提供的行為健康危急情況服務。

行為健康治療是一種專業服務及治療計劃，由醫師、外科醫師或是持照心理醫生開立處方，並根據合格的自閉症服務提供者所開立的治療計劃提供，且由合格的自閉症服務提供者、專業人員或輔助性專業人員執行，其中包括應用行為分析與實證行為介入計劃，這些治療旨在讓罹患泛自閉症障礙的人士盡可能將其能力發揮或恢復至最佳程度。治療計劃應有可評估的目標，且這些目標是由合格的自閉症服務 (Qualified Autism Service, QAS) 提供者所研擬和核准，且每六個月審查一次並適時修改。治療計劃的用途不在於提供喘息護理、日間護理或教育服務，也不在於補償父母參與治療。

脊椎矯正是指確定和檢查脊椎半脫位的位置並協助矯正脊椎半脫位。脊椎矯正僅能透過徒手調整。

《1964 年民權法案》(第 6 篇) 是一項旨在保護英語口語能力有限之會員的法律，此法律規定接受聯邦政府資金的醫療保健服務提供者必須提供包括口譯和翻譯在內的語言服務。如需更多資訊，請致電 **1.800.368.1019** (語音) 或 **1.800.537.7697** (TTY/TDD，如果您是失聰或聽障人士) 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。

臨床試驗是與預防、檢測或治療會危及生命之疾病或病症有關的調查研究，包括由合格的非政府研究實體等組織所資助的臨床試驗。

共同保險金是指當您透過參與計劃的醫療服務提供者取得承保服務時必須支付之允許費用的百分比。

持續護理是指您在特定情況下繼續請您的醫生為您看診或繼續使用某家醫院的權利，即使您的醫生或醫院已退出您的健康計劃或醫療團體。

連續血糖監測儀是一種使用植入皮下並透過黏合劑固定的電極來連續監測血糖的裝置。附著在電極上的傳輸器會將數據發送至單獨的接收器。

禁忌是指因個別病例的特殊情形而不建議採用通常使用的某種治療方法。

共付額是指會員在達到任何適用的自付額後，必須為某些承保服務支付的金額。

分攤費用補助 (又稱為分攤費用減免) 是為符合條件且透過 Covered California™ 參保銀級計劃的人士或透過 Covered California™ 參保的某些美國印第安原住民或阿拉斯加原住民減免分攤費用。

Covered California™ 是加州健康福利交易市場，其是加州政府內的獨立實體，使用 Covered California™ 作為其商業名稱。自 2014 年一月起，Covered California™ 已選擇性地與健康計劃簽訂合約，以為交易市場的會員提供醫療保健承保選項，這些醫療保健承保目標是要讓會員能夠自主選擇平價且易於取得的最佳優質服務。

承保服務、計劃福利或福利是指會員根據 L.A. Care Covered™ 的 L.A. Care QHP 規定有權取得的服務、用品及藥物。

資格證書是指能夠證實某人士有權為會員提供治療的證明。

看護服務是指不需要專業護理的長期護理。

自付額是指您在一個曆年內針對健康計劃承保的醫療保健服務必須直接向醫療保健服務提供者支付的金額，而後您的健康計劃才會開始給付。例如，如果您的自付額是 \$1,000，則在您達到 \$1,000 的自付額之前，您的健康計劃將不會為需遵守自付額規定的任何服務提供給付。自付額的金額是以 L.A. Care 與參與計劃的醫療服務提供者所商議的簽約費率為依據。自付額不適用於所有承保服務。

診斷是針對疾病的性質所作出的斷定。

診斷檢測是指使用檢測來達到診斷目的。

透析是指在溶液中將大小分子分離的一種過濾方式。這是透過在溶液和水之間放置半透膜來完成。

殘障是指會完全或嚴重限制您一項或多項重要日常活動的身體或心理病症。

退保是指您因任何原因而退出 L.A. Care。

保險內藥物處方集 (保險內處方集) 是指獲得 L.A. Care 核准的藥物清單。保險內處方集是醫學界普遍公認為安全且有效的藥物清單。

耐用醫療設備 (**Durable Medical Equipment, DME**) 是指可重複使用的醫療設備，例如病床及輪椅。

符合條件／資格是指符合某些規定得以參加或取得計劃福利。

急救護理／急診服務是指具有醫療必要性的承保服務 (包括救護及心理健康服務)，會員認為該承保服務是中止或緩解嚴重疾病或症狀、傷勢、劇痛、臨產或需要立即獲得診斷和治療的病症所需。

緊急避孕藥包含與普通避孕藥相同的藥物成分，可協助預防懷孕。

參保受撫養人是指您的家庭成員，該人士符合 Covered California™ 針對受撫養人保險與參保所設立的適用資格規定。

參保者是指已參保個人和家庭 QHP 且負責向 L.A. Care 支付保費的人士。

參保是指開始參加像是 L.A. Care Covered™ 福利計劃的行為。

基本健康福利 (**Essential Health Benefits, EHB**) 是指自 2014 年起，某些計劃和所有 Medicaid 州政府計劃皆必須承保的醫療保健服務類別。健康計劃必須承保這些福利，才能根據與 Covered California™ 所簽訂的合約獲得交易市場的認證並在交易市場提供。

承保內容證明 (又稱為「投保人協議與會員手冊」) 是您現在正在閱讀的文件。此文件說明了哪些服務屬於承保範圍或哪些服務不屬於承保範圍，並說明如何使用 L.A. Care 的服務。

實驗或研究性質是指在測試和試驗中心用於人體的醫療服務，此類服務需要獲得如聯邦美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 等政府機構的特別授權。

家庭保費是指家庭每個月需支付的款項。

聯邦貧窮標準 (**Federal Poverty Level, FPL**) 是指衛生及公共服務部每年公布的收入水準衡量指標。政府和私人組織均會使用聯邦貧窮標準來決定某些計劃和福利的資格。Covered California™ 使用此衡量指標來判定您和參保受撫養人 (如有) 是否有資格獲得聯邦稅務優惠 (可以減少您的月保費) 或聯邦分攤費用補助 (可以減少您的分攤費用自付費用)。

聯邦合格健康中心 (**Federally Qualified Health Centers, FQHC**) 是獲得公共衛生服務部 (Public Health Services, PHS) 補助金的健康中心。FQHC 位於醫療保健服務缺乏的地區。

保險內處方集是指獲得 L.A. Care 核准的藥物清單。保險內處方集是醫學界普遍公認為安全且有效的藥物清單。

醫學上公認的一詞是用於形容醫生常用於治療某特定疾病或常用於診斷用途的檢測或治療。

申訴一詞是用於形容您對您所獲得的醫療保健服務感到不滿，或對健康計劃拒絕您申請的服務和／或治療感到不滿。申訴可能與行政或臨床方面的事宜有關。您可透過電話或書面方式提出申訴。

適應服務是指具有醫療必要性的醫療保健服務與醫療保健裝置，這些服務與裝置能夠在可行範圍內盡量協助個人取得或改善解決健康狀況所需的 (部分或所有) 技能與機能。這些服務可協助解決個人在與環境周遭人事物互動時所需的技能和能力問題。不屬於適應服務範圍的醫療保健服務例子包括但不限於喘息護理、日間護理、休閒護理、住宿治療、社會服務、看護服務或任何形式的教育服務 (包括但不限於職業訓練)。適應服務應比照計劃合約中適用於復健服務的相同條款與條件承保。

加州的健康福利交易市場是 Covered California™ 的別名。美國每個州自 2014 年起均有一個交易市場，有的是州政府等級的交易市場，有的則是由聯邦政府管理的交易市場。Covered California™ 是州政府等級的交易市場。

血液透析是指透過半透膜的擴散作用將可溶物質及水從血液中透析出來。

醫療保險可攜性及責任法案 (**Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA**) 是一項法律，旨在保護您取得醫療保險的權利並維護您病歷及其他個人健康資訊的隱私。

臨終關懷是由持照或經認證的專業人員在家中或醫療機構中所提供的護理和服務，旨在為確診患有絕症的人士減輕疼痛並提供支援。

醫院是您可以透過醫生或護士取得住院和門診護理的場所。

醫源性不孕症是指因手術、化療、放射線治療或其他治療而直接或間接導致的不孕症。

免疫接種可協助您的免疫系統攻擊可能會致病的生物。部分免疫接種是透過單次的預防針注射或口服給藥方式提供。其他免疫接種則需要您在一段時間內接受幾次預防針注射。

獨立醫療審查 (**Independent Medical Review, IMR**) 是指審查健康計劃針對您的某項服務或治療申請所作的拒絕決定。(該審查是由加州醫療保健管理部提供並由獨立醫學專家進行，且如果 IMR 判定您需要該服務，則您的健康計劃必須支付該服務的費用。)

不孕症是指在規律從事無保護措施的性行為超過十二個月後，仍難以或無法受孕及生育後代。

住院病人護理服務是指提供給住院病人的服務。

整合式自付額是指在您的健康計劃開始給付之前，您在一個曆年內必須為兩個不同服務類別（例如醫療和藥房服務）的醫療保健服務（直接向醫療保健服務提供者）支付的合計金額。例如，如果您的醫療與藥房綜合自付額是 \$5,000，則在您達到 \$5,000 的綜合自付額之前，您的健康計劃將不會為需遵守自付額規定的任何承保醫療服務或藥物提供給付。綜合自付額不適用於所有承保服務。

口譯員是指受過訓練能夠精確且公正地將口頭語言或手語從一種語言轉換為另一種語言表達出來的專業人員，他們需要遵守職業道德守則。

人工水晶體是指您眼球內的水晶體。

實驗室是指有設備可進行檢測、實驗及研究性程序的場所。

L.A. Care 是一個公共實體，負責經營包括 L.A. Care Covered™ 在內的管理式醫療保健計劃，並由理事會管理。

有責任／責任是指當事方的責任；或受法律或司法約束必須履行的義務。

留置權是指對財產的所有權或掌管權，債權人（貸方）持有該財產以作為債務或積欠費用的擔保。

危及生命是指某項疾病或病症如果不停止病程，可能會對人的生命造成嚴重威脅。

慢性疾病藥物是指為了治療慢性醫療問題而持續服用的任何藥物。

醫療團體是指您醫生或基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP) 所屬的醫師團體。也請參閱「參與計劃的醫療服務提供者團體」一詞。

醫療必要性是指為了透過診斷或治療疾病或傷害來達到保護生命、預防疾病或殘障，或減輕疼痛等目的，而必須提供的所有合理承保服務。

心理健康或物質濫用障礙的醫療必要性治療是指解決該病人具體需求的服務或產品，目的在於預防、診斷或治療疾病、傷勢、病症或其症狀，包括以符合下列所有條件的方式盡可能減緩該疾病、傷勢、病症或其症狀的進展：

- (i) 按照獲得公認的心理健康和物質濫用障礙護理標準。
- (ii) 在類型、頻率、範圍、地點和持續時間方面具有臨床適當性。
- (iii) 主要不是為了醫療保健服務計劃和投保人的經濟利益，也不是為了病人、主治醫師或其他醫療保健服務提供者的便利。

(請參閱《加州健康及安全法案》的第 1374.72(a)(3)(A) 節)。

會員是指參保 L.A. Care Covered™ 且保險已生效的人士。

會員服務部是指 L.A. Care 一個部門，該部門可協助會員解決問題和顧慮。

心理健康障礙是指屬於最新版《國際疾病分類》中心理與行為障礙章節所列之任何診斷類別的心理疾病，或列於最新版《心理疾病診斷及統計手冊》中的心理疾病。

心理健康護理是指診斷或治療心理或情緒障礙或與疾病、傷害或任何其他病症相關的心理或情緒問題。

疏忽是指在類似情況下，一般謹慎的人不會做出的某些行為，或者是在類似情況下，一般謹慎的人本應該做出但未能做出的行為。

網絡是指與 L.A. Care 簽約的醫生、醫院、藥房和心理健康服務機構，為會員提供承保醫療保健服務。

職業治療是指由持照專業人員提供且使用藝術、手工藝或其他日常生活技能訓練的治療，目的在改善和維持病人在生病或受傷後的身體機能。

民權辦公室負責處理有關歧視少數族群或殘障人士的投訴。

開放參保期是指每年從 11 月 1 日開始至隔年 1 月 31 日為止的一段指定期限。在此期間，受保人及其參保受撫養人可以針對醫療保險承保進行變更。

自付上限是指在健康計劃開始為承保服務支付 100% 的許可費用金額之前，您在福利年度期間需支付的最高金額。您為需遵守自付額規定的承保服務所支付的任何金額均會計入年度自付上限中。會計入自付上限中的共付額和共同保險金款項均列在「會計入自付上限中的付款」一節。

矯正裝置是指用於支撐、調整、預防、矯正或改善可活動身體部位機能的裝置。

門診是指在醫院或診所進行但無需過夜的治療。

參與計劃的醫院是指經 L.A. Care 核准可為其會員提供承保服務的醫院。

參與計劃的醫師是指具有醫學博士學位的醫生，也是經 L.A. Care 核准可為其會員提供承保服務且有參與計劃的基本保健醫生 (PCP) 或有參與計劃的專科醫生。

參與計劃的醫療服務提供者是指經 L.A. Care 核准可為其會員提供承保服務的醫生、醫院、藥房或其他專業醫護人員。

參與計劃的醫療服務提供者團體是指您醫生或 PCP 所屬的醫師團體。亦請參閱「醫療團體」部分。

參與計劃的專科醫生是指受過專業訓練且經 L.A. Care 核准可為其會員提供承保服務的醫生。

藥房是指持有執照的零售藥局。藥房是您可領取處方藥的場所。

苯丙酮尿症 (**Phenylketonuria, PKU**) 是一種罕見疾病。如果不在出生後最初幾週內開始治療，PKU 可能會導致智力遲緩和其他神經問題。

物理治療是指由持照專業人員使用像是超音波、熱敷、按摩和運動等物理方式所提供的治療，目的在改善和維持病人在生病或受傷後的身體機能。

醫師是指具有醫學博士學位的醫生。

計劃福利、福利或承保服務是指會員根據 L.A. Care Covered™ 的 QHP 規定有權取得的服務、用品及藥物。

保費是指會員為健康保險必須向 L.A. Care 支付的月費。

處方是指由持照處方開立者所開立的書面醫囑。

基本保健醫生 (**PCP**) 是指擔任您家庭醫生並管理您醫療保健需求的醫生。

義肢是指用於取代缺失身體部位的人造裝置。

醫療服務提供者是指與 L.A. Care 簽約為會員提供承保醫療保健服務的醫療專業人員和組織。我們的醫療保健服務提供者包括：

- 醫生
- 醫院
- 專業護理機構
- 家庭健康機構
- 藥房
- 醫療交通運輸服務公司
- 實驗室
- X 光設施
- 耐用醫療設備供應商
- 其他

醫療服務提供者名錄是指與 L.A. Care 簽約為會員提供承保醫療保健服務的醫生、醫院、藥房和心理健康服務清單。

審慎非專業人士是指不屬於某特定行業或專業領域，但有常識或持有資訊能夠做出正確決定的人士。

合格健康計劃 (**QHP**) 是一項健康服務計劃保險產品，經健康福利交易市場（例如 Covered California™）認證，提供基本健康福利，並且由符合下列條件的健康計劃提供 1) 取得執照且信譽良好；2) 同意提供至少一項銀級與一項金級計劃；且 3) 符合衛生及公共服務部部長和交易市場（例如 L.A. Care）的規定。

合格的專業醫護人員是指 PCP、專科醫生或在其執業範圍內行醫的其他持照醫療保健服務提供者。合格的專業醫護人員還具有疾病或病症方面的臨床背景。臨床背景包括訓練、專業知識，或高階技能和知識。

放射科是指使用放射線來診斷和治療疾病。

重建手術可修復異常的身體部位、改善身體機能或恢復正常外觀。

轉診是指您的 PCP 將您轉給其他醫療服務提供者以尋求和取得承保服務的過程，轉診需要獲得 L.A. Care 的預先授權。

復健服務是指在疾病或傷害發生後用於讓身體機能恢復正常或接近正常的服務。

呼吸療法是指由持照專業人員提供目的在改善病人呼吸功能的治療。

例行病人護理費用是指病人護理服務的一般或正常費用。

篩檢是指透過早期發現疾病來保護您的健康，疾病在早期階段可能較容易治療。

第二專家意見是指您在下列情況下，需找另一位醫生看診：

- 對某項診斷結果有疑問；
- 您不同意 PCP 的治療計劃；或
- 希望確認治療計劃

嚴重衰弱是指某種疾病或病症可能無法停止或改變，且可能會導致死亡。

嚴重情緒障礙 (Serious Emotional Disturbance, SED) 是指未滿 19 歲的兒童所罹患的心理疾病。根據最新版的《心理疾病診斷及統計手冊》，患有此疾病的兒童至少在下述兩項領域有嚴重問題：自我照顧、學校表現、家庭關係、社區適應能力；同時該兒童符合其他規定，且符合下列其中一項條件：

- a. 兒童有被帶離家中的風險或已被帶離家中；或者
- b. 心理疾病和問題已經存在超過六個月的時間或者若不進行治療可能會持續超過一年以上。

服務區域是指 L.A. Care 持有執照可以提供服務的地理區域。L.A. Care 的服務區域是洛杉磯縣。Catalina Island 不屬於 L.A. Care Covered™ 的服務區域。

嚴重精神疾病 (Severe Mental Illnesses, SMI) 是一種程度嚴重且持續性的心理疾病，可能會導致行為功能嚴重干擾主要日常活動，且在沒有接受長期或無限期治療、支援及復健的情況下，可能會導致無法維持穩定的適應能力和獨立能力。這些心理疾病包括但不限於思覺失調症、躁鬱症、創傷後壓力症候群以及嚴重情感性疾病或其他會導致嚴重失能的心理疾病。

專業護理機構是指獲得加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 核發執照得以提供專業護理服務的機構。

專科醫生是指接受過專門培訓並獲得 L.A. Care 核准可為會員提供承保服務的醫生。

言語治療是指由持照專業人員提供以治療言語問題的治療。此定義旨在不在限制、取代或排除由合格自閉症服務專業人員或合格自閉症服務輔助性專業人員在執行行為健康治療計劃時所提供且用於治療泛自閉症障礙的服務。

長期轉診是指經您 PCP 所核准的轉診，可以用於多次前往專科醫生處或專業護理中心就診，以持續或長期接受某病症的治療。

州政府健康服務部 (**State Department of Health Services, SDHS**) 是加州政府機構，目的在保護及改善所有加州居民的健康狀況。

投保人協議（又稱為《投保人協議與會員手冊》）是您現在正在閱讀的文件。此文件說明了哪些服務屬於承保範圍或哪些服務不屬於承保範圍，並說明如何使用 L.A. Care 的服務。

物質濫用障礙 (Substance Use Disorders, SUD) 是指屬於最新版《國際疾病分類》中心理與行為障礙章節所列之任何診斷類別的物質濫用障礙，或列於最新版《心理疾病診斷及統計手冊》中的物質濫用障礙。

治療服務是用於治療、補救或治癒某項障礙或疾病的服務。

第三方包括保險公司、個人或政府機構。

第三方責任是指除了加州政府、L.A. Care 或會員以外的當事方所需承擔的責任。

傷病分類或篩檢是指為了判定會員護理需求的緊急程度而針對會員的健康狀況所進行的評估，評估將由受過篩檢訓練的醫生或護士進行。

傷病分類或篩檢等候時間是指會員在透過電話與受過訓練以替可能需要護理之會員提供篩檢的醫生或護士交談前所需等候的時間。

TTY/TDD 專線是指供失聰、有聽力障礙的人士在打電話時所使用的通訊裝置。

緊急服務是指為了防止疾病或傷勢因延遲接受治療而惡化所需的健康服務。

緊急申訴是指當您對醫療保健服務感到不滿且認為延遲作決定可能會導致危及生命或使人衰弱的病症發生時所提出的申訴。緊急申訴包括但不限於：

- 劇痛
- 有可能喪失生命、肢體或重要身體機能

性病是指與性交有關或是經由性交所導致的疾病。

視力障礙是指您的視力下降。

重要電話號碼

兒童服務與計劃

母嬰保健計劃 (Access for Infants and Mothers, AIM)	1-800-433-2611
加州兒童服務 (California Children's Services, CCS)	1-800-288-4584
兒童健康與殘障預防計劃 (Child Health and Disability Prevention, CHDP)	1-800-993-CHDP (1-800-993-2437)

Covered California™

Covered California™	1-800-300-1506
Covered California™ TTY/TDD	1-888-889-4500

殘障人士服務

《美國殘障人士法案》資訊	1-800-514-0301
聽障使用者／加州殘障轉接服務 TTY/TDD	1-800-735-2929
聽障使用者／加州殘障轉接服務 TTY/TDD	711

L.A. Care Health Plan 服務

健康計劃服務 1-888-4LA-CARE	1-888-452-2273
L.A. Care Covered™ 參保	1-855-222-4239
L.A. Care Covered™ 會員服務部	1-855-270-2327
L.A. Care Covered™ 會員服務部 TTY	711
授權	1-877-431-2273
Carelon 行為健康專線	1-877-344-2858
Carelon 行為健康專線 TTY/TDD	1-800-735-2929
合規專線	1-800-400-4889
護士諮詢專線	1-800-249-3619
藥房	1-855-270-2327
視力計劃 (VSP)	1-800-877-7195
視力計劃 (VSP) TTY/TDD	1-800-428-4833
Liberty Dental	1-888-700-5243
Liberty Dental TTY/TDD	1-877-855-8039

洛杉磯縣服務

公共衛生服務部	1-213-250-8055
心理健康部	1-800-854-7771
婦幼營養補助 (Women, Infant and Children, WIC) 計劃	1-888-942-9675

加州政府服務

加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS)	1-916-445-4171
醫療保健管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC)	1-888-466-2219
加州公眾與社會服務部 (Department of Public and Social Services, DPSS)	1-877-481-1044
Medi-Cal	1-877-481-1044
社會安全生活補助金 (Supplemental Social Income, SSI)	1-800-772-1213

服務區域圖





I.

