



---

# 2024 年福利摘要

## Blue Shield Select (PPO)

Medicare Advantage 處方藥計劃  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

H4937\_23\_369A\_001\_M\_CT Accepted 08302023

# 2024 年福利摘要

## Blue Shield Select

### Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

所提供的福利資訊並未列出我們承保的每一項服務，也沒有列出每一種限制或不予承保的情況。如需獲得我們所承保服務的完整目錄，請參閱 [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) 上的《承保範圍說明書》(EOC)，或透過致電客戶服務部，電話：(800) 776-4466 [TTY: 711]，服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點。說明：EOC 將於 2023 年 10 月 15 日在我們的網站上公佈。

**Blue Shield Select** 包括提供處方藥保險的 D 部分保險，讓您輕鬆透過一項計劃享有醫療和處方藥承保。

如要參加 **Blue Shield Select**，您必須享有 Medicare A 部分、註冊參加 Medicare B 部分，並且居住在我們的服務地區。我們的服務區域包括 Alameda 縣。

如果您希望更深入瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查詢最新的「**Medicare & You**」（「Medicare 與您」）手冊。請上網瀏覽 [www.medicare.gov](https://www.medicare.gov)，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊，該號碼每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

您可以在本計劃的網站 [blueshieldca.com/medicare/providerdirectory](https://blueshieldca.com/medicare/providerdirectory) 上瀏覽**醫療服務提供者名錄**。

您可以在本計劃的網站 [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024) 上瀏覽**藥房名錄**。

如需獲得有關於承保藥物的最新完整資訊，您可以造訪我們的網站：[blueshieldca.com/medformulary2024](https://blueshieldca.com/medformulary2024)。

# 福利摘要

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
月度計劃保費		\$57	除計劃保費外，您仍然必須支付您的 Medicare B 部分保費 (如適用)。
健康計劃自付額	\$0	\$750	這是在我們支付您醫療服務分攤之前您必須自付的金額。在您支付自付額之前，您必須支付大部分承保服務的全部費用。參見計劃 EOC 瞭解詳情。
年度最高付現額	\$6,400	\$11,000 (網絡內金額與網絡外金額合併)	不包括 D 部分處方藥。這是您一年內所將為承保的 Medicare A 部分和 B 部分服務支付的最高金額。
住院醫院護理	第 1 至 7 天，支付每天 \$200 第 8 天及以上，支付每天 \$0	在支付計劃自付額後，支付 30% 共同保險	本計劃承保的每次 Medicare 承保住院天數沒有限制。

# 福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>醫院門診服務</b> • 在急診部或門診部獲得的服務,如觀察服務或門診手術	每次門診就診 \$250 共付額醫院設施 觀察服務為 \$10 共付額 每次急診室診療須支付 \$100 共付額 (如果您因同一病情在一天內入院,則可減免此共付額)	每次到門診醫院設施或觀察服務後,您支付計劃自付額後的 40% 共同保險 每次急診室診療須支付 \$100 共付額 (如果您因同一病情在一天內入院,則可減免此共付額)	我們的計劃承保您因診療疾病或損傷而在醫院門診部所接受的醫療上必要之服務。  可能需要就門診醫院設施或觀察服務獲得事先授權,而這由您的醫療服務提供者負責。
<b>門診手術</b>	每次門診手術中心診療須支付 \$100 共付額 每次醫院門診設施診療 \$250 共付額	在支付計劃自付額後,支付 40% 共同保險	可能需要獲得事先授權,而這由您的醫療服務提供者負責。
<b>醫生診療</b> • 優選主治醫生 (POC) • 專科醫生	每次診療須支付 \$5 共付額 每次診療須支付 \$20 共付額	在支付計劃自付額後,支付 40% 共同保險 在支付計劃自付額後,支付 40% 共同保險	
<b>預防性護理</b>	\$0 共付額	40% 共同保險	合約年度期間任何 Medicare 核准的任何其他預防服務均予承保。
<b>急診護理</b> • 全球承保	每次診療須支付 \$100 共付額 在美國及其屬地以外的急診和緊急服務沒有合併年度承保限額	每次診療須支付 \$100 共付額 在美國及其屬地以外的急診和緊急服務沒有合併年度承保限額。	如果您因同一病情在一天內入院,則可減免此共付額。

