



重要 資訊

有關您的
Medicare 藥物和健康計畫變更情況

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

2027年年度更改通知

簡介

您目前已參保我們的計劃成為會員。明年，我們的各項福利、承保範圍、規則和費用將有部分變動。本《年度更改通知》告訴您有關變動的資訊以及在哪裡可以找到更多有關這些變動的資訊。要獲取更多有關費用、各項福利或規則的資訊，請檢閱我們網站 blueshieldca.com/DSNPdocuments2027 上的《會員手冊》。若需以郵寄方式獲取一份，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。您《會員手冊》的最後一章將提供關鍵詞彙及其定義，並且按字母順序排列。

額外資源

- 本文件可免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙文克里奧爾文、他加祿文，以及越南文版本。
- 您可以免費獲取本《年度更改通知》的其他格式版本，例如大字版、盲文版或語音版。請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至下午8:00。這是免費電話。
 - 如果您想在線上收取您的計劃材料，請透過blueshieldca.com/login登入您的帳戶，點擊標頭部分的「My profile」（我的個人資料），向下捲動至「Communication preferences」（通訊偏好）並選擇「Electronic delivery」（電子交付）作為您的交付偏好。您也可以登入Blue Shield of California行動應用程式，並透過「More」（更多）選項卡前往「Communication preferences」（通訊偏好）。如果您沒有帳戶，請前往blueshieldca.com/login並點擊「Get started」（開始使用）進行註冊。您可以在註冊時設定交付偏好。
 - 您可以提出長期申請，以英語以外的語言或其他格式版本（大字版、盲文版、語音版等）收取本文件，以及未來所需的通訊資料。您可以聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至下午8:00。客戶服務部會將您的首選語言和格式存檔，直到您希望進行更新為止。
 - 如欲變更以首選語言或其他格式收取所需通訊資料的長期申請，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。我們的服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至下午8:00。

OMB Approval 0938-1444（到期日：5/31/2029）

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



語言協助服務和輔助工具與服務提供通知

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 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: 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。



ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

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

Mien Tagline (Mien)

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



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.

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

目錄

A. 免責聲明	9
B. 檢閱您明年的Medicare和Medi-Cal承保範圍	9
B1. 關於Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的資訊	9
B2. 重要處理事項	10
C. 我們計劃名稱的變動	11
D. 我們網絡醫療服務提供者與藥房的變動	11
E. 明年各項福利和費用的變動	12
E1. 醫療服務各項福利和費用的變動	12
E2. 藥物承保範圍的變動	17
E3. 階段1：「初始承保階段」	18
E4. 階段2：「重大傷病承保階段」	23
F. 行政管理變動	23
G. 選擇計劃	23
G1. 留在我們的計劃	23
G2. 更換計劃	23
H. 取得協助	28
H1. 我們的計劃	28
H2. 醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)	29
H3. 投訴專員計劃	29
H4. Medicare	29
H5. 加州醫療保健管理部	30
H6. Medicare處方藥付款計劃	30

A. 免責聲明

Blue Shield of California是HMO D-SNP計劃，與Medicare及加州Medicaid計劃簽有合約。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。

當本文件中提到「我們」或「我們的」時，指的是California Physicians' Service（營業名稱為Blue Shield of California）。當文件中提到「計劃」或「我們的計劃」時，指的是Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

E1部分中所提到的食物與農產品福利是「針對慢性病患者提供的特別補充福利」(Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)。並非計劃的所有會員都符合資格。資格取決於是否符合「慢性病參保者」的定義。符合資格的慢性病症包括但不限於：心血管疾病；慢性心臟衰竭；糖尿病；過重、肥胖症和代謝症候群；慢性肺部疾病。請參閱本計劃的《會員手冊》以瞭解合資格慢性病症的完整清單與資格要求。

B. 檢閱您明年的Medicare和Medi-Cal承保範圍

請務必現在就檢閱您的承保範圍，以確定承保範圍是否仍符合您明年的需求。如果承保範圍不能滿足您的需求，您也許可以退出我們的計劃。請參閱**E部分**，以瞭解更多有關明年各項福利變動的資訊。

如果您選擇退出我們的計劃，您的會員資格將在您提出申請當月的最後一天終止。只要您符合條件，您將仍然是Medicare和Medi-Cal計劃的會員。

如果您退出我們的計劃，您可以獲取以下相關資訊：

- **G2部分**表中的Medicare選項。
- **G2部分**中的Medi-Cal選項與服務。

B1. 關於Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的資訊

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan是同時與Medicare和Medi-Cal簽約的健康計劃，為會員提供這兩個計劃的各項福利。
- 當本《年度更改通知》中提到「我們」、「我們的」或「我們的計劃」時，指的是Medicare Medi-Cal Plan。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