加利福尼亚州个人基本儿科牙科福利计划联合承保证明书 (EOC) 与披露表

L.A. Care Covered and L.A. Care Covered Direct 是您的合格健康计划 (QHP). L.A. Care Covered 为您安排由 LIBERTY Dental Plan of California 提供的基本儿科牙科福利保险。

提供语言协助为英语水平有限的会员提供口译和笔译服务，包括免费将文档翻译成某些门槛语言。如需语言服务，请致电 [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]。初次牙科就诊时，请务必将您的个人语言需求告知您的主治牙医或专科牙医。

Spanish (Español)

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta noticia escrita en su propio idioma sin ningún costo a usted. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

以下，LIBERTY Dental Plan of California, Inc. 简称为 “LIBERTY” 或 “计划”。L.A. Care Covered 简称为 “LACC”。

本《联合承保证明书与披露表》仅为牙科计划的摘要。务必查阅牙科计划合同以确定确切的承保条款和条件。可应要求提供牙科计划合同的副本。

有关 LIBERTY 为维护医疗和牙科记录的机密性而制定的政策和程序的声明可应您的要求免费提供给您。

本文档的**第一部分**包含一个福利表，供一般参考和比较您在本计划下的福利，随后概述了您的牙科计划福利。

本文档的**第二部分**定义了本文档中使用的术语。

目录

I. 一般信息.....	6
A. 如何使用您的 LIBERTY DENTAL PLAN	8
B. 如何联系 LIBERTY	8
C. LIBERTY 的服务区.....	8
D. LIBERTY 的网络.....	9
E. 您的主治牙医 (PCD).....	9
F. 语言及沟通协助.....	9
G. 如何在需要时获得牙科护理	10
I. 专科转诊和预估.....	11
J. 急诊护理	11
K. 紧急护理	11
L. 当您不在 LIBERTY 服务区时的护理	11
M. 费用.....	12
N. 如果您对 LIBERTY DENTAL PLAN 有不满.....	12
II. 本文档中所用术语的定义.....	12
III. 获得服务 - 在牙医 或专科牙医处就诊.....	15
A. 牙科诊所	16
B. 牙齿健康教育.....	16
C. 选择提供者	16
D. 远程牙科	17
E. 紧急护理	18
F. 急诊牙科护理.....	18
G. 第二意见	20
H. 转诊至专科牙医.....	21
I. 服务授权	22
J. 连续性护理.....	22
IV. 费用和收费 - 您支付的费用	23
A. 保费和预付费.....	23
B. 福利和保费的更改.....	23
C. 其他费用	23

D. 付款责任	24
E. 提供者报销	25
V. 资格和参保	26
A. 谁可以参保	26
B. 谁有资格获得福利	26
VI. 承保服务	26
A. 诊断性牙科服务	26
B. 预防性牙科服务	26
C. 修复性牙科服务	27
D. 牙髓治疗服务	27
E. 牙周治疗服务	27
F. 义齿服务	27
G. 口腔手术服务	27
H. 辅助性牙科服务	27
I. 正畸服务	27
VII. 限制、除外责任、例外、减价	27
A. 一般除外责任	28
B. 错过预约	28
VIII. 承保的终止、撤销和取消	29
A. 福利终止	29
B. 终止生效日期	31
C. 退保	31
D. 撤销	31
IX. 续保和恢复承保	31
X. 申诉和上诉程序	33
A. 提出申诉	33
B. 紧急（加急）申诉和上诉	34
C. 您提出上诉的权利：	35
D. 调解	36
E. 独立医疗审查 (IMR)	36
F. 仲裁	37

XI. 杂项条款.....	38
A. 福利协调	38
B. 第三方责任.....	39
C. 公共政策委员会.....	39
D. 保密通信	39
E. 不歧视通知.....	41
F. 会员的权利.....	43
G. 会员的责任.....	43
H. 提出索赔	44
I. 器官捐献	44
J. 决策制定的财务分离.....	44
K. 合规计划.....	45
A. 合规计划目标.....	45
B. 定义.....	45
C. 政策.....	46
D. 报告可能的欺诈.....	46

保密通信

加利福尼亚州法律规定，您可以就接收敏感服务要求进行保密通信。这些类型的服务可以包括：

- 账单和催款
- 不利福利决定通知
- 福利通知的解释
- 计划要求提供有关索赔的额外信息
- 争议索赔通知
- 提供者的名称和地址、所接受服务的描述以及与就诊相关的其他信息。
- 来自计划的包含受保护健康信息的任何口头、书面或电子通信。

要就上述任何服务要求 [LIBERTY] 进行保密通信，请致电会员服务部，或者您可以通过邮件或传真向以下任何部门提交书面请求：

- 线上：[访问 LIBERTY 网站 www.libertydentalplan.com]
- 邮寄至：[LIBERTY Dental Plan, PO Box 26110 Santa Ana, CA 92799-6110]
- 传真至：[(877) 831-6019]
- 致电 [LIBERTY] 会员服务部：[888-703-6999]
- TDD/TTY：877-855-8039

II. 一般信息

此福利表旨在帮助您比较承保福利，且仅为摘要。应审查联合 EOC 及披露表以及计划合同，以了解牙科福利、限制和除外责任的详细说明。

[LIBERTY 牙科计划儿童牙科 HMO 福利表]	
共付额计划	
(A) 免赔额	无。仅最低承保计划：您孩子的牙科 HMO 计划的免赔额将与您的医疗计划免赔额合并计算。当您所有承保的医疗和牙科服务的自付支出达到合并免赔额，您可能需要为每个程序支付共付额，如福利和共付额描述所示。合并免赔额不适用于预防和诊断服务。
(B) 终身上限	无
(C) 自付费用上限	您孩子的牙科 HMO 计划的自付费用上限将与您的医疗计划的自付费用上限合并计算。当您所有承保的医疗和牙科服务的自付支出达到合并自付费用上限，所有进一步承保的牙科程序将由 LIBERTY 支付。可选、非承保或升级材料服务的费用不计入合并自付费用上限。为牙科服务支付的任何款项都将计入您健康计划的所选适用级别计划的医疗自付费用上限。
(D) 专业服务	参保人可能需要为每项程序支付共付额，如福利和共付额描述所示，须遵守限制和除外责任。 共付额根据服务类别有所不同。举例如下： [诊断服务.....无费用] [预防服务.....无费用] [修复服务.....无费用 - \$300.00] [牙髓服务.....无费用 - \$300.00] [牙周服务.....无费用 - \$350.00] [义齿服务.....无费用 - \$350.00] [植牙服务.....无费用 - \$350.00]

致电 [888-703-6999]/TTY : [1-877-855-8039] 联系会员服务部·LIBERTY 的服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。此号码是免费电话。或拨打州转接号码 711。在线方可 www.libertydentalplan.com。6

EOC - 个人[Health Plan] 嵌入式 EHB
2022 年 8 月修订

	[口腔和颌面外科手术.....无费用 - \$350.00] [正畸服务.....无费用 - \$1,000.00]
(E) 门诊服务	未承保
(F) 住院服务	未承保
(G) 急诊牙科承保	会员每年最多可获得 \$75 的区外急诊服务津贴。
(H) 救护车服务	未承保
(I) 处方药服务	未承保
(J) 耐用医疗设备	未承保
(K) 精神健康服务	未承保
(L) 化学品依赖服务	未承保
(M) 居家健康服务	未承保
(N) 其他	未承保

上述每个计划承保牙科类别和程序都有特定的共付额，详情请参阅此联合承保证明书的福利表 [(附录 1)]。

每年，或应您的要求，可以向您提供一份联合承保证明书 (EOC)，其中将包括有关您的牙科福利或 LIBERTY 参保人公共政策的任何变更。

[如有需要，福利表见附录 1。]

您的牙科福利计划概览

A. 如何使用您的 LIBERTY DENTAL PLAN

本手册是您的承保证明书 (EOC)。其中解释了 LIBERTY 承保和不承保的服务。另请阅读您的福利表，其中列出了牙科服务、共付额和其他费用。本 EOC 是通过 L.A. Care Covered 安排的健康计划中涵盖的儿童牙科 HMO 福利。要获得此承保的资格，您必须满足本文档中规定的资格要求。

B. 如何联系 LIBERTY

我们乐于为您提供帮助。请通过上网、写信或打电话的方式联系我们。[您也可在智能手机上下载我们的 LIBERTY Dental 应用程序。]

[LIBERTY] 会员服务部在正常工作日的周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 提供免费客户服务支持，以协助会员进行简单的查询和解决不满。听力和语言障碍者可以使用加州转接服务的免费电话号码 711 联系医疗保健服务部。

LIBERTY 重要联系信息			
服务时间: 星期一到星期五 上午 8:00 至下午 5:00	网址: [www.libertydentalplan.com]	邮寄地址: LIBERTY Dental Plan, [P.O. Box 26110 Santa Ana, CA 92799-6110]	会员服务部: [888-703-6999] TTY: [877-855-8039]

C. LIBERTY 的服务区

LIBERTY 的服务区域为加利福尼亚州。LIBERTY 在该区域内提供牙科承保。您必须在加州生活、工作并接受所有牙科服务，除非您需要急诊或紧急护理。如果您搬出加州，您必须告知 LIBERTY。[Health Plan]的牙科福利计划的服务区是加州全保 (Covered California) 的服务地区 [评级区域号码] [县名] 县。

D. LIBERTY 的网络

我们的网络包括全科牙医和专科牙医，LIBERTY 已与这些牙医签约，为我们的会员提供承保服务。要使用您的福利，承保服务必须由您的主治牙医 (PCD) 或其他网络提供者执行。

如需获取一份您的 LIBERTY 提供者目录，请访问我们的网站：[\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com)，[或者您可以在智能手机上下载并使用我们的应用程序]，或致电 会员服务部。

如果您选择网络外提供者，您必须支付所有费用，除非您已获得 LIBERTY 的预先核准或您需要急诊/紧急护理。如果您是 LIBERTY 的新用户，或者您的 PCD 合同到期，您可以继续在您现在牙医处就诊。这称为 *连续性护理*。

E. 您的主治 牙医 (PCD)

当加入 LIBERTY 时，您不需要选择主治牙医 (PCD)。PCD 通常是全科牙医，会为您提供基本护理并协调您从其他牙科专科提供者处获得的护理。您可以从网络中任何签约的全科牙医处获得服务。

F. 语言及沟通协助

为英语水平有限的会员提供口译和笔译服务，包括将文档翻译成其他语言。如果英语不是您的第一语言，LIBERTY 会免费提供口译服务并将一些书面材料翻译为您的首选语言。如需语言服务，请致电 [888-703-6999]/TTY：[1-877-855-8039]。

如果您有首选语言，请在以下网址 [\[https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx\]](https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx) 完成在线调查，告知我们您的个人语言需求，或致电 [888-703-6999]/TTY：[1-877-855-8039]。

当您第一次在 PCD 或专科牙医处就诊时，务必让医生知道您的首选语言需求。LIBERTY 为您的所有牙科预约提供语言协助服务。如果您的 PCD、专科牙医或牙科诊所工作人员无法使用您首选的语言与您交谈，LIBERTY 可以免费为您提供口译服务。

LIBERTY 免费为您提供经过认证的口译服务，并且不建议您请家人、未成年人或朋友来协助您。请在您的预约时间之前尽早致电我们的会员服务部安排现场口译员，但最晚不得晚于您预约时间之前七十二 (72) 小时。如果您有急诊/紧急护理预约，LIBERTY 可以通过电话为您提供口译服务，帮助您以您的首选语言与诊所工作人员交谈。

G. 如何在需要时获得牙科护理

除非您有紧急医疗情况，否则请先致电您的 PCD 了解所有牙科护理。如果您遇到医疗紧急情况，请致电您的初级保健医生、911 或前往最近的急诊室。

如果您要在您的 PCD 之外的专科牙医处就诊，通常需要转诊和预先核准。该护理必须对您的健康具有医疗必要性。您的牙医和 LIBERTY 遵循指导原则、标准和政策来决定护理是否对您的健康有医疗必要性。如果您不同意 LIBERTY 认为某项服务对您的健康而言具有医疗必要性，您可以要求重新考虑（上诉）、提出申诉，或者在某些情况下，您可以要求独立医学审查 (IMR)。

承保的牙科服务也称为福利，并且必须是 LIBERTY 承保服务。您的福利表会显示在您的牙科计划中 LIBERTY 承保了哪些服务。您的福利表[随本文件一起提供，在您的计划开始时]，您可以随时访问 LIBERTY 网站，网址为 [www.libertydentalplan.com]，[或通过我们的智能手机应用程序]，或向我们的会员服务部索取福利表。

H. 安排预约

加州法律规定您有权根据您的口腔需求在合理时间内 安排预约。下表显示了每种类型的口腔病况治疗预约的等待时间。如果出于任何原因您无法在这些时间范围内安排预约，请拨打我们的会员服务部电话寻求帮助 [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]。

预约类型	服务的条件/类型	预约等待时间
急诊护理	剧烈疼痛、肿胀、出血	每周 7 天，每天 24 小时
紧急护理	填充物破损/牙冠丢失	72 小时
初次	检查，X 光	36 个工作日
常规护理 (非紧急情况)	修复服务 (填充物/牙冠)	36 个工作日
预防服务	清洁	40 个工作日
专科牙医	口腔外科医生、牙髓专科医生等	30 个日历日
门诊等候时间	仅限预定预约	不超过 30 分钟
电话等待时间	接听来电	30 秒内
回电等待时间	回复语音信箱留言	30 分钟内

I. 专科转诊和预估

如果您需要专科牙医的服务，您的 PCD 必须向 LIBERTY 提交专科转诊申请以获得预先核准。预先核准也称预估。确保您的 PCD 向 LIBERTY 提交了专科转诊，并且您获得了预先核准。在您获核准到所需专科牙医处就诊之后，专科牙医将提交其认为需要的任何服务的预估。如果您在看专科牙医之前没有经 LIBERTY 核准的专科转诊，您将必须为接受的任何服务支付所有费用。

重要须知：在您的 PCD 处就诊，或获得急诊护理或紧急护理**不需要**专科转诊和预先核准。

J. 急诊护理

如果您有剧烈疼痛、肿胀或出血，则该病况被视为紧急情况。如果您有理由认为自己的病况在不治疗的情况下可能导致您的健康或身体处于严重危险之中或导致死亡，则该病症也被视为紧急情况。

每周 7 天，每天 24 小时，全球任意地点的急诊护理均属于承保范围。如果您需要急诊护理，请联系您的 PCD，包括正常工作时间后或周末发生的非预期牙科病况。

如果服务是在医疗计划涵盖的医院环境中提供的，或者如果 LIBERTY 确定服务本质上不是牙科服务，则医疗紧急情况不在 LIBERTY 的承保范围内。如果您遇到医疗紧急情况，请致电您的初级保健医生、911 或前往最近的急诊室。

K. 紧急护理

紧急护理是为了防止口腔病况因非预期疾病或受伤而恶化而需要的护理，并且不能延迟护理。

世界任何地方的紧急护理都属于承保范围，预约应在 72 小时内安排。如果您需要紧急护理，请联系您的 PCD，包括正常工作时间后或周末发生的非预期牙科病况。

L. 当您不在 LIBERTY 服务区时的护理

在 LIBERTY 服务区之外，仅承保急诊和紧急护理。

M. 费用

- 保费是您支付给合格健康计划 (QHP) 以保持承保范围的费用。保费支付给 [Health Plan]。
- 共付额是您必须为承保的牙科程序向您的 PCD 或专科牙医支付的金额。对于承保服务, LIBERTY 支付其余的费用。
- 您的计划有年度自付费用上限。年度自付费用上限是您一年内必须为承保服务支付的最高金额。自付费用包括所有承保医疗和牙科服务的共付额, 即共同保险。
- 为牙科服务支付的任何款项都将计入您健康计划的所选适用级别计划的医疗自付费用上限。
- 可选、非承保和升级材料服务可能会产生其他费用, 这些费用不适用于自付费用上限。
- 要验证您的自付费用上限, 请访问我们的网站: [\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com), [在您的智能手机上下载我们的应用程序], 或致电 LIBERTY 的会员服务部, 免费电话 [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039。]

N. 如果您对 LIBERTY DENTAL PLAN 有不满

LIBERTY 提供申诉解决流程。您可以就您对计划、您的牙科福利、索赔决定、预估决定、您的 PCD、专科牙医或您的牙科计划福利的任何部分的任何不满向 LIBERTY 提出申诉 (也称为投诉或上诉)。

如果您不同意 LIBERTY 关于您的申诉的决定, 您可以从医疗保健服务部帮助中心获得帮助。在某些情况下, 医疗保健服务部帮助中心可以帮助您申请独立医疗审查 (IMR) 或提出投诉。IMR 是由不属于您的牙科计划的医生对您的病例进行的审查。