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>緊急服務</b>	<p>在計劃服務區域之內,每次就診計劃服務區內的網絡緊急護理中心需要 \$5 共付額</p> <p>在計劃服務區域之外,但在美國及其屬地內,前往緊急護理中心的每次診療需要 \$5 共付額</p> <p>在您的計劃服務區域之外,但在美國及其屬地內,前往急診室的每次診療需要 \$100 共付額</p> <p>在美國及其屬地內以外,前往急診室或緊急治療中心的每次診療需要 \$100 共付額</p> <p>在美國及其屬地以外的急診和緊急服務沒有合併年度承保限額</p>	<p>在計劃服務區域之內,每次就診計劃服務區內的網絡緊急護理中心需要 \$5 共付額。</p> <p>在計劃服務區域之外,但在美國及其屬地內,前往緊急護理中心的每次診療需要 \$5 共付額</p> <p>在您的計劃服務區域之外,但在美國及其屬地內,前往急診室的每次診療需要 \$100 共付額</p> <p>在美國及其屬地內以外,前往急診室或緊急治療中心的每次診療需要 \$100 共付額</p> <p>在美國及其屬地以外的急診和緊急服務沒有合併年度承保限額</p>	<p>如果您因同一病情在一天內入院,則可減免這些共付額。</p>

# 福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>診斷服務、化驗與成像</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>放射診斷服務 (例如 MRI (磁共振影像)、CT (電腦斷層掃描) 掃描、PET (正子斷層造影) 掃描等)</li> <li>化驗服務</li> <li>診斷檢驗和程序</li> <li>門診 X 光</li> <li>放射治療服務 (例如癌症放射治療)</li> </ul>	每次放射診斷服務須支付 \$75 共付額  \$0 共付額  \$0 共付額  \$0 共付額  每次放射性治療服務須支付 20% 共同保險	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險  在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險  在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險  在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險  在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險	<b>診斷服務、化驗與成像服務可能需要事先授權, 並且由您的醫療服務提供者負責。</b>
<b>聽力服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>聽力檢查 (Medicare 承保)</li> <li>常規 (非 Medicare 承保) 聽力檢查</li> <li>助聽器</li> </ul>	每次診療須支付 \$0 共付額。  每次診療須支付 \$0 共付額。  您每兩年將獲得高達 \$1,000 的助聽器、助聽器驗配和評估補償。	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險  在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險  您每兩年將獲得高達 \$1,000 的助聽器、助聽器驗配和評估補償。	雙耳皆適用; 助聽器費用不適用於該計劃的最高付現額。

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>牙科服務 (Medicare 承保)</b>	<p>如果服務由您的 POC 提供,則每次診療須支付 \$5 共付額</p> <p>如果服務由專科醫生提供,則每次診療須支付 \$20 共付額</p>	在支付計劃自付額後,支付 40% 共同保險	
<b>牙科服務 (非 Medicare 承保)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 預防服務 (洗牙)</li> <li>• 牙科 X 光</li>   <li>• 氟化物治療</li> <li>• 口腔檢查</li> </ul>	<p>\$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p>	<p>20% 共同保險</p> <p>20% 共同保險</p> <p>20% 共同保險</p> <p>20% 共同保險</p>	<p>每 6 個月 1 次洗牙。</p> <p>每 6 個月進行一次一系列咬翼片 X 光檢查。</p> <p>每 24 個月進行一次一系列全口 X 光檢查。</p> <p>每 6 個月一次診療。</p> <p>每 6 個月進行一次檢查。</p> <p>請參閱「可選補充牙科 PPO 計劃」章節,以瞭解有關於額外計劃保費牙科服務的更多資訊。</p>

