

Blue Shield Medicare 補充計劃

福利及規定摘要

福利計劃 A、F 額外、G、G 額外、G Inspire 和 N
2021 年 7 月 1 日起生效

Blue Shield of California Medicare 補充計劃

請花幾分鐘時間查閱本手冊中的資訊。

Medicare 補充計劃之福利表 2

Blue Shield 的六種 Medicare 補充計劃對比表格

計劃 A 5

計劃 F 額外 8

計劃 G 15

計劃 G 額外 18

計劃 G Inspire 26

計劃 N 34

入保我們的計劃 38

保險條件 43

福利的主要例外條款和限制條件 46

2021年 7 月 1 日起出售的 Medicare 補充計劃之福利表

本表顯示了各個標準 Medicare 補充計劃所包含的福利。每家保險公司均需提供計劃 A。有些計劃則可能無法提供。Blue Shield 提供計劃 A、F 額外、G、G 額外、G Inspire 和 N, 在下表中以灰色顯示。

適用於所有申請者的計劃					
福利	A	B	D	G ¹	G 額外
Medicare A 部分共同保險和醫院保險 (Medicare 福利用完後又延長 365 天)	✓	✓	✓	✓	✓
Medicare B 部分共同保險或共付額	✓	✓	✓	✓	✓
血液 (頭三品脫)	✓	✓	✓	✓	✓
A 部分善終服務共同保險或共付額	✓	✓	✓	✓	✓
專業護理設施共同保險			✓	✓	✓
Medicare A 部分自付額		✓	✓	✓	✓
Medicare B 部分自付額					
Medicare B 部分起賠額				✓	✓
AAA 的提升自理能力和出行安全福利					
境外旅行急診 (最高達計劃限額)			✓	✓	✓
健身計劃	✓		✓	✓	✓
助聽器服務					✓
眼科服務					✓
個人緊急響應系統 (PERS, Personal Emergency Response System)					
Teladoc					✓
非處方物品					✓
[2019] 年內的付現額度 ²					

- 1 計劃 F 和 G 還提供高自付額的選項, 要求在計劃開始支付之前先支付 \$2,370 的自付額。一旦達到計劃自付額, 該計劃將在餘下日曆年內支付 100% 的承保服務。高自付額計劃 G 不包括 Medicare B 部分自付額。但是, 高自付額計劃 F 和 G 會計算您支付 Medicare B 部分自付額, 以達到計劃自付額。
- 2 一旦您達到年付現額度, 計劃 K 和 L 將在餘下日曆年支付 100% 的承保服務。
- 3 計劃 N 支付 B 部分 100% 共同保險, 除了某些診所就診的共付額最高為 \$20, 以及不會導致住院病人入院的急診室就診 \$50 共付額。

基本福利

住院

- 在 Medicare 福利終止後提供 A 部分共同保險 + 365 天額外保險。

血液

- 每年頭三品脫血液。

醫療費用

- 醫院門診服務的 B 部分共同保險 (通常為 Medicare 核准費用的 20%) 或共付額。入保計劃 K、L 和 N 的受保人需要支付一部分 B 部分共同保險或共付額。

善終

- A 部分共同保險。

適用於所有申請者的計劃				
G Inspire ⁵	K	L	M	N
✓	✓	✓	✓	✓
✓	50%	75%	✓	✓ 共付額 適用 ³
✓	50%	75%	✓	✓
✓	50%	75%	✓	✓
✓	50%	75%	✓	✓
✓	50%	75%	50%	✓
✓				
✓				
✓			✓	✓
✓				✓
✓				
✓				
✓				
✓				
	\$6,220 ²	\$3,110 ²		

僅在 2020 年之前首次獲得 Medicare 資格 ⁴		
C	F ¹	F 額外
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	✓
		✓
		✓
		✓
		✓

4 計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或在 2020 年 1 月 1 日前首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。

5 計劃 G Inspire 僅在以下各縣提供: Alameda、Alpine、Amador、Butte、Calaveras、Colusa、Contra Costa、Del Norte、El Dorado、Fresno、Glenn、Humboldt、Kings、Lake、Lassen、Madera、Marin、Mariposa、Mendocino、Merced、Modoc、Mono、Monterey、Napa、Nevada、Placer、Plumas、Sacramento、San Benito、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Santa Cruz、Shasta、Sierra、Siskiyou、Solano、Sonoma、Stanislaus、Sutter、Tehama、Trinity、Tuolumne、Yolo 和 Yuba。

資訊披露

透過本大綱比較各保單的福利和費用。

關於預付或定期費用的資訊

Blue Shield 只有在提高本州境內所有與您類似合同的費用後才能提高您的費用。您的會費將於 7 月 1 日每年自動增加，應付款額將根據截止當日您的會員年限而定。

若您在生效日期前 60 天以上提出申請，所列費用會有所變更。

請務必仔細閱讀您的保單

本文僅為大綱，解釋了您的 Medicare 補充計劃合約的最重要特點。本文並非計劃合約，請僅以合約的真實條款為準。您需閱讀合約本身，以瞭解您和 Blue Shield of California 的所有權利和責任。

退保權利

若您發現您對您的合約不滿意，您可以將合約退回至 **Blue Shield of California, 601 12th St, Oakland, CA 94607**。若您在收到合約後 30 天內將合約寄回給我們，我們將視該合約為未經簽發，並將返還您的所有費用。

保單更換

若您打算更換其他健康保險，在您切實收到新保單並確認您打算購買該保單之後再取消原來的保單。

註

本合約可能沒有完全涵蓋您的所有醫療費用。Blue Shield of California 及其代理均與 Medicare 沒有關聯。

本保險大綱並未包含 Medicare 保險的所有詳細資訊。如需進一步瞭解詳細資訊以及 Medicare 適用限制，請聯絡您當地的社保辦公室或查詢「Medicare 手冊」。

完整的回答非常重要

您填寫新合約的申請書時，請務必真實且全面地回答有關您醫療和健康史的所有問題。若您遺漏或偽造重要醫療資訊，保險公司可能取消您的合約並拒付索賠。

簽名前請認真核對申請書。請確認已妥當填寫所有資訊。

計劃 A

MEDICARE (A 部分)

醫院服務 – 每個福利期

* 一個福利期於您在某醫院接受住院患者服務的第一天開始算起, 並在您出院並連續 60 天未接受任何其他設施的專業護理之後終止。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
住院* – 半私人病房、膳食、一般護理、雜項服務和用品			
頭 60 天	超出 \$1,484 的所有費用	\$0	\$1,484 (A 部分自付額)
第 61 至 90 天	超出 \$371/天的所有費用	\$371/天	\$0
第 91 天及以後: 享受 60 天終身儲備期給付時	超出 \$742/天的所有費用	\$742/天	\$0
一旦享受終身儲備期給付:			
• 額外 365 天	\$0	100% Medicare 合格費用	\$0**
• 超出額外 365 天	\$0	\$0	所有費用
專業護理設施護理* – 您需達到 Medicare 的要求, 包括住院三天以上並在出院後 30 天內入住 Medicare 核准設施。			
頭 20 天	所有核准費用	\$0	\$0
第 21 至 100 天	超出 \$185.50/天的所有費用	\$0	最高達 \$185.50/天
第 101 天及以後	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	3 品脫	\$0
額外費用	100%	\$0	\$0
善終服務			
您需達到 Medicare 的要求, 包括由醫生開具的晚期疾病證明。	除門診藥物和住院臨時護理的十分有限的共付額/共同保險之外的所有費用	Medicare 共付額/共同保險	\$0

