



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

Health Services for Children
with Special Needs, Inc.

Caring. Serving. Empowering.



成员手册



如需更多资讯, 请访问:

www.hscsnhealthplan.org

如要请求合理便利, 请致电

(202) 467-2737



1101 Vermont Avenue, NW | 12th Floor | Washington, DC 20005
1 (866) WE-R-4-KIZ (937-4549) – 免费电话

2021 年 10 月



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

Health Services for Children with Special Needs, Inc.

您可以每周 7 天、每天 24 小时随时致电我们。
我们的办公时间是周一至周五上午 8:00 至下午 5:30。

我们有两个办公地点,如下所示。

如果您想要前往任一地点,请先拨打 (202) 467-2737
或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部,
以获得路线说明或更多信息。

如果您想安排面对面或在线会面的日期和时间,
请致电您的护理经理 (Care Manager) 。

Health Services for Children with Special Needs, Inc.(HSCSN)
1101 Vermont Avenue, NW, 12th Floor
Washington, D.C.20005

最近的地铁站是 McPherson Square,
离我们的办公室 3 条街远。

HSCSN Wellness Center
3400 Martin Luther King Jr.Avenue SE
Washington, D.C.20032

最近的地铁站是 Congress Heights,
距离我们的办公室 1 英里/1.6 公里。



ENGLISH

If you do not speak and/or read English, please call (202) 467-2737.
A representative will assist you.

SPANISH

Si no habla ni lee inglés, llame al (202) 467-2737. Un representante lo asistirá.

VIETNAMESE

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc Tiếng Anh, vui lòng gọi (202) 467-2737.
Một người đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.'

AMHARIC

እንግሊዝኛ መናገር/ወይም መንበብ ካልቻሉ፣ እባክዎ በዚህ ስልክ ቁጥር (202) 467-2737.
ይደውሉ። ተወካይ ይረዳዎታል።

KOREAN

영어를 구사하지 못하시거나 읽지 못하는 경우, (202) 467-2737.
중에 연락해 주십시오. 상담원이 도움을 드릴 것입니다.

FRENCH

Si vous ne parlez pas et / ou ne lisez pas l'anglais, appelez le (202) 467-2737.
Un représentant vous aidera.

ARABIC

الممثلين أحد. (202) 467-2737 برقم الاتصال فيرجى، الإنجليزية تقرأ أو/و تتحدث لا كنت إذا

MANDARIN

如果您不会说和/或读英语，请致电(202) 467-2737。我们的服务代表将为您提供协助。

RUSSIAN

Если вы не говорите и / или не читаете по-английски, звоните по телефону
(202) 467-2737. Представитель поможет вам.

BURMESE

သငျသညျအင်္ဂလိပ်စကားပြောနှင့် / သို့မဟုတ်စာမဖတ်ကြဘူးဆိုရလျှင်, (202) 467-2737.
ကိုခေါ်ပါ။ တစ်ဦးကကိုယ်စားလှယ်သင်ကူညီကြလိမ့်မည်.

CANTONESE

如果您不會說和/或讀英語，請致電 (202) 467-2737。我們的服務代表將為您提供協助。



FARSI

(202) 467-2737 اگر انگلیسی صحبت نمی کنید/نمی خوانید، لطفاً بین ساعات
با شمار هتماس بگیرد. یکی از نمایندگان ما به شما کمک خواهد کرد

POLISH

Osoby, które nie potrafią mówić lub czytać po angielsku, mogą zadzwonić na numer (202) 467-2737.
aby skorzystać z pomocy konsultanta.

PORTUGUESE

Caso você não fale/leia em inglês, ligue para (202) 467-2737. Um representante o ajudará.

PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਨਹੀਂ, ਕਰਪ ਕਰਕੇ ਦੇ ਕਿਚਕ ਰ (202) 467-2737
ਉੱਤੇ ਕ ਲ ਕਰੋ। ਇੱਕ ਪਰਤੀਕਨਧ ਤੁਹਡੀ ਸਹ ਇਤ ਕਰੇਗਾ।

HAITIAN CREOLE

Si ou pa pale ak/oswa li Angle, tanpri rele (202) 467-2737. Yon reprezantan ap ede w.

HINDI

यदि आप अंग्रेज़ी बोलते और/या पढ़ते नहीं, कृपया 8 a.m.-6 p.m. के बीच (202) 467-2737
पर कॉल करें। एक प्रतिनिध आपकी सहायता करेगा।

SOMALI

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama qorin luuqada Ingiriiska, fadlan wac lambarkan (202) 467-2737.
wakiil ayaa ku caawin doona.

HMONG

Yog tias koj tsis hais thiab/lossis nyeem tau Lus As Kiv, thov hu rau (202) 467-2737.
Ib tug neeg sawv cev yuav pab tau koj.

ITALIAN

Se ha difficoltà a parlare e/o leggere la lingua inglese, chiami il numero (202) 467-2737.
Un rappresentante le presterà assistenza.

TAGALOG

Kung hindi ka nakakapagsalita at/o nakakapagbasa ng Ingles, pakitawagan ang (202)
467-2737. May kinatawan na tutulong sa iyo.

JAPANESE

(202) 467-2737 までお電話ください。担当者があなたをサポートします。



重要电话号码

如果有关于 HSCSN 的问题:	客户关怀服务	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	每天 24 小时, 每周 7 天
	TTY/TDD 客户关怀服务	(202) 467-2709	每天 24 小时, 每周 7 天
如果您医生的诊所没营业, 但您需要护理服务:	护士援助热线	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	每天 24 小时, 每周 7 天
	TTY/TDD 护士援助热线	(202) 467-2709	每天 24 小时, 每周 7 天
如果您需要在 24 小时 内看医生 (“紧急护理”):	您的 PCP 的诊所	(请在此填入您的 PCP 的信息)	
	护士援助热线	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	每周 7 天, 每天 24 小时
如果您需要人 接送您就诊:	Southeastern (SET)	1-866-991-5433	
	客户关怀服务	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	
如果您需要心理保健或 有心理健康相关问题:	您的 PCP 的诊所	(请在此填入您的 PCP 的信息)	
	护士援助热线	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	每天 24 小时, 每周 7 天
	行为健康部 (DBH) 援助热线	1-(888) 793-4357	每天 24 小时, 每周 7 天
如果您需要会您的 语言的人协助您, 或是您有听觉障碍:	客户关怀服务	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	每天 24 小时, 每周 7 天
	TTY/TDD 客户关怀服务	(202) 467-2709	每天 24 小时, 每周 7 天
牙科问题:	Delta Dental 客户服务	1 (888) 258-8023	上午 8 点至晚上 8 点 周一至周五
视力问题:	客户关怀服务	(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549	每天 24 小时, 每周 7 天

如果遇到紧急情况, 请拨打 911 或去最近的急诊室



个人信息

我的 Medicaid 身份编号：

初级保健医生 (PCP)：

我的初级保健医生 (PCP) 的地址：

我的初级保健医生的电话号码：

孩子的 Medicaid 身份编号：

孩子的初级保健医生 (PCP)：

孩子的初级保健医生 (PCP) 的地址：

孩子的初级保健医生 (PCP) 的电话：

我的初级牙科医生 (PDP)：

我的初级牙科医生 (PDP) 的地址：

我的初级牙科医生 (PDP) 电话：

孩子的初级牙科医生 (PDP)：

孩子的初级牙科医生 (PDP) 的地址：

孩子的初级牙科医生 (PDP) 的电话：

目录

重要电话号码	4
个人信息	5
目录	6
欢迎加入 HSCSN	10
手册使用说明	10
此成员手册能为您提供哪些协助	10
您的权力	11
您的责任	12
您的成员身份卡	13
您的成员身份卡样式如下:	13
您的初级保健医生 (PCP)	14
选择您的 PCP	14
如何变更您的 PCP	15
您的初级牙科医生 (PDP)	16
选择您的 PDP	16
如何变更您的 PDP	16
常规护理、紧急护理和急诊护理	17
常规护理	17
紧急护理	17
急诊护理	17
在外地时的护理	19
当您人在外地时	19
常规护理	19



紧急护理	19
急诊护理	19
网络内与网络外医护人员	20
预约看诊	21
预约您的 PCP	21
更改或取消预约	21
PCP 或 PDP 诊所关闭时, 如何获得护理	21
需要等多长时间才能看医生?	22
支持服务	23
交通服务	23
家庭治疗出行服务	24
口译及笔译服务/给听力受损和视力受损者的辅助援助服务	24
口译服务	24
笔译服务	25
听力受损和视力受损者辅助援助服务	25
专科护理与转诊	26
如何获得专科护理	26
自行转诊服务	26
您不需要医生转诊即可获得:	26
心理健康服务	27
酒精或其他药物问题相关服务	27
避孕和其他家庭计划服务	27
艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 检测、咨询和治疗	28



药房服务和处方药..... 29

疾病管理 30

护理协调和护理管理计划 31

护理管理计划权力及责任 33

预防青年生病的服务..... 36

 预防咨询 36

 成年免疫接种..... 36

怀孕 37

 产前及产后护理..... 37

您孩子的健康 38

 儿童健康检查计划 (EPSDT) 38

 移民儿童 38

 儿童的牙齿护理..... 38

 有特殊医疗保健需求的儿童 39

 IDEA 计划 39

 给儿童和青少年的免疫接种 (预防针)..... 40

 HSCSN 健康礼品卡计划 49

儿童健康检查计划 (EPSDT)..... 50

 儿童及青少年建议疫苗或预防针接种时间表 51

您的医疗福利 53

 HSCSN 覆盖的医疗服务 53

 我们不支付的服务 60

 护理转移 61



其他重要事项 62

 如果我搬家了, 该怎么办 62

 如果我生了孩子, 该怎么办 62

 如果我领养了孩子, 该怎么办 62

 如果我家中有人死亡, 该怎么办 62

 如何变更我的 PDP 62

 如果发生以下情况, 您将无法继续获得 HSCSN 的护理服务: 63

 如果发生以下状况, 哥伦比亚特区政府可以将您从 HSCSN 移除: 63

 如果我收到覆盖服务的账单, 该怎么办 63

 支付非覆盖的服务 63

预先指示 64

 如果我有其他保险, 该做什么 64

 如果我同时符合联邦医疗补助 (Medicaid) 和联邦医疗保险 (Medicare) 资格, 我该做什么 64

欺诈 65

 医师 (医生) 激励计划披露 65

申诉、上诉和公平听证会 66

 申诉 66

 上诉和公平听证会 66

 上诉 67

 加急 (紧急) 申诉和上诉流程 68

 隐私惯例通知 68

 HSCSN 的给同时具有 Medicare 和 Medicaid 的成员的 Medicare D 部分通知 74

医疗保险监察和权利法案部 75

定义 76

欢迎加入 HSCSN

欢迎您加入 Health Services for Children with Special Needs, Inc.(HSCSN)。HSCSN 是哥伦比亚特区儿童和青少年补充保障收入计划 (CASSIP) 的签约医疗保健计划提供商。CASSIP 管理您的：

- 医疗护理服务
- 牙科护理服务
- 行为健康服务
- 药物与酒精滥用服务。
- 视力服务

HSCSN 健康计划是针对有特殊需求并领有补充保障收入 (SSI) 补助或符合 SSI 资格的儿童与年轻人(0岁至26岁)。

请务必仔细阅读本手册。请将手册存放于安全易取的地方,方便您需要时取用。

手册使用说明

HSCSN 是一项由哥伦比亚特区支付的管理式护理计划,旨在协助您获得医疗保健服务。本手册将告诉您 HSCSN 的运作方式、如何寻找医生、如何联系我们,以及 HSCSN 支付哪些内容。医疗保健领域以及您的医生使用的词汇有时不易理解。本手册后面的“定义”章节有这些词汇的解释。

如果您对本手册的内容有疑问,或有其他关于 HSCSN 的问题,您可以拨打 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 致电 HSCSN 客户关怀服务部,或访问 www.hscsnhealthplan.org,我们会尽力协助您。

此手册能为您提供哪些协助

此成员手册会告诉您：

- 如何获得医疗服务。
- 您享有的覆盖服务
- 未覆盖的服务
- 如何选择您的初级保健医生和初级牙科医生 (您的PCP 或 PDP)。
- 生病的话该怎么办。
- 如果您想申诉,或是更改(上诉) HSCSN 的决定,该怎么做。

本成员手册提供您关于 HSCSN 运作方式的基本信息。如果您有任何问题,请随时致电致电 HSCSN 客户关怀服务部,每周 7 天、每天 24 时皆可致电。



您的权力

- 知道您和医生或其他医护人员的对话是私密的。
- 以您能理解的语言获得疾病或治疗方法的解释。
- 参与有关您的护理的决定, 包括拒绝治疗。
- 获得有关治疗方案和各个方案风险的完整、清晰和易懂的解释, 以便您做出决定。
- 拒绝治疗或护理。
- 免受用作胁迫、惩罚、便利或报复手段而进行的任何形式的拘束或隔离。
- 查看并获取您的医疗记录副本, 如果内容有误, 要求修改或更正。
- 及时获得可用的医疗保健服务。
- 从 HSCSN 网络内的合格医护人员中选择您的 PCP/PDP。
- 对您所获得的护理提出申诉, 并获得答复。
- 如果您认为 HSCSN 不应拒绝、减少或终止某项服务或物项, 您有权要求上诉或举行公平听证会。
- 从您选择的医护人员获得家庭计划服务和用品。
- 及时(无必要拖延)获得医疗护理。
- 免费从 HSCSN 网络内的一名合格医护人员获得第二意见, 或者如有必要, 免费从网络外的医护人员获取第二意见。
- 获得有关预先指示的信息, 并选择不接受或继续进行任何维持生命的治疗。
- 获得一本 HSCSN 成员手册和/或医疗服务提供方名录。
- 继续接受您目前的治疗, 直到您有了新的治疗计划。
- 获得免费口译和笔译服务。
- 拒绝口译服务。
- 免费获得交通服务。
- 获得有关预授权程序的说明。
- 获得 HSCSN 的财务状况的信息, 以及任何我们支付医生费用的特殊方式的信息。
- 获得客户满意度调查摘要。
- 获得 HSCSN 的“按医嘱配药”处方药政策。
- 获得一份覆盖药物清单。
- 受到尊重, 且尊严和隐私权被充分考量。
- 在预定的变更生效前 30 天内收到通知, 包括哥伦比亚特区定义的任何重大变更。



您的责任

您有责：

- 尊重和尊严地对待提供护理的人。
- 遵守哥伦比亚特区 Medicaid 管理式护理计划和 HSCSN 的规定。
- 遵循您的医生和其他医护人员的指示。
- 前往预约的诊疗。
- 如果必须取消预约,至少在预约前 24 小时告诉您的医生。
- 如果不理解医生的指示,您应到要求更多解释。
- 只在遇到紧急医疗情况时才去急诊室。
- 告诉您的 PCP 或 PDP 您有哪些医疗、牙科和个人问题,可能会影响您的健康。
- 如果您或是家人成员有其他医保,或变更了地址或电话,须向经济安全管理局 (ESA) 和 HSCSN 通报。
- 如果您的家庭状况出现变化(例如有人出生或死亡),须向经济安全管理局 (ESA) 和 HSCSN 通报。
- 试图了解您的健康问题和参与治疗目标的制定。
- 协助您的医生从过去治疗过您的医护人员处取得您的健康记录。
- 如果因意外或工作受伤,必须告知 HSCSN。



您的成员身份卡

您选好初级保健医生 (PCP) 后, 我们会将您的成员身份卡邮寄给您。这张卡片让您的医生、医院、药局和其他人知道您是 HSCSN 的成员。请确保成员卡上的信息准确无误。如果遇到任何问题, 或是遗失卡片, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。每名 HSCSN 成员 (包括孩童) 都有自己的成员卡。请随身携带您的卡片并妥善保存, 避免遗失。让其他人使用您的成员卡是违法行为。

您的成员身份卡样式如下:

让其他人使用您的成员卡是违法行为。

卡片正面

成员: 名字, 中间名缩写, 姓氏 成员身份编号: XXXXXXXXXX Medicaid 编号: 7XXXXXXX PCP 名字, 姓氏 PCP 团体名称 PCP 电话号码 PDP 名字, 姓氏 PDP 团体名称 PDP 电话号码 共付额 - OV: \$0 RX: \$0 ER: \$0	 THE HSC HEALTHCARE SYSTEM Health Services for Children with Special Needs, Inc. 成员身份卡
---	---

