

Medi-Cal 會員手冊

綜合承保說明與資訊披露表格

勘誤表

2026 年 7 月 1 日

3. 如何獲得照護

預先核准 (事先授權)

對於某些類型的醫療服務，在您獲得醫療服務之前，您的 PCP 或專科醫生需要請求 SFHP 許可。這被稱為請求預先核准或事先授權。這意味著 SFHP 必須確保醫療服務是醫療上必需 (需要) 的。

醫療上必需的服務是合理且必要的服務，可保護您的生命、防止您患上重症或殘障，或減輕確診疾病、病痛或傷害帶來的劇烈疼痛。對於 21 歲以下的會員，Medi-Cal 服務包括治療或協助緩解身體或心理疾病或狀況的醫療必需照護。

即使您從 SFHP 網絡內醫療保健提供者處獲得下列服務，也始終需要預先核准 (事先授權)：

- 住院，如果不是急診
- SFHP 服務區域外的服務，如果不是急診或緊急照護
- 門診手術
- 照護機構 (包括與 Department of Health Care Services 亞急性照護部門簽約的成人和兒童亞急性照護機構) 或中級照護機構 (包括針對發育殘障者 (ICF/DD)、ICF/DD-復健 (ICF/DD-H)、ICF/DD-照護 (ICF/DD-N) 的中級照護機構) 的長期照護或專業照護服務
- 專業治療、造影、檢測及程序
- 非緊急情況下的醫療交通服務

緊急情況下，救護車服務無需預先核准 (事先授權)。



請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY 711)。SFHP 竭誠為您服務，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。該電話免費。或致電 California Relay Line：711。線上瀏覽 sfhp.org。

就標準預先核准 (事先授權) 申請而言，SFHP 必須在您的健康狀況所要求的時限內回應您的申請，惟自 SFHP 取得其對您的申請做出決定 (批准、更改或拒絕) 而合理需要且已要求提供之資訊起計，不得超過五個工作日。SFHP 必須在接獲您的申請後七個曆日內作出回應。

如果醫療保健提供者或 SFHP 發現，遵循標準時限可能會嚴重危及您的生命、健康，或影響您達到、維持或恢復最大機能的能力，SFHP 將做出更快速的加急預先核准 (事先授權) 決定。SFHP 將在您的健康狀況所要求的時限內作出回應，惟自接獲您的申請起計不得超過 72 小時。

在某些情況下，SFHP 或需更多資訊以就您的預先核准 (事先授權) 申請做出決定 (批准、更改或拒絕)。如出現此情況，SFHP 可額外享有最多 14 個曆日做出決定。一旦 SFHP 取得所需資訊，SFHP 必須在您的健康狀況所要求的時限內做出決定，惟就標準申請而言不得遲於五個工作日，就加急申請而言則不得遲於 72 小時。您的醫療保健提供者可要求延長 SFHP 回應標準申請的時限，而您本人亦可就標準或加急申請要求延長時限。預先核准 (事先授權) 申請由臨床或醫療人員 (如醫生、護士和藥劑師) 審查。

SFHP 不會以任何方式影響審查人員拒絕、更改或批准承保或服務的決定。若 SFHP 未批准申請，SFHP 將會向您寄送行動通知 (NOA) 函。NOA 將會說明，若您不認同該決定，您可如何提出上訴。

如果 SFHP 需要更多資訊或更多時間來審查您的申請，SFHP 將會聯絡您。

急診服務無需預先核准 (事先授權)，即使是 SFHP 網絡外或服務區域外急診服務。如果您是孕婦，則還包括分娩接生。某些敏感照護服務無需您獲得預先核准 (事先授權)。有關敏感照護服務的更多資訊，請查閱本章稍後的「敏感照護」部分。

若對預先核准 (事先授權) 有任何疑問，請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY: 711)。

第二意見

對於您的醫療保健提供者認為您需要的醫療服務，或者對於您的診斷或治療計劃，您可能需要獲得第二意見。舉例而言，若您想確保您的診斷是正確的，您不確定您是否需要處方開具的治療或手術，或者您曾嘗試遵循某個治療計劃，但無療效，您可能想獲得第二意見。

如果您或您的網絡內醫療保健提供者提出申請，且您從網絡內醫療保健提供者處獲得第二意見，SFHP 將支付第二意見的費用。您無需獲得 SFHP 的預先核准 (事先授權)，即可從網絡內醫療保健提供者處獲得第二意見。如果您想獲得第二意見，我們會將您轉診至合資格的網絡內醫療保健提供者，由其為您提供第二意見。



如需第二意見，或需要協助選擇醫療保健提供者，請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY: 711)。如果您需要轉診，您的網絡內醫療保健提供者亦可協助您轉診，以獲得第二意見。

