

# 2020 福利摘要

---

## Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO)

Los Angeles、\*Orange、\*San Bernardino、  
\*Riverside、San Diego、Fresno、Santa Clara、  
\*Merced、San Joaquin 及 Stanislaus 縣 (\*部份)

本手冊概述了本計劃的承保範圍及您需要支付的費用。本文件並未羅列出我們承保的所有服務，亦未列舉所有限制或例外情況。如要獲得我們承保服務的完整清單，請撥打我們的電話並索取「承保範圍說明書」。

# 2020 年福利摘要

## Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

Los Angeles、\*Orange、\*San Bernardino、\*Riverside、  
San Diego、Fresno、Santa Clara、\*Merced、  
San Joaquin 和 Stanislaus 縣，計劃 037

2020 年 1 月 1 日 - 2020 年 12 月 31 日

本福利資訊並未羅列出我們承保的所有服務，亦未列舉每種限制或排除在外的項目。如要獲得我們承保服務的完整清單，請索取「承保範圍說明書」。

如欲參加 **Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan**，您須有權享有 Medicare A 部份，參保了 Medicare B 部份並居住在我們的服務區域內。我們的服務區域包含加州的以下縣：Los Angeles、\*Orange、\*San Bernardino、\*Riverside、San Diego、Fresno、Santa Clara、\*Merced、San Joaquin 及 Stanislaus 縣。

Orange 縣的服務區域僅包括**下列郵遞區號**。您必須居住在以下一個郵遞區號代表的區域才能加入計劃：

90620 90621 90622 90623 90624 90630 90631 90632 90633 90638 90680 90720 90740 90742 90743  
92609 92610 92617 92619 92620 92626 92637 92646 92647 92648 92649 92655 92657 92673 92683  
92685 92694 92697 92698 92701 92702 92703 92704 92705 92706 92707 92708 92725 92735 92801  
92802 92803 92804 92805 92806 92807 92808 92809 92812 92814 92815 92816 92817 92821 92822  
92823 92825 92831 92832 92833 92834 92835 92836 92837 92838 92840 92841 92842 92843 92844  
92845 92846 92850 92868 92870 92871 92885 92886 92887 92899

San Bernardino 縣的服務區域僅包括**下列郵遞區號**。您必須居住在以下一個郵遞區號代表的區域才能加入計劃：

91701 91708 91709 91710 91730 91737 91739 91761 91762 91763 91764 91784 91786 92301 92307  
92308 92313 92316 92318 92324 92334 92335 92336 92337 92344 92345 92346 92350 92354 92357  
92359 92368 92369 92371 92373 92374 92376 92377 92392 92394 92395 92399 92401 92402 92403  
92404 92405 92406 92407 92408 92410 92411 92412 92413 92414 92415 92418 92420 92423 92424  
92427

Riverside 縣的服務區域僅包括**下列郵遞區號**。您必須居住在以下一個郵遞區號代表的區域才能加入計劃：

91718 91719 91720 91752 91760 92028 92201 92202 92203 92210 92211 92220 92223 92230 92234  
92235 92236 92240 92241 92247 92248 92253 92254 92255 92258 92260 92261 92262 92263 92264  
92270 92274 92276 92282 92292 92320 92324 92373 92399 92501 92502 92503 92504 92505 92506  
92507 92508 92509 92513 92514 92515 92516 92517 92518 92519 92521 92522 92530 92531 92532  
92536 92539 92543 92544 92545 92546 92548 92549 92551 92552 92553 92554 92555 92556 92557  
92561 92562 92563 92564 92567 92570 92571 92572 92581 92582 92583 92584 92585 92586 92587  
92589 92590 92591 92592 92593 92595 92596 92599 92860 92877 92878 92879 92880 92881 92882  
92883

Merced 縣的服務區域僅包括**下列郵遞區號**。您必須居住在以下一個郵遞區號代表的區域才能加入計劃：

93610 93620 93661 93665 95301 95303 95312 95315 95317 95322 95324 95333 95334 95340 95341  
95343 95344 95348 95365 95369 95374 95380 95388

如果您使用我們網絡外的提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

有關 Original Medicare 的承保範圍及費用，請參見您當前的「Medicare 與您」手冊。線上瀏覽 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

本文件可能會提供其他格式版本，例如：盲文、大字印刷或音訊。

如欲瞭解更多資訊，請撥打 (800) 847-1222 (聽障專線：711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的辦公時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間的辦公時間為週一至週五，上午 8 點至下午 6 點，或瀏覽我們的網站 [blueshieldca.com/promise/medicare](http://blueshieldca.com/promise/medicare)

# 福利摘要

2020 年 1 月 1 日 - 2020 年 12 月 31 日

Blue Shield Promise  
Coordinated Choice Plan  
Los Angeles、\*Orange、\*San Bernardino、  
\*Riverside、San Diego、Fresno、Santa Clara、  
\*Merced、San Joaquin 及 Stanislaus 縣  
(\*部份)

