



# Keystone First 参保人手册

本文件信息是截至修订日期的准确信息。如有疑问，请致电参保人服务。

[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)



**Keystone First**



**ATTENTION:** If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) or speak to your provider.

### Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) o hable con su proveedor.

### Chinese; Mandarin

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-521-6860（文本电话: 1-800-684-5505）或咨询您的服务提供商。

### Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्।  
1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

### Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) или обратитесь к своему поставщику услуг.

### Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

### Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) oswa pale avèk founisè w la.

### Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-521-6860 (Người khuyết tật: 1-800-684-5505) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

### Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) або зверніться до свого постачальника.



# 可用性通知

## Chinese; Cantonese

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) 或與您的提供者討論。

## Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) ou fale com seu provedor.

## Bengali

মনোযোগ দি : দি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) ou parlez à votre fournisseur.

## Cambodian

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

## Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) પર ફોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 目录

| 主题                                     | 页面        |
|----------------------------------------|-----------|
| <b>第 1 章——欢迎</b>                       | <b>5</b>  |
| 简介                                     | 6         |
| 什么是 HealthChoices?                     | 6         |
| 欢迎加入 <b>Keystone First</b>             | 6         |
| 参保人服务                                  | 7         |
| 参保人身份卡                                 | 8         |
| 重要联系信息                                 | 10        |
| 急救                                     | 10        |
| 重要联系信息——概览                             | 10        |
| 其他电话号码                                 | 11        |
| 沟通服务                                   | 12        |
| 参保                                     | 13        |
| 参保服务                                   | 13        |
| 更改您的 HealthChoices 计划                  | 13        |
| 家庭变化                                   | 14        |
| 搬家后如何应对                                | 14        |
| 福利丧失                                   | 15        |
| 医疗保健提供者信息                              | 15        |
| 选取初级保健提供者 (PCP)                        | 16        |
| 变更您的 PCP                               | 17        |
| 门诊看诊                                   | 17        |
| 与您的 PCP 预约看诊                           | 17        |
| 预约标准                                   | 18        |
| 转介                                     | 18        |
| 自行转介                                   | 19        |
| 非工作时间护理                                | 19        |
| 参保人合作                                  | 20        |
| 提供政策和服务更改建议                            | 20        |
| <b>Keystone First</b> 健康教育咨询委员会 (HEAC) | 20        |
| <b>Keystone First</b> 质量改进项目           | 20        |
| <b>第 2 章——权利与责任</b>                    | <b>21</b> |
| 参保人的权利与责任                              | 22        |

## Keystone First 2026 年参保人手册

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| 参保人权利                               | 22        |
| 参保人责任                               | 23        |
| 隐私与保密                               | 24        |
| 共付额                                 | 24        |
| 如果我被要求支付共付额，但我不同意怎么办？               | 25        |
| 账单信息                                | 25        |
| 医疗保健提供者何时可以向我发出账单？                  | 26        |
| 如果收到账单应当怎么做？                        | 26        |
| 第三方责任                               | 26        |
| 福利协调                                | 26        |
| 接收人限制/锁定项目                          | 27        |
| 如何运作？                               | 27        |
| 报告欺诈或滥用行为                           | 28        |
| 本人如何报告参保人的欺诈或滥用行为？                  | 28        |
| 如何报告提供者欺诈或滥用行为？                     | 29        |
| <b>第 3 章——生理健康服务</b>                | <b>30</b> |
| 承保服务                                | 31        |
| 非承保服务                               | 37        |
| 第二意见                                | 37        |
| 什么是预授权？                             | 37        |
| 医学必需是什么意思？                          | 37        |
| 如何请求预授权                             | 38        |
| 哪些服务、项目或药物需要预授权？                    | 39        |
| 服务或项目的预授权                           | 40        |
| 承保药物的预授权                            | 41        |
| 如果我收到拒绝通知怎么办？                       | 41        |
| 项目例外流程                              | 41        |
| 服务描述                                | 42        |
| <b>第 4 章——网络外和计划外服务</b>             | <b>66</b> |
| 网络外医疗保健提供者                          | 67        |
| 在 <b>Keystone First</b> 计划服务区域外获得治疗 | 67        |
| 计划外服务                               | 67        |
| 非急救医疗交通                             | 68        |
| 医疗援助运输项目 (MATP)                     | 68        |
| 妇女、婴儿和儿童项目 (WIC)                    | 69        |

## Keystone First 2026 年参保人手册

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| 家庭暴力危机和预防                                          | 69        |
| 性暴力和强奸危机                                           | 71        |
| 早期干预服务                                             | 72        |
| <b>第 5 章——特殊医疗需求和/或与健康相关的社会需求</b>                  | <b>73</b> |
| 参保人支持强化部门                                          | 74        |
| 护理协调                                               | 74        |
| 护理管理                                               | 74        |
| 以家庭和社区为依托的免责书和长期服务与支持                              | 75        |
| 医疗寄养                                               | 75        |
| <b>第 6 章——预立指示</b>                                 | <b>76</b> |
| 预立指示                                               | 77        |
| 生前预嘱                                               | 77        |
| 医疗保健授权委托书                                          | 77        |
| 如果您的医疗保健提供者不遵守您的预立指示，应当怎么做                         | 77        |
| <b>第 7 章——行为健康服务</b>                               | <b>78</b> |
| 行为健康护理                                             | 79        |
| <b>第 8 章——投诉、申诉和公正听证会</b>                          | <b>81</b> |
| 投诉                                                 | 82        |
| 什么是投诉？                                             | 82        |
| 一级投诉                                               | 82        |
| 如果我要投诉应当怎么做？                                       | 82        |
| 我应当在何时提出一级投诉？                                      | 83        |
| 我提出一级投诉后会发生什么？                                     | 86        |
| 若本人对 <b>Keystone First</b> 的决定表示异议，应当如何处置？         | 88        |
| 二级投诉                                               | 88        |
| 如果我要提出二级投诉应当怎么做？                                   | 88        |
| 我提出二级投诉后会发生什么？                                     | 88        |
| 若本人对 <b>Keystone First</b> 针对我的二级投诉的决定表示异议，应当如何处置？ | 89        |
| 外部投诉审查                                             | 89        |
| 我如何请求外部投诉审查？                                       | 89        |
| 我请求外部投诉审查后会发生什么？                                   | 89        |
| 申诉                                                 | 90        |
| 什么是申诉？                                             | 90        |
| 如果我要申诉应当怎么做？                                       | 90        |

## Keystone First 2026 年参保人手册

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 我应当在何时提出申诉？                                | 91 |
| 我提出申诉后会发生什么？                               | 91 |
| 若本人对 <b>Keystone First</b> 的决定表示异议，应当如何处置？ | 92 |
| 外部申诉审查                                     | 92 |
| 我如何请求外部申诉审查？                               | 92 |
| 我请求外部申诉审查后会发生什么？                           | 93 |
| 加急投诉与申诉                                    | 93 |
| 如果我的健康面临即刻风险，应当怎么做？                        | 93 |
| 加急投诉和加急外部投诉                                | 94 |
| 加急申诉和加急外部申诉                                | 95 |
| 在投诉和申诉流程中，我可以获得怎样的帮助？                      | 96 |
| 首选语言非英语的人士                                 | 96 |
| 残疾人士                                       | 96 |
| 公众服务部公正听证会                                 | 97 |
| 我可以就哪些事项请求公正听证会？我请求公正听证会的截止<br>时限是什么？      | 97 |
| 我如何请求公正听证会？                                | 97 |
| 我请求公正听证会后会发生什么？                            | 98 |
| 公正听证会何时做出决定？                               | 99 |
| 加急公正听证会                                    | 99 |
| 如果我的健康面临即刻风险，应当怎么做？                        | 99 |

# 第 1 章

## 欢迎



# Keystone First 2026 年参保人手册

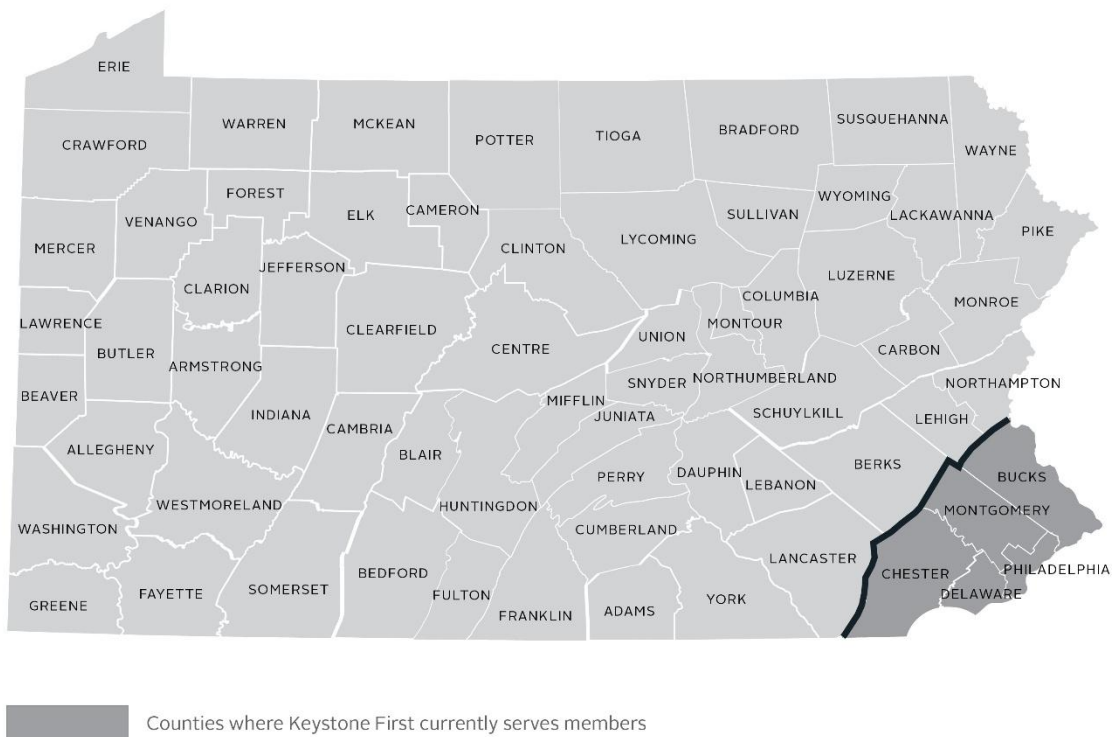
## 简介

### 什么是 HealthChoices?

HealthChoices 是 Pennsylvania 州的医疗援助 (Medical Assistance, MA) 管理式护理项目。 Pennsylvania 州公众服务部 (DHS) 的 Medical Assistance 项目办公室 (OMAP) 负责监督 HealthChoices 的生理健康福利。 生理健康管理式护理组织 (PH-MCOs) 负责提供生理健康服务。 行为健康管理式护理组织 (BH-MCOs) 负责提供行为健康服务。 如需更多有关行为健康服务的信息, 请查看第 78 页。

### 欢迎加入 Keystone First

**Keystone First** 欢迎您成为 HealthChoices 和 **Keystone First** 的参保人! **Keystone First** 是一家管理式护理组织, 目前为 Bucks、Chester、Delaware、Montgomery 及 Philadelphia 等县的参保人提供服务。



**Keystone First** 在 30 多年来一直致力于为 Pennsylvania 州提供优质医疗保健服务。**Keystone First** 的使命是帮助人们:

- 获得护理。
- 保持健康。
- 构建健康社区。

## Keystone First 2026 年参保人手册

我们这么做是为了帮助您获取保持健康所需的护理。我们还希望确保您能够得到尊重，以保护您隐私和秘密的方式为您提供医疗保健服务。

**Keystone First** 拥有一个由签约医疗保健提供者、设施和供应商构成的网络，为参保人提供承保生理健康服务。重要的是，您需要使用 **Keystone First** 网络内部的提供者（即与 **Keystone First** 签订了合约的提供者）。当您使用 **Keystone First** 网络内的提供者时，我们就更能保证您可以在需要时、按照您期望的方式获得所需的护理。

### 参保人服务

参保人服务的工作人员可帮您解决：

- 如何获取一份 **Keystone First** 提供者名单。
- 如何申领一张新身份卡。
- 如何选择或变更您的初级保健提供者 (PCP)。
- 如何获取一份新的参保人手册。
- 如果您收到了医疗保健服务账单，如何获取帮助。
- 有关您的福利和服务的问题。

更多信息。

**Keystone First** 参保人服务工作时间为：

**每天 24 小时、每周 7 天全天候服务**

您还可以致电：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**

您还可以邮寄信件至以下地址联系参保人服务：

**Keystone First  
200 Stevens Drive  
Philadelphia, PA 19113-1570**

和

**[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)**

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 参保人身份卡

当您成为 **Keystone First** 的参保人时，您将会在邮件中收到身份卡。您的身份卡如下所示：

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>BlueCross.</b>                                                                                | <b>Keystone First</b>                                                                                                                                                                   |
| Member Name<br><b>Last name, First name</b><br>Keystone First ID<br><b>YXM123456789</b>                                                                                            | Sex: <b>Male/Female</b><br>DOB: <b>MM/DD/YY</b><br>State ID: <b>XYZ123456789</b>                                                                                                        |
| Primary Care Practitioner (PCP)<br><b>Last name, First name</b><br><b>Group name</b><br>PCP Phone Number<br><b>(555) 555-1234</b><br>Lab <b>XXXXXXX</b><br>Dental <b>XXXXXXXXX</b> | Rx BIN: XXXXXX<br>Rx PCN: XXXXXXXX<br>Copays<br>ER <b>XX</b> Dental <b>XX</b><br>PCP <b>XX</b><br>SPEC <b>XX</b><br><small>Limits may apply to some services. Not transferable.</small> |

该卡上记录了您的 **Keystone First** 个人身份卡号，以及您和您的医疗保健提供者所需的  
其他重要电话号码和地址。

请务必随身携带您的身份卡。获取 **Medical Assistance** 承保下的福利和服务时，您需要  
出示您的身份卡。

如果您尚未收到您的 **Keystone First** 身份卡，或您的身份卡现已遗失或被盗，请致电参  
保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。我们将为您寄送一张新卡。您在等待  
新卡的过程中仍旧能够获取医疗保健服务。

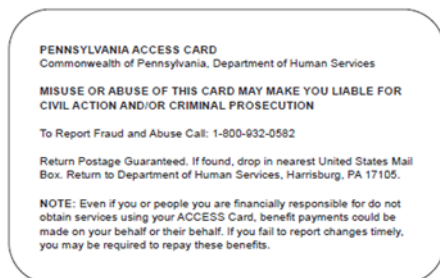
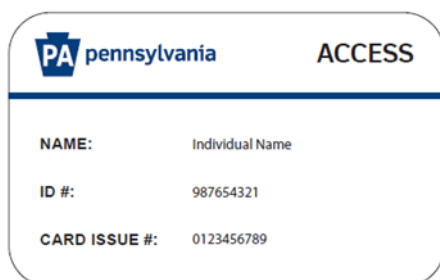
您还将获得一张 **ACCESS** 卡或 **EBT** 卡。您需要在任何预约看诊时出示这张卡和您的  
**Keystone First** 身份卡。如果您遗失了 **ACCESS** 卡或 **EBT** 卡，请致电您的县援助办公  
室 (CAO)。CAO 的电话号码请参见下文**重要联系信息**一章。您将收到以下卡片。

带有国会大厦和樱花的 **MA** 卡可用于现金援助、补充营养援助计划 (**SNAP**) 和 **MA**。此  
外，如果参保人有资格获得现金援助，即自动有资格获得 **MA**。通常情况下，此卡是发  
给现金援助和/或 **SNAP** 福利的接收对象，或者对于 **MA** 来说，是发给户主的。

## Keystone First 2026 年参保人手册



“蓝卡”只发给家庭中所有其他成员的 MA。



这里显示的是可能仍然有效的旧 MA 卡。 带有黄色“ACCESS”图样的绿/蓝卡也可以作为户主的 EBT 卡，用于 SNAP 和现金援助，以及他们的 MA 卡。 黄卡只适用于家庭所有其他成员的 MA。



## Keystone First 2026 年参保人手册

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

### 重要联系信息

以下是您可能需要的一些重要联系电话清单。如果您不知道给谁致电，请联系参保人服务获取帮助：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 紧急情况

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

### 重要联系信息——一览表

| 姓名                              | 联系信息：电话或网站                                                                                                                                                         | 提供的支持                                                                 |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Pennsylvania 公众服务部电话号码</b>   |                                                                                                                                                                    |                                                                       |
| 县援助办公室<br>/COMPASS              | 1-877-395-8930<br>或<br>1-800-451-5886 (TTY/TTD)<br>或<br><a href="http://www.compass.dhs.pa.gov">www.compass.dhs.pa.gov</a><br>或<br>适用于智能手机的 myCOMPASS<br>PA 移动应用程序 | 变更您获取 Medical Assistance 资格的个人信息。<br>请参见本手册第 <b>14</b> 页获得更多信息。       |
| 公众服务部欺诈<br>和滥用报告热线              | 1-844-DHS-TIPS<br>(1-844-347-8477)                                                                                                                                 | 报告 Medical Assistance 计划中的参保人欺诈、提供者欺诈或滥用行为。请参见本手册第 <b>28</b> 页获得更多信息。 |
| <b>其他重要电话号码</b>                 |                                                                                                                                                                    |                                                                       |
| <b>Keystone First</b><br>护士呼叫热线 | <b>1-866-431-1514</b>                                                                                                                                              | 每周 7 天、每天 24 小时随时与护士沟通紧急健康问题。<br>请参见本手册第 <b>19</b> 页获得更多信息。           |