** 註: 根據保單的「核心福利」的規定, 您的 Medicare A 部分醫院福利終止時, 保險公司將取代 Medicare 並將支付原本應由 Medicare 支付的所有費用, 最多額外支付 365 天。在此期間, 禁止醫院就其帳單費用與 Medicare 應付費用之間的差額向您收取差額。

計劃 A

MEDICARE (B 部分)

醫療服務 – 每個日曆年

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
醫療費用 – 院內或院外以及醫院門診治療, 例如醫師服務、住院和門診醫療與手術的服務和用品、物理和言語治療、診斷檢驗、耐用醫療設備			
Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	通常為 80%	通常為 20%	\$0
B 部分起賠額 (超出 Medicare 核准金額)	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	所有費用	\$0
Medicare 核准金額的次筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0
臨床檢驗服務 – 診斷服務檢驗			
	100%	\$0	\$0

計劃 A

A 和 B 部分

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
居家健康護理 MEDICARE 核准服務			
醫療上必要的專業護理服務和醫療用品	100%	\$0	\$0
耐用醫療設備 Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0

其他福利 – 未受 MEDICARE 承保

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
透過 SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM 的基本健身房使用權			
	\$0	100%	\$0

計劃 F 額外

MEDICARE (A 部分)

醫院服務 – 每個福利期

* 一個福利期於您在某醫院接受住院患者服務的第一天開始算起，並在您出院並連續 60 天未接受任何其他設施的專業護理之後終止。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
住院* – 半私人病房、膳食、一般護理、雜項服務和用品			
頭 60 天	超出 \$1,484 的所有費用	\$1,484 (A 部分自付額)	\$0
第 61 至 90 天	超出 \$371/天的所有費用	\$371/天	\$0
第 91 天及以後： 享受 60 天終身儲備期給付時	超出 \$742/天的所有費用	\$742/天	\$0
一旦享受終身儲備期給付： • 額外 365 天	\$0	100% Medicare 合格費用	\$0***
• 超出額外 365 天	\$0	\$0	所有費用
專業護理設施護理* – 您需達到 Medicare 的要求，包括住院三天以上並在出院後 30 天內入住 Medicare 核准設施。			
頭 20 天	所有核准費用	\$0	\$0
第 21 至 100 天	超出 \$185.50/天的所有費用	最高達 \$185.50/天	\$0
第 101 天及以後	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	3 品脫	\$0
額外費用	100%	\$0	\$0
善終服務			
您需達到 Medicare 的要求，包括由醫生開具的晚期疾病證明。	除門診藥物和住院臨時護理的十分有限的共付額/共同保險之外的所有費用	Medicare 共付額/共同保險	\$0

*** 註：根據保單的「核心福利」的規定，您的 Medicare A 部分醫院福利終止時，保險公司將取代 Medicare 並將支付原本應由 Medicare 支付的所有費用，最多額外支付 365 天。在此期間，禁止醫院就其帳單費用與 Medicare 應付費用之間的差額向您收取差額。

計劃 F 額外

MEDICARE (B 部分)

醫療服務 – 每個日曆年

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
醫療費用 – 院內或院外以及醫院門診治療, 例如醫師服務、住院和門診醫療與手術的服務和用品、物理和言語治療、診斷檢驗、耐用醫療設備			
Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$203 (B 部分自付額)	\$0
Medicare 核准金額的剩餘部分	通常為 80%	通常為 20%	\$0
B 部分起賠額 (超出 Medicare 核准金額)	\$0	100%	\$0
血液			
頭 3 品脫	\$0	所有費用	\$0
Medicare 核准金額的次筆 \$203*	\$0	\$203 (B 部分自付額)	\$0
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0
臨床檢驗服務 – 診斷服務檢驗			
	100%	\$0	\$0

計劃 F 額外

A 和 B 部分

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
居家健康護理 Medicare 核准服務			
醫療上必要的專業護理服務和醫療用品	100%	\$0	\$0
耐用醫療設備 Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$203 (B 部分自付額)	\$0
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0

其他福利 – 未受 MEDICARE 承保

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
境外旅行 – 不受 Medicare 承保 醫療上必要的急診護理服務始於每次美國境外旅行的前 60 天期間			
每個日曆年的頭筆 \$250	\$0	\$0	\$250
費用的剩餘部分	\$0	80% 至 \$50,000 終身最高福利額	20% 及超出終身最高額 \$50,000 的費用
透過 SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM 的基本健身房使用權			
	\$0	100%	\$0
個人緊急響應系統 (PERS) – 您的 PERS 福利由 Lifestation 提供。			
<ul style="list-style-type: none"> 個人緊急響應系統 選擇居家系統或帶有全球定位系統 (GPS)/WiFi 的移動裝置 每月監控 必要充電器和線路 	\$0	100%	\$0

計劃 F 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
綜合性眼科檢查 (每 12 個月一次)	\$0	<p>網絡內: \$20 共付額後剩餘的 100%</p> <p>網絡外: 最高達 \$50 允許限額</p>	<p>網絡內: \$20 共付額</p> <p>網絡外: 超出 \$50 允許限額的所有費用</p>
每 24 個月一副鏡框	\$0	<p>網絡內: 最高達 \$100 允許限額</p> <p>網絡外: 最高達 \$40 允許限額</p>	<p>網絡內: 超出 \$100 允許限額的所有費用</p> <p>網絡外: 超出 \$40 允許限額的所有費用</p>
每 12 個月一副鏡片 <ul style="list-style-type: none"> • 單光鏡片 • 雙光鏡片 • 三光鏡片 • 無晶狀體、透鏡狀單焦鏡片或多焦鏡片 	\$0	<p>網絡內: \$25 共付額後剩餘的 100%</p> <p>網絡外:</p> <p>單光鏡片: 最高達 \$43 允許限額</p> <p>雙光鏡片: 最高達 \$60 允許限額</p> <p>三光鏡片: 最高達 \$75 允許限額</p> <p>無晶狀體或透鏡狀單焦鏡片或多焦鏡片: 最高達 \$104 允許限額</p>	<p>網絡內: \$25 共付額</p> <p>網絡外: 超出允許限額的所有費用</p>

計劃 F 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
每 12 個月一副隱形眼鏡 (而非鏡片) <ul style="list-style-type: none"> • 非可選 (醫療上必需) – 硬性或軟性 – 一副 • 可選 (美容/便利) – 硬性 – 一副 • 可選 (美容/便利) – 軟性 – 根據所選擇的隱形眼鏡每只眼睛最多獲得三至六個月的供應 	\$0	<p>非可選網絡內: \$25 共付額後最高達 \$500 允許限額</p> <p>非可選網絡外: 非可選 (硬性或軟性): 最高達 \$200 允許限額</p> <p>可選網絡內: \$25 共付額後最高達 \$120 允許限額</p> <p>可選網絡外: 最高達 \$100 允許限額</p>	<p>非可選和可選網絡內: \$25</p> <p>非可選和可選網絡外: 超出允許限額的所有費用</p>

