



# 您作為 CCA Medicare Excel (HMO) 會員的權利與責任

---

## 第 1 節 我們的計劃必須尊重您的計劃會員權利和文化背景

---

第 1.1 節	我們必須以適合您並符合您的文化背景的方式提供資訊（以除英語外的語言、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等）
---------	---

您的計劃必須確保所有服務（包括臨床和非臨床）均以因應文化背景的方式提供，並讓所有參保者都能獲得服務，包括英語能力有限、閱讀能力有限、有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的會員。計劃如何滿足這些無障礙要求的範例，包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接服務。

我們的計劃提供免費的口譯服務來回答問題。您可以免費獲取本文件及其他印製材料的西班牙語版或其他語言版本，或與會說其他語言的人員討論本資訊。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須讓女性參保者可以選擇直接聯絡網絡內的女性健康專家，以獲得女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡內的提供者無法提供某項專科的服務，則計劃將負責尋找能為您提供必要護理的網絡外專科提供者。在此情況下，您僅需支付網絡內分攤費用。如果您發現您的計劃網絡中沒有涵蓋您所需服務的專科，請致電計劃，瞭解有關如何以網絡內分攤費用獲取此服務的資訊。

如果您在從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的資訊格式、去看女性保健專科醫生或尋找網絡內專科醫生時遇到困難，請撥打 866-333-3530 (TTY 711) 向 CCA Health California (CCA Health) 提出申訴，服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。（4 月 1 日至 9 月 30 日：上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。）您亦可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接向民權辦公室提出投訴，電話：1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

## 第 1.2 節 我們必須確保您獲得尊重對待，您的尊嚴和隱私權得到承認

我們的計劃必須遵守保護您不遭受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因以下情況而歧視任何人：個人疾病、健康狀況、健康服務接受情況、索賠經歷、病史、殘障（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別成見和性別認同）、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰、公共援助情況或居住地。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑慮，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

如果您身體殘障並需要幫助以獲取護理，請致電會員服務部。如果您想針對輪椅通道等問題提出投訴，會員服務部可以幫助您。

如需關於我們如何保護您的隱私權的詳細資訊，請參見第 1.4 節。

## 第 1.3 節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權在計劃網絡內選擇主治醫生 (PCP) 來為您提供和安排承保服務。向網絡內提供者求診無需獲得轉診。

您有權在合理的時間內預約計劃網絡內的提供者並獲取承保服務。這包括您有權在需要護理時，及時獲得專科醫生的服務。您也有權在我們的任何網絡內藥房配取或續配處方藥，而不會出現長時間拖延的情況。

所有急症護理和對症診室或上門看診均在 48 小時內提供。您可在 14 個曆日內進行所有非對症診室就診。

如果您認為您在合理的時間內未獲得醫療護理或 D 部分藥物，「承保範圍說明書」第 5 章將告訴您該如何處理。

## 第 1.4 節

## 我們必須為您的個人健康資訊保密

聯邦和州法律保護您醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定，保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您在加入本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
- 您享有資訊與控制健康資訊如何使用的相關權利。我們會向您提供書面的**隱私條例通知**，其中介紹了相關權利並說明了我們如何為您的健康資訊保密。

### 我們如何為您的健康資訊保密？

- 我們會確保未經授權人士無法查看或更改您的記錄。
- 除下述情況外，如果我們打算向任何為您提供護理或支付護理費用之外的人士提供您的健康資訊，**須事先獲得您或您授予法定權利代您作決定之人士的書面許可**。
- 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或所要求的。
  - 我們必須向負責檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
  - 由於您透過 **Medicare** 加入我們的計劃，我們必須向 **Medicare** 提供您的健康資訊，包括您的 **D** 部分處方藥資訊。如果 **Medicare** 出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行；通常要求不得分享可識別您身份的獨有資訊。

### 您可以查看您記錄內的資訊，瞭解其與他人分享的情況

您有權查閱由計劃留存的您的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們可以向您收取副本的費用。您也有權要求我們對您的醫療記錄作出補充或更正。如果您提出此種要求，我們將與您的醫療服務提供者一起決定是否應作出相關更改。