## Keystone First 2026 年参保人手册

|                                 |                                        |                                                                                           |
|---------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 参保援助计划                          | 1-800-440-3989<br>1-800-618-4225 (TTY) | 选择或变更 HealthChoices 计划。 请参见本手册第 13 页获得更多信息。                                               |
| Pennsylvania 州<br>保险部消费者服<br>务局 | 1-877-881-6388                         | 请求获取投诉表、提出投诉或<br>与消费者服务代表交谈。                                                              |
| 保护服务举报热<br>线                    | 1-800-490-8505                         | 对于任何年龄超过 60 周岁的人<br>员或年龄在 18 周岁至 59 周<br>岁之间患有身体或心理残疾的人<br>员，报告任何潜在的虐待、疏于<br>照顾、剥削或遗弃的行为。 |

### 其他电话号码

#### 县援助办公室 (CAO)

如需获取 Pennsylvania 州县援助办公室的地址和电话号码最新清单，请查看：

<https://www.pa.gov/agencies/dhs/contact/cao-information>

#### Medical Assistance 交通项目 (MATP)

如需获得各县的 MATP 联系电话的完整清单：

- 请参见欢迎文件系列中的信息，或
- 登录：<http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx>，  
获取 MATP 电话号码最新版，或
- 请查看我们的网页：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，请点击“成员”，然后点击“重要电话号码”。您将在这个链接中找到各郡的 MATP 电话号码。

#### 心理健康/智力障碍服务

如需获得各县的行为健康办公室联系电话的完整清单：

- 请参见欢迎文件系列中的行为健康信息，或
- 请前往：<https://www.pa.gov/agencies/dhs/contact/county-mh-id-offices>，或
- 请查看我们的网页：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，请点击“成员”，  
然后点击“重要电话号码”。您将在这个链接中找到各郡行为健康联系信息。



## Keystone First 2026 年参保人手册

|                    |                                        |
|--------------------|----------------------------------------|
| 儿童热线               | 1-800-932-0313                         |
| 法律援助               | 1-800-322-7572                         |
| 全国自杀预防生命热线         | 1-800-273-8255                         |
| Pennsylvania 州戒烟项目 | 1-800-QUIT-NOW<br>(1-800-784-8669)     |
| PA 参保服务            | 1-800-440-3989<br>1-800-618-4225 (TTY) |

### 自杀和危机生命热线

988 自杀和危机生命热线的号码提供 24/7 全天候服务

请致电：988（退伍军人请按 1）

发送短信至：988（退伍军人请发送短信至 838255）

访问或使用聊天：988lifeline.org

如需心理健康护理或支持，您可以访问

<https://www.pa.gov/agencies/dhs/resources/mental-health-substance-use-disorder/mental-health.html> 了解更多有关 PA 州所提供的服务。

## 沟通服务

**Keystone First** 可免费为您提供本手册和您所需其他信息的非英文语言版本。

**Keystone First** 可在您需要的情况下，免费为您提供本手册和您所需信息的其他形式，例如 CD 碟片、盲文、大字体印刷、DVD 和电子通讯格式和其他格式。请联系参保人服务电话 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，寻求任何您所需的帮助。根据您所需要的信息，**Keystone First** 可能需要 5 个工作日才能将信息发送给您。

如果您不能说或理解英文，或您是聋哑人士或患有听障，**Keystone First** 还将翻译服务，包括美国手语或 TTY 服务。免费为您提供上述服务。如果您需要译员，请拨打参保人服务电话 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，参保人服务将与您取得联系为您提供能够满足您的需求的译员服务。如需获取 TTY 服务，请致电专用号码：**1-800-684-5505** 或致电成员服务，他们将帮您接入下一个可用的 TTY 线路。

如果您的主要医疗保健提供者 (PCP) 或其他提供者无法为您的预约看诊提供一名译员，则 **Keystone First** 将能为您提供这项服务。如果您在预约看诊时需要一名译员，请致电成员服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 加入计划

为了获取 HealthChoices 计划所提供的服务，您需要维持获得 Medical Assistance 的资格。您将收到有关资格审查的文件或电话。请务必遵守规定，确保您的 Medical Assistance 资格不会终止。您对收到的任何文件存有疑问，或您并不确定您的 Medical Assistance 资格是否处在最新状态，请致电 **Keystone First** 参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 或您的 CAO。

## 参保服务

Medical Assistance 计划与参保援助项目 (EAP) 合作，帮您参保 HealthChoices 计划。您收到了关于 EAP 的信息，以及关于您已收到的涉及选取 HealthChoices 计划的信息。参保专员将为您介绍您所在地区的所有可用的 HealthChoices 计划，以便您确定最适合的计划。如果您没有选择 HealthChoices 计划，则我们将为您选取一款 HealthChoices 计划。如果您希望变更您的 HealthChoices 计划，或是搬到其他县内，参保专员还可为您提供帮助。

参保专员能够帮您：

- 选择一项 HealthChoices 计划
- 变更您的 HealthChoices 计划
- 当您首次参保 HealthChoices 计划时选择 PCP
- 回答有关所有 HealthChoices 计划的问题
- 询问您是否有特殊医疗或社交需求，从而帮您决定选择哪项 HealthChoices 计划
- 为您提供更多有关 HealthChoices 计划的信息

如需联系 EAP，请致电 1-800-440-3989 或 1-800-618-4225 (TTY)。

## 变更您的 HealthChoices 计划

您可以随时出于任何理由来变更您的 HealthChoices 计划。如需变更您的 HealthChoices 计划，请拨打 EAP 电话 1-800-440-3989 or 1-800-618-4225 (TTY)。他们将告诉您变更后的新 HealthChoices 计划将从何时启用，而您将在那之前一直保持参

## Keystone First 2026 年参保人手册

加 **Keystone First**。变更您的 HealthChoices 计划可能需要 6 个星期才能生效。在新的计划生效前，请在预约看诊时使用您的 **Keystone First** 身份卡。

### 家庭变化

如果您的家庭中出现了任何变化，请致电县援助办公室 (CAO) 和参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

例如：

- 您家中有人怀孕或生孩子。
- 您变更了地址或电话号码。
- 您或与您同住的家庭成员获得其他健康保险。
- 您或与您同住的家庭成员病重或残疾。
- 一位家庭成员搬入或搬出您的家庭住址。
- 家里有人去世。

新生儿会自动被分配到母亲的当前 HealthChoices 计划之中。您可以拨打 EAP 电话 **1-800-440-3989**，变更您的宝宝的计划。变更之后，您将收到您的宝宝的新 HealthChoices 计划参保人身份卡。

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

### 搬家后如何应对？

如果您搬出所在县，您可能需要选择新的 HealthChoices 计划。如果您搬家，请联系您的 CAO。若 **Keystone First** 也为您新搬入的县提供服务，则您可以继续使用 **Keystone First**。若 **Keystone First** 不为您所在的新县提供服务，则 EAP 可以帮助您选择一项新计划。

如果您搬出本州，请通知您的 CAO，因为您将无法继续通过 HealthChoices 计划获取服务。您的个案工作人员将终止您在 Pennsylvania 州的福利。您将需要在新的州内申请福利。

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 福利丧失

有几种原因可能导致您的福利完全丧失。

它们包括：

- 您的 Medical Assistance 因任何原因而终止。如果您在 6 个月内再次符合了获得 Medical Assistance 的资格，则您将再次加入同样的 HealthChoices 计划，除非您选择加入不同的 HealthChoices 计划。
- 您进入了 Pennsylvania 州以外的一家疗养院。
- 您犯有 Medical Assistance 欺诈行为，并完成了所有上诉程序。
- 如果您已入狱，或被安置在一家青年发展中心内。

您还可能出于其他理由不再符合通过生理健康 MCO 计划获得服务，且您将被置于“按服务收费”项目之中。

它们包括：

- 您连续 35 天以上被置于一家未成年人羁留中心内。
- 您已年满 21 周岁及以上，且开始获取 Medicare D 部分（处方药承保）的承保。
- 您进入了一家州立医院

您还可能符合获得 Community HealthChoices (CHC) 的资格。如果您符合获得 Medicare 承保的资格，或符合进入护理设施或基于家庭和社区的服务的资格，则您也将符合获得 CHC 的资格。如需获取有关 CHC 的更多信息，请访问：

[www.healthchoices.pa.gov](http://www.healthchoices.pa.gov)。

如果您丧失了福利，或若您不再可以通过生理健康 MCO 获得服务，且将通过“按服务收费”系统或 CHC 的系统获得服务时，您将收到一封来自 DHS 的通知。

## 医疗保健提供者信息

Keystone First 的医疗保健提供者名录列出了 Keystone First 网络内提供者的信息。请点击以下链接查看提供者名录：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。您还可以致电参保人服务 1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)，请求获取一份可寄送给您的提供者名录，或

## Keystone First 2026 年参保人手册

请求获得一名医生就读哪个医学院或完成住院医师项目的信息。您还可以致电参保人服务获得帮助寻找一名提供者。提供者名录包括网络内提供者的以下信息：

- 姓名、地址、网址、电子邮件、电话号码。
- 提供者目前是否接受新患者。
- 工作日期和时间。
- 提供者的资历和专业委员会认证。
- 提供者的专长和提供的服务。
- 提供者是否说英语以外的语言，如果是，说哪种语言。
- 提供者所在场所是否便于轮椅无障碍出入。

提供者名录印刷版上的信息可能会发生变化。您可以致电参保人服务，查看提供者名录中的信息是否是最新的。**Keystone First** 每天都会更新印刷版提供者名录。在线名录至少每天更新。

### 选取初级保健提供者 (PCP)

您的 PCP 是一名医生或一个医生团体，他们与您的其他医疗保健提供者一起确保您能够获取所需的医疗保健服务。您的 PCP 将为您推介所需的专科医生，并跟踪所有医疗保健提供者为您提供的护理。

PCP 可以是一名家庭医生、全科医生、儿科医生（用于儿童和青少年）或内科医生（内科学医生）。您还可以选择一名认证注册执业护士 (CRNP) 作为您的 PCP。CRNP 在医生的指导下工作，并可完成许多医生做的相同工作，例如开具处方药和诊断疾病。

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

这些医疗专业人士可以是：

- 医生助理
- 住院医师
- 认证护士-助产士

## Keystone First 2026 年参保人手册

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

如果您拥有特殊医疗或社交需求，请选择一名专科医生作为您的 PCP。这位专科医生必须同意作为您的 PCP，并必须在 **Keystone First** 计划的网络内。

参保专员能够帮助您在 **Keystone First** 计划中选择您的首位 PCP。当您选择了 **Keystone First** 计划后却并未在 14 天内通过您的 EAP 选择一名 PCP 时，我们将为您选择一名 PCP。

### 变更您的 PCP

如果您出于任何原因需要变更您的 PCP，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，请求使用一名新的 PCP。如果您在寻找新的 PCP 时需要帮助，请访问 **www.keystonefirstpa.com**，该网站提供一份提供者名录，或致电参保人服务获取一份提供者名录印刷版。

**Keystone First** 计划将为您发送一份新身份卡，上面记录着您的新 PCP 的姓名和电话号码。参保人服务代表将告诉您什么时候可以到新的 PCP 处看诊。

当您变更了 PCP 后，**Keystone First** 将把您的病历从此前的 PCP 处转至您的新 PCP 处。在需要急救的情况下，**Keystone First** 将帮助您尽快转移您的病历记录。

如果您的 PCP 是一名儿科医生或儿科专家，您可以请求帮助以变更一名 PCP，为您提供成年人所需服务。

### 门诊看诊

#### 与您的 PCP 预约看诊

与您的 PCP 预约看诊时，请致电您的 PCP 的办公室。如果您在预约时需要帮助，请致电 **Keystone First** 计划的参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

如果您在预约医生看诊时需要帮助，请参见本手册第 68 页“Medical Assistance 交通计划 (MATP)”一章，或使用以上电话号码致电 **Keystone First** 计划的参保人服务。

如果您在看诊时还没有拿到 **Keystone First** 计划身份卡，请在看诊时出示您的 ACCESS 卡或 EBT 卡。另外，请拨打参保人服务电话 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。我们将为您提供您的参保人身份编号。请在您收到的新参保人欢迎文件系列中的欢迎信函



## Keystone First 2026 年参保人手册

上写下您的参保人身份编号。当您要获得所需服务时，请携带这个编号。您的医疗保健提供者还应该致电 **Keystone First** 以检查您是否符合资格。您应当同时告知您的 PCP 您已选择 **Keystone First** 计划作为您的 HealthChoices 计划。

### 预约标准

**Keystone First** 计划提供者必须满足以下预约标准：

- 当您致电请求获得定期预约看诊时，您的 PCP 应当能够在 10 个工作日内为您安排预约。
- 您接受常规就诊时，等待时间不应超过 30 分钟；若医生遇到紧急情况，等待时间也不应超过一 (1) 小时。
- 如果您的医疗状况紧急，您的提供者应能在您致电预约后 24 小时内为您看诊。
- 如果您需要急救，则提供者必须立即为您看诊，或将您转介至急救室。
- 如果您怀孕了，且：
  - 若您处在第一孕期，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 10 个工作日内为您看诊。
  - 若您处在第二孕期，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 5 个工作日内为您看诊。
  - 若您处在第三孕期，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 4 个工作日内为您看诊。
  - 若您属于高危妊娠，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 24 小时内为您看诊。

### 转介

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

若 **Keystone First** 计划在您所在地区所拥有的专科医生不足 2 名，且您不愿意在您所在的区域看这位专科医生，则 **Keystone First** 将与您一起合作，免费为您在网络外找寻一名专科医生供您所用。 您的 PCP 必须联系 **Keystone First** 计划，告知 **Keystone First** 您希望使用一名网络外专科医生，并要在您到这位专科医生处看诊前获得 **Keystone First** 计划的批准。

## Keystone First 2026 年参保人手册

您的 PCP 将帮助您与这位专科医生预约。PCP 和这名专科医生将与您和该医生一起合作，确保您能够获得所需的医疗保健服务。您的 PCP 可能会要求您签署同意书，以接受跨专业会诊服务。通过这项服务，您的 PCP 可以在您不在场的情况下联系专科医生，以治疗您的具体健康问题。

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

如需查看 **Keystone First** 计划网络内的专科医生名单，请参见我们网站上的提供者目录：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，或致电成员服务获取一份提供者目录打印版。

### 自行转介

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

以下服务不需要您的 PCP 提供转介：

- 产前看诊
- 常规产科 (OB) 护理
- 常规妇科 (GYN) 护理
- 常规计划生育服务（可在无预授权时到网络外提供者处就医）
- 常规牙科服务
- 常规眼科检查
- 急救服务
- 视力或听力筛查（根据 EPSDT 计划）

获得行为健康服务时，您无需获

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

### 非工作时间护理

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

**Keystone First** 计划还设有一条每周 7 天、每天 24 小时全天候服务的免费护士呼叫热线 1-866-431-1514。护士将与您讨论您的紧急健康问题。

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 参保人的参与

### 提供政策和服务更改建议

**Keystone First** 计划希望您从这里了解如何改善 HealthChoices 带给您的体验。如果您对如何改善本计划持有建议，或告知我们提供服务的不同方式，请联系 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### Keystone First 健康教育咨询委员会 (HEAC)

**Keystone First** 拥有一个健康教育咨询委员会 (HEAC)，其中包括许多参保人和网络内提供者。该委员会向 **Keystone First** 提供建议，告知该计划像您这样的参保人的体验和有哪些。如需更多有关委员会的信息，请致电 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，或访问网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。

### Keystone First 质量改进项目

**Keystone First** 的使命在于帮助人们获得治疗、保持健康并构建健康社区。

我们的质量团队负责践行这一使命，监督您和您的家庭所获得的医疗保健和服务。

我们的目标是为我们的参保人改善健康与福祉。质量部门在幕后工作，但您也可以在社区中找到我们。我们的团队：

- 为您提供保健与疾病项目。
- 与参保人保持联系，帮助他们获得所需的护理和健康教育。
- 针对拥有特殊医疗保健需求的参保人编制项目。
- 调查参保人和提供者，并使用调查结果改善我们的服务。
- 审查 **Keystone First** 的医疗、牙科、眼科和药房提供者提供的护理和服务质量。

我们寻找需要改进的领域。

如果您有以下情况，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**：

- 希望了解更多有关我们提供的优质项目、目标、活动和成果的信息。
- 认为您或您的家庭并未获得优质护理。我们的团队将调查这一问题。
- 出院回家后，您没有获得所需的援助和资源。我们的护理联络员可以为您提供帮助。

