



承保內容證明

作為Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)的會員，您將享有Medicare健康福利與服務，以及處方藥承保。

洛杉磯縣和聖地牙哥縣

2025年1月1日至2025年12月31日

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) , Medicare Medi-Cal 計劃 《會員手冊》

H2819_24_378A_001_C_CT Approved 08202024

OMB Approval 0938-1444 (到期日：2026 年 6 月 30 日)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線
(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多
資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



2025 年 1 月 1 日 – 2025 年 12 月 31 日

您在 Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) (一項 Medicare Medi-Cal Plan) 下的健康與藥物保險

《會員手冊》簡介

這本也稱作《承保內容證明》的《會員手冊》將詳細說明，即日起至 2025 年 12 月 31 日期間，我們計劃對您提供的承保項目。手冊中說明了醫療保健服務、行為健康（心理健康與物質濫用障礙）服務、處方藥承保範圍以及長期服務與支援。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》第 12 章中。

這是一份重要的法律文件。請存放在安全的地方。

當本《會員手冊》中提到「我們」、「我方」、「我們的」或「我們的計劃」時，皆指 Blue Shield TotalDual Plan。

本文件免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、高棉文、簡體中文、繁體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文、他加祿文及越南文版本。

您可致電客戶服務部，免費索取該文件的其他格式，例如大字版、盲文版及／或語音版，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。

- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。他們會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。

其他語言

您可免費取得本《會員手冊》及其他計劃資料的其他語言版本。Blue Shield TotalDual Plan 提供合格譯者的書面翻譯。請致電 1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。這是免付費電話。請詳閱本《會員手冊》，瞭解醫療保健語言協助福利的更多詳情，例如提供口譯員和翻譯服務。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



其他格式

您可免費取得本資訊的其他格式，例如盲文版、20 號大字版、語音版與無障礙電子格式。請致電 **1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711）。這是免付費電話。

口譯員服務

Blue Shield TotalDual Plan 全天候 24 小時免費為您提供合格口譯員的口譯服務（包括手語）。您不需要請家人或朋友擔任您的口譯員。我們不鼓勵使用未成年人擔任口譯員，除非是緊急狀況。口譯員、語言及文化服務均免費為您提供。每週 7 天，每天 24 小時提供服務。如需要以您語言提供的協助，或取得本《會員手冊》的其他語言版本，請致電 **1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711）。這是免付費電話。

請留意：如果您需要以您語言提供的協助，請致電 **1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711）。也有為殘障人士提供的協助與服務，例如盲文版與大字版的文件等。請致電 **1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711）。以下這些是免付費服務。

LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պլանակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសាបស្ចឹម សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिन्दी टैगलाइन (Hindi) ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong) CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) 注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx

1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih
gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc
cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

免責聲明

- ❖ 福利、保費、自付額和/或共付額/共同保險金於2026年1月1日起可能有所變更。
- ❖ 保險內處方集、藥房網絡，和/或醫療網可能會隨時變更。必要時會通知您。我們將至少提前30天通知受影響的參保者有關變更的事項。
- ❖ 我們的計劃有責任協調您的Medi-Cal (Medicaid)各項福利。
- ❖ Blue Shield of California是與聯邦醫療保健計劃(Medicare)簽約並與加州政府醫療補助(Medicaid)計劃簽約的HMO D-SNP（健康維持組織雙重資格特殊需求）計劃。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。
- ❖ 在 Blue Shield TotalDual Plan 下的承保範圍是稱為「最低基本承保範圍」的合資格健康保險。它滿足病人保護與平價醫療法案(ACA)的個人責任分攤規定。請瀏覽國稅局 (Internal Revenue Service, IRS)網站：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，以瞭解有關個人責任分攤規定的更多資訊。
- ❖ Medicare 核准 Blue Shield TotalDual Plan 作為價值型保險設計(Value-Based Insurance Design)計劃的一部分，提供各項福利並降低共付額。此計劃讓 Medicare 試用新方式來改善 Medicare Advantage 計劃。
- ❖ Amazon Pharmacy 不隸屬於 Blue Shield of California，而是與 Blue Shield 簽訂合約，向 Blue Shield 會員提供處方藥送貨到府服務。



第1章：會員入門指南

簡介

本章包含有關 Blue Shield TotalDual Plan 的資訊，Blue Shield TotalDual Plan 是一項健康計劃，承保您所有的 Medicare 服務並協調您所有的 Medicare 與 Medi-Cal 服務以及您在其中的會員資格。它還告訴您可取得哪些服務，以及我們還可提供哪些資訊。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 歡迎加入我們的計劃	12
B. 有關 Medicare 與 Medi-Cal 的資訊.....	12
B1.Medicare	12
B2.Medi-Cal	12
C. 我們計劃的優點	13
D. 我們計劃的服務區域	13
E. 成為計劃會員需具備的資格.....	13
F. 您第一次加入我們的健康計劃時可期待的事項	14
G. 您的護理團隊與護理計劃	15
G1.護理團隊	15
G2.護理計劃	15
H. 您的 Blue Shield TotalDual Plan 的每月費用.....	15
H1.計劃保費	16
I. 您的《會員手冊》	16
J. 我們向您提供的其他重要資訊	16
J1.您的會員識別卡	16

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



J2. 醫療服務提供者與藥房名錄.....	17
J3. 《承保藥物清單》	18
J4. 《福利說明》	18
K. 隨時更新您的會員記錄.....	19
K1. 受保護的健康資訊(PHI)的隱私.....	19



A. 歡迎加入我們的計劃

我們的計劃為符合這兩個計劃條件的人士提供 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 服務。我們的計劃包括醫生、醫院、藥房、長期服務與支援的醫療服務提供者、行為健康醫療服務提供者及其他醫療服務提供者。我們還有護理協調員與護理團隊來協助您管理自己的醫療服務提供者及服務。大家一起合作提供您所需的護理。

B. 有關 Medicare 與 Medi-Cal 的資訊

B1.Medicare

Medicare 是針對以下對象提供的聯邦醫療保險計劃：

- 年滿 65 歲的民眾，
- 未滿 65 歲，患有某些殘障的民眾，以及
- 患有末期腎臟病（腎衰竭）的人。

B2.Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 **Medicaid** 計劃的名稱。**Medi-Cal** 是由加州實施並由州與聯邦政府支付費用。**Medi-Cal** 幫助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支援(LTSS)以及醫療費用。這個計劃承保 **Medicare** 不承保的額外服務與藥物。

每個州自行決定：

- 收入與資源的定義，
- 誰符合條件，
- 承保哪些服務，以及
- 服務的費用。

各州只要遵守聯邦規定就可以決定如何運作其計劃。

Medicare 與加州政府核准了我們的計劃。您可以透過我們的計劃獲得 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 的服務，只要是：

- 我們選擇提供此計劃，並且
- **Medicare** 與加州政府允許我們繼續提供此計劃。

即使我們的計劃將來停止運作，您的 **Medicare** 資格及 **Medi-Cal** 服務將不受影響。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



C. 我們計劃的優點

您現在將從我們的計劃中獲得所有承保的 Medicare 與 Medi-Cal 服務，包括處方藥。您不必支付額外費用即可加入此健康計劃。

我們幫助協調您的 Medicare 與 Medi-Cal 福利，以為您發揮最高福利效益。一些優點包括：

- 您可以透過我們的服務滿足您的大部分醫療保健需求。
- 您有一個由您協助組成的護理團隊。您的護理團隊可能包括您自己、您的看護人、醫生、護士、諮商師或其他健康專業人員。
- 您可以取得護理協調員的服務。此人將與您、我們的計劃以及您的護理團隊一起制定出一份護理計劃。
- 您可以在護理團隊與護理協調員的幫助下掌管自己的護理。
- 您的護理團隊與護理協調員與您一同制定一份旨在滿足您的健康需求的護理計劃。護理團隊協助協調您所需的服務。例如，這表示您的護理團隊可確保：
 - 您的醫生瞭解您服用/使用的所有藥物，以便他們可以確保您服用/使用正確的藥物，並可以減少您可能因藥物而產生的任何副作用。
 - 您的檢驗結果將酌情告知您全部的醫生與其他醫療服務提供者。

Blue Shield TotalDual Plan 新會員：在大多數情況下，您將在申請參保 Blue Shield TotalDual Plan 後的次月第一天參保 Blue Shield TotalDual Plan 以享受您的 Medicare 福利。您仍可從之前的 Medi-Cal 健康計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Blue Shield TotalDual Plan 獲得 Medi-Cal 服務。如此您的 Medi-Cal 保險才不會出現缺口。請聯絡我們，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），辦公時間為每週七天，上午 8:00 至下午 8:00。

D. 我們計劃的服務區域

我們的服務區域包括下列加州各縣：洛杉磯縣與聖地牙哥縣

只有居住在我們服務區域的民眾才能加入我們的計劃。

如果您搬出我們的服務區域，您將無法繼續參與我們的計劃。請參閱您的《會員手冊》第 8 章，以瞭解更多有關搬離我們的服務區域的影響的資訊。

E. 成為計劃會員需具備的資格

只要符合下列條件，您便符合我們計劃的會員資格：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 居住在我們的服務區域（對於坐牢的人士，即使他們實際位於我們的服務區域，但不被視為居住在服務區域），以及
- 參保時已年滿 21 歲，以及
- 同時擁有 Medicare A 部分與 Medicare B 部分，以及
- 是美國公民或合法居留在美國，以及
- 目前符合 Medi-Cal 的資格。

如果您失去 Medi-Cal 資格，但有望在 6 個月內重新獲得資格，則您仍然有資格參加我們的計劃。

請致電客戶服務部以瞭解更多資訊。

F. 您第一次加入我們的健康計劃時可期待的事項

在您首次加入我們的計劃時，您將在參保生效日期前後 90 天內獲得「健康風險評估」(HRA)。

我們必須為您填寫一份 HRA。這個 HRA 是制定您的護理計劃的基礎。HRA 包括一系列的問題，用來找出您的醫療、行為健康與功能需求。

我們會為了填寫這份 HRA 而聯絡您。我們可以透過親自拜訪、電話或郵件來填寫 HRA。

我們將向您寄送有關此 HRA 的更多資訊。

如果您對我們的計劃還很陌生，即使您現在使用的醫生不在我們的網絡中，您仍可以在一段時間內繼續使用這些醫生。我們稱此為持續護理。如果這些醫生不在我們的網絡中，您可以保留註冊當時的醫療服務提供者與服務授權最多 12 個月，但前提是必須符合以下所有條件：

- 您、您的代表或您的醫療服務提供者要求我們讓您繼續使用目前的醫療服務提供者。
- 我們確定您與初級或專業護理醫療服務提供者存在現有關係，但有一些例外情況。我們所謂的「現有關係」，是指在您首次參保我們的計劃之日之前的 12 個月內，您至少因為非急症原因看過一次網絡外服務提供者。
 - 我們會審查您可用的健康資訊或您向我們提供的資料以確認現有關係。
 - 我們會在 30 天內回覆您的請求。您可以要求我們更快做出決定，此時，我們必須在 15 天內做出回覆。您可以致電 1-800-452-4413 提出此請求（聽障和語障專線(TTY)：711）。如果您面臨傷害的風險，則我們必須在 3 天內做出回覆。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 當您提出申請時，您或您的醫療服務提供者必須出示現有關係的文件並同意某些特定條款。

附註：您可以先申請至少 90 天的耐用醫療設備(DME)的醫療服務提供者，直到我們授權新的租賃並讓網絡醫療服務提供者交付租賃設備為止。儘管您不能申請交通醫療服務提供者或其他輔助醫療服務提供者，但您可以申請我們計劃不包含的交通服務或其他輔助服務。

持續護理期結束後，除非我們與您的網絡外醫生達成協議，否則您將需要使用 Blue Shield TotalDual Plan 網絡內隸屬於您的基本保健服務提供者的醫療團體的醫生及其他醫療服務提供者。網絡醫療服務提供者是與健康計劃合作的醫療服務提供者。醫療團體或獨立醫生協會(IPA)是根據加州法律成立的組織，與健康計劃簽約，向健康計劃參保者提供或安排提供醫療保健服務。醫療團體或 IPA 是由基本保健醫生與專科醫生組成的團體，旨在為您統籌醫療保健服務。請參閱您的《會員手冊》第 3 章，以瞭解更多有關取得護理的資訊。

G. 您的護理團隊與護理計劃

G1. 護理團隊

護理團隊可以協助您持續獲得所需的護理。護理團隊可能包括您的醫生、護理協調員或您選擇的其他醫療人員。

護理協調員是經過訓練可以協助您管理所需護理的人員。當您參保我們的計劃時，您會被指定一名護理協調員。此人還會向您推薦我們的計劃可能未提供的其他社區資源，並將與您的護理團隊共同協調您的護理。請撥打本頁底部的電話號碼聯絡我們，以瞭解更多有關您的護理協調員與護理團隊的資訊。

G2. 護理計劃

您的護理團隊與您一起制定護理計劃。護理計劃向您及您的醫生說明您需要哪些服務以及如何獲得這些服務。護理計劃包括您的醫療、行為健康及「長期服務與支援」(LTSS)或其他服務。

您的護理計劃包括：

- 您的醫療保健目標，以及
- 獲得您所需服務的時間表。

在完成您的 HRA 後，您的護理團隊會與您會面。他們詢問您需要的服務。他們還會告訴您您可能想要考慮獲得的服務。您的護理計劃是根據您的需求與目標所制定。您的護理團隊至少每年會與您一起更新您的護理計劃一次。

H. 您的 Blue Shield TotalDual Plan 的每月費用

您的費用可能包括以下項目：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 計劃保費（H1 節）

在某些情況下，您的計劃保費可能會較少。

H1. 計劃保費

身為計劃的會員，您需要每月支付計劃保費。您 2025 年的 Blue Shield TotalDual Plan 每月保費是 \$28.30。但是，只要您擁有 D 部分低收入補助（也稱為「額外協助」）及全面 Medi-Cal 保險，您每月只需支付 \$0。

I. 您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是我們與您所簽訂合約的一部分。這表示，我們必須遵守這份文件中的所有規定。如果您認為我們的行為違反了這些規則，可以對我們的決定提出上訴。若想查詢有關上訴的資料，請參閱《會員手冊》第 9 章或請致電：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部索取《會員手冊》。您也可以參閱《會員手冊》，該手冊可在我們網站上找到，網站地址在本頁面底部。

合約有效期間為 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日期間您參保我們計劃的月份。

J. 我們向您提供的其他重要資訊

我們向您提供的其他重要資訊包括您的會員識別卡、有關如何使用《醫療服務提供者與藥房名錄》的資料，以及有關如何取得《承保藥物清單》（也稱為《保險內處方集》）的資訊。

J1. 您的會員識別卡

根據我們的計劃，您擁有一張 Medicare 與 Medi-Cal 服務（包括 LTSS、某些行為健康服務及處方）的會員卡。當您獲得任何服務或取得處方時，請出示此卡。以下是會員識別卡的樣本：

 Member Name: NAME Member ID: XEE Care Coordinator Phone: (999) 999-9999 PCP: Good, Doctor J. PCP Ph: (999) 999-9999 MED GROUP	 RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001	 Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To: Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services. Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.	blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413 (TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830
--	--	--	--

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

如果您的會員識別卡損壞、遺失或遭竊，請立即撥打本網頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。我們會立即寄出一張新卡給您。

只要您是我們計劃的會員，在多數情況下，您就不需要在獲得服務時使用 **Medicare** 的紅卡、白卡、藍卡或您的 **Medi-Cal** 卡。請將這些卡妥善保存，以備日後需要。如果您出示您的 **Medicare** 卡而不是會員識別卡，醫療服務提供者可能會向 **Medicare** 收取費用，而不是向我們的計劃收費，您可能因此會收到帳單。請參閱《會員手冊》**第 7 章**，瞭解在您收到醫療服務提供者的帳單時的處理辦法。

請記住，您需要 **Medi-Cal** 卡或福利識別卡(BIC)才能獲得以下服務：

- 僅透過 **Medi-Cal Rx** 才承保的處方
- 僅透過 **Medi-Cal** 牙科計劃承保的牙科服務
- 居家支援性服務(IHSS)
- 多元化長者服務計劃(MSSP)

J2.醫療服務提供者與藥房名錄

《醫療服務提供者與藥房名錄》詳列我們計劃網絡中的醫療服務提供者與藥房。當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者才能獲得承保服務。

您可以撥打本網頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取《醫療服務提供者與藥房名錄》（電子版或紙本版）。索取印刷版的《醫療服務提供者與藥房名錄》將在三個工作日內郵寄給您。

您也可以參閱本網頁底部網址上的《醫療服務提供者與藥房名錄》。

《醫療服務提供者與藥房名錄》列出您作為 **Blue Shield TotalDual Plan** 會員可能去看診的醫療保健專業人員（例如醫生、執業護士與心理學家）、設施（例如醫院或診所），以及支持提供者（例如成人日間健康與家庭健康提供者）等。這本名錄列出了您可以用來取得處方藥的藥房。名錄還提供了有關以下內容的一些資訊：

- 當需要轉診才可去看其他醫療服務提供者、專科醫生或醫療設施時，以及
- 如何選擇醫生，以及
- 如何更換醫生，以及
- 如何查找您所在地區的醫生、專科醫生、藥房或醫療設施和/或醫療團體/獨立執業醫師協會(IPA)，以及
- 如何獲得長期服務與支援(LTSS)、居家支援性服務(IHSS)或多元化長者服務計劃(MSSP)，以及
- 有關如何獲得送貨到府服務、居家輸液或長期護理藥房服務的資訊。

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



網絡醫療服務提供者的定義

- 我們的網絡醫療服務提供者包括：
 - 我們計劃會員可使用的醫生、護士與其他醫療保健專業人員；
 - 診所、醫院、護理機構以及提供我們計劃中的醫療服務的其他場所；以及，
 - LTSS、行為健康服務、居家健康機構、耐用醫療設備(DME)供應商以及其他提供您透過 Medicare 或 Medi-Cal 獲得的商品與服務的機構。

網絡醫療服務提供者同意接受我們承保服務計劃的付款作為全額付款。

合約藥房的定義

- 合約藥房是同意為我們的計劃會員配藥的藥房。您可以使用《醫療服務提供者與藥房名錄》查詢想要使用的合約藥房。
- 除了急症期間，如果您希望我們的計劃能協助您支付處方藥的費用，就必須在我們的合約藥房配藥。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部以瞭解更多資訊。客戶服務部及我們的網站都為您提供有關我們合約藥房與醫療服務提供者變化的最新訊息。

J3. 《承保藥物清單》

本計劃有一份《承保藥物清單》。我們簡稱為「*藥物清單*」。這份清單告訴您我們的計劃承保哪些處方藥。

《*藥物清單*》還讓您知道是否有任何藥物的規則或限制，例如您可以獲得的數量限制。請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**，以瞭解更多資訊。

每年我們都會向您寄送有關如何取得《*藥物清單*》的資訊，但年內可能會發生一些變化。要索取有關承保藥物的最新資訊，請致電客戶服務或瀏覽我們位於頁面底部所列地址的網站。

J4. 《福利說明》

在您使用 Medicare D 部分處方藥福利時，我們會寄送一份摘要給您，協助您瞭解並追蹤您 Medicare D 部分處方藥的付款情形。這份摘要稱為《福利說明》(EOB)。

EOB 列出該月份中您或其他人代表您花費在 Medicare D 部份處方藥的總金額，以及我們已對您的各個 Medicare D 部份處方藥支付的總金額。這個 EOB 不是帳單。EOB 提供有關您服用的藥物的更多資訊。您的《會員手冊》**第 6 章**中提供更多有關 EOB 及其如何協助您追蹤藥物承保範圍的資訊。

您也可以索取一份 EOB。要索取 EOB，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



K. 隨時更新您的會員記錄

當您的資料發生變化時，您可以通知我們以讓您的會員記錄維持於最新狀態。

我們需要這些資料來確保我們的記錄中包含您的正確資料。我們的網絡醫療服務提供者與藥房也需要有關您的正確資料。他們使用您的會員記錄來瞭解您接受了哪些服務與藥物，以及花費了多少費用。

請立即告訴我們以下資訊：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變更
- 任何其他醫療保險承保的變更，例如您的雇主、您配偶的雇主或您的同居伴侶的雇主或工傷賠償；
- 任何責任求償，例如因為汽車事故的索賠；
- 入住護理機構或醫院；
- 醫院或急診室提供的護理；
- 您的看護人（或對您負責的任何人）發生變化；以及，
- 如果您參加臨床調查研究。（附註：您並非必須要告訴我們您正在參與或即將參與的臨床調查研究，但我們希望您讓我們知道。）

如果任何資訊發生變動，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

K1. 受保護的健康資訊(PHI)的隱私

您的會員記錄中的資訊可能包括受保護的健康資訊(PHI)。聯邦法律與州法律都要求我們對您的 PHI 保密。我們保護您的 PHI。如需更多有關我們如何保護您的 PHI 的詳情，請參閱您的《會員手冊》第 8 章。



第2章：重要的電話號碼與資源

簡介

本章為您提供重要資源的聯絡資訊，這些資源可回答對於有關我們的計劃與您的醫療保健福利的疑問。您也可以從本章中得知如何聯絡您的護理協調員與其他代表您的倡導員的資訊。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 客戶服務部	21
B. 您的護理協調員	24
C. 醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	26
D. 護士諮詢專線.....	27
E. 行為健康危機熱線.....	28
F. 品質改善組織(QIO).....	29
G. Medicare	30
H. Medi-Cal.....	31
I. Medi-Cal 管理式護理與心理健康投訴專員辦公室	32
J. 縣社會服務機構	33
K. 縣行為健康服務機構	35
L. 加州醫療保健管理部	36
M. 協助民眾支付處方藥費用的計劃	37
M1.額外協助.....	37
M2.後天免疫缺乏症候群藥物援助計劃(ADAP)	37
N. 社會安全局	38
O. 鐵路職工退休委員會(RRB)	39
P. 其他資源.....	40
Q. Medi-Cal 牙科計劃.....	41

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



A. 客戶服務部

致電	1-800-452-4413。這是免付費電話。 辦公時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。
聽障和語障專線	711。這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 辦公時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00
致函	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

聯絡客戶服務部以取得以下協助：

- 解答有關計劃的疑問
- 有關索賠或帳單的疑問
- 關於您的醫療保健的承保決定
 - 您的醫療保健的承保決定是基於以下事項所做出的決定：
 - 您的福利與承保服務或
 - 我們為了您的健康服務所支付的費用
 - 如果您對醫療保健的承保決定有任何疑問，請來電聯絡我們。
 - 要瞭解更多有關承保決定的資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。
- 對於您的醫療保健提出上訴
 - 上訴是指正式要求我們審查之前對於您承保範圍所做的決定，並要求我們改變您認為我們做錯的決定。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 要瞭解更多有關提出上訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**或聯絡客戶服務部。
- 對於您的醫療保健提出投訴
 - 您可以對我們或任何醫療服務提供者（包括非網絡或網絡醫療服務提供者）提出投訴。網絡醫療服務提供者是與我們的計劃合作的醫療服務提供者。您也可以向我們或品質改善組織(QIO)投訴關於您獲得的護理品質（請參閱 **F 節**）。
 - 您可以來電提出投訴，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711）。
 - 如果您的投訴是關於您的醫療保健的承保決定，您可以進行上訴（請參閱上述一節）。
 - 您可以向 Medicare 發送有關我們計劃的投訴。您可以使用網站 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 上的線上表格。或者您可以撥打：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)尋求幫助。
 - 您可以撥打 1-855-501-3077 致電 Medicare Medi-Cal Ombuds 計劃，對我們的計劃進行投訴。
 - 要瞭解更多有關醫療保健投訴的資訊，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。
- 關於您的藥物的承保決定
 - 對於您的藥物做出的承保決定是基於以下各項：
 - 您的福利與承保藥物或
 - 我們為您支付的藥物金額。
 - Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如：一些非 Medicare 承保的藥物，例如非處方(OTC)藥物與某些維他命。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)以瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心：800-977-2273。
 - 如需更多有關處方藥承保決定的詳情，請參閱《會員手冊》**第 9 章**。
- 對於您的藥物提出上訴
 - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。
 - 如需更多有關對您的處方藥提出上訴的詳情，請參閱您的《會員手冊》**第 9 章**。
- 對於您的藥物提出投訴



- 您可以對我們或任何藥房進行投訴。這包括對您的處方藥的投訴。
- 如果您的投訴是關於您的處方藥的承保決定，您可以進行上訴。（請參閱上述一節。）
- 您可以向 Medicare 發送有關我們計劃的投訴。您可以使用網站 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 上的線上表格。或者您可以撥打：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 尋求幫助。
- 如需更多有關對處方藥進行投訴的詳情，請參閱《會員手冊》第 9 章。
- 對您已支付的醫療保健或藥物費用的付款
 - 如需更多有關如何要求我們向您退款或支付您收到的帳單的詳情，請參閱《會員手冊》第 7 章。
 - 如果您要求我們支付帳單，但我們拒絕您請求的任何部分，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱您的《會員手冊》第 9 章。



B. 您的護理協調員

護理協調員是經過專門訓練的人員，可以透過協調護理程序協助您。您的護理協調員將成為您的護理團隊的一部分，他/她將擔任您的主要聯絡人。在您完成參保後，護理協調員將以電話聯絡您以填寫您的「健康風險評估」及「個人護理計劃」。這些是您的護理協調員的工具，用來識別並個人化您的醫療保健需求以符合您的需要。您可以撥打以下號碼聯絡您的護理協調員。

致電	1-888-548-5765。這是免付費電話。 辦公時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。
聽障和語障專線	711。這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 辦公時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00
致函	Blue Shield of California ATTN:DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

聯絡您的護理協調員以取得以下協助：

- 有關您的醫療保健的疑問
- 有關取得行為健康（心理健康及物質濫用障礙）服務
- 有關於牙科福利的疑問
- 有關前往醫療約診的交通的疑問
- 有關長期服務與支援(LTSS)（包括成人社區服務(CBAS)和護理機構(NF)）的問題

您也許可以獲得以下的服務：

- 成人社區服務(CBAS)
- 專業護理
- 物理治療

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 職能治療
- 言語治療
- 醫療社會服務
- 家庭健康護理
- 居家支援服務(IHSS) (透過您所在縣的社會服務機構)
- 有時您可以獲得日常醫療保健與生活需求方面的協助

根據您所在的縣與您的資格，您也可以透過 **Blue Shield TotalDual Plan** 獲得額外的社區支援服務。如果您的醫療服務提供者認為您有資格獲得社區支援，他們可以推薦您，或者您可以聯絡客戶服務或您的護理協調員以瞭解更多資訊。您也許可以獲得以下的服務：

- 無障礙環境調適（住家改造）
- 住房過渡導航服務
- 住房押金
- 住房租賃與持續性服務
- 支援膳食或醫療定制餐
- 個人護理與家務服務
- 療養護理（醫療喘息）
- 為看護人提供喘息服務
- 出院後短期住房，或
- 戒酒中心



C. 醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

州健康保險援助計劃(SHIP)為具備 Medicare 資格的人士提供免費醫療保險諮詢。在加州，SHIP 稱為醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)。HICAP 顧問可以回答您的疑問並幫助您瞭解處理您的問題的辦法。HICAP 在每一個縣都有受過訓練的顧問，而且可免費提供服務。

HICAP 與任何保險公司或健康計劃都沒有關聯。

致電	(800) 434-0222 辦公時間為週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00
聽障和語障專線	711 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

聯絡 HICAP 以尋求協助：

- 有關 Medicare 的疑問
- HICAP 顧問可以回答您有關更換至新計劃的疑問並協助您：
 - 瞭解您的權利
 - 瞭解您的計劃選擇
 - 為您的醫療保健或治療進行投訴，以及
 - 解決帳單問題

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



D. 護士諮詢專線

Blue Shield of California 護士諮詢專線由註冊護士提供支援，每週七天，每天 24 小時皆可回答問題。護士會在電話中回答一般的健康問題，並可指引您聯絡其他資源以瞭解其他資訊。透過護士諮詢專線，會員也能請求用電子郵件將內容包括各種資訊與方便參考的連結等對話摘要發送給他們。您可以聯絡護士諮詢專線詢問有關您的健康或醫療保健的問題。

致電	(877) 304-0504，這是免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。
聽障和語障專線	711，這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 每週 7 天，每天 24 小時

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



E. 行為健康危機熱線

致電	洛杉磯縣資源中心與危機服務熱線 1-800-854-7771，這是免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。 聖地牙哥縣資源中心服務熱線(Access Center Helpline) 1-888-724-7240，這是免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。
聽障和語障專線	711，這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 每週 7 天，每天 24 小時

聯絡行為健康危機熱線以尋求以下協助：

- 有關取得行為健康與物質濫用服務的疑問

有關取得您所在縣的精神健康專科服務的疑問，請參閱 **K 節**。

F. 品質改善組織(QIO)

加州有一個稱為 **Livanta** 的組織。這是一個由醫生與其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在幫助改善 **Medicare** 投保人士的護理品質。**Livanta** 與我們的計劃沒有關聯。

致電	1-877-588-1123 辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00，週六與週日上午 11:00 至下午 3:00，假日為上午 7:00 至下午 3:30。
聽障和語障專線	1-855-887-6668 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://livantaqio.com/en/states/california

聯絡 **Livanta** 以尋求協助：

- 有關您的醫療保健權利的疑問
- 如果您出現以下情況，則對您所獲得的護理提出投訴：
 - 護理品質有問題
 - 認為您的住院時間過早結束，或者
 - 您認為您的居家醫療保健、專業護理機構護理或「綜合門診復健機構」(CORF)服務過早結束。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



G. Medicare

Medicare 是為年滿 65 歲，或未滿 65 歲且身體殘障或患有末期腎臟病（需要洗腎或腎臟移植的永久腎衰竭）的人士提供的聯邦政府醫療保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心（簡稱為「CMS」）。

致電	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。 這是免付費電話，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
聽障和語障專線	1-877-486-2048。這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的官方網站。網站提供有關 Medicare 目前的最新資訊。網站還提供有關醫院、護理機構、醫生、居家健康機構、透析機構、住院復健機構與臨終關懷機構的訊息。 它另外提供有用的網站與電話號碼，以及可以讓您直接從電腦列印的文件。 如果您沒有電腦，當地的圖書館或老年人中心也許能協助您使用其電腦瀏覽這個網站。或者，您可以撥打上述的號碼聯絡 Medicare，告訴他們您的需求。他們將在網站上查找訊息並與您一起檢閱該訊息。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 **Medicaid** 計劃。這是一項公共醫療保險計劃，針對低收入人士提供所需的醫療保健服務，低收入人士包括家中有兒童的家庭、老年人、殘障人士、寄養兒童與青少年以及孕婦。**Medi-Cal** 的資金來源為加州與聯邦政府的資金。

Medi-Cal 福利包括醫療、牙科、行為健康以及長期服務與支援。

您已參保 **Medicare** 與 **Medi-Cal**。如果您對自己的 **Medi-Cal** 福利有疑問，請致電您的計劃護理協調員。如果您對註冊 **Medi-Cal Plan** 有疑問，請致電醫療保健方案處。

致電	1-800-430-4263 辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。
聽障和語障專線	1-800-430-7077 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



I. Medi-Cal 管理式護理與心理健康投訴專員辦公室

投訴專員辦公室是維護您權益的倡導員。如果您有問題或投訴，他們可以解答疑問，並幫助您瞭解該怎麼做。投訴專員辦公室還可以協助您解決服務或計費問題。這個辦公室與我們的計劃或任何保險公司或健康計劃沒有關聯。他們的服務是免費的。

致電	1-888-452-8609 這是免付費電話。辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。
聽障和語障專線	711 這是免付費電話。
致函	California Department of Social Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
電子郵件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



J. 縣社會服務機構

如果您需要有關居家支援性服務(IHSS)、更新您的 **Medi-Cal** 資訊、或 **Medi-Cal** 資格與續保福利方面的協助，請聯絡您當地的洛杉磯或聖地牙哥縣地區社會服務機構。

請聯絡您所在縣的社會服務機構申請「居家支援服務」，這項福利協助支付為您取得服務所支付的費用，以便您可以安全地留在自己的家中。服務類型可能包括協助準備膳食、沐浴、穿衣、洗衣、購物或交通。

如果對您的 **Medi-Cal** 資格有任何疑問，請聯絡您所在縣的社會服務機構。

致電	1-866-613-3777，這是免付費電話。 洛杉磯縣公共社會服務部設有一個「客戶服務中心」(CSC)，為 33 個地區辦公室提供服務。辦公時間為週一至週五上午 7:30 至下午 5:30，假日除外。
聽障和語障專線	1-877-735-2929 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
網站	https://dpss.lacounty.gov
致電	1-866-262-9881，這是免付費電話。 聖地牙哥縣衛生與公共服務部代表辦公時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。 資源自助服務專線(Access Self-Service)每週 7 天，每天 24 小時提供服務。 會員需要輸入他們的社會安全號碼(SSN)才能使用該系統。
聽障和語障專線	1-619-589-4459 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



致函	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
網站	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



K. 縣行為健康服務機構

如果您符合服務獲取標準，可以透過縣政府獲得 Medi-Cal 精神健康專科服務與物質濫用障礙服務。

致電	洛杉磯縣 1-800-854-7771，這是免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時提供服務。 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。 聖地牙哥縣 1-888-724-7240，這是免付費電話。 每週 7 天，每天 24 小時提供服務。 我們為不會說英語的人提供免費口譯服務。
聽障和語障專線	711，這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 每週 7 天，每天 24 小時提供服務。

聯絡縣行為健康危機機構以尋求協助：

- 有關本縣提供的精神健康專科服務的疑問
- 有關本縣提供的物質濫用障礙服務的疑問
- 精神健康專科服務包括但不限於：
 - 門診心理健康服務
 - 日間治療
 - 危機介入與穩定
 - 目標個案管理
 - 成人住院治療
 - 危機住院治療

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



L. 加州醫療保健管理部

加州醫療保健管理部(DMHC)負責管理健康計劃。DMHC 幫助中心可以幫助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴與投訴。

致電	1-888-466-2219 DMHC 代表的辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。
TDD	1-877-688-9891 這是供聽力或說話有障礙的人使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	Help Center 加州醫療保健管理部 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	1-916-255-5241
網站	www.dmhc.ca.gov

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



M. 協助民眾支付處方藥費用的計劃

Medicare.gov 網站

(www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於低收入民眾，還可以從其他計劃得到協助，請參考以下所述。

M1. 額外協助

由於您符合參加 Medi-Cal 的資格，您便有資格接受 Medicare 的「額外協助」以支付您的處方藥計劃的費用。您無需辦理任何手續便可取得「額外協助」。

致電	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。 這是免付費電話，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
聽障和語障專線	1-877-486-2048，這是免付費電話。 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.medicare.gov

M2. 後天免疫缺乏症候群藥物援助計劃(ADAP)

ADAP 協助患有後天免疫缺乏症候群、並符合 ADAP 資格的民眾取得可挽救生命的後天免疫缺乏症候群藥物。也列於 ADAP 保險內處方集中的 Medicare D 部分處方藥有資格透過加州 ADAP 計劃獲得處方費用分攤協助。如需更多資訊，請致電(844) 421-7050 聯絡加州 ADAP，辦公時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00，或瀏覽網站：

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。附註：如欲符合您所在州營運的 ADAP 資格，您必須符合特定標準，包括州居民與 HIV 狀態證明、州政府定義的低收入，以及沒有保險/保險不足狀態。如果您更改計劃，請通知您當地的 ADAP 註冊工作人員，以便您可以繼續取得有關資格標準、承保藥物或如何註冊本計劃的資訊，請致電(844) 421-7050 聯絡加州 ADAP，辦公時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00，或瀏覽網站：
https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



N. 社會安全局

社會安全局決定資格並處理 **Medicare** 的註冊事項。年滿 65 歲或有殘障或末期腎臟病(ESRD)並符合特定條件的美國公民與合法永久居民均符合 **Medicare** 資格。如果您已經在領社會安全金支票，您就會自動參保 **Medicare**。如果您沒有領社會安全金支票，就必須參保 **Medicare**。要申請 **Medicare**，您可以致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

如果您搬家或變更郵寄地址，請務必聯絡通知社會安全局，讓他們知道。

致電	1-800-772-1213 這是免付費電話。 辦公時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00。 您每天 24 小時皆可使用此機構的自動電話服務，取得錄音版資訊並處理某些事項。
聽障和語障專線	1-800-325-0778 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.ssa.gov

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



O. 鐵路職工退休委員會(RRB)

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路職工與其家屬的綜合福利計劃。如果您透過 RRB 取得 Medicare，當您搬家或變更郵寄地址時請務必通知他們。如果您有關於 RRB 所提供福利的疑問，請聯絡此機構。

致電	1-877-772-5772 這是免付費電話。 您可在週一、週二、週四與週五上午 9:00 至下午 3:30 以及週三上午 9:00 至中午 12:00 期間撥打此電話；按「0」即可與 RRB 代表通話。 按「1」即可接通 RRB 專線自動語音服務，服務時間為全天候 24 小時，包括週末與假日。
聽障和語障專線	1-312-751-4701 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 這不是免付費電話。
網站	www.rrb.gov

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



P. 其他資源

Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃為無法獲得或維持健康保險的民眾提供**免費**協助，並解決他們的健康計劃方面的問題。

如果您有以下方面的問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康計劃
- 取得醫療服務
- 對被拒絕的服務、藥物、耐用醫療設備(DME)、心理健康服務等提出上訴。
- 醫療帳單
- IHSS（居家支援性服務）

Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃將協助處理投訴、上訴與聽證會。MedicareMedi-Cal 投訴專員計劃的電話號碼是 1-855-501-3077。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



Q. Medi-Cal 牙科計劃

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃獲得；包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光造影、洗牙與含氟治療
- 補牙與牙冠
- 根管治療
- 部分及全口假牙、調整、修復與假牙重襯

牙科福利可透過「Medi-Cal 牙科按服務付費(FFS)計劃」與「牙科管理式護理(DMC)計劃」取得。

致電	1-800-322-6384 這是免付費電話。 Medi-Cal 牙科 FFS 計劃代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助。
聽障和語障專線	1-800-735-2922 這是供聽力或說話有障礙的人士使用的專線電話。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

您可能會透過牙科管理式護理計劃取得牙科福利，而非「Medi-Cal 牙科按服務收費計劃」。洛杉磯縣提供牙科管理式護理計劃。如果您想瞭解更多有關牙科計劃的資訊，或想要更換牙科計劃，請聯絡醫療保健方案處(Health Care Options)：1-800-430-4263（聽障和語障人士可致電 1-800-430-7077），辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。這是免付費電話。DMC 聯絡方式也可在這裡取得：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



第3章：使用我們的計劃承保您的醫療保健與其他承保服務

簡介

本章包含您在透過我們的計劃獲得醫療保健與其他承保服務時所需要知道的特定條款及規則。本章還會說明護理協調員的服務詳情、如何在某些特殊情況下從不同類型的醫療服務提供者獲得護理（包括網絡外服務提供者或藥房）、如果您針對我們承保的服務自行直接付費時該怎么做，以及擁有耐用醫療設備(DME)的規定。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 有關服務與醫療服務提供者的資訊	44
B. 有關取得我們計劃所承保服務的規則	44
C. 您的護理協調員	45
C1. 什麼是護理協調員	45
C2. 如何聯絡您的護理協調員	46
C3. 如何更換您的護理協調員	46
D. 醫療服務提供者提供的護理	46
D1. 基本保健服務提供者(PCP)提供的醫療服務	46
D2. 專科醫生與其他網絡醫療服務提供者提供的護理	48
D3. 當醫療服務提供者退出我們的計劃時	49
D4. 網絡外服務提供者	50
E. 長期服務與支援(LTSS)	50
F. 行為健康（心理健康與物質濫用障礙）服務	51
F1. Medi-Cal 行為健康服務在我們的計劃之外提供	52
G. 交通服務	54
G1. 非緊急情況的醫療交通	54
G2. 非醫療運輸	55

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



H. 在緊急醫療情況、緊急需要時或在災難期間的承保服務	56
H1. 醫療急症下的護理	56
H2. 緊急需求護理	57
H3. 災難期間的護理	58
I. 如果是我們計劃承保的服務卻直接向您收取費用，該怎麼做	58
I1. 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做	58
J. 臨床調查研究中的醫療保健服務承保範圍	59
J1. 臨床調查研究的定義	59
J2. 在您參加臨床調查研究時的服務費用	59
J3. 更多有關臨床調查研究的資訊	60
K. 宗教性非醫療保健機構如何承保您的醫療保健服務	60
K1. 宗教性非醫療性質的醫療保健機構的定義	60
K2. 宗教性非醫療性質的醫療保健機構提供的護理	60
L. 耐用醫療設備(DME)	61
L1. 作為計劃會員使用的耐用醫療設備	61
L2. 如果您轉至 Original Medicare，則您可擁有 DME	61
L3. 作為我們計劃的會員使用的氧氣設備福利	62
L4. 當您轉到 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage(MA)計劃時的氧氣設備	62

A. 有關服務與醫療服務提供者的資訊

此處的**服務**包括醫療保健、長期服務與支援(LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥與非處方藥、設備及其他服務。**承保服務**是指我們的計劃支付的任何這些服務。承保的醫療保健、行為健康與 LTSS 等都在您的《會員手冊》**第 4 章**。您的處方藥與非處方藥承保服務詳情列於您的《會員手冊》**第 5 章**。

醫療服務提供者是指醫生、護士與其他為您提供服務及護理的人士。醫療服務提供者還包括醫院、居家健康機構、診所及其他為您提供醫療保健服務的機構、行為健康服務、醫療設備與某些 LTSS 的地方。

網絡醫療服務提供者是為我們的計劃提供醫療服務的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的付款作為全額付款。網絡醫療服務提供者會將向您提供護理的帳單直接給我們。當您使用網絡醫療服務提供者時，對於承保服務，您通常無需付費。

B. 有關取得我們計劃所承保服務的規則

我們的計劃承保所有 **Medicare** 承保的服務，以及大部分 **Medi-Cal** 的服務。其中包括某些行為健康與 LTSS。

當您遵守我們的規則時，我們的計劃通常會支付您所接受的醫療保健服務、行為健康服務與許多長期服務與支援。要獲得我們計劃的承保：

- 您獲得的護理必須是屬於**計劃福利**。這表示我們已將其包括於《會員手冊》**第 4 章**的福利表中。
- 這項護理必須具有**醫療必要性**。所謂醫療必要性是指具有合理性並且能保護生命的重要服務。病人需要醫療必要性護理來防止患上重病或造成殘障，或要透過治療疾病、不適或受傷來減輕劇烈疼痛。
- 在醫療服務方面，您必須有網絡**基本保健服務提供者(PCP)**，以便這位醫療服務提供者為您安排醫療服務或要求您使用其他醫生。身為計劃會員，您必須選擇一個網絡醫療服務提供者作為您的 PCP。
 - 如果您要使用不是您的 PCP 的醫療服務提供者，或使用我們計劃網絡中的其他醫療服務提供者時，在多數情況下，您必須先得到我們的計劃核准後才能使用。這稱為**轉診**。如果您沒有取得我們的核准，我們可能不會承保此項服務。
 - 我們計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您在選擇 PCP 時，您也同時選擇了其所隸屬於的醫療團體。這表示您的 PCP 會將您轉診給也隸屬於其醫療團體的專科醫生與服務。醫療團體是由基本保健醫生與專科醫生組成的協會，旨在協調您的醫療保健服務。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 急救護理或緊急需求護理則不需要 PCP 的轉診，同樣，使用女性醫療服務提供者或本章 D1 節中列出的任何其他服務也無需 PCP 轉診。
- 您必須從隸屬於您的 PCP 醫療團體的網絡醫療服務提供者處接受醫療服務。通常，我們不會承保與我們的健康計劃及您的 PCP 醫療團體沒有合作關係的醫療服務提供者提供的醫療服務。這表示，您必須向醫療服務提供者全額支付所提供服務。以下是這條規則不適用的一些情況：
 - 我們承保網絡外服務提供者提供的急救護理或緊急需求護理（如需更多資訊，請參閱本章 H 節）。
 - 如果您需要我們的計劃承保的護理，而我們的網絡醫療服務提供者無法為您提供，您可從網絡外服務提供者取得此項護理。需要獲得授權，並且應在尋求護理之前獲得計劃授權。在這種情況下，我們會將護理視為來自網絡醫療服務提供者一樣承保。
 - 當您短時間不在我們計劃的服務區域或您的醫療服務提供者暫時無法提供服務或無法聯絡，而您需要洗腎服務時，我們會承保該洗腎服務。您可以在 Medicare 認證的洗腎機構獲得這些服務。
 - 當您首次加入我們的計劃時，您可以要求繼續使用目前的醫療服務提供者。如果我們確定您與這個醫療服務提供者現在存有關係，我們必須核准此項要求，但有一些例外情況。請參閱您的《會員手冊》第 1 章。如果我們核准您的要求，您可以繼續使用您現在使用的醫療服務提供者，最多可達 12 個月。在此期間，您的護理協調員將與您聯絡，協助您在我們的網絡中尋找隸屬於您的 PCP 醫療團體的醫療服務提供者。12 個月後，如果您繼續使用不在我們網絡而且也不隸屬於您的 PCP 醫療團體的醫療服務提供者，我們將不再承保此項服務。

Blue Shield TotalDual Plan 新會員：在大多數情況下，您將在申請參保 Blue Shield TotalDual Plan 後的次月第一天參保 Blue Shield TotalDual Plan 以享受您的 Medicare 福利。您仍可從之前的 Medi-Cal 健康計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Blue Shield TotalDual Plan 獲得 Medi-Cal 服務。如此您的 Medi-Cal 保險才不會出現缺口。請聯絡我們，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）以查詢任何疑問。

C. 您的護理協調員

C1. 什麼是護理協調員

護理協調員是經過專門訓練的人員，可以透過協調護理程序協助您。您的護理協調員將成為您的護理團隊的一部分，他/她將擔任您的主要聯絡人與資訊來源。參保後，護理協調員會打電話向您自我介紹，並幫助您完成「健康風險評估」以確定您的醫療保健需求。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



C2.如何聯絡您的護理協調員

您可在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，撥打 1-888-548-5765 聯絡您的護理協調員。一旦您開始與護理協調員合作，就可以撥打他們的直撥專線與他們聯絡。

C3.如何更換您的護理協調員

要請求更換您的護理協調員，您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 撥打 1-888-548-5765。

D. 醫療服務提供者提供的護理

D1.基本保健服務提供者(PCP)提供的醫療服務

您必須選擇一位 PCP 來提供並管理您的醫療護理。我們計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。當您在選擇 PCP 時，您也同時選擇了其所隸屬的醫療團體。

PCP 的定義以及 PCP 為您提供的服務內容

PCP 是符合州的規定並接受訓練向您提供基本醫療護理的醫師。PCP 可以是家庭醫生、一般科醫生或內科醫生、婦產科醫生以及應要求的專科醫生。若專科醫生願意為您提供一般 PCP 提供的所有服務，您也可以選擇專科醫生作為您的 PCP。如要請求您的專科醫生擔任您的 PCP，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 的客戶服務部（電話號碼與營業時間位於本頁底部）。診所，例如聯邦核准的健康中心(FQHC)也可作為您的 PCP。您的例行與基本護理會由您的 PCP 提供。您的 PCP 也會協調您需要的其他承保服務。這些承保服務包括：

- X 光造影
- 實驗室檢驗
- 治療
- 專科醫生提供的護理
- 住院
- 追蹤護理

我們計劃的 PCP 隸屬於特定的醫療團體。醫療團體或獨立醫生協會(IPA)是根據加州法律成立的組織，與健康計劃簽約，向健康計劃參保者提供或安排提供醫療保健服務。當您在選擇 PCP 時，您也同時選擇了其所隸屬的醫療團體。這表示，您的 PCP 會將您轉診給與其隸屬於同一醫療團體的專科醫生與服務。