B2. 重要處理事項

- **檢查我們的福利和費用是否有任何變動可能會對您造成影響。**
 - 是否有影響您所使用服務的任何變動？
 - 檢閱各項福利和費用變動，以確定明年這些變動對您沒有影響。
 - 請參閱**E1部分**，以瞭解有關我們計劃各項福利和費用變動方面的資訊。
- **檢查我們的藥物承保範圍是否有任何變動可能會對您造成影響。**
 - 您的藥物還會在承保範圍內嗎？這些藥物會在不同的費用分攤層級嗎？我可以與使用相同的藥房嗎？將會有任何變動（例如：預先授權、漸進式治療或藥量限制）嗎？
 - 檢閱各項變動，以確定明年我們的藥物承保範圍對您沒有影響。
 - 請參閱**E2部分**，以瞭解有關我們藥物承保範圍變動方面的資訊。
 - 自去年以來，您的藥物費用可能有所增加。
 - 與您的醫生討論任何費用較低的可用替代藥物；這些藥物可能可以在一整年為您省下年度自付費用。
 - 請記得，您的計劃福利能確切決定您自己的藥物費用可能會發生多少變動。
- **檢查您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡中。**
 - 您的醫生（包括您的專科醫生）在我們的網絡中嗎？您的藥房呢？還有您求診的醫院或其他醫療服務提供者呢？
 - 請參閱**D部分**，以瞭解有關我們《醫療服務提供者與藥房名錄》的資訊。
- **考慮您計劃的全部費用。**
 - 您要為經常使用的服務和藥物支付多少自付費用？
 - 與其他承保選項比較時，總費用如何？

- 考慮您是否滿意我們的計劃。

如果您決定繼續留在Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan：

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

如果您決定更換計劃：

如果您認為其他承保更能滿足您的需求，您也許可以更換計劃（請參閱**G2部分**，以瞭解更多資訊）。如果您參保新計劃或更換為Original Medicare，您的新承保將從下個月的第一天開始生效。

C. 我們計劃名稱的變動

自2027年1月1日起，我們計劃的名稱將由Blue Shield TotalDual Plan變更為Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

您不會因為計劃名稱的變更而需要新的Blue Shield會員識別卡。請妥善保管您目前的Blue Shield會員識別卡，並在接受任何服務或領取處方藥時出示該卡。

D. 我們網絡醫療服務提供者與藥房的變動

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

我們2027年的醫療服務提供者與藥房網絡已發生變動。

請檢閱2027年《醫療服務提供者與藥房名錄》，以查明您的醫療服務提供者（基本保健服務提供者、專科醫生、醫院等）或藥房是否在我們的網絡中。我們的網站

blueshieldca.com/DSNPdocuments2027上有更新版《醫療服務提供者與藥房名錄》。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取更新版醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者與藥房名錄》給您。

請務必知道，我們也可能會在年度當中對我們的網絡作出變動。如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您會有某些權利和保障。如需更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第3章**或撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部以尋求協助。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



E. 明年各項福利和費用的變動

E1. 醫療服務各項福利和費用的變動

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

	2026年（今年）	2027年（明年）
年度最高自付上限	\$9,250 一旦您為屬於承保範圍的A部分和B部分服務支付達到\$9,250的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內便無需為屬於承保範圍的A部分和B部分服務支付任何費用。 如果您有資格參保Medicare和Medi-Cal (Medicaid)，則您無需為屬於承保範圍的A部分和B部分服務支付計入最高自付上限之任何自付費用。	\$9,850 一旦您為屬於承保範圍的A部分和B部分服務支付達到\$9,850的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內便無需為屬於承保範圍的A部分和B部分服務支付任何費用。 如果您有資格參保Medicare和Medi-Cal (Medicaid)，則您無需為屬於承保範圍的A部分和B部分服務支付計入最高自付上限之任何自付費用。
交通服務：非急診醫療運輸	您每年支付\$0共付額，即可獲得最多共48次前往計劃核准的醫療保健相關地點的單程接送服務（非急診醫療運輸和非醫療運輸合併計算的限額）。每趟行程不得超過70英里。 在用完您的48次單程接送服務後，Medi-Cal會承保前往核准地點的接送服務，次數不限。	您每年支付\$0共付額，即可獲得最多共24次前往計劃核准的醫療保健相關地點的單程接送服務（非急診醫療運輸和非醫療運輸合併計算的限額）。每趟行程不得超過70英里。 在用完您的24次單程接送服務後，Medi-Cal會承保前往核准地點的接送服務，次數不限。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



