



重要 信息

有关您的
Medicare 药物与健康计划的变更

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) ——由California Physicians' Service (以Blue Shield of California名义运营) 提供的 Medi-Medi Plan

2027年《年度变更通知》

简介

您目前已参保成为本计划的会员。明年我们会有一些福利、承保、规则和费用方面的变更。此《年度变更通知》告诉您有关这些变更的信息，以及在哪里可以找到与此有关的更多信息。如需获取有关费用、福利或规则的更多信息，请在我们的网站查看《会员手册》：blueshieldca.com/DSNPdocuments2027。如需以邮寄方式获得副本，请致电页面底部的客户服务部电话。关键术语及其定义按字母顺序出现在您的《会员手册》的最后一章中。

其他资源

- 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。
- 您可以免费获得此《年度变更通知》的其他格式，例如大字版、盲文或音频格式。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)，服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。
 - 如果您希望以电子方式接收计划资料，请前往blueshieldca.com/login登录您的账户，点击顶部的“My profile”按钮，滚动到“Communication preferences”部分，然后选择“Electronic delivery”作为您的递送偏好选项。您也可以登录Blue Shield of California移动应用程序，然后通过“More”选项卡进入“Communication preferences”。如果您没有账户，请前往blueshieldca.com/login并点击“Get started”进行注册。您可以在注册时设置您的递送偏好选项。
 - 您可以提出长期请求，要求以英语以外的语言或其他格式（大字版、盲文、音频等）寄送本文档和今后必须提供的沟通内容。您可致电1-800-452-4413 (TTY: 711) 与Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部联系，服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。客户服务部会将您的首选语言和格式存档，直到您想要进行更新为止。
 - 如要更改关于以首选语言或其他格式接收所需通信的长期请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部1-800-452-4413 (TTY: 711)，服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。

OMB批准编号0938-1444（到期日期：2029年5月31日）

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413 (TTY: 711)，服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。如需了解更多信息，请访问blueshieldca.com/medicare。



语言协助服务及辅助工具与服务可用性通知

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

简体中文标语 (Chinese)

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

如果您有疑问，请致电 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

(TTY: 711)，服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

如果您有疑问, 请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

(TTY: 711), 服务时间为每周七天, 太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

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

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor
douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711).
Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux
ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx
nzangc-pokc bun hluc 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.



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ 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.

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.

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

(TTY: 711)，服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



Tagalog Tagline (Tagalog)

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

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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



Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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



目录

A. 免责声明	9
B. 查看您明年的Medicare和Medi-Cal承保范围	9
B1. 有关Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的信息	9
B2. 重要待办事项	10
C. 本计划名称的变更	11
D. 我们网络内提供者和药房的变更	11
E. 明年的福利和费用变更	12
E1. 医疗服务福利和费用的变更	12
E2. 药物承保的变更	17
E3. 第1阶段：“初始承保阶段”	19
E4. 第2阶段：“灾难承保阶段”	23
F. 行政变更	23
G. 选择计划	23
G1. 留在本计划	23
G2. 更换计划	23
H. 取得协助	28
H1. 本计划	28
H2. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）	29
H3. 监察员计划	29
H4. Medicare	29
H5. 加州管理式医疗保健部	30
H6. Medicare处方药付款计划	30

A. 免责声明

BlueShield of California是一种HMO D-SNP计划，与Medicare和加州Medicaid计划签约。参保Blue Shield of California取决于合同的续签情况。

当本档中提到“我们”或“我们的”时，指的是California Physicians' Service（以Blue Shield of California名义运营）。当档中提到“计划”或“本计划”时，指的是Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

E1部分提到的食品和农产品福利属于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。资格取决于是否符合“慢性病参保人”的定义。符合资格的慢性病包括但不限于：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》，了解符合资格之慢性病况和资格要求的完整清单。

B. 查看您明年的Medicare和Medi-Cal承保范围

请您务必重新审视您的承保范围，确保其明年仍然符合您的需求。如果不能满足您的需求，您可以退出我们的计划。请参考**E部分**，了解有关明年福利变更的更多信息。

如果您选择退出我们的计划，您的会员资格将在您提出请求当月的最后一天终止。只要您符合资格，您仍将参保Medicare和Medi-Cal计划。

如果您退出我们的计划，可以获得以下信息：

- **G2部分**表中的Medicare选项。
- **G2部分**中的Medi-Cal选项和服务。

B1. 有关Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的信息

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan是与Medicare和Medi-Cal均签有合同的健康计划，为会员提供这两个计划的福利。
- 当此《年度变更通知》提到“我们”、“我们的”或“本计划”时，指的是Medicare Medi-Cal计划。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



