



2023 年會員手冊

Diamond State
Health Plan

Diamond State
Health Plan-Plus

長期服務和
支援



[DelawareFirstHealth.com](https://www.DelawareFirstHealth.com)

1-877-236-1341

TTY: 711 (聽障人士)

CAD_112019C State Approved 11142022

© 2022 Delaware First Health. 保留所有權利。

750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713

DE3CADMHB12021C_0922

Caid-MemberHandbook-DE-Chi-101222



目錄

歡迎.....	4
重要電話號碼.....	5
詞彙表.....	6
替代格式.....	6
口譯和翻譯服務.....	6
輔助工具和服務.....	6
開始.....	10
您的會員 ID 卡.....	10
您的投保.....	11
如何獲得幫助.....	11
會員支持者.....	12
個案管理.....	12
回報變更.....	12
變更您的計劃.....	13
過渡照護.....	14
LTSS 受益人支援系統.....	15
一般資訊.....	15
LTSS 疑慮和問題.....	16
申訴和上訴協助.....	17
您的權利與責任.....	20
會員權利和責任.....	20
詐欺和濫用.....	21
如何使用您的福利.....	22
MCO 給付.....	22
州福利.....	38
增強型 LTSS 福利.....	41



護理院過渡 43

事先授權 44

非承保服務 45

保健計劃 45

行為健康服務 46

患者責任 48

您的服務提供者 48

 尋找服務提供者 48

 選擇服務提供者的權利 49

 您的初級照護提供者 (PCP) 49

 獲得第二意見 50

 專科醫師照護 51

 在您的網絡外接受照護 51

 約診標準 51

急診和緊急照護 53

 什麼是緊急情況？ 53

 接受急診服務 53

 什麼是緊急照護？ 54

 接受緊急照護 54

 緊急照護服務提供者 54

 美國以外的醫療承保 55

遠距醫療 55

產婦照護 56

家庭計劃 57

早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 57

您的處方藥福利 59

 如何獲得處方藥 60



承保處方藥.....61

 部分處方藥的事先授權61

 處方藥共付額 62

非緊急醫療運輸 64

申訴和上訴 64

 什麼是申訴？ 65

 提出申訴的時限 65

 什麼是上訴？ 65

 提出上訴的時限？ 67

 加急上訴 68

 州立公平聽證會 69

其他計劃資訊..... 70

 保密 70

 LTSS 會員諮詢委員會 70

 預立醫療指示 (生前遺囑) 70

 第三方責任 (TPL) 報告 71

 反歧視聲明 71

 通報可疑的兒童與受撫養成人虐待、疏忽或剝削 72

 重大事件 72

 隱私權保護方法通知 73



歡迎

歡迎加入 Delaware First Health！Delaware First Health 是一家管理型照護組織 (MCO)，為在 Delaware 註冊 Medicaid 計劃的人士提供健康照護。我們與眾多醫生、診所和醫院合作，為您和您的家人提供所需的照護。本手冊將為您提供全方位的 Medicaid 健康照護指南。如果您對快速指南、本手冊或新健康計劃中的資訊有任何疑問，請致電會員服務部 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)，或造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**。

English: If you need this in another language, oral interpretation, auxiliary aids and services, or an alternative format call us.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Español (Spanish): Si necesita esto en otro idioma o en un formato alternativo, o si necesita interpretación oral o servicios y dispositivos auxiliares, llámenos.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

中文 (Chinese): 如果您需要以其他語言、口譯、輔助工具和服務或其他文件格式檢閱此資訊，請致電我們。

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): Si w bezwen sa nan yon lòt lang, entèpretasyon oral, èd ak sèvis oksilyè, oswa yon lòt fòm rele nou.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).



重要電話號碼

會員服務部 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)

撥打此號碼解決所有會員服務需求，例如：

- 福利問題
- 協助變更或選擇 PCP
- 視力
- 牙科
- 藥房服務
- 護士諮詢專線 (全年無休)：我們的護士諮詢專線全年無休 24 小時隨時解答您的健康問題。
- 照護管理：照護管理和疾病輔導是您健康福利的一部分，您可免費獲得。

使用 TTY 的免付費會員服務部號碼：**1-877-236-1341** (TTY: **711**)

DSAMH 行爲健康危機免付費專線：

- Northern Delaware 危機專線：**1-800-652-2929**
- Southern Delaware 危機專線：**1-800-345-6785**
- DSCYF 青少年危機專線：**1-800-969-4357**
- 國家自殺預防生命線：**988**

Modivcare 交通運輸服務：非緊急交通運輸服務由 Delaware Medicaid 提供。此服務不適用於 Delaware Healthy Children Program (DHCP) 的會員。

經認定有交通接送需求的會員將透過 Modivcare 獲得交通接送服務。會員需與會員服務部合作以取得這些服務，並檢視承保的行程次數。如果您符合資格，則不需要事先授權或支付共付額。

- 請致電 **1-877-659-8416** 聯絡 Modivcare，獲得非緊急交通運輸服務安排的協助。
- 「Where's My Ride?」專線 **1-877-659-8416**

DSS 與 DMMA 客戶關係部：1-866-843-7212

- 客戶關係部為 DMMA 和社會服務部申請人、客戶、工作人員和其他查詢 Medicaid 福利與服務的人士提供一般資訊、轉診和協助。

Medicaid 投保經紀人或健康福利管理員的免付費專線：1-800-996-9969

- Medicaid 健康福利管理員幫助您投保管理型照護組織 (MCO)，並瞭解您的福利和處方藥。



替代格式

口譯和翻譯服務

我們免費提供所有語言的口譯服務。如經要求，我們也會免費提供下列語言的翻譯書面材料：

- 西班牙文
- 古加拉特文
- 義大利文
- 菲律賓塔加路語
- 阿拉伯文
- 中文
- 法文
- 越南語
- 印地文
- 泰盧固文
- 海地克里奧爾文
- 韓文
- 德文
- 烏爾都文
- 荷蘭文

請致電會員服務部 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)，以便免費獲得這些服務：

- 電話雙向口譯服務。
- 在 24 小時內通知，可在您的醫生門診中提供口譯服務。
- 本會員手冊或您偏好語言的任何其他書面資料。

輔助工具和服務

如經要求，我們將免費提供替代格式的書面資料和/或提供輔助工具。

如果您需要口譯或翻譯服務，或是輔助工具和服務，請撥打免付費專線 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health，服務時間為 ET 時間週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。

詞彙表

單字/片語

上訴-要求審查針對您計劃做出的拒絕或減少福利的決定。

福利-計劃承保的健康照護項目或服務。

共付額-您在接受服務時為獲得承保福利必須支付的固定費用。

耐用醫療設備 (DME)-您的醫生在您的健康照護中訂購的設備和用品。

緊急醫療病況-嚴重的醫療問題，您必須立即尋求照護以避免嚴重傷害。



單字/片語

緊急醫療運輸-在緊急狀況將您送醫的救護車服務。

急診室照護-您在急診室治療緊急醫療病況的服務。

急診服務-治療緊急醫療病況以防止病情惡化。

排除服務-您計劃不支付或承保的健康照護服務。

申訴-您向計劃提出關於您健康照護的投訴。

矯正培建裝置-幫助您保持、學習或改善日常生活技能和功能的健康照護裝置。

矯正培建服務-幫助您保持、學習或改善日常生活技能和功能的健康照護服務。

健康保險-要求您計劃支付部分或全部健康照護費用的合約。

居家健康照護-個人在家接受的健康照護服務。

安寧服務-為患有終末期疾病的患者與其家人提供舒適和支援的服務。

住院-您住院且通常會過夜的醫院中所提供的照護。過夜觀察可能是門診照護。

醫院門診照護-在醫院中提供的照護通常不需要過夜觀察。

疫苗接種-保護您免於疾病的疫苗施打。



單字/片語

長期服務和支援 (Long Term Services and Supports, LTSS)-提供給無法進行基本日常生活活動 (ADL) 者的醫療和非醫療照護。ADL 包括如穿衣或沐浴等活動。LTSS 可在家中、社區中、生活輔助服務或在護理院中提供。

醫療上必需-有助於識別或治療生病、受傷、病況、疾病或其症狀，並符合醫療標準的健康照護服務或用品。

網絡-與您的計劃簽訂合約以提供健康照護服務的提供者。

非參與服務提供者：沒有與您的計劃簽訂合約來向您提供服務的服務提供者。

醫師服務-經認證的醫生或計劃為您提供的健康照護服務。

計劃-Delaware 州為您支付健康照護服務的福利。也稱為管理型照護組織 (MCO)。

事先授權-您的計劃針對健康照護服務提供的核准。

參與服務提供者-與您的計劃簽訂合約以向您提供健康照護服務的服務提供者。

保費-您每月為您的健康保險所支付的金額。

處方藥承保-您計劃協助支付處方藥和藥物治療的部分。

處方藥-法律規定需要處方的藥物。

主治醫生-直接提供或規劃您健康照護服務的醫生。

初級照護提供者-提供、規劃和/或幫助您獲得健康照護服務的醫生、護士或醫生助理。



單字/片語

服務提供者-為您提供醫療照護服務的醫療照護專業人員、設施或醫療業務。

復健裝置-幫助您保持、恢復或改善因生病、受傷或身心障礙而喪失或受損之日常生活所需技能和功能的健康照護裝置。

復健服務-幫助您保持、恢復或改善因生病、受傷或身心障礙而喪失或受損之日常生活所需技能和功能的健康照護服務。

專業護理照護-在您家中或護理院的經認證護士所提供的健康照護服務。由您家中或護理院的技術人員和治療師提供專業照護服務。

專科醫師照護-由接受特定病症或疾病之特殊訓練的醫師所提供的健康照護。

緊急照護-當您在 48 小時內需要照護或醫療治療時。



開始

您的會員 ID 卡

當您投保時，Delaware First Health 會寄給您一張會員 ID 卡。前往所有約診時都請帶著您的 ID 卡。

您的 Delaware First Health ID 卡 (適用於 DSHP) 外觀如下：

前面：

		750 Prides Crossing, Suite 200 Newark, DE 19713
Member Name: XXXXXXXX	PCP Name:	
Member ID#: XXXXXXXXXXXX	XXXXXX	
DOB: XX/XX/XXXX	PCP Phone Number: 1-XXX-XXX-XXXX	
RXBIN: 004336	PCP Address:	
RXPCN: MCAIDDE	XXXXXXX	
RXGROUP: RX5500	XXXXXXX	
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .		
Member Copays:	Prescriptions:	Diamond State Health Plan
Provider Visit: \$0;	\$10.00 or less = \$0.50	
Preventative Visit: \$0;	\$10.01 to \$25.00 = \$1.00	
Adult Dental Visit: \$3;	\$25.01 to \$50.00 = \$2.00	
Inpatient Hospital Stay: \$0	\$50.01 or more = \$3.00	

背面：

IMPORTANT CONTACT INFORMATION		www.DelawareFirstHealth.com
<ul style="list-style-type: none"> Member Services, 24/7 Nurse Line, Behavioral Health Line: 1-877-236-1341 (TTY: 711) Providers: 1-877-236-1341 Pharmacy Services: 1-833-236-1887 (TTY: 711) Dental: 1-877-236-1341 (TTY: 711) 		
Medical Claims:	Pharmacy Paper Claims:	
Delaware First Health	Pharmacy Services	
P.O. Box 8001	Member Reimbursements	
Farmington, MO 63640	P.O. Box 989000	
	West Sacramento, CA 95798	
In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.		

您的 Delaware First Health ID 卡 (適用於 DSHP Plus LTSS) 外觀如下：

前面：

		750 Prides Crossing, Suite 200 Newark, DE 19713
Member Name:		Diamond State Health Plan-Plus
Member ID#: XXXXXXXXXXXX		Long Term Services and Support (LTSS)
Date of Birth:		
RXBIN: 004336		
RXPCN: MCAIDDE		
RXGROUP: RX5500		
For a full list of copays and exceptions visit: www.DelawareFirstHealth.com .		
Member Copays:	Prescriptions:	
Provider Visit: \$0;	\$10.00 or less = \$0.50	
Preventative Visit: \$0;	\$10.01 to \$25.00 = \$1.00	
Adult Dental Visit: \$3;	\$25.01 to \$50.00 = \$2.00	
Inpatient Hospital Stay: \$0	\$50.01 or more = \$3.00	

背面：

IMPORTANT CONTACT INFORMATION		www.DelawareFirstHealth.com
<ul style="list-style-type: none"> Member Services, 24/7 Nurse Line, Behavioral Health Line: 1-877-236-1341 (TTY: 711) Providers: 1-877-236-1341 Pharmacy Services: 1-833-236-1887 (TTY: 711) Dental: 1-877-236-1341 (TTY: 711) 		
Medical Claims:	Pharmacy Paper Claims:	
Delaware First Health	Pharmacy Services	
P.O. Box 8001	Member Reimbursements	
Farmington, MO 63640	P.O. Box 989000	
	West Sacramento, CA 95798	
In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.		

您的會員 ID 卡證明您是 Delaware First Health 會員。在您每次需要照護時出示此 ID 卡。這包括：

- 醫療約診
- 行爲健康約診
- 急需之照護
- 緊急就診
- 視力約診
- 從藥房領取處方



每當您收到我們的新會員 ID 卡時，請銷毀您的舊卡。如果您遺失 Delaware First Health 會員 ID 卡，或未收到卡片，我們可以辦理更換卡片服務。若要更換卡片，請造訪我們網站上的安全會員入口網站，要求核發新卡或致電會員服務部。免付費專線為 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

隨身攜帶您的 ID 卡，並隨時確保安全。 請確認不會遭他人偷竊或使用。Delaware First Health 承保僅供您使用。您必須自行保護您的會員 ID 卡。其他人不得使用您的會員 ID 卡。向任何人提供或銷售您的會員 ID 卡是違反法律的行為。如果其他人使用您的卡片，您可能會從 Delaware First Health 退保，且州政府可能會指控您犯法。

您的投保

Delaware First Health 為符合資格的低收入家庭，以及收入不足以支付必要醫療服務費用的高齡、失明和/或身心障礙人士提供醫療協助。Medicaid 支付醫生門診、醫院照護、實驗室、處方藥、交通運輸、兒童常規注射、心理健康和藥物濫用的費用。若要投保此計劃，符合資格的受領者必須透過 Delaware Health and Social Services ASSIST 入口網站完成申請。

您的投保生效日期：

您的 ID 卡會隨附於新的會員信件。您可以在我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 上使用我們的會員入口網站，找到您向 Delaware First Health 投保的生效日期。

DSHP 會員：您的主治醫生 (PCP) 指定

如果您在投保期間選擇 PCP，您的 PCP 資訊將會出現在您的 ID 卡上。如果您沒有選擇 PCP，從您的有效投保日開始，您有 30 個日曆天可以選擇 PCP。您可以致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部，我們的代表將協助您選擇 PCP，或者您也可以造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 以變更您的 PCP 或選擇 PCP。如果您未在 30 個日曆天內選擇 PCP，我們將自動為您指定 PCP，並寄送新的 ID 卡給您。

DSHP Plus 會員：您的主治醫生 (PCP) 指定

您可以在向健康福利管理員投保時選擇 PCP。您也可以透過致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部選擇或變更您的 PCP，客戶服務代表將協助您選擇 PCP，或者您也可以造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 以變更您的 PCP 或選擇 PCP。

如何獲得幫助

您可以在我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 找到下列資訊：

- 更新的會員手冊
- 服務提供者名錄
- 處方集資訊



會員支持者

會員支持者幫助會員取得照護及瀏覽資源、與難以接觸到的會員互動、與社區組織合作，以及為健康活動提供支援。個案管理和/或會員支持者工作人員(照護團隊工作人員)將支援需要約診協調和自訂資訊的會員。他們將安排口譯員或協調運輸交通服務，協助解決已認定的障礙，例如語言和交通運輸。我們提供「求助有門」(no wrong door)協助方式。

若要聯絡會員支持者計劃，請致電 **1-877-236-1341**(TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health。

個案管理

個案管理員(CM)的主要角色是支援會員，並協助他們獲得長期服務和支援(LTSS)及其他服務。CM負責主導個人為主服務計劃(PCSP)流程。CM會確定、協調並協助會員取得所有必要服務，包括承保和非承保服務、醫療、社會、居住、教育及其他必要的服務和支援。CM負責尋找和協調提供服務所需的服務提供者、專家或其他服務。這包括身體、行為和支援服務之間的協調。CM會與會員合作完成維持LTSS資格所需的活動。在協助、尋找和監控服務與支援的過程中，CM會讓會員隨時掌握相關資訊。我們會考慮服務替代方案和其他選項，例如適用於DSHP Plus LTSS會員的自主指導HCBS，以及適用於兒童和其他LTSS服務的自主指導隨護員照護。

若要聯絡個案管理員，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health。

回報變更

重大的生活變化可能會影響您在 Delaware First Health 的資格。當您發生這些生活變化時，請務必通知 DHSS 和 Delaware First Health。如果您發生重大生活變化，請致電 **1-866-843-7212** 聯絡 DHSS 客戶關係部，以及免付費專線 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health。