	2026年（今年）	2027年（明年）
交通服務：非醫療運輸	您每年支付\$0共付額，即可獲得最多共48次前往計劃核准的醫療保健相關地點的單程接送服務（非急診醫療運輸和非醫療運輸合併計算的限額）。每趟行程不得超過70英里。 在用完您的48次單程接送服務後，Medi-Cal會承保前往核准地點的接送服務，次數不限。	您每年支付\$0共付額，即可獲得最多共24次前往計劃核准的醫療保健相關地點的單程接送服務（非急診醫療運輸和非醫療運輸合併計算的限額）。每趟行程不得超過70英里。 在用完您的24次單程接送服務後，Medi-Cal會承保前往核准地點的接送服務，次數不限。
例行牙科服務（非Medicare承保）（本部分的内容將在下一頁繼續）	ADA代碼D0364：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，局部視野（小於一個完整顎骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0365：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，一個完整牙弓視野（下顎骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0366：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，一個完整牙弓視野（上顎骨，含或不含顙骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0367：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，雙顎骨視野（含或不含顙骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0368：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，顙顎關節系列（兩次或以上曝光）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0380：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，局部視野（小於一個完整顎骨）不屬於承保範圍。	您需為「ADA代碼D0364：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，局部視野（小於一個完整顎骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D0365：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，一個完整牙弓視野（下顎骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D0366：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，一個完整牙弓視野（上顎骨，含或不含顙骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D0367：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，雙顎骨視野（含或不含顙骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D0368：錐狀射束電腦斷層掃描拍攝與判讀，顙顎關節系列（兩次或以上曝光）」支付\$0共付額。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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

	2026年（今年）	2027年（明年）
例行牙科服務（非Medicare承保）（續）	ADA代碼D0381：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，一個完整牙弓視野（下顎骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0382：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，一個完整牙弓視野（上顎骨，含或不含顱骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D0383：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，雙顎骨視野（含或不含顱骨）不屬於承保範圍。 ADA代碼D4263：骨置換移植術，保留原生牙齒，象限內第一個部位不屬於承保範圍。 ADA代碼D4264：骨置換移植術，保留原生牙齒，象限內每個額外部位不屬於承保範圍。 ADA代碼D7953：齒槽脊保存之骨置換移植術，每個部位不屬於承保範圍。 ADA代碼D9211：區域阻斷麻醉不屬於承保範圍。 ADA代碼D9212：三叉神經分支阻斷麻醉不屬於承保範圍。 ADA代碼D9215：配合手術或外科程序之局部麻醉不屬於承保範圍。	您需為「ADA代碼D0381：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，一個完整牙弓視野（下顎骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D0382：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，一個完整牙弓視野（上顎骨，含或不含顱骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D0383：錐狀射束電腦斷層掃描影像拍攝，雙顎骨視野（含或不含顱骨）」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D4263：骨置換移植術，保留原生牙齒，象限內第一個部位」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D4264：骨置換移植術，保留原生牙齒，象限內每個額外部位」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D7953：齒槽脊保存之骨置換移植術，每個部位」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D9211：區域阻斷麻醉」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D9212：三叉神經分支阻斷麻醉」支付\$0共付額。 您需為「ADA代碼D9215：配合手術或外科程序之局部麻醉」支付\$0共付額。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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