B2. 重要待办事项

- 查看我们的福利和费用是否有任何可能会影响您的变更。
 - 是否有任何变更影响您使用的服务？
 - 审阅福利和费用变更，确保它们适合您明年的情况。
 - 请参考E1部分，了解有关本计划福利和费用的变更信息。
- 查看我们的药物承保范围是否有任何可能影响您的变更。
 - 您的药物仍属于承保范围吗？它们属于不同的费用分摊层级吗？您可以用同一家药房吗？是否有任何变更，例如预先授权、逐步疗法或数量限制？
 - 查看变更以确保我们的药物承保范围适合您明年的情况。
 - 请参考E2部分，了解有关我们药物承保范围变更的信息。
 - 自去年以来，您的药物费用可能有所增加。
 - 请与您的医生讨论可能为您提供的低费用替代药物；这些药物可能可以在一整年为您节省年度自付费用。
 - 请记住，您的计划福利将判定您的药物费用究竟会发生多大变化。
- 查看您的提供者和药房明年是否会在我们的网络中。
 - 您的医生（包括您的专家）在我们的网络中吗？您的药房呢？您所使用的医院或其他提供者呢？
 - 请参考D部分，了解有关我们《提供者与药房目录》的信息。
- 考虑您的计划总费用。
 - 您为例行使用的服务和药物要花费多少自付费用？
 - 总费用与其他承保选项相比如何？
- 考虑您是否对本计划感到满意。

如果您决定继续留在Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan:

如果您明年想要继续选择我们, 非常容易 – 您什么也不需要做。如果您不进行更改, 您将自动继续参保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

如果您决定更改计划:

如果您认为其他承保能更好地满足您的需求, 您可以更换计划 (请参考**G2部分**了解更多信息)。如果您参保新计划, 或更改为Original Medicare, 您的新承保将从下个月的第一天开始。

C. 本计划名称的变更

自2027年1月1日起, 本计划名称将从Blue Shield TotalDual Plan变更为Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

您不需要因为计划名称变更而更换Blue Shield会员卡。请保留您当前的Blue Shield会员卡, 并在接受任何服务或领取处方药时出示该卡。

D. 我们网络内提供者和药房的变更

您为药物支付的金额取决于您使用哪家药房。我们的计划有一个药房网络。在大多数情况下, 您的处方药仅在我们网络药房配药时才属于承保范围。

我们2027年的提供者和药房网络已发生变更。

请查阅2027年《提供者与药房目录》, 了解您的提供者 (初级保健提供者、专家、医院等) 或药房是否在我们的网络中。更新后的《提供者与药房目录》位于我们的网站上:

blueshieldca.com/DSNPdocuments2027。您也可以致电页面底部的客户服务部电话, 以获取更新后的提供者信息或者要求我们邮寄《提供者与药房目录》给您。

请务必了解, 我们也可能在一年当中对我们的网络进行变更。如果您的提供者退出我们的计划, 您将享有某些权利和保障。如需了解更多信息, 请参考您《会员手册》的**第3章**, 或致电页面底部的客户服务部电话寻求帮助。

如果您有疑问, 请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

(TTY: 711), 服务时间为每周七天, 太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



E. 明年的福利和费用变更

E1. 医疗服务福利和费用的变更

我们正在更改明年某些医疗服务的承保范围以及您为这些承保医疗服务支付的费用。下表描述了这些变更。

	2026（今年）	2027（明年）
对某些慢性病况的帮助	食品和农产品： 您每月可享有\$60的津贴，可用于购买健康营养的食品和农产品。此津贴不能每月结转。 这是针对慢性病患者特别补充福利（SSBCI），需要进行资格判定。并非所有计划会员都符合资格。您必须患有的一种或多种符合资格的慢性病况才能获得此福利。 计划将通过使用医生提供的信息或通过与医生联系以获取有关您合格慢性病况的签名声明，来确定您是否有资格享有食品和农产品福利。 详情请参考计划的《会员手册》。	食品和农产品： 您每季度可享有合计\$240的津贴，可用于购买健康营养的食品和农产品（如果符合资格条件），以及非处方（OTC）用品。此津贴不能每季结转。 食品和农产品福利属于慢性病患者特别补充福利（SSBCI），需要进行资格判定。并非所有计划会员都符合资格。您必须患有的一种或多种符合资格的慢性病况才能获得此福利。 计划将通过使用医生提供的信息或通过与医生联系以获取有关您合格慢性病况的签名声明，来确定您是否有资格享有食品和农产品福利。 详情请参考计划的《会员手册》。 请参考F部分：行政变更了解更多信息。