以下為重大生活變化的一些範例：

- 改名。
- 變更健康保險。
- 如果您新增或失去其他保險承保。
- 您被新增至其他人的保險，或被從其他人的保險中移除。
- 換工作。
- 您的能力或身心障礙有變化。
- 您的家庭發生變動。這可能代表您的家庭因為出生或結婚而人數變多。或是您的家庭人數變少。這可能是因為家庭成員過世或搬家。
- 您的收入或資產有所變動。
- 您懷孕了。如果您懷孕，請聯絡 Delaware First Health。我們為您和您的嬰兒提供特殊協助。致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health 會員服務部。



如何投保 Medicaid

Delaware Medicaid 計劃可能為兒童、孕婦、有小孩的家庭、老年人、有身心障礙的成人和兒童提供保險。

如果您認為您可能符合獲得服務的資格，您可以向 Delaware 健康和社會服務部申請 Medicaid 服務。

您可以透過幾種方式申請 Medicaid 服務並投保健康計劃。



電話：要申請 Medicaid 服務並投保健康計劃，請致電：
Delaware 客戶關係部，電話：**1-800-996-9969**



線上：您可以在 Delaware 健康和社會服務部網站線上申請
<https://assist.dhss.delaware.gov/>

下載表格：

您可以使用 Delaware Health and Social Services 網站 <https://assist.dhss.delaware.gov/> 上的表格，為您自己和任何與您同住的直系親屬申請 Diamond State Health Plan 或 Diamond State Health Plan Plus 健康保險。您可以在 <https://assist.dhss.delaware.gov/> 下載 Diamond State Health Plan 英文版應用程式，或是在 <https://assist.dhss.delaware.gov/?Language=es-US> 下載 Diamond State Health Plan 西班牙文版應用程式。請填寫表單並寄送給我們。

如果您需要協助填寫表單，請致電 Delaware 客戶關係部，電話：**1-800-996-9969**。

· **1-800-372-2022** 或 **(302)255-9500** 會直接轉接至距離您居住地最近的社會服務部 (DSS) 辦公室。

變更您的計劃

會員可在初次投保後的 90 個日曆天內，基於任何理由要求變更其 MCO。之後，您可以在開放投保期間每年選擇一次新的 MCO，不需有正當理由。如果您想要變更您的計劃，請致電 **1-800-996-9969** 聯絡健康福利管理員。

會員可隨時基於正當理由要求在 MCO 間轉換，依州政府決定。會員基於正當理由提出的轉換要求次數並無限制。正當理由的範例包括：

- 您搬出服務區域。
- 服務提供者不在本 MCO 網絡內。
- 您需要同時執行相關服務。在您的 MCO 服務提供者網絡中，並未提供所有相關服務。您的初級照護提供者或其他服務提供者判定，個別接受服務會讓您承受不必要的風險。
- 無法聯絡到曾處理您健康照護需求的服務提供者。
- 您的服務提供者已終止或不再參與您的 MCO。
- 無法獲得合約的承保服務。
- MCO 的照護品質不佳。
- MCO 計劃不承保您因道德或宗教反對而需要的服務。



過渡照護

如果您從其他健康計劃加入 Delaware First Health，我們將與您先前的健康計劃合作，在我們的記錄中留下您的健康資訊，例如您的服務歷程記錄、服務授權，以及有關您目前照護的其他資訊。

- 您可以完整接受先前健康計劃已授權的任何服務。之後，如有必要，我們將協助您在我們的網絡中尋找服務提供者，以在您需要時獲得任何額外服務。
- 在幾乎所有情況下，您先前計劃的服務提供者也會是 Delaware First Health 服務提供者。如果您的服務提供者不屬於我們的網絡，在某些情況下，您仍然可以前往您加入 Delaware First Health 之前的服務提供者。您可以前往您的服務提供者，如果：
 - 當您加入 Delaware First Health 時，您正在持續接受治療，或是持續遇到特殊狀況。在這種情況下，您可要求繼續您的服務提供者最多可達 120 天。
 - 當您加入 Delaware First Health 時已懷孕超過 3 個月且您正在接受產前照護。在這種情況下，您能保留您原本的服務提供者直到您的生產，並完成產後照護最多 60 天。
 - 如果您的服務提供者離開 Delaware First Health，我們將告訴您如何選擇新的 PCP，或者說明如果您在 30 天內沒有做出選擇，我們將如何為您選擇 PCP。
 - 如果您想繼續接受不在我們網絡內的服務提供者照護，您或您的服務提供者需要：
 - » 致電會員服務部，電話：**1-877-236-1341 (TTY: 711)**，或
 - » 透過服務提供者入口網站提交要求，或
 - » 將授權申請表傳真至 Delaware First Health，電話：**1-833-967-0502**

我們需要以下資訊以檢閱您的服務要求：

- 訂購服務的服務提供者與其聯絡資訊
- 提供服務的服務提供者與其聯絡資訊
- 已要求的服務
- 將執行服務的場所 (例如：住家、服務提供者辦公室等)
- 服務提供日期
- 支援事先授權要求的適當臨床資訊 (例如：臨床備註、實驗室結果，X 光檢查結果等)

我們會在下列時限內決定您的要求：

- 標準審查：我們將在收到您的要求後十四 (14) 天內做出決定。
- 加急 (快速追蹤) 審查：我們將在您提出要求的三 (3) 天內做出決定，您將會收到我們的通知。如果要求獲得核准，我們會通知您和您的健康照護提供者。如果要求未獲核准，我們將寄信給您和您的健康照護提供者，並提供做出該決定的理由。

如果您有任何疑問，請致電會員服務部，電話：**1-877-236-1341 (TTY 711)**。



LTSS 受益人支援系統

一般資訊

選擇諮詢

選擇諮詢提供專為協助受益人做決定的資訊和服務；其中包括回答問題並找出選擇投保或退保計劃時應考量的因素，或是他們是否考慮從某個環境轉換至另一個環境，例如從護理機構回到社區。

Delaware First Health 是一家管理型照護組織 (MCO)。會員是指任何從 MCO 獲得服務的人。MCO 的目的是讓會員透過一家公司獲得所需的所有健康服務。

做為 MCO，Delaware First Health 有助於協調您的個別健康照護需求。為此，我們的目標是改善每一位我們有幸提供服務的 Delaware 居民的健康成果。

請聯絡我們以取得以下資訊：

- 福利、資格、理賠或參與服務提供者。
- 我們如何與您的其他健康計劃合作 (如果您有)。
- 我們如何向服務提供者支付費用。
- 會員調查結果。

如果您想要告訴我們如何改進或建議我們政策、程序或服務的改變，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡您的 Delaware First Health 照護管理員。

Delaware First Health 遵守適用的民權法，不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而提供差別待遇。Delaware First Health 不因人們的種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而排除他們或有差別待遇。

如需支援，請聯絡健康福利管理員，電話為

1-800-996-9969



Delaware First Health :

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便與我們有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯。
 - 其他格式的文字資料 (大型輸出、音訊、易於取用的電子格式、其他格式)。
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員。
 - 以其他語言撰寫的資訊。

如果您需要這些服務，請致電 **1-877-236-1341 (TTY 711)** 聯絡 Delaware First Health。

如果您認為 Delaware First Health 未能提供這些服務，或因為種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而有所歧視，您可以在此提出申訴：

Delaware First Health
ATTN: Appeals & Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
電話：1-877-236-1341 (TTY: 711)
傳真：1-844-273-2671

您可以親自或透過電話、郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您需要幫助提出申訴，Delaware First Health 可以幫助您。

您還可以透過民權辦公室投訴入口網站，以電子方式向美國健康與公眾服務部民權辦公室提交民權投訴，網站為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵寄或電話：

U.S.健康與公眾服務部
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
電話：1-800-368-1019、1-800-537-7697 (TDD)

投訴表格可於此網站 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> 取得

LTSS 疑慮和問題

長期照護監察員計劃

長期照護監察員計劃是由 Delaware 健康和社會服務部 (DHSS) 提供。

監察員協助居住在長期照護設施以及居住在其他環境 (例如自家) 並接受基於家庭和社區之服務的居民。監察員計劃會代表這些人調查並處理投訴。投訴可由居民、家庭成員或其他相關人士提出。

您可以致電 **1-800-223-9074 (TDD 1-302-391-3505)** 聯絡長期照護監察員計劃或傳送電子郵件至 delawareadrc@state.de.us。



您或您選擇幫助您的人可以透過電話或書面方式提出投訴或申訴。Delaware First Health 可以幫助您填寫表格以提出申訴或投訴。如需幫助，請致電會員服務部，免付費專線：**1-877-236-1341 (TTY 711)**。

我們有專人在 ET 時間週一至週五上午 8 點至晚上 7 點為您提供協助。如有需要，我們亦提供翻譯服務。當您提出上訴或申訴時，Delaware First Health 不會因此以不同方式對待您。

申訴和上訴協助

申訴可能是關於當您身為 Delaware First Health 會員獲得服務時感到不滿意的任何事項。以下為一些範例：

- 員工提供不清楚或錯誤的資訊。
- 您不同意延長上訴時限的決定。
- 照護品質不佳。
- 未支付的醫療帳單。
- 服務提供者或員工的無禮行為。
- 獲得照護的任何其他問題。
- 未能尊重您的會員權利。

如何提出申訴

您可以隨時透過下列方式提出申訴：

- 請與客戶服務部聯絡，免付費專線為 **1-877-236-1341 (TTY 711)**。
- 發傳真至 **1-844-273-2671**。
- 郵寄給我們：

Delaware First Health
ATTN: Appeals and Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

請務必包含：

- 您的姓名。
- 讓您感到不滿的原因。
- 您的 Medicaid ID 號碼。
- 您希望的處理方式。
- 您的地址和電話號碼。

我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 有申訴表格供您使用。

如果您希望某人為您提出申訴，我們需要您的書面許可。我們提供表格讓您可以授權他人。您可以在我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 找到此資訊。您亦可致電會員服務部，要求提供表格給您。此表格的標題為「Release of Information (ROI)」。未成年會員的家長或監護人不需要填寫此表格。



提出申訴後的預期事項

我們會在您提出申訴後的三個工作天內寄送一封信給您，讓您知道我們已經收到申訴。如果您有幫助我們處理您申訴的資訊，請透過傳真或郵寄方式將該資訊寄給我們。您可以免費索取我們用於解決您申訴的文件副本。

我們會在 30 個日曆天內寄送調解信給您。如果需要額外資訊以解決您的申訴，Delaware First Health 可能會要求延長 14 個日曆天。我們只會在符合您的最佳利益時要求延長期限。如果需要額外的時間，我們會在 30 個日曆天結束的最晚 2 天前以電話和書面形式通知您。如果您不同意延期，可以提出申訴。如果會員需要額外的時間來支持申訴，也可以申請延長。如果您希望延長，請聯絡 Delaware First Health 會員服務部，電話：**1-877-236-1341 (TTY 711)**。

上訴

上訴是要求 Delaware First Health 審查我們針對拒絕、減少或限制服務做出的決定。本計劃僅提供一 (1) 個等級的上訴。

上訴範例包括：

- 要求的照護或服務遭拒。
- 核准的服務金額比您要求的少。
- 結束先前已核准的服務或照護。

這些決定稱為「不利給付裁定」。您會收到郵寄信函，告知您做出該決定的理由。如果您不同意決定，從您收到信函後 60 個日曆天內可要求上訴。您可以透過電話或書面方式要求提出上訴。

如何提出上訴

您最多可以在收到通知做出決定的信函後 60 個日曆天內提出上訴。如果您需要協助提出上訴，請聯絡 Delaware First Health 會員服務部。Delaware First Health 將協助您完成提出上訴的步驟。

您可透過下列方式提出上訴：

- 聯絡會員服務部。免付費專線為 **1-877-236-1341 (TTY: 711)**。
- 發傳真至 **1-833-938-0831**。
- 郵寄給我們：

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

請務必包含：

- 您的姓名。
- 您的地址和電話號碼。
- 您的 Medicaid ID 號碼。
- 上訴的原因。



我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 有投訴表格供您使用。

這份表格也會隨附於您收到的信件當中。您或您選擇的人可以幫助您提出上訴。如果您希望其他人提出上訴，我們需要您的書面許可。我們提供表格讓您可以授權他人提出上訴。您可以從 Delaware First Health 會員服務部或我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 取得這份表格。此表格的標題為「授權代表委任」。這份表格也會隨附於您收到的信件當中。未成年會員的家長或監護人不需要填寫此表格。

要求上訴後的預期事項

我們會在收到您上訴後的 5 個工作天內寄給您一封信，告知我們收到您的上訴。如果您有幫助我們解決您上訴的資訊，請將該資訊寄給我們。您可以透過傳真、電子郵件或郵件傳送該資訊。您可以免費索取用於解決上訴的文件副本。

上訴處理時限

我們會在收到您上訴後的 30 個日曆天內寄送調解信給您。如果需要額外資訊以解決您的上訴，Delaware First Health 可能會要求延長 14 個日曆天。我們只會在符合您的最佳利益時要求延長期限。如果我們需要更多時間，我們會在 30 個日曆天結束的最晚 2 天前以電話和書面形式通知您。如果您不同意延期，可以提出申訴。如果您需要額外的時間來準備您的上訴，您也可以申請延長。如果您希望延長，請聯絡 Delaware First Health 會員服務部，電話：**1-877-236-1341** (TTY **711**)。

如果情況可能對您造成身體或心理傷害，您可以要求在 72 小時內完成加急上訴。如果我們同意您應該獲得快速上訴決定，在 Delaware First Health 收到您的要求後 72 小時內，您將會收到決定。如果我們不同意，我們將立即透過電話通知您，告知您的上訴將遵循標準上訴程序。我們會在兩 (2) 個日曆天內寄送書面通知給您。您的醫生可傳送證明文件要求 Delaware First Health 進行快速上訴，讓我們重新考慮對您的上訴做出快速決定。

我們不會因為您提出上訴而以不同方式對待您。

州立公平聽證會

如果您對上訴結果不滿意，您可以要求州立公平聽證會。會員必須先與 Delaware First Health 完成上訴，才可以要求州立公平聽證會。您將收到上訴決定的信函。從信函上的日期開始，您有 90 個日曆天可以要求舉辦州立公平聽證會。您可以要求在州立公平聽證會期間須繼續提供服務。可以向公共服務部要求舉行州立公平聽證會。

您可以親自、透過電話或書面方式提出要求：

Division of Medicaid & Medical Assistance (DMMA)
Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
P.O. Box 906, Lewis Building
New Castle, DE 19720

如果您需要協助或想透過電話提出要求，請致電 **1-302-255-9500** 或 **1-800-372-2022** 聯絡 DMMA。



繼續接受服務

在我們審查上訴和州立公平聽證會舉行期間，您可以要求繼續獲得服務。您必須在收到服務拒絕、減少或限制的信函後 10 個日曆天內要求服務繼續提供。

重要：如果上訴或州立公平聽證會發現我們做出正確決定，您可能需要支付上訴和州立公平聽證會期間持續提供的服務費用。

當服務未被視為醫療上有必要、適合或基於實驗性或研究性時，則會產生不利裁定。您會收到書面通知，告知您我們是否做出不利裁定。在該通知中，您將會收到有關為何做出該決定的詳細資訊，以及您應該遵循的提出上訴的流程和時限。

會員支持者是計劃中的人員，可協助會員、健康照護服務提供者和個案管理員獲得照護、安排約診、申訴和上訴。

請撥打此號碼聯絡會員支持者：**1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

您的權利與責任

會員權利和責任

身為會員，您有特定的權利和責任。Delaware First Health 尊重您的權利。我們不會因您使用權利而歧視您。我們期許我們的服務提供者也尊重您的權利。

您有權：

- 受到的對待顧及尊嚴、尊重以及隱私
- 能建立及使用預立醫療指示
- 以您能理解的方式收到與您健康狀況相關的治療選項和照護替代方案的資訊
- 能夠針對您的照護做出決定，包括拒絕治療的權利
- 免於遭受以威脅、懲戒、謀取便利或報復為手段的各種限制或隔離
- 要求並取得您的病歷副本，並可要求修改或更正
- 行使您的權利且不影響 Delaware First Health、您的服務提供者或 Delaware 州對您的治療方式
- 在文化和語言方面免費獲得適當服務
- 為您的個人及醫療資訊保持私密性
- 針對我們或我們提供的照護提出投訴 (申訴)
- 能夠選擇代表來協助做出照護決定



