



AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 参保人手册

本信息自修订日起为准确信息。
如有任何疑问，请致电参保人服务。



www.amerhealthcaritaschc.com

AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 遵守适用的联邦民权法律，不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾、信仰、宗教归属、祖源、身体性别、性别认同、性别表现或性别取向而歧视任何人。

AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 不会因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾、信仰、宗教归属、祖源、身体性别、性别认同、性别表现或性别取向而排斥或区别对待任何人。

AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 为残疾人士提供免费的协助和服务，以便与我们进行有效的沟通，例如：

- 具备资质的手语译员
- 其他格式的书面信息（大号字体、语音、无障碍电子格式、其他格式）

AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：

- 具备资质的口译员
- 以其他语言撰写的信息

如果您需要这些服务，请致电 **AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices** 与 **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** 联络。

如果您认为 **AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices** 未能提供这些服务或因种族、肤色、民族血统、年龄、残疾、信仰、宗教归属、祖源、身体性别、性别认同、性别表现或性别取向以某种方式歧视您，您可以将投诉提交至：

AmeriHealth Caritas Pennsylvania
Community HealthChoices,
Participant Complaints Department,
Attention: Participant Advocate,
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
电话： **1-855-235-5115, TTY 1-855-235-5112,**
传真： **215-937-5367,** 或
电子邮件：

PAmemberappeals@amerihealthcaritas.com

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
电话： **(717) 787-1127,** TTY/宾州中继 **711,**
传真： **(717) 772-4366,** 或
电子邮件： RA-PWBEOAO@pa.gov

您可以当面或通过信函、传真或电子邮件方式提出投诉。如果您提交投诉时需要帮助，AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 和机会均等局 (Bureau of Equal Opportunity) 可以为您服务。

您还可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉；如欲通过电子方式提出投诉，可访问民权办公室投诉门户网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>；您也可以通过邮寄或电话方式提交投诉：

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue S.W.,
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

投诉表获取网址：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

反歧视通知

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

Call: 1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-235-5115 (телефакс: 1-855-235-5112).**

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-235-5115 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-235-5112).**

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-855-235-5115 (टिडिवाइ: 1-855-235-5112)** ।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** ។

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-235-5115 (ATS 1-855-235-5112).**

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112).**

目录

主题	页面
第 1 章—欢迎	5
概述	6
什么是 Community HealthChoices?	6
欢迎使用 AmeriHealth Caritas Pennsylvania (PA) Community HealthChoices (CHC)	6
参保人服务	7
参保人身份卡	8
重要联系信息	11
急救	11
重要联系信息——概览	11
其他电话号码	12
交流服务	13
老年独立生活项目	14
参保计划	14
参保服务	14
更改您的 Community HealthChoices 计划	15
家庭变化	15
搬家后如何应对	16
保险利益丧失	16
提供商信息	16
选择您的初级保健提供商 (PCP)	17
更换您的 PCP	17
门诊看诊	18
与您的 PCP 预约看诊	18
预约标准	18
转介	19
自行转介	20
非工作时间治疗	20
服务协调	20
参保人合作	21
针对政策和服务的建议调整	21
AmeriHealth Caritas PA CHC 计划参保人咨询委员会	21
AmeriHealth Caritas PA CHC 质量改进项目	21
第 2 章—权利与责任	22
参保人权利与责任	23
参保人权利	23
参保人责任	24
隐私性与保密性	25
共付额	25

如果本人被收取共付额，且本人表示有异议，该如何处置？	26
账单信息	26
提供商何时能向本人发出账单？	26
当我收到账单时，应当如何处置？	27
第三方责任	27
保险利益协调	27
接收人限制/固定项目	28
该项目如何使用？	28
报告欺诈或滥用行为	29
本人如何报告参保人的欺诈或滥用行为？	29
本人如何报告提供商的欺诈或滥用行为？	29
第 3 章—生理健康服务	30
护理管理	31
承保服务	31
非承保服务	35
第二诊治意见	36
什么是预授权？	36
医学必需是何意思？	36
请求获得预授权的方式	37
哪些服务、项目或药物需要获得预授权？	37
服务或项目的预授权	40
承保药物的预授权	40
如果本人收到一份拒绝通知应当如何处置？	40
服务描述	41
第 4 章—网络外和计划外服务	58
网络外提供商	59
在 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划服务区域外获得治疗	59
计划外服务	59
非急救医疗运输	59
医疗援助运输项目 (MATP)	60
妇女、婴儿和儿童项目	60
家庭暴力危机和预防	61
性暴力和强奸危机	62
第 5 章—长期服务与支持	63
服务协调	64
全面需求评估	65
个性化计划	67
服务描述	68
基于家庭和社区的服务	68
参保人要求的社区支持	72
疗养院服务	72

遗产追缴	73
第 6 章—预先指示	75
预先指示	76
生前预嘱	76
医疗保健授权书	76
当提供商未遵守您的预先指示时当如何处理	76
第 7 章—行为健康服务	78
行为健康治疗	79
第 8 章—投诉、申诉和公平听证会	81
投诉	82
什么是投诉?	82
一级投诉	82
如果我要投诉应当如何处置?	82
我应当在何时提交一份一级投诉?	83
本人提交了一级投诉后会发生什么?	85
若本人对 AmeriHealth Caritas PA CHC 的决定表示异议, 应当如何处置?	85
二级投诉	87
如果我要提交一份二级投诉应当如何处置?	87
本人提交了二级投诉后会发生什么?	87
若本人对 AmeriHealth Caritas PA CHC 针对我的二级投诉的决定表示异议, 应当如何处置?	88
外部投诉审查	88
本人如何请求获得外部投诉审查?	88
本人请求获得外部投诉审查后会发生什么?	88
申诉	89
什么是申诉?	89
如果我要申诉应当如何处置?	89
我应当在何时提交一份申诉?	90
本人提交了申诉后会发生什么?	90
若本人对 AmeriHealth Caritas PA CHC 的决定表示异议, 应当如何处置?	91
外部申诉审查	91
本人如何请求获得外部申诉审查?	91
本人请求获得外部申诉审查后会发生什么?	92
加急投诉与申诉	92
若本人健康处在即刻风险之下, 应当如何处置?	92
加急投诉和加急外部投诉	93
加急申诉和加急外部申诉	94
在投诉和申诉流程中, 本人可以获得怎样的帮助?	95
主要语言非英文的人士	96

残障人士	96
公众服务部公平听证会	96
本人可以就哪些事项请求获得一次公平听证会？截至何时本人 需要请求获得一次公平听证会？	96
本人如何请求获得一次公平听证会？	97
本人请求获得公平听证会后会发生什么？	98
何时可以获得有关公平听证会的决定？	98
加急公平听证会	99
若本人健康处在即刻风险之下，应当如何处置？	99

第 1 章

欢迎

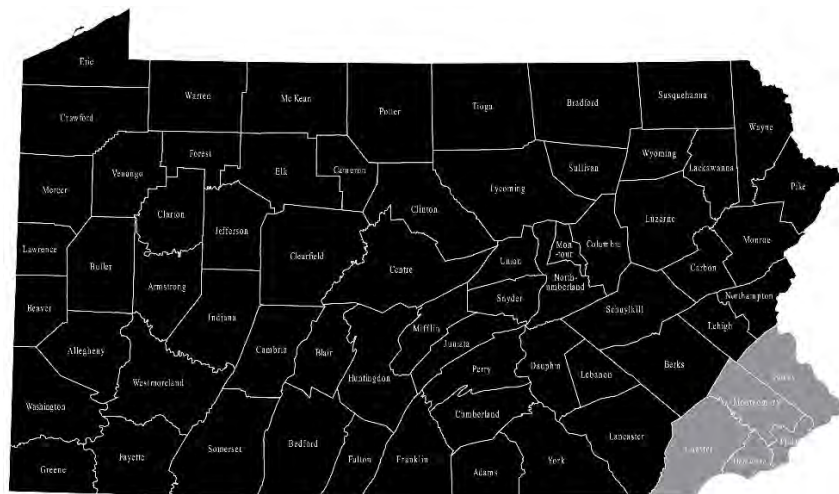
概述

什么是 Community HealthChoices?

Community HealthChoices 是宾夕法尼亚州医疗援助部门 (Pennsylvania's Medical Assistance) 负责管理的一项治疗计划, 可提供生理健康保险利益和长期服务与支持 (LTSS)。宾夕法尼亚州公众服务部 (Department of Human Services, DHS) 下属的长期生活办公室 (Office of Long-Term Living, OLTL) 负责监督 Community HealthChoices 的生理健康保险利益和长期服务与支持 (LTSS)。Community HealthChoices 下属的治疗管理组织 (CHC-MCO) 负责提供这类服务。行为健康服务则通过行为健康护理管理组织 (behavioral health managed care organizations, BH-MCO) 进行提供。DHS 下属的心理健康和物质滥用服务办公室 (Office of Mental Health and Substance Abuse Services, OMHSAS) 则负责监督这些组织。需更多有关行为健康服务的信息, 请查看第 78 页。

欢迎使用 AmeriHealth Caritas Pennsylvania (PA) Community HealthChoices (CHC)

AmeriHealth Caritas PA CHC 欢迎您成为 Community HealthChoices 和 AmeriHealth Caritas PA CHC 的一名“参保人”! AmeriHealth Caritas PA CHC 是一家治疗管理组织, 为 Adams, Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Clarion, Clearfield, Clinton, Columbia, Crawford, Cumberland, Dauphin, Elk, Erie, Fayette, Forest, Franklin, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mercer, Mifflin, Monroe, Montour, Northampton, Northumberland, Perry, Pike, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, Wyoming, 和 York 等郡的参保人提供服务。



AmeriHealth Caritas PA CHC 拥有一张由签约提供商、设施和供应商构成的网络，为参保人提供承保服务。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 在 30 多年来一直致力于为宾夕法尼亚州提供优质医疗服务。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 的使命是帮助人们：

- 获得治疗。
- 保持健康。
- 构建健康社区。

我们这么做是为了帮助您获取保持健康所需的治疗。我们希望确保您能获得尊重，您所获得的医疗服务是具有私人性和保密性的。鉴于此，我们为您提供了由医生、医院和医疗保健提供商组成的大型网络，以确保您能获得所需的医疗服务和支持。**重要的是，您需要使用 AmeriHealth**

Caritas PA CHC 网络内部的提供商（即与 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 签订了合约的提供商）。当您使用 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 网络内的提供商时，我们就更能保证您可以在需要时、按照您期望的方式获得所需治疗。

参保人服务

参保人服务的工作人员可帮您解决：

- 如何获取一份 AmeriHealth Caritas PA CHC 提供商名单。
- 如何订购一张新身份卡。
- 如何选择或更换您的初级保健提供商 (PCP)。
- 如何获取一份新版《参保人手册》。
- 如果您收到了一份医疗服务账单，如何获取帮助。
- 有关您的保险利益或服务的问题。

更多信息。

AmeriHealth Caritas PA CHC 的参保人服务工作时间为：

一周 7 天、每天 24 小时全天候服务，

您还可以致电：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

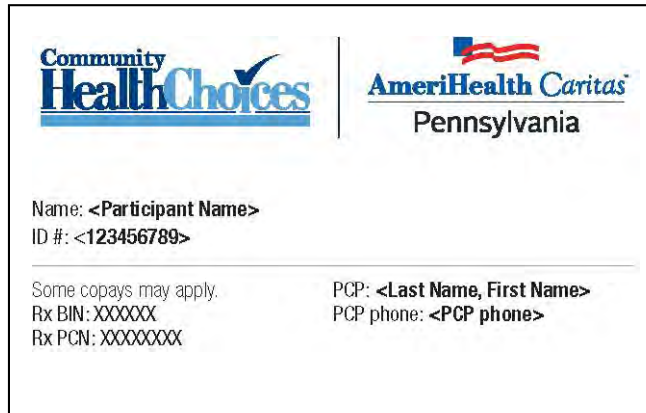
您还可以邮寄信件至以下地点联系参保人服务：

AmeriHealth Caritas PA CHC
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570

参保人身份卡

当您拥有 AmeriHealth Caritas PA CHC

当您成为 AmeriHealth Caritas PA CHC 的参保人时，您将会在邮件中收到身份卡。



在 2021 年 6 月 11 日之前发出的 AmeriHealth Caritas PA CHC 身份卡如下所示：

在 2021 年 6 月 11 日及之后发出的 AmeriHealth Caritas PA CHC 身份卡如下所示：



您的 AmeriHealth Caritas PA CHC 身份卡上记录了您的个人 AmeriHealth Caritas PA CHC 身份编号，以及您和您的医疗保健提供商所需的其他重要电话号码和地址。

请务必随身携带您的身份卡。获取医疗援助 (Medical Assistance) 承保下的保险利益和服务时，您需要出示您的身份卡。

如果您尚未收到您的 AmeriHealth Caritas PA CHC 身份卡，或您的身份卡现已遗失或被盗，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。我们将为您寄送一张新卡。您在等待新卡的过程中仍旧能够获取医疗服务。

当您同时拥有 AmeriHealth Caritas VIP Care 和 AmeriHealth Caritas PA CHC 时

如果您拥有联邦医疗保险 (Medicare)，如果您选择 AmeriHealth Caritas VIP Care 作为您的 Medicare 计划，AmeriHealth Caritas PA CHC 作为您的 Community HealthChoices 计划，您将获得代表这两套计划的一张身份卡。

在 2021 年 6 月 11 日之前发出的身份卡如下所示：



在 2021 年 6 月 11 日及之后发出的身份卡如下所示：



这张卡记录了您的个人 AmeriHealth Caritas VIP Care 的身份编号，以及您的 AmeriHealth Caritas PA CHC 的身份编号。您还可以找到供您和您的医疗保健提供商所用的重要电话号码和地址。

请务必随身携带您的身份卡。获取 Medicare 和/或医疗援助承保下的保险利益和服务时，您需要出示您的身份卡。

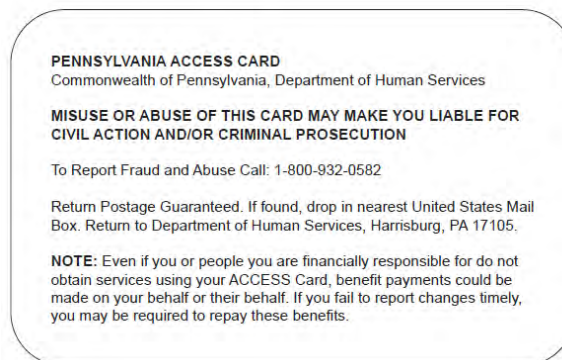
如果您尚未收到您的身份卡，或您的身份卡现已遗失或被盗，请致电参保人服务：

1-855-332-0434 (TTY 711)。我们将为您寄送一张新卡。您在等待新卡的过程中仍旧能够获取医疗服务。

2024 年 AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 参保人手册

您还将获得一张 ACCESS 卡或 EBT 卡。如果您遗失了 ACCESS 卡或 EBT 卡，请致电您的郡援助办公室 (County Assistance Office, CAO)。CAO 的电话号码请参见下文**重要联系信息**一章。您将收到以下两张卡片之一。

带有国会大厦和樱花的 EBT 卡可用于现金援助、补充营养援助计划 (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP) 和 MA。此外，如果一名参保人有资格获得现金援助，他们就自动有资格获得 MA。通常情况下，此卡是发给现金援助和/或 SNAP 福利的接收对象，或者对于 MA 来说，是发给户主的。



上图中印有蓝黑色图案的白卡可用于医疗援助。该卡发放给没有领取现金补助或 SNAP 福利的参保人（或领取这些福利但不是户主的参保人）。

在您获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的身份卡之前，请使用您的 ACCESS 卡或 EBT 卡获取您通过 Community HealthChoices 得到的医疗保健服务。

重要联系信息

以下是您可能需要的一些重要联系电话清单。如果您不知道给谁致电，请联系参保人服务获取帮助：**1-855-235-5115 (TTY 1-855- 235-5112)**。

急救

请参见从第 **30** 页开始的第 **3** 章承保生理健康服务获取更多有关急救服务的信息。如果您碰到了需要急救的情况，请到距离您最近的急救室寻求帮助，致电 **911**，或致电您本地的救护车。

重要联系信息——概览

姓名	联系信息：电话或网站	所供支持
宾夕法尼亚公众服务部电话号码		
郡援助办公室 /COMPASS	1-877-395-8930 或 1-800-451-5886 (TTY/TTD) 或 www.compass.state.pa.us 或 智能手机可用的 myCOMPASS PA 移动应用程序	更改您的个人信息获取获得医疗援助的资格。请参见本手册第 15 页获得更多信息。
公众服务部欺诈和滥用报告热线	1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)	在医疗援助计划中报告参保人、提供商欺诈或滥用情况。请参见本手册第 29 页获得更多信息。
长期生活办公室 参保人求助热线	1-800-757-5042	如果您的问题无法通过 AmeriHealth Caritas PA CHC 得到解决，请致电本州长期生活办公室与其员工进行交谈

其他重要电话号码		
AmeriHealth Caritas PA CHC 护士热线	1-844-214-2472	请致电一名护士了解紧急健康问题，该服务提供每周 7 天、每天 24 小时全天候服务。请参见本手册第 20 页获得更多信息。
宾夕法尼亚州 Medicare 教育和 决策洞察 (PA MEDI)，老年事 务部	1-800-783-7067	针对 Medicare 的疑问获取帮助。
参保专员	1-844-824-3655 711 (TTY)	选择或更改一项 Community HealthChoices 计划。请参见本手册第 14 页获得更多信息。
消费者服务局保 险部 (Insurance Department, Bureau of Consumer Services)	1-877-881-6388	请求获得投诉表、提交投诉或与消费者服务代表进行交谈。
州监察官 (State Ombudsman)	请联系本地区的老龄化机构。请查看以下网页获取联系信息： www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx ， 或致电宾夕法尼亚州老龄化部：717-783-8975	针对居住在疗养院、辅助生活设施和个人护理家庭内的人员的法律权利寻求帮助或获取信息。
保护服务 (Protective Services)	1-800-490-8505	针对任何年龄超过 60 周岁的人员或年龄在 18 周岁至 59 周岁之间患有身体或心理残疾的人员，报告任何潜在的虐待、疏于照顾、剥削或遗弃的行为。

