



承保范围说明书

您作为Blue Shield TotalDual Plan（HMO D-SNP）
的会员享有的Medicare医疗保险福利和服务以及处方
药保险

洛杉矶县和圣地亚哥县

2026年1月1日 - 2026年12月31日

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal Plan 《会员手册》

H2819_26_364A_001_C_CS Approved 08262025

OMB 批准编号 0938-1444 (到期日期: 2026 年 6 月 30 日)

如果您有疑问, 请致电 Blue Shield TotalDual Plan, 电话: 1-800-452-4413 (听障和语障专线: 711), 每周七天, 上午 8:00 至晚上 8:00 (太平洋时间)。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息, 请访问 blueshieldca.com/medicare。

2026 年 1 月 1 日 - 2026 年 12 月 31 日

Medicare Medi-Cal 计划 Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) 为您提供健康和药物承保

《会员手册》简介

此《会员手册》也被称为承保范围说明书，它向您介绍了本计划为您提供的有效期至 2026 年 12 月 31 日的承保内容。它解释了医疗保健服务、行为健康（心理健康和药物使用失调）服务、药物承保以及长期服务与支持。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》的**第 12 章**中。

这是一份重要的法律文件。请存放在安全的地方。

当此《会员手册》中提及“我们”、“我们的”或“本计划”时，指的是 Blue Shield TotalDual Plan。

本文档免费提供阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语版本。

您可以免费获得本文件的其他格式，例如大字体、盲文点字和/或音频，请致电客户服务部：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

- 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部。您的首选语言和格式将被存档，以供将来通信。如要对您的偏好进行任何更新，请联系 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部。

提供语言协助服务以及辅助工具和服务的通知

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 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 بريـل 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:

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



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。

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
निः शुल्क हैं।

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



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。

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.

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



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 qiex 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 hlou 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.

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស 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 1-800-452-4413 (TTY: 711) 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.

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



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 serbisyonang ito.

แจ้งไลน์ภาษาไทย (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

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



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.

其他语言

您可以免费获取本《会员手册》和其他计划材料的其他语言版本。Blue Shield TotalDual Plan 通过合格的翻译人员提供书面翻译。致电 1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。此电话为免付费专线。请阅读此《会员手册》，了解有关口译和笔译服务等医疗保健语言援助服务的更多信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



其他格式

您可以及时免费获取本信息的其他格式版本，例如盲文、20 号大字体、音频格式和无障碍电子格式（数据 CD）。致电 **1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**）。此电话为免付费专线。

口译员服务

Blue Shield TotalDual Plan 通过合格的口译员 **24 小时** 免费提供口头翻译服务，以及手语服务。您不必依赖亲友为您进行口译。我们不鼓励让未成年人担任口译员，紧急情况除外。口译、语言和文化服务是免费的。每周 **7 天**，每天 **24 小时** 均提供帮助。如需语言帮助或获取本手册的其他语言版本，请致电 **1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**）。此电话为免付费专线。

免责声明

- ❖ 福利和/或共付额可能于**2027年1月1日**变更。
- ❖ 所提到的食品和农产品福利是“慢性病患者特别补充福利”（**SSBCI**）。并非所有计划会员都符合资格。是否合格取决于是否符合“慢性病参保人”的定义。符合资格的慢性病况包括但不限于：心血管疾病；慢性心力衰竭；糖尿病；超重、肥胖和代谢综合征；慢性肺病。请参考计划的《会员手册》，了解符合资格的慢性病况和资格要求的完整清单。
- ❖ 我们的承保药物、药房网络和/或提供者网络随时可能会变更。您将至少提前 **30 天** 收到有关可能影响您的任何变更的通知。
- ❖ 本计划有责任协调您的 **Medi-Cal**（**Medicaid**）福利。
- ❖ **BlueShield of California** 是一项 **HMO D-SNP** 计划，与联邦医疗保健计划（**Medicare**）和加州政府医疗补助（**Medicaid**）计划签约。**Blue Shield of California** 的注册取决于合同续签。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**），每周七天，上午 **8:00** 至晚上 **8:00**（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- ❖ Blue Shield TotalDual Plan 的承保范围是合格的健康保险范围，称为“最低基本承保范围”。它满足《患者保护与平价医疗法案》（ACA）的个人共同责任要求。请访问国税局（Internal Revenue Service, IRS）网站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，了解有关个人共同责任要求的更多信息。
- ❖ Amazon Pharmacy 独立于 Blue Shield of California，并与 Blue Shield 签订合同，向 Blue Shield 会员提供处方药送货上门服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

第1章：会员入门指引

简介

本章节包含有关 Blue Shield TotalDual Plan 的信息，这项健康计划承保您的所有 Medicare 服务，并协调您的所有 Medicare 和 Medi-Cal 服务以及您的会员资格。它还说明了会发生的情况以及您将从我们这里获得哪些其他信息。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

目录

A. 欢迎加入本计划	14
B. 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的信息	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	14
C. 本计划的优势	15
D. 本计划的服务区域	15
E. 您为什么符合本计划会员的资格	15
F. 当您首次加入我们的健康计划时会发生什么	16
G. 您的护理团队和护理计划	17
G1. 护理团队	17
G2. 护理计划	17
H. 重要费用摘要	17
H1. 计划保费	17
H2. Medicare 处方药付款金额	18
I. 本《会员手册》	18
J. 我们提供的其他重要信息	18
J1. 您的会员卡	18

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



J2.提供者与药房目录.....	19
J3.承保药物清单	20
J4.福利说明.....	20
K. 让您的会员记录保持最新状态.....	21
K1.个人健康信息 (PHI) 隐私权.....	21

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

A. 欢迎加入本计划

本计划为有资格参加 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 计划的个人提供 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 服务。本计划包括医生、医院、药房、长期服务与支持提供者、行为健康提供者以及其他医疗服务提供者。我们还有护理协调员和护理团队来帮助您管理您的提供者和服务。他们共同合作，为您提供您所需的护理。

B. 有关 Medicare 和 Medi-Cal 的信息

B1. Medicare

Medicare 是针对以下人士的联邦健康保险计划：

- 年满 65 岁者，
- 某些未满 65 岁并患有某些残疾者，以及
- 患有终末期肾病（肾衰竭）者。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州 **Medicaid** 计划的名称。**Medi-Cal** 由州政府运营并由州和联邦政府支付费用。**Medi-Cal** 帮助收入和资源有限的人士支付长期服务与支持（LTSS）以及医疗费用。该计划承保 **Medicare** 不承保的额外服务和药物。

由各州决定：

- 哪些算作收入和资源，
- 谁符合资格，
- 承保哪些服务，以及
- 服务费用。

只要遵守联邦规定，各州可以决定如何运营各自的计划。

本计划由 **Medicare** 和加州政府批准。您可以通过本计划获得 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 服务，前提是：

- 我们选择提供该计划，并且
- **Medicare** 和加州政府准许我们继续提供该计划。

即使本计划将来停止运作，您的 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 服务资格也不受影响。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



C. 本计划的优势

您现在将通过本计划获得所有承保的 Medicare 和 Medi-Cal 服务，包括药物。您无需支付额外费用即可加入此健康计划。

我们帮助更好地协调您的 Medicare 和 Medi-Cal 福利。其中一些优势包括：

- 您可以与我们合作以满足您的**大部分**医疗保健需求。
- 您拥有一个在您的帮助下组建的护理团队。您的护理团队可以包括您自己、您的护理人员、医生、护士、顾问或其他健康专业人员。
- 您可以联系护理协调员。此人与您、本计划以及您的护理团队合作，帮助制定护理计划。
- 您可以在护理团队和护理协调员的帮助下管理自己的护理。
- 您的护理团队和护理协调员与您合作制定旨在满足**您的**健康需求的护理计划。护理团队帮助协调您所需的服务。例如，这意味着您的护理团队将确保：
 - 您的医生了解您服用的所有药物，以便确保您服用正确的药物，并减少您可能因药物而产生的任何副作用。
 - 您的检测结果将酌情与您的所有医生及其他提供者共享。

Blue Shield TotalDual Plan 新会员：大多数情况下，您将在提交 Blue Shield TotalDual Plan 参保申请后次月的第一天成为 Blue Shield TotalDual Plan 参保人以享受 Medicare 福利。您仍可额外享受一个月您之前的 Medi-Cal 健康计划提供的 Medi-Cal 服务。之后，您将通过 Blue Shield TotalDual Plan 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保不会出现缺口。如果您有任何疑问，请拨打页面底部的电话号码联系我们。

D. 本计划的服务区域

我们的服务区域包括加利福尼亚州以下各县：洛杉矶县和圣地亚哥县。

只有居住在我们服务区域的人士才能加入本计划。

如果您搬离我们的服务区域，您将无法继续参保本计划。参考本《会员手册》第 8 章，详细了解搬离服务区域的影响。

E. 您为什么符合本计划会员的资格

只要符合下列条件，您就有资格参保本计划：

- 居住在我们的服务区域（被监禁者即使实际位于服务区域也不被视为居住在服务区域），并且
- 参保时已年满 21 岁，并且

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 同时拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，并且
- 是美国公民或合法居留美国，并且
- 目前有资格获得 Medi-Cal。

如果您失去 Medi-Cal 资格，但有望在 6 个月内重新获得资格，那么您仍然有资格参保本计划。

请致电客户服务部了解更多信息。

F. 当您首次加入我们的健康计划时会发生什么

当您首次加入本计划时，您将在参保生效日期之前或之后 90 天内收到健康风险评估（HRA）。

我们必须为您完成 HRA。此 HRA 是制定您的护理计划的依据。HRA 包括用于确定您的医疗、行为健康和功能需求的问题。

我们会联系您来完成 HRA。我们可以通过亲自拜访、电话或邮寄方式来完成 HRA。

我们将向您发送有关此 HRA 的更多信息。

如果本计划对您来说是新的计划，则在一定时间内，您可以继续使用您现在使用的医生（即使他们不在我们的网络内）。我们称之为连续护理。如果他们不在我们的网络内，您可以在参保时将当前的提供者和服务授权保留最多 12 个月，但须满足以下所有条件：

- 您、您的代表或您的提供者要求我们让您继续使用当前的提供者。
- 我们查实您与初级或专科护理提供者有现存关系，个别情况除外。当我们说“现存关系”时，是指在您首次参保本计划之日前的 12 个月内，您至少在网络外医疗服务提供者处进行过一次非急症看诊。
 - 我们通过审查您可用的健康信息或您向我们提供的信息来确定现存关系。
 - 我们会在 30 天内回复您的请求。您可以要求我们更快做出决定，那么我们必须 15 天内回复。您可以通过拨打以下电话提出此要求：1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。如果您面临受到伤害的风险，则我们必须 3 天内回复。
 - 当您提出请求时，您或您的提供者必须出示现存关系的文件并同意某些条款。

注意：您可以在至少 90 天内就耐用医疗器材（DME）提供者提出此请求，直到我们授权新的 DME 租赁设备并让网络内提供者交付租赁设备。尽管您不能就交通服务提供者或其他辅助服务提供者提出此请求，但您可以请求获得本计划中未包含的交通服务或其他辅助服务。

除非我们与您的网络外医生达成协议，否则在连续护理期结束后，您将需要使用 Blue Shield TotalDual Plan 网络内的医生和其他提供者，而且这些医生和其他提供者要隶属于您的初级保健提供者的医疗团体。网络内医疗服务提供者是与健康计划合作的医疗服务提供者。医疗团体或独立医师协会（IPA）是根据加利福尼亚州法律成立的组织，与健康计划签订合同，向

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



健康计划参保人提供或安排医疗保健服务。医疗团体或 IPA 是由初级保健医生和专家组成的协会，旨在为您提供协调一致的医疗保健服务。如需详细了解如何获得护理，请参考本《会员手册》第 3 章。

G. 您的护理团队和护理计划

G1. 护理团队

护理团队可以帮助您持续获得所需的护理。护理团队可以包括您的医生、护理协调员或您选择的其他保健人员。

护理协调员是经过培训可以帮助您管理所需护理的人员。当您参保本计划时，您会获得一名护理协调员。该人员还会向您推荐本计划可能不提供的其他社区资源，并将与您的护理团队合作，帮助为您的护理进行协调。请拨打页面底部的电话号码联系我们，了解有关您的护理协调员和护理团队的更多信息。

G2. 护理计划

您的护理团队与您一起制定护理计划。护理计划向您和您的医生说明您需要哪些服务以及如何获得这些服务。其中包括您的医疗、行为健康和 LTSS 或其他服务。

您的护理计划涵盖以下内容：

- 您的医疗保健目标，以及
- 获得您所需服务的时间表。

您的护理团队将在您完成 HRA 后与您会面。他们会询问您需要的服务。他们还会告知您可能需要考虑获得的服务。您的护理计划是根据您的需求和目标制定的。您的护理团队每年至少与您共同更新一次您的护理计划。

H. 重要费用摘要

您的费用可能包括：

- 计划保费（H1 节）
- Medicare 处方药付款计划金额（第 H2 节）

在某些情况下，您的计划保费可能会更低。

H1. 计划保费

身为计划会员，您要支付每月计划保费。2026 年的 Blue Shield TotalDual Plan 每月保费为 \$7.00。但是，只要您享有 D 部分低收入补贴（也称为“额外补助”）和全额 Medi-Cal 承保，您每月需要支付的费用为 \$0。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



H2. Medicare 处方药付款金额

如果您参与 Medicare 处方药付款计划，您将收到计划方开具的药品账单（而非直接向药房付款）。您的每月账单是将您购买任何处方药所欠的金额，加上上个月的余额，再除以当年剩余的月份数计算得出的。

第 2 章 第 M3 节会进一步说明 Medicare 处方药付款计划。如果您对本次支付选项中列明的金额有异议，您可以按照第 9 章中的步骤提出投诉或申诉。

I. 本《会员手册》

本《会员手册》属于我们与您签订合约的一部分。这意味着我们必须遵守本文档中的所有规则。如果您认为我们的行为违反了这些规则，您可以对我们的决定提出上诉。有关上诉的信息，请参考本《会员手册》第 9 章或致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。

您可以拨打页面底部的电话号码致电客户服务部，索取《会员手册》。《会员手册》也可以在我們的网站上找到，网址位于页面底部。

合约有效期间为 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期间您参保我们计划的月份。

J. 我们提供的其他重要信息

我们向您提供的其他重要信息包括您的会员卡、有关如何访问“提供者与药房目录”的信息、承保药物清单（也称为“药物清单”或“处方药一览表”）。

J1. 您的会员卡

本计划会为您提供一张卡，可用于 Medicare 和 Medi-Cal 服务，包括长期服务与支持（LTSS）、某些行为健康服务和处方药。在获取任何服务或处方药时，请出示此卡。以下是会员卡样本：

		MedicareRx Prescription Drug Coverage		blueshieldca.com/medicare	
Member Name: [Member Name] Member ID: [Member ID] Care Coordinator Phone: (888) 548-5765 PCP: [PCP Name]	RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001	Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To:	(800) 452-4413 (TTY: 711) (800) 375-7924 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830	Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

如果您的会员卡损坏、丢失或被盗，请立即拨打页面底部的电话号码联系客户服务部。我们会寄一张新卡给您。

只要您是本计划的会员，在获取大部分服务时，您都不需要使用红白蓝 Medicare 卡或 Medi-Cal 卡。请妥善保管这些卡，以备日后之需。如果您出示 Medicare 卡而不是会员卡，提供者可能会向 Medicare 而不是本计划收取费用，并且您可能会收到账单。如果您需要医院服务、临终关怀服务，或参与 Medicare 批准的临床研究（也称临床试验），相关方可能会要求您出示 Medicare 卡。请参考本《会员手册》第 7 章，了解收到提供者的账单时该怎么办。

请记住，您需要 Medi-Cal 卡或福利身份卡（BIC）才能获得以下服务：

- 仅通过 Medi-Cal Rx 承保的处方药
- 仅通过 Medi-Cal 牙科计划承保的牙科服务
- 居家支持服务（IHSS）
- 多目的长者服务计划（MSSP）
- 县行为健康服务

J2. 提供者与药房目录

提供者与药房目录列出了本计划网络内的提供者和药房。如果您是本计划的会员，您必须使用网络内提供者才能获得承保服务。

您可以拨打页面底部的电话号码致电客户服务部，索取提供者与药房目录（电子版或纸质版）。纸质版的提供者与药房目录将在三个工作日内邮寄给您。

提供者与药房目录还可以在页面底部列出的网址上找到。

提供者与药房目录列出了作为 Blue Shield TotalDual Plan 会员，您可以就诊的医疗保健专业人员（例如医生、执业护士和心理学家）、设施（例如医院或诊所），以及您可能需要的支持服务提供者（例如成人日间医疗保健和家庭医疗保健提供者）。该目录列出了您可以获取处方药的药房。该目录还提供了有关以下内容的一些信息：

- 何时需要转诊以就诊于其他提供者、专家或设施，以及
- 如何选择医生，以及
- 如何更换医生，以及
- 如何查找您所在地区和/或医疗团体/IPA 的医生、专家、药房或设施，以及
- 如何获得长期服务与支持（LTSS）、家庭支持服务（IHSS）或多目的长者服务计划（MSSP），以及

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 关于如何获得送药上门、居家输液或长期护理药房的信息。

网络内提供者定义

- 我们的网络内提供者包括：
 - 您作为本计划会员可以使用的医生、护士和其他医疗保健专业人员；
 - 诊所、医院、护理机构以及本计划中提供医疗服务的其他场所；以及，
 - LTSS、行为健康服务、家庭健康机构、耐用医疗器材（DME）供应者以及其他提供您通过 **Medicare** 或 **Medi-Cal** 获得的商品和服务的人。

网络内提供者同意接受本计划为承保服务支付的付款，并算作全额付款。

网络内药房的定义

- 网络内药房是指同意为本计划会员配药的药房。您可以使用提供者与药房目录查询想要使用的网络内药房。
- 除急症外，如果您希望本计划帮您付款，您必须在我们的网络内药房配药。

请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部，以获取更多信息。客户服务部和我们的网站都能为您提供有关我们网络内药房和提供者变更的最新信息。

J3. 承保药物清单

我们的计划有一份“承保药物清单”。我们简称为“药物清单”，其中说明了本计划承保哪些药物。此清单上的药物由本计划在医生和药剂师的协助下挑选。药物清单必须符合 **Medicare** 的要求。根据 **Medicare** 药物价格谈判计划已议定价格的药物将被列入您的药物清单，除非按照**第 5 章第 E 节**所述被移除并替换。**Medicare** 已批准 **Blue Shield TotalDual Plan** 的药物清单。

药物清单还说明了药物是否有任何规则或限制，例如您可以获得的数量限制。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》**第 5 章**。

每年我们都会给您发送有关如何获取药物清单的信息，但一年当中可能会出现一些变更。要获取有关承保药物的最新信息，请致电客户服务部或访问我们的网站，网址位于页面底部。

J4. 福利说明

您使用 **Medicare D** 部分药物福利时，我们会给您发送一份摘要，帮助您了解并追踪您的 **Medicare D** 部分药物的付款情况。该摘要称为福利说明（EOB）。

福利说明列出了一个月当中您或其他人代表您在 **Medicare D** 部分药物上花费的总金额，以及我们为每种 **Medicare D** 部分药物支付的总金额。此 EOB 不是账单。福利说明提供有关您服用的药物的更多信息。本《会员手册》**第 6 章**提供有关福利说明及其如何帮助您追踪药物承保的更多信息。

您还可以索取福利说明。要获取副本，请拨打页面底部的电话号码联系客户服务部。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



K. 让您的会员记录保持最新状态

当您的信息发生变化时，请告诉我们，以使您的会员记录保持最新状态。

我们需要这些信息来确保我们的记录中包含您的正确信息。本计划网络内的医生、医院、药剂师和其他提供者会使用您的会员记录了解哪些服务和药物属于承保范围以及您的分摊费用金额。因此，帮助我们保持您的信息更新非常重要。

请立即告诉我们以下信息：

- 您的姓名、地址或电话号码变更；
- 任何其他健康保险承保范围的变更，例如来自您的雇主、您配偶的雇主或您同居伴侣的雇主或劳工补偿；
- 任何责任理赔，例如因汽车事故而产生的理赔；
- 入住护理机构或医院；
- 医院或急诊室提供的护理；
- 您的照顾者（或对您承担责任的任何人）发生变化；以及，
- 如果您参加临床研究。（**注意：**不强制要求您告诉我们您有意参加的临床研究，但我们建议您这样做。）

如果任何信息发生变化，请拨打页面底部的电话号码联系客户服务部。

K1. 个人健康信息（PHI）隐私权

您的会员记录中的信息可能包括个人健康信息（personal health information, PHI）。联邦和州法律要求我们对您的个人健康信息保密。我们会保护您的个人健康信息。有关我们如何保护您个人健康信息的更多详情，请参考本《会员手册》第 8 章。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第2章：重要的电话号码和资源

简介

本章为您提供重要资源的联系信息，这些资源可以帮助您回答有关本计划和您的医疗保健福利的问题。您还可以利用本章获取有关如何联系您的护理协调员和其他倡导者来为您代言的信息。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

目录

A. 客户服务部	24
B. 您的护理协调员	27
C. 健康保险咨询和宣传计划 (HICAP)	29
D. 护士咨询热线.....	30
E. 行为健康危机热线.....	31
F. 质量改进组织 (QIO)	32
G. Medicare	33
H. Medi-Cal	34
I. Medi-Cal 管理式护理和心理健康监察员办公室.....	35
J. 县社会服务	36
K. 县行为健康服务部.....	37
L. 加州管理式医疗保健部	38
M. 帮助人们支付药物费用的计划.....	39
M1.Medicare 提供的额外补助	39
M2.AIDS 药物补助计划 (ADAP)	39
M3. Medicare 处方药付款计划	40

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



N. 社会安全局	41
O. 铁路退休委员会 (RRB)	42
P. 其他资源	43
Q. Medi-Cal 牙科计划.....	44

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)。

A. 客户服务部

电话	1-800-452-4413。此电话为免付费专线。 每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。 我们为不会说英语的会员提供免费口译服务。
听障和语障专线	711。此电话为免付费专线。 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。
写信	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
网站	blueshieldca.com/medicare

联系客户服务部以获得以下帮助：

- 有关计划的问题
- 有关理赔或账单的问题
- 有关您的医疗保健的承保决定
 - 有关您的医疗保健的承保决定涉及：
 - 您的福利和承保服务或
 - 我们为您的健康服务支付的金额。
 - 如果您对有关您的医疗保健的承保决定有疑问，请致电我们。
 - 要了解有关承保决定的更多信息，请参考本《会员手册》第 9 章。
- 有关您的医疗保健的上诉
 - 上诉就是要求我们审查我们对您的承保所作的决定，并在您认为有误或不同意该决定时要求我们更改的正式方式。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 要了解有关提出上诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**或联系客户服务部。
- 有关您的医疗保健的投诉
 - 您可以投诉我们或任何提供者（包括非网络内或网络内提供者）。网络内提供者是指与本计划合作的提供者。您也可以就您获得的护理的质量向我们或质量改进组织（QIO）（请参考**第 F 节**）提交投诉。
 - 您可以致电我们阐明您的投诉，电话 1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。
 - 如果您的投诉涉及有关您的医疗保健的承保决定，您可以提出上诉（请参考上面的部分）。
 - 您可以向 Medicare 发送有关本计划的投诉。您可以使用在线表格：www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者您可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）寻求帮助。
 - 您可以致电 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 监察员计划投诉本计划。
 - 要了解有关就您所接受的医疗服务提出投诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。
- 有关您的药物的承保决定
 - 有关您的药物的承保决定涉及：
 - 您的福利和承保药物或
 - 我们为您的药物支付的金额。
 - Medi-Cal Rx 可能会承保非 Medicare 承保药物，例如非处方（OTC）药物和某些维生素。请访问 Medi-Cal Rx 网站（www.medi-calrx.dhcs.ca.gov）了解更多信息。您还可以致电 Medi-Cal Rx 客户服务中心，电话：800-977-2273。
 - 有关您药物承保决定的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。
- 有关您的药物的上诉
 - 上诉是要求我们更改承保决定的一种方式。
 - 有关如何就您的药物提出申诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。
- 有关您的药物的投诉
 - 您可以投诉我们或任何药房。这包括有关您药物的投诉。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您的投诉涉及有关您的药物的承保决定，您可以提出上诉。（请参考上面的部分。）
- 您可以向 **Medicare** 发送有关本计划的投诉。您可以使用在线表格：
www.medicare.gov/my/medicare-complaint。或者您可以致电 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227) 寻求帮助。
- 有关针对您的药物提起投诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。
- 您已支付的医疗保健或药物费用
 - 有关如何要求我们为您报销或支付您收到的账单的更多信息，请参考本《会员手册》**第 7 章**。
 - 如果您要求我们支付账单，但我们拒绝您要求的任何部分，您可以对我们的决定提出上诉。请参考本《会员手册》**第 9 章**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

B. 您的护理协调员

护理协调员经过专门培训，可以帮助您获得 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 福利和服务。您的护理协调员将成为您护理团队的一员，并将作为您的主要联系人。参保后，护理协调员将致电您以完成您的健康风险评估和个性化护理计划。这些工具供您的护理协调员使用，以帮助识别和满足您的个性化医疗保健需求。您可以拨打以下号码联系您的护理协调员。

电话	1-888-548-5765。此电话为免付费专线。 周一至周五，上午 8:00 至下午 6:00 提供服务。 我们为不会说英语的会员提供免费口译服务。
听障和语障专线	711。此电话为免付费专线。 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 周一至周五，上午 8:00 至下午 6:00 提供服务。
写信	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

联系您的护理协调员以获取以下帮助：

- 有关您的医疗保健的问题
- 有关获得行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务的问题
- 有关牙科福利的问题
- 有关医疗就诊交通服务的问题
- 有关长期服务与支持（LTSS），包括社区成人服务（CBAS）和护理机构（NF）的问题

您也许可以获得以下服务：

- 社区成人服务（CBAS）
- 专业护理
- 物理治疗

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 职业治疗
- 言语治疗
- 医疗社会服务
- 家庭医疗保健
- 家庭支持服务（IHSS），可通过您所在县的社会服务机构获得
- 有时，您可以获得日常医疗保健和生活需求方面的帮助

视您所居住的县和您的资格，您还可以通过 **Blue Shield TotalDual Plan** 获得额外的社区支持。如果您的提供者认为您有资格获得社区支持，他们可以为您推荐，您也可以联系客户服务部或您的护理协调员以了解更多信息。您也许可以获得以下服务：

- 环境无障碍适应（居家改造）
- 住房过渡指引服务
- 住房押金
- 住房租赁和维持服务
- 支援性膳食或根据医疗需求定制的膳食
- 个人护理和家务服务
- 康复护理（医疗暂息）
- 面向照顾者的暂息服务
- 出院后短期住房，或
- 戒酒中心

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



C. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）

州健康保险援助计划（SHIP）是每一个州都有的政府计划，并且配置受过训练的顾问，提供免费帮助、信息，并回答您关于 Medicare 的问题。在加利福尼亚州，SHIP 称为健康保险咨询和宣传计划（HICAP）。HICAP 顾问可以回答您的问题并帮助您了解如何处理您的问题。HICAP 在每个县都配备了经过培训的辅导员，并且服务免费。

HICAP 是一个独立的州计划（与任何保险公司或健康计划无关），该计划从联邦政府获得资金，为有 Medicare 的民众提供免费的当地健康保险咨询服务。

电话	(800) 434-0222 周一至周五，上午 9:00 至下午 4:00 提供服务
听障和语障专线	711 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
网站	https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

联系 HICAP 寻求以下帮助：

- 有关 Medicare 的问题
- HICAP 顾问可以回答您有关更换新计划的问题并帮助您：
 - 了解您的权利
 - 了解您的计划选择
 - 回答有关转换计划的问题，
 - 对您的医疗保健或治疗提出投诉，以及
 - 协助解决账单或理赔问题。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



D. 护士咨询热线

Blue Shield of California 护士咨询热线为您提供支持，由注册护士每周 7 天、每天 24 小时回答问题。护士可以通过电话回答一般健康问题，并提供其他资源的指导以获取更多信息。借助护士咨询热线，会员可以要求通过电子邮件将谈话摘要发送给他们，其中包括所有信息和链接，以便参考。您可以联系护士咨询热线咨询有关您的健康或医疗保健的问题。

电话	(877) 304-0504 此电话为免付费专线。 每周 7 天，每天 24 小时服务 我们为不会说英语的会员提供免费口译服务。
听障和语障专线	711 此电话为免付费专线。 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周 7 天，每天 24 小时服务

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



E. 行为健康危机热线

电话	洛杉矶县危机求助热线 1-800-854-7771 此电话为免付费专线。 每周 7 天，每天 24 小时服务 我们为不会说英语的人提供免费口译服务。 圣地亚哥县危机求助热线 1-888-724-7240 此电话为免付费专线。 每周 7 天，每天 24 小时服务 我们为不会说英语的会员提供免费口译服务。
听障和语障专线	711 此电话为免付费专线。 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周 7 天，每天 24 小时服务

联系行为健康危机热线寻求以下帮助：

- 有关行为健康和药物滥用服务的问题

有关您所在县的专业心理健康服务的问题，请参考 **K 节**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



F. 质量改进组织（QIO）

我们州有一个名为 **Commence Health** 的组织。这个由医生和其他医疗保健专业人员组成的团体致力于帮助提高 Medicare 参保人的护理质量。**Commence Health** 是独立组织，与我们的计划没有关联。

电话	1-877-588-1123 服务时间：周一至周五上午 8 点至下午 5 点，周六和周日上午 11 点至下午 3 点，节假日上午 7 点至下午 3:30。
听障和语障专线	1-855-887-6668 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
网站	https://livantaqio.com/en/states/california

联系 Commence Health 寻求以下帮助：

- 有关您的医疗保健权利的问题
- 在您出现以下情形时对您所获得的护理进行投诉：
 - 护理质量存在问题，例如获取的药物错误、不必要的检测或程序，或误诊。
 - 认为您的住院过早结束，**或者**
 - 认为您的居家医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构（CORF）服务过早结束。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



G. Medicare

Medicare 是专为年满 65 岁，或某些未满 65 岁但患有残疾或终末期肾病（需要透析或肾脏移植的永久肾衰竭）的人士提供的联邦健康保险计划。

主管 Medicare 的联邦机构是 Medicare 与 Medicaid 服务中心（CMS）。此机构与 Medicare Advantage 组织签约，包括本计划。

电话	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打本号码无需付费，每周 7 天、每天 24 小时服务。
听障和语障专线	1-877-486-2048。此电话为免付费专线。 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
在线聊天	在线聊天： www.Medicare.gov/talk-to-someone
写信	写信寄往 Medicare，地址是：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
网站	www.medicare.gov - 获取有关您所在地区的 Medicare 健康和药物计划的信息，包括计划费用和所提供的服务。 - 查找 Medicare 签约医生或其他医疗保健提供者和供应商。 - 了解 Medicare 承保的内容，包括预防性服务（如筛查、注射或疫苗，以及年度“健康评估”就诊）。 - 获取 Medicare 上诉信息和表格。 - 获取有关计划、养老院、医院、医生、家庭保健机构、透析机构、临终关怀中心、住院康复机构和长期护理医院所提供护理质量的信息。 - 查找有用的网站和电话号码。 如欲向 Medicare 提出投诉，请访问 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 非常重视您的投诉，也会使用这类信息帮助改善 Medicare 计划的质量。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



H. Medi-Cal

Medi-Cal 是加州的 **Medicaid** 计划。这是一项公共健康保险计划，为低收入个人提供所需的医疗保健服务，包括有儿童的家庭、老年人、残疾人、寄养儿童和青少年以及孕妇。**Medi-Cal** 由州和联邦政府资金资助。

Medi-Cal 福利包括医疗、牙科、行为健康以及长期服务与支持。

您已参保 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 计划。如果您对 **Medi-Cal** 福利有疑问，请致电您的计划护理协调员。如果您对 **Medi-Cal** 计划参保有疑问，请致电 **Health Care Options**。

电话	1-800-430-4263 周一至周五，上午 8 点至下午 6 点提供服务
听障和语障专线	1-800-430-7077 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
网站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



I. Medi-Cal 管理式护理和心理健康监察员办公室

监察员办公室帮助从中立的角度解决问题，确保我们的会员能够获得所有必要的医疗服务。他们将倾听并回答您的问题，分析您的情况，解释政策和程序，提供信息、建议和选择，并提出适当的转诊建议。他们的工作是帮助制定公平的解决方案，以解决医疗服务获取问题。监察员计划与我们的计划、任何保险公司或健康计划都没有关联。他们的服务是免费的。

电话	1-888-452-8609 周一至周五，上午 8 点至下午 5 点提供服务
听障和语障专线	1-800-430-7077 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
电子邮件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
网站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



J. 县社会服务

如果您需要家庭支持服务（IHSS）、更新 Medi-Cal 信息或 Medi-Cal 资格和续保福利方面的帮助，请联系您当地的洛杉矶县或圣地亚哥县社会服务机构。

请联系您所在县的社会服务机构申请家庭支持服务，这将有助于支付为您提供的服务的费用，以便您可以安全地留在自己的家中。服务类型可包括帮助准备膳食、洗澡、穿衣、洗衣、购物或交通。

如果对您的 Medi-Cal 资格有任何疑问，请联系您所在县的社会服务机构。

电话	1-866-613-3777 此电话为免付费专线。 洛杉矶县公共社会服务部设有一个客户服务中心（CSC），为 33 个区办事处提供服务。服务时间为周一至周五（节假日除外），上午 7:30 至下午 6:30。
听障和语障专线	1-877-735-2929 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
网站	https://dpss.lacounty.gov
电话	1-866-262-9881 此电话为免付费专线。 圣地亚哥县卫生与公众服务部代表的工作时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。 自助访问热线每周 7 天、每天 24 小时提供服务。 呼叫者需要输入自己的社会安全号码（SSN）才能使用该系统。
听障和语障专线	1-619-589-4459 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
网站	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



K. 县行为健康服务部

如果您符合标准，您可以通过县获得 **Medi-Cal** 专科心理健康服务和药物使用失调服务。

电话	洛杉矶县 1-800-854-7771 此电话为免付费专线。 每周 7 天，每天 24 小时。 我们为不会说英语的会员提供免费口译服务。 圣地亚哥县 1-888-724-7240 此电话为免付费专线。 每周 7 天，每天 24 小时。 我们为不会说英语的人提供免费口译服务。
听障和语障专线	711 此电话为免付费专线。 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周 7 天，每天 24 小时。

联系县行为健康机构寻求以下帮助：

- 有关县提供的专科心理健康服务的问题
- 有关县提供的药物使用失调服务的问题
- 专科心理健康服务包括但不限于：
 - 门诊心理健康服务
 - 日间治疗
 - 危机干预和稳定
 - 目标个案管理
 - 成人住院治疗
 - 危机住院治疗

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



L. 加州管理式医疗保健部

加州管理式医疗保健部（DMHC）负责监管健康计划。DMHC 帮助中心可以帮助您处理有关 Medi-Cal 服务的上诉和投诉。

电话	1-888-466-2219 DMHC 代表的工作时间为周一至周五上午 8:00 至下午 6:00。
听障和语障专线：	1-877-688-9891 此号码是为了有听力或语言障碍的民众。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	Help Center 加州管理式医疗保健部 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
传真	1-916-255-5241
网站	www.dmhc.ca.gov

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



M. 帮助人们支付药物费用的计划

Medicare 网站（www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs）提供有关如何降低药物费用的信息。对于收入有限的人士，还有其他计划可以提供帮助，如下所述。

M1. Medicare 提供的额外补助

由于您有资格参保 Medi-Cal，因此您有资格获得并将享受 Medicare 提供的“额外补助”以支付您的药物计划费用。您无需执行任何操作即可获得此“额外补助”。

电话	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打本号码无需付费，每周 7 天、每天 24 小时服务。
听障和语障专线	1-877-486-2048 此电话为免付费专线。 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
网站	www.medicare.gov

如果您认为您在药房为处方支付的金额不正确，我们的计划有一套流程，可帮助您取得正确共付额的相关证明。如果您已经取得了正确金额的相关证明，我们可以帮助您与我们分享该证明。

- 您可以致电客户服务部，告诉他们您认为自己支付的处方药费用过多，并提供您的 Medi-Cal 信息。您的 Medi-Cal 资格将被视为更新您的额外补助并尽可能降低您的处方药共付额的最佳可用证明。不保证降低处方药共付额。
- 当我们获得显示正确共付额级别的证明时，我们将更新系统，以便您在下一次领取处方药时能够支付正确的共付额。如果您多支付了共付额，我们会通过支票或未来共付额抵扣的形式补偿您。如果药房没有收取您的共付额，并且您欠付这些款项，我们可能会直接支付给药房。如果州政府代替您支付，我们可能直接付款给州政府。如果您有疑问，请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部。

M2. AIDS 药物补助计划（ADAP）

ADAP 帮助符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 患者获取挽救生命的 HIV 药物。同时列于 ADAP 处方药一览表中的 Medicare D 部分药物有资格通过 California ADAP 获得处方药费用分摊补助。如需了解更多信息，请致电(844) 421-7050 联系 California ADAP，工作时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点，或访问其网站：

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。注意：这些人必须符合特定标准，包括州居留和 HIV 状态证明、州政府定义的低收入，以及无保险/保额不足状态，才能符合其所在州的 ADAP 资格。如果您更换计划，请通知您当地的 ADAP 参保工作人员，以便您可以继续获得有关资格标准、承保药物或如何参保该计划的信息方面的协助，请致电

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



(844) 421-7050 联系 California ADAP，工作时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点，或访问其网站：https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

M3. Medicare 处方药付款计划

Medicare 处方药付款计划是一个配合您现有药物承保范围一起运作的付款选项，可以将本计划承保药物的自付费用分摊至整个日历年（1 月至 12 月），帮助您管理药物费用。任何拥有 Medicare 药物计划或包含药物承保的 Medicare 健康计划（如包含药物承保的 Medicare Advantage 计划）的人士都可以使用此付款选项。该付款选项可以帮助您管理费用，但不会节省费用或降低药物费用。如果您参加 Medicare 处方药付款计划并一直参加同一计划，您无需进行任何操作即可继续使用此选项。对于符合资格的人士，无论其收入水平如何，Medicare 提供的“额外补助”以及您的 SPAP 和 ADAP 提供的补助比参与此付款选项更有利，并且包含药物承保的计划必须提供此付款选项。要了解有关此付款选项的更多信息，请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部或访问 www.medicare.gov。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



N. 社会安全局

社会保障局负责确定 **Medicare** 的资格并处理 **Medicare** 的参保事宜。

如果您搬家或变更邮寄地址，请务必联系社会保障局以通知他们。

电话	致电 1-800-772-1213 拨打本号码不需付费。 服务时间为周一至周五上午 8:00 至晚上 7:00。 您每天 24 小时均可利用社会安全局的自动电话服务听取语音信息并处理部分业务。
听障和语障专线	1-800-325-0778 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
网站	www.ssa.gov

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



O. 铁路退休委员会（RRB）

铁路退休委员会是独立的联邦机构，负责管理美国铁路劳工与其家人的综合福利计划。如果您通过 RRB 获得 Medicare，在您搬家或变更邮寄地址时请告诉他们。如有关于您从 RRB 所获取福利的问题，请联系该机构。

电话	1-877-772-5772 拨打本号码不需付费。 按“0”可与 RRB 代表交谈，工作时间为周一、周二、周四和周五上午 9:00 至下午 3:30；周三上午 9:00 至中午 12:00。 按“1”可接通 RRB 自动语音专线，每天 24 小时服务，含周末和节假日。
听障和语障专线	1-312-751-4701 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 本号码不是免费电话。
网站	www.rrb.gov

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



P. 其他资源

Medicare Medi-Cal 监察员计划为那些难以获得或保有健康保险的人提供免费援助，并帮助解决他们的健康计划问题。

如果您遇到以下问题：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康计划
- 获得医疗服务
- 对被拒绝提供的服务、药物、耐用医疗器材（DME）、心理健康服务等提出上诉
- 医疗账单
- IHSS（家庭支持服务）

Medicare Medi-Cal 监察员计划协助处理投诉、上诉和听证会。监察员计划的电话号码是 1-855-501-3077。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



Q. Medi-Cal 牙科计划

某些牙科服务可通过 Medi-Cal 牙科计划获得；包括但不限于以下服务：

- 初步检查、X 光、清洁和氟化物治疗
- 修复和牙冠
- 根管治疗
- 部分和全口假牙、调整、修复和重衬

牙科福利可通过 Medi-Cal 牙科按服务收费（Fee-for-Service, FFS）和牙科管理式护理（Dental Managed Care, DMC）获得。

电话	1-800-322-6384 此电话为免付费专线。 Medi-Cal 牙科计划 FFS 代表可于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供帮助。
听障和语障专线	1-800-735-2922 此号码专为有听力或语言障碍者而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
网站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

您可以通过牙科管理式护理计划（而不是 Medi-Cal 牙科按服务收费计划）获得牙科福利。洛杉矶县提供牙科管理式护理计划。如果您想了解有关牙科计划的更多信息或想要更改牙科计划，请联系 Health Care Options，电话：1-800-430-4263（听障和语障用户请拨打 1-800-430-7077），服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 6:00。此电话为免付费专线。您也可在此查看牙科管理式护理计划的联系信息：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第3章：使用本计划承保您的医疗保健和其他承保服务

简介

本章包含您需要了解的特定条款和规则，以便通过本计划获得医疗保健和其他承保服务。此外还介绍了有关您的护理协调员的信息、如何在某些特殊情况下从不同类型的提供者（包括网络外提供者或药房）那里获得护理、如果您因为我们承保的服务而收到账单该怎么办，以及有关拥有耐用医疗器材（DME）的规定。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

目录

A. 有关服务和提供者的信息	47
B. 有关获得本计划承保服务的规定	47
C. 您的护理协调员	48
C1.什么是护理协调员	48
C2.如何联系您的护理协调员	49
C3.如何更换您的护理协调员	49
D. 由提供者提供的护理	49
D1.由初级保健提供者（PCP）提供的护理	49
D2.专科医生和其他网络内提供者提供的护理	51
D3.当提供者退出本计划时	52
D4.网络外提供者	52
E. 长期服务与支持（LTSS）	53
F. 行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务	54
F1.本计划之外提供的 Medi-Cal 行为健康服务	54
G. 交通服务	57
G1.非紧急医疗运输服务	57
G2.非医疗运输服务	58

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



H. 医疗紧急情况下、有紧急需要时或灾难期间的承保服务	59
H1. 紧急医疗情况下的护理	59
H2. 急需护理	60
H3. 灾难期间的护理	61
I. 如果您直接收到关于承保服务的账单怎么办	61
I1. 如果我们的计划不承保服务该怎么办	61
J. 临床研究中医疗保健服务的承保	62
J1. 临床研究的定义	62
J2. 您参加临床研究期间服务费用的支付	62
J3. 有关临床研究的更多信息	62
K. 如何承保宗教非医疗保健机构的医疗保健服务	62
K1. 宗教非医疗保健机构的定义	62
K2. 宗教非医疗保健机构提供的护理	63
L. 耐用医疗器材（DME）	63
L1. 本计划会员使用的 DME	63
L2. 转至 Original Medicare 后的 DME 所有权	64
L3. 本计划会员的氧气设备福利	64
L4. 转至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划后的氧气设备使用说明	65

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

A. 有关服务和提供者的信息

服务是指医疗保健、长期服务与支持（LTSS）、用品、行为健康服务、处方药和非处方药、设备和其他服务。**承保服务**是指由本计划支付费用的任何此类服务。关于承保的医疗保健、行为健康和 LTSS，请参见本《会员手册》第 4 章。关于处方药和非处方药承保服务，请参见本《会员手册》第 5 章。

提供者是指医生、护士和其他为您提供服务和护理并获得州许可的人。提供者还包括医院、家庭保健机构、诊所和其他为您提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗设备及某些 LTSS 的场所。

网络内提供者是指与本计划合作的提供者。这些提供者同意接受我们的付款作为全额付款。网络内提供者向我们直接收取他们提供给您护理的费用。使用网络内提供者时，您通常无需为承保服务付费。

B. 有关获得本计划承保服务的规定

本计划承保 Medicare 承保的所有服务和大多数 Medi-Cal 服务。其中包括某些行为健康和 LTSS。

只要您遵守我们的规定，本计划通常会为您获得的医疗保健服务、行为健康服务和很多 LTSS 支付费用。要享受本计划的承保：

- 您获得的护理必须已被纳入本《会员手册》第 4 章的《医疗福利表》。
- 护理必须具有**医疗必要性**。“医疗必需”是指为诊断和治疗您的病情而合理且必要的服务。之所以需要具有医疗必要性的护理是为了防止患者患上重病或致残，并通过治疗疾病、不适或损伤来减轻剧烈疼痛。
- 对于医疗服务，您必须有一名网络内**初级保健提供者（PCP）**为您提供护理并对您的护理进行监督。作为计划会员，您必须选择一个网络内提供者作为您的 PCP（如需更多信息，请参考本章第 D1 节）。
 - 大多数情况下，您必须先获得本计划的批准，然后才能使用并非您的 PCP 的提供者或使用本计划网络内的其他提供者。这就是所谓的“**转诊**”。如果您没有获得批准，我们可能不会承保相关服务。
 - 本计划的 PCP 隶属于医疗团体。您选择您的 PCP 时，同时也选择了其附属的医疗团体。这意味着，您的 PCP 会为您转诊隶属于其医疗团体的专科医生和服务。医疗团体是由初级保健医生和专家组成的协会，旨在为您提供协调一致的医疗保健服务。
 - 您不需要您的 PCP 的转诊就可以获得急诊护理或急需护理、使用女性医疗保健提供者或本章第 D1 节中列出的任何其他服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- **您必须从网络内提供者处获得护理**（如需更多信息，请参考本章**第 D 节**）。通常，我们不会承保由未参加我们健康计划的提供者提供的护理。这意味着您必须向该提供者全额支付您所获得服务的费用。以下是不适用该规定的一些情况：
 - 我们承保网络外提供者提供的急症或急需护理（更多信息，请参考本章**第 H 节**）。
 - 如果您需要本计划承保的护理，但我们的网络内提供者无法提供，则您可以从网络外提供者处获得护理。需要获得授权，并且应在寻求护理之前获得计划的授权。在这种情况下，我们会将护理视为您从网络内提供者处获得，并为您承保，或者免收您的费用。有关获得使用网络外提供者的批准的信息，请参考本章**第 D4 节**。
 - 当您暂时不在本计划的服务区域内或您的提供者暂时无法使用或无法联系时，我们可承保肾透析服务。
 - 当您首次参保本计划时，您可以要求继续使用当前的提供者。除某些例外情况外，如果我们能确定您与提供者有现存关系，则我们必须批准此请求。请参考本《会员手册》**第 1 章**。如果我们批准了您的请求，您可以继续使用您现在使用的提供者以获得服务，时间最长 12 个月。在此期间，您的护理协调员将与您联系，以帮助您寻找隶属于您 PCP 的医疗团体的网络内提供者。12 个月后，如果您继续使用不在我们网络内且并非隶属于您 PCP 的医疗团体的提供者，我们将不再承保您的护理。

其他健康保险：因为 Medi-Cal 是最后付款人，所以当您的健康保险提供相同服务时，Medi-Cal 会员必须先使用所有其他健康保险（OHC），然后再使用 Medi-Cal。这意味着在大多数情况下，Medi-Cal 将作为位列 Medicare OHC 之后的第二支付方，承担本计划或其他 OHC 未支付的符合条件的费用，最高支付至 Medi-Cal 费率。

Blue Shield TotalDual Plan 新会员：大多数情况下，您将在提交 Blue Shield TotalDual Plan 参保申请后次月的第一天成为 Blue Shield TotalDual Plan 参保人以享受 Medicare 福利。您仍可额外享受一个月您之前的 Medi-Cal 健康计划提供的 Medi-Cal 服务。之后，您将通过 Blue Shield TotalDual Plan 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保不会出现缺口。请致电我们，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），以咨询您的问题。

C. 您的护理协调员

C1. 什么是护理协调员

护理协调员经过专门培训，可以帮助您获得 Medicare 和 Medi-Cal 福利和服务。您的护理协调员将成为您护理团队的一员，并将作为您的主要联系人和信息来源。参保后，护理协调员将致电您介绍自己并帮助您完成健康风险评估，以确定您的医疗保健需求。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



C2. 如何联系您的护理协调员

您可在周一至周五上午 8:00 至下午 6:00 拨打 1-888-548-5765 联系您的护理协调员：一旦您开始与护理协调员合作，您也可以拨打他们的直拨电话与其联系。

C3. 如何更换您的护理协调员

如要申请更换护理协调员，您可在周一至周五上午 8:00 至下午 6:00 拨打 1-888-548-5765。

D. 由提供者提供的护理

D1. 由初级保健提供者（PCP）提供的护理

您必须选择一个 PCP 来提供和管理您的护理。本计划的 PCP 隶属于医疗团体。您选择您的 PCP 时，同时也选择了其附属的医疗团体。

PCP 的定义以及 PCP 能为您做什么

您的 PCP 是符合州政府要求并接受过培训的医生，可以为您提供基本的医疗护理。PCP 可以是家庭医生、全科医生、内科医生、妇产科医生以及按要求指定的专科医生。您可以选择一位专科医生作为您的 PCP，只要该专科医生同意提供 PCP 通常提供的所有服务。要申请由您的专科医生担任您的 PCP，请联系 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部（电话号码和工作时间印于本页底部）。诊所，例如联邦合格健康中心（FQHC），也可以是您的 PCP。您的主治医生将为您提供例行或基本护理。您的主治医生也负责协调您所需要的其他承保服务。这些承保服务包括：