	2026（今年）	2027（明年）
非处方（OTC）用品	您每季度可享有\$120的津贴用于承保项目。 您每个季度可以下两个订单，并且不能将未使用的津贴结转至下一个季度。	您每季度可享有合计\$240的津贴，可用于购买符合资格的OTC用品以及食品和农产品（如果符合资格条件）。 您可以继续通过OTC用品目录在线或通过电话订购承保OTC用品。您也可以在参与计划的零售地点店内使用您的Flex Card。 您不能将未使用的津贴结转至下一个季度。可能存在一些限制。请参考F部分：行政变更了解更多信息。
慢性疼痛管理和治疗服务	您需为慢性疼痛管理和治疗服务支付\$0共付额。 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。	慢性疼痛管理和治疗服务 不予 承保。
年度自付费用最高限额	\$9,250 您为属于承保范围的A部分和B部分服务支付的自付费用达到\$9,250后，您在该日历年的剩余时间内无需为属于承保范围的A部分和B部分服务支付任何费用。 如果您有资格参保Medicare和Medi-Cal（Medicaid），则您无需为属于承保范围的A部分和B部分服务支付计入自付费用最高限额之任何自付费用。	\$9,850 您为属于承保范围的A部分和B部分服务支付的自付费用达到\$9,850后，您在该日历年的剩余时间内无需为属于承保范围的A部分和B部分服务支付任何费用。 如果您有资格参保Medicare和Medi-Cal（Medicaid），则您无需为属于承保范围的A部分和B部分服务支付计入自付费用最高限额之任何自付费用。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

（TTY: 711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



	2026（今年）	2027（明年）
视力保健，非Medicare承保 （从非网络内提供者处获得）*	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。	从非网络内提供者处获得的视力保健服务 <u>不</u> 属于承保范围。
视力保健，非Medicare承保 （从网络内提供者处获得）*	当您使用网络内提供者时，您每年可以支付 \$0共付额 购买一副眼镜镜框（正常零售价不超过 \$365 ）。如果您选择价格超过 \$365 的眼镜镜框，您需负责支付差价。	当您使用网络内提供者时，您每年可以支付 \$0共付额 购买一副眼镜镜框（正常零售价不超过 \$500 ）。如果您选择价格超过 \$500 的眼镜镜框，您需负责支付差价。
	当您使用网络内提供者时，您每年可以支付 \$0共付额 购买一副处方眼镜镜片（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 ）。如果服务和材料价格超过 \$365 ，您需负责支付差价。	当您使用网络内提供者时，您每年可以支付 \$0共付额 购买一副处方眼镜镜片（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 \$500 ）。如果服务和材料价格超过 \$500 ，您需负责支付差价。
牙科服务，例行（非Medicare承保）（本部分的后续内容见下页）	ADA代码D0364：有限视野（小于一个完整颌骨）的锥形束CT扫描和影像解读不予承保。 ADA代码D0365：视野范围包含整个下颌牙弓的锥形束CT扫描和影像解读不予承保。	您需为ADA代码D0364：有限视野（小于一个完整颌骨）的锥形束CT扫描和影像解读支付\$0共付额。 您需为ADA代码D0365：视野范围包含整个牙弓的锥形束CT扫描和影像解读支付\$0共付额。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