## 第 2 章

# 权利与责任

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 参保人的权利与责任

**Keystone First** 计划及其网络内提供者不因种族、性别、宗教、原籍、残障、年龄、性取向、性别认同或其他法律禁止的理由对参保人施以歧视。

作为一名 **Keystone First** 参保人，您拥有以下权利与责任。

### 参保人权利

您所拥有的权利：

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

## Keystone First 2026 年参保人手册

14. 免受任何形式的限制或隔离方式以强迫您去做某事，或对您进行纪律管教，或为医疗保健提供者进行以上行为提供便利，或对您加以处罚。
15. 了解因道德或宗教原因导致 **Keystone First** 计划或提供者不提供的服务的信息，以及了解如何获得这类服务。
16. 您在执行权利时，不应为公众服务部 (DHS)、**Keystone First** 计划和为您提供治疗的网络内提供者造成负面影响。
17. 建立预立医疗指示。请参见第 76 页上的第 6 章查看更多信息。
18. 针对 **Keystone First** 计划的成员的权利与责任提出建议。

### 参保人责任

参保人需要与医疗保健提供者保持合作。 **Keystone First** 需要您的帮助，确保您能够获得所需服务与支持。

以下是您应当做到的：

1. 尽最大可能提供您的医疗保健提供者需要的信息。
2. 遵守您的提供者订立的要求和指南。
3. 参与有关您的医疗保健和治疗的相关决定。
4. 与您的医疗保健提供者合作，制定并执行您的治疗计划。
5. 告知您的提供者您的需求和期望。
6. 了解 **Keystone First** 计划的承保范围，包括所有承保和非承保的福利和限制。
7. 除非 **Keystone First** 计划批准您使用一名网络外提供者，或您拥有 Medicare，否则请仅使用网络内提供者。
8. 请从您的 PCP 处获得专科医生转介。
9. 尊重其他病患、提供者的工作人员和提供者的工人。
10. 尽力支付您的共付额。
11. 将欺诈和滥用事件报告给 DHS 欺诈和滥用报告热线。

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 隐私与保密

**Keystone First** 计划必须维护您的受保护的健康信息 (PHI) 的隐私性。 **Keystone First** 计划必须告知您将如何使用或分享您的 PHI 信息。 这包括与正在为您提供治疗的提供者分享您的 PHI，使得 **Keystone First** 计划能够向您的提供者付款。 此外，还包括与 DHS 分享您的 PHI 信息。 这部分信息现已列入 **Keystone First** 计划的隐私惯例通知中。 如需获取一份 **Keystone First** 的隐私惯例通知，请致电 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 或访问 **www.keystonefirstpa.com**。

## 共付额

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

共付额的金额请参见本手册第 **31** 页“承保服务”图表。

以下参保人无需支付共付额：

- 参保人年龄未满 **18** 岁。
- 妊娠妇女（包括产后 **1** 年内（产后期））
- 居住在长期看护设施，包括针对智力残疾和其他相关疾病患者所使用的中级护理设施或其他医疗机构中的参保人。
- 居住在个人护理家庭或住宅式护理家庭中的参保人。
- 有资格获得“乳腺癌和宫颈癌预防和治疗项目”福利的参保人。
- 根据《第 **IV-B** 篇：寄养护理》和《第 **IV-E** 篇：寄养护理和领养援助》有资格获得保险的参保人

以下服务不需要支付共付额：

- 急救服务
- 化验服务
- 计划生育服务，包括医疗用品
- 临终关怀服务
- 家庭保健服务
- 戒烟服务
- 当与技术部分分开计费时，诊断放射学、核医学、放射治疗及医学诊断服务的专业部分

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 精神科日间住院服务
- 殡仪馆主管提供的服务
- 肾透析
- 血液和血液制品
- 吸氧
- 造口护理用品
- 耐用医疗设备
- 门诊服务（当 MA 费用低于 2.00 美元时）
- EPSDT 计划下提供的筛查服务
- 在 24 小时内进行的某项特定过敏测试系列中的多项检测
- 目标案例管理服务

### 如果我被要求支付共付额，但我不同意怎么办？

如果您认为一名提供者向您收取了错误的共付额，或您认为您不应支付这笔共付额，您可以向 **Keystone First** 计划提出投诉。请参见第 8 章“投诉、申诉和公正听证”，了解如何提出投诉的信息，或致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

## 账单信息

**Keystone First** 计划网络内的提供者不应针对 **Keystone First** 计划承保的医学必需服务向您发送账单。即使您的提供者并未从 **Keystone First** 处收到全额款项，该提供者也不可以向您发出账单。这被称为“平衡账单”，是被禁止的。

### 医疗保健提供者何时可以向我发出账单？

提供者可在以下情况发生时向您发出账单：

- 您没有支付共付额。
- 您在未经 **Keystone First** 批准的情况下接受了网络外提供者的服务，且提供者在您接受服务之前已经告知您这次服务将不会得到承保，且您同意为这次服务付款。
- 您所接受的服务为 **Keystone First** 计划未承保的服务，且提供者在您接受服务之前已经告知您这次服务将不会得到承保，且您同意为这次服务付款。
- 您从一名并未加入 **Medical Assistance** 计划的提供者处接受了一项服务。



# Keystone First 2026 年参保人手册

## 如果收到账单应当怎么做？

如果您从一名提供者处收到了一份账单，且您认为该提供者不应向您发出账单，则您可以致电参保人服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

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

## 第三方责任

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

如果您还拥有 Medicare 或其他以医疗保险，您必须告知县援助办公室 (CAO) 和参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。当您前往一名提供者或一间药房时，您必须告知该提供者或药房您所拥有的全部医疗保险形式，并出示您的

- Medicare 卡
- 其他保险卡
- ACCESS 卡或 EBT 卡
- **Keystone First** 计划身份卡。

这将确保您的医疗保健账单得到及时准确支付。

## 福利协调

如果您拥有 Medicare，且您所需要的服务或其他护理在 Medicare 的承保范围内，您就可以选择在 Medicare 的任何提供者处接受护理。该提供者无需在 **Keystone First** 计划网络内。您也无需从 **Keystone First** 计划处获得预授权，您到一名专科医生处看诊时也无需从 Medicare PCP 处获得转介。如果该提供者加入了 Medical Assistance 计划，**Keystone First** 计划将与 Medicare 保持合作，确定在 Medicare 支付账单后，本计划是否还需要向该提供者付款。

如果您所需的服务不在 Medicare 的承保范围内，但属于 **Keystone First** 的承保范围，您必须从 **Keystone First** 计划网络内提供者处获得该服务。所有 **Keystone First** 计划的规定，例如预授权和专科医生转介等，都适用于这类服务。

如果您没有 Medicare，但您拥有其他保险，且您所需的服务或其他护理在这份其他保险的承保范围内，您必须使用同时加入了其他保险和 **Keystone First** 计划的提供者为您提

## Keystone First 2026 年参保人手册

供这类服务。您必须遵守其他保险和 **Keystone First** 计划的规定，例如预授权和专科医生转介。如果您持有的其他健康保险涵盖专科转诊，或涵盖《医疗援助费用表 (Medical Assistance Fee Schedule)》中列明的其他服务（无论是否需要预授权），则无需再向 PH-MCO 申请额外批准。如果该服务在您的其他健康保险范围内，您的 PH-MCO 将接受您的第三方转诊和/或预授权。

**Keystone First** 计划则将与您的其他保险进行合作，确定在其他保险支付了账单后，本计划是否还需为这项服务支付费用。

如果您所需的服务不在您的其他保险的承保范围内，则您必须从 **Keystone First** 计划网络内提供者处获得该服务。所有 **Keystone First** 计划的规定，例如预授权和专科医生转介等，都适用于这类服务。

### 接收人限制/锁定项目

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

#### 如何运作？

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

您可以选择提供者，或 **Keystone First** 将为您选择提供者。如果您希望获得的提供者与 **Keystone First** 计划为您选取的提供者不同，则请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。即使您变更 HeathChoices 计划，这种限制仍将持续 5 年时间。

如果您对限制您所用提供者这一决定表示异议，您可以就这一决定提出上诉，在您收到 **Keystone First** 计划发出的限制提供者信函之日后 30 天内，请求 DHS 为您举办一次公正听证。

您必须在公正听证的书面请求上签字，并将其寄送至：

## Keystone First 2026 年参保人手册

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

如果您在请求公正听证时需要获得帮助，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，或联系您所在地区的法务援助办公室。

如果您的上诉的邮戳日期在 **Keystone First** 计划发出通知之后的 10 日内，则这些限制在您的上诉结论下达之前将不会生效。如果您的上诉的邮戳日期在计划发出通知之日起 10 日以后至 30 日以内，则这些限制将生效，直至您的上诉结论确定。听证会和上诉局 (Bureau of Hearings and Appeals) 将通过书面形式告知您的听证的举办日期、时间和地点。针对限制提供者的决定，您无法通过 **Keystone First** 计划提出申诉或投诉。

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

### 报告欺诈或滥用行为

#### 本人如何报告参保人的欺诈或滥用行为？

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

参保人欺诈或滥用的例子包括但不限于：某人领取医疗援助或其他公共福利，且符合以下任一情况：

- 参保人未申报收入。
- 参保人未申报其拥有的资源或财产。
- 参保人未申报同住人员。
- 参保人允许他人使用其 ACCESS/MCO 卡。
- 参保人伪造或篡改处方。
- 参保人出售处方药或药品。

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 如何报告提供者欺诈或滥用行为？

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

提供者欺诈或滥用的例子包括但不限于：

- 为未提供的服务开具账单。
- 虚报所提供的服务/物资。
- 将仿制药按专利药收费。
- 就实际提供的服务以外的其他服务进行计费。
- 申报的服务时间或服务单位超过实际提供量。
- 在非实际提供服务的地点进行收费。
- 在索赔单上提交虚假信息，例如服务日期、服务提供者或处方医师。
- 就同一项服务进行重复计费。
- 就未经资质认证人员提供的服务进行收费。
- 将二手物品当作新品进行收费。

## 第 3 章

### 生理健康服务

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 承保服务

下表列出了 **Keystone First** 计划承保的医学必需服务。某些服务设有一定限制或定额手续费，或需要从您的 PCP 处获得转介，或需要从 **Keystone First** 计划处获得预授权。如果您所需的服务超出了以下的限制，您的提供者可以申请例外处理，具体请参见本章下文。

如果您尚未达到 21 周岁，或处在妊娠期，这些限制将不适用。

对于未满 21 岁的个人参保人，所有医学必需的 Medicaid 承保服务，无论金额如何，均属于承保服务范围。

| 服务                |        | 儿童            | 成人            |
|-------------------|--------|---------------|---------------|
| 初级保健提供者           | 限制     | 不适用           | 无限制           |
|                   | 共付额    | 无共付额          | 无共付额          |
|                   | 预授权/转介 | 无预授权或转介       | 无预授权或转介       |
| 专科医生              | 限制     | 不适用           | 无限制           |
|                   | 共付额    | 无共付额          | 无共付额          |
|                   | 预授权/转介 | 某些专科服务可能需要预授权 | 某些专科服务可能需要预授权 |
| 认证注册执业护士          | 限制     | 不适用           | 无限制           |
|                   | 共付额    | 无共付额          | 无共付额          |
|                   | 预授权/转介 | 无预授权或转介       | 无预授权或转介       |
| 联邦认证合格健康中心/乡村健康中心 | 限制     | 不适用           | 无限制           |
|                   | 共付额    | 无共付额          | 无共付额          |
|                   | 预授权/转介 | 无预授权或转介       | 无预授权或转介       |
| 非医院类门诊诊所          | 限制     | 不适用           | 无限制           |
|                   | 共付额    | 无共付额          | 无共付额          |
|                   | 预授权/转介 | 某些服务可能需要预授权   | 某些服务可能需要预授权   |

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务                |        | 儿童              | 成人              |
|-------------------|--------|-----------------|-----------------|
| 医院类门诊诊所           | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|                   | 预授权/转介 | 某些服务可能需要预授权     | 某些服务可能需要预授权     |
| 足病诊疗              | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|                   | 预授权/转介 | 某些足病服务可能需要预授权   | 某些足病服务可能需要预授权   |
| 推拿按摩服务            | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|                   | 预授权/转介 | 某些推拿按摩服务可能需要预授权 | 某些推拿按摩服务可能需要预授权 |
| 验光师服务             | 限制     | 不适用             | 可能适用限制          |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|                   | 预授权/转介 | 某些服务可能需要预授权     | 某些服务可能需要预授权     |
| 临终关怀              | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|                   | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |
| 牙科服务              | 限制     | 不适用             | 可能适用限制          |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|                   | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |
| 放射（例如 X-光、MRI、CT） | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|                   | 共付额    | 无共付额            | 每次看诊 \$1 共付额    |
|                   | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务          |        | 儿童              | 成人              |
|-------------|--------|-----------------|-----------------|
| 医院类门诊部简短手术部 | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | \$3 共付额         |
|             | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |
| 门诊流动手术中心    | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | \$3 共付额         |
|             | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |
| 非急救医疗交通     | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|             | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |
| 计划生育服务      | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|             | 预授权/转介 | 某些计划生育服务可能需要预授权 | 某些计划生育服务可能需要预授权 |
| 肾透析         | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|             | 预授权/转介 | 预授权可能适用         | 预授权可能适用         |
| 急救服务        | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|             | 预授权/转介 | 无预授权或转介         | 无预授权或转介         |
| 紧急护理服务      | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |
|             | 预授权/转介 | 无预授权或转介         | 无预授权或转介         |
| 救护车服务       | 限制     | 不适用             | 无限制             |
|             | 共付额    | 无共付额            | 无共付额            |



## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务      |        | 儿童      | 成人                                                                                                                                                                                    |
|---------|--------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用                                                                                                                                                                               |
| 住院医院    | 限制     | 不适用     | 无限制                                                                                                                                                                                   |
|         | 共付额    | 无共付额    | 每天共付额为 <b>\$3/</b> 上限为 <b>\$21</b>                                                                                                                                                    |
|         | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用                                                                                                                                                                               |
| 住院康复医院  | 限制     | 不适用     | 无限制                                                                                                                                                                                   |
|         | 共付额    | 无共付额    | 每天共付额为 <b>\$3/</b> 上限为 <b>\$21</b>                                                                                                                                                    |
|         | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用                                                                                                                                                                               |
| 产科护理    | 限制     | 不适用     | 无限制                                                                                                                                                                                   |
|         | 共付额    | 无共付额    | 无共付额                                                                                                                                                                                  |
|         | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用                                                                                                                                                                               |
| 处方药     | 限制     | 不适用     | 无限制                                                                                                                                                                                   |
|         | 共付额    | 无共付额    | 品牌型药物：每次处方或续药 <b>\$3</b><br>仿制药：每次处方或续药 <b>\$1</b><br>某些药物没有共付额。请查看您手中的新参保人欢迎文件系列中的参保人共付额方案表。您也可以访问 <b><a href="http://www.keystonefirstpa.com">www.keystonefirstpa.com</a></b> 在线查看。 |
|         | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用                                                                                                                                                                               |
| 肠内营养补充剂 | 限制     | 不适用     | 无限制                                                                                                                                                                                   |
|         | 共付额    | 无共付额    | 无共付额                                                                                                                                                                                  |
|         | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用                                                                                                                                                                               |
| 疗养院服务   | 限制     | 不适用     | 无限制                                                                                                                                                                                   |
|         | 共付额    | 无共付额    | 无共付额                                                                                                                                                                                  |

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务                          |        | 儿童                                             | 成人      |
|-----------------------------|--------|------------------------------------------------|---------|
|                             | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                        | 预授权可能适用 |
| 家庭健康护理,<br>包括疗养、助理<br>和理疗服务 | 限制     | 不适用                                            | 可能适用限制  |
|                             | 共付额    | 无共付额                                           | 无共付额    |
|                             | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                        | 预授权可能适用 |
| 耐用医疗设备                      | 限制     | 不适用                                            | 无限制     |
|                             | 共付额    | 无共付额                                           | 无共付额    |
|                             | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                        | 预授权可能适用 |
| 假肢和矫正                       | 限制     | 不适用                                            | 可能适用限制  |
|                             | 共付额    | 无共付额                                           | 无共付额    |
|                             | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                        | 预授权可能适用 |
| 眼镜镜片                        | 限制     | 无限制, 但是每个日历年超过 <b>4</b> 个标准镜片后, 当年的额外镜片必须取得预授权 | 可能适用限制  |
|                             | 共付额    | \$0                                            | 无共付额    |
|                             | 预授权/转介 | 预授权: 否<br>转介: 否                                | 预授权可能适用 |
| 眼镜镜框                        | 限制     | 无限制, 但是每个日历年超过 <b>2</b> 个标准镜框后, 当年的额外镜框必须取得预授权 | 可能适用限制  |
|                             | 共付额    | \$0                                            | 共付额可能适用 |

