重要資訊

您的 Medicare藥物和保健計劃的變化

Blue Shield of California是Blue Shield Association的獨立成員 MA005-AN-LASDCH-1022

blue california

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)由*California Physicians' Service (dba Blue Shield of California)*提供

2023*年度更改通知*

簡介

您目前已成為我們計劃的會員。明年，我們的福利、承保範圍、規則及費用將會有一些變化。本*年度更改通知*為您說明這些變化，並告訴您如何獲取更多相關資訊。如需詳細瞭解費用、福利或規則，請參見我們網站(blueshieldca.com/MAPDdocuments2023)上的*「會員手冊」*。關鍵術語及其定義將在*「會員手冊」*的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 免責聲明 3

B. 審核您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 保險 3

B1. 其他資源 4

B2. 計劃的相關資訊 6

B3. 重要事項 7

C. 網絡內提供者和藥房變更 8

D. 明年的福利和費用變化 8

D1. 醫療服務的福利和費用變化 8

D2. 處方藥保險變更 18

D3. 第 1 階段：「初始承保階段」 20

D4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」 21

E. 管理變更 21

F. 選擇計劃 21

F1. 繼續參加我們的計劃 21

F2. 更改計劃 22

G. 獲取幫助.....25

G1. 我們的計劃.....25

G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 26

G3. Ombuds Program 26

G4. Medicare.....26

G5. 加州醫療保健計劃管理局 27

A. 免責聲明

- Blue Shield of California是一項與Medicare簽有合約的HMO和HMO D-SNP計劃。該計劃還與加州Medi-Cal (Medicaid)計劃簽訂合約以協調您的Medi-Cal (Medicaid)福利。
- 當本文件中出現「我們」或「我們的」時，是指California Physicians' Service (dba Blue Shield of California)。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指Blue Shield TotalDual Plan。

B. 審核您明年的Medicare和Medi-Cal保險

當本*年度更改通知*中出現「我們」、「我們的」或「我們的計劃」時，是指Medicare Medi-Cal Coordination Plan。

請務必立即審查您的保險，確保該保險仍能滿足您明年的需求。如果我們的計劃不能滿足您的需求，您可以退出。請參閱**E部分**瞭解更多資訊。

如果您選擇退出我們的計劃，您的會員資格將於您申請退出計劃當月的最後一天終止。只要您符合資格，您仍可繼續參加Medicare和Medi-Cal計劃。

如果您退出我們的計劃，您可以獲得以下方面的資訊：

- **G2部分**表中所述的Medicare選項（參閱第30頁）。
- **G2部分**所述的Medi-Cal服務（參閱第30頁）。

B1. 其他資源

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (800) 452-4413 [TTY: 711], 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week. The call is free
- Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame (800) 452-4413 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- 繁體中文 (Chinese)：注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請 致電 (800) 452-4413 (TTY：711) 每週七天辦公，早上8:00 點至 晚上8:00 點或。
- Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 452-4413 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.
- Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 452-4413 (TTY: 711)
- 한국어 (韓文) : 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시
- Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)
- فارسی (Persian/Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (800) 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (телетайп: 711).

- 日本語 (Japanese)：注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(800) 452-4413 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
- العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) (800) 452-4413
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (TTY: 711)។
- Hmoob (Hmong): LUS CEEV:Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 452-4413 (TTY: 711).
- हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें।
- ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY: 711).
- اُردُو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 452-4413 (TTY: 711).

- 如果您想線上接收計劃資料，請瀏覽blueshieldca.com/login並登陸您的帳戶，按一下頁面右上方您的姓名縮寫下方的*My profile*（*我的檔案*），轉到Communication（通訊）偏好，然後選擇「Go paperless」（無紙化）作為您的傳送偏好。如果您沒有帳戶，請前往blueshieldca.com/login，然後按一下*Create account*（*建立帳戶*），並在建立帳戶時選擇您的傳送偏好。
- 您可以免費取得此*年度更改通知*的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請致電(800) 452-4413 [聽障專線：711]，服務時間為每週七天，早上8點至晚上8點。此為免付費電話。
- 您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的文件。如需提出申請，請聯絡Blue Shield TotalDual Plan客戶服務部。您的首選語言及格式將會存檔，以便應用到將來的通訊文件中。如需更新偏好設定，請聯絡Blue Shield TotalDual Plan客戶服務部。