	2026（今年）	2027（明年）
牙科服务，例行（非Medicare承保）（本部分的后续内容见下页）	ADA代码D0366：视野范围包含整个上颌牙弓（包括或不包括颅骨）的锥形束CT扫描和影像解读不予承保。 ADA代码D0367：视野范围包含上下颌（包括或不包括颅骨）的锥形束CT扫描和影像解读不予承保。 ADA代码D0368：颞下颌关节（TMJ）系列（包括两次或以上影像采集）的锥形束CT扫描和影像解读不予承保。 ADA代码D0380：有限视野（小于一个完整颌骨）的锥形束CT影像扫描不予承保。 ADA代码D0381：视野范围包含整个下颌牙弓的锥形束CT影像扫描不予承保。 ADA代码D0382：视野范围包含整个上颌牙弓（包括或不包括颅骨）的锥形束CT影像扫描不予承保。	您需为ADA代码D0366：视野范围包含整个上颌牙弓（包括或不包括颅骨）的锥形束CT扫描和影像解读支付\$0共付额。 您需为ADA代码D0367：视野范围包含上下颌（包括或不包括颅骨）的锥形束CT扫描和影像解读支付\$0共付额。 您需为ADA代码D0368：颞下颌关节（TMJ）系列（包括两次或以上影像采集）的锥形束CT扫描和影像解读支付\$0共付额。 您需为ADA代码D0380：有限视野（小于一个完整颌骨）的锥形束CT影像扫描支付\$0共付额。 您需为ADA代码D0381：视野范围包含整个下颌牙弓的锥形束CT影像扫描支付\$0共付额。 您需为ADA代码D0382：视野范围包含整个上颌牙弓（包括或不包括颅骨）的锥形束CT影像扫描支付\$0共付额。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413（TTY: 711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。如需了解更多信息，请访问blueshieldca.com/medicare。



	2026（今年）	2027（明年）
牙科服务，例行（非Medicare承保）（续）	ADA代码D0383：视野范围包含上下颌（包括或不包括颅骨）的锥形束CT影像扫描不予承保。 ADA代码D4263：骨替代移植术 - 保留天然牙 - 每个象限中的第一个治疗部位不予承保。 ADA代码D4264：骨替代移植术 - 保留天然牙 - 同一象限内每个额外治疗部位不予承保。 ADA代码D7953：用于齿槽嵴保存的骨替代移植术 - 每个治疗部位不予承保。 ADA代码D9211：区域阻滞麻醉不予承保。 ADA代码D9212：三叉神经分支阻滞麻醉不予承保。 ADA代码D9215：与牙科治疗或外科手术程序同时进行的局部麻醉不予承保。	您需为ADA代码D0383：视野范围包含上下颌（包括或不包括颅骨）的锥形束CT影像扫描支付\$0共付额。 您需为ADA代码D4263：骨替代移植术 - 保留天然牙 - 每个象限中的第一个治疗部位支付\$0共付额。 您需为ADA代码D4264：骨替代移植术 - 保留天然牙 - 同一象限内每个额外治疗部位支付\$0共付额。 您需为ADA代码D7953：用于齿槽嵴保存的骨替代移植术 - 每个治疗部位支付\$0共付额。 您需为ADA代码D9211：区域阻滞麻醉支付\$0共付额。 您需为ADA代码D9212：三叉神经分支阻滞麻醉支付\$0共付额。 您需为ADA代码D9215：与牙科治疗或外科手术程序同时进行的局部麻醉支付\$0共付额。
运输服务：非紧急医疗运输	您每年支付\$0共付额，即可获得最多48次前往计划批准之医疗相关地点的单程行程（非紧急医疗运输和非医疗运输合并计算的限额）。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。	您每年支付\$0共付额，即可获得最多24次前往计划批准之医疗相关地点的单程行程（非紧急医疗运输和非医疗运输合并计算的限额）。每次行程不得超过70英里。 在您使用完24次单程行程后，Medi-Cal将承保前往批准地点的无限次行程。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



	2026（今年）	2027（明年）
运输服务：非医疗运输	您每年支付\$0共付额，即可获得最多48次前往计划批准之医疗相关地点的单程行程（非紧急医疗运输和非医疗运输合并计算的限额）。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。	您每年支付\$0共付额，即可获得最多24次前往计划批准之医疗相关地点的单程行程（非紧急医疗运输和非医疗运输合并计算的限额）。每次行程不得超过70英里。 在您使用完24次单程行程后，Medi-Cal将承保前往批准地点的无限次行程。

E2. 药物承保的变更

我们*药物清单*的变更

我们的*承保药物清单*也称为*处方药一览表*或*药物清单*。我们的*药物清单*副本已发布在网站上：
blueshieldca.com/medformulary2027。