會員責任：

- 如果有以下情況，請告知 Delaware 公共服務部：
 - 您搬離 Delaware 州或地址變更
 - 您得到或擁有另一份保單的健康承保、其他第三方的健康承保，或者如果您記錄中的承保有變化
- 當您前往急診室或發生車禍時，請通知 Delaware First Health
- 如果您的會員 ID 卡遺失或遭竊，請告知 Delaware First Health
- 深入瞭解您的健康狀態、理解您的健康狀況，並參與您的治療目標
- 與您的服務提供者討論預授權他們建議的服務
- 留意分攤費用的責任，並支付您負責的款項
- 儘可能瞭解 Delaware First Health 的程序、承保規則和限制
- 當您需要資訊或有任何疑問時，請聯絡 Delaware First Health
- 向您的服務提供者詢問問題，以幫助您瞭解您的治療方式。積極參與您的治療。瞭解治療替代方案的可能風險、益處和成本。在您思考過這些所有事情後，請做出照護決定。
- 如果您對您的照護有疑慮，請遵循申訴或上訴程序。

會員支持者幫助會員取得照護及瀏覽資源、與難以接觸到的會員互動、與社區組織合作，以及為健康活動提供支援。若要聯絡會員支持者計劃，請致電 **1-877-236-1341**(TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health。

州政府每年都會提供一個機會，讓會員在年度開放投保期變更其健康計劃，該期間為 10 月，投保於下一個日曆年 1 月 1 日生效。在這段年度投保期，您可以選擇新的健康計劃。如果您決定變更您的健康計劃，您必須通知您的健康福利管理員（協助您轉換到新計劃的人士）。如果您決定不選擇新的健康計劃，您將繼續維持投保目前的計劃。

詐欺和濫用

通報詐欺、浪費和濫用

Delaware First Health 非常重視尋找和通報 Delaware Medicaid 資金遭誤用的情形。這稱為詐欺、浪費或濫用。

詐欺是指會員、服務提供者或其他人誤用 Delaware Medicaid 計劃資源。這可能包括：

- 向某人提供您的會員 ID 卡，以便他們用您的姓名獲得服務
- 使用另一個人的會員 ID 卡，以使用他們的姓名獲得服務
- 服務提供者針對同一服務收取兩次費用
- 服務提供者針對從未發生的服務收取費用



您符合計劃的規定，因此我們為您提供健康照護福利。福利不適用於他人。您不得與任何人共用您的福利。如果您誤用福利，您可能會失去福利。如果您誤用福利，Delaware Medicaid 和醫療協助部也可能對您採取法律行動。

如果您認為服務提供者、會員或其他人誤用 Delaware Medicaid 福利，請立即告訴我們。Delaware First Health 會認真回應您的來電。您不需要提供姓名。

- 請致電 Delaware First Health 匿名保密專線 **1-866-685-8664**
- 如需 TTY 服務，請致電會員服務部，電話：**1-877-236-1341 (TTY: 711)**

您也可以直接向 Delaware Medicaid 和醫療協助部通報可疑的 Medicaid 詐欺事件，請致電 Diamond State Health Plan 服務電話 **1-800-372-2022**。

如何使用您的福利

是時候掌控自己的健康 – 就從這裡開始。您的新健康保險計劃提供全方位的醫療照護和福利。其中也包含寶貴的計劃、教育工具和支援。

Delaware First Health 致力於提供會員所需的資源，以確保最佳的照護品質。

Delaware First Health 提供健康保險計劃、全方位的健康照護福利和服務，以滿足我們在 Delaware 服務區域的家庭和個人需求。請檢視以下的部分 Delaware First Health 福利和服務。

如果您需要協助理解任何部分的資訊，請致電 **1-877-236-1341 (TTY: 711)** 與我們聯絡。

別忘了，您也可以透過 **DelawareFirstHealth.com** 上的 Delaware First Health 線上帳戶獲得實用工具。

MCO 福利

福利和服務

在本節中，您可以瞭解 Delaware First Health 提供的健康福利、藥房服務和加值服務。

需要協助瞭解這些福利和服務嗎？請致電 **1-877-236-1341 (TTY: 711)** 與我們聯絡。

所有照護均必須是必要的醫療。您的初級照護提供者 (PCP) 將與您合作，確保您獲得所需服務。這些服務必須由您的 PCP 或您的 PCP 轉介的其他服務提供者所提供。

部分服務可能：

- 需支付共付額。
- 具有承保限制。
- 需要醫囑。
- 需要事先核准。

*部分 Medicaid 會員可能未擁有列出的所有福利。



Delaware 健康和社會服務部 (DSS) 決定您獲得的承保福利和服務。除非符合以下條件，否則您必須使用 Delaware First Health 網絡服務提供者來獲得這些福利和服務：

- 服務為緊急服務。
- 服務為家庭計劃服務。您可以自由選擇任何家庭計劃服務提供者，包括不在 Delaware First Health 網絡內的服務提供者 (Delaware Healthy Children Program 會員除外)。
 - Delaware Healthy Children Program 會員必須使用家庭計劃服務的參與服務提供者。
- 您可以獲得事先授權 (事先核准)，使用不在 Delaware First Health 網絡內的服務提供者。

選擇醫生

身為 Delaware First Health 會員，您可以從我們的服務提供者網絡中選擇您認為符合您健康照護需求的人士。若您需要協助選擇醫生，請致電會員服務部，電話是 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

Delaware First Health 提供您計劃所承保的健康照護服務和福利。部分服務由 Delaware Medicaid 州計劃承保。請參閱「州福利」一節以取得更多詳細資料。

請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部，深入瞭解如何從州取得這些服務。

部分服務不受 Delaware Medicaid 州計劃或 Delaware First Health 承保。請參閱「非承保福利」一節以取得更多詳細資料。

請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部，以取得非承保服務或問題的完整清單。



以下是 DSHP 會員的承保福利、服務和限制清單。請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部以獲得完整資訊。

承保表

Delaware First Health DSHP 福利組合	
預防性服務	
預防性服務	給付
例行檢查	給付
早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT)	為 21 歲以下兒童給付
預防接種	給付
初級照護提供者	給付
例行性聽力檢查	在 EPSDT 中為年齡 21 歲和以下的兒童給付
診間門診	給付
專業診間服務	
過敏檢測	給付
認證護士助產士服務	給付
脊椎整復師	給付
避孕裝置	給付
家庭計劃與家庭計劃相關服務	給付
婦科檢查	給付
實驗室檢驗	給付
足科	給付



Delaware First Health DSHP 福利組合	
專業診間服務 (續)	
符合聯邦標準的健康中心 (FQHC)	給付
農村衛生診所 (RHC)	給付
診間門診	給付
專科醫師診間門診	給付
住院醫院服務	
食宿	給付
住院醫師服務	給付
住院用品	給付
病態肥胖症減重手術	給付
器官移植	給付 需為必要的醫療
門診醫院服務	
流產	給付 需為必要的醫療
門診外科中心	給付
透析	給付
門診診斷化驗和放射服務	給付
急診照護	
救護車	給付 限急診服務
免費獨立急診室	給付
醫院急診室	給付



Delaware First Health DSHP 福利組合	
行爲健康服務	
住院行爲健康服務	爲年齡 18 歲和以上的會員給付 18 歲以下的住院 BHS 會員是由 DSCYF 提供該服務
藥物輔助治療(包括門診成癮服務和住院成癮服務)	給付
物質濫用疾患治療服務	爲 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行爲健康福利 (之後由 DSCYF 提供)
診間門診	爲 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行爲健康福利 (之後由 DSCYF 提供)
門診心理健康和物質濫用	爲 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行爲健康福利 (之後由 DSCYF 提供)
根據 EPSDT 治療自閉症譜系障礙 (ASD) 的行爲服務	爲 21 歲以下會員給付
危機應變及亞急性心理健康服務	給付
門診治療服務	
心臟復健	給付
職能治療	給付
氧氣治療	給付
物理治療	給付
肺部治療	給付
言語治療	給付



Delaware First Health DSHP 福利組合	
放射服務	
乳房 X 光攝影	給付
常規放射篩檢和診斷服務	給付
睡眠研究檢測	給付
實驗室服務	
結直腸癌篩檢	給付
子宮頸抹片	給付
病理檢驗	給付
常規實驗室篩檢和診斷服務	給付
性感染症 (STI) 及性傳染病 (STD) 檢測	給付
耐用醫療設備	
醫療設備和用品	給付
糖尿病設備和用品	給付
助聽器	為 0-20 歲的兒童給付
裝具及義肢	給付
長期服務支援 (LTSS) - 社區型	
限照護管理 HCBS 豁免者和 HCBS 居民	不在承保範圍內
第 1915(C) 節家庭與社區型服務 (HCBS)	不在承保範圍內
第 1915(I) 節矯正培建服務	不在承保範圍內



Delaware First Health DSHP 福利組合	
長期服務支援 (LTSS) - 機構型	
護理機構	給付最多 30天
精神疾病護理機構 (NF/MI)	給付最多 30天
專業護理機構 (SNF)	不在承保範圍內
社區型神經行為復健服務	不在承保範圍內
安寧	
安寧	給付
居家醫療照護	
每家 EPSDT 主管機關的私人值班護理/個人照護服務	給付
視力服務	
常規眼科檢查	0-20 歲每 12 個月一次
眼鏡或隱形眼鏡	0-20 歲每 12 個月一次
修復	為 21 歲以下的兒童給付
牙科服務	
成人牙科為年齡 21 歲和以上	承保預防性和矯正牙科照護，上限為 \$1,000，不含拔除阻生智齒。急診照護可核准額外的 \$1,500。



以下是 DSHP Plus 會員的承保福利、服務和限制清單。請致電 **1-877-236-1341** (TTY: 711) 聯絡會員服務部以獲得完整資訊。

承保表

DSHP Plus LTSS 福利組合	
預防性服務	
預防性服務	給付
例行檢查	給付
早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT)	為 21 歲以下兒童給付
預防接種	給付
初級照護提供者	給付
例行性聽力檢查	在 EPSDT 中為年齡 21 歲和以下的兒童給付
診間門診	給付
專業診間服務	
過敏檢測	給付
認證護士助產士服務	給付
脊椎整復師	給付
避孕裝置	給付
家庭計劃與家庭計劃相關服務	給付
婦科檢查	給付
實驗室檢驗	給付
足科	給付



DSHP Plus LTSS 福利組合

專業診間服務 (續)

符合聯邦標準的健康中心 (FQHC)	給付
--------------------	----

農村衛生診所 (RHC)	給付
--------------	----

診間門診	給付
------	----

專科醫師診間門診	給付
----------	----

住院醫院服務

食宿	給付
----	----

住院醫師服務	給付
--------	----

住院用品	給付
------	----

病態肥胖症減重手術	給付
-----------	----

器官移植	給付 需為必要的醫療
------	---------------

門診醫院服務

流產	給付 需為必要的醫療
----	---------------

門診外科中心	給付
--------	----

透析	給付
----	----

門診診斷化驗和放射服務	給付
-------------	----

急診照護

救護車	給付 限急診服務
-----	-------------

免費獨立急診室	給付
---------	----

醫院急診室	給付
-------	----



DSHP Plus LTSS 福利組合

行爲健康服務

住院行爲健康服務	爲年齡 18 歲和以上的會員給付。 18 歲以下的住院 BHS 會員是由 DSCYF 提供該服務
藥物輔助治療(包括門診成癮服務和住院成癮服務)	給付
物質濫用疾患治療服務	爲 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行爲健康福利 (之後由 DSCYF 提供)
診間門診	爲 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行爲健康福利 (之後由 DSCYF 提供)
門診心理健康和物質濫用	爲 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行爲健康福利 (之後由 DSCYF 提供)
根據 EPSDT 治療自閉症譜系障礙 (ASD) 的行爲服務	爲 21 歲以下會員給付
危機應變及亞急性心理健康服務	給付

門診治療服務

心臟復健	給付
職能治療	給付
氧氣治療	給付
物理治療	給付
肺部治療	給付
言語治療	給付



DSHP Plus LTSS 福利組合	
放射服務	
乳房 X 光攝影	給付
常規放射篩檢和診斷服務	給付
睡眠研究檢測	給付
實驗室服務	
結直腸癌篩檢	給付
子宮頸抹片	給付
病理檢驗	給付
常規實驗室篩檢和診斷服務	給付
性感染症 (STI) 及性傳染病 (STD) 檢測	給付
耐用醫療設備	
醫療設備和用品	給付
糖尿病設備和用品	給付
助聽器	為 0-20 歲的兒童給付
裝具及義肢	給付
長期服務支援 (LTSS) - 社區型	
限照護管理 HCBS 豁免者和 HCBS 居民	給付
第 1915(C) 節家庭與社區型服務 (HCBS)	給付
第 1915(I) 節矯正培建服務	給付



DSHP Plus LTSS 福利組合	
長期服務支援 (LTSS) - 機構型	
護理機構	給付
精神疾病護理機構 (NF/MI)	給付
專業護理機構 (SNF)	給付
社區型神經行為復健服務	給付
安寧	
安寧	給付
居家醫療照護	
每家 EPSDT 主管機關的私人值班護理/個人照護服務	給付
視力服務	
常規眼科檢查	0-20 歲每 12 個月一次
眼鏡或隱形眼鏡	0-20 歲每 12 個月一次
修復	為 21 歲以下的兒童給付
牙科服務	
成人牙科為年齡 21 歲和以上	承保預防性和矯正牙科照護，上限為 \$1,000，不含拔除阻生智齒。急診照護可核准額外的 \$1,500。



以下是會員可獲得的額外福利：

耐用醫療設備 (DME) 及醫療用品

居住或從經認證健康照護機構獲得服務的會員，可以選擇從服務提供者處獲得特定耐用醫療設備 (DME)。在某些情況下，服務提供者可能會在住院期間將設備提供給會員。在其他情況下，設備可能會永久提供。提供的設備必須為必要的醫療，且可能需要事先授權。您的服務提供者將幫助您取得任何所需的 DME。如需更多資訊，會員可以聯絡會員服務部，電話：1-877-236-1341 (TTY: 711)。

醫療用品通常是：

- 拋棄式。
- 醫療狀況照護所需。
- 在家使用。

其中不包括：

- 個人護理用品 (例如除臭劑、爽身粉、沐浴粉、肥皂、牙膏、洗眼水或隱形眼鏡保養液)。
- 口服或注射非處方藥和藥物。

DME 通常是一種裝置或其他物品，而且：

- 可重複使用。
- 主要用於醫療用途。
- 用於居家環境。

DME 的部分範例包括氧氣瓶、特殊的醫療床、助行器和輪椅。用品範例為尿布、導管以及糖尿病測試用品。部分 DME 將需要事先授權。您的 PCP 或專科醫師將在您取得 DME 之前，先向 Delaware First Health 尋求事先授權。

護理機構服務

當計劃目的是讓會員得以回家，Delaware First Health 會承保護理機構的短期專業護理。此類照護需要 Delaware First Health 的事先授權。在您前往護理機構之前，您的 PCP 或專科醫師將為您要求事先授權。當 Delaware 健康和社會服務部 (DHSS) 確認會員符合該等級照護的資格時，Delaware First Health 會承保護理設施的長期照護。

居家訪視

如果您已經懷孕，您可能符合居家訪視的資格。居家訪視為免費計劃，教導您如何幫助孩子成長、學習和發展。護士或家長支援專員將到您家中或其他適合您的地方訪視。他們會為您提供技巧與服務。當您懷孕時，居家訪視專員會提供協助。居家訪視專員在您的小孩出生後會持續提供協助。您的居家訪視專員會在您有需求時造訪。他們會在您的孩子成長過程中持續造訪。若要瞭解更多關於居家訪視的資訊，請造訪 <https://dethrives.com/home-visiting/help-at-home>，或致電 1-877-236-1341 (TTY: 711) 與您的產婦照護協調員交談。



眼科福利

所有年齡的會員皆享有眼科福利。這包括每 12 個月進行一次常規眼科檢查。這些會員也符合每 12 個月配戴眼鏡或隱形眼鏡的資格。請致電您或您孩子的眼科醫師，安排常規眼科檢查。請致電 Delaware First Health 會員服務部，電話：1-877-236-1341 (TTY: 711)，以獲得更多資訊。

牙科福利

年齡 20 歲和以下的會員

牙科服務可透過 Delaware Medicaid 付費服務 (FFS) 計劃提供給年齡 20 歲和以下的 Delaware Medicaid 會員。這些服務不屬於 Delaware First Health 提供的服務範圍。如果您對您的牙科福利有疑問，請致電 Delaware Medicaid 客戶關係部，電話：1-866-843-7212 或 1-302-571-4900。

年齡 21 歲和以上的會員

標準福利：牙科服務適用於年齡 21 歲和以上的 Delaware Medicaid 會員，自 2020 年 10 月 1 日起生效。這包括每年 \$1,000 的牙科服務保險，例如洗牙、X 光檢查、齲齒補牙等。每次就診需要支付共付額 \$3。

如需承保服務的詳細資訊，請造訪 envolvedental.com。

急診福利：年齡 21 歲和以上的 Delaware Medicaid 會員也享有緊急牙科福利。當您用完 \$1,000 標準福利後，您每年可獲得最多 \$1,500 的牙科服務保險，以符合延長福利條件。