大部份情況下，您必須先去就診您的PCP以取得轉診，之後才能去看任何其他醫療保健服務提供者或就診專科醫生。只要轉診獲得您PCP的醫療團體核准，您就可以向專科醫生或其他醫療服務

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



提供者預約，接受您需要的治療。專科醫生會在您完成治療或接受完服務時通知您的PCP，讓PCP繼續管理您的護理。

為了讓您取得某些服務，您的基本保健醫生需要事先取得計劃核准（或在某些情況下，取得基本保健醫生醫生的隸屬醫療團體核准）。這種事先核准稱為「預先授權」。

您的 PCP 選擇

當您成為本計劃會員，您必須選擇一位計劃醫療服務提供者作為您的 PCP。

選擇 PCP 的方法有：

- 使用您的《醫療服務提供者與藥房名錄》。查閱名錄後面的「基本保健醫生」索引尋找您想要的醫生。（索引按醫生姓氏的字母順序排列）；或
- 瀏覽我們的網站 blueshieldca.com/find-a-doctor 搜尋您想要的 PCP；或
- 請致電 Blue Shield TotalDual 客戶服務部以尋求協助（電話號碼與營業時間列印位於本頁底部）。

要瞭解您想要的醫療保健服務提供者是否提供服務或是否接受新病人，請參閱我們的網站上提供的《醫療服務提供者與藥房名錄》，或致電客戶服務部（電話號碼與營業時間位於本頁底部）。如果您想使用特定的專科醫生或醫院，請確認他們是否有隸屬於您 PCP 的醫療團體。您可查看《醫療服務提供者與藥房名錄》，或要求客戶服務部確認您想要的 PCP 是否可以將您轉診給該專科醫生或使用該醫院。

如何更換您的 PCP

您可以出於任何原因隨時更換 PCP。此外，您的 PCP 也可以離開我們計劃的網絡。如果您的 PCP 離開我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡中找到新的 PCP。

您可遵循前文「您的PCP選擇」的步驟以便更換您的PCP。請務必致電客戶服務部，讓他們知道您正在更換您的PCP（電話號碼與工作時間位於本頁底部）。

您的更換要求一旦提出，新PCP與其隸屬醫療團體的指定將於您要求更換PCP後下個月的一日生效。

您的PCP的姓名與診所電話在您的會員卡上面。如果您更換PCP，您將會收到新的會員卡。

我們計劃的 PCP 隸屬於醫療團體。如果您更換 PCP，您可能就更換了醫療團體。當您要求更換時，請告訴客戶服務部您是否使用專科醫生或取得必須有 PCP 核准的其他的承保服務。當您更換 PCP 時，客戶服務部可幫助您繼續取得專業護理及其他服務。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



無需 PCP 核准即可獲得的服務

在大多數情況下，您需要獲得 PCP 的核准才能去看其他醫療服務提供者。這種核准稱為轉診。您可以在無需先獲得 PCP 核准的情況下獲得以下所列的服務：

- 由網絡醫療服務提供者或網絡外服務提供者提供的急診服務
- 由網絡醫療服務提供者提供的緊急需求護理
- 當您無法聯絡網絡醫療服務提供者時（例如，如果您在我們計劃的服務區域之外），需要網絡外服務提供者的緊急需求護理

附註：緊急需求護理必須是立即需要且具有醫療必要性。

- 當您在計劃的服務區域外時，可在有 Medicare 認證的洗腎機構獲得洗腎服務如您在離開服務區域前致電會員服務部，我們可協助您在服務區域之外取得透析服務。
- 流感預防針及新冠肺炎疫苗，還有 B 型肝炎疫苗與肺炎疫苗都可取得，但需要由網絡醫療服務提供者提供。
- 例行女性醫療保健與家庭生育計劃服務。其中包括乳房檢查、篩檢性乳房 X 光攝影、子宮頸抹片檢查與骨盆檢查，但需由網絡醫療服務提供者提供。
- 此外，如果您是美國印第安人會員，您可以在您選擇的印第安醫療保健服務提供者處取得承保服務，而無需網絡 PCP 轉診或預先授權。

D2.專科醫生與其他網絡醫療服務提供者提供的護理

專科醫生是對特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。專科醫生可分為許多科別，例如：

- 腫瘤科醫生，提供癌症的病人護理。
- 心臟科醫生負責照顧有心臟疾病的病人。
- 骨科醫生對有骨骼、關節或肌肉問題的病人提供醫療護理

當您需要 PCP 無法提供的專科護理或額外服務時，PCP 會為您安排轉診。只要轉診獲得您 PCP 的醫療團體核准，您就可以向專科醫生或其他醫療服務提供者預約，接受您需要的治療。專科醫生會在您完成治療或接受完服務時通知您的 PCP，讓 PCP 繼續管理您的護理。

您在接受某些服務前，您的基本保健醫生必須取得我們計劃的事先核准。這種事先核准稱為「預先授權」。例如，所有非急症住院都必須取得預先授權。有時，您基本保健醫生的隸屬醫療團體（而不是我們的計劃）也許可以授權您的服務。



如果您對於負責提交的人員與核准服務的事先授權有任何疑問，請聯絡您的 PCP 隸屬的醫療團體。您也可以致電客戶服務部。如需更多有關哪些服務需要預先授權的資訊，請參閱第 4 章 D 節的福利表。

書面轉診可以針對一次就診，如果您需要持續的服務，也可以是針對多次就診的長期轉診。針對以下任何情況，我們都必須為您提供長期轉診給合格的專科醫生：

- 慢性（持續性）病症；
- 危及生命的心理或身體疾病；
- 退化性疾病或殘障；
- 其他嚴重或複雜到需要專科醫生治療的任何病症或疾病。

如果您在需要書面轉診時卻沒有取得，則我們可能無法支付此筆帳單。要瞭解更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

D3.當醫療服務提供者退出我們的計劃時

您使用的網絡醫療服務提供者可能會退出我們的計劃。如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您將享有某些權利與保障，其摘要如下：

- 即使我們的醫療服務提供者網絡在一年中發生變化，我們也必須讓您繼續使用合格的醫療服務提供者，不得有間斷。
- 我們會向您通知您的醫療服務提供者將退出我們的計劃，讓您有時間重新選擇醫療服務提供者。
 - 如果您的基本保健或行為健康醫療服務提供者退出我們的計劃，且您在過去三年內看過這位醫療服務提供者，我們將會通知您。
 - 如果您其他任何的醫療服務提供者退出我們的計劃，且您被指定給此醫療服務提供者、目前正在接受他們的服務或在過去三個月內看過他們，則我們將通知您。
- 我們將幫助您選擇新的合格的網絡醫療服務提供者，以繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受目前的醫療服務提供者的治療，則您有權提出要求，我們也將與您協調，以確保您繼續接受具醫療必要性的治療。
- 我們將為您提供有關您可以選擇的不同參保期，以及您可能有的更換計劃選項的資訊。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 如果我們找不到您可以使用的合格網絡專科醫生，且網絡醫療服務提供者或福利無法使用或無法滿足您的醫療需求時，我們必須安排網絡外專科醫生為您提供護理。
- 如果您認為我們沒有用合格的醫療服務提供者取代您以前的醫療服務提供者，或者我們未善盡管理您護理的責任，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、護理品質申訴，或兩者兼有。（請參閱第 9 章以瞭解更多資訊。）

如果您發現您的一位醫療服務提供者要退出我們的計劃，請聯絡我們。我們可以協助您尋找新的醫療服務提供者並管理您的護理。請致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部：

1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。當您來電時，如果您正在看專科醫生或獲得其他需要 PCP 核准的承保服務（例如居家健康服務與耐用醫療設備），請務必告知客戶服務部。客戶服務部會協助確保您在更換 PCP 時能繼續接受專業護理與其他服務。客戶服務部也會查看您新選擇的 PCP 是否可接受新病人。客戶服務部會變更您的會員記錄，顯示新 PCP 的姓名，並且告訴您新 PCP 的變更生效時間。

D4. 網絡外服務提供者

如果您需要 Medicare 和/或 Medi-Cal 規定我們計劃必須承保的醫療護理，而我們的網絡醫療服務提供者無法為您提供，您可從網絡外服務提供者取得此項護理。您的 PCP 負責提交網絡外服務預先授權申請。您必須先取得我們的計劃或您的 PCP 所隸屬醫療團體的授權，才能從網絡外服務提供者取得護理，除非您正在接受急診服務或緊急需求服務。在此情況下，您支付的費用和如果您從網絡醫療服務提供者取得該護理時支付的費用相同。

如果您使用網絡外服務提供者，則此醫療服務提供者必須具有參與 Medicare 和/或 Medi-Cal 的資格。

- 我們無法向沒有資格參與 Medicare 和/或 Medi-Cal 的醫療服務提供者付款。
- 如果您使用的醫療服務提供者沒有參與 Medicare 的資格，則您必須支付您獲得的服務的全部費用。
- 如果醫療服務提供者沒有參與 Medicare 的資格，則他們必須告訴您。

E. 長期服務與支援(LTSS)

LTSS 可以協助您留在家中，避免住院或住進專業護理機構。透過我們的計劃，您可獲得某些 LTSS，包括專業護理機構的護理、成人社區服務(CBAS)與社區支援。另一種 LTSS 類型是居家支援服務計劃，可透過您所在縣的社會服務機構獲得。LTSS 適合需要協助進行日常活動（例如沐浴、穿衣、準備膳食與服用/使用藥物）的會員。如果您需要協助才能繼續獨立生活，請致電您的護理協調員或客戶服務部尋求轉診。

LTSS 包括成人社區服務(CBAS)、居家支援性服務(IHSS)、多元化長者服務計劃(MSSP)與長期護理/看護服務。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



有時，您可以獲得日常醫療保健與生活需求方面的幫助。

您也許可以獲得以下的服務：

- 成人社區服務(CBAS)
- 專業護理
- 物理治療
- 職能治療
- 言語治療
- 醫療社會服務
- 家庭健康護理

根據您居住的縣與您的資格，您也可以透過 **Blue Shield Promise Medi-Cal Plan** 獲得額外的社區支援。如果您的醫療服務提供者認為您有資格獲得社區支援，他們可以推薦您，或者您可以聯絡客戶服務或您的護理協調員以瞭解更多資訊。您也許可以獲得以下的服務：

- 無障礙環境調適（住家改造）
- 住房過渡導航服務
- 住房押金
- 住房租賃與持續性服務
- 支援膳食或醫療定制餐
- 個人護理與家務服務
- 療養護理（醫療喘息）
- 為看護人提供喘息服務
- 出院後短期住房
- 戒酒中心

F. 行為健康（心理健康與物質濫用障礙）服務

您可以獲得 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 承保，有醫療必要性的行為健康服務。我們提供 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 管理式護理承保的行為健康服務。我們的計劃不提供 **Medi-Cal** 專科心理健康或縣政府

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



提供的物質濫用障礙服務，但您可以透過以下獲得這些服務：洛杉磯縣心理健康服務部(LACDMH)與洛杉磯縣公共衛生部(LACDPH)以及聖地牙哥縣行為健康服務部。

F1.Medi-Cal 行為健康服務在我們的計劃之外提供

如果您符合獲得精神健康專科服務的標準，可以透過縣政府的心理健康計劃(MHP)獲得 Medi-Cal 精神健康專科服務。由洛杉磯縣心理健康服務部、洛杉磯縣公共衛生部以及聖地牙哥縣行為健康服務中心提供的 Medi-Cal 精神健康專科服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支持服務
- 日間密集治療
- 日間復健
- 危機介入處理
- 危機穩定
- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務
- 精神病健康機構服務
- 精神病住院病人醫院服務
- 目標個案管理
- 治療式行為服務
- 加強護理協調
- 加強居家服務

只要您符合接受這些服務的標準，就可以透過以下機構獲得 Drug Medi-Cal 安排的提供系統服務：洛杉磯縣心理健康服務部(LACDMH)和洛杉磯縣公共衛生部(LACDPH)以及聖地牙哥縣行為健康服務中心。由洛杉磯縣心理健康服務部(LACDMH)、洛杉磯縣公共衛生部(LACDPH)以及聖地牙哥縣行為健康服務中心提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 圍產期住宿物質濫用障礙治療
- 門診治療服務

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 麻醉治療計劃
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 同儕支援服務

Drug Medi-Cal 安排的交付系統服務包括：

- 門診治療服務
- 密集門診治療服務
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉治療計劃
- 復健服務部
- 護理協調

除了上面列出的服務外，如果您符合標準，也可能獲得自願住院戒毒服務。

行為健康服務的可用性

您可以享受一系列的綜合服務。您可以自行轉診至簽約的醫療服務提供者，也可以由您的 PCP 與家人等提出轉診。取得服務時「不會走錯門」。您可以聯絡以下機構尋求協助，以取得服務：

- 縣政府危機與轉診熱線（請參閱本手冊第 2 章 K 節，以查詢電話號碼與辦公時間）
- 洛杉磯縣公共衛生部物質濫用預防與控制（請致電 888-742-7900，聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時）
- 聖地牙哥縣行為健康服務、物質濫用障礙服務（請致電 888-724-7240，聽障和語障專線：711），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時）
- Blue Shield TotalDual Plan 行為健康熱線（請參閱本手冊第 2 章 D 節以查詢電話號碼與辦公時間）
- Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部（電話號碼與辦公時間位於本頁底部）

判訂醫療必要性服務的流程

醫療必要性由具有適當執照的醫療服務提供者決定。Blue Shield TotalDual Plan 和縣政府皆使用醫療必要性標準，此份標準由行為健康專家與其他利益相關者制定，並且符合監管要求。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



Blue Shield TotalDual Plan與縣之間的轉診流程

如果您正在接受Blue Shield TotalDual Plan或縣政府的服務，可以被轉診至符合您需求的其他醫療機構。Blue Shield TotalDual Plan或縣政府可以致電接受轉診的醫療機構為您辦理轉診。此外，提出轉診的醫療服務提供者將填寫轉診表格，並將表格發送給接受轉診的醫療機構。

問題解決方案程序

如果您與縣政府或Blue Shield TotalDual Plan之間出現爭議，您仍將繼續接受具有醫療必要性的行為健康護理（包括處方藥），直到爭議解決為止。Blue Shield TotalDual Plan已與縣政府合作制定及時的解決流程，並且不會對您需要獲得的服務造成不利影響。您也可以使用Blue Shield TotalDual Plan或本縣的上訴流程，具體取決於與您發生爭議的醫療機構。如需上訴流程的相關資訊，請參閱您的《會員手冊》第9章。

G. 交通服務

G1.非緊急情況的醫療交通

如果您有讓您無法搭乘私家車、公車或計程車前去看診的醫療需求，您有權獲得非急診醫療交通運輸服務。非急診醫療運輸服務可提供給承保的服務，例如醫療、牙科、心理健康、物質濫用等約診及藥房取藥。如果您需要非急診醫療運輸，可以聯絡您的醫療服務提供者或我們的交通供應商 **Call the Car**。您的醫療服務提供者或我們的交通供應商 **Call The Car** 可以幫助您決定可滿足您需求的最佳交通類型。

非急診醫療運輸是指救護車、擔架箱型車、無障礙輪椅車或空中運輸。如果您赴診時需要接送，Blue Shield TotalDual Plan 允許您取得符合您醫療需求，且是最低價的有承保的交通模式及最適當的非急診醫療運輸服務。例如，假設您的身體與病況可用無障礙輪椅車接送時，Blue Shield TotalDual Plan 就不會支付救護車的費用。只有當您的病情不允許任何形式的地面交通時，您才有權接受空中運輸。

下列情況下必須使用非急診醫療運輸：

- 由於您無法使用公車、計程車、私家車或箱型車赴診，因此由您的其他醫療服務提供者書面授權確定您因身體或病況而需要這種醫療運輸。
- 您因為身體或精神障礙需要司機協助您離開與回到住處、上下車或進出治療地點。

要申請醫生針對非緊急的**例行約診**所要求的醫療交通，請致電 **Call The Car**：1-877-433-2178（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。CTC Go 行動應用程式可用於安排、編輯、追蹤與取消輪椅預約。CTC Go 行動應用程式無法用於輪床運輸，您必須致電進行預約。非緊急例行約診預約必須在約診前 24 小時提出。如需**緊急約診**，請儘早來電安排。來電時請準備好您的會員識別卡。如果您需要更多資訊，也可以來電。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



醫療交通限制

Blue Shield TotalDual Plan 承保最低價的醫療交通運輸服務，滿足您到離家不但最近且可以預約到的醫療服務提供者的醫療需求。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保此項服務，則我們不提供醫療交通服務。如果約診類型屬於 Medi-Cal 的承保範圍，但不是透過此健康計劃提供，則 Blue Shield TotalDual Plan 會協助您安排交通。本手冊第 4 章列出了一份承保服務的清單。除非預先授權，否則恕不承保 Blue Shield TotalDual Plan 網絡或服務區域之外的交通。

G2.非醫療運輸

非醫療交通福利包括針對您的醫療服務提供者授權的服務所往返於您的約診地點的交通。如果您屬於以下情況，可獲得免費的接送服務：

- 往返約診以接受經您醫療服務提供者授權的服務；或
- 領取處方藥與醫療用品。

Blue Shield TotalDual Plan 允許您可搭乘私家車、計程車、公車或其他公共/私人交通工具前往您的非醫療預約。Blue Shield TotalDual Plan 使用 Call The Car 安排非醫療運輸。我們提供最經濟實惠的非醫療運輸類型，以滿足您的需求。

有時，對於您安排的私家車的行程，您可以獲得補償。Blue Shield TotalDual Plan 必須在您搭乘之前核准此項服務，且您必須告訴我們為什麼您不能使用其他方式（例如乘坐公共汽車）的交通工具。您可以致電 1-800-452-4413 告訴我們（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。您如果自行開車，則無法獲得費用補償。

哩數補償必須滿足以下所有條件：

- 駕駛人的駕照
- 駕駛人的車輛登記證
- 駕駛人的車輛保險證明

如要申請接送服務，請致電 Call The Car：1-877-433-2178（聽障和語障專線(TTY)：711），每週七天，每天 24 小時皆提供服務，請至少在您約診的二十四(24)小時前安排。CTC Go 行動應用程式可用於安排、編輯、追蹤與取消預約。

如需**緊急約診**，請儘早來電安排。來電時請準備好您的會員識別卡。如果您需要更多資訊，也可以來電。

附註：美國印地安人可聯絡當地的 Indian Health Clinic，以要求非醫療運輸服務。

非醫療運輸的限制

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



Blue Shield TotalDual Plan 提供最低價的非醫療運輸服務，滿足您到離您家最近且可以預約到醫療服務提供者的需求。**您不能自己開車或直接獲得費用補償。**

下列情況不適用非醫療運輸：

- 需要救護車、擔架廂型車、可供輪椅上下車輛或其他形式的非急診醫療運輸前往提供服務。
- 您因為身體狀況或病情需要司機協助您離開與回到住處、上下車或進出治療地點。
- 您必須以輪椅代步且必須由司機協助才能進出車輛。
- 服務不屬於 Medicare 或 Medi-Cal 的承保範圍。

H. 在緊急醫療情況、緊急需要時或在災難期間的承保服務

H1. 醫療急症下的護理

醫療急症是指醫療情況出現具有劇痛或重傷症狀的病況。病症嚴重的程度是指您或具有一般健康與醫學知識的任何人可預期，如果不立即進行醫療處置會出現以下情況：

- 對您或您未出生的嬰兒的健康構成嚴重威脅；**或者**
- 嚴重傷害身體功能；**或**
- 任何身體器官或部位的嚴重失能；**或**
- 如果是正在分娩中的孕婦，則是發生下列情況時：
 - 沒有足夠時間能安全地在臨盆前將您轉送到另一間醫院。
 - 轉送過程可能會對您或您腹中胎兒的健康或安全造成威脅。

如果您有緊急醫療情況：

- **盡快獲得幫助。**請致電 911 或使用最近的急診室或醫院。如果您有需要，請打電話要求救護。您**無需** PCP 的核准或轉診。您不需要使用網絡醫療服務提供者。無論您在美國或其領土或世界各地的任何地方，只要您需要，都可以接受任何持有適當州執照的醫療服務提供者提供的急診醫療護理。
- **盡快將您的急症告訴我們的計劃。**我們需要追蹤您的急救護理情況。您或其他人通常應該在 48 小時內致電告訴我們您接受了急救護理。但是，如果您延遲通知我們，您也無需支付急診服務費用。請致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。我們的客戶服務電話號碼列於您的會員識別卡上。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。**如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。**



醫療急症下的承保服務

在以下情況下，Blue Shield TotalDual Plan 承保美國及其領地以外的全球急症與緊急需求護理服務，且沒有綜合年度限額。若需要獲得更多資訊，請參閱本手冊第 4 章 D 節的醫療福利表。

如果您需要救護車以前往急診室，我們的計劃承保此項服務。我們還承保緊急情況的醫療服務。要瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 4 章中的福利表。

為您提供急救護理的醫療服務提供者決定您的病情何時穩定以及醫療緊急情況何時結束。他們將繼續治療您，如果您需要後續護理以改善情況，他們將聯絡我們以便制定計劃。

我們的計劃承保您的後續護理。如果您是由網絡外服務提供者提供的急救護理，我們將試著讓網絡醫療服務提供者盡快接管您的護理。

如果不是急症卻使用急救護理

有時很難判斷您是否有醫療急症或行為健康急症。您可能會去尋求急救護理，但醫生卻說這並不是真正的急症。只要您合理地認為您的健康受到嚴重威脅，我們就會承保您的護理。

在醫生確認這不是急症後，我們僅在以下情況下承保您的額外護理：

- 您使用網絡醫療服務提供者或
- 您獲得的額外護理被視為「緊急需求護理」，且您是按照規定取得此項護理。請參閱下一章節。

H2. 緊急需求護理

緊急需求護理是指您在非急症情況但需要立即護理的情況下接受的護理。例如，您現有的病症或不可預見的疾病或傷害可能會突然發作。

在我們計劃的服務區域內的緊急需求護理

在大多數情況下，我們僅在以下情況下承保緊急需求護理：

- 您可以從網絡醫療服務提供者得到這種護理，並且
- 您遵守本章中所述的規則。

如果基於您的時間、地點或情況而不可能前往網絡醫療服務提供者或如此做不合理，我們將予以承保您從網絡外服務提供者得到的緊急需求護理。如需索取隸屬於您的醫生團體的緊急護理中心的最新名單，請聯絡您的 PCP。您也可以前往 blueshieldca.com/find-a-doctor 搜尋您所在地區的緊急護理中心。

我們計劃的服務區域之外的緊急需求護理

當您不在我們計劃的服務區域時，可能無法得到網絡醫療服務提供者的護理。在該情況下，我們的計劃會承保您從任何醫療服務提供者取得的緊急需求護理。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



在以下情況下，我們的計劃承保美國以外的全球急症與緊急需求護理服務，且沒有綜合年度限額：要瞭解更多資訊，請參閱在第 4 章 D 節中提供的醫療福利表中的《急救護理》與《緊急需求護理》。

如果您在美國及其領土以外地方時需要緊急護理，您每週七天，每天 24 小時皆可撥打免付費電話(800)810-2583 或對方付費電話(804)673-1177 致電 Blue Shield Global Core Services Center。有急症情形時，請直接前往最近的醫院。您也應撥打會員識別卡背面的客戶服務部電話號碼。如需住院護理時，可利用本服務聯絡 Blue Shield Global Core Services Center 協助安排無現金服務。如果您接受無現金服務安排，您須負責支付通常應付的自付費用，例如不屬於承保範圍的收費與共付額。如果您未安排無現金服務，您將必須支付全部醫療費用並提交補償申請。

H3. 災難期間的護理

如果加州的州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍有權獲得您的計劃的護理。

請瀏覽我們的網站，瞭解有關如何在災難宣佈期間獲得所需護理的資訊：
blueshieldca.com/emergencypolicy。

在宣佈為災難期間，如果您無法使用網絡醫療服務提供者，您可以接受網絡外服務提供者的護理且以網絡內的費用分攤費率計算。如果您在宣布為災難期間無法使用合約藥房，您可以在網絡外藥房配取處方藥。請參閱您的《會員手冊》第 5 章，以瞭解更多資訊。

I. 如果是我們計劃承保的服務卻直接向您收取費用，該怎麼做

如果醫療服務提供者向您寄送帳單而不是寄送到我們的計劃，您應該要求我們支付這筆帳單中我們分攤的部份。

您不應該自己支付帳單。如果您這麼做，我們可能無法退款給您。

如果您對承保服務支付的金額超出了計劃的費用分攤金額，或如果您收到承保醫療服務全部費用的帳單，請參閱您的《會員手冊》第 7 章，以查詢處理辦法。

I1. 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做

我們的計劃承保所有以下服務：

- 被確定為醫療必要性，以及
- 我們計劃的福利表中列出的項目（請參閱您的《會員手冊》第 4 章），以及
- 您在遵守計劃規則的情況下所獲得的服務。

如果您接受了我們計劃不承保的服務，除非是我們計劃之外的其他 Medi-Cal 計劃所承保的項目，否則您需要自行支付全額費用。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



如果您想知道我們是否支付任何醫療服務或護理費用，您有權詢問我們。您也有權要求以書面方式提供相關資訊。如果我們表示不會承保您的服務，您有權對我們不承保您護理的決定提出上訴。

您的《會員手冊》**第 9 章**中說明，如果您希望我們承保一個醫療服務或項目時的處理辦法。它還告訴您如何對我們的承保決定提出上訴。請致電客戶服務部以瞭解更多有關您的上訴權利的資訊。

我們為某些服務支付一定上限的費用。如果超出上限，您需要支付全額費用才能獲得更多此類服務。請參閱**第 4 章**以取得具體的福利上限詳情。請致電客戶服務部，瞭解福利上限以及您已使用的福利金額。

J. 臨床調查研究中的醫療保健服務承保範圍

J1. 臨床調查研究的定義

臨床調查研究（也稱為臨床試驗）是醫生測試新型醫療保健或藥物的一種方式。**Medicare** 核准的臨床調查研究通常要求志願者參與研究。

一旦 **Medicare** 核准了您想要參加的研究，並且您表達了興趣，從事此項研究的人員就會與您聯絡。此位人員會告訴您有關此項研究的詳情，並需要確認您是否有資格參加此項研究。只要您符合規定的條件，就可以參加這項研究。您必須瞭解並接受您必須在研究中進行的事項。

在您參與此項研究時，您可以仍然參保我們的計劃。這樣，我們的計劃可繼續對您承保與此項研究無關的服務與照護。

如果您想參加 **Medicare** 核准的任何臨床調查研究，您**無需**告訴我們或取得我們的核准或您的基本保健服務提供者的核准。基於此項研究而為您提供護理的醫療服務提供者**無需**是網絡醫療服務提供者。請注意，這不包括我們的計劃負責的福利，其中包括評估福利的臨床試驗或註冊。其中包括需要證據發展的全國承保判定手冊(NCDs-CED)與醫療器材豁免(IDE)研究中指定的某些福利，並且可能需要遵守事先授權及其他計劃規定。

我們希望您在參加臨床調查研究之前先告訴我們。

如果您計劃參加由 **Original Medicare** 針對其參保者提供承保的臨床調查研究，我們希望您或您的護理協調員聯絡我們的客戶服務部，讓我們知道您將參加一項臨床試驗。

J2. 在您參加臨床調查研究時的服務費用

如果您自願參加 **Medicare** 核准的臨床調查研究，您無需為此項研究承保的服務支付任何費用。**Medicare** 支付研究承保的服務以及與您的護理相關的日常費用。一旦您加入 **Medicare** 核准的臨床調查研究，您將獲得與此研究相關的大多數服務與項目的承保。這包括：

- **Medicare** 會支付醫院住院膳宿費用，即使您未參加研究

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 與此研究調查相關的手術或其他醫療處理。
- 新護理任何副作用與併發症之治療。

如果您參與了 Medicare 尚未核准的研究，您必須支付參與此項研究的所有費用。

J3.更多有關臨床調查研究的資訊

您可以閱讀 Medicare 網站上的「Medicare 與臨床調查研究」，瞭解有關加入臨床調查研究的更多詳情(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)。您每週 7 天，每天 24 小時皆可致電 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

K. 宗教性非醫療保健機構如何承保您的醫療保健服務

K1.宗教性非醫療性質的醫療保健機構的定義

宗教性非醫療保健機構是指一個提供通常在醫院或專業護理機構才可獲得的護理的地方。如果在醫院或專業護理機構接受護理有違您的宗教信仰，我們承保在宗教性非醫療性質的醫療保健機構提供的護理。

本福利只適用 Medicare A 部分住院服務（非醫療醫療保健服務）。

K2.宗教性非醫療性質的醫療保健機構提供的護理

要接受宗教性非醫療性質的醫療保健機構提供的護理，您必須簽署一份法律文件，聲明您反對接受「非強制性」醫療治療。

- 「非強制性」醫療治療是指自願性且聯邦、州或地方法律未強制規定的任何護理。
- 「強制性」醫療是指聯邦、州或當地法律規定的非自願的任何護理。

要獲得我們計劃的承保，您從宗教性非醫療健康護理機構取得的護理必須符合下列條件：

- 提供護理的機構必須經 Medicare 認證。
- 我們的計劃承保的服務限於非宗教的護理方面。
- 如果此機構是在一個設施中為您提供服務，則有下列條件：
 - 您必須患有會讓您取得住院護理或專業護理機構護理承保服務的病況。
 - 您入住該機構之前，必須事先取得本計劃核准，否則您的住院將不屬於承保範圍。

每次住院的承保天數沒有限制。要瞭解更多資訊，請參閱第 4 章 D 節的福利表。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



L. 耐用醫療設備(DME)

L1. 作為計劃會員使用的耐用醫療設備

DME 包括由醫療服務提供者醫囑要求的某些醫療必需物品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由醫療服務提供者醫囑要求的家用病床、靜脈(IV)輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備與用品、噴霧器與助行器。

您總是會擁有某些物品，例如人造假體。

在此節，我們將討論您租用的耐用醫療設備。身為我們計劃的會員，無論您租用多久，通常都不會擁有 DME。

在某些有限的情況下，Blue Shield TotalDual Plan 可能會將 DME 項目的所有權轉讓給您，但是具體情況將視您是否滿足以下一項標準或所有標準：

- 您需要持續使用價格低於\$150的物品及/或腸外營養/輸液幫浦
- 醫師認證
- 此一裝置或裝備是否為您量身製作

請致電客戶服務部瞭解您必須滿足的規定以及必須提供的文件。

即使您在加入我們的計劃之前就在 Medicare 承保下連續使用 DME 長達 12 個月，您也不會擁有此設備。

L2. 如果您轉至 Original Medicare，則您可擁有 DME

在 Original Medicare 計劃中，租用某些類型 DME 的人士可在 13 個月後擁有 DME。在 Medicare Advantage(MA)計劃中，計劃可以設定租用人必須先租用某些類型的 DME 的租用月數，之後才可擁有此項 DME。

附註：您可以在第 12 章中找到 Original Medicare 與 Medicare Advantage 計劃的定義。您也可以從《2025 年 Medicare & You》手冊中找到更多有關這些計劃的資訊。如果您沒這本手冊，您每週 7 天，每天 24 小時皆可透過 Medicare 網站(www.medicare.gov/medicare-and-you)或致電 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)取得。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

如果未選擇 Medi-Cal，您必須在投保 Original Medicare 下連續支付 13 個月的款項，或者您必須按照 Medicare Advantage 計劃設定的連續付款次數才能擁有 DME 項目，前提是：

- 在您參與我們的計劃時，您並未擁有耐用該 DME，且
- 您退出我們的計劃並獲得的 Medicare 福利並非是來自於 Original Medicare 計劃或 Medicare Advantage 計劃中的任何健康計劃。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



如果您在加入我們的計劃之前根據 Original Medicare 或 Medicare Advantage Plan 計劃支付了 DME 項目的費用，則這些 **Original Medicare** 或 **Medicare Advantage Plan** 計劃付款不得計入您退出我們的計劃後需要支付的款項。

- 您必須在 Original Medicare 下連續支付 13 筆新付款，或按照 Medicare Advantage Plan 計劃設定的連續支付新付款的次數後才能擁有 DME 項目。
- 即使當您重新加入 Original Medicare 或 Medicare Advantage Plan 計劃時也不例外。

L3.作為我們計劃的會員使用的氧氣設備福利

如果您有資格使用 Medicare 承保的氧氣設備且您是我們計劃的會員，我們會承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣與含氧成分輸送
- 用於輸送氧氣與含氧物的氧氣管與相關配件
- 氧氣設備的維護與修理

當對您而言不再具有醫療必要性或您離開我們的計劃時，您必須歸還氧氣設備。

L4.當您轉到 Original Medicare 或另一個 Medicare Advantage(MA)計劃時的氧氣設備

當氧氣設備有醫療必要性，且您退出我們的計劃並轉換到 **Original Medicare** 時，您可以從供應商處租用該設備 36 個月。您每月的租金包括氧氣設備以及上列的用品與服務。

如果在您租用 36 個月後氧氣設備有其醫療必要性，您的供應商必須提供：

- 另外 24 個月的氧氣設備、用品與服務
- 如果有醫療必要性，可使用長達 5 年的氧氣設備與用品

如果 5 年截止日期結束時氧氣設備仍然具有醫療必要性：

- 您的供應商不再需要提供此項設備，您可以選擇從任何供應商處獲取的氧氣設備。
- 此時就開始新的 5 年期。
- 您向供應商租用 36 個月。
- 然後，您的供應商再提供另外 24 個月的氧氣設備、用品與服務。
- 只要氧氣設備具有醫療必要性，則每 5 年就會開始一個新的週期。

當氧氣設備具有醫療必要性，且您退出我們的計劃並轉換到另一個 **Medicare Advantage** 計劃時，此計劃將至少承保 Original Medicare 承保的項目。您可以詢問新的 Medicare Advantage Plan 計劃承保哪些氧氣設備與用品以及您的費用是多少。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



第4章：福利表

簡介

本章向您說明我們的計劃承保的服務與適用這些服務的任何約束或限制，以及您為每項服務支付的費用。本章還說明我們的計劃不承保的福利。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

Blue Shield TotalDual Plan 新會員：在大多數情況下，您將在申請參保 Blue Shield TotalDual Plan 後的次月第一天參保 Blue Shield TotalDual Plan 以享受您的 Medicare 福利。您仍可從之前的 Medi-Cal 健康計劃獲得額外一個月的 Medi-Cal 服務。之後，您將透過 Blue Shield TotalDual Plan 獲得 Medi-Cal 服務。如此您的 Medi-Cal 保險才不會出現缺口。請聯絡我們，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）以查詢任何疑問

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



目錄

A. 您的承保服務與您的自付費用	65
B. 禁止醫療服務提供者向您收取服務費用的規定	65
C. 關於我們計劃的福利表.....	65
D. 我們計劃的福利表.....	67
E. 承保牙科福利程序表	109
F. 社區支援.....	115
G. 在我們計劃之外承保的福利.....	117
G1.加州社區過渡(CCT)	117
G2.Medi-Cal 牙科計劃	118
G3.臨終關懷	118
G4.居家支援性服務(IHSS).....	119
G5.1915(c)居家型與社區型服務(HCBS)豁免計劃	120
G6.我們計劃外提供的縣行為健康服務（心理健康和物質濫用障礙服務）	122
H. 不屬於我們計劃、Medicare 或 Medi-Cal 承保範圍的福利	124

A. 您的承保服務與您的自付費用

本章向您介紹我們的計劃承保的服務以及您為每項服務支付的費用。您也可以瞭解不受承保的服務項目。有關藥物福利的資訊位於您的《會員手冊》的**第 5 章**中。本章還說明了某些服務的限制。

對於某些服務，您必須支付稱為共付額的自付費用。這是您每次獲得此類服務時必須支付的固定金額（例如\$5）。您在取得此項醫療服務時必須支付共付額。

由於您從 **Medi-Cal** 獲得協助，只要您遵守我們計劃的規則，就無需為承保服務支付任何費用。請參閱您的《會員手冊》**第 3 章**以瞭解有關本計劃規則的詳情。

如果您需要協助以瞭解所承保的服務，請致電您的護理協調員和/或客戶服務部：**1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711）。

B. 禁止醫療服務提供者向您收取服務費用的規定

我們不允許我們的醫療服務提供者向您收取網絡內承保服務的費用。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並保護您免支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的服務費低於醫療服務提供者的服務費，也是如此。

您永遠不該收到醫療服務提供者對於承保服務開立的帳單。如果您收到這種帳單，請參閱《會員手冊》**第 7 章**或致電客戶服務部。

C. 關於我們計劃的福利表

福利表說明我們的計劃所支付的服務費用。此福利表按字母順序列出了承保服務並提供說明。

在滿足以下規定時，我們將承保福利表中列出的服務費用。只要您符合下列規定，就不需為福利表中列出的服務支付任何費用。

- 我們根據 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 制定的規則提供承保的 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 承保服務。
- 包括醫療保健、行為健康與物質濫用服務、長期服務與支援、用品、設備與藥物在內的服務都必須具有「醫療必要性」。醫療必要性是指為了預防、診斷或治療疾病或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括防止您進入醫院或護理機構的護理。它還表示服務、用品或藥物都符合公認的醫療實踐標準。當保護生命、預防重大疾病或重大殘障或減輕劇烈疼痛具有合理性與必要性時，這項服務就具有醫療必要性。

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 對於新參保者，計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計劃可能不需要對任何進行中療程的預先授權，即使療程是針對從網絡外服務提供者開始的服務。
- 您從網絡醫療服務提供者得到您的護理。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，除非是急症或緊急需求護理，或除非您的計劃或網絡醫療服務提供者已同意您轉診，否則您從網絡外服務提供者獲得的護理將不會得到承保。《會員手冊》的**第 3 章**提供了有關使用網絡內外醫療服務提供者的更多資訊。
- 您有基本保健服務提供者(PCP)或護理團隊為您提供與管理您的護理。在大多數情況下，您必須先得到您的 PCP 的核准，然後您才能使用非您的 PCP 的醫療服務提供者，或使用計劃網絡中的其他醫療服務提供者。這稱為轉診。您的《會員手冊》**第 3 章**提供了有關獲得轉診以及何時不需要轉診的更多資訊。
- 只有當您的醫生或其他網絡醫療服務提供者首先得到我們的核准時，我們才會承保福利表中列出的某些服務。這叫作「預先授權」(PA)。我們在福利表中以斜體字標記了需要預先授權的承保服務。
- 如果您的計劃提供對 PA 療程請求的核准，該核准必須在醫療上合理且必要的期間有效，以避免基於承保標準、您的病歷以及治療提供者的建議而導致護理中斷。
- 如果您失去 Medi-Cal 的各項福利，在被視為持續資格的 6 個月間，您在本計劃的 Medicare 福利將繼續。但是，您的 Medi-Cal 服務可能不屬於承保範圍。請聯絡您所在縣的資格辦公室或醫療保健方案處，查詢有關您 Medi-Cal 資格的資訊。您可以保留您的 Medicare 福利，但不能保留您的 Medi-Cal 福利。
- Blue Shield TotalDual Plan 已獲核准作為價值型保險設計(Value-Based Insurance Design, VBID)計劃的一部分，提供特定福利並降低 D 部分共付額。如果您符合資格可取得「額外協助」，您可取得 VBID 計劃中的所有福利，而且您無需為 D 部份承保處方藥物支付任何費用。如需更多有關提供的 VBID 福利的資訊，請參閱**第 4 章 D 節**中的「價值型保險設計模型」說明，以及**第 6 章 C 節**中的「VBID 如何幫助消除 D 部份藥物分攤費用」資訊。
 - 由於 Blue Shield TotalDual Plan 參與 VBID 計劃，您在年度保健門診或其他例行看診時，也會從您的護理協調員或醫療服務提供者獲得有關預先護理計劃(ACP)資源的資訊與支援。
 - 醫療照護事前計劃(ACP)可幫助您準備未來，如果您無法自己作決定，這將有助於確保您的意願得到遵循。ACP 可包括撰寫預立醫囑、醫療保健授權書、生前遺囑、醫療指示等。
 - 如需有關 ACP 服務的更多資訊，請致電 1-888-548-5765 聯繫您的 Blue Shield 護理協調員，辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，或您可在下次就診時與您的醫生交談。

所有預防性服務都是免費提供。您會在福利表的預防性服務旁看到這個蘋果圖示。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



D. 我們計劃的福利表

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	腹主動脈瘤篩檢 我們為高危險群支付一次性超音波篩檢費用。我們的計劃只有在您有特定風險因素且您取得醫師、醫師助理、專科護理師或臨床護理專家轉診時，才會承保這項篩檢。	\$0
	針灸 我們在任何一個日曆月內最多支付兩次門診針灸服務的費用；如果具醫療必要性的話，則可以支付更多的次數。 如果您患有慢性下背痛，我們還會支付 90 天內最多 12 次針灸就診費用，規定如下： • 持續 12 週或更長時間； • 不具體（找不到全面原因，例如與惡性轉移、發炎或傳染病無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 此外，如果您的慢性腰痛有所改善，我們還會額外支付八次針灸費用。您每年接受的慢性下背痛針灸治療次數不得超過 20 次。 如果您沒有好轉或病情惡化，則必須停止針灸治療。 福利透過與 American Specialty Health Plans of California, Inc. 簽訂的合約提供，即（ASH 計劃）。如需瞭解更多資訊，或查找參與 ASH 計劃的醫療服務提供者，您可以致電 ASH 計劃：(800) 678-9133 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	針灸（續） [聽障和語障專線(TTY)：711]，4 月 1 日至 9 月 30 日的服務時間為週一至週五，上午 5:00 至下午 8:00； 10 月 1 日至 3 月 31 日的服務時間為週日至週六，上午 8:00 至下午 8:00。您也可以致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部或瀏覽 blueshieldca.com/find-a-doctor 查找參與 ASH 計劃的醫療服務提供者。	
	附加遠距保健服務* Teladoc 透過電話或視訊提供醫師諮詢，每週 7 天、每天 24 小時，365 天全年無休。Teladoc 醫生可診斷與治療基本病況，也能開立特定藥物處方。Teladoc 是補充服務，並非用於取代基本保健服務提供者提供的護理。請登入 blueshieldca.com/teladoc 或 Blue Shield of California 應用程式申請看診。如果您有疑問，可以致電 Teladoc：1-800-Teladoc(1-800-835-2362)[聽障和語障專線：711]，每週 7 天，每天 24 小時，365 天全年無休。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	\$0
	酒精濫用篩檢與心理諮商 我們為濫用酒精但並非酗酒的成年人支付一次酒精濫用篩檢 (SABIRT) 費用。包括孕婦在內。 如果您的酒精濫用篩檢結果呈陽性，您每年可以與合格的基本保健服務提供者(PCP)或醫療執業人員在基本保健機構中進行最多四次簡短的面對面心理諮商（如果您在心理諮商期間能夠並保持清醒）。	\$0

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)。



	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	救護車服務 承保的救護車服務，無論是急症或非急症情況，包括地面與空中（飛機與直升機）。救護車將帶您前往最近可以為您提供護理的地點。 您的情況必須十分嚴重，以至於以其他方式前往醫療地點都可能會對您的健康或生命造成威脅。 其他情況（非緊急）的救護車服務則必須得到我們的核准。對於非急症情況，我們可能會支付救護車費用。您的情況必須足夠嚴重，如果採取其他前往護理地點的方法，可能會危及您的生命或健康。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
	年度體檢 除年度保健門診外，您也可以每 12 個月接受一次例行體檢。這次門診包括對您的病史與家族病史的全面審視、從頭到腳的詳細評估以及可能合適的服務、轉診與建議。	\$0
	年度保健門診 您可以獲得年度檢查。這是根據您目前的風險因素制定或更新預防計劃。我們每 12 個月支付一次此項門診的費用。 附註：您的第一次年度保健門診不能在您的「歡迎加入 Medicare」門診後 12 個月內進行。不過，在您擁有 B 部分 12 個月後，就不需要先進行「歡迎加入 Medicare」也能獲得年度保健門診的承保。	\$0

我們的計劃支付的服務		您必須支付的費用
	哮喘預防性服務 哮喘控管不良的人士可以接受哮喘教育與居家環境評估，以找出家中常見的觸發誘因。	\$0
	骨質密度測量 我們為符合資格的會員（通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆風險的人）支付某些檢查程序費用。這些程序可識別骨質密度、發現骨質流失或查明骨骼品質。 我們每 24 個月支付一次此項服務的費用，如果有醫療必要性，則可以增加次數。我們還支付醫生檢視結果及提供建議。	\$0
	乳癌篩檢（乳房 X 光檢查） 我們支付下列服務的費用： • 35 至 39 歲之間一次基準之用的乳房 X 光檢查 • 年滿 40 歲的女性每 12 個月一次篩檢性乳房 X 光檢查 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	\$0
	心臟復健服務 我們支付鍛煉、教育與諮詢等心臟復健服務的費用。會員必須滿足特定條件並擁有醫生轉診。 我們還承保密集心臟復健計劃，這項計劃比心臟復健計劃更加激烈。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
	降低心血管疾病風險就診（心臟病治療） 我們每年向您的基本保健醫生(PCP)支付一次就診費用，如果有醫療必要性的話則可以增加次數，以協助降低您患心臟病的風險。在就診期間，您的醫生可能： • 建議使用阿斯匹靈、 • 檢查您的血壓，和/或 • 提供飲食建議以確保您有良好的飲食習慣。	\$0

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



我們的計劃支付的服務		您必須支付的費用
	心血管（心臟）疾病測驗 我們每五年（60 個月）支付一次血液檢查費用，以檢查是否有心血管疾病。這些血液檢查還可以檢查由於心臟病高風險而導致的缺陷。	\$0
	子宮頸癌與陰道癌篩檢 我們支付下列服務的費用： - 對於所有婦女：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查與骨盆檢查 - 對於屬於子宮頸癌或陰道癌高危險群的婦女：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查 - 對於過去三年內子宮頸抹片檢查異常且處於生育年齡的婦女：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查 30 至 65 歲女性：每 5 年進行一次人乳頭狀瘤病毒(HPV)檢查或子宮頸抹片，外加 HPV 檢測	\$0
	脊椎矯正服務（Medicare 承保項目） 我們支付下列服務的費用： 徒手推拿脊椎以矯正半脫位	\$0
	脊椎矯正服務（Medicare 不承保）* 承保服務包括： - 初次與後續檢查 - 診所看診與脊椎矯正調整 - 輔助療法 - X 光造影（僅限脊椎矯正） 福利透過與 American Specialty Health Plans of California, Inc. 簽訂的合約提供，即（ASH 計劃）。如需瞭解更多資訊，或查找參與 ASH 計劃的醫療服務提供者，您可以致電 ASH Plans：(800)678-9133（聽障和語障專線：711），4 月 1 日至 9 月 30 日的服務時間為週一至週五，上午 5:00 至下午 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日的服務時間為週日至週六，上午 8:00 至下午 8:00。您也可以致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部或	\$0（非 Medicare 承保服務的承保範圍限每年最多 12 次診療。）