若在 SFHP 網絡內找不到醫療保健提供者為您提供第二意見，SFHP 將支付由網絡外醫療保健提供者提供的第二意見的費用。SFHP 將在您的醫療狀況所要求的時限內告知您，您選擇向其徵詢第二意見的醫療保健提供者是否獲得批准，惟自 SFHP 取得其對您的申請做出決定而合理需要且已要求提供之資訊起計，不得超過五個工作日。SFHP 必須在接獲您的申請後七個曆日內作出回應。

如果您患有慢性、重度或嚴重疾病，或出現嚴重的直接健康威脅，包括但不限於失去生命、肢體或主要身體部分或身體功能，SFHP 將在 72 小時內書面通知您。

若 SFHP 否決了您的第二意見申請，您可提出申訴。若要瞭解關於申訴的更多資訊，請閱讀本手冊第 6 章的「投訴」部分。

4. 福利與服務

其他 Medi-Cal 計劃和服務

您可透過按服務收費 (FFS) Medi-Cal 或其他 Medi-Cal 計劃獲得的其他服務

SFHP 不承保某些服務，但您仍能透過 FFS Medi-Cal 或其他 Medi-Cal 計劃獲得這些服務。SFHP 將與其他計劃通力合作，確保您能獲得所有醫療上必需的服務，包括由其他計劃，而非 SFHP 承保的服務。本章節會部分列出這些服務。若要瞭解更多資訊，請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY: 711)。

牙科服務

FFS Medi-Cal 牙科計劃與您的牙科服務之 FFS Medi-Cal 相同。在獲得牙科服務之前，您必須向牙科服務提供者出示您的 Medi-Cal BIC 卡。請確保該提供者接受 FFS 牙科計劃，且您未參加承保牙科服務的管理式健保服務計劃。



請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY 711)。SFHP 竭誠為您服務，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。該電話免費。或致電 California Relay Line：711。線上瀏覽 sfhp.org。

自 2026 年 7 月 1 日起：

視乎您的移民身份，若干例外情況適用於牙科保障。如果您不符合聯邦全範圍 Medi-Cal 的資格、年滿 19 歲或以上，且符合以下情況，您可能不再合資格透過 SFHP 享有牙科福利：

- 您並無懷孕，或並非處於產後（懷孕結束後）一年內，且未被縣政府指定為寄養青少年或前寄養青少年。在此情況下，您僅可就牙科急症前往任何按服務收費 (FFS) 的 Medi-Cal 牙科服務提供者處就診。
- 您被縣政府指定為懷孕或處於產後（懷孕結束後）一年內。在此情況下，您可前往任何 FFS Medi-Cal 牙科服務提供者處獲得全範圍 Medi-Cal 服務。
- 您被縣政府指定為寄養青少年或前寄養青少年，年齡未滿 26 歲，且於年滿 18 歲當日正接受寄養。在此情況下，您可前往任何 FFS Medi-Cal 牙科服務提供者處獲得全範圍 Medi-Cal 服務。

Medi-Cal 透過 Medi-Cal 牙科計劃為以下人士承保廣泛的牙科服務：

- 符合聯邦全範圍 Medi-Cal 資格的會員
- 不符合聯邦全範圍 Medi-Cal 資格，但符合以下三項例外情況中至少一項的會員：
 - 未滿 19 歲；
 - 被縣政府指定為懷孕（及懷孕結束後一年內）；及/或
 - 被縣政府指定為寄養青少年或前寄養青少年，年齡未滿 26 歲，且於年滿 18 歲當日正接受寄養

牙科服務包括：

- | | |
|---------------------------|------------------|
| ▪ 整體與部分假牙 | ▪ 符合條件的兒童的牙齒矯正 |
| ▪ 齒冠（預製/實驗室） | ▪ 牙根管治療（前根管/後根管） |
| ▪ 診斷與預防性牙科服務，如檢查、X 光檢查和洗牙 | ▪ 牙根刮治 |
| ▪ 控制疼痛的急診服務 | ▪ 拔牙 |
| ▪ 補牙 | ▪ 局部用氟 |

若您有任何疑問，或者想要瞭解關於牙科服務的更多資訊，請致電 Medi-Cal 牙科計劃，電話：1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 或 711)。您還可以瀏覽 Medi-Cal 牙科計劃網站：<https://www.dental.dhcs.ca.gov>。



5. 兒童和青少年照護

未滿 21 歲的兒童及青少年會員自參保之日起，即可享受所需健康照護服務。此舉有利於使其獲得正確的預防、牙科、心理健康照護，包括發育和專業服務。本章將說明這些服務。