請致電 Delaware First Health 會員服務部，電話：1-877-236-1341 (TTY: 711)，以獲得更多資訊。

My Health Pays® 獎勵計劃

透過 Delaware First Health My Health Pays 獎勵計劃，當您完成年度健康檢查、年度篩檢、檢測和其他保護您健康的健康活動，您便可以獲得獎勵。當您完成第一個符合資格的健康活動後，您將會從 Delaware First Health 收到您的 My Health Pays® Visa® 預付卡*。每次您完成符合資格的活動時，我們都會收到通知，您的獎勵金額也會加到您現有的卡片中。

*此卡是由 FDIC 會員 The Bancorp Bank 根據 Visa U.S.A. Inc. 授權所核發。卡片無法用於接受 Visa 金融卡的所有地方。請參閱持卡人合約以取得完整使用說明。

GED 測試

您想要進一步提升您的教育嗎？藉由進一步提升您的教育，可以協助您找到更好的工作、賺取更多錢，並改善您的健康。如果您未獲得高中學位，我們能助您一臂之力。如果會員年齡在 16 歲或以上，您可以免費接受 pre-GED 和 GED 測試。

Delaware First Health 為年滿 16 歲以上的合格會員提供考試券，支付 GED 測試的費用。

* Delaware First Health 只會承保您的 pre-GED 和 GED 測試費用。GED 計劃費用等所有其他費用皆由會員負責。



Delaware First Health 會員**加值服務**包含：

福利	說明
居家氣喘介入措施	居家氣喘支援服務包含每年 \$250 的非臨床居家需求，例如去除黴菌、地毯清潔、防過敏寢具、低 VOC 清潔產品、空氣淨化器和病蟲害防治。
出院後到府送餐	有再入院高風險的會員享有出院後送餐福利。符合資格的會員可在從醫院或其他住院設施出院後 7 天內，每天收到 3 餐。
SafeLink and ConnectionsPlus®	透過 SafeLink 或透過我們的 ConnectionsPlus® 計劃協助您獲得免費手機。
社交孤立支援	年齡 60 歲和以上的會員可參加會員的當地年長者中心和課程，進行社交、休閒和教育活動。虛擬社交孤立支援。會員也可獲得內含教育資料的社交孤立工具組。
虛擬行為健康支援	身為 Delaware First Health 會員，您可以使用行動應用程式來協助您管理壓力、焦慮、慢性疼痛等多種情況。行動應用程式為線上認知治療計劃提供個人化的線上學習，解決常見的行為健康狀況。您可以透過智慧型手機或其他網際網路平台存取這項應用程式。
成人視力服務	每 2 年，(年齡 21 歲和以上) 的成人就有資格接受附有屈光的全面性眼科檢查，並享有最高 \$160 的眼鏡費用。
寄養青少年視力服務	寄養兒童符合依需求更換眼鏡的資格。
整體健康交通接送	運送到加值服務 (YMCA、Weight Watchers、GED 測試等)、醫院，以及為不住在藥房附近的會員提供處方藥寄送到府的交通接送服務 (如適用)。
YMCA	會員的年度會員資格。



福利	說明
社區健康 中心會員資格	Delaware First Health 為下列服務之一的合格會員 (5 到 18 歲) 提供最高 \$250 費用：每個日曆年 YMCA 的年度會員資格、YMCA 和 Boys & Girls Club 所提供的夏令營和/或體育隊。
Weight Watchers	6 個月會員資格，用於支持健康的生活方式並改善健康成果。
糖尿病預防計劃	患有糖尿病前期的會員可參加 YMCA 糖尿病預防計劃。我們也提供遠端糖尿病監控，以及與您的服務提供者分享資訊。
其他兒科喘息照護時間	為滿足醫療必要性的人士提供額外的兒科喘息服務，我們將為家庭和照護者提供額外 48 小時的喘息照護。
非處方藥 (OTC) 計劃	每季提供 OTC (非處方藥) 項目，費用為 \$30。無需處方。
輔導服務	針對可能落後一或多的核心學科 K-12 年級會員，Delaware First Health 提供每年最高 \$200 的輔導優惠券。

Delaware First Health Plus LTSS 會員的額外加值服務包括：

福利	說明
I/DD 成人會員的牙科就診	成人 (21 歲以上) 在與新的牙醫建立關係時進行牙科就診，與牙科團隊見面、表達喜好和疑慮，並在任何檢查或治療之前瞭解牙科門診的情況。



對於因道德或宗教反對而非 MCO 承保的服務，請聯絡 Delaware Medicaid 客戶關係部，電話：1-866-843-7212 或 1-302-571-4900。

共付額

在大多數情況下，會員必須分攤所提供服務的費用。

這稱為**共付額** (或 copay)，或是會員接受服務時所支付的一定金額。

您可以在會員 ID 卡上找到共付額。

支付共付額和其他款項

- 您必須在服務時直接向服務提供者支付共付額。
- 如果您未支付您的共付額，服務提供者和/或 Delaware Medicaid 可能會透過法律行動向您收取款項。
- 如果您簽署同意在獲得服務前支付費用的授權書，您可能需負責支付非承保服務的費用。請注意，非承保服務的費用可能高於承保服務的共付額。

免除

這些類型的會員一律免於支付共付額：

- AI/AN (美國印第安/阿拉斯加原住民)
- 懷孕婦女的懷孕相關服務
- 接受安寧照護的會員

州福利

Delaware Medicaid 州計劃提供健康照護服務和福利。這些服務包括：

- 21 歲以下兒童牙科服務
- 處方兒科延長照護 (PPEC)
- 非緊急醫療運輸
- 護理機構住民特殊服務
- 行為健康服務

服務	定義/限制
兒童牙科服務	對於 21 歲以下會員的牙科服務，Delaware First Health 不負任何責任。



服務	定義/限制
處方兒科 延長照護 (PPEC)	<p>處方兒科延長照護 (PPEC) 是照護組合，其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> · 護理 · 營養評估 · 發展評估 · 語言 · 身體 · 職能治療服務 <p>這些服務於門診場所提供，依主治醫生所指示。</p>
發育障礙人士的每日矯正培建	<p>每日矯正培建服務是根據 Delaware 州的復健方案向發育障礙人士提供。</p>
非緊急醫療運輸	<p>除了 DHCP 會員以外，所有 DSHP 和 DSHP Plus 會員皆可使用非緊急醫療運輸。(部分限制適用，請參閱加值福利獲得更多資訊)。</p>
承保服務中未包含的護理機構 住民特殊服務	<p>州政府將提供州政府判定為必要的特殊服務，為 DSHP 或 DSHP Plus LTSS 福利組合中未包含的 PASRR 等級 II 程序。</p>
透過 Pathways 提供就業服務和 支援	<p>以下服務提供給參與 Pathways 以補足 Delaware First Health 所提供承保服務的會員。下列服務是透過州的 DMES 支付，且為各州的責任：</p> <ul style="list-style-type: none"> · 職涯探索與評估 · 就業安置支援 · 支持性就業 – 個人； · 支持性就業 – 小組； · 福利諮詢； · 財務指導； · 非醫療交通接送； · 個人照護； · 引導、流動性和輔助技術



服務	定義/限制
<p>額外行爲健康服務</p>	<p>爲 18 歲以下兒童提供的行爲健康服務</p> <ul style="list-style-type: none"> · 爲 18 歲以下的會員提供的行爲健康服務，如果超出了 DSHP 福利組合的內容，則由州負責。這包括 DSHP 福利組合以外的門診服務，以及住宿和住院行爲健康服務。 <p>參加 PROMISE 的年齡 18 歲和以上會員的行爲健康服務</p> <ul style="list-style-type: none"> · 如上方 DSHP 福利組合所提供，當會員參與 PROMISE 時，Delaware First Health 將不再爲以下服務負責。對於參與 PROMISE 的會員，這些服務會變成 州政府的責任，且爲透過州的 DMES 提供的付費 FFS。 <ul style="list-style-type: none"> - 醫療管理的密集住院戒毒以外的藥物濫用 (SUD) 服務；以及 - 持照行爲健康從業人員服務。 · 以下服務提供給參與 PROMISE 以補足 Delaware First Health 所提供承保服務的會員： <ul style="list-style-type: none"> - 個案管理 - 福利諮詢 - 社區精神支持和治療 - 社區住宅支援，不含生活輔助服務 - 社區過渡服務 - 財務指導 - IADL/家務 - 個人就業支持性服務 - 非醫療交通接送 - 額外的護理服務 - 同儕支持 - 個人照護 - 心理社交復健 (PSR) - 喘息照護 - 短期小組支持性就業



服務	定義/限制
DDDS Lifespan Waiver 服務	<p>以下服務提供給參與 DDDS Lifespan Waiver 作為補足 Delaware First Health 所提供承保服務的會員：</p> <ul style="list-style-type: none"> · 輔助技術 · 行為諮詢 · 社區參與 · 社區過渡 · 每日矯正培建 · 住家或車輛無障礙調整 · 護士諮詢 · 個人照護 · 職業陶冶服務 · 居住矯正培建 · 喘息照護 · 額外的專業醫療設備和用品 · 支持性就業 · 支持性居住

增強型 LTSS 福利

除了上述福利以外，DSHP Plus 和 DSHP Plus LTSS 會員也有資格享有下列服務：

- 住屋：為正處於無家可歸的會員提供一次性住屋過渡補助金，最高金額為 \$2,500，用於支持性住房或獨立住屋，或寄養至可獨立生活。

如需更多資訊，請致電 1-800-996-9969 或造訪：

<https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html>

若要申請 Delaware Medicaid ASSIST 計劃，請造訪 <https://assist.dhss.delaware.gov/>

自主指導 HCBS 與適用於兒童的自主指導隨護員照護

DSHP Plus LTSS 會員可選擇自主指導他們的隨護員照護、家務或喘息服務，部分 21 歲以下的會員可能符合適用於兒童的自主指導隨護員照護的資格。自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護代表您選擇您的個人照護者。自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護讓您控制特定金額的 Medicaid 費用，以便您直接僱用員工和/或購買其他商品和服務，制定符合您需求的計劃。自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護，為您的服務提供更多選擇、控制與彈性，同時也包含更多責任。這能讓您的居家和社區型服務擁有更多方向與彈性，讓您能留在家中與社區內。自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護計劃讓您能夠控制何時獲得服務、如何獲得服務，以及聘僱誰為您提供服務。您便能做出選擇、選取和



僱用員工，以及控制服務品質。如果您需要協助管理員工和/或預算，可以選擇將工作委派給您信任的其他人，請他為您管理這項工作。您的個案管理員可以與您合作，委派您的預算權限。如果您對以下問題的答案為「是」，自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護可能適合您：

- 您是否想要更妥善控制豁免的 Medicaid 費用如何運用於您的需求？
- 您是否希望聘僱為您提供支援的人員？
- 您是否希望負責招募、聘僱和解僱您的員工和服務提供者？
- 您是否希望負責訓練、管理和監督您的員工和服務提供者？
- 您是否希望能夠彈性購買商品或服務以滿足您的需求？

角色和責任

如果您想選擇此選項，只要讓您的個案管理員 (CM) 知道您有興趣即可。您將與您的 CM 合作，判斷適用於自主指導的服務，並制定個人為主服務計劃 (PCSP)。您將選擇一位支援經紀人，協助您規劃個人預算、組織您的服務，並協助您招募員工。您也將與財務管理服務 (FMS) 合作，該服務會以僱主身分協助管理您的工作。他們會完成您員工的背景調查，並使用您的預算來代表您向員工支付薪資。您將負責聘僱和訓練員工。您的照護者必須能夠通過背景調查且年滿 18 歲或以上。您負責說明您需要的照護方式。您的照護者為您提供所需照護。您會簽署工時表並監控提供服務的方式。照護者可能會做的事情包括：協助您穿衣、清潔、準備餐點或評估中確認的其他照護需求。您的 CM 會與您一起完成自我評估工具，判斷您是否符合資格自主指導您的服務。請詢問您的 CM 以取得更多詳細資料。

為了符合資格獲得適用於兒童的自主指導隨護員照護，會員必須未滿 21 歲，患有慢性疾病、智能/發育障礙或行為健康狀況，導致需要適齡 ADL/IADL 的協助。

IADL 的協助必須是對會員的健康和福利而言相當重要，且僅提供給會員，不得用於家中一般用途。該會員的僱主代表應代表會員指導此項服務。會員可以僱用鄰居、朋友或家人，包括負有法律責任的家庭成員，且該成員符合承包商所驗證的所有員工資格。提供適用於兒童的自主指導隨護員照護且負有法律責任的家庭成員，必須指定其他人擔任僱主代表。負有法律責任的家庭成員每週僅能提供 40 小時的服務。

請注意，某些服務可能會受到電子就診驗證 (EVV) 的追蹤系統限制，此追蹤系統驗證個人接受 Medicaid 資助個人照護服務的時間。該系統目前適用於自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護與家事服務。如有任何與 EVV 服務或當中會員身分相關的問題，請聯絡您指定的 CM。如果您覺得自主指導 HCBS 或適用於兒童的自主指導隨護員照護適合您，請與您的 CM 聯絡以進一步瞭解。

您可以隨時選擇停止指導您自己的照護。您的 CM 可協助您停止自主指導服務的程序。請聯絡您的 CM 即可。

如需瞭解更多關於自主指導隨護員照護服務的資訊，請詢問您的 CM 或致電 Delaware First Health，電話為 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。



護理院過渡

DSHP Plus LTSS 會員可能適用下列過渡服務承保：

承保高達 \$2,500 的短期護理機構過渡服務，以支援 DSHP Plus 會員從護理機構轉至 HCBS 環境，包括：

- 保障擁有社區型住家的費用：
 - DSHP Plus 會員可獲得保障擁有社區型住家但 Medicaid 無法承保的費用之服務。這些費用可能包括公寓申請、行政費，以及過渡過程中必要的 HCBS 商品和服務。
- 從護理機構轉移之前的活動款項：
 - DSHP Plus 會員在從護理機構轉移之前，可能會獲得居家無障礙修繕、車輛調整、預租賃支援、社區過渡服務和個案管理等服務與活動。您的 CM 可授權超過 \$2,500 上限的服務要求例外情形。
- 住屋過渡補助金：
 - 除了 DSHP Plus LTSS 福利組合的 \$2,500 過渡福利，Delaware First Health 為從護理機構轉至社區生活的會員，提供最高 \$2,500 的一次性住屋過渡補助金。

Delaware First Health 會確保所有會員在所選的融合情況最佳環境中，適時獲得適當的照護。會員的選擇和他們重視的事物，永遠是確保成功過渡的關鍵因素。在初步和後續評估期間，個案管理員 (CM) 將評估會員的居住地是否由個人選擇，是否融入並支持進入更大的社區。如果確定需要替代 HCBS 或機構環境，且/或此為會員需求，CM 將在個人為主計劃中記錄個人考量的替代 HCBS 環境，並包括針對替代 HCBS 或機構照護的特殊個人化評估需求的書面理由，以及將採取的步驟，讓會員轉至最少限制的環境，該環境適合會員的選擇且安全。

CM 將向會員和其照顧者說明在融合度最高的環境中接受照護的權利。CM 將在面對面的全面性評估期間評估會員的過渡興趣，如果確定會員想要轉換至新的居住環境，CM 會確保會員符合機構過渡至 HCBS 的標準，然後讓會員服務提供者視需要請求適當轉診服務。

如需瞭解更多關於護理院過渡服務的資訊，請詢問您的 CM 或致電 Delaware First Health，電話為 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。



事先授權

請注意，若未取得授權，可能會導致拒絕行政索賠。根據合約規定，對於 Delaware First Health 因無法取得服務提供者及時授權而在行政上拒絕的任何服務，Delaware First Health 服務提供者不得承擔任何參與者的財務責任。

使用 **DelawareFirstHealth.com** 的線上工具，查看是否需要預授權。如有任何疑問，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。

需要事先授權的服務

部分需要事先授權的服務：

- 住院照護
- 專業護理機構
- 居家健康照護
- 矯正培建服務
- 耐用醫療設備 (DME)，如裝具及義肢
- 電腦斷層掃描 (CT)、核磁共振造影 (MRI)、核磁共振血管造影(MRA)、核子心臟學、核子放射學、正子放射斷層 (PET) 掃描
- 基因和分子診斷性檢驗
- 定量藥物試驗
- 植入式聽力裝置
- 治療：物理治療、職能治療和語言治療
- 移植
- 減重手術
- 某些骨科手術，例如關節置換和脊椎手術
- 疼痛處置程序
- 醫學機構睡眠研究
- 潛在醫美或整形手術
- 精神科住院
- 化學物質和藥物使用許可
- 行為健康日間住院
- 行為健康密集門診計劃
- 行為健康居住治療設施
- 電擊痙攣休克治療法 (ECT)
- 穿顱磁刺激 (TMS)
- 心理及神經心理測驗
- 透過網絡外服務提供者所接受的服務 (急診照護、穩定後和部分家庭計劃服務除外)



這並非詳盡清單。請參閱 **DelawareFirstHealth.com** 的線上工具，檢閱特定程序的要求，並查看是否需要預授權。如有任何疑問，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。