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人分享，您有權瞭解分享的方式。

如果您對您的個人健康資訊之保密方式存有疑問或疑慮，請致電會員服務部。

---

## 隱私條例通知

本通知說明了如何使用和披露與您相關的醫療資訊以及您如何獲取相關資訊。  
請仔細檢閱本通知。

生效日期：2023 年 8 月 4 日

法律要求 Commonwealth Care Alliance, Inc. (i) 為您的醫療資訊（包括行為健康資訊）保密；(ii) 向您提供本「隱私條例通知」，說明我們在醫療資訊方面的法律責任和隱私慣例；以及 (iii) 在您的未加密醫療資訊受到洩露事件影響時通知您。

我們保留更改本通知並使相關更改對我們保留的醫療資訊生效的權利。如果我們對本通知作出重大更改，我們將 (i) 在我們的網站上發佈最新通知；(ii) 在我們每個醫療服務提供者的服務地點發佈最新通知；以及 (iii) 應要求提供最新通知的副本。我們還將在下一次面向會員的年度郵寄中，向我們的保健計劃會員寄送有關最新通知以及如何獲取最新通知（或通知副本）的資訊。我們必須遵循當前有效的通知條款。

**聯絡資訊：**如果您對本通知中的資訊存有疑問、希望行使您的權利或提出投訴，請聯絡：

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Attention: Privacy and Security Officer  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
免費電話：866-457-4953 (TTY 711)

## 第 1 節：本通知適用的公司

本通知適用於作為「承保實體」，受 HIPAA 隱私規則約束 Commonwealth Care Alliance, Inc. 及其子公司。其中有些子公司是「我們的保健計劃」，即提供 Medicare Advantage 福利、Medicaid 福利或其他保健福利或者支付相關費用的公司，例如健康保險公司或 HMO。還有些子公司是我們的醫療服務提供者（「我們的提供者」），負責為患者提供治療，例如初級保健診所。

本通知說明了所有這些實體如何使用和披露您的醫療資訊以及您對該等資訊所享有的權利。在大多數情況下，我們的保健計劃使用和披露您的醫療資訊的方式與我們的提供者相同，您對您的醫療資訊所享有的權利也相同。然而，也存在一些差異，本通知將說明我們如何區別對待**保健計劃會員**的醫療資訊與**提供者患者**的醫療資訊，以此來解釋這些差異。

本通知適用的保健計劃和提供者包括：

### 我們的保健計劃

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

### 我們的醫療服務提供者

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
  - Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
  - CCA PO, Inc
  - InstED™
  - Marie's Place
-

## 第 2 節：我們收集的資訊

個人負責為 **Commonwealth Care Alliance, Inc.** 及其子公司提供正確且完整的醫療資訊，以便其提供優質服務。**Commonwealth Care Alliance (CCA)** 致力於保護在營運和提供服務的過程中收集或建立的個人醫療資訊之保密性。當您透過我們的服務與我們互動時，我們可能會收集您的醫療資訊及其他資訊，後文有進一步說明。

醫療資訊可能包括個人資訊，但您透過服務提供的資訊或與服務相關的資訊均被視為醫療資訊：

- 我們會收集您的電子郵件地址、個人、財務或人口統計資料等資訊，前提是您自願向我們提供該等資訊，例如（包括但不限於），當您聯絡我們進行諮詢、填寫線上表格、回答我們的某項調查、回應我們的廣告或促銷材料、登記獲得我們的服務或使用某些服務時。
- 無論 **CCA** 在何處收集醫療資訊，我們都會提供本通知。向我們提供醫療資訊，即表示您同意我們按照本通知所述使用該等資訊。如果您向 **CCA** 提供資訊，即表示您確認並同意，該等資訊可能會從您當前所在位置傳輸至 **CCA** 以及與 **CCA** 有業務往來之授權第三方的設施和伺服器。

## 第 3 節：我們如何使用和披露您的醫療資訊

本通知的這一章節說明了我們可能如何使用和披露您的醫療資訊，以提供保健服務、支付保健服務費用、獲得保健服務付款以及有效營運我們的業務。本章節還說明了我們可能使用或披露您的醫療資訊的其他情況。