B2. 計劃的相關資訊

- California Physicians' Service dba Blue Shield of California是一項與Medicare及Medi-Cal簽有合約並為會員提供這兩項計劃福利的保健計劃。
- Blue Shield TotalDual Plan的承保範圍符合稱為「最低基本保險」的健康保險資格。同時也達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA)的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局(IRS)網站(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，瞭解個人分擔責任要求的詳細資訊。

B3. 重要事項

- **查看哪些福利與費用變化可能會對您造成影響。**
  - 有哪些變化會影響您所使用的服務？
  - 查看福利和費用變化，以便確保它們能在明年適合您的需要。
  - 有關我們計劃中福利和費用變化的資訊，請參閱**E1部分**。
- **查看哪些處方藥承保變更可能會對您造成影響。**
  - 您的藥物仍在承保範圍內嗎？這些藥物是否被劃分為其他分攤費用等級？您是否仍能去原來的藥房取藥？
  - 查看這些變化，確保我們的藥物保險能在明年適合您的需要。
  - 請參閱**E2部分**瞭解關於我們藥物保險變化的資訊。
  - 您的藥物費用自去年以來可能有所增加。
    - 諮詢您的醫生是否有較低費用的備選藥物適合您，這樣可為您節省全年的年度自付費用。
    - 請記住，您的計劃福利具體決定您的藥物費用可能會發生多大變更。
- **查看這些資訊，瞭解您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡內。**
  - 您的醫生（包括您的專科醫生）是否屬於我們的網絡？您使用的藥房呢？您使用的醫院或其他提供者呢？
  - 請參閱**D部分**瞭解關於我們*醫療服務提供者與藥房目錄*的資訊。
- **考慮計劃中您的總體費用。**
  - 您需要為自己常用的服務和處方藥支出多少自付費用？
  - 您的總費用與其他保險計劃相比如何？
- **請考慮您對我們的計劃是否滿意。**

如果您決定繼續參加 **Blue Shield TotalDual Plan**：	如果您決定更改計劃：
如果您希望明年繼續使用我們的計劃，那很簡單，您無需採取任何措施。如果您未作任何更改，Blue Shield TotalDual Plan將自動保留您的會員身份。	如果您確定其他保險更適合您的需要，可以更改計劃（參閱**G2部分**瞭解更多資訊）。如果您加入了新計劃或更改為Original Medicare，您的新保險將於下個月的第一天開始生效。

C. 網絡內提供者和藥房變更

我們的醫療服務提供者和藥房網絡在2023年有所變更。

強烈建議您***查看最新的醫療服務提供者與藥房目錄***，瞭解您的醫療服務提供者或藥房是否仍在我們的網絡內。在我們的網站上可找到最新的*醫療服務提供者與藥房目錄*。醫療服務提供者目錄載於 blueshieldca.com/MAPDdocuments2023，藥房目錄載於 blueshieldca.com/medpharmacy2023。您也可以致電客戶服務部（電話號碼見頁面底部）瞭解最新的提供者資訊，或要求我們為您郵寄一份*醫療服務提供者與藥房目錄*。