卡片背面

请随身携带本卡 | 如果您认为发生了紧急医疗状况, 请拨打 911

客户关怀服务: 每天 24 小时/每周 7 天:	(202) 467-2737
LabCorp:	1(800) 762-4344
预授权: 每天 24 小时/每周 7 天:	(202) 467-2737
CVS 客户关怀部:	1(866) 885-4944
Delta Dental 保险公司:	1(888) 258-8023
Southeastern Transportation:	1(866) 991-5433
行为健康部 (DBH):	1(888) 793-4357
经济安全管理局 (ESA):	(202) 645-4614

请将索赔单发至:
HSCSN, ATTN: Claims Department, P.O.Box 29055, Washington, DC 20017。如拾获本卡,
请邮寄至: HSCSN, Attn: Customer Care Services, P.O.Box 29055, Washington, DC 20017
如需更多资讯, 请访问 www.hscsnhealthplan.org。
如要请求合理便利, 请致电 (202) 467-2737。

 GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR
本计划由哥伦比亚特区医疗财务部 (DOH) 部分资助。

HSCSN 遵守适用的联邦民权法律, 并且不会因
为种族、肤色、国籍、残疾或性别 而歧视任何人。

请记得随时携带您的成员身份卡以及附照片的身份证件。
在接受任何医疗护理服务或到药房领药前, 请出示您的成员卡

您的初级保健医生 (PCP)

您现在是 HSCSN 的成员,您的初级保健医生 (PCP) 会协助您取得所需医疗护理。

需要护理服务时,请务必先致电您的 PCP。如果您在加入 HSCSN 前已经有一名 PCP,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。如果您想要保留该名 PCP,我们可以协助您。

选择您的 PCP

1. 请在您加入 HSCSN 时选择您的 PCP。这个人将会是您作为 HSCSN 成员期间的 PCP。
 - 如果您目前的 PCP 是 HSCSN 网络内的医疗保健提供方,您可以继续选择该名医生。
 - 如果您没有 PCP,您可以从我们的医疗服务提供方目录或 www.hscsnhealthplan.org 中的医生列表中选择。
 - 如果您需要人协助您选择一名医生,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。
 - 如果您未能在计划开始后的 10 天内选择一名 PCP,我们将为您选择一名医生。如果您不喜欢我们为您选择的 PCP,您可以变更您的 PCP。请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部以变更您的 PCP。
 - HSCSN 会将您的成员身份卡寄给您。您的卡片上会有 PCP 的名字和电话号码。
2. 请为所有参保的家庭成员选择一名 PCP,包括您的孩子。您的 PCP 可以是下列医护人员中的一种:
 - 家庭或一般科医师 - 通常可以照顾全家人。
 - 内科医师 - 通常只照顾成人或 14 岁以上的儿童。
 - 儿科医师 - 照顾新生儿到成人。
 - 妇科/产科医师 (OB/GYN) - 专长是妇女健康和孕产期护理。
 - 如果您或您的孩子有特殊医疗保健需求,您可以选择一名专科医师作为您的 PCP。
3. 选择 PCP 时,请务必:
 - 挑选能将您转到您偏好的医院的医生。并非所有的医生都能将病人转到所有的医院。我们的医疗服务提供方名录列出了 PCP 能将您转诊至的医院。您也可以时致电客户关怀服务部寻求协助。
 - 有时候,您选择的 PCP 无法接受新的病人。如果您必须选择另一名 PCP,我们会告知您。
 - 挑选您的住家或工作地点附近的 PCP。



如何变更您的 PCP

您可以随时变更您的 PCP。只要从医疗服务提供方名录中选择一名新的 PCP 即可。选择了新的 PCP 后，请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。如果您需要人协助您挑选新的 PCP，客户关怀服务部能帮助您。



您的初级牙科医生 (PDP)

您现在是 HSCSN 的成员, 您的初级牙科医生 (PDP) 会协助您取得所需医疗护理。

如果您需要联系 Delta Dental, 请致电 (202) 467-2737 联系 HSCSN 客户关怀服务部。

Delta Dental 客户服务的免费电话号码为 1 (888) 258-8023, 服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00 (美东时间)。您可以访问他们的网站: www.deltadentalins.com/hscsn。

需要护理服务时, 请务必先致电您的 PDP。如果您在加入 HSCSN 前已经有一名 PDP, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。如果您想要保留该名牙医, 我们可以协助您。

选择您的 PDP

1. 请在您加入 HSCSN 时选择您的 PDP。这个人将会是您作为 HSCSN 成员期间的 PDP。
 - 如果您目前的 PDP 是 HSCSN 网络内的医疗保健提供方, 您可以继续选择该名牙医。
 - 如果您没有 PDP, 您可以从我们的医疗服务提供者目录或 www.hscsnhealthplan.org 中的牙医列表中选择。
 - 如果您需要人协助您选择一名牙医, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。
 - 如果您未能在计划开始后的 10 天内选择一名 PDP, 我们将为您选择一名医生。如果您不喜欢我们为您选择的 PDP, 您可以变更您的 PDP。请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部以变更您的 PDP。
 - HSCSN 会将您的成员身份卡寄给您。您的卡片上会有 PDP 的名字和电话号码。
 - 请为所有参保的家庭成员选择一名 PDP, 包括您的孩子。您的 PDP 可以是下列医护人员之一:
 - 家庭或一般科牙医 - 通常可以照顾全家人。
2. 选择 PDP 时, 请务必:
 - 挑选能将您转到您偏好的医院的牙医。并非所有的医生都能将病人转到所有的医院。我们的医疗服务提供方名录列出了 PDP 能将您转诊至的医院。您也可以时致电客户关怀服务部寻求协助。
 - 有时候, 您选择的 PDP 无法接受新的病人。如果您必须选择另一名 PDP, 我们会告知您。

如何变更您的 PDP

您可以随时变更您的 PDP。只要从医疗服务提供方名录中选择一名新的 PDP 即可。选择了新的 PDP 后, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。如果您需要人协助您挑选新的 PDP, 客户关怀服务部能帮助您。



常规护理、紧急护理和急诊护理

您可能会需要 3 种护理：常规护理、紧急护理或急诊护理。

常规护理

常规护理是指 PCP 提供的定期护理。常规护理也可以是由 PCP 转诊的其他医生提供的定期护理。常规护理包括检查、体检、健康筛查，或是对糖尿病、高血压和哮喘等健康问题的定期护理。如果您需要常规护理，请致电您 PCP 的诊所或致电专科医生，安排时间看诊。

常规护理可能包括：

- 检查
- 健康检查
- 健康筛查
- 糖尿病、高血压和哮喘等健康问题的护理。

紧急护理

紧急护理是指您需要在 24 小时内(但不是马上)获得的医疗服务。紧急护理的问题包括：

- 发烧超过 101°F/38°C
- 喉咙痛
- 呕吐
- 耳痛

如果您需要紧急护理，请致电您 PCP 的诊所。如果 PCP 的诊所未营业，请向诊所休业时负责接听电话的人留言。然后，请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系护士援助热线。一名护士将协助您判断您是否需要立即看医生。护士会告诉您如何获得护理。如果是常规护理或紧急护理，您不需要去急诊室或搭乘救护车。

急诊护理

急诊护理是指您发生严重、突然(有时会危及生命)的伤害或疾病时所需的医疗服务。您有权到任何一间医院寻求急诊护理。急诊护理服务不需要预授权。

如果您遇到紧急状况(包括行为健康、酒精或其他药物紧急状况)，请前往最近的急诊室 (ER) 以立即获得护理。如果您到外地的急诊室就医，请要求急诊室人员致电您的 PCP。



遇到紧急情况该怎么办

1. 拨打 9-1-1 或去离您最近的急诊室 (ER)。
2. 请向急诊室人员展示您的 HSCSN 会员卡。
3. 一旦您有机会, 请联系您的 PCP。
4. 去完急诊后, 请联系您的 HSCSN 护理经理。



在外地时的护理

当您人在外地时

当您人在外地, 需要看医生或领药时, 您应当:

常规护理

您必须致电 HSCSN 并询问我们是否会支付您在哥伦比亚特区以外的地方看医生或其他医疗服务提供者的费用, 因为不位于哥伦比亚特区的医生不属于 HSCSN 的网络。如果 HSCSN 并未表示您可以获得护理, 您必须自行支付医疗费用。如果您需要在外地配处方药, 您可以使用任 CVS Health 网络内的任何一间药房。您可以致电 1 (866) 885-4944 联系 CVS Health, 或致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀部查照网络内的药房。

紧急护理

联系您的 PCP。如果您 PCP 的诊所未营业, 请致电护士援助热线(插入电话号码)。一名护士将协助您判断您是否需要立即看医生。护士能告诉您如何获得护理。如果是常规护理或紧急护理, 您不需要去急诊室或搭乘救护车。

急诊护理

如果您遇到紧急状况, 包括心理健康、酒精或其他药物紧急状况, 请前往最近的急诊室 (ER) 以立即获得护理。如果您去了急诊室, 您应当请急诊室人员打电话给您的 PCP。如果您去了急诊室, 您应当尽快致电客户关怀服务部。急诊护理服务不需要预授权。

一旦您有机会, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。HSCSN 会支付所有网络内和网络外的急诊服务。

处方药续配

如果您需要在外地配处方药, 请致电 1 (866) 885-4944 联系 CVS Health 客户关怀部。

如果您的孩子需要在外地就医, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。



网络内与网络外医护人员

当您去看我们网络的医生或其他医护人员时, HSCSN 会支付您的护理服务。我们将这些医生和其他医护人员称为“网络内”医疗服务提供方。您可以从医疗服务提供方名录找到所有“网络内”医护人员。不属于我们网络的医生或医护人员称为“网络外”医护人员。

如果您选择网络外的医生、医院或实验室,您可能需要支付护理费用。如果您先询问我们,且我们告知您(通常以书面形式)没问题,则您不需要支付费用。我们将这个流程成为“预授权”。

如果 HSCSN 没有可以提供覆盖服务的网络内医疗服务提供方, HSCSN 将(充分和及时地)提供来自经批准的网络外提供者的覆盖服务。

如果您收到医护人员的账单,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

您在接受某些服务前需要得到 HSCSN 的批准。

这个批准程序称为“预授权 (PA)”。

除了急诊服务外,所有网络外服务皆需要预授权。

您可以至所选的家庭计划提供者看诊,即使他们不属于 HSCSN 网络。您不需要预授权。如需更多关于家庭计划的信息,请参见第 27 页。



预约看诊

预约您的 PCP

- 请确保手边有您的成员身份卡和纸笔。
- 打电话给您 PCP 的诊所。成员身份卡的正面有您 PCP 的电话。您也可以通过医疗服务提供方名录或 www.hscsnhealthplan.org 获取该信息。
- 告诉接听者您是 HSCSN 成员。告诉他们您想预约您的 PCP。
- 告诉接听者您的就诊原因。例如：
 - 您或是家人成员觉得身体不适。
 - 您受伤或出了意外。
 - 您需要检查或后续护理。
- 写下您的预约时间和日期。
- 准时就诊,并携带您的成员身份卡和附照片身份证件。
- 如果您需要人协助您预约看诊,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

更改或取消预约

- 准时就诊非常重要。
- 如果您需要更改或取消预约,请在预约时间前 24 小时联系医生诊所。
- 您可能需要提前 24 小时以上致电才能取消某些预约。
- 如果您没有出席预约或是迟到,您的医生可能会决定不继续接受您作他/她的病人。

PCP 或 PDP 诊所关闭时,如何获得护理

如果您的 PCP 或 PDP 的诊所关闭,但您必须联系他们,请致电您的 PCP 或 PDP 诊所向接听者留言,并提供您的电话号码。会有人尽快给您回电。您也可以全天候 24 小时拨打护士援助热线:(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549。如果遇到紧急情况,请拨打 911 或去离您最近的急诊室。

需要等多长时间才能看医生？

您医生的诊所必须在您致电后的几天内让您看诊。以下表格告诉您需要等多长时间才能预约看诊。如果您无法在这段时间内无法预约看诊，请致电 (202) 467-2737。

诊疗类型	您的医疗状况	需要等多长时间才能看医生
紧急诊疗	您受伤或生病，且需要在 24 小时内接受护理，以避免情况恶化，但您不需要马上见医生。 紧急护理的例子包括： • 发烧超过 101°F/38°C • 喉咙痛 • 呕吐 • 耳痛	24 小时内
常规诊疗	您有轻微疾病或或轻伤，或是您需要定期检查，但您不需要马上就诊。	30 天内
回诊	您最近接受治疗，需要尽快与医生见面，确保您恢复良好。	1-2 周内，因治疗类别而异
成人健康检查	• 您第一次与新的医生看诊 • 您接受定期成人健康检查的时间到了 • 您接受前列腺检查、盆腔检查、子宫颈刮片筛查或乳房检查的时间到了	30 天内；必要时更早
非紧急专科医生预约(通过转诊)	您的 PCP 因非紧急医疗状况将您转给专科医生	30 天内
儿童 EPSDT 检查 - 非紧急	您的孩子接受健康儿童检查的时间到了	初次检查： 60 天内 额外检查：如为两岁以下孩童，应检查日的 30 天内； 如为两岁和以上孩童，应检查日的 60 天内
IDEA (早期干预) 评估	对 3 岁以下、有发展迟缓或障碍风险的孩童的测试(“评估”)	30 天内



支持服务

交通服务

如果您需要, HSCSN 将提供交通服务, 协助您就医。HSCSN 还将提供往/返大多数非覆盖服务的交通服务。非覆盖服务是指 HSCSN 未覆盖, 但卫生保健财务部 (DHCF) 或其他地区机构覆盖的服务。Southeastrans (SET) 提供一个交通供应商网络, 这些供应商有许可且完成注册、培训和投保, 可以提供非紧急的医疗交通服务。

- 请致电 1 (866) 991-5433 联系 Southeastrans (SET), 告知他们您什么时间和日期需要接送。
- 您必须在预约时间前至少 24 小时 (不包括周六与周日) 致电才可获得交通服务。如果您需要前往 EPSDT 诊疗或其他常规诊疗的交通服务, 您可以在预约前一天致电询问。
- 如预约了当日紧急就诊, 您必须提前 3 个小时前致电。
- SET 不为在任何紧急医疗需求前至少 3 小时致电的成员提供替代交通方案。
- SET 提供的交通工具类型根据您的医疗需求而定。它们包括但不限于:
 - 轮椅面包车。
 - 乘用车
 - 救护车 (非紧急用)。
 - 公共的共乘服务 (适当时)。
- 请告知 SET 您需要的任何特殊安排:
 - 乘车人数。
 - 安全座椅
 - 行动设备
 - 医疗设备
- 请向 SET 提供您的成员 ID、电话号码和接送地址。此外, 请告知他们您要去的医疗/牙科机构或医生诊所的名称、地址和电话号码。
- HSCSN 提供长途交通服务 (距离哥伦比亚特区超过 50 英里/ 80 公里), 让您与安置于精神病住院治疗机构 (PRTF) 的孩子一起接受家庭治疗, 或进行具备医疗必要性的护理。尽快联系您的护理经理以安排长途服务。
- HSCSN 为成员提供家庭治疗出行服务。当您或您的孩子被安置在 PRTF 中时, 家庭治疗是治疗计划的一部分。

家庭治疗和长途交通服务

HSCSN 将支付长途旅行(距离 DC 超过 50 英里/ 80 公里)费用,让您与安置于 PRTF 的孩子一起接受家庭治疗,或进行具备医疗必要性的护理。PRTF 的家庭治疗必须是您孩子的治疗计划的一部分,才能被 HSCSN 的批准。因具备医疗必要性的护理而进行的长途旅行必须为成员护理协调计划的一部分,才会被 HSCSN 批准。您必须在预约时间至少两周前联系您的 HSCSN 护理经理协调交通事宜。

HSCSN 覆盖以下家庭治疗和长途交通服务:

- 看护者和一名额外人员前往 PRTF 或医疗服务提供方设施的出行服务及酒店。
- 往返机场、火车站和汽车站的出行服务。
- 一间酒店房间,供您和一名额外人员的入住,最多入住两晚。房间可能有两张双人床或两张大号双人床。
- 作为治疗的一部分,您与孩子因治疗假/通行证外出,所使用的出行服务。治疗假/通行证必须得到 PRTF 主治医生和团队的批准。如果治疗假/通行证的目的地距离设施超过 25 英里,您还必须获得 HSCSN 的批准。请在旅行前联系您的护理经理提出请求。

HSCSN 不覆盖:

- 租车
- 食物、游戏、衣服或一日游。
- 搭乘 Lyft 或出租车从治疗设施出发行驶超过 25 英里/40 公里(单程)或往返超过 50 英里/80 公里。HSCSN 不覆盖作为个人用途的 Lyft 乘车费用。个人用途是指任何与孩童治疗无关的用途。
- 如果您想出行超过 50 英里/80公里,您需要 HSCSN 的批准。请联系您的护理经理以提出请求。