其他电话号码

郡援助办公室 (CAO)

如需获取宾夕法尼亚州郡援助办公室的地址和电话号码最新清单，请查看：
<https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/CAO-Contact.aspx>。

医疗援助运输项目 (MATP)

如需获得各郡的 MATP 联系电话的完整清单：

- 请参见欢迎套件中的信息，或
- 登录：<http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx>，获取 MATP 电话号码最新版，或
- 请查看我们的网页：www.amerihealthcaritaschc.com，请点击“Participants”（参保人），然后点击“Important Numbers”（重要电话号码）。您将在这个链接中找到各郡的 MATP 电话号码。

行为健康服务

如需获得各郡的行为健康办公室联系电话的完整清单：

- 请参见欢迎套件中的行为健康信息，或
- 请访问<https://www.dhs.pa.gov/HealthChoices/HC-Services/Pages/BehavioralHealth-MCOs.aspx>，或
- 请查看我们的网页：www.amerihealthcaritaschc.com，请点击“Participants”（参保人），然后点击“Important Numbers”（重要电话号码）。您将在这个链接中找到各郡行为健康联系信息。

儿童热线：	1-800-932-0313
宾夕法尼亚戒烟项目	1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)
PA 参保服务	1-844-824-3655 (TTY 711)
全国自杀预防生命热线	1-800-273-8255

若需心理健康护理或支持，您可以在以下链接上了解更多关于宾夕法尼亚州 (PA) 所供的服务：

[PA 的心理健康 \(Mental Health in PA\) : https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/default.aspx](https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/default.aspx)

AmeriHealth Caritas VIP Care 是我们针对那些符合 Medicare 双重资格特殊需求计划 (D-SNP) 的参保人所提供的 Medicare 计划。**AmeriHealth Caritas VIP Care** 还可用于同时拥有 Medicare 和 Community HealthChoices 计划的参保人。针对新近符合获得 Medicare 资格的参保人，您将被自动加入至 **AmeriHealth Caritas VIP Care** 计划，除非您选择退出自动加入流程，并选择了另一套 Medicare 计划。如果您目前还不是 **AmeriHealth Caritas VIP Care** 的参保人，且希望了解更多信息，请访问网站：www.amerihealthcaritasvipcare.com。

交流服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 可免费为您提供本手册和您所需信息的其他语言版本。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 可在您需要的情况下，免费为您提供对于获取或了解您的

保险利益和服务非常重要的本手册和您所需信息的其他形式，例如：CD 碟片、盲文、大字体印刷、DVD 和电子通讯格式和其他格式。 请联系参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，寻求任何您所需的帮助。接收文件的时间范围根据要求的文件类型和格式而异。

如果您不能说或理解英文，或您是聋哑人士或患有听障，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 将提供一名口译员，包括美国手语或中继服务。免费为您提供上述服务。 如果您需要一名译员，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，参保人服务将与您取得联系为您提供能够满足您的需求的译员服务。 如需 TTY 服务，请致电专用号码：**1-855-235-5112**。如果您使用美国手语和可视电话交流，您可以拨打 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的普通电话 **1-855-235-5115 (TTY 1-855- 235-5112)**。

如果您的初级保健提供商 (PCP) 或其他提供商无法为您的预约看诊提供一名译员，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 将能为您提供这项服务。 如果您在预约看诊时需要一名译员，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855- 235-5112)**。

老年独立生活 (Living Independence for the Elderly, LIFE) 项目

如果您现年至少 55 周岁，您可能可以加入 LIFE 计划，用于替代 Community HealthChoices 计划。LIFE 计划针对现年 55 周岁及以上、满足郡所设定的某些要求的人员提供医疗、处方药、行为健康、运输和支持服务。这些郡设立的要求包括您的居住地、您所需要的治疗程度以及您所需的财务支持类型。 如需获取更多有关 LIFE 项目的信息，请联系一名参保专员：**1-877-550-4227**。

参保计划

为了获取 Community HealthChoices 计划所供的服务，您需要维持获得医疗援助的资格。 您将收到有关资格审查的文件或电话。 请务必遵守规定，确保您的医疗援助资格不会被取消。 如果您对收到的任何文件存有疑问，或您并不确定您的医疗援助资格是否处在最新状态，请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，或您的郡援助办公室。

参保服务

医疗援助计划与独立参保经纪人 (IEB) 的参保专员合作，帮您加入 Community HealthChoices 计划。 当您首次有资格加入 Community HealthChoices 计划时，您收到了关于参保专员的信息，以及关于您已收到的涉及选择一套 Community HealthChoices 计划的信息。 如果您选择更改 Community HealthChoices 计划，或您将搬迁至另一郡县内，或您希望从 Community HealthChoices 计划转到 LIFE 项目中，参保专员都能够告

知您所在区域的所有可用 Community HealthChoices 计划的有关信息，并为您提供帮助。

参保专员能够帮您：

- 选择一项 Community HealthChoices 计划
- 更改您的 Community HealthChoices 计划
- 当您首次加入 Community HealthChoices 计划时选择一名初级保健提供商 (PCP)。
- 回答您对 Community HealthChoices 各类计划提出的疑问。
- 询问您是否有特殊需求，从而帮您决定选择哪个 Community HealthChoices 计划。
- 为您提供更多有关 Community HealthChoices 计划的信息。

如需联系参保专员，请致电：1-844-824-3655 或 711 (TTY)。

更改您的 Community HealthChoices 计划

如果您是新进加入 Community HealthChoices 计划，则我们为您发送的有关 Community HealthChoices 计划的信息中包括：如何联系参保专员，选择一套 Community HealthChoices 计划和一名 PCP。如果您并未选择，则我们将为您选择一套 Community HealthChoices 计划。

您可以出于任何原因随时变更 Community HealthChoices 计划。如需变更 Community HealthChoices 计划，请致电参保专员：1-844-824-3655 或 (TTY: 711)。他们将告诉您更改后的新 Community HealthChoices 计划将从何时启用，而您将在那之前一直处在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划之中。更改您的 Community HealthChoices 计划可能需要 6 个星期才能生效。在新的计划生效前，请在预约看诊时使用您的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 身份卡。

家庭变化

如果您的家庭出现了任何变化，请致电郡援助办公室 (CAO) 和参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

例如：

- 您家中有人怀孕或生了孩子
- 您的地址或电话号码发生了变化
- 您或与您生活在一起的一名家庭成员获得了其他医疗保险
- 您或与您生活在一起的一名家庭成员患有重病或成为残疾人士
- 一名家庭成员搬入或搬出您家
- 家中有人死亡

请谨记：一旦您的家庭内部发生任何变化，请务必立即致电 CAO，因为这种变化可能会影响您的保险利益。

搬家后如何应对？

若您要搬家，请联系您的 CAO。如果您搬出本州，您将无法继续通过 Community HealthChoices 计划获取服务。您的案件管理人将终止您在宾夕法尼亚州的保险利益。您将需要在新的州内申请保险利益。

保险利益丧失

您的保险利益丧失可能有几个原因。

例如：

- 您的医疗援助因任何原因而终止。如果您在 6 个月内再次符合了获得医疗援助的资格，则您将再次加入同样的 Community HealthChoices 计划，除非您选择加入不同的 Community HealthChoices 计划。
- 您进入了宾夕法尼亚州以外的一家疗养院。
- 您犯有医疗援助欺诈行为，并完成了所有上诉程序。
- 您连续 30 天以上在一家州精神病院居住。
- 您已入狱。

提供商信息

AmeriHealth Caritas PA CHC 提供商目录拥有 AmeriHealth Caritas PA CHC 网络内提供商的信息。请点击以下链接查看提供商名录：

www.amerihealthcaritaschc.com。您还可以致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，请求获取一份可寄送给您的提供商名录，或请求获得一名医生就读哪个医学院或完成住院医师项目的信息。您还可以致电参保人服务获得帮助寻找一名提供商。提供商名录包括网络内提供商的以下信息：

- 姓名、地址、网址、电子邮件、电话号码
- 该提供商是否接收新病人
- 工作日期和时间
- 提供商提供的资历和美国医学专业委员会认证
- 该提供商提供的专业和服务
- 该提供商是否可以使用英文以外的语言，如果是，列明哪些语言
- 提供商所在处是否便于轮椅出入

提供商目录打印版上的信息可能会发生变化。您可以致电参保人服务，查看提供商目录中的信息是否是最新的。在线目录每日会获得更新。您也可以要求获得一份印刷版的提供商名录。

选择您的初级保健提供商 (PCP)

您的 PCP 是一名医生或一个医生团体，他们与您的其他医疗保健提供商一起确保您能够获取所需的医疗服务。您的 PCP 将为您推介所需的专科医生，并跟踪所有提供商为您提供的治疗。

PCP 可以是一名家庭医生、全科医生、儿科医生或内科医生（内科学医生）。您还可以选择一名高级注册执业护士 (certified registered nurse practitioner, CRNP) 作为您的 PCP。一名高级注册执业护士负责在一名医生的指导下开展工作，能够覆盖许多医生提供的服务，例如：开具处方药和诊断疾病。

有些医生还可使用其他医疗专业人士，在您的 PCP 的监督下为您看诊，并提供护理和治疗。

这些医疗专业人士可以是：

- 医生助理
- 住院医师
- 认证护士-助产士

如果您拥有 Medicare，即使您的 PCP 不在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内，您仍旧可以使用这位 PCP。如果您没有 Medicare，则您的 PCP 必须在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的网络内。

如果您拥有特殊需求，请选择一名专科医生作为您的 PCP。这位专科医生必须同意作为您的 PCP，并必须在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的网络内。

计划加入专家能够帮助您在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中选择您的首位 PCP。当您选择了 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划后并未在 14 天内通过您的计划加入专家选择一名 PCP，则我们将为您选择一名 PCP。

更换您的 PCP

如果您出于任何原因需要更改您的 PCP，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，请求使用一名新的 PCP。如果您在寻找新的 PCP 时需要帮助，请登录：**www.amerihealthcaritaschc.com**，该网站提供一份提供商名录，或致电参保人服务获取一份提供商名录印刷版。

参保人服务代表将告诉您什么时候可以到新的 PCP 处看诊。

当您更换了 PCP 后，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 将把您的病历从此前的 PCP 处转至您的新 PCP 处。在紧急情况下，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 将帮助您尽快转移您的病历记录。

如果您的 PCP 是一名儿科医生或儿科专家，您可以请求帮助以更换一名 PCP，为您提供成年人所需服务。

如果您拥有 Medicare，您应当联系您的 Medicare 提供商更换您的 PCP。

门诊看诊

与您的 PCP 预约看诊

与您的 PCP 预约看诊时，请致电您的 PCP 的办公室。如果您在预约时需要帮助，请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

如果您在预约医生看诊时需要帮助，请参见本手册第 60 页医疗援助运输计划 (MATP) 一章，或使用以上电话号码致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的参保人服务。

如果您在去往预约时仍旧没有收到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 身份卡，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。我们将把您的参保人身份编号给到您。请在您收到的新参保人欢迎套件中的欢迎信函上写下您的参保人身份编号。当您获得所需服务时，请携带这个编号。您的医疗保健提供商还应致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 来核实您的资格。如果您有 Medicare，则请告知您的 PCP 您的 Medicare 保险是由谁提供的。

预约标准

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划提供商必须满足以下预约标准：

- 当您致电请求获得定期预约看诊时，您的 PCP 应当能够在 10 个工作日内为您安排预约。
- 您在门诊等待的时间不应超过 30 分钟，除非医生有急救情况需要处理。
- 如果您的医疗状况紧急，您的提供商应能在您致电预约后 24 小时内为您看诊。
- 如果您需要急救，则提供商必须立即为您看诊，或将您转诊至急救室。
- 如果您怀孕了，且：
 - 若您处在第一孕期，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 10 个工作日内为您看诊。

- 若您处在第二孕期，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 5 个工作日内为您看诊。
- 若您处在第三孕期，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 4 个工作日内为您看诊。
- 若您属于高危妊娠，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 24 小时内为您看诊。

转介

转介是指您的 PCP 将您推荐给一名专科医生。 专科医生可以是一名医生（或一个医生团队）或高级注册执业护士 (CRNP)，他们所提供的服务主要在治疗某种疾病或某种医疗状况，或治疗身体的某个部位。 如果您在尚未获得 PCP 的转介时去看一名专科医生，您则可能需要支付账单。

若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划在您所在地区所拥有的专科医生不足两名，且您不愿意在您所在的区域看这位专科医生，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 将与您一起合作，免费为您在网络外找寻一名专科医生供您所用。 您的 PCP 必须联系 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 您希望使用一名网络外专科医生，并要在您到这位专科医生处看诊前获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的批准。

您的 PCP 将帮助您与这位专科医生预约。 PCP 和这名专科医生将与您和该医生一起合作，确保您能够获得所需治疗。

有时，您可能患有一种特别医疗症状，且您需要经常到专科医生处就医。 当您的 PCP 批准您可以到一名专科医生处多次就医时，这被称为长效转介。

如需查看 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的专科医生名单，请参见我们网站上的提供商目录：www.amerihealthcaritaschc.com，或致电参保人服务获取一份提供商目录打印版。

自行转介

自行转介是您为自己安排的服务，无需您的 PCP 替您安排接受这项服务。您必须使用 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的提供商，但由 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划批准使用的网络外提供商除外。

以下服务不需要您的 PCP 提供转介：

- 产前就医
- 常规产科 (OB) 治疗
- 常规妇科 (GYN) 治疗
- 常规家庭计划服务（可在无预授权时到网络外提供商处就医）
- 常规牙科服务
- 常规眼科检查
- 紧急服务

获得行为健康服务时，您无需获

得 PCP 的转介。您可以致电行为健康护理管理组织获取更多信息。请参见本手册第 78 页上的第 7 章查看更多信息。

非工作时间治疗

您可以在每周 7 天、每天 24 小时内致电您的 PCP 咨询非急救医疗问题。值班的医疗保健专业人士将帮助您获取任何您所需要的护理和治疗。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划还设有一条免费的全天候值班护士热线：**1-844-214-2472**。护士将询问您有哪些紧急医疗问题。该热线不适用于急救需求。如果您出现需要急救的情况，请前往最近的急救科，拨打 911 或致电当地的救护车服务。

服务协调

如果您正在获取长期服务与支持 (LTSS)，且您需要更多服务或不同服务，服务协调员将帮助您解决有关服务方面的问题，确保您获得所需服务。您的服务协调人将在您的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划启用后与您取得联系。如果您需要与服务协调人交谈，您还可以联系参保人服务。请参见第 63 页了解更多有关 LTSS 的信息。

参保人合作

针对政策和服务的建议调整

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划希望从您这里了解如何改善 Community HealthChoices 带给您的体验。如果您对如何改善本计划持有建议，或告知我们提供服务的不同方式，请联系

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划参保人服务：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划参保人咨询委员会

AmeriHealth Caritas PA CHC 拥有一个参保人咨询委员会 (Participant Advisory Committee, PAC)。该委员会由参保人、网络内提供商和直接护工组成。PAC 向 AmeriHealth Caritas PA CHC 提供建议，告知该计划像您这样的参保人的体验和需求有哪些。该委员会至少每 3 个月会召开一次见面会。如需更多有关 PAC 的信息，请联系参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，或访问网站：**www.amerihealthcaritaschc.com**。

AmeriHealth Caritas PA CHC 质量改进项目

AmeriHealth Caritas PA CHC 的使命在于：帮助人们获得治疗、保持健康并构建健康社区。

- 我们的优秀团队负责践行这一使命，监督您所获得的医疗保健和服务。
- 我们的目标是：为我们的参保人改善健康与福祉。我们的优质团队：
 - 研究我们的内部医疗和服务惯例，找到改进领域。
 - 针对拥有特殊医疗保健需求的参保人编制项目。
 - 调查参保人和提供商，并使用调查结果改善我们的服务。
 - 审查 AmeriHealth Caritas PA CHC 的医疗、牙科、眼科和药房提供商提供的治疗和服务质量。

我们寻找需要改进的领域。

若您有以下情况，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**：

- 希望了解更多有关我们提供的优质项目、目标、活动和成果的信息。
- 认为您并未获得优质护理。我们的团队将调查这一问题。
- 正准备出院，但需要获得资源。我们的团队能够提供帮助。

第 2 章

权利与责任

参保人权利与责任

AmeriHealth Caritas PA CHC 及其网络内提供商不因种族、性别、宗教、国籍、是否残障、年龄、性取向、性别认同或其他法律禁止的理由对参保人施以歧视。

作为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的参保人，您拥有以下权利与责任。

参保人权利

您所拥有的权利：

1. 从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的工作人员和网络内提供商处获得尊重，并获得对您的尊严和隐私需求的认可。
2. 以便于您理解的方式获取信息，在需要帮助时寻求帮助。
3. 获得您可以轻松理解的信息，了解 **AmeriHealth Caritas PA CHC**、其服务以及治疗您的医生和其他提供商。
4. 按照您的意愿选择为您提供治疗的网络内医疗保健提供商。
5. 无需 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的批准即可从任何提供商处获得紧急服务。
6. 获取您便于理解的信息，并与您的提供商探讨您的治疗方案、治疗风险和可以自行进行的检查测试，且 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 无需进行任何干预。
7. 就您的医疗保健做出所有决定，包括拒绝治疗的权利。如果您无法自行做治疗决定，您则有权请求他人帮您做决定，或代您做决定。
8. 与提供商进行保密沟通，并对您的医疗保健信息和记录保密。
9. 查看并获取您的病历副本，并要求对病历进行更改或更正。
10. 寻求第二意见。
11. 若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 决定某项服务对您来说并非医学必需，且您对此表示异议，您有提交申诉的权利。
12. 若您对所接受的护理或治疗表示不满，您有提交投诉的权利。
13. 请求获得 DHS 公平听证会。