您務必要瞭解，我們也可能會在一年當中變更我們的網絡。如果您的提供者退出我們的計劃，您將擁有某些權利和保障。有關更多資訊，請參閱*「會員手冊」***第3章**。

D. 明年的福利和費用變化

D1. 醫療服務的福利和費用變化

我們將變更明年對某些醫療服務的承保以及您為這些承保醫療服務支付的費用。下表將介紹這些變化。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
年度自付費用上限	$6,700 在您為承保的A部分和B部分服務支付$6,700的自付費用之後，您無需支付日曆年剩餘時間內承保的A部分和B部分服務的費用。 如果您符合Medicare和Medi-Cal (Medicaid)資格，對於承保的A部分和B部分服務，您無需負責支付任何計入自付費用上限的自付費用。	$8,300 在您已為承保的A部分和B部分服務支付$8,300的自付費用後，您無需支付日曆年剩餘時間內承保的A部分和B部分服務的費用。 如果您符合Medicare和Medi-Cal (Medicaid)資格，對於承保的A部分和B部分服務，您無需負責支付任何計入自付費用上限的自付費用。
慢性腰痛針灸服務（**Medicare**承保）	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
針灸服務（非**Medicare**承保）	每次就診您需支付$0的共付額，每年最多24次就診。	每次就診您需支付$0的共付額，每年最多12次就診。
救護車服務	您需為單程載送支付總費用的20%（每次行程）。	您需支付$0的共付額。
心臟康復服務	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
脊椎推拿服務（**Medicare**承保）	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
脊椎推拿服務（非**Medicare**承保）	每次就診您需支付$0的共付額，每年最多24次就診。	每次就診您需支付$0的共付額，每年最多12次就診。

	2022年（今年）	2023年（明年）
糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每個日曆年可獲得一雙定制的治療用鞋（包括與這類鞋子一起提供的鞋墊）和另外2雙鞋墊，或一雙高幫鞋和3雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定制可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。	對於Medicare承保的糖尿病治療用鞋，您需支付總費用的20%。	對於Medicare承保的糖尿病治療用鞋，您需支付$0的共付額。
耐用醫療設備和相關用品	對於耐用醫療設備和相關用品，您需支付總費用的20%。 血糖監測儀：對於FreeStyle®血糖監測儀，您需自付$0的共付額；對於所有其他製造商品牌的血糖監測儀，您需支付總費用的20%。	對於耐用醫療設備和相關用品（包括所有其他製造商品牌的血糖監測儀），您需支付$0的共付額。
緊急醫療護理	對於每次急診室就診，您需支付總費用的20%（若您在一天內因相同病症住院則免除）。 全球緊急醫療承保：對於每次全球緊急醫療承保就診，您需支付總費用的20%（若您在一天內因相同病症住院則免除）。	對於每次急診室就診，您需支付$0的共付額。 全球緊急醫療承保：每次全球緊急醫療承保就診，您需支付$0的共付額。