計劃 F 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>助聽器服務 – 助聽器服務福利由 EPIC Hearing Healthcare (EPIC) 提供。此福利旨在讓您使用 EPIC 網絡內服務提供者。您可以透過 blueshieldca.com/medPlanExtras 上的名錄進行定位參與服務提供者。如果您選擇使用網絡外服務提供者, 該等服務將無法獲得承保。此福利獨立於 Medicare 承保的診斷性聽力檢查和相關費用。</p>			
針對適當類型的助聽器的助聽器檢查 (每 12 個月一次)	\$0	100%	\$0
每 12 個月一次的助聽器服務包括: <ul style="list-style-type: none"> • 助聽器儀器 • 選擇自有品牌基本 (中級) 或儲備 (高級) 技術助聽器型號 • 每 12 月最多提供兩台助聽器, 可選以下類型: <ul style="list-style-type: none"> – 耳內式 – 耳道式 – 完全耳道式 – 耳後式; 或者 – 隱形耳掛式 • 所有技術水準包括: <ul style="list-style-type: none"> – 一次諮詢 – 每台助聽器的電池的兩年供應量; 和 – 三年延長保修期。 	\$0	\$0	基礎技術水準 每個助聽器 \$449 加上每次 可選上門診療 \$50 儲備技術水準 每個助聽器 \$699

計劃 F 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>助聽器服務 – 助聽器服務福利由 EPIC Hearing Healthcare (EPIC) 提供。此福利旨在讓您使用 EPIC 網絡內服務提供者。您可以透過 blueshieldca.com/medPlanExtras 上的名錄進行定位參與服務提供者。如果您選擇使用網絡外服務提供者, 該等服務將無法獲得承保。此福利獨立於 Medicare 承保的診斷性聽力檢查和相關費用。</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 基礎技術水準助聽器包括: <ul style="list-style-type: none"> – 直接送至家中的一台耳後式助聽器 – 由 EPIC 透過線上、電話或視訊聊天提供的免費隨訪護理; 和 – 隨訪護理上門約診, 每次診療均需支付額外費用 • 儲備技術水準助聽器包括: <ul style="list-style-type: none"> – 上門送達的一台助聽器 – 第一年內最多可進行三次上門隨訪診療, 以展開助聽器的安裝、諮詢、設備檢查和調校, 無需支付額外費用; 以及 – 耳印模與模具 	\$0	\$0	<p>基礎技術水準 每個助聽器 \$449 加上每次 可選上門診療 \$50</p> <p>儲備技術水準 每個助聽器 \$699</p>

計劃 G

MEDICARE (A 部分)

醫院服務 – 每個福利期

* 一個福利期於您在某醫院接受住院患者服務的第一天開始算起，並在您出院並連續 60 天未接受任何其他設施的專業護理之後終止。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
住院* – 半私人病房、膳食、一般護理、雜項服務和用品			
頭 60 天	超出 \$1,484 的所有費用	\$1,484 (A 部分自付額)	\$0
第 61 至 90 天	超出 \$371/天的所有費用	\$371/天	\$0
第 91 天及以後： 享受 60 天終身儲備期給付時	超出 \$742/天的所有費用	\$742/天	\$0
一旦享受終身儲備期給付： • 額外 365 天	\$0	100% Medicare 合格費用	\$0***
• 超出額外 365 天	\$0	\$0	所有費用
專業護理設施護理* – 您需達到 Medicare 的要求，包括住院三天以上並在出院後 30 天內入住 Medicare 核准設施。			
頭 20 天	所有核准費用	\$0	\$0
第 21 至 100 天	超出 \$185.50/天的所有費用	最高達 \$185.50/天	\$0
第 101 天及以後	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	3 品脫	\$0
額外費用	100%	\$0	\$0
善終服務			
您需達到 Medicare 的要求，包括由醫生開具的晚期疾病證明。	除門診藥物和住院臨時護理的十分有限的共付額/共同保險之外的所有費用	Medicare 共付額/共同保險	\$0

*** 註：根據保單的「核心福利」的規定，您的 Medicare A 部分醫院福利終止時，保險公司將取代 Medicare 並將支付原本應由 Medicare 支付的所有費用，最多額外支付 365 天。在此期間，禁止醫院就其帳單費用與 Medicare 應付費用之間的差額向您收取差額。

計劃 G

MEDICARE (B 部分)

醫療服務 – 每個日曆年

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
醫療費用 – 院內或院外以及醫院門診治療, 例如醫師服務、住院和門診醫療與手術的服務和用品、物理和言語治療、診斷檢驗、耐用醫療設備			
Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	通常為 80%	通常為 20%	\$0
B 部分起賠額 (超出 Medicare 核准金額)	\$0	100%	\$0
血液			
頭 3 品脫	\$0	所有費用	\$0
Medicare 核准金額的次筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0
臨床檢驗服務 – 診斷服務檢驗			
	100%	\$0	\$0

計劃 G

A 和 B 部分

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
居家健康護理 MEDICARE 核准服務			
醫療上必要的專業護理服務和醫療用品	100%	\$0	\$0
耐用醫療設備 Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0

其他福利 – 未受 MEDICARE 承保

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
境外旅行 – 不受 MEDICARE 承保 醫療上必要的急診護理服務始於每次美國境外旅行的前 60 天期間			
每個日曆年的頭筆 \$250	\$0	\$0	\$250
費用的剩餘部分	\$0	80% 至 \$50,000 終身最高福利額	20% 及超出終身最高額 \$50,000 的費用
透過 SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM 的基本健身房使用權			
	\$0	100%	\$0

計劃 G 額外

MEDICARE (A 部分)

醫院服務 – 每個福利期

* 一個福利期於您在某醫院接受住院患者服務的第一天開始算起，並在您出院並連續 60 天未接受任何其他設施的專業護理之後終止。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
住院* – 半私人病房、膳食、一般護理、雜項服務和用品			
頭 60 天	超出 \$1,484 的所有費用	\$1,484 (A 部分自付額)	\$0
第 61 至 90 天	超出 \$371/天的所有費用	\$371/天	\$0
第 91 天及以後： 享受 60 天終身儲備期給付時	超出 \$742/天的所有費用	\$742/天	\$0
一旦享受終身儲備期給付： • 額外 365 天	\$0	100% Medicare 合格費用	\$0***
• 超出額外 365 天	\$0	\$0	所有費用
專業護理設施護理* – 您需達到 Medicare 的要求，包括住院三天以上並在出院後 30 天內入住 Medicare 核准設施。			
頭 20 天	所有核准費用	\$0	\$0
第 21 至 100 天	超出 \$185.50/天的所有費用	最高達 \$185.50/天	\$0
第 101 天及以後	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	3 品脫	\$0
額外費用	100%	\$0	\$0
善終服務			
您需達到 Medicare 的要求，包括由醫生開具的晚期疾病證明。	除門診藥物和住院臨時護理的十分有限的共付額/共同保險之外的所有費用	Medicare 共付額/共同保險	\$0

*** 註：根據保單的「核心福利」的規定，您的 Medicare A 部分醫院福利終止時，保險公司將取代 Medicare 並將支付原本應由 Medicare 支付的所有費用，最多額外支付 365 天。在此期間，禁止醫院就其帳單費用與 Medicare 應付費用之間的差額向您收取差額。