14. 不得用任何形式的限制或隔离的方式强迫您做一件事情，或对您进行纪律管教，或为提供商提供便利，或对您加以处罚。
15. 了解因道德或宗教原因导致 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划或提供商不提供的服务的信息，以及了解如何获得这类服务。
16. 您在执行权利时，不应对公众服务部 (DHS)、**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划和为您提供治疗的网络内提供商造成负面影响。
17. 编制一份预先指示。请参见第 75 页上的第 6 章查看更多信息。
18. 针对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的参保人的权利与责任提出建议。

参保人责任

参保人需要与医疗保健提供商和 LTSS 服务保持合作。 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 需要您的帮助，确保您能够获得所需服务与支持。

以下是您应当做到的：

1. 尽最大可能提供您的医疗保健提供商需要的信息。
2. 遵守您的提供商订立的要求和指南。
3. 参与有关您的医疗保健和治疗的相关决定。
4. 与您的医疗保健提供商合作，制定并执行您的治疗计划。
5. 告知您的提供商您的需求和期望。
6. 了解 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的承保范围，包括所有承保和非承保的利益和限制。
7. 除非 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划批准您使用一名网络外提供商，或您拥有 Medicare，否则请仅使用网络内提供商。
8. 当一名专科医生并不在自行转介名单中时，请求您的 PCP 为您转介一名专科医生。
9. 尊重其他患者、提供商的工作人员和提供商的员工。
10. 尽力支付您的共付额。
11. 将欺诈和滥用事件上报给 DHS 欺诈和滥用报告热线。

隐私性与保密性

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划必须维护您个人医疗信息 (personal health information, PHI) 的隐私性。 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划必须告知您将如何使用或分享您的 PHI 信息。 这包括与正在为您提供治疗的提供商分享您的 PHI，使得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划能够向您的提供商付款。 此外，还包括与 DHS 分享您的 PHI 信息。 这部分信息现已列入 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的《隐私性操作通知 (Notice of Privacy Practices)》中。 如需获取一份 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的《隐私性操作通知》，请致电**参保人服务：1-855-235- 5115 (TTY 1-855-235-5112)** 或访问：www.amerihealthcaritaschc.com。

共付额

共付额是指您在获得承保服务时所需支付的一笔费用。 其金额通常很小。 当您接受服务时，您将被要求支付共付额，但如果当时您无法支付共付额，您不应因此被拒绝接受服务。 如果您在接受服务之时并未支付共付额，您可能会从您的提供商处收到一份账单，请求您支付共付额。

共付额的金额请参见本手册第 **31** 页“承保服务”图表。

以下参保人无需缴纳共付额：

- 孕妇（包括产后期）
- 居住在长期看护设施，包括针对智力残疾和其他相关疾患者所使用的中级护理设施或其他医疗机构中的参保人
- 居住在个人护理家庭或住宅式护理家庭中的参保人
- 有资格获取“乳腺癌和宫颈癌预防和治疗项目”保险利益的参保人
- 正在接受临终关怀护理的参保人

以下服务不需要缴纳共付额：

- 急救服务
- 化验服务
- 计划生育服务，包括医疗用品
- 临终关怀服务
- 家庭保健服务
- 戒烟服务
- 到 PCP/CRNP 处看诊

如果本人被收取共付额，且本人表示有异议，该如何处置？

如果您认为一名提供商向您收取了错误的定额手续费，或您认为您不应缴纳这笔定额手续费，您可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提交一份投诉。请参见第 8 章：投诉、申诉和公平听证会，了解如何提交投诉的信息，或致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

账单信息

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划网络内的提供商不应针对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划承保的医学必需服务向您发送账单。即使您的提供商并未从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 处收到全额款项，该提供商也不可以向您发出账单。此举被称为平衡账单。

提供商何时能向本人发出账单？

提供商可在以下情况发生时向您发出账单：

- 您没有支付共付额。
- 您在未经 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 批准的情况下接受了网络外提供商的服务，且提供商在您接受服务之前已经告知您这次服务将不会得到承保，且您同意为这次服务付账。
- 您所接受的服务为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划未承保的服务，且提供商在您接受服务之前已经告知您这次服务将不会得到承保，且您同意为这次服务付账。
- 您从一名并未加入医疗援助计划的提供商处接受了一项服务。
- 在需要转介时，您没有从 **PCP** 或其他医疗服务提供商处获得转介，且医疗服务提供商在您接受服务前告知您该服务不在承保范围内，而您同意支付该服务的费用。
- 您的计划例外或保险利益限制例外的申请被拒，且医疗保健提供商在提供服务前通知您，您可能需要自付款项。
- 您在盗用身份或使用他人的健康保险卡时获得了服务。

当我收到账单时，应当如何处置？

如果您从一名 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内提供商处收到了一份账单，且您认为该提供商不应向您发出账单，则您可以致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

如果您因以上原因中的一种而收到了一份提供商发出的账单，则该提供商已获得许可向您发送账单，且您应当支付账单，或致电该提供商。

第三方责任

您也许还拥有 Medicare 或其他医疗保险。Medicare 或其他医疗保险是您的主要保险。这种其他医疗保险被称之为“第三方责任”，或 TPL。拥有其他保险并不会影响您获得医疗援助的资格。在大部分情况下，您的 Medicare 或其他保险将在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划付款前，支付您的 PCP 或其他提供商。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划接到的账单部分将是您的 Medicare 或其他医疗保险并未支付的部分。

如果您还拥有 Medicare 或其他以医疗保险，您必须告知郡援助办公室 (CAO) 和参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。当您到一名提供商或一间药房时，您必须告知该提供商或药房您所拥有的全部医疗保险形式，并出示您的 Medicare 卡或其他保险卡，ACCESS 卡或 EBT 卡，以及您的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 身份卡。这将确保您的医疗保健账单得到及时准确支付。

保险利益协调

如果您拥有 Medicare，并且 Medicare 承保您需要的服务或其他护理，则可以从 Medicare 计划网络中的任何 Medicare 提供商处获得护理。该提供商无需在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内或加入 Medicaid。您也无需从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划处获得预授权，您到一名专科医生处看诊时也无需从 Medicare PCP 处获得转介。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将与 Medicare 保持合作，确定在 Medicare 支付账单后，本计划是否还需要向该提供商付款。

如果您所需的服务不在 Medicare 的承保范围内，但属于 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的承保范围，您必须从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内提供商处获得该服务。所有 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的规定，例如预授权等，都适用于这类服务。

如果您没有 Medicare，但您拥有其他保险，且您所需的服务或其他护理在这份其他保险的承保范围内，您必须使用同时加入了其他保险和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的提供商为您提供这类服务。您必须遵守其他保险和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计

划的规定，例如：预授权和专科医生转介。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划则将与您的其他保险进行合作，确定在其他保险支付了账单后，本计划是否还需为这项服务支付费用。

如果您所需的服务不在您的其他保险的承保范围内，则您必须从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内提供商处获得该服务。所有 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的规定，例如预授权等，都适用于这类服务。

接收人限制/固定项目

接收人限制/固定项目要求：当一名参保人滥用或过度使用其医疗保健服务或处方药保险利益，则该参保人需要使用特定的提供商。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 与 DHS 展开合作，确定是否对某参保人使用的医生、药房、医院、牙医或其他提供商加以限制。

该项目如何使用？

AmeriHealth Caritas PA CHC 会对您所使用的医疗保健服务和处方药服务进行审查。若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 发现对医疗保健或处方药服务存在滥用或过度使用的情况，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 就会请求 DHS 批准对您可以使用的提供商加以限制。一旦 DHS 批准，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 将向您发送一份书面通知，解释这一限制。

您可以选择提供商，或 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 将为您选择提供商。如果您希望获得的提供商与 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划为您选取的提供商不同，则请致电参保人服务：

1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)。该限制将持续 5 年，即使您更换 Community HealthChoices 计划。

如果您对限制您所用提供商这一决定表示异议，您可以就这一决定提出申诉，在您收到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划发出的限制提供商信函之日后 30 天内，请求 DHS 为您举办一次公平听证会。

您必须在公平听证会的书面请求上签字，并将其寄送至：

Department of Human Services
Office of Administration
Bureau of Program Integrity - DPPC
Recipient Restriction Section
P.O.Box 2675
Harrisburg, Pennsylvania 17105-2675

如果您在请求获得公平听证会时需要获得帮助，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，或联系您所在地区的法务援助办公室。

如果您的申诉的邮戳日期在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划发出通知之后的 15 日内，则这些限制在您的申诉结论下达之前将不会生效。如果您的申诉的邮戳日期在计划发出通知之日起 15 日以后至 30 日以内，则这些限制将生效，直至您的申诉结论确定。听证会和申诉局 (Bureau of Hearing and Appeals) 将通过书面形式告知您的听证会的举办日期、时间和地点。针对限制提供商的决定，您无法通过 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提交申诉或投诉。

5 年后，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将重新审查您的服务，确定是否取消限制，或继续施以限制，并将把审查结果提交给 DHS 供其审查。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将通过书面形式告知您结果。

报告欺诈或滥用行为

本人如何报告参保人的欺诈或滥用行为？

如果您认为有人：使用您的或其他参保人的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 身份卡来获取服务、设备或药物；伪造或更改其处方；或获取他们不需要的服务，请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划欺诈和滥用热线：**1-866-833-9718 (TTY 711)**，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划这一信息。您还可以向 DHS 欺诈和滥用报告热线汇报这一信息：**1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)**。

本人如何报告提供商的欺诈或滥用行为？

提供商欺诈行为是指一名提供商针对您并未获取的服务、设备或药物发出账单，或针对与您所获服务不同的服务而发出账单。针对同一服务发出不止一次的账单或更改服务日期，这些都属于提供商的欺诈行为。如需报告提供商欺诈行为，您可以致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 欺诈和滥用热线：**1-866-833-9718 (TTY 711)**。您还可以向 DHS 欺诈和滥用报告热线汇报这一信息：**1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)**。

第 3 章

生理健康服务

护理管理

所有参保人均可获得护理管理。 护理经理将与您、您的 PCP、您的所有其他提供商和您的其他医疗保险进行合作，确保您可以获得所需服务。 护理经理还可帮助您与其他本州和当地项目，或您的 Medicare 计划（如适用）建立联系。

当您出院或离开短期医疗设施之时，您的护理经理将帮助您确保您在回家后也能获得所需服务。 这些服务包括：上门家庭护理服务或理疗。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划希望您能够尽快回家。

如果您在任何医疗保健或服务方面需要帮助，或需要与其他本州或当地项目建立联系，请致电您的护理经理或参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

承保服务

下表列出了 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划承保的医学必需服务。 某些服务设有一定限制或定额手续费，或需要从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划处获得预授权。 如果您所需的服务超出了以下的限制，您的提供商可以申请例外处理，具体请参见本章下文。 如果您处在妊娠期，这些限制将不适用。

如果您使用 Medicare，则您的 Medicare 计划是大部分服务的主要支付者。请参见您的 Medicare 计划获取有关 Medicare 承保的承保服务、限制、共付额和预授权/转介信息。

服务		
初级保健提供商	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	无预授权或转介
专科医生	限制	某些专科医生服务可能存在限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些专科服务可能需要预授权
高级注册执业护士	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	无预授权或转介

服务		
联邦认证合格健康中心/乡村健康诊所	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	无预授权或转介
非医院类门诊诊所	限制	某些服务可能存在限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些服务可能需要预授权
医院类门诊诊所	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些服务可能需要预授权
足病诊疗	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些足病服务可能需要预授权
推拿按摩服务	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些推拿按摩服务可能需要预授权
验光师服务	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些服务可能需要预授权
临终关怀	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
牙科服务	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
放射（例如：X-光造影、核磁共振成像 (MRI)、电脑断层扫描 (CT)）	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
医院类门诊部简短手术部	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
门诊流动手术中心	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用

服务		
非急救医疗运输	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
计划生育服务	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	某些计划生育服务可能需要预授权
血液肾透析	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
急救服务	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	无预授权或转介
紧急护理服务	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	无预授权或转介
救护服务	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
住院医院	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
住院康复医院	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
生育护理	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
处方药	限制	无限制
	共付额	专利药：每次处方或续药 3 美元 仿制药：无共付额 某些药物没有共付额
	预授权/转介	预授权可能适用

服务		
肠胃内/肠胃外营养补充剂	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
疗养院服务	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
家庭健康护理，包括：护理、辅助和理疗服务	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
耐用医疗设备	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
假肢和矫正	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
眼镜镜片	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
眼镜框	限制	可能使用限制
	共付额	共付额可能适用
	预授权/转介	预授权可能适用
隐形眼镜	限制	可能使用限制
	共付额	共付额可能适用
	预授权/转介	预授权可能适用
医疗用品	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
治疗（物理治疗、职业治疗和言语治疗）	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用

服务		
化验	限制	无限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用
戒烟	限制	可能使用限制
	共付额	无共付额
	预授权/转介	预授权可能适用

非承保服务

以下列出的是 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划不提供承保的生理健康服务。如果您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划是否会承保一项服务存有疑问，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

MCO 可能无法为实验性医疗手术、药物和设备进行承保。

非承保服务：

- 试验性医疗手术、药物和设备。
- 非医学必需服务。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提供商网络之外的提供商提供的服务，但以下服务除外：
 - 急救服务。
 - 计划生育服务。
 - 戒烟心理咨询服务。
 - **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提供了预授权的服务。
 - 当您拥有 Medicare，并从自行选择的 Medicare 提供商处获得 Medicare 承保服务。
- 整形手术，例如：面部拉皮手术、整腹术或吸脂术。
- 针灸疗法。
- 不孕不育服务。
- 亲子鉴定。
- 未经 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划提供预授权的，其他保险计划提供和承保的服务，例如：工人赔偿，军人医疗保险计划 (TRICARE) 或其他商业保险。但 Medicare 承保的服务无需获得预授权。
- 您在美国及其属地境外获得的服务。AmeriHealth Caritas PA CHC 计划不允许向美国境外支付款项。
- 根据《社会安全法 (Social Security Act, SSA)》第十九章中规定的不被认为是“医疗服务”的服务。

本清单并未穷尽所有非承保服务。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划也许无法支付您的全部治疗开支。当 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划无法为这项服务承保时，且您已经被提前告知这一点，则您可能需要为您所获的服务支付费用。请务必与 PCP 或 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划参保人服务核对，看看哪些医疗保健服务在承保范围内。

第二诊治意见

如果您对任何治疗服务或向您推荐的非急救手术感到不确定，您有权获取第二诊治意见。第二诊治意见可给到您更多信息，能够帮助您对治疗做出重要决定。除了支付共付额以外，第二诊治意见不会给您增加其他费用。

请致电 PCP 请求在 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划内另找一名网络内提供商来获取第二诊治意见。如果在 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划网络内没有其他提供商了，您可以请求 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划批准您从一名网络外提供商处获得第二诊治意见。

什么是预授权？

在您获得某些服务或项目前，您需要请求 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划给出批准。这被称为预授权。针对需要预授权的服务，在您获得服务之前，AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将决定该服务是否为医学必需服务。您或您的提供商必须在您接受服务前，请求 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划对该服务进行批准。

医学必需是何意思？

“医学必需”意味着一项服务、项目或药物能够实现以下内容之一：

- 这将，或有合理期望能够，避免一种疾病、症状或残疾；
- 这将，或有合理期望能够，缓和或改善一种疾病、症状、伤害或残疾所带来的生理、心理或发育影响；
- 这将帮助您有能力处理日常工作，且需考虑您的能力和同龄他人的能力；或
- 如果您正在接受 LTSS，这将帮您获得在社区生活的福利，有机会达到您的目标，并能在您希望生活的地方生活与工作。

如果您在确定一项服务、项目或药物是否为医学必需时需要任何帮助，或需要获得更多信息，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

请求获得预授权的方式

1. 您的 PCP 或其他医疗保健提供商必须向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划展示相关信息，指明该服务或药物是医学必需的。
2. **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的护士或药剂师将审查这类信息。他们将使用公众服务部批准的临床指南进行审查，查看该服务或药物是否为医学必需。
3. 若这项请求无法由 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的护士或药剂师进行批准，则一名 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的医生将负责审查这一请求。
4. 若该请求已经获批，我们将告知您和您的医疗保健提供商您已获得批准。
5. 如果该请求没有获批，则我们将向您和您的医疗保健提供商致函，告知您最终决定的理由。
6. 如果您对这个决定存有异议，您可以提交一份投诉或申诉，和/或请求获得一次公平听证会。请参见第 81 页查看有关投诉、申诉和公平听证会的信息。
7. 您还可以致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，请求在提交投诉、申诉和/或获取公平听证会时获得帮助。

如果您在更好地理解预授权流程方面需要帮助，请与 PCP 或专科医生进行交谈，或致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

如果您或您的提供商希望获得一份判定您的预授权请求的医学必需指南或其他规定，您可以致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。您的提供商还可致电提供商服务：**1-800-521-6007**。

哪些服务、项目或药物需要获得预授权？

下表列出了一些但并非全部需要预授权的服务、项目和药物。

需要预授权的生理健康服务包括：

- 自选住院服务，包括康复服务。
- 自选器官移植评估和手术。
- 自选/非急救空中救护飞机运输。
- 自选在急症设施提供的住院或门诊服务中进行转移。
- 专业护理设施。
- 肠胃病学服务（仅适用于编号 91110 和 9111）。