	2022年（今年）	2023年（明年）
聽力服務 如果由您的醫師、聽力專家或其他合格的提供者提供門診護理，您的PCP將進行診斷性聽力和平衡評估，確定您所需的醫學治療是否獲承保。	對於Medicare承保的聽力診斷檢查，您需支付總費用的20%。	對於Medicare承保的聽力診斷檢查，您需支付$0的共付額。
患者住院	您需支付： • 每個受益期$1,556的自付額。 • 每個受益期第1至60天，每天$0的共付額。 • 每個受益期第61至90天，每天$389的共付額。 • 每個受益期第91至150天（終身最多60天），每個「終身儲備日」$778的共付額。 • 每個受益期第151天後，所有費用全額。 受益期從您住進醫院或專業護理機構(SNF)當天開始，至您連續60天都不用接受任何住院護理（或SNF的專業護理）時結束。	每次住院，您需支付$0的共付額。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
住院精神健康護理	您需支付： • 每個受益期 $1,556 的自付額。 • 每個受益期第1至60天，每天$0的共付額。 • 每個受益期第61至90天，每天$389的共付額。 • 每個受益期的第91至150天（終身最多60天），每個「終身儲備日」$778的共付額。 • 第150天後，所有費用全額。 對於承保的住院，您在每個受益期可受保150天，終身上限受保天數為190天。 受益期從您住進醫院或專業護理機構(SNF)當天開始，至您連續60天都不用接受任何住院護理（或SNF的專業護理）時結束。	每次住院，您需支付$0的共付額。 對於承保的住院，您每次住院可受保150天，終身上限受保天數為190天。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
住院：在非承保專業護理機構(SNF)住院期間接受的承保服務		
X光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務	對於Medicare承保的用品，您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
外科敷料	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
更換身體內部器官全部或部份（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部份功能的義肢和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理腿部、臂部、背部和頸部支架、疝帶、假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換	對於Medicare承保的用品，您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
物理治療、語言治療與職業治療	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
Medicare B部分處方藥	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
門診診斷檢查與治療服務和用品	對於Medicare承保的診斷程序/檢查、放射線診斷服務、放射線治療服務、血液服務及醫療用品，您需支付總費用的20% 醫療用品，您需支付$0的共付額。	對於Medicare承保的診斷程序/檢查、放射線診斷服務、放射線治療服務、血液服務及醫療用品，您需支付$0的共付額。
醫院門診服務		
在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術	對於每次急診室就診或醫院門診部就診，您需支付總費用的20%。	對於每次急診室就診，以及每次Medicare承保的醫院門診部就診，您需支付$0的共付額。
心理保健，包括部份住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療）	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
由醫院出具賬單的X光及其他放射服務	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
醫療用品，例如夾板和石膏	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
不能自行服用的某些藥品和生物製品	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
門診精神健康護理	對於每次個人或團體治療就診，您需支付總費用的20%。	對於每次個人或團體治療就診，您需支付$0的共付額。
門診康復服務	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
門診藥物濫用戒除服務	對於每次個人或團體治療就診，您需支付總費用的20%。	對於每次Medicare承保的個人或團體治療就診，您需支付$0的共付額。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務	對於每次門診手術中心或醫院門診部就診，您需支付總費用的20%。	對於每次門診手術中心或醫院門診部就診，您需支付$0的共付額。
非處方(OTC)用品	對於承保用品，每季度您有$200的補貼。您每季度可下兩個訂單，但不能將未使用的補貼轉入下一季度。可能存在某些限制。請參閱OTC用品目錄瞭解更多資訊。	對於承保用品，每季度您有$210的補貼。您每季度可下兩個訂單，但不能將未使用的補貼轉入下一季度。可能存在某些限制。請參閱OTC用品目錄瞭解更多資訊。
部分住院服務（精神健康）	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
足科服務（Medicare承保）	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
義肢裝置和相關用品	對於Medicare承保的義肢裝置和相關用品，您需支付總費用的20%。	對於Medicare承保的義肢裝置和相關用品，您需支付$0的共付額。
肺病康復服務	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
腎病治療服務		
門診透析治療	對於符合資格、Medicare批准的透析提供者每次開具的透析治療賬單以及手術期間使用的任何藥物，您需支付總費用的20%。	對於符合資格、Medicare批准的透析提供者開具的透析治療賬單以及手術期間使用的任何藥物，您需支付$0的共付額。
自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓）	對於自我透析培訓，您需支付總費用的20%。	對於自我透析培訓，您需支付$0的共付額。
家庭透析設備和用品	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。
某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查）	您需支付總費用的20%。	您需支付$0的共付額。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
專業護理機構(SNF)護理	對於Medicare承保的SNF住院，您需支付： • 每個受益期第1至20天，$0的共付額。 • 第21至100天，每天$194.50的共付額。 • 第101天及之後，所有費用全額。 若您的病情需要額外的康復服務、其他類型的日常專業護理或其他專業護理，則每個受益期有100天的限制天數。超過100天的上限天數後，您需要負責支付所有費用。 受益期從您住進醫院或專業護理機構(SNF)當天開始，至您連續60天都不用接受任何住院護理（或SNF的專業護理）時結束。	每次住院，您需支付$0的共付額。 若您的病情需要額外的康復服務、其他類型的日常專業護理或其他專業護理，則每次住院有100天的限制天數。超過100天的上限天數後，您需要負責支付所有費用。
監督運動療法(SET)	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
急症治療護理	每次就診，您需支付總費用的20%（若您在一天內因相同病症住院則免除。） 全球急症護理承保：每次就診，您需支付總費用的20%（若您在一天內因相同病症住院則免除。）	您需為每次就診支付$0的共付額。 全球急症護理承保：您需為每次就診支付$0的共付額。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
視力護理（Medicare承保）		
用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫生服務，包括老年黃斑退化的治療。Original Medicare不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（驗光）。	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢。	每次就診，您需支付總費用的20%。	您需為每次就診支付$0的共付額。
非Medicare承保的視力護理（從網絡內提供者處獲得）		
隱形眼鏡或眼鏡（鏡框和鏡片）	您需$0，每年最多$300的隱形眼鏡或一副眼鏡（鏡框和鏡片）。如果您選擇超過$300的隱形眼鏡或眼鏡（鏡框和鏡片），您須負責支付差額。	您需支付$0，每2年最多$350的隱形眼鏡或一副眼鏡（鏡框和鏡片）。如果您選擇超過$350的隱形眼鏡或眼鏡（鏡框或鏡片），您負責支付差額。