您可透過按服務收費 (FFS) Medi-Cal 或其他計劃獲得的其他服務

牙科檢查

每天用毛巾輕輕擦拭寶寶的牙齦，使其保持清潔。大約四到六個月大的時候，寶寶的牙齒開始長出來，也就是所謂的「出牙期」。在孩子長出第一顆牙後或一歲生日前 (以先到者為準) 盡快為孩子預約第一次牙科檢查。

以下 Medi-Cal 牙科服務為免費服務，適用對象分類如下：

0-3 歲寶寶

- 寶寶首次牙科就診
- 寶寶首次牙科檢查
- 牙科檢查 (每六個月一次，有時更頻繁)
- X 光檢查
- 牙齒清潔 (每六個月一次，有時更頻繁)
- 氟化物護齒 (每六個月一次，有時更頻繁)
- 補牙
- 拔牙 (拔除牙齒)
- 急診牙科服務
- *鎮靜治療 (如醫療上必需)

4-12 歲兒童

- 牙科檢查 (每六個月一次，有時更頻繁)
- X 光檢查
- 氟化物護齒 (每六個月一次，有時更頻繁)
- 牙齒清潔 (每六個月一次，有時更頻繁)
- 白齒溝隙封填劑
- 補牙
- 牙齒根管
- 拔牙 (拔除牙齒)
- 急診牙科服務
- *鎮靜治療 (如醫療上必需)



請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY 711)。SFHP 竭誠為您服務，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。該電話免費。或致電 California Relay Line：711。線上瀏覽 sfhp.org。

13 歲至未滿 21 歲青少年 (自 2026 年 7 月 1 日起，下述若干例外情況適用)

- 牙科檢查 (每六個月一次，有時更頻繁)
- X 光檢查
- 氟化物護齒 (每六個月一次，有時更頻繁)
- 牙齒清潔 (每六個月一次，有時更頻繁)
- 符合資格者的正畸 (牙套)
- 補牙
- 牙冠
- 牙齒根管
- 局部和全口義齒
- 牙根刮治
- 拔牙 (拔除牙齒)
- 急診牙科服務
- *鎮靜治療 (如醫療上必需)

*當醫療保健提供者確定並記錄不適合進行局部麻醉的原因時，並且牙科治療已獲預先核准或不需要預先核准 (事先授權) 時，應考慮進行鎮靜治療和全身麻醉。

以下是不能使用局部麻醉的部分原因，可能需要使用鎮靜或全身麻醉：

- 生理、行為、發育或情感上存在狀況，使患者無法回應醫療保健提供者對進行治療的嘗試
- 大型復原或外科手術
- 孩子拒不合作
- 注射部位急性感染
- 局部麻醉未能控制疼痛

自 2026 年 7 月 1 日起，若干例外情況適用。如果您不符合聯邦全範圍 Medi-Cal 的資格、年滿 19 歲或以上，且符合以下情況，您可能不再合資格透過 SFHP 享有牙科福利：

- 您並無懷孕，或並非處於產後 (懷孕結束後) 一年內，且未被縣政府指定為寄養青少年或前寄養青少年。在此情況下，您僅可就牙科急症前往任何按服務收費 (FFS) 的 Medi-Cal 牙科服務提供者處就診。
- 您被縣政府指定為懷孕或處於產後 (懷孕結束後) 一年內。在此情況下，您可前往任何 FFS Medi-Cal 牙科服務提供者處獲得全範圍 Medi-Cal 服務。
- 您被縣政府指定為寄養青少年或前寄養青少年，年齡未滿 26 歲，且於年滿 18 歲當日正接受寄養。在此情況下，您可前往任何 FFS Medi-Cal 牙科服務提供者處獲得全範圍 Medi-Cal 服務。

若您有任何疑問，或者想要瞭解關於牙科服務的更多資訊，請致電 Medi-Cal 牙科計劃客戶服務熱線：1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 或 711)，或者瀏覽 <https://smilecalifornia.org/>。



6. 報告及解決問題

州聽證會

州聽證會是指與 SFHP 和 California Department of Social Services (CDSS) 的法官舉行會議。法官將協助您解決問題，並決定 SFHP 所做的決定是否正確。若您已經向 SFHP 提出上訴，並且您對決定仍不滿意，或者您在 30 天之後未得到對上訴做出的決定，您有權申請州聽證會。

您必須在我們發出上訴決議通知 (NAR) 函之日起 120 天內，提出州聽證會申請。若我們在您上訴期間為您提供了援助待付服務，並且您希望在針對州聽證會做出決定之前繼續享受該服務，則您必須在收到我們發出 NAR 信函後的 10 日內或我們表示將終止您的服務之前 (以較晚者為準) 申請州聽證會。