- 减肥手术。
 - 所有疼痛管理服务均需获得预授权，但以下情况**除外**：宾夕法尼亚州医疗援助 (Pennsylvania Medical Assistance, PA MA) 免费明细表中列示的服务，且在参与项目的医生办公室环境 (POS 11) 中提供。
 - 整形手术。
 - 门诊治疗服务（物理治疗、职业治疗和言语治疗）
 - 评估服务不需要预授权，并且在一个日历年内每科最多 **24** 次看诊。
 - 如果一个日历年内每科超过 **24** 次看诊，则此类服务需要预授权。
 - 由网络内提供商提供的家庭健康服务：每个日历年内每种治疗方式最多 **18** 次看诊无需预授权（不得超过 **60** 次看诊）。
 - 换班护理/私人责任护理，包括家庭健康助理。
 - 长期服务与支持 (LTSS)（以家庭和社区为基础的监护式护理机构）。*请参见下文获取更多详情。
 - 耐用型医疗设备 (DME)/特殊耐用医疗设备租赁：
 - 所有 DME 和特殊 DME 的月租金超过 **750** 美元。
 - 购置所有轮椅（电动和手动）和所有轮椅配件（元件），不论每件的成本如何。
 - DME/特殊 DME 的购置：
 - 购买超过 **750** 美元的所有 DME 和特殊 DME。
 - 购置所有轮椅（电动和手动）和所有轮椅配件（元件），不论每件的成本如何。
 - 肠部疾病。
 - 尿布：任何超过 **300** 张尿布或一次性内裤（或两者都有）的情况，或请求专门使用品牌尿裤。
 - 心肺康复。
 - 第 **24** 次就诊后的脊科治疗服务。
 - 由非参与计划的提供商提供的任何服务，但急救服务除外。
 - 试验性或调查性服务。
 - 神经心理测验。
 - 遗传实验室检测。
 - 所有其他/未列明编号。
 - 不在医疗援助费用明细表中或超出 DHS 限制的服务或设备。
 - 为所有参保人提供医疗必需的急救运输的救护车运输。仅为护理设施临床资格 (Nursing Facility Clinically Eligible, NFCE) 参保人提供医疗必需和非医疗必需运输的救护车运输。
 - 选择处方药物。
 - 选择牙科服务。
 - 自选终止妊娠。
- *所有 LTSS 服务都需要服务协调员提供预授权。服务包括：
- 成人日常生活。
 - 援助型科技。

- 保险利益咨询。
- 职业评估。
- 社区融合。
- 社区过渡服务。
- 就业技能发展。
- 特殊耐用医疗设备。
- 财务管理服务。
- 家庭整修。
- 家庭送餐服务。
- 家庭保健服务。
- 职业培训。
- 求职。
- 非医疗运输。
- 护理设施服务。
- 以参保人为导向的社区支持。
- 以参保人为导向的产品和服务。
- 个人援助服务。
- 个人应急响应系统。
- 除虫。
- 住宅康复服务。
- 暂托服务。
- 专用医疗设备和医疗用品。
- 安排合理的日常康复服务。
- 远程护理。
- 心理治疗和心理咨询服务。
- 车辆改装。

针对那些存有限制的服务，若您或您的提供商认为您需要移除该服务的某些限制，您或您的提供商可以通过预授权流程请求获得更多服务。

如果您或您的提供商并不确定一项服务、项目或药物是否需要预授权，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

服务或项目的预授权

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将审查预授权请求，以及您或您的提供商提交的信息。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到请求之日后 2 个工作日内告知您决定（若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划拥有充足信息来确定该服务或项目是否为医学必需时）。

若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划并没有充足信息来做出决定，则我们必须在收到请求之后 48 小时内告知您的提供商我们需要获得更多信息才可对该请求做出决定，并给予提供商 14 天的时间将额外信息提交给我们。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到额外信息后 2 个工作日内做出我们的决定。

您和您的提供商将收到一份书面通知，告知您这项请求是否获批或被拒，如果请求被拒，则会附上拒绝理由。

承保药物的预授权

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到请求后 24 小时内审查门诊药物预授权请求。您和您的提供商将收到一份书面通知，告知您这项请求是否获批或被拒，如果请求被拒，则会附上拒绝理由。

如果您到药房抓药，但该处方药的抓取需要获得预授权，则药剂师将给您一份临时药物，但药剂师认为该药物会伤害您的情况除外。如果您从未服用这类药物，则您将获得一份 72 小时的药量。如果您已经开始服用这类药物，则您将获得一份 15 天的药量。您的提供商仍需询问 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划以尽快获得预授权。

如果本人收到一份拒绝通知应当如何处置？

若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划对一项服务、项目或药物的请求表示拒绝，或并未按照请求进行批准，则您可以提交一份申诉或投诉。如果您对持续用药被拒提出投诉或申诉，除非是药剂师认为该药物将伤害您的健康，只要您是在拒绝通知后的 15 个工作日内提出投诉或申诉，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 必须授权使用药，直到投诉或申诉得到解决。请参见本手册第 81 页起的第 8 章：投诉、申诉和公平听证会，查看有关投诉和申诉的详情。

服务描述

急救服务

急救服务是治疗或评估急救医疗状况所需的服务。急救医疗状况是一种非常严重的伤害或疾病，以至于未接受过医学培训的合理人员会认为其生命或长期健康面临即刻风险。如果您碰到了急救医疗状况，请立即到距离最近的急救室就医，请拨打 911，或致电您本地的救护车服务提供商。您在获得紧急服务时，**无需从 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划处获得预授权**，您可以使用任何医院或设施来应对这一紧急治疗情况。

以下为急救医疗状况和非急救医疗状况的一些范例：

急救医疗状况

- 心脏病发作
- 胸痛
- 严重出血
- 剧痛
- 失去知觉
- 中毒

非急救医疗状况

- 喉咙痛
- 呕吐
- 感冒或流感
- 背痛
- 耳痛
- 淤青、肿胀或小伤口

如果您不确定您的症状是否需要紧急服务，请致电 PCP 或 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的全天候服务护士热线：**1-844-214-2472**。请谨记，护士热线并不能够替代您的医生。请务必与您的医生进行交流。

急救医疗运输

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划对使用救护车处理紧急医疗症状的紧急医疗运输服务提供承保。如果您需要一辆急救车，请致电 911 或您所在当地的救护车提供商。针对急救医疗运输，请不要致电医疗援助运输计划（具体请参见本手册第 60 页上的说明）。

紧急护理

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划针对若不在 24 小时内处理即可迅速导致危机或紧急医疗症状的疾病、受伤或症状提供急诊承保。 急诊意味着您不需要进急救室，但需要医生帮您治疗。

如果您需要看急诊，且并不清楚这种状况是否为紧急情况，请首先致电您的 PCP 或 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的护士热线：**1-844-214-2472**。 您的 PCP 或护士呼叫热线中的护士将帮助您确定您是否需要进急救室、PCP 办公室或任何距离您较近的急诊中心。请谨记，护士呼叫热线并不能够替代您的医生。大部分情况下，如果您需要看紧急护理，您的 PCP 会在 24 小时内为您安排预约。 如果您无法联系上您的 PCP，或您的 PCP 无法在 24 小时内为您看诊，且您的医疗症状并非紧急，则您可以选取到一处 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的急诊中心或免预约诊所处看诊。到急诊中心看诊无需获取预授权。

一些需要看急诊的医疗症状范例包括：

- 呕吐
- 咳嗽和发烧
- 扭伤
- 皮疹
- 耳痛
- 腹泻
- 喉咙痛
- 腹痛

如果您还存有任何问题，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

牙科服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 通过 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的牙医为参保人提供某些牙科保险利益。 某些牙科服务存在一些限制。

优质牙科服务不仅有利于您的牙齿、口腔和牙龈健康。这类服务还会影响您的健康状况，例如：糖尿病和妊娠。每 6 个月看一次牙医将帮助您保持健康。您可以到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的任何牙医处接受服务。如需查找 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划网络内的一名牙医，请登录：**AmeriHealth Caritas PA CHC** 网络：www.amerihealthcaritaschc.com 并点击“查找提供商” (Find a Provider)。或者，您还可以致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，获取帮助。

某些牙科服务存在一些限制。请咨询您的牙医。

- 检查
- 洁牙
- 牙科急救
- X 光造影
- 补牙
- 拔牙（移除牙齿）
- 重新固定（粘合）牙冠
- 牙周病服务*
- 根管治疗*
- 牙冠*
- 假牙，*全副假牙和部分假牙
- 牙科外科手术*
- 麻醉、*全麻、静脉注射，或非静脉注射清醒性镇静

*必须获得预授权，且必须证明为医学必需。如需获得更多有关预授权的信息，请查看第 36 页。

眼科护理服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 通过 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的提供商为参保人的某些视力保险利益提供承保。

参保人每个日历年期间可获得 2 次定期眼科检查。首次定期眼科检查无需获得任何转介。

您还可以接受额外眼科检查（每个日历年期间可以最多额外接受 2 次检查），但需要您的眼科医生填写一张表格。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划不对处方配镜或处方隐形眼镜提供承保。但这种情况仍旧存有例外。若参保人被诊断患有无晶状体眼病或白内障，则可能有资格获得眼镜（眼镜或隐形眼镜）。如果您患有这类疾病，并认为您可能有资格获得一副眼镜，请致电参保人服务获取更多信息。

针对某些眼科（眼部护理）服务，您可能需要缴纳定额手续费。请查看您手中的欢迎套件中的参保人定额手续费明细表。您还可以在网上找到这一信息：

www.amerihealthcaritaschc.com。

如果您在寻找一名眼科医生时需要获得帮助，请登录：

www.amerihealthcaritaschc.com，然后点击“查找提供商” (Find a Provider)。您还可以致电参保人服务获取帮助：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

药房保险利益

AmeriHealth Caritas PA CHC 的药房保险利益包括处方药物、非处方药和持有医生处方抓取的维生素。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划承保的药物为：

- 医学必需。
- 经美国食品及药物管理局 (FDA) 批准。
- 由您的医疗保健提供商开具处方。

处方

当一名提供商为您开具了一份药物处方，请带该处方至任何一家 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的药房进行抓药。您需要出示 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划身份卡，且可能需要支付定额手续费。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划药物处方集中的列明药物或公众服务部 (DHS) 首选药物清单上的首选药物支付费用，且可能为获得预授权的其他药物支付费用。您的处方或药物标签将告知您医生是否为该处方预订了续药，以及您可以获得多少次续药。在某些情况下，您可以获得最多 90 天的药物供应量。如果您对某种处方药是否在承保范围内存有疑问，或在寻找 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的药房时需要帮助，或存有任何其他疑问，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

***AmeriHealth Caritas PA CHC** 药物处方集中的某些药物或公众服务部 (Department of Human Services, DHS) 首选药物清单中的首选药物需要预授权的药物。

如果您使用 Medicare 保险利益，则您的 Medicare 计划是药物的主要支付者。如果您对某一处方药是否在承保范围内存有疑问，或存有其他任何疑问，请参考您的 Medicare 计划。如果您的药物不在 Medicare 承保范围内，则可能属于 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 承保范围。

如果您怀孕了，请确保致电郡援助办公室 (CAO) 或客户服务中心 (Customer Service Center)：**1-877-395-8930**。请告知他们您已怀孕。您在妊娠期间将无需缴纳定额手续费。

全州优选药物清单 (PDL) 和 AmeriHealth Caritas PA CHC 的补充处方集

AmeriHealth Caritas PA CHC 承保全州优选药物清单 (Statewide Preferred Drug List, PDL) 和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集上列出的药物。这是您的 PCP 或其他医生在考虑为您开药时应当使用的药物清单。全州 PDL 和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集均对品牌型药物和通用型药物提供承保。通用型药物与同类品牌型药物含有同样的有效成分。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集上的某些药物或全州 PDL 上的首选药物可能需要预授权。您的医生若需要开具在全州 PDL 或 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集之外的任何药物,则需要获得预授权。全州 PDL 和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集可以随时进行调整,因此您必须确保您的提供商在开药时拥有最新的信息。

如果您存有任何疑问,或需要获取一份全州 PDL 和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集,请致电参保人服务: **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**,或访问 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的网站: **www.amerihealthcaritasp.com**。

药物报销

有时候,您可能会为您的药物付款。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划可能会为您报销,或将款项退还给您。这一报销流程并不适用于定额手续费。

通常,报销并不适用于以下药物:

- 需要预授权的药物。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划或宾夕法尼亚州医疗援助项目承保之外的药物。
- 并非医学必需的药物。
- 超出 FDA 设定的某种剂量和供应限制的药物。
- 续药时间过快的药物。

如果发生以下情况,您将无法获得报销:

- 当您支付药款时,您尚未获得药房保险利益。
- 当您抓药时,您还不是 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的参保人。

在您支付药款后申请报销时:

您必须通过书面形式申请报销。*您必须发送一份药房的收据详情,包括以下相关信息:

- 您的购药日期。

2024 年 AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 参保人手册

- 您的姓名。
- 药房名称，地址（包括城市、州和邮政编码）和电话。
- 药品名称、强度和药量。
- 该药品的国家药品验证号 (National Drug Code, NDC)（如果您对这一信息不确定，请求您的药剂师提供帮助）。
- 您对每份药物支付的费用总额。

* 如果您在书写报销请求时需要帮助，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

请在您的药物收据或一张纸上写明您的姓名、地址、电话号码和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的身份卡编号。请将上述信息发送至：

**Pharmacy Reimbursement Department
AmeriHealth Caritas PA CHC
P. P. O. Box 336
Essington, PA 19029**

您可能需要等待 6-8 周才会收到报销款项。

注意：如果我们收到的收据中并没有囊括上述全部信息，我们将不会报销，并会把该收据返还给您。您要将所有收据尽快发送给 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划。我们将不接受任何时效超过 **365** 天的资料。请务必保存一份资料作为您的记录。

您需要提交的申请报销款项的收据是您在抓药时被钉在药袋上的收据，而不是注册收据。如果您提出请求，您的药剂师可以为您打印一份收据。

专科药物

全州 PDL 和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的补充处方集中包含被称为“特种药物”的药物。这些药物用于治疗复杂的疾病。这些药物通常需要医生的专门处理和密切监视。这类药物的开具必须获得预授权。您可能需要针对您的药物支付定额手续费。如果您需要查看全州优选药物清单、和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 补充处方集和特种药物的完整清单，以及了解您的药物是否为特种药物，请致电参保人服务：**1-855-235- 5115 (TTY 1-855-235-5112)**，或访问 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网站：
www.amerihealthcaritaspa.com。

您将需要从特种药房获取这类药物。特种药房可以向您的地址免费直接邮寄药物，且不收邮寄费。特种药房将在寄送前与您取得联系。您可能需要针对您的药物支付定额手续费。药房能够回答您对这个流程存有的任何问题。您可以从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内选择任何一家特种药房。如需获取网络内特种药房的清单，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，或查看网站：

www.amerihealthcaritaschc.com，点击“查看您的保险利益 (View Your Benefits)”，然后点击“药房 (处方药) 保险利益 (Pharmacy (prescription) benefits)”。如果您还存有其他疑问，或需要获得更多信息，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

非处方药

当您持有一份提供商出具的处方时，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划还为这些非处方药提供承保。您需要出示 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划身份卡，且可能需要支付定额手续费。以下是可能在承保范围内的非处方药：

- 鼻窦药和过敏药
- 对乙酰氨基酚或阿司匹林
- 通用型维生素
- 咳嗽药
- 胃灼热药，例如抗酸剂

如需查看更多有关承保非处方药的信息，请登录 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网站：

www.amerihealthcaritaschc.com，或致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

在登记加入 Medicare D 部分时需要帮助

如果您拥有 Medicare，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划能够帮助您登记加入 Medicare D 部分，从而为您支付处方药物款项提供帮助。某些 Medicare D 部分计划对于处方药物不设定额手续费。如需获得有关参保人服务的更多信息请致电 **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** 或致电宾夕法尼亚州 Medicare 教育和决定见解 (**Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI**) 计划：**1-800-783-7067**。

戒烟

您想戒掉烟草或尼古丁吗？**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划希望能够帮您戒烟！

如果您准备戒烟，不论您曾经尝试过多少次，我们都愿意为您提供帮助。

药物

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为以下药物提供承保，帮您戒烟。

如需全州 PDL 所承保药物的完整清单，请访问我们的网站 www.amerihealthcaritaschc.com，点击“面向参保人提供 (For Participants)”，然后点击“查找医生、药品或药房 (Find a Doctor, Medicine or Pharmacy)”。此处有一个全州 PDL 的链接。

请联系您的 PCP 预约获取一份戒烟用的处方药。

心理咨询服务

心理咨询支持可以帮您戒烟。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划为以下心理咨询服务提供承保：

- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划参保人每年有资格参加 70 场心理咨询。每场咨询为 15 分钟的面对面交流，可以是团体咨询或个人咨询服务。
- 您去参加心理咨询时，无需获得转介或预授权。请咨询您的医生，在您的附近区域找一名心理咨询师。
- 该心理咨询师必须加入了医疗援助项目。该心理咨询师还必须获得了卫生部 (Department of Health) 的批准。

行为健康治疗

某些人在尝试戒烟时，可能会经历压力过大、焦虑或抑郁的情况。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划参保人有资格获得应对这些副作用的服务，但这些服务是由您的 BH-MCO 负责承保的。如需查找您所在郡的 BH-MCO 及其联系方式，请参见本手册第 79 页。您还可以致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划参保人服务，在联系您的 BH-MCO 时获取帮助：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)。

其他戒烟资源

如需更多援助，您可以：

- 致电宾夕法尼亚州免费戒烟热线：**1-800-QUIT-NOW (784-8669)**。
- 请访问：<https://www.health.pa.gov/Pages/default.aspx>，查找有关“Tobacco”（烟草）和“E-Cigarette”（电子香烟）的信息。
- 请访问：<https://pa.quitlogix.org>，查找戒烟心理咨询资源和小贴士。

请谨记：**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划旨在帮您戒烟，使您更为健康。请不要犹豫不前！请立即致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，我们能够帮您开始戒烟。

计划生育服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为以下家庭计划服务提供承保：获得家庭计划服务时，您无需获

得 PCP 的转介。这类服务包括：测孕、性病测试和治疗、避孕用品、家庭计划教育和心理咨询。您可以选择医疗援助提供商内的任何一名医生，包括提供家庭计划服务的任何网络外提供商。这类服务无需缴纳定额手续费。当您到一名 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络外计划生育服务提供商处看诊时，您必须出示您的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划身份卡、ACCESS 卡或 EBT 卡及 Medicare 卡（如适用）。