III. 本文档中所用术语的定义

本文档中使用的以下词语对您来说很重要:

- **上诉:** 会员、代表会员的提供者或其他授权指定人员向 LIBERTY 提出的请求, 要求审查计划延迟、修改或拒绝牙科服务预估或索赔的行动。
- **适用:** 对某人或某物产生影响
- **授权:** LIBERTY 书面核准通知, 表明您可以继续进行申请的治疗。
- **福利:** 可通过本牙科计划获得的 LIBERTY 承保的医疗必要牙科服务。也称为牙科计划福利。
- **福利计划:** 您购买的为牙科服务提供保险的 LIBERTY 牙科产品。

致电 [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] 联系会员服务部·LIBERTY 的服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。此号码是免费电话。或拨打州转接号码 711。在线访问 www.libertydentalplan.com。 12

EOC - 个人[Health Plan] 嵌入式 EHB
2022 年 8 月修订

- **福利年度：**您的 LIBERTY 牙科计划的承保年份。
- **按人付费：**LIBERTY 向网络全科牙医预付款项，以向指定会员提供服务。
- **收费：**拟议或完成的牙科服务所需的费用。
- **咨询：**根据需与专科牙医会面以确定护理和治疗计划。
- **签约牙科团体、牙科诊所或提供者：**与 LIBERTY 签约的牙科机构、全科牙医、专科牙医和牙科诊所工作人员，根据计划的临床指导原则和标准为我们的会员提供服务。也称为网络内。
- **共付额：**福利表中列出的、为承保的牙科计划福利提供服务时向会员收取的金额。
- **承保服务：**属于您的 LIBERTY 牙科计划福利的一组牙科程序。
- **牙科记录：**指诊断辅助工具、口内和口外 X 光片、书面治疗记录，包括但不限于进度说明、牙科和牙周病历、治疗计划、咨询报告或与个人的医疗和牙科病史、诊断、病况、治疗或评估相关的其他书面材料。
- **受抚养人：**参保 LIBERTY 的投保人家庭中任何合格会员。也称为参保人、会员或投保人。
- **争议牙科服务：**由会员、代表会员行事的提供者或其他授权指定人员提出争议的任何服务。也称为申诉或上诉。
- **同居伴侣：**根据州或地方法律， 目前已在政府机构登记为同居伴侣的任何人。包括同性伴侣和异性伴侣。
- **急诊护理：**由 LIBERTY 提供者进行的牙科筛查、检查或评估，以确定是否存在急诊牙科病况，并根据专业认可的护理标准提供护理以治疗设施能力范围内的任何紧急症状。
- **急诊牙科病况：**一种牙齿病况，如果不立即治疗，可以合理地预期会导致人的健康处于危险之中，导致剧烈疼痛或功能受损。
- **牙髓专科医生：**专科牙医，专门治疗牙髓和牙根的疾病和损伤。也被称为根管专科医生。
- **参保人：**LIBERTY 认为“参保人”一词与目前参保该计划的“会员”、“受抚养人”或“投保人”含义相同。
- **[基本健康福利 (EHB)：**《平价医疗法案》规定健康和牙科保险计划必须承保的 10 类服务。计划必须包括儿童的牙科保险。成人的牙科福利是可选的。具体服务可能因各州要求而异。]
- **[基本儿科牙科福利 (EPDB)：**指《平价医疗法案》规定为儿童提供基本儿科牙科福利的计划。]
- **排除项目：**指您的 LIBERTY 牙科计划不提供的任何牙科程序或服务。

- **福利说明 (EOB):** 来自 LIBERTY 的关于索赔的书面声明, 显示您的牙科计划承保的内容、计划支付的内容以及您必须支付的内容。
- **全科牙医:** 提供一般牙科服务但不属于专科牙医的持证牙医。也称为您的主治牙医。
- **申诉:** 任何不满的表达; 也称为投诉。有关规则、条例和流程, 请参阅本 EOC 的“申诉”部分。
- **团体计划:** 雇主或团体通过 LIBERTY 提供牙科福利保险的牙科福利计划。
- **独立医疗审查 (IMR):** 加利福尼亚州的一项计划, 其中某些被拒绝的服务可能会受到外部审查。IMR 仅适用于某些医疗服务。
- **网络内福利:** 当您从 LIBERTY 签约全科牙医或专科牙医接受服务时可获得的牙科福利。
- **限制:** 指允许的服务数量、允许的服务类型和/或最实惠的牙科服务。
- **医疗需要或医疗必要:** 治疗牙齿、牙龈和支撑结构所必需和适当的承保服务, 并且 (a) 根据专业认可的标准或惯例提供; (b) 确定符合牙齿的状况, 并且 (c) 考虑到潜在的风险、收益, 以及可以替代的承保服务, 是最合适的服务类型、供应和水平。
- **会员:** LIBERTY 认为“会员”一词与现行参保 LIBERTY 的“参保人”、“投保人”或“受抚养人”含义相同。
- **网络全科牙医:** 已与 LIBERTY 签约, 根据 LIBERTY 的指导原则和标准为我们的会员提供服务的牙医。
- **非签约提供者:** 未与 LIBERTY 签约向会员提供服务的全科牙医或专科牙医。也称为网络外提供者。
- **非承保服务:** 您的牙科计划不承保的牙科程序或服务。
- **开放参保时间:** 可以开始或更改牙科计划参保的时间段。
- **口腔外科医生:** 治疗口腔、颌骨和面部的疾病、伤害、畸形和外观的专科牙医。
- **正畸医生:** 治疗上下牙咬合或咀嚼时的问题的专科牙医。
- **服务区外承保:** 当您不在 LIBERTY 服务区或远离您的 PCD 时提供的福利。也称为网络外承保。
- **区外紧急护理:** 当您不在服务区或远离您的 PCD 时需要的紧急服务。也称为网络外紧急护理。
- **自付费用上限:** 指您每年为承保服务花费的最高金额。
- **儿科牙医:** 治疗从出生到青春期儿童的专科牙医, 提供初级护理和全方位的预防性护理治疗。
- **牙周专科医生:** 治疗牙龈和牙齿周围组织疾病的专科牙医。
- **计划:** LIBERTY Dental Plan of California, Inc., 亦称为“LIBERTY”。
- **预估:** 由 LIBERTY 提供者提出的申请, 要求在服务执行前核准服务。也称为预先核准。

- **保费：**您或您的雇主/团体为牙科保险必须每月向 LIBERTY 支付的金额。
- **主治牙医 (PCD)：**为 LIBERTY 会员提供服务的签约全科牙医。主治牙医负责为所需的牙科服务提供或安排专科护理。
- **专业服务：**由有执照的牙医或经核准的助理提供的牙科服务或程序。
- **提供者：**为 LIBERTY 会员提供牙科计划福利和服务的签约主治牙医、牙科团体、牙科诊所或专科牙医。
- **转诊：**您的主治牙医要求您转至专科牙医进行评估并根据需要提供服务。
- **服务区：**LIBERTY 提供承保的加利福尼亚州各县。
- **福利表：**概述您的 LIBERTY 牙科计划承保的牙科程序类型的文档，包括任何共付额、免赔额、自付费用上限、除外责任和限制。
- **专科牙医：**接受过美国牙科协会核准的牙科专业之一的高级培训并作为专科医生执业的牙医。专科牙医包括牙髓专科医生、口腔外科医生、牙周病专科医生和儿科牙医。
- **投保人：**LIBERTY 认为“投保人”一词与 现行参保 LIBERTY 的“参保人”、“会员”或“受抚养人”含义相同。
- **附加费：**除了列出的共付额之外，申请的服务或治疗收取的金额。
- **被终止提供者：**不再与 LIBERTY 签约向计划会员提供服务的提供者。
- **紧急护理：**您需要尽快进行以预防严重健康问题的牙科护理。
- **通常费用：**提供者对服务的通常收费，不在您的牙科计划福利范围内。

IV. 获得服务 - 在牙医 或 专科牙医处就诊

LIBERTY 与全科牙医和专科牙医签约，以提供您计划的承保服务。要查找您所在地区的牙医，您可以访问我们的网站：[\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com)，[在您的智能手机上下载 LIBERTY 应用程序]，或致电我们的 免费电话 [888-703-6999]/TTY：[1-877-855-8039]。

承保证明书 (EOC) 中说明的所有服务和福利仅在由签约的主治牙医 (PCD) 或专科牙医提供时才承保。您唯一可以接受网络外护理的情况是急诊牙科服务，如“**急诊牙科护理**”或者“**紧急护理**”两节中的定义。

A. 牙科诊所

在整个加利福尼亚州范围内，LIBERTY 在您家或工作场所的合理距离内提供 PCD 和专科牙医。

要查找您所在地区的牙医，您可以访问我们的网站：[\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com)、[在您的智能手机上下载我们的应用程序]，或拨打我们的免费电话 [888-703-6999]/TTY：[1-877-855-8039]。

我们的目标是由高素质的牙科专家在舒适的环境中为您提供适当的牙科福利。LIBERTY 的所有签约私人执业牙医都必须符合 LIBERTY 的资格认证标准方可加入我们的网络。此外，每位参与的牙医都必须遵守严格的合同准则。所有牙医都会接受预先筛选和定期审查。

LIBERTY 开展质量评估计划，包括持续的合同管理，以确认持续教育、会员预约可用性、适当的诊断和治疗计划等的合规性。您的 PCD 将满足您的所有牙科护理需求，包括在必要时将您转诊给专科牙医。所有会员的住所或工作场所与 PCD 诊所的距离都在三十 (30) 分钟或十五 (15) 英里的范围内。

B. 牙齿健康教育

有关使用牙科福利的更多信息，请访问我们的网站：[\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com)。该网站包含其他有关牙科和口腔健康的有用信息，可为您提供帮助，包括您可以采取的居家护理措施，以保持牙齿和口腔健康。要了解您的牙齿、牙龈和口腔的状况会影响您的整体健康，这一点很重要。有关您的口腔健康如何影响您的整体健康状况的信息，例如心血管疾病、糖尿病、肥胖、怀孕和怀孕前后的健康以及其他健康状况，请访问我们的网站。

C. 选择提供者

1. 主治牙医 (PCD)：您不必选择分配的 PCD。您可以从网络中的任何 PCD 处获得护理。您的 PCD 负责协调您可能需要的任何专科护理牙科服务。您必须从您的 PCD 获得一般牙科服务。您的 PCD 将与任何专科牙医分享信息，以协调您的整体护理。

要查找 LIBERTY 签约提供者，您可以访问我们的网站：[\[www.libertydentalplan.com\]](http://www.libertydentalplan.com)、[在您的智能手机上下载我们的应用程序]，或致电会员服务部。找到与 LIBERTY 签约的提供者后，您可以致电诊所安排预约。PCD 将联系 LIBERTY 以验证您的资格。

2.更改 PCD：您可以随时请求更改您的 PCD。您可以[使用我们的牙科应用程序查找牙医并申请转换诊所]，请在正常工作时间内拨打我们的免费会员服务部电话 [(888) 703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]，或提交书面变更申请至：[LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]。

如果您要求更改 PCD，您的新牙科诊所最快在当月 1 日即可生效。有一些牙科诊所要求诊所变更在下个月 1 日生效。您可以联系 新的 PCD 诊所询问其流程，或联系会员服务部。

3.专科牙医护理：在您的 PCD 向 LIBERTY 提交转诊申请核准后，您可以从专科牙医处获得护理。您只能从 LIBERTY 事先核准的专科牙医处获得服务。您的专科牙医将向 LIBERTY 提交服务预估供审查并确定福利。

- 本 EOC 中描述的所有服务和福利仅在由签约的 LIBERTY PCD 或专科牙医提供时才会获得承保。在非签约提供者处接受的服务不在承保范围内。您唯一可以接受网络外护理的情况是急诊或紧急牙科服务，如“**急诊牙科护理**”或者“**紧急牙科护理**”两节所述。

D. 远程牙科

远程牙科是一种虚拟牙科服务，每周七 (7) 天，每天二十四 (24) 小时提供服务，作为帮助您监控牙齿健康的替代解决方案，尤其是当您和您的 PCD 无法亲自见面时。可在任何地方通过电话和计算机联系提供者，以解决紧急的牙科需求。LIBERTY 承保远程牙科服务，以帮助我们的会员改善牙科护理的可及性和连续性。远程牙科的牙科承保范围没有区别。远程牙科可获得与面对面就诊相同的福利。

您的提供者可以通过咨询确定您是否有紧急牙科问题，并可以提供有关如何治疗疾病的说明。如果您的牙齿有裂纹或碎裂、软组织损伤（牙龈肿块）、小牙洞、颌骨疼痛或类似的非紧急情况，通过电话或视频进行远程牙科咨询可能会奏效。如果您需要紧急治疗，则必须安排诊所现场就诊。

您可以通过电话或在网上与您的牙科诊所预约，讨论常规牙科服务、牙科问题以及如何治疗疾病的说明。如果您出现牙痛或潜在的牙科急诊情况，请联系您的 PCD。如果您的 PCD 无法接诊，

请拨打 LIBERTY 的免费电话以获得远程牙科计划的帮助。如果需要亲自就诊，LIBERTY 的会员服务部将协调安排牙科急诊，您无需支付任何费用。

如果您遇到危及生命的医疗紧急情况，请立即拨打 911。

E. 紧急护理

紧急护理是您需要在七十二 (72) 小时内接受的护理，以防止您的牙齿健康因不可预见的疾病或受伤而严重恶化，因此治疗不能延迟。

LIBERTY 仅在以下情况下承保紧急牙科服务：减轻剧烈疼痛、出血，或者如果会员合理地认为如果不诊断或治疗该病症可能导致残障、功能障碍或死亡。

在工作时间或下班后，如果有紧急需求请联系您的 PCD。如果您不在 LIBERTY 服务区，请致电本计划寻求转诊至可以处理您紧急情况另一位签约牙医。

对于 LIBERTY 服务区以外的下班后紧急护理，您可以找到可以帮助您处理紧急情况的提供者。LIBERTY 将为您报销每年最多七十五美元 (\$75) 的承保牙科费用。

您仍将负责支付根据您的牙科计划设计确定的共付额。在接受紧急护理服务后，您应该尽快通知 LIBERTY，最好在四十八 (48) 小时内。

如果 LIBERTY 确定您的治疗并非由于紧急牙科状况，任何非签约提供者的服务将不在承保范围内，并且您将没有资格获得报销。

F. 急诊牙科护理

急诊牙科护理由加利福尼亚州法律定义，包括由全科牙医或专科牙医进行的牙科筛查、检查和评估，以确定是否存在急诊牙科病况，并在牙科诊所/门诊环境和医院急诊室提供符合专业认可的牙科护理标准的护理，以减轻任何紧急症状。

根据您的福利表，急诊牙科护理是一项允许的福利。LIBERTY 将提供急诊牙科服务福利，并确保在牙科机构或医院没有值班的网络提供者的情况下提供一位提供者。LIBERTY 将不承保认定为非牙科性质的服务。

所有与 LIBERTY 签约的 PCD 诊所每周七 (7) 天、每天二十四 (24) 小时提供急诊牙科服务。LIBERTY 承保以下情况下的急诊牙科服务：如果不治疗，您的健康可能会受到严重威胁，您的身体机能可能会受到严重伤害或任何身体器官或部位出现严重功能障碍。

急诊护理可包括但不限于重伤、严重疼痛或突发的严重牙科疾病的护理。如果您遇到医疗紧急情况，请致电您的初级保健医生，911 或前往最近的急诊室。

如果您需要急诊牙科护理，请联系您的 PCD 安排立即预约。对于下班后或周末发生的紧急或非预期牙科疾病，请联系您的 PCD 以获取有关如何处理的说明。如果您的 PCD 不能接诊，或者如果您不在 LIBERTY 服务区且无法联系本计划以寻求帮助以找到另一家签约牙科诊所，请联系任何持照牙医以获得急诊护理。

LIBERTY 将为您报销每年最多 七十五美元 (\$75) 的承保牙科费用。您将负责支付您的牙科计划福利确定的共付额。

在接受急诊牙科服务后，您应该尽快通知 LIBERTY，最好在四十八 (48) 小时内。如果确定您的治疗不是由于牙科急诊病况，则任何非签约提供者的服务将不在承保范围内，并且您将没有资格获得报销。

如果满足“**急诊牙科护理**”一节中的要求，LIBERTY 将承保最多七十五美元 (\$75)。如果您为承保的急诊牙科护理支付账单，请将已支付账单的副本提交至 [LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]。

请附上医疗服务提供者诊所出具的报销单副本或服务清单/发票。 [您也可以在我们的网站下载牙科索赔表：

<https://www.libertydentalplan.com/Resources/Documents/ADA%20Claim%20Form.pdf>]

服务清单或发票务必清晰可读，并连同以下信息转发给 LIBERTY:

- 投保人的全名和识别号码
- 接受急诊牙科服务者的姓名和识别号码
- 提供急诊牙科服务的牙医姓名、地址和电话号码
- 一份解释急诊牙科服务就诊情况的声明

如果需要其他信息，您将收到书面通知。如果您的索赔的任何部分被拒绝，您将在 LIBERTY 收到索赔后的三十 (30) 个日历日内收到一份书面福利说明 (EOB)，其中包括：

- 拒绝服务的原因
- 拒绝所依据的适用 EOC 条件或 LIBERTY 临床指导原则和标准。
- 有关如何请求重新考虑拒绝或提出申诉的信息，以及对申诉程序的解释。您也可以参考 EOC 中的“申诉程序”一节。

G. 第二意见

要为您的计划承保服务寻求第二牙科意见，您可以拨打会员服务部免费电话 [(888) 703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] 或致信：[LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]。

您的 PCD 还可以提交包含适当的 X 光片和文档的标准专科转诊表来代表您要求第二牙科意见。对于所有第二牙科意见申请，LIBERTY 将在收到请求后五 (5) 个工作日内处理；或者对于涉及对您健康的紧迫和严重威胁的个案，包括但不限于严重的疼痛可能导致生命、肢体或主要身体功能丧失，将在收到请求后七十二 (72) 小时内处理。

获得核准后，LIBERTY 将做出适当的第二牙科意见安排，并将您的顾虑告知主治牙医。然后将安排告知您，以便安排预约。应您的要求，可以为您提供一份 LIBERTY 有关第二牙科意见的政策。

H. 转诊至专科牙医

如果您需要到专科牙医处就诊，LIBERTY 要求您的 PCD 提交专科转诊以供核准。LIBERTY 将在收到后五 (5) 个工作日内处理标准、非急诊的专科转诊申请。

1. 紧急申请

如果您或您的 PCD 遇到紧急情况，导致上述决策过程的正常时间将对您的生命或健康有害，包括但不限于生命、肢体或其他主要身体功能的潜在丧失，可以申请紧急转诊或预估。

从收到做出决定所需的所有信息起，LIBERTY 对紧急请求的响应不会超过七十二 (72) 小时。

核准、修改或拒绝的决定将在决定后二十四 (24) 小时内传达给 PCD。如果审查是追溯性的（已经提供服务），该决定将在收到信息后三十 (30) 天内以书面形式通知您。

2. 待决的申请

有时 LIBERTY 需要您的 PCD 提供额外信息来处理专科转诊申请。如果需要额外信息，LIBERTY 将向您和您的 PCD 发送一封信，解释专科转诊申请待决的原因、需要的额外信息以及何时需要额外信息来做出决定。