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	瀏覽 blueshieldca.com/find-a-doctor 查找參與 ASH 計劃的醫療服務提供者。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	
	結腸直腸癌篩檢 我們支付下列服務的費用： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險病人 120 個月（10 年）承保一次；對於非結腸直腸癌高風險病人，每 120 個月（10 年）承保一次，或者在上次可彎曲乙狀結腸鏡檢查後 48 個月；對於高風險病人在結腸鏡檢查或鉍劑灌腸檢查後每 24 個月承保一次。 - 年滿 45 歲民眾使用軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高危險群病人，在接受結腸鏡篩檢後每 120 個月一次。對於上次軟式乙狀結腸鏡檢查或鉍劑灌腸檢查後的高危險群病人，每 48 個月一次。 - 對年滿 45 歲病人進行糞便潛血篩檢。每 12 個月一次。 - 對於 45 歲至 85 歲不符合高風險標準的病人提供多目標糞便 DNA 檢查。每 3 年一次。 - 針對 45 歲至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標誌物測試。每 3 年一次。 - 鉍劑灌腸檢查可替代結腸鏡檢查，適用於高風險病人以及自上次鉍劑灌腸篩檢或結腸鏡檢查已 24 個月的病人。 - 對於非高風險且年滿 45 歲的病人，鉍劑灌腸檢查可替代可彎曲乙狀結腸鏡檢查。在最後一次鉍劑灌腸檢查或可彎曲乙狀結腸鏡檢查後至少 48 個月後進行一次。 結腸直腸癌篩檢檢查包括一個後續結腸鏡檢查，這是在 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢測試呈陽性結果後所提供的檢查。	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
成人社區服務(CBAS) CBAS 是一項機構型的門診服務計劃，民眾可以按照時間表參加。它提供專業護理、社會服務、治療（包括職能治療、身體治療與言語治療）、個人護理、家庭/看護人員訓練與支援、營養服務、交通及其他服務。如果您的資格符合標準，我們將支付 CBAS 費用。 附註：如果沒有 CBAS 設施，我們可以單獨提供這些服務。	\$0
牙科服務 我們支付某些牙科服務費用，包括但不限於有限的修復服務（牙冠）與鑲復體服務（義齒）。我們不承保的項目可透過 Medi-Cal 牙科獲得，如以下 G2 中所述。 當某些牙科服務是受益人主要醫療條件的特定治療的一部分時，我們會支付此服務的費用。某些範例包括頷骨骨折或受傷後的重建、為頷骨癌症放射治療做準備而拔牙或腎臟移植前的口腔檢查。 一般來說，預防性牙科服務（例如洗牙、例行性牙齒檢查與牙齒 X 光造影）不屬於 Original Medicare 的承保範圍。但是，Medicare 目前是在有限情況下支付牙科服務費用，尤其是當該服務是受益人主要病症的特定治療的一部份時。某些範例包括頷骨骨折或受傷後的重建、為頷骨癌症放射治療做準備而拔牙或腎臟移植前的口腔檢查。 此外，我們承保一些綜合牙科服務*。 牙科福利程序表（位於醫療福利表後本章中）顯示本福利承保的特定牙科程序。列出的程序若由網絡內、取得執照的牙醫提供，而且依據一般接受的牙科執業標準判定屬於必要與慣例服務時，即屬於承保福利。有關如何取得承保服務的資訊位於牙科福利程序表之後。 並非所有承保服務都適合每個人。您應該依靠您的網絡牙醫來確定適合您的護理。特定牙科服務可能會有福利限制、預先授權及/或轉診規定。 此福利說明在下頁繼續	您為承保服務支付 \$0（從網絡內牙醫取得時）。 對於 Medicare 承保的牙科服務，請參閱醫生/醫療執業人員服務，包括醫療福利表的醫生診所就診部份。 對於非 Medicare 承保的牙科服務，請參閱牙科福利程序表。該表包括承保牙科程序清單、您為每種程序支付的費用以及任何福利限制。從網絡內牙醫取得時，您為承保服務支付 \$0。

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	牙科服務（續） * 服務不適用於該計劃的最高自付上限。 此外，作為符合雙重資格的會員，Medi-Cal(Medicaid)承保一些牙科服務。某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃獲得。更多資訊請瀏覽 SmileCalifornia.org 網站。Medi-Cal 牙科包括但不限於以下服務： • 初步檢查、X 光造影、洗牙與含氟治療 • 補牙與牙冠 • 根管治療 • 部分及全口假牙、調整、修復與假牙重襯 如需瞭解更多有關 Medi-Cal Dental 中提供的牙科福利資訊、或是在尋找可接受 Medi-Cal 的牙醫方面需要幫助，請聯絡客戶服務熱線：1-800-322-6384（聽障和語障人士可致電 1-800-735-2922）。這是免付費電話。Medi-Cal 牙科代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助。您也可以瀏覽網站 smilecalifornia.org/，以瞭解更多資訊。	對於 Medi-Cal (Medicaid)承保的牙科服務，請參閱《Medi-Cal 牙科會員手冊》，該手冊位於 Medi-Cal Dental 網站（網站：smilecalifornia.org/）。您為承保的牙科服務支付\$0。
	憂鬱症篩檢 我們每年支付一次憂鬱症篩檢費用。這項篩檢必須在可提供複診治療和/或轉診的基本保健地點進行。	\$0
	糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們會支付此項篩檢費用（包括空腹血糖檢查）： • 高血壓 • 膽固醇及三酸甘油酯水平異常（血脂異常）病史 • 肥胖症 • 高血糖（葡萄糖）病史 在其他一些情況下，例如如果您過重並且有糖尿病家族病史，則我們可能會承保此項檢查。 自您最近一次糖尿病篩檢測試之日起，您可能資格每 12 個月進行最多兩次糖尿病篩檢。	\$0

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	糖尿病自我管理訓練、服務與用品 對於所有患糖尿病的人士（無論是否使用胰島素）我們承保下列服務的費用： • 監測血糖的用品，包括以下項目： ○ 血糖監測儀 ○ 血糖試紙 ○ 採血針裝置與採血針 ○ 用於檢查試紙與監測儀準確性的血糖控制解決方案 • 對於有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者： ○ 一雙治療性的訂製鞋（包括鞋墊），包括配件，以及每個日曆年額外兩雙鞋墊，或 ○ 每年一雙深口鞋，包括配件與三雙鞋墊（不包括此類鞋附帶的非訂製的可拆卸鞋墊） • 在某些情況下，我們會支付訓練費用以協助您管理糖尿病。要瞭解更多詳情，請聯絡客戶服務部。 首選的糖尿病試紙與血糖監測儀製造商是 Abbott。FreeStyle®（Abbott 製造）試紙與血糖監測儀無需由您的醫生向我們的計劃事先取得核准（有時稱為「預先授權」）。由其他製造商生產的試紙與血糖監測儀則須由您的醫生向我們的計劃事先取得核准（「有時稱為「預先授權」」）。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	\$0 查詢血糖監測儀的更多詳情，請參閱「耐用醫療設備(DME)和相關用品」節。
	助產士服務 對於孕婦，我們在產前和產後期間支付九次助產士就診費用，並在臨產與分娩期間提供支援。	\$0
	耐用醫療設備(DME)與相關用品 請參閱《會員手冊》第 12 章，瞭解「耐用醫療設備(DME)」的定義。 我們承保以下項目： <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0 血糖監測儀： FreeStyle® 血糖監測儀 \$0，所有其他製造商的血糖監測儀要支付 20% 共同保險金。

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
耐用醫療設備(DME)與相關用品 (續) • 輪椅，包括電動輪椅 • 拐杖 • 電動床墊系統 • 床墊防水壓力墊 • 糖尿病用品 • 醫療服務提供者醫囑要求，用於家中的病床 • 靜脈(IV)輸液幫浦與輸液桿 • 語音生成裝置 • 氧氣設備與用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準弧形手柄或四腳叉手杖與替換用品 • 頸椎牽引（門懸式） • 骨頭刺激器 • 透析護理設備 也可能承保其他項目。 我們支付 Medicare 與 Medi-Cal 通常支付的所有醫療必要性 DME。如果在您地區中的我們的供應商不供應某一特定的品牌或廠商的產品，您可以問對方是否能特別替您訂購。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	您每次對於 Medicare 氧氣設備承保的分攤費用為\$0。 在參保 36 個月後，您的費用分攤將不會變更。
急救護理 急救護理是指以下服務： • 由接受過急診服務訓練的醫療服務提供者提供，並且 • 是治療醫療急症所需 緊急醫療情況是指出現劇痛或重傷的病況。病症嚴重的程度是 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0 如果您在網絡外醫院接受急救護理，但在急症情況穩定後需要住院護理，您必須返回網絡內醫院，這樣您的護理才會繼續得到承

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
急救護理（續） 具有一般健康與醫學知識的人預期如果不立即進行醫療處置會出現以下情況： • 對您或您未出生的嬰兒的健康構成嚴重威脅；或者 • 嚴重傷害身體功能；或 • 任何身體器官或部位的嚴重失能；或 • 如果是正在分娩中的孕婦，則是發生下列情況時： ○ 沒有足夠時間能安全地在臨盆前將您轉送到另一間醫院。 ○ 轉送過程可能會對您或您腹中胎兒的健康或安全造成威脅。 全球承保* 您每年在美國及其領地境外接受的急救護理或急症治療服務沒有合併年度限額。 *美國及其領地以外的服務不適用於本計劃的最高自付上限。	保。僅當我們的計劃核准您入住時，您才可以留在網絡外醫院接受住院護理。 全球緊急承保有 20% 共同保險金（如果一天內因為相同病症入院，則可免除共同保險金）
家庭生育計劃服務 法律允許您選擇任何醫療服務提供者（無論是網絡醫療服務提供者還是網絡外服務提供者）來提供某些家庭生育計劃服務。這是指任何醫生、診所、醫院、藥房或家庭生育計劃辦公室。 我們支付下列服務的費用： • 家庭生育計劃檢查與醫療治療 • 家庭生育計劃實驗室與診斷性檢驗 • 家庭生育計劃方法（子宮內避孕器(IUC/IUD)、植入、注射劑、避孕藥、避孕貼或避孕環） • 需要處方的家庭生育計劃用品（保險套、避孕海綿、避孕泡沫、避孕軟膜、避孕隔膜、子宮帽） <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	家庭生育計劃服務（續） • 有限的生育服務，例如有關生育意識技巧的諮詢與教育、和/或性傳染感染(STI)的孕前健康諮詢、檢測與治療 • HIV 與後天免疫缺乏症候群以及其他與 HIV 相關疾病的諮詢與檢測 • 永久性避孕（您必須年滿 21 歲才能選擇這種家庭生育計劃方法。您必須在手術日期前 30 天至 180 天之間簽署聯邦絕育同意書。） • 遺傳諮詢 我們還支付一些家庭生育計劃其他服務的費用。但是，您必須使用我們的醫療服務提供者醫療網中的醫療服務提供者來提供以下服務： • 不孕症病症的治療（此服務不包括人工受孕方法。） • 後天免疫缺乏症候群與其他 HIV 相關病症的治療 • 基因檢測	
	健康與保健衛教計劃* 我們提供許多針對某些健康狀況的計劃。這些計劃包括： • 健康教育課程 • 營養教育課程 • 戒煙及停止使用煙草；以及 • 護理專線 幫助您保持健康的計劃。承保服務包括： • 健康教育書面資料，包括新聞通訊 • 教育計劃 專注於以下健康情況的衛教計劃： • 高血壓 • 膽固醇 • 哮喘 • 特殊飲食 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
健康與保健衛教計劃*（續） 為了豐富您的健康與生活方式而設計的衛教計劃，包括： • 體重管理 • 健身 • 壓力管理 NurseHelp 24/7 每天 24 小時皆可與註冊護士進行保密的一對一線上對話。當您有醫療疑慮時，只需撥打我們的免費專線，即可聯絡到註冊護士，他們會傾聽您的疑慮並幫助您找到解決方案。請致電 1-877-304-0504（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。 SilverSneakers® Fitness SilverSneakers 可以透過健身與社交協助您享受更健康、更積極的生活。您可以透過參與地點的 SilverSneakers 享受健身福利¹。您可以參加由教練專門設計的團體運動課程²。在全國的參與地點中¹，您可以參加課程²並使用健身器材與其他設施。此外，SilverSneakers FLEX®還為您提供了在傳統健身房之外（如娛樂中心、購物中心與公園）進行活動的選項。 SilverSneakers 還透過 SilverSneakers LIVE™、SilverSneakers On-Demand™ 影片及我們的行動應用程式 SilverSneakers GO™ 將您連接到支援網絡與虛擬課程。您也可以使用老年人專用的線上社交網站，Stitch³，讓您可以參加現場與線上活動。您只需使用自己個人的 SilverSneakers 識別號碼即可開始使用。請瀏覽 Silversneakers.com，瞭解更多有關您福利的資訊或致電 1-888-423-4632（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為週一至週五，東部時間上午 8:00 至下午 8:00。 在開始運動計劃之前，請務必先諮詢您的醫生。 ¹ 參與地點（「PL」）並非 Tivity Health, Inc. 或其附屬公司所擁有或經營。PL 設施與便利設施的使用需受到 PL 基本會員的條款與條件的限制。設施與便利設施因 PL 而異。 ² 會員資格包括 SilverSneakers 教練指導的團體健身課程。有些地點為會員提供額外的課程。課程因地點而異。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
健康與保健衛教計劃* (續) ³ Stitch 是第三方醫療服務提供者，並非 Tivity Health 或其附屬公司所擁有或經營。SilverSneakers 會員必須擁有網際網路服務才能取得 Stitch 服務。網際網路服務費用由 SilverSneakers 會員承擔。 個人緊急回應系統(PERS) – 是一個醫療警示監督系統，只須按一下按鈕即可取得協助，每週 7 天，每天 24 小時全天候提供服務。您的 PERS 福利是由 LifeStation®提供，包括： • 一項個人急症回應系統 • 選擇居家系統或具有 GPS/WiFi 功能及摔跤偵測的行動裝置 • 每月監測 • 必要的充電器與電線 如欲預訂 PERS 並開始接受服務，請致電 LifeStation 團隊，電話：1-855-672-3269（聽障和語障專線(TTY)：711），太平洋標準時間週一至週五上午 5:00 至下午 6:00 與週六上午 6:00 至下午 6:00，或瀏覽 blueshieldca.com/login。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	
聽力服務 我們支付您的醫療服務提供者提供的聽力與平衡測試費用。這些測試可查出來您是否需要醫療治療。當您從醫生、聽力治療師或其他合格醫療服務提供者接受這些服務時，這些服務便屬於門診護理的承保範圍。 • 為了確認您是否需要接受醫療治療而由您的 PCP 執行的診斷性聽力與平衡評估，將按照醫生、聽力治療師或其他合格醫療服務提供者的門診護理提供承保。 • 例行性（非 Medicare 承保）聽力檢查* <i>此福利說明在下頁繼續</i>	• 每次 Medicare 承保的聽力診斷檢查\$0 • 每次例行（非 Medicare 承保）聽力檢查\$0 • \$0，每年最多 \$1,500 津貼，用於承保的助聽器服務

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
聽力服務（續） - 助聽器* - 您每年有\$1,500 的津貼，用於購買最多兩個助聽器以及兩次助聽器驗配與評估（適用於雙耳合併計算）。您可以在所選擇的助聽器服務提供者處取得這些服務。 - 此津貼無法按年遞延。 助聽器服務與健康雜貨的津貼不可合併。每項福利都有單獨的津貼。 福利管理員會將您的個人化福利卡連同信函寄給您。本函會告訴您，您的卡已儲值津貼金額。本函亦將提供有關如何透過電話、網站或行動應用程式獲取更多福利詳情的資訊。 Healthy Benefits+是一張預存了福利津貼的消費卡，可協助支付承保項目與服務的費用。 如有關於此福利的疑問，您可以致電(855) 572-6341 [聽障和語障專線(TTY)：771]，服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，週日至週六當地時間上午 8 時至晚上 8 時； 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五。您也可以上網瀏覽 HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA 以瞭解更多詳情。 *服務不適用於此計劃的自付上限。 當醫生或其他合格醫療服務提供者開立處方時，我們也會支付助聽器的費用，包括： - 模具、用品與嵌入物 - 維修服務 - 第一次提供的一組電池 - 取得助聽器後，前往同一供應商處進行六次訓練、調整與配驗 - 助聽器試用期租賃 - 輔助聽力裝置、表面磨損骨傳導聽力裝置 - 助聽器相關聽力學與後評估服務	

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	HIV 篩檢 我們每 12 個月為以下人士支付一次 HIV 篩檢檢查費用： • 要求進行 HIV 篩檢檢測，或 • 感染 HIV 的風險增加。 對於懷孕的女性，我們在懷孕期間最多支付三次 HIV 篩檢費用。 如果是您的醫療服務提供者建議，我們也會支付額外的 HIV 篩檢費用。	\$0
	居家健康機構護理 在您獲得居家健康服務之前，醫生必須告訴我們您需要這些服務，並且這些服務必須由居家健康機構提供。您必須是難以出門，亦即您要付出很大的努力才能外出。 我們承保下列服務的費用，也許還承保此處未列出的其他服務： • 非全職或間歇性的專業護理與居家健康助理服務（要符合居家醫療保健福利的承保範圍，您的專業護理與居家健康助理服務總時數必須每天低於 8 小時，每週不超過 35 小時。） • 物理治療、職能治療與言語治療 • 醫療服務與社會服務 • 醫療設備與用品 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	每次承保的居家健康訪視\$0
	居家輸液治療 我們的計劃支付居家輸液治療費用，其定義為在家中將藥物或生物物質注入靜脈或塗抹於皮下，並送到您的家裏。施行居家輸液需要以下項目： <i>此福利說明在下頁繼續</i>	每次承保的居家輸液療法服務\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
居家輸液治療（續） - 藥物或生物物質，例如抗病毒藥物或免疫球蛋白； - 設備，例如幫浦；和 - 輸液用品，例如管子或導管。 我們的計劃承保居家輸液服務，包括但不限於： - 根據您的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務； - 會員訓練與教育尚不包含在 DME 福利中； - 遠距監控；和 - 由合格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療與居家輸液藥物的監控服務。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	
送餐到府* 在您從住院醫院或專業護理機構出院後，我們承保： - 每次出院後 22 次正餐與 10 份點心 - 正餐和點心將根據需要分為最多三次單獨配送 - 承保範圍僅限於每年兩次出院 若需瞭解更多資訊，請致電 Blue Shield TotalDual Plan 會員服務部（電話號碼位於本文件封底）。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	每次承保的送餐到府\$0
臨終關懷 如果您的醫療服務提供者與臨終關懷醫療主任確定您的預後已達晚期，您有權選擇臨終關懷服務。這表示，您患有絕症並且預計壽命不超過六個月。您可以從 Medicare 認證的任何臨終關懷計劃獲得照護。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	善終護理諮詢服務（限一次）\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
臨終關懷（續） 我們的計劃必須協助您在計劃的服務區域中找到 Medicare 認證的臨終關懷計劃。您的臨終關懷醫生可以是網絡醫療服務提供者，也可以是網絡外服務提供者。 承保服務包括： • 治療症狀與疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 居家護理 臨終關懷服務以及 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的與您的晚期預後相關的服務將由 Medicare 支付。 • 請參閱本章 F 節，以瞭解更多資訊。 我們的計劃承保但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不承保的服務： • 我們的計劃承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分不承保的服務。無論這些服務是否與您的晚期預後相關，我們都會承保。您無需為這些服務支付任何費用。 對於我們計劃的 Medicare D 部分福利可能承保的藥物： • 藥物絕對不會同時屬於臨終關懷與我們計劃的承保範圍。如需瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。 附註：如果您患有嚴重疾病，可能符合條件接受緩和療護，緩和療護以團隊為基礎，提供以病人與家庭為中心的護理，以改善您的生活品質。您可以同時接受緩和療護及治療/常規護理。請參閱以下緩和療護一節，瞭解更多資訊。 附註：如果您需要非臨終關懷的護理，請致電您的護理協調員和/或客戶服務部以安排服務。非臨終關懷是與您的晚期預後無關的護理。 對於患有末期疾病但還沒有選擇臨終關懷福利的人，我們的計劃會承保臨終關懷諮詢服務（限一次）。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	免疫接種 我們支付下列服務的費用： • 新冠肺炎(肺炎)疫苗 • 流感/流行性感感冒預防針，每次秋冬流感/流行性感感冒季節一次，如果有醫療必要性，還可再加打流感/流行性感感冒疫苗 • B 型肝炎疫苗（如果您是 B 型肝炎中、高風險人士） • 新冠肺炎(COVID-19)疫苗 • 人乳頭狀瘤病毒(HPV)疫苗 • 其他疫苗（如果您有風險而且疫苗符合 Medicare B 部分承保的規定） 我們支付符合 Medicare D 部分承保規定的其他疫苗的費用。 請參閱您的《會員手冊》第 6 章，以瞭解更多資訊。 我們還根據「免疫接種諮詢委員會」(ACIP)的建議支付所有成人疫苗的費用。	\$0
	住院護理 我們承保下列服務以及此處未列出的其他具醫療必要性的服務之費用： • 雙人病房（具有醫療必要性時，則為單人病房） • 餐食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特殊護理病房的費用（例如加護病房或冠心病護理病房） • 藥品與藥物 • 實驗室檢驗 • X 光造影與其他放射性服務 • 必需的外科手術與醫療用品 • 器具，例如輪椅 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0 當您的緊急情況穩定後，您必須獲得我們計劃的核准才能在網絡外醫院接受住院治療。

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
住院護理（續） - 手術室與恢復室費用 - 物理治療、職能治療與言語治療 - 在某些情況下，住院物質濫用戒除服務，包括下列類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺臟、心/肺、骨髓、幹細胞與腸道/多重器官。 如果您需要器官移植，Medicare 核准的器官移植中心將審查您的個案並決定您是否適合移植。移植醫療服務提供者可位於當地或在服務區域外。如果當地移植醫療服務提供者願意接受 Medicare 價格，則您可以獲得您的本地或社區護理模式之外的器官移植服務。如果我們的計劃在我們社區的護理模式之外提供器官移植服務，並且您選擇在那裡進行移植，我們會為您與另一位人士安排或支付住宿及旅費。† - 血液，包括存放與輸血。 - 醫生服務 附註：您的醫療服務提供者必須開立書面醫囑讓您正式住院後，您才算是住院病人。即使您住院一個晚上，仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己是住院病人或門診病人，您應該問醫院職員。 您也可以在此 Medicare 的資料單中找到更多資訊，此份資料單稱為「您是住院病人或門診病人？如果您有 Medicare –請發問！」。此資料表可以在網站 es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 取得，或請撥打 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)索取。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時都可免費撥打這些電話號碼。 †器官移植只有經您的醫生或其他網絡醫療服務提供者先於事先向我們取得核准（有時稱為「預先授權」）才視為得到承保。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
精神病醫院的住院服務 我們支付必須住院的心理健康護理服務。 - 如果您需要獨立精神病醫院的住院服務，我們將支付前 190 天的費用。之後，當地的縣立心理健康機構將支付具有醫療必要性的住院精神科服務費用。超過 190 天的護理授權由當地縣立心理健康機構協調。 190 天限制不適用於在綜合醫院的精神病房中提供的住院心理健康服務。 - 如果您年滿 65 歲，我們將支付您在精神疾病機構(IMD)中所獲得服務的費用。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	\$0
住院：非承保住院期間在醫院或專業護理機構(SNF)的承保服務 如果您已使用所有住院福利，或者此次住院不合理不具有醫療必要性，我們將不會支付您的住院費用。 但是，在某些不承保住院護理的情況下，我們可能會支付您在醫院或護理機構期間獲得的服務費用。要瞭解更多詳情，請聯絡客戶服務部。 我們承保下列服務的費用，也許還承保此處未列出的其他服務： - 醫生服務 - 診斷性檢驗（如實驗室檢驗） - X 光造影、鐳與同位素療法，包括技師材料與服務 - 外科敷料 - 骨折與脫臼時使用的固定夾板、石膏與其他裝置 - 除牙科之外的假體與矯正裝置，包括此類裝置的更換或維修。以下為可替代全部或部分的裝置： - 身體內部器官（包括鄰近組織），或 - 身體內部器官功能失效或生病。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
住院：非承保住院期間在醫院或專業護理機構(SNF)的承保服務(續) 腿、手臂、背部與頸部支架、桁架以及人造腿、手臂及眼睛。這包括因破損、磨損、遺失或狀況改變而需要的調整、維修與更換 - 物理治療、言語治療與職能治療 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	
腎臟疾病服務與用品 我們支付下列服務的費用： - 旨在教授腎臟護理知識並幫助您做出正確的護理決定的腎臟疾病教育服務。您必須患有第四期慢性腎臟病，並且您的醫生必須將您轉診。我們承保多達六場腎臟疾病教育服務。 - 門診透析治療，包括暫時離開服務區域時的透析治療（如《會員手冊》的第 3 章說明），或 - 醫療服務提供者暫時聯絡不到或沒有空時的透析治療。 - 住院洗腎治療（如果您為了接受特別護理而住院） - 自行洗腎訓練（包括對您及協助您在家洗腎治療的人進行的訓練） - 家庭洗腎設備與用品 - 某些居家支援服務（例如，必要時由受過訓練的透析工作者到您家裡查看您在家洗腎的情形、在遇到緊急情況時提供協助，以及檢查您的透析設備與供水）。 您的 Medicare B 部分藥物福利支付某些透析藥物的費用。要查詢更多詳情，請參閱此福利表中的「Medicare B 部分處方藥」。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	\$0

我們的計劃支付的服務		您必須支付的費用
	肺癌篩檢 如果您符合以下條件，我們的計劃每 12 個月支付一次肺癌篩檢費用： • 年齡在50-77歲之間，並且 • 在一次診療中與您的醫生或其他合格醫療服務提供者進行諮詢並共同做出決定，並且 • 每天至少吸一包煙已有20年，但沒有肺癌跡像或症狀，或現在有抽煙的習慣或在過去15年內已戒煙 第一次篩檢後，我們的計劃將根據您的醫生或其他合格醫療服務提供者的書面醫囑支付每年另一次篩檢的費用。	\$0
	醫療營養療法 這項福利適用於患有糖尿病或腎臟病且無需透析治療的患者。福利也適用於腎臟移植後，由您的醫生安排轉診。 在您根據 Medicare 獲得醫療營養治療服務的第一年，我們將支付三個小時的一對一諮詢服務費用。如果有醫療必要性，我們可能還會核准額外的服務。 之後，我們每年支付兩小時一對一的心理諮商服務費用。如果您的病症、治療或診斷發生變化，您可能可以透過醫生轉診而接受更多小時的治療。如果您在下一個日曆年需要治療的話，醫生必須開出這些服務的處方並每年更新轉診。如果有醫療必要性，我們可能還會核准額外的服務。	\$0
	Medicare 糖尿病預防計劃(MDPP) 我們的計劃支付 MDPP 服務費用。MDPP 旨在協助您增加健康行為。這個機會提供以下方面的實用訓練： • 長期飲食改變，以及 • 增加體能活動，以及 • 保持減肥與健康生活方式的方法。	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
Medicare B 部分處方藥 這些藥物屬於 Original Medicare B 部份的承保範圍。我們的計劃支付以下藥物的費用： • 您通常不會自己施打，而是由醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥物 • 透過耐用醫療設備（例如具醫療必要性的胰島素幫浦）提供胰島素 • 您使用我們的計劃已授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）服用/使用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物，靜脈注射(IV)的 Leqembi（學名藥 Lecanemab） • 您如果患有血友病而為自己注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 已支付您的器官移植費用，Medicare 會承保移植藥物治療。您在接受承保的移植時，必須擁有 A 部份，並且您在獲取免疫抑制藥物時必須擁有 B 部份。如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，則 Medicare D 部分會承保免疫抑制藥物 • 注射用的骨質疏鬆藥物。骨質疏鬆症注射藥物（如果您因病無法出門、您有醫生證明與更年期後骨質疏鬆症相關的骨折，而且不能自行施打藥物） • 某些抗原：如果醫生準備好抗原，並由受到正確指導的人（可以是您，即病人）在適當的監督下使用抗原，Medicare 會承保該抗原 • 特定口服抗癌藥物：如果同一種藥物以注射方式提供，或該藥物是前驅藥（一種口服藥物，在攝取它後，它會分解成出現在注射藥物中的相同活性成分），Medicare 會承保您透過口服服用的某些口服癌症藥物。 • 當有新的口服癌症藥物時，B 部份可能會承保這些藥物。如果 B 部份不承保，則 D 部份會承保 • 口服抗噁心藥物：Medicare 會承保您作為抗癌化療治療方案的一部分使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，又或是作為靜脈抗噁心藥物的全方位治療替代方案使用。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0（請向您的醫生或藥房提供您的 Blue Shield TotalDual Plan 會員卡與 Medi-Cal 福利識別卡。）

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
Medicare B 部分處方藥（續） - 某些口服末期腎臟病(ESRD)藥物（如果同一種藥物可以注射方式提供，且 B 部分 ESRD 福利承保該藥物） - ESRD 支付系統下的擬鈣藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv 與口服藥物 Sensipar - 特定居家透析藥物，包括肝素、肝素解毒劑（當具醫療必要性時）與局部麻醉劑 - 紅血球生成刺激劑：如果您有 ESRD 或需要該藥物來治療與特定其他病症相關的貧血（例如 Epogen[®]、Procrit[®]、Epoetin Alfa、Aranesp[®]、Darbepoetin Alfa[®]、Mircera[®]或甲氧基聚乙二醇表皮素 beta），則 Medicare 會承保促紅血球生成素的注射 - 先天免疫缺乏疾病在家治療用的免疫球蛋白靜脈注射劑 - 腸外與腸內營養（IV 與管餵食） 我們的 Medicare B 部分也承保一些疫苗，而 Medicare D 部分處方藥福利則承保大多數成人疫苗。 您的《會員手冊》第 5 章說明我們的門診處方藥福利。此章節說明您取得處方藥必須遵守的規定。 您的《會員手冊》第 6 章說明我們的計劃為門診處方藥所支付的費用。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	
護理機構護理 護理機構(NF)是為人們提供護理的場所 無法在家中獲得護理但不需要住院的人。 我們付費的服務包括但不限於以下項目： - 雙人病房（具有醫療必要性時，則為單人病房） - 餐食，包括特殊飲食 - 護理服務 - 物理治療、職能治療與言語治療 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
護理機構護理（續） • 呼吸療法 • 作為您的護理計劃的部分所提供的藥物。（這包括體內自然存在的物質，例如凝血因子。） • 血液，包括存放與輸血。 • 通常由護理機構提供的醫療用品與手術用品 • 通常由護理機構進行的檢驗 • 通常由護理機構提供的 X 光造影與其他放射服務 • 使用器具，例如通常由護理機構提供的輪椅 • 醫生/醫療執業人員服務 • 耐用醫療設備 • 牙科服務，包括義齒 • 視力福利 • 聽力檢查 • 脊椎矯正護理 • 足科服務 通常而言，您是透過網絡設施獲得護理。但是，您也許可以從網絡之外的機構獲得護理。如果以下機構接受我們計劃的付款金額，您可以接受這些機構的護理： • 您在住院前居住的護理機構或持續護理退休社區（只要有提供護理機構護理即可）。 • 您出院時您的配偶或同居伴侶所居住的護理機構。	
 肥胖症篩檢與控制體重治療 如果您的身體質量指數達到 30 或更高，我們會承保幫助您減重的諮詢。您必須從基本保健機構中取得諮詢。如此就可以使用完整的預防計劃來管理肥胖症。請詢問您的 PCP 以瞭解詳細資訊。	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
鴉片類藥物治療方案(OTP)服務 我們的計劃支付以下治療鴉片類藥物使用障礙(OD)的服務費用： • 吸食活動 • 定期評估 • FDA 核准的藥物，以及（如果適用）管理與提供您這些藥物 • 物質濫用障礙諮詢 • 個人治療與團體治療 • 測試您體內的藥物或化學物質（毒理檢測）	\$0
門診診斷性檢測以及治療服務與用品 我們承保下列服務以及此處未列出的其他具醫療必要性的服務之費用： • X 光造影 • 放射線（鐳與同位素）療法，包括技師材料與用品 • 外科用品，例如敷料 • 骨折與脫臼時使用的固定夾板、石膏與其他裝置 • 實驗室檢驗 • 血液，包括存放與輸血。 • 其他門診診斷性檢測 可能需要預先授權與轉診，並且是您的醫療服務提供者的責任。	\$0
門診醫院服務 我們承保您因診斷或治療疾病或受傷而在醫院門診部接受的具醫療必要性的服務。	\$0

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	<i>此福利說明在下頁繼續</i> 門診醫院服務（續） - 在急診部門或門診所接受的服務，例如門診外科手術或觀察服務 - 觀察服務有助您的醫生瞭解您是否需要以「住院病人」住院。 - 有時您可能會在醫院過夜，但身份仍然是「門診」狀態。 - 您可以在以下資料表中找到更多有關住院身份或門診身份的資訊： es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf。 - 醫院收費的實驗室與診斷性檢驗 - 心理健康護理，包括部份住院計劃的護理，前提是如果醫生證明沒有此護理就要住院治療 - 醫院收費的 X 光造影與其他放射性服務 - 醫療用品，例如固定夾板與石膏 - 福利表中列出的所有預防性篩檢與服務 - 某些您無法自行施打的藥物 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	
	門診心理健康護理 我們支付以下機構提供的心理健康服務費用： - 持有加州政府執照的精神科醫生或醫生 - 臨床心理學家 - 臨床社會工作者 - 臨床護理專家 - 持有執照的專業諮商師(LPC) - 持有執照的婚姻與家庭治療師(LMFT) - 專科護理師(NP)	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
<i>此福利說明在下頁繼續</i> 門診心理健康護理（續） - 醫師助理(PA) - 適用加州法律允許的任何其他符合 Medicare 資格的心理健 康護理專業人員 我們承保下列服務的費用，也許還承保此處未列出的其他服 務： - 診所服務 - 日間治療 - 心理社會復健服務 - 部分住院或密集門診計劃 - 個人與團體心理健康評估與治療 - 臨床表現顯示應評估心理健康結果時做的心理測驗 - 為了監測藥物治療目的的門診服務 - 門診實驗室、藥物、用品和營養補充品 - 精神科諮詢 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	
門診復健服務 我們支付物理治療、職能治療與言語治療的費用。 您可以從醫院門診部門、獨立的治療師診所、綜合門診復健機 構(CORF)及其他設施獲得門診復健服務。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
門診物質濫用障礙服務 我們承保下列服務的費用，也許還承保此處未列出的其他服 務： - 酒精濫用篩檢與心理諮商 - 藥物濫用治療	每次個人或團體治 療就診\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
<i>此福利說明在下頁繼續</i> 門診物質濫用障礙服務（續） • 由合格的臨床醫生提供的團體或個人心理諮商 • 住院戒癮計劃中的亞急性戒毒 • 密集門診治療中心的酒精和/或藥物戒癮服務 • 緩釋 Naltrexone(vivitrol)治療 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	
門診手術 我們支付醫院門診設施與門診手術中心的門診手術及服務費用。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	門診手術中心或門診醫院機構每次就診\$0。
非處方(OTC)項目* 您有權取得每月\$70的津貼，用來購買 OTC 項目目錄所列的 OTC 藥物與用品。阿斯匹靈、維他命、感冒與咳嗽製劑以及繃帶等物品皆包含在此項福利範圍內。化妝品與食品補充劑這類項目不在本項福利的承保範圍。 您可在網站上查詢 OTC 項目的目錄與訂購資訊，網址為 blueshieldca.com/medicareOTC。您可以透過電話訂購物品，請撥打(888)628-2770[聽障和語障專線:711]，辦公時間為週一至週五上午東部標準時間 9:00 至下午 8:00，或瀏覽 blueshieldca.com/medicareOTC。訂購項目不另收運送費。請等待大約 7 個工作日的遞送時間。 此福利於每月的第一天生效：您可以每月訂購一次，但未用完的津貼金額無法遞延至下個月使用。可能會有某些限制。請參閱 OTC 項目目錄，以瞭解更多資訊。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
緩和療護： 緩和療護屬於本計劃的承保範圍。緩和療護是針對嚴重疾病的患者提供的護理。它提供以病人及家人為中心的護理，透過預期、預防與治療病痛來改善生活品質。緩和護理不是臨終關懷，因此即使您的預期壽命超過六個月，您仍可取得緩和護理資格。緩和療護與治療/常規護理同時提供。 緩和療護包括以下項目： • 醫療照護事前計劃 • 緩和療護評估與諮詢 • 護理計劃，包括所有授權的緩和療護與治療護理（包括心理健康與醫療社會服務） • 由您的指定護理團隊提供的服務 • 護理協調 • 疼痛及症狀管理 如果您未年滿 21 歲，您可能不能同時接獲得臨終關懷與緩和療護。如果您正在接受緩和療護並且符合接受臨終關懷的資格，您可隨時要求轉至臨終關懷。	\$0
部份住院服務與密集門診服務 部分住院治療是一種積極的精神治療的結構化計劃。這種治療是以醫院門診服務提供或由社區心理健康中心提供。部分住院治療比在醫生、治療師、持照婚姻與家庭治療師(LMFT)或持照專業諮商師診所進行的護理更密集。這種治療可讓您不必住院。 強化門診服務是一種積極行為（心理）健康治療的結構化計劃，作為醫院門診服務向社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供，比您在醫生、治療師、LMFT 或持照專業諮商師診所的護理更為強化，但不如部份住院治療強化。。 附註：因為我們網絡內沒有社區心理健康中心，所以我們只承保視為醫院門診服務的部份住院。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫生/醫療服務提供者服務，包括醫生診所的診療 我們支付下列服務的費用： • 在以下場所提供具有醫療必要性的醫療保健或手術服務： • 醫生的診所 • 具有合格證書的門診手術中心 • 醫院門診部 • 專科醫生提供的諮詢、診斷與治療 • 由您的基本保健服務提供者進行的基本聽力與平衡檢查（如果您的醫生要求進行）以查明您是否需要治療 • 某些遠距醫療服務，包括醫生治療感冒與流感症狀、過敏、支氣管炎、呼吸道感染、鼻竇問題、紅疹、眼部感染、偏頭痛等非急症的服務。 ○ 您可以選擇透過親臨就診或遠距醫療來取得這些服務。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，則必須使用提供遠距醫療服務的網絡醫療服務提供者。 ○ 請參閱醫療福利表中的「其他遠距保健服務」一節，以瞭解其他資訊。 • 居家洗腎會員至醫院附設的或急重症醫院附設的洗腎中心、洗腎機構或居家每月末期腎臟病(ESRD)相關就診的遠距服務 • 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務 • 為患有物質濫用障礙或併發心理健康障礙的會員提供遠距醫療服務 • 用於診斷、評估與治療心理健康障礙的遠距醫療服務，前提是： • 您在第一次遠距醫療就診前 6 個月內進行過面對面就診 • 在接受這些遠距醫療服務時，您每 12 個月進行一次親臨就診 • 在某些情況下，上對於上述規定可以例外處理 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
醫生/醫療服務提供者服務，包括醫生診所的診療（續） • 鄉村健康診所與聯邦合格健康中心提供的心理健康診療遠距醫療服務。 • • 如果出現以下情況，請與您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊對話）： ○ 您不是新的病人並且 ○ 檢查與過去 7 天內的診所就診無關，並且 ○ 此項虛擬檢查不會造成 24 小時內或最快預約到的時間前往診所看診 • 如果出現以下情況，將由您的醫生在 24 小時內對您發送給此位醫生的影片和/或圖像做出評估並進行說明與後續追蹤： ○ 您不是新的病人並且 ○ 此項評估與過去 7 天內的診所就診無關，以及 ○ 評估不會造成 24 小時內或最快預約到的時間前往診所看診 • 如果您不是新病人，您的醫生可以透過電話、網路或電子健康記錄向其他醫生諮詢 • 手術前由另一家網絡醫療服務提供者提供第二專家意見 • 非例行性牙齒保健承保服務僅限於： ○ 頷骨或相關結構的手術 ○ 頷骨骨折或面部骨骼骨折接骨 ○ 腫瘤性癌症放射治療前拔牙 ○ 由醫生提供的服務將受到承保	

我們的計劃支付的服務		您必須支付的費用
	足科服務 我們支付下列服務的費用： - 診斷與醫療或外科手術治療足部受傷與疾病（例如槌狀趾或足跟骨刺） - 為患有糖尿病等腿部疾病的會員提供例行足部護理 - 例行性（Medicare 不承保）足部護理*承保： - 切除或去除雞眼與老繭 - 修指甲、剪指甲、修剪指甲或指甲清創 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	\$0
	前列腺癌篩檢檢查 對於年滿 50 歲的男性，我們每 12 個月承保一次以下服務費用： - 肛門指診 - 前列腺特異性抗原(PSA)測試	\$0
	假體與矯正裝置及相關用品 假體裝置替換全部或局部身體部位或功能。包括但不限於： - 假體與矯正裝置使用的測試、裝配或訓練 - 與結腸造口護理相關的大腸造口袋與用品 - 腸內與腸外營養，包括餵食用品組件、輸液幫浦、管子和適配器、溶液以及自行注射用品 - 心律調節器 - 牙套 - 義肢鞋 - 人造手臂與人造腿 - 乳房假體（包括乳房切除術後的外科胸衣） <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	假體與矯正裝置及相關用品（續） • 因疾病、受傷或先天缺陷而被切除或受損的外部面部身體部分的全部或部分的假體 • 失禁藥膏與尿布 我們支付與假體及矯正裝置相關用品的部分費用。我們還支付假體及矯正裝置的修理或更換費用。 我們在白內障摘除或白內障手術後提供一些保險。有關詳細訊息，請參閱本表後面的「視力保健」。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	
	肺部復健服務 我們為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病(COPD)的會員支付肺部復健計劃費用。您必須有由治療慢性阻塞性肺病的醫生或醫療服務提供者提供的肺部復健服務轉診。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
	性傳播感染(STI)篩檢與諮詢 我們承保披衣菌、淋病、梅毒與 B 型肝炎的篩檢費用。這些篩檢對於孕婦及一些 STI 風險較高的人都在承保範圍內。基本保健服務提供者必須開立檢測的醫囑。我們每 12 個月承保一次這類測試，或懷孕期間在特定時間承保。 我們也為有性生活且 STI 風險較高的成人承保每年最多兩次的面對面、高度密集的行為心理諮商療程。每次療程時間可能是 20 至 30 分鐘。只有基本保健服務提供者提供這些心理諮商服務時，我們才會承保這些預防性服務的心理諮商費。治療必須在基本保健機構進行，例如醫生的診所。	\$0

	我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
	專業護理機構(SNF)護理 我們承保下列服務的費用，也許還承保此處未列出的其他服務： • 雙人房，或單人房（如果具醫療必要性） • 餐食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職能治療與言語治療 • 您的護理計劃提供的藥物，包括體內自然存在的物質，例如凝血因子 • 血液，包括存放與輸血。 • 由護理機構提供的醫療用品與手術用品 • 護理機構進行的實驗室檢驗 • 由護理機構提供的 X 光造影與其他放射服務 • 器具，例如通常由護理機構提供的輪椅 • 醫師/醫療服務提供者的服務 通常而言，您是透過網絡設施獲得護理。但是，您也許可以從網絡之外的機構獲得護理。如果以下機構接受我們計劃的付款金額，您可以接受這些機構的護理： • 您在住院前居住的護理機構或持續護理退休社區（只要有提供護理機構護理即可） • 您出院時您的配偶或同居伴侶所居住的護理機構 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	\$0
	戒煙及停止使用煙草 如果您使用煙草，但沒有吸煙相關疾病的徵兆或症狀，並且希望或需要戒掉： • 我們承保 12 個月內兩次想要戒煙的預防性服務費用。您可免費享受這項服務。每次戒煙都包括最多四次面對面的心理諮商治療。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
戒煙及停止使用煙草（續） 如果您使用煙草並被診斷患有吸煙相關疾病或正在服用可能受吸煙影響的藥物： 我們承保 12 個月期間內兩次戒煙的心理諮商費用。每個心理諮商療程包括最多四次的面對面就診。	
監督型運動治療(SET) 我們對於患有症狀性週邊動脈疾病(PAD)會員承保SET費用，這些會員是由負責治療PAD的醫生進行PAD轉診。 我們的計劃承保： - 如果滿足所有 SET 的要求，則 12 週期間最多可進行 36 次治療 - 如果醫療保健服務提供者認為具有醫療必要性，還可以隨著時間的推移額外進行 36 次的治療 SET 計劃必須： - 對於因血流不暢而腿部抽筋（跛行）的 PAD 會員，提供 30 至 60 分鐘的治療性運動訓練計劃 - 在醫院門診場所或在醫生診所進行 - 由合格人員提供，以確保益處大於傷害，並接受過 PAD 運動療法的訓練 - 由醫師、醫師助理，或接受過基本以及進階生活支援技能訓練的專科護理師／臨床護理專家直接監督 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	\$0
交通服務：非急診醫療運輸 這項福利可讓會員使用到最具有經濟效益且最便捷的交通服務。可包括：救護車、擔架箱型車、輪椅車醫療交通服務，並與輔助客運系統協調。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0，最多共 48 次單程接送服務（非急診醫療運輸或非醫療運輸與 VBID 非醫療運輸合併計算的限額）。在用

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
交通服務：非急診醫療運輸（續） 在以下情況下我們核准這些交通方式： • 您的病情和/或身體狀況不允許您乘坐公車、私家車、計程車或其他形式的大眾或私人交通工具前往醫療機構，以及 • 根據服務的不同，可能需要事先授權 附註：交通安排由Call The Car負責。如需進行交通設定，請聯繫 Call the Car：(855) 200-7544（聽障和語障專線：711），每週七天辦公，每天24小時。CTC Go行動應用程式可用於安排、編輯、追蹤及取消路邊接送、上門接送與輪椅預約。CTC Go行動應用程式無法用於輪床運輸，您必須致電進行預約。交通服務必須至少在二十四(24)小時前預約。	完您的 48 次單程接送服務後，Medi-Cal 會承保無限次數前往核准地點的接送服務。
交通服務：非醫療運輸* 此項福利允許乘坐小客車、計程車或其他形式的大眾/私人交通前往醫療服務機構。 交通的必要性，是為了獲得所需的醫療護理，包括前往牙科看診、前往醫生診所看診與在合約藥房領取處方藥。 您每年可獲得共 48 次單程接送服務（非醫療運輸與 VBID 非醫療運輸合併計算的限額）。 附註：交通安排由 Call The Car 負責。如需進行交通設定，請聯繫 Call the Car：(855) 200-7544（聽障和語障專線：711），每週七天辦公，每天 24 小時。交通服務必須至少在二十四(24)小時前預約。 Call The Car 提供一款手機應用程式(CTC-Go)，Blue Shield TotalDual Plan 會員可以用來協調醫療保健交通事項。CTC-Go 可讓您 查看即將到來的預訂或過去的預訂、評價您的行程、追蹤您的司機、取消現有預訂以及安排新的預訂。CTC-Go 可在 iOS 和 Android 上使用。請在您的應用程式商店中搜尋「CTC-Go」並下載應用程式。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。 可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。	\$0，最多共 48 次單程接送服務（非醫療運輸與 VBID 非醫療運輸合併計算的限額）。在用完您的 48 次單程接送服務後，Medi-Cal 會承保無限次數前往核准地點的接送服務。

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
緊急需求護理 緊急需求護理是治療： • 需要立即醫療護理的非急症，或 • 不可預見的疾病，或 • 受傷，或 • 需要立即護理的病症。 如果您需要緊急護理，應該首先嘗試從網絡醫療服務提供者處獲取。但是，若因您自身的時間、地點或情況，從網絡醫療服務提供者處獲得服務是不可能或是不合理的（例如，當您處於計劃的服務區域外，且因未知原因的病症而迫切需要及時的醫療服務，但並不是醫療上的急症），可前往網絡外服務提供者處就診。 全球承保*。 您在美國及其領地境外接受的急救護理或急症治療服務沒有合併年度限額。領地不適用於此計劃的最高自付上限。 * 服務不適用於此計劃的最高自付上限。	\$0 全球緊急承保 20% 共同保險金（如果一天內因為同一病症入院，則可免除共同保險金）。
價值型保險設計(Value-Based Insurance Design, VBID)模型* 如果您參保 Blue Shield TotalDual Plan 並符合低收入補助(LIS)的資格，您便符合條件可獲得價值型保險設計(VBID)各項福利。承保的計劃福利包括： • 健康生鮮超市食品 ○ 每月津貼，用於購買健康與營養食品以及農產品。可以在當地的核准零售商購買核准項目，幫助會員維持健康飲食，以滿足他們的營養需求。 ○ 您的津貼是每月\$50，用於承保項目。 ○ 此津貼無法按月遞延。 助聽器服務與健康雜貨的津貼不可合併。每項福利都有單獨的津貼。 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0，每月最多\$50 津貼，用於承保項目。