如需获取更多有关承保计划生育服务的信息，或需要寻找一名计划生育服务提供商，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

生育护理

妊娠护理

产前保健是女性在整个怀孕和分娩期间从产科医生（OB 或 OB/GYN）或助产士等产科护理服务提供商处获得的医疗保健。早期和定期的产前检查对您和婴儿的健康非常重要。即使您之前曾怀过孕，每次怀孕期间也要定期去找产科护理人员看诊。

如果您认为自己已怀孕并且需要进行孕检，请咨询您的 PCP 或计划生育服务提供商。如果您已怀孕，可以：

- 致电或到您的 PCP 处看诊，他们能够帮助您找到一名在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的生育护理提供商。

- 自行寻找一名网络内产科医生或妇产科医生，或寻找一名助产士护士。您无需获取生育护理转介。
- 请到提供产科或妇产科服务的网络内健康中心中看诊。
- 请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** 以寻找产科护理提供商。

当您发现自己怀孕时，请立即就医。您的产科护理提供商必须为您安排预约看诊

- 若您处在第一孕期，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 10 个工作日内为您看诊。
- 若您处在第二孕期，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 5 个工作日内为您看诊。
- 若您处在第三孕期，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 4 个工作日内为您看诊。
- 若您属于高危妊娠，您的提供商必须在知晓您已怀孕后，在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中 24 小时内为您看诊。

如果您碰到了一项紧急医疗症状，请立即到距离最近的急救室就医，请拨打 911，或致电您本地的救护服务提供商。

您在妊娠期和产后护理期内，请务必使用同样的产科护理提供商。他们将跟踪您和您正在发育的宝宝的健康情况。而且您最好能够在整个妊娠期间使用同一套 **Community HealthChoices** 计划。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划拥有经过专业培训的生育健康协调人，他们将告知您可以使用哪些服务和资源。

如果您已怀孕，且在加入 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划时正在使用一位生育护理提供商，即使这位提供商不在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划之内，您仍旧可以继续到这里看诊。这名提供商则需要致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划，获得为您提供治疗的预授权。

您和您的宝宝的产后护理

您的孩子出生后 **7 至 84** 日内，您应当到您的产科护理提供商处接受检查，但您的医生要求提前为您检查的情况除外。

您的宝宝在出生后 **3 至 5** 日时，应当到他/她的 **PCP** 处接受预约检查，但医生提出提前为宝宝检查的情况除外。在您仍旧处在妊娠期时，请最好为您的宝宝选择一名医生。如果您在为宝宝选择医生时需要帮助，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

AmeriHealth Caritas PA CHC 孕产计划

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为妊娠期参保人提供一套特殊项目，即：**光明起点 (Bright Start®)** 项目。

针对妊娠期参保人的光明起点 (Bright Start®) 项目

在 **Bright Start** 项目中，我们将帮助您在妊娠期保持健康，从而帮您获得一名健康的宝宝。我们将为您提供涉及产前护理重要性的信息，例如：

- 服用产前维生素。
- 合理膳食。
- 避免使用药物、酒精或吸烟。
- 到牙科看诊，确保您的牙龈保持健康。

重要的是，您在妊娠期间至少要到牙科看诊一次。尚未出生的宝宝的健康会受到您的牙齿和牙龈健康的影响。例如：牙龈疾病能够导致感染，从而导致宝宝早产。早产儿更容易患有可能会影响一生的健康疾病或残疾。

我们将与您、您的产科医生和您的牙医保持合作，确保您能够获得所需治疗。

我们还可提供有关其他服务的信息，例如：

- 食物和衣物。
- 交通运输。
- 母乳喂养。
- 家庭护理。
- 帮助您了解您的情绪和您身体发生的变化。
- 帮助您戒烟。
- 妇女、婴儿和儿童 (Women, Infants, and Children, WIC) 项目。
- 帮您解决吸毒、酗酒或心理健康问题。
- 帮您解决家庭虐待问题。

您还有资格获得家庭健康护理、特殊医疗设备或看诊运输服务。请致电我们获取更多信息。您可以致电 **Bright Start** 项目免费热线：**1-877-364-6797 (TTY 711)**。

耐用型医疗设备和医疗用品

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为包括家庭无障碍 **DME** 在内的耐用医疗设备 (**DME**) 和医疗用品提供承保。**DME** 是一种能够在家里或任何正常生活活动发生之处内多次使用的医疗物品或设备，通常没有疾病或伤痛的人员无需使用这类物品。医疗用品通常为

一次性医用物品。某些物品需要获取预授权，您的医生必须订购这类物品。DME 提供商必须在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内。您可能需要支付共付额。

DME 的范例包括：

- 氧气罐
- 轮椅
- 拐杖
- 助行器
- 夹板
- 特殊医用床

家庭无障碍 DME 的范例包括：

- 轮椅升降机
- 楼梯滑行椅
- 吊顶升降机
- 金属无障碍坡道

包括承保的家庭无障碍 DME 的安装和医疗必需的维修，但不包括家庭整修。如果您享受 LTSS，则可能有资格享受家庭整修。

医疗用品的范例包括：

- 糖尿病用品（例如：注射器、试纸）
- 纱布包
- 绷带
- 失禁医疗用品（例如：提拉裤、内裤、床上垫料）

如果您对 DME 或医疗用品存有任何疑问，或需要网络内提供商的名单，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

疗养院服务

疗养院是一间认证设施，可提供护理或长期护理服务。这类设施可为住户提供医疗需求和非医疗需求的服务。疗养院服务包括：护理和康复；为穿衣、沐浴、如厕、进食和洗衣提供援助；其他计划保健护理或健康管理项目内所需的定期服务。该疗养院必须在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提供商网络内，使您能够获得这类服务。如果您所需

的疗养院服务时长超过了 30 日，则请参见本手册第 63 页了解有关长期服务与支持的信息。

门诊服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划承保的门诊服务包括：物理治疗、职业治疗、语言治疗、X 光造影和实验室化验。您的 PCP 将与 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内提供商取得联系，安排这类服务。

请参见第 37 页有关预授权的部分，了解更多有关需要获取预授权的门诊服务信息。

如需了解有关任何门诊服务的定额手续费信息，请参见您的欢迎套件中列出的定额手续费明细表。您还可以在我们的网站上查看这类信息：www.amerihealthcaritaschc.com，或查看本手册第 31 页承保服务一章查看更多详情。

医院服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为住院和门诊医院服务提供承保。如果您需要住院医院服务，且并非为紧急情况，则您的 PCP 或专科医生将安排您到一家 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的医院住院，并在您住院期间关注您的健康（即使在此期间您还需要其他医生）。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划必须批准所有住院医院服务。如需了解一家医院是否在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内，请致电参保人服务：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)，或查看 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网站上的提供商目录：www.amerihealthcaritaschc.com。

如果您存在需要急救的情况，且已经被一家医院接收，则您或您的家人或朋友应当尽快地在您入院后 24 小时内告知您的 PCP。如果您被收住的医院不在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的网络内，则您可能需要转至一家 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的医院。只有在您的身体状况可以承受转院时，您才会被转至一家新的医院。

在您出院后，请务必预约您的 PCP 在出院 7 日内看诊。在出院后立即到 PCP 看诊时，将帮助您跟踪所有您在住院期间获得的医嘱，预防您需要再次住院。

有时候，您无需住院，但需要在一家医院中看医生或接受治疗。这类服务被称为门诊医院服务。

如果您还存有任何有关医院服务的其他疑问，请致电参保人服务：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)。

如需了解有关任何医院服务的定额手续费信息，请参见您的欢迎套件中列出的定额手续费明细表。您还可以访问我们的网站查看这一信息：www.amerihealthcaritaschc.com，或请参考第 31 页承保服务一章获取更多信息。

预防性服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为预防性服务提供承保，帮您保持健康。预防性服务不仅包括每年到您的 PCP 处进行体检。这类服务还包括：疫苗接种（注射）、实验室化验、以及其他化验或筛查，使得您和您的 PCP 了解您是否健康，或是否存在健康问题。请到 PCP 处获取预防性服务。他/她将根据最先进的护理建议为您提供医疗保健服务。

参保人还可以到妇产科医生 (OB/GYN) 处接受年度巴氏涂片检查和盆腔检查，并获得乳房 X 光造影的处方。

您到了接受检查的时候了吗？

处于任何年龄段的任何人员	请每年到 PCP 处检查一次。请每隔 6 个月到牙科医生处接受牙科检查。
所有妇女	请每年到您的妇科医生 (GYN) 或 PCP 处进行一次妇女健康问题检查。
如果您发现自己怀孕了	请立即到产科医生或妇科医生 (OB/GYN) 处检查，并定期预约检查。立即致电您的牙医，安排一次牙科检查。
如果您是一名年龄在 40 周岁及以上的妇女	请每年进行一次乳房造影检查，或遵守医嘱。请每隔 6 个月到牙科医生处接受牙科检查。
如果您是一名年龄在 50 周岁及以上的男性	请咨询您的医生了解前列腺癌筛查。请每隔 6 个月到牙科医生处接受牙科检查。
如果您的年龄在 50 周岁及以上	请咨询您的医生了解结肠癌和直肠癌筛查。每隔 6 个月到牙医处接受牙科检查。

体检

您应当每年至少到 PCP 处接受一次体检。这使得您的 PCP 能够了解您尚未意识到的任何健康问题。您的 PCP 可以根据您的过往健康状况、年龄和性别来订购检查项目。您的 PCP 将检查您是否接受了全部最新的疫苗接种，是否接受了预防性服务来帮您维持健康。

如果您不确定您是否获得了最新的医疗保健需求，请致电您的 PCP 或参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。参保人服务能够帮您预约您的 PCP。

新医学技术

如果您的 PCP 或专科医生要求，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 可能承保新的医疗技术，例如各类手术和设备。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 希望在批准服务之前，确保新的医学技术安全、有效且适合您。

AmeriHealth Caritas PA CHC 与专家合作，为我们的参保人提供新医疗技术的指导。我们与医疗机构合作，并可能向选定参保人提供新技术服务，例如：远程患者监测。我们拥有一支医生团队负责审查新的医疗技术。他们会决定新技术是否应该成为承保服务。我们不承保仍在研究中的技术、方法和治疗。

如果您需要有关新医疗技术的更多信息，请致电

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划的参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

家庭保健护理

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为家庭保健机构提供的家庭保健护理进行承保。家庭保健护理是在您家中提供的护理服务，包括专业护理服务；为日常生活提供援助，例如：沐浴、穿衣和进食；以及物理治疗、言语治疗和职业治疗。您的医生必须订购家庭保健护理。

您所接受的家庭保健护理次数是有一定限制的，除非您或您的提供商申请例外处理。

若您已经获得批准获取家庭保健护理，但这项护理的提供情况并不符合要求，您应当致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

疾病管理

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划提供一些自选项目，帮助您能够在患有下列健康症状时，能够更好地照顾自己。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将与您和您的提供商展开合作，确保您获得所需服务。您无需从您的 PCP 处获得针对这些项目的转介，且无需支付共付额。

如果您拥有以下医疗保健症状之一，您可以加入我们的特殊项目之一：

- 哮喘。
- 慢性阻塞性肺病 (COPD)。
- 糖尿病。
- 心血管疾病。
- 血友病。
- 艾滋病 (HIV/AIDS)。
- 镰刀形红细胞贫血症。

您有几种方式加入这些项目：

- 您的 PCP、专科医生或医疗保健提供商可以向您介绍，帮您加入一个项目。他/她还可以向我们致电，帮您加入。
- 我们将查看您的病历，看看您是否可以从某个项目中获益。我们将通过邮寄或致电的方式给您发送相关信息，帮您加入一个项目。
- 您还可以提出请求！请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，询问任何一个项目的信息。

我们将通过这些项目帮您更好地了解您的症状。一名护理经理将负责协调您的医疗保健，并向您发送有关您的症状的信息。

如果您还有其他需求，您的护理经理将与您和您的 PCP 展开合作。您将设定个人目标并做出努力，改善您的健康和生活品质。

作为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的一名参保人，您有权拒绝参加任何一个项目。您可以致电或通过书面的形式告知我们。如果您不希望加入任何一个项目，这并不会更改您的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的保险利益。这也不会更改 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划、我们的提供商或公众服务部 (DHS) 对您的态度。

如果您对我们的特殊项目存有任何疑问，或不希望加入任何项目，请致电护理管理项目：**1-855-332-0116 (TTY 711)**。

通过遵守您的提供商制定的护理计划，了解您的疾病或症状，您可以变得更加健康。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的护理经理将帮助您了解如何照顾您自己，帮您遵守医嘱，了解您所服用的药物的信息，改善您的健康，并给到您一些可以在您的社区中使用

2024 年 AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 参保人手册

的信息。如果您还存有任何疑问，或需要帮助，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

第 4 章

网络外 和 计划外服务

网络外提供商

网络外提供商是指并未与 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划签署协议，为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的参保人提供服务的提供商。有时，您可能需要使用并不在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划内的医生或医院。如果这种情况发生，您可以请求您的 PCP 为您提供帮助。您的 PCP 可使用一个特殊电话号码致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划，询问您是否获得许可使用网络外提供商。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将查看在您的区域内是否拥有其他提供商能够为您提供您的 PCP 认为您所需要的同类型服务。若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划无法在您的区域内为您找到至少两名提供商，那么 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将为计划外提供商提供的医疗必需服务提供承保。

在 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划服务区域外获得治疗

如果您处在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划服务区外，并发生了医疗紧急情况，请尽快到距离最近的急救室就医，或致电 911。针对紧急医疗症状，您无需从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划获取预授权即可获得治疗。如果您需要住院，应告知您的 PCP。

如果您需要针对非急救医疗状况获取治疗，且您处在本计划服务区域外，请致电您的 PCP 或参保人服务：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)，他们将帮您找到最为适当的治疗。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将不会为任何在美国及其领土境外接受的服务支付款项。

计划外服务

您可能符合资格获取并非由 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提供的服务。以下为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 并未承保，但仍旧可用的服务。如果您希望获取这类服务，请致电参保人服务：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)。

非急救医疗运输

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划不对 Community HealthChoices 大部分参保人所需的非急救医疗运输提供承保。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划能够按下文描述的拼车服务 (Shared Ride) 或医疗援助运输计划 (MATP)，为您接受承保服务预约看诊安排交通运输。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划在以下情况下会对非急救医疗运输提供承保：

- 如果您居住在疗养院中，且需要到某地进行预约看诊；或去往某个紧急护理中心；或去往任何提供医疗援助服务、耐用医疗设备或药物的药房
- 您需要专门的非急救医疗交通服务，例如，如果您需要使用担架赴约

如果您针对非急救医疗运输存有任何疑问，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

医疗援助运输项目 (MATP)

医疗援助运输计划 (MATP) 在参保人需要看诊或去药房时提供非紧急运输服务。这项服务是免费为您提供的。您所居住的郡境内的 MATP 将确定您对这项服务的需求，并为您提供合适的交通运输。运输服务通常通过以下方式提供：

- 当公共交通可以使用时，例如：公交巴士、地铁或火车，则 MATP 将提供代币、车票或为您的公共交通服务费用报销。
- 如果您可以使用自己或他人的汽车，MATP 将在您提供有效收据的情况下，根据车程、停车和路费收据为您提供报销。
- 当没有公共交通可用时，或公共交通并不适合您的情况，则 MATP 将为您提供辅助客运车辆，包括面包车、提供抬升设备的面包车或出租车。通常，这类车辆需要运送超过 1 名乘客，乘客接送点和接送时间均不同。

如果您在去往医疗看诊或药房时需要运输服务，请联系本地的 MATP 了解更多信息，登记获取这类服务。请查看您的欢迎套件中的交通运输信息，深入了解 MATP。各郡 MATP 联络信息的完整清单请参见此处：<http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx>。

MATP 将与 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划或您的医生办公室确认您需要运输的预约看诊运输服务是一项承保范围内的服务。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将与 MATP 保持合作，帮助您安排运输服务。您还可以致电参保人服务获得更多信息：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

妇女、婴儿和儿童项目

妇女、婴儿和儿童项目 (WIC) 为婴儿、5 岁以下的儿童和妊娠妇女、产后妇女或正在进行母乳喂养的妇女提供健康的食品和营养服务。WIC 通过向您提供优质营养信息，帮助您和您的宝宝获得饮食健康，并为您提供在超市可以使用的食品券。WIC 还帮助婴儿和幼小儿童品尝健康的食品，使得他们能够健康茁壮地成长。请咨询您的生育护理提供商，在您下次看诊时获取一份 WIC 服务申请表，或致电：**1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467)**。如需更多信息，请访问 WIC 网站：www.pawic.com。

家庭暴力危机和预防

家庭暴力是一种行为模式，是指在一个家庭或亲密关系中，一人尝试获取权力或控制另一人员的情况。

家庭暴力有许多不同类型。一些范例包括：

- 情感虐待
- 生理暴力
- 跟踪
- 性暴力
- 财务虐待
- 言语虐待
- 老年人虐待
- 生活后期的亲密同伴暴力
- 亲密同伴虐待
- **LGBTQIA+**（即：女同性恋、男同性恋、双性恋、变性人、酷儿、间性者、无性恋者等等）社群内的家庭暴力

谈及家庭暴力时，可以使用不同的词汇。它可被称为：虐待；家庭暴力；殴打；亲密同伴暴力；或家庭、配偶、关系或约会暴力。

如果您正面临着任何一种这样的情况，或您害怕您的同伴，您可能处在一种虐待性的关系之中。

家庭暴力是犯罪行为，您可以使用法律保护措施。离开暴力关系并不容易，但您可以获取帮助。

从何处获取帮助：

[全国家庭暴力热线](#)

1-800-799-7233 (SAFE)

1-800-787-3224 (TTY)