	2026年（今年）	2027年（明年）
非處方(OTC)用品	您每季度可享有\$120的承保用品津貼。 您可以每季訂購兩次，但未用完的津貼金額無法遞延至下一季度使用。	您每季將享有合計\$240的津貼，可用於購買符合條件的OTC用品以及食品與農產品（若符合資格條件）。 您可以繼續透過「OCT用品目錄」，以線上或電話方式訂購屬於承保範圍的OTC用品。您也可以參與計劃的零售地點實體店鋪中使用您的Flex卡。 您不能將未用完的津貼遞延至下一季度。某些限制可能適用。請參閱F部分：「行政管理變動」以瞭解更多資訊。
視力保健，非Medicare承保（從非網絡醫療服務提供者處獲得）*	每年可補償一次最多\$30的檢查費用。 每年可補償一副最多\$35的鏡框費用。 每年可補償一副最多\$35的處方眼鏡鏡片（無論大小或度數）或隱形眼鏡費用。	從非網絡醫療服務提供者處接受的視力保健服務不屬於承保範圍。
視力保健，非Medicare承保（從網絡醫療服務提供者處獲得）*	當您使用網絡醫療服務提供者時，您每年可以免費（支付\$0共付額）獲得一副鏡框（價格最高為\$365一般零售價）。如果您選擇的鏡框價格超過\$365，您需要自行支付差價。 當您使用網絡醫療服務提供者時，您每年可以免費（支付\$0共付額）獲得一副處方眼鏡鏡片（無論尺寸或度數）或隱形眼鏡（隱形眼鏡服務及材料價格最高\$365）。如果服務及材料費用超過\$365，您需要自行支付差價。	當您使用網絡醫療服務提供者時，您每年可以免費（支付\$0共付額）獲得一副鏡框（價格最高為\$500一般零售價）。如果您選擇的鏡框價格超過\$500，您需要自行支付差價。 當您使用網絡醫療服務提供者時，您每年可以免費（支付\$0共付額）獲得一副處方眼鏡鏡片（無論尺寸或度數）或隱形眼鏡（隱形眼鏡服務及材料價格最高\$500）。如果服務及材料費用超過\$500，您需要自行支付差價。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



	2026年（今年）	2027年（明年）
對於特定慢性病症的協助	食物與農產品： 您每月可享有\$60的津貼，可用於購買健康和營養的食物與農產品。此津貼無法按月遞延。 這是「針對慢性病患者提供的特別補充福利」(SSBCI)，需要經過資格判定。並非計劃的所有會員都符合資格。您必須有一項或多項合資格的慢性病症才能獲得此福利。 在確定您是否有資格獲得食物與農產品福利時，本計劃會使用來自於您醫生的資訊，或者透過聯絡您的醫生以獲取一份關於您有合資格慢性病症的簽名聲明。 請參閱計劃的《會員手冊》以瞭解更多詳情。	食物與農產品： 您每季可享有合計\$240的津貼，可用於購買健康且營養的食品與農產品（若符合資格條件），以及非處方(Over-the-Counter, OTC)用品。此津貼無法按季度遞延。 食物與農產品福利是「針對慢性病患者提供的特別補充福利」(SSBCI)，需要資格判定。並非計劃的所有會員都符合資格。您必須有一項或多項合資格的慢性病症才能獲得此福利。 在確定您是否有資格獲得食物與農產品福利時，本計劃會使用來自於您醫生的資訊，或者透過聯絡您的醫生以獲取一份關於您有合資格慢性病症的簽名聲明。 請參閱計劃的《會員手冊》以瞭解更多詳情。 請參閱F部分：「行政管理變動」以瞭解更多資訊。
慢性疼痛管理與治療服務	您需為慢性疼痛管理與治療服務支付\$0共付額。 此服務的分攤費用將依治療過程中提供的個人服務而異。	慢性疼痛管理與治療服務不屬於承保範圍。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



E2. 藥物承保範圍的變動

藥物清單的變動

我們的《承保藥物清單》也稱為「保險內處方集」或「藥物清單」。我們的《藥物清單》副本已在blueshieldca.com/medformulary2027上發佈。

我們已對《藥物清單》作出變動，其中包括移除或新增藥物、更換我們承保的藥物，以及變更適用於特定藥物承保的限制，或將其移到不同的費用分攤層級。

請檢閱《藥物清單》以**確認明年您的藥物仍屬於承保範圍**，並查明是否會有任何限制，或您的藥物是否已被移到不同的費用分攤層級。

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

如果您受到藥物承保範圍變動的影響，我們建議您：

- 與您的醫生（或其他處方開立者）合作，以尋找我們承保的其他藥物。
 - 您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部或聯絡您的護理協調員，以索取可治療相同病症的《承保藥物清單》。
 - 此清單可協助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。
- 與您的醫生（或其他處方開立者）合作，並要求我們作出例外處理以承保該藥物。
 - 您可以在明年之前申請作出例外處理，並且我們將在收到您的申請（或您處方開立者的支持聲明）後72小時內給您答覆。
 - 要瞭解申請作出例外處理的辦法，請參閱《會員手冊》**第9章**或撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。
 - 如果您需要申請作出例外處理方面的協助，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。請參閱《會員手冊》**第2章和第3章**，以瞭解更多有關如何聯絡護理協調員的資訊。
- 要求我們承保藥物的臨時供應。
 - 在某些情況下，我們會承保日曆年度前90天內的藥物**臨時供應**。
 - 此臨時供應最多30天。（要瞭解有關何時可以獲得臨時供應以及如何申請臨時供應的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。）