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
價值型保險設計(VBID)模型* (續) Healthy Benefits+是一張預存了福利津貼的消費卡，可協助支付承保項目與服務的費用。 福利管理員會將您的個人化福利卡連同信函寄給您。本函會告訴您，您的卡已儲值津貼金額。本函亦將提供有關如何透過電話、網站或行動應用程式獲取更多福利詳情的資訊。 如有關於此福利的疑問，您可以致電(855) 572-6341 [聽障和語障專線(TTY)：771]，服務時間為上午 8:00 至下午 8:00，當地時間，10 月 1 日至 3 月 31 日的服務時間為週日至週六；4 月 1 日至 9 月 30 日的服務時間為週一至週五。您也可以上網瀏覽 HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA 以瞭解更多詳情。 ● 交通服務：擴充的非醫療運輸 此項福利允許乘坐小客車、計程車或其他形式的大眾/私人交通前往醫療服務機構。 您可使用交通服務來取得計劃所提供的非 Medicare 承保福利，例如： ○ SilverSneakers 網絡內的健身地點 ○ 核准的健康生鮮超市地點 ○ 在您所選擇的助聽器服務提供者處的助聽器 ○ 在健康計劃核准的網絡中的脊椎矯正服務 ○ 在健康計劃核准的網絡中的視力服務及牙科服務 您每年可獲得共 48 次單程接送服務（非醫療運輸與 VBID 非醫療運輸合併計算的限額）。 附註：交通安排由 Call The Car 負責。如需進行交通設定，請聯繫 Call the Car：(855) 200-7544（聽障和語障專線：711），每週七天辦公，每天 24 小時。交通服務必須至少在二十四(24)小時前預約。 Call The Car提供一款手機應用程式(CTC-Go)，Blue Shield TotalDual Plan會員可以用來協調醫療保健交通事項。CTC-Go 可讓您：查看即將到來的預訂或過去的預訂、評價您的行程、追蹤您的司機、取消現有預訂以及安排新的預訂。CTC-Go可在 iOS和Android上使用。請在 <i>此福利說明在下頁繼續</i>	\$0，最多共 48 次單程接送服務（非醫療運輸與 VBID 非醫療運輸合併計算的限額）。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
價值型保險設計(VBID)模型* (續) 您的應用程式商店中搜尋「CTC-Go」並下載應用程式。 *服務不適用於該計劃的最高自付上限。	
視力保健 (Medicare 承保) 我們將支付診斷與治療眼睛疾病與傷害的門診醫生服務費用。這包括為糖尿病人者進行糖尿病視網膜病變年度眼科檢查以及老年性黃斑部病變的治療。 對於青光眼高風險人士，我們會支付每年一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險人士包括： • 有青光眼家族病史者 • 罹患糖尿病者 • 年滿 50 歲的非裔美國人 • 年滿 65 歲的西班牙裔美國人 每次白內障手術後，當醫生植入人工水晶體時，我們將支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 如果您接受兩次單獨的白內障手術，必須在每次手術後配一副眼鏡。即使您在第一次手術後未配眼鏡，第二次手術後也不允許配兩副眼鏡。 <i>可能需要預先授權，並且是您的醫療服務提供者的責任。</i>	每次 Medicare 承保的眼科檢查費用 \$0。 共付額\$0 共付額\$0
視力保健，非 Medicare 承保（從網絡醫療服務提供者處獲得）* 承保服務包括： <i>此福利說明在下頁繼續</i>	當您使用網絡醫療服務提供者時，每 12 個月，

我們的計劃支付的服務	您必須支付的費用
視力保健，非 Medicare 承保（從網絡醫療服務提供者處獲得* （續） - 常規眼科檢查，包括驗光與開立鏡片處方。 如果醫療服務提供者建議採取額外的程序，您有責任支付該額外的費用。隱形眼鏡檢查需要支付額外費用。您有責任支付該額外的費用。 - 鏡框與鏡片（包括單光、帶分界線雙光、帶分界線三光與雙凸透鏡鏡片）或隱形眼鏡 無需預先授權（事先核准）。 使用視力服務目錄或前往此網址 blueshieldca.com/find-a-doctor 查找有參與視力服務計劃(VSP)（Blue Shield 視力服務計劃管理人員）網絡的醫療服務提供者。 *服務不適用於該計劃的最高自付上限。 - 常規眼科檢查，驗光與開立鏡片處方。 - 鏡框與鏡片（包括單光、帶分界線雙光、帶分界線三光與雙凸透鏡鏡片）或隱形眼鏡 如果您願意，還是可以去看非 Blue Shield TotalDual Plan 網路醫療服務提供者的驗光師或眼科醫生。但是，您不能同時從網絡與非網絡醫療服務提供者處獲得相同的服務。如果您選擇非網絡醫療服務提供者，您有資格就該提供服務的部分費用提出補償，除非您已經達到您所尋求視力服務的補償福利上限。請致電客戶服務部索取補償申請表，並瞭解更多有關請求補償的資訊。無需預先授權。 * 服務不適用於該計劃的最高自付上限。	您可以免費（支付\$0）做一次檢查。 當您使用網絡醫療服務提供者時，您每 12 個月可以免費（支付\$0）獲得鏡框（一般零售價，最高\$200）。如果您選擇價格超過\$200 的鏡框，需要自行支付差價。 當您使用網絡醫療服務提供者時，您每 12 個月可以免費（支付\$0）獲得一副處方眼鏡鏡片（無論尺寸或度數）或隱形眼鏡（隱形眼鏡服務及材料價格最高 \$200）。如果服務及材料價格超過\$200，您需要自行支付差價。 每 12 個月可補償一次最多\$30 的檢查費用。 每 12 個月可補償一次最多\$35 的鏡框費用。 每 12 個月可補償一次最多\$35 的配處方鏡片（無論大小或度數）或隱形眼鏡費用。

我們的計劃支付的服務		您必須支付的費用
	「歡迎加入 Medicare」預防性門診 我們承保一次「歡迎加入 Medicare」預防性門診。此項門診包括： - 檢查您的健康狀況， - 有關您需要的預防性服務（包括篩檢與預防針）的衛教與諮詢，以及 - 如果您需要，可轉診尋求其他護理。 附註：我們只承保您在擁有 Medicare B 部分後最初 12 個月期間接受的「歡迎加入 Medicare」預防性門診。預約時，請告訴您醫生的診所您想預約「歡迎加入 Medicare」預防性門診。	\$0

E. 承保牙科福利程序表

牙科福利程序表

牙科福利是本計劃全體會員均可享有的福利，且包括一些綜合牙科程序。

以下**牙科福利程序表**列出本計劃免費承保的特定牙科程序。列出的服務若由網絡內、取得執照的牙醫提供，而且依據一般接受的牙科執業標準判定屬於必要與慣例服務時，即屬於承保福利。

重要資訊：請注意，未列出的程序不屬於承保範圍。

重要資訊：部份牙科服務在任何情況下都不屬於承保範圍（也稱為排除項目），且部份牙科服務只有在特定情況下才屬於承保範圍（稱為限制項目）。請參閱以下**牙科福利程序表**中的「一般限制項目」一欄與**牙科福利程序表**之後所列的「一般排除項目」。

重要資訊：以下**牙科福利程序表**「一般限制」一欄中列出的任何頻率限制，如未指定是每計劃年度抑或一生的頻率限制，則以最後的服務日期為依據。例如，每 6 個月限一次，是指您可以從上次接受所列服務之日起每六個月接受一次同一服務。因此，如果您在 1 月 1 日接受第一次服務，您將於 7 月 1 日再次符合資格獲得同一項服務。如果您在 7 月 1 日接受第一次服務，您將於下一計劃年度的 1 月 1 日再次符合資格獲得同一項服務。當未列出頻率限制的服務依據一般接受的牙科執業標準判定屬於必要與慣例服務時，則無限制。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



根據最新牙科專有名詞而列出美國牙醫學會(ADA)程序代碼的服務。聯邦法律規定必須使用 ADA 代碼通報牙科程序。ADA 可能會隨時修改程序代碼。因此，本計劃可根據法律規定修改本代碼清單。您可以透過聯絡牙科計劃管理人員(DPA)客戶服務部獲取最新的 ADA 代碼清單，電話 (866) 247-2486[聽障和語障專線：711]，服務時間為上午 8:00 至晚上 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務。

ADA 代碼	您承保服務的 ADA 代碼說明	您必須支付的費用	一般限制
修復服務			
D2720	牙冠 - 樹脂與高貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2722	牙冠 - 樹脂與貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2750	牙冠 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2752	牙冠 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2790	牙冠，全冠以高貴金屬鑄造	\$0	每曆年 2 次
D2792	牙冠，全冠以貴金屬鑄造	\$0	每曆年 2 次
義齒（活動式）			
D5670	置換鑄造金屬框架上的所有牙齒與壓克力材料（上顎）	\$0	6 個月 1 次
D5671	置換鑄造金屬框架上的所有牙齒與壓克力材料（下顎）	\$0	6 個月 1 次
D5710	上顎全排假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
D5711	下顎全排假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
D5720	上顎局部假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
D5721	下顎局部假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
義齒（固定式）			
D6240	橋體 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6242	橋體 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6250	橋體 - 樹脂與高貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6252	橋體 - 樹脂與貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6750	固定牙冠 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6752	固定牙冠 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
ADA 代碼	您承保服務的 ADA 代碼說明	您必須支付的費用	一般限制
修復服務			
D2720	牙冠 - 樹脂與高貴金屬	\$0	每曆年 2 次

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

ADA 代碼	您承保服務的 ADA 代碼說明	您必須支付的費用	一般限制
D2722	牙冠 - 樹脂與貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2750	牙冠 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2752	牙冠 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每曆年 2 次
D2790	牙冠，全冠以高貴金屬鑄造	\$0	每曆年 2 次
D2792	牙冠，全冠以貴金屬鑄造	\$0	每曆年 2 次
D5671	置換鑄造金屬框架上的所有牙齒與壓克力材料（下顎）	\$0	6 個月 1 次
D5710	上顎全排假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
D5711	下顎全排假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
D5720	上顎局部假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
D5721	下顎局部假牙換底	\$0	每曆年 1 次（初次置入後 6 個月內不承保）
義齒（固定式）			
D6240	橋體 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6242	橋體 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6250	橋體 - 樹脂與高貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6252	橋體 - 樹脂與貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6750	固定牙冠 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次
D6752	固定牙冠 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每顆牙、每 5 曆年 1 次

附註：列出的會員費用分攤僅適用於您自網絡內牙醫取得牙科服務的情形。

附註：因為 Blue Shield 每年與 Medicare 簽約，所以下個年度未必會提供這些牙科護理福利。

取得牙科護理

簡介

Blue Shield of California 的牙科計劃由簽約的牙科計劃管理者(DPA)負責管理，該公司與 Blue Shield of California 簽約，管理透過簽約牙醫網絡提供牙科服務事宜。若您對本牙科部份的資訊有任何疑問，需要協助，或有任何問題，可以透過下列方式聯絡 DPA 客戶服務部，電話**(866) 247-2486** **[聽障和語障專線:711]**，服務時間為上午 8 點到晚上 8 點；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



取得牙科服務之前

您應負責確定您選擇的牙醫是網絡內牙醫。

此一僅限網絡內牙科計劃不會向網絡外牙醫支付福利。向網絡外牙醫取得的服務不屬於承保範圍。您向網絡外牙醫取得服務時，須負責直接向該牙醫支付全部帳單金額。

附註：網絡內牙醫的狀態可能會改變。您有義務確認您的牙醫目前是否是網絡內牙醫，因為簽約牙醫名單可能會改變。如需您當地網絡內牙醫的名單，請聯絡 DPA 客戶服務部：

(866) 247-2486[聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為上午 8:00 至晚上 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務。

牙醫就診

您參保後不久便會收到 DPA 寄給您的會員資料袋，其中會告訴您福利生效日期以及您的網絡內牙醫或基本保健牙醫(PCD)的地址與電話號碼。在您會員資料袋所列的生效日期後，您就能取得承保牙科護理服務。要進行預約，只要打電話到您 PCD 的診所，表明您是 Blue Shield TotalDual Plan 會員即可。應於最初四週內進行首次約診，除非有要求特定的時間。欲詢問是否可預約看診及牙醫診所是否有無障礙設施，請聯絡 DPA 客戶服務部，電話**(866) 247-2486 [聽障和語障專線:711]**，服務時間為上午 8:00 至晚上 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務。

附註：每個會員都必須向指定的 PCD 取得承保服務，除非是由 DPA 書面事先授權的專科醫生提供的服務。任何其他治療都不屬於 Blue Shield TotalDual Plan 的承保範圍。

無論您有任何牙科護理需求（包括向計劃專科醫生諮詢），都必須聯絡 PCD。PCD 負責提供一般牙科護理服務，並且會協調或安排轉診到其他必要的計劃專科醫生。計劃必須授權此類轉診。

會員共付額

您開始治療前，您的牙醫會設計符合您個人需要的治療計劃。最好能在開始治療前先與您的牙醫討論您的治療計劃與財務責任。

承保的牙科服務會免費由網絡內牙醫為您提供。如果您選擇去看網絡外牙醫，則不會提供福利，您須負責直接向該牙醫支付全部帳單金額。

如果您需要額外協助以取得有關治療計劃的資訊，請聯絡 DPA 客戶服務部：**(866) 247-2486[聽障和語障專線(TTY)：711]**，服務時間為上午 8:00 至晚上 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



基本保健牙醫選擇

您參保時，必須選擇一位網絡內牙醫擔任您的 PCD。如果您沒有選擇網絡內牙醫，或選擇的網絡內牙醫無法接受您，則 DPA 會要求您選擇其他的網絡內牙醫，或為您指派網絡內牙醫。您可以變更指定給您的網絡內牙醫，請聯絡 DPA 客戶服務部：(866) 247-2486[聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為上午 8:00 至晚上 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務。為確保您的網絡內牙醫會收到通知及 DPA 資格清單正確無誤，變更網絡內牙醫的申請必須在每月 21 號前提出，才能在下個月的 1 號生效。

如果您的牙醫與 Blue Shield TotalDual Plan DPA 不再簽有合約

如果您選擇的網絡內牙醫因為無法履約或違約而無法繼續與 DPA 簽約，或如果 DPA 已終止合約，則 DPA 至少會在該牙醫終止生效日期至少 30 個曆日通知您，讓您能選擇另一位網絡內牙醫。

如果 DPA 通知您因為這個理由而必須選擇另一位網絡內牙醫，則 X 光造影及其他記錄的複製與移轉費用將可豁免。而且，即將終止的網絡內牙醫將完成(a)已取得最終牙模的局部假牙或全口假牙，且(b)每顆已開始牙科作業的牙齒上進行的全部作業（例如在牙齒已準備好時交付牙冠）。

急症牙科護理

此計劃不支付急症牙科護理服務的福利。

取得牙科護理的第二專家意見

如果您不同意您網絡內牙醫所做的診斷和/或治療計劃判定或有這方面的疑問，您可要求取得第二專家意見。DPA 也可能會要求您取得第二專家意見，確認牙科治療或福利適用的必要性與適當性。

第二意見將由取得執照的牙醫依您病況的性質適當及時提供。如果要求涉及緊急與嚴重的健康威脅個案時，將會特急處理(只要可能，便會在收到要求後 72 小時內核准或拒絕授權)。如需有關取得第二專家意見授權程序與時程的協助或其他資訊，請致電 DPA 客戶服務部：866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為上午 8:00 至晚上 8:00；10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天（假日除外）服務，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五服務；或致函 DPA。

除非獲得 DPA 的授權，否則只能由網絡內的其他牙醫診所提供第二專家意見。若網絡內沒有適當的合格牙醫可提供第二專家意見，DPA 將授權由網絡外服務提供者提供。DPA 只會支付其已同意或核准的第二意見費用。若 DPA 決定不核准第二意見，便會寄書面通知給您。如果您不同意此判定，您可向 Blue Shield TotalDual Plan 提出上訴。如欲取得更多詳情，請參閱以下的 *申訴與上訴* 一節。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



福利協調

本計劃提供福利時不會考量任何其他團體保險 保單或任何其他團體健康福利計劃的承保，但前提是該其他保單或計劃承保 牙科護理以外的服務或費用。此外，按本計劃由 專科醫生或網絡外牙醫提供的福利會與這些其他團體 牙科保險保單或任何團體牙科福利計劃進行協調。將依據 合約所訂規則決定哪一個保單或計劃應優先適用。

如果本計劃是次要計劃，將支付以下項中的較低金額：

- 如果沒有任何其他牙科福利承保時本計劃將要支付的金額，或；
 - 在福利必須屬於本計劃承保的範圍下，
- 會員依主要牙科福利計劃應支付的自付費用總金額。

會員必須向DPA提供且DPA可向任何 保險公司或其他組織公開或向其取得與會員相關、為管理福利協調所需的任何資訊。DPA應全權裁量 決定是否應依本文所述的福利協調條款向保險公司或其他組織 給予任何補償，如有支付任何這類補償，均視為本合約的福利。DPA應有權向牙醫、會員、保險公司或其他組織（由DPA選擇）追償DPA已支付但超出依本文所述的福利協調條款規定其應付的金額。

申訴與上訴流程

我們給您的承諾不僅限於確保護理品質，也包括治療過程的 品質。治療品質包括從網絡內牙醫提供的專業服務，到我們的電話服務代表與您溝通時是否有禮貌。如果您有關於資格、牙科服務或索賠遭拒、DPA政策、程序或作業，或網絡內牙醫提供之牙科服務品質的任何疑問或投訴，都有權向Blue Shield TotalDual Plan提出申訴或上訴。若需要獲得有關如何提出申訴或上訴的更多資訊，請參閱第9章，即「如果您有問題或想要投訴時該做什麼（承保決定、上訴、投訴）」。如果您有疑問，請致電DPA：(866) 247-2486[聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為上午8:00至晚上8:00；10月1日至3月31日期間，每週7天（假日除外）服務，4月1日至9月30日期間，週一至週五服務。您也可以聯絡Blue Shield TotalDual Plan會員服務部（電話號碼印於本文件封底）。

牙科HMO計劃的一般排除項目

1. 未於《牙科福利程序表》中具體列出的任何程序。
2. 經網絡內牙醫專業意見認為屬於以下情形的任何程序：
 - a. 根據單顆或多顆牙和/或周圍結構的情況判斷順利治療並合理延長使用壽命的預後不佳，或
 - b. 不符合牙科的一般公認標準。
3. 服務的唯一目的是美容或為因遺傳或發展缺陷而導致的病況，例如顎裂、上下顎畸形、先天性缺牙與變色牙或牙齒缺少琺瑯質。
4. 遺失或失竊的裝置，例如全口或局部義齒與牙冠。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



5. 程序、裝置或修復（如果目的是要改變垂直距離）診斷或治療顫下頷關節(TMJ)異常病況。
6. 活動式裝置的貴重金屬、全口 義齒的金屬或永久軟質基托、陶瓷義齒、活動式局部義齒或固定式局部 義齒的精密支柱牙（上蓋式義齒、植體及與其相關的裝置），及全口義齒與局部假牙的個人化與特徵化。
7. 植體支撐牙齒裝置與覆著體、植體置放、維護、移除及與牙科植體相關的所有其他服務。
8. 非承保福利諮詢。
9. 在指定網絡內牙醫或事先授權牙科專科醫生以外的任何牙科診所接受的牙科服務。
10. 與醫院、門診手術中心、長期護理機構或其他類似護理機構的 辦理入住、使用或入住相關的 所有費用。
11. 處方藥。
12. 與Blue Shield TotalDual Plan會員資格生效前即已開始的任何牙科程序相關而產生的牙科費用。例子包括：即將置放牙冠的牙齒，及已採取牙模進行製作的全口或局部義齒。
13. 肌肉功能與異常功能裝置和/或療法。

F. 社區支援

您可以根據您的個人護理計劃取得支援。社區支援是 **Medi-Cal** 州政府計劃所承保服務或場所的替代服務或場所，不但具醫療適當性，而且符合成本效益。會員可選擇是否接受這些服務。如果您符合資格，這些服務可協助您過著更獨立的生活。它們不會取代您已經由 **Medi-Cal** 獲得的各項福利。

我們提供的社區支援範例包括醫療輔助食品與膳食，或醫療上特別定制的膳食，為您或您的看護人提供協助，或淋浴扶手與坡道。社區支援是 **Blue Shield Promise Health Plan** 向符合條件的 **Medi-Cal** 會員提供的額外服務（非福利）。這些服務為會員提供長期服務與支援(LTSS)以外的支援，以加強與支援會員的護理。這些服務將根據會員的需求和 **Blue Shield Promise Health Plan** 的資格標準而有所不同。需要預先授權。**Blue Shield Promise Health Plan** 為洛杉磯郡與聖地牙哥縣的合格會員提供社區支援：

哮喘治療	對個人的家居環境進行實質的改變，以確保身心健康和安全，或者在急性哮喘發作可能導致住院或尋求急診服務的情況下能夠在家中正常照護。
社區過渡服務/從護理機構過渡到家庭	這有助於會員生活在社區中並避免進一步被送入機構。

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



日間復健計劃	這有助於非機構環境中的 Medi-Cal 會員培養在家居環境中取得成功所需的自助、社交與適應技能。
無障礙環境調適（住家改造）	對居家環境進行實質改造，以確保個人的身心健康與安全，也讓原本需要送入機構的會員能留在家中。
住房押金	會員在尋找、協調、確保住房或資助建立基本家庭所需的單次服務方面獲得幫助。
住房過渡導航服務	會員接受取得住房方面的幫助。
住房租賃與持續性服務	會員在找到住房後獲得維持安全、穩定租賃的幫助。
醫療訂製餐食/醫療支援食品	當攝取足夠的營養對會員獲得健康和保持健康至關重要時，為這些會員提供一定的營養支援，尤其是那些患有慢性病症的會員。
護理機構過渡/轉移到生活輔助機構	這有助於會員生活在社區中或盡可能避免被送入機構。
個人護理與家務服務	會員可以獲得沐浴、穿衣、如廁、走動或進食等日常活動 (ADL) 方面的幫助，對於那些沒有這些支援就無法自行在家生活的會員，則可以獲得準備餐食、採買生活用品與財務管理等個人護理服務方面的幫助。
療養護理（醫療喘息）	為不再需要住院但仍需要從傷病中恢復的人提供短期住宿護理，這包括在不穩定的生活環境中可能惡化的心理健康狀況。
為 Medi-Cal 會員的看護人提供的喘息服務	為那些需要間歇性暫時監督的 Medi-Cal 會員的照護人員提供短期、非醫療的護理服務。
出院後短期住房	提供有高度醫療需求或有行為障礙且沒有住所的會員在離開所住醫院或住宅護理機構後立即有個能繼續康復的地方。
戒酒中心	為那些常因酗酒或吸毒而倒在公共場合的人提供一個安全且可提供援助的地方來慢慢清醒，並幫助那些無家可歸或生活不穩定的人，否則他們就有可能被送入急診室或監獄。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



如果您需要協助或想瞭解可以為您提供哪些社區支援，請撥打：(800)452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711）或致電您的醫療保健服務提供者。

會員須知

- 請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電您所在地區的 Blue Shield Promise Health Plan 客戶服務部：洛杉磯：(800) 605-2556／聖地牙哥：(855) 699-5557
- 致電醫療保健方案處(HCO)：(800)430-4263（聽障和語障專線：(800)430-7077）
- 瀏覽醫療保健服務部的網站以瞭解更多資訊：
<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

G. 在我們計劃之外承保的福利

我們不承保以下服務，但可以透過 Original Medicare 或 Medi-Cal 按服務收費方式獲得這些服務。

G1.加州社區過渡(CCT)

加州社區過渡(CCT)計劃利用當地前導設施來幫助符合資格，已在入住機構中連續居住至少 90 天的 Medi-Cal 受益人過渡回歸到並安全地留在社區環境中。CCT 計劃將資助過渡前與過渡後 365 天內的過渡協調服務，幫助保險受益人重返社區環境。

您可以從為您所居住縣提供服務的任何 CCT 前導機構獲得過渡協調服務。您可以在衛生保健服務部網站找到 CCT 前導機構及其服務縣的清單，網址為：

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

CCT 過渡協調服務

Medi-Cal 會支付過渡協調服務費用。您無需為這些服務支付任何費用。

與您的 CCT 過渡無關的服務

醫療服務提供者會將您所接受服務費用的帳單寄給我們。我們的計劃將會支付在您過渡後所接受服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

當您獲得 CCT 過渡協調服務時，我們將會為福利表 D 節所列出的服務支付費用。

藥物承保福利不會變更

CCT 計劃並不包括藥物承保。您將繼續透過我們的計劃獲得正常的藥物福利。如需瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

附註：如果您需要非 CCT 過渡護理，請致電您的護理協調員來安排服務。非 CCT 過渡護理是與您從機構或機構過渡至家中無關的護理。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



G2.Medi-Cal 牙科計劃

某些牙科服務可透過 Medi-Cal 牙科計劃獲得。更多資訊請瀏覽 SmileCalifornia.org 網站。Medi-Cal 牙科包括但不限於以下服務：

- 初步檢查、X 光造影、洗牙與含氟治療
- 補牙與牙冠
- 根管治療
- 部分及全口假牙、調整、修復與假牙重襯

如需瞭解更多有關 Medi-Cal Dental 中提供的牙科福利資訊、或是在尋找可接受 Medi-Cal 的牙醫方面需要幫助，請聯絡客戶服務熱線：1-800-322-6384（聽障和語障人士可致電 1-800-735-2922）。這是免付費電話。Medi-Cal 牙科代表可在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助。您也可以瀏覽網站 smilecalifornia.org/，以瞭解更多資訊。

在洛杉磯縣，您可以透過牙科管理式護理(DMC)計劃取得 Medi-Cal 牙科福利。如果您想瞭解更多有關 Medi-Cal 牙科計劃的資訊，或想要更改計劃，請聯絡醫療保健方案處(Health Care Options)：1-800-430-4263（聽障和語障人士可致電 1-800-430-7077），辦公時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。這是免付費電話。DMC 聯絡方式也可在這裡取得：
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx, <http://www.hpsm.org/dental>

附註：我們的計劃提供額外的牙科服務。請參閱福利表 **D 節**，以瞭解更多資訊。

G3.臨終關懷

如果您的醫療服務提供者與臨終關懷醫療主任確定您的預後已達晚期，您有權選擇臨終關懷服務。這表示，您患有絕症並且預計只剩 6 個月或更少的生命時間。您可以從 Medicare 認證的任何臨終關懷計劃獲得照護。計劃必須幫助您找到 Medicare 認證的臨終關懷計劃。您的臨終關懷醫生可以是網絡醫療服務提供者，也可以是網絡外服務提供者。

請參閱福利表 **D 節**。以瞭解更多有關在您接受臨終關懷護理服務時，我們會幫您支付哪些費用的資訊。

對於臨終關懷護理服務以及屬於 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保範圍並與您晚期預後相關的服務

- 臨終關懷醫療服務提供者會將您的服務費帳單寄給 Medicare。Medicare 會支付與您晚期預後相關臨終關懷服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

對於屬於 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保範圍並與您晚期預後不相關的服務

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 醫療服務提供者會將您的服務費帳單寄給 Medicare。Medicare 將會支付由 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保的服務費用。您無需為這些服務支付任何費用。

對於我們計劃 Medicare D 部分福利可能承保的藥物

- 藥物絕對不會同時屬於臨終關懷與我們計劃的承保範圍。如需瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。

附註：如果您患有嚴重疾病，可能符合條件接受緩和療護，緩和療護以團隊為基礎，提供以病人與家庭為中心的護理，以改善您的生活品質。您可以同時接受緩和療護及治療/常規護理。請參閱以上緩和療護一節，瞭解更多資訊。

附註：如果您需要非臨終關懷護理，請致電您的護理協調員部來安排服務。非臨終關懷是與您晚期預後無關的護理。

G4.居家支援性服務(IHSS)

- IHSS 計劃將協助支付為您提供的服務費用，以便您可以安全地留在自己的家中。IHSS 視為是看護中心或住宿護理機構等住家外護理的替代方案。
- 可透過 IHSS 授權的服務類型包括打掃房屋、準備食物、洗衣、生鮮食物採買、個人護理服務（如大小便護理、沐浴、梳理與輔助醫療服務）、陪同赴診以及對精神障礙患者的保護性監護。
- 您的護理協調員可以幫助您向您所在縣的社會服務機構申請 IHSS。您也可以致電洛杉磯 IHSS 辦公室：(888) 944-4477 及聖地牙哥 IHSS 辦公室：(800) 339-4661 進行申請。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



G5.1915(c)居家型與社區型服務(HCBS)豁免計劃

生活輔助豁免計劃(ALW)

- 生活輔助豁免計劃(ALW)為符合 Medi-Cal 資格的保險受益人提供居住在生活輔助環境中的選項，作為長期安置在護理機構中的替代方案。ALW 的目標是為急需入住護理機構的保險受益人提供便利，使其可從護理機構過渡到類似家庭與社區環境，或避免其入住專業護理機構。
- 已參保 ALW 的會員可繼續維持 ALW 的參保資格，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的 ALW 護理協調機構合作，以協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 ALW。您可以在這裡找到可以為您協調 ALW 計劃護理的當地機構：
dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf。

加州發展障礙人士 HCBS 豁免計劃(HCBS-DD)

發展障礙人士加州自行判定計劃(SDP)豁免計劃

- 目前有兩種 1915(c)豁免計劃，即「HCBS-DD 豁免計劃」與「SDP 豁免計劃」，可為確診為發育性障礙的人士提供服務，這些服務會於個人 18 歲生日前開始，並預計將無限期持續下去。這兩項豁免計劃都是資助某些服務的一種方式，讓罹患發展障礙的人士可居住在家中或社區裡，而非僅能住在持照的醫療機構中。這些服務的費用都將由聯邦政府的 Medicaid 計劃與加州共同資助。您的護理協調員可幫助您聯絡發展障礙(DD)豁免計劃服務。

居家型與社區型服務替代方案(HCBA)豁免計劃

- HCBA 豁免計劃為有可能被安置在看護中心或機構的人提供護理管理服務。該護理管理服務會由一個包含護士與社工的多專業管理團隊提供。該團隊負責協調豁免與州計劃服務（如醫療、行為健康、居家支援性服務等），並安排當地社區提供其他的長期服務與支援。護理管理與豁免計劃服務會在參與者的社區住宅提供。這些住處可以是私人所有，也可以是透過承租者租賃安排而來，或者參與者家庭成員的住處。
- 已參保 HCBA 豁免計劃的會員可繼續維持 HCBA 豁免計劃的參保資格，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的 HCBA 豁免計劃機構合作，以協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 HCBA。
 - 根據您在洛杉磯縣的郵遞區號，Partners in Care 或 Access TLC 可能是您當地的 HCBA 機構。如欲瞭解哪個機構可協助您居住的郵遞區號地區，請瀏覽：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)

- 請致電 Partners in Care，電話：(800) 251-6764
- 請致電 Access TLC，電話：(800) 852-9887
- San Ysidro Health 是聖地牙哥縣當地的 HCBA 機構。請致電 San Ysidro Health，電話：(833) 503-5910，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。

Medi-Cal 豁免計劃(MCWP)

- Medi-Cal 豁免計劃(MCWP)為 HIV 感染者提供全面的健康個案管理和直接護理服務，以作為專業護理機構護理或住院治療的替代方案。「個案管理」是一種以參與者為中心的團隊作業方式，該團隊是由註冊護士與社會工作個案經理組成。個案經理會與參與者、基本保健服務提供者、家人、看護人及其他服務提供者合作，評估護理需求，以便讓參與者留在家中與社區。
- MCWP 的目標為：(1) 為原本可能需要機構服務的愛滋病毒感染者提供居家與社區服務；(2) 協助參與者進行愛滋病毒健康管理；(3) 改善獲得社會與行為健康支援的途徑；(4) 與醫療服務提供者進行協調，避免重複多餘的服務。
- 已參保 MCWP 豁免計劃的會員可繼續維持 MCWP 豁免計劃的參保資格，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的 MCWP 豁免計劃機構合作，以協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 MCWP。愛滋病區域資訊與評估系統(ARIES)開放時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00（太平洋時區）。如需聯絡服務窗口：
 - 請致電 1-866-411-ARIES(2743)或
 - 傳送電子郵件至 aries@cdph.ca.gov 向 ARIES 服務窗口提出請求，並註明您的姓名、機構、電話號碼及疑問/問題。請勿包含任何客戶資訊。

多元化長者服務計劃(MSSP)

- 多元化長者服務計劃(MSSP)同時提供社會與醫療保健管理服務，幫助個人可以留在自己家中與社區。
- 雖然大多數計劃參與者也接受居家支援性服務，但多元化長者服務計劃仍提供持續的護理協調，將參與者與其他所需的社區服務與資源聯絡起來，與醫療保健服務提供者協調，並購買一些無法以其他方式獲得的所需服務，以防止或延遲被送入機構。護理管理與其他服務的年度總費用必須低於在專業護理機構接受護理的費用。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 一支由健康與社會服務專業人員組成的團隊會為每一位 **MSSP** 參與者提供全面的健康與社會心理評估，以確定所需的服務。團隊會與 **MSSP** 參與者、其醫師、家人及其他人合作，共同制定個人護理計劃。服務包括：
 - 護理管理
 - 成人日間護理
 - 簡單的房屋維修/保養
 - 輔助性生活家務瑣事、個人護理與保護性監護服務
 - 喘息服務
 - 交通服務
 - 諮詢與治療服務
 - 餐食服務
 - 溝通服務。
- 已參保 **MSSP** 豁免計劃的會員可繼續維持 **MSSP** 豁免計劃的參保資格，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的 **MSSP** 提供者合作，以協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請 **MSSP**。要查找您所在區域的 **MSSP** 提供者，您可以透過撥打電話 1-800-510-2020 聯絡加州老齡化服務部，或至加州老齡化服務部網站的「Find Services in My County」頁面上選擇您所在的縣，網址如下：
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G6.我們計劃外提供的縣行為健康服務（心理健康和物質濫用障礙服務）

您可以獲得 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 承保，有醫療必要性的行為健康服務。我們提供 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 管理式護理承保的行為健康服務。我們的計劃不提供 **Medi-Cal** 專科心理健康或縣政府提供的物質濫用障礙服務，但您可以透過縣行為健康機構獲得這些服務。

如果您符合獲得精神健康專科服務的標準，可以透過縣政府的心理健康計劃(MHP)獲得 **Medi-Cal** 精神健康專科服務。您所在縣的 MHP 提供的 **Medi-Cal** 精神健康專科服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支持服務
- 日間密集治療
- 日間復健

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 危機介入處理
- 危機穩定
- 成人住院治療服務
- 危機住院治療服務
- 精神病健康機構服務
- 精神病住院病人醫院服務
- 目標個案管理
- 治療式行為服務
- 加強護理協調
- 加強居家服務

如果您符合接受這些服務的標準，您可以透過您的縣行為健康機構獲得 Drug Medi-Cal 安排的提供系統服務。您所在縣提供的 Drug Medi-Cal 服務包括：

- 密集門診治療服務
- 圍產期住宿物質濫用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉治療計劃
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）

Drug Medi-Cal 安排的交付系統服務包括：

- 門診治療服務
- 密集門診治療服務
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 住院治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉治療計劃
- 復健服務部

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 護理協調

除了上面列出的服務外，如果您符合標準，也可能獲得自願住院戒毒服務。

行為健康服務的可用性

您可以享受一系列的綜合服務。您可以自行轉診至簽約的醫療服務提供者，也可以由您的 PCP 與家人等提出轉診。取得服務時「不會走錯門」。您可以聯絡以下機構尋求協助，以取得服務：

- 縣政府危機與轉診熱線（請參閱本手冊第 2 章 K 節，以查詢電話號碼與辦公時間）
- 洛杉磯縣公共衛生部物質濫用預防與控制（請致電 888-742-7900，聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時）
- 聖地牙哥縣行為健康服務、物質濫用障礙服務（請致電 888-724-7240，聽障和語障專線：711），服務時間為每週 7 天，每天 24 小時）
- Blue Shield TotalDual Plan 行為健康熱線（請參閱本《會員手冊》第 2 章 D 節以查詢電話號碼與辦公時間）
- Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部（電話號碼與辦公時間位於本頁底部）

判訂醫療必要性服務的流程

醫療必要性由具有適當執照的醫療服務提供者決定。Blue Shield TotalDual Plan和縣政府皆使用醫療必要性標準，此份標準由行為健康專家與其他利益相關者制定，並且符合監管要求。

Blue Shield TotalDual Plan與縣之間的轉診流程

如果您正在接受Blue Shield TotalDual Plan或縣政府的服務，可以被轉診至符合您需求的其他醫療機構。Blue Shield TotalDual Plan或縣政府可以致電接受轉診的醫療機構為您辦理轉診。此外，提出轉診的醫療服務提供者將填寫轉診表格，並將表格發送給接受轉診的醫療機構。

問題解決方案程序

如果您與縣政府或Blue Shield TotalDual Plan之間出現爭議，您仍將繼續接受具有醫療必要性的行為健康護理（包括處方藥），直到爭議解決為止。Blue Shield TotalDual Plan已與縣政府合作制定及時的解決流程，並且不會對您需要獲得的服務造成不利影響。您也可以使用Blue Shield TotalDual Plan或本縣的上訴流程，具體取決於與您發生爭議的醫療機構。

H. 不屬於我們計劃、Medicare 或 Medi-Cal 承保範圍的福利

此節將告訴您哪些是被我們的計劃排除在外的福利。「排除」是指我們不會為這些福利支付任何費用。Medicare 與 Medi-Cal 也不會為這些福利支付任何費用。

下面列出了我們在任何情況下都不會承保的一些服務與項目，以及我們僅在某些情況下會將其排除的一些服務與項目。

我們不會為於此節（或本《會員手冊》中任何其他地方）所列出被排除在外的醫療福利支付任何費用，但在某些特定條件下除外。即使您是在急診機構接受該服務，計劃也不會支付任何服務費

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



用。如果您認為我們的計劃應支付未承保服務的費用，您可以請求上訴。如需有關上訴的資料，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。

除了在福利表中所說明的任何除外項目或限制項目外，我們的計劃也不承保以下項目與服務：

- 根據 Medicare 與 Medi-Cal，不被視為「合理且具有醫療必要性」的服務（除非它們被列為承保服務）。
- 實驗性醫療與外科治療、項目及藥物，除非是 Medicare、Medicare 核准的臨床調查研究或我們的計劃承保。請參閱您的《會員手冊》第 3 章，以瞭解更多有關臨床研究的資訊。實驗性治療與項目是指醫學界普遍未接受的治療與項目。
- 病態性肥胖症的手術治療，除非具有醫療必要性且 Medicare 支付該費用。
- 醫院的私人病房，除非具有醫療必要性。
- 私人看護
- 醫院或護理機構病房內的個人物品，例如電話或電視。
- 在您家裡的全職看護。
- 您的直系家屬或家中成員提供照顧而收取的費用。
- 選擇性或自願性的增強程序或服務（包括減重、生髮、性能力、運動表現、美容目的、抗老化與精神表現），但若具有醫療必要性則不在此限。
- 整容手術或其他美容程序作業，除非是因為意外受傷或為改善身體的畸型部位。但是，我們支付乳房切除術後，進行乳房再造使之與另一側乳房相匹配的治療費用。
- 脊椎矯正護理，但不包括符合承保範圍準則的徒手推拿脊椎矯正
- 例行性足部護理，福利表 D 節所述的足科服務除外
- 矯正鞋，除非鞋子是腿部支架的一部份並包括在支架費用中，或鞋子是供有糖尿病足部疾病的人使用。
- 足部支撐裝置，但供糖尿病足部疾病的人使用的矯正鞋或治療用鞋除外。
- 放射狀角膜切開術、LASIK 外科手術與其他弱視輔具。
- 絕育復原程序。
- 自然療法服務（使用自然療法或替代治療）。
- 向在退伍軍人管理局(VA)機構之退伍軍人提供的服務。不過，若退伍軍人在 VA 醫院接受急症服務，但 VA 費用分攤比我們計劃的費用分攤更多，我們會向退伍軍人補償此差額。您仍應負責支付您的費用分攤金額。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



第5章：取得您的門診處方藥

簡介

本章將介紹取得門診處方藥的相關規則。這些藥物是由您的醫療服務提供者為您訂購，您可以從藥房或透過送貨到府服務取得。這些包括了由 **Medicare D** 部分與 **Medi-Cal** 承保的藥物。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

儘管在本章沒有討論，但我們還承保了以下藥物：

- **Medicare A 部分承保的藥物**。這些藥物通常包括您在醫院或護理機構使用的藥物。
- **Medicare B 部分承保的藥物**。這些藥物包括某些化療藥物、前往診所或其他醫療服務提供者處看診時給您注射的某些藥物，以及在透析診所時給您施用的藥物。要瞭解更多有關 **Medicare B** 部分承保哪些藥物的資訊，請參閱您《會員手冊》**第 4 章**中的福利表。
- 除了計劃的 **Medicare D** 部分與醫療福利承保範圍外，如果您參保了 **Medicare** 臨終關懷計劃，您的藥物也可能屬於 **Original Medicare** 的承保範圍。如需更多資訊，請參閱您的會員手冊**第 5 章 F 節**「如果您參加了 **Medicare** 認證的臨終關懷計劃」。

我們計劃的門診藥物承保範圍規則

只要您遵守此節的規則，本計劃通常會承保您的藥物。

您必須請醫療服務提供者（醫生、牙醫或其他處方開立者）為您開立必須在適用州法律下有效的處方箋。這個醫生通常會是您的基本保健服務提供者(PCP)。如果您的 **PCP** 將您轉診接受護理服務，則也有可能是其他醫療服務提供者。

您的處方開立者必須不在 **Medicare** 的除外項目或限制項目清單或任何類近的 **Medi-Cal** 清單上。

您通常必須使用合約藥房配取您的處方藥。或者，您可以透過計劃的送貨到府服務配取處方藥物。

您的處方藥必須在我們計劃的《承保藥物清單》上。我們簡稱為「**藥物清單**」。（請參閱本章 **B 節**。）

- 若藥物未列在《**藥物清單**》上，我們也許能透過例外處理為您承保該藥物。
- 如需瞭解更多關於要求例外處理的資訊，請參閱**第 9 章**。
- 還請注意，您的處方藥承保申請將根據 **Medicare** 及 **Medi-Cal** 的標準進行評估。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



您的藥物必須用於醫療上可接受的適應症。這表示，該藥物的用途經食品藥物管理局核准或有特定醫學參考文獻支持。您的處方開立者可能會幫您找到可支持該處方藥使用請求的醫學參考文獻。將藥物用於治療某病症若未經 **FDA** 核准或沒有參考文獻支持，則該病症被稱為「仿單標示外」適應症。因藥物是用於「仿單標示外」適應症，而非醫學上認可的適應症，故不屬於承保福利，除非該「仿單標示外」使用在得到 **CMS** 核准的任一參考書籍上被引用。

您的藥物可能需要批准，我們才會承保該藥物。請參閱本章 **C** 節。

目錄

A. 配取處方藥	129
A1.在合約藥房配取您的處方藥	129
A2.請在配取處方藥時出示您的會員識別卡.....	129
A3.如果換了一家合約藥房該怎麼做	129
A4.如果您的藥房退出網絡了該怎麼做.....	129
A5.使用專科藥房	129
A6.使用送貨到府服務取得您的藥物	130
A7.取得藥物的長期供應.....	131
A8.使用不在計劃網絡內的藥房	132
A9.退還您的處方藥費用	132
B. 我們計劃的《藥物清單》	132
B1.在我們《藥物清單》上的藥物.....	132
B2.如何查找在《藥物清單》上的藥物.....	133
B3.不在我們《藥物清單》上的藥物	133
B4.《藥物清單》費用分攤層級	134
C. 某些藥物的限制	135
D. 您的藥物可能無法被承保的原因	136
D1.取得臨時供應	136
D2.要求臨時供應	137



D3. 要求作例外處理.....	137
E. 藥物承保範圍的變更	138
F. 特殊個案藥物承保.....	140
F1. 在我們計劃承保入住的醫院或專業護理機構.....	140
F2. 在長期護理機構住院	140
F3. 參保 Medicare 認證的臨終關懷計劃.....	140
G. 藥物安全與藥物管理計劃	140
G1. 幫助您安全使用藥物的計劃.....	141
G2. 協助您安全管理藥物的計劃.....	141
G3. 安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃.....	142



A. 配取處方藥

A1. 在合約藥房配取您的處方藥

大多數情況下，只有在我們任何一家合約藥房配藥時，我們才會支付該處方藥費用。合約藥房是同意為我們的計劃會員配藥的藥房。您可以使用我們的任何一家合約藥房。

要尋找合約藥房，可以查看我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》、瀏覽我們的網站或聯絡客戶服務部。

A2. 請在配取處方藥時出示您的會員識別卡

要配取處方藥，請在您選擇的合約藥房出示您的會員識別卡。合約藥房會將您的承保處方藥帳單寄給我們，向我們收取我們對該藥物的分攤費用。

請記住，您需要 Medi-Cal 卡或福利識別卡(BIC)才能獲得 Medi-Cal Rx 承保藥物。

如果您配取處方藥時沒有攜帶您的會員識別卡或福利識別卡(BIC)，請要求藥房致電給我們以取得所需資訊，或者您可以要求藥房查找您的計劃參保資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時可能必須支付全額費用。您可於事後要求我們將我們分攤的部分退款給您。**如果您無法支付藥物費用，請立即聯絡客戶服務部。**我們會盡我們所能給予您幫助。

- 如欲要求我們退款給您，請參閱您的《會員手冊》第 7 章。
- 如果您在配取處方藥需要協助，請聯絡客戶服務部。

A3. 如果換了一家合約藥房該怎麼做

如果您換了一家藥房且需要加配處方藥，您可以要求醫療服務提供者開立新處方，或者如果您的續配藥物次數還有剩餘，可要求原藥房將處方轉到新藥房。

如果您在更換您的合約藥房方面需要協助，請聯絡客戶服務部。

A4. 如果您的藥房退出網絡了該怎麼做

如果您一直在使用的藥房退出我們計劃的網絡，您必須重新找一家合約藥房。

要尋找新的合約藥房，可以查看我們的《藥房名錄》、瀏覽我們的網站或聯絡客戶服務部。

A5. 使用專科藥房

有時候處方藥必須在專科藥房配取。專科藥房包括：

- 供應藥物供居家輸液治療的藥房。
- 向在長期護理機構住院的人供應藥物的藥房，例如：護理機構。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。**如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。**



- 一般來說，長期護理機構都有自己的藥房。如果您生活在長期護理機構，我們確保您能在機構的藥房買到您需要的藥物。
- 如果您的長期護理機構藥房不屬於我們網絡的一部分，或您在長期護理機構取得藥物方面遇到困難，請聯絡客戶服務部。
- 為 Indian Health Care Provider (IHCP)與 Urban Indian Organization (UIO) Pharmacies Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program 提供服務的藥房。除非是緊急情況，否則只有美國原住民或阿拉斯加原住民才能使用這類藥房。
- 配發食品藥物管理局(FDA)限制只能在特定地點使用，或需要特別處理、醫療服務提供者協調或需要使用教育的藥物之藥房。（附註：這種情況應該較罕見。）