[宾夕法尼亚州反家庭暴力联盟 \(Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence\)](#)

针对家庭暴力受害者提供的服务包括：危机干预；心理咨询；陪同去警察局、医疗看诊或法庭预约；针对受害者及其附属儿童提供临时应急收容所。我们还提供预防和教育项目，用于降低社区的家庭暴力风险。

1-800-932-4632（宾夕法尼亚州）

性暴力和强奸危机

性暴力包括任何类型违反某人意愿的非需要类性接触、涉性的言语或行为。一人可以使用武力、威胁、操纵或劝服的方式来进行性暴力。性暴力可包括：

- 强奸
- 性攻击
- 乱伦
- 儿童性攻击
- 约会和熟人强奸
- 抓握或触摸
- 未经许可的色情短信
- 仪式虐待
- 商业类性剥削（例如：卖淫）
- 性骚扰
- 反 LGBTQIA+ 群体的霸凌
- 暴露癖和窥阴癖（在预期获得隐私保护的区域让人观看、拍照或摄影的行为）
- 被迫参与制作色情作品

性暴力的幸存者可能对这类体验拥有生理、心理或情感上的反应。性暴力的幸存者可能感到孤独、恐惧、羞耻，并害怕没人会相信他们。治疗可能需要时间，但可以启动治疗。

从何处获取帮助：

宾夕法尼亚州强奸危机中心为所有成人和儿童提供服务。服务包括：

- 每天提供 24 小时全天候免费保密的危机心理咨询。
- 为幸存者的家庭、朋友、同伴或配偶提供服务。
- 为您提供您所在区域内的信息和其他服务的转介，并提供预防教育项目。

请致电 **1-888-772-7227** 或访问以下链接，查找您本地的强奸危机中心。

[宾夕法尼亚州反强奸联盟 \(Pennsylvania Coalition Against Rape\) \(www.pcar.org/\)](http://www.pcar.org/)

第 5 章

长期服务与支持

长期服务与支持

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为日常生活无法自理的参保人或患有慢性疾病的参保人所需的长期服务与支持 (LTSS) 提供承保。LTSS 包括社区及疗养院提供的服务。LTSS 帮助您能够在希望生活的地方继续生活，例如：在家中、或是社区中的另一住宅或是在疗养院内。LTSS 还为您想要从事的工作提供支持。

为了获得 LTSS，您将需要获得一份“临床资格确认”，显示您需要疗养院提供的服务类型，即使您在家中或在其他社区环境中正在接受或可以接受这种服务。这也被称为“疗养院临床资格(Nursing Facility Clinically Eligible, NFCE)”。这意味着并非所有人可以得到 LTSS。

如果您正在获得或即将获得 LTSS，您的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划服务协调员将与您会面并了解您的全部需求，包括：您的现居地，或您的希望居住地；您的生理健康和行为健康需求如何；您在社区中是否需要照护者或其他支持。这被称为“全面需求评估”。

在完成了全面需求评估后，您将选择一名服务协调人，他/她将负责与您合作，制定一份个性化服务计划 (person-centered service plan, PCSP)，其中包括您所需要的全部服务，不论 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划是否承保所有服务。

如需了解服务协调、全面需求评估以及个性化的计划流程的详情，请参见下文。

服务协调

如果您有资格获得 LTSS，一名服务协调人将帮您获得您所需的全部 LTSS。

AmeriHealth Caritas PA CHC 将为您提供一些可供选择的服务协调员，这些协调员由 AmeriHealth Caritas PA CHC 聘用或之签约。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 将为您提供我们承保范围内的服务协调员的有关信息，包括简要说明其特殊技能和工作经验。如果要求，您将被允许与服务协调员交谈，作为选择过程的一部分。您的服务协调人将与您合作，制订一份个性化服务计划 (PCSP)，并将确保您的 PCSP 的信息是最新的，且您能够获取 PCSP 中列出的所有服务与支持。

您应当在以下情况下联系您的服务协调人：

- 如果您无法理解您的 PCSP。您应当知晓并理解您将获得的服务和支持，以及将为您提供服务的提供商。
- 如果您希望更换您的 PCSP。

- 如果您对您的任何服务、支持或提供商存有疑问。

您的服务协调员将帮助您获取 LTSS 和您的 PCSP 中列出的承保和未承保的医疗、社交、住房、教育和其他服务和支持。您的服务协调员将：

- 向您提供有关您所需服务和支持的信息，并帮您获取这些服务与支持。
- 跟踪您的服务和支持。
- 告知您：
 - 所需评估
 - PCSP 流程
 - 可用 LTSS
 - 替代性服务，包括参保人指导
 - 您的权利，包括您有权提出投诉、申诉和请求获得公平听证会
 - 您在 Community HealthChoices 计划中的责任
 - Community HealthChoices 计划下工作的人员职责
- 如果您有需要或提出请求，帮助您提交投诉、申诉和请求获得公平听证会。
- 针对 PCSP 记录您的偏好、强项和目标。
- 每年重新评估您的需求，如有必要可增加评估次数。
- 帮助您和个性化计划团队选择提供商。
- 提醒您完成所需事项，确保您能够继续有资格参加 Community HealthChoices 和 LTSS。
- 查看 Community HealthChoices 计划外能够满足您的需求的服务，包括通过 Medicare、其他医疗保险人或其他社区资源提供的服务。

如果您正在迁入新家，您的服务协调员将确保您在搬入新址后能够获取或持续接受所需的服务和支持。这包括获取或继续获得住房与服务，帮助您能够独立生活，帮助您使用社区资源，确保您能够继续留在这个社区。

如果您希望更换一名服务协调人，请致电：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)。

全面需求评估

全面的需求评估是建立您所需服务的第一步。您必须尽快与 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 合作进行评估。您的全面需求评估包括：您的生理健康、行为健康、LTSS、照护者和其他需求。这类评估还包括：就您的偏好、目标、住房和非正式的支持服务展开交谈。下表展示了这类评估何时结束，这都取决于您的情况。

情境	AmeriHealth Caritas PA CHC 计划评估时间表
如果您是 NFCE，但在加入 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划时并未获得 LTSS	从起始日开始 5 个工作日内
如果您拥有 PCSP，并正在接受 LTSS	重新认定临床资格后的 5 个工作日内
您或指定人员或家庭成员要求进行评估	请求提出后 15 天内
您的上次全面需求评估发生在 12 个月之前甚至更久	所有接受 LTSS 的参保人必须每年进行一次全面需求评估
您碰到了一个触发事件（参见下文）	触发事件发生后 14 天内，或根据参保人健康状况和需求在更早时间内

如果您正在接受 LTSS，并发生了以下触发事件，请致电您的服务协调员进行预约，尽快完成重新评估。

- 住院、医疗保健环境更换（例如从医院转向疗养院）、或出院。
- 您照顾自己的能力发生变化。
- 您的照护者或其他非正式支持发生变化，可能导致您的服务需求发生变化。
- 您的家中发生变化，可能导致您的服务需求发生变化。
- 您的健康发生永久性变化，可能导致您的服务需求发生变化。
- 您或他人代您、或一名照护者、提供商或 DHS 提出请求。

如果您尚未接受 LTSS，但认为您可能符合资格，您可以请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划为您安排一次全面需求评估。全面需求评估完成后，若您的评估结果显示您需要 LTSS，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将把您推荐给 DHS 进行临床资格认定，确定您是否为 NFCE。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划并不能确定您的 LTSS 临床资格，但将帮您了解这一流程。

个性化计划

您的全面需求评估结束后，您的服务协调员将与您保持合作，设计一套个性化服务计划 (PCSP)。 在您的服务协调员的支持下，您将在设计 PCSP 的过程中主导这个流程。

以下是您需要了解的有关您的 PCSP 的重要信息：

- 您将在您的服务协调员或任何您期望的人员，如家庭成员或其他非正式支持人员的帮助下，设计您的 PCSP。
- 您将在全面需求评估或重评结束后 30 日内与您的服务协调员一起制定 PCSP 计划。
- 您和您的服务协调人将根据您的全面需求评估、您的临床资格认定和 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划承保的服务来设计您的 PCSP，满足您尚未获得满足的需求。
- 您的 PCSP 将囊括您在获取服务和支持时所需的转介信息。
- 您的服务协调员将同时考虑网络内和网络外承保服务，从而以最佳方式帮助您满足需求。

您的 PCSP 将应对您的身体、行为和 LTSS 需求；您的优势、偏好和目标；以及您对这些服务的期望。 这将包括以下信息：

- 您的健康状况、当前所用药物、所有已获批服务的数量，包括已获批服务的时长。
- 您所选择的为您提供所需和所要服务和支持的提供商。
- 获取 LTSS 时，您的居住地或您期望的居住地在哪里（即可以是您家、不同的社区居住地点或疗养院）。 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将帮您尽可能地独立生活，并在您期望的情况下，考虑到您的能力帮您参加社区活动。
- 可能影响到您的健康的风险因素，以及降低这类风险的方式，例如：如有需要，请提供备用计划。
- 您在获取社区资源、非承保服务和其他支持的需求和计划，包括任何合理膳宿服务。
- 您在业余时间希望所做事情时所需的支持，包括您的兴趣爱好和社区活动。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将如何与其他医疗保险人或您所获的支持服务展开合作，例如：Medicare、退伍军人保险和行为健康护理管理组织 (BH-MCO)。

当您设计完成了 PCSP 后，您和您的服务协调员将签署这份计划，然后您的服务协调员将为您发送一份副本供您所用。 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将告知您的 PCSP 内的 LTSS 提供商他们已经获得批准，提供您的 PCSP 中列出的服务与支持，以及应当提供的服务份量与类型。 在没有获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划批准之前，您的提供商无法提供 PCSP 中列出的 LTSS 服务。

您的服务协调员必须至少每隔 3 个月要通过致电或亲自拜访来与您谈谈您的 LTSS，确保您获取了 LTSS 服务，且您的 LTSS 能够满足您的需求。每年至少要有 2 次访问是亲自拜访的。

个性化计划团队

为了协助个性化计划过程，您的服务协调员将帮助您确定重要的人加入您的个性化计划团队 (PCPT)。PCPT 成员可能包括您的朋友、家人、医疗服务提供商、HCBS 提供商或您希望参与规划您的服务的任何其他人员。您的服务协调员将与您和 PCPT 成员合作，确保您的需求得到满足。

服务描述

基于家庭和社区的服务

基于家庭和社区的服务 (Home- and community-based services, HCBS) 是在您的家中和社区中提供的服务与支持。HCBS 帮助老年成人和残疾人士能够继续留在自己家中独立生活。服务包括：为日常生活或成人日常生活 (ADL) (例如：进食和沐浴) 提供帮助；为重要日常生活 (IADL) (例如：做饭和购物) 等提供帮助。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为以下 HCBS 提供承保：

- 成人日常生活服务——在社区为依托的中心内提供的日常服务，帮助提供个人护理、社交、营养和治疗需求，每周定期提供一天或多天服务，每次长达 4 小时或更长。
- 辅助科技——一种物件、设备或产品系统，旨在用于尽可能地增强或维持您的交流或活动能力。
- 行为治疗——评估一名参保人的服务，制定一套家庭治疗/支持计划，培训家庭成员/员工，提供技术援助来执行这套计划，在计划执行期间跟踪监督该参保人的情况。
- 保险利益咨询——了解拥有一份工作是否会提高您支持自身和/或拥有一份净财务收益的能力。
- 职业评估——审查您的兴趣和优势，确定潜在的职业可选方案。

- 认知康复治疗——有脑损伤的参保人服务包括：咨询一名治疗师、提供长期心理咨询或训练，或专注于帮助参保人能够应对实际生活情境。
- 社区融合——在发生人生重大变化之时，例如：搬进一家疗养院、搬进一个新的社区或搬出家长住宅，或发生其他需要学习新技能的变化时所提供的短期服务，用于改善自助、沟通、社交和其他在社区中生活所需的技能。
- 社区过渡服务——一名参保人从一家机构搬迁至自己家中、公寓或其他居住地时发生的一次性开支，例如保证金、搬迁费用和家庭物品费用。
- 咨询服务——为参保人提供的咨询服务，帮助解决纷争和家庭问题，例如：帮助参保人建立并维持积极的支持网络，改善个人交际关系，改善与家庭成员或他人之间的交流。
- 就业技能开发——学习和工作经验，包括：志愿者工作，使得参保人能够发挥优势和技能，找到薪水不错的工作机会。
- 家庭整修——参保人家庭的实际调整，确保室内安全，使得参保人能够独立地在家中生活。
- 家庭送餐服务——向无法做饭或自行获取营养餐的参保人提供预制餐点送餐服务。
- 家庭保健助理——医生预订服务，包括个人护理，例如：为沐浴提供援助，跟踪一名参保人的医疗状况，帮助参保人行走、使用医疗器械和加强锻炼。
- 职业培训——支持帮助学习新工作技能，或者维持一份支付薪水的工作。具体可包括：帮助参保人在工作场所中获得天然支持，与雇主、雇员、同事和顾客进行合作，使得参保人能够获得一份带薪工作。
- 求职——帮助寻找潜在工作，帮助参保人获得一份参保人期望、能够胜任且能达到雇主需求的工作。
- 非医疗运输——为帮助一名参保人抵达社区或其他活动时，为其提供车票、代币和行驶里程费用报销。
- 护理——医生预订的由一名注册护士或认证执业护士所提供的服务，包括：由医生或牙医开具处方提供的保健培训、保健心理咨询和专业护理，以诊断和治疗健康问题。
- 营养咨询——帮助参保人和付费或免费照护者规划餐点的服务，帮助满足参保人的营养需求，避免食用任何问题食物。

- 职业治疗——医生预订的由一名职业治疗师提供的服务，包括：评估参保人的能力，帮助调整日常活动，使得参保人能够应对日常生活。
- 参保人要求的社区支持——若参保人希望主导其服务、雇佣自己的工人或控制服务预算时，可使用“我的服务我主宰 (Services My Way)”来获取服务和支持，包括：帮助参保人完成基本生活技能，例如：进食、饮水和如厕；帮助参保人完成家庭琐事，例如：购物、洗衣和清洗；帮助参保人参加社区活动。
- 参保人要求的产品和服务——希望在“我的服务我主宰”项目下主导服务和控制预算的参保人所获得的服务、设备或物资，使得他们能够在家中安全独立地生活，并融入所在社区。
- 私人助理服务——手把手帮助参保人参与日常生活，例如：进食、沐浴、穿衣和如厕。
- 个人紧急响应系统 (Personal Emergency Response System, PERS)——与参保人电话相连的一套电子设备，当参保人需要紧急援助时，可以按下这套便携式设备上的“帮助”按钮，位于响应中心的一名受训员工将获得求助消息。
- 除虫——在参保人家中清除昆虫和其他害虫的服务；如果不除虫则会导致参保人因健康和安全风险而无法在社区中生活。
- 物理治疗——医生预订的、物理治疗师提供的服务，包括：对一名参保人进行评估和治疗，限制或预防在受伤或患病后导致残疾。
- 住宅康复服务——参保人现居的提供商所有或提供商运营的环境中推出的服务，包括：社区融合；夜间援助；私人援助服务，帮助应对日常生活，如沐浴、穿衣、进食、行动和如厕；重要日常生活，如烹饪、家务和购物，使得参保人能够获得所需技能，尽可能独立生活且全面参与社区活动。
- 暂托服务——当免费照护者暂时离开或需要休息时为参保人提供的短期服务。
- 专用医疗设备和医疗用品——帮助一名参保人提高或维持应对日常生活能力的物品。
- 语言治疗——医生预订的、由一名美国言语语言听力学会 (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) 认证参保人或认证言语语言病理学家提供的服务，包括：拥有语言障碍的参保人进行评估、咨询和提供康复服务。
- 安排合理的日常康复服务——小型团体环境中安排的日常服务，旨在帮助一名参保人能够为在社区生活做好准备，包括：监督、培训和支持社交技能培训。

- 远程护理——使用技术帮助参保人尽可能独立生活的 3 类服务：
 - 健康状况测量和监控远程服务——使用无线技术或电话线来搜集相关健康数据，例如脉搏、血压等，帮助提供商了解参保人境况，并提供教育和咨询。
 - 活动和传感器监控远程护理服务——使用传感器技术提供每周 7 天、每天 24 小时全天候服务，远程监控和被动跟踪参保人的日常生活常规活动。
 - 药物发放和监控远程护理服务——通过发放药物和监控来帮助参保人，查看其是否正在按照处方服药。
- 车辆改装——对有特殊需求的参保人所使用的汽车或面包车进行物理改装，即使该车辆或面包车的所有人是另一名与参保人居住在一起的家庭成员或另一名向参保人提供主要支持的人员，使得该参保人能够使用这辆车或面包车。

参保人要求的社区支持

参保人要求的社区支持保险利益允许参保人选择和管理他们自己的直接护工 (direct care worker, DCW)。如果您选择雇用自己的 DCW，您（或您选择的代表人）将被转介给普通法雇主 (Common Law Employer, CLE)。CLE 负责雇佣、培训和监督 DCW。CLE 还必须与财务管理服务 (Financial Management Services, FMS) 提供商合作，以确保：

- 在 DCW 开始工作前，所有文书工作必须完成
- DCW 的工作时数仅为参保人的“以人为本的服务计划” (Person-Centered Service Plan, PCSP) 中授权的时数。
- DCW 在提交工作时数时遵守电子访问验证 (electronic visit verification, EVV) 规则
- DCW 和 CLE 使用 FMS 提供商的系统审查并批准 DCW 的所有工作时数

CLE 必须履行这些职责，以便为 DCW 的工作时数支付报酬。其他与雇主相关的责任，如发放工资和保存税务记录，均由 FMS 提供商管理。

疗养院服务

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划为疗养院服务提供承保。疗养院是获得认证提供护理或长期护理服务的机构，能够满足在疗养院居住的人员的医疗或非医疗需求。这类服务包括：护理和康复；为穿衣、沐浴、如厕、进食和洗衣提供援助；其他计划保健护理项目内所需的定期服务。