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务                 |        | 儿童                                         | 成人      |
|--------------------|--------|--------------------------------------------|---------|
|                    | 预授权/转介 | 预授权：否<br>转介：否                              | 预授权可能适用 |
| 隐形眼镜               | 限制     | 无限制，但是每个日历年超过 <b>4</b> 个镜片后，当年的额外镜片必须取得预授权 | 可能适用限制  |
|                    | 共付额    | \$0                                        | 共付额可能适用 |
|                    | 预授权/转介 | 预授权：否<br>转介：否                              | 预授权可能适用 |
| 隐形眼镜验配             | 限制     | 医学必需时承保                                    | 可能适用限制  |
|                    | 共付额    | \$0                                        | 共付额可能适用 |
|                    | 预授权/转介 | 预授权：否<br>转介：否                              | 预授权可能适用 |
| 医疗用品               | 限制     | 不适用                                        | 无限制     |
|                    | 共付额    | 无共付额                                       | 无共付额    |
|                    | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                    | 预授权可能适用 |
| 治疗（物理治疗、职业治疗和言语治疗） | 限制     | 不适用                                        | 可能适用限制  |
|                    | 共付额    | 无共付额                                       | 无共付额    |
|                    | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                    | 预授权可能适用 |
| 化验                 | 限制     | 不适用                                        | 无限制     |
|                    | 共付额    | 无共付额                                       | 无共付额    |
|                    | 预授权/转介 | 预授权可能适用                                    | 预授权可能适用 |
| 戒烟                 | 限制     | 不适用                                        | 可能适用限制  |
|                    | 共付额    | 无共付额                                       | 无共付额    |

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务 |        | 儿童      | 成人      |
|----|--------|---------|---------|
|    | 预授权/转介 | 预授权可能适用 | 预授权可能适用 |

### 非承保服务

以下列出的是 **Keystone First** 计划不提供承保的生理健康服务。如果您对 **Keystone First** 计划是否会承保一项服务存有疑问，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

MCO 可以根据您的具体情况选择承保实验性医疗手术、药物和设备。MCO 必须为参与合格临床试验的参保人提供常规患者护理费用承保。

### 第二意见

如果您对任何治疗服务或向您推荐的非急救手术感到不确定，您有权询问和获取第二意见。第二意见可给到您更多信息，能够帮助您对治疗做出重要决定。除了支付共付额以外，第二意见不会给您增加其他费用。

请致电 PCP 请求在 **Keystone First** 计划内另找一名网络内提供者来获取第二意见。如果在 **Keystone First** 计划网络内没有其他提供者，您可以请求 **Keystone First** 计划批准您从一名网络外提供者处获得第二意见。

### 什么是预授权？

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

### 医学必需是什么意思？

“医学必需”意味着一项服务、项目或药物能够实现以下内容之一：

- 将会或有合理期望能够避免一种疾病、症状、受伤或残疾；

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 将会或有合理期望能够缓和或改善一种疾病、症状、伤害或残疾所带来的生理、心理或发育影响；
- 将会帮助您有能力处理日常工作，且需考虑您的能力和同龄他人的能力；或

如果您在确定一项服务、项目或药物是否为医学必需时需要任何帮助，或需要获得更多信息，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 使用审核流程

如需针对使用审核流程提出疑问请致电 **Keystone First** 使用管理部门，工作时间为早上 8:00 至下午 5:00，电话号码为 **1-800-521-6622 (TTY 711)**。如果您想在工作时间之外针对使用审核流程提出问题，请致电 **Keystone First** 参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 如何请求预授权

1. 您的 PCP 或其他医疗保健提供者必须向 **Keystone First** 提供信息，以展示这些服务或药物属于医学必需。
2. **Keystone First** 计划的护士或药剂师将审查这类信息。他们将使用公众服务部批准的临床指南进行审查，查看该服务或药物是否为医学必需。
3. 若这项请求无法由 **Keystone First** 计划的护士或药剂师进行批准，则一名 **Keystone First** 的医生将负责审查这一请求。
4. 若该请求已经获批，我们将告知您和您的医疗保健提供者您已获得批准。
5. 如果该请求没有获批，则我们将向您和您的医疗保健提供者致函，告知您最终决定的理由。
6. 如果您对这个决定存有异议，您可以提交一份投诉或申诉，和/或请求获得一次公正听证会。请参见第 **81** 页查看有关投诉、申诉和公正听证的信息。
7. 您可以致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，请求在提交投诉、申诉和/或获取公正听证时获得帮助。

如果您在更好地理解预授权流程方面需要帮助，请与 PCP 或专科医生进行交谈，或致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

如果您或您的提供者希望获得一份判定您的预授权请求的医学必需指南或其他规定，您可以致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。您的提供者还可致电提供者服务 **1-800-521-6007**。

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 哪些服务、项目或药物需要获得预授权？

下表列出了一些但并非全部需要预授权的服务、项目和药物。

需要预授权的生理健康服务包括：

- 所有自选在急诊设施提供的住院/或门诊服务中进行转移的情况。
- 一家设施（包括独立设施或从属于一家医院的设施）提供的替代性护理层级专业护理设施的收治，接收需要不必在医院提供的专业级康复和/或护理的患者。这不包括长期护理。
- 从不在 **Keystone First** 网络内的提供者或医院获得的服务或耐用医疗设备 (DME)（但以下情况除外：戒烟心理咨询课程；急救服务；计划生育服务；若您拥有 Medicare，则由任何 Medicare 负责承保的、来自 Medicare 提供者所提供的服务）。
- 自选（非急救）收治住院。
- 在医院内或独立自营的小手术部门 (SPU) 或流动外科手术部门 (ASU) 接受的某些医疗或外科手术，包括但不限于以下情况：
  - 疼痛管理所需的类固醇注射或阻塞治疗。
  - 减肥手术。
  - 静脉结合或移除。
- 非急救类整形或美容手术（创伤发生后立即进行的整形手术除外），包括但不限于以下情况：
  - 眼睑整形手术。
  - 乳房缩小手术。
  - 隆鼻整形手术。
- 自选终止妊娠。
- 收治到一家疗养院或康复设施。
- 门诊治疗服务（物理治疗、职业治疗和言语治疗）
  - 评估服务不需要预授权，并且在一个日历年内每科最多 24 次看诊。
  - 如果一个日历年内每科超过 24 次看诊，则此类服务需要预授权。
- 心肺康复服务。
- 在每个日历年前 18 次家庭保健服务之后的服务，包括：专业护理人员上门服务；家庭保健援助上门服务；生理、职业、和言语治疗。参保人必须每隔 60 日进行一次重新评估。
- 全部换班护理/私人责任护理服务（包括家庭保健助理）。
- 所有 DME 租赁，无论每月成本/费用如何。
- 所有轮椅租赁（电动和手动）和所有轮椅配件。
- 所有轮椅购置（电动和手动）和所有轮椅配件（元件），无论每件成本如何。
- 价格高于 \$750 的所有 DME 购置。
- 所有 DME 家庭无障碍服务物品。
- 胃管灌食和营养补品（肠内）
  - 当参保人年满 21 周岁或以上时。

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 在医学必需情况时，且在接到请求时，为年龄已满 3 岁或以上的参保人提供尿布和/或内裤式尿布\*：
  - 每月需要使用超过 300 片普通尿布和/或内裤式尿布。
  - 特定品牌尿布。
  - 由非首选 DME 提供者提供的尿布。
- Medical Assistance 计划并未承保的任何服务/产品。
- 某些门诊类诊断测试和手术。
- 如果参保人未满 18 岁，在第 24 次就诊后，由 **Keystone First** 网络内提供者提供的脊科治疗服务。
- 住院临终关怀服务。
- 某些专业牙科服务。
- PET 及 CT 扫描、MRI、MRA 及核医学心脏病学。
- 处方类儿科长期护理中心 (PPECC) 和医疗日托中心。
- 往返处方类长期护理中心和医疗日托中心的救护运输服务。
- 从 **Keystone First** 网络内药房中获取的某些处方集类的处方药、所有非处方集内的处方药物、某些柜台可购的非处方 (OTC) 药物、以及某些 DME 医疗用品（例如血糖仪）。
- 所有器官移植评估和咨询。
- 自选/非急救空中救护交通。
- 遗传实验室检测。

\*年龄不满 3 岁的参保人的尿布和/或内裤式尿布不属于承保服务。请参阅第 37 页的“非承保服务”一章，或访问我们的网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com) 以了解更多信息。

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

如果您或您的提供者并不确定一项服务、项目或药物是否需要预授权，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 服务或项目的预授权

**Keystone First** 计划将审核预授权请求，以及您或您的提供者提交的信息。如果 **Keystone First** 计划拥有充足信息来确定该服务或项目是否为医学必需，则 **Keystone First** 计划将在 **Keystone First** 计划收到请求之日后 2 个工作日内告知您决定。

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

## Keystone First 2026 年参保人手册

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

### 承保药物的预授权

**Keystone First** 计划将在 **Keystone First** 计划收到请求后 24 小时内审查门诊药物（无需在医院抓取的药物）预授权请求。您和您的提供者将收到一份书面通知，告知您这项请求是否获批或被拒，如果请求被拒，则会附上拒绝理由。

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

### 如果我收到拒绝通知怎么办？

若 **Keystone First** 计划对一项服务、项目或药物的请求表示拒绝，或并未按照请求进行批准，则您可以提出申诉或投诉。若一项持续性服务、项目或药物被拒，且您提交了一份投诉或申诉，则 **Keystone First** 计划必须对这类药物提供授权，直至投诉或申诉得到解决，但药剂师认为该药物会对您有害的情况除外。请参见本手册第 81 页起的第 8 章“投诉、申诉和公正听证”，查看有关投诉和申诉的详情。

### 项目例外流程

针对那些存有限制的服务，若您或您的提供者认为您需要移除该服务的某些限制，您或您的提供者可以通过项目例外 (PE) 请求更多服务。PE 流程与牙科福利限制例外情况不同，后者请参见第 46 页。

如需在接受服务之前请求 PE：

1. 致电 **Keystone First** 参保人服务，告知参保人服务代表您需要针对福利限制请求例外处理。
2. 您可以将书面请求通过邮寄或传真的方式发给：  
**Benefit Limit Exceptions**  
**Member Services Department**  
**Keystone First**  
**200 Stevens Drive**  
**Philadelphia, PA 19113-1570**  
传真：1-215-937-5367



## Keystone First 2026 年参保人手册

3. 您的提供者还可致电 **Keystone First** 护理管理部门 **1-800-521-6622**。

如需在接受服务之后请求 PE:

1. 致电 **Keystone First** 参保人服务，告知参保人服务代表您需要针对福利限制请求例外处理。
2. 您的提供者还可致电 **Keystone First** 护理管理 **1-800-521-6622**。
3. 您的提供者还可以将请求邮寄至 **Keystone First** 的提供者上诉部门：  
**Attention: Provider Appeal Coordinator**  
**Provider Appeals Department**  
**Keystone First**  
**P.O.Box 7316**  
**London, KY 40742**

### 服务描述

#### 急救服务

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

以下为急救医疗状况和非急救医疗状况的一些范例：

#### 急救医疗状况

- 心脏病发作
- 胸痛
- 严重出血
- 剧痛
- 失去知觉
- 中毒

#### 可能需要紧急救治的非紧急医疗状况包括：

- 喉咙痛

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 呕吐
- 感冒或流感
- 背痛
- 耳痛
- 淤青、肿胀或小伤口

如果您不确定您的症状是否需要急救服务，可致电 PCP 或 **Keystone First** 计划的每周 7 天、每天 24 小时全天候服务护士呼叫热线 **1-866-431-1514**。

### 急救医疗交通

**Keystone First** 计划对使用救护车处理急救医疗状况的急救医疗交通服务提供承保。如果您需要一辆急救车，请致电 **911** 或您所在当地的救护车提供者。针对急救医疗交通，请不要致电 MATP（具体请参见本手册第 **68** 页上的说明）。

### 紧急护理

**Keystone First** 计划针对若不在 24 小时内处理即可迅速导致危机或急救医疗状况的疾病、受伤或症状提供紧急护理承保。这意味着您不需要进急救室，但需要医生帮您治疗。

如果您需要紧急护理，但您并不清楚这种状况是否为需要急救的情况，请首先致电您的 PCP 或 **Keystone First** 计划的护士呼叫热线 **1-866-431-1514**。您的 PCP 或护士呼叫热线中的护士将帮助您确定您是否需要进急救室、PCP 办公室或任何距离您较近的紧急护理中心。大部分情况下，如果您需要接受紧急护理，您的 PCP 会在 24 小时内为您安排预约。如果您无法联系上您的 PCP，或您的 PCP 无法在 24 小时内为您看诊，且您的医疗状况并非需要急救的情况，则您可以选取到一处 **Keystone First** 计划网络内的紧急护理中心或免预约诊所处看诊。到紧急护理中心看诊无需获取预授权。

一些需要接受紧急护理的医疗状况范例包括：

- 呕吐
- 咳嗽和发烧
- 扭伤
- 皮疹

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 耳痛
- 腹泻
- 喉咙痛
- 腹痛

有关非紧急医疗运输的信息，请参阅本手册第 **68** 页的“医疗援助运输项目 (Medical Assistance Transportation Program, MATP)”部分。

如果您还存有任何问题，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

请谨记，护士呼叫热线并不能够替代您的医生。请务必与您的医生进行交流。

### 牙科服务

#### 年龄未满 21 岁的参保人

**Keystone First** 为年龄未满 21 岁的儿童提供所有医学必需的牙科服务。儿童可以到 **Keystone First** 网络内的牙医处接受看诊。

儿童牙医看诊无需获得转介。如果您的孩子的第一颗牙齿已经长出，或您的孩子已经年满 1 周岁或更大，且没有牙医，您可以请求您的孩子的 PCP 为您的孩子转介一位可以定期进行牙科检查的牙医。您也可以自行选择一位网络内签约牙医。如需了解更多牙科服务信息，请联系 **Keystone First** 参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

为 21 岁以下儿童承保的牙科服务包括下列医学必需的项目：

- 麻醉。
- 牙齿矫正（牙箍）。\*
- 检查。
- 牙周病服务。
- 洁牙。
- 涂氟治疗（PCP 或认证注册执业护士也可以完成牙面涂氟）。
- 牙根管治疗。
- 牙冠。
- 窝沟密封。
- 假牙。
- 牙科外科手术。
- 牙科急救。

## Keystone First 2026 年参保人手册

- X 光。
- 拔牙（移除牙齿）。
- 补牙。

某些服务在提供前可能需要获得批准（即预授权）。请咨询您的牙医。

\* 如果在儿童年满 21 周岁前安装牙箍，只要该参保人仍旧是一名 **Keystone First** 参保人，则 **Keystone First** 将持续为这项服务提供承保，直到牙箍治疗结束为止，或直到 23 周岁为止，以较早结束的时间点为准。如果参保人更换了一项 HealthChoices 医疗保险计划，则该 HealthChoices 医疗保险计划将为这项治疗提供承保。

### 年龄达到 21 周岁及以上的参保人

**Keystone First** 针对年龄在 21 周岁及以上的参保人，通过 **Keystone First** 计划网络内的牙医为这类参保人的某些牙科福利提供承保。某些牙科服务存在一些限制。

年满 21 周岁及以上的成人在医学必需的情况下有资格获得以下福利：

- 静脉注射或非静脉注射清醒镇静或麻醉药。
- 检查。
- 洁牙。
- 牙科急救。
- X 光。
- 补牙。
- 拔牙（移除牙齿）。
- 冠髓切除术（切除牙髓）以减轻疼痛。
- 重新固定（粘合）牙冠。
- 假牙。
- 牙科外科手术。
- 每 180 天（6 个月），每位参保人可接受 1 次牙科检查和 1 次洁牙。

某些服务在提供前可能需要获得批准（即预授权）。某些服务可能拥有限制（福利限制）。请参见第 46 页上的“牙科保险福利限制例外”一章，了解有关例外情况的信息。另外，请务必咨询您的牙医。

年满 21 周岁及以上的成人可以在一生中获得：

- 1 套上层局部假牙或 1 套上层完整假牙。
- 1 套下层局部假牙或 1 套下层完整假牙。如果您自 2015 年 4 月 27 日以来，已经获得了一套局部或完整的上层或下层假牙，则您必须在获得另一套局部或完整的上层或下层假牙前获得特殊批准。这是一项福利限制例外情况。

## Keystone First 2026 年参保人手册

某些服务仅通过福利限制例外情况提供承保。您的牙医必须针对以下项目请求福利限制例外：

- 牙冠和相关服务。
- 牙根管和其他牙髓病服务。
- 牙周病（牙龈）服务。
- 额外洁牙和检查。
- 因您处在妊娠时期，或患有糖尿病或心脏疾病时需要接受的额外牙龈服务。

请参见第 41 页获得更多有关保险限制例外情况的信息。

### 牙科福利限制例外情况

某些牙科服务仅在福利限制例外情况 (BLE) 中提供承保。如果您或您的牙医认为您需要限制之外的更多牙科服务，您或您的牙医可以请求 BLE。 **BLE 的示例包括：**

如果您的年龄在 21 周岁及以上

- 正在申请牙冠的授权。
- 正在申请牙周治疗（牙龈治疗）的授权。
- 正在申请根管治疗（牙神经治疗）的授权。

**Keystone First** 将在以下情况下批准 BLE：

- 您患有严重或慢性疾病，或存在健康问题，若没有额外服务，您的生命将面临危险；或
- 您患有严重或慢性疾病，或存在健康问题，若没有额外服务，您的健康状况将严重恶化；或
- 如果您没有获得申请服务，则需要采用更为昂贵的治疗；或
- **Keystone First** 若拒绝这项例外情况将违反联邦法律。