要尋找專科藥房，可以查看我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》、瀏覽我們的網站或聯絡客戶服務部。

A6.使用送貨到府服務取得您的藥物

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡內送貨到府服務。一般來說，透過送貨到府服務提供的藥物都是您因為慢性或長期疾病而定期服用的藥物。**無法**透過計劃的送貨到府服務購買的藥物，在我們的《藥物清單》上會標示 NDS 符號。

我們計劃的送貨到府服務可讓您訂購最多 100 天供應量的層級 1 至 4 承保藥物：100 天供應量與 1 個月供應量的共付額相同：

透過送貨到府配取處方藥

如需瞭解更多有關透過送貨到府服務配取處方藥的資訊，請撥打本手冊封底的客戶服務部電話。如果您使用的送貨到府服務不在我們計劃的網絡內，則您的處方藥將不會得到承保。

一般來說，透過送貨到府服務配送的處方藥會在 5 天內收到。如果您的送貨到府處方藥訂單出現延遲，您將收到通知。如果您對此有任何疑問，請致電(856) 208-4665 聯絡 Amazon Pharmacy，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障和語障人士可致電 711。如有需要，Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部將協助您從當地零售合約藥房獲得足夠的藥物供應，這樣在您的送貨到府藥物抵達前就不會缺藥了。這可能需要聯絡您的醫師，讓他/她透過電話或傳真向零售合約藥房開立新的處方，以便在您收到送貨到府藥物前購買到所需數量的藥物。

如果從送貨到府服務提供者訂購處方藥之日起，延遲超過 5 天，且延遲的原因是藥物在郵寄過程中遺失，Amazon Pharmacy 客戶服務部可協調更換訂單。

送貨到府流程

對於從您身上或從您的醫療服務提供者診所直接獲得的新處方，以及您續配的送貨到府處方，送貨到府服務皆有不同的處理程序。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



1. 藥房從您那裏獲得新處方

藥房會自動配製並寄送從您那裏獲得的新處方。

2. 藥房從您的醫療服務提供者診所獲得的新處方

藥房得到醫療保健服務提供者提供的處方箋後就聯絡您，確認您是否要馬上配藥或過些時間再配藥。

- 這讓您有機會確認藥房將遞送正確的藥物（包括強度、數量與劑型），如有必要，在開立帳單及寄送藥物前可允許您取消或延遲訂單。
- 每次藥房聯絡您時請務必回覆，讓藥房知道如何處理新的處方箋並避免寄送時間延遲。

3. 送貨到府處方藥物的續配

對於您的藥物補充，您可以選擇登記參加一項自動補充計劃。參加這項計劃時，我們會在記錄顯示您的藥物應該快要用完時，自動開始處理您接下來要補充的藥物。

- 藥房會在每次寄送補充藥物時聯絡您，確定您需要更多藥物，但如果您的藥物還足夠或您的藥物有更改，您可以取消預定補充的藥物。
- 如果您選擇不使用我們的自動補充計劃，請在您現有藥物即將用完前 14 天聯絡藥房，確保您下一次的郵購訂單能及時送達。

如欲退出我們自動準備送貨到府藥物的計劃，請致電(856) 208-4665聯絡Amazon Pharmacy，服務時間為每週7天，每天24小時。聽障和語障人士可致電711。

為了讓藥房在寄送前能先聯絡您確認訂單，請務必讓藥房知道最能聯絡到您的方式。請確定本 Blue Shield TotalDual Plan 始終擁有您最新的聯絡資訊。如果您需要更新電話號碼或地址，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 會員服務部進行更新（電話號碼在本手冊封底）。

A7.取得藥物的長期供應

您可以從我們計劃的《藥物清單》上取慢性疾病藥物的長期供應。慢性疾病藥物是指您因慢性或長期病況而定期服用的藥物。

我們網絡中有某些藥房允許您取得慢性疾病藥物的長期供應。100 天供應量與 1 個月供應量的共付額相同：您的《醫療服務提供者與藥房名錄》會告訴您哪些藥房可向您提供慢性疾病藥物的長期供應。您也可以打電話給客戶服務部以瞭解更多資訊。

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡送貨到府服務來取得維持型藥物的長期供應。請參閱 A6 節，以瞭解更多有關送貨到府服務的資訊。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



A8. 使用不在計劃網絡內的藥房

一般來說，只有當您無法使用合約藥房時，我們才會承保您在網絡外藥房配取的藥物。我們有位於服務區域外的合約藥房，您能以我們的計劃會員的身份從這些合約藥房購買處方藥。在這些情況下，請先詢問護理協調員或客戶服務部，瞭解附近是否有合約藥房。

在下列情況下，我們會承保您在網絡外藥房配取的處方藥：

- 如果您因為在合理的開車距離內沒有 24 小時服務的網絡內藥房，以致無法及時在服務區域內取得承保藥物。
- 如果您想要配取的處方藥物不是合格網絡內零售或郵寄服務藥房通常會有存量的藥物(這類藥物包括孤兒藥、高價與獨特藥，或其他專科藥物)。
- 有些在您醫生診所施打的疫苗不屬於 Medicare B 部份承保範圍，且無法合理自網絡內藥房取得，這類疫苗可能會按我們的網絡外使用規定提供承保。
- 在網絡外藥房配取的處方藥限補給 30 天的承保藥物。

A9. 退還您的處方藥費用

如果您必須使用網絡外藥房，您通常必須在取得處方藥時支付全額費用，而非共付額。您可於事後要求我們將我們的分攤費用退還給您。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 承保處方藥的全額費用，一旦 Medi-Cal Rx 支付了處方藥費用，您可能會從藥房獲得補償費用。或者，您也可以提交「Medi-Cal 自付費用補償 (Conlan)」索賠申請，要求 Medi-Cal Rx 將費用退還給您。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站：[medi-cal rx.dhcs.ca.gov/home/](https://medi-cal.rx.dhcs.ca.gov/home/)。

要瞭解更多有關這方面的資訊，請參閱《會員手冊》第 7 章。

B. 我們計劃的《藥物清單》

我們有一份《承保藥物清單》。我們簡稱為「藥物清單」。

此《藥物清單》上的藥物是由醫生與藥劑師組成的團隊協助本計劃挑選。《藥物清單》上也說明了您該遵守哪些規定才能取得您的藥物。

當您遵守了我們在本章所述的規定時，我們通常會承保我們的計劃《藥物清單》上的藥物。

B1. 在我們《藥物清單》上的藥物

我們的《藥物清單》包括了由 Medicare D 部分承保的藥物。

您從藥房購買的大多數處方藥皆受您計劃的承保。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如：一些非處方(OTC)藥物與某些維他命。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站(medi-calrx.dhcs.ca.gov)以瞭解更多

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲取處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人識別卡(BIC)。

我們的《藥物清單》包括品牌藥、學名藥與生物製品（可能包括生物相似性藥品）。

品牌藥是指以藥物製造商擁有的商標名銷售的處方藥。生物製品是比典型藥物更為複雜的藥物。在我們的《藥物清單》中，當我們提及「藥物」時，它可能是指藥物或生物製品。

學名藥由與品牌藥相同的活性成分組成。生物製品有稱作生物相似性藥品的替代品。一般來說，學名藥和生物相似性藥品的療效和品牌藥或原生物製品相當，但費用通常比較便宜。許多品牌藥都有學名藥替代品，而一些原生物製品則有生物相似性藥品替代品。一些生物相似性藥品是可互換的生物相似性藥品，並且視乎州法律，可能可以在藥房替代原生物製品，而無需新處方，就像學名藥可以替代品牌藥一樣。

請參閱第 12 章，以瞭解可能列於《藥物清單》的藥物類型定義。

B2. 如何查找在《藥物清單》上的藥物

想知道您所服用的藥物是否在我們的《藥物清單》上，您可以：

- 瀏覽我們計劃的網站：blueshieldca.com/medformulary2025。網站上始終會提供最新的《藥物清單》。
- 請致電客戶服務部確認特定藥物是否列於本計劃的《藥物清單》，或可索取一份清單副本。
- 不屬於 D 部分承保範圍的藥物可能由 Medi-Cal Rx 承保。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)以瞭解更多資訊
- 可透過 blueshieldca.com/medicare 登入您的會員入口網站網站使用我們的「Real Time Benefit Tool」或致電客戶服務部。使用該工具，您可以搜尋《藥物清單》上的藥物，並估算您將支付的費用，以及《藥物清單》上是否有可治療相同病症的替代藥物。
- 如何取得處方價格查詢工具
 - 建立或登入您的網上會員賬戶。
 - 前往 myblueshield，然後點擊「福利」下方的藥房。
 - 至「查詢我的處方價格」，點擊「查詢我目前的處方藥」。

B3. 不在我們《藥物清單》上的藥物

我們並不承保所有的處方藥。有些藥物不在我們的《藥物清單》上，因為法律不允許我們承保那些藥物。在其他情況下，我們決定不將某種藥物列入《藥物清單》。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

我們的計劃不會支付此節中所述藥物種類的費用。這些藥物被稱為**排除藥物**。如果您取得了排除藥物的處方，可能需要自己支付費用。如果您認為我們應根據您的病情支付排除藥物的費用，可以提出上訴。請參閱您的《會員手冊》**第 9 章**，以瞭解更多有關上訴的資訊，

以下為排除藥物的三條一般規定：

1. 我們計劃的門診藥物承保（包括 **Medicare D** 部分）不會支付 **Medicare A** 部分或 **Medicare B** 部分已承保的藥物。我們的計劃免費承保 **Medicare A** 部分或 **Medicare B** 部分承保的藥物，但這些藥物不被視為您門診處方藥福利的一部分。
2. 我們的計劃無法承保在美國與其領地以外購買的藥物。
3. 欲將任何藥物用來治療您的病情，需獲得食品藥物管理局核准或有特定醫學參考文獻支持。您的醫生或其他醫療服務提供者可能會開立某種藥物來治療您的病症，儘管這種藥物並沒有被核准用於治療您的病症。這被稱作「仿單標示外使用」。我們的計劃通常不承保仿單標示外使用的處方藥。

此外，根據法律規定，**Medicare** 或 **Medi-Cal** 不承保以下所列的藥物類型。

- 用於促進生育的藥物
- 用於舒緩咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容或增進毛髮生長的藥物
- 處方維他命與礦物質產品，但產前維他命與氟化物*製劑除外
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 用於治療厭食症、幫助減輕或增加體重的藥物
- 某公司生產的門診藥物，且該公司規定您必須接受由其提供的檢查或服務。

*特定產品可能由 **Medi-Cal** 承保。請瀏覽 **Medi-Cal Rx** 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以瞭解更多資訊。

B4. 《藥物清單》費用分攤層級

我們《藥物清單》上的每種藥物都會分為五種費用分攤層級。層級是一組類型大致相同的藥物（如品牌藥、學名藥或非處方藥）。一般來說，費用分攤層級愈高，您的藥物費用就愈高。

- 費用分攤層級 1：首選學名藥（最低的費用分攤層級）– 包括首選學名藥。
- 費用分攤層級 2：學名藥 – 包括學名藥與生物相似性藥品。
- 費用分攤層級 3：首選品牌藥 – 包括首選品牌藥、生物相似性藥品與一些學名藥。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 費用分攤層級 4：非首選品牌藥 – 包括非首選品牌藥、生物相似性藥品與一些學名藥。
- 費用分攤層級 5：專科層級藥物（最高費用分攤層級）– 包括可能需要特殊處理和/或密切監控的極高價品牌藥、生物相似性藥品與學名藥。

要瞭解您的藥物在哪個費用分攤層級，請查我們《藥物清單》上的藥物。

在您的《會員手冊》第 6 章會對這些藥物每個層級的費用進行說明。

C. 某些藥物的限制

對於特定處方藥，有特殊規則限制我們的計劃如何及何時可提供承保。一般來說，我們的規則會鼓勵您取得對您的病況具有作用，而且安全有效的藥物。若安全、費用較低的藥物在醫療上的效用與費用較高藥物相同時，我們希望您的醫療服務提供者開立費用較低的藥物。

如果您的藥物有任何特殊規則，這通常是指您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟，我們才會承保該藥物。例如，您的醫療服務提供者可能必須先告訴我們您的診斷或提供血液檢驗結果。如果您或您的醫療服務提供者認為我們的規則不適用於您的情況，可以要求我們作例外處理。我們不一定會同意讓您不必採取額外步驟便能使用該藥物。

要瞭解更多有關要求例外處理的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。

1. 在有學名藥或可互換生物相似性藥品版本可用時，會限制使用品牌藥或原生物製品

一般來說，學名藥或可互換生物相似性藥品的作用與品牌藥或原生物製品相同，而費用通常比較低。大多數情況下，品牌藥或原生物製品若有學名藥或可互換生物相似性藥品版本時，我們的合約藥房就會向您提供學名藥或可互換生物相似性藥品版本。

- 當有學名藥版本時，我們通常就不會承保品牌藥或原生物製品。
- 不過，如果您的醫療服務提供者已告訴我們醫療原因，即學名藥或可互換生物相似性藥品對您沒有作用，我們就會承保該品牌藥。

2. 事先取得計劃核准

有些藥物是您或您的處方開立者必須先向我們的計劃取得同意，您才可以配取處方藥。如果您沒有取得我們的核准，我們可能不會承保此項藥物。

3. 先嘗試不同的藥物

一般情況下，我們希望您在我們承保價格較高的藥物之前，先試用價格較低但同樣有效的藥物。例如，如果 A 藥物和 B 藥物都能治療同一種病況，本計劃可能會規定您必須先嘗試 A 藥物。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



如果 A 藥物對您沒有效用，本計劃就會承保 B 藥物。這種先嘗試不同藥物的規定稱為「漸進式療法」。

4. 數量限制

對於某些藥物，您可以領取的藥物數量會有限制。這稱為藥量限制。例如，我們可能會限制您每次可以配取多少處方藥。

要瞭解上述規則是否有任何一項適用您在服用或想服用的藥物，請查看《藥物清單》。如需最新資訊，請致電會員服務部或在我們的網站 blueshieldca.com/medformulary2025 上查找。如果您因任何上述原因而不同意我們的承保決定，可以提出上訴。請參閱您的《會員手冊》第 9 章。

D. 您的藥物可能無法被承保的原因

我們會盡力承保對您最有效的藥物，但有時藥物承保的方式可能不是您想要的。例如：

- 我們的計劃並沒有承保您想服用/使用的藥物。藥物可能不在我們的《藥物清單》上。我們可能承保該藥物的學名藥版本，但不是您想要服用/使用的品牌藥版本。藥物可能是新藥，我們尚未對其安全性與有效性進行審查。
- 我們的計劃承保該藥物，但有特殊的承保規則或限制。如上節所說明，我們計劃承保的某些藥物有限制使用的規則。在某些情況下，您或您的處方開立者可能會要求我們作例外處理。

如果藥物的承保方式不是您想要的，您可以做幾件事。

D1. 取得臨時供應

在某些情況下，當您的藥物不在《藥物清單》上或有任何限制時，本計劃可以向您提供該藥物的臨時供應。這讓您有時間與您的醫療服務提供者討論獲取其他藥物或要求我們承保該藥物。

如欲獲得藥物臨時供應，您必須滿足下列兩項規定：

1. 您一直在服用的藥物：
 - 不再列於我們的《藥物清單》上或
 - 從未列於我們的《藥物清單》上或
 - 現在受到某種限制。
2. 您必須處於這些情況之一：
 - 您去年加入了我們的計劃。
 - 我們承保日曆年前 90 天內的臨時藥物供應。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 此臨時供應量最多 30 天。
- 如果您的處方箋寫的天數比較少，我們會允許多次續配，以提供最多 30 天的藥物。您必須在合約藥房配取藥物。
- 長期護理藥房可能會一次提供比較少的處方藥數量，以避免浪費。
- 您新加入我們的計劃。
 - 我們將承保您在我們計劃中成為會員最初 90 天內的臨時藥物供應。
 - 此臨時供應量最多 30 天。
 - 如果您的處方箋寫的天數比較少，我們會允許多次續配，以提供最多 30 天的藥物。您必須在合約藥房配取藥物。
 - 長期護理藥房可能會一次提供比較少的處方藥數量，以避免浪費。
- 如果您已加入我們的計劃超過 90 天，住在長期護理機構，並立即需要供應：
 - 我們會承保一次 31 天的藥物供應，或者如果您的處方箋寫的天數比較少，則供應量也少。這是在上述臨時供應量以外提供的供應量。

D2. 要求臨時供應

如欲要求臨時供應藥物，請致電客戶服務部。

當您獲得藥物的臨時供應量時，請與您的醫生討論臨時供應量用完時該怎么做。您的選擇如下：

- 改用另一種藥物。

我們計劃可能承保另一種適合您的藥物。致電會員服務部，索取治療相同病症的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

或

- 要求作例外處理。

您或您的醫療服務提供者可以要求我們作例外處理。例如：您可以要求我們承保不在我們《藥物清單》上的藥物或是要求我們無限制地承保該藥物。如果您的醫療服務提供者指出您有正當的醫療原因可要求我們作例外處理，他們可以協助您進行申請。

D3. 要求作例外處理

如果您服用/使用的某種藥物明年將從我們的《藥物清單》中移除或受到某種限制，我們允許您在明年之前要求作例外處理。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

- 我們會告訴您有關明年藥物承保範圍的任何變化。要求我們作例外處理，按您希望的方式承保隔年的藥物費用。
- 我們將在收到您的例外處理請求（或您的處方開立者的佐證聲明）後 72 小時內給您答覆。

要瞭解更多有關例外處理的資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章。

如果您在要求例外處理方面需要幫助，請聯絡客戶服務部。

E. 藥物承保範圍的變更

大部分藥物承保範圍的變更會在 1 月 1 日發生，但我們可能會在一年當中在《藥物清單》上新增或移除藥物。我們可能也會變更我們的藥物規則。例如，我們可能會：

- 決定某種藥物必須要有或不必有預先核准（預先授權）（需獲得我們的許可才能取得藥物）。
- 增加或變更您可以取得的藥物量（藥量限制）。
- 新增或變更某種藥物的漸進式治療限制（您必須嘗試過某種藥物後，我們才會承保另一種藥物）。

如需更多有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱 C 節。

如果您正在服用/使用的藥物在年初時屬於承保範圍，我們通常一直到年底都不會移除或變更該藥物的承保，除非：

- 某種新的、更便宜的藥物上市，其作用與現在《藥物清單》上的藥物一樣，或者
- 我們瞭解到某種藥物並不安全，或者
- 市場上停售了某種藥物。

如果您正在服用的藥物承保範圍更改會怎樣？

如需瞭解更多有關《藥物清單》變更後情況的資訊，您可以隨時：

- 請上網查看我們目前的《藥物清單》，網址：
blueshieldca.com/medformulary2025 或
- 請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，詢問我們目前《藥物清單》資訊。

我們可能會對《藥物清單》做出的變動，而該些變動會在本計劃年度期間影響您

《藥物清單》的有些變動是即時的。例如：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 新的學名藥問世。有時剛上市的新學名藥或生物相似性藥品效力與目前《藥物清單》上某種品牌藥或原生物製品一樣。有這種情形時，我們可能會移除該品牌藥並新增此學名藥，但您要支付的新藥物費用會維持不變。

當我們新增新的學名藥時，我們也可能會決定將品牌藥保留於清單中，但變更其承保規則或限制。

- 我們可能不會在變更前先通知您，但我們會在變更時立即寄給您特定的變更資訊。
- 您或您的醫療服務提供者可以對這類變更要求「例外處理」。我們會寄通知給您，告訴您要採取哪些步驟申請例外處理。請參閱此《會員手冊》的**第 9 章**，以瞭解更多有關例外處理的資訊。

市場上停售了某種藥物。如果美國食品與藥物管理局(FDA)表示您目前服用的藥物並不安全或沒有效，或藥物製造商將藥物下市，我們可能會立即將該藥物自《藥物清單》移除。如果您正在服用該藥物，我們會在進行變更後寄送通知給您。您的處方開立者也會知道這項變更，並會與您合作，找出適合您情況的另一種藥物。

我們可能會有影響您所服藥物的其他變更。我們會提前告訴您在我們《藥物清單》上的其他變更。發生以下情形時可能會有這類變更：

- FDA 對某種藥物提出新的指引或有新的臨床準則。

發生這類變更時，我們會：

- 在我們變更我們的《藥物清單》時，至少 30 天前告訴您，**或者**
- 讓您知道並在您要求續配時提供您藥物的 30 天供應量。

這將使您有時間與您的醫生或其他處方開立者討論。他們可以幫助您決定：

- 《藥物清單》上是否有您可以改服/改用的類似藥物，**或者**
- 您是否應該對這類變更要求例外處理，以繼續承保該藥物或您一直服用的藥物版本。要瞭解更多有關要求例外處理的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 9 章**。

我們可能會對《藥物清單》做出的變動，而該些變動不會在本計劃年度期間影響您

我們可能會對您服用的藥物（上面未有描述，且現在不會影響您）進行變更。對於這些變更，如果您正在服用/使用的藥物在**年初**時屬於承保範圍，我們通常**一直到年底**都不會移除或變更該藥物的承保

例如，若我們將您正在使用的藥物從清單上移除或是限制其使用，該變更並不會影響到您年度剩餘日子的藥物使用。

如果您正在使用的藥物發生上述任何一種變更（上一節中指出的變更除外），更改會一直到下個年度 1 月 1 日才會影響您的使用。

我們不會在今年直接告訴您這些類型的變更。您必須查看下個計劃年度的《藥物清單》（當清單在開放參保期提供時），確認下個計劃年度是否有會影響您的變更。

F. 特殊個案藥物承保

F1. 在我們計劃承保入住的醫院或專業護理機構

如果您入住我們計劃承保的醫院或專業護理機構，我們通常會承保您入住期間的處方藥費用。您不需支付任何共付額。您離開醫院或專業護理機構後，只要您的藥物符合我們的所有承保規則，我們都會承保該藥物。

F2. 在長期護理機構住院

一般來說，長期護理機構，例如療養院，會有自己的藥房，或可以向所有住院的人供應藥物的藥房。如果您住在長期護理機構，只要該機構的藥房在我們的網絡中，您都可以透過該藥房取得您的處方藥。

請查看您的《醫療服務提供者與藥房名錄》，確認您長期護理機構的藥房是否屬於我們網絡的一部份。如果不是或者您需要瞭解更多資訊，請聯絡客戶服務部。

F3. 參保 Medicare 認證的臨終關懷計劃

藥物絕對不會同時屬於臨終關懷與我們計劃的承保範圍。

- 您可能會參保 Medicare 臨終關懷計劃並需要特定藥物（例如抗噁心、緩瀉劑、止痛藥或抗焦慮等藥物），而臨終關懷計劃並不承保該些藥物，因為它們與您的晚期疾病及相關病症無關。在該情況下，我們的計劃必須收到處方開立者或您臨終關懷醫療服務提供者的通知，指出藥物不相關後，才能承保該藥物。
- 為避免延遲收到任何我們的計劃應該承保的非相關藥物，您可以要求您的臨終關懷醫療服務提供者或處方開立者確保我們已收到藥物非相關通知，之後再至藥房配取您的處方藥。

如果您退出臨終關懷護理，我們的計劃會承保您的全部藥物費用。為避免您的 Medicare 臨終關懷福利結束時藥房有任何延遲，您應該攜帶文件到藥房，確認您已退出臨終關懷計劃。

請參閱本章前面介紹我們的計劃所承保藥物的部分。請參閱您的《會員手冊》第 4 章，以瞭解更多有關臨終關懷福利的資訊。

G. 藥物安全與藥物管理計劃

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



G1. 幫助您安全使用藥物的計劃

每次您配取處方藥時，我們都會查找任何可能存在的問題，如用藥錯誤或是該藥物：

- 可能是非必要的藥物，因為您正在服用/使用另一種治療同一種病症的類近藥物
- 對您的年齡或性別來說可能不安全
- 同時服用時可能會對您有害
- 含有您會或可能會過敏的成份
- 鴉片類止痛藥的用量不安全

如果我們發現您的處方藥使用可能有問題，我們會與您的醫療服務提供者一起改正該問題。

G2. 協助您安全管理藥物的計劃

我們有一項計劃可以幫助有複雜健康需求的會員。在這種情況下，您可能有資格透過藥物治療管理(MTM)計劃免費獲得服務。本計劃屬於自願性質且是免費的。該計劃可幫助您與您的醫療服務提供者確保您的藥物能夠改善您的健康狀況。如果您符合參與該計劃的條件，藥劑師或其他健康專業人員將對您的所有藥物進行全面的審查。

- 如何從您服用的藥物中獲得最大的益處
- 您的任何顧慮，如藥物費用與藥物反應
- 如何正確地用藥
- 您對於處方藥與非處方藥的任何疑問或問題

之後，他們會給您：

- 一份關於本次討論的書面摘要。此摘要會有用藥行動計劃，會建議您可以做什麼來充分利用您的藥物。
- 一份個人藥物清單，列出您正在服用的所有藥物以及您為何服用的原因。
- 有關安全處置受管制處方藥的資訊。

最好與處方開立者討論一下您的用藥行動計劃與藥物清單。

- 請您去就診時或任何您要諮詢醫生、藥劑師及其他醫療保健服務提供者時，攜帶您的用藥行動計劃與藥物清單。
- 您去醫院或急診室時也請攜帶您的藥物清單。

本 MTM 屬於自願性質並免費向符合條件會員提供。如果我們有適合您需要的計劃，我們會為您參保該計劃並寄送資訊給您。如果您不想參加，請讓我們知道，我們會讓您退出本計劃。

如有任何關於這些計劃的疑問，請聯絡客戶服務部。

G3.安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃

我們制定有計劃，幫助會員安全使用其鴉片類處方藥，或其他經常遭到濫用的藥物。這個計劃稱為藥物管理計劃(DMP)。

如果您使用的鴉片類藥物來自多個處方開立者或多間藥房，或是如果您最近鴉片類藥物使用過量，我們可能會與您的處方開立者討論，確保您的使用適當且具醫療必要性。與您的處方開立者討論後，若我們認為您在鴉片類 benzodiazepine 處方藥的使用上並不安全，我們可能會限制您取得這類藥物的方式。相關限制可能包括：

- 要求您向某些藥房和/或某位處方開立者取得您所有藥物的處方藥。
- 對我們為您承保的那些藥物設定數額限制。

如果我們認為應該為您設立以上一項或多項限制規定，我們會事先以郵寄信函通知您。信中會告訴您我們是否會限制這些藥物的承保範圍，或是否要求您只能從特定的醫療服務提供者或藥房獲取這些處方藥。

您也將有機會告訴我們您比較喜歡哪位處方開立者或哪家藥房，以及您認為我們需要瞭解的任何重要資訊。如果我們在您回覆後決定限制這些藥物的承保範圍，我們會向您寄送另一封確認限制的信函。

如果您認為我們弄錯了，您不認為您有濫用處方藥的風險或您不同意該限制，您和您的處方開立者有權向我們提出上訴。如果您提出上訴，我們會審查您的個案並把我們的決定結果告訴您。如果我們繼續拒絕您就這些藥物取得限制所提出的任何上訴，我們會自動將您的個案發送給獨立審查組織(IRO)。（要瞭解更多有關上訴與 IRO 的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。）

如果您有下列情形，DMP 可能不適用於您：

- 患有某些疾病，如癌症或鐮刀型紅血球疾病，
- 正在接受臨終關懷、姑息治療、臨終護理或
- 住在長期護理機構中



第6章：您需要支付的Medicare與Medi-Cal Medicaid處方藥費用

簡介

本章將介紹您需要支付的門診處方藥費用。我們在此說的「藥物」是指：

- Medicare D 部分的處方藥，以及
- Medi-Cal Rx 承保的藥物與項目。

由於您符合 Medi-Cal 的資格，您可獲得由 Medicare 提供的「額外協助」以支付您 Medicare D 部分處方藥的費用。

額外協助是 Medicare 的一項計劃，可幫助收入與資訊有限的民眾降低 Medicare D 部分的處方藥費用，例如保費、自付額與共付額。額外協助也被稱為「低收入補助」或「LIS」。

其他關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

要瞭解更多有關處方藥的資訊，可在這些地方查找：

- 我們的《承保藥物清單》。
 - 我們將之稱為「藥物清單」。其中會跟您說明：
 - 我們會為哪些藥物支付費用
 - 每種藥物分別屬於五種層級中的哪一級
 - 藥物是否有任何限制
 - 如果您需要我們的《藥物清單》副本，請致電客戶服務部。您也可以在我们的網站上找到最新的《藥物清單》，網址：
blueshieldca.com/medformulary2025。
 - Blue Shield TotalDual Plan 承保了大部分能從藥房取得的處方藥。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如：一些非處方(OTC)藥物與某些維他命。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)以瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal Rx 客戶服務中心：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲取處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人福利識別卡(BIC)。
- 您的《會員手冊》第 5 章。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 該章介紹該如何透過我們的計劃取得您的門診處方藥。
- 內容還包括了您應該遵守的規則。它也會說明我們計劃不承保哪些類型的處方藥。
- 當您使用計劃的「Real Time Benefit Tool」查詢藥物承保範圍時（請參閱第 5 章 B2 節），所顯示的費用是「即時」提供的，這表示該工具中顯示的是反映當下時間點的費用，可讓您預估可能要支付的自付費用。您可以致電您的護理協調員或客戶服務部以瞭解更多資訊。
- 我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》。
 - 在大多數情況下，您必須使用合約藥房取得承保藥物。合約藥房是同意與我們計劃合作的藥房。
 - 《醫療服務提供者與藥房名錄》上會列出我們的合約藥房。請參閱您的《會員手冊》第 5 章，以瞭解更多有關合約藥房的資訊。

目錄

A. 福利說明(EOB).....	145
B. 如何記錄您的藥物費用.....	145
C. 您無需為一個月或長期的藥品供應支付任何費用.....	147
C1.您的藥房選擇.....	147
C2.取得某種藥物的長期供應.....	147
D. 疫苗接種.....	148
D1.接種疫苗前的注意事項.....	148



A. 福利說明(EOB)

我們的計劃會記錄您的處方藥。我們會記錄兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您或他人代您支付的處方藥費用。這包括您在獲得承保 D 部分藥物時所支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，還有由 Medicare、僱主或工會健康計劃、印第安人健康服務處、愛滋病藥物援助計劃與慈善機構的「額外協助」為您的藥物支付的任何費用。
- 您的**總計藥物費用**。這是為您的承保 D 部分藥物支付的總額。這包括計劃支付的費用，以及其他計劃或組織為您的承保 D 部分藥物支付的費用。

當您透過我們的計劃取得處方藥時，我們會向您寄送一份稱作《福利說明》的摘要。為簡短起見，我們稱其為「EOB」。EOB 並非帳單。EOB 提供有關您服用的藥物的更多資訊。您可以與開立處方的醫生討論這些費用較低的選項。EOB 內容包括：

- **月份資訊**。本摘要會註明您上個月取得了哪些處方藥。還會列出總藥費、本計劃已支付費用、您自行支付及其他人代替您支付的費用。
- **年度迄今資訊**。將註明您自 1 月 1 日以後的總計藥費與總支付款項。
- **藥物價格資訊**。藥物的總價格以及自首次配取藥物以來藥物價格的任何百分比變化。
- **成本更低的替代藥物**。如果有，則會出現在目前藥物下方的摘要中。您可以詢問處方開立者以瞭解詳細資訊。

我們承保 Medicare 不承保的藥物。

- 這些藥物的費用不會計入您的自付費用總額中。
- 您從藥房購買的大多數處方藥皆在本計劃的承保範圍內。Medi-Cal Rx 可能承保其他藥物，例如：一些非處方(OTC)藥物與某些維他命。請瀏覽 Medi-Cal Rx 網站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 以瞭解更多資訊。您也可以致電 Medi-Cal 客戶服務中心：800-977-2273。透過 Medi-Cal Rx 獲取處方藥時，請攜帶您的 Medi-Cal 受益人福利識別卡(BIC)。
- 要瞭解我們的計劃承保哪些藥物，請參閱我們的《藥物清單》。

B. 如何記錄您的藥物費用

為了記錄您的藥物費用及您支付的藥物款項，我們會使用從您與您的藥房取得的記錄。您可以透過以下方式幫助我們：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



1. 使用您的會員識別卡。

每次配取處方藥時請出示您的會員識別卡。這能幫助我們瞭解您配取了什麼處方藥及所支付的費用。

2. 確保我們有所需的資訊。

向我們提供您支付承保藥物的收據副本。您可以要求我們將藥物費用退還給您。

發生以下幾種情況時，您應該將您的收據副本提供給我們：

- 您在合約藥房購買承保藥物時，以特價或不屬於我們計劃福利的折扣卡支付費用。
- 您支付共付額的藥物是藥廠病人援助計劃提供的藥物。
- 您的承保藥物是在網絡外藥房購買的
- 您支付了承保藥物的全額費用

如需更多有關要求我們把藥物費用還給您的資訊，請先閱讀您的《會員手冊》第 7 章。

3. 把其他人幫您支付費用的資訊寄給我們。

某些其他人與組織支付的款項也會計入您的自付費用中。例如，AIDS 藥物援助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務以及大多數慈善機構所支付的款項都會計入您的自付費用中。

4. 核對我們寄給您的 EOB。

當您收到郵寄的 EOB 時，請仔細確認其是否完整且正確。

- 您是否能辨識每間藥房的名稱？檢查日期。您是在那天取得藥物的嗎？
- 您有拿到上面列的藥物嗎？是否與您收據上列出的藥物相符？藥物是否與醫生開立的處方一致？

如需瞭解更多資訊，您可以致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部或參閱 Blue Shield TotalDual Plan 的《會員手冊》。您可以在我們的網站上找到很多問題的答案：
blueshieldca.com/medicare。

如果您在本摘要上發現錯誤該怎麼辦？

若在 EOB 上有令人困惑或似乎不太對的地方，請致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。您可以在我們的網站上找到很多問題的答案：blueshieldca.com/medicare。

發現可能的詐欺時該怎麼辦？

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



如果摘要中顯示了您未服用/使用的藥物或任何其他您認為可疑的內容，請聯絡我們。

- 請致電 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務中心與我們聯絡。
- 或是致電 Medicare：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。您可每週 7 天，每天 24 小時都可免費撥打這些電話號碼。
- 如果您懷疑醫療服務提供者或取得 Medi-Cal 服務的人有詐欺、浪費或濫用行為，您有權加以舉報，請撥免費保密電話 1-800-822-6222。其他舉報 Medi-Cal 詐欺行為的方式可在下列網址找到：
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您認為有哪裡出錯或是缺失，或有任何疑問，請致電客戶服務部。請妥善保管這些 EOB。這些報告是您藥物費用的重要記錄。

C. 您無需為一個月或長期的藥品供應支付任何費用

只要您遵守我們的規則，透過我們的計劃，您就無需為承保藥物支付任何費用。

C1. 您的藥房選擇

您對藥物支付多少費用視您從哪裡取得藥物而定：

- 合約藥房或
- 網絡外藥房。僅在少數情況下，我們才會承保在網絡外藥房配取的處方藥。請參閱您的《會員手冊》第 5 章，以瞭解我們何時這麼做。
- 送貨到府的藥房。

請參閱《會員手冊》第 9 章，瞭解如果您得知某種藥物不屬於承保範圍時該如何提出上訴。要瞭解更多有關這些藥房選擇的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章和我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》。

C2. 取得某種藥物的長期供應

對於某些藥物，您配取處方藥物時可以取得長期供應（也稱為「延長供應」）。長期供應量是指 100 天供應量。您無需為長期供應量支付任何費用。

若需要獲得在哪裡與如何取得藥物長期供應的詳細資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章或我們的《醫療服務提供者與藥房名錄》。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



D. 疫苗接種

關於疫苗費用的重要資訊：一些疫苗被視為醫療福利，並在 Medicare B 部分的承保範圍內。其他疫苗則被視為 Medicare D 部分藥物。您可以在本計劃的承保藥物清單（保險內處方集）找到這些疫苗。我們的計劃承保大多數成人 Medicare D 部分疫苗，您無需支付任何費用。請參閱您計劃的《承保藥物清單》（《保險內處方集》）或聯絡客戶服務部以詢問有關特定疫苗的承保範圍與分攤費用詳情。

我們 Medicare D 部分疫苗接種的承保範圍分為兩個部分：

1. 承保範圍的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗是處方藥。
2. 承保範圍的第二部分是**為您接種疫苗**的費用。例如，有時醫生會為給您注射疫苗。

D1. 接種疫苗前的注意事項

建議您每次計劃要接種疫苗時，打電話給我們的會員服務部。

- 我們可以告訴您我們的計劃如何承保您的接種疫苗。



第7章：要求我們支付您收到的承保服務或藥物帳單

簡介

本章會告訴您如何及何時將帳單寄給我們並要求付款。它還告訴您在您不同意承保決定時該如何進行上訴。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 要求我們為您接受的服務或藥物支付費用	150
B. 向我們提出付款請求	153
C. 承保決定	154
D. 上訴	154



A. 要求我們為您接受的服務或藥物支付費用

您不應該收到網絡內服務或藥物的帳單。我們的網絡醫療服務提供者必須在您接受您的承保服務及藥物後，向計劃收取費用。網絡醫療服務提供者是與健康計劃合作的醫療服務提供者。

我們不允許 Blue Shield TotalDual Plan 的醫療服務提供者就這些承保服務與藥物向您收取費用。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並保護您免支付任何費用。

如果您收到醫療保健或藥物全額費用的帳單，請不要支付帳單，而是將其寄給我們。有關寄送帳單給我們的資訊，請參閱第 7 章 B 節。

- 如果該服務或藥物屬於承保範圍，我們會直接支付款項給醫療服務提供者。
- 若該服務或藥物屬於承保範圍，而您已支付帳單，您有權利要求退還款項。
 - 如果您支付了由 Medicare 承保的服務，我們會退款給您。
- 如果您已為所接受的 Medi-Cal 服務付費，如符合以下所有條件，您可能資格獲得補償（退款）：
 - 您所接受的服務是我們應負責支付費用的 Medi-Cal 承保服務。對於非由 Blue Shield TotalDual Plan 承保的服務，我們不會補償您。
 - 您是在成為 Blue Shield TotalDual Plan 的合格會員後才接受該承保服務。
 - 您是在接受承保服務日期起的一年內要求退款。
 - 您提供已支付承保服務的付款證明，例如由醫療服務提供者開立、附有詳細說明的收據。
 - 您是接受來自 Blue Shield TotalDual Plan 網絡內註冊 Medi-Cal 的醫療服務提供者的承保服務。如果您是接受急救護理、家庭生育計劃服務，或其他 Medi-Cal 允許網絡外服務提供者在沒有事先核准（預先授權）下即可進行的服務，您無需符合這項條件。
- 如果該承保服務通常需要事先核准（預先授權），您應提供醫療服務提供者能顯示該承保服務醫療必要性的證明。
- Blue Shield TotalDual Plan 將透過名為「行動通知」的信函，通知您他們是否會退款。如果您符合上述所有條件，註冊 Medi-Cal 的醫療服務提供者應全額退還您所支付的金額。如果醫療服務提供者拒絕退款，Blue Shield TotalDual Plan 會全額退還您所支付的金額。我們將在收到索賠申請後的 45 個工作日內退款給您。如果該醫療服務提供者在 Medi-Cal 註冊，但是不屬於我們的網絡且拒絕退款，Blue Shield TotalDual Plan 會將款項退還給您，但是最多僅退還 FFS Medi-Cal 會支付的金額。Blue Shield TotalDual Plan 將全額退還您為急診服務、家庭生育計劃服務，或 Medi-Cal 允許網絡外服務提供者在沒有事先核

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



准下即可進行的其他服務所支付的自付費用金額。如果上述條件中您有一項不符合，我們不會退款給您。

- 如果您有以下情況，我們不會退款給您：
 - 您要求並且已接受非由Medi-Cal承保的服務，例如整容服務。
 - 服務並非屬於Blue Shield TotalDual Plan的承保服務。
 - 您前往就診的醫生不接受Medi-Cal，且您簽署了一份表格，表示您無論如何都要看該醫生而且您將為所接受服務自行付費。
- 若服務或藥物不屬於我們的承保範圍，我們會告訴您。

如有任何疑問，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。如果您不知道您本來應該支付哪些費用，或您收到帳單但不知道該怎麼處理這些帳單，我們都可以提供協助。如果您想提供我們更多有關已向我們寄出的付款要求的資訊，也可以打電話給我們。

下列例子是您可能必須要求我們退款給您或支付您收到帳單款項的情況：

1. 當您從網絡外醫療服務提供者獲得急症或急需的醫療護理時

要求醫療服務提供者向我們請款。

- 如果您在接受護理時已支付了全額費用，可要求將我們的分攤費用退還給您。將帳單與付款證明寄給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應該支付的款項。將帳單與付款證明寄給我們。
 - 如果應該支付醫療服務提供者任何款項，我們會直接向該醫療服務提供者付款。
 - 如果您對服務支付的金額已經超過您的分攤費用，我們會確認您應該支付多少金額，然後把我們的分攤費用退還給您。

2. 當網絡醫療服務提供者寄帳單給您時

網絡醫療服務提供者必須始終向我們收費。當您獲得任何服務或取得處方時，請務必出示您的會員識別卡；但是網絡醫療服務提供者有時會出錯，要求您為服務支付費用，或要求您支付的金額超過您的分攤費用。**如果您收到任何帳單**，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡**客戶服務部**或您的護理協調員。

- 由於我們會支付您的服務的全部費用，因此您無需支付任何費用。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的任何費用。
- 每次您收到網絡醫療服務提供者的帳單時，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並解決該問題。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。**如需瞭解更多資訊**，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您已經向網絡醫療服務提供者支付了 **Medicare** 承保服務的帳單，請將帳單與任何您付款的證明寄給我們。我們會把您已付金額與我們的計劃規定您應付金額間的差額退還給您。

3. 如果您是追溯性地參保我們的計劃

有時候您在我們計劃的參保是有追溯性的。（這表示，您參保的第一天是已經過去的時間。甚至可能是去年的事。）

- 如果您是追溯性地參保，且您支付帳單是在參保日期之後，您可以要求我們退款給您。
- 將帳單與付款證明寄給我們。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥

如果您使用網絡外藥房，您支付了處方藥的全額費用。

- 僅在少數情況下，我們才會承保在網絡外藥房配取的處方藥。請在您要求我們退款給您時，把收據副本寄給我們。
- 如需瞭解更多網絡外藥房的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 5 章。
- 我們可能不會退還您在網絡外藥房支付的藥物費用與我們對網絡內藥房承保的費用兩者之間的差額。

5. 當您因為沒有攜帶您的會員識別卡而支付 **Medicare D** 部分處方藥的全額費用

如果您沒有攜帶您的會員識別卡，您可以要求藥房來電聯絡我們或查看您的計劃參保資訊。

- 如果藥房無法立即獲得資訊，您可能需要支付處方藥的全額費用，或是攜帶您的會員識別卡返回藥房。
- 請在您要求我們退款給您時，把收據副本寄給我們。
- 如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

6. 當您支付了非承保處方藥的全額 **Medicare D** 部分費用

您可能因某處方藥不屬於承保範圍而要支付其全額費用。

- 該藥物可能不在我們網站的《承保藥物清單》（《藥物清單》）上，或該藥物可能有您不知道或您認為應該不適用於您的要求或限制。如果您決定要取得該藥物，您可能必須支付全額費用。
 - 如果您不支付藥物費用，認為應該由我們承保，您可以要求我們做出承保決定。（請參閱您的《會員手冊》第 9 章。）

- 如果您與您的醫生或其他處方開立者都認為您需要立即（24小時內）獲得藥物，您可以要求我們做出快速承保決定（請參閱您的《會員手冊》第9章。）
- 請在您要求我們退款給您時，把收據副本寄給我們。某些情況下，我們可能需要您的醫生提供更多資訊，以便我們把藥物費用退還給您。如果您支付的價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

當您提出付款請求，我們會查看並決定該服務或藥物是否應該屬於承保範圍。這稱為做出「承保決定」。如果我們的決定是該服務或藥物屬於承保範圍，我們就會支付費用。

如果我們拒絕了您的付款請求，您可以對我們的決定提出上訴。若想瞭解如何提出上訴，請參閱您的《會員手冊》第 9 章。

B. 向我們提出付款請求

將 Medicare 服務的帳單與付款證明寄給我們。付款證明可以是您開立的支票副本或是由醫療服務提供者開立的收據。您不妨將帳單與收據影印一份留作記錄。您可以向護理協調員尋求幫助。您必須在接受服務、項目或藥物之日起一年內將醫療資訊寄送給我們。您必須在接受服務、項目或藥物之日起三年內將您的 D 部分處方藥資訊寄送給我們。

為了確保您向我們提供了做出決定所需的所有資訊，您可以填寫我們的索賠表來要求付款。

- 您不一定要使用該表格，但它能幫助我們更快地處理資訊。
- 您可以從我們的網站取得表格([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com))，或者您可以致電客戶服務部索取表格。

請將您的付款請求連同帳單或收據一併寄到以下地址給我們：

醫療索賠：

Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

D 部份處方藥物索賠：

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

您必須在接受服務、項目或藥物之日起一年內將醫療索賠申請寄送給我們。您必須在接受服務、項目或藥物之日起三年內將您的 D 部分處方藥索賠申請寄送給我們。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)。

C. 承保決定

當我們收到您的付款請求，我們會做出承保決定。這表示，我們會決定我們的計劃是否承保您所接受的服務、項目或藥物。我們還將決定您必須支付的金額（如有）。

- 如果還需要您提供更多資訊，我們會讓您知道。
- 如果我們的決定是該服務、項目或藥物屬於我們計劃的承保範圍，且您遵守了獲得該服務、項目或藥物的所有規定，我們將支付費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會將我們的分攤費用以支票方式郵寄給您。如果您支付了藥物的全額費用，您可能無法獲得全額報銷（例如，如果您在網絡外藥房取得藥物，或如果您支付的現金價格高於我們的協商價格）。如果您尚未付款，我們會直接付款給該醫療服務提供者。

您的《會員手冊》第 3 章說明了讓服務獲得承保的規則。您的《會員手冊》第 5 章會說明讓您的 D 部分處方藥獲得承保的規則。

- 若我們決定不為該服務或藥物支付費用，我們會致函向您說明原因。該信函中還會說明您有權利提出上訴。
- 要瞭解更多有關承保決定的資訊，請參閱第 9 章。

D. 上訴

如果您認為我們駁回您付款請求的決定有誤，您可以要求我們改變決定。這稱為「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，您也可以提出上訴。

正式的上訴過程有詳細的程序與截止日期。要瞭解更多有關上訴的資訊，請參閱《會員手冊》第 9 章：

- 要提出有關取回醫療保健服務費用的上訴，請參閱 F 節。
 - 要提出有關取回藥物費用的上訴，請參閱 G 節。

第8章：您的權利與責任

簡介

本章將介紹您身為我們計劃會員的權利與責任。我們必須尊重您的權利。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。	156
B. 我們有必須確保您及時取得承保服務與藥物的責任	157
C. 我們有保護您的受保護的健康資訊(PHI)的責任	158
C1.我們如何保護您的 PHI	158
C2.您有權查看您的病歷	159
D. 我們有向您提供資訊的責任	159
E. 網絡醫療服務提供者不能直接向您收費	160
F. 您有權退出我們的計劃	160
G. 您有權對自己的醫療保健事宜做出決定	160
G1.您有權瞭解自己有哪些治療方案可選並做出決定	161
G2.如果您無法為自己的醫療保健事宜做出決定，您有權說出您想要的結果。	161
G3.如果沒有遵照您的指示該怎麼做	162
H. 您有權進行投訴並要求我們重新考慮我們做出的決定	162
H1.如何處理不公平待遇或取得更多有關您的權利的資訊	162
I. 您身為計劃會員的責任	163



