



重要 資訊

有關您的
Medicare 藥物和健康計劃變更情況

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)，是一項由**California Physicians' Service**（營業名稱為**Blue Shield of California**）提供的**Medicare-Medi-Cal Plan**。

2026年年度變動通知

簡介

您目前已參保我們的計劃成為會員。明年，我們的各項福利、承保範圍、規則和費用將有部分變動。本《年度變動通知》告訴您有關變動的資訊以及在這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/DSNPdocuments2026上的《會員手冊》。若需以郵寄方式獲取一份，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。您《會員手冊》的最後一章將提供關鍵詞彙及其定義，並且按字母順序排列。

其他資源

- 本文件免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙克里奧爾文、他加祿文，以及越南文版本。
- 您可以免費獲取本《年度變動通知》的其他格式版本，例如大字版、盲文版或語音版。請致電**1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。
 - 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，點擊右上角您名字縮寫下方的「我的個人資料」，向下捲動至「通訊」偏好並選擇「電子交付」作為您的交付偏好。如果您沒有帳戶，請前往blueshieldca.com/login並點擊「建立帳戶」，您可以在建立帳戶時選擇交付偏好。
 - 您可以提出持續性請求，以英語以外的語言或其他格式版本（大字版、盲文版、語音版等）收取本文件，以及未來所需的通訊資料。您可以聯絡**Blue Shield TotalDual Plan**的客戶服務部，電話：**1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。客戶服務部會將您的首選語言和格式存檔，直到您希望進行更新為止。
 - 如欲變更持續性請求，以首選語言或其他格式收取所需通訊資料，請聯絡**Blue Shield TotalDual Plan**客戶服務部，電話：**1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。

語言協助服務與輔助工具及服務的可用性通知

OMB Approval 0938-1444（到期日：2026年6月30日）

如果您有任何疑問，請致電**Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.



Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



目錄

A. 免責聲明.....	9
B. 檢閱您明年的Medicare和Medi-Cal承保範圍.....	9
B1.有關Blue Shield TotalDual Plan的資訊.....	10
B2.重要處理事項.....	10
C. 我們網絡醫療服務提供者與藥房的變動.....	11
D. 明年各項福利和費用的變動.....	11
D1.醫療服務的各项福利和費用的變動.....	11
D2.藥物承保範圍的變動.....	18
D3.階段1：「初始承保階段」.....	20
D4.階段2：「重大傷病承保階段」.....	21
E. 行政變動.....	22
F. 選擇計劃.....	22
F1.留在我們的計劃內.....	22
F2.更換計劃.....	22
G. 取得協助.....	26
G1.我們的計劃.....	26
G2.醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP).....	27
G3.投訴專員計劃.....	27
G4.Medicare.....	27
G5.加州醫療保健管理部.....	28
G6.Medicare處方藥付款計劃.....	28

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



A. 免責聲明

Blue Shield of California是一項HMO D-SNP計劃，與Medicare及加州政府Medicaid計劃簽有合約。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（營業名稱爲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。

D1部分中所提到的食物與農產品福利是「針對慢性病患者提供的特別補充福利」(Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)。並非計劃的所有會員都符合資格。資格視是否符合「慢性病參保者」的定義而定。合資格的慢性病症包括但不限於：心血管疾病；慢性心臟衰竭；糖尿病；過重、肥胖症和代謝綜合症；慢性肺部疾病。請參閱計劃的《會員手冊》以瞭解合資格慢性病症的完整清單與資格要求。

Amazon Pharmacy不隸屬於Blue Shield of California，而是與Blue Shield簽訂合約，向Blue Shield會員提供處方藥送貨到府服務。