D2. 處方藥保險變更

藥物清單變更

在我們的網站(blueshieldca.com/medpharmacy2023)上可找到最新的*「承保藥物清單」*。您也可以致電客戶服務部（電話號碼見頁面底部）瞭解最新的藥物資訊，或要求我們為您郵寄一份*「承保藥物清單」*。

*「承保藥物清單」*亦稱為「藥物清單」。

我們變更了藥物清單，包括變更了我們承保的藥物以及適用於某些藥物承保的限制條件。

請查閱藥物清單，**確保您的藥物明年仍在承保範圍內**，並瞭解這些藥物是否受到任何限制。

如果您因藥物承保範圍變化受到影響，我們鼓勵您：

- 諮詢您的醫生（或其他處方醫生）以找到我們承保的另一種藥物。
  - 您可以致電客戶服務部（電話號碼見頁面底部）或聯絡您的護理協調員，索要一份可治療相同疾病的承保藥物清單。
  - 此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。
- 與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理以承保該藥物。
  - 您可在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您的申請（或您的處方醫師的支持聲明）後的72小時內作出答覆。
  - 如需瞭解如何提出例外處理申請，請參閱*「會員手冊」***第9章**，或者致電客戶服務部（頁面底部的電話號碼）。
  - 若您在請求例外處理時需要幫助，可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**，瞭解如何聯絡您的護理協調員。
- 要求我們承保該藥物的臨時性供藥。
  - 在某些情況下，在一個日曆年的前90天內，我們承保您藥物的**臨時性**供藥。
  - 此臨時性供藥最多不超過30天。（有關何時及如何申請臨時性供藥的詳情，請參閱*「會員手冊」***第5章**。）
  - 在您取得臨時性供藥時，可與您的醫生討論臨時性供藥用盡時該如何處理。您可以改用計劃承保的不同藥物，或要求我們為您作出例外處理來承保您目前的藥物。
  - 必須每年向計劃提交處方藥一覽表例外處理申請。

處方藥費用的變化

我們的計劃承保Medicare D部分處方藥有兩個付款階段。您支付的金額，視您按處方配藥或補充藥物時所處的階段而定。這兩個階段分別是：

第1階段 **初始承保階段**	**第2階段** **重大傷病承保階段**
在此階段期間，我們的計劃將為您支付部份藥物費用，您也將支付您應承擔的費用。您承擔的部份稱為共付額。 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。	在此階段期間，計劃將為您支付全部藥物費用，直至2023年12月31日。 當您已支付一定數額的自付費用後，此階段開始。

當您的處方藥自付費用總額達到**$7,400**時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。我們的計劃承保從此時直至年底的所有藥費。請參閱*「會員手冊」***第6章**詳細瞭解您需要為處方藥支付多少費用。

關於您為疫苗支付的費用的重要資訊 — 我們的計劃承保大多數D部分疫苗，您無需支付任何費用。致電客戶服務部以瞭解更多資訊。

D3. 第1階段：「初始承保階段」

在初始承保階段期間，我們的計劃將為您的承保處方藥支付應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分。您承擔的部份稱為共付額。共付額視藥物所屬的分攤費用等級及您配取的地點而定。每次配取處方藥時，您需支付共付額。如果承保藥物的費用低於共付額，您需支付該筆較低的金額。

我們將藥物清單上的一些藥物移到了更低或更高的藥物等級。如果您的藥物等級有所變化，這可能會影響您的共付額。若想瞭解您的藥物是否被劃分到其他等級，請參閱藥物清單。

下表顯示了您須為5個藥物等級的藥物支付的費用。這些金額**僅**在您處於初始承保階段時適用。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
第1級藥物 *（首選普通藥）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第1級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方$0**。	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方$0**。
第2級藥物 *（普通藥）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第2級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方總費用的25%。**	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方$0、$1.45或$4.15**。
第3級藥物 *（首選品牌藥）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第3級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方總費用的25%。**	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方$0、$4.30或$10.35**。