我们已对*药物清单*进行了变更，这些变更可能包括删除或添加药物、变更承保药物、变更某些药物的承保限制或将其移至不同的费用分摊层级。

请查看*药物清单*以**确保您的药物明年将获得承保**，并查明是否有任何限制，或者您的药物是否已被转移到不同的费用分摊层级。

*药物清单*中的大部分变更都是每年年初的新变更。不过，我们可能会在日历年期间做出Medicare和/或州政府允许的其他变更，这些变更将会影响到您。我们至少每月更新一次在线*药物清单*，以提供最新的药物清单。如果我们作出的变更将影响您正在服用的药物，我们将向您发送有关变更的通知。

如果您受到药物承保范围变化的影响，我们希望您：

- 与您的医生（或其他处方医生）合作，寻找我们承保的其他药物。
 - 您可以致电页面底部的客户服务部电话，或者联系您的护理协调员，索取治疗相同病况的*承保药物清单*。
 - 此清单可帮助您的提供者寻找适合您的承保药物。
- 与您的医生（或其他处方医生）合作，要求我们进行例外处理以承保该药物。
 - 您可以在明年之前申请进行例外处理，并且我们将在收到您的请求（或您处方医生的支持声明）后72小时内给您答复。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



- 要了解申请进行例外处理必须做什么，请参考您的《会员手册》**第9章**，或致电页面底部的客户服务部电话。
- 如果您需要帮助申请进行例外处理，请联系客户服务部或您的护理协调员。请参考您的《会员手册》**第2章和第3章**，了解有关如何联系您护理协调员的更多信息。
- 要求我们承保药物的临时供应。
 - 在某些情况下，我们可以承保日历年前90天期间的药物**临时供应**。
 - 此临时供应最长持续30天。（要了解有关何时可以获得临时供应以及如何申请临时供应的更多信息，请参考您的《会员手册》**第5章**。）
 - 当您获得药物的临时供应时，请与您的医生讨论临时供应用完时该怎么办。您可以改用我们计划承保的其他药物，或者要求我们为您进行例外处理以承保您当前的药物。
 - 处方药一览表例外处理一经批准，其有效期至本计划年度结束为止。请查看您的处方药一览表例外处理申请批准通知，以确认您的具体到期日期。如果您的批准即将到期，而您希望继续获得该药物，则需要提交新的处方药一览表例外处理申请。

药物费用的变更

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。我们向您发送了一个单独的插页，称为“适用于获得处方药费用额外帮助之人士的承保范围说明书附约”（也称为“低收入补贴附约”或“LIS附约”），该插页向您说明有关药物承保的信息。如果您没有这张插页，请致电客户服务部并索取“LIS附约”。

根据我们的计划，您的Medicare D部分药物承保有两个付款阶段。您需要支付多少费用取决于您获得的额外帮助级别以及您配取或续配处方药时是在哪个阶段。这两个阶段如下所示：

第1阶段 初始承保阶段	第2阶段 灾难承保阶段
在此阶段，本计划支付您的部分药物费用，您则支付自己的分摊额。您的分摊额称为共付额。	在此阶段，计划将支付您截至2027年12月31日的全部药物费用。
当您配取当年的第一个处方药时，就开始了这个阶段。	您在支付一定数额的自付费用后开始此阶段。

当您的药物自付费用总额达到**\$2,400**时，初始承保阶段即结束。此时，灾难承保阶段开始。本计划承保您从那时起直至年底的全部药物费用。请参考您的《会员手册》**第6章**，了解有关您将为药物支付多少费用的详细信息。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

（TTY: 711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



根据制造商折扣计划，在初始承保阶段和灾难承保阶段，药物制造商将为本计划承保的D部分品牌药和生物制剂支付全额费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣不计入自付费用。

E3. 第1阶段：“初始承保阶段”

在初始承保阶段，本计划支付您承保药物的费用分摊额，您则支付自己的分摊额。您的分摊额称为共付额。共付额的金额取决于该药物属于哪一个费用分摊层级，以及您在哪里获得该药物。每次配药时您都要支付共付额。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。

我们将**药物清单**上的部分药物转到了更低或更高的药物层级。如果您的药物从一个层级转到了另一个层级，可能会影响您的共付额。要了解您的药物是否属于不同层级，请在我们的**药物清单**中查找。