保費和福利		Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
月繳計劃保費		您支付 \$32 您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費
自付額		無自付額
最高自付責任 (不包括 D 部份處方藥)		您每年支付的費用不會超過 \$6,700 包括當年 Medicare A 和 B 部份承保服務的共付額及其他費用
住院治療		第1-60天：\$1,408的自付額 第61-90天：每天\$352的共付額 第91-150天：每個終身儲備日，\$704的共付額 (一生中最多60天) 「受益期」從您進入醫院或專業護理機構當天開始。到您連續 60 天都不用接受醫院或專業護理機構護理時結束。如果您在一個福利期結束後住進醫院，則會開始一個新的福利期
醫院門診部		費用的 20%
門診手術中心		對於 Medicare 承保的門診手術中心和醫院門診機構就診，20% 的費用。
醫生就診		\$0 的共付額
• 主治醫生		\$0 的共付額
• 專科醫生		\$0 的共付額
預防服務		\$0 的共付額
(乳腺照影篩檢和流感疫苗) (無需轉診)		我們提供其他預防性服務 有些承保服務需要付費
緊急醫療		費用的 20%
急症治療服務		費用的 20%
診斷服務/化驗/影像拍攝		
• 放射線診斷服務 (如MRI、CT 掃描、PET 掃描)		對於 Medicare 承保的放射線服務，20% 的費用
• 診斷檢查和程序		對於 Medicare 承保的診斷檢查，20% 的費用
• 化驗服務		對於 Medicare 承保的化驗服務，\$0 共付額
• 門診X光檢查		對於 Medicare 承保的X光服務，20% 的費用
• 放射線治療服務 (如癌症的放射治療)		對於 Medicare 承保的放射線治療服務，20% 的費用
聽力服務		對於 Medicare 承保的福利，20% 的費用
• 聽力檢查 (Medicare 承保)		對於一次常規聽力檢查，\$0 的共付額
• 常規 (非 Medicare 承保) 聽力檢查		對於助聽器配戴/評估 (每年 1 次)，\$0 的共付額
• 助聽器		對於每年最多 2 個的助聽器，\$0 的共付額 每年的限額為 \$2,000

# 福利摘要

2020年1月1日 - 2020年12月31日

保費和福利	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
<b>牙科服務</b>	
• 每年無次數限制的口腔檢查 -	\$0 的共付額
• 每 6 個月一次洗牙 -	\$0 的共付額
• 每 6 個月一次氟化物治療 -	每次就診 \$0 的共付額
• 每 2 年一次牙科X光全套檢查 -	\$0 的共付額
<b>視力服務</b>	
• 診斷和治療眼部疾病及症狀的檢查 -	費用的 20%
• 常規眼科檢查（每年檢查一次） -	\$0 的共付額
• 眼鏡承保限額 -	對於眼鏡和隱形眼鏡，每兩年的補貼限額為 \$500
• 屈光檢查（每 2 年一次）	\$0 的共付額
<b>精神健康服務</b>	
• 住院精神健康護理	第1-60天：\$1,408的自付額 第61-90天：每天\$352的共付額 第91-150天：每個終身儲備日，\$704的共付額 （一生中最多60天） 「受益期」從您進入醫院或專業護理機構當天開始。到您連續 60 天都不用接受醫院或專業護理機構護理時結束。如果您在一個福利期結束後住進醫院，則會開始一個新的福利期。
• 門診團體治療就診	每次就診 20% 的費用
• 門診個人治療就診	每次就診 20% 的費用
<b>類鴉片藥物治療計劃服務</b>	\$0 的共付額
<b>足療</b>	
• 足部檢查和治療 -	對於 Medicare 承保的足療服務，20% 的費用
• 常規足部護理	對於常規就診（每月1次），\$0的共付額
<b>醫療用品</b>	20% 的 Medicare 允許金額
	第1-20天，每天\$0的共付額
	每21-100天，每天\$176的共付額
<b>專業護理機構護理</b>	「受益期」從您進入醫院或專業護理機構當天開始。到您連續 60 天都不用接受醫院或專業護理機構護理時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院，則會開始一個新的受益期。
<b>康復服務</b>	
• 職業治療就診 -	每次就診 20% 的費用
• 物理治療和語言治療就診	
<b>救護車服務</b>	20% 的費用（每次行程）
	\$0 的共付額
<b>載送服務</b>	48 次前往計劃批准的健康相關地點的單向行程 載送必須提前 24 小時安排
<b>Medicare B 部份藥物</b>	對於化療藥物，20% 的費用 對於其他B部份藥物，20% 的費用