我們的護理模式需要我們的保健計劃及我們的醫療服務提供者與其他醫療服務提供者合作為您提供醫療服務。我們的專業工作人員、醫師及其他護理提供者（被稱為「護理團隊」）有權獲得您的醫療資訊，並在法律允許的情況下，根據治療、付款和保健業務需要互相分享您的資訊。

**治療：**我們的提供者可能會使用患者的醫療資訊，並且我們可能會披露醫療資訊，以提供、協調或管理您的醫療保健及相關服務。這可能包括與其他醫療服務提供者就您的治療進行溝通，以及與他人協調和管理您的醫療保健。

例如：在您即將出院時，我們的執業護士可能會將您的醫療資訊披露給居家護理機構，以確保您出院後能獲得所需的服務。

**付款：**我們可能會使用和披露您的醫療資訊，以支付您所接受的保健服務的費用，並獲得他人對該等服務的付款。

例如：您的醫療服務提供者可能會就向您提供的保健服務，向我們的保健計劃提出索賠。保健計劃可能會使用該等資訊向您的醫療服務提供者進行賠付，並且在保健計劃就服務尋求付款時，可能會向 **Medicare** 或 **Medicaid** 披露相關醫療資訊。

**醫療保健營運：**我們可能會使用和披露您的醫療資訊來開展各種商業活動，以便管理您在我們的保健計劃下有權享受的福利以及我們的提供者提供的治療。例如，我們可能會出於以下目的使用或披露您的醫療資訊：

- 審核和評估醫療服務提供者為您提供治療的技能、資質及表現。
- 與評估其他方的護理品質的其他組織合作。
- 確定您是否有權享受我們的保險福利；但法律禁止我們將您的遺傳資訊用於核保目的。

**聯合活動：**Commonwealth Care Alliance, Inc. 及其子公司已作出安排，共同致力於改善健康狀況和降低成本。我們可能會與其他醫療服務提供者和保健計劃作出類似的安排。我們可能會與這些安排中的其他參與者交換您的醫療資訊，以進行與這些「有組織的醫療保健安排」聯合活動相關的治療、付款和醫療保健營運。

**參與您的護理的人員：**我們可能會將您的醫療資訊披露給您的親朋好友或您確定參與您的護理的任何其他人。例如，如果您要求我們與您的配偶分享您的醫療資訊，我們便會向您的配偶披露您的醫療資訊。如果您無法作出同意，而我們確定這樣做符合您的最佳利益，則我們也可能會向這些人披露您的醫療資訊。在緊急情況下，如果我們需要通知某人您的位置或狀況，我們也可能會使用您的醫療資訊或將其披露給您的親人、參與您的護理的其他人或救災組織（例如紅十字會）。

**法律要求：**我們將在法律要求的範圍內，使用和披露您的醫療資訊。例如：

- 我們將根據法院命令或傳票披露醫療資訊。
- 我們將使用或披露醫療資訊來幫助召回產品或報告對藥物的不良反應。

- 我們將向衛生監督機構披露醫療資訊，該機構通常負責監督保健計劃、醫療服務提供者、醫療保健系統或某些政府計劃（例如 Medicare 和 Medicaid）。
- 我們將向符合個人代表資格的人士披露此人的醫療資訊。「個人代表」擁有代表個人行事的法定權力，例如孩子的父母或監護人、擁有醫療保健授權書的人或殘障人士的法院指定監護人。