口译及笔译服务/给听力受损和视力受损者的辅助援助服务

口译服务

如果您有需求,HSCSN 将免费提供口译服务,包括在医院。

如需口译服务,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。如需口译服务,请在就医前联系我们。

口译服务一般通过电话提供。如果您就诊时需要口译员陪同,您必须在 5 天内或至少在预约时间前 48 小时通知我们。



如果您需要口译服务, HSCSN 将会提供该服务。包括您或您的孩子在医院时。

如需口译服务, 请在就医前致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

笔译服务

如果您收到 HSCSN 的信息, 需要将文件翻译成其他语言, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

听力受损和视力受损者辅助援助服务

如果您有听力困难, 请致电客户关怀服务 TTY/TTD 号码 (202) 467-2709。

如果您有视力障碍, 请致电 1 (866) 937-4549 或 (202) 467-2737 联系客户关怀服务部。

我们能以录音、盲文或大字体提供信息。



专科护理与转诊

如何获得专科护理

您的 PCP 能照顾您大部分的医疗需求。您也可能会需要其他医护人员的护理服务。

HSCSN 提供多种不同医护人员的服务。这些医护人员又称为专科医生,因为他们受过特定医疗领域的专门训练。

您的护理经理会与您和您的 PCP 合作,确认您需要见专科医生。

您的 PCP 会按照 HSCSN 的转诊和授权流程,让您接受网络外的专科医疗服务。

如果您想见的专科医生不属于 HSCSN 网络,但您未先取得许可,且 HSCSN 表示其不支付护理费用,您可以:

- 预约另一名 HSCSN 网络内的医生,获取第二意见。
- 对我们的决定提起上诉(参见第 67 页“上诉”部分)。
- 经过上诉流程后,要求举行公平听证会(参见第 66 页“公平听证会”部分)。

自行转诊服务

有些服务您不必通过 PCP 转诊即可获得。这些服务称为自行转诊服务,种类如下。

您不需要转诊即可:

- 见您的 PCP
- 紧急情况时获得护理。
- 从您的网络内妇产科医生处获得常规或预防服务(仅限女性)。
- 获得家庭计划服务。
- 获得性传播感染(ST)方面的服务。
- 接种疫苗(预防针)。
- 获得接受专业服务的后续护理。
- 见网络内的眼科医护人员。
- 带您的孩子去见网络内的牙科医护人员。
- 获得心理健康护理,或酒精与其他药物问题的服务。



心理健康服务

成人与儿童的心理健康护理。当您感觉抑郁或焦虑时,这种护理服务能帮助您。

如果您或是您的家庭成员需要协助, 请致电

- HSCSN 客户关怀服务部:(202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549。
- 哥伦比亚特区行为健康部 (DBH) 热线:1 (888) 793-4357, 服务时间为每天 24 小时、每周 7 天。

酒精或其他药物问题相关服务

酒精或其他药物问题会危及您的健康,也可能会危及您周遭的人的健康。如果您需要这方面的协助,请务必就医。HSCSN 将帮助您安排排毒服务,并提供护理协调,帮助您获得其他服务。要获得这方面的服务,您可以:

- 每周 7 天、每天 24 小时致电 (202) 467-2737、1 (866) 937-4549 或 TTY/TTD 号码 (202) 467-2709 联系客户关怀服务部。
- 致电 (202) 727-8473 直接联系行为健康部 (DBH) 评估和转介中心 (ARC)。
- 所有心理健康和酒精与药物滥用服务均为保密的。

避孕和其他家庭计划服务

您不需要转诊即可获得避孕或其他家庭计划服务。所有避孕和其他家庭计划服务均为保密的。

您可以从任何所选的医护人员处获取避孕和其他家庭计划服务。您不需要转诊即可获得这些服务。如果您选择的家庭计划服务医生并非您的 PCP, 请告知您的 PCP。这能帮助您的 PCP 提供更好的护理服务。如果需要更多关于避孕或其他家庭计划服务的信息, 请问您的 PCP, 或致电 (202) 467-2737、1 (866) 937-4549 或 TTY/TTD 号码 (202) 467-2709 联系 HSCSN 客户关怀服务部。

家庭计划服务包括:

- 妊娠试验
- 给妇女和伴侣的咨询。
- 常规和紧急避孕。
- 咨询和免疫接种
- 子宫颈筛查(涂片筛查)。
- 筛查所有性传播感染。
- 治疗所有性传播感染。
- 绝育手术(须年满 21 岁且在手术前 30 天签署同意书)。
- 艾滋病毒/艾滋病检测 (HIV/AIDs) 和咨询。

家庭计划服务并不包括：

- 常规不孕检查或程序。
- 为绝育而切除子宫
- 自愿绝育后复通。
- 艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDs) 治疗
- 堕胎

艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 检测、咨询和治疗

您可以通过以下渠道获得艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 检测和咨询：

- 接受家庭计划服务时。
- 通过您的 PCP
- 通过爱滋病毒检测和咨询中心。

如需更多关于艾滋病病毒 (HIV) 检测和咨询的信息，请致电 (202) 467-2737、1 (866) 937-4549 或 TTY/TTD 号码 (202) 467-2709 联系客户关怀服务部。如果您需要艾滋病病毒 (HIV) 治疗，您的 PCP 能协助您获得护理服务。或者，您可以联系您的护理经理。如果您或您的医生认为您感染艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDs) 的风险很高，您也可以获得暴露前预防 (PrEP)。



药房服务和处方药

药房是您领取药品(药物)的地方。如果您的医生开了处方,您必须到 HSCSN 网络内的药房领药。

HSCSN 医疗服务提供方名录或 www.hscsnhealthplan.org 网站上有所有 HSCSN 网络内药房的清单。

如需协助,或是想要纸质清单,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

如果您在外地遇到紧急情况或需要紧急护理,请参见第 19 页**当您人在外地时的护理**部分。

如何配处方药:

- 请选择一间属于 HSCSN 网络内且位于您住家或工作地点附近的药房。
- 取得处方后,请前往该药房并将您的处方和 HSCSN 会员卡交给药剂师。
- 如需协助,请致电客户关怀服务部,电话号码为 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549, 或 TTY/TTD (202) 467-2709。

请谨记:

- 不应有人要求您支付药品费用。如果药房或药店要求您付款,请致电 HSCSN 客户关怀服务部。
- 有时候,您的医生可能需要 HSCSN 的预授权 (PA) 才可以开特定的药物。如果您的医生在等待预授权,您有权获得该药物:
 - 最多 72 小时,或者
 - 如果服药频率少于一天一次,您可获得一个疗程份量的药物。



疾病管理

如果您有慢性病或特殊医疗保健需求,例如哮喘、高血压或精神疾病,我们可能会将您纳入我们的疾病管理计划。您的 HSCSN 护理经理将帮助您获得疾病管理和提升健康所需的服务和信息。

为了支持您/孩子的整体健康目标,HSCSN 创建了疾病管理计划,根据成员特定的健康状况,帮助成员获得高质量的医疗保健服务。HSCSN 与成员一起努力,以帮助成员管理慢性健康问题。

我们的疾病管理计划是 HSCSN 现有的护理管理计划的一部分。与您的慢性病相关的协调由您的 HSCSN 护理经理完成,或是由与您的护理经理合作的护士完成。

疾病管理包括哪些内容?

- 与您/您孩子的状况相关的健康评估。
- 针对慢性健康问题的健康教育。
- 制定行动计划。
- 遵循该病症的既定治疗指南。
- 和一名 HSCSN 护理就该病症进行面对面或虚拟访问。
- 转介社区资源。
- 与您/您孩子的医生一起管理慢性健康问题。

**如果您对 HSCSN 的疾病管理计划有疑问,请联系您的护理经理或致电
202-467-2727 或 (202) 467-2737 联系客户关怀服务部。**



护理协调和护理管理计划

HSCSN 护理经理会根据您的需求协助您。他/她是您的合作伙伴，帮忙协调您所需的医疗保健服务。护理经理具备与特殊需求儿童和青年合作。您的护理经理会在您加入医保计划后 5 天内与您联系。他/她会与您亲自会面，以收集启动护理协调计划所需的信息。您的护理经理会询问您或孩子的：

- 医疗状况
- 服用药物
- 学校信息
- 医护人员

HSCSN 护理经理能协助您或孩子：

- 获取覆盖服务
- 安排诊疗和检测。
- 安排交通服务
- 找出不同方法，确保您获得正确服务的。
- 找出资源来满足特殊医疗保健需求和/或协助您的看护者应对日常压力。
- 连接社区和社会服务。
- 在您的医疗福利结束。要过渡到其他护理时，您可以选择另一个 MCO，或者在必要时转移到 DC Medicaid 按服务收费计划。
- 确保您或孩子的医护人员提供
护理协调计划中的
护理服务。
- 确保您孩子的学校、校区机构和网络外的医护人员提供治疗方案中的服务。
- 协助您了解自己或孩子的医疗状况，以及如何应对。
- 协助您联系社区内能帮助您或孩子的人。
- 每年与您会面，以进行：
 - 完整评估
 - 讨论您的护理需求。
 - 讨论您或孩子的协调护理计划。

如果您或孩子有慢性病或特殊医疗保健需求，例如糖尿病、高血压、精神疾病或哮喘，HSCSN 可为您提供特殊服务和计划，为您的医疗保健需求提供额外的帮助。您或孩子将有一名护理经理，他将帮助您获得管理疾病和改善健康所需的服务和信息。

您的护理经理会每年与您会面,或可能依据您或孩子的需求更常见面。如果您对护理经理有任何疑问,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

我们的工作人员能提供您更多信息。他们也能告知您,您目前参加了哪些计划。您也可以要求转介或退出某个计划。



护理管理计划权力及责任

HSCSN 在护理的每个部分都考量了成员的权力。我们鼓励成员了解自己的需求和参与治疗,并在此基础上利用自己的权利做出决定。这将使他们能够评估所接受的服务和提供服务的人。

I.成员及其家人有权:

- A. 被 HSCSN 工作人员以关怀且尊重的态度对待。
- B. 隐私
- C. 每年获取有关 HSCSN 服务、医疗服务提供方以及权利和责任的信息。
- D. 直到所有参与成员的护理的医疗保健工作人员和医护人员的姓名。
- E. 分享他们对成员的权力和义务的看法。
- F. 每年,或在会员资格或福利变更前 30 天,获得书面通知。
- G. 选择或变更网络内医护人员,或要求更换护理经理,以满足他们的需求。
- H. 了解他们的健康需求并在医护人员给予治疗前同意接受治疗。
- I. 知道如何在获得服务之前获得授权(紧急服务不需要授权)。
- J. 知道如何以及何时拨打 911。
- K. 了解什么是紧急医疗状况,以及有哪些后续治疗或服务。
- L. 开放地讨论适合他们的病情的治疗方案,或是医疗所需的治疗方案,无论费用或福利覆盖范围如何。
- M. 参与有关成员的医疗保健的决策过程。在成员接受治疗前,您有权表示同意或不同意治疗。成员有权获得第二意见和/或拒绝接受治疗。
- N. 如果网络内没有合适的医疗服务提供方,要求 HSCSN 免费安排成员获得网络外医护人员的第二意见。
- O. 被接送至所有具备医疗必要性的约诊。
- P. HSCSN 的政策应以您理解的语言提供,以帮助您做出决定。
- Q. 对 HSCSN 工作人员表达疑虑和不满,并及时获得回复。
- R. 随时联系医疗财务部 (DHCF) 监察员,表达您的疑虑或不满,而不必担心遭到报复。获得公平听证会,并在需要时获得 HSCSN 或 DHCF 工作人员的协助。

- S. 如果您年满 18 岁,制定在有死亡危险时,有关儿童或年轻人护理的预先指示,说明如果您无法自行做出医疗选择,您希望做些什么;州法律变更时,在变更日期后 90 天内向成员提供变更信息。
- T. 让儿童或年轻人的医疗记录保密,且通常只有在父母、法定监护人或独立的未成年人的书面许可下才能发布。
- U. 能够请求和获取他/她的医疗记录副本,并要求按照 45C.F.R.第 164.524 和 164.526 节的规定对其进行修改或更正。
- V. 如果您孩子的护理信息因法律要求而发布,在发布后 10 天内收到书面形式通知。
- W. 在治疗、面谈和任何护理计划会议期间,让儿童或年轻人获得周到且隐私的医疗护理。
- X. 全年每天 24 小时都可以获得 HSCSN 为儿童或年轻人提供的医疗保健服务。
- Y. 成员/看护者有权不因任何理由受到胁迫或评判。
- Z. 不会说英语的成员将获得翻译服务。
- AA. 成员的文件将翻译成其他语言和格式。
- BB. 如果口译服务未能及时提供,有限英语水平 (LEP) 的成员有权投诉。
- CC. 不受作为纪律或报复手段的拘束。
- DD. 了解 HSCSN 的财务状况。成员不会对 HSCSN 的债务或财富负过错责任;并且不负责支付覆盖服务的费用。
- EE. 了解 HSCSN 的处方药计划、该计划的政策,以及成员有权在处方处于申诉或上诉过程时获得该处方药。
- FF. HSCSN 医生激励计划 (PIP) 说明。
- GG 根据 42 C.F.R.第 438.10(i)(3)(iv) 节要求的任何成员满意度调查摘要。
- HH. 从任何哥伦比亚特区的医疗保健财务提供方获取医家庭计划服务和用品。
- II. 获得一本成员手册和一份医疗服务提供方名录。

II.成员及其家人有责任:

- A. 在接受医疗保健或护理协调服务时,善待并尊重 HSCSN 工作人员和医护人员。
- B. 与成员的医护人员和护理经理合作,制定并遵循商定的护理计划和指示。
- C. 了解您或孩子的健康问题,并参与制定治疗这些问题的计划。



- D. 如果您想更改护理计划, 请告知您的工作人员和医生。
- E. 就医时出示您的 HSCSN 卡和注射记录。
- F. 前往所有健康诊疗, 如果您需要取消, 要告知您的医生和 HSCSN。
- G. HSCSN 带您去您孩子的健康检查时, 请准时出席。
- H. 去诊所看诊时, 18 岁以下的孩子需有大人陪同。该名大人必须在搭车和看医生全程陪同孩子。
 - I. 当看诊或计划结束后 HSCSN 将孩子带回来时, 请您做好准备。
 - J. 如果您无法到场, 请安排您认识的成人到那里接您的孩子。
 - K. 如有要求, 请向 HSCSN 提供同意书 (ROI)。
 - L. 如果您的姓名、地址、电话号码或紧急电话号码有任何变化, 请立即通知 HSCSN。
- M. 如果您或您的孩子在参保 HSCSN 期间怀孕或生了孩子, 请知会 HSCSN。
- N. 如果父母或看护人或您的孩子去世了, 或者他们失去 SSI, 或者他们不住在家里, 或者入狱, 或者有其他对 HSCSN 有帮助的事情, 请在 HSCSN 打电话给您时告知。
- O. 提供医生和 HSCSN 所需的信息。这能帮助医生提供高质量的医疗护理。这也能让我们提供您合适的服务。
- P. 分享有关您和孩子的护理的想法。
- Q. 所有的新药物和治疗都需经过批准。
- R. 如果您感到不适, 请前往急诊室。
- S. 协助您的医生从您之前的医生哪里取得医疗记录。
- T. 如果您或家人有其他医疗保险, 请告诉收入维护管理局 (IMA) 和 HSCSN。
- U. 询问与您和孩子的护理以及 HSCSN 服务相关的问题。这有助于医生了解您和孩子的健康问题。
- V. 在医生和/或 HSCSN 互动时, 不欺诈或滥用。



避免青年生病的服务

HSCSN 希望您能照顾好自己的身体健康。我们希望您能参加我们为您提供的卫生健康服务。卫生健康服务包括筛查、咨询和免疫接种。

检查建议 (“筛查”)

请与您的 PCP 预约, 一年至少进行一次检查。请参见“医疗福利”部分下的 “成人健康检查” 清单, 了解您在检查时能与 PCP 讨论哪些事项。

请与您的 PCP 预约, 一年至少进行一次检查。

预防咨询

预防咨询能帮助您保持身体健康。您可以获得以下预防咨询资源:

- 饮食和运动
- 酒精和药物滥用。
- 戒烟
- 艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 预防
- 行为健康

成人免疫接种

如果您是成人, 您可能需要接种一些疫苗 (预防针)。请咨询您的 PCP, 了解您可能会需要哪些疫苗。



怀孕

如果您怀孕了,或是认为自己怀孕,请马上去见您的妇产科医生。您不需要先见您的 PCP 就可以预约妇产科医生。

如果您怀孕了,请致电:

- 经济安全管理局 (ESA), 电话号码为 (202) 727-5355, 请通报您怀孕。
- 客户关怀服务部, 电话号码为 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549。
- 您的 PCP