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



- 當您獲得某藥物的臨時供應時，請與您的醫生討論臨時供應用完時該怎麼辦。您可以改用我們計劃所承保的另一種藥物，或請我們為您作出例外處理並承保您目前的藥物。
- 《保險內處方集》例外處理已獲核准，有效期至計劃年度結束為止。請查閱您的《保險內處方集》例外處理核准通知，以確認具體的到期日期。若您的核准期限即將屆滿，且您希望繼續獲取該藥物，則需提交一份新的《保險內處方集》例外處理申請。

藥物費用的變動

由於您符合Medi-Cal的資格，您可從Medicare獲得「額外協助」，以協助支付您的Medicare D部分藥物費用。我們已另外寄給您一份插頁，稱為「使用額外協助支付處方藥費用者的承保內容證明附約」（也稱為「低收入補助附約」或「LIS附約」），告訴您藥物承保的相關資訊。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部索取「LIS附約」。

您的Medicare D部分藥物承保有兩個付款階段。您支付的金額視您在配取處方藥或續藥時所處的額外協助級別而定。以下是這兩個階段：

階段1 初始承保階段	階段2 重大傷病承保階段
在本階段中，我們的計劃會支付您藥物的部分費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。 這個階段始於您在年度中第一次配取處方藥時。	在本階段中，計劃會支付您藥物的全部費用，直到2027年12月31日為止。 這個階段始於您已支付特定金額的自付費用後。

當您藥物的自付費用總額達到**\$2,400**時，初始承保階段即結束。此時，重大傷病承保階段開始。從這時開始一直到年度結束，我們的計劃會承保您的全部藥物費用。請參閱您的《會員手冊》**第6章**，以瞭解更多有關您將為藥物支付多少費用的資訊。

根據製造商折扣計劃，藥物製造商在初始承保階段和重大傷病承保階段期間，會為屬於承保範圍的D部分品牌藥和生物製劑支付我們計劃全部費用的一部分。製造商根據製造商折扣計劃所支付的折扣不計入自付費用中。

E3. 階段1：「初始承保階段」

在初始承保階段中，我們的計劃會支付您承保藥物的分攤費用，您則支付您的分攤費用。您的分攤費用稱為共付額。共付額視藥物屬於哪個費用分攤額層級以及您在哪裡取得藥物而定。每次配取處方藥時您都要支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您只需支付較低的金額。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



我們已將我們《藥物清單》上的部分藥物移到較低或較高的藥物層級。如果您的藥物層級有變動，可能會影響到您支付的共付額。要知道您的藥物是否已移到不同層級，請查看我們的《藥物清單》。

下表顯示您在合約藥房配取一個月供應的費用，這些費用是根據我們5個藥物層級中的標準共付額計算的。僅當您在初始承保階段時才要支付這些金額。

大多數成人D部分疫苗都屬於承保範圍，會免費為您提供。如需有關長期供應費用的資訊，或處方藥遞送到府方面的資訊，請參閱您的《會員手冊》第6章D部分。

	2026年（今年）	2027年（明年）
層級1藥物 （首選學名藥） 在合約藥房配取層級1藥物時，一個月供應的費用	您一個月（30天）供應的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應的共付額為 \$0 。
層級2藥物 （學名藥） 在合約藥房配取層級2藥物時，一個月供應的費用	您一個月（30天）供應的共付額為 \$0 。	您一個月（30天）供應的共付額為 \$0 。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



	2026年（今年）	2027年（明年）
層級3藥物 <i>（首選品牌藥）</i> 在合約藥房配取層級3藥物時，一個月供應的費用	您一個月（30天）供應的共付額為\$0、\$5.10或\$12.65。	如果您接受額外協助，您需支付： 對於屬於承保範圍的學名藥（包括被視為學名藥的品牌藥），下列之一： • \$0.00或 • \$1.65或 • \$5.80 對於所有其他承保藥物，下列之一： • \$0.00或 • \$5.00或 • \$14.40 如果您接受額外協助，您為此層級中每種屬於承保範圍之胰島素產品的每月供應支付\$0.00至\$14.40。 如果您不符合額外協助資格，您為此層級中每種屬於承保範圍之胰島素產品的每月供應支付不超過\$35.00，每兩個月供應不超過\$70.00，或者每三個月供應不超過\$105.00，或為此層級中每種屬於承保範圍之非胰島素產品支付17%共同保險金。 藥物的共付額可能會依您取得的額外協助級別而不同。請與計劃聯絡查詢更多詳情。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