如果您有以下潜在的一种医疗/牙科状况，您的牙科服务也可由 BLE 承保。

- 糖尿病
- 冠状动脉疾病或该疾病的风险因素
- 面部、颈部和喉部的癌症（不包括 0 期或 1 期的非侵入性皮肤基底细胞癌或肉瘤细胞癌）
- 智力障碍
- 目前怀孕，包括产后期

## Keystone First 2026 年参保人手册

在您接收服务前，询问是否有 BLE，您或您的牙医可致电 **Keystone First** 参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 或邮寄请求至：

**Request for Benefit Limit Exception**  
**Keystone First — Prior Authorizations**  
**c/o DentaQuest — Authorizations**  
**P.O.Box 2906, Milwaukee, WI 53201-2906**

BLE 的请求必须包括以下信息：

- 您的姓名
- 您的地址
- 您的电话号码
- 您所需要的服务
- 您需要这项服务的理由
- 您的提供者姓名
- 您的提供者电话号码

### 决定一项福利限制例外情况的时限

如果您或您的提供者在您获得这项服务前请求例外处理，则 **Keystone First** 将在 21 天以内告知您这项 BLE 是否获得批准。

如果您的牙医在您获得了这项服务之后申请获得例外处理，则 **Keystone First** 将在 **Keystone First** 接到请求后 30 日内告知您该 BLE 是否获得批准。

如果您不同意或不满意 **Keystone First** 的决定，您可以向 **Keystone First** 提出投诉或申诉。如需了解有关投诉和申诉流程的更多信息，请参考本手册第 81 页上的第 8 章“投诉、申诉和公正听证”。

### 眼科护理服务

#### 年龄不到 21 周岁的参保人

**Keystone First** 为年龄未满 21 岁的儿童提供所有医学必需的眼科服务。儿童可以到 **Keystone First** 网络内的眼科提供者处接受看诊。

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 服务      | 限制                                                | 共付额 | 预授权 |
|---------|---------------------------------------------------|-----|-----|
| 视力检查和屈光 | 无限制，但是每个日历年超过 <b>2</b> 次检查后，当年的额外检查必须取得预授权        | \$0 | 否   |
| 标准眼镜镜片  | 无限制，但是每个日历年超过 <b>4</b> 个标准镜片后，当年的额外镜片必须取得预授权      | \$0 | 否   |
| 标准眼镜镜框  | 无限制，但是每个日历年超过 <b>2</b> 个标准镜框后，当年的额外镜框必须取得预授权      | \$0 | 否   |
| 隐形眼镜    | 无限制，但是每个日历年超过 <b>4</b> 个标准镜片后，当年的额外镜片必须取得预授权      | \$0 | 否   |
| 弱视辅具    | 无限制，但是 <b>每 2 年 1 副</b> 弱视辅具后，这段时间的额外弱视辅具必须取得预授权。 | \$0 | 是   |
| 眼科假体    | 无限制，但是 <b>每 1 年 1 副</b> 眼科假体后，这段时间的额外假体必须取得预授权    | \$0 | 是   |

**请注意：**如果您选择了非标准的眼镜镜框、镜片和隐形眼镜，您可能需要为这些项目自行承担费用。如果您需要为这些服务支付额外费用，您的眼科医生将会告知您。如果您有任何疑问，可拨打 **Keystone First** 参保人服务电话 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

年龄不满 **21** 周岁的儿童每个日历年有资格接受 **2** 次常规视力检查，或在医学必需的情况下接受更多次的视力检查。定期眼科检查无需获得任何转介。

年龄不满 **21** 周岁的儿童每 **12** 个月有资格获得 **2** 副处方眼镜，或在医学必需的情况下获得多副眼镜。处方隐形眼镜也可被选用。

若处方眼镜遭到遗失、被盗或破损，**Keystone First** 将为更换眼镜承担费用。遗失、被盗或破损的处方隐形眼镜则将被更换为处方眼镜。

患有无晶状体眼病或白内障的参保人则适用特殊条款。您还可以致电参保人服务获取更多信息。

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 眼镜镜框

#### 合格参保人可以：

从 2 组已选镜框中进行选取

或

从一组已选优质镜框中进行选取

或

针对不属于已选镜框的眼镜框，

**Keystone First** 将

支付该镜框的成本，或 40 美元，

取金额较少者为准。

#### 提供者将收取：

不收取费用

共付额 \$25

### 年龄达到 21 周岁及以上的成员

**Keystone First** 针对年龄在 21 周岁及以上的参保人，通过 **Keystone First** 计划网络内的提供者，为这类参保人的某些眼科福利提供承保。

年龄达到 21 周岁及以上的参保人每个日历年期间可获得 2 次定期眼科检查。定期眼科检查无需获得任何转介。

您还可以接受额外眼科检查（每个日历年期间可以最多额外接受 2 次检查）。如果您患有某些疾病，您可能有资格享受额外的眼科检查。请咨询您的医疗服务提供者。若您有疑问，请致电参保人服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**；如有疑问，您的医疗服务提供者可致电 **1-877-235-5316**。

**Keystone First** 不为年满 21 周岁及以上的参保人的处方眼镜或处方隐形眼镜提供承保。但这种情况仍旧存有例外。若参保人被诊断患有无晶状体眼病或白内障，或是某些参保人若患有糖尿病，则可能有资格获得眼镜（眼镜或隐形眼镜）。如果您患有这类疾病，并认为您可能有资格获得一副眼镜，请致电参保人服务获取更多信息。

针对某些眼科（眼部护理）服务，您可能需要支付共付额。请查看您手中的新参保人欢迎文件系列中的参保人共付额方案表。您也可以访问 **www.keystonefirstpa.com** 在线查看。



# Keystone First 2026 年参保人手册

## 药房福利

**Keystone First** 的药房福利包括处方药物、非处方药和持有医生处方抓取的维生素。

## 处方

当一名提供者为您开具了一份药物处方，您可以将该处方带至任何一家 **Keystone First** 计划网络内的药房进行抓药。如果您已年满 18 周岁，您需要出示 **Keystone First** 计划身份卡，且可能需要支付共付额。**Keystone First** 计划将为全州 PDL 上列明的任何药物和 **Keystone First** 的补充处方集中列明药物支付费用，且可能为获得预先授权的其他药物支付费用。您的处方或药物标签将告知您医生是否为该处方预订了续药，以及您可以获得多少次续药。如果您的医生预订了续药，您可能只能一次续 1 份药。如果您对某种处方药是否在承保范围内存有疑问，或在寻找 **Keystone First** 计划网络内的药房时需要帮助，或存有任何其他疑问，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

**Keystone First** 承保符合以下条件的药物：

- 医学必需。
- 经美国食品及药物管理局 (U.S. Food and Drug Administration, FDA) 批准。
- 由您的医疗保健提供者开具处方。

## 全州首选药物清单 (PDL) 和 **Keystone First** 的补充处方集

**Keystone First** 承保全州首选药物清单 (PDL) 和 **Keystone First** 补充处方集上列出的药物。这是您的 PCP 或其他医生在决定您应服用哪种药物时应使用的药物。全州 PDL 和 **Keystone First** 补充处方集均对专利药和仿制药提供承保。仿制药与同类专利药含有同样的有效成分。您的医生若需要开具在全州 PDL 和 **Keystone First** 补充处方集之外的任何药物，则需要获得预授权。全州 PDL 和 **Keystone First** 补充处方集可以随时进行调整，因此您必须确保您的提供者在开药时拥有最新的信息。

如果您存有任何疑问，或需要获取一份全州 PDL 和 **Keystone First** 补充处方集，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，或访问 **Keystone First** 的网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。全州 PDL 的副本可查阅以下网址：  
<https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/pharmacy-services/preferred-drug-list.html>

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 药物报销

有时候，您可能会为您的药物付款。**Keystone First** 计划可能会为您报销，或将款项退还给您。这一报销流程并不适用于共付额。

通常，报销并不适用于以下药物：

- 需要预授权。
- **Keystone First** 计划或 Pennsylvania 州 Medical Assistance 项目承保之外的药物。
- 并非医学必需的药物。
- 超出 FDA 设定的某种剂量和供应限制的药物。
- 续药时间过快的药物。

如果发生以下情况，您将无法获得报销：

- 当您支付药款时，您尚未获得药房福利。
- 当您抓药时，您还不是 **Keystone First** 计划的参保人。

在您支付药款后申请报销时，您必须：

- 您必须通过书面形式申请报销。\*
- 发送一份药房的收据详情，包括以下相关信息：
  - 您的购药日期。
  - 您的姓名。
  - 药房名称，地址（包括城市、州和邮政编码）和电话。
  - 药品名称、规格和药量。
  - 该药品的 NDC 编号（如果您对这一信息不确定，请求您的药剂师提供帮助）。
  - 您对每份药物支付的费用总额。

\* 如果您在书写报销请求时需要帮助，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

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

**Pharmacy Reimbursement Department**  
**Keystone First**  
**P. O. Box 336**  
**Essington, PA 19029**

您可能需要等待 6-8 周才会收到报销款项。

## Keystone First 2026 年参保人手册

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

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

### 专科药物

全州 PDL 和 **Keystone First** 的补充处方集中包含被称为“专科药物”的药物。这类药物的开具必须获得预授权。您可能需要为您的药物支付共付额。如果您需要查看全州首选药物清单和 **Keystone First** 补充处方集和专科药物的完整清单，以及了解您的药物是否为专科药物，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，或访问 **Keystone First** 计划网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。全州 PDL 的副本可查阅以下网址：<https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/pharmacy-services/preferred-drug-list.html>。

您将需要从专科药房获取这类药物。专科药房可以向您的地址免费直接邮寄药物，且不收邮寄费。专科药房将在寄送前与您取得联系。药房能够回答您对这个流程存有的任何问题。您可以从 **Keystone First** 计划网络内选择任何一家专科药房。如需获得网络内专科药房的清单，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 或参见 **Keystone First** 提供者网页 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，点击 Pharmacy（药房），然后点击 Pharmacy Directory（药房名录）。如果您还存有其他疑问，或需要获得更多信息，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 非处方药

当您持有一份提供者出具的处方时，**Keystone First** 计划还为这些非处方药提供承保。您需要出示 **Keystone First** 计划身份卡，且可能需要支付共付额。以下是可能在承保范围内的非处方药的范例：

- 鼻窦药和过敏药
- 泰诺或阿司匹林
- 维生素
- 咳嗽药

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 胃灼热药，例如抗酸药和法莫替丁。

如需查看更多有关承保非处方药的信息，请访问 **Keystone First** 计划网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，或致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 非处方 (Over the Counter, OTC) 新冠病毒居家检测试剂

**Keystone First** 为参保人免费提供经美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 授权的非处方新冠病毒居家检测试剂。如果您是 **Keystone First** 的参保人，获取检测试剂非常简单。您可以选择到我们网络内的任何一家药房抓药。无需处方。您每三十 (30) 天最多可领取八 (8) 份检测试剂。请注意，我们仅承保来自网络内药房的检测试剂。对于非药店销售的非处方新冠居家检测试剂，或通过互联网购买的检测试剂，我们不予承保。如需获得网络内特种药房的清单，请致电成员服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 或参见 **Keystone First** 提供者目录网页：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。如果您还存有其他疑问，或需要获得更多信息，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 戒烟

**您想戒烟吗？Keystone First 计划希望能够帮您戒烟！**

如果您准备戒烟，不论您曾经尝试过多少次，我们都愿意为您提供帮助。

### 药物

全州 PDL 为以下药物提供承保，帮您戒烟。

如需查看全州 PDL 承保的完整药物清单，请访问我们的网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，点击 **Members**（参保人），然后点击 **Find a Doctor, Medicine or Pharmacy**（寻找医生、药物或药房）。此处有一个全州 PDL 的链接。

请联系您的 PCP 预约获取一份戒烟用的处方药。

### 心理咨询服务

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

- 所有 **Keystone First** 计划参保人每个日历年度有资格参加 70 场心理咨询。每场咨询为 15 分钟的面对面交流，可以是团体咨询或个人咨询服务。

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 您去参加心理咨询时，无需获得转介或预授权。请咨询您的医生，在您的附近区域找一名心理咨询师。
- 该心理咨询师必须加入了 **Medical Assistance** 项目。该心理咨询师还必须获得了卫生部的批准。

### 行为健康治疗

某些人在尝试戒烟时，可能会经历压力过大、焦虑或抑郁的情况。**Keystone First** 计划的参保人有资格获得应对这些副作用的服务，但这些服务是由您的 BH-MCO 承保的。如需查找您所在县的 BH-MCO 及其联系信息：

- 请参见欢迎文件系列中的信息，或
- 请前往：<https://www.pa.gov/agencies/dhs/resources/medicaid/bhc/bhc-mcos>，或
- 参见第 **79** 页，以查看您所在县的 BH-MCO 清单，或
- 致电 **Keystone First** 参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 以寻求联系 BH-MCO 的帮助。

### 其他戒烟资源

如需更多援助，您可以：

- 致电宾夕法尼亚州免费戒烟热线 **1-800-QUIT-NOW (784-8669)**。
- 请前往 <https://www.pa.gov/agencies/health/programs/healthy-living/tobacco-prevention-and-control.html> 查询与“烟草防治”有关的信息。
- 请访问 <https://pa.quitlogix.org>，了解有关无烟生活的信息，并获取免费药物、指导以及目标追踪工具。

请谨记，**Keystone First** 计划旨在帮您戒烟，使您更为健康。请不要犹豫不前！请立即致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，我们能够帮您开始戒烟。

### 计划生育服务

**Keystone First** 计划为计划生育服务提供承保。获得计划生育服务时，您无需获得 PCP 的转介。这些服务包括妊娠检测、性传播感染的检测与治疗、避孕用品、计划生育教育、咨询及其他相关服务。您可以选择 **Medical Assistance** 提供者内的任何一名医生，包括提供家庭计划服务的任何网络外提供者。这类服务无需支付共付额。当您到一名 **Keystone First** 计划网络外计划生育提供者处看诊时，您必须出示您的 **Keystone First** 计划身份卡和 ACCESS 卡或 EBT 卡。

## Keystone First 2026 年参保人手册

如需获取更多有关承保计划生育服务的信息，或需要寻找一名计划生育服务提供者，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 产科护理

#### 妊娠护理

产前护理是指参保人在整个孕期及分娩过程中，由产科护理提供者（如产科医生或妇产科医生（OB 或 OB/GYN）、注册助产士或注册执业护士 (CRNP)）提供的医疗护理。早期和定期的产前检查对您和婴儿的健康非常重要。即使您之前曾怀过孕，每次怀孕期间也要定期去找产科护理人员看诊。

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

- 致电或到您的 PCP 处看诊，他们能够帮助您找到一名在 **Keystone First** 计划网络内的产科护理提供者。
- 自行前往网络内的产科医生、妇产科医生、注册助产士或注册护士执业护士 (CRNP) 处就诊。您不需要转介即可接受产科护理。
- 前往提供妇产科服务的网络内健康中心。
- 请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，查找一名产科护理提供者。

当您发现自己怀孕时，请立即就医。您的产科护理提供者必须为以下期限内为您安排预约看诊

- 若您处在第一孕期，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 10 个工作日内为您安排预约。
- 若您处在第二孕期，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 5 个工作日内为您安排预约。
- 若您处在第三孕期，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 4 个工作日内为您安排预约。
- 若您属于高危妊娠，您的提供者必须在 **Keystone First** 知晓您已怀孕后 24 小时内为您安排预约。

如果您碰到了需要急救的状况，请立即到距离最近的急救室就医，请拨打 **911**，或致电您本地的救护车服务提供者。

## Keystone First 2026 年参保人手册

您在妊娠期和产后护理期（产后 1 年内）内，请务必使用同样的产科护理提供者。他们将跟踪您和您正在发育的宝宝的健康情况。而且您最好能够在整个妊娠期间使用同一项 HealthChoices 计划。

**Keystone First** 计划拥有经过专业培训的生育健康协调员，他们将告知您可以使用哪些服务和资源。

如果您已怀孕，且在加入 **Keystone First** 计划时正在使用一位产科护理提供者，即使这位提供者不在 **Keystone First** 计划之内，您仍旧可以继续到这里看诊。该提供者需要加入 Medical Assistance 计划，且必须致电 **Keystone First** 获得为您治疗的批准。

如果您怀孕了，请确保致电县援助办公室 (CAO) 或客户服务中心 (Customer Service Center): **1-877-395-8930**。请告知他们您已怀孕。您在妊娠期间将无需支付共付额。

产后陪护师是经过专业培训的非医疗人员，致力于帮助孕产妇及其婴儿保持健康。在围产期，产后陪护师可以为您提供：

- 情感支持
- 物质支持
- 教育

产后陪护师服务可能包括：

- 分娩支持
- 情感支持
- 基于循证的教育材料和指导
- 协助获取医疗保健和社区资源
- 产前看诊
- 分娩过程中的支持
- 产后随访
- 其他围产期相关随访

产后陪护师必须在 **Keystone First** 计划网络内。您需要帮助寻找产后陪护师吗？您的产科医生可以协助您寻找产后陪护师。您还可以致电 Bright Start®, **Keystone First** 为孕妇参保人提供的产前项目，以获取帮助，在 **Keystone First** 网络内寻找产后陪护师。