如果您怀孕了,您需要做一些检查。这些检查将有助于确保您怀孕和分娩过程健康,以及您的婴儿的健康。这种护理称为产前护理。在婴儿出生前,您会获得产前护理。

请记住,如果您怀孕了,或认为自己怀孕,请勿饮酒、使用毒品或吸烟。

产前及产后护理

产后护理

生产后,请尽快致电您的护理经理。您的护理经理能协助您帮婴儿加保。您的 OB 护理经理将在您离开医院后 2 天内拜访您,无论您的婴儿是否已跟您回家。访问期间,您的 OB 护理经理能回答任何关于恢复的问题。

如果您的婴儿已跟您回家,OB 护理经理将会:

- 回答您的任何问题。
- 教导您如何照顾新生儿。
- 讨论母乳喂养或奶瓶喂养。

产后期间请务必:

- 致电您的妇产科医生安排产后检查。通常是在您生产完 4 至 6 周后进行,除非您的医生希望您更快回诊。
- 帮您的孩子挑选儿科医生。如果您需要人协助您选择儿科医生,请致电您的 OB 护理经理。
- 请致电医生诊所帮您的孩子约诊。尽可能在婴儿约 2 周大时预约一次检查,除非儿科医生希望更早检查您的婴儿。

**生产后,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549
联系您的 OB 护理经理,并致电 202-727-5355 联系 ESA。**

您孩子的健康

儿童健康检查计划 (EPSDT)

HSCSN 希望能帮助您孩子健康长大。如果您的孩子参加了哥伦比亚特区健康家庭 (Medicaid) 计划, 您的孩子即参加了健康检查计划 (Health Check Program), 又称早期和定期筛查、诊断和治疗计划 (EPSDT)。这个计划从您孩子出生时开始, 到孩子满 21 岁时结束。健康检查计划让您的孩子能接受几项重要检查。

本手册中包含健康检查 (EPSDT) 的信息表。您也可以询问您的医生、致电客户关怀服务部, 或访问我们的网站 www.hscsnhealthplan.org, 以获取健康检查 (EPSDT) 周期时间表。时间表会告诉您, 孩子何时需要去看医生。

除了健康检查/EPSDT 服务, 您的孩子也会获得“成员医疗福利”部分中描述的医疗福利。

移民儿童

如果您的孩子参加了移民儿童计划 (Immigrant Children's Program), 那他/她将获得健康儿童护理服务。此计划会持续到孩子满 21 岁为止。

除了健康儿童护理服务, 您的孩子也将获得“成员医疗福利”部分中描述的医疗福利。移民儿童只有在参加 HSCSN 保险期间才有接受医疗服务的资格。

您无需为孩子支付这些服务的费用 – 所有服务均为免费。如果您有任何问题, 或需要交通或约诊方面的服务, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

儿童的牙齿护理

HSCSN 成员能免费获得牙科检查和治疗。HSCSN 与 Delta Dental 合作以帮助您找寻可看诊的牙医。牙医能预防蛀牙, 并教导您和孩子如何照顾牙齿健康。

- 从出生至 3 岁, 您孩子的 PCP 可以在定期检查时提供牙科护理。
- PCP 可能会决定将孩子转诊至牙医。

孩子满 3 岁之后, 所有孩子都应当去 HSCSN 网络内的牙医, 并至少每年检查两次, 或每 6 个月检查一次。请从 HSCSN 医疗服务提供方名录或前往 www.hscsnhealthplan.org 查询并选择您附近的牙医。请致电牙医诊所预约检查。



有特殊医疗保健需求的儿童

如果儿童的身体、发育、行为或情绪问题是永久性的或持续很长时间，那他们可能有特殊医疗保健需求。这些儿童可能需要额外的医疗保健和其他服务。

HSCSN 将联系您进行健康筛查，以确定您的孩子是否有特殊医疗保健需求。如果 HSCSN 尚未联系您，请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

如果您的孩子有特殊医疗保健需求：

- 您的孩子有权选择专科医生作为 PCP。
- 您的孩子可能会被分配一名护理经理，以满足您孩子的特殊需求。
- 您孩子的护理经理将与您和孩子的医生一起制定治疗计划。

请确保您和孩子的医生签署了孩子的治疗计划。如果您没有治疗计划，请致电 HSCSN 客户关怀服务部，要求为您的孩子制定治疗计划。

IDEA 计划

IDEA 是《残疾人教育法案》的缩略语。IDEA 是一项联邦法律。IDEA 计划为有发育迟缓、残疾或特殊需求的儿童提供特殊服务。HSCSN 为 3 岁以下的儿童提供早期干预服务。4 岁或以上的儿童会获得特殊教育服务，由哥伦比亚特区公立学校和公立特许学校系统提供。

如果您认为孩子没有依照应有的进度成长，请让您的孩子接受测试（“IDEA 评估”）。要进行 IDEA 评估，请致电您的 PCP。如果您的孩子需要 IDEA 服务，您的 PCP 会将孩子转介至哥伦比亚特区 Strong Start 早期干预计划。

HSCSN 的护理经理能告诉您更多关于 IDEA 和其他针对儿童的服务的信息。

如果您的孩子符合早期干预服务的资格，HSCSN 覆盖下列服务：

- 对于 3 岁以下的儿童，HSCSN 会覆盖您孩子的治疗计划 (IFSP) 中包含的所有医疗保健服务。
- 对于满 3 岁和以上的儿童，HSCSN 将：
 - 支付孩子在不上学时所需的所有医疗保健服务和治疗计划中的所有服务，即使是在晚上、周末和假期。
 - 协调未通过学校治疗计划提供的服务。

如需更多有关您孩子可以通过 IDEA 计划获得的服务的信息，请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部，或联系您孩子的学校。

哥伦比亚特区的成长表（见插页）可以帮助您确定孩子是否有生长发育延迟。

给儿童和青少年的免疫接种(预防针)

疫苗(预防针)非常重要,能帮助孩子保持健康。当您的孩子还很小时,他们可能每几个月就需要打预防针。孩子从出生开始打预防针。这些预防针能保护孩子不受疾病侵害。

您的 PCP 和 HSCSN 会为您安排的孩子打预防针。

查看建议免疫接种和周期表(见插页),了解您孩子的接种时间表。

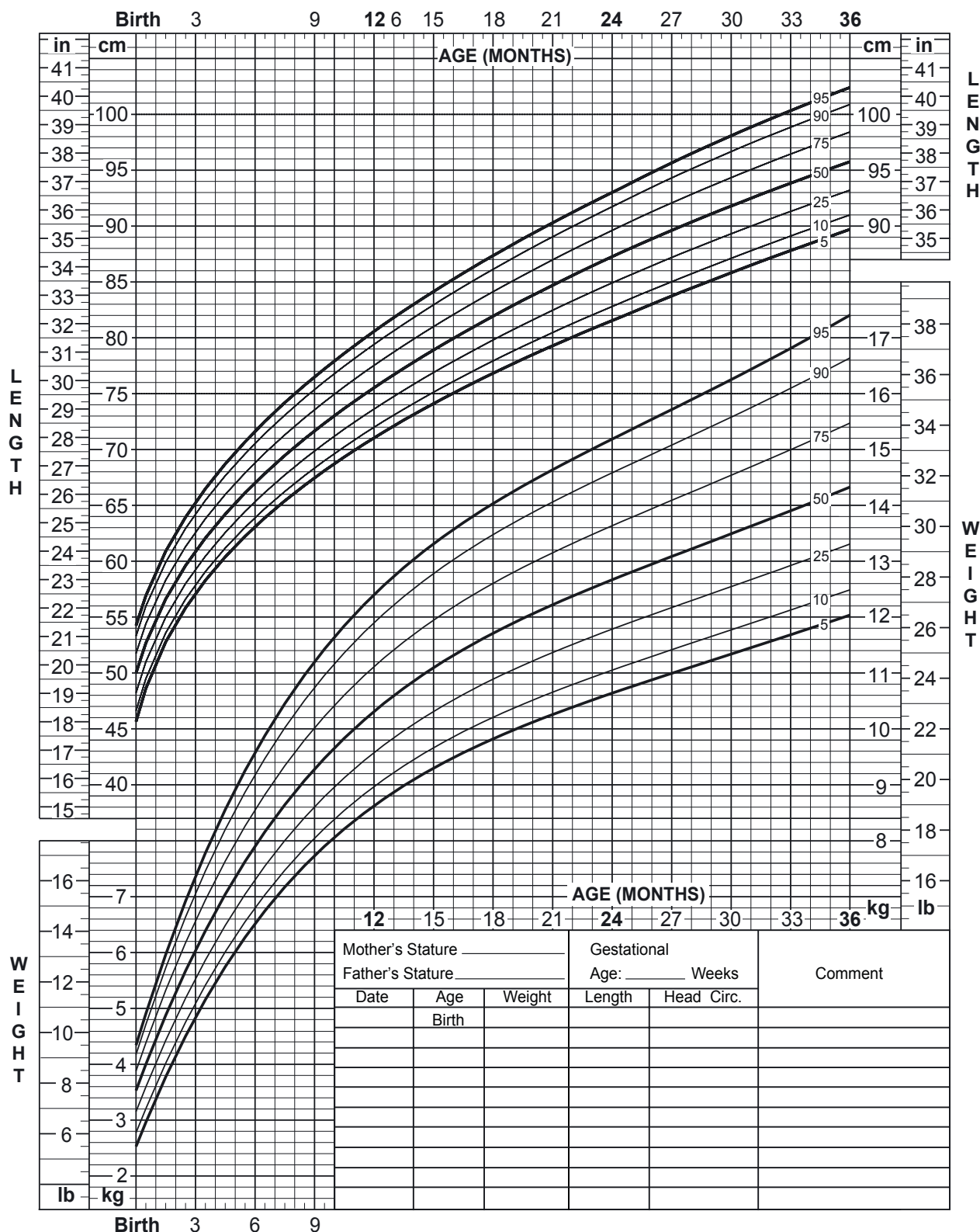


Birth to 36 months: Boys

Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



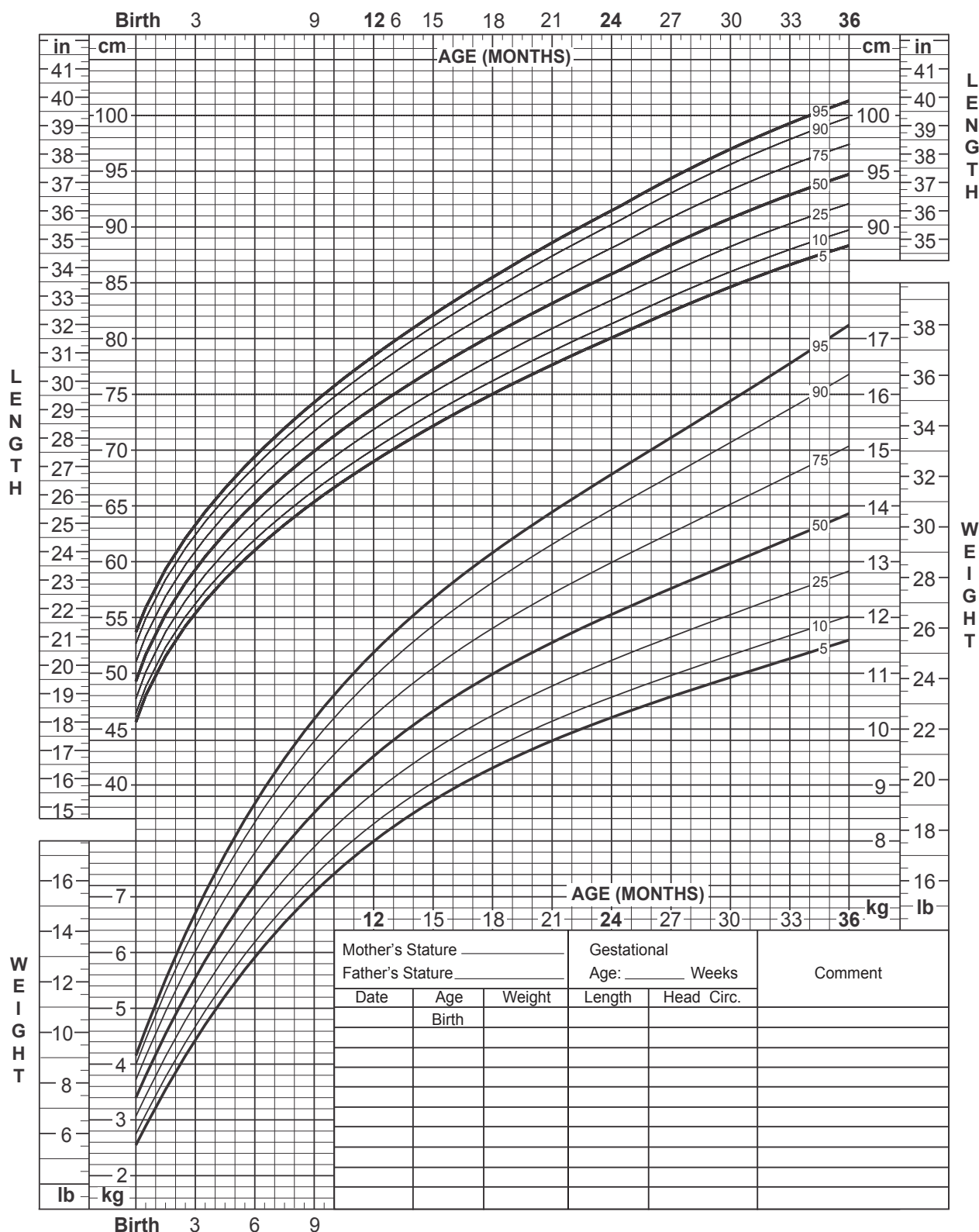
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Birth to 36 months: Girls

Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____

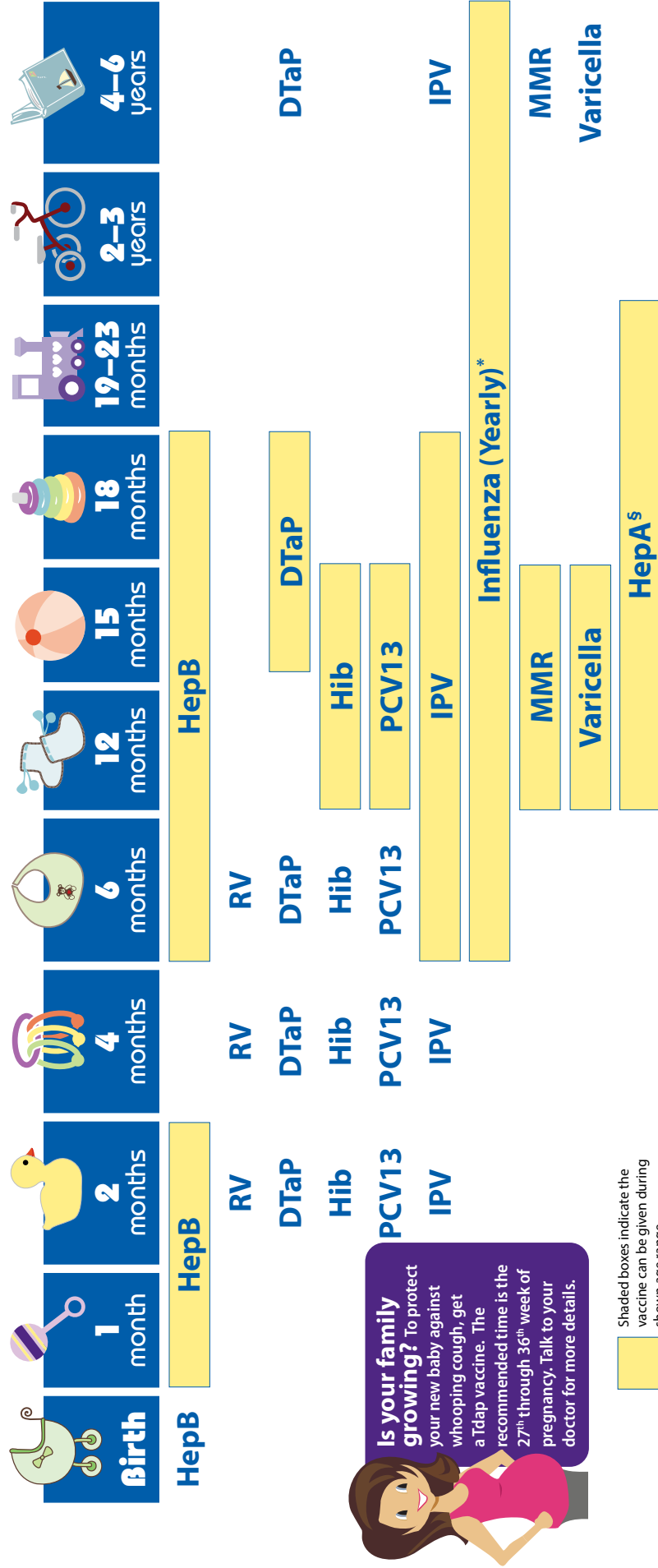


Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

2021 Recommended Immunizations for Children from Birth Through 6 Years Old



See back page for more information on vaccine-preventable diseases and the vaccines that prevent them.