B. 檢閱您明年的Medicare和Medi-Cal承保範圍

請務必現在就檢閱您的承保範圍，以確定承保範圍是否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。

Blue Shield TotalDual Plan新會員：在大多數情況下，您將在申請參保Blue Shield TotalDual Plan後隔月第一天參保Blue Shield TotalDual Plan以享受您的Medicare福利。您仍可從之前的Medi-Cal健康計劃獲得額外一個月的Medi-Cal服務。之後，您將透過Blue Shield TotalDual Plan獲得Medi-Cal服務。如此您的Medi-Cal保險才不會出現缺口。如果您有任何疑問，請撥打頁面底部的電話號碼與我們聯絡。

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，您可以獲取以下相關資訊：

- **F2部分**一覽表中的Medicare選項。
- **F2部分**中的Medi-Cal選項和服務。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間爲每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



B1. 有關Blue Shield TotalDual Plan的資訊

- Blue Shield TotalDual Plan是同時與Medicare和Medi-Cal簽約的健康計劃，為會員提供這兩項計劃的各項福利。
- 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是否有某些變動會對您造成影響。
 - 是否有影響您所使用服務的任何變動？
 - 檢閱各項福利和費用變動，以確定明年這些變動對您沒有影響。
 - 請參閱D1部分，以瞭解有關我們計劃的各項福利和費用變動方面的資訊。
- 檢查我們的藥物承保範圍是否有某些變動會對您造成影響。
 - 您的藥物還會在承保範圍內嗎？這些藥物會在不同的費用分攤層級嗎？我可以與相同的藥店嗎？將會有任何變動（例如：預先授權、漸進式治療或藥量限制）嗎？
 - 檢閱各項變動，以確定明年我們的藥物承保範圍對您沒有影響。
 - 請參閱D2部分，以瞭解有關我們藥物承保範圍變動方面的資訊。
 - 自去年以來，您的藥物費用可能有所增加。
 - 與您的醫生討論任何較低費用的可用替代方案；這可能會為您在全年中省下年度自付費用。
 - 請記住，您的計劃福利能確切決定您自己的藥物費用會發生多少變動。
- 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？
- 考慮您是否滿意我們的計劃。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



如果您決定繼續留在Blue Shield TotalDual Plan中：

如果您明年想留在我們的計劃中，很簡單 – 您什麼都不必做。如果您沒有進行更換，您將自動保留參保Blue Shield TotalDual Plan的狀態。

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**F2**部分，以瞭解更多資訊）。如果您參保一項新計劃或更換為Original Medicare，您的新承保將從下個月的第一天開始生效。

C. 我們網絡醫療服務提供者與藥房的變動

您為藥物支付的金額視您使用哪家藥房而定。我們的計劃有一個藥房網絡。大多數情況下，您的處方藥物僅有在我們的合約藥房內配取才屬於承保範圍內。

我們2026年的醫療服務提供者與藥房網絡已有變動。

請檢閱2026年《醫療服務提供者與藥房名錄》，以查明您的醫療服務提供者（基本保健服務提供者、專科醫生、醫院等）或藥房是否在我們的網絡中。我們的網站 blueshieldca.com/DSNPdocuments2026 上有最新的《醫療服務提供者與藥房名錄》。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取最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。

請務必知道，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，您會有某些權利和保障。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第3章**或撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部以尋求協助。

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

我們正在變更某些醫療服務的承保範圍以及明年您將為這些承保的醫療服務支付的費用。下表有這些變動的相關說明。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