A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景且便於使用。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，包括阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、簡體中文、繁體中文、波斯語、印地語、苗語、日語、韓語、老撾語、緬語、旁遮普語、俄語、西班牙語、他加祿語、泰語、烏克蘭語、越南語，並以大字版、盲文版或語音等格式提供資料。要取得以上任何一種替代格式，請致電客戶服務部。

如果您無法自我們的計劃獲得格式方便且適合您的資訊，請致電以下單位提出申訴：

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762- 9007

電話：(844) 831-4133（聽障和語障專線 TTY：711）

傳真：(844) 696-6070

電子信箱：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。
- Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。

如果您因為語言方面的問題或因為殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時皆可致電。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室：916-440-7370。聽障和語障人士可致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。

您可以透過會員入口網站更新您希望我們與您聯絡的方式，以及您的種族、族裔、語言、性傾向、性別認同與性別代名詞。該些資訊可幫助我們瞭解您的特定需求與偏好，並提供支援。我們

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



瞭解維護您的個人資訊保密與機密的重要性，因此我們以嚴謹的態度承擔這樣的保密責任。我們已制定政策與程序來管理存取權限，並決定我們會何時以及如何使用這些資料。這些資料不會用來決定您的福利及/或服務承保範圍。我們可能會與您的指定醫療服務提供者分享您的個人語言需求，以助滿足您的醫療保健需求。

B. 我們有必須確保您及時取得承保服務與藥物的責任

您有身為我們計劃會員的權利。

- 您有權從我們的網絡中選擇自己的基本保健服務提供者（PCP）。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。您可以在您的《會員手冊》**第 3 章**找到更多有關哪類醫療服務提供者可以擔任 PCP 以及如何選擇 PCP 的資訊。
 - 想知道更多有關網絡醫療服務提供者與哪些醫生正在接受新患者的資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部或是查看《醫療服務提供者與藥房名錄》。
- 您有權找女性健康專家看診，無需轉診。轉診是指您的 PCP 核准您去找非您的 PCP 之醫療服務提供者看診。
- 您有權在合理時間內從網絡醫療服務提供者取得承保服務。
 - 這包括從專科醫生取得及時服務的權利。
 - 如果您在合理時間內無法獲得服務，我們必須為您的網絡外護理支付費用。
- 您有權在尚未取得預先核准(PA)的情況下接受急症服務或護理。
- 您有權無需長時間等待就可以在我們的任何一間合約藥房配取處方藥。
- 您有權瞭解何時可以使用網絡外醫療服務提供者。如需瞭解更多網絡外醫療服務提供者的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 3 章**。
- 當您首次加入我們的計劃時，若符合某些條件，您有權保留目前的醫療服務提供者與服務授權長達 12 個月。要瞭解更多有關保留您的醫療服務提供者與服務授權的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 1 章**。
- 在護理團隊與護理協調員的幫助下，您有權自己做出醫療保健相關決定。

您的《會員手冊》**第 9 章**說明了如果您覺得無法在合理時間內獲得您的服務或藥物該怎麼辦。它也會說明如果我們已拒絕承保您的醫療護理或藥物，但您不同意我們作的決定時，您該怎麼辦。

C. 我們有保護您的受保護的健康資訊(PHI)的責任

我們按照聯邦法律與州法律的要求保護您的 PHI。

您的 PHI 包含了當您參保我們的計劃時提供給我們的資訊。它還包含了您的病歷與其他醫療與健康資訊。

當其涉及到您的資訊，您有權控管您的 PHI 會如何被使用。我們會提供一份書面通知，說明這些權利並解釋我們如何保護您的 PHI 的隱私。該書面通知稱為「隱私權實施辦法通知」。

可能同意接受敏感性服務的會員無需獲得任何其他會員的授權即可接收敏感性服務或提交敏感性服務索賠申請。Blue Shield TotalDual Plan 會將有關敏感性服務的通信直接寄送到會員指定的替代用郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，或者在沒有指定的情況下，以會員的名義寄送至文件中的地址或電話號碼。未經會員的書面授權，Blue Shield TotalDual Plan 不會向任何其他會員披露與敏感服務相關的醫療資料。Blue Shield TotalDual Plan 將盡量以會員所要求的形式與格式進行保密通訊，但前提是該要求形式與格式很容易做到，或是要在其他地點。會員對敏感性服務的保密通訊申請將一直有效，直到該會員撤銷該請求或提交新的保密通訊申請。如需索取我們「隱私權實施辦法通知」的副本，或要求在您的檔案加入保密通訊，您可以透過以下任一方式提出申請：

1. 前往 blueshieldca.com 並點擊首頁底端的「Privacy」連結。您可以找到「隱私權實施辦法通知」與保密通訊表格。
2. 請撥打 Blue Shield 會員識別卡上的客戶服務部電話號碼。
3. 請撥打 Blue Shield of California 隱私辦公室免付費電話：(888) 266-8080。聽障和語障人士可致電 711。
4. 寄電子郵件給我們：privacy@blueshieldca.com

C1. 我們如何保護您的 PHI

我們會確保非授權人士不能看到或變更您的記錄。

除下列情況外，我們不會將您的 PHI 提供給任何不為您提供護理或支付護理費用的人。如果我們這麼做，我們必須先獲得您的書面許可。您或擁有法定權力可幫您作決定的人都可以提供書面許可。

但有時我們不需要先取得您的書面許可。這些例外情況是因為法律允許或規定：

- 我們必須向檢查護理品質的政府機構公開 PHI。
- 如果法院下令，我們可以提交 PHI，但前提是加州法律允許。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 我們必須將您的 PHI 提供給 Medicare。如果 Medicare 因研究或其他用途而公開您的 PHI，他們將根據聯邦法令與法規執行。

C2. 您有權查看您的病歷

- 您有權查看您的病歷並取得副本。
- 您有權要求我們更新或更正您病歷上的內容資訊。如果您要求我們這麼做，我們會與您的醫療保健服務提供者合作，決定是否應該進行相關變更。
- 您有權知道我們是否以及如何與他人分享您的 PHI。

如果您對於您 PHI 的隱私有任何疑問與顧慮，請致電會員服務部。

D. 我們有向您提供資訊的責任

身為我們計劃的會員，您有權從我們這裡獲取有關我們計劃、我們的網絡醫療服務提供者以及您承保服務的資訊。您也有權就計劃的會員權利與責任提出建議。

如果您不會說英語，我們會提供口譯服務，回答您有關我們計劃的問題。欲申請口譯服務，請致電客戶服務部。這是免費為您提供的服務。這是免費為您提供的服務。《會員手冊》和其他重要資料都有英語之外的其他版本。資料還可以阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、簡體中文、繁體中文、波斯語、印地語、苗語、日語、韓語、老撾語、緬語、旁遮普語、俄語、西班牙語、他加祿語、泰語、烏克蘭語、越南語等不同版本提供。我們也能向您提供大字版、盲人點字版或語音版等格式的資訊。我們必須以某種形式，提供方便您取得且適合您的計劃福利資訊。要向我們索取適合您的資訊格式，請致電客戶服務部。

如果您想瞭解以下資訊，請致電客戶服務部：

- 如何選擇或更換計劃
- 我們的計劃，包括：
 - 財務資訊
 - 計劃會員是如何評價我們的
 - 會員提出申訴的數量
 - 如何退出我們的計劃
- 我們的網絡醫療服務提供者與我們的合約藥房，包括：
 - 如何選擇與更換基本保健服務提供者
 - 我們網絡醫療服務提供者與藥房的資格

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 我們如何向我們網絡醫療服務提供者支付費用
- 承保服務與藥物，包括：
 - 我們的計劃承保的服務（請參閱您的《會員手冊》**第 3 章和第 4 章**）與藥物（請參閱您的《會員手冊》**第 5 章及第 6 章**）
 - 承保範圍與藥物的限制
 - 取得承保服務與藥物時您必須遵守的規則
- 某個項目為何不屬於承保範圍以及您可以如何處理（請參閱您的《會員手冊》**第 9 章**），包括要求我們：
 - 以書面說明為何某項目不屬於承保範圍
 - 改變我們做的決定
 - 支付您收到的帳單

E. 網絡醫療服務提供者不能直接向您收費

我們網絡內的醫生、醫院與其他醫療服務提供者都不能就承保服務要求您支付費用。即便我們支付的費用少於醫療服務提供者的收費，他們也不能向您收取差額。要瞭解在網絡醫療服務提供者試圖向您收取承保服務費用的情況下該如何處理的詳情，請參閱您的《會員手冊》**第 7 章**。

F. 您有權退出我們的計劃

如果您不希望，沒有人能強迫您留在我們的計劃中。

- 您有權透過 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage(MA)計劃獲得您的大部分醫療保健服務。
- 您可以透過處方藥計劃或其他 MA 計劃獲得 Medicare D 部分處方藥福利。
- 請參閱您的《會員手冊》**第 10 章**：
 - 以瞭解更多有關何時可以加入新的 MA 或處方藥福利計劃的資訊。
 - 以瞭解更多有關您退出我們計劃的情況下要如何獲得 Medi-Cal 福利的資訊。

G. 您有權對自己的醫療保健事宜做出決定

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



您有權向您的醫生和其他醫療保健服務提供者取得完整資訊，幫助您在有關自己醫療保健事宜上做出決定。

G1. 您有權瞭解自己有哪些治療方案可選並做出決定

您的醫療服務提供者必須以您能夠瞭解的方式向您說明您的病況以及有哪些治療方案可選。您有權在醫療保健的各個方面獲得尊重的對待，您有權獲得有尊嚴的服務與隱私權。您有權：

- **知道自己有哪些選擇**。您有權被告知所有治療方案，不論費用或福利承保範圍如何。
- **知道有哪些風險**。您有權被告知涉及的任何風險。如果任何服務或治療屬於研究實驗的一部分，我們必須事先告知您。您有權拒絕實驗性治療。
- **取得第二專家意見**。您有權在決定治療方案前徵求另一位醫生的意見。
- **有權說「不」**。您有權拒絕任何治療方案。這包括有權離開醫院或其他醫療機構（即使醫生建議您不要離開）。您有權停止服用處方藥。如果您拒絕治療或停止服用/使用處方藥，我們不會讓您退出我們的計劃。當然，如果您拒絕治療或停止服用藥物，您要對後果完全負責。
- **要求我們說明醫療服務提供者拒絕提供護理的原因**。如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應該取得的護理，您有權得到我們的解釋。
- **要求我們承保我們拒絕承保或通常不會承保的服務或藥物**。這稱為承保決定。您的《會員手冊》第 9 章會說明如何要求我們作承保決定。

G2. 如果您無法為自己的醫療保健事宜做出決定，您有權說出您想要的結果。

有時人們會無法為自己的醫療保健事宜做出決定。在那種情況發生前，您可以：

- **填寫書面表格，授權他人為您的醫療保健事宜做決定。**
- **給您的醫生書面指示**，說明在您無法自己作決定的情況下，您想要醫生如何處理您的醫療保健事宜，其中包括您**不想**接受的護理。

這類您用來做出指示的法律文件稱為「預立醫囑」。有幾種不同類型的預立醫囑，名稱也各不相同。「生命意願書」與「醫療保健委託授權書」等文件都是其中的例子。

您不一定要訂立「預立醫囑」，但您可以這麼做。如果您想用「預立醫囑」提供指示，處理方式如下：

- **取得表格**。您可以從您的醫生、律師、法律服務機構或社會工作者那裡獲取表格。藥房和醫療服務提供者診所通常會有該表格。您也可以在網路上找到免費的表格並下載。您也可以聯絡會員服務部索取表格。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- **填寫表格並簽名。**本表格是份法律文件。您應該考慮請律師或其他您信任的人，如家庭成員或您的 PCP 幫您完成填寫。
- **向需要知道的人提供副本。**您應該提供表格副本給您的醫生。您應該提供表格副本給您指名要為您做決定的該人士。建議您也提供副本給您的親朋好友。請在家裡保留一份。
- 如果您正在住院治療，而且您已簽署預立醫囑，**請帶一份副本到醫院。**
 - 醫院會問您是否有簽署預立醫囑表及您是否有帶著該表格。
 - 如果您沒有簽署預立醫囑表，醫院備有表格並將問您是否想簽署一份。

您有權：

- 將您的預立醫囑放入您的病歷中。
- 隨時改變或取消您的預立醫囑。
- 您有權瞭解預立醫囑法律的變更。Blue Shield TotalDual Plan 會在州法律變更後的 90 天內將變更內容告訴您。

請致電客戶服務部以瞭解更多資訊。

G3.如果沒有遵照您的指示該怎麼做

如果您有簽署預立醫囑，而且您認為醫生或醫院並沒有遵照上面的指示，您可以向 Livanta（加州的品質改善組織）提出投訴，電話：(877) 588-1123（聽障和語障人士專線：711）或致函：Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste.202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. 您有權進行投訴並要求我們重新考慮我們做出的決定

如果您有任何關於您承保服務或護理的問題或疑慮，您的《會員手冊》第 9 章會告訴您可以怎麼做。例如，您可以要求我們做出承保決定、進行上訴以變更承保決定，或者進行投訴。

您有權取得其他會員過去已對我們提出的上訴與投訴的相關資訊摘要。請致電客戶服務部取得此相關資訊。

H1.如何處理不公平待遇或取得更多有關您的權利的資訊

如果您認為我們對您有不公平待遇——且非關在您《會員手冊》第 11 章所列的歧視原因——或您想知道更多關於您權利與責任的資訊，可以致電：

- 客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711）。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)，電話為 1-800-434-0222（聽障和語障專線 (TTY)：711）。如需知道更多有關 HICAP 的資訊，請參閱第 2 章 E 節。
- 投訴專員計劃，電話：1-888-452-8609。如下知道更多關於此計劃的資訊，請參閱您的《會員手冊》第 2 章。
- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時皆提供服務。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。（您可以到 Medicare 網站閱讀或下載「您的 Medicare 權利與保障」
www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）

I. 您身為計劃會員的責任

身為計劃成員，您有責任做到以下所列事項。如果您有任何疑問，請致電客戶服務部。

- 請詳讀《會員手冊》，以瞭解我們計劃的承保範圍以及獲得承保服務與藥物應遵循的規則。有關您的詳細資訊如下：
 - 承保服務，請參閱您的《會員手冊》第 3 章與第 4 章。這些章節告訴您哪些在承保範圍內，哪些不在承保範圍內，您需要遵守哪些規則，以及您需要支付多少費用。
 - 承保藥物，請參閱您的《會員手冊》第 5 章與第 6 章。
- 若還有任何其他健康保險承保或處方藥承保選項，請告訴我們。我們必須確保您在獲得醫療服務時有使用到所有的承保選項。如果您還有其他承保選項，請致電客戶服務部。
- 告訴您的醫生與其他醫療服務提供者您是我們計劃的會員。當您獲得任何服務或取得處方時，請務必出示您的會員識別卡。
- 幫助醫生、其他醫療服務提供者與您的計劃為您提供最好的醫療服務。
 - 根據他們的需要提供您與您的健康狀態的相關資訊。盡可能多地瞭解自己的健康狀況。遵守您與您的醫療服務提供者討論好的治療計劃與指示。
 - 確定醫生與其他醫療服務提供者知道您正在服用的所有藥物。其中包括您正在服用/使用的所有處方藥、非處方藥、維他命及營養補充劑。
 - 如有任何疑問請提出。您的醫生與其他醫療服務提供者必須要用您能瞭解的方式向您說明。如果您提出問題，但聽不懂回答您的內容，請再問一次。
- 與護理協調員合作，包括完成年度健康風險評估。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- **彼此體諒。**我們希望所有計劃成員都能尊重他人的權利。我們還希望您在醫生診所、醫院與其他醫療服務提供者的辦公室裡能夠尊重他人。
- **支付您應付的費用。**身為計劃會員，您有責任支付這些款項：
 - Medicare A 部分與 Medicare B 部分的保費。對於大多數 Blue Shield TotalDual Plan 會員，Medi-Cal 會為您支付 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的保費。
 - 如果您取得我們計劃不承保的任何服務或藥物，您必須支付全額費用。（附註：如果您不同意我們拒絕承保某項服務或藥物的決定，可以提出上訴。請參閱第 9 章，以瞭解如何提出上訴。）
- **如果您搬家，請告訴我們。**如果您打算要搬家，請務必立即通知我們。請致電您的護理協調員或客戶服務部。
 - 如果您搬離我們的服務區域，您將無法繼續留在我們的計劃中。只有居住在我們服務區域的民眾才能成為我們計劃的會員。您的《會員手冊》第 1 章會說明我們服務區域的相關資訊。
 - 我們可以幫助您瞭解您是否將搬離我們的服務區域。在特別參保期間，您可以轉換到 Original Medicare 或參保新遷入地點提供的 Medicare 醫療計劃或處方藥計劃。如果我們在新的區域有提供計劃，我們會告訴您。
 - 當您搬家時，請告知 Medicare 及 Medi-Cal 您的新地址。有關 Medicare 及 Medi-Cal 的電話，請參閱您的《會員手冊》第 2 章。
 - 如果您搬家且留在我們的服務區域內，我們仍需要知道。我們需要隨時更新您的會員記錄，並知道如何與您聯絡。
- 如果您有新的電話號碼或更好的聯絡方式，請告訴我們。
- 如果您有問題或疑慮，請致電您的護理協調員或客戶服務部尋求幫助。



第9章。如果您有問題或想要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做

簡介

本章介紹了有關您的權利的資訊。閱讀本章，瞭解如果出現以下情況該怎麼做：

- 您對您的計劃有問題或想要投訴。
- 您需要您的計劃表示不會支付的服務、項目或藥物。
- 您不同意您的計劃就您的護理做出的決定。
- 您認為您的承保服務過早結束。
- 您對長期服務與支援有問題或想要投訴，其中包括成人社區服務(CBAS)與護理機構(NF)服務。

本章分為不同節，可幫助您輕鬆找到所需的內容。如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用您的情況的部份。

您應該獲得醫生與其他醫療服務提供者判定是您的護理計劃一部分而對您的護理有必要的醫療保健、藥物、長期服務與支援。如果您在護理方面遇到問題，可撥打 **1-855-501-3077 聯絡 Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃尋求幫助**。本章介紹了您在遇到不同問題及需要投訴時的不同選擇，但您也可以隨時致電投訴專員計劃，由其幫助您解決問題。有關解決您問題的其他資源以及聯絡他們的方法，請參閱《會員手冊》第 2 章。

目錄

A. 如果您有問題或疑慮該怎麼做？	168
A1.關於法律詞彙	168
B. 在哪裡取得協助	168
B1.如需更多資訊與幫助	168
C. 瞭解我們計劃中的 Medicare 與 Medi-Cal 投訴及上訴.....	169
D. 福利方面的問題	169
E. 承保決定與上訴	170
E1.承保決定	170
E2.上訴	170

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



E3.在承保決定與上訴方面提供幫助	171
E4.本章的哪一節可以幫助到您	172
F. 醫療護理.....	172
F1.使用本節.....	172
F2.要求承保決定.....	173
F3.提出級別 1 上訴.....	175
F4.提出級別 2 上訴.....	177
F5.付款問題.....	182
G. Medicare D 部分處方藥：	183
G1.Medicare D 部分承保決定與上訴.....	184
G2.Medicare D 部分例外處理	185
G3.要求例外處理的重要須知	185
G4.要求承保決定，包括例外處理	186
G5.提出級別 1 上訴	188
G6.提出級別 2 上訴	190
H. 要求我們承保更長的住院時間	192
H1.瞭解您的 Medicare 權利	192
H2.提出級別 1 上訴.....	193
H3.提出級別 2 上訴.....	194
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務	195
I1.在您的承保結束前提前通知.....	196
I2.提出級別 1 上訴	196
I3.提出級別 2 上訴	197
J. 將您的上訴提升至級別 2 以上	198
J1.Medicare 服務與項目的後續步驟.....	198
J2.額外的 Medi-Cal 上訴.....	199

J3. Medicare D 部分藥物請求的 3、4 與 5 上訴級別	200
K. 如何進行投訴.....	201
K1. 什麼樣的問題應該投訴	201
K2. 內部投訴	203
K3. 外部投訴	204



A. 如果您有問題或疑慮該怎麼做？

本章將說明如何處理問題與疑慮。您使用的流程將視您遇到的問題類型而定。**承保決定與上訴**會使用一種流程，而**提出投訴**則是另一種流程，也被稱作申訴。

為確保公平性與及時性，每種流程都有一套規則、程序與截止日期，我們與您都必須遵守。

A1.關於法律詞彙

本章說明的規則與截止日期包含一些法律詞彙。其中許多詞彙可能不好理解，因此我們會盡可能使用更簡單的文字來代替某些法律詞彙。我們也會儘量少用縮寫。

例如，我們會說：

- 「提出投訴」，而不是「提交申訴」
- 「承保決定」，而不是「機構判定」、「福利判定」、「風險判定」或「承保裁決」
- 「快速承保決定」，而不是「加急判定」
- 「獨立審查組織」(IRO)，而不是「獨立審查實體」(IRE)

瞭解正確的法律詞彙可以幫助您更清晰地溝通，因此我們也提供這些詞彙。

B. 在哪裡取得協助

B1.如需更多資訊與幫助

處理問題時該如何開始或什麼時候該做什麼事，有時會讓人困惑。如果您身體不適或精力不足時，更是如此。有時候您可能缺乏資訊，不知道後續該怎麼做。

來自醫療保險諮詢與倡導計劃的幫助

您可以致電醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)。HICAP 顧問可以回答您的疑問並幫助您瞭解該如何解決您的問題。HICAP 與我們或與任何保險公司或健康計劃都沒有關聯。HICAP 在每一個縣都有受過訓練的顧問，而且可免費提供服務。HICAP 的電話：1-800-434-0222。

來自 Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃的幫助

您可以致電 Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃，與倡導員討論有關您對醫療承保的疑問。他們提供免費法律援助。投訴專員計劃與我們或與任何保險公司或健康計劃都沒有關係。他們的電話號碼是 1-855-501-3077，他們的網站是 www.healthconsumer.org。

來自 Medicare 的幫助與資訊

如需更多資訊與幫助，您可以聯絡 Medicare。有兩種方式可自 Medicare 協助中心取得協助：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 每週 7 天，每天 24 小時皆可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯係 MEDICARE。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。
- 瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)。

來自 Medi-Cal 的幫助與資訊

來自加州醫療保健服務部的幫助

加州醫療保健服務部(DHCS) Medi-Cal 管理式護理投訴專員可協助您。如果您有加入、變更或離開保健計劃的問題，他們可以幫助您。如果您搬家到另一個縣，但無法順利將您的 Medi-Cal 移轉到當地，他們也可以協助您處理。您可以在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 間撥打 1-888-452-8609 聯絡投訴專員。

來自加州醫療保健管理部的幫助

與加州醫療保健管理部(DMHC)聯絡以獲得免費協助。DMHC 負責監督健康計劃。DMHC 協助人們就 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。電話號碼是 1-888-466-2219。耳聾、聽力障礙或語言障礙人士可以使用免費 TDD 號碼：1-877-688-9891。您也可以瀏覽 DMHC 網站：www.dmhc.ca.gov。加州醫療保健管理部負責管理醫療保健服務計劃。如果您想對您的健康計劃提出申訴，您應該先致電您的健康計劃：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），並使用您健康計劃的申訴程序，之後才聯絡該部門。使用您的健康計劃申訴程序並不妨礙您可能獲得的任何潛在合法權利或補救措施。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴，或您的健康計劃沒有就您的申訴提出滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未解決，您都可以致電本管理部尋求幫助。您也可能符合獨立醫療審查(IMR)的資格。如果您符合 IMR 資格，則 IMR 流程會就健康計劃對建議服務或治療的醫療必要性、對實驗或研究性質治療的承保決定，以及急症或緊急醫療服務給付爭議等相關醫療決定，進行公正的審查。管理部亦設有免付費電話 (1-888-466-2219) 以及供聽障及語障人士使用的聽障和語障專線(1-877-688-9891)。該管理部網站 www.dmhc.ca.gov 上有投訴表、IMR 申請表與線上說明。

C. 瞭解我們計劃中的 Medicare 與 Medi-Cal 投訴及上訴

您擁有 Medicare 與 Medi-Cal。本章資訊適用於您所有的 Medicare 與 Medi-Cal 管理式護理福利。這有時會被稱作「整合流程」，因為它結合或是整合了 Medicare 及 Medi-Cal 的流程。

但有時會遇到 Medicare 與 Medi-Cal 流程無法結合的情況。在這些情況下，您可以用一種流程來獲取 Medicare 的福利，用另一種流程來獲取 Medi-Cal 的福利。F4 節會說明這些情況。

D. 福利方面的問題

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用您的情況的部份。下圖表可幫助您找到本章中有關問題與投訴的正確一節。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



您的問題或疑慮是否與您的福利或承保有關？ 這包括特定醫療護理（醫療用品、服務及/或 B 部份處方藥）是否屬於承保範圍、承保的方式，以及與醫療護理付款相關的問題。	
是。 我的問題與福利或承保有關。 請參閱 E 節「承保決定與上訴」。	否。 我的問題與福利或承保無關。 請參閱第 K 部分「如何提出投訴」。

E. 承保決定與上訴

要求做出承保決定及提出上訴的流程，都涉及到與您醫療護理（服務、項目與 B 部份處方藥物，包括付款）的福利與承保相關的問題。為簡單起見，我們通常將醫療用品、服務與 B 部份處方藥稱為**醫療護理**。

E1. 承保決定

承保決定是指我們所做出有關您的福利與承保範圍或有關我們對您的醫療服務或藥物支付的金額的決定。例如，您的計劃網絡內醫生每次向您提供醫療護理時，都是在為您作（有利的）承保決定。（請參閱您的《會員手冊》第 4 章 G 節）。

您或您的醫生也可以聯絡我們並要求我們作承保決定。如果您的醫生可能不確定我們是否承保某項特定的醫療服務，或我們是否會拒絕提供您認為有需要的醫療護理。**如果您在取得醫療服務前想知道我們是否會承保該服務，可要求我們為您作承保決定。**

每次我們要決定為您承保哪些項目及我們應支付多少金額時，我們就是為您作承保決定。在某些情況下，我們可能會決定服務或藥物不屬於承保範圍，或不再屬於 **Medicare** 或 **Medi-Cal** 對您承保的範圍。如果您不同意該承保決定，可以提出上訴。

E2. 上訴

如果我們做出承保決定，但您不滿意該決定，您可以對該決定提出「上訴」。上訴是一種正式要求我們對已做出的承保決定進行審查並變更的方法。

您第一次對某個決定提出上訴時，稱為**級別 1 上訴**。在此上訴中，我們會審查我們做出的承保決定，確認我們是否正確遵守所有規則。您的上訴會由做出原本不利決定以外的其他審查員負責。

在大多數情況下，您必須從**級別 1**開始上訴。如果您的健康問題很緊急或涉及到對您健康的直接與嚴重的威脅，或者如果您有劇烈疼痛並需要立即做出決定，可以要求醫療保健管理部進行獨立醫療審查(IMR)，網站是：www.dmhc.ca.gov。請參閱 **F4 節**，以瞭解更多資訊。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

當我們完成審查時，會告訴您我們的決定。在特定情況下，（會於本章之後 F2 節說明），您可以要求對承保決定進行加急處理或「快速承保決定」或「快速上訴」。

如果我們**否決**您的部分或全部要求，我們會向您寄送一封信。如果您的問題與 **Medicare** 醫療護理承保範圍有關，該信函會告訴您我們已將您的個案發送至獨立審查組織(IRO)以進行級別 2 上訴。如果您的問題與 **MedicareD** 部分或醫療服務或項目的承保範圍有關，該信函會告訴您如何自行提出級別 2 上訴。請參閱 **F4 節**，以瞭解更多有關級別 2 上訴的資訊。如果您的問題與 **Medicare** 及 **Medicaid** 承保服務或項目的承保範圍有關，該信函會告訴您有關這兩種類型提出級別 2 上訴的資訊。

如果您不滿意級別 2 上訴的決定，您也許可以繼續進行額外級別的上訴。

E3.在承保決定與上訴方面提供幫助

您可以向以下任一機構尋求幫助：

- 頁面底部的**客戶服務部**聯絡電話。
- **Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃：1-855-501-3077。**
- **醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。**
- 向加州醫療保健管理部（**DMHC**）的幫助中心尋求免費協助。DMHC 負責監督健康計劃。DMHC 協助人們就 Medi-Cal 服務或帳單問題提出上訴。電話號碼是：**1-888-466-2219**。耳聾、聽力障礙或語言障礙人士可以使用免費 TDD 號碼：**1-877-688-9891**。您也可以瀏覽 DMHC 的網站：www.dmhc.ca.gov。
- 您的**醫生或其他醫療服務提供者**。您的醫生或其他醫療服務提供者可代表您要求取得承保決定或提出上訴。
- **朋友或家人**。您可指名其他人擔任您的「代表」，幫您要求取得承保決定或提出上訴。
- **律師**。您有權聘請律師。但**並不需要聘請律師**來要求取得承保決定或提出上訴。
 - 聯絡您自己的律師，也可以從您當地律師公會或其他轉診服務取得律師姓名。如果您符合資格，有些法律團體也會向您提供免費的法律服務。
 - 從 Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃尋求法律援助律師：**1-855-501-3077。**

如果您希望律師或其他人擔任您的代表，請填寫代表委任書。該委任書允許他人代您行事。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部以索取「代表委任書」表格。您也可以從網路上下載此表格：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。您必須交給我們一份簽好名的委任書。

E4.本章的哪一節可以幫助到您

有四種情況牽涉到承保決定與上訴。每種情況都有不同的規則與截止日期。我們在本章的單獨章節中詳細介紹了每一個情況。請參閱適用的章節：

- **F 節**，「醫療護理」
- **G 節**，「Medicare D 部分處方藥」
- **H 節**，「要求我們承保更長的住院時間」
- **I 節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務」（此節僅適用於這些服務：居家醫療保健、專業護理機構護理與綜合門診復健機構(CORF)服務

如果您不確定要使用哪一節，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。您也可以從政府組織（例如州醫療保險援助計劃）獲得幫助或資訊。請參閱**第 2 章 C 節**，以瞭解更多資訊。

F. 醫療護理

此節說明如果您取得醫療護理承保時遇到問題或想要求我們把我們對您護理的分攤費用退還給您時該怎麼做。

此節介紹《會員手冊》**第 4 章**中所描述醫療護理的各項福利。在某些情況下，**Medicare B** 部份處方藥可能適用不同的規則。當他們這麼做時，我們會說明 **Medicare B** 部份處方藥的規則與醫療服務及項目的規則有何不同。

F1.使用本節

本節說明您處於下列任何一種情況時該怎麼做：

1. 您認為我們承保您需要但未獲得的醫療護理。

您可以採取的行動：您可要求我們做出承保決定。請參閱 **D2 節**。

2. 我們沒有核准您的醫生或其他醫療保健服務提供者想要為您提供的醫療護理，而您認為我們應該這樣做。

您可以採取的行動：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱 **F3 節**。

3. 您獲得了您認為我們承保的醫療護理，但我們不支付費用。

您可以採取的行動：您可以對我們不支付費用的決定提出上訴。請參閱 **F5 節**。

4. 您獲得並支付了您認為我們承保的醫療護理費用，並且您希望我們退款給您。

您可以採取的行動：您可以要求我們退款給您。請參閱 **F5 節**。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



5. 我們減少或停止了對您的某些醫療護理的承保，並且您認為我們的決定可能會損害您的健康。

您可以採取的行動：您可以對我們減少或停止醫療護理的決定提出上訴。請參閱 **F4 節**。

- 如果承保範圍是針對醫院護理、居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務，特殊的規則將適用。請參閱 **H 節**或 **I 節**，以瞭解詳情。
- 對於涉及減少或停止某些醫療護理承保範圍的所有其他情況，請使用本節 (**F 節**) 作為您的指南。

6. 您遇到護理延誤或找不到醫生。

您可以採取的行動：您可以提出投訴。請參閱 **K2 節**。

F2. 要求承保決定

當承保決定涉及您的醫療護理時，稱為「整合式機構判定」。

您、您的醫生或您的代表可以要求我們作承保決定。

- 致電：(800) 452-4413，聽障和語障專線(TTY)：711。
- 傳真：(877) 251-6671。
- 致函：Blue Shield TotalDual Plan
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

標準承保決定

我們給您我們的決定時，除非我們同意使用「快速」截止日期，否則都會使用「標準」截止日期。標準承保決定是指我們會給予您關於以下的答案：

- 當我們收到您的請求後 14 個曆日內的醫療服務或項目。對於 Knox-Keene 計劃，則是在 5 個工作日內，並且不晚於我們收到您的請求後 14 個曆日內。
- 在我們收到您的請求後 72 小時內提供 Medicare B 部分處方藥。

快速承保決定

「快速承保決定」的法律詞彙是「加急判定」。

當您要求我們就您的醫療護理做出承保決定並且您的健康狀況需要快速回覆時，請要求我們做出「快速承保決定」。快速承保決定意味著我們將為您提供以下方面的答覆：

- 我們收到您的請求後 **72 小時**內提供醫療服務或項目，如果您的健康狀況需要更快的回覆，則會更早。
- 在我們收到您的請求後 **24 小時**內提供 **Medicare B** 部分處方藥。

要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：

- 您正在要求承保**您未獲得**的醫療用品及/或服務。您無法要求就您已接受的用品或服務的支付費用進行快速承保決定。
- 使用標準截止日期**可能會嚴重危害您的健康**或傷害您身體運作的能力。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫生支持的情況下提出要求，我們將決定您是否可獲得快速承保決定。

- 如果我們決定您的健康不符合快速承保決定的規定，我們會寄信告知您這個情況（而且我們會改用標準截止日期）。信函中會告訴您：
 - 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 您如何對我們給您標準承保決定而不是快速承保決定這件事提出「快速投訴」。如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱 **K 節**。

如果我們否決您的部分或全部請求，我們會向您寄送一封信函說明原因。

- 如果我們**否決**，您有權提出上訴。如果您認為我們犯了錯誤，提出上訴是要求我們審查並變更決定的正式方式。
- 如果您決定提出上訴，您將進入上訴流程的級別 **1**（請參閱 **F3 節**）。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定請求，這意味著我們不會審查該請求。請求被駁回的範例包括下列情況：

- 請求不完整，
- 有人代表您提出請求但未獲得合法授權，**或者**
- 您要求撤回您的請求。

如果我們駁回承保決定的請求，我們將向您寄送通知，說明請求被駁回的原因以及如何要求對駁回進行審查。該審查稱為上訴。上訴將在下一節中討論。

F3.提出級別 1 上訴

要開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須聯絡我們。致電我們：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。

以書面形式或致電我們以**請求標準上訴或快速上訴**，電話號碼為 1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。

- 如果您的醫生或其他處方開立者要求繼續您在上訴期間已經獲得的服務或項目，您可能需要指定他們作為您的代表來代您行事。
- 如果您的醫生以外的其他人為您提出上訴，請附上一份授權此人代表您的代表委任書。您可以瀏覽 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 以獲取委任書表格。
- 我們可以接受沒有表格的上訴請求，但在收到表格之前無法開始或完成審查。如果我們沒有在對您的上訴做出決定的截止日期前收到表格：
 - 我們會駁回您的請求，並且
 - 我們會寄給您一份書面通知，向您說明您有權要求獨立審查組織來審查我們駁回您上訴的決定。
- 您必須在我們向您寄送我們的決定的信函之日起 65 個曆日內要求上訴。
- 如果您錯過該截止日期，但有錯過截止日期的正當理由，我們可以給您更多時間提出上訴。好的理由的例子包括您患有嚴重疾病或我們向您提供了有關截止日期的錯誤資訊。當您提出上訴時，請說明上訴延遲的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴資訊的免費副本。您和您的醫生也可以向我們提供更多能支持您上訴的資訊。

如果您的健康狀況需要，請要求快速上訴。

「快速上訴」的法律詞彙是「**加急重新考慮**」。

- 如果您對我們對您還未獲得的護理所做的承保決定提出上訴，您和/或您的醫生要決定您是否需要「快速上訴」。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速上訴。如果您在沒有醫生支持的情況下提出要求，我們將決定您是否可以獲得快速上訴。

- 如果我們決定您的健康不符合快速上訴的規定，我們會寫信告知您這個情況（而且我們會改用標準截止日期）。信函中會告訴您：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

- 如果您的醫生要求，我們會自動為您提供快速上訴。
- 您如何對我們給您標準上訴而不是快速上訴這件事提出「快速投訴」。如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱 **K 節**。

如果我們告訴您我們正在停止或減少您已經獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續這些服務或項目。

- 如果我們決定變更或停止您獲得的服務或項目的承保範圍，我們會在採取行動之前向您寄送通知。
- 如果您不同意我們的決定，可以提出級別 1 上訴。
- 如果您在我們的信函日期後 10 個曆日內或在該行動的預期生效日期（以較晚者為準）之前要求級別 1 上訴，我們將繼續承保該服務或項目。
 - 如果您在該截止日期前完成，在您的級別 1 上訴待決期間，您將獲得沒有任何變化的服務或項目。
 - 您也將獲得沒有任何變化的所有其他服務或項目（非您上訴的主體）。
 - 如果您在這些日期之前未提出上訴，那麼在您等待上訴決定期間，您的服務或項目將不會繼續。

我們考慮您的上訴並答覆您。

- 審查您的上訴時，我們會再次仔細查看所有與您對醫療護理承保的要求有關的資訊。
- 我們會確認我們否決您的要求時是否有遵守所有規則。
- 需要時我們會收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生，以取得更多資訊。

「快速上訴」有截止日期

- 當我們使用快速截止日期時，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 回復您，如果您的健康狀況需要更快的回覆，則會更早給您。如果您的健康狀態有必要，我們會更快答覆您。
 - 如果我們沒有在 72 小時內答覆您，我們必須將您的請求發送至級別 2 上訴流程。IRO 將接著對其進行審查。在本章後面，我們將向您介紹此組織並說明級別 2 上訴流程。如果您的問題與 Medi-Cal 服務或項目的承保範圍有關，您可以在時間一到就自行向州政府申請召開級別 2 州聽證會。在加州，州的聽證會稱為州聽證會。如欲申請召開州聽證會，請參閱 **F4 節**（視情況而定）。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內**（如果您的健康狀況需要，則會更快）授權或提供我們同意提供的承保範圍。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

- 如果我們否決您的部分或全部請求，我們會將您的上訴發送至 IRO 以進行級別 2 上訴。

標準上訴有截止日期

- 當我們使用標準截止日期時，我們必須在收到您對未獲得的服務的承保上訴後 **30 個曆日內** 答覆您。
- 如果您請求的是您未獲得的 **Medicare B** 部分處方藥，我們會在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 答覆您，如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期前答覆您，我們必須將您的請求發送至級別 2 上訴流程。IRO 將接著對其進行審查。在本章後面的 **F4** 節，我們將向您介紹此組織並說明級別 2 上訴流程。如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保範圍有關，您可以在時間一到就自行向州政府申請召開級別 2 州聽證會。在加州，州的聽證會稱為州聽證會。如欲申請召開州聽證會，請參閱 **F4** 節。

如果您的請求是為了 **Medicare B** 部分處方藥，**如果我們同意您的部分或全部請求**，我們必須在收到您的上訴請求之日起 **30 個曆日內**（如果您的健康狀況需要，則會更快），以及在我們改變我們的決定之日起 **72 小時內**，或我們收到您的上訴之日起 **7 個曆日內**，授權或提供我們同意提供的承保範圍。

如果我們否決您的部分或全部請求，您還有其他上訴權利：

- 如果我們否決您的部分或全部要求，我們會向您寄送一封信函。
- 如果您的問題與 **Medicare** 服務或項目的承保範圍有關，該信函會告訴您我們已將您的個案發送至 IRO 以進行級別 2 上訴。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 服務或項目的承保範圍有關，該信函會告訴您如何自行提出級別 2 上訴。

F4.提出級別 2 上訴

如果我們否決級別 1 上訴的部份或全部請求，我們會向您寄送一封信函。此信函會告訴您 **Medicare**、**Medi-Cal** 或者兩個計劃是否通常都承保該服務或項目。

- 如果您的問題與 **Medicare** 通常會承保的服務或項目有關，一旦級別 1 上訴完成，我們就會自動將您的個案發送至級別 2 上訴流程。
- 如果您的問題與 **Medi-Cal** 通常承保的服務或項目有關，您可以自行提出級別 2 上訴。此信函告訴您如何處理。我們也在本章後面提供更多資訊。

- 如果您的問題與 **Medicare 與 Medi-Cal** 可能承保的服務或項目有關，您會自動獲得對 **IRO** 提出的級別 2 上訴。除了自動的級別 2 上訴外，您也可以要求州政府召開州聽證會與獨立醫療審查。但是，如果您已經在州聽證會上呈供了證據，則無法進行獨立醫療審查。

如果您在提出級別 1 上訴時有資格繼續享受福利，則您在上訴期間對服務、項目或藥物的福利也可能在級別 2 期間繼續。請參閱 **F3 節**，以瞭解有關在級別 1 上訴期間繼續享受各項福利的資訊。

- 如果您的問題是關於通常僅由 **Medicare** 承保的服務，則在向 **IRO** 進行級別 2 上訴流程期間，您無法繼續享受該服務的福利。
- 如果您的問題是關於通常僅由 **Medi-Cal** 承保的服務，如果您在收到我們的決定函後 10 個曆日內提交級別 2 上訴，您將繼續享受該服務的各项福利。

當您的問題與 **Medicare** 通常承保的服務或項目有關時

IRO 會審查您的上訴。它是 **Medicare** 僱用的獨立組織。

「獨立審查組織」(**IRO**)的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時也稱為「**IRE**」。

- 該組織與我們沒有任何關聯，也不是政府機構。**Medicare** 選擇該公司作為 **IRO**，並由 **Medicare** 監督他們的工作。
- 我們將有關您上訴的資訊（您的「個案檔案」）發送給此組織。您有權免費獲得您的個案檔案的副本。
- 您有權向 **IRO** 提供其他資訊，以支持您的上訴。
- **IRO** 的審查員會仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

如果您在級別 1 時已經有快速上訴，您在級別 2 時也會有快速上訴。

- 如果您在級別 1 時已經有快速上訴，您在級別 2 時也會自動有快速上訴。**IRO** 必須在收到您的上訴起 **72 小時內**，給您級別 2 上訴的答案。

如果您在級別 1 時已經有標準上訴，您在級別 2 時也會有標準上訴。

- 如果您在級別 1 時已經有標準上訴，您在級別 2 時也會自動有標準上訴。如果您的請求是為了醫療項目或服務，**IRO** 必須在收到您的上訴起 **30 個曆日內**給您級別 2 上訴的答案。
- 如果您的請求是為了 **Medicare B** 部分處方藥，**IRO** 必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內**給您級別 2 上訴的答案。

如果 **IRO** 給您他們的答案並以書面方式說明理由。

- 如果 **IRO** 同意部分或全部醫療項目或服務的請求，我們必須立即實施該決定：

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

- 在 **72 小時內**授權醫療護理承保，或
- 在我們收到 IRO 對**標準請求**的決定後 **5 個工作日內**提供服務，或者
- 在我們收到 IRO 對**加急請求**的決定後 **72 小時內**提供服務。
- 如果 IRO 同意 **Medicare B 部分處方藥**的部分或全部請求，我們必須授權或提供有爭議的 **Medicare B 部分處方藥**：
 - 在我們收到 IRO 對**標準請求**的決定後 **72 小時內**，或者
 - 自我們收到 IRO 對**加急請求**的決定之日起 **24 小時內**。
- 如果 IRO 否決您的部分或全部上訴，則意味著他們同意我們不應核准您的醫療保健承保請求（或部分請求）。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。
 - 如果您的個案符合規定，您可以選擇是否想要繼續上訴。
 - 級別 2 上訴流程之後還有三個額外的級別（共有五個級別）。
 - 如果您的級別 2 上訴被駁回，但您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要繼續進入級別 3 並提出第三次上訴。您在級別 2 上訴之後收到的書面通知會告訴您該怎麼做的詳細資訊。
 - 行政法官(ALJ)或律師裁決員會負責處理級別 3 上訴。請參閱 **J 節**，以瞭解更多有關級別 3、級別 4 與級別 5 上訴的資訊。

當您的問題是關於 **Medi-Cal** 通常承保的服務或項目時

有兩種方法可以對 **Medi-Cal** 服務和項目提出級別 2 上訴：(1) 提出投訴或申請召開獨立醫療審查或(2) 州聽證會。

(1) 獨立醫療審查

您可以向加州醫療保健管理部(DMHC)的幫助中心提出投訴或要求進行獨立醫療審查(IMR)。透過提出投訴，DMHC將審查我們的決定並做出判定。IMR適用於任何**Medi-Cal**承保醫療性質的服務或項目。IMR是由不屬於我們計劃或不屬於DMHC的醫生對您的個案進行的審查。如果IMR做出了對您有利的決定，我們必須為您提供您所請求的服務或項目。您無需為IMR支付任何費用。

如果我們的計劃符合以下各條，您可以提出投訴或申請進行IMR：

- 拒絕、變更或延遲 **Medi-Cal** 服務或治療，因為我們的計劃確定其不具醫療必要性。
- 不承保針對嚴重疾病的實驗性或研究性 **Medi-Cal** 治療。
- 外科服務或手術本質上是美容還是重建的爭議。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 不支付您已獲得的急症或緊急 Medi-Cal 服務的費用。
- 對於級別 1 上訴，未在 30 個曆日內解決標準上訴；或者未在 72 小時內（如果您的健康情況需要，則會更快）解決快速上訴。

附註：如果您的醫療服務提供者為您提出上訴，但我們沒有收到您的代表委任書，除非您的上訴涉及對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，包括但不限於劇烈疼痛、潛在的生命、肢體或主要身體機能喪失，否則您需要先向我們重新提交上訴，然後才能向管理醫療保健部申請級別2獨立醫療審查。

您有權獲得IMR與參加州聽證會，但如果您已在州聽證會上提供過證據或已就同一問題舉行過州聽證會，則您無權獲得IMR。

在大多數情況下，您必須在請求IMR之前向我們提出上訴。請參閱第198頁，以瞭解有關我們的級別1上訴流程的資訊。如果您不同意我們的決定，可以向DMHC提出投訴或要求DMHC幫助中心進行IMR。

如果您的治療因為是實驗性或研究性治療而遭拒，您在申請IMR之前無需參與我們的上訴流程。

如果您的問題很緊急或對您的健康構成直接和嚴重威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，可以立即將其提交給DMHC，而無需先經過我們的上訴程序。

您必須在我們向您寄送有關上訴的書面決定後**6 個月內申請IMR**。如果有合理的理由，例如您因為病況使得您無法於6個月內要求IMR，或您並未收到IMR流程的適當通知，則加州醫療保健管理部可能會在6個月後接受您的申請。

如欲要求IMR：

- 填寫獨立醫療審查申請/投訴表，網址為：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 或致電 DMHC 幫助中心：1-888-466-2219。聽障和語障人士應致電 1-877-688-9891。
- 如果您有遭拒服務或項目的相關信函或其他文件副本，請附上。這可以加速 IMR 過程。請寄送文件副本，不要把正本寄來。幫助中心無法退還任何文件。
- 如果有人協助您處理 IMR，請填寫授權助理表。您可以在網站
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 上或撥打 1-888-466-2219 致電該部門的幫助中心以索取表格。聽障和語障人士應致電 1-877-688-9891。
- 將您的表格與任何附件郵寄或傳真至：