### 您和您的宝宝的产后护理

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

## Keystone First 2026 年参保人手册

您的宝宝在出生后 3 至 5 日时，应当到他/她的 PCP 处接受预约检查，但医生提出提前为宝宝检查的情况除外。在您仍旧处在妊娠期时，请最好为您的宝宝选择一名医生。如果您在为宝宝选择医生时需要帮助，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### Keystone First 孕产计划

**Keystone First** 计划为妊娠期参保人提供一项特殊项目，即 **Bright Start®**。

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

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

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

我们将与您、您的产科医生和您的牙医保持合作，确保您能够获得所需护理。

我们还可提供有关其他服务的信息，例如：

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

**Keystone First 还与当地社区组织合作，为孕妇和产后参保人提供“产后家庭随访”项目。**

这些项目可以：

- 在参保人整个孕期及婴儿出生后最长 24 个月的早期儿童阶段，为其提供家庭随访服务。
- 为新妈妈提供资源，帮助她们顺利从医院过渡到家庭生活。



## Keystone First 2026 年参保人手册

- 为父母/照护人提供促进幼儿早期发展的工具：
  - 教育
  - 心理咨询
  - 支持
- 帮助确保儿童及父母/照护人在家中的安全。
- 识别任何与健康相关的社会需求，并提供相应资源予以帮助。
- 请协助确保儿童和家长/照护人都能获得所需的后续护理。

请拨打 Bright Start 免费热线 **1-800-521-6867** 了解更多信息。

### 耐用型医疗设备和医疗用品

**Keystone First** 计划为包括家庭无障碍 DME 在内的耐用医疗设备 (DME) 和医疗用品提供承保。DME 是一种能够在家或任何正常生活活动发生之处内多次使用的医疗物品或设备，通常没有疾病或伤痛的人员无需使用这类物品。医疗用品通常为一次性医用物品。其中部分项目需要预授权，且必须由您的医生、医师助理、注册护士执业者 (CRNP) 或足病医生开具医嘱。DME 提供者必须在 **Keystone First** 计划网络内。您可能需要支付共付额。

出于安全原因，零售店和供应商不属于您的 DME 福利的承保范围内。**Keystone First** 提供一张覆盖面广、经过认证的 DME 供应商签约网络，他们的资质符合 Medicare 和 Medicaid 的标准和要求。**Keystone First** 对从零售商店或网上零售商（例如 Amazon）购买的 DME 的自费费用不承担任何责任。

DME 的示例包括但不限于：

- 氧气罐
- 轮椅
- 拐杖
- 助行器
- 夹板
- 特殊医用床

家用无障碍 DME 的示例包括但不限于：

- 轮椅升降机
- 楼梯滑行椅
- 吊顶升降机
- 金属无障碍坡道

**Keystone First** 涵盖家庭无障碍 DME 的安装，但不包括家庭改造。

## Keystone First 2026 年参保人手册

医疗用品的示例包括但不限于：

- 糖尿病用品（例如注射器、试纸）
- 纱布包
- 绷带
- 失禁医疗用品（例如提拉裤、纸尿裤、床上垫料）
- 性传播感染检测试剂盒

如果您对 DME 或医疗用品存有任何疑问，或需要网络内提供者的名单，请致电参保人服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 门诊服务

**Keystone First** 计划承保的门诊服务包括物理治疗、职业治疗、言语治疗、X 光造影和实验室化验。您的 PCP 将与 **Keystone First** 计划网络内提供者取得联系，安排这类服务。

请参见第 39 页有关预授权的部分，了解更多有关需要获取预授权的门诊服务信息。

如需了解有关任何门诊服务的共付额信息，请参见您的欢迎文件系列中列出的共付额明细表。您还可以访问我们的网站 **www.keystonefirstpa.com** 查看这类信息，或查看本手册第 31 页“承保服务”一章查看更多详情。

### 疗养院服务

**Keystone First** 承保医学必需的疗养院服务。如果您需要长期护理设施服务（超过 30 天），您可以申请 Community HealthChoices 计划。我们将对您进行评估，看您是否有资格参加 Community HealthChoices 计划。如果您还存有任何疑问，或需要其他信息，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### 医院服务

**Keystone First** 计划为住院和门诊医院服务提供承保。如果您需要住院医院服务，且并非为需要急救的状况，则您的 PCP 或专科医生将安排您到一家 **Keystone First** 计划网络内的医院住院，并在您住院期间关注您的健康（即使在此期间您还需要其他医生）。**Keystone First** 计划必须批准所有住院医院服务。如需了解一家医院是否在 **Keystone**

## Keystone First 2026 年参保人手册

**First** 计划网络内，请致电成员服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，或查看 **Keystone First** 计划网站上的提供者目录：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。

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

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

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

如果您还存有任何有关医院服务的其他疑问，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

如需了解有关任何医院服务的共付额信息，请参见您的欢迎文件系列中列出的共付额明细表。您还可以访问我们的网站查看这一信息：[www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)，或请参考第 31 页“承保服务”一章获取更多信息。

### 预防性服务

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

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

### 您到了接受检查的时候了吗？

处于任何年龄段的任何人员

每 6 个月由牙医进行一次牙科检查。

如果您的孩子在 0 至 12 周岁

请到您的孩子的 PCP 处注射疫苗和进行筛查。

如果您或您的孩子在 11 至 20 周岁

请每年到您的（或您孩子的）PCP 处检查一次。

## Keystone First 2026 年参保人手册

|                       |                                                         |
|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| 所有妇女                  | 请每年到您的妇科医生 (GYN) 或 PCP 处进行一次妇女健康问题检查。                   |
| 如果您怀孕了                | 请立即到产科医生或妇科医生 (OB/GYN) 处检查, 并定期预约检查。立即致电您的牙医, 安排一次牙科检查。 |
| 如果您是一名年龄在 40 周岁及以上的妇女 | 请每年进行一次乳房造影检查, 或遵守医嘱。                                   |
| 如果您是一名年龄在 50 周岁及以上的男性 | 请咨询您的医生了解前列腺癌筛查。                                        |
| 如果您的年龄在 50 周岁及以上      | 请咨询您的医生了解结肠癌和直肠癌筛查。                                     |

### 体检

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

如果您不确定您是否获得了最新的医疗保健需求, 请致电您的 PCP 或参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。参保人服务能够帮您预约您的 PCP。

### 新医学技术

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

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

如果您需要有关新医疗技术的更多信息, 请致电 **Keystone First** 计划的参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 家庭保健护理

**Keystone First** 计划为家庭保健机构提供的家庭保健护理进行承保。家庭保健护理是在您家中提供的护理服务，包括专业护理服务；为日常生活 (ADL) 提供援助，例如沐浴、穿衣和进食；以及物理治疗、言语治疗和职业治疗。您的医生、医生助理、CRNP 或足病医生必须开具家庭保健服务处方。

如果您年满 21 周岁，您所接受的家庭保健护理次数是有一定限制的，除非您或您的提供者申请例外处理。

如果您未满 21 岁，对医疗必需的家庭保健服务没有限制。

若您已经获得批准获取家庭保健护理，但这项护理的提供情况并未达到批准要求，您应当致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

## 以患者为中心的医疗之家

以患者为中心的医疗之家或健康之家是通过团队方式提供护理的模式。这不是基于一幢建筑、一栋房子或家庭的保健护理服务。

### 这种护理模式是怎样的？

使用以患者为中心的医疗之家 (PCMH) 的医生：

- 关注您的总体健康状况，包括：
  - 生理和行为健康。
  - 急性和慢性疾病。
- 聆听您和您的家庭的期望和需求。
- 使用技术用于：
  - 维护您的健康信息的隐私性。
  - 跟踪并帮助改善您的护理状况。
- 拥有以社区为依托的护理管理团队，并将
  - 在您患有复杂的慢性病时，为您制定护理计划。咨询您的医生，查看您是否患有复杂的慢性病。
  - 将您与社区资源联系起来。

## 疾病管理

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

## Keystone First 2026 年参保人手册

如果您拥有以下医疗保健症状之一，您可以加入我们的特殊项目之一：

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

您有几种方式加入这些项目：

- 您的 PCP、专科医生或医疗保健提供者可以向您介绍，帮您加入一个项目。他/她还可以向我们致电，帮您加入。
- 我们将查看您的病历，看看您是否可以从某个项目中获益。我们将通过邮寄或致电的方式给您发送相关信息，帮您加入一个项目。
- 您还可以提出请求！请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，询问任何一个项目的信息。

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

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

作为 **Keystone First** 计划的参保人，您有权拒绝参加任何一个项目。您可以致电或通过书面的形式告知我们。如果您不希望加入任何一个项目，这并不会改变您的 **Keystone First** 计划的福利。这也不会更改 **Keystone First** 计划、我们的提供者或公众服务部 (DHS) 对您的态度。

如果您对我们的特殊项目存有任何疑问，或不希望加入任何项目，请致电护理管理项目 **1-800-573-4100 (TTY 711)**。

通过遵守您的提供者制定的护理计划，了解您的疾病或症状，您可以变得更加健康。

**Keystone First** 计划的护理经理将帮助您了解如何照顾您自己，帮您遵守医嘱，了解您所服用的药物的信息，改善您的健康，并给到您一些可以在您的社区中使用的信息。如果您还存有任何疑问，或需要帮助，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 扩展服务

**Keystone First** 目前不提供任何额外或增强的服务。

### 早期和定期筛查、诊断和治疗 (EPSDT)

EPSDT 服务面向 21 岁以下的儿童，其中包括通常所说的“健康婴儿”或“健康儿童”体检。一名儿科医生、家庭全科医生或认证注册执业护士 (CRNP) 将为您的孩子做检查。您为您的孩子选择的提供者将是您的孩子的 PCP。“健康婴儿”或“健康儿童”体检的目的是及早发现健康问题，以便尽早进行治疗。

EPSDT 涵盖所有 Medicaid 计划所涵盖的、在医学上必需的、用于纠正或缓解身体或精神疾病及病况的服务。EPSDT 福利包括为治疗儿童健康问题和状况所需的体检、心理健康检查、视力检查、听力检查、牙科服务以及交通服务。**Keystone First** 针对在检查期间发现的、需要治疗的健康问题提供生理健康服务承保。行为健康服务由您的 BH-MCO 提供。如需更多有关行为健康服务的信息，请查看第 79 页。如果您还存有任何疑问，或需要帮助，请致电参保人服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### EPSDT 检查何时应当完成？

首次 EPSDT 检查将在您住院期间、宝宝出生后立即进行。在那之后，婴儿、儿童和青少年应根据以下时间表完成检查。即使您的孩子没有生病，遵照这份时间表也是十分重要的。您的提供者会告诉您应当何时看诊。婴儿和学步儿童每年需要多次看诊，当孩子年龄在 3 至 20 岁期间，每年需要进行 1 次看诊。

| 建议筛查时间表                |        |       |       |
|------------------------|--------|-------|-------|
| 3-5 日                  | 0-1 月  | 2-3 月 | 4-5 月 |
| 6-8 月                  | 9-11 月 | 12 月  | 15 月  |
| 18 月                   | 24 月   | 30 月  |       |
| 年龄在 3-20 周岁的儿童应当每年进行筛查 |        |       |       |

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 在 EPSDT 检查期间，提供者将提供哪些服务？

您的提供者将询问您和您的孩子一些问题，进行一些检测，并检查您的孩子的发育情况。在检查期间，根据儿童的年龄和需求，会提供以下某些服务：

- 全面体检
- 疫苗接种
- 视力检测
- 听力检测
- 自闭症筛查
- 肺结核筛查
- 口腔健康检查
- 血压检查
- 健康和安全教育
- 儿童的身体质量指数 (BMI)
- 从 11 岁开始针对吸烟和饮酒以及物质使用进行筛查和/或心理咨询
- 尿液分析筛查
- 血铅筛查测试
- 发育筛查
- 从 12 岁开始进行抑郁症筛查
- 母亲抑郁症筛查
- 从 8 岁开始进行抑郁症筛查

**Keystone First** 针对在 EPSDT 检查期间发现的、需要治疗的健康问题提供承保。如果某项服务是医生根据 EPSDT 检查结果开具的，即使该服务未被 Medicaid 承保，也可能获得报销。

拥有特殊需求的儿童还可获得其他服务。 咨询您的提供者，查看您的孩子是否需要这类额外服务。



## 第 4 章

### 网络外 和 计划外服务

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 网络外提供者

网络外提供者是指并未与 **Keystone First** 计划签署协议，为 **Keystone First** 计划的参保人提供服务的提供者。有时，您可能需要使用并不在 **Keystone First** 计划内的医生或医院。如果发生这种情况，您可以要求您的 PCP 帮助您。您的 PCP 可使用一个特殊电话号码致电 **Keystone First** 计划，询问您是否获得许可使用网络外提供者。

**Keystone First** 计划将查看在您的区域内是否拥有其他提供者能够为您提供您的 PCP 认为您所需要的同类型服务。若 **Keystone First** 计划无法在您的区域内为您找到至少 2 名提供者，那么 **Keystone First** 计划将为计划外提供者提供的医学必需服务提供承保。

## 在 Keystone First 计划服务区域外获得护理

如果您处在 **Keystone First** 计划服务区外，并发生了需要医疗急救的状况，请尽快到距离最近的急救室就医，或致电 911。针对需要急救的医疗状况，您无需从 **Keystone First** 计划获得批准即可获得护理。如果您需要住院，应告知您的 PCP。

如果您需要针对非紧急医疗症状获取治疗，且您处在本计划服务区外，请致电您的 PCP 或成员服务：1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)，他们将帮您找到最为适当的治疗。

**Keystone First** 计划将不会为任何在美国及其领土境外接受的服务支付款项。

## 计划外服务

您可能符合资格获取并非由 **Keystone First** 计划提供的服务。以下为 **Keystone First** 并未承保，但仍旧可用的服务。如果您希望获取这类服务，请致电参保人服务 1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)。

## 非紧急医疗运输

**Keystone First** 计划不对 HealthChoices 大部分参保人所需的非紧急医疗运输 (NEMT) 提供承保。**Keystone First** 可通过提供非 NEMT 服务的项目（例如下文所述的 MATP），协助您安排前往承保服务就诊的交通运输。如需了解您可以使用哪些类型的交通服务，请访问宾夕法尼亚州交通部 (PennDOT) 的“Find My Ride Apply”网站：[www.apply.findmyride.penndot.pa.gov](http://www.apply.findmyride.penndot.pa.gov)。

**Keystone First** 计划在以下情况下会对非紧急医疗运输提供承保：

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 如果您居住在疗养院中，且需要到某地进行预约看诊；或去往某个紧急护理中心；或去往任何提供 **Medical Assistance** 服务、耐用医疗设备或药物的药房。您的护理机构将与您共同安排相关交通事宜。
- 您需要专业非急救医疗交通，例如您需要使用担架进行看诊。

如果您针对非紧急医疗运输存有任何疑问，请致电参保人服务：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

### Medical Assistance 交通项目

**Medical Assistance** 交通项目 (MATP) 提供非急救交通服务，往返于您选择的合格的加入 MA 的医疗服务提供者和药房，这些医疗服务提供者和药房通常是您社区的其他居民也可以使用的。这项服务是免费为您提供的。您所居住的县境内的 MATP 将确定您对该项服务的需求，并为您提供合适的交通服务。交通服务通常通过以下方式提供：

- 如果您住在固定路线服务站的 1/4 英里范围内，可以使用公共交通时，例如公交巴士、地铁或火车，则 MATP 将提供代币、车票或为您的公共交通服务费用报销。
- 如果您可以使用自己或他人的汽车，MATP 将在您提供有效收据的情况下，根据车程、停车和路费收据为您提供报销。
- 当没有公共交通可用时，或公共交通并不适合您的情况，则 MATP 将为您提供辅助客运车辆，包括面包车、提供抬升设备的面包车或出租车。通常，这类车辆需要运送超过 1 名乘客，乘客接送点和接送时间均不同。

如果您在去往医疗看诊或药房时需要交通服务，请联系本地的 MATP 了解更多信息，登记获取这类服务。

Bucks..... 1-215-794-5554 或 1-888-795-0740

Chester..... 1-610-344-5545

特拉华郡  
(Delaware)..... 1-610-490-3960

Montgomery..... 1-215-542-7433

Philadelphia..... 1-877-835-7412

各县 MATP 联系信息的完整清单请参见此处：<http://matp.pa.gov/CountyContact.aspx>。

您还可以通过访问宾夕法尼亚州交通部 (PennDOT) 的“Find My Ride Apply”网站，申请 MATP 及其他交通运输服务：[www.apply.findmyride.penndot.pa.gov](http://www.apply.findmyride.penndot.pa.gov)。如果您是 Philadelphia（费城）的参保人，请直接联系当地的 MATP 申请出行服务。

## Keystone First 2026 年参保人手册

MATP 将与 **Keystone First** 计划或您的医生办公室确认您需要交通的预约看诊交通服务是一项承保范围内的服务。**Keystone First** 计划将与 MATP 保持合作，帮助您安排交通服务。您还可以致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)** 获得更多信息。

**Keystone First** 负责紧急和非紧急情况下的救护车运输服务。例如，如果您需要使用担架前往就医，或者因其他原因导致 MATP 无法为您提供服务时，即可由该机构负责。在此类情况下，MATP 可能会将您转介至 **Keystone First** 以安排出行服务。如果 **Keystone First** 也无法提供该次出行服务，他们将把转介单发送至您所在郡援助办公室，由该办公室审核是否符合医疗运输津贴 (Medical Transportation Allowance, MTA) 的申请条件。您还可以致电参保人服务获取更多有关 MTA 的信息。