	2026年（今年）	2027年（明年）
層級4藥物 <i>（非首選藥物）</i> 在合約藥房配取層級4藥物時，一個月供應的費用	您一個月（30天）供應的共付額為\$0、\$5.10或\$12.65。	如果您接受額外協助，您需支付： 對於屬於承保範圍的學名藥（包括被視為學名藥的品牌藥），下列之一： • \$0.00或 • \$1.65或 • \$5.80 對於所有其他承保藥物，下列之一： • \$0.00或 • \$5.00或 • \$14.40 如果您接受額外協助，您為此層級中每種屬於承保範圍之胰島素產品的每月供應支付\$0.00至\$14.40。 如果您不符合額外協助資格，您為此層級中每種屬於承保範圍之胰島素產品的每月供應支付不超過\$35.00，每兩個月供應不超過\$70.00，或者每三個月供應不超過\$105.00，或為此層級中每種屬於承保範圍之非胰島素產品支付17%共同保險金。 藥物的共付額可能會依您取得的額外協助級別而不同。請與計劃聯絡查詢更多詳情。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



	2026年（今年）	2027年（明年）
層級5藥物 <i>（專科層級藥物）</i> 在合約藥房配取層級5藥物時，一個月供應的費用	您一個月（30天）供應的共付額為 \$0、\$5.10或\$12.65 。	如果您接受額外協助，您需支付： 對於屬於承保範圍的學名藥（包括被視為學名藥的品牌藥），下列之一： • \$0.00或 • \$1.65或 • \$5.80 對於所有其他承保藥物，下列之一： • \$0.00或 • \$5.00或 • \$14.40 如果您不符合額外協助資格，您為此層級中每種屬於承保範圍之產品支付不超過25%的共同保險金。 藥物的共付額可能會依您取得的額外協助級別而不同。請與計劃聯絡查詢更多詳情。

當您的自付費用總額達到**\$2,400**時，初始承保階段即結束。此時，重大傷病承保階段開始。從這時開始一直到年度結束，本計劃會承保您的全部藥物費用。本計劃會承保您的全部D部分藥物，直到年度結束為止。請參閱《會員手冊》**第6章**，以瞭解更多有關您將為藥物支付多少費用的資訊。



如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。

E4. 階段2：「重大傷病承保階段」

當您的藥物自付上限達到**\$2,400**時，重大傷病承保階段便會開始，這時您無需為屬於承保範圍的D部分藥物支付任何費用。您將一直處於重大傷病承保階段直至該日曆年度結束為止。

如需更多有關您在重大傷病承保階段的費用資訊，請參閱**第6章**。

F. 行政管理變動

	2026年（今年）	2027年（明年）
您使用Flex卡獲取以下各項福利的方式將發生變更： • 非處方(OTC)用品、 • 非Medicare承保的聽力服務，以及 • 食物與農產品SSBCI（如符合資格病症）	您的OTC用品福利由CVS管理。您可以透過「OTC用品目錄」訂購屬於承保範圍的OTC用品。 您的非Medicare承保聽力服務以及食物與農產品SSBCI福利（如符合資格病症規定）由Optum Financial, Inc.管理。	您的Flex卡和非Medicare承保聽力服務、OTC用品以及食物與農產品SSBCI（如符合資格病症規定）福利將由PayForward管理。您將隨目錄收到一份《會員指南》，其中包含如何取得OTC用品的說明。 《會員指南》還將提供有關如何取得非Medicare承保聽力服務以及食物與農產品SSBCI福利（如符合資格病症規定）的相關說明。

G. 選擇計劃

G1. 留在我們的計劃

我們希望您繼續保留計劃會員資格。您無需採取任何行動即可留在我們的計劃。除非您註冊加入另一個Medicare計劃或更換為Original Medicare，否則您將在2027年自動繼續參保，成為我們計劃的會員。

G2. 更換計劃

大多數參保Medicare的人可以在一年中的特定時間終止其會員資格。

此外，您還可以在以下期間終止您在我們計劃的會員資格：

- **開放參保期：**從10月15日開始持續到12月7日。如果您在此期間選擇新計劃，您在我們計劃的會員資格將於12月31日終止，新計劃的會員資格將於1月1日開始。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



- **Medicare Advantage(MA)開放參保期**，從1月1日開始持續到3月31日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將從次月1日生效。
- 由於您擁有Medi-Cal，您可以在一年中的任何一個月份終止您在我們計劃的會員資格。