- X 光
- 化验
- 疗法
- 专科医生提供的护理
- 住院
- 后续护理

本计划的主治医生附属于特定的医疗团体。医疗团体或独立医师协会（IPA）是根据加利福尼亚州法律成立的组织，与健康计划签订合同，向健康计划参保人提供或安排医疗保健服务。您选择您的主治医生时，同时也选择了其隶属的医疗团体。这意味着，您的主治医生会为您转诊附属于其医疗团体的专科医生和服务。

在大部分情况下，您必须先取得您 PCP 的转诊，才能去看其他医疗保健提供者或专科医生。一旦转诊得到您 PCP 医疗团体的批准，您就可以与专科医生或其他提供者预约，接受您所需要的治疗。您的治疗或服务完成后，专科医生会通知您的 PCP，您的 PCP 便可以继续管理您的护理。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



您的 PCP 需要事先得到计划的批准，或者在某些情况下得到您 PCP 隶属的医疗团体的批准，您才能接受某些服务。这类事先核准称为“预先授权”。

如何选择 PCP

当您成为本计划的会员时，您必须选择一个计划提供者作为您的 PCP。

在选择 PCP 时，您可以：

- 使用您的提供者与药房目录。查看目录后面的“初级保健医生”索引，找到您想要的医生。（索引按医生姓氏的字母顺序排列。）；或者
- 访问我们的网站：blueshieldca.com/find-a-doctor 并搜索您想要的 PCP；或
- 请致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部寻求帮助（电话号码和工作时间印于本页底部）。

要了解您想要的医疗保健提供者是否可用或是否接受新患者，请参考我们网站上的提供者与药房目录，或致电客户服务部（电话号码和工作时间印于本页底部）。如果您想用特定的专科医生或医院，请了解他们是否隶属于您 PCP 的医疗团体。您可以查看提供者与药房目录，或询问客户服务部，了解您想要的 PCP 是否可转诊至该专科医生或使用该医院。

选择更换您的 PCP

您可以随时出于任何原因更换您的 PCP。您的 PCP 也有可能离开本计划的网络。如果您的 PCP 离开我们的网络，我们可以帮助您在我们的网络内重新寻找一位 PCP。

您可以按照上文“如何选择 PCP”中的步骤来更换您的 PCP。请务必致电客户服务部，告诉他们您要更换 PCP（电话号码和工作时间印于本页底部）。

一旦您提出更换申请，新的 PCP 及其隶属的医疗团体将在您申请更换 PCP 后次月的第一天进行分配。

您的 PCP 的姓名和办公室电话号码印在您的会员卡上。如果您更换 PCP，您会收到新的会员卡。

本计划的 PCP 隶属于医疗团体。如果您更换 PCP，您也可能会更换医疗团体。当您要求更换时，请告知客户服务部您是否使用专科医生或者是否获取必须由 PCP 批准的其他承保服务。当您更换 PCP 时，客户服务部可帮助您继续获得专科护理和其他服务。

无需 PCP 批准即可获得的服务

大多数情况下，您需要获得您 PCP 的批准才能使用其他提供者。这种批准称为**转诊**。您无需您 PCP 的事先批准即可获得如下所列的服务：

- 网络内提供者或网络外提供者提供的紧急服务

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 需立即就医（但非急诊）的急需承保服务，前提是您暂时处于本计划服务区域之外，或者鉴于您的时间、地点和情况，从网络内提供者处获得该服务不合理。急需服务的例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有病况的意外突发。即使您不在本计划的服务区域或我们的网络暂时无法使用，具有医疗必要性的例行提供者就诊（例如年度检查）也不被视为急需。
- 您在本计划服务区域之外时从 **Medicare** 认证透析机构获得的肾透析服务。如果您在离开服务区域之前致电客户服务部，我们可以帮助您在离开服务区域的情况下获得透析服务。
- 流感疫苗接种和 **COVID-19** 疫苗以及乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗，前提是您通过网络内提供者获得。
- 常规妇女保健和计划生育服务，包括乳房检查、乳腺钼靶筛查（乳房 X 光检查）、子宫颈抹片检查和盆腔检查，前提是您通过网络内提供者获得。

此外，如果您是印第安人会员，您可以从您选择的印第安人医疗保健提供者处获得承保服务，而无需网络内 **PCP** 的转诊或预先授权。

D2. 专科医生和其他网络内提供者提供的护理

专科医生是为特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。专科医生有很多种，例如：

- 为癌症患者提供护理的肿瘤科医生。
- 为心脏病患者提供护理的心脏病专家。
- 为有骨骼、关节或肌肉问题的患者提供护理服务的骨科医生。

当您需要您的主治医生所无法提供的专科护理或其他服务时，他（她）就会为您转诊。一旦转诊得到您 **PCP** 医疗团体的批准，您就可以与专科医生或其他提供者预约，接受您所需要的治疗。您的治疗或服务完成后，专科医生会通知您的 **PCP**，您的 **PCP** 便可以继续管理您的护理。

您的 **PCP** 需要事先得到计划的批准，您才能接受某些服务。这类事先核准称为“预先授权”。例如，所有非紧急住院都需要预先授权。在某些情况下，您主治医生的附属医疗团体（而非本计划）可能可以授权您的服务。

如果您对谁负责为服务提交和批准预先授权有任何疑问，请联系您 **PCP** 隶属的医疗团体。您也可以致电客户服务部。有关哪些服务需要预先授权的更多信息，请参考第 4 章第 D 节中的福利表。

书面转诊可以针对一次就诊，如果您需要持续服务，也可以是针对多次就诊的长期转诊。对于以下任何病症，我们必须为您提供转给合格专科医生的长期转诊：

- 慢性（持续）病症；
- 危及生命的精神或身体疾病；

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 退行性疾病或残疾；
- 任何其他严重或复杂到需要专科医生治疗的状况或疾病。

如果您没有获得必要的书面转诊，则账单可能无法得到支付。如需了解更多信息，请拨打本页底部的电话号码联系客户服务部。

D3. 当提供者退出本计划时

您使用的网络内提供者可能会退出本计划。如果您的提供者退出本计划，您享有的权利和保护如下：

- 即使我们的提供者网络在一年中发生变化，我们也必须让您能够不间断地使用合格提供者。
- 如果您的提供者要退出本计划，我们将通知您，以便您有时间选择新的提供者。
 - 如果您的初级保健提供者或行为健康提供者退出本计划，并且您在过去三年内曾在该提供者处就诊，我们将会通知您。
 - 如果您的任何其他提供者退出本计划，且该提供者被分配给您、您目前接受他们的护理或者过去三个月内在他们那里就诊过，我们将会通知您。
- 我们将帮助您重新选择一个合格的网络内提供者来继续管理您的医疗保健需求。
- 如果您目前正在当前的提供者处接受治疗，您有权要求继续接受具有医疗必要性的治疗。我们将与您合作，以便您继续获得护理。
- 我们会针对可用参保期以及您可能拥有的更换计划的选项，向您提供相关信息。
- 如果我们找不到您可以联系的合格网络内专科医生，则当网络内提供者或福利不可用或不足以满足您的医疗需求时，我们必须安排网络外专科医生为您提供护理。
- 如果您发现您的提供者要退出本计划，请联系我们。我们可以帮助您选择新的提供者来管理您的护理。
- 如果您认为我们没有用合格提供者替换您以前的提供者，或者我们没有很好地管理您的护理，您有权向质量改进组织（QIO）提交护理质量投诉、护理质量申诉，或同时提交两者。（参见第 9 章了解更多信息。）

D4. 网络外提供者

如果您需要的医疗护理是 Medicare 和/或 Medi-Cal 规定本计划必须承保的护理，但我们网络内的提供者无法提供，则您可以从网络外提供者处获取该护理。您的 PCP 负责提交网络外服务的预先授权申请。除非您要接受的是急症或急需服务，否则您必须获得本计划或您 PCP 隶属的医疗团体的授权，才能寻求网络外提供者的护理。此外，保险计划必须为以下情况提供透析服务：终末期肾病（ESRD）参保人前往计划服务区域外时；或当服务提供者暂时无法提供服务或无法联系

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



时；以及无法获得签约 ESRD 服务提供者服务时。这种情况下，您要支付的费用与从网络内提供者处获得护理时支付的费用相同。

如果您使用网络外提供者，该提供者必须接受 Medicare 和/或 Medi-Cal 的条款。

- 我们无法向没有资格参加 Medicare 和/或 Medi-Cal 的提供者付款。
- 如果您使用的提供者没有资格参加 Medicare，您必须为您获得的服务支付全部费用。
- 如果提供者没有资格参加 Medicare，则必须告诉您。

E. 长期服务与支持（LTSS）

LTSS 可以帮助您留在家里，避免住院或住进专业护理机构。您可以通过本计划获得某些 LTSS，包括专业护理机构护理、基于社区的成人服务（CBAS）和社区支持。另一种 LTSS 是家庭支持服务计划，可通过您所在县的社会服务机构获得。LTSS 适合需要协助进行日常活动（例如洗澡、穿衣、准备膳食和服用药物）的会员。如果您需要协助才能继续独立生活，请致电您的护理协调员或客户服务部寻求转诊。

LTSS 包括社区成人服务（CBAS）、家庭支持服务（IHSS）、多目的长者服务计划（MSSP）和长期护理/监护护理。

有时，您可以获得日常医疗保健和生活需求方面的帮助。

您也许可以获得以下服务：

- 社区成人服务（CBAS）
- 专业护理
- 物理治疗
- 职业治疗
- 言语治疗
- 医疗社会服务
- 家庭医疗保健

视您所居住的县和您的资格，您还可以通过 Blue Shield Promise Medi-Cal Plan 获得额外的社区支持。如果您的提供者认为您有资格获得社区支持，他们可以为您推荐，您也可以联系客户服务部或您的护理协调员以了解更多信息。您也许可以获得以下服务：

- 环境无障碍适应（居家改造）

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 住房过渡指引服务
- 住房押金
- 住房租赁和维持服务
- 支援性膳食或根据医疗需求定制的膳食
- 个人护理和家务服务
- 康复护理（医疗暂息）
- 面向照顾者的暂息服务
- 出院后短期住房
- 戒酒中心

F. 行为健康（心理健康和物质使用障碍）服务

您有权获得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的具有医疗必要性的行为健康服务。我们提供 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理承保的行为健康服务。本计划不提供 Medi-Cal 专业心理健康或县物质使用障碍服务，但您可以通过洛杉矶县心理健康局（LACDMH）和洛杉矶县公共卫生部（Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH）以及圣地亚哥县行为健康服务中心获得这些服务。

F1. 本计划之外提供的 Medi-Cal 行为健康服务

如果您符合获得专业心理健康服务的标准，您可以通过县心理健康计划（MHP）获得 Medi-Cal 专业心理健康服务。由洛杉矶县心理健康局（LACDMH）和洛杉矶县公共卫生部（LACDPH）以及圣地亚哥县行为健康服务中心提供的 Medi-Cal 专业心理健康服务包括：

- 心理健康服务
- 药物支持服务
- 日间治疗密集服务
- 日间康复
- 危机干预服务
- 危机稳定服务
- 成人住院治疗服务
- 危机住院治疗服务

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 精神健康机构服务
- 精神病住院服务
- 目标个案管理
- 涉及司法系统人员的社会重新融入
- 积极社区治疗（assertive community treatment, ACT）
- 司法积极社区治疗（forensic assertive community treatment, FACT）
- 针对首次发作精神失常（first episode psychosis, FEP）的协调专科护理（coordinated specialty care, CSC）
- 社区康复会所服务
- 增强型社区健康工作者（community health worker, CHW）服务
- 支持性就业服务
- 治疗行为服务
- 重症监护协调
- 密集居家服务

由洛杉矶县心理健康局（LACDMH）和洛杉矶县公共卫生部（LACDPH）以及圣地亚哥县行为健康服务中心提供的 Drug Medi-Cal 服务包括：

- 强化门诊治疗服务
- 围产期住院药物使用失调治疗
- 门诊治疗服务
- 麻醉治疗计划
- 成瘾药物治疗（也称为药物辅助治疗）
- 同行支持服务

如果您符合标准，您可以通过洛杉矶县心理健康局（LACDMH）和洛杉矶县公共卫生部（LACDPH）以及圣地亚哥县行为健康服务中心获得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System（DMC-ODS）服务。DMC-ODS 服务包括：

- 门诊治疗服务

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 强化门诊治疗服务
- 成瘾药物治疗（也称为药物辅助治疗）
- 住院治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉治疗计划
- 康复服务
- 护理协调
- 住院治疗服务

除了上面列出的服务外，如果您符合标准，您还可以获得自愿住院戒毒服务。

行为健康服务的可用性

您可以获得一系列全面的服务。您可以自行转诊至签约提供者，也可以由您的 PCP、家庭成员等转诊。在获取服务方面“没有错误的求助方式”。您可以通过以下联系方式寻求获取服务方面的协助：

- 县危机和转诊热线（电话号码和工作时间见本手册第 2 章 K 节）
- 洛杉矶县公共卫生部，药物滥用预防和控制（请致电 888-742-7900（听障和语障专线：711），每周 7 天，每天 24 小时服务
- 圣地亚哥县行为健康服务——物质使用障碍服务（请致电 888-724-7240（TTY：711），每周 7 天，每天 24 小时服务
- Blue Shield TotalDual Plan 行为健康热线（电话号码和工作时间见本手册第 2 章 D 节）
- Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部（电话号码和工作时间印于本页底部）

确定医疗必要服务的流程

医疗必要性由获得适当许可的提供者确定。Blue Shield TotalDual Plan 和县均使用医疗必要性标准，该标准由行为健康专家和其他利益相关者制定，并且符合监管要求。

Blue Shield TotalDual Plan 与县之间的转诊流程

如果您正在接受 Blue Shield TotalDual Plan 或县的服务，您可以被转诊至符合您需求的其他实体。Blue Shield TotalDual Plan 或县可以通过致电接收转诊的实体来为您转诊。此外，转诊表格由发起转诊的提供者填写，并发送给您要转诊的实体。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



问题解决流程

如果您与县或Blue Shield TotalDual Plan之间存在争议，您将继续接受具有医疗必要性的行为保健服务，包括处方药，直到争议解决为止。Blue Shield TotalDual Plan已与县合作制定及时的解决流程，不会对您需要获得的服务产生负面影响。您还可以使用Blue Shield TotalDual Plan或县的上诉流程，具体取决于和您有争议的实体。有关上诉流程的信息，请参考《会员手册》第9章。

G. 交通服务

G1. 非紧急医疗运输服务

如果您具有使您无法使用汽车、公交车或出租车赴诊的医疗需求，则您有权获得非紧急医疗运输服务。可以为承保服务提供非紧急医疗运输服务，例如医疗、牙科、心理健康、物质使用和药房预约。如果您在使用我们为您提供的 48 次单程行程后仍需要非紧急医疗运输服务，您可以与您的提供者交谈并要求获得额外接送服务。您的提供者或我们的交通服务供应商 **Call The Car** 将决定满足您需求的最佳交通类型。如果您需要非紧急医疗运输服务，他们会开具该服务，具体做法是填写表格并提交给 Blue Shield TotalDual Plan 以获得审批。根据您的医疗需求，批准的有效期为一年。您的提供者将每 12 个月重新评估一次您对非紧急医疗运输服务的需求，以便重新批准。

非紧急医疗运输服务包括救护车、面包车、轮椅车或航空交通服务。Blue Shield TotalDual Plan 可在您需要乘车前往预约地点时提供能满足您医疗需求的成本最低的承保交通方式和最适合的非紧急医疗运输服务。举例说明，如果您的身体状况或医疗病况使您能通过轮椅车接送，则 Blue Shield TotalDual Plan 不会支付救护车费用。只有在您因医疗病况而无法接受任何形式的地面交通工具的情况下，您才有权使用航空交通服务。

在以下情况下必须使用非紧急医疗运输服务：

- 您的提供者通过书面授权确定您因身体状况或医疗病况而需要非紧急医疗交通服务，因为您无法使用公交车、出租车、汽车或面包车前往预约地点。
- 由于身体或心理残障，您需要司机帮助往返您的住所、治疗场所或上下车。

如要申请您的医生为非紧急**例行预约**而开具的医疗交通服务，请致电 **Call the Car**，电话 **1-877-433-2178**（听障和语障专线：711），每周 7 天，每天 24 小时服务。可使用 **CTC Go** 移动应用程序来安排、更改、追踪和取消轮椅预订。**CTC Go** 移动应用程序不能用于轮椅交通服务，您必须致电进行预订。非紧急例行约诊预订必须在您预约日期前至少提前 24 小时安排。对于**紧急预约**，请尽快致电。请在致电时准备好您的会员卡。如果您需要更多信息，也可以致电。

医疗交通服务限制

Blue Shield TotalDual Plan 承保成本最低的医疗交通服务，可满足您前往离家最近且可以预约的提供者处求诊的医疗需求。如果 Medicare 或 Medi-Cal 不承保医疗交通服务，则不会提供该服务。如果预约类型由 Medi-Cal 承保，但未通过本健康计划承保，Blue Shield TotalDual Plan 则

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



会帮助您安排交通服务。本手册**第 4 章**列出了承保服务的清单。除非获得预先授权，否则 Blue Shield TotalDual Plan 网络或服务区域之外的交通服务不在保修范围之内。

G2. 非医疗运输服务

非医疗运输福利包括往返于您的预约地点以获取您的提供者授权的服务。当您符合以下条件时，就可以免费获得接送服务：

- 往返于预约地点以获取您的提供者授权的服务，或
- 领取处方药和医疗用品。

Blue Shield TotalDual Plan 允许您使用汽车、出租车、公交车或其他公共/私人方式前往预约地点以获取您服务提供者授权的服务。Blue Shield TotalDual Plan 使用 **Call the Car** 来安排非医疗运输服务。我们承保满足您需求的成本最低的非医疗运输类型。

有时，您可以报销您安排的私家车接送费用。Blue Shield TotalDual Plan 必须在您获取接送服务之前批准，并且您必须告诉我们为什么您不能以其他方式（例如乘坐公交车）前往。您可以通过电话、电子邮件或当面告诉我们。**您无法因自己开车而获得报销。**

如果希望我们对里程进行补偿，则需要提供以下所有资料：

- 司机的驾照
- 司机的车辆登记文件
- 司机的汽车保险证明

如需申请接送以获得授权的服务，请致电 **Call The Car**，电话 **1-877-433-2178**（听障和语障专线：**711**），须至少提前二十四（24）小时预约。可使用 **CTC Go** 移动应用程序来安排、更改、追踪和取消预订。对于**紧急预约**，请尽快致电。请在致电时准备好您的会员卡。如果您需要更多信息，也可以致电。

注意：印第安人会员可以联系其当地的印第安人健康诊所申请非医疗运输服务。

非医疗运输服务限制

Blue Shield TotalDual Plan 提供成本最低的非医疗运输服务，可满足您前往离家最近且可以预约的提供者处的需求。**您自行驾车的费用不予报销。**

如果出现以下情况，则非医疗运输服务**不适用**：

- 您需要救护车、面包车、轮椅车或其他形式的非紧急医疗运输服务前往获取服务。
- 由于身体状况或医疗病况，您需要司机协助往返住所、治疗场所或上下车。
- 您使用轮椅，并且在没有司机帮助的情况下无法进出车辆。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 该服务不属于 Medicare 或 Medi-Cal 承保范围。

H. 医疗紧急情况下、有紧急需要时或灾难期间的承保服务

H1. 紧急医疗情况下的护理

医疗紧急情况是一种有症状的医疗病况，例如疾病、剧痛、严重受伤或迅速恶化的医疗病况。病况非常严重，如果没有立即得到医疗护理，您或具有一般健康和医学知识的任何人可以预见其导致以下情况：

- 对您或您未出生孩子的生命构成严重威胁；**或**
- 丧失或严重损害身体机能；**或**
- 任何身体器官或部位出现严重功能障碍；**或者**
- 对于临产孕妇，出现以下情况：
 - 在分娩前没有足够的时间将您安全地转移到另一家医院。
 - 转到其他医院可能对您或您未出生的孩子的健康或安全构成威胁。

如果您有紧急医疗情况：

- **请尽快寻求帮助。**拨打 911 或使用最近的急诊室或医院。如有需要，请致电救护车服务。您不需要您 PCP 的批准或转诊。您无需使用网络内提供者。只要您需要，您可以在美国或其领土或全世界任何地方，从任何拥有相应州许可的提供者处获得承保的急症医疗护理，即使他们不在我们的网络内。
- **请尽快将您的急症情况告知本计划。**我们会对您的急诊护理进行跟进。您或其他人应致电告知我们您的急诊护理情况，通常应在 48 小时内告知我们。但是，即使您未及时告知我们，您也无需为紧急服务支付费用。致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。我们的客户服务电话列在您的会员卡上。

紧急医疗情况下的承保服务

在下列情况下，Blue Shield TotalDual Plan 承保在美国及其领土以外地区的紧急和急诊护理服务，不设年度总限额。如需了解更多信息，请参考本文件第 4 章 D 节中的医疗福利表。

如果以其他任何方式前往急诊室可能危及您的健康，则我们的计划会承保救护车服务。我们还承保急症期间的医疗服务。要了解更多信息，请参考本《会员手册》第 4 章中的福利表。

您的病情何时稳定以及紧急医疗情况何时结束由为您提供急诊护理的提供者决定。如果您需要后续护理才能使健康好转，他们会继续为您治疗并联系我们制定计划。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



本计划承保您的后续护理。如果您从网络外提供者那里获得急诊护理，我们会尝试让网络内提供者尽快接管您的护理。

非急症情况下获得急诊护理

有时可能很难知道您是否有医疗或行为健康急症。您可能会去寻求急诊护理，但医生却表示这并非真正的急症。只要您合理认为您的健康受到严重威胁，我们就会承保您的护理。

然而，在医生确认这并非急症后，我们仅在以下情况下承保您的额外护理：

- 您使用网络内提供者**或**
- 您获得的额外护理被视为“急需护理”，并且您遵守获得护理的规定。请参考下一节。

H2. 急需护理

急需护理是指您在非急症但需要立即护理的情况下获得的护理。例如，您现有的病况可能突然发作，或者出现不可预见的疾病或伤害。

本计划服务区域内的急需护理

只有在以下情况下，我们才会承保急需护理：

- 您从网络内提供者处获得该护理，**并且**
- 您遵守本章中所述的规定。

如果鉴于您的时间、地点或情况，无法或不能合理联系到网络内提供者，我们会为您从网络外提供者处获得的急需护理提供承保。

如需您医生团体的附属急诊护理中心的最新名单，请联系您的 PCP。您还可以在以下网站上搜索您所在区域的急诊护理中心：blueshieldca.com/find-a-doctor。

本计划服务区域之外的急需护理

当您不在本计划的服务区域时，您可能无法从网络内提供者处获得护理。这种情况下，本计划承保您从任何提供者处获得的急需护理。但是，医学上必要的常规就诊（例如年度体检）并不被视为紧急需求，即使您当时身处于我们计划的服务区域之外，或我们的计划网络暂时不可用。

在下列情况下，本计划承保在美国及其领土以外地区的急症和急需护理服务，不设年度总限额。要了解更多信息，请参考第 4 章 D 节医疗福利表中的急诊护理和急需护理。

如果您在美国及其领土以外地区需要急诊护理，请拨打 Blue Shield Global Core 服务中心免费电话(800) 810-2583，或拨打对方付费电话(804) 673-1177，每周 7 天、每天 24 小时提供服务。如需急症护理，请直接前往最近的医院。您还应该拨打会员卡背面的客户服务电话。作为此服务的一部分，针对住院医院护理，您可以联系 Blue Shield Global Core 服务中心安排非现金服务。如

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



果您安排非现金服务，您需要承担通常的自付费用，例如不承保的费用和共付额。如果您未安排非现金服务，您需要支付医疗护理的全部费用并提交报销申请。

H3. 灾难期间的护理

如果加利福尼亚州州长、美国卫生与公众服务部部长或美国总统宣布您所在的地理区域进入灾难或紧急状态，您仍然有权享受本计划的护理。

请访问我们的网站，了解有关如何在已宣布的灾难期间获得所需护理的信息：

blueshieldca.com/emergencypolicy。

在已宣布的灾难期间，如果您无法使用网络内提供者，您可以按网络内费用分摊率从网络外提供者处获得护理。如果您在已宣布的灾难期间无法使用网络内药房，您可以在网络外药房配药。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第 5 章。

I. 如果您直接收到关于承保服务的账单怎么办

如果您支付的费用超过了承保服务的计划分摊费用，或者您收到的账单金额为承保医疗服务的全部费用，请参考本《会员手册》第 7 章了解具体做法。

您不应该自己支付账单。如果您这样做，我们可能无法补偿您的费用。

I1. 如果我们的计划不承保服务该怎么办

本计划承保以下所有服务：

- 被确定为具有医疗必要性，以及
- 本计划福利表中列出的服务（请参考本《会员手册》第 4 章），以及
- 您遵守计划规定获得的服务。

如果您获取本计划不承保的服务，您需要自行支付全部费用，除非本计划之外的其他 Medi-Cal 计划承保该服务。

如果您想知道我们是否为任何医疗服务或护理支付费用，您有权询问我们。您也有权以书面形式提出这项要求。如果我们表明不会支付您的服务费用，您有权对我们的决定提出上诉。

本《会员手册》第 9 章介绍了如果您希望我们承保医疗服务或项目该怎么做。其中还说明了如何对我们的承保决定提出上诉。请致电客户服务部以了解有关您的上诉权利的更多信息。

我们为某些服务支付一定限额的费用。超出该限额后，您需要支付全部费用才能获得更多此类服务。具体福利限额请参考第 4 章。请致电客户服务部，了解福利限额以及您已使用的福利金额。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



J. 临床研究中医疗保健服务的承保

J1. 临床研究的定义

临床研究（也称为临床试验）是医生测试新型医疗保健或药物的一种方式。**Medicare** 批准的临床研究通常要求志愿者参与研究。当您参加临床研究时，您可以继续加入我们的计划，并继续通过我们的计划获得其余护理（与研究无关的护理）。

如果您想参加任何 **Medicare** 批准的临床研究，您**无需**告诉我们，也无需获得我们或您的初级保健提供者的批准。为您提供研究相关护理的提供者**不必**是网络内提供者。这不适用于需要临床试验或登记以评估福利的承保福利，包括某些需基于证据开发才能承保（**NCD-CED**）的福利及相关的试验性器械豁免（**IDE**）研究。这些福利也可能需要预先授权并遵守其他计划规定。

我们建议您在参加临床研究之前告诉我们。

如果您打算参加由 **Original Medicare** 为参保人承保的临床研究，我们建议您或您的护理协调员联系客户服务部，告诉我们您将参加临床试验。

J2. 您参加临床研究期间服务费用的支付

如果您自愿参加 **Medicare** 批准的临床研究，您无需为该研究承保的服务支付任何费用。**Medicare** 会支付研究承保的服务以及与您的护理相关的常规费用。一旦您加入 **Medicare** 批准的临床研究，您将获得与研究相关的大部分服务和项目的承保。这包括：

- 即使您未参加研究 **Medicare** 也会支付的住院期间的食宿费用
- 与研究相关的手术或其他医疗程序
- 治疗新型护理的任何副作用和并发症

如果您参与的研究尚未获得 **Medicare** 的批准，那么与参与该研究相关的所有费用都需由您自行承担。

J3. 有关临床研究的更多信息

您可以查看 **Medicare** 网站（www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf）上的“**Medicare** 和临床研究”，了解有关加入临床研究的更多信息。您也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障专线用户请拨 1-877-486-2048。

K. 如何承保宗教非医疗保健机构的医疗保健服务

K1. 宗教非医疗保健机构的定义

宗教非医疗保健机构是提供通常在医院或专业护理机构获得的护理的场所。如果在医院或专业护理机构接受护理违反您的宗教信仰，我们会承保宗教非医疗保健机构提供的护理。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



此福利仅适用于 Medicare A 部分住院服务（非医疗保健服务）。

K2. 宗教非医疗保健机构提供的护理

要从宗教非医疗保健机构获得护理，您必须签署一份法律文件，表明您反对接受“非例外”医疗治疗。

- “非例外”医疗治疗是指任何联邦、州或地方法律都**未要求**的任何**自愿**护理或治疗。
- “例外”医疗治疗是指联邦、州或地方法律**要求**的**非自愿**护理或治疗。

要获得本计划的承保，您从宗教非医疗保健机构获得的护理必须满足以下条件：

- 提供护理的机构必须经过 Medicare 认证。
- 我们的计划只涵盖非宗教方面的护理。
- 如果您从该机构获得在其设施内提供的服务：
 - 您必须患有允许您获得住院医院护理或专业护理机构护理承保服务的疾病。
 - 在您入住该设施之前，您必须获得我们的批准，否则您的入住费用**不会**得到承保。

每次住院的承保天数没有限制。要了解更多信息，请参考第 4 章第 D 节中的福利表。

L. 耐用医疗器材（DME）

L1. 本计划会员使用的 DME

DME 包括提供者嘱咐使用的某些医疗必需物品，例如轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者嘱咐在家使用的病床、静脉输液泵、语音生成设备、氧气设备和用品、雾化器和助行器。

Medi-Cal 承保家内和家外用途的设备（例如 Medi-Cal 承保的供社区内使用的出行设备）。

Medicare 是双重资格个人的主要付款方，将 DME 承保范围限制在家庭使用所需的设备上。Medi-Cal 承保家中和社区都需要的一些 DME。作为该 DSNP 的成员，会员有权根据 Medicare 和 Medi-Cal 标准获得 DME 的全部承保。

您拥有一些 DME 物品，例如假肢。

您必须租赁的其他类型的 DME。作为本计划的会员，您通常**不会**获得所租用 DME 用品的所有权，无论您租用多久。

在有限的情况下，我们会将 DME 用品的所有权转让给您。请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部，以获取更多信息。

即使您在参保本计划之前，已通过 Medicare 连续使用 DME 达 12 个月，该设备**也不会**归您所有。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



L2. 转至 Original Medicare 后的 DME 所有权

Original Medicare 计划允许在租用某些类型的 DME 达 13 个月 after 获得该设备的所有权。Medicare Advantage (MA) 计划可能会规定在获得某些类型 DME 的所有权之前必须租用的月数。

作为 Blue Shield TotalDual 计划的会员，只要医疗设备符合医疗必要性且经医生批准，您无需支付承保的医疗设备费用。在您参保期间，无论您为租赁的 DME 设备支付多少次共付额，通常都不会获得该设备的拥有权——即使您在加入本计划前，已在原有医疗保险下连续支付过该设备的 12 次费用。在某些特殊情况下，我们会将 DME 设备的拥有权转让给您。详情请致电客户服务部咨询。

注意：您可以在第 12 章中找到 Original Medicare 和 MA 计划的定义。您还可以在 Medicare & You 2026 手册中找到更多相关信息。如果您没有本手册，可以在 Medicare 网站 (www.medicare.gov/medicare-and-you) 下载，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每周 7 天、每天 24 小时服务。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。

如果您不再拥有 Medi-Cal，则在以下情况下，您必须通过 Original Medicare 连续付款 13 次，或者达到 MA 计划规定的连续付款次数才能获得 DME 的所有权：

- 在您参保本计划期间，您并未获得 DME 的所有权，并且
- 您退出本计划并在 Original Medicare 计划或 MA 计划的任何健康计划之外获得 Medicare 福利。

如果您在参保本计划之前通过 Original Medicare 或 MA 计划支付了 DME 费用，则**这些 Original Medicare 或 MA 计划付款不会计入您在退出本计划后需要支付的款项。**

- 您必须通过 Original Medicare 重新连续付款 13 次，或者重新达到 MA 计划规定的连续付款次数才能获得 DME 的所有权。
- 此项规定在您恢复参保 Original Medicare 或 MA 计划的情况下，也不例外。

L3. 本计划会员的氧气设备福利

如果您有资格获得 Medicare 承保的氧气设备，我们承保：

- 氧气设备的租赁
- 氧气和含氧气源的输送
- 用于输送氧气和含氧气源的管路和相关配件
- 氧气设备的维护和修理

当您不再需要氧气设备或您退出本计划时，必须归还氧气设备。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



L4. 转至 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage (MA) 计划后的氧气设备使用说明

当氧气设备对您具有医疗必要性并且您退出本计划并转至 Original Medicare 时，您可以从供应商处租用该设备 36 个月。您每月的租金涵盖氧气设备以及上面列出的耗材和服务。如果您仍然参保 Medicare 和 Medi-Cal，Medicare 和 Medi-Cal 将承保这些费用。

如果氧气设备在您租用 36 个月后仍然具有医疗必要性，您的供应商必须提供：

- 额外 24 个月的氧气设备、耗材和服务
- 5 年的氧气设备和耗材（在具有医疗必要性的情况下）

如果在 5 年期限结束时氧气设备仍然具有医疗必要性：

- 您的供应商没有继续提供的义务，您可以选择从任何供应商处获得替换设备。
- 5 年期限将重新开始计算。
- 您需要从供应商处租用 36 个月。
- 然后，您的供应商将提供额外 24 个月的氧气设备、耗材和服务。
- 只要氧气设备具有医疗必要性，每 5 年就会开始计算新的周期。

当氧气设备对您具有医疗必要性并且您退出本计划并转至其他 MA 计划时，该计划将至少承保 Original Medicare 承保的服务。您可以咨询您的新 MA 计划承保哪些氧气设备和耗材以及您要支付多少费用。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第4章：福利表

简介

本章向您介绍本计划承保的服务、对这些服务的任何规制或限制，以及您要为每项服务支付的费用。此外还介绍了本计划不承保的福利。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

Blue Shield TotalDual Plan 新会员：大多数情况下，您将在提交 Blue Shield TotalDual Plan 参保申请后次月的第一天成为 Blue Shield TotalDual Plan 参保人以享受 Medicare 福利。您仍可额外享受一个月您之前的 Medi-Cal 健康计划提供的 Medi-Cal 服务。之后，您将通过 Blue Shield TotalDual Plan 获得 Medi-Cal 服务。您的 Medi-Cal 承保不会出现缺口。请致电我们，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），以咨询您的问题。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

目录

A. 您的承保服务和您的自付费用.....	68
B. 禁止提供者向您收取服务费用的规定.....	68
C. 关于本计划的福利表.....	68
D. 本计划的福利表.....	73
E. 承保牙科福利程序表.....	132
F. 社区支持.....	139
G. 我们计划之外的承保福利.....	141
G1. 加州社区过渡（CCT）.....	141
G2. Medi-Cal 牙科计划.....	141
G3. 家庭支持服务（IHSS）.....	142
G4. 1915(c) 家庭和社区服务（Home and Community Based Services, HCBS）豁免计划.....	142
G5. 本计划之外提供的县行为健康服务（心理健康和药物使用失调服务）.....	145
H. 我们的计划、Medicare 或 Medi-Cal 不涵盖的福利.....	147

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



A. 您的承保服务和您的自付费用

本章向您介绍本计划承保的服务以及您要为每项服务支付的费用。您还可以查看不承保的服务。有关药物福利的信息，请参考本《会员手册》**第 5 章**。本章还说明了某些服务的限制。

对于某些服务，您需要支付名为共付额的自付费用。这是您每次获取该服务时支付的固定金额（例如**\$5**）。您要在获取该医疗服务时支付共付额。

由于您从 **Medi-Cal** 获得帮助，只要您遵守本计划的规则，您就无需为承保服务支付任何费用。如需了解本计划规则的详情，请参考本《会员手册》**第 3 章**。

如果您需要帮助了解承保的服务，请致电您的护理协调员和/或客户服务部，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**）。

B. 禁止提供者向您收取服务费用的规定

我们不允许我们的提供者向您收取网络内承保服务的费用。我们直接向我们的医疗服务提供者付款，并让您免于缴纳任何费用。即使我们向提供者支付的服务费用低于提供者的收费，情况也是如此。

您绝不应该从提供者处收到承保服务的账单。如果您确实收到了账单，请参考本《会员手册》**第 7 章**或致电客户服务部。

C. 关于本计划的福利表

福利表介绍了本计划付费的服务。承保的服务按字母顺序列出，并有相关说明。

如果符合以下规定，我们将为福利表中列出的服务支付费用。只要符合以下所述要求，您就不需要为福利表中列出的服务支付任何费用。

- 我们根据 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 的规定提供承保的 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保服务。
- 包括医疗保健、行为健康和物质使用服务、长期服务与支持、用品、设备和药物在内的服务必须“具有医疗必要性”。具有医疗必要性是指预防、诊断或治疗疾病或维持当前健康状况所需的服务、用品或药物。这包括可避免您住院或住进护理机构的护理。而且服务、用品或药物必须符合公认的医疗执业标准。如果服务在保护生命、预防重大疾病或重大残疾或减轻严重疼痛方面是合理和必要的，则该服务具有医疗必要性。
- 对于新参保人，前 **90** 天我们可能不会要求您针对任何正在进行治疗过程获得事先批准，即使该治疗过程所涉及的服务是在网络外提供者处开始的。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**），每周七天，上午 **8:00** 至晚上 **8:00**（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 您要从网络内提供者处获取护理。网络内医疗服务提供者是与我们合作的医疗服务提供者。大多数情况下，您从网络外提供者处获得的护理不会得到承保，除非是急症或急需护理，或者除非您的计划或网络内提供者为您转诊。本《会员手册》**第 3 章**提供有关使用网络内和网络外提供者的更多信息。
- 您有初级保健提供者（PCP）或护理团队为您提供和管理护理服务。大多数情况下，您必须先获得您 PCP 的批准，才能就去非 PCP 医生处就诊，或使用我们计划网络中的其他医疗服务提供者。这就是所谓的“转诊”。有关获得转诊以及何时**不需要**转诊的更多信息，请参考本《会员手册》**第 3 章**。
- 仅当您的医生或其他网络内提供者事先获得我们的批准时，我们才会承保福利表中列出的某些服务。这称为“预先授权”（PA）。我们在福利表中以斜体字标出了需要预先授权的承保服务。
- 如果您的计划批准了某个疗程的 PA 请求，该批准就必须依据承保标准、您的病史以及治疗提供者的建议，在符合医疗合理性和必要性的情况下持续有效，以避免护理中断。
- 如果您在 6 个月的延续资格期内失去 Medi-Cal 福利，您将继续享有本计划中的 Medicare 福利。但是，您的 Medi-Cal 服务可能不属于承保范围。请联系您的县资格办公室或 Health Care Options，了解有关您的 Medi-Cal 资格的信息。您可以保留 Medicare 福利，但不可以保留 Medi-Cal 福利。

针对患有特定慢性病况的会员的重要福利信息。

- 如果您有下列任何慢性病况且符合特定医疗标准，您可能有权获得食物和农产品福利。食品和农产品福利是“慢性病患者特别补充福利”（“SSBCI”）。并非所有计划会员都符合资格。资格取决于您是否符合“慢性病参保人”的定义，并至少患有下列本计划认定的某一种慢性疾病：
- 慢性酒精使用失调和其他药物使用失调（SUD）
- 自身免疫性疾病：
 - 结节性多动脉炎
 - 风湿性多肌痛
 - 多发性肌炎
 - 皮炎
 - 类风湿关节炎
 - 系统性红斑狼疮
 - 银屑病关节炎
 - 硬皮病

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

- 癌症
- 心血管疾病：
 - 心律失常
 - 冠状动脉疾病
 - 外周血管疾病
 - 心瓣膜疾病
- 慢性心力衰竭
- 痴呆
- 糖尿病
- 超重、肥胖和代谢综合征
- 慢性胃肠病：
 - 慢性肝病
 - 非酒精性脂肪肝（NFLD）
 - 乙型肝炎
 - 丙型肝炎
 - 胰腺炎
 - 肠易激综合征
 - 炎症性肠病
- 慢性肾病（CKD）：
 - 需透析的 CKD/终末期肾病（ESRD）
 - 不需要透析的 CKD
- 严重血液病：
 - 再生障碍性贫血
 - 血友病
 - 免疫性血小板减少性紫癜
 - 骨髓增生异常综合征
 - 镰状细胞病（不包括镰状细胞特质）
 - 慢性静脉血栓栓塞性疾病

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

- HIV/AIDS
- 慢性肺病：
 - 哮喘、慢性支气管炎
 - 囊性纤维化
 - 肺气肿
 - 肺部纤维化
 - 肺部高血压
 - 慢性阻塞性肺病（COPD）
- 慢性和致残性心理健康病况：
 - 双相障碍
 - 严重抑郁症
 - 偏执症
 - 精神分裂症
 - 分裂情感性障碍
 - 创伤后应激障碍（PTSD）
 - 饮食失调
 - 焦虑症
- 神经功能障碍：
 - 肌萎缩侧索硬化症（ALS）
 - 癫痫
 - 大范围瘫痪（即偏瘫、四肢瘫、截瘫、单瘫）
 - 亨廷顿病
 - 多发性硬化症
 - 帕金森病
 - 多发性神经病
 - 纤维肌痛症
 - 慢性疲劳综合征
 - 脊髓损伤
 - 椎管狭窄
 - 中风相关神经功能缺损

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

- 中风
- 器官移植后护理
- 免疫缺陷和免疫抑制性疾病
- 与认知障碍相关的病况：
 - 阿尔茨海默病
 - 智力残疾和发育残疾
 - 创伤性脑损伤
 - 与认知障碍相关的致残性心理疾病
 - 轻微认知障碍
- 伴随功能受限且需要类似服务的疾病，包括：
 - 脊髓损伤
 - 瘫痪
 - 肢体丧失
 - 中风
 - 关节炎
- 有损视觉、听觉（衰弱）、味觉、触觉和嗅觉的慢性病况
- 为维持或恢复功能而需要持续治疗服务的疾病
 - 本计划将通过使用医生提供的信息或通过医生联系以获取有关您符合资格的慢性病况的签名声明，来确定您是否有资格享受食品和农产品福利。
 - **Healthy Benefits+**是一种消费卡，您的福利津贴已预先充入卡内，以帮助支付承保项目和服务的费用。一旦您被视为符合资格，您将收到福利管理员的信函，其中会包含您的个性化福利卡。本函旨在通知您，您的卡内已充入津贴金额。它还将提供有关如何通过电话、网站或移动应用程序获取更多福利详情的信息。
 - 如有关于此福利的疑问，您可致电福利管理员，电话(855) 572-6341 [听障和语障专线：711]，办公时间为太平洋时间 10 月 1 日至次年 3 月 31 日周日至周六上午 8 点至晚上 8 点，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。您也可以访问 [HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA](https://www.healthbenefitsplus.com/blueshieldca) 网站上了解更多详情。
- 请参考福利表中的“针对特定慢性病况的帮助”行了解更多信息。
- 联系我们获取额外信息。

所有预防性服务都是免费的。这个苹果符号  在福利表中表示预防性服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)。



D. 本计划的福利表

承保服务		您支付的费用
	腹主动脉瘤筛查 我们为高危人群支付一次性超声筛查的费用。您必须有特定风险因素且您获取医生、医生助理、执业护士或临床专科护士转诊，我们的计划才会承保此筛查。	\$0