# 福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>眼科服務</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>眼部疾病和病症的診斷與治療檢查</li> </ul>	每次 Medicare 承保診療須支付 \$20 共付額	在支付計劃自付額後，支付 40% 共同保險	
<ul style="list-style-type: none"> <li>常規 (非 Medicare 承保) 眼科檢查和驗光</li> </ul>	\$0 共付額	對於每 12 個月一次的檢查，您可最高報銷 \$30	透過網絡提供者，每 12 個月一次診療。含一些非網絡提供者處的承保；參見計劃 EOC 瞭解詳情。
<ul style="list-style-type: none"> <li>鏡架</li> </ul>	\$0 共付額	對於每 24 個月一副的鏡架，您可最高報銷 \$30	對於每 24 個月由網絡醫療服務提供者提供的一副鏡架，我們的計劃最多支付 \$250。
<ul style="list-style-type: none"> <li>鏡片或隱形眼鏡</li> </ul>	\$0 共付額	每 12 個月您可報銷一副處方眼鏡鏡片 (無論尺寸或度數如何)、一副多焦點鏡片或隱形眼鏡，最高可報銷 \$35	我們的計劃每 12 個月向網絡醫療服務提供者支付一副處方眼鏡鏡片 (無論尺寸或度數如何)、一副多焦點眼鏡鏡片或隱形眼鏡 (最高定價 \$250) 的費用。
<b>心理健康服務</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>住院精神健康護理</li> </ul>	每次 Medicare 承保的住院的第 1-150 天須支付 \$1,660 共付額	在支付計劃自付額後，支付 40% 共同保險。	住院心理健康服務可能需要事先授權，並且由您的醫療服務提供者負責。
<ul style="list-style-type: none"> <li>團體門診治療</li> </ul>	每次診療須支付 \$35 共付額	在支付計劃自付額後，支付 40% 共同保險。	如果超過 150 天限制，您將承擔所有費用。請參閱計劃 EOC 以瞭解更多資訊。
<ul style="list-style-type: none"> <li>個人門診治療</li> </ul>	每次診療須支付 \$35 共付額	在支付計劃自付額後，支付 40% 共同保險。	



# 福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>專業護理機構 (SNF) 護理</b>	第 1 至 20 天, 每天支付 \$0 共付額 第 21 至 100 天, 每天支付 \$178 共付額	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險	可能需要獲得事先授權, 而這由您的醫療服務提供者負責。 如果超過 100 天限制, 您將承擔所有費用; 無需事先向網絡醫療服務提供者住院。
<b>復健服務</b> • 職業治療 • 物理療法 • 言語和語言治療	每次診療須支付 \$25 共付額 每次診療須支付 \$25 共付額 每次診療須支付 \$25 共付額	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險	
<b>救護車服務</b>	Medicare 承保的地面救護車服務: 每次交通 (單程) 須支付 \$250 共付額 Medicare 承保的空中救護服務: 每次交通 (單程) 須支付 20% 共同保險	Medicare 承保的地面救護車服務: 每次交通 (單程) 須支付 \$250 共付額 Medicare 承保的空中救護服務: 每次交通 (單程) 須支付 20% 共同保險	非緊急運輸需要事先授權。
<b>交通服務 (非 Medicare 承保)</b>	不承保	不承保	
<b>Medicare B 部分處方藥</b>	0% 至 20% 共同保險	在支付計劃自付額後, 支付 0% 至 20% 共同保險	某些 B 部分藥物可能需要獲得提供者的事先授權。 會員可能要為選擇的 Medicare B 部分藥物最高支付 0% 至 20% 的共同保險, 根據 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Medicare 和 Medicaid 服務中心) 的規定, 這一比例每季度皆可能會發生變動。 根據 B 部分獲得的胰島素 (和胰島素泵浦配套使用時) 一個月的自付額不應超過 \$35。