### 妇女、婴儿和儿童项目

妇女、婴儿和儿童项目 (WIC) 中的特别补充营养计划为以下 Pennsylvania 州居民提供健康食品和营养服务：

- 孕妇
- 产后 12 个月内的哺乳期妇女
- 产后 6 个月内且未进行母乳喂养的妇女
- 5 岁以下的婴幼儿，包括寄养儿童

WIC 通过向您提供优质营养信息，帮助家庭获得饮食健康，并为您提供在超市可以使用的食品券。WIC 还提供母乳喂养信息和支持，以帮助您顺利完成母乳喂养之旅。请咨询您的产科护理提供者，在您下次看诊时获取一份 WIC 服务申请表，或致电 **1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467)**。如需更多信息或填写一份预申请，请访问 WIC 网站：

[www.pawic.com](http://www.pawic.com)。

### 家庭暴力危机和预防

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

家庭暴力有许多不同类型。一些范例包括：

- 情感虐待
- 生理暴力
- 跟踪
- 性暴力

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 财务虐待
- 言语虐待
- 老年人虐待
- 生活后期的亲密同伴暴力
- 亲密同伴虐待
- LGBTQIA+ 社群内的家庭暴力
- 隔离

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

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

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

**从何处获取帮助：**

[全国家庭暴力热线](#)

1-800-799-7233 (SAFE)

[Pennsylvania 州反家庭暴力联盟](#)

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

1-800-932-4632 (Pennsylvania 州)

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 性暴力和强奸危机

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

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

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

### 从何处获取帮助：

Pennsylvania 州强奸危机中心为所有成人和儿童提供服务。服务包括：

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

## Keystone First 2026 年参保人手册

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

Pennsylvania Coalition to Advance Respect (宾夕法尼亚州促进尊重联盟)  
([www.pcar.org/](http://www.pcar.org/))

请拨打 **1-800-656-4613** 联系 National Sexual Assault Hotline (全国性侵犯热线)，或访问以下链接获取来自 Rape, Abuse, and Incest National Network, RAINN (强奸、虐待和乱伦全国网络) 的更多资源

RAINN | 美国最大的反性暴力组织 ([rainn.org](http://rainn.org))

### 早期干预服务

尽管所有儿童的成长和发育方式各异，但某些儿童却在发育方面稍显迟缓。发育迟缓和患有残疾的儿童可以从早期干预计划中获益。

早期干预计划为发育迟缓或患有残疾的儿童的家庭在孩子从出生到 5 周岁期间提供支持与服务。这类服务在自然环境中提供，即在发育迟缓或患有残疾问题的儿童所处的环境之中提供。

早期干预支持和服务旨在满足残疾儿童的发育需求，以及其所在家庭的需求。这些服务和支持主要应对以下方面：

- 生理发育，包括视力和听力
- 认知发育
- 沟通发展
- 社交或情绪发展
- 适应性发育

家长若对其孩子的发育问题存有疑问，可与孩子的 PCP 讨论他们的担忧，请联系 CONNECT 帮助热线 1-800-692-7288 或访问 [www.papromiseforchildren.org](http://www.papromiseforchildren.org)。

CONNECT 帮助热线可帮助各个家庭寻找资源，提供有关孩子从出生到 5 周岁期间的儿童发育信息。此外，CONNECT 还能帮助家长联系所在县的早期干预计划，或本地学前班所提供的早期干预计划。

## 第 5 章

# 特殊医疗需求和/或与健康相关的社会需求



# Keystone First 2026 年参保人手册

## 参保人支持强化部门

**Keystone First** 希望确保所有参保人都能获得所需护理。我们在 **Keystone First** 参保人支持强化部门内提供受训护理经理，帮助拥有特殊医疗需求和/或与健康相关的社会需求的参保人获得所需护理。该单位的护理经理能够帮助患有生理或行为残疾的参保人、患有复杂疾病或慢性病的参保人、以及拥有其他特殊健康需求和/或与健康相关的社会需求的参保人。**Keystone First** 理解您和您的家庭可能针对与您自身的保健需求并无直接关系的问题需要获得帮助。参保人支持强化部门能够帮助您找到可以满足您和您的家庭需求的、位于社区内的项目和机构。

如果您认为您或某位家庭成员拥有特殊健康和/或与健康相关的社会需求，您希望参保人支持强化部门能够为您提供帮助，请致电联系他们：**1-800-573-4100 (TTY 711)**。参保人支持强化部门的工作人员的工作时间为**周一至周四早上 8:00 至下午 7:00，以及周五早上 8:00 至下午 6:30**。如果您在参保人支持强化部门的工作人员的非工作时间内需要援助，您还可以致电 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

## 护理协调

**Keystone First** 计划的特殊需求单位可为作为 **Keystone First** 计划参保人的您和您的家庭成员提供护理协调服务。此外，**Keystone First** 计划还可帮助您与其他本州和当地项目建立联系。

如果您的护理、您的孩子的护理的任何领域需要援助，或需要与另一州、县、或本地项目进行护理协调，请联系 **Keystone First** 参保人支持强化部门获得援助。

**Keystone First** 参保人支持强化部门还帮助参保人完成护理过渡，将从一家医院或临时医疗设施中接受的服务转至在家中接受服务。我们希望我们的参保人能够尽快回到家。敬请联系 **Keystone First** 参保人支持强化部门获得援助，帮您在家中接受护理。

## 护理管理

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

当您出院或离开短期医疗设施之时，您的护理经理将帮助您确保您在回家后也能获得所需服务。

## Keystone First 2026 年参保人手册

这些服务包括上门家庭护理服务或理疗。**Keystone First** 计划希望您能够尽快回家。

如果您在任何医疗保健或服务方面需要帮助，或需要与其他本州或当地项目建立联系，请致电护理管理部门 **1-800-573-4100 (TTY 711)**。

### 基于家庭和社区的豁免 和长期服务与支持

发育项目办公室 (ODP) 负责为患有智力残疾或自闭症的个人管理“整合豁免”、“社区生活豁免”、“个人/家庭指示支持豁免”、“成人自闭症豁免”和“成人社区自闭症项目” (ACAP)。如果您针对任何这类项目存有疑问，请联系 ODP 的客户服务热线 **1-888-565-9435**，或通过 **Keystone First** 的参保人支持强化部门请求获得援助。

长期生活办公室 (OLTL) 负责管理老年人和患有生理残疾的人员的各类项目。这包括 **Community HealthChoices** 项目 (CHC)。CHC 项目是 **Medical Assistance** 管理式护理项目，用于拥有 **Medicare** 承保的人员、或需要疗养院服务或基于家庭和社区豁免服务的人员。

如果您针对可用服务和如何申请存有任何疑问，请联系 OLTL 的参保人帮助热线 **1-800-757-5042**，CHC 帮助热线 **1-844-824-3655**，或拨打 **Keystone First** 特殊需求单位电话 **1-800-573-4100 (TTY 711)** 请求帮助。

### 医疗寄养

青少年和家庭办公室负责监督在县青少年项目下管理的儿童的医疗寄养护理。如果您对此一项目存有疑问，请致电联系参保人支持强化部门：**1-800-573-4100 (TTY 711)**。

## 第 6 章

### 预立指示

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 预立指示

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

如果有关预立指示的法律发生了变更，**Keystone First** 计划将在变更发生后 90 天内采用书面形式告知您。如需获取有关 **Keystone First** 计划对预立指示规定的政策，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，或访问 **Keystone First** 计划网站 [www.keystonefirstpa.com](http://www.keystonefirstpa.com)。

## 生前预嘱

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

## 医疗保健授权委托书

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

## 如果医疗保健提供者不遵守您的预立指示，应当怎么做

提供者如果出于良知不同意预先指示的内容，可不必遵循这份文件。如果您的 PCP 或其他提供者不想遵照您的预立指示，**Keystone First** 计划将帮助您找到一位能够遵照您的意愿的提供者。如果您需要帮助寻找一名新的提供者，请致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

如果提供者并未遵照预立指示，则您可以提出投诉。请参见本手册第 82 页上的第 8 章“投诉、申诉和公正听证”，了解如何提出投诉的信息，或致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**。

## 第 7 章

### 行为健康服务

# Keystone First 2026 年参保人手册

## 行为健康治疗

行为健康服务包括心理健康服务和物质使用障碍 (substance use disorder, SUD) 服务。这些服务由行为健康管理式医疗机构 (BH-MCO) 提供，此类机构受公众服务部的心理健康和物质滥用服务办公室 (OMHSAS) 监管。

BH-MCO 的联系信息请参见下方清单。

**Bucks 1-877-769-9784**

**Chester 1-866-622-4228**

**Delaware 1-833-577-2682**

**Montgomery 1-877-769-9782**

**Philadelphia 1-888-545-2600**

您还可以致电参保人服务 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，获取有关您的 BH-MCO 的联系信息。

您可以每周 7 天、每天 24 小时随时拨打 BH-MCO 的免费电话。

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

以下服务在承保范围内：

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

## **Keystone First 2026 年参保人手册**

如果您对这些服务的预约看诊交通服务有任何疑问，请联系您的 BH-MCO。

## 第 8 章

### 投诉、申诉和公正听证



# Keystone First 2026 年参保人手册

## 投诉、申诉和公正听证

如果 **Keystone First** 计划的一名提供者所提供的服务令您感到不满或表示异议，您可以告知 **Keystone First** 计划或公众服务部您对此表示不满或不赞同 **Keystone First** 计划提供者所提供的服务。本章将为您介绍您可以采取何种措施，以及会发生什么情况。

### 投诉

#### 什么是投诉？

投诉是指您告知 **Keystone First** 计划您对 **Keystone First** 计划或提供者表示不满，或您对 **Keystone First** 计划做出的决定表示异议。

您可以根据以下情况提交投诉：

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

### 一级投诉

#### 如果我要投诉应当如何处置？

提出一级投诉：

- 请致电 **Keystone First** 计划：1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)，告知 **Keystone First** 计划您的投诉内容，或
- 提交书面投诉，并将其通过以下方式之一寄至 **Keystone First** 计划，或
- 如果您在收到 **Keystone First** 计划有关 **Keystone First** 计划的决定通知时，且这份通知中还包含一份投诉/申诉申请表，请填写这份表格然后通过以下方式之一寄给 **Keystone First** 计划。

**Keystone First** 的投诉联系信息：

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 邮寄地址

**Member Appeals Department**  
**Attention: 参保人声援**  
**Keystone First**  
**200 Stevens Drive**  
**Philadelphia, PA 19113-1570**

**传真: 215-937-5367**

**安全电子邮件地址\*:**

**PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com**

\* 如果寄件人未对电子邮件进行加密，则邮件安全无法保证，因此除非您对电子邮件进行加密，否则请勿在邮件中包含出生日期等个人身份识别信息或个人医疗信息。

若您向您的提供者提供了书面同意书时，您的提供者还可以代您提出投诉。

### 我应当在何时提出一级投诉？

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

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

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

## Keystone First 2026 年参保人手册

| 作为新参保人的首次检查预约...      | 我们将为您预约...                                                                                 |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 患有 HIV/AIDS 的参保人      | 在您成为 <b>Keystone First</b> 计划的参保人后不超过 7 日内与 PCP 或专科医生取得联系，除非您正在接受一名 PCP 或专科医生的治疗。          |
| 正在接受补充保障收入 (SSI) 的参保人 | 在您成为 <b>Keystone First</b> 计划的参保人后不超过 45 日内与 PCP 或专科医生取得联系，除非您正在接受一名 PCP 或专科医生的治疗。         |
| 参保人年龄不满 21 周岁         | 在您成为 <b>Keystone First</b> 计划的参保人后不超过 45 日内与 PCP 取得联系进行一次 EPSDT 检查，除非您正在接受一名 PCP 或专科医生的治疗。 |
| 所有其他参保人               | 在您成为 <b>Keystone First</b> 计划的参保人后不超过 3 周内与 PCP 取得联系。                                      |
| <b>妊娠期参保人：</b>        | <b>我们将为您预约。..</b>                                                                          |
| 处于第一孕期的妊娠期参保人         | <b>Keystone First</b> 计划知晓您已怀孕后在 10 个工作日内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约。                               |
| 处于第二孕期的妊娠期参保人         | <b>Keystone First</b> 计划知晓您已怀孕后在 5 个工作日内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约。                                |
| 处于第三孕期的妊娠期参保人         | <b>Keystone First</b> 计划知晓您已怀孕后在 4 个工作日内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约。                                |
| 高危妊娠参保人               | <b>Keystone First</b> 计划知晓您已怀孕后在 24 个小时内与妇产科医生 (OB/GYN) 预约。                                |
| <b>预约对象...</b>        | <b>必须安排预约的时限。 ....</b>                                                                     |
| <b>PCP</b>            |                                                                                            |
| 紧急医疗状况                | 24 小时内。                                                                                    |
| 常规预约                  | 10 个工作日内。                                                                                  |

## Keystone First 2026 年参保人手册

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 健康评估/普通体检                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3 周内。        |
| 专科医生（由 <b>PCP</b> 转介）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |
| 紧急医疗状况                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 转诊 24 小时内。   |
| 与以下专科医生的常规预约： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 耳鼻喉科</li> <li>• 皮肤科</li> <li>• 儿科内分泌科</li> <li>• 儿科普通外科</li> <li>• 儿科传染病学</li> <li>• 儿科神经病学</li> <li>• 儿科肺病学</li> <li>• 儿科风湿病学</li> <li>• 牙科医生</li> <li>• 整形矫正科</li> <li>• 儿科过敏和免疫学</li> <li>• 儿科胃肠病学</li> <li>• 儿科血液学</li> <li>• 儿科肾病学</li> <li>• 儿科肿瘤学</li> <li>• 儿科康复医学</li> <li>• 儿科泌尿学</li> <li>• 儿科牙医学</li> </ul> | 转诊后 15 个工作日内 |
| 与所有其他专科医生的常规预约                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 转介后 10 个工作日内 |

## Keystone First 2026 年参保人手册

您可以随时提出所有其他投诉。

### 我提出一级投诉后会发生什么？

您提出投诉后，将会获得一份来自 **Keystone First** 计划的信函，告知您 **Keystone First** 计划已经收到您的投诉，并为您介绍一级投诉的审查流程。

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

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

由 **Keystone First** 中未涉及您的投诉问题的、不为任何人服务的 1 名或多名工作人员构成的委员会将根据您所提出的投诉进行审查并做出决定。如果这项投诉涉及临床问题，则一名认证医生或认证牙医将加入这个委员会。除非您已要求 **Keystone First** 延长十四 (14) 日来处理该投诉，否则 **Keystone First** 将在 **Keystone First** 收到投诉之日起三十 (30) 日内向您邮寄通知。该通知将告知您 **Keystone First** 对您的一级投诉作出的决定，以及如果您对该决定不满时可以采取的措施。

如果您在投诉流程中还需其他援助信息，请参见第 96 页。

### 如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，您可以在知晓您正在接受的服务或项目并非承保内容之日起 15 日内，将投诉邮寄或送至 **Keystone First**，则在您的投诉决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。

### 如果我对 **Keystone First** 的决定表示异议，应当怎么做？

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

- **Keystone First** 计划决定您无法获取所希望得到的服务或项目，因为该服务或项目不在承保范围内时。

## Keystone First 2026 年参保人手册

- **Keystone First** 计划拒绝向未加入 Medical Assistance 计划的提供者支付一项您已接受的服务或项目时。
- **Keystone First** 决定不向医疗保健服务提供者支付您所获得的服务或项目的费用，原因是该服务或项目不属于您的承保范围。
- **Keystone First** 计划在 **Keystone First** 计划接到您的投诉或申诉后 **30** 天内，并未对您向 **Keystone First** 计划提出的投诉或申诉做出决定时。
- 您没有按照计划在一定时间内接受某项服务或项目时。
- **Keystone First** 计划驳回您对 **Keystone First** 计划提出的异议，要求您支付您的提供者时。

您必须在收到一级投诉决定通知之日起 **15** 天内，向 Pennsylvania 州保险部提交书面申请，要求进行外部投诉审查。

如需对您的投诉申请外部审查，请将请求发送至以下地址：

Pennsylvania Insurance Department  
Bureau of Health Coverage Access, Administration and Appeals  
Room 1311, Strawberry Square  
Harrisburg, PA 17120  
传真： 717-787-8585

或

您也可以访问“提交投诉”页面：

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

如果您在提交外部审查请求时需要帮助，请致电 Pennsylvania 州保险部：1-877-881-6388。

您必须在收到投诉决定通知后 **120** 天内申请获得公正听证会。

针对所有其他投诉，您则必须在您获得投诉决定通知后 **45** 天内提出二级投诉。

请参见第 **99** 页获取有关公正听证的相关信息。  
请参见第 **89** 页获取有关外部投诉审查的相关信息。  
如果您在投诉流程中还需其他援助信息，请参见第 **96** 页。