专科转诊申请最多可待决十四 (14) 个日历日，如果未收到必要的信息，LIBERTY 将根据 PCD 提供的文档、您的牙科计划福利以及计划的指导原则和标准做出决定。

3. 专科牙医就诊

在完成与专科牙医的第一次就诊（称为咨询）后，您将获得一份治疗计划，其中包括建议的治疗程序、服务是否承保以及您将为这些服务支付的金额。

- 您的专科牙医需要向 LIBERTY 提交预估，以确定承保范围、福利、医疗必要性和/或适当性，急诊牙科服务除外（请参阅如上所述的“**急诊牙科护理**”和“**紧急护理服务**”）。
- 您将负责支付所列承保服务的共付额和免赔额。如果您选择完成 LIBERTY 基于医疗必要性拒绝的任何服务，或任何非承保或选择性服务，您将负责支付专科牙医的通常费用。

重要提示：经 LIBERTY 事先核准的专业服务和治疗计划仅适用于申请服务的专科牙医。专科服务和治疗计划不能从一位专科牙医转移至另一位专科牙医，除非两位专科牙医都同意拟议的治疗计划。

I. 服务授权

从您的 PCD 获得牙科服务不需要预先核准。您的 PCD 有能力做出大多数承保范围决定。确定您牙科福利的治疗计划是通过全面的口腔检查完成的，这些检查都受到您的计划承保。

您的 PCD 负责传达全面口腔检查的结果，并为您提供治疗计划，其中包括您的可用福利和相关费用。

您的专科牙医必须遵循上述“**转诊至专科牙医**”流程。

您、您的PCD 或专业牙医可以拨打 LIBERTY 会员服务部免费电话 [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]，以便了解有关计划的服务预先核准政策或转诊或预估状态的信息。

如果您对 LIBERTY 延迟、修改或拒绝专科转诊和/或预估服务申请的决定不满意，您有权申请重新考虑。请参阅本 EOC 的“申诉程序”一节，进一步了解如何申请重新考虑。

J. 连续性护理

1. **现有会员：**如果 LIBERTY 现有会员的提供者不再与 LIBERTY 签约（被终止提供者），会员有权在提供者处完成某些严重的、反复发作的牙科疾病的护理。请致电 LIBERTY 会员服务部 [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]，查看您是否有资格享受此福利。

您必须提出具体申请才能继续接受您的被终止提供者的护理。如果您根据我们的政策不符合资格，或者如果我们无法根据加利福尼亚州法律就您的护理条款与您的被终止提供者达成协议，我们无需继续为您提供该提供者的护理。您可以免费索取一份 LIBERTY 的连续性护理政策。

- 2. 新会员：**如果 LIBERTY 新会员的提供者未与 LIBERTY 签约（网络外提供者），会员有权在提供者处完成某些严重的、反复发作的牙科疾病的护理。请致电 LIBERTY 会员服务部 [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]，查看您是否有资格享受此福利。

您必须提出具体申请才能继续接受您当前的网络外提供者的护理。如果您根据我们的政策不符合资格，或者如果我们无法根据加利福尼亚州法律就您的护理条款与您的提供者达成协议，我们无需继续为您提供该提供者的护理。您可以免费索取一份 LIBERTY 的连续性护理政策。

V. 费用和收费 - 您支付的费用

A. 保费和预付费

保费应在承保月份之前支付给您的 QHP。相应地，[HEALTH PLAN] 必须向 LIBERTY 支付保费，以建立和延续您的承保。必须为接受服务的期间支付保费。

您的保费和付款条款，包括付款的邮寄地址，由您的合格健康计划定义。

B. 福利和保费的更改

L.A. Care Covered 或者 LIBERTY 可能更改承保福利、共付额和保费费率。L.A. Care Covered 或 LIBERTY 不会在协议期限内减少承保福利或提高保费率，除非在提议变更前至少六十 (60) 天通知您。

C. 其他费用

您负责支付承保服务的保费和列出的共付额。您将负责支付本 EOC 文档中所述的非承保或可选服务的其他费用。

您应该直接与您的 PCD 或专科牙医讨论任何非承保或可选服务的费用。为避免任何财务误解，请确保您的 PCD 或专科牙医给您一份书面治疗计划，其中包含所有建议或接受的服务，无论是否承保。

如果您在没有 LIBERTY 要求和核准的预估的情况下接受服务，有医疗必要的急诊或紧急护理服务除外，您将负责全额支付 PCD 或专科牙医的通常费用。

重要须知：由于支票退回或拒付、信用卡付款取消、中断或错过预约产生的额外费用将由您承担。收费由您和您的 PCD 或专科牙医根据治疗提供者做出的业务安排和披露共同商定。LIBERTY 对您和您的 PCD 或专科牙医共同商定的诊所内部政策或业务安排没有管辖权。

您的计划有年度自付费用上限。年度自付费用上限是您一年内必须为承保服务支付的最高金额。自付费用包括所有承保医疗和牙科服务的共付额、共同保险或免赔额。

为牙科服务支付的任何款项都将计入您健康计划的所选适用级别计划的医疗自付费用上限。可选、非承保和升级材料的服务可能会产生其他费用，这些费用不计入自付费用上限。

要确认您的自付费用上限，您可以访问 L.A. Care Covered 的网站 lacare.org，或拨打 L.A. Care Covered 会员服务部**免费**电话 **1.855.270.2327 (toll-free)**。在您达到年度自付费用上限后，LIBERTY 将支付当年剩余的牙科服务费用，前提是您获得的服务是由签约牙科 PCD、专科牙医或授权的牙科提供者提供的承保福利。

D. 付款责任

根据您的计划设计的限制和除外责任，您有责任支付任何承保服务的保费和列出的共付额。

在以下情况下，您有责任支付 PCD 或专科牙医的通常费用：

- 非承保和可选服务
- 由非签约诊所、PCD 或专科牙医完成的服务
- 在获得所需的 LIBERTY 预估核准之前完成或未获得核准完成的服务

- 在 LIBERTY 的服务区之外完成的服务，被认定为不符合急诊或紧急护理服务的条件。这可能包括未完成的用于治疗急诊牙科情况的常规治疗。

在某些情况下，可以在网络外或无需预估的情况下获得急诊服务，请参阅前文的“**急诊牙科护理**”或者“**紧急牙科护理**”部分。

重要须知：

- 在为您提供非承保服务之前，您的 PCD 或专科牙医应为您提供一份治疗计划，其中包括每项推荐服务和预估费用。如果您想了解更多有关牙科承保选项的信息，请拨打 LIBERTY 会员服务部电话 [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]。
- 如果您选择接受的牙科服务并非本计划的承保服务，PCD 或专科牙医可能向您收取这些服务的通常费用。PCD 或专科牙医为会员提供非承保福利的牙科服务之前，应先向您提供治疗计划，内容包括每项推荐服务以及每项服务的预估费用。如果您想了解更多有关牙科承保选项的更多信息，请致电 LIBERTY 会员服务部 [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] 或您的福利管理员，以充分了解您的承保范围，您应仔细阅读本 EOC 文档。
- 如果法院命令孩子的法定父母或监护人让孩子参加此牙科计划，LIBERTY 将根据法院命令的适用要求提供本 EOC 中概述的福利。根据本 EOC 的任何应付索赔将根据 LIBERTY 的决定支付给儿童的法定父母或监护人，以支付任何自付费用。

E. 提供者报销

LIBERTY 提供多种方式向我们的签约 PCD 和专科牙医支付承保服务的费用。这包括按人付费、按诊疗收费和补充附加费。付款因地理区域、全科牙医、专科牙医和程序代码而异。有关报销的更多信息，您可以发送书面申请至 [LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]。

对于欠 LIBERTY 签约 PCD 或专科牙医的任何款项，您无需承担经济责任。如果 LIBERTY 未能向非签约提供者付款，您将负责为您获得的服务付费。

VI. 资格和参保

A. 谁可以参保

您和您登记的合格受抚养人必须在 LIBERTY 的服务区内生活或工作。

您可以为以下人员参保：

- 受抚养子女，直至其年满十九 (19) 周岁。
- 您新收养的受抚养子女、继子女和新生儿，直至其年满十九 (19) 周岁。

B. 谁有资格获得福利

您的牙科计划由您的 QHP 提供并通过 LIBERTY 进行协调。如果 LIBERTY 在当月二十 (20) 日之前收到您的参保表格，您有资格在下个月的第一天接受护理。您可以在承保生效日期后随时致电您选择的牙医。致电牙医预约时，请务必表明自己是 LIBERTY 的会员。我们还建议您在赴约就诊时随身携带此承保范围说明书 (EOC) 或福利表 [(附录 1)]。您就可以参考福利、共付额、自付费用、除外责任和限制，以及任何非承保治疗。

VII. 承保服务

如果您的牙齿健康有医疗必要并且符合专业牙科实践标准，以下牙科服务和程序属于您的承保范围。承保服务受针对每个类别和所有服务所述的限制和除外责任约束。

请查看您的福利表 [(附录 1)]，了解特定承保服务的详细列表和适用于每项服务的共付额，以及适用于您的 LIBERTY 牙科计划承保的所有牙科服务的限制和除外责任列表。

A. 诊断性牙科服务

诊断性牙科服务是用于诊断您的牙齿状况并帮助确定需要何种治疗的服务。诊断性牙科服务包括牙科检查和 X 光。

B. 预防性牙科服务

预防性牙科服务是用于保持良好牙齿状况或防止牙齿状况恶化的服务。预防服务包括清洁和一些牙周服务。

C. 修复性牙科服务

修复性牙科服务是用于修复和恢复牙齿健康状态的服务。修复服务包括补牙和牙冠。

D. 牙髓 治疗服务

牙髓牙科服务涉及牙髓、根管和牙根的治疗。牙髓治疗服务包括根管治疗程序。

E. 牙周 治疗服务

牙周治疗服务涉及支持牙齿的牙龈和骨骼的治疗和管理。牙周服务包括牙周洁治和牙根整平术（深度清洁）。

F. 义齿 服务

义齿服务涉及用器具更换脱落的牙齿以及这些器具的维护。义齿服务包括活动式局部和全口假牙或固定牙桥。

G. 口腔手术 服务

口腔手术涉及对牙齿、口腔、牙龈或下巴进行的外科手术。口腔手术牙科服务包括拔牙和其他外科手术。

H. 辅助性牙科服务

辅助牙科服务通常是指作为另一承保服务的一部分提供的任何治疗或服务。辅助牙科服务包括在核准的牙科服务期间进行麻醉（深度睡眠或麻醉药）、护齿器和其他程序。

I. 正畸 服务

正畸牙科服务包括矫正牙齿和治疗牙齿和颌骨的不当咬合。正畸牙科服务包括牙套和保持器。正畸福利仅在具有医疗必要性的情况下提供，如您的福利表中所述。

VIII. 限制、除外责任、例外、减价

请参阅您的福利表 [(附录 1)] 以了解对承保程序的限制和您计划 福利的除外责任。其他除外责任在您的牙科计划开始时随本文档提供的综合福利表中列出，可应要求免费提供。

A. 一般除外责任

LIBERTY 不承保：

- 您从未与 LIBERTY 签约的 PCD 或专科牙医处获得的服务，除非已获得 LIBERTY 的预先核准，或者您在 LIBERTY 服务区之外需要急诊或紧急护理。
 - LIBERTY 根据专业公认的牙科实践标准确定的任何非医疗必要的牙科程序或服务。
 - 任何未在您的牙科计划中明确列为承保福利的牙科程序或服务。请参阅您的福利表 [(附录 1)] 以获取完整的除外责任清单。
 - 任何以美容为目的的牙科程序或服务，或用于治疗由遗传性发育缺陷引起的病症。
 - 由专门从事义齿服务的牙医提供的任何牙科程序、服务或器具。
 - 法院命令为您提供服务，除非它们有医疗必要的并且由 LIBERTY 承保。
 - 在您的 PCD 或专科牙医处复制您的牙科记录的费用
 - 到您的 PCD、专科牙医处就诊或获得牙科护理的旅行费用，例如出租车和公共汽车费用。
 - 其他除外责任在您的计划开始时随本文档提供的综合福利表中列出，可应要求单独提供。
- **重要须知：**如果您选择接受的牙科服务并非本计划的承保服务，PCD 或专科牙医可能向您收取这些服务的通常费用。PCD 或专科牙医完成任何非承保的牙科服务之前，应先向您提供治疗计划，内容包括建议完成的服务以及每项服务的预估费用。如果您想了解更多有关牙科承保选项的信息，拨打 LIBERTY 会员服务部电话 [(888) 703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]，或咨询您的福利管理员。如欲充分了解您的承保范围，请仔细阅读本 EOC 及您的《福利表》。

B. 错过预约

LIBERTY 强烈建议，如果您需要取消或重新安排与您的 PCD 或专科牙医的预约，您应尽可能提前通知牙科诊所，不得迟于您预约时间的七十二 (72) 小时前。这样便于 PCD 或专科牙医能够安排其他需要照护的人。如果错过预约或晚于推荐的时间取消预约，牙科诊所可以收取费用。

IX. 承保的终止、撤销和取消

A. 福利终止

1. 因丧失资格而终止

这是一项 EPDB 计划，一旦会员达到本文档所述的十九 (19) 周岁承保年龄限制，福利将终止。

您的 LIBERTY 牙科计划承保可由您的合格健康计划 (QHP) 承保终止。如果发生这种情况，您将在更改生效前至少三十 (30) 个日历日通过您的 QHP 收到通知。您的受抚养人的承保也将同时终止。

如果出现以下情况，您的 LIBERTY 牙科计划承保（包括您的受抚养人的承保）也可能终止：

- 您不再在 LIBERTY 服务区生活或工作，或者如果 LIBERTY 不再提供您的牙科计划。

2. 因未支付保费而终止

- 如果您的 QHP 不支付保费，LIBERTY 将向您的 QHP 发送通知，说明保费已逾期。
- 如果未根据您的 QHP 协议支付保费，您的 LIBERTY 牙科计划承保将在三十 (30) 个日历日宽限期最后一天的午夜结束，但须满足 LIBERTY 要求的提交通知要求。从“宽限期开始通知”中指定的日期开始，会员将获得至少连续三十 (30) 天的宽限期。
- 在宽限期内，承保将根据计划合同继续。如果未支付保费，承保将在宽限期结束后终止，并向投保人发出书面取消通知。书面通知将说明取消的原因以及取消生效的时间段。

3. 终止后完成正在进行治疗

- 如果您的牙科计划承保终止时您与 LIBERTY 之间的合同有效，您的 PCD 或专科牙医必须完成在您终止之前开始的任何正在进行的程序，并遵守计划的条款和条件。
- 如果您在 LIBERTY 的牙科计划承保在正畸治疗开始后结束，您将负责任何剩余正畸治疗的任何费用。

4. 因欺诈而终止

- 联邦法律不允许欺诈行为。如果您计划、实施或故意允许某人实施欺诈或欺骗，您的 LIBERTY 牙科计划承保将立即终止。
- 欺诈的例子：
 - 您允许其他人使用您的识别卡来完成本计划下的服务。
 - 您向 LIBERTY 或您的牙科提供者提供不完整或不正确的“重要”信息，就您自己或您的受抚养人做出虚假陈述，这会影响参保或使用牙科计划福利。
 - 您故意欺骗 LIBERTY，或者您自己做出虚假陈述或允许他人做出虚假陈述以获得牙科护理服务。

如果涉嫌欺诈，您将在终止日期前至少三十 (30) 天收到一封挂号信。这封信将包括计划终止的原因，以及您的上诉权利。如果您认为参保将被错误地取消、撤销或拒绝续保，可以向医疗保健服务部主任提交审查请求。如果您认为参保将被错误地取消、撤销或拒绝续保，可以向医疗保健服务部主任提交审查请求。您完成上诉程序后，您的承保将立即终止，您将收到来自 LIBERTY 的书面通知

5. 因健康状况终止

- LIBERTY 不会因任何健康状况而终止。如果您认为自己的承保根据您的健康状况或对医疗保健服务的要求而终止，您可以要求医疗保健服务部主任进行审查。如果主任根据确定投诉符合本节的规定，则主任将通知 LIBERTY。在收到此类通知后的十五 (15) 个日历日内，LIBERTY 将要求举行听证会或恢复会员保险。恢复将追溯至取消或未能续保的时间。
- LIBERTY 将负责会员从取消或拒绝续保之日到恢复之日（含）期间因承保牙科保健服务而产生的费用。
- 您可以拨打 1-888-466-2219 联系医疗保健服务部，听力和语言障碍者可拨打 TDD 热线 1-877-688-9891。医疗保健服务部的网站是 www.dmhca.ca.gov。

B. 终止生效日期

承保可以在终止通知发出之日起三十 (30) 天内终止、取消或拒绝续保，但上述欺诈或欺骗除外，在这种情况下，承保将在收到通知后立即终止。

C. 退保

您可以随时提前至少十四 (14) 个日历日通过电话或以书面方式联系 Covered California 或您的合格健康计划，通知退保。

如果未提供合理提前通知，退保在指定日期或终止申请后十四 (14) 个日历日生效。

D. 撤销

撤销意味着 LIBERTY 可以取消您的承保，就好像承保没有存在过一样。LIBERTY 只能在发生欺诈或故意虚假陈述重要事实的情况下取消您的承保。您有权对任何取消您的会员资格的决定提出上诉。撤销通知中将向您提供上诉程序。

如果您认为参保将被错误地取消、撤销或拒绝续保，可以向医疗保健服务部主任提交审查请求。如果您认为参保将被错误地取消、撤销或拒绝续保，可以向医疗保健服务部主任提交审查请求。除非法律另有规定，否则 LIBERTY 不得在牙科承保签发之日起二十四 (24) 个月后取消您的承保。

X. 续保和恢复承保

请参阅您的 L.A. Care Covered EOC，了解有关续保和恢复承保的信息。

您就取消、撤销或拒绝续保您的计划参保提出申诉的权利

如果您认为您的牙科计划承保已经或将被错误地取消、撤销或拒绝续保，您有权向 L.A. Care Covered 和/或 医疗保健服务部 提交申诉。

选项 (1) - 向 LIBERTY 提出申诉

您可以通过以下任何方式向 L.A. Care Covered 提出申诉：

- 在线访问 lacare.org 并以电子方式提交
- 将您的书面申诉传真至：213.438.5748
- 致电会员服务部 855.270.2327, TTY 711
- 将您的书面申诉邮寄至：1200 W. 7th Street, Los Angeles, CA 90017。

如果您认为您的取消、撤销或拒绝续保是错误的结果，您可能需要先向 L.A. Care Covered 提出申诉。收到“取消、撤销或拒绝续保通知”后，应尽快提交申诉。

我们将在收到后三 (3) 个日历日内解决您的申诉或提供待决状态。如果您没有在三 (3) 个日历日内收到 L.A. Care Covered 的回复表，或者如果您对 L.A. Care Covered 的回复有任何不满，您可以向 医疗保健服务部 提交申诉，详见以下选项 2。

选项 (2) - 向医疗保健服务部提交申诉。

您可以直接向医疗保健服务部提交申诉，而无需先将其提交给 L.A. Care Covered，或者在您收到我们对您申诉的决定后。

- 您可以在以下网址向医疗保健服务部提交申诉：www.dmhca.gov
- 要向医疗保健服务部提出申诉，请将书面申诉材料邮寄至：
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, California 95814-2725
- 您也可以联系医疗保健服务部获取更多信息，或通过以下方式提交申诉：
电话： 1-888-466-2219
TDD： 1-877-688-9891
传真： 1-916-255-5241