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

## 您計劃的其他福利

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
年度體檢	\$0 共付額	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險	每 12 個月一次。
Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, 慢性病特殊補充福利): AAA 的提升自理能力和 出行安全福利	\$0 共付額	不承保	這是一項 Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI), 需要進行資格確定。您必須患有一種或多種符合條件的慢性疾病才能獲得這項福利。請參閱計劃 EOC 以瞭解更多詳情。
阿片類藥物治療計劃 服務	\$0 共付額	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險	可能需要獲得事先授權, 而這由您的醫療服務提供者負責。
足部護理 (足病服務) (Medicare 承保) • 足部檢查與治療	每次診療須支付 \$25 共付額	在支付計劃自付額後, 支付 40% 共同保險	

# 福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>糖尿病用品及服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 血糖監測器</li> <li>• 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品</li> </ul>	<p>ACCU CHEK 血糖監測器的共付額為 \$0，但須為所有其他製造商製造的血糖檢測器支付 20% 共同保險</p> <p>除血糖監測器外的所有培訓、服務用品的共付額為 \$0 (請參見上述「血糖監測器」)</p>	<p>在支付計劃自付額後，支付 30% 共同保險</p> <p>糖尿病自我管理培訓須支付 40% 共同保險，糖尿病用品和服務須支付 20% 共同保險，血糖監測器除外 (請參見上文的「血糖監測器」)</p>	<p>糖尿病用品和服務 (包括血糖監測器) 可能需要獲得計劃的事先授權。</p> <p>參見計劃 EOC 以瞭解更多資訊。</p>
<b>耐用醫療設備 (DME) 和相關用品</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 耐用醫療設備 (例如輪椅、氧氣設備)</li> </ul>	20% 共同保險	在支付計劃自付額後，支付 30% 共同保險	<p>可能需要獲得計劃的事先授權。</p> <p>參見計劃 EOC 以瞭解更多資訊。</p>
<b>假肢/醫療用品</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 假肢 (例如，支架、義肢)</li> <li>• 醫療用品 (例如，夾板、石膏)</li> </ul>	<p>20% 共同保險</p> <p>\$0 共付額</p>	<p>在支付計劃自付額後，支付 30% 共同保險</p> <p>在支付計劃自付額後，支付 30% 共同保險</p>	<p>可能需要您醫生的事先授權。</p>

# 福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的金額 (網絡內)	您支付的金額 (網絡外)	您應當知曉的內容
<b>健康與保健計劃</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 透過 SilverSneakers Fitness 的基本健身房使用權</li><li>• NurseHelp 24/7<sup>SM</sup> (電話和線上支援)</li></ul>	\$0 共付額  \$0 共付額	\$0 共付額  \$0 共付額	
<b>非處方 (OTC) 物品</b>	您每季度有 \$60 的允許限額可用於購買承保物品	您每季度有 \$60 的允許限額可用於購買承保物品	您可以每季度下兩個訂單,但不能將未使用的允許限額轉入下一季度。某些限制可能適用。請參閱 OTC 物品目錄瞭解更多資訊。
<b>常規 (非 Medicare 承保) 脊椎按摩服務</b>	每次診療須支付 \$0 共付額 (僅限每年 12 次診療)	在支付計劃自付額後,支付 40% 共同保險 (僅限每年 12 次診療)	