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 二级投诉

如果我要提交一份二级投诉应当如何处置？

提出二级投诉：

- 请致电 **Keystone First** 计划：**1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，告知 **Keystone First** 计划您的投诉内容，或
- 提交一份书面二级投诉，并将其通过以下方式之一寄至 **Keystone First** 计划，或
- 在获得投诉决定通知后，填写这份通知中提供的投诉申请表，并将该表通过以下方式之一寄送至 **Keystone First** 计划。

#### Keystone First 的二级投诉联系信息

##### 邮寄地址

**Member Appeals Department**

**Attention: 参保人声援**

**Keystone First**

**200 Stevens Drive**

**Philadelphia, PA 19113-1570**

**传真：215-937-5367**

**安全电子邮件地址\*：PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com**

\* 如果寄件人未对电子邮件进行加密，则邮件安全无法保证，因此除非您对电子邮件进行加密，否则请勿在邮件中包含出生日期等个人身份识别信息或个人医疗信息。

#### 我提出二级投诉后会发生什么？

您提出二级投诉后，将会获得一份来自 **Keystone First** 计划的信函，告知您 **Keystone First** 计划已经收到您的投诉，并为您介绍二级投诉的审查流程。

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

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

由至少 3 人构成的一个委员会，其中至少 1 人并不为 **Keystone First** 计划工作，将负责对您的二级投诉做出决定。委员会中的 **Keystone First** 工作人员将不是涉及您的投诉

## Keystone First 2026 年参保人手册

事项的人员，且将不会为任何涉及投诉事项的人员服务。如果这项投诉涉及临床问题，则一名认证医生或认证牙医将加入这个委员会。**Keystone First** 计划将在您提交二级投诉之后 **45** 日内为您寄送一份通知，告知您针对您的二级投诉所做的决定。这份通知还可告诉您如果您对这份决定表示异议，您可以采取哪些措施。

|                                     |
|-------------------------------------|
| 如果您在投诉流程中还需其他援助信息，请参见第 <b>96</b> 页。 |
|-------------------------------------|

**如果我对 Keystone First 针对我的二级投诉的决定表示异议，应当怎么做？**

您可以要求 Pennsylvania 州保险部管理式护理局进行外部审查。

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

### 外部投诉审查

**我如何请求外部投诉审查？**

将您要求对您的投诉进行外部审查的书面申请寄到以下地址：

Pennsylvania Insurance Department  
Bureau of Health Coverage Access, Administration, and Appeals  
Room 1311, Strawberry Square  
Harrisburg, PA 17120  
传真： 717-787-8585

您也可以访问“File a Complaint”（提出投诉）页面：  
<https://www.insurance.pa.gov/Consumers/Pages/default.aspx>

如果您在提交外部审查请求时需要帮助，请致电 Pennsylvania 州保险部：  
**1-877-881-6388**。

如果您提出请求，Pennsylvania 州保险部将帮助您通过书面形式提交投诉。

**我请求外部投诉审查后会发生什么？**

保险部将从 **Keystone First** 计划处获取您的档案。您也可以向他们发送任何可能对投诉外部审查有帮助的其他信息。

在外部审查期间，您可以派一名律师或他人作为您的代表人。



## Keystone First 2026 年参保人手册

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

### 如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，且您可以在获得 **Keystone First** 发出的一级投诉决定通知、告知您正在接受的服务或项目并非承保内容之日起 **15** 日内，将外部投诉审查申请邮寄或送至 **Pennsylvania** 州保险部，则在您的审查决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。如果您同时申请进行外部投诉审查和公正听证，您必须在 **Keystone First** 一级投诉决定通知发出之日起 **15** 天内同时请求外部投诉审查和公正听证。如果您等到收到对您的外部投诉决定后才请求进行公正听证，则不会继续服务。

## 申诉

### 什么是申诉？

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

您则可以向 **Keystone First** 计划提出申诉，告知您对 **Keystone First** 计划的决定表示不满。

### 如果我要申诉应当怎么做？

提出申诉：

- 致电 **Keystone First** 计划 **1-800-521-6860** (TTY **1-800-684-5505**)，告知 **Keystone First** 计划您的申诉内容，或
- 提交书面申诉，并将其通过以下方式之一寄至 **Keystone First** 计划，或
- 在接到 **Keystone First** 发出的拒绝服务通知后，填写这份通知中提供的投诉/申诉申请表，并将该表通过以下方式之一提交给 **Keystone First** 计划。

## Keystone First 2026 年参保人手册

**Keystone First 的申诉联系信息：**

**邮寄地址**

**Member Appeals Department**

**Attention: 参保人声援**

**Keystone First**

**200 Stevens Drive**

**Philadelphia, PA 19113-1570**

**传真：215-937-5367**

**安全电子邮件地址\*：PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com**

\* 如果寄件人未对电子邮件进行加密，则邮件安全无法保证，因此除非您对电子邮件进行加密，否则请勿在邮件中包含出生日期等个人身份识别信息或个人医疗信息。

若您向您的提供者提供了书面同意书时，您的提供者还可以代您提出申诉。若提供者代您提出申诉，则您无法自行再次发送一份独立申诉。

### 我应当在何时提出申诉？

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

### 我提出申诉后会发生什么？

您提出申诉后，将会获得一份来自 **Keystone First** 计划的信函，告知您 **Keystone First** 计划已经收到您的申诉，并为您介绍申诉审查流程。

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

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

由至少 **3 名** 成员构成的委员会（包括一名认证医生或认证牙医）将负责对您的申诉做出决定。委员会中的 **Keystone First** 工作人员将不是涉及您的申诉事项的人员，且将不会为任何涉及申诉事项的人员服务。**Keystone First** 计划将在您提交申诉之后 **30 日内** 为您寄送一份通知，告知您针对您的申诉所做的决定。这份通知还可告诉您如果您对这份决定表示异议，您可以采取哪些措施。

## Keystone First 2026 年参保人手册

如果您在申诉流程中还需其他援助信息，请参见第 96 页。

### 如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，您可以在接到通知知晓您正在接受的服务或项目被减少、变更或被拒时起 15 日内，将申诉邮寄或送至 **Keystone First**，则在您的申诉决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。

### 如果我对 **Keystone First** 的决定表示异议，应当怎么做？

您还可以请求外部申诉审查，或获得公正听证，或同时针对上述两者提出请求。外部申诉审查是由一名不为 **Keystone First** 计划工作的医生执行的。

在您收到申诉决定通知后 15 天内，您必须请求进行外部申诉审查。

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

请参见第 97 页获取有关公正听证的相关信息。

如需更多有关外部申诉审查的信息，请参见下文。

如果您在申诉流程中还需其他援助信息，请参见第 96 页。

## 外部申诉审核

### 本人如何请求获得外部申诉审核？

申请获得外部申诉审查：

- 致电 **Keystone First** 计划 1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)，告知 **Keystone First** 计划您的申诉内容，或
- 提交书面申诉，并将其通过以下方式之一寄至 **Keystone First** 计划。

**Keystone First** 的外部申诉联系信息：

邮寄地址

**Member Appeals Department**

Attention: 参保人声援

**Keystone First**

**200 Stevens Drive**

**Philadelphia, PA 19113-1570**

传真: 215-937-5367

安全电子邮件地址\*: [PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com](mailto:PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com)

## Keystone First 2026 年参保人手册

\* 如果寄件人未对电子邮件进行加密，则邮件安全无法保证，因此除非您对电子邮件进行加密，否则请勿在邮件中包含出生日期等个人身份识别信息或个人医疗信息。

**Keystone First** 计划将把您的外部申诉审查申请提交给 Pennsylvania 州保险部。

### 我请求外部申诉审查后会发生什么？

**Keystone First** 将告知您外部申诉审查者的姓名、地址、电子邮件、传真和联系电话。您将获得有关外部申诉审查流程的信息。

**Keystone First** 计划将把您的申诉文件提交给审查者。在您获知外部申诉审查者姓名后 20 天内，您可以向申诉审查者提交额外信息，帮助其进行外部审查。

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

### 如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，您可以在接到 **Keystone First** 计划通知告知您申诉决定之日起 15 日内，将口头或书面申请邮寄或送至 Pennsylvania 州保险部，则在您的审查决定下达之前，您仍旧可以继续获得这些服务或项目。如果您同时申请进行外部申诉审查和公正听证，您必须在 **Keystone First** 申诉决定通知发出之日起 15 天内同时请求外部申诉审查和公正听证。如果您等到收到对您的外部申诉决定后才请求进行公正听证，则不会继续服务。

## 加急投诉与申诉

### 如果我的健康面临即刻风险，应当怎么做？

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

- 您必须请求 **Keystone First** 计划提早做出决定，请致电 **Keystone First** 计划 1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)；或向 215-937-5367 发送传真，寄送一封信函或投诉/申诉申请表；或发送一封电子邮件至 **PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com**。

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 在您提出快速决定申请后，您的医生或牙医应当在 72 小时以内将一封署名信函传真给 **215-937-5367**，解释为什么当 **Keystone First** 计划花 **30** 日做出一级投诉或申诉决定时，或花 **45** 日做出二级投诉决定时，会给您的健康带来危害。

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

### 加急投诉和加急外部投诉

由至少 **1** 名成员构成的委员会（包括一名认证医生或认证牙医）将负责对您的加急投诉进行审核。其他医疗保健服务提供者可能会参与审查，但最终由持证医生或持证牙医对您的投诉作出裁决。委员会中的 **Keystone First** 工作人员将不是涉及您的投诉事项的人员，且将不会为任何涉及投诉事项的人员服务。

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

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

如果您对加急投诉决定表示不满时，您可以在收到加急投诉决定通知后 **2** 个工作日内请求从 **Pennsylvania** 州保险部获得一次加急外部投诉审查。如需对您的投诉申请外部审查，请将请求发送至以下地址：

Pennsylvania Insurance Department  
Bureau of Health Coverage Access, Administration and Appeals  
Room 1311, Strawberry Square  
Harrisburg, PA 17120  
传真： 717-787-8585

或

## Keystone First 2026 年参保人手册

您也可以访问“提交投诉”页面：

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

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

### 加急申诉和加急外部申诉

由至少 3 名成员构成的委员会（包括一名认证医生或认证牙医）将负责对您的申诉做出决定。委员会中的 **Keystone First** 工作人员将不是涉及您的申诉事项的人员，且将不会为任何涉及申诉事项的人员服务。

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

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

如果您对加急申诉决定表示不满，您可以申请进行加急外部申诉审查，或请求公众服务部提供加急公正听证会，或针对加急外部申诉审查和加急公正听证会同时提出请求。

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

- 致电 **Keystone First** 计划 1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)，告知 **Keystone First** 计划您的申诉内容，或
- 发送电子邮件至 **Keystone First**:  
**PAMemberAppeals@amerihealthcaritas.com**，或
- 提交一份书面申诉，并将其通过邮件或传真寄至 **Keystone First** 计划：

**Member Appeals Department**  
**Attention: 参保人声援**  
**Keystone First**  
**200 Stevens Drive**  
**Philadelphia, PA 19113-1570**  
**传真: 215-937-5367**

## Keystone First 2026 年参保人手册

**Keystone First** 计划将在收到信件后 24 小时内把您的申请呈交给 Pennsylvania 州保险部。

您必须在收到加急申诉决定通知后 **120** 天内申请获得公正听证。

### 在投诉和申诉流程中， 您可以获得怎样的帮助？

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

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

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

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

如果您需要帮助或对于投诉和申诉还有疑问，您可以拨打 **Keystone First** 免费电话 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，您可以拨打您当地的法律援助办公室电话 **1-800-322-7572**，或拨打 Pennsylvania Health Law Project 电话 1-800-274-3258。您还可以在 [www.phlp.org](http://www.phlp.org) 上找到自助表格及其他信息。

### 首选语言非英语的人士

如果您请求获得语言服务，**Keystone First** 计划将为您免费提供服务。

### 残疾人士

如果需要，**Keystone First** 将为残疾人士免费提供以下提交投诉或申诉方面的帮助。该帮助包括：

- 提供手语译员；

## Keystone First 2026 年参保人手册

- 以替代格式提供 **Keystone First** 在投诉或申诉审查中提交的信息。 其他格式的副本将在审查前交给您；及
- 提供帮助复制和展示信息的人员。

### 公众服务部公正听证

在某些情况下，当您对 **Keystone First** 计划的某些作为或不作为感到不满或产生异议时，您可以请求公众服务部为您举办一场听证。这种听证被称为“公正听证”。 在 **Keystone First** 计划对您的一级投诉或申诉做出决定后，您可以请求公正听证。

#### 我可以就哪些事项请求公正听证？我请求公正听证的截止时限是什么？

自您收到 **Keystone First** 计划针对您的一级投诉或申诉的决定通知后起 120 日内，您可以通过邮寄、传真或电子邮件的方式请求针对以下事务获得一次公正听证：

- 因服务或项目不在承保范围内而导致您所希望获取的服务或项目被拒时。
- 拒绝向提供者支付您已获得的服务或项目，且提供者可向您发送服务或项目账单时。
- **Keystone First** 计划在 **Keystone First** 计划接到您的投诉或申诉后 30 天或更短时间内，并未对您向 **Keystone First** 计划提出的一级投诉或申诉做出决定时。
- 驳回您对 **Keystone First** 计划提出的决定异议，要求您支付您的提供者时。
- 因服务或项目并非医学必需，而导致某项服务或项目被拒、被减少或获批服务或项目不同于您所请求获取的服务或项目时。
- 您没有按照计划在一定时间内接受某项服务或项目时。

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

#### 我如何请求公正听证会？

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



## Keystone First 2026 年参保人手册

如果您选择写信或电子邮件\*的方式，请列示以下信息：

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

您必须将公正听证申请寄至以下地址：

Department of Human Services  
Office of Medical Assistance Programs – HealthChoices Program  
Complaint, Grievance and Fair Hearings  
PO Box 2675  
Harrisburg, PA 17105-2675  
传真：1-717-772-6328  
电子邮件： RA-PWCGFHteam@pa.gov

\* 如果寄件人未对电子邮件进行加密，则邮件安全无法保证，因此除非您对电子邮件进行加密，否则请勿在邮件中包含出生日期等个人身份识别信息或个人医疗信息。 您可以利用电子邮件发送公正听证请求，并在邮寄至以上地址的邮件中提供个人身份识别信息。

### 我请求公正听证后会发生什么？

您将收到公众服务部听证会和上诉局发送的一封信函，告知您这场听证的举办地点、日期和时间。 您将在听证召开至少 **10** 天前收到这封信函。

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

**Keystone First** 计划也将参加您的公正听证，解释 **Keystone First** 为何做出这一决定或解释到底发生了什么。

您可以请求 **Keystone First** 计划免费为您提供有关您的公正听证事宜的任何记录、报告和其他信息。

## Keystone First 2026 年参保人手册

### 何时可以获得有关公正听证会的决定？

在您向 **Keystone First** 计划提出了投诉或申诉后 90 天内，公正听证将做出决定。在这期间不含 **Keystone First** 计划发出书面一级投诉决定通知或申诉决定通知时和您请求公正听证时之间的日期。

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

公众服务部下属的听证会和上诉局将通过书面形式向您发出决定，并告知您如果您对该决定不满时当作何处理。

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

#### 如何能够持续获得服务：

如果您所正在接受的服务或项目的份额减少了、变更了或被拒了，且您已请求获取公正听证，并且您的申请是在接到 **Keystone First** 计划的一级投诉或申诉决定通知后 15 内邮寄或送至公众服务部的，则您可以在决定做出之前继续享有这项服务或项目。

### 加急公正听证

#### 如果我的健康面临即刻风险，应当怎么做？

如果您的医生或牙医认为按正常公正听证的流程等待将危害您的健康，则您可以请求尽快进行公正听证。这种流程被称为加急公正听证。您可以选择致电公众服务部 1-800-798-2339，或将信函或公正听证申请表传真至 717-772-6328，或以电子邮件\*将书面申请发送至 RA-PWCGFHteam@pa.gov，申请获得快速决定。您的医生或牙医必须将一份署名信函传真至：717-772-6328，解释为何公正听证的正常决定时间会影响您的健康。如果您的医生或牙医未寄送信函，公正听证会将不会加急处理。公正听证会将按照常规时间安排并作出裁决。

在您请求公正听证后 3 个工作日内，本部的听证会和上诉局将安排一次电话听证并将告知您决定。

## Keystone First 2026 年参保人手册

如果您的医生未寄送书面声明，公正听证会将不会加急处理。 听证将得到重新安排，且公正听证将按照正常时间做出公正听证的决定。

\* 如果寄件人未对电子邮件进行加密，则邮件安全无法保证，因此除非您对电子邮件进行加密，否则请勿在邮件中包含出生日期等个人身份识别信息或个人医疗信息。

如果您需要帮助或对于公正听证还有疑问，您可以拨打 **Keystone First** 免费电话 **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**，您可以拨打您当地的法律援助办公室电话 **1-800-322-7572**，或拨打 Pennsylvania Health Law Project 电话 1-800-274-3258。



修订日期：2026 年 6 月

© 2026 **Keystone First**

---

**您的管理式护理计划可能并不承保您的所有医疗保健费用。请仔细阅读您的参保人手册，以了解承保的医疗保健服务范围。**



**Keystone First**

---

Coverage by Vista Health Plan,  
an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

所有图片经授权仅用于说明目的。  
图片中人物均为模特。