XI. 申诉和上诉程序

如果您对您的 PCD、专科牙医、牙科诊所人员或设施、专科转诊、预估、索赔、您的牙科护理、LIBERTY 或 L.A. Care Covered 的任何部分不满意，您有权提出申诉。申诉与投诉相同。您不会因提出申诉而受到 L.A. Care Covered、LIBERTY、您的 PCD 或专科牙医的任何歧视。

A. 提出申诉

您可以使用 [LIBERTY] 申诉表提交您的申诉。[LIBERTY] 不要求您使用申诉表；我们将调查以任何形式提交的申诉。申诉表可通过以下方式获取：

- 从您的 PCD 或专科牙医诊所
- 在本 EOC 文档的附录 2 “表格” 中
- 在我们的网站 [www.libertydentalplan.com]
- 致电联系我们的会员服务部 [(888) 703-6999] 或 TTY: [(877) 855-8039]

您可以使用以下任何方式提交您的申诉和其他材料以供考虑：

- 线上：[访问 LIBERTY 网站 www.libertydentalplan.com]
- [在您的智能手机上下载我们的应用程序]
- 邮寄至：[LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- 传真至：[LIBERTY's Grievances and Appeals, 号码 (833) 250-1814]
- 致电 LIBERTY 会员服务部：[(888) 703-6999]
- TDD/TTY: [(877) 855-8039]

您可以使用“患者代言人”来帮助您提出申诉。对于涉及未成年人、受抚养人或无行为能力的残疾会员的申诉，父母、监护人、照管人、亲属或其他有权代表该会员行事的指定人员可以向 [LIBERTY] 提交申诉。[LIBERTY] 会在必要时要求提供积极监护的书面证明。

紧急事项可以提交给医疗保健服务部，请参阅下面的“紧急申诉和上诉”。

如果您的英语水平有限，有视力或其他沟通问题，[LIBERTY] 将协助您提出申诉。协助包括翻译申诉程序、表格及 [LIBERTY] 的回复。[LIBERTY] 还提供口译员和电话转接系统，以帮助残障人士进行交流。

在您申诉的任何事件或行动发生后的一百八十 (180) 个日历日内，您可以向 [LIBERTY] 提出申诉。[LIBERTY] 的代表将与您一起审查问题，并采取适当措施快速解决问题。您将在五 (5) 个日历日内收到确认函，确认收到您的申诉。标准申诉将在三十 (30) 个日历日内解决。

免于书面确认和回应的申诉：在某些情况下，[LIBERTY] 的会员服务部可以在收到申诉后二十四 (24) 小时内帮助解决通过电话收到的申诉，但不得迟于下一个工作日结束。

会员服务部在上述时间范围内解决的申诉不需要书面确认或回复。以下类别无法通过 [LIBERTY] 会员服务部解决，必须通过标准申诉流程解决：承保范围争议、上诉、实验性或调查性治疗、不卫生的办公条件或程序、潜在歧视以及已完成治疗的质量。

B. 紧急（加急）申诉和上诉

如果您认为自己的健康可能面临紧迫的严重威胁，包括但不限于剧烈疼痛、可能丧失生命或主要身体机能，您可以要求对您的申诉或上诉进行紧急或加急审查。一名 [有执照的 LIBERTY 牙医] 将审查您的请求，以确定您是否符合加急审查标准。在审查并确定您的案件确实符合加急审查条件后，[LIBERTY] 将根据您的情况在收到后三 (3) 个日历日内或更短时间解决您的申诉或上诉。

如果您的情况符合法律规定的紧急情况，[LIBERTY] 将尽快对您的申诉或上诉进行审查。一般来说，紧急情况是指您的健康可能受到严重威胁，或者根据您的医生的意见，在等待对您的索赔进行外部审查的决定期间，您可能会经历无法充分控制的剧烈疼痛。如果您认为您的情况很紧急，您可以联系 [LIBERTY] 的会员服务部，请求加急外部审查，电话号码 [(888) 703-6999]/TTY: [(877) 855-8039]。

加州规定声明：“加州管理式医疗保健服务部负责监管医疗保健服务计划。如果您对您的健康计划有任何不满，应先致电 **[(1-888-703-6999)]/TTY: [1-877-855-8039]** 联系您的健康计划并行使您的健康计划申诉流程，然后再联络本部门。行使此申诉程序并不会禁止您采用可能享有的任何潜在法律权利或补救措施。如果您因涉及急诊的申诉、或您的健康计划未能满意地解决您的申诉、或您的申诉超过 30 天仍未得到解决等情况而需要帮助，可致电该部门。您也可能拥有获得独立医疗审查 (IMR) 的资格。如果您有资格获得 IMR，IMR 流程将对健康计划涉及提议的服务或治疗的医疗必要性所做出的医疗决策、实验或研究性治疗的承保决定以及急诊或紧急医疗服务支付纠纷进行公正的审查。该部门亦为听力及言语障碍人士提供免费电话 **(1-888-466-2219)** 和 TDD 热线 **(1-877-688-9891)**。该部门网站 **www.dmhc.ca.gov** 在线提供投诉表、IMR 申请表和说明。

加利福尼亚州医疗保健服务部（该部门）投诉流程

医疗保健服务部设立了一个免费电话号码 **(888-466-2219)** 和一条 TDD 热线 **(1-877-688-9891)**，如果您要投诉 L.A. Care Covered、LIBERTY，或请求根据加利福尼亚州法律和相关规则审查取消、撤销和拒绝续保，您可以致电上述号码。除下文所述的紧急牙科情况外，您必须先向 [LIBERTY] 提出申诉；如果您对您的申诉结果不满意，或者您在三十 (30) 个日历日内未收到书面答复，您可以联系医疗保健服务部，对 [LIBERTY] 提出投诉。

请注意：只有当您用尽 [LIBERTY] 的申诉权后，才能向医疗保健服务部提交投诉。但是，如果发生急诊牙科情况，您可以立即向医疗保健服务部提出投诉，而不必先向 [LIBERTY] 提出申诉。

C. 您提出上诉的权利：

上诉决议和回复：上诉是会员、代表会员的提供者或其他授权个人提出的请求，要求审查 [LIBERTY] 延迟、修改或拒绝全部或部分服务的行为。针对因医疗必要性、非承保福利或其他标准而被拒绝的服务的书面上诉答复将包括以清晰易懂的语言说明我们做出决定的原因、标准和牙科政策，以及您的 EOC 中的适用条款和页码。

如果您对 [LIBERTY] 的决定不满意，从决定通知上列出的日期起，您有最多一百八十 (180) 个日历日可以提出上诉。在上诉中您可以提交与您的索赔或预估相关的额外信息，并要求 [LIBERTY] 对其进行审查。

您可以在上诉中附上文档、记录或其他书面信息。您还可以免费向 [LIBERTY] 索取与您的索赔相关的所有文档、记录和其他信息的副本。[LIBERTY] 将审查您提交的信息，并重新考虑您的索赔或预估。作为您上诉的一部分，您可以向 [LIBERTY] 索取 [LIBERTY] 在重新考虑您的索赔或预估的过程中向其寻求建议的任何医学专家或其他个人的姓名。

您可以使用以下任何方式提交您的上诉和其他材料以供考虑：

- 线上：[访问 LIBERTY 网站 www.libertydentalplan.com]
- [在您的智能手机上下载我们的应用程序]
- 邮寄至：[LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- 传真至：[LIBERTY's Grievances and Appeals, 号码 (833) 250-1814]
- 致电 LIBERTY 会员服务部：[(888) 703-6999]
- TDD/TTY：[(877) 855-8039]

D. 调解

在行使向医疗保健服务部提交申诉的权利之前，您还可以要求 [LIBERTY] 进行自愿调解。使用调解并不妨碍在调解完成后向 医疗保健服务部 提交申诉的权利。您或您的代理人必须自愿同意调解程序方可启动调解。调解费用将由您和 [LIBERTY] 平均分担。

E. 独立医疗审查 (IMR)

被 [LIBERTY] 拒绝的个案，对于被认为不是医疗必要的承保服务、实验性或研究性治疗，或急诊服务的付款纠纷，可能有资格参加医疗保健服务部的独立医学审查 (IMR) 计划。

IMR 仅适用于某些医疗服务。如果您的上诉因医疗必要性、实验性或研究性治疗而被拒绝，或者是急诊服务的付款纠纷，您的上诉决议函中将包含 IMR 表格。您还可以通过以下任一方式获取 IMR 表格：

- 在线：[www.libertydentalplan.com]，在File a Grievance or Appeal下方
- [在本 EOC 文档的附录 2 “表格”中]
- 邮寄至：[LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]

- 致电 LIBERTY 会员服务部: [(888) 703-6999]
- TDD/TTY: [(877) 855-8039]

您也可以向医疗保健服务部索取表格。医疗保健服务部的电话号码是: 1-888-466-2219, TDD/TTY: 1-877-688-9891 或者访问其网站: www.dmhc.ca.gov。更多关于 IMR 流程的信息, 您可以参阅上一页的**加州要求声明**所述。

F. 仲裁

如果您或您的一位合格受抚养人对 [LIBERTY] 的申诉解决程序的结果不满意, 并且所有申诉解决程序都已用尽, 则可以将此事提交具有约束力的仲裁解决。您或您的一位合格受抚养人可以在任何仲裁之前向医疗保健服务部提交申诉, 以供审查和解决。

作为您成为 [LIBERTY] 会员的条件, 因您作为 [LIBERTY] 会员而引起的或与之相关的纠纷, 包括合同或医疗责任或医疗事故 (例如, 提供的任何承保服务是否不必要或未经授权, 或不当、疏忽, 或拙劣提供) 将通过具有约束力的仲裁来解决。

本合同的双方通过签约, 放弃宪法规定的任何此类争议由陪审团在法庭上裁决的权利, 而接受使用仲裁。

仲裁将根据申诉 (争议或争论) 发生时有效的美国仲裁协会 (AAA) 的商业规则以及加利福尼亚州法律和相关法规进行。

仲裁将由双方选择的共同可接受的仲裁员进行, 如果双方无法达成一致, 则由 AAA 建立的仲裁员选择程序进行。

您可以通过向 [LIBERTY] 提交书面仲裁申请启动仲裁。

- 邮寄至：
 - [LIBERTY Dental Plan
 - Attn: Arbitration Request
 - P.O. Box 26110
 - Santa Ana, CA 92799-6110]

书面申请必须包括一份明确的声明，描述争议的性质、与 [LIBERTY] 解决争议的尝试、寻求的救济或补救措施以及涉及的金额。仲裁将在加利福尼亚州进行，除非双方共同同意其他地点。

仲裁员必须遵守适用的州或联邦法律。仲裁员可以解释本 EOC 的条款，但无权更改、修改或拒绝执行其任何条款，仲裁员也无权做出法院无法提供的任何裁决。仲裁员将有权授予加州法律规定的所有法律和衡平法补救措施，并裁定补偿性赔偿，但不得裁定惩罚性赔偿。仲裁结束时，仲裁员将发表书面意见和裁决，阐明事实认定和法律结论。该裁决将是最终的，对各方均具有约束力，但州或联邦法律规定对仲裁程序进行司法审查的范围除外。

如果您选择聘请律师，您必须支付自己的律师费。[LIBERTY] 将必须支付其律师费。如果您因极度困难而无法支付您的部分仲裁员费用和开支，您可以书面要求 [LIBERTY] 承担您应承担的全部或部分费用。收到此类书面通知后，[LIBERTY] 可以将您的申请发送给独立的专业争议解决组织，以决定 [LIBERTY] 是否应支付您应承担的部分或全部仲裁员费用和开支。此类申请应提交至上述地址。

仲裁必须在争议产生、被发现或本应通过合理努力发现之日起一 (1) 年内启动；否则，将被视为放弃并永远禁止。

XII. 杂项条款

A. 福利协调

作为 LIBERTY 会员，您将始终获得您的福利。LIBERTY 不认为您的计划次于您可能拥有的任何其他保险。尽管您可能拥有任何额外保险，但您有权获得本 EOC 文档中列出的福利。但是，当您通过家庭福利计划获得儿科牙科补充福利时，您拥有的嵌入全面服务健康计划的任何 Covered California 保险将作为主要付款人。

B. 第三方责任

如果本应由本团体计划承保的服务因工伤而被认为是必要的，或者是另一第三方的责任，您同意配合 [LIBERTY] 的流程以获得这些服务的报销。

C. 公共政策委员会

LIBERTY 有一个名为公共政策委员会的小组。该小组由会员、支持人员和我们的牙科主任组成。该小组讨论 LIBERTY 政策并负责：

- 推荐更好地为我们的会员服务的方法
- 审查质量指标以确保会员满意度
- 建议改进 LIBERTY 的程序
- 审查 LIBERTY 的财务报告

加入该小组是自愿的，您参加每次会议都将获得报酬。如果您想参加 LIBERTY 的公共政策委员会，请致电或发送电子邮件给我们，或者您可以填写附录 2 “表格”部分包含的“公共政策委员会申请表”并将其返回给 LIBERTY，信息如下。

- 邮寄至：
LIBERTY Dental Plan of California
Public Policy Committee (QM Department)
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
- 致电：(888) 703-6999 或 TTY (888) 855-8039
- 传真至：(888) 334-6027
- 发送电子邮件至：QM@libertydentalplan.com

D. 保密通信

加利福尼亚州法律规定，您可以就接收敏感服务要求进行保密通信。这些类型的服务可以包括：

- 账单和催款
- 不利福利决定通知
- 福利通知的解释
- 计划要求提供有关索赔的额外信息
- 争议索赔通知
- 提供者的名称和地址、所接受服务的描述以及与就诊相关的其他信息。
- 来自计划的包含受保护健康信息的任何口头、书面或电子通信。

要就上述任何服务要求 LIBERTY 进行保密通信，请致电会员服务部，或者您可以通过邮件或传真向以下任何部门提交书面请求：

- 线上：[访问 LIBERTY 网站 www.libertydentalplan.com]
- [在您的智能手机上下载我们的应用程序]
- 邮寄至：[LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110]
- 传真至：[(949) 270-0101]
- 致电 LIBERTY 会员服务部：[(888) 703-6999]
- TDD/TTY：[(877) 855-8039]

E. 不歧视通知

- 歧视是违法的。LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) 遵守本州及联邦的民权法律。LIBERTY 不会因为性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族群身份、年龄、精神残障、身体残障、健康问题、遗传信息、婚姻状况、性别、性别身份或性取向而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

LIBERTY 提供：

- 为残障人士提供免费的帮助和服务，以帮助他们更好地沟通，例如：
 - ✓ 合格的手语译员
 - ✓ 其他格式的书面信息（大字体、音频、无障碍电子格式、其他格式）
- 向主要语言为非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - ✓ 合格的口译员
 - ✓ 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请在上午 8:00 至下午 5:00（太平洋时间）致电 [(888) 703-6999] 联系我们。如果您有听力或言语困难，请拨打 (877) 855-8039。

如何提交申诉

如果您认为 [LIBERTY] 未能提供这些服务，或因性别、种族、肤色、宗教、血统、民族、族裔、年龄、精神残疾、身体残疾、健康问题、遗传信息、婚姻状态、性别认同或性取向而进行非法歧视，您可向LIBERTY的民权协调员提出申诉。您可以通过电话、书面、亲自，或以电子方式提出申诉：

- 电话：在星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00（太平洋时间），致电[888-704-9833] 联系 [LIBERTY 民权协调员]。如果您有听力或言语困难，请拨打 [(877) 855-8039]。

- 书面：填写一份投诉表或者写信寄至：
[LIBERTY Dental Plan, Civil Rights Coordinator, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110]
- 亲自：前往您的医生诊室或者 [LIBERTY]，表明您想要提出申诉。
- 电子方式：访问 [LIBERTY 网站，网址是 [<https://www.libertydentalplan.com>]]。

民权办公室 - 加州医疗保健服务部 (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

您还可以通过电话、书面形式或者电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 电话：拨打 **916-440-7370**。如果您有言语或听力困难，请拨打 **711 (电信转接服务)**。
- 书面：填写投诉表或寄信至：
Michele Villados
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
- 投诉表可在以下网站获取 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 电子方式：请发电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民权办公室 - 美国卫生与公众服务部

如果您认为您因为种族、肤色、民族、年龄、残障或性别而受到歧视，您还可以通过电话、书面形式或者电子方式向美国卫生与公共服务部民权办公室提出民权投诉：

- 电话：拨打 **1-800-368-1019**。
- 如果您有言语或听力困难，请拨打 **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- 书面：填写投诉表或寄信至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- 投诉表可在以下网站获取 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
- 电子方式：访问民权投诉门户网站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

F. 会员的权利

身为会员，您有以下权利：

- 受到尊重，适当考虑您的隐私权和对您的医疗信息保密的需要。
- 得到关于本计划及其服务，包括承保服务的信息。
- 在 LIBERTY 网络内选择一位 PCD。
- 参与您自己的健康照护决定，包括有权拒绝治疗。
- 以口头或书面形式表达对 LIBERTY 或您护理的任何部分的不满。
- 得到护理协调。
- 要求对拒绝、延迟或修改服务或福利的决定提出上诉。
- 以您的主要口头语言接受口译服务。
- 制定预立医嘱。
- 要求退保。
- 获取未成年人同意服务。
- 根据加利福尼亚州法律，根据要求并以要求的格式及时得到其他形式的（例如盲文、大字体和音频形式）书面会员通知材料。
- 不因胁迫、处分、便利或报复而遭到任何形式的约束或隔离。
- 接收有关可用治疗方案和替代方案的信息，以适合您的状况和理解能力的方式呈现。
- 根据联邦法律查阅您的医疗记录、收到您医疗记录的副本，以及要求修改或更正这些记录。
- 自由行使相关权利，而不会对 LIBERTY、您的提供者或州政府对您的待遇产生不良影响。

G. 会员的责任

身为会员，您有以下责任：

- 按时支付保费
- 向您选择的 PCD 表明自己是 LIBERTY 会员
- 尊重和礼貌地对待 PCD、诊所员工和 LIBERTY 员工
- 按预约时间就诊，或至少提前七十二 (72) 小时联系牙科诊所取消预约
- 与 PCD 合作，按照规定的疗程进行治疗
- 在服务时支付您的共付额

- 将您的个人语言需求告知您的 PCD
- 通知 [LIBERTY] 您家庭状况的变化
- 在寻求牙科护理时了解并遵循该组织的指导原则
- 与为您指定的 PCD 一起完成治疗
- 遵守牙科诊所关于护理和行为的所有规定
- 遵循专业护理的转诊流程
- 尽您所知，向您的 PCD 提供有关您身体和牙齿健康的正确信息
- 如果您的身体和牙齿健康有任何突然变化，请告诉您的 PCD
- 告诉您的 PCD 或专科牙医您了解治疗计划以及其对您的要求
- 在您的 PCD 或专科牙医处遵循您理解并同意的治疗计划
- 您自己的行为，如果您拒绝治疗，或不遵循您的 PCD 或专科牙医的治疗计划、说明和建议
- 了解您的牙科福利，包括您的计划涉及承保和不承保的内容。