計劃 G 額外

MEDICARE (B 部分)

醫療服務 – 每個日曆年

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
醫療費用 – 院內或院外以及醫院門診治療, 例如醫師服務、住院和門診醫療與手術的服務和用品、物理和言語治療、診斷檢驗、耐用醫療設備			
Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	通常為 80%	通常為 20%	\$0
B 部分起賠額 (超出 Medicare 核准金額)	\$0	100%	\$0
血液			
頭 3 品脫	\$0	所有費用	\$0
Medicare 核准金額的次筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0
臨床檢驗服務 – 診斷服務檢驗			
	100%	\$0	\$0

計劃 G 額外

A 和 B 部分

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
居家健康護理 MEDICARE 核准服務			
醫療上必要的專業護理服務和醫療用品	100%	\$0	\$0
耐用醫療設備 Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0

其他福利 – 未受 MEDICARE 承保

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
境外旅行 – 不受 MEDICARE 承保 醫療上必要的急診護理服務始於每次美國境外旅行的前 60 天期間			
每個日曆年的頭筆 \$250	\$0	\$0	\$250
費用的剩餘部分	\$0	80% 至 \$50,000 終身最高福利額	20% 及超出終身最高額 \$50,000 的費用
透過 SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM 的基本健身房使用權			
	\$0	100%	\$0
藉由 TELADOC 透過電話或視訊進行的醫師諮詢			
	\$0	100%	每次諮詢 \$0
透過 CVS 購買的非處方物品 – 符合條件的非處方 (OTC) 物品可透過 OTC 目錄獲取, 網址為 blueshieldca.com/medicareOTC。			
	\$0	每個季度允許限額的單次使用最高達 \$100	每個季度允許限額的單次使用超出 \$100 的所有費用

計劃 G 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
綜合性眼科檢查 (每 12 個月一次)	\$0	<p>網絡內: \$20 共付額後剩餘的 100%</p> <p>網絡外: 最高達 \$50 允許限額</p>	<p>網絡內: \$20 共付額</p> <p>網絡外: 超出 \$50 允許限額的所有費用</p>
每 24 個月一副鏡框	\$0	<p>網絡內: 最高達 \$100 允許限額</p> <p>網絡外: 最高達 \$40 允許限額</p>	<p>網絡內: 超出 \$100 允許限額的所有費用</p> <p>網絡外: 超出 \$40 允許限額的所有費用</p>

計劃 G 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
每 12 個月一副鏡片 <ul style="list-style-type: none"> • 單光鏡片 • 雙光鏡片 • 三光鏡片 • 無晶狀體、透鏡狀單焦鏡片或多焦鏡片 	\$0	網絡內: \$25 共付額 後剩餘的 100% 網絡外: 單光鏡片: 最高達 \$43 允許限額 雙光鏡片: 最高達 \$60 允許限額 三光鏡片: 最高達 \$75 允許限額 無晶狀體或透鏡狀單焦鏡片或多焦鏡片: 最高達 \$104 允許限額	網絡內: \$25 共付額 網絡外: 超出允許限額的所有費用

計劃 G 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
<p>每 12 個月一副隱形眼鏡 (而非鏡片)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非可選 (醫療上必需) – 硬性或軟性 – 一副 • 可選 (美容/便利) – 硬性 – 一副 • 可選 (美容/便利) – 軟性 – 根據所選擇的隱形眼鏡每只眼睛最多獲得三至六個月的供應 	<p>\$0</p>	<p>非可選網絡內: \$25 共付額後最高達 \$500 允許限額</p> <p>非可選網絡外: 非可選 (硬性或軟性): 最高達 \$200 允許限額</p> <p>可選網絡內: \$25 共付額後最高達 \$120 允許限額</p> <p>可選網絡外: 最高達 \$100 允許限額</p>	<p>非可選和可選網絡內: \$25 共付額</p> <p>非可選和可選網絡外: 超出允許限額的所有費用</p>

計劃 G 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>助聽器服務 – 助聽器服務福利由 EPIC Hearing Healthcare (EPIC) 提供。此福利旨在讓您使用 EPIC 網絡內服務提供者。您可以透過 blueshieldca.com/medPlanExtras 上的名錄進行定位參與服務提供者。如果您選擇使用網絡外服務提供者, 該等服務將無法獲得承保。此福利獨立於 Medicare 承保的診斷性聽力檢查和相關費用。</p>			
針對適當類型的助聽器的助聽器檢查 (每 12 個月一次)	\$0	100%	\$0
每 12 個月一次的助聽器服務包括: <ul style="list-style-type: none"> • 助聽器儀器 • 選擇自有品牌基本 (中級) 或儲備 (高級) 技術助聽器型號 • 每 12 月最多提供兩台助聽器, 可選以下類型: <ul style="list-style-type: none"> – 耳內式 – 耳道式 – 完全耳道式 – 耳後式; 或者 – 隱形耳掛式 • 所有技術水準包括: <ul style="list-style-type: none"> – 一次諮詢 – 每台助聽器的電池的兩年供應量; 和 – 三年延長保修期 	\$0	\$0	基礎技術水準 每個助聽器 \$449 加上每次 可選上門診療 \$50。 儲備技術水準 每個助聽器 \$699

計劃 G 額外

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>助聽器服務 – 助聽器服務福利由 EPIC Hearing Healthcare (EPIC) 提供。此福利旨在讓您使用 EPIC 網絡內服務提供者。您可以透過 blueshieldca.com/medPlanExtras 上的名錄進行定位參與服務提供者。如果您選擇使用網絡外服務提供者, 該等服務將無法獲得承保。此福利獨立於 Medicare 承保的診斷性聽力檢查和相關費用。</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 基礎技術水準助聽器包括: <ul style="list-style-type: none"> – 直接送至家中的一台耳後式助聽器 – 由 EPIC 透過線上、電話或視訊聊天提供的免費隨訪護理; 和 – 隨訪護理上門約診, 每次診療均需支付額外費用 • 儲備技術水準助聽器包括: <ul style="list-style-type: none"> – 上門送達的一台助聽器 – 第一年內最多可進行三次上門隨訪診療, 以展開助聽器的安裝、諮詢、設備檢查和調校, 無需支付額外費用; 以及 – 耳印模與模具 			<p>基礎技術水準 每個助聽器 \$449 加上每次 可選上門診療 \$50</p> <p>儲備技術水準 每個助聽器 \$699</p>

計劃 G INSPIRE

MEDICARE (A 部分)

醫院服務 – 每個福利期

計劃 G Inspire 僅在以下各縣提供:

Alameda, Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Kings, Lake, Lassen, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Benito, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Sierra, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yolo 和 Yuba.