如果您目前不住在疗养院，那么您从疗养院获取 LTSS 服务之前，DHS 将与您的医生进行协商，以评估您是否符合护理设施临床资格 (NFCE)。请参见本手册第 64 页获得更多有关 NFCE 的解释。疗养院服务必须获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提供的预授权。

如果您现居在一所疗养院中，且您在 **Community HealthChoices** 加入之时就已经居住在该疗养院中，您则可以在需要疗养院服务之时，继续居住在这所疗养院中。您也可以搬迁至 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的另一所疗养院，或联系参保专员：844-824-3655，了解更多在网络内的其他 **Community HealthChoices** 的计划和疗养院信息。

如果您目前居住在疗养院中，且您是在加入了 Community HealthChoices 计划后住进疗养院的，则您必须选择一家在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的疗养院，或请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划批准您使用一家在网络外的疗养院。您还可以联系参保专员：844-824-3655，了解更多在网络内的其他 Community HealthChoices 的计划和疗养院信息。

如果当您最初加入 Community HealthChoices 时并未住在疗养院中，但如今您需要疗养院服务，则您可以选择到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网络内的一家疗养院去居住。您还可以联系参保专员，了解更多在网络内的其他 Community HealthChoices 的计划和疗养院信息。

患者支付疗养院服务

如果您居住在一家疗养院中，且必须在患病或受伤后短期使用疗养院服务，您可能需要每个月支付部分护理成本。这被称之为“患者支付”金额。

当您针对家庭护理申请医疗援助时，郡援助办公室 (CAO) 将根据您的收入和开支，决定您的护理成本金额。如果您还存有疑问，请按照本手册第 11 页的电话号码致电 CAO，或您的服务协调员将与您合作，帮您理解护理成本。

州监察官项目

宾夕法尼亚州老龄化部 (Pennsylvania Department of Aging) 负责监察官项目。监察官负责为居住在长期护理设施的人员处理投诉和其他问题，例如：疗养院、辅助生活设施和私人护理家庭。监察官还负责按照联邦法律和州法律提供有关居民权利的信息。

您可以致电宾夕法尼亚州老龄化部监察官项目：717-783-8975，或访问网站：www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx。

遗产追缴

联邦法律要求公众服务部 (DHS) 针对向年龄在 55 周岁及以上的人员提供的服务收取一部分医疗援助资金。这被称之为“遗产追缴”。DHS 在这位参保人去世后才会收缴这部分遗产资金，而不是当这位参保人仍在接受服务之时收缴。

2024 年 AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 参保人手册

针对 Community HealthChoices 计划参保人，遗产追缴适用于 DHS 针对以下服务向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划支付的资金：

- 疗养院服务
- 基于家庭和社区的服务
- 该人员在疗养院或 HCBS 居住期间获得的住院治疗和处方药物

有关遗产追缴一题，您的郡援助办公室将能够回答您的任何问题。 请参见本手册第 **11** 页上有关郡援助办公室的联系电话。

第 6 章

预先指示

预先指示

预先指示有 2 类：生前预嘱和医疗保健授权书。这类文件使得您无法决定或表达主张时，您的希望仍旧能够得到尊重。如果您拥有一份《生前预嘱》或《医疗保健授权书》，您应当将这份文件给到您的 PCP、其他提供商或一名值得信赖的家庭成员或友人，使得他们知晓您的期望。

如果有关预先指示的法律发生了变更，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在变更发生后 90 天内采用书面形式告知您。如需获取有关 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划对预先指示规定的政策，包括如何获取书面信息和/或政策，请致电参保人服务：

1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)，或访问 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划网站：www.amerihealthcaritaschc.com。

生前预嘱

生前预嘱是您自行编写的一份文件。当您在无法告知您的医生或其他提供商您所需要的护理类型时，这份文件列出了您希望和不希望接受的医疗护理。您的医生必须拥有一份文件副本，且必须决定您无法自行做出决定后，才能使用这份生前预嘱。您可以随时撤销或变更一份生前预嘱。

医疗保健授权书

医疗保健授权书也被称之为一份永久授权书。医疗保健授权书或永久授权书是指在您出于生理或心理原因无法自行做出决定时，您赋予他人代您做出治疗决定的权力的一份文件。这份文件还指明了当一份授权书生效时，必须处在什么条件下。在编制医疗保健授权书之时，您可以获取但不一定需要获取法律援助。您可以联系 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划获得距离您较近的更多信息或资源。

当提供商未遵守您的预先指示时当如何处理

提供商如果出于良知不同意预先指示的内容，可不必遵循这份文件。如果您的 PCP 或其他提供商不想遵照您的预先指示，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将帮助您找到一位能够遵照您的希望的提供商。如果您需要帮助寻找一名新的提供商，请致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

若一名提供商并未遵照预先指示，则您可以提交一份投诉。请参见本手册第 **82** 页上的第 **8** 章，投诉、申诉和公平听证会，了解如何提交投诉的信息，或致电参保人服务：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**。

第 7 章

行为健康服务

行为健康治疗

行为健康服务包括心理健康服务和物质使用障碍服务。这类服务通过行为健康治疗管理组织 (behavioral health managed care organizations, BH-MCO) 进行提供。DHS 下属的心理健康和物质滥用服务办公室 (Office of Mental Health and Substance Abuse Services, OMHSAS) 则负责监督这些组织。

BH-MCO 的联系信息请参见下方列表。

县	BH-MCO
Adams	1-866-738-9849
Allegheny	1-800-553-7499
Armstrong	1-877-688-5969
Beaver	1-877-688-5970
Bedford	1-866-483-2908
Berks	1-866-292-7886
Blair	1-855-520-9715
Bradford	1-866-878-6046
Butler	1-877-688-5971
Cambria	1-800-424-0485
Cameron	1-866-878-6046
Carbon	1-866-473-5862
Centre	1-866-878-6046
Clarion	1-866-878-6046
Clearfield	1-866-878-6046
Clinton	1-855-520-9787
Columbia	1-866-878-6046
Crawford	1-866-404-4561
Cumberland	1-888-722-8646
Dauphin	1-888-722-8646
Elk	1-866-878-6046
Erie	1-855-224-1777
Fayette	1-877-688-5972
Forest	1-866-878-6046
Franklin	1-866-773-7917
Fulton	1-866-773-7917
Greene	1-866-878-6046
Huntingdon	1-866-878-6046
Indiana	1-877-688-5969
Jefferson	1-866-878-6046
Juniata	1-866-878-6046

县	BH-MCO
Lackawanna	1-866-668-4696
Lancaster	1-888-722-8646
Lawrence	1-877-688-5975
Lebanon	1-888-722-8646
Lehigh	1-866-238-2311
Luzerne	1-866-668-4696
Lycoming	1-855-520-9787
McKean	1-866-878-6046
Mercer	1-866-404-4561
Mifflin	1-866-878-6046
Monroe	1-866-473-5862
Montour	1-866-878-6046
Northampton	1-866-238-2312
Northumberland	1-866-878-6046
Perry	1-888-722-8646
Pike	1-866-473-5862
Potter	1-866-878-6046
Schuylkill	1-866-878-6046
Snyder	1-866-878-6046
Somerset	1-866-483-2908
Sullivan	1-866-878-6046
Susquehanna	1-866-668-4696
Tioga	1-866-878-6046
Union	1-866-878-6046
Venango	1-866-404-4561
Warren	1-866-878-6046
Washington	1-877-688-5976
Wayne	1-866-878-6046
Westmoreland	1-877-688-5977
Wyoming	1-866-668-4696
York	1-866-542-0299

您还可以致电参保人服务获取帮助：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，获取有关您的 BH-MCO 的联系信息。

您可以在每周 7 天、每天 24 小时内任何时段拨打 BH-MCO 的免费电话。

您无需从 PCP 处获得转介以接受行为健康服务，但您的 PCP 将与 BH-MCO 和行为健康提供商展开合作，帮助您获得能够满足需求的最佳治疗。如果您或您的家人正患有心理健康问题，或拥有吸毒或酗酒的问题，您应当告知您的 PCP。

承保行为健康服务包括：

- 氯氮平（Clozaril）支持服务
- 戒毒戒酒住院服务（青少年和成人）
- 戒毒戒酒住院康复服务（青少年和成人）
- 戒毒戒酒门诊服务
- 戒毒戒酒美沙酮维持服务
- 以家庭为依托的心理健康服务
- 化验（与行为健康诊断相关，并由一名行为健康执业人员开具处方）
- 心理健康危机干预服务
- 心理健康住院服务
- 心理健康门诊服务
- 心理健康部分住院服务
- 同僚支持服务
- 目标案例管理服务

如果您对任何这类服务的预约看诊交通运输事务存有任何疑问，请联系您的 BH-MCO。

第 8 章

投诉、申诉和公平听证会

投诉、申诉和公平听证会

如果 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的一名提供商所提供的服务令您感到不满或表示异议，您可以告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划或公众服务部您对此表示不满或不赞同。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划提供商所提供的服务。本章将为您介绍您可以采取何种措施，以及会发生什么情况。

投诉

什么是投诉？

投诉是指您告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划或提供商表示不满，或您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划做出的决定表示异议。

您可以根据以下情况提交投诉：

- 您对当前获取的治疗表示不满。
- 您无法获取所希望得到的服务或项目，因为该服务或项目不在承保范围内。
- 您没有获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划已经批准的服务。
- 您对您需要支付您的提供商这一决定表示异议，但您的异议遭到了驳回。

一级投诉

如果我要投诉应当如何处置？

提交一份一级投诉：

- 请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划您的投诉内容，或
- 写下您的投诉，并通过邮寄、传真或安全电子邮件或安全门户网站（如有）通过电子形式发送至 **AmeriHealth Caritas PA CHC**，或
- 如果您在收到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划有关 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的决定通知时，且这份通知中还包含一份投诉/申诉申请表，请填写这份表格然后通过邮寄或传真的形式寄给 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划的投诉地址和传真为：
AmeriHealth Caritas PA CHC
Participant Appeals
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
传真：1-855-332-0141
pamemberappeals@amerihealthcaritas.com

若您向您的提供商提供了书面同意书时，您的提供商还可以代您提交投诉。

我应当在何时提交一份一级投诉？

某些投诉拥有一定的提交时限。在接到一份以下通知时，您必须在 **60 日内** 提交投诉：

- **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**决定您无法获取所希望得到的服务或项目，因为该服务或项目不在承保范围内时。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**拒绝向提供商支付一项您已接受的服务或项目时。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**在 **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**接到您的投诉或申诉后 **30 天内**，并未对您向 **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**提出的投诉或申诉做出决定时。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**驳回您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC 计划**提出的异议，要求您支付您的提供商时。

如果您本应获得一项服务或项目，但并未获取时，您必须在**预订服务/项目获取日之后 60 日内**提交投诉。您应当获取一项服务或项目的时间列示如下：

作为新参保人的首次检查预约...	我们将为您预约...
患有艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 的参保人	在您成为 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划 的参保人后不超过 7 日内 与 PCP 或专科医生取得联系，除非您正在接受一名 PCP 或专科医生的治疗。
正在接受补充性安全收入 (Supplemental Security Income, SSI) 的参保人	在您成为 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划 的参保人后不超过 45 日内 与 PCP 或专科医生取得联系，除非您正在接受一名 PCP 或专科医生的治疗。

所有其他参保人	在您成为 AmeriHealth Caritas PA CHC 计划的参保人后不超过 3 周内与 PCP 取得联系。
妊娠期参保人:	我们将为您预约 ...
处于第一孕期的妊娠期妇女	AmeriHealth Caritas PA CHC 计划知晓您已怀孕后在 10 个工作日内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约检查。
处于第二孕期的妊娠期妇女	AmeriHealth Caritas PA CHC 计划知晓您已怀孕后在 5 个工作日内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约检查。
处于第三孕期的妊娠期妇女	AmeriHealth Caritas PA CHC 计划知晓您已怀孕后在 4 个工作日内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约检查。
高危妊娠妇女	AmeriHealth Caritas PA CHC 计划知晓您已怀孕后在 24 个小时内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约检查。
预约对象...	必须安排 预约。
PCP	
紧急医疗症状	24 小时内。
常规预约	10 个工作日内
健康评估/普通体检	3 个星期内。
专科医生 (由 PCP 转介)	
紧急医疗症状	转介后 24 小时以内。
与以下专科医生的常规预约: • 耳鼻喉科 • 皮肤科 • 牙科医生 • 整形矫正科	转介后 15 个工作日内
与所有其他专科医生的常规预约	转介后 10 个工作日内

您可以随时提交所有其他投诉。

本人提交了一级投诉后会发生什么？

您提交投诉后，将会获得一份来自 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的信函，告知您 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划已经收到您的投诉，并为您介绍一级投诉的审查流程。

您可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划请求免费查看 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划关于您的投诉问题保存的任何信息。您还可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划发送您的投诉相关信息。

如果您希望参加投诉审查流程，您还可以申请加入。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在投诉审查开始至少 10 天前告知您投诉审查的地点、日期和时间。您可以亲自参加投诉审查，也可以通过电话、或视频电话的形式参加。如果您决定您不愿意参加投诉审查，这也不会影响最终决定。

由 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 中未涉及您的投诉问题的、不为任何人服务的一名或多名工作人员构成的委员会将根据您所提交的投诉进行审查并做出决定。如果投诉涉及临床问题，委员会中将包括一名与服务专业相同或相似的执业医生或执业牙医。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将在您提交一级投诉之后 30 日内为您寄送一份通知，告知您针对您的一级投诉所做的决定。这份通知还可告诉您如果您对这份决定表示异议，您可以采取哪些措施。

如果您在投诉流程中还需其他援助信息，请参见第 95 页。

如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，您可以在知晓您正在接受的服务或项目并非承保内容之日起 15 日内，提交口头投诉，或通过传真、邮寄、通过安全电子邮件或安全门户网站（如有）以电子方式提交，或亲自递交的形式提出投诉，通过这种方式，在您的投诉决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。

若本人对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的决定表示异议，应当如何处置？

如果您的投诉符合下文中任何一种情况，您则可以申请进行外部投诉审查，或获取公平听证会，或两者都要：

2024 年 AmeriHealth Caritas Pennsylvania Community HealthChoices 参保人手册

- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划决定您无法获取所希望得到的服务或项目，因为该服务或项目不在承保范围内时。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划拒绝向提供商支付一项您已接受的服务或项目时。
- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划接到您的投诉或申诉后 **30** 天内，并未对您向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出的投诉或申诉做出决定时。
- 您没有按照计划在一定时间内接受某项服务或项目时。
- 当 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 决定您必须支付您的提供商，您对这一决定表示异议并提出请求后，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 又决定拒绝您的请求时。

您必须在收到一级投诉决定通知之日起 **15** 天内以书面形式向 Pennsylvania 州保险部消费者服务局提交请求，要求进行外部投诉审查。

如需请求对您的投诉进行外部审查，可将您的请求寄送至：

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
传真：717-787-8585

或

访问“File a Complaint”（提交投诉）网页
<https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx> [insurance.pa.gov]

如果您在提交外部审查请求时需要帮助，可拨打消费者服务局电话 1-877-881-6388。

您必须在告诉您投诉决定的通知邮寄日期后的 **120** 天内要求举行公平听证。

针对所有其他投诉，您则必须在您获得投诉决定通知后 **45** 天内提交一份二级投诉。

请参见第 **96** 页获取有关公平听证会的相关信息。
请参见第 **88** 页获取有关外部投诉审查的相关信息
如果您在投诉流程中还需其他援助信息，请参见第 **95** 页。

二级投诉

如果我要提交一份二级投诉应当如何处置？

提交一份二级投诉：

- 请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划您的二级投诉内容，或
- 提交一份书面二级投诉，并将其通过邮件或传真寄至 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划，或
- 在获得投诉决定通知后，填写这份通知中提供的投诉申请表，并将该表通过邮寄或传真的形式提交给 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划的二级投诉地址和传真为：

AmeriHealth Caritas PA CHC
Participant Appeals
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
传真：1-855-332-0141
pamemberappeals@amerihealthcaritas.com

本人提交了二级投诉后会发生什么？

您提交了二级投诉后，将会获得一份来自 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的信函，告知您 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划已经收到您的投诉，并为您介绍二级投诉的审查流程。

您可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划请求免费查看 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划关于您的投诉问题保存的任何信息。您还可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划发送您的投诉相关信息。

如果您希望参加投诉审查流程，您还可以申请加入。 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在投诉审查开始至少 15 天前告知您投诉审查的地点、日期和时间。您可以亲自参加投诉审查，也可以通过电话、或视频电话的形式参加。如果您决定您不愿意参加投诉审查，这也不会影响最终决定。

由至少 3 人构成的一个委员会，其中至少一人并不为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划工作，将负责对您的二级投诉做出决定。委员会中的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 工作人员将不是涉及您的投诉事项的人员，且将不会为任何涉及投诉事项的人员服务。

如果投诉涉及临床问题，委员会中将包括一名与服务专业相同或相似的执业医师或执业牙医。 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在您提交二级投诉之后 **45** 日内为您寄送一份通知，告知您针对您的二级投诉所做的决定。 这份通知还可告诉您如果您对这份决定表示异议，您可以采取哪些措施。

如果您在投诉流程中还需其他援助信息，请参见第 **95** 页。

若本人对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 针对我的二级投诉的决定表示异议，应当如何处置？

您可以要求宾夕法尼亚州保险部治疗管理局进行外部审查。

在您收到二级投诉决定通知后 **15** 天内，您必须请求进行外部投诉审查。

外部投诉审查

本人如何请求获得外部投诉审查？

您必须通过书面形式提交外部投诉审查请求，请寄至以下地址：

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
1209 Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
传真：717-787-8585