承保服务	您支付的费用
针灸 我们支付任何一个日历月内最多两次门诊针灸服务的费用，如果具有医疗必要性，则可支付更多次服务的费用。 如果您患有慢性腰背痛，我们还会支付 90 天内最多 12 次针灸就诊的费用，慢性腰背痛的定义为： • 持续 12 周或更长时间； • 非特异性（没有可确定的全身性原因，例如与转移性疾病、炎症性疾病或传染病无关）； • 与外科手术无关；以及 • 与怀孕无关。 此外，如果您的慢性腰背痛有所改善，我们还会额外支付八次针灸的费用。您每年接受的慢性腰背痛针灸治疗次数不得超过 20 次。 如果您没有好转或病情恶化，则必须停止针灸治疗。 提供者要求： 医生（根据《社会保障法》（法案）1861(r)(1)的定义）可以根据适用的州要求提供针灸。 医生助理（Physician assistants, PA）、执业护士（nurse practitioners, NP）/临床护士专家（clinical nurse specialists, CNS）（如法案第 1861(aa) (5)所述）和辅助人员如果符合所有适用的州要求，并拥有下列资质，则可以提供针灸： • 由针灸与东方医学认证委员会（Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM）认证的学校提供的针灸或东方医学硕士或博士学位；以及， • 持有美国某州、领土或属地（即波多黎各）或哥伦比亚特区颁发的现行、完整、有效且无限制的针灸执业许可证。 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
针灸（续） 提供针灸服务的辅助人员必须在医生、PA或NP/CNS的适当级别监督下工作，且该监督级别须符合我方法规42 CFR §§ 410.26和410.27的要求。 承保服务通过加州 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 的签约提供者提供。如需更多信息或如欲查找 ASH Plans 签约提供者，您可致电 ASH Plans，电话(800) 678-9133 [听障和语障专线：711]，办公时间为 4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 5 点至晚上 8 点（太平洋时间）； 10 月 1 日至次年 3 月 31 日周日至周六上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。您还可以致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部，或访问 blueshieldca.com/find-a-doctor，查找 ASH Plans 签约提供者。	
额外远程医疗服务* Teladoc Health 通过电话或视频提供医生问诊服务，全天候服务（每周 7 天，每天 24 小时，全年无休）。Teladoc Health 医生可以诊断和治疗基本的医疗病况，也可以开立某些药物的处方。Teladoc Health 是一项补充服务，并非旨在取代您初级保健提供者的护理。请登录 blueshieldca.com/teladochealth 或 Blue Shield of California 应用程序申请医生看诊。如果您有任何疑问，可以致电 Teladoc Health，电话 1-800-Teladoc（1-800-835-2362）[听障和语障专线：711]，每年 365 天，每周 7 天办公，每天 24 小时。 *服务不计入计划的自付费用上限。	\$0
 酒精滥用筛查和咨询 我们为滥用酒精但不依赖酒精的成年人支付一次酒精滥用筛查（SABIRT）的费用。这包括孕妇。 如果您的酒精滥用筛查结果呈阳性，您每年可以与符合资格的初级保健提供者（PCP）或初级保健场所的执业人员进行最多四次简短的面对面咨询（如果您在咨询过程中行为能力正常且神智清醒）。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务		您支付的费用
救护车服务 无论是紧急情况或非紧急情况，承保的救护车服务包括地面和空中救护（飞机和直升机）。救护车将带您前往能够为您提供护理的最近的场所。 您的病情必须严重到通过其他方式前往护理场所可能会危害您的健康或生命。 其他情况（非急症）的救护车服务必须得到我们的批准。如果不是紧急情况，我们可能会支付救护车的费用。您的病情必须严重到通过其他方式前往护理场所可能会危害您的生命或健康。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>		\$0
年度体检 除了您的年度保健检查之外，您还可以每 12 个月接受一次受保例行体检。这次就诊包括对您的病史和家族史进行全面审阅、从头到脚详细评估以及其他可能适当的服务、转诊和建议。		\$0
 年度保健检查 您可以获得一次年度检查。其目的是根据您当前的风险因素制定或更新预防计划。我们支付每 12 个月一次此项检查的费用。 注意： 您不得在进行“欢迎参保 Medicare”看诊后 12 个月内接受第一次年度保健检查。不过，在参保 B 部份 12 个月后，您无需先进行“欢迎参保 Medicare”看诊，即可接受年度保健检查。		\$0
哮喘预防性服务 如果您的哮喘控制不佳，可接受哮喘教育和家庭环境评估，以了解家中常见的诱发因素。		\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务		您支付的费用
	骨量测定 我们为符合资格的会员（通常是有骨质流失风险或骨质疏松症风险的人）支付某些程序的费用。这些程序可确定骨量、发现骨质流失或了解骨质量。 我们支付每 24 个月一次上述服务的费用，如果具有医疗必要性，则可支付更多次服务的费用。我们还支付医生查看结果和给予意见的费用。	\$0
	乳腺癌筛查（乳房 X 光检查） 我们支付下列服务的费用： • 35 至 39 岁一次基线乳房 X 光检查 • 为 40 岁及以上女性每 12 个月进行一次乳腺 X 光检查 • 每 24 个月一次临床乳房检查	\$0
	心脏康复服务 我们支付训练、教育和咨询等心脏康复服务的费用。会员必须满足一定的条件并有医生的转诊。 我们还承保比心脏康复计划强度更高的强化心脏康复计划。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0
	心血管（心脏）疾病风险降低就诊（心脏病治疗） 我们支付您每年前往初级保健提供者（PCP）处就诊一次的费用，或者如果具有医疗必要性，则可支付多次就诊的费用，以帮助降低您患心脏病的风险。在就诊过程中，您的医生可能会： • 讨论阿司匹林的使用， • 检查您的血压，和/或 • 给您提供建议以确保您管理好饮食。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务		您支付的费用
	心血管（心脏）疾病筛查 我们支付每五年（60 个月）一次血液检测以检查心血管疾病的费用。这些血液检测还可以检查由于心脏病高风险而导致的缺陷。	\$0
	子宫颈或阴道癌筛查 我们支付下列服务的费用： • 所有女性：每 24 个月一次子宫颈抹片检查和盆腔检查 • 宫颈癌或阴道癌高危女性：每 12 个月一次子宫颈抹片检查 • 过去三年内子宫颈抹片检查结果异常且处于育龄期的女性：每 12 个月一次子宫颈抹片检查 • 30-65 岁女性：每 5 年一次人乳头状瘤病毒（human papillomavirus, HPV）检测或子宫颈抹片加 HPV 检测	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
脊椎按摩服务（Medicare 承保） 我们支付下列服务的费用： - 通过脊柱调整来恢复正确对位 脊椎按摩服务（非 Medicare 承保）* 承保服务包括： - 初始和后续检查 - 脊椎按摩调整 - 辅助疗法 - X 光检查（仅限脊椎按摩） 非 Medicare 承保服务通过加州 American Specialty Health Plans of California, Inc.（ASH Plans）的签约提供者提供。承保服务必须由 ASH Plans 确定为具有医疗必要性。如需更多信息或如欲查找 ASH Plans 签约提供者者，您可致电 ASH Plans，电话(800) 678-9133 [听障和语障专线：711]，办公时间为 4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 5 点至晚上 8 点（太平洋时间）；10 月 1 日至次年 3 月 31 日周日至周六上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。您还可以致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部，或访问 blueshieldca.com/find-a-doctor，查找 ASH Plans 签约提供者。 *服务不计入计划的自付费用上限。	\$0 \$0（非 Medicare 承保服务的承保仅限于每年最多 12 次就诊。）
慢性疼痛管理和治疗服务 为患有慢性疼痛（持续时间超过 3 个月的持续疼痛或重复疼痛）的人士提供的每月承保服务。服务可能包括疼痛评估、药物管理以及护理协调和规划。	这项服务的费用分摊将因治疗过程中提供的具体服务项目而有所不同。 \$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 结直肠癌筛查 我们支付下列服务的费用： • 结肠镜检查没有最低或最高年龄限制。对于非高危患者，承保每 120 个月（10 年）一次的筛查费用；对于非结直肠癌高危患者，承保前一次柔性乙状结肠镜检查 48 个月后的第一次筛查费用；对于高危患者，承保前一次结肠镜检查后每 24 个月一次的筛查费用。 • 对于 45 岁及以上且结直肠癌风险不高的患者，在满足以下条件之一时，承保计算机断层结肠成像检查：自上一次筛查性计算机断层结肠成像检查所在月份起已过去至少 59 个月；或自上一次筛查性柔性乙状结肠镜检查或筛查性结肠镜检查所在月份起已过去至少 47 个月。对于结直肠癌高风险患者，在距上一次筛查性计算机断层结肠成像检查或上一次筛查性结肠镜检查所在月份结束后至少满 23 个月，可支付筛查性计算机断层结肠成像检查的费用。 • 年满 45 岁患者的乙状结肠镜检查。非高危患者在接受结肠镜检查后每 120 个月一次的筛查。高危患者在上一次柔性乙状结肠镜检查或计算机断层结肠成像检查后每 48 个月一次的筛查。 • 年满 45 岁患者的粪便潜血检查。每 12 个月一次。 • 不符合高风险标准的 45 至 85 岁患者的多靶点粪便 DNA 检测。每 3 年一次。 • 不符合高风险标准的 45 至 85 岁患者的血液生物标志物检测。每 3 年一次。 • 结直肠癌筛查包含在 Medicare 承保的非侵入性粪便结直肠癌筛查结果呈阳性之后的一次后续结肠镜检查。 • 结直肠癌筛查检测包括计划进行的筛查性柔性乙状结肠镜检查或筛查性结肠镜检查（涉及切除组织或其他物质），以及与该筛查检测相关、因该筛查检测而进行并在同一次临床就诊中实施的其他程序。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
基于社区的成人服务（CBAS） CBAS 是一项基于设施的门诊服务计划，患者可以按预约时间就诊。提供专业护理、社会服务、治疗（包括职业、物理和言语）、个人护理、家庭/护理人员培训和支持、营养服务、交通和其他服务。如果您符合资格标准，我们将支付 CBAS 的费用。 注意：如果没有可用的 CBAS 设施，我们可以单独提供这些服务。	\$0
牙科服务 我们支付某些牙科服务的费用，包括但不限于清洁、补牙和假牙。我们不承保的服务可通过 Medi-Cal 牙科计划获得，如下方第 G2 节中所述。 如果某些牙科服务包含在该人主要疾病的特定治疗方案中，我们会支付这些服务的费用。例子包括骨折或受伤后的颌骨重建、为颌骨癌放射治疗做准备而进行的拔牙，或器官移植前的口腔检查。 此外，我们承保某些综合牙科服务*。牙科福利程序表（列于本章福利表后）显示了此福利承保的特定牙科程序。列出的程序如果由网络内的持照牙医提供，并且根据普遍接受的牙科实践标准确定为必要和惯常服务，则属于承保福利。有关如何获得承保服务的信息列于牙科福利程序表之后。 此福利的后续内容见下页	对于 Medicare 承保的牙科服务，费用为 \$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
牙科服务（续） 并非所有承保服务都适合所有人。您应该信赖您的网络内牙医来确定适合您的护理。福利限制、预先授权和/或转诊可能适用于某些牙科服务。 * 服务不计入计划的自付费用上限。 某些牙科服务可通过 Medi-Cal 牙科计划获得。更多信息请访问 SmileCalifornia.org 网站。Medi-Cal 牙科计划包括但不限于以下服务： • 初步检查、X 光、清洁和氟化物治疗 • 修复和牙冠 • 根管治疗 • 部分和全口假牙、调整、修复和重衬 如需关于 Medi-Cal 牙科计划提供的牙科福利的更多信息，或者如果您需要帮助寻找接受 Medi-Cal 的牙医，请联系客户服务热线 1-800-322-6384（听障和语障用户请拨打 1-800-735-2922）。此电话为免付费专线。Medi-Cal 牙科计划代表可于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供帮助。您还可以访问下列网站了解更多信息：smilecalifornia.org/。	
 抑郁症筛查 我们支付每年一次抑郁症筛查的费用。此筛查必须在可提供后续治疗和/或转诊的初级保健场所进行。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
 糖尿病筛查 如果您有以下任何风险因素，我们会支付此筛查的费用（包括空腹血糖测试）： • 高血压 • 胆固醇和甘油三酯水平异常（血脂异常）病史 • 肥胖症 • 高血糖（葡萄糖）病史 在其他某些情况下，例如如果您超重并且有糖尿病家族史，则筛查费用可能会得到承保。 您可能有资格在您最近进行的糖尿病筛查之日后每 12 个月接受最多两次糖尿病筛查。	\$0
糖尿病自我管理训练、服务和用品 我们为所有糖尿病患者（无论是否使用胰岛素）支付下列服务的费用： • 监测血糖的用品，包括： ○ 血糖监测仪 ○ 血糖试纸条 ○ 采血装置和采血针 ○ 检查试纸和监测仪准确性的血糖控制溶液 • 我们为有严重糖尿病足病的糖尿病患者支付下列费用： 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 糖尿病自我管理训练、服务和用品 (续) ○ 一双治疗用定制模压鞋（包括鞋垫），含试鞋，以及每个日历年额外两双鞋垫，或 ○ 每年一双加深鞋（含试鞋）和三双鞋垫（不包括此类鞋随附的非定制可拆卸鞋垫） ● 某些情况下，我们会支付训练费用以帮助您管理糖尿病。要了解更多信息，请联系客户服务部。 试纸和血糖监测仪的首选制造商是 Abbott。FreeStyle®（Abbott 制造）试纸和血糖监测仪不需要您医生提前获得计划的批准（有时称为“预先授权”）。所有其他制造商生产的试纸和血糖监测仪将要求您的医生提前获得计划的批准（有时称为“预先授权”）。 使用持续血糖监测器/接收器需获得预先授权。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	
导乐服务 我们为孕妇支付产前和产后九次导乐陪护以及阵痛和分娩支持的费用。还可额外提供最多九次产后随访。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
耐用医疗器材（DME）和相关用品 如需了解“耐用医疗器材（DME）”的定义，请参考本《会员手册》第 12 章。 我们承保以下项目： • 轮椅，包括电动轮椅 • 拐杖 • 电动床垫系统 • 用于床垫的干式压力垫 • 糖尿病用品 • 提供者嘱咐在家使用的病床 • 静脉（IV）输液泵和输液杆 • 语音发生装置 • 氧气设备和用品 • 雾化器 • 助行器 • 标准弯把手拐杖或四脚拐和替换用品 • 颈椎牵引（门悬式） • 骨刺激仪 • 透析护理设备 可能会承保其他项目。 我们支付 Medicare 和 Medi-Cal 通常支付的所有具有医疗必要性的 DME 的费用。如果您所在地区的供应商不销售某一品牌或制造商的产品，您可以询问他们是否可以为您特别订购。 可能需要预先授权，由您的提供者负责。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
急诊护理 急诊护理是指以下服务： • 由接受过紧急服务培训的提供者提供，并且 • 评估或治疗医疗急症所必需。 医疗紧急情况是指迅速恶化的疾病、伤害、剧痛或医疗病况。病况非常严重，如果没有立即得到医疗护理，具有一般健康和医学知识的任何人可以预见其导致以下情况： • 对您或您未出生的孩子的健康构成严重威胁；或者 • 严重损害身体机能；或者 • 任何身体器官的严重功能障碍或 • 肢体缺失或肢体功能丧失。 • 对于临产孕妇，出现以下情况： ○ 在分娩前没有足够的时间将您安全地转移到另一家医院。 ○ 转到其他医院可能对您或您未出生的孩子的健康或安全构成威胁。 全球承保* 每年针对在美国及其领土以外接受的急诊护理或急需护理，您没有年度总限额。 *在美国及其领土以外接受的服务不计入计划的自付费用上限。	\$0 如果您在网络外医院接受急诊护理，并在急症稳定后需要住院护理，则您必须转至网络内医院，您的护理费用才能继续得到支付。只有在获得本计划批准的情况下，您才可以留在网络外医院接受住院护理。 全球急诊保险的共同保险金为 20%（如果您在一天内因相同病况入院，则可免除此共同保险金）。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
计划生育服务 法律允许您选择任何提供者（无论是网络内提供者还是网络外提供者）来提供某些计划生育服务。这是指任何医生、诊所、医院、药房或计划生育办公室。 我们支付下列服务的费用： • 计划生育检查和医疗 • 计划生育化验和诊断检测 • 节育方法（IUC/IUD、埋植剂、注射剂、避孕药、避孕贴或避孕环） • 处方计划生育用品（避孕套、避孕海绵、避孕泡沫、避孕膜、避孕隔膜、避孕帽） • 有限的生育服务，例如关于生育周期意识方法的咨询和教育，和/或孕前健康咨询、检测和性传播感染（STI）治疗 • HIV 和艾滋病及其他 HIV 相关疾病的咨询和检测 • 绝育（您必须年满 21 岁才能选择这种节育方法。您必须在手术日期前至少 30 天到 180 天签署联邦绝育同意书。） • 遗传咨询 我们还支付其他一些计划生育服务的费用。但是，您必须使用我们的网络提供者来获取以下服务： • 不孕症相关疾病的治疗（本服务不包括通过人工方式怀孕） • 艾滋病和其他 HIV 相关疾病的治疗 • 基因检测	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 健康与保健教育计划* 我们提供很多针对某些健康状况的计划。包括： • 健康教育服务； • 营养教育课程； • 戒烟；以及 • 护理热线 帮助您保持健康的计划。承保服务包括： • 书面健康教育材料，包括通讯 • 教育计划 专注于健康病况的教育计划，病况的示例包括： • 高血压 • 胆固醇 • 哮喘 • 特殊饮食 旨在增进您的健康和丰富您生活方式的教育计划，包括： • 体重管理 • 健身 • 压力管理 全天候 NurseHelp 全天 24 小时与注册护士进行保密的一对一在线对话。当您有医疗顾虑时，只要拨打我们的免费热线电话，您就能与注册护士取得联系。护士会倾听您的顾虑并帮助您找到解决方案。请拨打 1-877-304-0504（听障和语障专线：711），每周 7 天，每天 24 小时服务。 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
健康与保健教育计划*（续） SilverSneakers® Fitness 您可享受 SilverSneakers 提供的健身福利，包括： ● 覆盖全国的合作健身房和社区场所网络，在特定地点提供团体健身课程和配套设施——您可在任意数量的地点注册并获得福利 ● 通过 SilverSneakers LIVE™提供的在线直播课程和工作坊，每周 7 天、涵盖上午、下午和晚间时段 ● 通过 SilverSneakers On-Demand™提供的按需在线锻炼、健康与运动课程视频，全天 24 小时、每周 7 天均可提供 ● 通过 SilverSneakers GO™移动应用访问健身计划、活动跟踪数据及会员 ID，全天 24 小时、每周 7 天均可使用 ● 通过 SilverSneakers 社区和 Burnalong®，以现场及虚拟方式提供社交互动和健康支持 要开始使用此福利，请访问 silversneakers.com 查找您的 SilverSneakers ID 号码、健身地点和课程。如果您对您的福利有其他疑问，请拨打 1-888-423-4632 [听障和语障专线：711]，东部时间周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。 当您前往您选择的健身场所时，工作人员会使用您的 SilverSneakers ID 号将您加入他们的系统。您也可以要求参观该地点，以查看所有设施以及教室的位置。 为想在家开始锻炼或因受伤、疾病或行动受限而无法前往健身地点的会员提供居家健身套装。 在开始健身计划之前，请务必先咨询您的医生。 *服务不计入计划的自付费用上限。	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
听力服务 我们为您的提供者进行的听力和平衡测试支付费用。这些测试可以确认您是否需要接受治疗。如果您从医生、听力矫正专家或其他合格提供者处接受这些测试，则可作为门诊护理获得承保。 - 您的主治医生为了确认您是否需要接受医疗治疗而执行的诊断听力和平衡评估，会比照医生、听觉治疗师或其他合格提供者的门诊护理承保。 - 除 Medicare 和 Medi-Cal 计划（非 Medicare 覆盖范围）所涵盖的服务外，您可获得的额外听力服务* 您每年可享受\$1,500 的津贴，用于： - 一次常规（非 Medicare 承保）听力检查 - 最多两个助听器以及两次助听器验配和评估（适用于双耳合计）。 - 您可以在您选择的助听器提供者处获得这些服务。 - 这一津贴不能逐年结转。 非 Medicare 承保的听力服务津贴和食品和农产品津贴不能合并。每项福利都有单独的津贴。 您将收到福利管理员的信函，其中会包含您的个性化福利卡。本函旨在通知您，您的卡内已充入津贴金额。它还将提供有关如何通过电话、网站或移动应用程序获取更多福利详情的信息。 Healthy Benefits+是一种消费卡，您的福利津贴已预先充入卡内，以帮助支付承保项目和服务的费用。 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
听力服务（续） 如有关于此福利的疑问，您可致电福利管理员，电话 (855) 572-6341 [听障和语障专线：711]，办公时间为当地时间 10 月 1 日至次年 3 月 31 日周日至周六上午 8 点至晚上 8 点，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。您也可以 在 HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA 网站上了解更多详情。 *服务不计入计划的自付费用上限。 除本节所述的非 Medicare 覆盖的听力服务外，我们还为医生或其他合格提供者开立处方的助听器支付费用，包括： • 模具、耗材和嵌件 • 维修 • 一组初始电池 • 您获得助听器后在同一供应商处进行六次培训、调整和验配的费用 • 助听器试用期租赁 • 辅助听力设备、外戴骨传导助听器 • 助听器相关听力学和后评估服务	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
对某些慢性病况的帮助 食品和农产品* 该计划包括为患有某些慢性病的会员提供的食品和农产品福利。这是一项： • 用于购买有营养的健康食品与农产品的每月\$60 津贴。会员可在当地经批准的零售商处购买经批准的物品，以帮助他们保持健康饮食，满足营养需求。 • 这一津贴不能每月结转。 要符合此福利资格（并非所有会员都将符合资格），您必须至少患有以下一种慢性病： • 慢性酒精使用失调和其他药物使用失调（SUD） • 自身免疫性疾病： ○ 结节性多动脉炎 ○ 风湿性多肌痛 ○ 多发性肌炎 ○ 皮炎 ○ 类风湿关节炎 ○ 系统性红斑狼疮 ○ 银屑病关节炎 ○ 硬皮病 • 癌症 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
对某些慢性病况的帮助（续） ● 心血管疾病： ○ 心律失常 ○ 冠状动脉疾病 ○ 外周血管疾病 ○ 心瓣膜疾病 ● 慢性心力衰竭 ● 痴呆 ● 糖尿病 ● 超重、肥胖和代谢综合征 ● 慢性胃肠病： ○ 慢性肝病 ○ 非酒精性脂肪肝（NFLD） ○ 乙型肝炎 ○ 丙型肝炎 ○ 胰腺炎 ○ 肠易激综合征 ○ 炎症性肠病 ● 慢性肾病（CKD）： ○ 需透析的 CKD/终末期肾病（ESRD） ○ 不需要透析的 CKD ● 严重血液病： ○ 再生障碍性贫血 ○ 血友病 ○ 免疫性血小板减少性紫癜 ○ 骨髓增生异常综合征 此福利的后续内容见下页	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
对某些慢性病况的帮助（续） ○ 镰状细胞病（不包括镰状细胞特质） ○ 慢性静脉血栓栓塞性疾病 ● HIV/AIDS ● 慢性肺病： ○ 哮喘、慢性支气管炎 ○ 囊性纤维化 ○ 肺气肿 ○ 肺部纤维化 ○ 肺部高血压 ○ 慢性阻塞性肺病（COPD） ● 慢性和致残性心理健康病况： ○ 双相障碍 ○ 严重抑郁症 ○ 偏执症 ○ 精神分裂症 ○ 分裂情感性障碍 ○ 创伤后应激障碍（PTSD） ○ 饮食失调 ○ 焦虑症 ● 神经功能障碍： ○ 肌萎缩侧索硬化症（ALS） ○ 癫痫 ○ 大范围瘫痪（即偏瘫、四肢瘫、截瘫、单瘫） ○ 亨廷顿病 此福利的后续内容见下页	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
对某些慢性病况的帮助（续） ○ 多发性硬化症 ○ 帕金森病 ○ 多发性神经病 ○ 纤维肌痛症 ○ 慢性疲劳综合征 ○ 脊髓损伤 ○ 椎管狭窄 ○ 中风相关神经功能缺损 ● 中风 ● 器官移植后护理 ● 免疫缺陷和免疫抑制性疾病 ● 与认知障碍相关的病况： ○ 阿尔茨海默病 ○ 智力残疾和发育残疾 ○ 创伤性脑损伤 ○ 与认知障碍相关的致残性心理疾病 ○ 轻微认知障碍 ● 伴随功能受限且需要类似服务的疾病，包括： ○ 脊髓损伤 ○ 瘫痪 ○ 肢体丧失 ○ 中风 ○ 关节炎 ● 有损视觉、听觉（衰弱）、味觉、触觉和嗅觉的慢性病况 此福利的后续内容见下页	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
对某些慢性病况的帮助（续） • 为维持或恢复功能而需要持续治疗服务的疾病 本计划将通过使用医生提供的信息或通过医生联系以获取有关您慢性病况的签名声明，来确定您是否有资格享受食品和农产品福利。 非 Medicare 承保的听力服务津贴和食品和农产品津贴不能合并。每项福利都有单独的津贴。 Healthy Benefits+ 是一种消费卡，您的福利津贴已预先充入卡内，以帮助支付承保项目和服务的费用。 一旦您被视为符合资格，您将收到福利管理员的信函，其中会包含您的个性化福利卡。本函旨在通知您，您的卡内已充入津贴金额。它还将提供有关如何通过电话、网站或移动应用程序获取更多福利详情的信息。 如有关于此福利的疑问，您可致电福利管理员，电话 (855) 572-6341 [听障和语障专线：711]，办公时间为当地时间 10 月 1 日至次年 3 月 31 日周日至周六上午 8 点至晚上 8 点，4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。您也可以访问 HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA 网站上了解更多详情。 * 服务不计入计划的自付费用上限。	
 HIV 筛查 我们为符合以下情况的人员支付每 12 个月一次 HIV 筛查的费用： • 要求进行 HIV 筛查测试，或 • HIV 感染风险增加。 如果您怀孕了，我们支付怀孕期间最多三次 HIV 筛查的费用。 我们还会支付您的提供者建议的额外 HIV 筛查的费用。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
居家健康机构护理 医生必须告诉我们您需要家庭健康服务，并且这些服务必须由居家健康机构提供，之后您才能获取居家健康服务。您必须是不宜外出的状态，也就是说出门对您来说是极不方便的事。 我们为以下服务，或许还有此处未列出的其他服务付费： • 非全职或间歇性的专业护理和家庭健康援助服务（您的专业护理和居家健康助理服务合计每天必须少于 8 小时，并且每周不超过 35 小时，才会属于居家医疗保健福利的承保范围。） • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 医疗和社会服务 • 医疗设备和用品 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	每次承保家庭健康就诊的费用为\$0
居家输液治疗 本计划支付居家输液治疗的费用，居家输液治疗的定义是将药物或生物物质注入静脉或在皮下施用并在家中提供给您。进行居家输液需要以下用品： • 药物或生物物质，例如抗病毒药物或免疫球蛋白； • 设备，例如泵；以及 • 耗材，例如管子或导管。 我们的计划承保居家输液服务，包括但不限于： • 根据您的护理计划提供的专业服务，包括护理服务； • 尚未纳入 DME 福利的会员培训和教育； • 远程监控；以及 • 由符合资格的居家输液疗法供应商提供的居家输液疗法和居家输液药物的监控服务。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	对于每次承保的居家输液治疗就诊，共付额为\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
送餐上门* 从医院或专业护理机构出院后，我们承保： • 每次出院 22 份正餐和 10 份点心 • 正餐和点心将根据需要最多分两次配送 • 承保范围仅限于每年两次出院 如需更多信息，请致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部（电话号码请参考本文档封底）。 * 服务不计入计划的自付费用上限。	每次承保送餐上门服务费用为\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
临终关怀 如果您的提供者和临终关怀医疗主任确定您患有末期预后，则您有权选择临终关怀。这意味着您患有终末疾病并且预期寿命不超过 6 个月。您可以从 Medicare 认证的任何临终关怀计划获得护理。本计划必须帮助您在本计划服务区域内找到 Medicare 认证的临终关怀计划，包括我们拥有、控制或有财务利益的计划。您的临终关怀医生可以是网络内提供者，也可以是网络外提供者。 承保服务包括： • 治疗症状和止疼的药物 • 短期喘息护理 • 居家护理 鉴于临终关怀服务以及 Medicare A 部分或 B 部分 承保的与末期预后有关的服务由 Medicare 付费： • Original Medicare（而非本计划）会向您的临终关怀服务提供者支付临终关怀服务及与您终末疾病相关的任何 A 部分或 B 部分 服务的费用。在您参加临终关怀计划期间，您的临终关怀服务提供者会就 Original Medicare 支付的服务向 Original Medicare 开具账单。 本计划承保但 Medicare A 部分或 Medicare B 部分 不承保的服务： • 本计划承保 Medicare A 部分或 Medicare B 部分 不承保的服务。无论这些服务是否与您的末期预后相关，我们都会承保。您无需为这些服务支付任何费用。 此福利的后续内容见下页	当您加入经 Medicare 认证的临终关怀计划时，您的临终关怀服务以及与终末期预后相关的 A 部分和 B 部分 服务费用将由原 Medicare 承担，而非 Blue Shield TotalDual 计划。 临终关怀咨询服务的费用为 \$0（仅限一次）

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
临终关怀（续） 本计划的 Medicare D 部分福利可能承保的药物： • 药物绝对不会同时属于临终关怀计划和本计划的承保范围。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第 5 章。 注意：如果您患有严重疾病，您可能有资格获得姑息护理，其提供基于团队的以患者和家庭为中心的护理，以改善您的生活质量。您可以在接受治疗/常规护理的同时接受姑息护理。详情请参考下面的“姑息护理”部分。 注意：如果您需要非临终关怀，请致电您的护理协调员和/或服务部来安排服务。非临终关怀指与您的末期预后无关的护理。 本计划为尚未选择临终关怀福利的患有末期疾病的会员提供临终关怀咨询服务承保（限一次）。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 免疫接种 我们支付下列服务的费用： • 肺炎疫苗 • 注射流感疫苗，每个秋冬流感季各一次，医疗所需时可额外注射流感疫苗 • 乙型肝炎疫苗（如果您在罹患乙型肝炎方面具有中、高风险） • COVID-19 疫苗 • 人乳头状瘤病毒（HPV）疫苗 • 其他疫苗（如果您有风险且这些疫苗符合 Medicare B 部分承保规定） 我们支付符合 Medicare D 部分承保规定的其他疫苗的费用。 如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第 6 章。 我们还支付免疫实践咨询委员会（ACIP）建议的所有成人疫苗的费用。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
住院医院护理 我们支付以下服务以及此处未列出的其他必要医疗服务的费用： • 双人病房（如出于医疗需要，则应为单人病房） • 膳食，包括特殊饮食 • 定期护理服务 • 特殊护理病房（例如重症监护或冠心病护理病房）的费用 • 药物和药物治疗 • 化验 • X 光和其他放射服务 • 所需的外科手术和医疗用品 • 用具，例如轮椅 • 手术与恢复室服务 • 物理、职能和言语治疗 • 住院药物滥用服务 • 某些情况下，以下类型的移植：角膜、肾脏、肾脏/胰腺、心脏、肝脏、肺、心/肺、骨髓、干细胞和肠道/多器官。 此福利的后续内容见下页	\$0 急症稳定后，您必须获得本计划的批准才能在网络外医院接受住院治疗。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
住院医院护理（续） 如果您需要移植，会安排 Medicare 批准的移植中心审查您的病例并决定您是否可接受移植。移植医疗服务提供者可位于当地或服务区域外。如果当地移植服务提供者愿意接受 Medicare 费率，则您可以获得当地或社区护理模式以外的移植服务。如果本计划在我们社区的护理模式以外提供移植服务，并且您选择在那里接受移植，我们会为您和额外一人安排住宿和旅行或支付相关费用。 • 血液，包括储存与输血 • 医生服务 注意：您的医疗服务提供者必须以书面方式嘱咐让您正式住院，您才算是住院病人。即使您在医院过了一个晚上，仍可能被视为“门诊病人”。如果您不确定自己应该是住院病人还是门诊病人，请咨询医院职员。 更多信息，请参考 Medicare 信息表《Medicare 医院福利》。此信息表可在以下网址获取： Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，也可致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）获取。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	
精神病医院的住院服务 我们为必须住院的心理健康护理服务支付费用。 • 如果您需要在一家独立的精神病医院接受住院服务，我们将支付前 190 天的费用。之后，由当地的县心理健康机构支付医疗上必要的精神科住院服务的费用。190 天之后的治疗授权与当地的县心理健康机构进行协调。 ○ 190 天的期限不适用于综合医院精神科提供的心理健康护理住院服务。 • 如果您年满 65 岁，我们将为您在精神疾病研究所（IMD）获得的服务付费。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
住院：非承保住院期间在医院或专业护理机构（SNF）接受的承保服务 如果您已用完所有住院福利，或者住院不合理且不具有医疗必要性，我们不会支付您的住院费用。 但是，在住院治疗不属于承保范围的某些情况下，我们可能会为您在医院或护理机构接受的服务支付费用。要了解更多信息，请联系客户服务部。 我们为以下服务，或许还有此处未列出的其他服务付费： • 医生服务 • 诊断检测，如化验 • X 光、镭疗法和同位素疗法，包括技师材料和服务 • 外科手术敷料 • 用于骨折和脱臼复位的固定夹板、石膏和其他装置 • 义肢和矫形装置（牙科除外），包括此类装置的更换或修理。这些装置可全部或部分替代： ○ 人体内部器官（包括邻近组织），或 ○ 异常或失常人体内部器官的功能。 • 腿部、手臂、背部和颈部支架、托带，以及义腿、义臂和义眼。这包括因断裂、磨损、遗失或患者身体状况变化所需进行的调整、维修和更换 • 物理治疗、言语治疗和职业治疗 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
肾脏疾病服务和用品 我们支付下列服务的费用： • 肾脏疾病教育服务，以教授肾脏护理知识并帮助您做出正确的护理决定。您必须患有 IV 期慢性肾病，并且您的医生必须为您转诊。我们承保最多六次肾脏疾病教育服务。 • 门诊透析治疗，包括本《会员手册》第 3 章中所述的您暂时离开服务区域时，或者在您的服务提供者暂时无法提供服务或联系不上时进行的透析治疗。 • 住院透析治疗（如果您住院是为了接受特别护理） • 自行透析培训，包括对您和帮助您在家透析治疗者的培训 • 居家透析器材和用品 • 某些居家支持服务，例如，必要时由受过培训的透析工作者上门查看您居家透析的情形、提供紧急状况协助，以及检查您的透析设备和供水。 Medicare B 部分支付某些透析药物的费用。有关信息，请参考此表中的“Medicare B 部分药物”。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0
 低剂量计算机断层成像（low dose computed tomography, LDCT）肺癌筛查 如果您符合以下条件，本计划将支付每 12 个月一次肺癌筛查的费用： • 年龄在50-77岁之间，并且 • 咨询您的医生或其他合格提供者并共同做出决策，并且 • 每天至少吸一包烟，烟龄达20年，且没有肺癌迹象或症状，或目前吸烟，或已在过去15年内戒烟 首次筛查后，本计划将根据您的医生或其他合格提供者的书面医嘱支付每年额外一次筛查的费用。如果提供者选择为肺癌筛查提供咨询和共同决策看诊，则该看诊必须符合 Medicare 对这类看诊的标准。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 医学营养疗法 这项福利适用于患有糖尿病或肾病且无需透析的患者。此外也适用于肾移植后您的医生为您转诊的情况。 在您通过 Medicare 接受医学营养治疗服务的第一年，我们将支付三小时的一对一咨询服务的费用。如果医疗上有必要，我们可能会批准额外的服务。 之后，我们会支付每年两小时的一对一咨询服务的费用。如果您的病况、治疗或诊断变更，您也许能在医生转诊的情况下接受更多小时的治疗。如果您下一个日历年需要治疗，则医生必须每年开具这些服务的处方并为转诊续期。如果医疗上有必要，我们可能会批准额外的服务。	\$0
 Medicare 糖尿病预防计划（MDPP） 本计划为符合资格的人支付 MDPP 服务费用。MDPP 旨在帮助您加强健康行为。该计划提供以下方面的实践培训： • 长期饮食调整，以及 • 增加体能活动，以及 • 保持减重和健康生活方式的方法。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
Medicare B 部分药物 这些药物属于 Medicare B 部分的承保范围。本计划支付以下药物的费用： • 您通常不会自行施用，而是在接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输注的药物 • 通过耐用医疗器材（例如医疗上必需的胰岛素泵）给予的胰岛素 • 您通过本计划授权的耐用医疗器材（例如雾化器）施用的其他药物 • 静脉注射（IV）的抗阿尔茨海默病药 Leqembi®（通用名为 Lecanemab） • 您自行注射的凝血因子（如果您有血友病） • 移植/免疫抑制药物：如果 Medicare 为您的器官移植支付费用，Medicare 则会承保移植药物治疗。您在进行承保的移植时必须已投保 A 部分，在获取免疫抑制药物时必须已投保 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制药物，则由 Medicare D 部分承保 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
Medicare B 部分药物（续） • 注射的抗骨质疏松药物。如果您在家不便出门，有经医生证明与停经后骨质疏松相关的骨折，并且不能自行施用药物，我们将支付这些药物的费用。 • 某些抗原：如果抗原是由医生配制，并在适当的监督下由接受过适当指示的人（可能是您，患者）进行注射，Medicare 则会承保抗原。 • 某些口服抗癌药物：如果您口服的某些口服抗癌药物有注射剂形式，或者该药物是一种前体药物（药物的口服形式，摄入后会分解成与注射剂药物中相同的活性成分），则 Medicare 会为您承保。随着新的口服抗癌药物问世，B 部分 可能会承保这些药物。如果 B 部分 不承保，则由 D 部分 承保。 • 口服止呕药：如果口服止呕药是在化疗前、化疗时或化疗后 48 小时内施用，或作为静脉注射止呕药的完全治疗替代品使用，则 Medicare 承保您作为抗癌化疗方案一部分使用的口服止呕药。 • Medicare B 部分 承保的某些口服终末期肾病（ESRD）药物 • ESRD 付款系统承保的钙模拟药物和磷结合剂，包括静脉注射药物 Parsabiv® 和口服药物 Sensipar • 某些居家透析药物，包括肝素、具有医疗必要性的肝素解毒剂以及局部麻醉剂 • 促红细胞生成剂：如果您患有 ESRD 或需要注射促红细胞生成素来治疗与某些其他疾病相关的贫血（如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa®、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epotin beta），Medicare 将承保注射用促红血球生成素 此福利的后续内容见下页	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
Medicare B 部分药物（续） • 先天免疫缺乏疾病居家治疗用的免疫球蛋白静脉注射剂 • 肠外和肠内营养（静脉和管饲） 我们也根据 Medicare B 部分规定承保某些疫苗，并根据 Medicare D 部分药物福利规定承保大多数成人疫苗。 本《会员手册》第 5 章介绍了我们的药物福利。其中说明了您要获得处方药承保必须遵守的规定。 本《会员手册》第 6 章介绍了您通过我们的计划为药物支付的费用。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	
护理机构护理 护理机构（NF）是指为无法在家中接受护理但不需要住院的人提供护理的场所。 我们付费的服务包括但不限于下列项目： • 双人病房（如医疗所需则为单人病房） • 膳食，包括特殊饮食 • 护理服务 • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 呼吸治疗 • 按您的护理计划为您施用的药物。（包括体内天然存在的物质，例如凝血因子。） 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
护理机构护理（续） • 血液，包括储存与输血 • 通常由护理机构提供的医疗和外科手术用品 • 通常由护理机构进行的化验 • 通常由护理机构提供的 X 光和其他放射服务 • 使用用具，例如通常由护理机构提供的轮椅 • 医生/执业人员服务 • 耐用医疗器材 • 牙科服务，包括假牙 • 视力福利 • 听力检查 • 脊椎按摩治疗 • 足科服务 您通常通过网络内机构获取护理。不过，您也许可以从我们网络外的机构获取护理。如果以下场所接受本计划的付款金额，则您可以从这些场所获取护理： • 您到医院住院前居住的护理机构或持续护理退休社区（只要其提供护理机构护理）。 • 您出院时您的配偶或同居伴侣所居住的护理机构。	
 肥胖症筛查和减肥治疗 如果您的身体质量指数达到 30 或以上，我们会为帮助您减重的咨询服务支付费用。您必须在初级保健机构获取咨询服务。这样，您就可以通过全面的预防计划进行管理。请洽询您的初级保健提供者了解详情。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
阿片类药物治疗计划（Opioid treatment program, OTP）服务 本计划通过 OTP 支付以下阿片类药物使用障碍（opioid use disorder, OUD）治疗服务的费用，包括以下服务： • 摄取活动 • 定期评估 • FDA 批准的药物，以及（如适用）管理和给予您这些药物 • 物质使用咨询 • 个人和团体治疗 • 测试您体内的药物或化学物质（毒理学测试）	\$0
门诊诊断检测以及治疗服务和用品 我们支付以下服务以及此处未列出的其他必要医疗服务的费用： • X 光 • 放射（镭和同位素）疗法，包括技师材料和用品 • 外科手术用品，例如敷料 • 用于骨折和脱臼复位的固定夹板、石膏和其他装置 • 化验 • 血液，包括储存与输血 • 诊断性非实验室检查，如 CT 扫描、MRI、心电图和 PET 扫描，前提是您的医生或其他医疗保健提供者治疗某种医疗病况而开具这些检查 • 其他门诊诊断检测 可能需要预先授权和转诊，由您的医疗服务提供者负责。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
门诊医院观察 我们为门诊医院观察服务支付费用，这种服务的目的是判断您需要作为住院病人入院，还是可以出院。 这些服务必须符合 Medicare 的标准并且被视为合理且必需。观察服务仅在按医生的医嘱，或按依州法律及医院医务人员章程获授权之其他人员的医嘱（该授权涵盖批准住院或开立门诊检查）提供时，方予承保。 注意：除非提供者已书面下达将您作为住院病人收治入院的医嘱，否则您属于门诊病人。即使您在医院过了一个晚上，仍可能被视为门诊病人。如果您不确定自己是不是门诊病人，请问医院职员。 更多信息，请参考 Medicare 信息表《Medicare 医院福利》。此信息表可在以下网址获取： Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
门诊医院服务 我们支付您为诊断或治疗疾病或伤害而在医院门诊部接受医疗所需服务的费用，例如： - 在急诊科或门诊诊所提供的服务，例如门诊外科手术或观察服务 - 观察服务可帮助您的医生了解您是否需要作为“住院病人”办理住院。 - 有时您可能在医院过了一个晚上，但仍是“门诊病人”。 - 您可以在此信息表中获取有关作为住院或门诊病人的更多信息：es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf。 - 医院收费的化验和诊断检测 - 心理健康护理，包括部分住院计划的护理（如果医生证明没有此护理便需住院治疗） - 医院收费的 X 光和其他放射服务 - 医疗用品，例如固定夹板和石膏 - 福利表中列出的预防性筛查和服务 - 某些您无法自行使用的药物 可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
门诊心理健康护理 我们支付以下提供者提供的心理健康服务的费用： • 获得州许可的精神科医生或医生 • 临床心理医生 • 临床社工 • 临床专科护士 • 持证专业顾问（LPC） • 持证婚姻家庭治疗师（LMFT） • 执业护士（NP） • 医生助理（PA） • 适用州法律允许的任何其他符合 Medicare 资格要求的心理健康护理专业人员 我们为以下服务，或许还有此处未列出的其他服务付费： • 诊所服务 • 日间治疗 • 社会心理康复服务 • 部分住院或强化门诊计划 • 个人和团体心理健康评估和治疗 • 当有临床指征时评估心理健康结果的心理测试 • 用于监测药物治疗的门诊服务 • 门诊实验室、药物、用品和补充剂 • 精神科咨询 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
门诊康复服务 我们支付物理治疗、职业治疗和言语治疗的费用。 您可以从医院门诊部、独立治疗师诊所、综合门诊康复机构（CORF）和其他机构获得门诊康复服务。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0
门诊药物使用失调服务 我们为以下服务，或许还有此处未列出的其他服务付费： • 酒精滥用筛查和咨询 • 药物滥用治疗 • 由符合资格的临床医生提供的团体或个人咨询服务 • 住院戒毒计划的亚急性期戒毒 • 强化门诊治疗中心的酒精和/或药物服务 • 缓释 Naltrexone（vivitrol）治疗 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	每次个人或团体治疗就诊的费用为\$0
门诊外科手术 我们支付医院门诊设施和门诊手术中心的门诊手术和服务的费用。 注意：如果您在医院设施接受外科手术，应向提供者确认您会是住院病人还是门诊病人。除非提供者书面下达将您作为住院病人收治入院的医嘱，否则您属于门诊病人。即使您在医院过了一个晚上，仍可能被视为门诊病人。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	每次前往门诊手术中心或医院门诊设施就诊的费用为\$0。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务		您支付的费用
非处方（OTC）项目* 您有权获得 OTC 项目目录中所列 OTC 药物和用品的\$120 季度津贴。阿司匹林、维生素、感冒和咳嗽药物以及绷带等物品属于此福利承保范围。化妆品和食品补充剂等物品不属于此福利承保范围。 OTC 项目目录和订购说明可在 blueshieldca.com/medicareOTC 在线获得。您可以通过致电订购物品，电话(888) 628-2770 [听障和语障专线：711]，周一至周五上午 9:00 至晚上 8:00（太平洋标准时间）提供服务，或访问 blueshieldca.com/medicareOTC。订购的物品将免费运送给您。请耐心等待约 7 个工作日，以便产品送达。 此福利在每个季度的第一天生效。您每个季度可以下两个订单，并且不能将未使用的配额转入下一个季度。适用某些限制。请参考 OTC 项目目录了解更多信息。 * 服务不计入计划的自付费用上限		\$0



如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
姑息护理 我们的计划承保姑息护理。姑息护理是为患有严重疾病的人提供的。它提供以患者和家庭为中心的护理，通过预期、预防和治疗病痛来改善生活质量。姑息护理不是临终关怀，因此并非只向预期寿命为 6 个月或更短时间的会员提供。姑息护理与治疗/常规护理同时提供。 姑息护理包括： • 预先护理规划 • 姑息护理评估和咨询 • 护理计划，其中包括所有授权的姑息和治疗护理，包括心理健康和医疗社会服务 • 您指定的护理团队提供的服务 • 护理协调 • 疼痛和症状管理 如果您超过 21 岁，您就无法同时接受临终关怀和姑息护理。如果您正在接受姑息护理并符合临终关怀的资格，您可以随时要求将姑息护理更改为临终关怀。	\$0
部分住院服务和强化门诊服务 部分住院是一项结构化积极精神治疗计划，作为医院门诊服务提供或由社区心理健康中心提供，其强度高于您在医生、治疗师、持照婚姻家庭治疗师（licensed marriage and family therapist, LMFT）或持照专业咨询师的诊所获得的护理。它可以帮助您避免住院。 强化门诊服务是一种积极的行为（心理）健康治疗的结构化计划，通过医院门诊服务、社区心理健康中心、联邦合格健康中心或农村健康诊所提供，其强度高于您在医生、治疗师、LMFT 或持照专业咨询师的诊所获得的护理，但低于部分住院治疗。 注意：由于我们的网络内没有社区心理健康中心，因此我们仅按医院门诊服务来承保部分住院治疗。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
医生/提供者服务，包括医生诊所就诊 我们支付下列服务的费用： - 在以下场所提供的具有医疗必要性的医疗保健或外科手术服务： - 医生诊所 - 经认证的门诊手术中心 - 医院门诊部 - 专科医生咨询、诊断和治疗 - 由您的初级保健提供者进行的基本听力与平衡检查（如果是医生为确认您是否需要治疗而开立） - 某些远程医疗服务，包括医生为治疗非急症病况（例如感冒和流感症状、过敏、支气管炎、呼吸道感染、鼻窦问题、皮疹、眼部感染、偏头痛等）而提供的服务。 - 您可以选择通过面对面看诊或远程医疗看诊的方式获取这些服务。如果您选择通过远程医疗看诊的方式获取这些服务之一，您则必须使用目前可通过远程医疗提供服务的网络内提供者。 - 请参考福利表中的“额外远程医疗服务”部分了解更多信息。 - 在医院附设或重症医院附设透析中心、透析机构或在家中为居家透析会员进行的每月终末期肾病（ESRD）相关访视远程医疗服务 - 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务 - 为有物质使用障碍或并发精神疾病的会员提供的远程医疗服务 此福利的后续内容见下页	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
医生/提供者服务，包括医生诊所就诊（续） • 用于诊断、评估和治疗精神疾病的远程医疗服务，需符合以下条件： ○ 您在首次远程医疗就诊前 6 个月内进行过面对面就诊 ○ 在接受这些远程医疗服务期间，您每 12 个月进行一次面对面就诊 ○ 某些情况下可对上述规定进行例外处理 • 由乡村健康诊所和联邦合格健康中心提供的心理健康就诊远程医疗服务。 • 如有以下情况，则会与您的医生进行 5-10 分钟的虚拟查问（例如，通过电话或视频聊天）： ○ 您不是新患者并且 ○ 查问与过去 7 天内进行的诊所就诊无关，并且 ○ 查问不会发展为在 24 小时内或最快可安排的预约时间内进行的诊所就诊 • 如有以下情况，则会评估您发送给您医生的视频和/或图像，并在 24 小时内由您的医生进行解读和跟进： ○ 您不是新患者并且 ○ 评估与过去 7 天内进行的诊所就诊无关，并且 ○ 评估不会发展为在 24 小时内或最快可安排的预约时间内进行的诊所就诊 • 您的医生通过电话、互联网或电子健康记录与其他医生进行的会诊（如果您不是新患者） • 外科手术前由其他网络内提供者提供的第二意见 此福利的后续内容见下页	

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
医生/提供者服务，包括医生诊所就诊（续） • 非例行牙科护理。承保的服务仅限于： ○ 颌骨或相关结构的手术 ○ 颌骨或面部骨骼骨折整复 ○ 肿瘤性癌症放射治疗前的拔牙 ○ 由医生提供时可得到承保的服务 可能需要事先批准，此责任由您的医疗服务提供方承担。	
足科服务 我们支付下列服务的费用： • 足部伤害和疾病（例如槌状趾或跟骨骨刺）的诊断和医学或手术治疗 • 为患有糖尿病等影响腿部的疾病的会员提供的例行足部护理 • 例行（非 Medicare 承保）足部护理*包括： ○ 切除或去除鸡眼和老茧 ○ 指甲修剪、剪切或清创 *服务不计入计划的自付费用上限。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
 用于艾滋病毒预防的暴露前预防（Pre-exposure prophylaxis, PrEP） 如果您没有 HIV，但您的医生或其他医疗保健从业人员判断您感染 HIV 的风险较高，我们承保暴露前预防（PrEP）药物和相关服务。 如果您符合资格，承保服务包括： • FDA 批准的口服或注射 PrEP 药物。如果您正在使用注射药物，我们也会支付注射药物的费用。 • 每 12 个月最多 8 次个人咨询会（包括 HIV 风险评估、减少 HIV 风险和服药依从性）。 • 每 12 个月最多 8 次 HIV 筛查。 • 一次性的乙型肝炎病毒筛查。	\$0
 前列腺癌筛查 对于年满 50 岁的男性，我们每 12 个月支付一次以下服务的费用： • 直肠指检 • 前列腺特异性抗原（PSA）检测	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
义具和矫形装置及相关用品 全部或局部替换身体部位或功能的假肢装置。这些包括但不限于： • 义具和矫形装置使用方面的测试、安装或培训 • 与结肠造口护理相关的结肠造口袋和用品 • 肠内和肠外营养，包括输注套件、输液泵、管路和适配器、营养液以及自行注射用品 • 起搏器 • 支架 • 义肢鞋 • 人造手臂和腿 • 乳房假体（包括乳房切除术后使用的义乳文胸） • 用于全部或部分替换因疾病、受伤或先天缺陷而切除或受损的人体外部器官的假体 • 失禁用软膏和尿片 我们支付与义具和矫形装置相关的某些用品的费用。我们还支付修理或更换义具和矫形装置的费用。 我们提供白内障摘除或白内障手术后的某些承保。有关详细信息，请参考本表后面的“视力保健”。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0
肺部康复服务 我们为患有中度至极重度慢性阻塞性肺病（COPD）的会员支付肺部康复计划的费用。必须由治疗慢性阻塞性肺病的医生或提供者为您进行肺部康复转诊。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 丙型肝炎病毒感染筛查 如果您的初级保健医生或其他合格的医疗保健提供者开具了丙型肝炎筛查，并且您符合以下任一条件，我们予以承保： • 您因使用或曾使用非法注射药物而面临高风险。 • 您在 1992 年之前进行过输血。 • 您于 1945-1965 年期间出生。 如果您于 1945-1965 年期间出生，但并未被视为高风险，我们会支付一次筛查的费用。如果您处于高风险（例如，自您上次接受丙型肝炎筛查以来，您一直使用非法注射药物），我们承保年度筛查。	\$0
 性传播感染（STI）筛查和咨询 我们支付衣原体、淋病、梅毒和乙型肝炎的筛查费用。孕妇和某些 STI 风险较高的人士享有这些筛查的承保。这类检测必须由初级保健提供者开医嘱。我们每 12 个月承保一次这类检测，妊娠期间则在特定时间提供承保。 我们也为性生活频繁以致 STI 风险较高的成人支付每年最多两次面对面高密度个人行为咨询服务。每次服务可持续 20 至 30 分钟。只有当这类咨询服务由初级保健提供者提供时，我们才会支付作为预防性服务的这类咨询的费用。咨询服务必须在初级保健机构进行，例如医生诊所。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
专业护理机构（SNF）护理 如欲了解专业护理机构护理的定义，请参考第 12 章。 我们为以下服务，或许还有此处未列出的其他服务付费： • 双人病房，如出于医疗需要，则应为单人病房 • 膳食，包括特殊饮食 • 专业护理服务 • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 根据您的护理计划您获得的药物，包括体内天然存在的物质，例如凝血因子 • 血液，包括储存与输血 • SNF 提供的医疗和外科手术用品 • SNF 进行的化验 • 护理机构提供的 X 光和其他放射服务 • 用具，例如通常由护理机构提供的轮椅 • 医生/提供者服务 您通常从网络内机构获取 SNF 护理。在某些情况下，您可能可以从我们网络外的机构获取护理。如果以下场所接受本计划的付款金额，则您可以从这些场所获取护理： • 您到医院住院前居住的护理机构或持续护理退休社区（只要其提供护理机构护理） • 您出院时您的配偶或同居伴侣所居住的护理机构 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 戒烟就诊 对于符合下列标准的门诊和住院病人，戒烟咨询属于承保范围： • 吸烟，无论是否表现出吸烟相关疾病的征兆或症状 • 在咨询过程中具备行为能力且神志清醒 • 由合格医生或其他经 Medicare 认可的执业人员提供咨询 我们每年承保两次戒烟尝试（每次尝试最多可包含四次中等或强化疗程，每年最多八次）。	\$0
监督运动疗法（SET） 我们为有外周动脉疾病（peripheral artery disease, PAD）症状并由负责 PAD 治疗的医生进行 PAD 转诊的会员支付 SET 的费用。 本计划支付以下服务的费用： • 12 周内最多 36 次治疗（须符合所有 SET 要求） • 额外 36 次治疗（如果医疗保健提供者认为具有医疗必要性） SET 计划必须： • 为包含 30-60 分钟疗程的 PAD 运动治疗训练计划，面向因血流不畅而腿部抽筋（跛行）的会员 • 在医院门诊场所或在医生诊所进行 • 由接受过 PAD 运动治疗训练的合格人员提供，以确保效益大于危害 • 由医生、医生助理或执业护士/临床专科护士直接监督，以上人员必须受过基本和进阶救命术的训练 可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
交通服务：非紧急医疗运输服务* 这项福利允许为您的计划和 Medicare 承保的服务提供医疗交通服务。这可能包括：救护车、垃圾车、轮椅车医疗交通服务，并与辅助客运系统协调。 针对非急症医疗交通和非医疗运输服务，您每年可享有共 48 次前往计划批准健康相关地点的单程接送额度。每次行程不得超过 70 英里。 在您使用完 48 次单程行程后，Medi-Cal 将承保前往批准地点的无限次行程。 如符合以下情况，则可获得交通服务授权： • 您的提供者认定您的医疗和/或身体状况不允许您乘坐公共汽车、小汽车、出租车或其他公共或私人交通工具出行，并且需要获得预先授权，您还需致电您的计划以安排接送。 • 根据服务类型，可能需要事先授权。 交通服务的安排由 Call The Car 来处理。会员必须致电 (855) 200-7544 [听障和语障专线：711] 进行安排，此号码每周 7 天、每天 24 小时开通。可使用 CTC Go 移动应用程序来安排、更改、追踪和取消路边、门到门和轮椅预订。CTC Go 移动应用程序不能用于轮床交通服务，您必须致电进行预订。交通服务必须至少提前 24 小时安排。 *服务不计入计划的自付费用上限。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
交通服务：非医疗运输服务* 此福利允许乘坐乘用车、出租车或其他形式的公共/私人交通前往医疗服务地点。 为了获取 Medi-Cal 承保的所需医疗护理，需要交通服务，包括前往牙科预约和领取药物。Medi-Cal 和 Medicare 双重承保服务的交通服务属于承保范围。 针对非急症医疗交通和非医疗运输服务，您每年可享有共 48 次前往计划批准健康相关地点的单程接送额度。每次行程不得超过 70 英里。 在您使用完 48 次单程行程后，Medi-Cal 将承保前往批准地点的无限次行程。 交通服务的安排由 Call The Car 来处理。会员必须致电 (855) 200-7544 [听障和语障专线：711] 进行安排，此号码每周 7 天、每天 24 小时开通。交通服务必须至少提前 24 小时安排。Call The Car 提供了一款移动应用程序（CTC-Go），Blue Shield TotalDual Plan 会员可以使用该应用程序来协调医疗保健交通服务。CTC-Go 允许您查看即将到来或过去的预订、评价您的行程、跟踪您的司机、取消现有预订以及安排新的预订。CTC-Go 可在 iOS 和 Android 上使用。在您的应用商店中搜索“CTC Go”并下载该应用程序。 *服务不计入计划的自付费用上限。 可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
急需护理 急需护理指为治疗下列情况而给予的护理： • 立即需要医疗护理的非紧急情况，或 • 未预见的疾病，或 • 受伤，或 • 立即需要护理的情况。 如果您需要急需护理，您应该首先尝试从网络内提供者处获取。但是，当您因为时间、地点或情况所限而不能或不能合理从网络内提供者处获取此服务（例如，当您在计划的服务区域以外，且针对未遇到过的非医疗紧急情况立即需要获取具有医疗必要性的服务时），亦即不能前往网络内提供者处时，您可以使用网络外提供者。 全球承保* 针对在美国及其领土以外接受的急诊护理或紧急需求服务，您没有年度总限额，其也不计入计划的自付费用上限。 *服务不计入计划的自付费用上限。	\$0 全球急诊保险的 共同保险金为 20% （如果您在一天内 因相同病况入院， 则可免除此共同保 险金）。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
 视力保健（Medicare 承保） 我们支付下列服务的费用： 我们支付诊断和治疗眼睛疾病和伤害的门诊医生服务的费用。例如，治疗年龄相关黄斑变性。 针对青光眼高风险人群，我们每年支付一次青光眼筛查的费用。青光眼高风险人群包括： • 有青光眼家族史的人 • 糖尿病患者 • 年满 50 岁的非裔美国人 • 年满 65 岁的西班牙裔美国人 对于糖尿病患者，我们每年支付一次糖尿病视网膜病变筛查费用。 每次白内障手术（医生植入人工晶体）后，我们支付一副眼镜（镜片和镜框）或隐形眼镜的费用。 如果您进行了两次单独的白内障手术，则您必须在每次手术后配一副眼镜。即使您在第一次手术后没有配眼镜，第二次手术后也不能配两副眼镜。 <i>可能需要预先授权，由您的医疗服务提供者负责。</i>	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