* 一個福利期於您在某醫院接受住院患者服務的第一天開始算起, 並在您出院並連續 60 天未接受任何其他設施的專業護理之後終止。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
住院* – 半私人病房、膳食、一般護理、雜項服務和用品			
頭 60 天	超出 \$1,484 的所有費用	\$1,484 (A 部分自付額)	\$0
第 61 至 90 天	超出 \$371/天的所有費用	\$371/天	\$0
第 91 天及以後: 享受 60 天終身儲備期給付時	超出 \$742/天的所有費用	\$742/天	\$0
一旦享受終身儲備期給付: • 額外 365 天	\$0	100% Medicare 合格費用	\$0***
• 超出額外 365 天	\$0	\$0	所有費用
專業護理設施護理* – 您需達到 Medicare 的要求, 包括住院三天以上並在出院後 30 天內入住 Medicare 核准設施。			
頭 20 天	所有核准費用	\$0	\$0
第 21 至 100 天	超出 \$185.50/天的所有費用	最高達 \$185.50/天	\$0
第 101 天及以後	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	3 品脫	\$0
額外費用	100%	\$0	\$0
善終服務			
您需達到 Medicare 的要求, 包括由醫生開具的晚期疾病證明。	除門診藥物和住院臨時護理的十分有限的共付額/共同保險之外的所有費用	Medicare 共付額/共同保險	\$0

*** 註: 根據保單的「核心福利」的規定, 您的 Medicare A 部分醫院福利終止時, 保險公司將取代 Medicare 並將支付原本應由 Medicare 支付的所有費用, 最多額外支付 365 天。在此期間, 禁止醫院就其帳單費用與 Medicare 應付費用之間的差額向您收取差額。

計劃 G INSPIRE

MEDICARE (B 部分)

醫療服務 – 每個日曆年

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
醫療費用 – 院內或院外以及醫院門診治療, 例如醫師服務、住院和門診醫療與手術的服務和用品、物理和言語治療、診斷檢驗、耐用醫療設備			
Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	通常為 80%	通常為 20%	\$0
B 部分起賠額 (超出 Medicare 核准金額)	\$0	100%	\$0
血液			
頭 3 品脫	\$0	所有費用	\$0
Medicare 核准金額的次筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0
臨床檢驗服務 – 診斷服務檢驗			
	100%	\$0	\$0

計劃 G INSPIRE

A 和 B 部分

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
居家健康護理 MEDICARE 核准服務			
醫療上必要的專業護理服務和醫療用品	100%	\$0	\$0
耐用醫療設備 Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0

其他福利 – 未受 MEDICARE 承保

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
AAA 的提升自理能力和出行安全福利 – 您的福利由 American Automobile Association of Northern California, Nevada & Utah (AAA) 提供。此福利屬於經典版 AAA 會員資格, 且包括使用提升自理能力和出行安全工具和服務的權利。本項福利旨在為少數 AAA 服務區域而設計。			
• AAA Roadwise Driver • 教育性資源 • 道路救援	\$0	100%	\$0
境外旅行 – 不受 MEDICARE 承保 醫療上必要的急診護理服務始於每次美國境外旅行的前 60 天期間			
每個日曆年的頭筆 \$250	\$0	\$0	\$250
費用的剩餘部分	\$0	80% 至 \$50,000 終身最高福利額	20% 及超出終身最高額 \$50,000 的費用
透過 SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM 的基本健身房使用權			
	\$0	100%	\$0

計劃 G INSPIRE

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
藉由 TELADOC 透過電話或視訊進行的醫師諮詢			
	\$0	100%	每次諮詢 \$0
透過 CVS 購買的非處方物品 – 符合條件的非處方 (OTC) 物品可透過 OTC 目錄獲取, 網址為 blueshieldca.com/medicareOTC。			
	\$0	每個季度允許限額的單次使用最高達 \$100	每個季度允許限額的單次使用超出 \$100 的所有費用
眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。			
綜合性眼科檢查 (每 12 個月一次)	\$0	網絡內: \$20 共付額後剩餘的 100% 網絡外: 最高達 \$50 允許限額	網絡內: \$20 共付額 網絡外: 超出 \$50 允許限額的所有費用
每 24 個月一副鏡框	\$0	網絡內: 最高達 \$100 允許限額 網絡外: 最高達 \$40 允許限額	網絡內: 超出 \$100 允許限額的所有費用 網絡外: 超出 \$40 允許限額的所有費用

計劃 G INSPIRE

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
每 12 個月一副鏡片 <ul style="list-style-type: none"> • 單光鏡片 • 雙光鏡片 • 三光鏡片 • 無晶狀體、透鏡狀單焦鏡片或多焦鏡片 	\$0	網絡內: \$25 共付額 後剩餘的 100% 網絡外: 單光鏡片: 最高達 \$43 允許限額 雙光鏡片: 最高達 \$60 允許限額 三光鏡片: 最高達 \$75 允許限額 無晶狀體、透鏡狀單焦鏡片或多焦鏡片: 最高達 \$104 允許限額	網絡內: \$25 共付額 網絡外: 超出允許限額的所有費用

計劃 G INSPIRE

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>眼科服務 – 您的眼科福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。這項福利為保戶提供了最大且獨立醫生 (這些醫生分佈於零售、社區、醫療和專業機構中) 全國性網絡之一。您可透過選擇從網絡內服務提供者處獲取承保服務, 以降低您的任何付現費用。您可以透過 blueshieldca.com 上的線上名錄進行定位參與服務提供者。點選 <i>Find a doctor</i> (查找醫生)。</p>			
每 12 個月一副隱形眼鏡 (而非鏡片) <ul style="list-style-type: none"> • 非可選 (醫療上必需) – 硬性或軟性 – 一副 • 可選 (美容/便利) – 硬性 – 一副 • 可選 (美容/便利) – 軟性 – 根據所選擇的隱形眼鏡每只眼睛最多獲得三至六個月的供應 	\$0	<p>非可選網絡內: \$25 共付額後最高達 \$500 允許限額</p> <p>非可選網絡外: 非可選 (硬性或軟性): 最高達 \$200 允許限額</p> <p>可選網絡內: \$25 共付額後最高達 \$120 允許限額</p> <p>可選網絡外: 最高達 \$100 允許限額</p>	<p>非可選和可選網絡內: \$25 共付額</p> <p>非可選和可選網絡外: 超出允許限額的所有費用</p>

計劃 G INSPIRE

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>助聽器服務 – 助聽器服務福利由 EPIC Hearing Healthcare (EPIC) 提供。此福利旨在讓您使用 EPIC 網絡內服務提供者。您可以透過 blueshieldca.com/medPlanExtras 上的名錄進行定位參與服務提供者。如果您選擇使用網絡外服務提供者, 該等服務將無法獲得承保。此福利獨立於 Medicare 承保的診斷性聽力檢查和相關費用。</p>			
針對適當類型的助聽器的助聽器檢查 (每 12 個月一次)	\$0	100%	\$0
每 12 個月一次的助聽器服務包括: <ul style="list-style-type: none"> • 助聽器儀器 • 選擇自有品牌基本 (中級) 或儲備 (高級) 技術助聽器型號 • 每 12 月最多提供兩台助聽器, 可選以下類型: <ul style="list-style-type: none"> – 耳內式 – 耳道式 – 完全耳道式 – 耳後式 – 隱形耳掛式 • 所有技術水準包括: <ul style="list-style-type: none"> – 一次諮詢 – 每台助聽器的電池的兩年供應量; 和 – 三年延長保修期。 	\$0	\$0	基礎技術水準 每個助聽器 \$449 加上每次 可選上門診療 \$50。 儲備技術水準 每個助聽器 \$699

計劃 G INSPIRE

其他福利 – 未受 Medicare 承保 (續)