NOTE: If your child misses a shot, you don't need to start over. Just go back to your child's doctor for the next shot. Talk with your child's doctor if you have questions about vaccines.

FOOTNOTES:

- * Two doses given at least four weeks apart are recommended for children age 6 months through 8 years of age who are getting an influenza (flu) vaccine for the first time and for some other children in this age group.
- ^s Two doses of HepA vaccine are needed for lasting protection. The first dose of HepA vaccine should be given between 12 months and 23 months of age. The second dose should be given 6 months after the first dose. All children and adolescents over 24 months of age who have not been vaccinated should also receive 2 doses of HepA vaccine.

If your child has any medical conditions that put him at risk for infection or is traveling outside the United States, talk to your child's doctor about additional vaccines that he or she may need.

Vaccine-Preventable Diseases and the Vaccines that Prevent Them

Disease	Vaccine	Disease spread by	Disease symptoms	Disease complications
Chickenpox	Varicella vaccine protects against chickenpox.	Air, direct contact	Rash, tiredness, headache, fever	Infected blisters, bleeding disorders, encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs)
Diphtheria	DTaP* vaccine protects against diphtheria.	Air, direct contact	Sore throat, mild fever, weakness, swollen glands in neck	Swelling of the heart muscle, heart failure, coma, paralysis, death
Hib	Hib vaccine protects against <i>Haemophilus influenzae</i> type b.	Air, direct contact	May be no symptoms unless bacteria enter the blood	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), intellectual disability, epiglottitis (life-threatening infection that can block the windpipe and lead to serious breathing problems), pneumonia (infection in the lungs), death
Hepatitis A	HepA vaccine protects against hepatitis A.	Direct contact, contaminated food or water	May be no symptoms; fever, stomach pain, loss of appetite, fatigue, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), dark urine	Liver failure, arthralgia (joint pain), kidney, pancreatic and blood disorders
Hepatitis B	HepB vaccine protects against hepatitis B.	Contact with blood or body fluids	May be no symptoms; fever, headache, weakness, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), joint pain	Chronic liver infection, liver failure, liver cancer
Influenza (Flu)	Flu vaccine protects against influenza.	Air, direct contact	Fever, muscle pain, sore throat, cough, extreme fatigue	Pneumonia (infection in the lungs)
Measles	MMR** vaccine protects against measles.	Air, direct contact	Rash, fever, cough, runny nose, pink eye	Encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs), death
Mumps	MMR** vaccine protects against mumps.	Air, direct contact	Swollen salivary glands (under the jaw), fever, headache, tiredness, muscle pain	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), encephalitis (brain swelling), inflammation of testicles or ovaries, deafness
Pertussis	DTaP* vaccine protects against pertussis (whooping cough).	Air, direct contact	Severe cough, runny nose, apnea (a pause in breathing in infants)	Pneumonia (infection in the lungs), death
Polio	IPV vaccine protects against polio.	Air, direct contact, through the mouth	May be no symptoms, sore throat, fever, nausea, headache	Paralysis, death
Pneumococcal	PCV13 vaccine protects against pneumococcus.	Air, direct contact	May be no symptoms; pneumonia (infection in the lungs)	Bacteremia (blood infection), meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), death
Rotavirus	RV vaccine protects against rotavirus.	Through the mouth	Diarrhea, fever, vomiting	Severe diarrhea, dehydration
Rubella	MMR** vaccine protects against rubella.	Air, direct contact	Sometimes rash, fever, swollen lymph nodes	Very serious in pregnant women—can lead to miscarriage, stillbirth, premature delivery, birth defects
Tetanus	DTaP* vaccine protects against tetanus.	Exposure through cuts in skin	Stiffness in neck and abdominal muscles, difficulty swallowing, muscle spasms, fever	Broken bones, breathing difficulty, death

* DTaP combines protection against diphtheria, tetanus, and pertussis.

** MMR combines protection against measles, mumps, and rubella.

INFORMATION FOR PARENTS

2021 Recommended Immunizations for Children 7–18 Years Old

Talk to your child's doctor or nurse about the vaccines recommended for their age. COVID-19 vaccination is recommended for some adolescents.

	Flu Influenza	Tdap Tetanus, diphtheria, pertussis	HPV Human papillomavirus	Meningococcal		Pneumococcal	Hepatitis B	Hepatitis A	Polio	MMR Measles, mumps, rubella	Chickenpox Varicella
				MenACWY	MenB						
7-8 Years											
9-10 Years											
11-12 Years											
13-15 Years											
16-18 Years											

More information: Everyone 6 months and older should get a flu vaccine every year.

All 11- through 12- year olds should get one shot of Tdap.

All 11- through 12- year olds should get a 2-shot series of HPV vaccine. A 3-shot series is needed for those with weakened immune systems and those who start the series at 15 years or older.

All 11- through 12- year olds should get one shot of meningococcal conjugate (MenACWY). A booster shot is recommended at age 16.

Teens 16–18 years old **may** be vaccinated with a serogroup B meningococcal (MenB) vaccine.



These shaded boxes indicate when the vaccine is recommended for all children unless your doctor tells you that your child cannot safely receive the vaccine.



These shaded boxes indicate the vaccine is recommended for children with certain health or lifestyle conditions that put them at an increased risk for serious diseases. See vaccine-specific recommendations at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/.



These shaded boxes indicate the vaccine should be given if a child is catching up on missed vaccines.



This shaded box indicates children not at increased risk may get the vaccine if they wish after speaking to a provider.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention



American Academy
of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

Vaccine-Preventable Diseases and the Vaccines that Prevent Them

Disease	Vaccine	Disease spread by	Disease symptoms	Disease complications
Chickenpox	Varicella vaccine protects against chickenpox.	Air, direct contact	Rash, tiredness, headache, fever	Infected blisters, bleeding disorders, encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs)
Diphtheria	Tdap* and Td** vaccines protect against diphtheria.	Air, direct contact	Sore throat, mild fever, weakness, swollen glands in neck	Swelling of the heart muscle, heart failure, coma, paralysis, death
Hepatitis A	HepA vaccine protects against hepatitis A.	Direct contact, contaminated food or water	May be no symptoms, fever, stomach pain, loss of appetite, fatigue, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), dark urine	Liver failure, arthralgia (joint pain), kidney, pancreatic and blood disorders
Hepatitis B	HepB vaccine protects against hepatitis B.	Contact with blood or body fluids	May be no symptoms, fever, headache, weakness, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), joint pain	Chronic liver infection, liver failure, liver cancer
Human Papillomavirus	HPV vaccine protects against human papillomavirus.	Direct skin contact	May be no symptoms, genital warts	Cervical, vaginal, vulvar, penile, anal, oropharyngeal cancers
Influenza (Flu)	Flu vaccine protects against influenza.	Air, direct contact	Fever, muscle pain, sore throat, cough, extreme fatigue	Pneumonia (infection in the lungs)
Measles	MMR*** vaccine protects against measles.	Air, direct contact	Rash, fever, cough, runny nose, pink eye	Encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs), death
Meningococcal Disease	MenACWY and MenB vaccines protect against meningococcal disease.	Air, direct contact	Sudden onset of fever, headache, and stiff neck, dark purple rash	Loss of limb, deafness, nervous system disorders, developmental disabilities, seizure disorder, stroke, death
Mumps	MMR*** vaccine protects against mumps.	Air, direct contact	Swollen salivary glands (under the jaw), fever, headache, tiredness, muscle pain	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), encephalitis (brain swelling), inflammation of testicles or ovaries, deafness
Pertussis	Tdap* vaccine protects against pertussis.	Air, direct contact	Severe cough, runny nose, apnea (a pause in breathing in infants)	Pneumonia (infection in the lungs), death
Pneumococcal Disease	Pneumococcal vaccine protects against pneumococcal disease.	Air, direct contact	May be no symptoms, pneumonia (infection in the lungs)	Bacteremia (blood infection), meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), death
Polio	Polio vaccine protects against polio.	Air, direct contact, through the mouth	May be no symptoms, sore throat, fever, nausea, headache	Paralysis, death
Rubella	MMR*** vaccine protects against rubella.	Air, direct contact	Sometimes rash, fever, swollen lymph nodes	Very serious in pregnant women—can lead to miscarriage, stillbirth, premature delivery, birth defects
Tetanus	Tdap* and Td** vaccines protect against tetanus.	Exposure through cuts on skin	Stiffness in neck and abdominal muscles, difficulty swallowing, muscle spasms, fever	Broken bones, breathing difficulty, death

*Tdap combines protection against diphtheria, tetanus, and pertussis.

**Td combines protection against diphtheria and tetanus.

***MMR combines protection against measles, mumps, and rubella.

If you have any questions about your child's vaccines, talk to your child's doctor or nurse.

DC Medicaid HealthCheck Periodicity Schedule

Based on Recommendations from Preventive Pediatric Health Care
from Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP)



The DC HealthCheck Periodicity Schedule follows AAP health recommendations in consultation with the local medical community. The recommendations are for the care of children who have no manifestations of any important health problems. Additional visits or interperiodic screens may become necessary if circumstances suggest the need for more screens, i.e., medical conditions, referral by parent, Head Start, DC Public Schools, early intervention services and programs. Developmental, psychosocial, and chronic disease issues may require frequent counseling and treatment visits separate from preventive care visits. Additional visits also may become necessary if circumstances suggest variations from normal. If a child comes under care for the first time, or if any items are not done at the suggested age, the schedule should be brought up to date as soon as possible. The recommendations in this statement do not indicate an exclusive course of treatment or standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

KEY: * = to be performed ** = risk assessment to be performed with appropriate action to follow, if positive ◀ = range during which a service may be provided

CPT CODE	AGE	INFANCY				EARLY CHILDHOOD				MIDDLE CHILDHOOD				ADOL SCENCE																			
		PRENATAL ²	NEWBORN ³	3-5 d ⁴	By 1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	9 mo	12 mo	15 mo	18 mo	24 mo	30 mo	4 y	5 y	6 y	7 y	8 y	9 y	10 y	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y	19 y	20 y	21 y	
HISTORY Initial/Interval or 95931-5		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
PHYSICAL EXAMINATION ⁷		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
MEASUREMENTS		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Included as part of physical exam with well CPT codes		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
ANTICIPATORY GUIDANCE		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
ORAL HEALTH		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Oral Health Assessment ⁸ Fluoride Varnish ¹⁰									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
SENSORY SCREENINGS																																	
Vision ¹¹ Hearing																																	
Included as part of History																																	
Developmental Surveillance																																	
Developmental Screening ⁹ Autism Spectrum Disorder Screening ¹⁶																																	
Psychosocial/Behavioral Surveillance ¹⁵ Psychosocial/Behavioral Screening ¹⁷ Tobacco, Alcohol, or Drug Use Screening ¹⁸																																	
Behavioral Health Screening ¹⁹ Maternal Depression Screening ²⁰																																	

Last Updated October 2020

NOTES

1. If a child comes under care for the first time at any point on the schedule, or if any items are not accomplished at the suggested age, the schedule should be brought up to date at the earliest possible time.
2. A prenatal visit is recommended for parents who are at high risk, for first-time parents, and for those who request a conference. The prenatal visit should include anticipatory guidance, pertinent medical history, and a discussion of benefits of breastfeeding and planned method of feeding per AAP statement ["The Prenatal Visit"](#) (2009).
3. Every infant should have a newborn evaluation after birth, breastfeeding encouraged, and instruction and support offered.
4. Every infant should have an evaluation within 3 to 5 days of birth and within 48 to 72 hours after discharge from the hospital, to include evaluation for feeding and jaundice. Breastfeeding infants should receive formal breastfeeding evaluation, encouragement, and instruction as recommended in AAP statement ["Breastfeeding and the Use of Human Milk"](#) (2012).
- For newborns discharged in less than 48 hours after delivery, the infant must be examined within 48 hours of discharge per AAP statement ["Hospital Stay for Healthy Term Newborns"](#) (2010).
5. At each visit, age-appropriate physical examination is essential, with infant totally undressed, older child undressed and suitably draped. See ["Use of Chaparones During the Physical Examination of the Pediatric Patient"](#) (2011).
6. Screen, per ["Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report"](#) (2007).
7. Blood pressure measurement in infants and children with specific risk conditions should be performed at visits before age 3 years.
8. Oral Health Services by the primary care provider include oral health assessments, fluoride varnish applications, and referral to a Dental Home. An oral health assessment ([Risk Assessment Tool](#)) is a required component of a preventive health visit to a primary care provider for children prior to the establishment of a Dental Home. Fluoride varnish should be applied to teeth in a primary care setting by trained primary care providers from the eruption of the first tooth up to age three (3) years. Fluoride varnish should be applied 2 times per year and up to 4 times per year, depending on patient risk for caries. To bill for fluoride varnish application for children under 3 years old use CPT code 99188. Children should be referred to a Dental Home beginning within six (6) months of the eruption of the first tooth and should have an established dental home by no later than age three (3) years. A Dental Home is where all aspects of a child's oral health care is delivered in a comprehensive, continuously accessible, and coordinated way by a single dental practice.
9. Perform a [risk assessment](#). See ["Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children"](#) (2014).
10. See [USPSTF recommendations](#) (2014). Once teeth are present, fluoride varnish may be applied to all children every 3–6 months in the primary care or dental office. Indications for fluoride use are noted in ["Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting"](#) (2014).
11. A visual acuity screen is recommended at ages 4 and 5 years, as well as in cooperative 3-year-olds. Instrument-based screening may be used to assess risk at ages 12 and 24 months, in addition to the well visits at 3 through 5 years of age. See ["Visual System Assessment in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians"](#) (2016) and ["Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians"](#) (2016).
12. Confirm initial screen was completed, verify results, and follow up, as appropriate. Newborns should be screened, per ["Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs"](#) (2007).
13. Verify results as soon as possible, and follow up, as appropriate.
14. Screen with audiometry including 6,000 and 8,000 Hz high frequencies once between 11 and 14 years, once between 15 and 17 years, and once between 18 and 21 years. See ["The Sensitivity of Adolescent Hearing Screens Significantly Improves by Adding High Frequencies"](#) (2016).
15. Developmental surveillance is the process of recognizing children who may be at risk of developmental delays and should be performed at every well-child visit. Developmental screening is the administration of a brief standardized tool aiding the identification of children at risk of a developmental disorder, and is required at 9, 18, and 30 months. To bill for a developmental screening using a structured validated tool as a part of the preventive care visit, use CPT code 96110. ["Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening"](#) (2006).
16. Gupta VB, Hyman SL, Johnson CP, et al. Identifying children with autism early? *Pediatrics*. 2007; 119: 152-153. See [CMS Guidance](#). Screening should occur per ["Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders"](#) (2007).
17. Psychosocial/behavioral screening and depression screening are a key part of monitoring mental health in children and youth, and allow for early identification of and intervention of mental health problems. If a child is identified as requiring further mental health services or treatment, please refer to ["The DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care's Child and Adolescent Mental Health Resource Guide"](#) (2017). The psychosocial/behavioral assessment should be family-centered and may include an assessment of child social-emotional health, caregiver depression, and social determinants of health. See ["Promoting Optimal Development: Screening for Behavioral and Emotional Problems"](#) (2015) and ["Poverty and Child Health in the United States"](#) (2016). For depression screening, recommended screening using the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 or other tools available in the [GLAD-PC toolkit](#).
18. A recommended screening tool is the [CRAFT Screening Tool](#).
19. Recommended screening using the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 or other tools available in the [GLAD-PC toolkit](#).
20. Maternal Screening should occur per ["Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression into Pediatric Practice"](#) (2010).
21. These may be modified, depending on entry point into schedule and individual need.
22. [Immunization Schedules](#), per the AAP Committee on Infectious Diseases, are available at. Every visit should be an opportunity to update and complete a child's immunizations.
23. District of Columbia law requires all newborns to have a blood test for all conditions defined in the District of Columbia Newborn Screening Act. For a full list of conditions that should be tested for go to [Chapter 4: Newborn Screening. Understanding Genetics: A District of Columbia Guide for Patients and Health Professionals](#). Results should be reviewed at visits and appropriate retesting or referral done as needed. In addition to District-required Newborn blood lead tests, the newborn bilirubin and critical congenital heart defect tests should be completed.
24. For children at risk of lead exposure, consult the AAP statement ["Lead Exposure in Children: Prevention, Detection, and Management"](#) (2005) and ["Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call for Primary Prevention"](#) (2012). District law (2012) requires that all children receive two blood lead screening tests between ages 6–14 months and 22–26 months; and providers must report lead-poisoned children to DOE's Childhood Lead Poisoning Prevention Program within 72 hours by faxing (202) 535-2607.
25. Perform risk assessments or screenings as appropriate, based on universal screening requirements for patients with Medicaid or in high prevalence areas. See ["Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children \(0–3 Years of Age\)"](#) (2010).
26. See the AAP-endorsed guidelines from the National Heart Blood and Lung Institute, ["Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents"](#) (2012).
27. Tuberculosis testing per recommendations of the Committee on Infectious Diseases, published in the current edition of the [AAP Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases](#) (2012). Testing should be done on recognition of high-risk factors.
28. All sexually active girls should have screening for cervical dysplasia as part of a pelvic examination beginning within 3 years of onset of sexual activity or age 21 (whichever comes first). See [USPSTF Cervical Cancer Screening](#) recommendations (2012). Indications for pelvic examinations prior to age 21 are noted in ["Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting"](#) (2010).
29. Adolescents should be screened for sexually transmitted infections (STIs) per recommendations in the current edition of the [AAP Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases](#) (2012).
30. Adolescents should be screened for HIV according to the [USPSTF HIV Infection Screening](#) recommendations (2013) once between the ages of 15 and 18, making every effort to preserve confidentiality of the adolescent. Those at increased risk of HIV infection, including those who are sexually active, participate in injection drug use, or are being tested for other STIs, should be tested for HIV and reassessed annually.