若您希望確保在州聽證會取得最終決定之前繼續享受援助待付服務，請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 1-800-288-5555 聯絡 SFHP。若您有聽說障礙，請撥打 TTY: 711。您的授權代表或醫療保健提供者可以在您的書面許可下，為您申請州聽證會。

有些情況下您無需完成上訴流程即可申請州聽證會。

例如，如果 SFHP 未正確或及時地告知您服務事項，則您可在未完成上訴流程之時申請州聽證會。這稱為「認定已用完問題解決方法」。以下是一些「認定已用完問題解決方法」的例子：

- 我們沒有以您的首選語言向您提供行動通知 (NOA) 或 NAR 信函
- 我們出現了會影響您權益的錯誤
- 我們未向您發出 NOA 信函
- 我們未向您發出 NAR 信函
- 我們發出的 NAR 信函出現錯誤
- 我們未在 30 天內對您的上訴做出決定
- 我們判定您的情況較為緊急，但未在 72 小時內回應您的上訴



您可以透過以下方式申請州聽證會：

- **電話：**致電 CDSS 的 State Hearings Division，號碼：1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 或 711)
- **透過郵件：**填寫上訴決議通知函中提供的表格，並郵寄至：
California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **線上：**線上申請聽證會，網址為 www.cdss.ca.gov
- **透過電郵：**填寫隨您的上訴決議通知函一起寄出的表格，並發送電郵至 Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - 注意：如果您透過電郵發送此表，可能有 State Hearings Division 以外的人士攔截您的電郵的風險。請考慮使用更安全的方式發送您的申請。
- **傳真：**填寫上訴決議通知函附帶的表格，並將其傳真至 State Hearings Division 免費電話：1-833-281-0903

若您需要協助申請州聽證會，我們可以協助您。我們可以為您提供免費語言服務。請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY: 711)。

在聽證會上，您將告訴法官為什麼您不同意 SFHP 的決定。SFHP 將告訴法官我們是如何做出決定的。法官可能需要 90 天來決定您的案件。SFHP 必須遵循法官的決定。

若您因為進行州聽證會所需的時間會威脅到您的生命、健康或完全正常活動的能力，而希望 CDSS 做出快速決定，則您或您的授權代表或醫療保健提供者可以聯絡 CDSS 要求加急 (快速) 州聽證會。CDSS 必須在從 SFHP 獲得您完整的案件資料後三個工作日內做出決定。



請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY 711)。SFHP 竭誠為您服務，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。該電話免費。或致電 California Relay Line：711。線上瀏覽 sfhp.org。

7. 權利與責任

作為 SFHP 會員，您擁有一定的權利與責任。本章將說明這些權利與責任。本章亦包含法律通知，說明您作為 SFHP 會員享有的權利。

行動通知

SFHP 可能會隨時向您寄送一封行動通知 (NOA) 函，告知 SFHP 拒絕、延遲、終止或修改醫療保健服務申請。若您對 SFHP 的決定持有異議，您可隨時向 SFHP 提出上訴。請轉至本手冊第 6 章的「上訴」部分，瞭解有關提出上訴的重要資訊。當 SFHP 向您寄送 NOA 時，會告知您在您不同意我們做出的決定時所擁有的全部權利。如果您從 SFHP 或 SFHP 分包商以外之任何人士收到此通知，請立即聯絡 SFHP。

通知內容

若 SFHP 基於醫療必需性而完全或部分拒絕、延遲、修改、終止、暫停或削減您的服務，您的 NOA 必須包含下列內容：

- SFHP 意欲採取之行動的聲明
- 對 SFHP 之決定理由清晰扼要的解釋
- SFHP 如何做出決定，包括 SFHP 使用的規則
- 有關決定的醫學理由。SFHP 必須清楚闡明您的情況如何不符合規則或指引。
- 關於您有權要求免費提供與 NOA 相關的所有文件及記錄副本的資訊。

翻譯

SFHP 必須將會員資訊完全翻譯成常見首選語並提供翻譯後的書面會員資訊，包括所有申訴與上訴通知。

完全翻譯的通知必須包含 SFHP 做出拒絕、延遲、修改、終止、暫停或減少醫療保健服務申請的決定之醫學理由。

若無法以您的首選語言提供翻譯服務，SFHP 必須以您的首選語言向您提供口頭協助，以便您能理解所獲得的資訊。



請致電客戶服務部，電話：1-800-288-5555 (TTY 711)。SFHP 竭誠為您服務，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。該電話免費。或致電 California Relay Line：711。線上瀏覽 sfhp.org。