	2025年（今年）	2026年（明年）
年度自付費用最高上限	<p>\$9,350</p> <p>一旦您為承保的A部分和B部分服務支付達到\$9,350的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內便無需為承保的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)，則您無需為計入最高自付上限的承保的A部分和B部分服務支付任何自付費用。</p>	<p>\$9,250</p> <p>一旦您為承保的A部分和B部分服務支付達到\$9,250的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內便無需為承保的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)，則您無需為計入最高自付上限的承保的A部分和B部分服務支付任何自付費用。</p>
例行性牙科服務（非Medicare承保）（本部分的內容將在下一頁繼續）	<p>ADA代碼D0140局部口腔評估 - 針對的問題不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D0190病患篩檢不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D0191病患評估不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D4240牙齦翻瓣術，含牙根整平 - 每象限四顆或以上連續牙齒或相連齒間，不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D4241牙齦翻瓣術，含牙根整平 - 每象限一至三顆連續牙齒或相連齒間，不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D4266每個部位的引導組織再生術，自然牙 - 可重吸收屏障膜，不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D4267每個部位的引導組織再生術，自然牙 - 非可重吸收屏障膜，不屬於承保範圍。</p>	<p>您需為ADA代碼D0140局部口腔評估 - 針對的問題支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D0190病患篩檢支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D0191病患評估支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D4240牙齦翻瓣術，含牙根整平 - 每象限四顆或以上連續牙齒或相連齒間支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D4241牙齦翻瓣術，含牙根整平 - 每象限一至三顆連續牙齒或相連齒間支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D4266每個部位的引導組織再生術，自然牙 - 可重吸收屏障膜支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D4267每個部位的引導組織再生術，自然牙 - 非可重吸收屏障膜支付\$0共付額。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

	2025年（今年）	2026年（明年）
例行性牙科服務（非Medicare承保）（本部分的內容將在下一頁繼續）	<p>ADA代碼D5221即裝上顎局部假牙 - 樹脂基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D5222即裝下顎局部假牙 - 樹脂基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D5223即裝上顎局部假牙 - 有樹脂假牙基托的鑄造金屬框架（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D5224即裝下顎局部假牙 - 有樹脂假牙基托的鑄造金屬框架（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D5225上顎局部假牙 - 彈性基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）不屬於承保範圍。</p>	<p>您需為ADA代碼D5221即裝上顎局部假牙 - 樹脂基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D5222即裝下顎局部假牙 - 樹脂基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D5223即裝上顎局部假牙 - 有樹脂假牙基托的鑄造金屬框架（包括固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D5224即裝下顎局部假牙 - 有樹脂假牙基托的鑄造金屬框架（包括固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D5225上顎局部假牙 - 彈性基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

	2025年（今年）	2026年（明年）
例行性牙科服務 （非Medicare承保）（續）	<p>ADA代碼D5226下顎局部假牙 - 彈性基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D5227即裝上顎局部假牙 - 彈性基托（含任何牙鉤、牙靠和牙齒），不屬於承保範圍。</p> <p>ADA代碼D5228即裝下顎局部假牙 - 彈性基托（含任何牙鉤、牙靠和牙齒），不屬於承保範圍。</p>	<p>您需為ADA代碼D5226下顎局部假牙 - 彈性基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D5227即裝上顎局部假牙 - 彈性基托（含任何牙鉤、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>您需為ADA代碼D5228即裝下顎局部假牙 - 彈性基托（含任何牙鉤、牙靠和牙齒）支付\$0共付額。</p> <p>這不是承保牙科服務的完整清單。請參閱您的《會員手冊》第4章，查看承保牙科服務的完整清單。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

	2025年（今年）	2026年（明年）
幫助治療某些慢性病症	食物與農產品不屬於承保範圍。	<p>食物與農產品：</p> <p>您每月有\$60津貼，用於購買健康和營養的食物與農產品。此津貼無法按月遞延。</p> <p>這是「針對慢性病患者提供的特別補充福利」（SSBCI），需要經過資格判定。並非計劃的所有會員都符合資格。您必須有一項或多項合資格的慢性病症才能獲得此福利。</p> <p>在確定您是否有資格獲得食物與農產品福利時，本計劃會使用來自於您醫生的資訊，或者透過聯絡您的醫生以獲取一份關於您有合資格慢性病症的簽署聲明。</p> <p>請參閱計劃的《會員手冊》以瞭解更多詳情。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

