

Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP)由 California Physicians' Service (營業名稱為 Blue Shield of California) 提供

2024年年度變動通知

簡介

您目前已參保成為我們計劃的會員。明年，我們的各項福利、承保範圍、規則和費用將有部份變動。《年度變動通知》告訴您有關變動的資訊以及在哪裡可以找到更多有關這些變動的資訊。要獲取更多有關費用、各項福利或規則的資訊，請檢閱我們網站 blueshieldca.com/MAPDdocuments2024 上的《會員手冊》。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。

其他資源

- 本文件免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、高棉文、中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文、他加祿文和越南文版本。
- 您可以免費索取這個《年度變動通知》的其他格式，例如大字版、盲文版或語音檔。請致電 1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。
 - 如果您想在線上收取您的計劃材料，請透過 blueshieldca.com/login 登入您的帳戶，點擊右上角您名字首字母縮寫下方的「我的個人資料」，前往「通訊」首選設定並選取「無紙化」作為您的交付首選設定。如果您沒有帳戶，請瀏覽 blueshieldca.com/login 並點擊「建立帳戶」，您可以在建立帳戶時選擇遞送首選方式。
 - 您可要求現在和未來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。若要提出要求，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。您的首選語言和格式將被保留以供將來通訊之用。要對您的首選進行任何更新，請聯絡 Blue Shield TotalDual Plan 客戶服務部。
- 我們提供免費口譯服務，以回答您對我們的健康計劃或藥物計劃的任何疑問。若要取得口譯員服務，請打電話給我們：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。我們有說英語的服務人員可協助您。這是一項免費服務。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



目錄

A. 免責聲明.....	3
B. 檢閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍	3
B1.有關 Blue Shield TotalDual Plan 的資訊	3
B2.重要處理事項	3
C. 我們的網絡醫療服務提供者與藥房的變動。	5
D. 明年各項福利和費用的變動.....	5
D1.醫療服務的各项福利和費用的變動	5
D2.處方藥物承保範圍變動	7
D3.階段 1：「初始承保階段」	9
D4.階段 2：「重大傷病承保階段」	10
E. 行政變動.....	10
F. 選擇計劃.....	11
F1.留在我們的計劃中.....	11
F2.更換計劃.....	11
G. 取得協助.....	14
G1.我們的計劃.....	14
G2.醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)	15
G3.投訴專員計劃	15
G4.Medicare.....	15
G5.加州醫療保健管理部	16

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



A. 免責聲明

- ❖ Blue Shield of California是一種HMO D-SNP計劃，與Medicare簽約並與加州政府醫療補助(Medicaid)計劃簽約。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。
- ❖ 當本文件中提到「我們」、或「我們的」時，指的是 California Physicians' Service（營業名稱為Blue Shield of California）。當文件中提到「計劃」或「我們的計劃」時，指的是 Blue Shield TotalDual Plan。

B. 檢閱您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

請務必現在就要檢閱您的承保範圍，確定承保範圍仍符合您明年的需求。如果承保範圍不能滿足您的需求，您也許可以退出我們的計劃。請參閱 **D 部分**，以瞭解更多有關明年各項福利變動的資訊。

如果您選擇退出我們的計劃，您的會員資格將在您提出請求當月的最後一天結束。只要您符合條件，您仍然是 Medicare 和 Medi-Cal 計劃的會員。

如果您退出我們的計劃，您可以獲得您以下的資訊：

- **E2 部分**一覽表中的 Medicare 選項。
- **E2 部分**中的 Medi-Cal 選項和服務。

B1.有關 Blue Shield TotalDual Plan 的資訊

- California Physicians' Service（營業名稱為 Blue Shield of California）是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽訂合約的健康計劃，為會員提供這兩個計劃的各項福利。
- 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。這個承保範圍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(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詳情。
- 當本《年度變動通知》中提到「我們」、「我們的」或「我們的計劃」時，指的是 Medicare Medi-Cal 計劃。