您也可以访问“提交投诉”页面：

<https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx>

如果您在提交外部审查请求时需要帮助，请致电消费者服务局：1-877-881-6388。

如果您提出请求，消费者服务局将帮助您通过书面形式提交投诉。

本人请求获得外部投诉审查后会发生什么？

宾夕法尼亚州保险部将从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划处获取您的文件。您还可以向他们发送任何有益的文件，为您的投诉外部审查提供帮助。

在外部审查期间，您可以派一名律师或他人作为您的代表人。

决定做出后，您将收到一份决定信函。 这封函件将告知您做出该决定的理由，以及如果您对该决定存有异议时可以采取何种措施。

如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，而您希望继续获得服务，您必须在获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 发出的一级投诉决定通知、告知您正在接受的服务或项目并非承保内容之日起 **15** 日内，提交一份外部投诉审查或公平听证申请，且以邮寄、传真或通过宾州消费者服务在线门户网站 (CSO) 以电子方式提交申请。通过这种方式，在您的审查决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。如果您同时申请进行外部投诉审查和公平听证会，您必须在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 一级投诉决定通知发出之日起 **15** 天内同时请求外部投诉审查和公平听证会。 如果您等到收到对您的外部投诉决定后才请求进行公平听证会，则不会继续服务。

申诉

什么是申诉？

当 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划因非医学必需的理由而拒绝、减少某项服务或项目，或批准一项并非您请求需要的服务或项目，您将获得 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划做出的决定通知。

您则可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出申诉，告知您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的决定表示不满。

如果我要申诉应当如何处置？

提交一份申诉：

- 请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划： **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划您的申诉内容，或
- 写下您的申诉，并通过邮寄、传真或安全电子邮件或安全门户网站（如有）通过电子形式发送至 **AmeriHealth Caritas PA CHC**，或
- 在接到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 发出的拒绝服务通知后，填写这份通知中提供的投诉/申诉申请表，并将该表通过邮寄或传真的形式提交给 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划的申诉地址和传真为：

**AmeriHealth Caritas PA CHC
Participant Appeals
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
传真: 1-855-332-0141
pamemberappeals@amerihealthcaritas.com**

若您向您的提供商提供了书面同意书时，您的提供商还可以代您提交申诉。若提供商代您提交申诉，则您无法自行再次发送一份独立申诉。

我应当在何时提交一份申诉？

在接到通知告知您的服务或项目现已被拒、份额减少或获得其他服务或项目的批准时，您必须在接到该通知后 **60 日内** 提交一份申诉。

本人提交了申诉后会发生什么？

您提交申诉后，将会获得一份来自 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的信函，告知您 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划已经收到您的申诉，并为您介绍申诉审查流程。

若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划做出了一项决定，且您针对该决定提出了申诉，则您可以请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划免费提供其做出决定的任何信息。您还可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划发送您的申诉相关信息。

如果您希望参加申诉审查流程，您还可以申请加入。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在申诉审查开始至少 **10 天** 前告知您申诉审查的地点、日期和时间。您可以亲自参加申诉审查，也可

以通过电话、或视频电话的形式参加。如果您决定您不愿意参加申诉审查，这也不会影响最终决定。

由 **3 名或 3 名以上** 人员组成的委员会将对您的申诉作出裁决，其中包括服务专业相同或相似的一名执业医师或执业牙医。委员会中的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 工作人员将不是涉及您的申诉事项的人员，且将不会为任何涉及申诉事项的人员服务。**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在您提交申诉之后 **30 日内** 为您寄送一份通知，告知您针对您的申诉所做的决定。这份通知还可告诉您如果您对这份决定表示异议，您可以采取哪些措施。

如果您在申诉流程中还需其他援助信息，请参见第 **95** 页。

如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，您可以在接到通知知晓您正在接受的服务或项目被减少、变更或被拒时起 **15** 日内，提交口头申诉，或通过传真、邮寄、通过安全电子邮件或安全门户网站（如有）以电子方式提交，或亲自递交的形式提出申诉，通过这种方式，在您的申诉决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。

若本人对 AmeriHealth Caritas PA CHC 的决定表示异议，应当如何处置？

您还可以请求获得外部申诉审查，或获得公平听证会，或同时针对上述两者提出请求。外部申诉审查是由一名不为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划工作的医生执行的。

在您收到申诉决定通知后 **15** 天内，您必须请求进行外部申诉审查。

您必须在收到申诉决定通知后 **120** 日内向公众服务部提出请求，获得公平听证会。

请参见第 **96** 页获取有关公平听证会的相关信息。
如需更多有关外部申诉审查的信息，请参见下文。
如果您在申诉流程中还需其他援助信息，请参见第 **95** 页。

外部申诉审查

本人如何请求获得外部申诉审查？

申请获得外部申诉审查：

- 请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划：**1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划您的申诉内容，或
- 提交一份书面申诉，并将其通过邮件寄至 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划：

AmeriHealth Caritas PA CHC
Participant Appeals
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将把您的外部申诉审查申请提交给保险部。

本人请求获得外部申诉审查后会发生什么？

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将把您的申诉文件提交给审查人。在您提交了外部申诉审查请求后 15 天内，您可以向申诉审查人提交额外信息，帮助其进行外部审查。

AmeriHealth Caritas PA CHC 将告知您外部申诉审查者的姓名、地址和联系电话。您将获得有关外部申诉审查流程的信息。

您将在申请进行外部申诉审查之日起 60 日内获得一份决定信函。这封函件将告知您做出该决定的理由，以及如果您对该决定存有异议时可以采取何种措施。

如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，而您希望继续获得服务，您必须在接到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划通知告知您申诉决定之日起 10 日内，提交外部申诉审查申请，可以是口头申请或以邮寄（以邮戳时间为准）、传真、宾州消费者服务在线门户网站 (CSO) 电子方式提交或亲手递交的书面申请。通过这种方式，在您的审查决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。如果您同时申请进行外部申诉审查和公平听证会，您必须在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 申诉决定通知发出之日起 15 天内同时请求外部申诉审查和公平听证会。如果您等到收到对您的外部申诉决定后才请求进行公平听证会，则不会继续服务。

加急投诉与申诉

若本人健康处在即刻风险之下，应当如何处置？

如果您的医生或牙医认为等待 30 日获取您的一级投诉或申诉决定时，或等待 45 日才能获取您的二级投诉的决定时将危害到您的健康，您或您的医生或牙医可以申请更快地获得投诉和申诉决定。为了获取更快的投诉或申诉决定，请参见下文：

- 您必须请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提早做出决定，请致电：**AmeriHealth Caritas PA CHC, 1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)**；或向以下号码发送传真，寄送一封信函或投诉/申诉申请表：**1-855-332-0141**；或发送一封电子邮件至：**PAmemberappeals@amerihealthcaritas.com**。

- 在您提出快速决定申请后，您的医生或牙医应当在 72 小时以内将一封署名信函传真给以下号码：**1-855-332-0141**，解释为什么当 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划花 **30 日** 做出一级投诉或申诉决定时，或花 **45 日** 做出二级投诉决定时，会给您的健康带来危害。

若 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划没有收到您的医生或牙医寄送的信函，或信函中的信息并未指明按照正常时间对您的投诉或申诉做出决定会危害您的健康，则 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将按照正常的处理时间，即从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到您的一级投诉或申诉之日起 **30 日** 内；或从 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到您的二级投诉之日起 **45 日** 内，来做出决定。

加急投诉和加急外部投诉

您的快速投诉将由 3 人或更多人组成的委员会进行审查，其中包括服务专业相同或相似的一名执业医师或执业牙医。

委员会成员将不是涉及您的投诉事项的人员，且将不会为任何涉及投诉事项的人员服务。

如果您希望参加加急投诉审查流程，您还可以申请加入。您可以亲自参加投诉审查，但也可能必须通过电话或视频会议的形式加入，因为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划在进行快速投诉审查时只有很短的时间做出决定。如果您决定您不愿意参加投诉审查，这也不会影响最终决定。

在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划从您的医生或牙医处收到一封信函，解释为何普通申诉决定流程会危及您的健康后，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在 48 小时内做出申诉决定；或当 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到您的快速决定申请后在 72 小时内做出申诉决定；具体时间取上述两者更早的时间计算。但如果您请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划花更多时间做出申诉决定的情况除外。您可以请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划另花 14 天来决定您的投诉。您将获得一份通知，告知您决定理由，以及在您对这个决定表示不满时，如何提出加急外部投诉审查申请。

如果您对加急投诉决定表示不满时，您可以在收到加急投诉决定通知后 2 个工作日内请求从宾夕法尼亚州保险部获得一次加急外部投诉审查。如需请求对您的投诉进行加急外部审查，可将您的请求寄送至：

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120
传真：717-787-8585

或

访问“File a Complaint”（提交投诉）网页

<https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx> [insurance.pa.gov]

如果您在提交外部审查请求时需要帮助，可拨打消费者服务局电话 1-877-881-6388。

加急申诉和加急外部申诉

由 3 名或 3 名以上人员组成的委员会将对您的申诉作出裁决，其中包括服务专业相同或相似的一名执业医师或执业牙医。如果申诉与牙科服务有关，则加急申诉审查委员会将包括一名牙医。委员会中的 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 工作人员将不是涉及您的申诉事项的人员，且将不会为任何涉及申诉事项的人员服务。

如果您希望参加快速申诉审查流程，您还可以申请加入。您可以亲自参加申诉审查，但也可能必须要通过电话或视频会议的形式加入，因为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划在进行快速申诉审查时只有很短的时间做出决定。如果您决定您不愿意参加申诉审查，这也不会影响最终决定。

在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划从您的医生或牙医处收到一封信函，解释为何普通申诉决定流程会危及您的健康后，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将在 48 小时内做出申诉决定；或当 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划收到您的快速决定申请后在 72 小时内做出申诉决定；具体时间取上述两者更早的时间计算。但如果您请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划花更多时间做出申诉决定的情况除外。您可以请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划另花 14 天来决定您的申诉。您将获得一份通知，告知您决定理由，以及在您对这个决定表示不满时可作何处理。

如果您对加急申诉决定表示不满，您可以申请进行加急外部申诉审查，或请求公众服务部提供加急公平听证会，或针对加急外部申诉审查和加急公平听证会同时提出请求。外部申诉审查是由一名不为 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划工作的医生执行的。

您必须在收到加急申诉决定通知后 2 个工作日内请求进行加急外部申诉审查。如需针对一项申诉申请加急外部审查：

- 请致电 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划：1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)，告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划您的申诉内容，或
- 发送电子邮件至 **AmeriHealth Caritas PA CHC**：
PAmemberappeals@amerihealthcaritas.com，或
- 提交一份书面申诉，并将其通过邮件或传真寄至 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划：

**AmeriHealth Caritas PA CHC
Participant Appeals
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
传真：1-855-332-0141。**

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将在收到信件后 24 小时内把您的申请呈交给宾夕法尼亚州保险部。

您必须在收到加急申诉决定通知后 **120** 天内申请获得公平听证会。

在投诉和申诉流程中， 您可以获得怎样的帮助？

如果您在填写投诉或申诉时需要帮助，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划中的一名员工将为您提供帮助。该人员还可代表您参加投诉或申诉流程。您无需对这位员工支持支付费用。该工作人员将不会参与有关您的投诉或申诉的任何决定。

您还可以请求一名家庭成员、朋友或律师或其他人员帮您填写这份投诉或申诉。如果您决定希望出席投诉或申诉审查，该人员还可为您提供帮助。

在投诉或申诉流程中的任何时候，您都可以选择您熟知的人员代表您或代您采取行动。如果您决定选择某人代表您或代您采取行动，请通过书面形式告知 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划该人员的姓名，以及 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划联系该人员的方式。

您或您的代表人可以向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划请求免费查看 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划关于您的投诉或申诉问题保存的任何信息。

您可以使用免费电话致电：**AmeriHealth Caritas PA CHC：1-855-235-5115 (TTY**

1-855-235-5112)，针对投诉与申诉事宜寻求帮助或提出问题，或联系本地法务援助办公室：

1-800-846-0871，或致电宾夕法尼亚州健康法项目：**1-800-274-3258**。

主要语言非英文的人士

如果您请求获得语言服务，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划将为您免费提供服务。

残障人士

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划将为残障人士提供以下援助，在必要时免费为其提交投诉或申诉。这类援助包括：

- 提供手语翻译；
- 在投诉或申诉审查期间，**AmeriHealth Caritas PA CHC** 可通过替代性格式提交信息。替代格式版本将在审查前发送给您；和
- 提供帮助誊抄和介绍信息的人员。

公众服务部 (Department of Human Services) 公平听证会

在某些情况下，当您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的某些作为或不作为感到不满或产生异议时，您可以请求公众服务部为您举办一场听证会。这种听证会被称为“公平听证会”。在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划对您的一级投诉或申诉做出决定后，您可以请求获得一次公平听证会。

本人可以就哪些事项请求获得一次公平听证会？截至何时本人需要请求获得一次公平听证会？

自您收到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划针对您的一级投诉或申诉的**决定通知后起 120 日内**，您可以通过邮寄（邮戳在上述时限范围内）或传真请求针对以下事务获得一次公平听证会：

- 因服务或项目不在承保范围内而导致您所希望获取的服务或项目被拒时。
- 拒绝向提供商支付您已获得的服务或项目，且提供商可向您发送服务或项目账单时。

- **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划接到您的投诉或申诉后 **30** 天内，并未对您向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出的一级投诉或申诉做出决定时。
- 驳回您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出的决定异议，要求您支付您的提供商时。
- 因服务或项目并非医学必需，而导致某项服务或项目被拒、被减少或获批服务或项目不同于您所请求获取的服务或项目时。
- 您没有按照计划在一定时间内接受某项服务或项目时。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划在 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划接到您的投诉或申诉后 **30** 天内，并未对您向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出的一级投诉或申诉做出决定时，您可以在接到未做决定的通知之日后 **120** 天内请求举行一次公平听证会。

本人如何请求获得一次公平听证会？

您必须采取书面形式申请获得公平听证会。您可以使用投诉或申诉决定通知中附送的公平听证会申请表，填写完成后并签名；或书写并签署一封信函。

如果您选择写信的方式，请列示以下信息：

- 您（参保人）的姓名和出生日期；
- 白天可以联系到您的电话号码；
- 您是否希望亲自或通过电话形式参加公平听证会；
- 您请求获得公平听证会的理由；和
- 针对您的公平听证会所涉及的事宜，请附上任何您针对该事宜所收到的信函的副本。

您必须将公平听证会申请寄至以下地址：

Department of Human Services
OLTL/Forum Place 6th FL
CHC Complaint, Grievance and Fair Hearings
P.O.Box 8025
Harrisburg, PA 17105-8025
传真：717-346-7142

本人请求获得公平听证会后会发生什么？

您将收到公众服务部听证会和上诉局 (Bureau of Hearings and Appeals) 发送的一封信函，告知您这场听证会的举办地点、日期和时间。您将在听证会召开至少 10 天前收到这封信函。

您可以选择亲自参加公平听证会，或通过电话连线参加。您的一名家庭成员、朋友、律师或其他人员可以帮助您参加公平听证会。您**必须**参加公平听证会。

AmeriHealth Caritas PA CHC 计划也将参加您的公平听证会，解释 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 为何做出这一决定或解释到底发生了什么。

您可以请求 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划免费为您提供有关您的公平听证会事宜的任何记录、报告和其他信息。

何时可以获得有关公平听证会的决定？

在您向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提交了投诉或申诉后 90 天内，公平听证会将做出决定。在这期间不含 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划发出书面一级投诉决定通知/申诉决定通知和您请求获得公平听证会之间的日期。

如果您请求获取公平听证会的理由是：**AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划并未在接到您对 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出的投诉或申诉后 30 天内告知您 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的决定，则您的公平听证会将在您向 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划提出投诉或申诉后 90 天内做出决定。在这期间不含告知您 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划未能及时针对您的投诉或申诉做出决定的通知日期至您申请获得公平听证会的日期中间的时长。

公众服务部将通过书面形式向您发出决定，并告知您如果您对该决定不满时当作何处理。

如果您的公平听证会并未在公众服务部收到请求后 90 天内做出决定，您可以一直在公平听证会做出决定之前获得所需服务。请致电公众服务部：1-800-798-2339，请求获得您的服务。

如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，且您已请求获取公平听证会，并且您的申请是在接到 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 计划的一级投诉或申诉决定通知后 **15** 内邮寄（邮戳日期在这个期间内）、传真或亲自递交的，则您可以在决定做出之前继续享有这项服务或项目。

加急公平听证会

若本人健康处在即刻风险之下，应当如何处置？

如果您的医生或牙医认为按正常公平听证会的流程等待将危害您的健康，则您可以请求尽快进行公平听证会。这种流程被称为加急公平听证会。您可以选择致电公众服务部：**1-800-757-5042**，或将信函或公平听证会申请表传真至：**717-346-7142**，申请获得快速决定。您的医生或牙医必须将一份署名信函传真至：**717-346-7142**，解释为何公平听证会的正常决定时间会影响您的健康。如果您的医生或牙医并未发送这封信，则您的医生或牙医必须在公平听证会期间作证，解释为何公平听证会的正常决定时间会影响您的健康。

在您请求获得公平听证会后 **3** 个工作日内，听证会和上诉局将安排一次电话听证会并将告知您决定。

如果您的医生没有发送书面证明，且并未到公平听证会上作证，则公平听证会将不会加速做出决定。听证会将得到重新安排，且公平听证会将按照正常时间做出公平听证会的决定。

如果您需要帮助或对公平听证会有任何疑问，可拨打 **AmeriHealth Caritas PA CHC** 的免费电话 **AmeriHealth Caritas PA CHC**，也可拨打 **1-855-235-5115 (TTY 1-855-235-5112)** 联系当地的法律援助办公室，或拨打 **1-800-274-3258** 联系宾夕法尼亚州健康法律项目。

修订日：2025 年 1 月。

© 2024 AmeriHealth Caritas Pennsylvania
Community HealthChoices

Coverage by AmeriHealth First.

CHCPA_233097864-1



www.amerihealthcaritaschc.com

所有图片经授权仅用于说明目的。图片中人物均为模特。