	2025年（今年）	2026年（明年）
送餐到府	<p>您需支付\$0共付額。</p> <p>您從住院醫院或專業護理機構出院後，我們會承保22份餐食和10份零食。</p> <p>餐食和零食將根據需要分成最多三次的個別配送。</p> <p>承保範圍僅限每年兩次出院。</p>	<p>您需支付\$0共付額。</p> <p>您從住院醫院或專業護理機構出院後，我們會承保22份餐食和10份零食。</p> <p>餐食和零食將根據需要分成最多二次的個別配送。</p> <p>承保範圍僅限每年兩次出院。</p>
非處方(OTC)項目	<p>您每月將收到\$70津貼，用於購買承保項目。</p> <p>您可以每月訂購一次，但未用完的津貼金額無法遞延至下個月使用。</p>	<p>您每季將收到\$120津貼，用於購買承保項目。</p> <p>您可以每季訂購兩次，但未用完的津貼金額無法遞延至下一季度使用。</p>
個人緊急回應系統(Personal Emergency Response System, PERS)	您需支付 \$0共付額 。	PERS不屬於承保範圍。
交通服務：非醫療運輸	您每年支付 \$0共付額 ，即可獲得共 48次 單程接送服務（非醫療運輸和價值型保險設計(Value Based Insurance Design, VBID)非醫療運輸合併計算的限額）。	您每年支付 \$0共付額 ，即可獲得共 48次 前往計劃核准的醫療保健相關地點的單程接送服務（非急診醫療運輸和非醫療運輸合併計算的限額）。每趟行程不得超過 70英里 。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

	2025年（今年）	2026年（明年）
價值型保險設計(Value-Based Insurance Design, VBID)模式	<p>VBID模式有兩種福利：</p> <p>健康生鮮超市食品： 您每月有\$50津貼，用於購買健康和營養的食物與農產品。可以在當地的核准零售商購買核准項目。此津貼無法按月遞延。</p> <p>交通服務： 您每年支付\$0共付額，即可獲得共48次單程接送服務（非醫療運輸和VBID非醫療運輸合併計算的限額）。 您可使用交通服務來取得計劃所提供的非Medicare承保福利，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SilverSneakers網絡內的健身地點 ○ 核准的健康生鮮超市地點 ○ 在您所選擇的助聽器服務提供者處的助聽器 ○ 在健康計劃核准的網絡內的脊椎矯正服務 ○ 在健康計劃核准的網絡內的視力及牙科服務 	<p>以下VBID模式福利不屬於承保範圍：</p> <p>健康生鮮超市食品不屬於承保範圍。</p> <p>VBID非醫療運輸不屬於承保範圍。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

	2025年（今年）	2026年（明年）
非Medicare承保的視力保健（從網絡醫療服務提供者處獲得）*	<p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每12個月可以免費（支付\$0共付額）獲得一副鏡框（價格最高為\$200一般零售價）。如果您選擇的鏡框價格超過\$200，您需要自行支付差價。</p> <p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每12個月可以免費（支付\$0共付額）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價格最高\$200）。如果服務及材料費用超過\$200，您需要自行支付差價。</p>	<p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每年可以免費（支付\$0共付額）獲得一副鏡框（價格最高為\$365一般零售價）。如果您選擇的鏡框價格超過\$365，您需要自行支付差價。</p> <p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每年可以免費（支付\$0共付額）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價格最高\$365）。如果服務及材料費用超過\$365，您需要自行支付差價。</p>

D2. 藥物承保範圍的變動

藥物清單的變動

我們的網站blueshieldca.com/medpharmacy2026上有最新的《承保藥物清單》。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取最新的藥物資訊，或請我們郵寄一份《承保藥物清單》給您。

《承保藥物清單》也稱為「藥物清單」。

我們已對藥物清單作出變動，其中包括移除或新增藥物、更換我們承保的藥物，以及變更我們對適用於特定藥物的承保限制，或將其移到不同的費用分攤層級。

請檢閱藥物清單以確認明年您的藥物仍在承保範圍內，並查明是否會有任何限制，或您的藥物是否已被移到不同的費用分攤層級。

藥物清單中的大多數變動都是每年開始時的新變動。但是，我們可能會作出Medicare及/或州所允許的其他變動，這些變動會在日曆年度期間影響到您。我們至少每個月會更新我們的線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們作出的變動會影響到您正在服用的藥物，我們會將有關該變動的通知寄送給您。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