您可能有資格在其他情況下對您的參保作出變更。例如，當：

- 您搬離我們的服務區域時，
- 您的Medi-Cal或「額外協助」資格發生改變時，**或**
- 您最近搬入某機構或目前正在某機構（例如專業護理機構或長期護理醫院）接受護理。如果您從某機構搬出，您可以在搬出當月後的整整兩個月內更換計劃或更換到Original Medicare。

您的Medicare服務

您可以在一年中的任何一個月份透過以下所列的三種選項，取得Medicare服務。您在一年中的特定時間（包括**開放參保期**和**Medicare Advantage開放參保期**，或G2部分所述的其他情況），還有以下所列的額外選項。透過選擇這些選項之一，您將自動終止您在我們計劃的會員資格。

1. 您可以更換至：

Medi-Medi Plan是Medicare Advantage計劃的一種類型。適合同時擁有Medicare與Medi-Cal的人士，並可將Medicare與Medi-Cal福利整合到一個計劃中。Medi-Medi Plan協調兩個計劃的所有福利與服務，包括所有Medicare和Medi-Cal承保服務，或老年人全方位護理計劃(PACE)（如果您符合資格）。

說明：Medi-Medi Plan一詞是加州整合式符合雙重資格特殊需求計劃(D-SNP)的名稱。

以下是應採取的行動：

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

如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，請致電1-855-921-PACE(7223)。

如果您需要協助或需要更多資訊：

- 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

或

參保新的Medi-Medi Plan。

當您新計劃的承保開始時，您將自動從我們的計劃退保。您的Medi-Cal計劃會隨著您的Medi-Medi Plan而相應變動。



2. 您可以更換至： 包含單獨Medicare藥物計劃的Original Medicare	以下是應採取的行動： 請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)使用者應撥打1-877-486-2048。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 或 參保新的Medicare處方藥計劃。 當您的Original Medicare承保開始時，您將自動從我們的計劃退保。 除非您申請變動，否則您的Medi-Cal計劃不會變動。
---	---

3. 您可以更換至：

不包含單獨Medicare藥物計劃的Original Medicare（如果您有有效退保理由）

說明：如果您轉換到Original Medicare而且沒有參保單獨的Medicare藥物計劃，Medicare可能會讓您參保藥物計劃，除非您告訴Medicare您不想加入。

只有在您可從其他來源（例如雇主或工會）取得藥物承保時才應該退出藥物承保。如果您對於是否需要藥物承保有任何疑問，請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

以下是應採取的行動：

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

如果您需要協助或需要更多資訊：

- 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

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

除非您申請變動，否則您的Medi-Cal計劃不會變動。

4. 您可以更換至： 任何Medicare健康計劃，您可在一年中的特定時間（包括開放參保期和Medicare Advantage開放參保期，或G2部分所述的其他情況）進行更換。	以下是應採取的行動： 請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)使用者應撥打1-877-486-2048。 如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，請致電1-855-921-PACE(7223)。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或 參保新的Medicare計劃。 當您新計劃的承保開始時，您將自動從我們的Medicare計劃退保。 您的Medi-Cal計劃可能會發生變動。
---	--

您的Medi-Cal服務

有關如何選擇Medi-Cal計劃或在退出我們的計劃後如何獲取您Medi-Cal服務的疑問，請於週一至週五上午8時至下午6時聯絡醫療保健方案處：1-800-430-4263，聽障和語障專線(TTY)使用者應撥打：1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或返回Original Medicare對您獲得Medi-Cal承保有何影響。

H. 取得協助

H1. 我們的計劃

如果您有任何疑問，我們隨時為您提供協助。請在列出的營業日和營業時間內，撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。這些都是免費電話。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽blueshieldca.com/medicare。



閱讀您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是對我們計劃各項福利的法定詳細說明。其中詳述2027年的各項福利和費用，並解釋了您的權利以及獲得我們承保服務和藥物時應遵循的規則。

2027年《會員手冊》將於10月15日前提供。《會員手冊》的最新版本可在我們的網站 blueshieldca.com/DSNPdocuments2027 找到。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，請我們郵寄一份2027年的《會員手冊》給您。

我們的網站

您可以瀏覽我們的網站：blueshieldca.com/DSNP2027。提醒您，我們的網站提供我們的醫療服務提供者與藥房網絡（《醫療服務提供者與藥房名錄》）以及我們《藥物清單》（《承保藥物清單》）的最新相關資訊。

H2. 醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)