非承保服務

部分服務不受 Delaware Medicaid 州計劃或 Diamond State Health Plan 承保。其中一些服務包括：

- 非必要的醫療服務
- 流產，特定情況除外
- 不孕症治療
- 醫美服務
- 美國本土以外的照護。(禁止直接或間接付款給國外個人和/或實體。)

如果您收到帳單

如果您收到您認為未積欠的治療或服務帳單，請不要忽視它。請立即致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health 會員服務部。我們可以幫助您了解您可能收到帳單的原因。如果您不必負責付款，Delaware First Health 將聯絡服務提供者並幫助您解決問題。

保健計劃

Delaware First Health 致力於幫助會員滿足健康與保健需求，並為我們的會員提供下列擴大服務與增值福利。請參閱手冊「增值服務」一節中的說明。

- 居家糖尿病監測
- 糖尿病預防計劃
- 懷孕計劃
- 健康體重計劃
- My Health Pays 獎勵計劃
- 牙科就診
- 複雜醫療需求兒童的喘息照護時間
- 視力服務

Delaware First Health 希望能確保您擁有最新的醫療照護。我們擁有負責關注醫學進展的團隊。這可能包括新的藥物、檢驗、手術或其他治療選項。團隊會檢查以確保新的治療安全無虞。我們將告訴您和您的醫生有關您福利所承保的新服務。



行為健康服務

Delaware First Health 為我們的會員提供下列行為健康服務。如果您對於承保的服務有疑問，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。

服務	承保限制
<p>一般醫院、一般醫院精神科、精神病院 (包括心理疾病機構) 為年滿 65 歲及未滿 21 歲會員提供，</p> <p>A) 以及 21 歲以下會員的私人居住治療設施 (PRTF)</p> <p>B) 和物質濫用疾患 (SUD) 治療，針對在心理疾病 (IMD) 機構中主要接受 SUD 治療的短期住民之住院行為健康服務</p>	<p>為年滿 18 歲和以上的會員承保。</p> <p>18 歲以下的會員，將由 Delaware 兒童、青年和家庭服務部門 (DSCYF) 提供住院行為健康服務。</p>
<p>藥物輔助治療 (MAT)，包括門診成癮服務和住院成癮服務。</p>	<p>承保。</p> <p>對於參與 PROMISE 的會員，這些服務為州政府的責任，且為透過州的 DMES 提供的付費 FFS；然而，承包商必須負責支付承保門診藥物的費用。</p>
<p>物質濫用疾患治療服務，包括門診和住院成癮服務，其中包含美國成癮藥物協會 (ASAM) 的所有層級，包括為在 IMD 中主要接受 SUD 治療的短期住民所提供的住院服務。</p>	<p>承保。</p> <p>包括為 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行為健康福利 (之後由 DSCYF 提供)。</p> <p>對於參與 PROMISE 的會員，除了醫療管理的密集住院戒毒以外，這些服務是州政府的責任，並透過該州的 DMES 支付。</p>



服務	承保限制
診間門診。	承保。 包括為 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行為健康福利 (之後由 DSCYF 提供)。 對於參與 PROMISE 的會員，這些服務是州政府的責任，且為透過州的 DMES 提供的付費 FFS。
門診心理健康和物質濫用。	承保。 包括為 18 歲以下的會員提供 30 個單位的門診行為健康福利 (之後由 DSCYF 提供)。 對於參與 PROMISE 的會員，這些服務是州政府的責任，且為透過州的 DMES 提供的付費 FFS。
根據 EPSDT 治療自閉症譜系障礙 (ASD) 的行為服務。	21 歲以下會員享有承保。
危機應變及亞急性心理健康服務。	承保。

如果您有情緒或心理困擾，請全天候隨時致電或傳送簡訊至下方合適的危機專線，人員會傾聽您說話並提供協助。**如果您有危險或需要立即就醫，請致電 911。**

-  國家自殺預防生命線：988
-  危機簡訊專線：請傳送 DE 至號碼 741741
-  Northern Delaware 危機專線：1-800-652-2929
-  Southern Delaware 危機專線：1-800-345-6785
-  DSCYF 青少年危機專線：1-800-969-4357
-  Delaware First Health 行為健康危機專線：1-877-236-1341



患者責任

患者責任是指您可能需要支付 LTSS 照護的部分費用。患者責任金額取決於您的收入，並由 DHSS 計算。如果您住在護理機構或生活輔助服務設施，您必須向您的機構服務提供者支付患者責任金額。如果您有患者責任並接受服務，您的個案管理員將決定您支付患者責任金額的對象。

如果您有患者責任但不支付金額，可能會產生後果。這可能包括喪失您的護理機構或生活輔助服務設施提供者。

如果您對患者責任有疑問，請聯絡您的個案管理員，或致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。

您的服務提供者

管理型照護運作方式就像中心之家，協調您的健康照護需求。

- Delaware First Health 簽訂合約以符合美國 Delaware Medicaid 患者健康照護需求。我們與組成我們服務提供者網絡的一群健康照護提供者 (醫師、治療師、專科醫師、醫院、居家照護服務提供者及其他健康照護機構) 合作。
- 當您加入 Delaware First Health 時，我們的服務提供者網絡會在這裡支援您。大部分的時間，該名人員將成為您的初級照護提供者 (PCP)。如果您需要進行檢查、至專科醫師處就診或住院，您的 PCP 可以幫您安排。您白天和晚上都可以聯絡 PCP。如果您需要在工作後或週末時與 PCP 交談，請留言並告知您的聯繫方式。您的 PCP 將會盡快回覆您。儘管您的 PCP 是您主要的健康照護來源，但在某些情況下，您可以自行向某些醫生諮詢某些服務，不需諮詢您的 PCP。
- 您可以造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**，線上尋找服務提供者名錄，或致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部以取得服務提供者名錄的副本。

尋找服務提供者

更換您的初級照護提供者 (PCP)

當您加入 Delaware First Health 時，您必須選擇一位家庭醫生。這位醫生稱為初級照護提供者 (PCP)。您必須在初次投保後 30 個日曆天內選擇 PCP。如果您未選擇，我們會為您指派一位。

DSHP 會員：如果您未選擇 PCP，當您收到您的 Delaware First Health 會員 ID 卡時，我們會通知您指派的 PCP。此郵件會包括該 PCP 姓名、地點和辦公室電話號碼，如果您對計劃指派的 PCP 不滿意，我們也可讓您選擇不同的 PCP。

DSHP Plus 會員：如果您未選擇 PCP，Delaware First Health 會為您指派一位。如果您對計劃指派的 PCP 不滿意，我們也可讓您選擇不同的 PCP。

如果您想進一步瞭解 PCP，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。他們可以向您告知服務提供者使用的語言、服務提供者是否在網絡中、他們所在地點以及他們地點的無障礙設施。



如何更換 PCP

更換 PCP 有兩種方式。

1. 在我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 使用安全會員入口網站
2. 聯絡會員服務部 **1-877-236-1341 (TTY 711)** 來協助您。在您告訴我們您的新 PCP 是誰後，我們將寄給您一張新的 Delaware First Health 會員 ID 卡。

您可以在 Delaware First Health 網站 **DelawareFirstHealth.com** 查看我們的服務提供者名錄，如果您需要協助尋找服務提供者或索取服務提供者名錄副本，請致電 **1-877-236-1341 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部。

選擇服務提供者的權利

您的 PCP 將是您的主要醫師。他們可以幫助協調您所有的健康需求。您可以選擇我們網絡中的任何 PCP，並且您可以隨時更換您的 PCP。您可以為全家人選擇相同的 PCP，或是為每位家庭成員選擇不同的 PCP。

您的 PCP 可以是：

- 家庭或全科醫生。
- 內科醫學。
- 高級執業護士。
- 產科或婦科醫生 (OB/GYN)。
- 兒科醫生。
- 醫師助理 (在醫師監督下)。
- 符合聯邦標準的健康中心 (FQHC) 和農村衛生診所 (RHC)。
- 主治專科醫師 (針對急性或慢性病況或與身心障礙相關病況而需要特殊照護的會員)。

您的初級照護提供者(PCP)

初級照護提供者 (PCP) 是直接提供或協調您健康照護服務的醫師、醫師助理或執業護士。PCP 是您將接受檢查、健康疑慮、健康篩檢和專科醫師轉診的主要服務提供者。您的 PCP 也會與您的其他健康服務提供者協調照護。

在決定 PCP 時，您可能會想找符合下列條件的 PCP：

- 您以前就診過
- 了解您的健康記錄
- 可接受新患者
- 可用您的語言為您服務
- 可容易獲得



您可以在我們的服務提供者名錄中找到與 Delaware First Health 合作的所有醫生、診所、醫院、實驗室和其他單位的名錄。您可以造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**，線上查看服務提供者名錄。您也可以致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部，取得服務提供者名錄的副本。

在您選擇 PCP 之後，如果是新的服務提供者，請致電與他們進行第一次約診。這能讓雙方有機會認識彼此。您的 PCP 可以為您提供醫療照護、建議和健康資訊。請記得攜帶您的 Delaware First Health 會員 ID 卡和 Delaware Medicaid ID 卡。如果您需要協助安排與您的 PCP 約診，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡 Delaware First Health 會員服務部，我們會提供協助。

如何準備您與新服務提供者的初次就診：

- 要求將您目前服務提供者的病歷轉移到您的新 PCP。
- 列出您現在遇到的問題，並準備討論您的整體健康、過去重大疾病、手術等。
- 列出您想詢問 PCP 的問題。
- 將您正在服用的藥物和補充品帶到您的第一次約診。
- 最好在加入計劃後的三個月內至您的 PCP 處就診。

如果您在第一次約診之前需要照護，請致電您的 PCP 診間解釋您的疑慮。您的 PCP 會為您安排更早的約診，以解決該特定健康問題。您仍應保留第一次約診，以便討論您的病史並提出問題。

重要：您可以進行無限次的 PCP 就診。不須額外付費。在您不舒服時與他們約診。您也應每年進行一次健康檢查。

您可以隨時基於任何原因要求更換您的 PCP。

如果您想更換您的 PCP，我們可以幫助您找到或選擇您所在地區的另一位 PCP。請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部，我們將派代表協助您。您也可以在此 **DelawareFirstHealth.com** 安全會員入口網站更換 PCP。

如果您沒有在本手冊所述的時間限制內獲得所需的照護，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。

獲得第二意見

會員有權免費針對其診斷、手術選向或其他健康狀況治療尋求第二意見。您可以從網絡服務提供者或非網絡服務提供者 (若網絡服務提供者無法提供) 獲得第二意見。請致電會員服務部 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。



專科醫師照護

若您的初級照護提供者 (PCP) 無法提供您所需的特殊照護，您的 PCP 會將您轉介給可提供此照護的專科醫師。專科醫師是在特定醫學領域 (如心臟科醫師或外科醫師) 接受過訓練並具有實務經驗的醫師。

如要進行轉診，您的 PCP 可以：

- 致電 **1-877-236-1341 (TTY: 711)**。
- 在我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 填寫表格。

若您的 PCP 將您轉給專科醫師，我們將給付您的照護。大多數的專科醫師都是 Delaware First Health 服務提供者。與您的 PCP 討論，確保您了解轉診的運作方式。

在您的網絡外接受照護

有時您可能需要在我們的網絡外獲得服務。如果必要的承保服務無法在網絡內獲得，則可能會在網絡外予以承保，費用不會高於網絡內提供的費用。

如果 Delaware First Health 沒有可以治療您病況的服務提供者，您可以要求向不在 Delaware First Health 網絡的服務提供者看診。您應該與您的 PCP 討論這一點。需取得事先授權才能使用網絡外服務提供者。

約診標準

約診指南	
如果您需要此類型的服務	您的約診應在
成人預防性照護 (常規健康檢查或預防接種等服務)	30 天內進行
兒科預防性照護 (健康兒童檢查等服務)	14 天內進行 (年齡 6 個月以下的會員) ; 30 天內 (年齡 6 個月或以上的會員)
緊急照護服務 (扭傷、流感症狀或輕微割傷和傷口等照護問題)	24 小時內進行
正常營業時間結束後要求急診或緊急照護	立即前往醫院急診室 (全年無休，每天 24 小時提供服務) 或前往緊急照護門診



約診指南	
如果您需要此類型的服務	您的約診應在
第一次產前就診 (第 1 或第 2 孕期)	14 天內進行
第一次產前就診 (第 3 孕期或高風險懷孕)	5 天內進行
行為健康	
例行服務	14 天內進行
緊急照護服務	24 小時內進行
急診服務 (治療危及生命情況的服務)	立即前往醫院急診室 (全年無休，每天 24 小時提供服務) 或前往緊急照護門診
行動危機管理服務	30 分鐘內進行
物質濫用疾患	
例行服務	14 天內進行
緊急照護服務	24 小時內進行
急診服務 (治療危及生命情況的服務)	立即前往醫院急診室 (全年無休，每天 24 小時提供服務) 或前往緊急照護門診



急診和緊急照護

急診照護是指爲了預防患者死亡或健康受到嚴重損害而需要的住院和門診醫院服務。

緊急照護是指您有非緊急情況但仍需要及時照護和關注的受傷或疾病。

什麼是緊急情況？

緊急醫療病況

緊急醫療病況是指如果您未立即接受照護，可能會危及您的生命，或讓您受到永久傷害。

急診服務

急診服務是您爲了評估、治療或穩定您的緊急醫療病況所接受的服務。

接受急診服務

如果您認爲您遇到緊急情況，請撥打 **911** 或前往最近的急診室。

在獲得急診照護之前，您不需要您的計劃或 PCP 的核准，且您不需要使用我們的醫院或醫生。

如果您不確定，不論白天或是夜晚，隨時都能致電您的 PCP。告訴和您說話的人發生了什麼事情。您的 PCP 將：

- 告訴您在家要做什麼；
- 告訴您去 PCP 的診間，或者
- 告訴您去最近的緊急照護門診或急診室。

如果您遇到緊急情況時離開服務區域：

- 請到最近的急診室。

請記住：只有在遇到緊急情況時才能使用急診室。如果您有任何疑問，請致電您的 PCP 或 Delaware First Health 會員服務部，電話：**1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

您的緊急情況一定會獲承保。緊急醫療病況是指如果您未立即接受照護，可能會危及您的生命，或讓您受到永久傷害。以下爲緊急情況的一些範例：

- 心臟病發作或劇烈胸痛
- 出血不止或嚴重燒燙傷
- 骨折
- 呼吸困難、抽搐或喪失意識
- 當您覺得您可能會傷害自己或他人時
- 如果您懷孕並有疼痛、出血、發燒或嘔吐等症狀
- 藥物過量



非緊急情況的一些範例包括感冒、腸胃不適或輕微傷口和瘀傷。非緊急情況也可能是家庭問題或分手。這些可能感覺像是緊急情況，但它們不是去急診室的理由，除非您有立即受傷的危險。

什麼是緊急照護？

您可能受傷或不是緊急情況，但仍需要及時照護和關注的疾病。這可能是：

- 耳朵疼的孩子在半夜醒來，不停地哭
- 流感症狀
- 如果您需要縫合
- 腳踝扭傷
- 您無法取出的不好的碎片

您可以在當天前往緊急照護門診，或預約隔天的門診。無論您是在家還是在外，都可以在任何時間，白天或晚上致電您的 PCP。

如果您無法聯絡到您的 PCP，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。告訴回答的人發生了什麼事情。他們將告訴你該怎麼做。

接受緊急照護

緊急照護是指您在 48 小時內需要照護或醫療治療。而且您需要服務提供者的協助，但不在急診室。如果您需要緊急照護，但不確定是否為緊急情況，請先致電您的 PCP 或行為健康專科醫師。如果您無法聯絡您的 PCP，請致電 Delaware First Health 全年無休護士專線：**1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

如果您前往緊急照護或急診室，請務必在隔天致電您的 PCP 進行約診。您的 PCP 必須在您就診緊急照護後的兩個日曆天內為您安排約診。

緊急照護服務提供者

您可以在當天前往緊急照護診所就診，或預約隔天的門診。若要尋找您附近的緊急照護服務提供者，請造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**，並使用我們的尋找服務提供者工具。



美國以外的醫療承保

美國本土以外的服務不受 Delaware Medicaid 州計劃或 Delaware First Health 承保。這包括禁止直接或間接付款給國外個人和/或實體。

遠距醫療

遠距醫療虛擬服務 (Telemedicine Virtual Services) 全年無休提供服務

什麼是遠距醫療？

遠距醫療虛擬就診是一種遠距醫療服務，透過即時安全視訊會議提供臨床健康照護服務，可遠端為個人提供和支援服務提供者服務，以及監控和解決健康狀況。

遠距醫療虛擬就診是方便、24 小時皆可使用網絡內 Delaware First Health 健康照護提供者的管道，透過會員位置和服務提供者位置的安全視訊傳輸，解決非緊急健康問題。您可以在家中、辦公室，甚至休假時使用。