Help Center
Department of Managed Health Care

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
傳真：916-255-5241

- 您也可以在线上提交您的獨立醫療審查申請書/投訴表與授權助理表：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

如果您符合 IMR 資格，DMHC 會審查您的個案，並於 7 個曆日內寄信給您，告知您符合 IMR 資格。收到您的計劃寄來的您的申請表與證明文件後，會在 30 個曆日內做出 IMR 決定。您應該會在提交填妥的申請表後 45 個曆日內收到 IMR 決定。

如果您的個案屬於緊急情況且您符合 IMR 資格，DMHC 會審查您的個案，並於收到填妥的申請後 48 小時內寄信給您，告知您符合 IMR 資格。收到您的計劃寄來的您的申請表與證明文件後，會在 3 個曆日內做出 IMR 決定。您應該會在提交填妥的申請表後 7 個曆日內收到 IMR 決定。如果您不滿意 IMR 的審查結果，您仍可要求舉行州聽證會。

如果 DMHC 沒有收到需要由您或您的治療醫生提供的全部病歷，IMR 可能會花更長時間。如果您使用的醫生不在您健康計劃的網絡內，您務必要從這個醫生取得病歷並將病歷寄給我們。需要您的健康計劃，才能從網絡內醫生處取得您的病歷副本。

如果 DMHC 判定您的個案不符合 IMR 資格，DMHC 將透過其常規消費者投訴流程審查您的個案。您的投訴應在提交填妥的申請書後 30 個曆日內得到解決。如果您的投訴是緊急的，則會更快解決。

(2) 州聽證會

您可以要求就 Medi-Cal 承保服務與項目舉行州聽證會。如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求我們不會核准的服務或項目，或者我們不會繼續為您已有的服務或項目付費，並且我們拒絕您的級別 1 上訴，您有權要求舉行州聽證會。

在大多數情況下，在「上訴決定函」通知郵寄給您後，您有 120 天的時間要求舉行州聽證會。

附註：如果您因為我們告訴您您當前獲得的服務將被變更或停止而要求召開州聽證會，並且您想在州聽證會懸而未決期間繼續獲得該服務，那麼您可以提交請求的天數會更少。請閱讀第 201 頁的「在級別 2 上訴期間我的福利是否會繼續」以瞭解更多資訊。

要求舉行州聽證會有兩種方法：

1. 您可以填寫行動通知背面的「請求召開州聽證會」。您應該提供所有要求的資訊，例如您的全名、地址、電話號碼、對您採取法律行動的計劃或縣政府的名稱、涉及的援助計劃以及您想要舉行聽證會的詳細原因。然後您可以透過以下方式之一提交您的請求：
 - 依通知上所示地址致函縣福利部。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 寄送給加州社會服務部：

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- 傳送至州政府聽證處，傳真號碼：916-309-3487；或免付費電話：
1-833-281-0903。

2. 您可撥打 1-800-743-8525 致電加州社會服務部。聽障和語障人士應致電
1-800-952-8349。如果您決定打電話要求召開州聽證會，請注意該部門的電話通常處
於忙線狀態。

州政府聽證處以書面方式給您他們的決定並說明原因。

- 如果州政府聽證處**同意**部分或全部醫療項目或服務請求，我們必須在得到決定後
72 小時內授權或提供該服務或項目。
- 如果州政府聽證處**否決**您的部分或全部上訴，則意味著他們同意我們不應核准您
的醫療護理承保請求（或部分請求）。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果 IRO 或州聽證會**否決**您的全部或部分請求，您還有其他上訴權利。

如果您的級別 2 上訴已轉到 **IRO**，則只有當您想要的服務或項目的美元價值達到特定的最低金額
時，您才可以再次上訴。**ALJ** 或律師裁決員會負責處理級別 3 上訴。您從 **IRO** 收到的信函說明了
您可能擁有的其他上訴權利。

您從州政府聽證處收到的信函說明了下一個上訴選項。

請參閱 **J 節**，以瞭解更多有關您在級別 2 之後的上訴權利的資訊。

F5.付款問題

我們不允許我們的網絡醫療服務提供者向您收取所承保服務與項目的費用。即使我們向醫療服務
提供者支付的費用低於承保服務或項目的醫療服務提供者費用，情況也是如此。您永遠不需要支
付任何帳單的餘額。

如果您收到的帳單超過承保服務與項目的共付額，請將帳單寄送給我們。您不應該自己支付帳
單。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並解決該問題。如果您支付了帳單，並且遵守獲取服務或
項目的規則，則可以從我們的計劃中獲得退款。

如需瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 7 章**。它描述了您可能需要我們退還您的款項或
支付您從醫療服務提供者處收到的帳單的情況。也會說明您如何寄送文件以要求我們支付費用。

如果您要求退款，您就是在要求承保決定。我們將檢查您付費的服務或項目是否在承保範圍內，
以及您是否遵守了使用承保範圍的所有規則。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線
(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多
資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您支付的服務或項目在承保範圍內並且您遵守了所有規定，我們通常會在收到您的請求後 **30** 個曆日內（不超過 **60** 個曆日），向您發送我們對於服務或項目的分攤費用。
- 或者，如果您還沒有支付服務或項目費用，我們就會直接把款項寄給醫療服務提供者。（我們寄送款項時，即表示我們**同意**您對承保決定的請求。）
- 如果該服務或項目不在承保範圍內，或者您未遵守所有規則，我們將向您寄送一封信函，告知您我們不會支付該服務或項目的費用，並說明原因。

如果您不同意我們不付款的決定，**可以提出上訴**。請遵循 **F3 節** 中描述的上訴流程。您遵守這些指示時，請注意：

- 如果您進行上訴要求退還款項給您，我們必須在收到您的上訴後 **30** 個曆日內答覆您。
- 如果您要求我們退還您獲得並自行支付的醫療護理費用，您不能要求快速上訴。

如果我們**否決**您的上訴，並且 **Medicare** 通常承保該服務或項目，我們會將您的個案發送給 **IRO**。如果發生這種情況，我們會致函您。

- 如果 **IRO** 推翻我們的決定並要求我們向您付款，我們必須在 **30** 個曆日內將款項寄給您或醫療服務提供者。如果在級別 **2** 之後上訴流程的任何階段對您上訴的回答是**同意**，我們必須在 **60** 個曆日內把款項寄給您或醫療保健服務提供者。
- 如果 **IRO** **否決**您的上訴，則意味著他們同意我們不應核准您的請求。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。您將收到一封信函，說明您可能擁有的其他上訴權利。請參閱 **J 節**，以瞭解更多有關上訴級別的其他資訊。

如果我們對您上訴的回答是**否決**並且 **Medi-Cal** 通常承保該服務或項目，您可以自行提出級別 **2** 上訴。請參閱 **F4 節**，以瞭解更多資訊。

G. Medicare D 部分處方藥：

作為我們計劃的會員，您的各項福利包括許多處方藥的承保。其中大部分是 **Medicare D** 部分藥物。有一些 **Medicare D** 部份不承保，但 **Medi-Cal** 可能承保的藥物。**本節僅適用於 Medicare D 部分藥物上訴**。我們將在本節的其餘內容中稱呼「藥物」，而不是每次都稱呼「**Medicare D** 部分藥物」。對於僅由 **Medi-Cal** 承保的藥物，請遵循 **E 節** 中的流程。

要取得承保，藥物必須用於醫療上可接受的適應症。這意味著該藥物已獲得美國食品與藥物管理局(FDA)的核准或得到某些醫學參考文獻的支持。請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**，以瞭解更多有關醫療上可接受適應症的資訊。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。**如需瞭解更多資訊**，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



G1. Medicare D 部分承保決定與上訴

以下是您要求我們對您的 Medicare D 部分藥物做出承保決定的範例：

- 您要求我們作例外處理，包括要求我們：
 - 承保不在我們計劃的藥物清單上的 Medicare D 部分藥物，或者
 - 取消對我們的藥物承保範圍的限制（例如您可以獲得的金額限制）
- 您詢問我們是否為您承保某種藥物（例如，當您的藥物在我們計劃的藥物清單上，但我們必須在承保之前為您核准時）

附註：如果您的藥房告訴您無法按處方箋的規定配取處方藥，藥房會給您一份書面通知，向您說明如何聯絡我們以要求承保決定。

關於 Medicare D 部分藥物的初步承保決定稱為「**承保裁決**」。

- 您要求我們對您已購買的藥物支付費用。這是要求做出有關付款的承保決定。

如果您不同意我們做出的承保決定，可以對我們的決定提出上訴。本節告訴您如何要求做出承保決定與提出上訴。使用下面的圖表幫助您。

您處於下列哪種情況？

您需要不在我們藥物清單上的藥物，或您需要我們取消我們所承保藥物的規定或限制。 您可以要求我們作例外處理。（這是一種承保決定的類型。） 從 G2 節 開始，然後參閱 G3 節 與 G4 節。	您希望我們承保在我們藥物清單上的藥物，而且您認為您符合所需藥物的任何計劃規則或限制（例如事先取得核准）。 您可以要求我們作承保決定。 參閱 G4 節。	您想要求我們把您已取得藥物並已支付的費用退還給您。 您可以要求我們退款給您。（這是一種承保決定的類型。） 參閱 G4 節。	我們告訴過您，我們不會以您想要的方式承保或支付某藥物的費用。 您可以提出上訴。（這表示，您要求我們重新考慮。） 參閱 G5 節。
--	---	---	--

G2. Medicare D 部分例外處理

如果我們沒有按照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們進行「例外處理」。如果我們駁回您對例外處理的請求，您可以對我們的決定提出上訴。

您要求例外處理時，您的醫生或其他處方開立者必須說明您為何需要取得例外處理的醫療原因，

要求承保不在我們藥物清單上的藥物或取消對藥物的限制有時被稱為要求「**保險內處方集例外處理**」。

以下是您、您的醫生或其他處方開立者可以要求我們作例外處理的一些例子：

3. 承保一項不在我們的《藥物清單》上的藥物

- 對於藥物的所需共付額，您不能獲得例外處理。

4. 免除對承保藥物的限制

- 額外規則或限制適用於我們《藥物清單》上的某些藥物（請參閱《會員手冊》第 5 章以瞭解更多資訊）。
- 特定藥物的承保額外規則與限制包括：
 - 規定應使用學名藥而不是品牌藥。
 - 事先取得我們的核准，之後我們才會同意承保您的藥物。（這有時稱為「預先授權」(PA)。)
 - 規定應先試不同的藥物，之後我們才會同意承保您要求的藥物。（這有時稱為「漸進式治療」。）
 - 藥量限制。對於某些藥物，您可以領取的藥物數量會有限制。
- 如果我們同意為您提供例外處理並取消限制，您可以要求對您需要支付的共付額進行例外處理。

G3. 要求例外處理的重要須知

您的醫生或其他處方開立者必須告訴我們醫療原因。

您的醫生或其他處方開立者必須向我們提供一份聲明，說明要求例外處理的醫療原因。為能更快做出決定，您要求例外處理時，請一併附上您的醫生或其他處方開立者提供的這類醫療資訊。

我們的《藥物清單》通常包含不止一種用於治療特定病症的藥物。這些被稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物一樣有效，並且不會導致更多副作用或其他健康問題，我們通常不會

核准您的例外處理請求。如果您要求進行層級例外處理，除非較低費用分攤層級的所有替代藥物對您效果不佳或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們通常**不會**核准您的例外處理請求。

我們可以同意或否決您的請求。

- 如果我們**同意**您的例外處理請求，則該例外通常會持續到日曆年年底。只要您的醫生持續為您開立該藥物處方箋，而且該藥物對於治療您的情況持續安全有效，這項規定維持不變。
- 如果我們**否決**您的例外處理要求，您可以提出上訴。請參閱 **G5 節**，以瞭解有關在我們否決的情況下提出上訴的資訊。

下一節說明您如何要求承保決定，包括例外處理。

G4. 要求承保決定，包括例外處理

- 請聯絡我們要求您想要的承保決定類型，您可以致電 1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），寫信或傳真。您、您的代表或您的醫生（或其他處方開立者）都可以提出上訴。請註明您的姓名、聯絡資訊以及有關索賠的資訊。
- 您、您的醫生（或其他處方開立者）或代表您行事的任何其他人都可以要求進行承保決定。您也能請律師代您行事。
- 請參閱 **E3 節**，以瞭解如何指定某人作為您的代表。
- 您不必向您的醫生或其他處方開立者提供書面許可，他們即可代表您要求進行承保決定。
- 如果您想要求我們把藥物費用返還給您，請先閱讀您的《會員手冊》**第 7 章**：
- 如果您要求例外處理，請給我們一份「佐證聲明」。佐證聲明包括您的醫生或其他處方開立者提出例外請求的醫療原因。
- 您的醫生或其他處方開立者可以將佐證聲明傳真或郵寄給我們。他們還可以透過電話告訴我們，然後傳真或郵寄聲明。
- 您可以透過以下安全會員入口網站以電子方式提交承保裁決請求：
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - 選擇會員表格
 - 在線上啟動承保裁決請求
 - 您可以啟動該流程以獲得預先授權或例外處理。

如果您的健康狀況需要，請要求我們為您做「快速承保決定」。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)。



除非我們同意使用「快速截止日期」，否則我們將使用「標準截止日期」。

- **標準承保決定**是指我們會在收到您醫生的聲明後 **72** 小時內答覆您。
- **快速承保決定**是指我們會在收到您醫生的聲明後 **24** 小時內答覆您。

「快速承保決定」稱為「**加急承保裁決**」。

您可以在下列情況下，獲得快速承保決定：

- 為了一種您沒有得到的藥物。如果您想要求我們把您已購買藥物的費用退還給您，您無法得到快速承保決定。
- 如果我們使用標準截止日期，您的健康或身體運作能力將受到嚴重傷害。

如果您的醫生或其他處方開立者告訴我們您的健康狀況需要快速做出承保決定，我們會同意並向您提供。我們會向您寄送一封信告訴您。

- 如果您在沒有醫生或其他處方開立者支持的情況下要求快速承保決定，我們將決定您是否可獲得快速承保決定。
- 如果我們決定您的病症不符合快速承保決定的規定，我們會改用標準截止日期。
 - 我們會向您寄送一封信，告訴您我們將使用標準截止日期。該信函也會告訴您如何對我們的決定進行投訴。
 - 您可以提出快速投訴，並在 **24** 小時內獲得回覆。如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱 **K 節**。

「快速承保決定」的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴後 **24** 小時內答覆您。如果您要求進行例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後 **24** 小時內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆您。
- 如果我們沒有趕上截止日期，我們必須將您的請求發送至級別 **2** 上訴流程，以交由 **IRO** 進行審查。請參閱 **G6 節**，以瞭解更多有關級別 **2** 上訴的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您的醫生的佐證聲明後 **24** 小時內為您提供承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會向您寄送一封信函說明原因。此信函還會告訴您如何提出上訴。

有關您未取得藥物的「標準承保決定」的截止日期

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時**內答覆您。如果您要求例外處理，我們會在收到您的醫生的佐證聲明後 **72 小時**內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆您。
- 如果我們沒有趕上截止日期，我們必須將您的請求發送至級別 **2** 上訴流程，以交由 **IRO** 進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們會在收到您的請求或您的醫生為例外處理提出佐證聲明後 **72 小時**內為您提供承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會向您寄送一封信函說明原因。該信函還告訴您如何提出上訴。

有關您已經購買藥物的「標準承保決定」的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日**內答覆您。
- 如果我們沒有趕上截止日期，我們必須將您的請求發送至級別 **2** 上訴流程，以交由 **IRO** 進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們將在 **14 個曆日**內退款給您。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會向您寄送一封信函說明原因。該信函還告訴您如何提出上訴。

G5.提出級別 1 上訴

向我們的計劃提出與 Medicare D 部分藥物承保決定相關的上訴，稱為計劃「**重新判定**」。

- 請致電 **1-800-452-4413** 開始您的**標準或快速上訴**（聽障和語障專線(TTY)：**711**），我們的服務時間為每週七天，上午 **8:00** 至晚上 **8:00**。您、您的代表或您的醫生（或其他處方開立者）都可以提出上訴。請包含您的姓名、聯絡資訊以及有關您上訴的資訊。
- 您必須在我們向您寄送我們的決定的信函之日起 **65 個曆日**內要求上訴。
- 如果您錯過該截止日期，但有錯過截止日期的正當理由，我們可以給您更多時間提出上訴。好的理由的例子包括您患有嚴重疾病或我們向您提供了有關截止日期的錯誤資訊。當您提出上訴時，請說明上訴延遲的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴資訊的免費副本。您和您的醫生也可以向我們提供更多能支持您上訴的資訊。

如果您的健康狀況需要，請要求快速上訴。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

「快速上訴」也稱為「**加急重新判定**」。

- 如果您要對我們針對您還沒有接受的藥物做出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方開立者必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 快速上訴的要求與快速承保決定的要求相同。請參閱 **G4 節**，以瞭解更多資訊。

我們考慮您的上訴並答覆您。

- 我們審查您的上訴並再次仔細查看所有與您對承保的要求有關的資訊。
- 當我們**否決**您的請求時，我們會檢查我們是否遵守了規則。
- 我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方開立者，以取得更多資訊。

級別 1 快速上訴的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內**答覆您。
 - 如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆您。
 - 如果我們沒有在 **72 小時內**答覆您，我們必須將您的請求發送至級別 2 上訴流程。然後由 **IRO** 對其進行審查。請參閱 **G6 節**，以瞭解有關審查組織與級別 2 上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內**提供我們同意提供的承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會向您寄送一封信函，說明原因並告訴您如何進行上訴。

級別 1 標準上訴的截止日期

- 如果我們使用的是標準截止日期，我們必須在收到您對尚未取得的藥物提出的上訴後 **7 個曆日內**答覆您。
- 如果您沒有獲得該藥物並且您的健康狀況需要，我們會更快給予您我們的決定。如果您相信您的健康狀況需要，請要求快速上訴。
 - 如果我們沒有在 **7 個曆日內**給您決定，我們必須將您的請求發送至級別 2 上訴流程。然後由 **IRO** 對其進行審查。請參閱 **G6 節**，以瞭解有關審查組織與級別 2 上訴流程的資訊。

如果我們**同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須按您的健康狀態需要，儘快提供我們已同意要提供的承保，但最遲不超過我們收到您的上訴後 **7 個曆日**。
- 我們必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內**向您支付您所購買藥物的款項。

如果我們**否決**您的部分或全部請求：

- 我們會向您寄送一封信函，說明原因並告訴您如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後 **14 個曆日內**答覆您關於退還您購買藥物的費用。
 - 如果我們沒有在 **14 個曆日內**給您決定，我們必須將您的請求發送至級別 **2** 上訴流程。然後由 **IRO** 對其進行審查。請參閱 **G6 節**，以瞭解有關審查組織與級別 **2** 上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求後 **30 個曆日內**向您付款。
- 如果我們**否決**您的部分或全部請求，我們會向您寄送一封信函，說明原因並告訴您如何進行上訴。

G6. 提出級別 2 上訴

如果我們**否決**您的級別 **1** 上訴，您可以接受我們的決定或提出另一個上訴。如果您決定提出另一個上訴，可以使用級別 **2** 上訴流程。當我們**否決**您的第一次上訴時，**IRO** 會審查我們的決定。此機構會判定我們是否應該改變我們的決定。

「獨立審查組織」(IRO)的正式名稱是「獨立審查實體」，有時也稱為「IRE」。

要提出級別 **2** 上訴，您、您的代表、您的醫生或其他處方開立者必須以**書面方式**聯絡 **IRO** 並要求審查您的個案。

- 如果我們**否決**您的級別 **1** 上訴，我們寄給您的信函會包括**有關如何向 IRO 提出級別 2 上訴的說明**。這些說明會告訴您誰可以提出級別 **2** 上訴、您必須遵守哪些截止日期，以及如何聯絡審查組織。
- 當您向 **IRO** 提出上訴時，我們會將所掌握有關您上訴的資訊發送給該組織。這類資訊稱為您的「個案檔案」。您有權**免費獲得您的個案檔案的副本**。如果您需要索取您個案檔案的免費副本，請致電 1-888-466-2219。
- 您有權向 **IRO** 提供其他資訊，以支持您的上訴。

IRO 會審查您的 Medicare D 部分級別 **2** 上訴並以書面方式答覆您。請參閱 **F4 節**，以瞭解更多有關 **IRO** 的資訊。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

級別 2 快速上訴的截止日期

如果您的健康狀況需要，請要求 IRO 進行快速上訴。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴請求後 **72 小時內** 答覆您。
- 如果他們**同意**您的部分或全部請求，我們必須在收到 IRO 的決定後 **24 小時內** 提供核准的藥物承保。

級別 2 標準上訴的截止日期

如果您在進行級別 2 標準上訴，IRO 必須在下列期間答覆您：

- 在他們收到您對自己未獲得某種藥物的上訴後 **7 個曆日內**。
- 在收到針對返還您所購買藥物費用的上訴後 **14 個曆日內**。

如果 IRO **同意**您的部分或全部請求：

- 我們必須在收到 IRO 的決定後 **72 小時內** 提供核准的藥物承保。
- 我們必須在收到 IRO 的決定後 **30 個曆日內** 返還您購買藥物的費用。
- 如果 IRO **否決**您的上訴，則意味著他們同意我們不核准您的請求的決定。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果 IRO **否決**您的級別 2 上訴，您有權在您要求的藥物承保的美元價值滿足最低美元價值的情況下提出級別 3 上訴。如果您要求的藥物承保金額低於所需的最低金額，您將無法提出另一個上訴。在該種情況下，級別 2 上訴決定為最終決定。IRO 會向您寄送一封信函，告知您繼續進行級別 3 上訴所需的最低美元價值。

如果您要求承保的金額符合規定，您要選擇是否想繼續進行您的上訴。

- 級別 2 之後上訴流程中還有三個額外的級別。
- 如果 IRO **否決**您的級別 2 上訴，並且您滿足繼續上訴流程的要求，您可以：
 - 決定是否想要提出級別 3 上訴。
 - 參閱 IRO 在您提出級別 2 上訴後向您寄送的信函，以瞭解有關如何提出級別 3 上訴的詳細資訊。

ALJ 或律師裁決員會負責處理級別 3 上訴。請參閱 **J 節**，以瞭解有關級別 3、級別 4 與級別 5 上訴的資訊。

H. 要求我們承保更長的住院時間

當您入住醫院時，您有權取得我們所承保有必要診斷與治療您的疾病或傷害的所有醫院服務。如需更多有關計劃的醫院承保範圍的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 4 章**。

在您的承保住院期間，您的醫生與醫院職員會與您合作，讓您可以作好出院準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的護理。

- 您離開醫院當天稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫院工作人員會告訴您出院日期。

如果您認為過早讓您出院或者您擔心出院後的護理，您可以要求延長住院時間。本節說明您如何提出要求。

儘管有本 **H 節** 中討論的上訴，您也可以向 DMHC 提出投訴並要求 DMHC 進行獨立醫療審查以繼續您的住院治療。請參閱 **F4 節**，以瞭解如何向加州醫療保健管理部提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。作為級別 **3** 上訴的補充或替代，您可以要求進行獨立醫療審查。

H1. 瞭解您的 Medicare 權利

在您入院後的兩天內，醫院會有人（例如護士或社工）給您一份書面通知名為「來自 Medicare 關於您的權利的重要資訊」。有 Medicare 的每一位民眾，每次住院時都會收到一份此通知。

如果您沒有收到通知，請向醫院的任何員工索取。如果您需要幫助，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。您每週 7 天，每天 24 小時皆可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

- 請仔細閱讀通知，如果您不瞭解則發問。該通知會告訴您作為住院病人享有的權利，包括以下權利：
 - 在住院期間或出院後獲得 Medicare 承保服務。您有權知道這些服務項目、誰將支付服務費用，以及您可以在哪裡取得服務。
 - 參與有關住院時間長短的任何決定。
 - 知道向誰通報您對醫院護理品質的疑慮。
 - 您認為過早讓您出院而提出上訴。
- 簽署通知以表明您已收到通知並瞭解您的權利。
 - 您或代表您行事的人可以簽署通知。
 - 簽署通知僅表明您已瞭解有關您的權利的資訊。簽署並不意味著您同意您的醫生或醫院工作人員可能告訴您的出院日期。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 保留已簽署通知的副本，以便在需要時獲得資訊。

如果您在出院前兩天的更早之前就在通知上簽名，您會在出院前再收到一份。

如果您符合以下條件，可以提前查看通知副本：

- 請撥打頁面底部的號碼致電客戶服務部。
- 每週 7 天，每天 24 小時皆可致電 Medicare：
1-800-MEDICARE(1800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- 瀏覽
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

H2.提出級別 1 上訴

如果您希望我們為您的住院服務提供更長的承保時間，請提出上訴。品質改善組織(QIO)會審查級別 1 上訴，以確定您的計劃出院日期對您來說是否具醫療適當性。

QIO 由醫生與其他醫療保健專業人員所組成，由聯邦政府支付其費用的團體。這些專家檢查並協助為 Medicare 投保人取得更高的品質。他們並不屬於我們計劃的一部份。

在加州，QIO 是 Livanta。您可以撥打(877) 588-1123 聯絡他們[聽障和語障專線：(855) 887-6668]。「來自 Medicare 關於您的權利的重要資訊」的通知中，以及第 2 章還附有聯絡方式。

在您離開醫院（最遲不超過您的計劃出院日期）之前致電 QIO，

- 如果您在離開前致電，您可以在計劃出院日期後留在醫院，無需支付費用，等待 QIO 對您的上訴做出決定。
- 如果您沒有致電進行上訴，但您決定在計劃出院日期後繼續住院，您可能必須對在您計劃出院日期之後接受的醫院護理支付全部費用。
- 因為 Medicare 與 Medi-Cal 皆承保住院，如果品質改善組織不會聽取您繼續承保住院的請求，或者您認為您的情況緊急或對您的健康構成直接與嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，可以向加州醫療保健管理部(DMHC)提出投訴，並要求其進行獨立醫療審查。請參閱 F4 節，以瞭解如何向加州醫療保健管理部提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

如果您有需要，可以要求協助。任何時候，如果您有疑問或需要幫助：

- 請撥打頁面底部的號碼致電客戶服務部。
- 致電醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



要求快速審查：迅速採取行動並聯絡 QIO，要求快速審查您的出院情況。

「快速審查」的法律詞彙是「立即審查」或「加急審查」。

審查期間會怎麼樣

- QIO 的審查員詢問您或您的代表為什麼您認為承保應在計劃出院日期後繼續。您不需要寫一份聲明，但您可以寫。
- 審查員會查看您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查醫院與我們的計劃向他們提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們的計劃後的第二天中午，您會收到一封包含您計劃出院日期的信函。該信函也會說明為什麼您的醫生、醫院與我們都認為這是在醫學上適合您的正確出院日期。

此書面說明的法律詞彙是「詳細出院通知」。您每週 7 天，每天 24 小時皆可撥打頁面底部的電話號碼或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡客戶服務部以獲取樣本。
(聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。)您也可以線上參閱樣本通知：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

在獲得所需的所有資訊後的一整天內，QIO 會針對您的上訴給出答覆。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 只要服務具有醫療必要性，我們就會為您提供承保的住院醫院服務。

如果 QIO 否決您的上訴：

- 他們認為您的計劃出院日期對您來說具有醫療適當性。
- 在 QIO 答覆您的上訴之後次日中午時，我們對您住院服務的承保就會結束。
- 在 QIO 就您的上訴做出答覆後的次日中午之後，您可能需要支付住院治療的全部費用。
- 如果 QIO 駁回您的級別 1 上訴，**並且**您在計劃出院日期之後繼續住院，那麼您可以提出級別 2 上訴。

H3. 提出級別 2 上訴

在級別 2 上訴期間，您可以要 QIO 再次查看他們對您級別 1 上訴做出的決定。您可以撥打(877) 588-1123 聯絡他們[聽障和語障專線(TTY)：(855) 887-6668]。

您必須在 QIO 拒絕您的級別 1 上訴當天之後 **60 個曆日內**要求這項審查。您必須是在您的護理承保結束當天之後繼續住院時，才可以要求這項審查。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

QIO 審查員將：

- 再次詳細查看所有與您的上訴有關的資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後 **14** 個曆日內，告訴您他們對您的級別 **2** 上訴的決定。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 我們必須向您退還從 QIO 駁回您的級別 **1** 上訴當天後次日中午起，我們對醫院護理的分攤費用。
- 只要服務具有醫療必要性，我們就會為您提供承保的住院醫院服務。

如果 QIO 否決您的上訴：

- 他們同意關於您的級別 **1** 上訴的決定，並且不會變更。
- 他們會寄一封信給您，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出級別 **3** 上訴，可以如何處理。
- 您也可以向 DMHC 提出投訴或要求 DMHC 進行獨立醫療審查以繼續住院。請參閱 **E4 節**，以瞭解如何向加州醫療保健管理部提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

ALJ 或律師裁決員會負責處理級別 **3** 上訴。請參閱 **J 節**，以瞭解有關級別 **3**、級別 **4** 與級別 **5** 上訴的資訊。

I. 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅介紹您可能獲得的三種類型的服務：

- 居家醫療保健服務
- 在專業護理機構中提供專業護理，以及
- 在 Medicare 核准的綜合門診復健機構(CORF)以門診病人身份取得的康復護理。這通常表示，您正在接受疾病或事故的治療，或者正在從大手術中恢復。

對於這三種類型的服務中的任何一種，只要醫生說您需要，您就有權獲得承保服務。

當我們決定停止承保其中任何一項時，我們必須在您的服務終止之前通知您。當您對該服務的承保結束時，我們將停止支付該服務的費用。

如果您認為我們過早終止對您護理的承保，可以對我們的決定提出上訴。本節告訴您如何要求上訴。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



I1. 在您的承保結束前提前通知

我們會向您發送一份書面通知，您將在我們停止支付您的護理費用的至少兩天前收到該通知。此書面通知稱為「**Medicare 不承保通告**」。該通知告訴您我們停止承保您的護理的日期以及如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在通告上簽名以表明您已收到該通知。簽署通知**僅**表明您已獲得資訊。簽署**並不**意味著您同意我們的決定。

I2. 提出級別 1 上訴

如果您認為我們過早終止對您護理的承保，可以對我們的決定提出上訴。本節向您介紹級別 1 上訴流程以及該怎麼做。

- **遵守截止日期。**截止日期很重要。瞭解並遵守您必須採取行動的相關截止日期。我們的計劃也必須遵守最後截止日期。如果您認為我們沒有遵守截止日期，您可以提出投訴。請參閱 **K 節**，以瞭解更多有關提出投訴的資訊。
- **如果您有需要，可以要求協助。**任何時候，如果您有疑問或需要幫助：
 - 請撥打頁面底部的號碼致電客戶服務部。
 - 致電 HICAP：1-800-434-0222。
- **聯絡 QIO。**
 - 請參閱您的《會員手冊》**H2 節**或參閱**第 2 章**，以瞭解更多有關 QIO 以及如何聯絡他們的資訊。
 - 請他們審查您的上訴並決定是否變更我們計劃的決定。
- **迅速採取行動並要求「快速審理上訴」。**詢問 QIO 我們終止您的醫療服務承保對您來說在醫療上是否合適。

您聯絡此組織的截止日期

- 您必須在我們向您寄送的「**Medicare 不承保通知**」生效日期前一天中午之前聯絡 QIO 以開始上訴流程。
- 如果品質改善組織不會聽取您繼續承保醫療保健服務的請求，或者您認為您的情況緊急或對您的健康構成直接與嚴重的威脅，或者如果您感到劇烈疼痛，可以向加州醫療保健管理部(DMHC)提出投訴，並要求其進行獨立醫療審查。請參閱 **F4 節**，以瞭解如何向加州醫療保健管理部提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

此書面通知的法律詞彙稱為「**Medicare 不承保通知**」。要索取一份樣本，請撥打頁面底部的號碼聯絡客戶服務部，或撥打 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)致電 Medicare，Medicare 每週 7 天，每天 24 小時皆提供服務。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。或在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 線上獲得副本：

快速審理上訴期間會發生什麼

- QIO 的審查員詢問您或您的代表為什麼您認為承保應繼續。您不需要寫一份聲明，但您可以寫。
- 審查員會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查我們的計劃向他們提供的資訊。
- 我們的計劃還會向您寄送書面通知，說明我們終止為您承保服務的原因。您會在審查員通知我們您的上訴之日結束之前收到通知。

通知說明的法律詞彙是「**不承保的詳細說明**」。

- 審查員在獲得他們需要的所有資訊後一個整天內會告訴您他們的決定。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 只要具有醫療必要性，我們就會為您提供承保服務。

如果 QIO 否決您的上訴：

- 您的承保將於我們告知您的日期終止。
- 我們會在通知中的日期停止對該護理支付費用。
- 如果您決定在承保結束後繼續接受居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構服務，則您需要自行支付此項護理的全部費用。
- 您決定是否想要繼續這些服務並提出級別 2 上訴。

13. 提出級別 2 上訴

在級別 2 上訴期間，您可以要求 QIO 再次查看他們對您級別 1 上訴做出的決定。您可以撥打 (877) 588-1123 聯絡他們[聽障和語障專線(TTY)：(855) 887-6668]。

您必須在 QIO 拒絕您的級別 1 上訴當天之後 **60 個曆日內** 要求這項審查。您只有在您的護理在承保結束當天之後繼續護理時，才可以要求這項審查。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

QIO 審查員將：

- 再次詳細查看所有與您的上訴有關的資訊。
- 在收到您的第二次審查請求後 **14** 個曆日內，告訴您他們對您的級別 **2** 上訴的決定。

如果 QIO 同意您的上訴：

- 我們會向您退還您所接受護理的費用（從我們本來指出您的承保應該結束當天起）。
- 只要具有醫療必要性，我們就會為該護理提供承保。

如果 QIO 否決您的上訴：

- 他們同意我們終止您的護理的決定並且不會改變。
- 他們會寄一封信給您，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出級別 **3** 上訴，可以如何處理。
- 您可以向 **DMHC** 提出投訴並要求進行獨立醫療審查，以繼續承保您的醫療保健服務。請參閱 **F4 節**，以瞭解如何要求加州醫療保健管理部進行獨立醫療審查。作為級別 **3** 上訴的補充或替代，您可以向 **DMHC** 提出投訴，並要求進行獨立醫療審查。

ALJ 或律師裁決員會負責處理級別 **3** 上訴。請參閱 **J 節**，以瞭解有關級別 **3**、級別 **4** 與級別 **5** 上訴的資訊。

J. 將您的上訴提升至級別 2 以上

J1. Medicare 服務與項目的後續步驟

如果您針對 **Medicare** 服務或項目提出了級別 **1** 上訴與級別 **2** 上訴，並且兩項上訴皆被駁回，您可能擁有權提出更高級別的上訴。

如果您上訴的 **Medicare** 服務或項目的美元價值未達到特定的最低美元金額，您將無法進一步上訴。如果美元金額價值足夠高，您可以繼續上訴過程。您從 **IRO** 收到的有關級別 **2** 上訴的信函，說明了要聯絡誰以及如何要求進行級別 **3** 上訴。

級別 3 上訴：

上訴流程的級別 **3** 是 **ALJ** 聽證會。做出決定的人是 **ALJ** 或為聯邦政府工作的律師裁決員。

如果 **ALJ** 或律師裁決員同意您的上訴，我們有權對對您有利的級別 **3** 決定提出上訴。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

- 如果我們決定對該決定上訴，我們會將級別 4 上訴請求連同所有隨附文件都寄給您。我們可以等到級別 4 上訴做出決定後，再授權或提供爭議中的服務。
- 如果我們決定**不上訴**該決定，我們必須在收到 ALJ 或律師裁決員的決定後 60 個曆日內授權服務或為您提供服務。
 - 如果行政法官或律師裁決員否決您的上訴，上訴流程可能還沒有結束。
- 如果您決定**接受**駁回您的上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您的上訴的決定，可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您如何進行級別 4 上訴。

級別 4 上訴

Medicare 上訴委員會（簡稱委員會）將會審查您的上訴並答覆您。委員會隸屬於聯邦政府。

如果理事會**同意**您的級別 4 上訴或拒絕我們對於對您有利的級別 3 上訴決定的審查請求，我們有權上訴至級別 5。

- 如果我們決定**上訴**該決定，我們會以書面方式通知您。
- 如果我們對該決定決定**不上訴**，我們必須在收到委員會決定之後 60 個曆日內，授權或向您提供服務。

如果理事會**否決**或拒絕我們的審查請求，上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您的上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您的上訴的決定，您也許可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行級別 5 上訴以及該怎麼做。

級別 5 上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴與所有資訊，並做出「同意」或「否決」的決定。這是最終決定。在聯邦地方法院之上，沒有其他上訴級別。

J2.額外的 Medi-Cal 上訴

如果您的上訴涉及 Medi-Cal 通常承保的服務或項目，您還擁有其他上訴權利。您從州政府聽證處收到的信函將告訴您如果您想繼續上訴程序該怎麼做。如果您不同意州聽證會的決定，並且希望另一位法官對其進行審理，您可以要求重新召開聽證會和/或尋求司法審理。

如欲要求重新聽證，可將書面請求（一封信函）郵寄至：

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

Sacramento, CA 95814

此信函必須在您收到決定後的 30 天內寄出。如果您有充分的理由延遲，則該截止日期最多可以延長到 180 天。

在您的重新聽證請求中，說明您收到決定的日期以及為何應授予重新聽證。如果您想呈交額外的證據，請描述該額外的證據並說明為什麼之前沒有提供，以及它會如何改變決定。您可以聯絡法律服務部門尋求幫助。

如欲要求司法審理，您必須在收到決定後一年內向高等法院提交請願書（根據《民事訴訟法》第 1094.5 條）。向您的決定中指定的縣政府的高等法院提交您的請願書。您可以提交此請願書而無需要求召開重新聽證。無需繳納申請費。如果法院做出對您有利的最終裁決，您可能有權獲得合理的律師費與費用。如果進行了重新聽證，但您不同意重新聽證的決定，您可以尋求司法審理，但不能再次請求重新聽證。

J3.Medicare D 部分藥物請求的 3、4 與 5 上訴級別

如果您提出了級別 1 上訴和級別 2 上訴，而且您的兩次上訴都被駁回，本節可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到特定金額，您也許可以進入其他的上訴級別。您收到對您級別 2 上訴的書面回覆會說明要聯絡的對象以及該怎麼做來要求級別 3 上訴。

級別 3 上訴：

上訴流程的級別 3 是 ALJ 聽證會。做出決定的人是 ALJ 或為聯邦政府工作的律師裁決員。

如果 ALJ 或律師裁決員**同意**您的上訴：

- 上訴流程就此結束。
- 我們必須在 72 小時內（加急上訴則在 24 小時內）授權或提供核准的藥物承保，或在收到決定後不遲於 30 個曆日內支付款項。

如果行政法官或律師裁決員否決您的上訴，上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您的上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您的上訴的決定，可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您如何進行級別 4 上訴。

級別 4 上訴

委員會會審查您的上訴並答覆您。委員會隸屬於聯邦政府。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴流程就此結束。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 我們必須在 **72 小時內**（加急上訴則在 **24 小時內**）授權或提供核准的藥物承保，或在收到決定後不遲於 **30 個曆日內** 支付款項。

如果行政法官否決您的上訴，上訴流程可能還沒有結束。

- 如果您決定**接受**駁回您的上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您的上訴的決定，您也許可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您是否可以繼續進行級別 **5** 上訴以及該怎麼做。

級別 5 上訴

- 聯邦地方法院法官將審查您的上訴與所有資訊，並做出「**同意**」或「**否決**」的決定。這是最終決定。在聯邦地方法院之上，沒有其他上訴級別。

K. 如何進行投訴

K1. 什麼樣的問題應該投訴

投訴流程僅適用於某些類型的問題，比如與護理品質、等待時間、護理協調與客戶服務有關的問題。以下例子是由投訴流程處理的問題種類。

投訴	範例
您的醫療護理品質	• 您對護理品質不滿意，例如您在醫院獲得的護理。
尊重您的隱私	• 您認為有人不尊重您的隱私權或分享有關您的機密資訊。
不尊重、客戶服務不佳或其他負面行為	• 醫療保健服務提供者或工作人員對您粗魯或不尊重。 • 我們的工作人員對您不好。 • 您認為您被排除在我們的計劃之外。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



投訴	範例
無障礙與語言協助	- 您無法親自使用醫生或醫療服務提供者辦公室的醫療保健服務與設施。 - 您的醫生或醫療服務提供者沒有為您所說的非英語語言（例如美國手語或西班牙語）提供口譯員。 - 您的醫療服務提供者沒有為您提供您需要並要求的其他合理便利措施。
等待時間	- 您很難預約到或者等待時間太長。 - 醫生、藥劑師或其他醫療專業人員讓您等候太久。
清潔程度	您認為診所、醫院或醫生辦公室的環境不乾淨。
我們向您提供的資訊	- 您認為我們未能向您發送您本應收到的通知或信函。 - 您認為我們寄送給您的書面資訊太難理解。
與承保決定或上訴相關的及時性	- 您認為我們沒有在最後截止日期內做出承保決定或答覆您的上訴。 - 您認為，在獲得對您有利的承保或上訴決定後，我們未在最後截止日期內核准或向您提供服務或向您退還某些醫療服務的費用。 - 您認為我們沒有按時將您的個案發送給 IRO。

有不同類型的投訴。您可以進行內部投訴和/或外部投訴。內部投訴已提交給我們的計劃並由我們的計劃進行審查。向不隸屬於我們計劃的組織提出並由其審查的外部投訴。如果您需要幫助進行內部和/或外部投訴，可以致電客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711）。

「投訴」的法律詞彙是「申訴」。

「提出投訴」的法律詞彙是「提出申訴」。

K2.內部投訴

要進行內部投訴，請致電客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。除非是有關 **Medicare D** 部分藥物，否則您可以隨時進行投訴。如果投訴是有關 **Medicare D** 部分藥物，您必須在出現想要投訴的問題後 **60 個曆日內**進行投訴。

- 如果您還有什麼需要做的，客戶服務部會告訴您。
- 您也可以寫下您的投訴並將其發送給我們。如果您以書面方式進行投訴，我們會以書面方式回覆您的投訴。
- 其運作方式如下：
 - 步驟 1：提出申訴
 - 要開始此流程，請在事件發生後 60 個曆日內致電客戶服務代表並要求提出申訴。您也可以在此事件發生後 60 個曆日內以書面方式提出申訴，並將其寄送至：

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856
傳真：(916) 350-6510

- 如果透過傳真或郵件聯絡我們，請致電我們以索取 **Blue Shield TotalDual Plan** 上訴和申訴表。我們將向您寄送一封信函，告知您我們在 5 個曆日內收到了您所關切問題的通知，並向您提供處理該問題的人員的姓名。我們通常會在 30 個曆日內加以解決。
- 如果您因為我們決定不給您「快速決定」或「快速上訴」而要求「加急申訴」，我們會將您的請求轉發給未參與我們最初決定的醫療主任。我們可能會詢問您是否有在您的請求「快速初步決定」或「快速上訴」時無法獲得的其他資訊。醫療主任將審查您的請求並決定我們最初的決定是否合適。在您提出「加急申訴」請求後，我們將在 24 小時內向您寄送一封包含我們決定的信函。我們必須根據您的健康狀態所需儘快解決您的申訴，但最遲不超過收到您投訴後 30 個曆日。

步驟 2：申訴聽證

- 如果您對與護理品質問題相關的申訴的解決方案不滿意，可以向 **Blue Shield Medicare** 上訴與申訴部門提出書面請求，要求召開申訴聽證會。在您提出書面請求後 31 個曆日內，我們將組建一個小組來審理您的個案。您將被邀請參加聽證會，其中包括一名未參與的醫師及一名來自上訴與申訴解決部門的代表。

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



您可以親自參加或透過電話會議參加。聽證會結束後，我們將向您發送最終決議函。

- 如果您對不包括護理品質（例如等待時間、不尊重、客戶服務或清潔程度）的申訴解決方案不滿意，可以聯絡 **Blue Shield TotalDual Plan** 客戶服務部，請求進行額外審查。

「快速投訴」的法律詞彙是「加急申訴」。

如果可能，我們會立即答覆您。如果您打電話向我們投訴，我們也許可以在電話中直接答覆您。如果您的健康狀況需要我們快速答覆，我們就會這麼做。

- 我們會在 **30** 個曆日內答覆大多數投訴。如果我們因需要更多資訊而未在 **30** 個曆日內做出決定，會以書面方式通知您。我們還提供狀態更新與預計獲得答覆的時間。
- 如果您進行投訴是因為我們拒絕您請求「快速承保決定」或「快速上訴」，我們會自動給您「快速投訴」，並且會在 **24** 小時內回覆您的投訴。
- 如果您因我們花費額外時間做出承保決定或上訴而進行投訴，我們會自動為您提供「快速投訴」，並且會在 **24** 小時內回覆您的投訴。

如果我們不同意您的部分或全部投訴，我們會告訴您並說明理由。無論我們是否同意投訴事項，我們都會回覆。

K3.外部投訴

Medicare

您可以將您的投訴告知 **Medicare** 或將其發送給 **Medicare**。**Medicare** 投訴表可在以下網址獲取獲取：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您在向 **Medicare** 提出投訴之前，不需要向 **Blue Shield TotalDual Plan** 提出投訴。

Medicare 非常嚴肅地看待您的投訴並利用這類資訊，幫助改善 **Medicare** 計劃的品質。

如果您有任何其他意見或疑慮，或您認為健康計劃沒有解決您的問題，您也可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。聽障和語障人士可致電 **1-877-486-2048**。這是免付費電話。

Medi-Cal

您可以致電 **1-888-452-8609** 向加州醫療保健服務部(DHCS) **Medi-Cal** 管理式護理投訴專員提出投訴。聽障和語障人士可致電 **711**。請於週一至週五上午 **8:00** 至下午 **5:00** 致電。

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



您可以向加州醫療保健管理部(DMHC)提出投訴。DMHC 負責管理健康計劃。您可致電 DMHC 幫助中心，協助處理有關對 Medi-Cal 服務的投訴。對於非緊急事項，如果您不同意級別 1 上訴中的決定，或者計劃在 30 個曆日後仍未解決您的投訴，您可以向 DMHC 提出投訴。但是，如果您需要幫助解決涉及緊急問題或涉及對您的健康造成直接與嚴重威脅的投訴、如果您感到劇烈疼痛、如果您不同意我們計劃有關您的投訴的決定，或者我們的計劃在 30 個曆日後仍未解決您的投訴，您可以聯絡 DMHC，而無需提出級別 1 上訴。

有兩種方式可自 DMHC 幫助中心取得協助：

- 致電 1-888-466-2219。耳聾、聽力障礙或語言障礙人士可以使用免付費聽障和語障專線號碼 1-877-688-9891。這是免付費電話。
- 瀏覽管理式醫療保健管理部的網站(www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室(OCR)

如果您認為自己沒有受到公平對待，可以向衛生及公共服務部(HHS)民權辦公室提出投訴。例如，您可以對殘障通道或語言協助進行投訴。民權辦公室的電話號碼是 1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。您可以瀏覽 www.hhs.gov/ocr，以瞭解更多資訊。

您也可以聯絡當地民權辦公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

客戶服務中心：(800) 368-1019
傳真：(202) 619-3818
聽障和語障專線(TTY)：(800) 537-7697
電子信箱：ocrmail@hhs.gov

您還可能享有《美國殘障人法案》(ADA)和《2008 年修正案》(P.L.110-325)中規定的權利。您可以聯絡 Medi-Cal 投訴專員計劃尋求協助。電話號碼是 1-888-452-8609。