Last Updated October 2020

HSCSN 健康礼品卡计划

通过完成健康目标,所有 HSCSN 成员每年最多可以赚取 50 美元。这些目标与预防健康检查有关。HSCSN 护理经理能协助您通过您的护理协调计划完成这些目标。

HSCSN 确认您完成健康目标后,奖金会加到成员的礼品卡上,成员可以至参与计划的商店消费。

如何完成健康目标?

每年有四个健康目标,完成后可以获得奖励:

- 成人和儿童健康检查(预防服务),奖励 \$15 美元。
- 一次预防性牙科检查,奖励 \$15 美元。
- HSCSN 护理经理年度访问(包括虚拟访问),奖励 \$10 美元。
- 您与护理经理确定的、与您的健康相关的临床目标,奖励 \$10 美元。

如果您在使用健康礼品卡时遇到问题或有任何疑问,请联系您的护理经理。您也可以致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀服务部。





THE HSC HEALTH CARE SYSTEM
Health Services for Children
with Special Needs, Inc.

儿童健康检查计划 (EPSDT)

HSCSN 希望能帮助您孩子健康长大。如果您的孩子参加了哥伦比亚特区健康家庭 (Medicaid) 计划, 您的孩子即参加了健康检查计划。这个计划也称为早期和定期筛查、诊断和治疗计划 (EPSDT)。这个计划从您孩子出生时开始, 到孩子满 21 岁时结束。健康检查计划让您的孩子能接受几项重要检查。

健康检查计划包括下列检查:

- 全面身体检查。
- 成长和发展检查。
- 疫苗或预防针(免疫接种)。
- 牙科筛查
- 听力筛查
- 视力筛查
- 铅筛查(适用于所有 6 岁以下的成员)。
- 健康教育
- 行为健康筛查

建议让孩子在满以下年纪时接受检查:

婴儿	幼儿	儿童/青少年/青年
1 个月	12 个月	每年一次 (3 至 20 岁)
2 个月	15 个月	
4 个月	18 个月	
6 个月	24 个月	
9 个月	30 个月	



儿童和青少年建议疫苗或预防针接种时间表

婴儿与幼儿

年龄	免疫注射或测试
出生	- 乙型肝炎疫苗(HepB) #1 - 新生儿代谢/血红蛋白筛查
2 个月	- 乙型肝炎疫苗(HepB) #2 - 无细胞百白破疫苗 (DTaP) #1 - 轮状病毒疫苗 (RV) #1 - B型流感嗜血杆菌疫苗 (Hib) #1 - 肺炎球菌结合疫苗 (PCV) #1 - 注射型脊髓灰质炎疫苗 (IPV) #1
4 个月	- 无细胞百白破疫苗 (DTaP) #2 - 轮状病毒疫苗 (RV) #2 - B型流感嗜血杆菌疫苗 (Hib) #2 - 肺炎球菌结合疫苗 (PCV) #2 - 注射型脊髓灰质炎疫苗 (IPV) #2
6 个月	- 乙型肝炎疫苗(HepB) #3 - B型流感嗜血杆菌疫苗 (Hib) #3 - 无细胞百白破疫苗 (DTaP) #3 - 轮状病毒疫苗 (RV) #3 - 肺炎球菌结合疫苗 (PCV) #3
12 个月	- B型流感嗜血杆菌疫苗 (Hib) #4 - 麻疹、腮腺炎和风疹疫苗 (MMR) #1 - 水痘疫苗 (Varicella) #1 - 肺炎球菌结合疫苗 (PCV) #4 - 甲型肝炎疫苗 (HepA) #1 - 铅筛查 - 血红蛋白/血细胞比容 - 结核病检测(如有风险) - 牙科筛查
15 个月	水痘疫苗 (Varicella) #2 (第二剂可于 4 岁时施打)
18 个月	甲型肝炎疫苗 (HepA) #2
24 个月	铅筛查
每年	从婴儿满 6 个月开始, 每年建议施打季节性流感疫苗

学龄儿童与青少年

年龄	免疫接种或检测
3 岁 – 6 岁	血铅检测
4 岁 – 6 岁	- 无细胞百白破疫苗 (DTaP) - 麻疹、腮腺炎和风疹疫苗 (MMR) - 注射型脊髓灰质炎疫苗 (IPV)
11 岁 – 12 岁	- 人类乳突病毒疫苗 (HPV) (限女孩) - 脑膜炎球菌结合疫苗 (MCV4)
13 岁或以上	水痘疫苗 (Varicella)
13 岁 – 16 岁	- 减量破伤风白喉非细胞性百日咳结合疫苗 (Tdap) - 人类乳突病毒疫苗 (HPV) (限女孩)
18 岁或以下	脑膜炎球菌结合疫苗 (MCV4)
每 6 个月	牙齿检查
每年	流感疫苗

发展里程碑

本表格能协助您了解孩子是否发育迟缓。请参考本表格。您的孩子可能会比同龄儿童稍早或稍晚达到这些里程碑。如果您有问题或疑虑，请与孩子的医生讨论。

满 7 个月时, 大多数的孩子能够: - 听到他人呼唤自己的名字时转头。 - 向别人微笑。 - 以声音回应声音。 - 喜欢社交游戏, 例如躲猫猫 (peek-a-boo)。	满 2 岁时 (24 个月大), 大多数的孩子能够: - 使用 2 至 4 个单词组成的短语。 - 听懂简单指示。 - 开始对其他孩子感兴趣。 - 指出被点名的物品或图片。
满 1 岁时 (12 个月大), 大多数的孩子能够: - 使用简单的手势, 挥手说“再见”。 - 发出声音, 例如“吗 (ma)”和“哒 (da)”。 - 在游戏时模仿动作 (您拍手时跟着拍手)。 - 听到“不”时作出回应。	满 3 岁时 (36 个月大), 大多数的孩子能够: - 表达对游戏伙伴的感情。 - 用 4 至 5 个单词组句。 - 模仿成人和游戏伙伴 (其他孩子奔跑时跟着奔跑)。 - 用玩偶、动物和人玩过家家 (“喂食”泰迪熊)。
满 1½ 岁时 (18 个月大), 大多数的孩子能够: - 进行简单的装扮游戏 (用玩具电话“打电话”)。 - 指出感兴趣的物品。 - 当您指出某个物品并叫孩子看时, 孩子会看该物品。 - 未经提示下使用多个单词。	满 4 岁时 (48 个月大), 大多数的孩子能够: - 用 4 至 6 个单词组句。 - 听懂 3 个步骤的指令 (“起床、梳头、洗脸”)。 - 与其他儿童合作。



您的医疗福利

HSCSN 覆盖的医疗服务

下表为所有 HSCSN 成员的医疗服务和福利。您必须符合特定的年龄限制或是有需求才可以使用某些福利。如果您前往网络内的医护人员或医院就医, HSCSN 不会向您收取此列表中任何医疗保健服务的费用。

如果您想了解 HSCSN 是覆盖特定的医疗服务, 以及如何获取服务, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀服务部。

医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
成人健康服务	• 免疫接种 • 定期筛查性传播感染 • 艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 筛查、检测和咨询 • 乳腺癌筛查 • 子宫颈癌筛查(仅限女性) • 骨质疏松症筛查(绝经后女性) • 人类乳突病毒 (HPV) 筛查 • 前列腺癌筛查(仅限男性) • 腹主动脉瘤 • 肥胖筛查 • 糖尿病筛查 • 高血压和胆固醇(脂质疾病) 筛查 • 抑郁症筛查 • 结直肠癌筛查(50 岁及以上的成员) • 戒烟咨询 • 饮食和运动咨询 • 心理健康咨询 • 酒精和药物滥用筛查	年满 21 岁的成员(如适用)

医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
酒精和药物滥用治疗	• 住院排毒 • 其他酒精/药物滥用服务由成瘾、预防和恢复管理局 (DBH) 提供 • 协助取得 DBH 提供的护理	所有成员
	• 住院和门诊物质滥用治疗 • 其他酒精/药物滥用服务由成瘾、预防和恢复管理局 (DBH) 提供 • 协助取得 DBH 提供的护理	所有成员
儿童健康服务	所有照顾生病孩子的措施, 以及确保健康的孩子保持身体健康的措施, 包括筛查和评估, 例如: • 健康及发育史和筛查 • 身体和心理健康发展和筛查 • 全面健康检查 • 免疫接种 • 实验室检测, 包括血铅检测 • 健康教育 • 牙科筛查服务 • 视力筛查服务 • 听力筛查服务 • 酒精和药物滥用筛查和咨询 • 心理健康服务 不包括在学校环境中为儿童提供的任何医疗保健服务	21 岁以下成员



医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
牙科福利	• 普通牙科(包括常规和紧急治疗)和特殊问题的牙齿正畸 • 三 (3) 至二十五 (25) 岁的孩童每六 (6) 个月接受一次牙医检查。 • 孩子的 PCP 可以为 3 岁以下的儿童进行牙科检查 • 不包括常规的牙齿正畸 • 对于三 (3) 岁以下的成员, 每年最多做四 (4) 次氟化物清漆。	所有成员
	• 每六 (6) 个月进行一次常规牙科检查和例行清洁 • 手术服务和拔牙 • 紧急牙科护理 • 牙齿填充物 • X 光(全景 X 光片限每三 (3) 年一 (1) 次) • 全口清创 • 口腔病预防, 限每六 (6) 个月一 (1) 次 • 咬翼 X 光片 • 姑息治疗 • 密封剂涂敷 • 针对二十 (20) 岁及以下的成员, 可摘局部或全口义齿。 • 根管治疗 • 牙周刮治和牙根规划 • 牙冠 • 拔除阻生牙 • 初始放置可拆卸假体(任何替换一颗或多颗缺失牙齿的牙科设备或器具, 包括旨在被移除和重新插入的相关结构(如果需要)), 每五 (5) 年一次。可能有某些限制。 • 可拆卸部分假体; 除非有预授权 • 任何需要住院治疗的牙科服务都必须获得预授权(预先批准); 可能有某些限制	二十五岁 (25) 以下成员 (如适用)

医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
透析服务	最多每周 3 次治疗 (一天限一次)	所有成员
耐用医疗设备(DME) 和一次性医疗用品 (DMS)	- 耐用医疗设备 (DME) - 一次性医疗用品 (DMS)	所有成员
急诊服务	- 如果您有紧急医疗状况, 对您的医疗问题、稳定后服务和稳定服务的筛查检查, 无论医疗服务提供方是属于 HSCSN 网络。 - 治疗紧急医疗状况	所有成员
家庭计划	- 妊娠试验; 给妇女的咨询服务 - 常规和紧急避孕 21 岁以上成员自愿绝育 (成员须在手术前 30 天签署经批准的绝育同意书) - 筛查、咨询和免疫接种 (包括人类乳突病毒 - HPV) - 所有性传播感染筛查和预防治疗 不包括给 21 岁以下成员的绝育手术	所有成员 (如适用)
听力医疗福利	听力相关疾病的诊断和治疗, 包括助听器和助听器电池	所有成员
居家医疗服务	居家医疗保健服务, 包括: - 护理和居家保健助理 - 由居家保健机构提供的居家保健助理服务 - 物理治疗、作业治疗、言语病理学和听力学服务	所有成员 如适用
临终关怀	为接近生命尽头的人提供的支持服务	所有成员 如适用



医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
医院服务	• 门诊服务(预防、诊断、治疗、康复或姑息治疗) • 入院服务(住院)	任何由 PCP 转诊或有紧急状况的成员
实验室和 X 光服务	• 实验室检测和 X 光	所有成员
心理健康服务	• 由精神卫生医护人员提供的服务, 包括: ○ 诊断和评估服务 ○ 医生和中级执业医师诊疗, 包括: ○ 个人咨询 ○ 团体咨询 ○ 家庭咨询 ○ FQHC 服务 • 药物/躯体治疗 • 危机服务 • 住院服务和急诊科服务 • 强化日间治疗 • 个案管理服务 • 治疗任何可能使怀孕复杂化的精神疾病 • 针对 22 岁以下的成员连续三十 (30) 天的精神科住院治疗设施服务 (PTRF) • 在节假日、学校假期或儿童不在学校的病假期间为儿童提供 IEP 或 IFSP 中的心理健康服务 • 为接受以下 DBH 服务的成员提供的护理协调: ○ 基于社区的干预 ○ 多系统治疗 (MST) ○ 主动式社区治疗 (ACT) ○ 社区支持 • 于精神疾病机构提供的心理健康和药物滥用服务	所有成员 (如适用)

医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
个人护理服务	- 由符合提供此类服务资格的人员向成员提供的服务, 该人员非成员的家人, 通常在家中提供服务, 并由医生授权作为成员治疗计划的一部分。 - 您必须获得预授权才可以使用本服务。	所有具备合理医疗理由的成员
药房服务 (处方药)	- HSCSN 药物处方集里的处方药。您可以访问 www.hscsnhealthplan.org 或致电客户关怀服务部取得药物处方集。 - 仅包括网络内药房所提供的药品 - 包括以下非处方药(成药)。您必须从医生那里获得处方才能获得非处方药。如需完整列表, 请访问 www.hscsnhealthplan.org 或致电客户关怀服务部。	除有双重资格 (Medicaid/Medicare) 以外的所有成员 其处方由 Medicare D 部分覆盖的成员
足科	- 足部问题的特殊护理 - 有医疗需求时的一般足部护理	所有成员
初级保健服务	通常由您的 PCP 提供的预防、急性和慢性医疗保健服务	所有成员
假肢	由有许可证的供应商提供的替换、矫正或支持设备	所有成员
康复服务	包括物理、言语和作业治疗	所有成员



医疗福利	福利内容	谁可以获得此福利
专科医生服务	- 由经过专门培训的医生或高级执业护士提供的医疗保健服务。 - 通常需要转诊 - 不包括整容服务和手术,除非是为了矫正因手术或疾病、意外伤害或先天性畸形或损害您身体正常功能的疾病而需要的手术	所有成员
交通服务	往返预约的交通,包括 DHCF 涵盖的服务	所有成员
视力护理	每年至少一次视力检查,及根据需求的视力检查	所有成员
	每年一 (1) 副眼镜,除非成员遗失了他/她的眼镜,或其处方变化超过 0.5 屈光度	所有成员



我们不支付的服务

- 整容手术
- 实验性或研究性服务、手术、治疗或药品。
- 属于临床试验一部分的服务。
- 联邦法律未规定的堕胎或自愿终止妊娠。
- 堕胎服务, 除非为以下情况:
 - 如果母亲怀孕足月会有生命危险。
 - 强暴或乱伦导致怀孕。
- 不孕症治疗
- 21 岁以下的人的绝育手术。
- 不具备医疗必要性的服务。
- 由于宗教或道德信仰因素, HSCSN 可能不覆盖某些咨询或转诊服务。如需更多信息, 请致电 (202) 442-5988 联系 DHCF。
- 服务未列于覆盖福利清单中, 且您未取得预授权。
- 出于美容原因的手术和/或产品 (见上文)。
- 服务的量、期限和范围超出哥伦比亚特区医疗财务部 (DCHF) 规定的上限。
- 服务为提供给成员的处方药, 且成员同时符合 Medicare 和哥伦比亚特区 Medicaid 的资格。
下列药物除外:
 - 苯二氮平类药物 (Benzodiazepines)
 - 巴比妥类药物 (Barbiturates)
 - 覆盖的成药。