承保服务	您支付的费用
视力保健，非 Medicare 承保（从网络内医疗服务提供者处获得）* 承保服务包括： ● 常规眼科检查，包括验光和眼镜镜片处方。 如果医疗服务提供者建议额外的程序，您负责支付额外的费用。隐形眼镜检查需要额外费用。您负责支付额外的费用。 ● 眼镜镜框。 ● 眼镜镜片或隐形眼镜。如果您选择眼镜镜片，可以选择单焦点、带线双焦点、带线三焦点和透镜片。如果您选择未列出的其他镜片或附加处理，即使总费用仍在额度范围内，您也需自行承担额外费用。 无须预先授权（提前批准）。 使用视力服务目录或访问 blueshieldca.com/find-a-doctor 查找参加 Vision Service Plan（VSP）（Blue Shield Vision Plan 管理者）网络的提供者。 *服务不计入计划的自付费用上限。	使用网络内提供者时，您每年为一次检查支付\$0。 当您使用网络内提供者时，每年可以支付\$0购买一副眼镜镜框（正常零售价不超过\$365）。如果您选择价格在\$365 以上的眼镜镜框，则由您负责支付差价。 当您使用网络内提供者时，每年一副处方眼镜镜片（无论尺寸或度数如何）或隐形眼镜（隐形眼镜服务和材料的价格不超过\$365）的费用为\$0。如果服务和材料价格超过\$365，需自行支付差价。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

承保服务	您支付的费用
视力保健，非 Medicare 承保（从非网络内医疗服务提供者处获得）* • 常规眼科检查、验光和眼镜镜片处方。 • 眼镜镜框和眼镜镜片（包括单焦点、带线双焦点、带线三焦点和双凸透镜）或隐形眼镜。 如果您愿意，您可以去并非 Blue Shield TotalDual Plan 网络内提供者的验光师或眼镜商处就诊。但是，您可能无法从网络内医疗服务提供者和非网络内医疗服务提供者处获得相同的服务。如果您选择非网络内医疗服务提供者，您有资格获得所提供服务的部分报销，除非您已经达到了您寻求的视力服务的福利限额。请致电客户服务部索取报销表并了解有关请求报销的更多信息。无需预先授权。 * 服务不计入计划的自付费用上限。	您每年可以报销一次检查，报销金额最多为\$30。 您每年可以报销一副眼镜镜框，报销金额最多为\$35。 您每年可以报销一副处方眼镜镜片（无论尺寸或度数如何）或隐形眼镜，报销金额最多为\$35。
 “欢迎参保 Medicare”预防就诊 我们承保一次性的“欢迎参保 Medicare”预防就诊。此次就诊包括： • 对您的健康状况的审查， • 有关您需要的预防性服务（包括筛查和注射）的教育和咨询，以及 • 如果您需要，可以转诊其他护理。 注意：我们只承保您在获取 Medicare B 部分后的最初 12 个月内接受的“欢迎参保 Medicare”预防就诊。约诊时，请告诉医生办公室您要预约“欢迎参保 Medicare”预防就诊。	\$0

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



E. 承保牙科福利程序表

牙科福利程序表

参保本计划的所有会员均享有牙科福利以及某些综合牙科程序。

以下**牙科福利程序表**显示了本计划承保的特定牙科程序，您无需支付任何费用。列出的服务如果由网络内的持照牙医提供，并且根据普遍接受的牙科实践标准确定为必要和惯常服务，则属于承保福利。

重要： 请注意，未列出的程序不属于承保范围。

重要： 某些牙科服务在任何条件下都不属于承保范围（也称为“排除项目”），而某些牙科服务仅在特定条件下才属于承保范围（也称为“限制项目”）。请参考下方**牙科福利程序表**中的“一般限制项目”栏，以及**牙科福利程序表**后所列的“一般排除项目”了解更多信息。

重要： 对于下方**牙科福利程序表**“一般限制项目”栏中所列的任何频率限制，如果没有指定是按计划年度还是终身，则以上一次的服务日期为准。例如，每 6 个月 1 次的限制是指您可以从上一次接受相同服务之日起每 6 个月接受一次所列服务。因此，如果您在 1 月 1 日接受了第一次服务，您将有资格在 7 月 1 日再次接受该服务。如果您在 7 月 1 日接受了第一次服务，在下一个计划年度的 1 月 1 日之前您将没有资格接受该服务。在根据普遍接受的牙科实践标准确定为必要和惯常服务的情况下，未列出频率限制的服务不设限制。

服务根据当前牙科术语与美国牙科协会（American Dental Association, ADA）程序代码一起列出。联邦法律要求使用 ADA 代码来报告牙科程序。ADA 可能会不时修订程序代码。因此，计划可能会根据法律要求修订此代码清单。您可以通过联系牙科计划管理者（Dental Plan Administrator, DPA）客户服务部获取最新版的 ADA 代码清单，电话(866) 247-2486 [听障和语障专线:711]，10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天办公（节假日除外），上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，工作日办公，上午 8 点至晚上 8 点。

ADA 代码	为您承保的服务的 ADA 描述	您必须支付的费用	一般限制项目
诊断服务			
D0140	局部口腔评估 – 针对问题	\$0	每个日历年 1 次
D0190	患者筛查	\$0	每个日历年 1 次（D0190 或 D0191）
D0191	患者评估	\$0	每个日历年 1 次（D0190 或 D0191）
修复服务			

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



ADA 代码	为您承保的服务的 ADA 描述	您必须支付的费用	一般限制项目
D2720	牙冠——树脂与高贵金属	\$0	每个日历年 2 次
D2722	牙冠——树脂与贵金属	\$0	每个日历年 2 次
D2750	牙冠——陶瓷熔附高贵金属	\$0	每个日历年 2 次
D2752	牙冠——陶瓷熔附贵金属	\$0	每个日历年 2 次
D2790	牙冠——全冠，铸造高贵金属	\$0	每个日历年 2 次
D2792	牙冠——全冠，铸造贵金属	\$0	每个日历年 2 次
牙周服务			
D4240	牙龈翻瓣术，含牙根整平——四颗或以上连续牙齿或接合齿间，每象限	\$0	每 3 个日历年每个象限 1 次（D4240 或 D4241）
D4241	牙龈翻瓣术，含牙根整平——一至三颗连续牙齿或接合齿间，每象限	\$0	每 3 个日历年每个象限 1 次（D4240 或 D4241）
D4266	引导组织再生，天然牙——可吸收屏障，按位点计费	\$0	每 3 个日历年每颗牙齿 1 次（D4266 或 D4267）
D4267	引导组织再生，天然牙——非可吸收屏障，按位点计费	\$0	每 3 个日历年每颗牙齿 1 次（D4266 或 D4267）
口腔修复（活动式）			
D5221	即装上排局部假牙 – 树脂基托（含支撑/牙钩材料、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年可获得一次局部上排假牙（D5221、D5223、D5225 或 D5227）
D5222	即装下排局部假牙 – 树脂基托（含支撑/牙钩材料、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年一次局部下排假牙（D5222、D5224、D5226 或 D5228）
D5223	即装上排局部假牙——有树脂假牙基托的铸造金属框架（包括支撑/牙钩材料、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年可获得一次局部上排假牙（D5221、D5223、D5225 或 D5227）

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

ADA 代码	为您承保的服务的 ADA 描述	您必须支付的费用	一般限制项目
D5224	即装下排局部假牙——有树脂假牙基托的铸造金属框架（包括支撑/牙钩材料、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年一次局部下排假牙（D5222、D5224、D5226 或 D5228）
D5225	上排局部假牙 – 弹性基托（含支撑/牙钩材料、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年可获得一次局部上排假牙（D5221、D5223、D5225 或 D5227）
D5226	下排局部假牙 – 弹性基托（含支撑/牙钩材料、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年一次局部下排假牙（D5222、D5224、D5226 或 D5228）
D5227	即装上排局部假牙 – 弹性基托（含任何牙钩、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年可获得一次局部上排假牙（D5221、D5223、D5225 或 D5227）
D5228	即装下排局部假牙 – 弹性基托（含任何牙钩、牙靠和牙齿）	\$0	每 5 个日历年一次局部下排假牙（D5222、D5224、D5226 或 D5228）
D5670	更换铸造金属框架（上颌）上的所有牙齿和丙烯酸树脂	\$0	每 6 个月一次
D5671	更换铸造金属框架（下颌）上的所有牙齿和丙烯酸树脂	\$0	每 6 个月一次
D5710	全口上排假牙换底	\$0	每个日历年 1 次（初次安装后 6 个月内不承保）
D5711	全口下排假牙换底	\$0	每个日历年 1 次（初次安装后 6 个月内不承保）
D5720	上排局部假牙换底	\$0	每个日历年 1 次（初次安装后 6 个月内不承保）
D5721	下排局部假牙换底	\$0	每个日历年 1 次（初次安装后 6 个月内不承保）

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

ADA 代码	为您承保的服务的 ADA 描述	您必须支付的费用	一般限制项目
口腔修复（固定式）			
D6240	桥体——陶瓷熔附高贵金属	\$0	每 5 年每颗牙齿 1 次
D6242	桥体——陶瓷熔附贵金属	\$0	每 5 年每颗牙齿 1 次
D6250	桥体——树脂与高贵金属	\$0	每 5 年每颗牙齿 1 次
D6252	桥体——树脂与贵金属	\$0	每 5 年每颗牙齿 1 次
D6750	固定器牙冠——陶瓷熔附高贵金属	\$0	每 5 年每颗牙齿 1 次
D6752	固定器牙冠——陶瓷熔附贵金属	\$0	每 5 年每颗牙齿 1 次

注意：所列的会员费用分摊金额仅适用于您从网络内牙医处获取牙科服务的情况。

注意：由于 Blue Shield 是每年与 Medicare 签订合同，因此这些牙科福利明年可能无法提供。

获取牙科护理

简介

Blue Shield of California 的牙科计划由签约牙科计划管理者（Dental Plan Administrator, DPA）管理，该实体是一家与 Blue Shield of California 签订合同以通过签约牙医网络来管理牙科服务交付的实体。如果您对本牙科部份的信息有任何疑问、需要帮助或有任何问题，您可以联系 DPA 客户服务部，电话(866) 247-2486 [听障和语障专线：711]，10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天办公（节假日除外），上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，工作日办公，上午 8 点至晚上 8 点。

在获取牙科服务之前

您有责任确保您选择的牙医是网络内牙医。

此仅限网络内的牙科计划不向网络外牙医给付福利。从网络外牙医处获取的服务不属于承保范围。当您从网络外牙医处获取服务时，您将负责直接向牙医支付牙医开立账单的全额费用。

注意：网络内牙医的身份可能会发生变化。如果签约牙医名单发生任何变化，您有义务验证您的牙医目前是否为网络内牙医。您可通过联系 DPA 客户服务部获取您所在地区的网络内牙医名单，电话(866) 247-2486 [听障和语障专线：711]，10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天办公（节假日除外），上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，工作日办公，上午 8 点至晚上 8 点。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



向您的牙医求诊

在参保后不久，您将收到来自 DPA 的会员资料包，其会向您说明福利的生效日期以及您的网络内牙医或主治牙医（PCD）的地址和电话号码。在您的会员资料包中的生效日期之后，您便可获取承保的牙科护理服务。如欲预约，只需致电您 PCD 的诊所并表明您是 Blue Shield TotalDual Plan 会员。除非已要求特定时间，否则应在四个星期内安排初次预约。如有关于牙医是否提供预约以及牙医诊所残疾辅助设施方面的询问，请直接联系 DPA 客户服务部，电话**(866) 247-2486 [听障和语障专线：711]**，10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天办公（节假日除外），上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，工作日办公，上午 8 点至晚上 8 点。

注意：每位会员都必须前往其指定的 PCD 获取承保服务，但由 DPA 以书面形式预先授权的专科医生提供的服务除外。任何其他治疗都不属于 Blue Shield TotalDual Plan 的承保范围。

您必须就所有牙科护理需求（包括咨询计划专科医生）联系您的 PCD。PCD 负责提供一般牙科护理服务，并协调或安排转诊，以便让您能向其他必要的计划专科医生求诊。必须获取计划对此类转诊的授权。

会员共付额

在开始您的治疗之前，您的牙医会设计一个治疗计划来满足您的个人需求。最好在开始治疗前与您的牙医讨论您的治疗计划和财务责任。

网络内牙医免费为您提供承保的牙科服务。如果您选择去网络外牙医处就诊，我们将不会提供福利，您将负责直接向牙医支付牙医开立账单的全额费用。

如果您在获取有关您治疗计划的信息方面需要额外帮助，您可以联系 DPA 客户服务部，电话**(866) 247-2486 [听障和语障专线：711]**，10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天办公（节假日除外），上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，工作日办公，上午 8 点至晚上 8 点。

选择主治牙医

在参保时，您必须选择网络内牙医作为您的 PCD。如果您未能选择网络内牙医或所选的网络内牙医无法提供服务，DPA 则会要求您选择另一位网络内牙医或将您分配给另一位网络内牙医。您可以联系 DPA 客户服务部来更改分配给您的网络内牙医，电话**(866) 247-2486 [听障和语障专线：711]**，10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天办公（节假日除外），上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，工作日办公，上午 8 点至晚上 8 点。为确保您的网络内牙医收到通知并确保 DPA 的资格列表正确无误，对网络内牙医进行的更改必须在当月 21 日之前进行申请，以便更改能在下个月的第一天生效。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您的牙医不再与 Blue Shield TotalDual Plan DPA 签订合同

如果您选择的网络内牙医因为无法履行或违反合同而无法继续与 DPA 签订合同，或者如果 DPA 已取消合同，DPA 则会在牙医的有效终止日期前至少 30 个自然日通知您，以便您可以选择另一位网络内牙医。

如果 DPA 通知您因为这个原因而需要选择另一位网络内牙医，则免收复制和转移 X 光片或其他记录的费用。此外，终止服务的网络内牙医将完成 (a) 已进行最终印模的部分或全口假牙，以及 (b) 已开始进行的每颗牙齿的所有工作（例如在牙齿已准备好后交付牙冠）。

紧急牙科护理

本计划不支付紧急牙科护理服务的福利。

获取牙科护理的第二意见

如果您不同意或质疑网络内牙医做出的诊断和/或治疗计划决定，您可以要求获取第二意见。DPA 还可能要求您获得第二意见，以验证牙科治疗或福利申请的必要性和适当性。

第二意见将由持照牙医以及时、适合您病况的方式提供。涉及迫在眉睫的情况和严重健康威胁的要求将得到加急处理（只要可能，在收到要求后 72 小时内批准或拒绝授权）。如需有关第二意见授权的程序和时限方面的协助或其他信息，请致电 DPA 客户服务部，电话 **866-247-2486** [听障和语障专线：711]，10月1日至3月31日每周7天上午8点至晚上8点办公（节假日除外）；4月1日至9月30日工作日上午8点至晚上8点办公，或写信给 DPA。

除非 DPA 另有授权，否则将在另一个网络内牙医的诊所提供第二意见。如果没有适当合格的网络内牙医，DPA 则会授权网络外提供者提供第二意见。DPA 只会为经 DPA 批准或授权的第二意见付费。如果 DPA 决定不对第二意见进行授权，您则会收到书面通知。如果您不同意这项判决，则可向 Blue Shield TotalDual Plan 提出上诉。如需了解更多信息，请参考下面的“申诉和上诉程序”部分。

福利协调

如果任何其他团体保险保单或任何其他团体健康福利计划承保牙科护理以外的服务或费用，则本计划会提供福利，而不考虑其他保单或计划的承保范围。否则，由专科医生或网络外牙医根据本计划规定提供的福利会与此类其他团体牙科保险保单或任何团体牙科福利计划进行协调。确定哪项保单或计划为主要保险应受合同中规定的规则约束。

如果本计划是次要保险，则会支付以下费用中较少的费用：

- 在没有任何其他牙科福利承保的情况下本应支付的金额，或；
- 会员在主要牙科福利计划下应付的自付费用总额，前提是福利属于本计划的承保范围。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



会员必须向DPA提供管理福利协调所需之有关会员的任何信息，DPA也可向任何保险公司或其他组织发布或从任何保险公司或其他组织获取此类信息。DPA应自行决定是否根据此处所述的福利协调条款向保险公司或其他组织提供任何报销，并且支付的任何此类报销均应视为本合同项下的福利。DPA将有权从牙医、会员、保险公司或DPA选择的其他组织处追讨DPA支付的任何超出其在此处描述之福利协调条款下义务的福利金额。

申诉和上诉程序

我们对您的承诺不仅是确保护理质量，还包括治疗过程的质量。这种治疗质量从网络内牙医提供的专业服务延伸到我们的电话代表为您提供的礼貌服务。如果您对资格、对牙科服务或理赔的拒绝决定、DPA的政策、程序或运营，或网络内牙医提供的牙科服务质量有任何疑问或希望投诉，您有权向Blue Shield TotalDual Plan提出申诉或上诉。如需了解如何提出申诉或上诉的更多信息，请参考**第9章**（如果您有问题或要投诉（承保决定、上诉、投诉）时怎么办）。如果您有任何疑问，请联系DPA，电话**(866) 247-2486 [听障和语障专线：711]**，10月1日至3月31日，每周7天办公（节假日除外），上午8点至晚上8点；4月1日至9月30日，工作日办公，上午8点至晚上8点。您也可以致电Blue Shield TotalDual Plan客户服务部（电话号码请参考本文档封底）。

牙科HMO计划的一般排除项目

1. 牙科福利程序表中未明确列出的任何程序。
2. 根据网络内牙医的专业意见，具有以下情况的任何程序：
 - a. 根据单颗或多颗牙齿和/或周围结构的状况，对成功结果和合理寿命的预后较差，或
 - b. 与公认的牙科标准不一致。
3. 仅用于美容目的或针对因遗传或发育缺陷而导致的病况提供的服务，例如腭裂、上下颌畸形、先天性缺失牙齿，以及变色或缺乏牙釉质的牙齿。
4. 丢失或被盗的器具，例如全口或局部假牙和牙冠。
5. 目的是改变垂直尺寸，或诊断或治疗颞下颌关节（TMJ）异常状况而提供的程序、器具或修复。
6. 用于活动式假牙的珍贵金属、用于全口假牙的金属或永久软基托、烤瓷假牙、用于活动式局部假牙或固定式局部假牙（上盖式假牙、植体和与其相关的器具）的精密支柱牙，以及全口和局部假牙的个人化与特性化。
7. 植体支持的牙科器具和附件、植体植入、维护、移除以及与植体相关的所有其他服务。
8. 针对非承保福利的咨询。
9. 从指定的网络内牙医或经预先授权的牙科专科医生以外的任何牙科诊所获得的牙科服务。
10. 入住、使用或住在医院、门诊外科手术中心、扩展护理机构，

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



或其他类似护理机构的所有相关费用。

11. 处方药。

12. 在会员获得Blue Shield TotalDual Plan资格之前开始的与任何牙科程序相关的牙科费用。例子包括：为牙冠而准备的牙齿，以及已取印模的全口或局部假牙。

13. 肌功能和辅助功能器具和/或疗法

F. 社区支持

您可以基于您的个性化护理计划获得支持。社区支持是医疗上适当且具有成本效益的替代服务或场所，用于取代 Medi-Cal State Plan 所承保的服务或场所。会员可自行选择这些服务。如果您符合条件，这些服务可能可以帮助您更加独立地生活，它们并不会取代您已经根据 Medi-Cal 规定所获得的福利。

我们提供的社区支持的示例包括医疗辅助食品和膳食或医学定制膳食，为您或您的护理人员提供的帮助，或淋浴扶手和坡道。社区支持是指 Blue Shield Promise Health Plan 向符合条件的 Medi-Cal 会员提供的可选服务（非福利）。这些服务为会员提供长期护理支持服务（LTSS）以外的支持，以加强和支持会员的护理。这些服务将根据会员的需求和 Blue Shield Promise Health Plan 的资格标准而有所不同。需要预先授权。Blue Shield Promise Health Plan 为洛杉矶县和圣地亚哥县的合格会员提供社区支持：

哮喘治疗	对个人的家庭环境进行物理改造，以确保健康和安全，或者在急性哮喘发作可能导致住院或寻求紧急服务的情况下实现在家恢复机能。
社区过渡服务/从护理机构向居家过渡	这可帮助会员在社区内生活，避免入住护理机构。
日间康复训练计划	这有助于身处非护理机构环境中的 Medi-Cal 会员培养成功在居家环境中生活所需的自立、社交和适应技能。
环境无障碍适应（居家改造）	对住所进行物理改造，以确保个人的健康和安全，并使原本需要入住护理机构的会员能够留在自己家中。
住房押金	会员可获得帮助，以寻找、协调、获取或资助建立基本家庭所需的一次性服务。
住房过渡指引服务	会员可获得寻找住房方面的帮助。
住房租赁和维持服务	会员在找到住房后可获得帮助以维持安全稳定的租赁。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



医疗定制膳食/医疗辅助食品	为会员（尤其是患有慢性病的会员）提供的营养支持，以便达到对改善健康和保持健康至关重要的营养目标。
护理设施过渡/转移至辅助生活设施	这可帮助会员在社区内生活，或尽可能避免入住护理机构。
个人护理和家务服务	会员可获得日常生活活动（ADL）方面的帮助，例如洗澡、穿衣、如厕、行走或进食，以及面向没有相关支持将无法留在家中的会员提供的个人护理服务，例如膳食制备、生活用品采购和金钱管理等。
康复护理（医疗暂息）	短期住院护理，面向不再需要住院但仍需要治愈伤害或疾病的患者，包括在不稳定的生活环境中可能恶化的心理健康状况。
面向 Medi-Cal 会员照顾者的喘息服务	为需要间歇性临时看护的 Medi-Cal 会员的照顾者提供的短期、非医疗性的服务，以减轻其照顾责任。
出院后短期住房	为有较高医疗或行为需求但没有住所的会员提供的场所，以便他们在出院或离开入住的护理设施后能即时继续进行康复。
戒酒中心	安全、支持性的场所，以帮助那些因酒精或药物而在公共场合陷入迷醉状态的人恢复清醒，以及帮助无家可归或生活状况不稳定的人，以免他们被送往急诊室或拘留所。

如果您需要帮助或想了解可为您提供哪些社区支持，请致电 1-800-452-4413（听障和语障专线：711），或致电您的医疗保健提供者。

会员须知

- 请在工作日上午 8 点至下午 6 点致电您所在地区的 Blue Shield Promise Health Plan 客户服务部：洛杉矶：(800) 605-2556 / 圣地亚哥：(855) 699-5557
- 请致电 Health Care Options (HCO)，电话：(800) 430-4263 (听障和语障专线 (800) 430-7077)
- 请访问医疗保健服务部网站了解更多信息：
<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



G. 我们计划之外的承保福利

我们不承保以下服务，但您可以通过 **Medi-Cal** 按服务收费模式获取。

G1. 加州社区过渡（CCT）

加州社区过渡（California Community Transitions, CCT）计划利用当地牵头组织来帮助符合资格的 **Medi-Cal** 受益人（已在住院设施中连续居住至少 60 天）过渡回社区环境并安全地留在社区环境中。CCT 计划为过渡前期间和过渡后 365 天内的过渡协调服务提供资金，以帮助受益人搬回社区环境。

您可以从为您所居住的县提供服务的任何 CCT 牵头组织获得过渡协调服务。您可以在医疗保健服务部网站上找到 CCT 牵头组织及其服务的县的列表，网址为：

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

对于 CCT 过渡协调服务

Medi-Cal 为过渡协调服务支付费用。您无需为这些服务支付任何费用。

对于与您的 CCT 过渡无关的服务

医疗服务提供者向我们收取您的服务费用。我们的计划为您过渡后提供的服务付费。您无需为这些服务支付任何费用。

当您获得 CCT 过渡协调服务时，我们将支付 **D 节** 福利表中所列服务的费用。

药物承保福利没有变化

CCT 计划不承保药物。您将继续通过我们的计划获得正常的药物福利。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第 5 章。

注意：如果您需要非 CCT 过渡护理，请致电您的护理协调员来安排服务。非 CCT 过渡护理是指与您从机构或设施过渡回社区环境无关的护理。

G2. Medi-Cal 牙科计划

某些牙科服务可通过 **Medi-Cal** 牙科计划获得。更多信息请访问 SmileCalifornia.org 网站。**Medi-Cal** 牙科计划包括但不限于以下服务：

- 初步检查、X 光、清洁和氟化物治疗
- 修复和牙冠
- 根管治疗
- 部分和全口假牙、调整、修复和重衬

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如需关于 **Medi-Cal** 牙科计划提供的牙科福利的更多信息，或者如果您需要帮助寻找接受 **Medi-Cal** 的牙医，请联系客户服务热线 **1-800-322-6384**（听障和语障用户请拨打 **1-800-735-2922**）。此电话为免付费专线。**Medi-Cal** 牙科计划代表可于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供帮助。您还可以访问下列网站了解更多信息：smilecalifornia.org/。

在洛杉矶县，您可以通过牙科管理式护理（DMC）计划获得 **Medi-Cal** 牙科福利。如果您想了解有关 **Medi-Cal** 牙科计划的更多信息或想要进行更改，请联系 **Health Care Options**，电话：**1-800-430-4263**（听障和语障用户请拨打 **1-800-430-7077**），服务时间为周一至周五上午 8:00 至下午 6:00。此电话为免付费专线。您也可在此查看 DMC 联系信息：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。www.hpsm.org/dental

注意：我们的计划提供额外的牙科服务。有关详细信息，请参考 **D** 节中的福利表。

G3. 家庭支持服务（IHSS）

- **IHSS** 计划将帮助支付为您提供的服务的费用，费用会支付给加入计划的护理提供者，以便您能够安全地留在自己家中。**IHSS** 被视为家外护理（例如养老院或寄宿护理机构）的替代方案。
- 如要接受服务，需要进行评估，以确定根据每个参加者的需求可以授权提供哪些类型的服务。可通过 **IHSS** 授权的服务类型包括房屋清洁、备餐、洗衣、杂货购物、个人护理服务（如肠道和膀胱护理、沐浴、美容和辅助医疗服务）、医疗预约陪同以及对精神障碍患者的保护性监督。
- 您的护理协调员能帮助您向您所在县的社会服务机构申请 **IHSS**。您还可以联系洛杉矶 **IHSS** 办公室(888) 944-4477 和圣地亚哥 **IHSS** 办公室(800) 339-4661 进行申请。

G4. 1915(c) 家庭和社区服务（Home and Community Based Services, HCBS）豁免计划

辅助生活豁免（ALW）

- 辅助生活豁免（**ALW**）为符合 **Medi-Cal** 资格的受益人提供了居住在辅助生活环境中的选择，作为长期安置在护理机构中的替代方案。**ALW** 的目标是促进护理机构恢复为家庭般的社区环境，或防止急需安置在护理机构的受益人入住熟练护理机构。
- 加入 **ALW** 的会员可以继续加入 **ALW**，同时还可以获得我们计划提供的福利。我们的计划与您的 **ALW** 护理协调机构合作，协调您获得的服务。
- **ALW** 目前仅在以下县提供：阿拉米达县、康特拉科斯塔县、弗雷斯诺县、克恩县、洛杉矶县、奥兰治县、里弗赛德县、萨克拉门托县、圣贝纳迪诺县、圣地亚哥县、旧金山县、圣华金县、圣马特奥县、圣克拉拉县和索诺玛县。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 您的护理协调员可以帮助您申请 ALW。您可以在此处找到可以协调您 ALW 计划的护理的当地机构：
dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf。

针对患有发育障碍的加州人的 HCBS 豁免（HCBS-DD）

针对发育障碍人士的加州自决计划（SDP）豁免

- 有两项 1915(c)豁免，即 HCBS-DD 豁免和 SDP 豁免，为被诊断患有在个人 18 岁生日之前开始且预计将无限期持续下去的发育障碍的人提供服务。两项豁免都是资助某些服务的一种方式，这些服务允许发育障碍人士住在家里或社区，而不是住在有执照的医疗机构。这些服务的费用由联邦政府的 Medicaid 计划和加利福尼亚州共同资助。您的护理协调员可以帮助您联系 DD 豁免服务。

基于家庭和社区的替代方案（HCBA）豁免

- HCBA 豁免为面临养老院或机构安置风险的人员提供护理管理服务。护理管理服务由一个多学科护理管理团队提供，该团队由护士和社会工作者组成。该团队协调豁免和州计划服务（例如医疗、行为健康、家庭支持服务等），并安排当地社区提供的其他长期服务与支持。护理管理和豁免服务在参与者的社区住所提供。该住宅可以是私人拥有的，可以通过租户租赁安排获得保障的住宅，也可以是参与者家庭成员的住宅。
- 加入 HCBA 豁免的会员可以继续加入 HCBA 豁免，同时还可以获得我们计划提供的福利。我们的计划与您的 HCBA 豁免机构合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 HCBA。
 - 根据您在洛杉矶县的邮政编码，Partners in Care 或 Access TLC 是您当地的 HCBA 机构。要了解哪个机构针对您居住地的邮政编码提供帮助，请访问网站：[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - 致电 Partners in Care，电话(800) 251-6764
 - 致电 Access TLC，电话(800) 852-9887
 - San Ysidro Health 是圣地亚哥县当地的 HCBA 机构。致电 San Ysidro Health，电话(833) 503-5910，工作时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。

Medi-Cal 豁免计划（MCWP）

- Medi-Cal 豁免计划（Medi-Cal Waiver Program, MCWP）为 HIV 感染者提供全面的个案管理和直接护理服务，作为护理机构护理或住院治疗的替代方案。个案管理是一种以参与者为中心的团队方法，由注册护士和社会工作个案经理

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



组成。个案经理与参与者和初级保健提供者、家人、护理人员和其他服务提供者合作，评估将参与者留在家中和社区的护理需求。

- **MCWP 的目标是：**(1) 为可能需要机构服务的艾滋病毒感染者提供家庭和社区服务；(2) 协助参与者进行艾滋病健康管理；(3) 改善获得社会和行为健康支持的机会；(4) 协调服务提供者并消除重复服务。
- 加入 **MCWP** 豁免的会员可以继续加入 **MCWP** 豁免，同时还可以获得我们计划提供的福利。我们的计划与您的 **MCWP** 豁免机构合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 **MCWP**。艾滋病区域信息和评估系统（**ARIES**）的开放时间为周一至周五上午 8:00 至下午 5:00（太平洋时间）。要联系帮助台：
 - 致电 1-866-411-ARIES (2743)或
 - 将 **ARIES** 帮助台请求提交至 aries@cdph.ca.gov，并包括您的姓名、机构、电话号码、疑问/问题。请勿包含任何客户信息。

多目的长者服务计划（MSSP）

- 多目的长者服务计划（**MSSP**）提供社会和医疗保健管理服务，以帮助个人留在自己的家中和社区。
- 虽然大多数计划参与者还接受家庭支持服务，但 **MSSP** 提供持续的护理协调，将参与者与其他所需的社区服务和资源联系起来，与医疗保健提供者协调，并购买一些无法通过其他方式提供的所需服务来预防或推迟入住护理机构。护理管理和其他服务的年度综合费用必须低于在熟练护理机构接受护理的费用。
- 由健康和社会服务专业人员组成的团队为每个 **MSSP** 参与者提供完整的健康和社会心理评估，以确定所需的服务。然后，该团队与 **MSSP** 参与者、他们的医生、家人和其他人合作制定个性化护理计划。服务包括：
 - 个案管理
 - 成人日间护理
 - 小型房屋维修/保养
 - 补充家务、个人护理和保护性监督服务
 - 暂息服务
 - 交通服务
 - 咨询和治疗服务
 - 膳食服务

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

- 沟通服务。
- 加入 **MSSP** 豁免的会员可以继续加入 **MSSP** 豁免，同时还可以获得我们计划提供的福利。我们的计划与您的 **MSSP** 医疗服务提供者合作，协调您收到的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请 **MSSP**。您可以拨打 1-800-510-2020 致电加州老龄化部，或在加州老龄化部网站的“查找我所在县的服务”页面上选择您所在的县，以查找您所在地区的 **MSSP** 医疗服务提供者：
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty。

G5. 本计划之外提供的县行为健康服务（心理健康和药物使用失调服务）

您可以获得 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保的具有医疗必要性的行为健康服务。我们提供 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 管理式护理承保的行为健康服务。本计划不提供 **Medi-Cal** 专业心理健康或县药物使用失调服务，但您可以通过县行为健康机构获得这些服务。

如果您符合获得专业心理健康服务的标准，您可以通过县心理健康计划（**MHP**）获得 **Medi-Cal** 专业心理健康服务。您所在县的 **MHP** 提供的 **Medi-Cal** 专科心理健康服务包括：

- 心理健康服务
- 药物支持服务
- 日间治疗密集服务
- 日间康复
- 危机干预服务
- 危机稳定服务
- 成人住院治疗服务
- 危机住院治疗服务
- 精神健康机构服务
- 精神病住院服务
- 目标个案管理
- 治疗行为服务
- 重症监护协调
- 密集居家服务

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 涉及司法系统人员的社会重新融入
- 积极社区治疗（assertive community treatment, ACT）
- 司法积极社区治疗（forensic assertive community treatment, FACT）
- 针对首次发作精神失常（first episode psychosis, FEP）的协调专科护理（coordinated specialty care, CSC）
- 社区康复会所服务
- 增强型社区健康工作者（CHW）服务

如果您符合标准，您可以通过您所在县的行为健康机构获得 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务。

- 强化门诊治疗服务
- 围产期住院药物使用失调治疗
- 门诊治疗服务
- 麻醉治疗计划
- 成瘾药物治疗（也称为药物辅助治疗）

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 服务包括：

- 门诊治疗服务
- 强化门诊治疗服务
- 成瘾药物治疗（也称为药物辅助治疗）
- 住院治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉治疗计划
- 康复服务
- 护理协调
- 住院治疗服务

除了上面列出的服务外，如果您符合标准，您还可以获得自愿住院戒毒服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



行为健康服务的可用性

您可以获得一系列全面的服务。您可以自行转诊至签约提供者，也可以由您的 PCP、家庭成员等转诊。在获取服务方面“没有错误的求助方式”。您可以通过以下联系方式寻求获取服务方面的协助：

- 县危机和转诊热线（电话号码和工作时间见本《会员手册》第 2 章第 K 节）
- 洛杉矶县公共卫生部，药物滥用预防和控制（请致电 888-742-7900（听障和语障专线：711），每周 7 天，每天 24 小时服务
- 圣地亚哥县行为健康服务——物质使用障碍服务（请致电 888-724-7240（TTY：711），每周 7 天，每天 24 小时服务
- Blue Shield TotalDual Plan 行为健康热线（电话号码和工作时间见本《会员手册》第 2 章 D 节）
- Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部（电话号码和工作时间印于本页底部）

确定医疗必要服务的流程

医疗必要性由获得适当许可的提供者确定。Blue Shield TotalDual Plan 和县均使用医疗必要性标准，该标准由行为健康专家和其他利益相关者制定，并且符合监管要求。

Blue Shield TotalDual Plan 与县之间的转诊流程

如果您正在接受 Blue Shield TotalDual Plan 或县的服务，您可以被转诊至符合您需求的其他实体。Blue Shield TotalDual Plan 或县可以通过致电接收转诊的实体来为您转诊。此外，转诊表格由发起转诊的提供者填写，并发送给您要转诊的实体。

问题解决流程

如果您与县或 Blue Shield TotalDual Plan 之间存在争议，您将继续接受具有医疗必要性的行为保健服务，包括处方药，直到争议解决为止。Blue Shield TotalDual Plan 已与县合作制定及时的解决流程，不会对您需要获得的服务产生负面影响。您还可以使用 Blue Shield TotalDual Plan 或县的上诉流程，具体取决于和您有争议的实体。有关申诉流程的信息，请参阅您的《会员手册》第 9 章。

H. 我们的计划、Medicare 或 Medi-Cal 不涵盖的福利

本节向您介绍我们的计划排除的福利。“排除”意味着我们不支付这些福利的费用。Medicare 和 Medi-Cal 也不支付这些费用。

下面的列表描述了我们在任何情况下都不承保的一些服务和项目，以及我们仅在某些情况下排除的一些服务和项目。

除列出的特定条件外，我们不支付本节（或本《会员手册》中其他任何地方）列出的排除医疗福利。即使您在急症机构接受这些排除的服务，本计划也不会支付这些服务的费用。如果您认为我

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



们的计划应该支付未承保的服务费用，您可以请求上诉。有关上诉的信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。

除了福利表中描述的任何排除或限制之外，我们的计划不承保以下项目和服务：

- 根据 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 的规定，被视为“不合理且不具有医疗必要性”的服务，除非这些服务被列为承保服务。
- 实验性医疗和手术治疗、项目和药物，除非 **Medicare**、**Medicare** 批准的临床研究或我们的计划承保。如需了解有关临床研究的更多信息，请参考本《会员手册》**第 3 章**。实验性治疗和项目指不被医学界普遍接受的治疗和项目。
- 肥胖症手术治疗，除非有医疗必要且 **Medicare** 支付费用
- 医院的单人病房，但判定为医疗所必需者不在此限
- 私人值班护士
- 您在医院或护理机构病房内的个人用品，例如电话或电视
- 您家中的全职护理
- 您的近亲家属或住家成员收取的费用
- 选择性或自愿性强化程序或服务（包括减重、增长毛发、性能力、运动表现、整容目的、抗老化和心智能力），但医疗所必需者不在此限。
- 美容手术或其他整容工作，除非因意外受伤或为了改善身体某个形状不正常的部位而有此必要。然而，我们支付乳房切除术后乳房重建费用以及治疗另一个乳房以使其匹配的费用
- 常规足部护理，但 **D** 部分福利表中足病治疗服务所述情况除外
- 矫形鞋，除非鞋子属于腿部支架的一部分且包括在支架费用中，或鞋子是给糖尿病足病的患者使用
- 足部支持装置，糖尿病足病患者的矫正鞋或治疗用鞋除外
- 放射状角膜切开术、**LASIK** 外科手术和其他弱视辅具
- 绝育复原程序
- 自然疗法服务（使用自然或替代疗法）
- 在退伍军人事务部（**VA**）设施中为退伍军人提供的服务。但是，当退伍军人在 **VA** 医院接受紧急服务并且 **VA** 分摊的费用超过我们计划下的费用分摊时，我们将向退伍军人报销差额。您仍然需要承担您的费用分摊金额。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第5章：获取门诊药物

简介

本章介绍了获取门诊药物的规则。这些是您的医疗服务提供者为您订购的药物，您可以从药房或通过送药上门服务获得。它们包括 **Medicare D** 部分和 **Medi-Cal** 承保的药物。本《会员手册》第 **6** 章说明了您为这些药物支付的费用。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

我们还承保以下药物，尽管本章未讨论它们：

- **Medicare A 部分承保的药物。** 这些药物通常包括您在医院或护理机构期间给予您的药物。
- **Medicare B 部分承保的药物。** 其中包括一些化疗药物、在医生或其他提供者处就诊期间为您注射的一些药物，以及在透析诊所为您提供的药物。要了解有关承保哪些 **Medicare B** 部分药物的更多信息，请参考本《会员手册》第 **4** 章的福利表。
- 除了该计划的 **Medicare D** 部分和医疗福利承保之外，如果您参加了 **Medicare** 临终关怀计划，您的药物可能会受到 **Original Medicare** 的承保。如需了解更多信息，请参考第 **5** 章第 **D** 节“如果您参加 **Medicare** 认证的临终关怀计划”。

我们计划的门诊药物承保规则

只要您遵守本节中的规则，我们通常会承保您的药物。

您必须让医疗服务提供者（医生、牙医或其他处方医生）为您开处方，该处方必须根据适用的州法律有效。此人通常是您的初级保健提供者（**PCP**）。如果您的 **PCP** 已将您转诊接受护理，则此人也可能是其他医疗服务提供者。

您的处方医生不得出现在 **Medicare** 的除外或排除名单或任何类似的 **Medi-Cal** 名单上。

您通常必须使用网络内药房来配药。请参考第 **A1** 节了解更多信息。或者，您可以通过本计划的送药上门服务配处方药。

您的处方药物必须在我们计划的“承保药物清单”中。我们简称为“药物清单”，（请参考本章的 **B** 节。）

- 如果它不在药物清单上，我们也许可以为您提供例外处理，从而为其承保。
- 请参考第 **9** 章了解如何请求例外。
- 另请注意，您的处方药物承保请求将同时根据 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 标准进行评估。

如果您有疑问，请致电Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午8:00至晚上8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问blueshieldca.com/medicare。



您的药物必须用于医疗许可的适应症。这意味着该药物的使用已获得美国食品药品监督管理局（FDA）的批准或得到某些医学参考的支持。您的处方医生也许能够帮助确定医疗参考资料，以支持处方药物的使用请求。用于治疗 FDA 或参考书不支持的疾病的药物被称为“标签外”适应症。用于“标签外”适应症的药物不是医学上可接受的适应症，因此不属于承保福利，除非 CMS 批准的参考书中引用了这种“标签外”用途。

您的药物可能需要本计划按照特定标准审核批准后才予承保。（请参考本章第 C 节。）

目录

A. 配药	152
A1.在网络内药房配药	152
A2.配药时使用您的会员 ID 卡	152
A3. 如果您更改网络内药房该怎么办	152
A4.如果您的药房退出网络该怎么办	152
A5.使用专业药房	152
A6. 使用送药上门服务获取您的药物	153
A7.获得长期药物供应	154
A8.使用不在我们计划网络内的药房	155
A9.报销您的处方药	155
B. 我们计划的药物清单	155
B1.我们药物清单上的药物	155
B2.如何在我们的药物清单上查找药物	156
B3.不在我们的药物清单上的药物	156
B4.药物清单费用分摊层级	157
C. 某些药物的限制	158
D. 您的药物可能不受承保的原因	159
D1.获得临时供应	159
D2.申请临时供应	160
D3.申请例外。	161

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



E. 您药物的承保范围发生变化	161
F. 特殊个案中的药物承保	163
F1. 针对我们计划承保的住院，入住医院或专业护理机构	163
F2. 入住长期护理机构	163
F3. 加入 Medicare 认证的临终关怀计划	163
G. 药物安全和药物管理计划	164
G1. 帮助您安全使用药物的计划	164
G2. 帮助您安全管理您的药物的计划	164
G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划（DMP）	165

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

A. 配药

A1. 在网络内药房配药

在大多数情况下，只有您在我们的任何网络内药房配药时，我们才支付处方费用。网络内药房是同意为我们的计划会员配药的药店。您可以使用我们的任何网络内药房。（请参考**第 A8 节**，了解我们何时承保在网络外药房配取的处方药。）

要查找网络内药房，请参考提供者与药房目录、访问我们的网站或联系客户服务部。

A2. 配药时使用您的会员 ID 卡

如需配药，请在您的网络内药房出示您的**会员 ID 卡**。网络内药房针对您承保药物的费用中我们分摊的部分向我们收取费用。当您领取处方时，您可能需要向药房支付共付额。

请记住，您需要 **Medi-Cal** 卡或福利身份卡（**BIC**）才能获得 **Medi-Cal Rx** 承保药物。

如果您在配药时没有携带**会员 ID 卡**或**BIC**，请要求药房致电我们以获取必要的信息，或者您可以要求药房查找您的计划参保信息。

如果药房无法获得必要的信息，您在取药时可能需要支付处方的全部费用。然后您可以要求我们为您报销我们分摊的部分。**如果您无法支付药品费用，请立即联系客户服务部。**我们将竭尽全力提供帮助。

- 如果您想要求我们报销费用，请参考本《会员手册》**第 7 章**。
- 如果您在配药方面需要帮助，请联系客户服务部或您的护理协调员。

A3. 如果您更改网络内药房该怎么办

如果您更换了药房并需要处方续配，您可以要求医疗服务提供者开具新处方，或者要求您的药房将处方转移到新药房（如果还有剩余续配次数）。

如果您在更改网络内药房方面需要帮助，请联系客户服务部。

A4. 如果您的药房退出网络该怎么办

如果您使用的药房退出了我们的计划网络，您需要寻找新的网络内药房。

要查找新的网络内药房，请参考提供者与药房目录，访问我们的网站或联系客户服务部。

A5. 使用专业药房

有时处方药必须在专业药房配取。专业药房包括：

- 供应家庭输液治疗药物的药房。
- 为长期护理机构（例如护理机构）的居民提供药品的药房。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 通常，长期护理机构都有自己的药房。如果您是长期护理机构的居民，我们确保您可以在该机构的药房获得所需的药物。
- 如果您的长期护理机构的药房不在我们的网络内，或者您在长期护理机构获取药物时遇到困难，请联系客户服务部。
- 印第安人医疗保健提供者（IHCP）药房。美国印第安人和阿拉斯加原住民会员可在印第安人医疗保健提供者（Indian Health Care Provider, IHCP）的药房取药，前提是该机构设有注册零售药房。即使您不是美国印第安人或阿拉斯加原住民，如果您被分配到诊所或遇到紧急情况，您也可以在该 IHCP 的零售药房获得服务。
- 分发下列药物的药房：FDA 限制在某些地点供应的药物，或需要特殊处理、提供者协调或用法相关教育的药物。（注意：这种情况应该很少发生。）

要查找专业药房，请参考提供者与药房目录、访问我们的网站或联系客户服务部。

A6. 使用送药上门服务获取您的药物

对于某些种类的药物，您可以使用本计划的网络内送药上门服务。一般而言，通过送药上门服务提供的药物是您定期服用的用于治疗慢性或长期疾病的药物。对于**无法**通过本计划的送药上门服务获得的药物，其在我们的药物清单中标有 **NDS** 符号。

我们计划的送药上门服务允许您订购最多 100 天供应量的第 1 至 4 级承保药物。100 天供应量的共付额与 1 个月供应量相同。

通过邮寄配药

要获得有关通过送药上门服务配药的信息，请拨打本手册封底上的电话号码联系客户服务部。如果您使用不在计划网络内的送药上门服务，您的处方药将不会得到承保。

通常，送药上门处方药会在 5 天内送达。如果您的送药上门处方药订单出现延迟，您将收到通知。如果您对此有疑问，请致电(856) 208-4665 联系亚马逊药房，每周 7 天、每天 24 小时服务。听障和语障用户请拨打 711。如有需要，Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部可以协助您从当地零售网络内药房获取充足的药物，从而确保在您的送药上门药物到达之前，您不会没有药物。这可能需要联系您的医生，让他/她通过电话或传真将新处方发送到零售网络内药房，以便您能获得在您收到送药上门药物之前所需药物的数量。

如果从送药上门供应商处订购处方药之日起延迟超过 5 天，并且是由于邮寄系统中药物丢失造成的，亚马逊药房客户服务部可以协调替换订单。

送药上门流程

对于从您处获得的新处方药、直接从您的医疗服务提供者诊所获得的新处方药，以及您的送药上门处方药的续配，送药上门服务制定有不同的程序。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