B2.重要處理事項

- 檢查我們的福利和費用有哪些會對您造成影響的變動。
 - 是否有影響您所使用服務的任何變動？

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 檢查各項福利和費用變動，確定明年這些變動對您沒有影響。
- 請參閱 **D1 部分**，以瞭解有關我們的各項福利和費用變動方面的資訊。
- **檢查我們的處方藥承保範圍是否有任何可能影響您的變動。**
 - 您的藥物還會在承保範圍以內嗎？這些藥物的共付分攤額層級出現改變了嗎？我可以使用相同的藥店嗎？
 - 檢閱各項變動以確保我們的藥物承保範圍明年符合您的需求。
 - 請參閱 **D2 部分**，以瞭解有關我們藥物承保範圍變動的資訊。
 - 自去年以來，您的藥物費用可能有所增加。
 - 與您的醫生討論可能適合您的較便宜費用替代方案；這可能會為您節省全年的年度自付費用。
 - 請記住，您的計劃福利確切地決定了您自己的藥物費用可能會發生多少變動。
- **檢查您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡中。**
 - 您的醫生（包括您的專科醫生）在我們的網絡中嗎？您的藥房呢？還有您就診的醫院或其他醫療服務提供者呢？
 - 請參閱 **C 部份**，以瞭解有關我們《醫療服務提供者與藥房名錄》的資訊。
- **考慮您計劃的全部費用。**
 - 您要為經常使用的服務和處方藥物支付多少自付費用？
 - 與其他承保範圍選項比較時，總費用如何？
- **考慮您是否滿意本計劃。**

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



如果您決定繼續使用 2024 Blue Shield TotalDual 計劃：

如果您明年想留在本計劃，很簡單 – 您什麼都不必做。如果您不進行更換，您將自動保留 2024 年 Blue Shield TotalDual 計劃的參保狀態。

如果您決定更換計劃：

如果您認為其他承保範圍更能滿足您的需求，您也許可以更換計劃（請參閱 **E2** 部分，以瞭解更多資訊）。如果您參保新計劃或更換為 **Original Medicare**，您的新承保將從下個月的第一天開始。

C. 我們的網絡醫療服務提供者與藥房的變動。

我們 2024 年的醫療服務提供者和藥房網絡已有變動。

請檢閱 2024 年《醫療服務提供者和藥房名錄》，以查明您的醫療服務提供者或藥房是否在我們的網絡中。更新的《醫療服務提供者和藥房名錄》位於我們的網站 blueshieldca.com/medicare 上。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務中心，以獲取更新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者與藥房名錄》給您。

您務必要知曉，我們也可能會在年度當中對我們的網絡作出變動。如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您將享有某些權利和保障。如需瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第 3 章。

D. 明年各項福利和費用的變動

D1. 醫療服務的各项福利和費用的變動

我們正在更改某些醫療服務的承保範圍以及明年您為這些承保醫療服務支付的費用。下表有這些變動的相關說明。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
年度自付費用最高限額	<p>\$8,300</p> <p>一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務達到支付 8,300 美元的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內無需為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。</p> <p>如果您有資格投保 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid)，則您無需為計入最大自付額上限的承保的 A 部分和 B 支付任何自付費用。</p>	<p>8,850 美元</p> <p>一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務支付 8,850 美元的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內無需為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。</p> <p>如果您有資格投保 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid)，則您無需為計入最大自付額上限的承保的 A 部分和 B 支付任何自付費用。</p>
針灸服務 (非 Medicare 承保)	您每次就診支付 0 美元的共付額，每年最多可就診 12 次。	針灸服務 (非 Medicare 承保) 不在承保範圍內。
交通服務 (非 Medicare 承保)	每趟單程前往計劃核准的醫療相關地點共付額\$0 (每年提供無限趟單程交通)	每趟單程前往計劃核准的醫療相關地點共付額\$0 (每年限 48 趟單程交通)

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413 (聽障和語障專線：711)，服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



<p>視力保健，非 Medicare 承保（從網絡醫療服務提供者處獲得）*</p>	<p>當您使用網絡醫療服務提供者時，每 24 個月，您可以免費（支付\$0）獲得鏡框（一般零售價最高\$350）。如果您選擇價格超過\$350的隱形眼鏡或一般眼鏡（鏡框或鏡片），您需要承擔差價。</p> <p>當您使用網絡醫療服務提供者時，每 12 個月，您可以免費（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費最高\$350）。若服務及材料費用超過\$350，您需要承擔差價。</p>	<p>當您使用網絡醫療服務提供者時，每 24 個月，您可以免費（支付\$0）獲得鏡框（一般零售價最高\$375）。如果您選擇價格超過\$375的隱形眼鏡或一般眼鏡（鏡框或鏡片），您需要承擔差價。</p> <p>當您使用網絡醫療服務提供者時，每 12 個月，您可以免費（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費最高\$375）。若服務及材料費用超過\$375，您需要承擔差價。</p>
--	--	--