- 遠距醫療服務使用線上應用程式進行視訊會議，或透過遠距醫療虛擬就診服務提供者提供的連結，與網絡內醫生進行虛擬就診。
- 註冊後，您可以在線上應用程式或電子郵件連結中安排就診時間、提供您的會員資訊並以電子方式簽署同意書。
- 然後，您和醫生可以見面討論您的健康問題、疑慮或問題。

在您的虛擬就診期間獲得醫療建議、診斷，或取得處方藥 (如有指示)，這些可透過電子方式傳送至您附近的網絡藥房。在您需要時使用遠距醫療虛擬就診。或是預約適合您行程的時間。

針對疾病聯絡遠距醫療服務，例如：

- 感冒、流感及發燒，
- 咳嗽和 COVID 19 或類似症狀，
- 鼻竇、過敏，
- 呼吸道感染、氣喘、支氣管炎，
- 皮疹、皮膚病況、毒藤、毒橡木；輕微昆蟲叮咬或動物咬傷，
- 耳朵感染，
- 結膜炎、麥粒腫，
- 行為健康諮詢與治療

在危及生命的緊急情況下不應使用遠距醫療虛擬就診，請在這些情況下直接聯絡 911。



遠距醫療虛擬就診為何比緊急照護好？

如果您或家人身體真的很不舒服，我們建議進行遠距醫療服務而非緊急照護。

如此一來，您就可以節省您前往診所的額外壓力。此外，如果您的病況具有感染力，這麼做可避免他人染病

遠距醫療虛擬就診需要什麼？

若要獲得最佳效果，會員可以從 Delaware First Health 遠距醫療虛擬服務提供者獲得服務，使用智慧型手機、平板電腦、附相機與麥克風的筆記型電腦或附相機與麥克風並連接 Wi-Fi 的桌上型電腦。如果可以，請關閉您可能在背景執行或開啓的任何其他應用程式。

如果可以，請使用 Google Chrome 連線至電子郵件連結或應用程式，以達到最佳效果。如果無法，也可以使用 Explorer 或 FireFox 獲得服務。

註冊後，您可以在線上應用程式或電子郵件連結中安排就診時間、提供您的會員資訊並以電子方式簽署同意書。

然後，您和醫生可以見面討論您的健康問題、疑慮或問題。

遠距醫療虛擬就診的費用是多少？

在適用的情況下，Delaware First Health 會員不須支付遠距醫療虛擬就診的任何費用。

誰能向遠距醫療虛擬服務提供者取得服務？

任何 Delaware First Health 會員如果需要獲得服務提供者的緊急照護，即符合遠距醫療虛擬就診的資格。

行為健康就診僅限年齡 13 歲和以上的會員。未滿 18 歲或以上者，或法律規定未脫離監護權者，需有家長或監護人的同意。

如果在遠距醫療虛擬就診期間訂購處方藥，該如何取得？

遠距醫療虛擬服務提供者在您就診時若開立處方藥，該處方藥會以電子方式寄送至您的網絡藥房，您可以在準備好後前往藥房領取。州和聯邦法律規定，使用遠距醫療虛擬就診時不得開立某些處方藥和麻醉藥物。

產婦照護

產婦照護包括：

- 懷孕照護
- 分娩教育課程
- 討論避孕選項
- 產科/婦科與醫院服務
- 出院後一次醫療上必要的產後居家就診，用於新生兒照護和評估，但安排時間不得晚於產後 60 天
- 懷孕期間與生產後兩個月的高風險及低風險懷孕照護管理服務



Delaware First Health Start Smart for Your Baby – 產婦照護管理計劃

Delaware First Health Start Smart for Your Baby 為產婦照護管理計劃。這有助於我們的懷孕會員在孩子出生之前和之後維持健康。

Start Smart 適用於生產前後為高風險和低風險的會員。會員可以透過幾種不同的方式加入此計劃。會員可以自行註冊、請他們的醫師轉介他們，或是在 Start Smart 協調員來電時同意加入。

Start Smart 照護團隊包括註冊護士、照護協調員、社區健康工作者和陪產員。每位會員都會被指派一位初級照護管理員，將在整個懷孕期間陪伴。

此計劃也會讓會員與社區服務連結。最後，會員在孩子出生前後看醫師時可以獲得獎勵。請向您的 Start Smart 照護協調員或照護管理員詢問這些獎勵。

家庭計劃

Delaware Healthy Children Program (DCHP) 以外的所有會員都應能自由選擇家庭計劃服務提供者，並可能從任何家庭計劃服務提供者處獲得此類服務，包括非參與服務提供者為 DMAP 註冊的服務提供者。

Delaware Healthy Children Program 會員必須使用家庭計劃服務的參與服務提供者。

早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT)

Delaware Healthy Children Program 是為 Delaware 未保險兒童提供的低成本健康保險計劃。

Delaware Healthy Children Program 具有與您在部分最佳私人保險計劃中所獲得的相同高品質承保，包括一套早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 服務的特殊福利組合。需要 EPSDT 福利的會員：

可透過他們的健康計劃獲得 EPSDT 服務；

無需支付任何共付額即可獲得 EPSDT 服務；以及

可以獲得協助安排約診，以及往返約診的免費交通接送服務。

Delaware Healthy Children Program 涵蓋所有項目，包括常規檢查、眼睛檢查、醫生和醫院服務。受 Delaware Healthy Children Program 承保的家庭，能以單一低廉的月費率享有廣泛的服務清單，而且無需支付共付額。承保的服務包括：

- 健康嬰兒和健康兒童檢查
- 藥物/酒精濫用治療
- 語言/聽力療法
- 預防接種
- 物理治療
- 眼睛檢查



- 救護車服務
- 處方藥物
- 醫院照護
- 醫師服務
- X光檢查
- 實驗室檢驗
- 輔助技術
- 心理健康諮詢
- 有限制的居家健康與護理照護
- 個案管理與協調
- 安寧照護
- 綜合性牙科服務 - 包括口腔檢查、X光檢查、洗牙、塗氟、補牙，以及其他修復和專業服務。齒顎矯正照護也適用於符合特定計劃準則的兒童。

部分 EPSDT 服務可能需要取得事先授權。EPSDT 包括有助於治療、預防或改善會員健康問題的服務，包括但不限於：

- 健康與疫苗接種記錄
- 體檢
- 各種健康評估和諮詢
- 實驗室和篩檢測試
- 必要的後續照護
- 應用行為分析 (ABA) 服務

誰符合資格？

- 未擁有全方位健康保險、
- 年滿 19 歲，住在 Delaware 州、
- 美國公民或合法居住的非公民、
- 非 Delaware 州永久員工的眷屬，以及
- 符合收入資格規定；您家庭中的人數 (合併小孩和成人) 以及您的家庭總收入決定您家庭的資格和保費。



如何申請？

- 申請方法簡單又便利。家長或照護者可以填寫紙本申請書並郵寄，或線上完成並提交申請書。您可以致電 **1-800-996-9969** 聯絡 Delaware Healthy Children Program (DHCP) 以取得紙本申請書，或透過列印方式取得 DHCP 申請書副本。申請書亦提供西班牙文版。
- 在網路上，您可以使用 ASSIST - Delaware 州的社會服務計劃應用程式，瞭解您的孩子是否符合 DHCP 醫療承保資格並完成線上申請。
- 家庭收入證明 (自僱者需全月薪資明細表、證明信函或最新報稅單)、身分證明和公民身分證明或合法外國人身分證明 (外僑卡或 INS 文件的正面與背面副本)，懷孕證明也需隨申請書一同附上 (如果家中有人懷孕)。
- 歡迎到我們的常見問題頁面，進一步瞭解 Delaware Healthy Children Program。您也可以列印 DHCP 傳單或在網頁上檢視傳單內容。如有任何其他疑問或需要協助填寫申請書，請致電 **1-800-996-9969** 聯絡 DHCP。
- 將填妥的申請書與證明文件郵寄至：

Delaware Healthy Children Program
PO Box 950
New Castle, DE 19720

如果您對 EPSDT 服務有疑問，請與您孩子的初級照護提供者 (PCP) 討論。您也可以透過造訪 DE Medicaid EPSDT 網站 <https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dhcp.html> 前往我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**，線上瞭解更多關於 EPSDT 服務的資訊。

您的處方藥福利

Delaware First Health 為 Diamond State Health Plan 和 Diamond State Health Plan Plus 會員承保處方藥。Delaware First Health 承保藥物目錄稱為首選藥物目錄 (PDL)，並遵守 Delaware 州的處方集和事先授權準則。

PDL 目錄包含一些需要處方的非處方 (OTC) 藥物。請參閱增強型 OTC 項目一節，瞭解首選藥物目錄上未列出且不需要處方的其他 OTC 項目。

可能適用藥物承保規則和限制。

Delaware First Health 合約醫師瞭解承保的藥物、知道如何申請事先授權，以及針對緊急要求的特殊程序。Delaware First Health 藥房網絡知道如何向 Delaware First Health 提交藥房索賠。

您可以聯絡 Delaware First Health 的藥房服務部門尋求幫助，以決定哪些藥物獲得承保、如何尋找網絡藥房或如何配取您的處方藥。藥房服務電話：**1-833-236-1887**。您也可以使用 **DelawareFirstHealth.com** 使用「drug lookup」(藥物查詢) 和「Find a Pharmacy」(尋找藥房) 工具。



如何獲得處方藥

當您的 Delaware First Health 醫師開立處方時，您應該詢問以下幾個關於處方的問題：

- 藥物的名稱是什麼？
- 爲什麼我需要服用該藥物？
- 我要花多少錢？
- 我應該多久服用一次？
- 我要持續服用多久？
- 這會讓我昏昏欲睡或感覺不舒服嗎？
- 可以和我的其他藥物一起服用嗎？
- 是否有我應該避免的食物或飲品？
- 當我感覺比較好時，是否應該停止服用？
- 如果我忘了服用該怎麼辦？
- 如果我服用過量該怎麼辦？
- 我可以壓碎、咀嚼或弄碎藥丸嗎？

您可以在 Delaware First Health 網絡藥房購買處方藥。

- 前往 Delaware First Health 網絡藥房。
- 向藥房出示您的 Delaware First Health ID 卡。
- 向藥房提供處方籤。

Delaware First Health 藥房服務 (1-833-236-1887) 可協助您尋找網絡藥房。您也可以到 Delaware First Health 網站 DelawareFirstHealth.com 的藥房章節使用「Find A Pharmacy」(尋找藥房) 功能來尋找網絡藥房。

網絡藥房將自動向 Delaware First Health 收取承保處方藥費用。當您領取處方藥時，您可能需要支付藥房共付額。

副廠藥

通常「副廠」藥的療效與原廠藥相同，但通常費用較低。當原廠藥的副廠藥可供使用，且經證實對大多數患有您病況的人有效時，網絡藥房將提供副廠藥。然而，如果您的醫生告知 Delaware First Health 副廠藥對您無效的醫療原因，「並且」在您的處方上針對原廠藥寫下「Brand Medically Necessary」(原廠藥爲醫療上必需)，「或」告訴我們副廠藥和其他治療相同病況的承保藥物對您無效的醫療原因，Delaware First Health 便會允許使用經核准的原廠藥。

補充處方藥

當您的處方藥可以補充，且您幾乎快用完您目前的藥物時，請致電或前往您的藥房要求補充藥物。Delaware First Health 建議您在藥物用完前幾天內補充。

一旦您使用了 83% 的處方藥 (根據供藥天數)，如果爲以下情況，您的處方藥可以提前配藥：

- 處方藥相同，
- 藥物相同，以及
- 處方藥可以補充。

這可避免您缺乏所需的藥物。



承保處方藥

您可以致電 Delaware First Health 的藥房服務，尋求協助決定哪些藥物獲得承保。藥房服務電話：**1-833-236-1887**。您也可在我們的網站 **DelawareFirstHealth.com** 使用「drug lookup」(藥物查詢) 工具。

Delaware First Health 提供首選藥物目錄 (PDL)，經 Delaware 州核准。這份目錄上的藥物包括在醫生和藥劑師團隊協助下仔細選擇的副廠藥和原廠藥。

PDL 是獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准並由處方藥福利承保的可用原廠藥和副廠藥指南。PDL 包括所有無需事先授權 (PA) 即可使用的藥物、需要事先授權 (PA) 的藥物，以及有階段療法 (ST) 限制的藥物。PDL 適用於您在零售和郵購藥房收到的藥物。PDL 由 Delaware First Health 藥事醫療 (P&T) 委員會持續評估，以推廣適當且符合成本效益的藥物使用方式。

PDL 並非您處方福利所承保藥物的完整清單。並非藥物的所有劑型或強度都能獲得承保。此清單會定期檢閱及更新。

某種藥物有時可能在 Delaware First Health 的 PDL 中出現超過一次。這是因為一些因素不同的限制所導致，例如您的醫生開立的處方藥強度、數量或劑型 (例如，10 毫克對 100 毫克；每天一片對每天二片；片劑對液體)。

如何知道特定藥物是否列於首選藥物目錄 (PDL)

您可以透過以下方式，瞭解特定藥物是否在首選藥物目錄：

- 造訪 Delaware First Health 的網站 **DelawareFirstHealth.com**。網站上的首選藥物目錄始終是最新目錄。
- 致電 **1-833-236-1887** 並詢問藥房服務，瞭解該藥物是否在 Delaware First Health 的首選藥物目錄。
- 致電 **1-833-236-1887** 並向藥房服務索取一份首選藥物目錄副本。

某些處方藥的事先授權

某些藥物必須先經過 Delaware First Health 核准才能取得。您應詢問醫師該處方藥是否需要獲得此類核准。如果是，您應詢問是否有其他藥物可以使用，而不需要事先授權。

您的醫生可以決定是否需要使用非首選藥物。若是如此，他們必須向 Delaware First Health 要求事先授權。如果 Delaware First Health 不核准此要求，我們會通知要求事先授權的該位醫生，並寄送一封信函給您，說明不核准事先授權要求的原因。Delaware First Health 將附上如何上訴和州立公平聽證會程序的相關資訊。

Delaware First Health 可能會要求您試用至少 2 種首選藥物，才能購買非首選藥物。您必須請您的醫生先開立首選藥物的處方藥。



您可以透過以下方式，找到首選藥物目錄和需要事先授權及階段療法的指標：

- 造訪 Delaware First Health 的網站 **DelawareFirstHealth.com**。首選藥物目錄即列於網站內。
- 致電並詢問藥房服務該藥物是否需要事先授權或階段療法。請致電 **1-833-236-1887**。
- 致電並向藥房服務索取一份首選藥物目錄副本。請致電 **1-833-236-1887**。

處方藥共付額

部分 Delaware First Health 會員需根據藥物費用支付處方藥共付額：

\$10.00 或以下	\$0.50
\$10.01 至 \$25.00	\$1.00
\$25.01 至 \$50.00	\$2.00
\$50.01 或以上	\$3.00

您在一個日曆月內支付的處方藥共付額上限為 \$15。當您在一個日曆月累積處方藥共付額 \$15，在您達到 \$15 的上限時，該日曆月的剩餘期間即無需支付共付額費用。共付額和共付額上限 \$15 將於下一個日曆月重新開始計算。

如果您對處方藥共付額有疑問，請致電 **1-833-236-1887** 聯絡藥房服務。

免付共付額的會員和服務：

- 未滿 21 歲的兒童
- 孕婦，包括產後期間 (90 天)
- Chronic Renal Disease Program (CRDP) 會員
- 長期照護護理機構團體或急症照護醫院團體
- 家庭規劃服務和用品
- 安寧服務
- Naloxone 鴉片類藥物用藥過量救援藥物
- 用於鴉片類藥物使用疾患的藥物輔助治療 (MAT)

90 天藥量

您可以選擇配取固定服用的某些藥物與口服避孕藥，藥量最多 90 天。

您的醫生開立 3 個月、6 個月或 12 個月的處方藥，您可以透過以下方式獲得維持藥物 90 天藥量：



零售藥局

- 前往參與 Delaware First Health 90 天藥量計劃的網絡藥房。您可以在 Delaware First Health 網站 **DelawareFirstHealth.com** 上透過藥房查詢工具找到這些合約藥房
- 致電 Delaware First Health 藥房服務，他們將協助您尋找參與 90 天藥量計劃的藥房。請致電 **1-833-236-1887**。

郵購藥房

- 透過 CVS Caremark 投保 90 天藥量郵購計劃。

有四種方式可以開始參加 CVS Caremark 郵購計劃：

1. 請您的醫生將電子處方寄至 CVS Caremark 郵寄服務藥房。這是最簡單的加入方法。您的處方藥將在 7 到 10 個工作天內處理和運送。
2. 登入 Caremark.com，然後選取「Start Rx Delivery by Mail」。CVS Caremark 將聯絡您的醫師，並開始進程序。聯絡到您的醫師並獲得核准後，我們將需要 7 到 10 個工作天來處理和運送您的訂單。
3. 填寫郵寄服務申請表，並連同您的 90 天處方一起郵寄。請至 **DelawareFirstHealth.com** 的藥房章節下載表格。
4. 請致電 **1-888-624-1139 (TTY: 711)** 尋求客戶關懷代表的即時協助。