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
第4級藥物 （*非首選藥物*） 在網絡內藥房配取一個月份量的第4級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方總費用的25%。**	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方$0、$4.30或$10.35**。
第5級藥物 （*特殊級藥物*） 在網絡內藥房配取一個月份量的第5級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方總費用的25%。**	一個月（30天）份量的共付額為**每份處方$0、$4.30或$10.35**。

當您的自付費用總額達到**$7,400**時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。計劃承保從此時直至年底的所有藥費。請參閱*「會員手冊」***第6章**詳細瞭解您需要為處方藥支付多少費用。

D4. 第2階段：「重大傷病承保階段」

當您的處方藥自付費用限額達到**$7,400**時，重大傷病承保階段開始。您停留在重大傷病承保階段，直至當年結束。

E. 管理變更

	2022年（今年）	**2023年（明年）**
客戶服務部電話號碼變更。	(800) 776-4466 [聽障專線：711]，服務時間為每週七天，早上8點至晚上8點。	(800) 452-4413 [聽障專線：711]，服務時間為每週七天，早上8點至晚上8點。

F. 選擇計劃

F1. 繼續參加我們的計劃

我們希望您繼續保留計劃會員身份。您不需要採取任何行動即可繼續參加我們的計劃。如果您**沒有**更改為其他Medicare計劃或Original Medicare，我們的計劃將自動保留您2023年的會員資格。

F2. 更改計劃

大部分Medicare會員能在一年中的某些時間終止其會員資格。由於您享有Medi-Cal，在下述任一**特殊參保期**，您可能能夠終止計劃的會員資格或轉至其他計劃。

- 1月至3月
- 4月至6月
- 7月至9月

除了上述三個特殊參保期，您還可以在以下時期終止您的計劃會員資格：

- **年度參保期**，10月15日至12月7日。如果您在此期間選擇新的計劃，您的計劃會員資格將于12月31日終止，新計劃的會員資格將于1月1日開始生效。
- **Medicare Advantage開放參保期**，1月1日至3月31日。如果您在此期間選擇新的計劃，您的新計劃的會員資格將于下個月第一天開始生效。

可能存在其他情況，您有資格更改參保的計劃。例如：

- 您搬離了我們的服務區域，
- 您符合Medi-Cal或額外補助的資格變更，**或**
- 如果您最近搬入、目前居住於或剛剛搬離療養院或長期護理醫院。

您的Medicare服務

您有三個獲得Medicare服務的選項。透過選擇其中一種選項，您將自動終止我們的計劃的會員資格。

1. 您可更換成： 另一項**Medicare**保健計劃	程序如下： 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯絡Medicare，全天候服務。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。 如需諮詢PACE相關事宜，請致電1-855-921-PACE (7223)。 如需幫助或更多資訊： • 致電California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 加入新的Medicare計劃。 您的新計劃保險開始時，您將自動從我們的Medicare計劃退保。 您的Medi-Cal計劃可能會有所變更。

2. 您可更換成： **附帶單獨Medicare處方藥計劃的 Original Medicare**	**程序如下：** 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯絡Medicare，全天候服務。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。 如需幫助或更多資訊： • 致電California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 **或** 加入新的Medicare處方藥計劃。 您的Original Medicare保險開始時，您將自動從我們的計劃退保。 您的Medi-Cal計劃不會發生變更。

3. 您可更換成： **不附帶單獨Medicare處方藥計劃的Original Medicare** 註：如果您轉至Original Medicare但未加入單獨的Medicare處方藥計劃，Medicare可能會將您加入一項藥物計劃，除非您告知Medicare您不想加入。 您僅應在已從僱主或工會等其他來源獲得藥物保險的情況下放棄處方藥保險。若您對您是否需要藥物保險有任何疑問，致電California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。	程序如下： 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯絡Medicare，全天候服務。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。 如需幫助或更多資訊： • 致電California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 您的Original Medicare保險開始時，您將自動從我們的計劃退保。 您的Medi-Cal計劃不會發生變更。