您還可以致電州健康保險援助計劃(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)。在加州，SHIP稱為醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)。HICAP顧問可協助您瞭解您的計劃選擇，並解答轉換計劃的相關疑問。HICAP與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。HICAP在每一個縣都有受過訓練的顧問，而且可免費提供服務。HICAP的電話號碼是1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽

www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

H3. 投訴專員計劃

如果您對我們的計劃感到不滿，Medicare Medi-Cal投訴專員可以為您提供幫助。投訴專員的服務免費提供，並提供所有語言的服務。Medicare Medi-Cal投訴專員計劃：

- 如果您有問題或投訴，他們可以解答疑問，並幫助您瞭解該怎麼做。
- 確保您瞭解與您的權利和保障以及如何解決您的疑慮相關的資訊。
- 與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。Medicare Medi-Cal投訴專員計劃的電話號碼是1-855-501-3077。

H4. Medicare

要直接從Medicare獲取資訊：

- 每週7天，每天24小時皆可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障專線(TTY)使用者應撥打1-877-486-2048。
- 在www.Medicare.gov/talk-to-someone上進行即時聊天
- 寫信給Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



Medicare網站

您可以瀏覽Medicare網站(www.medicare.gov)。如果您選擇自我們的計劃退保並參保另一個Medicare計劃，Medicare網站會有費用、承保範圍和品質評級的相關資訊，可協助您比較各個計劃。

您可以使用Medicare網站上的Medicare Plan Finder（Medicare計劃搜尋工具）查找有關您所在地區可用之Medicare計劃的資訊。（有關各個計劃的相關資訊，請參閱www.medicare.gov，並點擊「Find plans」（查找計劃）。）

《Medicare & You 2027》

您可以閱讀《Medicare & You 2027》手冊。每年秋季，本手冊會郵寄給Medicare參保人。其中摘要列出Medicare的各項福利、權利和保障，並解答有關Medicare的最常見問題。本手冊還有西班牙文、中文和越南文版本。

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

H5. 加州醫療保健管理部

加州醫療保健管理部負責管理醫療保健服務計劃。如果您要對您的健康計劃提出申訴，在與管理部聯絡之前，您應先撥打**1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）**聯絡您的健康計劃，並使用您健康計劃的申訴程序。使用此申訴程序並不妨礙您可能獲得的任何法定權利或補救措施。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴，您的健康計劃尚未妥善解決的申訴，或者超過30天仍未解決的申訴，您都可以致電管理部尋求協助。您可能還符合條件進行獨立醫療審查(Independent Medical Review, IMR)。如果您符合IMR的條件，則IMR程序會就健康計劃對建議服務或治療的醫療必要性，對實驗或研究性質治療之承保決定，以及急診或緊急醫療服務付款爭議等相關醫療決定進行公正的審查。管理部還設有免費電話**(1-888-466-2219)**以及供聽障及語障人士使用的TDD專線**(1-877-688-9891)**。管理部的網站www.dmh.ca.gov在線上提供投訴表、IMR申請表和說明。

請參閱您的《會員手冊》第9章F4部分，以瞭解更多資訊。

H6. Medicare處方藥付款計劃

Medicare處方藥付款計劃是一種付款選項，可助您管理我們計劃所承保藥物的自付費用，方法是將藥物的自付費用分散在整個日曆年度（1月至12月）內作為每月付款來支付。任何擁有Medicare藥物計劃或包含藥物承保之Medicare健康計劃（例如包含藥物承保的Medicare Advantage計劃）的會員都可以使用此付款選項。如果您參加Medicare處方藥付款計劃並留在同一個D部分計劃中，您在2027年無需採取任何行動即可繼續參加。這一付款選項可協助您管理自己的開支，但不會為您省錢或降低您藥物的總自付費用。

對於符合資格的人而言，Medicare提供的「額外協助」以及您所在州的藥物補助計劃(State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)和愛滋病藥物補助計劃(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)所提供的協助，比參加Medicare處方藥付款計劃更為有利。要瞭解有關此計劃的更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼與我們聯絡或瀏覽www.medicare.gov。

如果您有任何疑問，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

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



《文書作業減量法案》(Paperwork Reduction Act, PRA)公開聲明 – 根據1995年《文書作業減量法案》的規定，除非資訊收集顯示有效的預算管理辦公室(Office of Management and Budget, OMB)控制編號，否則任何人都無義務必須回應。本資訊收集的有效OMB控制編號為0938-1444。如果您有關於改善本表格的意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850



blueshieldca.com/medicare

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