H. 提出索赔

如本文档所述，您无需直接向 LIBERTY 提出索赔。您的一般牙科服务由参与的 PCD 安排，他们代表您提交索赔或就诊申请。

专科牙医提供的服务由专科牙医报告给 LIBERTY。如果您因下班后或区域外的紧急情况而接受网络外服务，请参阅上文向 [LIBERTY] 提交您的费用以获得报销（“**报销紧急牙科服务**”）。

I. 器官捐献

医疗保健服务部要求 [LIBERTY] 告知您可用的器官捐献选项。器官捐献对社会有很多好处，如果出现任何可能导致选择器官捐献的健康状况，您不妨考虑这一选择。有关器官捐献的更多信息请参见：<http://donatelife.net/>

J. 决策制定的财务分离

LIBERTY 的政策是，员工和/或承包商做出的所有临床审查决定仅基于护理和服务的适当性以及承保的存在。只有在 LIBERTY 的书面临床标准和指导原则范围内工作的、获得适当许可且有资格的牙医才能出于医疗必要性拒绝提供服务。审核过程中充分考虑会员个人需求，以及当地交付系统

的特点。LIBERTY 不会鼓励我们的牙科审查员拒绝承保、护理，或提供鼓励阻碍护理/服务或导致未充分利用的决定的奖励。

LIBERTY 的利用率管理部门员工每年都会签署一份证明，证明审查决定完全基于护理和服务的适当性以及承保的存在。

K. 合规计划

A. 合规计划目标

- LIBERTY 致力于确保其及时有效地遵守所有适用的联邦和州法律、规则、法规和程序，包括健康保险市场的要求。所有 LIBERTY 董事会会员、管理人员、员工、承包商、提供者和会员都应满足这些不同的法律要求。

出于这些原因，LIBERTY 制定并制定了企业合规计划。企业合规计划旨在确保 LIBERTY 以公平、准确和一致的方式履行所有法定和合同义务。

企业合规计划不仅涉及医疗保健欺诈、浪费和滥用，还涉及联邦医疗保险和医疗补助中心 (CMS)、就业、举报人和保险法规定的要求和义务。

LIBERTY 的医疗和牙科记录保密政策和程序可应要求提供。

B. 定义

- 欺诈** – 包括但不限于“故意提出或导致提出任何虚假或欺诈性的医疗保健福利索赔。” 欺诈还包括会员在个人承保方面的欺诈或虚假陈述，以及在使用 LIBERTY 的服务或设施时的欺诈或欺骗，或故意允许他人进行此类欺诈或欺骗。
- 浪费** – 指粗心大意的支出、消费、管理不善、使用或浪费资源。浪费还包括由于低效或无效的实践、体系或控制而产生不必要的成本。浪费通常不会导致“欺诈”指控，但有可能。
- 滥用** – 指过度或不当使用某物，或以违反自然或法律使用规则的方式使用某物；故意破坏、转移、操纵、误用、粗暴对待或错用资源；奢侈或过度使用，以滥用自己的地位或权力。“滥用”不一定会导致“欺诈”指控，但有可能。

C. 政策

LIBERTY 的政策是审查和调查所有内部或外部的欺诈、浪费和滥用指控，对任何支持的指控采取纠正措施，并向内部和外部的相关方报告已确认的不当行为。

D. 报告可能的欺诈

[LIBERTY] 设立了专门的欺诈热线号码：[(888) 704-9833]/TTY: [(877) 855-8039]。欺诈热线提供了以匿名/保密方式报告合理和善意的欺诈怀疑或疑虑的机会。该热线由 [LIBERTY 公司合规委员会] 的指定成员监控。

匿名热线报告的所有信息随后都会转发给 [LIBERTY 的质量管理团队] 进行全面调查。

- LIBERTY 企业合规热线：[(888) 704-9833]/TTY [(877) 855-8039]
- LIBERTY 合规部门电子邮件：[compliance@libertydentalplan.com]
- LIBERTY 特别调查组热线：[(888) 704-9833]
- LIBERTY 特别调查组电子邮件：[SIU@libertydentalplan.com]

委员会主席和首席合规官与法律顾问一起决定 LIBERTY 是否会采取任何额外行动，包括但不限于：

- 出于教育目的向参与的提供者提供信息，描述涉及涉嫌欺诈活动的事件
- 向参与的提供者寻求 LIBERTY 为涉及涉嫌欺诈活动的事件支付的任何款项的赔偿
- 终止 LIBERTY 与参与提供者之间有效的提供者协议
- 将此事转交给适当的政府机构，包括但不限于州牙科检查委员会和联邦医疗保险和医疗补助服务中心。

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

[P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110]

[(888) 703-6999]



附录 1:

**福利表
承保服务**

[Insert LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO Schedule of Benefits]

[针对您的计划的福利表以另外的文档提供。]

附录 2:

**表格
[G&A 表格
IMR 表格
公共政策表格]**

附录 3:

**保费、预付费
和收费**

[您的团体的保费和其他各种费用将提供给团体担保人]

附录 4:

[Insert NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES]



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

个人自付费用上限：\$1,150/2025 日历年

家庭自付费用上限：\$2,300/2025 日历年

- ✓ 会员必须在 LIBERTY Dental Plan 签约的牙科诊所就诊方可享受承保福利。如果建议的承保服务在医学上是必要的，并且不在全科牙医的范围内，您的牙科诊所将确定治疗计划，或者将与 LIBERTY Dental Plan 启动专科转诊流程。
- ✓ 此福利表是您通过 L.A. Care Covered 获得的健康计划中承保的 Children's Dental HMO 福利。承保牙科服务的任何共付额将计入健康计划的 日历年自付费用上限（见上文，供参考）。要确认您的自付费用上限，请查看您的健康计划的《承保证明书》，访问您的健康计划的网站 www.lacare.org，或拨打 [1.XXX.XXX.XXXX]（免费）致电会员服务部。
- ✓ 当您所有医疗和牙科承保服务的自付费用达到自付费用上限，在本 日历年内，您就不再需要为接受的承保牙科服务付费。LIBERTY Dental Plan 签约牙科诊所将支付 LIBERTY 直接签约的承保服务。可选和非承保服务的费用不计入自付费用上限，并由您本人承担。在有两名或两名以上会员的计划中，首位达到个人自付费用上限的家庭成员在本 日历年内不再需要为接受的承保牙科服务付费。两个或多个承保家庭成员的合格费用共同计入家庭自付费用上限。
- ✓ 会员需在取得服务时将共付额缴给牙科诊所。
- ✓ 本福利表不保证福利。所有服务均受资格、除外责任和限制的约束，并且必须确定在您接受服务时有医学必要。如果根据早期和定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT) 福利的要求提供了有文件证明的医疗必要性，则任何超出规定频率限制的额外申请应考虑获得事先授权。
- ✓ 本福利表中未列出的牙科程序可能收取牙科诊所的常规费用。

CDT 代码	描述	患者责任	限制
	诊断服务		
D0120	定期口腔评估	免费	(D0120) 每个提供者每 6 个月 1 次
D0140	局部口腔评估	免费	(D0140) 每位患者每个提供者 1 次
D0145	3 岁以下口腔评估	免费	
D0150	综合口腔评估	免费	(D0150) 每位患者每个提供者 1 次，用于初次评估
D0160	口腔评估，针对问题	免费	(D0160) 每位患者每个提供者 1 次
D0170	重新评估，局部，针对问题	免费	3 个月内最多 6 次 (D0170、D0171)，12 个月内不超过 12 次
D0171	重新评估，术后诊所就诊	免费	
D0180	综合牙周评估	免费	
D0190	患者筛查	未承保	仅作为 D0150 计费
D0191	患者评估	未承保	
D0210	口内，全面 X 光片序列	免费	(D0210, D0709) 每个提供者每 36 个月 1 次
D0220	口内 X 光片，根尖周围，第一张	免费	(D0220, D0230, D0707) 每个提供者每 12 个月 20 次
D0230	口内 X 光片，根尖周围，每多一张	免费	
D0240	口内 X 光片，咬合片	免费	(D0240, D0706) 每个提供者每 6 个月 2 次
D0250	口外 2D 投影 X 光片，固定放射源	免费	(D0250) 每个服务日期 1 次
D0251	口外后齿 X 光片	免费	(D0251, D0705) 每个服务日期 1 次
D0270	咬翼片，单张 X 光片	免费	(D0270, D0708) 每个服务日期 1 次
D0272	咬翼片，两张 X 光片	免费	(D0272) 每个提供者每 6 个月 1 次
D0273	咬翼片，三张 X 光片	免费	代码降级为 D0270 和 D0272
D0274	咬翼片，四张 X 光片	免费	(D0274) 每个提供者每 6 个月 1 次，10 岁及以上
D0277	垂直咬翼片，7-8 张 X 光片	免费	代码降级为 D0274
D0310	唾液腺造影	免费	
D0320	TMJ 关节造影，包括注射	免费	(D0320) 每个服务日期 3 次
D0322	断层检查	免费	(D0322) 每个提供者每 12 个月 2 次
D0330	环口 X 光片	免费	(D0330, D0701) 每个提供者每 36 个月 1 次
D0340	2D 头影测量 X 光片，测量和分析	免费	(D0340, D0702) 每个提供者每 12 个月 2 次
D0350	2D 口腔/面部摄影图像，口内/口外	免费	(D0350, D0703) 每个服务日期 4 次
D0396	3D 打印 3D 牙齿表面扫描	免费	
D0419	通过测量评估唾液流量	未承保	
D0431	辅助诊断前检查	未承保	
D0460	牙髓活性检测	免费	
D0470	诊断牙模	免费	(D0470) 每个提供者 1 次，福利仅适用于承保的正畸服务，用于恒齿列
D0502	其他口腔病理程序，按报告	免费	
D0601	龋齿风险评估和记录，低风险	免费	
D0602	龋齿风险评估和记录，中等风险	免费	
D0603	龋齿风险评估和记录，高风险	免费	
D0701	环口 X 光片，仅图像采集	免费	(D0330, D0701) 每个提供者每 36 个月 1 次
D0702	2-D 头颅 X 光片，仅图像采集	免费	(D0340, D0702) 每个提供者每 12 个月 2 次
D0703	口内或口外获得的 2-D 口腔/面部摄影图像，仅图像采集	免费	(D0350, D0703) 每个服务日期 4 次
D0705	口外后齿 X 光片，仅图像采集	免费	(D0251, D0705) 每个服务日期 1 次
D0706	口内咬合 X 光片，仅图像采集	免费	(D0240, D0706) 每个提供者每 6 个月 2 次
D0707	口内根尖周 X 光片，仅图像采集	免费	(D0220, D0230, D0707) 每个提供者每 12 个月 20 次
D0708	口内咬翼 X 光片，仅图像采集	免费	(D0270, D0708) 每个服务日期 1 次
D0709	口内综合系列 X 光片，仅图像采集	免费	(D0210, D0709) 每个提供者每 36 个月 1 次
D0801	3D 牙齿表面扫描，直接	免费	
D0802	3D 牙齿表面扫描，间接	免费	
D0803	3D 面部扫描，直接	免费	
D0804	3D 面部扫描，间接	免费	
D0999	未分类诊断程序，按报告	免费	
	预防服务		
D1110	预防性洁牙，成人	免费	(D1110、D1120、D4346) 每 6 个月 1 次
D1120	预防性洁牙，儿童	免费	
D1206	局部涂氟漆	免费	(D1206、D1208) 每 6 个月 1 次
D1208	局部涂氟化物，不含涂料	免费	
D1310	控制牙齿疾病的营养咨询	免费	
D1320	戒烟咨询，控制/预防口腔疾病	免费	
D1321	为控制和预防与使用高风险药物相关的不良口腔、行为和健康影响提供咨询	免费	
D1330	口腔卫生指导	免费	
D1351	封填剂，每颗牙	免费	(D1351、D1352) 每 36 个月 1 次，第 1、2、3 臼齿
D1352	预防性树脂修复，恒齿	免费	
D1353	封填剂修复，每颗牙	免费	(D1353) 每 36 个月 1 次，第 1、2、3 臼齿
D1354	使用防龋药物，每颗牙	免费	(D1354) 每颗牙每 6 个月 1 次，只对首次治疗进行医疗必要性审查
D1355	使用预防龋齿的药物，每颗牙	免费	(D1355) 每颗牙每 6 个月 1 次，只对首次治疗进行医疗必要性审查
D1510	空间维持器，固定，单侧，每象限	免费	(D1510、D1520) 每位患者每象限 1 次，18 岁以下
D1516	空间维持器，固定，双侧，上颌	免费	(D1516、D1526) 1 次，18 岁以下
D1517	空间维持器，固定，双侧，下颌	免费	(D1517、D1527) 1 次，18 岁以下
D1520	空间维持器，活动式，单侧，每象限	免费	(D1510、D1520) 每位患者每象限 1 次，18 岁以下
D1526	空间维持器，活动式，双侧，上颌	免费	(D1516、D1526) 1 次，18 岁以下