1. 药房从您那里得到的新处方

药房会自动配药并交付您提供的新处方。

2. 药房从您医疗服务提供者办公室得到的新处方

药房从医疗保健提供者处获得处方后，会与您联系，了解您需要立即配药还是会稍后配药。

- 这使您有机会确保药房提供正确的药物（包括浓度、数量和形式），并且如果需要，您可以在向您收费并发货之前停止或延迟订单。
- 每次药房联系您时都请做出回应，让他们知道如何处理新处方并防止运输延误。

3. 送药上门处方药的续配

如需配药，您可以选择注册自动续配计划。根据该计划，当我们的记录显示您的药物即将用完时，我们将开始自动处理您的下一次续配。

- 药房在每次配送续配的药物之前都会与您联系，以确保您需要更多药物，并且如果您有足够的药物或您的药物发生变化，您可以取消预约的配药。
- 如果您选择不使用我们的自动续配计划，请在您当前的处方药用完前 14 天联系您的药房，以确保您的下一个订单能够及时运送给您。

要选择退出我们自动准备送药上门续配药物的计划，请致电(856) 208-4665联系亚马逊药房，每周7天、每天24小时服务。听障和语障用户请拨打711。

让药房知道与您联系的最佳方式，以便他们在发货前与您联系以确认您的订单。请确保您的 Blue Shield TotalDual Plan 的联系信息始终是最新的。如果您需要更新电话号码或地址，请联系 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部（电话号码位于本页底部）。

A7. 获得长期药物供应

您可以获得我们计划的药物清单上维持药物的长期供应。维持药物是您定期服用的用于治疗慢性或长期疾病的药物。

一些网络内药房允许您获得维持药物的长期供应。100 天供应量的共付额与 1 个月供应量相同。“医疗服务提供者与药房目录”向您说明哪些药房可以为您提供维持药物的长期供应。您也可以致电您的护理协调员或客户服务部以获取更多信息。

对于某些种类的药物，您可以使用本计划的网络内送药上门服务来获得维持药物的长期供应。请参考 A6 节了解送药上门服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



A8. 使用不在我们计划网络内的药房

一般来说，只有当您无法使用网络内药房时，我们才会支付在网络外药房配药的费用。我们在服务区域之外设有网络内药房，作为我们计划的会员，您可以在那里配药。在这些情况下，请先咨询您的护理协调员或客户服务部，了解附近是否有网络内药房。

在以下情况下，我们会支付在网络外药房配取的处方药的费用：

- 在我们的服务区域内，由于合理行驶里程内没有提供 24 小时服务的网络内药房，导致您无法及时获得承保药物。
- 您要配取的承保处方药物在符合条件的网络内零售或邮购服务药房没有现货（这些药物包括孤儿药、高价和罕见药物或其他专科药物）。
- 在您的医生办公室注射的、不属于 Medicare B 部分承保范围并且无法在网络内药房合理获得的某些疫苗可能属于我们的网络外承保范围。
- 在网络外药房配的处方药物仅限承保药物的 30 天用量。

A9. 报销您的处方药

如果您必须使用网络外药房，当您拿到处方时，通常必须支付全额费用，而不是共付额。您可以要求我们为您报销我们分摊的费用。

如果您支付了 Medi-Cal Rx 可能承保的处方药的全部费用，则在 Medi-Cal Rx 支付处方费后，药房可能会为您报销。或者，您可以通过提交“Medi-Cal 自付费用报销（Conlan）”理赔，要求 Medi-Cal Rx 为您报销。更多信息请参见 Medi-Cal Rx 网站：medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

要了解更多信息，请参考本《会员手册》第 7 章。

B. 我们计划的药物清单

我们有一份“承保药物清单”。我们简称为“药物清单”，

我们在医生和药剂师团队的帮助下选择药物清单上的药物。药物清单还告诉您获取药物时需要遵循的规则。

当您遵循本章中解释的规则时，我们通常会承保计划药物清单上的药物。

B1. 我们药物清单上的药物

我们的药物清单包括 Medicare D 部分承保的药物。

您从药房获得的大部分药物均在您计划的承保范围内。Medi-Cal Rx 可能会承保其他药物，例如一些非处方（OTC）药物和某些维生素。请访问 Medi-Cal Rx 网站（medi-calrx.dhcs.ca.gov/）了解更多信息。您还可以致电 Medi-Cal Rx 客户服务中心，电话：800-977-2273。通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时，请携带您的 Medi-Cal 福利身份卡（BIC）。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



我们的 *药物清单* 包括品牌药、仿制药和生物制品（可能包括生物仿制药）。

品牌药是一种以药物制造商拥有的商标名称销售的药物。生物制品是比一般药物更复杂的药物。在我们的药物清单上，当我们提到“药物”时，这可能指药物或生物制品。

仿制（药物）具有与品牌药相同的活性成分。生物制品有被称为生物仿制药的替代品。一般来说，仿制药和生物仿制药的作用与品牌药或原研生物制品一样好，而且通常费用更低。许多品牌药都有仿制药替代品，某些原研生物制品也有生物仿制药替代品。有些生物仿制药是可互换的生物仿制药，根据州法律，可以在药房取代原研生物制品而无需开具新处方，就像仿制药可以取代品牌药一样。

有关药物清单上可能列出的药物类型的定义，请参考 **第 12 章**。

B2. 如何在我们的药物清单上查找药物

要查看您服用的药物是否在我们的药物清单上，您可以：

- 访问我们计划的网站：blueshieldca.com/medformulary2026。我们网站上的药物清单始终是最新的。
- 致电客户服务部，了解某种药物是否在我们的药物清单上，或索取该清单的副本。
- D 部分未承保的药物可能由 Medi-Cal Rx 承保。请访问 Medi-Cal Rx 网站（medi-calrx.dhcs.ca.gov/）了解更多信息
- 使用我们位于 blueshieldca.com/medicare 上的“实时福利工具”搜索药物清单上的药物，以估算您将支付的费用以及药物清单上是否有可以治疗相同病症的替代药物。您也可以致电您的护理协调员或客户服务部。使用此工具，您可以搜索药物清单上的药物，以估算您将支付的费用以及药物清单上是否有可以治疗相同病症的替代药物。
- 如何访问处方药价格核查工具：
 - 创建或登录您的在线会员账户。
 - 前往 [myblueshield](https://myblueshield.com)，然后点击“Benefits”（福利）下的 Pharmacy（药房）。
 - 在“核查我的处方的价格”下，点击“核查当前处方”。

B3. 不在我们的药物清单上的药物

我们并非承保所有药物。

- 有些药物不在我们的药物清单上，因为法律不允许我们承保这些药物。
- 在其他情况下，我们决定不将某种药物列入我们的药物清单中。
- 在某些情况下，您也许可以获得不在我们药物清单上的药物。如需了解更多信息，请参考 **第 9 章**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



我们的计划不支付本节中描述的药物种类。这些被称为**排除药物**。如果您获得排除药物的处方，您可能需要自己支付费用。如果您认为我们应该基于您的个案支付排除药物的费用，您可以提出上诉。如需了解有关上诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。

以下是有关排除药物的三个一般规则：

1. 我们计划的门诊药物承保（包括 **Medicare D** 部分）无法支付 **Medicare A** 部分或 **Medicare B** 部分已承保的药物。我们的计划免费承保 **Medicare A** 部分或 **Medicare B** 部分承保的药物，但这些药物不被视为您的门诊药物福利的一部分。
2. 我们的计划不能承保在美国及其领土之外购买的药物。
3. 该药物的使用必须获得 **FDA** 批准，或得到某些医学参考资料的支持，可以作为您病况的治疗方法。您的医生或其他医疗服务提供者可能会开某种药物来治疗您的病况，即使该药物未被批准用于治疗该疾病。这称为“标签外使用”。我们的计划通常不承保标签外使用的处方药物。

此外，根据法律规定，**Medicare** 或 **Medi-Cal** 不能承保下列药物类型。

- 用于促进生育的药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物*
- 用于美容目的或促进头发生长的药物
- 处方维生素和矿物质产品，产前维生素和氟化物*制剂除外
- 用于治疗性或勃起功能障碍的药物
- 用于治疗厌食症、体重减轻或体重增加的药物*
- 来自下列公司的门诊药品：该生产公司规定您必须仅由该公司进行测试或服务

*某些产品可能受 **Medi-Cal** 承保。请访问 **Medi-Cal Rx** 网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 了解详情。

B4. 药物清单费用分摊层级

我们药物清单上的每一种药物都会列入五种层级之一。层级通常是一组相同类型的药物（例如品牌药、仿制药或非处方药）。一般来说，费用分摊层级越高，您支付的药物费用就越高。

- 费用分摊第 1 层级：首选仿制药（最低费用分摊层级）——包括首选仿制药。
- 费用分摊第 2 层级：仿制药——包括仿制药和生物仿制药。
- 费用分摊第 3 层级：首选品牌药——包括首选品牌药、生物仿制药和一些仿制药。
- 费用分摊第 4 层级：非首选药物 – 包括非首选品牌药、生物仿制药和一些仿制药。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- **费用分摊第 5 层级：**专科层级药物（最高费用分摊层级）——包括可能需要特殊处理和/或密切监控的、费用非常高的品牌药、生物仿制药和仿制药。

要了解您的药物属于哪个费用分摊层级，请在我们的药物清单中查找。

本《会员手册》**第 6 章**介绍了您为每个层级的药物支付的金额。

C. 某些药物的限制

特殊规则会限制我们计划承保特定药物的方式及时间。总体来说，我们的规则鼓励您获取适合您病况且安全有效的药物。当一种安全、费用较低的药物与费用较高的药物一样有效时，我们希望您的医疗服务提供者会开出费用较低的药物。

请注意，有时某种药物可能不止一次出现在我们的药物清单中。这是因为相同的药物可能会根据您的提供者开立处方的药物的强度、数量或形式而有所不同，并且不同的药物版本可能适用不同的限制（例如，10 毫克与 100 毫克；每天一次与每天两次；片剂与液体）。

如果针对您的药物有特殊规则，这通常意味着您或您的提供者将需要采取额外步骤，我们才会承保药物。例如，您的医疗服务提供者可能必须首先告诉我们您的诊断或提供血液检查结果。如果您或您的提供者认为我们的规则不应适用于您的情况，请要求我们通过承保决定流程做出例外处理。我们可能同意也可能不同意您在不采取额外措施的情况下使用该药物。

要了解有关请求例外处理的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。

1. 当有仿制药或可互换的生物仿制药可用时，限制使用品牌药或原研生物制品

一般来说，仿制药或可互换的生物仿制药的疗效和品牌药或原研生物制品相同，而且通常费用较低。大多数情况下，如果有品牌药或原研生物制品的仿制药或可互换生物仿制药版本可供选择，我们的网络内药房将为您提供仿制药或可互换的生物仿制药版本。

- 当有可用的仿制药时，我们通常不会支付品牌药或原研生物制品的费用。
- 但是，如果您的提供者告诉我们仿制药或可互换生物仿制药对您不起作用的医学原因，那么我们会承保品牌药。
- 品牌药或原研生物制品的共付额可能高于仿制药或可互换的生物仿制药。

2. 提前获得计划批准

对于某些药物，您、您的处方医生必须先取得我们计划的核准，您才能领取您的处方药物。这称为“预先授权”。这是为了确保用药安全并帮助指导正确使用某些药物。如果您没有获得核准，我们可能不会承保相关药物。请拨打页面底部的号码联系客户服务部或访问我们的网站 blueshieldca.com/medformulary2026，了解有关预先授权的更多信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



3. 首先尝试不同的药物

一般来说，我们希望您在我们承保费用较高的药物之前先尝试同样有效的费用较低的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 治疗相同的病症，并且药物 A 的费用低于药物 B，我们可能会要求您先尝试药物 A。

如果药物 A 对您无效，那么我们会承保药物 B。这称为逐步疗法。请拨打页面底部的号码联系客户服务部或访问我们的网站 blueshieldca.com/medformulary2026，了解有关逐步疗法的更多信息。

4. 数量限制

对于某些药物，我们限制您可以服用的药物的数量。这称为数量限制。例如：针对特定药物，如果通常认为每天仅服用一片是安全的，我们可能会限制您每次配药时可以获得的药物剂量。

要了解上述任何规则是否适用于您正在服用或想要服用的药物，请查看我们的药物清单。如需了解最新信息，请致电客户服务部或查看我们的网站：blueshieldca.com/medformulary2026。如果您基于上述任何原因不同意我们的承保决定，您可以请求上诉。请参考本《会员手册》第 9 章。

D. 您的药物可能不受承保的原因

我们尽力使您的药物承保对您有利，但有时药物可能不会按照您喜欢的方式承保。例如：

- 我们的计划不承保您想要服用的药物。该药物可能不在我们的药物清单上。我们可能承保该药物的仿制药版本，但不承保您想要服用的品牌药版本。药物可能是新药，我们尚未对其安全性和有效性进行审查。
- 虽然我们的计划承保该药物，但承保范围有特殊规则或限制。如上一节所述，我们计划承保的某些药物有限制其使用的规则。在某些情况下，您或您的处方医生可以要求我们给予例外处理。

如果我们没有按照您希望的方式承保某种药物，您可以采取一些措施。

D1. 获得临时供应

在某些情况下，当药物不在我们的药物清单上或受到某种限制时，我们可以为您临时供应药物。这让您有时间与您的医疗服务提供者讨论是否可获取其他药物，或让您有时间要求我们承保该药物。

要获得临时药物供应，您必须满足以下两条规则：

1. 您正在服用的药物：
 - 不再在我们的药物清单上或

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 从未出现在我们的药物清单上**或**
- 现在在某种程度上受到限制。

2. 您必须处于以下情况之一：

- 去年您就参加了我们的计划。
 - 我们在**日历年的前 90 天内**为您承保临时药物供应。
 - 此临时供应最长持续 **30 天**。
 - 如果您开的处方药天数较少，我们将允许您进行多次续配，以提供最多 **30 天** 的药物供应。您必须在网络内药房配药。
 - 长期护理药房可能会一次为您提供少量药物，以防止浪费。
- 您是新加入我们的计划的成员。
 - 我们会在**您加入我们计划的前 90 天内**为您提供临时药物供应。
 - 此临时供应最长持续 **30 天**。
 - 如果您开的处方药天数较少，我们将允许您进行多次续配，以提供最多 **30 天** 的药物供应。您必须在网络内药房配药。
 - 长期护理药房可能会一次为您提供少量药物，以防止浪费。
- 您加入我们计划已超过 **90 天**，居住在长期护理机构，并且需要立即供应药物。
 - 我们将承保一次 **31 天** 的用量，或更少天数（如果您的处方天数较少的话）。这是对上述临时供应的补充。

D2. 申请临时供应

要申请临时供应某种药物，请致电客户服务部。

当您获得临时药物供应时，请尽快与您的医疗服务提供者讨论并决定临时供应用完时该怎么办。以下是您的几个选择：

- 换用另一种药物。

我们的计划可能涵盖适合您的不同药物。致电客户服务部索取我们承保的治疗相同疾病的药物清单。此清单可帮助您的医疗服务提供者寻找适合您的承保药物。

或

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 申请例外。

您和您的医疗服务提供者可以要求我们做例外处理。例如，您可以要求我们承保不在我们药物清单中的药物，或者要求我们无限制地承保该药物。如果您的医疗服务提供者表示您有充分的医疗理由要求例外，他们可以帮助您申请例外。

D3. 申请例外。

如果您服用的药物明年将从我们的药物清单中删除或以某种方式受到限制，我们允许您在明年之前申请例外。

- 我们会告诉您明年您的药物承保范围的任何变化。要求我们作例外处理并按照您希望的方式承保明年的药物费用。
- 我们会在收到您的请求（或您的处方医生的支持声明）后 **72 小时** 内回复您的例外请求。
- 如果我们批准您的请求，我们将在变更生效之前授权承保该药物。

要了解有关申请例外的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。

如果您需要帮助申请例外处理，请联系客户服务部。

E. 您药物的承保范围发生变化

药物承保范围的大部分变化发生在 1 月 1 日，但我们可能会在这一年中的任何时候添加或删除药物清单上的药物。我们也可能会更改有关药物的规定。例如，我们可以：

- 决定是否需要某种药物的事先批准（PA）（在您获得药物之前获得我们的许可）。
- 增加或更改您可以获得的药物的数量（称为数量限制）。
- 添加或更改对药物的逐步疗法限制（您必须先尝试一种药物，然后我们才会承保另一种药物）。

在变更计划的药物清单之前，我们必须遵循 **Medicare** 的要求。关于这些药物规定的详细信息，请参考 **C 节**。

如果您正在服用年初时我们承保的某种药物，那么在当年余下时间里我们通常不会删除或更改该药物的承保范围，以下情形除外：

- 一种新的、更便宜的药物上市，其药效与目前药物清单上的药物相同；或者
- 我们了解到某种药物不安全；或者
- 某种药物撤市。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您正在服用的药物的承保范围发生变化，会发生什么情况？

要获取有关我们的药物清单发生变化时会发生什么情况的更多信息，您可以随时：

- 在线查看我们当前的药物清单：blueshieldca.com/medformulary2026 或
- 拨打页面底部的电话号码致电客户服务部，以查看我们当前的药物清单。

我们可能在当前计划年度对药物清单做出的影响您的变更

药物清单的某些变更会立即执行。例如：

新的仿制（药物）问世。有时，上市的新仿制药或生物仿制药与现在药物清单上的品牌药或原研生物制品一样有效。在这种情况下，我们可能会取消品牌药，增加新的仿制药，但新药的费用将保持不变或更低。增加新的仿制（药物）时，我们也可能决定在清单中保留品牌药，但更改其承保规定或限制。

- 进行此更改之前，我们可能不会通知您，但是一旦我们做出了具体更改，我们会向您发送有关的信息。
- 您或您的医疗服务提供者可以针对这些更改申请例外处理。我们将向您发送通知，其中包含您申请例外处理时可以采取的步骤。如需了解有关例外处理的更多信息，请参考《会员手册》第 9 章。

移除不安全药物及其他已退市药物。有时某种药物可能被认定为不安全，或因其他原因而退市。如果发生这种情况，我们可能会立即将其从我们的药物清单中删除。如果您正在服用该药物，我们将在做出变更后向您发送通知。您的处方医生也会了解这一变化，并可以与您一起寻找适合您病况的另一种药物。

我们可能会做出其他影响您服用的药物的变更。我们将提前通知您对我们的药物清单进行的这些其他变更。这些变更可能会在以下情况下发生：

- FDA 提供了有关某种药物的新指引或某种药物有了新的临床指南。

当发生这些变更时，我们将：

- 在变更药物清单之前至少 30 天通知您，**或者**
- 通知您并在您要求续配后为您提供该药物 30 天的供应。

这让您有时间与您的医生或其他处方医生进行讨论。他们可以帮助您做出下列决定：

- 我们药物清单上是否有您可以服用的类似药物，**或者**
- 您是否应该针对这些变更申请例外处理，以继续承保您一直服用的药物或药物版本。要了解有关请求例外处理的更多信息，请参考本《会员手册》第 9 章。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



本计划年度对药物清单做出的不会影响您的变更

我们可能会对您服用的药物做出不在上述范围且对您现在没有影响的变更。对于此类更改，如果您正在服用年初时我们承保的某种药物，那么在当年余下时间里我们通常不会删除或更改该药物的承保范围。

例如，如果我们移除您正在服用的药物或限制其使用，则该变更在当年剩余时间内不会影响您对该药物的使用。

如果您正在服用的药物发生了上述任何变更（上节所述的变更除外），在下一年的 1 月 1 日之前，这些变更不会影响您的用药。

在当前年度内，我们不会直接告诉您这些类型的变更。您需要查看下一计划年度的药物清单（开放参保期可查看该清单），以了解下一计划年度是否有任何会影响您的变更。

F. 特殊个案中的药物承保

F1. 针对我们计划承保的住院，入住医院或专业护理机构

如果您入住医院或专业护理机构接受我们的计划承保的住院，我们通常会承担您住院期间的药物费用。您不会支付共付额。一旦您离开医院或专业护理机构，只要您的药物符合我们的所有承保规则，我们就会承保您的药物。

要了解有关药物承保和您支付的费用更多信息，请参考本《会员手册》第 6 章。

F2. 入住长期护理机构

通常，长期护理机构（例如护理机构）拥有自己的药房或为其所有居民提供药品的药房。如果您居住在长期护理机构中，您可以通过该机构的药房（如果该药房属于我们的网络）获取药物。

检查您的“医疗服务提供者与药房目录”，了解您的长期护理机构的药房是否属于我们网络的一部分。如果不是或者您需要更多信息，请联系客户服务部。

F3. 加入 Medicare 认证的临终关怀计划

药物绝对不会同时属于临终关怀计划和本计划的承保范围。

- 您可能加入了 Medicare 临终关怀计划，并需要某些您的临终关怀计划不承保的药物（例如止痛药、止呕药、泻药或抗焦虑药），因为这些药物与您的末期预后和病况无关。在这种情况下，我们的计划必须从处方医生或您的临终关怀服务提供者处获得该药物不相关的通知，然后我们才能承保该药物。
- 为了防止您在获取我们的计划应承保的任何不相关药物时发生延迟，您可以要求您的临终关怀服务提供者或处方医生确保我们在您要求药房配药之前收到该药物不相关的通知。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您退出临终关怀计划，我们的计划承保您的所有药物。您的 **Medicare** 临终关怀福利结束后，为了防止在药房出现任何延误，请携带文件到药房以验证您已退出临终关怀计划。

请参考本章前面的部分，了解我们的计划承保的药物。如需了解有关临终关怀福利的更多信息，请参考本《会员手册》**第 4 章**。

G. 药物安全和药物管理计划

G1. 帮助您安全使用药物的计划

每次您配药时，我们都会寻找可能的问题，例如药物错误或药物为下列情况：

- 可能不需要，因为您服用另一种具有相同作用的类似药物
- 对于您的年龄或性别来说可能不安全
- 如果您同时服用这些药物，它们可能会伤害您
- 含有您过敏或可能过敏的成分
- 数量（剂量）可能有误
- 所含阿片类止痛药的量不安全

如果我们发现您使用药物时可能存在问题，我们会与您的提供者合作解决问题。

G2. 帮助您安全管理您的药物的计划

我们的计划有一个计划来帮助有复杂健康需求的会员。在这种情况下，您可能有资格通过药物治疗管理（MTM）计划免费获得服务。该计划是自愿且免费的。该计划可帮助您和您的医疗服务提供者确保您的药物能够改善您的健康。如果您有资格参加该计划，药剂师或其他健康专业人员将对您的所有药物进行全面审查，并与您讨论：

- 如何从您服用的药物中获得最大益处
- 您的任何担忧，例如药物费用和药物反应
- 如何最好地服药
- 您对处方药和非处方药怀有的任何疑问或问题

然后，他们会给您：

- 本次讨论的书面总结。该摘要包含一个药物行动计划，此计划会建议您可以采取哪些措施来充分利用药物。
- 个人药物清单，包括您服用的所有药物、服用量以及服用时间和原因。
- 有关安全处置属于受控物质的处方药的信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



最好与您的处方医生讨论您的行动计划和药物清单。

- 在就诊时或在与医生、药剂师和其他医疗保健提供者交谈时，携带您的行动计划和药物清单。
- 如果您去医院或急诊室，请随身携带药物清单。

MTM 计划对符合资格的会员来说是自愿且免费的。如果我们有适合您需求的计划，我们会为您注册该计划并向您发送信息。如果您不想加入该计划，请告诉我们，我们会将您退出该计划。

如果您对这些计划有疑问，请联系客户服务部。

G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划（DMP）

我们已制定计划来帮助确保会员安全使用处方阿片类药物和其他经常滥用的药物。该计划称为药物管理计划（DMP）。

如果您使用从多个处方医生或药房获得的阿片类药物，或者您最近服用了过量的阿片类药物，我们可能会与您的处方医生交谈，以确保您使用的阿片类药物是适当的且具有医疗必要性。如果与您的处方医生交谈后，我们确定您对处方阿片类药物或苯二氮卓类药物的使用并不安全，我们可能会限制您获取这些药物的方式。如果我们将您置于我们的 DMP 中，限制可能包括：

- 要求您从某些药房获取这些药物的所有处方
- 要求您从某些处方医生处获取阿片类药物或苯二氮卓类药物的所有处方
- 限制我们为您承保的阿片类药物或苯二氮卓类药物数量

如果我们计划限制您获取这些药物的方式或您可以获得多少药物，我们会提前向您寄送一封信函。该信函将告诉您我们是否会针对您限制对这些药物的承保，或者是否要求您仅从特定的提供者或药房获取这些药物的处方。

您将有机会告诉我们您喜欢使用哪些处方医生或药房以及您认为对我们来说重要的任何信息。在您有机会做出回应后，如果我们决定针对您限制对这些药物的承保，我们将向您发送另一封信以确认限制。

如果您认为我们犯了错误，您不同意我们的决定或限制，则您和您的处方医生可以提出上诉。如果您提出上诉，我们将审查您的案例并做出新的决定。如果我们继续拒绝您上诉中与您获取药物的限制相关的任何部分，我们会自动将您的案件发送给独立审查组织（Independent Review Organization, IRO）。（要了解有关上诉和 IRO 的更多信息，请参考本《会员手册》第 9 章。）

如果您符合以下条件，DMP 可能不适用于您：

- 患有某些疾病，例如癌症或镰状细胞病，
- 正在接受临终关怀、姑息护理或临终护理，或
- 住在长期护理机构中。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第6章：您为Medicare和Medi-Cal药物支付的费用

简介

本章介绍您为门诊药物支付的费用。我们所说的“药物”是指：

- Medicare D 部分药物，以及
- Medi-Cal Rx 承保的药物和项目。

由于您有资格获得 **Medi-Cal**，您可以从 **Medicare** 获得额外补助，以帮助支付您的 **Medicare D** 部分药物费用。我们向您发送一个单独的插页，称为“为在支付处方药费用方面获得额外补助的民众所提供的承保范围说明书附约”（也称为“低收入补贴（**Low Income Subsidy, LIS**）附约”或“**LIS 附约**”），该插页向您说明有关您的药物承保的信息。如果您没有这张插页，请致电客户服务部索取“**LIS 附约**”。

额外补助是一项 **Medicare** 计划，旨在帮助收入和资源有限的人降低 **Medicare D** 部分药物费用，例如保费、自付额和共付额。额外补助也称为“低收入补贴”或“**LIS**”。

其他关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

要了解有关药物的更多信息，您可以在以下部分查找：

- 我们的“承保药物清单”。
 - 我们称之为“药物清单”。它向您说明：
 - 我们支付哪些药物的费用
 - 每种药物属于五个层级中的哪一个
 - 针对药物是否有任何限制
 - 如果您需要我们的药物清单副本，请致电客户服务部。您还可以在我们的网站 blueshieldca.com/medformulary2026 上找到我们药物清单的最新副本。
 - 您从药房获得的大部分药物均在 **Blue Shield TotalDual Plan** 的承保范围内。**Medi-Cal Rx** 可能会承保其他药物，例如一些非处方（**OTC**）药物和某些维生素。请访问 **Medi-Cal Rx** 网站（medi-calrx.dhcs.ca.gov/）了解更多信息。您还可以致电 **Medi-Cal Rx** 客户服务中心，电话：800-977-2273。通过 **Medi-Cal Rx** 获取处方药时，请携带您的 **Medi-Cal** 福利身份卡（**BIC**）。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 本《会员手册》**第 5 章**。
 - 说明如何通过本计划获取门诊药物。
 - 其中包括您需要遵守的规则。它还会说明我们的计划不承保哪些类型的药物。
 - 当您使用计划的“实时福利工具”查找药物承保范围（请参考**第 5 章第 B2 节**）时，显示的费用是您预计要支付的自付费用的估计值。您可以致电您的护理协调员或客户服务部以获取更多信息。

我们的“提供者与药房目录”。

- 在大多数情况下，您必须使用网络内药房来获取承保药物。网络内药房是同意与我们合作的药房。
- “医疗服务提供者与药房目录”列出了我们的网络内药房。如需了解有关网络内药房的更多信息，请参考本《会员手册》**第 5 章**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

目录

A. 福利说明 (EOB)	169
B. 如何跟踪您的药品费用	169
C. Medicare D 部分药物的药物支付阶段。	171
D. 第 1 阶段：初始承保阶段.....	171
D1.您的药房选择	172
D2.获得药物的长期供应	172
D3.您支付的费用	172
D4.初始承保阶段结束.....	175
E. 第 2 阶段：灾难承保阶段.....	175
F. 如果您的医生开出的处方少于一整月的用量，您的药物费用	176
G. 您为 D 部分疫苗支付的费用	176
G1. 接种疫苗之前您需要了解什么	176
G2. 您为 Medicare D 部分承保的疫苗支付的费用.....	177

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



A. 福利说明 (EOB)

我们的计划会跟踪您的药物费用和您在药房获得处方药时支付的费用。我们跟踪两种类型的费用：

- **您的自付费用。**这是您或代表您的其他人为您的处方支付的金额。这包括您在获得 D 部分承保药物时支付的费用、家人或朋友为您支付的任何药物费用，以及通过 Medicare、雇主或工会健康计划、印第安人健康服务、艾滋病药物援助计划、慈善机构和大多数州药物援助计划（State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP）提供的额外补助为您支付的任何药物费用。
- **您的药品总费用。**这是为您的 D 部分承保药物支付的所有款项的总额。其中包括我们计划支付的费用，以及其他计划或组织为您的 D 部分承保药物支付的费用。

当您通过我们的计划获得药物时，我们会向您发送一份名为“福利说明”（EOB）的摘要。我们简称为 EOB。EOB 不是账单。福利说明提供有关您服用的药物的更多信息，例如价格上涨和可用的分摊费用较低的其他药物。您可以与您的处方医生讨论这些费用较低的选择。EOB 包括：

- **当月信息。**该摘要说明您上个月服用了哪些药物。它显示了药物总费用、我们支付的费用，以及您和其他人为您支付的费用。
- **1 月 1 日以来的当年总计。**这显示了自年初以来您的药物总费用和药物总付款额。
- **药物价格信息。**这是药物的总价以及自首次配药以来药物价格的变化（按每张药物数量相同的处方理赔记录计算）。
- **费用更低的替代品。**在适用的情况下，关于每个处方费用分摊较低的其他可用药物的信息。

我们承保 Medicare 未承保的药物。

- 为这些药物支付的费用不计入您的自付费用总额。
- 您从药房获得的大部分药物均在计划的承保范围内。Medi-Cal Rx 可能会承保其他药物，例如一些非处方（OTC）药物和某些维生素。请访问 Medi-Cal Rx 网站（www.medi-calrx.dhcs.ca.gov）了解更多信息。您还可致电 Medi-Cal 客户服务中心：800-977-2273。通过 Medi-Cal Rx 获取处方药时，请携带您的 Medi-Cal 福利身份卡（BIC）。
- 要了解我们的计划承保哪些药物，请参考我们的药物清单。

B. 如何跟踪您的药品费用

为了跟踪您的药品费用和您支付的费用，我们使用从您和您的药房获得的记录。您可以通过以下方式帮助我们：

1. 使用您的会员卡。

每次配药时出示您的会员 ID 卡。这有助于我们了解您配取的处方药以及您支付的费用。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



3. 确保我们拥有所需的信息。

您可以要求我们为您报销我们分摊的药物费用。向我们提供您所支付的承保药物的收据副本。以下是您应该向我们提供收据副本的一些例子：

- 当您在网络内药房以特价购买承保药物或使用不属于我们计划福利的折扣卡购买承保药物时
- 当您为通过制药商的患者援助计划获得的药物支付共付额时
- 当您在网络外药房购买承保药物时
- 当您在特殊情况下支付承保药物的全价时

有关如何要求我们为您报销我们分摊的药物费用的更多信息，请参考本《会员手册》第 7 章。

4. 向我们发送有关其他人代您完成的付款的信息。

某些其他人和组织的付款也计入您的自付费用。例如，艾滋病药物援助计划（AIDS drug assistance program, ADAP）、印第安人卫生服务机构和大多数慈善机构支付的费用都计入您的自付费用。这可以帮助您获得灾难承保的资格。当您达到灾难承保阶段时，我们的计划将支付您当年剩余时间内 Medicare D 部分药物的所有费用。

5. 检查我们发送给您的 EOB。

当您通过邮件收到 EOB 时，请确保其完整且正确。

- 您认识每家药店的名字吗？检查日期。那天您配药了吗？
- 您拿到所列药物了吗？它们与您收据上列出的相符吗？这些药物与您医生开具的处方相符吗？

如果您发现此摘要有错误怎么办？

如果此 EOB 上的某些内容令人困惑或看起来不正确，请致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部联系我们。您还可以在我们的网站上找到许多问题的答案：blueshieldca.com/medicare。

可能存在欺诈行为怎么办？

如果此摘要显示您未服用的药物或您认为可疑的任何其他内容，请联系我们。

- 请致电 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部联系我们。
- 或致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。您可以免费拨打这些号码。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您怀疑接受 Medi-Cal 的提供者出现欺诈、浪费或滥用行为，则有权举报相关情况，请拨打免费保密电话 1-800-822-6222。报告 Medi-Cal 欺诈的其他方法可以在以下位置找到：www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

如果您认为有问题或缺失某些信息，或者有任何疑问，请致电客户服务部。保留这些 EOB。它们是您药物费用的重要记录。

C. Medicare D 部分药物的药物支付阶段。

根据我们的计划，您的 Medicare D 部分药物承保有两个付款阶段。您为每个处方支付多少取决于您配取或续配处方药时是在哪个阶段。这两个阶段如下：

第 1 阶段：初始承保阶段	第 2 阶段：灾难承保阶段
在此阶段，我们的计划支付您的部分药物费用，您支付自己的份额。您的份额称为共付额。 您一旦配取当年的第一次处方药，就开始进入本阶段。	在此阶段，我们将支付您截至 2026 年 12 月 31 日的所有药物费用。 您一旦支付了一定数额的自付费用，就开始进入本阶段。

D. 第 1 阶段：初始承保阶段

在初始承保阶段，我们支付您承保药物费用的分摊额，您则支付您的分摊额。您的份额称为共付额。共付额的金额取决于该药物所在的费用分摊层级，以及您在哪里获得该药物。

费用分摊层级是具有相同共付额的药物组。我们计划药物清单上的每一种药物都会列入五种费用分摊层级之一。一般来说，层级越高，共付额就越高。要查找您的药物的费用分摊层级，请参考我们的药物清单。

- 费用分摊第 1 层级：首选仿制药（最低费用分摊层级）——包括首选仿制药。共付额为\$0。
- 费用分摊第 2 层级：仿制药——包括仿制药和生物仿制药。共付额为\$0。
- 费用分摊第 3 层级：首选品牌药——包括首选品牌药、生物仿制药和一些仿制药。根据您的收入，共付额在\$0 至\$12.65 之间。
- 费用分摊第 4 层级：非首选药物 – 包括非首选品牌药、生物仿制药和一些仿制药。根据您的收入，共付额在\$0 至\$12.65 之间。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 费用分摊第 5 层级：专科层级药物（最高费用分摊层级）——包括可能需要特殊处理和/或密切监控的、费用非常高的品牌药、生物仿制药和仿制药。根据您的收入，共付额在\$0 至\$12.65 之间。

D1. 您的药房选择

您支付的药物费用取决于您从以下哪个渠道获得药物：

- 网络内零售药房或
- 网络外药房。在有限的情况下，我们承保在网络外药房配取的处方药。如需了解我们何时这样做，请参考本《会员手册》第 5 章。
- 我们计划的送药上门服务。

要了解有关这些选择的更多信息，请参考本《会员手册》第 5 章以及我们的“提供者与药房目录”。

D2. 获得药物的长期供应

对于某些药物，您可以在配药时获得长期供应（也称为“延长供应”）。长期供应最多持续 100 天。您为其支付的费用与一个月的供应量相同。

有关在何处以及如何获得长期药物供应的详细信息，请参考本《会员手册》第 5 章或我们计划的“提供者与药房目录”。

D3. 您支付的费用

在初始承保阶段，您每次配药时可能都需要支付共付额。如果您的承保药物费用低于共付额，您只需支付药物的价格。

请联系客户服务部，了解任何承保药物的共付额。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



当您从以下渠道获得一个月承保药物供应时，您分摊的费用：

	网络内药房 一个月或最多 30 天的供应量	本计划的送药 上门服务 一个月或最多 30 天的供应量	网络内长期护 理药房 最多 31 天的 供应量	网络外药房 最多 30 天的 供应量。仅限于在某些情况 下承保。如需 了解细节，请 参考本《会员 手册》第 5 章。
费用分摊 第 1 层级 (首选仿制 药)	\$0 共付额	第 1 层级的 药物不提供 送药上门服 务。	\$0 共付额	\$0 共付额
费用分摊 第 2 层级 (仿制药)	\$0 共付额	第 2 层级的 药物不提供 送药上门服 务。	\$0 共付额	\$0 共付额
费用分摊 第 3 层级 (首选品牌药)	根据会员获 得的额外补 助级别，共 付额为\$0、 \$5.10 或 \$12.65。	第 3 层级的 药物不提供 送药上门服 务。	根据会员获 得的额外补 助级别，共 付额为\$0、 \$5.10 或 \$12.65。	根据会员获 得的额外补 助级别，共 付额为\$0、 \$5.10 或 \$12.65。
费用分摊 第 4 层级 (非首选药物)	根据会员获 得的额外补 助级别，共 付额为\$0、 \$5.10 或 \$12.65。	第 4 层级的 药物不提供 送药上门服 务。	根据会员获 得的额外补 助级别，共 付额为\$0、 \$5.10 或 \$12.65。	根据会员获 得的额外补 助级别，共 付额为\$0、 \$5.10 或 \$12.65。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

	网络内药房	本计划的送药上门服务	网络内长期护理药房	网络外药房
	一个月或最多 30 天的供应量	一个月或最多 30 天的供应量	最多 31 天的供应量	最多 30 天的供应量。仅限于在某些情况下承保。如需了解细节，请参考本《会员手册》第 5 章。
费用分摊 第 5 层级 (专科层级药物)	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或 \$12.65。	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或 \$12.65。	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或 \$12.65。	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或 \$12.65。

当您从以下渠道获得长期承保药物供应时，您分摊的费用：

	网络内药房	本计划的送药上门服务
	长期或最多 100 天的供应量	长期或最多 100 天的供应量
费用分摊 第 1 层级 (首选仿制药)	\$0 共付额	\$0 共付额
费用分摊 第 2 层级 (仿制药)	\$0 共付额	\$0 共付额

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



	网络内药房 长期或最多 100 天的供应量	本计划的送药上门服务 长期或最多 100 天的供应量
费用分摊 第 3 层级 (首选品牌药)	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或 \$12.65。	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或\$12.65。
费用分摊 第 4 层级 (非首选药物)	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或 \$12.65。	根据会员获得的额外补助级别，共付额为\$0、\$5.10 或\$12.65。
费用分摊 第 5 层级 (专科层级药物)	第 5 层级的药物没有长期供应。	第 5 层级的药物没有长期供应。

有关哪些药房可以为您提供长期供应的信息，请参考我们的“医疗服务提供者与药房目录”。

D4. 初始承保阶段结束

当您的处方药自付费用总额达到**\$2,100**时，初始承保阶段结束。此时，灾难承保阶段开始。我们承保您从那时到年底的所有药物费用。

您的 EOB 可以帮助您跟踪您在这一年中为药物支付的费用。如果您达到了**\$2,100**的限额，我们会通知您。许多人一年内都达不到这一限额。

E. 第 2 阶段：灾难承保阶段

当您的药物达到**\$2,100**的自付费用上限时，灾难承保阶段开始。您将一直处于灾难承保阶段，直至该日历年结束。在此阶段，您无需为 D 部分承保药物支付任何费用。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



F. 如果您的医生开出的处方少于一整月的用量，您的药物费用

在某些情况下，您要支付共付额以获得承保药物一整月的供应量。但是，您的医生可以开出少于一个月用量的药物。

- 有时您可能想询问医生是否能开出少于一个月用量的药物（例如，当您第一次尝试药物时）。
- 如果您的医生同意，您无需支付某些药物的整月用量。

当您获得的药物供应量少于一个月时，您支付的金额将根据您获得药物的天数而定。我们计算您每天为药物支付的金额（“每日费用分摊率”），并将其乘以您获得药物的天数。

- 以下举例说明：假设您的药物一整月的用量（30 天的用量）的共付额为 1.35 美元。这意味着您每天支付的药物费用少于 0.05 美元。如果您获得 7 天的药物供应量，则每天的付款金额将少于 \$0.05，用此数字乘以 7 天，总付款额将少于 \$0.35。
- 每日费用分摊可以让您在支付整个月的用药费用之前确保药物对您有效。
- 您还可以要求您的医疗服务提供者开出少于一个月用量的药物，以帮助您：
 - 更好地计划何时续配药物，
 - 与您服用的其他药物的续配进行协调，以及
 - 减少去药房的次数。

G. 您为 D 部分疫苗支付的费用

关于您为疫苗支付的费用的重要信息：有些疫苗被视为医疗福利，属于 Medicare B 部分的承保范围。其他疫苗被视为 Medicare D 部分药物。您可以在我们的药物清单中找到这些疫苗。我们的计划涵盖大多数成人 Medicare D 部分疫苗，您无需支付任何费用。请参考您计划的药物清单或联系客户服务部，了解有关特定疫苗的承保和费用分摊详细信息。

我们的 Medicare D 部分疫苗接种承保范围分为两部分：

1. 第一部分是**疫苗本身**的费用。
2. 第二部分是**为您接种疫苗**的费用。例如，有时您可能会通过医生给您注射的方式接种疫苗。

G1. 接种疫苗之前您需要了解什么

如果您计划接种疫苗，我们建议您致电客户服务部。

- 我们可以告诉您我们的计划如何承保您的疫苗并解释您所承担的费用。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 我们可以告诉您如何通过使用网络内药房和医疗服务提供者来降低费用。网络内药房和医疗服务提供者同意与我们的计划合作。网络内医疗服务提供者与我们合作，确保您无需支付 Medicare D 部分疫苗的预付费用。

G2. 您为 Medicare D 部分承保的疫苗支付的费用

您支付的疫苗费用取决于疫苗的类型（您接种疫苗的目的）。

- 有些疫苗被认为是健康福利，而不是药物。您无需支付这些疫苗的费用。要了解这些疫苗的承保范围，请参考本《会员手册》第 4 章中的福利表。
- 其他疫苗被视为 Medicare D 部分药物。您可以在我们计划的药物清单上找到这些疫苗。您可能需要为 Medicare D 部分疫苗支付共付额。如果名为免疫实践咨询委员会（ACIP）的组织向成年人推荐该疫苗，那么您无需支付任何费用。

您可以通过以下三种常见方式接种 Medicare D 部分疫苗。

1. 您可以在网络内药房获得 Medicare D 部分疫苗并完成注射。
 - 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。
 - 对于其他 D 部分疫苗，您需要支付疫苗的共付额。
2. 您在医生办公室获得 Medicare D 部分疫苗，然后医生给您完成注射。
 - 您向医生支付疫苗的共付额。
 - 我们的计划支付您注射疫苗的费用。
 - 在这种情况下，医生办公室应该致电我们的计划，以便我们确保他们知道您只需为疫苗本身支付共付额。
3. 您在药房购买 Medicare D 部分疫苗药物，然后将其带到医生办公室注射。
 - 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需为疫苗本身支付任何费用。
 - 对于其他 D 部分疫苗，您需要支付疫苗的共付额。
 - 我们的计划支付您注射疫苗的费用。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第7章：要求我们为您收到的承保服务或药物账单支付我们的分摊费用

简介

本章向您说明如何以及何时向我们发送账单以要求付款。它还向您说明如果不同意承保决定您可以如何提出上诉。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

目录

A. 要求我们支付您的服务或药品费用	179
B. 向我们发送付款请求	182
C. 承保决定	183
D. 上诉	183

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



A. 要求我们支付您的服务或药品费用

在您获得承保服务和药物后，我们的网络内医疗服务提供者必须向计划收取费用。网络内医疗服务提供者是与健康计划合作的医疗服务提供者。

我们不允许 Blue Shield TotalDual Plan 提供者向您收取这些服务或药物的费用。我们直接向我们的医疗服务提供者付款，并让您免于缴纳任何费用。

如果您收到医疗保健或药物的全部费用的账单，请勿支付账单并将账单发送给我们。要向我们发送账单，请参考第 7 章第 B 节。

- 如果我们承保服务或药物，我们将直接向提供者付款。
- 如果我们承保服务或药物并且您的付款金额已经超过您分摊的费用，则您有权利要求退还款项。
 - 如果您支付了 Medicare 承保的服务费用，我们将向您退还。
- 如果您已支付了已获得的 Medi-Cal 服务的费用，并且满足以下所有条件，您可能有资格获得报销（退还款项）：
 - 您收到的服务是我们负责支付费用的 Medi-Cal 承保服务。我们不会就 Blue Shield TotalDual Plan 未承保的服务补偿您。
 - 您在成为符合资格的 Blue Shield TotalDual Plan 会员后获得承保服务。
 - 您在自己接受承保服务之日起一年内要求获得退款。
 - 您提供证明，显示您支付了承保服务的费用，例如医疗服务提供者提供的明细收据。
 - 您从 Blue Shield TotalDual Plan 网络内的 Medi-Cal 注册提供者处获得承保服务。如果您获得的是急诊护理、计划生育服务，或 Medi-Cal 允许网络外提供者在未经预先批准（预先授权）的情况下提供的其他服务，则您不需要满足此条件。
- 如果承保服务通常需要预先批准（预先授权），您需要出示医疗服务提供者提供的证明，显示承保服务具有医疗必要性。
- Blue Shield TotalDual Plan 将在一封名为“行动通知”的信函中告知您是否会为您报销。如果您满足上述所有条件，Medi-Cal 注册医疗服务提供者则应向您全额退还您支付的金额。如果医疗服务提供者拒绝向您退款，Blue Shield TotalDual Plan 则会向您全额退款。我们将在收到理赔后 45 个工作日内为您报销。如果提供者已加入 Medi-Cal，但不在我们的网络内，并且拒绝向您退款，则 Blue Shield TotalDual Plan 会向您退款，但最多只能支付按服务收费（FFS）Medi-Cal 会支付的金额。Blue Shield TotalDual Plan 会向您退还针对以下服务的全额自付费用：紧急服务、计划生育服务，或 Medi-Cal 允许未经预先批准即可由

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

网络外医疗服务提供者提供的其他服务。如果您未满足上述条件之一，我们则不会向您退款。

- 如果出现以下情况，我们将不会偿还您的费用：
 - 您要求并接受了不属于Medi-Cal承保范围的服务，例如美容服务。
 - 服务并非Blue Shield TotalDual Plan的承保服务。
 - 您向不接受Medi-Cal的医生求诊并签署表格，说明您无论如何都希望该医生为您看诊，并且您将自行支付服务费用。
- 如果我们不承保服务或药物，我们会告诉您。

如有任何问题，联系客户服务部或您的护理协调员。如果您不知道自己应该支付什么费用，或者您收到了账单但不知道该怎么办，我们可以提供帮助。如果您想告诉我们有关您已发送给我们的付款请求的信息，您也可以致电。

您可以要求我们退款或支付您收到的账单的示例情况包括：

1. 当您从网络外医疗服务提供者处获得紧急或急需的医疗保健时

要求医疗服务提供者向我们开具账单。

- 如果您在获得护理时支付了全额费用，请要求我们退还我们分摊的费用。将账单和您所付款项的证明发送给我们。
- 您可能会从医疗服务提供者那里收到一张账单，要求您支付您认为不欠的款项。将账单和您所付款项的证明发送给我们。
 - 如果应向提供者付款，我们将直接向其付款。
 - 如果对于Medicare服务您的付款额已经超过您分摊的费用，我们将确定您欠了多少钱并向您退还我们分摊的费用。

2. 当网络内医疗服务提供者向您发送账单时

网络内医疗服务提供者必须始终向我们开具账单。当您获得任何服务或处方药时，必须出示您的会员卡；但是，有时网络内提供者会出错，并要求您支付服务费用或支付超过您分摊的费用。如果您收到任何账单，请致电客户服务部或您的护理协调员，号码见本页底部。

- 作为计划会员，您只需在获得我们承保的服务时支付共付额。我们不允许医疗服务提供者向您收取超过此金额的费用。即使我们向医疗服务提供者支付的费用低于医疗服务提供者收取的服务费用，情况也是如此。即使我们决定不支付某些费用，您也不需要支付。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 每当您收到网络内提供者的账单并且您认为超出了您应该支付的金额时，请将账单发送给我们。我们将直接联系提供者并解决问题。
- 如果您已经向网络内提供者支付了 **Medicare** 承保服务的账单，但您觉得自己支付的金额过多，请将账单和您所付款项的证明发送给我们。我们将退还您支付的金额与根据我们的计划您所欠款项之间的差额。

3. 如果您通过回溯方式加入我们的计划

有时，您对计划的注册可以回溯。（这意味着您注册的第一天已经过去了。甚至可能是去年的事。）

- 如果您是回溯方式加入的，并且您在加入日期之后支付了账单，您可以要求我们向您退款。
- 将账单和您所付款项的证明发送给我们。

4. 当您使用网络外药房配药时

如果您使用网络外药房，您需要支付处方药的全部费用。

- 只有在少数情况下，我们承保在网络外药房配取的处方药。当您要求我们退还我们分摊的费用时，请向我们发送您的收据副本。
- 参见本《会员手册》第 5 章了解有关网络外药房的更多信息。
- 我们可能不会退还您在网络外药房为药物支付的费用与我们在网络内药房本应支付的金额之间的差额。