**對健康或安全的威脅：**如果我們認為有必要使用或披露您的醫療資訊來預防或減輕對健康或安全的嚴重威脅，我們可能會這樣做。

**公共衛生活動：**我們可能會在公共衛生活動中使用或披露您的醫療資訊，例如研究疾病、報告兒童或家庭虐待與忽視，以及監測受美國食品及藥物管理局管制的藥物或裝置。

**執法：**我們可能會出於特定、有限的執法目的向執法人員披露醫療資訊，例如披露犯罪受害者的相關醫療資訊，或者回應大陪審團傳票。我們還可能會向懲教機構披露被收容者的醫療資訊。

**驗屍官及其他人員：**我們可能會向驗屍官、法醫或葬禮承辦人，或幫助進行器官、眼睛和組織移植的組織披露醫療資訊。

**勞工賠償：**我們可能會在勞工賠償法律授權的情況下依法披露醫療資訊。

**研究組織：**我們可能會使用或披露您的醫療資訊用於研究，該等研究滿足保護醫療資訊隱私的某些條件。

**某些政府職能部門：**我們可能會向某些政府職能部門披露您的醫療資訊，包括但不限於軍事和退伍軍人的活動以及國家安全和情報活動。

**業務合作夥伴：**我們會與供應商簽約，由其代表我們履行職能。我們允許這些「業務合作夥伴」代表我們收集、使用或披露醫療資訊，以履行這些職能。我們透過合約要求我們的業務合作夥伴（法律也有相關規定）提供與我們相同的隱私保護。

**籌款通訊：**我們可能會使用或披露醫療資訊以進行籌款。如果您收到我們（或我們的代表）發出的籌款請求，您可以選擇退出今後的籌款活動。



## 第 4 節：其他需要您事先授權的使用和披露

除上述情況外，未經您的書面許可（「**授權**」），我們不會使用或披露您的醫療資訊。我們可能會與您聯絡，要求您簽署允許我們使用和披露您的醫療資訊的授權書，而您也可能會與我們聯絡，要求我們向他人披露您的醫療資訊，這也需要您簽署授權書。

如果您簽署了書面授權，以後也可以撤銷（或取消）您的授權。如果您想要撤銷您的授權，您必須提出書面請求（使用本通知開頭的**聯絡資訊**將其寄送給我們）。如果您撤銷您的授權，我們將停止根據授權使用或披露您的醫療資訊，除非我們是根據授權行事。以下是我們需要您的書面授權才能使用或披露的醫療資訊：

- **出於「行銷」目的的使用或披露：**如果我們獲得了您的書面授權，我們只會出於「行銷」目的使用或披露您的醫療資訊。但是，我們可以在未獲得您的書面授權的情況下，向您寄送有關某些健康相關產品及服務的資訊，只要沒人付錢讓我們寄送該等資訊。
- **銷售您的醫療資訊：**Commonwealth Care Alliance, Inc. 不會銷售您的醫療資訊。如果我們這樣做，我們需要獲得您的書面授權。
- **使用和披露心理治療記錄：**除某些治療、付款以及醫療保健營運活動或法律要求外，我們只會在獲得您的書面授權的情況下使用或披露您的心理治療記錄。

## 第 5 節：您對您的醫療資訊擁有特定權利

您對您的醫療資訊擁有特定權利。如需行使任何這些權利，您可以使用本通知開頭的**聯絡資訊**與我們聯絡。

**獲取本通知副本的權利：**即使您同意以電子形式接收我們的「隱私條例通知」，也有權隨時申請獲取一份紙質副本。

**檢查和複製的權利：**您有權檢查（查看或審核）並接收我們在「指定卷宗」中保留的您的醫療資訊的副本或摘要。如果我們以電子形式保留該等資訊，則您可以獲取這些記錄的電子副本。您還可以指示我們的醫療服務提供者將我們在電子醫療記錄中保留的有關您的資訊的電子副本傳送給第三方。您必須以書面形式向我們提出

該等存取申請。我們可能會向您收取合理、基於成本的費用，以支付您的醫療資訊副本的費用。根據 HIPAA 隱私規則，在非常有限的情況下，我們可能會拒絕此申請。我們將在您提出申請後的 30 個曆日內（如果我們通知您延期，則為 60 個曆日內）以書面形式提供拒絕答覆。

**請求修改醫療資訊的權利：**如果您認為我們掌握的醫療資訊不準確或不完整，您有權請求我們修改、更正或補充您的醫療資訊。您必須以書面形式提出申請，並說明需要更改資訊的原因。如果我們同意，我們將更改您的資訊。如果我們不同意，我們將在今後披露資訊時作出解釋。

**獲得披露明細表的權利：**您有權獲得我們對您的醫療資訊作出的某些披露的清單（「**披露明細表**」）。該清單不包括為治療、付款和醫療保健營運而進行的披露、六年之前進行的披露，或某些其他披露。我們將每年免費提供一份明細表，但是如果您在 12 個月內再索取一份，我們可能會收取合理、基於成本的費用。您必須以書面形式索取披露明細表。