下表针对我们5个药物层级中的每个层级，显示了您在网络内药房配取一个月供应药物的费用以及标准共付额。这些金额**仅**适用您的初始承保阶段。

您无需支付大多数成人D部分疫苗的费用。如需关于长期供应的费用或处方药送药上门的信息，请参阅《**会员手册**》**第6章D部分**。

	2026（今年）	2027（明年）
第1层级药物 <i>（首选仿制药）</i> 在网络内药房配取第1层级药物一个月供应量的费用	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0 。	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0 。
第2层级药物 <i>（仿制药）</i> 在网络内药房配取第2层级药物一个月供应量的费用	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0 。	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0 。

	2026（今年）	2027（明年）
第3层级药物 （首选品牌药） 在网络内药房配取第3层级药物一个月供应量的费用	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0、\$5.10或\$12.65	如果您获得额外帮助，您需支付： 对于承保仿制药（包括按仿制药标准计费的品种药），您需支付以下任一金额： • \$0.00或 • \$1.65或 • \$5.80 对于所有其他承保药物，您需支付以下任一金额： • \$0.00或 • \$5.00或 • \$14.40 如果您获得额外帮助，您需为此层级中每项承保胰岛素产品一个月供应量所支付的费用为\$0.00至\$14.40。 如果您不符合额外帮助资格，您需为此层级中每项承保胰岛素产品一个月供应量所支付的费用不会超过\$35.00、2个月供应量的费用不会超过\$70，或3个月供应量的费用不会超过\$105；而您需为此层级中每项承保非胰岛素产品支付17%共同保险。 药物的共付额可能会根据您获得的额外帮助级别而有所不同。详情请与计划联络。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

（TTY: 711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



	2026（今年）	2027（明年）
第4层级药物 （非首选药物） 在网络内药房配取第4层级药物一个月供应量的费用	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0、\$5.10或\$12.65	如果您获得额外帮助，您需支付： 对于承保仿制药（包括按仿制药标准计费的品种药），您需支付以下任一金额： • \$0.00或 • \$1.65或 • \$5.80 对于所有其他承保药物，您需支付以下任一金额： • \$0.00或 • \$5.00或 • \$14.40 如果您获得额外帮助，您需为此层级中每项承保胰岛素产品一个月供应量所支付的费用为\$0.00至\$14.40。 如果您不符合额外帮助资格，您需为此层级中每项承保胰岛素产品一个月供应量所支付的费用不会超过\$35.00、2个月供应量的费用不会超过\$70，或3个月供应量的费用不会超过\$105；而您需为此层级中每项承保非胰岛素产品支付17%共同保险。 药物的共付额可能会根据您获得的额外帮助级别而有所不同。详情请与计划联络。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



	2026（今年）	2027（明年）
第5级药物 （专科层级药物） 在网络内药房配取第5层级药物一个月供应量的费用	您一个月（30天）供应量的共付额是 \$0、\$5.10或\$12.65	如果您获得额外帮助，您需支付： 对于承保仿制药（包括按仿制药标准计费的品牌药），您需支付以下任一金额： • \$0.00或 • \$1.65或 • \$5.80 对于所有其他承保药物，您需支付以下任一金额： • \$0.00或 • \$5.00或 • \$14.40 如果您不符合额外帮助资格，您需为此层级中每项承保产品所支付的费用不会超过25%共同保险。 药物的共付额可能会根据您获得的额外帮助级别而有所不同。详情请与计划联络。

当您的自付费用总额达到**\$2,400**时，初始承保阶段即结束。此时灾难承保阶段开始。计划将承保您从那时起直至年底的全部药物费用。计划将承保您直至年底的所有D部分药物。请参考您的《会员手册》**第6章**，了解有关您需要支付多少药物费用的更多信息。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



E4. 第2阶段：“灾难承保阶段”

当您达到**\$2,400**的药物自付费用上限时，灾难承保阶段即开始，且您无需为属于承保范围的D部分药物支付任何费用。您将一直处于灾难承保阶段，直至该日历年结束。

有关您在灾难承保阶段费用的更多信息，请参考**第6章**。

F. 行政变更

	2026（今年）	2027（明年）
您使用Flex Card获取以下福利的方式将发生改变： • 非处方（OTC）用品； • 非Medicare承保听力服务；以及 • 食品和农产品SSBCI（如果符合资格条件）	您的OTC用品福利由CVS管理。您可以通过OTC用品目录订购属于承保范围的OTC用品。 您的非Medicare承保听力服务以及食品和农产品SSBCI福利（如果符合资格条件）由Optum Financial, Inc. 管理。	您的Flex Card和非Medicare承保听力服务、OTC用品以及食品和农产品SSBCI（如果符合资格条件）福利将由PayForward管理。您将收到一份会员指南以及目录，其中包含如何获取OTC用品的说明。 会员指南还将提供有关如何获取非Medicare承保听力服务以及食品和农产品SSBCI福利（如果符合资格条件）的说明。