5. 当您因未携带会员卡而支付 **Medicare D** 部分处方药全额费用时

如果您没有携带会员卡，您可以要求药房给我们打电话或查找您的计划注册信息。

- 如果药房无法立即获取信息，您可能需要自行支付全额处方费用或携带会员 ID 卡返回药房。
- 当您要求我们退还我们分摊的费用时，请向我们发送您的收据副本。
- 如果您支付的现金价格高于我们的处方药协商价格，我们可能不会退还您支付的全额费用。

6. 当您支付 **Medicare D** 部分未承保处方药的全额费用时

您可以支付全额处方费用，因为该药物不在承保范围内。

- 该药物可能不在我们网站上的“承保药物清单”（药物清单）中，或者它可能有您不了解或认为不适用于您的要求或限制。如果您决定购买药物，您可能需要支付全额费用。
 - 如果您不支付药物费用，但认为我们应该承保该药物，您可以要求我们做出承保决定（请参考本《会员手册》第9章）。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您和您的医生或其他处方医生认为您立即需要该药物（24小时内），您可以要求快速承保决定（请参考本《会员手册》第9章）。
- 当您要求我们退还费用时，请向我们发送您的收据副本。在某些情况下，我们可能需要从您的医生或其他处方医生那里获取更多信息，才能退还我们分摊的药物费用。如果您支付的价格高于我们的处方药协商价格，我们可能不会退还您支付的全额费用。

当您向我们发送付款请求时，我们会对其进行审核并决定是否应承保该服务或药物。这称为做出“承保决定”。如果我们决定应承保该服务或药物，我们将支付我们分摊的费用。

如果我们拒绝您的付款请求，您可以对我们的决定提出上诉。要了解如何提出上诉，请参考本《会员手册》第 9 章。

B.向我们发送付款请求

将您的账单和您为 Medicare 服务完成的任何付款的证明发送给我们。付款证明可以是您所写支票的副本或来自医疗服务提供者的收据。**最好复印一下您的账单和收据以留作记录。**您可以向您的护理协调员寻求帮助。您必须在收到服务、项目或药物之日起一年内将您的医疗理赔信息发送给我们。您必须在获得服务、项目或药物之日起一年内向我们提交 D 部分处方药理赔。

为了确保您向我们提供做出决定所需的所有信息，您可以填写我们的理赔表以要求付款。

- 您并非必须使用该表格，但它可以帮助我们更快地处理信息。
- 您可以在我们的网站（blueshieldca.com）上获取该表格，也可以致电客户服务部索要该表格。

将您的付款请求连同任何账单或收据邮寄至以下地址：

医疗理赔：

Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95627-2640

D 部分处方药理赔：

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



C. 承保决定

当我们收到您的付款请求时，我们会做出承保决定。这意味着我们决定我们的计划是否承保您的服务、项目或药物。我们还会决定您必须支付的金额（如果有）。

- 如果我们需要您提供更多信息，我们会通知您。
- 如果我们决定我们的计划承保该服务、项目或药物，并且您遵守了获得该服务、项目或药物的所有规则，则我们将支付我们分摊的费用。如果您已经支付了服务或药物费用，我们将针对我们分摊的费用给您邮寄一张支票。如果您支付了药物的全部费用，您可能不会获得所付款项的全额报销（例如，如果您在网络外药房获得药物，或您支付的现金价格高于我们的协商价格）。如果您尚未付款，我们将直接向提供者付款。

本《会员手册》**第 3 章**解释了获得服务承保的规则。本《会员手册》**第 5 章**解释了获得 Medicare D 部分药物承保的规则。

- 如果我们决定不支付我们分摊的服务或药物费用，我们将向您发送一封信函并说明原因。该信函还解释了您拥有提出上诉的权利。
- 要了解有关承保决定的更多信息，请参考**第 9 章**。

D. 上诉

如果您认为我们拒绝您的付款请求是错误的，您可以要求我们更改决定。这称为“提出上诉”。如果您不同意我们支付的金额，您也可以提出上诉。

正式的上诉程序有详细的程序和期限。要了解有关上诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第 9 章**。

- 要就医疗保健服务退款提出上诉，请参考**F 节**。
- 要就药物退款提出上诉，请参考**G 节**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第8章：您的权利和责任

简介

本章包括您作为我们计划会员的权利和责任。我们必须尊重您的权利。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

目录

A.您有权以满足您的需求的方式获取服务和信息	185
B.我们有责任让您及时获得承保服务和药物	185
C. 我们有责任保护您的个人和健康信息	186
C1. 我们保护您 PHI 的方式	187
C2.您查看您的医疗记录的权利	187
D. 我们有责任向您提供信息	187
E.网络内医疗服务提供者不能直接向您收费	188
F. 您有权退出我们的计划	189
G. 您有权做出有关您的医疗保健的决定	189
G1.您有权了解自己的治疗选择并做出决定	189
G2.如果您无法自己做出医疗保健决定，您有权说出您想要的结果	189
G3.如果您的说明未得到遵守，该怎么办	190
H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定	190
H1.如何应对不公平待遇或获取有关您权利的更多信息	191
I. 您作为计划会员的责任	191

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

我们必须确保以符合文化要求且易于理解的方式向会员（包括那些英语能力有限、阅读技能有限、存在听力障碍或具有不同文化和族裔背景的人士）提供**所有**服务（包括临床服务和非临床服务）。我们必须用您能理解的方式，告诉您本计划的福利和您的权利。您参保本计划期间，每年我们都必须让您知道您有哪些权利。

- 如欲以您能理解的方式取得信息，请致电您的护理协调员或客户服务部。我们的计划提供免费口译服务，可以用不同语言回答问题。
- 我们的计划也可以提供英文以外其他语言的材料，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语，以及大字体、盲文或音频等格式。如欲获取这些替代格式之一的材料，请致电客户服务部或写信至下列地址：Blue Shield TotalDual Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
 - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部。
 - Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部会将您的首选语言和格式存档，以供将来沟通时使用。如要对您的偏好进行任何更新，请联系 Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部。

如果您因为语言问题或残疾难以取得本计划的信息，而想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民权办公室：916-440-7370。听障和语障用户请拨打 711。
- 美国卫生与公共服务部民权办公室：1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打 1-800-537-7697。

B. 我们有责任让您及时获得承保服务和药物

作为本计划会员您拥有相应权利。

- 您有权在我们的网络中选择初级保健提供者（PCP）。网络内医疗服务提供者是与我们合作的医疗服务提供者。您可以在本《会员手册》**第 3 章**中找到有关哪些类型的提供者可以充当 PCP 以及如何选择 PCP 的更多信息。
 - 致电您的护理协调员或客户服务部，或参考“提供者与药房目录”，了解有关网络内提供者以及哪些医生正在接受新患者的更多信息。
- 您有权在无需转诊的情况下寻求女性健康专家的帮助。转诊是指您的 PCP 批准使用您 PCP 之外的提供者。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 您有权在合理的时间内从网络内医疗服务提供者处获得承保服务。
 - 这包括及时获得专家服务的权利。
 - 如果您无法在合理的时间内获得服务，我们必须支付网络外护理的费用。
- 您有权在无需事先批准（PA）的情况下获得紧急服务或急需的医疗护理。
- 您有权在我们的任何网络内药房获取您的处方药，且不会遇到长时间延误。
- 您有权知道何时可以使用网络外医疗服务提供者。要了解网络外提供者的信息，请参考本《会员手册》第 3 章。
- 当您首次加入我们的计划时，如果满足某些条件，您有权将当前的医疗服务提供者和服务授权保留最多 12 个月。要了解有关保留提供者和服务授权的更多信息，请参考本《会员手册》第 1 章。
- 您有权在护理团队和护理协调员的帮助下做出自己的医疗保健决定。

本《会员手册》第 9 章说明了如果您认为自己没有在合理的时间内获得服务或药物，您可以怎么做。它还说明了如果我们拒绝承保您的服务或药物并且您不同意我们的决定，您可以怎么做。

C. 我们有责任保护您的个人和健康信息

我们根据联邦和州法律的要求保护您的个人和健康信息。

您受保护的健康信息（PHI）包括您在加入我们的计划时向我们提供的个人信息。它还包括您的医疗记录和其他医疗和健康信息。

当涉及到您的信息以及如何控制您的 PHI 的使用方式时，您拥有相应权利。我们向您提供书面通知，告知您这些权利并解释我们如何保护您的 PHI 的隐私。该通知称为“隐私惯例通知”。

同意接受敏感服务的会员无需获得任何其他会员的授权即可获得敏感服务或就敏感服务提交理赔。Blue Shield TotalDual Plan 会将有关敏感服务的通信直接发送至会员的备用指定邮寄地址、电子邮件地址或电话号码，或者在没有指定的情况下，使用会员姓名发送至存档的地址或电话号码。未经接受护理的会员的书面授权，Blue Shield TotalDual Plan 不会向任何其他会员披露与敏感服务相关的医疗信息。Blue Shield TotalDual Plan 将满足以所要求的形式和格式（如果可以按所要求的形式和格式轻松制作）或在其他地点进行保密通信的请求。会员对与敏感服务相关的保密通信的请求将一直有效，直到该会员撤销该请求或提交新的保密通信请求为止。要索取我们的《隐私惯例通知》的副本或请求将机密通信要求添加到您的记录上，您可以完成下列任意一项：

1. 访问 blueshieldca.com 并单击主页底部的隐私链接。您可以在那里找到《隐私惯例通知》和《保密通信请求》表格。
2. 拨打 Blue Shield 会员 ID 卡上的客户服务电话。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



3. 致电 Blue Shield of California 隐私办公室的免费电话：(888) 266-8080。听障和语障用户请拨打 711。

4. 给我们发电子邮件：privacy@blueshieldca.com

C1. 我们保护您 PHI 的方式

我们确保未经授权的人不能查看或更改您的记录。

除下述情况外，我们不会将您的 PHI 提供给不为您提供护理或不支付您护理费用的任何人。如果我们这样做，我们必须首先获得您的书面许可。您，或获合法授权可代您做出决定的人，可以给予书面许可。

有时我们不需要先获得您的书面许可。这些例外是法律允许或要求的：

- 我们必须向检查我们计划的护理质量的政府机构提供 PHI。
- 如果收到法院命令，我们可能会提供 PHI，但仅限于加州法律允许的情况。
- 我们必须向 Medicare 提供您的 PHI，包括有关您的 Medicare D 部分药物的信息。如果 Medicare 出于研究或其他用途而提供您的 PHI，则他们会根据联邦法律这样做。

C2. 您查看您的医疗记录的权利

- 您有权查看您的医疗记录并获取您的记录副本。我们可能会向您收取复印您医疗记录的费用。
- 您有权要求我们更新或更正您的医疗记录。如果您要求我们这样做，我们会与您的医疗保健提供者合作以决定是否应该进行更改。
- 您有权知道我们是否以及如何出于任何并非例行性的目的与他人分享您的 PHI。

如果您对自己 PHI 的隐私有疑问或疑虑，请致电客户服务部。

D. 我们有责任向您提供信息

作为我们计划的会员，您有权从我们这里获取有关我们的计划、我们的网络内医疗服务提供者以及您承保服务的信息。

如果您不讲英语，我们可以提供口译服务来回答您有关我们计划的问题。要获得口译员，请致电客户服务部。这是为您提供的一项免费服务。《会员手册》和其他重要材料有英语以外的语言版本。材料还可以提供阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、简体中文、繁体中文、波斯语、印地语、苗族语、日语、韩语、老挝语、瑶族语、旁遮普语、俄语、西班牙语、他加禄语、泰语、乌克兰语和越南语版本。我们还可以为您提供大字体、盲文或音频形式的信息。我们需要以可访问且适合您的方式向您提供有关计划福利的信息。要以适合您的方式从我们这里获取信息，请致电客户服务部。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您需要有关以下任何方面的信息，请致电客户服务部：

- 如何选择或更改计划
- 我们的计划，包括：
 - 财务信息
 - 计划会员如何评价我们
 - 会员提出的上诉数量
 - 如何退出我们的计划
- 我们的网络内医疗服务提供者和网络内药房，包括：
 - 如何选择或改变初级保健提供者
 - 我们网络内医疗服务提供者和药房的资质
 - 我们如何向我们网络内的医疗服务提供者付款
- 承保服务和药物，包括：
 - 我们计划承保的服务（请参考本《会员手册》**第 3 章和第 4 章**）和药物（请参考本《会员手册》**第 5 章和第 6 章**）
 - 您的承保范围和药物的限制
 - 您为获得承保服务和药物必须遵守的规则
- 为什么某些服务和药物未承保以及您可以采取哪些措施（请参考本《会员手册》**第 9 章**），包括要求我们：
 - 以书面形式解释为什么不承保某些服务和药物
 - 改变我们做出的决定
 - 支付您收到的账单

E. 网络内医疗服务提供者不能直接向您收费

我们网络内的医生、医院和其他提供者不能让您支付承保服务的费用。即使我们支付的费用低于提供者收取的金额，他们也不能让您支付账单差额或向您收取费用。要了解如果网络内提供者试图向您收取承保服务费用时该怎么办，请参考本《会员手册》**第 7 章**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



F. 您有权退出我们的计划

如果您不愿意，没有人可以让您留在我们的计划中。

- 您有权通过 **Original Medicare** 或其他 **Medicare Advantage (MA)** 计划获得大部分医疗保健服务。
- 您可以从药物计划或其他 **MA** 计划获得 **Medicare D** 部分药物福利。
- 请参考本《会员手册》**第 10 章**：
 - 有关您何时可以加入新的 **MA** 或药物福利计划的更多信息。
 - 有关如果退出我们的计划您如何获得您的 **Medi-Cal** 福利的信息。

G. 您有权做出有关您的医疗保健的决定

您有权从您的医生和其他医疗保健提供者处获得完整信息，以帮助您做出有关您的医疗保健的决定。

G1. 您有权了解自己的治疗选择并做出决定

您的医疗服务提供者必须以您可以理解的方式解释您的病况和治疗选择。您有权：

- **了解您的选择。** 您有权被告知所有治疗方案。
- **了解风险。** 您有权被告知所涉及的任何风险。如果任何服务或治疗属于研究实验的一部分，我们必须提前告知您。您有权拒绝实验性治疗。
- **取得第二专家意见。** 您有权在决定治疗之前咨询另一位医生。
- **说不。** 您有权拒绝任何治疗。这包括离开医院或其他医疗机构的权利，即使您的医生建议您不要这样做。您有权停止服用处方药。如果您拒绝治疗或停止服用处方药，我们不会将您从我们的计划中删除。但是，如果您拒绝治疗或停止服药，您将对发生在您身上的事情承担全部责任。
- **要求我们解释医疗服务提供者拒绝提供护理的原因。** 如果医疗服务提供者拒绝为您提供您认为应该获得的护理，您有权要求我们做出解释。
- **要求我们承保我们拒绝承保或通常不承保的服务或药物。** 这称为承保决定。本《会员手册》**第 9 章**说明了如何要求我们做出承保决定。

G2. 如果您无法自己做出医疗保健决定，您有权说出您想要的结果

有时人们无法自己做出医疗保健决定。在这种情况下发生之前，您可以：

- 请填写一份书面表格，让某人在您无法自己做出决定时有权为您做出医疗保健决定。
- 如果您无法自己做出决定，包括您不想要的护理，请向您的医生提供有关如何处理您的医疗保健的书面说明。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



您用来提供指示的法律文件称为“预先指示”。预先指示有不同的类型和不同的名称。例如生前遗嘱和医疗保健授权书。

您并非必须有预先指示，但您可以有。如果您想使用预先指示，请执行以下操作：

- **获取表格。**您可以从您的医生、律师、社会工作者或某些办公室用品商店获取表格。药房和医疗服务提供者办公室通常有这些表格。您可以在线找到免费表格并下载。您也可以联系客户服务部索取表格。
- **填写表格并签名。**该表格是一份法律文件。考虑让律师或您信任的其他人（例如家庭成员或您的 PCP）帮助您完成。
- **将表格副本分发给需要了解的人。**向您的医生提供一份表格副本。您还应该向您指定的、在您无法做决策时代您进行决策的人提供一份副本。您可能想将副本提供给亲密的朋友或家人。在家保留一份副本。
- 如果您正在住院并且您有签署的预先指示，**请将其副本带到医院。**
 - 医院会询问您是否有签署的预先指示表以及您是否随身携带。
 - 如果您没有签署的预先指示表，医院有表格并会询问您是否要签署。

您有权：

- 将您的预先指示加入您的医疗记录中保管。
- 随时更改或取消您的预先指示。
- 了解预先指示法律的变更。Blue Shield TotalDual Plan 将在相关州法变更后的 90 天内告知您相关变更。

根据法律规定，任何人都不能以您是否签署预先指示为由拒绝为您提供护理或歧视您。请致电客户服务部了解更多信息。

G3. 如果您的说明未得到遵守，该怎么办

如果您签署了预先指示，并且您认为医生或医院没有遵循其中的说明，您可以向 **Commence Health**（加利福尼亚州质量改进组织）投诉，电话为(877) 588-1123（听障和语障专线：711），或写信至：**Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701。**

H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定

本《会员手册》**第 9 章**说明了您如果您对承保服务或护理有任何问题或疑虑，您可以做什么。例如，您可以要求我们做出承保决定、提出上诉以更改承保决定或提出投诉。

您有权获取有关其他计划会员对我们提出的上诉和投诉的信息。请致电客户服务部获取此信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



H1. 如何应对不公平待遇或获取有关您权利的更多信息

如果您认为我们对您不公平——并且这不是基于本《会员手册》第 11 章中所列原因的歧视——或者您想了解有关您权利的更多信息，您可以致电：

- 客户服务部。
- 健康保险咨询和宣传计划（HICAP），电话 1-800-434-0222（或听障和语障专线：711）。有关 HICAP 的更多详细信息，参见第 2 章 E 节。
- Medi-Cal 监察员，电话 1-888-452-8609。如需了解有关此计划的更多详细信息，请参考本《会员手册》第 2 章。
- Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。（您还可以阅读或下载“Medicare 权利和保护”，可在 Medicare 网站上找到：www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf。）

I. 您作为计划会员的责任

作为计划会员，您有责任执行下列操作。如果您有任何疑问，致电客户服务部。

- **阅读本《会员手册》**，了解我们的计划承保范围以及获得承保服务和药物时所需遵循的规则。有关您的下列项目的详细信息：
 - 承保的服务，请参考本《会员手册》第 3 章和第 4 章。这些章节向您说明承保哪些内容、不承保哪些内容、需要遵循哪些规则以及您需要支付什么费用。
 - 承保的药物，请参考本《会员手册》第 5 章和第 6 章。
- **告诉我们您拥有的任何其他健康或药物承保范围**。我们必须确保您在获得医疗保健时使用所有承保选项。如果您有其他承保，请致电客户服务部。
- **告诉您的医生和其他医疗保健提供者**，您是我们计划的会员。当您获得服务或药物时，请出示您的会员 ID 卡。
- **帮助您的医生和其他医疗保健提供者为您提供最好的护理**。
 - 向他们提供他们需要的有关您和您的健康的信息。尽可能多地了解您的健康问题。遵循您和您的医疗服务提供者同意的治疗计划和说明。
 - 确保您的医生和其他提供者了解您服用的所有药物。这包括药物、非处方药物、维生素和补充剂。
 - 如有任何问题请提出。您的医生和其他医疗保健提供者必须以您可以理解的方式解释事情。如果您提出问题但不明白答案，请再问一次。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 与您的护理协调员合作，包括完成年度健康风险评估。
- 体贴周到。我们希望所有计划会员尊重他人的权利。我们还希望您在医生办公室、医院和其他医疗服务提供者办公室中尊重待人。
- 支付您所欠的款项。作为计划会员，您有责任支付以下费用：
 - Medicare A 部分和 Medicare B 部分的保费。对于大多数 Blue Shield TotalDual Plan 会员，Medi-Cal 支付您的 Medicare A 部分保费和 Medicare B 部分保费。
 - 对于我们计划承保的一些药物，当您获得药物时，您必须支付您分摊的费用。这将是共付额（一个固定金额）。第 6 章说明您必须为药物支付的费用。
 - 如果您获得我们的计划未承保的任何服务或药物，您必须支付全额费用。（注意：如果您不同意我们不承保服务或药物的决定，您可以提出上诉。请参考第 9 章了解如何提出上诉。）
- 如果您搬家了请告诉我们。如果您打算搬家，请立即告诉我们。您可以致电您的护理协调员或客户服务部。
 - 如果您搬离我们的服务区域，您将无法继续参保本计划。只有居住在我们服务区域的人才能成为该计划的会员。本《会员手册》第 1 章告知了您我们的服务区域。
 - 我们可以帮助您确定您是否要移出我们的服务区域。在特殊参保期间，您可以切换到 Original Medicare 或在新地点投保 Medicare 健康或药物计划。我们可以告诉您我们在您的新区域是否有计划。
 - 当您搬家时，告诉 Medicare 和 Medi-Cal 您的新地址。如需 Medicare 和 Medi-Cal 的电话号码，请参考本《会员手册》的第 2 章。
 - 如果您搬家并留在我们的服务区域，我们仍然需要知道。我们需要及时更新您的会员记录并知道如何与您联系。
 - 如果您搬家，请告诉社会保障局（或铁路退休委员会）。
- 如果您有新的电话号码或更好的联系方式，请告诉我们。
- 如果您有疑问或疑虑，请致电联系您的护理协调员或客户服务部。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第9章. 如果您有问题或要投诉（承保决定、上诉、投诉）时怎么办

简介

本章包含有关您的权利的信息。阅读本章，了解出现以下情况时该怎么做：

- 您对您的计划有疑问或投诉。
- 您需要某项服务、项目或药物，但您的计划说其不承保。
- 您不同意您的计划针对您的护理做出的决定。
- 您认为您的承保服务过早结束。
- 您对您的长期服务与支持（其中包括社区成人服务（CBAS）和护理机构（NF）服务）有问题或投诉。

本章分为不同小节，以帮助您轻松找到所需内容。**如果您有问题或疑虑，请阅读本章中适用于您情况的部分。**

您应该获得您的医生和其他医疗服务提供者认为作为您的护理计划的一部分对您的护理必要的医疗保健、药物以及长期服务与支持。**如果对护理有疑问，您可以致电 Medicare Medi-Cal 监察员计划求助，电话 1-855-501-3077。**本章介绍了针对不同问题和投诉的不同选择，但您随时可以致电监察员计划来寻求指导以帮助您解决问题。如需解决您的疑虑的其他资源以及这些资源的联系方式，请参考《会员手册》第 2 章。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



目录

A. 如果您有问题或疑虑怎么办	196
A1.关于法律条款	196
B. 在何处获取帮助	196
B1.如需更多信息和帮助	196
C. 了解我们计划中的 Medicare 和 Medi-Cal 投诉和上诉流程	197
D. 有关您的福利的问题	198
E. 承保决定和上诉	198
E1.承保决定	198
E2.上诉	198
E3.承保决定和上诉相关帮助	199
E4.本章哪一节可以帮助您	200
F. 医疗护理	200
F1.使用本节	200
F2.要求承保决定	201
F3.提出 1 级上诉	203
F4.提出 2 级上诉	205
F5.付款问题	211
G. Medicare D 部分药物	212
G1.Medicare D 部分承保决定和上诉	212
G2.Medicare D 部分例外情况	213
G3.例外处理注意事项	214
G4.要求承保决定，包括例外处理	215
G5. 提出 1 级上诉	217
G6.提出 2 级上诉	219

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

H. 要求我们承保更长的住院时间.....	221
H1.了解自己的 Medicare 福利.....	221
H2.提出 1 级上诉	222
H3.提出 2 级上诉	223
I. 要求我们继续承保某些医疗服务	224
I1.在您的承保结束前提前通知	225
I2.提出 1 级上诉	225
I3.提出 2 级上诉	226
J. 将您的上诉提升至 2 级以上	227
J1.Medicare 服务和用品的后续步骤	227
J2.额外 Medi-Cal 上诉	228
J3.Medicare D 部分药物请求的上诉级别 3、4 和 5	229
K. 如何提出投诉.....	230
K1.什么样的问题应该投诉	230
K2.内部投诉	231
K3.外部投诉	233

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

A. 如果您有问题或疑虑怎么办

本章解释如何处理问题和疑虑。您使用的流程取决于您遇到的问题的类型。针对**承保决定和上诉**使用一种流程，使用另一种流程**进行投诉**（也叫申诉）。

为了确保公平和及时，每个流程都有一套我们和您必须遵守的规则、程序和截止日期。

A1. 关于法律条款

本章中针对某些规则和期限有一些法律术语。很多此类术语难以理解，因此我们会尽可能使用更简单的词语来代替某些法律术语。我们尽可能少地使用缩写。

例如，我们说：

- “提出投诉”而不是“提出申诉”
- “承保决定”而不是“组织确定”、“福利判定”、“风险判定”或“承保判定”
- “快速承保决定”而不是“加急判定”
- “独立审查组织”（IRO）而不是“独立审查实体”（IRE）

我们知道正确的法律术语可以帮助您更清晰地沟通，因此我们也提供这些术语。

B. 在何处获取帮助

B1. 如需更多信息和帮助

有时，开始或遵循处理问题的流程会让人感到困惑。如果您感到不适或精力不足，更是如此。有时候您可能是缺乏所需的信息，不知道接下来该怎么做。

来自健康保险咨询和宣传计划的帮助

您可以致电健康保险咨询和宣传计划（HICAP）。HICAP 顾问可以回答您的问题并帮助您了解如何处理您的问题。HICAP 与我们或任何保险公司或健康计划均无关。HICAP 在每个县都配备了经过培训的辅导员，并且服务免费。HICAP 的电话号码是 1-800-434-0222。

来自 Medicare Medi-Cal 监察员计划的帮助

您可以致电 Medicare Medi-Cal 监察员计划并与其倡导者讨论您的健康保险问题。他们可能可以提供免费的法律帮助。监察员计划与我们或任何保险公司或健康计划无关。他们的电话号码是 1-855-501-3077，他们的网站是 www.healthconsumer.org。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



来自 Medicare 的帮助和信息

如需更多信息和帮助，您可以联系 Medicare。以下是从 Medicare 获得帮助的两种方式：

- 致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。
- 浏览 Medicare 网站 (www.medicare.gov)。

来自加州卫生保健服务部的帮助。

加州卫生保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 管理式护理监察员可提供帮助。如果您在加入、更改或退出健康计划时遇到问题，他们可以提供帮助。如果您搬家并且无法将 Medi-Cal 转移到您的新居住县，他们也可以提供帮助。您可于周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 致电监察员，电话：1-888-452-8609。

来自加州管理式医疗保健部的帮助

联系加州管理式医疗保健部 (DMHC) 获取免费帮助。DMHC 负责监督健康计划。DMHC 帮助人们就 Medi-Cal 服务或账单问题提出上诉。电话号码是 1-888-466-2219。聋哑、听力困难或语言障碍人士可以使用免费的听障和语障专线 1-877-688-9891。您还可以访问 DMHC 的网站：www.dmhc.ca.gov。

加州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您想对自己的健康计划提出申诉，应该在联系该部门之前先致电您的健康计划，电话是 **1-800-452-4413 (听障和语障专线：711)**，并使用您健康计划的申诉流程。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法律权利或可能使用的补救措施。如果您的申诉涉及紧急情况，或者健康计划的解决方式未能令您满意，又或者您的申诉超过 30 天仍未得到解决，您可以致电该部门请求协助。您也可能符合申请独立医疗审查 (IMR) 的资格。如果您符合 IMR 的资格，则 IMR 流程将会针对健康计划对提议的服务或治疗是否为医疗所必需而做出的医疗决定，实验或研究性质的治疗是否属于承保范围的决定，以及有关急诊或紧急医疗服务的给付争议，进行公正无私的审查。该部门还设有免付费电话号码 (**1-888-466-2219**)，以及面向听力和语言障碍人士的 TDD 专线 (**1-877-688-9891**)。该部门的互联网网站 www.dmhc.ca.gov 在线提供投诉表、IMR 申请表和说明。

C. 了解我们计划中的 Medicare 和 Medi-Cal 投诉和上诉流程

您拥有 Medicare 和 Medi-Cal。本章中的信息适用于您的所有 Medicare 和 Medi-Cal 管理式护理福利。这有时被称为“综合流程”，因为它结合或整合了 Medicare 和 Medi-Cal 的流程。

有时 Medicare 和 Medi-Cal 的流程不能合并。在这些情况下，您使用一个流程获取 Medicare 福利，使用另一个流程获取 Medi-Cal 福利。**F4 节**解释了这些情况。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413 (听障和语障专线：711)，每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00 (太平洋时间)。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



D. 有关您的福利的问题

如果您有问题或疑虑，请阅读本章中适用于您情况的部分。下表可帮助您找到本章中有关问题或投诉的正确小节。

您的问题或疑虑是否与福利或承保有关？	
这包括特定医疗护理（医疗用品、服务和/或 B 部分药物）是否属于承保范围、其承保方式，以及与医疗护理付款相关的问题。	
是 我的问题是关于福利或承保范围。 请参考 E 节“承保决定和上诉”。	否 我的问题不涉及福利或承保范围。 请参考 K 节“如何提出投诉”。

E. 承保决定和上诉

要求做出承保决定和提出上诉的流程会处理与您的医疗护理福利及承保相关的问题（服务、用品和 B 部分药物，包括付款）。为简单起见，我们通常将医疗用品、服务和 B 部分药物称为**医疗护理**。

E1. 承保决定

承保决定是指我们做出的有关您的福利和承保的决定，或有关我们为您的医疗服务或药物支付的金额的决定。您或者您的医生也可以联系我们并要求我们做出承保决定。您或您的医生可能不确定我们是否承保特定医疗服务，或者我们是否可能拒绝提供您认为需要的医疗护理。**如果您在获取医疗服务前想知道我们会不会承保该服务，您可要求我们为您做出承保决定。**

当我们审查服务请求或理赔时，我们会做出承保决定。在某些情况下，我们也许会决定服务或药物不属于承保范围，或不再属于 **Medicare** 或 **Medi-Cal** 为您承保的范围。如果您不同意该承保决定，可以提出上诉。

E2. 上诉

如果我们做了承保决定，但您对该决定不满意，您可以对该决定提出“上诉”。上诉是要求我们审查并变更我们所做承保决定的正式方法。

您第一次对某决定提出上诉时称为 **1 级上诉**。在本次上诉中，我们将审查我们做出的承保决定，以检查我们是否正确遵守了所有规则。您的上诉会由做出原不利决定以外的其他审查人员处理。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



在大多数情况下，您必须从 1 级开始上诉。如果您的健康问题很紧急或对您的健康构成直接和严重的威胁，或者如果您感到剧烈疼痛并需要我们更快速地做出决定，您可以在 www.dmhc.ca.gov 上向管理式医疗保健部申请 IMR 医疗审查。请参考第 F4 节了解更多信息。

我们完成审查时会通知您我们的决定。在某些情况下（稍后会在本章第 F2 节进行解释），您可以要求做出加急或“快速承保决定”或就承保决定做出“快速上诉”。

如果我们对您的部分或全部要求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函。如果您的问题与 Medicare 医疗护理的承保有关，该信函会告诉您我们已将您的个案发送至独立审查组织（IRO）进行 2 级上诉。如果您的问题与 Medicare D 部分或 Medicaid 服务或项目的承保有关，该信函将告诉您如何自行提出 2 级上诉。有关 2 级上诉的更多信息，请参考 F4 节。

如果您不满意 2 级上诉的决定，您也许可以继续额外层级的上诉。

E3. 承保决定和上诉相关帮助

您可以向以下任一机构寻求帮助：

- **客户服务部**，号码位于页面底部。
- **Medicare Medi-Cal 监察员计划**，电话 1-855-501-3077。
- **致电健康保险咨询和宣传计划（HICAP）**，电话 1-800-434-0222。
- **管理式医疗保健部（DMHC）的帮助中心**提供免费帮助。DMHC 帮助人们就 Medi-Cal 服务或账单问题提出上诉。电话号码是 1-888-466-2219。聋哑、听力困难或语言障碍人士可以使用免费的听障和语障专线 1-877-688-9891。您还可以访问 DMHC 的网站：www.dmhc.ca.gov。虽然 DMHC 可以帮助参加管理式 Medi-Cal 计划的人士，但它不能帮助只参加 Medicare 计划的人士，也不能帮助在以下县组织健康系统（County Organized Health Systems, COHS）中的人：Partnership Health Plan、Gold Coast Health Plan、CenCal Health、Central California Alliance for Health 和 CalOptima。联邦政府监管 Medicare 计划，医疗保健服务部监管 COHS 计划。
- **您的医生或其他医疗服务提供者**。您的医生或其他医疗服务提供者可以代表您申请承保决定或提出上诉。
- **朋友或家人**。您可指名其他人担任您的“代表”，并为您要求承保决定或提出上诉。
- **一名律师**。您有权聘请律师，但您**并非必须**聘请律师来要求我们做出承保决定或进行上诉。
 - 您可联系您自己的律师，或从您当地律师公会或其他转诊服务获取律师姓名。如果您符合资格，一些法律团体将为您提供免费法律服务。
 - 请致电 1-855-501-3077 向 Medicare Medi-Cal 监察员计划寻求法律援助律师。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您希望律师或其他人作为您的代表，请填写委任代表表格。该表格允许其他人代表您行事。

请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部，索取“委任代表”表格。您还可以通过访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 获取表格。您必须交给我们一份已签名的表格。

E4. 本章哪一节可以帮助您

有四种情况与承保决定与上诉有关。每种情况都有不同的规则和期限。我们在本章中会单独用一节来详细说明每种情况。请参考适用的小节：

- **第 F 节**，“医疗护理”
- **第 G 节**，“Medicare D 部分药物”
- **第 H 节**，“要求我们承保更长的住院时间”
- **第 I 节**，“要求我们继续承保某些医疗服务”（本节仅适用于这些服务：居家医疗保健、专业护理机构护理和综合门诊康复机构（CORF）服务。）

如果您不确定要使用哪一节，请拨打页面底部的号码致电客户服务部。您还可以从政府组织（例如加州健康保险援助计划）获得帮助或信息。详情请参考第 2 章第 C 节。

F. 医疗护理

本节说明如果您获取医疗护理承保或要求我们报销您的护理中我们应分摊的费用时遇到问题怎么办如需有关要求更长住院时间的信息，请参考第 H 节。

本节介绍本《会员手册》第 4 章的福利表中描述的医疗护理福利。在某些情况下，Medicare B 部分药物可能适用不同的规则。当他们这样做时，我们会解释 Medicare B 部分药物的规则与医疗服务和用品的规则有何不同。

F1. 使用本节

本节介绍了在以下任何情况下您可以执行的操作：

1. 您认为我们承保您需要的医疗护理，但您并未获得。

您可以执行的操作：您可以要求我们为您做出承保决定。请参考第 F2 节。

2. 我们没有批准您的医生或其他医疗保健提供者想要为您提供的医疗护理，而您认为我们应该这样做。

您可以执行的操作：您可以对我们的决定提出上诉。请参考第 F3 节。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



3. 您获得了您认为我们承保的医疗护理，但我们并不支付费用。

您可以执行的操作：您可以对我们不付款的决定提出上诉。请参考**第 F5 节**。

4. 您获得了您认为我们承保的医疗护理并支付了费用，同时您希望我们报销您的费用。

您可以执行的操作：您可以要求我们为报销。请参考**第 F5 节**。

5. 我们减少或停止了对您的某些医疗护理的承保，并且您认为我们的决定可能会损害您的健康。

您可以执行的操作：您可以对我们减少或停止医疗护理的决定提出上诉。请参考**第 F4 节**。

- 如果承保范围涉及医院护理、家庭医疗保健、专业护理机构护理或 CORF 服务，则适用特殊规则。请参考**第 H 节**或**第 I 节**了解更多信息。
- 对于涉及减少或停止对您的某些医疗护理承保的所有其他情况，请使用本节（**第 F 节**）作为指南。

6. 您在获得护理时遇到延误，或找不到医生。

您可以执行的操作：您可以提出投诉。请参考**第 K2 节**。

F2. 要求承保决定

当承保决定涉及您的医疗护理时，称为**综合组织判定**。

您、您的医生或您的代表可以通过以下方式要求我们做出承保决定：

- 呼叫：1-800-452-4413（听障和语障专线：711。
- 传真：(877) 251-6671。
- 写信：Blue Shield TotalDual Plan
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

标准承保决定

当我们告诉您我们的决定时，除非我们已同意使用“快速”期限，否则都会使用“标准”期限。标准承保决定意味着：

- 我们收到您关于符合我们预先授权规则的医疗服务或用品的请求后的 **5 个工作日** 内
- 我们收到您关于所有其他医疗服务或用品的请求后的 **5 个工作日（不超过 14 个自然日）** 内处理。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 我们收到您关于 **Medicare B 部分药物** 的请求后的 **72 小时**。

快速承保决定

“快速承保决定”的法律术语是“**加急判定**”。

当您要求我们就您的医疗护理做出承保决定并且该决定需要快速响应时，请要求我们做出“快速承保决定”。快速承保决定意味着：

- 我们收到您关于**医疗服务或用品**的请求后的 **72 小时**。
- 我们收到您关于 **Medicare B 部分药物** 的请求后的 **24 小时**。

欲获取快速承保决定，您必须符合两项规定：

- 您正在要求对您**没有获得**的医疗用品和/或服务进行承保。您不能要求就您已获得的用品或服务的付款做出快速承保决定。
- 使用“标准”期限**可能会严重危害您的健康**或伤害您的身体机能。

如果您的医生告诉我们您的健康状况需要，我们会自动为您提供快速承保决定。如果您在没有医生支持的情况下提出要求，我们将决定您是否获得快速承保决定。

- 如果我们判断您的健康状况不符合快速承保决定的规定，我们会寄信通知您，并且我们会改用标准期限。信中会告诉您：
 - 如果您的医生要求，我们会自动为您提供快速承保决定。
 - 如何对我们给您标准承保决定（而非您要求的快速承保决定）一事提出“快速投诉”。有关投诉（包括快速投诉）的更多信息，请参考**第 K 节**。

如果我们对您的部分或全部请求表示“拒绝”，我们会向您寄送一封信函解释原因。

- 如果我们表示**拒绝**，您有权上诉。如果您认为我们犯了错误，提出上诉是要求我们审查并更改决定的正式方式。
- 如果您决定提出上诉，您将继续上诉流程的**第 1 级**（请参考**第 F3 节**）。

在有限的情况下，我们可能会驳回您的承保决定请求，这意味着我们不会审查该请求。请求被驳回的示例包括：

- 请求不完整，
- 有人代表您提出请求但未获得合法授权，**或者**
- 您要求撤回您的请求。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果我们驳回您的承保决定请求，我们将向您发送通知，解释请求被驳回的原因以及如何要求对驳回进行审查。此审查称为上诉。上诉将在下一节中讨论。

F3. 提出 1 级上诉

欲开始上诉，您、您的医生或您的授权代表必须与我们联系。致电联系我们，电话 1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。

以书面形式或致电我们**请求标准上诉或快速上诉**，电话 1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。

- 如果您的医生或其他处方医生要求您在上诉期间继续已经获得的服务或用品，您可能需要指定他们作为您的代表行事。
- 如果您的医生以外的其他人为您提出上诉，请附上一份授权此人代表您的委任代表表格。您可以通过访问 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 获取表格。
- 我们可以接受没有表格的上诉请求，但在收到表格之前我们无法开始或完成审查。如果我们没有在对您的上诉做出决定的截止日期之前收到表格：
 - 我们将驳回您的请求，并且
 - 向您寄送一份书面通知，解释您有权要求 IRO 审查我们驳回您的上诉的决定。
- 您必须在我们告知您决定的信函之日起 65 个自然日内提出上诉。
- 如果您错过此期限但您有延迟的正当理由，我们可让您有更多时间提出上诉。正当理由的例子包括您患有严重疾病或我们向您提供了有关期限的错误信息。当您提出上诉时，请解释上诉推迟的原因。
- 您有权向我们要求一份有关您上诉的信息的副本。您和您的医生还可以向我们提供更多信息来支持您的上诉。

如果您的健康状况需要，请要求快速上诉。

“快速上诉”的法律术语是“**加急重新考虑**”。

- 如果您要对我们就护理承保做出的决定提出上诉，您和/或您的医生可以要求快速上诉。

如果您的医生告诉我们您的健康状况需要，我们会自动为您提供快速上诉。如果您在没有医生支持的情况下提出请求，我们将决定您是否获得快速上诉。

- 如果我们判断您的健康状况不符合快速上诉的规定，我们会寄信通知您，并且我们会改用标准期限。信后会告诉您：
 - 如果您的医生要求，我们会自动为您提供快速上诉。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 如何对我们给您标准上诉（而非您要求的快速上诉）一事提出“快速投诉”。有关投诉（包括快速投诉）的更多信息，请参考**第 K 节**。

如果我们告诉您我们正在停止或减少您已经获得的服务或用品，您可以在上诉期间继续使用这些服务或用品。

- 如果我们决定更改或停止您获得的服务或用品的承保，我们会在采取行动之前向您发送通知。
- 如果您不同意我们的决定，您可以提出 1 级上诉。
- 如果您在我们的信函日期后 10 个自然日内或在该行动的预期生效日期（以较晚者为准）之前要求 1 级上诉，我们将继续承保该服务或用品。
 - 如果您在此期限前完成，在您的 1 级上诉待决期间，您将获得这些服务或用品，没有任何变化。
 - 您还将获得（与您上诉无关的）所有其他服务或用品，没有任何变化。
 - 如果您在这些日期之前未提出上诉，那么在您等待上诉决定期间，您的服务或用品将不会继续提供。

我们考虑您的上诉并回复您。

- 审查您的上诉时，我们会再次仔细查看与您对医疗护理承保的请求有关的所有信息。
- 我们会核实我们之前**拒绝**您的请求时是否遵循了所有规则。
- 如果需要，我们会收集更多信息。我们可能会联系您或您的医生以获取更多信息。

快速上诉存在期限。

- 当我们使用快速期限时，我们必须在收到您的上诉的后 **72 小时内回复您，如果您的健康状况需要更快的回复，则更早**。如果您的健康状况需要，我们会更快回复您。
 - 如果我们没有在 72 小时内回复您，我们必须将您的请求发送至上诉流程的第 2 级。然后，IRO 对其进行审查。我们将在本章稍后向您介绍此组织并解释上诉流程的第 2 级。如果您的问题与 Medicaid 服务或用品的承保有关，您可以在时间一到就自行向州提交 2 级 - 州听证会。在加利福尼亚州，州听证会称为州听证会。要申请州听证会，请参考第 F4 节（如适用）。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示“支持”，我们必须在收到您的上诉后的 72 小时内授权或提供我们同意提供的承保，如果您的健康状况需要，则更早。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示“拒绝”，我们会将您的上诉发送至 IRO 进行 2 级上诉。

标准上诉存在期限。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 当我们使用标准期限时，我们必须在收到您对未获得的服务的承保上诉后的 **30 个自然日内** 回复您。
- 如果您请求的是您未获得的 **Medicare B** 部分药物，我们会在收到您的上诉后的 **7 个自然日内** 回复您，如果您的健康需要，我们会更早回复您。
 - 如果我们未在期限前回复您，我们必须将您的请求发送至上诉流程的第 2 级。然后，IRO 对其进行审查。我们稍后将在本章第 F4 节向您介绍此组织并解释上诉流程的第 2 级。如果您的问题与 **Medicaid** 服务或用品的承保有关，您可以在时间一到就自行向州提交 2 级 - 州听证会。在加利福尼亚州，州听证会称为州听证会。要申请州听证会，请参考第 F4 节（如适用）。

如果我们对您的部分或全部请求表示“支持”，我们必须在收到您的上诉请求之日起 **30 个自然日内**，或者根据您的健康状况要求尽快并在我们改变决定的 **72 小时内** 或我们收到您的上诉之日起 **7 个自然日内**（如果您的请求与 **Medicare B** 部分药物有关）授权或提供我们同意提供的承保。

如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，您还有额外的上诉权利：

- 如果我们对您的部分或全部要求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函。
- 如果您的问题与 **Medicare** 服务或用品的承保有关，该信函会告诉我们已将您的个案发送至 IRO 进行 2 级上诉。
- 如果您的问题与 **Medi-Cal** 服务或用品的承保有关，该信函将告诉您如何自行提出 2 级上诉。

F4. 提出 2 级上诉

如果我们对您的部分或全部 1 级上诉表示**拒绝**，我们将向您寄送一封信函。这封信会告诉您 **Medicare**、**Medi-Cal** 或者两个计划是否通常承保该服务或用品。

- 如果您的问题与 **Medicare** 通常承保的某项服务或用品有关，一旦 1 级上诉完成，我们就会自动将您的个案发送至上诉流程的第 2 级。
- 如果您的问题与 **Medi-Cal** 通常承保的某项服务或用品有关，您可以自己提交 2 级上诉。这封信告诉您如何提交上诉。我们还将在本章稍后提供更多信息。
- 如果您的问题与 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保的某项服务或用品有关，您会自动向 IRO 提出 2 级上诉。除了自动 2 级上诉外，您还可以要求州听证会和独立医疗审查。不过，如果您已经在州听证会上提供了证据，则无法进行独立医疗审查。

如果您在提交 1 级上诉时有资格继续享受福利，则您在上诉期间对服务、用品或药物的福利也可能在 2 级上诉期间继续。请参考第 F3 节，了解有关在 1 级上诉期间继续享受福利的信息。

- 如果您的问题涉及通常仅由 **Medicare** 承保的服务，则在向 IRO 进行 2 级上诉流程期间，您无法继续享受该服务的福利。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 如果您的问题涉及通常仅由 **Medi-Cal** 承保的服务，并且您在收到我们决定函后的 10 个自然日内提交 2 级上诉，您将继续享受该服务的福利。

当您的问题与 **Medicare** 通常承保的服务或用品有关时

IRO 会审查您的上诉。它是 **Medicare** 雇用的独立组织。

“独立审查组织”（IRO）的正式名称是“**独立审查实体**”，有时称为“**IRE**”。

- 此组织与我们没有任何关系，也不是政府机构。**Medicare** 选择该公司作为 IRO，并监督他们的工作。
- 我们会将有关您上诉的信息（您的“个案档案”）发送给此组织。您有权免费获得个案档案的副本。
- 您有权向 IRO 提供额外信息，以支持您的上诉。
- IRO 的审查人员会仔细查看与您的上诉相关的所有信息。

如果您在 1 级时已获得快速上诉，在 2 级时也会获得快速上诉。

- 如果您在 1 级时已获得快速上诉，在 2 级时会自动获得快速上诉。IRO 必须在收到您的上诉的 **72 小时内** 回复您的 2 级上诉。

如果您在 1 级时已获得标准上诉，在 2 级时也会获得标准上诉。

- 如果您在 1 级时已获得标准上诉，在 2 级时会自动获得标准上诉。
- 如果您的要求是为了医疗用品或服务，审查组织必须在收到您的上诉起 30 个自然日内回复您的 2 级上诉。
- 如果您的涉及 **Medicare B** 部分药物，IRO 必须在收到您的上诉的 **7 个自然日内** 回复您的 2 级上诉。

如果 IRO 以书面形式给您回复并说明理由。

- 如果 IRO 对部分或全部医疗用品或服务请求表示“支持”，我们必须立即执行该决定：
 - 在 **72 小时内** 授权医疗护理承保，或者
 - 在我们收到 IRO 对**标准请求**的决定后的 **5 个工作日内** 提供服务，或者
 - 自我们收到 IRO 关于**加急请求**决定的 **72 小时内** 提供服务。
- 如果 IRO 对 **Medicare B** 部分药物的部分或全部请求表示“支持”，我们必须授权或提供有争议的 **Medicare B** 部分药物：

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 在我们收到 IRO 对**标准请求**的决定的 **72 小时内**，或者
- 自我们收到 IRO 关于加急请求决定的 **24 小时内**。
- 如果 IRO 对您的部分或全部上诉表示“拒绝”，则意味着他们同意我们不应批准您的医疗护理承保的请求（或部分请求）。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。
 - 如果您的个案符合规定，您要选择是否继续上诉。
 - 2 级之后上诉流程还有三个层级（总共有五个层级）。
 - 如果您的 2 级上诉被否决，但您符合规定可继续上诉流程，您必须决定是否进入 3 级并提出第三次上诉。您在 2 级上诉之后收到的书面通知包含如何操作的详情。
 - 行政法官（ALJ）或律师裁决员负责处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的更多信息，请参考第 J 节。

当您的问题与 Medi-Cal 通常承保的服务或用品有关时

可以通过两种方式对 Medi-Cal 服务和用品提出 2 级上诉：（1）提出投诉或独立医疗审查或（2）申请州听证会。

(1) 管理式医疗保健部（DMHC）

您可以向DMHC的帮助中心提出投诉或申请独立医疗审查（IMR）。提交投诉后，DMHC将审查我们的决定。DMHC将自行调查您的投诉或决定该个案是否符合IMR的条件。IMR可能适用于任何具有医疗性质的、由Medi-Cal承保的服务或用品。IMR是由不属于我们计划或DMHC的专家对您的个案进行的审查。如果IMR的决定对您有利，我们必须向您提供您所请求的服务或用品。您无需为IMR支付任何费用。

如果我们的计划符合以下条件，您可以提出投诉或申请IMR：

- 拒绝、更改或延迟 Medi-Cal 服务或治疗，因为我们的计划确定其不具备医疗必要性。
- 不承保针对严重医疗病况的实验性或研究性 Medi-Cal 治疗。
- 对外科服务或手术本质上是美容还是重建存在争议。
- 不会为您已经获得的紧急或急需 Medi-Cal 服务支付费用。
- 对于标准上诉，未在 30 个自然日内解决您对 Medi-Cal 服务的 1 级上诉；对于快速上诉，如果您的健康状况需要，未在 72 小时或更短的时间内解决您的上诉。

在大多数情况下，您必须在请求IMR之前向我们提出上诉。有关我们的1级上诉流程的信息，请参考第F3节。如果您不同意我们的决定，您可以向DMHC提出投诉或向DMHC帮助中心申请IMR。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