QIO

如果您的投訴是關於護理品質，您有兩個選擇：

- 您可以直接向 QIO 投訴護理品質。
- 您可以向 QIO 以及我們的計劃提出投訴。如果您向 QIQ 提出投訴，我們會與他們合作解決您的投訴。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



QIQ 是一個由執業醫生及其他醫療保健專家組成，由聯邦政府支付其費用的團體，旨在查核並改善向 Medicare 患者提供的護理。要瞭解更多有關 QIO 的資訊，請參閱 **H2 節**或參閱《會員手冊》的**第 2 章**。

在加州，QIO 稱為 Livanta。Livanta 的電話號碼是(877) 588-1123[聽障和語障專線(TTY)：(855) 887-6668]。



第10章：終止您在我們計劃中的會員資格

簡介

本章介紹了您如何終止我們的計劃的會員資格以及您退出我們的計劃後的健康保險選項。如果您離開我們的計劃，只要您符合資格，您仍然是 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 計劃的會員。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 您何時可以終止在我們計劃中的會員資格	208
B. 如何終止在我們計劃中的會員資格	209
C. 如何分別獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務	209
C1. 您的 Medicare 服務	209
C2. 您的 Medi-Cal 服務	213
D. 直到您的計劃會員資格結束前，您可以獲得的醫療用品、服務與藥物	213
E. 您的計劃會員資格終止時的其他情況	214
F. 規則禁止因任何與健康相關的原因要求您退出我們計劃	215
G. 如果我們終止您在我們計劃的會員資格，您進行投訴的權利	215
H. 如何獲取更多有關終止計劃會員資格的資訊	215



A. 您何時可以終止在我們計劃中的會員資格

大多數參加 **Medicare** 的人可以在一年中的某些時間終止其會員資格。由於您擁有 **Medi-Cal**，您可以在一年中的任何一個月份終止您在我們計劃中的會員資格。

此外，您還可以在每年以下期間終止您在我們計劃中的會員資格：

- **年度參保期**：從 10 月 15 日開始持續至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在我們計劃的會員資格將於 12 月 31 日結束，新計劃的會員資格將於 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage(MA)開放參保期**：從 1 月 1 日開始持續至 3 月 31 日；對於加入計劃的新 **Medicare** 受益人來說，從享有 A 部分與 B 部分權利的月份到享有權利第 3 個月的最後一天。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將從次月 1 日生效。

您可能在資格在其他情況下對您的參保進行更換。例如，在下列情況時：

- 您搬離我們的服務區域，
- 您的 **Medi-Cal** 或「額外協助」資格發生改變時，或
- 如果您最近搬入，目前正在某個護理機構或長期護理醫院接受護理或剛剛從上述機構搬離。

您的會員資格將於我們收到您更換計劃的請求當月的最後一天結束。例如，如果我們於 1 月 18 日收到您的請求，則我們計劃的承保將於 1 月 31 日結束。您的新承保範圍從下個月的第一天開始（本例中為 2 月 1 日）。

如果您退出我們的計劃，您可以獲得以下有關您的資訊：

- **C1 一節**的表中的 **Medicare** 選項。
- **C2 一節**中的 **Medi-Cal** 選項與服務。

您可以透過撥打以下電話號碼，獲取更多有關如何終止會籍的資訊：本頁底部的客戶服務部電話號碼。聽障和語障人士的電話號也列出。

- **Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時皆提供服務。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- 請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP。醫療保健方案處：1-844-580-7272，

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00；聽障和語障人士應撥打 1-800-430-7077。

- Medi-Cal 管理式護理投訴專員電話：1-888-452-8609，辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00；或電子郵件：MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

附註：如果您正在參加藥物管理計劃(DMP)，您也許不能更換計劃。有關藥物管理計劃的資訊，請參閱《會員手冊》第 5 章。

B. 如何終止在我們計劃中的會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以加入另一個 Medicare 計劃或轉換到 Original Medicare。不過，如果您想從我們的計劃轉換到 Original Medicare，但尚未選擇單獨的 Medicare 處方藥計劃，您必須向我們的計劃要求退保。有兩種方法您可以要求退出計劃：

- 您可以用書面向我們提出要求。如果您需要更多有關如何執行此操作的資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。
- 每週 7 天，每天 24 小時皆可致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士（聽力或言語有困難的人士）應致電 1-877-486-2048。當您致電 1-800-MEDICARE 時，您也可以參保其他 Medicare 健康或藥物計劃。更多有關在退出我們的計劃後獲得 Medicare 服務的資訊，請參閱第 242 頁的圖表。
- 請致電醫療保健方案處：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00；聽障和語障人士應撥打 1-800-430-7077。
- 下面的 C 節包括您要參保其他計劃時可採取的步驟，這也將終止您在我們計劃中的會員資格。

C. 如何分別獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務

如果您選擇退出我們的計劃，您可以選擇如何獲得 Medicare 與 Medi-Cal 服務。

C1. 您的 Medicare 服務

您可以在一年中的任何一個月份透過三種選擇，取得下面所列的 Medicare 服務。您在一年中的特定時間（包括年度參保期與 Medicare Advantage 開放參保期），或 A 節中所述的其他情況，還有以下所列的額外選項。透過選擇這些選項之一，您將自動終止您在我們計劃中的會員資格。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



1.您可以更換至：

Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan)是 **Medicare Advantage** 計劃的一種類型。適合同時擁有 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 的人士，並可將 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 福利整合到一個計劃中。**Medi-Medi Plan** 協調兩個計劃的所有福利與服務，包括所有 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 的承保服務。

附註：Medi-Medi Plan 一詞是加州整合式符合雙重資格特殊需求計劃(D-SNP)的名稱。

以下是處理方式：

每週 7 天，每天 24 小時皆可致電
Medicare：1-800-MEDICARE
 (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電
 1-877-486-2048。

如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，
 請致電 1-855-921-PACE(7223)。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00
 致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃
 (HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解
 更多資訊或查找您所在地區的當地
 HICAP 辦事處，請瀏覽
www.aging.ca.gov/HICAP/。

或

參保新的 **Medi-Medi Plan**。

當您的新計劃承保開始時，您將自動從我們的 **Medicare** 計劃中退保。

您的 **Medi-Cal** 計劃會隨著您的 **Medi-Medi Plan** 而相應變動。

2.您可以更換至： 具有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	以下是處理方式： 每週 7 天，每天 24 小時皆可致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： 請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 參保新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從我們的計劃中退保。
--	---



3.您可以更換至：**不具有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare**

附註：如果您轉換到 Original Medicare 而且沒有參保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會讓您參保藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。

僅當您從其他來源（例如雇主或工會）獲得藥物承保時，才應該退出處方藥承保。如果您對於是否需要藥物承保有任何疑問，請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

以下是處理方式：

每週 7 天，每天 24 小時皆可致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。

如果您需要協助或更多資訊：

- 請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從我們的計劃中退保。

4.您可以更換至： 任何的 Medicare 健康計劃，在一年中的特定時間（包括年度參保期與 Medicare Advantage 開放參保期），或 A 部分中所述的其他情況中。	以下是處理方式： 每週 7 天，每天 24 小時皆可致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。 如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，請致電 1-855-921-PACE(7223)。 如果您需要協助或更多資訊： 請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 參保新的 Medicare 計劃。 當您的新計劃承保開始時，您將自動從我們的 Medicare 計劃中退保。 您的 Medi-Cal 計劃可能會有所變動。
--	---

C2.您的 Medi-Cal 服務

有關離開我們的計劃後如何獲取您的 Medi-Cal 服務，請致電醫療保健方案處：

1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00；聽障和語障人士應撥打 1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或返回 Original Medicare 對您獲得 Medi-Cal 承保的方式有何影響。

D. 直到您的計劃會員資格結束前，您可以獲得的醫療用品、服務與藥物

如果您退出我們的計劃，您的會員資格結束以及新的 Medicare 與 Medi-Cal 保險開始前，可能需要一段時間。在此期間，您可以繼續透過我們的計劃獲得處方藥與醫療保健，直到您的新計劃開始。

- 使用我們的網絡醫療服務提供者接受醫療護理。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 使用我們的合約藥房（包括透過我們的送貨到府藥房服務）來配取處方藥。
- 如果您在 Blue Shield TotalDual Plan 會員資格結束當天住院，我們的計劃將承保您的住院費用，直至您出院為止。即使您的新健康保險在您出院之前開始，也是如此。

E. 您的計劃會員資格終止時的其他情況

這些是我們必須終止您在我們計劃中的會員資格時的情況：

- 如果您的 Medicare A 部分與 Medicare B 部分承保範圍出現中斷。
- 如果您不再有投保 Medi-Cal 的資格我們的計劃適用於同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 資格的人士。附註：如果您不再有投保 Medi-Cal 的資格，您可以暫時繼續參與我們的計劃並享受 Medicare 福利，請參閱下面有關推定期的資訊。
 - 參保 Blue Shield TotalDual Plan 的 Medicare 受益人必須同時符合 Medicare A 部分與 B 部分以及 Medi-Cal (Medicaid) 的資格。如果您不再符合 Medi-Cal (Medicaid) 的資格，我們將通知您失去 Medi-Cal (Medicaid) 資格，並且我們會繼續承保您的 Medicare 福利，直到您在失去特殊需求狀態通知後的 6 個月內能夠重新獲得 Medi-Cal (Medicaid) 資格為止。在您仍在計劃中但沒有 Medi-Cal 承保的 6 個月內，您可能會發現自付費用（共同保險金、共付額、保費或自付額）有所增加。
 - 我們提供轉換到我們的非 HMO D-SNP 計劃之一的機會。非 HMO D-SNP 計劃提供給有權享受 Medicare A 部分與 Medicare B 部分但沒有 Medi-Cal (Medicaid) 福利的受益人。Medicare 為不再符合 Medi-Cal (Medicaid) 資格的 Medicare 受益人提供特殊參保期(SEP)。
 - 如果您在收到失去特殊需求狀態通知後的 6 個月內沒有重新獲得 Medi-Cal (Medicaid) 資格或接受轉換到非 HMO D-SNP 計劃的機會，您將被非自願地從 Blue Shield TotalDual Plan 退保。
- 您搬出我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電客戶服務部，瞭解您搬家或旅行的目的地是否在我們計劃的服務區域內。
- 如果您因刑事被拘留或入獄。
- 您說謊或隱瞞您有其他處方藥保險的相關資訊。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您不是美國公民，或您不是合法居住在美國。
 - 您必須是美國公民或合法居住在美國才能成為我們計劃的會員。
 - 如果您基於此原因而沒有資格繼續成為會員，聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(CMS)會通知我們。
 - 如果您不符合此要求，我們必須將您退保。

僅當我們首先獲得 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 的許可時，我們才可以因以下原因讓您退出我們的計劃：

- 您參保我們的計劃時蓄意向我們提供不正確的資訊，且這類資訊會影響您參保我們計劃的資格。
- 您持續表現出干擾行為，導致我們向您與我們計劃的其他會員提供醫療護理時遭遇困難。
- 您讓別人在取得醫療護理時使用您的會員識別號碼。（如果我們基於此原因終止您的會員資格，**Medicare** 可能會請督察長調查您的個案。）

F. 規則禁止因任何與健康相關的原因要求您退出我們計劃

我們不能基於與您健康相關的任何原因要求您離開我們的計劃。如果您認為我們因健康相關原因要求您退出我們的計劃，請致電 **Medicare**：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時皆可致電。

G. 如果我們終止您在我們計劃的會員資格，您進行投訴的權利

如果我們終止您在我們計劃的會籍，我們必須以書面告訴您，我們終止您會籍的原因。我們也必須說明您可以如何對我們終止您會籍的決定提出申訴或進行投訴。您也可以參閱《會員手冊》第 9 章，以瞭解有關如何提出投訴的資訊。

H. 如何獲取更多有關終止計劃會員資格的資訊

如果您有疑問或想瞭解更多有關終止會員資格的資訊，可以撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



第11章：法律公告

簡介

本章包含適用於您的計劃會員資格的法律公告。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 有關法律的公告	217
B. 關於非歧視的公告.....	217
C. Medicare 作為第二支付方，Medi-Cal 作為最後支付方的通知	218
D. 有關 Medi-Cal 遺產追償的通知	218
E. 《會員手冊》的管理	218
F. 會員合作.....	218
G. 轉讓.....	219
H. 您的責任.....	219
I. 政府機構的責任	219
J. 美國退伍軍人事務部	219
K. 工傷賠償或僱主責任福利	219
L. 追償多付款項.....	219
M. 當第三方造成您受傷時.....	219
N. 關於參與健康資訊交換的公告	220
O. 舉報詐欺、浪費與濫用.....	221



A. 有關法律的公告

許多法律皆適用本《會員手冊》。即使《會員手冊》沒有列出或說明這些法律，但您的權利與責任仍可能受到這些法律影響。適用的主要法律是有關 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 計劃的聯邦及州法律。其他聯邦法與州法也可能適用。

B. 關於非歧視的公告

我們不會基於種族、族裔、民族起源、膚色、宗教、性向、性別、年齡、性傾向、精神或身體殘障、健康狀態、索賠經歷、病歷、基因資訊、可保險證明或服務區域內的地點而有所歧視。此外，我們不會因血統、族群認同、性別認同、婚姻狀態或醫療病症而非法歧視、排斥他人或給予不同待遇。

如果您想瞭解更多資訊或擔心遭到歧視或不公平待遇：

- 請撥打 1-800-368-1019 聯絡衛生及公共服務部民權辦公室。聽障和語障人士可致電 1-800-537-7697。您也可以瀏覽 www.hhs.gov/ocr，以瞭解更多資訊。
- 請撥打 916-440-7370 聯絡衛生保健服務部民權辦公室。聽障和語障人士可致電 711（電信轉接服務）。如果您覺得自己受到歧視，並想要提出歧視申訴，請聯絡：
- 傳送電子郵件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
- 請填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

投訴表可在網站取得，網址：dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您的申訴是有關 **Medi-Cal** 計劃中的歧視，您也可以透過致電、寫信或以電子方式向加州醫療保健服務部的民權辦公室提出投訴：

- 致電：請致電 916-440-7370。如果您是語障或聽障人士，請撥 711（電信轉接服務）。
- 致函：請填寫投訴表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

投訴表可在網站取得，網址
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您是殘障人士，並需要獲得醫療保健服務或醫療服務提供者的幫助，請致電客戶服務部。如果您想要投訴，例如取得輪椅時遭遇困難，會員服務部可以幫助您。

C. Medicare 作為第二支付方，Medi-Cal 作為最後支付方的通知

有時其他人必須先為我們為您提供的服務付費。例如，如果您遭遇車禍或在工作中受傷，則保險或工傷賠償必須首先支付。

對於 Medicare 不是第一支付者的 Medicare 承保服務，我們有權利與責任收取費用。

我們遵守州與聯邦有關第三方對會員之醫療保健服務應承擔法律責任的法律與法規。我們採取一切合理措施，確保 Medi-Cal 是最後的支付方。

D. 有關 Medi-Cal 遺產追償的通知

Medi-Cal 計劃必須從某些已故會員的遺囑遺產中索償在其 55 歲生日當天或之後收到的 Medi-Cal 福利。還款包括會員在護理機構居住或接受居家和社區服務時獲得的按服務收費與管理式護理保費/按人給付的護理機構服務、居家與社區服務以及相關的醫院與處方藥服務。還款額不能超過會員遺囑遺產的價值。

要瞭解更多資訊，請瀏覽醫療保健服務部的遺產追償網站：www.dhcs.ca.gov/er 或致電 916-650-0590。

E. 《會員手冊》的管理

我們可能會採取合理的政策、程序與說明來促進有次序且有效率地管理本《會員手冊》。

F. 會員合作

您必須填寫我們在正常業務過程中要求的或本《會員手冊》中指定的任何申請書、表格、聲明、核准書、授權書、留置權表格與任何其他文件。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



G. 轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《會員手冊》或本協議項下的任何權利、利益、應付款項、索賠、福利或義務。

H. 您的責任

對於法律要求僱主提供的任何服務，我們不會向僱主付款，並且當我們承保任何此類服務時，我們可以向僱主追償服務的費用。

I. 政府機構的責任

對於法律要求僅由政府機構提供或僅從政府機構獲取的任何服務，我們不會向政府機構付款，並且當我們承保任何此類服務時，我們可以向政府機構追償服務的費用。

J. 美國退伍軍人事務部

對於法律要求退伍軍人事務部提供的任何服務，我們不會向退伍軍人事務部付款，並且當我們承保任何此類服務時，我們可以向退伍軍人事務部追償服務的費用。

K. 工傷賠償或僱主責任福利

根據工傷賠償法或僱主責任法，您可能資格獲得付款或其他福利。即使不清楚您是否有權享受福利，我們也將提供承保 D 部分藥物，但我們可以從以下來源追償任何承保服務的價值：

1. 來自提供福利或應得福利的任何來源。
2. 從您這裡收回提供或可支付的福利，或在您努力尋求根據任何工傷賠償或僱主責任法的福利權利的情況下，已經向您提供或可支付的福利。

L. 追償多付款項

我們可以向收到多付款項的任何人或有義務支付服務費用的任何個人或組織追償我們為服務支付的任何多付款項。

M. 當第三方造成您受傷時

如果您由於他人（「第三方」）的行為或疏忽而受傷或生病，BlueShield 應根據該傷害所需的服務提供計劃的福利，並擁有獲得恢復原狀、追償或其他可用補救措施的公平權利，用於從由您或

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



代表您、從或代表對受傷或疾病負責的第三方或從未投保/保險不足的駕駛人保險中獲得的任何追償（定義見下文）中追償 **Blue Shield** 為向您提供的服務支付的金額。

這項要求恢復原狀、追償或其他可用補救措施的權利是針對您因受傷或疾病而獲得的任何追償，包括由任何第三方授予或透過法院判決、仲裁裁決、和解或任何其他安排獲得的任何金額，與疾病或傷害相關的第三方或第三方保險公司，或未投保或保險不足的駕駛人保險中（「追償」）獲得，無論您是否因該追償而「康復」。根據《加州民法典》第 3040 條計算，有關恢復原狀、追償或其他可用補救措施的權利涉及與此類傷害或疾病相關的已支付福利的總追償金額的一部分。

您需要：

1. 在對第三方提交或提出索賠或法律訴訟後 30 天內，以書面方式通知 **Blue Shield** 您預計針對因指稱造成傷害或疾病的行為或疏忽而對第三方提起或已提起的任何實際或潛在索賠或法律訴訟；以及
2. 同意充分合作並簽署執行恢復原狀、補償或其他可用補救措施的權利所需的任何表格或文件；以及，
3. 當追償是從第三方或第三方的保險公司或代表第三方或第三方的保險公司獲得時，或者從未投保或保險不足的駕駛人保險中獲得時，以書面方式同意從追償中向 **Blue Shield** 償還 **Blue Shield** 支付的福利；以及，
4. 提供根據《加州民法典》第 3040 條計算的留置權。除非法律另有禁止，否則留置權可以向第三方、第三方的代理人或律師或法院提出；以及
5. 定期回覆有關針對第三方的索賠的資訊請求，並在獲得任何追償後十(10)天內以書面方式通知 **Blue Shield**。

即使您未能遵守上述第 1 點至第 5 點，亦不會以任何方式構成對 **Blue Shield** 權利的放棄、解除或撤銷。

N. 關於參與健康資訊交換的公告

Blue Shield 參與 **Manifest MedEx** 健康資訊交換（「HIE」），將其會員的健康資訊提供給 **Manifest MedEx**，供其授權的醫療保健服務提供者查閱。**Manifest MedEx** 是一家獨立的非營利組織，維護全州範圍內的電子病人記錄資料庫，其中包括醫生、醫療保健機構、醫療保健服務計劃及醫療保險公司提供的健康資訊。授權的醫療保健服務提供者（包括醫生、護士和醫院）可以透過 **Manifest MedEx HIE** 安全地查閱病人的健康資訊，以支援提供安全、高品質的護理。

Manifest MedEx 尊重會員的隱私權，並遵守適用的州與聯邦隱私法。**Manifest MedEx** 使用進階的安全系統與現代資料加密技術來保護會員的隱私及其個人資訊的安全。

每個 **Blue Shield** 會員皆有權要求 **Manifest MedEx** 不要與其醫療保健服務提供者分享其健康資訊。儘管選擇退出 **Manifest MedEx** 可能會限制您的醫療保健服務提供者快速獲取有關您的重要

如果您有疑問，請致電 **Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



醫療保健資訊的能力，但會員的醫療保險或健康計劃福利承保範圍不會因選擇退出 Manifest MedEx 而受到影響。參與 Manifest MedEx 的任何醫生或醫院都不會拒絕向選擇不參加 Manifest MedEx HIE 的患者提供醫療服務。

不希望在 Manifest MedEx 中顯示其醫療保健資訊的會員應填寫線上表格：

<https://www.manifestmedex.org/opt-out> 或致電 Manifest MedEx：(888)510-7142，服務時間為上午 7:00 至晚上 7:00。太平洋標準時間週一至週五。聽障和語障專線(TTY)：711（供聽障人士撥打）。

O. 舉報詐欺、浪費與濫用

什麼是詐欺、浪費與濫用(FWA)？

- **詐欺**是一種蓄意的虛假陳述，可能會導致醫療保健計劃產生未經授權的費用。
- **浪費**是指在沒有合理需要的情況下不當使用醫療保健資金或資源。
- **濫用**是一種與健全的醫療或商業慣例不一致的做法，可能直接或間接導致醫療保健計劃不必要的費用。

保護您自己與您的福利

- 切勿將您的社會安全號碼、Medicare 號碼或健康計劃號碼或銀行資訊透露給您不認識的人。
- 如果沒有醫生的醫囑，請勿同意進行任何實驗室檢驗。
- 接受任何有價物品以換取醫療服務都是違法的。

小心基因檢測詐欺

詐騙者在當地健康博覽會、高級住房設施、社區中心、家庭健康機構與其他值得信賴的地點接近毫無戒心的參與者，進行基因檢測詐欺。他們虛假地承諾 Medicare 將支付測試費用，您只需提供臉頰拭子、您的身份證件與 Medicare 資訊即可獲得測試結果。

遺憾的是，現在這些騙子有了您的健康計劃或 Medicare 號碼，他們可以向 Medicare 收取數千美元的費用，用於您從未接受過的檢查甚至服務。他們還擁有您的個人遺傳資訊。

要舉報涉嫌詐欺、浪費與濫用行為，請聯絡：

- **Blue Shield of California's Medicare 詐欺專線：(855) 331-4894**（聽障和語障專線：711）或透過電子郵件：MedicareStopFraud@blueshieldca.com。
- **Medicare 電話：1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週七天，每天 24 小時皆提供服務（聽障和語障人士應撥打 1-877-486-2048）。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



第12章：重要用語的定義

簡介

本章包括《會員手冊》中使用的關鍵詞彙及其定義。這些詞彙按字母順序列出。如果您找不到所需的詞彙，或者需要比定義包含的更多資訊，請聯絡客戶服務。



日常活動(ADL)：人們在日常生活中所做的事情，例如吃飯、如廁、穿衣、沐浴或刷牙。

行政法官：審查級別 3 上訴的法官。

後天免疫缺乏症候群藥物援助計劃(ADAP)：一項幫助符合資格的 HIV/愛滋病人獲得挽救生命的 HIV 藥物的計劃。

門診手術中心：為不需要住院護理且預計需要不超過 24 小時護理的病人提供門診手術的機構。

上訴：一種在您認為我們犯了錯誤的情況下，對我們的行動提出異議的方式。您可以透過提出上訴要求我們變更承保決定。您的《會員手冊》第 9 章說明上訴，包括如何提出上訴。

行為健康服務：一個泛指心理健康與物質濫用障礙服務的詞彙。

生物製品：一種由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等自然與有生命來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物相似性藥品。（也請參閱「原生物製品」與「生物相似性藥品」）。

生物相似性藥品：與原生物製品非常類似但不完全相同的生物藥物。生物相似性藥品與原生物製品一樣安全有效。一些生物相似性藥品可以在藥房替代原生物製品，而無需新處方。（請參閱「可互換生物相似性藥品」）。

品牌藥：一種由最初生產該藥物的公司生產與銷售的處方藥。品牌藥與學名藥具有相同的成分。學名藥通常由其他製藥公司生產與銷售。

護理協調員：一名與您、健康計劃以及您的保健醫療服務提供者合作以確保您獲得所需護理的主要人員。

護理計劃：請參閱「個人護理計劃」。

護理計劃選擇性服務（CPO 服務）：您的個人護理計劃(ICP)下的選擇性附加服務。這些服務並非旨在取代您根據 Medi-Cal 授權獲得的長期服務與支援。

護理團隊：請參閱「跨科護理團隊」。

聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(CMS)：負責 Medicare 的聯邦機構。您的《會員手冊》第 2 章說明如何聯絡 CMS。

成人社區服務(Community-based adult services, CBAS)：以機構為基礎的門診服務計劃，為符合適用資格標準的合格會員提供專業護理、社會服務、職能與言語治療、個人護理、家庭/看護人訓練與支援、營養服務、交通與其他服務。

投訴：一項表明您對承保服務或護理有問題或疑慮的書面或口頭聲明。這包括對服務品質、您的護理品質、我們的網絡醫療服務提供者或我們的合約藥房的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。



綜合門診復健機構(CORF)：主要在疾病、意外或重大手術後提供復健服務的機構。它提供多種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸療法、職能治療、言語治療與居家環境評估服務。

共付額：每次獲得某些服務或處方藥時，您支付作為您分攤費用的固定金額。例如，您可能為服務或處方藥支付\$2 或\$5。

費用分攤：您獲得某些服務或處方藥時必須支付的金額。費用分攤包括共付額。

費用分攤層級：一組具有相同共付額的藥物。《承保藥物清單》（亦稱為《藥物清單》）上的每種藥物都屬於五個不同的費用分攤層級之一。一般來說，費用分攤層級愈高，您的藥物費用就愈高。

承保決定：關於我們承保哪些福利的決定。這包括有關承保藥物以及我們為了您的健康服務所支付金額的決定。您的《會員手冊》**第 9 章**說明如何要求我們作承保決定。

承保藥物：我們用這個詞彙來表示所有我們計劃承保的處方藥與非處方藥(OTC)。

承保服務：我們用來表示我們的計劃承保的所有醫療保健、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥、設備與其他服務的一般詞彙。

文化能力訓練：為我們的醫療保健服務提供者提供額外指導的訓練，幫助他們更好地瞭解您的背景、價值觀與信仰，以調整服務來滿足您的社會、文化與語言需求。

客戶服務：我們計劃的一個部門，負責回答您有關會員資格、各項福利、申訴與上訴的疑問。請參閱您的《會員手冊》**第 2 章**，以瞭解更多有關客戶服務的資訊。

加州醫療保健服務部(California Department of Health Care Services, DHCS)：加州負責管理 Medicaid 計劃（稱為 Medi-Cal）的州部門。

加州醫療保健管理部(Department of Management Health Care, DMHC)：加州負責管理健康計劃的州部門。DMHC 幫助人們對 Medi-Cal 服務提出上訴與投訴。DMHC 還進行獨立醫療審查(Independent Medical Reviews, IMR)。

退保：終止您在我們計劃的會員資格的流程。退出計劃可能是自願（您自己選擇）或非自願（不是您自己選擇）。

藥物管理計劃(DMP)：一項幫助確保會員安全使用處方鴉片類藥物與其他經常被濫用藥物的計劃。

藥物層級：在我們《藥物清單》上的藥物分類。學名藥、品牌藥或非處方藥(OTC)都是藥物層級的範例。本計劃藥物清單上的每種藥物都會列入五種層級之一。

符合雙重資格特殊需求計劃(D-SNP)：為同時具備 Medicare 和 Medicaid 參保資格的個人提供服務的健康計劃。我們的計劃是 D-SNP。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



耐用醫療設備(DME)：您的醫生囑咐您在自己的家中使用的某些物品。這些物品的例子包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊、糖尿病用品、經醫療服務提供者囑咐在家使用的病床、靜脈輸液幫浦、發聲裝置、氧氣器材、噴霧器與助行器。

急症：您或具有一般健康與醫學知識的任何其他人認為您需要立即就醫以預防死亡、身體部位喪失或身體功能喪失或嚴重受損的症狀（如果您是孕婦，則會失去未出生的孩子）時的緊急醫療情況。醫療症狀可能是疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的病況。

急救護理：由受過提供急診服務訓練並需要治療醫療或行為健康緊急情況的醫療服務提供者提供的承保服務。

例外處理：獲得通常不承保的藥物的承保或在沒有特定規則與限制的情況下使用該藥物的許可。

除外服務：本健康計劃不承保的服務。

額外協助：Medicare 計劃，可幫助收入與資源有限的民眾降低 Medicare D 部分處方藥費用，例如保費、自付額與共付額。「額外協助」也稱為「低收入補助」或「LIS」。

學名藥：一種經聯邦政府核准可以替代品牌藥的處方藥。學名藥具有與品牌藥物相同的成分。其費用通常較便宜，且療效與品牌藥相當。

申訴：您對我們或我們的網絡醫療服務提供者或藥房之一提出的投訴。這包括對您的護理品質或您的健康計劃提供的服務品質的投訴。

醫療保險諮詢與權益促進計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：一項提供有關 Medicare 的免費、客觀資訊與諮詢的計劃。您的《會員手冊》第 2 章說明如何聯絡 HICAP。

健康計劃：由醫生、醫院、藥房、長期醫療服務提供者與其他醫療服務提供者組成的組織。它還設有護理協調員來幫助您管理所有醫療服務提供者以及服務與支援。他們共同合作提供您所需的護理。

健康風險評估(HRA)：一項對您的病史與目前病症的檢閱。它用於瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

送貨到府的醫療服務提供者：有些計劃可能會提供送貨到府計劃，讓您可以將最多 3 個月供應量的承保處方藥直接寄到您家中。這可能是一種具成本效益且方便的方式來按您定期服用/使用的處方配藥。

居家健康助理：一個提供不需要持照護士或治療師技能服務的人員，例如幫助進行個人護理（如沐浴、如廁、穿衣或進行處方規定的運動）。居家健康助理沒有護理執照，也不提供治療。

臨終關懷：一項旨在幫助晚期預後患者舒適生活的護理與支援計劃。晚期預後是指一個人已被醫學證明患有絕症，即預期壽命為 6 個月或更短。

- 處於晚期預後的參保者有權選擇臨終關懷。
- 經過專門訓練的專業人員與看護人團隊提供全人護理，包括身體、情感、社交與精神需求。
- 我們需要向您提供您所在地理區域的臨終關懷醫療服務提供者名單。

錯誤/不當請款：一種醫療服務提供者（例如，醫生或醫院）向您收取的費用高於我們的服務費用分攤金額的情況。如果您收到任何不明白的帳單，請致電客戶服務部。

因為我們為您的服務支付全部費用，您不需要支付任何共付分攤額。醫療服務提供者不應向您收取這些服務的任何費用。

居家支援服務(IHSS)： IHSS 計劃將協助支付為您提供的服務費用，以便您可以安全地留在自己的家中。IHSS 是看護中心或寄宿護理機構等住家外護理的替代方案。可透過 IHSS 授權的服務類型包括打掃房屋、準備食物、洗衣、生鮮食物採買、個人護理服務（如大小便護理、沐浴、梳理與輔助醫療服務）、陪同赴診以及對精神障礙患者的保護性監護。縣社會服務機構負責管理 IHSS。

獨立醫療審查(IMR)： 如果我們拒絕您的醫療服務或治療請求，您可以提出上訴。如果您不同意我們的決定，並且您的問題與 Medi-Cal 服務（包括 DME 用品與藥物）有關，您可以向加州醫療保健管理部申請 IMR。IMR 是由不屬於我們計劃的醫生對您的個案進行的審查。如果 IMR 做出了對您有利的決定，則我們必須為您提供您所要求的服務或治療。您無需為 IMR 支付任何費用。

獨立審查組織(IRO)： Medicare 所聘請，審查級別 2 上訴的獨立組織。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織會決定我們做出的決定是否正確或是否應進行變更。Medicare 會監督其工作。正式名稱是**獨立審查實體**。

個人護理計劃（ICP 或護理計劃）： 一項關於您將獲得哪些服務以及如何獲得這些服務的計劃。您的計劃可能包括包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支援。

住院病人： 一個您正式入院接受專業醫療服務時使用的詞彙。如果您沒有正式住院，即使您過夜，您仍可能被視為門診病人而不是住院病人。

跨科護理團隊（ICT 或護理團隊）： 護理團隊可能包括醫生、護士、諮商師或其他健康專業人員，他們可以幫助您獲得所需的護理。您的護理團隊也會幫您制定護理計劃。

綜合 D-SNP： 雙重資格特殊需求計劃，針對同時符合 Medicare 與 Medicaid 資格的某些個人群體，在單一健康計劃下承保 Medicare 服務與大部份或全部 Medicaid 服務。這些個人被稱為「全額福利雙重資格個人」。

可互換生物相似性藥品：無需新處方即可在藥房進行替代的生物相似性藥品，因為它滿足與自動替代潛力相關的額外要求。藥房的自動替代須遵守州法律。

《承保藥物清單》（藥物清單）：我們承保的處方藥與非處方藥(OTC)清單。我們在醫生與藥劑師的幫助下選擇此清單上的藥物。藥物清單會告訴您獲取藥物是否需要遵守任何規則。《藥物清單》有時被稱為「保險內處方集」。

長期服務與支援(LTSS)：長期服務與支援幫助改善長期病症。大多數這些服務可以幫助您待在家裡，這樣您就不必去護理機構或醫院。我們計劃承保的 LTSS 包括社區型成人服務(CBAS)（也稱為成人日間醫療保健服務）、護理機構(NF)與社區支援。IHSS 與 1915(c)豁免計劃是 Medi-Cal LTSS 在我們的計劃之外提供的。

低收入補助計劃(LIS)：請參閱「額外協助」

Medi-Cal：這是加州 Medicaid 計劃的名稱。Medi-Cal 由加州管理，並由加州與聯邦政府支付費用。

- 它幫助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支援以及醫療費用。
- 這個計劃承保 Medicare 不承保的額外服務與藥物。
- Medi-Cal 計劃會因州而異，但只要您符合 Medicare 與 Medicaid 兩種資格，大多數醫療護理的費用都屬於承保範圍。

Medi-Cal 計劃：僅承保 Medi-Cal 福利的計劃，例如長期服務與支援、醫療設備與交通。Medicare 福利是分開的。

Medicaid（或醫療援助）：一項由聯邦政府與州政府實施的計劃，旨在幫助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支援以及醫療費用。Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃。

具醫療必要性：這是指為了預防、診斷或治療病症或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。這包括防止您進入醫院或護理機構的護理。它還表示服務、用品或藥物都符合公認的醫療實踐標準。

Medicare：向年滿 65 歲或某些未滿 65 歲患有特定殘障的人士以及患有末期腎臟病（通常是需要透析或腎臟移植的永久腎衰竭）的人士提供的聯邦政府醫療保險計劃。參保 Medicare 的人可以透過 Original Medicare 或管理式護理計劃（參閱「健康計劃」）獲得 Medicare 健康保險。

Medicare Advantage：一項 Medicare 計劃（也稱為「Medicare C 部份」或透過私營公司提供 MA 計劃的「Medicare Advantage Plan」）。Medicare 向這些公司付款以承保您的 Medicare 福利。

Medicare 上訴委員會（簡稱委員會）：審查級別 4 上訴的委員會。委員會隸屬於聯邦政府。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



Medicare 承保服務：Medicare A 部份與 Medicare B 部份承保的服務。所有 Medicare 健康計劃（包括我們的計劃）都必須承保屬於 Medicare A 部份與 Medicare B 部份承保的所有服務。

Medicare 糖尿病預防計劃(MDPP)：一種結構型健康行為改變計劃，提供長期飲食改變的訓練、增加體能活動，及解決問題的策略，以克服持續減重及維持健康生活方式過程中出現的挑戰。

Medicare-Medi-Cal 參保者：符合 Medicare 與 Medicaid 保險資格的個人。
Medicare-Medicaid 參保者也稱為「雙重資格個人」。

Medicare A 部份：承保大多數具醫療必要性的醫院、專業護理機構、居家健康與臨終關懷服務的 Medicare 計劃。

Medicare B 部份：承保治療疾病或病症所需且具醫療必要性的服務（例如實驗室檢驗、手術與就診）及用品（例如輪椅與助行器）的 Medicare 計劃。Medicare B 部份還承保許多預防與篩檢服務。

Medicare C 部份：允許私人醫療保險公司透過 MA Plan 提供 Medicare 福利的 Medicare 計劃，也稱為「Medicare Advantage」或「MA」。

Medicare D 部份：Medicare 處方藥福利計劃。我們將此計劃簡稱為「D 部分」。Medicare D 部分承保門診處方藥、疫苗以及 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medi-Cal 未承保的一些用品。我們的計劃包括 Medicare D 部份。

Medicare D 部份藥物：Medicare D 部份承保的藥物。國會明確將某些類別的藥物排除在 Medicare D 部份承保範圍之外。Medi-Cal 可能承保其中一些藥物。

藥物治療管理計劃(MTM)：由包括藥劑師在內的醫療保健服務提供者提供的一組獨特的服務，以確保病人獲得最佳的治療結果。請參閱您的《會員手冊》第 5 章，以瞭解更多資訊。

Medi-Medi Plan：Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan)是 Medicare Advantage 計劃的一種類型。適合同時擁有 Medicare 與 Medi-Cal 的人士，並可將 Medicare 與 Medi-Cal 福利整合到一個計劃中。Medi-Medi Plan 協調兩個計劃的所有福利與服務，包括所有 Medicare 與 Medi-Cal 的承保服務。

會員（我們計劃的會員，或計劃會員）：有資格獲得承保服務的 Medicare 與 Medi-Cal 參保人、已參保我們的計劃且其參保已獲得聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(CMS)及加州政府確認的個人。

《會員手冊》及披露資訊：本文件連同您的註冊表與任何其他附件或附約，可說明您的承保範圍、我們必須做的事、您的權利以及您作為我們計劃的會員必須做的事。

合約藥房：一個同意為我們的計劃會員配處方藥的藥房（藥局）。我們稱其為「合約藥房」是因為這些藥房同意與我們的計劃合作。在大多數情況下，我們僅承保您在我們的合約藥房之一配藥時的處方藥。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



網絡醫療服務提供者：「醫療服務提供者」是我們對醫生、護士與其他為您提供服務與護理的人員的統稱。該詞彙還包括醫院、居家健康機構、診所以及其他為您提供醫療保健服務、醫療設備以及長期服務與支援的場所。

- 他們獲得 **Medicare** 與州的許可或認證，可以提供醫療保健服務。
- 當他們同意與我們的健康計劃合作、接受我們的付款並且不向會員收取額外費用時，我們將他們稱為「網絡醫療服務提供者」。
- 當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者才能獲得承保服務。網絡醫療服務提供者也稱為「計劃醫療服務提供者」。

看護中心或機構：為無法獲得居家護理但不需要住院的人提供護理的機構。

投訴專員：一名在您所居住的州，代表您作為您的倡導員的官員。如果您有問題或投訴，他們可以解答疑問，並幫助您瞭解該怎麼做。投訴專員的服務是免費的。您可以在您的《會員手冊》第 2 章與第 9 章中找到更多資訊。

機構判定：當我們或我們的醫療服務提供者之一決定是否承保服務或您為承保服務支付多少費用時，我們的計劃會做出機構判定。在本手冊中，機構判定稱為「承保決定」。您的《會員手冊》第 9 章說明承保決定。

原生生物製品：一種已獲得美國食品與藥物管理局(FDA)核准的生物製品，可作為比較產品，供生產生物相似性藥品版本的製造商使用。它也稱為參考產品。

Original Medicare（傳統的 Medicare 或按服務收費的 Medicare）：政府提供 Original Medicare。根據 Original Medicare 規定，承保的服務需要按照國會判定的金額來支付醫生、醫院與其他醫療保健服務提供者。

- 您可以使用任何接受 Medicare 的醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者。Original Medicare 有兩個部分：Medicare A 部分（醫院保險）與 Medicare B 部分（醫療保險）
- Original Medicare 在美國各地皆可使用。
- 如果您不想加入我們的計劃，可以選擇 Original Medicare

網絡外藥房：一個尚未同意與我們的計劃合作以協調向我們計劃會員提供承保藥物的藥房。除非適用某些條件，否則我們的計劃不承保您從網絡外藥房購買的大多數藥物。

網絡外服務提供者或網絡外機構：一個並非由我們的計劃僱用、擁有或經營且未簽訂向我們的計劃會員提供承保服務的合約之醫療服務提供者或機構。您的《會員手冊》第 3 章說明網絡外服務提供者或機構。

自付費用：會員支付其獲得的部份服務或藥物的費用分攤要求也稱為「自付費用」費用要求。請參閱上文「費用分攤」的定義。

非處方(OTC)藥物：非處方藥是指個人無需醫療保健專員人員的處方，即可購買的藥品或藥物。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



A 部份：請參閱「Medicare A 部份」。

B 部份：請參閱「Medicare B 部份」。

C 部份：請參閱「Medicare C 部份」。

D 部份：請參閱「Medicare D 部份」。

D 部份藥物：請參閱「Medicare D 部份藥物」。

個人健康資訊（也稱為受保護的健康資訊）(PHI)：有關您與您的健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、就診記錄及病史。請參閱我們的隱私權聲明通知，以瞭解更多有關我們如何保護、使用與披露您的 PHI 以及您對 PHI 的權利的資訊。

基本保健服務提供者(PCP)：您在解決大多數健康問題時首先求助的醫生或其他醫療服務提供者。我們希望確保您能得到需要的護理。

- 他們也可能與其他醫生與醫療保健服務提供者討論您的護理並將您轉診給他們。
- 根據許多 Medicare 健康計劃規定，您必須先就診您的基本保健服務提供者，之後才能看任何其他醫療保健服務提供者。
- 請參閱您的《會員手冊》第 3 章，以瞭解有關從基本保健服務提供者處獲得護理的資訊。

預先授權(PA)：一項您獲得特定服務或藥物或使用網絡外服務提供者之前必須從我們這裡獲得的核准。如果您未先取得核准，我們的計劃可能不會承保該服務或藥物。

只有在您的醫生或其他網絡醫療服務提供者從我們這裡獲得預先授權的情況下，我們的計劃才會承保某些網絡醫療服務。

- 需要我們計劃 PA 的承保服務已在您的《會員手冊》第 4 章中標示。

只有在您從我們這裡獲得 PA 的情況下，我們的計劃才會承保某些藥物。

- 需要我們計劃 PA 的承保藥物已在《承保藥物清單》中標示，相關規則也已在我們的網站上發佈。

老年人全方位護理計劃(PACE)：一項為年滿 55 歲且需要更高級別居家護理的人士同時提供 Medicare 與 Medicaid 的計劃。

義肢及矯正裝置：由您的醫生或其他醫療保健服務提供者開具醫囑的醫療裝置，包括但不限於手臂、背部與頸部支架；義肢；義眼；以及替換體內部位或機能所需的器材，包括造口用品以及腸內與腸外營養療法。

品質改善組織(QIO)：一個由醫生與其他醫療保健專家組成的團體，旨在幫助改善 Medicare 投保人士的護理品質。聯邦政府向 QIO 支付費用，用於檢查與改善對病人的護理。請參閱您的《會員手冊》第 2 章，以瞭解有關 QIO 的資訊。

藥量限制：您可以服用/使用的藥物數量的上限。我們可能會限制每個處方承保的藥物數量。

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



實時福利工具：一個入口網站或電腦應用程式，參與者可以在其中查找完整、準確、及時、在臨床上為適當、特定針對參保者的承保藥物與福利資訊。這包括分攤費用金額、可用於與特定藥物相同的健康狀況的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（預先授權、漸進式治療、藥量限制）。

轉診：轉診是指您的基本保健服務提供者(PCP)或我們核准使用您的 PCP 以外的醫療服務提供者。如果您沒有取得我們的核准，我們可能不會承保這些服務。您不必透過轉診也可以去看某些專科醫生，例如女性的醫療專科醫生。您可以在您的《會員手冊》第 3 章與第 4 章中找到更多有關轉診的資訊。

復健服務：您獲得的治療，以幫助您從疾病、意外或重大手術中康復。請參閱您的《會員手冊》第 4 章，以瞭解更多有關復健服務的資訊。

敏感性服務：與精神或行為健康、性與生殖健康、家庭生育計劃、性傳播感染(STI)、HIV/愛滋病、性侵犯與墮胎、物質濫用障礙、性別肯定護理與親密伴侶暴力相關的服務。

服務區域：健康計劃在根據居住地限制會員資格的情況下接受會員的地理區域。對於限制您可使用哪些醫生與醫院的計劃，這通常也是您可以取得例行性（非急症）服務的區域。只有居住在我們服務區域的民眾才能參保我們的計劃。

分攤費用：在您的福利生效之前，您每月可能必須支付的醫療保健費用部份。您的分攤費用金額視您的收入與資源而定。

專業護理設施(SNF)：擁有人員與設備的護理機構，可提供專業護理服務，並且在大多數情況下提供專業復健服務及其他相關的健康服務。

專業護理設施(SNF)護理：在專業護理機構並每天持續提供的專業護理與復健服務。專業護理機構理的範例包括註冊護士或醫生可以提供的物理治療或靜脈(IV)注射。

專科醫生：對特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫生。

專科藥房：請參閱您的《會員手冊》第 5 章，以瞭解更多有關專科藥房的資訊。

州聽證會：如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求提供我們不同意核准的 Medi-Cal 服務，或者我們不會繼續為您已有的 Medi-Cal 服務付費，您可以要求舉行州聽證會。如果州聽證會做出了對您有利的決定，我們必須為您提供您所要求的服務。

漸進式治療：要求您在我們承保您要求的藥物之前嘗試另一種藥物的承保規則。

社會安全生活補助金(SSI)：一項社會安全局每月向收入與資源有限並且患有身心障礙、失明或年滿 65 歲的人支付的福利。SSI 福利與社會安全福利不同。

緊急需求護理：您因不可預見的疾病、受傷或非急症但需要立即護理的病況而獲得的護理。若因您自身的時間、地點或情況，從網絡醫療服務提供者處獲得服務是不可能或是不合理的（例如，當您處於計劃的服務區域外，且因未知原因的病症而迫切需要及時的醫療服務，但並不是醫療上的急症），可前往網絡外服務提供者處獲取緊急需求護理。

Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務

致電	1-800-452-4413 這是免付費電話。服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。 客戶服務部也能為不會說英語的人提供免費口譯員服務。
聽障和語障專線	711 須有特殊電話設備才能撥打該號碼，且僅供有聽力或語言障礙的人士使用。 這是免付費電話。服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(877) 251-6671
致函	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。





非歧視通知

歧視屬於違法行為。Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。Blue Shield of California 不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障而排斥或區別對待任何人。

Blue Shield of California 提供：

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通，例如：
 - ✓ 合格的手語翻譯
 - ✓ 其他格式的書面資訊（大字印刷版、音訊版、可存取的電子格式、其他格式）
- 為母語非英語的人士提供的免費語言服務，例如：
 - ✓ 合格的口譯員
 - ✓ 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請使用您會員識別卡背面的電話號碼聯絡 Blue Shield of California 客戶服務部。

如您認為 Blue Shield of California 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
電話：(844) 831-4133 (TTY: 711), 傳真：(844) 696-6070
電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，民權協調員將隨時為您提供協助。

您還可以透過民權辦公室的投訴門戶網站，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生和公共服務部）的民權辦公室提交民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

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

投訴表格可前往 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取。

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm pab li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau pab ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'idííkidgo éí ná ata' hodoonihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ անոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կառույցներին և կենտրոններին հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցեր են իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کفایت با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555