您的Medi-Cal服務

如果您對如何在退出我們的計劃後獲取Medi-Cal服務有疑問，請致電Health Care Options，電話：1-844-580-7272，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午6:00。聽障人士可致電1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或轉回Original Medicare對您獲得Medi-Cal保險有哪些影響。

G. 獲取幫助

G1. 我們的計劃

如果您有任何疑問，我們可以隨時為您解答。請致電客戶服務部，電話號碼和服務時間見頁面底部。這些為免付費電話。

閱讀您的*會員手冊*

*「會員手冊」*是對我們的計劃福利合法詳細的說明，其中包含關於2023年的福利與費用的詳情。它解釋了您的權利以及為獲得我們承保的服務與處方藥需要遵循的規則。

*2023年「會員手冊」*將在10月15日之前提供。我們的網站blueshieldca.com/MAPDdocuments2023隨時提供最新版的*「會員手冊」*。您也可以致電客戶服務部（電話號碼見頁面底部），要求我們為您郵寄一份*2023年「會員手冊」*。

我們的網站

您可瀏覽我們的網站blueshieldca.com/medicare。在此提醒您，我們的網站提供關於我們醫療服務提供者和藥房網絡的最新資訊（*「醫療服務提供者與藥房目錄」*）以及我們的藥物清單（*「承保藥物清單」*）。

G2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

您還可致電State Health Insurance Assistance Program (SHIP)。在加州，SHIP稱為Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。HICAP顧問可以幫助您瞭解您的計劃選項並回答有關轉換計劃的問題。HICAP與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。HICAP在每個縣均設有訓練有素的顧問，並免費提供服務。HICAP的電話號碼為1-800-434-0222。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

G3. Ombuds Program

如果您對我們的計劃存有疑問，Health Consumer Alliance Ombuds Program可以幫助您。監察官的服務是免費的，並以所有語言提供。Health Consumer Alliance Ombuds Program：

- 作為代表您的倡權者，他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。
- 確保您擁有與您的權利和保障相關的資訊，並瞭解如何解決問題。
- 與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。Health Consumer Alliance Ombuds Program的電話號碼為1-888-804-3536。

G4. Medicare

如需直接從Medicare獲取資訊，您可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候服務。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

Medicare網站

您可瀏覽Medicare網站(www.medicare.gov)。如果您選擇退出我們的計劃並加入其他Medicare計劃，Medicare網站載有關於費用、承保範圍及品質評級的資訊，以便幫助您比較各個計劃。

您可使用Medicare網站上的Medicare計劃搜尋器獲取有關您所在區域提供的Medicare計劃之資訊。（如需獲取有關計劃的資訊，請瀏覽www.medicare.gov，然後按一下「Find plans」[查找計劃]。）

2023年Medicare與您

您可以查看*「2023年Medicare與您」*手冊。每年秋天，Medicare都會將此手冊郵寄給Medicare受保人。該手冊總結了Medicare的福利、權益和保障，並且回答了關於Medicare的常見問題。本手冊還提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果未收到該手冊，您可瀏覽Medicare網站(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 來獲取，全天候服務。聽障人士可致電1-877-486-2048。

G5. 加州醫療保健計劃管理局

California Department of Managed Health Care負責監管各種保健服務計劃。DMHC幫助中心可幫助您就Medi-Cal服務提出上訴和投訴。若您想對保健計劃提出申訴，在聯絡本部門之前，請先撥打(800) 452-4413聯絡您的保健計劃，並使用您的保健計劃申訴程序。使用本申訴程序並不會使您失去任何潛在的法律權利或補償。如果您需要協助處理與急診相關的申訴、您的保健計劃對您的申訴未能提供令人滿意的解決方案，或申訴超過30日仍未解決，您可致電該部門要求協助。您可能還有資格申請獨立醫療審查(IMR)。如果您有資格申請IMR，IMR程序將會對保健計劃在以下方面作出的醫療決定進行公正的審查：您打算接受的服務或治療是否具有醫療必需性，實驗性或研究性治療的承保範圍裁決，以及緊急或急症醫療服務的付款爭議。本部門亦提供免付費電話**(1-888-466-2219)**及聽障和語障專線**(1-877-688-9891)**。該部門的網站(**www.dmhc.ca.gov**)上載有投訴表、IMR申請表與線上說明。

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555