注意：如果您的提供者为您提出上诉，但我们没有收到您的委任代表表格，则您需要先向我们重新提交上诉，然后才能向管理式医疗保健部申请**2级IMR**，除非您的上诉涉及对您的健康迫在眉睫的严重威胁，包括但不限于剧烈疼痛，以及潜在的生命、肢体或主要身体机能丧失。

您可以申请**IMR**和州听证会，但如果您已在州听证会上提供了证据，或者就同一问题举行了州听证会，则您不允许进行**IMR**。

如果您的治疗由于是实验性或研究性治疗而被拒绝，您在申请**IMR**之前无需参与我们的上诉流程。

如果您的问题很紧急或对您的健康构成直接和严重威胁，或者如果您感到剧烈疼痛，您可以立即将其提交给**DMHC**，而无需先经过我们的上诉流程。

您必须在我们向您发送有关上诉的书面决定后的**6个月内申请IMR**。如果理由充分，例如您因患有某种疾病而无法在6个月内申请**IMR**，或者您未被充分告知**IMR**的流程，**DMHC**可能接受您在6个月后的申请。

要提出投诉或申请**IMR**：

- 填写 **IMR/投诉表**，网址为：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
或致电 **DMHC** 帮助中心：1-888-466-2219。听障和语障专线用户请拨 1-877-688-9891。
- 如果您有，请附上有关我们拒绝的服务或用品的信函或其他文件的副本。这可以加快 **IMR** 流程。请发送文件的副本，而不是原件。帮助中心无法返还任何文件。
- 如果有人帮助您处理 **IMR**，请填写授权助理表。您可以在
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 上获取表格，或致电该部门的帮助中心：1-888-466-2219。听障和语障专线用户请拨 1-877-688-9891。
- 向 **DMHC** 提交 **IMR/投诉表**和任何附件：
在线提交： [如何提出投诉](#)

通过邮寄或传真提交：

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
传真号码：916-255-5241

DMHC 会在 7 天内审查您的申请，并向您寄送一封确认已收到申请的信函。如果 **DMHC** 确定该个案符合 **IMR** 资格，则将在收到所有所需文件后 30 天内做出 **IMR** 决定。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您的个案属于紧急情况，并且您符合申请 IMR 的资格，则通常会在收到所有所需文件后的 7 天内做出 IMR 决定。

如果对 IMR 的结果不满意，您仍可以要求举行州听证会。

如果 DMHC 没有从您或您的主治医生那里收到所需的所有医疗记录，IMR 可能需要更长时间。如果您使用的医生不在您的健康计划网络内，请务必从该医生那里获取您的医疗记录并将其发送给我们。您的健康计划必须从网络内医生处获取您的医疗记录副本。

如果 DMHC 判定您的个案不符合 IMR 资格，DMHC 将通过其常规消费者投诉流程审查您的个案。您的投诉应在提交完整申请后的 30 个自然日内得到解决。如果您的投诉紧急，我们会尽快解决。

(2) 州听证会

您可以要求针对 Medi-Cal 承保的服务和用品举行州听证会。如果您的医生或其他提供者要求提供我们不会批准的服务或用品，或者我们不会继续为您已有的服务或用品付费，并且我们拒绝了您的 1 级上诉，您有权要求举行州听证会。

在大多数情况下，在“上诉决定函”通知邮寄给您后，您有 120 天的时间要求举行州听证会。

注意：如果您因为我们告诉您当前获得的服务将被更改或停止而要求举行州听证会，并且您希望在州听证会待决期间继续获得该服务，那么您提交请求的时间会更少。请阅读第 256 页上的“在 2 级上诉期间我的福利是否会继续”了解更多信息。

可以通过两种方式请求举行州听证会：

1. 您可以填写行动通知背面的“州听证会请求”。您应该提供所有要求的信息，例如您的全名、地址、电话号码、对您采取行动的计或县的名称、涉及的援助计划，以及您想要举行听证会的详细原因。然后，您可以通过以下方式之一提交您的请求：

- 提交至通知上所示地址的县福利部门。
- 提交至加州社会服务部：

State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- 提交至州听证会部门，传真号码：916-309-3487，或免费电话：1-833-281-0903。

2. 您可以致电加州社会服务部，电话：1-800-743-8525。听障和语障专线用户请拨 1-800-952-8349。如果您决定通过电话提出请求，电话专线非常繁忙，请知悉。

对于 2 级上诉，您可以要求 QIO 再次审查他们针对您的 1 级上诉做出的决定。您可以致电 (877) 588-1123 联系他们 [听障和语障专线：(855) 887-6668]。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



您必须在 QIO 对您的 1 级上诉表示**拒绝**当天后的 **60 个自然日内**要求此审查。您**只有在**护理承保结束当天后仍继续住院时才可以要求此审查。

QIO 审查人员将：

- 再次仔细查看与您的上诉有关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后的 **14 个自然日内**，告诉您他们对您的 **2 级**上诉的决定。

如果 QIO 对您的上诉表示**支持**：

- 我们必须报销自 QIO 驳回您的 1 级上诉之日起次日中午以来我们的分摊医院护理费用。
- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供承保的住院医院服务。

如果 QIO 对您的上诉表示**拒绝**：

- 他们同意关于您的 1 级上诉的决定，并且不会更改。
- 他们会给您寄送一封信，告诉您如果您想继续上诉流程并提出 **3 级**上诉，可以做什么。
- 您还可以向 DMHC 提出投诉或要求 DMHC 进行独立医疗审查以继续住院。请参考 **第 E4 节**，了解如何向 DMHC 提出投诉并要求其进行独立医疗审查。

州听证会部门会以书面形式向您提供他们的决定并解释原因。

- 如果州听证会部门对部分或全部医疗用品或服务请求表示**支持**，我们必须在获得决定后的 **72 小时内**授权或提供该服务或用品。
- 如果州听证会部门对您的部分或全部上诉表示“**拒绝**”，则意味着他们同意我们不应批准您的医疗护理承保的请求（或部分请求）。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。

如果 IRO 或州听证会对您的全部或部分请求的决定为**拒绝**，您还有额外的上诉权利。

如果您向 IRO 提出 **2 级**上诉，则只有当您想要的服务或用品的美元价值达到特定的最低金额时，您才可以再次上诉。ALJ 或律师裁决员负责处理 **3 级**上诉。您从 IRO 收到的信函会说明您可能拥有的其他上诉权利。

您从州听证会部门收到的信函会介绍下一个上诉选项。

请参考**第 J 节**，了解有关 **2 级**之后您的上诉权利的更多信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



F5. 付款问题

我们不允许我们的网络内提供者向您收取承保服务和用品的费用。即使我们向提供者支付的费用低于承保服务或用品的提供者费用，情况也是如此。您永远不需要支付任何账单的余额。您需要支付的唯一金额是以下的共付额：第 3 级：首选品牌药物，第 4 级：非首选药物，以及第 5 级：专科层级药物。

如果您收到的账单超过承保服务和用品的共付额，请将账单发送给我们。请不要自行支付账单。我们将直接联系提供者并解决问题。如果您支付了账单，并遵守了获取服务或用品的规则，则可以从我们的计划中获得退款。

如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第 7 章。它介绍了您可能需要要求我们偿还您的款项或支付您从提供者处收到的账单的情况。也说明您如何寄送要求我们支付费用的书面资料。

如果您要求退款，您就是在要求做出承保决定。我们将检查您支付的服务或用品是否在承保范围内，以及您是否遵守了使用承保的所有规则。

- 如果您支付的服务或用品在承保范围内并且您遵守了所有规则，我们将在收到您请求后的 30 个自然日内，但最迟不超过 60 个自然日向您发送我们的分摊服务或用品费用。
- 如果您尚未支付服务或用品的费用，我们会直接将款项汇给提供者。（如果我们汇寄款项，这意味着我们对您的承保决定请求表示**支持**。）
- 如果该服务或用品不在承保范围内，或者您没有遵守所有规则，我们将向您寄送一封信函，告知您我们不会支付该服务或用品的费用，并解释原因。

如果您不同意我们不付款的决定，**您可以提出上诉**。请遵循第 F3 节中描述的上诉流程。当您按照这些说明操作时，请注意：

- 如果您提出报销上诉，我们必须在收到您的上诉后的 30 个自然日内回复您。

如果我们对您的上诉表示**拒绝**，并且 **Medicare** 通常承保该服务或用品，我们会将您的个案发送给 IRO。如果发生这种情况，我们会寄信给您。

- 如果 IRO 推翻我们的决定并要求我们向您付款，我们必须在 30 个自然日内将付款发送给您或提供者。如果在 2 级之后的任何上诉流程阶段对您的上诉回复表示**支持**，我们必须在 60 个自然日内将款项寄给您或医疗保健提供者。
- 如果 IRO 对您的上诉表示**拒绝**，则意味着他们同意我们不应批准您的请求。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。您将收到一封信函，其中会说明您可能拥有的其他上诉权利。有关其他上诉级别的更多信息，请参考第 J 节。

如果我们对您上诉的回复是**拒绝**并且 **Medi-Cal** 通常承保该服务或用品，您可以自行提交 2 级上诉。请参考第 F4 节了解更多信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



G. Medicare D 部分药物

作为本计划会员，您的福利包括许多药物的承保。其中大部分是 Medicare D 部分药物。有一些 Medicare D 部分不承保的药物在 Medi-Cal 中可能承保。本节仅适用于 Medicare D 部分药物上诉。我们将在本节的其余部分中说“药物”，而不是每次都说“Medicare D 部分药物”。对于仅由 Medi-Cal 承保的药物，请遵循第 E 节中的流程。

药物必须用于医疗许可的适应症才属于承保范围。这意味着该药物已获得美国食品药品监督管理局（FDA）的批准或得到某些医学参考的支持。如需了解医学认可的适应症的更多信息，请参考本《会员手册》第 5 章。

G1. Medicare D 部分承保决定和上诉

以下是您要求我们针对您的 Medicare D 部分药物做承保决定的示例：

- 您要求我们做例外处理，包括要求我们：
 - 承保不在我们计划的药物清单上的 Medicare D 部分药物，或者
 - 取消对我们的药物承保的限制（例如您可以获得的金额限制）
- 您询问我们是否为您承保某种药物（例如，当您的药物在我们计划的药物清单上，但我们必须在承保之前为您批准）

注意：如果您的药房表明您无法按处方笺的内容购买处方药，药房会给您一份书面通知，说明如何与我们联系要求承保决定。

与 Medicare D 部分药物有关的初始承保决定称为“承保判定”。

- 您要求我们为您已购买的药物支付费用。这是要求做出有关付款的承保决定。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您不同意我们已做出的承保决定，您可以对我们的决定提出上诉。本节将介绍如何要求承保决定和提出上诉。使用下面的图表可以帮助您。

您属于下列哪种情况？			
您需要未列于我们药物清单的药物，或需要我们取消承保药物的规则或限制。	您希望我们承保列于我们药物清单的药物，并且您认为您符合所需药物的计划规则或限制规定（例如事先获取批准）。	您想要求我们报销您已获取并付款的药物的费用。	我们告诉过您，我们不会按照您希望的方式承保或支付药物费用。
您可以要求我们做例外处理。（这是承保决定的一种类型。）	您可以要求我们做承保决定。	您可以要求我们为您报销。（这是承保决定的一种类型。）	您可以提出上诉。（这意味着您要求我们重新考虑。）
从第 G2 节开始，然后参考第 G3 节和第 G4 节。	请参考第 G4 节。	请参考第 G4 节。	请参考第 G5 节。

G2. Medicare D 部分例外情况

如果我们没有按照您希望的方式承保某种药物，您可以要求我们做“例外”处理。如果我们驳回您对例外处理的要求，您可以对我们的决定提出上诉。

要求例外处理时，您的医生或其他处方医生需要解释您需要例外处理的医疗理由。

要求承保不在我们药物清单上的药物或取消对药物的限制有时被称为要求“处方例外”。要求为承保非首选药物支付较低的价格有时称为要求“层级例外处理”。

以下是您、您的医生或其他处方医生可以要求我们做例外处理的三个示例：

1. 承保不在我们的药物清单上的药物

- 如果我们同意做例外处理并承保不在我们药物清单上的药物，您必须支付适用于第 4 级（非首选药物）中药物的共付额。
- 对于所需的药物共付额，您不能获得例外。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

2. 取消对承保药物的限制

- 额外规则或限制适用于我们药物清单上的某些药物（请参考本《会员手册》第 5 章了解更多信息）。
- 特定药物的额外规则和限制包括：
 - 被要求使用仿制药而不是品牌药物。
 - 事先获取我们的批准，之后我们才会同意承保您的药物。这有时称为“预先授权”（PA）。
 - 被要求先试用不同的药物，之后我们才会同意承保您所要求的药物。这有时称为“逐步疗法”。
 - 数量限制。有些药物您可领取的药物数量会有限制规定。
- 如果我们同意为您提供例外处理并取消限制，您可以要求对您需要支付的共付额进行例外处理。

3. 将药物的承保变更至较低的费用分摊层级。我们药物清单上的每一种药物都会列入五种分摊费用层级之一。一般来说，费用分摊层级越低，您的必需共付额就越少。

- 我们的药物清单通常包含不止一种用于治疗特定病症的药物。这些被称为“替代”药物。
- 如果适合您的医疗状况的替代药物的费用分摊层级低于您所服用的药物，您可以要求我们按照替代药物的费用分摊金额进行承保。这会降低您的药物共付额。
 - 如果您服用的药物是生物制品，您可以要求我们按照适合您病情的生物制品替代品最低层级的费用分摊金额进行承保。
 - 如果您服用的药物是品牌药物，您可以要求我们按照适合您病情的品牌替代药物最低层级的费用分摊金额进行承保。
 - 如果您服用的药物是仿制药，您可以要求我们按照适合您病情的品牌或仿制药替代品最低层级的费用分摊金额进行承保。
- 您不能要求我们变更层级 5 专科药物
- 如果我们批准您的层级例外处理请求，并且不止一个较低的费用分摊层级有您不能服用的替代药物，您通常支付最低金额。

G3. 例外处理注意事项

您的医生或其他处方医生必须告诉我们医疗理由。

您的医生或其他处方医生必须出具一份声明，向我们说明要求例外处理的医疗理由。为能更快决定，您要求例外处理时，请包括医生或其他处方医生出具的这类医疗信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

我们的药物清单通常包含不止一种用于治疗特定病症的药物。这些被称为“替代”药物。如果替代药物与您要求的药物一样有效，并且不会引起更多副作用或其他健康问题，我们通常**不会**批准您的例外请求。如果您要求我们进行层级例外处理，除非较低费用分摊层级中的所有替代药物均对您效果不佳或可能导致不良反应或其他伤害，否则我们通常**不会**批准您的例外请求。

我们可以对您的请求表示“支持”或“拒绝”。

- 如果我们对您的例外请求表示**支持**，则例外通常会持续到日历年年底。只要您的医生持续为您开立该药物处方，并且该药物持续安全有效地治疗您的病况，上述说明即维持不变。
- 如果我们对您的例外请求表示**拒绝**，您可以提出上诉。请参考**第 G5 节**，了解有关在我们**拒绝**的情况下提出上诉的信息。

下一节说明您如何要求承保决定，包括例外处理。

G4. 要求承保决定，包括例外处理

- 通过以下方式要求您想要的承保决定类型：致电 **1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**）、写信或传真给我们。您、您的代表或医生（或其他处方医生）都可以这么做。请注明您的姓名、联系信息以及有关理赔的信息。
- 您、您的医生（或其他处方医生）或代表您的人都可以要求承保决定。您也能请律师代表您。
- 请参考**第 E3 节**，了解如何指定某人作为您的代表。
- 您无需向您的医生或其他处方医生提供书面许可即可代表您要求承保决定。
- 如果您想要求我们报销您的药物的费用，请参考本《会员手册》**第 7 章**。
- 如果您要求例外，请向我们提供一份“支持声明”。支持声明包括您的医生或其他处方医生对例外请求的医疗理由。
- 您的医生或其他处方医生可以将支持声明传真或邮寄给我们。他们还可以通过电话告诉我们，然后传真或邮寄声明。
- 您可以通过以下安全会员门户以电子方式提交承保判定请求：
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - 选择会员表格
 - 在线启动承保判定请求
 - 您可以启动该流程以获得预先授权或例外。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)。



如果您的健康状况需要，请要求我们进行“快速承保决定”。

除非我们同意使用“快速期限”，否则我们将使用“标准期限”。

- **标准承保决定**是指我们会在收到您医生的声明后的 72 小时内回复您。
- **快速承保决定**是指我们会在收到您医生的声明后的 24 小时内回复您。

“快速承保决定”称为“**加急承保判定**”。

如果符合以下条件，您可以获得快速承保决定：

- 针对一种您没有获得的药物。如果您要求我们偿还您已购买药物的费用，您不能获得快速承保决定。
- 如果我们使用标准期限，您的健康或身体机能将受到严重损害。

如果您的医生或其他处方医生告诉我们您的健康状况需要快速做出承保决定，我们将在快速承保决定时限内审查您的请求。我们会向您发送一封包含此信息的信函。

- 如果您在没有医生或其他处方医生支持的情况下要求快速承保决定，我们将决定您是否获得快速承保决定。
- 如果我们认为您的健康状况不符合快速承保决定的要求，我们将改用标准期限。
 - 我们会向您寄送一封信函，告诉您我们将使用标准期限。这封信还会告诉您如何对我们的决定提出上诉。
 - 您可以提交快速投诉并在 24 小时内获得回复。有关投诉（包括快速投诉）的更多信息，请参考**第 K 节**。

快速承保决定的期限

- 如果我们使用快速期限，我们必须在收到您的请求后的 24 小时内回复您。如果您要求进行例外处理，我们会在收到您医生的支持声明后的 24 小时内回复您。如果您的健康状况需要，我们会更快回复您。
- 如果我们未能在此期限前完成，我们会将您的请求发送至上诉流程的 2 级，以供 IRO 审查。有关 2 级上诉的更多信息，请参考**第 G6 节**。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**支持**，我们会在收到您的请求或您的医生的支持声明后的 24 小时内为您提供承保。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函并说明理由。这封信还会告诉您如何提出上诉。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



关于您未获取的药物的标准承保决定的期限

- 如果我们使用标准期限，我们必须在收到您的请求后的 **72 小时** 内回复您。如果您要求进行例外处理，我们会在收到您的医生的支持声明后的 **72 小时** 内回复您。如果您的健康状况需要，我们会更快回复您。
- 如果我们未能在此期限前完成，我们会将您的请求发送至上诉流程的 **2 级**，以供 IRO 审查。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**支持**，我们会在收到您的请求或您的医生的例外支持声明后的 **72 小时** 内为您提供承保。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函并说明理由。这封信还会告诉您如何提出上诉。

关于您已购买的药物的标准承保决定的期限

- 我们必须在收到您的请求后的 **14 个自然日** 内回复您。
- 如果我们未能在此期限前完成，我们会将您的请求发送至上诉流程的 **2 级**，以供 IRO 审查。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**支持**，我们将在 **14 个自然日** 内为您报销。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函并说明理由。这封信还会告诉您如何提出上诉。

G5. 提出 1 级上诉

向计划提出与 Medicare D 部分药物承保决定相关的上诉称为计划“**重新判定**”。

- 通过以下方式开始您的**标准或快速**上诉：致电 **1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**）、写信或传真给我们。您、您的代表或医生（或其他处方医生）都可以这么做。请提供您的姓名、联系信息以及有关您的上诉的信息。
- 您必须在我们告知您决定的信函之日起 **65 个自然日** 内提出上诉。
- 如果您错过此期限但您有延迟的正当理由，我们可让您有更多时间提出上诉。正当理由的例子包括您患有严重疾病或我们向您提供了有关期限的错误信息。当您提出上诉时，请解释上诉推迟的原因。
- 您有权向我们要求一份有关您上诉的信息的副本。您和您的医生还可以向我们提供更多信息来支持您的上诉。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您的健康状况需要，请要求快速上诉。

快速上诉也称为“加急重新判定”。

- 如果您要对我们针对您尚未获得的药物做出的决定提出上诉，您和您的医生或其他处方医生必须决定您是否需要快速上诉。
- 快速上诉的要求与快速承保决定的要求相同。请参考**第 G4 节**了解更多信息。

我们考虑您的上诉并回复您。

- 我们审查您的上诉并再次仔细查看与您的承保请求有关的所有信息。
- 当我们对您的请求表示**拒绝**时，我们会检查我们是否遵守了规则。
- 我们可能会联系您或您的医生或其他处方医生以获取更多信息。

1 级快速上诉的期限

- 如果我们使用快速期限，我们必须在收到您的上诉后的 **72 小时内**回复您。
 - 如果您的健康状况需要，我们会更快回复您。
 - 如果我们没有在 72 小时内回复您，我们必须将您的请求发送至上诉流程的**第 2 级**。然后，IRO 对其进行审查。有关审查组织和 2 级上诉流程的信息，请参考**第 G6 节**。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**支持**，我们必须在收到您的上诉后的 **72 小时**内提供我们同意提供的承保。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函，解释原因并告诉您如何提出上诉。

1 级标准上诉的期限

- 如果我们使用标准期限，我们必须在收到您对尚未获取的药物提出的上诉后的 **7 个自然日内**回复您。
- 如果您没有获得该药物并且您的健康状况需要该药物，我们会尽快向您提供我们的决定。如果您的健康状况需要，请要求快速上诉。
 - 如果我们没有在 7 个自然日内向您提供决定，我们必须将您的请求发送至上诉流程的**2 级**。然后，IRO 对其进行审查。有关审查组织和 2 级上诉流程的信息，请参考**第 G6 节**。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

如果我们对您的部分或全部请求表示**支持**：

- 我们必须按您的健康状况需要，尽快**提供**我们同意提供的**承保**，但**最迟不超过**我们收到您的上诉后的 **7 个自然日**。
- 我们必须在收到您的上诉后的 **30 个自然日内**向您支付您购买的药物的**款项**。

如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**：

- 我们会向您寄送一封信函，解释原因并告诉您如何提出上诉。
- 我们必须在收到您的上诉后的 **14 个自然日内**向您提供关于报销您购买的药物的回复。
 - 如果我们未在 **14 个自然日内**向您提供决定，我们必须将您的请求发送至上诉流程的 **2 级**。然后，**IRO** 对其进行审查。有关审查组织和 **2 级**上诉流程的信息，请参考**第 G6 节**。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**支持**，我们必须在收到您的请求后的 **30 个自然日内**向您付款。
- 如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，我们会向您寄送一封信函，解释原因并告诉您如何提出上诉。

G6. 提出 2 级上诉

如果我们对您的 **1 级**上诉表示**拒绝**，您可以接受我们的决定或再次提出上诉。如果您决定再次提出上诉，您可以使用 **2 级**上诉流程。当我们对您的第一次上诉表示**拒绝**时，**IRO** 会审查我们的决定。此组织决定我们是否应该改变我们的决定。

“独立审查组织”（IRO）的正式名称是“**独立审查实体**”，有时称为“**IRE**”。

欲提出 **2 级**上诉，您、您的代表、您的医生或其他处方医生必须书面联系 **IRO** 并要求审查您的个案。

- 如果我们对您的 **1 级**上诉表示**拒绝**，我们寄给您的信函会包括**如何向 IRO 提出 2 级上诉的说明**。这些说明会告诉您谁可以提出 **2 级**上诉、您必须遵循哪些期限，以及如何联系该组织。
- 当您向 **IRO** 提出上诉时，我们会将所掌握的有关您上诉的信息发送给该组织。这类信息称为您的“**个案档案**”。您有权**免费获得个案档案的副本**。如果您需要帮助索取您个案档案的免费副本，请拨打 **1-888-466-2219**。
- 您有权向 **IRO** 提供额外信息，以支持您的上诉。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：**1-800-452-4413**（听障和语障专线：**711**），每周七天，上午 **8:00** 至晚上 **8:00**（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



IRO 会审查您的 Medicare D 部分 2 级上诉并给您书面回复。有关 IRO 的更多信息，请参考第 F4 节。

2 级快速上诉的期限

如果您的健康状况需要，请向 IRO 要求快速上诉。

- 如果他们同意快速上诉，他们必须在收到您的上诉请求后的 **72 小时内** 回复您。
- 如果他们对您的部分或全部请求表示**支持**，我们必须在收到 IRO 决定后的 **24 小时内** 提供批准的藥物承保。

2 级标准上诉的期限

如果您有 2 级标准上诉，IRO 必须在以下时间内回复您：

- 在他们收到您对您未获得的药物的上诉后的 **7 个自然日内**。
- 收到您对报销您所购买的药物的上诉后的 **14 个自然日内**。

如果 IRO 对您的部分或全部请求表示**支持**：

- 我们必须在收到 IRO 的决定后的 **72 小时内** 提供批准的藥物承保。
- 我们必须在收到 IRO 的决定后的 **30 个自然日内** 报销您购买的药物的费用。
- 如果 IRO 对您的上诉表示**拒绝**，这意味着他们同意我们不批准您的请求的决定。这称为“维持决定”或“驳回上诉”。

如果 IRO 对您的 2 级上诉表示**拒绝**，并且您要求的藥物承保的美元价值满足最低美元价值要求，您有权提出 3 级上诉。如果您要求的藥物承保的价值低于所需的最低金额，您将无法再次提出上诉。在这种情况下，2 级上诉决定为最终决定。IRO 会向您寄送一封信函，告知您继续进行 3 级上诉所需的最低金额。

如果您的请求的美元价值满足要求，您要选择是否继续上诉。

- 2 级之后上诉流程还有三个层级。
- 如果 IRO 对您的 2 级上诉表示**拒绝**，并且您满足继续上诉流程的要求，您：
 - 决定您是否要提出 3 级上诉。
 - 请参考 IRO 在您提出 2 级上诉后向您寄送的信函，了解有关如何提出 3 级上诉的详细信息。

ALJ 或律师裁决员处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的信息，请参考第 J 节。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



H. 要求我们承保更长的住院时间

当您住院时，您有权获取诊断和治疗您的疾病或伤害所需的全部承保医院服务。有关我们计划的医院承保范围的更多信息，请参考本《会员手册》第 4 章。

在您的承保住院期间，您的医生和医院职员会与您一起努力让您可以早日出院。他们也会帮助安排您出院后可能需要的护理。

- 您离开医院那天称为“出院日期”。
- 您的医生或医院工作人员会告诉您出院日期。

如果您认为要求您过早出院或者您担心出院后的护理，您可以要求延长住院时间。本节说明您如何提出要求。

尽管有本 H 节中讨论的上诉，您也可以向 DMHC 提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查以继续您的住院治疗。请参考第 F4 节，了解如何向 DMHC 提出投诉并要求其进行独立医疗审查。作为 3 级上诉的补充或替代，您可以要求进行独立医疗审查。

H1. 了解自己的 Medicare 福利

在您入院后的两天内，医院的某个人（例如护士或社工）会向您发出名为“Medicare 关于您权利的重要通知”。每一位参加 Medicare 的人员只要住院都会收到该通知。

如果您没有收到该通知，请向医院员工索取。如果您需要帮助，请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。

- **请仔细阅读该通知**，如果您不理解，请提出问题。该通知会说明您作为住院病患享有的权利，包括：
 - 在住院期间和住院之后获得 Medicare 承保的服务。您有权知道这些服务内容、谁要负责支付费用以及可以在哪里获取服务。
 - 参与有关住院时间长短的任何决定。
 - 知道向谁报告您对医院护理质量的疑虑。
 - 如果您认为自己出院过早，请提出上诉。
- **签署该通知**以表明您已收到并了解您的权利。
 - 您或代表您的人可以签署该通知。
 - 签署该通知仅表明您已了解有关您的权利的信息。签署并不意味着您同意您的医生或医院工作人员可能告诉您的出院日期。
- **保留已签署通知的副本**，以便在需要时获得信息。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您在比离开医院前两天更早之前就签署该通知，您将在出院前获得另一份副本。

如果您符合以下条件，您可以提前查看通知副本：

- 拨打页面底部的电话号码致电客户服务部
- 致电 Medicare，电话 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。
- 访问 www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出 1 级上诉

如需申请延长我们对您住院服务的承保时间，请提出上诉。质量改进组织 (QIO) 会审查 1 级上诉，以确定您的计划出院日期在医学上是否适合您。

QIO 由医生和其他健康护理专业人员组成，其费用由联邦政府支付。这些专家检查并帮助提高 Medicare 的民众的护理质量。其并不属于我们的计划。

在加利福尼亚州，QIO 是 Commence Health。您可以致电(877) 588-1123 联系他们 [听障和语障专线：

(855) 887-6668]。“Medicare 关于您权利的重要通知”第 2 章中也提供了联系信息。

在您离开医院之前，最迟不应晚于您的计划出院日期致电 QIO。

- 如果您在离开医院前致电，您可以在计划出院日期后留在医院，无需支付费用，等待 QIO 对您的上诉做出决定。
- 如果您没有致电上诉，但您决定在计划出院日期后继续留在医院，您可能必须为在您计划出院日期后所接受的医院护理支付全部费用。
- 由于住院费用由 Medicare 和 Medi-Cal 共同承保，如果质量改进组织不受理您继续住院的请求，或者您认为您的情况紧急，对您的健康构成直接和严重威胁，或者如果您感到剧烈疼痛，您还可以向加州管理式医疗保健部 (DMHC) 提出投诉或要求其进行独立医疗审查。请参考第 F4 节，了解如何提出投诉并要求 DMHC 进行独立医疗审查。

如需帮助，请您提出要求。如果您随时有疑问或需要帮助：

- 拨打页面底部的电话号码致电客户服务部。
- 拨打 1-800-434-0222 致电 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。

要求快速审查。迅速采取行动并联系 QIO，要求快速审查您的出院情况。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



“快速审查”的法律术语是“立即审查”或“加急审查”。

快速审查期间会发生什么

- QIO 的审查人员会询问您或您的代表为什么您认为承保应在计划出院日期后继续。您不需要写一份声明，但您可以写。
- 审查人员会查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查医院和我们的计划向他们提供的信息。
- 在审查人员将您的上诉告诉我们的计划后的第二天中午之前，您会收到一封包含您计划出院日期的信函。这封信还会说明为什么您的医生、医院和我们认为这是在医学上适合您的正确出院日期。

此书面解释的法律术语是“详细出院通知”。您可以通过拨打页面底部的号码联系客户服务部或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取示例。(听障和语障专线用户请拨 1-877-486-2048。)您还可以在线参考通知范例：www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im。

在获得所需的所有信息后的一整天内，QIO 会针对您的上诉给出回复。

如果 QIO 对您的上诉表示**支持**：

- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供承保的住院医院服务。

如果 QIO 对您的上诉表示**拒绝**：

- 他们认为您的计划出院日期在医学上是合适的。
- 在 QIO 回复您的上诉后的次日中午，我们对您住院服务的承保便会结束。
- 对于您在 QIO 就您的上诉做出回复后的次日中午之后获得的医院护理，您可能需要支付全部费用。
- 如果 QIO 驳回您的 1 级上诉，**并且**您在计划出院日期后继续留在医院，您可以提出 2 级上诉。

H3.提出 2 级上诉

对于 2 级上诉，您可以要求 QIO 再次审查他们针对您的 1 级上诉做出的决定。您可以致电 (877) 588-1123 联系他们[听障和语障专线：(855) 887-6668]。

您必须在 QIO 对您的 1 级上诉表示**拒绝**当天后的 **60 个自然日内**要求此审查。您**只有在**护理承保结束当天后仍继续住院时才可以要求此审查。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

QIO 审查人员将：

- 再次仔细查看与您的上诉有关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后的 14 个自然日内，告诉您他们对您的 2 级上诉的决定。

如果 QIO 对您的上诉表示**支持**：

- 我们必须报销自 QIO 驳回您的 1 级上诉之日起次日中午以来我们的分摊医院护理费用。
- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供承保的住院医院服务。

如果 QIO 对您的上诉表示**拒绝**：

- 他们同意关于您的 1 级上诉的决定，并且不会更改。
- 他们会给您寄送一封信，告诉您如果您想继续上诉流程并提出 3 级上诉，可以做什么。
- 您还可以向 DMHC 提出投诉或要求 DMHC 进行独立医疗审查以继续住院。请参考**第 E4 节**，了解如何向 DMHC 提出投诉并要求其进行独立医疗审查。

ALJ 或律师裁决员处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的信息，请参考**第 J 节**。

I. 要求我们继续承保某些医疗服务

本节仅介绍您可能获得的三种类型的服务：

- 家庭医疗保健服务
- 在专业护理机构提供的专业护理，以及
- 作为 Medicare 批准的 CORF 患者的康复护理。这通常意味着您正在接受疾病或事故的治疗，或者正在从大手术中恢复。

对于这三种类型的服务中的任何一种，只要医生说您需要，您就有权获得承保服务。

当我们决定停止承保其中任何一种时，我们必须在您的服务结束**之前**通知您。当该服务的承保结束时，我们将停止支付费用。

如果您认为我们太快结束您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节说明您如何要求上诉。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



I1. 在您的承保结束前提前通知

我们会向您发送一份书面通知，您将在我们停止支付您的护理费用之前至少两天收到该通知。此书面通知称为“**Medicare** 非承保范围通知”。该通知会告诉您我们停止承保您的护理的日期以及如何对我们的决定提出上诉。

您或您的代表应签署通知以表明您已收到通知。签署通知**仅**表明您已获得信息。签署**并不**表示您同意我们的决定。

I2. 提出 1 级上诉

如果您认为我们太快结束您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节向您介绍 1 级上诉流程以及该怎么做。

- **遵守期限规定。**期限很重要。了解并遵循您必须采取行动的相关期限。我们的计划也必须遵守期限。如果您认为我们并未遵守期限规定，您可以提出投诉。有关投诉的更多信息，请参考**第 K 节**。
- **如需帮助，请您提出要求。**如果您随时有疑问或需要帮助：
 - 拨打页面底部的电话号码致电客户服务部。
 - 致电 HICAP：1-800-434-0222。
- **联系 QIO。**
 - 请参考**第 H2 节**或本《会员手册》的**第 2 章**，了解有关 QIO 以及如何联系他们的更多信息。
 - 请他们审查您的上诉并决定是否更改我们计划的决定。
- **迅速采取行动并请求“快速上诉”。**询问 QIO 我们终止您的医疗服务承保医学上是否适当。

您联系此组织的期限。

- 您必须在我们向您寄送的“**Medicare** 非承保范围通知”生效日期前一天的中午之前联系 QIO 开始上诉。
- 如果质量改进组织不受理您继续承保您的医疗保健服务的请求，或者您认为您的情况紧急或对您的健康构成直接和严重威胁，或者如果您感到剧烈疼痛，您可以向加州管理式医疗保健部（DMHC）提出投诉并要求其进行独立医疗审查。请参考**第 F4 节**，了解如何向 DMHC 提出投诉并要求其进行独立医疗审查。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



书面通知的法律术语是“**Medicare 非承保范围通知**”。要获取示例副本，请拨打页面底部的号码联系客户服务部或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。或者在线获取副本：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices。

快速上诉期间会发生什么

- QIO 的审查人员会询问您或您的代表为什么您认为承保应继续。您不需要写一份声明，但您可以写。
- 审查人员会查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查我们的计划向他们提供的信息。
- 我们的计划还会向您寄送书面通知，解释我们终止服务承保的原因。您会在审查人员通知我们您的上诉之日结束之前收到通知。

通知解释的法律术语是“**非承保范围的详细解释**”。

- 审查人员会在获得他们需要的所有信息后的一整天内提供他们的决定。

如果 QIO 对您的上诉表示**支持**：

- 只要具有医疗必要性，我们就会为您提供承保服务。

如果 QIO 对您的上诉表示**拒绝**：

- 您的承保将于我们告诉您的日期结束。
- 我们会在通知所列日期停止为此护理支付我们的分摊费用。
- 如果您决定在承保结束后继续接受家庭医疗保健、专业护理机构护理或 CORF 服务，您需要自行支付此项护理的全部费用
- 您决定是否要继续这些服务并提出 2 级上诉。

13. 提出 2 级上诉

对于 2 级上诉，您可以要求 QIO 再次审查他们针对您的 1 级上诉做出的决定。您可以致电 (877) 588-1123 联系他们[听障和语障专线：(855) 887-6668]。

您必须在 QIO 对您的 1 级上诉表示**拒绝**当天后的 **60 个自然日内**要求此审查。您**只有在**护理承保结束当天后仍继续获取护理时才可以要求此审查。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

QIO 审查人员将：

- 再次仔细查看与您的上诉有关的所有信息。
- 在收到您的第二次审查请求后的 14 个自然日内，告诉您他们对您的 2 级上诉的决定。

如果 QIO 对您的上诉表示**支持**：

- 对于从我们表明您的承保将结束的日期起您已接受的护理，我们会报销我们的分摊费用。
- 只要该护理具有医疗必要性，我们就会提供护理承保。

如果 QIO 对您的上诉表示**拒绝**：

- 他们同意我们结束您的护理的决定并且不会改变此决定。
- 他们会给您寄送一封信，告诉您如果您想继续上诉流程并提出 3 级上诉，可以做什么。
- 您可以向 DMHC 提出投诉并要求进行独立医疗审查以继续承保您的医疗保健服务。请参考**第 F4 节**，了解如何要求 DMHC 进行独立医疗审查。除了 3 级上诉之外或代替 3 级上诉，您还可以向 DMHC 提出投诉并要求进行独立医疗审查。

ALJ 或律师裁决员处理 3 级上诉。有关 3 级、4 级和 5 级上诉的信息，请参考**第 J 节**。

J. 将您的上诉提升至 2 级以上

J1. Medicare 服务和用品的后续步骤

如果您针对 Medicare 服务或用品提出了 1 级上诉和 2 级上诉，并且两个上诉均被驳回，您可能有权提出其他级别的上诉。

如果您上诉的 Medicare 服务或用品的美元价值未达到特定的最低美元金额，您将无法进一步上诉。如果美元价值足够高，您可以继续上诉流程。您从 IRO 收到的有关 2 级上诉的信函会说明要联系谁以及如何申请 3 级上诉。

3 级上诉

上诉流程的第 3 级是 ALJ 听证会。做出决定的人是 ALJ 或为联邦政府工作的律师裁决员。

如果 ALJ 或律师裁决员对您的上诉表示**支持**，我们有权对对您有利的 3 级决定提出上诉。

- 如果我们决定对该决定**提出上诉**，我们会将 4 级上诉请求连同随附文件寄给您。我们可以等到层级 4 上诉决定后再授权或提供争议服务。
- 如果我们决定**不对该决定提出上诉**，我们必须在收到 ALJ 或律师裁决员的决定后 60 个自然日内为您授权或提供服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 如果 ALJ 或律师裁决员对您的上诉表示**拒绝**，上诉流程可能不会结束。
- 如果您决定**接受**该否决您上诉的决定，上诉流程即结束。
- 如果您决定**不接受**驳回上诉的决定，您可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您如何进行 4 级上诉。

4 级上诉

Medicare 上诉委员会（委员会）会审查您的上诉并回复您。委员会隶属于联邦政府。

如果委员会对您的 4 级上诉表示**支持**或拒绝我们审查对您有利的 3 级上诉决定的请求，我们有权向 5 级上诉。

- 如果我们决定对该决定**提出上诉**，我们会以书面方式通知您。
- 如果我们决定**不对该决定提出上诉**，我们必须在获得委员会决定后的 60 个自然日内为您授权或提供服务。

如果委员会表示**拒绝**或拒绝我们的审查请求，上诉程序可能不会结束。

- 如果您决定**接受**该否决您上诉的决定，上诉流程即结束。
- 如果您决定**不接受**驳回上诉的决定，您也可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您是否可以继续进行 5 级上诉以及怎么做。

5 级上诉

- 联邦地方法院法官将审查您的上诉和所有信息，并做出**支持**或**拒绝**的决定。这是最终决定。没有高于联邦地方法院的其他上诉级别。

J2. 额外 Medi-Cal 上诉

如果您的上诉涉及 Medi-Cal 通常承保的服务或用品，您还拥有其他上诉权利。您从州听证会部门收到的信函将告诉您如果您想继续上诉程序该怎么做。

如果您不同意州听证会的决定，并且希望另一位法官对其进行审查，您可以要求重新听证和/或寻求司法审查。要请求重新听证，请将书面请求（信函）邮寄至：**The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814**

此信函必须在您获得决定后的 30 天内发送。如果您有充分的理由推迟，则此期限最多可以延长至 180 天。

在您的重新听证请求中，说明您获得决定的日期以及为何应支持重新听证。如果您想提供额外证据，请描述额外证据并解释为什么之前没有引入以及它将如何改变决定。您可以联系法律服务部门寻求帮助。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



要请求司法审查，您必须在收到决定后一年内向高等法院提交请愿书（根据《民事诉讼法》第 1094.5 条）。向您的决定中指定的县的高等法院提交请愿书。您可以提交此请愿书而不要求重新听证。无需缴纳申请费。如果法院做出对您有利的最终决定，您可能有权获得合理的律师费和费用。如果进行了重新听证，但您不同意重新听证的决定，您可以寻求司法审查，但不能要求再次重新听证。

J3. Medicare D 部分药物请求的上诉级别 3、4 和 5

如果您提出 1 级上诉和 2 级上诉，并且两次上诉都被否决，本节可能适合您的情况。

如果您所上诉药物的价值达到特定金额，您也许可以进入其他上诉级别。您收到的 2 级上诉书面回复会说明该联系谁以及该怎么做以要求 3 级上诉。

3 级上诉

上诉流程的第 3 级是 ALJ 听证会。做出决定的人是 ALJ 或为联邦政府工作的律师裁决员。

如果 ALJ 或律师裁决员对您的上诉表示**支持**：

- 上诉流程将结束。
- 我们必须在 72 小时内（或加急上诉的 24 小时内）授权或提供批准的药物承保，或在收到决定后不迟于 30 个自然日内付款。

如果 ALJ 或律师裁决员对您的上诉表示**拒绝**，上诉流程可能不会结束。

- 如果您决定**接受**该否决您上诉的决定，上诉流程即结束。
- 如果您决定**不接受**驳回上诉的决定，您可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您如何进行 4 级上诉。

4 级上诉

委员会审查您的上诉并回复您。委员会隶属于联邦政府。

如果委员会您的上诉表示**支持**：

- 上诉流程将结束。
- 我们必须在 72 小时内（或加急上诉的 24 小时内）授权或提供批准的药物承保，或在收到决定后不迟于 30 个自然日内付款。

如果委员会对您的上诉表示**拒绝**，或者委员会拒绝审查请求，上诉程序可能不会结束。

- 如果您决定**接受**驳回您的上诉的决定，上诉流程即结束。
- 如果您决定**不接受**驳回上诉的决定，您也可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知将告诉您是否可以继续进行 5 级上诉以及怎么做。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



5 级上诉

- 联邦地方法院法官将审查您的上诉和所有信息，并做出**支持或拒绝**的决定。这是最终决定。没有高于联邦地方法院的其他上诉级别。

K. 如何提出投诉

K1. 什么样的问题应该投诉

投诉流程仅适用于某些类型的问题，例如与护理质量、等待时间、护理协调和客户服务相关的问题。以下例子是投诉流程所处理的问题类型。

投诉	示例
医疗护理的质量	您对护理（例如您在医院获得的护理）质量不满意。
尊重您的隐私	您认为有人未尊重您的隐私权或分享了有关您的机密信息。
缺乏尊重、客户服务差或其他负面行为	- 医疗保健提供者或工作人员对您粗鲁或不尊重。 - 我们的工作人员对您不好。 - 您认为您被排除在我们的计划之外。
无障碍和语言帮助	- 您无法亲自在医生或提供者办公室中获取医疗保健服务或使用相关医疗设施。 - 您的医生或提供者没有为您所说的非英语语言（例如美国手语或西班牙语）提供口译员。 - 您的提供者没有为您提供您需要和要求的其他合理便利。
等待时间	- 您很难预约或者等待时间太长。 - 医生、药剂师或其他健康专业人士、客户服务或其他计划工作人员让您等待太久。
清洁卫生	您认为诊所、医院或医生办公室不干净。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



投诉	示例
我们提供的信息	- 您认为我们未能向您发出您本应收到的通知或信函。 - 您认为我们寄送给您的书面信息太难理解。
与承保决定或上诉相关的及时性	- 您认为我们没有在期限内做出承保决定或回复您的上诉。 - 您认为，在获得对您有利的承保或上诉决定后，我们没有在期限内批准或向您提供服务或报销某些医疗费用的费用。 - 您认为我们没有按时将您的个案发送给 IRO。

有不同类型的投诉。您可以提出内部投诉和/或外部投诉。内部投诉提交给我们的计划并由我们的计划进行审查。外部投诉提交给不属于我们计划的组织并由其进行审查。如果您需要帮助进行内部和/或外部投诉，您可以致电客户服务部：1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。

“投诉”的法律术语是“申诉”。

“提出投诉”的法律术语是“提出申诉”。

K2. 内部投诉

要进行内部投诉，请致电客户服务部：1-800-452-4413（听障和语障专线：711）。您可以随时提出投诉，除非涉及 Medicare D 部分药物。如果投诉涉及 Medicare D 部分药物，您必须在出现想要投诉的问题后的 60 个自然日内提出投诉。

- 如果还有任何其他您需要做的事，客户服务部会告诉您。
- 您也可以写下您的投诉并将其发送给我们。如果您以书面方式投诉，我们会以书面方式回复该投诉。
- 以下是运作方式：
 - 第 1 步：提出申诉

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 要开始该流程，请在事件发生后的 60 个自然日内致电客户服务部代表，并要求提出申诉。您也可以在此事件发生后的 60 个自然日内以书面形式提出申诉，请将其发送至：

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856
传真号码：(916) 350-6510

- 如果通过传真或邮件与我们联系，请致电联系我们索取 **Blue Shield TotalDual Plan** 上诉与申诉表。我们会向您发送一封信函，告知您我们在 5 个自然日内收到了您的疑虑通知，并告诉您处理此事的人员的姓名。我们通常会在 30 个自然日内解决问题。
- 如果您因为我们决定不给您“快速决定”或“快速上诉”而要求“加急申诉”，我们会将您的请求转发给没有参与做出我们最初决定的医疗主任。我们可能会询问您是否有在您要求“快速初始决定”或“快速上诉”时没有的其他信息。医疗主任将审查您的要求并决定我们的初始决定是否合适。我们将在您提出“加急申诉”要求后 24 小时内向您发送一封信函，说明我们的决定。我们必须根据您的健康状况尽快处理您的申诉，但不得迟于收到您投诉后的 30 个自然日。

第 2 步：申诉听证会

- 如果您对与护理质量问题相关的申诉的解决方案感到不满，您可以向 **Blue Shield Medicare** 上诉与申诉部提出书面申请，要求举行申诉听证会。在您提出书面要求后的 31 个自然日内，我们将召集一个小组来审理您的个案。您将受邀参加听证会，其中包括一名未参与您护理的医生和来自上诉与申诉解决部的一名代表。您可以亲身到场或通过电话会议参与听证会。听证会后，我们将向您发送最终决议函。
- 如果您对不包括护理质量的申诉（例如等待时间、态度不尊重、客户服务或清洁卫生）的解决方案感到不满，您可以联系 **Blue Shield TotalDual Plan** 客户服务部，要求进行额外审查。

“快速投诉”的法律术语是“加急申诉”。

如果可能，我们会立即回复您。如果您打电话向我们投诉，我们也许可以直接在电话中回复您。如果您的健康状况需要我们快速回复，我们就会这么做。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

- 我们会在 30 个自然日内回复大多数投诉。如果我们因需要更多信息而未在 30 个自然日内做出决定，我们会书面通知您。我们还提供状态更新和预计获得答案的时间。
- 如果您是因为我们拒绝您请求“快速承保决定”或“快速上诉”而提出投诉，我们会自动给您“快速投诉”并在 24 小时内回应您的投诉。
- 如果您因我们花费额外时间做出承保决定或上诉而提出投诉，我们会自动为您提供“快速投诉”，并在 24 小时内回应您的投诉。

如果我们不同意您的部分或全部投诉，我们将告诉您并说明理由。无论我们是否同意投诉的内容，我们都会回应。

K3. 外部投诉

Medicare

您可以将您的投诉告知 Medicare 或将其发送给 Medicare。可在以下网址获取 Medicare 投诉表：www.medicare.gov/my/medicare-complaint。在向 Medicare 提出投诉之前，您无需向 Blue Shield TotalDual Plan 提出投诉。

Medicare 非常重视您的投诉，并将使用这类信息帮助改善 Medicare 计划的质量。

如果您有任何其他反馈或疑虑，或您认为健康计划并未解决您的问题，也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障和语障专线用户请拨 1-877-486-2048。此电话为免付费专线。

Medi-Cal

您可以致电 1-888-452-8609 向加州卫生保健服务部 (DHCS) Medi-Cal 管理式护理监察员提出投诉。听障和语障专线用户可以拨打 711。周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 致电。

您可以向加州管理式医疗保健部 (DMHC) 提出投诉。DMHC 负责监管健康计划。您可以致电 DMHC 帮助中心，要求协助您解决对 Medi-Cal 服务的投诉。对于非紧急事项，如果您不同意 1 级上诉中的决定，或者计划在 30 个自然日后仍未解决您的投诉，您可以向 DMHC 提出投诉。但是，如果您需要帮助解决涉及紧急问题或涉及对您的健康造成直接和严重威胁的投诉、您感到剧烈疼痛、您不同意我们的计划对您投诉的决定，或者如果我们的计划在 30 个自然日后仍未解决您的投诉，您可以联系 DMHC，而无需提交 1 级上诉。

以下是从 DMHC 帮助中心获得帮助的两种方式：

- 致电 1-888-466-2219。聋哑、听力困难或语言障碍人士可以使用免费的听障和语障专线 1-877-688-9891。此电话为免付费专线。
- 访问管理式医疗保健部的网站 (www.dmhc.ca.gov)。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



民权办公室

如果您认为自己没有受到公平对待，您可以向卫生与公共服务部（Department of Health and Human Services, HHS）OCR 投诉。例如，您可以对残障通道或语言协助进行投诉。OCR 的电话号码是 1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打 1-800-537-7697。您可以访问 www.hhs.gov/ocr 了解更多信息。