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

## 您須支付如下費用：

D 部分處方藥福利						
第 1 階段：年度自付額階段	自付額為 \$0					
第 2 階段：初始承保階段	優先零售費用分攤 (網絡內)			標準零售費用分攤 (網絡內)^		
	30 天的藥量	90 天的藥量* <sup>NDS</sup>	100 天的藥量 <sup>NDS</sup>	30 天的藥量	90 天的藥量 <sup>NDS</sup>	100 天的藥量 <sup>NDS</sup>
第 1 層級：首選學名藥	\$0 共付額	請參見 100 天的藥量	\$0 共付額	\$5 共付額	請參見 100 天的藥量	\$5 共付額
第 2 層級：學名藥	\$5 共付額	\$7.50 共付額	不承保	\$20 共付額	\$60 共付額	不承保
第 3 層級：首選品牌藥	\$40 共付額	\$100 共付額	不承保	\$47 共付額	\$141 共付額	不承保
第 3 層級：承保的胰島素**	\$35 共付額	\$100 共付額	不承保	\$35 共付額	\$105 共付額	不承保
第 4 層級：非首選藥物	\$95 共付額	\$237.50 共付額	不承保	\$100 共付額	\$300 共付額	不承保
第 4 層級：承保的胰島素** (首選)	\$35 共付額	\$105 共付額	不承保	\$35 共付額	\$105 共付額	不承保
第 5 層級：特種層級藥物	33% 共同保險	不承保	不承保	33% 共同保險	不承保	不承保

\*\* 承保的胰島素在藥品清單上標有 INS 符號。此費用分攤僅適用於不符合幫助支付藥物費用的計劃 (「Extra Help」) (額外補助) 的受益人。

^如果您住在長期護理機構，您支付的價格與網絡內標準零售費用分攤藥房的價格相同。在限定情形中，您可能能夠以網絡內標準零售費用分攤藥房相同的費用從網絡外藥房獲得藥物。

如需瞭解更多有關於額外的藥房特定費用分攤和福利階段的更多資訊，請參見計劃 EOC。

\*90 天和 100 天藥量的費用分攤也適用於 Blue Shield 的郵購服務藥房。

NDS 部分藥物不可提供長期 (多達 90 天或 100 天) 藥量。不可提供長期藥量的藥物在我們的藥品清單上以 NDS 標誌標註。

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

## D 部分處方藥福利

<b>第 3 階段: 承保缺口階段</b>	在您的 Blue Shield 支付的年度總藥費合計達到 \$5,030 之後, 直到您的年度付現藥費達到 \$8,000 之前的門診處方藥物承保	第 1 層級: 首選學名藥, 第 2 層級: 學名藥, 第 3 層級: 承保胰島素和第 4 層級: 承保的胰島素按上述共付額進行承保。對於所有層級, 您須針對品牌藥物支付價格的 25% (以及部分配藥費), 針對學名藥支付價格的 25%, 直到您的年度付現藥費總額達到 \$8,000 為止, 此時即結束承保缺口階段。可使用計劃處方集來確定某種藥物是屬於學名藥還是品牌藥物。
<b>第 4 階段: 巨災承保</b>	在您的年度付現藥物費用 (包括透過零售藥房和郵購服務所購買的藥物) 達到 \$8,000 後, 該計劃將為您承保的 D 部分藥物支付全部費用。對於我們增強福利承保的排除藥物, 您需要支付第 2 層級費用: 上表列出了學名藥共付額。 (一旦您達到年度付現藥費, 此階段可以保護您免於承擔任何額外費用。)	

**關於支付您的疫苗費用的重要訊息:** 我們的計劃免費承保大多數 D 部分疫苗。請致電客戶服務部以瞭解更多資訊。

## 郵購服務藥房

CVS Caremark® 是我們的網絡郵購服務藥房, 您可按低廉費用分攤獲得最多 90 天或 100 天的維護藥物供應。您的訂單將被運送到您的家中或辦公室, 無需支付標準運費。請參閱計劃 EOC 以瞭解更多資訊。

第 5 層級藥物僅限最多 30 天藥量的郵購服務。

## 提供首選費用分攤的網絡藥房

當您使用提供首選費用分攤的網絡藥房時, 您可能只須支付較少的費用。如以下為幾個藥房:

- CVS/pharmacy<sup>†</sup> (包含位於 Target 的 CVS pharmacy) **(888) 607-4287 [TTY: 711]**
- Safeway 與 Vons 藥房<sup>†</sup> **(877) 723-3929 [TTY: 711]**
- Albertsons/Sav-on/Osco 藥房<sup>†</sup> **(877) 932-7948 [TTY: 711]**
- Costco<sup>†</sup> **(800) 955-2292 [TTY: 711]**
- Ralphs<sup>†</sup>, Walmart<sup>†</sup> 等等。

您不必成為 Costco 會員也可以使用 Costco 藥房。我們的網絡還提供其他藥房。

<sup>†</sup>接受電子處方

# 可選補充牙科 PPO 計劃

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

## 您須支付如下費用：

	可選補充牙科 PPO 計劃	
	參與牙醫	非參與牙醫
可選補充牙科計劃的月保費	\$45.00	
日曆年自付額 (診斷和預防服務不適用)	您在主要服務承保開始之前支付 \$50。	
日曆年最高福利*	\$1,500，針對參與一般牙醫或牙科專科醫生所提供的承保預防和綜合牙科服務。最高本限額的 \$1,000，用於一個日曆年中由非參與牙醫提供的承保預防和綜合牙科服務。 您須支付超出日曆年福利限額 \$1,500 的部分。	
等待期	沒有等待期	

\*所有服務必須由您的網絡牙醫實施、開具處方或授權。如需看診專科醫生，須經主治牙醫轉診，以獲得承保專科醫生服務。計劃每日曆年最高為承保專科醫生服務支付 \$1,000。您須負責超出 \$1,000 之外的費用。若您入保可選補充牙科 PPO 計劃，如有需要，您可直接前往看診專科醫生。

# 可選補充牙科 PPO 計劃 (續)

Blue Shield Select (PPO)  
Alameda 縣

自 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日有效

可選補充牙科 PPO 計劃		
	參與牙醫	非參與牙醫
<b>承保服務一覽表 (ADA 代碼) †</b>		
	您支付的費用	您支付的費用
<b>診斷服務</b>		
綜合口腔檢查 (D0150)	0% 共同保險 (每 6 個月 1 次診療)	20% 共同保險 (每 6 個月 1 次診療)
全口 X 光 (D0210)	0% 共同保險 (每 24 個月 1 個系列)	20% 共同保險 (每 24 個月 1 個系列)
<b>預防性護理</b>		
預防服務 - 成人 (D1110)	0% 共同保險 (每 6 個月 1 次洗牙)	20% 共同保險 (每 6 個月 1 次洗牙)
<b>修復服務</b>		
一次牙表面復合樹脂填充 - 前牙 (D2330)	20% 共同保險	30% 共同保險
牙冠 (烤瓷熔附貴金屬) (D2750)	50% 共同保險	50% 共同保險
<b>牙周治療科醫生</b>		
牙周刮治及根面平整/ 每個口腔象限四顆或四 顆以上牙齒 (D4341)	50% 共同保險	50% 共同保險
<b>牙髓治療</b>		
前根管治療 (D3310)	50% 共同保險	50% 共同保險
磨牙治療 (D3330)	50% 共同保險	50% 共同保險

† ADA 代碼為 American Dental Association (美國牙科協會) 為高效處理和報告牙科索賠而創立的程序代碼。



## 我們將在這裡為您提供幫助

聯絡 Blue Shield，電話：**(888) 534-4263** [TTY: 711]

**服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點。**

Blue Shield of California 是一個與 Medicare 簽有合約的 PPO 計劃。參保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。

SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 的註冊商標。© 2023 Tivity Health, Inc. 保留所有權利。

Blue Shield Select 和 NurseHelp 24/7 為 Blue Shield of California 的服務商標。Blue Shield 及 Shield (盾形) 標誌是獨立 Blue Cross 及 Blue Shield 計劃聯盟 BlueCross BlueShield Association 的註冊商標。

網路外/非簽約服務提供者無義務為計劃會員提供治療，除非在急診情況下。請致電客戶關懷部或查看《承保範圍說明書》，以瞭解更多資訊，包括適用於網路外服務的費用分攤。

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。