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
	预防服务（续）		
D1527	空间维持器，活动式，双侧，下颚	免费	(D1517、D1527) 1 次，18 岁以下
D1551	重新粘合或重装双侧空间维持器，上颚	免费	(D1551) 每 12 个月 1 次，18 岁以下
D1552	重新粘合或重装双侧空间维持器，下颚	免费	(D1552) 每 12 个月 1 次，18 岁以下
D1553	重新粘合或重装单侧空间维持器，每象限	免费	(D1553) 每象限每 12 个月 1 次，18 岁以下
D1556	移除固定的单侧空间维持器，每象限	免费	
D1557	移除固定双侧空间维持器，上颚	免费	
D1558	移除固定双侧空间维持器，下颚	免费	
D1575	远中导板保持器，固定，每象限	免费	
	修复服务		
D2140	银汞合金，单面，乳齿或恒齿	\$25	乳齿 - (D2140-D2335、D2391-D2394) 每颗牙每个表面每 12 个月 1 次 恒齿 - (D2140-D2335、D2391-D2394) 每颗牙每个表面每 36 个月 1 次
D2150	银汞合金，两个表面，乳齿或恒齿	\$30	
D2160	银汞合金，三个表面，乳齿或恒齿	\$40	
D2161	银汞合金，四个或更多表面，乳齿或恒齿	\$45	
D2330	树脂基复合材料，单面，前齿	\$30	
D2331	树脂基复合材料，两面，前齿	\$45	
D2332	树脂基复合材料，三面，前齿	\$55	
D2335	树脂基复合材料，四个或更多表面	\$60	
D2390	树脂基复合材料牙冠，前齿	\$50	乳齿 - (D2390) 每颗牙每 12 个月 1 次 恒齿 - (D2390) 每颗牙每 36 个月 1 次
D2391	树脂基复合材料，单面，后齿	\$30	乳齿 - (D2140-D2335、D2391-D2394) 每颗牙每个表面每 12 个月 1 次 恒齿 - (D2140-D2335、D2391-D2394) 每颗牙每个表面每 36 个月 1 次
D2392	树脂基复合材料，两面，后齿	\$40	
D2393	树脂基复合材料，三面，后齿	\$50	
D2394	树脂基复合材料，四个或更多表面，后齿	\$70	
D2542	外镶，金属，两面	未承保	
D2543	外镶，金属，三面	未承保	
D2544	外镶，金属，四个或更多表面	未承保	
D2642	外镶，陶瓷/瓷，两面	未承保	
D2643	外镶，陶瓷/瓷，三面	未承保	
D2644	外镶，陶瓷/瓷，四个或更多表面	未承保	
D2662	外镶，树脂基复合材料，两面	未承保	
D2663	外镶，树脂基复合材料，三面	未承保	
D2664	外镶，树脂基复合材料，四个或更多表面	未承保	
D2710	牙冠，树脂基复合材料（间接）	\$140	(D2710-D2791、D6211-D6791) 每颗牙每 5 年 1 次，13 岁及以上
D2712	牙冠，¾ 树脂基复合材料（间接）	\$190	
D2720	牙冠，树脂与高贵金属	未承保	
D2721	牙冠，树脂与贱金属为主合金	\$300	
D2722	牙冠，树脂与贵金属	未承保	
D2740	牙冠，陶瓷/瓷	\$300	
D2750	牙冠，陶瓷熔合高贵金属	未承保	
D2751	牙冠，陶瓷熔合贱金属为主合金	\$300	
D2752	牙冠，陶瓷熔合贵金属	未承保	
D2753	牙冠，陶瓷熔合钛及钛合金	未承保	
D2780	牙冠，¾ 铸造高贵金属	未承保	
D2781	牙冠，¾ 铸造贱金属为主合金	\$300	
D2782	牙冠，¾ 铸造贵金属	未承保	
D2783	牙冠，¾ 陶瓷/瓷	\$310	
D2790	牙冠，全铸造高贵金属	未承保	
D2791	牙冠，全铸造贱金属为主合金	\$300	
D2792	牙冠，全铸造贵金属	未承保	
D2794	牙冠，钛及钛合金	未承保	
D2910	重新粘合或重装内镶、外镶、罩冠或部分覆盖	\$25	(D2910) 每个提供者每颗牙每 12 个月 1 次
D2915	重新粘合或重装间接制造/预制牙钉及牙心	\$25	
D2920	重新粘合或重装牙冠	\$25	由同一名提供者进行初次植入 12 个月后
D2921	重新粘合断牙、切缘或牙尖	\$45	
D2928	预制陶瓷/瓷牙冠，恒齿	\$120	(D2928, D2931) 每颗牙每 36 个月 1 次
D2929	预制陶瓷/瓷牙冠，乳齿	\$95	(D2929、D2930) 每颗牙每 12 个月 1 次
D2930	预制不锈钢牙冠，乳齿	\$65	
D2931	预制不锈钢牙冠，恒齿	\$75	(D2928, D2931) 每颗牙每 36 个月 1 次
D2932	预制树脂牙冠	\$75	乳齿 - (D2932, D2933) 每颗牙每 12 个月 1 次
D2933	预制不锈钢牙冠，含树脂窗口	\$80	恒齿 - (D2932, D2933) 每颗牙每 36 个月 1 次
D2940	保护修复	\$25	(D2940) 每个提供者每颗牙每 6 个月 1 次
D2941	暂时治疗性修复，乳齿列	\$30	
D2949	间接修复的修复基础	\$45	
D2950	牙心强化，包括任何牙桩（需要时）	\$20	
D2951	牙钉固定，每颗牙，修复以外	\$25	(D2951) 每颗牙 1 次
D2952	牙冠以外的牙钉和牙心，间接制造	\$100	(D2952) 每颗牙 1 次
D2953	每多一个间接制造牙钉，同一颗牙	\$30	
D2954	牙冠以外的预制牙钉和牙心	\$90	(D2954) 每颗牙 1 次
D2955	移除牙钉	\$60	
D2957	每多一个预制牙钉，同一颗牙	\$35	
D2971	定制新牙冠、现有局部假牙框架的附加程序	\$35	
D2976	带环固定，每颗牙	\$40	
D2980	因修复材料失效而需要的牙冠修复	\$50	由同一名提供者进行初次牙冠植入 12 个月后
D2989	挖开牙齿以确定无法修复	\$50	
D2991	使用羟基磷灰石再生药物，每颗牙	免费	
D2999	未分类修复程序，按报告	\$40	
	牙髓治疗服务		
D3110	覆髓 - 直接（不含最后修复）	\$20	
D3120	覆髓 - 间接（不含最后修复）	\$25	
D3220	治疗性牙髓切断术（不含最后修复）	\$40	(D3220) 每颗乳齿 1 次
D3221	牙髓清创，乳齿与恒齿	\$40	(D3221) 每颗牙 1 次
D3222	部分牙髓切断术、根尖生成术，恒齿，不完全牙根	\$60	(D3222) 每颗牙 1 次
D3230	牙髓治疗，前齿，乳齿（不含最后修复）	\$55	(D3230、D3240) 每颗牙 1 次
D3240	牙髓治疗，后齿，乳齿（不含最后修复）	\$55	
D3310	牙髓治疗，前齿（不含最后修复）	\$195	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
D3320	牙髓治疗，前臼齿（不含最后修复）	\$235	(D3310、D3320、D3330) 每颗牙 1 次
D3330	牙髓治疗，臼齿（不含最后修复）	\$300	
D3331	治疗根管阻塞；非手术治疗	\$50	
D3332	不完整牙髓治疗，无法手术，无法修复，断牙	未承保	
D3333	牙根内部穿孔缺陷修复	\$80	
	牙髓治疗服务（续）		
D3346	先前根管重新治疗 - 前齿	\$240	(D3346-D3348) 初次治疗 12 个月 后 1 次
D3347	先前根管重新治疗 - 前臼齿	\$295	
D3348	先前根管重新治疗 - 臼齿	\$350	
D3351	根尖诱导成形术/再钙化，初次就诊	\$85	(D3351) 每颗牙 1 次
D3352	根尖成形术/重新钙化，期中换药	\$45	(D3352) 每颗牙 1 次
D3353	根尖诱导成形术/再钙化，最后一次就诊	未承保	
D3410	根尖切除术，前齿	\$240	
D3421	根尖切除术，前臼齿（第一个牙根）	\$250	
D3425	根尖切除术，臼齿（第一个牙根）	\$275	
D3426	根尖切除术，（每增加一个牙根）	\$110	
D3428	骨移植与根周手术，每颗牙齿，单部位	\$350	
D3429	骨移植与根周手术，每增加一颗牙齿，同部位	\$350	
D3430	根尖逆充填 - 每个牙根	\$90	
D3431	生物材料、软骨组织再生与根周手术	\$80	
D3432	引导组织再生，每个部位，配合根周手术	未承保	
D3450	牙根切断术，每一牙根	未承保	
D3471	牙根吸收手术修复，前齿	\$160	
D3472	牙根吸收手术修复，前臼齿	\$160	
D3473	牙根吸收手术修复，臼齿	\$160	
D3910	使用橡皮障隔离牙齿的手术程序	\$30	
D3920	半切断术，不包括根管治疗	未承保	
D3950	根管准备和试戴成型根柱或牙钉	未承保	
D3999	未分类牙髓治疗程序，按报告	\$100	
	牙周治疗服务		
D4210	牙龈切除术或牙龈补整术，每象限 4 颗牙或以上	\$150	(D4210、D4211、D4260、D4261) 每个部位每 36 个月 1 次，13 岁及以上
D4211	牙龈切除术或牙龈补整术，每象限 1 至 3 颗牙	\$50	
D4240	翻牙龈，每象限 4 颗牙或以上	未承保	
D4241	翻牙龈，每象限 1 至 3 颗牙	未承保	
D4249	临床牙冠加长，硬组织	\$165	
D4260	骨外科手术，每象限 4 颗牙或以上	\$265	(D4210、D4211、D4260、D4261) 每个部位每 36 个月 1 次，13 岁及以上
D4261	骨外科手术，每象限 1 至 3 颗牙	\$140	
D4263	骨头替换移植，保留天然牙，每象限的第一个部位	未承保	
D4264	骨头替换移植，保留天然牙，每增加一个部位	未承保	
D4265	有助于软组织和骨组织再生的生物材料，每个部位	\$80	
D4266	引导组织再生，天然牙，可吸收屏障，每个部位	未承保	
D4267	引导组织再生，天然牙，不可吸收屏障，每个部位	未承保	
D4270	蒂状软组织移植手术	未承保	
D4273	自体结缔组织移植手术，第一颗牙	未承保	
D4275	非自体结缔组织移植手术，第一颗牙	未承保	
D4283	自体结缔组织移植手术，每增加一颗牙，每个部位	未承保	
D4285	非自体结缔组织移植手术，每增加一颗牙，每个部位	未承保	
D4286	移除不可吸收屏障膜	未承保	
指导原则：			
每次预约/每天的牙周刮治和牙根整平术不超过两 (2) 个象限。			
D4341	牙周刮治和牙根整平术，每象限 4 颗牙或以上	\$55	(D4341、D4342) 每个部位每 24 个月 1 次，13 岁及以上
D4342	牙周刮治和牙根整平术，每象限 1 至 3 颗牙	\$30	
D4346	存在中度或重度炎症时刮治，评估后全口	\$40	
D4355	全口清创术，以进行全面的牙周评估和诊断，后续就诊	\$40	(D1110、D1120、D4346) 每 6 个月 1 次
D4381	局部递送抗微生物药剂/每颗牙	\$10	
D4910	牙周维护	\$30	(D4910) 每 3 个月 1 次
D4920	计划外敷料更换（非治疗牙医或工作人员）	\$15	(D4920) 每位患者每个提供者 1 次，13 岁及以上
D4999	未分类牙周治疗程序，按报告	\$350	
	活动式义齿服务		
D5110	全口假牙，上颌	\$300	(D5110-D5120、D5211-D5214、D5863-D5866) 每牙弓每 5 年 1 次。以前的全口假牙、即时假牙或覆盖假牙每五年一次的福利 - 全口假牙。
D5120	全口假牙，下颌	\$300	
D5130	即时假牙，上颌	\$300	(D5130) 每位患者 1 次。作为临时假牙不属于福利。即时假牙后五年期限内，随后的全口假牙不属于
D5140	即时假牙，下颌	\$300	(D5140) 每位患者 1 次。作为临时假牙不属于福利。即时假牙后五年期限内，随后的全口假牙不属于
D5211	上颌局部假牙，树脂基托	\$300	(D5110-D5120、D5211-D5214、D5863-D5866) 每牙弓每 5 年 1 次。以前的全口假牙、即时假牙或覆盖假牙每五年一次的福利 - 全口假牙。
D5212	下颌局部假牙，树脂基托	\$300	
D5213	上颌局部假牙，铸造金属，树脂基托	\$335	
D5214	下颌局部假牙，铸造金属，树脂基托	\$335	
D5221	即时上颌局部假牙，树脂基托	\$275	(D5221-D5224) 每位患者每牙弓 1 次。作为临时假牙不属于福利。即时假牙后五年期限内，随后的全口假牙不属于福利。
D5222	即时下颌局部假牙，树脂基托	\$275	
D5223	即时上颌局部假牙，铸造金属构架，树脂假牙基托	\$330	
D5224	即时下颌局部假牙，铸造金属构架，树脂假牙基托	\$330	

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
D5225	上颌局部假牙，弹性基托	未承保	
D5226	下颌局部假牙，弹性基托	未承保	
D5227	即时上颌局部假牙，弹性基托	未承保	
D5228	即时下颌局部假牙，弹性基托	未承保	
D5282	单侧活动式局部假牙，一件铸造金属，上颌	未承保	
D5283	单侧活动式局部假牙，一件铸造金属，下颌	未承保	
D5284	单侧活动式局部假牙，一件弹性基托，每象限	未承保	
D5286	单侧活动式局部假牙，一件树脂，每象限	未承保	
D5410	调整全口假牙，上颌	\$20	(D5410-D5422) 每 12 个月每牙弓 2 次，每个提供者每个服务日期每牙弓 1 次
D5411	调整全口假牙，下颌	\$20	
D5421	调整局部假牙，上颌	\$20	
D5422	调整局部假牙，下颌	\$20	
D5511	修复损坏的全口假牙基托，下颌	\$40	
D5512	修复损坏的全口假牙基托，上颌	\$40	(D5512) 每个提供者每个服务日期 1 次，每个提供者每 12 个月 2 次
D5520	更换缺失或折断的牙齿，全口假牙	\$40	(D5520) 每个提供者每个服务日期每牙弓最多 4 次，每个提供者每 12 个月每牙弓 2 次
D5611	修复树脂局部假牙基托，下颌	\$40	(D5611) 每个提供者每个服务日期 1 次，每个提供者每 12 个月 2 次
D5612	修复树脂局部假牙基托，上颌	\$40	(D5612) 每个提供者每个服务日期 1 次，每个提供者每 12 个月 2 次
D5621	修理局部铸件构架，下颌	\$40	(D5621) 每个提供者每个服务日期 1 次，每个提供者每 12 个月 2 次
	活动式义齿服务（续）		
D5622	修理局部铸件构架，上颌	\$40	(D5622) 每个提供者每个服务日期 1 次，每个提供者每 12 个月 2 次
D5630	修复或替换损坏维持钩环材料，每颗牙	\$50	(D5630) 每个提供者每个服务日期每牙弓 3 次，每个提供者每 12 个月每牙弓 2 次
D5640	替换断牙，每颗牙	\$35	(D5640) 每个提供者每个服务日期每牙弓 4 次，每个提供者每 12 个月每牙弓 2 次
D5650	原有局部假牙新增牙齿	\$35	(D5650) 每个提供者每个服务日期每牙弓 3 次，每颗牙 1 次
D5660	原有局部假牙新增牙钩，每颗牙	\$60	(D5660) 每个提供者每个服务日期 3 次，每个提供者每 12 个月每牙弓 2 次
D5670	替换金属铸件框架上的所有牙齿和亚克力树脂，上颌	未承保	
D5671	替换金属铸件框架上的所有牙齿和亚克力树脂，下颌	未承保	
D5710	全口上颌假牙基托重整	未承保	
D5711	全口下颌假牙基托重整	未承保	
D5720	上颌局部假牙基托重整	未承保	
D5721	下颌局部假牙基托重整	未承保	
D5730	全口上颌假牙重衬，直接	\$60	(D5730-D5761) 每 12 个月 1 次。如果需要拔牙，则在初次放置矫治器后 6 个月承保，如果不需要拔牙，则在初次放置矫治器后 12 个月承保。
D5731	全口下颌假牙重衬，直接	\$60	
D5740	上颌局部假牙重衬，直接	\$60	
D5741	下颌局部假牙重衬，直接	\$60	
D5750	全口上颌假牙重衬，间接	\$90	
D5751	全口下颌假牙重衬，间接	\$90	(D5730-D5761) 每 12 个月 1 次。如果需要拔牙，则在初次放置矫治器后 6 个月承保，如果不需要拔牙，则在初次放置矫治器后 12 个月承保。
D5760	上颌局部假牙重衬，间接	\$80	
D5761	下颌局部假牙重衬，间接	\$80	
D5850	组织调整，上颌	\$30	
D5851	组织调整，下颌	\$30	
D5862	精密覆着体，按报告	\$90	
D5863	覆盖式假牙，全口，上颌	\$300	(D5110-D5120、D5211-D5214、D5863-D5866) 每牙弓每 5 年 1 次。以前的全口假牙、即时假牙或覆盖假牙每五年一次的福利 - 全口假牙。
D5864	覆盖式假牙，局部，上颌	\$300	
D5865	覆盖式假牙，全口，下颌	\$300	
D5866	覆盖式假牙，局部，下颌	\$300	
D5876	为亚克力全口假牙添加金属子结构（每牙弓）	未承保	
D5899	未分类活动式义齿程序，按报告	\$350	
	颞面义体服务		
D5911	面部印模（分段）	\$285	
D5912	面部印模（完整）	\$350	
D5913	人工鼻	\$350	
D5914	人工耳	\$350	
D5915	人工眼眶	\$350	
D5916	人工眼睛	\$350	
D5919	人工颜面	\$350	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
D5922	人工鼻中隔	\$350	
D5923	人工眼睛，临时	\$350	
D5924	人工颅骨	\$350	
D5925	颜面丰隆植体	\$200	
D5926	人工鼻，替换	\$200	
D5927	人工耳，替换	\$200	
D5928	人工眼眶，替换	\$200	
D5929	人工颜面，替换	\$200	
D5931	腭复体，外科手术	\$350	
D5932	腭复体，永久	\$350	
D5933	腭复体，修正	\$150	(D5933) 每 12 个月 2 次
D5934	下颌骨切除义体，含导向法兰	\$350	
D5935	下颌骨切除义体，无导向法兰	\$350	
D5936	腭复体，临时	\$350	
D5937	牙关紧闭治疗器（不是为了治疗 TMD）	\$85	
D5951	进食辅具	\$135	18 岁以下
D5952	言语辅助义体，小儿	\$350	18 岁以下
D5953	言语辅助义体，成人	\$350	18 岁及以上
D5954	颞丰隆义体	\$135	
D5955	颞升高义体，永久	\$350	
D5958	颞升高义体，临时	\$350	
D5959	颞升高义体，修正	\$145	(D5959) 每 12 个月 2 次
D5960	言语辅助义体，修正	\$145	(D5960) 每 12 个月 2 次
D5982	外科支架	\$70	
D5983	辐射载体	\$55	
D5984	辐射屏蔽	\$85	
D5985	辐射锥定位器	\$135	
D5986	氟化物凝胶载体	\$35	
D5987	夹板固定	\$85	
D5988	外科夹板	\$95	
D5991	水泡大疱病药物载体	\$70	
D5999	未分类颞面义体，按报告	\$350	
	植牙服务		
D6010	外科手术植入植体，骨内	\$350	只有符合例外的医疗状况时才是计划福利
D6011	外科手术接触植体（第二阶段植体手术）	\$350	
D6012	外科手术植入临时植体、过渡性修复体：骨内植体	\$350	
D6013	外科手术植入：迷你植体	\$350	
D6040	外科手术植入：骨膜下植体	\$350	
D6050	外科手术植入：透骨式植体	\$350	
D6055	连接杆，植体支撑式或支柱牙支撑式	\$350	
D6056	预制支柱牙，包括修正和植入	\$135	
D6057	订制支柱牙，包括植入	\$180	
D6058	支柱牙支撑式牙冠，陶瓷/瓷	\$320	
D6059	支柱牙支撑式牙冠，陶瓷熔合高贵金属	\$315	
D6060	支柱牙支撑式牙冠，陶瓷熔合贱金属	\$295	
D6061	支柱牙支撑式牙冠，陶瓷熔合贵金属	\$300	
D6062	支柱牙支撑式铸造金属牙冠，高贵金属	\$315	
D6063	支柱牙支撑式铸造金属牙冠，贱金属	\$300	
D6064	支柱牙支撑式铸造金属牙冠，贵金属	\$315	
	植牙服务（续）		
D6065	植体支撑式陶瓷/瓷牙冠	\$340	
D6066	植体支撑式牙冠，陶瓷熔合高贵金属合金	\$335	
D6067	植体支撑式牙冠，高贵金属合金	\$340	
D6068	支柱牙支撑式保持器，陶瓷/瓷 FPD	\$320	
D6069	支柱牙支撑式保持器，金属 FPD，高贵金属	\$315	
D6070	支柱牙支撑式保持器，陶瓷熔合金属 FPD，贱金属	\$290	
D6071	支柱牙支撑式保持器，陶瓷熔合金属 FPD，贵金属	\$300	
D6072	支柱牙支撑式保持器，铸造金属 FPD，高贵金属	\$315	
D6073	支柱牙支撑式保持器，铸造金属 FPD，贱金属	\$290	
D6074	支柱牙支撑式保持器，铸造金属 FPD，贵金属	\$320	
D6075	植体支撑式保持器，瓷 FPD	\$335	
D6076	植体支撑式保持器，陶瓷熔合高贵金属合金 FPD	\$330	