G. 选择计划

G1. 留在本计划

我们希望您保留计划会员资格。您无需做任何事情即可留在本计划。除非您注册不同的Medicare计划，或者更换为Original Medicare，否则您将在2027年自动继续参保成为本计划会员。

G2. 更换计划

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。

此外，您还可以在以下期间终止在本计划的会员资格：

- **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，您在本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。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

（TTY: 711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



- **Medicare Advantage (MA) 开放参保期**，持续时间为1月1日至3月31日。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。
- 由于您拥有Medi-Cal，您可以选择在一年中的任何月份终止您在本计划的会员资格。

您还有资格在其他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或额外帮助资格发生变化，**或者**
- 您最近搬入或目前正在某个机构（如专业护理设施或长期护理医院）接受护理。如果您最近搬出某个机构，可以在搬出当月后的两个完整月份内更换计划或变更到Original Medicare。

您的Medicare服务

您可以在一年中的任何月份通过下列三种选项获取您的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**G2部分**中描述的其他情况），您还有下列额外选择。通过选择这些选项之一，您将自动终止您在本计划的会员资格。

1. 您可以换成： Medi-Medi Plan是Medicare Advantage计划的一种。该计划适用于同时拥有Medicare和Medi-Cal的人士，并将Medicare和Medi-Cal福利整合到一个计划中。Medi-Medi Plan会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（PACE）（如果您符合资格）。 注意：Medi-Medi Plan是加利福尼亚州综合双重资格特殊需求计划（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）。TTY使用者请致电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），服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点。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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 参保新的Medi-Medi Plan。 当您新计划的承保开始时，您将自动从本计划退保。您的Medi-Cal计划将发生变化，以匹配您的Medi-Medi Plan。
---	--



2. 您可以换成： 包含单独Medicare药物计划的Original Medicare	可按下述说明操作： 致电Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY使用者请致电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），服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点。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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 参保新的Medicare处方药计划。 当您的Original Medicare承保开始时，您将自动从本计划退保。 除非您提出要求，否则您的Medi-Cal计划不会更改。
--	---

3. 您可以换成：

不含单独Medicare药物计划的Original Medicare（如果您有符合规定的退保理由）

注意：如果您转至Original Medicare并且未参保单独的Medicare药物计划，Medicare可能会让您参保某个药物计划，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。如果您对您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），服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点。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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

可按下述说明操作：

致电Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY使用者请致电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），服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点。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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

当您的Original Medicare承保开始时，您将自动从本计划退保。

除非您提出要求，否则您的Medi-Cal计划不会更改。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



4. 您可以换成： 任何Medicare健康计划，您可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G2部分中描述的其他情况）进行更换。	可按下述说明操作： 致电Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY使用者请致电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），服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点。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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 参保新的Medicare计划。 当您新计划的承保开始时，您将自动从我们的Medicare计划退保。 您的Medi-Cal计划可能会改变。
--	--

您的Medi-Cal服务

如对如何选择Medi-Cal计划或在您退出本计划后如何获取您的Medi-Cal服务有疑问，请致电1-800-430-4263联系Health Care Options，服务时间为周一至周五，上午8点至下午6点。TTY使用者请致电1-800-430-7077。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。

H. 取得协助

H1. 本计划

如果您有任何疑问，我们随时为您提供帮助。请在所列的工作日和工作时间内致电页面底部的客户服务部电话。这些电话都是免费的。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413

（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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



阅读《会员手册》

您的《会员手册》依法详细描述了本计划提供的福利。其中包含关于2027年的福利以及费用的详细信息。其中解释了您的权利以及获得我们承保的服务和药物时应遵循的规则。

2027年《会员手册》将于10月15日之前提供。最新版《会员手册》可在我们的网站上找到：blueshieldca.com/DSNPdocuments2027。您也可以致电页面底部的客户服务部电话，要求我们邮寄2027年《会员手册》给您。