若要檢查您的處方藥是否可提供 90 天藥量，請參閱 PDL。如果藥物名稱後有「MP」，則該藥物可提供 90 天藥量。

會員鎖定 (Member Lock-In) 計劃

Delaware First Health 會審查會員的處方藥索賠資料、與醫師、藥房和 Delaware 州合作，尋找機會支援具有複雜藥物方案的會員。可能從醫生和藥房的鎖定支援受惠的會員，將加入 Delaware First Health 鎖定計劃。Delaware First Health 透過州政府核可的本計劃，可以指定一家合約藥房和/或一名醫生為會員撰寫和填寫處方。

Delaware First Health 將告知會員鎖定至藥房和/或醫生的用意。會員將會收到鎖定會員的用意通知。這表示會員只能從該鎖定的醫師和/或從鎖定的網絡藥房取得藥物。

當會員鎖定在醫生和/或藥房時，會員將收到如何為每年的鎖定提交申訴的相關資訊。

如果會員無法在會員鎖定的藥房配取處方藥，該會員應致電 Delaware First Health 的藥房服務。藥房服務團隊將找到其他家網絡藥房來協助會員。如果發生任何鎖定問題，會員可以致電 **1-833-236-1887** 聯絡 Delaware First Health。



增強型非處方用品 (OTC)

會員可獲得額外的非處方 (OTC) 用品，每個家庭每季度可獲得最高 \$30 的福利。您可以在 Delaware First Health 網站 **DelawareFirstHealth.com** 找到可用的 OTC 用品清單。這些用品不需要處方。

訂購增強型福利 OTC 用品：

a. 請致電 **1-888-628-2770**

- i 向客戶服務代表訂購，或
- ii 使用自動化電話選項

b. 線上：<https://www.cvs.com/otchs/DelawareFirstHealth>

非緊急醫療運輸

非緊急醫療運輸服務由 Delaware Medicaid 提供。此服務不適用於 Delaware Healthy Children Program (DHCP) 的會員。

經認定有交通接送需求的會員將透過 Modivcare 獲得交通接送服務。會員需與會員服務部合作以取得這些服務，並檢視承保的行程次數。如果您符合資格，則不需要事先授權或支付共付額。請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部，以獲得交通接送安排的協助。

使用交通接送服務的會員必須遵守交通接送服務提供者的行為政策。任何危及其他乘客或駕駛安全的行為都可能導致交通接送服務暫停。視情況而定，若未在 24 小時前取消行程或取消服務，可能會構成缺席。反覆缺席可能導致交通接送服務暫停。

申訴和上訴

本節說明提出申訴/投訴的規定。州法律規定您可以 Delaware First Health 會員身分，對您醫療照護的任何部分提出申訴/投訴。州政府已協助規範您在提出申訴/投訴時所需採取的行動。州政府也規範我們在收到申訴/投訴時必須採取的行動。我們必須公平處理您的申訴/投訴。您不能因為提出申訴/投訴而退出計劃。我們不會因提出投訴而處罰您。

如果您的健康照護服務有問題，請立即告知我們。如果您有任何問題，請致電我們。聯絡會員服務部 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

如果您需要口譯員，請告訴我們。



什麼是申訴？

「申訴」是您向計劃提出關於您健康照護的投訴。申訴可能包括對所提供的照護或服務品質的投訴、人際關係的層面，例如服務提供者或員工的無禮行爲，或未能尊重您的權利。您可以提出申訴，或是只要您給予您的授權代表或您的服務提供者書面同意，他們就可以代表您提出申訴。您或擁有您書面同意的授權代表或服務提供者，可以致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 或寄送郵件至下列地點提出申訴：

Delaware First Health
ATTN: Appeals and Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

如果您在任何時候需要協助填寫文件，請致電我們。

您可以致電會員服務部提出申訴。如果您需要幫助提交您的申訴，會員服務部可以幫助您。我們會嘗試透過電話處理問題。您也可以寫信給我們。

提出申訴的時限

您或擁有您書面同意的授權代表或服務提供者，可以提出申訴。Delaware First Health 必須在收到申訴後的 30 天內解決您的申訴。

在收到您的申訴的五 (5) 個工作天內，我們將向您寄送一封信。信件內容會告訴您我們收到您的申訴。

我們會在收到申訴後的 30 天內寄送另一封申訴解決信函給您。

什麼是上訴？

上訴是要求審查針對您健康計劃做出的拒絕、終止或減少福利的決定。您或擁有您書面同意的授權代表或服務提供者，可以透過以下方式要求上訴：

- 致電會員服務部 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)
- 郵寄至：

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353

- 透過傳真：**1-833-938-0831**



如果您對行為健康服務提出上訴，請將您的要求寄到：

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
或傳真：1-866-714-7991

您也可以造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**、登入您的會員帳戶，並在會員入口網站提出上訴要求。

您可以要求其他人為您提出上訴 (授權代表)。此人可以是服務提供者、家人或朋友。您必須以書面形式寫下您希望對方為您提出上訴的內容。

當您提出上訴時，以下是您應附上的資訊：

- 您的姓名和會員 ID 號碼
- 您的電話號碼
- 您的地址
- 您要上訴的內容為何？
- 您為什麼要提出上訴？

如果您需要協助提出上訴或瞭解程序，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 聯絡會員服務部。我們可以幫您提出上訴。如果您需要翻譯員，我們可以為您免費安排一位。

繼續享有福利

如果我們要減少或停止我們已經核准的服務，您可以在上訴和州立公平聽證會舉行期間繼續獲得福利。若要繼續享有您的福利，您必須：

- 在您的拒絕信函寄出起 **10** 個日曆天內提出上訴，或
- 在您的服務預定終止日期當天或之前提出上訴
- 您必須要求繼續提供服務

在下列情況下，服務將會停止：

- 您撤銷您的上訴或州立公平聽證會要求
- 在您的拒絕信函寄出起 **10** 個日曆天內，您未針對繼續提供福利要求舉辦州立公平聽證會
- 州立公平聽證會的決定對您不利

根據州政府政策，如果州立公平聽證會的決定對您不利，Delaware First Health 可以收回在您的上訴或州立公平聽證會未決期間向您提供的服務費用。



上訴程序

本計劃僅有 (1) 個等級的上訴。

我們會在 5 個工作天內寄給您一封信，告知我們已收到您的上訴。這封信將進一步說明上訴程序。

您有權在提出上訴要求時，提交與您的要求相關的意見、文件或其他資訊。您或您的授權代表有權向審查您上訴的人員或人士說明或呈現資訊。程序可以親自或透過電話進行。您要求上訴時，必須要求參與上訴會議。您有權免費索取上訴檔案副本。

上訴委員會將審查您的上訴並做出決定。上訴委員會由 Delaware 州的雇員、計劃醫療主管和計劃護士組成。委員會成員未曾參與先前的決定。

我們將在收到您的上訴要求後 30 個日曆天內向您寄送我們的決定信函。如果我們在上訴審查期間未核准您的要求，上訴決定信函將說明您要求舉辦州立公平聽證會的權利。

如果計劃未在 30 天的時限內做出上訴決定，您可以要求舉行州立公平聽證會。

14 天延長程序：

如果需要額外資訊，會員或 Delaware First Health 可以要求延長期限。

當 Delaware First Health 要求延長期限時，計劃將執行下列事項：

1. 透過電話通知您需要延長期限
2. 在 2 個日曆天內以書面通知決定延長期限的原因。
3. 通知您如果您不同意延長時限的決定，您有權提出申訴。
4. 儘快解決上訴，但不會超過延長的期限。

提出上訴的時限？

您或擁有您書面同意的授權代表或服務提供者，可以在 Delaware First Health 通知您關於拒絕、終止或減少服務的決定後 60 個日曆天內申請加急或標準上訴。



加急上訴

如果正常審查上訴的時限可能會造成您嚴重的健康問題，則可以要求快速 (加急) 上訴。您或擁有您書面同意的授權代表或服務提供者，可透過以下方式要求快速上訴：



致電 **1-877-236-1341** (TTY: 711)



寄件至：Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353



傳真：1-833-938-0831

您也可以造訪我們的網站 **DelawareFirstHealth.com**、登入您的會員帳戶，並在會員入口網站提出上訴要求。

如果您對行為健康服務提出上訴，請將您的上訴寄到：

Delaware First Health
ATTN: Appeal Coordinator
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
或傳真：1-866-714-7991

如果我們同意您應該獲得快速上訴決定，在 Delaware First Health 收到您的要求後 72 小時內，您將會收到決定。如果我們不同意，我們將立即透過電話通知您，告知您的上訴將遵循標準上訴程序。我們會在兩 (2) 個日曆天內寄送書面通知給您。您的醫生可傳送證明文件要求 Delaware First Health 進行快速上訴，讓我們重新考慮對您的上訴做出快速決定。

如果您需要協助提出上訴或瞭解程序，請致電 **1-877-236-1341** (TTY: 711) 聯絡會員服務部。我們可以幫您提出上訴。如果您需要翻譯員，我們可以為您免費安排一位。

繼續享有福利

如果我們要減少或停止我們已經核准的服務，您可以在上訴和州立公平聽證會舉行期間繼續獲得福利。若要繼續享有您的福利，您必須：

- 在您的拒絕信函寄出起 10 個日曆天內提出上訴，或
- 在您的服務預定終止日期當天或之前提出上訴
- 您必須要求繼續提供服務

在下列情況下，服務將會停止：

- 您撤銷您的上訴或州立公平聽證會要求
- 在您的拒絕信函寄出起 10 個日曆天內，您未針對繼續提供福利要求舉辦州立公平聽證會
- 州立公平聽證會的決定對您不利



根據州政府政策，如果州立公平聽證會的決定對您不利，Delaware First Health 可以收回在您的上訴或州立公平聽證會未決期間向您提供的服務費用。

加急上訴程序

您有權在提出上訴要求時，提交與您的要求相關的意見、文件或其他資訊。由於解決加急上訴的快速時限，提交額外資訊的時間有限。您或您的授權代表有權向審查您上訴的人員或人士說明或呈現資訊。程序可以親自或透過電話進行。您要求上訴時，必須要求參與上訴會議。

上訴委員會將審查您的上訴並做出決定。上訴委員會由 Delaware 州的雇員、計劃醫療主管和計劃護士組成。委員會成員未曾參與先前的決定。

我們將在收到您的上訴要求後 72 小時內，透過電話和書面信函向您通知決定。如果我們在上訴審查期間未核准您的要求，上訴決定信函將說明您要求舉辦州立公平聽證會的權利。

14 天延長程序：

如果需要額外資訊，會員或 Delaware First Health 可以要求延長期限。

當 Delaware First Health 要求延長期限時，計劃將執行下列事項：

1. 透過電話通知您需要延長期限
2. 在 2 個日曆天內以書面通知決定延長期限的原因。
3. 通知您如果您不同意延長時限的決定，您有權提出申訴。
4. 儘快解決上訴，但不會超過延長的期限。

州立公平聽證會

您或您的授權代表有權向 Delaware 州要求舉行州立公平聽證會。州立公平聽證會是您、您的授權代表，聽證官和 Delaware First Health 代表之間的會議。

您有機會提交證據、提出您的案例、檢視記錄，並在聽證過程中詢問與您的要求有關的問題。您必須在收到我們上訴決定信函後的 90 個日曆天內要求舉行州立公平聽證會。您在要求舉行州立公平聽證會之前，必須經過 Delaware First Health 的上訴程序。您可以致電或寫信至州的 Medicaid 和醫療協助部 (DMMA) 辦公室來要求聽證會，地址為：

**Division of Medicaid and Medical Assistance
DMMA Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
PO Box 906, Lewis Building
New Castle, DE 19720**

電話：1-302-255-9500 或免付費專線：1-800-372-2022



州立公平聽證會程序

您或您的代表將收到州立公平聽證會辦公室的信函，告知您聽證日期、時間和地點。聽證會可透過親自出席或電話舉辦。這封信將進一步說明聽證會程序。

您或您的代表可以審閱所有關於州立公平聽證會的資訊。您可以收集將在聽證會期間討論的 Delaware First Health 資訊或證據。Delaware First Health 也會派遣代表出席聽證會。

DMMA 州立公平聽證官將在您要求的日期起 90 個日曆天內向您寄送與決定相關的信函。如果您要求舉行快速州立公平聽證會，他們會在聽證會日期起 3 個工作天內寄信給您。

其他計劃資訊

保密

知道您的病歷和與您的服務提供者的討論都是私人且機密的。

LTSS 會員諮詢委員會

Delaware First Health 的 LTSS 會員諮詢委員會 (MAC) 既多元化且具包容性，代表 Delaware First Health 在種族、族裔、性別、性取向、性別認同、主要語言、地理位置、年齡、身心障礙和健康狀態方面擁有廣泛的會員。LTSS MAC 每季會開會一次，並且在 Delaware 的三個郡中輪流舉行會議，與會者可選擇親自參與、透過電話或網路研討會參與會議。LTSS MAC 將向會員徵求直接的意見回饋，組織成 Delaware First Health 的計劃、材料和通訊。此外，LTSS MAC 會議將為參與的會員和支持者提供雙向教育點，確保他們知道可用的資源，並找出我們改善服務提供途徑、照護品質、服務、HRSN、健康權益、健康素養、會員參與度和會員結果的方法。

如需瞭解更多關於 LTSS MAC 的資訊，請詢問您的 CM 或致電 Delaware First Health，電話為 **1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

預立醫療指示 (生前遺囑)

規劃您的生前遺囑

我們認為您是參與您的照護中最重要的人員。您有權為您的照護做決定。我們希望您積極參與您所有健康照護選擇。

雖然這樣想有點彆扭，但如果您因為病重無法告訴醫師您希望的照護是什麼，那該怎麼辦？預立醫療指示 (也稱為生前遺囑) 是確保您清楚傳達願望的方法。

您可以在接受照護前做出決定，或指定他人 (稱為醫療委任人員) 在您無法做出選擇時代替您。



建立您的生前遺囑

Delaware First Health 建議我們所有的計劃會員花時間建立生前遺囑、指定委任人員，並向主治醫生提供預立醫療指示。

完成預立醫療指示後，請要求您的醫生將表格放入您的檔案中。您也可以和您的醫生討論建立您的生前遺囑或預立醫療指示的決策程序。一起做出決定能讓您安心無憂。

如果您需要或想要，可以隨時變更您的預立醫療指示。您應確保其他人知道您有預立醫療指示。您也可以選擇指定醫療委任人員。該人員也應知曉您的預立醫療指示或生前遺囑。

有了預立醫療指示，您可以確保在您無法提供資訊時，仍隨時得到您想要的照護。

第三方責任 (TPL) 報告

如有下列情況，請致電 **1-877-236-1341 (TTY: 711)** 聯絡會員服務部，或致電 **1-866-843-7212** 聯絡 DSS 和 DMMA 客戶關係部：

- 您的家庭人數改變；
- 您離開本州或地址變更；
- 您得到或擁有另一份保單的健康承保、其他第三方的健康承保，或您的承保有變化，或是如果您有勞工賠償索賠，或有待處理的人身傷害或醫療事故訴訟，或是發生車禍

反歧視聲明

Delaware First Health 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而提供差別待遇。Delaware First Health 不因人們的種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而排除他們或有差別待遇。

Delaware First Health：

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便與我們有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的文字資料 (大型輸出、音訊、易於取用的電子格式、其他格式)
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 以其他語言撰寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡：

- Delaware First Health：**1-877-236-1341 (TTY: 711)**



如果您認為 Delaware First Health 未能提供這些服務，或因為種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而有所歧視，您可以在此提出申訴：

Delaware First Health
Appeals & Grievances
PO Box 10353
Van Nuys, CA 90410-0353
免付費專線：1-877-236-1341
傳真：1-833-938-0831

您可以親自或透過郵件或傳真提出申訴。如果您需要幫助提出申訴，Delaware First Health 可以幫助您。

您還可以透過民權辦公室投訴入口網站，以電子方式向美國健康與公眾服務部民權辦公室提交民權投訴，網站為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或透過郵寄或電話：

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

投訴表格可於此網站 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得

通報可疑的兒童與受撫養成人虐待、疏忽或剝削

虐待可能是身體、情緒或性層面。這是對成人或兒童的不當對待。

如果您懷疑 18 歲以下的兒童遭虐待或疏忽，請撥打兒童虐待專線 **1-800-292-9582**。如需更多線上資訊，請造訪 dhss.delaware.gov/dhss/dmma/medicaid.html。

若要通報受撫養成人的虐待、疏忽、剝削或自我疏忽，請致電 **1-800-223-9074**。如需更多線上資訊，請造訪 <https://dhss.delaware.gov/dhss/dsaapd/index.html>。

重大事件

Delaware First Health 會員可以致電 **1-877-236-1341** (TTY: **711**) 向 Delaware First Health 會員服務部通報重大事件。

重大事件包括但不限於以下事件：

- 會員意外死亡；
- 會員遭受疑似身體、心理或性層面不當對待、虐待和/或疏忽；
- 會員遭受疑似竊取或財務剝削；
- 會員因未知受傷來源而蒙受嚴重傷害，以及受傷情況可疑或因受傷需要轉移至急症照護；
- 危及會員健康或安全的藥物或治療錯誤或失職；或
- 涉及會員的服務提供者所做的不當/不專業行為。



隱私權保護方法通知

本聲明將為您說明本計劃可能會如何使用和透露您的醫療資訊，並說明您可如何獲取這些資訊。

請仔細檢閱。

自 2017 年 07 月 01 日開始生效

如需翻譯或了解此資訊，請致電 **1-877-236-1341**。

聽障人士 TTY：**1-877-236-1341** (TTY: **711**)。

Si necesita ayuda para traducir o comprender este texto, llame al: **1-877-236-1341** (TTY: **711**).