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
<p>助聽器服務 – 助聽器服務福利由 EPIC Hearing Healthcare (EPIC) 提供。此福利旨在讓您使用 EPIC 網絡內服務提供者。您可以透過 blueshieldca.com/medPlanExtras 上的名錄進行定位參與服務提供者。如果您選擇使用網絡外服務提供者, 該等服務將無法獲得承保。此福利獨立於 Medicare 承保的診斷性聽力檢查和相關費用。</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 基礎技術水準助聽器包括: <ul style="list-style-type: none"> – 直接送至家中的一台耳後式助聽器 – 由 EPIC 透過線上、電話或視訊聊天提供的免費隨訪護理; 和 – 隨訪護理上門約診, 每次診療均需支付額外費用 • 儲備技術水準助聽器包括 <ul style="list-style-type: none"> – 上門送達的一台助聽器 – 第一年內最多可進行三次上門隨訪診療, 以展開助聽器的安裝、諮詢、設備檢查和調校, 無需支付額外費用; 以及 – 耳印模與模具 			<p>基礎技術水準 每個助聽器 \$449 加上每次 可選上門診療 \$50。</p> <p>儲備技術水準 每個助聽器 \$699</p>

計劃 N

MEDICARE (A 部分)

醫院服務 – 每個福利期

* 一個福利期於您在某醫院接受住院患者服務的第一天開始算起, 並在您出院並連續 60 天未接受任何其他設施的專業護理之後終止。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
住院* – 半私人病房、膳食、一般護理、雜項服務和用品			
頭 60 天	超出 \$1,484 的所有費用	\$1,484 (A 部分自付額)	\$0
第 61 至 90 天	超出 \$371/天的所有費用	\$371/天	\$0
第 91 天及以後: 享受 60 天終身儲備期給付時	超出 \$742/天的所有費用	\$742/天	\$0
一旦享受終身儲備期給付: • 額外 365 天	\$0	100% Medicare 合格費用	\$0**
• 超出額外 365 天	\$0	\$0	所有費用
專業護理設施護理* – 您需達到 Medicare 的要求, 包括住院三天以上並在出院後 30 天內入住 Medicare 核准設施。			
頭 20 天	所有核准費用	\$0	\$0
第 21 至 100 天	超出 \$185.50/天的所有費用	最高達 \$185.50/天	\$0
第 101 天及以後	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	3 品脫	\$0
額外費用	100%	\$0	\$0
善終服務			
您需達到 Medicare 的要求, 包括由醫生開具的晚期疾病證明。	除門診藥物和住院臨時護理的十分有限的共付額/共同保險之外的所有費用	Medicare 共付額/共同保險	\$0

** 註: 根據保單的「核心福利」的規定, 您的 Medicare A 部分醫院福利終止時, 保險公司將取代 Medicare 並將支付原本應由 Medicare 支付的所有費用, 最多額外支付 365 天。在此期間, 禁止醫院就其帳單費用與 Medicare 應付費用之間的差額向您收取差額。

計劃 N

MEDICARE (B 部分)

醫療服務 – 每個日曆年

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
醫療費用 – 院內或院外以及醫院門診治療, 例如醫師服務、住院和門診醫療與手術的服務和用品、物理和言語治療、診斷檢驗、耐用醫療設備			
Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	通常為 80%	除每次診室診療最高 \$20 和每次急診診療最高 \$50 之外的差額。若受保人入院、急診診療費用以 Medicare A 部分費用受承保, 則可減免共付額, 最高 \$50。	每次診室診療最高 \$20, 每次急診診療最高 \$50。若受保人入院、急診診療費用以 Medicare A 部分費用受承保, 則可減免共付額, 最高 \$50。
B 部分起賠額 (超出 Medicare 核准金額)	\$0	\$0	所有費用
血液			
頭 3 品脫	\$0	所有費用	\$0
Medicare 核准金額的次筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0
臨床檢驗服務 – 診斷服務檢驗			
	100%	\$0	\$0

計劃 N

A 和 B 部分

* 一旦您因承保服務 (以星號標示) 被收取 Medicare 核准費用 \$203, 您將達到該日曆年的 B 部分自付額。

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
居家健康護理 MEDICARE 核准服務			
醫療上必要的專業護理服務和醫療用品	100%	\$0	\$0
耐用醫療設備 Medicare 核准金額的頭筆 \$203*	\$0	\$0	\$203 (B 部分自付額)
Medicare 核准金額的剩餘部分	80%	20%	\$0

其他福利 – 未受 MEDICARE 承保

服務項目	MEDICARE 支付的費用	計劃支付的費用	您支付的費用
境外旅行 – 不受 MEDICARE 承保 醫療上必要的急診護理服務始於每次美國境外旅行的前 60 天期間			
每個日曆年的頭筆 \$250	\$0	\$0	\$250
費用的剩餘部分	\$0	80% 至 \$50,000 終身最高福利額	20% 及超出終身最高額 \$50,000 的費用
透過 SILVERSNEAKERS® FITNESS PROGRAM 的基本健身房使用權			
	\$0	100%	\$0

註: 上文僅為大綱, 解釋了我們的 Medicare 補充計劃的最重要特點。關於本計劃的福利、限制和例外的完整資訊, 請參見我們 Medicare 補充計劃《承保範圍說明書》和《健康服務協議書》(服務協議)。若您成為 Blue Shield 的會員, 該服務協議將作為您的計劃合約。

請閱讀該服務協議的所有內容。您有權在入保前獲得一份服務協議副本, 我們將樂意在您索要時為您提供一份副本。如欲索要一份副本, 或若您有疑問或需要更多資訊, 請致電 Blue Shield 會員服務部, 電話: **(800) 248-2341** [聽障專線 TTY: **711**]。若您有特殊保健需求, 請先務必仔細閱讀本摘要及服務協議中與您相關的章節, 再申請保險。

入保我們的計劃

請參考本手冊的入保表格部分。

請務必仔細檢查申請表上的資訊，為每個文件保留申請表每頁的副本，然後將申請表原件以及您的第一筆付款放入隨附的信封中郵寄出去。

我們兌現您的支票或從您的信用卡扣費並不意味著您的申請已被批准。如果您未獲批准，Blue Shield 會將支付金額返還給您。我們會通知您您的保險生效日期，並向您發送帳單，說明您的下一次付款到期日期，前提是您的申請獲得批准。

誰可以申請？

若您年滿 65 歲或 65 歲以上

若您符合以下情形，您可以申請入保任何 Blue Shield 的 Medicare 補充計劃（計劃 A、F 額外*、G、G 額外或 N）：

- 您是加州居民。
- 您在申請之時，您已入保 Medicare A 和 B 部分（美國聯邦公法 89-97，第 18 章）。

若您符合以下情形，您可以申請入保 Blue Shield 的 Medicare 補充計劃 G Inspire：

- 您是以下郡縣之一的居民：
Alameda、Alpine、Amador、Butte、Calaveras、Colusa、Contra Costa、Del Norte、El Dorado、Fresno、Glenn、Humboldt、Kings、Lake、Lassen、Madera、Marin、Mariposa、Mendocino、Merced、Modoc、Mono、Monterey、Napa、Nevada、Placer、Plumas、Sacramento、San Benito、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Santa Cruz、Shasta、Sierra、Siskiyou、Solano、Sonoma、Stanislaus、Sutter、Tehama、Trinity、Tuolumne、Yolo 和 Yuba。
- 您在申請之時，您已入保 Medicare A 和 B 部分（美國聯邦公法 89-97，第 18 章）。