如果您受到藥物承保範圍變動的影響，我們建議您：

- 與您的醫生（或其他處方開立者）合作，以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部或聯絡您的護理協調員，以索取可治療相同病症的**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。
- 與您的醫生（或其他處方開立者）合作，並要求我們作出例外處理以承保該藥物。
 - 您可以在明年之前請求例外處理，我們將在收到您的請求（或您的處方開立者的支持聲明）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。
 - 如果您需要請求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臨時供應量。
 - 在某些情況下，我們會承保日曆年前**90天**內的藥物**臨時供應量**。
 - 此臨時供應量最多**30天**。（要瞭解有關何時可以獲得臨時供應量以及如何申請臨時供應量的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。）
 - 當您獲得某藥物的臨時供應量時，請與您的醫生討論臨時供應量用完時該怎麼辦。您可以改用我們計劃所承保的另一種藥物，或請我們為您作出例外處理並承保您目前的藥物。

藥物費用的變動

您的Medicare D部分藥物承保有兩個付款階段。您支付的金額視您在獲得配取或續藥時所處的階段而定。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
<p>在本階段中，我們的計劃會支付您藥物的部分費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤部分稱為共付額。</p> <p>這個階段始於您在年度中第一次配處方藥時。</p>	<p>在本階段中，計劃會支付您藥物的全部費用，直到2026年12月31日為止。</p> <p>這個階段始於您已支付特定金額的自付費用後。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。



如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

當您藥物的自付費用總額達到**\$2,100**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。請參閱您的《會員手冊》第**6章**，以瞭解更多有關您將為藥物支付多少費用的資訊。

根據藥廠折扣計劃，藥廠在初始承保階段和重大傷病承保階段期間，會為承保的**D**部分品牌藥和生物製劑支付我們計劃的全部費用的一部分。藥廠根據藥廠折扣計劃所支付的折扣不計入自付費用中。

D3. 階段1：「初始承保階段」

在初始承保階段中，我們的計劃會支付您承保藥物的分攤費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤部分稱為共付額。共付額視藥物屬於哪個費用分攤額層級以及您在哪裡取得藥物而定。每次配取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，您只需支付較低的金額。

我們已將我們藥物清單上的部分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，這可能會影響到您支付的共付額。要知道您的藥物是否已移到不同層級，請查看我們的《藥物清單》。

下表顯示您在合約藥房配取一個月供應量的費用，這些費用是根據我們五個藥物層級中的標準共付額計算的。僅有當您在初始承保階段時才要支付這些金額。

大多數成人**D**部分疫苗都在承保範圍內免費為您提供。

如需有關疫苗費用或長期供應的資訊，或有關提供首選分攤費用的合約藥房，或處方藥送貨到府方面的資訊，請參閱您的《會員手冊》第**6章D**部分。

	2025年（今年）	2026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）供應量的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應量的共付額為 \$0 。
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）供應量的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應量的共付額為 \$0 。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



	2025年（今年）	2026年（明年）
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）供應量的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應量的共付額為 \$0、\$5.10或\$12.65 。
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）供應量的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應量的共付額為 \$0、\$5.10或\$12.65 。
層級5藥物 （專科層級藥物） 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）供應量的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應量的共付額為 \$0、\$5.10或\$12.65 。

當您的自付費用總額達到**\$2,100**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，本計劃會承保您的全部藥物費用。本計劃會承保您全部的D部分藥物，直到年度結束為止。請參閱《會員手冊》**第6章**，以瞭解更多有關您將為藥物支付多少費用的資訊。