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
D6077	植体支撑式保持器，金属 FPD，高贵金属合金	\$350	只有符合例外的医疗状况时才是计划福利
D6080	植体维持程序，义体移除/重新置入，包括清洁	\$30	
D6081	在单个植体炎症或黏膜炎的情况下整平和清创	\$30	
D6082	植体支撑式牙冠，陶瓷熔合贱金属为主合金	\$335	
D6083	植体支撑式牙冠，陶瓷熔合贵金属合金	\$335	
D6084	植体支撑式牙冠，陶瓷熔合钛及钛合金	\$335	
D6085	暂时植体牙冠	\$300	
D6086	植体支撑式牙冠，贱金属为主合金	\$340	
D6087	植体支撑式牙冠，贵金属合金	\$340	
D6088	植体支撑式牙冠，钛及钛合金	\$340	
D6089	检查并重新拧紧松动的植体螺丝，每颗螺丝	\$60	
D6090	修复植体支撑式义体，按报告	\$65	
D6091	替换半精密覆着体、精密覆着体、植体/支柱牙支撑式义体，每个覆着体	\$40	
D6092	重新粘合或重装植体/支柱牙支撑式牙冠	\$25	
D6093	重新粘合或重装植体/支柱牙支撑式 FPD	\$35	
D6094	支柱牙支撑式牙冠，钛及钛合金	\$295	
D6095	修复植体支柱牙，按报告	\$65	
D6096	移除破损植体的固定螺钉	\$60	
D6097	支柱牙支撑式牙冠，陶瓷熔合钛及钛合金	\$315	
D6098	植体支撑式保持器，陶瓷熔合贱金属为主合金	\$330	
D6099	植体支撑式保持器，陶瓷熔合贵金属合金 FPD	\$330	
D6100	外科手术移除植体	\$110	
D6105	移除植体，无需切除骨质或抬高皮瓣	\$110	
D6110	植体/支柱牙支撑活动式假牙，上颌	\$350	
D6111	植体/支柱牙支撑活动式假牙，下颌	\$350	
D6112	植体/支柱牙支撑活动式假牙，局部，上颌	\$350	
D6113	植体/支柱牙支撑活动式假牙，局部，下颌	\$350	
D6114	植体/支柱牙支撑固定式假牙，上颌	\$350	
D6115	植体/支柱牙支撑固定式假牙，下颌	\$350	
D6116	植体/支柱牙支撑局部固定式假牙，上颌	\$350	
D6117	植体/支柱牙支撑局部固定式假牙，下颌	\$350	
D6118	植体/支柱牙支撑临时固定式假牙，下颌	\$350	
D6119	植体/支柱牙支撑临时固定式假牙，上颌	\$350	
D6120	植体支撑式保持器，陶瓷熔合钛及钛合金	\$330	
D6121	金属 FPD 的植体支撑式保持器，贱金属为主合金	\$350	
D6122	植体支撑式保持器，贵金属合金 FPD	\$350	
D6123	植体支撑式保持器，钛及钛合金 FPD	\$350	
D6190	X 光/外科手术植牙指标，按报告	\$75	
D6191	半精密支柱牙，植入	\$350	
D6192	半精密覆着体，植入	\$350	
D6194	支柱牙支撑式保持器牙冠，钛及钛合金 FPD	\$265	
D6195	支柱牙支撑式保持器，陶瓷熔合钛及钛合金	\$315	
D6197	更换修复材料，封闭螺丝固位的植体支撑式假体，每个植体	\$95	
D6198	移除临时植体部件	\$110	
D6199	未分类植牙程序，按报告	\$350	
	固定式义齿服务		
D6205	桥体，间接合成树脂基托	未承保	(D2710-D2791、D6211-D6791) 每颗牙每 5 年 1 次，13 岁及以上
D6210	桥体，铸造高贵金属	未承保	
D6211	桥体，铸造贱金属为主合金	\$300	
D6212	桥体，铸造贵金属	未承保	
D6214	桥体，钛及钛合金	未承保	
D6240	桥体，陶瓷熔合高贵金属	未承保	
D6241	桥体，陶瓷熔合贱金属为主合金	\$300	
D6242	桥体，陶瓷熔合贵金属	未承保	
D6243	桥体，陶瓷熔合钛及钛合金	未承保	
D6245	桥体，陶瓷/瓷	\$300	
D6250	桥体，树脂与高贵金属	未承保	
D6251	桥体，树脂与贱金属为主合金	\$300	
D6252	桥体，树脂与贵金属	未承保	
D6545	保持器，铸造金属，用于树脂粘结的固定假牙	未承保	
D6548	保持器，陶瓷/瓷，树脂粘结的固定假牙	未承保	
D6549	树脂保持器，用于树脂粘结的固定假牙	未承保	
D6608	保持器外镶，陶瓷/瓷，两个表面	未承保	(D2710-D2791、D6211-D6791) 每颗牙每 5 年 1 次，13 岁及以上
D6609	保持器外镶、陶瓷/瓷、三个或更多表面	未承保	
D6610	保持器外镶，铸造高贵金属，两面	未承保	
D6611	保持器外镶，铸造高贵金属，三个或更多表面	未承保	
D6612	保持器外镶，铸造贱金属，两面	未承保	
D6613	保持器外镶，铸造贱金属，三个或更多表面	未承保	
D6614	保持器外镶，铸造贵金属，两面	未承保	
D6615	保持器外镶，铸造贵金属，三个或更多表面	未承保	
D6634	保持器外镶，钛	未承保	
D6710	保持器牙冠，间接合成树脂基托	未承保	
D6720	保持器牙冠，树脂与高贵金属	未承保	
	固定式义齿服务（续）		
D6721	保持器牙冠，树脂与贱金属为主合金	\$300	
D6722	保持器牙冠，树脂与贵金属	未承保	
D6740	保持器牙冠，陶瓷/瓷	\$300	
D6750	保持器牙冠，陶瓷熔合高贵金属	未承保	
D6751	保持器牙冠，陶瓷熔合贱金属为主合金	\$300	
D6752	保持器牙冠，陶瓷熔合贵金属	未承保	(D2710-D2791、D6211-D6791) 每颗牙每 5 年 1 次，13 岁及以上
D6753	保持器牙冠，陶瓷熔合钛及钛合金	未承保	
D6781	保持器牙冠，¾ 铸造贱金属为主合金	\$300	
D6782	保持器牙冠，¾ 铸造贵金属	未承保	
D6783	保持器牙冠，¾ 陶瓷/瓷	\$300	
D6784	保持器牙冠，¾ 钛及钛合金	\$300	
D6791	保持器牙冠，全铸造贱金属为主合金	\$300	
D6794	保持器牙冠，钛及钛合金	未承保	
D6930	重新粘合或重装固定局部假牙	\$40	
D6980	固定式局部假牙修复，修复材料失效	\$95	
D6999	未分类固定式义齿程序，按报告	\$350	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
	口腔颌面服务		
指导原则： 只有在有病理证据时，外科手术移除阻生齿才属于受保福利			
D7111	拔牙，残余齿冠，乳齿	\$40	
D7140	拔牙，萌出齿或暴露的牙根	\$65	
D7210	拔牙，萌出齿需要去除骨头和（或）部分牙齿	\$120	
D7220	移除阻生齿，软组织	\$95	
D7230	移除阻生齿，部分骨性阻生	\$145	
D7240	移除阻生齿，完全骨性阻生	\$160	
D7241	移除阻生齿，完全骨性阻生，并发症	\$175	
D7250	移除残余牙根（切除程序）	\$80	
D7260	口腔上颌窦瘘闭合	\$280	
D7261	鼻窦穿孔初步闭合	\$285	
D7270	牙齿再置入和（或）稳固，意外事故	\$185	(D7270) 每牙弓 1 次
D7280	暴露未萌出齿	\$220	
D7283	植入装置以促进阻生齿萌出	\$85	
D7284	小唾液腺切除性活检	\$115	
D7285	口腔组织切开性活检 - 硬组织（骨、齿）	\$180	(D7285) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7286	口腔组织活检，软组织	\$110	(D7286) 每个服务日期最多 3 次
D7287	采集脱落细胞学样本	未承保	
D7288	刷拭活检，采集上皮样本	未承保	
D7290	外科手术牙齿重新定位	\$185	(D7290) 每牙弓 1 次，仅用于进行中的正畸治疗
D7291	经腭膜纤维切断术/齿槽上纤维切断术，按报告	\$80	(D7291) 每牙弓 1 次，仅用于进行中的正畸治疗
D7310	有拔牙的牙槽成形术，每象限 4 颗牙或以上	\$85	
D7311	有拔牙的牙槽成形术，每象限 1 至 3 颗牙	\$50	
D7320	无拔牙的牙槽成形术，每象限 4 颗牙或以上	\$120	
D7321	无拔牙的牙槽成形术，每象限 1 至 3 颗牙	\$65	
D7340	前庭成形术，牙槽嵴加高（次级上皮化）	\$350	(D7340) 每牙弓每 5 年 1 次
D7350	口腔前庭成形术，牙脊延展	\$350	(D7350) 每牙弓 1 次
D7410	切除良性病变组织，小于等于 1.25 厘米	\$75	
D7411	切除良性病变组织，大于 1.25 厘米	\$115	
D7412	切除良性病变组织，复杂	\$175	
D7413	切除恶性病变组织，小于等于 1.25 厘米	\$95	
D7414	切除恶性病变组织，大于 1.25 厘米	\$120	
D7415	切除恶性病变组织，复杂	\$255	
D7440	切除恶性肿瘤，小于等于 1.25 厘米	\$105	
D7441	切除恶性肿瘤，大于 1.25 厘米	\$185	
D7450	移除良性牙源性囊肿/肿瘤，小于等于 1.25 厘米	\$180	
D7451	移除良性牙源性囊肿/肿瘤，大于 1.25 厘米	\$330	
D7460	移除良性牙源性囊肿/肿瘤，小于等于 1.25 厘米	\$155	
D7461	移除良性非牙源性囊肿/肿瘤，小于等于 1.25 厘米	\$250	
D7465	使用物理或化学方法摧毁病变组织，按报告	\$40	
D7471	移除横向外生骨赘，上颌或下颌	\$140	(D7471) 每象限 1 次
D7472	移除上颌隆凸	\$145	(D7472) 一生仅限 1 次
D7473	移除下颌隆凸	\$140	(D7473) 每象限 1 次
D7485	手术缩小骨结节	\$105	(D7485) 每象限 1 次
D7490	上颌或下颌根治性切除术	\$350	
D7509	牙源性囊肿的龈上皮化生术	\$180	
D7510	脓肿切开和引流，口腔内软组织	\$70	(D7510) 每象限 1 次，相同服务日期
D7511	脓肿切开和引流，口腔内软组织，复杂	\$70	(D7511) 每象限 1 次，相同服务日期
D7520	脓肿切开和引流，口腔外软组织	\$70	
D7521	脓肿切开和引流，口腔外软组织，复杂	\$80	
D7530	移除异物，黏膜、皮肤或组织	\$45	(D7530) 每个服务日期 1 次
D7540	移除产生异物的反应，肌肉骨骼系统	\$75	(D7540) 每个服务日期 1 次
D7550	部分截骨术/死骨切除术以移除非活性骨	\$125	(D7550) 每象限每个服务日期 1 次
D7560	上颌窦切除术以移除牙齿片段或异物	\$235	
D7610	上颌 - 开放性复位（牙齿固定，如有）	\$140	
D7620	上颌 - 封闭性复位（牙齿固定，如有）	\$250	
D7630	下颌 - 开放性复位（牙齿固定，如有）	\$350	
D7640	下颌 - 封闭性复位（牙齿固定，如有）	\$350	
D7650	颧骨和（或）颧弓，开放性复位	\$350	
D7660	颧骨和（或）颧弓，封闭性复位	\$350	
D7670	牙槽 - 封闭性复位，可包括稳固牙齿	\$170	
D7671	牙槽 - 开放性复位，可包括稳固牙齿	\$230	
D7680	颜面骨，含固定的复杂性复位，多种手术方法	\$350	
D7710	上颌，开放性复位	\$110	
D7720	上颌，封闭性复位	\$180	
D7730	下颌，开放性复位	\$350	
D7740	下颌，封闭性复位	\$290	
D7750	颧骨和（或）颧弓，开放性复位	\$220	
D7760	颧骨和（或）颧弓，封闭性复位	\$350	
D7770	牙槽 - 开放性复位，稳固牙齿	\$135	
	口腔颌面服务（续）		
D7771	牙槽 - 封闭性复位，稳固牙齿	\$160	
D7780	颜面骨，含固定的复杂性复位，多种方法	\$350	
D7810	脱臼的开放性复位	\$350	
D7820	脱臼的封闭性复位	\$80	
D7830	麻醉下手法治疗	\$85	
D7840	髌状突切除术	\$350	
D7850	外科椎间盘切除术，有/无植体	\$350	
D7852	椎间盘修复	\$350	
D7854	滑膜切除术	\$350	
D7856	肌切开术	\$350	
D7858	关节重建	\$350	
D7860	关节切开术	\$350	
D7865	关节成形术	\$350	

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
D7870	关节穿刺术	\$90	
D7871	非关节镜下灌洗和溶解粘连	\$150	
D7872	关节镜：诊断：有或无活检	\$350	
D7873	关节镜：粘连灌洗和溶解	\$350	
D7874	关节镜：椎间盘重新定位与固定	\$350	
D7875	关节镜：滑膜切除术	\$350	
D7876	关节镜：椎间盘切除术	\$350	
D7877	关节镜：清创术	\$350	
D7880	咬合矫形器：按报告	\$120	
D7881	咬合矫形器调整	\$30	
D7899	未分类 TMD 治疗：按报告	\$350	
D7910	缝合小型新伤口：小于等于 5 厘米	\$35	
D7911	复杂缝合 - 小于等于 5 厘米	\$55	
D7912	复杂缝合 - 大于 5 厘米	\$130	
D7920	皮肤移植（确认覆盖缺损、位置和移植物类型）	\$120	
D7922	牙槽内置生物敷料辅助止血或凝血、稳定：每个部位	\$80	
D7939	利用动态机器人辅助或动态导航为截骨术编制索引	\$350	
D7940	骨成形术 - 用于颌矫正畸形	\$160	
D7941	截骨术 - 下颌支	\$350	
D7943	截骨术 - 下颌支：有骨移植；包括取得移植物	\$350	
D7944	截骨术 - 分段或根尖下	\$275	
D7945	截骨术 - 下颌体	\$350	
D7946	LeFort I（上颌 - 全部）	\$350	
D7947	LeFort I（上颌 - 分段）	\$350	
D7948	LeFort II 或 LeFort III，无骨移植	\$350	
D7949	LeFort II 或 LeFort III - 有骨移植	\$350	
D7950	上颌或下颌骨骼、骨及骨膜或软骨移植：按报告	\$190	
D7951	侧开方式的有骨骼、骨骼代用品的窦增高术	\$290	
D7952	垂直方式的窦增高术	\$175	
D7955	修复颌面软组织和（或）硬组织缺损	\$200	
D7956	引导组织再生：缺牙区：可吸收屏障：每个部位	未承保	
D7957	引导组织再生：缺牙区：不可吸收屏障：每个部位	未承保	
D7961	颊/唇龈沟切除术（龈沟切除术）	\$120	(D7961) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7962	舌系带切除术（系带切除术）	\$120	(D7962) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7963	系带成形术	\$120	(D7963) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7970	切除增生组织：每牙弓	\$175	(D7970) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7971	切除冠周牙龈	\$80	
D7972	外科手术缩减纤维粗隆	\$100	(D7972) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7979	非手术性涎石摘除术	\$155	
D7980	手术性涎石摘除术	\$155	
D7981	切除唾液腺：按报告	\$120	
D7982	唾液腺成形术	\$215	
D7983	唾液瘘闭合术	\$140	
D7990	紧急气管切开术	\$350	
D7991	冠状突切除术	\$345	
D7995	人工移植术 - 下颌或颌骨：按报告	\$150	
D7997	移除用具（不是由置入用具的牙医执行）：包括移除牙弓杆	\$60	(D7997) 每牙弓每个服务日期 1 次
D7999	未分类口腔手术：按报告	\$350	
	正畸服务		
对于儿童牙科，只有在患者的颌齿矫正需求符合 Handicapping Labio-Lingual Deviation (HLD) 指导原则分析的经验证分数 26 或以上（或其他合格条件）而符合医疗必要性要求时，颌齿矫正治疗才是本牙科计划的福利。所有治疗在分类之前必须获得事先授权。			
D8080	青少年齿列综合正畸治疗	无论计划年度， 每个疗程 \$1,000，只要会 员持续投保计划	13 岁或以上
D8210	活动式用具治疗		(D8210) 每位患者 1 次，6-12 岁
D8220	固定式用具治疗		(D8220) 每位患者 1 次，6-12 岁
D8660	正畸治疗之前的检查以监测生长和发育		(D8660) 每 3 个月 1 次，最多 6 次
D8670	定期正畸治疗就诊		(D8670) 每个日历季度 1 次
D8680	矫正保持（移除用具、制造及置入保持器）		(D8680) 每牙弓 1 次，用于每个核准的正畸治疗阶段
D8681	活动式正畸保持器调整		
D8696	修复正畸用具，上颌		(D8696、D8697) 每牙弓每个装置 1 次
D8697	修复正畸用具，下颌		
D8698	重新粘合或重装固定保持器，上颌		(D8698、D8699) 每牙弓每个提供者 1 次
D8699	重新粘合或重装固定保持器，下颌		
D8701	修复固定保持器，包括重新粘合，上颌		



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

CDT 代码	描述	患者责任	限制
D8702	修复固定保持器，包括重新粘合，下颚		(D8703、D8704) 每牙弓 1 次
D8703	替换遗失或断裂的保持器，上颚		
D8704	替换遗失或断裂保持器，下颚		
D8999	未分类正畸治疗，按报告		
	一般辅助服务		
D9110	牙痛缓解治疗，每次就诊	\$30	(D9110) 每个服务日期 1 次
D9120	固定式局部假牙切段	\$95	
D9210	与手术或外科程序无关的局部麻醉	\$10	(D9210) 每个服务日期 1 次
D9211	区域性阻断麻醉	\$20	
D9212	三叉神经阻断麻醉	\$60	
D9215	与手术或外科程序有关的局部麻醉	\$15	
D9219	对中度镇静、深度镇静或全身麻醉进行评估	\$45	
	一般辅助服务（续）		
指导原则：			
深度镇静和 IV			
清醒镇静在被证明无法进行局部麻醉的情况下属于承保福利，例如严重的精神或身体残障、广泛的外科手术、不合作的儿童、注射部位急性感染或用于控制疼痛的局部麻醉剂注射失败。由在其执照范围内行事的从业者在牙科诊所配药时承保的服务。患者的恐惧和/或紧张本身并不是充分的理由。			
D9222	深度镇静/全身麻醉，最初 15 分钟	\$45	
D9223	深度镇静/全身麻醉，每增加 15 分钟	\$45	
D9230	吸入一氧化二氮/镇痛、镇静	\$15	
D9239	中度（清醒）静脉镇静/镇痛，最初 15 分钟	\$60	
D9243	中度（清醒）静脉镇静/镇痛，每增加 15 分钟	\$60	
D9248	非静脉式（清醒）镇静，包括非静脉式最小及中度镇静	\$65	
D9310	咨询，非申请服务的牙医提供	\$50	
D9311	咨询医疗专业人员	免费	
D9410	住家/长期护理机构出诊	\$50	
D9420	医院或非住院手术中心出诊	\$135	
D9430	诊所就诊，常规就诊时间内，未执行其他服务	\$20	(D9430) 每个提供者每个服务日期 1 次
D9440	诊所就诊，常规预约就诊时间后	\$45	(D9440) 每个提供者每个服务日期 1 次
D9450	病例展示，后续的、详细的、广泛的治疗计划	未承保	
D9610	肠外治疗药物，单次施用	\$30	(D9610) 每个服务日期 4 次
D9612	治疗性肠胃外药物，两次或多次给药，不同的药物。	\$40	(D9612) 每个服务日期 4 次
D9910	使用减敏药剂	\$20	(D9910) 每颗牙每 12 个月 1 次，仅用于恒齿
D9930	治疗并发症，外科手术后，异常状况，按报告	\$35	(D9930) 每个提供者每个服务日期 1 次
D9942	牙套的修复和/或重衬	未承保	
D9943	牙套调整	未承保	
D9944	牙套，硬用具，全牙弓	未承保	
D9945	牙套，软用具，全牙弓	未承保	
D9946	牙套，硬用具，局部牙弓	未承保	
D9950	咬合分析，安装盒	\$120	(D9950) 每 12 个月 1 次，13 岁及以上
D9951	咬合调整，局部	\$45	(D9951) 每象限每个提供者每 12 个月 1 次，13 岁及以上
D9952	咬合调整，全口	\$210	(D9952) 每个提供者每 12 个月 1 次，13 岁或以上
D9995	远程牙医，同步；实时诊疗	免费	在牙科计划可以提供远程牙科服务的范围内，将免费提供远程牙科服务
D9996	远程牙医，异步；信息存储并转发给牙医以供后续查阅	免费	
D9997	牙科病例管理，有特殊医疗保健需求的患者	免费	
D9999	未分类辅助程序，按报告	免费	

儿科福利 – 19 岁以下的儿童

为可选服务或不在保单范围内的服务付款将不计入自付费用上限，并且在达到年度自付费用上限后，此类服务仍需付费。

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
嵌入式儿童牙科 - L.A. Care Covered Silver 94 HMO

一般除外责任：

1. 主治牙医认为对于会员的牙科健康没有必要的服务。
2. 用来矫正先天或发育畸形的程序、用具或充填，除非于前文福利部分中明列，否则不属于承保福利。
3. 美容功能的牙齿保健。
4. 实验性程序或研究性服务，包括被认定不符合一般公认专业标准，或建议或处方该用品以用于治疗但其安全性与功效并未确定之治疗、疗法、程序、药品或药品使用、机构或机构使用、设备或设备使用、装置或装置使用或用品等。

5. 由州政府或州政府机关，或由任何市政府、县政府或下属机构免费为会员提供的服务。
6. 牙科计划不承保任何类型的医院费用。福利信息请参阅您的健康计划的《承保证明书》。
7. 骨折和脱臼的重大外科手术。
8. 假牙或牙桥遗失或遭窃。
9. 与承保终止后或会员符合该等服务资格之日期前开始的任何牙科程序有关而产生的牙科费用。
10. 任何未明确列为承保福利的服务，除非服务符合早期及定期筛检、诊断及治疗 (EPSDT) 福利的条件。
11. 恶性肿瘤。
12. 调配通常不会在牙科诊所提供的药品。
13. 由于患者的整体健康和身体限制而无法在牙科诊所中进行牙科程序所产生的其他治疗费用。
14. 儿童牙医/儿科牙医的服务，但不包括当会员无法由其选定医疗服务提供者治疗、儿童牙医/儿科牙医的治疗属于医疗所需，或其选定医疗服务提供者是儿童牙医/儿科牙医的情况。

15. 在急诊护理场所中接受非急诊病况的牙科服务（如果投保人合理应该知晓并无急诊护理情况）。



L.A. Care
*Covered*TM



免費電話: 1.855.270.2327 | TTY: 711



lacare.org