**請求限制使用和披露的權利：**您有權請求限制我們使用和披露您的醫療資訊 (i) 用於治療、付款和醫療保健營運或 (ii) 向參與您的護理的人員披露。除下述情況外，我們並非必須同意您的限制要求。如果我們同意您的要求，我們將遵循您的限制，除非該等資訊是您的緊急治療所必需的。

在以下情況下，我們的醫療服務提供者必須同意您限制披露醫療資訊的要求：  
(i) 披露資訊是為了進行付款或醫療保健營運（且法律對此不作要求）和 (ii) 資訊僅與您或代表您的其他人（我們的保健計劃除外）已全額付款的醫療保健項目或服務相關。

**請求使用其他聯絡方式的權利：**您有權以書面形式請求我們在不同地點或使用不同方法聯絡您。例如，您可能更希望將所有書面資訊郵寄到您的工作地址，而非家庭住址，或透過電子郵件傳送給您。我們的醫療服務提供者將同意任何其他合理的聯絡方式請求。

## 第 6 節：您可以對我們的隱私條例提出投訴

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，可向 **Commonwealth Care Alliance, Inc.** 或美國衛生與公眾服務部提出書面投訴。

如果您提出投訴，**Commonwealth Care Alliance, Inc.** 不會對您採取任何行動，也不會以任何方式更改您的治療。

如需向 **Commonwealth Care Alliance, Inc.** 提出書面投訴或索取更多資訊，請使用本通知開頭的**聯絡資訊**與我們聯絡。

---

<b>第 1.5 節</b>	<b>我們必須向您提供計劃、其提供者網絡以及您的承保服務的相關資訊</b>
----------------	---------------------------------------

作為 CCA Health 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何一種資訊，請致電會員服務部：

- **計劃的相關資訊。**例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。
- **網絡內提供者和網絡內藥房的相關資訊。**您有權獲得關於我們網絡內提供者的資格、網絡藥房以及我們如何向網絡內提供者付款的資訊。
- **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**「承保範圍說明書」第 3 章和第 4 章提供了有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供了有關 D 部分處方藥承保範圍的資訊。
- **服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**「承保範圍說明書」第 9 章提供了有關要求書面解釋醫療服務或 D 部分藥物不獲承保或您的承保範圍受限的原因的資訊。第 9 章還提供了有關要求我們更改裁決（也稱為上訴）的資訊。
- **品質管理計劃的相關資訊。**您可以瞭解 CCA Health 作為我們持續品質管理承諾的一部分而建立的品質管理計劃。
- **您作為我們計劃會員的責任的相關資訊。**作為 CCA Health 會員，您應履行一些責任。

<b>第 1.6 節</b>	<b>我們必須支援您與執業人員及提供者共同參與決定您的護理事宜的權利</b>
----------------	--

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療保健事宜。

您有權向您的醫生及其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的提供者必須以您可理解的方式，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇方案。** 您有權討論針對您的病情建議的適當或具有醫療必需性的治療方案，無論這些方案需支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。
- **瞭解風險。** 您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究試驗的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
- **有權拒絕。** 您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止使用藥物。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您需對身體因此出現的情況負全部責任。
- **在護理被拒絕承保時獲得解釋。** 如果提供者拒絕您認為應享有的護理，您有權要求我們作出解釋。如想獲得解釋，您需要我們作出承保範圍決定。「承保範圍說明書」第 9 章介紹了如何要求計劃作出承保範圍裁決。
- **不受任何形式的限制。** 您有權不受到用作強迫、訓誡、便利或報復手段的限制或隔離。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式。

有時，有些人可能會因為事故或重病而無法自行作出醫療護理決定。您有權說明出現這種情況時希望採取的處理方式。

這表示，如果您願意，您可以：

- 填寫書面表格，賦予某人（稱為「患者倡權者」）合法權利，在您不能自行決定時，代您作出醫療決定。
- 向您的醫生提供書面指示，說明您希望他們在您無法自行決定時如何處理您的醫療護理。