D2.處方藥物承保範圍變動

藥物清單變動

更新的《承保藥物清單》位於我們的網站 blueshieldca.com/medpharmacy2024 上。您也可以撥打頁面底部的客戶服務中心電話，以獲取更新的藥物資訊，或要求我們郵寄一份《承保藥物清單》給您。

《承保藥物清單》也稱為「藥物清單」。

我們已對藥物清單進行更改，包括更換我們承保的藥物，以及更改我們對特定藥物承保的適用限制。

請審閱藥物清單以**確認明年您的藥物仍屬於承保範圍**，並查明是否會有任何限制。

如果您受到藥物承保範圍變動的影響，我們鼓勵您：

- 請您的醫生（或其他處方開立者）尋找我們承保的其他藥物。
 - 您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務中心或聯絡您的護理協調員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。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



- 請您的醫生（或其他處方開立者）要求我們例外處理以承保該藥物。
 - 您可以在明年之前申請例外處理，我們將在收到您的申請（或您的處方開立者的證明書）後 **72** 小時內給您答覆。
 - 要瞭解申請例外處理的辦法，請參閱《會員手冊》**第 9 章**或撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。
 - 如果您需要申請例外處理方面的協助，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。請參閱《會員手冊》**第 2 章**和**第 3 章**，以瞭解更多有關如何聯絡護理協調員的資訊。
- 要求我們承保藥物的暫時供應量。
 - 在某些情況下，我們承保日曆年前 **90** 天內的藥物**暫時**供應量。
 - 此臨時供應量最多供應 **30** 天份。（要瞭解更多有關何時可以獲得暫時供應量以及如何申請暫時供應量的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 5 章**。）
 - 當您獲得某藥物的暫時供應量時，請與您的醫生討論暫時供應量用完時該怎麼辦。您可以改用我們計劃承保的另一種藥物，或要求我們為您作例外處理並承保您目前的藥物。
 - 每年必須向本計劃提交保險內處方集例外處理的申請。

處方藥費用變動

您的 Medicare D 部份處方藥承保有兩個付款階段。您支付的金額要視乎您在哪一個階段配處方藥或續配時而定。以下是這兩個階段：

階段 1 初始承保階段	階段 2 重大傷病承保階段
在本階段中，我們的計劃會支付您藥物的部份費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤部分稱為共付額。 這個階段始於您在年度中第一次配處方藥時。	在這個階段中，本計劃會支付您藥物的全部費用，直到 2024 年 12 月 31 日 止。 這個階段始於您已支付特定金額的自付費用後。

當您的處方藥自付費用總額達到 **8,000** 美元時，初始承保階段即結束。此時，重大傷病承保階段開始。從這時開始一直到年度結束，我們的計劃會承保您的全部藥物費用。請參閱《會員手冊》**第 6 章**，以瞭解更多有關您將為處方藥支付多少費用的資訊。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



D3.階段 1：「初始承保階段」

在初始承保階段中，我們的計劃支付您承保處方藥物的部份費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤部分稱為共付額。共付額會視藥物屬於哪個共付分攤額層級以及您在哪裡取得藥物而定。每次配處方藥時您都要支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您只須支付較低的金額。

我們已將我們藥物清單上的部份藥物移到較低或較高的藥物層級。如果您的藥物層級有變動，就可能會影響到您支付的共付額。要查明您的藥物是否移到不同層級，請在藥物清單中查詢。

下表顯示在我們五個藥物層級中，每個層級您支付的藥物費用。只有當您在初始承保階段時才要支付這些金額。

	2023 年（今年）	2024 年（明年）
層級 1 藥物 （首選學名藥） 在合約藥房配取層級 1 藥物時 一個月供應量的費用	您一個月（30 天）供應量的共付額是 每個處方 0 美元 。	您一個月（30 天）供應量的共付額是 每個處方 0 美元 。
層級 2 藥物 （學名藥） 在合約藥房配取層級 2 藥物時 一個月供應量的費用	您一個月（30 天）供應量的共付額是 每個處方 0 美元、1.45 美元或 4.15 美元 。	您一個月（30 天）供應量的共付額是 每個處方 0 美元、1.55 美元或 4.50 美元 。
層級 3 藥物 （首選品牌藥） 在合約藥房配取層級 3 藥物時 一個月供應量的費用	您一個月（30 天）供應量的共付額是 每個處方 0 美元、4.30 美元或 10.35 美元 。	您一個月（30 天）供應量的共付額是 每個處方 0 美元、4.60 美元或 11.20 美元 。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