服务为:

- 研究性服务
- 实验性服务
- 临床试验的一部分。
- 服务在学校场景进行, 且由哥伦比亚公立学校 (DCPS) 员工或学校的合同工提供, 或者成员居住于私立学校。



护理转移

如果您是新加入 HSCSN 的成员,您可以在前 90 天保留原定的医生预约和处方。如果您的医疗服务提供方目前不属于 HSCSN 网络,则我们可能会要求您选择新的、属于 HSCSN 网络的医疗服务提供方。

如果您的医生离开了 HSCSN 网络,我们将在 15 个日历日内通知您,让您有时间选择其他医疗服务提供方。如果 HSCSN 终止与您的医疗服务提供方合作,我们将在终止生效日期前 30 个日历日内通知您。

从您满 24 岁开始,您的护理经理会与您密切合作,协助您制定年龄届满后的转移计划。护理经理将会:

- 确保您有一份医疗服务和医护人员的清单。包括:
 - 医生
 - 药物和用品
 - 居家医疗服务
 - 医疗设备
- 确保您转至 FFS Medicaid 医疗服务提供方。
- 协助您申请 FFS Medicaid 身份卡。
- 向哥伦比亚特区经济安全管理局 (ESA) 确认您的 FFS Medicaid 资格。
- 协助您重新认证您的 FFS Medicaid 资格。
- 与您讨论您可能有资格参加哥伦比亚特区残障服务部 (DDS) 的哪些计划,并协助您申请那些计划。
- 确保您有一份社区资源清单。
- 讨论在转移的过程中可能会出现哪些问题并如何解决。

离开 HSCSN 后,您可以加入一间个案管理机构,这类机构能为成人提供护理协调。您的 HSCSN 护理经理将与您讨论如何加入这些机构。如果您符合资格,这项变更通常会在您离开 HSCSN 后的 30-60 天完成。

如果您对年龄届满后离开 HSCSN 有疑问,请致电 (202) 467-2737 并要求转接您的护理经理。

HSCSN 保险是针对 26 岁以下的儿童、青少年和成人。您满 26 岁后将会从 HSCSN 退保。



其他重要事项

如果我搬家了, 该怎么办

- 请致电 202-727-5355 联系哥伦比亚特区 (DC) 经济安全管理局 (ESA) 变更中心。
- 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀服务部。

如果我生了孩子, 该怎么办

- 请致电 202-727-5355 联系经济安全管理局 (ESA) 变更中心。
- 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀服务部。

如果我领养了孩子, 该怎么办

- 请致电 202-727-5355 联系经济安全管理局 (ESA) 变更中心。

如果我家中有人死亡, 该怎么办

- 请致电 202-727-5355 联系经济安全管理局 (ESA) 变更中心。
- 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀服务部。

如何变更我的 MCO

- 您可以每年更改一次 MCO, 如果您有充分的理由/原因则可以随时更改。
 - 如果您搬出服务地区;
 - 出于道德或宗教反对因素, HSCSN 不覆盖您需要的服务;
 - 如果您需要同时获得相关服务, 而并非所有相关服务都可用, 且您的医护人员认为单独接受各项服务有风险。
 - 如果您认为 MCO 基于您的种族、性别、民族、国籍、宗教、残疾、怀孕、年龄、遗传信息、婚姻状况、性取向、性别认同、个人外表、家庭责任、政治派别、和/或收入来源或居住地歧视您, 或;
 - 如果您觉得您获得的护理质量差, 无法获得覆盖服务, 或无法获得在处理您的医疗保健需求方面有丰富经验的医护人员。
- 您每年可以在周年日 (即您加入 HSCSN 的月份和日期) 的前 90 个日历日内更改一次 MCO。
- 在您首次参保后的 90 个日历日, 或您从哥伦比亚特区收到参保通知后的 90 个日历日, 以较晚者为准。



- 此后至少每 12 个月一次。
- 如果您因暂时丧失资格而错过年度退保时机。
- 如果哥伦比亚特区对 HSCSN 实施制裁,则暂停参保。
- D.C.Healthy Families 将在您的周年日前两个月寄一封信给您。这封信将告诉您如何变更 MCO。
- 您的医疗保健信息将过渡到的新 MCO,以便您可以继续获得所需的护理。

如果发生以下情况,您将无法继续获得 HSCSN 的护理服务:

- 丧失 Medicaid 资格。
- 丧失领取社会安全收入 (SSI) 的资格。
- 持续表现出破坏性或滥用行为,或是以欺诈或不诚实的方式获取服务。

如果发生以下状况,哥伦比亚特区政府得将您从 HSCSN 移除:

- 让其他人使用您的成员身份卡;
- 哥伦比亚特区发现您犯了 Medicaid 欺诈行为;或者
- 您未遵守您的成员责任。

如果我收到覆盖服务的账单,该如何应对

如果您收到了覆盖服务(列于上方清单内)的账单,请致电客户关怀服务,电话号码为 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549。

支付非覆盖服务

- 如果您决定接受 HSCSN 不支付的服务,且您没有先取得 HSCSN 的书面许可,您必须自行支付服务费用。
- 如果您决定接受我们不支付的服务,您必须签署一份声明,表示您同意自己支付服务费用。
- 请记得在您每次接受服务前出示您的成员身份卡,并告知医生您是 HSCSN 的成员。
- 如果您支付了服务费用并且认为自己有权报销,则您必须在前往药房、诊所、医生或医院之日起六 (6) 个月内申请报销。请致电 (202) 467-2737 联系您的 HSCSN 护理经理或客户服务,以提交请求或获取更多信息。

预先指示

如果我有其他保险, 该做什么

如果您是 HSCSN 的成员, 您必须立即告诉我们您是否有其他医疗保险。请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 客户关怀服务部。

如果我同时符合联邦医疗补助 (Medicaid) 和联邦医疗保险 (Medicare) 资格, 该做什么

如果您有 Medicare 和 Medicaid, 请告诉 HSCSN, 以便您选择 Medicare 医疗服务提供方。如果您有 Medicare, 您必须加入 Medicare D 部分, 以获得处方药。Medicaid 会支付您的共付额。如需更多信息, 请参见本手册第 74 页。

预先指示是一份您署名的法律文件, 用于让其他人知道您的医疗选择。在您无法表达己见的时候使用。预先指示有时候也称为“生前遗嘱”或“持久授权书”。

预先指示可以让您选一个人, 替您做出医疗决定。预先指示还可以让您说明, 如果您病得太重, 无法告诉他人您的愿望, 您希望接受什么样的治疗。

与您的家人、PCP 或其他可能会帮助您处理这些事情的人讨论预先指示很重要。

如果您想填写并签署预先指示, 请在下次预约时请您的 PCP 协助您, 或致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部, 我们将为您提供帮助。



欺诈

欺诈是一个严重的问题。什么是欺诈？欺诈是对重大事实作出虚假陈述或表述，以获取个人原本无权享有的某些利益或金钱。成员欺诈的一个例子是谎称您居住于哥伦比亚特区，而实际上您居住在哥伦比亚特区边界之外的地方。医疗服务提供方欺诈的一个例子是对未提供的服务和/或未提供的用品收费。

如果您怀疑有欺诈行为，请告知我们。您不需要表明身份或提供姓名。如果您想了解更多关于欺诈的信息，请访问 HSCSN 网站 www.hscsnhealthplan.org。如要通报欺诈，请拨打 HSCSN 申诉、上诉和合规热线 (202) 495-7582，发送电子邮件至 compliance@hscshealth.org，或拨打哥伦比亚特区医疗财务部 (DCHF) 欺诈热线 1-877-632-2873。

医师(医生)激励计划披露

您有权知道 HSCSN 和 HSCSN 网络内的医生是否有特殊的财务安排。

如需这方面的信息，请拨打 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 致电客户关怀服务部。



申诉、上诉和公平听证会

HSCSN 和哥伦比亚特区政府皆提供了一些渠道, 让您可以对您接受的护理和 HSCSN 提供的服务进行投诉。您可以选择投诉的方式, 如下所述。

申诉

- 如果您对于自己遇到的状况感到不满, 您可以提出申诉。您可能会提出申诉的情况包括:
 - 您觉得自己未受到尊重。
 - 您对于自己获得的护理感到不满。
 - 预约时间过长。
- 要提出申诉, 您应该拨打 HSCSN 申诉、上诉和合规热线 (202) 495-7582。
- 如需提交申诉方面的协助, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。
- 在您书面同意的情况下, 您的医生也可以为您提出申诉。

您可以在另您不满的事件发生后任何时候提出申诉。HSCSN 通常会在 90 个日历日内给您一个决定, 也可能会要求额外的时间(最多不超过 14 个日历日)做出决定。HSCSN 将在两 (2) 个工作日内给您寄一封信, 通知您我们已收到您的申诉请求。

如要书面形式向 HSCSN 提出申诉, 请邮寄至:

ATTN:Risk Management
1101 Vermont Avenue NW
Suite 1200
Washington, DC 20005
riskmanagement@hscsnhealth.org

上诉和公平听证会

如果您认为您的医疗福利遭到不公正地拒绝、削减、延迟或终止, 则您有权向 HSCSN 上诉。如果您对 HSCSN 的上诉结果不满意, 您可以向哥伦比亚特区行政听证办公室 (OAH) 申请举行“公平听证会”。

要向 HSCSN 提出上诉, 请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

如要以书面形式向 HSCSN 上诉, 请邮寄至:

Health Services for Children with Special Needs, Inc.
ATTN:UM-Appeals
1101 Vermont Avenue NW, Suite 1200
Washington, D.C.20005



要提交公平听证会的请求, 请致电或写信给哥伦比亚特区政府:

District of Columbia Office of Administrative Hearings
Clerk of the Court
441 4th Street, NW
Suite #450 North
Washington, DC 20001
电话号码: 202-442-9094

期限:

- 您必须在不利福利决定通知书上的日期起 60 个日历日内提出上诉。
- 您只可以在 HSCSN 发出的上诉决议通知书上的日期起不超过 120 个日历日内要求举行公平听证会。
- 如果您想在举行公平听证会或上诉期间继续领取福利, 您必须在以下情况中较晚的期限内申请公平听证会或上诉:
 - 在不利福利决定通知书或上诉决议通知书的 HSCSN 邮戳日期起 10 个日历日内, 或
 - HSCSN 提议行动的预定生效日期 (换言之, 福利终止的时间)。

在您书面同意的情况下, 您的医疗服务提供方可以代表您提出上诉或要求举行公平听证会。

上诉

如果您致电并通过电话提出上诉, HSCSN 将在一封信函中总结您的上诉, 并向您发送一份副本。请务必仔细阅读该信件。

HSCSN 将在收到您的上诉起 30 个日历日内决定做出上诉决定。

如果 HSCSN 需要更多时间来获取信息, 且哥伦比亚特区同意这是最合适的决定, 或是您的支援者请求延长时间, HSCSN 可以将决定时间延长 14 天。HSCSN 必须提供您延期通知书。

您将会收到 HSCSN 的上诉决定书面通知。

如果您对于 HSCSN 的上诉决定感到不满, 您可以请求举行公平听证会。

加急(紧急)申诉和上诉流程

如果 HSCSN 判断您的上诉内容紧急,我们将在 72 小时内做出决定。如果等待标准上诉程序时间范围会对您造成伤害或痛苦,则该上诉被视为紧急情况。

根据对上诉请求的审查,如果上诉涉及需要立即关注的服务,HSCSN 将在 24 小时内或对该请求合理的时间范围内做出决定。

您在申诉、上诉和公平听证会期间的权力

- 您有权获得公平听证会。在您经过 HSCSN 的一级上诉程序后,您可以向行政听证办公室 (OAH) 申请公平听证会。
- 您必须在维持不利福利决定的通知书邮寄之日起 120 个日历日内申请公平听证会。
- 如果 HSCSN 没有就您的上诉向您发出通知,或没有及时向您发出通知,则上诉程序将视为完成,您可以直接请求公平听证会。
- 在审核您的上诉或公平听证会期间,您有权继续获得被拒绝的福利。为了在公平听证会期间维持您的福利,您必须在特定天数内申请公平听证会 - 可能短至 10 个日历日。
- 您有权在申诉和上诉过程中获得 HSCSN 人员的协助。
- 您有权代表自己,或由您的家庭看护者、律师或其他代表来代表您。
- 您有权获得适当安排,以满足您的特殊医疗需求。
- 您有权获得合理的 TTY/TTD 功能和视力受损者服务。
- 您有权获得适当的笔译服务和口译员服务。
- 您有权查看所有申诉、上诉和公平听证会的相关文件。

如果您对于申诉、上诉/公平听证会流程有任何问题,请致电 (202) 467-2737 或 1 (866) 937-4549 联系客户关怀服务部。

隐私惯例通知

本通知描述了您的医疗信息可能会如何被使用和披露,以及您如何获得这些信息。请仔细阅读。

本通知告诉您,您的个人或医疗信息可能会如何被使用和共享,以及您如何获得这些信息。请仔细阅读

Health Services for Children with Special Needs, Inc.(HSCSN) 知道,将您的健康信息保密至关重要。

我们将保护您的个人信息的安全,并且仅按照我们说明的方式使用。



我们只会根据法律和本通知中的规定使用您的个人信息。我们有权随时变更本通知。您可以通过 www.hscsnhealthplan.org 取得本通知。您可以随时要求一份副本。

不同的法律对健康信息有不同的规定。

- 健康信息指的是关于您或孩子的健康的信息。
- 个人信息是指我们为您或孩子提供福利时取得的健康信息和其他信息。包括您的地址或社会安全号码。

法律规定我们必须提供您这份通知。本通知将告诉您：

- 我们可能会以何种方式使用您或孩子的健康信息。
- 您的权力
- 我们使用和告知他人这些信息的责任。

健康信息

我们可能会向您或其他人获取健康信息，以提供您医疗服务。我们也会通过以下渠道获取信息：

- 医疗索赔和就诊。
- 病史
- 服务申请
- 投诉和上诉

我们如何保护个人信息隐私

我们通过以下方式保护您的健康信息：

- 仅向 HSCSN 中需要了解的人提供您或孩子的个人信息。这种做法帮助我们提供您产品和服务。
- 确保所有个人信息的安全。
- 我们每次发送有关您或孩子的信息之前，都会向您征求许可。

其他人不得将我们提供的关于您或孩子的信息告诉任何人。这是法律规定。

我们可能会如何使用或披露健康信息

法律规定,未经您的许可,我们得以下列方式使用健康信息:

- 治疗 — 我们可能会将信息提供给进行治疗的人员。
 - 医生
 - 护士
 - 技师
 - 办公室职员
 - 其他人员
- 付款 — 在以下情况中,我们可能会使用并向其他人提供成员的信息:
 - 决定服务或物项是否受覆盖。
 - 安排护理。
 - 审查服务是否具备医疗必要性。
 - 支付或审查索赔。
 - 回复投诉。
- 医疗保健业务 — 我们可能会使用或提供他人您的个人信息或孩子的个人信息,以帮助他们进行医疗保健业务。可能包括:
 - 质量改进活动。
 - 认证
 - 回答问题
 - 上诉和审查项目。
 - 促进健康
 - 个案管理和护理。
 - 一般办公活动
 - 有时可能会用于:
 - 审计
 - 审查药房计划和付款。
 - 协助与另一组织的 HSC 系统全部或部分销售、转让或合并。

本清单并未包含所有发布信息的理由。您会被要求签署授权书,授权书内含有这些活动的相关信息。



其他允许的或必要的用途

法律允许我们出于以下原因, 在没有您的许可下使用或提供您或您孩子的健康信息:

- 遵从联邦或州的医疗监督机构。
- 作为您的医疗保险公司, 履行我们对姊妹公司的承诺。
- 让健康计划赞助方执行计划管理。
- 给遵守所有保护您隐私的法律的研究人员。
- 遵守法院命令或其他合法程序。
- 给任何向我们提供服务的人。他们必须确保所有信息的安全。
- 让您了解替代治疗方式或与健康相关的福利或服务。
- 有时候, 联邦和州法律允许我们在无授权的情况下向机构提供您或孩子的健康信息。例如:
 - 保护遭受虐待或忽视的受害者。
 - 避免对健康或安全的严重威胁。
 - 追踪疾病或医疗设备。
- 如果您是联邦军队成员, 我们也可能会通知军队或退伍军人机构。
- 我们可能会因为以下原因提供信息:
 - 给死因裁判官
 - 评估工伤赔偿
 - 保障国家安全
 - 给法律规定我们必须提供信息的人。
- 我们将健康信息提供给处理器官、眼睛或组织移植的组织或器官捐赠银行。这有助于简化器官移植和器官捐赠过程。
- 我们经允许可以使用不识别您或您孩子的健康信息。
- 如果您同意, 我们可能会以书面形式向您的家人或朋友提供您的健康信息。