D4. 階段2：「重大傷病承保階段」

當您的藥物自付上限達到**\$2,100**時，重大傷病承保階段便會開始，這時您無需為承保的D部分藥物支付任何費用。您將一直處於重大傷病承保階段直至該日曆年結束為止。

如需更多有關您在重大傷病承保階段的費用資訊，請參閱**第6章**。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



E. 行政變動

	2025年（今年）	2026年（明年）
附加遠距保健服務： 供應商名稱和網址變更	Teledoc blueshieldca.com/teladoc	Teledoc Health blueshieldca.com/teladochealth
Medicare 處方藥付款計劃	Medicare處方藥付款計劃是一種自今年開始的付款選項，可助您管理我們計劃所承保藥物的自付費用，方法是將藥物的自付費用分散在整個日曆年（1月至12月）內支付。	如果您參加Medicare處方藥付款計劃並一直留在同一項計劃中，您無需採取任何行動即可留在此Medicare處方藥付款計劃內。
品質改善組織(QIO)名稱變更	Livanta	Commence Health

F. 選擇計劃

F1. 留在我們的計劃內

我們希望您繼續是我們計劃的會員。您無需採取任何行動即可留在我們的計劃內。除非您註冊加入另一項Medicare計劃或更換為Original Medicare，否則您將自動繼續參保，作為我們2026年計劃的會員。

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。

此外，您還可以在以下期間終止您在我們計劃中的會員資格：

- **開放參保期**：從10月15日開始持續到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將於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日開始持續到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次月1日生效。
- 由於您擁有Medi-Cal，因此您可以在一年中的任何一個月份終止您在我們計劃中的會員資格。

您可能在資格在其他情況下對您的參保作出變更。例如，當：

- 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

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



- 您最近搬入某機構或目前正在某機構（例如專業護理機構或長期護理醫院）接受護理。如果您從某機構搬出，您可以在搬出當月後的整整兩個月內更換計劃或更換到 Original Medicare。

您的Medicare服務

您可以在一年中的任何一個月份透過三種選項，取得以下所列的Medicare服務。您在一年中的特定時間（包括開放參保期和Medicare Advantage開放參保期），或F2部分所述的其他情況中，還有以下所列的額外選項。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。

<p>1. 您可以更換至：</p> <p>Medi-Medi Plan是Medicare Advantage Plan計劃的一種類型。適合同時擁有Medicare與Medi-Cal的人士，並可將Medicare與Medi-Cal福利整合到一個計劃中。Medi-Medi Plan協調兩個計劃的所有福利與服務，包括所有Medicare與Medi-Cal的承保服務，或者如果您符合資格，可以參保老年人全方位護理計劃(PACE)。</p> <p>附註：Medi-Medi Plan一詞是加州整合式符合雙重資格特殊需求計劃(D-SNP)的名稱。</p>	<p>以下是處理方式：</p> <p>請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打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>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">• 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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Medi-Medi Plan。</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計劃會隨著您的Medi-Medi Plan而相應變動。</p>
---	---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



<p>2. 您可以更換至：</p> <p>具有單獨Medicare藥物計劃的Original Medicare</p>	<p>以下是處理方式：</p> <p>請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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>除非您要求變動，否則您的Medi-Cal計劃不會變動。</p>
---	---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



3. 您可以更換至：

不具有單獨Medicare藥物計劃的Original Medicare

附註：如果您轉換到Original Medicare而且沒有參保單獨的Medicare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。

僅當您可從其他來源（例如僱主或工會）獲得藥物承保時，才應該退出藥物承保。如果您對是否需要藥物承保有任何疑問，請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