	2023 年（今年）	2024 年（明年）
層級 4 藥物 （非首選藥物） 在合約藥房配取層級 4 藥物時 一個月供應量的費用	您一個月（30 天）供應量的共 付額是 每個處方 0 美元、4.30 美元或 10.35 美元 。	您一個月（30 天）供應量的共 付額是 每個處方 0 美元、4.60 美元或 11.20 美元 。
層級 5 藥物 （專科層級藥物） 在合約藥房配取層級 5 藥物時 一個月供應量的費用	您一個月（30 天）供應量的共 付額是 每個處方 0 美元、4.30 美元或 10.35 美元 。	您一個月（30 天）供應量的共 付額是 每個處方 0 美元、4.60 美元或 11.20 美元 。

當您的自付費用總額達到 8,000 美元時，初始承保階段即結束。此時，重大傷病承保階段開始。請參閱《會員手冊》**第 6 章**，以瞭解更多有關您將為處方藥支付多少費用的資訊。

D4.階段 2：「重大傷病承保階段」

當您的處方藥自付上限達到 8,000 美元時，重大傷病承保階段便會開始。您將一直處於重大傷病承保階段直至該日曆年結束為止。

E. 行政變動

	2023 年（今年）	2024 年（明年）
您的 Blue Shield TotalDual Plan Contract 和 Plan Benefit Package (PBP)編號將於明年 更換。這不會影響您的承保範 圍，並且您無需採取任何行動 即可保留您的計劃。	H5928-005	H2819-001

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



F. 選擇計劃

F1. 留在我們的計劃中

我們希望您繼續是我們計劃的會員。您無需任何行動即可留在我們的計劃中。如果您沒有**更換至**其他 Medicare 計劃或更換至 **Original Medicare**，您將自動以我們 2024 年計劃的會員身份參保。

F2. 更換計劃

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，因此您可以在以下任一**特殊參保期**終止您在我們計劃的會員資格或更換到另一計劃：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

除了這三個特殊參保期之外，您還可以在以下期間終止您的計劃的會員資格：

- **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即於 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。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將從下個月一號生效。

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：

- 在您搬離我們的服務區域時，
- 您的 Medi-Cal 或「額外協助」資格發生改變時，或
- 如果您最近搬入或搬出某個護理機構或長期護理醫院，目前正在某個護理機構或長期護理醫院接受護理。

您的 Medicare 服務

您可以透過三種方式獲得 Medicare 服務。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。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



<p>1.您可以更換至：</p> <p>另一種 Medicare 健康計劃，包括另一種 Medicare Medi-Cal 計劃</p>	<p>以下是您的辦法：</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時致電 Medicare： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可撥打：1-877-486-2048。</p> <p>如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">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/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>或</p> <p>參保新的 Medicare 計劃。</p> <p>當您的新計劃開始承保時，您將自動從我們的計劃中退保。您的 Medi-Cal 計劃可能會有所變動。</p>
--	--

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



<p>2.您可以更換至：</p> <p>Original Medicare 以及單獨的 Medicare 處方藥計劃</p>	<p>以下是您的辦法：</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時致電 Medicare： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可撥打：1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling。 <p>或</p> <p>參保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從我們的計劃中退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會變動。</p>
--	---

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



<p>3.您可以更換至：</p> <p>沒有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p>備註：如果您轉換到 Original Medicare 而且沒有參保單獨的 Medicare 處方藥物計劃，Medicare 可能會讓您參保藥物計劃，除非您告訴 Medicare 您不想加入。</p> <p>僅當您從其他來源（例如僱主或工會）獲得藥物承保時，才應該退出處方藥承保。如果對於您是否需要藥物承保範圍有任何疑問，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/Programs and Service s/Medicare Counseling/。</p>	<p>以下是您的辦法：</p> <p>每週 7 天，每天 24 小時致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可撥打：1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">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/Programs and Services/Medicare Counseling。 <p>當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從我們的計劃中退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會變動。</p>
--	--