如果您要求, 我们将告诉您我们披露了哪些信息。我们还将告诉您谁获得了信息及理由。

健康信息的其他用途

- 我们不会出于任何原因使用您的健康信息或您孩子的健康信息, 或将这类信息告诉任何人。我们只会因上述原因, 或在获得您的书面批准的情况下, 共享信息。
- 我们必须获得个别的许可, 此许可有别于您过去提供的任何同意授权。
- 如果您之前准许我们使用或披露健康信息, 则您可以随时终止许可。您需要书面通知我们。



- 一旦许可终止,我们将不再使用或向其他人提供有关您或孩子的信息。
- 如果您之前已经授权许可,我们将无法撤回已经使用或披露的信息。

关于您或您孩子的艾滋病毒 (HIV) 或物质滥用信息受特殊规定管制

- 未经特殊的书面许可,我们无法提供该信息。
- 这与上面讨论的许可和同意不同。
- 法律规定,我们必须有已签署的同意书和特别的许可书。

艾滋病毒 (HIV) 或物质滥用记录适用特殊的法律。您或您孩子的法定看护者必须完全同意和许可。

健康信息相关权利

对于健康信息,您、孩子和孩子的看护者享有以下权利。

查看和复制健康信息的权力

唯一的例外是心理治疗笔记,或其他有限的原因。您需要向我们发送书面请求,才能查看和/或复制此类健康信息。我们可能会收取复印、邮寄或其他用品的费用。

更改记录的权力

如果健康信息有误,您可以要求我们更改信息。如果我们不允许您更改信息,我们将以书面形式告知原因。

取得披露记录的权力

披露记录是所有收到我们提供的医疗信息(有关您或您的孩子)的人员清单。这是关于您或您孩子的信息,且不属于治疗、付款和医疗保健业务的信息。如果需要此清单:

- 您必须以书面形式提出要求。
- 您需要告诉我们您想要查阅什么时间段。
- 不可以是超过 6 年以前的时间。
- 不能包含 2003 年 4 月 14 日之前的日期。

我们将免费提供此记录。如果我们在12个月内已为您提供了清单,我们将不会免费提供。

根据法律规定,在某些情况下,我们可能会暂时中止您获取披露信息的权利。



请求限制的权力

您有权要求我们限制所使用的健康信息或提供给他人的健康信息。

包括以下内容的信息：

- 治疗
- 付款
- 医疗保健业务

您也有权要求我们限制提供给参与护理或付款的人的健康信息 (关于您和您孩子的)。

我们不必同意您要求的限制。

保密通信权力

您有权要求在特定地点或以特定方式讨论健康信息。我们将同意所有合理要求。

获得本通知纸质副本的权利

您有权随时索取本通知的纸质副本。

对此通知的变更

我们可以：

- 变更此通知
- 使变更后的通知对我们已经拥有的成员医疗信息有效。
- 针对我们未来将收到的任何信息进行变更。

我们将保留当前通知的摘要，并在右上角记录生效日期。您可以随时获取一份目前有效的通知的副本。

如需更多信息或想要投诉

如果您认为自己的隐私受到侵犯，您可以投诉。您可以联系我们的办公室或是卫生与公众服务部 (HHS) 部长。

如果要向部长投诉：

- 寄信至 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C.20201。
- 致电 1 (877) 696-6775。

如果要向我们的办公室投诉，请联系：

- HSCSN 合规及隐私官 Jason Pounds, 电话号码为 (202) 495-7718。
- HSCSN 1101 Vermont Avenue NW, Suite 1200, Washington, D.C.20005。

您不会因为投诉而受罚。

HSCSN 的给同时具有 Medicare 和 Medicaid 的成员的 Medicare D 部分通知

如果您同时有 Medicare 和 Medicaid, 您将通过 Medicare D 部分获得药物。这项规定于 2006 年 1 月 1 日生效。

HSCSN 只覆盖下列药物:

- 巴比妥类药物 (Barbiturates)
- 苯二氮平类药物 (Benzodiazepines)
- 部分成药。

如果您有关于药品的问题, 请致电 (202) 467-2737 or 1 (866) 937-4549 联系 HSCSN 客户关怀服务部。如有关于 Medicare D 部分的问题, 请致电 1 (800) MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare, 或访问网站 www.Medicare.gov。



医疗保险监察和权利法案部

医疗保险监察项目 (Health Care Ombudsman Program) 是哥伦比亚特区政府的一个项目，提供您关于接受 MCO 的医疗保健服务的帮助和建议。医疗保险监察项目提供以下服务：

- 说明您有权获得哪些医疗服务；
- 回答您对于自己的医疗保健服务的问题和疑虑；
- 帮助您了解 MCO 成员的权利和责任；
- 协助您获取所需的必要医疗服务；
- 回答医疗保健服务质量相关的问题和疑虑；
- 协助您解决与医生或其他医护人员之间的问题；
- 协助您解决对 MCO 的投诉和问题；
- 协助您进行上诉；并且
- 协助您提交公平听证会的申请。

请致电 (202) 724-7491 或 1 (877) 685-6391 (免费电话) 联系医疗保险监察员。

医疗保险监察员不会做出关于申诉、上诉和公平听证会的决定。

医疗保险监察和权利法案部的地址如下：

One Judiciary Square
441 4th Street, NW
Suite 250 North
Washington, DC 20001
电话号码: (202) 724-7491
传真: (202) 442-6724
免费电话: 1(877) 685-6391
电子邮件: healthcareombudsman@dc.gov

定义

预先指示 (Advance Directive)	一份有您署名的法律文件,用于让他人知道,如果您病重受伤无法表明己见时,您想要或是不想要哪些护理。
支援者 (Advocate)	协助您获得护理和其他所需服务的人员。
上诉 (Appeal)	上诉是一种特别投诉,如果 HSCSN 拒绝您的医疗保健服务申请,或是拒绝支付您已经接受的服务的费用,而您不同意 HSCSN 的决定,则您可以提起上诉。如果 HSCSN 决定终止某项您目前接受的服务,而您不同意此决定,您也可以提出这类投诉。
约诊 (Appointment)	您和您的医生安排于特定时间和日期见面,以讨论您的医疗保健需求。
护理经理 (Care Manager)	HSCSN 的员工,他/她会协助您获得护理、支持和咨询,让您保持健康。
检查 (Check-Up)	参见筛查
节育 (Contraception)	与避孕相关的用品
覆盖服务 (Covered Service)	HSCSN 会支付的由医护人员完成的医疗服务。
排毒 (Detoxification)	排除体内的有害物质,如药物和酒精。
发展 (Development)	孩子成长的方式。
疾病管理计划 (Disease Management Program)	一项针对患有慢性病或有特殊医疗保健需求的人(例如哮喘、高血压或精神疾病)的计划,旨在帮助他们获得所需的护理和服务。
耐用医疗设备 (Durable Medical Equipment, DME)	特殊的医疗设备,您的医生可能会请求或要求您在家使用。
急诊护理 (Emergency Care)	发生严重、突然、有时会危及生命的情况时所需的医疗服务。
成员 (Enrollee)	通过客户服务医疗服务提供方网络获得医疗保健服务的人。
成员身份卡 (Enrollee ID Card)	让您的医生、医院、药房和其他人知道您是 HSCSN 成员的卡片。



EPSDT 早期和定期筛查、 诊断和治疗计划 (Early, Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program, EPSDT)	为出生至 21 岁的儿童提供所需体检、检查、后续治疗和特殊护理的服务。又称为 健康检查计划 (Health Check Program) 。
公平听证会 (Fair Hearing)	如果您对上诉结果不满意, 您可以向哥伦比亚特区行政听证办公室 (OAH) 申请举行“公平听证会”。
家庭计划 (Family Planning)	妊娠试验、避孕、性传播感染检测和治疗、艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDs) 检测和咨询等服务。
家庭或一般科医生 (Family and General Practice Doctor)	可以照顾全家人的医生。
申诉 (Grievance)	如果您对于 HSCSN 提供的医疗保健服务有不满意之处, 您可以致电客户关怀服务部提出申诉。
手册 (Handbook)	即本手册, 内含关于 HSCSN 和其服务的信息。
健康检查计划 (Health Check Program)	参见 EPSDT
听觉受损 (Hearing Impaired)	听不清楚或是耳聋。
IDEA	《残疾人教育法案》(Individuals with Disabilities Education Act); 为发展迟缓和有特殊医疗保健需求的儿童提供服务的联邦法律。
免疫注射 (Immunization)	预防针或疫苗。
内科医生 (Internal Medicine Doctor)	照顾成人和 14 岁以上的儿童的医生。
口译/笔译服务 (Interpretation/ Translation Service)	当您需要与会说您的语言的人交谈, 或是您需要人协助您与医生或医院沟通, HSCSN 会提供这类协助。
管理式医疗机构 (MCO)	由哥伦比亚特区资助以提供您医疗护理和服务的公司。
孕产期 (Maternity)	妇女怀孕期间, 以及分娩后不久。



心理健康 (Mental Health)	一个人在不同情况下思考、感觉和行事的方式。
网络内医疗服务提供方 (Network Providers)	属于 HSCSN 网络的医生、护士、牙医和其他照顾您健康的人。
非覆盖服务 (Non-Covered Service)	由医护人员完成且 HSCSN 不支付的医疗服务。
妇产科 (OB/GYN)	妇科医生/产科医生;受过训练,专门照顾女性健康(包括孕妇)的医生。
网络外医疗服务提供方 (Out-of-Network)	不属于 HSCSN 网络医生、护士、牙医和其他照顾您健康的人。
儿科医生 (Pediatrician)	儿童的医生。
药房 (Pharmacy)	领药的地方。
医师激励计划 (Physician Incentive Plan)	表明您的医生与 HSCSN 之间是否有特殊安排。
产后护理 (Postpartum Care)	妇女生产后的医疗护理。
产前护理 (Prenatal Care)	怀孕妇女在整个怀孕期间的护理。
处方 (Prescription)	医生开给您的药物;必须将处方拿到药房领药。
预防咨询 (Preventive Counseling)	您与某人讨论,哪些方法能让您保持健康,或避免您生病或受伤。
初级保健医生 (Primary Care Provider, PCP)	大部分时间负责照顾您的医生。
预授权 (Prior Authorization)	HSCSN 提供的书面许可,准许您接受护理或治疗。
医疗服务提供方名录 (Provider Directory)	含有所有 HSCSN 网络内医疗服务提供方的清单。
医护人员/医疗服务提供者 (Provider)	医生、护士、牙医和其他照顾您的健康的人。
转诊 (Referral)	您的主要医生给您的书面文件,此文件将您转介至另一名医生。



常规护理 (Routine Care)	您从初级保健医生或是 PCP 转介的医生获得的定期护理。 常规护理包括检查、体检和健康筛查, 或是对糖尿病、哮喘、高血压等健康问题的定期护理。
筛查 (Screening)	您的医生或其他医护人员所进行的测试, 以了解您是否健康。 包括听力测试、视力测试, 或判断您的孩子是否发展正常的测试。
自行转诊服务 (Self-Referral Service)	不需主要医生提供文件或转诊书, 您就可以获得的服务。
服务 (Service)	医生或其他医护人员提供的护理服务。
特殊医疗保健需求 (Special Health Care Needs)	相较于其他儿童和成人, 需要更多或不同的的护理和其他特殊服务的儿童及成人。
专科医生 (Specialist)	受过专门训练的医生, 提供特定领域的医疗服务, 例如耳鼻喉科医生或足科医生。
专科护理 (Specialty Care)	由受过专门领域的护理训练的医生或护士提供的医疗服务。
绝育手术 (Sterilization Procedure)	如果未来不想要小孩, 您可以进行此类手术。
交通服务 (Transportation Service)	HSCSN 协助您前往就诊的服务。交通工具类型根据您的医疗需求而定。
治疗 (Treatment)	医生提供的医疗服务。
紧急护理 (Urgent Care)	您在 24 小时内 (但不是马上) 需要的医疗服务。
视力受损 (Visually Impaired)	看不清楚, 或是眼盲。



如需更多资讯, 请访问 www.hscsnhealthplan.org.

For reasonable accommodations please call (202) 467-2737.

If you do not speak and/or read English, please call 202-467-2737 between 7:00 a.m. and 5:30 p.m. A representative will assist you. **English.**

Si no habla o lee inglés, llame al 202-467-2737 entre las 7:00 a.m. y las 5:30 p.m. Un representante se complacerá en asistirle. **Spanish.**

የእነግሊዝንኛ ቋንቋ መናገርና ማንበብ የማይችሉ ከሆነ ከጧቱ 7:00 ሰዓት እስከ ቀኑ 5:30 ባለው ጊዜ በስልክ ቁጥር 202-467-2737 በመደወል እርዳታ ማግኘት ይቻላል። **Amharic.**

Nếu bạn không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, xin gọi 202-467-2737 từ 7 giờ 00 sáng đến 5 giờ 30 chiều. Sẽ có người đại diện giúp bạn. **Vietnamese.**

如果您不能講和/或不能閱讀英語, 請在上午 7:00 到下午 5:30 之間給 (202) 467-2737 打電話, 我們會有代表幫助您。 **Traditional Chinese.**

영어로 대화를 못하시거나 영어를 읽지 못하는 경우, 오전 7시 00분에서 오후 5시 30분 사이에 (202) 467-2737번으로 전화해 주시기 바랍니다. 담당 직원이 도와드립니다. **Korean.**

Si vous ne parlez pas ou lisez l'anglais, s'il vous plaît appeler 202-467-2737 entre 7:00 du matin et 5:30 du soir. Un représentant vous aidera. **French.**

Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles o hindi marunong magbasa ng Ingles, tumawag sa 202-467-2737 mula 7:00 hanggang 17:30. Tutulungan ka ng isang kinatawan. **Tagalog.**

Если вы не говорите по-английски или не читаете по-английски, звоните по номеру 202-467-2737 с 7:00 до 17:30. Представитель поможет вам. **Russian.**

Se você não fala inglês ou lê inglês, ligue para 202-467-2737 entre as 7:00 e 17:30. Um representante irá ajudá-lo. **Portuguese.**

Se non parli inglese o non leggi inglese, chiama 202-467-2737 dalle 7:00 alle 17:30. Un rappresentante ti aiuterà. **Italian.**

আপন যদি ইংরেজী না বলেন বা ইংরেজি না পড়েন, 202-467-2737 কল কর 7:00 থেকে 17:30 পর্যন্ত। একজন প্রতিনিধ আপনাকে সাহায্য করবে। **Bengali.**

Wenn Sie kein Englisch sprechen oder kein Englisch lesen, rufen Sie die Nummer 202-467-2737 von 7:00 bis 17:30 an. Ein Vertreter wird Ihnen helfen. **German.**

หากคุณไม่พูดภาษาอังกฤษหรือไม่อ่านภาษาอังกฤษโทร 202-467-2737 ตั้งแต่ 7:00 ถึง 17:30 น. ตัวแทนจะช่วยเหลือคุณ **Thai.**

英語を話さないか、英語を読まない場合は、7:00〜17:30 に202-467-2737に電話してください。担当者がお手伝いします。 **Japanese.**

Ọ bụrụ na ị naghị asụ ma ọ bụ agụ oyibo, biko kpọọ 202-467-2737 ihe dịka oge elekere asaa nke ụtụtụ (7:00 a.m) ruo na elekere ise na ọkara nke mgbede (5:30 p.m). Onye nnọchiteanya ga enyere gi aka. **Igbo**

Tí ó bá jẹ pé o kí sọ pẹlú/àbí ka èdè Gẹẹ̀sì, jòwọ̀ pe 202-467-2737 láárín aago méjé òwúrò sí márún àbò ìròlẹ̀ (7am-5:30pm). Aṣojú kan yóò ràn ọ lówó. **Yoruba**





THE HSC HEALTH CARE SYSTEM
Health Services for Children
with Special Needs, Inc.

**1101 Vermont Avenue, NW, 12th Floor
Washington, D.C. 20005**

**3400 Martin Luther King Jr. Avenue SE
Washington, D.C. 20032**

**(202) 467-2737
1 (866) 937-4549 (toll-free)**



GOVERNMENT OF THE
DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

This program is funded in part by the Government of the
District of Columbia Department of Health Care Finance.

HSCSN complies with applicable Federal civil rights laws and does
not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.