我们的网站

您可以访问我们的网站：blueshieldca.com/DSNP2027。谨此提醒，我们的网站有关于我们的提供者与药房网络（提供者与药房目录）以及我们的药物清单（承保药物清单）的最新信息。

H2. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）

您还可以致电州健康保险援助计划（SHIP）。在加利福尼亚州，SHIP称为健康保险咨询和宣传计划（HICAP）。HICAP顾问可以帮助您了解您的计划选择，并回答有关转换计划的问题。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。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/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

H3. 监察员计划

如果您对我们的计划感到不满，Medicare Medi-Cal监察员计划可以为您提供帮助。监察员的服务是免费的，并提供所有语言的服务。Medicare Medi-Cal监察员计划：

- 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。
- 确保您了解与您的权利和保障以及如何解决您的疑虑相关的信息。
- 与我们或任何保险公司或健康计划均没有关联。Medicare Medi-Cal监察员计划的电话号码是1-855-501-3077。

H4. Medicare

直接从Medicare获得信息：

- 请致电1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服务时间为每周7天，每天24小时。TTY使用者请致电1-877-486-2048。
- 在线聊天：www.Medicare.gov/talk-to-someone
- 写信寄往Medicare，地址是：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

如果您有疑问，请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：1-800-452-4413（TTY：711），服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。如需了解更多信息，请访问blueshieldca.com/medicare。



Medicare的网站

您可以访问Medicare网站 (www.medicare.gov)。如果您选择自本计划退保并参保另一个Medicare计划, Medicare网站提供有关费用、承保和质量评级的信息, 以帮助您在各个计划之间进行比较。

您可以使用Medicare网站上的Medicare计划搜索工具查找有关您所在地区可用之Medicare计划的信息。(有关各个计划的信息, 请参考www.medicare.gov并点击“Find plans”。)

Medicare & You 2027

您可以阅读《Medicare & You 2027》手册。每年秋季, 本手册会邮寄给拥有Medicare的参保者。其中包括Medicare福利、权利和保障的摘要, 以及有关Medicare常见问题的解答。本手册还提供西班牙语、中文和越南语版本。

如果您没有该手册, 您可以在Medicare网站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 或致电1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取。TTY使用者请致电1-877-486-2048。

H5. 加州管理式医疗保健部

加州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您要对您的健康计划提起申诉, 您应该先致电**1-800-452-4413 (TTY: 711)** 给您的健康计划, 并使用您健康计划的申诉流程, 然后才联系保健部。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法定权利或可能使用的补救措施。如果您需要帮助来处理涉及紧急情况的申诉、您的健康计划尚未圆满解决的申诉或超过30天仍未解决的申诉, 可以致电保健部寻求协助。您可能还有资格接受独立医疗审查 (IMR)。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具有医疗必要性而做出的医疗决定, 针对实验或研究性质之治疗的承保决定, 以及有关急诊或紧急医疗服务的付款争议, 进行公正无私的审查。保健部还设有免费电话号码 (**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**)。保健部的网站www.dmhc.ca.gov在线提供投诉表、IMR申请表和说明。

如需了解更多信息, 请参考《会员手册》第9章F4部分。

H6. Medicare处方药付款计划

Medicare处方药付款计划是一个付款选项, 可以将本计划承保药物的自付费用作为月度付款分摊至整个日历年 (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之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。如果您参加Medicare处方药付款计划并一直参保同一个D部分计划, 您无需采取任何行动即可继续在2027年参加此付款计划。该付款选项可以帮助您管理费用, 但不会为您节省费用或降低您的药物总自付费用。

对于符合资格的人士, Medicare的“额外帮助”以及您所在州的药物援助计划 (SPAP) 和艾滋病药物援助计划 (ADAP) 提供的补助, 比参加Medicare处方药付款计划更有利。如欲了解有关此计划的更多信息, 请致电本页面底部的电话号码联系我们, 或访问www.medicare.gov。

PRA披露声明 - 根据1995年《文书工作减少法案》的规定, 除非显示有效的OMB控制号, 否则任何人都不得对信息收集请求做出回应。此信息收集的有效OMB控制号为0938-1444。如果您有关于改善本表格的意见或建议, 请写信至: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

如果您有疑问, 请致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: 1-800-452-4413

(TTY: 711), 服务时间为每周七天, 太平洋时间上午8:00至晚上8:00。此电话为免费专线。

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