這些情況下，您可以用來事先作出指示的法律文件稱為「**預立醫療指示**」。預立醫療指示有多種類型及多種名稱。「**生前遺囑**」、「**醫療護理授權書**」或「**醫療護理委託書**」是常見的預立醫療指示範例。

如果您想使用預立醫療指示來進行說明，程序如下：

- **獲取表格**。您可以聯絡會員服務部索取表格。您也可以從您的律師、社工或某些辦公用品商店獲取預立醫療指示。
- **填好表格並簽名**。無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將副本交給適當人士**。您的預立醫療指示副本與原件一樣有效。您應將表格副本交給您的醫療服務提供者以及您在表格中列出的在您不便時代您做決定的人士。您也可能想將副本交給您的親友。請在家中保留一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院**。

- 醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否攜帶。
- 如果您尚未簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

**請記住，是否願意簽署預立醫療指示（包括住院時是否願意簽署）是您的自由。**依據法律，任何人均不得根據您是否已簽署預立醫療指示，而拒絕為您提供護理服務或歧視您。

**如果未遵從您的指示，該如何處理？**

如果您已簽署預先醫療指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向以下總檢察長辦公室提出投訴：

**地址：** Attorney General's Office  
California Department of Justice  
Attn: Public Inquiry Unit  
P.O. Box 944255  
Sacramento, CA 94244-2550

**電話：** 1-800-952-5225

**網站：** <https://oag.ca.gov/contact>

## 第 1.7 節

### 您有權對組織或提供的護理提出投訴或上訴

如果您有任何疑問、疑慮或投訴，以及需要申請承保或提出上訴，「承保範圍說明書」第 9 章介紹了您可以採取的行動。無論您是要求作出承保範圍裁決、提出上訴還是提出投訴，我們均須公平對待您。

承保範圍裁決基於醫療必需性以及向您（作為 CCA Health 會員）提供的福利。CCA Health 不會獎勵或激勵提供者、CCA Health 員工或其他人拒絕承保。您可以直接向我們的計劃提出內部上訴。「承保範圍說明書」第 9 章介紹了直接向計劃提出上訴所需採取的步驟。您也可以透過社會保障局或鐵路職工退休委員會提出內部上訴，他們會將上訴轉交給我們的計劃。如需關於如何與社會保障局和鐵路職工退休委員會聯絡的詳細資訊，請參見「承保範圍說明書」第 2 章。

## 第 1.8 節

### 您有權對我們的會員權利與責任政策提出建議

如果您對我們的會員權利與責任政策有任何建議，您可以致電會員服務部分享您的建議。

## 第 1.9 節

### 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

#### 如果遭受歧視，請致電民權辦公室

如果認為因種族、殘障、宗教、性別、健康程度、族群、教條（信仰）、年齡、性取向或原國籍問題而遭受不公平待遇或權利未獲尊重，應致電 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

#### 是否屬於其他問題？

如果您認為自己遭受不公平待遇或權利未獲尊重，但並非遭受歧視，您可透過以下方式尋求幫助處理該問題：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電 **SHIP**。如需瞭解詳情，請參見「承保範圍說明書」第 2 章。

- 或者，您可致電聯絡 **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。

<b>第 1.10 節</b>	<b>如果您想要瞭解 CCA Health 品質改進計劃的更多資訊，該如何處理？</b>
-----------------	--

CCA Health 品質改進計劃的首要標是顯著且持續地改善會員的健康與福祉。對此 CCA Health 採用的一些方法如下：

- 持續改善 CCA Health 會員接受的臨床護理及服務的品質。
- 優化會員對從網絡內提供者和 CCA Health 處獲得的護理的滿意度。
- 改善 CCA Health 所服務的社區的健康。

如需瞭解 CCA Health 品質改進計劃的更多資訊，請瀏覽我們的網站 [ccahealthca.org](http://ccahealthca.org)，查看「Your Rights as a Member」（您作為會員的權利）部分。