# 處方藥覆蓋率

## 您支付以下費用：

D 部份處方藥福利		Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan	
<b>第 1 階段：年度自付額</b>	<b>\$435，第 1 級藥物除外</b>		
<b>第 2 階段：初始承保</b> (在您支付自付額後，適用情況下，初始承保限額為 \$4,020)	<b>標準零售藥房</b>		
	<b>30 天份量的分攤費用 (網絡內) MO</b>	<b>90 天份量的分攤費用 (網絡內) MO</b>	
<b>第 1 級：首選普通藥</b>	\$0 的共付額	\$0 的共付額	
<b>第 2 級：普通藥</b>	25% 的共同保險	25% 的共同保險	
<b>第 3 級：首選品牌藥</b>	25% 的共同保險	25% 的共同保險	
<b>第 4 級：非首選藥物</b>	25% 的共同保險	25% 的共同保險	
<b>第 5 級：特殊級藥</b>	25% 的共同保險	不受保	
<b>承保缺口階段</b> (您和計劃支付的藥物總費用達到 \$4,020 後，自付費用限額最高為 \$6,350)	第 1 級：首選普通藥按上述共付額承保。對於其他所有等級，您須支付 25% 的品牌藥議定價格 (外加部份配藥費)，以及 25% 的普通藥費用。		
<b>重大傷病承保</b> (當您的年度自付費用超出 \$6,350 時)	您的年度藥物自付費用 (包括透過您的零售藥房和郵購服務購買的藥物) 達到 \$6,350 後，您需支付以下費用 (以較高者為準)： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 費用的 5%，或</li> <li>• 普通藥 (包括視作普通藥的品牌藥) 為 \$3.60 的共付額及所有其他藥物為 \$8.95 的共付額</li> </ul>		

如果您居住在長期護理機構，則您所支付的費用與在標準零售分攤費用藥房時支付的費用相同。在較少的情況下，您可在網絡外藥房，按網絡內標準零售分攤費用藥房的價格獲取藥物。如需其他藥房特定分攤費用和福利階段的更多資訊，請參閱計劃 EOC。

**\*90 天份量的首選零售分攤費用也適用於 Blue Shield Promise 的郵購藥房。對於郵購，第 5 級藥物限制為 30 天的份量。**

**MO** 長期 (最多 90 天) 藥物補給供藥僅限選定的藥物。可用於長期藥物補給的藥物在我們的藥物清單中以 MO 符號標記。未標有此符號的藥物不提供長期藥物補給。為了保護您，我們限制了一次可配取的選定藥物數量。

## 補充計畫福利

您支付以下費用：

補充計畫福利	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
<b>SilverSneakers 健身計劃</b>	\$0 的共付額
<b>護士諮詢專線</b>	\$0 的共付額
<b>全球緊急護理/急症治療服務</b>	每次就診 \$100 的共付額 承保額每年最高 \$25,000 (若住院則免除)
<b>針灸</b>	\$0 共付額 每年 24 次就診
<b>個人緊急應答系統</b>	\$0 的共付額
<b>非處方用品</b>	您每季度可花費 \$200 購買承保項目。您每季度可下一個訂單，但不能將未使用的補貼轉入下一季度。
<b>遠程醫療</b>	\$0 的共付額

重要須知：如需檢視有關反歧視規定的資訊，可前往我們的網站：

<https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>。

Blue Shield of California Promise Health Plan 是一項與 Medicare 以及加州 Medicaid 計劃均簽有合約的 HMO 和 HMO D-SNP 計劃。能否在 Blue Shield of California Promise Health Plan 註冊參保視合約續簽情況而定。

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵守適用的州和聯邦民權法，並且不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障而歧視任何人。

Tivity Health、SilverSneakers 和 Love Life Longer 是 Tivity Health, Inc. 和/或其子公司和/或聯屬機構在美國和/或其他國家的註冊商標或商標。© 2018 Tivity Health, Inc. 保留所有權利。

# 參保前檢查清單

決定參保前，請務必全面瞭解我們的福利與規則。如有疑問，請致電客戶服務部代表，電話：**(800) 847-1222 (聽障專線：711)**。

## 瞭解各種福利

- 請查看承保範圍說明書 (EOC) 中的完整福利清單，尤其留意與常規就診服務有關的部份。瀏覽 [blueshieldca.com/promise/medicare](https://blueshieldca.com/promise/medicare) 或致電 **(800) 847-1222 (聽障專線：711)** 獲取EOC 副本。
- 查看醫療服務提供者目錄（或詢問您的醫生），確保您約診的醫生目前屬於我們的服務網絡。如果他們不在目錄中，意味著您很有可能需要重新選擇一位醫生。
- 查看藥房目錄，確保您配取處方藥的藥房屬於我們的服務網絡。如果藥房不在此目錄中，則您可能需要重新選擇一間藥房來配取處方藥。

## 瞭解重要規則

- 您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。該保費通常會每月從您的社會保險支票中扣除。
- 2021 年 1 月 1 日起，福利、保費和/或自付額/共同保險可能會有所調整。
- 除了緊急醫療護理或急症護理，我們不會承保由網絡外醫療服務提供者（不在醫療服務提供者目錄中的醫生）提供的服務。



## 我們來幫忙

如需諮詢參保事宜，請致電銷售部，電話：(800) 847-1222（聽障專線：711） 10月1日至3月31日期間的辦公時間為每週七天，上午8點至晚上8點；4月1日至9月30日期間的辦公時間為週一至週五，上午8點至下午6點。