我們提供免費的口譯服務。

承保實體的責任：

Delaware First Health 是一家承保實體，如 1996 年《健康保險可攜性及責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的定義與規定。根據法律的規定，Delaware First Health 必須維護您受保護健康資訊 (PHI) 的隱私，並提供您本通知，內含我們的法律責任與您 PHI 有關的隱私權保護方法；同時如果您的 PHI 因未獲得妥善保管而遭到侵害，按本通知的條款 (目前已生效)，我們也必須通知您。

本通知說明我們如何使用及揭露您的 PHI。同時也說明您存取、修改和管理您 PHI 的權利，以及如何行使該類權利。本通知中未說明您 PHI 的所有其他用途與揭露資訊，僅限在具備您的書面授權下才會進行。

Delaware First Health 保留變更本通知內容的權利。針對我們已擁有和未來將收到任何您的 PHI，我們保留修訂或變更通知生效的權利。每當本通知中下列內容有重大變更時，Delaware First Health 都會立即修改並發布本通知：

- 使用或揭露
- 您的權利
- 我們的法律責任
- 通知中所述的其他隱私權保護方法。

我們會依照會員的要求，透過會員手冊和 Delaware First Health 網站，提供任何修訂版通知。

若未能遵守聯邦和州政府對於保護您的隱私權和保護資訊安全的規定，以及未及時通報違規情事，Delaware First Health 可能會被罰款。若因無法保障您的資訊隱私與安全，Delaware First Health 也可能需要負擔所有相關財務成本。



允許使用和揭露您的 PHI：

以下清單列出在未經您許可或授權的情況下，我們可能會如何使用或揭露您的 PHI：

- **治療** - 我們可能會使用或揭露您的 PHI 給醫生或其他醫療照護服務提供者，以便為您提供治療，在各服務提供者之間針對您的治療加以協調，或協助我們針對您的福利進行事先授權決定。
- **付款** - 我們可能會使用及揭露您的 PHI，為提供給您的健康照護服務支付福利金。我們可能會將您的 PHI 揭露給其他健康計劃、醫療照護服務提供者，或受聯邦隱私權規則約束之其他實體，以供其付款之用。付款活動可能包含：
 - 處理索賠
 - 判定資格或索賠範圍
 - 開立保費帳單
 - 審查醫療必要性所需的服務
 - 執行索賠的使用審查
- **健康照護營運** - 我們可能會使用並揭露您的 PHI 以進行我們的健康照護營運。這些活動可能包括：
 - 提供客戶服務
 - 回應投訴與上訴
 - 提供個案管理與照護協調
 - 進行索賠的醫療審查和其他品質評估
 - 改善活動

在我們的健康照護營運中，我們可能會向業務夥伴揭露 PHI。我們將訂立書面協議，以在與這些員工之間保護您的 PHI 隱私權。我們可能會向受聯邦隱私權規則約束的其他實體揭露您的 PHI。該實體也必須因其健康照護營運之由與您建立關係。這包括下列項目：

- 品質評估和改善活動
 - 個案管理與照護協調
 - 審查健康照護專業人員的能力或資格
 - 偵查或預防健康照護詐欺和濫用。
- **團體保健計劃/計劃贊助商揭露** - 我們可能會將您受保護的健康資訊揭露給團體保健計劃的贊助商，例如雇主或其他為您提供醫療照護計劃的實體，前提是如果贊助商同意使用或揭露受保護的健康資訊之特定限制 (例如同意不使用受保護的健康資訊進行聘僱相關行動或決策)。

您 PHI 的其他許可或必要揭露：

- **承保目的** - 我們可能會將您的 PHI 用於承保用途，例如決定承保申請或要求。如果我們確實將您的 PHI 用於承保目的，則相關規定禁止我們在承保程序中使用或揭露您 PHI 中的基因相關資訊。
- **約診提醒/替代治療方案** - 我們可能會使用和揭露您的 PHI，提醒您與我們進行治療和醫療照護的約診，或向您提供關於治療替代方案或其他健康相關福利與服務的資訊，例如如何戒菸的資訊。
- **依法律要求** - 如果聯邦、州和/或當地法律要求使用或揭露您的 PHI，我們得在符合使用或揭露此類法律之範圍內使用或揭露您的 PHI 資訊，並僅限於此類法律之規定。如果兩種或更多關於規範相同用途或揭露的法律或規定互相衝突，我們將遵守相較之下較嚴格的法律或規定。



- **公共衛生活動** - 我們可能會將您的 PHI 揭露給公共衛生當局，以供其防止或控制疾病、受傷或失能之用。爲了確保食品與藥物管理局 (FDA) 管理範疇下的產品或服務的品質、安全或效果，我們可能會向 FDA 揭露您的 PHI。
- **虐待和忽視的受害者** - 如果我們出於合理原因相信有濫用、忽視或家庭暴力的情況，我們可能會將您的 PHI 揭露給當地、州立或聯邦政府主管機關，包括社會服務或法律授權的保護服務機構，以便接收此類報告。
- **司法與行政訴訟** - 我們可能會在司法與行政訴訟中揭露您的 PHI。我們也可能會因應下列情況而揭露資訊：
 - 法院命令
 - 行政法庭
 - 傳票
 - 傳喚
 - 搜索令
 - 披露要求
 - 類似的法律要求
- **執法** - 我們可能會在有必要時向執法機關揭露您的相關 PHI。例如，爲了回應：
 - 法院命令
 - 法院下達的搜索令
 - 傳票
 - 司法人員的傳喚
 - 大陪審團傳票我們也可能會揭露您的相關 PHI 以識別或尋找嫌犯、逃犯、重要證人或失蹤人士。
- **驗屍官、法醫和殯葬業者** - 我們可能會將您的 PHI 揭露給驗屍官或法醫。舉例來說，這可能是判斷死亡原因的必要條件。如有必要，我們也可能會向殯葬業者揭露您的 PHI 以便於其履行職責。
- **器官、眼睛和組織捐贈** - 我們可能會向器官捐贈組織揭露您的 PHI。我們也可能會向捐贈、貯存或移植下列項目的工作人員，揭露您的 PHI：
 - 死者器官
 - 眼睛
 - 組織
- **對健康與安全造成威脅** - 如果我們基於善意認爲有必要使用或揭露您的 PHI，以避免或降低對人身或大眾的健康或安全所造成嚴重或即將發生的威脅，則我們可能會使用或揭露您的 PHI。



- **特殊政府部門** - 如果您是美國軍隊的成員，我們須依軍事命令主管機關的要求揭露您的 PHI。我們也可能會揭露您的 PHI 供下列情況使用：
 - 為國家安全向獲得授權的聯邦官員揭露
 - 情報活動
 - 國務院，用於醫療適宜性裁定
 - 總統或其他獲得授權人員之保護活動
- **勞工賠償** - 依照法律制定，我們可能會揭露您的 PHI，以符合與勞工賠償或其他類似計劃相關的法律，其提供因工受傷或疾病的利益，無須考量過失。
- **緊急情況** - 我們可能會在緊急情況下，或者您沒有自理能力的情況下，向家屬、親近的好友、經授權的救災機關揭露您的 PHI，或向您先前已識別的任何其他人揭露您的 PHI。我們會運用專業判斷和經驗，來判斷揭露是否符合您的最佳利益。如果揭露是為了您的最佳利益，我們只會揭露與您的照護直接相關人員的 PHI。
- **受刑人** - 如果您是一家矯正機關或受執法人員管收的受刑人時，我們可能會將您的 PHI 公佈給矯正機關或執法人員，此類資訊乃該機關為您提供健康照護時；為保護您的健康或安全；或其他人的健康或安全；或矯正機關的安全與保障所需。
- **研究** - 在特定情況下，我們可能會在臨床試驗研究獲得核准時，向研究人員揭露您的 PHI，並於設有特定保護措施之下以確保您 PHI 的隱私權與保障。

使用和揭露需要您書面授權的 PHI

在有限的例外情況下，我們必須獲得您的書面授權才能基於以下理由使用或揭露您的 PHI：

PHI 之銷售 - 在我們做出任何被認定為銷售您 PHI 的揭露前，我們將會向您索取書面授權，代表我們會在此情況下收到揭露之報償。

行銷 - 我們會在有限的例外情況下，向您索取書面授權，以使用或揭露您的 PHI 供行銷之用，例如我們與您面對面進行行銷溝通，或是在我們提供有價之促銷禮品時。

心理治療筆記 - 我們會在有限的例外情況下，向您取得書面授權，以使用或揭露我們檔案中您的任何心理治療筆記，例如供特定治療、付款或健康照護營運部門使用。



個人權利

以下是您 PHI 的相關權利。如果您要行使下列任何權利，請使用本通知結尾的資訊與我們聯絡。

- **撤銷授權的權利** - 您隨時可以撤銷授權，請務必以書面形式撤銷您的授權。撤銷會立即生效，除非我們在收到您的書面撤銷通知前，我們已根據您的授權採取了相應的行動。
- **要求限制的權利** - 您有權要求限制關於使用和揭露您的 PHI 以供治療、付款或健康照護營運使用，以及限制揭露給您的照護人員或照護的付款人，例如家人或親近的朋友。您的要求應說明您所要求的限制，以及該限制適用的州。我們並非必須同意此要求。如果我們同意，我們將會遵守您的限制要求，除非該資訊是為您提供緊急治療所需。然而，當您已全額支付自付額服務或物品費用，我們將限制提供 PHI 的使用或揭露供健康計劃的付款或健康照護營運之用。
- **要求保密通訊的權利** - 您有權要求我們以替代方法或替代位置，與您溝通您的 PHI 事宜。此權利僅適用於如果資訊無法以替代方式或您想要的替代位置傳達時，可能會危及您的安全性。您不必解釋要求的原因，但必須說明，如果不變更通訊的方法或位置，則該資訊可能會危及您的安全。如果您的要求是合理的，我們必須配合您的要求，並指定傳達您的 PHI 應使用的替代方法或位置。
- **存取和接收 PHI 副本的權利** - 您有權檢視或取得以指定的記錄集所包含之 PHI 的副本，且例外情形有限。您可以要求我們以影印以外的格式提供副本。除非我們無法確實執行，否則我們會使用您要求的格式。您必須以書面方式提出要求，以取得您 PHI 的存取權。如果我們拒絕您的請求，我們會提供您書面說明，並告知您是否可檢閱拒絕的原因，以及如何要求此類檢閱，或是無法檢閱拒絕的理由。
- **修訂您 PHI 的權利** - 若您認為您的 PHI 中含有不正確的資訊，您有權要求我們修改或變更您的 PHI。您的要求必須以書面形式提出，且必須說明應修改資訊的原因。我們可能因某些原因拒絕您的要求，例如，如果我們沒有建立您要修改的資訊，以及 PHI 的建立者能夠自行執行修訂。如果我們拒絕您的要求，我們會提供您書面說明。您可提出不同意我們決定的聲明來回應，我們會將您的聲明附加至您要求我們修改的 PHI。如果我們接受您對資訊的修改要求，我們會善盡合理程度的努力通知他人，包括您修訂中指名的人，以及在未來揭露該資訊時包含變更的內容。
- **接收揭露說明的權利** - 您有權接收在過去 6 年期間內，我們或我們的業務夥伴揭露您 PHI 的事例清單。這不適用於因治療、付款、健康護理營運目的的揭露，或揭露您授權的和其他特定活動。如果您在 12 個月內申請多次此說明，我們可能會針對回應這些額外要求收取以成本為主的合理費用。我們會在您提出要求時，提供您更多關於我們費用的資訊。
- **提出投訴的權利** - 如果您認為您的隱私權遭到侵犯，或是我們已違反我們自己的隱私權保護方法，您可以利用本通知結尾的聯絡資訊，以書面或電話向我們提出投訴。



您也可以向美國健康與公眾服務部民權辦公室部長提出投訴，並寄信至：

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C.20201

或致電：1-800-368-1019；(TTY：1-866-788-4989)

或線上造訪：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

我們不會針對您提出投訴而採取任何行動。

- **接收本通知副本的權利** - 您可以隨時使用通知結尾的聯絡資訊清單，要求我們提供本通知的副本。如果您在我們的網站或由電子郵件 (e-mail) 收到此通知，您也有權要求索取紙本通知。

聯絡資訊

如果您對此通知、我們提供與您 PHI 相關的隱私權保護方法，或如何行使您的權利有任何疑問，您可以使用下列聯絡資訊，以書面或電話聯絡我們。

Delaware First Health

Attn: Privacy/Compliance Official

750 Prides Crossing

Suite 200

Newark, DE 19713

免付費專線：1-877-236-1341 (TTY: 711)



English: If you need this in another language, oral interpretation, auxiliary aids and services, or an alternative format call us.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Español (Spanish): Si necesita esto en otro idioma o en un formato alternativo, o si necesita interpretación oral o servicios y dispositivos auxiliares, llámenos.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

中文 (Chinese): 如果您需要以其他語言、口譯、輔助工具和服務或其他文件格式檢閱此資訊，請致電我們。

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): Si w bezwen sa nan yon lòt lang, entèpretasyon oral, èd ak sèvis oksilyè, oswa yon lòt fòm rele nou.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): જો તમને આની બીજી ભાષા, મૌખિક ઇન્ટરપ્રેટિશન, સહાયક સહાયતા અને સેવાઓમાં અથવા વૈકલ્પિક ફોર્મોટમાં જરૂર હોય, તો અમને કોલ કરો.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Français (French): Veuillez nous contacter si vous avez besoin de ces informations dans une autre langue ou un autre format, d'une interprétation orale ou d'aide ou de services auxiliaires.

Delaware First Health : 1-877-236-1341 (TTY : 711).

한국어 (Korean): 다른 언어, 구두 해석, 보조 도구 및 서비스 또는 대체 형식으로 된 본 자료가 필요하신 경우 당사료 연락하십시오.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Italiano (Italian): Se ha bisogno del presente in un'altra lingua, di un'interpretazione orale, di servizi ausiliari o altri, oppure di un formato alternativo, ci chiami.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): Nếu quý vị cần tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, phiên dịch lời nói, hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ, hoặc một định dạng thay thế, hãy gọi cho chúng tôi.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Deutsch (German): Wenn Sie diese Informationen in einer anderen Sprache, eine mündliche Verdolmetschung, Hilfsmittel und zusätzliche Unterstützung oder ein alternatives Format benötigen, rufen Sie uns an.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).



Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ito sa ibang wika, sa pasalitang interpretasyon, sa mga pansuportang tulong at serbisyo, o sa isang alternatibong format, tawagan kami.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi): यदि आपको यह किसी अन्य भाषा, मौखिक व्याख्या, सहायक उपकरण और सेवाओं के साथ चाहिए या आपको किसी अन्य फॉर्मेट में चाहिए, तो हमें कॉल करें.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

اردو (Urdu): اگر آپ کو یہ کسی دوسری زبان میں، زبانی تشریح، معاون امداد و خدمات، یا کوئی متبادل صورت میں چاہیے تو ہم سے رابطہ کریں۔

Delaware First Health :1-877-236-1341 (TTY :711).

العربية (Arabic): إذا كنت تريد هذا المستند بلغة أخرى أو إذا كنت تريد ترجمة شفوية أو أدوات مساعدة وخدمات إضافية أو تنسيقاً بديلاً، فيرجى الاتصال بنا.

Delaware First Health :1-877-236-1341 (TTY :711).

తెలుగు (Telugu): మీకు ఇది ఇంకొక భాషలో, మౌఖిక వివరణగా, సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలుగా లేదా ఇది ఏ ఇతర రకంగానైనా కావాల్సివస్తే మాకు కాల్ చెయ్యండి.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).

Nederlands (Dutch): Als u dit in een andere taal nodig hebt, of behoefte heeft aan mondelinge vertolking, ondersteunende hulpmiddelen of diensten, of een ander formaat wenst, bel ons dan.

Delaware First Health: 1-877-236-1341 (TTY: 711).



DelawareFirstHealth.com

1-877-236-1341

TTY: 711 (聽障人士)

**750 Prides Crossing
Suite 200
Newark, DE 19713**

© 2022 Delaware First Health.保留所有權利。