您还可以联系当地 OCR 办公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

客户响应中心：(800) 368-1019
传真号码：(202) 619-3818
听障和语障专线：(800) 537-7697
电子邮件：ocrmail@hhs.gov

您可能还享有《美国残疾人法案》(ADA) 和 2008 年修正案 (P.L.110-325) 下的权利。您可以联系 Medi-Cal 监察员计划寻求帮助。电话号码是 1-888-452-8609。

QIO

如果您的投诉与护理质量有关，您有两种选项：

- 您可以直接向 QIO 投诉护理质量。
- 您可以向 QIO 和我们的计划提出投诉。如果您向 QIO 提出投诉，我们会与他们一起解决您的投诉。

QIO 是一个由执业医师和其他医疗保健专家组成的团体，由联邦政府支付费用，负责检查并改善为 Medicare 病患提供的护理。要详细了解 QIO，请参考第 H2 节或参考本《会员手册》第 2 章。

在加利福尼亚州，QIO 为 Commence Health。Commence Health 的电话号码是 (877) 588-1123 [听障和语障专线：(855) 887-6668]。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第10章：终止您在我们计划中的会员资格

简介

本章介绍了您如何终止在我们计划中的会员资格以及您退出我们的计划后的健康保险选项。如果您退出计划，只要您符合资格，您仍将参加 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 计划。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

目录

A. 您何时可以终止在我们计划中的会员资格.....	237
B. 如何终止本计划会籍	238
C. 如何分别获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务	238
C1.您的 Medicare 服务.....	238
C2.您的 Medi-Cal 服务	242
D. 您的医疗用品、服务和药物持续到您在我们计划中的会员资格结束	243
E. 您在我们计划中的会员资格终止时的其他情况	243
F. 禁止因任何与健康相关的原因要求您退出我们的计划的规则	244
G. 如果我们终止您在我们计划中的会员资格，您有权提出投诉.....	244
H. 如何获取有关终止计划会员资格的更多信息	244

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。



如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

A. 您何时可以终止在我们计划中的会员资格

大多数享有 Medicare 的人可以在一年中的某些时间终止其会员资格。由于您拥有 Medi-Cal，

- 您享有一些选择，可以在一年中任何一个月终止您在我们计划的会员资格。

此外，您每年还可以在以下期间终止在我们计划的会员资格：

- **开放参保期**，持续时间为 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期间选择新计划，您在我们计划的会员资格将于 12 月 31 日结束，新计划的会员资格将于 1 月 1 日开始。
- **Medicare Advantage (MA) 开放参保期**，持续时间为 1 月 1 日至 3 月 31 日，也适用于参保计划的 Medicare 新受益人，后者的开放参保期从有权参保 A 部分和 B 部分的当月至有权参保的第 3 个月的最后一天。如果您在此期间选择新计划，您的新计划会员资格将从下个月的第一天开始。

您还有资格在其他一些情况下更改您的参保。例如：

- 您搬出了我们的服务区域，
- 您的 Medi-Cal 或 Extra Help 资格发生变化，或者
- 如果您最近搬入、目前正在接受护理或刚刚搬出护理机构或长期护理医院。

您的会员资格将于我们收到您更改计划的请求当月的最后一天结束。例如，如果我们于 1 月 18 日收到您的请求，则您在我们计划中的承保将于 1 月 31 日结束。您的新承保从下个月的第一天开始（本例中为 2 月 1 日）。

如果您退出我们的计划，可以获得以下信息：

- 第 C1 节表中的 Medicare 选项。
- 第 C2 节中的 Medi-Cal 选项和服务。

您可以通过拨打以下号码获取有关如何终止会员资格的更多信息：

- 拨打本页底部的号码联系客户服务部。听障和语障专线用户的号码也被列出。
- Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。
- 拨打 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP。拨打 1-844-580-7272 联系 Health Care Options，周一至周五上午 8:00 至下午 6:00 提供服务。听障和语障专线用户

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



请拨
1-800-430-7077。

- 拨打 1-888-452-8609 联系 Medi-Cal 管理式护理监察员，周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 提供服务，或发送电子邮件至 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注意：如果您正在参加药物管理计划（DMP），您也许不能变更计划。有关药物管理计划的信息，请参考本《会员手册》第 5 章。

B. 如何终止本计划会籍

如果您决定终止您的会员资格，您可以加入另一个 Medicare 计划或切换到 Original Medicare。不过，如果您想从本计划转换到 Original Medicare，并且没有选择单独的 Medicare 药物计划，您必须要求从本计划退保。您有两种方法可以要求退保：

- 您可以向我们提出书面要求。如果您需要有关如何执行此操作的更多信息，请拨打本页底部的电话号码联系客户服务部。
- 致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障专线用户（听力或言语有困难的人）请拨 1-877-486-2048。当您拨打 1-800-MEDICARE 时，您还可以加入其他 Medicare 健康或药物计划。有关在退出我们的计划后获得 Medicare 服务的更多信息，请参见第 274 页上的图表。
- 请拨打 1-844-580-7272 联系 Health Care Options，周一至周五上午 8:00 至下午 6:00 服务。听障和语障专线用户请拨 1-800-430-7077。
- 下面的第 C 节包括您可以采取的注册其他计划的步骤，这也将终止您在我们计划中的会员资格。

C. 如何分别获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务

如果您选择退出我们的计划，您可以选择如何获得 Medicare 和 Medi-Cal 服务。

C1. 您的 Medicare 服务

您可以在一年中的任何月份选择以下三种 Medicare 服务。在一年中的某些时间，包括**开放参保期**和 **Medicare Advantage 开放参保期**或第 A 节中描述的其他时间，您还有下列额外选择。通过选择这些选项之一，您将自动终止您在我们计划中的会员资格。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



1. 您可以换成：

Medicare Medi-Cal 计划（Medi-Medi 计划）是 **Medicare Advantage** 计划的一种类型。它适用于同时拥有 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 的人士，并将 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 福利合并到一个计划。**Medi-Medi** 计划协调这两个计划的所有福利和服务，包括所有 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 承保服务或综合性的老年照护计划（**Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE**）（如果您符合资格）。

注意：“Medi-Medi 计划”是加利福尼亚州综合双重资格特殊需求计划（**dual eligible special needs plans, D-SNP**）的名称。

可按下述说明操作：

致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。

如需查询综合性的老年照护计划（**PACE**），请致电 1-855-921-PACE（7223）。

如果您需要协助或更多信息：

- 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（**HICAP**），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 **HICAP** 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。

或

加入新的 **Medi-Medi** 计划。

当您的新计划的承保开始时，您将自动从我们的 **Medicare** 计划中退出。

您的 **Medi-Cal** 计划将发生变化，以匹配您的 **Medi-Medi** 计划。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



2. 您可以换成： 包含独立的 Medicare 药物计划的 Original Medicare，以及 Medi-Cal 计划。	可按下述说明操作： 致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。 如果您需要协助或更多信息： ● 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 加入新的 Medicare 药物计划。 当您的 Original Medicare 承保开始时，您将自动从我们的计划中退出。 除非您选择不同的计划，否则您将继续参保您的 Medi-Cal 计划。
--	--

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



3. 您可以换成： 没有单独的 Medicare 药物计划的 Original Medicare 注意：如果您转至 Original Medicare 并且未加入单独的 Medicare 药物计划，Medicare 可能会将您加入某个药物计划，除非您告诉 Medicare 您不想加入。 仅当您从其他来源（例如雇主或工会）获得药物承保时，才应该放弃药物承保。如果您对是否需要药物承保有疑问，请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。	可按下述说明操作： 致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。 如果您需要协助或更多信息： 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 当您的 Original Medicare 承保开始时，您将自动从我们的计划中退出。 除非您选择不同的计划，否则您将继续参保您的 Medi-Cal 计划。
--	---

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



4. 您可以换成： 在一年中的某些时候（包括开放参保期和Medicare Advantage 开放参保期或第 A 节描述的其他情况）换成任何 Medicare 健康计划。	可按下述说明操作： 致电 Medicare，电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。 如需查询综合性的老年照护计划（PACE），请致电 1-855-921-PACE（7223）。 如果您需要协助或更多信息： 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 加入新的 Medicare 计划。 当您的新计划的承保开始时，您将自动从我们的 Medicare 计划中退出。 您的 Medi-Cal 计划可能会改变。
---	---

C2. 您的 Medi-Cal 服务

如有关于在您退出我们的计划后如何获取您的 Medi-Cal 服务的问题，请拨打 1-844-580-7272 联系 Health Care Options，周一至周五上午 8:00 至下午 6:00 服务。听障和语障用户请拨打 1-800-430-7077。或访问 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。询问加入其他计划或返回 Original Medicare 对您获得 Medi-Cal 承保的方式有何影响。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



D. 您的医疗用品、服务和药物持续到您在我们计划中的会员资格结束

如果您退出我们的计划，您的会员资格可能需要一段时间才能结束，新的 Medicare 和 Medi-Cal 承保才会开始。在此期间，您可以继续通过我们的计划获得药物和医疗保健服务，直到您的新计划开始。

- 使用我们的网络内提供者接受医疗护理。
- 使用我们的网络内药房（包括通过我们的送药上门药房服务）来配药。
- 如果您在 Blue Shield TotalDual Plan 中的会员资格结束当天住院，我们的计划将承保您的住院费用，直至您出院。即使您的新健康保险在您出院之前开始，我们仍会继续承保您的住院费用。

E. 您在我们计划中的会员资格终止时的其他情况

在这些情况下，我们必须终止您在我们计划中的会员资格：

- 如果您的 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保出现中断。
- 如果您不再符合 Medi-Cal 资格。我们的计划适用于同时符合 Medicare 和 Medi-Cal 资格的人士。**注意：**如果您不再符合 Medi-Cal 资格，您可以暂时继续享受本计划的 Medicare 福利，请参见下方有关视同期间的信息。
 - 加入 Blue Shield TotalDual Plan 的 Medicare 受益人必须同时符合 Medicare A 部分和 B 部分以及 Medi-Cal（Medicaid）的资格。如果您不再有资格享受 Medi-Cal（Medicaid），我们将通知您失去 Medi-Cal（Medicaid）身份，并且我们将继续承保您的 Medicare 福利，直到您在通知失去特殊需要状态后的 6 个月内重新获得 Medi-Cal（Medicaid）资格。在您仍在计划中但没有 Medi-Cal 承保的 6 个月内，您可能会发现自付费用（共同保险、共付额、保费或自付额）有所增加。
 - 我们会延长切换到我们的非 HMO D-SNP 计划之一的机会。非 HMO D-SNP 计划提供给有权享受 Medicare A 部分和 Medicare B 部分但没有 Medi-Cal（Medicaid）福利的受益人。Medicare 为不再符合 Medi-Cal（Medicaid）资格的 Medicare 受益人提供特别参保期（SEP）。
 - 如果您在收到失去特殊需求状态通知后的 6 个月内没有重新获得 Medi-Cal（Medicaid）资格或接受切换到非 HMO D-SNP 计划的机会，您将被非自愿地从 Blue Shield TotalDual Plan 退保。
- 您搬离我们的服务区域。
- 您离开我们的服务区域超过六个月。
 - 您搬家或长途旅行，请致电客户服务部，了解您搬家或旅行的目的地是否在我们计划的服务区域内。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 您因刑事犯罪入狱。
- 您有其他提供药物承保的保险而您却说谎或隐瞒相关信息。
- 如果您不是美国公民，或未在美国合法居留。
 - 您必须是美国公民或合法居住在美国才能成为我们计划的会员。
 - 如果您因此没有资格继续成为会员，Medicare 和 Medicaid 服务中心（CMS）会通知我们。
 - 如果您不符合此要求，我们必须取消您的注册资格。

仅当我们首先获得 Medicare 和 Medi-Cal 的许可时，我们才可以因以下原因让您退出我们的计划：

- 您参保本计划时蓄意提供不正确信息，而该信息会影响您参保本计划的资格。
- 您持续出现扰乱行为，导致我们无法为您和本计划其他会员提供医疗护理。
- 您让别人使用您的会员卡获取医疗护理。（如果我们因此终止您的会员资格，Medicare 可能会要求调查总长调查您的个案。）

F. 禁止因任何与健康相关的原因要求您退出我们的计划的规则

我们不能以有关您健康的任何理由要求您退出本计划。如果您认为我们因健康相关原因要求您退出我们的计划，请拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）联系 Medicare。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。

G. 如果我们终止您在我们计划中的会员资格，您有权提出投诉

如果我们终止您的本计划会籍，我们必须以书面方式告诉您终止会籍的理由。我们也必须说明您可以如何针对我们终止您会员资格的决定提出申诉或提出投诉。您也可以参考本《会员手册》第 9 章了解有关如何投诉的信息。

H. 如何获取有关终止计划会员资格的更多信息

如果您有疑问或想了解有关终止会员资格的更多信息，您可以拨打本页底部的电话号码联系客户服务部。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第11章：法律通知

简介

本章包含适用于您在我们计划中的会员资格的法律声明。关键术语及其定义按字母顺序出现在本《会员手册》最后一章中。

目录

A. 法律相关通知.....	246
B. 联邦禁止歧视通知.....	246
C. Medi-Cal 禁止歧视通知.....	247
D. 关于 Medicare 作为第二付款人和 Medi-Cal 作为最后付款人的通知.....	248
E. 关于 Medi-Cal 遗产追讨的通知.....	248
F. 管理《会员手册》.....	248
G. 会员合作.....	249
H. 转让.....	249
I. 雇主责任.....	249
J. 政府机关责任.....	249
K. 美国退伍军人事务局.....	249
L. 超额付款追讨.....	249
M. 当第三方造成您的伤害时.....	249
N. 关于参与健康信息交换的通知.....	250
O. 报告诈欺、浪费和滥用.....	251

A. 法律相关通知

许多法律都适用于本《会员手册》。即使本《会员手册》中未列出或未说明这些法律，这些法律也可能影响您的权利和责任。适用的主要法律是有关 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 计划的联邦和州法律。其他联邦和州法律也可能适用。

B. 联邦禁止歧视通知

我们不会基于种族、族裔、原国籍、肤色、宗教、性别、年龄、心理或身体残疾、健康状况、理赔经历、病史、遗传信息、可保性证据或服务区内的地理位置进行歧视。所有提供 **Medicare Advantage** 计划的组织（比如本计划）都必须遵守联邦禁止歧视法律，包括 1964 年《民权法案》第六章、1973 年《康复法》、1975 年《年龄歧视法》、《美国残疾人法》、《平价医疗法案》第 1557 节、所有其他适用于获得联邦资金的组织的法律，以及因任何其他原因而适用的其他任何法律和规则。

如果您想了解更多信息或担心歧视或不公平对待：

- 拨打 1-800-368-1019 联系美国卫生与公共服务部民权办公室。听障和语障专线用户可以拨打 1-800-537-7697。您还可以访问 www.hhs.gov/ocr 了解更多信息。
- 请致电 916-440-7370 联系医疗保健服务部民权办公室。听障和语障专线用户可以拨打 711（电信转接服务）。如果您认为自己受到歧视并希望提出歧视申诉，请联系：
 - 发送电子邮件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
 - 请填写投诉表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
 - 以下网站提供投诉表：dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您的申诉与 **Medi-Cal** 计划中的歧视有关，您也可以通过电话、写信或电子方式向医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 电话：请拨打 916-440-7370。如果您听力不或语言能力不佳，请拨打 711（电信转接服务）。
- 写信：请填写投诉表或寄信至：

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

- 投诉表格可在以下网址获取：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您有残障并需要获得医疗保健服务或提供者的帮助，请联系客户服务部。如果您要投诉，例如无法使用轮椅进出医疗场所，客户服务部可以提供协助。

C. Medi-Cal 禁止歧视通知

我们不会基于种族、族裔、原国籍、肤色、宗教、性别、年龄、心理或身体残疾、健康状况、理赔经历、病史、遗传信息、可保性证据或服务区内的地理位置歧视您或对您进行区别对待。此外，我们不会因血统、族群认同、性别认同、婚姻状况或医疗状况而非法歧视、排斥他人或区别对待。

如果您想了解更多信息或担心歧视或不公平对待：

- 请致电 916-440-7370 联系医疗保健服务部民权办公室。听障和语障专线用户可以拨打 711（电信转接服务）。如果您认为自己受到歧视并希望提出歧视申诉，请联系：
 - 发送电子邮件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
 - 请填写投诉表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

- 以下网站提供投诉表：dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您的申诉与 Medi-Cal 计划中的歧视有关，您也可以通过电话、写信或电子方式向医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 电话：请拨打 916-440-7370。如果您听力不或语言能力不佳，请拨打 711（电信转接服务）。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 写信：请填写投诉表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

投诉表格可在以下网址获取：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您有残障并需要获得医疗保健服务或提供者的帮助，请联系客户服务部。如果您要投诉，例如无法使用轮椅进出医疗场所，客户服务部可以提供协助。

D. 关于 Medicare 作为第二付款人和 Medi-Cal 作为最后付款人的通知

有时其他人必须先为我们为您提供服务付费。例如，如果您遭遇车祸或在工作中受伤，则保险或工伤赔偿必须首先支付。

我们有权利和责任收取 Medicare 不是第一付款人的 Medicare 承保服务的费用。

我们符合州和联邦法律规定，也符合有关第三方向会员提供医疗保健服务的法律责任的法规规定。我们采取一切合理措施，确保 Medi-Cal 是最后付款人。

因为 Medi-Cal 是最后付款人，所以当您的健康保险提供相同服务时，Medi-Cal 会员必须先使用所有其他健康保险（OHC），然后再使用 Medi-Cal。这意味着在大多数情况下，Medi-Cal 将作为位列 Medicare OHC 之后的第二支付方，承担本计划或其他 OHC 未支付的符合条件的费用，最高支付至 Medi-Cal 费率。

E. 关于 Medi-Cal 遗产追讨的通知

Medi-Cal 计划必须从某些已故会员的遗嘱遗产中寻求偿还在其 55 岁生日当天或之后收到的 Medi-Cal 福利。偿还包括护理机构服务、家庭和社区服务以及会员在护理机构住院或接受家庭和社区服务时收到的相关住院和处方药服务的按服务收费和管理式护理保费/按人头付费。偿还额不能超过会员遗嘱遗产的价值。

要了解更多信息，请访问医疗保健服务部的遗产追讨网站 www.dhcs.ca.gov/er 或致电 916-650-0590。

F. 管理《会员手册》

我们可能会采用合理的政策、程序和解读来促进对本《会员手册》的有序和高效管理。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



G. 会员合作

您必须填写我们在正常业务过程中要求的或本《会员手册》中指定的任何申请表、表格、声明、免责声明、授权、留置权表格和任何其他文件。

H. 转让

未经我们事先书面同意，您不得转让本《会员手册》或其中规定的任何权利、权益、应付款项请求权、福利或义务。

I. 雇主责任

对于法律要求雇主提供的任何服务，我们不会向雇主付款，并且当我们承保任何此类服务时，我们可能会从雇主处追讨服务的价值。

J. 政府机关责任

对于法律要求仅由政府机构提供或仅从政府机构接受的任何服务，我们不会向政府机构付款，并且当我们承保任何此类服务时，我们可能会从政府机构处追讨服务的价值。

K. 美国退伍军人事务局

对于法律要求退伍军人事务局提供的关于病况的任何服务，我们不会向退伍军人事务局支付费用，并且当我们承保任何此类服务时，我们可能会从退伍军人事务局处追讨服务的价值。

L. 超额付款追讨

我们可能会从收到此类超额付款的任何人或有义务支付服务费用的任何个人或组织处追讨我们为服务支付的任何超额付款款项。

M. 当第三方造成您的伤害时

如果您因他人（“第三方”）的作为或不作为而受伤或生病，Blue Shield 应就因该伤害而需要的服务提供本计划的福利并享有衡平法权利，可要求赔偿、补偿或其他可用的补救措施，以追讨 Blue Shield 为向您提供的服务而支付的金额，追讨对象为由您或代表您获得的任何追讨金额（定义见下文），从对伤害或疾病负责的第三方或代表其获得的任何追讨金额，或从未参保/不足额参保的驾驶员承保而获得的任何追讨金额。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



这项恢复原状、补偿或其他可用补救措施的权利针对您因受伤或疾病而获得的任何追讨，包括由任何第三方或第三方保险公司授予或通过法院判决、仲裁裁决、和解或任何其他安排获得的任何金额、来自未参保或不足额参保的驾驶员承保与疾病或受伤相关的任何金额（“追讨”），无论您是否已通过追讨“完全恢复”。恢复原状、补偿或其他可用补救措施的权利针对因此类受伤或疾病支付的福利所应得到的总追讨额中相应部分，根据《加州民法典》第 3040 条进行计算。

您需要：

1. 请以书面形式通知 **Blue Shield** 任何因涉嫌导致伤病的行为或疏忽而对第三方提出的实际或潜在索赔或法律诉讼。若索赔或诉讼已正式提交，则必须在提交之日起 **30** 天内完成通知。
2. 同意全力配合并签署任何必要的表格或文件，以强制执行这项要求恢复原状、补偿或其他可用的补救措施之权利；以及，
3. 当追讨金额是从第三方或第三方的保险公司或代表以上各方获得时，或从未参保或不足额参保的驾驶员承保处获得时，，书面同意通过使用追讨金额向 **Blue Shield** 补偿 **Blue Shield** 给付的福利；以及，
4. 提供根据加州民法典第 3040 条计算的留置权。留置权可以提交给第三方、第三方的代理人或律师或法院，除非法律另有禁止；以及，
5. 定期回复有关针对第三方理赔的信息请求，并在获得任何追讨金额后的十(10)天内以书面形式通知 **Blue Shield**。

您未能遵守上述第 1 至第 5 项规定在任何情况下都不构成对 **Blue Shield** 权利的豁免、免除或放弃。

N. 关于参与健康信息交换的通知

Blue Shield 参与 **Manifest MedEx** 健康信息交换（**Health Information Exchange**，简称“**HIE**”），将其会员的健康信息提供给 **Manifest MedEx**，供其授权医疗保健提供者访问。**Manifest MedEx** 是独立非营利组织，维护全州范围的电子病历数据库，其中包括由医生、医疗保健机构、医疗保健服务计划和健康保险公司提供的健康信息。经授权的医疗保健提供者（包括医生、护士和医院）可以通过 **Manifest MedEx HIE** 安全地访问患者的健康信息，以此提供安全、优质护理。

Manifest MedEx 尊重会员的隐私权并遵守适用的州和联邦隐私法。**Manifest MedEx** 使用先进的安全系统和现代数据加密技术来保护会员的隐私和个人信息的安全。

每位 **Blue Shield** 会员都有权指示 **Manifest MedEx** 不要与他们的医疗保健提供者分享他们的健康信息。尽管选择退出 **Manifest MedEx** 可能会限制您的医疗保健提供者，使其无法快速访问有关您的重要医疗保健信息，但会员的健康保险或保健计划福利承保不会因选择退出 **Manifest MedEx** 而受到影响。任何参与 **Manifest MedEx** 的医生或医院都不会拒绝向选择不参加 **Manifest MedEx HIE** 的患者提供医疗护理。

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



不希望在 Manifest MedEx 中显示其健康护理信息的会员应在 <https://www.manifestmedex.org/opt-out> 填写在线表格，或致电 Manifest MedEx，电话(888) 510-7142，服务时间为太平洋标准时间周一至周五上午 7:00 至晚上 7:00。听障和语障专线：听障人士请拨 711。

O. 报告诈欺、浪费和滥用

什么是诈欺、浪费和滥用（FWA）？

- **诈欺**是指有意的虚假陈述，可能会使健康护理计划产生未经授权的费用。
- **浪费**是指在没有正当需要的情况下不当使用健康护理资金或资源。
- **滥用**是与健全的医疗或商业惯例不一致的做法，可能直接或间接导致健康护理计划产生不必要的费用。

保护您自己和您的福利

- 切勿将您的社会安全号、Medicare 号、健康计划号或银行信息透露给您不认识的人。
- 不要同意进行您医生没有开立的任何化验检测。
- 接受任何有价物品以换取医疗服务是违法行为。

警惕基因检测诈欺

骗子会在当地的健康博览会、老年住房设施、社区中心、居家健康机构和其他值得信赖的地点接近毫无戒心的参保人，以进行基因检测诈欺。他们假装承诺 Medicare 会支付检测费用，所以您只要提供脸颊拭子、会员卡及 Medicare 信息就能收到检测结果。

遗憾的是，这些骗子因此有了您的健康计划或 Medicare 号码，接着就可以用检测，甚至是您从来不曾接受过的服务为借口，向 Medicare 收取数千元费用。他们也拥有您的个人基因信息。

如欲报告可疑的诈欺、浪费和滥用行为，请联系：

- **Blue Shield of California 的 Medicare 诈欺热线：(855) 331-4894（听障和语障专线：711）**或通过电子邮件：MedicareStopFraud@blueshieldca.com。
- **Medicare，电话 1-800 MEDICARE（1-800-633-4227），每周七天，每天 24 小时服务（听障和语障专线使用者请拨 1-877-486-2048）。**

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



第12章：重要用语的定义

简介

本章包括本《会员手册》中使用的关键术语及其定义。这些术语按字母顺序列出。如果您找不到所需的术语，或者需要比定义包含的更多信息，请联系客户服务部。



如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。
如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

日常生活活动（ADL）：人们在日常生活中所做的事情，例如吃饭、上厕所、穿衣服、洗澡或刷牙。

行政法官：行政法官（ALJ）是审理和裁决涉及政府机构的案件的法官。审查 3 级上诉的法官。

AIDS 药物补助计划（ADAP）：一项帮助符合资格的艾滋病毒携带者/艾滋病患者获得挽救生命的艾滋病毒药物的计划。

门诊手术中心：为不需要住院护理且预计不需要超过 24 小时护理的患者提供门诊手术的机构。

上诉：如果您认为我们犯错，您可以通过这种方式质疑我们的行为。您可以通过提出上诉要求我们更改承保决定。本《会员手册》第 9 章解释了上诉，包括如何提出上诉。

行为健康：指的是我们的情绪、心理和社会福祉。更简单地说：它涉及我们如何思考、感觉和与其他人互动。这是一个包罗万象的术语，指的是心理健康和药物滥用障碍服务。

生物制品：由动物细胞、植物细胞、细菌或酵母等天然和活体来源制成的药物。生物制品比其他药物更复杂，无法完全复制，因此替代形式被称为生物仿制药。（另见“原研生物制品”和“生物仿制药”。）

生物仿制药：与原研生物制品非常相似但不完全相同的生物药物。生物仿制药与原研生物制品一样安全有效。有些生物仿制药可以在药房取代原研生物制品，而无需开具新处方。（见“可互换生物仿制药”。）

品牌药：由最初生产药物的公司生产和销售的药物。品牌药的有效成份配方与仿制药版本相同。仿制药通常由其他制药公司生产和销售，并且通常必须等到品牌药的专利终止后才可提供。

护理协调员：一名与您、健康计划以及您的护理提供者合作的主要人员，以确保您获得所需的护理。

护理计划：请参考“个性化护理计划”。

护理团队：请参考“跨学科护理团队”。

灾难承保阶段：Medicare D 部分药物福利的阶段，我们的计划将支付您直至年底 D 部分的所有药物费用。当您（或代表您的其他合格方）在这一年中为 D 部分承保药物花费\$2,100 时，您将开始此阶段。您无需支付任何费用。

Medicare 和 Medicaid 服务中心（CMS）：负责 Medicare 的联邦机构。本《会员手册》第 2 章介绍了如何联系 CMS。

社区成人服务（CBAS）：基于设施的门诊服务计划，为符合适用资格标准的合格会员提供专业护理、社会服务、职业和言语治疗、个人护理、家庭/护理人员培训和支持、营养服务、交通和其他服务。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



投诉：书面或口头声明，表明您对承保服务或护理有问题或疑虑。这包括对服务质量、护理质量、我们的网络内提供者或我们的网络内药房的任何担忧。“提出投诉”的正式名称是“提出申诉”。

综合门诊康复设施（CORF）：主要在疾病、事故或重大手术后提供康复服务的机构。它提供多种服务，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗、言语治疗和家庭环境评估服务。

共付额：每次获得某些服务或药物时，您需支付的固定分摊金额。例如，您可能为服务或药物支付\$2 或\$5。

费用分摊：当您获得某些服务或药物时，您必须支付的费用。费用分摊包括共付额。

费用分摊层级：具有相同共付额的一组药物。承保药物清单（也称为药物清单）上的每一种药物都会列入五种分摊费用层级之一。一般来说，费用分摊层级越高，您支付的药物费用就越高。

承保决定：关于我们承保哪些福利的决定。这包括有关承保药物和服务或我们为您的健康服务支付的金额的决定。本《会员手册》**第 9 章**说明了如何要求我们做出承保决定。

承保药物：我们使用这个用语来表示所有属于本计划承保范围的处方和非处方（OTC）药。

承保服务：我们使用这个通用术语来表示我们的计划承保的所有医疗保健、长期服务与支持、用品、处方药和非处方药、设备和其他服务。

文化能力培训：培训为我们的医疗保健提供者提供额外的指导，帮助他们更好地了解您的背景、价值观和信仰，从而调整服务以满足您的社会、文化和语言需求。

客户服务部：本计划的内部部门，负责回答您有关会员关系、福利、申诉和上诉的问题。如需了解有关客户服务的更多信息，请参考本《会员手册》**第 2 章**。

每日费用分摊率：当医生为您的特定药物开立少于一整个月用量的处方并且您依规定必须支付共付额时，可能适用的费率。每日分摊费用费率是将共付额除以一个月供应的天数。

以下举例说明：假设您的药物一整月的用量（30 天的用量）的共付额为 1.35 美元。这意味着您每天支付的药物费用少于 0.05 美元。如果您获得 7 天的药物供应量，则每天的付款金额将少于 \$0.05，用此数字乘以 7 天，总付款额将少于 \$0.35。

医疗保健服务部（DHCS）：加利福尼亚州负责管理 Medicaid 计划（称为 Medi-Cal）的州部门。

管理式医疗保健部（DMHC）：加利福尼亚州负责监管大多数健康计划的州部门。DMHC 帮助人们对 Medi-Cal 服务提出上诉和投诉。DMHC 还进行独立医疗审查（IMR）。

退保：终止您在我们计划中的会员关系的流程。退保可能是自愿（您自己选择）或非自愿（不是您自己选择）。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



药物管理计划（DMP）： 该计划有助于确保会员安全使用处方阿片类药物和其他经常滥用的药物。

药物层级： 我们药物清单上药物的分组。仿制药、品牌药或非处方药（OTC）都是药物层级的示例。我们药物清单上的每一种药物都会列入五种层级之一。

双重资格特殊需求计划（D-SNP）： 为有资格享受 Medicare 和 Medicaid 的个人提供服务的健康计划。我们的计划是 D-SNP。

耐用医疗器材（DME）： 您的医生要求您在家中使用的某些物品。这些项目的示例包括轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者开具的在家使用的病床、静脉输液泵、发声器、氧气设备与用品、雾化器和助行器。

急症： 您或具有一般健康和医学知识的任何其他人士认为为了防止死亡、身体部位丧失或身体机能丧失或严重受损（如果您是孕妇，则为失去未出生的孩子），您具有需要立即就医的医疗症状的医疗紧急情况。医疗症状可能是疾病、伤害、剧痛或迅速恶化的医疗病况。

急诊护理： 由接受过提供紧急服务培训的提供者提供并为治疗医疗或行为健康紧急情况所需的承保服务。

例外情况： 获得通常不承保的药物的承保或在没有特定规则和限制的情况下使用该药物的许可。

排除服务： 本健康计划不承保的服务。

额外补助： Medicare 计划，帮助收入和资源有限的人降低 Medicare D 部分药物费用，例如保费、自付额和共付额。额外补助也称为“低收入补贴”或“LIS”。

仿制药： 经 FDA 批准用于取代品牌药的药物。仿制药与品牌药具有相同的成分。它通常更便宜，并且与品牌药一样有效。

申诉： 您对我们或我们的网络内提供者或药房之一提出的投诉。这包括对您的护理质量或您的健康计划提供的服务质量的投诉。

健康保险咨询和宣传计划（HICAP）： 一项免费且客观地提供有关 Medicare 的信息和咨询服务的计划。本《会员手册》第 2 章介绍了如何联系 HICAP。

健康计划： 一个由医生、医院、药房、提供长期服务的提供者以及其他提供者组成的组织。也包括帮助您管理您所有的医疗服务提供者和服务的护理协调员。他们一同合作，以提供您所需要的护理。

健康风险评估（HRA）： 审查您的病史和当前状况。它用于了解您的健康状况以及未来可能发生的变化。

送药上门计划： 某些计划可能会提供送药上门计划，让您可以将最多 3 个月的承保处方药直接送到您家中。这可能是一种经济实惠且方便的方式，可帮助您为长期服用的处方药配药。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



居家健康助理：提供不需要持照护士或治疗师技能的服务的人士，例如帮助进行个人护理（洗澡、上厕所、穿衣或按处方规定运动等）。居家健康助理没有护理执照，也不提供治疗。

临终关怀：旨在帮助晚期预后患者舒适生活的护理和支持计划。绝症预后是指一个人已被医学证明患有绝症，即预期寿命为 6 个月或更短。

- 患有晚期预后的参保人有权选择临终关怀。
- 经过专门培训的专业人员和护理人员团队为整个人提供护理，包括身体、情感、社交和精神需求。
- 我们需要向您提供您所在地理区域的临终关怀服务提供者名单。

不当/不恰当的计费：提供者（例如医生或医院）向您收取的费用高于我们的服务费用分摊金额的情况。如果您收到任何不明白的账单，请致电客户服务部。

作为计划会员，您只需在获得我们承保的服务时支付我们计划的费用分摊金额。我们不允许医疗服务提供者向您收取超过此金额的费用。

居家支持服务（IHSS）： IHSS 计划将帮助支付为您提供的服务的费用，费用会支付给加入计划的护理提供者，以便您能够安全地留在自己家中。IHSS 被视为家外护理（例如养老院或寄宿护理机构）的替代方案。如要接受服务，需要进行评估，以确定根据每个参加者的需求可以授权提供哪些类型的服务。可通过 IHSS 授权的服务类型包括房屋清洁、备餐、洗衣、杂货购物、个人护理服务（如肠道和膀胱护理、沐浴、美容和辅助医疗服务）、医疗预约陪同以及对精神障碍患者的保护性监督。县社会服务机构负责管理 IHSS。

独立医疗审查（IMR）： 如果我们拒绝您的医疗服务或治疗请求，您可以提出上诉。如果您不同意我们的决定，并且您的问题与 Medi-Cal 服务（包括 DME 用品和药品）有关，您可以向加州管理式医疗保健部申请 IMR。IMR 是由不属于我们计划的专家对您的个案进行的审查。如果 IMR 的决定对您有利，我们必须给您提供您所要求的服务或治疗。您无需为 IMR 支付任何费用。

独立审查组织（IRO）： Medicare 聘请的独立组织，负责审查 2 级上诉。其与我们没有关联，也不是政府机构。此组织会决定我们所做的决定是否正确，或者是否应该进行变更。Medicare 则监督其工作。正式名称是**独立审查实体**。

个性化护理计划（Individualized Care Plan, ICP 或护理计划）： 关于您将获得哪些服务以及如何获得这些服务的计划。您的计划可能包括医疗服务、行为健康服务以及长期服务与支持。

初始承保阶段： 您的 Medicare D 部分药物费用总额达到\$2,100 之前的阶段。这包括您支付的金额、我们的计划代表您支付的金额以及低收入补贴。您一旦配取当年的第一次处方药，就开始进入本阶段。在此阶段，我们的计划支付您的部分药物费用，您支付自己的份额。

住院患者： 当您正式住院接受专业医疗服务时使用的术语。如果您没有正式入院，即使您过夜，您仍可能被视为门诊患者而不是住院患者。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



跨学科护理团队（Interdisciplinary Care Team, ICT 或护理团队）：护理团队可能包括医生、护士、咨询师或其他健康专业人员，他们可以帮助您获得所需的护理。您的护理团队还会帮助您制定护理计划。

综合 D-SNP：一项双重资格特殊需求计划，在一项健康计划下为同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格的某些个人群体承保 Medicare 和大多数或全部 Medicaid 服务。这些个人被称为全额福利双重资格个人。

可互换生物仿制药：一种可在药房替代而无需开具新处方的生物仿制药，因为它符合与自动替代潜力相关的额外要求。在药房的自动替代须遵守州法律。

承保药物清单（药物清单）：我们承保的处方和非处方（OTC）药物清单。我们在医生和药剂师的帮助下选择此清单上的药物。药物清单会告诉您获取药物是否需要遵守任何规则。药物清单有时被称为“处方药一览表”。

长期服务与支持（LTSS）：长期服务与支持有助于改善长期医疗状况。大多数这些服务可以帮助您呆在家里，这样您就不必去护理机构或医院。我们的计划承保的 LTSS 包括社区成人服务（CBAS，也称为成人日间医疗保健）、护理设施（NF）和社区支持。IHSS 和 1915(c)豁免计划是在我们计划之外提供的 Medi-Cal LTSS。

低收入补贴（LIS）：请参考“额外补助”。

Medi-Cal：这是加州 Medicaid 计划的名称。Medi-Cal 由州管理，并由州和联邦政府支付费用。

- 它帮助收入和资源有限的人支付长期服务与支持以及医疗费用。
- 它承保额外服务和 Medicare 未承保的一些药物。
- Medicaid 计划因州而异，但只要您符合 Medicare 和 Medicaid 两种资格，大多数医疗保健的费用都会属于承保范围。

Medi-Cal 计划：仅涵盖 Medi-Cal 福利（例如长期服务与支持、医疗器械和交通）的计划。Medicare 福利是分开的。

Medicaid（或医疗援助）：由联邦政府和州政府实施的一项计划，旨在帮助收入和资源有限的人支付长期服务与支持以及医疗费用。Medi-Cal 是加利福尼亚州的 Medicaid 计划。

具有医疗必要性：指预防、诊断或治疗疾病或维持当前健康状况所需的服务、用品或药物。这包括可避免您住院或住进护理机构的护理。而且服务、用品或药物必须符合公认的医疗执业标准。

Medicare：适用年满 65 岁民众、部分未满 65 岁但患有特定残疾的民众，以及终末期肾病患者（通常是需透析或肾脏移植的永久肾衰竭病患）的联邦政府健康保险计划。拥有 Medicare 的人可以通过 Original Medicare 或管理式医疗计划（参考“健康计划”）获得 Medicare 健康保险。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



Medicare Advantage: Medicare 计划，也称为“Medicare C 部分”或“MA”，通过私营公司提供 MA 计划。Medicare 向这些公司付款以支付您的 Medicare 福利。

Medicare 上诉委员会（委员会）： 审查 4 级上诉的委员会。委员会隶属于联邦政府。

Medicare 承保的服务： Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。所有 Medicare 健康计划（包括本计划）都必须承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服务。

Medicare 糖尿病预防计划（MDPP）： 结构化的健康行为改变计划，提供长期饮食改变、增加体能活动以及策略方面的实际培训，以克服在持续减轻体重和维持健康生活的过程中遇到的困难。

Medicare-Medi-Cal 参保人： 有资格享受 Medicare 和 Medicaid 承保的人。Medicare-Medicaid 参保人也称为“双重资格个人”。

Medicare A 部分： 承保大多数具有医疗必要性的医院、专业护理机构、家庭健康和临终关怀的 Medicare 计划。

Medicare B 部分： 承保治疗疾病或病症所需的具有医疗必要性的服务（例如实验室检验、手术和就医）和用品（例如轮椅和助行器）的 Medicare 计划。Medicare B 部分还承保许多预防和筛查服务。

Medicare C 部分： 一项 Medicare 计划，也称为“Medicare Advantage”或“MA”，让私人健康保险公司通过 MA 计划提供 Medicare 福利。

Medicare D 部分： Medicare 药物福利计划。我们将此计划简称为“D 部分”。Medicare D 部分承保门诊药物、疫苗以及 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 未承保的一些用品。我们的计划包括 Medicare D 部分。

Medicare D 部分药物： Medicare D 部分承保的药物。国会明确将某些类别的药物排除在 Medicare D 部分承保范围之外。Medicaid 可能承保其中一些药物。

药物治疗管理（MTM）： 一项旨在满足复杂健康需求的 Medicare D 部分计划，服务于符合特定要求或参加药物管理计划的人士。MTM 服务通常包括与药剂师或医疗保健提供者讨论以审查药物。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第 5 章。

Medi-Medi 计划： Medi-Medi 计划是 Medicare Advantage 计划的一种类型。它适用于同时拥有 Medicare 和 Medi-Cal 的人士，并将 Medicare 和 Medi-Cal 福利合并到一个计划。Medi-Medi 计划协调这两个计划的所有福利和服务，包括所有 Medicare 和 Medi-Cal 承保服务。

会员（我们计划的会员，或计划会员）： 符合资格可获取承保服务、已参保本计划、其参保已获得 Medicare 与 Medicaid 服务中心（CMS）确认且有 Medicare 和 Medi-Cal 的人。

《会员手册》及披露信息： 本文件以及您的参保表和任何其他附件或附加条款，解释您的承保范围、我们必须做什么、您的权利以及您作为我们计划的成员必须做什么。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



网络内药房：同意为我们的计划会员配药的药房（药店）。我们将其称为“网络内药房”是因为他们同意与本计划合作。在大多数情况下，我们仅承保您在我们的网络内药房之一配药时的处方药。

网络内提供者：“提供者”是我们对医生、护士和其他为您提供服务和护理的人员的统称。该术语还包括医院、家庭健康机构、诊所以及其他为您提供医疗保健服务、医疗器械以及长期服务与支持的场所。

- 他们获得 **Medicare** 和州的许可或认证，可以提供医疗保健服务。
- 当他们同意与我们的健康计划合作、接受我们的付款并且不向会员收取额外费用时，我们将其称为“网络内提供者”。
- 如果您是本计划的会员，您必须使用网络内提供者才能获得承保服务。网络内提供者也称为“计划提供者”。

养老院或护理机构：为无法在家接受护理但不需要住院的人提供护理的机构。

监察员：在您所在的州作为您的倡导者的官员。如果您有问题或投诉，他们可以回答问题，并帮助您了解该怎么做。监察员的服务是免费的。您可以在本《会员手册》**第 2 章和第 9 章**中找到更多信息。

组织判定：当我们或我们的提供者之一决定是否承保服务或您为承保服务支付多少费用时，我们的计划会做出组织判定。组织判定在本手册中称为“承保决定”。本《会员手册》**第 9 章**解释了承保决定。

原研生物制品：一种获得 FDA 批准的生物制品，作为制造商生产生物仿制药时的对照。也称为参考产品。

Original Medicare（传统 Medicare 或按服务收费 Medicare）：政府提供 Original Medicare。根据 Original Medicare 规定，必须按美国国会规定的金额支付医生、医院和其他医疗保健提供者的费用以获取服务的承保。

- 您可以使用接受 Medicare 的任何医生、医院或其他医疗保健提供者。Original Medicare 有两个部份：**Medicare A 部分**（医院保险）和 **Medicare B 部分**（医疗保险）。
- Original Medicare 在美国各地均可使用。
- 如果您不想加入我们的计划，您可以选择 Original Medicare

网络外药房：未同意与本计划合作来为本计划会员协调或提供承保药物的药房。除非满足某些条件，否则我们的计划不承保您从网络外药房购买的大多数药物。

网络外提供者或网络外机构：并非由我们的计划雇用、拥有或运营且未签订向我们计划的会员提供承保服务的合同的提供者或机构。本《会员手册》**第 3 章**对网络外提供者或机构进行了解释。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



自付费用：会员支付其获得的部分服务或药物的费用分摊要求也称为“自付”费用要求。请参考上文“费用分摊”的定义。

非处方（OTC）药物：非处方药物是指无需医疗保健专业人员处方即可购买的药物。

A 部分：请参考“Medicare A 部分”。

B 部分：请参考“Medicare B 部分”。

C 部分：请参考“Medicare C 部分”。

D 部分：请参考“Medicare D 部分”。

D 部分药物：请参考“Medicare D 部分药物”。

个人健康信息（也称为受保护的健康信息）（PHI）：有关您和您的健康的信息，例如您的姓名、地址、社会安全号、就诊和病史。请参考我们的《隐私做法通知》，了解有关我们如何保护、使用和披露您的 PHI 以及您对 PHI 的权利的更多信息。

预防性服务：旨在治疗可能最佳的早期阶段预防疾病或发现疾病的医疗保健（例如，预防性服务包括子宫颈抹片检查、流感疫苗和乳房 X 光检查）。

初级保健提供者（PCP）：您在解决大多数健康问题首先求助的医生或其他提供者。他们确保您得到保持健康所需的护理。

- 他们也可能和其他医生和医疗保健提供者讨论您的护理并为您转诊。
- 在许多 Medicare 健康计划中，您必须在使用任何其他医疗保健提供者之前先使用您的初级保健提供者。
- 有关从初级保健提供者处获得护理的信息，请参考本《会员手册》第 3 章。

预先授权（PA）：您必须先获得我们的批准，然后才能获得特定服务或药物或使用网络外提供者。如果您没有获得批准，我们的计划可能不会承保该服务或药物。

仅当您的医生或其他网络内提供者从我们这里获得 PA 时，我们的计划才承保某些网络医疗服务。

- 需要我们计划 PA 的承保服务已在本《会员手册》第 4 章中标记。

仅当您从我们这里获得 PA 时，我们的计划才承保某些药物。

- 需要我们计划 PA 的承保药物已在承保药物清单中标记，相关规定发布在我们的网站上。

综合性的老年照护计划（PACE）：为 55 岁及以上需要更高水平居家护理的人士提供 Medicare 和 Medicaid 福利的计划。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



假肢和矫形器：您的医生或其他医疗保健提供者要求的医疗器械，包括但不限于手臂、背部和颈部支架；义肢；义眼；以及替换体内部位或功能所需的装置，包括造口用品以及肠内和肠外营养疗法。

质量改进组织（QIO）：一个由医生和其他医疗保健专家组成的团队，帮助提高 Medicare 参保人员的护理质量。联邦政府向 QIO 支付费用，用于检查和改善对患者的护理。有关 QIO 的信息，请参考本《会员手册》第 2 章。

数量限制：您可以服用的药物数量的限制。我们可能会限制每个处方承保的药物数量。

实时福利工具：一个门户或计算机应用程序，参与者可以在其中查找完整、准确、及时、临床适当、参保人特定的承保药物和福利信息。这包括费用分摊金额、可用于与给定药物相同的健康状况的替代药物，以及适用于替代药物的承保限制（预先授权、逐步疗法、数量限制）。

转诊：转诊是指您的初级保健提供者（PCP）或我们批准使用您的 PCP 以外的提供者。如果您没有首先获得批准，我们可能不会承保这些服务。您不需要转诊即可使用某些专家，例如女性健康专家。您可以在本《会员手册》第 3 章和第 4 章中找到有关转诊的更多信息。

康复服务：您获得的可帮助您从疾病、事故或重大手术中康复的治疗。请参考本《会员手册》第 4 章详细了解康复服务。

敏感服务：与精神或行为健康、性健康和生殖健康、计划生育、性传播感染（STI）、HIV/AIDS、性侵犯和堕胎、药物使用失调、性别肯定护理和亲密伴侣暴力相关的服务。

服务区域：如果健康计划以居住地做为会员关系限制依据，这就是该计划可接受会员的区域。如果计划限制您可使用哪些医生和医院，通常这就是您可获取例行（非急诊）服务的区域。只有居住在我们服务区域的人才能加入我们的计划。

费用分摊：在您的福利生效之前，您每月可能需要支付的医疗保健费用部分。您分摊的金额取决于您的收入和资源。

专业护理机构（SNF）：拥有人员和设备的护理机构，可提供专业护理服务，并且在大多数情况下提供专业康复服务和其他相关健康服务。

专业护理机构（SNF）护理：在专业护理机构持续每日提供的专业护理和康复服务。专业护理机构护理的示例包括注册护士或医生可以提供的物理治疗或静脉（IV）注射。

专科医生：治疗特定类型医疗保健问题的医生。例如：骨科外科医生治疗骨折；过敏科医生治疗过敏症；心脏科医生治疗心脏问题。在大多数情况下，会员需要其 PCP 的转诊才能向专科医生求诊。

专业药房：请参考本《会员手册》第 5 章，详细了解专业药房。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



州听证会：如果您的医生或其他提供者要求提供我们不会批准的 **Medi-Cal** 服务，或者我们不会继续为您已有的 **Medi-Cal** 服务付费，您可以要求举行州听证会。如果州听证会做出了对您有利的决定，我们必须为您提供您所要求的服务。

逐步疗法：一项承保规则，要求您在我们承保您要求的药物之前尝试另一种药物。

补充保障收入（SSI）：社会保障局每月付给收入与资源有限并且患有残疾、失明或年满 65 岁民众的一种福利。SSI 福利和社会保障福利不同。

急需护理：针对非紧急但需立即处理的不可预见疾病、伤害或病况为您提供的护理。当您因为时间、地点或情况所限而不能或不能合理从网络内提供者处获取服务（例如，当您在我们计划的服务区域以外，且针对未遇到过的非医疗紧急情况立即需要获取具有医疗必要性的服务时），亦即不能前往网络内提供者处时，您可以从网络外提供者处获得急需护理。

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



Blue Shield TotalDual Plan 客户服务

电话	1-800-452-4413 拨打本号码不需付费。每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。 客户服务部也为非英语使用者免费提供口译服务。
听障和语障专线	711 本号码需使用特殊电话器材，并且仅供有听力或言语障碍的民众使用。 拨打本号码不需付费。每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。
传真	(877) 251-6671
写信	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
网站	blueshieldca.com/medicare

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413（听障和语障专线：711），每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋时间）。此电话为免付费专线。

如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。





blueshieldca.com/medicare

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