<b>第 1.11 節</b>	<b>如何獲得有關您權利的詳細資訊</b>
-----------------	-----------------------

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電 **SHIP**。如需瞭解詳情，請參見「承保範圍說明書」第 2 章。
- 或者，您可聯絡 **Medicare**。
  - 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載刊物「Medicare Rights & Protections」（Medicare 權利與保障）。（該刊物位於：[www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。）
  - 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。



## 第 2 節

## 作為計劃會員，您應履行一些責任

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **熟悉您的承保服務及您獲得此類承保服務所必須遵守的規則。** 閱讀「承保範圍說明書」，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保服務所需遵守的規則。
  - 「承保範圍說明書」第 3 章和第 4 章詳細介紹了您的醫療服務。
  - 第 5 章與第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥承保。
- **如果除我們的計劃外，您還加入了其他健康保險或單獨的處方藥保險，您須將此情況告知我們。** 「承保範圍說明書」第 1 章介紹了有關協調這些福利的資訊。
- **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療服務提供者。** 獲取您的醫療護理或 D 部分處方藥時，務請出示您的計劃會員 ID。
- **透過向您的醫生及其他提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。**
  - 為了幫助您獲得最佳護理，請將您的健康問題告知您的醫療服務提供者。遵從您與您的提供者議定的治療方案及指示。
  - 確保您的醫療服務提供者瞭解您正在使用的藥物，包括非處方藥、維他命和補品。
  - 如果您有任何疑問，請務必提出並得到您可以理解的解答。
- **體諒他人。** 我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。我們也希望您在行事時，遵循您的醫療服務提供者診室、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
- **支付應付的費用。** 作為計劃會員，您需承擔以下費用：
  - 您必須支付您的計劃保費。
  - 您必須繼續支付 Medicare B 部分保費以保持該計劃的會員身份。
  - 對於大部分由計劃承保的醫療服務或藥物，您在獲取服務或藥物時必須支付應承擔的費用。

- 如果您需要支付逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。
- 如果您因您的年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須繼續直接向政府支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
- 如果您搬入我們的服務區域，仍需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄（集中參保者記錄）及獲得您的聯絡資訊。
- 如果您搬離了我們計劃的服務區域，則無法繼續作為我們計劃的會員。

如果您搬遷，同請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。

CCA Medicare Excel (HMO) 是一項與 Medicare 簽有合約的保健計劃。能否參保視合約續簽情況而定。

您可以免費取得本文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請致電 **866-333-3530 (TTY 711)**，服務時間為 **10 月 1 日至 3 月 31 日**，上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。**(4 月 1 日至 9 月 30 日：上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。)** 此為免付費電話。

## 非歧視通知

CCA Health California 遵守適用的聯邦民權法，不會因疾病、健康狀況、健康服務接受情況、索賠經歷、病史、殘障（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別成見和性別認同）、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰、公共援助情況或居住地而歧視、排斥任何人或給予他們不同待遇。CCA Health California：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 其他格式（大號字體印刷版、音訊、無障礙電子格式、其他格式）的書面資訊
- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
  - 合格的翻譯員
  - 用其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡會員服務部。

若您認為 CCA Health California 因疾病、健康狀況、健康服務接受情況、索賠經歷、病史、殘障（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別成見和性別認同）、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰、公共援助情況或居住地而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可以向民權協調員提出申訴，方法是寄送郵件至：

CCA Health Plans of California, Inc.  
Civil Rights Coordinator  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
電話：617-960-0474，分機號 3932 (TTY 711) 傳真：857-453-4517  
電子郵件：civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

您可以親自或以郵寄或傳真的方式提出申訴。若您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。若在聯絡民權協調員時需要幫助，請致電會員服務部。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) 以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
電話：800-368-1019，800-537-7697 (TDD)

投訴表格可在 [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 取得。

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-3530 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-3530 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-333-3530 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-333-3530 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-3530 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-3530 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-3530 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-3530 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-3530 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-3530 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-333-3530 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-3530 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-3530 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-3530 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-3530 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-3530 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-333-3530 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-333-3530 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

**Lao/Laotian:** ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-333-3530 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្លូវរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែប្រែមាត់ សូមហៅទូរស័ព្ទមក យើងតាមរយៈលេខ 1-866-333-3530 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។