以下是處理方式：

請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打1-877-486-2048。

如果您需要協助或需要更多資訊：

- 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

當您的Original Medicare承保開始時，您將自動從我們的計劃中退保。

除非您要求變動，否則您的Medi-Cal計劃不會變動。



<p>4. 您可以更換至：</p> <p>任何的Medicare健康計劃，在一年中的特定時間（包括開放參保期和Medicare Advantage開放參保期），或A部分所述的其他情況中。</p>	<p>以下是處理方式：</p> <p>請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打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>如果您需要協助或需要更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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>當您的新計劃承保開始時，您將自動從我們的Medicare計劃中退保。</p> <p>您的Medi-Cal計劃可能會有所變動。</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時至下午6時聯絡醫療保健方案處：1-800-430-4263，聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打：1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或返回Original Medicare對您獲得Medi-Cal的承保有何影響。

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。請在列出的營業日和營業時間內，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。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



閱讀您的《會員手冊》

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2026年的各項福利和費用。並解釋了您的權利以及獲得我們承保的服務和藥物時應遵循的規則。

2026年《會員手冊》將於10月15日前提提供。《會員手冊》的最新版本可在我們的網站 blueshieldca.com/DSNPdocuments2026 上找到。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，請我們郵寄一份2026年的《會員手冊》給您。

我們的網站

您可以瀏覽我們的網站：blueshieldca.com/DSNP2026。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，即《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)

您還可以致電州健康保險援助計劃(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與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。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/](http://www.aging.ca.gov/Programs%20and%20Services/Medicare%20Counseling/)。

G3. 投訴專員計劃

如果您對我們的計劃有所不滿，Medicare Medi-Cal投訴專員可以幫助您。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：

- 如果您有問題或投訴，他們可以解答疑問，並幫助您瞭解該怎麼做。
- 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均沒有關聯。Medicare Medi-Cal投訴專員計劃的電話號碼是1-855-501-3077。

G4. Medicare

要直接從Medicare獲取資訊，

- 請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打1-877-486-2048。
- 在www.Medicare.gov/talk-to-someone上進行即時聊天
- 寫信給Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

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項Medicare計劃，Medicare網站備有關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可協助您比較各項計劃。

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。（有關各項計劃的相關資訊，請參閱www.medicare.gov，並點擊「Find plans」（查找計劃）。）

《Medicare & You 2026》

您可以閱讀《Medicare & You 2026》手冊。每年秋季時會將這本手冊郵寄給每一位Medicare參保人。其中摘要列出Medicare的各項福利、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。

如果您沒有這本手冊，您可透過Medicare網站(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)取得或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)索取。聽障和語障專線(TTY)用戶應撥打1-877-486-2048。

G5. 加州醫療保健管理部

加州醫療保健管理部負責管理醫療保健服務計劃。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(TTY)：711）**，並使用您健康計劃的申訴程序，之後才聯絡該部門。使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Medi-Cal申訴、您的健康計劃沒有就您的Medi-Cal申訴提出滿意的解決方案，或您的Medi-Cal申訴在30天後仍未得到解決，您可以致電該部門以尋求協助。您可能也有資格獲得有關Medi-Cal福利的獨立醫療審查(IMR)。如果您符合IMR的條件，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，以及急診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。管理部亦設有免付費電話**(1-888-466-2219)**以及供聽障及語障人士使用的聽障和語障專線**(1-877-688-9891)**。部門的網站為www.dmhc.ca.gov。

請參閱您的《會員手冊》第9章F4部分，以瞭解更多資訊。

G6. Medicare處方藥付款計劃

Medicare處方藥付款計劃是一種付款選項，可助您管理我們計劃所承保藥物的自付費用，方法是將藥物的自付費用分散在整個日曆年（1月至12月）內作為每月付款來支付。該計劃不會為您省錢或降低您的藥物費用。

對於符合資格的人而言，Medicare提供的「額外協助」以及您所在州的藥物援助計劃(SPAP)和愛滋病藥物援助計劃(ADAP)所提供的協助，比單獨參保Medicare處方藥付款計劃更為有利。所有參保者都有資格參加此計劃，無論收入水平如何。要瞭解有關此計劃的更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼與我們聯絡或瀏覽www.medicare.gov。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8時至晚上8時。這是免付費電話。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。





blueshieldca.com/medicare

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