若您的年齡為 64 歲或 64 歲以下

若您符合以下情形，您可以申請入保 Blue Shield 的 Medicare 補充計劃（計劃 A、F 額外、G、G 額外或 N）：

- 您是加州居民。
- 您在申請之時，您已入保 Medicare A 和 B 部分（美國聯邦公法 89-97，第 18 章）。

* 計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或在 2020 年 1 月 1 日前首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。

- 根據 Blue Shield 的指南, 您有資格獲得 Blue Shield of California Medicare 補充計劃的擔保接收。
- 您未患終末期腎病。
- 若您符合以下情形, 您可以申請入保 Blue Shield 的 Medicare 補充計劃 G Inspire:

您是加州下設的以下郡縣之一的居民:

Alameda, Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Kings, Lake, Lassen, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Benito, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Sierra, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yolo 和 Yuba。

- 您在申請之時, 您已入保 Medicare A 和 B 部分 (美國聯邦公法 89-97, 第 18 章)。
- 根據 Blue Shield 的指南, 您有資格獲得 Blue Shield of California Medicare 補充計劃的擔保接收。
- 您未患終末期腎病。

符合擔保接收的資格

如果您符合 Blue Shield Medicare 補充計劃擔保接收的資格, 您將無需完成健康聲明。如果您不符合擔保接收資格, 則您需要完成一份健康聲明並進行核保。

若要符合擔保接收的條件, 您必須符合 Blue Shield Medicare 補充計劃參保資料包中包含的 Blue Shield *Guaranteed Acceptance Guide* (《擔保接收指南》) 中列出的某些特定標準。

有關 Blue Shield Medicare 補充計劃擔保接收的資格的更多資訊, 請致電您的代理人, 或致電 **(855) 217-1539** 聯絡 Blue Shield。您也可以聯絡加州 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 醫療保險諮詢及推廣計劃) 以獲得指導。HICAP 為加州老年人提供保險諮詢服務。致電 HICAP 免費電話 **(800) 434-0222**, 轉介至當地 HICAP 辦事處。HICAP 是加州免費提供的服務。

保險生效日

在 Blue Shield 收到您的申請後, 預計您在約兩週內收到批准或拒絕通知。您的保險將於生效日期太平洋時間凌晨 12:01 生效。

從另一個計劃轉換到 Blue Shield Medicare 補充計劃

若您擁有 Medicare Advantage 或 Medicare Advantage 處方藥計劃

大多數 Medicare 補充計劃與 Medicare Advantage Plan 提供的承保範圍相同。如果 Medicare 補充計劃的承保範圍將覆蓋 Medicare Advantage Plan 提供的承保範圍，聯邦法律禁止 Medicare 補充計劃入保任何仍受 Medicare Advantage Plan 承保的人員。

進行方式如下：Medicare Advantage Plan 的會員同意根據該計劃的條款並從與該計劃簽訂合約的服務提供者處獲得服務，而不是根據 Original Medicare 計劃獲得服務。Medicare Advantage Plan 與政府簽訂合約，並根據合約獲得資金，將這一保險提供給其會員。因此，Medicare Advantage Plan 的參保人無法享受 Original Medicare 的保險。

Medicare 補充計劃一般只承保 Original Medicare 支付索賠的一部分後剩餘的部

分。由於 Original Medicare 一般不支付 Medicare Advantage 參保人所獲的服務，因此 Medicare 補充計劃也不會支付此等索賠。而且，由於如果 Medicare Advantage Plan 會員在 Medicare Advantage Plan 網絡之外獲得服務，Original Medicare 一般不會支付該等服務費用，因此會員通常需要承擔這些服務的全部費用。

如果您目前是 Medicare Advantage Plan 的會員，並希望入保 Medicare 處方藥計劃和 Blue Shield Medicare 補充計劃，或者如果您決定只入保一個 Blue Shield Medicare 補充計劃，那麼選擇下列選項之一從 Medicare Advantage Plan 中退保最符合您的利益。

重要提示：如果您還計劃入保 Medicare 處方藥計劃，請確保您在退保 Medicare Advantage Plan 之前入保 Medicare 處方藥計劃。在本年度選擇期內，從您的 Medicare Advantage Plan 中退保將被視為您的選擇，您可能需要等到下一個年度選擇期才能夠入保 Medicare 處方藥計劃。入保 Medicare 處方藥計劃將自動退保您的 Medicare Advantage Plan。

如果您只想申請沒有 Medicare 處方藥計劃的 Medicare 補充計劃, 您可以選擇以下選項之一從 Medicare Advantage Plan 中退保。

選項 1

請直接到訪您的社會保障辦公室, 並在那裡退保。如果您選擇此選項, 請索取退保表格副本, 並將其傳真或郵寄至 Blue Shield (見下文)。

選項 2

請致電 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Medicare 與 Medicaid 服務中心), 即管理 Medicare 的聯邦機構, 並要求退保現有的 Medicare Advantage Plan。您可以致電 **1-800-MEDICARE** 聯絡該機構。CMS 將向您郵寄或傳真 Medicare Advantage Plan 終止確認函。請透過郵件或傳真 (見下文) 將終止確認函轉發給 Blue Shield。

選項 3

向現有的 Medicare Advantage Plan 提交書面申請並要求退保。您可透過以下兩種方法之一來實現:

- 致電您的 Medicare Advantage Plan, 並要求向您發送一份退保表格, 然後填寫表格並將其寄回給您的 Medicare Advantage Plan。請保存副本, 以備查閱。
- 致函您的 Medicare Advantage Plan, 信函其中包括您的姓名和會員 ID 號碼, 要求退保。請保存本信函副本, 以備查閱。

您的退保請求將在收到申請的同一個月內處理, 並在下個月的第一日生效。我們很樂意從您先前的健康計劃接受您已退保其計劃的口頭確認, 他們只需要致電我們即可。

電話: **(800) 248-2341**

TTY: **711**

傳真: **(844) 266-1850**

郵寄地址:

Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-1912

這將有助於確保您現有的 Medicare Advantage 保險已終止, 並且您的 Original Medicare 保險連同 Medicare 補充保險配合使用, 亦已就緒。因此, 我們將與您一起協調我們批准的任何 Medicare 補充保險的生效日期以及您從當前的 Medicare Advantage Plan 中退保的日期。

如果您是 Medicare Advantage Plan 的會員, 則必須在最終接收前確認您的 Medicare Advantage Plan 的退保日期。在您的申請被接受後, Blue Shield 將為您的 Medicare 補充計劃設立一個保險生效日期。

如果您有其他健康保險

如果您有其他健康保險, 例如與新計劃發生重複的現有的 Medicare 補充計劃或僱主團體計劃, 州法律將阻止 Blue Shield 將您納入 Medicare 補充計劃。

為了確保不會發生這種情況, 我們將根據您新的 Blue Shield Medicare 補充計劃來協調您的保險生效日期, 以便與您之前的健康計劃錯開。

首先, 我們將通知您, 您的 Blue Shield Medicare 補充計劃已被接受, 但尚未確認您的其他健康保險已被終止。在您終止了先前保險後, 請提交終止證明, 以便我們最終確定您的接收。請參閱本申請書中包含的有關更換保險的問題。