您的 Medi-Cal 服務

有關如何選擇 Medi-Cal 計劃或退出我們的計劃後如何獲取您的 Medi-Cal 服務，請於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 聯絡醫療保健方案處：1-800-430-4263，聽障和語障人士請致電：1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或返回 Original Medicare 對您獲得 Medi-Cal 保險的方式有何影響。

G. 取得協助

G1. 我們的計劃

如果您有任何疑問，我們隨時為您提供協助。在列出的營業日期和營業時間內，撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。這些都是免費電話。

閱讀您的《會員手冊》

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



您的《會員手冊》是對我們計劃各項福利的法定、詳細的描述。其中詳述 2024 年的各項福利和費用，手冊解釋了您的權利以及獲得我們承保的服務和處方藥時應遵循的規則。

2024 年《會員手冊》將於 10 月 15 日發行。《會員手冊》的最新版本可在我們的網站 blueshieldca.com/MAPDdocuments2024 上找到。您還可以撥打頁面底部的客戶服務中心電話，要求我們向您郵寄 2024 年的《會員手冊》。

我們的網站

您可以瀏覽我們的網站：blueshieldca.com/medicare。提醒您，我們的網站提供有關我們的醫療服務提供者與藥房網絡，即《醫療服務提供者與藥房名錄》，以及我們藥物清單（承保藥物清單）的最新相關資訊。

G2.醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)

您還可以致電州醫療保險援助計劃(SHIP)。在加州，SHIP 稱為醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)。HICAP 顧問可協助您瞭解您的計劃選擇，並解答轉換計劃的相關疑問。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 的電話號碼是 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/Programs and Services/Medicare Counseling/。

G3.投訴專員計劃

如果您對我們的計劃有不滿，Medicare Medi-Cal 投訴專員可以為您提供幫助。投訴專員的服務是免費的，並提供所有語言的服務。Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃：

- 是維護您權益的倡導員。如果您有問題或投訴，他們可以解答問題，並幫助您瞭解該做什麼。
- 確保您瞭解與您的權利和保障以及如何解決您的疑慮相關的資訊。
- 與我們或任何保險公司或健康計劃沒有關聯。Medicare Medi-Cal 投訴專員計劃的電話號碼是 1-888-804-3536。

G4.Medicare

要直接獲得來自 Medicare 的資訊，您可每週 7 天，每天 24 小時都可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可撥打：1-877-486-2048。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。



Medicare 網站

您可以瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)。如果您選擇退保我們的計劃並參保另一個 Medicare 計劃，Medicare 網站會有費用、承保範圍和品質評級的相關資訊，可協助您比較各個計劃。

您可以使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder (Medicare 計劃搜尋工具) 查找有關您所在地區可用的 Medicare 計劃的資訊。(有關計劃的相關資訊，請瀏覽 www.medicare.gov，然後點選 Find plans (尋找計劃)。

Medicare & You 2024

您可以閱讀《Medicare & You 2024》手冊。每年秋季時會將這本手冊郵寄給每一個有 Medicare 的人。其中摘要列出 Medicare 各項福利、權利和保障，並解答有關 Medicare 的最常見問題。本手冊還有西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒這本手冊，您可以在 Medicare 網站(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 上取得；也可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)索取，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障和語障人士請撥打 1-877-486-2048。

G5.加州醫療保健管理部

加州醫療保健管理部(DMHC)負責管理醫療保健服務計劃。DMHC 協助中心可以幫助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴事項。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：711)，服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00，並先使用健康計劃的申訴程序，之後才聯絡加州醫療保健管理部。利用此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、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，您可以致電管理部尋求幫助。您也可能符合獨立醫療審查(IMR)的資格。如果您符合 IMR 的資格，則 IMR 程序會就健康計劃對建議服務或治療的醫療必要性、對實驗或研究性質的治療之承保決定，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。該部門也設有免費電話號碼(1-888-466-2219)以及一條供聽障及語障人士使用的 TDD 專線(1877-688-9891)。請前往該管理部的網站 (www.dmhc.ca.gov) 下載投訴表、IMR 申請表和線上說明。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑問，請致電 Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413 (聽障和語障專線：711)，服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 blueshieldca.com/medicare。