帳單選項

在您入保了 Blue Shield Medicare 補充計劃後, 您擁有若干個計劃會費支付的選項。

1. **AutoPay** – 使用 Blue Shield 快速便捷的 AutoPay 計劃支付您的計劃會費, 該計劃是在到期付款日期從您的支票或儲蓄帳戶自動電子轉帳。無需填寫支票, 無需支付郵資。您的付款記錄包含在您的銀行對帳單上。**請記住, 如果您選擇這個選項, 您每月可節省 \$3 的費用。**

此參保資料包中的申請表中包含 AutoPay 授權書說明。

2. **月度帳單** – Blue Shield 將會每月給您寄送一次帳單。

若選擇選項 2, 帳單上將標註您的付款到期日。

您所支付的費用或您獲得的福利, 可能在一年中發生變化。無論哪種情況, Blue Shield 都將提前至少 60 天通知您。

保險條件

福利的終止

您的服務協議不會由於任何原因而被 Blue Shield 終止, 但您的服務協議中概述的除外。這些包括:

1. 您不再入保 Medicare 的 A 和 B 部分
2. 未付會費

Blue Shield 可能因您未能支付規定會費而取消您的服務協議。

如果服務協議被取消是因為您未能按時支付規定會費, 則本計劃將發送「寬限期開始通知」, 並在 30 天寬限期後的第二天終止。如果您未能支付保費, 本計劃將提供書面的未付款通知, 並將在書面通知之日起 30 天之內終止保險。

在本服務協議生效期間, 您將承擔所有應付費用, 包括在此為期 30 天的寬限期內累計的費用。

如果您想終止服務協議, 您必須提前 30 天通知 Blue Shield。如果 Blue Shield 在終止日期之後的任何時間收到了計劃會費, 這些會費將在 30 天內退還給您。保險將於您請求終止後的第 30 天太平洋時間晚上 11:59 終止。

該計劃不負責您終止後獲得的任何服務, 除非投保人在終止時出現完全殘疾的情況。請參閱您的服務協議, 瞭解關於殘障福利延長的說明。

取消

除上述「福利的終止」項下規定的情況之外的任何原因, 您的保險不能被取消。

福利的恢復保額

如果您收到「保險結束通知」並在「保險結束通知」寄出之日起 15 天內支付欠款, Blue Shield 將允許您在每個為期 12 個月的滾動期內有兩次保額恢復。

如果在 15 天內沒有收到您的所有未付款項的付款以及恢復保額請求, 您必須填寫申請並重新申請保險。在終止後重新申請保險的會員可能需要進行醫療核保。請致電 **(800) 248-2341** 與您的保險經紀人或 Blue Shield 客戶服務代表聯絡以要求申請。您的保險將在申請獲得 Blue Shield 批准的當天開始。

續保規定

您的 Blue Shield 健康保險「擔保續保」(其不能被 Blue Shield 取消)且只要您提前支付保費,保險即繼續有效,但上述服務協議中所列的「福利的終止」項下規定的情況除外。Blue Shield 可透過至少提前 60 天的書面通知來修改或修訂服務協議。

針對核保決定的上訴

如果您想就核保決定提出上訴,請致電 **(800) 248-2341** 與客戶服務部聯絡。

如果您對服務、服務提供者、您的福利、如何使用您的計劃或任何其他事宜存有疑問,您也可透過上述號碼聯絡客戶服務部。

計劃解讀

Blue Shield 應有權力以及酌情權解釋服務協議之規定,以此確定服務協議的各項福利,並確定在服務協議下獲得福利的資格。Blue Shield 應出於所有有權根據服務協議獲得福利的投保人之利益行使這一權力。

個人資訊和健康資訊的保密性

Blue Shield of California 保護您個人資訊和健康資訊的機密性/隱私性。個人資訊和健康資訊包括:醫療資訊以及能用於識別個人身份的資訊,如姓名、地址、電話號碼或者社會安全號碼。未經您授權,Blue Shield 不會透露此等資訊,除非法律允許。

註冊時將向您提供「隱私權實施條例通知」，其中介紹了 Blue Shield 保護您受保護健康資訊和個人身份資訊的方式。此外，透過致電 **(800) 248-2341** 聯絡客戶服務部，您可請求「隱私權實施條例通知」的一份副本，或造訪 Blue Shield of California 的網際網路網站 **blueshieldca.com** 並列印一份副本。

如果您擔心 Blue Shield 可能侵犯了您的保密/隱私權，或者您不同意我們提供的有關存取您的個人資訊與健康資訊的決定，可透過以下方式與我們聯絡：

通訊地址：

Blue Shield of California Privacy Official
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

免費電話：

(888) 266-8080

電子郵件地址：

privacy@blueshieldca.com

福利的主要例外條款和限制條件

請注意：

Blue Shield Medicare 補充計劃不承保任何機構的監護式護理，包括專業護理機構。監護式護理包括幫助走路、上床和下床、吃飯、穿衣、洗澡以及服藥等服務。

除非您計劃的《承保範圍說明書》和《健康服務協議書》(服務協議) 明確規定以下例外情況，否則不能享受福利：

1. 在健康設施住院或分娩的服務事件，其主要目的在於監護、保養或居家照護；休息；或控制或改變病人的環境。
2. 牙科保健和治療、牙科手術和牙科用具。
3. 眼鏡和助聽器的檢查與費用，計劃 F 額外、計劃 G 額外或計劃 G Inspire 承保的情況除外。
4. 旨在美容的服務。
5. 為職業、教育、娛樂、藝術、舞蹈或音樂療法提供服務；除非（並且僅在一定程度上）醫學上有必要作為潛在疾病醫學治療的輔助手段，且由主治醫師開具處方，及由 Medicare 認可；體重控制計劃；或鍛煉計劃（除 SilverSneakers® Fitness Program 外）。
6. 血液和血漿，但此例外情況不適用於投保人在日曆年收到的頭三 (3) 品脫血液。
7. 針灸。
8. 體檢，以下服務除外：您在 Medicare B 部分初始承保的前 12 個月內獲得的一次性「Welcome to Medicare」（「歡迎參加 Medicare」）體檢，以及此後每年一次的「Wellness」（「健康」）檢查；或常規足部護理。
9. 除了 Medicare B 部分預防性服務之外的常規免疫接種。
10. 未列明為福利的服務。
11. 您無合法義務付費的服務或未向您收費的服務。
12. 非 Medicare 福利的服務，除非在服務協議中另有說明該服務為承保服務。
13. 眼科福利限制了全美範圍的使用或在加州以外的使用

請參閱本計劃的《承保範圍說明書》以瞭解有關提出申訴的資訊，您有權向 Department of Managed Health Care (衛生保健管理部) 尋求幫助，並且您有權申請進行獨立醫療審查。

HICAP

(800) 434-0222

有關受承保福利的其他資訊, 請聯絡加州 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 尋求指導您的代理人。HICAP 為加州老年人提供健康保險諮詢服務。

**Blue Shield of California
Medicare Plans
Regional Sales Office
6300 Canoga Ave.
Woodland Hills, CA 91367-2555**

SilverSneakers 是 Tivity Health, Inc. 的註冊商標。© 2021 Tivity Health, Inc.
保留所有權利。

© 2021 AAA Northern California, Nevada & Utah. 版權所有。